

Experiment Zinvolle Registratie - ZIRE

Van wantrouwen naar vertrouwen **en** waardegedreven zorg

Ziekenhuizen moeten een enorme hoeveelheid informatie aanleveren bij kwaliteit-uitvragers. De minister van VWS erkent dat de controle in de zorg is doorgeschoten. Alle betrokkenen in de zorg zijn het eens over de noodzaak van kwaliteitsmetingen en het afleggen van verantwoording, maar vinden dat dit op een meer zinvolle wijze moet worden ingevuld. Maar hoe? Het experiment Zinvolle Registratie (ZIRE) probeert het antwoord te vinden.

M. Zegers, G. Welker en G. Gerritsen

Ziekenhuizen leggen jaarlijks uitgebreid verantwoording af over de kwaliteit van de geleverde zorg. Onderdelen van deze verantwoording zijn de verplichte aanlevering van een scala aan indicatoren (deels door het veld zelf gedefinieerd en aangedragen) bij de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ), het Zorginstituut (ZIN) via de transparantiekalender en zorgverzekeraars, de kwaliteitsregistraties van de wetenschappelijke verenigingen en kwaliteitsinformatie voor het behalen van de zogenaamde 'lintjes' van patiëntenorganisaties. Het verzamelen van deze gegevens, samengesteld uit meer dan 3000 variabelen (KPMG, 2016), is jaarlijks voor ieder ziekenhuis een enorme inspanning, die bovendien alleen maar lijkt toe te nemen (VWS 2015a, Blume 2015).

Geen bijdrage kwaliteit zorg

In een gemiddeld ziekenhuis is meer dan 10 fte, verdeeld over onder andere medische

specialisten, verpleegkundigen en kwaliteitsmedewerkers, continu bezig om de benodigde gegevens voor de kwaliteitsregistraties en keurmerken te verzamelen (KPMG, 2015). Rijnstate heeft gedetailleerde metingen verricht die input zijn geweest voor deze bevindingen van KPMG. De uitvragen zijn niet uniform en niet op elkaar afgestemd (Groeneboom 2014). Ook ervaren directe zorgverleners onderdelen van de verplichte kwaliteit-uitvragen als weinig relevant. De registratieverplichtingen sluiten onvoldoende aan bij de informatiebehoeften van zorgprofessionals voor het verbeteren van de zorg. Bovendien blijkt uit onderzoek dat de enorme administratieve last ten gevolge van externe verantwoording weinig lijkt bij te dragen aan betere kwaliteit van zorg (Weggelaar, 2016) met mogelijk zelfs een negatief effect op de veiligheidscultuur (Thomas, 2014).

Open gesprek

In januari 2016 is een open gesprek gevoerd met vier artsen, twee verpleegkundigen, een patiënt, twee directeurs kwaliteit, twee lokale projectleiders en twee onderzoekers van het UMCG en het Radboudumc over welke problemen zij ervaren bij het registreren van kwaliteitsinformatie. Zij gaven aan dat zorgprofessionals enorm veel tijd besteden aan het registreren van kwaliteitsinformatie. Behandelende zorgprofessionals doen registraties veelal zelf. Naast tijdsinvestering ervaren zij ook lasten door de wisseling in kwaliteitsparameters per jaar per kwaliteit-uitvrager. Hierdoor regis-



Met zinvolle registratie vertrouwen terug winnen.

treren zorgprofessionals vaak reactief en niet proactief.

Volgens de gesprekspartners is een derde belangrijke last van registreren het feit dat een deel van de registraties niet zinvol is. Als voorbeeld gaven zij aan dat een groot deel van de verplichte kwaliteitsparameters proces- en structuurindicatoren zijn, terwijl zowel zorgverleners als patiënten meer gebaat zijn bij uitkomstindicatoren. Niet 'wordt voldaan aan het pijnprotocol' is het belangrijkste, maar of de uitkomsten van zorg voor de patiënt optimaal zijn, in dit geval 'is er geen pijn'.

Zorgprofessionals ervaren een gevoel van wantrouwen door de enorme hoeveelheid kwaliteitsinformatie die zij moeten aanleveren. Zij willen als zorgverleners inzage geven in de kwaliteit van zorg en het wantrouwen weg nemen, maar wanneer heeft de IGZ, patiënt en zorgverzekeraar het vertrouwen dat het goed zit? In kader 1 illustreert een aantal citaten uit het open gesprek de ervaren registratielasten.

Van wantrouwen naar vertrouwen

Er is een enorme politieke en publieke vraag naar transparantie die heeft geleid tot een druk op zorgaanbieders om informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg te presenteren (Groeneboom 2014, Gezondheidsraad 2013, VWS 2015). De afgelopen jaren leek vertrou-

wen afhankelijk te worden van kwaliteitsmetingen. Dit heeft geleid tot een verdergaande stapeling van toezicht en dubbele controles (VWS 2015a). (Inter)nationaal geven zorgverleners,

Verantwoording over kwaliteit van zorg begint feitelijk tussen zorgverlener en patiënt

managers en bestuurders aan dat inmiddels het aantal externe toetsen en verplichtingen niet te overzien is en daardoor moeilijk te managen (Blume 2015, Greenhalgh 2014). Veel

Innovatieplaats Cure

- Voor het terugdringen van regeldruk in de curesector heeft het Ministerie van VWS "Innovatieplaats Cure" geïnitieerd. In dit programma krijgt een aantal zorgaanbieders de ruimte om te experimenteren met zelfontwikkelde zorgoplossingen waarbij zij tegen de huidige wet- en regelgeving aanlopen. Voorbeelden van geselecteerde initiatieven zijn: de mobiele oogpoli van het Oogziekenhuis, het project Digitaliseren papieren patiëntendossiers van de KNMP, Telelogopedie van TinyEYE en experiment Zinvolle Registratie – ZIRE van het UMCG, Rijnstate ziekenhuis en Radboudumc.
- De overheid gaat samen met zorgaanbieders en professionals op zoek naar oplossingen voor de (ervaren) knelpunten. Als een experiment succesvol is, worden de resultaten verbreed naar de hele sector, zodat ook andere zorgaanbieders de mogelijkheid krijgen de nieuwe werkwijzen in de praktijk te brengen. (<http://www.aanpakregeldruk.nl/innovatieplaatscure>).



Vertrouwen of toch controle?

ziekenhuizen zijn hierdoor extern gedreven bij het genereren van verantwoordingsinformatie om aan alle externe verplichtingen te voldoen. Ze zijn minder gericht op de informatiebehoeften van hun eigen zorgprofessionals voor het initiëren van kwaliteitsverbeteringen. Dit drukt op de intrinsieke motivatie en beperkt de mo-

gelijkheden van zorgverleners om te werken aan kwaliteit van zorg. Dit probleem wordt onderschreven door minister Schippers, die aangeeft dat de controle in de zorg doorgeschoten is (VWS 2015a). De minister erkent dat er multiple kwaliteitsuitvragen zijn vanuit vele verschillende organisaties en constateert een verschuiving van administratielasten naar zorgverleners en dat registratieverplichtingen onvoldoende aansluiten bij het primaire zorgproces (VWS 2015a).

Intrinsieke motivatie

Het is de zorgverlener die direct in contact staat met de patiënt en voor een groot deel de kwaliteit van zorg bepaalt. Intrinsiek gemotiveerde zorgverleners zijn essentieel om veilig te werken: zij moeten van minuut tot minuut kunnen inspelen op mogelijke risicovolle situaties (Davies 2000, Nicholls 2000, Lombarts 2010). Deze intrinsieke motivatie zorgt ervoor dat zij een proactieve houding aannemen ten aanzien van het leveren van veilige zorg (Rupert 2013). Intrinsiek gemotiveerde zorgver-

Uitspraken over de ervaren registratielast

"Je zou aan patiënten moeten vragen wat zij belangrijk vinden."

"Je hoeft niet alles te registreren. Die patiënt wil geen decubitus. Het zal die patiënt werkelijk niets uitmaken hoe vaak we hem van zijde hebben gewisseld, hij wil die decubitus niet. In het dossier wordt opgeschreven of iemand uit bed is geweest. Dat hoeft je niet apart te registreren, dat leg je sowieso vast. Wanneer er dan een hoog decubituspercentage op je afdeling is, moet je even actief op zoek gaan, die dossiers doorlichten om te kijken waar dat aan ligt."

"Als zorginstelling wil je laten zien dat 'je perceel' [geleverde zorg] geen gifgrond is. In plaats van samples te nemen graven we het hele perceel af tot anderhalf meter onder de grond. Elk korreltje aarde wordt getest. Is er sprake van wantrouwen of vertrouwen? Ben je als professional bezig je eer in stand te houden of neem je wantrouwen weg?"

leners werken vanuit de wil om goede en veilige zorg te leveren en de effecten van dit gedrag zijn duurzamer dan wanneer het gedrag op basis van externe prikkels (compliance aan regels) plaatsvindt (Deci & Ryan, 2000).

Toegevoegde waarde

In het open gesprek in januari jongstleden werd aangegeven dat verantwoording over de kwaliteit van zorg niet een verplicht onderdeel moet zijn van het zorgproces, maar van zorgprofessionals zelf zou moeten komen. Verantwoording over kwaliteit van zorg begint feitelijk aan bed (of aan tafel) tussen zorgverlener en patiënt. Zorgverleners zouden meer kwaliteitsinformatie willen registreren die meerwaarde heeft voor de patiënt. Er is behoefte om kwaliteit van zorg opnieuw te definiëren met de huidige kennis en stand van zaken in de wetenschap en in samenspraak met de patiënt. Bij het selecteren van indicatoren moet naast het perspectief van de zorgverlener, vooral rekening gehouden worden met wat van waarde is voor de patiënt. Benoem de kernindicatoren samen met de patiënt waarin specifiek wordt aangegeven wat de toegevoegde waarde is aan het kwaliteit van leven van de patiënt. Zie het kader naast deze kolom.

Experiment Zinnige Registratie

Minister Schippers van VWS wil de regeldruk in de zorg verminderen en daarmee meer tijd vrijmaken voor de patiëntenzorg en het doorvoeren van kwaliteitsverbeteringen en vraagt betrokken partijen zelf met voorstellen te komen om hiermee te experimenteren (VWS 2015a). In de afgelopen jaren is met het experiment regelarme instellingen (ERAI) in de langdurige zorg ruimte gecreëerd om onnodige administratieve handelingen weg te nemen waardoor de ruimte voor professionals is gecreëerd om te werken aan kwaliteit van zorg (ERAI 2014). Daaropvolgend heeft de minister de "Innovatieplaats Cure" geïnitieerd voor het terugdringen van regeldruk in de cure sector (zie kader op pagina 4).

Eén van de door VWS geselecteerde experimenten binnen Innovatieplaats Cure is het experiment 'Zinnige Registratie' (ZIRE)¹. Het doel van het experiment ZIRE is van wantrouwen naar vertrouwen te komen: vertrouwen in de intrinsieke motivatie van zorgprofessionals om goede kwaliteit te leveren. In het experiment wordt vrije ruimte gecreëerd door vrijstelling te geven op een aantal registratieverplichtingen, zodat zorgprofessionals samen met patiënten kwaliteit van zorg opnieuw kun-

Enkele uitspraken over zinnige registratie

"Het doel is het organiseren van vertrouwen. Niet de externe verantwoording maar vanuit de intrinsieke motivatie. Wij willen weten hoe we het doen, vanuit het perspectief van de patiënt. Wat kunnen we doen om het te verbeteren, en daar leggen we verantwoording over af."

"Zou je niet als leidend principe kunnen hebben dat alles wat wij registreren iets moet doen wat waarde toevoegt aan het leven van de patiënt? Hiervoor moeten we weten wat de patiënt belangrijk vindt."

"Hoe richt je het proces in om te komen tot wat van waarde wordt geacht voor patiënt en zorgprofessionals. Vraag wat van waarde is voor de patiënt en wat van waarde voor de zorgprofessionals is en wat is van waarde voor beide?"

"We willen uitkomstindicatoren registreren in plaats van procesindicatoren. We willen deze indicatoren op korte termijn bekijken, zodra er iets uit de pas loopt, hierop insturen."

"De NICE [de landelijke IC registratie], die geeft het signaal dat het ergens misschien beter zou kunnen, waardoor ziekenhuizen met elkaar kunnen bespreken wat heeft geleid tot onderlinge verschillen. Is het gevoerde beleid anders, en wat heeft geleid tot verschillen? We zouden steeds dieper moeten graven."

nen definiëren en kunnen bespreken hoe zij de kwaliteit van zorg gaan meten. Wat ziekenhuizen registreren moet van meerwaarde zijn voor de kwaliteit van leven voor de patiënt en voor zorgprofessionals voor het verbeteren van de zorg.

De ontwerpfase van Experiment ZIRE is uitgevoerd en gefinancierd binnen de samenwerking van het Zorginstituut met het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg waarin de acht umc's samen werken aan de verbetering van de zorg.

Verminderen registratielasten

Doordat zorgverleners de informatie uitvraag beter laten aansluiten bij de behoeften van de patiënt en de klinische praktijk, zal de registratie van kwaliteit-uitvragen minder worden erva-

Drie ziekenhuizen zijn drie jaar deels vrijgesteld van verplichte kwaliteit-uitvragen

ren als een last, wat bijdraagt aan de intrinsieke motivatie van zorgverleners. De ziekenhuizen geven inzicht in de kwaliteit van zorg op basis van de – in samenspraak met patiënten – zelf gekozen kwaliteitsmetingen. Met het experiment wordt op kleine schaal getest of we het eigenaarschap voor kwaliteit van zorg terug kunnen geven aan de zorgprofessionals. Zorgprofessionals willen van wantrouwen naar vertrouwen. Ze willen vanuit intrinsieke motivatie met kwaliteit van zorg bezig zijn en hierover verantwoording afleggen, samen met

Wat is bekend?

Het jaarlijks registreren van duizenden kwaliteitsparameters leidt tot enorme administratieve lasten in ziekenhuizen. Naast het aantal kwaliteitsparameters en de gerelateerde tijdinvestering worden veel te registreren kwaliteitsparameters niet zinvol geacht door zorgverleners voor het verbeteren van de zorg.

Wat is nieuw?

Het doel van het experiment 'Zinnvolle Registratie' (ZIRE) is dat wat er in de ziekenhuizen wordt geregistreerd van meerwaarde is voor de kwaliteit van leven voor de patiënt en voor zorgprofessionals voor het verbeteren van de zorg. Zorgprofessionals willen vanuit intrinsieke motivatie met kwaliteit van zorg bezig zijn en hierover verantwoording afleggen, samen met de patiënt. Met dit experiment wordt op kleine schaal getest of we het eigenaarschap voor kwaliteit van zorg terug kunnen geven aan de zorgprofessionals.

Wat kun je er mee?

Door betrokkenheid van zowel academische als niet-academische ziekenhuizen levert het experiment generaliseerbare inzichten op voor andere zorgaanbieders over hoe zinnvolle transparantie kan worden vormgegeven bij verminderde registratielasten. Het experiment wordt uitgebreid geëvalueerd en de resultaten en nieuwe inzichten zullen breed worden gedeeld met alle betrokkenen in de zorg.

de patiënt. Op deze wijze wil het experiment bijdragen aan het verminderen van de registratielasten in ziekenhuizen en komen tot meer zinnvolle registratie.

Vrijgestelde ziekenhuizen

De beoogde opzet van het experiment (ZIRE) is dat onderdelen van drie ziekenhuizen (UMCG, Radboudumc en Rijnstate) drie jaar vrijgesteld zullen worden van een deel van een aantal verplichte kwaliteit-uitvragen. Het experiment richt zich op de volgende zorgketens, thema's en afdelingen: een vijftal oncologische ketens (borst, long, maag-darm, gynaecologisch, urologisch) en de vasculaire keten, hematologie, zorgtraject blaascarcinoom, kwetsbare ouderen en de Intensive Care-afdeling. Belangrijke uitgangspunten van het experiment zijn dat kwaliteitsmetingen voor een groot deel uitkomstgericht zijn en dat eenmalige registratie aan de bron het vertrekpunt is.

Door betrokkenheid van zowel twee academische als een niet-academische ziekenhuis geeft het experiment generaliseerbare inzichten voor andere zorgaanbieders over hoe zinnvolle transparantie kan worden vormgegeven bij verminderde registratielasten. Het experiment geeft tevens inzicht in het werken met een andere vorm van (publieke) verantwoording. Het verminderen van ondoelmatigheid in de gehele indicatorketen en het benoemen van betekenisvolle indicatoren is van belang voor patiënten en zorgaanbieders, maar ook voor onder andere VWS, ZIN, IGZ en zorgverzekeraars. Met de geselecteerde zinnvolle set van indicatoren kunnen kwaliteit-uitvragen vanuit deze organisaties op

elkaar worden afgestemd. Met een eenmalige uitvraag vanuit deze organisaties kan de huidige verspilling door dubbele en soms onzinnige uitvragen in de toekomst vermeden worden.

Noten

- 1 Ten tijde van het schrijven van dit artikel zijn we in afwachting van een akkoord op vrijstelling voor het aanleveren van verplichte indicatoren en financiering van coördinatie en evaluatie van het experiment.

Literatuur

- Blume, et al. How to manage external demands in hospitals – the case of atrium MC. *Healthcare* 2015;3:157–159
- Davies, H.T.O., Nutley, S.M. en R. Mannion. Organisational culture and quality of health care, *Quality in Health Care*, 9, 2000, 111-119.
- ERA1. Experiment Regeldarme Instellingen (ERA1). *Van administratieve lastenverlichting naar een andere kijk op zorg*. – Tussenbevaluatie 2 mei 2014 – concept (versie 3)
- Gezondheidsraad. *Publieke indicatoren voor kwaliteit van curatieve zorg. De stand van de discussie*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2013; publicatienr. 2013/29
- Greenhalgh T, et al. Evidence Based Medicine Renaissance Group. Evidence based medicine: a movement in crisis? *Br Med J*. 2014; 348: g3725
- Groeneboom G, Geerdes B. IGZ en verzekeraar moeten niet dubbel controleren. Overlap zorgt voor onnodige administratieve rompslomp. *Medisch Contact* 2014;2350-2352
- KPMG, Pexus, NVZ. *Onderzoek kosten kwaliteitsmetingen*. 2015
- KPMG Plexus. Inzicht in uitgevraagde variabelen voor kwaliteitsmetingen en handvatten voor verbetering. *Medisch Specialistische Zorg*. Juni 2016
- Lombarts, K., *Professional performance van artsen. Tussen tijd en technologie*. Uitgevers, Rotterdam, 2010
- Nicholls S, Cullen R, O'Neill S, Halligan A. Clinical governance: its origins and its foundations. *Clin Perform Qual Health Care* 2000;8(3):172-8
- Rupert J. *Van compliance naar participatie. Eindrapportage literatuuronderzoek versterken arbeidsparticipatie*. April 2013
- Deci EL, Ryan RM. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. 2000. *American Psychologist* 55 (1), 68
- Thomas EJ, Classen DC. Patient safety: let's measure what matters. *Ann Intern Med* 2014(160);9:642-644.
- VWS 2015: kamerbrief 'het jaar van de transparantie' <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgesondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2015/03/02/kamerbrief-het-jaar-van-de-transparantie>
- VWS 2015a: kamerbrief 'Merkbaar minder regeldruk' <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/07/02/kamerbrief-over-merkbaar-minder-regeldruk>
- Weggelaar AM, Bovenkamp van de H, Bal R. Zand in de kwaliteitsmachinerie: overvloed aan indicatoren leidt tot frustraties, niet tot betere zorg. *Medisch Contact* 2016(15):36

Informatie over de auteurs

Dr. Marieke Zegers is gezondheidswetenschapper en epidemioloog B, werkzaam als senior onderzoeker bij de afdeling Intensive Care en afdeling IQ healthcare van het Radboudumc te Nijmegen, tevens projectleider van het experiment ZIRE.

Dr. Gera Welker is bedrijfskundige en werkt als adviseur Beleid en Implementatie en coördinator Kenniscentrum Kwaliteit en Veiligheid bij het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG).

Drs. Gerard Gerritsen is bedrijfskundige en werkt als manager Kwaliteit en Veiligheid van ziekenhuis Rijnstate.