

## Regeldruk transparantie medisch specialistische zorg

Een monitoringsonderzoek van de ervaren lasten en opbrengsten van kwaliteitsindicatoren msz





## Regeldruk transparantie medisch specialistische zorg

Een monitoringsonderzoek van de ervaren lasten en opbrengsten van kwaliteitsindicatoren msz

**Sira Consulting en Mediquest**, Bilthoven, 28 augustus 2022

### **Auteurs**

Joey van den Hurk

Mariët Verburg

Jeroen Homberg

Eline de Koning

Robert-Jan Drenth

Kayleigh Hoogenboom

Koos van Marle

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

	<b>Managementsamenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>Resultaten van de monitor</b>	<b>11</b>
2.1	Respons	11
2.2	Het aantal kwaliteitsindicatoren	13
2.3	Kwaliteit van indicatoren	13
2.4	Beleefde opbrengsten van transparantie	19
2.5	Beleefde lasten van transparantie	25
2.6	Proportionaliteit van lasten en opbrengsten	32
2.7	Overige onderwerpen	37
<b>3</b>	<b>Conclusie</b>	<b>47</b>
3.1	Conclusie monitorresultaten	47
3.2	Aanknopingspunten vermindering regeldruk	49
	<b>Bijlage I – Zorginstellingen</b>	<b>51</b>
	<b>Bijlage II – Vraag en toelichting</b>	<b>53</b>
	<b>Bijlage III - Monitor vragenlijst</b>	<b>88</b>
	<b>Bijlage IV – Het aantal indicatoren</b>	<b>112</b>

# Managementsamenvatting

## Over de monitor

Het Zorginstituut heeft namens het Bureauoverleg Transparantie Medisch Specialistische Zorg opdracht gegeven tot een monitoringsonderzoek dat de objectieve en ervaren lasten en opbrengsten van kwaliteitsindicatoren op de Transparantiekalender meet en zodanig monitort dat deze leerpunten oplevert om de ervaren regeldruk te verminderen. De beleefde lasten en opbrengsten van indicatoren worden gemeten vanuit het perspectief van zorgprofessionals: medisch specialisten, verpleegkundigen en kwaliteitsfunctionarissen. Daarbij werden respondenten stellingen voorgelegd waarmee zij het (helemaal) oneens, neutraal, of (helemaal) eens konden zijn. Op een schaal van 0-100 is een score van <45 daarom onvoldoende, een score van 45-55 neutraal en een score van >55 voldoende.

### Respons

Voor het invullen van de monitorvragenlijst zijn 18 ziekenhuizen, 2 umc's en 5 zbc's benaderd. De steekproef bestond uit 220 zorgprofessionals. De respons is 77 ingevulde vragenlijsten. De response rate is 35%. De minimum respons van 60 respondenten en de minimum respons rate van 30% is daarmee behaald.

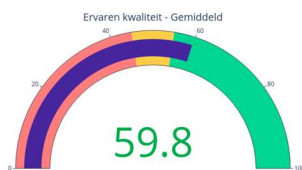
De verdeling naar zorginstellingen is: 83% "algemeen ziekenhuis", 12% "universitair medisch centrum" en 5% "zelfstandige kliniek". De verdeling per doelgroep is: 49% "medisch specialist", 26% "verpleegkundige" en 25% "kwaliteitsfunctionaris".

## Monitorresultaten

### Aantal kwaliteitsindicatoren

De telling over verslagjaar 2021 komt uit op 659 (sub-)indicatoren voor de Medisch Specialistische Zorg (waarvan 11 vrijwillige indicatoren). Het aantal indicatoren is met 633 (sub-)indicatoren afgenomen ten opzichte van 2018. Dit is een afname van 49%. Het aantal (sub-)indicatoren is aanzienlijk verminderd. Ook is het gemiddelde aantal indicatoren per set afgenomen: van 10,1 naar 8,4 per set.

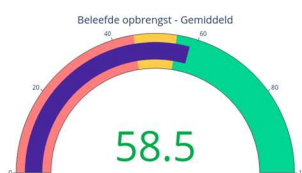
### Gepercipieerde kwaliteit



Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen zorgprofessionals de kwaliteit van indicatoren met een score van 59.8. Dit is voldoende.

In 2018 gaven zorgprofessionals de kwaliteit van indicatoren een score van 52. Dat was een neutrale score. De score is dus verbeterd. Mogelijk komt dat doordat er minder indicatoren verplicht worden uitgevraagd en alleen de 'volwassen' indicatoren overblijven.


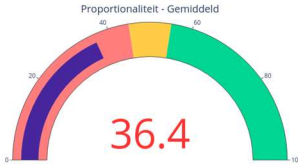


### Beleefde opbrengsten




Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen zorgprofessionals de opbrengsten van transparantie met een score van 58.5. Dit is voldoende.

In 2018 gaven zorgprofessionals de beleefde opbrengsten een score van 54. Dat was een neutrale score. De score is dus verbeterd. 90% van de zorgprofessionals geeft aan dat transparantie belangrijk is. Aandachtspunten zijn:

- Verpleegkundigen vinden dat indicatoren niets zeggen over het eigen functioneren;

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medisch specialisten vinden dat indicatoren weinig zinvol zijn voor en gebruikt worden door patiënten als keuze informatie;</li> <li>Er zijn gesprekken en duiding nodig voor de juiste interpretatie van de indicatoren.</li> </ul>
<p><b>Beleefde lasten</b></p> 	<p>Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen zorgprofessionals de beleefde lasten van transparantie met een score van 38.7. Dit is onvoldoende.</p> <p>In 2018 gaven zorgprofessionals de beleefde lasten van indicatoren een score van 32.</p> <p>De registratie en controle van de benodigde kwaliteitsgegevens kost veel tijd. Het belangrijkste knelpunt is dat kwaliteitsgegevens onvoldoende geautomatiseerd uit de systemen komen. Dit heeft tijdsintensief handwerk als gevolg. Tijd waar vaak geen capaciteit beschikbaar voor wordt gesteld.</p>
<p><b>Proportionaliteit</b></p> 	<p>Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen zorgprofessionals de proportionaliteit tussen de beleefde lasten en de ervaren opbrengsten met een score van 36.4. Dit is onvoldoende.</p> <p>In 2018 gaven zorgprofessionals de proportionaliteit van transparantie een score van 31. Dat was ook een slechte score. Het is problematisch dat zorgprofessionals niet het gevoel hebben dat de lasten van transparantie proportioneel zijn. ICT is niet voldoende aangepast op de kwaliteitsindicatoren en dit ondermijnt het draagvlak onder de zorgprofessionals die belast zijn met het registreren, controleren en aanleveren ervan.</p>
<p><b>Parallele uitvraag</b></p> 	<p>Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen zorgprofessionals de parallelle gegevensuitvraag met een score van 51.3. Dit is neutraal. De medisch specialisten zijn uitgesproken negatiever over parallelle uitvraag dan verpleegkundigen.</p> <p>In 2018 gaven zorgprofessionals de parallelle uitvraag een score van 50. Dat was een vergelijkbare score. Positieve voorbeelden van merkbare afname van parallelle uitvraag:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>SONCOS/NVvH;</li> <li>IGJ (basis set);</li> <li>Uitvraag patiëntenorganisaties (frequentie).</li> </ul>
<p><b>Toegevoegde waarde PROMs</b></p> 	<p>Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen medisch specialisten de toegevoegde waarde van PROMs (gebruik uitkomst informatie van patiëntvragenlijsten in gesprek met de patiënt t.b.v. Samen Beslissen) met een score van 60.1. Dit is voldoende.</p> <p>In 2018 gaven medisch specialisten de toegevoegde waarde van PROMs een score van 61. Dat was een vergelijkbare score. PROMs geven inzicht in hoe de patiënt zorg beleeft en wordt gebruikt om te komen tot een geïnformeerde beslissing over behandelvarianten. Aandachtspunten zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hoeveelheid vragen(lijsten) voor patiënten;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Betere ICT-ondersteuning voor inzicht en vergelijking in resultaten.</li> </ul>
<p><b>Impact Covid-19</b></p> <p>Een ruime meerderheid van de zorgprofessionals ziet géén impact van Covid-19 op het registreren en aanleveren van kwaliteitsindicatoren. Verder geeft een ruime meerderheid (N 61) ook aan dat alle verplichte kwaliteitsindicatoren werden geregistreerd, dit geldt echter niet voor de vrijwillige indicatoren.</p>	
<p><b>Belang van monitoring</b></p> 	<p>Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen zorgprofessionals het belang van monitoring van de beleefde regeldruk van transparantie met een score van 78.2. Dit is voldoende.</p> <p>In het peiljaar 2018 gaven zorgprofessionals het belang van monitoring van de regeldruk van transparantie een score van 80. Dat was een vergelijkbare score. Zorgprofessionals vinden dat het belangrijk is om te monitoren en om daarna echt iets met de resultaten te doen.</p>

## Conclusies en aanknopingspunten

In de afgelopen jaren zijn grote stappen gezet met als doel om de beleefde lasten van zorgprofessionals te verminderen. Zo wordt een maximum van 10 indicatoren per set gehanteerd, is het aantal (sub-)indicatoren afgenomen met 633 (sub-)indicatoren ten opzichte van 2018 (een afname van 49%), is de focus verplaatst naar uitkomstregistraties en wordt aangesloten bij zorginformatiebouwstenen (d.w.z. nieuwe indicatoren moeten gebaseerd zijn op de data die in het zorgproces worden vastgelegd). Desondanks blijft de score die zorgprofessionals toekennen aan de beleefde lasten en de proportionaliteit van lasten problematisch laag. De monitorresultaten wijzen op een bovengrens; een soort "plafond". Om dit plafond te doorbreken zijn de volgende verbeteringen nodig:

- Het realiseren van *registratie aan de bron*. We zijn in Nederland nog lang niet zover dat eenmalig registreren voor meervoudig gebruik in de praktijk realiteit is.
- Het centraal stellen van de dialoog over kwaliteit van de geleverde zorg. Om van kwaliteitsdata tot kwaliteitsinformatie te komen is duiding nodig. Kwaliteit heeft veel dimensies. Er zijn altijd gesprekken nodig om kwaliteitsdata te duiden. Via kwaliteitsregistraties kan op een landelijke dialoog worden aangesloten.
- Het coördineren van verbeterdoelen en daaraan gekoppelde programma's.
- Het intensiveren van het gebruik van kwaliteitsinformatie als keuze informatie.

Het realiseren van registratie aan de bron, alsook de overige verbeteringen, is een complexe opgave. Het Zorginstituut en het Bureauoverleg Transparantie Medisch Specialistische Zorg kunnen niet anders dan op deze thema's intensief samenwerken met de rijksoverheid, individuele zorgprofessionals, zorginstellingen, wetenschappelijke beroepsverenigingen, softwareleveranciers en een groot aantal andere partijen.

De monitor laat ook zien dat er aanknopingspunten voor verbetering zijn die minder complex zijn en die wel binnen bereik liggen. Dit zijn de volgende verbetermogelijkheden:

- Focus op de *werkbaarheid* van individuele indicatoren per set.
- Identificeer mogelijkheden om het aanleverproces bij de instellingen te verlichten naast registratie aan de bron. Verhoog of verlaag bv. de frequentie van uitvraag.
- Kondig wijzigingen tijdig aan.
- Communiceer duidelijk wie wat met resultaten doet.

# 1 Inleiding

## 1.1.1 Achtergrond

De overheid heeft een belangrijke rol bij het realiseren van transparantie in de zorg. Dit volgt uit haar verantwoordelijkheid voor het goed functioneren van het zorgstelsel. Zonder voldoende informatie over de kwaliteit van zorg kan de patiënt of cliënt geen goede keuze maken en kunnen zorgverzekeraars niet inkopen op kwaliteit. Transparantie over de kwaliteit van zorg is een voorwaarde voor een goed functionerend zorgstelsel<sup>1</sup>.

De verantwoordelijkheid voor het openbaar maken van informatie over de kwaliteit van de zorg is ondergebracht bij Zorginstituut Nederland. De verantwoordelijkheid voor de inhoud ligt bij de partijen die gezamenlijk het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg (HLA MSZ) hebben ondertekend (de HLA-partijen). Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht om informatie over de kwaliteit van verleende zorg aan te leveren bij Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut).

Het Zorginstituut stimuleert continue kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg en het voor iedereen toegankelijk maken van begrijpelijke en betrouwbare kwaliteitsinformatie. Kwaliteitsindicatoren en de bijbehorende informatiestandaarden leveren hier onder andere een bijdrage aan. Het Zorginstituut publiceert de ontvangen kwaliteitsinformatie via een openbare database op [zorginzicht.nl](http://zorginzicht.nl).

## 1.1.2 Samenwerkingsafspraken

Instellingen voor medisch-specialistische zorg hebben de wettelijke verplichting om kwaliteitsgegevens conform de Transparantiekalender bij het Zorginstituut aan te leveren. Op de Transparantiekalender staat wanneer welke kwaliteitsinformatie over de medisch-specialistische zorg aan het Zorginstituut moet worden aangeleverd. Dit wordt gezamenlijk bepaald door de vertegenwoordigers van zorgverleners, zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars.

De ontwikkeling van indicatoren vindt plaats in werkgroepen aan de hand van een ontwikkelkader en een meerjarenplan dat door het Bestuurlijk overleg Transparantie wordt vastgesteld. De samenwerkingspartners in het Bestuurlijk overleg Transparantie zijn de Federatie van Medisch Specialisten (Federatie), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Patiëntenfederatie Nederland (Patiëntenfederatie), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), het Zorginstituut en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De voortgang van werkgroepen wordt gemonitord door het Bureauoverleg Transparantie medisch specialistische zorg (msz) samengesteld uit een afvaardiging van alle samenwerkingspartners en onder voorzitterschap van het Zorginstituut.

In het belang van het verminderen van regeldruk en het verbeteren van de kwaliteit van indicatoren wordt een maximum van 10 indicatoren per set gehanteerd. Het aantal indicatoren wordt gemonitord (zie bijlage IV voor een toelichting op de telling van het aantal indicatoren). Regeldruk wordt echter niet alleen bepaald door het aantal indicatoren. Daarom zijn in, o.a. in het hoofdlijnenakkoord en het ontwikkelkader, ook andere afspraken gemaakt om regeldruk te verminderen. Een belangrijke ontwikkeling is de focus op uitkomstregistraties. Er worden geen nieuwe proces- en structuurindicatoren ontwikkeld, tenzij deze voor de patiënt en/of zorgprofessional essentiële informatie bevatten. Verder wordt aangesloten bij zorginformatiebouwstenen. Ontwikkeling van nieuwe indicatoren moet gebaseerd zijn op de data die in het zorgproces worden vastgelegd.

---

<sup>1</sup> Bron: Zorginstituut Nederland ([www.zorginzicht.nl/kennisbank/Paginas/Indicatorstandaard.aspx](http://www.zorginzicht.nl/kennisbank/Paginas/Indicatorstandaard.aspx)).



De samenwerkingspartners in het Bestuurlijk overleg Transparantie hebben verder afgesproken dat het Zorginstituut opdracht geeft tot een onderzoek dat de objectieve en ervaren lasten en opbrengsten van indicatoren meet, om vervolgens te monitoren hoe deze zich ontwikkelt. De resultaten van de meting worden gebruikt om te sturen op het verder verminderen van de ervaren regeldruk van indicatoren op de Transparantiekalender.

### 1.1.3 Onderzoekdoelstelling

Het Zorginstituut heeft aan Sira Consulting en Mediquist opdracht gegeven om de monitor ervaren regeldruk van transparantie medisch specialistische zorg uit te voeren. Het doel van de monitor is om de ervaren lasten en opbrengsten van het werken met de kwaliteitsindicatoren op de Transparantiekalender te meten vanuit het perspectief van zorgprofessionals (het is een meetinstrument) en daarnaast om knelpunten en verbetermogelijkheden te signaleren (het is een signaleringsinstrument). De monitor is eerder in 2017 (pilot meting) en 2018 (herhaalmeting) uitgevoerd.

In de monitor komen o.a. de volgende onderwerpen aan de orde:

- Het objectieve aantal indicatoren op de Transparantiekalender;
- De gepercipieerde kwaliteit van indicatoren;
- De ervaren opbrengsten van indicatoren;
- De ervaren lasten van indicatoren;
- De proportionaliteit van lasten en opbrengsten;
- Overige onderwerpen, zoals PROMs, impact van Covid-19, e.d.

De resultaten van de monitor worden door het Bureauoverleg gebruikt om te sturen op vermindering van de ervaren lasten en optimalisatie van de ervaren opbrengsten.

### 1.1.4 Onderzoekaankpak

- De monitor is uitgevoerd conform de [handleiding](#). De monitorvragenlijst is eerst afgestemd met het Bureauoverleg. Vervolgens is de vragenlijst gedigitaliseerd en is het onderzoek aangekondigd. De volledige vragenlijst is uitgeschreven in bijlage III.
- De vragenlijst is uitgezet onder zorgprofessionals werkzaam in algemene ziekenhuizen, universitair medische centra en zelfstandige klinieken. In bijlage I staan de zorginstellingen die op basis van de preselectie in de handleiding zijn benaderd voor deelname aan de monitor. In §2.1 wordt nader ingegaan op de respons.
- Nadat de respondenten de monitorvragenlijst hebben ingevuld is elk item (d.w.z. elke vraag) afzonderlijk geanalyseerd en zijn - in een aantal gevallen - de itemresultaten bij elkaar opgeteld om een score te krijgen voor een groep items (d.w.z. een thema). Daarbij is een score van <45 onvoldoende, een score van 45-55 is neutraal en een score van >55 is voldoende.<sup>2</sup>
- De antwoorden op de open vragen en de meerkeuzevragen zijn opgenomen in overzichtslijsten of samenvattende figuren. In bijlage II zijn alle resultaten weergegeven. De resultaten zijn op twee niveaus gerapporteerd. Ten eerste, op het niveau van de geraadpleegde zorgprofessionals, d.w.z. per beroepsgroep: medisch specialisten, kwaliteitsfunctionarissen en verpleegkundigen (of verpleegkundig specialisten). Ten tweede, op een geaggregeerd niveau voor alle beroepsgroepen samen.
- Het eindresultaat van de monitor is de voorliggende rapportage. Daarbij moet het voorbehoud worden gemaakt dat het voor respondenten moeilijk blijft – ondanks alle pogingen daartoe – om de lasten die worden veroorzaakt door het verplicht registreren en aanleveren van de kwaliteitsindicatoren op de Transparantiekalender strikt te scheiden van de lasten van andere vormen van uitvraag (denk aan de registraties

---

<sup>2</sup> De monitor bestaat hoofdzakelijk uit (positief geformuleerde) Likertschaal vragen (ook wel een tevredenheidsschaal genoemd). Hiermee wordt de sterkte van de mening van respondenten gemeten. Bij een score van <45 zijn respondenten het (helemaal) oneens met een stelling over een bepaald thema. Bij een score van >55 zijn respondenten het daarmee (helemaal) eens. De Likert-enquêtevragen bevatten ook een neutrale optie. Een score van 45-55 is daarom neutraal.

van wetenschappelijke beroepsverenigingen of managementinformatie). De implicatie hiervan is dat ook al zou de Transparantiekalender geheel stoppen met bestaan, er nog steeds sprake zou zijn van registratielast.

#### **1.1.5 Leeswijzer**

In hoofdstuk 2 zijn de resultaten van de monitor opgenomen. Na een korte introductie van de te behandelen regeldrukonderwerpen worden de resultaten getoond van de monitor uitvraag per thema en per zorgprofessional voor het peiljaar 2021. Per thema worden ook de belangrijkste verschillen tussen zorgprofessionals belicht. In hoofdstuk 3 worden de totaal scores van de resultaten getoond en conclusies getrokken over de ervaren lasten en opbrengsten van transparantie in de medisch specialistische zorg. Tenslotte worden praktische aanbevelingen gedaan voor regeldrukvermindering.

Als bijlagen zijn overzichten opgenomen van de deelnemende zorginstellingen, alle resultaten inclusief verstrekte toelichtingen, de volledige en uitgeschreven vragenlijst en een toelichting bij de telling van het aantal indicatoren op de Transparantiekalender.

## 2 Resultaten van de monitor

De monitor bestaat uit de volgende onderdelen:

### 2.1 Respons

Informatie over de respons van de vragenlijst.

### 2.2 Het aantal kwaliteitsindicatoren

Hier geeft het Zorginstituut inzicht in het actuele aantal kwaliteitsindicatoren.

### 2.3 Gepercipieerde kwaliteit van indicatoren

Hier geven zorgprofessionals o.a. aan of zij het gevoel hebben dat kwaliteitsindicatoren betekenisvol, eenduidig en onderscheidend zijn.

### 2.4 Beleefde opbrengsten van transparantie

Hier geven zorgprofessionals o.a. aan of zij het gevoel hebben dat de verzamelde kwaliteitsgegevens (zinnig) gebruikt worden.

### 2.5 Beleefde lasten van transparantie

Hier geven zorgprofessionals o.a. aan of zij het registreren, controleren, bewerken en aanleveren van kwaliteitsgegevens als complex en tijdrovend ervaren.

### 2.6 Proportionaliteit van lasten en opbrengsten

Hier geven zorgprofessionals aan of zij het gevoel hebben dat de lasten en opbrengsten van transparantie een goede balans treffen.

### 2.7 Overige onderwerpen

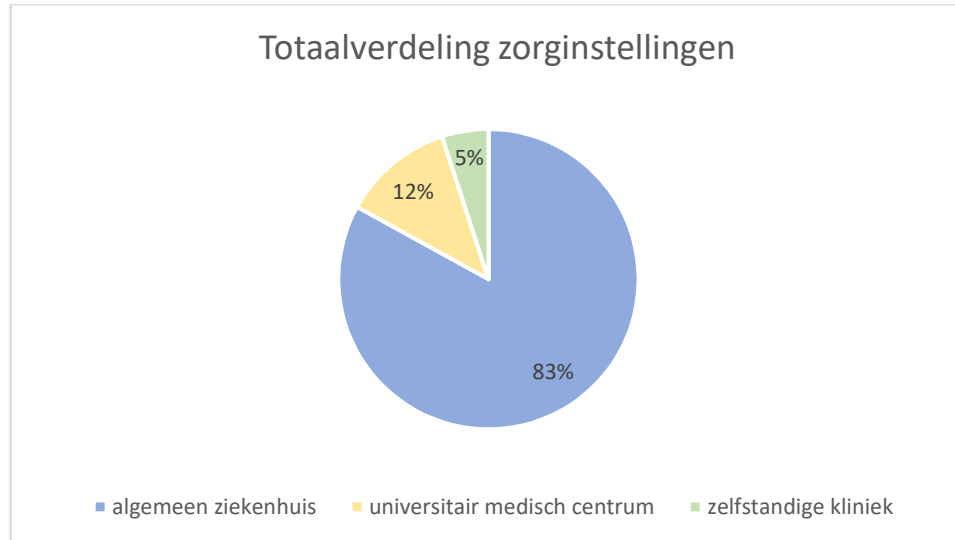
Hier geven zorgprofessionals aan hoe zij denken over onderwerpen die geen vast onderdeel uitmaken van de monitor. Alle zorgprofessionals geven aan wat de impact was van Covid-19 op het registreren van kwaliteitsindicatoren. Alle zorgprofessionals geven aan of zij vinden dat parallelle uitvraag merkbaar is afgenomen. Medisch specialisten geven aan of zij toegevoegde waarde zien in het gebruik van PROMs in het gesprek met de cliënt/patiënt. Alle zorgprofessionals geven aan of zij het belangrijk vinden dat de regelgeving van transparantie gemonitord wordt.

## 2.1 Respons

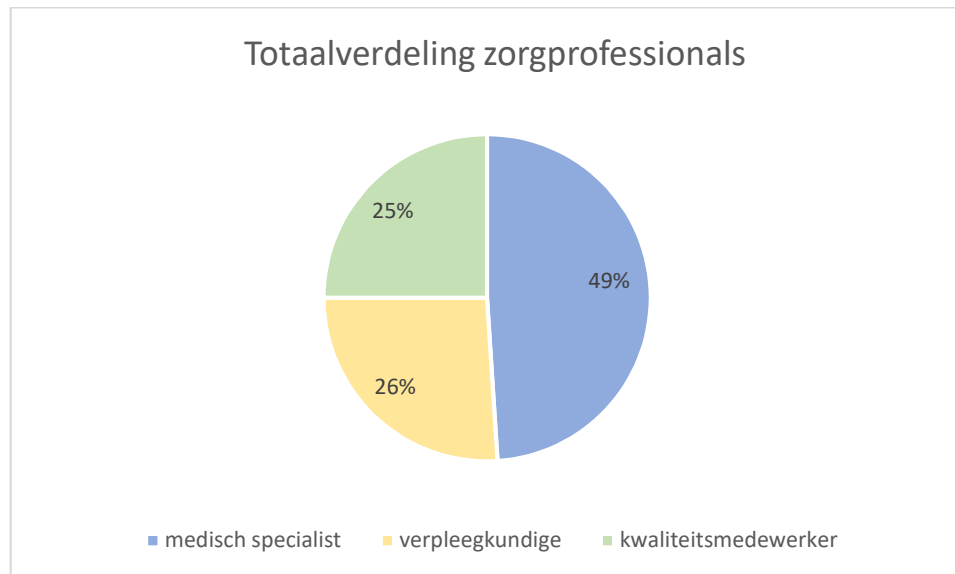
De vragenlijst werd uitgezet via (tweetraps) cluster sampling. De onderzoekspopulatie is geconcentreerd in "natuurlijke" clusters: zorginstellingen. Bij tweetraps cluster sampling wordt de onderzoekspopulatie opgedeeld in een aantal vergelijkbare clusters, in dit geval zorginstellingen. In totaal zijn 18 ziekenhuizen, 2 umc's en 5 zbc's benaderd. De steekproefomvang waren 220 zorgprofessionals. In bijlage I is een compleet overzicht van de deelnemende zorginstellingen naar type opgenomen.

De respons is 77 ingevulde vragenlijsten. De response rate is 35%. De minimum respons van 60 respondenten en de minimale respons rate van 30% is daarmee behaald. De respons rate is het hoogst onder kwaliteitsfunctionarissen. De reden daarvoor is dat het onderzoeksteam vaak rechtstreeks in contact stond met kwaliteitsmanagers. De totaalverdeling naar zorginstellingen is: 83% "algemeen ziekenhuis", 12% "universitair medisch centrum" en 5% "zelfstandige kliniek". De totaalverdeling per doelgroep is: 49% "medisch specialist", 26% "verpleegkundige" en 25% "kwaliteitsmedewerker". Dit is in overeenstemming met de te verwachten verdeling en voldoende voor analyse.

**Figuur 2.1a** Totaalverdeling zorginstellingen



**Figuur 2.1b** Totaalverdeling zorgprofessionals



In elk van de deelnemende zorginstellingen (clusters) zijn 10 respondenten benaderd voor het invullen van de monitor. Het betreft 6 medisch specialisten, 1-2 kwaliteitsfunctionaris(sen) en 2-3 verpleegkundigen of verpleegkundig specialisten. Omdat het voor zelfstandige klinieken niet haalbaar was om 10 respondenten te betrekken, zijn per zelfstandige kliniek 1-2 kwaliteitsfunctionaris(sen) en 1-2 medisch specialist(en) gevraagd om deel te nemen aan de monitor.

## 2.2 Het aantal kwaliteitsindicatoren

### 2.2.1 Introductie

Het Zorginstituut kwantificeert het aantal kwaliteitsindicatoren op de Transparantiekalender. Het actuele, objectieve aantal kwaliteitsindicatoren is hieronder opgenomen. De wijze waarop dit aantal door het Zorginstituut is berekend is uitgeschreven in bijlage IV. Zo maakt de monitor duidelijk om hoeveel kwaliteitsindicatoren het in feite gaat, hoe dit aantal zich ontwikkelt in de tijd en hoe de berekening ervan tot stand komt.

### 2.2.2 Telling van het Zorginstituut

In de telling over verslagjaar 2021 kwam het Zorginstituut uit op 659 (sub-)indicatoren voor de Medisch Specialistische Zorg (waarvan 11 vrijwillige indicatoren). In het peiljaar 2018 waren dit er 1292 (waarvan 71 vrijwillige indicatoren). Het aantal indicatoren is daarmee in verslagjaar 2021 met 633 (sub-)indicatoren afgenomen ten opzichte van 2018. Dit is een afname van 49%. Het aantal (sub-)indicatoren is aanzienlijk verminderd.

In 2021 zijn er 39 sets, in 2018 waren dit er 46. Het gemiddelde aantal indicatoren per set is afgenomen van 10,1 naar 8,4 per set. Het aandeel uitkomstindicatoren is toegenomen (deze zijn gestegen van 70 naar 84), terwijl het aandeel van structuurindicatoren aanzienlijk is afgenomen (deze zijn afgenomen van 287 naar 149).

## 2.3 Kwaliteit van indicatoren

### 2.3.1 Introductie

De kwaliteit van indicatoren is een terugkerend regeldrukonderwerp. Wanneer zorgprofessionals uitgevraagde kwaliteitsdata zinloos vinden dan roept dit weerstand op.

Indicatoren moeten betekenisvol zijn. Betekenisvolle kwaliteitsinformatie sluit aan op de behoefte van vragende partijen, draagt voor patiënten bij aan het maken van keuzes en zet aan tot verbetering van zorg.

Indicatoren moeten onderscheidend zijn. Een kwaliteitsindicator is onderscheidend wanneer deze relevante – en waar van toepassing statistisch significante – verschillen tussen zorgaanbieders laat zien.

Indicatoren moeten eenduidig zijn. Een kwaliteitsindicator is eenduidig als de vraagstelling en bijbehorende definities helder, precies en volledig zijn omschreven. Het is moeilijk om definities en inclusiecriteria eenduidig te krijgen. Maar als indicatoren niet eenduidig zijn dan kan dit leiden tot onbetrouwbare data.

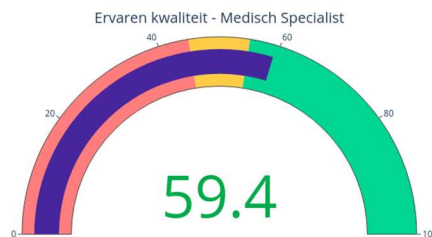
Indicatoren moeten kunnen worden voorzien van een toelichting. Kwaliteit bestaat uit diverse aspecten. Een indicatorset alleen zegt niet (altijd) alles. Om het hele verhaal (over kwaliteit) te vertellen kan het nodig zijn om bij een indicatorset een toelichting te geven op de (kwaliteit)afwegingen en -keuzes die een zorginstelling maakt.

#### Wijze waarop het onderwerp is meegenomen in de monitor

In de monitor zijn vragen opgenomen over de kwaliteit van indicatoren. Het doel hiervan is om te meten hoe zorgprofessionals de kwaliteit van de indicatorsets beoordelen en informatie te verzamelen over goede en slechte indicatoren. De vragen worden voorgelegd aan medisch specialisten en kwaliteitsfunctionarissen. Deze zorgprofessionals hebben praktische ervaring met tenminste één of meerdere indicatorsets. Verpleegkundigen registreren weliswaar scores, resultaten en handelingen maar hebben geen direct zicht op het verband tussen deze scores en kwaliteitsindicatoren. Dit betekent dat de meeste verpleegkundigen onvoldoende informatie hebben om de onderzoeksvragen m.b.t. de kwaliteit van indicatoren te beantwoorden. Dat geldt echter niet voor verpleegkundig

specialisten. De kennis en ervaring van de verpleegkundig specialist wordt in de monitor gelijkgesteld aan die van de medisch specialist.

## 2.3.2 Medisch specialisten over de gepercipieerde kwaliteit van indicatoren



Groepsscore thema kwaliteit na conversie: totaalscore 59.4% (van maximaal 100%)<sup>3</sup>

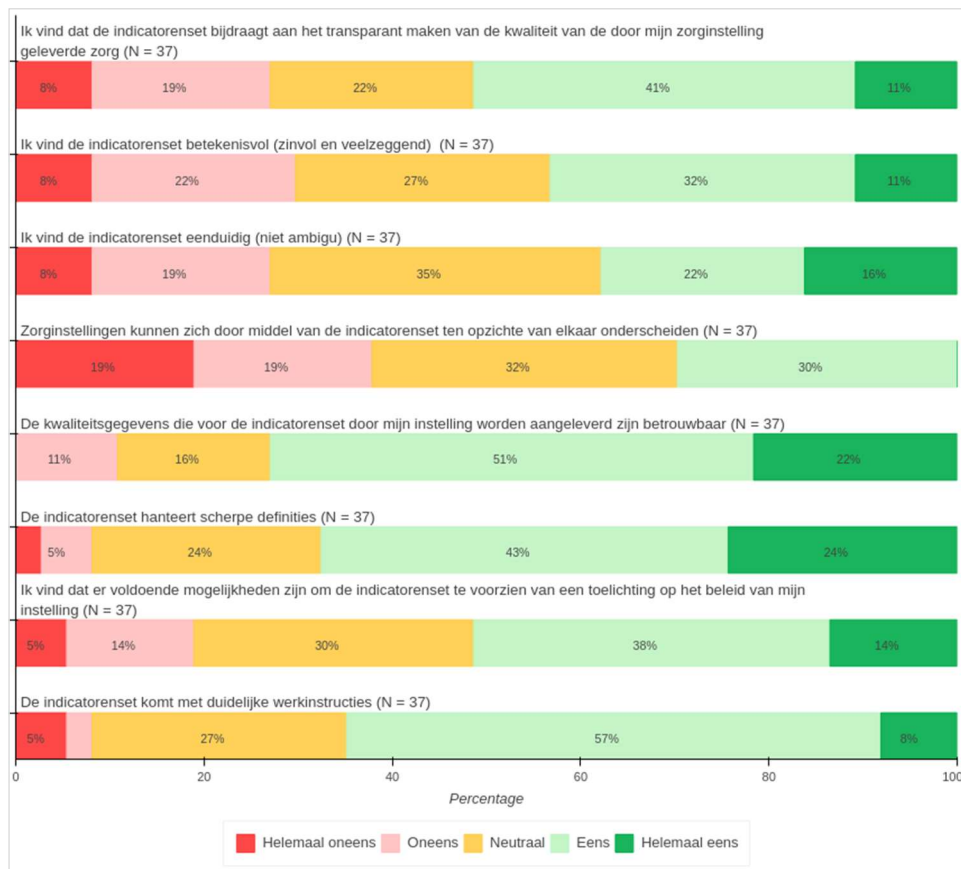
Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen medisch specialisten de kwaliteit van de indicatoren met 59.4. Dit classificeren we als voldoende.<sup>4</sup> In de vorige meting (2018) gaven medisch specialisten de kwaliteit van indicatoren een score van 51<sup>5</sup>. Dat was een neutrale score. Het oordeel over kwaliteit is dus verbeterd. Het is mogelijk dat dit komt door de (aanzienlijke) afname van het aantal (sub-)indicatoren. Het lijkt plausibel dat de kwalitatief beste indicatoren zich hebben gehandhaafd (d.w.z. zijn gecontinueerd).

<sup>3</sup> De score is samengesteld door alle items met betrekking tot kwaliteit te groeperen en bij elkaar op te tellen. De totale score (som) is gedeeld door n (het aantal respondenten) om te komen tot de gemiddelde groepsscore. De groepsscore is geconverteerd naar een 100 puntsschaal om deze als dashboard weer te geven. De conversieformule is beschreven in de [Handleiding](#) (pag. 16).

<sup>4</sup> Een score van <45 is onvoldoende, 45-55 is neutraal en >55 is voldoende.

<sup>5</sup> Monitor ervaren regeldruk ten behoeve van transparantie medisch specialistische zorg – Inzicht in de regeldruk binnen de medisch specialistische zorg over verslagjaar 2018 i.r.t. de indicatoren voor de Transparantiekalender (juli 2019).

**Figuur 2.3.2** Antwoorden medisch specialisten per item ervaren kwaliteit



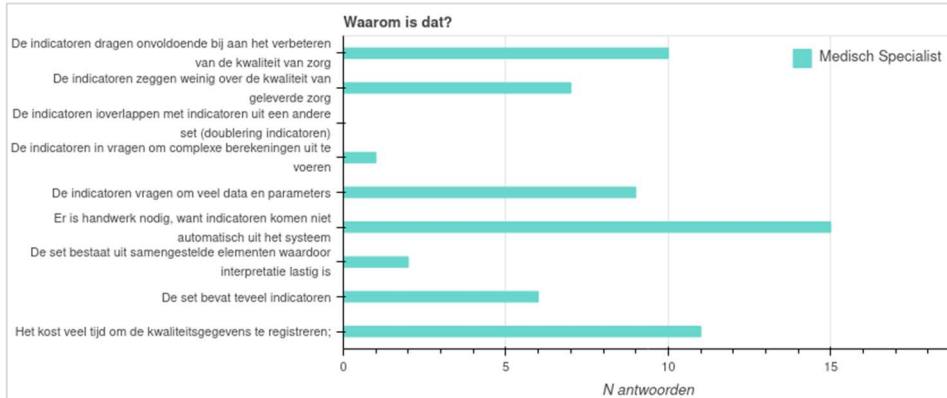
Uit figuur 2.3.2 is af te lezen dat de meerderheid van de medisch specialisten het eens is met de stelling dat de indicatorsets scherpe definities hanteren (67%). Medisch specialisten zijn ook van mening dat de aangeleverde kwaliteitsgegevens voor de indicatorsets door de eigen zorginstelling betrouwbaar zijn (73%). De medisch specialisten geven wel aan dat zorginstellingen zich soms niet of slechts beperkt van elkaar kunnen onderscheiden door middel van de indicatorsets (38%).

De volgende indicatorsets zijn genoemd door medisch specialisten als (meest) belastend:

1. Cataract (staar);
2. Galblaasverwijdering;
3. Chirurgie bij kinderen;
4. Carotis chirurgie;
5. Aneurysma Aortis Abdominalis (AAA).

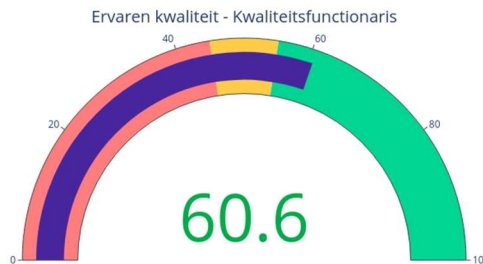
NB. Hierbij moet opgemerkt worden dat uit de verstrekte antwoorden helaas niet is op te maken of respondenten bij deze aandoening specifieke indicatoren voor zichzelf een strikt onderscheid maken tussen de lasten van indicatoren op de Transparantiekalender en de lasten van bijvoorbeeld de registraties van wetenschappelijke beroepsverenigingen. Ook is niet op te maken of respondenten een bepaalde indicator in de set in het bijzonder belastend vinden (bijvoorbeeld mortaliteit).

In de onderstaande meerkeuze figuur lichten medisch specialisten toe waarom zij deze top-5 indicatoren in het bijzonder belastend vinden:



De meest genoemde reden waarom indicatoren als belastend worden ervaren is dat er handwerk nodig is omdat de indicatoren niet automatisch uit het systeem komen. Ook kost het registreren van de indicatoren veel tijd terwijl ze niet of onvoldoende bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg.

### 2.3.3 Kwaliteitsfunctionarissen over de gepercipieerde kwaliteit van indicatoren



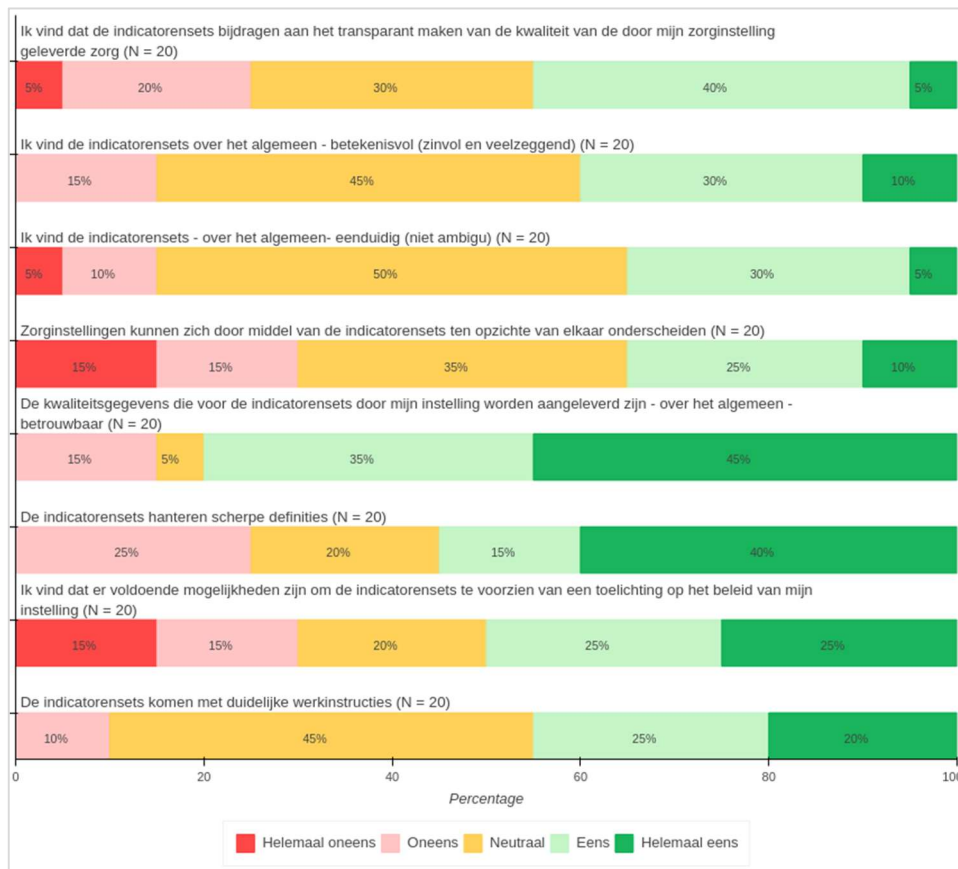
Groepsscore thema kwaliteit na conversie: totaalscore 60.6% (max. 100%)<sup>6</sup>

Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen kwaliteitsfunctionarissen de kwaliteit van de indicatoren met 60.6. Dit classificeren we als voldoende. In de vorige meting (2018) gaven kwaliteitsfunctionarissen de kwaliteit van indicatoren een score van 55. Dat was een neutrale score. Het oordeel over kwaliteit is dus verbeterd. Het is mogelijk dat dit komt door de (aanzienlijke) afname van het aantal (sub-)indicatoren. Het lijkt plausibel dat de kwalitatief beste indicatoren zich hebben gehandhaafd (d.w.z. zijn gecontinueerd).

<sup>6</sup> De score is samengesteld door alle items met betrekking tot kwaliteit te groeperen en bij elkaar op te tellen. De totale score (som) is gedeeld door n (het aantal respondenten) om te komen tot de gemiddelde groepsscore. De groepsscore is geconverteerd naar een 100 puntsschaal om deze als dashboard weer te geven. De conversieformule is beschreven in de [Handleiding](#) (pag. 16).



**Figuur 2.3.3** Antwoorden kwaliteitsfunctionarissen per item ervaren kwaliteit



Uit figuur 2.3.3 is af te lezen dat de meerderheid van de kwaliteitsfunctionarissen het eens is met de stelling dat de indicatorsets scherpe definities hanteren (55%). Kwaliteitsfunctionarissen zijn ook van mening dat de aangeleverde kwaliteitsgegevens voor de indicatorsets door de eigen zorginstelling betrouwbaar zijn (80%). De kwaliteitsfunctionarissen geven soms wel aan dat zorginstellingen zich slechts beperkt van elkaar kunnen onderscheiden door middel van de indicatorsets (30%). Dit is vergelijkbaar met de mening van medisch specialisten.

De volgende sets zijn door kwaliteitsfunctionarissen genoemd als (meest) belastend:

1. Wervelkolomchirurgie ongeinstrumenteerd;
2. Diabetes;
3. Chronische nierschade indicatoren;
4. Cataract (staar);
5. Veneuze ziekten.

NB. Hierbij moet opgemerkt worden dat uit de verstrekte antwoorden helaas niet is op te maken of respondenten bij deze aandoening specifieke indicatoren een onderscheid maken tussen de lasten van indicatoren op de Transparantiekalender en de lasten van andere registraties. Ook is niet op te maken of respondenten een bepaalde indicator in de set in het bijzonder belastend vinden. Het is ook opvallend dat de indicatorset 'Integrale geboortezorg indicatoren' is genoemd. Deze set behoort weliswaar tot de verplichte indicatorsets op de Transparantiekalender (TPK), maar geldt niet voor de MSZ. Dit toont aan

dat het erg lastig blijft om een strikt onderscheid te maken tussen kwaliteitsgegevens die door MSZ zorgverleners worden aangeleverd t.b.v. de TPK en die worden aangeleverd voor andere doeleinden, zoals de registraties van wetenschappelijke beroepsverenigingen, interne (management)informatie, e.d.

In de onderstaande meerkeuze figuur lichten kwaliteitsfunctionarissen toe waarom zij deze Top-5 indicatoren in het bijzonder belastend vinden:

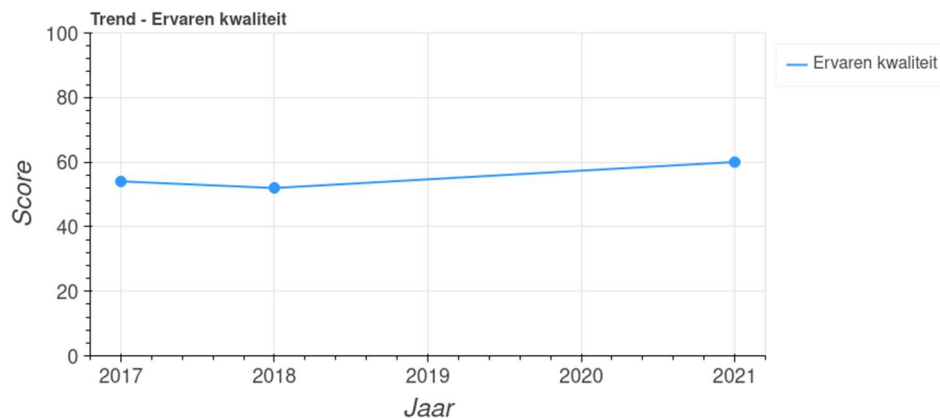


De meest genoemde reden waarom indicatoren als belastend worden ervaren is dat er handwerk nodig, omdat de indicatoren niet automatisch uit het systeem komen. Dit onderstreept het belang van registratie aan de bron en wijst erop dat dit nog steeds niet goed is geregeld. Daarnaast vragen de indicatoren om veel data en parameters en om complexe berekeningen uit te voeren.

### 2.3.4 Trendlijn beleefde kwaliteit

Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen alle zorgprofessionals samen genomen (medisch specialisten en kwaliteitsfunctionarissen) de kwaliteit van indicatoren met een (gemiddelde) groepsscore van 59.8. Dit classificeren we als voldoende.

**Figuur 2.3.4** Groepsscores (gemiddeld) van alle zorgprofessionals over beleefde kwaliteit van indicatoren uitgezet in een trendlijn (pilot meting 2017, herhaalmeting 2018 en meting 2021)



Op basis van de beschikbare data (uit 2017, 2018 en 2021) opgenomen in figuur 2.3.4 is er geen sprake van een sterke (positieve of negatieve) trendlijn die doorzet. Er is wel verbetering te zien ten opzichte van andere jaren. Mogelijk komt dat doordat er (aanzienlijk) minder indicatoren verplicht worden uitgevraagd en nu de beste, meest 'volwassen', indicatorsets overblijven.

## 2.4 Beleefde opbrengsten van transparantie

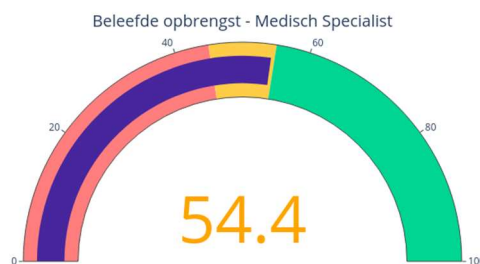
### 2.4.1 Introductie

Een van de uitgangspunten van de monitor is dat naast de beleefde lasten ook de beleefde opbrengsten van transparantie in beeld worden gebracht. De kwaliteitsgegevens die met indicatorsets worden verzameld worden voor meerdere doeleinden gebruikt: als verbeterinformatie door zorgprofessionals en zorginstellingen, als keuze informatie door patiënten en als inkoopinformatie door zorgverzekeraars<sup>7</sup>. Het kost tijd om kwaliteitsgegevens te verzamelen maar het is nuttig. De beleefde opbrengsten hebben betrekking op dit gepercipieerde nut van transparantie.

#### Wijze waarop het onderwerp is meegenomen in de monitor

In de monitor zijn vragen opgenomen die betrekking hebben op de mate waarin zorgprofessionals overtuigd zijn van het nut van transparantie. Ook wordt gevraagd of zorgprofessionals de indruk hebben dat patiënten en zorgverzekeraars de aangeleverde kwaliteitsgegevens écht gebruiken. Tenslotte wordt geïnventariseerd of zorgprofessionals en hun zorginstellingen de verzamelde gegevens zélf gebruiken voor benchmarking en/of interne kwaliteitsverbetering. Met het oog hierop wordt doorgevraagd of aangeleverde kwaliteitsgegevens (tijdig) worden teruggekoppeld.

### 2.4.2 Medisch specialisten over beleefde opbrengsten van transparantie



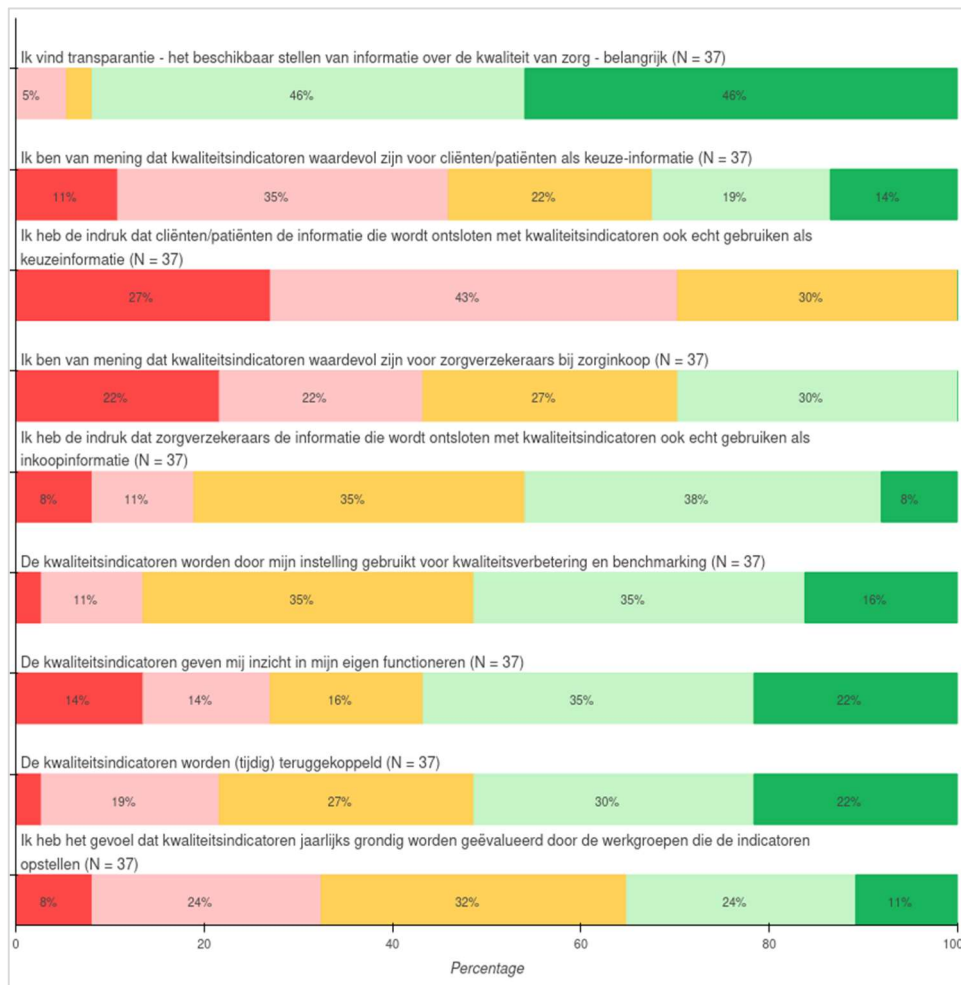
Groepsscore thema opbrengsten na conversie: totaalscore 54.4% (max. 100%)<sup>8</sup>

Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen medisch specialisten de beleefde opbrengsten met 54.4. Dit classificeren we als neutraal. In de vorige meting (2018) gaven medisch specialisten de beleefde opbrengsten een score van 51. Dat was ook neutraal.

<sup>7</sup> Zorgverzekeraars gebruiken kwaliteitsinformatie ook om verzekeren voor te lichten.

<sup>8</sup> De score is samengesteld door alle items met betrekking tot opbrengsten te groeperen en bij elkaar op te tellen. De totale score (som) is gedeeld door n (het aantal respondenten) om te komen tot de gemiddelde groepsscore. De groepsscore is geconverteerd naar een 100 puntsschaal om deze als dashboard weer te geven. De conversieformule is beschreven in de [Handleiding](#) (pag. 16).

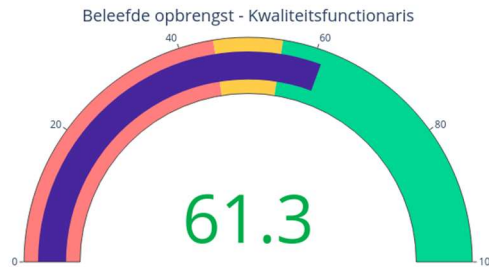
**Figuur 2.4.2** Antwoorden medisch specialisten per item ervaren opbrengsten



De meerderheid van de medisch specialisten is het eens met de stelling dat transparantie belangrijk is (92%). Verder geven medisch specialisten overwegend aan dat kwaliteitsindicatoren inzicht geven in hun eigen functioneren (57%). Medisch specialisten hebben niet de indruk dat patiënten de informatie die wordt ontsloten met kwaliteitsindicatoren ook echt gebruiken als keuze informatie (70%). De kwaliteitsindicatoren worden door veel specialisten niet als waardevol gezien voor patiënten als keuze informatie (46%).

In open invulvelden bij de vragen in de monitor lichten medisch specialisten toe dat duiding noodzakelijk is voor de juiste interpretatie van kwaliteitsindicatoren. Doordat deze duiding doorgaans ontbreekt, worden de resultaten verkeerd geïnterpreteerd. Het correct interpreteren van de indicatoren is voor specialisten zelf al een lastige zaak. Zij hebben er dan ook geen vertrouwen in dat kwaliteitsindicatoren door patiënten (en zorgverzekeraars) juist worden geïnterpreteerd. Verder wordt benoemd dat het een illusie is dat kwaliteitsindicatoren de werkelijke kwaliteit van zorg weergeven. Het is altijd slechts een (deel)aspect. Patiënten en zorgverzekeraars moeten hier rekening mee houden.

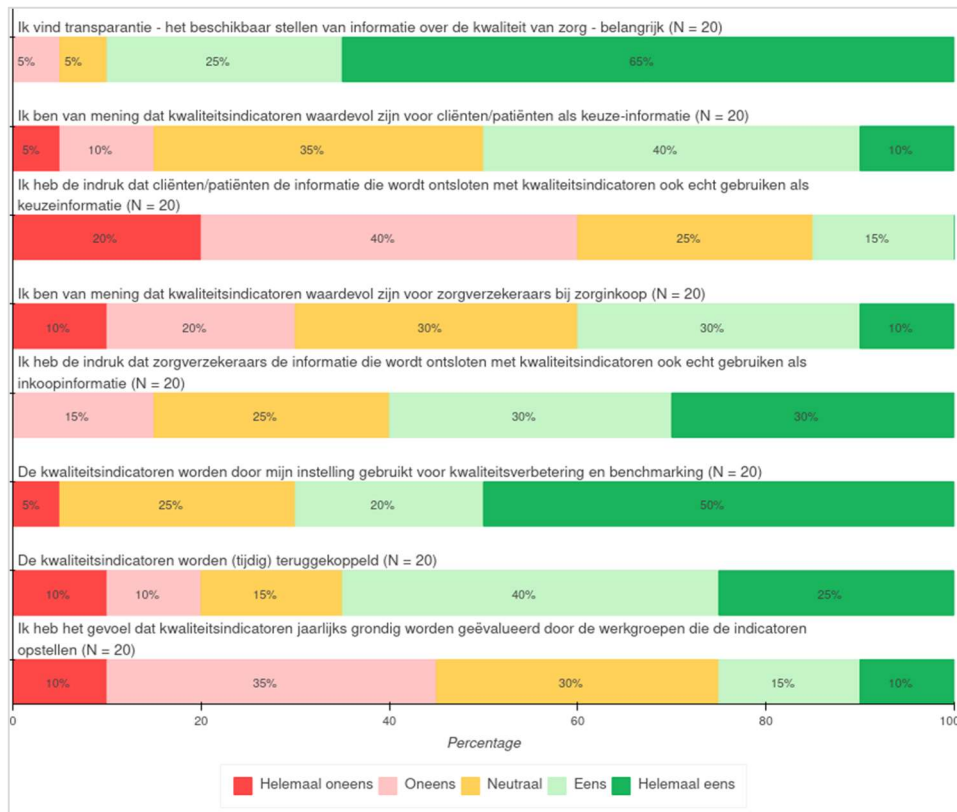
### 2.4.3 Kwaliteitsfunctionarissen over de beleefde opbrengsten van transparantie



Groepsscore thema opbrengsten na conversie: totaalscore 61.3% (max. 100%)<sup>9</sup>

Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen kwaliteitsfunctionarissen de beleefde opbrengsten van transparantie met 61.3. Dit classificeren we als voldoende. In de vorige meting (2018) gaven kwaliteitsfunctionarissen de beleefde opbrengsten van transparantie een score van 56. Het beeld blijft voldoende.

**Figuur 2.4.3** Antwoorden kwaliteitsfunctionarissen per item ervaren opbrengsten

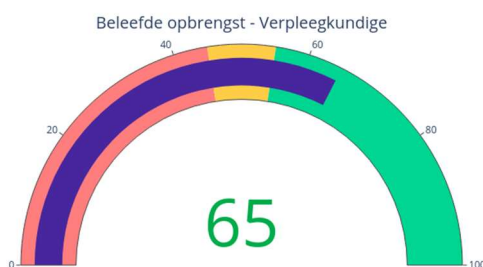


<sup>9</sup> De score is samengesteld door alle items met betrekking tot opbrengsten te groeperen en bij elkaar op te tellen. De totale score (som) is gedeeld door n (het aantal respondenten) om te komen tot de gemiddelde groepsscore. De groepsscore is geconverteerd naar een 100 puntsschaal om deze als dashboard weer te geven. De conversieformule is beschreven in de [Handleiding](#) (pag. 16).

De meerderheid van de kwaliteitsfunctionarissen is het eens met de stelling dat transparantie belangrijk is (90%). Ook geven kwaliteitsfunctionarissen in ruime meerderheid aan dat kwaliteitsindicatoren door hun instelling gebruikt worden voor kwaliteitsverbetering en benchmarking (70%). Wel wordt aangegeven dat er niet de indruk is dat patiënten de informatie die wordt ontsloten met kwaliteitsindicatoren ook echt gebruiken als keuze informatie (60%) en dat er niet het gevoel is dat kwaliteitsindicatoren jaarlijks grondig worden geëvalueerd door de werkgroepen die de indicatoren opstellen (45%).

In open invulvelden bij de vragen in de monitor lichten kwaliteitsfunctionarissen toe dat de kwaliteitsindicatoren op correcte wijze moeten worden geïnterpreteerd. Dat is niet eenvoudig voor patiënten. Toelichting in gemakkelijke en begrijpbare taal is daarom extra belangrijk. Kwaliteitsfunctionarissen betwijfelen of de indicatoren ook daadwerkelijk gebruikt worden bij de keuze voor zorg. Zij verwachten dat de keuze meer gebaseerd wordt op mond-tot-mondreclame, wachttijden en bereikbaarheid van de instelling. Verder geven kwaliteitsfunctionarissen aan dat zorgverzekeraars steeds meer kijken naar de indicatoren. Daarom is het belangrijk dat de indicatoren zinvol zijn en ook daadwerkelijk iets zeggen over de kwaliteit van de geleverde zorg. Zorginstellingen zijn volgens diverse kwaliteitsfunctionarissen zelf actief bezig met het monitoren van kwaliteitsdata en het analyseren hiervan om te leren en te verbeteren.

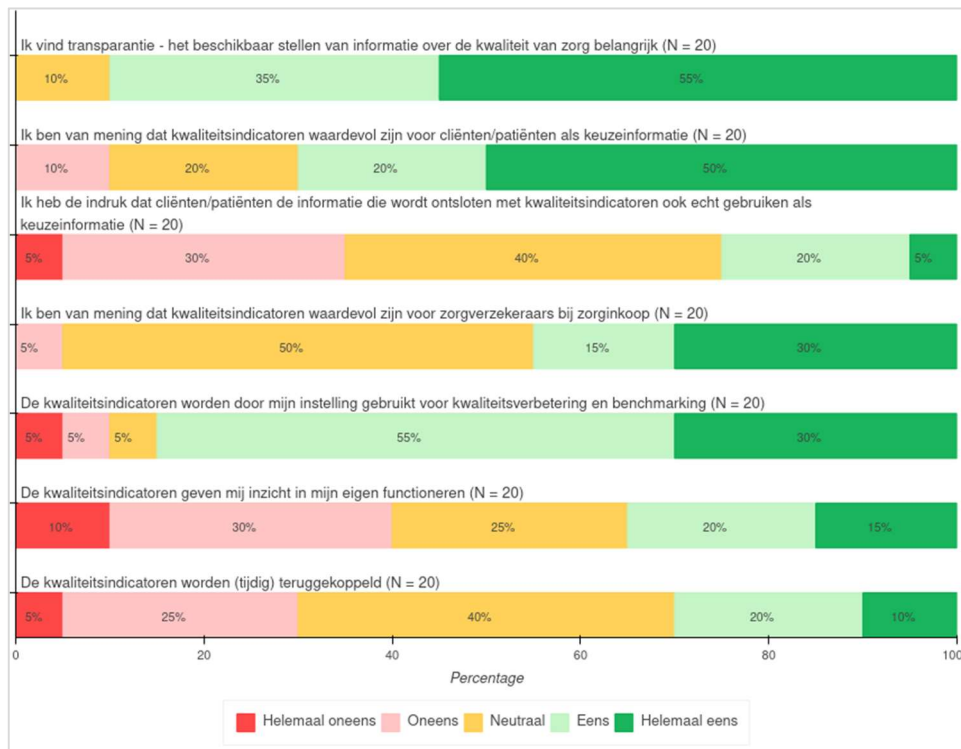
#### 2.4.4 Verpleegkundigen over de beleefde opbrengsten van transparantie



Groepsscore thema opbrengsten na conversie: totaalscore 65% (max. 100%)<sup>10</sup>

Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen verpleegkundigen de beleefde opbrengsten van transparantie met 65. Dit classificeren we als voldoende. In de vorige meting (2018) gaven verpleegkundigen de beleefde opbrengsten van transparantie een score van 58. Het beeld blijft voldoende.

<sup>10</sup> De score is samengesteld door alle items met betrekking tot opbrengsten te groeperen en bij elkaar op te tellen. De totale score (som) is gedeeld door n (het aantal respondenten) om te komen tot de gemiddelde groepsscore. De groepsscore is geconverteerd naar een 100 puntsschaal om deze als dashboard weer te geven. De conversieformule is beschreven in de [Handleiding](#) (pag. 16).

**Figuur 2.4.4** Antwoorden verpleegkundigen per item ervaren opbrengsten

De meerderheid van de verpleegkundigen geeft aan dat transparantie belangrijk is (90%). Verder zijn verpleegkundigen ervan overtuigd dat kwaliteitsindicatoren door hun zorginstelling gebruikt worden voor kwaliteitsverbetering en benchmarking (85%). Wel geven diverse verpleegkundigen aan dat de kwaliteitsindicatoren hen geen inzicht geven in hun eigen functioneren (40%).

In open invulvelden bij de vragen in de monitor lichten verpleegkundigen toe dat kwaliteitsindicatoren maar een gedeelte van het verhaal vertellen: de indicatoren moeten in de juiste context geplaatst worden zonder dat het alleen een cijfer betreft. Deze toelichting van indicatoren en context is erg belangrijk voor de patiënt. De indicatoren worden door de verpleegkundigen niet als afspiegeling van zorgkwaliteit gezien. Daarnaast merken verpleegkundigen op dat zorgverzekeraars op basis van kwaliteitsindicatoren kritische vragen mogen stellen, maar hun zorginkoop niet moeten baseren op de indicatoren. Ook voor zorgverzekeraars is context nodig voordat zij de indicatoren interpreteren.

#### 2.4.5 Opvallende verschillen tussen zorgprofessionals

Als we kijken naar verschillen tussen zorgprofessionals dan vallen de volgende scores op. Stellingen waarover zorgprofessionals duidelijk een andere mening hebben:

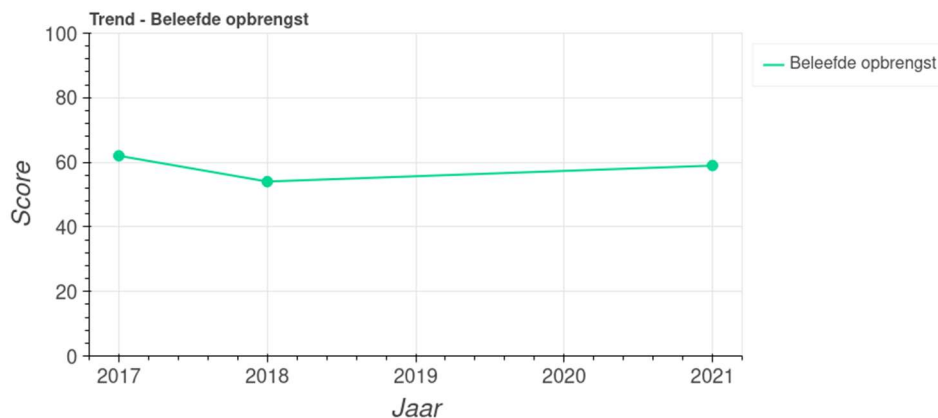
- Ruim 57% van de medisch specialisten is het (helemaal) eens met de stelling dat kwaliteitsindicatoren inzicht geven in het eigen functioneren. Dit is in scherp contrast tot verpleegkundigen bij wie de score veel lager is en waarvan 40% zelfs aangeeft het (helemaal) oneens te zijn met deze stelling. Volgens verpleegkundigen zijn kwaliteitsindicatoren van weinig waarde om te leren over hun eigen functioneren.
- Ruim 46% van de medisch specialisten geeft aan het (helemaal) oneens te zijn met de stelling dat kwaliteitsindicatoren waardevol zijn voor cliënten/patiënten als keuze informatie. Terwijl 70% van de verpleegkundigen het hier (helemaal) mee eens is.

- In het verlengde daarvan geeft ruim 70% van de medisch specialisten, en slechts 35% van de verpleegkundigen, aan het (helemaal) oneens te zijn met de stelling dat cliënten/patiënten de informatie die wordt ontsloten met kwaliteitsindicatoren ook echt gebruiken als keuze informatie. Medisch specialisten oordelen dus aanzienlijk negatiever dan verpleegkundigen over kwaliteitsindicatoren als keuze informatie.
- Als het gaat over kwaliteitsindicatoren t.b.v. zorginkoop dan geeft 44% van de medisch specialisten aan het (helemaal) oneens te zijn met de stelling dat kwaliteitsindicatoren waardevol zijn voor zorgverzekeraars bij zorginkoop. Terwijl 45% van de verpleegkundigen aangeven aan het hier (helemaal) mee eens te zijn.
- Ten slotte geeft 51% van de medisch specialisten aan dat kwaliteitsindicatoren door de eigen instelling worden gebruikt voor kwaliteitsverbetering en benchmarking tegenover 85% van de verpleegkundigen.

#### 2.4.6 Trendlijn beleefde opbrengsten

Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen alle zorgprofessionals samen genomen (specialisten, kwaliteitsfunctionarissen en verpleegkundigen) de beleefde opbrengsten van indicatoren met een (gemiddelde) groepsscore van 58.5. Dit classificeren we als voldoende.

**Figuur 2.4.6** Groepsscore (gemiddeld) van alle zorgprofessionals over beleefde opbrengsten van indicatoren uitgezet in een trendlijn (pilot meting 2017, herhaalmeting 2018 en meting 2021)



Op basis van de beschikbare data (uit 2017, 2018 en 2021) opgenomen in figuur 2.4.6 is er geen sprake van een (positieve of negatieve) trendlijn die echt doorzet.



## 2.5 Beleefde lasten van transparantie

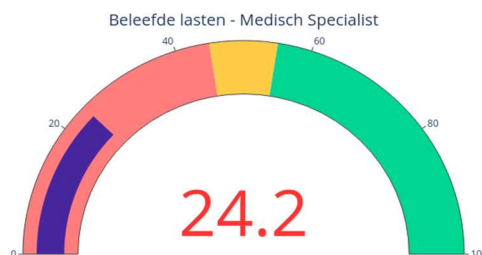
### 2.5.1 Introductie

De beleefde lasten van transparantie hebben betrekking op het registreren, controleren, verzamelen, bewerken en aanleveren van kwaliteitsgegevens in het verslagjaar waarin deze worden vastgelegd. Zorgprofessionals benadrukken dat de kosten van de indicatorsets hoog zijn en de werkbaarheid laag. Bij kosten gaat het in de monitor om de tijdsbesteding die nodig is voor registratie, controle, verzamelen, bewerken en aanleveren. Er wordt ook expliciet doorgevraagd naar de ervaren tijdsdruk. Bij werkbaarheid gaat het over de aansluiting van de indicator informatie-uitvraag op de dagelijkse praktijk van zorgprofessionals, de complexiteit van de uit te voeren handelingen en de moeite die het kost om informatie uit informatiesystemen te halen. Zo hebben bijvoorbeeld zbc's informatiesystemen vaak goed op orde (de organisatie is in de regel niet erg complex), maar is het EPD nog lang niet altijd geïntegreerd/gekoppeld waardoor automatisch aanleveren van gegevens nog maar weinig voorkomt. Bijgevolg moeten veel gegevens handmatig worden verzameld en aangeleverd. Bij de beleefde lasten wordt ook kort ingegaan op de vraag hoe kwaliteitsfunctionarissen de samenwerking met de gegevensmakelaar ervaren.

#### Wijze waarop het onderwerp is meegenomen in de monitor

In de monitor zijn diverse vragen opgenomen die betrekking hebben op de complexiteit van de uit te voeren handelingen, de daarvoor vereiste tijdsbesteding en de ervaren tijdsdruk. Deze vragen zijn relevant voor alle zorgprofessionals die kwaliteitsgegevens registreren, controleren, verzamelen, bewerken en aanleveren. De lastendruk die zorgprofessionals ervaren is een groot probleem waar iets aan gedaan moet worden. Het doel van de monitor is dan ook om de lastendruk van transparantie te objectiveren en om met elkaar te zoeken naar oplossingsmogelijkheden.

### 2.5.2 Medisch specialisten over beleefde lasten van transparantie



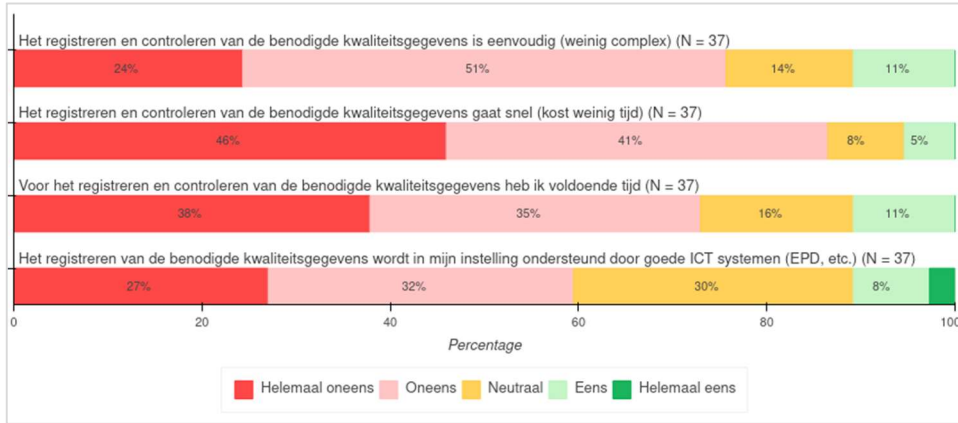
Groepsscore thema lasten na conversie: totaalscore 24.2% (max. 100%)<sup>11</sup>

Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen medisch specialisten de beleefde lasten van transparantie met 24.2. Dit classificeren we als onvoldoende (het is een slechte score). Medisch specialisten zijn negatief over de beleefde lasten van transparantie. In de vorige meting (2018) gaven medisch specialisten de beleefde lasten van indicatoren een score

<sup>11</sup> De score is samengesteld door alle items met betrekking tot ervaren lasten te groeperen en bij elkaar op te tellen. De totale score (som) is gedeeld door n (het aantal respondenten) om te komen tot de gemiddelde groepsscore. De groepsscore is geconverteerd naar een 100 puntsschaal om deze als dashboard weer te geven. De conversieformule is beschreven in de [Handleiding](#) (pag. 16).

van 30. Dat was ook onvoldoende en een slechte score. Het oordeel van medisch specialisten over de beleefde lasten van kwaliteitsindicatoren is niet verbeterd.

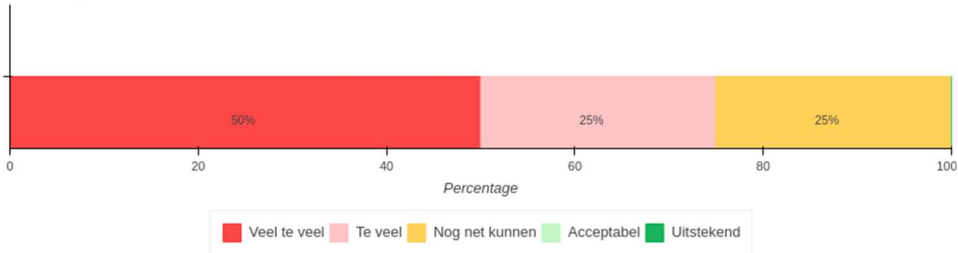
**Figuur 2.5.2** Antwoorden medisch specialisten per item ervaren lasten



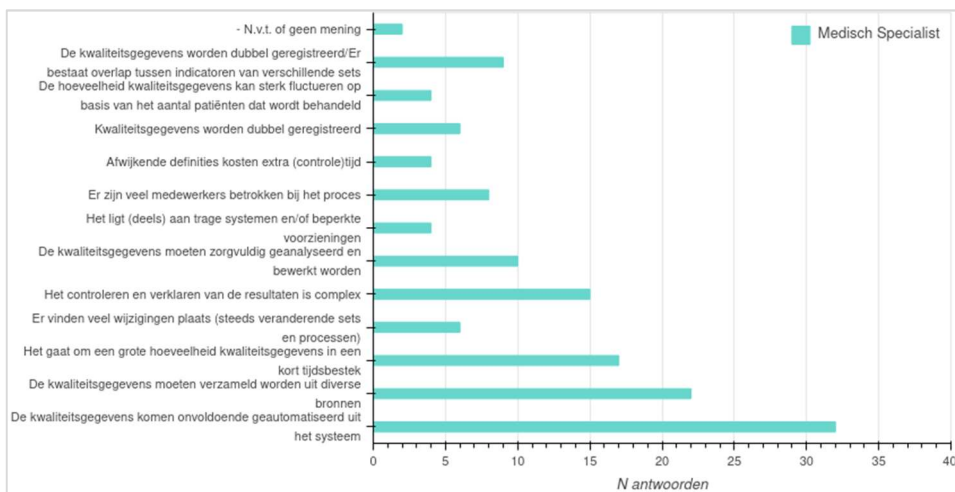
De meerderheid van de medisch specialisten geeft aan dat het registreren en *controleren* van de benodigde kwaliteitsgegevens niet eenvoudig is (75%) en niet snel gaat (87%). Slechts 11% geeft aan dat zij ondersteund worden door goede ICT-systemen bij het registreren van de benodigde kwaliteitsgegevens.

De gevraagde tijdsbesteding is volgens medisch specialisten “veel te veel” (50%):

Wat vindt u van de tijd die van u in een kalenderjaar wordt gevraagd voor het registreren en controleren van kwaliteitsgegevens?  
Medisch specialist



In de onderstaande meerkeuze figuur lichten medisch specialisten toe waarom zij het registreren en controleren van de benodigde kwaliteitsgegevens t.b.v. kwaliteitsindicatoren in het bijzonder (onnodig) tijdrovend vinden:

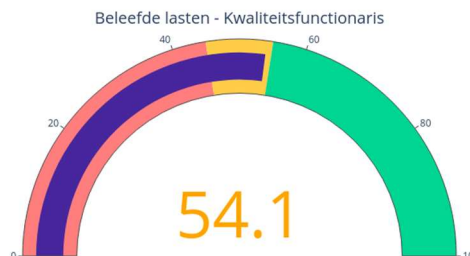


In de onderstaande meerkeuze figuur lichten medisch specialisten toe welke knelpunten zij ondervinden op het gebied van ICT-ondersteuning:



Uit de verstrekte toelichtingen blijkt dat de kwaliteitsgegevens doorgaans niet geautomatiseerd uit het systeem komen. Ook wordt aangegeven dat de kwaliteitsgegevens verzameld moeten worden uit diverse bronnen. Voor de ICT-ondersteuning wordt als meest ervaren knelpunt aangegeven dat de kwaliteitsindicatoren niet voldoende zijn ingebed in het EPD. Ook wordt aangegeven dat er geen koppeling is tussen de verschillende systemen en dat indicatoren dubbel worden geregistreerd. Daarnaast is er te weinig ICT-ondersteuning in mankracht en geld en zijn systemen niet gebruikersvriendelijk.

### 2.5.3 Kwaliteitsfunctionarissen over beleefde lasten van transparantie

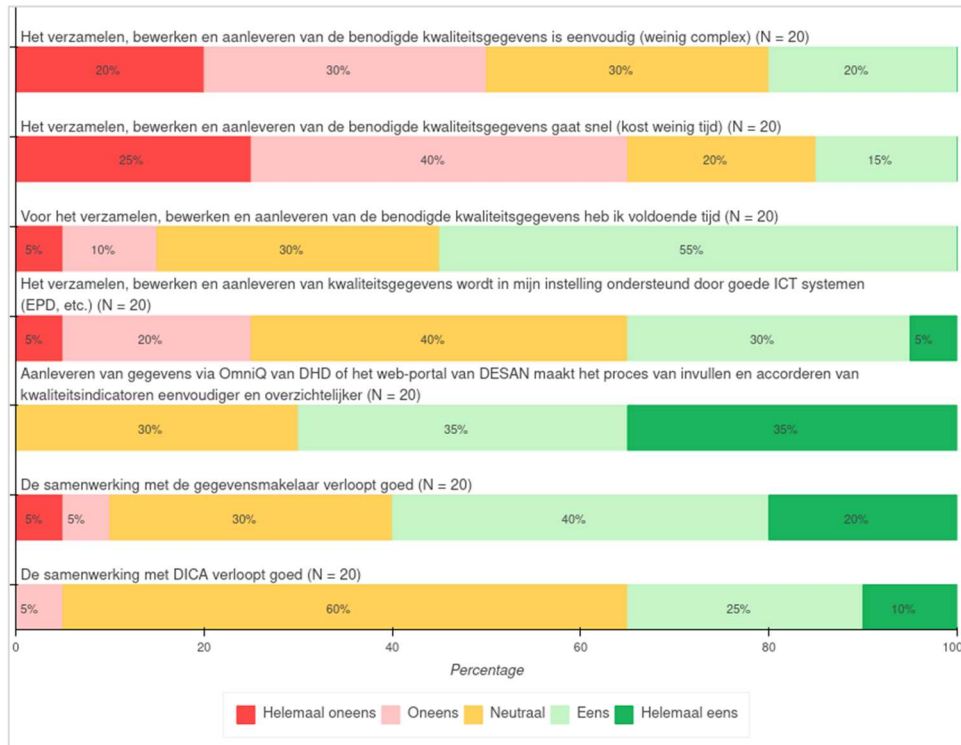


Groepsscore thema lasten na conversie: totaalscore 54.1% (max. 100%)<sup>12</sup>

Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen kwaliteitsfunctionarissen de beleefde lasten van transparantie met 54.1. Dit classificeren we als neutraal. In de vorige meting (2018) gaven kwaliteitsfunctionarissen de beleefde lasten van indicatoren een score van 30. Dat was onvoldoende (het was een slechte score). Het oordeel van kwaliteitsfunctionarissen over de beleefde lasten van indicatoren is dus merkbaar verbeterd. Een reden daarvoor kan zijn dat zij in de regel positiever zijn over *nieuwe ontwikkelingen* op het gebied van ondersteunende ICT-systemen en zorginformatiebouwstenen, dan medisch specialisten of verpleegkundigen. Daarnaast merken kwaliteitsfunctionarissen waarschijnlijk het meest dat het objectieve aantal indicatoren de afgelopen jaren sterk is afgenomen.

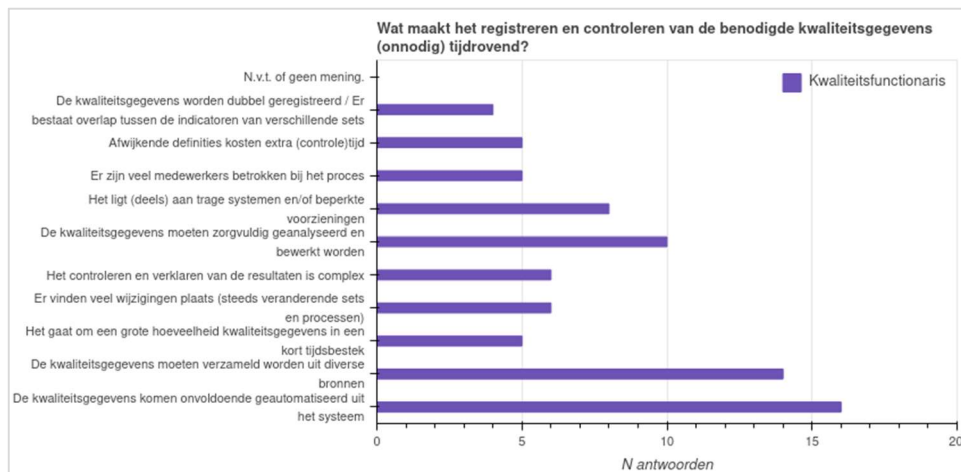
<sup>12</sup> De score is samengesteld door alle items met betrekking tot ervaren lasten te groeperen en bij elkaar op te tellen. De totale score (som) is gedeeld door n (het aantal respondenten) om te komen tot de gemiddelde groepsscore. De groepsscore is geconverteerd naar een 100 puntsschaal om deze als dashboard weer te geven. De conversieformule is beschreven in de [Handleiding](#) (pag. 16).

**Figuur 2.5.3** Antwoorden kwaliteitsfunctionarissen per item ervaren lasten

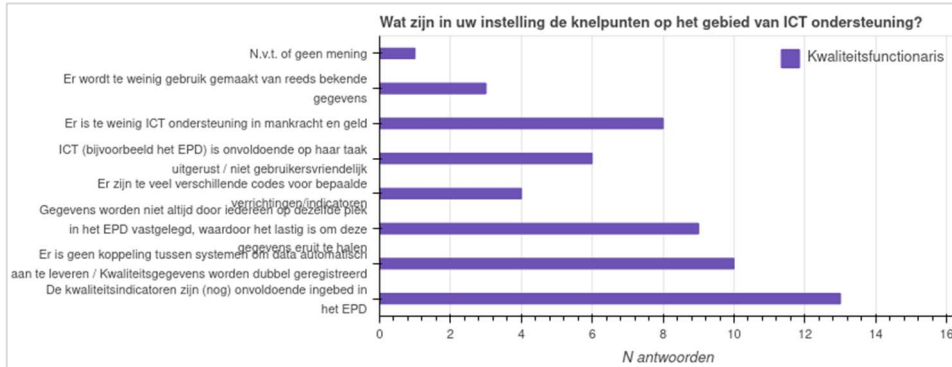


De meerderheid van de kwaliteitsfunctionarissen geeft aan dat het aanleveren van gegevens via OmniQ van DHD of DESAN het proces van invullen en accorderen van kwaliteitsindicatoren eenvoudiger en overzichtelijker maakt (70%) en dat de samenwerking met de gegevensmakelaar goed verloopt (60%). Echter, er wordt ook duidelijk gesignaleerd dat het verzamelen, bewerken en aanleveren van de benodigde kwaliteitsgegevens niet snel gaat (65%) en dat dit complex is (50%).

In de onderstaande meerkeuze figuur lichten kwaliteitsfunctionarissen toe waarom zij het registreren en controleren van de benodigde kwaliteitsgegevens t.b.v. kwaliteitsindicatoren in het bijzonder (onnodig) tijdrovend vinden:

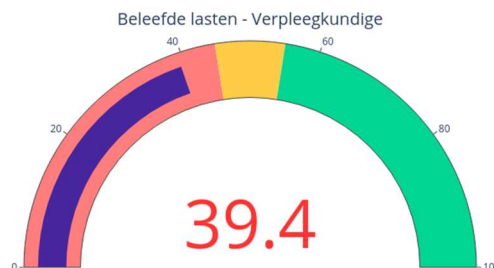


In de onderstaande meerkeuze figuur lichten kwaliteitsfunctionarissen toe welke knelpunten zij ondervinden op het gebied van ICT-ondersteuning:



Uit de verstrekte toelichtingen blijkt dat de kwaliteitsgegevens (nog steeds) niet voldoende geautomatiseerd uit het systeem komen en dat deze gehaald moeten worden uit diverse, verschillende bronnen. Met betrekking tot de ICT-ondersteuning wordt als belangrijkste knelpunt aangegeven dat de kwaliteitsindicatoren niet voldoende zijn ingebed in het EPD. Ook wordt aangegeven dat er geen koppeling is tussen de verschillende systemen. En omdat niet iedereen de gegevens op dezelfde plek vastlegt, kost het veel tijd om dit achteraf uit alle systemen te halen. Zorginformatiebouwstenen (zibs) moeten uitkomst bieden. Het werken met zibs is in veel zorginstellingen echter nog maar net gemeengoed.

#### 2.5.4 Verpleegkundigen over de beleefde lasten van transparantie

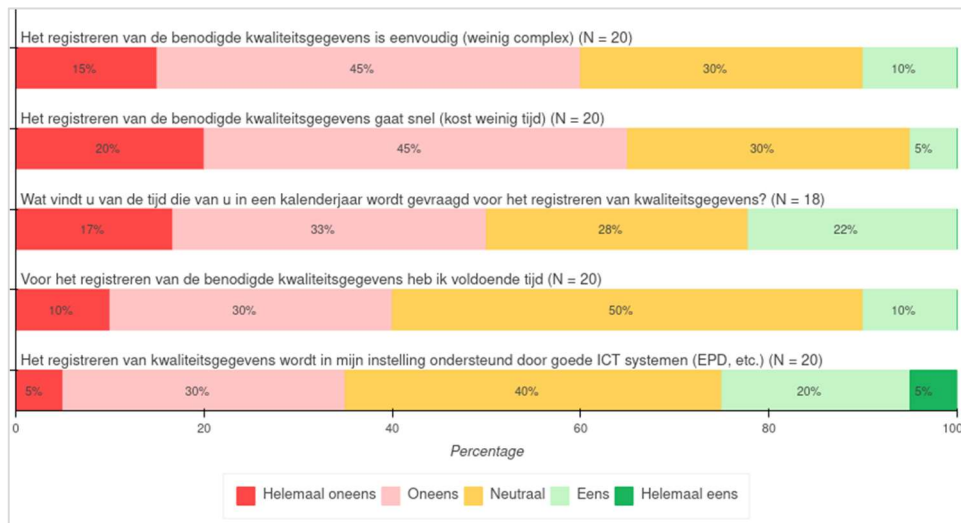


Groepsscore thema lasten na conversie: totaalscore 39.4% (max. 100%)<sup>13</sup>

Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen verpleegkundigen de beleefde lasten van transparantie met 39.4. Dit classificeren we als onvoldoende. Verpleegkundigen vinden de lasten te hoog. In de vorige meting (2018) gaven verpleegkundigen de beleefde lasten van indicatoren een score van 36. Dat was ook onvoldoende. Wel is de score verbeterd ten opzichte van de voorgaande meting.

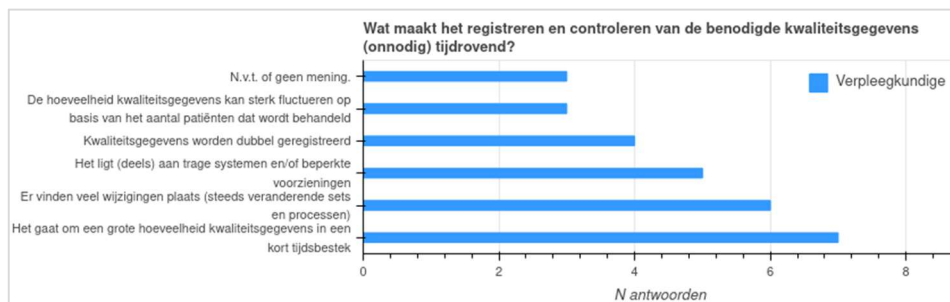
<sup>13</sup> De score is samengesteld door alle items met betrekking tot ervaren lasten te groeperen en bij elkaar op te tellen. De totale score (som) is gedeeld door n (het aantal respondenten) om te komen tot de gemiddelde groepsscore. De groepsscore is geconverteerd naar een 100 puntsschaal om deze als dashboard weer te geven. De conversieformule is beschreven in de [Handleiding](#) (pag. 16).

**Figuur 2.5.4** Antwoorden verpleegkundigen per item ervaren lasten



De meerderheid van de verpleegkundigen geeft aan dat het registreren van de benodigde kwaliteitsgegevens complex is (60%) en veel tijd kost (65%). Een minderheid van de verpleegkundigen vindt dat het registreren van kwaliteitsgegevens in hun zorginstelling ondersteund wordt door goede ICT-systemen (25%).

In de onderstaande meerkeuze figuur lichten verpleegkundigen toe waarom zij het registreren en controleren van de benodigde kwaliteitsgegevens t.b.v. kwaliteitsindicatoren in het bijzonder (onnodig) tijdrovend vinden:



In de onderstaande meerkeuze figuur lichten verpleegkundigen toe welke knelpunten zij ondervinden op het gebied van ICT-ondersteuning:



Uit de verstrekte toelichtingen blijkt dat een belangrijk knelpunt het verzamelen betreft van een grote hoeveelheid kwaliteitsgegevens in een zeer korte tijd (doorgaans april) en dat er veel wijzigingen in de indicatorsets plaatsvinden.

Voor de ICT-ondersteuning wordt als belangrijkste knelpunt aangegeven dat er geen koppeling is tussen systemen om data automatisch aan te leveren. Dat is vaak de reden dat data dubbel worden geregistreerd of handmatig moeten worden gekopieerd. Daarnaast is het EPD-systeem niet toereikend voor registratie en onvoldoende gebruikersvriendelijk.

### 2.5.5 Opvallende verschillen tussen zorgprofessionals

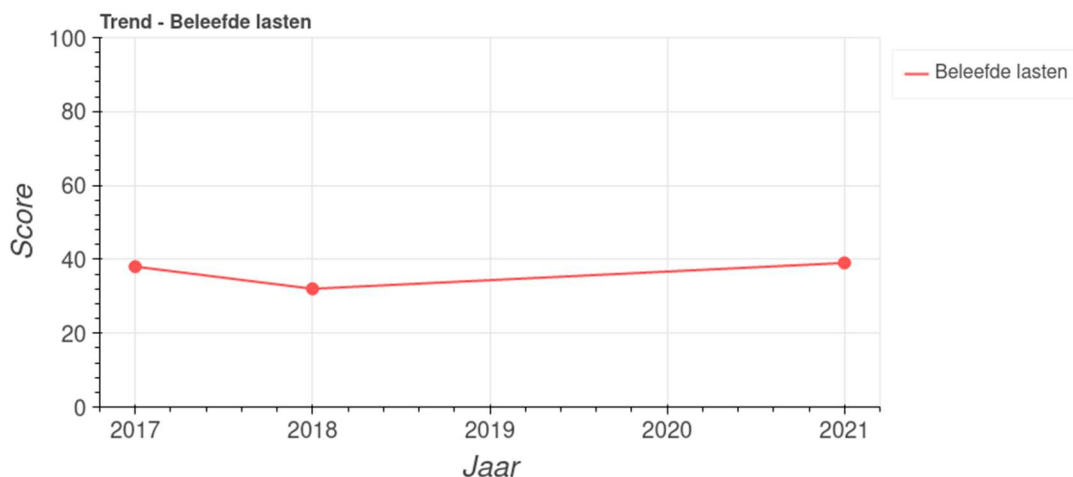
Als we kijken naar verschillen tussen zorgprofessionals dan vallen de volgende scores op. Stellingen waarover zorgprofessionals duidelijk een andere mening hebben:

- Ruim 75% van de medisch specialisten vindt dat er (veel) te veel tijd nodig is voor het registreren, verzamelen en controleren van de benodigde kwaliteitsgegevens. Terwijl 50% van de verpleegkundigen aangeven dat er (veel) te veel tijd nodig is voor het registreren van de benodigde kwaliteitsgegevens. Het *controleren* van kwaliteitsgegevens, een taak waarvoor medisch specialisten verantwoordelijk zijn en waarvoor zij lang niet altijd meer tijd begroot krijgen, is blijkbaar extra belastend. De eindverantwoordelijkheid weegt zwaar. Ook kan meespelen dat de lasten van data invoer (in de regel een van de hoofdtaken van verpleegkundigen) en data extractie en controle (in de regel een van de hoofdtaken van medisch specialisten) niet gelijk zijn. Data extractie kost blijkbaar meer tijd dan data invoeren. Het is mogelijk dat dit komt door gebrek aan data-integratie (d.w.z. de koppeling tussen de databronnen en de eenduidigheid van data).

### 2.5.6 Trendlijn beleefde lasten

Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen alle zorgprofessionals samen genomen (medisch specialisten, kwaliteitsfunctionarissen en verpleegkundigen) de beleefde lasten van indicatoren met een (gemiddelde) groepsscore van 38.7.

**Figuur 2.5.6** Groepsscore (gemiddeld) beleefde lasten van indicatoren uitgezet in een trendlijn (pilot meting 2017, herhaalmeting 2018 en eindmeting 2021)



Op basis van de beschikbare data (uit 2017, 2018 en 2021) is er geen sprake van een (positieve of negatieve) trendlijn die echt doorzet. De beleving van de lasten blijft hoog.

## 2.6 Proportionaliteit van lasten en opbrengsten

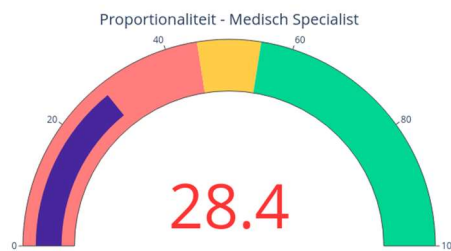
### 2.6.1 Introductie

De beleving van regeldruk is een afweging van gevraagde inspanning afgezet tegen gepercipieerd nut; *proportionaliteit* is het sleutelwoord. Aan zorgprofessionals wordt gevraagd een oordeel te geven over de proportionaliteit van de regeldruk van transparantie.

#### Wijze waarop het onderwerp is meegenomen in de monitor

In de monitor wordt aan zorgprofessionals gevraagd of de kwaliteitsindicatoren een goede balans weergeven tussen de tijd die het kost om de benodigde gegevens te registreren, verzamelen, bewerken, controleren en aan te leveren en wat het oplevert aan transparante verbeterinformatie, keuze informatie en inkoopinformatie.

### 2.6.2 Medisch specialisten over de proportionaliteit van lasten en opbrengsten



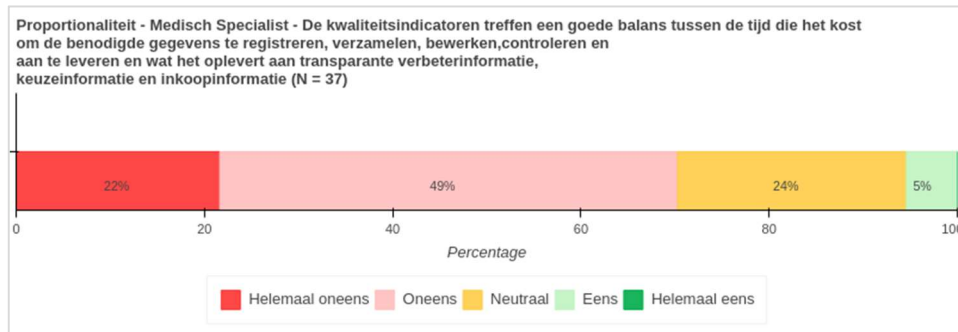
Groepsscore thema proportionaliteit na conversie: totaalscore 28.4% (max. 100%)<sup>14</sup>

Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen medisch specialisten de proportionaliteit tussen de beleefde lasten (tijd die het kost om de benodigde gegevens te registreren, verzamelen, bewerken, controleren en aan te leveren) enerzijds en de ervaren opbrengsten (transparante verbeterinformatie, keuze informatie en inkoopinformatie) anderzijds met 28.4. Dit classificeren we als onvoldoende (het is een slechte score). Medisch specialisten zijn negatief over de balans tussen beleefde lasten en opbrengsten. In de vorige meting (2018) gaven medisch specialisten de proportionaliteit van lasten en opbrengsten een score van 30. Dat was ook onvoldoende. De beleving van medisch specialisten ten opzichte van de voorgaande meting is nagenoeg gelijk gebleven.

<sup>14</sup> De totale score (som) is gedeeld door n (het aantal respondenten) om te komen tot de gemiddelde groepsscore. De groepsscore is geconverteerd naar een 100 puntsschaal om deze als dashboard weer te geven. De conversieformule is beschreven in de [Handleiding](#) (pag. 16).



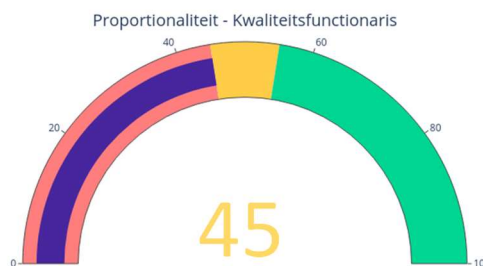
**Figuur 2.6.2** Antwoorden medisch specialisten per item proportionaliteit



De meerderheid van de medisch specialisten geeft aan dat er onvoldoende proportionaliteit is tussen de lasten en de opbrengsten van transparantie (71%), d.w.z. de lasten blijven (in de beleving) disproportioneel hoog.

In open antwoorden lichten medisch specialisten toe dat zolang data niet automatisch te halen is vanuit gekoppelde EPDs het registreren, controleren en aanleveren van kwaliteitsindicatoren veel (te veel) tijd kost. Er is veel werkkracht nodig om alles aan te leveren, te bewerken en te controleren. Een medisch specialist geeft aan dat: *“dit zorgt voor minder inzet bij dingen waar het om gaat, namelijk de doelmatigheid, een goede uitkomst en goede zorg”*. Verder ontbreekt landelijke uniformering m.b.t. dataregistratie waardoor verschillende ziekenhuissystemen op verschillende manieren data bijhouden.

### 2.6.3 Kwaliteitsfunctionarissen over de proportionaliteit van lasten en opbrengsten

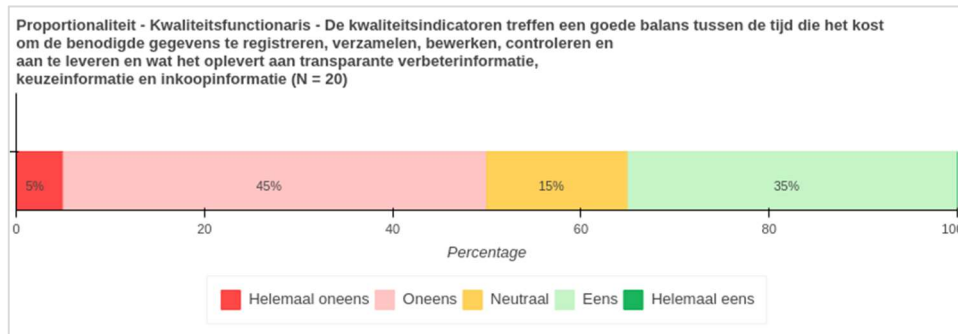


Groepsscore thema proportionaliteit na conversie: totaalscore 45% (max. 100%)<sup>15</sup>

Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen kwaliteitsfunctionarissen de proportionaliteit tussen de beleefde lasten (tijd die het kost om de benodigde gegevens te registreren, verzamelen, bewerken, controleren en aan te leveren) enerzijds en de ervaren opbrengsten (transparante verbeterinformatie, keuze informatie en inkoopinformatie) anderzijds met 45. Dit classificeren we als neutraal. In de vorige meting (2018) gaven kwaliteitsfunctionarissen de proportionaliteit van lasten en opbrengsten een score van 24. Dat was onvoldoende (het was een slechte score). Het oordeel van kwaliteitsfunctionarissen over de proportionaliteit van lasten is dus merkbaar verbeterd.

<sup>15</sup> De totale score (som) is gedeeld door n (het aantal respondenten) om te komen tot de gemiddelde groepsscore. De groepsscore is geconverteerd naar een 100 puntsschaal om deze als dashboard weer te geven. De conversieformule is beschreven in de [Handleiding](#) (pag. 16).

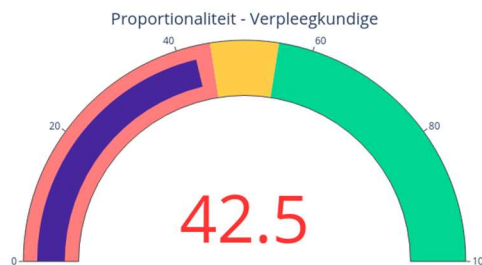
**Figuur 2.6.3** Antwoorden kwaliteitsfunctionarissen per item proportionaliteit



De meerderheid van de kwaliteitsfunctionarissen geeft aan dat de balans tussen de beleefde lasten en opbrengsten van transparantie nog niet is gevonden (50%).

In open antwoorden lichten kwaliteitsfunctionarissen toe dat het EPD niet voldoende is aangepast op kwaliteitsindicatoren en andere kwaliteitsregistraties. Ook vinden kwaliteitsfunctionarissen dat verbeterinformatie continu beschikbaar moet zijn, omdat verbeteren ook een continu proces is. De jaarlijkse cyclus is te langzaam voor effectieve kwaliteitsverbetering. Kwaliteitsfunctionarissen geven aan dat: *“indien het ziekenhuis zijn gehele proces rondom de indicatoren goed heeft geregeld, een ziekenhuis veel kan doen met de gegevens”*. Zij signaleren dat dit nu nog te weinig het geval is.

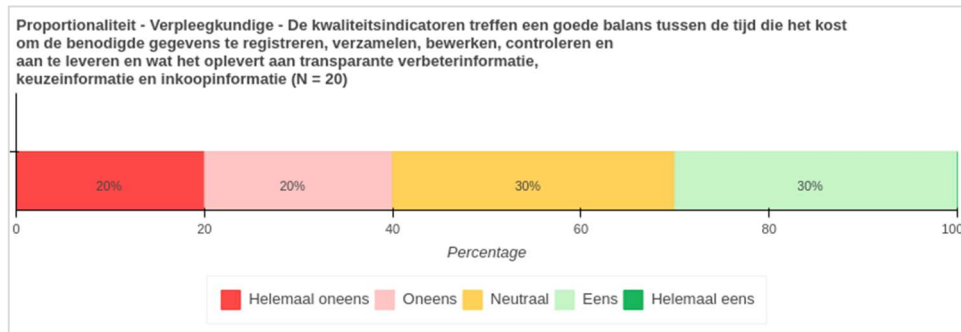
#### 2.6.4 Verpleegkundigen over de proportionaliteit van lasten en baten



Groepsscore thema proportionaliteit na conversie: totaalscore 42.5% (max. 100%)<sup>16</sup>

Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen verpleegkundigen de proportionaliteit tussen de beleefde lasten (tijd die het kost om de benodigde gegevens te registreren, verzamelen, bewerken, controleren en aan te leveren) enerzijds en de opbrengsten (transparante verbeterinformatie, keuze informatie en inkoopinformatie) anderzijds met 42.5. Dit classificeren we als onvoldoende. In de vorige meting (2018) gaven verpleegkundigen de proportionaliteit van lasten en opbrengsten een score van 38. Dat was ook onvoldoende. Het oordeel van verpleegkundigen over de proportionaliteit van lasten is (iets) verbeterd.

<sup>16</sup> De totale score (som) is gedeeld door n (het aantal respondenten) om te komen tot de gemiddelde groepsscore. De groepsscore is geconverteerd naar een 100 puntsschaal om deze als dashboard weer te geven. De conversieformule is beschreven in de [Handleiding](#) (pag. 16).

**Figuur 2.6.4** Antwoorden verpleegkundigen per item proportionaliteit

Een aanzienlijk deel van de verpleegkundigen geeft aan dat er nog onvoldoende proportionaliteit is tussen de lasten en de opbrengsten van transparantie (40%).

In open antwoorden lichten verpleegkundigen toe dat het duidelijker moet zijn voor welke doeleinden kwaliteitsgegevens worden verzameld en geregistreerd. Verpleegkundigen geven aan dat gegevens nu alleen worden verzameld omdat het verplicht is. In het ziekenhuis wordt er nog te weinig mee gedaan. Daarnaast is er volgens verpleegkundigen sprake van veel handwerk waarbij data handmatig moet worden ingevoerd.

### 2.6.5 Opvallende verschillen tussen zorgprofessionals

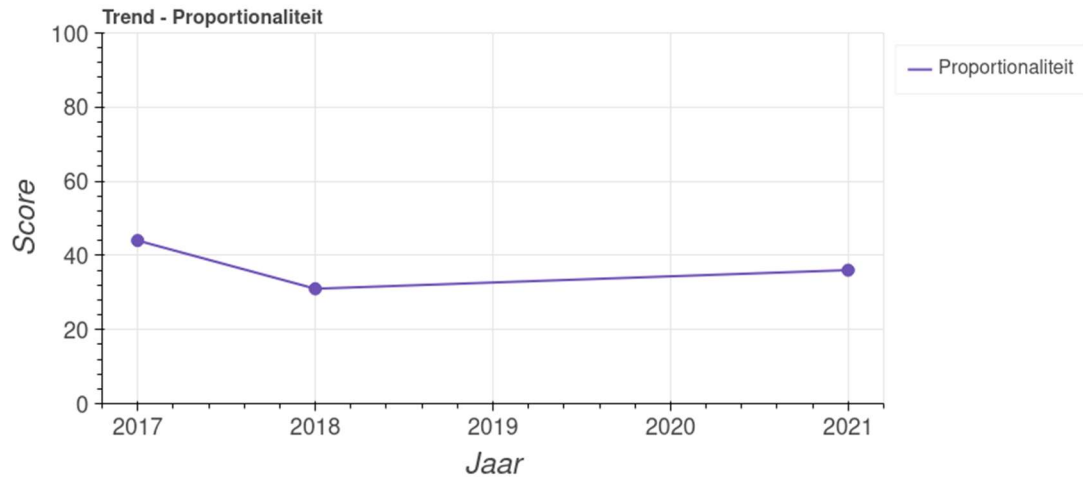
Als we kijken naar verschillen tussen zorgprofessionals dan vallen de volgende scores op. Stellingen waarover zorgprofessionals duidelijk een andere mening hebben:

- Ruim 71% van de medisch specialisten is het (helemaal) oneens is met de stelling dat de kwaliteitsindicatoren een goede balans treffen tussen de tijd die het kost om de benodigde gegevens te registreren, verzamelen, bewerken, controleren en aan te leveren en wat het oplevert aan transparante verbeterinformatie, keuze informatie en inkoopinformatie. Bij medisch specialisten ligt de nadruk op het verzamelen (data extractie), bewerken en controleren van de gegevens. Daarentegen geeft 40% van verpleegkundigen aan het (helemaal) oneens te zijn met de genoemde stelling. Bij verpleegkundigen ligt de nadruk op het registreren van de gegevens (de data-invoer). Data extractie en controle kost blijkbaar (veel) meer tijd dan data invoer. Het is waarschijnlijk dat dit komt door gebrek aan data integratie (d.w.z. de koppeling tussen de databronnen en de eenduidigheid van data). Daarnaast is duidelijk dat de balans vaak ver te zoeken is omdat medisch specialisten controle en interpretatie van kwaliteitsgegevens er in de regel in hun eigen tijd bij moeten doen.

### 2.6.6 Trendlijn proportionaliteit

Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen alle zorgprofessionals samengenomen (medisch specialisten, kwaliteitsfunctionarissen en verpleegkundigen) de proportionaliteit tussen de beleefde lasten (en de ervaren opbrengsten met een (gemiddelde) score van 36.4.

**Figuur 2.6.6** Groepsscore (gemiddeld) proportionaliteit van lasten en opbrengsten uitgezet in een trendlijn (pilot meting 2017, herhaalmeting 2018 en eindmeting 2021)



Op basis van de beschikbare data (uit 2017, 2018 en 2021) opgenomen in figuur 2.6.6 is er geen sprake van een (positieve of negatieve) trendlijn die doorzet. De beleefde lasten blijven in de beleving van zorgprofessionals disproportioneel.

## 2.7 Overige onderwerpen

### 2.7.1 Introductie

Er zijn nog een viertal andere onderwerpen relevant voor de monitor. De belangrijkste vraag betreft dit jaar de impact van Covid-19 op het registreren van kwaliteitsindicatoren. Door de Covid-19 crisis zagen zorginstellingen zich genoodzaakt om maatregelen te nemen om de impact ervan te mitigeren. Zorg is bijvoorbeeld stil gelegd, (in overleg met patiënten) uitgesteld of in aangepaste vorm gegeven (bijvoorbeeld via telefoon of beeldbellen). In uitzonderlijke gevallen zijn mogelijk prioriteiten gesteld m.b.t. welke kwaliteitsindicatoren wel en welke niet werden geregistreerd of zijn aanpassingen in de manier van registreren doorgevoerd (bv. vanwege personeelstekort). De monitor moet een beeld geven of en zo ja hoe Covid-19 het registreren van kwaliteitsindicatoren heeft beïnvloed.

Een ander onderwerp betreft gestapelde uitvraag door 3<sup>e</sup> partijen. Gestapelde (parallele) uitvraag van kwaliteitsgegevens is een belangrijke oorzaak van lastendruk. Het gaat dan om informatie-uitvraag door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), individuele zorgverzekeraars, wetenschappelijke beroepsverenigingen, certificeringsinstanties of kwaliteitskeurmerken. Doorgaans zijn de uitvragende partijen niet vertegenwoordigd in het Bureauoverleg. Desalniettemin is het nodig om parallele uitvraag te beperken.

Een ander onderwerp betreft Patient Reported Outcome Measures (PROMs). PROMs krijgen steeds nadrukkelijker een plaats op de Transparantiekalender. Medisch specialisten die ervaring hebben met PROMs worden uitgenodigd om zich uit te spreken over de toegevoegde waarde die patiënt gerapporteerde uitkomstmetingen in hun ogen hebben.

Tenslotte wordt zorgprofessionals gevraagd of zij de monitor zelf zinvol vinden. Zo is een natuurlijk einde ingebouwd in de monitor. Er komt een moment waarop zorgprofessionals vinden dat monitoring niet langer nodig of wenselijk is.

#### Wijze waarop het onderwerp is meegenomen in de monitor

In de monitor wordt aan alle zorgprofessionals gevraagd welke impact Covid-19 heeft gehad op het registreren van kwaliteitsindicatoren. Ook wordt hen gevraagd of zij lasten ondervinden van gestapelde uitvraag (en zo ja, van welke partijen). Verder wordt hen gevraagd om aan te geven of zij (periodieke) monitoring van de beleefde lasten van transparantie zinvol vinden. Medisch specialisten wegen tenslotte in op het onderwerp PROMs.

### 2.7.2 Impact Covid-19

Hier is het antwoord opgenomen dat zorgprofessionals hebben gegeven op de vraag welke impact de Covid-19 crisis heeft gehad op het registreren van kwaliteitsindicatoren.

- **Een ruime meerderheid ziet géén impact**

Een ruime meerderheid van de zorgprofessionals geeft aan dat de registratie van kwaliteitsindicatoren niet is gewijzigd. Volgens hen heeft de Covid-19 crisis geen impact gehad op het registreren van kwaliteitsindicatoren. Alle gevraagde indicatoren zijn geregistreerd en aangeleverd. Soms waren tijdelijke oplossingen nodig, zoals de aangepaste vorm van patiëntencontact (digitale consulten), maar dat heeft niet of nauwelijks verschil gemaakt voor de gegevens die zijn ingevoerd. Soms is er ook minder te registreren geweest door een lager volume aan behandelingen. Maar dat is afhankelijk van de aard van de zorg. De oncologische zorg bijvoorbeeld is grotendeels doorgedaan ondanks covid.

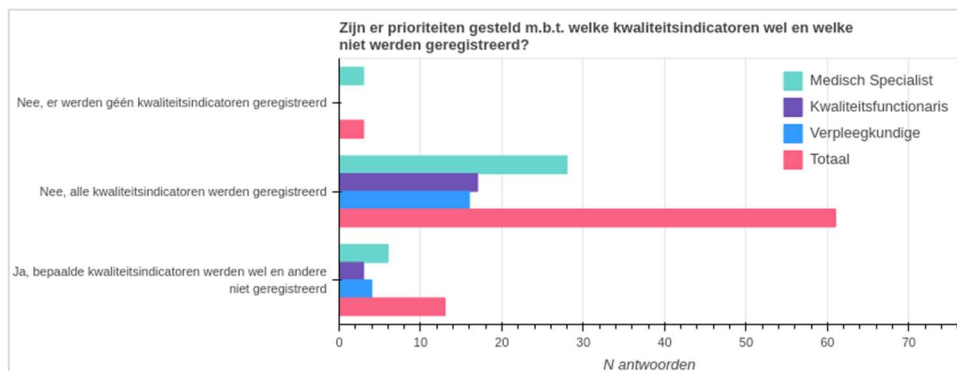
- **Een minderheid ziet een beperkte impact**

Een minderheid van de zorgprofessionals geeft aan dat de Covid-19 crisis een beperkte impact had op het registreren van kwaliteitsindicatoren. Vaak niet eens zozeer op de registratie van kwaliteitsgegevens, maar wel op de controle daarvan. Tijdgebrek heeft ervoor gezorgd dat de controles wat op de achtergrond zijn geraakt. Daarnaast geeft men ook aan dat het effect van Covid-19 te zien in sommige uitkomsten, bijvoorbeeld minder verrichtingen van niet noodzakelijke zorg.

- **Enkel zien – bij uitzondering – wel impact**

Bij uitzondering geven enkele zorgprofessionals aan dat COVID-19 wel impact heeft gehad op het registreren van kwaliteitsindicatoren. Men wijst er bijvoorbeeld op dat de kwaliteitsindicatoren soms niet meer pasten bij het veranderende zorgproces. Ook wijst men erop dat de hele registratie geleden heeft onder de COVID-19 crisis.

Hier is het antwoord opgenomen dat zorgprofessionals hebben gegeven op de vraag of bepaalde kwaliteitsindicatoren werden geprioriteerd, en zo ja, waarom dat was.

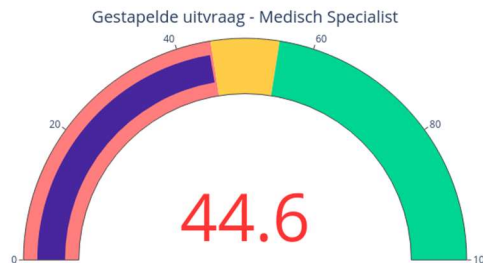


- **Een ruime meerderheid (N 61) geeft aan dat alle verplichte kwaliteitsindicatoren werden geregistreerd, dit geldt niet voor de vrijwillige indicatoren**

Een ruime meerderheid van de zorgprofessionals geeft aan dat alle verplichte kwaliteitsindicatoren werden geregistreerd. Wel tekent men daarbij aan dat, vanwege hoge werkdruk en tekorten, controles en interpretatie soms wat naar de achtergrond zijn verdwenen. Verder hebben sommige zorginstellingen bewust de keuze gemaakt om de vrijwillige indicatoren niet aan te leveren, dan wel om medisch specialisten de ruimte te geven om vrijwillige indicatoren wel of niet aan te leveren.

### 2.7.3 Parallele uitvraag

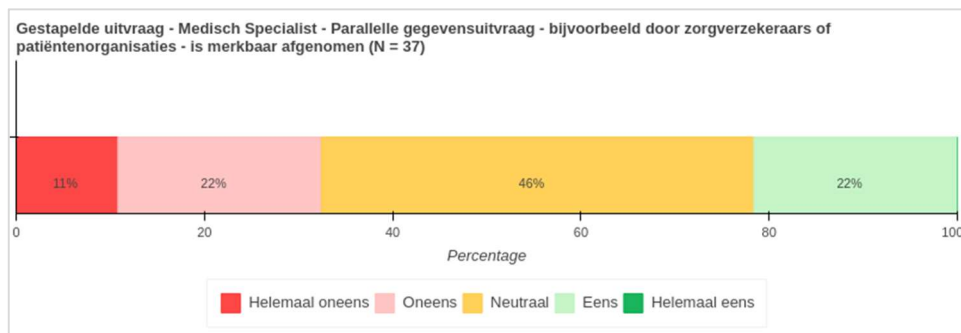
- Medisch specialisten over parallele uitvraag



Groepsscore parallele uitvraag na conversie: totaalscore 44.6% (max. 100%)<sup>17</sup>

Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen medisch specialisten de parallele gegevensuitvraag met 44.6. Dit classificeren we als onvoldoende. In de vorige meting (2018) gaven medisch specialisten parallele uitvraag een score van 48. Dat was een neutrale score. Het oordeel van medisch specialisten over parallele uitvraag is negatiever.

**Figuur 2.7.3a** Antwoorden medisch specialisten per item parallele uitvraag

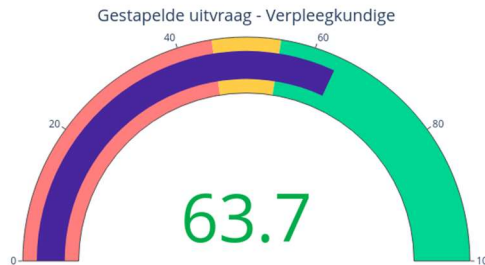


Een deel van de medisch specialisten geeft aan dat de parallele gegevensuitvraag (bijv. door zorgverzekeraars of patiëntenorganisaties) niet merkbaar is afgenomen (33%).

In open antwoorden lichten medisch specialisten toe dat er wel wordt gezegd dat er minder gegevensuitvraag zal plaatsvinden (incl. systemen die het makkelijker zullen maken), maar dat de praktijk uitwijst dat er toch nog veel partijen zijn die (extra) gegevens uitvragen. Het gaat bijvoorbeeld om lintjes e.d. Indien er niet wordt meegedaan aan de extra uitvraag, dan heeft dit (mogelijk) een negatieve consequentie voor het ziekenhuis.

<sup>17</sup> De totale score (som) is gedeeld door n (het aantal respondenten) om te komen tot de gemiddelde groepsscore. De groepsscore is geconverteerd naar een 100 puntsschaal om deze als dashboard weer te geven. De conversieformule is beschreven in de [Handleiding](#) (pag. 16).

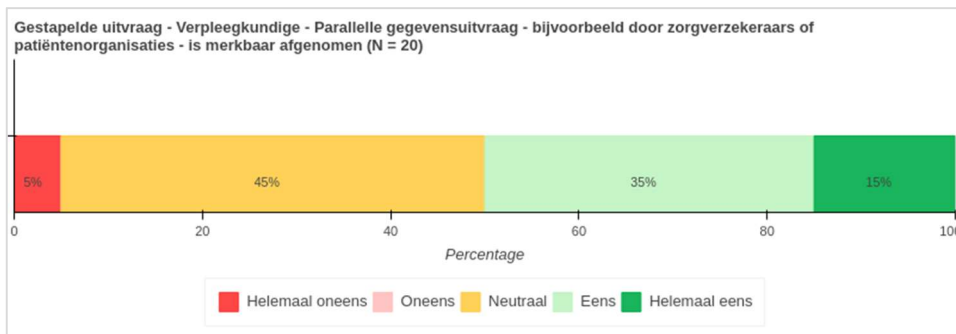
▪ **Verpleegkundigen over parallelle uitvraag**



Groepsscore parallelle uitvraag na conversie: totaalscore 63.7% (max. 100%)<sup>18</sup>

Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen verpleegkundigen de parallelle gegevensuitvraag met 63.7. Dit classificeren we als voldoende.<sup>19</sup>

**Figuur 2.7.3b** Antwoorden verpleegkundigen per item parallelle uitvraag



De meerderheid van de verpleegkundigen geeft (in tegenstelling tot medisch specialisten) aan dat de parallelle gegevensuitvraag (bijv. door zorgverzekeraars of patiëntenorganisaties) merkbaar is afgenomen (50%).

In open antwoorden lichten verpleegkundigen toe dat er wordt aangegeven dat de uitvraag van klant-preferente indicatoren minder vaak voorkomt (een frequentie van eenmaal per drie jaar in plaats van elk jaar) of dat er geen of minder gegevens worden uitgevraagd door de diverse patiëntenorganisaties. Ook wordt aangegeven dat de IGJ alle duidelijk overlappende indicatoren heeft geschrapt. Tenslotte worden de SONCOS/NVvH indicatoren expliciet genoemd als voorbeeld van merkbare afname van parallelle uitvraag.

▪ **Opvallende verschillen tussen zorgprofessionals**

Als we kijken naar verschillen tussen zorgprofessionals dan vallen de volgende scores op. Over de volgende stelling hebben zorgprofessionals echt een andere mening:

Slechts 22% van de medisch specialisten geeft aan dat parallelle uitvraag merkbaar is afgenomen. Terwijl ruim 50% van de verpleegkundigen aangeven dat parallelle uitvraag

<sup>18</sup> De totale score (som) is gedeeld door n (het aantal respondenten) om te komen tot de gemiddelde groepsscore. De groepsscore is geconverteerd naar een 100 puntsschaal om deze als dashboard weer te geven. De conversieformule is beschreven in de [Handleiding](#) (pag. 16).

<sup>19</sup> Dit onderdeel is in de meting voor peiljaar 2018 niet uitgevraagd onder verpleegkundigen.

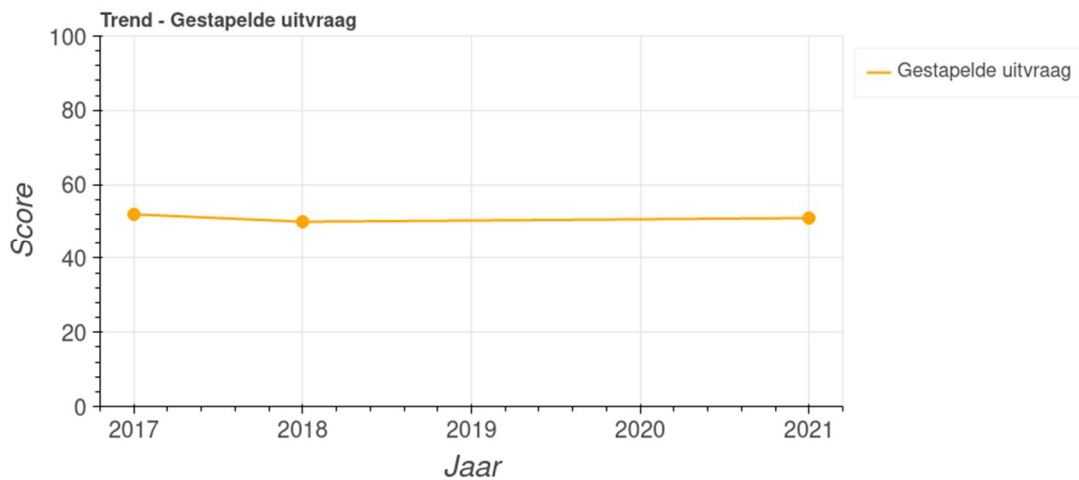


(goed) merkbaar is afgenomen. Voorbeelden die expliciet genoemd worden zijn SONCOS/NVvH, IGJ (basisset) en de uitvraag van patiëntenorganisaties (die nu eenmaal per drie jaar plaatsvindt i.p.v. jaarlijks op de Transparantiekalender).

- **Trendlijn parallele uitvraag**

Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen alle zorgprofessionals samengenomen de parallele gegevensuitvraag met een (gemiddelde) groepsscore van 51.3.

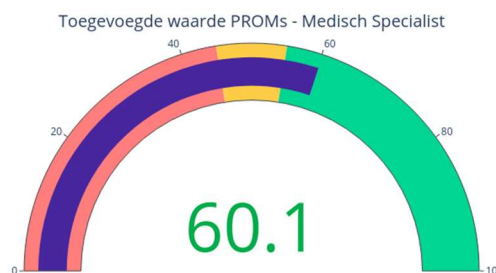
**Figuur 2.7.3c** Groepsscore (gemiddeld) parallele uitvraag uitgezet in een trendlijn (pilot meting 2017, herhaalmeting 2018 en eindmeting 2021)



Op basis van de beschikbare data (uit 2017, 2018 en 2021) opgenomen in figuur 2.7.3c er geen sprake van een (positieve of negatieve) trendlijn die doorzet.

## 2.7.4 PROMs

- **Medisch specialisten over de toegevoegde waarde van PROMs**

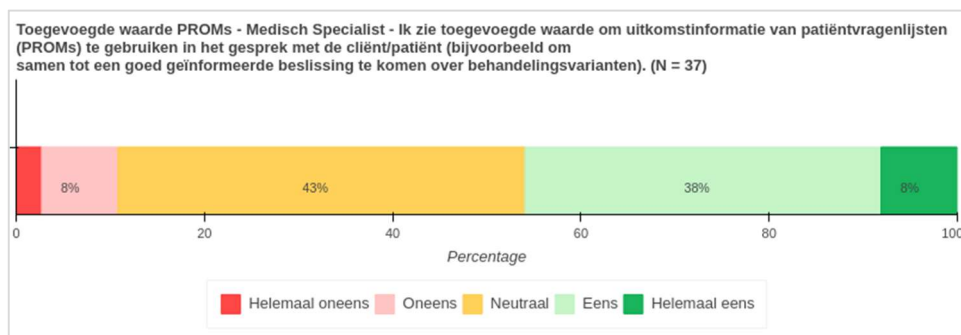


Groepsscore PROMs na conversie: totaalscore 60.1% (max. 100%)<sup>20</sup>

<sup>20</sup> De totale score (som) is gedeeld door n (het aantal respondenten) om te komen tot de gemiddelde groepsscore. De groepsscore is geconverteerd naar een 100 puntsschaal om deze als dashboard weer te geven. De conversieformule is beschreven in de [Handleiding](#) (pag. 16).

Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen medisch specialisten de toegevoegde waarde van de PROMs (voor het gebruik van uitkomstinformatie van patiëntvragenlijsten in gesprek met de patiënt) met 60.1. Dit classificeren we als voldoende. Medisch specialisten zijn gematigd positief over de toegevoegde waarde van PROMs. In de vorige meting (2018) gaven medisch specialisten de toegevoegde waarde van PROMs een score van 61. Dat was ook voldoende. Hierbij wordt opgemerkt dat de formulering van de vraagstelling in 2018 is gewijzigd ten opzichte van 2017 (de toevoeging – op termijn – is verwijderd uit de stelling). Voor het peiljaar 2021 is dezelfde vraagstelling aangehouden als in 2018.

**Figuur 2.7.4a** Antwoorden medisch specialisten per item toegevoegde waarde PROMs



Een deel van de medisch specialisten geeft aan de PROMs van toegevoegde waarde te vinden om samen tot een goed geïnformeerde beslissing te komen over behandelingsvarianten (46%). Een ander deel (43%) geeft aan hier neutraal tegenover te staan.

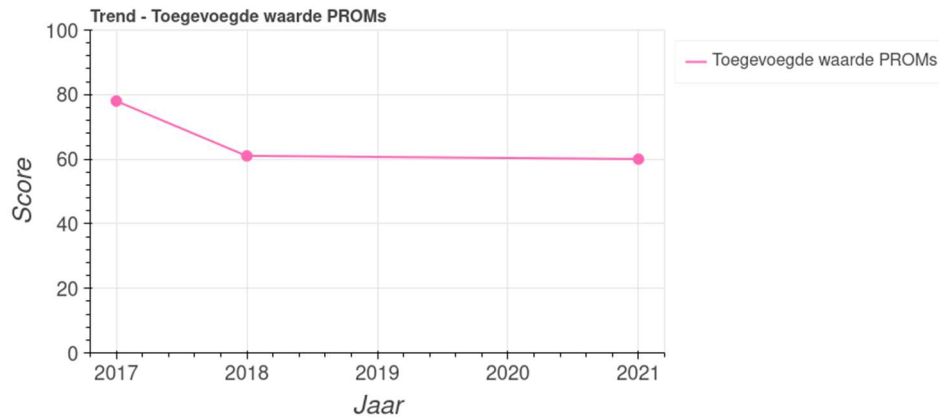
In open antwoorden lichten medisch specialisten toe dat PROMs inzicht kunnen geven in hoe de patiënt de zorg beleeft. Ook wordt de registratielast niet bij de ziekenhuizen gelegd. Medisch specialisten geven echter aan dat sommige patiënten veel vragenlijsten moeten invullen en dat slechts een klein percentage patiënten dit ook daadwerkelijk doet.

Medisch specialisten geven ook aan dat *“het gevaar is dat de PROMs niet altijd wat zeggen over de kwaliteit van de zorg”*. Deze opmerking wordt aangevuld met *“als er betere ICT-ondersteuning is, de antwoorden direct digitaal in te zien zijn en er ook direct een vergelijking inzichtelijk is over andere vergelijkbare patiënten, dan pas kan je er echt wat mee”*.

#### ▪ Trendlijn PROMs

Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen medisch specialisten de toegevoegde waarde van PROMs (het gebruiken van uitkomstinformatie van patiëntvragenlijsten in gesprek met de patiënt t.b.v. Samen Beslissen) met 60.1.

**Figuur 2.7.4b** Groepsscore (gemiddeld) toegevoegde waarde van PROMs uitgezet in een trendlijn (pilot meting 2017, herhaalmeting 2018 en meting 2021)

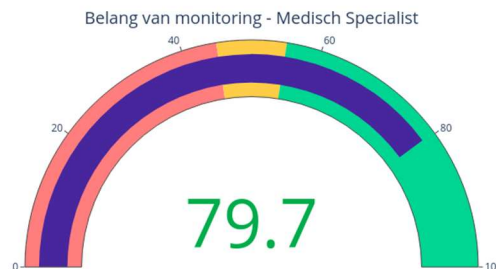


Op basis van de beschikbare data (uit 2017, 2018 en 2021) opgenomen in figuur 2.7.4b er geen sprake van een (positieve of negatieve) trendlijn die doorzet.

De grootste verandering is te zien van 2017 naar 2018. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de formulering van de vraag/stelling tijdens de herhaalmeting (KPMG 2019) is gewijzigd ten opzichte van 2017 (de toevoeging "op termijn" is verwijderd uit de stelling). Het is plausibel dat de verandering van 2017 naar 2018 door deze aanpassing is veroorzaakt.

## 2.7.5 Monitoring

### ▪ Medisch specialisten over monitoring

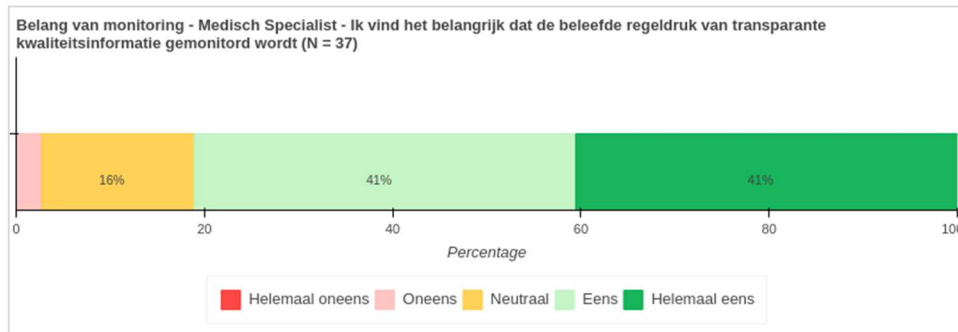


Groepsscore monitoring na conversie: totaalscore 79.9% (max. 100%)<sup>21</sup>

Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen medisch specialisten het belang van monitoring met 79.7. Dit classificeren we als voldoende. In de vorige meting (2018) gaven medisch specialisten het belang van monitoring van beleefde lasten een score van 86. Dat was ook voldoende. De score in 2021 is lager dan in de voorgaande meting (2018).

<sup>21</sup> De totale score (som) is gedeeld door n (het aantal respondenten) om te komen tot de gemiddelde groepsscore. De groepsscore is geconverteerd naar een 100 puntsschaal om deze als dashboard weer te geven. De conversieformule is beschreven in de [Handleiding](#) (pag. 16).

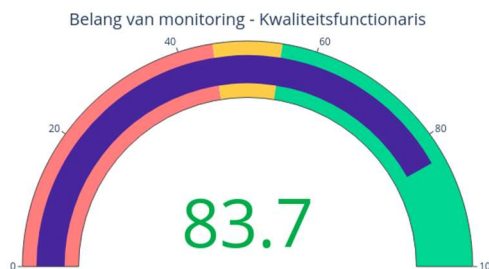
**Figuur 2.7.5a** Antwoorden medisch specialisten per item belang van monitoring regeldruk



De meerderheid van de doelgroep geeft aan het belangrijk te vinden dat de beleefde regeldruk van transparante kwaliteitsinformatie gemonitord wordt (82%).

In open antwoorden lichten medisch specialisten toe dat het weliswaar belangrijk is om te monitoren, maar daarbij wordt het voorbehoud gemaakt dat er echt iets met de resultaten moet worden gedaan, zodanig dat regeldruk wordt verminderd met behoud van verbetering van de kwaliteit van de zorg. Verder wordt aangegeven dat er meer afstemming moet komen tussen de verschillende partijen die willen verbeteren (zoals IGJ e.a.).

- **Kwaliteitsfunctionarissen over monitoring**

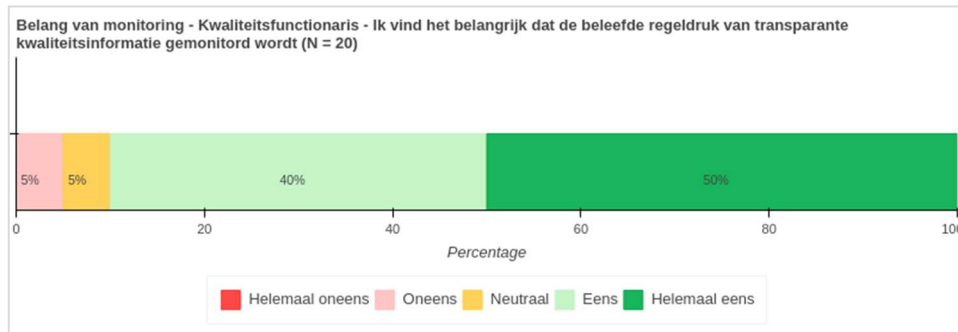


Groepsscore monitoring na conversie: totaalscore 83.7% (max. 100%)<sup>22</sup>

Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen kwaliteitsfunctionarissen het belang van monitoring met 83.7. Dit classificeren we als voldoende. Kwaliteitsfunctionarissen zijn overtuigd van het belang van het monitoren van de regeldruk van transparantie. In de vorige meting (2018) gaven kwaliteitsfunctionarissen het belang van monitoring van beleefde lasten een score van 96. Dat was meer dan voldoende, bijna het maximum. De score is in 2021 weliswaar iets gematigd ten opzichte van 2018, maar nog steeds hoog.

<sup>22</sup> De totale score (som) is gedeeld door n (het aantal respondenten) om te komen tot de gemiddelde groepsscore. De groepsscore is geconverteerd naar een 100 puntsschaal om deze als dashboard weer te geven. De conversieformule is beschreven in de [Handleiding](#) (pag. 16).

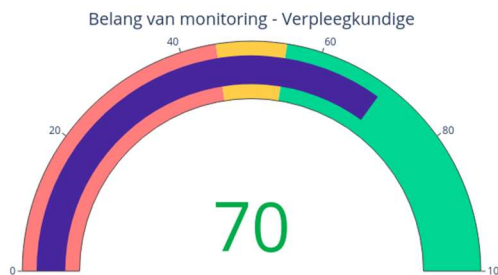
**Figuur 2.7.5b** Antwoorden kwaliteitsfunctionarissen per item belang van monitoring regeldruk



De meerderheid van de doelgroep geeft aan het belangrijk te vinden dat de beleeftde regeldruk van transparante kwaliteitsinformatie gemonitord wordt (90%).

In open antwoorden lichten kwaliteitsfunctionarissen toe dat het belangrijk is om oog te blijven houden voor het draagvlak voor kwaliteitsindicatoren onder de zorgprofessionals die belast zijn met het registreren, controleren en aanleveren ervan. Verder wordt geadviseerd dat het zinvol zou zijn om elke indicatorset individueel te toetsen. Het niveau van de huidige monitor is eigenlijk te algemeen. Tenslotte geven kwaliteitsfunctionarissen aan dat wanneer je veel (optionele) toelichtingen geeft en moet nadenken over wat je precies aan input wilt leveren op de monitor, het invullen meer tijd kost dan 15 minuten.

▪ **Verpleegkundigen over monitoring**

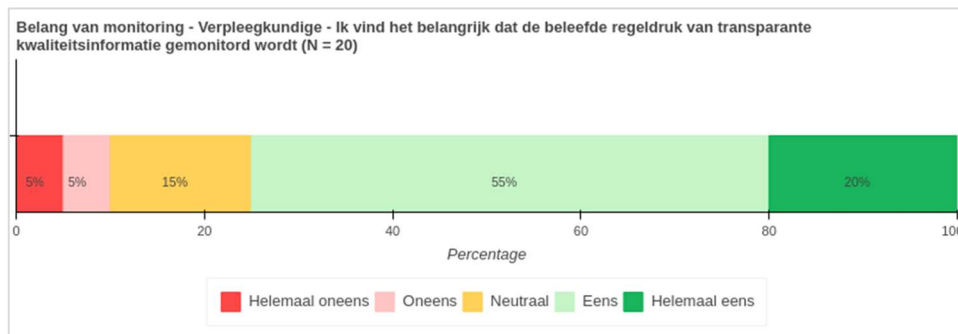


Groepsscore monitoring na conversie: totaalscore 70% (max. 100%)<sup>23</sup>

Op een schaal van 0 tot 100 beoordelen verpleegkundigen het belang van monitoring met 70. Dit classificeren we als voldoende. Verpleegkundigen zijn positief over het belang van monitoring van de beleeftde lasten van transparantie. In de vorige meting (2018) gaven verpleegkundigen het belang van monitoring van beleeftde lasten een score van 94. Dat was meer dan voldoende (het was een erg hoge score). De score in 2021 is weliswaar lager ten opzichte van de score in 2018, maar valt over de breedte genomen nog altijd positief uit.

<sup>23</sup> De totale score (som) is gedeeld door n (het aantal respondenten) om te komen tot de gemiddelde groepsscore. De groepsscore is geconverteerd naar een 100 puntsschaal om deze als dashboard weer te geven. De conversieformule is beschreven in de [Handleiding](#) (pag. 16).

**Figuur 2.7.5c** Antwoorden verpleegkundigen per item belang van monitoring regeldruk

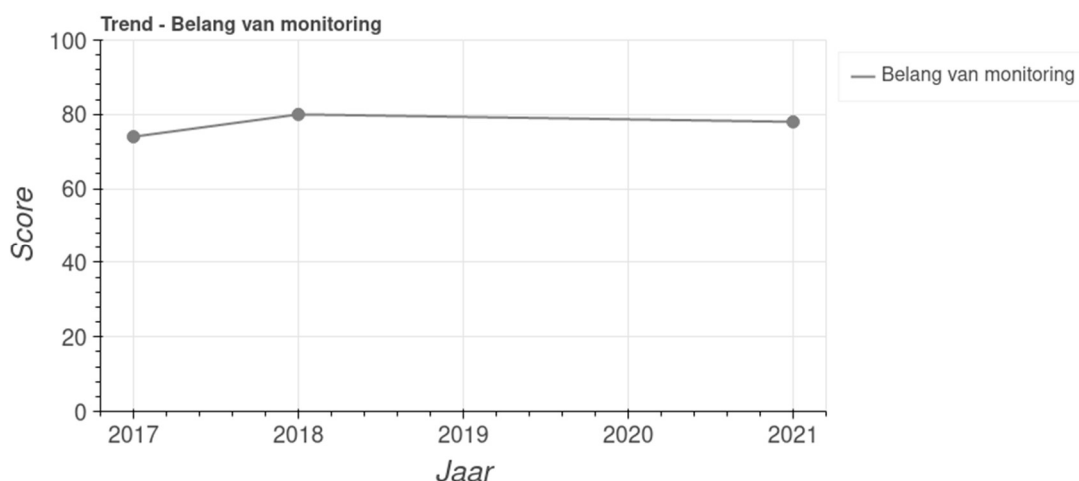


De meerderheid van de verpleegkundigen geeft aan het belangrijk te vinden dat de beleeftde regeldruk van transparante kwaliteitsinformatie gemonitord wordt (75%).

In open antwoorden lichten verpleegkundigen toe dat monitoring belangrijk is, mits er daadwerkelijk iets wordt gedaan met de data die eruit komt. Verpleegkundigen signaleren ook dat zij zich liever met hun vak bezig willen houden dan hun tijd te besteden aan het registreren van kwaliteit. Een respondent zegt: *"Ik ben er helemaal voorstander van om zaken goed te registreren om zo inzicht te krijgen in items in de zorg. Maar er moet zoveel geregistreerd worden dat ik aan mijn verpleegkundige taak bijna niet toekom. Alleen maar achter de PC zitten om dingen vast te leggen. Daar word ik heel moedeloos van. Hier heb ik niet voor gekozen om in de zorg te werken!"*. Tenslotte geven ze aan dat het leerzaam kan zijn om per afdeling en/of specialisme te kijken hoe zorgprocessen in verschillende ziekenhuizen lopen zodat er echt sprake kan zijn van leren en verbeteren.

- **Trendlijn monitoring**

**Figuur 2.7.5d** Groepsscore (gemiddeld) belang van monitoring ervaren regeldruk transparantie uitgezet in een trendlijn (pilot meting 2017, herhaalmeting 2018 en eindmeting 2021)



Op basis van de beschikbare data (uit 2017, 2018 en 2021) opgenomen in figuur 2.7.5d er geen sprake van een (positieve/stijgende of negatieve/dalende) trendlijn die doorzet.

## 3 Conclusie

### 3.1 Conclusie monitorresultaten

De meerderheid van de respondenten onderschrijven het belang van het beschikbaar stellen van informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg. Zij zijn overtuigd van het nut van transparantie. De resultaten van de kwaliteitsindicatoren kunnen gebruikt worden voor meerdere doeleinden zoals leren & verbeteren, keuze informatie en zorginkoop. Zij zien om dezelfde reden ook een meerwaarde van het gebruik van de PROMs.

- De gemiddelde totaalscores voor de gepercipieerde kwaliteit, de beleefde opbrengsten van transparantie en het gebruik van PROMs liggen op respectievelijk 59.8, 58.5 en 60.1 (zie tabel 1). Dit classificeren we als 'voldoende'. Hoewel scores ten opzichte van de voorgaande meting (2018) zijn verbeterd, blijft er ruimte voor verbetering.
- De gemiddelde totaalscores voor beleefde lasten van transparantie en proportionaliteit van transparantie liggen op respectievelijk 38.7 en 36.4. Dit classificeren we als onvoldoende. De meerderheid van de respondenten geeft aan dat de ervaren regel-druk hoog is en dat de verhouding tussen de beleefde lasten en opbrengsten disprop-or-tioneel is. De lasten van transparantie worden dan ook als (te) hoog ervaren.
- Een ruime meerderheid van zorgprofessionals ziet géén impact van Covid-19 op het registreren en aanleveren van kwaliteitsindicatoren.
- Het overgrote gedeelte van de respondenten ziet het belang van monitoring in, voor-opgesteld dat naar aanleiding van monitoring actie wordt ondernomen. De gemid-delde totaalscore van 78.2 wordt geclassificeerd als voldoende. Ten opzichte van de voorgaande meting is de score niet significant achteruit gegaan.

De prioriteiten voor het verbeteren van de resultaten van de monitor moeten niet zozeer bij de scores liggen die 'voldoende' zijn, maar bij de scores die 'onvoldoende' zijn, zoals de beleefde lasten van transparantie en de proportionaliteit van lasten en opbrengsten.

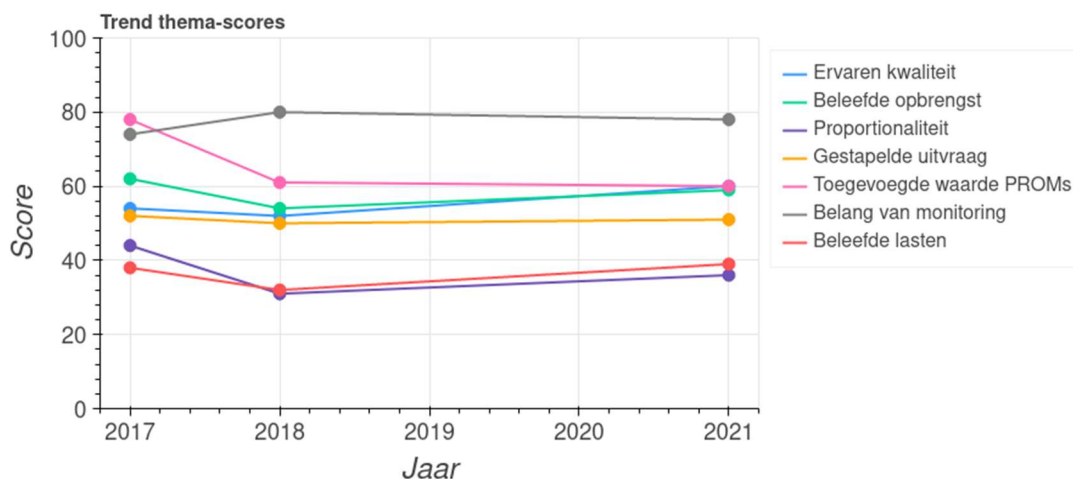
**Tabel 1.** Gemiddelde totaalscores monitor

Resultaten van de monitor	Gemiddelde totaalscore 2018	Gemiddelde totaalscore 2021	Totaalscore (kwalitatief)
Gepercipieerde kwaliteit	52	59.8	Voldoende
Beleefde opbrengsten	54	58.5	Voldoende
Beleefde lasten	32	38.7	Onvoldoende
Proportionaliteit	31	36.4	Onvoldoende
PROMs	61	60.1	Voldoende
Parallele uitvraag	50	51.3	Neutraal
Monitoring	80	78.2	Voldoende

#### Geen sterk stijgende (of dalende) trendlijnen

Figuur 3.2 toont aan dat er weinig verandering is te zien over de jaren heen (pilot meting 2017, herhaalmeting 2018 en meting 2021). Er is in ieder geval geen sprake van sterke (positieve/stijgende of negatieve/dalende) trendlijnen die echt doorzetten.

**Figuur 3.1** Totaaloverzicht van alle groepsscores (gemiddeld) uitgezet in een trendlijn (pilot meting 2017, herhaalmeting 2018 en eindmeting 2021)



### De twee uitdagingen voor deze monitor

Zorgprofessionals geven aan dat zij het belangrijk vinden dat de regeldruk van transparantie gemonitord wordt en dat er actie wordt ondernomen om (onnodige) regeldruk te voorkomen en lasten te verlagen. Maar het is de vraag of deze monitor, die drie keer redelijk vergelijkbare resultaten laat zien, voldoende aanknopingspunten biedt om regeldruk te verminderen. De monitor kampt namelijk met twee uitdagingen.

In de eerste plaats blijft het moeilijk – ondanks alle pogingen daartoe – om de lasten van de kwaliteitsindicatoren op de Transparantiekalender strikt te scheiden van de lasten van andere uitvragen. Denk aan de lasten van het registreren van kwaliteitsgegevens t.b.v. wetenschappelijke kwaliteitsregistraties. Dat is problematisch voor de algemene opzet van deze monitor. Voor de kwaliteit van de verzamelde data is het wellicht beter om de lasten van indicatorsets te meten op het moment dat de gegevens hiervoor moeten worden verzameld en aangeleverd door zorgprofessionals. Dit is een beweging van algemeen naar specifiek. Het komt de duiding en interpretatie van de data waarschijnlijk ook ten goede als interviews worden gebruikt als aanvulling op de dataverzameling. Indicatorsets zijn moeilijk vergelijkbaar. Een gesprek doet recht aan het unieke karakter van een set. In een gesprek is het mogelijk om gericht door te vragen.

In de tweede plaats wijst de monitor steeds opnieuw naar dezelfde *fundamentele knelpunten*. In de afgelopen jaren zijn grote stappen gezet met als doel om de beleefde lasten van zorgprofessionals te verminderen. Zo wordt een maximum van 10 indicatoren per set gehanteerd, is het aantal (sub-)indicatoren afgenomen met 633 (sub-)indicatoren ten opzichte van 2018 (een afname van 49%), is de focus verplaatst naar uitkomstregistraties en wordt aangesloten bij zorginformatiebouwstenen (d.w.z. nieuwe indicatoren moeten gebaseerd zijn op de data die in het zorgproces worden vastgelegd). Dit alles heeft echter (nog) niet geleid tot het oplossen van de grootste ervaren knelpunten. Het betreft knelpunten waar het Bureauoverleg weinig invloed op heeft. Bijgevolg blijven de beleefde lasten problematisch hoog. De monitorresultaten wijzen op een bovengrens; een soort "plafond". Als we kijken naar de knelpunten die in 2017 en 2018 zijn geïdentificeerd dan valt op dat deze sterk overeenkomen met de knelpunten die in 2021 (opnieuw) zijn geïdentificeerd. Totdat deze *fundamentele knelpunten* zijn opgelost, is het waarschijnlijk dat de monitor vergelijkbare uitkomsten toont.



## 3.2 Aanknopingspunten vermindering regeldruk

### Geïdentificeerde fundamentele knelpunten

Voor zorgprofessionals staat duidelijk voorop dat de kwaliteitsgegevens nog *onvoldoende geautomatiseerd* uit de systemen komen. Dit heeft tijdsintensief handwerk als gevolg. Verder is het controleren van kwaliteitsgegevens belastend. Een taak waarvoor medisch specialisten verantwoordelijk zijn en waarvoor zij lang niet altijd meer tijd begroot krijgen. De eindverantwoordelijkheid weegt blijkbaar zwaar. Alleen registratie aan de bron kan dit knelpunt helpen oplossen. We zijn in Nederland echter nog (lang) niet zover dat eenmalig registreren voor meervoudig gebruik in de praktijk realiteit is.

Dit knelpunt wordt opgevolgd met de observatie dat kwaliteitsinformatie vooral gezien moet worden als startpunt om met elkaar het gesprek aan te gaan: zowel intern ter verbetering van de kwaliteit, als extern met de zorgverzekeraar tijdens inkoopgesprekken en in het gesprek met de patiënt. Zorgprofessionals zijn er niet van overtuigd dat alle betrokken partijen even goed beseffen dat indicatoren weliswaar een indicatie geven, maar zeker niet het hele verhaal vertellen. Om van kwaliteitsdata tot kwaliteitsinformatie te komen is duiding nodig. Kwaliteit heeft veel dimensies. Er zijn altijd gesprekken nodig om kwaliteitsdata te duiden. De dialoog over kwaliteit van zorg moet centraal staan.

Tenslotte hebben medisch specialisten niet de indruk dat kwaliteitsindicatoren ook daadwerkelijk gebruikt worden voor doeleinden zoals keuze informatie. Zij zien dagelijks patiënten keuzes maken voor een behandeling of behandelaar op basis van andere criteria, zoals verwijzing van de huisarts, wachttijd, afstand en bereikbaarheid, ervaringen van familie en vrienden, e.d. Patiënten moeten worden voorgelicht over de beschikbaarheid van kwaliteitsinformatie en op het gebruiken daarvan als keuze informatie.

De genoemde knelpunten zijn complex en in voorgaande metingen met deze monitor ook geïdentificeerd. Dit roept de vragen op of het oplossen van deze knelpunten wel op het niveau van de Transparantiekalender mogelijk is en welke rol deze monitor daarbij kan spelen. Voor registratie aan de bron is standaardisering nodig, moeten zorginformatiesystemen zib-compliant worden en moet landelijke infrastructuur worden aangelegd. Daarnaast moeten zorgprofessionals eenduidig gaan registreren. Er zijn veel initiatieven op het gebied van eenmalig registreren voor meervoudig gebruik, maar landelijke regie ontbreekt.<sup>24</sup> Het ligt echter niet voor de hand dat het Bureauoverleg Transparantie MSZ deze landelijke regie gaat voeren. Dat lijkt een taak voor de rijksoverheid. Het oplossen van het belangrijkste geïdentificeerde knelpunt, het feit dat kwaliteitsgegevens nog *onvoldoende geautomatiseerd* uit systemen komen, ligt buiten het bereik van deze monitor.

### Aanknopingspunten voor vermindering van regeldruk

De belangrijkste factoren die van invloed zijn op de ervaren regeldruk van transparantie, waar het Bureauoverleg Transparantie MSZ invloed op heeft, en waar deze monitor bescheiden aanknopingspunten voor verbeteren kan aanwijzen, betreffen derhalve:

- Realiseer lastenvermindering door:
  - Focus op de *werkbaarheid* van individuele indicatoren per set (correcte definities en coderingen, tijdige bekendmaking, eenduidige regels, onderling vergelijken, etc.). In tekstkader 3.2 zijn concrete voorbeelden opgenomen van gebruiksproblemen die de werkbaarheid van indicatoren belemmeren.
  - Identificeer mogelijkheden om het aanleverproces bij de instellingen te verlichten naast registratie aan de bron. Er zijn diverse knoppen om aan te draaien, denk bijvoorbeeld aan de aanleverfrequentie. Ga na of het verhogen

<sup>24</sup> Zie ook '[Daarom registratie aan de bron; Eindrapportage 2019-2022](#)'.

of verlagen van de frequentie van uitvraag voor een verlichting kan zorgen. De meerjarige frequentie van aanlevering voor de klant preferente uitvraag wordt door zorgprofessionals als prettig ervaren.<sup>25</sup> Zorgprofessionals hebben aangegeven dat het verlagen van de frequentie van de uitvraag (van jaarlijks naar meerjarig) in dit geval een lastenvermindering betekent. In andere situaties kan het echter wenselijk zijn om de aanleverfrequentie te verhogen. Voor leren & verbeteren is behoefte aan het realtime aanleveren en beschikbaar maken van data. Per indicator(set) is maatwerk nodig.

- Kondig wijzigingen tijdig aan.
- Verhoog opbrengsten door:
  - Duidelijk te communiceren. Zorgprofessionals willen weten voor wie en met welk doel zij kwaliteitsgegevens aanleveren. Brede communicatie, bijvoorbeeld over hoe kwaliteitsindicatoren een plek hebben in de PDCA cyclus of in keuzehulpen voor patiënten, kan helpen bij het vergroten van de opbrengsten van transparantie.

### Tekstkader 3.2 Toelichting werkbaarheid individuele indicatoren per set

#### Toelichting aanknopingspunten t.b.v. de werkbaarheid van individuele indicatoren per set

De verschillen tussen zorginstellingen (en vakafdelingen) in ICT-systemen zijn groot, neem daarom in de praktijktest zoveel mogelijk constellaties mee. Denk actief na over praktische 'work-arounds'.

Concrete voorbeelden die de werkbaarheid van individuele indicatoren belemmeren zijn:

- Definities en verrichtingencodes verouderd voor indicator 4A en 4B van 'Veneuze ziekten'. De indicator is vrijwillig geworden.;
- De regels voor het vastleggen van complicaties zijn niet eenduidig;
- Coderingen<sup>26</sup> ontbreken bij 'Chirurgie bij kinderen', 'Oncologie' en 'Wervelkolomchirurgie'<sup>27</sup>;
- Coderingen niet (of moeilijk) uit kwaliteitsregistraties te halen bij 'Mammacarcinoom nr 1A', 'Knieprothese 7B' en 'Heupprothese 7B';
- Soms sluipen er slordigheidsfouten in de sets. Bijvoorbeeld: jaartallen zijn niet altijd goed gewijzigd, of coderingen zijn wel gewijzigd bij de indicator zelf maar niet in de rekenregeltabel, of sets staan online waar nog de kleurcoderingen of een wijzigingskolom in staan;
- Geen eenduidigheid in het verslagjaar<sup>28</sup>. De ene indicator wordt geregistreerd van 1-1 t/m 31-12 en de andere indicator van 1-7 t/m 30-6. Licht toe duidelijk waarom dat is, want het is lastig voor zorgprofessionals. Bijvoorbeeld: Het verslagjaar kan niet gelijk worden getrokken omdat de uitkomsten zich op andere momenten na de behandeling voordoen. Als alles gelijk wordt getrokken, dan heeft dat als gevolg dat voor bepaalde indicatoren te oude data op de TPK komen;
- Definities van uitvraag door verschillende partijen verschillen. Bijvoorbeeld bij het vaststellen van het aantal longkanker patiënten worden andere definities en in/exclusiecriteria gehanteerd.

<sup>25</sup> NB. Vanuit patiënten perspectief is meerjarige frequentie echter minder wenselijk.

<sup>26</sup> NB. Het betreft coderingen die gebruikt worden in kwaliteitsregistraties zoals bijvoorbeeld DICA, LROI, Nefrovisie, NICE, NHR en Perined. Data uit overlappende registraties kan met behulp van deze coderingen geautomatiseerd worden uitgewisseld en verwerkt tussen verschillende ICT-programma's.

<sup>27</sup> NB. Dit is niet primair een probleem van de Transparantiekalender, maar een probleem dat zichtbaar wordt via de Transparantiekalender.

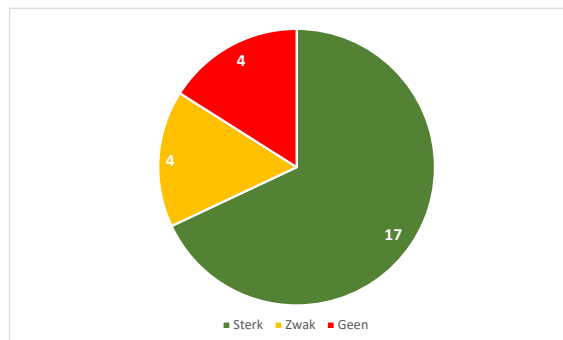
<sup>28</sup> NB. Dit heeft doorgaans te maken met de aard van de gegevens die uit een registratie komen en de meetperiode die de registratie gebruikt.

## Bijlage I – Zorginstellingen

Deze bijlage bevat een lijst met alle deelnemende zorgaanbieders (algemene ziekenhuizen, universitair medische centra en zelfstandige klinieken) en spreiding in het land.

- In 17 zorginstellingen was er sterk commitment voor deelname aan de monitor. Er was een vast aanspreekpunt met wie het onderzoeksteam contact onderhield. De samenwerking was goed. In overleg zijn (zo nodig) opvolgacties ondernomen (zoals het rondsturen van herinneringsmails). Dit heeft geleid tot een respons die voldoende tot hoog was.
- In 4 zorginstellingen was er zwak commitment voor deelname aan de monitor. In deze instellingen ontbrak een vast aanspreekpunt. De samenwerking verliep daarvoor moeizaam. Aan deze instellingen is aangeboden om begeleide enquêtes af te nemen om zo werk uit handen te nemen, maar hier is geen gebruik van gemaakt.
- In 4 zorginstellingen heeft men, om uiteenlopende redenen (zoals onderbezetting of geen verplichting tot het aanleveren van kwaliteitsindicatoren), voorafgaand aan of tijdens het onderzoek aangegeven te moeten afzien van deelname.

**Figuur bijlage I** - Zorginstellingen en commitment voor deelname



**Tabel bijlage I** – Deelnemende zorginstellingen

Nr.	Organisatie
1.	Amphia Ziekenhuis (Zuid)
2.	Zuyderland locaties Heerlen en Sittard (Zuid)
3.	St. Elisabeth Ziekenhuis (Zuid)
4.	ZorgSaam Ziekenhuis (Zuid)
5.	Bethesdaziekenhuis (Noord)
6.	Martini Ziekenhuis (Noord)
7.	Nij Smellinghe (Noord)
8.	Dijklander Ziekenhuis
9.	Alrijne Ziekenhuis Leiden (West)
10.	Onze Lieve Vrouw Gasthuis (West)

11.	Tergooiziekenhuizen (West) – Hilversum
12.	Rivas/Beatrix Ziekenhuis (West)
13.	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis (Oost)
14.	Medisch Spectrum Twente (Oost)
15.	Ziekenhuis Rivierenland (Oost)
16.	Slingeland Ziekenhuis (Oost)
17.	RadboudUMC UMC Oost
18.	UMC Utrecht UMC West
19.	HartKliniek Nederland ZBC Divers
20.	Heelkunde Instituut Nederland ZBC
21.	Elkerliek Ziekenhuis Algemeen Ziekenhuis (Zuid)
22.	Franciscus Gasthuis & Vlietland Algemeen Ziekenhuis (West)
23.	Eisenhower Kliniek te Den Haag
24.	Orthoparc
25.	Park Medisch Centrum
	Sterk commitment voor deelname (voldoende tot hoge respons)
	Zwak commitment voor deelname (geen tot onvoldoende respons)
	Vooraf of tijdens looptijd monitor afgezien van deelname

## Bijlage II – Vraag en toelichting

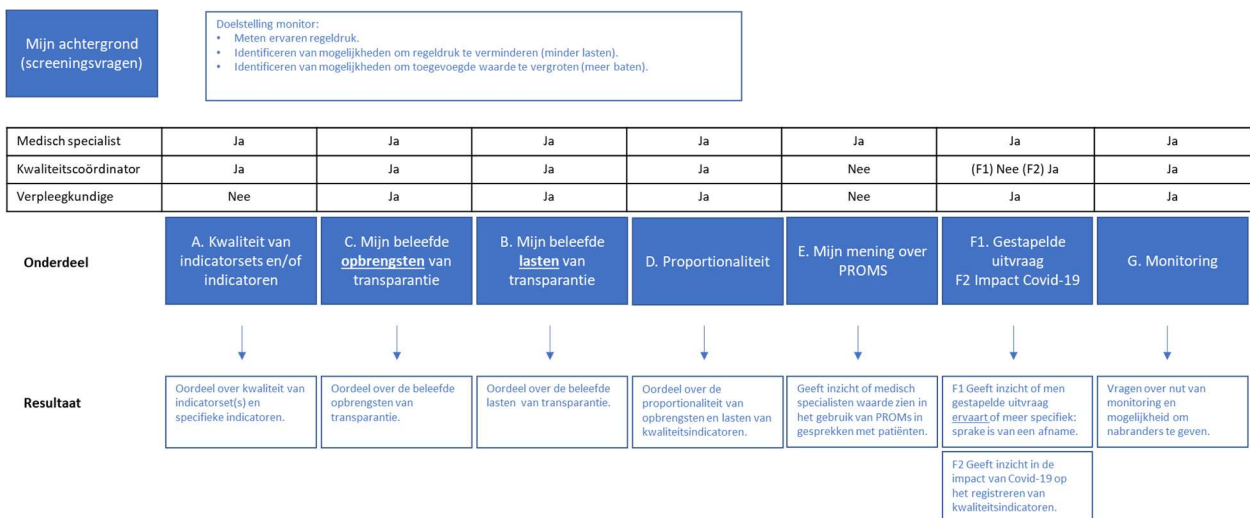
### Over de monitor ervaren regeldruk transparantie msz

De monitor bestaat uit een digitale vragenlijst die in een steekproef wordt afgenomen en die een periodiek herhaalbaar beeld geeft van de ontwikkeling van de ervaren lasten en opbrengsten van transparantie, de knelpunten en oplossingsrichtingen hierin, en de merkbaarheid van interventies en verbeteracties.

Het onderwerp regeldruk wordt belicht van alle kanten. Zowel de lasten als de opbrengsten van transparantie komen aan de orde. Zo wordt recht gedaan aan de complexiteit van het onderwerp. De monitor waardeert verschillende perspectieven. Wat voor de één indicatoren lastig en tijdrovend maakt, kan voor een ander indicatoren juist betekenisvol en onderscheidend maken.

De monitorvragenlijst vraagt eerst enkele algemene gegevens uit die relevant zijn voor de duiding van de antwoorden, zoals functie, type zorginstelling, etc. Daarna vertakt de vragenlijst in drie modules. Er is een module voor medisch specialisten, verpleegkundigen en kwaliteitsfunctionarissen. Voor wat de onderwerpen betreft zijn er meer overeenkomsten dan verschillen tussen de modules. De modules zorgen ervoor dat alle vragen relevant zijn voor de betreffende beroepsgroep.

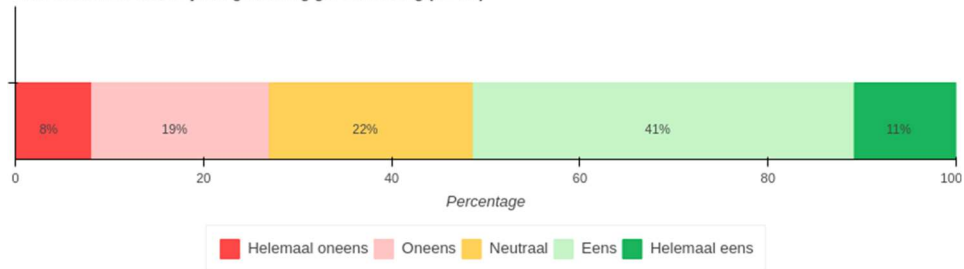
**Figuur bijlage II.** Onderwerpen monitor



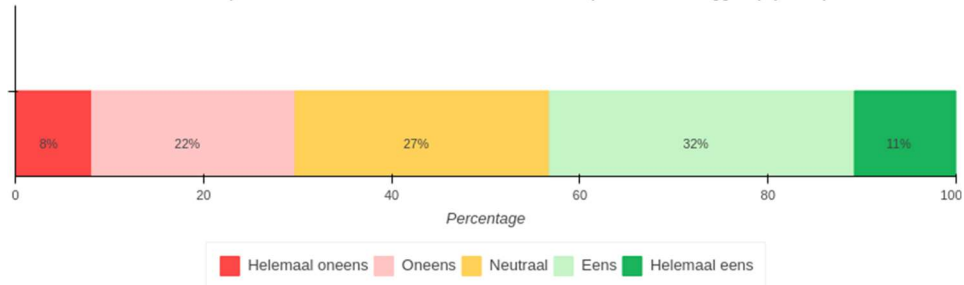
## Kwaliteit – medisch specialist

Vragen en (optioneel) verstrekte toelichtingen over de kwaliteit van indicatoren(sets).

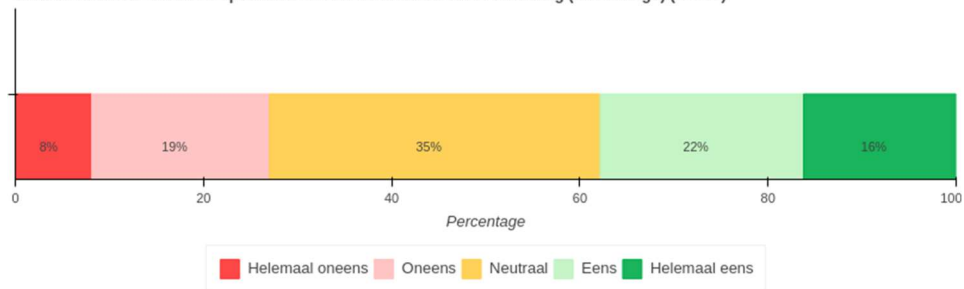
Ervaren kwaliteit - Medisch Specialist - Ik vind dat de indicatorenset bijdraagt aan het transparant maken van de kwaliteit van de door mijn zorginstelling geleverde zorg (N = 37)



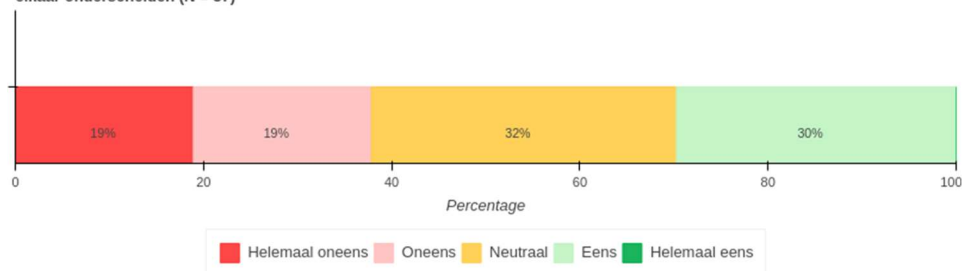
Ervaren kwaliteit - Medisch Specialist - Ik vind de indicatorenset betekenisvol (zinnvol en veelzeggend) (N = 37)



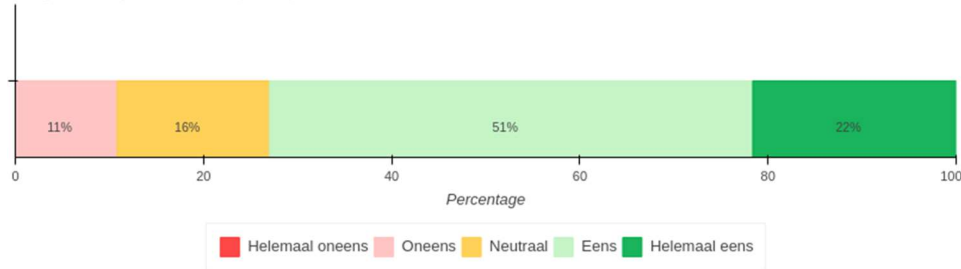
Ervaren kwaliteit - Medisch Specialist - Ik vind de indicatorenset eenduidig (niet ambigu) (N = 37)



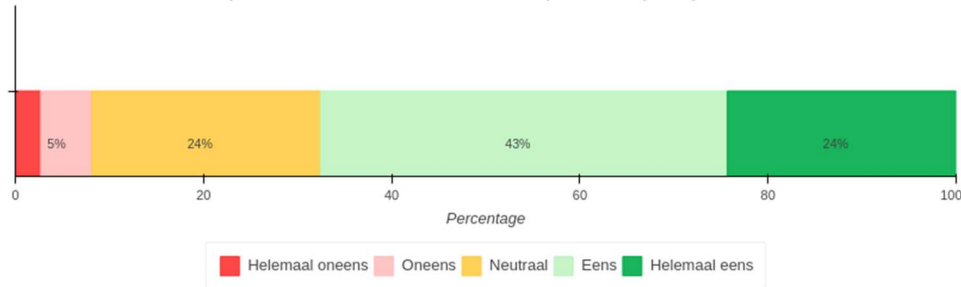
Ervaren kwaliteit - Medisch Specialist - Zorginstellingen kunnen zich door middel van de indicatorenset ten opzichte van elkaar onderscheiden (N = 37)



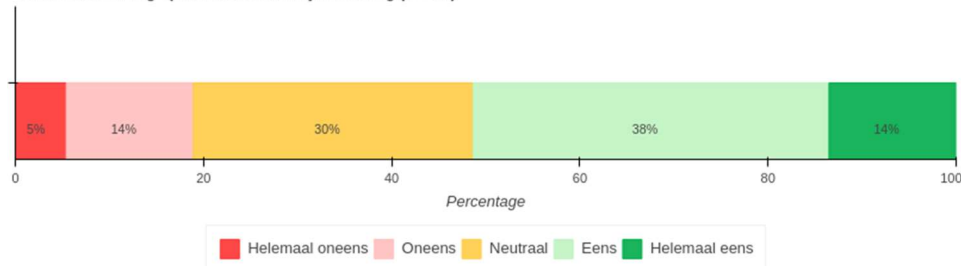
Ervaren kwaliteit - Medisch Specialist - De kwaliteitsgegevens die voor de indicatorenset door mijn instelling worden aangeleverd zijn betrouwbaar (N = 37)



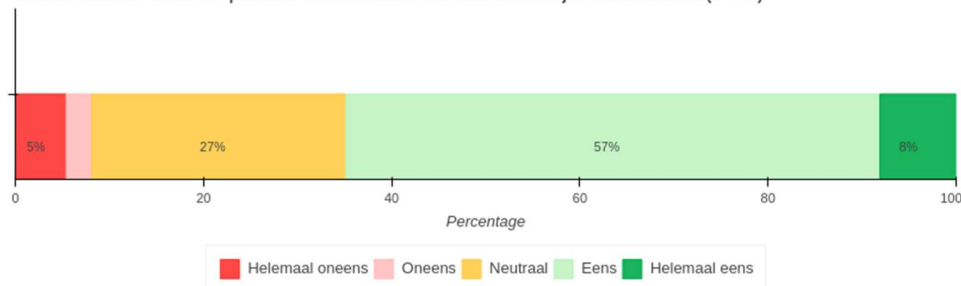
Ervaren kwaliteit - Medisch Specialist - De indicatorenset hanteert scherpe definities (N = 37)



Ervaren kwaliteit - Medisch Specialist - Ik vind dat er voldoende mogelijkheden zijn om de indicatorenset te voorzien van een toelichting op het beleid van mijn instelling (N = 37)



Ervaren kwaliteit - Medisch Specialist - De indicatorenset komt met duidelijke werkinstructies (N = 37)



#### Verstrekte toelichtingen (optioneel):

- Over definities  
"Definities waren duidelijk.", "weging voor co morbiditeit en zorgzwaarte is voor ons niet duidelijk", "veel indicatoren meten niet kwaliteit maar zijn een afgeleide en dat realiseren we ons niet/onvoldoende".
- Over instructies  
"Nee er zijn geen werk instructies! Je moet het zelf uitzoeken met de DICA Ze sturen post naar mensen die al jaren zijn betrokken zonder aan de bel te trekken, enz.", "Indicator 9 NPS. Informatie over nieuwe set volgt altijd laat; bijvoorbeeld door het invullen van deze vragenlijst ontdek ik dat de set van 2023 is veranderd. Met de verandering van indicator 9 moet je in je zorginstelling

heel veel gaan regelen om dit daadwerkelijk per 1 januari 2023 te starten; daarom is het echt laat om dan nu nog niet geïnformeerd te zijn.", "ik weet niet wat de werkinstructies zijn, die zie ik niet.", "In principe zijn ze goed opgeschreven, alleen wordt het niet goed ingevuld."

- Over toelichting geven

"Toelichting geven is vaak mogelijk maar deze wordt niet gelezen door zorgverzekeraars", "Weinig ruimte voor toelichting. Voor het ovariumcarcinoom zit er bv een verschil in populatie die in aanmerking komt voor OVHIPEC en de groep die dat niet komt (door stadium IV, of co morbiditeit)", "kan bv bij diameter niet aangeven of het snelgroeiend is".

- Over betekenis

"Kwaliteitsindicatoren hebben zeker betekenis maar meer als basis om verschillen te begrijpen terwijl ze daar nu niet gebruikt voor worden", "Met de uitkomsten/benchmark gegevens van NIJHSS en mRS doen wij niets. De benchmark en resultaten van de indicatoren bespreken wij binnen onze vakgroep, binnen het ziekenhuis met kwaliteit en veiligheid en binnen de provincie met de ziekenhuizen, huisartsen en ambulance binnen NAZL/ ROAZ. Bespreken van aantal patiënten, aantal behandelde patiënten en doorlooptijden (itt NIHSS, mRS) levert ons wat op en spoort ons aan te kijken wat er verbeterd kan worden, binnen het ziekenhuis en binnen de keten.", "ik denk dat het weinig differentieert omdat de kwaliteit van cataract operaties overall heel hoog ligt", "heupfracturen; re operatie; wordt vervuld door patiënten die binnen 60 dagen de andere zijde breken, heropnames; wordt vervuld door opname binnen 60 dagen na heupfractuur i.v.m. overvulling/pneumonie/"het gaat thuis toch niet"/val tijdens revalideren elders met nieuw trauma", "Ik vraag me af wat wordt gedaan met % ingevulde PROMS na 12 maanden. Via welk gremium wordt nu geprobeerd de PROMS te verbeteren (inkorten) of respons te verhogen? Wat nu gedaan wordt met de opgehaalde informatie is mij niet bekend."

- Over eenduidigheid

"het is pas zinvol als de registratie gebeurt door externe die steeds dezelfde interpretatie hantieren.", "De indicatoren is niet of nauwelijks relevant en het kost teveel tijd om de indicatoren zo uitgebreid in te vullen en aan te leveren.", "sommige zijn helder maar bijvoorbeeld bij de dica uitvraag melanoom merk ik dat de definities op verschillende wijze worden geïnterpreteerd, dat geldt ook voor de datamanagers die de gegevens verzamelen en dat maakt het wel ingewikkeld", "het grote probleem is dat toxiciteit niet eenduidig wordt ingevuld maar ook de verwijzers sturen geen brieven met gevonden complicaties", "Indicator 9 NPS is zeer lastig te verzamelen. Voor alle andere indicatoren wel twijfel over hoe goed de cijfers daadwerkelijk zijn gezien de enorme capaciteitstekorten het laatste jaar binnen de geboortezorg. Het lukt heel vaak niet om binnen je 'eigen VSV' te blijven voor een bevalling. Hoe wordt hiervoor gecorrigeerd?", "infectie: is dat een oppervlakkige wondinfectie of een prothese infectie? Boven of onder de fascie? veel inter observer bias", "Regionaal en binnen het ziekenhuis kijken we naar PSA op 3 en 12 maanden. Voor deze set moest met 6 maanden zijn. Dat komt dus niet overeen.", "Er is ruimte voor interpretatie", "sommige indicatoren gaan over 2 jaar, anderen over 1 jaar, dat vind ik verwarrend. Datum van inclusie ook; registratie door IKNL gaat nu van okt - okt ipv jan- jan, dit vind ik ook verwarrend", "Niet alle indicatoren zijn eenduidig, binnen de cardiologie wordt dit besproken binnen de registratiecommissie en zo nodig aangepast", "niet breed invullen van uitkomst geeft scheef beeld", "verschillende PROMs zijn niet onderling vergelijkbaar, er zou 1 prom moeten worden gekozen", "De mobiliteitsscore kent Vlg's mij een hoge mate van inter- en intraobserver variabiliteit", "Scherpe definities heb je bij wiskunde en natuurkunde, daar is 1+1 altijd 2. Geneeskunde is biologie, daar is 1+1 soms 2, soms ook niet. Dit is geen exacte wetenschap of boekhouding. Een heupfractuur bij een 60 jarige is anders dan eentje bij een 89 jarige."

- Over betrouwbaarheid

"ze zijn betrouwbaar maar helaas zal in een ander ziekenhuis met dezelfde definitie mgl toch andere interpretatie zijn en daardoor lijken er verschillen te ontstaan. Veelal verstoren de verschillen in interpretatie van definitie een goede vergelijking", "omdat een groot gedeelte van de



cijfers handmatig aangeleverd wordt, en steeds door dezelfde mensen, zijn de gegevens betrouwbaar. Het kost alleen enorm veel tijd. Aantallen patiënten en verschillende diagnoses kunnen gemakkelijk gegenereerd worden via EPD systemen, maar NIHSS, mRS, en tijden (onset, door, needle, door out) moeten allemaal handmatig genoteerd worden bij opname en ook weer ingevoerd worden. Verder moet dagelijks gecontroleerd worden (eveneens handmatig) of bij alle CVA patiënten deze waarden daadwerkelijk genoteerd zijn.", "ja, maar veel handmatig werk", "het gaat om ontzettend veel data welke aangeleverd moeten worden aan de PRN; dit gebeurt door heel veel verschillende zorgverleners waardoor kwaliteitscontrole niet altijd even makkelijk is (circa 75 items per baring...) Ik ben overtuigd dat hierdoor de data niet altijd kloppend is.", "Data zijn door manager opgehaald en door uroloog handmatig gevalideerd.", "Complicatieregistratie. het aantal complicaties komt uit de complicatieregistratie. als die niet is ingevuld dan is het niet te achterhalen.", "Hier heb ik zeker twijfel over. Toen ik begon met de registraties in 2019 bleek dat de IKNL registratie medewerkers bv serosaletsel door tumordoorgroei aanmerkten als complicatie, wat het niet is. Verder hebben we al verschillende keren gemerkt dat de berekeningen niet klopten, doordat er patiënten misten, of dat er toch een onjuiste groep patiënten (bv borderline tumoren) was geïncludeerd bij de berekeningen", "ondersteuning middels datanalisten van de data verzameling is essentieel, maar wordt nog onvoldoende ondersteunt vanuit het ziekenhuis door geldgebrek", "De data worden door ons betrouwbaar geregistreerd in de eerste episode. Maar afgelopen jaren waren we niet compleet met betrekking tot het aantal patiënten. Het kost moeite om alle patiënten met longkanker te vinden in EPIC die voldoen aan de criteria. Afgelopen jaar is dat beter gelukt maar het is wel erg veel werk. Het aanvullen van de follow-up module is zeker nog niet volledig met name door werkdruk, onvoldoende handen om de survey in te vullen.", "zeker waar scherpe definities maar op 1 manier te interpreteren zijn voorwaardelijk voor vergelijking. Stel vergelijking geeft verschillen is dat reden voor verder onderzoek maar wil niet zeggen dat de afwijking fout moet zijn. De gevolgen zijn echter op dit moment te groot, ziekenhuizen worden dan soms verplicht zorg los te laten die ze eigenlijk prima doen Een zelfde vergelijking geldt voor voetbal. Is een leuke sport maar wanneer het professioneel wordt, en er veel consequenties zijn zie je dat er andere regels gaan gelden en het doel verschuift", "het registreren van complicaties blijft de verantwoordelijkheid van de invoerder; er is een incentive om te onder rapporteren."

- Over de bijdrage van indicatoren aan transparantie over kwaliteit van zorg

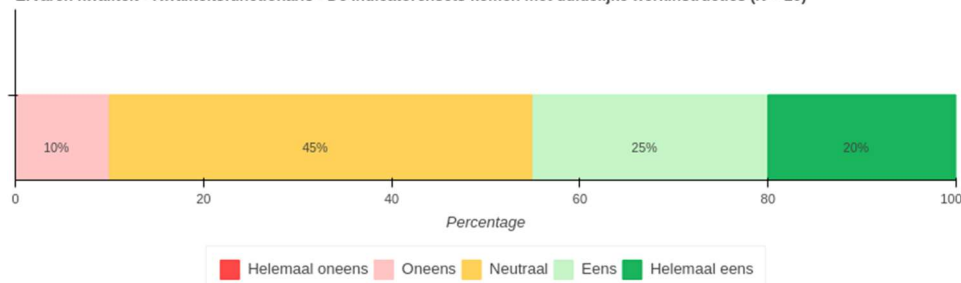
"Het is niet kwaliteit wat je meet maar meer verschillen tussen verschillende centra en volume. De verschillen zouden aanleiding moeten zijn voor discussie, zo zou de zorg beter kunnen. De grove kwaliteit kan er wel uitgehaald worden maar zorg in NL is al zo afgestemd dat er zelfs indicatoren geschrapt worden omdat toch iedereen 100% haalt...", "Aanleveren van NIHSS en mRS zegt mijns inziens weinig over de kwaliteit van de geleverde zorg; het zegt wat over de zorgzwaarte van de patiënten enerzijds bij binnenkomst (NIHSS) en anderzijds na 3 maanden (mRS). Deze factoren zijn echter niet gekoppeld en zeggen dus weinig over het beloop tijdens de ziekenhuisopname", "KATZ-ADL score zegt in deze populatie weinig over geleverde kwaliteit van zorg", "De indicatoren zouden uniform moeten zijn, maar dat zijn ze niet! Althans voor een deel. Voorbeeld concurrent chemoradiatie wordt in ziekenhuis huis A heel anders gegeven dan ziekenhuis B, bv verschil van dagelijks versus 3 wekelijks cisplatin. Dat kan je gewoon niet met elkaar vergelijken.", "In algemene zin is de set lastig omdat het de zorg weergeeft op VSV niveau, en dit levert dus weinig inzicht op in de door mijn zorginstelling geleverde zorg alleen. Indicator 2: vroeggeboorte : dit zegt niks over de kwaliteit van geleverde zorg maar iets over de incidentie/prevalentie van vroeggeboorte en over de spreiding landelijk gezien. Voor ons eigen centrum als 3de lijn scoren we altijd heel 'hoog' of 'slecht' omdat we simpelweg vooral deze zorg leveren (alle vroeggeboortes <32 weken worden naar de 3de lijn overgeplaatst. Maar als je als buitenstaander deze score ziet begrijp je dat niet. Indicator 7: plaats van baring; wat zegt dit over kwaliteit? Plaats van baring wordt vooral bepaald door de keuze van de individuele vrouw. indicator 8: durante partu overdracht: dit zegt ook weinig over kwaliteit; je zou namelijk veel meer moeten kijken wat de reden van overdracht is. Bij een niet vordende uitdrijving (en daar bijvoorbeeld standaard veel hogere te zitten dan het landelijke gemiddelde), zegt het mogelijk iets over

geleverde kwaliteit van zorg. Bij een overdracht ivm pijnstillingswens zegt dit weinig over kwaliteit: dit is een individuele wens van de patiënt", "Indicatoren meten niet de geleverde zorg, gebruikte indicatoren zijn oud, bijv HBA1C inmiddels vervangen/ samen met door time-in-range", "De indicatoren geven een kleine inkijk, maar geen allround beeld van de kwaliteit. Er wordt bv niet gevraagd naar % incontinentie en % impotentie en niet naar CD complicaties.", "Een aantal indicatoren voegt niets toe ", "Vooral bij kleine aantallen. Voor mamma veel teveel chirurgisch", "- stadierungen compleet wel / niet Algemeen: er zaten de afgelopen jaren regelmatig discrepanties tussen de geïnccludeerde groepen patiënten voor de berekeningen, en was de teller en de noemer niet duidelijk of klopte de berekening niet (bv borderline tumoren ineens toch geïnccludeerd).", "Het is goed om te kijken naar de kwaliteit van de zorg middels de kwaliteitsindicatoren, echter de specialisten krijgen hier onvoldoende tijd voor. De afdeling kwaliteit is onvoldoende gespecialiseerd in de diverse indicatorssets om een wezenlijke bijdrage te leveren. Uiteindelijk hebben we zelf een data-analist aangesteld. er is onvoldoende urgentie in het ziekenhuis dat het belangrijk is naar je eigen getallen te kijken en verbetertrajecten te starten. in ieder geval wordt hiervoor geen geld/tijd vrijgemaakt.", "Het doen van PROM geeft geen informatie over kwaliteit. Het veranderen door uitkomsten van PROM geeft dat wel.", "De indicatorset is niet goed, maar ook niet slecht. Aantallen ingrepen zeggen maar tot op beperkte hoogte iets over de kwaliteit. Te weinig is een indicator, maar heel veel ook. Dan zakt de kwaliteit ook omdat er dan te veel aios en fellows aan zitten.", "Het langer volgen van deze patiënten op hoge leeftijd draagt niet bij aan het in beeld krijgen van de kwaliteit van de geleverde zorg. Wel is het van grote waarde te weten wie een re-operatie hebben ondergaan, een complicatie hebben gehad, en ook wie overleden zijn."

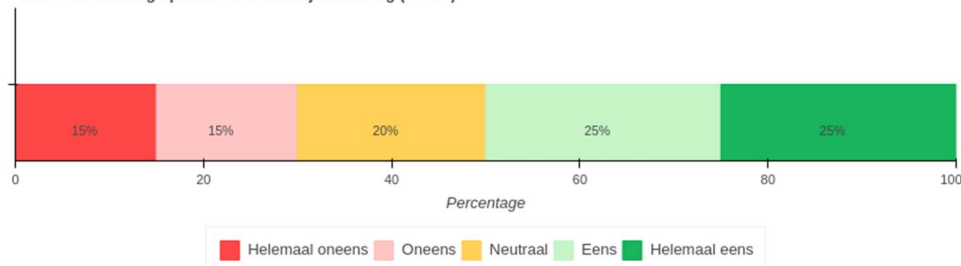
## Kwaliteit – kwaliteitsfunctionaris

Vragen en (optioneel) verstrekte toelichtingen over de kwaliteit van indicatoren(sets).

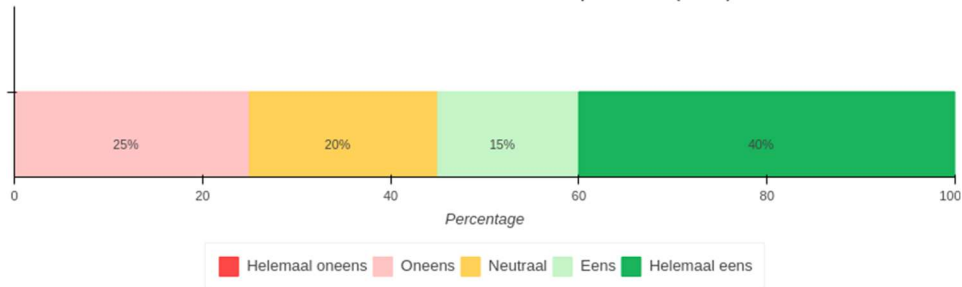
Ervaren kwaliteit - Kwaliteitsfunctionaris - De indicatorensets komen met duidelijke werkinstructies (N = 20)



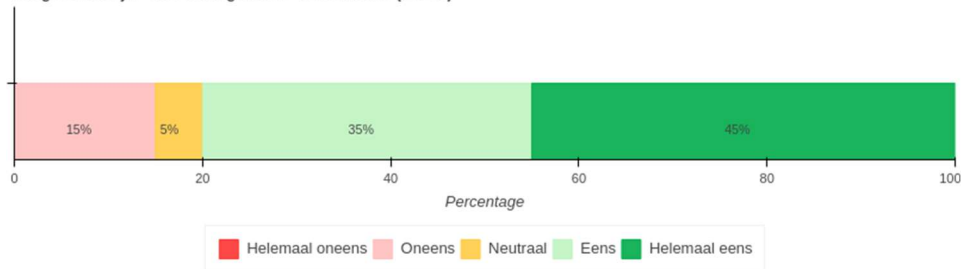
Ervaren kwaliteit - Kwaliteitsfunctionaris - Ik vind dat er voldoende mogelijkheden zijn om de indicatorensets te voorzien van een toelichting op het beleid van mijn instelling (N = 20)



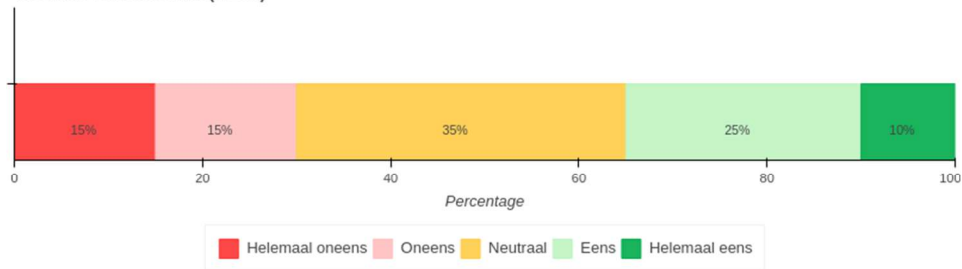
Ervaren kwaliteit - Kwaliteitsfunctionaris - De indicatorensets hanteren scherpe definities (N = 20)



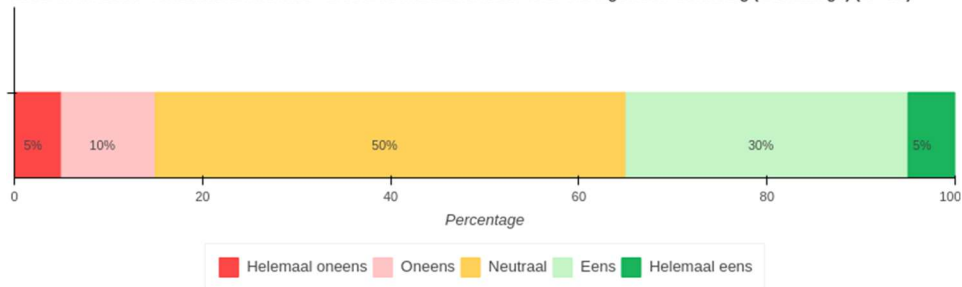
Ervaren kwaliteit - Kwaliteitsfunctionaris - De kwaliteitsgegevens die voor de indicatorensets door mijn instelling worden aangeleverd zijn - over het algemeen - betrouwbaar (N = 20)



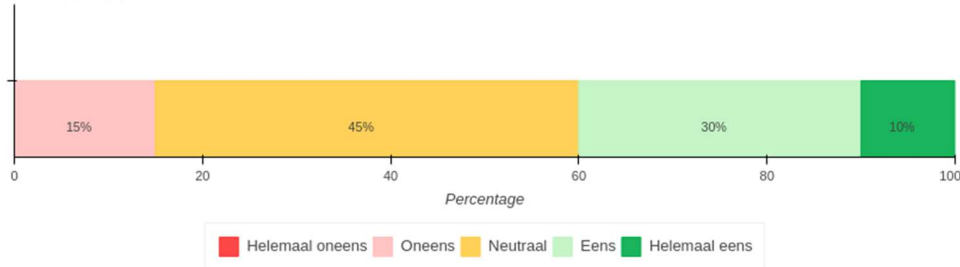
Ervaren kwaliteit - Kwaliteitsfunctionaris - Zorginstellingen kunnen zich door middel van de indicatorensets ten opzichte van elkaar onderscheiden (N = 20)



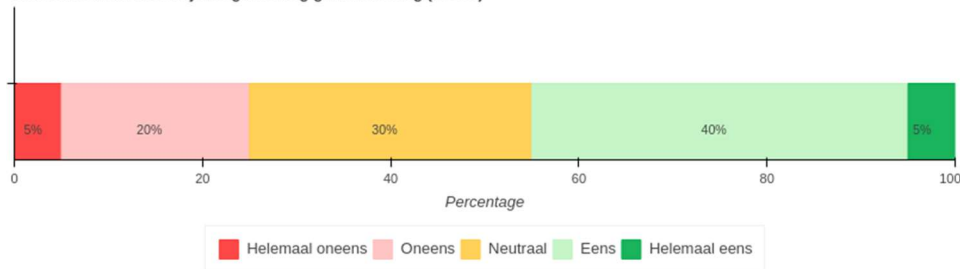
Ervaren kwaliteit - Kwaliteitsfunctionaris - Ik vind de indicatorensets - over het algemeen - eenduidig (niet ambigu) (N = 20)



Ervaren kwaliteit - Kwaliteitsfunctionaris - Ik vind de indicatorensets over het algemeen - betekenisvol (zinvol en veelzeggend) (N = 20)



Ervaren kwaliteit - Kwaliteitsfunctionaris - Ik vind dat de indicatorensets bijdragen aan het transparant maken van de kwaliteit van de door mijn zorginstelling geleverde zorg (N = 20)



## Verstreckte toelichtingen (optioneel):

- Over betekenis

"Sommige zijn echt verouderd of voegen niets meer toe, zoals bijv. CTS", "Het zijn veel indicatoren, maar zijn niet altijd interessant voor de specialisten om hier zelf iets mee te doen.", "De verplichte aanlevering zorgt ervoor dat er nagedacht en gestuurd wordt op het gebied van kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg.", "Het duurt veel te lang voordat indicatoren kunnen worden gewijzigd; het systeem is te log. En niet alleen als blijkt dat coderingen zijn verouderd, maar ook als blijkt dat de zorg is veranderd en de indicator niet langer zinvol blijkt.", "Kwaliteit van zorg is heel breed, dat kan je niet altijd in getallen uitdrukken.", "Er zijn ongetwijfeld ook veel indicatoren waar nergens op slaat, maar in het algemeen zijn de indicatoren wel betekenisvol. Een voorbeeld over 'mammacarcinoom'. Voorheen kon elk chirurg de mammaoperaties verrichten, maar tot stand komen van deze indicatoren over minimaal aantal operaties per chirurg moet 35 zijn heeft dit ook gezorgd voor het ziekenhuis om de chirurgen aan te wijzen die gespecialiseerd worden in Mammacarcinoom en vervolgens ook privileges gesteld per chirurg.", "Het geeft inzicht wat je gehaald hebt het afgelopen jaar en hoe je andere jaren gescoord hebt. Ook geeft het inzicht wat er evt. verbeterd kan worden (functionele toegang bij aanvang dialyse)", "we doen er niks mee".

- Over eenduidigheid

"In-exclusie criteria soms niet eenvoudig uit te leggen.", "Er zijn indicatorsets waarbij eenduidige definities/verrichtingcodes ontbreken. Bijvoorbeeld: indicator 4A en 4B van Veneuze ziekten", "Soms interpretatieverschillen bij tellers en noemers.", "Het wisselt per indicator. De ene is zeer duidelijk gespecificeerd, de andere houdt meer ruimte voor interpretatie van de te kiezen data.", "DICA registratie is niet eenduidig met vastleggen van complicaties. Je moet zo ongeveer de DICA registratie uit je hoofd kennen bij welke registratie, welke complicaties je moet noteren.", "Zoals ik al beschreef ontbreken bij een heleboel sets deze coderingen (Chir bij kinderen, Oncologie, Wervelkolomchir. ) of zijn ze verouderd en niet meer bruikbaar (veneuze ziekten, nr 4) of kunnen ze om onduidelijke redenen niet uit de kwaliteitsregistratie worden gehaald en ontbreken coderingen om het zelf uit te zoeken (Mammacarcinoom nr 1A, Knieprothese 7B, Heupprothese 7B). Ook zitten er een heleboel slordigheidsfouten in de sets (bijv. jaartallen niet goed gewijzigd, of coderingen wel bij de indicator zelf gewijzigd en niet in de rekenregeltabel). Of staan er sets online waar nog de kleurcoderingen of een wijzigingskolom in staan. Blijkbaar is er geen controle op de

sets voor ze online worden gezet. Dit vind ik echt heel kwalijk!! Instellingen worden wettelijk verplicht om deze sets te beantwoorden en er staan hoge boetes op het niet invullen, maar de kwaliteit van de indicatorsets laat zeer te wensen over! ik vind het een taak van het Zorginstituut om de sets goed te controleren voor ze ze op hun website publiceren en daarmee de wettelijke verplichting activeren.", "blijft nog wel ruimte voor interpretatie", "De vraagstelling, definitie, in- en exclusiecriteria, coderingen, tijd etc. vind ik dat de indicatorsets over het algemeen goed opgesteld zijn.", "Niet eenduidig in verslagjaar. ene keer wordt er geregistreerd van 1-1 t/m 31-12 en andere indicator is van 1-7 t/m 30-6. Liever een verslagjaar, dan komen dezelfde patiënten steeds terug en anders zit je nog met patiënten uit het vorige verslagjaar".

- Over betrouwbaarheid

"Goed ingewerkte collegae maakt inderdaad het risico lager dat data vervuiling plaatsvindt, maar goed omschreven teller en noemer is voorwaarde hiervoor.", "Vanuit een centrale rol binnen onze zorginstelling hebben we niet altijd zicht op de betrouwbaarheid", "Kwaliteit van data speelt een belangrijke rol binnen de aanlevering van de informatie. Er wordt bij mijn weet alleen gebruik gemaakt van data die vanuit externe kwaliteitsregistraties en het eigen datawarehouse afkomstig zijn. Bij het valideren van de gegevens worden de cijfers gecontroleerd door een specialist en al dan niet noodzakelijk acties uitgezet om ontbrekende data alsnog toe te voegen of bestaande datasets op te schonen. Aangeleverde cijfers moeten herleidbaar zijn, rekenregels navolgbaar.", "Indicatoren zijn zeker betrouwbaar maar het zou goed zijn als alle medewerkers een soort informatie/klinische les krijgen hoe het aanleveren van kwaliteitsgegevens gaat en wat er vervolgens allemaal mee gebeurt. Soms lever je nu cijfers aan terwijl je geen idee hebt wat er verder mee gebeurt en hoe de patiënt dit weer terug ziet. Het zou goed zijn om dit eens een keer te laten zien.", "Een deel van het registratiewerk is handwerk, dus dat levert mogelijk vervuiling op.", "De cijfers halen wij rechtstreeks uit de bron, EPD door middel van informatietools die hiervoor beschikbaar zijn, zoals ValueCare. Vervolgens worden ieder indicator gevalideerd naar juistheid en volledigheid. Tot slot wordt ieder indicator besproken met de verantwoordelijk specialist.", "Registratie van gegevens wordt digitaal gehaald uit EPD. Er wordt niet handmatig geregistreerd. Alleen indicator 3 (functionele toegang bij aanvang dialyse) wordt door de vaatwerkgroep geregistreerd, deze groep bestaat uit een 6-tal verpleegkundigen."

- Over definities

"Definities zijn helder, echter de in-exclusie criteria en de uitkomsten die niet altijd echt iets zeggen over die aandoening maakt het moeilijk. Zo kan een patiënt overlijden agv Covid bij longcarcinoom, hetgeen niet herleidbaar is tot onze zorgverlening, echter wel negatief wordt meegenomen in de aanlevering. Toelichting is ook altijd noodzakelijk.", "Het zou een toevoeging zijn als de case-mix hierbij wordt toegevoegd.", "Het kan voorkomen dat de definities te scherp zijn, waardoor je zwart/wit situaties krijgt, terwijl er dan meer nuance is", "Ruimte voor interpretatie resulteert in een vergelijking tussen appels en peren.", "Dit hangt samen met eenduidigheid. Een scherpe definitie zonder duidelijke coderingen heeft weinig zin en andersom ook niet.", "Er zijn jarenlang veel dialysecentra geweest die 100% invullen bij het percentage patiënten dat binnen 6 maanden na start dialyse een transplantabele urgentie heeft op de wachtlijst. Dat is mijns inziens onmogelijk, dit werd bevestigd door een nefroloog die namens Nefrovisie een visitatie bij ons uitvoerde. Inmiddels zijn de indicatoren aangepast en de criteria aangescherpt, maar het blijft lastig.", "Het wordt steeds beter, maar toch zien wij bij aantal indicatoren dat de definitie niet helder is beschreven."

- Over toelichting geven

"Wordt helaas niet altijd gelezen, zeker niet door vergelijkingswebsites (AD/Elsevier).", "De toelichting die je erbij geeft wordt niet meegenomen in de transparantiekalender.", "Ik mis binnen de aanlevering in OmniQ de mogelijkheid om een toelichting bij elke uitkomst te plaatsen. Dit kan wel bij de IGJ indicatoren.", "In OmniQ kunnen we bij elke indicator een toelichting aanleveren en het is goed dat die mogelijkheid er is. Zorgverzekeraars en IGJ kijken hier wel naar, is mijn ervaring. Helaas wordt er in de media weinig gedaan met deze toelichtingen en worden alleen de cijfers naast elkaar gezet.", "Dat weet ik niet, want ik geef de cijfers door aan een functionaris

van K&I die alle indicatoren aanlevert. Aan haar geef ik ook altijd de toelichtingen door.", "Zo een optie bestaat ook in het tool van DHD, Omniq waar de indicatoren ingevoerd en aangeleverd worden.", "Met name indicator 3 functionele toegang bij dialyse. Waarom krijgt de patiënt wel of geen shunt."

- Over werkinstructies

"Niet altijd!", "Vaak wel, niet altijd. ", "Over het algemeen is duidelijk wat er gevraagd wordt om op te leveren. Met name specifieke codes maken het prettig werken om de data te verzamelen.", "Het is wel heel veel leeswerk. Ik moet alles ook echt herlezen voordat ik het helemaal doorheb.", "Dit kan beter. Ieder ziekenhuis hanteert zijn eigen werkwijzen hieromtrent."

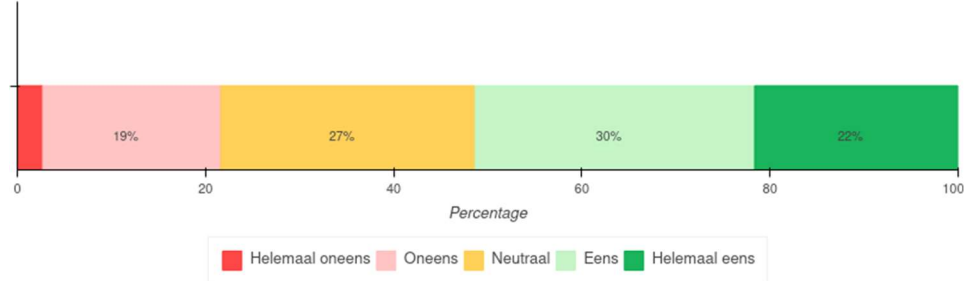
- Over bijdrage van indicatoren aan transparantie van zorg

"Vaak zegt een indicator niet zo veel over de daadwerkelijke kwaliteit van zorg. Bijv. responspercentage PROMs.", "Ook de gegeven toelichting die bij de indicatoruitkomsten wordt aangeleverd is van belang bij het interpreteren van de kwaliteit van de geleverde zorg ", "De aangeleverde indicatoren geven niet altijd een representatief beeld omdat de uitzonderingen hier niet altijd in meegenomen kunnen worden. Het is enkel een getal waarop gebaseerd zou worden wat de kwaliteit is van de zorginstelling.", "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.", "Het blijft een momentopname. Het ene jaar heb je bijvoorbeeld meer overleden patiënten en het ander jaar niet. Overlijden van een patiënt heeft niet alleen betrekking op de ondergaande operatie, maar hangt samen met de algehele gezondheid van de patiënt. Daarnaast krijgt ons ziekenhuis patiënten met een uitgebreide voorgeschiedenis waardoor je ook meer kans heb op complicaties. Dan kan de kwaliteit van zorg nog zo goed zijn, maar dat voorkomt complicaties niet.", "Er wordt nog veel aandacht gericht op aantallen. Je kunt ook een hoog aantal patiënten behandelen en een slechte behandeling aanbieden. Er moet niet alleen naar aantallen gekeken worden maar ook naar andere punten die uiteindelijk voor de patiënten een goed realistisch beeld geven.", "Ik ben van mening dat een aantal indicatoren niet helemaal de kwaliteit van zorg weergeven. Het percentage patiënten dat start met een functionerende toegang kan laag zijn als er bewust voor een permanente katheter gekozen wordt. Het percentage patiënten met een transplantabele urgentie binnen 6 maanden na start dialyse kan laag zijn als er veel comorbiditeit is, of als patiënten bewust kiezen om niet getransplanteerd te worden. Dan zijn er gegronde redenen om iets niet te doen.", "ruimte voor interpretatie van indicatoren, weinig casemixcorrecties", "De patiënten kunnen makkelijk, op basis van de indicatoren, zien welke behandelingen en uitkomsten de ziekenhuizen presteren. Met deze gegevens zijn de patiënten vooraf voorbereid tijdens de gesprekken met de medisch specialisten.", "Heel belangrijk is de patiënten selectie/indicatie, dit is nog steeds niet transparant", "tot nu toe scoren wij heel hoog en doen we niks met deze indicatoren, we zijn nu bezig met een zorgpad te ontwikkelen met patiënt gerelateerde indicatoren. Dat is m.i. veel essentiëler voor de kwaliteit van zorg, omdat dit van de werkvloer komt en niet opgedragen wordt."

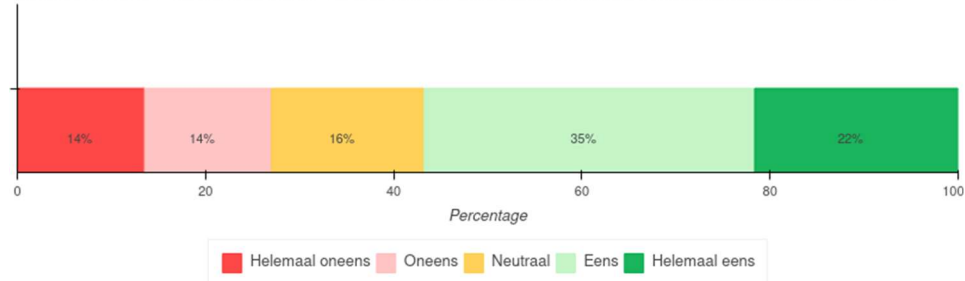
## Opbrengsten – medisch specialist

Vragen en (optioneel) verstrekte toelichtingen over de beleefde opbrengsten.

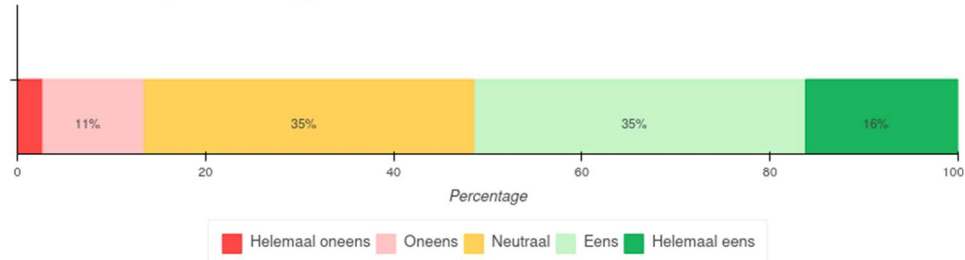
Beleefde opbrengst - Medisch Specialist - De kwaliteitsindicatoren worden (tijdig) teruggekoppeld (N = 37)



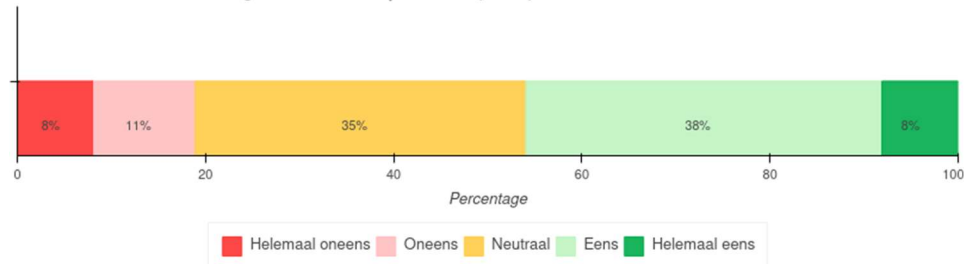
Beleefde opbrengst - Medisch Specialist - De kwaliteitsindicatoren geven mij inzicht in mijn eigen functioneren (N = 37)



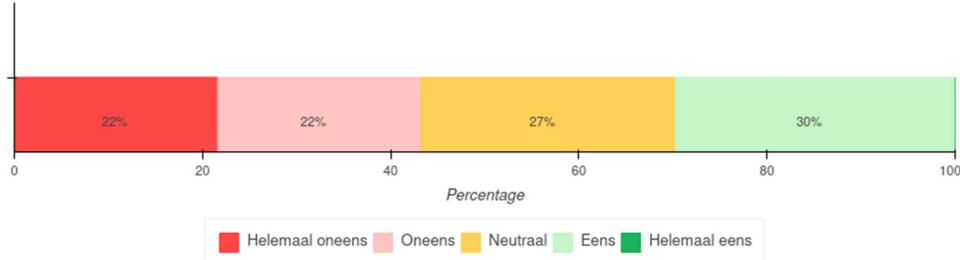
Beleefde opbrengst - Medisch Specialist - De kwaliteitsindicatoren worden door mijn instelling gebruikt voor kwaliteitsverbetering en benchmarking (N = 37)



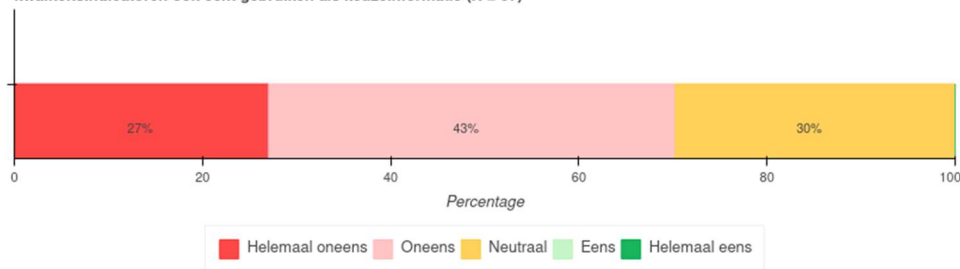
Beleefde opbrengst - Medisch Specialist - Ik heb de indruk dat zorgverzekeraars de informatie die wordt ontsloten met kwaliteitsindicatoren ook echt gebruiken als inkoopinformatie (N = 37)



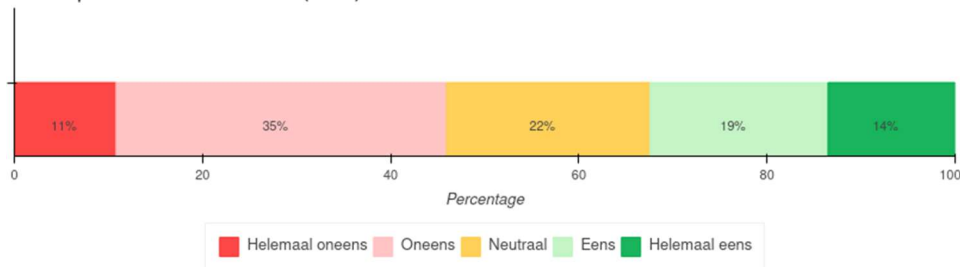
Beleefde opbrengst - Medisch Specialist - Ik ben van mening dat kwaliteitsindicatoren waardevol zijn voor zorgverzekeraars bij zorginkoop (N = 37)



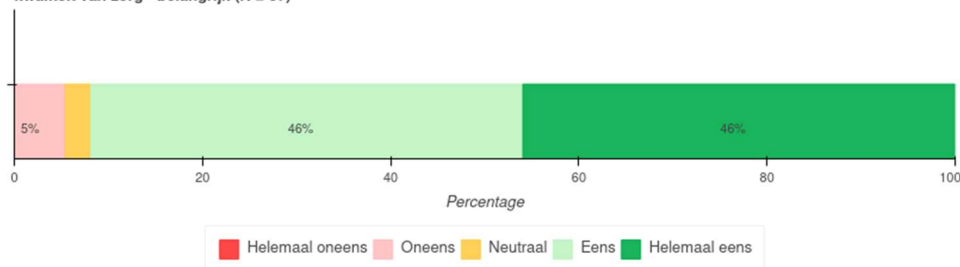
Beleefde opbrengst - Medisch Specialist - Ik heb de indruk dat cliënten/patiënten de informatie die wordt ontsloten met kwaliteitsindicatoren ook echt gebruiken als keuzeinformatie (N = 37)



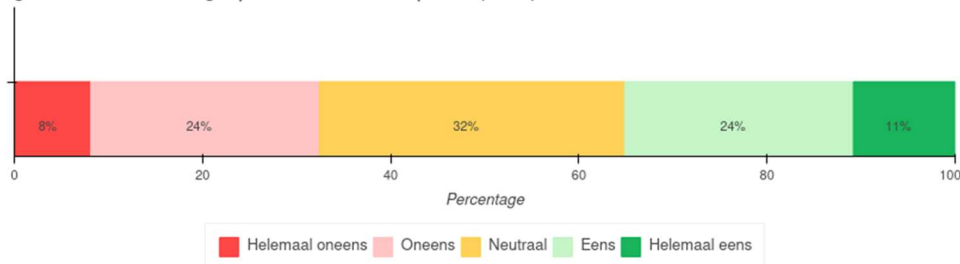
Beleefde opbrengst - Medisch Specialist - Ik ben van mening dat kwaliteitsindicatoren waardevol zijn voor cliënten/patiënten als keuze-informatie (N = 37)



Beleefde opbrengst - Medisch Specialist - Ik vind transparantie - het beschikbaar stellen van informatie over de kwaliteit van zorg - belangrijk (N = 37)



Beleefde opbrengst - Medisch Specialist - Ik heb het gevoel dat kwaliteitsindicatoren jaarlijks grondig worden geëvalueerd door de werkgroepen die de indicatoren opstellen (N = 37)





**Verstreckte toelichtingen (optioneel):**

- Over kwaliteitsindicatoren als keuze informatie

"Echter: moeten ze wel volledig betrouwbaar zijn en ook patiënten niet op een dwaalspoor brengen", "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.", "Ik denk dat het weinig differentieert.", "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.", "Omdat ze niet geheel betrouwbaar zijn en een patiënt niet weet dat er verschillende behandelingen zijn kan je dat helemaal niet beoordelen.", "Deze kwaliteitsindicatoren zeggen de zwangere heel weinig; voor haar zijn andere dingen denk ik meer relevant: bijvoorbeeld pijnstillingswens echter pijnstilling niet beschikbaar. Wel/niet mogelijkheid tot verblijf moeder/kind op 1 kamer.", "Er hoort wel mogelijkheid zijn om bepaalde resultaten toe te lichten. Soms kan een minder resultaat het gevolg zijn van een andere casemix. Het is voor professionals al moeilijk om dit allemaal te bevatten, laat staan voor leken.", "Hierbij moet echter duidelijk zijn dat de beschikbare gegevens voor de patiënt ook de juiste vertaling is van kwaliteit van zorg", "Bij heupfracturen is er vaak geen sprake van een keuze voor een instelling/behandelaar", "Ik vind kwaliteit indicatoren heel erg belangrijk, met name om regionaal met elkaar te bespreken en hierdoor heel veel 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 en een patiënt dit niet kan interpreteren en belangrijke achtergrond informatie mist. Het gaat mij meer om de discussie en verbetertrajecten dan om de data zelf.", "Mits een patiënt de gegeven informatie op waarde kan schatten", "Voor de beroepsgroep is het zeker waardevol mijns inziens. Om van de positieve uitblinkers te kunnen leren, en de negatieve uitblinkers bij te kunnen sturen. Voor patiënten denk ik dat het te complex is om op waarde te schatten. Bijv bij een bias in case load doordat alle 'goede' patiënten met beperkte ziekte en weinig comorbiditeit verwezen worden voor OVHIPEC, waar dus de debulking cijfers aanzienlijk beter zouden kunnen zijn zonder dat dit iets zegt over hoe goed het ziekenhuis het doet. Ook zie ik hierin risico's van zorgverzekeraars die teveel op de stoel van de artsen gaan zitten, zonder dat zij de nuances hierin echt goed begrijpen.", "Het is een illusie dat kwaliteitsindicatoren de werkelijke kwaliteit van zorg weergeven. Mortaliteit wordt in ons vakgebied gedreven door 1 overlijden van een patiënt van >90 die een infarct niet overleeft door de leeftijd (wat een toename geeft van de mortaliteit van bijvoorbeeld 2.1 naar 2.6 %), niet door de kwaliteit van de dotterprocedure. Dit zelfde geldt voor patiënten die buiten het ziekenhuis worden gereanimeerd, de mortaliteit is daar zeer hoog en geen afspiegeling van de kwaliteit van de dotter. Zodoende moeten de getallen met zorg en kennis worden gelezen en is het zeer onverstandig dit te gebruiken als keuze informatie voor patiënten, die niet met kennis van zaken de getallen kunnen interpreteren. We moeten er echt voor waken dat het op deze manier wordt ingezet. Werkelijke mindere kwaliteit moet benadert worden met verbetertrajecten.", "Niet in relatie tot acute zorg.", "De gegevens zijn weinig onderscheidend. Patiënten kijken daar niet naar. Wachttijden en mond op mond reclame zijn belangrijker dan indicatoren voor de afweging van een patiënt om voor een ziekenhuis te kiezen", "Kwaliteitsindicatoren dienen door professionals op het gebied van kwaliteit en informatietechnologie te worden gemaakt ism wetenschappelijke verenigingen, niet de wetenschappelijke verenigingen alleen.", "Indicatoren zijn een middel, maar dreigen te verworden tot doel. Een open, zelf-kritische houding tov het eigen handelen is de belangrijkste voorwaarde voor hoogwaardige zorg.", "Het interpreteren van de indicatoren is al lastig voor een professional laat

staan een leek. Bovendien kan een "goede" of "slechte" score een momentopname zijn. Het is wel goed dat een professional kan zien of hij aan de hand van de indicatoren de zorg kan verbeteren.", "Mogelijk wel als je wil kiezen voor een kliniek waar veel patiënten worden behandeld. De uitkomstindicatoren, en dan met name gecompliceerd beloop zijn veel lastiger te interpreteren: doen ziekenhuizen dit even zorgvuldig. Is het ziekenhuis met meer complicaties een slechter ziekenhuis of een ziekenhuis dat beter registreert?", "De meeste patiënten met een heup fractuur worden in acute setting behandeld. Er is dus geen ruimte om vooraf de indicatoren te gebruiken als keuze informatie.". "Het gros van de patiënten wil zorg dicht in de buurt en gaat ervanuit dat er in ziekenhuizen goede zorg wordt geleverd. Een klein aantal patiënten doet research naar waar ze terecht willen komen. ",

- Over kwaliteitsindicatoren voor zorginkoop

"Ze gebruiken ze inderdaad als een absolutisme maar dat is nu juist het probleem, de dialoog over de data is belangrijker", "Bij mijn weten zijn de uitkomsten van de cataract registratie niet openbaar", "Waarde voor zorgverzekeraars kan ik niet beoordelen. Echter wel van mening dat de indicatoren vaak selectief gebruikt worden in de onderhandelingen.", "Dat het gebeurt is evident, maar ik denk dat de indicatoren een mager beeld geven omdat het gewoon landelijk niet goed wordt ingevuld.", "Wederom zeggen de meeste indicatoren niet direct iets over daadwerkelijke kwaliteit zoals plaats baring, overdracht durante partu. Alleen percentage fluxus en rupturen zegt iets over kwaliteit van zorg; en zelfs deze parameters zijn lastig. Om hier een kwaliteitsverbetering op in te richten is bijvoorbeeld heel complex.", "Ze gebruiken het wel, maar lang niet alle indicatoren geven adequate weergave van kwaliteit van zorg. en zorgverzekeraars doen er hun eigen sausje overheen, houden zich niet aan de gestelde criteria.", "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.", "Mits ze begrijpen hoe ze de informatie moeten interpreteren", "Vooral voor extern terwijl de externe partij maar weinig begrijpt van wat er speelt", "De patiënten mix is van groot belang en daar heeft de verzekeraar geen inzicht in. Dat kan ook bijna niet, want dat zou leiden tot een enorme last aan overregistratie om dat inzichtelijk te maken", "Zorgverzekeraars kunnen dit al helemaal niet beoordelen. Laats nog een die beweerde dat statines niet belangrijk waren. We moeten er echt voor waken dat commerciële instellingen met een winstoogmerk (de zorgverzekeraars) hiermee aan de haal gaan en ziekenhuizen op de vingers gaan tikken. Is ons al gebeurd. De spiegelinformatie en de datadefinitie (ZEGG, ik zat namelijk in die commissie) liep nog maar Zilveren Kruis wist al te melden dat wij te veel patiënten dotteren. Echt ongelooflijk!", "Er wordt veelal gevaren op aantallen en dat is m.i. maar een klein deel van de informatie die zinvol is.", "Ik denk dat indicatoren bedoeld zijn om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Ik denk dat patiënten en zorgverzekeraars de indicatoren niet kunnen beoordelen om de kwaliteit te verbeteren", "Hier zitten zeker risico's aan. De medisch adviseurs van de zorgverzekeraars hebben naar mijn ervaring te weinig inhoudelijke kennis om hierover juist te kunnen beslissen", "Zorgverzekeraars moeten hier verre van blijven, kunnen de getallen niet goed interpreteren maar zullen ze wel op ene verkeerd manier gebruiken om ziekenhuizen onder druk te zetten en te bashen, echt een groot gevaar! Er wordt binnen de instelling onvoldoende geld vrijgemaakt om kwaliteitsverbetering door te voeren aan de hand van de getallen, kwaliteit kost geldt, meer voor minder bestaat niet".

- Over kwaliteitsindicatoren voor leren en verbeteren

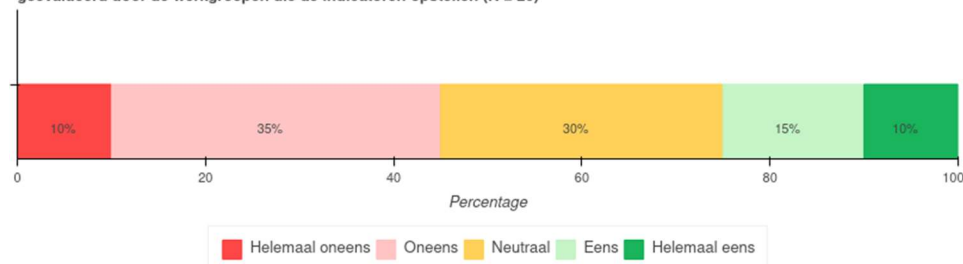
"Zeker voor benchmarking, soms ook ter verbetering, maar helaas ook vaak niet en de vraag is of de voordelen wel meer zijn dan de nadelen", "Er is altijd overleg met de diverse vakgroepen over de interpretatie van de indicatoren en de evt. te formuleren verbeter-maatregelen.", "Wij kijken actief naar de cijfers, maar vaak nog veel breder door gebruik te maken van de gegevens van perined eenn bijhorende spiegelinformatie. Sinds kort is het ook mogelijk om jezelf te spiegelen met alleen de academische centra zodat discussie casemix niet meespeelt. Het grootste deel van de indicatoren (plaats baring, overdracht, vroeggeboorte) wordt niet veel gebruikt. Percentage sectio, fluxus en rupturen wel.", "Benchmark tov eigen ziekenhuis en de afgelopen jaren", "Hier kijken we denk ik nog onvoldoende naar.", "Spiegeling is prima", "Verschillend per indicator

en per vakgroep", "Er is geen PDCA aan indicatoren verbonden.", "Er wordt alleen gekeken naar wat het effect zou kunnen zijn op zorgverkoop/inkoop", "Wij bespreken minimaal jaarlijks de uitkomsten van de totale indicatorset (niet alleen de transparante) in ons eigen ziekenhuis maar ook met de partners in ons netwerk met als doel vast te stellen wat goed gaat en wat we moeten behouden en te bediscussiëren wat minder goed gaat en waar ruimte voor verbetering ligt.", "Alle negatieve uitkomsten worden geëvalueerd en besproken."

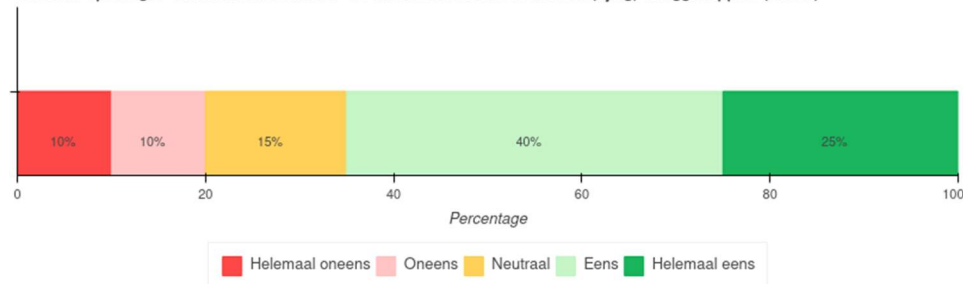
### Opbrengsten – kwaliteitsfunctionaris

Vragen en (optioneel) verstrekte toelichtingen over de beleefde opbrengsten.

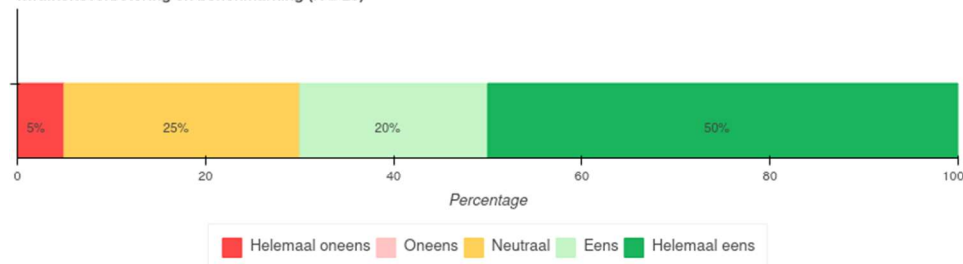
Beleefde opbrengst - Kwaliteitsfunctionaris - Ik heb het gevoel dat kwaliteitsindicatoren jaarlijks grondig worden geëvalueerd door de werkgroepen die de indicatoren opstellen (N = 20)



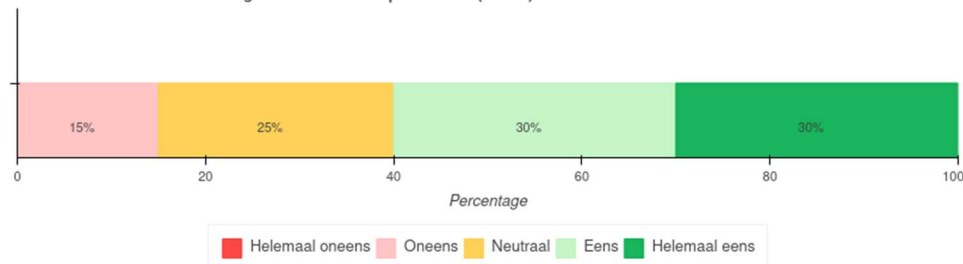
Beleefde opbrengst - Kwaliteitsfunctionaris - De kwaliteitsindicatoren worden (tijdig) teruggekoppeld (N = 20)



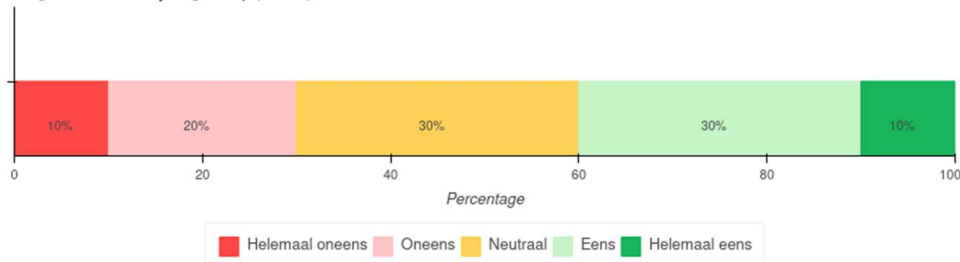
Beleefde opbrengst - Kwaliteitsfunctionaris - De kwaliteitsindicatoren worden door mijn instelling gebruikt voor kwaliteitsverbetering en benchmarking (N = 20)



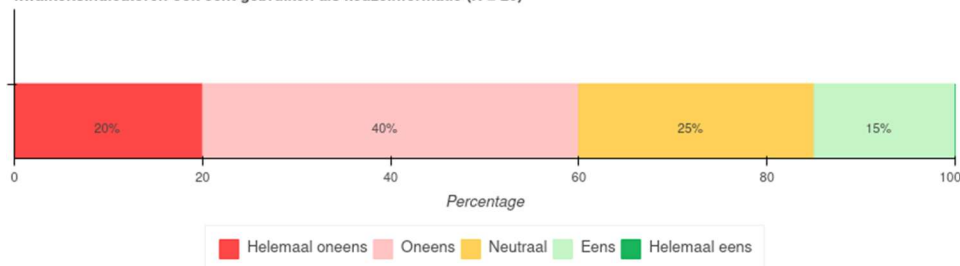
Beleefde opbrengst - Kwaliteitsfunctionaris - Ik heb de indruk dat zorgverzekeraars de informatie die wordt ontsloten met kwaliteitsindicatoren ook echt gebruiken als inkoopinformatie (N = 20)



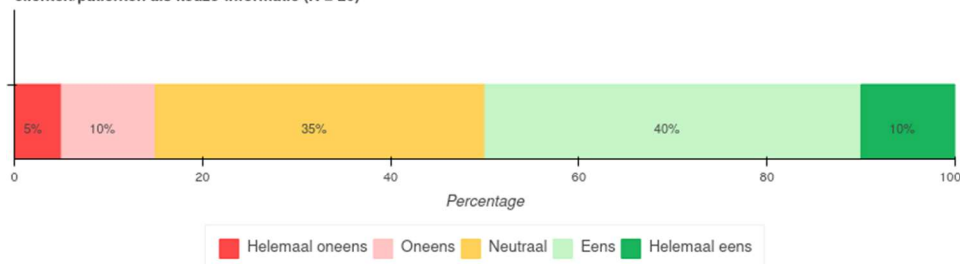
Beleefde opbrengst - Kwaliteitsfunctionaris - Ik ben van mening dat kwaliteitsindicatoren waardevol zijn voor zorgverzekeraars bij zorginkoop (N = 20)



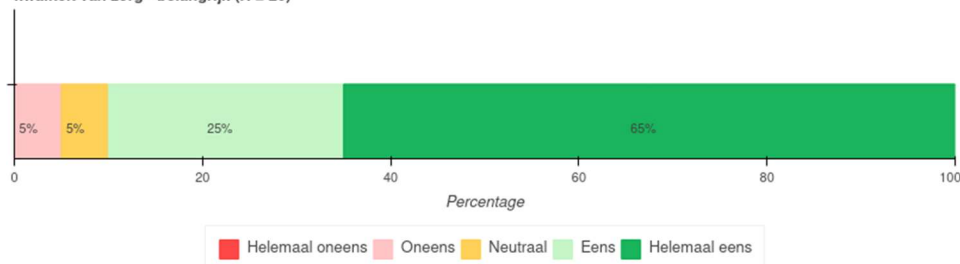
Beleefde opbrengst - Kwaliteitsfunctionaris - Ik heb de indruk dat cliënten/patiënten de informatie die wordt ontsloten met kwaliteitsindicatoren ook echt gebruiken als keuzeinformatie (N = 20)



Beleefde opbrengst - Kwaliteitsfunctionaris - Ik ben van mening dat kwaliteitsindicatoren waardevol zijn voor cliënten/patiënten als keuze-informatie (N = 20)



Beleefde opbrengst - Kwaliteitsfunctionaris - Ik vind transparantie - het beschikbaar stellen van informatie over de kwaliteit van zorg - belangrijk (N = 20)



### Verstreckte toelichtingen (optioneel):

- Over kwaliteitsindicatoren als keuze informatie

"Toelichting echt noodzakelijk, zowel in geval van 100% / 0% scores, alsook bij uitkomsten van zorg in relatie tot patiëntenpopulatie / comorbiditeit etc.", "De patiënt moet op basis van de juiste relevante informatie zijn keuze kunnen maken, indicatoren kunnen hiervan een onderdeel zijn maar kunnen wellicht niet altijd op de juiste wijze geïnterpreteerd worden. Dit vergt extra aandacht.", "Het is de vraag hoe vaak patiënten hier daadwerkelijk gebruik van maken. Vaak gaan ze toch naar ziekenhuis in de buurt of redelijk in de buurt.", "Voorwaarde is wel dat goed in Jip en Janneke taal uitgelegd wordt wat de indicatoruitkomst betekent.", "Ik vraag mij af wie er naar kijkt, er wordt toch vooral (in onze regio) voor een ziekenhuis gekozen omdat het ziekenhuis een goede naam heeft en omdat de huisarts er naar toe verwijst. Van alle kwaliteitsinformatie die

op de website beschikbaar is, wordt eigenlijk alleen naar de toegangstijden gekeken. Wat mij betreft ook logisch, als patiënt wil je dat in elk ziekenhuis de zorg gewoon goed op orde is.", "Kwaliteitsindicatoren van een ziekenhuis zijn geen 'harde' cijfers waaraan je kunt zien of de kwaliteit van een ziekenhuis en zorg goed is. Er hangt meer aan vast, bijvoorbeeld soort patiënten etc. Patiënten kunnen dit niet goed interpreteren.", "Een patiënt kijkt wel voor een groot deel naar kwaliteitsindicatoren maar het bepaald denk ik niet alleen de keuze waar ze naar toe gaan. Het is ook van belang waar ze al een voorgeschiedenis hebben en bekend zijn. Daarbij maakt het denk ik ook soms wat de afstand van huis tot zorginstelling is.", "Voor patiënten blijft het lastig om sommige indicatoren goed te doorgronden. Openbare data van transparantiekalender met daarbij een objectieve analyse is niet makkelijk toegankelijk voor patiënten.", "Zowel voor de patiënten als de zorgverzekeraars zijn de indicatoren een middel die aanwijst of de kwaliteit voor desbetreffende indicator in dat ziekenhuis wel of niet in orde is. En daarop kunnen er evt. acties ondernomen worden en in gesprek gaan.", "Zelf vind ik dit wel belangrijk, maar als ik kijk naar de dialysepatiënten zijn dit voornamelijk oude kwetsbare patiënten, je merkt dat hier bij hun geen prioriteit ligt. Dit komt ook terug uit de patiënten enquête."

- Over kwaliteitsindicatoren voor zorginkoop

"Zolang er openheid tot gesprek is, zonder directe handhaving zeker!", "Zorgverzekeraars kijken hier steeds meer naar, daarom wordt het steeds belangrijker dat de indicatoren zinvol zijn voor de dagelijkse praktijk en daadwerkelijk iets kunnen zeggen over de kwaliteit vd geleverde zorg.", "Toelichting op: "Ik heb de indruk....echt gebruiken als keuze informatie": Ons idee is dat in de praktijk andere factoren een belangrijkere rol spelen in de keuze voor een zorginstelling, zoals afstand, ziektebeeld en wachttijden. Toelichting zorginkoop: Volgens mij gebruiken zorgverzekeraars bijvoorbeeld volumennormen als inkoopvoorwaarde, en dat is inderdaad belangrijk om de kwaliteit te waarborgen.", "Doordat bekend is dat zorgverzekeraars deze informatie gebruiken, zit er voor ziekenhuizen een belang bij om zo goed mogelijke prestaties aan te leveren. Dit kan leiden tot het scheppen van een rooskleuriger beeld van de werkelijkheid dan dat die daadwerkelijk is. Of alle ziekenhuizen betrouwbare cijfers aanleveren, is dan ook maar de vraag. Ik ga er vanuit dat alle ziekenhuizen het naar eer en geweten invullen, maar is (voor mij) lastig te controleren.", "Kwaliteitsindicatoren van een ziekenhuis zijn geen 'harde' cijfers waaraan je kunt zien of de kwaliteit van een ziekenhuis en zorg goed is. Er hangt meer aan vast, bijvoorbeeld soort patiënten etc. Zorgverzekeraars kunnen dit niet goed interpreteren.", "Kan misschien handig zijn; ik heb hier eigenlijk geen zicht op. En de laatste paar jaar krijgen we weinig vragen over de indicatoren. Dat is in het verleden wel eens meer geweest.", "Alleen indien ze ook echt de kwaliteit van zorg weergeven.", "Voor de zorgverzekeraars zijn de kwaliteitsindicatoren zeer waardevol. Voorheen leverden de ziekenhuizen ook gegevens aan de patiëntenorganisaties en voor goede zorg kreeg je een pluim of een keurmerk voor die specifieke diagnosegroep. En daar zagen we dat deze organisaties veel benaderd werden door de patiënten. Nu wordt het via Ziekenhuischeck, ZiN of basisset IGJ gebruik van gemaakt.", "Er is meer dan alleen indicatoren nodig om goed zorg te verlenen".

- Over kwaliteitsindicatoren voor leren en verbeteren

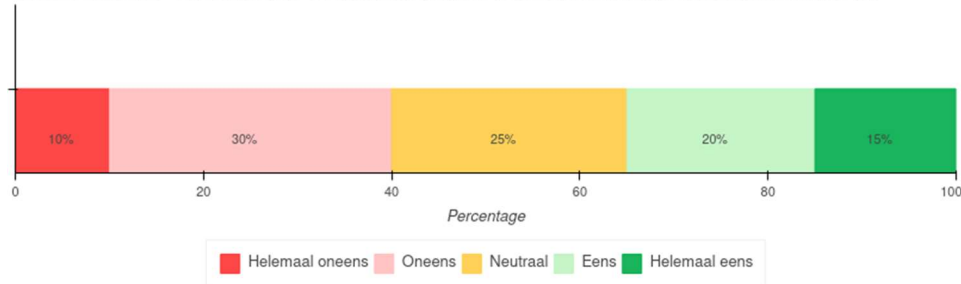
"Zeer zeker, we zijn hier als ziekenhuis constant mee bezig de data te monitoren, zowel intern middels diverse dashboards alsook middels de externe kwaliteitsregistraties en periodieke aanleveringen die hiervoor nodig zijn.", "De mogelijkheden hiervoor worden (nog) niet voldoende benut, wanneer resultaten meer actueel beschikbaar zouden zijn zouden deze bij kunnen dragen aan het continu verbeteren.", "Er is een PDCA ingeregeld, maar niet alle indicatoren zeggen evenveel over de kwaliteit vd zorg", "Dit verschilt per afdeling, afhankelijk of afdelingen de indicatoren als zinnig ervaren. Verder geven de indicatoren niet altijd concrete aanknopingspunten om te verbeteren, en is extra analyse nodig waar de zorgprofessional mogelijk geen tijd voor heeft. Over terugkoppeling kwaliteitsindicatoren: bij mij weten wordt er niks teruggekoppeld vanuit het Zorginstituut.", "Deze mogelijkheid wordt nog niet optimaal benut", "Met name daar waar we negatief afwijken wordt er naar gekeken, maar heel vaak is het moeilijk te duiden waar het aan ligt en wat je zou kunnen doen. Met name bij de lage absolute aantallen over meerdere jaren, wijk je je

percentueel snel af; maar dit is heel moeilijk te beïnvloeden. Toelichting bij volgende vraag over tijdige terugkoppeling: terugkoppeling van wie aan wie? Ik begrijp de vraag niet. Wat wil je weten? Indicatoren uit kwaliteitsregistraties zijn veelal het hele jaar inzichtelijk afhankelijk hoe consequent de registratie wordt bijgehouden. Cijfers die we zelf uit ons EPD halen, doen we na afloop van het verslagjaar. Wanneer ik bij het jaarlijks aanpassen van de query's zie dat cijfers erg afwijken neem ik gedurende het jaar al contact op om te vragen wat er aan de hand is. We zijn bezig om deze indicatoren in te rechten in ons dashboard, zodat we ze beter gedurende het jaar kunnen volgen. De vele wijzigingen en onduidelijkheden in de indicatoren en personeelsgebrek bij de BI-afdeling bemoeilijken dit. Benchmarkcijfers worden aan de specialismen teruggekoppeld zodra deze bekend zijn en de afwijkingen worden door de adviseurs kwaliteit met de specialismen besproken."

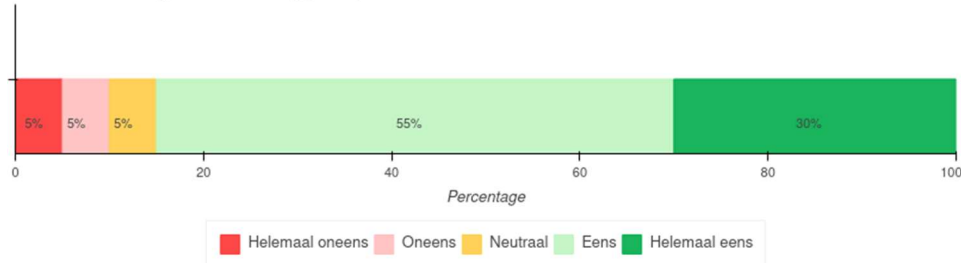
## Opbrengsten – verpleegkundige

Vragen en (optioneel) verstrekte toelichtingen over de beleefde opbrengsten.

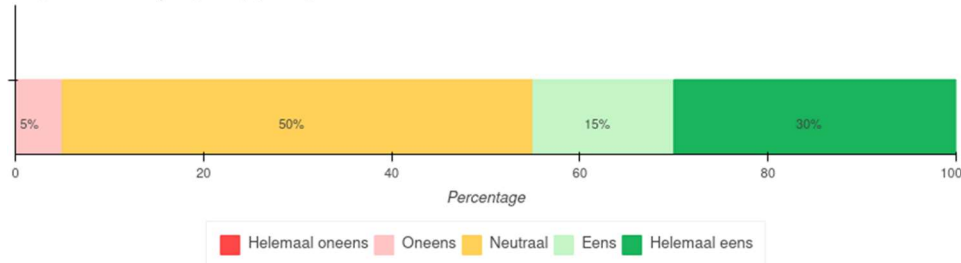
Beleefde opbrengst - Verpleegkundige - De kwaliteitsindicatoren geven mij inzicht in mijn eigen functioneren (N = 20)



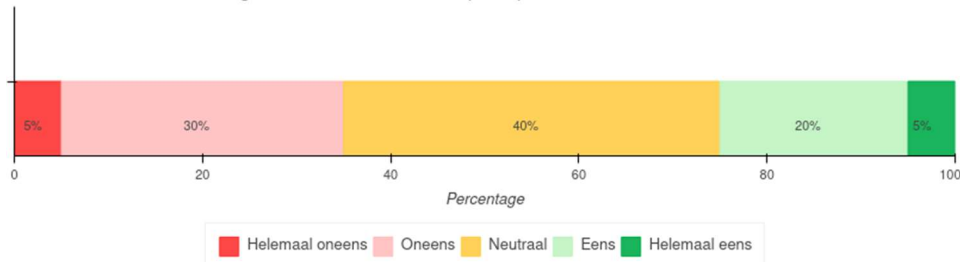
Beleefde opbrengst - Verpleegkundige - De kwaliteitsindicatoren worden door mijn instelling gebruikt voor kwaliteitsverbetering en benchmarking (N = 20)



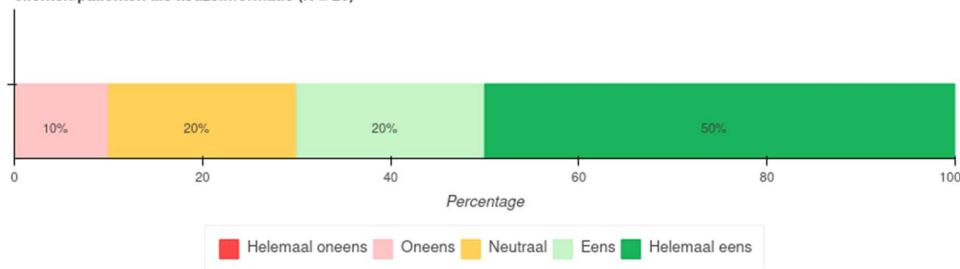
Beleefde opbrengst - Verpleegkundige - Ik ben van mening dat kwaliteitsindicatoren waardevol zijn voor zorgverzekeraars bij zorginkoop (N = 20)



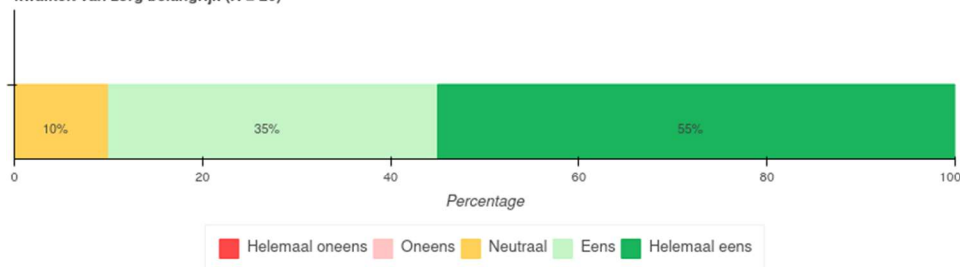
Beleefde opbrengst - Verpleegkundige - Ik heb de indruk dat cliënten/patiënten de informatie die wordt ontsloten met kwaliteitsindicatoren ook echt gebruiken als keuzeinformatie (N = 20)



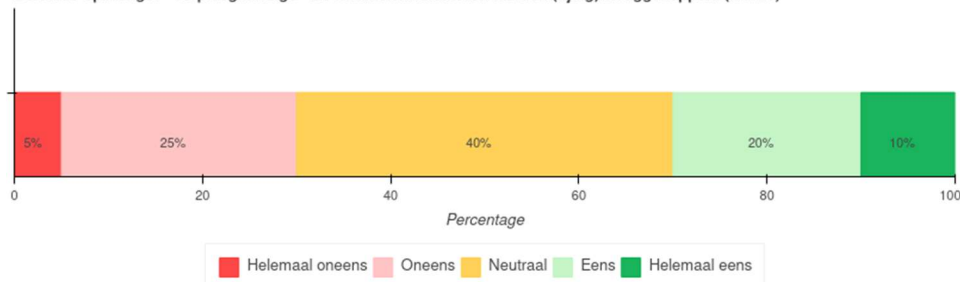
Beleefde opbrengst - Verpleegkundige - Ik ben van mening dat kwaliteitsindicatoren waardevol zijn voor cliënten/patiënten als keuzeinformatie (N = 20)



Beleefde opbrengst - Verpleegkundige - Ik vind transparantie - het beschikbaar stellen van informatie over de kwaliteit van zorg belangrijk (N = 20)



Beleefde opbrengst - Verpleegkundige - De kwaliteitsindicatoren worden (tijdig) teruggekoppeld (N = 20)



#### Verstreckte toelichtingen (optioneel):

- Over kwaliteitsindicatoren als keuze informatie

"Ik werk met longoncologie patiënten en door de samenwerking met andere ziekenhuizen in een netwerk, krijgt elke patiënt de zelfde behandelmogelijkheden. Ik merk dat patiënten graag dicht bij huis de zorg willen ontvangen en door de samenwerking kun je de juiste behandelmogelijkheid direct aan de patiënt voorleggen. Zonder dat hij eerst moet gaan zoeken waar wordt de beste zorg gegeven", "De uitkomsten van kwaliteitsindicatoren, worden vooral waardevol indien ze met de juiste toelichting aan patiënt worden gegeven. Zo zit er op meerdere punten verschil tussen bijv. een UMC of een perifeer ZH. ik ben van mening dat het nu teveel een cijfer is die (onterecht met elkaar wordt vergeleken).", "Soms is het voor een patiënt makkelijker kiezen als transparant gewerkt wordt en bekend is wie waar werkt en data bekend zijn over bv een specifieke arts of

polikliniek.", "Ik ben het hier deels mee oneens. De kwaliteitsindicatoren vertellen maar een gedeelte van het verhaal. deze moeten in de goede context geplaatst worden. dat is voor een leek te moeilijk. Bv kan een groot ziekenhuis een bepaalde operatie vaker doen en misschien ook wel bij patiënten die een ander (kleiner of minder goed uitgerust) ziekenhuis minder vaak. het percentage complicaties zegt dan niet veel omdat je niet echt kunt vergelijken. Vaak zijn de percentages gebaseerd op de afgelopen 1-3 jaar. ook dit zegt eigenlijk weinig over de kwaliteit.", "Er is een bepaalde groep patiënten die de kwaliteitsindicatoren gebruiken als keuze informatie, maar deze groep is maar beperkt. daarnaast geven de kwaliteitsindicatoren maar een beperkt deel van de kwaliteit van zorg weer, want juist de kwalitatieve informatie is voor patiënten heel belangrijk.", "Ik denk dat de doorsnee patiënt niet eens weet dat de transparantiekalender bestaat. De doorsnee chirurg en verpleegkundige weet het ook niet."

- Over kwaliteitsindicatoren voor zorginkoop

"Mits er de juiste gegevens bevraagd worden en deze niet multi interpretabel zijn. Momenteel zijn de indicatoren geen afspiegeling van de zorg die geleverd wordt.", "de uitkomsten van kwaliteitsindicatoren, worden vooral waardevol indien ze met de juiste toelichting aan de zorgverzekeraars worden gegeven. Zo zit er op meerdere punten verschil tussen bijv. een UMC of een perifeer ZH. ik ben van mening dat het nu teveel een cijfer is die (onterecht met elkaar wordt vergeleken). zorg is geen cijfer. het is ook erg belangrijk wat de onderbouwing / achterliggende gedachte is", "ook hier deels oneens. context is belangrijk!! dit merken wij zelf al als we de cijfers gaan analyseren en wij zitten erin! ook zorgverzekeraars gaan dan belangrijke beslissingen nemen op basis van beperkte info", "Ik ben van mening dat zorgverzekeraars op basis van kwaliteitsindicatoren kritische vragen mogen stellen aan een instelling. Maar ze mogen hun zorginkoop niet baseren of zelfs af laten hangen van de indicatoren.", "Ik heb het idee dat verzekeraars teveel invloed hebben op de zorg en de indicatoren, waardoor een scheef beeld staat over wat belangrijk is voor de kwaliteit."

- Over kwaliteitsindicatoren voor leren en verbeteren

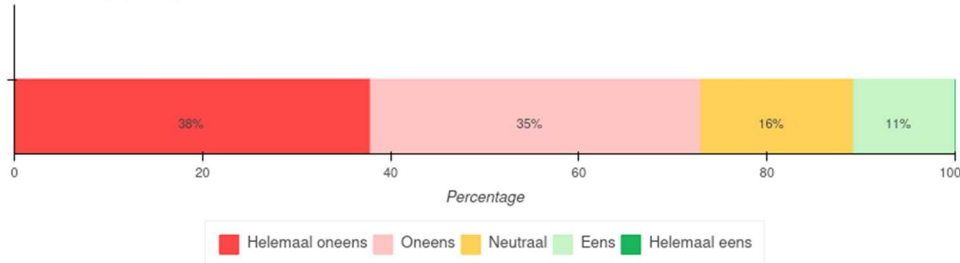
"Nog niet, is wel de bedoeling, we starten dit jaar met DPARD", "Onze uitkomsten worden vergeleken met andere centra. Echter wordt er vervolgens ook gekeken naar mogelijke verklaringen van deze cijfers en daarmee gezocht naar mogelijkheden om te verbeteren / veranderen.", "jaarlijkse analyse cijfers en op basis van bijzonderheden dossieronderzoek en literatuur onderzoek waarop we voorlichten en verbeteringen invoeren", "We gebruiken de indicatoren zeker voor kwaliteitsverbetering en benchmarking, omdat het goed een goed inzicht geeft waar verbeter potentieel ligt.", "We hebben nog nooit een terugkoppeling gehad waar we wat mee kunnen."



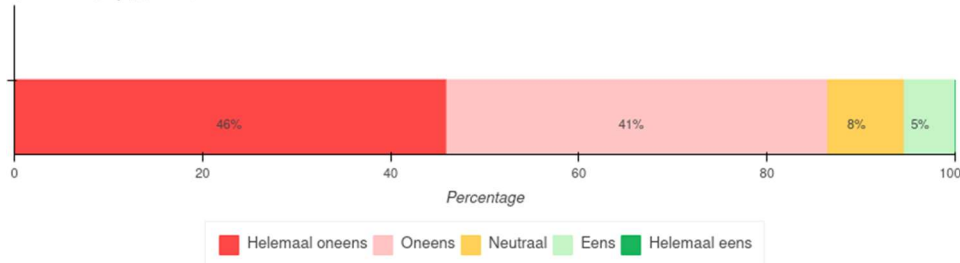
## Lasten – medisch specialist

Vragen en (optioneel) verstrekte toelichtingen over de beleefde lasten.

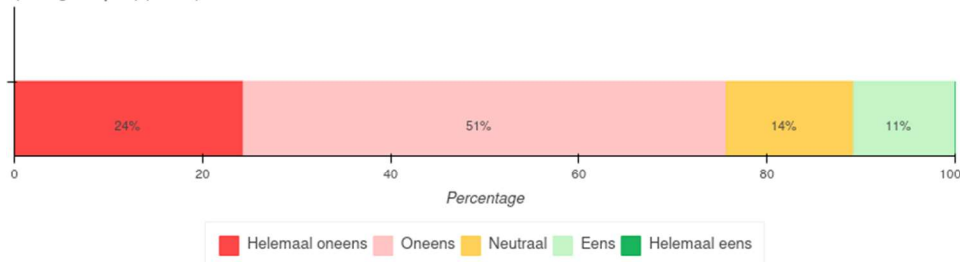
Beleefde lasten - Medisch Specialist - Voor het registreren en controleren van de benodigde kwaliteitsgegevens heb ik voldoende tijd (N = 37)



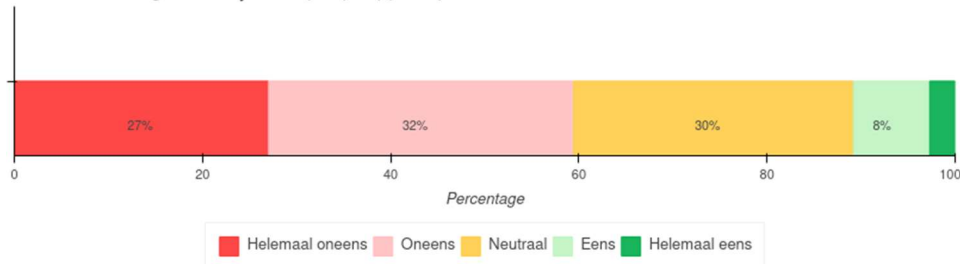
Beleefde lasten - Medisch Specialist - Het registreren en controleren van de benodigde kwaliteitsgegevens gaat snel (kost weinig tijd) (N = 37)



Beleefde lasten - Medisch Specialist - Het registreren en controleren van de benodigde kwaliteitsgegevens is eenvoudig (weinig complex) (N = 37)



Beleefde lasten - Medisch Specialist - Het registreren van de benodigde kwaliteitsgegevens wordt in mijn instelling ondersteund door goede ICT systemen (EPD, etc.) (N = 37)



### Verstreekte toelichtingen (optioneel):

- Over voldoende tijd

"Voldoende tijd is in te richten maar gaat meer over of je de tijd en menskracht niet beter had kunnen inzetten. Data zouden automatisch betrouwbaar en objectief moeten worden verzameld. Dan zijn ze zinvol voor benchmarking", "Hier is geen officiële tijd voor; gebeurt grotendeels in eigen tijd. De artsen en arts-assistenten doen dit tijdens de patiëntenzorg op de Spoedeisende Hulp en na afloop van hun diensten. Dit vergroot duidelijk de administratielast. Het is geen taak

die overgenomen kan worden door ondersteunend personeel ( tenzij er 24/7 een medical scribe meeloopt op de SEH). Dit betreft invullen NIHSS en registratie van tijden. Controle en alsnog invullen in dossier gebeurt vrijwel dagelijks na het ochtendrapport door mijzelf of de trial coördinator (in wiens takenpakket het ook niet thuishoort).", "Het gaat erbij. Ik moet ruim 450 patiënten doorploegen van vele collega's die niet alles invullen.....", "Directe patiëntenzorg neemt bijna alle tijd in beslag", "Er gebeurt op dit moment een handmatige registratie door IKNL medewerkers. Het zou enorm schelen als dit geautomatiseerd kan worden. De controle op deze registratie is veel werk, want er zitten regelmatig foutjes in de registratie. Verder wordt er gewerkt met registratiejaar okt-okt, terwijl we voor jaarverslag ziekenhuis van jan-jan moeten registreren. Daarnaast hebben er al verschillende keren fouten gezeten in de berekeningen van de indicatoren, en is daar wat mij betreft te weinig transparantie in.", "Er wordt in mijn programma helemaal geen tijd vrijgemaakt hiervoor, ziekenhuis betaald niets, alle vergaderingen van NHR en registratiecommissie is eigen tijd", "Vaak op laatste moment verzoek aan professionals om ook even mee te kijken en akkoord te geven.", "Er is onvoldoende/geen ondersteuning waardoor ik als medisch specialist samen met een verpleegkundig specialist alle data invul. Ik maak er tijd voor omdat ik het belangrijk vind maar daardoor moet ik andere taken uitstellen/niet doen. Vooral de maanden januari t/m medio maart kost dit me bijna een dag per week. En voor de verpleegkundig specialist geldt hetzelfde. De patiënten die tot 31-12 gezien zijn als nieuwe patiënt moeten allemaal worden ingevuld. Terwijl behandelingen dan soms pas net gestart zijn. Behandelingen (veelal langdurig of combinaties) kunnen dan ook niet volledig geregistreerd worden en de toxiciteit wordt daardoor ook onder gerapporteerd. Dit zou een belangrijke uitkomstindicator kunnen zijn maar hij is onvolledig en heel erg veel werk om bijwerkingen/graad 3 of hoger toxiciteit te vinden.", "Geen tijd voor vrij gepland."

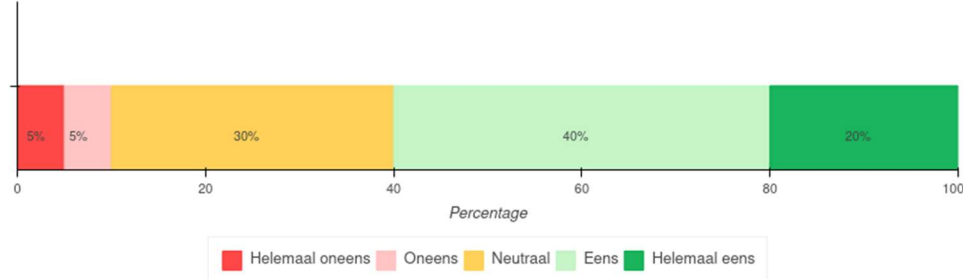
- Over hulp van verpleegkundig en ondersteunend personeel

"Er zijn regelmatig casemanagers druk doende met deze registraties en dat is zonde", "Afnemen van de mRS na 3 maanden valt onder de CVA Nazorg en gebeurt tijdens reguliere controle door physician assistant of verpleegkundig specialist. Dit neemt dus geen extra tijd in beslag. Vervolgens verzamelt en registreert een secretaresse de data. Nadien volgt controle en verwerking door de CVA ketenzorg coördinator en afdeling kwaliteit. Eindcontrole door mijzelf, CVA ketenzorg coördinator en afdeling kwaliteit.", "Al het invoerwerk wordt door ondersteunend personeel gedaan. ik heb geen tijd/behoefte om dat te controleren (zie ik ook geen noodzaak toe)", "Tja hulp is duur en het kost zeer veel tijd mensen in te werken.", "Het scheelt als degene die de registratie invult al jaren is ingewerkt,", "IKNL medewerkers doen de registratie. Ik controleer alleen, en doe dit samen met onze beleidsadviseur kwaliteit en veiligheid. Per jaar zijn wij samen met deze controle zo'n 2-3 werkdagen bezig (in vrije tijd)", "Veel wordt geregistreerd door verpleegkundige, moeten wel alle afwijkingen nalopen", "Goede samenwerking met een vaste datamanager gedurende jaren scheelt een hoop", "Eerder was er een student maar ik controleerde alles en vulde alle open eindjes aan. Op het moment is er geen student als ondersteuning en doe ik alles zelf (DLCA-L door mij, DLCA-S door verpleegkundig specialist)".

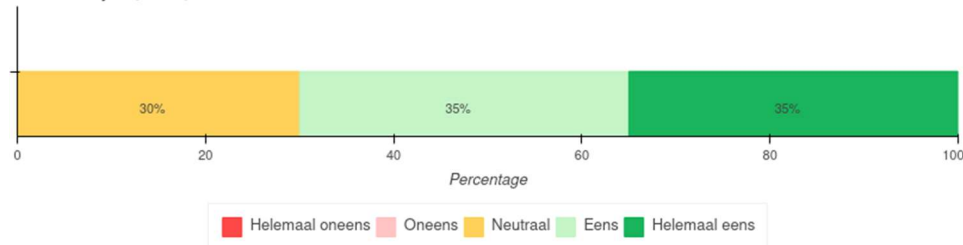
## Lasten – kwaliteitsfunctionaris

Vragen en (optioneel) verstrekte toelichtingen over de beleefde lasten.

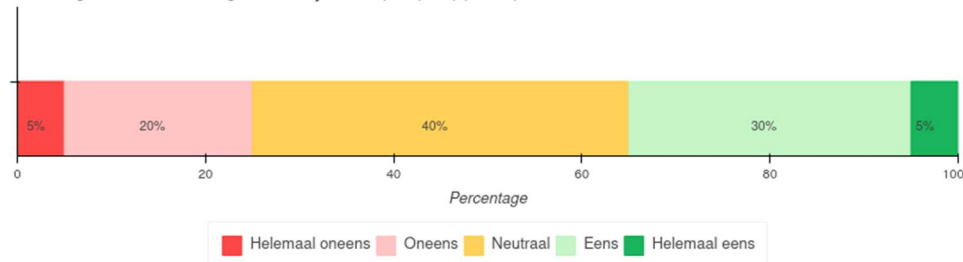
Beleefde lasten - Kwaliteitsfunctionaris - De samenwerking met de gegevensmakelaar verloopt goed (N = 20)



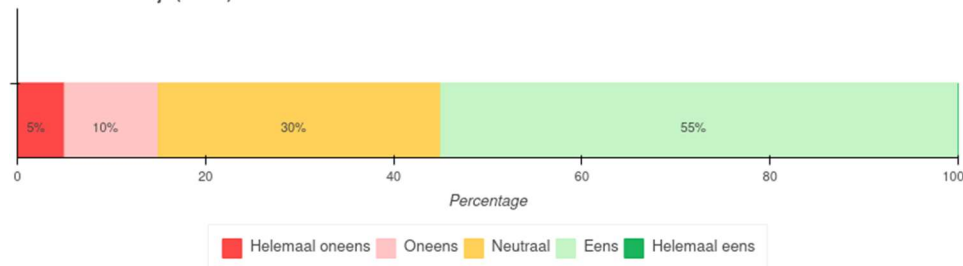
Beleefde lasten - Kwaliteitsfunctionaris - Aanleveren van gegevens via OmniQ van DHD of het web-portal van DESAN maakt het proces van invullen en accorderen van kwaliteitsindicatoren eenvoudiger en overzichtelijker (N = 20)



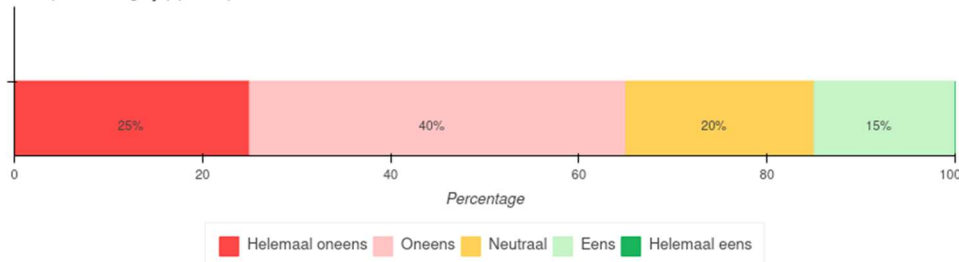
Beleefde lasten - Kwaliteitsfunctionaris - Het verzamelen, bewerken en aanleveren van kwaliteitsgegevens wordt in mijn instelling ondersteund door goede ICT systemen (EPD, etc.) (N = 20)



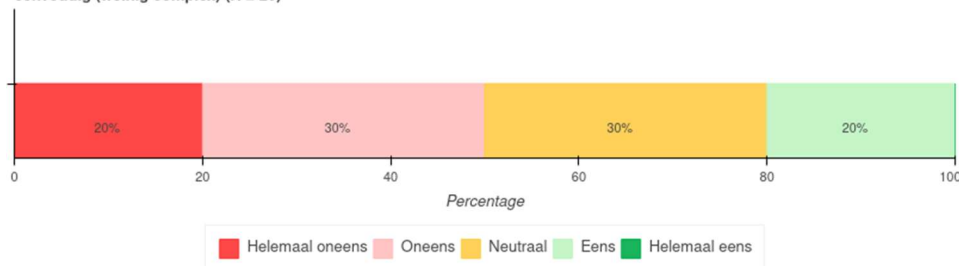
Beleefde lasten - Kwaliteitsfunctionaris - Voor het verzamelen, bewerken en aanleveren van de benodigde kwaliteitsgegevens heb ik voldoende tijd (N = 20)



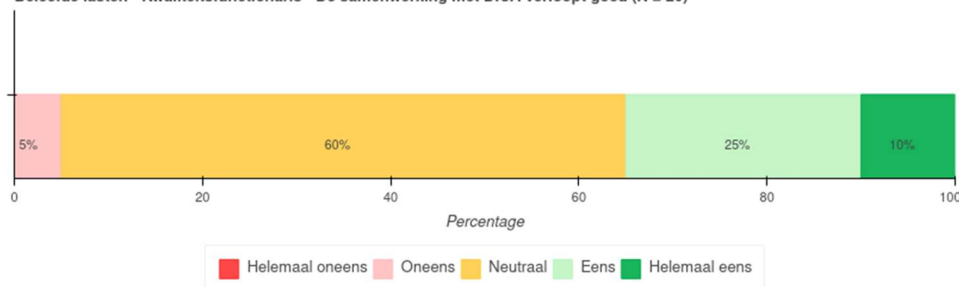
Beleefde lasten - Kwaliteitsfunctionaris - Het verzamelen, bewerken en aanleveren van de benodigde kwaliteitsgegevens gaat snel (kost weinig tijd) (N = 20)



Beleefde lasten - Kwaliteitsfunctionaris - Het verzamelen, bewerken en aanleveren van de benodigde kwaliteitsgegevens is eenvoudig (weinig complex) (N = 20)



Beleefde lasten - Kwaliteitsfunctionaris - De samenwerking met DICA verloopt goed (N = 20)



## Verstreckte toelichtingen (optioneel):

- Over voldoende tijd

"Er valt nog een hoop te winnen op het gebied van automatisering. ", "Dat is mijn baan", "Ik maak hier tijd voor, dus er is wel voldoende tijd. Zelf vind ik het vervelend dat je altijd laat op de hoogte gesteld wordt. Het moment waarop de gegevens teruggemaid moeten worden is altijd vrij snel waardoor het bijna ad-hoc werk wordt.", "Over het algemeen krijg ik voldoende tijd van mijn werkgever om dit werk te doen. Aangezien er steeds meer gevraagd wordt van ziekenhuizen, moeten we af en toe wel keuzen maken hoe veel tijd ik in sommige zaken steek.", "Ik maak er uiteraard tijd voor, maar je hebt geen keuze", "In onze organisatie zijn de aanleveringen en organiseren daarvan goed geregeld waardoor we niet enorm veel last van hebben.", "Indien alles klopt wel, indien het niet klopt, neem ik contact op met het transplantatiecentrum en dan is het nog maar de vraag of ze het gaan aanpassen bij Renine, waardoor er een scheef beeld ontstaat t.a.v. voor welk centrum de patiënt geregistreerd moet worden", "dica registratie is helemaal een ellende en kost veel handwerk om het geautomatiseerd te krijgen en uiteindelijk lukt dat toch niet helemaal. Ik heb niet het idee dat beroepsverenigingen weten welk werk ze uitzetten. Deze tijd kan veel beter benut worden door echt naar het zorgproces te kijken en de patiënt te betrekken."

- Over hulp van ondersteunend personeel

"Binnen de organisatie zijn afspraken over dit werkproces", "Ik coördineer alles en doe ook veel werkzaamheden (eenvoudig maar ook ingewikkeld) zelf, maar ik krijg ook wel hulp van beleidsmedewerkers en mijn collega kwaliteitsfunctionarissen en van BI voor de cijfers uit het EPD."

"Wij doen alles in een, zoals organiseren, checken naar veranderingen, in overzichten zetten, gegevens verzamelen, valideren, gesprekken voeren met de medici en overige, gesprek met RvB over totale pakket, aanleveren, verbeterinitiatieven formuleren en bespreken met de directie en medici, monitoren."

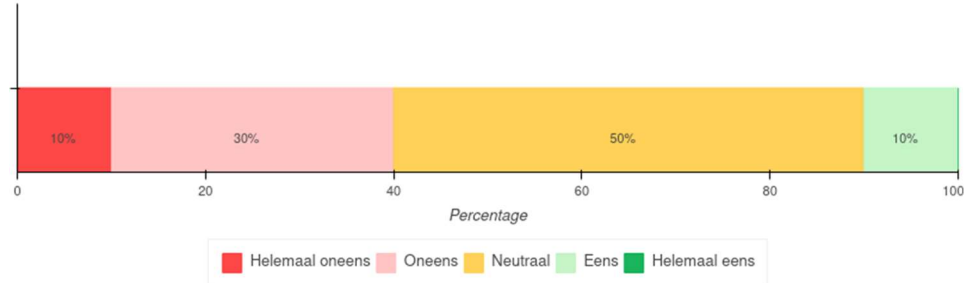
- Over de samenwerking met DHD, DICA, DESAN

"Als met de gegevensmakelaar DHD wordt bedoeld, dan heb ik de vraag correct ingevuld. Zibs: deze zijn erg kostbaar om mee te werken en kunnen lastig uitgewisseld worden door de verschillende EPIC ziekenhuizen. Hier dient een enorme verbeterslag in gemaakt te worden.", "Verbetering samenwerking DICA: validatie van gegevens zou sneller kunnen. Daarbij worden de definitieve cijfers pas vrij laat bekend.", "Ik heb bij DICA niet het idee dat ze begrijpen hoe het grote geheel van de indicatoren aanlevering werkt. Ze bekijken alles alleen vanuit hun DICA-perspectief. Ook de benamingen die ze gebruiken tonen grote overeenkomsten met benamingen van het Zorginstituut, wat vaak tot verwarring leidt.", "DICA: samen met MRDM -> het gaat al beter dan voorgaande jaren, maar ik blijf mij verbazen dat er ver in het aanleveren van gegevens over het voorgaande verslagjaar er nog wijzigingen aan formules moeten plaatsvinden (tot in maart)", "Zowel DHD (ZiN) als DICA hanteren bij sommige indicatoren een ander definitie waardoor we andere cijfers zien in Omniq. Duidelijke afspraken maken hierover."

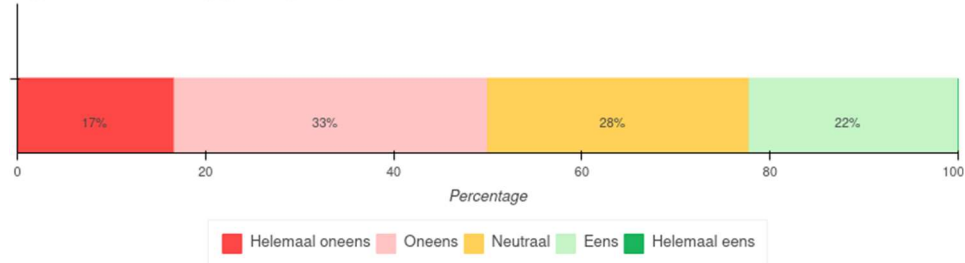
## Lasten – verpleegkundige

Vragen en (optioneel) verstrekte toelichtingen over de beleefde lasten.

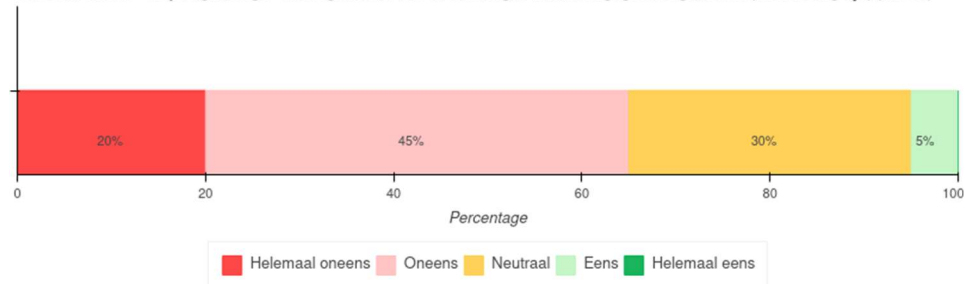
Beleefde lasten - Verpleegkundige - Voor het registreren van de benodigde kwaliteitsgegevens heb ik voldoende tijd (N = 20)



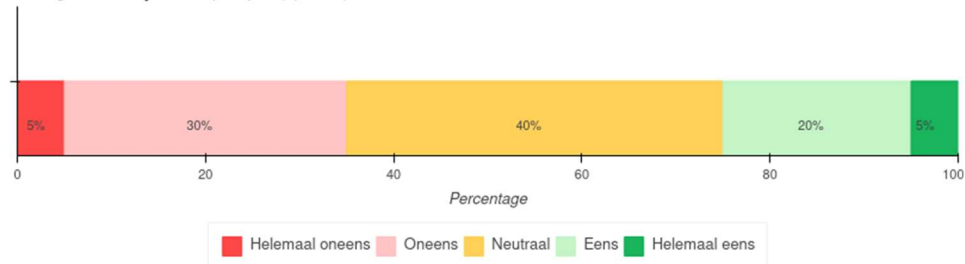
Beleefde lasten - Verpleegkundige - Wat vindt u van de tijd die van u in een kalenderjaar wordt gevraagd voor het registreren van kwaliteitsgegevens? (N = 18)



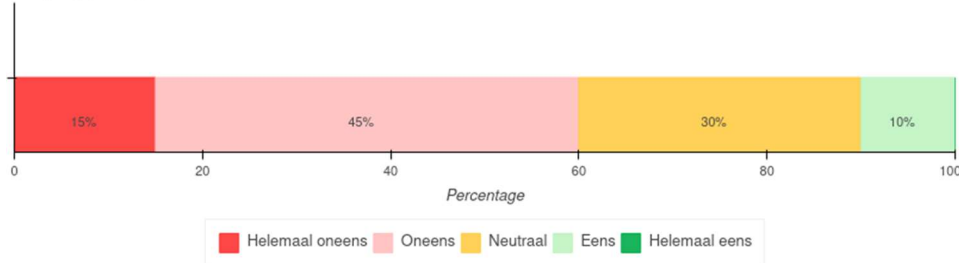
Beleefde lasten - Verpleegkundige - Het registreren van de benodigde kwaliteitsgegevens gaat snel (kost weinig tijd) (N = 20)



Beleefde lasten - Verpleegkundige - Het registreren van kwaliteitsgegevens wordt in mijn instelling ondersteund door goede ICT systemen (EPD, etc.) (N = 20)



Beleefde lasten - Verpleegkundige - Het registreren van de benodigde kwaliteitsgegevens is eenvoudig (weinig complex) (N = 20)



#### Verstreckte toelichtingen (optioneel):

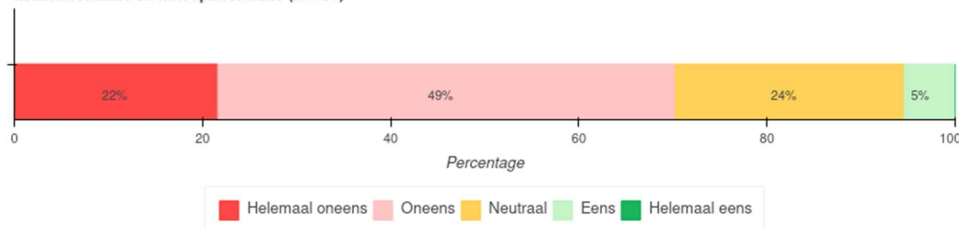
- Over voldoende tijd

"Heel erg tijdgebonden. In sommige periodes is het heel druk en is het extra belastend, in sommige periodes is het minder druk en kan het prima erbij gedaan worden.", "Kwaliteitsgegevens die vanuit uitkomstgerichte zorg gevraagd gaan worden zijn tijdrovend als dat niet goed in een EPD ingebouwd wordt.", "Wij worden onvoldoende meegenomen in de besluitvorming over de kwaliteitsindicatoren. Het zegt mij helemaal NIETS over mijn functioneren; want ons team geeft kwaliteit van zorg maar met ONVOLDOENDE personeel.", "Net te weinig tijd omdat ik als verpleegkundig specialist veel taken heb. Echter vind ik het van toegevoegde waarde dit zelf te doen ipv het overdragen aan een registratie medewerker. Vanwege mijn kennis kan ik beter signaleren en vanuit daar verbeteren", "Door niet met elkaar communicerende systemen worden veel indicatoren dubbel geregistreerd. Daarnaast moet momenteel alles vastgelegd worden, waardoor er minder tijd over blijft voor de zorg aan de patiënt. Er is geen aparte 'invoertijd' het moet allemaal naast/tijdens je eigenlijke werk, en dat maakt dat het spanning geeft met de tijd voor de patiënt.", "Voor eentje wel, voor een andere niet.", "Er is geen extra tijd ingepland, alle taken vallen binnen regulier werk."

#### Proportionaliteit – medisch specialisten

Vragen en (optioneel) verstreckte toelichtingen over de beleefde lasten.

Proportionaliteit - Medisch Specialist - De kwaliteitsindicatoren treffen een goede balans tussen de tijd die het kost om de benodigde gegevens te registreren, verzamelen, bewerken, controleren en aan te leveren en wat het oplevert aan transparante verbeterinformatie, keuzeinformatie en inkoopinformatie (N = 37)



#### Verstreckte toelichtingen (optioneel):

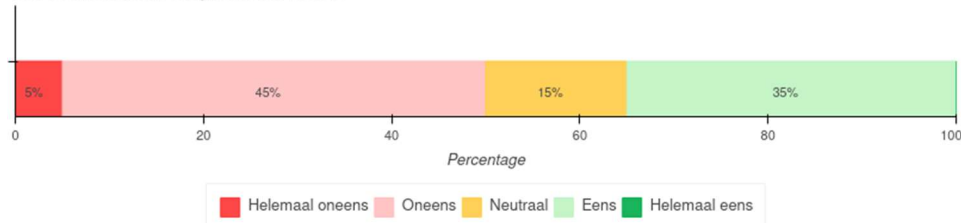
- "Nee, uitvraag multi-interpretabel, moeilijk uit systemen, veel werkracht nodig voor aanlevering en grote consequenties, ook groeiend mbt zorginkoop daarbij minder inzet in de dingen waar het om gaat: doelmatigheid en goede uitkomst en goede zorg", "Vooral een verplichting. ik geloof niet in de differentiatie op kwaliteit van cataract OKs, belangrijk zijn of pre-op PROMS zijn meegenomen in de besluitvorming om tot behandeling over te gaan.", "Overwegend (veel) tijdsinvestering, terwijl de baten in veel gevallen minder duidelijk zijn.", "Van alle zorgindicatoren die we jaarlijks aanleveren wordt alleen diabeteszorg gebruikt voor evaluatie werkzaamheden, weinig terugkoppeling.", "Hopelijk wordt met HIX 6.3 de verzameling van data verder geautomatiseerd."

"Ik vind het erg belangrijk om kwaliteitsindicatoren te registreren, maar het probleem zit in er is geen landelijke uniformering over data registratie: verschillende ziekenhuissystemen, verschillende manieren om data bij te houden, er wordt niet geregistreerd aan de bron, data zijn niet automatisch uit zorgsysteem (Hix) te halen, data zijn erg persoon/instelling afhankelijk", "Kost meer dan het oplevert", "Moet alleen worden gebruikt voor verbeterinformatie en er moet veel meer geld worden besteed aan de verbetertrajecten.", "Neurologie cva nu goed te doen. Dreigende ms niet. Andere vakgroepen veel klachten", "Dit zou eenvoudiger moeten kunnen vanuit de standaard registratie en zonder extra inspanning van een medisch specialist.", "Ik vind de indicatoren erg belangrijk maar de moeite die het kost om ze te verzamelen is groot. Ik denk dat het belangrijk is om te kijken hoe in de toekomst het onttrekken van gegevens uit de EPDs of ZIS kan helpen om de registratielast bij ziekenhuizen weg te nemen en meer tijd te hebben om te monitoren op kwaliteit en leren/verbeteren. Ik kan me voorstellen dat volumes een rol kunnen spelen in keuzes die gemaakt worden maar ik denk dat structuur en uitkomstindicatoren mogelijk meer zeggen over kwaliteit maar dan is zorgvuldig en eenduidig invullen door alle centra erg belangrijk als hierop keuzes gemaakt zouden worden. Belangrijk lijkt mij ook om een indruk te hebben wat een ziekenhuis ermee doet om zo nodig verder te verbeteren.", "Zo lang data niet automatisch vanuit het EPD worden gekoppeld, kost het teveel tijd. Het gaat een stuk sneller om alleen de re-operaties en complicaties zelf uit EPD te destilleren."

## Proportionaliteit – kwaliteitsfunctionaris

Vragen en (optioneel) verstrekte toelichtingen over de beleefde lasten.

Proportionaliteit - Kwaliteitsfunctionaris - De kwaliteitsindicatoren treffen een goede balans tussen de tijd die het kost om de benodigde gegevens te registreren, verzamelen, bewerken, controleren en aan te leveren en wat het oplevert aan transparante verbeterinformatie, keuzeinformatie en inkoopinformatie (N = 20)



### Verstrekte toelichtingen (optioneel):

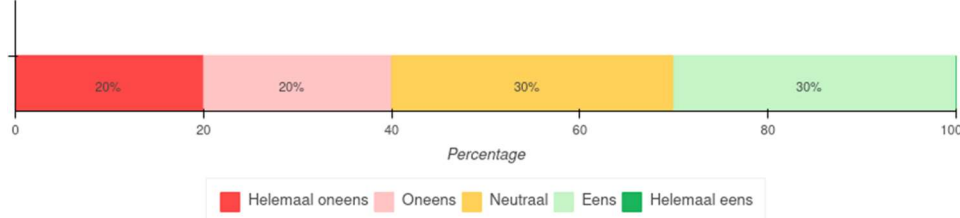
- "Registratie en aanlevering dient minder tijd te kosten, meer tijd gewenst voor verbetering echt op kwaliteit van zorg met periodiek inzicht. Hele goede resultaten zijn er wel ook al", "Vooral door de zorgprofessional belast met het registreren van gegevens worden indicatoren als last ervaren, waardoor vaak met een deadline in zicht nog allerlei activiteiten ondernomen moeten worden om aan de aanleververplichting te voldoen. In mijn beleving zou verbeterinformatie continu actueel beschikbaar moeten zijn, verbeteren zou dan ook een continu proces zijn.", "De kosten zijn evident, maar de baten zijn soms twijfelachtig (...).", "Tot op heden is de informatie die wij met deze indicatoren ophalen vooral voor andere partijen nuttig. Wij doen er binnen ons ziekenhuis vooralsnog te weinig mee.", "Het zou fijn zijn als duidelijker wordt wat er allemaal met deze cijfers gebeurt.", "Ik vind de belasting en opbrengst nog niet in balans. Dat kan echt nog beter. Echter zolang het EPD niet voldoende is aangepast op de kwaliteitsregistraties en de overige gevraagde indicatoren (zie ook rapport Hugo Keuzenkamp), zal dit niet verbeteren.", "Indien het ziekenhuis zijn hele proces rond indicatoren goed heeft geregeld, dan kun je veel doen met deze gegevens."



### Proportionaliteit – verpleegkundige

Vragen en (optioneel) verstrekte toelichtingen over de beleefde lasten.

Proportionaliteit - Verpleegkundige - De kwaliteitsindicatoren treffen een goede balans tussen de tijd die het kost om de benodigde gegevens te registreren, verzamelen, bewerken, controleren en aan te leveren en wat het oplevert aan transparante verbeterinformatie, keuzeinformatie en inkoopinformatie (N = 20)



#### Verstrekte toelichtingen (optioneel):

- "Er worden nu gegevens verzameld omdat dit verplicht is. Omdat ze multi interpreteerbaar zijn en geen afspiegeling van de zorg doen we niets met de resultaten.", "Wat betreft inzicht krijgen in doorloop tijden van start diagnose en start behandeling is dit een goede balans mbt keuze informatie en inkoopinformatie daar heb ik geen zicht op", "Het blijft een log proces. er gaat weinig automatisch, mede vanwege (soms tegenstrijdige) regels. Er is veel handwerk noodzakelijk, en letterlijk overtypen van data wat de kans op fouten vergroot. Tevens regelmatig interne controles op eigen data.", "De benodigde gegevens kosten veel tijd om in te voeren. Ik heb nul inzicht in wat het mij kan opleveren aan verbeterinformatie, keuze info en inkoop info.", "(...) er wordt teveel opgevaard zonder context", "Op de werkvloer zou meer duidelijk moeten zijn voor welke doeleinden welke gegevens worden verzameld en bredere ondersteuning door automatisch verkrijgen van bepaalde gegevens, het - waar mogelijk in te laten vullen door de patiënt - en andere innovatieve oplossingen kunnen bijdragen. Hopelijk helpt het RAAT & DAAD convenant hierbij."

### Impact Covid-19

Vragen en (optioneel) verstrekte toelichtingen over de impact van Covid-19.

Welke impact heeft de Covid-19 crisis in uw zorginstelling gehad op het registreren van kwaliteitsindicatoren t.b.v. de Transparantiekalender? (Open vraag)

#### Verstrekte toelichtingen (optioneel):

- Geen impact (meerderheid)

"De registratie is niet gewijzigd.", "Geen invloed", "Heeft geen impact gehad. Wij zijn doorgedaan met registreren en opereren", "Geen", "Ik merk geen verschil", "Ik denk niet heel veel invloed", "Alle gevraagde indicatoren zijn geregistreerd en aangeleverd.", "Enige impact was dat we niet live gesprekken konden voeren met de betrokkenen, maar dit is ook wel opgelost met de digitale meetings.", "Wat betreft de gegevens die ik invoer is er geen verschil geweest. de aangepaste vorm van patiënten contact heeft hier geen invloed op gehad", "Niets", "Geen, naar mijn mening.", "Geen verschil.", "Geen. Minder te registreren door lager volume aan behandelingen.", "Geen relevante / blijvende", "De oncologische zorg is grotendeels doorgedaan ondanks covid.", "Geen impact.", "Geen verandering voor ons voor wat betreft DHFA.", "Alles is aangeleverd", "De oncologische zorg is gewoon doorgedaan.", "Wij hebben hierin geen aanpassingen gemaakt.", "Geen".
- Beperkte impact (minderheid)

"Op registratie sec niet teveel impact, wel op controle / tijdgebrek / analyse mogelijkheid / afstemming van data en daadwerkelijke kwaliteitsverbetering.", "Registratie is uitgevoerd, er zijn geen aanpassingen gedaan. Wel is een PROM om die reden niet uitgevoerd.", "De data extractie is doorgedaan, mn de controles zijn op achtergrond

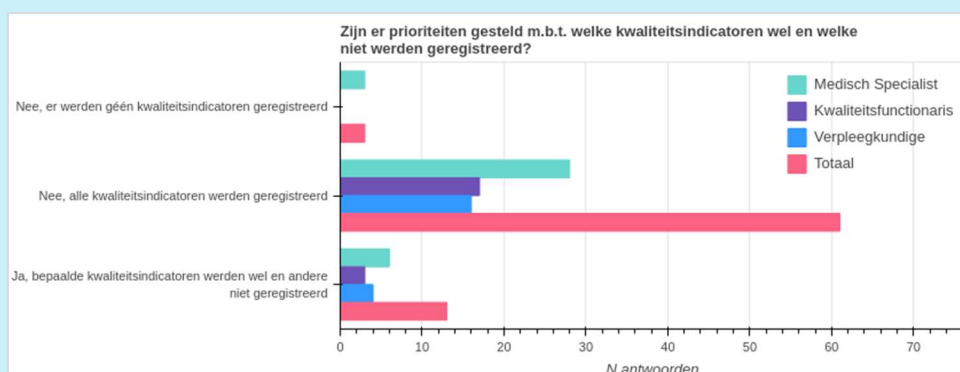
geraakt", "Nacontrole (mRS) is vaker via telefonische consulten uitgevoerd.", "Weinig", "Niet zozeer op het registreren van kwaliteitsindicatoren, maar wel op de indicator uitkomsten. Bijvoorbeeld: indicator stressincontinentie van de vrouw, vraagt naar de zorgtype 11 patiënten, maar als gevolg van uitstel van behandeling zijn dit veelal zorgtype 21 patiënten, die niet in de berekening meegenomen moeten worden.", "C-19 crisis was niet van toepassing op de indicatoren, wel is zichtbaar dat er minder transplantaties zijn uitgevoerd en er minder patiënten in dialyse (MST) zijn gekomen.", "We registreren niet specifiek kwaliteitsindicatoren. We registreren verrichtingen ed. (ook voor de financiering) en we registreren in kwaliteitsregistraties en daar worden de indicatoren weer uit gehaald. Effect Covid-19 is duidelijk te zien in sommige uitkomsten van indicatoren, bv. minder verrichtingen van niet noodzakelijke zorg. Kwaliteitsregistraties zijn wel ingevuld, zij het soms met een inhaalslag (uitkomsten waren dus niet gedurende het jaar inzichtelijk).", "Wij hebben veel met patiënten gebeld of een beeldbel afspraak gehad. Er is een zekere mate van hoeveelheid patiënten buiten beeld gevallen. Daardoor konden bepaalde indicatoren als bloeddruk, voeten controle e.d. niet geregistreerd worden. Minder HbA1c(bloedbeeld) bepalingen", "Veel meer TC's gedaan, maar ik geloof niet dat dat veel invloed gehad heeft op het registreren van kwaliteitsindicatoren.", "Traumazorg is voor 98% doorgegaan. Minder personeel op afdeling / SEH / OK. Do the math."

- Geen impact (uitzondering)

"COVID-19 heeft impact gehad op de data, daar is toelichting op gegeven maar dit zie je niet terug in de presentatie van de data.", "Ze hebben afgelopen jaar minder aandacht gekregen door de covid pandemie, de prioriteiten lagen ergens anders.", "Kwaliteitsindicatoren passen soms niet meer bij het veranderende zorgproces.", "Bij mijn weten zijn er geen keuzes gemaakt in welke kwaliteitsindicatoren wel en welke niet werden geregistreerd. Wel heeft de hele registratie geleden onder de COVID-19 crisis."

*Zijn er prioriteiten gesteld m.b.t. welke kwaliteitsindicatoren wel en welke niet werden geregistreerd? (Meerkeuzevraag)*

- Ja, bepaalde kwaliteitsindicatoren werden wel en andere niet geregistreerd
- Nee, alle kwaliteitsindicatoren werden geregistreerd
- Nee, er werden géén kwaliteitsindicatoren geregistreerd



*(Optioneel) Ruimte voor toelichting; Welke kwaliteitsindicatoren werden wel of niet geprioriteerd, en waarom was dat? (Open invulveld)*

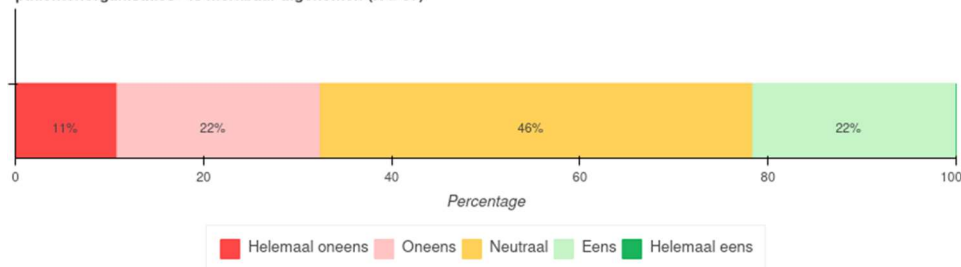
**Verstreckte toelichtingen (optioneel):**

- "Binnen het ziekenhuis is de keuze gemaakt om de vrijwillige indicatoren niet worden aangeleverd.", "Ruimte ligt bij medisch specialisten voor vrijwillige indicatoren.", "Voor zover ik weet zijn er geen prioriteiten gesteld, anders dan normaal.", "Aangezien er alleen uitstel is verleend voor de aanleverdatum in het eerste coronajaar en verder de wettelijke verplichting voor de aanlevering van alle indicatoren gewoon bleef bestaan, was er geen mogelijkheid om niet of slechts deels te registreren.", "Alle verplichte indicatoren worden al jaren geregistreerd. COVID heeft hier geen verandering in gebracht. Wel is er al jaren geleden een keuze gemaakt om de niet verplichte zaken ook niet te registreren.", "Enkel de Covid module niet gedaan", "Ik vrees alleen minder goed in gevuld door drukte, hoge werkdruk en tekorten.", "Vanwege ICT problemen met de export uit het EPD is de DFHA wel geregistreerd, maar niet aangeleverd.", "Data extractie is doorgegaan, maar daar waar extra werk aan zit en mn ook controle en interpretatie zijn naar achtergrond verdwenen in covid periode, dat leidde tot achterstanden die dan uiteindelijk weer ingehaald moeten worden", "Alleen verplichte indicatoren worden aangeleverd".

#### Parallele uitvraag – medisch specialist

Vragen en (optioneel) verstrekte toelichtingen over de beleefde lasten.

Gestapelde uitvraag - Medisch Specialist - Parallele gegevensuitvraag - bijvoorbeeld door zorgverzekeraars of patiëntenorganisaties - is merkbaar afgenomen (N = 37)



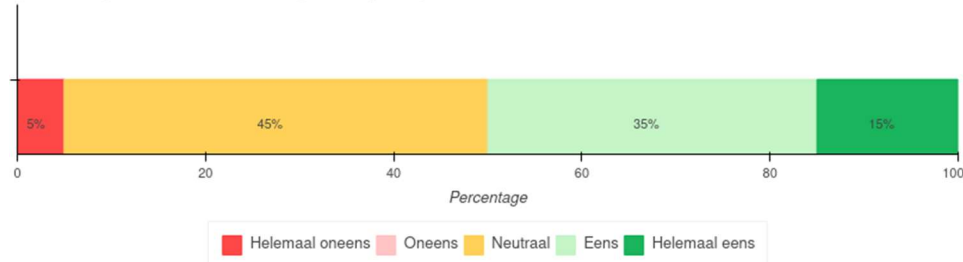
#### Verstrekte toelichtingen (optioneel):

- "Er zijn nog vele partijen die extra info willen, zag laatst nog iets van NFK die weer extra uitvragen aan het doen is. Probleem in deze concurrentiewereld is dan: doe ik mee, met extra last, of laat ik het, maar dat heeft bij NFK in ieder geval tot gevolg dat je niet meer als een expertziekenhuis daar genoemd wordt en dat is weer slecht voor je aantrekkingskracht / concurrentie maakt dus dat je toch maar aan lintjes, en andere uitvragen blijft meedoen.....", "Volgens mij niet veranderd", "DHFA wijzigt ieder jaar. Soms een jaar geen postcode, dan weer wel. Bij introductie DHFA werd gezegd "hier kan alles uit, hoef je verder niets meer te registreren". Al jaren blijken indicatoren niet allemaal uit DHFA te halen, ook de LROI blijft nodig en is niet koppelbaar in ons ziekenhuis, daarbij komt nog het Landelijk Implantaten Register (enorme overlap!) van de IGJ", "Regionale gegevens uitvraag voor onderling vergelijk en bespreking. eigen gegevens uitvraag voor onderling vergelijk en bespreking", "Zorgverzekeraars vragen om aanvullende toelichting.", "Nee, is juist toegenomen, IGJ vraagt nu ook om verbeterproject(en) welke gemonitord worden met een PDCA cyclus.... onduidelijk is hoeveel verbetertrajecten IGJ wil en hoe dit moet worden vormgegeven. Daarbij is er ongelooflijke overlap van de transparantiekalender met de uitvraag van kwaliteitsgegevens van de NHR (kortgezegd transparantiekalender heeft een aantal kwaliteitsgegevens van de NHR overgenomen). Ook de ZEGG (Zorg instituut Nederland) verordonneert een aantal verbetertrajecten welke moeten worden ingevoerd. Kortom we moeten aanleveren aan de NHR, de transparantiekalender (zijn dezelfde gegevens als van de NHR) de IGJ en de ZEGG.", "Oncologische gegevens door zowel beroepsvereniging als patiëntvereniging".

## Parallele uitvraag – verpleegkundige

Vragen en (optioneel) verstrekte toelichtingen over de beleefde lasten.

Gestapelde uitvraag - Verpleegkundige - Parallele gegevensuitvraag - bijvoorbeeld door zorgverzekeraars of patiëntenorganisaties - is merkbaar afgenomen (N = 20)



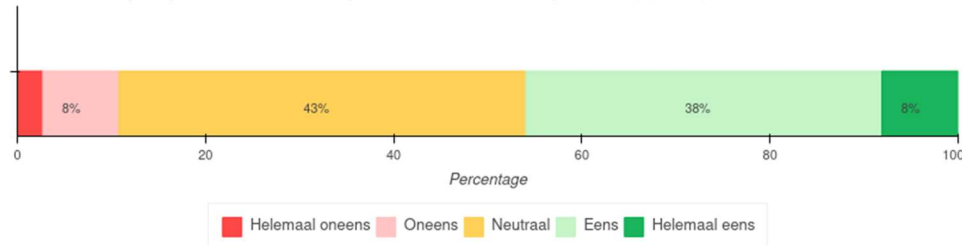
### Verstrekte toelichtingen (optioneel):

- "Persoonlijk heb ik geen volledig zicht op de uitvraag door diverse beroepsverenigingen. Conform ziekenhuisbeleid worden uitsluitend verplichte indicatoren aangeleverd en niet meer degene ten behoeve van kwaliteitskeurmerken of lintjes.", "Er zijn nog wel een aantal overlappende vragen tussen DICA en SONCOS. Bijvoorbeeld de leverchirurgie.", "Doorlooptijd IAT", "Het is fijn dat de Soncos/NVvH-indicatoren nu zijn ondergebracht op de Transparantiekalender en dat de uitvraag van de patiëntenorganisaties nu eenmaal per 3 jaar verplicht is en niet meer jaarlijks op de Transparantiekalender staan. Dat heeft echt geholpen. De IGJ heeft ook duidelijk alle overlappende indicatoren geschrapt. Voor zover ik kan overzien zijn de meeste keurmerken en lintjes opgehouden met vragen. Dus de overlap in de uitvraag zal ongeveer weg zijn. Dat neemt niet weg dat instellingen alsnog op heel veel fronten informatie moeten aanleveren, wat erg veel tijd kost (bijv. wachttijden, monitor druk op zorg, etc.)", "IGJ en soms nog initiatieven tot patiënten keurmerken maar daar doet ons ziekenhuis niet aan mee", "We leveren geen gegevens meer aan de patiëntenorganisaties en de zorgverzekeraars halen de cijfers rechtstreeks van DHD, ZiN en Desan."

### Toegevoegde waarde PROMs – medisch specialist

Vragen en (optioneel) verstrekte toelichtingen over de beleefde lasten.

Toegevoegde waarde PROMs - Medisch Specialist - Ik zie toegevoegde waarde om uitkomst informatie van patiëntvragenlijsten (PROMs) te gebruiken in het gesprek met de cliënt/patiënt (bijvoorbeeld om samen tot een goed geïnformeerde beslissing te komen over behandelingsvarianten). (N = 37)



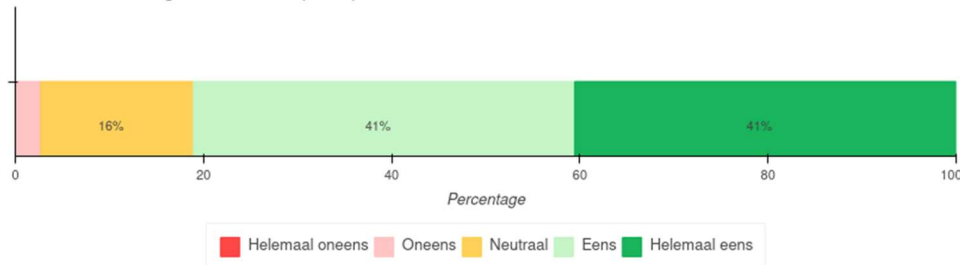
#### Verstrekte toelichtingen (optioneel):

- "Beperkt: sommige patiënten moeten maandelijks vele vragen beantwoorden en dan is de meerwaarde van PROMs niet meer aanwezig. Voor de spreekkamer is een goed gesprek met een paar voorbereidende PROM vragen zeker een hulp verwacht ik", "Bij chronische indicatoren, bijvoorbeeld carpaal tunnel syndroom is dit zinvol, bij semi-spoed indicatoren zoals carotischirurgie of TIAzorg kan dit zeker een meerwaarde hebben, bij een acute stroom zoals CVA is dit niet zinvol. Wel waken voor weer toename administratielast bij toevoegen van extra registraties!", "Bij alles hangt het af hoe goed data worden ingevuld en hoeveel respondenten zijn er.", "PROMS kunnen inzicht geven in hoe de patiënt de zorg beleeft, echter er zijn zoveel vragenlijsten dat slechts een klein deel van de patiënten dit gedeeltelijk of volledig invult. Bovendien zijn deze lijsten lastig af te nemen bij laaggeletterden, anderstaligen en digibeten.", "Geen toegevoegde waarde bij DHFA", "Kan lastig zijn bij oudere patiënt met matige cognitieve situatie. Bovendien is de eerstejaars-overleving na een heupfractuur nog steeds weinig hoopvol. Heupfractuur is een symptoom van een ouder wordende mens, niet een op zichzelf staande entiteit", "PROMS worden mijn inziens nog te weinig gebruikt in de behandelkamer, doordat de respons in verloop van tijd te laag is door uitgebreide vragenlijsten, je te veel moet klikken om in Hix bij uitkomsten PROMS te komen, dat neemt te veel tijd", "Vooral als het ook nog eens eigen data is", "Op dit moment nog niet. Mogelijk in de toekomst als er betere ICT ondersteuning is, de antwoorden direct digitaal in te zien zijn, en er ook direct een vergelijking inzichtelijk is over andere vergelijkbare patiënten (peers like me). Pas dan kun je er echt wat mee. Een keuzehulp is volgens mij een veel beter instrument voor shared decision making.", "Het gevaar is dat de PROMS niet altijd wat zeggen over de kwaliteit van de zorg. Op mijn terrein bijvoorbeeld voelt 20% van de patiënten zich slechter na een dotter en we weten zeker dat dat niet aan de kwaliteit van de dotterprocedure ligt. Meer onderzoek is dus nodig om uit te zoeken hoe dat kan en hoe we de PROMS wel zinnig kunnen gebruiken (kost wel geld...)", "N.V.T. (wij zijn nog niet gestart met PROMS)", "Geeft handvat maar zou niet leidend moeten zijn", "Ik denk dat PROMs zeker kunnen ondersteunen aan patiënten bij samen beslismomenten, het voordeel van PROMs is dat de informatie vanuit de patiënt zelf komt en de registratielast wordt niet bij de ziekenhuizen gelegd.", "Met name voor kopsparend vs prothesiologie!"

## Belang van monitoren – medisch specialist

Vragen en (optioneel) verstrekte toelichtingen over de beleefde lasten.

Belang van monitoring - Medisch Specialist - Ik vind het belangrijk dat de beleefde regeldruk van transparante kwaliteitsinformatie gemonitord wordt (N = 37)



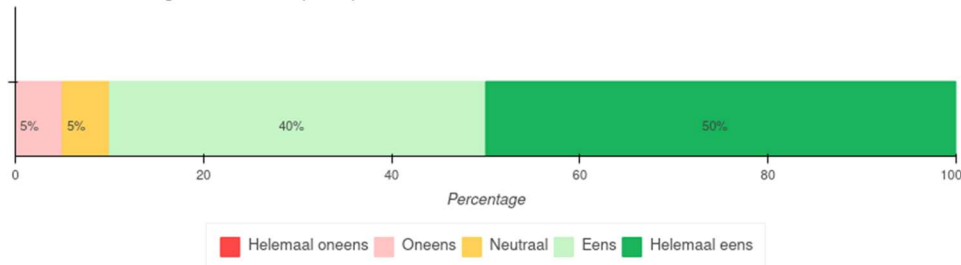
### Verstrekte toelichtingen (optioneel):

- "Altijd zinvol maar nog zinvoller als het goed gebruikt wordt om aanpassingen te doen ", "Als er ook daadwerkelijk wat gedaan wordt met de resultaten, tenminste. Verder ter overweging: de gehanteerde kwaliteitsregistraties gelden binnen NL. In het buitenland, gelden deze stringente eisen tav registratie en verantwoording niet/veel minder. Er wordt, mbt proces van zorginkoop, op dat vlak met 2 maten gemeten. vanuit concurrentieel oogpunt is sprake van oneigenlijke concurrentie en dit werkt een negatievere grondhouding tav de verplichte indicatorsets in de hand!", "Ja, maar ik denk niet dat monitoring een goed systeem is. Een keer een dag (of een week) meelopen geeft denk ik een betere indruk van alle registratie last.", "Meestal horen we er weinig meer van terug. Maar het zou fantastisch zijn als er wat mee gedaan wordt (wat mij betreft mn op landelijk uniformeren, registreren aan de bron, automatiseren door samenwerken zorgsysteem Hix/EPIC met programma's voor dataregistratie).", "Jazeker; hopelijk komt er meer aandacht voor de noodzaak tot betere ICT ondersteuning, zodat de registratie verder gedigitaliseerd / geautomatiseerd kan worden.", "En dat er met name afstemming komt tussen de verschillende partijen die zich nu allemaal op weg van het "verbetertraject" bevinden. Zorgverzekeraars moeten hier in ieder geval ver van wegblijven, zolang zij nog steeds een winstoogmerk voeren/kijken waar kan worden bezuinigd en onvoldoende inhoud hebben om zich met kwaliteit bezig te houden. Laat dat aan de zorgprofessionals over.", "Ik zou nog wel benieuwd zijn hoeveel de indicatoren intern actief gebruikt worden om te sturen en te verbeteren, en of dit elk jaar dezelfde zijn of dat er keuzes worden gemaakt. ook zou ik benieuwd zijn op grond waarvan die keuzes dan gemaakt worden.", "De vragen in deze monitor zijn te uitgebreid voor medische professionals.", "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 'geneeskunst' is, 'science' te maken door maar zoveel mogelijk data te verzamelen. Daarmee verliezen we de geest van het zorgverlenersvak uit het oog.", "De koppeling van de gegevens naar het EPD en de overige instanties die indicatoren vragen is complex. De automatisering in deze is nog matig. Om vervolgens de gegevens te gebruiken in de directe patiëntenzorg is bijna niet toepasbaar", "Het monitoren van de regeldruk is alleen zinvol als er acties uit voortkomen die de regeldruk verminderen met behoud van verbetering van kwaliteit van de zorg. Ik vind het verder lastig dat de definities van de uitvraag door verschillende partijen verschillen. Als het bv gaat om patiënten aantallen: door andere definities en in/exclusiecriteria merk ik dat ik de interpretatie lastig vind. Daardoor is er ook een verschil in totaal aantal longkanker patiënten in ons instituut tussen de verschillende uitvragen. Als ik dat al lastig vind als medisch specialist hoe zouden patiënten of andere partijen deze cijfers dan kunnen duiden?"

### Belang van monitoren – kwaliteitsfunctionaris

Vragen en (optioneel) verstrekte toelichtingen over de beleefde lasten.

Belang van monitoring - Kwaliteitsfunctionaris - Ik vind het belangrijk dat de beleefde regedruk van transparante kwaliteitsinformatie gemonitord wordt (N = 20)



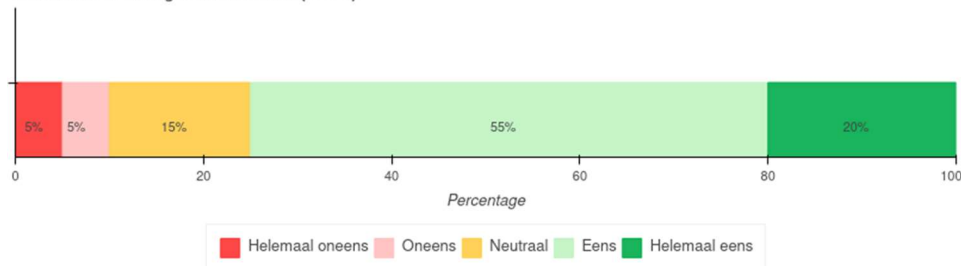
#### Verstrekte toelichtingen (optioneel):

- "Het is te algemeen, het zou zinvol zijn om elke indicatorset te toetsen maar niet op dit algemene niveau.", "(...) Wanneer je veel toelichtingen geeft en moet nadenken over wat je precies aan input wilt leveren, ben je echt veel langer bezig dan 15 minuten.", "Maar ook dit kost weer veel tijd (meer dan de beloofde 15 minuten)".

### Belang van monitoren – Verpleegkundige

Vragen en (optioneel) verstrekte toelichtingen over de beleefde lasten.

Belang van monitoring - Verpleegkundige - Ik vind het belangrijk dat de beleefde regedruk van transparante kwaliteitsinformatie gemonitord wordt (N = 20)



#### Verstrekte toelichtingen (optioneel):

- "Ik vind het met name belangrijk wat er met deze data wordt gedaan, dat mis ik nu een beetje. Wie gaan hier vervolgens wat mee doen? Ik kan mij voorstellen dat elke afdeling / specialisme een eigen manier heeft van registreren / verplichte zaken die niet toepasbaar zijn voor andere disciplines. Helemaal uniform zal het wellicht niet worden. Er zijn zoveel regels - ook van buiten af - waaraan moet worden voldaan, dat niet soms buiten de macht van een zorgmedewerker, afdeling of ziekenhuis ligt. Ik denk dat het vooral leerzaam is om op afdeling / specialismen niveau te kijken en zorgprocessen vergelijken met andere ziekenhuizen, omdat die wellicht vergelijkbare taken hebben en daarmee nuttige info kunnen uitwisselen.", "Het kost veel tijd en moeite wanneer datasets elk jaar gewijzigd worden. Zeker wanneer deze heel kort dag worden aangeleverd. Het zou fijn zijn als de diverse gremia daarmee zouden stoppen, of dit een keer per paar jaar zouden doen.", "Ik ben er helemaal voorstander van om zaken goed te registreren om zo inzicht te krijgen in items in de zorg. Maar er moet zoveel geregistreerd worden dat ik aan mijn verpleegkundige taak bijna niet toekom. Alleen maar achter de PC zitten om dingen vast te leggen. Daar word ik heel moedeloos van. Hier heb ik niet voor gekozen om in de zorg te werken!".

## Bijlage III - Monitor vragenlijst

NB Categorieën B (Ervaren lasten) en C (Ervaren opbrengsten) zijn omgedraaid qua volgorde van uitvraag om zo éérst de vragen over ervaren opbrengsten te stellen.

### Items vragenlijst medisch specialisten

De vragenlijst voor medisch specialisten bestaat uit de volgende items en toelichtingen.

Nr.	Item	Onderdeel Punten
<b>Mijn achtergrond</b>		
1	<p><b>In welk type zorginstelling werkt u?</b> (Meerkeuzevraag)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Algemeen ziekenhuis;</li> <li>- Topklinisch ziekenhuis;</li> <li>- Universitair Medisch Centrum;</li> <li>- Categorieel ziekenhuis;</li> <li>- Revalidatie instelling;</li> <li>- Zelfstandig Behandelcentra;</li> <li>- Privékliniek;</li> <li>- Anders, namelijk:</li> </ul>	Algemeen
2	<p><b>Wat is uw functie?</b> (Meerkeuzevraag)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medisch specialist;</li> <li>- Verpleegkundig specialist<sup>29</sup>;</li> <li>- Verpleegkundige;</li> <li>- Kwaliteitsfunctionaris;</li> <li>- Anders, namelijk: ... (U kiest zelf de voor u relevante vragenlijst)</li> </ul>	Algemeen
<p><b>Mijn mening over de kwaliteit van indicatoren</b></p> <p>Hieronder worden X indicatorsets genoemd. Elke indicatorset bestaat uit diverse kwaliteitsindicatoren. Op de Transparantiekalender kunt u snel zien uit welke onderliggende indicatoren een bepaalde set bestaat:</p> <p><a href="https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/Paginas/Transparantiekalender.aspx">https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/Paginas/Transparantiekalender.aspx</a></p>		A

<sup>29</sup> In Nederland is de Verpleegkundig Specialist (VS) een relatief nieuwe beroepsgroep. Niet iedereen mag zich Verpleegkundig Specialist noemen. Alleen diegenen met een Master Advanced Nursing Practice of een Master of Science, die tevens zijn geregistreerd in het BIG-register als Verpleegkundig Specialist, mogen zich zo noemen. Misbruik van deze beschermde beroepstitel is strafbaar. Voor wat betreft de voorliggende monitor kan de kennis en ervaring van de Verpleegkundig Specialist gelijkgesteld worden aan die van de Medisch Specialist.





3	<p><b>Met welke indicatorset(s) uit het verslagjaar 20XX werkt u op reguliere basis vanuit uw specialisme?</b> (Meerkeuzevraag)</p> <p>Keuze uit X indicatorsets:</p> <p>Aneurysma Aorta Abdominalis (AAA) indicatoren</p> <p>Bariatrische chirurgie</p> <p>Blaascarcinoom</p> <p>Borstimplantaten</p> <p>Carotis Chirurgie</p> <p>Carpaletunnelsyndroom</p> <p>Cataract (staar)</p> <p>Cerebro Vasculair Accident (CVA, beroerte)</p> <p>Chirurgie bij kinderen</p> <p>Chronische nierschade indicatoren</p> <p>Colorectaal carcinoom indicatoren</p> <p>Constitutioneel eczeem</p> <p>Diabetes</p> <p>Galblaasverwijdering</p> <p>Gynaecologische oncologie</p> <p>Heupfractuur</p> <p>Heupprothese</p> <p>Hoofd-hals chirurgie</p> <p>Integrale geboortezorg indicatoren</p> <p>Knieprothese indicatoren</p> <p>Leverchirurgie</p> <p>Liesbreukoperaties</p> <p>Longcarcinoom</p> <p>Mamacarcinoom</p> <p>Melanoom</p> <p>Oncologie</p> <p>Osteoporose indicatoren</p> <p>Pancreaskanker</p> <p>Parkinson</p> <p>Percutane coronaire interventie (PCI, dotteren)</p> <p>Psoriasis</p> <p>Revalidatie</p> <p>Prostaatcarcinoom indicatoren</p> <p>Slokdarm- en maagcarcinoom</p> <p>Spoedzorg indicatoren</p> <p>Stressincontinentie bij de vrouw</p> <p>Veneuze ziekten</p> <p>Voorste kruisband en artroscopie van de knie</p> <p>Wervelkolomchirurgie geïnstrumenteerd</p>	A
---	---	---

	<p>Wervelkolomchirurgie ongeïnstrumenteerd</p> <p>Ziekten van Adenoid en Tonsillen</p> <p>Geen;</p> <p>N.v.t. (onbekend met genoemde indicatorsets)</p>	
4	<p><i>* indien twee of meer indicatorsets geselecteerd bij vraag 3</i></p> <p><b>Welke indicatorset(s) ervaart u als meest belastend?</b> (Meerkeuzevraag)</p> <p>Keuze uit geselecteerde indicatorsets item 3*</p> <p>Geen</p> <p>N.v.t. (onbekend met genoemde indicatorsets)</p>	A
5	<p><i>* indien twee of meer indicatorsets geselecteerd bij vraag 3</i></p> <p><b>Waarom is dat?</b> (Meerkeuzevraag; meerdere antwoorden mogelijk)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het kost veel tijd om de kwaliteitsgegevens te registreren;</li> <li>- De set bevat teveel indicatoren;</li> <li>- De set bestaat uit samengestelde elementen waardoor interpretatie lastig is;</li> <li>- Er is handwerk nodig, want indicatoren komen niet automatisch uit het systeem;</li> <li>- De indicatoren vragen om veel data en parameters;</li> <li>- De indicatoren vragen om complexe berekeningen uit te voeren;</li> <li>- De indicatoren overlappen met indicatoren uit een andere set (doublering indicatoren);</li> <li>- De indicatoren zeggen weinig over de kwaliteit van geleverde zorg;</li> <li>- De indicatoren dragen onvoldoende bij aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg;</li> <li>- Anders, namelijk:</li> <li>- N.v.t. of geen mening.</li> </ul>	A
6	<p><i>* indien twee of meer indicatorsets geselecteerd bij vraag 3</i></p> <p><b>Welke indicatorset(s) ervaart u als het minst belastend?</b> (Meerkeuzevraag)</p> <p>Keuze uit geselecteerde indicatorsets item 3*</p> <p>Geen</p> <p>N.v.t. (onbekend met genoemde indicatorsets)</p>	A
7	<p><i>* indien twee of meer indicatorsets geselecteerd bij vraag 3</i></p> <p><b>Waarom is dat?</b> (Meerkeuzevraag; meerdere antwoorden mogelijk)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De set bestaat uit een beperkt aantal indicatoren (niet te groot);</li> <li>- De indicatoren hanteren een eenduidige vraagstelling;</li> <li>- De indicatoren hanteren heldere definities;</li> <li>- De indicatoren zijn eenvoudig uit het systeem te halen;</li> <li>- De indicatoren worden afgeleid van (DICA, LROI) registraties;</li> <li>- De indicatoren maken gebruik van data van kwaliteitsregistraties (zoals LROI, NCDR, e.a.);</li> </ul>	A




	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Er wordt daadwerkelijk iets met informatie van de indicatoren in de set gedaan;</li> <li>- De indicatoren dragen bij aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg;</li> <li>- Anders, namelijk:</li> <li>- N.v.t. of geen mening.</li> </ul>	
8	<p><i>* indien twee of meer indicatorsets geselecteerd bij vraag 3</i></p> <p>Wij willen u in dit onderdeel van de monitor (A) graag gericht een aantal vragen stellen over één specifieke indicatorset. Wij verzoeken u dan ook om de volgende acht vragen in te vullen met één specifieke indicatorset in gedachten. Kies een indicatorset waarmee u op reguliere basis vanuit uw specialisme werkt.</p> <p><b>Voor welke specifieke indicatorset wilt u de volgende 8 vragen invullen?</b> (Meerkeuzevraag)</p> <p>Keuze uit geselecteerde indicatorsets item 3*</p>	A
9	<p>Geef de mate aan waarin u het eens of oneens bent met de volgende stellingen. Antwoordcategorieën zijn "Helemaal oneens" (d.w.z. de stelling is geldig voor géén van de indicatoren in de set), "Oneens" (d.w.z. de stelling is geldig voor minder dan de helft van de indicatoren in de set), "Neutraal" (d.w.z. de stelling is geldig voor de helft van de indicatoren in de set), "Eens" (d.w.z. de stelling is geldig voor meer dan de helft van de indicatoren in de set), "Helemaal eens" (d.w.z. de stelling is geldig voor alle indicatoren in de set). Na de stelling is er ruimte voor het toelichten van uw antwoord, Wij verzoeken u om hier nader in te gaan op specifieke indicatoren.</p> <p><b>Ik vind dat de indicatorset bijdraagt aan het transparant maken van de kwaliteit van de door mijn zorginstelling geleverde zorg</b> (Stelling)</p>	A Score: 1-5
9a	<p>(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting; voor welke indicatoren vindt u de stelling niet van toepassing?</b>(Open invulveld)</p>	A
10	<p><b>Ik vind de indicatorset betekenisvol (zinnig en veelzeggend)</b> (Stelling)</p>	A Score: 1-5
10a	<p>(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting; voor welke indicatoren vindt u de stelling niet van toepassing?</b> (Open invulveld)</p>	A
11	<p>De registratie van kwaliteitsgegevens wordt op verschillende locaties en door verschillende zorgprofessionals uitgevoerd. Het is daarom van belang dat de gegevens op een vergelijkbare manier worden vastgelegd. De met de indicator op te vragen zorgactiviteiten of zorgproducten moeten dus eenduidig zijn beschreven. Hiermee bedoelen we: slechts voor één uitleg vatbaar.</p> <p><b>Ik vind de indicatorset eenduidig (niet ambigu)</b> (Stelling)</p>	A Score: 1-5

11a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting; voor welke indicatoren vindt u de stelling niet van toepassing?</b> (Open invulveld)	A
12	Om indicatoren te gebruiken in vergelijkend (benchmark)onderzoek moeten ze beschikken over onderscheidend vermogen. Als een groot aantal zorginstellingen hetzelfde antwoord geeft, dan heeft een indicator weinig onderscheidend vermogen; blijkbaar levert iedereen dezelfde prestaties of biedt dezelfde voorzieningen aan. <b>Zorginstellingen kunnen zich door middel van de indicatorset ten opzichte van elkaar onderscheiden</b> (Stelling)	A Score: 1-5
12a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting; voor welke indicatoren vindt u de stelling niet van toepassing?</b> (Open invulveld)	A
13	Het is van belang dat er zo weinig mogelijk vervuiling van data plaatsvindt. Vervuiling van data kan bijvoorbeeld ontstaan doordat nieuwe collega's nog niet bekend zijn met de correcte wijze van registreren, of doordat een uitzonderlijk drukke periode met veel cliënten/patiënten een grote druk legt op de beschikbare capaciteit en middelen van een instelling. <b>De kwaliteitsgegevens die voor de indicatorset door mijn instelling worden aangeleverd zijn betrouwbaar</b> (Stelling)	A Score: 1-5
13a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting; voor welke indicatoren vindt u de stelling niet van toepassing?</b> (Open invulveld)	A
14	Het is belangrijk dat kwaliteitsindicatoren scherpe definities hanteren. Ruimte voor verschil in interpretatie leidt tot een slechte vergelijkbaarheid van indicatoren of - in het uiterste geval - tot strategisch gebruik van cijfers. Scherpe definities voorkomen selectief rapporteren of strategisch gebruik van cijfers. <b>De indicatorset hanteert scherpe definities</b> (Stelling)	A Score: 1-5
14a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting; voor welke indicatoren vindt u de stelling niet van toepassing?</b> (Open invulveld)	A
15	Kwaliteit bestaat uit diverse aspecten. Een indicatorset alleen zegt niet (altijd) alles. Om het hele verhaal (over kwaliteit) te vertellen kan het nodig zijn om bij een indicatorset een toelichting te geven op de (kwaliteits)afwegingen en -keuzes die een zorginstelling maakt. <b>Ik vind dat er voldoende mogelijkheden zijn om de indicatorset te voorzien van een toelichting op het beleid van mijn instelling</b> (Stelling)	A Score: 1-5
15a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting; voor welke indicatoren vindt u de stelling niet van toepassing?</b> (Open invulveld)	A

16	<b>De indicatorset komt met duidelijke werkinstructies</b> (Stelling)	A Score: 1-5
16a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting; voor welke indicatoren vindt u de stelling niet van toepassing?</b> (Open invulveld)	A
A		A Score: 8-40
<p><b>Mijn beleefde lasten van transparantie</b></p> <p>Om een oordeel te kunnen geven over de kwaliteit van zorg is informatie nodig. En om informatie te verkrijgen moeten gegevens verzameld worden. Deze gegevens worden verkregen door te registreren. In dit onderdeel van de monitor (B) gaan we in op de beleefde lasten die samengaan met het registreren, controleren (dataverificatie), verzamelen, bewerken en aanleveren van kwaliteitsgegevens in het verslagjaar waarin deze worden vastgelegd. De vragen en stellingen die u krijgt voorgelegd hebben betrekking op de kwaliteitsgegevens die u aanlevert over de indicatoren die zijn opgenomen op de Transparantiekalender.</p>		
17	<b>Het registreren en controleren van de benodigde kwaliteitsgegevens is eenvoudig (weinig complex)</b> (Stelling)	B Score: 1-5
18	<b>Het registreren en controleren van de benodigde kwaliteitsgegevens gaat snel (kost weinig tijd)</b> (Stelling)	B Score: 1-5
19	<b>Wat vindt u van de tijd die van u in een kalenderjaar wordt gevraagd voor het registreren en controleren van kwaliteitsgegevens?</b> (Meerkeuzevraag) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ik vind de tijd die van mij wordt gevraagd uitstekend;</li> <li>- Ik vind de tijd die van mij wordt gevraagd acceptabel;</li> <li>- Ik vind de tijd die van mij wordt gevraagd nog net kunnen;</li> <li>- Ik vind de tijd die van mij wordt gevraagd net te veel;</li> <li>- Ik vind de tijd die van mij wordt gevraagd veel te veel;</li> <li>- N.v.t. of geen mening.</li> </ul>	B Score: 1-5
20	<b>Wat maakt het registreren en controleren van de benodigde kwaliteitsgegevens (onnodig) tijdrovend?</b> (Meerkeuzevraag; meerdere antwoorden mogelijk) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het gaat om een grote hoeveelheid kwaliteitsgegevens in een kort tijdsbestek;</li> <li>- De kwaliteitsgegevens komen onvoldoende geautomatiseerd uit het systeem;</li> <li>- De kwaliteitsgegevens moeten verzameld worden uit diverse bronnen;</li> <li>- De kwaliteitsgegevens moeten zorgvuldig geanalyseerd en bewerkt worden;</li> <li>- Het controleren en verklaren van de resultaten is complex;</li> <li>- Er zijn veel medewerkers betrokken bij het proces;</li> <li>- Er vinden veel wijzigingen plaats (steeds veranderende sets en processen);</li> <li>- Afwijkende definities kosten extra (controle)tijd;</li> </ul>	B

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het ligt (deels) aan trage systemen en/of beperkte voorzieningen;</li> <li>- De hoeveelheid kwaliteitsgegevens kan sterk fluctueren op basis van het aantal patiënten dat wordt behandeld;</li> <li>- Anders, namelijk</li> <li>- N.v.t. of geen mening.</li> </ul>	
21	<b>Voor het registreren en controleren van de benodigde kwaliteitsgegevens heb ik voldoende tijd</b> (Stelling)	B Score: 1-5
21a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting</b> (Open invulveld)	B
22	<b>Verpleegkundig en ondersteunend personeel helpt mij in grote mate met het registreren en controleren van kwaliteitsgegevens</b> (Meerkeuzevraag) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ik voer alleen de noodzakelijke controles uit;</li> <li>- Ik doe sommige dingen zelf en controleer verder;</li> <li>- We hebben een gelijke verdeling;</li> <li>- Ik doe het vooral zelf, eenvoudige onderdelen worden voor mij gedaan;</li> <li>- Ik doe alles zelf;</li> <li>- N.v.t. of geen mening.</li> </ul>	B
22a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting</b> (Open invulveld)	B
23	<b>Het registreren van de benodigde kwaliteitsgegevens wordt in mijn instelling ondersteund door goede ICT systemen (EPD, etc.)</b> (Stelling)	B Score: 1-5
24	<b>Wat zijn in uw instelling de knelpunten op het gebied van ICT ondersteuning?</b> (Meerkeuzevraag) <ul style="list-style-type: none"> <li>- De kwaliteitsindicatoren zijn (nog) onvoldoende ingebed in het EPD;</li> <li>- Er is geen koppeling tussen systemen om data automatisch aan te leveren / Kwaliteitsgegevens worden dubbel geregistreerd;</li> <li>- Gegevens worden niet altijd door iedereen op dezelfde plek in het EPD vastgelegd, waardoor het lastig is om deze gegevens eruit te halen;</li> <li>- Er zijn te veel verschillende codes voor een bepaalde verrichting/indicator;</li> <li>- ICT (bijvoorbeeld het EPD) is onvoldoende op haar taak uitgerust / niet gebruikersvriendelijk;</li> <li>- Er is te weinig ICT ondersteuning in mankracht en geld;</li> <li>- Er wordt te weinig gebruik gemaakt van reeds bekende gegevens;</li> <li>- Anders, namelijk</li> <li>- N.v.t. of geen mening.</li> </ul>	B
B		B Score: 5-25
<b>Mijn beleefde opbrengsten van transparantie</b>		

De kwaliteitsgegevens die met indicatorsets worden verzameld kunnen voor meerdere doeleinden worden gebruikt (verbeterinformatie, keuze informatie, inkoopinformatie, e.d.). In dit onderdeel van de monitor (C) willen we graag van u weten hoe u tegen de baten van transparantie aankijkt.		
25	<b>Ik vind transparantie - het beschikbaar stellen van informatie over de kwaliteit van zorg - belangrijk</b> (Stelling)	C Score: 1-5
26	Keuze informatie is een verzameling van gegevens over zorgaanbieders rondom een specifieke aandoening, gepubliceerd in een website of online module. <b>Ik ben van mening dat kwaliteitsindicatoren waardevol zijn voor cliënten/patiënten als keuze informatie</b> (Stelling)	C Score: 1-5
26a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting</b> (Open invulveld)	C
27	<b>Ik heb de indruk dat cliënten/patiënten de informatie die wordt ontsloten met kwaliteitsindicatoren ook echt gebruiken als keuze informatie</b> (Stelling)	C Score: 1-5
28	<b>Ik ben van mening dat kwaliteitsindicatoren waardevol zijn voor zorgverzekeraars bij zorginkoop</b> (Stelling)	C Score: 1-5
28a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting</b> (Open invulveld)	C
29	<b>Ik heb de indruk dat zorgverzekeraars de informatie die wordt ontsloten met kwaliteitsindicatoren ook echt gebruiken als inkoopinformatie</b> (Stelling)	C Score: 1-5
30	<b>De kwaliteitsindicatoren worden door mijn instelling gebruikt voor kwaliteitsverbetering en benchmarking</b> (Stelling)	C Score: 1-5
30a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting</b> (Open invulveld)	C
31	<b>De kwaliteitsindicatoren geven mij inzicht in mijn eigen functioneren</b> (Stelling)	C Score: 1-5
32	<b>De kwaliteitsindicatoren worden (tijdig) teruggekoppeld</b> (Stelling)	C Score: 1-5
33	<b>Medisch specialisten kunnen de uitkomsten van kwaliteitsindicatoren op meerdere meetmomenten volgen via een dashboard</b> (Stelling)	C Score: 1-5

34	<b>Ik heb het gevoel dat kwaliteitsindicatoren jaarlijks grondig worden ge-evalueerd door de werkgroepen die de indicatoren opstellen</b> (Stelling)	C Score: 1-5
C		C Score: 10-50
<p><b>Mijn oordeel over de proportionaliteit van de regeldruk van transparantie</b></p> <p>Diverse onderzoeken laten zien dat de beleving van regeldruk een afweging is van gevraagde inspanning afgezet tegen gepercipieerd nut; <i>proportionaliteit</i> is het sleutelwoord. In dit onderdeel van de monitor (D) willen we u graag vragen om uw overkoepelend oordeel te geven over de regeldruk van transparantie: is de balans tussen de lasten en baten van transparantie proportioneel?</p>		
35	<b>De kwaliteitsindicatoren treffen een goede balans tussen de tijd die het kost om de benodigde gegevens te registreren, verzamelen, bewerken, controleren en aan te leveren en wat het oplevert aan transparante verbeterinformatie, keuze informatie en inkoopinformatie</b> (Stelling)	D Score: 1-5
35a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting</b> (Open invulveld)	D
D		D Score: 1-5
<p><b>Mijn mening over PROMS</b></p> <p>Patient Reported Outcome Measures (PROMs) worden uitgevraagd bij patiënten en sluiten daardoor aan bij het besef dat patiënten een centrale bron zijn van informatie over kwaliteit van zorg. In dit onderdeel van de monitor (E) willen we graag weten hoe u tegen de toegevoegde waarde van PROMs aankijkt.</p> <p>Nog niet iedereen heeft kennis van of ervaring met PROMs. Wij verzoeken u om in dit geval bij de onderstaande vraag de antwoordcategorie 'n.v.t.' te selecteren.</p>		
36	<b>Ik zie toegevoegde waarde om uitkomstinformatie van patiëntvragenlijsten (PROMs) te gebruiken in het gesprek met de cliënt/patiënt (bijvoorbeeld om samen tot een goed geïnformeerde beslissing te komen over behandelingsvarianten)</b> (Stelling)	E Score: 1-5
36a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting</b> (Open invulveld)	E
E		E Score: 1-5
<p><b>Mijn ervaring met gestapelde uitvraag door 3<sup>e</sup> partijen</b></p> <p>Naast de indicatoren op de Transparantiekalender waar deze monitor betrekking op heeft worden er nog meer kwaliteitsgegevens uitgevraagd, bijvoorbeeld door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), zorgverzekeraars, wetenschappelijke beroepsverenigingen, certificeringsinstanties, kwaliteitskeurmerken of lintjes. De intentie van het Bureauoverleg Transparantie msz is om overlap zoveel mogelijk te voorkomen. Er worden daarom afspraken gemaakt met 3<sup>e</sup> partijen die stapeling van informatieuitvraag moeten voorkomen. In dit onderdeel van de monitor (F<sup>1</sup>) willen we vragen of dit voor u merkbaar is.</p>		
37	<b>Parallele gegevensuitvraag - bijvoorbeeld door zorgverzekeraars of patiëntenorganisaties - is merkbaar afgenomen</b> (Stelling)	F <sup>1</sup>



		Score: 1-5
38	<b>Welke vergelijkbare of overlappende kwaliteitsgegevens worden nog door 3<sup>e</sup> partijen uitgevraagd?</b> (Open vraag)	F <sup>1</sup>
F <sup>1</sup>		F <sup>1</sup> Score: 1-5
<p><b>Mijn indruk van de impact van Covid-19</b></p> <p>Door de Covid-19 crisis zagen zorginstellingen zich genoodzaakt om maatregelen te nemen om de impact ervan te mitigeren. Zorg is bijvoorbeeld stil gelegd, (in overleg met patiënten) uitgesteld of in aangepaste vorm gegeven (bijvoorbeeld via telefoon of beeldbellen). In sommige gevallen zijn (bv. vanwege personeels-tekort) prioriteiten gesteld m.b.t. welke kwaliteitsindicatoren wel en welke niet werden geregistreerd of zijn aanpassingen in de manier van registreren doorgevoerd. In dit onderdeel van de monitor (F<sup>2</sup>) willen we vragen wat uw indruk is van de impact van Covid-19 op het registreren van kwaliteitsindicatoren.</p>		
39	<b>Welke impact heeft de Covid-19 crisis in uw zorginstelling gehad op het registreren van kwaliteitsindicatoren t.b.v. de Transparantiekalender?</b> (Open vraag)	F <sup>2</sup>
40	<b>Zijn er prioriteiten gesteld m.b.t. welke kwaliteitsindicatoren wel en welke niet werden geregistreerd?</b> (Meerkeuzevraag) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ja, bepaalde kwaliteitsindicatoren werden wel en andere niet geregistreerd</li> <li>- Nee, alle kwaliteitsindicatoren werden geregistreerd</li> <li>- Nee, er werden géén kwaliteitsindicatoren geregistreerd</li> </ul>	F <sup>2</sup>
40a	(Optioneel) <b>Ruimte voor toelichting; Welke kwaliteitsindicatoren werden wel of niet geprioriteerd, en waarom was dat?</b> (Open invulveld)	F <sup>2</sup>
<p><b>Mijn nabescherwing</b></p> <p>In dit laatste onderdeel van de monitor (G) willen we u vragen of u deze monitor zinvol vindt. Er is ook gelegenheid om onderwerpen te benoemen die u in deze monitor heeft gemist.</p>		
41	<b>Ik vind het belangrijk dat de beleefde regeldruk van transparante kwaliteitsinformatie gemonitord wordt</b> (Stelling)	G Score: 1-5
42	(optioneel) <b>Ruimte voor overige onderwerpen</b> (Open invulveld)	G
G		G Score: 1-5

## Items vragenlijst kwaliteitsfunctionarissen

De vragenlijst voor kwaliteitsfunctionarissen bestaat uit de volgende items en toelichtingen.


Nr.	Item	Voortgang
<b>Mijn achtergrond</b>		
1	<b>In welk type zorginstelling werkt u?</b> (Meerkeuzevraag) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Algemeen ziekenhuis;</li> </ul>	Algemeen

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Topklinisch ziekenhuis;</li> <li>- Universitair Medisch Centrum;</li> <li>- Categorieel ziekenhuis;</li> <li>- Revalidatie instelling;</li> <li>- Zelfstandig Behandelcentra;</li> <li>- Privékliniek;</li> <li>- Anders, namelijk:</li> </ul>	
2	<p><b>Wat is uw functie?</b> (Meerkeuzevraag)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medisch specialist;</li> <li>- Verpleegkundig specialist;</li> <li>- Verpleegkundige;</li> <li>- Kwaliteitsfunctionaris;</li> <li>- Anders, namelijk: ... (U kiest zelf de voor u relevante vragenlijst).</li> </ul>	Algemeen
<p><b>Mijn mening over de kwaliteit van indicatoren</b></p> <p>Hieronder worden X indicatorsets genoemd. Elke indicatorset bestaat uit diverse kwaliteitsindicatoren. Op de Transparantiekalender kunt u snel zien uit welke onderliggende indicatoren een bepaalde set bestaat:</p> <p><a href="https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/Paginas/Transparantiekalender.aspx">https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/Paginas/Transparantiekalender.aspx</a></p>		A
3	<p><b>Met welke indicatorset(s) uit het verslagjaar 20XX werkt u in uw zorginstelling op reguliere basis?</b> (Meerkeuzevraag)</p> <p>Keuze uit X indicatorsets:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alle indicatorsets;</li> <li>Aneurysma Aorta Abdominalis (AAA) indicatoren</li> <li>Bariatrische chirurgie</li> <li>Blaascarcinoom</li> <li>Borstimplantaten</li> <li>Carotis Chirurgie</li> <li>Carpaletunnelsyndroom</li> <li>Cataract (staar)</li> <li>Cerebro Vasculair Accident (CVA, beroerte)</li> <li>Chirurgie bij kinderen</li> <li>Chronische nierschade indicatoren</li> <li>Colorectaal carcinoom indicatoren</li> <li>Constitutioneel eczeem</li> <li>Diabetes</li> <li>Galblaasverwijdering</li> <li>Gynaecologische oncologie</li> <li>Heupfractuur</li> </ul>	A


	<p>Heupprothese          Hoofd-hals chirurgie          Integrale geboortezorg indicatoren          Knieprothese indicatoren          Leverchirurgie          Liesbreukoperaties          Longcarcinoom          Mamacarcinoom          Melanoom          Oncologie          Osteoporose indicatoren          Pancreaskanker          Parkinson          Percutane coronaire interventie (PCI, dotteren)          Psoriasis          Revalidatie          Prostaatcarcinoom indicatoren          Slokdarm- en maagcarcinoom          Spoedzorg indicatoren          Stressincontinentie bij de vrouw          Veneuze ziekten          Voorste kruisband en artroscopie van de knie          Wervelkolomchirurgie geïnstrumenteerd          Wervelkolomchirurgie ongeïnstrumenteerd          Ziekten van Adenoid en Tonsillen          Geen;          N.v.t. (onbekend met genoemde indicatorsets)</p>	
4	<p><b>Welke indicatorset ervaart u als meest belastend?</b> (Meerkeuzevraag)          Keuze uit geselecteerde indicatorsets item 3*          Geen          N.v.t. (onbekend met genoemde indicatorsets)</p>	A
5	<p><b>Waarom is dat?</b> (Meerkeuzevraag)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De set bevat teveel indicatoren;</li> <li>- De set bestaat uit samengestelde elementen waardoor interpretatie lastig is;</li> <li>- Er is handwerk nodig want de indicatoren komen niet automatisch uit het systeem;</li> <li>- De indicatoren vragen om veel data en parameters;</li> <li>- De indicatoren vragen om complexe berekeningen uit te voeren;</li> <li>- De indicatoren overlappen met indicatoren uit een andere set (doublering indicatoren);</li> </ul>	A

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De indicatoren zeggen weinig over de kwaliteit van geleverde zorg;</li> <li>- De indicatoren dragen onvoldoende bij aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg;</li> <li>- Anders, namelijk:</li> <li>- N.v.t. of geen mening.</li> </ul>	
6	<p><b>Welke indicatorset ervaart u als minst belastend?</b> (Meerkeuzevraag)</p> <p>Keuze uit geselecteerde indicatorsets item 3*</p> <p>Geen;</p> <p>N.v.t. (onbekend met genoemde indicatorsets)</p>	A
7	<p><b>Waarom is dat?</b> (Meerkeuzevraag)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De set bestaat uit een beperkt aantal indicatoren (niet te groot);</li> <li>- De indicatoren hanteren een eenduidige vraagstelling;</li> <li>- De indicatoren hanteren heldere definities;</li> <li>- De indicatoren zijn eenvoudig uit het systeem te halen;</li> <li>- De indicatoren worden afgeleid van DICA registraties;</li> <li>- De indicatoren maken gebruik van data van kwaliteitsregistraties (zoals LROI, NCDR, e.a.);</li> <li>- Er wordt daadwerkelijk iets met de indicatoren in de set gedaan;</li> <li>- De indicatoren dragen bij aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg;</li> <li>- Anders, namelijk:</li> <li>- N.v.t. of geen mening.</li> </ul>	A
8	<p>De onderstaande vragen hebben betrekking op de indicatorsets waarmee u in uw zorginstelling op reguliere basis werkt.</p> <p><b>Ik vind dat de indicatorsets bijdragen aan het transparant maken van de kwaliteit van de door mijn zorginstelling geleverde zorg</b> (Stelling)</p>	A Score: 1-5
8a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting</b> (Open invulveld)	A
9	<p><b>Ik vind de indicatorsets – over het algemeen - betekenisvol (zinvol en veelzeggend)</b> (Stelling)</p>	A Score: 1-5
9a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting</b> (Open invulveld)	A
10	<p>De registratie van kwaliteitsgegevens wordt op verschillende locaties en door verschillende zorgprofessionals uitgevoerd. Het is daarom van belang dat de gegevens op een vergelijkbare manier worden vastgelegd. De met de indicator op te vragen zorgactiviteiten of zorgproducten moeten dus eenduidig zijn beschreven. Hiermee bedoelen we: slechts voor één uitleg vatbaar.</p> <p><b>Ik vind de indicatorsets - over het algemeen- eenduidig (niet ambigu)</b> (Stelling)</p>	A Score: 1-5



10a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting</b> (Open invulveld)	A
11	<p>Om indicatoren te gebruiken in vergelijkend (benchmark)onderzoek moeten ze beschikken over onderscheidend vermogen. Als een groot aantal zorginstellingen hetzelfde antwoord geeft, dan heeft een indicator weinig onderscheidend vermogen; blijkbaar levert iedereen dezelfde prestaties of biedt dezelfde voorzieningen aan.</p> <p><b>Zorginstellingen kunnen zich door middel van de indicatorsets ten opzichte van elkaar onderscheiden</b> (Stelling)</p>	<p>A</p> <p>Score: 1-5</p>
11a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting</b> (Open invulveld)	A
12	<p>Het is van belang dat er zo weinig mogelijk vervuiling van data plaatsvindt. Vervuiling van data kan bijvoorbeeld ontstaan doordat nieuwe collega's nog niet bekend zijn met de correcte wijze van registreren, of doordat een uitzonderlijk drukke periode met veel cliënten/patiënten een grote druk legt op de beschikbare capaciteit en middelen van een instelling.</p> <p><b>De kwaliteitsgegevens die voor de indicatorsets door mijn instelling worden aangeleverd zijn - over het algemeen - betrouwbaar</b> (Stelling)</p>	<p>A</p> <p>Score: 1-5</p>
12a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting</b> (Open invulveld)	A
13	<p>Het is belangrijk dat kwaliteitsindicatoren scherpe definities hanteren. Ruimte voor verschil in interpretatie leidt tot een slechte vergelijkbaarheid van indicatoren of - in het uiterste geval - tot strategisch gebruik van cijfers. Scherpe definities voorkomen selectief rapporteren of strategisch gebruik van cijfers.</p> <p><b>De indicatorsets hanteren scherpe definities</b> (Stelling)</p>	<p>A</p> <p>Score: 1-5</p>
13a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting</b> (Open invulveld)	A
14	<p>Kwaliteit bestaat uit diverse aspecten. Een indicatorset alleen zegt niet (altijd) alles. Om het hele verhaal (over kwaliteit) te vertellen kan het nodig zijn om bij een indicatorset een toelichting te geven op de (kwaliteits)afwegingen en -keuzes die een zorginstelling maakt.</p> <p><b>Ik vind dat er voldoende mogelijkheden zijn om de indicatorsets te voorzien van een toelichting op het beleid van mijn instelling</b> (Stelling)</p>	<p>A</p> <p>Score: 1-5</p>
14a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting</b> (Open invulveld)	A
15	<b>De indicatorsets komen met duidelijke werkinstructies</b> (Stelling)	<p>A</p> <p>Score: 1-5</p>
15a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting</b> (Open invulveld)	A

A		A Score: 8-40
<p><b>Mijn beleefde lasten van transparantie</b></p> <p>Om een oordeel te kunnen geven over de kwaliteit van zorg is informatie nodig. En om informatie te verkrijgen moeten gegevens verzameld worden. Deze gegevens worden verkregen door te registreren. In dit onderdeel van de monitor (B) gaan we in op de beleefde lasten die samengaan met het registreren, controleren (dataverificatie), verzamelen, bewerken en aanleveren van kwaliteitsgegevens in het verslagjaar waarin deze worden vastgelegd. De vragen en stellingen die u krijgt voorgelegd hebben betrekking op de kwaliteitsgegevens die u aanlevert over de indicatoren die zijn opgenomen in het Register van het Zorginstituut</p>		
16	<p><b>Het verzamelen, bewerken en aanleveren van de benodigde kwaliteitsgegevens is eenvoudig (weinig complex)</b> (Stelling)</p>	B Score: 1-5
17	<p><b>Het verzamelen, bewerken en aanleveren van de benodigde kwaliteitsgegevens gaat snel (kost weinig tijd)</b> (Stelling)</p>	B Score: 1-5
18	<p><b>Wat vindt u van de tijd die van u in een kalenderjaar wordt gevraagd voor het verzamelen, bewerken en aanleveren van kwaliteitsgegevens?</b> (Meerkeuzevraag)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ik vind de tijd die van mij wordt gevraagd uitstekend;</li> <li>- Ik vind de tijd die van mij wordt gevraagd acceptabel;</li> <li>- Ik vind de tijd die van mij wordt gevraagd nog net kunnen;</li> <li>- Ik vind de tijd die van mij wordt gevraagd net te veel;</li> <li>- Ik vind de tijd die van mij wordt gevraagd veel te veel;</li> <li>- N.v.t. of geen mening.</li> </ul>	B Score: 1-5
19	<p><b>Wat maakt het verzamelen, bewerken en aanleveren van de benodigde kwaliteitsgegevens (onnodig) tijdrovend?</b> (Meerkeuzevraag; meerdere antwoorden mogelijk)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het gaat om een grote hoeveelheid kwaliteitsgegevens in een kort tijdsbestek;</li> <li>- De kwaliteitsgegevens komen onvoldoende geautomatiseerd uit het systeem;</li> <li>- De kwaliteitsgegevens moeten verzameld worden uit diverse bronnen;</li> <li>- De kwaliteitsgegevens moeten zorgvuldig geanalyseerd en bewerkt worden;</li> <li>- Het controleren en verklaren van de resultaten is complex;</li> <li>- Er zijn veel medewerkers betrokken bij het proces;</li> <li>- Er vinden veel wijzigingen plaats (steeds veranderende sets en processen);</li> <li>- De kwaliteitsgegevens worden dubbel geregistreerd / Er bestaat overlap tussen de indicatoren van verschillende sets;</li> <li>- Afwijkende definities kosten extra (controle)tijd;</li> <li>- Het ligt (deels) aan trage systemen en/of beperkte voorzieningen;</li> <li>- Anders, namelijk</li> <li>- N.v.t. of geen mening.</li> </ul>	B

20	<b>Voor het verzamelen, bewerken en aanleveren van de benodigde kwaliteitsgegevens heb ik voldoende tijd</b> (Stelling)	B Score: 1-5
20a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting</b> (Open invulveld)	B
21	<b>Ondersteunend personeel helpt mij in grote mate met het verzamelen, bewerken en aanleveren van kwaliteitsgegevens</b> (Meerkeuzevraag) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ik stuur vooral aan en houdt het overzicht;</li> <li>- Ik doe sommige dingen zelf en stuur verder aan;</li> <li>- We hebben een gelijke verdeling;</li> <li>- Ik doe het vooral zelf, eenvoudige onderdelen worden voor mij gedaan;</li> <li>- Ik doe alles zelf;</li> <li>- N.v.t. of geen mening.</li> </ul>	B Score: 1-5
21a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting</b> (Open invulveld) Indien u naast het verzamelen, bewerken en aanleveren van kwaliteitsgegevens ook andere werkzaamheden uitvoert voor het Register van het Zorginstituut kunt u dit in het onderstaande invulveld toelichten (registeren, controleren etc.).	B
22	<b>Het verzamelen, bewerken en aanleveren van kwaliteitsgegevens wordt in mijn instelling ondersteund door goede ICT systemen (EPD, etc.)</b> (Stelling)	B Score: 1-5
23	<b>Wat zijn in uw instelling de knelpunten op het gebied van ICT ondersteuning?</b> (Meerkeuzevraag; meerdere antwoorden mogelijk) <ul style="list-style-type: none"> <li>- De kwaliteitsindicatoren zijn (nog) onvoldoende ingebed in het EPD;</li> <li>- Er is geen koppeling tussen systemen om data automatisch aan te leveren / Kwaliteitsgegevens worden dubbel geregistreerd;</li> <li>- Gegevens worden niet altijd door iedereen op dezelfde plek in het EPD vastgelegd, waardoor het lastig is om deze gegevens eruit te halen;</li> <li>- Er zijn te veel verschillende codes voor bepaalde verrichtingen/indicatoren;</li> <li>- ICT (bijvoorbeeld het EPD) is onvoldoende op haar taak uitgerust / niet gebruikersvriendelijk;</li> <li>- Er is te weinig ICT ondersteuning in mankracht en geld;</li> <li>- Er wordt te weinig gebruik gemaakt van reeds bekende gegevens;</li> <li>- Anders, namelijk</li> <li>- N.v.t. of geen mening.</li> </ul>	B
24	Om ervoor te zorgen dat zorgverleners allemaal dezelfde zorginformatie vastleggen, zijn in het programma "Registratie aan de bron" zorginformatie-bouwstenen (zibs) ontwikkeld. Een zib beschrijft wat er over het zorgproces moet worden vastgelegd. Zibs zijn een middel om 'eenduidige zorginformatie' tot stand te brengen. Als zibs in het epd zijn ingebouwd, en zorgverleners eenduidig vastleggen, wordt meervoudig (her)gebruik van die zorginformatie mogelijk.	B Score: 1-5

	<p><b>Wordt in uw zorginstelling gewerkt met zorginformatiebouwstenen (één keer registreren voor meervoudig gebruik)?</b> (Meerkeuzevraag)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ja, daarin is mijn zorginstelling een koploper;</li> <li>- Ja, mijn zorginstelling is daarmee bezig;</li> <li>- Neutraal, mijn zorginstelling is zich aan het oriënteren;</li> <li>- Nee, mijn zorginstelling werkt hier (nog) niet mee;</li> <li>- Nee, daarin is mijn zorginstelling een achterblijver;</li> <li>- N.v.t. of geen mening.</li> </ul>	
25	<p><b>Aanleveren van gegevens via OmniQ van DHD of het web-portal van DESAN maakt het proces van invullen en accorderen van kwaliteitsindicatoren eenvoudiger en overzichtelijker</b> (Stelling)</p>	B Score: 1-5
26	<p><b>De samenwerking met de gegevensmakelaar verloopt goed</b> (Stelling)</p>	B Score: 1-5
27	<p><b>De samenwerking met DICA verloopt goed</b> (Stelling)</p>	B Score: 1-5
28	<p><b>Welke verbetermogelijkheden ziet u in de samenwerking met DHD, DICA of DESAN?</b> (Open vraag)</p>	B
B		B Score: 10-50
<p><b>Mijn beleefde opbrengsten van transparantie</b></p> <p>De kwaliteitsgegevens die met indicatorsets worden verzameld kunnen voor meerdere doeleinden worden gebruikt (verbeterinformatie, keuze informatie, inkoopinformatie, e.d.). In dit onderdeel van de monitor (C) willen we graag van u weten hoe u tegen de baten van transparantie aankijkt.</p>		
29	<p><b>Ik vind transparantie - het beschikbaar stellen van informatie over de kwaliteit van zorg - belangrijk</b> (Stelling)</p>	C Score: 1-5
30	<p>Keuze informatie is een verzameling van gegevens over zorgaanbieders rondom een specifieke aandoening, gepubliceerd in een website of online module.</p> <p><b>Ik ben van mening dat kwaliteitsindicatoren waardevol zijn voor cliënten/patiënten als keuze informatie</b> (Stelling)</p>	C Score: 1-5
30a	<p>(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting</b> (Open invulveld)</p>	C
31	<p><b>Ik heb de indruk dat cliënten/patiënten de informatie die wordt ontsloten met kwaliteitsindicatoren ook echt gebruiken als keuze informatie</b> (Stelling)</p> <p>Wij begrijpen dat u niet over cijfers of data beschikt. Maar we zouden wel graag willen weten hoe u hier gevoelsmatig tegenover staat.</p>	C Score: 1-5



32	<b>Ik ben van mening dat kwaliteitsindicatoren waardevol zijn voor zorgverzekeraars bij zorginkoop</b> (Stelling)	C Score: 1-5
32a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting</b> (Open invulveld)	C
33	<b>Ik heb de indruk dat zorgverzekeraars de informatie die wordt ontsloten met kwaliteitsindicatoren ook echt gebruiken als inkoopinformatie</b> (Stelling)	C Score: 1-5
34	<b>De kwaliteitsindicatoren worden door mijn instelling gebruikt voor kwaliteitsverbetering en benchmarking</b> (Stelling)	C Score: 1-5
34a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting</b> (Open invulveld)	C
35	<b>De kwaliteitsindicatoren worden (tijdig) teruggekoppeld</b> (Stelling)	C Score: 1-5
36	<b>Zorgprofessionals kunnen de uitkomsten van kwaliteitsindicatoren op meerdere meetmomenten volgen via een dashboard</b> (Stelling)	C Score: 1-5
37	<b>Ik heb het gevoel dat kwaliteitsindicatoren jaarlijks grondig worden geëvalueerd door de werkgroepen die de indicatoren opstellen</b> (Stelling)	C Score: 1-5
C		C Score: 9-45
<p><b>Mijn oordeel over de regeldruk van transparantie</b></p> <p>Diverse onderzoeken laten zien dat de beleving van regeldruk een afweging is van gevraagde inspanning afgezet tegen gepercipieerd nut; <i>proportionaliteit</i> is het sleutelwoord. In dit onderdeel van de monitor (D) willen we u graag vragen om uw overkoepelend oordeel te geven over de regeldruk van transparantie: is de balans tussen de lasten en baten van transparantie proportioneel?</p>		
38	<b>De kwaliteitsindicatoren treffen een goede balans tussen de tijd die het kost om de benodigde gegevens te registreren, verzamelen, bewerken, controleren en aan te leveren en wat het oplevert aan transparante verbeterinformatie, keuze informatie en inkoopinformatie</b> (Stelling)	D Score: 1-5
38a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting</b> (Open invulveld)	D
D		D Score: 1-5
<p><b>Mijn ervaring met gestapelde uitvraag door 3<sup>e</sup> partijen</b></p> <p>Naast de indicatoren op de Transparantiekalender waar deze monitor betrekking op heeft worden er nog meer kwaliteitsgegevens uitgevraagd, bijvoorbeeld door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), zorgverzekeraars, wetenschappelijke beroepsverenigingen, certificeringsinstanties, kwaliteitskeurmerken of</p>		


<p>lintjes. De intentie van het Bureauoverleg Transparantie msz is om overlap zoveel mogelijk te voorkomen. Er worden daarom afspraken gemaakt met 3<sup>e</sup> partijen die stapeling van informatieuitvraag moeten voorkomen. In dit onderdeel van de monitor (F) willen we vragen of dit voor u merkbaar is.</p>		
39	<p><b>Parallele gegevensuitvraag - bijvoorbeeld door zorgverzekeraars of patiëntenorganisaties - is merkbaar afgenomen</b> (Stelling)</p>	<p>F<sup>1</sup> Score: 1-5</p>
40	<p><b>Welke vergelijkbare of overlappende kwaliteitsgegevens worden nog door 3<sup>e</sup> partijen uitgevraagd?</b> (Open vraag)</p>	<p>F<sup>1</sup></p>
F <sup>1</sup>		<p>F<sup>1</sup> Score: 1-5</p>
<p><b>Mijn indruk van de impact van Covid-19</b></p> <p>Door de Covid-19 crisis zagen zorginstellingen zich genoodzaakt om maatregelen te nemen om de impact ervan te mitigeren. Zorg is bijvoorbeeld stil gelegd, (in overleg met patiënten) uitgesteld of in aangepaste vorm gegeven (bijvoorbeeld via telefoon of beeldbellen). In sommige gevallen zijn (bv. vanwege personeelstekort) prioriteiten gesteld m.b.t. welke kwaliteitsindicatoren wel en welke niet werden geregistreerd of zijn aanpassingen in de manier van registreren doorgevoerd.</p>		
41	<p><b>Welke impact heeft de Covid-19 crisis in uw zorginstelling gehad op het registreren van kwaliteitsindicatoren t.b.v. de Transparantiekalender?</b> (Open vraag)</p>	<p>F<sup>2</sup></p>
42	<p><b>Zijn er prioriteiten gesteld m.b.t. welke kwaliteitsindicatoren wel en welke niet werden geregistreerd?</b> (Meerkeuzevraag)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ja, bepaalde kwaliteitsindicatoren werden wel en andere niet geregistreerd</li> <li>- Nee, alle kwaliteitsindicatoren werden geregistreerd</li> <li>- Nee, er werden géén kwaliteitsindicatoren geregistreerd</li> </ul>	<p>F<sup>2</sup></p>
42a	<p>(Optioneel) <b>Ruimte voor toelichting; Welke kwaliteitsindicatoren werden wel of niet geprioriteerd, en waarom was dat?</b> (Open invulveld)</p>	<p>F<sup>2</sup></p>
<p><b>Mijn nabescherouwing</b></p> <p>In dit laatste onderdeel van de monitor (G) willen we u vragen of u deze monitor zinvol vindt. Er is ook gelegenheid om onderwerpen te benoemen die u in deze monitor heeft gemist.</p>		
43	<p><b>Ik vind het belangrijk dat de beleefde regeldruk van transparante kwaliteitsinformatie gemonitord wordt</b> (Stelling)</p>	<p>G Score: 1-5</p>
44	<p>(optioneel) <b>Ruimte voor overige onderwerpen</b> (Open invulveld)</p>	<p>G</p>
G		<p>G Score: 1-5</p>

## Items vragenlijst verpleegkundigen



De vragenlijst voor verpleegkundigen bestaat uit de volgende items en toelichtingen.

Nr.	Item	Voortgang
<b>Mijn achtergrond</b>		
1	<p><b>In welk type zorginstelling werkt u?</b> (Meerkeuzevraag)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Algemeen ziekenhuis;</li> <li>- Topklinisch ziekenhuis;</li> <li>- Universitair Medisch Centrum;</li> <li>- Categorieel ziekenhuis;</li> <li>- Revalidatie instelling;</li> <li>- Zelfstandig Behandelcentra;</li> <li>- Privékliniek;</li> <li>- Anders, namelijk:</li> </ul>	Algemeen
2	<p><b>Wat is uw functie?</b> (Meerkeuzevraag)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medisch specialist;</li> <li>- Verpleegkundig specialist;</li> <li>- Verpleegkundige;</li> <li>- Kwaliteitsfunctionaris;</li> <li>- Anders, namelijk: ... (U kiest zelf de voor u relevante vragenlijst)</li> </ul>	Algemeen
<b>Mijn ervaring met specifieke indicatorsets op de Transparantiekalender</b>		A
3	<p><b>In welk medisch specialisme bent u werkzaam, of met welk specialisme heeft u veel te maken?</b> (Meerkeuzevraag)</p> <p>Keuze uit X relevante specialismen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Apotheek-klinische farmacie;</li> <li>Cardiologie;</li> <li>Chirurgie-heelkunde;</li> <li>Dermatologie;</li> <li>Diëtetiek;</li> <li>Ergotherapie;</li> <li>Familiezorg;</li> <li>Fysiotherapie;</li> <li>Geestelijke verzorging en ethiek;</li> <li>Geriatric;</li> <li>Gynaecologie;</li> <li>Intensive care IC;</li> <li>Interne geneeskunde;</li> <li>Kanker-oncologie;</li> </ul>	A

	Keel-neus-oorheelkunde (KNO); Kindergeneeskunde; Klinisch chemisch laboratorium; Logopedie; Longziekten; Maag-darm-leverziekten (MDL); Medisch maatschappelijk werk; Medische fotografie; Medische microbiologie en infectieziekten; Medische psychologie; Neurochirurgie; Neurologie; Nucleaire geneeskunde; Oogkliniek; Orthopedie; Pathologie; Pijnkliniek; Plastische chirurgie; Psychiatrie; Radiologie; Revalidatiegeneeskunde; Spoedeisende hulp; Sportgeneeskunde; Urologie; Verloskunde; Geen; N.v.t. (onbekend met genoemde specialismen)	
A	Resultaat: inzicht in medisch specialismen	A Geen score
<p><b>Mijn beleefde lasten van transparantie</b></p> <p>Om een oordeel te kunnen geven over de kwaliteit van zorg is informatie nodig. En om informatie te verkrijgen moeten gegevens verzameld worden. Deze gegevens worden verkregen door te registreren. In dit onderdeel van de monitor (B) gaan we in op de beleefde lasten die samengaan met het registreren van kwaliteitsgegevens in het verslagjaar waarin deze worden vastgelegd. De vragen en stellingen die u krijgt voorgelegd hebben betrekking op de kwaliteitsgegevens die u aanlevert over de indicatoren die zijn opgenomen in het Register van het Zorginstituut.</p>		
4	<b>Het registreren van de benodigde kwaliteitsgegevens is eenvoudig (weinig complex)</b> (Stelling)	B Score: 1-5
5	<b>Het registreren van de benodigde kwaliteitsgegevens gaat snel (kost weinig tijd)</b> (Stelling)	B Score: 1-5

6	<p><b>Wat vindt u van de tijd die van u in een kalenderjaar wordt gevraagd voor het registreren van kwaliteitsgegevens?</b> (Meerkeuzevraag)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ik vind de tijd die van mij wordt gevraagd uitstekend;</li> <li>- Ik vind de tijd die van mij wordt gevraagd acceptabel;</li> <li>- Ik vind de tijd die van mij wordt gevraagd nog net kunnen</li> <li>- Ik vind de tijd die van mij wordt gevraagd eigenlijk te veel;</li> <li>- Ik vind de tijd die van mij wordt gevraagd veel te veel;</li> <li>- N.v.t. of geen mening.</li> </ul>	B Score: 1-5
7	<p><b>Wat maakt het registreren van kwaliteitsgegevens (onnodig) tijdrovend?</b> (Meerkeuzevraag; meerdere antwoorden mogelijk)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het gaat om een grote hoeveelheid kwaliteitsgegevens in een kort tijdsbestek;</li> <li>- Er vinden veel wijzigingen plaats (steeds veranderende sets en processen);</li> <li>- Het ligt (deels) aan trage systemen en/of beperkte voorzieningen;</li> <li>- Kwaliteitsgegevens worden dubbel geregistreerd;</li> <li>- De hoeveelheid kwaliteitsgegevens kan sterk fluctueren op basis van het aantal patiënten dat wordt behandeld;</li> <li>- Anders, namelijk</li> <li>- N.v.t. of geen mening.</li> </ul>	B
8	<p><b>Voor het registreren van de benodigde kwaliteitsgegevens heb ik voldoende tijd</b> (Stelling)</p>	B Score: 1-5
8a	<p>(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting</b> (Open invulveld)</p>	B
9	<p><b>Het registreren van kwaliteitsgegevens wordt in mijn instelling ondersteund door goede ICT systemen (EPD, etc.)</b> (Stelling)</p>	B Score: 1-5
10	<p><b>Wat zijn in uw instelling de knelpunten op het gebied van ICT ondersteuning?</b> (Meerkeuzevraag; meerdere antwoorden mogelijk)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ICT (bijvoorbeeld het EPD) is onvoldoende op haar taak uitgerust / niet gebruikersvriendelijk;</li> <li>- Er is geen koppeling tussen systemen om data automatisch aan te leveren / Kwaliteitsgegevens worden dubbel geregistreerd;</li> <li>- Er is te weinig ICT ondersteuning in middelen, mankracht en geld;</li> <li>- Anders, namelijk</li> <li>- N.v.t. of geen mening.</li> </ul>	B
B		B Score: 5-25

<b>Mijn beleefde opbrengsten van transparantie</b> De kwaliteitsgegevens die met indicatorsets worden verzameld kunnen voor meerdere doeleinden worden gebruikt (verbeterinformatie, keuze informatie, inkoopinformatie, e.d.). In dit onderdeel van de monitor (C) willen we graag van u weten hoe u tegen de baten van transparantie aankijkt.		
11	<b>Ik vind transparantie - het beschikbaar stellen van informatie over de kwaliteit van zorg - belangrijk</b> (Stelling)	C Score: 1-5
12	Keuze informatie is een verzameling van gegevens over zorgaanbieders rondom een specifieke aandoening, gepubliceerd in een website of online module. <b>Ik ben van mening dat kwaliteitsindicatoren waardevol zijn voor cliënten/patiënten als keuze informatie</b> (Stelling)	C Score: 1-5
12a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting</b> (Open invulveld)	C
13	<b>Ik heb de indruk dat cliënten/patiënten de informatie die wordt ontsloten met kwaliteitsindicatoren ook echt gebruiken als keuze informatie</b> (Stelling)	C Score: 1-5
14	<b>Ik ben van mening dat kwaliteitsindicatoren waardevol zijn voor zorgverzekeraars bij zorginkoop</b> (Stelling)	C Score: 1-5
14a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting</b> (Open invulveld)	C
15	<b>De kwaliteitsindicatoren worden door mijn instelling gebruikt voor kwaliteitsverbetering en benchmarking</b> (Stelling)	C Score: 1-5
15a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting</b> (Open invulveld)	C
16	<b>De kwaliteitsindicatoren geven mij inzicht in mijn eigen functioneren</b> (Stelling)	C Score: 1-5
17	<b>De kwaliteitsindicatoren worden (tijdig) teruggekoppeld</b> (Stelling)	C Score: 1-5
C		C Score: 7-35
<b>Mijn oordeel over de regeldruk van transparantie</b> Diverse onderzoeken laten zien dat de beleving van regeldruk een afweging is van gevraagde inspanning afgezet tegen gepercipieerd nut; <i>proportionaliteit</i> is het sleutelwoord. In dit onderdeel van de monitor (D) willen we u graag vragen om uw overkoepelend oordeel te geven over de regeldruk van transparantie: is de balans tussen de lasten en baten van transparantie proportioneel?		
18	<b>De kwaliteitsindicatoren treffen een goede balans tussen de tijd die het kost om de benodigde gegevens te registreren, verzamelen, bewerken,</b>	D

	<b>controleren en aan te leveren en wat het oplevert aan transparante verbeterinformatie, keuze informatie en inkoopinformatie</b> (Stelling)	Score: 1-5
18a	(optioneel) <b>Ruimte voor toelichting</b> (Open invulveld)	D
D		D Score: 1-5
<p><b>Mijn indruk van de impact van Covid-19</b></p> <p>Door de Covid-19 crisis zagen zorginstellingen zich genoodzaakt om maatregelen te nemen om de impact ervan te mitigeren. Zorg is bijvoorbeeld stil gelegd, (in overleg met patiënten) uitgesteld of in aangepaste vorm gegeven (bijvoorbeeld via telefoon of beeldbellen). In sommige gevallen zijn (bv. vanwege personeelstekort) prioriteiten gesteld m.b.t. welke kwaliteitsindicatoren wel en welke niet werden geregistreerd of zijn aanpassingen in de manier van registreren doorgevoerd.</p>		
19	<b>Welke impact heeft de Covid-19 crisis in uw zorginstelling gehad op het registreren van kwaliteitsindicatoren t.b.v. de Transparantiekalender?</b> (Open vraag)	F <sup>2</sup>
20	<b>Zijn er prioriteiten gesteld m.b.t. welke kwaliteitsindicatoren wel en welke niet werden geregistreerd?</b> (Meerkeuzevraag) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ja, bepaalde kwaliteitsindicatoren werden wel en andere niet geregistreerd</li> <li>- Nee, alle kwaliteitsindicatoren werden geregistreerd</li> <li>- Nee, er werden géén kwaliteitsindicatoren geregistreerd</li> </ul>	F <sup>2</sup>
20a	(Optioneel) <b>Ruimte voor toelichting; Welke kwaliteitsindicatoren werden wel of niet geprioriteerd, en waarom was dat?</b> (Open invulveld)	F <sup>2</sup>
<p><b>Mijn nabeschuiving</b></p> <p>In dit laatste onderdeel van de monitor (G) willen we u vragen of u deze monitor zinvol vindt. Er is ook gelegenheid om onderwerpen te benoemen die u in deze monitor heeft gemist.</p>		
21	<b>Ik vind het belangrijk dat de beleefde regeldruk van transparante kwaliteitsinformatie gemonitord wordt</b> (Stelling)	G Score: 1-5
22	(optioneel) <b>Ruimte voor overige onderwerpen</b> (Open invulveld)	G
G		G Score: 1-5

## Bijlage IV – Het aantal indicatoren

Onderdeel van de monitorrapportage - maar géén onderdeel van de vragenlijst - is het objectieve aantal kwaliteitsindicatoren op de Transparantiekalender. Hieronder staat kort beschreven welke uitgangspunten worden aangehouden bij het optellen van de (sub)indicatoren en bij het berekenen van het gemiddelde aantal indicatoren per indicatorset. De telling van het aantal kwaliteitsindicatoren wordt gedaan door het Zorginstituut. In de telling over verslagjaar 2021 kwam het Zorginstituut uit op 670 (sub-)indicatoren voor de Medisch Specialistische Zorg (waarvan 9 vrijwillige indicatoren).

### **Uitgangspunten telling kwaliteitsindicatoren**

Er zijn twee soorten indicatoren, namelijk hoofdindicatoren en subindicatoren.

- Een hoofdindicator is een (hoofd-)vraag waarmee een aspect van de kwaliteit van zorg wordt gemeten.
- Subindicatoren zijn eventuele deelvragen, bijvoorbeeld over verschillende patiëntgroepen, behandelingen, typen behandelaren of faciliteiten waarover steeds dezelfde hoofdvraag wordt beantwoord.

Voor de typering van indicatoren wordt gebruik gemaakt van de typering die in de indicatorgids staat. Omdat het in een indicatorgids niet altijd duidelijk is wat een hoofdindicator is en wat een subindicator is, worden deze gidsen vertaald naar hoofd- en subindicatoren. De indeling naar type indicatoren is nuttig om inzicht te krijgen in het karakter van de indicatorsets. Het gaat om de typering structuur/proces/uitkomst.

### **Gemiddelde aantal hoofdindicatoren per indicatorset**

Een indicatorset is een collectie indicatoren bijeengebracht in één indicatorgids, met één gezamenlijk thema. Dit is bijvoorbeeld een aandoening, behandeling of specialisme.

Het gemiddelde aantal hoofdindicatoren wordt berekend door het totale aantal hoofdindicatoren te delen door het totale aantal indicatorsets. Voor deze berekening worden alle hoofdindicatoren bij elkaar opgeteld, dus ook eventuele hoofdindicatoren waar geen data op wordt geleverd en dat slechts op subindicatorniveau gebeurt.

### **Optellen indicatoren**

Bij het optellen van de indicatoren worden de volgende uitgangspunten aangehouden:

- Alle hoofdindicatoren en subindicatoren waarop data worden geleverd worden bij elkaar opgeteld. Het onderscheid tussen hoofd- en subindicatoren maakt daarom niet uit voor de kwantificering. Hoofdindicatoren waarop geen data worden aangeleverd, omdat dat slechts op de subindicatoren wordt gedaan, worden niet meegeteld.
- Indien er bij een vraag meerdere antwoordmogelijkheden zijn, wordt iedere antwoordmogelijkheid gezien als een vraag waar ja of nee op beantwoord moet worden. De antwoordmogelijkheden worden vertaald naar aparte (sub)indicatoren.
- Vrijwillige indicatoren kunnen vrijblijvend door instellingen worden aangeleverd. Deze staan niet op de Transparantiekalender maar moeten wel worden meegeteld.