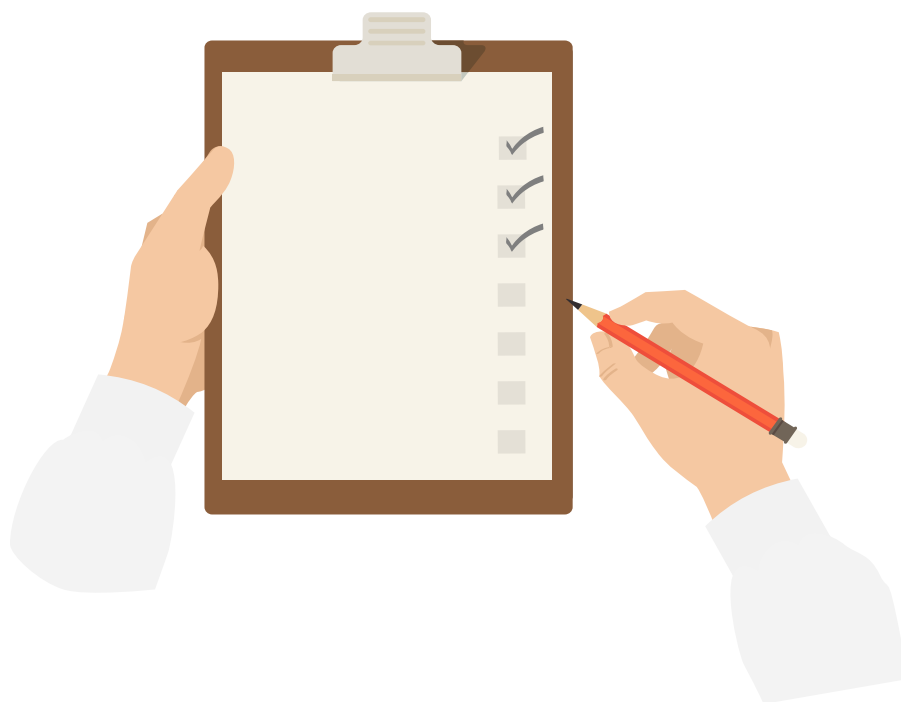


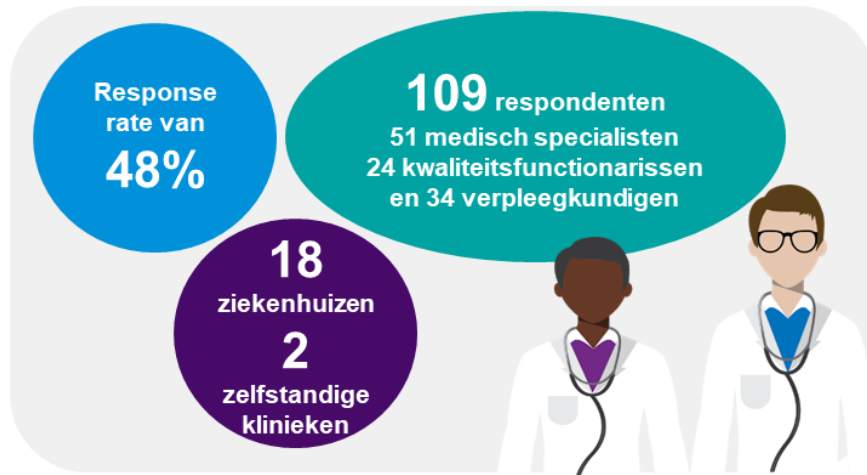
# Monitor ervaren regeldruk ten behoeve van transparantie medisch specialistische zorg

*Inzicht in de regeldruk binnen de medisch specialistische zorg over verslagjaar 2018  
i.r.t. de indicatoren voor de Transparantiekalender*



Juli 2019

## Managementsamenvatting



### Monitor

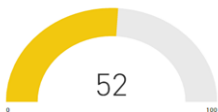
Het doel van dit onderzoek is om de ervaren regeldruk te meten vanuit het perspectief van zorgprofessionals (medisch specialisten en verpleegkundigen) en kwaliteitsfunctionarissen. Middels het herhalen van de monitor brengt het onderzoek trends in de beleefde lasten en opbrengsten van werken met kwaliteitsindicatoren van de transparantiekalender voor de MSZ in kaart. In 2017 is de monitor in pilot vorm voor het eerst uitgevoerd, waardoor het niet mogelijk is uitspraken te doen over het al dan niet significant zijn van de verschillen. Trends over tijd kunnen dan ook pas goed inzichtelijk gemaakt worden vanaf de volgende uitvraag. Daarnaast is het doel om concrete knelpunten en verbetermogelijkheden te signaleren om de ervaren regeldruk in de toekomst te verminderen.

De monitor richt zich specifiek op de regeldruk rondom indicatoren die onderdeel zijn van de transparantiekalender. In hoeverre de resultaten ook daadwerkelijk enkel de ervaren regeldruk rondom deze indicatoren weergeven en niet over bijvoorbeeld registratie van interne indicatoren en/of andere kwaliteitsregistraties is niet te zeggen. Respondenten kunnen dit onderscheid in de praktijk mogelijk niet altijd zo duidelijk maken.

### Ontwikkeling aantal en type kwaliteitsindicatoren

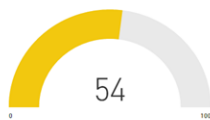
Het aantal indicatoren is met bijna 10% afgenomen in verslagjaar 2018 ten opzichte van verslagjaar 2017. Verder nam het aandeel van uitkomstindicatoren licht toe, en het aandeel van structuurindicatoren wat af. In hoeverre dit ook in een vermindering van de ervaren regeldruk geleid heeft is op basis van de hierna beschreven resultaten niet te zeggen aangezien de resultaten over verslagjaar 2017 een pilot betroffen.

### Ervaren kwaliteit



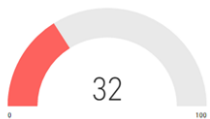
- De zorgprofessionals ervaren de kwaliteit van indicatoren (in hoeverre zijn de indicatoren betekenisvol, eenduidig en onderscheidend) als gemiddeld.
- De betrouwbaarheid van de door de zorgorganisatie aangeleverde kwaliteitsgegevens scoort het hoogst. De mate waarin zorgorganisatie zich o.b.v. de indicatoren kunnen onderscheiden, en de mogelijkheden om de indicatorenset te voorzien van een toelichting scoren het laagst.

## Beleefde opbrengsten



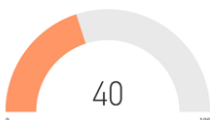
- De zorgprofessionals ervaren de beleefde opbrengsten van indicatoren (in hoeverre worden de verzamelde kwaliteitsgegevens daadwerkelijk gebruikt voor verbetering van kwaliteit van zorg, als keuze informatie en bij inkoop van zorg) eveneens gemiddeld.
- Het beschikbaar stellen van informatie over de kwaliteit van zorg wordt als belangrijk gezien.
- Respondenten zijn minder overtuigd dat deze informatie ook daadwerkelijk gebruikt wordt als keuze informatie voor de patiënt en bij de inkoop door zorgverzekeraars. Meer dan de helft van de respondenten geeft wel aan de kwaliteitsindicatoren ook in de eigen organisatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering en benchmarking
- Het belang van de context wordt benadrukt door de respondenten, zonder context is juiste interpretatie niet mogelijk.

## Beleefde lasten



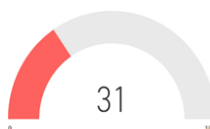
- Respondenten geven aan dat het registreren en controleren van de benodigde kwaliteitsgegevens nog veel tijd kost (een score van 100% komt overeen met lage beleefde lasten). Dit komt mede doordat indicatoren nog onvoldoende geautomatiseerd uit de systemen komen.
- Bijna twee derde van de respondenten (63%) geeft aan dat de benodigde tijdsbesteding voor het registreren en controleren van kwaliteitsgegevens die van hen gevraagd wordt veel te veel (39%) of net te veel (24%) is.
- De meest genoemde redenen (resp. 74% en 51%) voor hoge beleefde lasten van indicatorensets in het algemeen zijn *'er is veel handwerk nodig, want indicatoren komen niet automatisch uit het systeem'* en *'de indicatoren vragen om veel data en parameters'*.
- De meest genoemde reden voor lagere ervaren lasten is dat de set uit een beperkt aantal indicatoren bestaat.
- Het merendeel (79%) van de kwaliteitsfunctionarissen geeft aan dat het aanleveren van gegevens via OmniQ van DHD of het web-portal van DESAN het proces van invullen en accorderen van kwaliteitsindicatoren eenvoudiger en overzichtelijker maakt

## Relatieve lasten



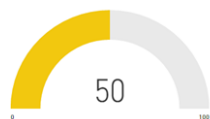
- Respondenten ervaren merendeels niet minder tijd kwijt te zijn aan het registreren, controleren, verzamelen, bewerken en aanleveren van indicatoren in vergelijking met voorgaand jaar.
- Van de respondenten geeft 15% aan wel minder tijd kwijt te zijn in vergelijking met voorgaand jaar.

## Proportionaliteit



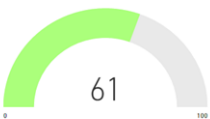
- Bijna 70% van de respondenten ervaart geen goede balans tussen de tijd die het kost om kwaliteitsgegevens aan te leveren en wat deze opleveren ten behoeve van verbeterinformatie, keuze informatie en inkoopinformatie.
- Respondenten geven aan dat de meeste tijd gaat zitten in het registreren, waardoor beperkt tijd beschikbaar is om vervolgacties op te zetten op basis van de uitkomsten. Hierdoor wordt het volle potentieel nog niet benut.

## Gestapelde uitvraag



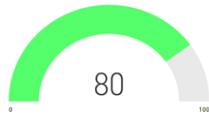
- Bijna een derde (29%) van de respondenten ervaart een afname in de gestapelde uitvraag van indicatoren, o.a. doordat zorgverzekeraars de gepubliceerde informatie gebruiken. Een vergelijkbare groep ervaart geen afname, o.a. omdat zij nog overlap ervaren in de uitvraag van de IGJ en het Zorginstituut.

## Toegevoegde waarde PROMs



- Bijna de helft van de medisch specialisten (47%) ziet toegevoegde waarde om uitkomst informatie van patiëntvragenlijsten (PROMs) te gebruiken in het gesprek met de cliënt/patiënt.
- Selectiebias, belasting voor de patiënt, ongeschiktheid voor acute zorg, subjectiviteit en gebrek aan bewijs van impact op resultaten worden genoemd als redenen voor een lage ervaren toegevoegde waarde van PROMs.

## Belang van monitoring



- Een overgrote meerderheid van de respondenten (91%) vindt monitoring van beleefde regeldruk belangrijk
- Respondenten uiten wel de wens vervolgacties te koppelen aan de resultaten en deze inzichtelijk te maken.

### Verbetermogelijkheden

- Zet in op de doorontwikkeling van EPD's om de indicatoren automatisch aan de systemen te onttrekken
- Blijf inzetten op een beperkt aantal indicatoren per indicatorenset
- Kwaliteitsinformatie moet als startpunt dienen om het gesprek aan te gaan
- Maak de opbrengsten en baten van indicatoren inzichtelijk



## Inhoudsopgave

Managementsamenvatting.....	2
1. Inleiding.....	7
1.1 Achtergrondinformatie transparantie in de medisch specialistische zorg .....	7
1.2 Aanleiding voor monitor.....	7
1.3 Doel van onderzoek.....	8
1.4 Leeswijzer rapportage .....	8
2. Onderzoeksaanpak.....	8
2.1 De in 2017 uitgevoerde pilot heeft geleid tot de gehanteerde onderzoeks-aanpak.....	8
2.2 De monitor werd automatisch afgestemd op de functie van de respondent .....	9
2.3 Stappenplan van het onderzoek.....	9
3. Resultaten .....	10
3.1. Respons: 109 personen van twintig ziekenhuizen/zelfstandige klinieken.....	10
3.1 Het aantal kwaliteitsindicatoren van de transparantiekalender in de MSZ nam af ten opzichte van 2017 .....	11
3.2 De kwaliteit van indicatoren van de transparantiekalender wordt gemiddeld beoordeeld .....	13
3.3 De beleefde opbrengsten van indicatoren van de transparantiekalender worden gemiddeld beoordeeld.....	14
3.4 De lasten van indicatoren van de transparantiekalender worden als hoog ervaren .....	15
3.5 De relatieve lasten – respondenten ervaren merendeels niet minder tijd kwijt te zijn ten opzichte van verslagjaar 2017 .....	17
3.6 De proportionaliteit van indicatoren – het merendeel van de respondenten ervaart geen goede balans tussen de tijd die transparantie kost en de baten die het oplevert .....	18
3.7 Overige onderwerpen die betrekking hebben op transparantie in de MSZ.....	18
3.7.1 Bijna een derde van de respondenten ervaart een afname in de gestapelde uitvraag .....	18
3.7.2 Toegevoegde waarde van PROMs wordt gemiddeld licht positief beoordeeld .....	19
3.7.3 Overgrote meerderheid vindt monitoring van beleefde regeldruk belangrijk.....	20
4. Conclusie .....	20
4.1 Conclusies over regeldruk in de MSZ .....	20
4.2 Verbetermogelijkheden voor verminderen ervaren regeldruk .....	21
5. Aanbevelingen op huidig onderzoek.....	23
6. Bijlagen .....	24
I. Aanpassingen onderzoeksaanpak.....	24
II. Methode steekproefomvang en steekproeftrekking.....	25
III. Lijst met deelnemende ziekenhuizen, UMC's en zelfstandige klinieken.....	26
IV. Onderdelen monitor .....	27

V.	Toelichting berekeningswijze groepsscores per onderdeel en gemiddelde scores per vraag .....	28
VI.	Resultaten per onderdeel en per vraag .....	28
	Thema ervaren kwaliteit van indicatoren van de transparantiekalender .....	28
	Thema beleefde opbrengsten van indicatoren van de transparantiekalender .....	33
	Thema beleefde lasten van indicatoren van de transparantiekalender .....	35
	Thema relatieve lasten.....	36
	Thema proportionaliteit van indicatoren.....	36
	Thema toegevoegde waarde van PROMs .....	37
	Thema gestapelde uitvraag van indicatoren.....	37
	Thema ervaren belang van monitoring van regeldruk .....	37
VII.	Stappenplan onderzoeksplanpak .....	38
1.	Finaliseren en digitaliseren vragenlijst .....	38
2.	Uitnodigen en voorbereiden steekproef .....	38
3.	Uitvoeren onderzoek .....	38
4.	Verwerking vragenlijsten .....	38
5.	Analyseren van data .....	38
6.	Rapportage opstellen .....	38
VIII.	(Groeps)scores per onderdeel verslagjaar 2018 versus 2017.....	40
IX.	Uitnodigingsmails naar de RvB, kwaliteitsfunctionarissen en deelnemers inclusief bijlage .....	43
a	Uitnodigingsmail RvB.....	43
b	Uitnodigingsmail kwaliteitsfunctionarissen .....	44
c	Uitnodigingsmail deelnemers .....	44
d	Bijlage uitnodigingsmail .....	45
	Monitor Ervaren regeldruk ten behoeve van transparantie medisch specialistische zorg (MSZ) .....	45
X.	Monitor: vragenlijst inclusief toelichting.....	47
a	Toelichting monitor.....	47
b	Vragenlijst .....	47
XI.	Toelichting berekeningswijze telling kwaliteitsindicatoren .....	50
XII.	Overzicht indicatorensets .....	50
XIII.	Overzicht van de toelichtingen (vrije tekstvelden) van de respondenten bij de stellingen.....	51

## 1. Inleiding

### 1.1 Achtergrondinformatie transparantie in de medisch specialistische zorg

Zowel nationaal als internationaal is er de afgelopen jaren een toenemende vraag tot transparantie over de kwaliteit van geleverde zorg.<sup>1</sup> Transparantie is van belang voor verschillende doeleinden. Voor zorgaanbieders draagt kwaliteitsinformatie bij aan kwaliteitsverbetering, wanneer aanbieders en professionals het gebruiken om te leren en zichzelf te spiegelen aan anderen. Anderzijds dient transparantie over kwaliteitsgegevens in de zorg als keuze informatie voor de patiënt. Voor zorgverzekeraars is kwaliteitsinformatie belangrijk tijdens het voeren van het gesprek met aanbieders, zowel ter bevordering van de kwaliteit als voor het faciliteren van de zorginkoop. Ten behoeve van deze verschillende doeleinden zijn de afgelopen jaren verscheidene indicatorensets ontwikkeld. De indicatoren uit de sets bieden een gestandaardiseerde manier op het leveren van kwaliteitsinformatie.

De samenwerkingspartners (bestaande uit de Federatie van Medisch Specialisten (Federatie), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Patiëntenfederatie Nederland, Verpleegkundigen & Verzorgden Nederland (V&VN), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), het Zorginstituut en Zorgverzekeraars Nederland (ZN)) hebben in 2016 samenwerkingsafspraken gemaakt ten behoeve van transparante kwaliteitsinformatie in de medisch specialistische zorg, met als doel dat er betrouwbare kwaliteitsinformatie beschikbaar komt voor het verbeteren van de zorg, keuze informatie voor de patiënt en zorginkoop op kwaliteit.<sup>2</sup>

Het transparant maken van kwaliteitsinformatie in de zorg wordt gefaciliteerd door het Zorginstituut.<sup>3,4</sup> Het Zorginstituut heeft verschillende instrumenten om deze functie te vervullen. Zo hebben aanbieders van medisch specialistische zorg (MSZ) de wettelijke verplichting om bepaalde kwaliteitsgegevens jaarlijks bij het Zorginstituut aan te leveren. Op de transparantiekalender staat wanneer en met welke indicator aanbieders de kwaliteitsinformatie van de verleende zorg moeten aanleveren. Het Zorginstituut publiceert de aangeleverde kwaliteitsinformatie via een openbare database op [Zorginzicht](#).

De ontwikkeling van indicatoren vindt plaats per aandoening in werkgroepen aan de hand van een ontwikkelkader en een meerjarenplan dat het Bestuurlijk overleg Transparantie vaststelt. Het Bureauoverleg Transparantie Medisch Specialistische Zorg monitort de voortgang van deze werkgroepen en toetst de door de werkgroepen als verplicht geadviseerde indicatoren aan het vastgestelde ontwikkelkader en de meerjarenafspraken. De basis van deze afspraken is: géén parallele uitvraag en een beperkt aantal indicatoren (waarvan in verhouding steeds meer uitkomstindicatoren). Zowel de werkgroepen als het Bestuurlijk overleg Transparantie en het Bureauoverleg Transparantie Medisch Specialistische Zorg zijn samengesteld uit een afvaardiging van alle eerdergenoemde samenwerkingspartners.

### 1.2 Aanleiding voor monitor

De afgelopen jaren kijken partijen in de zorg met een kritische blik naar het nut en de noodzaak van alle te registreren gegevens in relatie tot de inspanningen die het kost om de kwaliteitsinformatie aan te leveren. Uit onderzoek voor de NVZ blijkt dat kwaliteitsmetingen door algemene ziekenhuizen landelijk 40 tot 82 miljoen euro kosten.<sup>5</sup> In het belang van het verminderen van registratielast en het verbeteren van de kwaliteit van de indicatoren is afgesproken dat het ontwikkelen van indicatoren een maximum kader kent.<sup>2</sup> Het beperken van aantallen indicatoren sec is echter niet voldoende om regeldruk te verminderen. Daarom hebben de samenwerkingspartners afgesproken dat Zorginstituut Nederland de opdracht geeft tot een onderzoek naar de registratielast van MSZ indicatoren van de transparantiekalender. Als gevolg

<sup>1</sup> KPMG Health (2017). *Goed, beter, best*.

<sup>2</sup> Federatie, NFU, NVZ, Patiëntenfederatie, V&VN, ZKN, ZIN en ZN (2016) *Samenwerkingsafspraken ten behoeve van transparante kwaliteitsinformatie in de medisch specialistische zorg*

<sup>3</sup> Zorginstituut Nederland (2012) *Indicatorstandaard en routekaart*.

<sup>4</sup> Zorginstituut Nederland (g.d) *Taken*. via [link](#).

<sup>5</sup> KPMG Health (2016) *Onderzoek kosten kwaliteitsmetingen*.

hiervan is in 2018 de Monitor Ervaren Regeldruk Transparantie Medisch Specialistische Zorg (monitor) opgezet met behulp van Sira Consulting.<sup>6</sup> Deze monitor meet objectieve en ervaren lasten en opbrengsten van indicatoren in de MSZ. Met behulp van deze uitkomsten stuurt het Bureauoverleg Transparantie MSZ op vermindering van de ervaren regeldruk. Door tweejaarlijkse herhaling van de monitor kijkt men hoe resultaten zich over tijd ontwikkelen. De samenwerkingspartners zijn eigenaar van de monitor en hebben KPMG Health gevraagd om de eerste herhaling uit te voeren over verslagjaar 2018. Deze rapportage beschrijft de uitkomsten van deze eerste herhaling.

### 1.3 Doel van onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om de ervaren regeldruk te meten vanuit het perspectief van zorgprofessionals (medisch specialisten en verpleegkundigen) en kwaliteitsfunctionarissen. Middels het herhalen van de monitor brengt het onderzoek trends in de beleefde lasten en opbrengsten van werken met kwaliteitsindicatoren van de transparantiekalender voor de MSZ in kaart. Daarnaast is het doel om concrete knelpunten en verbetermogelijkheden te signaleren.

### 1.4 Leeswijzer rapportage

Deze rapportage bevat vijf hoofdstukken, aangevuld met bijlagen:

- Hoofdstuk 2 van dit rapport bevat een korte weergave van de aanpak van het onderzoek.
- Hoofdstuk 3 beschrijft de resultaten van het onderzoek, welke is opgebouwd uit zes thema's:
  - Het objectieve aantal indicatoren op de transparantiekalender;
  - De ervaren kwaliteit van indicatoren;
  - De beleefde opbrengsten van indicatoren;
  - De beleefde lasten van indicatoren;
  - De relatieve lasten van indicatoren;
  - De proportionaliteit van indicatoren;
  - Overige onderwerpen die betrekking hebben op transparantie in de MSZ.
- Hoofdstuk 4 beschrijft de conclusies van het onderzoek op de ervaren regeldruk en benoemt de knelpunten en verbetermogelijkheden ten aanzien van ervaren regeldruk.
- Hoofdstuk 5 rapporteert aanbevelingen op de methode en uitvoering van de monitor.
- In de bijlagen staan tot slot diverse aanvullende stukken, waaronder gedetailleerdere resultaten en uitgebreidere toelichting op de gehanteerde methoden.

## 2. Onderzoeksaanpak

### 2.1 De in 2017 uitgevoerde pilot heeft geleid tot de gehanteerde onderzoeksaanpak

De monitor is een digitale vragenlijst die is uitgezet onder een representatieve steekproef. De monitor is in 2017 getest en geëvalueerd in een pilot met 17 pilotzorgaanbieders (51 zorgprofessionals). Op basis van de pilot is een handleiding opgesteld door Sira Consulting voor herhaling van de monitor.<sup>7</sup> Het huidige onderzoek is conform deze handleiding uitgevoerd. Enkele aanpassingen op de methode (o.a. enkele vragen toegevoegd, twee categorieën van vragen omgedraaid en verplichte antwoordopties) zijn gedaan in afstemming met het Bureauoverleg Transparantie Medisch Specialistische Zorg (Bureauoverleg) en het Zorginstituut, deze staan beschreven in bijlage I.

De doelgroep van het onderzoek bestaat uit medisch specialisten, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en kwaliteitsfunctionarissen die werkzaam zijn bij zorgaanbieders van MSZ in Nederland. Op

<sup>6</sup> Sira Consulting (2018) *Monitor ervaren regeldruk transparantie medisch specialistische zorg – Eindrapport*.

<sup>7</sup> Sira Consulting (2018) *Monitor ervaren regeldruk transparantie medisch specialistische zorg – Handleiding*.



basis van de handleiding is een minimale steekproef van 196 zorgprofessionals berekend (zie bijlage II voor de berekeningswijze), waarbij een minimale respons van 30% benodigd is om de benodigde 60 respondenten in het onderzoek te includeren. Conform de handleiding is de onderzoekspopulatie bestaande uit zorgaanbieders opgedeeld in een aantal vergelijkbare clusters middels tweetraps cluster sampling (zie bijlage II voor toelichting). Hieruit zijn 20 ziekenhuizen, UMC's en zelfstandige klinieken geselecteerd, waarbij het streven was 10 respondenten per zorgaanbieder uit te nodigen voor de monitor. Voor zelfstandige klinieken bleek dit niet haalbaar en is het aantal respondenten teruggebracht naar twee per kliniek. Tabel 1 in hoofdstuk 3 geeft een overzicht van deelnemende zorgaanbieders.

De resultaten uit de monitor over verslagjaar 2017 zijn voor de vergelijking opgenomen in dit rapport. Hierbij dient de kanttekening gemaakt te worden dat 2017 een pilot jaar betrof, waarbij het voornaamste doel de ontwikkeling van de vragenlijst was. Er is voor 2017 ook geen betrouwbaarheidsinterval berekend, waardoor geen uitspraken gedaan kunnen worden over het al dan niet significant zijn van het verschil tussen de resultaten over verslagjaar 2017 en 2018. Trends over tijd kunnen dan ook pas goed inzichtelijk gemaakt worden vanaf de volgende uitvraag.

## 2.2 De monitor werd automatisch afgestemd op de functie van de respondent

KPMG Health heeft voor het uitzetten van de vragenlijst samengewerkt met Kantar Public. De monitor is digitaal uitgezet door Kantar Public over een periode van ruim vijf weken. Respondenten hebben de vragenlijst bijna allemaal digitaal ingevuld, bij drie respondenten is de vragenlijst telefonisch afgenomen. De vragenlijst is opgebouwd uit verschillende onderdelen, welke aangepast werden afhankelijk van de functie van de respondent (medisch specialist, kwaliteitsfunctionaris of verpleegkundige). De monitor startte met het uitvragen van achtergrondinformatie van de respondent om de juiste module weer te geven. De inhoud van de monitor bestond uit een samenstelling van de volgende 9 onderdelen:

- |                         |                      |                         |
|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| A. Kwaliteit            | D. Relatieve lasten  | G. Gestapelde uitvraag  |
| B. Beleefde opbrengsten | E. Proportionaliteit | (parallele uitvraag)    |
| C. Beleefde lasten      | F. PROMs             | H. Monitoring regeldruk |

Zie bijlage IV voor de exacte opbouw aan onderdelen per functie. Voor ieder van deze onderwerpen is een (groeps)score berekend, welke weergeeft hoe respondenten dit onderwerp beoordelen. De (groeps)score is gebaseerd op de antwoorden van één of meerdere stellingen die respondenten in de meeste gevallen op een schaal van 1 (helemaal oneens) tot 5 (helemaal eens) hebben beantwoord. De gemiddelde groepsscore op een schaal van 1 tot 5 is voor de vergelijking met voorgaand jaar omgezet naar een score op een schaal van 0 tot 100% (zie bijlage V voor de toelichting op de berekeningswijze). De complete resultaten per stelling en uitsplitsing naar functie zijn te vinden in bijlage VI.

De monitor richt zich specifiek op de regeldruk rondom indicatoren die onderdeel zijn van de transparantiekalender. In hoeverre de resultaten ook daadwerkelijk enkel de ervaren regeldruk rondom deze indicatoren weergeven en niet over bijvoorbeeld registratie van interne indicatoren en/of andere kwaliteitsregistraties is niet te zeggen. Respondenten kunnen dit onderscheid in de praktijk mogelijk niet altijd zo duidelijk maken.

## 2.3 Stappenplan van het onderzoek

Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van een stappenplan (zie figuur 1), in bijlage VII worden deze stappen uitgebreider toegelicht.



Figuur 1: Stappenplan uitvoering onderzoek

### 3. Resultaten

#### 3.1. Respons: 109 personen van twintig ziekenhuizen/zelfstandige klinieken

Achttien ziekenhuizen (waarvan twee academische ziekenhuizen) en twee zelfstandige klinieken zijn in het onderzoek betrokken, zie tabel 1. Van de achttien ziekenhuizen hebben twee ziekenhuizen aangegeven niet mee te kunnen of willen werken aan het onderzoek, wat inhield dat de beoogde respondenten niet via het ziekenhuis benaderd zijn. Om deze twee ziekenhuizen toch te includeren zijn medisch specialisten en verpleegkundigen van deze ziekenhuizen benaderd via het panel van Kantar.

In totaal hebben 109 respondenten de vragenlijst ingevuld, waarmee de minimum respons van 60 respondenten is behaald. Tabel 2 geeft een overzicht van de respons per functie. De totale respons rate ligt op 48%. De response onder leden van het panel was lager, doordat zij pas later uitgenodigd werden deel te nemen (toen duidelijk was dat de twee ziekenhuizen niet mee konden of wilden werken). Zij hadden hierdoor korter de tijd om de monitor in te vullen. De respons rate is het hoogst onder de kwaliteitsfunctionarissen (85%). Van alle respondenten gaf 53% aan in een algemeen ziekenhuis werkzaam te zijn, 34% in een topklinisch ziekenhuis, 7% in een academisch ziekenhuis, 3% in een zelfstandige kliniek en 1% overig (niet nader gespecificeerd).

Betrokken ziekenhuizen en zelfstandige klinieken			
Admiraal de Ruyterziekenhuis	Amphia Ziekenhuis	St. Anna Zorggroep	Jeroen Bosch Ziekenhuis
Antonius Ziekenhuis	Medisch Centrum Leeuwarden	Ommelander Ziekenhuis Groep	Tjongerschans
Albert Schweitzer Ziekenhuis	Alrijne Ziekenhuis Leiden	Zaans Medisch Centrum	Haaglanden Medisch Centrum
Deventer Ziekenhuis	Ziekenhuis Gelderse Vallei	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis	Ziekenhuis Groep Twente
Academisch Medisch Centrum	UMC Groningen (UMCG)	Obesitas Kliniek	DC Klinieken

Tabel 1: Betrokken ziekenhuizen en zelfstandige klinieken

Respons totaal	Benaderd	Gereageerd	Response
Exclusief panel, waarvan:	173	101	58%
<i>Medisch specialisten</i>	98	45	46%
<i>Kwaliteitsfunctionarissen</i>	28	24	85%
<i>Verpleegkundigen</i>	49	32	65%
Inclusief panel	228	109	48%

Tabel 2: Respons totaal en per functie

### 3.1 Het aantal kwaliteitsindicatoren van de transparantiekalender in de MSZ nam af ten opzichte van 2017

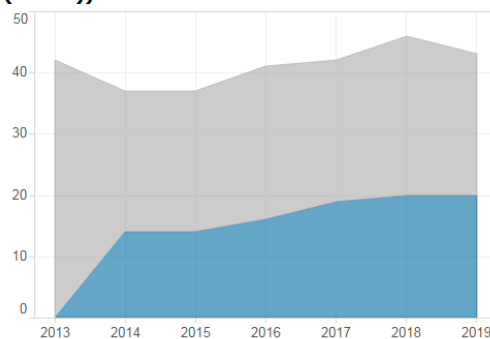
Het aantal kwaliteitsindicatoren op de transparantiekalender is een terugkerend onderwerp omtrent regeldruk. Door het Bestuurlijk Overleg Transparantie zijn afspraken gemaakt over een maximum kader, met als doel de regeldruk te beperken. Het kader schrijft voor dat er in de MSZ maximaal 1.500 (sub-)indicatoren op de transparantiekalender staan. Daarnaast mag een indicatorenset gemiddeld maximaal 10 indicatoren bevatten. Tabel 3 geeft een overzicht van het aantal (sub-)indicatoren en indicatorensets over verslagjaar 2017 en 2018. Het aantal indicatoren is in verslagjaar 2018 met 120 (sub-)indicatoren afgenomen ten opzichte van 2017, het aantal indicatorensets nam toe van 42 naar 46. Het aantal indicatoren per set is daarmee gemiddeld afgenomen van 12 naar 11,2 per set. Figuur 2 geeft inzicht in de ontwikkeling van het aantal indicatorensets in de afgelopen jaren. Figuur 3 geeft tot slot inzicht in de ontwikkeling in het aandeel per type indicator (structuur, proces en uitkomst) over de afgelopen jaren. Het aandeel uitkomstindicatoren is de afgelopen jaren toegenomen, het aandeel van de structuurindicatoren neemt af.

Het aantal indicatoren is dus met bijna 10% afgenomen in verslagjaar 2018 ten opzichte van verslagjaar 2017. Verder nam het aandeel van uitkomstindicatoren licht toe, en het aandeel van structuurindicatoren wat af. In hoeverre dit ook in een vermindering van de ervaren regeldruk geleid heeft is op basis van de hierna beschreven resultaten niet te zeggen aangezien de resultaten over verslagjaar 2017 een pilot betroffen.

Aantal	Verslagjaar 2017	Verslagjaar 2018
<b>(Sub-)indicatoren</b>	1411	<u>1291</u>
<i>waarvan vrijwillige</i>	76	54
<b>Indicatorensets</b>	42	46

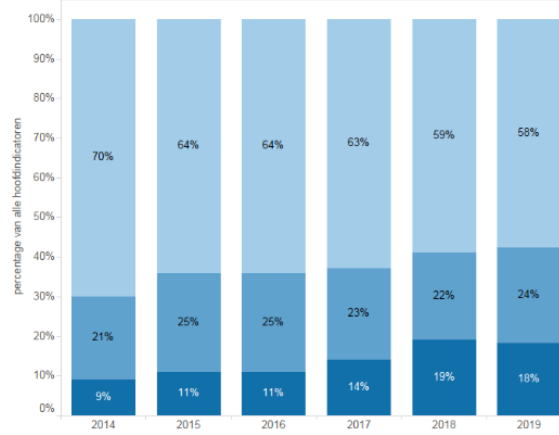
Tabel 3: telling indicatoren(sets) verslagjaren 2017 en 2018

**Aantal sets (en aandeel (deels) uit registraties (blauw))**

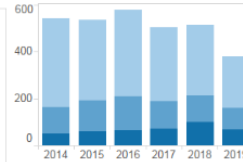


Figuur 2: Ontwikkeling aantal indicatorensets over de jaren

Verhouding indicatortypen MSZ per verslagjaar



Aantal hoofdindicatoren MSZ



Deze grafiek toont hoe de verhouding van indicatortypen (structuur, proces, uitkomst) door de jaren heen verandert binnen de indicatoren van de Medisch Specialistische Zorg (MSZ). Er worden alleen verplichte hoofdindicatoren geteld.

In verslagjaar 2019 zijn heel veel indicatoren geschrapt. De ontwikkeling in het aantal hoofdindicatoren is in de kleine grafiek te zien.

Meting  
 Structuurindicatoren  
 Procesindicatoren  
 Uitkomstindicatoren

Figuur 3: Ontwikkeling in verhouding indicatortypen

## Achtergrond indicatoren

Er bestaan drie typen indicatoren in de zorg: uitkomst, structuur- en procesindicatoren.<sup>5</sup>

- Uitkomstindicatoren brengen de prestaties van zorg in kaart.
- Structuurindicatoren geven een indicatie over de organisatie van zorg.
- Procesindicatoren bieden inzicht in het verloop van zorgprocessen.

Uitkomstindicatoren hebben de grootste informatieve waarde, omdat ze een indicatie geven van de resultaten van de geleverde zorg. Daarmee bieden ze de basis voor leren en verbeteren binnen zorgorganisaties. Structuur- en proces indicatoren geven verklarende inzichten voor de resultaten van uitkomstindicatoren.

Indicatoren zijn gebaseerd op data afkomstig van verschillende bronnen: administratieve registraties, klinische registraties en patiënten (zoals patient reported outcome measures (PROMs)).<sup>5</sup>

## Telling (sub-)indicatoren

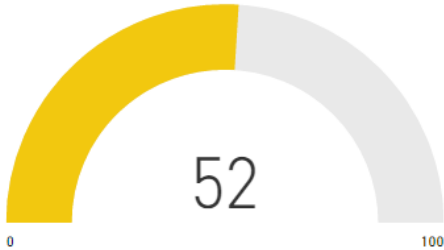
Er zijn twee soorten indicatoren namelijk hoofdindicatoren en subindicatoren.

- 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 behandelingen of faciliteiten waarover steeds dezelfde hoofdvraag wordt beantwoord.

Alle hoofdindicatoren en subindicatoren waarop data wordt geleverd worden bij elkaar opgeteld. Het onderscheid tussen hoofd- en subindicatoren maakt daarom niet uit voor de telling. Hoofdindicatoren waarop geen data wordt aangeleverd, omdat dat slechts op de subindicatoren wordt gedaan, worden niet meegeteld.

## 3.2 De kwaliteit van indicatoren van de transparantiekalender wordt gemiddeld beoordeeld

Ervaren kwaliteit



De groepsscore voor de ervaren kwaliteit van indicatoren illustreert of zorgprofessionals het gevoel hebben dat indicatoren van de transparantiekalender betekenisvol, eenduidig en onderscheidend zijn. Deze score is 52% op een schaal van 0% tot 100%, waarbij 100% de beste score is. De gemiddelde groepsscore is vrijwel gelijk gebleven aan de groepsscore over verslagjaar 2017 (zie bijlage VIII). Er is geen significant verschil tussen de gemiddelde groepsscore die is toegekend door de medisch specialisten (51%) en de score toegekend door de kwaliteitsfunctionarissen (55%). Deze vraag is niet gesteld aan verpleegkundigen.

*De **ervaren kwaliteit** geeft weer in hoeverre de zorgprofessionals de indicatoren als betekenisvol, eenduidig en onderscheidend zien. Indicatoren moeten betekenisvol zijn om te kunnen dienen als keuze-, verbeter- of inkoopinformatie. Een indicator moet daarnaast eenduidig geformuleerd zijn om betrouwbaarheid te waarborgen, wat betekent dat de variabele en bijbehorende uitleg helder, precies en volledig omschreven zijn. Indicatoren moeten ook onderscheidend zijn, dus relevante verschillen tussen zorgaanbieders aan kunnen tonen. Tot slot is het belangrijk een toelichting te kunnen geven bij het aanleveren van kwaliteitsgegevens. Enkel de kwantitatieve gegevens zijn niet voldoende om de data juist te kunnen interpreteren, de context speelt hierin een belangrijke rol.*

Over het onderwerp *ervaren kwaliteit van de indicatoren* zijn acht stellingen voorgelegd aan de respondenten. Respondenten beoordeelden de stelling “*De kwaliteitsgegevens die voor de indicatorenset door mijn zorgorganisatie worden aangeleverd zijn betrouwbaar*” het hoogst (3,7 op een schaal van 1 (helemaal oneens) tot 5 (helemaal eens)). Van de kwaliteitsfunctionarissen is 82% het (helemaal) eens met deze stelling, van de medisch specialisten 58%. Respondenten geven aan dat de betrouwbaarheid hoog is omdat zij handmatig interne controles uitvoeren, en/of de data handmatig invoeren. De kwaliteitsfunctionarissen geven tevens aan de gegevens te valideren voordat deze uitgestuurd worden. Als mogelijkheid om de betrouwbaarheid verder te verhogen wordt genoemd dat specialisten ieder hun ‘eigen’ onderdeel in moeten kunnen vullen, in plaats van wanneer slechts één specialisme toegang heeft tot de indicatorenset. Daarnaast geven enkele respondenten aan het belangrijk te vinden dat steekproefsgewijs controles plaatsvinden op hoe de gegevens ingevuld worden, om onjuistheden op te sporen en in het vervolg te kunnen voorkomen.

De stellingen “*Zorgorganisaties kunnen zich door middel van de indicatorenset t.o.v. elkaar onderscheiden*” en “*Ik vind dat er voldoende mogelijkheden zijn om de indicatorenset te voorzien van een toelichting op het beleid van mijn zorgorganisatie*” worden het laagst beoordeeld (beide 2,8). Bijna de helft van de medisch specialisten (49%) is het (helemaal) oneens met de stelling dat zorgorganisaties zich door middel van de indicatorenset van elkaar kunnen onderscheiden. De kwaliteitsfunctionarissen kijken hier iets positiever tegenaan, van hen is bijna de helft (45%) het wel (helemaal) eens met de stelling. Enkele respondenten geven aan het oneens te zijn met de stelling omdat de uitkomsten lastig te vergelijken zijn door verschil in bijvoorbeeld patiëntenpopulatie en zorgorganisaties zich daardoor niet op

basis van de indicatorenset kunnen onderscheiden. Andere genoemde redenen voor een laag onderscheidend vermogen van indicatorensets zijn een kleine spreiding in de resultaten tussen ziekenhuizen, en verschil in de wijze waarop geregistreerd wordt resulterend in verschillende uitkomsten.

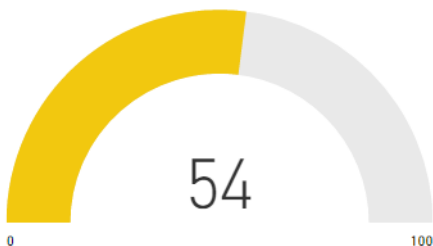
Daarnaast ervaart een deel van de respondenten nog niet altijd voldoende mogelijkheden voor een toelichting, terwijl deze toelichting volgens de respondenten wel van belang is voor juiste interpretatie van de uitkomsten. Het is voor hen soms onduidelijk hoe/waar deze toelichting gegeven kan worden, of de mogelijkheid ontbreekt volgens hen in zijn geheel. Een deel van de respondenten ervaart wel voldoende mogelijkheden om een toelichting te geven, maar mist deze context vervolgens in de publicaties over de kwaliteitsgegevens zoals op vergelijkingssites. Het is voor hen niet duidelijk wat er met de door hen ingevulde toelichting gebeurt.

Een derde van de medisch specialisten vindt de indicatorenset wel betekenisvol (zinnig en veelzeggend). Iets meer dan een derde van de medisch specialisten (35%) vindt de indicatorenset echter niet betekenisvol. Van de kwaliteitsfunctionarissen vindt meer dan de helft (58%) de indicatorenset betekenisvol.

Uitgebreidere resultaten staan beschreven in bijlage VIII, met inzicht in de resultaten per stelling voor de diverse functies.

### 3.3 De beleefde opbrengsten van indicatoren van de transparantiekalender worden gemiddeld beoordeeld

Beleefde opbrengsten



De groepsscore voor de *beleefde opbrengsten van indicatoren* illustreert of zorgprofessionals overtuigd zijn dat de verzamelde kwaliteitsgegevens daadwerkelijk gebruikt worden en waardevol zijn voor de doeleinden verbetering van de kwaliteit van zorg, als hulpmiddel bij de inkoop van zorg en als keuze informatie voor patiënten. De gemiddelde groepsscore is 54% en is daarmee afgenomen met 8 procentpunt ten opzichte van het verslagjaar 2017 (zie bijlage VIII). De groepsscore voor de beleefde opbrengsten was het hoogst voor verpleegkundigen (58%) en het laagst voor medisch specialisten (51%). De gemiddelde groepsscore voor de kwaliteitsfunctionarissen was 56%. De verschillen tussen de groepen zijn niet significant.

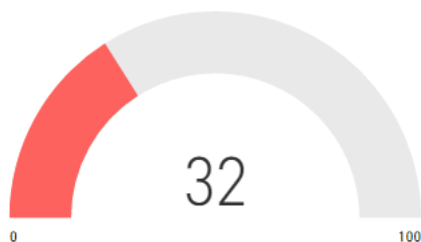
Van de respondenten is 86% het (helemaal) eens met de stelling 'Ik vind transparantie - het beschikbaar stellen van informatie over de kwaliteit van zorg belangrijk'. Deze stelling scoort binnen dit onderwerp dan ook het hoogst (4,0). De medisch specialisten, kwaliteitsfunctionarissen en verpleegkundigen kijken hier allen ongeveer even positief tegenaan. De respondenten hebben echter nog niet de indruk dat cliënten/patiënten deze informatie ook daadwerkelijk gebruiken als keuze informatie, de stelling hierover wordt het laagst beoordeeld (2,4). De medisch specialisten hebben het minst vaak de indruk dat cliënten/patiënten de informatie gebruiken (2,2), verpleegkundigen zijn licht positiever (2,8). Een van de genoemde redenen is dat de informatie voor patiënten lastig te interpreteren is. Voldoende uitleg en toelichting zijn hierbij van belang. Een andere opgegeven reden waarom deze stelling laag beoordeeld werd, is dat de onderwerpen die voor een patiënt belangrijk zijn niet altijd onderdeel zijn van de

indicatorensets. Het gaat dan om onderwerpen zoals voorlichting, bereikbaarheid, mogelijkheid tot het stellen van vragen, etc. De respondenten geven vaker aan de indruk te hebben dat zorgverzekeraars de informatie die wordt ontsloten met kwaliteitsindicatoren ook echt gebruiken als inkoopinformatie (3,2). Hierbij wordt aangegeven dat ook hier de context essentieel is om mee te nemen in het gesprek. De kwaliteitsinformatie moet het startpunt zijn om het gesprek aan te gaan, niet om het gesprek te vervangen. Meer dan de helft van de respondenten geeft aan de kwaliteitsindicatoren ook in de eigen organisatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering en benchmarking, de gemiddelde score voor deze stelling is 3,6. Bijna 80% van de kwaliteitsfunctionarissen geeft aan dat de kwaliteitsindicatoren ook in de eigen organisatie gebruikt worden, evenals bijna 75% van de verpleegkundigen en iets minder dan 50% van de medisch specialisten.

Uitgebreidere resultaten staan beschreven in bijlage VIII, met inzicht in de resultaten per stelling voor de diverse functies.

### 3.4 De lasten van indicatoren van de transparantiekalender worden als hoog ervaren

Beleefde lasten



De groepsscore *beleefde lasten* illustreert de ervaren complexiteit, tijdsdruk en werkbaarheid van het registreren, controleren, bewerken en aanleveren van kwaliteitsgegevens door zorgprofessionals. De medisch specialisten en kwaliteitsfunctionarissen ervaren de hoogste lasten met ieder een gemiddelde groepsscore van 30%, de verpleegkundigen ervaren relatief de minste lasten maar ervaren met een gemiddelde groepsscore van 36% nog steeds veel lasten. De verschillen tussen de groepen zijn niet significant. Drie stellingen (zie bijlage VIII) zijn niet meegenomen in de berekening van de groepsscore, omdat deze enkel onder de kwaliteitsfunctionarissen zijn uitgevraagd. Deze resultaten hiervan worden in deze paragraaf separaat belicht.

*De **beleefde lasten** van transparantie hebben betrekking op het registreren, controleren, verzamelen, bewerken en aanleveren van kwaliteitsgegevens. Dit onderdeel meet de door respondenten ervaren complexiteit, tijdsdruk en werkbaarheid van deze activiteiten. De werkbaarheid gaat over of zorgprofessionals genoeg ondersteuning krijgen in het aanleveren van kwaliteitsinformatie en of systemen goed zijn uitgerust om dit te faciliteren.*

De stelling 'Het registreren van de benodigde kwaliteitsgegevens wordt in mijn zorgorganisatie ondersteund door goede ICT systemen (EPD, etc.)' wordt binnen het onderwerp *ervaren lasten* het hoogst beoordeeld (2,7). Desondanks beantwoordt bijna 50% van de respondenten de stelling met (helemaal) oneens. Vaakst genoemde knelpunten in de ondersteuning door goede ICT-systemen zijn onvoldoende inbedding van de kwaliteitsindicatoren in het EPD (vaakst genoemde knelpunt door medisch specialisten (65%) en kwaliteitsfunctionarissen (79%)), het ontbreken van een koppeling tussen systemen om data geautomatiseerd aan te leveren/dubbele registratie van kwaliteitsgegevens te voorkomen (vaakst genoemde knelpunt door verpleegkundigen (65%)), en dat gegevens niet door iedereen op dezelfde plek in het EPD vastgelegd worden. Dit laatste knelpunt wordt met name door de

kwaliteitsfunctionarissen genoemd (71%). Van de kwaliteitsfunctionarissen geeft 46% aan dat de zorgorganisatie bezig is met zorginformatiebouwstenen, om eenmalig te kunnen registreren voor meervoudig gebruik.

De twee laagst beoordeelde stellingen gaan beide over de tijdsinvestering voor het registreren en controleren van kwaliteitsgegevens. Bijna twee derde van de respondenten (63%) geeft aan dat de benodigde tijdsbesteding voor het registreren en controleren van kwaliteitsgegevens die van hen gevraagd wordt veel te veel (39%) of net te veel (24%) is. Minder dan de helft van de kwaliteitsfunctionarissen ervaart voldoende tijd te hebben (38%), medische specialisten geven nog minder vaak aan voldoende tijd te hebben (10%) en verpleegkundigen het minst (6%). Een vaak genoemde oorzaak voor het ervaren van onvoldoende tijd is dat de benodigde tijd voor transparantie op gespannen voet staat met de te besteden tijd aan patiëntencontact.

De twee meest genoemde oorzaken voor de hoge benodigde tijdsinvestering zijn dat de kwaliteitsgegevens onvoldoende geautomatiseerd uit de systemen komen (63% onder medisch specialisten en 67% onder kwaliteitsfunctionarissen) en dat de kwaliteitsgegevens verzameld moeten worden uit diverse bronnen (55% onder medisch specialisten en 75% onder kwaliteitsfunctionarissen). Verpleegkundigen noemen trage systemen en/of beperkte voorzieningen, en dubbele registratie van kwaliteitsgegevens (beide 44%) als belangrijke oorzaken. Medisch specialisten en kwaliteitsfunctionarissen noemen trage systemen en/of beperkte voorzieningen het minst vaak als oorzaak (resp. 14% en 17%).

De indicatorensets voor diabetes en heupfractuur worden als meest belastend ervaren, respectievelijk 6 van de 16 respondenten die met de set werken (38%) en 9 van de 24 respondenten die met de set werken (38%) ervaren deze als meest belastend. De indicatorenset Diabetes bestaat uit 29 indicatoren, waarvan 7 uitkomstindicatoren betreffen. Opvallend is dat de indicatorenset Heupfractuur uit slechts 6 indicatoren bestaat, waarvan geen uitkomstindicatoren. Toch wordt deze set door respondenten als belastend ervaren.

De indicatorensets voor dementie (8 van de 14, 57%), hoofdpijn (6 van de 13, 45%) en Inflammatory Bowel Disease (IBD) (5 van de 14, 36%) worden het vaakst genoemd wanneer gevraagd wordt naar de minst belastende indicatorensets. Al deze indicatorensets bestaan enkel uit structuurindicatoren en maximaal 10 indicatoren. Een overzicht van de top-10 minst belastende sets is weergegeven in bijlage VI.

De meest genoemde redenen (resp. 74% en 51%) voor hoge beleefde lasten van indicatorensets in het algemeen zijn *'er is veel handwerk nodig, want indicatoren komen niet automatisch uit het systeem'* en *'de indicatoren vragen om veel data en parameters'*. De minst vaak genoemde reden (10%) voor hoge belasting is *'de indicatoren vragen om complexe berekeningen uit te voeren'*.

De meest genoemde redenen (resp. 44% en 30%) voor lagere beleefde lasten (voor alle indicatorensets) zijn *'de set bestaat uit een beperkt aantal indicatoren (niet te groot)'* en *'de indicatoren maken gebruik van data van kwaliteitsregistraties (zoals LROI, NCDR, e.a.)'*. De minst genoemde redenen (beide 15%) zijn *'de indicatoren hanteren heldere definities'* en *'de indicatoren dragen bij aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg'*.

Drie stellingen hadden betrekking op de aanlevering van de gegevens en de samenwerking met de gegevensmakelaar en OmniQ. Deze stellingen zijn enkel onder kwaliteitsfunctionarissen uitgevraagd. Het merendeel (79%) van de kwaliteitsfunctionarissen geeft aan dat het aanleveren van gegevens via OmniQ van DHD of het web-portal van DESAN het proces van invullen en accorderen van kwaliteitsindicatoren eenvoudiger en overzichtelijker maakt (gemiddelde score 4,0). De samenwerking met de gegevensmakelaar wordt positief beoordeeld (3,6), de samenwerking met DICA wordt iets minder positief beoordeeld (3,0). Als verbetermogelijkheden in de samenwerking met DICA noemen

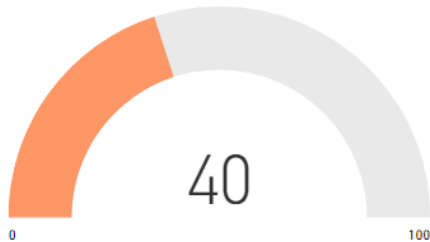


kwaliteitsfunctionarissen het eerder beschikbaar stellen van indicatoren rapportages en het creëren van meer duidelijkheid over de gehanteerde rekenregels.

Uitgebreidere resultaten staan beschreven in bijlage VIII, met inzicht in de resultaten per stelling voor de diverse functies.

### 3.5 De relatieve lasten – respondenten ervaren merendeels niet minder tijd kwijt te zijn ten opzichte van verslagjaar 2017

Relatieve lasten



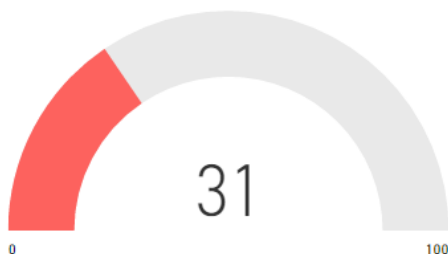
Bijna 50% van de respondenten geeft aan niet minder tijd kwijt te zijn aan het registreren, controleren, verzamelen, bewerken en aanleveren van indicatoren in vergelijking met voorgaand jaar. De gemiddelde score voor de relatieve lasten is 2,6 wat omgerekend neerkomt op een score van 40%. De medisch specialisten geven de laagste score (38%), de kwaliteitsfunctionarissen de hoogste score (45%) en verpleegkundigen daartussenin (40%). De verschillen tussen de groepen zijn echter niet significant. De relatieve lasten illustreren de ontwikkeling van de door de respondenten ervaren lasten ten opzichte van het voorgaande verslagjaar. Deze vraag is dit jaar nieuw toegevoegd aan de monitor.

Van de respondenten ervaart 15% minder tijd kwijt te zijn in vergelijking met voorgaand jaar. Een deel geeft aan een duidelijke verbetering te zien in het aantal uitgevraagde indicatoren. Een aantal respondenten geeft echter ook aan dat het schrappen van proces- en structuurindicatoren relatief weinig impact heeft op de ervaren registratielast. Uitkomstindicatoren vergen vaak meer tijd om aan te leveren. Verschillende respondenten geven aan dat er verbeterpotentieel ligt bij het beter inrichten van EPD's, waardoor minder handwerk benodigd is om de indicatoren aan te leveren. Hier wordt op diverse plekken aan gewerkt, maar dit werkt nog niet optimaal.

Uitgebreidere resultaten staan beschreven in bijlage VIII, met inzicht in de resultaten per stelling voor de diverse functies.

### 3.6 De proportionaliteit van indicatoren – het merendeel van de respondenten ervaart geen goede balans tussen de tijd die transparantie kost en de baten die het oplevert

Proportionaliteit



Bijna 70% van de respondenten ervaart geen goede balans tussen de tijd die het kost de benodigde gegevens te registreren, verzamelen, bewerken, controleren en aan te leveren en wat het oplevert aan transparante verbeterinformatie, keuze informatie en inkoopinformatie. De kwaliteitsfunctionarissen ervaren het vaakst geen goede balans (88%). Van de verpleegkundigen ervaart 53% geen goede balans en van de medisch specialisten 68%. De gemiddelde score voor de proportionaliteit van indicatoren is 2,2 wat neerkomt op 31%. Dit item is hiermee met gemiddeld met 13 procentpunt afgenomen ten opzichte van het verslagjaar 2017. Op dit onderdeel geven de verpleegkundigen een hogere score (38%) dan de kwaliteitsfunctionarissen (24%) en medisch specialisten (30%). Het verschil tussen de gemiddelde score van de kwaliteitsfunctionarissen (24%) en de verpleegkundigen (38%) is significant.

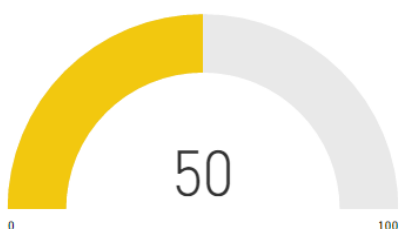
Enkele respondenten geven aan dat de meeste tijd besteed wordt aan het registreren van de kwaliteitsindicatoren. De beschikbare tijd om vervolgacties uit te zetten op basis van de uitkomsten is vervolgens beperkt. Hierdoor wordt het volledige potentieel van de beschikbare waardevolle informatie ten behoeve van kwaliteitsverbetering volgens hen nog niet benut. Het registreren wordt door enkele respondenten met name nog gezien als externe verplichting, in plaats van als kans om de kwaliteit te verbeteren. Dit geldt slechts voor een deel, zoals eerder beschreven (paragraaf 3.3) geeft meer dan de helft van de respondenten aan de kwaliteitsindicatoren ook in de eigen organisatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering en benchmarking.

Uitgebreidere resultaten staan beschreven in bijlage VIII, met inzicht in de resultaten per stelling voor de diverse functies.

### 3.7 Overige onderwerpen die betrekking hebben op transparantie in de MSZ

#### 3.7.1 Bijna een derde van de respondenten ervaart een afname in de gestapelde uitvraag

Gestapelde uitvraag



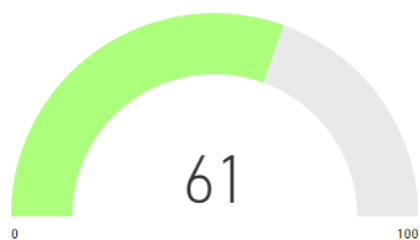
Iets minder dan een derde (29%) van de respondenten merkt een afname in de parallelle gegevensuitvraag – bijvoorbeeld door zorgverzekeraars of patiëntenorganisaties. De gestapelde uitvraag van indicatoren refereert aan de parallelle gegevensuitvraag. Een ongeveer even grote groep respondenten (28%) ervaart geen merkbare afname in de parallelle gegevensuitvraag, de rest antwoordt neutraal of niet van toepassing. De gemiddelde score voor de proportionaliteit van indicatoren is 3,0 wat neerkomt op 50%. De kwaliteitsfunctionarissen scoren hoger (58%) dan de medisch specialisten (48%). Dit onderdeel is niet uitgevraagd onder verpleegkundigen. De gemiddelde score is vrijwel gelijk gebleven ten opzichte van het verslagjaar 2017.

De dubbele uitvraag wordt door een deel van de respondenten onder andere nog ervaren in de overlap tussen de uitvraag vanuit de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), SONCOS en het Zorginstituut. Zij geven hierbij aan dat sommige indicatoren ongeveer hetzelfde zijn, maar net niet helemaal overeenkomen. Als voorbeeld hiervan worden de functionele uitkomstmaten bij heupfractuur het vaakst genoemd. Er wordt echter ook aangegeven dat zorgverzekeraars de gepubliceerde informatie gebruiken, waarmee een dubbele uitvraag (deels) voorkomen wordt.

Uitgebreidere resultaten staan beschreven in bijlage VIII, met inzicht in de resultaten per stelling voor de diverse functies.

### 3.7.2 Toegevoegde waarde van PROMs wordt gemiddeld licht positief beoordeeld

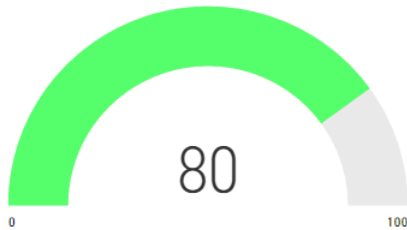
Toegevoegde waarde PROMs



Bijna de helft van de medisch specialisten (47%) ziet 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). De gemiddelde score voor de toegevoegde waarde van PROMs is 3,4 wat neerkomt op 61%. De score is hiermee gemiddeld met 17 procentpunt afgenomen ten opzichte van 2017. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de formulering van deze stelling enigszins gewijzigd is ten opzichte van 2017 (de toevoeging – op termijn – is verwijderd uit de stelling). Dit onderwerp is alleen uitgevraagd onder medisch specialisten. Selectiebias, belasting voor de patiënt, ongeschiktheid voor acute zorg, subjectiviteit en gebrek aan bewijs voor impact op de resultaten worden als redenen aangegeven voor een lagere ervaren toegevoegde waarde. Uitgebreidere resultaten staan beschreven in bijlage VIII.

### 3.7.3 Overgrote meerderheid vindt monitoring van beleefde regeldruk belangrijk

Belang van monitoring



Een overgrote meerderheid (91%) van de respondenten geeft aan de monitoring van de beleefde regeldruk van transparante kwaliteitsinformatie belangrijk te vinden. Van de kwaliteitsfunctionarissen vindt de grootste groep monitoring belangrijk (96%), van de medisch specialisten 86% en van de verpleegkundigen 94%. De gemiddelde score voor het belang van monitoring is 4,2 wat neerkomt op 80%. De score is hiermee gemiddeld met 6 procentpunt toegenomen ten opzichte van verslagjaar 2017. Meerdere respondenten uiten hierbij wel de wens om vervolgcacties te koppelen aan de resultaten uit de monitor en voorgestelde verbeteracties zichtbaar te maken. De huidige enquête wordt door een deel als niet passend / te lang ervaren. Uitgebreidere resultaten staan beschreven in bijlage VIII.

## 4. Conclusie

### 4.1 Conclusies over regeldruk in de MSZ

Op basis van de resultaten uit de monitor zijn de volgende conclusies te trekken:

- Het aantal indicatoren is met bijna 10% afgenomen in verslagjaar 2018 ten opzichte van verslagjaar 2017. Verder nam het aandeel van uitkomstindicatoren licht toe, en het aandeel van structuurindicatoren wat af. In hoeverre dit ook in een vermindering van de ervaren regeldruk geleid heeft is op basis van de hierna beschreven resultaten niet te zeggen aangezien de resultaten over verslagjaar 2017 een pilot betroffen.
- De zorgprofessionals ervaren de kwaliteit van indicatoren (in hoeverre zijn de indicatoren betekenisvol, eenduidig en onderscheidend) met een score van 52% nog als gemiddeld.
- De zorgprofessionals ervaren de beleefde opbrengsten van indicatoren (in hoeverre worden de verzamelde kwaliteitsgegevens daadwerkelijk gebruikt voor verbetering van kwaliteit van zorg, als keuze informatie en bij inkoop van zorg) met een score van 54% eveneens gemiddeld.
- De beleefde lasten worden met een score van 32% als hoog ervaren (een score van 100% komt overeen met lage beleefde lasten).
- Respondenten ervaren merendeels niet minder tijd kwijt te zijn aan het registreren, controleren, verzamelen, bewerken en aanleveren van indicatoren in vergelijking met voorgaand jaar. Dit onderwerp scoort 40%.
- Het merendeel van de respondenten ervaart geen goede balans tussen de tijd die transparantie kost en de baten die het oplevert. Dit onderwerp scoort met 31% het laagst van alle onderwerpen.
- Bijna een derde (29%) van de respondenten ervaart een afname in de gestapelde uitvraag van indicatoren. Een vergelijkbare groep ervaart geen afname, resulteren in een gemiddelde score van 50%.
- Bijna de helft van de medisch specialisten (47%) ziet toegevoegde waarde om uitkomst informatie van patiëntvragenlijsten (PROMs) te gebruiken in het gesprek met de cliënt/patiënt, resulterend in een gemiddelde score van 61%.

- Een overgrote meerderheid van de respondenten (91%) vindt monitoring van beleefde regeldruk belangrijk, resulterend in een gemiddelde score van 80%.

## 4.2 Verbetermogelijkheden voor verminderen ervaren regeldruk

Respondenten onderschrijven het belang van transparantie en het beschikbaar stellen van informatie over de kwaliteit van zorg. Meer dan de helft van de respondenten geeft aan de kwaliteitsindicatoren ook in de eigen organisatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering en benchmarking. De uitkomsten van de monitor later echter wel zien dat er nog verbeteringen mogelijk zijn in de beleefde lasten en opbrengsten van transparantie. Er zijn diverse verbetermogelijkheden die voortkomen uit de resultaten van de monitor:

### *Zet in op de doorontwikkeling van EPD's om de indicatoren automatisch aan de systemen te onttrekken*

Bijna twee derde van de respondenten (63%) geeft aan dat de benodigde tijdsbesteding voor het registreren en controleren van kwaliteitsgegevens die van hen gevraagd wordt (te) veel is. Meer dan de helft van de respondenten geeft daarbij als belangrijke reden aan dat de kwaliteitsgegevens nog onvoldoende geautomatiseerd uit de systemen komen. Een van de verbetermogelijkheden in het verminderen van de beleefde lasten ligt dan ook in het inzetten op de verdere doorontwikkeling van EPD's om kwaliteitsinformatie geautomatiseerd te kunnen onttrekken aan de systemen. Hiermee wordt tijdsintensief handwerk voorkomen. Een deel van de respondenten geeft aan te zien dat hier reeds stappen in gemaakt worden, er wordt bijvoorbeeld gewerkt aan het opstellen van zorginformatiebouwstenen (ZIB). Dit is echter complex en niet van vandaag op te morgen realiseren. Hoewel dit uiteindelijk dus een grote impact kan hebben op de ervaren regeldruk zullen in de tussentijd ook andere verbeteracties doorgevoerd moeten worden, zoals hieronder benoemd.

### *Blijf inzetten op een beperkt aantal indicatoren per indicatorenset*

De vaakst genoemde reden waarom bepaalde indicatorsets als minst belastend worden ervaren is dat de set bestaat uit een beperkt aantal indicatoren. Het verder beperken van het aantal indicatoren kan dus helpen in het beperken van de registratielast. Hier is de laatste jaren reeds op ingezet en dit kan verder doorgezet worden.

Het is belangrijk het gesprek aan te gaan met de zorgprofessionals over welke indicatoren zij als betekenisvol zien. Dit zijn de indicatoren die behouden moeten blijven. Hoe betekenisvoller de indicatoren door het veld gezien worden, hoe groter de kans dat de uitkomsten ook leiden tot het gebruik ervan voor verbetering van de kwaliteit van zorg. Daarnaast kunnen indicatoren met een laag onderscheidend vermogen geschrapt worden. Ook het gebruik van (kwaliteits)registraties en andere bestaande bronnen voor (het berekenen van) indicatoren kan helpen in het verminderen van de ervaren lasten.

### *Kwaliteitsinformatie moet als startpunt dienen om het gesprek aan te gaan*

Kwaliteitsinformatie kan voor meerdere doeleinden gebruikt worden: ter verbetering van de kwaliteit van zorg, als hulpmiddel bij de inkoop van zorg en als keuze informatie voor de patiënt. Het registreren en verzamelen van kwaliteitsgegevens is enkel zinvol wanneer de indicatoren ook daadwerkelijk gebruikt worden voor deze doeleinden. De mate waarin dit reeds het geval is wordt wisselend beoordeeld door de respondenten. Een van de genoemde redenen hiervoor is dat de context nog onvoldoende wordt meegenomen bij de interpretatie van en het rapporteren over de resultaten. De context is van belang om de uitkomsten goed te kunnen interpreteren. Juiste interpretatie is nodig om de informatie te kunnen gebruiken voor de verschillende doeleinden en er ook eventuele verbeteracties aan te kunnen koppelen. Indicatoren geven een indicatie, maar vertellen niet het hele verhaal. De kwaliteitsinformatie moet dus vooral gezien 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.

### *Maak de opbrengsten en baten van indicatoren inzichtelijk*

Bijna 70% van de respondenten ervaart geen goede balans tussen de tijd die het kost de benodigde gegevens te registreren, verzamelen, bewerken, controleren en aan te leveren en wat het oplevert aan transparante verbeterinformatie, keuze informatie en inkoopinformatie. De doorontwikkeling van EPD's om indicatoren automatisch te onttrekken aan de systemen en het beperken van het aantal indicatoren zullen vooral impact hebben op de beleefde lasten. Respondenten hebben nog relatief vaak het idee dat kwaliteitsinformatie niet daadwerkelijk gebruikt wordt ten behoeve van eerdergenoemde doeleinden. Het inzichtelijk maken van de opbrengsten van indicatoren kan helpen de ervaren opbrengsten te verhogen, en daarmee leiden tot een betere balans tussen de ervaren opbrengsten en de ervaren lasten (proportionaliteit) van indicatoren.

## 5. Aanbevelingen op huidig onderzoek

Op basis van de ervaringen opgedaan in het huidige onderzoek zijn een aantal aanbevelingen opgesteld voor het herhalen van de monitor.

- De eerder opgestelde handleiding schrijft voor dat er 20 instellingen betrokken moeten worden in het onderzoek. Om ervoor te zorgen dat er (tijdig) voldoende instellingen deelnemen bevelen we aan in ieder geval twee extra instellingen uit te nodigen om deel te nemen. Zo wordt voorkomen dat relatief laat in het proces nieuwe instellingen aangeschreven en betrokken moeten worden.
- Voor zelfstandige klinieken is het niet haalbaar om 10 respondenten te betrekken. In het huidige onderzoek zijn daarom per zelfstandige kliniek één kwaliteitsfunctionaris en één medisch specialist gevraagd om deel te nemen. Zij zijn op verzoek telefonisch ondervraagd.
- Om de resultaten tussen verschillende jaren (en gedifferentieerd naar zorgprofessional) goed vergelijkbaar te maken en daar conclusies aan te kunnen verbinden bevelen we aan de betrouwbaarheidsintervallen van de resultaten te berekenen. Dit maakt het mogelijk bij een volgende meting aan te geven of de gevonden verschillen significant zijn.
- Tot slot zijn een aantal aanpassingen aan de vragenlijst gemaakt, deze staan beschreven in bijlage I.

## 6. Bijlagen

### I. Aanpassingen onderzoeksplan

Deze bijlage beschrijft de aanpassingen die zijn gedaan voor de onderzoeksplan.

De methode van het onderzoek is conform de handleiding monitor uitgevoerd. Echter door middel van frequente afstemming met het Bureauoverleg en het Zorginstituut zijn enkele aanpassingen gedaan op de aanpak van de handleiding voor het uitvoeren van het huidige onderzoek.

De volgende aanpassingen op de handleiding zijn doorgevoerd:

- Er zijn vragen toegevoegd onder categorie F waarin de ervaring met gestapelde uitvraag door 3<sup>e</sup> partijen wordt onderzocht.
- Categorieën B (Ervaren lasten) en C (Ervaren opbrengsten) zijn omgedraaid qua volgorde van uitvraag om zo eerst de ervaringen over ervaren opbrengsten te stellen.
- De vraag 'Het registreren van indicatoren kost dit jaar minder tijd' wordt toegevoegd als nieuwe categorie met introductie (naam: 'Relatieve lasten', na categorie C).
- De vraag over de PROMS wordt aangepast naar '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).'
- Voor zelfstandige klinieken is afgeweken van het beoogde aantal deelnemers van 10 per instelling. Dit bleek niet haalbaar gezien de omvang van een zelfstandige kliniek en is om die reden teruggebracht naar twee respondenten per kliniek. Het is de mogelijkheid geboden de vragenlijst telefonisch af te laten nemen.

Digitalisering van de vragenlijst door Kantar Public heeft in afstemming met het Bureauoverleg en het Zorginstituut tot de volgende aanpassingen geleid:

- Vraagstelling vraag 4 is aangepast van 'Welke indicatorenset ervaart u als meest belastend?' naar 'Welke indicatorenset(s) ervaart u als meest belastend?'
- Vraagstelling vraag 6 is aangepast van 'Welke indicatorenset ervaart u als het minst belastend?' naar 'Welke indicatorenset(s) ervaart u als het minst belastend?'
- Bij vraag 8 ('Voor welke specifieke indicatorenset wilt u de volgende 8 vragen invullen?'), 19 ('Wat vindt u van de tijd die van u in een kalenderjaar wordt gevraagd voor het registreren en controleren van kwaliteitsgegevens?') en 22 ('Verpleegkundig en ondersteunend personeel helpt mij in grote mate met het registreren en controleren van kwaliteitsgegevens') is afgedwongen dat de respondent één antwoord kan geven.
- De antwoordmogelijkheden van vraag 5 ('Waarom ervaart u indicatorenset(s) x als meest belastend?'), 7 ('Waarom ervaart u indicatorenset(s) x als het minst belastend?'), 20 ('Wat maakt het registreren en controleren van de benodigde kwaliteitsgegevens (onnodig tijdrovend?') en 24 ('Wat zijn in uw instelling de knelpunten op het gebied van ICT ondersteuning?') is in wisselende volgorde weergegeven.
- Bij vraag 5 en 7 zijn de antwoordmogelijkheden ingekort; '.. in de set ..' is verwijderd.



## II. Methode steekproefomvang en steekproeftrekking

Deze bijlage beschrijft de methoden voor berekening van steekproefomvang en trekking van de steekproef. Deze zijn gebaseerd op de handleiding van Sira Consulting.

De benodigde steekproefomvang is berekend op basis van een betrouwbaarheidsniveau van 95% en een foutmarge van 7%. Uitgaande van een spreiding van 50% en een onderzoekspopulatie van circa 116.000 zorgprofessionals volgt dat de minimale steekproef 196 zorgprofessionals moet bevatten.

Het onderzoek maakt gebruik van de (tweetraps) cluster sampling methodiek. Tweetraps cluster sampling deelt de onderzoekspopulatie op in een aantal vergelijkbare clusters. In dit geval categoriseert het onderzoek op type zorgaanbieders dat MSZ levert (zoals ziekenhuizen, UMC's en ZBC's) en op spreiding (noord, oost, zuid en west). Voor de uitvraag zijn de volgende clusters onderscheiden: 83 algemene ziekenhuizen, 8 Universitair Medische Centra en de 8 Zelfstandige Behandelcentra die het meest te maken hebben met transparantieverplichtingen medisch specialistische zorg. Vervolgens is een selectie uit deze clusters gemaakt en in elk van de geselecteerde clusters 10 respondenten ondervraagd: 1 kwaliteitsfunctionaris, 3 verpleegkundigen (of verpleegkundig specialisten) en 6 medisch specialisten.

### III. Lijst met deelnemende ziekenhuizen, UMC's en zelfstandige klinieken

Deze bijlage bevat een lijst met alle deelnemende zorgaanbieders, gesorteerd op type aanbieder en spreiding in het land.

Nr.	Zorgaanbieder	Type	Spreiding
1	Admiraal de Ruyterziekenhuis	Alg. ziekenhuis	Zuid
2	Amphia Ziekenhuis	Alg. ziekenhuis	Zuid
3	St. Anna Zorggroep	Alg. ziekenhuis	Zuid
4	Jeroen Bosch Ziekenhuis	Alg. ziekenhuis	Zuid
5	Antonius Ziekenhuis	Alg. ziekenhuis	Noord
6	Medisch Centrum Leeuwarden	Alg. ziekenhuis	Noord
7	Ommelander Ziekenhuis Groep	Alg. ziekenhuis	Noord
8	Tjongerschans	Alg. ziekenhuis	Noord
9	Albert Schweitzer Ziekenhuis	Alg. ziekenhuis	West
10	Zaans Medisch Centrum	Alg. ziekenhuis	West
11	Haaglanden Medisch Centrum	Alg. ziekenhuis	West
12	Alrijne ziekenhuis Leiden	Alg. ziekenhuis	West
13	Deventer Ziekenhuis	Alg. ziekenhuis	Oost
14	Ziekenhuis Gelderse Vallei	Alg. ziekenhuis	Oost
15	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis	Alg. ziekenhuis	Oost
16	Ziekenhuis Groep Twente	Alg. ziekenhuis	Oost
17	Amsterdam Medisch Centrum	UMC	West
18	UMC Groningen (UMCG)	UMC	Noord
19	Obesitas Kliniek	ZBC	Divers
20	DC klinieken	ZBC	Divers

## IV. Onderdelen monitor

Onderstaande figuur laat zien welke onderdelen zijn uitgevraagd per module.

Module medisch specialist	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Module Kwaliteitsfunctionaris	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Module Verpleegkundige	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja

Onderdeel	A Kwaliteit van indicatorset(s) en/of indicatoren	B Beleefde opbrengsten	C Beleefde lasten	D Relatieve lasten	E Proportionaliteit	F PROMs	G Gestapelde uitvraag	H Monitoring regeldruk
	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Resultaat	Oordeel over indicatorset en specifieke indicatoren: eenduidigheid, zinvolheid, vergelijkbaarheid, etc.	Oordeel over de ervaren opbrengsten: kwaliteitsverbetering, keuze- en inkoopinformatie, etc.	Oordeel over de ervaren lasten van transparantie: tijdsdruk, tijdsbesteding, complexiteit, uitleg, etc.	Oordeel over ervaren lasten van transparantie van het jaar ervoor: minder tijdrovend, etc.	Geeft het overkoepelen de oordeel over de ervaren balans tussen lasten en opbrengsten.	Geeft inzicht of toegevoegde waarde zien voor PROMs in behandelrelatie met patiënt/cliënt.	Geeft inzicht in stapeling/parallele uitvraag door zorgverzekeraars en patiëntorganisaties merkbaar is afgenomen.	Geeft inzicht of periodieke monitor kan rekenen op draagvlak bij zorgprofessionals.

## V. Toelichting berekeningswijze groepsscores per onderdeel en gemiddelde scores per vraag

Deze bijlage beschrijft de berekeningswijze achter de gemiddelde scores per onderdeel. De groepsscore per onderdeel is berekend op basis van de onderliggende stellingen voor dit onderdeel. Per stelling is een gemiddelde score berekend op de schaal van 1 (helemaal oneens) tot 5 (helemaal eens). Voor de groepsscore is eerst de gemiddelde score voor alle stellingen berekend. Vervolgens is de groepsscore geconverteerd naar een 100 punt schaal. De conversie naar een 100 punt schaal gaat uit van:

Helemaal oneens: 1 punt = 0 %  
 Oneens: 2 punten = 25 %  
 Neutraal: 3 punten = 50 %  
 Eens: 4 punten = 75 %  
 Helemaal eens 5 punten = 100%

## VI. Resultaten per onderdeel en per vraag

Onderstaande tabel geeft de gemiddelde (groeps)score per onderwerp weer. De daaropvolgende tabellen geven inzicht in de resultaten per stelling/vraag van de onderwerpen. De laatste kolommen (helemaal oneens tot helemaal eens) geven weer hoeveel procent van de respondenten dat antwoord heeft gegeven. Met behulp van bovenstaande berekeningswijze zijn deze antwoorden omgerekend naar een gemiddelde score op een schaal van 1 tot 5.

	Verslagjaar 2018
Ervaren kwaliteit van indicatoren van de transparantiekalender	52%
Beleefde opbrengsten	54%
Beleefde lasten	32%
Relatieve lasten	40%
Proportionaliteit van indicatoren	31%
Gestapelde uitvraag van indicatoren	50%
Toegevoegde waarde van PROMs	61%
Ervaren belang van monitoring van regeldruk	80%

### Thema ervaren kwaliteit van indicatoren van de transparantiekalender

Stelling	Gemiddelde score	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
Groepsscore kwaliteit van indicatoren	3,1 (52%)	-	-	-	-	-
<i>Medisch specialist</i>	3					
<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	3,2					
Ik vind dat de indicatorenset bijdraagt aan het transparant maken van de kwaliteit van de door mijn zorgorganisatie geleverde zorg	3,2	8%	23%	25%	32%	12%

<i>Medisch specialist</i>	3	12%	23%	30%	21%	14%
<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	3,5	-	23%	14%	55%	9%
Ik vind de indicatorenset betekenisvol (zinnig en veelzeggend)	3,1	8%	22%	29%	38%	3%
<i>Medisch specialist</i>	2,9	12%	23%	33%	28%	5%
<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	3,4	-	4%	23%	59%	-
Ik vind de indicatorenset eenduidig (niet ambigu)	3	8%	32%	22%	32%	6%
<i>Medisch specialist</i>	3,1	7%	23%	26%	40%	5%
<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	2,7	9%	50%	14%	18%	9%
Zorgorganisaties kunnen zich door middel van de indicatorenset ten opzichte van elkaar onderscheiden	2,8	15%	28%	29%	22%	6%
<i>Medisch specialist</i>	2,6	16%	33%	33%	14%	5%
<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	3,1	14%	18%	23%	36%	9%
De kwaliteitsgegevens die voor de indicatorenset door mijn zorgorganisatie worden aangeleverd, zijn betrouwbaar	3,7	2%	14%	18%	45%	22%
<i>Medisch specialist</i>	3,6	2%	19%	21%	35%	23%
<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	4	-	5%	14%	64%	18%
Er worden scherpe definities gehanteerd in de indicatorenset	3	3%	29%	29%	37%	2%
<i>Medisch specialist</i>	3,2	2%	23%	28%	47%	-
<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	2,8	5%	41%	32%	18%	5%
Ik vind dat er voldoende mogelijkheden zijn om de indicatorenset te voorzien van een toelichting op het beleid van mijn zorgorganisatie	2,8	8%	37%	26%	26%	3%
<i>Medisch specialist</i>	2,5	9%	42%	35%	14%	-
<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	3,3	5%	27%	9%	50%	9%
De indicatorenset komt met duidelijke werkinstructies	3,1	5%	23%	34%	32%	6%
<i>Medisch specialist</i>	3,3	5%	16%	35%	37%	7%
<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	2,9	5%	36%	32%	23%	5%

### Top 10 indicatorensets die als meest belastend worden ervaren

- Aneurysma Aorta Abdominalis
- Baarmoederhalsafwijkingen
- Borstimplantaten
- Carpaletunnelsyndroom
- Diabetes
- Gynaecologische Oncologie
- Heupfractuur
- Integrale Geboortezorg
- Leverchirurgie
- Mammacarcinoom
- Osteoporose
- Spoedeisende Hulp
- Carpaletunnelsyndroom

### Top 10 indicatorensets die als minst belastend worden ervaren

- Bariatrische chirurgie
- Coeliakie
- Constitutioneel Eczeem
- Colorectaal Carcinoom
- Dementie
- Galblaasverwijdering
- Hoofdpijn
- Inflammatory bowel disease (IBD)
- Melanoom
- Nierstenen
- Organisatie van Intensive Care

Genoemde redenen waarom een bepaalde indicatorenset als minst belastend wordt ervaren	Totaal	Medisch specialist	Kwaliteitsfunctionaris
De set bestaat uit een beperkt aantal indicatoren	44%	46%	43%
De indicatoren maken gebruik van data van kwaliteitsregistraties (zoals LROI, NCDR, e.a.)	30%	8%	50%
De indicatoren worden afgeleid van (DICA, LROI) registraties;	26%	15%	36%
Er wordt daadwerkelijk iets met informatie van de indicatoren in de set gedaan	26%	15%	36%
De indicatoren zijn eenvoudig uit het systeem te halen	22%	15%	29%
De indicatoren hanteren een eenduidige vraagstelling	19%	15%	21%
De indicatoren hanteren heldere definities	15%	-	29%
De indicatoren dragen bij aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg	15%	8%	21%
Anders, namelijk...	37%	46%	29%
N.v.t. of geen mening	4%	8%	-

Genoemde redenen waarom een bepaalde indicatorenset als meest belastend wordt ervaren	Totaal	Medisch specialist	Kwaliteitsfunctionaris
Er is handwerk nodig, want indicatoren komen niet automatisch uit het systeem	74%	78%	69%
De indicatoren vragen om veel data en parameters	51%	48%	56%
Het kost veel tijd om de kwaliteitsgegevens te registreren	41%	70%	-
De set bevat teveel indicatoren	38%	48%	25%
De indicatoren zeggen weinig over de kwaliteit van geleverde zorg	38%	35%	44%
De indicatoren dragen onvoldoende bij aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg	36%	43%	25%
De indicatoren overlappen met indicatoren uit een andere set (dublering indicatoren)	33%	35%	31%
De set bestaat uit samengestelde elementen waardoor interpretatie lastig is	23%	22%	25%
De indicatoren vragen om complexe berekeningen uit te voeren	10%	-	25%
Anders, namelijk...	13%	9%	19%
N.v.t. of geen mening	-	-	-

Wat maakt het registreren en controleren van kwaliteitsgegevens (onnodig) tijdrovend?	Totaal	Medisch specialist	Kwaliteitsfunctionaris	Verpleegkundige
De kwaliteitsgegevens komen onvoldoende geautomatiseerd uit het systeem	44%	63%	67%	
De kwaliteitsgegevens moeten verzameld worden uit diverse bronnen	42%	55%	75%	
Het gaat om een grote hoeveelheid kwaliteitsgegevens in een kort tijdsbestek	34%	24%	54%	35%
Er vinden veel wijzigingen plaats (steeds veranderende sets en processen)	30%	16%	54%	35%
Het controleren en verklaren van de resultaten is complex	29%	35%	58%	
De kwaliteitsgegevens moeten zorgvuldig geanalyseerd en bewerkt worden	26%	27%	58%	
Het ligt (deels) aan trage systemen en/of beperkte voorzieningen	24%	14%	17%	44%
Er zijn veel medewerkers betrokken bij het proces	22%	22%	54%	
Afwijkende definities kosten extra (controle)tijd	18%	18%	46%	
Kwaliteitsgegevens worden dubbel geregistreerd	14%	-	-	44%
De hoeveelheid kwaliteitsgegevens kan sterk fluctueren op basis van het aantal patiënten dat wordt behandeld	12%	14%	-	18%

De kwaliteitsgegevens worden dubbel geregistreerd/Er bestaat overlap tussen indicatoren van verschillende sets	8%	-	38%	
Anders, namelijk	15%	12%	17%	
N.v.t. of geen mening	3%	4%	-	3%

Verpleegkundig en ondersteunend personeel helpt mij in grote mate met het registreren en controleren van kwaliteitsgegevens	Totaal	Medisch specialist	Kwaliteitsfunctionaris
Ik doe sommige dingen zelf en controleer verder	35%	33%	38%
Ik doe het vooral zelf, eenvoudige onderdelen worden voor mij gedaan	19%	22%	12%
Ik doe alles zelf	16%	12%	25%
Ik voer alleen de noodzakelijke controles uit	9%	14%	
We hebben een gelijke verdeling	7%	6%	8%
Ik stuur vooral aan en houdt het overzicht	4%		12%
N.v.t. of geen mening	11%	14%	4%

Wat zijn in uw organisatie de knelpunten op het gebied van ICT ondersteuning?	Totaal	Medisch specialist	Kwaliteitsfunctionaris	Verpleegkundige
Er is geen koppeling tussen systemen om data automatisch aan te leveren/kwaliteitsgegevens worden dubbel geregistreerd	57%	57%	46%	65%
De kwaliteitsindicatoren zijn (nog) onvoldoende ingebed in het EPD	48%	65%	79%	-
ICT (bijvoorbeeld het EPD) is onvoldoende op haar taak uitgerust/niet gebruikersvriendelijk	35%	35%	42%	29%
Gegevens worden niet altijd door iedereen op dezelfde plek in het EPD vastgelegd, waardoor het lastig is om deze gegevens eruit te halen	32%	35%	71%	-
Er is te weinig ICT ondersteuning in mankracht en geld	29%	33%	42%	15%
Er wordt te weinig gebruik gemaakt van reeds bekende gegevens	14%	22%	17%	-
Er zijn te veel verschillende codes voor een bepaalde verrichting/indicator	12%	20%	12%	-
Anders, namelijk	16%	14%	17%	18%
N.v.t. of geen mening	6%	4%	-	12%



Wordt in uw organisatie gewerkt met zorginformatiebouwstenen (één keer registreren voor meervoudig gebruik)?	Totaal	Kwaliteitsfunctionaris
Ja, daarin is mijn zorgorganisatie een koploper	-	-
Ja, mijn zorgorganisatie is daarmee bezig	46%	46%
Neutraal, mijn zorgorganisatie is zich aan het oriënteren	25%	25%
Nee, mijn zorgorganisatie werkt hier (nog) niet mee	4%	4%
Nee, daarin is mijn zorgorganisatie een achterblijver	4%	4%
N.v.t. of geen mening	21%	21%

## Thema beleefde opbrengsten van indicatoren van de transparantiekalender

Stelling	Gemiddelde score	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
Groepsscore beleefde opbrengsten van transparantie	3,2 (54%)	-	-	-	-	-
<i>Medisch specialist</i>	3					
<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	3,2					
<i>Verpleegkundige</i>	3,3					
Ik vind transparantie - het beschikbaar stellen van informatie over de kwaliteit van zorg - belangrijk	4	3%	3%	8%	61%	25%
<i>Medisch specialist</i>	4	4%	-	16%	55%	25%
<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	4	4%	4%	-	67%	25%
<i>Verpleegkundige</i>	4,1	-	6%	3%	68%	24%
Ik ben van mening dat kwaliteitsindicatoren waardevol zijn voor cliënten/patiënten als keuze-informatie	3,2	5%	23%	29%	39%	5%
<i>Medisch specialist</i>	3	6%	22%	45%	25%	2%
<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	3,1	4%	33%	12%	50%	-
<i>Verpleegkundige</i>	3,5	3%	18%	18%	50%	12%
Ik heb de indruk dat cliënten/patiënten de informatie die wordt ontsloten met kwaliteitsindicatoren ook echt gebruiken als keuzeinformatie	2,4	10%	50%	31%	9%	0%

<i>Medisch specialist</i>	2,2	14%	57%	25%	4%	-
<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	2,3	4%	71%	17%	8%	-
<i>Verpleegkundige</i>	2,8	9%	24%	50%	18%	-
Ik ben van mening dat kwaliteitsindicatoren waardevol zijn voor zorgverzekeraars bij zorginkoop	3	6%	27%	28%	38%	2%
<i>Medisch specialist</i>	2,8	12%	29%	25%	31%	2%
<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	3,2	-	25%	29%	42%	4%
<i>Verpleegkundige</i>	3,1	3%	24%	29%	44%	-
Ik heb de indruk dat zorgverzekeraars de informatie die wordt ontsloten met kwaliteitsindicatoren ook echt gebruiken als inkoopinformatie	3,2	3%	17%	43%	35%	4%
<i>Medisch specialist</i>	3,2	4%	14%	43%	35%	4%
<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	3,2	-	25%	29%	42%	4%
De kwaliteitsindicatoren worden door mijn zorgorganisatie gebruikt voor kwaliteitsverbetering en benchmarking	3,6	4%	10%	23%	52%	11%
<i>Medisch specialist</i>	3,4	4%	16%	31%	35%	14%
<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	3,8	4%	-	17%	71%	8%
<i>Verpleegkundige</i>	3,7	3%	9%	15%	65%	9%
De kwaliteitsindicatoren geven mij inzicht in mijn eigen functioneren	2,9	12%	27%	25%	29%	7%
<i>Medisch specialist</i>	3,1	14%	20%	24%	33%	10%
<i>Verpleegkundige</i>	2,7	9%	38%	26%	24%	3%
De kwaliteitsindicatoren worden (tijdig) teruggekoppeld	3,3	6%	17%	25%	47%	6%
<i>Medisch specialist</i>	3	10%	25%	22%	37%	6%
<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	3,6	-	8%	25%	62%	4%
<i>Verpleegkundige</i>	3,4	3%	12%	29%	50%	6%
Medisch specialisten kunnen de uitkomsten van kwaliteitsindicatoren op meerdere meetmomenten volgen via een dashboard	2,9	3%	40%	29%	25%	3%
<i>Medisch specialist</i>	2,8	4%	37%	37%	22%	-

<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	3	-	46%	12%	33%	8%
Ik heb het gevoel dat kwaliteitsindicatoren jaarlijks grondig worden geëvalueerd door de werkgroepen die de indicatoren opstellen	2,8	12%	32%	29%	20%	7%
<i>Medisch specialist</i>	2,8	14%	31%	25%	20%	10%
<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	2,7	8%	33%	38%	21%	-

## Thema beleefde lasten van indicatoren van de transparantiekalender

Stelling	Gemiddelde score	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	
Groepsscore beleefde lasten van transparantie	2,3 (32%)	-	-	-	-	-	
<i>Medisch specialist</i>	2,2						
<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	2,2						
<i>Verpleegkundige</i>	2,4						
Het registreren en controleren van de benodigde kwaliteitsgegevens is eenvoudig (weinig complex)	2,2	25%	49%	11%	15%	1%	
<i>Medisch specialist</i>	2,1	29%	43%	12%	16%	-	
<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	1,7	46%	46%	-	8%	-	
<i>Verpleegkundige</i>	2,6	3%	59%	18%	18%	3%	
Het registreren en controleren van de benodigde kwaliteitsgegevens gaat snel (kost weinig tijd)	1,9	31%	50%	15%	4%	0%	
<i>Medisch specialist</i>	1,8	39%	41%	18%	2%	-	
<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	1,7	42%	50%	4%	4%	-	
<i>Verpleegkundige</i>	2,2	12%	65%	18%	6%	-	
Wat vindt u van de tijd die van u in een kalenderjaar wordt gevraagd voor het registreren en controleren van kwaliteitsgegevens? Ik vind de tijd die van mij wordt gevraagd ...	1,9	Veel te veel – 39%	Net te veel – 24%	Nog net kunnen – 17%	Acceptabel – 14%	Uitstekend – 0%	N.v.t. of geen mening – 7%
<i>Medisch specialist</i>	2	39%	20%	18%	12%	-	12%
<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	1,9	50%	25%	8%	17%	-	-
<i>Verpleegkundige</i>	2,2	29%	29%	21%	15%	-	6%

Voor het registreren en controleren van de benodigde kwaliteitsgegevens heb ik voldoende tijd	2,5	14%	41%	30%	15%	0%	
<i>Medisch specialist</i>	2,2	22%	43%	25%	10%	-	
<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	2,9	12%	2%	25%	38%	-	
<i>Verpleegkundige</i>	2,5	3%	50%	41%	6%	-	
Het registreren van de benodigde kwaliteitsgegevens wordt in mijn zorgorganisatie ondersteund door goede ICT systemen (EPD, etc.)	2,7	11%	37%	23%	29%	0%	
<i>Medisch specialist</i>	2,7	14%	29%	27%	29%	-	
<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	2,8	4%	38%	29%	29%	-	
<i>Verpleegkundige</i>	2,6	12%	47%	12%	29%	-	
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 <sup>1</sup>	4	0%	0%	21%	62%	17%	
De samenwerking met de gegevensmakelaar verloopt goed <sup>1</sup>	3,6	0%	4%	38%	54%	4%	
De samenwerking met DICA verloopt goed <sup>1</sup>	3	4%	21%	42%	33%	0%	

<sup>1</sup> Enkel uitgevraagd onder de kwaliteitsfunctionarissen en niet meegenomen in de berekening van de groepsscore.

## Thema relatieve lasten

Stelling	Gemiddelde score	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
Het registreren, controleren, verzamelen, bewerken en aanleveren van indicatoren kost dit jaar minder tijd dan vorig jaar	2,6 (40%)	6%	40%	39%	15%	0%
<i>Medisch specialist</i>	2,5	10%	37%	43%	10%	-
<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	2,8	4%	38%	29%	29%	-
<i>Verpleegkundige</i>	2,6	3%	47%	38%	12%	-

## Thema proportionaliteit van indicatoren

Stelling	Gemiddelde score	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
----------	------------------	-----------------	--------	----------	------	---------------

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	2,2 (31%)	15%	53%	26%	6%	0%
<i>Medisch specialist</i>	2,2	16%	53%	29%	2%	-
<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	2	21%	67%	8%	4%	-
<i>Verpleegkundige</i>	2,5	9%	44%	32%	15%	-

### Thema toegevoegde waarde van PROMs

Stelling	Gemiddelde score	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	N.v.t.
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)	3,4 (61%)	10%	6%	20%	33%	14%	18%

NB: deze vraag is enkel door uitgevraagd onder medisch specialisten

### Thema gestapelde uitvraag van indicatoren

Stelling	Gemiddelde score	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	N.v.t.
Parallele gegevensuitvraag - bijvoorbeeld door zorgverzekeraars of patiëntenorganisaties - is merkbaar afgenomen	2,7 (50%)	3%	25%	32%	28%	1%	11%
<i>Medisch specialist</i>	2,9	4%	24%	39%	20%	-	14%
<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	3,3	-	29%	17%	46%	4%	4%

### Thema ervaren belang van monitoring van regeldruk

Stelling	Gemiddelde score	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
Ik vind het belangrijk dat de beleefde regeldruk van transparante kwaliteitsinformatie gemonitord wordt	4,2 (80%)	0%	1%	8%	62%	28%
<i>Medisch specialist</i>	4,2	-	2%	12%	55%	31%
<i>Kwaliteitsfunctionaris</i>	4,2	-	-	4%	71%	25%

Verpleegkundige	4,2	-	-	6%	68%	26%
-----------------	-----	---	---	----	-----	-----

## VII. Stappenplan onderzoeksplan

### 1. Finaliseren en digitaliseren vragenlijst

- De monitorvragenlijst zoals omschreven in de handleiding is in afstemming met het Bureauoverleg Transparantie MSZ op een aantal onderdelen aangepast voor het huidige onderzoek. Deze afstemming is vastgelegd in statusupdates.
- Voor digitalisering en uitvoering van de vragenlijst is KPMG Health een samenwerking met Kantar Public aangegaan. De digitalisering heeft ook geleid tot enkele aanpassingen.
- Een overzicht van alle aanpassingen op de methode zijn te vinden in Bijlage V.

### 2. Uitnodigen en voorbereiden steekproef

- Twintig clusters zijn benaderd voor de uitvraag van het onderzoek. Vanuit NFU en ZKN is een mail verstuurd naar de Raden van Bestuur (RvB) van de deelnemende zorgaanbieders. Door een groot deel van de deelnemende ziekenhuizen is commitment door de RvB gelijk gegeven. Hierna zijn kwaliteitsfunctionarissen benaderd voor eigen deelname en deelname van hun collega's. Bijlage VI bevat de uitnodigingsmails naar de RvBs, kwaliteitsfunctionarissen en overige deelnemers van de zorgaanbieders.

### 3. Uitvoeren onderzoek

- De vragenlijsten zijn digitaal uitgestuurd in samenwerking met Kantar Public, waarna dagelijkse monitoring van respons plaatsvond. Zie bijlage VII voor de gehele vragenlijst met toelichting voor deelnemers.
- Wanneer de response lager dan 60 respondenten geweest zou zijn, zouden potentiële respondenten telefonisch benaderd worden. Dit bleek niet nodig om de response te halen.

### 4. Verwerking vragenlijsten

- Data is door Kantar Public geanonimiseerd en geclusterd op functie.

### 5. Analyseren van data

- Data is door Kantar Public geanalyseerd waarbij de gemiddelde score per onderdeel overall en uitgesplitst naar functie is berekend. Tevens is de standaarddeviatie berekend, zodat het betrouwbaarheidsinterval berekend kon worden.
- Voor ieder onderwerp is een (groeps)score berekend in de vorm van een percentage. Binnen de onderdelen is een gemiddelde score per vraag berekend op een schaal van 1 tot 5. Zie bijlage IX voor de berekeningswijze van de groepscores en de gemiddelde scores van vragen.

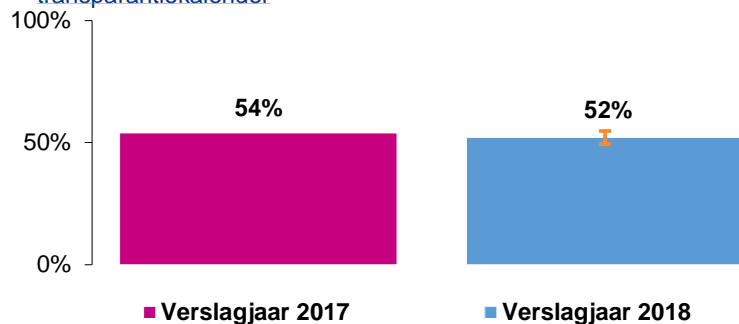
### 6. Rapportage opstellen

- De structuur van de rapportage is afgestemd met het Bureauoverleg en het Zorginstituut.
- De resultatensectie is opgebouwd volgens de 9 onderdelen van de monitor, waarbij de uitkomsten als volgt zijn weergegeven:
  - Ieder onderdeel geeft een groepscore weer met behulp van een 100punt schaal. Hierin wordt de vergelijking met het resultaat van de vorige monitor weergegeven.
    - De gemiddelde scores van de vragen die hieronder vallen, zijn weergegeven in vijfpuntschalen in bijlage X.
- Conclusies zijn getrokken en de belangrijkste knelpunten en verbetermaatregelen zijn samengevat. Bijlage XI bevat de gehele lijst van de door professionals benoemde knelpunten en verbetermaatregelen.

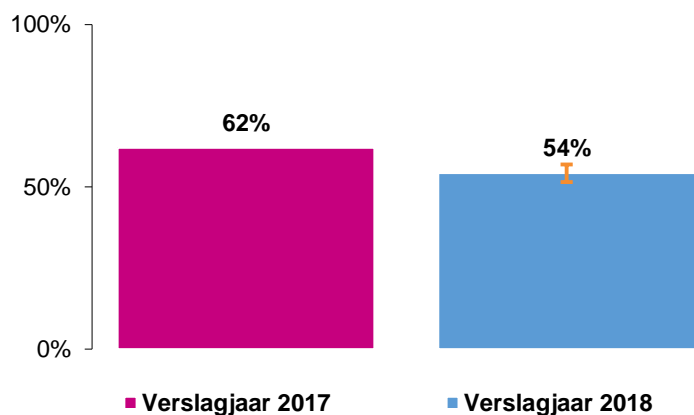


## VIII. (Groeps)scores per onderdeel verslagjaar 2018 versus 2017

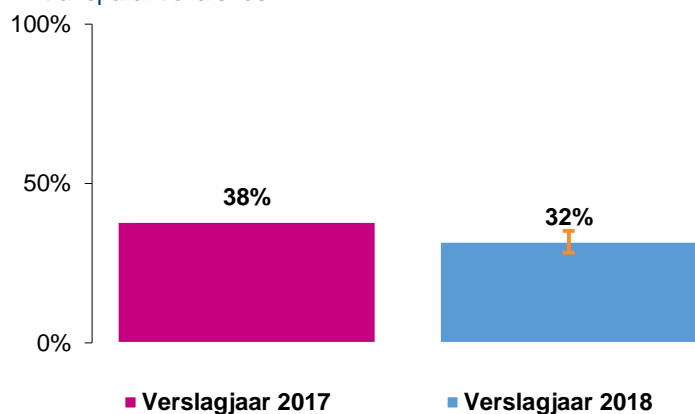
**Grafiek 1** Goepsscore ervaren kwaliteit van indicatoren van de transparantiekalender



**Grafiek 2** Groepsscore beleefde opbrengsten van indicatoren van de transparantiekalender

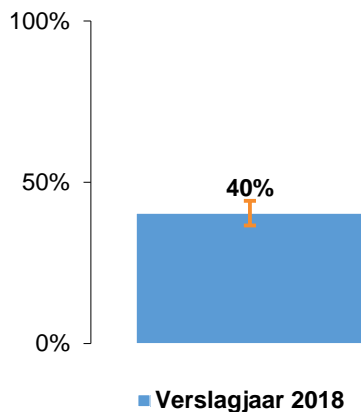


**Grafiek 3** Groepsscore beleefde lasten van indicatoren van de transparantiekalender

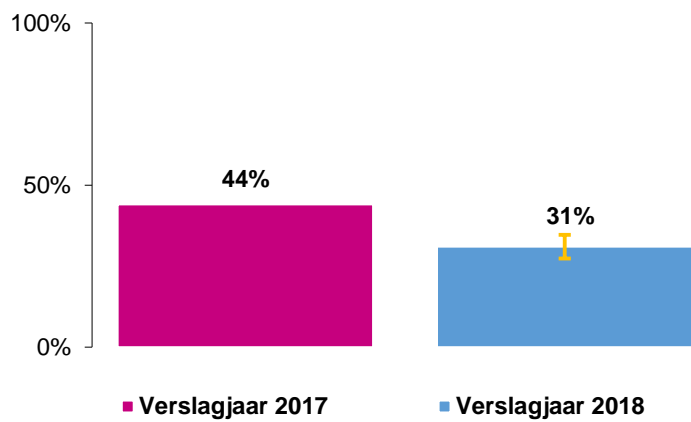




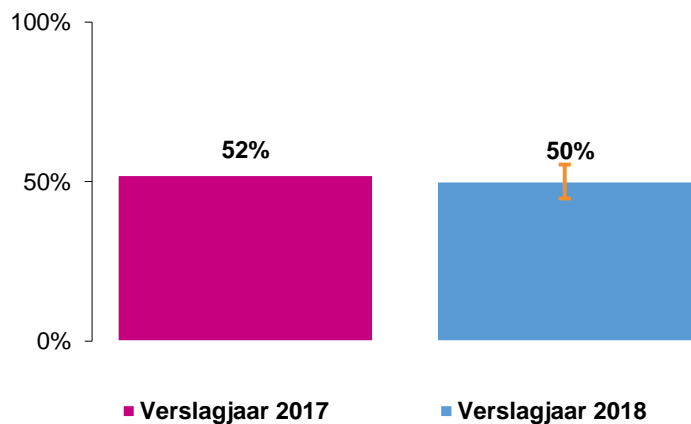
Grafiek 4 Score relatieve lasten



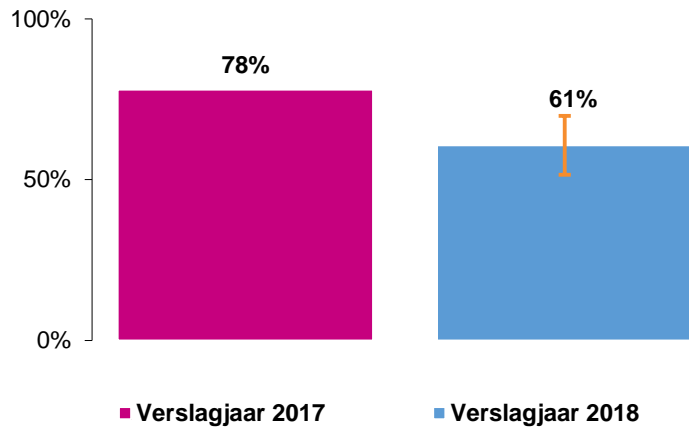
Grafiek 5 Score proportionaliteit van indicatoren



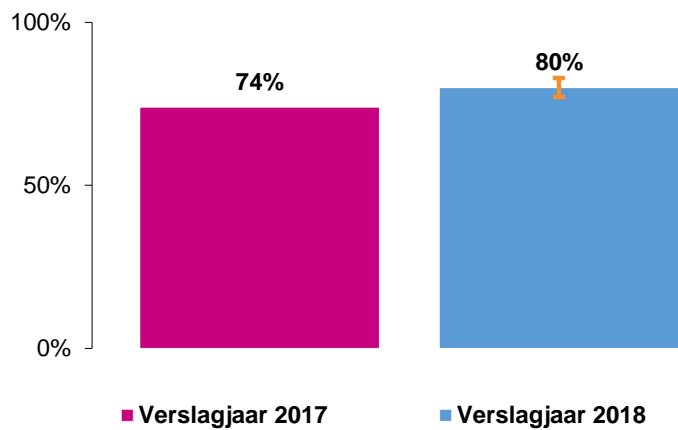
Grafiek 6 Score gestapelde uitvraag van indicatoren



Grafiek 7 Score toegevoegde waarde PROMs



Grafiek 8 Score ervaren belang van monitoring van regeldruk



## IX. Uitnodigingsmails naar de RvB, kwaliteitsfunctionarissen en deelnemers inclusief bijlage

Deze bijlage omvat alle uitnodigingsmails die verstuurd zijn naar de RvBs van deelnemende zorgaanbieders, de kwaliteitsfunctionarissen en de overige deelnemers van deze organisaties.

### a Uitnodigingsmail RvB

Beste xx,

Uw [naam ziekenhuis] is geselecteerd om dit jaar deel te nemen aan de monitor 'Ervaren regeldruk ten behoeve van transparantie medisch specialistische zorg (MSZ)'. Met deze monitor brengen we de administratieve lasten als opbrengsten door zorgprofessionals in ziekenhuizen in kaart. Daarnaast signaleren we concrete knelpunten en verbetermogelijkheden. Het gaat specifiek over de kwaliteitsinformatie die uw organisatie aanlevert over indicatoren die op de Transparantiekalender staan. In de bijlage leest u meer over de achtergrond, de werkwijze en inhoud van de monitor.

*Wat betekent dit concreet voor uw organisatie?*

- Tien medewerkers (één kwaliteitsfunctionaris, drie verpleegkundigen [of verpleegkundig specialisten] en zes medisch specialisten) uit uw organisatie ontvangen in de maand mei (tussen 6 mei en 31 mei) een digitale vragenlijst met als thema 'regeldruk'. Het invullen van de vragenlijst kost maximaal 15 minuten per persoon en de medewerkers krijgen vier weken de tijd de vragenlijst in te vullen. Tussentijds wordt er een herinnering verstuurd naar de medewerkers;
- Vanaf 15 april (week 16) benadert een medewerker van KPMG of Kantar Public (uitvoerende partij monitor) [voor- en achternaam kwaliteitsfunctionaris invullen door de NFU] van uw organisatie. Het doel van dit gesprek is tweeledig: het geven van een korte toelichting op het onderzoek en het afstemmen van de namen/ contactgegevens van de verpleegkundigen en medisch specialisten om deel te nemen aan het onderzoek, welke vervolgens door Kantar Public benaderd worden voor deelname;
- Tijdens het onderzoek houden KPMG en Kantar Public contact met de kwaliteitsfunctionaris over de respons vanuit uw organisatie i.r.t. de monitor.

*Wat vragen we van u?*

Vanuit de NFU hechten we grote waarde aan het meten van de (ervaren) regeldruk binnen de MSZ en staan wij achter het monitoren van de (ervaren) regeldruk middels een monitor. Van u vragen we twee dingen:

- 1 Commitment vanuit de Raad van Bestuur op het betrekken van uw organisatie bij de monitor middels een reply op deze mail **vóór 10 april 16.00 uur**
- 2 Het informeren van uw kwaliteitsfunctionaris middels het delen van deze mail zodat hij/ zij op de hoogte is van de komende activiteiten **vóór 11 april 16:00 uur**
  - Mocht de naam van de kwaliteitsfunctionaris niet de juiste zijn, vragen wij u ons te informeren over de juiste contactpersoon (inclusief emailadres en telefoonnummer)

We zien uw reactie (uw commitment en eventueel de juiste naam van de kwaliteitsfunctionaris) graag tegemoet. De monitor wordt uitgevoerd door KPMG Health in samenwerking met Kantar Public. Mocht u vragen hebben over het proces of de monitor zelf, kunt u contact opnemen met Jorien Vink ([vink.jorien@kpmg.nl](mailto:vink.jorien@kpmg.nl) - 06-13975661).

[Ondertekening namens de NFU]

## b Uitnodigingsmail kwaliteitsfunctionarissen

Beste [naam kwaliteitsfunctionaris],

Uw ziekenhuis neemt dit jaar deel aan de monitor 'Ervaren regeldruk ten behoeve van transparantie medisch specialistische zorg (MSZ)'. Hiermee brengen we zowel de administratieve lasten als opbrengsten door zorgprofessionals in ziekenhuizen in kaart. We signaleren concrete knelpunten en verbetermogelijkheden over kwaliteitsinformatie die uw organisatie aanlevert over indicatoren die op de Transparantiekalender staan. In de bijlage leest u meer over de achtergrond, de werkwijze en de inhoud van de monitor. De resultaten van de eerste meting vindt u hier: [Rapport Monitor ervaren regeldruk](#)

Uw Raad van Bestuur is ook geïnformeerd over deelname aan deze monitor. U speelt hierin een belangrijke rol, namelijk het eerste contact met de deelnemers vanuit uw organisatie.

### *Proces van deelname*

10 medewerkers ontvangen tussen 6 mei en 31 mei een digitale vragenlijst met als thema 'ervaren regeldruk'. Het invullen van deze vragenlijst duurt maximaal 15 minuten en de medewerkers krijgen vier weken de tijd om de vragenlijst in te vullen. Tussentijds wordt er een herinnering verstuurd.

### *Wat vragen we van u?*

- Om zelf de vragenlijst in te vullen.
- De contactgegevens (naam, e-mailadres, telefoonnummer) van 9 collega's aan ons door te geven, die deelnemen aan de monitor. Het gaat hier om:
  - 6 medisch specialisten en 3 verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten
  - Bij voorkeur zijn deze medewerkers werkzaam op verschillende afdelingen. Verder mag dit een willekeurige selectie zijn.
  - Wilt u de gegevens zo spoedig mogelijk doorgeven aan [sabine.hooijmans@kantarpublish.com](mailto:sabine.hooijmans@kantarpublish.com) (uiterlijk voor 17 mei).
- Uw collega's te informeren te over het onderzoek. Daarvoor is bijgevoegde mail opgesteld die hiervoor gebruikt kan worden.
  - De contactgegevens worden enkel gebruikt om de digitale enquête toe te sturen. De gegeven antwoorden worden anoniem verwerkt. Aan het einde van het onderzoek worden de persoonsgegevens direct verwijderd.

Kantar voert in samenwerking met KPMG Health de monitor uit. Bij vragen over het proces of de monitor, kunt u contact opnemen met Sabine Hooijmans ([sabine.hooijmans@kantarpublish.com](mailto:sabine.hooijmans@kantarpublish.com) / 020-5225 493).

Wilt u door middel van een reply op deze e-mail bevestigen dat wij op uw medewerking kunnen rekenen?

Met vriendelijke groet,

Sabine Hooijmans

Kantar

## c Uitnodigingsmail deelnemers

Subject: Enquête monitor 'Ervaren regeldruk ten behoeve van transparantie medisch specialistische zorg'

Geachte [voor + achternaam],

Uw zorgorganisatie neemt dit jaar deel aan de monitor 'Ervaren regeldruk ten behoeve van transparantie medisch specialistische zorg', zoals u waarschijnlijk hebt begrepen via uw kwaliteitsfunctionaris. Met de monitor brengen we zowel de administratieve lasten als opbrengsten door zorgprofessionals in ziekenhuizen in kaart. We signaleren concrete knelpunten en verbetermogelijkheden over

kwaliteitsinformatie die uw organisatie aanlevert over indicatoren die op de Transparantiekalender staan. In de bijlage leest u meer over de achtergrond, de werkwijze en de inhoud van de monitor.

U bent één van de tien medewerkers die namens uw organisatie wordt uitgenodigd om de digitale vragenlijst in te vullen\*. Wij nodigen u uit om de vragenlijst in te vullen via de volgende link: [insert link]

Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 15 minuten. U heeft t/m **31 mei 2019** de mogelijkheid om deze in te vullen.

Kantar voert in samenwerking met KPMG Health de monitor uit. Indien u vragen heeft, kunt u contact opnemen met de onderzoeker van Kantar ([sabine.hooijmans@kantarpublic.com](mailto:sabine.hooijmans@kantarpublic.com) / 020-5225 493)

Wij rekenen op uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Namens alle organisaties binnen het Bureauoverleg Transparantie MSZ

*\* Uw contactgegevens worden enkel door Kantar, het onderzoeksbureau dat de enquête uitvoert, gebruikt om de digitale enquête toe te sturen en worden direct na het onderzoek verwijderd. Uw antwoorden worden anoniem verwerkt. Meer informatie over de privacy policy van Kantar in Nederland leest u hier: [Privacy policy Kantar](#).*

## d Bijlage uitnodigingsmail

### Monitor Ervaren regeldruk ten behoeve van transparantie medisch specialistische zorg (MSZ)

April 2019

#### • **Achtergrond van de monitor**

De Federatie van Medisch Specialisten (Federatie), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Patiëntenfederatie Nederland (Patiëntenfederatie), Verpleegkundigen & Verzorgden Nederland (V&VN), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Zorginstituut Nederland en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) werken samen om betrouwbare kwaliteitsinformatie transparant te maken en de zorg voor de patiënt continu te verbeteren. In de samenwerkingsafspraken hebben ze afgesproken de ervaren regeldruk te meten.

#### • **Afbakening van scope: Transparantiekalender**

De vragen en stellingen die de medewerkers krijgen voorgelegd, hebben betrekking op de kwaliteitsgegevens die zij aanleveren over de indicatoren die zijn opgenomen in het openbaar Register van het Zorginstituut. Het kan zijn dat zij ook ervaring hebben met indicatoren van derde partijen, bijvoorbeeld door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), zorgverzekeraars, wetenschappelijke beroepsverenigingen, certificeringsinstanties of kwaliteitskeurmerken. Daarom gaan enkele vragen expliciet in op overlap en stapeling van informatie-uitvraag. De vragen dienen beantwoord te worden vanuit het eigen perspectief als (zorg)professional.

Op de Transparantiekalender staat aangegeven wanneer en welke informatie over de kwaliteit van de verleende zorg wordt aangeleverd. U kunt de Transparantiekalender hier raadplegen:

<https://www.zorginzicht.nl/ondersteuning/transparantiekalender>.

#### • **Doel van de monitor**

Vanaf verslagjaar 2018 herhalen we de monitor tweejaarlijks. Ieder jaar worden 20 ziekenhuizen en klinieken hiervoor benaderd. Het doel is om de ervaren regeldruk te meten vanuit het perspectief van zorgprofessionals (zoals medisch specialisten, verpleegkundigen) en kwaliteitsfunctionarissen en daarnaast om concrete knelpunten en verbetermogelijkheden te signaleren.

- **De inhoud van de digitale vragenlijst**

De monitor bestaat uit 9 verschillende onderdelen:

1. achtergrond;
2. mening over de kwaliteit van indicatoren;
3. beleefde opbrengsten van transparantie;
4. beleefde lasten van transparantie;
5. beleefde lasten van transparantie t.b.v. registratie;
6. oordeel over de regeldruk van transparantie;
7. mening over PROMS;
8. ervaring met stapeling van uitvraag door 3e partijen;
9. nabeschuiving.

De monitor bestaat uit stellingen. De medewerkers wordt gevraagd om de mate aan te geven waarin zij het hiermee eens of oneens zijn. Daarnaast bestaat de monitor uit open vragen; deze zijn optioneel. Tenslotte bestaat de monitor uit enkele meerkeuzevragen. Het invullen van de monitor duurt ongeveer 15 minuten.

De resultaten van de eerste meting vindt u hier: [Rapport Monitor ervaren regeldruk.](#)

## X. Monitor: vragenlijst inclusief toelichting

Deze bijlage geeft de vragenlijst weer inclusief de toelichting voorafgaand aan de monitor.

### a Toelichting monitor

De volgende tekst is een de toelichting van de monitor.

Welkom bij de monitor 'Ervaren regeldruk ten behoeve van transparantie medisch specialistische zorg'. Het doel van de monitor is om de ervaren regeldruk te meten vanuit het perspectief van zorgprofessionals (zoals medisch specialisten, verpleegkundigen) en kwaliteitsfunctionarissen en daarnaast om concrete knelpunten en verbetermogelijkheden te signaleren.

Voor het invullen van de monitor zijn de volgende twee punten van belang:

- 2 De vragen en stellingen hebben betrekking op de kwaliteitsgegevens die u aanlevert over de indicatoren die zijn opgenomen in het openbaar Register van het Zorginstituut. Mogelijk heeft u ook ervaring met indicatoren van andere 3e partijen, bijvoorbeeld van de IGJ, zorgverzekeraars, wetenschappelijke beroepsverenigingen, certificeringsinstanties of kwaliteitskeurmerken. Daarom gaat één van de onderdelen expliciet in op overlap en stapeling van informatie-uitvraag.
- 3 De vragen dienen beantwoord te worden vanuit uw eigen perspectief, als (zorg)professional.

De monitor bestaat uit 9 verschillende onderdelen:

- Mijn achtergrond;
- Mijn mening over de kwaliteit van indicatoren;
- Mijn beleefde opbrengsten van transparantie;
- Mijn beleefde lasten van transparantie;
- Mijn mening over lasten van transparantie t.b.v. registratie;
- Mijn oordeel over de regeldruk van transparantie;
- Mijn mening over PROMS;
- Mijn ervaring met stapeling van uitvraag door 3e partijen;
- Mijn nabeschuiving.

De monitor bestaat uit stellingen, open vragen en enkele meerkeuzevragen. Bij de stellingen wordt u gevraagd om de mate aan te geven waarin u het met de stellingen eens of oneens bent. Indien u onbekend bent met een onderwerp of iets niet op u van toepassing is, gebruik dan de antwoordmogelijkheid 'n.v.t.'. De open vragen zijn optioneel; deze geven u de mogelijkheid uw mening toe te lichten.

Het invullen van de monitor duurt ongeveer 15 minuten.

### b Vragenlijst

Deze bijlagesectie geeft de vragenlijst van de monitor weer.

Vragenlijst
Achtergrond
<ul style="list-style-type: none"> <li>— In welk ziekenhuis werkt u?</li> <li>— In welk type zorginstelling werkt u?</li> <li>— Wat is uw functie?</li> <li>— Binnen welk medisch specialisme bent u werkzaam, of met welk specialisme heeft u veel te maken?</li> </ul>
Mijn mening over de kwaliteit van indicatoren

- Met welke indicatorenset(s) uit het verslagjaar 2018 werkt u op reguliere basis vanuit uw specialisme?
- Welke indicatorenset(s) ervaart u als meest belastend? Waarom is dat?
- Welke indicatorenset(s) ervaart u als het minst belastend? Waarom is dat?
- Voor welke specifieke indicatorenset wilt u de volgende 8 vragen invullen?
- Stelling: Ik vind dat de indicatorenset bijdraagt aan het transparant maken van de kwaliteit van de door mijn zorgorganisatie geleverde zorg
- Ruimte voor toelichting (optioneel); voor welke indicatoren vindt u de stelling niet van toepassing?
- Stelling: Ik vind de indicatorenset betekenisvol (zinnig en veelzeggend)
- Ruimte voor toelichting (optioneel); voor welke indicatoren vindt u de stelling niet van toepassing?
- Stelling: Ik vind de indicatorenset eenduidig (niet ambigu)
- Ruimte voor toelichting (optioneel); voor welke indicatoren vindt u de stelling niet van toepassing?
- Stelling: Zorgorganisaties kunnen zich door middel van de indicatorenset ten opzichte van elkaar onderscheiden
- Ruimte voor toelichting (optioneel); voor welke indicatoren vindt u de stelling niet van toepassing?
- Stelling: De kwaliteitsgegevens die voor de indicatorenset door mijn zorgorganisatie worden aangeleverd, zijn betrouwbaar
- Ruimte voor toelichting (optioneel); voor welke indicatoren vindt u de stelling niet van toepassing?
- Stelling: Er worden scherpe definities gehanteerd in de indicatorenset
- Ruimte voor toelichting (optioneel); voor welke indicatoren vindt u de stelling niet van toepassing?
- Stelling: Ik vind dat er voldoende mogelijkheden zijn om de indicatorenset te voorzien van een toelichting op het beleid van mijn zorgorganisatie
- Ruimte voor toelichting (optioneel); voor welke indicatoren vindt u de stelling niet van toepassing?
- Stelling: De indicatorenset komt met duidelijke werkinstructies \*
- Ruimte voor toelichting (optioneel); voor welke indicatoren vindt u de stelling niet van toepassing?

#### Beleefde opbrengsten van transparantie

- Stelling: Ik vind transparantie - het beschikbaar stellen van informatie over de kwaliteit van zorg - belangrijk
- Stelling: Ik ben van mening dat kwaliteitsindicatoren waardevol zijn voor cliënten/patiënten als keuze-informatie
- Ruimte voor toelichting (optioneel)
- Stelling: Ik heb de indruk dat cliënten/patiënten de informatie die wordt ontsloten met kwaliteitsindicatoren ook echt gebruiken als keuzeinformatie
- Stelling: Ik ben van mening dat kwaliteitsindicatoren waardevol zijn voor zorgverzekeraars bij zorginkoop
- Ruimte voor toelichting (optioneel)
- Stelling: Ik heb de indruk dat zorgverzekeraars de informatie die wordt ontsloten met kwaliteitsindicatoren ook echt gebruiken als inkoopinformatie
- Stelling: De kwaliteitsindicatoren worden door mijn zorgorganisatie gebruikt voor kwaliteitsverbetering en benchmarking
- Ruimte voor toelichting (optioneel)
- Stelling: De kwaliteitsindicatoren geven mij inzicht in mijn eigen functioneren
- Stelling: De kwaliteitsindicatoren worden (tijdig) teruggekoppeld
- Stelling: Medisch specialisten kunnen de uitkomsten van kwaliteitsindicatoren op meerdere meetmomenten volgen via een dashboard
- Stelling: Ik heb het gevoel dat kwaliteitsindicatoren jaarlijks grondig worden geëvalueerd door de werkgroepen die de indicatoren opstellen

#### Beleefde lasten van transparantie



<ul style="list-style-type: none"> <li>— Stelling: Het registreren en controleren van de benodigde kwaliteitsgegevens is eenvoudig (weinig complex)</li> <li>— Stelling: Het registreren en controleren van de benodigde kwaliteitsgegevens gaat snel (kost weinig tijd)</li> <li>— Wat vindt u van de tijd die van u in een kalenderjaar wordt gevraagd voor het registreren en controleren van kwaliteitsgegevens?</li> <li>— Wat maakt het registreren en controleren van de benodigde kwaliteitsgegevens (onnodig) tijdrovend?</li> <li>— Stelling: Voor het registreren en controleren van de benodigde kwaliteitsgegevens heb ik voldoende tijd</li> <li>— Ruimte voor toelichting (optioneel)</li> <li>— Verpleegkundig en ondersteunend personeel helpt mij in grote mate met het registreren en controleren van kwaliteitsgegevens</li> <li>— Ruimte voor toelichting (optioneel)</li> <li>— Stelling: Het registreren van de benodigde kwaliteitsgegevens wordt in mijn zorgorganisatie ondersteund door goede ICT systemen (EPD, etc.)</li> <li>— Wat zijn in uw zorgorganisatie de knelpunten op het gebied van ICT ondersteuning?</li> <li>— Wordt in uw zorgorganisatie gewerkt met zorginformatiebouwstenen (één keer registreren voor meervoudig gebruik)?</li> <li>— Stelling: 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</li> <li>— Stelling: De samenwerking met de gegevensmakelaar verloopt goed</li> <li>— Stelling: De samenwerking met DICA verloopt goed</li> <li>— Welke verbetermogelijkheden ziet u in de samenwerking met DHD, DICA of DESAN?</li> </ul>
<b>Lasten van transparantie t.b.v. registratie</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>— Het registreren, controleren, verzamelen, bewerken en aanleveren van indicatoren kost dit jaar minder tijd dan vorig jaar</li> <li>— Ruimte voor toelichting (optioneel)</li> </ul>
<b>De regeldruk van transparantie</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>— Stelling: 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</li> <li>— Ruimte voor toelichting (optioneel)</li> </ul>
<b>PROMs</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>— Stelling: 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)</li> <li>— Ruimte voor toelichting (optioneel)</li> </ul>
<b>Gestapeling van uitvraag door andere partijen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>— Stelling: Parallele gegevensuitvraag - bijvoorbeeld door zorgverzekeraars of patiëntenorganisaties - is merkbaar afgenomen</li> <li>— Welke vergelijkbare of overlappende kwaliteitsgegevens worden nog door andere partijen uitgevraagd? (optioneel)</li> </ul>
<b>Nabeschouwing</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>— Stelling: Ik vind het belangrijk dat de beleefde regeldruk van transparante kwaliteitsinformatie gemonitord wordt</li> <li>— Ruimte voor overige onderwerpen (optioneel)</li> </ul>

## XI. Toelichting berekeningswijze telling kwaliteitsindicatoren

Deze bijlage licht toe hoe de telling van de kwaliteitsindicatoren is verlopen conform de handleiding.<sup>9</sup> Er zijn twee soorten indicatoren: 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.

Omdat het in een indicatorgids niet altijd duidelijk is wat een hoofdindicator is en wat een subindicator is, zijn de gidsen vertaald naar hoofd- en subindicatoren. Bij het optellen van de indicatoren zijn de volgende uitgangspunten aangehouden:

- Alle hoofdindicatoren en subindicatoren waarop data wordt geleverd zijn bij elkaar opgeteld. Het onderscheid tussen hoofd- en subindicatoren maakt niet uit voor de kwantificering. Hoofdindicatoren waarop geen data wordt aangeleverd, omdat dat slechts op de subindicatoren wordt gedaan, zijn 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 verschillende antwoordmogelijkheden zijn daarom vertaald naar aparte (sub)indicatoren.
- Vrijwillige indicatoren kunnen sinds verslagjaar 2017 vrijwillig door zorgaanbieders aangeleverd worden. Deze staan niet op de transparantiekalender maar zijn wel meegeteld.<sup>9</sup>

## XII. Overzicht indicatorensets

- Aneurysma Aorta Abdominalis
- Baarmoederhalsafwijkingen
- Bariatrische chirurgie
- Blaascarcinoom
- Borstimplantaten
- Carotis chirurgie
- Carpaletunnelsyndroom
- Cataract
- Cerebro Vasculair Accident (CVA)
- Chronische nierschade
- Coeliakie
- Colorectaal Carcinoom
- Constitutioneel Eczeem
- Cystic Fibrosis
- Dementie
- Diabetes
- Galblaasverwijdering
- Gynaecologische Oncologie
- Heupfractuur
- Heupprothese
- Hoofdpijn
- In opzet curatieve behandeling prostaatcarcinoom

- Inflammatory bowel disease (IBD)
- Integrale Geboortezorg
- Knieprothese
- Leverchirurgie
- Liesbreukoperaties
- Longcarcinoom
- Mammacarcinoom
- Melanoom
- Nierstenen
- Operatieve ingrepen stressincontinentie bij de vrouw
- Organisatie van Intensive Care
- Osteoporose
- Pancreascarcinoom
- Parkinson
- Percutane Coronaire Interventie (PCI)
- Perifeer Arterieel Vaatlijden
- Psoriasis
- Slokdarm- en maagcarcinoom
- Spoedeisende Hulp
- Veneuze ziekten
- Voorste kruisband en arthroscopie van de knie
- Ziekten van Adenoïd en Tonsillen
- Zwangerschap en bevalling

### XIII. Overzicht van de toelichtingen (vrije tekstvelden) van de respondenten bij de stellingen

Deze bijlage wordt apart aangeleverd in een Excel bestand.