

# Het artsenperspectief op transparantie in de zorg

Een verkenning middels twee focusgroepen met huisartsen en  
medisch specialisten



**NIVEL**  
Kennis voor betere zorg

# Het artsenperspectief op transparantie in de zorg

Een verkenning middels twee focusgroepen met huisartsen en  
medisch specialisten

De Transparantiemonitor 2018

Deelrapport: Het artsenperspectief op transparantie in de zorg

Linda Springvloet  
Nanne Bos  
Judith de Jong  
Roland Friele  
Dolf de Boer

Juli 2019

ISBN 978-94-6122-566-5

030 272 97 00  
nivel@nivel.nl  
www.nivel.nl

© 2019 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>4</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>5</b>
1.1 Het artsenperspectief op transparantie en de Transparantiemonitor	5
1.2 Methodologische verantwoording	5
1.3 Leeswijzer	7
<b>2 Artsen over transparantie in de zorg</b>	<b>8</b>
2.1 Hoe denken artsen over transparantie?	8
2.2 Wat betekent transparantie voor artsen?	8
2.3 Verschillende doelen van transparantie	9
<b>3 Artsen over de patient journey: keuze voor een zorgaanbieder</b>	<b>10</b>
3.1 Artsen over het belang van ZorgkaartNederland	10
3.2 Artsen over hun waardering van ZorgkaartNederland	11
3.3 Artsen over hun gebruik van ZorgkaartNederland	12
<b>4 Artsen over de patient journey: keuze voor een behandeling</b>	<b>13</b>
4.1 Artsen over Thuisarts.nl	13
4.2 Artsen over samen beslissen	14
4.3 Artsen over de 3 goede vragen	16
<b>5 Artsen over de professional journey: kwaliteitsregistraties</b>	<b>17</b>
5.1 Artsen over kwaliteitsregistraties	17
5.2 Artsen over registratielast	20
<b>6 Tot slot</b>	<b>22</b>
6.1 Methodologische reflectie	22
6.2 Het artsenperspectief op transparantie in de zorg	22
6.3 De patient journey: informatie over zorgaanbieder en behandeling	23
6.4 De professional journey: kwaliteitsregistraties	24
6.5 Samengevat	24
6.6 Vervolg van het artsenperspectief binnen de Transparantiemonitor	25
<b>Literatuur</b>	<b>26</b>
<b>Bijlage A Deelstudies in de Transparantiemonitor</b>	<b>28</b>

# Samenvatting

## De Transparantiemonitor

Dit deelrapport is onderdeel van de Transparantiemonitor, waarin jaarlijks wordt onderzocht hoe transparantie in de zorg zich ontwikkelt en wat transparantie oplevert voor het vinden van de best passende zorg door patiënten. In deze verkenning is met twee focusgroepen in kaart gebracht hoe artsen (vijf huisartsen en tien medisch specialisten) denken over transparantie in de zorg en specifieke initiatieven gericht op transparantie en de best passende zorg. Vanwege het beperkte aantal respondenten, zijn de resultaten indicatief van aard.

## Artsen over transparantie in de zorg

Bij de vraag naar transparantie in de zorg heerste bij de artsen in de focusgroepen initieel een negatieve klank, waarbij men voornamelijk refereerde aan het openbaar maken van informatie over kwaliteit van zorg. De artsen vonden het wel belangrijk dat collega's, patiënten en de maatschappij inzicht kunnen krijgen in de geleverde zorg en waren vanuit dat oogpunt voorstander van transparantie, maar zagen hierin veel uitdagingen, met name in de mate waarin patiënten de uitkomst informatie op een juiste manier kunnen interpreteren.

## Artsen over de patient journey: keuze voor een zorgaanbieder en behandeling

Rond de keuze voor een behandelaar kwam ZorgkaartNederland ter sprake. De artsen plaatsten veel kanttekeningen bij ZorgkaartNederland en vroegen zich af of patiënten hiermee een waardevol oordeel kunnen geven over de ontvangen zorg. De artsen uit de focusgroepen maakten zelf geen gebruik van ZorgkaartNederland. Wel werd de gedachte achter het initiatief – ervaringen delen over artsen – enigszins gesteund. De artsen gaven daarnaast aan het belangrijk te vinden dat patiënten goed geïnformeerd (kunnen) zijn over hun aandoening en behandeling. Thuisarts.nl biedt deze informatie en had een groot draagvlak onder de huisartsen. Samen beslissen is volgens de deelnemende artsen een belangrijke ontwikkeling, maar gebeurt in de praktijk nog niet altijd, met name omdat er onvoldoende tijd voor is tijdens een consult. Het initiatief de 3 goede vragen kan hier een rol in spelen, maar was in deze groep relatief onbekend.

## Artsen over de professional journey: kwaliteitsregistraties

Alle artsen in de focusgroepen hadden te maken met (een vorm van) registeren van gegevens. De artsen zagen DICA-registraties, waarbij kwaliteitsverbetering het primaire doel is, als een positief voorbeeld van een nuttige registratie. Zij vonden echter ook dat er veel geregistreerd wordt waarvan zij het nut niet direct inzien en waar ze zelf niets mee kunnen in (het verbeteren van) hun zorgproces.

## Tot slot

Samengevat kwam uit de twee focusgroepen naar voren dat artsen bij transparantie in de zorg initieel dachten aan het openbaar maken van kwaliteitsinformatie, wat voor hen een negatieve lading had. Artsen dragen echter ook een bredere opvatting van transparantie, zoals wordt onderzocht in de Transparantiemonitor, en zijn positief over verschillende initiatieven binnen de patient en professional journey, zoals Thuisarts.nl en samen beslissen. Artsen zijn daarnaast voorstander van transparantie naar patiënten toe, maar zien nog veel uitdagingen in de interpretatie van indicatoren. Vervolgonderzoek onder een representatieve groep artsen is nodig om meer inzicht te krijgen in het artsenperspectief op transparantie in de zorg.

# 1 Inleiding

De Transparantiemonitor (2018-2022) brengt in beeld hoe patiënten al dan niet de weg vinden naar de best passende zorg (zie box 1.1 voor een toelichting). Het project bestaat uit verschillende onderdelen, waaronder metingen onder burgers en artsen en het in kaart brengen van initiatieven die raakvlakken hebben met transparantie in de zorg en/of de best passende zorg voor patiënten. Dit deelrapport is onderdeel van de Transparantiemonitor 2018 en beschrijft de uitkomsten van twee focusgroepen onder artsen (huisartsen en medisch specialisten) met betrekking tot hun meningen over en ervaringen met transparantie in de zorg en verschillende initiatieven binnen de patient en professional journey naar de best passende zorg (zie box 1.1).

## 1.1 Het artsenperspectief op transparantie en de Transparantiemonitor

Artsen hebben vanuit de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) de wettelijke verplichting om optimale zorg te verlenen [1] en hebben dan ook een grote invloed op het geven en vinden van de best passende zorg voor patiënten. Bijvoorbeeld via het verstrekken van informatie voor patiënten, het stimuleren van samen beslissen en het inzichtelijk maken van kwaliteitsinformatie. Het is dan ook belangrijk om het artsenperspectief omtrent transparantie en de best passende zorg inzichtelijk te maken. In het eerste jaar van de Transparantiemonitor is het artsenperspectief exploratief in kaart gebracht met behulp van een verkenning middels twee focusgroepen met huisartsen en medisch specialisten. Vertaald naar het raamwerk van de Transparantiemonitor uit Box 1 biedt dit deelrapport inzicht in het artsenperspectief binnen zowel de patient journey als professional journey.

## 1.2 Methodologische verantwoording

Dit deelrapport verkent het artsenperspectief omtrent transparantie in de zorg en de best passende zorg voor patiënten. In februari 2019 zijn twee focusgroepen gehouden met huisartsen en medisch specialisten, om zo hun ervaringen en meningen met betrekking tot de verschillende aspecten van transparantie en de best passende zorg voor patiënten in kaart te brengen. Verschillende initiatieven gericht op transparantie en de best passende zorg kwamen aan de orde, namelijk: transparantie in de zorg, patiëntkeuze voor een zorgaanbieder, patiëntkeuze voor een behandeling en kwaliteitsregistraties. Hierbij was specifieke aandacht voor de initiatieven die in de Transparantiemonitor 2018 als deelstudies zijn onderzocht (zie bijlage A voor een overzicht; van alle deelstudies zijn ook rapporten beschikbaar [2-7]).

De artsen zijn geworven in samenwerking met Vereniging VvAA. De VvAA heeft in het najaar 2018 een vragenlijst afgenomen onder haar leden met als hoofdthema regeldruk in de gezondheidszorg. Aan het eind van de vragenlijst werden respondenten (N=6.800, representatief voor de gehele zorgsector) gevraagd of zij deel wilden nemen aan vervolgonderzoek. Ongeveer 600 respondenten zijn benaderd voor groepsgesprekken ten behoeve van de Transparantiemonitor. Van de 20 aanmeldingen, namen 15 artsen deel aan de focusgroepen (vijf huisartsen, tien medisch specialisten). Deelnemers aan de focusgroepen kregen VVV-bonnen aangeboden via de VvAA en hebben een toestemmingsverklaring ondertekend voor het verwerken van de resultaten en het opnemen van de gesprekken. De audio-opnames zijn woordelijk uitgeschreven. De deelnemers waren gemiddeld 53 jaar en 47% was vrouw.

Gemiddeld waren de artsen 25 jaar werkzaam in de gezondheidszorg en bijna de helft (40%) was actief binnen een wetenschappelijke vereniging.

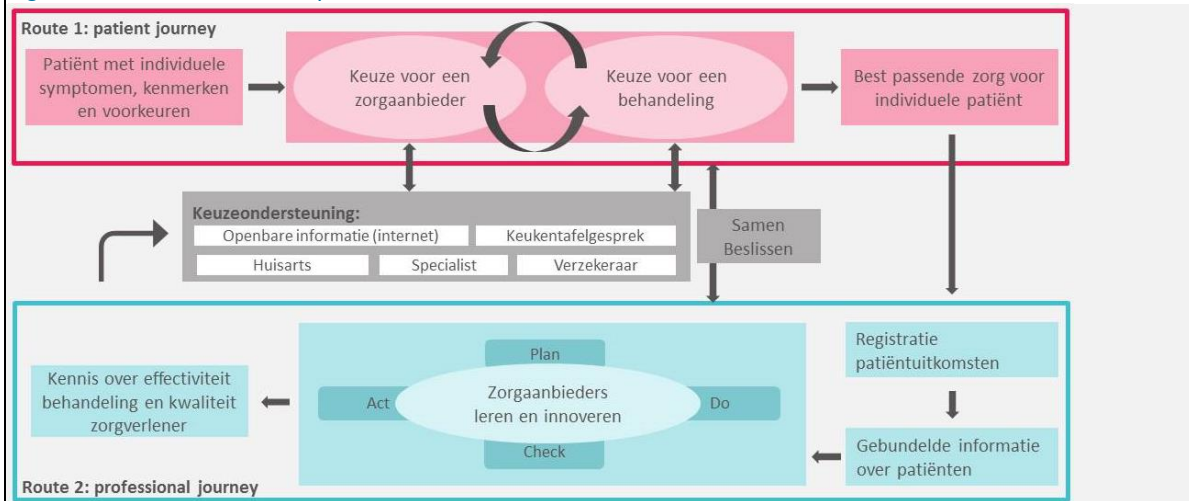
**Box 1.1** *Transparantie en de best passende zorg*

Binnen de Transparantiemonitor wordt transparantie in de zorg gedefinieerd als “beschikbaarheid en bruikbaarheid van informatie over (kwaliteit van) behandelingen en (kwaliteit van) zorgaanbieders en zorgverleners”. Deze transparantie moet bijdragen aan de best passende zorg voor patiënten. Maar hoe werkt dat? En wat levert dat op? Dat onderzoeken we jaarlijks in de Transparantiemonitor in de periode 2018 - 2022. De Transparantiemonitor wordt gefinancierd door het ministerie van VWS.

Figuur 1.1 integreert verschillende (beleids-)hypotheses, onderverdeeld naar een patient journey en een professional journey en fungeert als raamwerk voor de Transparantiemonitor en onderliggende deelrapporten.

- In de patient journey kiest een patiënt met zijn of haar individuele voorkeuren een zorgaanbieder. Na diagnose volgt de keuze om wel of niet een behandeling te ondergaan, vaak gevolgd door een keuze voor één van de behandelopties. Dit moet leiden tot de best passende zorg voor die patiënt. In de praktijk zijn patiënten zich echter lang niet altijd bewust van deze keuzes en worden zij hier niet altijd over geïnformeerd. Daarnaast vinden keuze soms meerdere keren plaats binnen het zorgproces, bijvoorbeeld als iemand een zorgaanbieder kiest en bij doorverwijzing opnieuw een keuze moet maken voor een zorgaanbieder.
- Als een patiënt zorg ontvangt ontstaat er een schat aan informatie over zaken als de diagnose, de verleende zorg, het ziektebeloop, de ervaringen van de patiënt, etc. In de professional journey wordt de informatie van de individuele patiënt gebundeld met de informatie van andere patiënten om daarvan te kunnen leren. De informatie die daaruit voortvloeit kan worden gebruikt om de keuzeprocessen in de patient journey te ondersteunen, altijd in combinatie met het telkens weer achterhalen van wat voor de individuele patiënt belangrijk is in zijn of haar leven.

**Figuur 1.1** *Raamwerk transparantie*



Binnen de Transparantiemonitor vormt, naast het artsenperspectief, ook het patiëntenperspectief een belangrijk onderdeel. Hiervoor is uitgebreid vragenlijstonderzoek verricht onder een representatieve groep van de algemene bevolking (zie ook het betreffende deelrapport [8]). De intentie was om in het eerste jaar van de Transparantiemonitor ook het artsenperspectief op een vergelijkbare manier in kaart te brengen. Dit bleek echter niet direct haalbaar. Als opmaat naar een representatieve steekproef, is gekozen om het artsenperspectief te exploreren middels focusgroepen onder huisartsen

en medisch specialisten. De doelstelling is om vanaf het komende jaar van de Transparantiemonitor het artsenperspectief meer solide en gefundeerd in kaart te brengen.

Vanwege het beperkte aantal respondenten in de focusgroepen, is het niet mogelijk om een generieke conclusie te trekken van de heersende meningen en ervaringen en dienen de resultaten van deze verkenning enkel als indicatie van het artsenperspectief. In het deelrapport wordt daarom een relatief ruime hoeveelheid aan quotes c.q. citaten gegeven, om de variatie aan reacties die op sommige punten werd gegeven te illustreren.

### **1.3 Leeswijzer**

In het eerste hoofdstuk is de inbedding van het artsenperspectief in de Transparantiemonitor beschreven. Hoofdstuk 2 beschrijft de algemene mening van de artsen over transparantie in de zorg. Hoofdstuk 3 t/m 5 gaat elk in op een onderdeel van de patiënt- en professional journey, achtereenvolgend: keuze zorgaanbieder, keuze behandeling en kwaliteitsregistraties. Tot slot wordt een samenvatting gegeven van de belangrijkste bevindingen en worden deze bevindingen geïnterpreteerd.

## 2 Artsen over transparantie in de zorg

### 2.1 Hoe denken artsen over transparantie?

De focusgroeps gesprekken startten met een vraag over de betekenis van transparantie. Hierbij overheerste voor de artsen initieel een negatief geluid; de artsen hadden over het algemeen geen positief gevoel of beeld bij transparantie. Een aantal voorbeelden:

- *“Een vrij negatief gevoel heb ik erbij.”*
- *“Als je vraagt ‘transparantie wat denk je daar dan van’?, dan geeft me dat een heel dubbel gevoel. Waar leg je de grens? Gaat het inderdaad patiënten brengen wat we denken dat we ze nu brengen of brengt het juist veel verwarring en levert het ons heel veel werk op?”*
- *“En transparantie is eigenlijk het begin van alle ellende, laat ik het zo maar noemen. Transparantie is langzamerhand vind ik een vies woord. Transparantie belooft heel veel en het doet heel weinig. En het is het begin van alle groene vinkjes die we moeten zetten.”*

Na de eerste uitingen werd ook een aanvullend geluid gegeven vanuit de artsen. De artsen vonden het namelijk wel belangrijk dat collega's, patiënten en de maatschappij inzicht kunnen krijgen in de geleverde zorg en waren vanuit dat oogpunt voorstander van transparantie. Het gaat hierbij vooral om transparantie naar patiënten toe, waarvan artsen vinden dat dit normaal is of zou moeten zijn. Ze vroegen zich wel af wat hiervoor de beste manier is.

- *“Daar [kwaliteit] moeten we gewoon duidelijk in zijn naar de maatschappij.”*
- *“Als beroepsgroep zeggen wij ‘we willen transparant zijn, maar doe het vanuit de inhoud’.”*
- *“Transparantie in de zorg, ja, ik probeer in mijn eigen huisartsenwerk toch wel transparant te zijn voor patiënten.”*
- *“Als professional zou je graag verantwoording afleggen. Transparant zijn over datgene wat je doet. Daar zou ik geen enkele moeite mee hebben om ook de minder goede dingen te regelen. Dat doe ik als het ware in shared decision making. Wij willen ook best wel graag transparant zijn en verantwoording afleggen over wat je doet, dat is geen enkel bezwaar. Maar hoe doe je dat?”*
- *“Transparantie in de zorg zou ik heel mooi vinden, maar ik vraag me altijd af hoe je dat vastlegt en wat in vertrouwen kan of gaat het vanuit wantrouwen. Dat laatste heb ik vaak het idee, dat ik denk van: als je nou gewoon in gesprek met iemand gaat, zie je ook wat er aan de hand is. Dan hoef ik al die vinkjes niet te zetten.”*

### 2.2 Wat betekent transparantie voor artsen?

Zowel de medisch specialisten als huisartsen dachten bij transparantie voornamelijk aan het registreren van gegevens en het openbaar maken hiervan (zie ook hoofdstuk 5). Overeenkomend de definitie van transparantie binnen de Transparantiemonitor<sup>1</sup>, zagen de artsen transparantie echter ook als een containerbegrip, waar veel verschillende aspecten onder vallen. Wel zagen zij veel uitdagingen bij het vinden van de juiste vorm van transparantie.

- *“Transparantie dat is ook voor mij een soort containerbegrip. Iedereen heeft het erover, transparantie en dat is dan per definitie goed. Ja, maar zie het maar eens te krijgen.”*

---

<sup>1</sup> De definitie van transparantie binnen de Transparantiemonitor is: “Beschikbaarheid en bruikbaarheid van informatie over (kwaliteit van) behandelingen en (kwaliteit van) zorgaanbieders en artsen”.



## 2.3 Verschillende doelen van transparantie

De artsen benoemden twee toepassingen c.q. doelen van transparantie in de zorg: 1) verbetering van de kwaliteit van zorg en 2) openbaarheid van de kwaliteit van zorg.

Het doel omtrent verbetering van de kwaliteit van zorg werd breed gesteund door de deelnemende artsen. Sommige artsen gaven hierbij ook aan dat dit niet per se aan een getal hoeft te hangen, maar ook kwalitatieve informatie kan betreffen. Dit wrijft volgens hen echter met de wens vanuit de overheid en zorgverzekeraars, die de kwaliteit van zorg bij voorkeur kwantitatief uitdrukken.

De artsen waren echter terughoudend als het gaat om het openbaar maken van informatie en hadden soms het gevoel dat transparantie wordt geëist door externe partijen, zoals zorgverzekeraars en de overheid. De artsen zijn niet per se tegen het openbaar maken van kwaliteitsinformatie, maar zagen wel veel kanttekeningen en uitdagingen. Wat met name een rol speelt in deze groep artsen is de twijfel of de informatie die openbaar wordt gemaakt de juiste informatie is en of externe partijen daar goed hun keuzes op kunnen baseren (zie ook hoofdstuk 5).

- *“Maar dat wil niet zeggen dat mensen ook begrijpen hoe het echt zit. Dat moet ik ze vaak uitleggen. En het is een beetje van de klok en de klepel zal ik maar zeggen.”*
- *“Ik hoor in de gesprekken met de zorgverzekeraars die wij voeren een grote behoefte aan inzicht. En ik denk dat transparantie idealiter daar een rol in zou kunnen vervullen, maar ik ben er eigenlijk steeds minder hoopvol over of dat ook daadwerkelijk eruit komt.”*
- *“Volgens mij heeft transparantie twee kanten. Dat is één, ik noem het maar een politieke kant, opspringen en dingen in een bepaald format laten zien op momenten dat anderen dat willen. En niet eens onze patiënten, maar politiek, zorgverzekeraars, wie dan ook. En daarnaast is er ook transparantie op de werkvloer, naar elkaar toe als collega's, multidisciplinair. En dan bedoel ik ook verpleegkundigen, dus echt multidisciplinair. Ik denk dat we daar voorzichtig ook wel een klein beetje een hand in eigen boezem kunnen steken en daar nog heel goed en heel veel in kunnen investeren. In de hoop dat we uiteindelijk de transparantie naar buiten toe die geëist wordt daarmee de lading geven dat het echt is zoals het is. En niet zoals men nu graag wil dat het is.”*

### 3 Artsen over de patient journey: keuze voor een zorgaanbieder

In de patient journey maken patiënten, bewust of onbewust, een keuze voor een zorgaanbieder. Rond deze keuze voor een zorgaanbieder of zorgverlener begonnen de artsen in beide focusgroepen direct over ZorgkaartNederland (zie box 3.1).

#### Box 3.1 Informatie over ZorgkaartNederland.

Via ZorgkaartNederland (eigenaar: Patiëntenfederatie Nederland) kunnen patiënten een waardering plaatsen over hun zorgaanbieder. Anderen kunnen deze waarderingen raadplegen en laten meewegen bij de keuze voor een zorgaanbieder. ZorgkaartNederland ontstond in 2009 en heeft een stevige groei doorgemaakt in aantallen bezoekers en aantallen waarderingen, al zijn er nog meer waarderingen nodig om voor alle zorgaanbieders een betrouwbaar beeld te krijgen van de waardering van patiënten. Niettemin heeft ZorgkaartNederland een stevige positie verworven in het informatielandschap voor patiënten en lijkt de informatie op ZorgkaartNederland te voorzien in een informatiebehoefte onder patiënten. ZorgkaartNederland heeft daarnaast pakketten voor zorgaanbieders ontwikkeld waarmee zij sneller en beter inzicht krijgen in de waarderingen die hun patiënten geven. Er zijn aanwijzingen dat ZorgkaartNederland een bijdrage levert aan de best passende zorg, maar het bewijs hiervoor is nog niet sluitend en aanvullend onderzoek is nodig om beter inzicht te krijgen in de impact van ZorgkaartNederland op patiënten en artsen. De site krijgt daarnaast ook kritiek van zorgaanbieders en zorgverleners, met als belangrijkste zorgen de representativiteit en betrouwbaarheid van de waarderingen.

*Meer informatie over het onderzoek naar ZorgkaartNederland staat in het betreffende deelrapport (7).*

#### 3.1 Artsen over het belang van ZorgkaartNederland

Sommige artsen herkenden dat ZorgkaartNederland lijkt te voorzien in een behoefte van patiënten, al plaatsten andere artsen daar vraagtekens bij, zoals onderstaande conversatie illustreert:

- Arts 1: *“Blijkbaar voorziet het in een behoefte. Dat mensen daar willen spuien of goede opmerkingen willen maken. Dus je kunt er als zorgaanbieder boos op zijn of voordeel uit trekken. Maar het voorziet in een behoefte. En dat moet je gewoon accepteren.”*
- Arts 2: *“Maar dat is wel de vraag, hè. Ik stel daar echt wel vragen bij. Ik denk dat die behoefte, het is opgezet zonder dat die behoefte bestond.”*
- Arts 3: *“En als je kijkt hoe mager eigenlijk het aantal waarderingen is ten opzichte van een aantal behandelingen wat er per jaar plaatsvindt, dan is dat een absolute fractie.”*
- Arts 1: *“Maar dus juist de mensen die iets kwijt willen, die doen het of op ZorgkaartNederland of elders, maar ze willen het kwijt.”*

Enkele artsen vonden ZorgkaartNederland een goed streven en steunden de achterliggende gedachte.

- *“Maar ik vind het een heel goed streven, hoor. Als ik een product koop, wil ik ook graag testen en lees ik de reviews en kijk ik alles heel goed door. Maar in de zorg is het zo complex vind ik.”*
- *“Op het moment dat ze er informatie uit halen die helpt om de zorg te verbeteren, dan zou het fantastisch zijn.”*

Losstaand van ZorgkaartNederland, hadden veel artsen hun twijfels of patiënten rationeel kunnen en willen kiezen voor een zorgaanbieder. Zo werd benoemd dat wanneer een patiënt een negatieve ervaring heeft in een ziekenhuis, deze gelijk het hele ziekenhuis afraadt, en dat men bij het lezen met name focust op de negatieve reacties.

- *“Maar ik hoor bijna nooit dat mensen actief voor een zorgverlener kiezen. Ik werk 25 jaar als huisarts, ik heb geloof ik één keer meegemaakt dat iemand zei ‘ik wil daar en daar want dat heb ik op Zorgkaart gezien dat hij goed is’. En we hechten er zoveel belang aan dat Zorgkaart. Dat houden we met elkaar in stand.”*
- *“Ik denk dat je, als je kijkt naar kiezen voor een zorgaanbieder, veel beter op het idee van de huisarts af kunt gaan.”*

De artsen gaven hierbij ook aan dat patiënten vaak (ook) andere informatie nodig hebben dan op ZorgkaartNederland te vinden is. Bijvoorbeeld hoe vaak een arts een behandeling uitvoert. Deze medisch-inhoudelijke informatie staat (veelal) niet in de reviews op ZorgkaartNederland.

ZorgkaartNederland richt zich ook op zorgaanbieders, die aangaven graag te weten wat patiënten van de door hen geleverde zorg vinden. De beste methode om dit in kaart te brengen is volgens deze groep artsen nog niet helder, maar ZorgkaartNederland vervult deze rol voor hen vooralsnog niet.

- *“Patiënten-ervaringen zijn denk ik wel heel erg belangrijk, maar de vraag is, welke methode je wilt gebruiken... Want natuurlijk is het belangrijk om te weten of je datgene ook doet wat de patiënt graag zou willen.”*
- *“Ik wil het zelf ook wel eens weten. Ik bedoel, mensen lopen blij de deur uit, maar misschien vertellen ze in de gangen “nou die vond ik ook niet aardig. Ja, wat een raar traject eigenlijk. Dit en dat en zus en zo”, dat wil je wel weten, alleen hoe meet je dat dan?”*

### 3.2 Artsen over hun waardering van ZorgkaartNederland

De artsen in de focusgroepen waren over het algemeen niet positief over ZorgkaartNederland. Een belangrijke kanttekening is dat het volgens de artsen dat zorgverleners een selectieve groep, bijvoorbeeld tevreden patiënten, kunnen vragen een waardering op ZorgkaartNederland achter te laten waardoor de resultaten vertekenen. Dit gebeurt volgens hen door zelfstandige behandelcentra (ZBC), maar ook binnen de reguliere zorg. Of dit werkelijk gebeurt is niet bekend, maar dat het voor zou kunnen komen lijkt van invloed op de perceptie van ZorgkaartNederland door deze artsen.

- *“De ZBC's die stimuleren dat ook, hè, dus bij alle uitnodigingen en afspraken staat er altijd onder: ‘bent u tevreden, meldt dat op ZorgkaartNederland’ of wat dan ook.”*
- *“Het is heel selectief. In sommige ziekenhuizen krijgen de specialisten echt het advies van, als iemand positief je kamer uitgaat, geef dan even een briefje mee van ‘wilt u wat invullen op Zorgkaart’.”*

Een andere kanttekening die werd benoemd is dat artsen die heel aardig en patiëntgericht zijn, maar in de ogen van hun collega's niet goed zijn in hun vak, wel hoog kunnen scoren op ZorgkaartNederland. De artsen vroegen zich dan ook af of patiënten (op deze manier) een waardevol en bruikbaar oordeel kunnen geven en of de reviews betrouwbaar zijn.

- *“Patiënten kijken alleen maar hoe aardig je bent.”*
- *“Het is ook nooit de doorsnee patiënt. Je hebt alleen de jonge patiënt die wel handig is op internet. En die of heel ontevreden of heel blij is. Maar iemand die gewoon bij ons bijvoorbeeld voor een buisje komt voor een kind en je bent in vijf minuten klaar, die neemt de moeite niet om wat in te vullen.”*

Ook door deze groep artsen werd het (voor veel zorgaanbieders) beperkte aantal reviews benoemd als kanttekening. De artsen vroegen zich daardoor tevens af in hoeverre ZorgkaartNederland patiënten kan helpen en of het transparantie stimuleert.

- *“Maar hij wordt nauwelijks ingevuld. Ik heb inderdaad een jaar of drie geleden gekeken en toen stonden er vier of drie opmerkingen en dat is nog steeds zo.”*
- *“[...] dat ik me nog steeds afvraag of die waarde nou vertaald wordt in keuzes van patiënten? Want dat denk ik dus niet.”*
- *“[...] dat [ZorgkaartNederland] is dus voor mij niet transparantie.”*

Eén van de artsen zag in ZorgkaartNederland een kans om waarderingen op een veel makkelijkere manier te verzamelen dan de meer traditionele patiënt-ervaringsmetingen. Dit had volgens de andere artsen echter veel uitdagingen en past niet bij hun doelstellingen waarbij groei van patiënten geen primair doel is (i.t.t. voor ZBC's).

- *“Waarom zou ik moeite doen om mij in de markt te prijzen? Ik krijg al genoeg aanmeldingen zo. En ik neem aan dat, dat ook voor de meeste specialisten geldt.”*

### 3.3 Artsen over hun gebruik van ZorgkaartNederland

Een klein aantal van de deelnemende artsen was bekend met de pakketten die zorgaanbieders kunnen afnemen van ZorgkaartNederland. De artsen gaven echter aan zelf weinig te (kunnen) doen met de reviews van ZorgkaartNederland. Veel artsen zagen patiënten-enquêtes als betere optie om informatie te krijgen vanuit patiënten. Het indienen van een verzoek om in contact te komen met de beoordelende patiënt was bekend bij enkele artsen, maar hier werd heel weinig gebruik van gemaakt door deze groep artsen.

- *“Ons ziekenhuis monitort wat er op Zorgkaart komt en gaat ook actief met beoordelingen [aan de slag]. Als je een hele goede beoordeling hebt, dan krijg je dat via bureau Communicatie te horen. En bij een negatieve beoordeling benaderen ze je over die patiënten om te kijken of er een toelichting gegeven kan worden.”*
- *“Maar dan zie je inderdaad alleen maar de extremen van alleen maar de tienen of iemand geeft een één. En je hebt niet dat hele genuanceerde beeld wat nou iedereen ervan vindt.”*
- *“En natuurlijk is het best vleierend als iemand de moeite neemt om jou een tien te geven op ZorgkaartNederland. Ik bedoel, iemand is er wel voor gaan zitten en heeft wel wat ingetypt. Natuurlijk is dat leuk. En bij die ene denk je: ja...”*
- *“Dan moet je eindeloos veel moeite doen om in contact te komen met die patiënt. En dan zegt die patiënt ‘ja dat ga ik niet doen’. Nou, dan strandt het denk ik.”*
- *“Ik denk dat als je graag wilt weten wat patiënten van je vinden, dat daar veel betere methodes voor zijn.”*

## 4 Artsen over de patient journey: keuze voor een behandeling

Naast een keuze voor een zorgaanbieder, maken patiënten een keuze voor een behandeling. De artsen uit de focusgroepen vonden het belangrijk dat patiënten goed geïnformeerd (kunnen) zijn over aandoeningen en behandelopties. Initiatieven die hiertoe bijdragen werden door hen gesteund. De twee initiatieven die binnen dit onderdeel specifiek onder de aandacht zijn gebracht, zijn Thuisarts.nl en de 3 goede vragen. Samen beslissen in zijn algemeenheid kwam daarnaast ook spontaan ter sprake.

### 4.1 Artsen over Thuisarts.nl

#### Box 4.1 Informatie over Thuisarts.nl

Thuisarts.nl (eigenaar: Nederlands Huisartsen Genootschap) is een publiekswaardige website met betrouwbare patiënteninformatie, gebaseerd op reguliere geneeskunde en geldende standaarden en richtlijnen voor zorgverleners. Oorspronkelijk was de primaire doelstelling van Thuisarts.nl het ondersteunen van huisartsen bij hun voorlichtingsfunctie voor, tijdens en na het consult, maar steeds meer komt het doel van directe publieks- en patiëntenvoorlichting op de voorgrond. De website richtte zich oorspronkelijk op aandoeningen binnen de huisartsenzorg. Sinds 2016 is dit aangevuld met medisch-specialistische patiënteninformatie. Sinds het ontstaan in 2011 is het aantal bezoekers sterk toegenomen en heeft Thuisarts.nl zich ontwikkeld tot de meest bezochte gezondheidswebsite in Nederland. Thuisarts.nl heeft hiermee een centrale positie verworven binnen patiëntenvoorlichting en wordt gezien als het startpunt voor het zoeken naar informatie over aandoeningen en behandelingen. Zowel zorgverleners als zorggebruikers raadplegen de website en zijn over het algemeen tevreden over de kwaliteit van de patiënteninformatie. Er zijn daarnaast aanwijzingen dat de patiënteninformatie op Thuisarts.nl bijdraagt aan de best passende zorg, al is meer onderzoek nodig om vast te stellen in hoeverre zorggebruikers Thuisarts.nl daadwerkelijk toepassen in hun zorgproces.

*Meer informatie over het onderzoek naar Thuisarts.nl staat in het betreffende deelrapport (3).*

#### 4.1.1 Artsen over hun waardering en gebruik van Thuisarts.nl

Het nut van Thuisarts.nl en betrouwbare patiënteninformatie in het algemeen werd breed gedragen door deze groep artsen. Ook onder deze huisartsen had Thuisarts.nl een groot draagvlak onder de huisartsen en werd het veel gebruikt. Ze zagen het als betrouwbare tegenhanger van alle informatie die op internet wordt gegeven. Ook de medisch specialisten, die tijdens de focusgroepen allen voor het eerst hoorden van Thuisarts.nl, waren geïnteresseerd in het initiatief.

- *“Wat ik het mooie vind [...], is dat het een genuanceerd beeld geeft. Maar ook een stuk geruststelling teweeg kan brengen bij patiënten. En dat vind ik al een hele mooie tegenhanger ten opzichte van alles wat je op internet kunt vinden.”*
- *“Ik zeg altijd tegen de mensen: “Dokter Google, dat is de slechtste dokter die er is, want die leidt je naar allerlei enge verhalen en tumoren enzovoort. Dus zoek het nou op Thuisarts en kom je daar niet uit, kom dan naar ons toe, maar ga niet verder doorgraven in Google, want dan, echt, dan verzand je”. De meeste angsten komen door Google.”*
- *“Mensen komen met de meest grote onzin op het spreekuur en ja, dan is het fijn als je gewoon betrouwbare websites hebt waar je ze naar kunt verwijzen.”*

De deelnemende huisartsen, maar ook hun praktijkassistenten, gebruikten Thuisarts.nl als ondersteuning bij en aanvulling op hun voorlichting aan patiënten. Zij doen dit niet bij alle patiënten, maar naar schatting bij een kwart tot de helft van de consulten.

- *“Bijna elk consult eindig ik met ‘en lees het nog anders na op [Thuisarts.nl]’.”*
- *“Je kunt samen naar de plaatjes kijken of een stukje tekst doornemen, maar je kunt ook een brief of extra informatie uitprinten tijdens het consult om thuis nog na te lezen.”*
- *“Mijn assistente gebruikt het heel veel, want wij triageren aan de telefoon. En zij zegt ‘kijkt u eerst even op [Thuisarts] [...] en dan op het moment dat u twijfelt, dan kunt u een afspraak maken’. En dat werkt ook geweldig.”*
- *Ik gebruik het ook wel voor kleine e-consulten. Ik kan heel makkelijk een link uit Thuisarts toesturen en dan kunnen ze het helemaal bekijken.”*

#### 4.1.2 Artsen over het gebruik van Thuisarts.nl door patiënten

De huisartsen gaven aan dat een grote groep patiënten al voorafgaand aan het consult informatie opzoekt via internet. Deze informatie komt volgens hen regelmatig van Thuisarts.nl.

- *“Maar het werkt zelfs nog voordat mensen naar jullie [huisarts] toe gaan, want er staat keurig op wanneer je met griep naar de huisarts moet, met hoeveel dagen koorts en wat voor symptomen.”*
- *“We dragen het ook actief aan en er zijn ook huisartsen [...] die dat ook op hun website aangeven. Dat doen wij ook. En het is ook wel heel leuk om te horen dat mensen, dan zitten ze nog steeds wel tegenover je, maar dan hebben ze wel een stuk voorinformatie opgezocht op Thuisarts.”*

Volgens de huisartsen kunnen patiënten desondanks nog niet altijd betrouwbare informatie vinden op internet. Ook benoemden de artsen dat sommige doelgroepen mogelijk niet in aanraking komen met Thuisarts.nl. Bijvoorbeeld patiënten met dementie, patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden, of patiënten die slecht Nederlands spreken. De deelnemers gaven aan dat huisartsen daarom een belangrijk rol houden in patiëntenvoorlichting.

- *“Er is natuurlijk nog steeds een selecte groep die Thuisarts kan vinden. Maar heel veel mensen kunnen dat dus blijkbaar niet of is het niet voldoende voor ze.”*
- *“Dat is niet zo verrassend natuurlijk, want ik geloof dat het al zo ongeveer tien procent van de bevolking al echt moeite heeft met lezen, dus die ben je sowieso al kwijt.”*
- *“[...] dat Thuisarts veel meer naar boven moet komen [via Google]. Want dat is natuurlijk een fantastische website en ikwijs mensen dan ook meteen daarop.”*

## 4.2 Artsen over samen beslissen

### Box 4.2 Informatie over samen beslissen

Vanuit de zorg is veel aandacht voor samen beslissen, waarbij zorgverleners en patiënten in samenspraak beslissen welke zorg het beste past. Samen beslissen heeft een positieve invloed op het zorgproces, onder andere doordat patiënten beter geïnformeerd zijn en een actievere rol spelen bij preferentiegevoelige beslissingen [9]. Over enkele andere effecten van samen beslissen, zoals medisch gezien betere keuzes maken en of patiënten een hogere kwaliteit van leven ervaren, is de literatuur niet eenduidig [10, 11]. Door samen te beslissen kunnen zorgverleners beter inspelen op de behoeften en voorkeuren van de patiënten en kan worden voorkomen dat zorg wordt gegeven waar de patiënt niet achter staat. Zowel patiënten als zorgverleners zijn voorstander van samen beslissen [12, 13]. Desondanks wordt samen beslissen nog niet altijd toegepast in de praktijk [14, 15].

*Meer informatie over samen beslissen staat in het deelrapport over Beslist Samen! (2).*

Ook de artsen in de focusgroepen waren over het algemeen voorstander van samen beslissen. Ze gaven aan dit wel te doen, al gebeurt het in de praktijk niet altijd (optimaal). Zo wordt volgens hen nog regelmatig informatie gezonden vanuit de arts, zonder dat er voldoende wordt geluisterd naar de patiënt.

- *“Er zijn successen, dus er zijn echt wel medisch specialisten die dat heel goed doen. Er zijn helaas ook genoeg medisch specialisten die dat helemaal niet goed doen.”*
- *“Als jij weet wat er bij ons [huisarts] aan patiënten komen die bij jou [medisch specialist] geweest zijn en die zeggen [...] ‘de chirurg wil dit, wat zijn er nog meer voor mogelijkheden?’.”*
- *“Maar dat is luisteren naar je patiënt. Als je patiënt niet in de stroom mee wil ook al is dat volgens allerlei onderzoeken de beste stroom, dan moet je dat ook accepteren als dokter. Maar dan moet je je er wel van vergewissen dat het een eerlijke overweging is.”*
- *“Wat wij te veel doen, is dat wij zenden. [...] Maar als die patiënt nou de kans krijgt om die vraag te stellen en op zijn of haar manier door dat proces heen te gaan, dan heb je veel meer informatie.”*

De artsen zagen de beschikbare tijd als belemmerende factor bij samen beslissen en hebben niet altijd voldoende tijd om alle informatie voor te leggen aan hun patiënten.

- *“Als je echt gezamenlijk een besluit neemt, aan shared decision making doet, heb je daar veel meer tijd voor nodig.”*

Daarnaast werkt het volgens de artsen niet goed om in één gesprek zowel behandelopties door te nemen als een behandelkeuze te maken. In veel gevallen gaat gezamenlijke besluitvorming een stuk beter als patiënten eerst de opties kunnen overwegen en dan in een vervolgsessie de keuze maken. Patiënten beter voorbereiden op gezamenlijke besluitvorming kan hier volgens hen aan bijdragen.

- *“[Samen beslissen] is heel fijn als je meerdere keuzemogelijkheden hebt die per patiënt echt heel verschillend kunnen zijn. Je hebt niet één juiste behandeling maar er zijn er drie. En dat zijn allerlei factoren en tegen de tijd dat je dan uitgepraat bent, 20 minuten later, zie je vaak zowel bij de dokter als bij de patiënt een groot vraagteken ontstaan. En dan is het heel fijn als je thuiskomt en even rustig die stappen kunt doorlezen en kunnen er nog eens op terugkomen van ‘ik heb nu dit en dat gelezen en ik wil toch graag dat’.”*
- *“En wat je dus eigenlijk zou moeten hebben, zijn mensen [artsen] [...] die zorgen dat mensen zelf de vraag stellen. Want pas als ze zelf de vraag stellen, dan komt het antwoord ook binnen. Dus dat zou via Thuisarts kunnen of via een soort consulent, maar in ieder geval dat ze zelf geïnformeerd weten ‘ik moet ook vragen naar de optie wat gebeurt er als ik niks doe en wat heb ik maximaal te verwachten van deze behandeling’.”*
- *“Als je patiënt zelf met die vraag komt, dan landt het antwoord ook beter.”*

Enkele artsen benoemden specifiek het nut van keuzehulpen bij samen beslissen.

- *“En je ziet nu dat er een aantal van die keuzehulpen beschikbaar zijn voor heel Nederland en daar kun je heel makkelijk op inspringen.”*
- *“Ja, je hebt een groep mensen die zegt ‘nou kiest u maar voor mij’. En dan is het ook duidelijk. Maar je hebt ook heel duidelijk mensen die daar gewoon echt heel goed over willen nadenken en willen overwegen. Nou, dat is ideaal als je dan een goede keuzetool hebt.”*



### 4.3 Artsen over de 3 goede vragen

De 3 goede vragen (hoofdverantwoordelijke: Patiëntenfederatie Nederland) bieden een concreet instrument om samen beslissen te stimuleren (6, 16). De vragen zijn: 1) Wat zijn mijn mogelijkheden?, 2) Wat zijn de risico's of de voor- en nadelen van de mogelijkheden?, en 3) En wat betekent het voor mijn persoonlijke situatie? De 3 goede vragen zijn gericht op patiënten, worden verspreid via zorgorganisaties en hebben als doel patiënten en zorgverleners bewust te maken van samen beslissen over de voor de patiënt best passende zorg en om het goede gesprek tussen zorgverleners en patiënt op gang te brengen dat nodig is voor samen beslissen. De 3 goede vragen vormen onderdeel van een bredere beweging richting samen beslissen en zijn ingebed in een grotere communicatiecampagne ('Betere zorg begint met een goed gesprek'). Het initiatief was in eerste instantie gericht op de medisch-specialistische zorg (sinds 2016) en heeft zich later uitgebreid naar de huisartsenzorg (sinds 2018). Verschillende ziekenhuizen en huisartsenpraktijken hebben de 3 goede vragen geïmplementeerd. In de spreekkamer komen de vragen echter veelal niet letterlijk terug en op patiënten- en artsenniveau lijkt de bekendheid van de 3 goede vragen gering. Wanneer men er wel mee bekend is, dragen de (aandacht voor de) 3 goede vragen bij aan meer bewustzijn: onder patiënten over dat zij vragen mogen stellen en onder zorgverleners dat de persoonlijke situatie van de patiënt een rol speelt. Daarbij zijn er geen aanwijzingen dat de consulttijd toeneemt door de 3 goede vragen. De daadwerkelijke bijdrage aan samen beslissen is niet bekend, al wordt gesuggereerd dat naast de 3 goede vragen ook andere initiatieven nodig zijn om samen beslissen te bewerkstelligen.

*Meer informatie over het onderzoek naar de 3 goede vragen staat in het betreffende deelrapport (6).*

De deelnemende artsen hadden zelf niet direct te maken gehad met de 3 goede vragen en de meesten kenden het initiatief niet. Het achterliggende idee werd niettemin goed ontvangen, al was het niet nieuw voor de artsen. De artsen vroegen zich wel af wie de vragen aan de orde moet stellen; de arts of de patiënt.

- *“Wij hebben zo'n tv-cameraatje lopen in onze wachtkamer en daar komt ook ‘bedenk goed je vraag die je moet stellen en wat je precies wilt weten van de huisarts’. Het lijkt een beetje op dit [3 goede vragen]. Maar gewoon even dat je mensen bewust maakt dat ze met de goede vraag bij je komen. En dat ze er over nagedacht hebben wat ze je willen vragen.”*
- *“Je zou het op twee manieren kunnen benaderen. Je kunt zeggen ‘we gaan de patiënten opvoeden om deze vragen te stellen aan de dokter’. En je kunt ook zeggen ‘we geven het kaartje aan de dokter, dat ‘ie bij elk consult denkt: deze drie punten moet ik even bespreken met de patiënt’.”*
- *“Dat zijn op zich hele goede vragen vind ik. Maar inderdaad, het is de vraag wie ze moet stellen.”*

Verschillende artsen benoemden ook een aantal kanttekeningen van de 3 goede vragen. Zo vond men de huidige formulering van de 3 goede vragen wat ingewikkeld voor (een deel van) hun patiënten. Ook werd, net als bij het overkoepelende thema samen beslissen, benoemd dat veel informatie in hetzelfde consult wordt gegeven, waardoor de 3 goede vragen minder goed tot uiting zullen komen. Enkele artsen gaven daarnaast aan dat de 3 goede vragen op zichzelf staand niet voldoende zullen zijn voor samen beslissen en dat er meer nodig is, ook aan de kant van artsen.

- *“Ik heb al moeite om die vragen te onthouden. [...] Maar als je die vragen hebt die je moet stellen, zou ik zeggen kort en bondig en dat je ze makkelijk kunt onthouden.”*
- *“Mijn groep patiënten zal geen van die drie zinnen ooit zo gebruiken.”*
- *“En het gevaar van deze goede vraag, is dat een dokter heel medisch technisch gaat antwoorden op deze vragen van de patiënt en niet uit gaat van wat iemand echt wil en welke psychische, sociale beleving daar nog [een rol spelen].”*
- *“[...] het is afhankelijk van welke arts je tegenover je hebt.”*



## 5 Artsen over de professional journey: kwaliteitsregistraties

Binnen de professional journey spelen kwaliteitsregistraties een belangrijke rol. Enerzijds om de zorg te verbeteren, anderzijds om informatie over de kwaliteit van zorg openbaar inzichtelijk te maken.

### 5.1 Artsen over kwaliteitsregistraties

Zowel de medisch specialisten als de huisartsen dachten bij transparantie initieel voornamelijk aan het registreren en openbaar maken van kwaliteitsinformatie. Met de registraties wordt veel gemeten, waarbij deze groep artsen soms vraagtekens plaatst over wat ze meten en waarom. Ook gaven verschillende deelnemers aan dat zij soms gegevens aanleveren en daar weinig tot niets van terug zien en/of er zelf niets aan hebben.

- *“Er is een enorme wildgroei gekomen. Elk ziekenhuis heeft op een gegeven moment zijn eigen indicatoren, allemaal zelf bedacht. En op een gegeven moment zie je door de bomen het bos niet meer.”*
- *“Ik krijg een linkje opgestuurd en ik lever het in en dat is in april en dan ergens in augustus krijg ik een lijstje terug. En that's it. Verder niks. En ik denk: je kunt overal wel ergens iets van leren. Dus daar doe ik dan ook wel mijn best voor. Maar dat vind ik af en toe wel lastig.”*
- *“Of je krijgt het niet terug of je krijgt het terug en je denkt: en nu?”*

De artsen waren het eens over het belang van heldere definities bij te registreren indicatoren, zodat iedereen hetzelfde meet. De artsen gaven daarnaast aan het belangrijk te vinden dat hun beroepsgroep is betrokken bij het opzetten, ontwikkelen en interpreteren van registraties, vanwege de complexiteit van het goed meten van kwaliteit van zorg.

- *“De definities hoe dat gemeten wordt zijn niet helder. Maar vervolgens kom je wel in de range terecht en iedereen wil altijd toch het liefst aan de bovenkant van de range en niet aan de onderkant. Dat werkt wel zo. Maar als je die definities niet goed hebt, dan haal je het bijvoorbeeld nooit. Dus dan haak je af. Daar leidt dat toe in plaats van de kwaliteitsverbetering die je wilt.”*
- *“En als je daar goed naar kijkt, dan zijn er natuurlijk goede en minder goede klinieken, maar het is ook een definitiekwestie.”*
- *“En daarom denk ik dat [men] vanuit de beroepsgroep zelf [zou moeten aangeven] ‘daar zou ik op willen kunnen verbeteren’. In plaats van dat een externe partij vertelt waar jij op zou moeten registreren.”*
- *“[...] dat je eerst met je collega's hebt gesproken over wat vinden wij belangrijk, wat is de definitie, hoe gaan we dat dan registreren, etc. [...]. Dus inderdaad overeenstemming over tool, definities, zo gaan we het gebruiken, maar ook vooral zo gaan we het niet gebruiken.”*

#### 5.1.1 Artsen over DICA-registraties

Bij de gesprekken over kwaliteitsregistraties is DICA voorgelegd ter illustratie (zie box 5.1).

### Box 5.1 Specifiek voorbeeld van een kwaliteitsregistratie: DICA

DICA (The Dutch Institute of Clinical Auditing, 2011) is ontstaan vanuit de darmkankerregistratie en faciliteerde in 2018 21 kwaliteitsregistraties in verschillende domeinen en disciplines. DICA-registraties worden opgezet op initiatief van zorgverleners, met als primair doel verbetering van de kwaliteit van zorg. Daarnaast faciliteert DICA het openbaar maken van externe indicatoren. De methodiek van DICA kent een aantal specifieke kenmerken, zoals zorgzwaarte-correctie en online terugkoppeling van kwaliteit aan zorgverleners. De volledigheid van de registraties is sterk gegroeid en alle ziekenhuizen nemen deel aan de (voor hen relevante) DICA-registraties. De registraties laten verschillende verbeteringen in de zorg zien, zowel op zorguitkomsten als kostenbesparing, al kan niet worden vastgesteld of deze zijn veroorzaakt door de registraties of dat de registraties de verbeteringen enkel inzichtelijk maken. Naast klinische dataverzameling is er vanuit DICA steeds meer aandacht voor het patiëntenperspectief. Over het algemeen is er onder zorgverleners een groot draagvlak voor en vertrouwen in de DICA-registraties, al lijken zorgverleners enigszins terughoudend ten opzichte van het (secundaire) doel van kwaliteitsinformatie als keuzeondersteuning voor het kiezen van een zorgaanbieder, kan een kwaliteitsregistratie aanvoelen als controlerend en speelt de registratielast een rol. In hoeverre de kwaliteitsinformatie daadwerkelijk wordt geraadpleegd door zorggebruikers en of de beschikbare informatie kan bijdragen aan het kiezen van de best passende zorg is onvoldoende bekend om hier een conclusie over te kunnen trekken.

*Meer informatie over het onderzoek naar DICA staat in het betreffende deelrapport (5).*

In beide focusgroepen zaten artsen die deze registratie goed kenden en daar ook aan de andere artsen meer over konden toelichten. De manier van werken van DICA werd ook in deze groep artsen goed ontvangen en breed gedragen, met name vanwege de directe betrokkenheid van artsen bij de registraties. De deelnemers die zelf direct te maken hadden met DICA-registraties hebben hier veel van geleerd over de kwaliteit van hun zorg.

- *“Dat [DICA] is een hele belangrijke registratie denk ik.”*
- *“DICA levert een schat aan informatie op. En ook over hoe je het zelf doet. Dus daar heb je één of twee jaar echt veel aan. [...] Dat leidt dan toch tot aanpassing.”*

Desondanks vroegen enkele medisch specialisten zich ook af of de kwaliteitsregistraties, ook die van DICA, niet te ver doorslaan en soms te lang doorlopen. Al hadden ook enkele artsen het gevoel dat er verandering zit in registraties. Enkele huisartsen hadden een vergelijkbare ervaring met ketenindicatoren in de eerste lijn.

- *“Ik denk dat er heel veel chirurgen zijn die vinden ‘schieten we met die DICA niet wat te ver door?’”*
- *“Dus iedereen [...] heeft [...] maatregelen genomen. Dus de kwaliteit zit weer op de norm. En dan is ook iedereen hetzelfde. [...] Je kunt best af en toe een keer een goede kwaliteitsregistratie opzetten, maar één van de belangrijkste dingen is de eindigheid [...], dat je er ook een keer mee stopt.”*
- *“Maar na een aantal jaren houdt dat [mogelijkheden en nut voor verbetering] op.”*
- *“En toch zie ik daar met die indicatoren van de ketens [...] wel een kentering in de laatste tien jaar. Tien jaar geleden was het echt afvinken en volgens mij hebben zorgverzekeraars inmiddels wel door [dat het anders kan].”*
- *“Ik denk dat de ketenzorg enorm veel heeft gebracht en dat het nu eigenlijk is uitgewerkt.”*
- *“We hebben de zorg in de huisartsenpraktijk echt veel beter in kaart en veel beter gerubriceerd. Maar om nou te zeggen dat nu de indicatoren nog bijdragen aan verbeteringen van die zorg, dat denk ik niet meer.”*

## 5.1.2 Artsen over de verschillende doelen van kwaliteitsregistraties

### Kwaliteitsverbetering

De artsen ondersteunden sterk het doel van kwaliteitsverbetering en het onderling delen van informatie hierover. Volgens hen zou dit het primaire doel van kwaliteitsregistraties moeten zijn.

- *“Maar het allerbelangrijkste is dat je met elkaar gaat praten “jij hebt veel minder naadlekkage en hoe komt dat?”. [...] Dat komt omdat iedereen dan hetzelfde erover denkt en dan kun je dat gesprek aan gaan.”*
- *“Spiegelinformatie is veel meer op collegiaal niveau om te kijken van “welke handeling doe jij nou vaak, we hebben ongeveer dezelfde patiëntenpopulatie, maar jij handelt toch anders dan ik, waar zit dat?”. En dat is niet goed of fout, maar je kunt wel in discussie gaan waardoor het verschil komt.”*
- *“Het uitgangspunt [van DICA] is goed en de transparantie dat je wilt laten zien dat je het goed doet. Dus dat je verantwoording aflegt dat is prima. En je krijgt ook inderdaad wel de goede en de slechte [zorgaanbieders]. De bedoeling is dat als je een afdeling hebt die minder goed functioneert om wat voor reden dan ook, dan moet je kijken wat het is en dan moet je zorgen dat je die mensen er weer bij betrekt, dat ze het weer goed gaan doen.”*
- *“Ik denk wel dat we als beroepsgroepen moeten zorgen dat we onze kwaliteitsnormen op één of andere manier goed bewaken en daar een goede manier voor verzinnen hoe je dat dan doet en hoe je elkaar dan ook aanspreekt als je vindt dat je niet voldoet aan die kwaliteit.”*

### Verantwoording naar externe partijen

Over het openbaar maken van kwaliteitsinformatie c.q. het afleggen van verantwoording naar externe partijen heerste enige terughoudendheid bij deze groep artsen. Enerzijds waren ze van mening dat het belangrijk is, dat mensen er recht op hebben en dat het moet gebeuren. Anderzijds plaatsten ze verschillende kanttekeningen bij de informatie die naar buiten komt, zoals de mate van bruikbaarheid. Sommige artsen gaven daarnaast aan het gevoel te hebben afgerekend te worden op hun resultaten, bijvoorbeeld financieel. Deze groep artsen gaf als belangrijke voorwaarde voor het openbaar maken dat de informatie klopt en gedegen is.

- *“Ja, ze [patiënten] hebben recht om het te weten vind ik als het ergens niet goed is. Maar dan zou je goede informatie [moeten hebben]... Maar dat is natuurlijk ingewikkeld in dit huidige tijdperk waar iedereen alles kan zeggen en schrijven. Ik vind wel dat ze het recht hebben, ja.”*
- *“Ik vind het ook goed om dan te zeggen op een gegeven moment als je bepaalde definitie gewoon goed hebt neergezet, dat iedereen het over hetzelfde heeft, dan kun je daarmee naar buiten treden en dan zie je dat de verschillen heel klein zijn, omdat inmiddels natuurlijk iedereen bijgetrokken is. Dat vind ik prima om dat aan de patiënt te vertellen.”*
- *“De vraag is of je het openbaar moet maken. [...] Maar het is wel zo dat als iemand goed registreert en je hebt een goede registratie en daar komt uit dat je onder de norm presteert om wat voor reden dan ook en het volgt bij herhaling, dan moet daar wel iets aan gebeuren vind ik.”*
- *“Als je het helder naar buiten toe maakt, openbaar maakt, dan moet dat wel goed zijn. Als je publiceert dan moet je het goed en gedegen publiceren.”*
- *“Ik denk dat, dat een beetje debat is op dit moment. Alle partijen buiten de beroepsgroep die hebben zoiets van het moet op een gegeven moment ook openbaar worden en beroepsgroepen zelf houden het liever onderling. Ik denk dat de discussie op dit moment een beetje erop zit van ja, het is mooi als het openbaar wordt, maar als dat er op een gegeven toe leidt dat allerlei dingen verhuld worden of verkeerd geregistreerd, dan heeft het helemaal geen zin meer. Dus ik denk dat we daar gewoon niet uit zijn met elkaar.”*
- *“Aan één kant ben ik heel erg voor om transparant te zijn, maar één van de allergrootste bezwaren is dat [...] heel vaak niet duidelijk is voor wie de meting wordt gedaan en dat vervolgens*

*bijvoorbeeld de zorgverzekeraar ermee aan de haal gaat en allerlei normen daaraan vast gaat stellen die nergens wetenschappelijk onderbouwd zijn.”*

Een belangrijke reden voor de terughoudendheid bij deze groep artsen is dat kwaliteitsinformatie volgens hen vaak niet goed geïnterpreteerd wordt door externe partijen, waaronder zorgverzekeraars en patiënten. Dit beperkt volgens de artsen de bruikbaarheid van de huidige kwaliteitsinformatie.

- *“Maar ik vind het wel heel ingewikkeld. Want [...] als één divisie het minder goed doet of er is wat mee [...] wil dat niet zeggen dat geen enkele operatie meer goed gaat.”*
- *“Daar [openbaar maken informatie] heb ik geen bezwaren tegen. Als je dan inderdaad maar goed weet van: wat betekenen deze cijfers? Als iedereen het daar ook over eens is wat dat betekent. Maar nu zijn heel veel cijfers voor veel interpretatie vatbaar, je kunt er alle kanten mee op.”*
- *“Ik denk dat er nog een andere kant aan zit. Voor wie gaat het gepubliceerd worden? Als het voor het publiek gepubliceerd gaat worden, die kunnen daar helemaal niks mee. Ik denk dat het wel nuttig kan zijn als de situatie ontstaat die er nu nog niet is, dat er bij de zorgverzekeraars en bij de overheid voldoende deskundigheid is om dat goed te interpreteren, dan kan het nuttig zijn om dat in overleg met overheid en zorgverzekeraars te bespreken. Maar niet met het publiek.”*

De artsen zagen in het openbaar maken van informatie daarnaast ook risico's voor de registraties zelf, zeker wanneer hier een gevoel van 'afrekenen op resultaten' heerst. Zo werd als angst benoemd dat artsen bepaalde groepen andere zorg bieden of weglaten uit de registraties, om de indicator positief te beïnvloeden, al is het niet bekend in welke mate dit daadwerkelijk gebeurt en waren de meeste artsen het eens dat je eerlijk en volledig moet registreren.

- *“Ik denk dat als je daar echt op gaat afrekenen dan worden de patiënten geselecteerd. [...] dan gaan mensen sturen in wat ze doen en de ziekste mensen worden nergens meer welkom geheten.”*
- *“Soms in het begin had ik echt wel het gevoel dat ze met ontslag gingen en naar ons [verpleeghuis], zodat ze niet in het ziekenhuis [zouden sterven].”*
- *“Dan ben je gewoon niet met zinnige zorg bezig met elkaar. Dus je ziet dat daar door de kwaliteitsindicatoren ook soms heel rare uitkomsten van zorg ontstaan.”*
- *“Maar als je echt kwaliteit wilt registreren, dan moet je het gewoon ook goed doen.”*

## 5.2 Artsen over registratielast

Registratielast wordt in één adem genoemd met transparantie, zo ook in de focusgroepen. Artsen moeten veel registreren en dit kost veel tijd. Dit zijn niet alleen kwaliteitsregistraties, maar ook andere vormen van registreren en 'vinkjes zetten'. Enkele artsen gaven bijvoorbeeld aan alle handelingen die zij uitvoeren digitaal vast te moeten leggen. De tijd voor registreren gaat ten koste van andere werkzaamheden en enkele artsen gaven aan de registraties in hun eigen tijd te doen.

- *“We hebben behoorlijk veel checklistjes. En dan komt er weer een checklist op een checklist [...] en dan één hogerop weer alles bundelen en dan denk ik, och we houden elkaar bezig zeg.”*
- *“Ik moet echt heel erg veel vinkjes zetten die heel veel beslag leggen op mijn dag, ook voor iets wat dan zogenaamd iets met financiering te maken heeft.”*
- *“Je staat best wel onder druk als het gaat om tijd. [...] Ik heb daar dan misschien een tijd staan van een kwartier, maar ik heb effectief misschien maar vijf minuten voor de patiënt. De rest gaat op aan administratie. En dat is wel degelijk een probleem.”*
- *“Ik denk dat het prima is als wij als zorgverleners de kwaliteit beoordelen [...], maar daar kom je niet eens aan toe omdat je alleen maar bezig bent met registreren.”*

Onder registratielast wordt dus ook veel verstaan dat niet (direct) met transparantie te maken heeft.

De ervaren regeldruk hangt volgens de artsen onder andere samen met ervaren relevantie van de informatie die wordt verzameld in de registratie. Artsen zien daarnaast niet altijd terug waarom ze iets registreren. Dit vergroot volgens hen de ervaren last van registreren.

- *“Volgens mij is het ook zo dat als die indicatoren ons zoveel opleveren, zal er niet zoveel over gemopperd worden dat het zoveel moeite kost om het eruit te halen.”*
- *“[Als indicatoren] echt belangrijk zijn voor ons en voor de patiënt, wat mij betreft doen we er alles aan om het eruit te halen.”*
- *“Het maakt het heel frustrerend, want ik denk ook met meten, als je gericht iets meet, als je zegt van nou, we zijn nieuwsgierig welke behandeling nou het beste is bij een operatie of zo, dan denk ik dat de meeste professionals best gemotiveerd zijn om dat een tijd bij te houden en te registreren en te doen. Maar wat er dan gebeurt is dat er wordt gezegd, nou nu moeten jullie dat jarenlang blijven meten, terwijl daar niks meer mee gedaan wordt behalve dat je die cijfers [aanlevert].”*

De artsen gaven aan graag te zien dat de regeldruk afneemt waar mogelijk.

- *“Op één of andere manier moeten we toch op zoek naar dat we alle ballast van al die extra registraties kwijtraken, als ze niet ten doel hebben om die zorg efficiënter te maken.”*
- *“Dat de verzameling van deze data door lager betaalde beroepskrachten moet worden gedaan dan door de medisch specialisten en de huisartsen zelf. Dat zij die tijd alsjeblieft gewoon nog steeds aan hun patiënt kunnen besteden in plaats van al dat gevink.”*
- *“Daarin ligt denk ik ook wel een hele mooie uitdaging; verschuif een deel van onze registratielast naar de patiënt. Dan weet je wat je wilt meten en ontlast je de zorgverlener ook in een heleboel registratiedruk. En wellicht krijg je dan een veel beter beeld van wat je nou eigenlijk wilt weten.”*

## 6 Tot slot

Het doel van dit deelrapport van de Transparantiemonitor was om de resultaten van twee focusgroepen met vijf huisartsen en tien medisch specialisten te beschrijven als exploratie van het artsenperspectief omtrent transparantie in de zorg en verschillende initiatieven binnen de patient en professional journey naar de best passende zorg. Onderstaand worden de bevindingen besproken.

### 6.1 Methodologische reflectie

De deelnemers voor de focusgroepen zijn geworven via de Vereniging VvAA. De VvAA heeft in het najaar 2018 een vragenlijst uitgezet onder haar leden (de (ont)regelmonitor), waarbij respondenten konden aangeven of ze benaderd mochten worden voor vervolgonderzoek. Hiermee is mogelijk een selectie aan artsen geworven, namelijk degenen die zich al dan niet actief bezighouden met het onderwerp registratie- en administratielast. Met name op dit onderdeel zijn zij mogelijk kritischer dan de gemiddelde groep artsen, al komen de geluiden uit de focusgroepen over het algemeen overeen met eerdere bevindingen. Enkele geïnteresseerde artsen konden daarnaast niet naar de bijeenkomsten komen vanwege de data of locatie (Utrecht), wat tevens kan hebben geleid tot een selectie en beperking in het aantal deelnemers.

Focusgroepen zijn bedoeld om ervaringen, meningen en attitudes binnen een bepaalde groep mensen, in dit geval artsen, te achterhalen. Dit is in kaart gebracht met twee focusgroepen, met in totaal 15 artsen. Dit zijn kleine aantallen en er is bij deze verkenning niet gestreefd naar saturatie. Desondanks klonken vanuit beide focusgroepen vergelijkbare geluiden en komen de geluiden overeen met bestaande literatuur en interviews met artsen die zijn gedaan in het kader van de deelstudies van de Transparantiemonitor (zie ook bijlage A) [2-7]. De verwachting is dat de bevindingen van toepassing zijn op grotere groepen artsen. Toch moeten de resultaten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd en kunnen vanwege het beperkte aantal respondenten geen sterke conclusies worden verbonden aan deze verkenning. *Hoe vaak* deze ervaringen, meningen en attitudes voorkomen onder artsen weten we immers nog niet. Daarvoor is ander onderzoek nodig, zoals een vragenlijstonderzoek onder een representatieve groep artsen. In de komende jaren van de Transparantiemonitor wordt gezocht naar methoden voor verdiepend onderzoek onder deze doelgroep.

Ondanks de methodologische beperkingen geven de resultaten in dit deelrapport verschillende indicatieve inzichten in het artsenperspectief, die onder andere input leveren voor vervolgonderzoek (zie ook hoofdstuk 6.6).

### 6.2 Het artsenperspectief op transparantie in de zorg

Transparantie in de zorg lijkt initieel een negatieve lading te hebben voor artsen, die bij transparantie vooral denken aan het registreren van kwaliteitsinformatie ten behoeve van verantwoording van hun prestaties. Sommigen artsen hebben hierbij het gevoel dat de informatie wordt gevraagd vanuit wantrouwen. Dit geluid is niet nieuw en is vergelijkbaar met de uitkomsten van een verkenning uit 2016 waaruit naar voren kwam dat artsen niet intrinsiek gemotiveerd zijn om kwaliteitsinformatie te registreren, omdat zij het gevoel hebben dat dit extern wordt opgelegd [17, 18]. Het doel van kwaliteitsverbetering heeft echter een groot draagvlak onder deze groep artsen, wat het verschil tussen intrinsieke en extrinsieke motivatie illustreert. Desondanks lijkt er ook enig draagvlak te zijn

onder artsen omtrent het inzichtelijk maken van kwaliteit van zorg naar de maatschappij, mits de uitkomsten goed worden geïnterpreteerd en bruikbaar zijn voor de verschillende doelgroepen.

Artsen zien transparantie daarnaast als een breder containerbegrip dat meer beslaat dan enkel kwaliteitsregistraties en ook bestaat uit bijvoorbeeld informatie over behandelingen. Dit komt overeen met de definitie van transparantie binnen de Transparantiemonitor (“beschikbaarheid en bruikbaarheid van informatie over (kwaliteit van) behandelingen en (kwaliteit van) zorgaanbieders en artsen”).

### 6.3 De patient journey: informatie over zorgaanbieder en behandeling

Artsen vinden het over het algemeen belangrijk dat patiënten goed geïnformeerd (kunnen) zijn over hun zorgproces. Vooral initiatieven gericht op informatie over aandoening en behandeling, zoals Thuisarts.nl en het thema samen beslissen, kunnen op veel steun rekenen. Keuze-informatie met betrekking tot een zorgaanbieder brengt echter gemengde gevoelens met zich mee. Zo heeft ZorgkaartNederland weinig tot geen draagvlak onder deze groep artsen en zijn zij van mening dat patiënten niet altijd zelf willen of kunnen kiezen voor een zorgaanbieder.

Met betrekking tot zowel informatie over aandoeningen, behandelingen als zorgaanbieders zien verschillende artsen in de weg naar de best passende zorg voor patiënten een belangrijke rol weggelegd voor huisartsen. Online informatie lijkt echter wel in een behoefte te voorzien van burgers, met name voor aandoeningen en behandelingen en in beperktere mate ook voor zorgaanbieders [7, 8]. De huisartsen bevestigden dit als het gaat om informatie over aandoeningen en behandelingen, waarbij patiënten veelal vooraf online naar informatie hebben gezocht. Overeenkomstig met de literatuur [3], speelt volgens de huisartsen Thuisarts.nl hierbij een belangrijke rol. Daarbij vonden ze ook dat Thuisarts.nl beter vindbaar moet worden via Google, omdat patiënten nog geregeld met andere informatie komen (dr. Google).

Met betrekking tot gezamenlijke besluitvorming is, ook volgens de deelnemers, ruimte voor verbetering. Zo vindt samen beslissen in de praktijk nog niet altijd plaats, al zijn artsen er wel voorstander van. Deelnemers gaven aan dat een consult soms te snel over gaat in zenden vanuit de arts, terwijl doorvragen en luisteren beter zou zijn. De 3 goede vragen kunnen hierbij ondersteunen, maar waren bij deze groep huisartsen en medisch specialisten niet goed bekend. Ook uit eerdere bevindingen uit het veld komt naar voren dat samen beslissen nog niet altijd gebeurt alsmede dat de 3 goede vragen nog niet altijd bekend zijn op de werkvloer [6, 14]. Wat daarnaast opvalt is dat artsen niet goed lijken te weten wat gezamenlijke besluitvorming inhoudt. Het geven van informatie en de keuze voor een behandeling zit bijvoorbeeld nog vaak in hetzelfde consult, wat niet aansluit op de drie fases in besluitvorming<sup>2</sup> die worden onderscheiden door Elwyn e.a. (2012) [19, 20]. Artsen lijken zich hier wel van bewust te zijn en geven zelf ook aan dat het helpt als patiënten vooraf goed geïnformeerd zijn, bijvoorbeeld via Thuisarts.nl, en zien het als belangrijke voorwaarde dat de keuze voor een behandeling niet in hetzelfde consult wordt gemaakt als de diagnose. In de praktijk is er volgens hen echter niet altijd tijd om dit te veranderen en samen beslissen (voldoende) toe te passen.

Artsen geven aan dat het wel belangrijk is om de stroom aan informatie naar patiënten in de gaten te houden, om te voorkomen dat ze overspoeld worden met informatie en door de bomen het bos niet

---

<sup>2</sup> Fase 1: choice talk (uitwisselen informatie en aanbieden van keuzemogelijkheden). Fase 2: option talk (beschrijven en overwegen van alle opties met voor- en nadelen). Fase 3: decision talk (patient en dokter komen samen eventueel met behulp van keuzehulpen tot besluitvorming).



meer kunnen zien. Meer keuzes betekent meer mogelijkheden, maar leidt ook tot meer twijfel, waardoor het keuzeproces kan worden bemoeilijkt ('paradox of choice') [21].

## 6.4 De professional journey: kwaliteitsregistraties

Binnen de professional journey spelen kwaliteitsregistraties een belangrijke rol, ten behoeve van enerzijds kwaliteitsverbetering en anderzijds openbare kwaliteitsinformatie voor externe partijen. Kwaliteitsregistraties ten behoeve van kwaliteitsverbetering hadden een groot draagvlak onder deze groep artsen en het onderling delen van informatie wordt als nuttig gezien. Een belangrijk voorbeeld hiervan zijn de DICA-registraties, waar deze artsen over het algemeen achter staan.

Het opzetten van een goede en gedegen kwaliteitsregistratie is echter complex. Dit strekt zich ook uit tot de presentatie en interpretatie van de resultaten. Belangrijke voorwaarden voor gedegen (gebruik van uitkomsten uit) registraties zijn volgens artsen dat de definitie van indicatoren helder is ('eerlijk en vergelijkbaar registreren'), dat externe partijen de indicatoren goed kunnen interpreteren ('geen eigen leven gaan leiden') en dat de beroepsgroep betrokken is bij het ontwikkelen van relevante indicatoren ('indicatoren waar men echt iets mee kan'). Artsen uiten hun zorgen omtrent deze punten, wat hen terughoudend maakt in het openbaar maken van dit soort informatie. Deze discussie speelt al langer, waarbij mogelijk een rol speelt dat indicatoren die in de afgelopen jaren zijn opgelegd vanuit externe partijen niet voldeden volgens artsen (bijvoorbeeld de enkelvoudige indicator mortaliteit), waardoor het vertrouwen in (het doel van) het registreren van gegevens is afgenomen [17, 18]. Wanneer artsen het gevoel hebben 'afgerekend' te worden op hun resultaten, speelt daarnaast de vraag of dit kan leiden tot onjuiste registraties en het weigeren of doorverwijzen van complexe patiënten voor een goede score op indicatoren. Artsen ervaren daarnaast een hoge registratiedruk – niet alleen door kwaliteitsregistraties, maar ook door andere vormen van registreren. Echter, als artsen en patiënten daadwerkelijk iets kunnen met de indicatoren, is de registratielast die erbij komt kijken beter te accepteren. Dit illustreert dat artsen de huidige indicatoren niet altijd goed geschikt vinden voor keuze-informatie voor patiënten of andere partijen [18].

De artsen deelden desalniettemin de visie van beleidsmakers dat patiënten het recht hebben om te weten hoe goed een zorgaanbieder is [18, 22]. Dit echter onder de voorwaarde dat degene die de informatie gebruikt deze wel op een juiste manier kan interpreteren. Een voorzichtig geluid kwam uit de groepen naar voren dat "als die indicatoren en registraties echt goed ontwikkeld zijn en je als beroepsgroep ook de kans hebt gekregen zelf maatregelen te nemen, je dan ook niet bang moet zijn de resultaten te publiceren". Het openbaar maken van resultaten blijft -in ieder geval in deze focusgroepen- echter controversieel. Met name omdat het hoge eisen stelt aan het vertrouwen in de informatie. Als de kwaliteitsinformatie een goede basis heeft, betrouwbaar is en de interpretatie helder is, dan steunen de artsen het openbaar maken ervan. Artsen vragen zich wel af in hoeverre patiënten dergelijke keuze-informatie gebruiken in hun zorgproces. Vragenlijstonderzoek onder burgers suggereert dat zij wel op zoek zijn naar dergelijke informatie, al is niet bekend in hoeverre zij daadwerkelijk kwaliteitsinformatie raadplegen en toepassen in hun zorgproces [5, 8].

## 6.5 Samengevat

Samengevat kwam uit de twee focusgroepen naar voren dat artsen bij transparantie in de zorg initieel dachten aan het openbaar maken van kwaliteitsinformatie, wat voor hen een negatieve lading had. Artsen dragen echter ook een bredere opvatting van transparantie, zoals wordt onderzocht in de Transparantiemonitor, en staan positief tegenover verschillende initiatieven binnen de patient en



professional journey, zoals Thuisarts.nl en samen beslissen. Artsen zijn daarnaast voorstander van transparantie naar patiënten toe, maar zien nog veel uitdagingen in de interpretatie van indicatoren. Vervolgonderzoek onder een representatieve groep artsen is nodig om meer inzicht te krijgen in het artsenperspectief op transparantie in de zorg.

## **6.6 Vervolg van het artsenperspectief binnen de Transparantiemonitor**

Jaarlijks wordt het artsenperspectief omtrent transparantie in de zorg en de best passende zorg voor patiënten in kaart gebracht binnen de Transparantiemonitor. De doelstelling is om vanaf het komende jaar van de Transparantiemonitor het artsenperspectief meer solide en gefundeerd in kaart te brengen, bij voorkeur middels vragenlijstonderzoek onder een representatieve groep artsen, vergelijkbaar met hoe dit reeds is gedaan met betrekking tot het patiëntenperspectief binnen de Transparantiemonitor [8]. De mogelijkheden hiertoe worden momenteel verkend in samenwerking met relevante organisaties. Het vragenlijstonderzoek zal zich richten op de onderwerpen die tevens in de focusgroepen aan bod zijn gekomen en daarmee zowel algemene opvatting van transparantie in de zorg meten, alsmede de mening over en ervaring met verschillende initiatieven binnen de patient en professional journey naar de best passende zorg.

## Literatuur

1. Ministerie van VWS. Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) [Geraadpleegd op 17-03-2019]. Beschikbaar via: <https://www.dwangindezorg.nl/rechten/wetten/wgbo>.
2. Bos N, Springvloet L, Jong J de, Friele R, Boer D de. Beslist Samen! Een implementatieproject over samen beslissen. Utrecht: Nivel, 2019.
3. Springvloet L, Bos N, Jong J de, Friele R, Boer D de. Thuisarts.nl. Hoe draagt Thuisarts.nl bij aan transparantie en de best passende zorg? Utrecht: Nivel, 2019.
4. Springvloet L, Bos N, Jong J de, Friele R, Boer D de. Medisch-specialistische richtlijnen. Hoe dragen medisch-specialistische richtlijnen bij aan transparantie en de best passende zorg? Utrecht: Nivel, 2019.
5. Springvloet L, Bos N, Jong J de, Friele R, Boer D de. DICA. Hoe dragen kwaliteitsregistraties bij aan transparantie en de best passende zorg? Utrecht: Nivel, 2019.
6. Springvloet L, Bos N, Jong J de, Friele R, Boer D de. De 3 goede vragen. Hoe dragen de 3 goede vragen bij aan transparantie en de best passende zorg? Utrecht: Nivel, 2019.
7. Boer D de, Wieggers T, Bos N, Springvloet L, Jong J de, Friele R. ZorgkaartNederland. De betekenis van ZorgkaartNederland voor transparantie. Utrecht: Nivel, 2019.
8. Bos N, Springvloet L, Rolink M, Jong J de, Friele R, Boer D de. Gebruik van informatie over gezondheid. Een vragenlijstonderzoek onder burgers. Utrecht: Nivel, 2019.
9. Veenendaal H van, Rietmeijer C, Vooght-Pruis H, Raats I. Samen beslissen is beter. Huisarts & wetenschap, 2014.
10. Haaft G ter, Veenendaal H van. Versnellen van gedeelde besluitvorming in Nederland. Den Haag: ZonMw, 2016.
11. Shay LA, Lafata JE. Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. Medical Decision Making, 2015; 35(1):114-131.
12. Patiëntenfederatie Nederland, Federatie Medisch Specialisten. Samen Beslissen? 3 goede vragen. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland, Federatie Medisch Specialisten, 2017.
13. Lingen M van. Aan de slag met 'samen beslissen'. De Eerstelijns, 2017; 20-21.
14. Patiëntenfederatie Nederland. Samen Beslissen met de zorgverlener over welke zorg het beste past. Rapport meldactie. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland, 2017.
15. Patiëntenfederatie Nederland. Patiënten en artsen starten campagne over samen beslissen in het ziekenhuis [Geraadpleegd op 14-01-2019]. Beschikbaar via: <https://www.patiëntenfederatie.nl/nieuws/patiënten-en-artsen-starten-campagne-over-samen-beslissen-in-het-ziekenhuis>.
16. Patiëntenfederatie Nederland. Rapport Patiëntervaringen met '3 goede vragen' Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland, 2017.

17. Peeters JM, Koopman L, Verstijnen IM, Boer D de. Transparantie van kwaliteit van zorg: nog genoeg werk aan de winkel. Utrecht: Nivel, 2016.
18. Woerden F van. Transparantie in de kwaliteit van zorg. Tijdschrift Zorg en Recht in de Praktijk, 2015; 3:20-23.
19. Lagro-Jansen T, Keijsers K, Olde Rikkert M. Stap voor stap samen beslissen. Medisch Contact, 2014.
20. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. Journal of General Internal Medicine, 2012; 27(10):1361-1367.
21. Schwartz B. The Paradox of Choice. Why More Is Less. New York: HarperCollins Publishers Inc, 2004.
22. Patiëntenfederatie Nederland. Transparantie [Geraadpleegd op 14-03-2019]. Beschikbaar via: <https://www.patiëntenfederatie.nl/voor-organisaties/transparantie/wat-en-hoe>.

## Bijlage A Deelstudies in de Transparantiemonitor

	Inhoud	Primaire doel
ZorgkaartNederland	Patiënten kunnen hun zorgaanbieder waarderen. Andere patiënten kunnen die waarderingen raadplegen	Patiëntkeuze
Thuisarts.nl	Patiëntvriendelijke informatie over aandoeningen en behandelingen, gebaseerd op richtlijnen	Voorlichting over aandoeningen/behandelingen
3 Goede vragen	Vragen die patiënten kunnen gebruiken om zo gericht mogelijk informatie op tafel te krijgen tijdens een consult	Gezamenlijke besluitvorming
Beslist Samen!	Implementatie van samen beslissen in 12 ziekenhuizen	Gezamenlijke besluitvorming
DICA	Kwaliteitsregistratie met vergelijkingen tussen ziekenhuizen	Kwaliteitsverbetering
Medisch-specialistische Richtlijnen	Richtlijnen ontwikkelen, openbaar maken en patiënteninformatie verschaffen	Kwaliteit en consistentie van medisch handelen, voorlichting