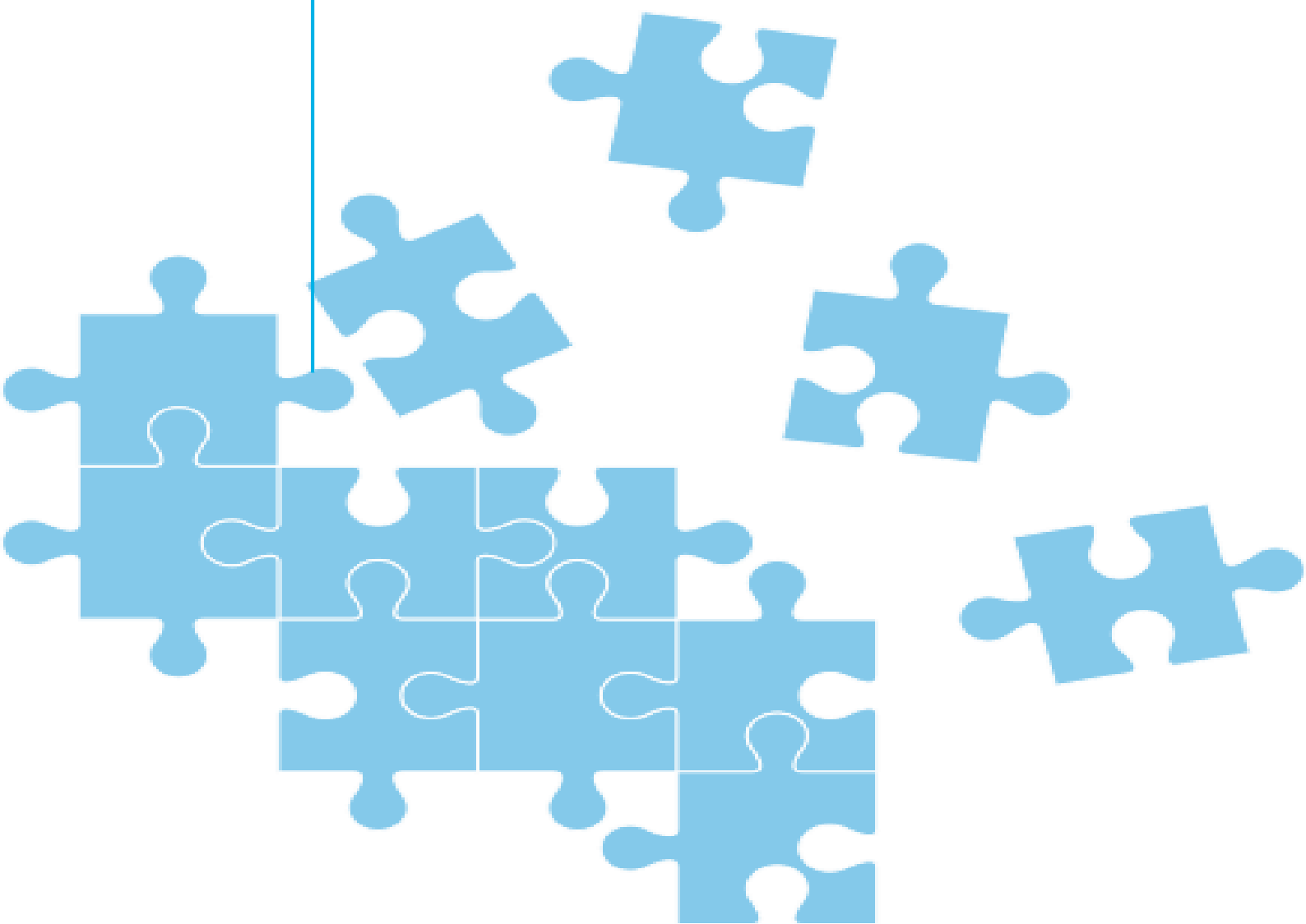


In gesprek over kwaliteit van zorg

Het gebruik van kwaliteitsinformatie in zes zorgsectoren



In gesprek over kwaliteit van zorg

Het gebruik van kwaliteitsinformatie in zes zorgsectoren

Bilthoven, 14 juli 2022 – versie 1.0

Peter Bex

Jeroen Homberg

Kayleigh Hoogenboom

Joey van den Hurk

Eline de Koning

Pauline Smith

Mariët Verburg

Sira Consulting B.V. is inhoudelijk verantwoordelijk voor deze rapportage. De in deze rapportage opgenomen teksten en onderzoeksresultaten mogen uitsluitend worden gebruikt als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldiging en/of openbaarmaking in welke vorm ook, is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van Sira Consulting B.V.. Sira Consulting B.V. aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
1.1	Achtergrond	5
1.2	Onderzoeksvraag	5
1.3	Onderzoeksaanpak	6
1.4	Leeswijzer	6
2	Richtinggevend kader	7
3	Medisch Specialistische Zorg	10
3.1	Beschikbare (typen) informatiebronnen & kwaliteitsinformatie	10
3.2	Stemmen in de sector over het gebruik van kwaliteitsinformatie	11
3.3	Aanleiding voor gesprek	21
4	Geestelijke gezondheidszorg	26
4.1	Beschikbare (typen) informatiebronnen & kwaliteitsinformatie	26
4.2	Stemmen in de sector over het gebruik van kwaliteitsinformatie	26
4.3	Aanleiding voor gesprek	31
5	Paramedische zorg [fysiotherapie]	33
5.1	Beschikbare (typen) informatiebronnen & kwaliteitsinformatie	33
5.2	Stemmen in de sector over het gebruik van kwaliteitsinformatie	33
5.3	Aanleiding voor gesprek	37
6	Huisartsenzorg	38
6.1	Beschikbare (typen) informatiebronnen & kwaliteitsinformatie	38
6.2	Stemmen in de sector over het gebruik van kwaliteitsinformatie	38
6.3	Aanleiding voor gesprek	42
7	Ouderenzorg	43
7.1	Beschikbare (typen) informatiebronnen & kwaliteitsinformatie	43
7.2	Stemmen in de sector over het gebruik van kwaliteitsinformatie	43
7.3	Aanleiding voor gesprek	50
8	Gehandicaptenzorg	52
8.1	Beschikbare (typen) informatiebronnen & kwaliteitsinformatie	52
8.2	Stemmen in de sector over het gebruik van kwaliteitsinformatie	52
8.3	Aanleiding voor gesprek	58
9	Slotbeschouwing	59
9.1	Observaties en overwegingen	59
9.2	In gesprek over kwaliteit van zorg	66

Bijlagen

I	Begrippenlijst	70
II	Bureauonderzoek	71
III	Praktijkonderzoek	74
IV	Onderzoeksmatrix	79
V	Bijlagen bij hoofdstuk 3	81
VI	Bijlagen bij hoofdstuk 4	83
VII	Bijlagen bij hoofdstuk 5	85
VIII	Bijlagen bij hoofdstuk 6	86
IX	Bijlagen bij hoofdstuk 7	87
X	Bijlagen bij hoofdstuk 8	89
XI	Inkoopbeleid	90

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Kwaliteitstaken Zorginstituut Nederland

Het inzichtelijk maken van de kwaliteit van verleende zorg is één van de kwaliteitstaken van Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut). Hiervoor stimuleert het Zorginstituut de ontwikkeling van meetinstrumenten en publiceert het kwaliteitsinformatie in zijn Openbare Database. Hoofddoel van het transparant maken van de verleende zorgkwaliteit is ervoor te zorgen dat patiënten/cliënten zich goed kunnen (laten) informeren om te kunnen kiezen voor de meest passende behandeling en zorgaanbieder. Het Zorginstituut beoogt echter ook andere doelen met deze taak, zoals het faciliteren van interne sturing en (samen) leren en verbeteren bij zorgaanbieders en externe sturing d.m.v. zorginkoop door zorgverzekeraars.

Herziening kwaliteitstaken

Het Zorginstituut is voornemens om samen met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) zijn kwaliteitstaken te herzien, onder andere naar aanleiding van de [Evaluatie Zorginstituut Nederland \(2020\)](#) als onderdeel van de kaderwetevaluatie. Hiervoor wordt onder meer een visie opgesteld die ingaat op het doel van de kwaliteitstaken en de wijze van uitvoering. Daar is actuele kennis en inzicht voor nodig.

Onderzoeksopdracht

Het Zorginstituut heeft opdracht gegeven aan Sira Consulting en Mediquest om een onderzoek uit te voeren naar het gebruik van kwaliteitsinformatie over verleende zorg in Nederland. Het Zorginstituut wil een globaal beeld krijgen van wat er in zes verschillende zorgsectoren - Medisch Specialistische Zorg, GGZ, Huisartsenzorg, Paramedische zorg (Fysiotherapie), Ouderenzorg en Gehandicaptenzorg - gebeurt rond het verzamelen en gebruiken van kwaliteitsinformatie, en ook waar de lacunes zitten, zodat het Zorginstituut bij het herzien van zijn kwaliteitstaak hierop kan aansluiten en inspelen.

1.2 Onderzoeksvraag

Hoofdvraag

'In welke mate verzamelen en gebruiken partijen in de zorg (vertegenwoordigers van) patiënten, zorgverleners/zorgaanbieders en zorgverzekeraars) zelf informatie over kwaliteit van zorg, waar liggen de behoeften/ lacunes, en hoe verschilt dit per zorgsector (Medisch Specialistische Zorg, GGZ, Huisartsenzorg, Paramedische zorg (Fysiotherapie), Ouderenzorg en Gehandicaptenzorg)?'

Hierbij rekening houdend met de volgende **hoofddoelen**:

- Het informeren van de patiënt (keuze-informatie) ten behoeve van een keuze voor een passende behandelaar/zorgaanbieder en/of behandeling (o.a. samen beslissen);
- (Samen) leren en verbeteren bij zorgaanbieders;
- Zorginkoop door zorgverzekeraars.

1.3 Onderzoeksaanpak

Het onderzoek voerden we uit in vier opeenvolgende fasen:

- Inhoudelijke voorbereiding van het onderzoek;
- Bureauonderzoek via een bronnenonderzoek en een literatuuronderzoek. Hierbij structureerden en analyseerden wij de resultaten van deze fase met behulp van een onderzoeksmatrix;
- Praktijkonderzoek het afnemen van 62 interviews met 87 deskundigen van patiënten-/cliëntenorganisaties, branche- en koepelorganisaties, zorgaanbieders, zorgprofessionals en zorgverzekeraars. Daarnaast vulden 229 respondenten een enquête in. De resultaten van de enquête zijn gebruikt als voorbereiding op de interviews;
- Opschrijven van de bevindingen.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 introduceren we de sleutelconcepten die in het rapport terugkomen en leggen we de aannames uit die ten grondslag liggen aan onze onderzoeksaanpak. In hoofdstuk 3 t/m 8 maken we per zorgsector inzichtelijk welke (typen) informatiebronnen en kwaliteitsinformatie beschikbaar zijn en op welke wijze kwaliteitsinformatie wordt gebruikt voor de drie hoofddoelen (keuze-informatie, leren en verbeteren en zorginkoop). Daarnaast bespreken we per zorgsector welke lacune(s), overlap en knelpunten worden ervaren bij het gebruik van kwaliteitsinformatie. Dit zijn onderwerpen om met de sector over te praten; ze zijn een aanleiding voor conversatie. In hoofdstuk 9 gaan we in op overeenkomsten en verschillen tussen sectoren. We sluiten af met een slotbeschouwing. Tot slot zijn bijlagen toegevoegd. Bijlage I bevat een begrippenlijst. Bijlage II bevat een toelichting op het bureauonderzoek. Bijlage III bevat een toelichting op het praktijkonderzoek, incl. een overzicht van stakeholders en gesprekspartners waarmee interviews zijn afgenomen. Bijlage IV bevat een toelichting op de onderzoeksmatrix. Deze matrix is separaat beschikbaar gesteld aan het Zorginstituut.

2 Richtinggevend kader

Dit onderzoek gaat over *het gebruik van informatie over de kwaliteit van zorg*. Beschikbare kwaliteitsinformatie is een vereiste om in gesprek te (kunnen) gaan over de kwaliteit van zorg. Maar kwaliteit is een complex thema. Een conceptueel kader dat er van uitgaat dat 'goede zorg' om mensen gaat die 'goed werk' doen, patiënten 'goede ervaringen' hebben en de zorg 'goede resultaten' heeft, en op basis daarvan inzichten en gegevens verzamelt en deze samenvoegt tot één beeld, is – naar onze mening – te ongenueanceerd en doet geen recht aan de complexiteit inherent aan het thema. Er is bij veel actoren een terechte scepsis over concepten die alles (proberen te) vangen.

Wat het thema zo complex maakt is dat kwaliteit van zorg meerdere dimensies heeft. De National Academy of Medicine (NAM), voorheen het Institute of Medicine (IoM, 2001), definieert zes breed geaccepteerde dimensies: veiligheid, patiëntgerichtheid, effectiviteit, tijdigheid, efficiëntie en gelijkwaardigheid. In Nederland is relatief veel informatie publiekelijk beschikbaar over de kwaliteitsdimensies veiligheid, patiëntgerichtheid, effectiviteit en tijdigheid. Minder over efficiëntie en gelijkwaardigheid. En niet of nauwelijks iets over andere dimensies die (mogelijk) ook belangrijk zijn met het oog op (het verbeteren van) de kwaliteit van zorg, zoals werknemerstevredenheid, duurzaamheid en (organisatie)cultuur. Duidelijk is dat er spanning kan bestaan tussen kwaliteitsdimensies (bv. tussen effectiviteit en duurzaamheid, of tussen efficiëntie en patiëntgerichtheid).

De complexiteit stopt niet bij de dimensies van kwaliteit. Integendeel. Complexiteit is ook inherent aan de actoren die zorg verlenen of zorg ontvangen. Niemand is alléén patiënt/cliënt. In de woorden van [Stichting IKONE](#): "*Patiënten/cliënten zijn mensen die meerdere rollen in het leven vervullen: ouderschap, werknemerschap, patiënten/cliëntenschap, etc.*" De kwaliteit van zorg heeft nooit alléén betrekking op de effectiviteit of uitkomst van een behandeling, maar staat ook in relatie tot ethische kwaliteit. Er zijn *meerdere perspectieven* op bv. de lasten van behandeling en zorg, waardigheid, autonomie, integriteit en privacy. Er is bijna altijd sprake van normatieve complexiteit, geproduceerd door *verschillende opvattingen over wat belangrijk is en wat er toe doet*. Normatieve complexiteit heeft betrekking op de inherente moeilijkheid om te beslissen wat voor soort veranderingen "verbeteringen" zijn of, meer in het algemeen, wat waardevol is in de zorg. Een goede uitkomst is nu eenmaal niet hetzelfde als een goede ervaring.

Betrouwbare informatie kan onze gesprekken over de kwaliteit van zorg verrijken. Maar informatie – zoals [kwaliteitsindicatoren](#) – die kwaliteit hoofdzakelijk als een meetbare eigenschap behandelt, past meer bij de verbetering van de kwaliteit van sommige facetten van zorg dan bij andere. Als we bijvoorbeeld de effectiviteit van een bepaald soort behandeling met een bepaald type medische technologie willen verbeteren, dan is het mogelijk om criteria voor effectiviteit te operationaliseren en een verbetering in deze criteria gelijk te stellen aan een verbetering in effectiviteit. Deze manier van kijken werkt doorgaans voor medische technologie. Deze manier van kijken is minder geschikt in relatie tot ethische kwaliteit of kwaliteit van leven. Met andere woorden, technische operationalisering is meer geschikt voor sommige kwaliteitsgerelateerde problemen dan voor andere. Soms is een geleidelijke, contextversterkende activiteit zoals het gesprek beter.



Het consolideren van kennis tot één beeld kan ertoe leiden dat de perspectieven van patiënten/cliënten en anderen slechts behandeld worden als gegevens die moeten worden verzameld (in plaats van dat patiënten/cliënten en anderen actief deelnemen aan de conversatie over kwaliteit als volwaardige gesprekspartner). Wanneer er meerdere dimensies en perspectieven in het spel zijn, dan is er géén reden om vooraf te stellen dat deze kunnen (of moeten) worden verenigd. Welke waarde heeft het om afzonderlijke en discrete puzzelstukjes in één afbeelding te persen? Het is belangrijk om alle puzzelstukjes te begrijpen in de context waar ze vandaan komen. Het begrijpen van de kwaliteit van zorg houdt dan ook in dat je luistert naar veel elkaar kruisende stemmen. Al deze stemmen zijn relevant, maar géén van deze stemmen alléén bepaalt de kwaliteit van zorg.

Gesprekken bieden een basis voor “wederzijds begrip”, waarbij er aandacht en oprechte interesse is in het begrijpen van wat belangrijk is vanuit het standpunt en de ervaring van anderen. Een gesprek is niet hetzelfde als een consolidatie. Gesprekken steunen op de herkenning van meerdere perspectieven en vereisen niet de eliminatie van perspectief. Het produceren van een beeld van de kwaliteit van zorg dat rijk genoeg is om plausibel te zijn, houdt in dat we naar elke actor luisteren en begrijpen dat we te maken hebben met een netwerk van onderling verbonden gesprekken. Kenmerkend voor gesprekken is dat ze ruimte laten voor een veelheid aan perspectieven en verhalen en complexiteit kunnen bevatten, inclusief losse eindjes. Een gesprek is geen consolidatie, maar een arena voor diversiteit en een kans voor praktische verandering. Verandering betekent hier het veranderen van de gesprekken die plaatsvinden. Wie praat met wie? Wat gebeurt er als we de gespreksvaardigheden van actoren vergroten? Verandering vindt namelijk plaats wanneer we gedachten uitwisselen zitten.

Als er geen gesprek is, verandert er niets.

In dit rapport verstaan we onder 'het gebruiken' van informatie over de kwaliteit van zorg (ofwel kwaliteitsinformatie) daarom 'het voeren van gesprekken' over de kwaliteit van zorg en/of de kwaliteit van leven. Gesprekken staan centraal. We vragen ons af wie welke gesprekken voeren met behulp van welke kwaliteitsinformatie. Zijn dat zorgprofessionals onderling met als doel leren en verbeteren? Zijn dat patiënten/cliënten met als doel het kiezen van een behandeling of behandelaar? Zijn dat patiënten/cliënten en zorgprofessionals met als doel samen beslissen over het behandeldoel: genezing of kwaliteit van leven? Zijn dat zorgprofessionals (als wetenschappers en technici) met als doel het verbeteren van de effectiviteit van een behandeling? Zijn dat zorgprofessionals en verzekeraars met als doel het initiëren of doorlopen van een kwaliteit verbetercyclus?

We zullen zien dat over bepaalde kwaliteitsinformatie veel wordt gesproken. Kwaliteitsinformatie heeft duidelijk een functie in een netwerk van onderling verbonden gesprekken. We zullen ook zien dat over bepaalde kwaliteitsinformatie niet of nauwelijks wordt gesproken. Wanneer kwaliteitsinformatie niet of nauwelijks wordt gebruikt, dan betekent dit niet dat deze informatie geen waarde heeft, maar wel dat deze informatie *op dit moment* onvoldoende bijdraagt aan het realiseren van positieve verandering (bv. meer geïnformeerde keuzes door patiënten of kwaliteitsverbetering door zorgprofessionals). Dit gegeven op zichzelf zou aanleiding moeten zijn voor een gesprek. Is het beter om te stoppen met het registreren en transparant maken van kwaliteitsinformatie die niet of nauwelijks wordt gebruikt? Of is het juist beter om te investeren in maatregelen die het gebruik ervan bevorderen (bv. kwaliteitsinformatie toegankelijker maken voor patiënten/cliënten of tijdig beschikbaar maken voor zorgprofessionals in de spreekkamer)? Het is onvermijdelijk dat betrokkenen hierover met elkaar in gesprek gaan.

Een expliciet doel van dit rapport is om diverse stemmen aan het woord te laten. We luisteren naar stemmen van actoren in verschillende zorgsectoren: medisch specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, paramedische zorg [fysiotherapie], huisartsenzorg, ouderenzorg en gehandicaptenzorg. Deze stemmen spreken vanuit het perspectief van patiënten/cliënten, zorgprofessionals of zorgverzekeraars over uiteenlopende kwaliteitsdimensies (effectiviteit, patiëntgerichtheid, veiligheid, e.d.). De gespreksstof gaat over normatieve en causale (verklarende) complexiteit. Dit rapport bevat daarom een veelheid aan perspectieven, getuigenissen en complexiteit. We lopen daardoor het risico dat (delen van) dit rapport onsamenhangend overkomen. Te meer omdat het consolideren van kennis tot één beeld niet het hoofddoel is.

Het hoofddoel is om te luisteren.

We geloven dat gesprekken over de kwaliteit van zorg nodig zijn. We willen dit rapport aangrijpen als gelegenheid om de communicatie, het vertrouwen en de onderlinge relaties te versterken. De zorgsector is elastisch genoeg om relatief open en met waarden beladen ideeën, zoals patiëntgerichtheid, als een van de meest belangrijkste kwaliteitsdimensie mee te wegen, en tegelijkertijd toegewijd te zijn aan het zien van kwaliteit als een meetbare eigenschap (evidence based healthcare). We hopen dat dit rapport bijdraagt aan het herkennen, waarderen en benutten van verschillende perspectieven op het conceptualiseren en spreken over de kwaliteit van zorg.

3 Medisch Specialistische Zorg

Afbakening van de zorgsector

Medisch specialistische zorg (MSZ) wordt verstrekt vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), geleverd door ziekenhuizen (streek-, topklinisch, universitair medisch centrum) en zelfstandige behandelcentra (zbc's). Voor deze tweedelijnszorg is een verwijzing nodig.

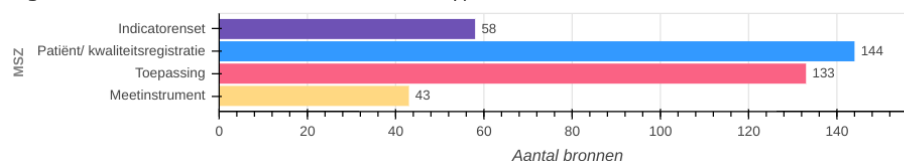
In dit rapport verstaan we onder 'het gebruiken' van kwaliteitsinformatie 'het voeren van gesprekken' over de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven. Gesprekken staan centraal. Wie voert welke gesprekken met behulp van welke kwaliteitsinformatie? Dat betekent dat we ons éérst een beeld moeten vormen van de (typen) informatiebronnen en kwaliteitsinformatie die in een zorgsector beschikbaar zijn (§3.1). Vervolgens bespreken we met een groot aantal deskundigen of, en zo ja waarvoor, zij deze kwaliteitsinformatie gebruiken (§3.2). Zo wordt de rode draad van het onderzoek zichtbaar. We zien dat bepaalde thema's en onderwerpen in de gesprekken steeds terugkeren. Aan het einde van dit hoofdstuk laten we deze thema's, waarover met de sector verder gesproken moet worden, duidelijk naar voren komen (§3.3).

3.1 Beschikbare (typen) informatiebronnen & kwaliteitsinformatie

3.1.1 Aantal informatiebronnen naar type

In het bureauonderzoek (bijlage II) vonden we in totaal 378 bronnen van kwaliteitsinformatie. 43 bronnen betreffen een meetinstrument (cliëntervaringen, PROM, zelfmetingen), 144 bronnen een patiënt/kwaliteitsregistratie, 58 bronnen een indicatorenset (Zorginzicht)¹ en 133 bronnen een toepassing (keuzehulpen/-websites en zorgzoekers).

Figuur 1 Aantal informatiebronnen MSZ naar type



Bij benadering heeft ca. 70% van de geïdentificeerde bronnen een landelijke dekking (zijn landelijk in gebruik).

Bijlage V geeft een verdere uitsplitsing van deze 378 bronnen van kwaliteitsinformatie weer, onder andere naar type kwaliteit, type indicatoren en doelstelling.

¹ [Zorginzicht](#) is een website van het Zorginstituut. Zorginzicht bevat een overzicht van landelijke afspraken over goede zorg, zoals beschreven in kwaliteitsstandaarden, meetinstrumenten en informatiestandaarden. Daarnaast geeft ze informatie over kwaliteit van zorg weer in een openbare database.

3.2 Stemmen in de sector over het gebruik van kwaliteitsinformatie

3.2.1 Over kwaliteitsinformatie voor leren en verbeteren

In de voorgaande paragraaf zagen we dat er in de MSZ een groot aantal kwaliteitsinformatiebronnen zijn. Het betreft tenminste 378 verschillende meetinstrumenten (clientervaringen, PROMs, zelfmetingen), (wetenschappelijke) patiënt/kwaliteitsregistraties, indicatorensets (Zorginzicht) en toepassingen (keuzehulpen/-websites en zorgzoekers).

Uit gesprekken met zorgprofessionals (zie bijlage III voor een toelichting op de interviews die voor dit onderzoek zijn afgenomen) leiden we af dat er meer kwaliteitsdata worden verzameld dan dat zorginstellingen en -professionals capaciteit hebben om te gebruiken voor leren en verbeteren. Hieronder bespreken we eerst wat tijdens interviews door zorgprofessionals is gezegd over het gebruik van kwaliteitsindicatoren en -registraties voor leren en verbeteren. Daarna bespreken we wat zorgprofessionals gezegd hebben over het gebruik van patiëntervaringen en patiënt-gerapporteerde uitkomsten verzameld via vragenlijsten (PREM en PROM).

Over het gebruik van landelijke kwaliteitsindicatoren en (wetenschappelijke) registraties

Bestuurders van zorginstellingen geven aan dat de indicatorensets (voor patiënten en verzekeraars) niet of nauwelijks gebruiken voor interne sturing of leren en verbeteren. Er is veel kwaliteitsinformatie beschikbaar, maar deze is vaak niet onderscheidend. Zorginstellingen stellen daarom zelf prioriteiten, waarbij minder wordt gesproken over de externe kwaliteitsindicatoren² en meer over de interne kwaliteitsindicatoren. Het gaat dan over kwaliteitsindicatoren die meer proces specifiek zijn voor de eigen organisatie. Denk bijvoorbeeld aan wachttijden of het percentage poliklinische bezoeken dat digitaal plaatsvindt. Strategisch en qua visie wordt op het hoogste niveau in ieder geval niet gestuurd op basis van de externe indicatoren.

Op de werkvloer in het zorgproces zien we dat specialisten de kwaliteitsindicatoren die zorginstellingen aanleveren ten behoeve van de Transparantiekalender³ doorgaans minder zinvol achten dan de wetenschappelijke registraties.⁴ De landelijke kwaliteitsindicatoren worden vaak als een verplicht nummer gezien. Er wordt weinig tot niets mee gedaan in het kader van intern leren en verbeteren. Dat komt o.a. doordat deze indicatoren slechts 1x per jaar aangeleverd worden en niet continue gemonitord worden.

Er zijn echter ook uitzonderingen. Sommige specialisten zijn heel actief bezig met aandoeningsspecifieke indicatoren zoals aneurysma, borstkanker, pancreas en slokdarm- en maagcarcinoom. Wat maakt het verschil? Waarom vinden sommige specialisten de aandoeningsspecifieke indicatoren wel zinvol en andere specialisten niet? We onderscheiden een aantal factoren die hierop van invloed zijn. Indicatoren worden als zinvol ervaren als:

² Opvallend is dat zorgprofessionals de kwaliteitsindicatoren op de Transparantiekalender ervaren als extern en opgelegd. Terwijl dit indicatoren zijn die door de partijen in de zorg, waaronder hun eigen beroepsvereniging, zijn voorgesteld.

³ De officieel gebruikte term is Openbare Database (OBD). Echter wordt er meestal over de 'Transparantiekalender' gesproken. We hanteren deze term dan ook in de rest van dit rapport.

⁴ Sommige specialisten vinden het moeilijk om te zeggen of de wetenschappelijke registraties nuttig en zinvol zijn. Zo'n oordeel kan men alleen vellen als data en bevindingen sneller terugkomen. Het duurt nu lang voordat men iets van gegevens ziet. Nu voeren slechts een beperkt aantal technici en medische wetenschappers inhoudelijke gesprekken over de data in de registraties. Specialisten geven vaak aan dat de registraties ziekenhuisbreed in ieder geval weinig gebruikt worden voor leren en verbeteren. In hoeverre informatie wordt gebruikt voor leren en verbeteren is afhankelijk van de organisatie zelf. Als er niet actief gestuurd wordt op het gebruik ervan, dan gebeurt het ook niet.

- Specialisten zelf actief betrokken zijn bij het opstellen en evalueren ervan (en dus met de indicatoren werken);
- Specialisten hier vanuit de eigen vakafdeling tijd en middelen voor gekregen hebben;
- Het evident is dat de kwaliteitsindicatoren waarde hebben voor het zorgproces;
- Tussen de uitkomsten van de kwaliteitsindicator voldoende variatie is te zien;
- De oorzaken van variatie (met enige inspanning) goed te begrijpen zijn;

Kortom, zijn specialisten actief betrokken bij het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren en krijgen zij voldoende tijd en middelen om met kwaliteitsindicatoren bezig te zijn, dan gaat het goed (men vindt de indicatoren zinvol). Zo niet, dan is er kritiek. Het lijkt ook goed te gaan bij aandoeningsspecifieke indicatoren waar voldoende variatie tussen uitkomsten te zien is en waar deze variatie ook nog redelijk te begrijpen is, zoals bij aneurysma, borstkanker, pancreas en slokdarm- en maagcarcinoom. Er klinkt echter kritiek aan de kant van laag-complexe zorg, zoals staaroperaties, waar er weinig variatie te zien is tussen kwaliteitsindicatoren. Dit in tegenstelling tot de hoog-complexe zorg, zoals op de intensive care, waar de achterliggende oorzaken van uitkomsten multifactorieel zijn. Meestal is kostbaar wetenschappelijk onderzoek nodig om te verklaren waardoor resultaten verschillen.

Respondent:

"De transparantie is iets goeds, maar enerzijds is het vaak appels en peren vergelijken, onder andere vanwege de complexiteit van onze patiëntengroep welke slecht in getallen zijn uit te drukken. Daarnaast is kwaliteit überhaupt lastig te vatten in indicatoren."

Opvallend is dat veel van de uitgesproken twijfels bij externe indicatorensets methodologisch van aard zijn.⁵ Het gebruik van indicatoren als instrument vraagt volgens specialisten om te voldoen aan strikte methodologische eisen ten aanzien van validiteit, onderscheidend vermogen, data verzameling, e.d. Specialisten wijzen erop dat er nu verschillende vormen van vertekening bestaan. De meest genoemde vertekeningen zijn:

- Populatievergelijkbaarheid (indicatorwaarden moeten verschillen in de kwaliteit van de geleverde zorg weerspiegelen en niet verschillen in populatiekarakteristieken);
- Registratievergelijkbaarheid (het proces van meten, registreren en aanleveren van de benodigde gegevens dient juist te gebeuren, zonder meetfouten, omdat de gegevens anders niet overeenstemmen met wat werkelijk is gebeurd);

De schaal waarop (landelijke) data worden verzameld en de verschillende belangen waarmee dat gepaard gaat veroorzaken scepsis over de zeggingskracht en betrouwbaarheid van indicatoren. Kijken naar indicatoren voor leren en verbeteren werkt volgens zorgprofessionals alleen binnen een gecontroleerde en beschermde, veilige omgeving. Daar is data(verzameling) uniform en is vergelijking met elkaar zinvol en leerzaam, er is ruimte voor een open gesprek.

Respondent:

"Ik vind kwaliteitsindicatoren belangrijk, met name om met elkaar te bespreken en hierdoor van elkaar te leren en je aan elkaar op te trekken. Ik vind het minder belangrijk om deze met patiënten te delen, aangezien data vaak multi-interpretabel zijn en jaarlijks verschillen in de marge. Een patiënt kan dit niet interpreteren en mist achtergrond informatie. Het gaat mij meer om de discussie en verbetertrajecten dan om de data zelf."

⁵ Daarnaast wordt vaak opgemerkt dat de focus meer op de uitkomsten zou moeten liggen i.p.v. de processen. Het [Programma Uitkomstgerichte Zorg](#) (periode 2018-2022) is hierop gericht.

Over de behoefte aan een andere soort informatie

Zorgprofessionals vinden dat er nog steeds te veel ballast is op de Transparantiekalender en in kwaliteitsregistraties. Daar wil men van af. Voor kwaliteitsinformatie geldt: hoe verder deze van de instelling af staat, hoe minder deze gebruikt wordt. Hoe dichter deze bij de zorgprofessionals en de zorginstelling staat, hoe meer deze gebruikt wordt. Er is ook vaak te weinig handreiking of begeleiding om te gaan verbeteren. En als je 10 jaar lang hetzelfde meet, dan verlies je de motivatie om te verbeteren. Dan raak je gewend aan de cijfers. Er is behoefte aan een andere soort informatie.

Respondent:

"Ik ben van mening dat we in de zorg juist minder moet meten, minder registreren en meer moeten doen. We proberen van een vak wat nog steeds voor een groot deel 'ge-neeskunst' is, 'science' te maken door maar zoveel mogelijk data te verzamelen. Daarmee verliezen we de geest van het zorgverlenersvak uit het oog."

Zorgprofessionals zijn meer geïnteresseerd in verbeterdoelen. Alle partijen vinden het daarom een goede ontwikkeling dat de IGJ inzet op verbetering door het formuleren van verbeterdoelen (zie onderstaand tekstkader).

In een verbeterdoel staat een bepaald (risicovol) thema centraal. De IGJ vraagt ziekenhuizen en particuliere klinieken om te laten zien in welke mate zij dit thema al geborgd hebben of nog lerende zijn. Een zorginstelling moet een reflectie geven aan de hand van verbeteronderdelen. Dit begint met een objectieve beschrijving van de huidige situatie en de risico's. Vervolgens geeft de zorginstelling aan hoe zij haar verbetertraject inricht. Op basis van de eerste bevindingen beschrijft de zorginstelling wat de vervolgacties zijn. In de [Basisset 2022](#) zijn 8 verbeterdoelen opgenomen:

- Voorkoming onnodig lang nuchter zijn van kinderen in de preoperatieve fase;
- Terugdringen van inzet (zware) vrijheidsbeperkende interventies;
- Optimaliseren van cardiologische zorg in Nederland;
- Goede continuïteit van zorg voor kwetsbare patiënten;
- Optimalisering ketenzorg diabetische voetulcus;
- Realiseren van een optimaal antistollingsbeleid in de zorginstelling;
- Realiseren van een optimaal pijnbeleid in de zorginstelling;
- Voorkomen van letsel en functieverlies bij (kwetsbare) ouderen.

Voor IGJ is focus belangrijk. Ziekenhuizen en particuliere klinieken moeten de tijd krijgen om een verbeterdoel optimaal te kunnen realiseren. Dat vindt IGJ belangrijker dan het aantal verbeterdoelen. Verbeterdoelen hebben een looptijd. Deze looptijd is variabel. Als een verbeterdoel is bereikt dan kan een verbeterdoel vervallen. IGJ zal een jaarlijkse terugkoppeling geven en daarbij goede voorbeelden delen zodat zorginstellingen van elkaar kunnen leren.

Zorginstellingen en hun brancheorganisatie staan volledig achter de omslag van de IGJ. Zij hebben de indruk dat de 'glans' van de kwaliteitsindicatoren weg is. Het registreren

en verzamelen ervan heeft een negatieve connotatie gekregen. Tegelijkertijd zijn zorgaanbieders en behandelcentra dit wel bij wet verplicht⁶. De Wet cliëntenrechten zorg geeft aan dat zorgaanbieders verplicht zijn tot 'het op een systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van de zorg op zodanige wijze dat de gegevens voor eenieder vergelijkbaar zijn met gegeven van andere zorgaanbieders van dezelfde categorie'. Zorgaanbieders geven aan dat er met verbeterdoelen echter meer recht wordt gedaan aan de pluriformiteit van zorginstellingen. Daarnaast kan men nog steeds grote risico's adresseren, zonder aan de voorkant UMC's, ziekenhuizen en zelfstandige klinieken⁷ met hele grote (kwaliteits)registraties op te zadelen.⁸

Respondent:

"Door te focussen op verbeterdoelen in plaats van registeren doe je recht aan de pluriformiteit van zorginstellingen zonder een hoge administratieve last te creëren."

Over het belang van waardendialogen

Zorgprofessionals benadrukken dat het belangrijk is om ons niet blind te staren op cijfers. Het gaat erom te weten wat er voor een patiënt belangrijk is en te kijken naar het grotere geheel. We moeten gezamenlijk meer aan het totaal werken. In pilots met waardendialogen komen data naar boven die niet altijd te vangen zijn in kwaliteitsregistraties. Door met elkaar te praten, ontdek je dat er soms andere vragen gesteld moeten worden.

Respondent:

"Informatie uit (kwaliteit)registraties wordt steeds vaker gezien als de start van een gesprek, in plaats van als de waarheid."

Data dienen als een signaal, maar niet meer dan dat. Als er op een bepaald kwaliteits-thema of onderwerp geen verbetering meer te zien is, hoeft hier niet gelijk een nieuwe indicator voor opgesteld te worden. De praktijk loopt toch al vaak achter op de data en hoe die gebruikt worden. Er is veel voor te zeggen om 'data op dieet' te plaatsen.

Respondent:

"Nice to know versus need to know is van belang, en een lage registratielast met hoog kwaliteitsverbeteringspotentieel."

Over het gebruik van PROMs en PREMs

Zorgprofessionals geven aan dat leren en verbeteren voor hen de primaire stimulans is om met behulp van PROMs en PREMs data te genereren. Zij merken daarbij wel op dat

⁶ Wet cliëntenrechten zorg, artikel 7, lid a.

⁷ Voor kleine zelfstandige klinieken is het soms moeilijk om kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken en daarop te sturen.

⁸ Er liggen nog grote uitdagingen als het gaat om de inzet van ICT-infrastructuur om kwaliteitsinformatie (met name metingen) efficiënt te registreren voor verder gebruik. Veelal is de juiste infrastructuur niet aanwezig en dat zorgt voor onnodige registratielast. Tot 14 april 2022 is gewerkt aan zorginformatiebouwen (Zibs) als basis voor registratie aan de bron. De [Handreiking adequate registratie in het Elektronisch Patiënten Dossier](#) (EPD) is een eerste stap naar enkelvoudig registreren voor meervoudig gebruik, maar veel zibs moeten nog uitgewerkt worden.

vragenlijsten alleen niet voldoende zijn. Het is belangrijk dat patiënten continu betrokken worden bij gesprekken over de kwaliteit van geleverde zorg.

Respondent:

"Niet alles wat meetbaar is, is kwaliteit. Niet alles wat kwaliteit is, is meetbaar. Niet alles wat belangrijk is, is ook in data te vangen."

Patiëntervaringsmetingen zijn interessant omdat ze tot concrete verbeterdoelen kunnen leiden. Toch kunnen deze metingen ingewikkeld zijn. Uitkomsten kunnen soms lastig met elkaar te vergelijken zijn: "meten is weten, maar ook zweten". Een patiënt beweegt zich over verschillende afdelingen en een PROM of PREM kan op verschillende momenten gemeten worden. Is het verstandig om dat op al die afdelingen en momenten te doen? Hoe houd je dan de administratieve lasten laag door niet te veel vragenlijsten te verspreiden? Dit geldt niet alleen voor medewerkers maar ook voor patiënten. Een PROM of PREM direct op de afdeling bespreken lijkt meer zinvol. Want een arts heeft met de patiënt te maken gehad en ziet gelijk het effect er van. De arts kan er gelijk op handelen.

Respondent:

"Het maken van een goede en juiste zorgbeslissing verlangt inzicht in de geleefde ervaringen van patiënten."

Over PROMs

Op basis van hun praktijkervaring benadrukken zorgprofessionals dat bij PROM vragenlijsten vooral de inhoud en het aantal vragen van belang is. Een patiënt is bij voorkeur slechts een paar minuten bezig met het invullen van de vragenlijst. Nog belangrijker is dat de zorgverlener ook daadwerkelijk aandacht besteedt aan de ingevulde vragenlijst. Als de patiënt te horen krijgt dat er in een consult wordt teruggekomen op de vragenlijst, maar dit niet gebeurt, zal de patiënt niet opnieuw geneigd zijn om de vragenlijst in te vullen. Een actieve rol van de zorgverlener is dus cruciaal. Patiënten moeten de PROM zien als een vast onderdeel van de zorg. Het invullen van de PROM moet daarnaast heel toegankelijk zijn en de PROM moet in meerdere talen beschikbaar zijn. Dan blijft er alsnog een groep over met beperkte gezondheidsvaardigheden voor wie het moeilijk is de PROM-lijst in te vullen. Met deze groep moet passend worden gecommuniceerd.

Voor bruikbare kwaliteitsinformatie moet de PROM registratie om grote aantallen gaan. Een aantal zorgverleners geven aan dat zij weliswaar hun best hebben gedaan om patiënten de PROM in te laten vullen, maar dat slechts 10% van de patiënten dit ook deed. Volgens een van de gesproken zorgprofessionals zijn PROMs echter pas zinvol als tenminste 80% van de patiënten meedoet. De groep die meedoet is namelijk een andere, specifieke groep mensen dan de patiënten die niet meedoen. Een zwaarwegende oorzaak van de lage responsgraad is dat patiënten mentaal niet belast willen worden met vragen over hun aandoening of negatieve diagnose. Daarnaast speelt dat de vragenlijsten vaak te lang zijn om in te vullen. Een patiënt zou maximaal 10 vragen moeten krijgen (die binnen enkele minuten te beantwoorden zijn). Binnen de gynaecologische oncologie worden om die reden nu verschillende vragenlijsten herzien en aangepast.

Over PREMs

De PREM Ziekenhuizen en de UMC patiëntervaringsmonitor (PEM) worden door veel ziekenhuizen gebruikt. De meeste ziekenhuizen en UMC's meten continu (vlak na behandeling krijgen patiënten een vragenlijst). De UMC's zien al een tijd lang dezelfde dips in een vragenlijst. Dat zijn zaken die verbeterd moeten worden. Hier wordt nog niet altijd voldoende actie op genomen. Soms is dat ook moeilijk, bijvoorbeeld als het gaat over de uitstraling van een oud gebouw of het moeten delen van een kamer. Nieuwbouw is lang niet altijd een optie. De PREM moet ook nog wat beter landen. Zorginstellingen geven aan dat ze actiever moeten sturen op bepaalde onderwerpen, waar ze ook verbeteracties op moeten zetten. Zij merken op dat een aantal afdelingen daar actief mee aan de slag is gegaan. Deze afdelingen monitoren hun resultaten en duiken eens in de zoveel tijd in de open antwoorden. Want uit die kwalitatieve data haal je toch het meest. Als het gaat over patiëntervaringen dan zijn het vooral de losse opmerkingen (kwalitatief) die aanknopingspunten geven om te veranderen en verbeteren. Maar het gaat niet vanzelf. Zorginstellingen geven aan dat er ook afdelingen zijn die nog nauwelijks iets met de PREM uitkomsten doen. Dit verschil bestaat bijvoorbeeld door een gebrek aan capaciteit en middelen, andere prioriteiten (van de kwaliteitsmanager) of ziekteverzuim.

Over patiënten reviews

Zorgprofessionals zijn doorgaans positief over online patiënten reviews. Zij zetten wel vraagtekens bij hun betrouwbaarheid en wat deze reviews feitelijk zeggen over kwaliteit van zorg. Patiënten geven vaker een review wanneer ze ontevreden zijn, of ze zijn juist uitermate positief. Is een positieve reactie (10/10) of een zeer kritische reactie (1/10) dan waarheid, of zit het hem in de persoon die de review schrijft? Patiënten reviews worden dus wel degelijk gelezen, maar hebben niet de status van andere kwaliteitsinformatiebronnen (zoals PREMs). De reviews worden daarom niet echt gebruikt in de kwaliteitsverbeteringscyclus van zorginstellingen. Zorgkaart Nederland concludeerde in eigen onderzoek echter dat de betrouwbaarheid van de reviews best wel redelijk is.

3.2.2 Over kwaliteitsinformatie als keuze-informatie

Sommige patiënten zoeken actief naar kwaliteitsinformatie voor het maken van een keuze voor een zorgverlener of behandeling, het merendeel echter niet. Wat maakt het verschil? Waarom vinden sommige patiënten kwaliteitsinformatie wel zinvol en andere niet? '[Patiëntrollen](#)' zijn een praktisch hulpmiddel om de behoefte beter te voorspellen. Algemeen gangbare 'patiëntrollen' zijn: de klassieke patiënt, de cliënt, de regisseur en de coproducent. De 'klassieke patiënt' legt de regie volledig bij de zorgverlener. Een patiënt in deze rol gebruikt geen kwaliteitsinformatie als keuze-informatie. De 'cliënt' consulteert de zorgverlener en overlegt. Een patiënt in deze rol verwacht dat de zorgverlener hem/haar relevante keuze-informatie verstrekt. De 'regisseur' is een 'meebeslissers'. Hij/zij neemt zelf initiatief en verzamelt actief kwaliteitsinformatie. De 'coproducent' is een 'meedoe-ner'. Het betreft vaak chronisch zieken die door ervaring deskundig zijn geworden. Ze weten hoe hun lichaam reageert en hoe zij hiermee kunnen omgaan. Een patiënt in deze rol heeft vaak een pragmatische insteek en zoekt *inhoudelijke* verbetering van zorg.

Het is belangrijk te beseffen dat de patiëntrollen wisselen gedurende het zorgproces. Afhankelijk van het stadium van de ziekte, de thuissituatie en andere gebeurtenissen, kan de patiënt van rol wisselen. Uit open gesprekken met patiënten(vertegenwoordigers), zorgprofessionals en zorgverzekeraars leiden we af dat 'patiëntrollen' inderdaad een rol (kunnen) spelen bij (het voorspellen van het) gebruik van kwaliteitsinformatie als keuze-informatie. Daarnaast wordt gewezen op andere factoren die een rol spelen. Kwaliteitsinformatie wordt vaker gebruikt als keuze-informatie als:

- Er sprake is van (enige) complexiteit (d.w.z. een niet-routine ingreep);

- De behandeling een grote impact heeft in het leven van de patiënt (motivatie);
- Er voldoende tijd is om informatiebronnen te zoeken en raadplegen (gelegenheid);
- De zorg niet zo hoogtechnologisch, complex en intensief is dat deze is geconcentreerd is (er is dan beperkte keuzeruimte, wachttijden staan dan meer centraal);
- Het niet om spoedzorg gaat (bij urgente zorg is er niet te kiezen).

Kortom, hoe meer je naar de uitersten beweegt (laag-complexe vs hoog-complexe zorg) hoe minder kwaliteitsdata door patiënten gebruikt lijken te worden als keuze-informatie.

Respondent:

"Kwaliteitsinformatie is belangrijk voor patiënten. Hierbij wel de kanttekening dat de waarde bij chronische aandoeningen hoger is dan bij (hyper)acute aandoeningen zoals een CVA. Tenminste voor de patiënt; als elke seconde telt ga je niet naar een zorginstelling een provincie verderop maar is de winst in kwaliteit van leven juist te halen in zo snel mogelijk naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gebracht worden om daar met spoed behandeld te kunnen worden teneinde blijvende invaliditeit te voorkomen. Voor de zorgprofessionals in het veld zijn deze indicatoren van meer belang; we kunnen zien dat we overal in Nederland vergelijkbare zorg leveren en dus kunnen voldoen aan een zorgstandaard, zodat onze patiënten erop kunnen rekenen waar dan ook in Nederland dezelfde behandeling te krijgen."

Zorgprofessionals vinden Zorgkaart Nederland (subjectief) en ziekenhuischeck (objectief) complementair. Op grond van hun praktijkervaring hebben zij echter de indruk dat patiënten niet zozeer kijken naar kwaliteitsinformatie zoals indicatoren of registraties, maar vooral naar andersoortige kwaliteitsinformatie, zoals wachttijden, patiëntervaringen, bereikbaarheid, parkeergelegenheid, wat familie en vrienden vinden, etc.

Onze respondenten (bijlage III) geven aan dat in de praktijk voor patiënten vaak geldt dat ze niet weten waar ze moeten beginnen met zoeken naar keuze-informatie. Ook is het voor patiënten moeilijk om te begrijpen wat de behandeling of aandoening inhoudt. Dan luisteren patiënten toch vaak naar familie, vrienden, kennissen, etc. De groep die het minder goed begrijpt moet goed worden voorgelicht. Zelf informatie opzoeken is voor een grote groep patiënten te veel gevraagd. Daar heeft de verwijzer de verantwoordelijkheid om de relevante informatie op te zoeken voor en te verstrekken aan de patiënt. Een arts moet de juiste contextduiding geven in de spreekkamer. De verwijzend specialist moet goed uitzoeken waar hij die patiënt naar toe zal sturen (daarbij rekening houdend de wensen van de patiënt en naasten).

Respondent:

"Wij hebben de indruk dat patiënten vooral afgaan op wachttijden. Veel patiënten zijn niet geholpen met keuze-informatie. Wat is zinvolle keuze-informatie? Informatie op Zorgkaart Nederland is vaak gekleurd en deze informatie biedt slechts een klein stukje van de informatie om een keuze op te baseren. Patiënten baseren hun keuze meestal op een verwijzing vanuit de huisarts, want 'die zal het wel weten'."

Zorgverzekeraars met wie we hebben gesproken merken op dat we er tot nu toe (nog) niet in zijn geslaagd om het belang van indicatoren goed onder de aandacht te brengen. De verschillen in zorg in Nederland zijn klein. Het is moeilijk voor verzekerden om hier inzicht in te krijgen. Het ontbreekt patiënten/verzekerden aan context. In dat licht is

Samen beslissen zo belangrijk. De arts kan/moet de patiënt in de spreekkamer van informatie binnen de juiste context voorzien. Transparantie is niet een doel op zich. Het gaat om hoe je kwaliteitsinformatie ontsluit voor goede keuzes: Samen beslissen, zorginkoop, etc. Interessant is hoe kwaliteitsinformatie gebruikt wordt in de spreekkamer.

Respondent:

"Vaak is veel duiding noodzakelijk voor goede interpretatie. Deze duiding ontbreekt nogal eens, waardoor indicatoren tot een simpele 'ranking lijst' gereduceerd worden die onvoldoende recht doet aan case-mix etc."

Patiëntvertegenwoordigers wijzen erop dat patiënten nog te vaak vol met vragen naar huis gestuurd worden na een dokters- of ziekenhuisbezoek. Wanneer de patiënt thuis informatie gaat opzoeken over zijn/haar aandoening, dan komt de patiënt in een onge-reguleerde markt terecht van aanbieders en aandoeningen, waar ook nepinformatie te vinden is. Patiënten moeten volgens hen beter ondersteund worden met een veilige 'woonkamer', waar ze betrouwbare informatie over hun aandoening kunnen vinden en met andere patiënten (met eenzelfde aandoening) in gesprek kunnen gaan (lotgenoten). Daarnaast moeten patiënten beter worden ondersteund met informatie t.b.v. beslismom-enten in het zorgproces, bijvoorbeeld met betrekking tot [1] de aandoening; [2] de behandeling, en [3] ervaringen (lotgenotencontact). De verantwoordelijkheid om patiën-ten van de juiste informatie te voorzien moet bij de arts liggen. Dit geldt zeker voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. Een arts heeft echter weinig tijd (in de spreekkamer), maar kan bijvoorbeeld wel verwijzen naar een keuze-website en of (virtuele) patiëntenorganisaties, waar alle informatie te vinden is die een patiënt nodig heeft én waar een patiënt met andere lotgenoten contact kan zoeken. De patiënt komt op deze manier in een 'huiskamer' terecht na zijn/haar ziekenhuisbezoek en krijgt een zachtere landing, passend bij de eigen beleving.

Lotgenotencontact is volgens patiëntvertegenwoordigers ook een vorm van kwaliteitsin-formatie. Het is voor patiënten enorm waardevol. Het geeft gemoedsrust en erkenning bij de patiënt. Datgene wat de arts hem/haar vertelt, komt (als het goed is) overeen met verhalen van andere lotgenoten. Als dat niet overeenkomt, dan is dat mogelijk een "rode vlag". Het is heel waardevol voor de patiënt om 'mee te lezen' met de ervaringen van lotgenoten. Zeker voor de stille meerderheid.

De term 'kwaliteitsinformatie' zegt een patiënt overig niets/weinig. De terminologie moet duidelijk zijn voor patiënten. Communiceer passend met patiënten, zodat ze begrijpen wat er bedoeld wordt, wat er van hen verwacht wordt en daarnaar kunnen handelen.

3.2.3 Over kwaliteitsinformatie voor zorginkoop

De Nederlandse Zorg Autoriteit verplicht zorgverzekeraars om de kwaliteit van de inge-kochte zorg te monitoren. Zorgverzekeraars geven aan dat kwaliteitsinformatie wordt gezien als non-concurrentieel. Op het dossier kwaliteit mogen zorgverzekeraars samen-werken. Zorgverzekeraars hebben doorgaans wel hun eigen focusgebieden, zoals zinnige zorg, uitkomstgerichte zorg, waardegedreven zorg, zorg thuis, gepast gebruik, e.d. Indi-viduele zorgverzekeraars ontwikkelen programma's om dit te stimuleren. Zorgverzeke-raars zijn vooral op zoek naar het (kwaliteit)verbeterpotentieel van zorginstellingen en het verbeteren van de betaalbaarheid en doelmatigheid van zorg.

Zorgverzekeraars onderscheiden vier soorten kwaliteitsinformatie:

1. Klinisch niveau - de uitkomsten van zorg vanuit het perspectief van de arts;

2. Systeemniveau - kosten en doelmatige zorg;
3. Patiëntniveau - de mate van klantgerichtheid en de uitkomst van zorg vanuit het perspectief van de patiënt;
4. Patiëntniveau - de ervaren kwaliteit van zorg.

Respondenten geven aan dat de voor de zorginkoop ooit keiharde normen gesteld werden door de beroepsgroep, waar zorgverzekeraars 'goed' of 'slecht' aan konden verlenen. Het afgelopen jaar is hier een ontwikkeling in doorgemaakt. Eerst werd de zorginkoop gedaan op basis van kwaliteitsindicatoren, maar hier kwam niet veel van terecht. De instrumenten die daarvoor ingeregeld zijn, worden nu niet meer gebruikt. Nu is het terug geschaald tot een vorm van kwaliteitsevaluatie. Er is wel beweging geweest als het gaat om kwaliteit en transparantie. Aanvankelijk was het vooral zaak om kwaliteitsinformatie beschikbaar te krijgen, nu ontstaat er een andere dynamiek. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zoeken samen naar een balans tussen het registreren en verzamelen van kwaliteitsinformatie en het voeren van de dialoog om kwaliteitsverbetering te realiseren.

Respondent:

"We moeten wegblijven van de dashboards. Het gaat meer om de dialoog."

Respondenten zeggen dat enkele jaren geleden sommige zorgverzekeraars selectief hebben ingekocht op basis van eigen minimumnormen (gebaseerd op wetenschappelijke literatuur) die scherper waren dan de door de beroepsgroep vastgestelde normen. Dat heeft geleid tot weerstand in het zorgveld. Kwaliteitsinformatie werkt niet als afrekenmechanisme (selectieve inkoop). In gesprekken over kwaliteit moet de betekenis en het belang van indicatoren samen geduid worden. Dat kan alleen als er sprake is van een open dialoog op basis van wederzijds vertrouwen tussen de medische wetenschappers en specialisten van de zorginstellingen en de "economen" van de zorgverzekeraars.

Respondent:

"De zorgverzekeraar zou meer moeten kijken naar de verbetertrajecten en verbeterpotentieel dan naar de indicatoren alleen. Het is te platte informatie om je op te baseren als je er niet met elkaar over praat."

Het doel van de zorgverzekeraars is kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg voor alle verzekerden te garanderen, gericht op het bevorderen van gezondheid en kwaliteit van leven. Hiervoor werken zorgverzekeraars binnen het '[Programma Kwaliteit](#)' van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) samen aan het ontwikkelen van kwaliteitsinformatie over (bij voorkeur) de uitkomst van het totale zorgproces en de waarde hiervan voor de patiënt.⁹ Tot op heden is de focus vooral gericht op de MSZ. Dat komt doordat wetenschappelijke beroepsverenigingen al lang werken met richtlijnen en zorgstandaarden. Daarnaast is de jaarlijkse schadelast voor MSZ het hoogst. Bovendien zijn er binnen de MSZ de meeste programma's opgestart m.b.t. inzicht in kwaliteit/uitkomsten, Samen beslissen, Uitkomstgerichte Zorg¹⁰, Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZoJP), Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG), etc.

⁹ Binnen MSZ is door dit programma de kwaliteitstransparantie van 18 aandoeningen bewerkstelligd.

¹⁰ Met het [programma Uitkomstgerichte Zorg](#) wordt voor 50% van de Nederlandse ziektelast uitkomst-informatiesets ontwikkeld.

Zorgverzekeraars gebruiken (kwaliteits)informatie vooral om:

- Te waarborgen dat werkprocessen van zorgaanbieders voldoen aan de minimumnormen¹¹ die zijn vastgesteld door de beroepsgroep zelf (bijvoorbeeld certificering, e.d.);
- Informatie over zorg beschikbaar te maken via hun websites voor eigen verzekerden (verzekeraars hebben een zorgbemiddelingsrol);
- Een beeld te vormen van hoe de patiënt de behandeling heeft ervaren (hiervoor worden patiëntervaringsmetingen gebruikt)¹²;
- Kwaliteitsverschillen en doelmatigheid te meten en vast te stellen (de ontvangen data worden verwerkt in een door alle zorgverzekeraars gehanteerd uniform dashboard van Vektis¹³ en deze bespreekt de grootste verzekeraar in een regio met de zorgverlener, indien nodig stelt de zorgverlener een kwaliteitsverbeterplan op);
- Het goede gesprek¹⁴ te voeren (daarbij ligt de focus op het leren en verbeteren van de zorg, gelijkwaardigheid en werken aan vertrouwen) waarbij wordt aangestuurd op transparantie en (indien mogelijk) langjarige overeenkomsten;
- Hoog-complexe zorg te concentreren en spreiden - volumennormen zijn de enige "harde" kwaliteitsdata die daadwerkelijk gebruikt worden voor *selectieve* zorginkoop.

Zorgverzekeraars merken verder nog op dat er aanzienlijke verschillen zijn in het aantal operaties dat zorginstellingen uitvoeren bij dezelfde aandoening (dit heet praktijkvariatie). De praktijkvariatiereporten van Vektis geven zorginstellingen en verzekeraars inzicht in hoe vaak per instelling wordt behandeld in vergelijking met andere zorginstellingen. Soms leidt dit tot normafspraken die door de beroepsgroep worden vastgesteld. Daarnaast heeft DHD ook de [SKI-tool](#) waarin de informatie uit het openbaar register zichtbaar is.

Voor kleine zelfstandige klinieken, voor wie het niet haalbaar is om de geleverde kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken, staat de prijs doorgaans centraal bij de zorginkoop (kwaliteit wordt dan nauwelijks meegenomen). Bij grote klinieken gaat het anders. Er wordt bij inkoopgesprekken aandacht besteedt aan klachten, incidenten en IGJ-meldingen.

In het inkoopbeleid van zorgverzekeraars zijn verder op hoofdlijnen de volgende uitgangspunten/voorwaarden/thema's m.b.t. kwaliteit(informatie) van toepassing:

- Een lange wachttijd botst met het streven naar toegankelijke zorg. Om de wachttijden in de Medisch Specialistische Zorg waar nodig terug te dringen, vragen zorgverzekeraars dat zorgaanbieders plannen opstellen;
- Zorgverzekeraars steunen het ZE&GG programma. Het doel hiervan is het realiseren van gepast gebruik van zorg door het verbinden van alle partijen aan een afgestemde cyclus van agenderen, evalueren en implementeren van kennis over wat goede zorg is. Zo worden beschikbare publieke middelen effectief besteed en blijft optimale medische en verpleegkundige zorg voor iedereen beschikbaar;

¹¹ Minimumnormen hebben betrekking op de organisatie (structuur) en op de zorg (proces) en kunnen kwalitatief en kwantitatief worden beschreven. Niet van alle minimumnormen zijn registraties beschikbaar of uitkomsten transparant. Zorgverzekeraars gaan ervan uit dat elke zorgverlener op de hoogte is van de door de beroepsgroep vastgestelde minimumnormen en dat de zorgverlener in de eigen organisatie vaststelt of zij aan deze norm voldoet.

¹² PREM-vragenlijsten worden echter niet zo vaak ingevuld als noodzakelijk is (zie §3.2.1). De zorgverzekeraars moeten het belang ervan beter onder de aandacht brengen bij patiënten/verzekerden.

¹³ Het dashboard bevat informatie over complicaties, uitkomsten, overlijden, minimumnormen, etc.

¹⁴ Het [rapport Blij van Vertrouwen RVS \(2019\)](#) is volgens zorgverzekeraars een goede ontwikkeling.

- Steeds meer zorgaanbieders en patiënten leren wat goede voorbeelden zijn van zinnige zorg. 'Good Practices'. Dit zijn bewezen en succesvolle praktijkvoorbeelden van zorg die uit het zorgveld komen en bijdragen aan een betere kwaliteit van zorg voor de patiënt. Good Practices laten zien dat het mogelijk is om passende zorg te realiseren en tegelijkertijd de betaalbaarheid te garanderen.
- Zorgaanbieders beschikken over een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem, al dan niet als integraal onderdeel van een kwaliteitskeurmerk;
- Zorgaanbieders werken systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit en borgen dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en gepaard gaat met onafhankelijke toetsing (externe audit);
- Zorgaanbieders nemen deel aan relevante uitvragen van de IGJ en de kwaliteitsindicatoren op de Transparantiekalender. En er zijn geen openstaande aanwijzingen van de IGJ¹⁵;
- Zorgaanbieders werken mee aan opschaling van Samen beslissen en de inzet van voorspellende technieken en digitale keuzehulp.

3.3 Aanleiding voor gesprek

Hier bespreken we lacunes, vraagstukken, knelpunten en oplossingsrichtingen rond het gebruik van kwaliteitsinformatie. We lichten de thema's en onderwerpen uit die in gesprekken met deskundigen herhaaldelijk terugkeren. Dit is de rode draad van het onderzoek. Het is belangrijk om met de sector over deze thema's en onderwerpen te praten.

▪ **Plaats data op dieet**

Er worden op dit moment (veel) meer kwaliteitsdata verzameld dan dat zorginstellingen capaciteit hebben om te gebruiken voor leren en verbeteren. Er is veel voor te zeggen om een beweging in te zetten naar '*data op dieet*'. De praktijk loopt vaak achter op de data en hoe die gebruikt worden. Er wordt een grote hoeveelheid data geregistreerd, maar zorginstellingen kunnen elk jaar slechts een beperkt aantal grote onderwerpen oppakken. Breng daarom focus aan. Of pas de frequentie van informatie uitvraag aan. Vraag niet ieder jaar (dezelfde) informatie uit, maar vraag naar een of twee specifieke kwaliteitsthema's. Laat zorginstellingen daarbij aangeven welke kwaliteit-verbeteracties zij voornemens zijn om uit te voeren. Zo ontstaat ruimte voor een gesprek over de aard van een kwaliteitsprobleem en, met het oog op causale complexiteit, over de aard van de oplossing die daar het beste bij past. Idealiter worden gesprekken breed gevoerd, met participatie van alle betrokkenen.

▪ **PROM en PREM - geleerde lessen**

PROMs en PREMs worden breed gewaardeerd. Toch worden ze niet altijd gebruikt. Bij PROMs komt dat vooral door de responspercentages soms te laag zijn. Bij PROM vragenlijsten is daarom vooral de inhoud en het aantal vragen van belang (bij voorkeur ≤10 vragen). Patiënten willen niet altijd mentaal belast worden met vragen over hun aandoening of negatieve diagnose. Ook zijn de vragenlijsten vaak te lang om in te vullen. De patiënt is bij voorkeur slechts enkele minuten met de vragenlijst bezig. Ook moet de arts daadwerkelijk aandacht besteden aan de ingevulde vragenlijst. Patiënten moeten de PROM (gaan) zien als een vast onderdeel van de zorg. Tenslotte moet het

¹⁵ Met een aanwijzing kan de inspectie een zorgaanbieder of een jeugdhulpaanbieder verplichten maatregelen te nemen om de zorg blijvend te verbeteren. In de aanwijzing staan de specifieke verbeterpunten en de termijn waarin verbetering moet zijn bereikt.

invullen van de PROM heel toegankelijk zijn en de PROM moet in meerdere talen beschikbaar zijn. Dan blijft er alsnog een groep over met beperkte gezondheidsvaardigheden met wie passend moet worden gecommuniceerd.

De PREMs worden breed ingezet. De meeste zorginstellingen meten continue. Binnen zorginstellingen zelf zijn er doorgaans wel verschillen tussen afdelingen. Sommige afdelingen gebruiken PREMs uitkomsten actief. Zij monitoren hun resultaten en analyseren periodiek de open antwoorden. Losse opmerkingen geven namelijk aanknopingspunten om te verbeteren. Andere afdelingen gebruiken PREM uitkomsten echter niet of nauwelijks, doorgaans is dat vanwege een gebrek aan capaciteit en middelen.

▪ **Identificeer (kwaliteits)informatie met meerwaarde voor patiënten**

Als het over keuze-informatie gaat, dan is er voor patiënten in zekere zin sprake van een spectrum. Aan de ene kant van het spectrum staan planbare, weinig complexe, bijna routinematige interventies. Aan de andere kant staan spoedzorg, urgente interventies en planbare maar hoog-complexe zorg.

Neem de intensive care als voorbeeld. Wanneer het de intensive care betreft, dan is er voor patiënten niet veel te kiezen. Het is zelf-evident dat bij spoedzorg, d.w.z. medische hulp in een levensbedreigende situatie (bijvoorbeeld na een ongeluk of een hartinfarct), geen gelegenheid bestaat om te kiezen voor een behandelaar of behandeling. Het is misschien minder evident, maar dit geldt in zekere mate ook voor andere hoog-complexe zorg. Er zijn maar een paar plekken waar je daarvoor als patiënt terecht kunt, dus daar ga je (bijna) automatisch naartoe. IC-patiënten hebben hoog-technologische, complexe en intensieve zorg nodig. De capaciteit van IC-afdelingen is echter beperkt. Normaal gesproken heeft Nederland 1.150 ic-bedden beschikbaar. We zien bij een crisis zoals de COVID-19 pandemie dat deze capaciteit heel snel bereikt is. Wat andere hoog-complexe zorg betreft betekent concentratie en spreiding van zorg dat het aanbod van hoog-complexe zorg wordt geconcentreerd in een aantal hiervoor gespecialiseerde ziekenhuizen. De belangrijkste afweging voor patiënten wordt daardoor al snel "(Wanneer) is er plaats?".

We constateren dat de aard van de verleende zorg van grote invloed is op de keuzeruimte die patiënten hebben, en daarmee dus ook op het gebruik van kwaliteitsinformatie als keuze-informatie. Het gebruik van keuze-informatie hangt ook samen met de klassenindeling van urgentie die de klinische zorg gebruikt. Deze classificering betreft de gezondheidsschade van een patiënt bij uitstel van zorg:

- Klasse 1 en 2: Semi-acute zorg. Zorg is noodzakelijk, zeer hoog risico op gezondheidsschade of verlies van levensjaren bij uitstel van meer dan 1 week.
- Klasse 3: Kritieke planbare zorg. Aanmerkelijk risico op permanente gezondheidsschade dan wel verlies van levensjaren bij uitstel van meer dan 6 weken.
- Klasse 4: Overige planbare zorg. Enig risico op permanente gezondheidsschade.
- Klasse 5: Overige planbare zorg. Geen permanente gezondheidsschade.

Bepaalde patiënten hebben meer keuzemogelijkheid (bv. klasse 4 en 5) met betrekking tot waar en door wie zij behandeld willen worden. Patiënten die in klasse 1/2/3 zitten, hebben maar weinig te kiezen, behalve de keuze naar welk ziekenhuis ze willen. De keuzeruimte wordt beperkt door *de tijd* waarover patiënten beschikken.

Aan de andere kant van het spectrum vinden we de planbare, weinig complexe, bijna routinematige interventies. Tussen kwaliteitsindicatoren bestaat nauwelijks variatie. Alle gesprekken met patiënten en zorgprofessionals die in het kader van dit onderzoek zijn gevoerd wijzen erop dat de belangrijkste keuze-informatie voor patiënten doorgaans niet bestaat uit kwaliteitsinformatie. De algemene indruk lijkt te zijn dat de kwaliteit van de zorg in Nederland van een hoog niveau is. De keuze voor een

zorgverlener wordt daarom grotendeels gebaseerd op de verwijzing, afstand (bv. vanwege leeftijd), bereikbaarheid, sfeer/ locatie, ervaringen van familie en vrienden, etc. Bijna altijd kiezen patiënten voor deze ingrepen/ interventies een zorgaanbieder in de buurt. De bereidheid om ver te reizen voor routine ingrepen is gering. De voorlopige resultaten met initiatieven zoals [serious gaming](#) lijken dit te bevestigen.

Kwaliteitsindicatoren lijken dan ook (het meest) bruikbaar als keuze-informatie als de nog te leveren zorg zich ergens tussen beide uitersten bevindt. Er moet sprake zijn van (enige) complexiteit (niet-routine ingrepen) en een serieuze impact in het leven van de patiënt (motivatie), er moet *voldoende tijd* zijn om informatiebronnen te zoeken en raadplegen (gelegenheid), maar de zorg moet niet zo hoogtechnologisch, complex en intensief zijn dat deze is geconcentreerd (beperkte keuzeruimte, vaak staan dan wachttijden centraal) of spoedzorg betreffen (bij urgente zorg is er niet te kiezen). Zoals geobserveerd laten bepaalde (typen) zorg zich beter uitdrukken en vergelijken met behulp van kwaliteitsindicatoren dan andere. Hoe meer je naar de uitersten beweegt hoe minder de kwaliteitsindicatoren *door patiënten gebruikt worden* als keuze-informatie. Maak daarom keuzes bij het ontwikkelen (en verplicht stellen) van kwaliteitsindicatoren. Niet voor alle (typen) zorg zijn ze even bruikbaar. Identificeer waar het meerwaarde heeft als keuze-informatie voor patiënten.

- **Identificeer indicatoren met meerwaarde voor zorgprofessionals**

Als het over kwaliteitsindicatoren voor leren en verbeteren gaat, dan zien we eigenlijk ook een spectrum. Aan de ene kant van het spectrum horen we zorgprofessionals spreken over laag-complexe zorg met (heel) weinig variatie. Aan de andere kant van het spectrum horen we zorgprofessionals spreken over hoog-complexe zorg waar zij het moeilijk vinden om de oorzaken van variatie goed te begrijpen¹⁶.

Neem de intensive care, waar de Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE) gebruikt. Hierin wordt veel kwaliteitsinformatie verzameld, bijvoorbeeld over mortaliteit. Maar zelfs mortaliteit zegt niet altijd iets over kwaliteit. Hoog-complexe zorg is multifactorieel. Dit maakt vergelijking tussen ic's moeilijk. Er wordt gespiegeld of uitkomsten binnen een bepaalde bandbreedte vallen. Als er sprake is van een uitschieter, dan is het echter moeilijk om vast te stellen of die komt door kwaliteit van geleverde zorg (waarbij moet worden opgemerkt dat ic's veelal dezelfde apparatuur gebruiken, dezelfde richtlijnen hanteren, e.d.), of door andere oorzaken in de patiënt(populatie). Bij hoog-complexe zorg maken veel factoren dat resultaten en kwaliteitsindicatoren moeilijk vergelijkbaar zijn (verwijsgedrag, demografie, etc.).

Aan de andere kant van het spectrum: indicatoren bij laag-complexe zorg, zoals staaroperaties. Tussen deze indicatoren zit nauwelijks variatie (<1%). Volgens zorgprofessionals is vergelijking niet zinvol. Het roept de vraag op of je dit op dezelfde manier moet blijven meten (bij weinig variatie), of dat er naar andere manieren van beoordeling moet worden gekeken. Kwaliteitsindicatoren met weinig variatie bieden nauwelijks aanknopingspunten om te leren en verbeteren.

Kwaliteitsindicatoren zijn bruikbaar als de geleverde zorg zich ergens tussen beide uitersten bevindt. Er moet sprake zijn van (enige) variatie en afwijkingen moeten (met een redelijke inspanning) te begrijpen zijn. M.a.w.: bepaalde (typen) zorg laten

¹⁶ Complexiteit is een lastig, omstreden en noodzakelijk begrip. Complexiteit zegt iets over interacties, verbanden, diversiteit en moeilijkheid. Complexiteit wordt door meerdere factoren bepaald. Het gaat om patiëntgebonden factoren, zoals de combinatie van meerdere medische en psychosociale problemen. En het gaat om zorgproces gebonden factoren, zoals het aantal zorgverleners dat bij de patiënt betrokken is, de interventies en de multidisciplinaire samenwerking die daarvoor noodzakelijk is. Deze factoren beïnvloeden elkaar vaak op onvoorspelbare wijze, zodat niet één benadering de beste is.

zich beter uitdrukken en vergelijken met behulp van indicatoren dan andere. Natuurlijk kan je met veel inspanning indicatoren opstellen en verzamelen voor alle (typen) zorg, maar hoe meer je naar de uitersten beweegt hoe minder de indicatoren gebruikt worden voor leren en verbeteren. Maak daarom keuzes bij het ontwikkelen (en verplicht stellen) van kwaliteitsindicatoren. Niet voor alle (typen) zorg zijn ze bruikbaar. Identificeer waar op het spectrum het meerwaarde heeft.

- **Bij kwaliteitsinformatie is context essentieel**

Zorgprofessionals geven aan dat er context nodig is om als patiënt een juiste beslissing te maken voor een behandelplan/zorgvraag. Daarom is het gesprek met de patiënt over wat bij hem/haar past zo belangrijk. Het gaat om de intermenselijke relatie. Als zorgprofessional moet je luisteren naar hoe de patiënt in het leven staat. Dan kan je, vanuit waarde gedreven zorg, komen tot (medisch inhoudelijke) zorginformatie die patiënten echt helpt. Alleen op deze manier kan je aansluiten bij de persoonlijke situatie van de patiënt en zorginformatie in context (mee)geven.

- **Verstrek informatie over aandoening, behandeling en ervaring**

Patiënten nemen veel informatie mee in hun overwegingen, het is lastig te achterhalen wat uiteindelijk de doorslag geeft. Dankzij de Transparantiemonitor 2020/2021 'Het burgerperspectief op informatie over gezondheid' van NIVEL, beschikken we echter wel over enige data met betrekking tot het zoekgedrag en het gebruik van (kwaliteits)informatie over zorg door patiënten.

In 2020 zocht 59% van de zorggebruikers informatie op over gezondheidsklachten of aandoeningen. De meest genoemde redenen: 1) om te weten wat men zelf aan de klachten of aandoening kan doen, 2) omdat men zich afvroeg of je met deze klachten naar een arts moet gaan en 3) omdat men zich zorgen maakte.

In 2020 zocht 34% van de zorggebruikers informatie op over een behandeling. De belangrijkste redenen 1) weten wat de beste behandeling is, 2) weten of er verschillende behandelingen zijn, en 3) weten wat de kans is dat een behandeling werkt.

In 2020 zocht 16% van de zorggebruikers informatie over een arts, huisartsenpraktijk of ziekenhuis. De belangrijkste redenen 1) om een keuze te maken voor arts, huisartsenpraktijk of ziekenhuis, 2) om te kijken door welke arts of in welk ziekenhuis de beste zorg wordt gegeven, en 3) om te kijken of een arts of ziekenhuis goede zorg geeft. 60% van de groep die informatie zoekt (ofwel minder dan 10% van het totaal) heeft deze informatie ook daadwerkelijk gebruikt.

59% van de patiënten zoeken dus naar informatie over gezondheidsklachten of aandoeningen, <10% gebruikt (kwaliteits)informatie over een arts, huisartsenpraktijk of ziekenhuis om te kijken door welke arts of in welk ziekenhuis de beste zorg wordt gegeven of een keuze te maken.

Met deze constatering kan je twee kanten op. Uit het huidige (zoek)gedrag van patiënten blijkt dat de behoefte op dit moment bestaat aan duidelijke, begrijpelijke en actuele informatie over gezondheidsklachten en aandoeningen. Het is verdedigbaar om de beperkte middelen die beschikbaar zijn te concentreren en in te zetten op het (nog beter) voorzien in deze behoefte. Patiënten moeten hoe dan ook beter worden ondersteund met informatie t.b.v. beslismomenten in het zorgproces m.b.t. [1] de aandoening; [2] de behandeling, en [3] ervaringen (lotgenotencontact).

Het is echter ook mogelijk om te argumenteren dat het nodig is om te investeren in maatregelen die het *toekomstige* (zoek)gedrag van patiënten beïnvloeden. Door patiënten beter voor te lichten over de beschikbaarheid van kwaliteitsinformatie, door

hen beter voor te bereiden op het gebruiken daarvan¹⁷ als keuze-informatie en door informatie begrijpelijker en toegankelijker te maken, gaan patiënten in de toekomst kwaliteitsinformatie wellicht vaker gebruiken voor het maken van een keuze voor een arts of ziekenhuis.

- **Leg de nadruk op de kwaliteit van zorg in een regio**

De richting die gekozen wordt raakt aan een fundamenteel vraagstuk waar de zorg voor staat. Hoe houden we in Nederland een goede (regionale) zorginfrastructuur in stand zodat iedere patiënt/ cliënt (dichtbij) optimale zorg wordt geboden? Nederland vergrijst in snel tempo. We gaan van ruim 3 miljoen ouderen nu, naar een kleine 5 miljoen in 2040. In de ouderenzorg is dit probleem het meest acuut. Maar hoe ouder je bent, hoe meer zorg je nodig hebt. We zien daarom in alle zorgsectoren personeelstekorten, capaciteitsgebrek en oplopende zorgkosten. Het CPB verwacht dat de zorgkosten tussen 2021 en 2025 mede als gevolg van de vergrijzing van zo'n 84 miljard euro stijgen naar 100 miljard. En dat is nog maar het begin. Het is duidelijk dat alleen door meer en betere regionale samenwerking, innovatie en het onderling overnemen van elkaars patiënten/ cliënten aan iedere individuele patiënt/ cliënt optimale zorg geboden kan worden. Met andere woorden, hoeveel is keuze-informatie nog waard in een situatie waarin de vraag domineert: "(Wanneer) is er plaats?".

- **Communiceer passend met beperkt gezondheidsvaardigen**

Als het gaat over keuze-informatie dan moeten we het met elkaar ook meer gaan hebben over (beperkte) gezondheidsvaardigheden. Voor 36% van de Nederlandse bevolking is het moeilijk om gezondheid gerelateerde informatie te vinden, begrijpen of toe te passen; zij hebben beperkte gezondheidsvaardigheden. Dit geldt helemaal voor de 18% laaggeletterden in Nederland. Op dit moment is er te weinig aandacht voor de begrijpelijkheid en toegankelijkheid van informatie. Er is een grote kloof tussen het kennisniveau van artsen en onderzoekers die materiaal opstellen en het taalniveau en het kennisniveau van de gemiddelde Nederlander. En er is een nog veel grotere kloof tussen de MBO1 en praktisch opgeleide Nederlander. Volgens kenniscentrum Pharos wordt materiaal niet of nauwelijks getest op begrijpelijkheid en toegankelijkheid. Dat geldt in brede zin voor de informatie over zorg en gezondheid, maar is door te trekken naar de beschikbare informatie over de kwaliteit van geleverde zorg. Om informatie over zorg en gezondheid beter toegankelijk te maken voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden bestaan [toetsinstrumenten](#) voor de ontwikkeling van informatiemateriaal. Ook zijn er [methodieken](#) ontwikkeld voor organisaties die informatie over zorg en gezondheid begrijpelijk en toegankelijk willen maken. Deze instrumenten en methoden moeten intensiever gebruikt worden.

- **Kwaliteitsinformatie is belangrijk voor het goede gesprek**

Met het oog op concentratie en spreiding van hoog complexe zorg zijn volumenormenten de enige kwaliteitsinformatie die echt gebruikt wordt voor *selectieve* zorginkoop door zorgverzekeraars. Andere kwaliteitsinformatie wordt niet gebruikt voor *selectieve* zorginkoop, maar wel voor andere belangrijke doeleinden, zoals het goede gesprek.

¹⁷ Patiënten weten bijvoorbeeld lang niet altijd dat ze mogen kiezen. We moeten actief aangeven dat patiënten keuzevrijheid hebben en dat ze bijvoorbeeld een second opinion kunnen vragen. Patiënten moeten er in meegenomen worden dat ze in de zorg iets mogen eisen.

4 Geestelijke gezondheidszorg

Afbakening zorgsector

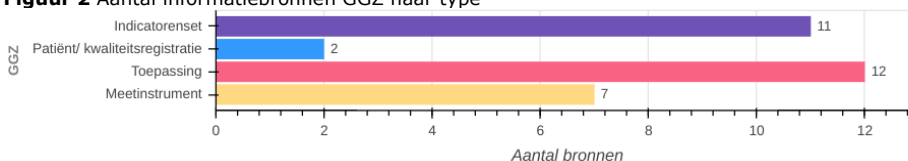
De GGZ betreft geestelijke gezondheidszorg aan volwassenen, verstrekt vanuit de Zvw (basis GGZ en specialistische GGZ) of verstrekt vanuit de Wlz (langdurige GGZ).

4.1 Beschikbare (typen) informatiebronnen & kwaliteitsinformatie

4.1.1 Aantal informatiebronnen naar type

In het bureauonderzoek (bijlage IV) zijn in totaal 32 informatiebronnen achterhaald en onderzocht met betrekking tot kwaliteitsinformatie over de verleende zorg. Zeven informatiebronnen betreffen een meetinstrument (cliëntervaringen en ROM), tweemaal een patiënt/ kwaliteitsregistratie, elf keer een indicatorenset (o.a. ICHOM en kwaliteitsindicatoren op Zorginzicht) en twaalf keer een toepassing (veelal een keuze-website/ zorgzoeker en in enkele gevallen meer beleidsmatig).

Figuur 2 Aantal informatiebronnen GGZ naar type



Bij benadering heeft 92% van deze bronnen een landelijke dekking en 8% een lokale/regionale dekking.

Bijlage VI geeft een verdere uitsplitsing van deze 32 bronnen van kwaliteitsinformatie weer, onder andere naar type kwaliteit, type indicatoren en doelstelling.

4.2 Stemmen in de sector over het gebruik van kwaliteitsinformatie

4.2.1 Over kwaliteitsinformatie voor leren en verbeteren

Deskundigen binnen de GGZ geven aan dat de focus van het gebruik van kwaliteitsinformatie op leren en verbeteren ligt. Leren en verbeteren wordt zowel door de gehele instelling gedaan, als door individuele behandelaren. Niet alle kwaliteitsinformatie wordt daar echter geschikt voor geacht. Er is in de GGZ dan ook een onderscheid te maken tussen de kwaliteitsinformatie die wel voor leren en verbeteren wordt gebruikt, en kwaliteitsinformatie die niet of nauwelijks wordt gebruikt.

Bepaalde kwaliteitsinformatie is weinig onderscheidend. Experts uit de GGZ hebben voor alle aandoeningen indicatoren ontwikkeld, gebaseerd op literatuur, richtlijnen en elders geformuleerde indicatoren. Veel deskundigen in de sector geven aan dat deze indicatoren weinig onderscheidend zijn en daarom niet gebruikt worden voor leren en verbeteren. Ook bestaat er discussie over de definities van indicatoren, wat de betrouwbaarheid van

die data belemmert. Daarnaast verloopt het aanleveren van kwaliteitsinformatie volgens diverse partijen suboptimaal. Er is te weinig aandacht voor de benodigde middelen, ICT-infrastructuur en beschikbare capaciteit voor het goed inrichten van de dataverzameling en datalevering, zodat dit op efficiënte, tijdige en juiste wijze plaatsvindt. Personeelstekort is ook een beperkende factor om tijdig, volledig en goede data aan te leveren.

In plaats daarvan zou de focus op het voeren van gesprekken (zorgprofessionals onderling en met cliënten) moeten liggen. Kwaliteitsinformatie kan gebruikt worden als basis voor het voeren van de dialoog, maar moet niet het uitgangspunt zijn. Dit is echter nog niet bij alle instellingen opgenomen in de cultuur en dagelijkse praktijk. Volgens deskundigen moet er dan ook nog meer tijd gestoken worden in het gebruik van kwaliteitsinformatie voor het voeren van gesprekken over kwaliteit van zorg.

Ook geven deskundigen in de sector aan dat visitaties een goed instrument zijn om in te zetten voor leren en verbeteren. Het doel van een visitatie is het verbeterproces op gang brengen, de kwaliteit van de praktijkuitvoering verhogen en waar nodig aan te scherpen. Visitaties zijn vaak verplicht voor leden van brancheorganisaties. De visitatie bestaat uit normatieve vragen (over feitelijkheden) en formatieve vragen (over de context van de zorg). Discussie met vakgenoten over deze normen en toepassing van zorgstandaarden leidt tot een inhoudelijke dialoog met vakgenoten en heeft een lerend effect.

Onderstaand tekstkader geeft weer welke kwaliteitsinformatie in de GGZ verzameld wordt. Daarbij is enkel het kwaliteitsstatuut een verplichting. Dit dient als kader voor werkafspraken binnen de instelling of het professionele netwerk. De ROM is niet meer verplicht en wordt alleen nog op vrijwillige basis verzameld en ingezet in het zorgproces. Onder andere om tot invulling te komen van het behandelplan en het behandelproces te monitoren, alsook voor leren en verbeteren.

Op hoofdlijnen wordt de volgende kwaliteitsinformatie onderscheiden in de GGZ:

1. Kwaliteitsstatuut GGZ;
2. Client-/ patiëntervaringen;
3. Routine Outcome Monitoring (ROM);
4. Praktijkvariatie/ spiegelinformatie Vektis (op basis van gedeclareerde zorg).

1. Kwaliteitsstatuut GGZ

Het [Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ](#) beschrijft wat zorgaanbieders moeten organiseren en heeft betrekking op de curatieve geestelijke gezondheidszorg in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is zodanig opgesteld dat het ook gebruikt kan worden in andere delen van de (geestelijke) gezondheidszorg zoals de kinder- en jeugd-GGZ, de langdurige zorg (WLZ) en de overige zorg. De huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ) valt buiten de reikwijdte van de verplichting om een kwaliteitsstatuut te hebben.

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ biedt partijen in de GGZ helderheid en richting over het regiebehandelaarschap en onderscheidt de rol van indicierend en coördinerend regiebehandelaar. Het beschrijft de taken, verantwoordelijkheden, benodigde competenties en categorieën van complexiteit binnen de curatieve GGZ. Hiermee kunnen cliënten en zorgverleners samen bepalen welke zorgverlener(s) bepaalde rollen in het zorgproces van de cliënt het beste kunnen uitvoeren.

Het opstellen van een eigen kwaliteitsstatuut op basis van dit Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is voor een GGZ-aanbieder verplicht. Op basis van dit Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ maakt iedere zorgaanbieder in de curatieve GGZ een eigen kwaliteitsstatuut.

Het kwaliteitsstatuut bestaat uit:

1. Een algemeen deel (Complexiteit van problematiek en zorgaanbod);

2. Algemene normen voor de behandelsetting van vrijgevestigde praktijken en GGZ-instellingen (bestaat uit vier secties) en bevat o.a.:
 - Kwaliteitswaarborg: voldoen aan de volgende kwaliteitseisen, voortvloeiend uit beroepsregistratie, specialisme of branche/beroepsvereniging;
 - De wijze waarop de behandeling en begeleiding wordt gemonitord (zoals voortgangsbepreking behandelplan, evaluatie, vragenlijsten, ROM);
 - De wijze waarop de tevredenheid van patiënten/cliënten wordt gemeten;
 - De wijze waarop periodiek en tijdig met de patiënt/cliënt (en eventueel zijn naasten, medebehandelaars en indien nodig ook de indicierend regiebehandelaar) gereflecteerd wordt op de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling en begeleiding;
 - De wachttijd voor intake, behandeling en begeleiding (publicatie op website)
3. Specifieke normen voor de behandelsetting van GGZ-instellingen en bevat o.a.:
 - De wachttijd voor intake, behandeling en begeleiding per diagnose (op de website);
 - De wijze waarop invulling wordt gegeven aan een lerend netwerk van indicierend en coördinerend regiebehandelaren;
 - Een afschrift/kopie van het binnen de instelling geldende kwaliteitscertificaat (HKZ/NIAZ/JCI of ander keurmerk).

2. Client-/ patiënttevredenheid/ -ervaringen

CQI is de afkorting van Consumer Quality Index. Dit is een meetinstrument waarmee zorgaanbieders ervaringen van cliënten in kaart kunnen brengen. De volgende CQI 's zijn beschikbaar voor de GGZ (Zorginzicht).

- [GGZ \(Begeleid zelfstandig wonen\) CQI](#)
- [GGZ \(Beschermd wonen\) CQI](#)
- [GGZ en Verslavingszorg \(Klinisch\) CQI](#)
- [GGZ en Verslavingszorg \(Kortdurend ambulante\) CQI](#)

Een andere mogelijkheid dat cliëntwaarderingen worden gegeven is op [Zorgkaart Nederland](#).

3. ROM

[Routine Outcome Monitoring \(ROM\)](#) is een methode waarbij periodiek metingen worden gedaan (in de vorm van vragenlijsten) ter ondersteuning van de evaluatie van het individuele herstelproces van de patiënt. Door dit aan het begin, tijdens en na de behandeling te monitoren en bespreken, ondersteunt ROM het proces van samen beslissen. Door deze ROM-uitkomsten in GGZ Dataportaal ([AKWA GGZ](#)) te koppelen aan gebundelde behandel-, proces- en patiëntkenmerken wordt bovendien inzichtelijk gemaakt hoe een bepaalde behandeling bij een specifieke groep patiënten werkt.

4. Praktijkvariatie/ spiegelinformatie Vektis

Vektis stelt informatie beschikbaar in Zorgprisma over [feiten en cijfers GGZ](#) met name gericht op wachttijden welke ook beschikbaar worden gesteld aan [KiezenindeGGZ \(MIND\)](#), alsook spiegelinformatie en praktijkvariatie op basis van declaratiegegevens. Onder [praktijkvariatie](#) wordt verstaan dat de verschillen tussen regio's en instellingen onderling inzichtelijk wordt gemaakt. Daarnaast worden de feitelijke uitkomsten afgezet tegen de op basis van landelijke gemiddelden te verwachten uitkomsten. Onderzoek naar praktijkvariatie - en dus naar de verschillen in zorg tussen regio's en tussen instellingen - levert een directe bijdrage aan het zichtbaar, vergelijkbaar en toetsbaar maken van de kwaliteit van de GGZ. Daarbij is het voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders ook van belang om inzicht te krijgen in de kosteneffectiviteit van de geleverde zorg.

4.2.2 Over kwaliteitsinformatie als keuze-informatie

Diverse partijen in de GGZ geven aan dat kwaliteitsinformatie weinig tot niet gebruikt wordt voor het doeleinde keuze-informatie. Het kwaliteitsstatuut beoogt dat de cliënt in staat is een weloverwogen keuze te maken voor een zorgaanbieder. Daarnaast beoogt het kwaliteitsstatuut dat cliënten in de besluitvorming rond het individuele behandelproces participeren en samen beslissen met de arts.

Zorgprofessionals geven echter aan dat het kwaliteitsstatuut in de praktijk nauwelijks wordt gebruikt. De reden hiervoor is dat het kwaliteitsstatuut moeilijk te vergelijken is tussen zorgaanbieders en niet gestructureerd toegankelijk is. Daarnaast zou informatie over de kwaliteit van de geboden behandelingen vaak niet met elkaar te vergelijken zijn.

Bepaalde informatie uit het kwaliteitsstatuut (zoals de CQI en vragen over wachttijden) wordt soms wel gebruikt. De CQI wordt door sommige partijen gebruikt voor de keuze-website *Kiezen in de GGZ*. Via deze weg wil men transparantie geven over kwaliteitsinformatie vanuit het cliëntenperspectief. Bij andere partijen bestaat er weerstand tegen het uitvoeren van de CQI, omdat het te complex, tijdrovend en gedetailleerd zou zijn. Het uitvoeren en aanleveren van data uit de CQI is niet (langer) verplicht, waardoor niet alle partijen dit nog doen. Hierdoor is er geen volledig beeld van de ervaren kwaliteit (door cliënten) van alle GGZ-aanbieders beschikbaar.

De belangenorganisatie MIND wil het liefst een complete dataset als bron van keuze-informatie, waarmee het hele GGZ-landschap aan aanbieders meegenomen wordt. Op die manier kan er informatie aan cliënten geboden worden per vestiging, aandoening, locatie, etc. Hoewel dit beeld nu nog niet compleet is, maakt MIND zich hier hard voor. Daarnaast heeft MIND de behoefte om ervaringskennis structureel meer in te zetten. Ervaringskennis is vooralsnog de meest onderbenutte bron van kennis.

Net als MIND, zijn er meerdere zorgaanbieders van mening dat cliënten de maximale transparantie over de kwaliteit van zorg moeten krijgen. De wijze waarop kwaliteitsinformatie wordt gepresenteerd via [Zorginzicht](#) is volgens deskundigen onvoldoende toegankelijk. Keuze-websites als [Kiezen in de GGZ](#) en de [zorgzoeker van de LVVP](#) voorzien al meer in die transparantie over kwaliteit. Toch vragen deskundigen zich af of de keuzehulpen wel de juiste hulp bieden bij het maken van een keuze voor therapeut of instelling.

Eén aanbieder geeft aan dat cliënten (te) vaak niet in staat worden gesteld om zelf een keuze te maken. Dit heeft volgens deze aanbieder te maken met de doorverwijzing (van de huisarts). Verwijzers verwijzen vaak naar een aanbieder in de buurt en/of naar een aanbieder die de verwijzer kent. De aspecten waar een cliënt dan waarde aan zou kunnen hechten bij een keuze voor zorgaanbieder, blijven hier buiten beschouwing. De zorgaanbieder pleit daarom voor tools om Samen beslissen te promoten, zoals keuzekaarten. Deze kunnen door de huisarts gebruikt worden om met de cliënt in gesprek te gaan over de verschillende mogelijkheden voor een zorgaanbieder. Deze aanbieder geeft aan dat het gebruik en de kennis ervan bij huisartsen echter nog beperkt is. Die slag naar de praktijk moet nog gemaakt worden.

Toch zeggen ook andere zorgaanbieders dat een cliënt zijn of haar keuze eerder baseert op praktische aspecten als de beschikbaarheid/ wachttijd, de locatie/ bereikbaarheid of de verwijzing van de huisarts. Naast deze praktische aspecten gaan cliënten ook vaak af op de ervaringen van vrienden en familie. Daarnaast is de vertrouwensrelatie die de cliënt met de therapeut heeft (de 'klik') een doorslaggevende factor voor het kiezen van een zorgaanbieder.

Bij het kiezen van een therapeut moet er ook onderscheid gemaakt worden tussen de zorgaanbieders en de vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten. Het is afhankelijk van de wens en hulpvraag van de cliënt waar hij/zij het beste terecht kan. Zorgprofessionals in de GGZ stellen dat cliënten vaker kiezen voor een vrijgevestigde psycholoog of psychotherapeut vanwege een specifiek aandachtsgebied, de binding met de praktijk

of de 'klik' met de zorgprofessional. Een aantal zorgaanbieders stelt dan ook dat de match (de 'klik') met de zorgprofessional bij de vrijgevestigde psychologen veel zwaarder weegt dan bij institutionele zorgaanbieders.

4.2.3 Over kwaliteitsinformatie voor zorginkoop

Zoals ook naar voren kwam bij het doeleinde leren en verbeteren en het doeleinde keuze-informatie, is het gebruik van kwaliteitsinformatie bij zorginkoop in de GGZ ook wisselend. Bepaalde kwaliteitsinformatie wordt door zorgverzekeraars wel gebruikt bij de zorginkoop, andere niet. Volgens zorgverzekeraars is de kwaliteit in de GGZ moeilijk vast te stellen. Daar waar dat wel gebeurt, is de praktijkvariatie in de kwaliteit van GGZ-aanbieders groot. Over het algemeen geldt dat er weinig consensus is over effectieve behandelingen. Dit maakt het lastig om kwaliteit in de sector te meten.

Sommige verzekeraars proberen dat toch. Zij maken het verzamelen van kwaliteitsinformatie via de CQI of de ROM bijvoorbeeld een verplichting. Echter is dit vanuit de sector niet verplicht, waardoor de pogingen om de uitkomsten in de gehele sector via de ROM te meten, gestrand zijn. Daarnaast gaat meten en het verantwoorden van cijfers vaak gepaard met (een gevoel van) wantrouwen. Dit werkt een afrekencultuur in de hand.

In plaats daarvan vinden veel zorgverzekeraars en zorgaanbieders dat de focus verlegd moet worden naar het voeren van het goede gesprek. Cijfers alleen zeggen in de GGZ niet zo veel. Binnen de GGZ wordt door zorgverzekeraars daarom ook wel gestuurd op het benutten van informatie in het kwaliteitsstatuut, zodat zorgverleners samen reflecteren op de verleende zorg en kennis en ervaringen uitwisselen. Als zorgverzekeraars hier de dialoog over voeren met zorgprofessionals, faciliteren zorgverzekeraars in het leren en verbeteren. Op die manier kan ook het verbeterpotentieel van zorgaanbieders inzichtelijk worden gemaakt. Soms wordt dit inzichtelijk gemaakt op basis van spiegelinformatie, maar altijd moet dit gepaard gaan met een gesprek.

Een veilig gesprek voeren met zorgverzekeraars is niet makkelijk, maar wel noodzakelijk om tot leren en verbeteren te komen. De dialoogtafels (n.a.v. het [Zorgprestatie Model](#)) vormen een goede basis om tot een goed gesprek te komen. Het uitgangspunt moet de zorgprofessional zijn. Hoe kan de zorgprofessional de kwaliteit van de behandeling verbeteren en bijdragen aan betere kwaliteit? Een goede invulling moet nog worden ontwikkeld langs een getrapt model: eerst leren en verbeteren en zo mogelijk daarna verantwoording en keuze-informatie. Het uitgangspunt moet zijn niet korten, maar bouwen aan vertrouwen.

Zorgverzekeraars/zorgkantoren blijven de komende jaren dan ook met zorgaanbieders in dialoog over de wijze waarop ze invulling geven aan leren en verbeteren in lijn met het kwaliteitskader. Zorgaanbieders zorgen er op hun beurt voor dat de organisatie de eigen wijze van leren en verbeteren borgt in de organisatie voor de toekomst. Zorgverzekeraars/zorgkantoren zullen onder meer bij elke zorgaanbieder één of meerdere thema's langere tijd intensief volgen. Daarbij sluiten ze in de keuze van de thema's aan bij relevante ontwikkelingen die bij de zorgaanbieder gaande zijn. De thema's kunnen dus per zorgaanbieder verschillen. Daarnaast verbinden zorgkantoren de kwaliteitsdialoog met het geheel van beleids gesprekken en locatiebezoeken, om de PDCA-cyclus stevig te verankeren. Continu leren en verbeteren staat centraal, met persoonsgerichte zorg als basis.

4.3 Aanleiding voor gesprek

Hier bespreken we lacunes, vraagstukken, knelpunten en oplossingsrichtingen rond het gebruik van kwaliteitsinformatie. We lichten de thema's en onderwerpen uit die in gesprekken met deskundigen herhaaldelijk terugkeren. Dit is de rode draad van het onderzoek. Het is belangrijk om met de sector over deze thema's en onderwerpen te praten.

- **Gebruik kwaliteitsinformatie als basis voor de dialoog over kwaliteit van zorg**

Niet alle kwaliteitsinformatie is geschikt en wordt gebruikt voor leren en verbeteren. De kwaliteitsindicatoren zijn weinig onderscheidend en worden daarom niet gebruikt. Daarnaast verloopt het aanleveren van kwaliteitsinformatie volgens diverse partijen suboptimaal. Zo is er te weinig aandacht voor de benodigde middelen, ICT-infrastructuur en beschikbare capaciteit voor het goed inrichten van de dataverzameling en datalevering, zodat dit op efficiënte, tijdige en juiste wijze plaatsvindt.

Daarnaast belemmert de discussies over *definities* van indicatoren (o.a. wachttijden) de transparantie en betrouwbaarheid van data. Er zit hier geen voordeel aan voor cliënten als 'eindgebruikers' van kwaliteitsinformatie (die uiteindelijk immers moet leiden tot een verbetering van de kwaliteit van de geboden zorg aan cliënten).

Wat volgens de sector wel bijdraagt aan leren en verbeteren, is het voeren van het gesprek en het uitvoeren van visitaties. Deze twee 'instrumenten' zetten het verbeterproces in gang. Het gebruik van kwaliteitsinformatie wordt nuttig bevonden als dit wordt gebruikt als basis voor de dialoog of het op een andere wijze opstellen en uitvoeren van verbeterplannen.

- **Creëer een compleet en transparant landschap aan keuze-informatie, voor elke cliënt**

In de GGZ sector lopen de meningen uiteen over 'goede' keuze-informatie en op welke kwaliteitsinformatie dat gebaseerd moet zijn. Waar sommige partijen de CQI uit het kwaliteitsstatuut gebruiken voor keuze-informatie en transparantie, gebruiken andere partijen dit niet vanwege de complexiteit en de tijd die het kost om dit uit te voeren.

Volgens belangenorganisatie MIND moeten cliënten wel de maximale transparantie over de kwaliteit van zorg krijgen. Een manier waarop MIND dat wil doen is door meer in te zetten op het verzamelen van *ervaringsverhalen*.

Vanuit de zorgaanbieders zelf blijkt dat cliënten uiteindelijk hun keuze baseren op vrij praktische aspecten, zoals de beschikbaarheid, locatie en wachttijd. Daarnaast is de 'klik' met de therapeut en de ervaring van familie en vrienden ook van belang (dit is vooral zo bij vrijgevestigde psychotherapeuten).

Sommige partijen zijn dan ook van mening dat kwaliteitsinformatie er minder toe doet. In plaats daarvan zouden keuzewebsites zich meer moeten richten op specifieke kenmerken of omschrijvingen van de therapeut (en kenmerken van de therapie).

- **Niet korten op, maar bouwen aan vertrouwen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars**

Ook in gesprekken over de zorginkoop wordt bepaalde kwaliteitsinformatie wel gebruikt en andere niet. Zo is de sector sterk verdeeld over het gebruik van ROM. Sommige zorgprofessionals vinden de ROM een belangrijk instrument om de effectiviteit van de behandeling inzichtelijk te maken. Bepaalde partijen willen ROM daarom een integraal deel van de therapie laten uitmaken, omdat dit een praktische vorm van voortgangsfeedback is. Op het moment dat je veel voortgangsfeedback hebt, dan kan

je aggregeren en behandelen vergelijken in regio's. Zij willen de behandelen aanspreken. Dit meten en verantwoorden van de ROM gaat soms echter gepaard met een gevoel van wantrouwen. Andere partijen benadrukken dan ook de beperkingen en de kosten. Nu is het verzamelen van de ROM vrijwillig en niet landelijk dekkend.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn van mening dat de focus meer moet liggen op het voeren van het gesprek over kwaliteit. Ze benadrukken daarbij dat zorgaanbieders vooral een *veilig* gesprek moeten kunnen voeren met zorgverzekeraars om tot leren en verbeteren te komen. De dialogotafels (n.a.v. het Zorgprestatie Model) vormen een goede basis voor dit gesprek. Hierdoor wordt er in plaats van gekort op, gebouwd aan vertrouwen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Dit maakt de weg vrij voor leren en verbeteren in de sector.

5 Paramedische zorg [fysiotherapie]

Afbakening zorgsector

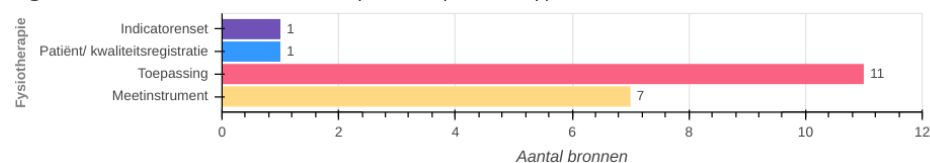
De paramedische zorg bestaat uit de volgende zorgsoorten: Ergotherapie, Extramurale diëtetiek, Fysiotherapie, Logopedie, Oefentherapie en Podotherapie. In afstemming met het Zorginstituut is de paramedische zorg voor dit project afgebakend en beperkt tot fysiotherapie. Met als onderbouwing dat fysiotherapie met ruim 1,45 miljard euro ca. 82% omvat van de totale schadelast van paramedische zorg (1,75 miljard euro).

5.1 Beschikbare (typen) informatiebronnen & kwaliteitsinformatie

5.1.1 Aantal informatiebronnen naar type

In het bureauonderzoek (bijlage II) zijn 19 informatiebronnen achterhaald en onderzocht met betrekking tot kwaliteitsinformatie over de verleende zorg. Zeven informatiebronnen betreft een meetinstrument (PREM en PROMs), eenmaal een patiënt/ kwaliteitsregistratie (LDF & SKF), eenmaal een indicatorenset en elf keer een toepassing (veelal een keuze-website/ zorgzoeker).

Figuur 3 Aantal informatiebronnen fysiotherapie naar type



Bij benadering heeft 92% van deze bronnen een landelijke dekking en 8% een lokale/ regionale dekking.

Bijlage VII geeft een verdere uitsplitsing van deze 19 bronnen van kwaliteitsinformatie weer, onder andere naar type kwaliteit, type indicatoren en doelstelling.

5.2 Stemmen in de sector over het gebruik van kwaliteitsinformatie

5.2.1 Over kwaliteitsinformatie voor leren en verbeteren

Zorgprofessionals binnen de fysiotherapie geven aan dat met name de PREM gebruikt wordt ten behoeve van leren en verbeteren. Uit de enquête blijkt dat een kwart van de respondenten hier enthousiast over is. Zorgprofessionals in deze sector geven tegelijkertijd aan dat er een gebrek is aan tijd en financiële middelen om data te verzamelen en te analyseren en op basis daarvan met de resultaten aan de slag te gaan. Op die manier is het lastig om het gebruik van kwaliteitsinformatie in te bedden in de dagelijkse werkwijze. Dit wordt door een aantal zorgprofessionals als een belemmering gezien.

Toch wordt er binnen het vakgebied fysiotherapie wel ingezet op het verzamelen van kwaliteitsinformatie. Zo wordt er door het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en door Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF) structureel kwaliteitsinformatie over verleende zorg verzameld in:

- De Landelijke Database Fysiotherapie (LDF) – KNGF;
- De Landelijke Database Kwaliteit (LDK) van Stichting Keurmerk Fysiotherapie;
- PREM paramedische zorg;
- Behandelindex - Resultaat Index.

Landelijke Database Fysiotherapie

Het [KNGF](#) verzamelt data in de Landelijke Database Fysiotherapie (LDF). In de LDF verzamelen alle fysiotherapeuten samen data over fysiotherapie. Deze data geven inzicht in behandelingen en behandel episodes en is van hoge kwaliteit. De LDF en het LDF-dashboard helpen praktijken om te kijken naar eigen fysiotherapeutisch handelen. De LDF wordt, via een beveiligde verbinding, gevuld met data uit het EPD-systeem. De data in de LDF wordt gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek, kwaliteitsborging en beleidsontwikkeling.

Landelijke Database Kwaliteit

Fysiopraktijken verzamelen en delen ook data in de Landelijke Database Kwaliteit (LDK) van de SKF, onder andere met als doel te leren en verbeteren. De data worden verzameld:

1. Om feedback informatie te geven aan praktijken en therapeuten, waardoor van elkaar en van uitkomsten geleerd kan worden;
2. Om op landelijk niveau, dus niet herleidbaar tot praktijk of therapeut, de waarde van fysiotherapie te kunnen laten zien aan anderen partijen;
3. Om te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek, zodat het fysiotherapeutisch handelen steeds verder verbeterd en geoptimaliseerd ingezet kan worden.

Continu leren en verbeteren staat centraal bij de SKF. Het keurmerk heeft daarom een visitatie gekoppeld aan het gebruik van data. De kwaliteitscyclus van de SKF bestaat uit diverse facetten die met elkaar de kwaliteit borgen. In al deze facetten spelen vertrouwen in elkaars kwaliteit en kwaliteit van fysiotherapeutisch handelen een grote rol. Ook het organisatorisch en kwalitatief proces van de praktijk wordt aan eenzelfde peer review onderworpen. Dit gebeurt met behulp van een visitatie door collega Keurmerk praktijken. Tijdens deze visitaties wordt er een 'kijkje in de keuken' van de ander genomen. Aan de hand van het dashboard van de praktijk worden een aantal dossiers besproken op klinisch redeneren. Deze visitaties kunnen verbeterpunten opleveren die de praktijk direct kan implementeren in zijn praktijkvoering.

Het SKF en het KNGF werken sinds 1 januari 2022 samen aan kwaliteit. De samenwerking is gericht op drie pijlers:

4. Het Kwaliteitshuis Fysiotherapie, dat bestaat uit het [Individueel Register Fysiotherapie](#) en het [Praktijkregister Fysiotherapie](#);
5. Een ontwikkelplatform. Dit is een plek voor alle inhoudelijke initiatieven voor en door de beroepsgroep. Binnen dit platform worden professionele standaarden ontwikkeld, wettelijke kaders doorvertaald en de criteria en eisen voor beide registers voorbereid. De bestaande

databases LDK en LDF worden samengevoegd, doorontwikkeld en verder ingezet voor onderzoek, vakinhoudelijke ontwikkeling en positionering van de beroepsgroep fysiotherapie;

6. Belangenbehartiging en positionering. Kwaliteit is steeds het begin van die belangenbehartiging.

PREM paramedische zorg

De [Patiëntenfederatie Nederland](#), de [KNGF](#), de [SKF](#), het Paramedisch Platform Nederland ([PPN](#)) en Zorgverzekeraars Nederland ([ZN](#)) ontwikkelden samen de [PREM Paramedie](#). De PREM Paramedie brengt de door de patiënt ervaren kwaliteit van zorg in kaart op de voor de patiënt belangrijkste kenmerken van de paramedische zorg. Praktijken gebruiken de resultaten voor kwaliteitsverbetering en benchmarking in het kader van leren en verbeteren.

Behandelindex - Resultaatindex

Sinds 2018 is de behandelindex in gebruik conform de afspraken in het [Hoofdlijnenakkoord Paramedische zorg 2017-2018](#). Deze geeft inzicht in hoe het gemiddeld aantal behandelingen van een praktijk zich verhoudt tot het gemiddeld aantal behandelingen van alle fysiotherapiepraktijken met een gelijksoortige populatie (praktijkvariatie). De behandelindex wordt op landelijk niveau door Vektis berekend.

Sommige partijen zijn echter tegen het gebruik van de Behandelindex, omdat deze een slechte indicatie geeft van de kwaliteit van handelen. Het instrument zou niet betrouwbaar zijn, uitslagen verschillen zonder dat duidelijk is waarom. Zelfs als de Behandelindex betrouwbaar zou meten, dan ontbreekt nog de directe relatie met de kwaliteit van handelen. Het kan voorkomen dat praktijken sommige patiënten vaker behandelen dan andere. Daar is vaak een goede reden voor, die in de Behandelindex niet naar buiten komt.

Op initiatief van SKF is daarom onderzocht hoe de Behandelindex vervangen kan worden. Dit wordt gedaan door de Resultaat Index. De Resultaat Index is een kwaliteitsmaat die informatie bevat over patiëntervaringen, behandelindex en kwaliteit van leven. Dit is volgens de branche een betere maat om effectiviteit te duiden op praktijkniveau en individueel niveau, en kan een oplossing worden die ook toepasbaar is voor andere sectoren.

5.2.2 Over kwaliteitsinformatie als keuze-informatie

Zorgprofessionals van fysiopraktijken laten blijken dat zij het spannend vinden wanneer kwaliteitsinformatie gebruikt wordt voor transparantiedoelen, zoals keuze-informatie. Bij het naar buiten brengen van deze informatie, hebben zorgprofessionals geen invloed meer op de data. Dit terwijl het lezen van kwaliteitsindicatoren of andere kwaliteitsinformatie vaak context vergt. Daar ontbreekt het, volgens fysiotherapeuten, vaak aan.

Volgens zorgprofessionals in de branche gebruiken patiënten het vaakst informatie over de ervaringen van anderen om een keuze te maken uit praktijken. De uitkomsten van de PREM paramedische zorg wordt met name als keuze-informatie voor patiënten gebruikt. Door diverse zorgprofessionals wordt verder aangegeven dat de keuze voor een praktijk/fysiotherapeut afhankelijk is van de afstand, de verwijzing door andere zorgprofessionals (zoals de huisarts) en aanbevelingen uit eigen omgeving.

5.2.3 Over kwaliteitsinformatie voor zorginkoop/ zorgcontractering

Volgens de branche fysiotherapie ligt de nadruk bij zorginkoop voornamelijk bij verantwoording en minder op het voeren van het goede gesprek over kwaliteitsverbetering. Het gevoel heerst dat er veel wordt opgelegd door zorgverzekeraars, terwijl zorgverleners

hier weinig tijd voor hebben. Er worden veel verschillende en vaak wisselende eisen gesteld, die niet altijd als zinvol worden ervaren. Er wordt dan ook gepleit voor meer vertrouwen.

De wens bij de branche is dat zorgverzekeraars meer aandacht gaan besteden aan het goede gesprek, om zo te komen tot verbetertrajecten. In het verlengde hiervan wordt aangegeven dat de focus bij zorgverzekeraars sterk ligt bij de Behandelindex. Zij stellen eisen aan de uitkomsten daarvan. De berekening van de Behandelindex is niet openbaar en dat leidt tot ongelijkwaardige inkoopgesprekken. Verzekeraars bezoeken praktijken die afwijken, waardoor het voorkomt dat praktijken zich moeten gaan verdedigen. Een bepaalde score kan leiden tot uitsluiting of een minder goed contract. Deze aanpak leidt tot ergernis bij fysiotherapeuten in de praktijk.

De KNGF en SKF zijn dan ook kritisch over deze aanpak en geven aan dat de Behandelindex weinig zegt over de geleverde kwaliteit van zorg. De partijen pleiten voor de Resultaat Index, waarbij rekening gehouden wordt met verschillende factoren die duiding geven aan kwaliteit en effectiviteit van de geleverde zorg. De Resultaat Index bevindt zich in de proeffase en is potentieel breed toepasbaar. Het is belangrijk dat de branche tijd gegund wordt om op basis van intern intrinsieke motivatie te gaan leren van de Resultaat Index en de uitkomsten hiervan proactief in te zetten voor leren en verbeteren.

Daarnaast verschilt het inkoopbeleid per zorgverzekeraar en dus ook de wijze waarop kwaliteitsinformatie wordt ingezet. De eisen die gesteld worden, kunnen per type contract/ overeenkomst verschillen. Veelal wordt het meten van de PREM Paramedie vereist, in enkele gevallen wordt ook vereist dat praktijken de PREM resultaten verwerkt in verbetermaatregelen. Verder dienen praktijken maandelijks data aan te leveren aan Landelijke Database Fysiotherapie van de KNGF of de Landelijke Database Kwaliteit van de SKF, om in aanmerking te komen voor een overeenkomst.

5.3 Aanleiding voor gesprek

Hier bespreken we lacunes, vraagstukken, knelpunten en oplossingsrichtingen rond het gebruik van kwaliteitsinformatie. We lichten de thema's en onderwerpen uit die in gesprekken met deskundigen herhaaldelijk terugkeren. Dit is de rode draad van het onderzoek. Het is belangrijk om met de sector over deze thema's en onderwerpen te praten.

- **Gebruik kwaliteitsinformatie op getrapte wijze voor transparantie in leren en verbeteren**

Voor externe transparantie wordt gesteld dat data valide en eenduidig moet zijn, onderscheidend is en echt iets zegt over de geleverde kwaliteit van zorg. Vanuit richtlijnontwikkeling wordt gewerkt aan kwaliteitsindicatoren voor interne kwaliteitsverbetering. Een belangrijke stap is om te leren welke kwaliteitsinformatie op welke wijze gebruikt dient te worden om tot verbetering te komen. Met andere woorden: hoe implementeer je kwaliteitsindicatoren om kwaliteit te verbeteren? Het beleid van KNGF/ SKF is daarom gericht op getrapte transparantie. Kwaliteitsinformatie wordt primair ingezet voor interne kwaliteitsinformatie (leren en verbeteren) en vervolgens in stapjes ingezet voor transparantie (eveneens een leerproces en langzaam opbouwen van vertrouwen).

- **Context is key**

In het verlengde van leren en verbeteren is het wenselijk om intervisiemodellen te ontwikkelen, waarbij het gebruik van kwaliteitsinformatie (data) meer centraal komt te staan. Het correct interpreteren van data en het daaraan koppelen van de juiste acties wordt als lastig ervaren door fysiotherapeuten (causale complexiteit).

Ook kan een kwaliteitsindicator tot wantrouwen leiden indien de context onvoldoende wordt meegenomen. Data (kwaliteitsinformatie) wordt door fysiopraktijken als spannend ervaren zodra het gebruikt wordt voor transparantiedoelen, zoals keuze-informatie en zorginkoop. De controle over wat er met de data gebeurt en hoe het gebruikt wordt ligt dan buiten de invloedssfeer van de praktijk.

- **De Resultaat Index als mogelijke nieuwe kwaliteitsmaat**

De Resultaat Index is een ogenschijnlijk interessante en relevante ontwikkeling die ook toepasbaar is voor een of meerdere andere zorgsectoren. Relevant hierbij is in hoeverre dergelijke ontwikkelingen bijdragen aan landelijke thema's en van toegevoegde waarde is voor andere zorgsectoren (voorkomen dat het wiel iedere keer opnieuw wordt uitgevonden).

6 Huisartsenzorg

Afbakening zorgsector

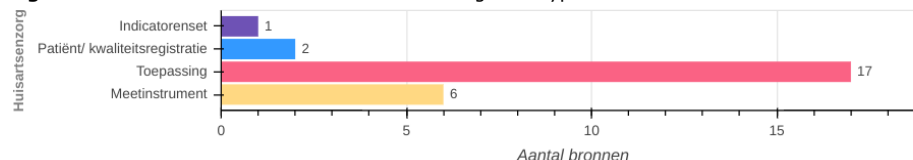
Een huisarts is een generalistische arts die als eerste aanspreekpunt en toegangspoort fungeert voor patiënten en alle vormen van zorg. De huisarts verstrekt de basiszorg vanuit de Zvw en verwijst patiënten indien nodig naar andere vormen van zorg.

6.1 Beschikbare (typen) informatiebronnen & kwaliteitsinformatie

6.1.1 Aantal informatiebronnen naar type

In het bureauonderzoek (bijlage II) zijn 26 informatiebronnen achterhaald en onderzocht met betrekking tot kwaliteitsinformatie over de verleende zorg. Zes informatiebronnen betreffen een meetinstrument (cliëntervaringen, PROM, zelfmetingen), tweemaal een patiënt/ kwaliteitsregister, eenmaal een indicatorenset (Zorginzicht) en zeventien keer een toepassing (veelal een keuze-website/ zorgzoeker en in enkele gevallen meer beleidsmatig zoals een spiegelrapport).

Figuur 4 Aantal informatiebronnen huisartsenzorg naar type



Bij benadering heeft 90% van deze bronnen een landelijke dekking en 10% een lokale/ regionale dekking.

Bijlage VIII geeft een verdere uitsplitsing van deze 29 bronnen van kwaliteitsinformatie weer, onder andere naar type kwaliteit, type indicatoren en doelstelling.

6.2 Stemmen in de sector over het gebruik van kwaliteitsinformatie

6.2.1 Over kwaliteitsinformatie voor leren en verbeteren

Hoewel leren en verbeteren volgens diverse deskundigen in de sector de kern van het kwaliteitsbeleid van huisartsen is, wisselt de mate waarin kwaliteitsinformatie gebruikt wordt sterk per praktijk. Dit heeft onder andere te maken met de aard van de huisartsenzorg. Huisartsen zijn in de regel veel tijd kwijt aan hun consulten. Dit maakt het voor veel huisartsen moeilijk om daarnaast nog tijd vrij te maken voor het verzamelen en gebruiken van kwaliteitsinformatie, om zo de zorg in de eigen praktijk te verbeteren. Ook lijkt het er – na gesprekken met verschillende huisartsen – op, dat (een deel van de) huisartsen opziet tegen verandering. Volgens sommige deskundigen zou er sprake zijn van een “conservatieve bedrijfsvoering”. Dit maakt dat (sommige) huisartsen niet goed weten hoe ze kwaliteitsinformatie in hun voordeel kunnen gebruiken. Kwaliteitsinformatie

voor benchmarking, zoals spiegelinformatie en regiobeelden, wordt binnen de huisartsenzorg wel verzameld, maar weinig gebruikt.

Voor regiobeelden wordt er gebruik gemaakt van CBS data. Het koppelen van deze informatie tussen de verschillende zorgsectoren (bijv. de huisartsenzorg en de paramedische zorg) en tussen de 1^e en 2^e lijn wordt naar mening van huisartsen onvoldoende gefaciliteerd. Daarnaast zijn de randvoorwaarden om informatie inzichtelijk te maken en te gebruiken, zoals software (HIS-pakketten) en financieringsstromen, versnipperd. Hierdoor kan kwaliteitsinformatie niet ontsloten worden, is deze niet vergelijkbaar en wordt ze niet/weinig benut door huisartsen. Het niet koppelen en juist ontsluiten van informatie is volgens deskundigen dan ook een gemiste kans om de kwaliteit van de huisartsenzorg (in samenwerking met andere sectoren) te verbeteren.

Ook zijn niet alle huisartsen onderdeel van een zorggroep. Samenwerking tussen zorggroepen en andere professionals in de eerste (en tweede) lijn is de voedingsbodem om andere thema's binnen het kwaliteitsbeleid verder te brengen. Daar komt bij dat de betekenis en vernieuwingskracht van spiegelinformatie afneemt. Hiermee neemt ook de toegevoegde waarde en daarmee de inzet voor verbetering af. Spiegelinformatie is echter wel van waarde als huisartsen hier vervolgens iets mee doen. Daarvoor moet je eerst met elkaar in gesprek.

Steeds meer huisartsen zullen in lijn met het kwaliteitsbeleid (zie tekstkader) hun zelflerende vermogen moeten aanspreken. In plaats van de medisch-inhoudelijke kwaliteitsindicatoren – die nu nauwelijks gebruikt worden – zullen ze juist moeten leren van andere beschikbare bronnen van kwantitatieve en kwalitatieve spiegelinformatie, zoals gesprekken met en ervaringen van patiënten en collega's, zorggebruik, zorgverlenerstevredenheid, verhalen en casuïstiek.

In Een, LHV en NHG hebben een gezamenlijke visie op kwaliteitsbeleid in de huisartsenzorg. In dat beleid staat samen leren en verbeteren centraal. Het kwaliteitsbeleid neemt de behandelrelatie met de patiënt en de behoefte van zorgprofessionals als vertrekpunt, daarbij wordt aansluiting gezocht bij thema's als:

- Persoonsgerichte zorg;
- Positieve gezondheid;
- Samen beslissen;
- Juiste zorg op de juiste plek;
- Value Based Health Care (VBHC);
- EHealth.

Om de kwaliteitscyclus in beweging te brengen en te houden is input vanuit meerdere invalshoeken nodig. Dat helpt om zicht te krijgen op de werkelijkheid. Denk aan:

- Inhoud en organisatie (Proces- en uitkomstindicatoren);
- Evidence en practice based geneeskunde;
- Quadrupel-aim (medisch-inhoudelijke indicatoren);
- Patiëntervaringen (PREM);
- Zorgverlenerstevredenheid (MTO);
- Cijfers over zorggebruik en kosten (Vektis);
- Veilig Incident Melden (VIM) en Transmuraal Incident Melden (TIM).

De huisartsenzorg maakt gebruik van zogenaamde spiegelinformatie om (kwaliteits)informatie voor eigen doeleinden inzichtelijk te maken. Spiegelinformatie omvat allerlei vormen van informa-

tie waarmee de huisarts of andere zorgmedewerkers zijn zorgverlening kan spiegelen. De spiegelinformatie wordt inzichtelijk gemaakt aan de hand van 5 thema's (lokaal, regionaal, landelijk), zie ook het Bronnenoverzicht Spiegelinformatie van het NHG en InEen:

1. Medisch-inhoudelijk: spiegelinformatie op basis van gegevens over het medisch handelen;
2. Praktijkorganisatie: spiegelinformatie op basis van gegevens over de organisatie van zorg;
3. Patiëntenervaring: spiegelinformatie op basis van feedback van patiënten;
4. Medicatiegebruik: spiegelinformatie over voorschrijfbeleid medicatie;
5. Populatiegegevens: spiegelinformatie over populatiegegevens uit wijk, regio of landelijk.

De spiegelinformatie bevat zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens.

Voor patiënten, zorgverzekeraars en toezichthouders is voldoende transparantie een voorwaarde om gerechtvaardigd vertrouwen te krijgen in de kwaliteit van de organisatie. Daarbij gaat het niet zozeer om vooraf gedefinieerde uitkomsten van zorg, maar veeleer om inzicht in hoe de organisatie en haar professionals voortdurend en samen werken aan kwaliteit. Denk daarbij aan:

- Accreditering/certificering (nadruk op leren en verbeteren);
- Trends in de lokale/regionale en landelijke benchmarkgegevens;
- Dashboard met essentiële indicatoren uit landelijke kwaliteitskaders;
- Uniforme en toegankelijke patiëntinformatie over kwaliteit en veiligheid;
- Publieksvriendelijke versie van (kwaliteits)jaarverslag volgens format NHG i.o.;
- Inzicht in wat is geleerd van klachten/incidenten/calamiteiten;
- Best practices en briljante mislukkingen.

Bepaalde kwaliteitsinformatie wordt wel gebruikt binnen de huisartsenzorg. Dit gaat met name om het inzichtelijk maken van patiëntervaringen.

De volgende instrumenten worden gebruikt om kwaliteitsinformatie te verzamelen:

- De [PREM Chronische Zorg](#) is een compacte generieke vragenlijst om ervaringen in beeld te brengen van patiënten die deelnemen aan een zorgprogramma chronische zorg. De PREM Chronische Zorg is primair bedoeld voor kwaliteitsverbetering bij ketenzorgorganisaties: zorggroepen en gezondheidscentra die zorg voor chronische aandoeningen organiseren;
- De [Benchmark Ketenzorg](#) biedt huisartsenzorggroepen een spiegel voor het verbeteren van zorgprogramma's voor mensen met diabetes, (een verhoogd risico op) hart vaatziekten, astma of COPD (procesindicatoren).
- De [Benchmark huisartsenposten](#) geeft inzicht in de ontwikkelingen in de spoedeisende huisartsenzorg in avond, nacht en weekend. Bijvoorbeeld in hoe de bereikbaarheid van de huisartsenposten zich ontwikkelt, hoeveel triagisten en (regie)artsen werkzaam zijn en hoeveel mensen bellen, op de huisartsenpost worden gezien of thuis worden bezocht door de huisarts.
- Patiëntervaringen op Zorgkaart Nederland.

Huisartsenposten hebben over het algemeen iets meer organisatorische capaciteit beschikbaar dan de individuele huisartspraktijken zelf. Tijdens de gesprekken merkten we dat de medewerkers op de huisartsenpost al wat verder zijn met het (regionaal) verzamelen en gebruiken van kwaliteitsinformatie voor leren en verbeteren.

6.2.2 Over kwaliteitsinformatie als keuze-informatie

Huisartsen geven aan dat er binnen de huisartsenzorg weinig sprake is van kwaliteitsinformatie die voor keuze-informatie wordt gebruikt. Ze zeggen dat patiënten ervan uitgaan

dat de kwaliteit van zorg bij elke huisarts op orde is. Factoren die wel meespelen bij de keuze voor een huisarts zijn de locatie en bereikbaarheid, en soms ook de mond op mond reclame. Verder zijn aspecten als communicatie en vertrouwen in de huisarts doorslaggevend bij het maken van een keuze. Als er geen vertrouwensrelatie met de huisarts is, stappen patiënten al snel over naar een andere huisarts in de buurt. Andere keuze-informatie is niet of nauwelijks relevant voor patiënten.

Ook bij de huisartsenposten is keuze-informatie niet relevant. Bij patiënten die contact opnemen met de huisartsenpost, gaat het vaak om een vorm van spoedzorg. Binnen dit type zorg is geen sprake van keuze-informatie, omdat de patiënt niet de tijd heeft om keuzes te maken. De patiënt volgt gewoonlijk gelijk het advies van de triagist of arts op.

Een deskundige die wij geïnterviewd hebben geeft ook aan dat het bij keuze-informatie binnen de huisartsenzorg niet alleen moet gaan over de keuze voor een huisarts, maar ook over de keuze van aanbieder waarnaar een huisarts verwijst. Het project [Gepast Verwijzen](#) is een voorbeeld waarbij de verwijzer (huisarts) en de zorgvrager (patiënt) worden ondersteund bij de keuze van een aanbieder voor medisch specialistische zorg.

6.2.3 Over kwaliteitsinformatie voor zorginkoop

De wijze waarop zorgverzekeraars aandacht besteden aan kwaliteit en kwaliteitsinformatie is divers. Over het algemeen geldt dat zorgverzekeraars geen eisen stellen wat betreft (gebruik van) kwaliteitsinformatie in de minimumvoorwaarden van basis huisartsenzorg. Wel kunnen zorgverzekeraars aanvullende afspraken maken over kwaliteit. Een aantal voorbeelden uit gesprekken die we voerden met huisartsen, over hoe zorgverzekeraars hiermee omgaan, zijn als volgt:

- Een zorgverzekeraar geeft aan dat de kwaliteit van de huisartsenzorg in Nederland van een hoog niveau is en hanteert geen aanvullend kwaliteitsbeleid. Het hebben van een praktijkaccreditatie en het gebruiken van spiegelinformatie wordt wel gestimuleerd. Echter worden er geen eisen genoemd over (gebruik) kwaliteitsinformatie bij de minimumvoorwaarden van huisartsenzorg;
- Twee zorgverzekeraars zoeken aansluiting op de visie van LHV, NHG en InEen aangaande het kwaliteitsbeleid. De focus ligt daarbij op:
 - De invoering van een kwaliteitverbetercyclus in de huisartsenpraktijk op basis van spiegelinformatie;
 - Het terugdringen van praktijkvariatie;
 - Het bevorderen van regionale samenwerking gericht op inclusie, substitutie, de juiste zorg op de juiste plek, rationeel voorschrijven, diagnostiek aanvragen, behandelen en verwijzen, inzet (digitaal) zelfmanagement, inzet e-health, ondersteuning bij arbeidsmarktproblematiek voor waarborgen van continuïteit van zorg.
- Een zorgverzekeraar legt de focus vooral op het meetbaar maken van 'kwaliteit van zorg' door middel van medische uitkomsten en ervaringen van patiënten. Hierbij sluiten zij aan bij bestaande registraties van indicatoren. Door uitkomsten transparant te maken willen zij hun verzekerden helpen in hun keuze. Er wordt gestimuleerd dat uitkomsten worden meegenomen in de spreekkamer voor Samen beslissen.
- Bij enkele zorgverzekeraars kunnen aanvullende afspraken gemaakt worden:
 - a. Diagnostiek en kwaliteit;
 - b. Doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen;
 - c. Service & bereikbaarheid;
 - d. Zorg voor kwetsbare oudere;
 - e. Stoppen met roken;
 - f. Regioprestatie etc.

6.3 Aanleiding voor gesprek

Hier bespreken we lacunes, vraagstukken, knelpunten en oplossingsrichtingen rond het gebruik van kwaliteitsinformatie. We lichten de thema's en onderwerpen uit die in gesprekken met deskundigen herhaaldelijk terugkeren. Dit is de rode draad van het onderzoek. Het is belangrijk om met de sector over deze thema's en onderwerpen te praten.

- **Het potentieel van kwaliteitsinformatie wordt niet (voldoende) benut**

Er is veel informatie beschikbaar in de huisartsenzorg. Het potentieel wordt echter onvoldoende gebruikt. Het gebruik van kwaliteitsinformatie voor leren en verbeteren binnen de huisartsenzorg wisselt sterk per praktijk. Kwaliteitsinformatie voor benchmarking, zoals spiegelinformatie en regiobeelden, wordt binnen de huisartsenzorg wel verzameld, maar weinig gebruikt. Ook worden medisch-inhoudelijke kwaliteitsindicatoren nauwelijks gebruikt. Daarnaast werkt versnippering van de randvoorwaarden om informatie inzichtelijk te maken en te gebruiken, zoals Software (HIS-pakketten) en financieringsstromen, in de hand dat kwaliteitsinformatie niet ontsloten kan worden, niet vergelijkbaar is en hierdoor niet/weinig wordt benut door huisartsen. Een onderzoekscentrum wordt als schakel gemist om data/informatie te vertalen naar praktisch nut en toepasbaarheid. Er is nu geen onderzoeksprogramma om data te ontsluiten en in te zetten. Volgens huisartsen is dit een gemiste kans om de kwaliteit van de huisartsenzorg (in samenwerking met andere sectoren) te verbeteren.

- **Het benutten van kwaliteitsinformatie vergt gedragsverandering en ondersteuning**

Het niet benutten van kwaliteitsinformatie heeft onder andere te maken met de vrij conservatieve bedrijfsvoering in huisartsenpraktijken. Huisartsen weten niet altijd hoe kwaliteitsinformatie ingezet kan worden voor leren en verbeteren in de eigen praktijk. Hierdoor wordt het potentieel van kwaliteitsinformatie onvoldoende benut, terwijl er wel veel informatie beschikbaar is. Door huisartsen te prikkelen door het stellen van de juiste vragen, kan kwaliteitsinformatie meer benut worden voor leren en verbeteren. Dit gaat echter niet vanzelf. Om dit voor elkaar te krijgen is een gedragsverandering in de gehele sector nodig. Daarnaast moeten huisartsen ondersteund worden in het daadwerkelijk benutten van kwaliteitsinformatie voor het leren en verbeteren in de eigen praktijk en bedrijfsvoering.

- **'De kwaliteit van zorg is bij elke huisarts op orde'**

Patiënten gaan ervan uit dat de zorg bij elke huisarts op orde is. Hierdoor is er weinig keuze-informatie beschikbaar binnen de huisartsensector. Het enige aspect waar een patiënt zijn of haar keuze op baseert is de locatie en bereikbaarheid. Ook voor zorgverzekeraars geldt dat ze ervan uitgaan dat de kwaliteit van zorg bij de huisarts op orde is. Zorgverzekeraars stellen daarom vaak geen eisen wat betreft het gebruik van kwaliteitsinformatie. Sommige zorgverzekeraars stellen echter wel aanvullende eisen voor kwaliteit. Meer sturing op kwaliteit zou kunnen leiden tot meer samenwerking tussen zorggroepen/professionals en het verbeteren van het kwaliteitsbeleid, waardoor thema's als digitalisering en persoonsgerichte zorg ook verder worden gebracht. De aanname dat 'de kwaliteit van de zorg bij elke huisarts op orde is', zorgt als het ware voor een rem op de ontwikkeling van kwaliteit. De sector kan in dit geval meer gebaat zijn bij sturing op kwaliteit.

7 Ouderenzorg

Afbakening zorgsector

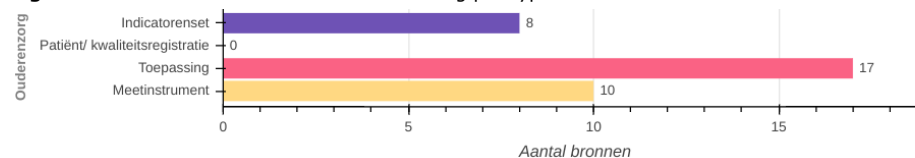
Ouderenzorg omvat zorg aan personen die door ouderdom niet meer in staat zijn om 100 procent voor zichzelf te zorgen en de kwaliteit van leveren zo veel mogelijk willen behouden. Deze zorg wordt verstrekt vanuit de Wlz in de vorm van zorg thuis (wijkverpleging) of zorg op locatie (verpleeg- of verzorgingshuis).

7.1 Beschikbare (typen) informatiebronnen & kwaliteitsinformatie

7.1.1 Aantal informatiebronnen naar type

In het bureauonderzoek (bijlage II) zijn 35 informatiebronnen achterhaald en onderzocht met betrekking tot kwaliteitsinformatie over de verleende zorg. Tien informatiebronnen betreffen een meetinstrument (clientervaringen, PROM, zelfmetingen), geen enkele bron betreft een patiënt/ kwaliteitsregister, acht keer een indicatorenset (Zorginzicht) en zeventien keer een toepassing (veelal keuzehulpen en keuze-website/ zorgzoeker).

Figuur 5 Aantal informatiebronnen ouderenzorg per type



Bij benadering heeft 92% van deze bronnen een landelijke dekking en 8% een lokale/ regionale dekking.

Bijlage IX geeft een verdere uitsplitsing van deze 35 bronnen van kwaliteitsinformatie weer, onder andere naar type kwaliteit, type indicatoren en doelstelling.

7.2 Stemmen in de sector over het gebruik van kwaliteitsinformatie

Volgens veel deskundigen in de ouderenzorg (maar ook volgens deskundigen in andere zorgsectoren) is het een illusie dat kwaliteitsinformatie alle drie de doelen tegelijkertijd kan dienen. Het dienen van de drie doelen – leren en verbeteren, keuze-informatie en zorginkoop – door middel van één set aan kwaliteitsindicatoren, staat continu onder spanning. Misschien wel met name in de ouderenzorg, waar al langere tijd discussie gevoerd wordt over de geschiktheid van kwaliteitsindicatoren voor het duiden van kwaliteit. In een sector waar de kwaliteit van leven voorop staat, vinden deskundigen contextversterkende activiteiten, zoals het gesprek, meer van waarde.

7.2.1 Over kwaliteitsinformatie voor leren en verbeteren

Zorgverleners binnen de ouderenzorg geven aan dat leren en verbeteren essentieel is voor de kwaliteit van zorg. Daarbij geldt dat het ontwikkelen van kwaliteit inherent is aan

het zorgproces. Kwaliteit en doelmatigheid van zorg moeten met openheid besproken worden binnen het team. Bereidheid om elkaar vragen te stellen over kwaliteit is daarbij van belang. De beschikbaarheid van kwaliteitsinformatie (bijvoorbeeld over de doelmatigheid van de verleende zorg of de waardering van de zorg door cliënten) kan een hulpmiddel zijn bij het voeren van het gesprek over kwaliteit.

Kwaliteitsinformatie wordt echter niet in alle gevallen gebruikt of van waarde geacht. Deskundigen geven aan dat de verplichte indicatorensets weinig worden gebruikt, omdat ze niet geschikt zijn voor leren en verbeteren. Dit heeft verschillende redenen:

- Aanbieders van ouderenzorg werken vaak met eigen thema's binnen de organisatie. Op basis van die thema's is doorgaans een eigen kwaliteitscyclus opgezet, waarbij aanbieders de resultaten van kwaliteitsontwikkeling terugkoppelen in een kwaliteitsverslag (zie onderstaande tekstkaders). De meeste zorgaanbieders vinden het eigen kwaliteitsplan en -verslag waardevoller om kwaliteit te beschrijven en te duiden, dan de aanlevering van de indicatorensets.
- Daarnaast weten zorgaanbieders vaak niet wat er met de gegevens gebeurt na het aanleveren. Dit versterkt het gevoel dat de aanlevering een externe verplichting is met weinig meerwaarde voor de eigen organisatie. Ook vragen ze zich af of de gegevens wel correct gebruikt en geïnterpreteerd worden.
- Het kost zorgaanbieders behoorlijk wat tijd en moeite om alle verplichte gegevens te verzamelen en op de gewenste manier aan te leveren. Zorgaanbieders moeten vaak min of meer dezelfde informatie aanleveren, maar steeds op een andere manier of op een ander moment. Het is niet altijd duidelijk wat men precies wil weten.

Andere kwaliteitsinformatie, zoals cliëntervaringen, klanttevredenheidsonderzoeken, klachtenrapportages, ervaringen van cliënten op Zorgkaart Nederland en de PREM wijkverpleging (zie tekstkader), worden daarentegen wel gebruikt. Deze kwaliteitsinformatie wordt door aanbieders bijvoorbeeld gebruikt als basis voor de kwaliteitsverslagen of als signaal om het gesprek over te voeren. In de ouderenzorg gaat het naast lichamelijke gezondheid ook (of juist) om het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven. Kwaliteit van zorg en van leven moet bespreekbaar worden gemaakt. De focus ligt – naast zorgverlening – op begeleiding van en samenwerking met de cliënt, waarbij de cliënt de regie houdt. Juist om aan die kwaliteit van leven tegemoet te komen. Om die reden wordt door steeds meer deskundigen ingezet op het andere gesprek: Wat is voor cliënten van belang? Waar halen zij zingeving uit? Hoe willen ze meedoen?

Respondent:

" Wij zetten in op het voeren van het andere gesprek. We hebben het dan niet alleen over lichamelijke gezondheid, maar ook over het dagelijks functioneren, zingeving, meedoen, mentaal welbevinden en kwaliteit van leven. Voor de medewerkers betekent dit dat we een ander type gesprek voeren dat uitgaat van veerkracht. De focus ligt, naast zorg, op begeleiding, op samenwerken met de cliënt in zijn of haar omgeving, waarbij de cliënt de regie houdt. We werken dus niet met informatie verzameld met kwaliteitsindicatoren op de Transparantiekalender. Wel gebruiken we cliënt-ervaringen, klanttevredenheidsonderzoeken, klachtenrapportages, ervaringen van cliënten op Zorgkaart Nederland, PREMs wijkverpleging, etc. We nemen alle signalen mee en bespreken die met cliënten, in de zorgteams en binnen de organisatie. Kwaliteit van zorg en van leven moet je bespreekbaar maken. Daarvoor moet je inzetten op de gespreksvaardigheden van medewerkers (opleiding en training)."

De meeste zorgverleners die we gesproken hebben vinden het eigen kwaliteitsplan en -verslag waardevoller (om kwaliteit te beschrijven en te duiden) dan bijvoorbeeld de aanlevering van indicatoren basisveiligheid aan de Transparantiekalender: *"Cijfers alleen geven geen informatie en kunnen te veel een eigen leven gaan leiden."* Zorgverleners willen zich meer focussen op beschrijvingen en op eigen en maatschappelijk thema's (zoals capaciteit).

Verpleeghuiszorg en wijkverpleging

Binnen de ouderenzorg kan een onderscheid gemaakt worden tussen de verpleeghuiszorg en de wijkverpleging. Waar het in de verpleeghuiszorg gaat om wonen in een beschermde woonomgeving, waar naast de medische behandelingen ook de kwaliteit van leven voorop staat, gaat het binnen de wijkverpleging om het zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen wonen van ouderen. Zo lang ouderen nog thuis kunnen wonen en daar verzorgd kunnen worden, komt dit type zorg ook ten goede aan de kwaliteit van leven.

Voor beiden zorgvormen gelden andere kwaliteitskaders. De focus van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg ligt op leren en verbeteren als basis voor kwaliteitsverbetering. Het kwaliteitskader beschrijft wat goede en doelmatige verpleeghuiszorg inhoudt en hoe de zorg in verpleeghuizen verbeterd kan worden. Het kwaliteitskader voor de wijkverpleging stelt de cliënt centraal. Wat iemand zelf wil en kan, vormt het uitgangspunt voor zorgprofessionals om goede zorg en ondersteuning te geven. Daarin bepaalt de cliënt of de zorg voldoet. Onderstaande tekstkaders geven de kwaliteitskaders weer.

Kwaliteitskader wijkverpleging

In juni 2018 is het [Kwaliteitskader wijkverpleging](#) gepubliceerd ([zorginzicht](#)). Het Kwaliteitskader wijkverpleging beschrijft de inhoud en organisatie van de zorg die het team wijkverpleging aanbiedt en wat er nodig is om deze zorg te kunnen geven.

Het kwaliteitskader heeft het doel om:

- Inspiratie en handvatten te bieden voor zorgprofessionals en zorgaanbieders om de zorgverlening continu te verbeteren;
- De uitgangspunten neer te zetten voor a) keuze-informatie, b) extern toezicht en c) inkoop en contractering van zorg.

Binnen het kwaliteitskader zijn verschillende meetinstrumenten/ indicatoren ontwikkeld voor metingen die jaarlijks plaatsvinden. Vanaf 2021 is het voor zorgorganisaties van wijkverpleging verplicht om de volgende indicatorenset op te leveren:

- PREM Wijkverpleging;
- Belastbaarheid mantelzorg;
- Spoedeisende hulp bezoeken en ongeplande ziekenhuisopnames.

Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht om ieder jaar indicatoren omtrent kwaliteit van zorg via de TTP (Mediquest) aan te leveren aan het Openbare Databestand (ODB) van Zorginstituut Nederland. De PREM Wijkverpleging wordt ook aangeleverd bij [Zorgkaart Nederland](#) als keuze-informatie.

Naast de bovenstaande thema's zijn er nog twee thema's:

- Kwetsbaarheid;
- PROM kwaliteit van leven.

Indicatoren voor beide thema's zijn in ontwikkeling. Ten aanzien van kwetsbaarheid is in 2021 een knelpuntenanalyse uitgevoerd. Op basis van de knelpuntenanalyse zal de stuurgroep in 2022 besluiten hoe verder te gaan met het thema kwetsbaarheid. Voor de PROM kwaliteit van leven wordt uitgegaan van een groeimodel met een korte en een lange termijn. In 2021 is er een vraag

toegevoegd aan de PREM Wijkverpleging. Op de lange termijn wordt een uitgebreidere PROM-vragenlijst over kwaliteit van leven ontwikkeld, die recht doet aan de breedte van dit onderwerp.

Kwaliteitskader verpleeghuiszorg

Het doel van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is driedelig:

1. Informeren wat cliënten en hun naasten mogen verwachten van zorg;
2. Samen de kwaliteit te verbeteren en het lerend vermogen te versterken;
3. Het kader voor extern toezicht en voor inkoop en contractering van zorg.

Het kwaliteitskader wordt ondersteunt met een set van indicatoren die kwaliteitsinformatie oplevert over verpleeghuiszorg. Er zijn twee sets ontwikkeld en opgenomen op de Transparantiekalender, deze zijn verplicht om aan te leveren.

1. Verpleeghuiszorg kwaliteitskader indicatoren;
2. Verpleeghuiszorg personeelssamenstelling indicatoren.

Ad 1) Kwaliteitskader indicatoren – verpleeghuiszorg

Deze set omvat:

- Indicatoren basisveiligheid

Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg heeft zes thema's benoemd die belangrijk zijn voor de veiligheid van cliënten:

1. Decubitus;
2. Advance care planning;
3. Medicatieveiligheid;
4. Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking;
5. Continentie;
6. Aandacht voor eten en drinken.

Op deze thema's zijn door Verenso en V&VN indicatoren ontwikkeld met als doel het leren en verbeteren in teams op deze thema's een impuls te geven.

Zorgverleners hebben de verantwoordelijkheid om in hun dagelijkse praktijk, samen met collega's continu aan de verbetering van de zorg te werken. Eén van de hulpmiddelen hierbij is regelmatig metingen te doen. De uitslag van deze metingen brengt in teams het gesprek op gang: wat vertelt deze uitkomst? Herkennen we deze uitslag? Zien we een trend? Vinden we het goed genoeg of gaan we actie ondernemen?

- Indicatoren direct vanuit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

Dit betreft de aanlevering van de vindplaats (URL) van het kwaliteitsverslag van de organisatie. In het verslag besteedt de organisatie aandacht aan drie onderdelen: veiligheid, cliëntoordelen en leren en werken aan kwaliteit. In het kwaliteitsverslag wordt vervolgens beschreven wat gelukt is, hoe dit geborgd wordt en wat nog of opnieuw aandacht verdient. Het kwaliteitsverslag is belangrijke input voor de dialoog tussen zorgaanbieders en het zorgkantoor. In de dialoog kan het leren en ontwikkelen aan de orde komen.

- De aanlevering van de jaarlijks verplichte cliëntervaring score (totaalscore). Gemeten via een meetbureau, in eigen beheer of via Zorgkaart Nederland.

Ad 2) Personeelssamenstelling indicatoren - verpleeghuiszorg

Deze set bestaat uit een vijftal indicatoren met betrekking tot personeelssamenstelling. Hierbij gaat het om de indicatoren:

1. Aard van de aanstellingen;
2. Kwalificatieniveaus zorgverleners en vrijwilligers;

3. Ziekteverzuim;
4. In-, door- en uitstroom;
5. Ratio personeelskosten/ opbrengsten.

Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht om ieder jaar indicatoren omtrent kwaliteit van zorg via de TTP (DESAN) aan te leveren aan het Openbare Databestand (ODB) van het Zorginstituut.

7.2.2 Over kwaliteitsinformatie als keuze-informatie

Zoals toegelicht in de vorige paragraaf, streven deskundigen in de ouderenzorg naar het verhogen van de kwaliteit van leven van de ouderen. De ouderenzorg staat daarnaast voor een uitdaging door personeelstekorten en oplopende zorgkosten. De vraag is hoe we de ouderenzorg zo kunnen organiseren, dat iedere oudere de zorg krijgt die hij/zij nodig heeft. Met die gedachte in het achterhoofd, geven deskundigen aan dat kwaliteitsinformatie als keuze-informatie in de ouderenzorg niet of nauwelijks van toegevoegde waarde is. Factoren zoals de beschikbaarheid, wachttijd, nabijheid en sfeer zijn volgens hen doorslaggevend bij het kiezen van een zorgaanbieder dan kwaliteitsinformatie. Deskundigen geven aan dat de vanzelfsprekendheid dat keuze-informatie helpt bij het maken van een keuze achterhaald is. Door de uitdagingen waar deze zorgsector voor staat is het de vraag of er (in de nabije toekomst) überhaupt keuze is. Vragen die ouderen hebben bij het kiezen van een zorgaanbieder gaan met name over: Kan ik hier nog blijven wonen? Wat kan ik verwachten? Hoe kan ik mijn leven leiden zoals ik wil?

Als ouderen dan toch de mogelijkheid hebben om een zorgaanbieder te kiezen, baseren ouderen (of naasten van ouderen) die keuze volgens deskundigen vaak op informatie van bekenden of op basis van nabijheid en vertrouwdheid. Een aantal deskundigen zien ook dat ouderen hun keuze baseren op cliëntwaarderingen op Zorgkaart Nederland.

De focus op keuze-informatie moet volgens deskundigen verlegd worden naar een integraal, domein overstijgend kwaliteitskader (sociaal domein en Wlz). Zo een kwaliteitskader zet in op een goede samenwerking tussen de Wlz en ondersteuning van gemeenten, waardoor de overgang tussen domeinen voor ouderen soepel en tijdig verloopt.

7.2.3 Over kwaliteitsinformatie voor zorginkoop

De focus van het gesprek tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars moet volgens betrokken deskundigen liggen op de maatschappelijke uitdaging waar de ouderenzorg voor staat. Daarbij is het ook van belang het gesprek te voeren over de beschikbare capaciteit. Deskundigen geven aan dat het steeds dringender wordt om van koers te wijzigingen door de maatschappelijke realiteit.

Het kwaliteitsverslag van zorgaanbieders is belangrijke input voor de dialoog tussen zorgaanbieders en het zorgkantoor. In die dialoog kan het leren en ontwikkelen binnen een organisatie aan de orde komen. Het zorgkantoor is in de gesprekken met de zorgaanbieder op zoek naar informatie over kwaliteit, met name over het kwaliteitsvenster, interne audits of de resultaten van ervaringsonderzoek. Zorgaanbieders zijn van mening dat het kwaliteitsverslag meer inzicht biedt in de bijdrage aan kwaliteit, cliënttevredenheid en -veiligheid dan de kwaliteitsindicatoren. Er wordt aangegeven dat het zou helpen als er wordt gekeken welke kwaliteitsinformatie al beschikbaar is op basis van wat zorgaanbieders zelf al doen, zoals kwaliteitsverslagen, externe en interne auditrapporten en inspectieverslagen.

Inkoopbeleid Wijkverpleging

Landelijk is vanuit het Hoofdlijnenakkoord afgesproken dat iedere zorgaanbieder wijkverpleging PREMs verzamelt en registreert. Dit als voorwaarde voor zorginkoop. De landelijk bekende scores

kunnen dienen als inbreng bij het inkoopgesprek. Daarbij is er landelijk afgesproken geen informatie uit de PREM t.b.v. inkoopdoelstellingen te gebruiken. Het inkoopbeleid van zorgverzekeraars m.b.t. de kwaliteit van de geleverde zorg is op hoofdlijnen gelijk aan elkaar als het gaat om de minimumeisen, wel zijn er wat accentverschillen. Het inkoopbeleid kenmerkt zich als volgt:

De PREM-wijkverpleging moet jaarlijks of eens per twee jaar (verschilt per zorgverzekeraar) uitgevoerd worden volgens de afspraken vanuit het Kwaliteitskader wijkverpleging en het PREM Handboek, én de uitkomsten moeten gebruikt worden voor interne verbetering van organisatie en zorg. De manier waarop zorgaanbieders dit aantoonbaar maken is vormvrij.

De zorgaanbieders werken systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit en borgen dit door een werkend en erkend kwaliteitssysteem. In dit kwaliteitssysteem zijn de landelijke kwaliteitskaders voor de wijkverpleging geïntegreerd. Hiervoor is de aanbieder gecertificeerd.

Enkele zorgverzekeraars geven aan dat zij het verplicht stellen om de resultaten van PREM Wijkverpleging op de eigen website te publiceren, de resultaten ter beschikking te stellen aan de zorgzoeker van de zorgverzekeraar, dan wel dat de resultaten op andere wijze openbaar worden gemaakt.

Naast de eisen die op hoofdlijnen overeenkomen, kennen zorgverzekeraars nog een aantal specifieke eisen. Dit zijn eisen die bijvoorbeeld gaan over het aantoonbaar gebruik maken van de uitkomstindicator ongeplande ziekenhuisopnamen en SEH-opnamen, inzet voor hoge kwaliteit en kostenbeheersing, of investeren in deskundigheidsbevordering.

Inkoopbeleid verpleeghuiszorg

ZN heeft een [inkoopkader voor langdurige zorg](#) opgesteld. Zorgkantoren faciliteren en verbinden zich aan samen de zorg verbeteren conform het kwaliteitskader.

Zorgaanbieders zorgen er op hun beurt voor dat de organisatie de eigen wijze van leren en verbeteren borgt in de organisatie voor de toekomst. Continu leren en verbeteren staat centraal, met persoonsgerichte zorg als basis. De beweging die hiermee is ingezet, draagt bij aan het leveren van passende en doelmatige zorg.

Om in elke sector een robuust proces van continue verbetering te stimuleren, blijven zorgkantoren zich inzetten op het maken van afspraken over kwaliteitsverbetering. Dat doen zij aan de hand van het dialoogmodel. Hiermee hebben zorgkantoren in de afgelopen jaren goede ervaringen opgedaan. Zorgkantoren blijven daarom in gesprek gaan met zorgaanbieders en zullen onder meer bij elke zorgaanbieder één of meerdere thema's langere tijd intensief volgen. Zorgkantoren sluiten bij de keuze van deze thema's aan bij relevante ontwikkelingen die bij de zorgaanbieder gaande zijn. De thema's kunnen dus per zorgaanbieder verschillen. Daarnaast verbinden zorgkantoren de kwaliteitsdialoog met het geheel van (beleid)gesprekken en locatiebezoeken, om de PDCA-cyclus op kwaliteit stevig te verankeren. De volgende afspraken zijn gemaakt t.b.v. inkoop:

- Zorgaanbieders maken jaarlijks een kwaliteitsplan. Daarin beschrijven zij onder meer de verbeteringen die zij per locatie willen realiseren;
- Dit kwaliteitsplan wordt uiterlijk 31 december van het nieuwe jaar opgesteld;
- Zorgaanbieders bepalen op basis van hun eigen kwaliteitsplan welke verbeteringen ze willen realiseren. In de verbeter paragraaf staat op locatieniveau een toelichting. De zorgaanbieder beschrijft in deze toelichting:
 - a. Wat de zorgaanbieder gaat doen;
 - b. Wat het resultaat is/wat de zorgaanbieder wil bereiken;
 - c. Wat hiervoor nodig is;
 - d. Hoe interne monitoring van het te bereiken resultaat plaatsvindt.
- Het zorgkantoor gaat hierover met zorgaanbieders in gesprek.

Met zorgaanbieders die onvoldoende stappen zetten in het verbeteren en/of behouden van kwaliteit maken de zorgkantoren gerichte verbeterafspraken. Op deze manier zorgen zorgkantoren ervoor dat zorgaanbieders handelen in lijn met de uitgangspunten van de kwaliteitskaders voor kwaliteitsverbetering.

Zorgkantoren blijven komende jaren met zorgaanbieders in gesprek over de wijze waarop ze invulling geven aan leren en verbeteren in lijn met het kwaliteitskader.

Regionaal inkoopbeleid

In aanvulling op het landelijke inkoopbeleid hebben de grootste zorgverzekeraars in een regio nog een regionaal inkoopbeleid m.b.t. kwaliteit van zorg. Op hoofdlijnen sluit dit aan bij het landelijke inkoopbeleid, wel zijn er op accenten verschillen tussen zorgverzekeraar. Het regionale inkoopbeleid kenmerkt zich als volgt:

- Het kwaliteitskader biedt houvast om kwaliteit van zorg 'thuis' te borgen. In de kwaliteitscyclus verleggen zorgverzekeraars de focus van 'persoonsgerichte zorg en welbevinden' naar 'leren en ontwikkelen'. Dat doen zorgverzekeraars binnen organisaties én in netwerkverband.
- Zorgverzekeraars focussen op de thema's: leren en verbeteren van kwaliteit, persoonsgerichte zorg en ondersteuning, wonen en welzijn. Een lerende organisatie draagt bij aan het optimaliseren van kwaliteit. Het is belangrijk dat zorgaanbieders leren van fouten, kansen benutten en professionaliteit stimuleren. Voor de kwaliteit van zorg gaat speciale aandacht uit naar het welzijn en de kwaliteit van leven van klanten in de laatste levensfase.
- Zorgverzekeraars gaan in gesprek over het kwaliteitsplan en -verslag of kwaliteitsrapport. Cliënten(raden) zijn in de gesprekken over kwaliteit een vanzelfsprekende gesprekspartner. In de periode 2021 tot en met 2023 zal de focus worden gelegd op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg waarbij vier kernelementen kunnen worden gehanteerd:
 1. Passende zorg;
 2. Innovatie;
 3. Bedrijfsvoering;
 4. Duurzaamheid, omdat daarmee in de toekomst voldaan kan worden aan de toenemende zorgvraag zowel in omvang als in complexiteit.
- Zorgaanbieders maken klanttevredenheid inzichtelijk. Daarvoor is het belangrijk dat zij gebruik maken van een (bij voorkeur digitale) review-omgeving.
- Zorgverzekeraars vinden het belangrijk dat klanten/ cliënten beschikken over informatie over gecontracteerde zorgaanbod. Deze informatie wordt via de [Zorgatlas](#) beschikbaar gesteld. De Zorgatlas is een online zoekmachine voor de Langdurige Zorg. Klanten kunnen via verschillende zoekcriteria informatie vinden over het beschikbare zorgaanbod in hun omgeving. Met de detailinformatie krijgen zij alvast een indruk van de locatie, bijvoorbeeld over de ligging en aanwezige voorzieningen. Daarnaast is een verwijzing naar reviews op Zorgkaart Nederland opgenomen. Ook geven enkele zorgverzekeraars aan expliciet naar de waarderingen mee te nemen in het gesprek over kwaliteit van zorg;
- Zorgverzekeraars vragen zorgaanbieders om te toetsen of de keuze-informatie in de [Zorgatlas](#) juist, compleet en actueel is. Zorgaanbieders hebben zelf de verantwoordelijkheid en verplichting om wijzigingen in het contractjaar door te voeren in de Zorgatlas.
- Doelmatigheidsverbetering: er is aandacht voor zogenaamde doelmatigheidsverbetering. Met behulp van spiegelinformatie (declaratiesysteem, regio analyses, jaarrekeningen van andere zorgaanbieders, aantal klanten, zorgzwaarte, etc.) gaan inkopers in gesprek hoe doelmatigheid verbeterd kan worden. Met als achterliggende gedachte dat op deze wijze bijgedragen worden aan de betaalbaarheid van kwalitatief goede zorg.

7.3 Aanleiding voor gesprek

Hier bespreken we lacunes, vraagstukken, knelpunten en oplossingsrichtingen rond het gebruik van kwaliteitsinformatie. We lichten de thema's en onderwerpen uit die in gesprekken met deskundigen herhaaldelijk terugkeren. Dit is de rode draad van het onderzoek. Het is belangrijk om met de sector over deze thema's en onderwerpen te praten.

- **Er is een discrepantie tussen inspanning en toegevoegde waarde**

Drie doelen (leren en verbeteren, keuze-informatie en zorginkoop) dienen door middel van één set aan kwaliteitsindicatoren blijkt in de praktijk niet werkbaar te zijn. Het lijkt een illusie dat kwaliteitsinformatie alle drie de doelen tegelijkertijd kan dienen. Maak daarom een keuze. Breng focus aan. Zorgaanbieders ervaren momenteel een discrepantie tussen de inspanning die het hen kost om kwaliteitsindicatoren extern op te leveren versus de waarde die deze aanlevering intern heeft voor de eigen organisatie. Het doel van uitvragen is niet helder genoeg.

Zorgaanbieders benoemen ook dat veel informatie die zij aanleveren al op andere manieren beschikbaar is, bijvoorbeeld in hun kwaliteitsverslagen en auditrapporten. Dat maakt dat de aanlevering van gegevens voor veel zorgaanbieders als dubbel werk wordt ervaren. Zorgaanbieders hebben het liefst dat de gegevens die aangeleverd moeten worden aan andere partijen (zorgverzekeraars, Zorginstituut Nederland, gemeenten), dezelfde zijn als de gegevens die ze al registreren tijdens het verlenen van zorg. Dit vereist dat de partijen die informatie vragen eerst met elkaar afstemmen wat zij vragen, hoe ze dat vragen, en op welk moment. Ook vereist dit dat aansluiting wordt gezocht op bestaande informatie en registraties. Hierdoor kan de administratieve last voor de zorgaanbieders afnemen.

- **De kwaliteit van leven staat voorop; benut kwaliteitsinformatie ook op die manier**

Zorgaanbieders geven aan dat de huidige kwaliteitsindicatoren inhoudelijk onvoldoende aansluiten bij wat de organisaties zelf als een goede rapportage over de kwaliteit van zorg zien. Veel organisaties gebruiken de inhoud van de huidige indicatoren nu niet voor intern leren en verbeteren, of niet in de vorm waarin ze aangeleverd moeten worden. Nagenoeg alle zorgorganisaties vragen zich af of de huidige set kwaliteitsindicatoren voldoende inzicht geeft in de kwaliteit van zorg.

In de ouderenzorg moet de focus steeds meer gaan liggen op het bespreekbaar maken van de kwaliteit van leven. Het gaat, naast de lichamelijke gezondheid, ook om zingeving, meedoen en mentaal welbevinden. Kwaliteitsinformatie wordt door zorgaanbieders dan ook vooral gebruikt als signaal om het gesprek te voeren. Het gaat om wat van belang is voor de ouderen zelf. Hoe willen zij hun leven inrichten?

Kwaliteitsinformatie zoals cliëntervaringen, klanttevredenheidsonderzoeken, klachtenrapportages, ervaringen van cliënten op Zorgkaart Nederland en de PREM wijkverpleging kunnen hier een rol in spelen. Deze kwaliteitsinformatie wordt door aanbieders bijvoorbeeld gebruikt als basis voor de kwaliteitsverslagen of als signaal om het gesprek over te voeren. Door kwaliteitsinformatie te benutten voor het voeren van het gesprek, zal het sector breed meer over de kwaliteit van leven kunnen gaan.

- **Geef cijfermatige data een narratieve (verhalende) duiding**

Bij interne kwaliteitsverantwoording is volgens de zorgaanbieders de combinatie tussen gegevens uit dashboards en het narratieve deel vaak goed afgestemd. Hierdoor worden de gegevens gelezen in de context van het bijbehorende verhaal en geven ze

samen een completer beeld van de kwaliteit. Bij de externe aanlevering gaat het narratieve deel grotendeels verloren, waardoor de gegevens volgens de zorgaanbieders veel van hun waarde verliezen.

Ook hier geldt dat zorgaanbieders graag willen dat partijen die informatie opvragen beter kijken welke cijfermatige en narratieve informatie al beschikbaar is. Bijvoorbeeld in kwaliteitsplannen en -verslagen, externe en interne auditrapporten en inspectieverslagen van de IGJ. Zorgaanbieders vragen zich af of die informatie, in vergelijking met de indicatorensets, niet beter inzicht biedt in de werkwijze van de organisatie en wat die oplevert: bijvoorbeeld de bijdrage aan kwaliteit, tevredenheid en/of veiligheid.

- **Keuze-informatie in de sector speelt een steeds kleinere rol**

De ouderenzorg staat voor een uitdaging door personeelstekorten en oplopende zorgkosten. De vraag is hoe we de ouderenzorg zo kunnen organiseren, dat iedere oudere de zorg krijgt die hij/zij nodig heeft. Hierdoor is kwaliteitsinformatie als keuze-informatie in de ouderenzorg niet of nauwelijks van toegevoegde waarde. Als we de zorg niet goed organiseren of er niet voldoende personeel beschikbaar is, valt er überhaupt niets te kiezen.

In plaats van de focus op keuze-informatie te leggen, kan een integraal kwaliteitskader uitkomst bieden. Een domein overstijgend (Wlz en sociaal domein) kwaliteitskader kan ervoor zorgen dat personeelsschaarste wordt aangepakt en dat er daarnaast op andere relevante thema's wordt ingezet.

- **Informatiebehoefte en toekomstige uitdagingen**

De behoefte van zorgaanbieders is om kwaliteitsinformatie aan te laten sluiten bij de eigen strategie en bedrijfsprocessen. Zorgaanbieders willen op basis van hun eigen gekozen thema's een kwaliteitsplan of kwaliteitscyclus opzetten. Op basis hiervan wordt er ingezet op leren en verbeteren.

De toekomst gaat draaien om de organiseerbaarheid van ouderenzorg. Dat is de gemeenschappelijke uitdaging. Dat betekent dat alleen informatie gebruikt moet worden die van toegevoegde waarde is in het zorgproces (kwaliteitsverslagen in plaats van indicatoren). Het is daarbij van belang dat er gebruik wordt gemaakt van al bestaande kwaliteitsinformatie die bijdraagt aan leren en verbeteren.

8 Gehandicaptenzorg

Afbakening zorgsector

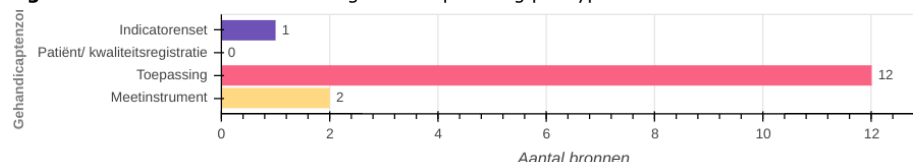
Gehandicaptenzorg omvat zorg, ondersteuning en begeleiding verstrekt vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) aan mensen met een beperking (lichamelijke beperkingen, zintuiglijke beperkingen en verstandelijke beperkingen). Het doel van de gehandicaptenzorg is mensen met beperkingen (gehandicapten) zo goed mogelijk te ondersteunen, zodat ze hun leven zo goed en zelfstandig mogelijk kunnen leiden. Een leven dat past bij hun wensen en mogelijkheden.

8.1 Beschikbare (typen) informatiebronnen & kwaliteitsinformatie

8.1.1 Aantal informatiebronnen naar type

In het bureauonderzoek (zie bijlage II) zijn in totaal 15 informatiebronnen achterhaald en onderzocht met betrekking tot kwaliteitsinformatie over de verleende zorg. Twee informatiebronnen betreffen een meetinstrument (cliëntervaringen), eenmaal een indicatorenset en twaalf keer een toepassing (veelal een keuze-website/ zorgzoeker en in enkele gevallen meer beleidsmatig).

Figuur 6 Aantal informatiebronnen gehandicaptenzorg per type



Bij benadering heeft 92% van deze bronnen een landelijke dekking en 8% een lokale/regionale dekking.

Bijlage X geeft een verdere uitsplitsing van deze 15 bronnen van kwaliteitsinformatie weer, onder andere naar type kwaliteit, type indicatoren en doelstelling.

8.2 Stemmen in de sector over het gebruik van kwaliteitsinformatie

8.2.1 Over kwaliteitsinformatie voor leren en verbeteren

Deskundigen in de gehandicaptenzorg geven aan dat de focus in deze branche nadrukkelijk op het leren en verbeteren ligt. Net zoals de kwaliteit van leven voorop staat bij de ouderenzorg, geldt dit ook voor de gehandicaptenzorg. Leren en verbeteren wordt daarom ingezet voor het voeren van het goede gesprek, zowel intern tussen collega's, als met de cliënt. Deskundigen in de gehandicaptensector geven aan dat er tijd en ruimte wordt gemaakt voor opleiding van medewerkers, om te leren reflecteren op een effectieve en goede wijze van zorg. Hier maakt het goede gesprek onderdeel van uit.

Respondent:

"De focus is de dialoog over kwaliteit van zorg verbeteren voor de cliënt zelf. De focus moet liggen op kwalitatieve data, niet op kwantitatief. We willen toewerken naar de kwaliteit van leven, waarbij het van belang is goed de dialoog te voeren. Een goede dialoog kan gebruikt worden als reflectie op de begeleiders, om van te leren."

Gezien de focus op leren en verbeteren en het goede gesprek, wordt een verantwoording op basis van prestaties en indicatoren niet gebruikt door zorgaanbieders in de sector. Deskundigen geven aan dat het handig is dat informatie gespiegeld is (geweest) aan andere zorgaanbieders, maar dat dit geen prioriteit meer is. In plaats daarvan kiezen zorgaanbieders het (meet)instrument dat het best passend is voor de zorginstelling. Hierdoor is een benchmark niet meer mogelijk, dit is ook niet het doel. Waar kwaliteitsinformatie 7 à 8 jaar geleden nog gebruikt werd voor centrale benchmarking, wordt dit nu niet meer gedaan. Er wordt binnen en met de zorgaanbieders zelf gekeken hoe leren en verbeteren vorm krijgt. Kwaliteitsinformatie die daarbij wel gebruikt wordt is het zorgplan, het begeleidingsplan en welke doelen worden behaald. Daarbij is het van belang dat er niet geturfd wordt of de doelen behaald worden, maar of zorgaanbieders al hun leerpunten kwijt kunnen in die doelen.

In plaats van kwaliteitsindicatoren en benchmarking, wordt de dialoog als basis voor transparantie en verantwoording gezien. Volgens de visie van de Raad van Volksgezondheid en Samenleving (RVS) draagt het afleggen van verantwoording via onderstaande beginselen bij aan goede zorg en een continue praktijk van leren en verbeteren. Onderstaand tekstkader geeft deze beginselen weer.

In het rapport '[Blijk van Vertrouwen](#)' geeft de RVS aan dat de wijze waarop de gehandicaptenzorg invulling geeft aan transparantie en verantwoording een voorbeeld is voor andere zorgsectoren. Daarmee is de gehandicaptenzorg koploper.

Volgens de RVS moet verantwoording fundamenteel anders. Het vertrekpunt moet niet degene zijn die verantwoording vraagt, maar degene die verantwoording aflegt. Verantwoording als kern van het professioneel handelen; gericht op het verbeteren van zorg en ondersteuning. Dit vraagt ook in relationele zin om een andere interactie tussen de zorgverlener enerzijds en toezichthouder, inkoper en overheid anderzijds. Wederkerigheid staat binnen deze relatie centraal: in dialoog met elkaar, gezamenlijk interpretatieverschillen verkennen en gegevens duiden.

Volgens de Raad zijn bij het inrichten van deze betere verantwoordingspraktijk vijf grondbeginselen van belang:

1. *Het primaire initiatief ligt bij zorgverleners.*

Zij nemen verantwoordelijkheid door gebruik te maken van verschillende methodieken zoals teamreflecties, visitaties en verhalen, en maken werk van de ervaringen en feedback van patiënten, cliënten, mantelzorgers, medewerkers en andere betrokkenen. Toezichthouders, inkopers en patiëntenorganisaties sluiten zich in principe aan bij de wijze waarop zorgverleners zelf verantwoordelijkheid nemen. Om vervolgens te toetsen of dit ook bijdraagt aan goede zorg steken toezichthouders af en toe de thermometer in de organisatie. Dit biedt zorgverleners een kans om te laten zien dat ze het goed geregeld hebben, en geeft aanknopingspunten om samen te leren en te verbeteren.

2. *Gedeelde open principes en verantwoorde opstelling.*

Verantwoording gaat over het toelichten van lastige afwegingen die zorgverleners in concrete situaties maken in plaats van naleven van algemeen geldende normen. Daarbij zijn afwegingen tussen kwaliteit, betaalbaarheid, toegankelijkheid en pluriformiteit van belang, maar ook ruimte om te reflecteren en te leren.

3. *Ingebed in de praktijk, op verschillende niveaus.*

Verantwoording moet meer ingebed in de praktijk plaatsvinden. Dit kan wanneer zorgverleners anderen uitnodigen om feedback te geven en mee te denken.

4. *Onderdeel van een leerproces, met de blik naar voren.*

De focus moet op de toekomst komen te liggen en hoe het beter kan. Complexiteit vraagt om een leerproces: samen doen, reflecteren en de plannen bijstellen. De uitkomst van dit proces is onvoorspelbaar en wordt mede bepaald door interactie tussen alle betrokkenen.

5. *Gesprek op basis van verschillende informatiebronnen.*

Het afleggen van verantwoording vindt plaats op basis van meerdere informatiebronnen en inbreng van meerdere actoren: van zorgverleners zelf, maar ook van patiënten, cliënten en andere betrokkenen en de inbreng van partijen zoals de IGJ, maar ook verzekeraars en collega-instellingen. Het is effectiever om op basis van onvolledige informatie in gesprek te gaan, dan te blijven zoeken naar de ideale dataset. Het heersende idee dat transparantie gelijkstaat aan volledige openbaarheid staat dit nu vaak in de weg.

Een belangrijk voorbehoud dat zorgprofessionals plaatsen bij het voeren van de dialoog met cliënten, is de beschikbare medewerkerscapaciteit. Door onderbezetting lukt het niet altijd om voor elke cliënt een vaste begeleider beschikbaar te stellen, waar de cliënt zich vertrouwd mee voelt. De ruimte om het goede gesprek te voeren, is er dus niet altijd.

Aanbieders van zorg die vallen onder de Wet langdurige zorg (Wlz), werken vanaf 2017 met het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017- 2022. Het kwaliteitskader is gebaseerd op een gedeelde visie op goede zorg: persoonsgerichte zorg die bijdraagt aan de kwaliteit van leven van cliënten en die helpt om hun eigen regie te vergroten.

Meer dan voorheen ligt de nadruk op continu leren en verbeteren. Uiteindelijk draait het immers om steeds betere zorg.

Het kwaliteitskader heeft vier doelen:

1. Allereerst geeft het cliënten helderheid over wat ze mogen verwachten van zorg;
2. Verder helpt het medewerkers om de zorg voortdurend te verbeteren;
3. Het is richtinggevend, zodat het leidinggevenden helpt te sturen op kwaliteit;
4. Het duidelijk maken aan zorgaanbieders hoe zij het zicht op kwaliteit kunnen gebruiken voor externe verantwoording.

Het kwaliteitskader bestaat uit vier bouwstenen:

1. Het zorgproces rond de individuele cliënt.

Goede zorg is persoonsgerichte zorg. Zorg die aansluit op de wensen en voorkeuren van de cliënt, die is afgestemd op zijn/haar leven en waarbij ook echte betrokkenheid is van vrienden en familie. De ondersteuningsbehoefte is leidend voor het ondersteuningsplan. Het gaat over zelfredzaamheid, aanmerkelijke gezondheidsrisico's en ervaren kwaliteit van leven.

2. Onderzoek naar de ervaringen van cliënten.

Alle cliënten wordt gevraagd naar hun ervaringen op basis van de VGN Waaier. Minstens één keer per drie jaar vraagt iedere zorgaanbieder naar de mening van al haar cliënten. De vragen uit die instrumenten gaan over de geboden zorg en ondersteuning én over de kwaliteit van bestaan. Van de uitkomsten van het cliëntervaringsonderzoek kunnen zorgaanbieders leren om de zorg te verbeteren. Enerzijds op het niveau van de individuele cliënt, in aanvulling op het persoonlijk ondersteuningsplan. Anderzijds op het niveau van de locatie. Teams van begeleiders krijgen hiermee extra zicht op de kwaliteit van de zorg die ze bieden.

3. Zelfreflectie in zorgteams.

De kern van deze bouwsteen is dat teams naast hun normale werkoverleg ook aan systematische reflectie doen ten behoeve van de zorg aan de individuele cliënt. In deze gesprekken is o.a. aandacht voor landelijke thema's, het proces rond de individuele cliënt, de kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerkers, de borging van veiligheid met het accent op individueel cliëntniveau, en de toerusting van medewerkers voor hun werk.

4. Kwaliteitsrapport en visitatie.

Aanbieders bundelen de informatie uit de eerste drie bouwstenen, samen met informatie uit andere bronnen, in een bondig kwaliteitsrapport. Dat vullen ze bij voorkeur nog aan met cliënt- en medewerkers verhalen. Daarmee geven zorgaanbieders antwoord op drie belangrijke vragen: Wat gaat goed? Wat kan beter? En hoe gaan we dat verbeteren? De bestuurders bespreken het kwaliteitsrapport met de interne (management, de cliëntenraad, de ondernemingsraad en de raad van toezicht) en externe stakeholders (GZ en zorgkantoren). Vervolgens vraagt de bestuurder minimaal twee externe onafhankelijke deskundigen om een visitatie over het rapport (met als doel: leren en verbeteren).

8.2.2 Over kwaliteitsinformatie als keuze-informatie

Deskundigen in de gehandicaptenzorg geven aan dat keuze-informatie voor gehandicaptenzorg niet of nauwelijks beschikbaar is. Kwaliteitsinformatie als keuze-informatie wordt in deze sector dan ook niet tot nauwelijks gebruikt. Kwaliteitsinformatie is in de langdurige zorg niet doorslaggevend bij het maken van een keuze voor een zorgaanbieder. Alle aanbieders binnen de gehandicaptenzorg zijn verschillend en hebben een eigen identiteit en visie op zorg. Daarbij gaat het veel meer om aspecten als cultuur, beleving, sfeer en het krijgen van een goed en veilig gevoel bij de zorgaanbieder. Dit zijn aspecten die er, volgens zorgprofessionals, voor cliënten in de gehandicaptenzorg toe doen. Andere factoren die doorslaggevend kunnen zijn bij het maken van een keuze voor zorgaanbieder zijn meer praktisch. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de locatie (afstand tot de naasten) en de beschikbaarheid. Cliëntenvertegenwoordigers zelf benadrukken het belang van participatie en inspraak. Echte participatie is veel meer dan alleen meedoen aan de basis. Het is cliënten serieus nemen. Naar cliënten luisteren, ze werkelijk gehoord hebben.

8.2.3 Over kwaliteitsinformatie voor zorginkoop

Het kwaliteitsrapport (bouwsteen 4 van het kwaliteitskader) legt de focus bij leren en verbeteren. De zorgkantoren groeien mee in deze verandering. Er wordt door zorgkantoren geïnvesteerd in het aannemen van kwaliteitsmedewerkers om het goede gesprek te voeren met zorgaanbieders. Zoals eerder gesteld heeft elke zorgaanbieder zijn eigen identiteit en geeft elke zorgaanbieder zelf vorm aan de manier waarop zij leren en verbeteren. Zorgaanbieders stellen dus zelf doelen op die ze bespreken met de zorgkantoren. Leren en verbeteren staat in de gesprekken over zorginkoop en zorgcontractering centraal. Onderstaand tekstkader geeft weer hoe Zorgverzekeraars Nederland de inkoop voor de langdurige zorg vormgeeft met de zorgaanbieders en welke afspraken zij maken ten behoeve van leren en verbeteren.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hebben een [inkoopkader voor langdurige zorg](#) opgesteld. Zorgkantoren faciliteren en verbinden zich aan samen de zorg verbeteren conform het kwaliteitskader. Zorgaanbieders zorgen er op hun beurt voor dat de organisatie de eigen wijze van leren en verbeteren borgt voor de toekomst.

Continu leren en verbeteren staat centraal, met persoonsgerichte zorg als basis. De beweging die hiermee is ingezet, draagt bij aan het leveren van passende en doelmatige zorg. Om in elke sector een robuust proces van continue verbetering te stimuleren blijven zorgkantoren zich inzetten op

het maken van afspraken over kwaliteitsverbetering. Dat doen zij aan de hand van het dialoogmodel. Hiermee hebben zorgkantoren in de afgelopen jaren goede ervaringen opgedaan. Zorgkantoren blijven daarom in gesprek gaan met zorgaanbieders en zullen onder meer bij elke zorgaanbieder één of meerdere thema's langere tijd intensief volgen. Zorgkantoren sluiten bij de keuze van deze thema's aan bij relevante ontwikkelingen die bij de zorgaanbieder gaande zijn. De thema's kunnen dus per zorgaanbieder verschillen. Daarnaast verbinden zorgkantoren de kwaliteitsdialoog met het geheel van (beleid)gesprekken en locatiebezoeken, om de PDCA-cyclus stevig te verankeren.

De volgende afspraken zijn gemaakt door zorgverzekeraars t.b.v. inkoop:

- Zorgaanbieders maken jaarlijks een kwaliteitsplan. Daarin beschrijven zij onder meer de verbeteringen die zij per locatie willen realiseren.
- Dit kwaliteitsplan wordt uiterlijk 31 december voor het komende jaar opgesteld.
- Zorgaanbieders bepalen op basis van hun eigen kwaliteitsplan welke verbeteringen ze willen realiseren. In de verbeter paragraaf staat op locatieniveau een toelichting. De zorgaanbieder beschrijft in deze toelichting:
 - a. Wat de zorgaanbieder gaat doen;
 - b. Wat het resultaat is/wat de zorgaanbieder wil bereiken;
 - c. Wat hiervoor nodig is;
 - d. Op welke wijze interne monitoring van het te bereiken resultaat plaatsvindt.

Het zorgkantoor gaat hierover met zorgaanbieders in gesprek.

Zorgaanbieders stellen jaarlijks een kwaliteitsplan op. Als blijkt dat er onvoldoende stappen zijn gezet in het verbeteren en/of behouden van kwaliteit, maken de zorgkantoren gerichte verbeterafspraken. Op deze manier zorgen zorgkantoren ervoor dat zorgaanbieders handelen in lijn met de uitgangspunten van de kwaliteitskaders voor kwaliteitsverbetering. Daarbij blijven de zorgkantoren met zorgaanbieders in dialoog over de wijze waarop ze invulling geven aan leren en verbeteren in lijn met het kwaliteitskader.

Het inkoopbeleid van de individuele zorgverzekeraars kent m.b.t. de volgende onderwerpen aanvullende voorwaarden en onderlinge verschillen:

- *Kwaliteitsinformatie*

Zorgkantoren geven nadrukkelijk aandacht aan tevredenheidsmetingen die aanbieders houden onder klanten en personeel, naar de waarderingen op Zorgkaart Nederland en naar de informatie die aangeleverd wordt aan het Zorginstituut. Een goede informatievoorziening helpt bij de zoektocht naar de juiste zorg.
- *Honorering kwaliteit van zorg*

Menzis Zorgkantoor honoreert aanbieders gelijk m.b.t. het invulling geven aan het kwaliteitskader. Daarbovenop honoreert Menzis items die, volgens hun klanten, bijdragen aan een betere ervaren kwaliteit van zorg en ondersteuning en aan een hoger welbevinden. Uitgangspunt bij de invulling van de honoreringslijst is dat dit op basis van vertrouwen gebeurt. Toetsing vindt voornamelijk plaats als onderdeel van het dialooggesprek tussen zorgaanbieder en zorginkoper.
- *Keuze-informatie*

Zorgkantoren vinden het belangrijk dat klanten/ cliënten beschikken over informatie over gecontracteerde zorgaanbod. Deze informatie wordt via de [Zorgatlas](#) beschikbaar gesteld. De Zorgatlas is een online zoekmachine voor de Langdurige Zorg. Klanten kunnen via verschillende zoekcriteria informatie vinden over het beschikbare zorgaanbod in hun omgeving. Met de detailinformatie krijgen zij alvast een indruk van de locatie, bijvoorbeeld over de ligging

en aanwezige voorzieningen. Daarnaast is een verwijzing naar reviews op Zorgkaart Nederland opgenomen. Ook geven enkele zorgverzekeraars expliciet aan de waarderingen mee te nemen in het gesprek over kwaliteit van zorg. Zorgverzekeraars geven aan dat een goede informatievoorziening essentieel is bij de zoektocht naar de juiste zorg en dat klanten/ cliënten tijdig inzicht moeten krijgen in wachtlijsten, wachttijden, regionale mogelijkheden en samenhang met andere domeinen. Zorgkantoren sturen op keuzevrijheid, het juiste advies en zorg passend bij de situatie van de klant. Zorgverzekeraars vragen zorgaanbieders om te toetsen of de keuze-informatie in de [Zorgatlas](#) juist, compleet en actueel is. Zorgaanbieders hebben zelf de verantwoordelijkheid en verplichting om wijzigingen in het contractjaar door te voeren in de Zorgatlas.

- *Doelmatigheidsverbetering*

VGZ en Zilveren Kruis hebben in de inkoopvoorwaarden ook nadrukkelijk aandacht voor zogenaamde doelmatigheidsverbetering. Met behulp van spiegelinformatie (declaratiesysteem, regio analyses, jaarrekeningen van andere zorgaanbieders, aantal klanten, zorgzwaarte, etc.) gaan inkopers in gesprek hoe doelmatigheid als kwaliteitsdimensie verbeterd kan worden. Met als achterliggende gedachte dat op deze wijze bijgedragen wordt aan de betaalbaarheid van kwalitatief goede zorg.

- *Transitie langdurige zorg*

Zilveren Kruis legt de komende jaren de focus op een transitie van de langdurige zorg. Zij gaan gezamenlijk aan de slag om een passend zorgaanbod te realiseren en toegankelijk te houden, voor huidige en toekomstige mensen met een langdurige zorgvraag. In die transitie zien zij een paar belangrijke bewegingen. Allereerst het verschuiven van zorg naar een passende woonomgeving en intramuraal indien nodig. Met maximale inzet van digitale zorg waar dat kan en fysieke zorg door professionals als dat nodig is. Zij hebben vier inkoopdoelen geformuleerd om dit te realiseren:

1. Meer Wlz-zorg in een eigen passende woning;
2. Optimaal inzetten van beschikbare middelen voor de klant;
3. Tijdig passende zorg;
4. Goede coördinatie binnen het zorglandschap.

8.3 Aanleiding voor gesprek

Hier bespreken we lacunes, vraagstukken, knelpunten en oplossingsrichtingen rond het gebruik van kwaliteitsinformatie. We lichten de thema's en onderwerpen uit die in gesprekken met deskundigen herhaaldelijk terugkeren. Dit is de rode draad van het onderzoek. Het is belangrijk om met de sector over deze thema's en onderwerpen te praten.

- **Dialogoog als basis voor transparantie, verantwoording en inkoop**

De gehandicaptenbranche dient als goed voorbeeld in hoe er ingezet kan worden op leren en verbeteren door middel van het gesprek. Verantwoording op basis van kwaliteitsindicatoren en prestaties gebeurt niet meer. Volgens zorgprofessionals zegt het weinig/niets over de geleverde kwaliteit van zorg. Net zoals in de ouderenzorg, ligt ook de focus in gehandicaptenzorg ook op de kwaliteit van leven. Waar de ouderenzorg nog worstelt met het volledig benutten van geschikte kwaliteitsinformatie, weet de gehandicaptensector al goed hoe ze kwaliteitsinformatie kunnen benutten voor het gesprek. Medewerkers in de gehandicaptensector worden hier ook voor opgeleid en in begeleid. Kwaliteitsinformatie die daarbij gebruikt wordt is het zorgplan en het begeleidingsplan, met daarin nagestreefde (verbeter)doelen.

Wat betreft de inkoop van zorg is de branche zeer tevreden met de visie op kwaliteit en de concrete invulling in het kwaliteitskader gehandicaptenzorg. De branche ziet de invulling voor leren en verbeteren en de dialoog als basis voor het inkoopproces als voorbeeld voor andere sectoren (met name in de langdurige zorg).

- **Geef ruimte aan de verschillende visies en identiteiten van zorgaanbieders**

Bij het maken van een keuze voor een zorgaanbieder gaat het om aspecten als cultuur, beleving, sfeer en het krijgen van een goed en veilig gevoel bij de zorgaanbieder. Elke zorgaanbieder is hierin uniek. Deze aspecten samen maken de identiteit van de zorgaanbieder. De identiteit en de visie op zorg zijn doorslaggevend voor het maken van een keuze.

Zorgaanbieders hebben daarnaast allemaal eigen kwaliteitsmanagementsystemen en daaraan gekoppelde kwaliteitsinformatie voor interne sturing. Dit betekent dat aanbieders andersoortige kwaliteitsinformatie gebruiken dan hetgeen landelijk is vastgesteld in het kwaliteitskader. Juist door eigen kwaliteitskaders, kwaliteitsverslagen of kwaliteitsplannen op te stellen, wordt er aan leren en verbeteren gedaan in de zorginstellingen. Laat zorgaanbieders dit vooral op hun eigen manier invullen, zodat zij er mee uit de voeten kunnen.

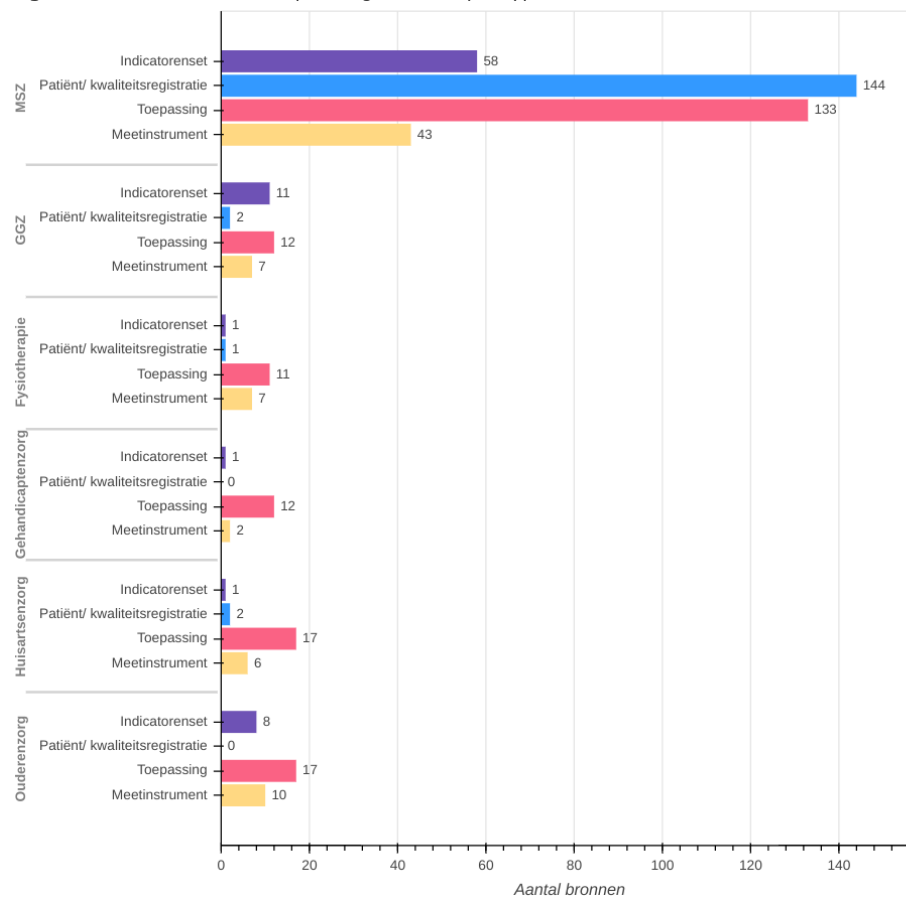
9 Slotbeschouwing

9.1 Observaties en overwegingen

9.1.1 Het aantal kwaliteitsbronnen per zorgsector

In totaal zijn in het bureauonderzoek 435 informatiebronnen achterhaald en onderzocht met betrekking tot de kwaliteitsinformatie over de verleende zorg. Verreweg de meeste kwaliteitsinformatiebronnen zijn afkomstig uit de MSZ (N= 378). Een groot deel van de bronnen in de Medisch Specialistische Zorg is een patiënt- of kwaliteitsregistratie. Ook de toepassingen hebben een groot aandeel. Voor alle sectoren zijn verschillende toepassingen beschikbaar. Indicatorensets zijn voor de sectoren Huisartsenzorg en Fysiotherapie beperkt. Patiënt- of kwaliteitsregistraties ontbreken in de ouderen- en gehandicaptenzorg, daar is sprake van (zorg)behandelplannen en ondersteuningsplannen (zie figuur 7).

Figuur 7 Aantal databronnen per zorgsector en per type

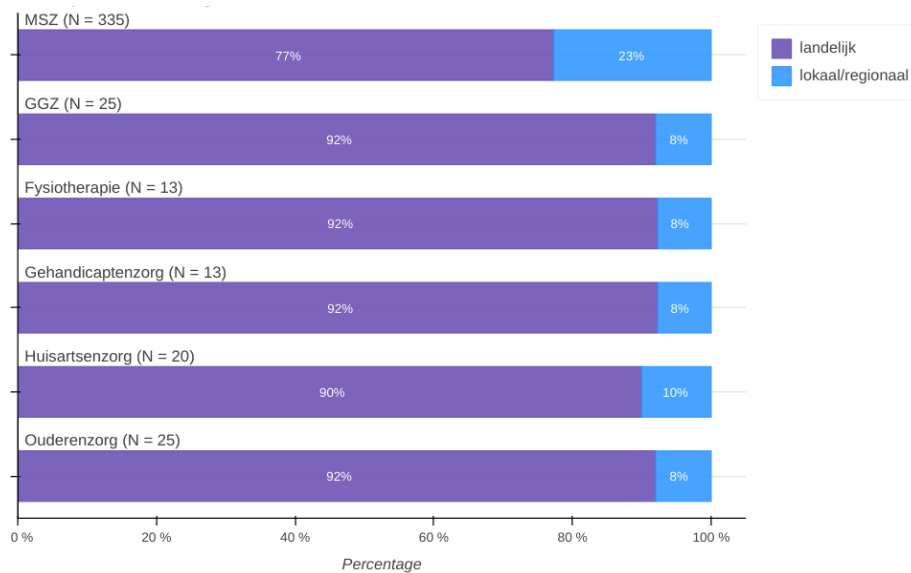


De MSZ heeft veel patiënt- en kwaliteitsregistraties doordat in deze sector de medisch-technologische aspecten van zorg benadrukt worden. De kwaliteitsregistraties zijn het fundament voor medisch-wetenschappelijk onderzoek. De figuur laat ook zien dat toepassingen bij de andere sectoren (relatief) de grootste groep databronnen vormen.

9.1.2 Het aantal landelijke en lokale of regionale bronnen per zorgsector

De meerderheid van de in kaart gebrachte bronnen is landelijk uitgerold. Het is mogelijk dat lokale/regionale initiatieven minder vindbaar zijn, waardoor zij in deze meting ondervertegenwoordigd zijn.

Figuur 8 Aantal landelijke of lokale databronnen per zorgsector

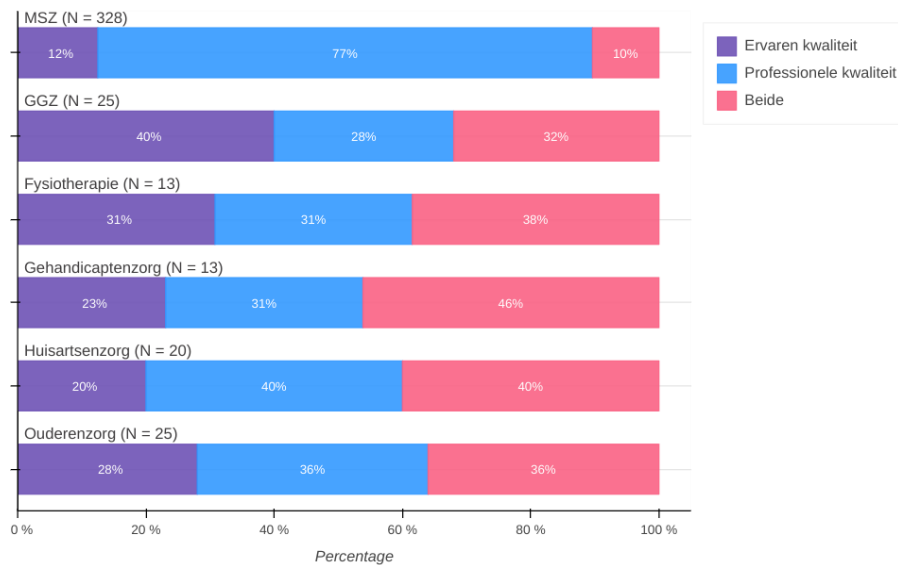


Veel van de lokale/ regionale initiatieven zijn afkomstig van het Platform Uitkomstgerichte zorg en zijn praktijkvoorbeelden van Uitkomstgerichte zorg in de MSZ. De lokale initiatieven komen in de MSZ dan ook het meest voor. Het overgrote deel van deze praktijkvoorbeelden gebruikt uitkomstindicatoren om Samen beslissen in de spreekkamer vorm te geven. De lokale initiatieven zijn toepassingen (de kwaliteitsbronnen worden gebruikt/toegepast in de spreekkamer).

9.1.3 Professionele- en ervaren kwaliteitsbronnen per zorgsector

MSZ heeft voor het merendeel bronnen die professionele kwaliteit meten. Verder valt op dat de GGZ als sector het grootste aandeel bronnen heeft dat volledig gericht is op ervaren kwaliteit. Vragenlijsten zijn daar het belangrijkste instrument om behandelingen te evalueren en cliëntervaringen en -waarderingen in beeld te brengen.

Figuur 9 Aantal professionele- en ervaren kwaliteitsbronnen per zorgsector

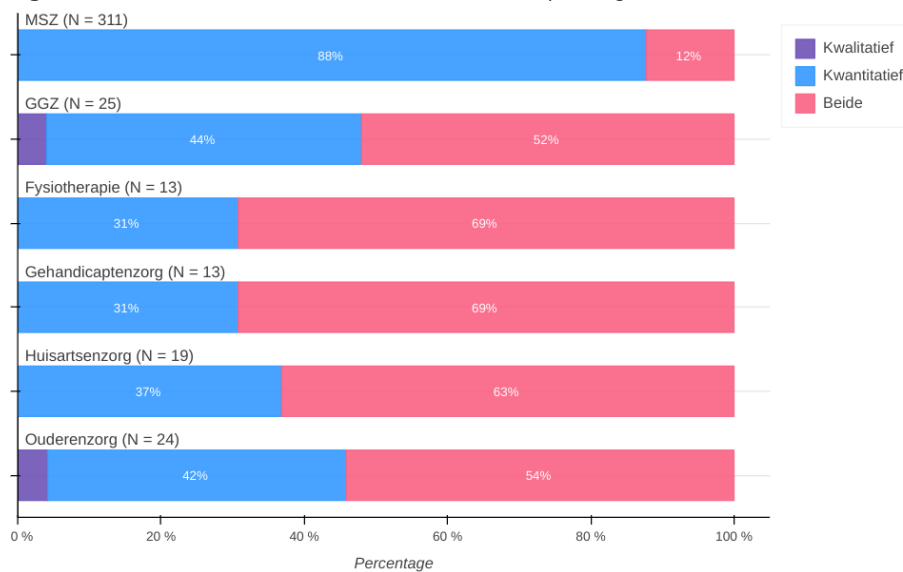


Bij de sectoren geestelijke gezondheidszorg, fysiotherapie, gehandicaptenzorg, huisartsenzorg en ouderenzorg geldt dat minimaal 30% van de bronnen zowel professionele als ervaren kwaliteit betreft. In de MSZ ligt het voor de hand dat deze 30% hier niet geldt, aangezien hier de meeste kwaliteitsregistraties van wetenschappelijke beroepsverenigingen zitten.

9.1.4 Kwalitatieve en kwantitatieve bronnen per zorgsector

Een andere eigenschap die in kaart is gebracht is of de bronnen kwalitatief beschrijven of kwantitatief meten. Ook hier is het effect van de kwaliteitsregistraties in de MSZ als kwantitatieve meting duidelijk te zien. Voor de overige sectoren wordt voor het merendeel van de bronnen zowel kwantitatief beschreven als kwalitatief gemeten. Dit lijkt te bevestigen dat technische operationalisering meer geschikt is voor sommige kwaliteit gerelateerde problemen of dimensies (bv. effectiviteit) dan voor anderen.

Figuur 10 Aantal kwalitatieve en kwantitatieve bronnen per zorgsector

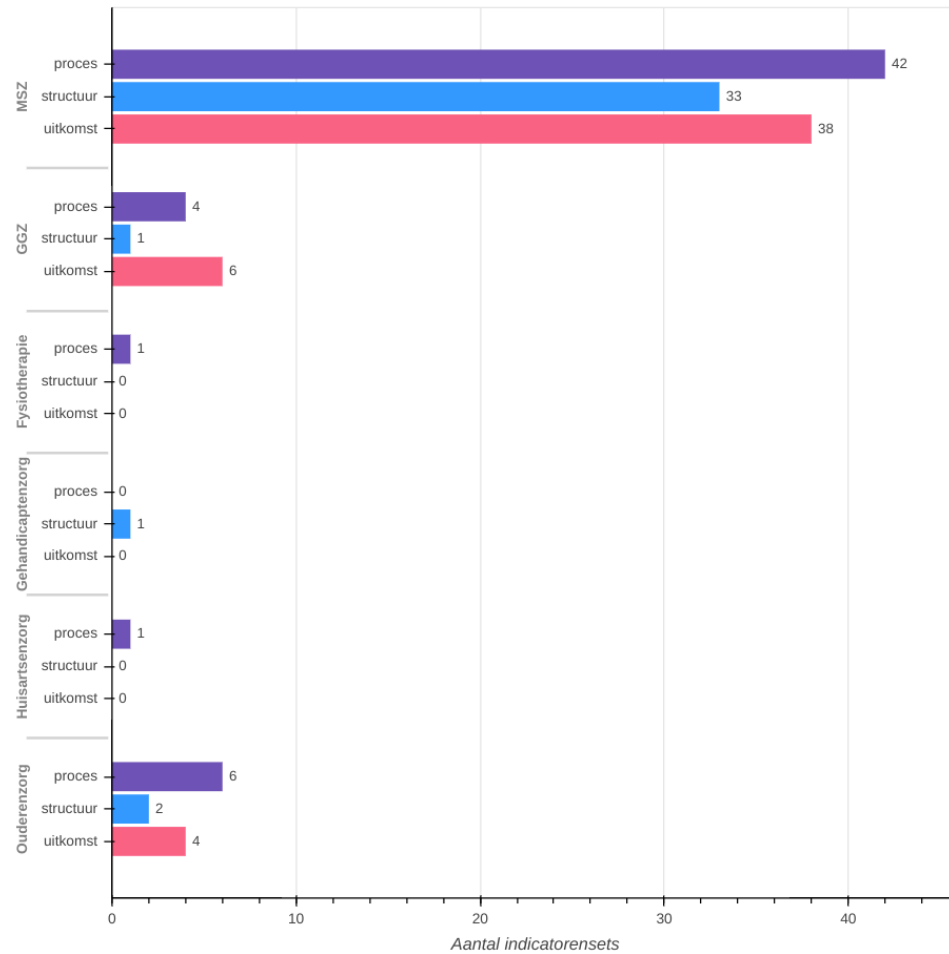


Professionele kwaliteit is veruit de grootste groep bronnen in de MSZ, aangezien hier de meeste kwaliteitsregistraties van wetenschappelijke beroepsverenigingen zitten. De kwaliteitsregistraties bevatten veel kwantitatieve (cijfers) data.

9.1.5 Structuur-, proces- en uitkomstindicatoren per zorgsector

Voor de sectoren MSZ, GGZ en ouderenzorg zijn een aantal indicatorensets beschikbaar die samen zowel uitkomsten van zorg als het proces en de structuur van zorg meten. De sectoren huisartsenzorg en fysiotherapie zijn minder ver in de ontwikkeling en het gebruik van indicatorensets. De gehandicaptenzorg kiest bewust een andere weg.

Figuur 11 Aantal structuur, proces en uitkomstindicatoren per zorgsector

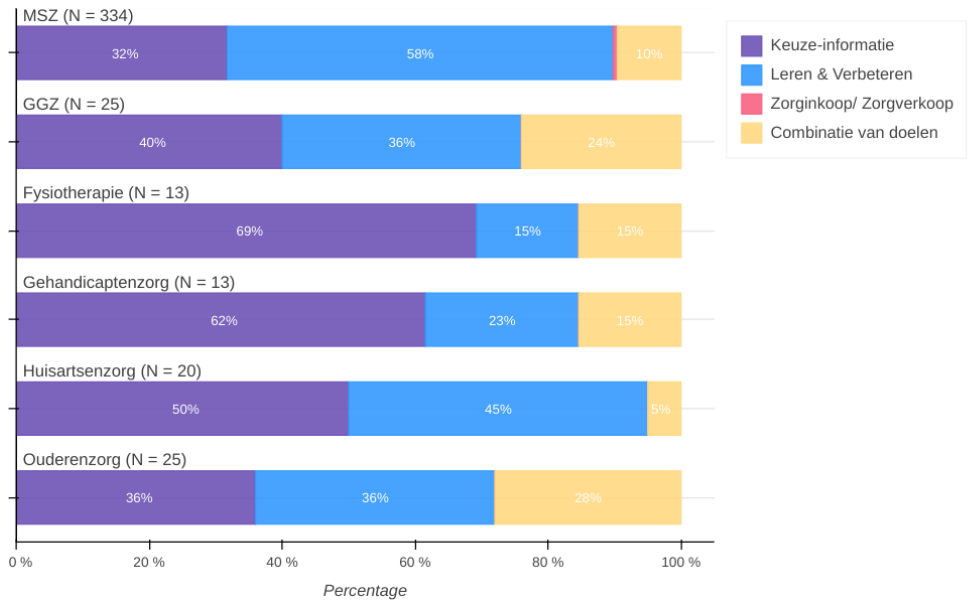


In de MSZ zijn verreweg de meeste, aandoening specifieke, indicatorensets ontwikkeld.

9.1.6 Doelstelling(en) van kwaliteitsinformatiebronnen per zorgsector

Voor de Medisch Specialistische Zorg is te zien dat de meerderheid van de bronnen leren en verbeteren tot primaire doel heeft. Dit wordt veroorzaakt door het grote aandeel van kwaliteitsregistraties voor deze sector. Slechts enkele bronnen zijn tot stand gekomen met als belangrijkste doel zorginkoop.

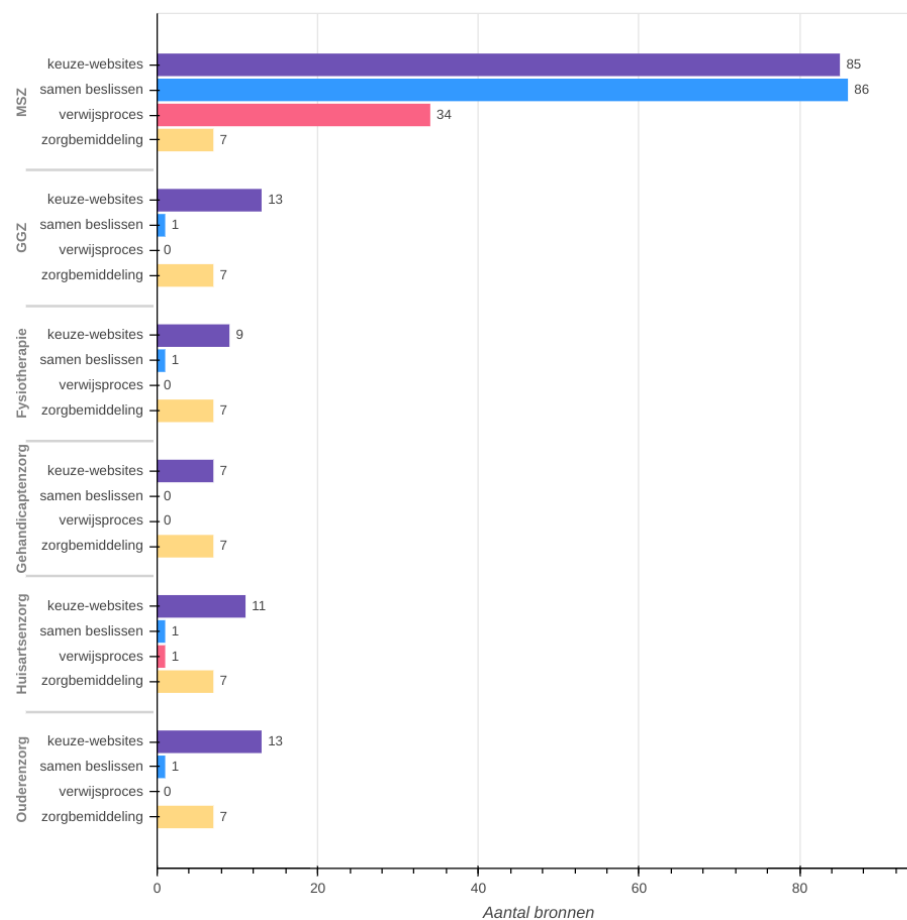
Figuur 12 Doelstellingen van kwaliteitsinformatie per zorgsector



9.1.7 Kwaliteitsinformatie als keuze-informatie per zorgsector

In het totaal zijn 171 bronnen opgenomen die gebruikt worden als keuze-informatie. Per zorgsector is hier in beeld gebracht voor welke toepassing de keuze-informatie wordt gebruikt. Elke bron kan voor meerdere toepassingen worden gebruikt. In de Medisch Specialistische Zorg wordt keuze-informatie vaak gebruikt voor Samen beslissen en Keuze-websites. Het Samen beslissen is nog beperkt terug te zien in de overige sectoren. Daar wordt keuze-informatie veelal gebruikt voor zorgbemiddeling en keuze-websites. Keuze-informatie wordt in alle sectoren met uitzondering van de Medisch Specialistische Zorg nog weinig gebruikt voor keuzes in het verwijsproces.

Figuur 13 Gebruiksdoelen keuze-informatie per zorgsector



9.2 In gesprek over kwaliteit van zorg

Dit rapport verzamelt en bundelt zoveel mogelijke (actuele) informatie over het gebruik van informatie(bronnen) over kwaliteit van zorg, rekening houdend met meerdere perspectieven. Het produceren van een beeld van kwaliteit van zorg dat rijk genoeg is om plausibel te zijn, houdt in dat naar elke actor geluisterd is. De slotbeschouwing gaat in op de inzichten die het onderzoek heeft opgeleverd.

Over het doel van kwaliteitsinformatie

Als we luisteren naar de stemmen van deskundigen in verschillende zorgsectoren dan valt op dat bijna iedereen wijst op dezelfde onverenigbaarheid van doelen. Het dienen van drie doelen (keuze-informatie, leren en verbeteren en zorginkoop) door middel van één set aan kwaliteitsindicatoren werkt in de praktijk niet. Kwaliteitsindicatoren kunnen niet alle drie de doelen tegelijkertijd dienen. Maak daarom een keuze. Breng focus aan. Zorgaanbieders ervaren momenteel een discrepantie tussen de inspanning die het hen kost om kwaliteitsinformatie extern op te leveren versus de waarde die deze aanlevering intern heeft voor het (individuele) zorgproces en de eigen organisatie. Er wordt meer data verzameld dan dat zorginstellingen en zorgprofessionals capaciteit hebben om te gebruiken voor leren en verbeteren.

Over het gebruik van kwaliteitsinformatie voor zorginkoop

Om in elke sector een robuust proces van continue verbetering te stimuleren, zetten zorgverzekeraars/zorgkantoren steeds vaker in op het maken van afspraken over kwaliteitsverbetering. Dat doen zij aan de hand van het dialoogmodel. Hiermee hebben zorgverzekeraars/zorgkantoren goede ervaringen opgedaan. Zorgverzekeraars/ zorgkantoren blijven in gesprek gaan met zorgaanbieders en zullen bij elke zorgaanbieder één of meerdere thema's langere tijd intensief volgen. Zorgverzekeraars/ zorgkantoren sluiten bij de keuze van deze thema's aan bij relevante ontwikkelingen die bij de zorgaanbieder gaande zijn. De thema's kunnen dus per zorgaanbieder verschillen. Daarnaast verbinden zorgverzekeraars/zorgkantoren de kwaliteitsdialoog met het geheel van (beleid)gesprekken en locatiebezoeken, om de PDCA-cyclus op kwaliteit stevig te verankeren.

Over het gebruik van kwaliteitsinformatie voor leren en verbeteren

Over bepaalde kwaliteitsinformatie wordt veel gesproken. Deze informatie heeft duidelijk een functie in een netwerk van onderling verbonden gesprekken. In de MSZ worden bijvoorbeeld de kwaliteitsindicatoren voor aneurysma, borstkanker en slokdarm en maagcarcinoom (in meer of mindere mate) gebruikt voor leren en verbeteren. De mate waarin indicatoren worden gebruikt is mede afhankelijk van de betrokkenheid van de arts bij de kwaliteitscommissies van de wetenschappelijke beroepsverenigingen en de capaciteit en ondersteuning die vakgroepen inregelen.

Er zijn ook kwaliteitsindicatoren waarover weinig wordt gesproken, of hierover wordt gesproken in kleine, noodzakelijk exclusieve, gezelschappen van medische wetenschappers. Bij sommige kwaliteitsindicatoren, zoals bij cataract (staar), is duidelijk nauwelijks sprake van variatie (<1%). Het is voor zorgprofessionals dan moeilijk om deze indicatoren zelf te gebruiken voor benchmarking of als spiegelinformatie. Bij andere kwaliteitsindicatoren, zoals intensive care¹⁸, gaat het om hooggespecialiseerde zorg waarbij (de samenloop

¹⁸ De indicatoren voor Intensive care zijn sinds verslagjaar 2021 komen te vervallen op de Transparantiekalender.

van) verschillende factoren ervoor zorgt dat resultaten en indicatoren moeilijk vergelijkbaar zijn. Hetzelfde geldt voor topklinische en topreferente zorg, zoals neurochirurgie. Hier wordt weliswaar veel (kwaliteits)informatie verzameld, maar deze zorg is zo complex en multifactorieel, dat het duiden ervan is voorbehouden aan een beperkte groep medische wetenschappers. Wanneer bepaalde kwaliteitsinformatie weinig wordt gebruikt, dan betekent dit niet dat deze informatie geen waarde heeft, maar wel dat het transparant maken van deze informatie op dit moment onvoldoende bijdraagt aan het realiseren van een positieve verandering (bv. meer geïnformeerde keuzes door patiënten of kwaliteitsverbetering door zorgprofessionals).

Als het over leren en verbeteren gaat, dan moeten we het hebben over een spectrum. Aan de ene kant van het spectrum is sprake van laag-complexe zorg waar we weinig variatie zien. Aan de andere kant van het spectrum is hoog-complexe zorg waar we de oorzaken van variatie niet goed begrijpen. Kwaliteitsindicatoren zijn bruikbaar voor leren en verbeteren, benchmarking en spiegelinformatie als de zorg zich tussen beide uitersten bevindt. Er moet sprake zijn van (enige) variatie en afwijkingen moeten (met een redelijke inspanning) te begrijpen en te duiden zijn. Met andere woorden, bepaalde (typen) zorg laten zich beter uitdrukken en vergelijken met behulp van kwaliteitsindicatoren dan andere. Maak daarom keuzes bij het ontwikkelen (en verplicht stellen) van kwaliteitsindicatoren. Niet voor alle aandoeningen en (typen) zorg zijn ze (even goed) bruikbaar.

Over het gebruik van kwaliteitsinformatie als keuze-informatie

Kwaliteitsindicatoren en -bronnen worden gebruikt als keuze-informatie voor het kiezen voor een zorgaanbieder of behandeling als de zorg zich ergens tussen twee uitersten bevindt. Er moet sprake zijn van (enige) complexiteit (niet-routine ingrepen) en een serieuze impact in het leven van de patiënt (motivatie), er moet voldoende tijd zijn om informatiebronnen te zoeken en raadplegen (gelegenheid)¹⁹, maar de zorg moet ook weer niet zo hoogtechnologisch, complex en intensief zijn dat deze is geconcentreerd (beperkte keuzeruimte, o.m. door wachttijden) of spoedzorg betreffen (bij urgente zorg is er niets te kiezen). Het gaat om een klein aantal patiënten.

Minder dan 10% van alle patiënten die informatie over zorg zoeken gebruikt de gevonden kwaliteitsinformatie om te evalueren door welke arts of in welk ziekenhuis de beste zorg wordt gegeven en daarin een keuze te maken²⁰. Het merendeel van de patiënten laat zich adviseren door hun behandelend arts (verwijzing) of maakt een keuze op basis van andere factoren, zoals locatie (afstand) en bereikbaarheid (reistijd), dan wel ervaringen van lotgenoten, familie of kennissen.

Uit gesprekken over het gebruik van kwaliteitsinformatie als keuze-informatie leiden we af dat patiënten *in ieder geval* beter moeten worden ondersteund met informatie t.b.v. beslismomenten in het zorgproces. Concreet gaat het dan over informatie over: 1) de aandoening; 2) de behandeling; en 3) ervaringen (lotgenotencontact).

Het is mogelijk om te investeren in maatregelen die het (zoek)gedrag van patiënten beïnvloeden en die het gebruik van kwaliteitsinformatie als keuze-informatie bevorderen. Door patiënten beter voor te lichten over (de beschikbaarheid van) kwaliteitsinformatie, door hen beter voor te bereiden op het gebruiken daarvan in hun eigen persoonlijke situatie, en door informatie begrijpelijker en toegankelijker te maken, is het plausibel dat patiënten kwaliteitsinformatie in de toekomst (meer) gaan gebruiken voor het maken van een keuze voor een behandeling of een behandelaar.

¹⁹ Bepaalde patiënten hebben meer keuzemogelijkheid (urgentieklasse 4 en 5) m.b.t. waar en door wie zij behandeld willen worden. Patiënten die in urgentieklasse 1/2/3 zitten, hebben maar weinig te kiezen. De keuzeruimte wordt in belangrijke mate beperkt door de tijd waarover patiënten beschikken.

²⁰ NIVEL 'Het burgerperspectief op informatie over gezondheid'.

De verantwoordelijkheid om patiënten van de juiste informatie in de juiste context te voorzien moet in de eerste plaats bij de arts liggen (in de spreekkamer). Dit geldt zeker voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. Informatie over zorg, incl. kwaliteitsinformatie, wordt momenteel niet of nauwelijks getest op begrijpelijkheid en toegankelijkheid. Beschikbare instrumenten en methoden moeten dan ook intensiever gebruikt worden voor het passend communiceren met patiënten.

Voor tenminste 36% van de patiënten is het (erg) moeilijk om gezondheid gerelateerde informatie te vinden, begrijpen of toe te passen; zij hebben beperkte gezondheidsvaardigheden. Voor hen zijn de huidige kwaliteitsindicatoren en -bronnen op dit moment in ieder geval onvoldoende begrijpelijkheid en toegankelijkheid.

Over uitdagingen waar de zorg voor staat

Het gebruik van kwaliteitsinformatie als keuze-informatie raakt aan een fundamenteel vraagstuk waar de zorg voor staat. Hoe houden we een goede (regionale) zorg-infrastructuur in stand zodat iedere patiënt/ cliënt (dichtbij) optimale zorg wordt geboden? We zien in alle zorgsectoren personeelstekorten, capaciteitsgebrek en oplopende zorgkosten. Het CPB verwacht dat de zorgkosten tussen 2021 en 2025 mede als gevolg van de vergrijzing van zo'n 84 miljard euro stijgen naar 100 miljard. En dat is nog maar het begin. Het is duidelijk dat alleen door meer en betere (regionale) samenwerking, innovatie en het onderling overnemen van elkaars patiënten/ cliënten aan iedere individuele patiënt/ cliënt optimale zorg geboden kan worden. Hoeveel is keuze-informatie (straks) waard als de vraag domineert: "(Wanneer) is er plaats?".

In de ouderenzorg wordt dit probleem nu het meest acuut ervaren. Hoe gaan we het - met elkaar - voor elkaar krijgen dat iedereen de (ouderen)zorg krijgt die hij/zij nodig heeft? De toekomst gaat draaien om organiseerbaarheid van ouderenzorg. Dat is de gemeenschappelijke uitdaging. Dat betekent dat alleen informatie gebruikt moet worden die van toegevoegde waarde is in het zorgproces van individuele cliënten en die helpt bij het leveren en verbeteren van zorg. Geen aanvullende informatie.

Iedereen die al langer meeloopt in de sector weet dat de beweging van vergelijkbaarheid en indicatoren (kwaliteitskader 'Verantwoorde zorg') naar het gesprek en de vragen, wensen en behoeften van cliënten ([consultatiedocument](#) conceptkwaliteitskader 'Kwaliteit in Dialoog; Wat is goede zorg en hoe spreken we daarover') al eens is ingezet. Omdat het conceptkwaliteitskader niet gezamenlijk werd gedragen door de werkgroep, heeft het Zorginstituut de regie in 2016 overgenomen. De reden was dat de uitwerking van het conceptkwaliteitskader een mate van detaillering kende die tot problemen in de praktijk zou leiden, waardoor de uitgangspunten van het conceptkwaliteitskader niet of onvoldoende tot hun recht zouden komen. Dit heeft geresulteerd in het [Kwaliteitskader verpleeghuiszorg](#). De discussie over kwaliteitsnormering wordt dus al lange tijd gevoerd. Feit is dat voor de sector een geleidelijke, contextversterkende activiteit zoals het gesprek van meer waarde is, zowel voor de cliënt als de zorgverlener.

Daarmee zijn we terug waar we zijn begonnen in hoofdstuk 2. Het valt op dat als we luisteren naar de stemmen van deskundigen één concept steeds terugkeert, ongeacht de zorgsector. Het idee van het 'gesprek' komt vaak (en in alle zorgsectoren) terug. Gesprekken zijn blijkbaar onmisbaar om de kwaliteit van zorg te duiden. Voor het Zorginstituut is een [bemiddelende rol](#) weggelegd in deze gesprekken. Bemiddeling betekent verbindend optreden, niet dwingend, om het vertrouwen te houden van alle partijen en zo duurzame oplossingen te realiseren.

Met dit rapport is zeker niet het laatste woord gesproken over het gebruik van kwaliteitsinformatie, het is eerder het begin van een gesprek.

Bijlagen bij rapportage:

In gesprek over kwaliteit van zorg

I	Begrippenlijst	70
II	Bureauonderzoek	71
III	Praktijkonderzoek	74
IV	Onderzoeksmatrix	79
V	Bijlagen bij hoofdstuk 3	81
VI	Bijlagen bij hoofdstuk 4	83
VII	Bijlagen bij hoofdstuk 5	85
VIII	Bijlagen bij hoofdstuk 6	86
IX	Bijlagen bij hoofdstuk 7	87
X	Bijlagen bij hoofdstuk 8	89
XI	Inkoopbeleid	90

I Begrippenlijst

Hieronder is uiteengezet wat we met bepaalde woorden of uitdrukkingen bedoelen.

Kwaliteitsinformatie

Omvat informatie (kwantitatief en kwalitatief) welke duiding geeft aan (ervaren en professionele) uitkomsten/ kwaliteit van de geleverde zorg. Grofweg onderscheiden we de volgende typen kwaliteitsinformatie:

- Professionele kwaliteit (objectief en geregistreerd door zorgprofessionals):
 1. Proces (bv. percentage gevallen waarbij een bepaalde procedure is gevolgd)
 2. Structuur (bv. informatie over de organisatie van een zorgsysteem).
 3. Uitkomstinformatie van zorg/ behandeling (bijvoorbeeld % heropnames, % complicaties).
- Ervaren kwaliteit (subjectief en vastgelegd door patiënten of zorgprofessionals):
 1. Ervaren uitkomsten van de behandeling/ zorgproces (PROMS, ROM).
 2. Ervaringen met de zorgprofessional/ zorgaanbieder. Het gaat hier om ervaringen gerapporteerd door patiënten/cliënten (hieronder vallen bv. PREMS, Reviews, PEM, CQI, etc., maar ook HTO huisartsentevredenheidsonderzoeken).
 3. Verhalen (getuigenissen) van patiënten.

Samen beslissen

Omvat het proces waarin de arts/zorgprofessional en de patiënt/cliënt gezamenlijk bespreken welk medisch-/zorg-/ondersteunings-beleid, dan wel welke zorg-/ ondersteuningsaanbod, het beste bij de patiënt/cliënt past, waarbij alle opties, voor- en nadelen, patiënt/cliënt voorkeuren en omstandigheden worden meegenomen.

Keuze-informatie

Omvat kwaliteitsinformatie en andere informatie (zoals wachttijden, afstand, specialisaties/ expertise, wel/ niet gecontracteerde zorgaanbieder, etc.) over de zorg die zorgvrager/ zorgprofessional/ verwijzer welke inzicht geeft in het zorg- en behandelaanbod, waardoor zij in staat zijn om een onderbouwde keuze te maken voor een aanbieder/ behandeling.

Leren & verbeteren

Omvat het proces waarbij zorgprofessionals intern of extern informatie over kwaliteit van de geleverde zorg bespreekbaar maken, met het doel om middels afspraken/ acties het niveau van kwaliteit continu te borgen en zo mogelijk te verhogen.

Zorginkoop

Zorginkoop betreft het proces waarbij zorginkopers (zorgverzekeraars/ Wlz-uitvoerders) diensten inkopen m.b.t. het leveren van zorg in gezondheidszorg door zorgaanbieders. Zorg wordt ingekocht voor diensten die worden verstrekt vanuit de zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Bij het inkopen van zorg kan kwaliteitsinformatie worden gebruikt door zorgaanbieder (zorg verkopende partij) en zorgverzekeraar (zorg inkopende partij) om de waarde van de dienst te duiden en passende beloning te bepalen.

II Bureauonderzoek

Om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van welke kwaliteitsinformatie er al bestaat, is bureauonderzoek uitgevoerd. Na het opstellen van een theoretisch en conceptueel kader volgende we de volgende 5 stappen:

Stap 1. Bronverzameling

Voor alle zes zorgsectoren verzamelden we bronnen over kwaliteitsinformatie. De vereiste bij bronverzameling was dat een bron [1] iets zegt over kwaliteitsinformatie of kwaliteitsinformatie bevat en [2] binnen ten minste één van de zes zorgsectoren valt.

In eerste instantie zijn alle bronnen meegenomen die aan deze vereisten voldeden. Zo ontstond een bronnenlijst bestaande uit onder andere indicatorensets, de kwaliteitsregistraties van (wetenschappelijke) beroepsverenigingen/ brancheorganisatie; relevante zorgzoekers/ keuzehulpen; relevante (wetenschappelijke) publicaties; relevante (landelijke) initiatieven en programma's, meetinstrumenten, informatie over gezondheidsvaardigheden, (lokale) praktijkvoorbeelden, en diverse beleidsrapportages.

Stap 2. Beoordeling en selectie bronnen

Zowel tijdens als na het verzamelen van de bronnen vond een beoordeling en selectie van bronnen plaats. De bronnen zijn beoordeeld op basis van de informatie-elementen uit de onderzoeksmatrix:

- De algemene kenmerken van kwaliteitsinformatie in de bron. Hierbij gaat het om het type kwaliteit (professionele/ervaren kwaliteit, proces/structuur/uitkomst indicatoren, kwantitatieve/kwalitatieve informatie), maar ook om de status van de kwaliteitsinformatie (in gebruik/ niet in gebruik) en het hoofddoel van de kwaliteitsinformatie.
- In beeld bij het Zorginstituut. Er werd onderzocht of de bron in zicht is bij het Zorginstituut, wat inhoudt dat de bron ofwel op de Meerjarenagenda van het Zorginstituut staat (te ontwikkelen kwaliteitsproducten), ofwel onderdeel is van het Register of de Transparantiekalender van het Zorginstituut (verplichte dataverzameling).
- Doelen van kwaliteitsinformatie. Er werd beoordeeld welk(e) doel(en) de kwaliteitsinformatie dient: keuze-informatie, leren en verbeteren of zorginkoop.

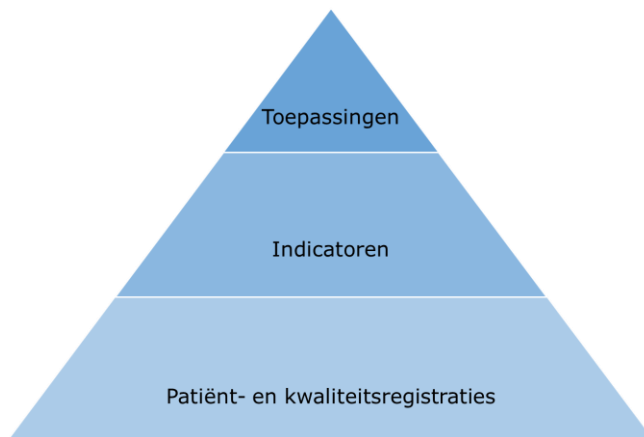
De beoordeling maakte duidelijk welke bronnen (relevante) kwaliteitsinformatie bevatten en werden meegenomen in verdere analyse. Uitgeselecteerde bronnen waren bijvoorbeeld bronnen met meerdere lagen (bron-in-bron), dubbele bronnen, of bronnen die naderhand niet relevant waren omdat ze weinig tot geen kwaliteitsinformatie bevatten. Na beoordeling en selectie gaat het om 484 opgenomen bronnen in een onderzoeksmatrix.

Stap 3. Bronanalyse

Met alle informatie-elementen van de geselecteerde bronnen in beeld, vond een nadere bronanalyse plaats (d.w.z. een kritische lezing van de informatiebronnen).

Door de grote verscheidenheid aan bronnen en kwaliteitsinformatie, is ervoor gekozen de bronnen in te delen in drie niveaus. Door deze indeling kon een grof onderscheid worden gemaakt tussen de basis waar kwaliteitsinformatie op berust (de letterlijke verzameling van data) en de toepassing of het gebruik van die verzamelde data. De drie niveaus zijn als het ware opgebouwd in een piramide, waarbij de onderste laag (niveau 1) de basis vormt voor de twee lagen daarboven (niveau 2 en 3). Dit is weergegeven in onderstaand figuur, gevolgd door een tekstuele toelichting per niveau.

Figuur 14 Niveaus van kwaliteitsinformatie (bronnen)



Niveau 1. Patiënt- en kwaliteitsregistraties

Dit niveau vormt het fundament voor (bijna) alle kwaliteitsinformatie in de curatieve zorg. Een patiënt- of kwaliteitsregistratie legt eigenschappen van de patiënt en geleverde zorg vast in termen van handelingen en resultaten. Het gaat om initiatieven waarbij data worden verzameld over de kwaliteit van zorg, waarbij meerdere aanbieders dezelfde meting uitvoeren en afspraken hebben gemaakt over de manier van dataverzameling (meetinstrument, meetfrequentie etc.), de interpretatie, de resultaten en het gebruik ervan. Voorbeelden van kwaliteitsregistraties zijn DICA-, LROI- en DHD-registraties. In de langdurige zorg gaat het onder meer om kwaliteitsrapportages en -verslagen.

Niveau 2. Indicatoren

Dit is het niveau van de geaggregeerde data(sets). Indicatoren betreffen meetbare aspecten van de zorgverlening, die een aanwijzing geven over de mate van de kwaliteit. Het gaat om initiatieven waarbij data worden verzameld over de kwaliteit van zorg, waarbij deze data worden bewerkt en beschikbaar worden gemaakt voor meerdere partijen. Voorbeelden van indicatoren zijn de indicatorensets op de Transparantiekalender, PROM-uitvragen zoals de belastbaarheid van mantelzorg in de wijkverpleging en de uitvraag door Zorgkaart Nederland.

Niveau 3. Toepassingen

Het niveau van de toepassingen is het 'hoogste' niveau. Het gaat hier om initiatieven waarbij doorgaans geen nieuwe data worden verzameld, maar waar kwaliteitsdata worden gebruikt voor (beleid)advies, voorlichting of analyse. Voorbeelden zijn keuzehulp en beschrijvende rapporten. Een voorbeeld waarin wél nieuwe data worden verzameld zijn reviews (en getuigenissen) door patiënten op bijvoorbeeld keuzewebsites.

Een vierde categorie waar bronnen in de onderzoeksmatrix onder zijn geplaatst is het meetinstrument. Meetinstrumenten werden in dit onderzoek echter alleen als bron beschouwd als er landelijke of regionale afspraken zijn gemaakt over hoe het instrument moet worden ingezet of hoe resultaten moeten worden geïnterpreteerd. Een voorbeeld hiervan is het huisartsentrevredenheidsonderzoek.

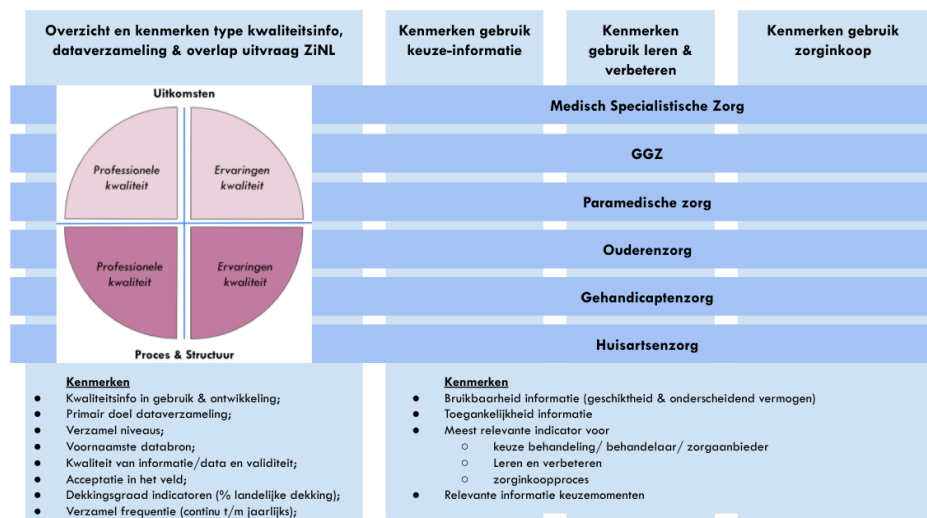
Stap 4. Onderzoeksmatrix

De kwaliteitsinformatie is gestructureerd en geanalyseerd in een onderzoeksmatrix. De onderzoeksmatrix biedt ondersteuning om het inzicht in informatie over kwaliteit en het gebruik hiervan voor de beschreven doeleinden te structureren. De onderzoeksmatrix

heeft ons in staat gesteld om de verschillende type informatie over kwaliteit in te delen naar kenmerken en op welke wijze dit wordt ingezet voor keuze-informatie, leren en verbeteren en in het inkoopproces.

De onderzoeksmatrix is separaat opgeleverd aan het Zorginstituut. Om gebruikers van de matrix te ondersteunen is in bijlage IV een aparte toelichting bijgevoegd over de meest relevante kenmerken van de onderzoeksmatrix.

Figuur 15 Schematisch overzicht onderzoeksmatrix



De onderzoeksmatrix heeft ons in het onderzoek geholpen om de lacunes en overlap inzichtelijk te maken in relatie tot de taken en de invulling van het Zorginstituut, en om de interviews tijdens het praktijkonderzoek goed voorbereid te kunnen voeren. In het totaal zijn 435 bronnen onderzocht. Omdat een meetinstrument een middel is en op zichzelf geen bron van informatie is besloten de meetinstrumenten die in beeld zijn gebracht niet verder mee te nemen in de analyse. Zonder de meetinstrumenten zijn in totaal 387 bronnen onderzocht. Deze bronnen zijn in gebruik of in ontwikkeling.

Stap 5. Identificeren lacunes en witte vlekken

De bronnen uit de onderzoeksmatrix geven een redelijk compleet beeld van wat er aan kwaliteitsinformatie beschikbaar is. Echter is er over het *gebruik* van kwaliteitsinformatie in de praktijk weinig bekend. Informatie die na bureauonderzoek nog ontbreekt betreft:

- Het daadwerkelijke gebruik van kwaliteitsinformatie in de dagelijkse praktijk (t.b.v. de doeleinden leren en verbeteren, keuze-informatie en zorginkoop);
- Welke kwaliteitsinformatie als nuttig wordt ervaren en welke niet.

Om de lacunes in het gebruik van kwaliteitsinformatie te dichten en om witte vlekken in te vullen, is de ontbrekende informatie tijdens een praktijkonderzoek uitgevraagd:

- Via een enquête. Deze is breed uitgezet onder alle zes de zorgsectoren. De enquête bevat vragen over het gebruik van kwaliteitsinformatie in de praktijk.
- Via interviews. De interviews zijn binnen de zes zorgsectoren gehouden met branche- en belangenorganisaties, zorgprofessionals uit de praktijk en cliëntenraden. In de interviews is ingegaan op het gebruik van kwaliteitsinformatie voor de doeleinden leren en verbeteren, keuze-informatie en zorginkoop. Daarnaast is ingegaan op de belemmeringen in het gebruik van en de behoefte aan kwaliteitsinformatie.

III Praktijkonderzoek

Om de lacunes in het gebruik van kwaliteitsinformatie te dichten en om witte vlekken in te vullen, is de ontbrekende informatie tijdens een praktijkonderzoek uitgevraagd via:

1. Een online enquête onder stakeholders per zorgsector;
2. Interviews met stakeholders per zorgsector.

1. Online enquête

Via branche- en koepelorganisaties en via communicatiekanalen van het Zorginstituut is een online enquête uitgezet (open link), bestaande uit maximaal 12 vragen. Voor de online enquête is de achterban benaderd van de onderstaande partijen. Deze partijen hebben de online enquête verspreid via eigen communicatiekanalen. In totaal vulden 229 respondenten de enquête in. De enquête is gebruikt als voorbereiding op de interviews.

Zorgsector	Stakeholder
Paramedie	KNGF
SKF	SKF
MSZ	NVZ
MSZ	NFU
MSZ	ZKN
GGZ	De Nederlandse GGZ
GGZ	LVVP
Ouderenzorg	Actiz
Ouderenzorg	ZorgThuis NL
Gehandicaptenzorg	VGN
Huisartsenzorg	Ineen
Ouderenzorg, GGZ, Gehandicaptenzorg	LSR
Divers	Zilveren Kruis
Divers	Menzis
Divers	CZ
Divers	Menzis
Divers	Zorginstituut Nederland

De enquête was gericht aan personen die actief zijn in één van de zes zorgsectoren en informatie over de geleverde kwaliteit van zorg gebruiken of verantwoordelijk zijn voor het verzamelen van deze informatie. De online enquête geeft inzicht in hoeverre kwaliteitsinformatie wordt gebruikt als keuze-informatie, voor leren en verbeteren en in het inkoopproces. Daarnaast is geprobeerd om inzichtelijk te maken:

- Welke initiatieven m.b.t. het gebruik van kwaliteitsinformatie als best practices worden gezien;
- Welke kwaliteitsinformatie gemist wordt/ ontbreekt;
- Welk (type) kwaliteitsinformatie en voor welk doel (nog) niet/ onvoldoende benut wordt;
- Welke belemmeringen/ barrières worden ervaren om beschikbare kwaliteitsinformatie (beter) te benutten.

De minimale respons van 20 is gehaald voor vijf van de zes zorgsectoren. Voor de huisartsenzorg zijn er slechts zes respondenten.

Zorgsector	Aantal respondenten
Gehandicaptenzorg	46
GGZ	33
Huisartsenzorg	6
Medisch Specialistische Zorg	24
Paramedische zorg (fysiotherapie)	99
Ouderenzorg	21

Voor alle zorgsectoren geldt dat de respondenten sterk zijn vertegenwoordigd door managers/ adviseurs kwaliteit. Voor de GGZ en Paramedie (fysiotherapie) zijn de respondenten voornamelijk vertegenwoordigd door zorgprofessionals (als praktijkhouder).

2. Interviews

In totaal zijn 62 interviews afgenomen met 87 verschillende deskundigen van patiënten/ cliënten organisaties, branche- en koepelorganisaties, zorgaanbieders, zorgprofessionals en zorgverzekeraars. De interviews waren gericht op het verder verdiepen van het gebruik van kwaliteitsinformatie i.r.t. de hoofdoelen. Alle interviews zijn online afgenomen via beeldbellen. Van ieder gesprek is een gespreksnotitie gemaakt. Alleen de hoofdlijnen/ conclusies zijn beschreven en verwerkt in deze rapportage.

Interviews zijn afgenomen bij de onderstaande partijen. Enkele geïnterviewden hebben zichzelf aangemeld via de online enquête voor deelname aan het interview.

Organisatie
Medisch specialistische zorg
Haga Ziekenhuis
Zuyderland Ziekenhuis
Equipe
Viasana
DC Klinieken

Annatommiemc
Fyeo
Care4Homecare
Amsterdam UMC
Utrecht UMC
Erasmus UMC
Gynaecologische oncologie Maastricht UMC
Oncologie Maastricht UMC
Oogheelkunde Maastricht UMC
Orthopedie Maastricht UMC
Maastricht UMC
NVZ, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
ZKN, Zelfstandige Klinieken Nederland
V&VN, Beroepsvereniging Verzorgenden en Verpleegkundigen
OCA, revalidatiezorg
Geestelijke gezondheidszorg
P3NL, Federatie van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen
NIP, Nederlands Instituut van Psychologen
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP)
De Nederlandse GGZ
Dimence Groep
LVVP, Landelijke Vereniging van vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten
MIND, Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Huisartsenzorg
NHG, Nederlands Huisartsengenootschap
Ineen
ZGHW
Huisartsen Gelderse Vallei
Paramedische zorg [fysiotherapie]

Praktijk Kerstholt
FysioFitGhijzen
PMC in Balans
Fysioexpert
KNGF
SKF
Ouderenzorg
ActiZ
Carintreggeland
Archipel Zorggroep
Rivas Zorggroep
BrabantZorg
Gehandicaptenzorg
VGN (woordvoerder namens gehandicaptenzorginstellingen)
Cliëntenraden en patiëntperspectief
Familieraad Altrecht
Cliëntenraad Medrie Zwolle
Cliëntenraad Stichting SolutionS
Vereniging van Mensen met Brandwonden
Centrale Cliënten Vertegenwoordigers Raad van TalanT
Cliëntenraad Verpleeghuis Pniël
Patiëntenraad Stichting Huisartsenposten West-Brabant (HAP)
Centrale cliëntenraad Allevo (VVT)
LSR, landelijk steunpunt medezeggenschap
DokterPatient/ Stichting Klompvoet
Stichting Ikone
Zorgverzekeraars
ZN, Zorgverzekeraars Nederland
a.s.f.

Zorg en Zekerheid
VGZ
CZ
Menzis
Zilveren Kruis
Kennis- en expertisecentra
NIVEL (Transparantiemonitor)
Pharos (Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden)

Naast bovengenoemde patiënten/ cliëntenorganisaties, branche- en koepelorganisaties, zorgaanbieders, zorgprofessionals en zorgverzekeraars zijn nog andere organisaties uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Om uiteenlopende redenen (bv. capaciteitsgebrek) hebben deze organisaties, waaronder een aantal zorginstellingen, de Patiëntenfederatie en de Federatie Medisch Specialisten, afgezien van deelname.

IV Onderzoeksmatrix

Over de onderzoeksmatrix

Hier zijn de definities weergegeven van de verschillende kenmerken in de onderzoeksmatrix. Separaat is ook de HTML-rapportage: analyse onderzoeksmatrix beschikbaar gesteld aan het Zorginstituut.

Type informatiebronnen

We onderscheiden vier typen informatiebronnen:

- **Toepassingen:** Een initiatief waarbij geen (nieuwe) data worden verzameld, maar waar kwaliteitsdata worden gebruikt voor advies, voorlichting of analyse. Voorbeelden zijn Zorgkaart NL, keuzehulpen, beschrijvende rapporten, etc.
- **Indicatorenset:** Indicatoren hebben betrekking op meetbare aspecten van de zorgverlening, die een aanwijzing geven over de mate van de kwaliteit. Een indicator geeft betekenis aan een meting, heeft een signaalfunctie. Een indicator krijgt echter pas betekenis, als er ook een norm is bepaald of data afgezet wordt tegen data van anderen. Het gaat dus om initiatieven waarbij data worden verzameld over de kwaliteit van geleverde zorg, waarbij deze data worden bewerkt (casemix-correctie, etc.) en beschikbaar worden gemaakt voor meerdere partijen (andere collega-zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiënten etc.). Voorbeelden zijn de verzamelde data van landelijke indicatorsets, beschikbaar via het Openbaar Register op Zorinzicht.nl (ook wel de Transparantiekalender genoemd). Ook door patiënten gerapporteerde gegevens, zoals verzameld met behulp van instrumenten als bijvoorbeeld PROMs, PREMs het huisartsentevredenheidsonderzoek en de Zorgkaart vragenlijst, geven een gevalideerde aanwijzing over de (ervaren) kwaliteit. Als er landelijke of regionale afspraken zijn gemaakt over hoe een instrument moet worden ingezet (bij wie, in welke frequentie, op welke momenten in het zorgproces, op welke wijze afnemen, vertalingen etc.), of hoe resultaten moeten worden geïnterpreteerd, dan is het een bron.
- **Patiënt-/ Kwaliteitsregistraties:** Een kwaliteitsregistratie legt eigenschappen vast van de patiënt en van geleverde zorg in termen van handelingen enerzijds en resultaten anderzijds. Het gaat om initiatieven waarbij data worden verzameld over de kwaliteit van zorg, waarbij meerdere aanbieders dezelfde metingen uitvoeren en met elkaar (en evt. derde partijen) afspraken hebben gemaakt over de manier van dataverzameling (meetinstrument, meet-frequentie, populatie etc.) en/of de interpretatie en/of resultaten en gebruik ervan met elkaar evalueren. Dica-registraties vallen hieronder. De data van verschillende ziekenhuizen worden gebruikt om kwaliteit van zorg landelijk te onderzoeken en tussen aanbieders te vergelijken (benchmarking).
- **Meetinstrument:** Een meetinstrument zoals een vragenlijst zonder koppeling aan een landelijk of regionaal initiatief. Er zijn dan geen afspraken om met dit meetinstrument landelijk of regionaal op dezelfde manier te meten en meetgegevens uit te wisselen. In dit geval wordt het meetinstrument als een middel en niet als bron beschouwd.

Type kwaliteitsinformatie

Kwaliteitsinformatie omvat informatie (kwantitatief en kwalitatief) welke duiding geeft aan (ervaren en professionele) uitkomsten/ kwaliteit van de geleverde zorg. Grofweg onderscheiden we de volgende typen kwaliteitsinformatie:

- Professionele kwaliteit (objectief en geregistreerd door zorgprofessionals):

- Proces (bv. percentage gevallen waarbij een bepaalde procedure is gevolgd) en structuur (bv. informatie over de organisatie van een zorgsysteem).
- Uitkomstinformatie van zorg/ behandeling (bijvoorbeeld % heropnames, % complicaties).
- Ervaren kwaliteit (subjectief en vastgelegd door patiënten en zorgprofessionals):
 - Ervaren uitkomsten van de behandeling/ zorgproces (PROMS, ROM).
 - Ervaringen met de zorgprofessional/ zorgaanbieder. Het gaat hier om ervaringen gerapporteerd door patiënten/cliënten (hieronder vallen bv. PREMS, Reviews, PEM, CQI, etc., maar ook HTO huisartsentevredenheidsonderzoeken).
 - Verhalen (narratieven) van patiënten.

% landelijk dekkende informatie

Een maat om aan te tonen in hoeverre kwaliteitsinformatie landelijk in gebruik is binnen de betreffende zorgsector.

Primair doel

Het voornaamste doel waarvoor de dataverzameling van de kwaliteitsinformatie tot stand gebracht is.

Geraadpleegde bronnen

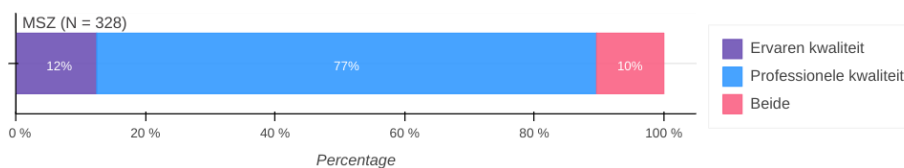
Voor een totaaloverzicht van de geraadpleegde bronnen verwijzen we naar onderzoeksmatrix. Alle opgenomen kwaliteitsinformatie bevat een link naar de bron.

V Bijlagen bij hoofdstuk 3

Medisch specialistische zorg

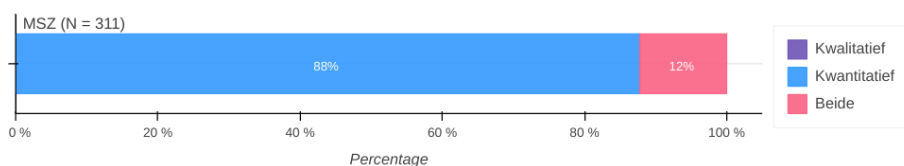
Professionele kwaliteit en ervaren kwaliteit

77% van de geïdentificeerde bronnen betreft kwaliteitsinformatie over professionele kwaliteit (zie bijlage I voor een toelichting van gehanteerde begrippen), 12% betreft door patiënten ervaren kwaliteit en 10% betreft zowel professionele als ervaren kwaliteit.



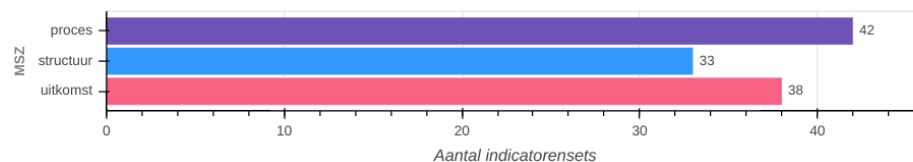
Kwalitatieve en kwantitatieve bronnen

88% van de bronnen betreft een kwantitatieve bron voor kwaliteit en 12% betreft zowel een kwantitatieve als een kwalitatieve bron voor kwaliteit.



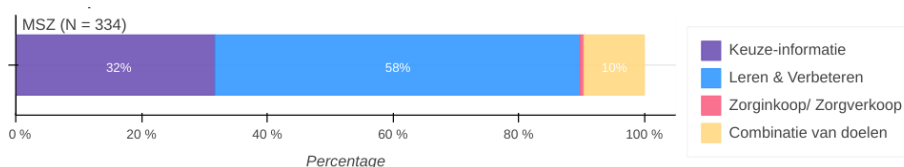
Structuur, proces en uitkomstindicatoren

De 58 indicatorensets bevatten zowel structuur-, proces- als uitkomstindicatoren. Proces-indicatoren komen het vaakst voor, gevolgd door uitkomstindicatoren.



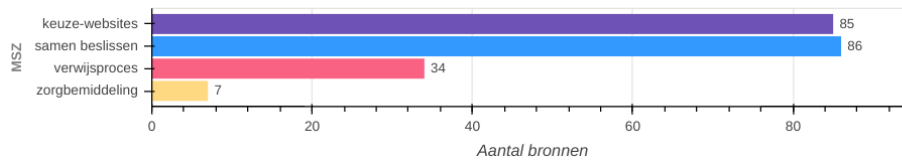
Doelstelling kwaliteitsinformatiebronnen

Het primaire doel van de onderzochte informatiebronnen is in 32% van de gevallen het ter beschikking stellen van keuze-informatie, in 58% van de gevallen voor leren en verbeteren, in 0,6% voor zorginkoop en in 10% een combinatie van verschillende doelen.



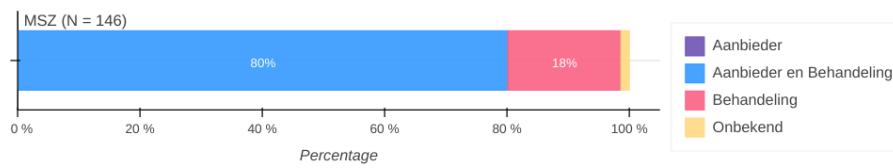
Kwaliteitsinformatie als keuze-informatie

Indien kwaliteitsinformatie wordt ingezet als keuze-informatie, betreft dit doorgaans een keuzehulp en publicatie op keuze-websites.



Bron biedt keuze-informatie voor een aanbieder of behandeling

De keuze-informatie die wordt aangeboden kan betrekking hebben op zowel de keuze voor een aanbieder als een behandeling. In de MSZ ligt de nadruk op het aanbieden van keuze-informatie voor een behandeling.

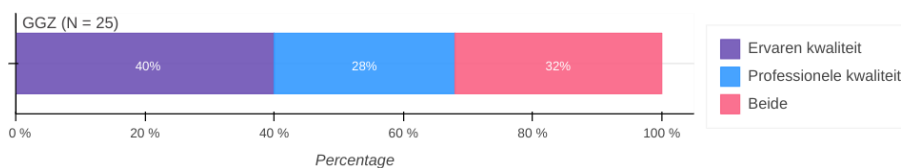


VI Bijlagen bij hoofdstuk 4

Geestelijke gezondheidszorg

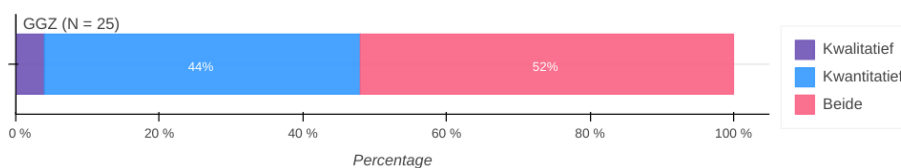
Professionele kwaliteit en ervaren kwaliteit

28% van de bronnen betreft kwaliteitsinformatie over professionele kwaliteit, 40% betreft ervaren kwaliteit en 32% betreft zowel professionele als ervaren kwaliteit.



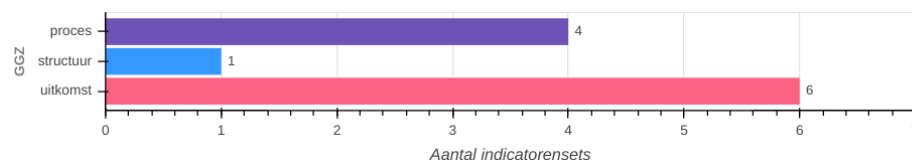
Kwalitatieve en kwantitatieve bronnen

44% van de bronnen betreft een kwantitatieve (cijfers) bron voor kwaliteit, 4% van de bronnen betreft een kwalitatieve (beschrijvend in woorden) bron voor kwaliteit en 52% betreft zowel een kwantitatieve als een kwalitatieve bron voor kwaliteit.



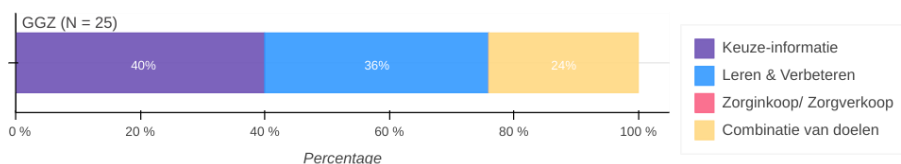
Structuur, proces en uitkomstindicatoren

De indicatorenset bevat voornamelijk uitkomstindicatoren en procesindicatoren.



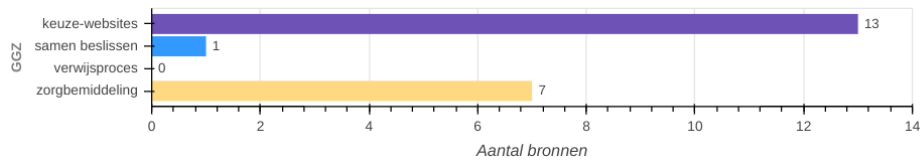
Doelstelling kwaliteitsinformatiebronnen

Het primaire doel van de onderzochte informatiebronnen is in 40% van de gevallen het ter beschikking stellen van keuze-informatie aan patiënten/ cliënten, in 36% van de gevallen voor leren & verbeteren en in 24% een combinatie van doelen.



Kwaliteitsinformatie als keuze-informatie

Indien kwaliteitsinformatie wordt ingezet als keuze-informatie, betreft dit doorgaans publicatie op keuze-websites en zorgbemiddeling. In een enkel geval betreft het voor Samen beslissen. Kwaliteitsinformatie wordt niet ingezet in het verwijfsproces. Het betreft de keuze voor een zorgaanbieder en behandeling.

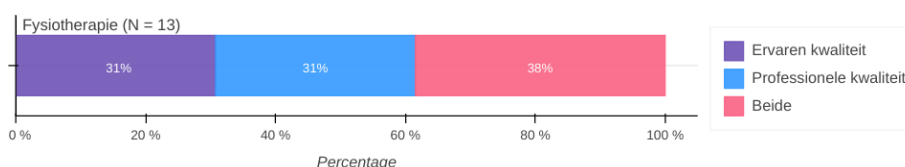


VII Bijlagen bij hoofdstuk 5

Fysiotherapie

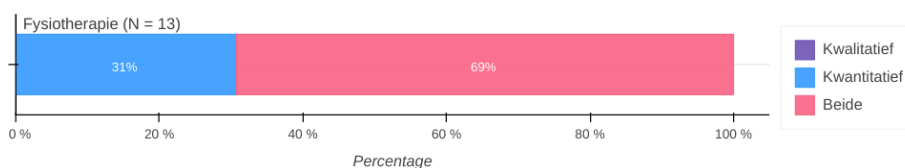
Professionele kwaliteit en ervaren kwaliteit

31% van de bronnen betreft kwaliteitsinformatie over professionele kwaliteit en 31% betreft ervaren kwaliteit en 38% betreft zowel professionele als ervaren kwaliteit.



Kwalitatieve en kwantitatieve bronnen

31% van de bronnen betreft een kwantitatieve (cijfers) bron voor kwaliteit en 69% betreft zowel een kwantitatieve als een kwalitatieve (beschrijvend) bron voor kwaliteit.

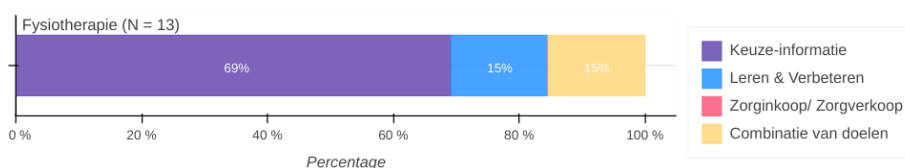


Structuur, proces en uitkomstindicatoren

De indicatorset bevat procesindicatoren (informatie over het zorgproces).

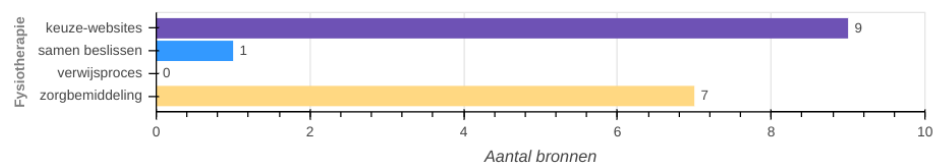
Doelstelling kwaliteitsinformatiebronnen

Het primaire doel van de onderzochte informatiebronnen is in 69% van de gevallen het ter beschikking stellen van keuze-informatie, in 19% van de gevallen voor leren & verbeteren en in 19% van de gevallen voor het zorginkoopproces.



Kwaliteitsinformatie als keuze-informatie

Indien kwaliteitsinformatie wordt ingezet als keuze-informatie, betreft dit doorgaans publicatie op keuze-websites en zorgbemiddeling. In een enkel geval voor Samen beslissen. Kwaliteitsinformatie wordt niet ingezet in het verwijsp proces. Het betreft in de regel de keuze voor een zorgaanbieder en behandeling.

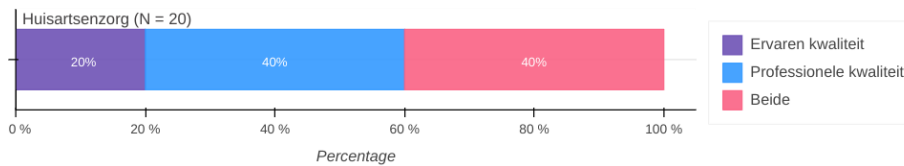


VIII Bijlagen bij hoofdstuk 6

Huisartsenzorg

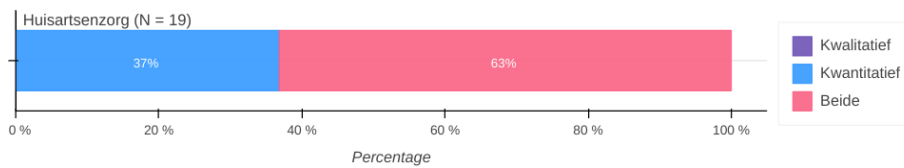
Professionele kwaliteit en ervaren kwaliteit

40% van de bronnen betreft kwaliteitsinformatie over professionele kwaliteit en 20% betreft ervaren kwaliteit en 40% betreft zowel professionele als ervaren kwaliteit.



Kwalitatieve en kwantitatieve bronnen

37% van de bronnen betreft een kwantitatieve (cijfers) bron voor kwaliteit en 63% betreft zowel een kwantitatieve als kwalitatieve (beschrijvend in woorden) bron voor kwaliteit.



Structuur, proces en uitkomstindicatoren

De indicatorset bevat alleen procesindicatoren (informatie over het zorgproces).

Doelstelling kwaliteitsinformatiebronnen

Het primaire doel van de onderzochte informatiebronnen is in 40% van de gevallen het ter beschikking stellen van keuze-informatie, in 36% van de gevallen voor leren & verbeteren en in 24% een combinatie van doelen.

Kwaliteitsinformatie als keuze-informatie

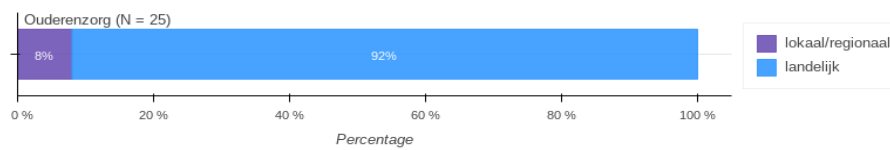
Als kwaliteitsinformatie wordt ingezet als keuze-informatie, betreft dit doorgaans publicatie op keuze-websites en zorgbemiddeling. In een enkel geval voor Samen beslissen.

IX Bijlagen bij hoofdstuk 7

Ouderenzorg

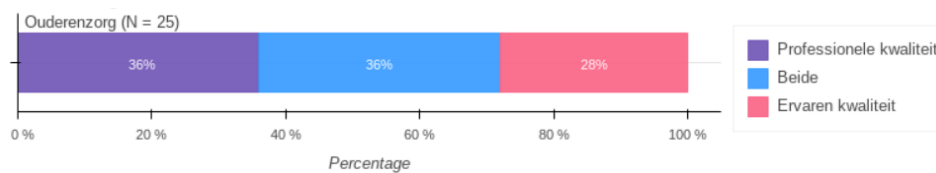
Landelijke versus regionale/ lokale dekking

Bij benadering heeft 92% van deze bronnen een landelijke dekking en 8% een lokale/ regionale dekking.



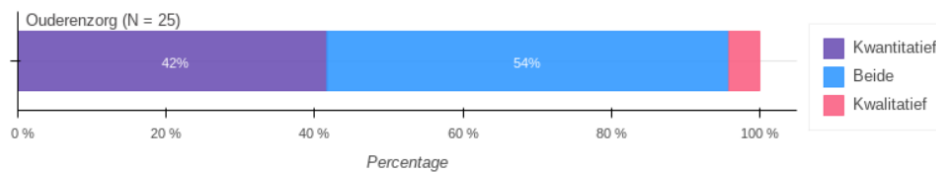
Professionele kwaliteit en ervaren kwaliteit

36% van de bronnen betreft kwaliteitsinformatie over professionele kwaliteit en 28% betreft ervaren kwaliteit en 36% betreft zowel professionele als ervaren kwaliteit.



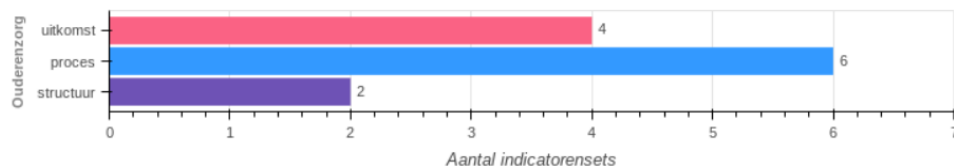
Kwalitatieve en kwantitatieve bronnen

42% van de bronnen betreft een kwantitatieve (cijfers) bron voor kwaliteit, 4% betreft een kwalitatieve (beschrijving in woorden) bron voor kwaliteiten en 54% betreft zowel een kwantitatieve als een kwalitatieve bron voor kwaliteit.



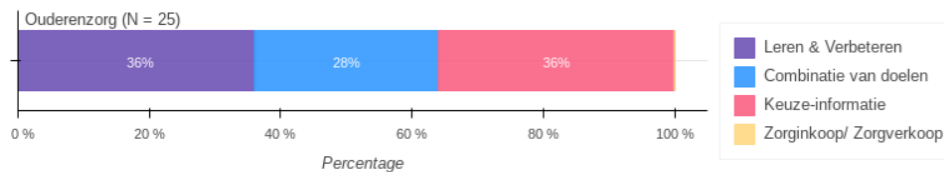
Structuur, proces en uitkomstindicatoren

De indicatorensets bevatten zowel uitkomst, structuur als procesindicatoren. Procesindicatoren komen het meest voor, gevolgd door uitkomstindicatoren.

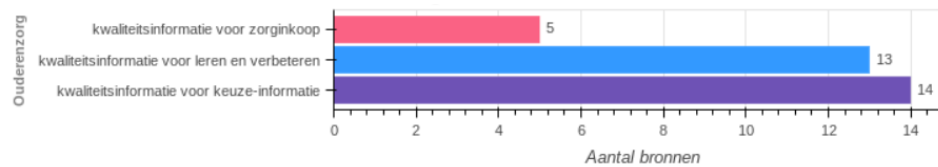


Doelstelling kwaliteitsinformatiebronnen

Het primaire doel van de onderzochte informatiebronnen is in 36% van de gevallen het ter beschikking stellen van keuze-informatie, in 36% van de gevallen voor leren & verbeteren en in 28% een combinatie van doelen.

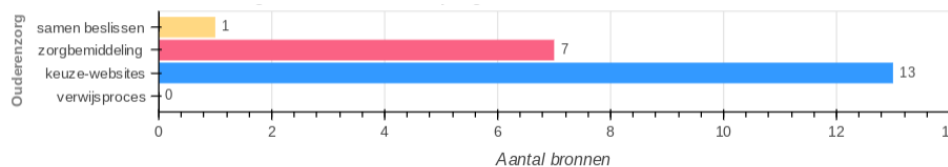


En de aantallen bronnen in gebruik voor verschillende doelen.



Kwaliteitsinformatie als keuze-informatie

Indien kwaliteitsinformatie wordt ingezet als keuze-informatie, betreft dit doorgaans publicatie op keuze-websites en zorgbemiddeling. In een enkel geval betreft het voor Samen beslissen (Beweegscore: motivatie tot bewegen). Kwaliteitsinformatie wordt niet benut in het verwijfsproces. Het betreft keuzes voor een zorgaanbieder en behandeling.

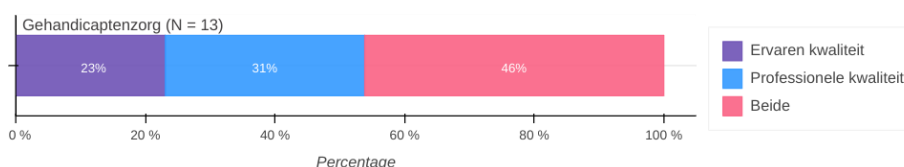


X Bijlagen bij hoofdstuk 8

Gehandicaptenzorg

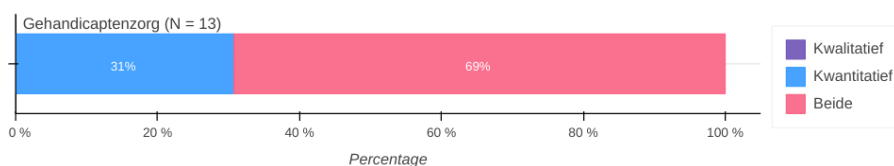
Professionele kwaliteit en ervaren kwaliteit

31% van de bronnen betreft kwaliteitsinformatie over professionele kwaliteit, 23% betreft ervaren kwaliteit en 46% betreft zowel professionele als ervaren kwaliteit.



Kwalitatieve en kwantitatieve bronnen

31% van de bronnen betreft een kwantitatieve bron voor kwaliteit (beschrijvend in woorden) en 69% betreft zowel een kwantitatieve (cijfers) als kwalitatieve bron voor kwaliteit.

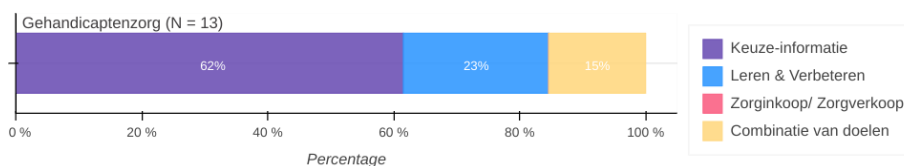


Structuur, proces en uitkomstindicatoren

De indicatorset bevat alleen structuurindicatoren (informatie over organisatie van zorg).

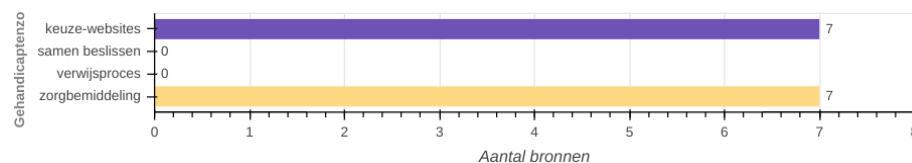
Doelstelling kwaliteitsinformatiebronnen

Het primaire doel van de onderzochte informatiebronnen is in 62% van de gevallen het ter beschikking stellen van keuze-informatie, in 23% van de gevallen voor leren & verbeteren en in 15% een combinatie van doelen.



Kwaliteitsinformatie als keuze-informatie

Indien kwaliteitsinformatie wordt ingezet als keuze-informatie, betreft dit doorgaans publicatie op keuze-websites en zorgbemiddeling. Kwaliteitsinformatie wordt niet ingezet in het verwijsproces of voor samen beslissen.



XI Inkoopbeleid

Hier is, ter kennisgeving, aanvullende informatie opgenomen over het inkoopbeleid in diverse zorgsectoren, waaronder de GGZ en de langdurige zorg.

Inkoopbeleid GGZ

Cliënten met een verblijf (gericht op herstel) tot 1.095 dagen (3 jaar) vallen onder de Zvw. Cliënten met een langer verblijf vallen onder de Wlz. Daarin tellen ook ziekenhuisverblijf en klinische zorg geleverd bij andere GGZ-instellingen mee voor de termijn van langer dan 3 jaar. ZN heeft een visie GGZ 2025 opgesteld. In dit beleid willen zorgverzekeraars een omslag in het denken over kwaliteit realiseren, door de transitie van denken in 'producten' naar denken in 'praktijken':

- Bewezen praktijken zijn gebaseerd op de stand van wetenschap en praktijk en zorgen merkbaar voor het herstel van de patiënt;
- Patiënten en behandelaren hebben een essentiële rol in het evalueren van de kwaliteit en uitkomsten van de behandeling (leren en verbeteren);
- Informatie over de uitkomsten van de behandeling, wordt primair gebruikt om van te leren;
- Kwaliteit in de ggz wordt gewaarborgd door kwalitatieve toetredingsdrempels voor zorgaanbieders en behandelaren;
- Zorgverzekeraars willen ervoor waken dat versnippering of consolidatie van het zorgaanbod de kwaliteit van de ggz benadeelt;
- Patiënten moeten eenvoudig inzicht krijgen in hun behandeling, met heldere informatie over de kwaliteit hiervan en mogelijke alternatieven;
- Zorgverzekeraars gebruiken uitkomstinformatie om ondoelmatige zorg niet te vergoeden.

De minimale eisen (zorgverzekeraars breed) voor zowel vrijgevestigden en instellingen m.b.t. kwaliteit, omvat op hoofdlijnen het volgende:

- Zorgverzekeraars willen 'kwaliteit van zorg' meetbaar maken door middel van medische uitkomsten en ervaringen van patiënten. Hierbij sluiten zij aan bij bestaande registraties van indicatoren en de ontwikkelingen rond een kwaliteitskader voor de GGZ. Dit kan de basis vormen voor een lerende GGZ in een veilige omgeving en vanuit intrinsieke motivatie, vertrouwen en betrokkenheid. Van daaruit kunnen zorgprofessionals en zorgorganisaties samen bouwen aan een continue kwaliteitscyclus van leren, reflecteren en waar nodig bijsturen.
- De zorgaanbieder beschikt over een getoetst en geacordeerd Landelijk Kwaliteitsstatuut en handelt hiernaar.
- De zorgaanbieder stelt prestatie-indicatoren ter beschikking aan het Zorginstituut Nederland, voor zover dat verplicht is op basis van wet- en regelgeving.
- De zorgaanbieder levert informatie aan bij Vektis voor het monitoren van de wachttijden.

Hieronder staan de (minimale) eisen van zorgverzekeraars in meer detail beschreven, de (minimale) eisen kunnen sterk wisselen van aard tussen verschillende zorgverzekeraars:

- De zorgaanbieder instelling over een (geneesheer-)directeur die eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit van de verleende zorg.
- De zorgaanbieder is bereid informatie aan te leveren voor het vullen en actueel houden van de Zorgvinder (keuze-website).

- De zorgaanbieder voert het plan van aanpak uit voor het reduceren van wachtlijsten.
- De zorgaanbieder levert productie die aansluit bij het Zorgprestatie-model en is gebaseerd op de stand van wetenschap en praktijk, zoals vastgelegd in onder andere multidisciplinaire richtlijnen GGZ, zorgstandaarden, rapporten en wetenschappelijke publicaties en de meest recente circulaire therapieën van ZN.
- De vrijgevestigde beschikt over een actuele website, waarop informatie te vinden is over o.a. het zorgaanbod en de behandelmethodes, wachttijden en waarop het Landelijk Kwaliteitsstatuut te vinden is.
- De zorgaanbieder registreert wachtenden en wisselt desgevraagd deze gegevens uit met de zorgverzekeraar. Verder gelden de volgende aanvullende bepalingen:
 - a. Wachttijden worden gepubliceerd op de website;
 - b. Indien de wachttijd langer is dan de Treeknorm- om welke reden dan ook- meldt de zorgaanbieder dit bij de zorgverzekeraar en verwijst de zorgaanbieder de verzekerde naar een andere door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder dan wel naar de Zorgadviseur van de zorgverzekeraar, behalve indien de verzekerde aantoonbaar op zijn nadrukkelijk verzoek op de wachtlijst wil blijven staan;
 - c. De zorgaanbieder participeert aan de transfertafels in de eigen regio en werkt samen met andere aanbieders in uw regio om de wachttijden binnen de Treeknormen te krijgen;
 - d. De zorgaanbieder ondersteunt verwijzers (huisartsen en poh-ggz) waar nodig in de triage met als doel betere verwijzingen naar de ggz waardoor verzekerden sneller op de juiste plek worden geholpen;
 - e. De zorgaanbieder biedt cliënten die op uw wachtlijst staan ondersteuning, bijvoorbeeld door inzet van e-health;
 - f. ROM (Realtime Outcome Monitoring) is door de meeste zorgverzekeraars niet als eis/voorwaarde opgenomen (geen onderdeel landelijke afspraken). Vier zorgverzekeraars, waaronder twee grote, hebben op hoofdlijnen het volgende opgenomen:
 - ✓ De zorgaanbieder maakt - conform stand van wetenschap en praktijk voor desbetreffende behandeling - gebruik van gevalideerde, door de beroepsgroep erkende meetinstrumenten en/of vragenlijsten ter ondersteuning van onder andere de diagnosestelling, het bewaken van de voortgang van de behandeling en het meten van de effectiviteit van de Zorg. De uitkomsten van de effectmetingen worden gebruikt in de behandeling en worden teruggekoppeld aan de individuele Verzekerde;
 - ✓ Een verzekeraar heeft t.a.v. voorgaande punt aangegeven dat de ROM bij minimaal 25% van de verzekerden wordt ingezet.
 - g. De zorgaanbieder beschikt over een erkend en geldig visitatiecertificaat;
 - h. De zorgaanbieder beschikt over het Keurmerk Basis GGZ (Keurmerk Basis GGZ | KiBG) of over een certificaat kwaliteitsvisitatie van LVVP of NIP;
 - i. De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit met behulp van een kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en onafhankelijk wordt getoetst;
 - j. De zorgaanbieder levert enkel behandelingen voor ernstige persoonlijkheidsstoornissen en ernstige eetstoornissen wanneer deze aantoonbaar voldoen aan het kwaliteitskader dat hiervoor is opgesteld.

Inkoopbeleid ouderenzorg en gehandicaptenzorg

De volgende afspraken zijn gemaakt door zorgverzekeraars t.b.v. inkoop:

- Zorgaanbieders maken jaarlijks een kwaliteitsplan. Daarin beschrijven zij onder meer de verbeteringen die zij per locatie willen realiseren.
- Dit kwaliteitsplan wordt uiterlijk 31 december voor het komende jaar opgesteld.
- Zorgaanbieders bepalen op basis van hun eigen kwaliteitsplan welke verbeteringen ze willen realiseren. In de verbeter paragraaf staat op locatieniveau een toelichting. De zorgaanbieder beschrijft in deze toelichting:
 - a. Wat de zorgaanbieder gaat doen;
 - b. Wat het resultaat is/wat de zorgaanbieder wil bereiken;
 - c. Wat hiervoor nodig is;
 - d. Op welke wijze interne monitoring van het te bereiken resultaat plaatsvindt.
- Het zorgkantoor gaat hierover met zorgaanbieders in gesprek.
- Met zorgaanbieders die onvoldoende stappen zetten in het verbeteren en/of behouden van kwaliteit maken de zorgkantoren gerichte verbeterafspraken.

Het inkoopbeleid van zorgverzekeraars kent aanvullende voorwaarden en onderlinge verschillen:

- *Kwaliteitsinformatie*

Zorgkantoren geven nadrukkelijk aandacht aan tevredenheidsmetingen die zorgaanbieders houden onder klanten en personeel, naar de waarderingen op Zorgkaart Nederland en naar de informatie die aangeleverd wordt aan het Zorginstituut Nederland. Een goede informatievoorziening helpt bij de zoektocht naar de juiste zorg. Dit kunnen wij samen doen door tijdig inzicht te krijgen in de behoefte van (potentiële) klanten, inzicht in wachtlijsten, wachttijden, regionale mogelijkheden en samenhang met andere domeinen.
- *Honorering kwaliteit van zorg*

Menzis honoreert zorgaanbieders gelijk met betrekking tot het invulling geven aan het kwaliteitskader. Daarbovenop honoreert Menzis items die, volgens hun klanten, bijdragen aan een betere ervaren kwaliteit van zorg en aan een hoger welbevinden. Uitgangspunt bij de invulling van de honorering lijst is dat dit op basis van vertrouwen gebeurt. Toetsing vindt plaats als onderdeel van het dialooggesprek tussen zorgaanbieder en zorginkoper.
- *Keuze-informatie*

Zorgkantoren vinden het belangrijk dat klanten/ cliënten beschikken over informatie over gecontracteerde zorgaanbod. Deze informatie wordt via de [Zorgatlas](#) beschikbaar gesteld. De Zorgatlas is een online zoekmachine voor de Langdurige Zorg. Klanten kunnen via verschillende zoekcriteria informatie vinden over het beschikbare zorgaanbod in hun omgeving. Met de detailinformatie krijgen zij alvast een indruk van de locatie, bijvoorbeeld over de ligging en aanwezige voorzieningen. Daarnaast is een verwijzing naar reviews op Zorgkaart Nederland opgenomen. Ook geven enkele zorgverzekeraars aan expliciet naar de waarderingen mee te nemen in het gesprek over kwaliteit van zorg.

Zorgverzekeraars geven aan dat een goede informatievoorziening essentieel is bij de zoektocht naar de juiste zorg en dat klanten/ cliënten tijdig inzicht moeten krijgen in wachtlijsten, wachttijden, regionale mogelijkheden en samenhang met andere domeinen. Zorgkantoren sturen op keuzevrijheid, het juiste advies en zorg passend bij de situatie van de klant. Zorgverzekeraars vragen zorgaanbieders om te toetsen of de keuze-informatie in de [Zorgatlas](#) juist, compleet en actueel is. Zorgaanbieders hebben zelf de verantwoordelijkheid en verplichting om wijzigingen in het contractjaar door te voeren in de Zorgatlas.
- *Doelmatigheidsverbetering*

VGZ en Zilveren Kruis hebben in de inkoopvoorwaarden ook nadrukkelijk aandacht voor zogenaamde doelmatigheidsverbetering. Met behulp van spiegelinformatie (declaratiesysteem, regio analyses, jaarrekeningen van andere zorgaanbieders, aantal klanten, zorgzwaarte, etc.) gaan inkopers in gesprek hoe doelmatigheid verbeterd kan worden. Met als achterliggende gedachte dat op deze wijze bijgedragen worden aan de betaalbaarheid van goede zorg.

- *Transitie langdurige zorg*

Zilveren Kruis legt de komende jaren de focus op een transitie van de langdurige zorg. Zij gaan gezamenlijk aan de slag om een passend zorgaanbod te realiseren en toegankelijk te houden, voor huidige en toekomstige mensen met een langdurige zorgvraag. In die transitie zien zij een paar belangrijke bewegingen. Allereerst het verschuiven van zorg naar een passende woonomgeving en intramuraal indien nodig. Met maximale inzet van digitale zorg waar dat kan en fysieke zorg door professionals als dat nodig is. Zij hebben vier inkoopdoelen geformuleerd om dit te realiseren:

- a. Meer Wlz-zorg in een eigen passende woning;
- b. Optimaal inzetten van beschikbare middelen voor de klant;
- c. Tijdig passende zorg;
- d. Goede coördinatie binnen het zorglandschap.