



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN UMC'S
CONSORTIUM KWALITEIT VAN ZORG



**STUREN OP
KWALITEIT**

Kernset Heelkunde

Annelies Visser en Marlies Jansen-Landheer namens de projectgroep Kernset Heelkunde

13 september 2017



DIALOOG



ZIEKENHUISBREED



PATIËNTENGROEPEN



NETWERKEN

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	4
2.	Achtergrond	5
3.	Doelstelling	5
4.	Werkwijze	5
5.	Kernset	8
6.	Van theorie naar praktijk	8
7.	Geleerde lessen	9
8.	Conclusie en aanbevelingen	11
9.	Literatuur	12
10.	Bijlagen	13

1. Inleiding

“Kwaliteit van zorg inzichtelijk maken, borgen en verbeteren. Dat is het gezamenlijk streven van de acht universitair medische centra. Daarmee nemen zij verantwoordelijkheid voor én geven zij richting aan kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg. Om dit te bereiken wordt in en door ziekenhuizen veel kwaliteitsinformatie verzameld, maar het gebruik hiervan is niet eenduidig. Een kritische blik op de huidige kwaliteitsinformatie en een ziekenhuisbrede inbedding van kwaliteitsverbetering maakt sturen op kwaliteit mogelijk.

Voor een Raad van Bestuur is het van belang te beschikken over betrouwbare en valide kwaliteitsinformatie. Veel kwaliteitsinformatie wordt in en door ziekenhuizen verzameld, maar de betekenis ervan is niet eenduidig. Dit belemmert het vanuit instellingsperspectief sturen op continue kwaliteitsverbetering en daarmee op de kwaliteit van de patiëntenzorg.”

Doel van het NFU programma Sturen op Kwaliteit is de leden van de Raad van Bestuur van de ziekenhuizen, waaronder de acht Universitaire Medische Centra (umc's) op handzame wijze voorzien van informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg op instellingsniveau. Welke informatie nodig is, waaruit deze te ontleen, en hoe deze te gebruiken, zijn vragen waar de umc's zich in het programma Sturen op Kwaliteit op richten. Dit programma wordt uitgevoerd onder leiding van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg. Het programma wordt gefinancierd door het Citrienfonds. Dit fonds helpt duurzame en breed inzetbare oplossingen in de gezondheidszorg te ontwikkelen en is mogelijk gemaakt door ZonMw (Projectplan Programma Sturen op Kwaliteit). Als onderdeel van het programma Sturen op Kwaliteit deden de afdelingshoofden Heelkunde van vier umc's (Prof Dink Legemate, AMC, Prof Joke Hendriks, Erasmus MC, Prof Rob Tollenaar, LUMC, Prof Kees van Laarhoven, Radboud UMC) met dr Marlies Jansen-Landheer, LUMC, en dr Annelies Visser, AMC, onderzoek naar de mogelijkheden om een kernset Heelkunde te ontwikkelen voor de Raden van Bestuur op basis van reeds beschikbare kwaliteitsinformatie. De doelstelling van het onderzoek luidde:

“Definieer een beoogde kernset Heelkunde en maak deze beschikbaar voor de Raden van Bestuur, zodat deze in staat is, inzicht te hebben in de kwaliteit van zorg die geleverd wordt door de afdeling Heelkunde en vervolgens daarop te sturen. Hierbij vormt reeds beschikbare informatie het vertrekpunt. Het project dient hierbij tevens als voorbeeld voor andere afdelingen, omdat het antwoord geeft op de bredere vragen.”

Voor u ligt een overzicht van de gedefinieerde kernset, de daartoe doorlopen processen, een beschrijving van de gewenste werkwijze in de praktijk en een overzicht van leerpunten, die in de beoogde uitbreiding naar andere afdelingen relevant kunnen zijn.

2. Achtergrond

Het project is voortgekomen uit de behoefte van de Raden van Bestuur aan een kwaliteitsdashboard waarmee de umc's zichzelf onderling kunnen vergelijken op basis van een zo beperkt mogelijke dataset. Het te ontwikkelen dashboard heeft een monitoringfunctie, waarmee de RvB als het ware in één oogopslag kan zien hoe het ervoor staat met de verschillende afdelingen en tevens kan zien hoe de kwaliteit zich over een bepaalde periode ontwikkelt. Ons project vormt daarvan een pilot en focust op de geleverde kwaliteit van zorg van de afdelingen Heelkunde.

3. Doelstelling

Doel van het project is om de beoogde kernset te definiëren en beschikbaar te maken voor de Raden van Bestuur van de umc's, zodat deze in staat zijn inzicht te hebben in de kwaliteit van zorg die geleverd wordt door de afdeling heelkunde en vervolgens daarop te sturen. Hierbij vormt de reeds beschikbare informatie het vertrekpunt. Nadrukkelijk is het de bedoeling daarbij op pragmatische wijze gebruik te maken van reeds bestaande door de beroepsgroep gedragen indicatorensets en niet opnieuw literatuuronderzoek daarnaar uit te voeren.

Het project dient hierbij tevens als voorbeeld voor andere afdelingen, omdat het antwoord geeft op de bredere vragen:

- Wat zijn belangrijke randvoorwaarden om te komen tot een breed gedragen kernset van indicatoren voor bestuurders?
- Zijn er verschillen - en zo ja welke - in benodigde stuurinformatie op de diverse bestuurlijke niveaus (RvB, divisiehoofden en afdelingshoofden)?
- Hoe wordt de informatie ingezet voor een benchmark tussen ziekenhuizen?

Wanneer de werkwijze succesvol blijkt wordt ernaar gestreefd de werkwijze uit te breiden naar enerzijds andere vakgroepen en anderzijds de niet-academische ziekenhuizen, bijvoorbeeld binnen regionale netwerken.

4. Werkwijze

4.1 Projectgroep en proces

Voor de uitvoering van het project is op initiatief van Prof Dink Legemate, afdelingshoofd Heelkunde AMC, een projectgroep samengesteld bestaande uit vier afdelingshoofden Heelkunde: Prof Joke Hendriks, Erasmus MC, Prof Rob Tollenaar, LUMC, Prof Kees van Laarhoven, Radboud UMC en Prof Dink Legemate. De projectgroep werd ondersteund door dr Marlies Jansen-Landheer, LUMC, en dr Annelies Visser, AMC.

In de aanpak van het project is - op hoofdlijnen - naar 2 aspecten gekeken:

4.1.1. Inhoud kernset

4.1.2. Ontwikkelen van een duurzame werkwijze: *van theorie naar praktijk*

Onderstaande succes- en belemmerende factoren hebben daarbij als basis gediend.

Succesfactoren

Bij de ontwikkeling en het gebruik van stuurinformatie is inzicht in belemmerende en bevorderende factoren van belang om tot een succesvolle kernset te komen. Deze factoren voor de ontwikkeling en toepassing van een set voor de Heelkunde zijn beschreven in een RIVM rapport¹. Als belangrijkste succesbevorderende factoren worden genoemd:

- motivatie van de eindgebruiker
- betrokkenheid van de chirurgen bij de ontwikkeling van de indicatoren (deskundigheidsvaliditeit)
- eenvoudig benaderbare data.

Als belangrijkste succesbelemmerende factoren worden beschreven:

Eindrapportage Kernset Heelkunde

- geen aansluiting met bestaande registratiesystemen
- hoge werkbelasting

Als uitgangspunt is mede daarom het hergebruik van bestaande data genomen. In een recent artikel uit Medisch Contact wordt beschreven welke factoren bijdragen om te komen tot een selectie van indicatoren in de veelheid van bestaande (verplichte) indicatoren². Zij geven aan dat hier een belangrijke taak voor zorgverleners en bestuurders ligt. Zij kunnen bij uitstek beoordelen welke indicatoren daadwerkelijke betekenis hebben in de evaluatie van de geleverde zorg. Door zorgverleners zelf moeten tenslotte keuzes worden gemaakt over eventuele aanpassingen in de te leveren zorg op basis van de uitkomsten van de kwaliteitsinformatie. Daarnaast is het van belang deze data regelmatig – bij voorkeur gezamenlijk te bekijken, begrijpen en bespreken. Niet het registreren, maar het belang van kwaliteitsverbetering moet voorop blijven staan.

De projectgroep heeft deze factoren onderschreven als voorwaardelijk voor zowel het ontwikkelen van een gedragen kernset, als van de werkwijze die het gebruik daarvan moet ondersteunen.

Succesfactoren

Motivatie eindgebruiker

Zorgverleners ontwikkelen zelf indicatoren

Eenvoudig benaderbare data

Hergebruik bestaande data

Gebruik data van verplichte externe aanlevering

Verantwoordelijkheid verbeteren bij zorgverlener (ondersteund door kwaliteitsbureau)

Belemmerende factoren

Hoge werkbelasting

Geen aansluiting bestaande systemen

4.1.1 Inhoud

In de ontwikkeling van de kernset Heelkunde is gebruik gemaakt van de stappen zoals beschreven in het Dashboardonderzoek van de NFU³. Kort samengevat is een inventarisatie gedaan van alle indicatoren die worden aangeleverd aan externe partijen (zie bijlage 1). Op grond van een aantal criteria is deze lijst vervolgens teruggebracht tot vijf indicatoren, die de kernset Heelkunde vormen (zie pagina 7).

Inventariseren

Binnen de Heelkunde zijn de reeds bestaande indicatoren die extern worden aangeleverd in kaart gebracht (zie bijlage 1). Vanuit dat perspectief hebben wij – onder meer - gekeken naar informatie die reeds op ziekenhuis niveau beschikbaar was in de eigen Kwaliteit van Zorg dashboards en informatie uit de DICA-registraties. Om tot deze lijst te komen zijn gesprekken gevoerd met personen in de organisatie die zich bezig houden met kwaliteitsverbetering om alle indicatoren (IGZ, DICA, LBZ) in kaart te kunnen brengen met de daarbij horende definities. Voor deze indicatoren is een heldere definitie beschikbaar wat de vergelijkbaarheid ten goede komt⁴. Daarnaast betekent het hergebruik geen extra registratielast.

Validiteit en betrouwbaarheid

Bij de selectie van indicatoren was het belangrijkste uitgangspunt het gebruik maken van bestaande data en instrumenten, waarbij de data betrouwbaar en vergelijkbaar moeten zijn, zodat benchmarking mogelijk is. Daarnaast moet verbetering mogelijk zijn op grond van de data. Bij de selectie zijn de validiteit en betrouwbaarheid van de reeds bestaande indicatoren

Eindrapportage Kernset Heelkunde

meegenomen. Met name de deskundigheidsvaliditeit is een belangrijke voorwaarde voor de intrinsieke motivatie om te willen verbeteren. Binnen de projectgroep zijn deze bestaande indicatoren beoordeeld op onderstaande criteria. De partijen die een externe aanlevering ontvangen (LBZ en DICA) hebben de gevraagde indicatoren met achterliggende data aan de projectgroep teruggegeven (met bronnen en definities). Deze data van de ziekenhuizen waren afzonderlijk zichtbaar tov de andere deelnemende umc's, zodat de projectgroep de inhoud en bruikbaarheid heeft kunnen beoordelen.

Tenslotte heeft de projectgroep zich bij de keuze van de indicatoren gericht op goed geregistreerde items met een grote impact voor de patiënt.

<i>Criteria validiteit en betrouwbaarheid</i>	
Begripsvaliditeit	Kunnen deze data problemen met kwaliteit van zorg identificeren
Deskundigheidsvaliditeit	Omvat deze indicator een aspect van kwaliteit die als belangrijk wordt beschouwd door de zorgverlener
Vergelijkbaarheid	Is de data volledig en betrouwbaar
Statistisch betrouwbaar	Voldoende waarnemingen

Deze analyse heeft geleid tot de aanbeveling van de projectgroep om de volgende indicatoren te implementeren:

- Generieke ofwel afdelingsbrede indicatoren (5 in totaal), die reeds zijn opgenomen in de meeste ziekenhuisdashboards: klinische sterfte, re-interventie, opnameduur, Onverwacht Lange Opnameduur (OLO) en heropnames.
- Specifieke indicatoren: dit zijn indicatoren die specifiek gericht zijn op patiëntengroepen. Op deze wijze worden zij gebruikt voor het vergelijken op subafdelingsniveau. Dit is van aanvullende waarde, omdat de aandachtsgebieden en daarmee de patiëntenpopulaties verschillen tussen de umc's en de differentiatie binnen de afdeling steeds uitgesprokener wordt. Wel/geen transplantatiechirurgie bijvoorbeeld.

Definities

Populatie: alle patiënten (>17 jaar) opgenomen en ontslagen bij de Heelkunde (met en zonder operatie)

Indicatoren

1. Klinische sterfte (<30gdn en <90 dgn): Generiek en per diagnosegroep
2. Re-interventie (<30 dagen): Generiek en per diagnosegroep
3. Opnameduur: Generiek en per diagnosegroep
4. OLO: Generiek en per diagnosegroep
5. Heropnames (<30dgn): Generiek en per diagnosegroep

Diagnosegroepen zijn voor dit moment Vaatchirurgie, GE-chirurgie, Traumachirurgie, Algemene chirurgie. De indicatoren worden zowel generiek als per diagnosegroep getoond.

4.1.2 Implementatie van een duurzame werkwijze: van theorie naar praktijk

Vanuit het perspectief dat een kernset en dashboard 'slechts' een middel zijn om een doel – kwaliteitsverbetering - te bereiken, heeft de projectgroep zich zelf ten doel gesteld een proces te ontwikkelen dat dit mogelijk maakt. Aangezien de verantwoordelijkheden op dit vlak op verschillende niveau's binnen de organisatie liggen (RvB, divisies, afdelingen en

Eindrapportage Kernset Heelkunde subafdelingen), wordt ook aan een gestructureerde werkwijze, verantwoordelijkheidsverdeling en interactie op de verschillende niveau's aandacht besteed.

Naast het ontwikkelen van een proces werden randvoorwaarden opgesteld voor het functioneren van het proces op een duurzame wijze.

5. Kernset

Gebruik van de kernset

Binnen de projectgroep was weinig discussie over de inhoudelijke keuzes. De data zijn over het algemeen ook beschikbaar, vergelijkbaar en betrouwbaar, waarbij LBZ-data uitgangspunt vormen voor de generieke indicatoren en DICA-data voor de specifieke indicatoren. Beide zijn reeds bestaande en gevalideerde data.

De data moeten voor verschillende niveau's bruikbaar zijn (Raden van Bestuur, (sub)afdelingshoofden, kwaliteitsmedewerkers en individuele zorgverleners). Gezien het verschil in betrokkenheid bij de verschillende patientengroepen, hebben niet alle betrokkenen hetzelfde detailniveau aan informatie nodig. De aan te bieden informatie moet dan ook optimaal aansluiten bij het taken en verantwoordelijkheden van de gebruiker.

Vormgeving en inrichting dashboard

Binnen de meeste UMC's bestaat op dit moment een ziekenhuisbrede terugkoppeling (met afdelingsspecificering) op kwaliteitsindicatoren. Tussen specifiek de UMC's, noch de afdelingen Heelkunde, worden geen data vergeleken. Met de DICA data en LBZ data wordt kwaliteitsinformatie binnen alle ziekenhuizen onderling vergeleken. Echter niet alleen tussen de UMC's. Deze vergelijking zou, door de academische zorg en academische populatie, relevanter zijn voor de UMC's dan de bestaande benchmark. Het benchmarken van deze data en het bespreken met elkaar en leren van elkaar is een nieuwe gewenste ontwikkeling.

Naast hergebruik van bestaande data uit externe aanlevering kijkt de projectgroep bij de ontwikkeling van een dashboard tevens naar hergebruik van bestaande datastructuren (Bijlage 2). De projectgroep heeft een aantal basisvoorwaarden gesteld als voorwaarden noodzakelijk voor het succesvol gebruik van het dashboard Kernset Heelkunde.

Basis voorwaarden:

- Het direct kunnen doorklikken naar patiëntgegevens
- Actuele data (maandelijks)
- Benchmark UMC's
- Visueel aantrekkelijk en eenvoudig op te vragen
- Dashboard moet flexibel zijn (nieuwe indicatoren erop, oude eraf)
- Samenhang tussen indicatoren, makkelijk switchen en doorklikken

6. Van theorie naar praktijk

Proces

Qua proces en verantwoordelijkheidsverdeling dient het dashboard voor de Raden van Bestuur om te signaleren: op welke indicatoren doet 'mijn' umc het beter of slechter dan de benchmark. De nadere analyse van oorzaken en het realiseren van verbetering valt onder verantwoordelijkheid van de afdelingshoofden waarbij de kwaliteitsadviseurs in de huizen een belangrijke rol zullen hebben. Om oorzaken van verschillen te kunnen analyseren is de

Eindrapportage Kernset Heelkunde

beschikbaarheid van data tot op patientniveau nodig. De opzet met benchmarking biedt de afdelingshoofden Heelkunde de mogelijkheid van elkaar te leren. Zij willen daarbij ook focus aanbrengen en met behulp van een gezamenlijk te bepalen (sub)set ernaar toe werken allemaal tot de top te (gaan) behoren. Deze subset zal uiteraard worden aangepast wanneer het doel is bereikt: verbeteren is immers een continue proces en vraagt om flexibiliteit binnen de kernset.

Randvoorwaarden

Personele Ondersteuning

In het beschreven proces vormen de kwaliteitsadviseurs een belangrijke rol: door een gerichte analyse op de verschillende niveau's kunnen zij de professionals veel werk uit handen nemen en daarmee gerichte kwaliteitsverbetering mogelijk maken. Voldoende beschikbaarheid van kwaliteitsadviseurs met de juiste kennis en kundigheid is daarmee van groot belang om een toekomstbestendige werkwijze te realiseren.

Instrumenten

Hoewel binnen het project geen financiering beschikbaar was voor de bouw van een systeem, zijn de randvoorwaarden voor een dergelijk systeem wel onderzocht, omdat de gewenste werkwijze alleen mogelijk is, wanneer aan onderstaande voorwaarden verbonden aan de beschikbaarheid en presentatie van de data wordt voldaan:

- Eenvoudig te benaderen en intuïtieve look and feel
- Inhoudelijke data uit LBZ en DICA-registraties
- Benchmark tussen umc's
- Gelaagdheid van de data voor RvB respectievelijk (sub)afdelingshoofden
- Periodieke verversing (bv elk kwartaal)
- Zo min mogelijk handwerk
- Mogelijkheid tot aanvullende analyses
- Mogelijkheid tot doorontwikkeling

Behoeftte aan een externe partij

Hoewel de onderliggende data afkomstig zijn uit de afzonderlijke ziekenhuizen, acht de projectgroep de betrokkenheid van een externe partij nodig om een aantal redenen. Voorop staat daarin het garanderen van uniformiteit in analyse, benchmarking en het voorkomen van extra handwerk te voorkomen. Datastromen naar de externe partijen bestaan reeds, waarbij de partijen hun specifieke expertise inzetten ten behoeve van de bewerking, analyse en presentatie van data. Daarnaast bieden zij de mogelijkheid dat elk ziekenhuis weer gemakkelijk terug kan naar de eigen data, wanneer de resultaten daartoe aanleiding geven. Het uitvoeren van deze zaken in eigen beheer vereist dat de data van de ziekenhuizen door één van de ziekenhuizen verzameld moeten worden, vervolgens bewerking, analyse en presentatie 'opnieuw' uitgevonden moeten worden. Een dergelijke werkwijze vergt het opzetten van een nieuwe datastroom tussen de huizen, waarbij veel werk zal worden gedaan, dat door landelijke daarin gespecialiseerde partijen reeds wordt uitgevoerd. Daarnaast zal de mogelijkheid tot aanvullende analyses door professionals zelf (het doorklikken naar patientniveau) sterk bemoeilijken. Los daarvan verwacht de projectgroep dat dit systeem kwetsbaar zal zijn, omdat het afhankelijk zal worden van een beperkt aantal personen in de afzonderlijke ziekenhuizen. Ten slotte bevordert het gebruik van reeds bestaande structuren en expertise de uitbreiding van de werkwijze naar een groter aantal ziekenhuizen dan wel specialismen. Kort samengevat geeft de projectgroep de voorkeur aan een werkwijze in samenwerking met partijen die reeds gespecialiseerd zijn op dit vlak boven het opzetten van een parallelle structuur.

Leveranciers

In de praktijk zijn er twee leveranciers die in staat zijn (een deel van de) data te leveren: DHD en X-IS.

Eindrapportage Kernset Heelkunde

Op basis van objectieve afwegingen op het gebied van inhoud, deskundigheid, servicegerichtheid en prijs ligt samenwerking met X-IS voor de hand. Het belangrijkste argument daarvoor vormt de inhoud: in Nederland beschikt namelijk alleen X-IS over de directe toegang tot zowel LBZ- als DICA-data.

Van oudsher bestaat er echter een duidelijke relatie met de DHD vanuit de umc's. Daarnaast vormt de status van pilotproject (als voorbeeld voor andere afdelingen binnen de umc's) een belangrijke overweging in de besluitvorming rondom de keuze van een leverancier van data (en dashboard). Om beide redenen was de projectgroep dan ook van mening dat de keuze voor een leverancier geen geïsoleerde keuze van de projectgroep kan zijn. De projectgroep heeft deze overwegingen vervolgens ingebracht in diverse gremia, zoals het NFU-Consortium Kwaliteit van Zorg en het overleg van de bestuurders van de umc's. Op grond daarvan is besloten een vervolg in te zetten met de DHD (zie ook geleerde lessen en vervolg).

7. Geleerde lessen

- Eigenaarschap en ontwikkelingen daarbinnen

Eigenaarschap was een interessant thema in het project en ook relevant voor andere projecten. De complexiteit van zowel de reguliere als projectorganisatie maakt dat aandacht hiervoor van groot belang is om het eigenaarschap op de juiste plaats te behouden en het (pilot)project daarmee het gewenste vervolg te kunnen geven. In dit project werd de complexiteit veroorzaakt doordat binnen de reguliere organisaties de betrokkenheid op verschillende niveau's nodig was (Raden van Bestuur, afdelingshoofden Heelkunde en subafdelingshoofden) en op landelijk niveau verschillende gremia betrokken waren (Consortium Kwaliteit van Zorg, overleg CMD en O&P overleg van de Raden van Bestuur). Het project was daarbij geïnitieerd vanuit het overleg van de Raden van Bestuur van de umc's en werd uitgevoerd door de afdelingshoofden van de afdelingen Heelkunde van een aantal umc's. Ook werd duidelijk dat met het vertrek van personen uit organisaties binnen bepaalde gremia 'geheugen' verloren gaat. Dientengevolge dreigde het project een project van de chirurgen te worden in plaats van een project dat de projectgroep in opdracht van de Raden van Bestuur uitvoerde. Om het eigenaarschap en de bijbehorende besluitvorming op het juiste niveau terug te brengen is door de projectgroep gesproken met de portefeuillehouder Kwaliteit van Zorg binnen het bestuur van de NFU en is het thema bij de verschillende gremia geagendeerd met positief resultaat. De raden van Bestuur hebben de behoefte aan een dergelijke kernset, dashboard en werkwijze bevestigd en de bevestiging van hun eigenaarschap tot uitdrukking gebracht in het keuzeprocess rondom de leverancier van het dashboard.

- Betrekken van strategische en politieke overwegingen

In vervolg op de discussie rondom het eigenaarschap is uitgebreid gesproken over de aanvullende waarde van een dashboard, een relevant onderwerp, omdat de projectfinanciering daarin expliciet niet voorziet. De bestuurders hebben de meerwaarde daarvan bevestigd en met de projectgroep zijn de voor- en nadelen van de twee potentiële leveranciers besproken. Hoewel op inhoudelijke gronden in feite slechts één leverancier aan alle voorwaarden voldeed, is toch in gezamenlijkheid gekozen met de andere partij een vervolg te starten. Strategische lange termijn overwegingen zijn daarin doorslaggevend geweest, waarbij een minder goed inhoudelijk resultaat - op de korte en middellange termijn - als concessie is gedaan. Dit is in lijn met de concept toekomstvisie met betrekking tot kwaliteitsregistraties van de NFU. Een expliciet uitgangspunt daarbinnen is het streven met één partij als dataleverancier en –beheerder een structurele samenwerking op te bouwen dan wel uit te breiden. De DHD is in dat kader thans de meest voor de hand liggende partner. Een meerwaarde van besluitvorming op dit niveau ligt in het feit dat de leverancier heeft aangeboden het dashboard kosteloos te willen ontwikkelen en

Eindrapportage Kernset Heelkunde
de druk op een goed resultaat is toegenomen.

- Implementatie werkwijze

Implementatie van het project kent meerdere aspecten:

- implementatie werkwijze tussen de op dit moment betrokken afdelingen Heelkunde

Het doel van het project – ontwikkelen kernset en werkwijze – is bereikt. Het project is vanuit het perspectief van de projectgroep echter nog niet afgerond. De nu betrokken afdelingen Heelkunde beogen de werkwijze namelijk in de praktijk te implementeren en zijn ambitieus in het bereiken van kwaliteitsverbetering aan de hand van deze werkwijze, mits aan de eerder benoemde randvoorwaarden wordt voldaan – zoals de beschikbaarheid van een goed dashboard. Daarvoor is echter financiering nodig voor het begeleiden van het nu te bouwen dashboard, analyse van de data en de begeleiding van de daadwerkelijke implementatie. De projectgroep heeft daartoe een verzoek ingediend, mogelijk te financieren vanuit de resterende projectgelden.

- implementatie werkwijze tussen alle afdelingen Heelkunde

Reeds gedurende het project is gestreefd naar het realiseren van draagvlak onder alle afdelingshoofden Heelkunde. Daartoe is binnen de reguliere overleggen tussen de afdelingshoofden Heelkunde over het project gesproken. Er zijn twee factoren die behulpzaam kunnen zijn in de uitbreiding van deelname van het aantal umc's: enerzijds het bereiken van succes als resultaat van de implementatie door de nu betrokken ziekenhuizen. Anderzijds zal enthousiasme over de werkwijze vanuit de Raden van Bestuur naar de verschillende afdelingshoofden de participatiegraad bevorderen.

- implementatie werkwijze naar andere afdelingen

Een doel van het huidige project was om een werkwijze te ontwikkelen die ook bruikbaar is voor andere afdelingen. Ook dit doel is bereikt. Daarbij is ook duidelijk geworden dat de complexiteit van thema's rondom het eigenaarschap een snelle uitbreiding naar andere afdelingen niet vanzelfsprekend maakt. Het enthousiasmeren van een gedragen 'trekker' onder de betrokken afdelingshoofden is bijvoorbeeld essentieel. Het initiatief daartoe zou – conform de werkwijze in deze pilot – door de Raden van Bestuur genomen moeten worden. Een andere randvoorwaarde voor implementatie door andere afdelingen zal zijn, dat men eerst zal willen beoordelen of de werkwijze ook leidt tot resultaat in termen van gerealiseerde kwaliteitsverbetering. Dit kan pas worden aangetoond nadat de afdeling Heelkunde de ontwikkelde kernset en werkwijze in de praktijk heeft gebracht. Mede om die reden heeft de projectgroep een vervolgaanvraag ingediend.

- Implementatie werkwijze naar andere ziekenhuizen

Op termijn wordt gestreefd naar uitbreiding van deze werkwijze naar andere ziekenhuizen. Binnen de looptijd van dit project is dat echter geen haalbare doelstelling. Wel hebben eerdere vergelijkbare initiatieven getoond dat succesvolle projecten op het gebied van meten en verbeteren van de kwaliteit van zorg, vaak navolging vinden in andere instellingen. In feite geldt hiervoor dezelfde randvoorwaarde als benoemd bij 'implementatie werkwijze naar andere afdelingen'.

- Financien

In de projectfinanciering van dit project was het financieren van de bouw van (ICT-)applicaties expliciet uitgesloten. Dit uitgangspunt gold overigens voor alle projecten binnen het programma. Hoewel dit de voortgang van het project ophield – het dashboard is immers randvoorwaardelijk voor de beoogde werkwijze – is het een goed uitgangspunt om de schaarse beschikbare gelden goed te besteden. De constructie heeft daarmee de urgentie verhoogd om de vraag naar het

Eindrapportage Kernset Heelkunde
eigenaarschap beantwoord te krijgen en daarmee het uiteindelijke doel van het project te behalen.

8. Conclusie en aanbevelingen

Het project is conform planning uitgevoerd en heeft geleid tot een werkwijze, waarmee sturen op kwaliteit op een duurzame wijze bereikt kan worden. Bijzonder aan de werkwijze is de interactie op verschillende niveau's zowel binnen als tussen de umc's (zie proces). Daarnaast zijn vraagstukken geadresseerd, zoals (consistentie in) het eigenaarschap, de kwetsbaarheid van personen op dat vlak en het belang van het betrekken van strategische en politieke kwesties op het juiste niveau in de besluitvorming. Juist doordat deze thema's expliciet zijn besproken zijn zij niet alleen voor dit project, maar ook voor volgende projecten van meerwaarde geweest. Wel dient daarbij vermeld te worden, dat de concessies die zijn gedaan op inhoudelijk vlak - als gevolg van strategische keuzes – niet gering zijn en een succesvolle implementatie in de weg kunnen staan. Het verdient aanbeveling ook daaraan aandacht te besteden in het vervolg van dit traject.

Om het uiteindelijke succes van de werkwijze te kunnen beoordelen – en daarmee de toepasbaarheid voor andere afdelingen – is een vervolgtraject van groot belang. De projectgroep is daartoe gemotiveerd en wil graag de transitie van theorie naar praktijk maken. Voortzetting van het project is bovendien juist nu van belang omdat het momentum optimaal is met de toezegging van de gekozen leverancier om het dashboard kosteloos te leveren. Begeleiding van bouw en implementatie zijn echter noodzakelijk. De projectgroep zou daartoe graag gebruik maken van de resterende projectgelden en heeft een verzoek voor een vervolgproject gedaan.

Literatuur

1. Kooistra M, Graafmans WC, Go PMNYH et al. Kwaliteitsindicatoren voor de Heelkunde. Ontwikkeling en toepassing van een set indicatoren. RIVM rapport 260101002/2007.
2. Weggelaar AM, Bovenkamp van de H, Bal R. Zand in de kwaliteitsmachinerie. Medisch Contact 2016;15:36-38.
3. Weggelaar AM, Broekharst D, Bruijne de M. Governance rond Kwaliteitsverbetering: Lessen uit lokale Dashboard Ontwikkeling. Eindrapportage 2017 NFU Sturen op kwaliteit.
4. Bender W, Tanke M, Ikkersheim et al. Gebruik bestaande data voor kwaliteitsindicatoren. Medisch Contact 2015;1798-1800.

Bijlagen

Bijlage 1

Voorstel indicatoren kernset Chirurgie NFU

1. Chirurgische zorg

Inclusie patienten:

Alle patienten waarbij de indexopname onder verantwoordelijkheid van de klinische afdeling Chirurgie heeft plaatsgevonden (ook dagcentrum?)

Of keuze voor patienten met operatie en/of interventie?

Indicatoren:	IGZ indicator?	DICA registratie?	Definitie
<u>Heropname</u>	Ja	ja	Heropname binnen 30 dagen na ontslag (indexopname)/ IGZ
<u>Ongeplande heropname</u>	nee	nee	Heropname binnen 30 dagen na ontslag (indexopname) agv een complicatie* van de indexopname
<u>Heroperatie/interventie</u>	Ja (heup)	Ja	Chirurgische, scopische of radiologische interventie nodig als gevolg van een complicatie*
<u>Klinische sterfte</u>	Ja (failure to rescue)	Ja (failure to rescue)	Aantal overleden patienten tijdens de ziekenhuisopname
<u>30 of 90 dagen mortaliteit</u>	nee	Ja (gradering complicatie)	Aantal overleden patienten <30 of 90 dagen na ontslag
<u>Overdracht/Ontslagbrief < 24 uur</u>	Nee	Nee	Het aantal ontslagbrieven binnen 24 uur verzonden
<u>Opnameduur</u> (mediaan of gemiddeld)	Nee	nee	Het aantal dagen tussen opname en ontslag ongeacht het specialisme van de verpleegafdeling
<u>Veilige ketenzorg</u>	Ja (oncologie)	nee	Registratie in patienten dossier: Hoofdbehandelaar, zorgcoördinator, vast aanspreekpunt voor patient
<u>POWI</u>	Nee	ja	Volgens PREZIES
<u>Delier</u>	ja	Ja (heup)	Alle patienten van 70

Eindrapportage Kernset Heelkunde

Screening risico Behandeling			jaar en ouder. Screening volgens protocol.
<u>Pijn</u>	Ja (meting)	nee	Pijnmeting bij postoperatieve patienten. Pijnscore.
<u>Sepsis</u> Screening Behandeling	ja	ja	Screening 3 vragen waaronder SIRS criteria. Protocolaire behandeling.
<u>Ondervoeding</u> Screening Behandeling	Ja	nee	Systematische screening op ondervoeding met gevalideerd screeningsinstrument. Voedingsbehandeling
<u>Pneumonie</u>	ja	Ja/pulmonaal	Volgens Scoresysteem CAP
<u>Complicatie</u>	Ja (carotis)	ja	Volgens NVvH (zie*)

*Complicatie: een onbedoelde en ongewenste gebeurtenis of toestand tijdens of volgend op medisch-specialistisch handelen, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het medisch (be)handelen noodzakelijk is dan wel dat er sprake is van onherstelbare schade'. Niet van belang hierbij zijn het resultaat van de feitelijke medisch-specialistische behandeling, de waarschijnlijkheid van de complicatie en de eventuele aan- of afwezigheid van schuld. (NVvH)

Complicatie volgens DICA: Alle complicaties die zich voordoen binnen 30 dagen (≤ 30 dagen) na de operatie.

Gecompliceerd beloop: een complicatie die gepaard gaat met verlengde opnameduur (14 dagen), reïnterventie of sterfte (DICA)

2. Chirurgische zorg naar deelspecialismen

Inclusie patienten: op DICA

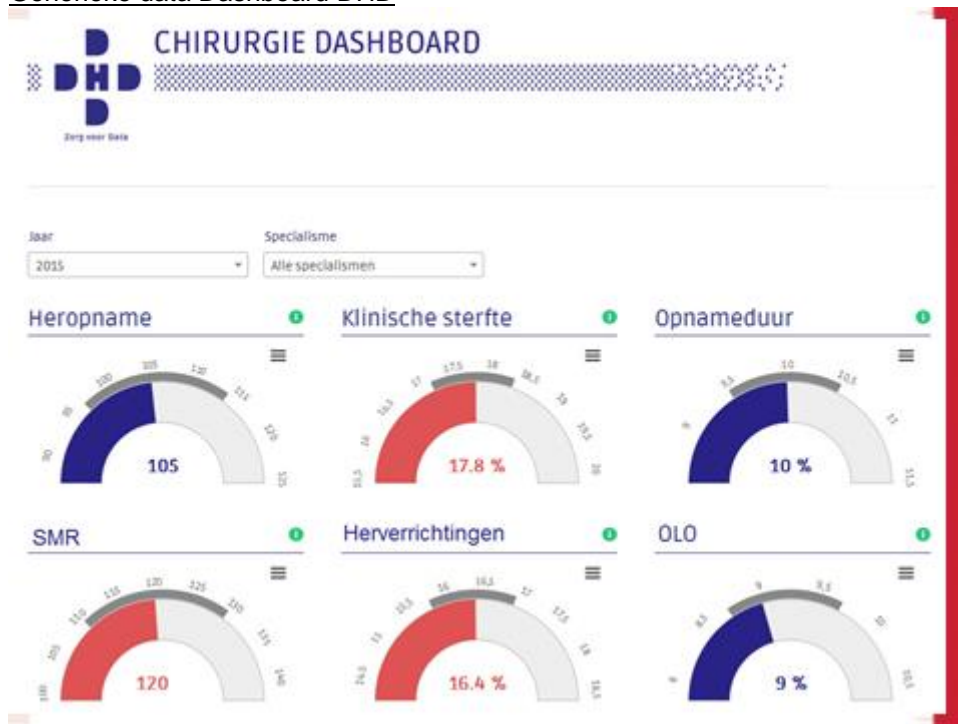
Deelspecialisme	Indicatoren	DICA registratie	Definitie
Colon	Complicatie ja/nee	DSCA	Volgens NVvH (zie*)
	Naadlekkage	DSCA	Lekkage van darmvocht of abcesvorming ter plaatse van de darmnaad waarvoor een heroperatie of een radiologische drainage is verricht.
	Pulmonaal	DSCA	
	Nabloeding	DSCA	
Upper GI	Complicatie ja/nee	DUCA	
	Naadlekkage	DUCA	

Eindrapportage Kernset Heelkunde

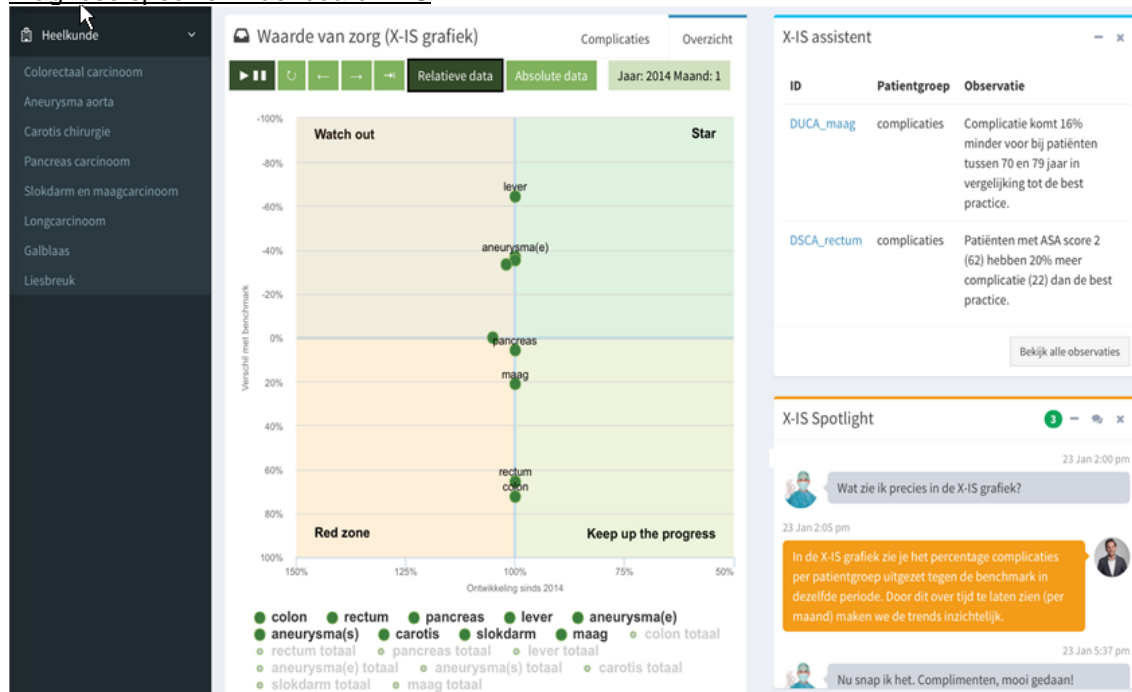
	Pulmonaal	DUCA	
	Nabloeding	DUCA	
Pancreas	Complicatie ja/nee	DPCA	
	Pacreasfistel	DPCA	
	Vertraagde maagontleding	DPCA	
	Gallekkage	DPCA	
	Nabloeding	DPCA	
Hepatobillair	Complicatie ja/nee	DHBA	
Aneurysma	Complicatie ja/nee	DSAA	
	CVA	IGZ (carotischirurgie)	
	Nabloeding	DSAA	
Heup#	Complicatie ja/nee	DHFA	
	Delier	DHFA	

Bijlage 2: Voorbeelden bestaande Dashboards

Generieke data Dashboard DHD



Diagnose specifiek Dashboard X-IS



Eindrapportage Kernset Heelkunde

Het programma *Sturen op Kwaliteit* wordt gefinancierd door het Citrienfonds.

Dit fonds helpt duurzame en breed inzetbare oplossingen in de gezondheidszorg te ontwikkelen en is mogelijk gemaakt door ZonMw.



ZonMw



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN UMC's
CONSORTIUM KWALITEIT VAN ZORG

