

Transparantie van kwaliteit van zorg: nog genoeg werk aan de winkel

Dr. J.M. (José) Peeters, senior-onderzoeker, NIVEL

Dr. Ir. L. (Laura) Koopman, adviseur, Zorginstituut Nederland

Dr. I. M. (Ilse) Verstijnen, adviseur, Zorginstituut Nederland

Dr. D. (Dolf) de Boer, senior-onderzoeker, NIVEL



Zorginstituut Nederland



Samenvatting

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wil meer vaart maken met de transparantie van kwaliteit van de zorg. Belangrijke onderwerpen in de huidige discussie zijn hoe verschillende partijen denken over de uitkomsten van kwaliteitsmetingen, over de interpretatie en het gebruik van indicatorgegevens en hoe ze daar overeenstemming over bereiken.

Het Kwaliteitsinstituut heeft samen met het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) onderzoek uitgevoerd om de heersende meningen te verkennen. Er zijn interviews gehouden met vertegenwoordigers van 16 organisaties waaronder patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, en zorgverzekeraars.

De geïnterviewde partijen benadrukken dat er vooruitgang is geboekt, maar dat men het ontbreken van consensus tussen partijen over de interpretatie en het gebruik van kwaliteitsgegevens als belemmerend ervaart. Betere aansluiting bij informatie die zorgorganisaties zelf nodig hebben om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, noemt men als oplossingsrichting. Andere geleerde lessen zijn: in een vroeg stadium met betrokken partijen afspraken maken over voor welke doelen kwaliteitsindicatoren gebruikt en geïnterpreteerd moeten worden; één methode van uitvraag en gebruik maken van bestaande kwaliteits-systemen; en het creëren van breed draagvlak en vertrouwen bij betrokken partijen.

De genoemde knelpunten en oplossingsrichtingen zijn al jaren onderwerp van discussie en kennelijk nog steeds actueel. Een meer recente ontwikkeling die aan kracht en draagvlak lijkt te winnen is de benadering 'getrapte transparantie'. Deze werkwijze voorziet in een gezamenlijke duiding en interpretatie van indicatoren, waarbij aan de hand van continue verbetercycli geleidelijk wordt toegewerkt naar volledige transparantie.

Inleiding

Minister Schippers van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft aangegeven dat 2015 het 'Jaar van de transparantie' moest worden. Transparantie over kwaliteit is essentieel voor kwalitatief goede en betaalbare zorg.

In een brief aan de Tweede Kamer benadrukte ze dat er door veel partijen belangrijke resultaten zijn geboekt.¹ Een concreet voorbeeld is dat sommige ziekenhuizen nu al hun sterftecijfers per aandoening publiceren op hun website. Ook publiceren 84 ziekenhuizen zogenoemde Kwaliteitsvensters, een overzichtelijke presentatie van informatie over de zorg die door patiënten belangrijk wordt gevonden. Maar de Minister van VWS wil meer vaart gaan maken met kwaliteitsmetingen en ze wil dat deze informatie beter toegankelijk wordt gemaakt en beter vindbaar is voor patiënten.¹

Terugblik

De roep om meer transparantie van de zorg is niet nieuw en er wordt hard gewerkt om de kwaliteit van de zorg zichtbaar te maken.² Een belangrijk en omvangrijk initiatief van het Ministerie van VWS om transparantie van de zorg te ondersteunen, was het programma Zichtbare Zorg gedurende de periode 2007-2012. Het was de bedoeling dat veldpartijen samen indicatorensets zouden ontwikkelen en gebruiken, waarmee draagvlak voor de indicatoren zou ontstaan. Door het neerleggen van één gezamenlijke informatievraag bij de instellingen zouden administratieve lasten beperkt blijven. Dit bleek ingewikkelder dan aanvankelijk werd verwacht. In diverse rapporten is de afgelopen jaren verslag gedaan van deze problemen.^{2,3} Tegelijkertijd – en misschien wel mede daardoor – ontstond een groeiende hoeveelheid initiatieven vanuit de partijen in de zorg waaronder klinische registraties en websites met kwaliteitsinformatie voor patiënten.

Huidige discussie

Er is veel bereikt als het gaat om transparantie van de zorg. Toch liggen er - na 10 jaar hard werken - nog steeds enkele hardnekkige uitdagingen. Voor de verdere ontwikkeling is het belangrijk om na te gaan welke uitdagingen nog steeds actueel zijn en welke nieuw zijn. Belangrijke onderwerpen in de huidige discussie over transparantie zijn: wat kan je wel en niet met de uitkomsten van kwaliteitsmetingen, hoe worden indicatorgegevens geïnterpreteerd en gebruikt door de partijen in de zorg en hoe bereiken deze partijen daar overeenstemming over? Over veel van deze zaken bestaat al consensus, over een aantal andere nog niet. Het Kwaliteitsinstituut - onderdeel van Zorginstituut Nederland – heeft, vanuit haar rol om transparantie van zorg te bevorderen, het initiatief genomen om meer duidelijkheid te krijgen over wat er speelt in het veld.^{3,4} Het Kwaliteitsinstituut heeft samen met het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) onderzoek uitgevoerd om de geschetste problematiek en discussies nader te verkennen. Het doel van deze verkenning is om meer zicht te krijgen op ervaringen van partijen in de zorg (patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgkantoren), knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen.

Methodie

In het najaar van 2014 zijn semigestructureerde interviews gehouden met vertegenwoordigers van relevante partijen in de zorg, zowel uit de cure-sector (huisartsenzorg, ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg) als uit de caresector (verpleeg- en verzorgingshuizen, zorg thuis, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg) (zie Box 1). De keuze van deze partijen is tot stand gekomen samen met het Kwaliteitsinstituut. De functies van de geïnterviewden waren: plaatsvervangend directeur, manager kwaliteit, projectleider, beleidsadviseur, hoofd wetenschappelijk onderzoek en coördinator kwaliteit van zorg. De te interviewen personen kregen via de email een uitnodiging om aan een interview deel te nemen; ter voorbereiding op het interview een topiclijst toegestuurd en zij ontvingen het gespreksverslag (op basis van de aantekeningen van de interviewer) ter autorisatie retour. Het commentaar van de geïnterviewden betrof vooral verdere toelichting en aanvullingen. De onderzoekers hebben de gespreksverslagen geanalyseerd en zijn net zo lang op zoek gegaan naar nieuwe informanten totdat zich geen nieuwe inzichten meer voordeden of anders gezegd saturatie (verzadiging) optrad. Dat was het geval na 16 interviews, met in totaal 19 geïnterviewden (enkele interviews werden met twee mensen gehouden). Bij de presentatie van de resultaten hieronder vermelden we aan welk gesprek de informatie is ontleend en werken we met 'quotes' als zinsneden letterlijk zo zijn gezegd. De geïnterviewde sleutelfiguren hebben hier toestemming voor gegeven en de conceptversie van het artikel ontvangen. Wanneer meerdere partijen dezelfde mening zijn toegedaan, vermelden we dat ook.

Box 1 Geïnterviewde partijen zijn:

- Achmea (zorgverzekeraar)
- ActiZ (brancheorganisatie voor zorgondernemers)
- Dutch Institute For Clinic Auditing (DICA)
- GGZ-Nederland (brancheorganisatie voor instellingen in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg) Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)
- Landelijk Platform GGZ
- LOC Zeggenschap in de zorg
- Long Alliantie Nederland (LAN)
- Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF)
- Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS)
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Nederlandse Federatie van Universitair medische Centra (NFU)
- Patiëntenbeweging Leven met Kanker (voorheen NFK)
- Stichting Benchmark GGZ (SBG)
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Resultaten

Ervaringen, wensen en behoeften van zorgpartijen

Alle geïnterviewden benadrukken dat er al veel vooruitgang is geboekt op het gebied van transparantie van de zorg. Tot voor kort was er naar de mening van de geïnterviewden weinig sprake van transparantie. *'Zorgverleners hadden geen inzicht in behandeluitkomsten'*, zo werd bijvoorbeeld gesteld (bron: SBG). Ook geeft men aan dat er belangrijke stappen zijn gezet. Zo beschikken sommige partijen al over real time data en zien zorgorganisaties langzaam aan de meerwaarde van registreren (bron: interview DICA).

Wel wordt door meerdere partijen gesignaleerd dat er nog géén sprake is van een 'drive' bij zorgorganisaties om te registreren en dat zorgorganisaties in veel gevallen niet intrinsiek gemotiveerd zijn om te meten vanuit het streven om de kwaliteit van zorg te verbeteren (bron: LAN, SBG). In de praktijk blijken zorgorganisaties vaak te meten *'omdat het moet'* van bijvoorbeeld de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ); ook motiveert de financiële compensatie van de zorgverzekeraar het registreren (bron: IGZ, Achmea, ZN). Zorgorganisaties ervaren dus druk om gegevens aan te leveren (bron: SBG). In dat opzicht spelen de eerdere problemen over de motivatie van zorgorganisaties om te registreren en de ervaren registratielast, zoals die door de Algemene Rekenkamer zijn gerapporteerd, nog steeds (Algemene Rekenkamer, 2013). Ook blijft het, volgens de meeste geïnterviewden, lastig om een goede indicatorenset te ontwikkelen die voor alle doelen, namelijk keuze-informatie, verbeterinformatie, inkoopinformatie én toezichtinformatie, geschikt is.

In één interview is als kritiekpunt aangegeven dat er (nog) geen tripartiete, gezamenlijke besluitvorming is over welke data zich lenen voor keuze-informatie, verbeterinformatie, zorginkoop en toezichtinformatie (bron: interview Leven met kanker) en dat deze consensus er wel zou moeten komen. Dat blijkt nog niet zo gemakkelijk te zijn, want vooral partijen uit de caresector (VVT) vinden dat deze doelen onverenigbaar zijn met elkaar en dat deze doelen uit elkaar getrokken zouden moeten worden: *'dat wringt'* (bron: ActiZ). Ook de wijze van de interpretatie en het gebruik van kwaliteitsinformatie is momenteel nog verre van uitgekristalliseerd (bron: interview VGN, SBG) en partijen verkeren momenteel nog in 'lerende omgeving' (bron: interview: GGZ-Nederland).

Organisaties gebruiken de kwaliteitsinformatie op verschillende manieren, en er is behoefte aan meer helderheid over waar indicatoren voor gebruikt kunnen worden en wat de gegevens betekenen: *"Per indicator zou duidelijk moeten zijn waar je een indicator wel of niet voor kunt gebruiken en over wie de indicatoren onderhoudt"* (bron: interview NFU). Ook zou meer duidelijkheid moeten komen over: *"Hoe moet je een indicator lezen?"*; *"Waar gebruik je een indicator wel en niet voor?"*; *"Wanneer is iets goed?"* (bron: interview ZN). Tegelijkertijd wordt erkend dat de cijfers vaak niet het hele verhaal vertellen, iets waar vooral de zorgaanbieders zelf op wijzen (bron: interview VGN). Daarbij hecht men eveneens veel belang aan vraagstukken rond de vergelijkbaarheid van scores tussen instellingen, betrouwbaarheid en validiteit. *"Pas als partijen in de zorg het er met elkaar over eens zijn dat het om de juiste gegevens gaat en dat ze betrouwbaar zijn, kunnen ze worden gedeeld met zorgverzekeraars en patiënten en kunnen zij daar informatie uit halen"* (bron: interview DICA). Bij kwaliteitsverschillen tussen organisaties, die mogelijk een rol spelen bij zorguitkomsten, moet worden nagegaan of er sprake is van bijvoorbeeld een specifieke populatie of regio (case mix). *"Daar wordt op dit moment nog te weinig rekening mee gehouden"* (bron: interview SBG).

Rol van het Kwaliteitsinstituut

In de interviews is de rol van het Kwaliteitsinstituut ook aan bod gekomen. De meeste geïnterviewde partijen in de zorg zien voor het Kwaliteitsinstituut een rol weggelegd voor het verbeteren van de interpretatie van indicatoren in samenspraak met het veld. Zo zou het Kwaliteitsinstituut de randvoorwaarden kunnen schetsen en de processen in de gaten kunnen houden (bron: interview Leven met kanker), of moet het instituut de regie voeren over de behoefte die er in het veld bestaat *'om paaltjes te zetten'*; dat wil zeggen aangeven wat ondermaats is en wat acceptabel is, vergelijkbaar met een keurmerk (bron: interview Achmea).

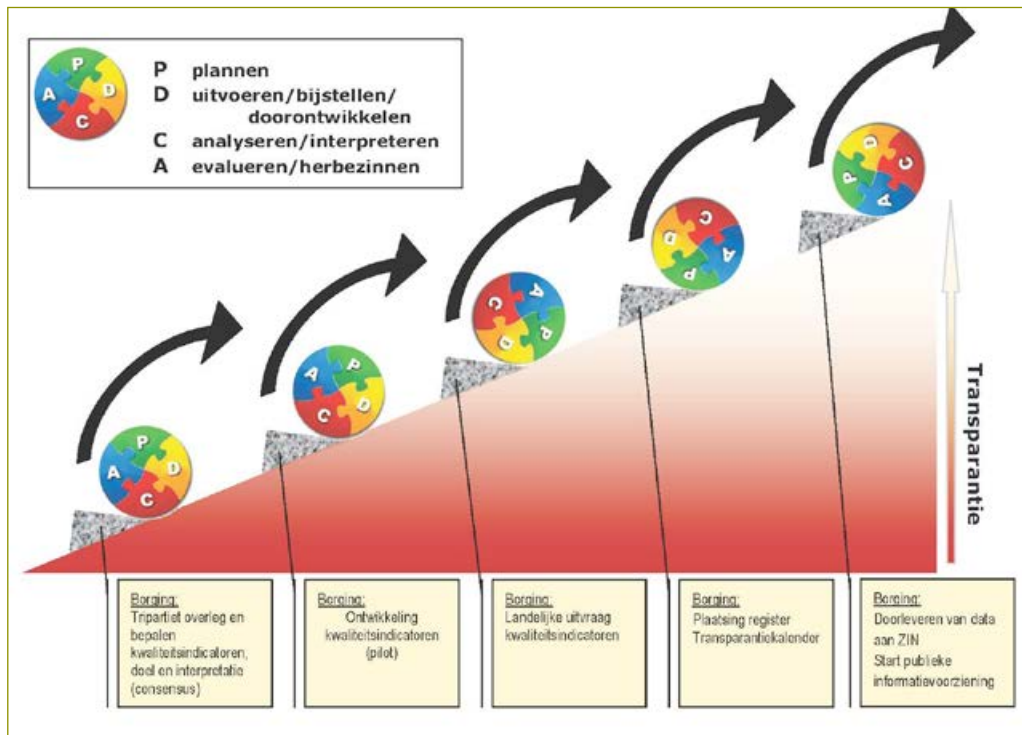
Geleerde lessen en getrapte transparantie

Geïnterviewde partijen hebben zelf kenbaar gemaakt welke lessen getrokken kunnen worden uit de jarenlange inspanningen om te komen tot meer transparantie van de zorg. Daarbij werd verschillende keren gerefereerd aan een benadering van transparantie van kwaliteit die bekend staat als “Getrapte Transparantie”. In een aantal gevallen werd expliciet benoemd dat deze benadering tegemoet komt aan verschillende geleerde lessen (Twee geïnterviewde partijen gebruikten deze term expliciet (bron: interview DICA, Leven met kanker)). Daarnaast kwamen verschillende geleerde lessen naar voren die ook pasten bij het model van getrapte transparantie, zonder dat daar expliciet aan werd gerefereerd.

Wat is getrapte transparantie?

Getrapte transparantie komt neer op tripartiete afstemming van vertegenwoordigers van patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, over welke indicatoren worden uitgevraagd, welke kwaliteitsregistraties plaats vinden, over het maken van afspraken die goed zijn vastgelegd in overeenkomsten en een privacyreglement en over het ‘getrapt’ openbaar maken van de uitkomsten van de zorg. Figuur 1 bevat een schematische weergave van dit proces.⁵ Iedere stap is weergegeven als plan-do-check-act cyclus die desgewenst meerdere keren kan worden doorlopen alvorens over te gaan tot de volgende stap. Van belang is dat naarmate het proces vordert, de transparantie stijgt. Zo gaan zorgorganisaties in deze benadering eerst zelf een periode met registraties aan de slag en kunnen zij verbeteringen aanbrengen, vóórdat zij de indicatoren delen met andere partijen, zoals zorgverzekeraars. Dit stelt de zorgorganisaties in staat om de eigen prestaties continu te monitoren en desgewenst tijdig bij te sturen en maatregelen te nemen ter verbetering van de zorg.⁶ Pas als de uitkomsten betrouwbaar en betekenisvol zijn, kunnen de uitkomsten van kwaliteitsregistraties openbaar worden gemaakt (Figuur 1).

Figuur 1 - Getrapte transparantie



Geleerde lessen

De benadering van 'getrapte transparantie' lijkt dus te voorzien in het tripartiet en gefaseerd vaststellen van kwaliteitsindicatoren, consensus over het doel, en gezamenlijke duiding en interpretatie van indicatoren. Dit past goed bij verschillende geleerde lessen die uit de interviews naar voren kwamen. Zo lijkt het tripartiet aanbieden van kwaliteitsindicatoren door alle partijen te worden gedragen. Ook is het in een vroeg stadium samen met andere partijen *afspraken maken over voor welke doelen de kwaliteitsindicatoren gebruikt kunnen worden en hun interpretatie*. De pilot darmkanker is een goed voorbeeld van het in een vroeg stadium maken van afspraken (deelnemende partijen zijn: Leven met kanker, DICA, DSCA (Dutch Surgical Colorectal Audit), ZN en Stichting Miletus) en voortzetten van deze lijn zou wenselijk zijn. Van belang bij het model van getrapte transparantie is daarbij ook dat de zorgaanbieders – in tripartiet overleg – eerst zelf de nodige ervaring opdoen met een kwaliteitsindicator en de mogelijkheid krijgen hun scores te verbeteren en maatregelen te nemen om de zorg te verbeteren. Het gevoel van zorgorganisaties 'in control' te zijn, werd daarbij vaker genoemd als aandachtspunt. Zo leert de ervaring van DICA dat als ziekenhuizen hun eigen registratiegegevens kunnen inzien, kunnen controleren en als ziekenhuizen daarna de kans krijgen om deze gegevens te verbeteren, dit bijdraagt aan het 'in control' zijn. Op die manier ontstaat ook draagvlak en vertrouwen bij zorgorganisaties. In dit proces krijgen zorgaanbieders uiteraard zicht op de zeggingskracht van een indicator, eventuele valkuilen bij de interpretatie etc. Dit betekent dat al veel kennis en inzicht is opgebouwd over de interpretatie van een indicator tegen de tijd dat deze al dan niet wordt vrijgegeven voor gebruik door externe partijen.

Zorgverzekeraars constateren wel dat het ontwikkelen van geschikte indicatoren en het betrekken van alle partijen in het traject, niet alleen in het ontwikkeltraject maar ook in het traject van gezamenlijke duiding en interpretatie van indicatoren, wel een erg lang en complex traject is. Zorgverzekeraars vragen zich af *'of we die tijd nog wel hebben'* omdat ze hun rol als 'goede zorginkoper' waar moeten maken (bron: interview Achmea, ZN).

Oplossingsrichtingen

Welke andere oplossingsrichtingen zijn er nu te bedenken voor de huidige knelpunten? Eén gesignaleerd knelpunt is het onvoldoende aansluiten bij bestaande registratiesystemen. Uit de interviews kwam naar voren dat het belangrijk is om bij het meten van kwaliteitsindicatoren beter aan te sluiten bij informatie die zorgorganisaties zelf nodig hebben om de kwaliteit van zorg te verbeteren (verbeterinformatie). Het belang om beter aan te sluiten bij beschikbare informatie geldt ook voor de geïnterviewde zorgverzekeraar en een vertegenwoordiger van alle zorgverzekeraars (bron: interview Achmea, ZN). Zorgverzekeraars bepleiten ook de aansluiting bij de informatiebehoefte van zorgorganisaties, en bepleiten dit vanuit hun behoefte tot inkoopinformatie. Eerder is aangegeven dat het lastig is om een goede indicatorenset te ontwikkelen die aan meerdere doelen tegemoet komt. Registratiesystemen van zorgorganisaties zijn namelijk niet ingericht op het uitvragen van de kwaliteitsindicatoren die andere partijen, zoals zorgverzekeraars, willen gebruiken (bron: interview Achmea). Met andere woorden: het is belangrijk om in te zetten op betere aansluiting bij bestaande registratiesystemen van zorgorganisaties.

De dialoog tussen partijen over hoe indicatoren gebruikt kunnen worden moet zich ook uitstrekken tot de interpretatie ervan. Daarna zouden de afspraken over gebruik en interpretatie vastgelegd kunnen worden in een gezamenlijk document. Een voorbeeld van documenten die veldpartijen zelf hebben opgesteld met ondersteuning van methodologische experts voor de interpretatie van kwaliteitsgegevens zijn de handreikingen *'Handle with Care'* en *'Handle with Care TOO'*.^{7:8;9:10} Deze documenten bevatten een vraag en antwoord structuur waarin vele aspecten van de interpretatie van indicatoren aan de orde komen, zoals instrumenten waarmee die indicatoren zijn gemeten, de wijze van correctie voor case mix, de mate waarin indicatoren variatie laten zien tussen instellingen etc. Meerdere partijen vinden ook dat een leeswijzer, gekoppeld aan een indicator, nuttig zou zijn, zodat de interpretatie voor alle partijen duidelijk is en geen eigen leven gaat leiden (bron: Leven met kanker). *"Een handleiding is nodig om de vraag te kunnen beantwoorden waar een bepaalde indicator voor kan worden gebruikt en waar een indicator niet voor kan worden gebruikt. Wat ook kan helpen, is het organiseren van gebruikersbijeenkomsten, waarin met elkaar wordt besproken waar men tegen aan loopt en hoe men gegevens moet interpreteren en duiden"* (bron: interview ZN, DICA).

Partijen benadrukken dat een handleiding voor de duiding van kwaliteitsindicatoren niet op zichzelf moet staan, maar gepaard moet gaan met een voorafgaande dialoog en een goede overeenstemming. Zorgverzekeraar Achmea geeft bijvoorbeeld aan dat een handleiding alleen onvoldoende helpt bij de interpretatie van de data (bron: interview Achmea). ‘Juist de continue dialoog met het zorgveld is nodig om de data te interpreteren, en te verbeteren, zoals je met de plan-do-check-act cyclus behoort te doen. Hiermee kunnen voortschrijdende inzichten leiden tot aanpassingen waardoor er beter met betere instrumenten wordt gemeten’. Ook de patiëntenorganisatie NPCF voegt daar nog aan toe dat wanneer bij een gezamenlijk opgestelde handleiding (of leeswijzer) de betrokken partijen zich ook committeren: *“Bij twijfel kan terug verwezen worden naar de bron, naar de eigenaar van de data. Dat zou de beste oplossing zijn. Bovendien zijn er zoveel kwaliteitsindicatoren dat het ondoenlijk is om alle indicatoren in een leeswijzer te vatten. Het is de vraag of een handleiding daar behulpzaam bij is”* (bron: interview NPCF). Alleen de IGZ heeft aangegeven geen behoefte te hebben aan een handreiking omdat ze eigen kwaliteitsindicatoren hanteren (bron: interview IGZ). Kort samengevat lijken de meeste partijen dus wel wat te zien in een leeswijzer of handreiking voor de duiding van indicatoren, maar wordt vooral het belang van de voorafgaande dialoog onderstreept.

Discussie

Verschillende partijen vinden dat er op het gebied van transparantie van kwaliteit weliswaar al veel bereikt is, maar dat er ook nog veel te doen valt. Er worden knelpunten gesignaleerd, onder meer als het gaat om de interpretatie en duiding van kwaliteitsinformatie. Deze knelpunten zijn niet nieuw maar kennelijk nog altijd actueel. De geïnterviewden onderschrijven dat zij de interpretatie van kwaliteitsinformatie buitengewoon complex en veelzijdig vinden. Bovendien achten zij het van belang om samen met andere partijen vast te stellen op welke wijze indicatoren kunnen worden geïnterpreteerd en gebruikt. De vraag is hoe dit vorm te geven. Voorbeelden hiervan zijn de (eerder genoemde) handreikingen 'Handle with Care' en 'Handle with Care TOO'.^{7,8} Hoewel partijen dit waardevol vinden lost dit niet zonder meer alle inhoudelijke discussie over de interpretatie van indicatoren op.

Wat relatief nieuw is, is een vruchtbare werkwijze om te voorzien in gezamenlijke duiding en interpretatie van indicatoren: de benadering van 'getrapte transparantie'. Verschillende geïnterviewde partijen kunnen zich vinden in de getrapte transparantie. Het voordeel is dat met deze werkwijze (Figuur 1) de zorgaanbieders eerst zelf de nodige ervaring opdoen met een kwaliteitsindicator en de mogelijkheid krijgen om kwaliteitsverbeteringen door te voeren. In dit proces krijgen vooral zorgaanbieders en ook zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties zicht op de zeggingskracht van een indicator, eventuele valkuilen bij de interpretatie etc. Dit betekent dat al veel kennis en inzicht is opgebouwd over de interpretatie van een indicator tegen de tijd dat deze al dan niet wordt vrijgegeven voor zorginkoop of transparantie of algemeen gebruik door externe partijen. Dit proces heeft echter wel een belangrijk nadeel, namelijk dat het betrekkelijk lang duurt voordat de gegevens gebruikt mogen worden voor zorginkoop en transparant zijn voor patiënten.

Vraagstukken rond de kwaliteit van indicatoren zelf vormen een belangrijk discussiepunt bij de interpretatie van indicatoren. Zo vragen partijen in de zorg zich af hoe 'goed' indicatoren zijn om kwaliteit van zorg te meten of indicatoren onderscheidend zijn tussen organisaties en of verschillen tussen organisaties daadwerkelijk verschillen in kwaliteit weergeven in plaats van verschillen in case mix of meetmethode? Dat deze vraagstukken op de achtergrond een rol spelen maakt de interpretatie van die indicatoren uiteraard niet makkelijker en dat zal vermoedelijk ook wel zo blijven: iedere indicator heeft wel één of meer beperkingen die de interpretatie bemoeilijken. Tripartiet zouden wel afspraken gemaakt moeten worden bijvoorbeeld over hoe de gegevensverzameling plaats vindt en hoe case-mix correctie wordt toegepast. Uiteraard helpt het om de indicatoren te verbeteren zoals in de interviews ook herhaaldelijk naar voren is gebracht. De verwachting is dat de discussie over de interpretatie van indicatoren(sets) nog wel voort zal duren, maar juist van het gebruik van indicatorensets leert men. Daarmee blijft ook van belang dat de partijen die de indicatoren gebruiken deze discussie met elkaar blijven voeren en tripartiet afspreken wanneer indicatoren klaar zijn voor (openbaar) gebruik.

Hoewel er enkele voorbeelden lijken te zijn van vruchtbare afstemming tussen partijen in de zorg over de interpretatie van indicatoren ziet een aantal van die partijen hier ook een rol weggelegd voor het Kwaliteitsinstituut. Wat die rol dan precies zou kunnen zijn kwam in de interviews niet heel duidelijk naar voren. Het ligt in ieder geval niet direct voor de hand dat het instituut zich gaat uitspreken over hoe een indicator moet worden geïnterpreteerd. Dit is een inhoudelijk vraagstuk terwijl de (wettelijke) lijn van het instituut zich richt op de procedurele kant van het ontwikkelen, meten en openbaar maken van indicatoren. Het instituut kan dit proces op verschillende manieren stimuleren en faciliteren, bijvoorbeeld via de Meerjarenagenda, en toetst dit proces ook wanneer partijen indicatoren aanbieden voor het Register van het Kwaliteitsinstituut. Zo beoordeelt het instituut de validiteit van een indicator bijvoorbeeld niet zelf, maar wel of de partijen die de indicator aanbieden de validiteit voldoende hebben onderzocht en beoordeeld. Partijen kunnen methodologische vraagstukken wel voorleggen en om advies vragen van de Methodologische Expert Groep van het Kwaliteitsinstituut. Het Kwaliteitsinstituut beoordeelt ook of de partijen die een indicator aanbieden voor het Register een gezamenlijke visie hebben op de interpretatie en het gebruik van die indicator. Dat gebeurt in het vernieuwde Toetsingskader 2.0, dat op 1 juni 2015 gepubliceerd is.¹¹ Het aansturen op een gezamenlijke visie op de interpretatie en het gebruik maken van 'getrapte transparantie' kan een mooie stap zijn op weg naar meer en beter gebruik van informatie over

kwaliteit van zorg. Het Jaar van de Transparantie 2015 was een mooi moment om hier aandacht aan te besteden, onder meer door bij activiteiten gericht op het ontwikkelen en gebruiken van kwaliteitsinformatie aandacht te vragen voor gezamenlijke / tripartiete duiding en de ervaringen hiermee in kaart te brengen.

Literatuur

1. *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. 2015 Jaar van de transparantie. Kamerbrief Tweede Kamer 10 november 2014, Kenmerk 723296-133115-Z, Den Haag: VWS, 2014.
2. *Berg van den MJ, Boer B de, Gijsen R, Heijink R, Limburg LCM, Zwakhals SLN*. Zorgbalans 2014. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2014.
3. *Gezondheidsraad*. Publieke indicatoren voor kwaliteit voor curatieve zorg. De stand van de discussie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2013.
4. *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Kwaliteit loont. Kamerbrief Tweede Kamer 6 februari 2015, Kenmerk 688830-129385-MC, Den Haag: VWS, 2015.
5. http://nl.wikipedia.org/wiki/Kwaliteitscirkel_van_Deming
6. *Nederlandse Vereniging voor Heelkunde*. Thema: Transparantie. Discussienota bestuur, Nederlands Tijdschrift voor Heelkunde, jaargang 21, nummer 4, juli 2012, pg. 157-158.
7. *ActiZ, BTN, ZN*. Handle with Care. Een handreiking voor het gebruik van de resultaten van het kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, versie 1.0, Utrecht: Actiz, BTN, ZN, 2011.
8. *Actiz*. Handle with Care TOO. Een handreiking voor gebruik van de zorginhoudelijke indicatoren van het kwaliteitskader Verantwoorde Zorg VV&T 2010/2011. Utrecht: Actiz, 2012.
9. *ActiZ, BTN, LOC Zeggenschap in Zorg, ZN*. Handle with Care. Een handreiking voor het gebruik van de resultaten van het kwaliteitsdocument VVT 2012. Cliëntgebonden indicatoren, versie 2.0. Utrecht: Actiz, BTN, LOC Zeggenschap in Zorg, ZN, 2013.
10. *ActiZ (Mulder A, Van Beek S, Heesbeen I, Ubels G, Van der Bent E)*. Kwaliteit; uitgesproken mensenwerk. Kwaliteit in Zorg, nummer 6, pag. 10-13, 2013.
11. *Zorginstituut Nederland*. Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten. Van goede zorg verzekerd. Diemen: Zorginstituut Nederland, versie 1, april 2014.