



Blijk van vertrouwen

Anders verantwoord voor goede zorg

Blijk van vertrouwen

Anders verantwoord voor goede zorg

Den Haag, mei 2019

Raad 
Volksgezondheid
& Samenleving

Voorwoord

Wie trots is op zijn of haar werk wil het laten zien en wil dat anderen daarover een oordeel geven en adviseren wat beter of anders zou kunnen. Voor patiënten en cliënten is zo'n houding van grote waarde: ook zij weten waar het de professional om te doen is, zij kunnen hun zorgverlener bevragen en in gesprek gaan over wat voor hen goede en gepaste zorg is. Dat laatste gaat steeds zwaarder wegen: elke situatie is anders en vraagt om een eigen aanpak. Standaardantwoorden voldoen niet meer.

Helaas, de praktijk van verantwoording afleggen ziet er vandaag de dag anders uit. Deze praktijk wordt niet alleen gekenmerkt door een zware, uniformerende registratielast, maar bij zorgverleners vooral door een gevoel van nutteleloosheid en machteloosheid. Welke waarde voegt het toe aan de zorg die patiënten en cliënten nodig hebben?

Verantwoording afleggen langs vaste richtlijnen raakt volgens betrokkenen maar zijdelings aan waar het echt om gaat. 'Dashboards', 'benchmarks' en afvinklijstjes die voor zichzelf zouden moeten spreken maar dat helaas helemaal niet doen. Het is net als de bolletjes bij de recensie van een boek. Met drie bolletjes of minder wordt de recensie niet meer gelezen en is het oordeel over het boek geleverd, zo leren we van schrijvers en recensenten. Drie keer frustratie: het boek van de schrijver wordt geminimaliseerd tot bolletjes en dat geldt ook voor de tekst van de recensent. Bovendien wordt de lezer niet serieus genomen. Zo kan het met verantwoording ook gaan: de inhoud van de verantwoording verdwijnt achter de kleuren groen, oranje of rood, degene die verantwoording aflegt voelt zich niet gezien en gehoord en patiënten en cliënten zijn er de dupe van.

Dit advies is een zoektocht naar een praktijk van verantwoorden die recht doet aan de veelzijdigheid en complexiteit van de zorgpraktijk. Een vorm van verantwoording die waardevol is voor beide partijen, de zender en de ontvanger, en hun gelijkwaardigheid onderstreept. Want wat heeft het voor zin om informatie te zenden opdat een ander een oordeel velt zonder dat daarover een gesprek plaatsvindt? Een gesprek waarin de informatie van betekenis en interpretatie wordt voorzien, en inspireert om de volgende stap te zetten. Dit is allesbehalve vrijblijvend: zorgverleners spreken elkaar aan en worden ook door anderen aangesproken.

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving wil met dit advies bijdragen aan een verantwoordingspraktijk gericht op goede zorg en ondersteuning, waarbij het vertrouwen tussen betrokken partijen zal toenemen. Het uitwisselen van ervaringen met anderen om elkaar scherp te houden, om blinde vlekken te ontmaskeren, om te leren van het oordeel en de suggesties van anderen. Verantwoording afleggen om te kunnen afwegen wat goede zorg is in een specifieke situatie met directe betrokkenheid van patiënten en cliënten. Dat is toch uiteindelijk waar het professioneel handelen van zorgverleners om draait en waar patiënten en cliënten recht op hebben.

Dit advies biedt een nieuw perspectief en vraagt om nadere verdieping en debat. Bijvoorbeeld over financiële verantwoording. Alhoewel niet expliciet besproken in dit advies, is het gebruik van de hier beschreven principes ook belangrijk voor de inrichting van dit onderwerp. Dat is zeer wel mogelijk, de Raad gaat hier graag het gesprek over aan.

Pauline Meurs
Voorzitter RVS

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS)
is een onafhankelijk strategisch adviesorgaan.
De RVS heeft tot taak de regering en de Eerste en
Tweede Kamer van de Staten-Generaal te adviseren
over hoofdlijnen van beide beleidsterreinen.

Samenstelling Raad

Voorzitter: Pauline Meurs
Raadsleden: Daan Dohmen, Pieter Hilhorst, Jan
Kremer, Bas Leerink, Liesbeth Noordegraaf-Eelens,
Jeannette Pols en Greet Prins.
Directeur: Stannie Driessen
Adjunct-directeur: Marieke ten Have

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

Parnassusplein 5
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0)70 340 5060
mail@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl
Twitter: @raadRVS

Publicatie 19-02

ISBN: 978-90-5732-281-5
Grafisch ontwerp: Studio Duel
Fotografie: Adobe Stock
Eindredactie: MC Communicatie, Renesse
Druk: Xerox/OBT
© Raad voor Volksgezondheid en Samenleving,
Den Haag, 2019

Niets in deze uitgave mag worden openbaar gemaakt
of verveelvoudigd, opgeslagen in een dataverwerkend
systeem of uitgezonden in enige vorm door middel
van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan
ook zonder toestemming van de RVS.

U kunt deze publicatie ook downloaden via onze
website www.raadrvs.nl

Voorwoord	4
Samenvatting	9
1 Inleiding	13
1.1 Aanleiding	13
1.2 Vraagstelling	14
1.3 Begrippen en afbakening	14
1.4 Aanpak	16
1.5 Leeswijzer	17
2 Verantwoording ontrafeld	18
2.1 Complex web	18
2.2 Verschillende functies en uiteenlopende waarden	22
2.3 Dominante inrichting	25
2.4 Wat heeft de huidige verantwoordingspraktijk gebracht?	29
2.5 Tot slot	34
3 Analyse	35
3.1 Groeiende complexiteit zorgpraktijk	35
3.2 Onderliggende mechanismen	38
3.3 Huidige beleidsinzet: goede initiatieven, maar er is meer nodig	41
3.4 Tot slot	43
4 Omslag in denken en doen	44
4.1 Verantwoording als middel voor een betere zorg	44
4.2 Leidraad voor een andere verantwoordingspraktijk	45
4.3 Verantwoording en vertrouwen	54
4.4 Tot slot	55
5 Aanbevelingen	56
5.1 Inleiding	56
5.2 Veranderlijn 1: Primaire verantwoordelijkheid bij zorgverleners	56
5.3 Veranderlijn 2: Externe verantwoording sluit aan op de context van de praktijk	57
5.4 Veranderlijn 3: Samen komen tot gedeelde principes	58
5.5 Veranderlijn 4: Andere houding van betrokkenen	59
5.6 Tot slot	60
Literatuur	62
Vorbereiding	69
Geraadpleegde deskundigen	70
Afkortingen	74
Publicaties	75

Samenvatting

Verantwoording draagt op dit moment onvoldoende bij aan betere zorg en ondersteuning. Patiënten en cliënten merken dat zij door verantwoordingsvereisten niet altijd passende hulp krijgen, bovendien hebben zorgprofessionals minder tijd en aandacht voor hen, en moeten zij regelmatig vragenlijsten invullen zonder te weten waar het goed voor is. Zorgprofessionals kunnen niet altijd de zorg en ondersteuning geven die zij nodig achten, omdat deze niet past binnen de knellende kaders op basis waarvan zij zich moeten verantwoorden. Het wantrouwen groeit waarbij professionals zich indekken en leren bemoeilijkt wordt. De als nutteloos ervaren administratieve lasten voor professionals leiden tot minder werkplezier en uiteindelijk ook tot minder mensen die in de zorg willen werken.

De oorzaak van dit groeiend onbehagen moet volgens de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) voor een belangrijk deel gezocht worden in de huidige inrichting van de verantwoordingspraktijk. Die wordt nu voornamelijk ‘van buiten naar binnen’ opgelegd door externe verantwoordingsfora, zoals toezichthouders en betalers, maar evengoed door beroepsverenigingen en koepels, die ook de eenvormige inrichting bepalen. Zorgverleners zijn leveranciers van verantwoordingsinformatie geworden ten behoeve van externen. Informatie waar zorgprofessionals zelf niet altijd het nut van inzien. Verantwoording is nu gericht op het nastreven van slechts een beperkt aantal waarden, zoals rechtmatigheid of veiligheid, en vervolgens worden deze waarden ook nog specifiek ingevuld, bijvoorbeeld door te vragen of de administratie op orde is en of de zorg conform protocol geleverd is. De betekenis die verantwoordden voor patiënten, cliënten en zorgprofessionals heeft komt veel minder tot zijn recht. Ook is er weinig ruimte om daarvan te leren en verbeteren.

Zorg en ondersteuning worden in toenemende mate gekenmerkt door complexiteit. Patiënten en cliënten hebben vaak meerdere zorgvragen tegelijkertijd, deze zijn sterk afhankelijk van iemands persoonlijke situatie en kunnen ook in de tijd veranderen. Maar ook de organisatie van zorg en ondersteuning is complex: zorgverleners werken steeds vaker samen in ketens en netwerken over verschillende disciplines, organisaties en stelsels heen. De huidige inrichting van verantwoording sluit niet aan bij deze complexe praktijk, en gaat er nog steeds vanuit dat goede zorg objectief en eenvoudig te meten is, en dat dit ook buiten de praktijk zelf is vast te stellen.

Dat er toch wordt vastgehouden aan verantwoording die niet bijdraagt aan goede zorg heeft volgens de Raad te maken met een aantal onderliggende mechanismen: de voortdurende zoektocht naar zekerheid en het willen minimaliseren van risico's; de afstand van beleid tot praktijk; de gevestigde belangen; en het feit dat de verantwoordingvragers niet het ongemak draagt. Het huidige beleid zet in op minder regels, betere indicatoren en probeert het aanleveren van informatie makkelijker te maken. Dat zijn goede initiatieven die op korte termijn administratieve lasten kunnen verminderen, maar onvoldoende om deze onderliggende mechanismen te adresseren. Daardoor zal het onbehagen over de huidige manier van verantwoorden niet afnemen. Daar komt bij dat complexe zorg per definitie niet in indicatoren te vangen is. *Indicatoren* zijn op z'n best *indicaties* om verder te kijken, om te onderzoeken wat het verhaal is achter de cijfers en percentages. En dat gebeurt te weinig.

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

a. Wie? Het primaire initiatief ligt bij zorgverleners. Zij nemen verantwoordelijkheid door gebruik te maken van verschillende methodieken zoals teamreflecties, visitaties en verhalen, en maken werk van de ervaringen en feedback van patiënten, cliënten, mantelzorgers, medewerkers en andere betrokkenen. Toezichthouders, inkopers en patiëntenorganisaties sluiten zich in principe aan bij de wijze waarop zorgverleners zelf verantwoordelijkheid nemen. Om vervolgens te toetsen of dit ook bijdraagt aan goede zorg steken toezichthouders af en toe de thermometer in de organisatie. Dit biedt zorgverleners een kans om te laten zien dat ze het goed geregeld hebben, en geeft aanknopingspunten om samen te leren en te verbeteren. Mocht een zorgverlener echter onvoldoende verantwoordelijkheid nemen dan kunnen toezichthouders aanvullende vragen stellen en indien nodig ingrijpen.

- b. Waarover? Gedeelde open principes en verantwoorde opstelling.** Verantwoording gaat over het toelichten van lastige afwegingen die zorgverleners in concrete situaties maken in plaats van het naleven van algemeen geldende normen. Daarbij zijn afwegingen tussen kwaliteit, betaalbaarheid, toegankelijkheid en pluriformiteit van belang, maar ook ruimte om te reflecteren en te leren.
- c. Waar? Ingebed in de praktijk, op verschillende niveaus.** Verantwoording moet veel meer ingebed in de praktijk plaatsvinden. Dit kan wanneer zorgverleners anderen uitnodigen om feedback te geven en mee te denken.
- d. Wanneer? Onderdeel van een leerproces, met de blik naar voren.** De focus moet meer op de toekomst komen te liggen en hoe het beter kan, in plaats van op het verleden en wie schuld heeft. Complexiteit vraagt daarnaast om een natuurlijkere inbedding van verantwoording in een iteratief leerproces: samen doen, reflecteren en de plannen bijstellen. De uitkomst van dit leerproces is onvoorspelbaar en wordt mede bepaald door de interactie tussen betrokkenen.
- e. Hoe? Gesprek op basis van verschillende informatiebronnen.** Het afleggen van verantwoording vindt plaats op basis van meerdere informatiebronnen en inbreng van meerdere actoren: van zorgverleners zelf, maar ook van patiënten, cliënten en andere betrokkenen en de inbreng van partijen zoals de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), maar ook verzekeraars en collega-instellingen. Het is effectiever om op basis van onvolledige informatie in gesprek te gaan, dan te blijven zoeken naar de ideale dataset. Ook is het van belang dat er een open gesprek plaatsvindt. Het heersende idee dat transparantie gelijkstaat aan volledige openbaarheid staat dit nu vaak in de weg.

Verantwoording afleggen langs deze beginselen draagt volgens de Raad bij aan goede zorg en aan een continue praktijk van leren en verbeteren, waarbij het vertrouwen tussen betrokken partijen zal toenemen. Het stelt zorgverleners in staat om op basis van feedback de eigen werkwijzen aan te passen of anderen te laten zien hoe het ook kan; het draagt bij aan gezamenlijke besluitvorming door patiënt of cliënt en zorgverlener; het zorgt ervoor dat zorgprofessionals kunnen inspelen op de specifieke context van de zorgvraag; het draagt bij aan zingeving voor professionals, patiënten en cliënten; het verhoogt het werkplezier; en ten slotte verplicht het zorgverleners de argumenten voor hun keuzes te expliciteren.

Anders verantwoorden, met als doel goede zorg en ondersteuning, vergt een omslag in denken en doen. Om betrokkenen te helpen deze omslag te realiseren doet de Raad aanbevelingen langs vier veranderlijnen.

1. Binnen de eerste veranderlijn ligt het initiatief bij zorgverleners. De Raad beveelt zorgverleners aan om het initiatief te nemen voor andere vormen van verantwoording. Dit kunnen zij doen door verschillende methodieken in te zetten en zich te organiseren in lerende netwerken. Dit betekent ook een andere invulling van de werkzaamheden van interne toezichthouders; zij moeten bestuurders actiever bevragen op hun eigen inrichting van verantwoording en daarbij ook zelf vanuit hun rol zo veel mogelijk de praktijk opzoeken.
2. Binnen de tweede veranderlijn ligt het initiatief bij externe toezichthouders en inkopers. Ook zij moeten meer de praktijk opzoeken en oog hebben voor het belang van de context. Toezichthouders wordt geadviseerd meer thematisch toezicht te houden en te werken met professionele brigades. Zorginkopers sluiten met zorgaanbieders meerjarige overeenkomsten af, waarbij er ruimte is voor meerdere invullingen van goede zorg; leren en verbeteren gefaciliteerd worden; en er sprake is van een dialoog.
3. Binnen de derde veranderlijn ligt het initiatief bij zorgverleners, inkopers en patiëntenorganisaties gezamenlijk. De Raad beveelt deze partijen aan om kwaliteitskaders door te ontwikkelen op basis van gedeelde principes en een verantwoorde opstelling. Ook beveelt de Raad zorgverleners en inkopers aan om het begrip rechtmatigheid anders in te vullen, en te verantwoorden over kwaliteit en doelmatigheid in plaats van of de administratie op orde is.
4. Binnen de vierde veranderlijn gaat het om een andere houding van betrokkenen: toetsbaar, bescheiden en proportioneel. Het is van belang dat betrokkenen toetsen of verantwoording wel bijdraagt aan goede zorg en ondersteuning; bescheiden zijn over de mate waarin buiten de praktijk goede zorg gestimuleerd kan worden en risico's verminderd kunnen worden; en proportionaliteit betrachten door oog te hebben voor de negatieve effecten van verantwoordingsvereisten.

De noodzaak voor verandering is groot: patiënten, cliënten én zorgprofessionals zijn ten slotte de dupe van de huidige manier van verantwoorden. We hebben verantwoording nodig die bijdraagt aan goede zorg en ondersteuning en het vertrouwen versterkt. Daar wil de Raad met dit advies aan bijdragen.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

“Op dit moment wordt 80% van de tijd die beschikbaar is voor zorgvernieuwing besteed aan het perfectioneren van indicatoren, het aanleveren van cijfers en het perfectioneren van data en de analyse van die data, terwijl slechts 20% van de tijd besteed wordt aan het daadwerkelijk verbeteren van de zorg. Als we dit omdraaien, en 80% van de tijd kunnen besteden aan het verbeteren van zorg, komt dit de kwaliteit van zorg enorm ten goede”. Een verontrustend signaal van een geïnterviewde zorgprofessional.

Binnen de zorg en het sociaal domein zijn professionals en bestuurders in toenemende mate ontevreden over de manier waarop zij zich moeten verantwoorden. En patiënten en cliënten merken niet dat de zorg er beter van wordt. Zij ondervinden juist dat zorgprofessionals minder tijd en aandacht voor hen hebben en minder plezier in hun werk hebben. Zorgprofessionals ervaren dat verantwoordingsvragen van toezichthouders, inkopers en beleidsmakers onvoldoende aansluiten op de praktijk van alledag en vinden in de vragen niet terug wat zij belangrijk vinden. Al met al groeit het wantrouwen tussen de partijen door de manier waarop verantwoording gevraagd wordt.

Zorgverleners verantwoorden zich nu over wat zij niet moeten doen in plaats van wat zij wél kunnen doen. Het afleggen van verantwoording wordt meer en meer ervaren als een last in plaats van nuttig voor goede zorg en ondersteuning. Het verzet tegen deze wijze van externe verantwoording groeit. Beleidsmakers, toezichthouders en inkopers tonen daar enerzijds begrip voor, maar bekijken het soms ook met argusogen: willen zorgverleners niet slechts hun positie beschermen en zo maatschappelijk gewenste verandering dwarsbomen? Een vicieuze cirkel van wantrouwen dreigt.

Als antwoord op de toegenomen ervaren verantwoordingslasten zijn inmiddels initiatieven ontstaan zoals (Ont)regel de zorg, waarbij voornamelijk ingezet wordt op het verminderen van onnodige regels. Hoewel deze initiatieven tot concrete resultaten leiden om de regeldruk op korte termijn te verminderen, is het risico groot dat de geboekte resultaten niet beklijven. De onderliggende oorzaken

moeten worden aangepakt om te voorkomen dat het symptoombestrijding wordt (Van de Bovenkamp et al. 2017). Volgens de Raad is de ervaren regeldruk en overdaad aan verantwoording vooral te zien als een uiting van het ongemak van partijen met de veranderende maatschappelijke verhoudingen tussen overheid en samenleving (Meurs 2014, p. 4). Dat vraagt een diepere analyse.

In de visie van de Raad is het afleggen van verantwoording een voorrecht. Het stelt zorgverleners in staat invulling te geven aan hun professionele en maatschappelijke verantwoordelijkheid, door zich toetsbaar op te stellen en van de inzichten van anderen te leren. Maar op dit moment draagt verantwoording onvoldoende bij aan goede zorg en ook niet aan meer vertrouwen tussen partijen. Volgens de Raad moet de meerwaarde van verantwoording weer leidend worden. Dit perspectief sluit aan bij een recente toezegging van de minister van Medische Zorg en Sport aan de Tweede Kamer, mede namens de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de staatsecretaris van VWS, om in reactie op dit RVS-advies een gezamenlijke visie op vertrouwen in de zorg te vormen.¹

1.2 Vraagstelling

Dit advies wil bijdragen aan een zinvolle verantwoording in zorg en ondersteuning, die recht doet aan de complexe zorgpraktijk en de waarden die voor zorgprofessionals, patiënten en cliënten zelf van belang zijn. Daarnaast wil het bijdragen aan een bredere visievorming over vertrouwen in de zorg. De centrale vraag van dit advies luidt:

Hoe kan verantwoording aan externe partijen zo worden ingericht dat het bijdraagt aan goede zorg en ondersteuning en aan meer vertrouwen tussen betrokken partijen?

1.3 Begrippen en afbakening

Dit advies gaat over verantwoording in de gezondheidszorg en het sociaal domein. Oftewel in de curatieve zorg, jeugdzorg en langdurige zorg en ondersteuning. Vanwege de leesbaarheid hanteert de Raad in dit advies veelvuldig de term 'zorg', maar bedoelt daar 'zorg en ondersteuning' mee. En met de term 'zorgverleners' worden professionals en organisaties bedoeld die zorg en/of ondersteuning verlenen. Alhoewel de focus in dit advies ligt op de zorg en het sociaal domein, hoopt de Raad dat dit advies ook inspiratie kan bieden voor deze andere (semi-) publieke sectoren. Want ook daar speelt dit thema (zie bijvoorbeeld Nap en Vos 2015 en Tjeenk Willink 2018).

Verantwoording is een breed begrip waarover vaak spraakverwarring lijkt te bestaan (vgl. Meurs 2014). In essentie draait het afleggen van verantwoording erom anderen actief inzicht te bieden in het eigen doen en laten (*being accountable*); om open te staan voor feedback (*being responsive*); en om iets te doen met de verkregen inzichten (*being responsible*).

In deze betekenis is het afleggen van verantwoording te zien als een deugd die op zich in de praktijk niet ter discussie staat (vgl. Bovens 2010). Het is inherent aan het werken met kwetsbare mensen in collectief gefinancierde sectoren als de zorg en het sociaal domein, waarbij er publieke belangen zijn. Bovendien wordt het breed gezien als onderdeel van de professionele en maatschappelijke verantwoordelijkheid van zorgverleners. Zo onderschrijven artsen met de eed van Hippocrates dat zij zich 'toetsbaar en open opstellen' en is verantwoording afleggen een belangrijk principe in de Zorgbrede Governancecode. Het afleggen van verantwoording is dus niet hetzelfde als informatie verstrekken ten behoeve van controle of toezicht, ook al wordt dit vaak wel zo beleefd.

Waar de Raad het heeft over de praktijk bedoelt hij de plaats waar de patiënten en cliënten zorgprofessionals ontmoeten binnen de context van de zorg- of ondersteuningsvraag. In dit verband wordt ook wel gesproken over het primaire zorgproces of de zorgrelatie. Het advies gaat dus niet direct over de praktijk van de interne controller, de medewerker financiën of de accountant.

De kritiek over verantwoording richt zich op de huidige inrichting van verantwoording die zorgverleners afleggen aan externe publieke partijen. Hierop richt dit advies zich specifiek. Het kan zijn dat bijvoorbeeld ook de manier waarop de minister van VWS verantwoording aflegt aan het parlement hierop van invloed is. Deze en andere verantwoordingsrelaties vallen echter niet onder de scope van dit advies.

De focus van dit advies ligt ten slotte niet primair op de regeldruk of administratieve lasten. De ervaren lasten worden immers niet uitsluitend veroorzaakt door de manier van verantwoorden aan externe partijen. Er zijn ook andere oorzaken, zoals interne registraties voor kwaliteitsverbetering, elektronische patiëntendossiers en uitvragen voor wetenschappelijk onderzoek. En het thema van verantwoording gaat over meer dan regeldruk en administratieve lasten

¹ Tweede Kamer 2018-2019, Kamerstukken 32 620, nr. 213.

1.4 Aanpak

De RVS is niet de eerste die nadenkt over anders verantwoorden in de zorg. Ook anderen zoeken naar vormen die beter passen bij de huidige zorgpraktijk en effectiever bijdragen aan gedragsverandering en verbetering. Bij dit advies heeft de Raad zich dan ook laten inspireren door bestaande ideeën en initiatieven, zoals bijvoorbeeld *Bewijzen van goede dienstverlening* (WRR 2004), *Van tellen naar vertellen, en terug* (Baart en Willeme 2010), *Zorgvernieuwing* (Van Dalen 2012), *Anders verantwoorden* (Actiz 2014), *Het kleine alternatief voor de zorg* (De Blok et al. 2016), *Ont(regel) de zorg* (2017) en *Anders vasthouden* (Hart 2017).

De Raad heeft ter voorbereiding op dit advies kennisgenomen van relevante wetenschappelijke en beleidsliteratuur en een uitgebreide consultatie gehouden. Onder andere met inhouds- en ervaringsdeskundigen, vertegenwoordigers van patiënten en cliënten. Daarnaast hebben verschillende denkers en deskundigen een blog geschreven ter inspiratie voor het advies. Deze zijn te vinden op de site van de RVS en in een aparte publicatie (RVS 2019). Verder heeft de Raad vier expertmeetings georganiseerd waarin conceptversies van het advies met betrokkenen bediscussieerd zijn. Tot slot is een essay geschreven met de titel 'Samen maken we de zorg (beter)' (De Lint 2019).

1.5 Leeswijzer

De centrale vraag uit **hoofdstuk 1** luidt:

Hoe kan verantwoording aan externe partijen zo worden ingericht dat het een waardevolle bijdrage levert aan goede zorg en ondersteuning en aan meer vertrouwen tussen betrokken partijen?

Om die vraag te beantwoorden ontrafelt **hoofdstuk 2** de huidige manier van verantwoorden in termen van relaties, functies en onderliggende waarden. Vervolgens onderzoekt de Raad wat de huidige verantwoordingsinrichting ons tot nu toe heeft opgeleverd, zowel in positieve als negatieve zin. De conclusie is dat verantwoorden nu niet bijdraagt aan goede zorg en ondersteuning.

Hoofdstuk 3 beantwoordt de vraag waarom we dan toch vasthouden aan een systeem dat niet werkt en wantrouwen veroorzaakt. Daartoe licht de Raad allereerst de complexiteit van de zorgpraktijk toe en maakt vervolgens een analyse van de mechanismen die ten grondslag liggen aan de verantwoordingspraktijk. De mismatch tussen deze complexiteit en de huidige verantwoordingspraktijk komt daar duidelijk uit naar voren. Daarnaast stelt de Raad vast dat de beleidsinzet tot nu toe wel goede initiatieven kent om de regeldruk te verminderen, maar onvoldoende de onderliggende mechanismen adresseert.

Hoofdstuk 4 komt vervolgens met een nieuw perspectief dat recht doet aan de complexe zorgpraktijk en waarbij verantwoording wel bijdraagt aan goede zorg via het gezamenlijk leren. Daartoe is een omslag nodig in denken en doen die in dienst staat van het nemen van verantwoordelijkheid in de praktijk. Tot slot doet **hoofdstuk 5** aanbevelingen om deze omslag te realiseren.

2 Verantwoording ontrafeld

In dit hoofdstuk brengt de Raad de huidige verantwoordingspraktijk in beeld waarmee zorgverleners te maken hebben. Dat is niet eenvoudig. Het gaat om een complex en ondoorzichtig web, waarbij soms dezelfde termen voor verschillende zaken worden gebruikt (WRR 2004, p. 185). In dit hoofdstuk wordt de verantwoordingspraktijk in termen van relaties ontrafeld: wie legt aan wie verantwoording af; wat zijn de functies en onderliggende waarden; en op welke manier is het nu ingericht. Tot slot komen de positieve en negatieve effecten van de huidige inrichting aan bod. De Raad concludeert dat de huidige verantwoordingspraktijk niet bijdraagt aan een goede zorg en ondersteuning.

2.1 Complex web

Verantwoording is een relationeel concept. Het afleggen van verantwoording vindt altijd plaats binnen een relatie tussen een actor (degene die verantwoording aflegt) en een forum (degene aan wie verantwoording wordt afgelegd, die meekijkt, een oordeel vormt en feedback geeft; Bovens 2007; Actiz 2014). Als actor hebben zorgverleners te maken met uiteenlopende externe fora, zoals publieke toezichthouders, inkopers en financiers, patiënten, cliënten- en mantelzorgorganisaties, beroepsgenoten en media (Hooge & Helderman 2009). Zorgverleners bevinden zich in een uitgebreid en belastend 'verantwoordingsweb', waarbij veel partijen vanuit verschillende invalshoeken meekijken. De figuur op pagina 20 en 21 geeft een indicatief overzicht van de verschillende verantwoordingsrelaties in zorg en het sociaal domein.

Verschillende fora en spelregels

De afgelopen decennia hebben verschillende sturingslogica's hun intrede gedaan in de zorg en het sociaal domein (WRR 2004; Putters 2009; Hoek 2007). Deze hebben elkaar niet opgevolgd, maar zijn als het ware over elkaar heen gegroeid (Bal 2008). Zorgverleners hebben daardoor verschillende petten op binnen meerdere omgevingen (WRR 2004; Putters 2009), en hebben te maken met verschillende spelregels (zie kader). Het is een belangrijke reden waarom zij verantwoording afleggen aan zo veel verschillende partijen.

Verdieping

De verschillende petten van zorgverleners

Als dienstverlener in een (semi-)publieke sector wordt van zorgverleners verwacht dat ze publieke middelen rechtmatig en doelmatig besteden en zich houden aan geldende wettelijke kaders. Ook opereren zij binnen de kaders van de democratische rechtsstaat en hebben dus te maken met politieke aandacht voor wat zij doen. Daarbij moeten ze rekening houden met een overheid die systeemverantwoordelijk is voor het borgen van de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg en ondersteuning.

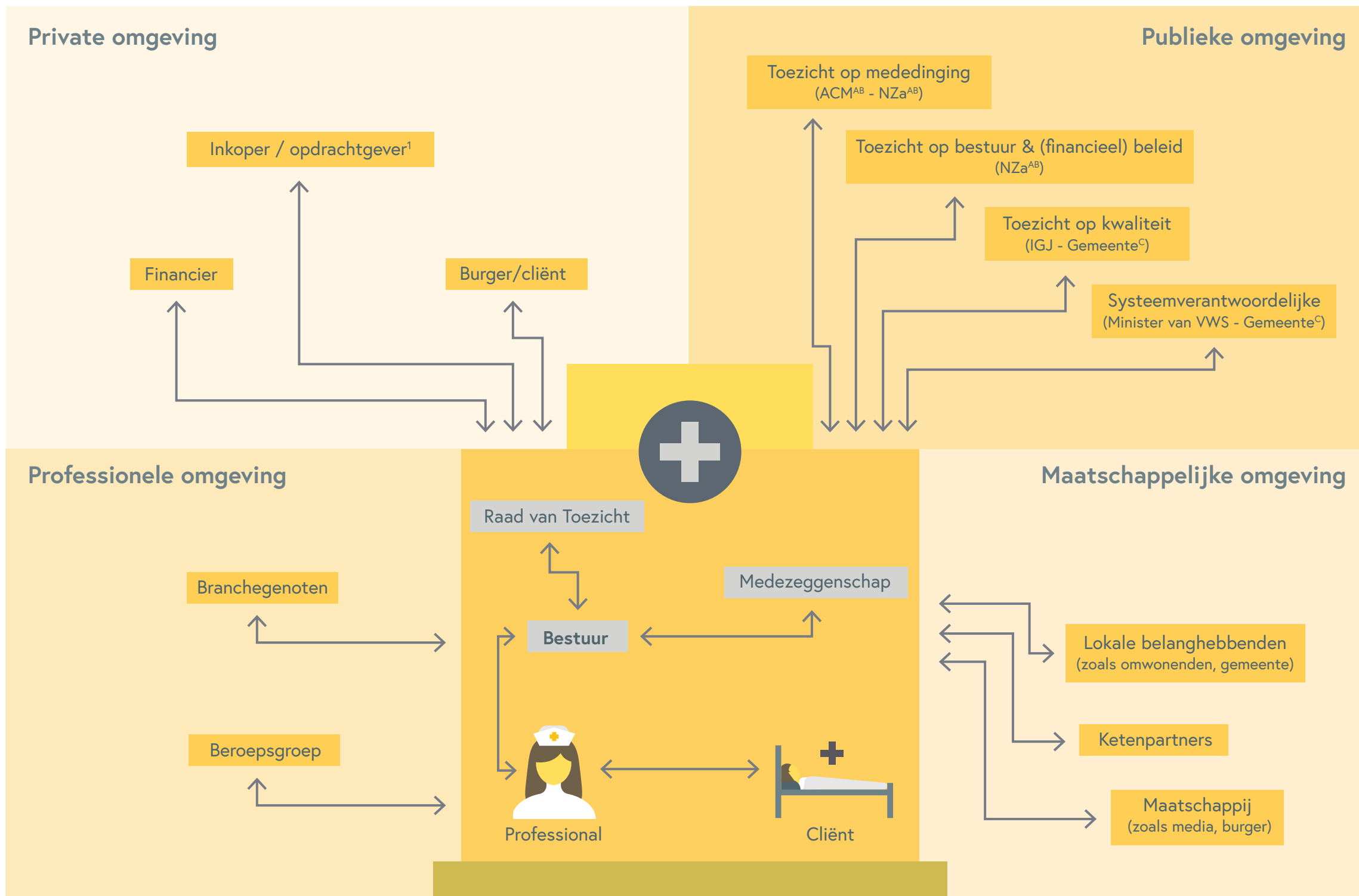
Als professionele dienstverlener hebben ze te maken met professionele normen, codes en richtlijnen en met de 'tucht' van de beroepsgenoten die in de zorgorganisatie werkzaam zijn. De gedachte is dat de expertise van beroepsgenoten nuttig en nodig is om kwaliteit te bewaken en te bevorderen. Daarvoor zijn bijvoorbeeld visitatietrajecten en het tuchtrecht ingericht.

Als private partij op een gereguleerde markt moeten zorgverleners zich houden aan de spelregels van de markt en de marktmeesters die daarop toezien. Daarnaast vragen hun 'klanten', zoals patiënten, cliënten en inkopers, informatie om keuzes te kunnen maken en om te kunnen controleren of ze hebben gekregen waarvoor ze betalen.

Als maatschappelijke organisatie kennen zorgverleners uiteenlopende stakeholders, denk behalve aan de voor de hand liggende relaties ook aan omwonenden, ketenpartners, lokale politieke partijen, banken en hulpdiensten als de brandweer en politie. Veel partijen hebben immers te maken met wat zorgverleners doen.

Verschillende sectoren en actoren

Veel zorgverleners zijn ook nog eens actief in meerdere (deel)sectoren, bijvoorbeeld omdat ze zowel zorg bieden in het kader van de zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) als ondersteuning in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en/of de Jeugdwet (Jw). Dit maakt het verantwoordingsweb waarin zij zich in bevinden extra complex. Zij hebben te maken met een opeenstapeling van verantwoordingseisen. Daarnaast valt in de figuur op pagina 20 en 21 op dat verantwoording primair wordt afgelegd door



¹ In het sociaal domein vervullen gemeenten als publieke partij deze rol.
In de zorg wordt deze rol vervuld door private zorgverzekeraars en zorgkantoren.

afzonderlijke zorgverleners. Slechts sporadisch leggen zorgverleners gezamenlijk verantwoording af, bijvoorbeeld in netwerkverband of regionaal. Een voorbeeld waar dit wel aan de orde komt is de geboortezorg, waar het kwaliteitskader Geboortezorg een Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) voorschrijft een gezamenlijk jaarverslag te maken.

2.2 Verschillende functies en uiteenlopende waarden

In de zorg en het sociaal domein is een aantal terugkerende functies van verantwoording te ontwaren (Schillemans, 2015; WRR 2004), waarbij actoren en fora ieder hun eigen prioriteiten hebben. Het is opvallend hoeveel verschillende functies onder de vlag van verantwoording uitgeoefend worden. Sommige vormen van verantwoording, zoals het invullen van registraties of het aanleveren van indicatoren, lijken voor velen een doel op zich te zijn geworden. De functie ervan verdwijnt achter de horizon (Meurs 2014, p. 7).

Verschillende functies

- > *Vergaren van informatie voor beleidsontwikkeling of voor het uitvoeren van specifieke stelselfuncties.* Gemeenten en de rijksoverheid hebben vanuit hun rol als systeemverantwoordelijke behoefte aan informatie om waar nodig bij te sturen. Een voorbeeld is de uitvraag over wachttijden voor casemanagement dementie na vragen uit de Tweede Kamer over de toegankelijkheid ervan. Andere publieke organisaties hebben informatie uit de praktijk nodig voor specifieke stelselfuncties en gebruiken die informatie voor verschillende doelen. Zo wordt kwaliteitsinformatie door zorgverzekeraars en zorgkantoren gebruikt voor de zorginkoop, en door patiënten, cliënten en mantelzorgers als keuze- en beslisinformatie.
- > *Controleren op de naleving van normen en regels.* Toezichthouders zien erop toe dat wettelijke normen en regels worden nageleefd en vragen zorgverleners hierover verantwoording af te leggen. Zo houdt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) toezicht op de minimumeisen ten aanzien van patiëntveiligheid en hygiëne, en controleren verzekeraars of ingediende declaraties voldoen aan wettelijke rechtmatigheidseisen. Ook het tuchtrecht binnen het medische domein is hier een voorbeeld van, waarin beroepsgenoten onderling toetsen of zij handelen volgens vastgestelde beroepscode en kwaliteitsnormen.
- > *Mogelijkheid om rekenschap af te leggen en draagvlak te vergaren.* Bij het werken in een publieke omgeving past het afleggen van rekenschap. Zorgverleners worden immers voor een belangrijk deel betaald uit publieke middelen, doen ingrijpend werk met kwetsbare mensen en hebben zich gecommitteerd aan

professionele en maatschappelijke standaarden. Het afleggen van verantwoording biedt zorgverleners de mogelijkheid aan de deugd van rekenschap invulling te geven. Het kan zorgverleners daarnaast helpen vertrouwen te krijgen en legitimiteit te vergaren voor hun werk. Bijvoorbeeld doordat het zorgverleners een *license to operate* verschaft, of het zorgprofessionals helpt autonomie te behouden. Ook kan het dienen om patiënten en cliënten vertrouwen te geven dat zij een goede behandeling krijgen.

- > *Verstevigen eigen positie.* Vanuit een meer politiek-economisch perspectief kan het afleggen van verantwoording de eigen positie in relatie tot anderen behouden of verstevigen. Het kan behulpzaam zijn bij het profileren ten opzichte van andere zorgverleners; het aantrekken van patiënten, cliënten en medewerkers; en om een goede indruk te maken bij stakeholders. Het geeft ook fora een instrument om te sturen in het licht van de soms grote informatieachterstand die ze hebben. Andersom kunnen zorgverleners het afleggen van verantwoording ook als middel gebruiken om zich in te dekken en de autonomie te verstevigen.
- > *Helpen bij leren en verbeteren.* Het afleggen van verantwoording helpt zorgverleners ook hun prestaties te verbeteren. Bijvoorbeeld door feedback te ontvangen van patiënten, cliënten en anderen en door de eigen prestaties te vergelijken met die van anderen. Het is zo een middel om invulling te geven aan de eigen verantwoordelijkheid om open te staan voor de inzichten en ervaringen van anderen (*being responsive*) en die inzichten proactief op te zoeken om daarvan te leren (*being responsible*). Deze functie wordt nu verdrongen door de dominantie van de andere functies, terwijl deze volgens de Raad juist een van de belangrijkste functies van verantwoording is. Hierover later meer.

Uiteenlopende waarden

De hier toegelichte functies van verantwoording verwijzen naar uiteenlopende waarden. Drie belangrijke waarden zijn wettelijk verankerd en de overheid ziet hierop toe: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg en ondersteuning. De Raad heeft eerder voorgesteld hier pluriformiteit als centrale waarde aan toe te voegen (RVS 2016). Maar er zijn nog meer waarden die mensen in de zorg en het sociaal domein belangrijk vinden (zie kader).

Verdieping

Uiteenlopende waarden

De Argumentenfabriek heeft in kaart gebracht welke waarden van belang worden geacht door zorgverleners, patiënten, cliënten en anderen (De Argumentenfabriek, 2017). Dat heeft geleid tot een uitgebreide waardenkaart. Dit overzicht laat zien dat er een hiërarchie is in waarden. Daaruit blijkt dat rechtmatigheid niet per se een waarde op zich is, maar een middel om waarden als betaalbaarheid en nut te kunnen realiseren. Ook de functie van leren en verbeteren is te zien als middel om invulling te geven aan waarden als kwaliteit en empathie. Daarnaast wordt duidelijk hoe waarden met elkaar kunnen conflicteren (waardenconcurrentie).

Deze uiteenlopende waarden zijn op drie manieren relevant voor de manier waarop verantwoording wordt afgelegd.

Ten eerste zijn *vanuit verschillende perspectieven verschillende waarden belangrijk*. Voor zorgverleners lijkt het afleggen van verantwoording vooral ten dienste te staan van waarden als autonomie, vertrouwen en kwaliteitsbevordering. Daarbij ligt de focus dus op het laten zien en bevorderen van 'het goede'. Terwijl fora belang hechten aan waarden als veiligheid en rechtmatigheid, waarbij de focus lijkt te liggen op het naleven van normen en regels om 'het slechte' of onwenselijke te voorkomen.

Ten tweede *kunnen waarden conflicteren*. Een bepaalde inrichting van verantwoording is niet per se nuttig of waardevol voor zowel actor als forum. Beleidsmakers wijzen er graag op dat verantwoording meerdere waarden tegelijkertijd kan dienen. Dat aandacht voor betere kwaliteit bijvoorbeeld via minder complicaties tot betere betaalbaarheid leidt. Toch ervaren zorgverleners, patiënten en cliënten dat er in de praktijk wel degelijk spanning bestaat. Hier zijn veel voorbeelden van. Het controleren van zorgverleners kan ten koste gaan van kwaliteit, als de actor zich niet kwetsbaar durft op te stellen uit vrees voor consequenties. De zorg veiliger maken via landelijke richtlijnen kan ten koste gaan van de ruimte die zorgverleners hebben om rekening te houden met de patiënt en zijn context.

Ten derde *zijn in de praktijk afwegingen nodig tussen waarden*. Daarbij gaat het niet alleen om inzicht te bieden in afzonderlijke waarden (hoe staat het met kwaliteit, met toegankelijkheid, met rechtmatigheid). Nog belangrijker is hoe wordt

omgegaan met de spanning die daartussen bestaat. Hoe gaan zorgverleners bijvoorbeeld om met schaarste (afweging tussen kwaliteit, toegang en betaalbaarheid); hoe controleren ze de rechtmatigheid van declaraties op een behapbare manier (afweging tussen rechtmatigheid en de negatieve consequenties van registratielast); of hoe maken zij afwegingen tussen professionele normen en specifieke wensen van patiënten en cliënten.

Verdieping

Veiligheid als geïsoleerde waarde

In het signalement *Veilige zorg, goede zorg?* (CEG 2019) signaleert het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) een te exclusieve aandacht voor veiligheid en de manier om die te realiseren. Volgens het CEG is het in abstracto denken over veiligheid als geïsoleerde waarde en de implementatie van (vaak ad hoc opgestelde) regulering toe aan verandering. Veiligheid is geen geïsoleerde waarde: er zijn ook andere waarden in het geding, en de waarde van veiligheid kan daarmee conflicteren. Dat maakt het wenselijk om ruimte te creëren voor het maken van afwegingen tussen die waarden en het leren van incidenten en fouten.

2.3 Dominante inrichting

Het valt de Raad op dat de huidige verantwoordingspraktijk in de zorg en het sociaal domein relatief eenvormig is ingericht. Daarin lijken vijf terugkerende beginselen voor verschillende verantwoordingsrelaties te gelden, ongeacht de specifieke functies die centraal staan.

Wie? Verantwoording 'van buiten naar binnen'

Ten eerste leggen externe partijen vaak verantwoording verplicht op aan zorgverleners. Bovendien bepalen zij meestal eenzijdig hoe dat vormgegeven moet worden. Een voorbeeld is de inrichting van verantwoording over kwaliteit aan zowel de IGJ, branchegenoten, zorgverzekeraars, patiënten en cliënten. Dit gebeurt in de curatieve en langdurige zorg voor een belangrijk deel langs dezelfde, verplichte systematiek van de Transparantiekalender (zie kader), weliswaar gelegitimeerd door de deelname aan het opstellen van deze kalender van koepelorganisaties.² De IGJ vraagt daarnaast apart kwaliteitsindicatoren op voor het kwaliteitstoezicht, zoals de Basisset Medisch Specialistische Zorg. Ook in het sociaal domein bepalen gemeenten vaak eigenstandig hoe en in welke

² Hoewel (wetenschappelijke) beroepsverenigingen betrokken zijn bij de ontwikkeling ervan, hebben individuele zorgverleners hier weinig invloed op.

vorm zij van gecontracteerde zorgverleners verantwoording vragen.

Op financieel gebied ligt de inrichting van verantwoording (controles op ingediende declaraties) grotendeels zelfs wettelijk vast, als controleplicht voor verzekeraars en zorgkantoren, en als rechtmatigheidseisen waaraan gemeenten zelf moeten voldoen. Andere voorbeelden zijn de verplichte deelname aan het gebruik van Patient Reported Outcome Measures (PROMs) en Patient Reported Experience Measures (PREMs), en het verplicht aanleveren van Routine Outcome Measurement (ROM)-gegevens in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Het betreft hier vragenlijsten die op een gestructureerde wijze meten hoe patiënten de kwaliteit van zorg ervaren, uitgedrukt in maat en getal.

Uit de praktijk

Transparantiekalender

Een goed voorbeeld van de hier beschreven elementen van de huidige verantwoordingspraktijk en het streven naar transparantie is de verantwoording over kwaliteit in de zorg via Zorginstituut Nederland (ZIN). Dit instituut voert de regie over de totstandkoming van kwaliteitsnormen in de zorg en de meetinstrumenten om deze afspraken te kunnen toetsen. Deze normen komen tot stand op basis van landelijke afspraken tussen vertegenwoordigers van patiënten, cliënten, zorgverleners en betalers.

Onder de vlag van de Transparantiekalender worden deze gegevens jaarlijks verplichtend uitgevraagd. Ze worden door het Zorginstituut openbaar ontsloten (www.zorginzicht.nl) en doorgestuurd aan zorgverzekeraars en zorgkantoren (voor zorginkoop), inspectie (toezicht), beroepsverenigingen (benchmarkinformatie) en patiëntenverenigingen (keuze- en beslisinformatie). Deze opzet is heel duidelijk gebaseerd op openbaarheid en meervoudig gebruik van deze kwantitatieve gegevens om tot een oordeel te komen.

Deze werkwijze vraagt van zorgverleners dat ze procesinformatie aanleveren op een groot aantal gedetailleerde indicatoren. Het ophalen van deze informatie kost veel tijd en vertaalt zich in allerlei (soms dagelijkse) registraties op de werkvloer. Het aanleveren gebeurt op afstand, via digitale portals, waarin weinig tot geen mogelijkheid is tot uitleg of duiding. Zorgorganisaties ontvangen nauwelijks feedback op aangeleverde

informatie. Voor hen is het dan ook vaak niet duidelijk waar en door wie het allemaal wordt bekeken en hoe het wordt gebruikt. In het kader van actieplan (Ont)regel de zorg is het aantal indicatoren inmiddels wel teruggebracht, en wordt meer naar uitkomsten gekeken in plaats van naar processen.

Waarover? Versmalling van waarden

Ten tweede merkt de Raad op dat verantwoording een smalle focus heeft. Allereerst ten aanzien van het totaal aan waarden waarnaar wordt gekeken. Zo ligt in de huidige verantwoordingspraktijk de nadruk vooral op de geleverde kwaliteit volgens een gestandaardiseerde omschrijving en op de gemaakte kosten. Het gaat primair over rechtmatigheid en resultaten; er is maar beperkt aandacht voor andere belangrijke waarden als persoonsgerichtheid, zinnigheid en pluriformiteit. Ten tweede krijgen deze waarden een heel specifieke invulling door vooral te kijken naar het niet overschrijden van specifieke normen. Verantwoording over kwaliteit staat vooral in het teken van de patiëntveiligheid en het niet maken van fouten. En op het gebied van kosten gaat het met name om het voorkomen van onrechtmatigheden, bewust (fraude) of onbewust (fouten).³

Waar? Op afstand

Een derde kenmerk van de huidige inrichting van verantwoording is de grote afstand tussen actor en fora. Communicatie vindt voornamelijk plaats via bureaucratische systemen en digitale portals, gestuurd via strakke procedures en met juridische consequenties als daarvan wordt afgeweken. Daardoor is de afstand groot tot hetgeen waarover verantwoording afgelegd wordt, namelijk: de zorg en ondersteuning op de werkvloer en in de wijk. De Raad ziet dat de afstand en bureaucratische omgangsvormen vervreemding en wantrouwen tussen beide partijen in de hand werkt. Ook worden relaties steeds meer geformaliseerd (Meurs 2014). Neem de inkoop van kraamzorg. Gingen vroeger relatiemanagers van zorgverzekeraars nog langs bij zorgverleners om afspraken te maken, nu gaat de inkoop en verantwoording meestal volledig via email (RVS 2017a).

³ Er wordt ook wel verantwoording afgelegd over andere aspecten van het werk van zorgverleners (zie bijv. Oude Vrielink et al. 2009). Bijvoorbeeld over hun beleid of het voldoen aan normen voor goed bestuur.

Verdieping

Vertegenwoordigers op afstand

Bij het maken van beleid worden patiënten, cliënten, zorgverleners en betalers vaak vertegenwoordigd door koepelorganisaties en wetenschappelijke verenigingen. Deze organisaties die op afstand werken van de praktijk zorgen ook zelf voor verantwoordingsvragen aan zorgverleners, patiënten en cliënten. Deze vertegenwoordigers werken evengoed vaak op basis van de hier beschreven dominante eenvormige inrichting van verantwoording. Zo blijkt uit de schrapessies gehouden in het kader van (Ont)regel de zorg dat de kwaliteitsregistraties vanuit beroepsgroepen tot administratieve lastendruk leiden (De Argumentenfabriek 2018). Ook de eerder genoemde Transparantiekalender wordt gevuld op basis van afspraken tussen de koepelorganisaties van patiënten, cliënten, zorgverleners en betalers.

Wanneer? Na afloop terugkijken

Ten vierde ligt binnen de huidige inrichting van verantwoording de nadruk op de vraag of prestaties in het verleden voldoen aan de geldende normen. Er is nog relatief weinig aandacht voor de toekomst, zoals het nemen van verbetermaatregelen en leren (WRR 2004, p. 191; Meurs 2014). Dit hangt samen met de rol die verantwoordingsinformatie speelt voor andere taken van fora, bijvoorbeeld voor zorginkoop en bekostiging. Deze taken vragen om duidelijk kwantificeerbare gegevens op basis waarvan zij kunnen checken of aan afspraken is voldaan en op basis waarvan kan worden afgerekend. Zo liet de Raad al eerder zien dat zorgverzekeraars de zorginkoop en contractering voor een groot deel koppelen aan in het verleden behaalde prestaties van zorgverleners (RVS 2017b).

Hoe? Meten, vergelijken, beoordelen en openbaar maken

Als vijfde valt op dat verantwoording bij voorkeur plaats vindt op basis van gedetailleerde, cijfermatige informatie over geleverde prestaties. Op het gebied van geleverde kwaliteit domineren 'objectieve' indicatoren die de praktijk moeten vatten op een manier die makkelijk te interpreteren en te vergelijken is, als het even kan SMART geformuleerd (Bal 2008; Noordegraaf et al. 2014).

Het gebruik van dit type informatie staat niet alleen centraal bij het afleggen van verantwoording aan publieke toezichthouders. Het vormt ook de basis voor bijvoorbeeld de keurmerken die patiëntenorganisaties uitreiken aan 'goede' zorgverleners.⁴

4 Zoals het *Groene vinkje voor goede darmkankerzorg* van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties en het *Hart- en Vaatkeurmerk* dat wordt uitgereikt door de Hart & Vaatgroep.

Ook in de onderlinge kwaliteitsborging tussen professionals en binnen branches wordt er primair gebruik van gemaakt, met name in de curatieve zorg en de ggz (zie Van Os & Delespaul 2018). Hiervoor bestaan bijvoorbeeld 'eigen' kwaliteitsregistraties zoals van het Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA; 20% van de totale uitvragen bij ziekenhuizen, KPMG Plexus 2016), Zorg voor Uitkomst van de Santeon ziekenhuizen en initiatieven als Meetbaar Beter voor de hartzorg.⁵ Het ophalen van informatie om te vergelijken (benchmarken) ziet de Raad ook terug bij de behandelindex fysiotherapie.

Hierbij wordt openheid gelijkgesteld met transparantie en volledige openbaarheid (Meurs 2017). Alles wat zichtbaar gemaakt kan worden, moet dat ook zijn; liefst in de vorm van een getal (Frissen 2018). Een voorbeeld van dit onderliggende idee zit besloten in het 'Besluit openbaarmaking toezicht- en uitvoeringsgegevens Gezondheidswet en Jeugdwet'. Dit besluit creëert een wettelijke grondslag én een verplichting tot het actief openbaar maken van toezichtgegevens en sanctiebesluiten door (onder andere) de IGJ. Die mogelijkheid tot openbaarmaking was er al op grond van de Wet openbaarheid van bestuur (Wob), maar dan wel na belangenafweging. Die belangenafweging vindt onder de nieuwe regelgeving niet plaats. Er wordt nu een verplichting opgelegd bepaalde informatie openbaar te maken, ook zonder dat daarom wordt gevraagd (Meurs 2019a).

2.4 Wat heeft de huidige verantwoordingspraktijk gebracht?

Het is lastig te bepalen wat de huidige verantwoordingspraktijk precies heeft opgeleverd, zeker in termen van kosten en baten. Sommige vormen van verantwoording kunnen bijdragen aan de functie van het zorgen voor beleidsinformatie, en tegelijkertijd juist weer afbreuk doen aan de functie van leren en verbeteren. Deze paragraaf laat enige positieve en negatieve effecten zien. Daarnaast wordt duidelijk welke effecten leiden tot steeds grotere onvrede en wantrouwen bij patiënten, cliënten, mantelzorgers, zorgprofessionals en bestuurders.

Positieve effecten

De huidige verantwoordingspraktijk heeft zeker positieve effecten, maar daar zijn ook kanttekeningen bij te plaatsen.

Patiëntveiligheid

De huidige verantwoordingspraktijk heeft geleid tot een betere patiëntveiligheid, met name binnen ziekenhuizen. Zo is de potentieel vermijdbare zorgschade tussen 2008 en 2012 teruggebracht door het programma

5 <http://www.meetbaarbeter.com/>

Veiligheidsmanagementsysteem (VMS)⁶, ondanks de steeds complexer wordende patiëntenpopulatie (De Blok et al. 2013). Ook in de langdurige zorg heeft verantwoording bepaalde veiligheidsaspecten verbeterd en heeft waarschijnlijk enige positieve invloed gehad op de cliëntenervaring (Winters-Van der Meer et al. 2013 en Zuidgeest et al. 2013).

Uit de praktijk

Ingrijpen IGJ verhoogt veiligheid hartchirurgie

De casus hartchirurgie in het Radboudumc is een voorbeeld van hoe het optreden van de IGJ de patiëntveiligheid verbeterd heeft binnen ziekenhuizen. Op basis van een uitgelekte email bleek in 2005 dat het ziekenhuis een relatief hoge mortaliteit bij hartoperaties kende. Uit onderzoek van de IGJ bleek dat dit vooral lag aan het slecht functionerend zorgproces (Onderzoeksraad voor Veiligheid 2008). Het ziekenhuis moest de hartoperaties bij volwassenen meteen staken. Pas nadat het zorgproces weer op orde was mochten de artsen weer opereren. Zij wisten vervolgens de zorg te verbeteren en de kans op sterfte ver onder de Europese normen te brengen.

Onrechtmatigheid en fraude voorkomen

Ook zijn er meer onrechtmatige declaraties aan het licht gekomen en rechtgezet door de uitgebreide gegevensgerichte financiële controles. Er bleken interpretatieverschillen te zijn over de declaratieregels, wat tot aanscherping ervan heeft geleid. Daarnaast komen zorgverzekeraars door middel van verantwoording ook bewuste fraude op het spoor (in 2017 bijvoorbeeld €27 miljoen; ZN 2018).

Toegankelijke informatie en voorkomen ongewenste praktijkvariatie

Toegankelijke benchmarkinformatie heeft eraan bijgedragen dat niet te rechtvaardigen verschillen tussen zorgverleners (praktijkvariatie) in beeld kwamen, deels zijn teruggebracht en dat hierover een gesprek plaats heeft gevonden. Ook hebben de overheid en veldpartijen de laatste jaren geïnvesteerd in toegankelijke informatie voor patiënten, cliënten en mantelzorgers. Informatie die helpt om een passende zorgverlener te kiezen en om samen met de zorgprofessional beslissingen te nemen.

⁶ Een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) vormt het systeem waarmee ziekenhuizen continu risico's signaleren, verbeteringen doorvoeren en beleid vastleggen, evalueren en aanpassen (zie www.vmszorg.nl).

Bij deze opbrengst zijn wel enige kanttekeningen te plaatsen. In hoeverre wordt deze informatie ook daadwerkelijk door patiënten en cliënten gebruikt en is er wel iets te kiezen? En hoe verhouden de opbrengsten van het fraudeonderzoek zich tot de gemaakte kosten en mogelijk verlies aan publiek vertrouwen?

Nadelige effecten

Tegenover deze specifieke positieve effecten van de huidige verantwoording-spraktijk, is naar het oordeel van de Raad ook sprake van negatieve effecten. Deze negatieve effecten dreigen de positieve effecten te ondermijnen, waardoor verantwoording per saldo niet bijdraagt aan betere zorg en ondersteuning.

Explosie van informatie-eisen

Allereerst de explosie van informatie-eisen die ontstaan is door het complexe verantwoordingsweb. Hierdoor zijn zorgverleners steeds meer tijd kwijt met registreren, ook tijdens patiënt- en cliëntcontacten, terwijl zij er zelf vaak het nut niet van inzien. De beweging (Ont)regel de zorg noemt bijvoorbeeld dat registraties tot wel 40% van de tijd van zorgverleners in beslag nemen. Tijd die ten koste gaat van goede zorg en ondersteuning voor patiënten en cliënten, en de arbeidsmarktproblemen groter maakt (zie kader).

Uit de praktijk

Hartenkreet patiënt

“Soms zit ik langer te wachten tot mijn arts de administratie over ons gesprek heeft bijgewerkt, dan dat het gesprek zelf heeft geduurd”. Deze hartenkreet van een patiënt is een voorbeeld van veel vergelijkbare geluiden die de RVS ophaalde onder ruim 17.000 patiënten, cliënten, mantelzorgers, vrijwilligers, zorgprofessionals, bestuurders en gemeenten in het kader van de Zorgagenda (RVS 2018).

Vertrouwen neemt af

Verantwoording draagt onvoldoende bij aan vertrouwen in de zorg en ondersteuning. Sterker nog, in de huidige vorm staat het vertrouwen juist in de weg. Dat geldt niet alleen voor het onderlinge vertrouwen tussen zorgverleners en andere partijen in de zorg, maar ook meer in algemene zin voor het publieke vertrouwen in de zorg en het sociaal domein als geheel. Dit hangt samen met de huidige trend dat we ons blindstaren op ‘transparantie’ zonder oog te hebben voor de mogelijk negatieve effecten. De publicatie van de ‘zwarte lijst’ van verpleeghuizen is daar een voorbeeld van. Hoewel bedoeld om zorgverleners tot verbetering

aan te zetten en te laten zien dat alle instellingen werkten aan verbetertrajecten, verlamde het de betrokken huizen, frustreerde het de professionals en ontstond het maatschappelijk beeld van een sector die onder de maat presteerde, waarbij goede zorg voor kwetsbare mensen in het geding was.

Bange professionals

Afnemend vertrouwen wordt ook veroorzaakt door het gebruik van dezelfde informatie voor meerdere doeleinden. Vaak onaangekondigd en zonder overleg. Zo wordt informatie voor intern leren (bijvoorbeeld pijnscores of ROM in de ggz) later ook gebruikt door andere partijen om toezicht te houden of zorg in te kopen. Deze dynamiek maakt professionals terughoudend als het gaat om het delen van informatie; ze weten immers nooit of iemand hen er later op zal afrekenen en of de informatie dan wel op waarde wordt geschat. Op die manier veroorzaakt verantwoording bange professionals, en dat is niet wat je als samenleving wilt bereiken. Zo was er kritiek van psychiaters op de plannen van Menzis om op basis van de ROM-gegevens af te rekenen, mede omdat zij vreesden dat de zorgverzekeraar deze informatie niet zou kunnen doorgronden en verkeerd zou gebruiken.

Minder werkplezier

Door bovengenoemde lasten neemt het werkplezier van zorgprofessionals af. Terwijl werkplezier een belangrijke waarde is: zorgprofessionals willen betekenisvol zijn voor mensen met gezondheidsproblemen. De huidige manier van verantwoorden kan zo zelfs uiteindelijk ten koste van de kwaliteit van zorg gaan (zie kader). Het is een signaal dat de huidige verantwoordingspraktijk te veel ontzield is geraakt. Daardoor wordt het beroep van zorgprofessional minder aantrekkelijk, juist nu zorgorganisaties voor de grote uitdaging staan om medewerkers te behouden en aan te trekken.

Verdieping

Accreditatie-paradox

Accreditatiesystemen hebben tot doel om kwaliteit en veiligheid binnen een instelling te verbeteren. Ze worden binnen de instelling gebruikt om de organisatie en processen op orde te krijgen, en extern voor verantwoording aan zorgverzekeraars, IGJ en patiëntenorganisaties. De vraag is echter of de veronderstelling wel klopt dat accreditatiesystemen tot meer kwaliteit en veiligheid leiden. In zijn blog ter inspiratie voor dit advies stelt Jim van Os op basis van ervaringen in Denemarken dat accreditatiesystemen niet zichtbaar de kwaliteit bevorderen, en zelfs schadelijk

kunnen zijn voor het sociaal kapitaal (Van Os 2019). Sociaal kapitaal wordt volgens hem bepaald door groepscohesie, vertrouwen en sociale controle. Doordat sociaal kapitaal een belangrijke voorwaarde is voor betekenisvol werken en goede uitkomsten in de zorg, kunnen accreditaties zelfs de kwaliteit ondermijnen. Hij noemt dit de accreditatie-paradox.

Strategisch en pervers gedrag

De nadruk op het naleven van normen en regels heeft nog een negatief effect: ongewenst strategisch gedrag. Zorgorganisaties en zorgverleners kunnen zich gaan gedragen naar de letter van de wet in plaats van wat een bepaalde situatie vraagt (Stoopendaal & Bouwman 2018). Dat laatste is juist waar goede zorg om draait, maar daarop worden zorgverleners niet bevraagd. Ook kunnen specifieke informatievereisten tot pervers gedrag leiden en bestaat het gevaar van window dressing, waarbij zorgverleners de cijfers mooier voorstellen dan ze in werkelijkheid zijn (zie kader hieronder).

Uit de praktijk

Window-dressing, strategisch en pervers gedrag

Job Kievit (2017, p. 6) citeert een bestuurder in zijn afscheidsrede als hoogleraar aan de Universiteit Leiden: "Hoe eerlijker je rapporteert, des te meer ellende je ziet. Als je de lijstjes voor bijvoorbeeld bloedtransfusies bekijkt dan zie je dat andere ziekenhuizen maar 1 of 2% scoren [...] dat kan gewoon niet."

Een ander voorbeeld is te vinden in het bericht dat steeds meer dokters in Nederland zware pijnstillers voorschrijven. Dat heeft onwenselijke gevolgen: patiënten raken eraan verslaafd en kunnen er zelfs aan overlijden. Een van de redenen voor dit voorschrijfgedrag wordt gezocht in de huidige inrichting van verantwoording. Artsen voelen de angst van consequenties op een negatieve pijnscore, dat onderdeel is van het toezicht van de IGJ en als benchmarkinformatie wordt gebruikt binnen de ziekenhuisbranche (Stoffelen en Efting 2018; Muntz en Woutersen 2019). Overmatig voorschrijven van pijnstillers is het gevolg.

Ook waar zwangerschapspercentages gebruikt worden bij beoordeling van de kwaliteit van ivf-behandelingen bestaat dit risico op onwenselijke overbehandeling. Te rigide gebruik stimuleert artsen vooral jonge vrouwen te behandelen met een goede kans op zwangerschap, en relatief oudere vrouwen met een lagere maar acceptabele kans onnodig uit te sluiten.

Eenvormige processen

Ten slotte draagt de eenvormige inrichting van verantwoorden bij aan eenvormige processen op de werkvloer. Dat gaat ten koste van kwaliteit en pluriformiteit van zorg en ondersteuning. Zorgverleners worden gestimuleerd zo goed mogelijk te voldoen aan de gestelde norm, in plaats van daarvan af te wijken omdat het in het belang is van de patiënt en cliënt (Meurs 2015). Er is sprake van een dictatuur van de middelmaat, waarbij het accent ligt op het afrekenen op basis van gemiddelde scores waaraan iedereen moet voldoen. “De aandacht gaat vooral uit naar de negatieve afwijkingen, terwijl positieve afwijkingen minder in het oog springen. Nieuwe initiatieven en innoverende experimenten komen daardoor moeilijk van de grond.” (WRR 2004, p. 11) Bij het in kaart brengen van praktijkvariatie bestaat bijvoorbeeld het gevaar dat het gemiddelde tot norm wordt verheven in plaats van dat zorgverleners leren van variatie.

2.5 Tot slot

Verantwoording is nu voornamelijk ‘van buiten naar binnen’ opgelegd door verantwoordingsfora die ook de, eenvormige, inrichting bepalen. De betekenis die verantwoording voor patiënten, cliënten en zorgprofessionals kan hebben komt veel minder tot zijn recht. Ook is er weinig ruimte om daarvan te leren, ontwikkelen en verbeteren. De zo gecreëerde schijnwerkelijkheid belemmert het zicht op de veelzijdigheid van kwaliteit; en op minder makkelijk meetbare aspecten van het werk van zorgverleners; en op aspecten die zij zelf nuttig vinden bij de verbetering van de kwaliteit. Onder de streep constateert de Raad meer negatieve dan positieve effecten, waardoor verantwoording op dit moment niet leidt tot betere zorg en ondersteuning.

Ondanks deze stevige conclusie stelt de Raad vast dat er brede consensus is over het principe dat jezelf verantwoorden belangrijk en noodzakelijk is en integraal deel uitmaakt van de professionele beroepsuitoefening. Evenmin wordt het belang betwist van het afleggen van verantwoording over de besteding van (publieke) middelen. Waar het om gaat is dat het meerwaarde van verantwoorden, namelijk een verbetering van de zorg, teniet wordt gedaan door de overdaad aan verantwoordingseisen die lang niet altijd niet zinvol zijn en die de variëteit van de zorgpraktijk onvoldoende recht doen.

3 Analyse

Het vorige hoofdstuk laat zien hoe enorm complex de huidige verantwoordingspraktijk is en dat het ons op dit moment meer kost dan ons lief is. De onvrede daarover neemt alleen maar toe. Waarom houden we er dan toch aan vast? Dit hoofdstuk analyseert de mechanismen die daaraan ten grondslag liggen en waarom deze genegeerd worden. Maar om te begrijpen waarom de huidige inrichting zo knelt en toch blijft bestaan, gaat de Raad eerst nog wat dieper in op de groeiende complexiteit van de zorgpraktijk.

3.1 Groeiende complexiteit zorgpraktijk

Complexe zorgrelatie

De zorg en het sociaal domein kenmerken zich door een groeiende complexiteit (Braithwaite et al. 2017; Boutellier 2011). Dat komt ten eerste naar voren in de behoeften en vragen waarmee zorgverleners worden geconfronteerd (De Bruijne 2018). De Raad constateerde al eerder dat mensen steeds vaker te maken hebben met meervoudige behoeften, sterk afhankelijk van iemands persoonlijke situatie en aan verandering onderhevig in de tijd (RVS 2017d). Dat vraagt om een persoonlijke aanpak die lang niet altijd vooraf is te bepalen. Patiënten, cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals wikken en wegen steeds meer in samenspraak welke aanpak op dat moment passend is. Precies dát maakt goede zorg en ondersteuning moeilijk vooraf te bepalen en op afstand in beeld te brengen (Kremer 2018).

Daarop inhakend: wat verstaan we eigenlijk onder ‘goede zorg en ondersteuning’? Dat blijkt niet zo eenduidig te zijn als veel partijen verlangen. Natuurlijk zijn er algemeen geldende normen aan te verbinden, maar goede zorg en ondersteuning hangt vooral af van de behoeften en wensen van de patiënt of cliënt, is bovendien contextafhankelijk en dynamisch. Daarnaast heeft kwaliteit ook een moreel aspect (Koksma & Kremer 2019). Om erachter te komen of goede zorg of ondersteuning is geleverd, is oog nodig voor de specifieke context, persoonlijke ervaringen en gemaakte afwegingen van de betrokkenen. Daarbij zijn de perspectieven en waarden van verschillende betrokkenen belangrijk en dat is niet goed in een kwantitatieve regel of indicator te vatten (zie ook RVS 2017c). Iets vergelijkbaars geldt voor de waarde van rechtmatigheid. Het betekent dat er een groeiende kloof bestaat tussen de praktijk (incl. gewenste afwegingen en afwijkingen) en de declaratiesystemen waarbinnen die praktijk dient te worden ‘gevangen’ om rechtmatig te kunnen zijn.

Complex speelveld

Het belang van context en complexiteit komt ten tweede ook naar voren in de organisatie van de gezondheidszorg en van het sociaal domein. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het complexe verantwoordingsweb waarmee zorgverleners te maken hebben en de verschillende omgevingen waarin ze opereren (zie hoofdstuk 2). Maar zij zijn ook onderling steeds meer formeel en informeel verbonden in ketens, netwerken, digitale platforms en regionale overleggen (RVS 2017d). Bovendien zijn sectoren als zorg en ondersteuning sterk afhankelijk van politieke en maatschappelijke ontwikkelingen. Verkiezingen kunnen leiden tot een nieuwe regering met nieuwe plannen. Maatschappelijke aandacht kan leiden tot onverwachte beleidswijzigingen die effect hebben op het werk zorgverleners. Ook technologische ontwikkelingen hebben grote en niet goed te voorspellen invloed op hoe zorg wordt geleverd. Binnen dit complexe speelveld is het niet makkelijk te voorspellen hoe een beleidswijziging, nieuw plan of 'systeemprinkel' uitpakt.

Uit de praktijk

Slechtste van beide werelden

De keukentafelgesprekken zijn een voorbeeld van een beleidswijziging met een onverwachte uitkomst. Het idee was dat wanneer professionals achter de voordeur zouden komen, zij beter kunnen inspelen op de specifieke vraag en behoeften van burgers. Toch blijken de zorgverleners die keukentafelgesprekken voeren zich vooral te baseren op het vergelijken van verschillende situaties op basis van een aantal eenduidige indicatoren. Met als gevaar "dat we met de beste bedoelingen het slechtste van beide werelden overhouden: een té grote inbreuk op het privédomein tot achter de voordeur en een verdere oneigenlijke objectivering en instrumentalisering van levensgebieden" (Meurs 2018).

Deze complexiteit en onvoorspelbaarheid vraagt van zorgverleners om op een creatieve manier de ruimte te pakken binnen de professionele kaders. Daarnaast vraagt het grenzenwerk (RVS 2018): buiten de eigen rol stappen en verbinding zoeken met anderen als dat voor een patiënt of cliënt behulpzaam is. Ten slotte vraagt het ook voldoende adaptief vermogen om in staat te zijn om van ervaringen, zowel successen als fouten, te leren. Wat voor de effecten van beleidsmaatregelen geldt, geldt ook voor de effecten van handelingen van zorgprofessionals: door de complexe context zijn ze niet goed te voorspellen. Voor beleidsmakers betekent complexiteit dat zij niet vooraf kunnen bepalen wat de beste oplossing is, maar ruimte moeten bieden voor experimenteren; op basis hiervan moeten

kijken wat werkt en wat niet; daar waar nodig beleid bijstellen; en zo oplossingen als het ware uit de praktijk laten opkomen (zie ook het kader hieronder).



Figuur 2 Het Cynefin raamwerk

Verdieping

Cynefin raamwerk

Het Cynefin raamwerk (Snowden en Boone 2007) is een conceptueel kader om bestuurders te helpen om te gaan met complexiteit. In het raamwerk wordt onderscheid gemaakt op basis van de aard van de relatie tussen oorzaak en gevolg. Het idee is dat in verschillende contexten een andere aanpak nodig is om problemen op te lossen en verbeteringen te realiseren. Complexe vraagstukken vragen volgens Snowden en Boone om een heel andere aanpak dan simpele of gecompliceerde vraagstukken.

3.2 Onderliggende mechanismen

Nu de groeiende complexiteit en onvoorspelbaarheid van de zorgpraktijk duidelijk is geworden, dringt zich de vraag op waarom we vasthouden aan een manier van verantwoorden die uitgaat van een simpele, of hooguit gecompliceerde, zorgpraktijk. Inzicht in de onderliggende mechanismen helpt om die vraag te beantwoorden.

Zoektocht naar zekerheid

Ondanks deze groeiend complexe praktijk past de huidige inrichting van verantwoording volgens de Raad in een bredere zoektocht naar zekerheid (Simpkin en Schwartzstein 2018). Er is een blijvende wens om wat er in de praktijk gebeurt meetbaar te maken en langs een eenduidige meetlat te kunnen beoordelen. Het zijn pogingen om de bij complexiteit horende onzekerheid te onderdrukken, en zo onzekerheid en risico's als het ware 'weg te managen' (Stoopendaal & Bouwman 2018). Dit leidt ook tot een gulzigheid naar data.

Deze zoektocht naar zekerheid speelt zich zowel af binnen de professionele (werk)wereld als in de (systeem)wereld van beleidsmakers en bestuurders. Bij zorgprofessionals is dat te herkennen als de zoektocht naar *evidence-based practice*. In de wereld van beleidsmakers en bestuurders past deze zoektocht bij het New Public Management-denken van de afgelopen tijd. Maar het uit zich ook in een bredere maatschappelijke tendens waarbij risico's steeds minder worden geaccepteerd (Power 2000) en wordt mede gedreven door technologische ontwikkelingen die transparantie mogelijk maken en grote hoeveelheden informatie behapbaar maken. Deze tendens vertaalt zich in een politieke dynamiek waarbij incidenten lastig worden geaccepteerd en al leiden snel tot het maken van nieuwe regels en procedures. Dat ziet de Raad op nationaal niveau, maar ook op gemeentelijk niveau in het sociaal domein. Wethouders en gemeenteraden hebben een grote behoefte om zekerheid te borgen, calamiteiten te voorkomen en om resultaten te boeken, zeker nu de decentralisatie van langdurige zorg en ondersteuning nog in volle gang is.

Verdieping

Het verhaal achter de cijfers

Het uitgebreide gebruik van kwantitatieve data (cijfers) past goed bij de zoektocht naar zekerheid (NSOB 2018). Ze stralen immers objectiviteit en eenduidigheid uit. Cijfers springen in het oog en kunnen snel met elkaar worden vergeleken. De waarde die aan cijfers wordt toegekend blijkt

alleen al uit het weinig bevroegde idee dat een (prestatie-)indicator altijd een getal moet zijn.

Tegelijkertijd wijzen anderen erop dat cijfers niet zo eenduidig of objectief zijn als ze op het eerste gezicht lijken (NSOB 2018; Blauw 2018). Een cijfer vertelt immers nooit het hele verhaal, en komt altijd tot stand in een proces van versmallen en reductie. Dat geldt zeker voor de complexe zorgpraktijk. Er blijkt bijvoorbeeld nogal wat af te dingen op de manier waarop sterftcijfers in ziekenhuizen tot stand komen,⁷ of op de betrouwbaarheid van het invulproces van kwaliteitsindicatoren (Kringos et al 2012). Ook vraagt elk cijfer interpretatie en duiding om het in een bepaalde context op waarde te kunnen schatten.

Gemiddelden kunnen de (genuanceerde) werkelijkheid geweld aan doen. Een gemiddelde termijn van twintig jaar dat een getransplanteerde nier blijft 'zitten' is gebaseerd op gevallen waarbij de nieren direct op de operatietafel afgestoten zijn alsook op gevallen waarbij de nieren langer dan twintig jaar blijven zitten. In dat geval heeft een patiënt niet veel aan een gemiddelde.

Afstand tussen beleid en praktijk

Naast deze maatschappelijke, culturele en wetenschappelijke drivers van de zoektocht naar zekerheid wordt vasthouden aan verantwoordingsvormen die uitgaan van een simpele, of hooguit gecompliceerde, zorgpraktijk. Dit wordt verder versterkt door ontwikkelingen in de organisatie van zorg en ondersteuning van de afgelopen jaren. Ten eerste is de overheid steeds verder op afstand komen te staan van het primaire proces (Tjeenk Willink 2018; RVS 2016; Meurs 2014). De gedachte van deze 'boedelscheiding' tussen beleid en uitvoering was dat dit ruimte zou scheppen voor professionals om een eigen invulling te geven aan de kaders die beleid en politiek samen opstellen (WRR 2004). Het tegendeel blijkt echter het geval (Ten Bos 2015). En eigenlijk is dat ook niet zo gek. Immers, ministers worden als systeemverantwoordelijke aangesproken op het bewerkstelligen van goede zorg en ondersteuning. Deze verantwoordelijkheid voor het systeem blijkt een rekbaar begrip dat in de praktijk niet makkelijk te begrenzen is (RVS 2016). Deze ideeën over organisatie en sturing passen misschien bij eenvoudige vraagstukken, maar niet bij de complexe zorgpraktijk. De blijvende wens tot controle leidt tot meer verantwoordingsbehoeften, met meer bureaucratie (Kuiken 2018). Omdat deze bureaucratie niet aansluit op de werkelijkheid leidt dit mechanisme paradoxaal genoeg tot alleen maar meer complexiteit.

⁷ <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/doodsoorzaak-vaak-fout-ingevuld-hoe-kan-het-beter.htm>

Gevestigde belangen

De Raad denkt dat ook gevestigde belangen de huidige verantwoordingspraktijk in stand houden. Zo stelt Kraaijeveld dat 'regelaars' er veel aan gelegen is de status quo te handhaven: hun baan of existentie hangt ervan af (Kraaijeveld 2018). Het kan hier gaan om financiële belangen, maar ook om de wens om macht en invloed te houden. Ook zorgverleners hebben belang bij een goede relatie met toezichthouders en financiers (Wadmann et al. 2019). Want waarom zouden ze niet transparant willen zijn? Hebben ze misschien iets te verbergen?

Verantwoordingvragers dragen niet de lasten

In dit verband houdt ook de onevenredige verdeling van de opbrengsten en lasten de huidige inrichting van verantwoorden in stand (zie ook hoofdstuk 2). Degenen die verantwoording vragen zijn nu veelal niet degenen die de lasten ervaren. Daarbij komt dat het vaak niet duidelijk is wie de eigenaar is van een bepaalde verantwoordingsvraag en registraties hun eigen leven gaan leiden door effecten als cumulatie en replicatie (zie Meurs 2014 en onderstaand kader).

Verdieping

Cumulatie

Binnen verschillende verantwoordingsrelaties wordt om begrijpelijke redenen informatie opgevraagd volgens bepaalde regels. Elk van die regels kan op zich logisch en rationeel zijn. Tel je ze bij elkaar op, dan wordt de uitvoering ervan erg ingewikkeld. Zo worden de Elektronische Patiëntendossiers (EPD) die zorgverleners bijhouden zowel gebruikt voor financiële en juridische verantwoording als voor kwaliteitsverantwoording. Dat leidt tot ingewikkelde of zelfs 'topzware' ICT-systemen die veel tijd en energie vragen, of zelfs tot dubbele systemen voor hetzelfde doel, zonder dat de oude verdwijnen.

Een ander voorbeeld zijn de verplichte pijnregistraties in de medisch-specialistische zorg. Die hebben in het begin geleid tot groeiend bewustzijn en meer aandacht voor het voorkómen van pijn. Die verbetering is inmiddels afgerond. Toch blijven de registraties als verplicht onderdeel van het toezicht door de IGJ bestaan. Of neem de vijfminutenregistraties in de wijkzorg. Die zijn officieel al meerdere malen afgeschaft, maar bleven in de praktijk hardnekkig bestaan. Hoewel de overheid ze niet meer nodig heeft, werden ze tot voor kort nog gebruikt bij de zorginkoop en als 'prikklok' door zorgorganisaties zelf. Het heeft ertoe geleid dat

het ministerie van VWS een regel die ze zelf heeft ingevoerd nauwelijks meer gestopt krijgt. Dat is nu gelukt, al is daarvoor een nieuwe verplichte registratie van zorgplannen voor in de plaats gekomen.

Replicatie

Een ander effect waarom een overheid op afstand tot hoge verantwoordingslasten leidt is het principe van replicatie. De verantwoording die zorgverleners afleggen komt voor een deel voort uit de verantwoordings-eisen waarmee for a zelf te maken hebben (zie ook RVS 2016). Als de minister van VWS zich vaker moet verantwoorden aan de Tweede Kamer over incidenten (die zelf ook weer voor het maatschappelijk oog van de media wordt bevraagd), zal hij ook moeten weten hoe het er in de sector aan toe gaat. Dat perkt dan de vrijheid van publieke toezichthouders in om de verantwoordelijkheid voor het leerproces na incidenten over te laten aan zorgverleners.

Ook intern spelen replicatieprocessen. Als bestuurders extern om verantwoording wordt gevraagd, zullen zij de informatie intern moeten ophalen. En als de externe vraag toeneemt, leidt dat al snel tot uitdijende interne afdelingen kwaliteit en compliance of externe inhuur. Huidige interne verantwoording aan raden van toezicht en cliëntenraden laten ook qua werkwijze grote overeenkomsten zien met wat in hoofdstuk 2 is beschreven. Gesprekken verlopen bijvoorbeeld vaak nog erg formeel. Interne toezichthouders zien hun rol vooral op afstand. Ze toetsen met name of interne systemen kunnen voldoen aan externe eisen en nog veel minder op of die systemen bijdragen aan een betere zorg op de werkvloer.

3.3 Huidige beleidsinzet: goede initiatieven, maar er is meer nodig

Het kabinet is met een actieplan gekomen om onnodige bureaucratie in de zorg aan te pakken. De Raad ziet daarbij inzet langs drie lijnen. Ten eerste pogingen om de hoeveelheid aan te leveren informatie te **verminderen**. Zoals de inzet om het aantal uitgevraagde kwaliteitsindicatoren in het kader van de Transparantiekalender omlaag te brengen, de vele schrapessies onder de vlag van het programma (Ont)regel de Zorg en de belofte van de IGJ om zo weinig mogelijk of zelfs helemaal geen eigen informatie meer uit te vragen (IGJ 2018). Op zich goede initiatieven, maar dit laat onverlet dat op een later moment toch weer nieuwe informatie kan worden gevraagd, of nieuwe regels worden ingesteld.

Ten tweede zijn er pogingen om de aangeleverde kwantitatieve informatie te **verbeteren**, met de bedoeling dat deze een beter beeld geeft van de praktijk. Een goed voorbeeld hiervan is de ontwikkeling van uitkomstindicatoren in de medisch-specialistische zorg (ZIN 2018). In de recente hoofdlijnenakkoorden is het streven vastgelegd om in 2022 voor de helft van de totale ziektelast uitkomst informatie beschikbaar te hebben. Maar ook betere indicatoren zullen de complexe praktijk van zorg en ondersteuning onvoldoende kunnen vangen. En ook betere indicatoren leiden niet tot een beter gesprek en leerproces.

Ten derde zijn er pogingen om het aanleveren van informatie te **versimpelen**. Dat gebeurt bijvoorbeeld door de gebruikte informatie eenmalig ('aan de bron') te registreren. Andere voorbeelden ziet de Raad terug in de inzet om deze processen verder te automatiseren. Daartoe heeft onder andere de Commissie Transparantie en Tijdigheid (2017) recent in de ziekenhuiszorg aanbevelingen gedaan. In het sociaal domein bijvoorbeeld zijn gemeenten en instellingen verplicht gebruik te maken van dezelfde standaarden voor het verwerken van gegevens en het afsluiten van contracten (programma i-sociaal domein). Daar zijn wel enige kanttekeningen bij te maken. Met deze initiatieven en het geautomatiseerd ophalen van verantwoordingsinformatie worden de administratieve lasten weliswaar verminderd, maar het gevaar van functievermenging en ophalen van weinig betekenisvolle informatie wordt alleen maar groter. Daar komt bij dat achter de registratie aan de bron de veronderstelling schuilgaat dat duidelijk is wat we willen weten en dat dit eenmalig kan worden bepaald. Dat is maar in beperkte mate het geval. Bovendien bestaat het risico dat er erg veel aan de bron wordt geregistreerd, onder het motto 'je weet maar nooit'. En dat gaat niet alleen ten koste van de kwaliteit van deze informatie. Evengoed adresseert deze inzet niet de blijvende roep om meer inzicht en controle, het is zelfs niet ondenkbaar dat deze daardoor juist wordt versterkt.

Binnen het actieplan wordt ook gewezen op de ruimte die er al is om te experimenteren met nieuwe werkwijzen binnen verschillende wetten, en de mogelijkheid voor zorgverleners en zorgverzekeraars om zich bij VWS te melden wanneer zij tegen belemmeringen aanlopen. Een aantal voorbeelden van anders verantwoorden – die we beschrijven in het volgend hoofdstuk – worden ondersteund onder de vlag van (Ont)regel de zorg.

3.4 Tot slot

Dit hoofdstuk laat zien dat de huidige verantwoordingspraktijk geen recht doet aan de complexe zorgpraktijk. De eerste draait om gestandaardiseerde eisen waarbij getallen over output leidend zijn. Bij de tweede is het professioneel werk veelzijdig en veelkleurig, waarbij het afwegen van verschillende (conflicterende) waarden aan de orde van de dag is. Die praktijk is niet te vangen in cijfers.

Door deze mismatch verdwijnt de menselijke maat uit het oog en ervaren zorgprofessionals, patiënten en cliënten elke dag een groeiend gevoel van onbehagen en wantrouwen. Desondanks houden de zoektocht naar zekerheid, de afstand tot de praktijk en gevestigde belangen het systeem in stand. De huidige beleidsinzet biedt vooral verlichting van lasten op de korte termijn, maar pakt de onderliggende aannames onvoldoende aan. Daarmee worden de onvrede met de huidige manier van verantwoorden en het onderlinge wantrouwen niet opgelost.

Kort en goed, het moet volgens de Raad dus fundamenteel anders. Daarover gaat het volgende hoofdstuk van dit advies.

4 Omslag in denken en doen

Na de probleemanalyse van hoofdstuk 3 behandelt dit hoofdstuk de oplossingsrichting. De Raad komt met een nieuw perspectief dat enerzijds recht doet aan de complexe zorgpraktijk en anderzijds aan de waarde van verantwoorden voor zorgverleners, patiënten, cliënten en publieke partijen. Een manier van verantwoording die bijdraagt aan betere zorg en meer vertrouwen. Daartoe is een omslag in denken en doen nodig.

4.1 Verantwoording als middel voor een betere zorg

De verantwoordingspraktijk die de Raad voor ogen heeft, is gericht op verbetering van de zorg. Daarbij staat wederkerigheid centraal, net als leren en verbeteren. Daardoor zal het onderling vertrouwen in de zorg toenemen. Om dat te bereiken moet de inrichting van verantwoording fundamenteel anders.

Nieuw vertrekpunt

Een herontwerp van de huidige verantwoordingspraktijk is nodig om recht te doen aan de complexe zorgpraktijk, en niet te vervallen in oude manieren van werken. De Raad kiest daarbij voor een nieuw vertrekpunt: niet degene die verantwoording *vraagt* bepaalt vorm, inhoud en structuur van gewenste informatie, maar degene die verantwoording *aflegt*. Het behoort immers tot de kern van het professioneel handelen van zorgverleners om te laten zien wat zij doen en laten, omdat zij goede zorg willen verlenen en vanwege hun maatschappelijke verantwoordelijkheid.

Wederkerige relatie

Ook in relationele *zin* is een omslag nodig. Alleen maar vertellen dat je het goede doet, of dat je je best doet, is niet genoeg. Voorwaarde is een toetsbare opstelling van degene die verantwoording aflegt: anderen mogen er wat van vinden, ontevreden zijn met de antwoorden en nieuwe vragen stellen. Een verzekeraar, de IGJ, een gemeente of een patiëntenorganisatie kan – en moet soms ook – aanvullende informatie kunnen vragen en daar moet ook ruimte voor zijn. Maar ook andersom moet het mogelijk zijn om kritische vragen te stellen: zorgverleners mogen anderen bevragen, waarom wil je dit weten, welk doel wil je bereiken. In praktische zin betekent dit dat er een gesprek tussen betrokkenen tot stand moet kunnen komen waarin interpretatieverschillen verkend worden en gezocht wordt naar een gezamenlijke duiding van verstrekte gegevens. Hiermee is niet gezegd dat indicatoren of andere vormen van geaggregeerde informatie

overbodig zijn. Waar het om gaat is dat deze vorm van informatie niet meer en niet minder is dan een indicatie, een basis voor een inhoudelijk gesprek.

Positieve effecten van anders verantwoorden

Deze andere manier van verantwoorden stelt zorgverleners in staat om op basis van feedback voortdurend te leren, ontwikkelen en verbeteren; een belangrijk punt gezien de groeiende complexiteit van de zorg. Daarnaast draagt het bij aan gezamenlijke besluitvorming door patiënt/cliënt en zorgverlener, en kunnen de pluriforme wensen en behoeften van patiënten, cliënten en mantelzorgers een grotere rol spelen. Ook komt er ruimte voor het nastreven van meerdere waarden die mensen in de zorg belangrijk vinden, en kunnen betere afwegingen gemaakt worden tussen conflicterende waarden. Bovendien zullen zorgverleners de argumenten voor hun keuzes expliciet moeten maken. Ten slotte levert een nuttige verantwoordingspraktijk meer vertrouwen, zingeving en werkplezier op.

4.2 Leidraad voor een andere verantwoordingspraktijk

Vijf grondbeginselen zouden volgens de RVS leidend moeten zijn voor een nuttige verantwoordingspraktijk. De Raad heeft deze gebaseerd op vele gesprekken met betrokkenen en literatuuronderzoek, maar is nadrukkelijk ook geïnspireerd door, een nog beperkt aantal, initiatieven waarbij anders verantwoorden nu al in de praktijk gebracht wordt.

1. Wie? Initiatief primair bij zorgorganisaties en zorgprofessionals

Verantwoording afleggen is onderdeel van de professionele verantwoordelijkheid van zorgverleners. Daar hoort dus ook primair het initiatief te liggen om dit vorm te geven. Er zijn al zorgverleners die laten zien hoe zij werk maken van de ervaringen en feedback van patiënten, cliënten, mantelzorgers, medewerkers en andere betrokkenen (zie kader). Maar er zijn ook nog veel zorgverleners die hier te weinig mee bezig zijn.

De Raad pleit hier dus nadrukkelijk *niet* voor een terugkeer naar de tijd waarin zorgprofessionals zich niets hoefden aan te trekken van de mening van anderen en hun werk in hun eentje konden doen, losgezongen van hun context (Berwick 2016). Die tijd is voorbij, als hij al heeft bestaan. In de huidige praktijk zijn verbanden met anderen, zoals de patiënt en cliënt, samenwerkende zorgorganisaties en betalers, hard nodig. Wij pleiten professionals allerminst vrij van verantwoording. Het gaat ons niet om minder aandacht of tijd voor verantwoording. Wel betekent ons perspectief dat er geen tijd meer wordt gestoken in nutteloze of contraproductieve vormen van verantwoording. Dit begint bij de keuze die

professionals hebben om iets niet meer te doen, en aan te geven waarom zij dit niet meer doen. Wat overigens niet makkelijk is. In de drukte van de dag is het verleidelijk om maar gewoon aan de verantwoordingsvraag te voldoen, ook al ziet de zorgverlener het nut er eigenlijk niet van in.

Uit de praktijk

Anders verantwoord op eigen initiatief

In oktober 2018 hebben de gezamenlijke branche- en beroepsorganisaties in de medisch-specialistische zorg, samen met Patiëntenfederatie Nederland, een nieuwe visie op patiëntveiligheid gepresenteerd, getiteld *Tijd voor verbinding* (FMS et al. 2018). Niet het protocolleren en registreren staan centraal, maar het faciliteren van een gesprek tussen professionals onderling, zodat zij van elkaar kunnen leren; en tussen patiënt of cliënt en professional, zodat zorg blijft aansluiten op hun situatie. De nadruk ligt niet op wat fout gaat, maar op het vergroten van de veerkracht als iets niet loopt zoals verwacht. Dit is volgens de Raad een mooi voorbeeld van eigen initiatief uit de praktijk om verantwoording zelf vorm te geven.

De JP van den Bent stichting is een voorbeeld van een individuele zorgorganisatie die hier actief mee aan de slag is. Deze stichting baseert de externe verantwoording op de eigen interne verantwoording aan cliënten en medewerkers in een cyclisch leerproces. Daarbij maakt de organisatie gebruik van meerdere informatiebronnen, zoals cliënten- en verwan-tenonderzoek, tevredenheidsonderzoek onder medewerkers, interne en externe visitaties en klachten.

Al komt het initiatief vanuit de praktijk, er blijft een rol voor externe toezicht-houders. Het vraagt wel dat verplichte externe verantwoording beter op de eigen invulling van verantwoordelijkheid aansluit, en dat er ruimte is om hierop in te spelen. Zo nu en dan is het goed dat de IGJ de 'thermometer' in een organisatie steekt. Het gaat dan minder om toezien dat regels worden nageleefd, maar meer om hoe afwegingen gemaakt zijn; of en hoe men reflecteert, leert en verbetert; of patiënten, cliënten en mantelzorgers betrokken worden; of er samengewerkt wordt en of er voldoende *checks and balances* zijn. Als stimulans om dit verder te verbeteren, maar ook als stok achter de deur (vreemde ogen dwingen) om er daadwerkelijk mee aan de slag te gaan. Dit biedt een kans voor zorgverleners om te laten zien hoe goed ze het doen en het biedt aanknopingspunten om verder te leren en verbeteren. Maar mocht blijken dat een zorgverlener geen

verantwoordelijkheid neemt, dan kunnen toezichthouders aanvullende vragen stellen en indien nodig ingrijpen.

Uit de praktijk

Andere opstelling toezichthouders

Samen anders kijken naar regeldruk in dialoog met patiënten, cliënten, zorgverleners en andere betrokkenen. Dat beoogt de IGJ met het rapport Toezicht in dialoog (IGJ 2018). Daarin doet de IGJ een aantal beloftes, onder andere dat de inspectie zorgverleners niet afrekent op uitkomsten of indicatoren, maar daarover in gesprek gaat; geen richtlijnen of andere eisen vaststelt; en zeker geen verplichtingen om te registreren.

De minister heeft in het kader van het actieplan (Ont)regel de zorg de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een aanwijzing gegeven om experimen-ten met anders verantwoord te faciliteren. De NZa heeft aangegeven dat er maximaal twintig zorgverleners, met oog op de beheersbaarheid en uitvoerbaarheid, kunnen experimenteren. Een van de instellingen die meedoet is de JP van den Bent stichting.⁸

2. Waarover? Gedeelde principes en verantwoorde opstelling

Het afleggen van verantwoording moet gaan over de kern van het werk van zorgverleners: het leveren van goede zorg. Dus niet zonder meer naleven van algemeen geldende normen, maar toelichten van lastige afwegingen die zij in concrete situaties maken. En onderbouwen waarom zij soms afwijken van een geldende (kwaliteits)norm. Daarbij dienen steeds twee kernvragen te worden beantwoord:

- > Ten eerste: op welke wijze vindt de afweging plaats tussen kwaliteit, betaalbaarheid, toegankelijkheid daar waar pluriformiteit leidend is?
- > Ten tweede: op welke wijze wordt er ruimte ingebouwd om te reflecteren, leren en verbeteren?

Zorgverleners nemen meerdere maatschappelijke waarden mee in hun afweging. Zij verantwoorden zich dus niet alleen over professionele kwaliteit, maar ook bijvoorbeeld over de bereikbaarheid en betaalbaarheid van zorg en ondersteuning.

Juist omdat variëteit in praktijken de norm is, is het van belang in gesprek te blijven over de gemaakte afwegingen. Dat gesprek vindt plaats met peers, met patiënten en cliënten en op een hoger aggregatieniveau met externe stakeholders. Bij beide vragen gaat het dan niet alleen om de gebleken prestaties in het verleden, maar ook om het vertrouwen in de intenties, zoals de bereidheid tot een open opstelling, en competenties zoals vaardigheden om in gesprek te gaan, te luisteren en de opbrengst te vertalen naar het eigen werk. Belangrijk is daarbij hoe deze in de organisatie en cultuur zijn ingebed.

Volgens de Raad moet wel gewaakt worden voor het gevaar dat open normen alsnog eenzijdig van 'buiten naar binnen' ingevuld worden, wat nu juist niet de bedoeling is (zie ook het onderstaande kader). Er is een voortdurende neiging - overigens ook bij bestuurders en zorgprofessionals zelf - om toch weer te vervallen in afvinklijsten, cijfers en benchmarks. Dit is een reëel risico omdat zorgverleners (financieel) afhankelijk zijn van externe fora als inkopers en toezichthouders. Ook tussen zorgverleners onderling bestaat afhankelijkheid en spelen machtsrelaties, zowel tussen verschillende beroepen (denk aan de relatie tussen de medisch specialist en een verpleegkundige), als binnen beroepsgroepen ('de hoogleraar die de richtlijn bepaalt'). Ook hier bestaat dus het gevaar van het elkaar opleggen van normen. Een cultuur van wederkerigheid en gelijkwaardigheid binnen en tussen beroepsgroepen vraagt om permanente bewaking.

Uit de praktijk

Verantwoording op basis van principes

De vernieuwde kwaliteitskaders in de gehandicaptenzorg en verpleeghuiszorg hebben een nieuwe inhoudelijke focus. Kwaliteit is hierin niet gedefinieerd in termen van inhoudelijke procesmaten, maar op het niveau van interne aandacht voor leren en verbeteren (Meurs 2019b). Ook in de verschillende beroepscode en in de principes van de Zorgbrede Governancecode liggen volgens de Raad bruikbare aanknopingspunten om de inhoudelijke focus van verantwoording te verleggen van inhoudelijke normen naar principes.

Ook in dit voorbeeld bestaat het gevaar dat open normen door één van de partijen alsnog eenzijdig ingevuld worden. Zo geven zorgverleners in de ouderenzorg aan dat zorgkantoren de zogenoemde items in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg als eenzijdige checklist gebruiken, zonder dat dialoog mogelijk is.

Een kwaliteitskader op basis van principes alleen is dus niet voldoende, het gaat ook om een gelijkwaardig gesprek tussen de partijen over hoe deze principes het beste in concrete situaties ingevuld kunnen worden.

3. Waar? Ingebed in de praktijk, op verschillende niveaus

Het afleggen van verantwoording moet ingebed in de praktijk tot stand komen. Nu staan partijen op te grote afstand van elkaar. Aangeleverde informatie wordt ver van de plaats beoordeeld, waar zorgprofessional en patiënten, cliënten elkaar ontmoeten en signalen vanuit de praktijk worden lang niet altijd voldoende bij verantwoording betrokken (Moes et al. 2018). Een betere inbedding in de praktijk kan tot stand komen als zorgverleners relevante partijen op passende momenten uitnodigen om hen van feedback te voorzien of om mee te denken.

Het afleggen van verantwoording dicht bij de praktijk dient plaats te vinden op verschillende niveaus (zie figuur). Ten eerste vraagt dit om voortdurende **zelfreflectie van professionals**. Ten tweede vraagt het op het niveau van de zorgrelatie een **dialoog met de patiënt, cliënt en/of mantelzorger**. Ten derde vraagt het een dialoog op het niveau van de organisatie, bijvoorbeeld tussen bestuurders en zorgprofessionals, en tussen afdelingen onderling. Ten vierde vraagt het om een **dialoog met externe partijen** die actief meedenken.



Figuur 3: Verantwoording als dialoog op verschillende niveaus

Dialogoog is spannend

De dialogoog kan op elk van deze niveaus spannend zijn. Van professionals wordt gevraagd dat zij kritisch naar zichzelf kijken. Het vermogen om kritisch te zijn over je eigen handelen en om constructieve kritiek te ontvangen en te geven, krijgt in opleiding en nascholing nog onvoldoende aandacht. De vraag is ook of het zorgprofessionals lukt om echt te luisteren naar de stem van patiënten en cliënten en deze voldoende serieus te nemen. En het is de vraag of patiënten en cliënten in een kwetsbare positie hun kritiek wel durven te uiten. Ook tussen zorgprofessionals en management of bestuur kan het gesprek lastig zijn, want hoe open en kwetsbaar durven zorgprofessionals zich op te stellen tegenover mensen die hen beoordelen?

Een goede dialogoog vraagt van bestuurders en managers terughoudendheid op de inhoud. Zij moeten ruimte geven en faciliteren dat zorgprofessionals samen met patiënten of cliënten kunnen besluiten over wat goede en gepaste zorg is in de context. Extern moeten betalende dezelfde terughoudendheid in acht kunnen nemen en ook inspecteurs moeten wellicht over een drempel heen om open en constructief mee te denken met zorgprofessionals op wie zij toezicht moet houden. Deze verantwoordingspraktijk vraagt naast nabijheid om rolvastheid in omgangsvormen vanuit ieders eigen verantwoordelijkheid.

Dit samenspel kan worden omschreven met het idee van 'ingebedde autonomie' (Evans 1995). Toezichhouders en betalende staan in goede verbinding met de praktijk, maar wel vanuit hun eigen rol, met oog voor eigen beperkingen en met respect voor ieders eigen verantwoordelijkheden. Externe partijen moeten de praktijk opzoeken, maar zij moeten niet op de stoel van zorgverleners gaan zitten. En zorgverleners houden hun eigen verantwoordelijkheden, ook als patiënten en cliënten een andere mening hebben. Het helpt als hier vooraf duidelijke afspraken over worden gemaakt en als de juiste verwachtingen worden gewekt.

Uit de praktijk

Verantwoording ingebed in de praktijk, op verschillende niveaus

Een voorbeeld van het organiseren van verantwoording ingebed in de praktijk is te vinden in de aanpak 'Dit vind ik ervan!', die onder andere Cordaan, Philadelphia en Siza in de langdurige zorg gebruiken. Daarin gaan professionals samen met cliënten op zoek naar wat zij belangrijk vinden in hun zorgverlening, en hoe professionals daarop in kunnen spelen.

Een voorbeeld van het organiseren van verantwoording met externe betrokkenen is de bijdrage van inspecteurs van de IGJ aan een landelijke leerbijeenkomst van verschillende professionals die werken op intensive care (IC) afdelingen, mede georganiseerd door het Zorginstituut en landelijke kwaliteitsraad van het Zorginstituut. Verschillende regionale IC-netwerken bespraken met elkaar hoe zij de zorg verbeteren en wisselden perspectieven uit om van elkaar te leren. Aanvankelijk was de IGJ huiverig om aan deze bijeenkomst deel te nemen: staat het niet te ver af van onze rol als onafhankelijk toezichthouder? Maar uiteindelijk hebben zij daarmee een positieve bijdrage kunnen leveren aan het leerproces.

Een ander voorbeeld is de bijdrage van zorgverzekeraar VGZ aan het werk van Rivas Zorggroep. In het kader van een meerjarencontract maken beide organisaties onderling vooraf afspraken over verbeterdoelen en de onderlinge samenwerking in die periode. Zo bouwt Rivas Zorggroep feedback van een belangrijke stakeholder in bij afwegingen om de zorg doelmatiger te leveren.

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

Binnen de verantwoording moet de focus meer op de toekomst komen te liggen en hoe het beter kan, in plaats van op het verleden en wie schuld heeft. Aandacht voor de 'voorkant' is van belang: afspraken maken over focus en vorm van verantwoording, en over hoe men omgaat met incidenten en tegenvallers.

Complexiteit vraagt daarnaast om een natuurlijkere inbedding van verantwoording in een iteratief leerproces. Daarbij gaat het om samen doen, reflecteren en de plannen bijstellen. De uitkomst is onvoorspelbaar en wordt mede bepaald door de interactie en vertrouwensrelatie tussen betrokkenen. Niet de specifieke doelstellingen zijn het vertrekpunt, maar gedeelde waarden. "Gedeelde waarden stimuleren het samen leren, terwijl specifieke doelen creativiteit en pluriformiteit frustreren." (Kremer en Koksma 2017, p.20).

Uit de praktijk

Vooruitkijken en leren

De borstkankerzorg in de zeven Santeon ziekenhuizen is een voorbeeld van het verbinden van verantwoording met een iteratief leerproces. Om betere uitkomsten te realiseren voor patiënten zijn er binnen de ziekenhuizen verbeter teams opgezet waaraan patiënten deelnemen. Deze teams zoeken

op basis van verschillende informatiebronnen naar mogelijkheden voor verbeteringen. Na doorvoeren van verbeteringen worden na zes maanden weer data verzameld en opnieuw gekeken naar mogelijke verbetering. Een voorbeeld van aandacht voor de voorkant van het verantwoordingsproces ziet de Raad in de initiatieven onder de vlag van 'horizontaal toezicht' in de medisch-specialistische zorg. Ziekenhuizen maken vooraf afspraken met een representant van de verzekeraars over de interne inrichting om correct te kunnen registreren en declareren. Het proces kan het inzicht versterken in elkaars uitdagingen en verantwoordelijkheden, en de focus verschuiven van de vele controles naar het zoeken naar verbeteringen. De Raad is echter wel kritisch op het instapmodel en de nadruk op de vele toetsbare normen. Alleen wanneer aan deze normen voldaan wordt is een zorgorganisatie gereed voor horizontaal toezicht is de gedachte. Op deze manier wordt verantwoording toch weer van buiten naar binnen ingericht, met een sterke nadruk op standaardisatie en optimalisatie van processen. Het gevaar bestaat dat zo onzinnige externe verantwoording wordt vervangen door onzinnige interne verantwoording.

Nog een voorbeeld. De gemeente Utrecht betreft zorgverleners bij het formuleren van de doelen of 'publieke waarden' waarover de gemeente verantwoording vraagt. Het helpt een gezamenlijk en gedragen beeld te vormen van de beoogde doelstellingen. Zo wordt verantwoording automatisch betekenisvol voor alle partijen (Chaghrouani 2019).

5. Hoe? Gesprek op basis van verschillende informatiebronnen

Het afleggen van verantwoording vindt plaats op basis van meerdere informatiebronnen en inbreng vanuit meerdere actoren. Dit zijn ervaringen van zorgverleners, patiënten, cliënten en mantelzorgers zelf, en de inbreng van externe betrokkenen zoals de IGJ, maar ook verzekeraars en andere zorgverleners. Hun inbreng kan de vorm van cijfers én verhalen krijgen, maar het gaat vooral om de duiding die verschillende betrokkenen daaraan geven. Net zoals andere informatiebronnen zijn ook deze bronnen niet neutraal (Koksma & Kremer 2019; Wallenburg et al 2018). Daarbij wijst de Raad nadrukkelijk op het belang van het betrekken van de stem van individuele zorgprofessionals, maar vooral van individuele patiënten, cliënten en mantelzorgers. Die stemmen worden nu onvoldoende gehoord bij het afleggen van verantwoording en daar is een gerichte investering voor nodig. Patiënten en cliënten vinden het niet altijd makkelijk hun ervaringen te delen, onder andere omdat zij zich in een kwetsbare en afhankelijke positie bevinden. Goede informatie is van belang, maar nog veel belangrijker is hoe met die

informatie wordt omgegaan. Informatie moet niet gebruikt worden om reductivistisch af te rekenen. Betekenisvolle feedback is belangrijk en streven naar volledige transparantie is niet zinvol (Frissen 2018). Het is effectiever om op basis van onvolledige informatie een open gesprek aan te gaan, dan te blijven zoeken naar de ideale dataset. De huidige nadruk op transparantie en volledige openbaarheid staat dit nu vaak in de weg. Het vraagt juist dat informatie soms ook in beslotenheid en vertrouwen kan worden gedeeld (Bokhorst en Van Erp 2018).

Uit de praktijk

Rijker verantwoord

Een voorbeeld van het gebruiken van een ander type informatie is de methode 'Beelden van Kwaliteit' die Esdégé-Reigersdaal onder andere gebruikt. Hierbij worden zorgverleners getraind om de dagelijkse gang van zaken op een afdeling te observeren. Hun verhaal (verslag) wordt intern gebruikt om te zoeken naar verbetering. Ook vormt het de basis voor een dialoog met stakeholders zoals de cliëntenraad, raad van toezicht, verzekeraars en gemeenteraadsleden over de geleverde kwaliteit en verbeterpunten. Hoewel de methode intensief en relatief kostbaar is, levert het nuttige informatie op over de kwaliteit van zorg.

Zorginstelling De Hoven werkt net als steeds meer instellingen met vormen van moreel beraad. In vertrouwelijke dialoog zoeken collega's naar wat in specifieke situaties goede zorg is.

In het landelijk project Leefplezierplan voor de zorg werken verpleeghuizen aan verantwoording van kwaliteit op basis van verhalen waarbij de wensen van ouderen centraal staan. Overbodige medische richtlijnen gaan aan de kant en het leefplezier voor bewoners staat voorop. Op microniveau vervangen de zorgprofessionals standaardrapportages door betekenisvolle ervaringen. De Leyden Academy on Vitality and Ageing ontwikkelt een model om deze verhalen beleidsrelevant te maken op macroniveau zonder te vervallen in normatieve rapportages.

In het experiment Zinnvolle Registratie (ZIRE) registreren Radboudumc, Rijnstate en UMCG in 2018 en 2019 slechts een beperkte set aan kwaliteitsindicatoren. Het gaat om die indicatoren die nuttig zijn voor interne kwaliteitsverbetering. De keuze daarover wordt in samenwerking met professionals en patiënten gemaakt (Zegers, Welker en Gerritsen 2016). Het experiment wordt ondersteund door de IGJ.

4.3 Verantwoording en vertrouwen

De vijf gepresenteerde grondbeginselen waar de Raad voor pleit, zullen bijdragen aan het versterken van de vertrouwensrelatie tussen degenen die informatie geven en degenen die informatie vragen. Een vertrouwensrelatie komt tot stand als er geleverd wordt wat beloofd is. Maar dat is niet genoeg: een vertrouwensrelatie is ook gebaseerd op vertrouwen in de competenties, kennis en ervaring van de ander. Tenslotte, en dat is vaak het belangrijkste: vertrouwen in goede intenties moet de relatie schragen. Hebben we het beste met elkaar voor. Kan de professional er bijvoorbeeld op vertrouwen dat de toezichthouders zorgvuldig met de geleverde informatie omgaan. Dat zij de informatie alleen gebruiken voor het doel waarvoor de informatie geleverd is.

Vertrouwensvorming vraagt kortom om verantwoording die niet alleen gebaseerd is op geleverde prestaties, maar ook op respect en erkenning van competenties en kennis van de ander en op de goede intenties vooraf. Vertrouwen is naast een uitkomst ook voorwaarde van een vertrouwensrelatie. Vertrouwen moet als het ware eerst gezaaid worden om het te kunnen oogsten.

Vertrouwen is niet alleen een relationeel begrip (*trust*) maar ook een institutioneel begrip (*confidence*). We willen kunnen vertrouwen op het toezicht, op de overheid, op het professioneel onderwijs. Deze instituties moeten betrouwbaar zijn in de ogen van burgers. Betrouwbaarheid heeft alles te maken met voorspelbaarheid, consistentie van beleid en – als zo nodig – een deugdelijke onderbouwing van beleidswijzigingen. De vijf grondbeginselen die de Raad voorstelt dienen bij te dragen aan institutioneel vertrouwen: toezichthouders, zorgverleners, overheden en betalers doen wat is afgesproken en blijven consistent. Juist het onvoorspelbare, het introduceren van nieuwe spelregels, het zeggen maar anders doen zijn fnuikend voor institutioneel vertrouwen, alle verantwoordingsinformatie ten spijt.

Verdieping

Omslag in relatie tot de functies van verantwoording

In hoofdstuk 2 hebben we gesteld dat verantwoording verschillende functies heeft. Wat betekent de omslag in denken en doen voor deze functies?

Ten eerste dat er verschuiving in het belang van functies plaatsvindt. Functies, als het komen tot beleidsinformatie en het controleren of regels en normen worden nageleefd, die nu dominant zijn, worden meer bescheiden ingevuld. Deze zorgen immers voor veel negatieve effecten.

Terwijl functies als rekenschap afleggen en leren en verbeteren met de omslag juist versterkt worden. En dat is met oog op de veelzijdigheid en complexiteit van de zorgpraktijk ook nodig.

Ten tweede dat verschillende functies van verantwoording op zich relevant blijven, maar deze wel op een andere manier ingevuld worden. Neem bijvoorbeeld de functie om te komen tot keuze- en beslisinformatie voor patiënten en cliënten. De omslag die de Raad nodig acht, gaat ervanuit dat de patiënt minder kiest tussen verschillende zorgverleners op afstand en op basis van cijfers, en meer samen met zorgverlener ontdekt wat in een specifieke situatie de beste zorg is op basis van verschillende informatiebronnen.

Ten derde verwacht de Raad dat door verantwoording als een wederkerige en gelijkwaardige relatie in te richten ongewenste functies minder de ruimte krijgen, zoals het verstevigen van de eigen positie ten koste van de positie van een ander of verantwoording als middel om je in te dekken.

4.4 Tot slot

Dit hoofdstuk bepleit een herinrichting van de huidige verantwoordingspraktijk die leidt tot een betere zorg en meer vertrouwen. Duidelijk is voor de Raad dat anders verantwoorden niet bovenop de huidige manier van verantwoording moet komen, maar in plaats daarvan. Anders blijven zorgverleners tijd en energie steken in verantwoording die niet leidt tot betere zorg, en worden de (administratieve) lasten alleen maar groter. De tijd die professionals kwijt zijn aan verantwoording moet redelijk blijven, zodat zorgverleners vooral hun tijd, energie en middelen kunnen steken in het leveren van goede zorg en ondersteuning. Evengoed mag deze omslag er ook niet toe leiden dat patiënten en cliënten overspoeld worden met informatie-uitvragen door zorgverleners.

Het anders verantwoorden vraagt een omslag in denken en doen, zowel bij zorgverleners als bij degenen die verantwoording aan hen vragen. De Raad beseft tegelijkertijd dat algemene controles en toezicht nodig blijven op basis van gegevens die alle zorgverleners moeten aanleveren. Hoe dat in de praktijk vorm kan krijgen, daarover gaat het volgende hoofdstuk.

5 Aanbevelingen

5.1 Inleiding

Dit advies laat zien dat zorgverleners leveranciers zijn geworden van, in hun ogen niet altijd zinvolle, verantwoordingsinformatie ten behoeve van derden die op grote afstand van de complexe zorgpraktijk staan. De Raad vindt dat verantwoording ten dienste moet staan van betere zorg voor de patiënt en cliënt, en uit moet gaan van onderling vertrouwen. Dat betekent een herontwerp van de verantwoordingspraktijk en een omslag in denken en doen voor alle partijen.

Dit hoofdstuk beschrijft aan de hand van vier veranderlijnen hoe de betrokken partijen deze omslag kunnen maken. Allereerst doet de Raad aanbevelingen voor zorgverleners, vervolgens voor toezichthouders en inkopers, en daarna voor alle partijen samen. Ten slotte doet de Raad aanbevelingen voor een andere houding van betrokkenen: toetsbaar, bescheiden en proportioneel.

5.2 Veranderlijn 1: Primaire verantwoordelijkheid bij zorgverleners

De sleutel tot een andere verantwoordingspraktijk ligt volgens de Raad voor een belangrijk deel bij zorgprofessionals en bestuurders van zorgorganisaties zelf. Het afleggen van verantwoording behoort zoals gezegd tot de kern van hun professionaliteit en maatschappelijke verantwoordelijkheid, en draagt bij aan de gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt/cliënt en professional.

De Raad doet de volgende aanbevelingen:

> **Zorgverleners nemen het initiatief voor andere vormen van verantwoording.**

Zorgprofessionals en bestuurders zoeken naar passende manieren om zich verantwoord en toetsbaar op te stellen, waarbij zij leren van eigen en andermans inzichten én de zorg verbeteren. Zij maken gebruik van rijke methodieken, met oog voor de verschillende waarden – niet alleen professionele kwaliteit, maar ook bijvoorbeeld betaalbaarheid, bejegening en bereikbaarheid – en de afwegingen die ze maken tussen die waarden. Hierbij kan gedacht worden aan teamreflectie, visitatie, het in beeld brengen van patiënt- en cliëntervaringen, spiegelinformatie, medezeggenschap en lerende netwerken. Bestuurders investeren in een gelijkwaardige cultuur van leren en verbeteren en in vaardigheden van zorgprofessionals om kritisch op elkaar te reflecteren, elkaar onderling aan te spreken en te corrigeren als dat nodig is. Lerende netwerken bieden ook voor kleine zorgorganisaties en zzp'ers mogelijkheden om verantwoording in te richten en samen te leren. Daarbij is

het belangrijk patiënten en cliënten te betrekken, maar ook andere relevante professionals en organisaties, en waar nodig inkopers en toezichthouders. Patiëntenorganisaties en zorgverleners kunnen individuele patiënten, cliënten en mantelzorgers ondersteunen en leren om hun stem op een effectieve manier in te brengen.

- > **Interne toezichthouders vullen hun werk anders in.** Zij hebben een positie om bestuurders scherp te houden op hoe die dialoog over waarden en leer- en verbeterprocessen zijn ingericht. Het lukt hen te vaak niet om los te komen van de gangbare werkwijze. Ook zij toetsen bestuurders vaak nog aan de hand van extern opgelegde normen. De Raad beveelt daarom aan dat ook interne toezichthouders bestuurders actiever gaan bevragen op hun eigen inrichting van verantwoording, en daarbij ook zelf vanuit hun rol zo veel mogelijk de praktijk gaan opzoeken. Toezichthouden op basis van alleen een dashboard is onvoldoende.

5.3 Veranderlijn 2: Externe verantwoording sluit aan op de context van de praktijk

Toezichthouders en inkopers zoeken actiever verbinding en investeren in de relatie met zorgverleners. Zij opereren nu nog te vaak op grote afstand van het primaire proces en hebben daardoor te weinig voeling met het werk van zorgverleners en inzicht in de waarden die zij en hun patiënten of cliënten belangrijk vinden. Zij moeten daarbij wel rolvast blijven.

De Raad doet de volgende aanbevelingen:

- > **Toezichthouders breiden thematisch toezicht uit.** Het is belangrijk dat toezichthouders zich niet altijd op alles richten, maar de focus voortdurend afwisselen. Dit kan door het thematisch toezicht verder uit te breiden. Zo heeft de IGJ in 2018 bijvoorbeeld thematisch toezicht gehouden op infectiepreventie en antibioticabeleid. De Raad beveelt daarnaast aan om in het toezicht meer gebruik te maken van 'leerindicatoren', de aanwezigheid van voldoende interne checks and balances, en de ervaringen van patiënten, cliënten en medewerkers (De Lint 2019).
- > **De IGJ en NZa gaan werken met professionele brigades.** Om beter zicht te krijgen op de complexe zorgpraktijk, beveelt de Raad de IGJ en de NZa aan om gebruik te maken van een flexibele schil van professionele brigades uit de praktijk, die naast hun eigen werk op gezette tijden meegaan op inspectiebezoeken. Deze professionele brigades kunnen vervolgens kennis van de huidige praktijk overdragen aan toezichthouders.

- > **Het Zorginstituut, de NZa en de IGJ spelen een rol bij ingewikkelde afwegingen tussen publieke belangen.** Zij ondersteunen en faciliteren zorgverleners, patiënten en cliënten bij het omgaan met waardenconflicten. Deze ervaringen gebruiken zij ook om zelf te leren en hun eigen toezichts- en kwaliteitskaders beter te laten aansluiten bij de zorgpraktijk.
- > **Zorginkopers passen hun inkoopbeleid aan.** Inkopers wordt aanbevolen om uit te gaan van meerjarige partnerschappen met zorgorganisaties, waarbij er ruimte is voor meerdere manieren om 'goede zorg' in te vullen; leren en verbeteren gefaciliteerd wordt; en er sprake is van dialoog. De Raad heeft al in een eerder advies een pleidooi gehouden voor andere zorginkoop in dienst van de zorgrelatie tussen professional en patiënt of cliënt (RVS 2017b).

5.4 Veranderlijn 3: Samen komen tot gedeelde principes

Zorgverleners, inkopers en patiënten-/cliëntenorganisaties komen gezamenlijk tot gedeelde principes op basis waarvan anders verantwoord worden ingericht kan worden.

De Raad doet de volgende aanbevelingen:

- > **Zorgverleners, inkopers en patiënten- en cliëntenorganisaties baseren de doorontwikkeling van kwaliteitskaders op basis van gedeelde principes en een verantwoorde opstelling.** Kwaliteitskaders en kwaliteitsstandaarden vormen de basis voor 'goed' professioneel handelen en voor externe verantwoordingsvragen. De Raad beveelt aan om bij de doorontwikkeling van deze documenten kwaliteit te beschrijven op basis van gedeelde principes voor goede zorg en een verantwoorde opstelling. Een mooi voorbeeld is het kwaliteitskader van de gehandicaptensector. Hierbij gaat het ten eerste om het inzichtelijk maken en organiseren van leren en verbeteren binnen zorgorganisaties. Zijn de juiste partijen en perspectieven betrokken? Is de juiste informatie voorhanden? Vindt er inhoudelijk gesprek plaats over deze informatie, niet alleen aan de bestuursafdeling, maar ook op de werkvloer? En zit er daadwerkelijk beweging in de prestaties van zorgorganisaties op dit vlak? Hierbij geldt dat meer data niet meer zekerheid bieden; het gaat om het leren van elkaar zonder te vervallen in benchmarks. De Raad ziet een expliciete rol voor toezichthouders om erop toe te zien dat open normen niet eenzijdig ingevuld worden door één van de partijen. Dit vergt permanente bewaking.
- > **Zorgverleners en inkopers vullen verantwoording over rechtmatigheid anders in.** Eén van de grootste lasten voor zorgverleners, zonder dat deze bijdraagt aan betere zorg, zijn de vigerende rechtmatigheidscontroles. De Commissie Transparantie en Tijdigheid heeft reeds geadviseerd om zorgverzekeraars en

zorgverleners rechtmatigheid op een andere manier te laten invullen, door de strikte spelregels te verruimen of aan te passen (Commissie Transparantie en Tijdigheid 2017). Hiervoor is wettelijk ruimte. Volgens de Raad zou veel meer gekeken moeten worden naar ervaringen van patiënten en cliënten en de reflectie binnen het team, in plaats van naar gedetailleerde tijdsregistratie per 'product'. Meer in zijn algemeenheid is de Raad voorstander van een verschuiving van verantwoording over de administratie en of die op orde is (waar het vaak bij rechtmatigheidscontroles over gaat), naar verantwoording over de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.

5.5 Veranderlijn 4: Andere houding van betrokkenen

Uiteindelijk vraagt verantwoord in dienst van goede zorg vooral ook om een andere houding van de verschillende betrokkenen.

- > **Toetsbaarheid.** Ten eerste is het van belang dat betrokkenen zich toetsbaar opstellen. Bij zorgprofessionals is dit onderdeel van hun vakmanschap en opgenomen in de eed die artsen afleggen. Maar dit geldt evengoed voor patiënten en cliënten, bestuurders, inkopers en toezichthouders. Ook beleidsmakers en politici moeten zich voortdurend toetsbaar opstellen; en toetsen of nieuwe wetgeving daadwerkelijk bijdraagt aan goede zorg; en of bestaande wetgeving wel gebracht heeft wat ervan verwacht werd.
- > **Bescheidenheid.** Ten tweede moeten betrokkenen zich meer bescheiden opstellen als het gaat om het stimuleren van goede zorg buiten de praktijk en om het uitbannen van risico's. De zorg is mensenwerk en daarbij zullen zich altijd incidenten voordoen. Het is natuurlijk belangrijk om op basis daarvan te leren en te kijken hoe deze in toekomst voorkomen kunnen worden. Maar vaak gaat het om complexe problematiek, die niet buiten de context van de zorgpraktijk op te lossen is. Politici en beleidsmakers past daarom in de ogen van de Raad enige terughoudendheid en bescheidenheid ten aanzien van de vermeende positieve invloed van wetgeving of transparantie op deze complexe praktijk. Een deel van de oplossing ligt erin dat zij niet slechts om papieren informatie vragen, maar zelf vaker hun oor te luisteren leggen in de praktijk als basis voor een verdere dialoog. Hierbij geldt volgens de Raad in het algemeen de regel dat hoe verder iemand van de praktijk af staat, hoe meer bescheidenheid past. Ook bij het gebruik van nieuwe kwaliteitskaders past terughoudendheid om te voorkomen dat deze niet alsnog worden gevuld met gesloten normen, eisen van vergelijkbaarheid en bijbehorende kwantitatieve indicatoren.

> **Proportionaliteit.** Ten derde is een voortdurende afweging van belang of verantwoordingsvragen in verhouding staan tot het doel: een goede zorg. Dit betekent dat politici (landelijk en lokaal) en beleidsmakers veel meer rekening moeten houden met negatieve effecten bij het invoeren van regels die tot meer verantwoordingsvragen leiden. In hoofdstuk 2 heeft de Raad gesteld dat het daarbij om veel meer gaat dan administratieve lasten; het betreft ook schade aan patiënten en cliënten, werkplezier en vertrouwen. Het is van belang dat beleidsmakers deze negatieve effecten internaliseren. Hiervoor zijn in het kader van (Ont)regel de zorg goede voorstellen gedaan (Kraaijeveld 2018). Bijvoorbeeld het toepassen van de trechter van verdunning, waarbij de noodzaak, werkzaamheid en doelmatigheid van beleidsmaatregelen nagelopen wordt, voordat deze ingevoerd worden.

5.6 Tot slot

Met dit advies hoopt de Raad bij te dragen aan een omslag in de manier waarop verantwoording in de zorg en het sociaal domein vorm krijgt. Ook draagt dit advies hopelijk bij aan de bredere visievorming over het versterken van vertrouwen tussen partijen in de zorg.

De toezegging van de minister van Medische Zorg en Sport om – mede in samenhang met dit advies – tot een visie te komen op het versterken van het onderlinge vertrouwen tussen partijen in de zorg biedt perspectief om daar samen verder aan te werken. De Raad wil de minister meegeven om te zorgen voor rust en ruimte. Nieuwe wetgeving – zoals de Wet zorg en dwang en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen – vraagt veel van betrokken partijen, en zorgt voor toenemende verantwoordingslasten. Op deze manier neemt de regeldruk ondanks al goede initiatieven in het kader van (Ont)regel de zorg per saldo eerder toe dan af. Ook roept de Raad de minister op om variëteit in verantwoording te omarmen; passende regionale verschillen zijn met het oog op ‘de juiste zorg op de juiste plek’ noodzakelijk.

Dit advies is geen *magic bullet* om verantwoording vanaf morgen voor alle partijen nuttig en relevant te maken. Het kost meerdere jaren om dit met alle betrokken partijen verder te concretiseren. Het advies is ook geen eindpunt voor de rol van de Raad op het thema verantwoording in de zorg. Hij neemt zich voor hierover – in lijn met het hier geschetste perspectief – verder in dialoog te gaan met betrokkenen.

Hoewel de focus in dit advies ligt op de verantwoording over zorg en ondersteuning biedt de hier gepresenteerde omslag ook richting voor de financiële verantwoording. Ook accountants, banken en controllers zouden volgens de Raad binnen hun verantwoordingspraktijk aansluiting moeten zoeken met de principes uit dit advies. Door oude werkwijzen los te laten, dragen ook zij bij aan een betere verantwoordingspraktijk. Dit geldt eveneens voor toezichthouders als de Autoriteit Consument & Markt (ACM) en Autoriteit Financiële Markten (AFM). De Raad wil daarom na de publicatie van dit advies ook met deze partijen in gesprek gaan.

Van de overdaad aan verantwoording zijn vooral patiënten en cliënten nu de dupe: zij krijgen geen gepaste zorg, zij hebben te maken met wachtlijsten door een tekort aan zorgprofessionals, zij krijgen minder tijd en aandacht, zij hebben last van het afnemende werkplezier van zorgprofessionals en ook zij moeten lange vragenlijsten invullen die uiteindelijk niet leiden tot betere zorg. Hoogste tijd om verantwoording in te zetten voor het gemeenschappelijk doel van alle betrokkenen: goede zorg en ondersteuning.

Literatuur

Actiz (2014). *Anders verantwoorden: inzichten en ankerpunten*. Manifest uit het Actiz werkprogramma Vernieuwd Kwaliteitsbewustzijn. Utrecht: Actiz.

Baart, A.J. en F. Willeme. (2010) *Van tellen naar vertellen, en terug*. Den Haag: Boom Lemma.

Bal, R. (2008). *De nieuwe zichtbaarheid. Sturing in tijden van marktwerking*. Oratie. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Berwick, D.M. (2016). *Era 3 for Medicine and Health Care*. JAMA, vol. 315, nr. 13, p. 1329-1330.

Blauw, S. (2018). *Het bestverkochte boek ooit* (met deze titel). Amsterdam: de Correspondent.

Bokhorst, M. en J. van Erp (2018). *Transparantie van kwaliteitsoordelen*. Tijdschrift voor Toezicht, vol. 2018, nr. 1, p. 4-15.

Boutellier, H. (2011). *De improvisatiemaatschappij. Over de sociale ordening van een onbegrensde wereld*. Amsterdam: Boom Lemma.

Bovens, M. (2007). *Analysing and Assessing Accountability: A Conceptual Framework*. European Law Journal, vol. 13, nr. 4, p. 447-468.

Bovens, M. (2010). *Two Concepts of Accountability: Accountability as a Virtue and as a Mechanism*. West European Politics, vol. 33, nr. 5, p. 946-967.

Braithwaite, J., K. Churrua, L.A. Ellis, J. Long, R. Clay-Williams, N. Damen, J. Herkes, C. Pomare en K. Ludlow (2017). *Complexity Science in Healthcare. Aspirations, approaches, applications and accomplishments*. Sydney: Australian Institute of Health Innovation.

CEG (2019). *Veilige zorg, goede zorg?*. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid.

Chaghrouani, S. (2019). *Betekenisvol sturen en verantwoorden: het Utrechts sturingsmodel*. Blog in de blogreeks Anders verantwoorden. Geraadpleegd via <https://www.raadrvs.nl/actueel/weblog/weblog/2019/blogreeks-anders-verantwoorden-blog-5-souhail-chaghrouani>.

Commissie Transparantie en Tijdigheid (2017). *Eindrapport. Zorguitgaven sneller en beter in beeld*. Geraadpleegd via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/09/12/rapport-commissie-transparantie-en-tijdigheid>, 5 april 2019.

De Argumentenfabriek (2017). *Welke waarden vinden mensen belangrijk in de zorg?* Amsterdam: De Argumentenfabriek/Zorgverzekeraars Nederland. Geraadpleegd via <https://www.argumentenfabriek.nl/media/2635/waardenmatrixboek.pdf>.

De Argumentenfabriek (2018). *Welke administratieve handelingen gaan de medischspecialisten schrappen?* In opdracht van (Ont)regel de Zorg, Het Roer Moet om en VvAA. Geraadpleegd via <https://www.vvaa.nl/landingspagina/ont-regel-de-zorg/medisch-specialisten>.

De Blok, C., E. Koster, J. Schilp & C. Wagner (2013). *Implementatie VMS Veiligheidsprogramma*. Evaluatieonderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht: NIVEL.

De Blok, J., Suichies, H., L. Vogelpoel & T. Jansen (2016). *Het kleine alternatief voor de zorg*. Humaniteit boven bureaucratie. Culemborg: Stichting Beroepseer.

De Bruijne, M. (2018). *Specialisatie en fragmentatie staan zorgkwaliteit in de weg*. Geraadpleegd op <https://www.qruux.com/fragmentatie-en-fixatie-staan-zorg-kwaliteit-in-de-weg/>, 21 november 2018.

De Lint, M. (2019). *Samen maken we de zorg (beter)*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

Efting, A. en M. Stoffelen. (2018) *Gebruik verslavende pijnstillers loopt volgens artsen uit de hand*. Geraadpleegd via <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/gebruik-verslavende-pijnstillers-loopt-volgens-artsen-uit-de-hand~b8988d74/>, 21 juli 2018.

Evans, P. (1995). *Embedded Autonomy. States & Industrial Transformation*. Princeton: Princeton University Press.

FMS, NVZ, NFU, Patiëntenfederatie Nederland en V&VN (2018). *Tijd voor verbinding. De volgende stap voor patiëntveiligheid in ziekenhuizen*. Geraadpleegd via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/10/01/tijd-voor-verbinding-de-volgende-stap-voor-patientveiligheid-in-ziekenhuizen>.

Hart, W. (2017). *Anders vasthouden*. Alphen aan den Rijn: Vakmedianet Management.

Hooge, E. en J-K. Helderma (2009). *Klant en overheid koning. Over toezicht en meervoudige verantwoording door maatschappelijke ondernemingen*. Bestuurskunde, vol. 2008, nr. 3, p. 95-104.

Hoek, H. (2007). *Governance & Gezondheidszorg. Private, publieke en professionele invloeden op zorgaanbieders in Nederland*. Assen: Van Gorcum.

IGJ (2018). *Toezicht in dialoog. Samen anders kijken: over regeldruk en de zorg die je je familie en naasten gunt*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

KPMG Plexus (2016). *Inzicht in uitgevraagde variabelen voor kwaliteitsmetingen en handvatten voor verbetering*. Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2016/06/15/inzicht-in-uitgevraagde-variabelen-voor-kwaliteitsmetingen-en-handvatten-voor-verbetering-rapport-kpmg>.

Kievit, J. (2017). *Zorg en Kwaliteit: van individu naar systeem, naar beide*. Rede ter gelegenheid van zijn afscheid als hoogleraar Kwaliteit van Zorg aan de Universiteit Leiden op maandag 11 september 2017. Geraadpleegd via https://openaccess.leidenuniv.nl/bitstream/handle/1887/64125/Afscheidscollege_Kievit.pdf?sequence=1.

Kraaijeveld, K. (2018). *Hoe kunnen we de zorg blijvend (ont)regelen? Lessen uit de schrapessies*. Amsterdam: De Argumentenfabriek.

Kremer J.A.M. en Koksma J.J (2017). *Kwaliteit meten is een moreel oordeel vellen*. Medisch Contact, vol. 72, nr. 6, p. 18-20.

Kremer, J. (2018). *Wat goede zorg is, staat niet in de sterren*. Geraadpleegd via <https://www.qruux.com/jan-kremer-wat-goede-zorg-is-staat-niet-in-de-sterren/>.

Koksma, J.J. en J.A.M. Kremer (2019). *Beyond the quality illusion: the learning era*. Academic Medicine, vol. 94, nr. 2, p. 166–169.

Kringos, D.S., H.A. Anema, A.H.A. ten Asbroek, C. Fischer, D. Botje, J. Kievit, E.W. Steyerberg & N.S. Klazinga (2012). *Beperkt zicht. Onderzoek naar de betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid van prestatie-indicatoren over de kwaliteit van de Nederlandse ziekenhuiszorg*. Amsterdam: AMC, LUMC & ErasmusMC.

Kuiken, B. (2018). *De Zinmakers. Nieuw organiseren in tijden van complexiteit en onzekerheid*. Amsterdam: Business Contact.

Meurs, P. (2014). *Van regeldruk naar passende regels. Vertrouwen, veerkracht, verantwoordelijkheid, vrijheid*. Essay op verzoek van het ministerie van VWS en van de leden van de Agenda voor de Zorg. Geraadpleegd via <https://www.erasmuscentrumzorgbestuur.nl/dynamic/media/24/documents/regeldrukversie4def220614.pdf>.

Meurs, P. (2015). *Alles is inkoop*. Zorgvisie, nr. 9, september 2015.

Meurs, P. (2017). *Dilemma's rond openbaarheid*. Hoe open ben je in een tijdperk van incidentenpolitiek? Lezing tijdens dialoogbijeenkomst VGN, 31 oktober 2017.

Meurs, P. (2018). *Van 'ieder het gelijke' naar 'ieder het zijne' geven*. Geraadpleegd via <https://www.socialevraagstukken.nl/van-ieder-het-gelijke-naar-ieder-het-zijne-geven/>

Meurs, P. (2019a). *Van openbaarheid om de openbaarheid valt bij calamiteiten in de zorg bijster weinig te leren*. Financieel Dagblad, 20 maart 2019. Geraadpleegd via [https://www.erasmuscentrumzorgbestuur.nl/dynamic/media/24/documents/HFD_20190320_0_024_003%20\(1\).pdf](https://www.erasmuscentrumzorgbestuur.nl/dynamic/media/24/documents/HFD_20190320_0_024_003%20(1).pdf).

Meurs, P. (2019b). *Gehandicaptenzorg eigent zich het nieuwe kwaliteitsdenken toe*. Skipr, 23 januari 2019. Geraadpleegd via <https://www.skipr.nl/blogs/id3786-gehandicaptenzorg-eigent-zich-het-nieuwe-kwaliteitsdenken-toe.html>.

Ministerie van VWS (2017). *Actieplan Ont(regel) de zorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/05/23/actieplan-ontregel-de-zorg>.

Moes F., E. Hiouwaert E, D. Delnoij, en K. Horstman (2018). *"Strangers in the ER": Quality indicators and third party interference in Dutch emergency care*. Journal of Evaluation in Clinical Practice, vol. 2018, p. 1-8.

Muntz T. en E. Woutersen. (2019) 'Geef me mijn medicijnen!' Onderzoek Verslaafd aan pijnstillers. De Groene Amsterdammer, 3 april 2019 verschenen in nr 14.

J. Vos (2018). *Rijker verantwoorden: wat is de bedoeling?*. Het tijdschrift voor de Politie, vol. 80, nr. 4, p. 6-11.

Noordegraaf, M., A. Bos, G. Pikker & K. ter Horst (2014). *Slimmer sturen*. Handreiking voor het gebruik van prestatie-indicatoren in publieke dienstverlening. Utrecht: USBO.

NSOB (2018). *Gevoel voor getallen*. Een zoektocht naar de politieke en psychologische dimensies van tellen in beleid. Den Haag: Nederlandse School voor Openbaar Bestuur.

Onderzoeksraad voor Veiligheid (2008). *Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie in UMC St Radboud*, Den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid.

Oude Vrielink, M., T. Schillemans, T. Brandsen & E. van Hout (2009). *Verantwoording in de praktijk: een empirisch onderzoek in de sectoren wonen, zorg en onderwijs*. Bestuurskunde, vol. 2009, nr. 4, p. 80-91.

Power, M. (2000). *The audit society – Second Thoughts*. International Journal of Auditing, vol. 4, nr. 11, p. 111-119.

Putters, K. (2009). *Besturen met duivelselastiek*. Oratie. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

RVS (2016). *Verlangen naar samenhang*. Over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2017a). *Inkoopsafari*. Verkenning van de praktijk van zorginkoop. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2017b). *Zorgrelatie centraal*. Partnerschap leidend voor zorginkoop. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2017c). *Zonder context geen bewijs*. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2017d). *Heft in eigen hand*. Zorg en ondersteuning voor mensen met meervoudige problemen. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2018). *Gezien en gehoord*. 17.000 ervaringen met zorg en hulp. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2019). *Blogreeks Anders verantwoorden*. Ter inspiratie bij het advies Blijk van vertrouwen. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

Schillemans, T. (2015). *Predicting public accountability: from agency drift to forum drift*. Journal of Public Administration Research and Theory, vol. 25, nr. 1, p. 191-215.

Simpkin, A.L., en R.M. Schwartzstein (2016). *Tolerating Uncertainty – The Next Medical Revolution?* New England Journal of Medicine, vol. 375, p. 1713 - 1715.

Snowden D.J. en M.E. Boone (2007). *A Leader's Framework for Decision Making*. Harvard Business Review, vol. 85, nr. 11, p. 1-10.

Stoopendaal, A. & R. Bouwman (2018). *Ruimte voor vertrouwen*. De dynamiek van vertrouwen in het toezicht op zorg. Rotterdam: ESHPM.

Ten Bos, R. (2015). *Bureaucratie is een inktvis*. Amsterdam: Boom.

Tjeenk Willink, H. (2018). *Groter denken, kleiner doen*. Een oproep. Amsterdam: Prometheus.

Van Dalen, A. (2012). *Zorgvernieuwing*. Over anders besturen en organiseren. Den Haag: Boom Lemma.

Van de Bovenkamp, H., A. Stoopendaal, M. van Bochove, H. Hoogendijk & R. Bal (2017). *Persoonsgerichte zorg, regeldruk en regelruimte: van regelreflex naar spiegelreflex*. Rotterdam: Erasmus School of Health Policy & Management.

Van Os, J. & Ph. Delespaul (2018). *Een valide kwaliteitskader voor de ggz: van benchmark-ROM aan de achterkant naar regionale regie en cocreatie aan de voorkant*. Tijdschrift voor Psychiatrie, vol. 60, nr. februari, p. 96-104.

Van Os (2019). *De accreditatieparadox: over het belang van sociaal kapitaal voor goede zorg*. Blog voor de blogreeks Anders verantwoorden.

Geraadpleegd via <https://www.raadrvs.nl/actueel/weblog/weblog/2019/blogreeks-anders-verantwoorden-blog-8-jim-van-os>.

Wadmann, S., C. Holm-Petersen & C. Levay (2019). 'We don't like the rules and still we keep seeking new ones': *The vicious circle of quality control in professional organizations*. Journal of Professions and Organizations, vol. 6, nr. 1, p. 17-32.

Wallenburg, I. & R. Bal (2018). *The gaming healthcare practitioner: how practices of datafication and gamification reconfigure care*. Health Informatics Journal, vol. 2018, p. 1-9.

Winters-Van Der Meer, S., R.B. Kool, N.S. Klazinga en R. Huijsman (2013). *Are the Dutch long-term care organizations getting better? A trend study of quality indicators between 2007 and 2009 and the patterns of regional influences on performance*. International Journal for Quality in Health Care, vol. 25, nr. 5, p. 505-514.

WRR (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad van het Regeringsbeleid.

Zegers, M., G. Welker & G. Gerritsen (2016). *Van wantrouwen naar vertrouwen en waardegedreven zorg*. Kwaliteit in zorg, vol. 2016, nr. 6, p. 4-9.

ZIN (2018). *Meer patiëntregie door meer uitkomstinformatie in 2022*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

ZN (2018). *Rapportage bij persbericht resultaten controle en fraudebeheersing 2017*. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland.

Zuidgeest, M., M. Strating, K. Luijkx, G. Westert en E.D. Delnoij (2012). *Using client experiences for quality improvement in long-term care organizations*. International Journal of Quality in Health Care, vol. 24, nr. 3, p. 224-229.

Voorbereiding

De commissie die dit advies heeft voorbereid bestond uit Jan Kremer (commissievoorzitter), Pauline Meurs (voorzitter RVS), Bart van de Gevel en Evert Schot (adviseurs).

Geraadpleegde deskundigen

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd. Tijdens het adviestraject zijn de volgende personen geconsulteerd:

Expertbijeenkomst, 6 december 2018

Prof. dr. Roland Bal	Erasmus School of Health Policy & Management
Prof. dr. Hans Boutellier	Verwey-Jonker Instituut
Drs. Joris van Eijck	Menzis
Wouter Hart	Verdraaide Organisaties
Drs. Kees Kraaijeveld	De Argumentenfabriek
Drs. Gerbrich Kuperus	Gemeente Utrecht
Drs. Julianne Meijers	Siza
Drs. Bianca den Outer	jb Lorenz
Dr. Alan Ralston	UMC Utrecht
Wim Schellekens, arts	Strategisch adviseur
Prof. dr. Thomas Schillemans	Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap
Toosje Valkenburg, arts	Gezondheidscentrum De Bilt

Expertbijeenkomst, 8 februari 2019

Dr. Ronnie van Diemen-Steenvoorde	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Drs. Bas Jurling	Nederlandse Zorgautoriteit
Drs. Fred Krapels	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mr. drs. Karina Raaijmakers	Nederlandse Zorgautoriteit
Drs. Paul Tigges	Zorginstituut Nederland

Expertbijeenkomst, 21 februari 2019

Drs. Wout Adema RA MBA	Zorgverzekeraars Nederland
Marc Blom, arts	Parnassia Groep
Prof. dr. Maurice van den Bosch	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
Dr. Marcel Daniels	Federatie Medisch Specialisten

Drs. Petra van Holst-Wormser
Bart Meijman, huisarts
Drs. Ruud Klarenbeek
Prof. dr. Wilma Scholte op Reimer
Drs. Ilya Soffer
Drs. Nico van Weert

Zorgverzekeraars Nederland
Zelfstandig huisarts
JP Van den Bent stichting
Hogeschool van Amsterdam
Ieder(in)
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra

Overige geraadpleegde personen

Dr. Margreet Boersma	Instituut voor Financieel Economisch Management
Inge Borghuis	Amstelring
Drs. Dik van Bruggen	Esdégé-Reigersdaal
Drs. Souhail Chaghrouani	Gemeente Utrecht
Drs. Joost Clerx	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Prof. dr. Diana Delnoij	Zorginstituut Nederland
Drs. Cornelis Jan Diepeveen	Zorgmarkten
Drs. Bas van den Dungen	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Dr. Marina Eckenhausen	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Drs. Sabine Geerts	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Gabrielle Huijink	Amstelring
Dr. Marian Kaljouw	Nederlandse Zorgautoriteit
Prof. dr. Job Kievit	LUMC
Denise van der Klauw MSc	Zorgverzekeraars Nederland
Dr. Xander Koolman	Talma Instituut
Martin Lijssen RA	Siza
Dr. Jan Nap	Politieacademie
Jannie Nijlunsing	De Hoven
Prof. dr. Henk Nies	Vilans
Gabrielle Oostendorp – van der Jagt MA	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Dr. Marijke van Putten	GGZ Noord-Holland Noord
Ir. Michiel van Roozendaal	RIVAS
Drs. Wouter van de Sande	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Geert Schipaanboord	Vereniging Nederlandse Gemeenten

Dr. Hans van der Schoot	Stichting Topklinische Ziekenhuizen
Prof. dr. Joris Slaets	Leyden Academy of Ageing
Karin Sok BA	Movisie
Drs. Gerdienke Ubels	Actiz
Drs. Dianda Veldman	Patiëntenfederatie Nederland
Rutger Verhage, arts	Radboudumc
Drs. Rob Vermeulen	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Kees Verhoeckx	Amstelring
Drs. Patrick Voogd	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Dr. Joost Vos	RONT Management Consultants
Mr. Agela Walraven	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Dr. Sjaak Wijma	Zorginstituut Nederland
Jan Erik de Wildt MHA	Trendwatcher eerstelijnszorg
Daan Wijsbek MSc	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Dr. Marieke Zegers	Radboudumc

Ter voorbereiding van dit advies heeft de Raad verschillende denkers en deskundigen gevraagd een blog te schrijven. Deze blogs zijn te vinden op de website van de RVS.

Prof. dr. Hans Boutellier	Verwey-Jonker Instituut
Drs. Souhail Chaghoulani	Gemeente Utrecht
Prof. dr. Kees Cools RA	Tilburg University
Dr. Annemarie van Dalen	Organisatieantropoloog
Prof. dr. Paul Frissen	Nederlandse School voor Openbaar Bestuur
Dr. Lieke Oldenhof	Erasmus School of Health Policy & Management
Dr. Annemiek Stoopendaal	Erasmus School of Health Policy & Management
Prof. dr. Mathieu Weggeman	Technische Universiteit Eindhoven
Prof. dr. Jim van Os	Universitair Medisch Centrum Utrecht

Voor dit advies is dankbaar gebruik gemaakt van de denkkraft van VeRS, het talentennetwerk van de RVS. Zij hebben inbreng geleverd tijdens een bijeenkomst op 22 oktober 2018.

Op 25 januari 2019 is een conceptversie van dit advies besproken in een Bijeenkomst van het Netwerk Directeuren Sociaal Domein georganiseerd door Monique Peltenburg.

Afkortingen

ACM	Autoriteit Consument & Markt
AFM	Autoriteit Financiële Markten
CEG	Centrum Ethiek & Gezondheid
DICA	Dutch Institute for Clinical Auditing
EPD	Elektronisch patiëntendossier
FMS	Federatie Medisch Specialisten
Ggz	Geestelijke gezondheidszorg
IC	Intensive care
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
JCI	Joint Commission International
Jw	Jeugdwet
NSOB	Nederlandse School voor Openbaar Bestuur
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PREM	Patient Reported Experience Measure
PROM	Patient Reported Outcome Measure
ROM	Routine Outcome Measurement
RVS	Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden
UMCG	Universitair Medisch Centrum Groningen
VMS	Veiligheidsmanagementsysteem
VSV	Verloskundig samenwerkingsverband
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wob	Wet openbaarheid bestuur
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
ZIN	Zorginstituut Nederland
ZIRE	Experiment Zinnvolle Registratie
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet
Zzp	Zelfstandige zonder personeel

Publicaties

Waarde(n)volle zorgtechnologie. Een verkennend advies over de kansen en risico's van kunstmatige intelligentie in de zorg.
Advies, nummer 19-01, februari 2019.

Goed leven.
Bundel, nummer 18-05, december 2018.

Plezier in bewegen.
Advies, september 2018.

Over bezorgd. Maatschappelijke verwachtingen en mentale druk onder jongvolwassenen.
Essay, nummer 18-04, juli 2018.

Leeftijdsgrenzen. Betere kansen voor kwetsbare jongeren.
Advies, nummer 18-03, juni 2018.

WHO CARES. Ontwerpprijsvraag voor nieuwe vormen van wonen, zorg en ondersteuning.
Briefadvies, nummer 18-02, maart 2018.

Gezien en gehoord. 17.000 ervaringen met zorg en hulp.
Essay, nummer 18-01, februari 2018.

De wereld thuis. Zeven beeldverhalen.
Bundel, nummer 17-12, december 2017.

Ontwikkeling nieuwe geneesmiddelen. Beter, sneller, goedkoper.
Advies, nummer 17-10, november 2017.

Heft in eigen hand. Zorg en ondersteuning voor mensen met meervoudige problemen.
Advies, nummer 17-09, oktober 2017.

Zorgrelatie centraal. Partnerschap leidend voor zorginkoop.
Advies, nummer 17-08, oktober 2017.

De vele kanten van eenzaamheid.

Verkenning, nummer 17-07, juli 2017.

Eenvoud loont. Oplossingen om schulden te voorkomen.

Advies, nummer 17-06, juni 2017.

Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg.

Advies, nummer 17-05, juni 2017.

De Zorgagenda voor een gezonde samenleving.

Publicatie, nummer 17-04, april 2017.

Recept voor maatschappelijk probleem. Medicalisering van levensfasen.

Advies, nummer 17-03, maart 2017.

Inkoopsafari. Verkenning van de praktijk van zorginkoop.

Verkenning, nummer 17-02, februari 2017.

Implementatie van e-health vraagt om durf en ruimte.

Briefadvies, nummer 17-01, januari 2017.

Wat ik met Kerst mis. Een bundel met wisselende perspectieven over eenzaamheid.

Bundel, nummer 16-04, december 2016.

Grensconflicten. Toegang tot sociale voorzieningen voor vluchtelingen.

Essay, nummer 16-03, oktober 2016.

Een gedurfde ambitie. Veelzijdig samenwerken met kind en gezin.

Advies, nummer 16-02, mei 2016.

Verlangen naar samenhang. Over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit.

Advies, nummer 16-01, april 2016.

Wisseling van perspectief. De werkagenda van de RVS.

Publicatie, nummer 15-01, december 2015.



Parnassusplein 5
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0)70 340 5060

mail@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl

Raad 
Volksgesondheid
& Samenleving



[@raadRVS](https://www.linkedin.com/company/raadrvs)