



SAMENWERKENDE KWALITEITSREGISTRATIES

RAPPORT

Toepassing van uitkomstinformatie in de Nederlandse zorg: Wat gaat goed en wat kan beter?

23-11-2022

Colofon

De enquête, interviewguide en dit rapport zijn tot stand gekomen uit een samenwerking tussen de Nederlandse Hart Registratie (NHR), de Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten (LROI), Nefrovisie, de Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE) en het Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA), allen leden van de Samenwerkende Kwaliteits Registraties (SKR).



De NHR fungeerde binnen dit project als initiatiefnemer en uitvoerder. Het kernteam vanuit de NHR bestond uit Dennis van Veghel, Paul van der Nat, Niki Medendorp en Lise Moers. Vanuit de betrokken kwaliteitsregistraties zijn als contactpersonen aangesloten Geke Denissen (LROI), Marc ten Dam (Nefrovisie), Nicolette de Keizer (NICE) en Mark Nielen (DICA).

Voor vragen rondom dit project en rapport kunt u contact opnemen met de projectgroep via info@nhr.nl.

Alle betrokken partijen willen de respondenten heel hartelijk bedanken voor hun bereidwilligheid om de enquête in te vullen en deel te nemen aan de uitgevoerde diepte-interviews. Daarnaast willen alle betrokken partijen ook de betrokken patiëntenorganisaties (Patiëntenfederatie Nederland, Nierpatiënten Vereniging Nederland (NVN), en Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten organisaties (NFK)) bedanken voor hun inbreng in het kader van het patiëntperspectief.

Dit onderzoek 'Uitkomstinformatie voor kwaliteitsverbetering' is mede mogelijk gemaakt door het ZonMw-programma 'Kwaliteit van Zorg' (KwaZo) (projectnummer: 05160472110005) en Kennisplatform Uitkomstgerichte Zorg.

Inhoudsopgave

Colofon	2
Samenvatting	4
1. Introductie	9
2. Methode	12
3. Landelijke resultaten over gebruik van uitkomstinformatie.....	16
3.1 Belangrijkste bevindingen en algemene trends	16
3.2 Bevorderende en belemmerende factoren	19
3.3 Resultaten per element van het HOME-model	22
3.4 Status van het gebruik van uitkomstinformatie in de patiëntenzorg	31
4.1 Resultaten cardiochirurgie (kwaliteitsregistratie NHR).....	32
4.1.1 Resultaten per element van het HOME-model	32
4.1.2 Status van het gebruik van uitkomstinformatie in de patiëntenzorg	38
4.2 Resultaten interventiecardiologie (dotters) (kwaliteitsregistratie NHR)	39
4.2.1 Resultaten per element van het HOME-model	39
4.2.2 Status van het gebruik van uitkomstinformatie in de patiëntenzorg	45
4.3 Resultaten dialyse (kwaliteitsregistratie Nefrovisie).....	46
4.3.1 Resultaten per element van het HOME-model	46
4.3.2 Status van het gebruik van uitkomstinformatie in de patiëntenzorg	51
4.4 Resultaten intensive care (kwaliteitsregistratie NICE).....	52
4.4.1 Resultaten per element van het HOME-model	52
4.4.2 Status van het gebruik van uitkomstinformatie in de patiëntenzorg	58
4.5 Resultaten orthopedische heup- of knie vervanging (kwaliteitsregistratie LROI).....	60
4.5.1 Resultaten per element van het HOME-model	60
4.5.2 Status van het gebruik van uitkomstinformatie in de patiëntenzorg	66
5. Conclusie	67
5.1 Algemene aanbevelingen.....	68
5.2 Reflectie en aanbevelingen vanuit de betrokken patiëntenorganisaties	69
5.3 Limitaties van dit onderzoek.....	70
Bronnenlijst	71
Bijlage 1. Enquête resultaten.....	72
Bijlage 2. Algemene enquêtevragenlijst	83
Bijlage 3. Interviewgide.....	93
Bijlage 4. Resultaten behandeling van lever- en galweg tumoren via een chirurgische resectie en/of thermale ablatie (kwaliteitsregistratie DICA)	96

Samenvatting

Hoge kwaliteit uitkomstinformatie is in de afgelopen 10 jaar beschikbaar gekomen via kwaliteitsregistraties; methoden om de uitkomstinformatie binnen de centra effectief en efficiënt te gebruiken voor verbetering zijn nog in ontwikkeling, zowel in Nederland als internationaal.

In de afgelopen 10 jaar is de focus op het gebruik van patiënt-relevante uitkomsten zowel internationaal als in de Nederlandse zorg sterk toegenomen. Ook het ministerie van VWS stuurt hierop via een afspraak in het hoofdlijnenakkoord om in 2022 50% van de patiënt-relevante uitkomsten van zorg inzichtelijk te hebben. Via kwaliteitsregistraties zoals NHR, LROI, Nefrovisie, NICE en DICA is data van hoge kwaliteit en compleetheid beschikbaar gekomen. In de praktijk blijkt tot nu toe echter dat Nederlandse ziekenhuizen en behandelcentra nog werken aan de ontwikkeling van methoden om daadwerkelijk en effectief te verbeteren op basis van uitkomstinformatie.

Het Health Outcomes Management Evaluation (HOME) model helpt om gebruik van uitkomstinformatie inzichtelijk te maken.

In eerdere onderzoeken binnen de hartzorg is het Health Outcomes Management Evaluation (HOME) model, in 2016 ontwikkeld door de NHR, een goed startpunt gebleken om inzicht te creëren in het gebruik van uitkomstinformatie ten behoeve van kwaliteitsverbetering. Dit HOME-model is gebaseerd op de 4 hoofdstappen van een (uitkomst-gedreven) verbetercyclus (PDCA-cyclus) en de 7 randvoorwaarden voor organisatie van een verbetercyclus (7s-model). Binnen het huidige project 'Uitkomstinformatie voor kwaliteitsverbetering', uitgevoerd in een samenwerking tussen NHR, LROI, Nefrovisie, NICE en DICA, allen leden van de Samenwerkende Kwaliteits Registraties (SKR), is het HOME-model doorontwikkeld om deze toepasbaar te maken voor andere specialismen en kwaliteitsregistraties, en is deze gebruikt om inzicht te vergaren in de huidige organisatie van de verbetercyclus binnen de verschillende specialismen.

Met 127 ingevulde vragenlijsten, 18 diepte-interviews binnen 5 registraties van de SKR wordt een duidelijk beeld gecreëerd van gebruik van uitkomstinformatie in de Nederlandse zorg.

Middels een enquête en aanvullende diepte-interviews binnen zes veelvoorkomende aandachtsgebieden (hartpatiënten die een cardio-thoracale chirurgische ingreep ondergaan; hartpatiënten die een dotterbehandeling ondergaan; nierpatiënten die gedialyseerd worden; patiënten die op de IC behandeld worden; orthopedische patiënten die een knie- of heupvervanging krijgen; patiënten met een lever- of galwegtumor die een chirurgische resectie en/of thermale ablatie ondergaan) is inzicht verkregen in; 1) het huidige gebruik van uitkomstinformatie voor kwaliteitsverbetering en 2) bevorderende en belemmerende factoren, en good practices op het gebied van gebruik van uitkomstinformatie te identificeren en te delen om uitwisseling van kennis en ervaring te bewerkstelligen. Daarnaast is 3) nagestreefd om het HOME-model inzetbaar en laagdrempelig beschikbaar te maken binnen verschillende disciplines om het delen van inzichten rondom het effectieve gebruik van uitkomstinformatie te kunnen faciliteren. Via bestaande netwerken en contacten van de kwaliteitsregistraties is de enquête verspreid naar

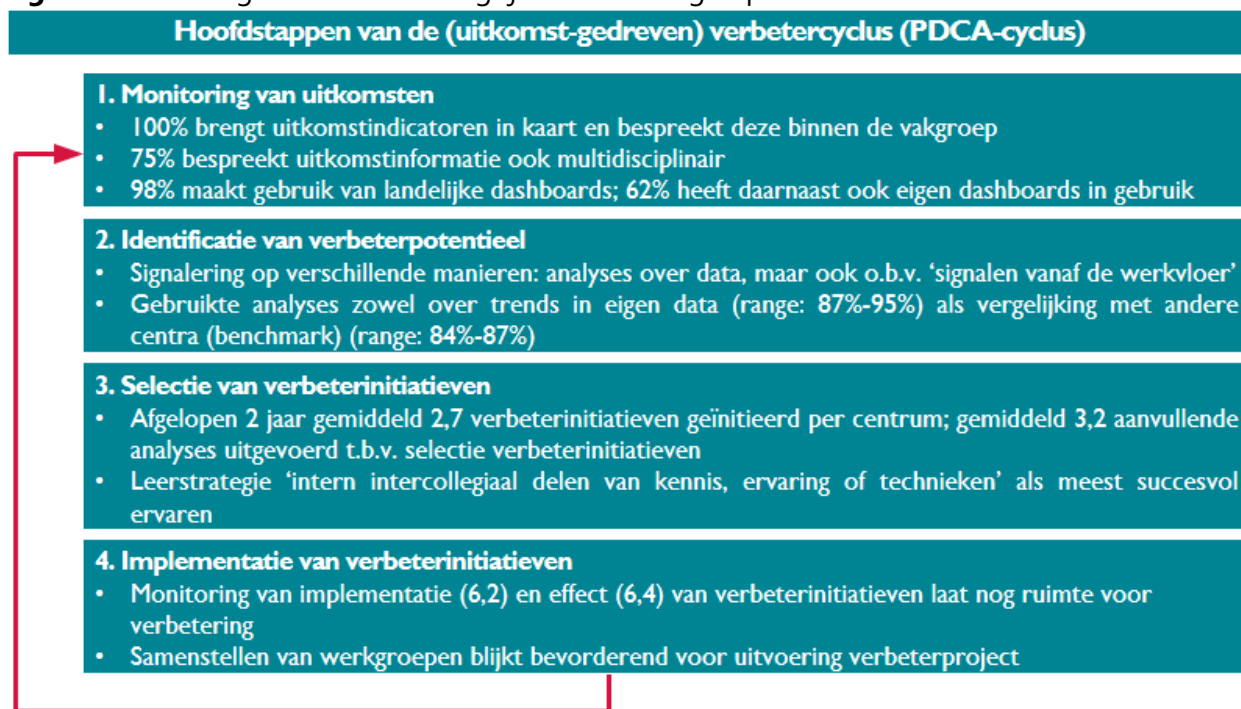
alle centra die de betreffende patiëntgroepen behandelen. Vervolgens zijn verdiepende interviews uitgevoerd met een selectie van centra per specialisme. Deze selectie is gebaseerd op het gerapporteerde activiteitsniveau binnen de centra. Daarbij is inzicht verkregen in bevorderende en belemmerende factoren en zijn good practices met betrekking tot het gebruik van uitkomstinformatie opgehaald.

N.B.: Voor zorg rondom levertumoren hebben op het moment van schrijven slechts enkele centra de enquête ingevuld; mogelijk zijn deze resultaten minder representatief voor de populatie van oncologische centra.

Uitkomstinformatie wordt binnen onderzochte aandoeningsgebieden actief gebruik voor kwaliteitsverbetering; het doorlopen van een verbetercyclus gebeurt nog niet in alle centra helemaal volledig en kan verder ontwikkeld worden.

Uit de enquête en diepte-interviews blijkt dat uitkomstinformatie binnen de onderzochte aandoeningsgebieden zeer actief gebruikt worden voor kwaliteitsverbetering; resultaten worden regulier gemonitord, verbeterprojecten worden geselecteerd en geïmplementeerd. De verbetercyclus kan in sommige centra echter nog vollediger doorlopen worden. In onderstaande **Figuur 1** worden de belangrijkste bevindingen per element van het HOME-model gepresenteerd.

Figuur 1. Totaal figuur met de belangrijkste bevindingen per element van het HOME-model



Randvoorwaarden voor organisatie van een verbetercyclus (7S-model)

1. Strategie

- 95% van centra heeft kwaliteitsverbetering o.b.v. uitkomstinformatie expliciet opgenomen in interne beleid; beleid van afdeling volgt vaak beleid van ziekenhuis

2. Governance

- Extern samenwerkingsverband benoemd als bevorderend; slechts 2 op de 5 centra onderdeel van dergelijk samenwerkingsverband

3. Cultuur & waarden

- Vertrouwen binnen centra t.a.v. open bespreken van uitkomstinformatie hoog (range gemiddelde score: 7,3-8,4)

4. Leiderschap

- 66% benoemt medisch specialist als grootste kartrekker binnen de verbetercyclus

5. Infrastructuur

- Gemiddeld 70% van data kwaliteitsregistratie regulier in EPD vastgelegd
- Data wordt deels handmatig en deels via extractie uit EPD bij kwaliteitsregistratie aangeleverd

6. Capaciteit

- Medisch specialisten (35%) en kwaliteitsmanagers (28%) krijgen tijd voor realisatie verbetercyclus

7. Expertise

- Gemiddeld 4 artsen op afdeling met expertise en affiniteit met datamanagement en –analyses (waar gemiddeld 14 medisch specialisten direct betrokken zijn bij de behandeling)

De geïdentificeerde bevorderende factoren laten zien dat het realiseren van een verbetercyclus vraagt om een structurele inbedding op meerdere niveaus; deelnemers rapporteren bijvoorbeeld voldoende capaciteit op operationeel niveau en hoge motivatie op de werkvloer als bevorderende factoren. Ook een multidisciplinair team waarbinnen verschillende expertises betrokken zijn, en de motivatie van alle betrokkenen ten aanzien van het open bespreken van uitkomstinformatie worden ervaren als bevorderend binnen de verbetercyclus. Daarbij worden het te veel monitoren, te weinig capaciteit en beperkte ondersteunende faciliteiten beschikbaar in de organisatie ervaren als de grootste belemmerende factoren voor het succesvol realiseren van een verbetercyclus. In **Figuur 2** wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren die zijn geïdentificeerd in de diepte-interviews.

Figuur 2. Overzicht met bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van verbetercycli

Bevorderende factoren
Benchmarking met andere centra zorgt vaker voor verbeterinitiatieven Een dergelijke samenwerking tussen verschillende centra maakt het mogelijk om met meerdere ziekenhuizen verbeterpotentieel in kaart te brengen middels benchmarking. Daarnaast maakt het mogelijk om aan te sluiten bij verbeterinitiatieven die reeds in andere centra lopen of gezamenlijk een verbeterinitiatief te starten.
Structurele overlegmomenten Een (frequent) terugkerende bespreking waarbij gebruik wordt gemaakt van (lokale of landelijke) dashboards om data in kaart te brengen en te monitoren.
Gebruik verschillende informatiebronnen en signalen 1. Benchmarking; 2. Signalen vanaf de werkvloer; 3. Gevoel vanuit medici over wat aandacht behoef.
Multidisciplinaire teams en voldoende capaciteit Beschikking over een (multidisciplinair) kwaliteitsteam bestaande uit verschillende expertises, zoals kwaliteitsmedewerker(s), data-analist(en) en medisch expert(s) met voldoende capaciteit waarbij iedereen zijn eigen verantwoordelijkheden heeft.
Concreet afdelingsplan Afdelingsplan met kwaliteitsdoelen die voor iedereen inzichtelijk en helder zijn.
Bereidheid en intrinsieke motivatie: Tezamen met vertrouwen om data transparant te bespreken en kwaliteit van zorg te willen verbeteren.
Belemmerende factoren
Teveel willen monitoren en verbeteren Focus en tijd zijn nodig om onderwerpen verder te kunnen onderzoeken en verbeterinitiatieven te starten.
Onvoldoende bruikbare data Te kleine aantallen patiënten zorgt ervoor dat er (te) weinig data beschikbaar is om te bespreken, analyseren en conclusies te trekken waar een verbeterinitiatief uit volgt.
Gebrek aan infrastructuur Geen / beperkte koppeling met het EPD leidt tot veel (handmatig) werk om data in kaart te brengen.
Te weinig capaciteit op de werkvloer Te weinig capaciteit (o.a. tijd van medici en overige betrokkenen) om een verbetercyclus van het begin tot het einde te realiseren zorgt ervoor dat verbeterinitiatieven niet van de grond komen.

Kleine verschillen in gebruik van uitkomstinformatie tussen de registraties, grote verschillen tussen de deelnemende centra.

Er zijn geen grote verschillen tussen de verschillende aandoeningen (en registraties) te identificeren; voor elke aandoening lijkt de mate waarin uitkomstinformatie gebruikt wordt vergelijkbaar. Tussen centra, daarentegen, bestaan nog wel grote verschillen in de manier waarop uitkomstinformatie wordt gebruikt, met name óf en wanneer deze leiden tot verbeterprojecten. Daarbij zijn per aandoeningsgebied andere centra verder gevorderd in de ontwikkeling van methoden om daadwerkelijk en effectief te verbeteren op basis van uitkomstinformatie.

Gebruik uitkomstinformatie binnen de patiëntenzorg nog beperkt; PROMS worden al wel gemeten en gebruikt.

Het merendeel van de respondenten geeft aan dat uitkomstinformatie binnen de onderzochte aandachtsgebieden nog *niet* actief gebruikt wordt in de patiëntenzorg (range: 58% - 100%). Wel geeft 75% van de respondenten aan Patient Reported Outcome Measures (PROMS) te meten; 64% gebruikt deze ook daadwerkelijk, bijvoorbeeld in het kader van wetenschappelijk onderzoek, voor analyses op groepsniveau en/of voor bespreking met de patiënt op de poli.

Aanbevelingen op meerdere niveaus ten aanzien van de structurele inbedding van de verbetercyclus:

- Zorg voor voldoende capaciteit in de vorm van tijd en personeel om een verbetercyclus van het begin tot het einde te kunnen realiseren;
- Deelname aan een extern samenwerkingsverband biedt mogelijkheden om netwerkgericht uitkomstinformatie te bespreken en te vergelijken, en om geleerde lessen rondom zorginhoudelijke en organisatorische onderwerpen rondom de verbetercyclus te kunnen delen;
- Het beschikken over een (multidisciplinair) kwaliteitsteam bestaande uit verschillende achtergronden en expertises werkt bevorderend voor het starten en uitvoeren van een verbeterinitiatief;
- Om de bereidheid en intrinsieke motivatie van medewerkers hoog te houden, moet een veilige omgeving gecreëerd worden waarin data transparant gedeeld kan worden zonder directe (persoonlijke) gevolgen;
- Maak gebruik van verschillende informatiebronnen voor identificatie van verbeterpotentieel. Denk hierbij aan dashboards (zowel landelijk beschikbaar als lokaal ontwikkeld) en signalen vanaf de werkvloer;
- Een automatische koppeling met het EPD is essentieel om registratielasten te verminderen en de focus te kunnen leggen op het daadwerkelijk analyseren en gebruiken van uitkomstinformatie.

1. Introductie

In de afgelopen 10 jaar is de focus op het gebruik van patiënt-relevante uitkomsten in de Nederlandse zorg sterk toegenomen.

In de afgelopen 10 jaar is binnen de onderzochte aandoeningsgebieden het besef sterk toegenomen dat patiënt-relevante uitkomsten van zorg een centrale rol zouden moeten spelen bij de kwaliteitsverbetering van de Nederlandse zorg. Het ministerie van VWS stuurt hierop via een afspraak in het hoofdlijnenakkoord om in 2022 50% van de patiënt-relevante uitkomsten van zorg inzichtelijk te hebben. Dit zou samen beslissen op basis van uitkomstinformatie moeten faciliteren. Daarnaast wordt in het Integraal Zorgakkoord ingezet op een continue leer- en verbetercyclus door zorgprofessionals en patiënten, waarbij passende zorg volgens de laatste inzichten en informatie centraal staat.

Uitkomstinformatie is onderdeel van kwaliteitsregistraties zoals NHR, LROI, Nefrovisie, NICE en DICA, allen leden van de Samenwerkende Kwaliteits Registraties (SKR). De kwaliteitsregistraties spelen een belangrijke rol in het toewerken naar een beheersbaar en efficiënt kwaliteitsregistratielandschap, en de doelstelling om 50% transparantie op uitkomsten in de Nederlandse zorg te realiseren. De kwaliteit en compleetheid van beschikbare data binnen deze kwaliteitsregistraties is hoog (DICA, 2022; LROI, 2022; NICE, 2022; Nefrovisie, 2022; NHR, 2021). Het aanbieden van (landelijke) inzichten in de kwaliteit van zorg van aangesloten specialismen én het faciliteren van vergelijking met andere ziekenhuizen en/of een landelijke benchmark draagt bij aan de beschikbaarheid van kwaliteitsinformatie die nodig is voor continue kwaliteitsverbetering.

Het Health Outcomes Management Evaluation (HOME) model helpt om gebruik van uitkomstinformatie inzichtelijk te maken. In de praktijk blijkt dat Nederlandse ziekenhuizen en behandelcentra nog werken aan de ontwikkeling van methoden om daadwerkelijk en effectief te verbeteren op basis van uitkomstinformatie. In een eerdere studie binnen de hartzorg is het Health Outcomes Management Evaluation (HOME) model ontwikkeld door de NHR (Van Veghel et al., 2020). Dit HOME-model is een goed startpunt gebleken om inzicht te creëren in de verbetercyclus en inrichting van de organisatie die nodig is voor het kunnen gebruiken van uitkomstinformatie (Van Veghel et al., 2020; Van der Nat, Derks, & Van Veghel, 2021).

Dit project heeft als doel om via het HOME-model voor meerdere aandoeningen en specialismen inzicht te creëren in het gebruik van uitkomstinformatie ten behoeve van kwaliteitsverbetering. De subdoelstellingen van dit project zijn: 1) het identificeren en deelbaar maken van bevorderende en belemmerende factoren en good practices rondom het gebruik van uitkomstinformatie, en 2) het inzetbaar en laagdrempelig beschikbaar maken van het HOME-model ten behoeve van het faciliteren van het delen van inzichten rondom het effectieve gebruik van uitkomstinformatie.

Met enquêtes en diepte-interviews binnen 5 registraties van de SKR (over 6 specifieke aandoeningen) wordt een duidelijk beeld gecreëerd van het gebruik van uitkomstinformatie in de Nederlandse zorg.

In 2022 is een enquête gehouden onder medisch specialisten van zes specifieke aandoeningen in alle centra aangesloten bij de Samenwerkende Kwaliteits Registraties (SKR). Daarnaast zijn diepte-interviews uitgevoerd met een selectie van de deelnemende centra. Hierbij zijn de volgende aandoeningen en patiëntgroepen meegenomen:

- Hartpatiënten die een cardio-thoracale chirurgische ingreep ondergaan (kwaliteitsregistratie NHR)
- Hartpatiënten die een dotterbehandeling ondergaan (kwaliteitsregistratie NHR)
- Nierpatiënten die gedialyseerd worden (kwaliteitsregistratie Nefrovisie)
- Patiënten die op de intensive care (IC) behandeld worden (kwaliteitsregistratie NICE)
- Orthopedische patiënten die een heup- of knie vervanging krijgen (kwaliteitsregistratie LROI)
- Patiënten met een lever- of galweg tumor die een chirurgische resectie en/of thermale ablatie ondergaan (kwaliteitsregistratie DICA)

In **Figuur 3** is een globaal overzicht te vinden van het portfolio van deelnemende kwaliteitsregistraties en patiëntenorganisaties, inclusief specialismen en aandoeningen van de betreffende kwaliteitsregistraties.

Figuur 3. Overzicht van deelnemende kwaliteitsregistraties en specialismen

	Specialismen	Aandoeningen	Registraties	Patiëntenorganisatie
	Chirurgen, radiotherapeuten, ziekenhuisapothekers, oncologen, internisten, neurologen, MDL artsen	Diverse tumorsoorten, diabetes, borstimplantaten, heupfracturen, vaatchirurgie	DASA, DSA, DSAA, DACI, DBIR, DHBA etc. (n=22)	NFK, PFN, BV, St. Olijf, DVN, Living With Hope Foundation
	Orthopedisch chirurgen	Patiënten met gewrichtsaandoeningen die een prothese-ingreep ondergaan	Heup, knie, enkel, elleboog, schouder, vinger, pols prothesen (incl revisieoperaties)	Patientfederatie (geen aparte patiëntvereniging)
	Internisten / Nefrologen	Nierfalen	Renine	Nierpatiënten Vereniging Nederland (NVN)
	Intensivisten	Diversen (inclusie = IC bezoek)	Minimale dataset, SOFA score, ernstige sepsis, zorgcapaciteit, pijn, beademing	FCIC- family and patient centered intensive care
	Cardiologen / Cardiochirurgen	Coronairlijden Aortakleplijden en diverse anderen	Cardiochirurgie, PCI, THI, Ablatie, ICD, pacemaker, etc. (n=8)	Harteraad

Het doel van deze enquête is om in kaart te brengen hoe uitkomstindicatoren binnen de deelnemende centra worden ingezet om de kwaliteit van zorg te verbeteren, en om good practices en verschillen in aanpak inzichtelijk en deelbaar te maken. Vervolgens zijn diepte-interviews uitgevoerd met een selectie van de centra, waarbij verder ingegaan is op verschillende elementen binnen de aanpak ten behoeve van verbeteringen van de kwaliteit. Hierbij is nagegaan

welke elementen wel of niet werken, en waarom deze wel of niet werken. Dit alles om binnen het eigen specialisme, maar juist ook specialisme overstijgend, van elkaar te kunnen leren op het gebied van gebruik van uitkomstinformatie.

In **Hoofdstuk 2** volgt een beschrijving van de methode die gebruikt is ten behoeve van de ontwikkeling en uitvoer van de enquête en diepte-interviews. Vervolgens worden in **Hoofdstuk 3** de resultaten van dit project gepresenteerd; ten eerste worden de landelijke resultaten samengevat, dus alle versies van de enquête samen. Dit wordt weergegeven aan de hand van de elementen van het HOME-model. Indien resultaten voor een specifieke aandoening substantieel afwijken van de algemene trend die voor een bepaald element zichtbaar is, wordt dit expliciet benoemd. Voor de zorg rondom levertumoren is echter gekozen om dit niet te doen, omdat de resultaten hiervan sneller afwijken vanwege het beperkt aantal ingevulde vragenlijsten ($N = 3$). In de (deel)hoofdstukken die daarop volgen (**Hoofdstuk 4.1** t/m **Hoofdstuk 4.5**), worden de resultaten van de enquêtes en diepte-interviews per specialisme in detail besproken. De conclusie van dit onderzoek wordt gepresenteerd in **Hoofdstuk 5**, waarna de bronnenlijst volgt. Ten slotte zijn de enquêteresultaten, enquêtevragenlijst en interviewgide opgenomen in respectievelijk **Bijlage 1**, **Bijlage 2** en **Bijlage 3**. De resultaten voor de zorg omtrent levertumoren zijn opgenomen in **Bijlage 4**.

2. Methode

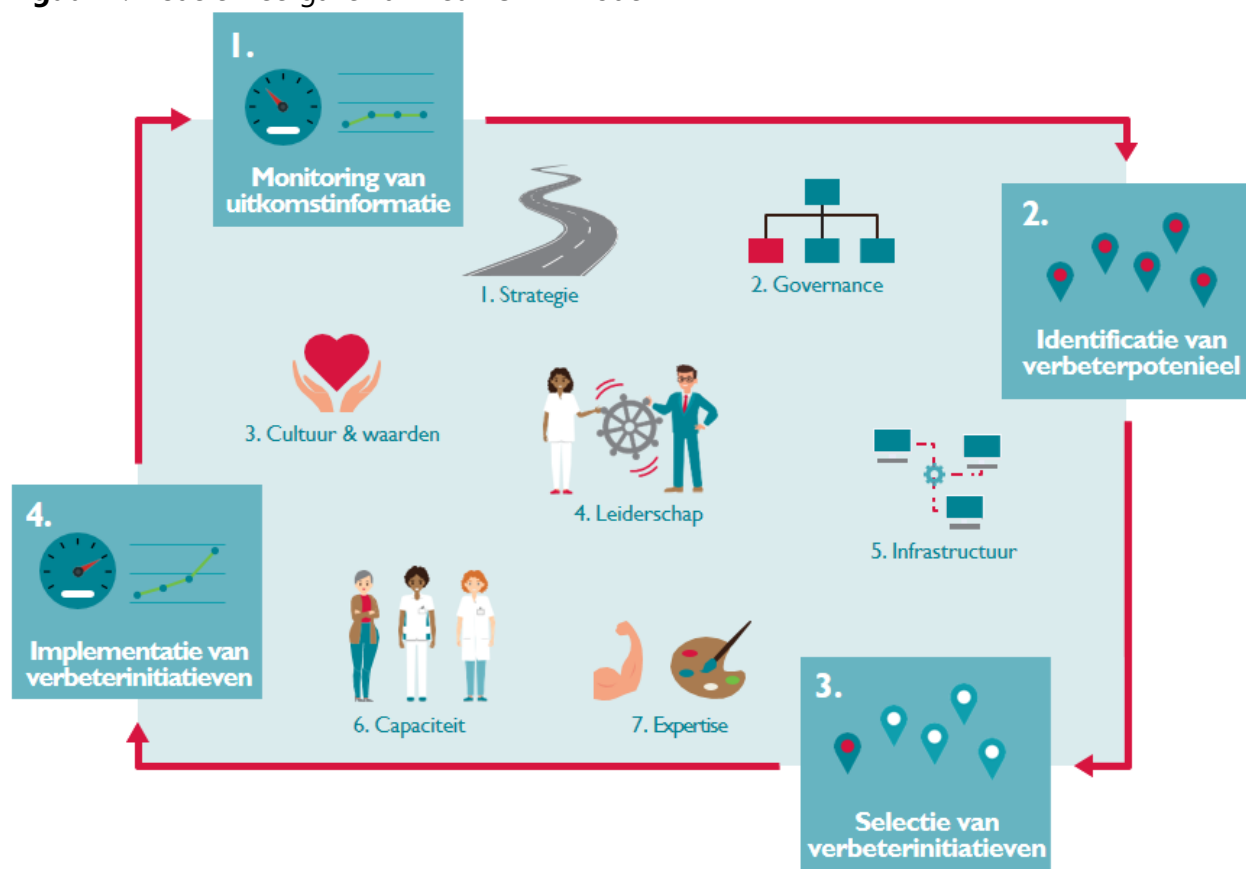
Het Health Outcomes Management Evaluation (HOME) model helpt om gebruik van uitkomstinformatie inzichtelijk te maken.

In 2016 is vanuit de NHR het HOME-model ontwikkeld om ziekenhuizen te ondersteunen bij de organisatie van de verbetercyclus (Van Veghel et al., 2020; Van der Nat, Derks, & Van Veghel, 2021). Via de bijbehorende enquête is inzichtelijk gemaakt hoe in 2016 en 2020 in de hartzorg uitkomsten werden gebruikt om zorg te verbeteren. In het huidige onderzoek is het HOME-model toepasbaar gemaakt voor de aandoeningen waarop de kwaliteitsregistraties binnen de SKR richten, zodat binnen de onderzochte aandoeningsgebieden een actueel inzicht kan worden verkregen in het actieve gebruik van uitkomstinformatie en de mate waarin men slaagt in het organiseren van verbeterprojecten. Hiertoe zijn 6 specialismen geselecteerd, waarna de enquête en interviewgide van het HOME-model in samenwerking met SKR-leden en patiëntenorganisaties voor deze specialismen verder aangescherpt is en per specifieke aandoening een aangepaste versie opgesteld is. Daarbij is ook ruimte opgenomen om in te gaan op het patiëntperspectief en eventuele good practices. Een algemene versie van de doorontwikkelde enquête is te vinden in **Bijlage 2**; de gebruikte interviewgide is te vinden in **Bijlage 3**.

Het HOME-model doorloopt 11 elementen, welke gebaseerd zijn op elementen uit een PDCA-cyclus (Deming cyclus) en het 7S-model van McKinsey (zie **Figuur 4** voor een visuele weergave). Deze elementen zijn als volgt:

- De 4 hoofdstappen van een (uitkomst-gedreven) verbetercyclus (PDCA-cyclus): 1) Monitoring van uitkomsten, 2) Identificatie van verbeterpotentieel, 3) Selectie van verbeterinitiatieven, 4) Implementatie van verbeterinitiatieven.
- De 7 randvoorwaarden voor organisatie van een verbetercyclus (7S-model): 1) Strategie, 2) Governance, 3) Cultuur & waarden, 4) Leiderschap, 5) Infrastructuur, 6) Capaciteit, en 7) Expertise.

Figuur 4. Visuele weergave van het HOME-model



Met 127 ingevulde vragenlijsten binnen 5 registraties van de SKR wordt een duidelijk beeld gecreëerd van het gebruik van uitkomst informatie in de Nederlandse zorg.

De doorontwikkelde (aandoening-specifieke versies van de) vragenlijst is in de periode april tot juli 2022 via bestaande netwerken en contacten van de kwaliteitsregistraties verspreid naar alle centra die de betreffende patiëntgroepen behandelen. Om een representatief beeld te krijgen, is een minimale respons van 35% van het aantal centra per specialisme beoogd. Per centrum is gevraagd om een online vragenlijst in Microsoft Forms in te laten vullen per specialisme met betrokkenheid van ten minste één medisch specialist.

Zoals te zien in **Tabel 1**, is het responspercentage op de enquête voor het specialisme cardiochirurgie (kwaliteitsregistratie NHR) het hoogste; 80% heeft de enquête ingevuld. Voor interventiecardiologie (dotters) (kwaliteitsregistratie NHR) is de enquête door 20 centra (69%) ingevuld, voor dialyse (kwaliteitsregistratie Nefrovisie) door 30 centra (51%), voor intensive care (kwaliteitsregistratie NICE) door 35 centra (49%) en voor orthopedische heup- of knie vervanging (kwaliteitsregistratie LROI) door 27 centra (31%). Voor deze registraties is hiermee een goede respons bereikt waarmee een representatief beeld is verkregen.

Tabel 1. Overzicht aantallen benaderde en deelnemende centra

	Cardiochirurgie	Interventiecardiologie (dotters)	Dialyse	Intensive Care	Orthopedische heup- en knievervang	Behandeling van lever- en galwegtu moren via een chirurgische resectie en/of thermale ablatie	Totaal^a
Aantal benaderd	15	29	59	72	86	-	-
Respons (aantal)	12	20	30	35	27	3	127
Respons (percentage)	80%	69%	51%	49%	31%	-	-
Aantal interviews	4	4	4	3	3	-	18

^aVoor zorg rondom levertumoren hebben op het moment van schrijven slechts 3 centra de enquête ingevuld. Deze resultaten zijn daardoor mogelijk niet representatief voor het gehele specialisme en geven een vertekening wanneer deze vergeleken worden met de resultaten van andere specialismen. De resultaten worden volledigheidshalve wel meegeteld in de totale respons (zie **Tabel 1**) en worden ook gepresenteerd in **Bijlage 4**.

N.B.: Sommige centra hebben de enquête voor meerdere specialismen ingevuld en komen zodoende vaker dan één keer voor in het totale aantal ingevulde vragenlijsten. Met betrekking tot de specialismen dialyse en orthopedische heup- en knievervang is de enquête ook verspreid onder klinieken en zelfstandige behandelcentra, naast ziekenhuizen. De resultaten voor deze specialismen representeren dus ook deze type centra.

Aanvullend zijn er 18 diepte-interviews uitgevoerd (range: 3 – 4 interviews per aandoening).

Op basis van de enquêteresultaten is een selectie gemaakt van de 3 tot 5 ziekenhuizen per specialisme die het meest actief bleken in het gebruik van uitkomst informatie in de verbetercyclus. Hierbij is enkel gekeken naar centra die in de enquête hebben aangegeven te willen deelnemen aan een diepte-interview rondom het gebruik van uitkomstindicatoren. De criteria voor deze selectie waren als volgt:

1. Het aantal verbeterinitiatieven dat de afgelopen twee jaar door het monitoren van uitkomsten van zorg geïnitieerd is.

2. Het aantal uitkomstindicatoren waarvoor de afgelopen twee jaar op initiatief of verzoek van de vakgroep aanvullende analyses uitgevoerd is met als doel om resultaten beter te kunnen duiden en mogelijk te komen tot verbeterinitiatieven.
3. Het percentage medisch specialisten binnen het centrum dat actief kennisneemt van de uitkomsten van zorg rondom de behandeling van het betreffende specialisme.

In totaal zijn er aanvullend aan de antwoorden op de enquête, 18 diepte-interviews met centra uitgevoerd. Dit aantal varieert tussen de 3 (intensive care en orthopedische heup- en knie vervanging) en 4 (dialyse, interventiecardiologie en cardiochirurgie) interviews per aandoening. Voor de behandeling van levertumoren was het niet mogelijk om interviews uit te voeren vanwege het kleine aantal respondenten; geen van deze respondenten gaf op het moment van selecteren aan open te staan voor medewerking aan een diepte-interview.

De diepte-interviews zijn uitgevoerd in de periode van mei tot juli 2022. De interviews vonden deels op locatie en deels via Microsoft Teams plaats en hadden een duur van 30 tot 60 minuten. Per geselecteerd centrum vond één gesprek plaats met maximaal twee personen, waarvan minstens één medicus die zeer betrokken is bij het meten en verbeteren van uitkomstindicatoren. Voorafgaand aan het diepte-interview hebben deelnemers een samenvatting van antwoorden op de enquête van hun centrum ontvangen. Achteraf is een gespreksverslag opgesteld en teruggekoppeld naar deelnemers.

Kwantitatieve en kwalitatieve analyses brengen algemene trends, good practices, en bevorderende en belemmerende factoren binnen de Nederlandse zorg in het algemeen én binnen specifieke registraties in beeld.

In SPSS is een kwantitatieve analyse van de enquêteresultaten uitgevoerd. Hierbij is voor de totale respons en per specialisme voor iedere vraagstelling de frequentie en percentages per antwoordcategorie berekend en, indien van toepassing, de gemiddelde score. Ook zijn er per specialisme tot-ziekenhuis-herleidbare rapportages opgesteld en gedeeld met de ziekenhuizen die hiervoor toestemming hebben gegeven.

Voor de kwalitatieve analyse van de diepte-interviews heeft elk lid van de projectgroep (N = 4) de opgestelde gespreksverslagen doorgenomen en onafhankelijk zijn of haar bevindingen genoteerd. Daarbij zijn verschillende elementen opgehaald, namelijk a) een generieke aanpak per element van het HOME-model, b) good practices, welke bestaan uit een aanpak die positief beoordeeld werd door deelnemers en afweek van de generieke aanpak, en c) bevorderende en belemmerende factoren. Vervolgens heeft de projectgroep door middel van consensus besloten welke resultaten het meest relevant en het meest van belang bleken binnen dit onderzoek en opgenomen moesten worden in het eindrapport.

3. Landelijke resultaten over gebruik van uitkomstinformatie

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste landelijke resultaten gepresenteerd die volgen uit de enquête (N = 127) en diepte-interviews (N = 18). Ten eerste worden de belangrijkste bevindingen in een figuur weergegeven. Ten tweede worden enkele algemene trends gepresenteerd, waarna de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren gerapporteerd worden. Ten slotte worden per element van het HOME-model de belangrijkste resultaten gepresenteerd; gevolgd door een toelichting over het gebruik van uitkomstinformatie in de patiëntenzorg.

Voor meer details over de enquêteresultaten, zowel landelijk als uitgesplitst per specialisme, verwijzen we u graag naar **Bijlage 1**.

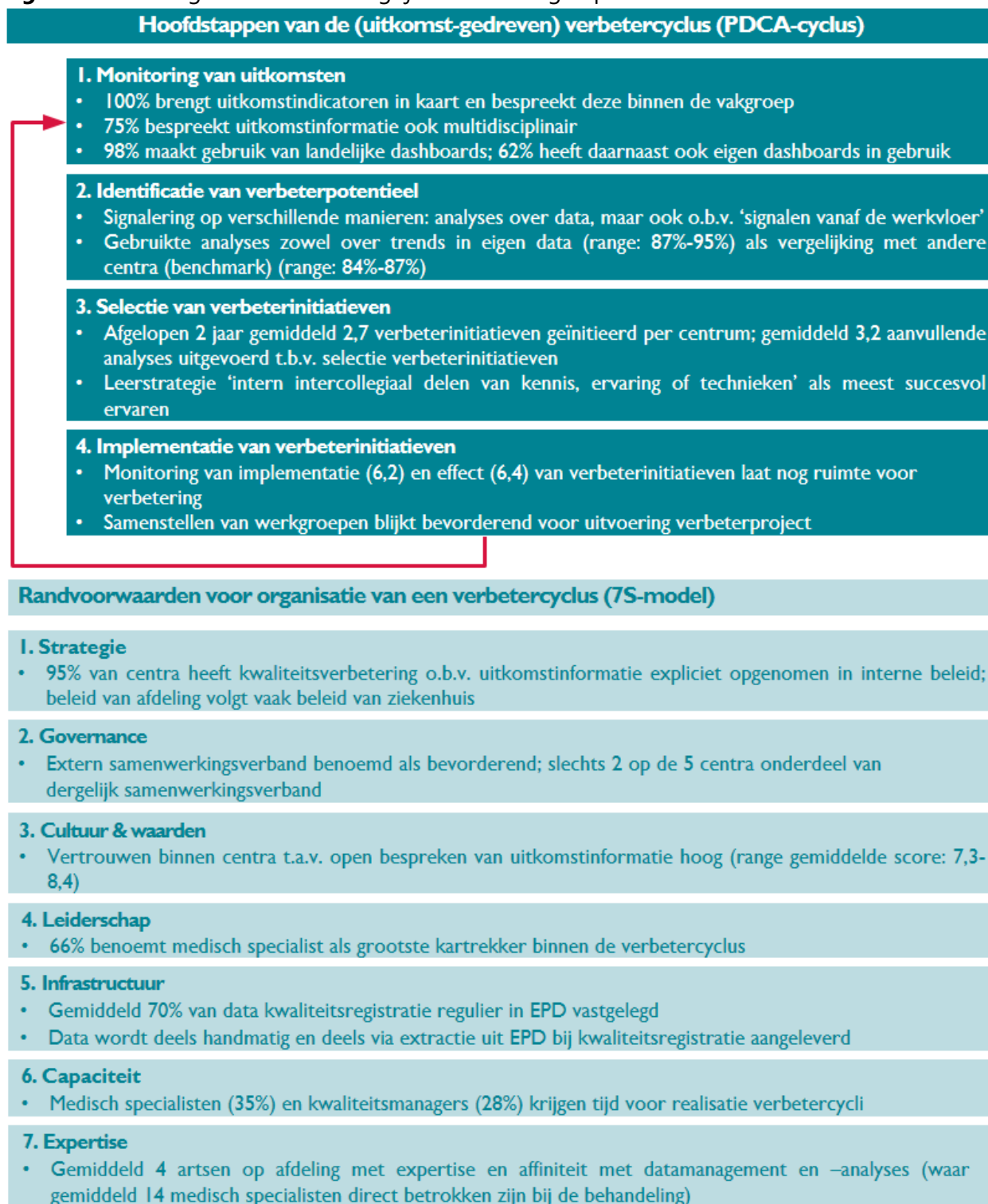
3.1 Belangrijkste bevindingen en algemene trends

In dit deelhoofdstuk worden de belangrijkste overstijgende bevindingen per element van het HOME-model gepresenteerd. Deze bevindingen zullen in de (deel)hoofdstukken die volgen verder toegelicht worden. Ook worden enkele algemene trends gepresenteerd die zichtbaar waren binnen alle onderzochte aandoeningsgebieden. Voor de enquêteresultaten verwijzen we u graag naar **Bijlage 1**.

Algemene trend: Uitkomstindicatoren worden actief gebruikt voor kwaliteitsverbetering; resultaten worden gemonitord en verbeterprojecten worden geselecteerd en geïmplementeerd. Het volledig doorlopen van een verbetercyclus gebeurt echter nog beperkt.

In **Figuur 1** is een totaaloverzicht gegeven van de belangrijkste bevindingen per stap van het HOME-model. De resultaten laten zien dat centra actief gebruik maken van uitkomstindicatoren in hun proces ten aanzien van kwaliteitsverbetering. Uitkomstindicatoren worden veelal meerdere keren per jaar binnen de vakgroep besproken, door gebruik te maken van landelijke en lokale dashboards. Respondenten gebruiken vervolgens verschillende type analyses om verbeterpotentieel te identificeren. Het formuleren van doelstellingen voor uitkomstindicatoren gebeurt nog niet in alle gevallen; in 72% van de centra zijn al wel doelstellingen geformuleerd de afgelopen twee jaar. In het merendeel van de centra is daarbij minimaal 1 verbeterinitiatief gestart in de laatste twee jaar; 83% van de deelnemende centra gaat effectief over tot verbetering, in 13% van de centra zijn er nog *geen* verbeterinitiatieven gestart. Het monitoren van de implementatie en het effect van verbeterinitiatieven biedt nog ruimte voor verbetering; de mate waarin dit momenteel gebeurt, wordt gescoord op respectievelijk 6,2 en 6,4 op een schaal van 0 (nooit) tot 10 (altijd). Met betrekking tot de randvoorwaarden die bijdragen aan het realiseren van een verbetercyclus, vallen drie dingen vooral op; 1) het vertrouwen om uitkomstinformatie te bespreken is erg groot (range gemiddelde beoordeling: 7,3 – 8,4); 2) medisch specialisten zijn voornamelijk de kartrekkers in het realiseren van een verbetercyclus (zij worden door 66% van de centra aangewezen als grootste kartrekker), en; 3) een groot deel van de data wordt al vastgelegd in EPD tijdens reguliere zorg (gemiddeld 69,5%).

Figuur 1. Totaal figuur met de belangrijkste bevindingen per element van het HOME-model



Er zijn geen grote verschillen tussen de verschillende aandoeningen (en registraties) te identificeren; voor elke aandoening zien we dat de mate waarin uitkomstinformatie gebruikt wordt, vergelijkbaar is. Tussen centra daarentegen, bestaan nog wel grote verschillen in de mate waarop uitkomstindicatoren concreet worden gebruikt, met name óf en wanneer deze leiden tot verbeterprojecten. Daarbij zijn per aandoeningsgebied andere centra verder gevorderd in de ontwikkeling van methoden om daadwerkelijk en effectief te verbeteren op basis van uitkomstinformatie.

3.2 Bevorderende en belemmerende factoren

In dit deelhoofdstuk worden de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren besproken die volgden uit de uitgevoerde diepte-interviews. Deze factoren worden in **Figuur 2** kort gerapporteerd en vervolgens tekstueel verder toegelicht.

Figuur 2. Overzicht met bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van verbetercycli

Bevorderende factoren
Benchmarking met andere centra zorgt vaker voor verbeterinitiatieven Een dergelijke samenwerking tussen verschillende centra maakt het mogelijk om met meerdere ziekenhuizen verbeterpotentieel in kaart te brengen middels benchmarking. Daarnaast maakt het mogelijk om aan te sluiten bij verbeterinitiatieven die reeds in andere centra lopen of gezamenlijk een verbeterinitiatief te starten.
Structurele overlegmomenten Een (frequent) terugkerende bespreking waarbij gebruik wordt gemaakt van (lokale of landelijke) dashboards om data in kaart te brengen en te monitoren.
Gebruik verschillende informatiebronnen en signalen 1. Benchmarking; 2. Signalen vanaf de werkvloer; 3. Gevoel vanuit medici over wat aandacht behoef.
Multidisciplinaire teams en voldoende capaciteit Beschikking over een (multidisciplinair) kwaliteitsteam bestaande uit verschillende expertises, zoals kwaliteitsmedewerker(s), data-analist(en) en medisch expert(s) met voldoende capaciteit waarbij iedereen zijn eigen verantwoordelijkheden heeft.
Concreet afdelingsplan Afdelingsplan met kwaliteitsdoelen die voor iedereen inzichtelijk en helder zijn.
Bereidheid en intrinsieke motivatie: Tezamen met vertrouwen om data transparant te bespreken en kwaliteit van zorg te willen verbeteren.
Belemmerende factoren
Teveel willen monitoren en verbeteren Focus en tijd zijn nodig om onderwerpen verder te kunnen onderzoeken en verbeterinitiatieven te starten.
Onvoldoende bruikbare data Te kleine aantallen patiënten zorgt ervoor dat er (te) weinig data beschikbaar is om te bespreken, analyseren en conclusies te trekken waar een verbeterinitiatief uit volgt.
Gebrek aan infrastructuur Geen / beperkte koppeling met het EPD leidt tot veel (handmatig) werk om data in kaart te brengen.
Te weinig capaciteit op de werkvloer Te weinig capaciteit (o.a. tijd van medici en overige betrokkenen) om een verbetercyclus van het begin tot het einde te realiseren zorgt ervoor dat verbeterinitiatieven niet van de grond komen.

De geïdentificeerde bevorderende factoren laten zien dat het succesvol realiseren van een verbetercyclus vraagt om een structurele inbedding op meerdere niveaus; deelnemers rapporteren bijvoorbeeld voldoende capaciteit (bestuurlijk) en hoge motivatie (op de werkvloer) als bevorderende factoren.

Figuur 2 (linker kolom) laat de bevorderende factoren zien ten aanzien van het succesvol realiseren van een verbetercyclus op basis van uitkomstinformatie die geïdentificeerd zijn in dit project. Ten eerste zorgt een (frequent) terugkerende bespreking waarbij gebruik wordt gemaakt van (lokale of landelijke) dashboards om data in kaart te brengen en te monitoren voor een structurele inbedding op de afdeling / in de organisatie waardoor verbeterinitiatieven sneller van de grond komen en altijd onder de aandacht zijn. Daarnaast wordt door respondenten genoemd dat niet alleen data aanleiding moet geven voor het identificeren van verbeterpotentieel, maar dat ook signalen vanaf de werkvloer moeten worden meegenomen omdat deze vaak aanvullende inzichten geven in verbeterpotentieel. Ook helpt het snel kunnen schakelen en het hebben van ruimte en capaciteit bij (ad hoc) signalen voor kwaliteitsverbetering, zodat er mogelijkheid is om deze signalen verder te kunnen onderzoeken. De beschikking over een (multidisciplinair) kwaliteitsteam bestaande uit verschillende expertises, zoals kwaliteitsmedewerker(s), data-analist(en) en medisch expert(s) met voldoende capaciteit, is bevorderend voor het starten en uitvoeren van een verbeterinitiatief. Dit zorgt er namelijk voor dat er kennis en expertise beschikbaar is op meerdere gebieden, namelijk zowel kwaliteit van zorg als data inhoudelijk en medisch inhoudelijk. Dit wordt als zeer waardevol ervaren voor de vruchtbaarheid en uitkomsten van besprekingen ten behoeve van verbeterinitiatieven.

Daarnaast stimuleert een concreet afdelingsplan met kwaliteitsdoelen die voor iedereen inzichtelijk en helder zijn, de gehele afdeling om de kwaliteit van zorg te verbeteren en gestelde doelen op het gebied van kwaliteitsverbetering te behalen. Aanvullend is bereidheid en interne motivatie van de medewerkers en vertrouwen om data transparant te bespreken en te willen verbeteren essentieel in het proces van kwaliteitsverbetering. Hiervoor is het nodig dat iedereen een dergelijke instelling heeft en moet een veilige omgeving gecreëerd worden, waarin ook de mogelijkheid wordt geboden om data transparant te delen zonder directe (persoonlijke) gevolgen.

Teveel willen monitoren, te weinig capaciteit en beperkte ondersteunende faciliteiten beschikbaar voor het realiseren van een verbetercyclus worden ervaren als de grootste belemmerende factoren voor het succesvol realiseren van een verbetercyclus.

In de rechterkolom van **Figuur 2** zijn de belangrijkste belemmerende factoren weergegeven die respondenten ervaren ten aanzien van het succesvol realiseren van een verbetercyclus. Dit betreft ten eerste het monitoren van te veel indicatoren tegelijk en te kleine aantallen patiënten binnen een specifiek specialisme waardoor er (te) weinig data beschikbaar is om te bespreken, te analyseren en conclusies uit te trekken. Dit resulteert erin dat het lastig om verbeterpotentieel te identificeren waarop een verbeterinitiatief gestart kan worden. Daarnaast zorgt een gebrek aan infrastructuur waarmee een koppeling met het EPD mogelijk gemaakt wordt ervoor dat data in kaart brengen veel (handmatig) werk is en er hierdoor te weinig tijd is alles goed te analyseren en voor te bereiden voor besprekingen. Een automatische koppeling waardoor bijvoorbeeld data uit het EPD direct in een dashboard verschijnt is zeer wenselijk volgens de respondenten. Tot slot is

te weinig capaciteit funest om een verbetercyclus van het begin tot het einde te realiseren. Hierdoor komen verbeterinitiatieven niet van de grond omdat er geen kartrekkers zijn.

3.3 Resultaten per element van het HOME-model

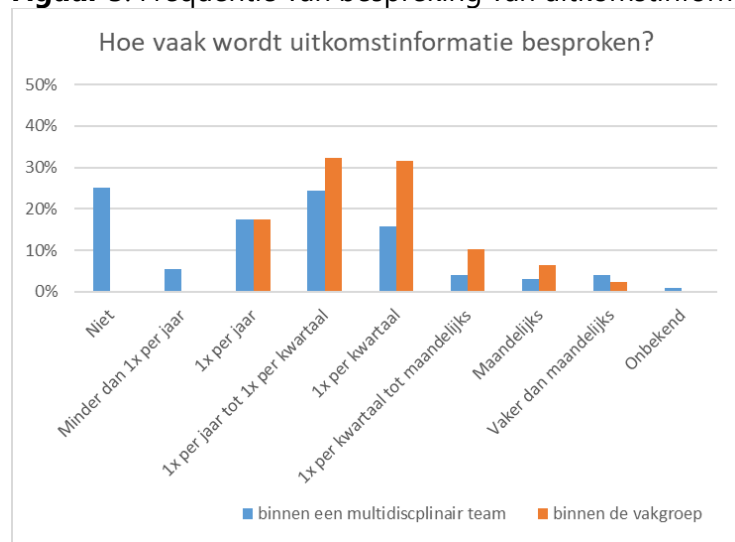
Hieronder worden per element van het HOME-model de resultaten toegelicht. Voor meer details van de enquêteresultaten, zowel landelijk als uitgesplitst per specialisme, verwijzen we u graag naar **Bijlage 1**.

Hoofdstappen van de (uitkomst-gedreven) verbetercyclus (PDCA-cyclus)

1. Monitoring: Het in kaart brengen en bespreken van uitkomstindicatoren binnen de vakgroep wordt in alle deelnemende centra toegepast.

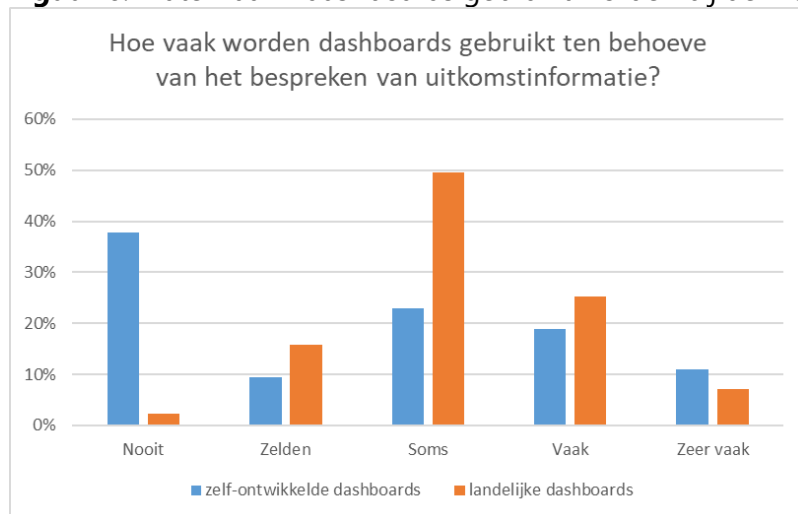
Alle respondenten geven aan uitkomstindicatoren in kaart te brengen en te bespreken binnen de vakgroep, zoals te zien is in **Figuur 5**. 32% van het totale aantal respondenten (N = 127) geeft aan dat uitkomstindicatoren tussen de één en vier keer per jaar worden besproken binnen de vakgroep. Daarnaast geeft 31% aan dat dit vaker gebeurt, namelijk gemiddeld één keer per kwartaal. Voor interventiecardiologie (dotters) geven respondenten relatief gezien vaker aan dat uitkomstindicatoren minder frequent besproken worden; 35% van de respondenten geeft aan dat dit één keer per jaar gebeurt. De frequentie van het bespreken van uitkomstindicatoren in een multidisciplinair team is wisselender dan de besprekingen in de vakgroep; 25% van de respondenten geeft aan dit helemaal niet te doen, 17% doet dit één keer per jaar, 24% tussen één keer per jaar en één keer per kwartaal en 16% één keer per kwartaal. Met name voor intensive care en interventiecardiologie (dotters) wordt vaak aangegeven dat een dergelijk multidisciplinaire bespreking *niet* plaatsvindt (respectievelijk 40% en 45%), terwijl voor cardiochirurgie dit relatief gezien juist *vaker* plaatsvindt dan bij de andere aandoeningen, namelijk maandelijks (17%) of vaker dan maandelijks (17%). Tot slot geeft 38% van de respondenten aan dat uitkomstindicatoren daarnaast ook besproken worden met het ziekenhuismanagement en 23% geeft aan dat dit ook met de Raad van Bestuur besproken wordt.

Figuur 5. Frequentie van bespreking van uitkomstinformatie (N = 127)



Gemiddeld neemt 66% van de medisch specialisten betrokken bij de behandeling actief kennis van de uitkomsten van zorg. De hoge betrokkenheid van medisch specialisten komt terug in alle onderzochte specialismen, variërend van 53% tot 73%. 98% van de respondenten geeft aan in meer of mindere mate gebruik te maken van landelijke dashboards (welke bijvoorbeeld aangeboden worden vanuit de betreffende kwaliteitsregistratie); 33% geeft aan dat deze *vaak* of *zeer vaak* gebruikt worden (zie **Figuur 6**). Daarnaast heeft 62% lokale dashboards (bijvoorbeeld ontwikkeld vanuit het ziekenhuis zelf) in gebruik voor het monitoren en bespreken van uitkomstindicatoren; deze worden echter *niet* (38%) of minder frequent (*zelden*; 9% en *soms*; 23%) door respondenten gebruikt.

Figuur 6. Mate waarin dashboards gebruikt worden bij de monitoring van uitkomsten (N = 127)



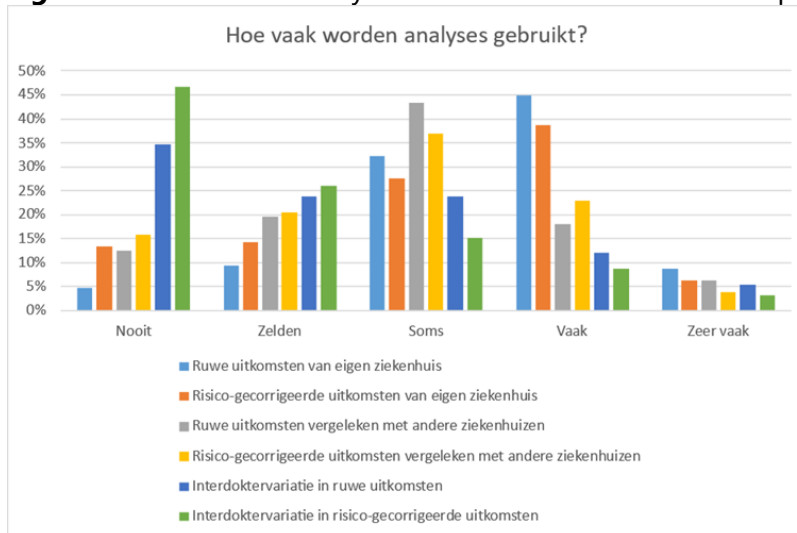
2. Identificatie: Signalering van verbeterpotentieel gebeurt op verschillende manieren: op basis van data middels verschillende typen analyses (zowel over eigen data als over een benchmark met andere centra), maar ook op basis van 'wat er op de werkvloer speelt'.

Uit de interviews komt een duidelijke trend naar voren ten aanzien van de signalering van verbeterpotentieel. Dit gebeurt veelal op basis van data die middels verschillende analyses (zoals trends in de tijd, positieve en negatieve uitkomsten, landelijke benchmark) in kaart worden gebracht. Hiertoe worden zowel landelijke als lokale dashboards gebruikt. Aanvullend zijn 'wat er in de praktijk speelt (zoals incidenten)' en 'een gevoel over wat er aandacht behoeft' ook belangrijke manieren van signalering. Dit geeft ruimte om onderwerpen te adresseren die niet direct op basis van data naar voren komen.

In de resultaten van de enquête is te zien dat respondenten verschillende typen analyses gebruiken om verbeterpotentieel te identificeren. Zoals te zien is in **Figuur 7** wordt er door de meerderheid van de respondenten voor vier typen analyses aangegeven dat deze *soms* (range: 20% - 37%) of *vaak* (range: 23% - 45%) worden gebruikt. Dit betreft 'Ruwe uitkomsten van eigen ziekenhuis', 'Risico-gecorrigeerde uitkomsten van eigen ziekenhuis', 'Ruwe uitkomsten vergeleken met andere ziekenhuizen' en 'Risico-gecorrigeerde uitkomsten vergeleken met andere ziekenhuizen'. De analyse typen 'Interdoktervariatie in ruwe uitkomsten' en 'Interdoktervariatie in risico-gecorrigeerde uitkomsten' worden vergeleken met de hierboven genoemde typen analyses

vaker *nooit* (respectievelijk 35% en 47%) of *zelden* (respectievelijk 24% en 26%) gebruikt. Wanneer we de verschillende aandoeningen apart bekijken, valt op dat een groot deel van de respondenten voor orthopedische heup- of knie vervanging aangeeft dat 'Risico-gecorrigeerde uitkomsten vergeleken met andere ziekenhuizen' *nooit* (26%) of *zelden* (30%) gebruikt worden. Binnen het specialisme intensive care zijn analyses naar interdoktervariatie niet van toepassing beoordeeld en daardoor niet opgenomen in die versie van de enquête en resultaten.

Figuur 7. Gebruik van analyses ter identificatie van verbeterpotentieel (N = 127)



Het merendeel van de respondenten geeft aan de afgelopen twee jaar voor één of enkele uitkomstindicatoren doelstellingen te hebben geformuleerd (44%) of dit de afgelopen twee jaar *niet* te hebben gedaan (28%). Opvallend is dat voor dialyse maar liefst 20% van de respondenten aangeeft dat er doelstellingen zijn geformuleerd voor *alle* beschikbare uitkomstindicatoren. Dit ligt een stuk hoger dan bij de andere specialismen (range: 0% - 11%). Tot slot wordt voornamelijk aangegeven dat uitkomstrapportages hebben geleid tot verbeterinitiatieven indien deze rapportage heeft geleid tot klinisch relevante inzichten die aanknopingspunt kunnen zijn voor verbeteringen los van of er statistisch significante verschillen zijn (53%) of indien het ziekenhuis significant minder gunstige uitkomsten heeft dan het gemiddelde van andere ziekenhuizen (28%). Hiervoor is geen substantieel verschil te zien tussen de verschillende specialismen.

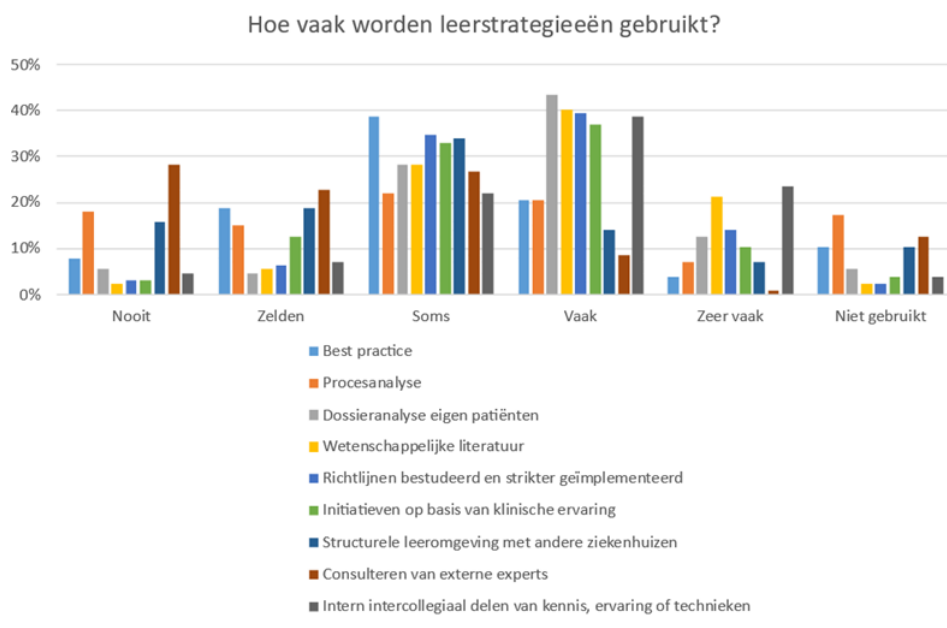
3. Selectie: Leerstrategie 'intern intercollegiaal delen van kennis, ervaring of technieken' als meest succesvol ervaren.

Uit de interviews komt naar voren dat na het signaleren van verbeterpotentieel verschillende stappen genomen worden. Zo worden bijvoorbeeld verdiepende analyses of leerstrategieën gebruikt om verder te onderzoeken of het haalbaar en zinnig is om een verbeterinitiatief te starten rondom dergelijk verbeterpotentieel, of dat hier (nu nog) geen aanleiding voor is.

De resultaten van de enquête laten zien dat er de afgelopen twee jaar gemiddeld 3 aanvullende analyses zijn uitgevoerd op verzoek van de vakgroep ten behoeve van het selecteren van verbeterinitiatieven. Voor dialyse was dit relatief gezien wat meer; gemiddeld 4,5 analyses in de afgelopen twee jaar. Daarnaast geven respondenten aan de afgelopen twee jaar gemiddeld 2,7 verbeterinitiatieven te hebben gestart. Voor dialyse en orthopedische heup- of knie vervanging lag dit aantal relatief gezien hoger met gemiddeld 4 verbeterinitiatieven in de laatste twee jaar.

Zoals te zien is in **Figuur 8** wordt voor verschillende leerstrategieën aangegeven dat deze *soms* (range: 22% - 39%) of *vaak* (range: 9% - 43%) succesvol zijn gebleken in de totstandkoming van verbeterinitiatieven. De leerstrategie 'Intern intercollegiaal delen van kennis, ervaring of technieken' wordt relatief gezien vaker aangegeven als *vaak* of *zeer vaak* succesvol in de totstandkoming van verbeterinitiatieven. Daarentegen worden de leerstrategieën 'Best practice / voorbeeld uit een ander ziekenhuis overgenomen', 'Structurele leeromgeving met andere ziekenhuizen' en 'Consulteren van externe experts' voor alle specialismen relatief gezien vaker aangegeven als *nooit* of *zelden* succesvol in vergelijking met de andere leerstrategieën. Voor de leerstrategie 'Procesanalyse (waardestroomanalyse, process mining)' is opvallend dat er veel variatie tussen de specialismen zit. Voor de specialismen intensive care, dialyse, interventiecardiologie (dotters) en cardiochirurgie wordt deze namelijk ook vaak als *nooit* (range: 13% - 30%) of *zelden* (range: 5% - 26%) succesvol aangemerkt. Daarnaast is het percentage respondenten dat aangeeft deze leerstrategie *niet gebruikt* te hebben hiervoor het hoogst (gemiddeld 17%).

Figuur 8. Gebruik van verschillende leerstrategieën (N = 127)



4. Implementatie: Het monitoren van de implementatie en het effect van verbeterinitiatieven laat nog ruimte voor verbetering; volgens deelnemers blijkt het samenstellen van werkgroepen een manier om de uitvoering van een verbeterproject succesvol te maken.

In de interviews wordt veelal aangegeven dat na selecteren van verbeterprojecten vaak werkgroepen worden samengesteld die verantwoordelijk worden gemaakt voor verschillende projecten. Zij zijn dan verantwoordelijk voor het initiëren, uitvoeren, evalueren en terugkoppeling van verbeterinitiatieven rondom bepaalde onderwerpen. Door de werkgroepen samen te stellen op basis van verschillende functies, zoals medisch specialisten, kwaliteitsmedewerkers, datamanagers, wordt getracht voldoende expertise te verzamelen rondom een onderwerp.

In de enquête wordt de mate waarop de implementatie van verbeterinitiatieven wordt gemonitord door respondenten gemiddeld beoordeeld met een 6,2 (op een schaal van 0-10). De mate van monitoren van het effect van verbeterinitiatieven wordt vergelijkbaar beoordeeld, namelijk met een 6,4. Ten behoeve van de interpretatie van deze resultaten moet aangegeven worden dat deze over de gehele groep respondenten berekend zijn; hierin worden ook respondenten meegenomen die hebben aangegeven geen verbeterinitiatieven te hebben geïnitieerd.

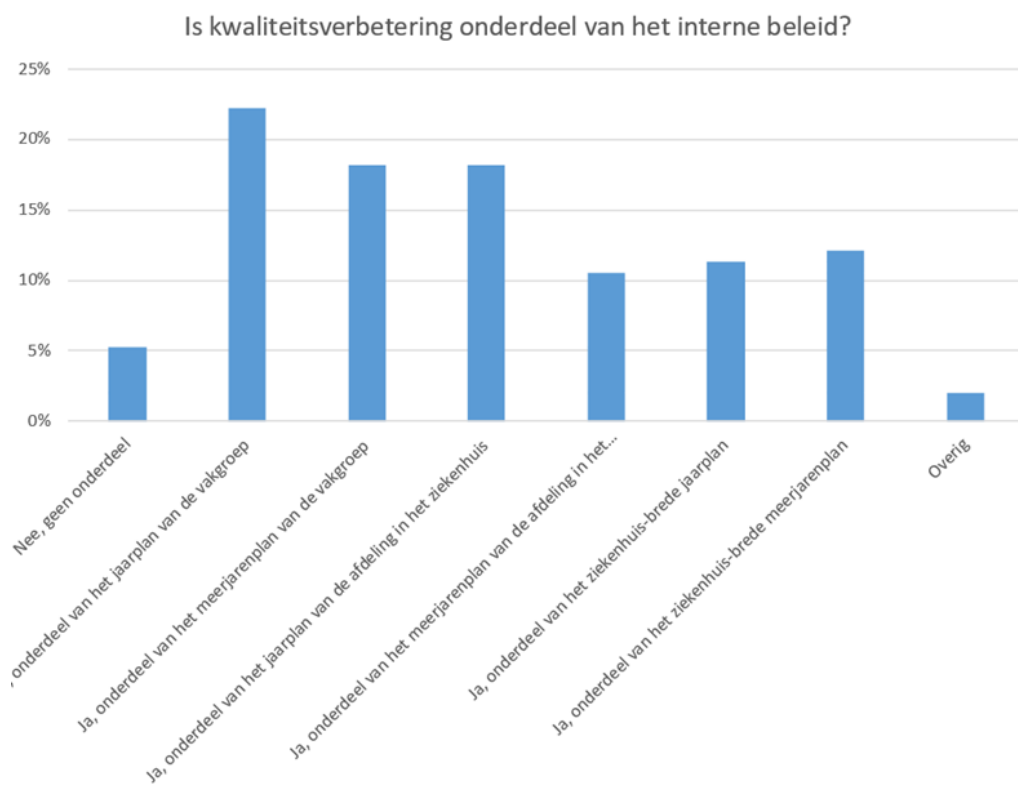
Randvoorwaarden voor organisatie van een verbetercyclus (7S-model)

1s. Strategie: Kwaliteitsverbetering met behulp van uitkomstinformatie is vrijwel altijd expliciet onderdeel van het interne beleid en het beleid van de afdeling volgt vaak het beleid van het ziekenhuis.

Het beleid van de afdeling omtrent het verbeteren van de kwaliteit van zorg volgt vaak het beleid van het ziekenhuis, zoals wordt aangegeven in de interviews. Dit betekent dat indien continu verbeteren een belangrijk onderdeel van het ziekenhuisbeleid is, dit doorwerkt op de strategie van de afdeling.

Zoals te zien is in **Figuur 9**, geeft het merendeel van de respondenten aan dat het meten en verbeteren van de uitkomsten van de geleverde zorg expliciet onderdeel is van het jaarplan van de vakgroep (22%), het meerjarenplan van de vakgroep (18%) of van het jaarplan van de afdeling in het ziekenhuis (18%). Voor interventiecardiologie (dotters) valt op dat door 13% van de respondenten wordt aangegeven dat dit helemaal geen onderdeel uitmaakt van het interne beleid.

Figuur 9. Meten en verbeteren van uitkomstindicatoren als onderdeel van het beleid (N = 127)



2s. Governance: Een extern samenwerkingsverband wordt gezien als bevorderend voor het starten en succesvol uitvoeren van een verbeterinitiatief; desalniettemin is slechts 2 op de 5 centra onderdeel van een dergelijk samenwerkingsverband.

Onderdeel zijn van een extern samenwerkingsverband of netwerk van ziekenhuizen wordt in de interviews aangegeven als zeer bevorderend voor verbeterinitiatieven. Een dergelijke samenwerking maakt het mogelijk om met meerdere ziekenhuizen verbeterpotentieel in kaart te brengen middels benchmarking. Daarnaast maakt het mogelijk om aan te sluiten bij verbeterinitiatieven die reeds in andere centra lopen of gezamenlijk een verbeterinitiatief te starten.

39% van de respondenten geeft in de enquête aan dat er (naast de in het ziekenhuis betrokken partijen) een netwerk of samenwerkingsverband met andere ziekenhuizen betrokken is bij het bespreken van uitkomsten en verbeterinitiatieven. 35% van de respondenten geeft echter aan dat er geen andere partijen zijn betrokken. Daarnaast geeft 11% van de respondenten aan dat verwijzende ziekenhuizen worden betrokken. Voor orthopedische heup- en knie vervanging wordt daarnaast door 15% van de respondenten aangegeven dat huisartsen worden betrokken bij het bespreken.

3s. Cultuur & waarden: Het vertrouwen binnen centra ten aanzien van het bespreken van uitkomstinformatie is erg groot in deelnemende centra.

De mate waarin vakgroepen het verbeteren van de kwaliteit van zorg op basis van uitkomstindicatoren belangrijk vinden, wordt door de respondenten beoordeeld met een 7,4 (zie **Tabel 2**). Daarbij is wel veel variatie zichtbaar tussen de onderzochte aandachtsgebieden (range: 5,0 – 8,5). De mate van vertrouwen om *binnen* het specialisme open over geaggregeerde uitkomsten te spreken wordt beoordeeld met een 8,4; dit is zeer vergelijkbaar voor de verschillende aandoeningen. Daarentegen wordt het vertrouwen om geaggregeerde uitkomsten *tussen* specialismen onderling open te bespreken relatief gezien wat lager beoordeeld (7,3). Tot slot beoordelen de respondenten het vertrouwen om *binnen* het specialisme uitkomsten per operator open te bespreken met een 8,1. Ook hiervoor zijn er geen grote verschillen tussen de aandoeningen te zien.

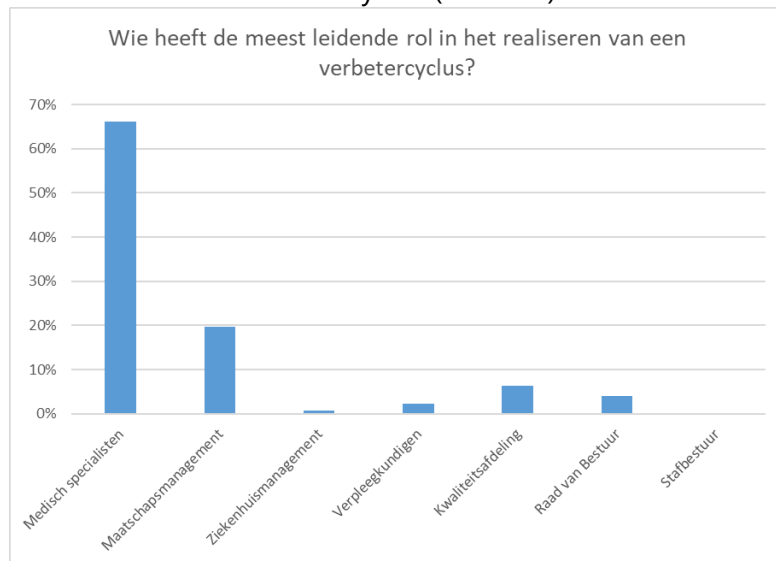
Tabel 2. Overzicht van vertrouwen in het bespreken van uitkomstinformatie

	Beoordeling	Range tussen specialismen
<i>Mate waarop kwaliteitsverbetering belangrijk wordt geacht binnen de vakgroep</i>	7,4	5 – 8,5
<i>Vertrouwen in bespreken geaggregeerde data binnen specialisme</i>	8,4	8,1 – 8,7
<i>Vertrouwen in bespreken uitkomsten per operator binnen specialisme</i>	8,1	6,8 – 8,7
<i>Vertrouwen in bespreken geaggregeerde data tussen specialismen</i>	7,3	6,2 – 8,7

4s. Leiderschap: Medisch specialisten zijn de grootste kartrekkers in het realiseren van een verbetercyclus op basis van uitkomstinformatie.

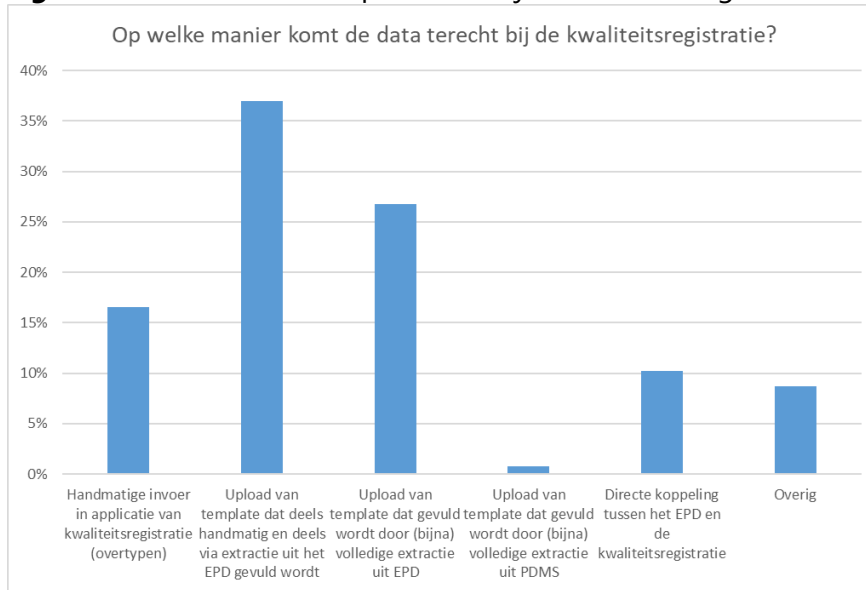
Zoals te zien in **Figuur 10**, worden medisch specialisten (66%) en maatschapsmanagement (management van de afdeling) (20%) door het merendeel van de respondenten aangemerkt als de twee niveaus waarop een leidende rol genomen wordt in het realiseren van een verbetercyclus op basis van uitkomstindicatoren. Voor de behandeling van levertumoren, en orthopedische heup- en knie vervanging wordt daarnaast de kwaliteitsafdeling veelvuldig aangemerkt als kartrekker. De Raad van Bestuur en Stafbestuur komen voor vrijwel alle aandoeningen naar voren als de partij met de minst leidende rol om een verbetercyclus te realiseren. Specifiek voor orthopedische heup- en knie vervanging worden aanvullend nog enkele niveaus genoemd die een leidende rol hebben in het realiseren van een verbetercyclus, zoals onderzoek, infectiepreventie en ziekenhuishygiëne. Momenteel krijgen verpleegkundigen nog geen of beperkt een leiderschapsrol toebedeeld. De helft van de respondenten (50%) geeft aan dat de medisch manager verantwoordelijk is voor de kwaliteit van zorg. Echter, specifiek voor interventiecardiologie (dotters) wordt voornamelijk aangegeven (35%) dat dit verschillende personen zijn voor verschillende aandoeningen.

Figuur 10. Mate waarin functies benoemd worden als de grootste kartrekker op het gebied van realisatie van een verbetercyclus (N = 127)



5s. Infrastructuur: Data komt veelal één keer per kwartaal via een upload bij de kwaliteitsregistratie terecht, en wordt deels handmatig en deels via extractie uit het EPD gevuld. Gemiddeld geven de respondenten aan dat 70% van de data uit de kwaliteitsregistratie vastgelegd wordt in het EPD tijdens de reguliere zorg. Voor cardiochirurgie ligt dit wat hoger, namelijk 82%. De data komt met name bij de kwaliteitsregistratie terecht via upload van een template dat deels handmatig en deels via extractie uit het EPD gevuld wordt (37%) en upload van een template dat gevuld wordt door (bijna) volledige extractie uit het EPD (27%), zoals te zien is in **Figuur 11**. Voor dialyse en orthopedische heup- en knie vervanging is er, vergeleken met de andere aandoeningen, ook nog veel sprake van volledig handmatig overtypen van data (respectievelijk 23% en 26%). Het aanleveren van data naar de kwaliteitsregistratie vindt voor de meeste respondenten één keer per kwartaal plaats (34%), gevolgd door maandelijks (21%). Voor de specialismen dialyse (13%), interventiecardiologie (dotters) (40%) en cardiochirurgie (17%) geeft een substantieel deel van de centra echter ook aan dat dit minder vaak is, namelijk tussen één keer per jaar en één keer per kwartaal. Zowel de datamanager (48%) als medicus (33%) worden door respondenten veelal aangegeven als de personen die de data op kwaliteit controleren voor aanlevering. Het vertrouwen in de kwaliteit van data uit het *eigen* ziekenhuis wordt gemiddeld met een 7,9 (op een schaal van 0 tot 10) beoordeeld. Hierin bestaan geen grote verschillen per specialisme (range: 7,6 – 8,7). Het vertrouwen in de kwaliteit van data uit *andere* ziekenhuizen ligt wat lager met een 6,8 en is eveneens vergelijkbaar tussen de verschillende specialismen (range: 6,3 – 7,2).

Figuur 11. Manieren waarop de data bij de kwaliteitsregistratie wordt aangeleverd (N = 127)



6s. Capaciteit: Met name medisch specialisten en kwaliteitsmanagers krijgen tijd om een verbetercyclus te realiseren; in 12% van de centra is er echter niemand die hier tijd beschikbaar voor krijgt.

Met betrekking tot de functionarissen die volgens de respondenten tijd krijgen om een verbetercyclus te realiseren, worden zowel medisch specialisten (35%), kwaliteitsmanagers (28%) als medisch managers (8%) vaak genoemd. Opvallend is dat voor alle specialismen een deel van de respondenten eveneens aangeeft dat er niemand is die tijd beschikbaar gesteld krijgt (range: 4% (interventiecardiologie (dotters)) – 33% (zorg rondom levertumoren)). Gemiddeld hebben de betreffende personen bijna 8 uur per week om hieraan te besteden (range: 4,5 uur (interventiecardiologie (dotters) en cardiochirurgie) – 14 uur (zorg rondom levertumoren)).

7s. Expertise: Gemiddeld hebben binnen de afdeling 4 personen expertise en affiniteit met datamanagement en – analyses, alhoewel dat in 10% van de centra helemaal niemand is.

Op de vraag hoeveel medisch specialisten er binnen de afdeling zijn met duidelijke expertise en affiniteit met datamanagement en data-analyses, wordt door respondenten geantwoord dat dit gemiddeld 4 personen zijn (range: 2 (intensive care, dialyse, orthopedische heup- en knie vervanging) – 10 (zorg rondom levertumoren)) uit de gemiddeld 14 medisch specialisten die betrokken zijn bij de behandeling.

3.4 Status van het gebruik van uitkomstinformatie in de patiëntenzorg

Hieronder wordt op basis van de enquêteresultaten en diepte-interviews een toelichting gegeven over het gebruik van uitkomstinformatie in de patiëntenzorg in de Nederlandse zorg.

De directe betrokkenheid van patiënten bij kwaliteitsverbetering op basis van uitkomstinformatie is nog gering.

Het meten en gebruiken van Patient Reported Outcome Measures (PROMS) in de patiëntenzorg varieert sterk tussen centra. 25% van de respondenten geeft aan dat deze in het betreffende centrum niet gemeten worden, terwijl eveneens 25% aangeeft dat deze worden gemeten en op groepsniveau worden geanalyseerd om kwaliteit van zorg te kunnen verbeteren.

Daarnaast geeft 23% aan dat PROMS op de poli met de patiënt worden besproken. Het merendeel van de respondenten geeft aan dat uitkomstinformatie (zoals klinische uitkomsten en PROMS) *niet* gebruikt worden in de patiëntenzorg. Indien het wel gebruikt wordt, betreft het voornamelijk klinische uitkomsten die gebruikt worden in predictiemodellen om uitkomsten voor individuele patiënten te voorspellen (gemiddeld door 25% van de respondenten gebruikt), als standaard onderdeel van samen beslissen (gemiddeld door 21% van de respondenten gebruikt) en in een patiëntenportaal inzichtelijk voor de patiënt (gemiddeld door 20% van de respondenten gebruikt). Met name voor dialyse en orthopedische heup- en knie vervanging geeft eveneens een deel van de respondenten aan aanvullend aan klinische uitkomsten PROMS te gebruiken in bovengenoemde elementen van de patiëntenzorg.

4.1 Resultaten cardiochirurgie (kwaliteitsregistratie NHR)

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten uit de enquête voor het specialisme cardiochirurgie (in het specifiek voor patiënten die een cardio-thoracale chirurgische ingreep ondergaan) tekstueel beschreven (over een respons van 12 ziekenhuizen), en tevens de (vier) gehouden diepte-interviews als verdieping worden meegenomen. Ook wordt een aantal good practices weergegeven die naar voren kwamen uit de diepte-interviews voor dit specialisme; deze worden bij het betreffende element weergegeven.

Voor meer informatie over de enquêteresultaten voor cardiochirurgie, voor de andere specialismen en voor de landelijke resultaten verwijzen we u graag naar **Bijlage 1**.

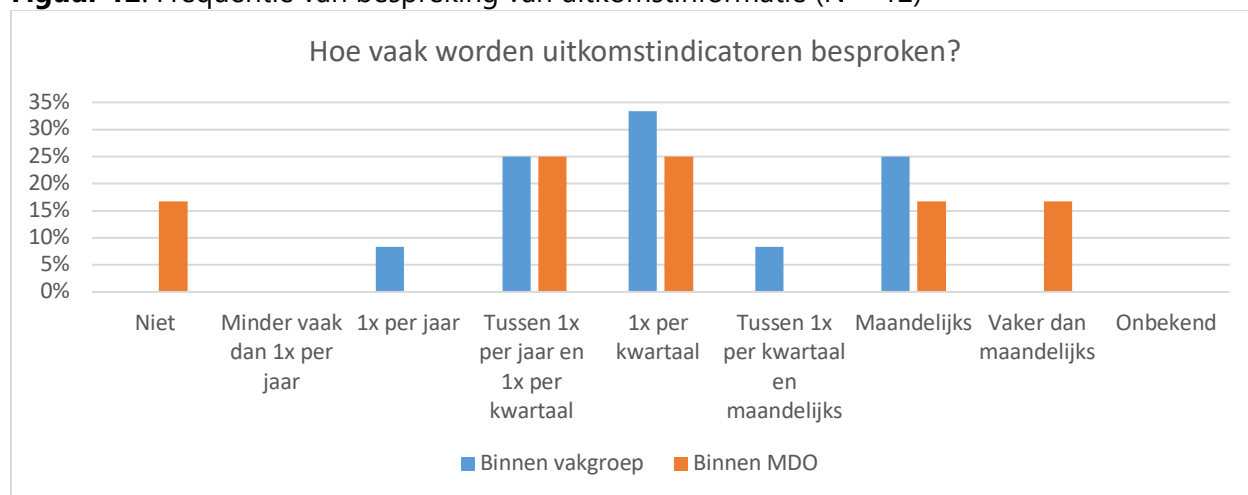
4.1.1 Resultaten per element van het HOME-model

Hieronder worden per element van het HOME-model de enquêteresultaten toegelicht voor het specialisme cardiochirurgie. Daarbij worden enkele good practices gepresenteerd die in de diepte-interviews gerapporteerd zijn. De volledige tabel met enquêteresultaten is te vinden in **Bijlage 1**.

Hoofdstappen van de (uitkomst-gedreven) verbetercyclus (PDCA-cyclus) 1. Monitoring: Regelmatige bespreking met de vakgroep (veelal maandelijks).

Binnen de cardiochirurgie vindt bespreking van uitkomsten binnen de vakgroep veelal eens per kwartaal plaats, dit werd door 33% van de respondenten aangegeven (zie **Figuur 12**). In vergelijking met andere specialismen geven relatief meer respondenten aan dat deze bespreking maandelijks ingepland wordt (cardiochirurgie; 25% versus aandoening-overstijgend; 6%). Daarnaast varieert de frequentie van bespreking binnen een multidisciplinair overleg (MDO) tussen niet tot vaker dan maandelijks. Indien bespreking in een MDO plaatsvindt, worden veelal anesthesiologen (18%), cardio-thoracale chirurgen (18%), perfusionisten (18%), intensivisten (16%) en (interventie)cardiologen (15%) betrokken. Ook worden deze uitkomsten met ziekenhuismanagement en de Raad van Bestuur besproken; dit wordt aangegeven door respectievelijk 39% en 33% van de respondenten. Binnen de cardiochirurgie zijn gemiddeld 19 medisch specialisten betrokken, waarbij gemiddeld 73% van de betrokken personen actief kennisneemt van de bespreking van uitkomsten.

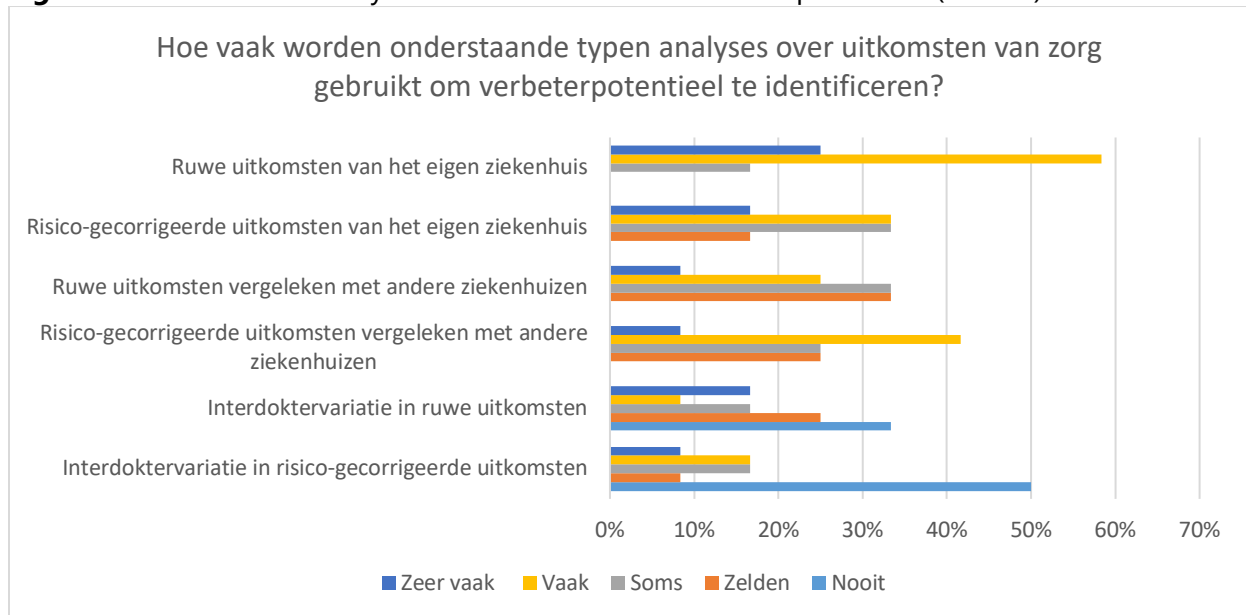
Figuur 12. Frequentie van bespreking van uitkomstinformatie (N = 12)



2. Identificatie: Binnen de cardiochirurgie meer gebruik van analyses voor identificatie.

Uit de enquête blijkt dat er binnen de cardiochirurgie vaker analyses gedaan worden ter identificatie van verbeterpotentieel wanneer dit vergeleken wordt met andere specialismen die hebben deelgenomen. Zoals te zien is in **Figuur 13**, worden analyses over risico-gecorrigeerde uitkomsten voor het eigen ziekenhuizen en in vergelijking met andere ziekenhuizen beide in de helft van de ziekenhuizen *vaak* of *zeer vaak* gebruikt, en worden analyses over ruwe uitkomsten van het eigen ziekenhuis in zelfs 83% van de centra *vaak* of *zeer vaak* gebruikt. Daarentegen wordt door een deel van de respondenten aangegeven *nooit* analyses over interdoktervariatie te gebruiken (range: 33% - 50%). Ten slotte leiden uitkomstrapportages vooral tot initiatieven wanneer deze leiden tot klinisch relevante inzichten die een aanknopingspunt kunnen zijn voor verbeteringen los van of er statistisch significante verschillen zijn; dit wordt aangegeven door 33% van de ziekenhuizen.

Figuur 13. Gebruik van analyses ter identificatie van verbeterpotentieel (N = 12)



3. Selectie: Verschillende centra gebruiken aanvullende analyses als extra stap bij de selectie van initiatieven.

84% van de respondenten gaf in de enquête aan in de afgelopen twee jaar 2 of meer aanvullende analyses te hebben uitgevoerd om resultaten beter te kunnen duiden. Gemiddeld zijn er in die periode 3 verbeterinitiatieven geïnitieerd. Daarbij bleken vooral dossieranalyse van eigen patiënten (67%), wetenschappelijke literatuur (67%) en klinische ervaring (58%) (*zeer*) *vaak* succesvol als leerstrategie; dit geeft respectievelijk 67%, 67% en 58% van de respondenten aan. Het consulteren van externe experts en procesanalyse werden daarentegen door respectievelijk 33% en 25% van de respondenten bestempeld als *nooit* succesvol bij de totstandkoming van verbeterinitiatieven.

4. Implementatie: Beoordeling deelnemers cardiochirurgie vergelijkbaar met landelijke resultaten.

De mate van monitoring van implementatie van verbeterinitiatieven wordt door respondenten gemiddeld met 5,8 op een schaal van 0 (nooit) tot 10 (altijd) beoordeeld. Daarbij wordt de mate van monitoring van het effect van initiatieven binnen de cardiochirurgie beoordeeld met 6,7 op een schaal van 0 (nooit) tot 10 (altijd).

Randvoorwaarden voor organisatie van een verbetercyclus (7S-model)

1s. Strategie: Kwaliteitsverbetering voornamelijk opgenomen in jaarplan.

Binnen de cardiochirurgie komt het meten en verbeteren van uitkomsten vooral expliciet voor in het jaarplan van de afdeling; dit wordt aangegeven door 26% van de respondenten. Daarna volgen het meerjarenplan van de afdeling en het jaarplan van de vakgroep, welke beide volgens 19% van de respondenten in het beleid zijn opgenomen.

2s. Governance: Veelal externe partijen betrokken binnen de cardiochirurgie.

Met 63% van de respondenten geeft het merendeel aan externe partijen uit de zorgketen te betrekken bij het bespreken van uitkomsten. In 54% van alle respondenten gaat het om bespreking met verwijzende ziekenhuizen, 8% van de respondenten bespreekt dit binnen een netwerk of samenwerkingsverband.

Good practices

Binnen de cardiochirurgie zijn een aantal good practices gerapporteerd met betrekking tot de (multidisciplinaire) besprekingsvormen die gebruikt worden ter bespreking van de gemeten uitkomstindicatoren; deze worden hieronder benoemd.

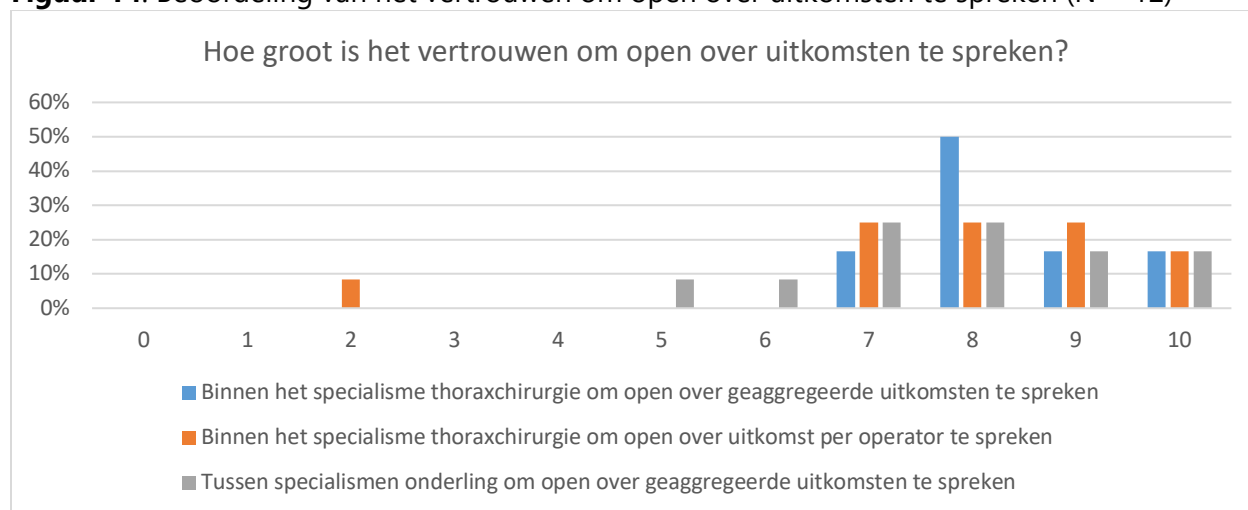
- Bespreking met medisch specialisten over uitkomsten per operator;
- Complicatiebespreking;
- Inhoudelijke terugkoppeling per verwijzend ziekenhuis;
- Bespreking met partijen of organisaties betrokken binnen het zorgproces voor een specifieke aandoening (ketenoverleg);
- Bespreking met partijen of organisaties betrokken binnen een samenwerkingsverband die een gezamenlijk doel nastreven (alliantieoverleg);
- Projectgroep overleg per verbeterinitiatief.

Het veelvoudig rapporteren van (multidisciplinaire) besprekingsvormen lijkt een signaal van toenemende aandacht voor het bespreken van uitkomstinformatie, echter moet hierbij wel als aandachtspunt toegevoegd worden dat het van belang is dat deze besprekingsvormen goed op elkaar aansluiten, en niet teveel overleggen met overlappende doelstellingen ontstaan.

3s. Cultuur & waarden: Positieve beoordeling over cultuur binnen deelnemende centra.

Zoals te zien is in **Figuur 14**, zijn de enquêtevragen rondom cultuur van het centrum over het algemeen positief gescoord door respondenten. De mate waarin vakgroepen het verbeteren van de kwaliteit van zorg op basis van uitkomstindicatoren belangrijk vinden en de mate van vertrouwen binnen het specialisme om open over uitkomsten per operator te spreken worden door alle respondenten met een 7 of hoger beoordeeld (op een schaal van 0 tot 10). Het vertrouwen tussen specialismen om over geaggregeerde uitkomsten te spreken wordt gemiddeld beoordeeld met 7,8 op een schaal van 0 tot 10.

Figuur 14. Beoordeling van het vertrouwen om open over uitkomsten te spreken (N = 12)



4s. Leiderschap: Medisch specialisten en management van de maatschap als kartrekker.

De respondenten hebben unaniem aangegeven dat medisch specialisten een leidende rol hebben in het realiseren van een verbetercyclus. Ook blijkt uit de enquête dat het management van de maatschap een belangrijke rol speelt bij de realisatie. De helft van de respondenten heeft aangegeven dat de medisch manager benoemd is als expliciet verantwoordelijke voor de kwaliteit van zorg.

Good practices

Binnen de cardiochirurgie zijn enkele good practices gerapporteerd rondom het leiderschap binnen de verbetercyclus. Binnen elk van deze good practices wordt de verantwoordelijkheid voor realisatie van de verbetercyclus expliciet belegd bij één of meerdere personen, welke hieronder benoemd worden als voorbeeld.

- Een werkgroep van specialisten en arts-assistenten fungeert als kartrekker binnen een lopend verbeterinitiatief;
- Een kwaliteitsmanager of datamanager wordt aangewezen als aanspreekpunt rondom de verbetercyclus;
- De persoon en/of personen die aangewezen is/zijn als aanspreekpunt of coördinator, heeft/hebben een leidende rol bij het voorbereiden en bespreken van uitkomsten;

De deelnemers die deze good practices aandroegen tijdens de diepte-interviews, gaven aan te ervaren dat projecten beter of sneller lopen wanneer één of meerdere personen expliciet verantwoordelijkheid dragen voor projecten en deze strak monitoren.

5s. Infrastructuur: Meeste data vastgelegd in EPD binnen cardiochirurgie in vergelijking met andere specialismen.

In vergelijking met andere specialismen wordt binnen de cardiochirurgie gemiddeld de meeste data in het EPD vastgelegd tijdens het reguliere zorgproces (82,3% versus 69,5%). Daarbij geeft 17% van de respondenten aan de data uit de kwaliteitsregistratie volledig vast te leggen in het EPD tijdens de reguliere zorg. Met 67% geeft de meerderheid van de respondenten aan bij aanlevering gebruik te maken van een template dat deels handmatig en deels via extractie uit het EPD gevuld wordt. Daarnaast geeft een meerderheid van 67% van de respondenten aan dat aanlevering eens per kwartaal plaatsvindt. De data is daarbij in 75% van de centra door een datamanager gecontroleerd op kwaliteit.

Good practices

Een good practice die gerapporteerd werd in een van de diepte-interviews, betrof het snel in beeld brengen van eventuele trends door het kort-cyclisch beschikbaar maken van de benodigde data.

- De deelnemers uit het betreffende ziekenhuis benoemen als voordeel dat er snel en adequaat actie kan worden ondernomen op deze trends;
- Zo worden bijvoorbeeld aanvullende analyses uitgevoerd om het verbeterpunt en achterliggende problemen gedetailleerd in kaart te brengen, of wordt een verbeterinitiatief geïnitieerd waarbij de focus ligt op het geïdentificeerde verbeterpunt.

6s. Capaciteit: Ondersteuning en capaciteit voor realisatie verbetercyclus.

57% van de respondenten geeft aan dat medisch specialisten in het betreffende centrum tijd beschikbaar gesteld krijgen om zich te richten op kwaliteitsverbetering in de zorg, wat neerkomt op gemiddeld 5 uur per week per centrum

7s. Expertise: Relatief beperkte affiniteit met data-analyse en –management.

Respondenten geven aan dat er gemiddeld 3 artsen aanwezig zijn binnen het hartcentrum met affiniteit of expertise op het gebied van data; waar gemiddeld 19 medisch specialisten direct betrokken zijn bij cardio-chirurgische ingrepen. Procentueel is bij een aantal andere aandoeningen een hoger percentage gerapporteerd.

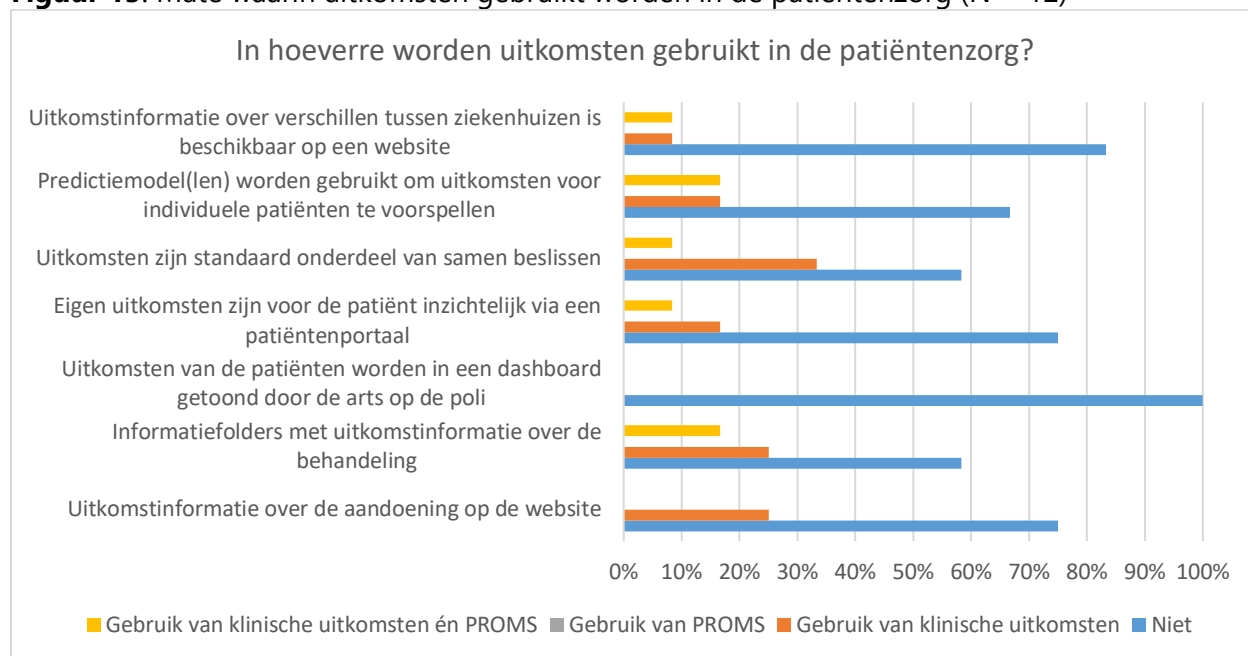
4.1.2 Status van het gebruik van uitkomstinformatie in de patiëntenzorg

Hieronder wordt op basis van de enquêteresultaten en diepte-interviews een toelichting gegeven over het gebruik van uitkomstinformatie in de patiëntenzorg binnen het specialisme cardiochirurgie.

Beperkt gebruik van uitkomsten in de patiëntenzorg.

Uit de enquête blijkt dat binnen de cardiochirurgie uitkomsten nog beperkt gebruikt worden in de patiëntenzorg (zie **Figuur 15**). Verschillende typen patiëntuitkomsten (o.a. informatiefolders met uitkomstinformatie over de behandeling, predictiemodellen om uitkomsten voor individuele patiënten te voorspellen, uitkomstinformatie over verschillen tussen ziekenhuizen) worden volgens een groot deel van de respondenten nog niet ingezet (range: 58% - 83%). Het tonen van uitkomsten van patiënten door een arts op de poli wordt momenteel zelfs nog nergens toegepast volgens deze respondenten.

Figuur 15. Mate waarin uitkomsten gebruikt worden in de patiëntenzorg (N = 12)



Een klein deel van de respondenten geeft aan dat Patient Reported Outcome Measures (PROMS) nog niet gemeten worden; hierbij gaat het om 14% van de respondenten. In het grootste deel van de ziekenhuizen worden PROMS gemeten en op groepsniveau geanalyseerd om de kwaliteit van zorg te kunnen verbeteren of worden deze gebruikt in het kader van wetenschappelijk onderzoek, respectievelijk 36% en 29%.

4.2 Resultaten interventiecardiologie (dotters) (kwaliteitsregistratie NHR)

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten uit de enquête voor het specialisme cardiologie (in het specifiek voor hartpatiënten die een dotterbehandeling ondergaan) tekstueel beschreven (over een respons van 20 ziekenhuizen), en tevens de (vier) gehouden diepte-interviews als verdieping worden meegenomen. Ook wordt een aantal good practices weergegeven die naar voren kwamen uit de diepte-interviews voor dit specialisme; deze worden bij het betreffende element weergegeven.

Voor meer informatie over de enquêteresultaten voor interventiecardiologie (dotters), voor de andere specialismen en voor de landelijke resultaten verwijzen we u graag naar **Bijlage 1**.

4.2.1 Resultaten per element van het HOME-model

Hieronder worden per element van het HOME-model de enquêteresultaten toegelicht voor het specialisme interventiecardiologie (dotters). Daarbij worden enkele good practices gepresenteerd die in de diepte-interviews gerapporteerd zijn. De volledige tabel met enquêteresultaten is te vinden in **Bijlage 1**.

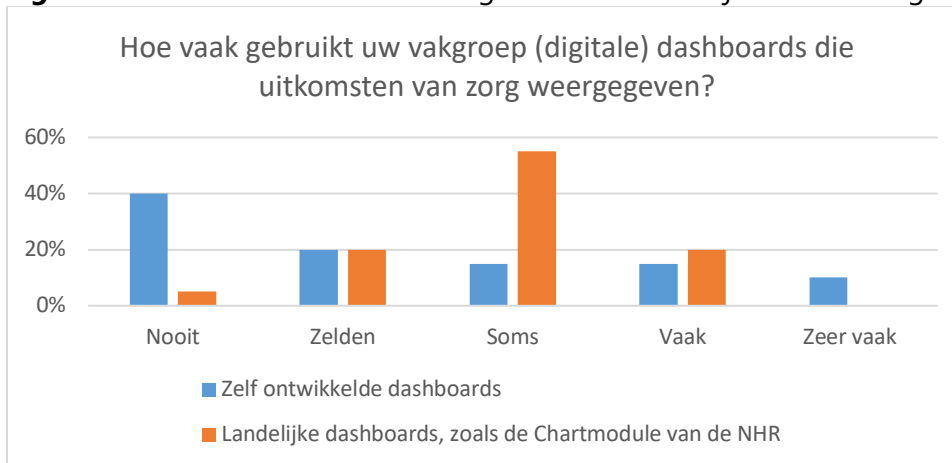
Hoofdstappen van de (uitkomst-gedreven) verbetercyclus (PDCA-cyclus)

1. Monitoring: 95% van de respondenten maakt gebruik van landelijke dashboards.

Uitkomsten worden in de vakgroep veelal eens per jaar, eens per kwartaal of een frequentie daar tussenin besproken; dit wordt door respectievelijk 35%, 20% en 25% van de respondenten aangegeven. Bespreking binnen een multidisciplinair overleg komt minder voor. Zo geeft 45% van de respondenten aan dat dit niet gebeurt; volgens een andere 25% gebeurt dit één keer per jaar. Volgens 45% van de respondenten gebeurt dit niet, en volgens een andere 25% één keer per jaar. Hierbij zijn over het algemeen (interventie)cardiologen, cardio-thoracale chirurgen en verpleegkundigen bij aanwezig; dit blijkt voor respectievelijk 35%, 13% en 13% van de centra te gelden. 45% van de respondenten geeft aan dat alle medisch specialisten actief kennisnemen van de bespreking van uitkomsten. Uitkomsten worden daarnaast ook vaak besproken met het ziekenhuismanagement, dit gebeurt volgens 56% van de respondenten.

95% van de respondenten geeft aan in meer of mindere mate gebruik te maken van landelijke dashboards. Een meerderheid van 55% geeft aan deze soms te gebruiken. Het gebruik van lokale dashboards varieert meer binnen de interventiecardiologie (dotters) (zie **Figuur 16**). Zo worden lokale dashboards volgens 40% van de respondenten *nooit* gebruikt, terwijl 25% deze *vaak* of *zeer vaak* gebruikt.

Figuur 16. Mate waarin dashboards gebruikt worden bij de monitoring van uitkomsten (N = 20)



2. Identificatie: Identificatie van verbeterpotentieel vergelijkbaar met landelijke trends – Regelmatisch gebruik van analyses over eigen uitkomsten en in vergelijking met andere ziekenhuizen.

Het gebruik van analyses ter identificatie van verbeterpotentieel in de interventiecardiologie (dotters) is relatief vergelijkbaar met de gemiddelde trend over de onderzochte aandoeningsgebieden. Zo gebruikt bijna de helft van de respondenten analyses over eigen uitkomsten *vaak* of *zeer vaak* (ruwe uitkomsten over het eigen ziekenhuis; 50% en risico-gecorrigeerde uitkomsten over het eigen ziekenhuis; 45%). Ook worden analyses rondom interdoktervariatie gebruikt binnen de interventiecardiologie (dotters); deze worden in meer of mindere mate gebruikt door 40% tot 50% van de respondenten.

Good practices

Binnen de interventiecardiologie (dotters) worden enkele good practices gerapporteerd met betrekking tot identificatie van verbeterpotentieel, welke afwijken van gebruikelijke manieren van identificatie.

- Een gebruikelijke aanpak ter identificatie van verbeterpotentieel is het waarnemen van negatieve signalen, zoals een negatieve trend in uitkomsten van het eigen ziekenhuis of significant minder gunstige uitkomsten dan het gemiddelde van andere ziekenhuizen (vergelijking met een landelijke benchmark).

De good practices die binnen de interventiecardiologie (dotters) worden gerapporteerd, zijn als volgt:

- Aanvullend op negatieve signalen kijkt men ook naar positieve resultaten uit het eigen centrum, die als basis kunnen dienen voor aanvullende analyses of de ontwikkeling van nieuwe verbeterinitiatieven;
- 'Good practices' of zelfs 'best practices' rondom kwaliteitsverbetering of organisatie van de verbetercyclus uit andere ziekenhuizen worden in het eigen centrum overgenomen als verbeterinitiatief.

3. Selectie: *Initiatie van verbeterinitiatieven verloopt wisselend.*

Zoals te zien is in **Figuur 17**, heeft het grootste deel van de ziekenhuizen in de afgelopen twee jaar tussen de 2 en 4 aanvullende analyses uitgevoerd voor uitkomstindicatoren; uit de enquête blijkt dit voor 45% van de respondenten te gelden. In diezelfde periode werden gemiddeld 2,1 verbeterinitiatieven geïnitieerd. Over het algemeen bleken de leerstrategieën 'dossieranalyse van eigen patiënten', 'wetenschappelijke literatuur' en het 'intern intercollegiaal delen van kennis, ervaring of technieken' met respectievelijk 50%, 55% en 55% (*zeer*) *vaak* succesvol bij de totstandkoming van deze initiatieven. Daarentegen werden het consulteren van externe experts en procesanalyse *nooit* als succesvol bestempeld door een relatief groot deel van de respondenten; respectievelijk 35% en 30%.

Figuur 17. Aantal geïnitieerde verbeterinitiatieven per ziekenhuis (N = 20)



4. Implementatie: *Mate van monitoring over implementatie biedt verbetermogelijkheden.*

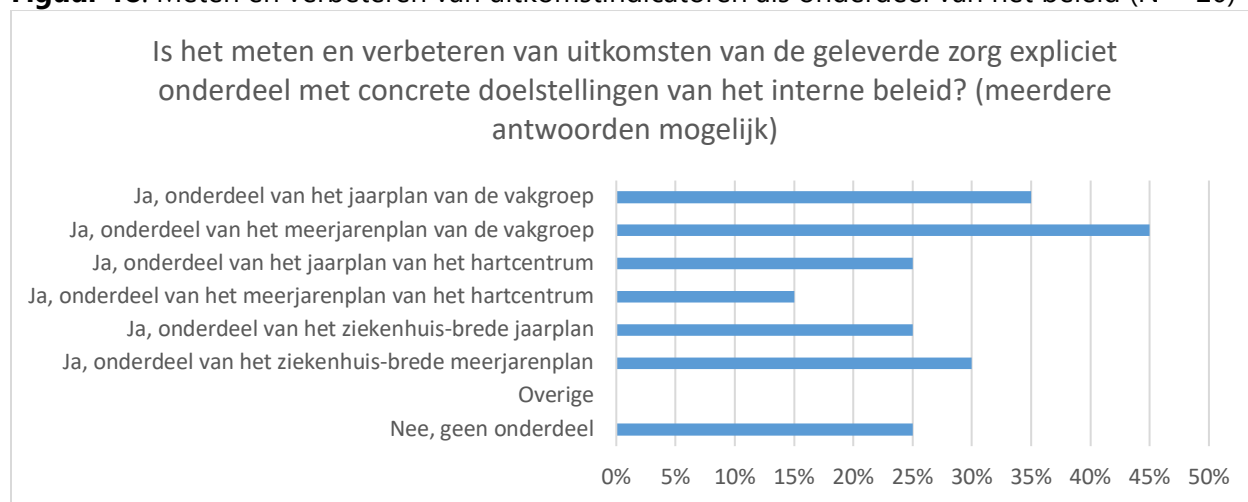
Binnen de interventiecardiologie (dotters) werd de mate van monitoring van de implementatie van verbeterinitiatieven gemiddeld door respondenten beoordeeld met een 5,0 op een schaal van 0 (nooit) tot 10 (altijd); de mate van monitoring van het effect werd gemiddeld gescoord op 5,2 op een schaal van 0 (nooit) tot 10 (altijd). Daarbij moet aangegeven worden dat 20% van de respondenten heeft aangegeven de afgelopen twee jaar *geen* verbeterinitiatieven te hebben geïnitieerd; deze respondenten zijn ook meegenomen bij de berekening van de mate van monitoring.

Randvoorwaarden voor organisatie van een verbetercyclus (7S-model)

1s. Strategie: *Kwaliteitsverbetering voornamelijk onderdeel van beleid vakgroep.*

Zoals te zien is in **Figuur 18**, is in de cardiologische centra die deelnamen aan deze enquête het meten en verbeteren van uitkomsten voornamelijk expliciet onderdeel van het jaarplan en meerjarenplan van de vakgroep en in het ziekenhuis-brede meerjarenplan; respectievelijk 15%, 23%, en 15%.

Figuur 18. Meten en verbeteren van uitkomstindicatoren als onderdeel van het beleid (N = 20)



2s. Governance: Betrokkenheid externe partijen wisselend binnen de interventiecardiologie (dotters).

36% van de respondenten geeft aan uitkomsten niet te bespreken met andere partijen binnen het gehele zorgproces; 23% bespreekt dit wel met verwijzende centra en zo'n 36% van de centra bespreekt dit binnen een netwerk of samenwerkingsverband.

Good practices

Binnen de interventiecardiologie (dotters) worden enkele good practices gerapporteerd rondom het betrekken van interne en externe partijen binnen de governance van de verbetercyclus. Hieronder worden enkele voorbeelden benoemd.

- Het inrichten van een multidisciplinaire kwaliteitscommissie waarbij ook promovendi betrokken zijn, waardoor een vertaling gemaakt wordt naar de wetenschap;
- Het bespreken van uitkomstinformatie met huisartsen;
- De bespreking van uitkomstindicatoren binnen een netwerk of samenwerkingsverband met andere ziekenhuizen die richten op de betreffende aandoening(en).

3s. Cultuur & waarden: Cultuur van ziekenhuizen binnen de interventiecardiologie (dotters) lager beoordeeld dan landelijk.

In de enquête zijn vragen rondom de cultuur en waarden van het centrum gemiddeld relatief lager gescoord voor interventiecardiologie (dotters) dan dit gemiddeld voor alle specialismen samen beoordeeld is. Daarbij wijkt vooral het vertrouwen binnen het eigen specialisme rondom de bespreking van uitkomsten per operator van andere specialismen (interventiecardiologie (dotters); 6,8 versus aandoening-overstijgend; 8,1, op een schaal van 0 tot 10). De mate waarin vakgroepen het verbeteren van de kwaliteit van zorg op basis van uitkomstindicatoren belangrijk vinden, ligt meer in lijn met het gemiddelde van de specialismen samen; 7,1 op een schaal van 0 tot 10, waar dit aandoening-overstijgend een score van 7,4 behaalde.

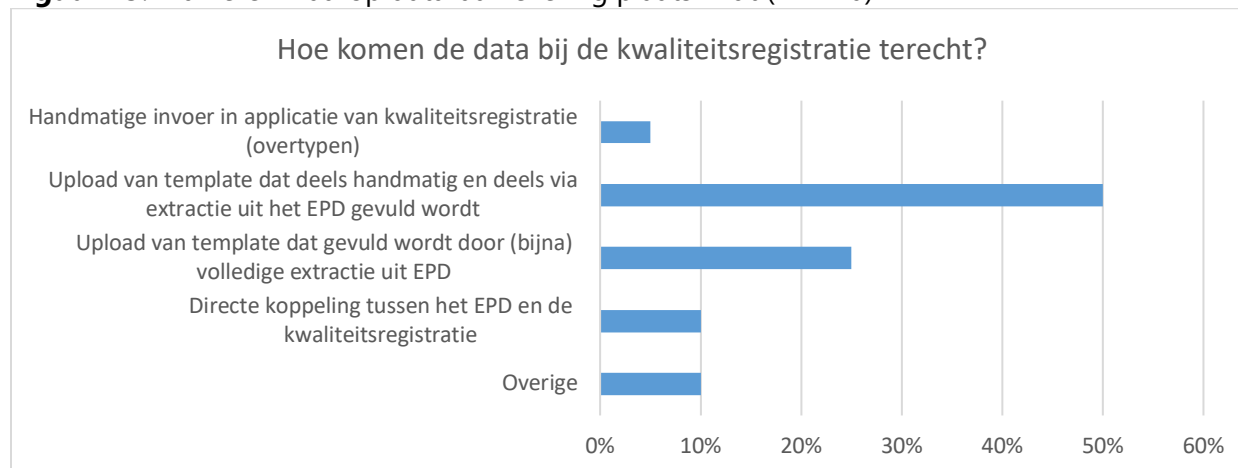
4s. Leiderschap: Medisch specialisten als kartrekker binnen verbetercyclus.

80% van de respondenten geeft aan dat medisch specialisten een leidende rol hebben in het realiseren van een verbetercyclus. Daarnaast worden binnen de interventiecardiologie (dotters) ook het management van de maatschap en de kwaliteitsafdeling benoemd als kartrekkers binnen de verbetercyclus.

5s. Infrastructuur: Gemiddeld 78% van NHR-data vastgelegd in het EPD.

Gemiddeld geven respondenten aan 78% van de data uit de kwaliteitsregistratie vast te leggen in het EPD tijdens de reguliere zorg. Daarbij geeft 20% van de respondenten aan de data volledig in het EPD vast te leggen tijdens de reguliere zorg. Binnen de interventiecardiologie (dotters) levert de helft van de ziekenhuizen deze data aan bij de kwaliteitsregistratie via upload van een template dat deels handmatig en deels via extractie uit het EPD gevuld wordt, en een kwart doet dit op basis van een (bijna) volledige extractie uit het EPD (zie **Figuur 19**). De data wordt in 84% van de centra door een datamanager gecheckt op kwaliteit.

Figuur 19. Manieren waarop data-aanlevering plaatsvindt (N = 20)



Good practices

Binnen de interventiecardiologie (dotters) worden enkele good practices gerapporteerd rondom de infrastructuur die is ingericht ten behoeve van de registratie van kwaliteitsdata. Hieronder worden enkele voorbeelden uitgelicht.

- Het opzetten van een kwaliteitsteam van meerdere personen dat een x-aantal dagen na een ingreep controleert of alle voorgeschiedenis van een patiënt goed is ingevuld in het EPD;
- Het nalopen van ingevulde uitkomsten in het EPD op onjuistheden.

Door deze good practices in te zetten in de eigen verbetercyclus, kan de compleetheid en betrouwbaarheid van de data verhoogd worden, wat leidt tot het adequaat kunnen analyseren en verbeteren van uitkomstindicatoren.

6s. Capaciteit: Capaciteit beschikbaar voor werkzaamheden medisch specialisten en kwaliteitsmanagers.

In het grootste deel van de deelnemende cardiologische centra krijgen medisch specialisten en kwaliteitsmanagers tijd beschikbaar gesteld om een verbetercyclus te realiseren, respectievelijk 43% en 30%; per centrum is gemiddeld 5 uur per week beschikbaar voor deze personen.

7s. Expertise: Meerdere artsen met data-expertise.

Met 80% geeft de meerderheid van de respondenten aan dat er in het eigen centrum tussen 2 en 5 artsen zijn met een duidelijke affiniteit en expertise met data, waar gemiddeld 16 artsen direct betrokken zijn bij cardiologische ingrepen.

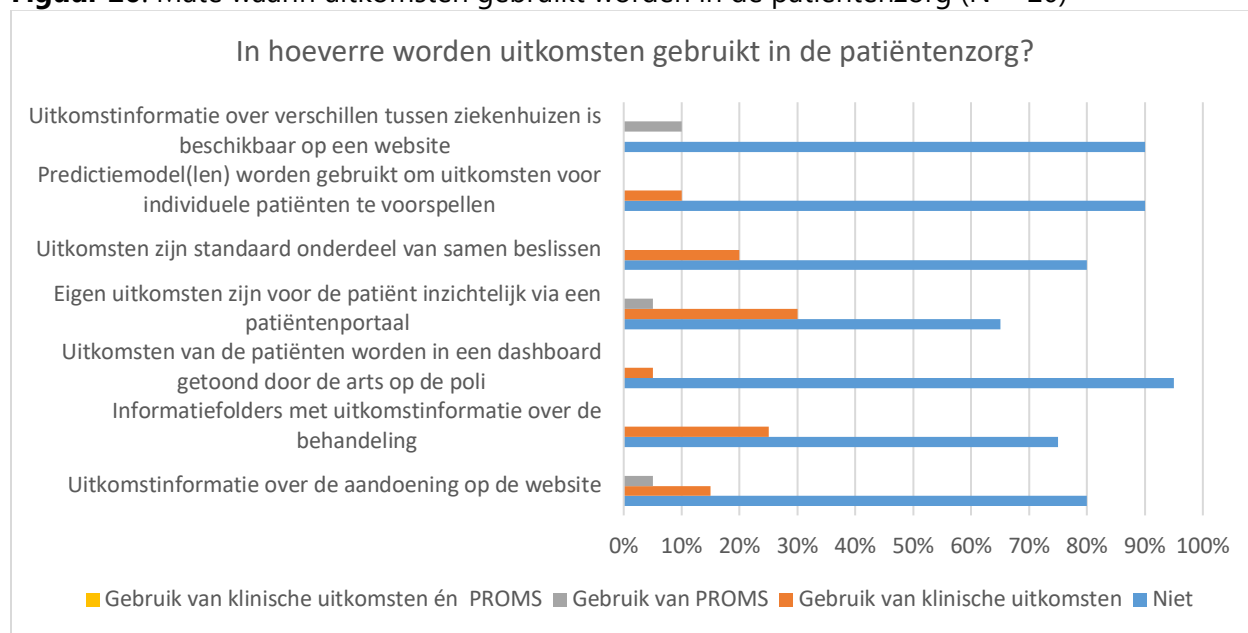
4.2.2 Status van het gebruik van uitkomstinformatie in de patiëntenzorg

Hieronder wordt op basis van de enquêteresultaten en diepte-interviews een toelichting gegeven over het gebruik van uitkomstinformatie in de patiëntenzorg binnen het specialisme interventiecardiologie (dotters).

Uitkomsten worden in relatief beperkte schaal gebruikt als informatie voor patiënten.

Uit de enquête blijkt dat het gebruik van uitkomstinformatie in de patiëntenzorg door een groot deel van de respondenten nog niet toegepast wordt binnen de interventiecardiologie (dotters) (range: 65% - 95%), zie hiervoor ook **Figuur 20**. Indien deze wel worden toegepast, gaat het veelal om het gebruik van enkel klinische uitkomsten (range: 5% - 30%), gevolgd door het gebruik van enkel Patient Reported Outcome Measures (PROMS) (range: 0% - 5%). Momenteel worden klinische uitkomsten en PROMS in de praktijk nog amper samen toegepast; slechts één respondenten geeft aan deze beide te gebruiken voor bespreking in de spreekkamer. Binnen de cardiologische centra geeft, in vergelijking met andere specialismen, een groot deel van de respondenten aan dat PROMS *niet* gemeten worden in het ziekenhuis (56%); aandoeningsoverstijgend komt dit percentage neer op 25% van de ziekenhuizen. Ook geeft 16% van de respondenten aan PROMS wel te meten, maar niet te gebruiken.

Figuur 20. Mate waarin uitkomsten gebruikt worden in de patiëntenzorg (N = 20)



4.3 Resultaten dialyse (kwaliteitsregistratie Nefrovisie)

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten uit de enquête voor het specialisme dialyse tekstueel beschreven (over een respons van 30 centra), en tevens de (vier) gehouden diepte-interviews als verdieping worden meegenomen. Ook wordt een aantal good practices weergegeven die naar voren kwamen uit de diepte-interviews voor dit specialisme; deze worden bij het betreffende element weergegeven.

Voor meer informatie over de enquêteresultaten voor dialyse, voor de andere specialismen en voor de landelijke resultaten verwijzen we u graag naar **Bijlage 1**.

4.3.1 Resultaten per element van het HOME-model

Hieronder worden per element van het HOME-model de enquêteresultaten toegelicht voor het specialisme dialyse. Daarbij worden enkele good practices gepresenteerd die in de diepte-interviews gerapporteerd zijn. De volledige tabel met enquêteresultaten is te vinden in **Bijlage 1**.

Hoofdstappen van de (uitkomst-gedreven) verbetercyclus (PDCA-cyclus)

1. Monitoring: Wisselend gebruik van landelijke en lokale dashboards.

Binnen de meerderheid van de dialysecentra, zo'n 63%, worden resultaten elk kwartaal besproken binnen de vakgroep. Ook binnen een multidisciplinair overleg gebeurt dit vaak elk kwartaal of tussen de 1 en 4 keer per jaar; beide aangegeven door 37% van de respondenten. Daarbij worden onder andere dialyseverpleegkundigen, gespecialiseerd verpleegkundigen en kwaliteitsmedewerkers betrokken; zo is geantwoord door respectievelijk 19%, 15% en 15% van de respondenten. Naast de Raad van Bestuur en het ziekenhuismanagement worden ook patiënten meegenomen bij het bespreken van uitkomsten binnen de deelnemende dialysecentra, respectievelijk volgens 23%, 31% en 11% van de respondenten.

Alle respondenten geven aan gebruik te maken van landelijke dashboards; de helft van de centra gebruikt deze *soms*, ruim een kwart (27%) *vaak* en 13% zelfs *zeer vaak*. Daarentegen geeft zo'n 40% van de respondenten aan *nooit* lokale dashboards te gebruiken bij de bespreking van uitkomstindicatoren in de vakgroep, waar echter een groot deel van de centra dit *vaak* of zelfs *zeer vaak* doet; beide geantwoord door 20% van de respondenten.

2. Identificatie: Voornamelijk analyses over uitkomsten eigen centrum.

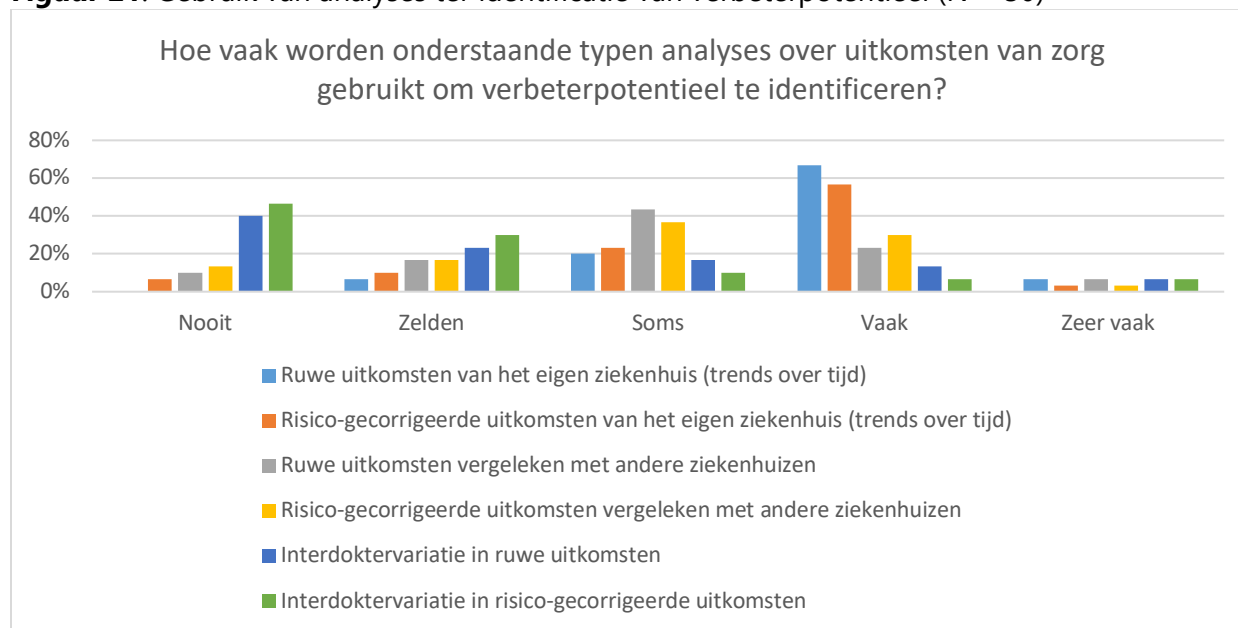
Indien analyses over uitkomsten van zorg gebruikt worden om verbeterpotentieel te identificeren, zijn dit veelal analyses over uitkomsten van het eigen centrum (zie **Figuur 21**); 74% van de respondenten gebruikt *vaak* of *zeer vaak* analyses over ruwe uitkomsten van het eigen centrum; 60% gebruikt *vaak* of *zeer vaak* risico-gecorrigeerde uitkomsten van het eigen centrum. Analyses over interdoktervariatie worden door een groot deel van de respondenten *nooit* gebruikt (range: 40% - 47%).

Good practices

In de diepte-interviews die gehouden zijn binnen de dialyse, worden zowel op regionaal als op nationaal niveau enkele good practices gerapporteerd op het gebied van identificatie van verbeterpotentieel binnen de deelnemende ziekenhuizen. Hieronder worden enkele good practices kort toegelicht.

- Het bespreken van uitkomstinformatie met andere dialysecentra, als aanvulling op de bespreking van uitkomstinformatie in het eigen centrum;
- Het bespreken van uitkomstinformatie binnen het samenwerkingsverband Santeon;
- Het delen van geleerde lessen en knelpunten over de inrichting en organisatie van de verbetercyclus met andere centra;
- Het netwerkgericht delen en toegankelijk maken van 'good practices' of 'best practices' ten aanzien van kwaliteitsverbetering met andere centra.

Figuur 21. Gebruik van analyses ter identificatie van verbeterpotentieel (N = 30)



3. Selectie: Relatief veel aanvullende analyses uitgevoerd en verbeterinitiatieven geïnitieerd binnen de dialysezorg.

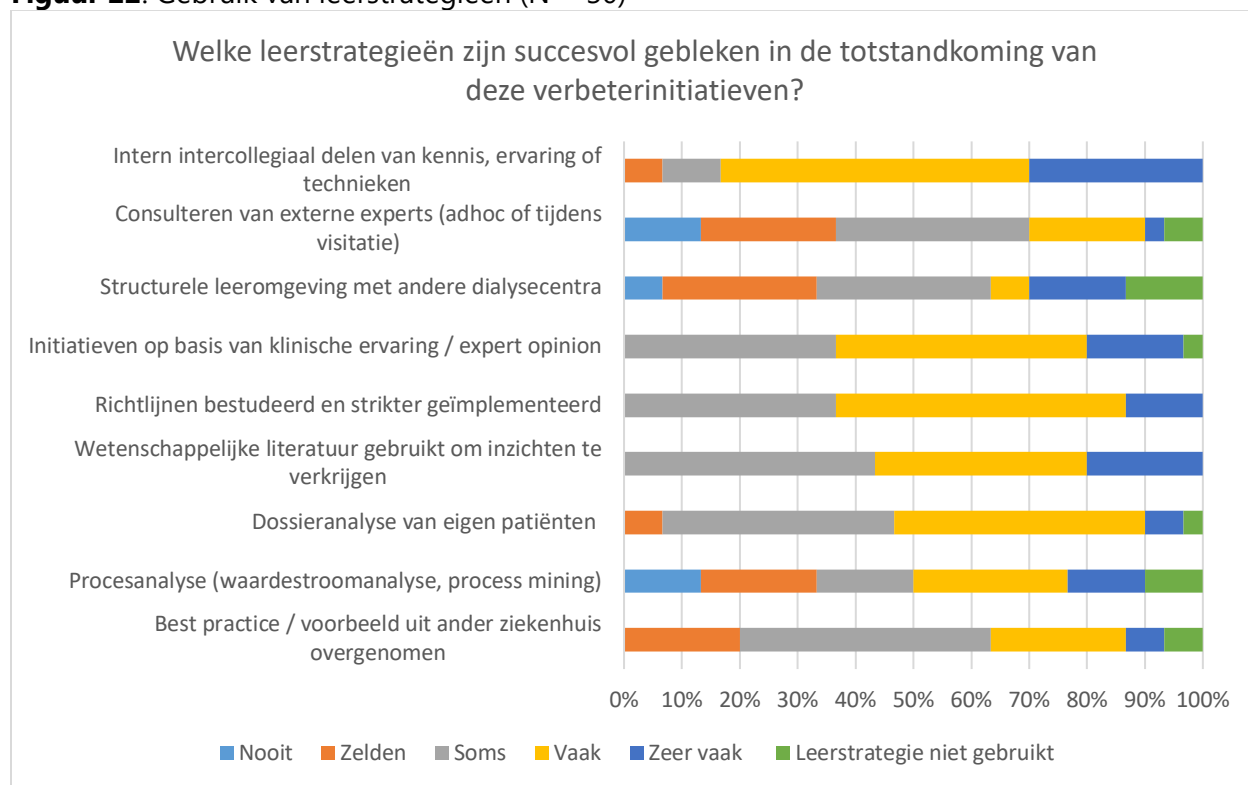
In vergelijking met de totale groep respondenten, zijn binnen de dialyse gemiddeld meer aanvullende analyses uitgevoerd (dialyse; 4,5 versus aandoening-overstijgend; 3,2) en meer verbeterinitiatieven geïnitieerd (dialyse; 4,0 versus aandoening-overstijgend; 2,7) in de afgelopen twee jaar. Bij de totstandkoming daarvan bleek vooral het intern intercollegiaal delen van kennis, ervaring of technieken als leerstrategie succesvol (*vaak*; 53% en *zeer vaak*; 30%). Ook het bestuderen en strikter implementeren van richtlijnen (*vaak*; 50% en *zeer vaak*; 13%) en initiatieven op basis van klinische ervaring (*vaak*; 43% en *zeer vaak*; 17%) werden positief beoordeeld door respondenten (zie **Figuur 22**).

Good practice

In één van de uitgevoerde diepte-interviews werd een good practice gerapporteerd met betrekking tot de wijze van selectie van verbeterinitiatieven. Deze good practice wordt hieronder kort toegelicht.

- Vanuit een aantal bronnen worden signalen opgehaald ten aanzien van verbeterpotentieel;
- Vervolgens wordt op structurele wijze een prioritering toegekend aan de verbetermogelijkheden;
- De prioritering wordt gesteld aan de hand van voorspelde risico's en voorspelde impact van de potentiële verbeterinitiatieven;
- De prioritering dient als basis bij de keuze voor de te implementeren verbeterinitiatieven op korte en lange termijn;
- Door middel van een dergelijke prioritering en risico-inschatting wordt de haalbaarheid van initiatieven vooraf getoetst, waarmee de kans van slagen van geïmplementeerde initiatieven vergroot wordt.

Figuur 22. Gebruik van leerstrategieën (N = 30)



4. Implementatie: Relatief hoog percentage evaluatie van lopende verbeterinitiatieven binnen dialysezorg.

In de enquête werd de mate van monitoring van implementatie en effect van verbeterinitiatieven door respondenten gemiddeld hoger gescoord binnen de dialyse dan gemiddeld binnen alle onderzochte aandoeningsgebieden samen; respectievelijk 7,1 (dialyse) versus 6,2 (aandoening-overstijgend) voor de implementatie en 7,1 (dialyse) versus 6,4 (aandoening-overstijgend) voor het effect van verbeterinitiatieven.

Randvoorwaarden voor organisatie van een verbetercyclus (7S-model)

1s. Strategie: Meten en verbeteren van uitkomsten onderdeel van beleid afdeling.

Binnen de dialyse is het meten en verbeteren van uitkomsten voornamelijk expliciet onderdeel van het interne beleid via doelstellingen in het jaarplan van de afdeling; dit geeft 40% van de respondenten aan.

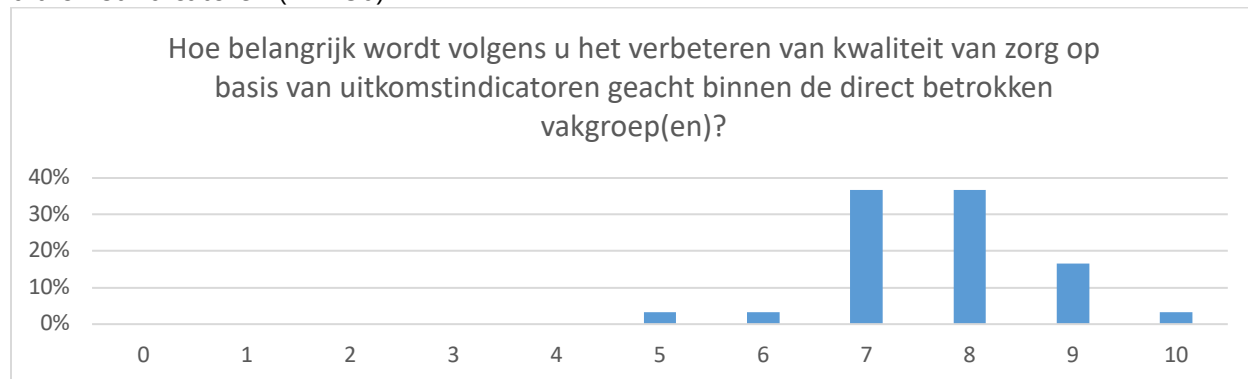
2s. Governance: Wisselende betrokkenheid van externe partijen binnen verbetercyclus.

Waar met 42% het grootste deel van de respondenten aangeeft *geen* andere partijen binnen de gehele zorgketen te betrekken bij het bespreken van uitkomsten en verbeterinitiatieven, vindt dit met 39% bij een ander aanzienlijk deel van de respondenten wel plaats in de vorm van een netwerk of samenwerkingsverband met andere dialysecentra.

3s. Cultuur & waarden: Positieve beoordeling van cultuur ten aanzien van kwaliteitsverbetering.

Zoals te zien is in **Figuur 23**, wordt de mate waarin de vakgroep belang hecht aan het verbeteren van kwaliteit van zorg op basis van uitkomstindicatoren door 94% van de centra met een 7 of hoger beoordeeld op een schaal van 0 tot 10. Daarbij worden het vertrouwen binnen specialismen en tussen specialismen onderling om over geaggregeerde uitkomsten te spreken met respectievelijk 8,6 en 7,8 op een schaal van 0 tot 10 beoordeeld.

Figuur 23. Mate waarin de vakgroep belang hecht aan kwaliteitsverbetering op basis van uitkomstindicatoren (N = 30)



4s. Leiderschap: Initiatief tot kwaliteitsverbetering ligt bij de werkvloer.

Binnen het specialisme dialyse hebben voornamelijk medisch specialisten en het maatschapsmanagement een leidende rol bij het realiseren van een verbetercyclus, geantwoord door respectievelijk 53% en 25% van de respondenten, gevolgd door de afdeling kwaliteit.

5s. Infrastructuur: Infrastructuur relatief goed ingeregeld binnen de dialysecentra.

Met 23% van de respondenten geeft bijna een kwart van de deelnemende centra aan dat data uit de kwaliteitsregistratie volledig wordt vastgelegd tijdens de reguliere zorg in het EPD. Gemiddeld komt dit percentage binnen de dialyse uit op 67% van de data. Data wordt deels handmatig en deels via extractie of zelfs (bijna) volledige extractie naar de kwaliteitsregistratie aangeleverd. Daarbij geeft exact de helft van de respondenten aan deze ieder kwartaal aan te leveren bij de kwaliteitsregistratie.

6s. Capaciteit: Kwaliteitsmanager en medisch specialisten betrokken bij realisatie verbetercyclus.

Binnen de dialyse krijgen voornamelijk kwaliteitsmanagers en medisch specialisten tijd beschikbaar gesteld om een verbetercyclus gericht op verbetering van uitkomsten van zorg te realiseren, respectievelijk volgens 37% en 28% van de respondenten; over het algemeen is dit per centrum zo'n 11 uur per week in totaal.

Good practices

Binnen de dialyse werden enkele good practices gerapporteerd rondom de capaciteit en expertise die nodig is om een verbetercyclus te realiseren. Hieronder worden enkele voorbeelden benoemd.

- Voldoende capaciteit beschikbaar voor data-gedreven ondersteuning van medici;
- Personeel met expertise als data-analist;
- Personeel met expertise als business-intelligence (BI) analist;
- Personeel met expertise als EPIC-specialist;
- Of een vergelijkbare data-gedreven functie als aanvulling op de medici betrokken binnen de verbetercyclus.

7s. Expertise: Enkele artsen met affiniteit voor data.

In de helft van de deelnemende centra zijn 2 tot 5 artsen werkzaam met affiniteit en expertise op het gebied van datamanagement en data-analyse. Voor 37% van de deelnemende centra is dit slechts één arts. Daarbij moet genoteerd worden dat gemiddeld 10 medisch specialisten betrokken zijn bij dialysezorg.

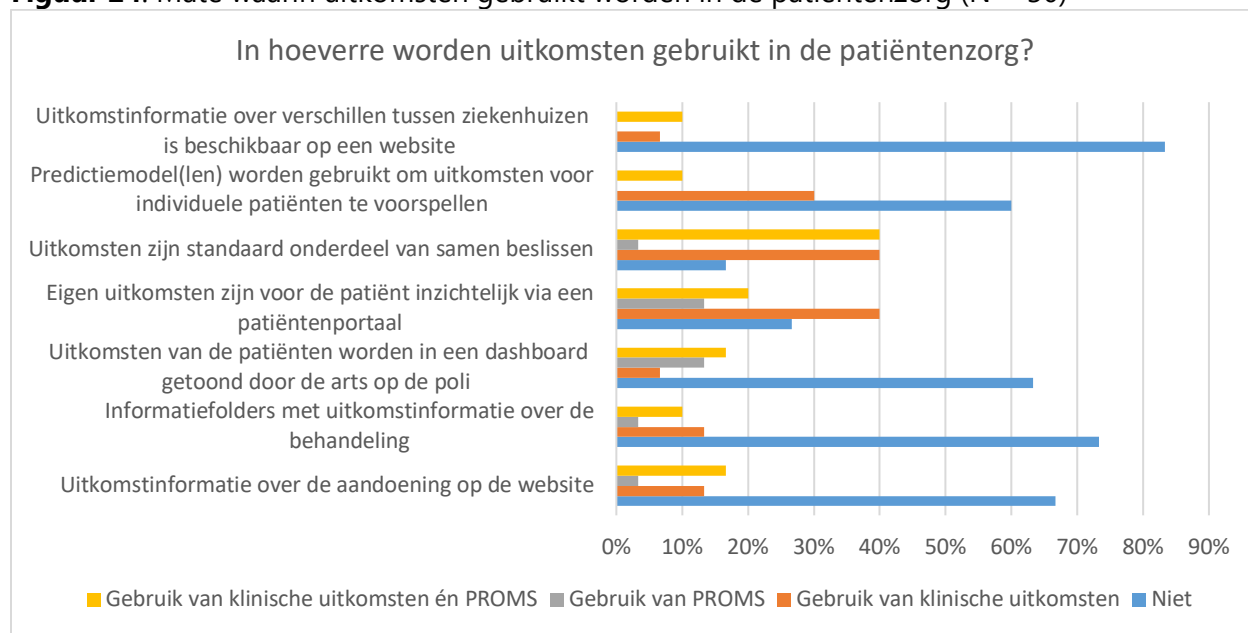
4.3.2 Status van het gebruik van uitkomstinformatie in de patiëntenzorg

Hieronder wordt op basis van de enquêteresultaten en diepte-interviews een toelichting gegeven over het gebruik van uitkomstinformatie in de patiëntenzorg binnen het specialisme dialyse.

Uitkomstinformatie relatief vaak toegepast op patiëntenzorg binnen de dialyse.

Uitkomsten worden binnen de dialyse relatief vaak toegepast in de patiëntenzorg (range: 17% - 83%), wanneer dit vergeleken wordt met de gemiddelde score voor alle specialismen samen (range: 14% - 40%). Zoals te zien is in **Figuur 24**, zijn uitkomsten binnen het grootste deel van de centra momenteel standaard onderdeel van samen beslissen. 40% van de respondenten maakt hierbij gebruik van klinische uitkomsten, 3% maakt gebruik van Patient Reported Outcome Measures (PROMS), en 40% gebruikt zelfs beide typen uitkomsten. Daarnaast geeft 65% van de respondenten aan dat PROMS op de poli met de patiënt besproken worden op vaste momenten in het behandelproces.

Figuur 24. Mate waarin uitkomsten gebruikt worden in de patiëntenzorg (N = 30)



4.4 Resultaten intensive care (kwaliteitsregistratie NICE)

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten uit de enquête voor de intensive care (IC) tekstueel beschreven (over een respons van 35 ziekenhuizen), en tevens de (drie) gehouden diepte-interviews als verdieping worden meegenomen. Ook wordt een aantal good practices weergegeven die naar voren kwamen uit de diepte-interviews voor de IC; deze worden bij het betreffende element weergegeven.

Voor meer informatie over de enquêteresultaten voor intensive care, voor de andere specialismen en voor de landelijke resultaten verwijzen we u graag naar **Bijlage 1**.

4.4.1 Resultaten per element van het HOME-model

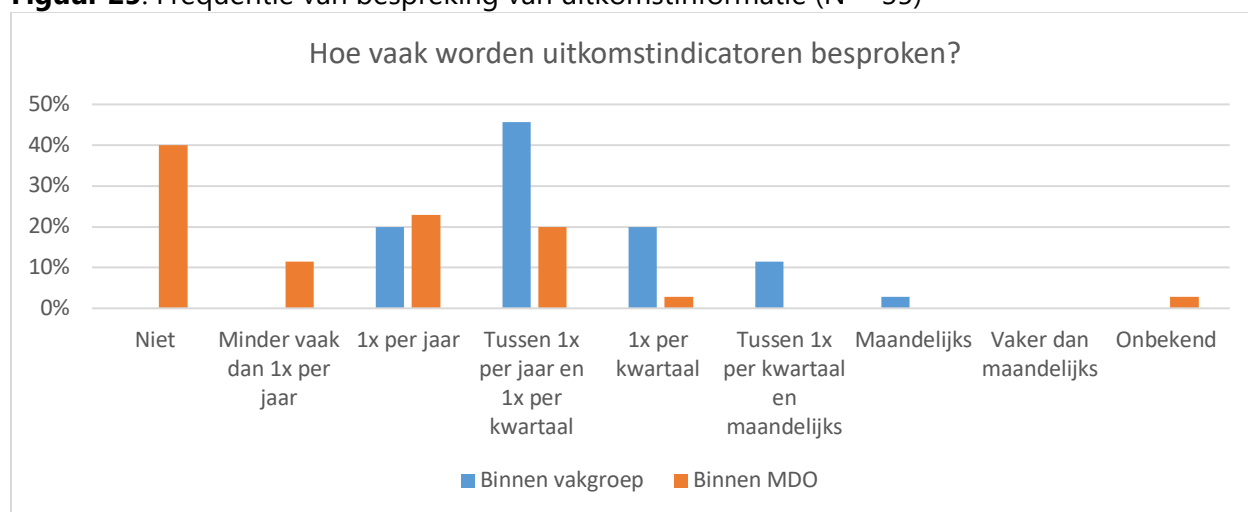
Hieronder worden per element van het HOME-model de enquêteresultaten toegelicht voor de intensive care. Daarbij worden enkele good practices gepresenteerd die in de diepte-interviews gerapporteerd zijn. De volledige tabel met enquêteresultaten is te vinden in **Bijlage 1**.

Hoofdstappen van de (uitkomst-gedreven) verbetercyclus (PDCA-cyclus)

1. Monitoring: Uitkomstinformatie wordt nog relatief beperkt multidisciplinair besproken.

Zoals te zien is in **Figuur 25**, geeft 46% van de respondenten aan uitkomstindicatoren gemiddeld tussen 1 en 4 keer per jaar te bespreken binnen de vakgroep. Daarentegen geeft het grootste deel van de respondenten aan uitkomstindicatoren *niet* te bespreken binnen een multidisciplinair overleg (MDO), wat in vergelijking meer is dan voor alle specialismen samen (respectievelijk 40% versus 25%). Ter interpretatie van deze resultaten moet worden aangegeven dat de patiëntenpopulatie van de IC zeer heterogeen is en intensivisten op de IC vaak al multidisciplinair werken; vandaar blijkt het in de praktijk logischer dat intensivisten voor bespreking van een patiënt bij een MDO van de verwijzende specialisten aansluiten. In de gevallen dat bespreking binnen een MDO wel plaatsvindt, zijn vaak intensivisten (29%), verpleegkundigen (20%), anesthesiologen (9%) en (interventie)cardiologen (8%) betrokken.

Figuur 25. Frequentie van bespreking van uitkomstinformatie (N = 35)



Uit de enquête blijken landelijke dashboard regelmatig gebruikt te worden door de respondenten. Zo'n 46% maakt er *soms* gebruik van, een ander deel gebruikt deze zelfs *vaak* of *zeer vaak*; respectievelijk 23% en 9%. 57% van de respondenten geeft daarnaast in de enquête aan *nooit* lokale dashboards te gebruiken (waar dit over alle onderzochte specialismen gemiddeld 38% is); ook geeft een deel van de overige respondenten aan deze weinig frequent te gebruiken (*zelden*; 14% en *soms*; 20%).

2. Identificatie: Wisselend gebruik van analyses ter identificatie van verbeterpotentieel.

Binnen de deelnemende IC's wordt een aantal typen analyses over uitkomsten van zorg in verschillende mate gebruikt om verbeterpotentieel te identificeren; denk hierbij aan trends over tijd voor ruwe uitkomsten (*soms*; 46% en *vaak*; 31%) en risico-gecorrigeerde uitkomsten (*soms*; 37% en *vaak*; 29%) uit het eigen ziekenhuis. Daarnaast geeft 49% van de respondenten aan in de afgelopen twee jaar voor één of enkele uitkomstindicatoren doelstellingen te hebben geformuleerd op basis van uitkomstinformatie.

Good practices

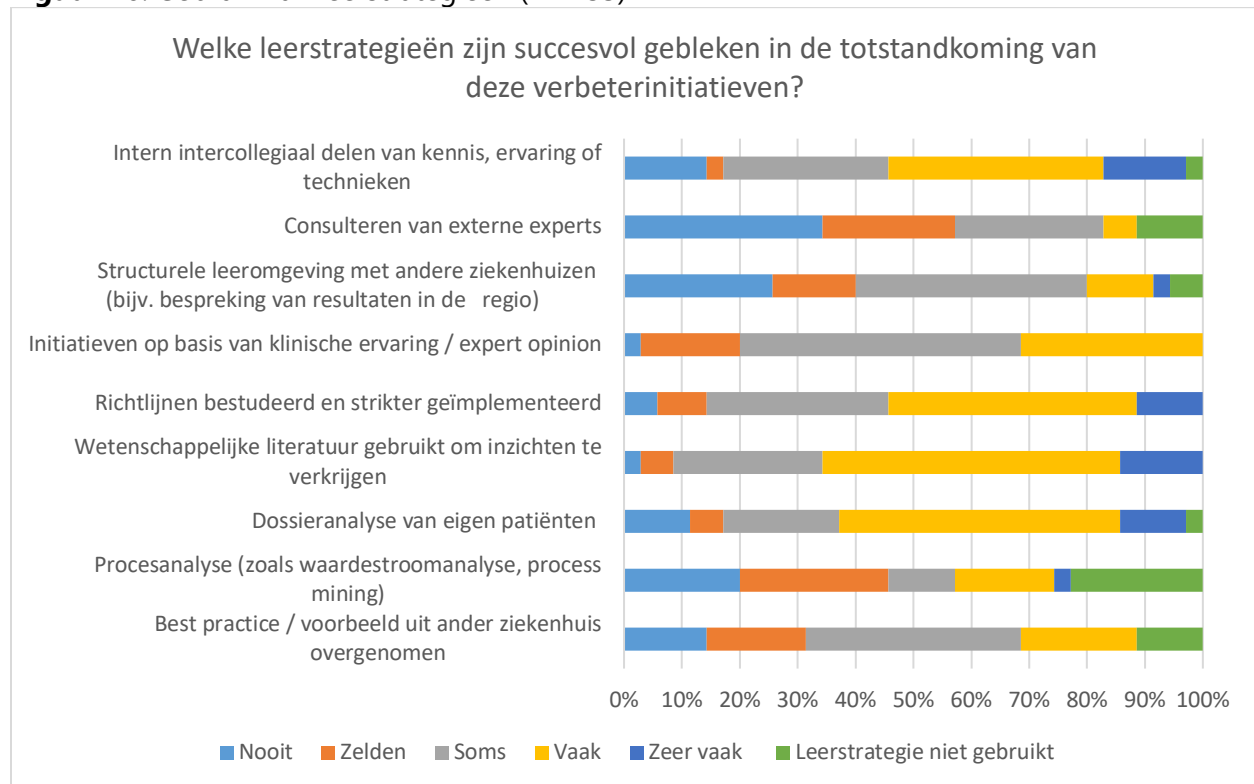
In de diepte-interviews uitgevoerd voor de IC, worden verschillende good practices gerapporteerd over de bronnen of signalen voor identificatie van verbeterpotentieel. Hieronder worden enkele voorbeelden benoemd.

- Negatieve trends zichtbaar in NICE Online;
- Signalen volgend uit de vergelijking van eigen uitkomstinformatie met de data van andere ziekenhuizen (gebruik van een benchmark);
- Signalen vanaf de werkvloer (waarbij het gevoel van medisch specialisten ten aanzien van wat aandacht behoef, opgevolgd wordt);
- Signalen die doorgegeven worden vanaf hogerhand.

3. Selectie: Verschillende leerstrategieën succesvol bij totstandkoming van verbeterinitiatieven.

Het grootste deel van de respondenten gaf aan dat er de afgelopen twee jaar *geen* aanvullende analyses zijn uitgevoerd met als doel om resultaten beter te kunnen duiden (34%; aandoening-overstijgend is dit slechts 19%). Hierbij moet wel benoemd worden dat de afgelopen twee jaar een groot deel van de reguliere zorg op de IC plaats heeft moeten maken voor COVID-19-zorg. Bij de totstandkoming van verbeterinitiatieven bleken leerstrategieën zoals dossieranalyse van eigen patiënten, het gebruik van wetenschappelijke literatuur om inzichten te verkrijgen en het bestuderen en strikter implementeren van richtlijnen vooral succesvol (zie **Figuur 26**).

Figuur 26. Gebruik van leerstrategieën (N = 35)



Good practices

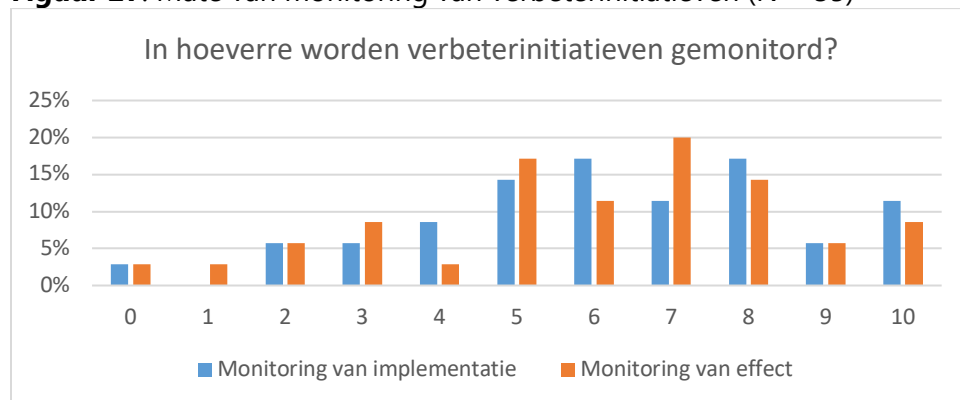
In één van de diepte-interviews is een good practice gerapporteerd over het toetsen van potentiële verbeterinitiatieven aan de hand van inclusiecriteria. Door middel van deze selectiecriteria wordt bepaald welke potentiële verbeterinitiatieven daadwerkelijk geïmplementeerd gaan worden. Hieronder worden enkele voorbeelden gegeven van inclusiecriteria.

- De haalbaarheid van het initiatief;
- De aansluiting van het initiatief bij het beleid van het ziekenhuis;
- De duur van zichtbaarheid van een (negatieve) trend;
- De significantie van een (negatieve) trend.

4. Implementatie: Mate van monitoring wordt hoog beoordeeld op de IC.

Op een schaal van 0 (nooit) tot 10 (altijd) wordt de mate van monitoring van de implementatie over verbeterinitiatieven gemiddeld met 6,2 beoordeeld door respondenten (zie **Figuur 27**). Daarbij werd deze door 11% van de respondenten zelfs met een 10 beoordeeld. Daarnaast werd de mate van monitoring van effect van verbeterinitiatieven gemiddeld met 5,9 beoordeeld.

Figuur 27. Mate van monitoring van verbeterinitiatieven (N = 35)



Good practice

In de diepte-interviews is een good practice gerapporteerd over de structurele inrichting van het implementatieproces van verbeterinitiatieven. Hierbij wordt per verbeterinitiatief een PDCA-cyclus doorlopen ter bevordering van de voortgang. Hieronder worden enkele voordelen benoemd die men ervaart van het toepassen van deze good practice.

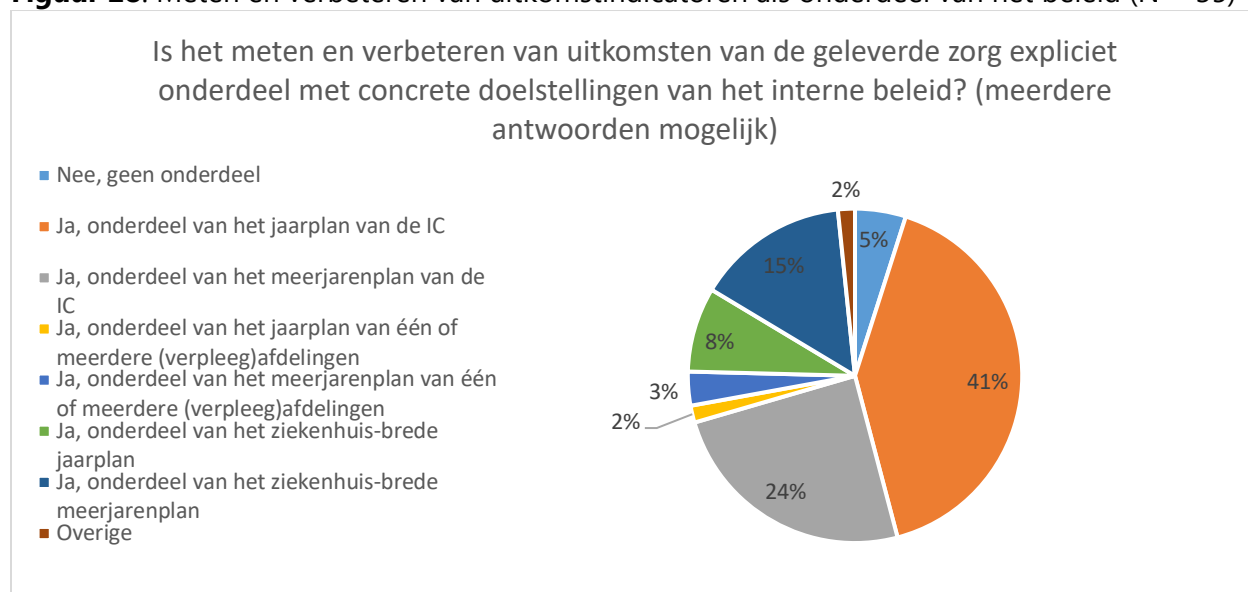
- Een structurele inrichting van het implementatieproces voorkomt dat er essentiële stappen worden overgeslagen;
- Een structurele inrichting van het implementatieproces creëert overzicht over lopende verbeterinitiatieven;
- Een structurele inrichting van het implementatieproces neemt alle benodigde en betrokken partijen mee gedurende de looptijd van geïmplementeerde verbeterinitiatieven.

Randvoorwaarden voor organisatie van een verbetercyclus (7S-model)

1s. Strategie: Kwaliteitsverbetering vooral opgenomen in beleid van de vakgroep.

Zoals te zien is in **Figuur 28**, is het meten en verbeteren van uitkomsten van de geleverde zorg binnen de IC voornamelijk expliciet opgenomen in het jaarplan en meerjarenplan van de vakgroep, respectievelijk geantwoord door 24% en 41% van de respondenten. Dit in tegenstelling tot verschillende andere specialismen, waar het meten en verbeteren van uitkomsten van de geleverde zorg voornamelijk expliciet onderdeel is van het beleid binnen de afdeling.

Figuur 28. Meten en verbeteren van uitkomstindicatoren als onderdeel van het beleid (N = 35)



2s. Governance: Regelmatig ook externe partijen betrokken binnen de verbetercyclus.

Indien uitkomsten en verbeterinitiatieven met partijen buiten het ziekenhuis besproken worden, wat geldt voor 72% van de respondenten, vindt deze bespreking voornamelijk plaats binnen een netwerk of samenwerkingsverband met andere ziekenhuizen (64% van de totale respons).

3s. Cultuur & waarden: Beoordeling binnen intensive care vergelijkbaar met landelijke resultaten.

In de enquête zijn de vragen rondom de cultuur en waarden van het centrum relatief vergelijkbaar gescoord met de gemiddelde score over de onderzochte aandoeningsgebieden. Zo scoren de respondenten de mate waarin vakgroepen belang hechten aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg op basis van uitkomstindicatoren gemiddeld 6,9 op een schaal van 0 tot 10, tegenover een gemiddelde beoordeling van 7,4 aandoening-overstijgend. Het vertrouwen binnen de IC, en het vertrouwen tussen de IC en andere specialismen om open over geaggregeerde uitkomsten te spreken, worden respectievelijk met 8,3 (IC) versus 8,4 (aandoening-overstijgend), en 7,5 (IC) versus 7,3 (aandoening-overstijgend) beoordeeld.

4s. Leiderschap: Medisch specialisten en management van IC als kartrekker.

Binnen de IC blijken vooral de medisch specialisten, het management van de maatschap of IC en de kwaliteitsafdeling een leidende rol te spelen bij het realiseren van een verbetercyclus op basis van uitkomstindicatoren, respectievelijk geantwoord door 49%, 43% en 9% van de respondenten.

5s. Infrastructuur: Hoge frequentie van data-aanlevering.

Respondenten geven aan dat gemiddeld 67% van de data uit de kwaliteitsregistratie in het EPD wordt vastgelegd tijdens de reguliere zorg, wat vergelijkbaar is met het gemiddelde percentage over alle aandoeningen, namelijk 69%. Daarbij geeft 17% van de respondenten aan deze data volledig te kunnen vastleggen in het EPD tijdens de reguliere zorg. In vergelijking met andere specialismen vindt aanlevering naar de kwaliteitsregistratie vanuit de IC frequenter plaats; dit gebeurt veelal maandelijks (IC; 49% versus aandoening-overstijgend; 21%).

6s. Capaciteit: Ruimte voor medisch specialisten binnen verbetercyclus.

In de enquête geeft 30% van de respondenten aan dat medisch specialisten tijd beschikbaar gesteld krijgen voor het realiseren van een verbetercyclus gericht op verbetering van uitkomsten van zorg; gemiddeld is hiervoor 5 uur beschikbaar per centrum.

7s. Expertise: Relatief beperkt aantal artsen met affiniteit en expertise met data.

Binnen de deelnemende centra zijn gemiddeld 2 artsen beschikbaar op de IC met een duidelijke affiniteit en expertise met datamanagement en data-analyse, waar gemiddeld 20 medisch specialisten direct betrokken zijn bij behandeling op de IC; hiermee worden specialisten van alle direct betrokken specialismen bedoeld (exclusief medici die in consult worden geroepen).

4.4.2 Status van het gebruik van uitkomstinformatie in de patiëntenzorg

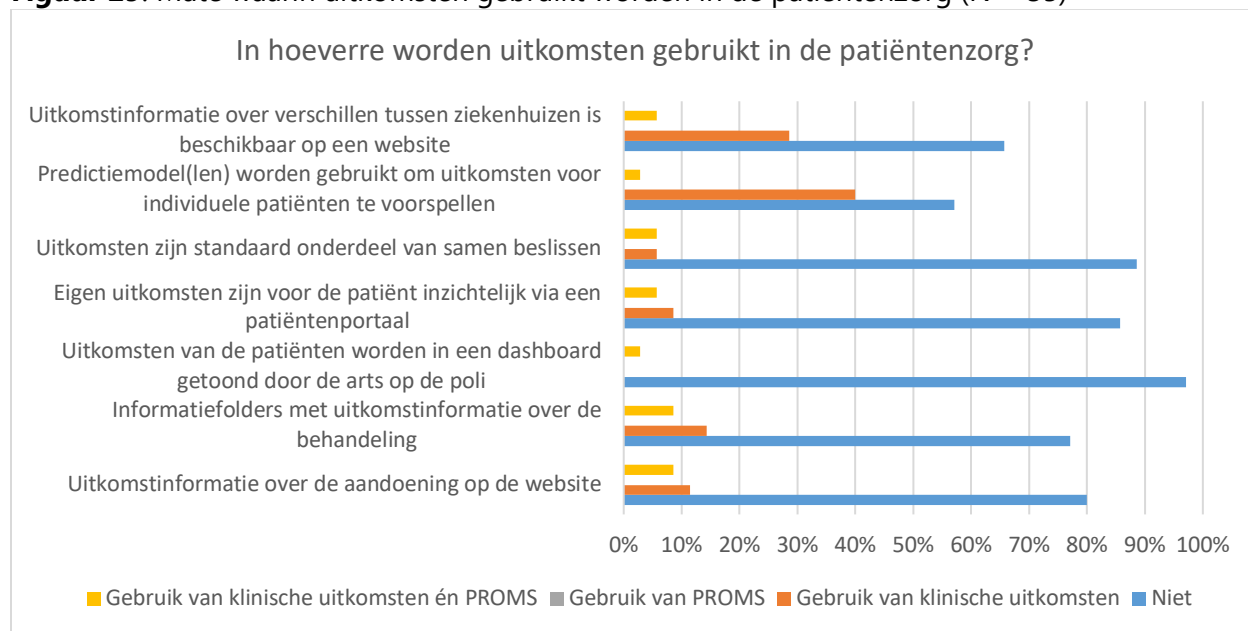
Hieronder wordt op basis van de enquêteresultaten en diepte-interviews een toelichting gegeven over het gebruik van uitkomstinformatie in de patiëntenzorg binnen het specialisme intensive care.

Metten en toepassen uitkomstindicatoren nog beperkt binnen patiëntenzorg.

Voor de IC, zoals ook voor een aantal andere aandoeningen, is het gebruik van uitkomsten in de patiëntenzorg nog beperkt; een groot deel van de respondenten geeft aan dit nog niet te gebruiken (range: 57% - 97%). Zoals te zien is in **Figuur 29**, wordt het tonen van uitkomsten van de patiënt in een dashboard door de arts op de poli momenteel bijvoorbeeld volgens slechts één respondent toegepast; dit komt uit op 3% van de respons.

Ter interpretatie van deze resultaten moet benoemd worden dat binnen de IC geen polikliniek betrokken wordt; slechts in enkele ziekenhuizen is een IC-nazorg poli aanwezig. Daarnaast is de patiëntenpopulatie van de IC veel heterogener dan bij andere aandoeningen; de behandeling van patiënten betreft een hoog aantal mogelijke diagnoses. Het is dan ook niet haalbaar om informatie voor al deze diagnoses te presenteren in informatiefolders; mogelijk is dergelijke informatie per diagnose beter te vinden bij het verwijzend specialisme.

Figuur 29. Mate waarin uitkomsten gebruikt worden in de patiëntenzorg (N = 35)



Indien uitkomstinformatie al wel toegepast wordt in de patiëntenzorg, bijvoorbeeld wanneer uitkomstinformatie over verschillen tussen ziekenhuizen beschikbaar is op de website, worden hiervoor vooral klinische uitkomsten gebruikt, gevolgd door een combinatie van klinische uitkomsten en Patient Reported Outcome Measures (PROMS); respectievelijk 29% en 6%. Een groot deel van de respondenten geeft dan ook aan dat PROMS momenteel niet gemeten worden,

of dat deze enkel gemeten worden ten behoeve van analyses op groepsniveau om kwaliteit van zorg te kunnen verbeteren; respectievelijk 49% en 30%.

4.5 Resultaten orthopedische heup- of knievervangings (kwaliteitsregistratie LROI)

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten uit de enquête voor het specialisme orthopedie (in het specifiek voor orthopedische patiënten die een heup- of knievervangings krijgen) tekstueel beschreven (over een respons van 27 centra), en tevens de (drie) gehouden diepte-interviews als verdieping worden meegenomen. Ook wordt een aantal good practices weergegeven die naar voren kwamen uit de diepte-interviews voor dit specialisme; deze worden bij het betreffende element weergegeven.

Voor meer informatie over de enquêteresultaten voor orthopedische heup- en knievervangings, voor de andere specialismen en voor de landelijke resultaten verwijzen we u graag naar **Bijlage 1**.

4.5.1 Resultaten per element van het HOME-model

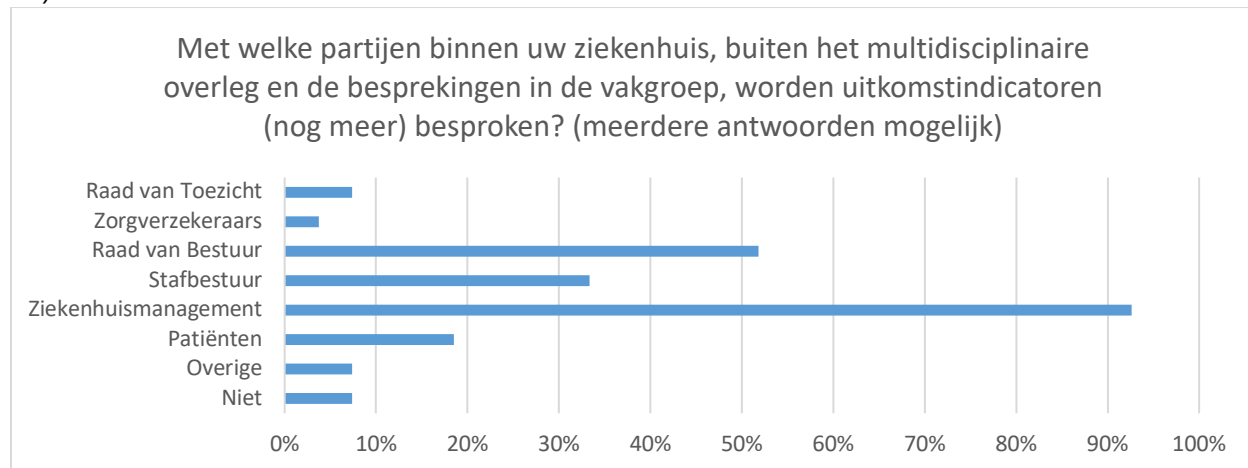
Hieronder worden per element van het HOME-model de enquêteresultaten toegelicht voor het specialisme orthopedische heup- of knievervangings. Daarbij worden enkele good practices gepresenteerd die in de diepte-interviews gerapporteerd zijn. De volledige tabel met enquêteresultaten is te vinden in **Bijlage 1**.

Hoofdstappen van de (uitkomst-gedreven) verbetercyclus (PDCA-cyclus)

1. Monitoring: Betrokken medisch specialisten nemen actief kennis van uitkomstinformatie.

In het grootste deel van de orthopedische centra, zo'n 33%, worden uitkomsten gemiddeld tussen 1 en 4 keer per jaar besproken. De enquête wijst uit dat uitkomsten minder vaak besproken worden in een multidisciplinair overleg (MDO); slechts 22% van de respondenten geeft aan uitkomsten tussen 1 en 4 keer per jaar te bespreken. 19% van de respondenten bespreekt uitkomsten *niet* binnen een MDO. Met 56% geeft een meerderheid van de deelnemende orthopedische centra geeft aan dat *alle* betrokken medisch specialisten actief kennisnemen van besproken uitkomsten, bijvoorbeeld via bespreking in overleggen. Ook worden deze uitkomsten besproken met partijen zoals het ziekenhuismanagement, de Raad van Bestuur en het stafbestuur; respectievelijk 42%, 24% en 15% (**zie Figuur 30**).

Figuur 30. Partijen binnen het ziekenhuis waarmee uitkomstindicatoren worden besproken (N = 27)



Het gebruik van landelijke dashboards binnen de orthopedische heup- en knie vervanging blijkt vergelijkbaar met de resultaten voor alle onderzochte aandoeningsgebieden samen (*vaak*; 30% en *zeer vaak*; 4% voor orthopedische heup- en knie vervanging, versus *vaak*; 25% en *zeer vaak*; 7% aandoening-overstijgend). Daarnaast worden lokale dashboards vaker gebruikt dan gemiddeld voor alle aandoeningen (*vaak*; 30% en *zeer vaak*; 11% voor orthopedische heup- en knie vervanging, versus *vaak*; 19% en *zeer vaak*; 11% aandoening-overstijgend).

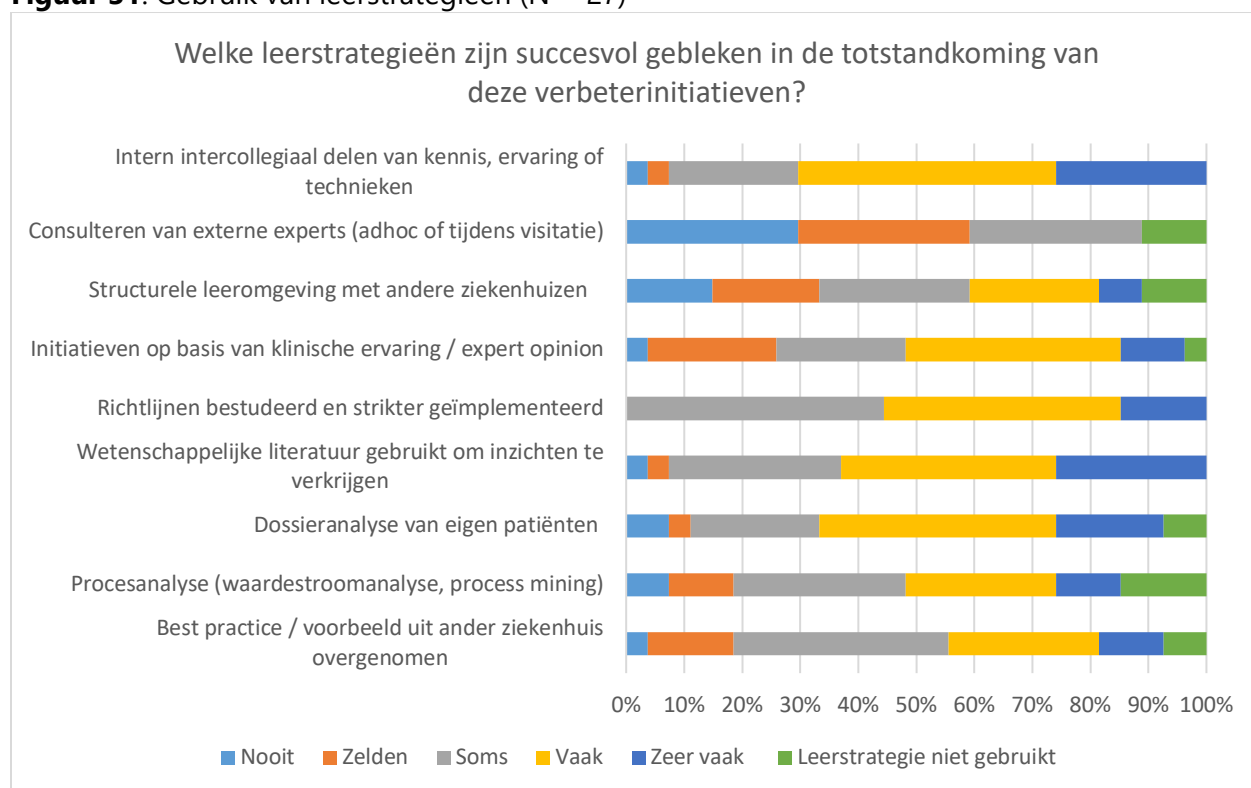
2. Identificatie: Klinisch relevante inzichten als aanknopingspunt voor verbeterinitiatieven.

44% van de respondenten geeft aan in de afgelopen twee jaar voor één of enkele uitkomstindicatoren doelstellingen te hebben geformuleerd op uitkomstindicatoren. Daarnaast hebben uitkomstrapportages de afgelopen twee jaar vooral tot verbeterinitiatieven geleid wanneer klinisch relevante inzichten een aanknopingspunt boden voor verbeteringen; dit werd geantwoord door 63% van de respondenten.

3. Selectie: Meerdere leerstrategieën succesvol bij totstandkoming verbeterinitiatieven.

Zoals te zien is in **Figuur 31**, zijn binnen de orthopedische heup- en knie vervanging de leerstrategieën rondom gebruik van wetenschappelijke literatuur, dossieranalyse van eigen patiënten en het bestuderen en strikter implementeren van richtlijnen het meest succesvol gebleken bij de totstandkoming van verbeterinitiatieven; deze leerstrategieën werden door respectievelijk 63%, 60% en 56% van de respondenten als *vaak* of *zeer vaak* succesvol aangemerkt. Daarentegen werd het consulteren van externe experts door geen van de respondenten als *vaak* of *zeer vaak* succesvol ervaren.

Figuur 31. Gebruik van leerstrategieën (N = 27)



4. Implementatie: Hoge mate van monitoring over verbeterinitiatieven.

De mate van monitoring van implementatie van verbeterinitiatieven werd door de respondenten gemiddeld met 6,7 beoordeeld op een schaal van 0 (nooit) tot 10 (altijd); de gemiddelde beoordeling van de mate van monitoring van effect kwam uit op 7,3.

Randvoorwaarden voor organisatie van een verbetercyclus (7S-model)

1s. Strategie: Kwaliteitsverbetering komt terug in beleid vakgroep.

Volgens de meerderheid van de respondenten is het meten en verbeteren van uitkomsten van de geleverde zorg expliciet opgenomen in het beleid als onderdeel van het jaarplan van de vakgroep en als onderdeel van het meerjarenplan van de vakgroep, respectievelijk 52% en 56%.

2s. Governance: Betrokkenheid van externe partijen wisselend binnen orthopedische heup- en knie vervanging.

33% van de respondenten geeft aan uitkomstindicatoren en verbeterinitiatieven buiten het orthopedisch centrum *niet* te bespreken. Daarop volgt 30% van de respondenten die deze informatie *wel* bespreekt binnen een netwerk of samenwerkingsverband.

Good practices

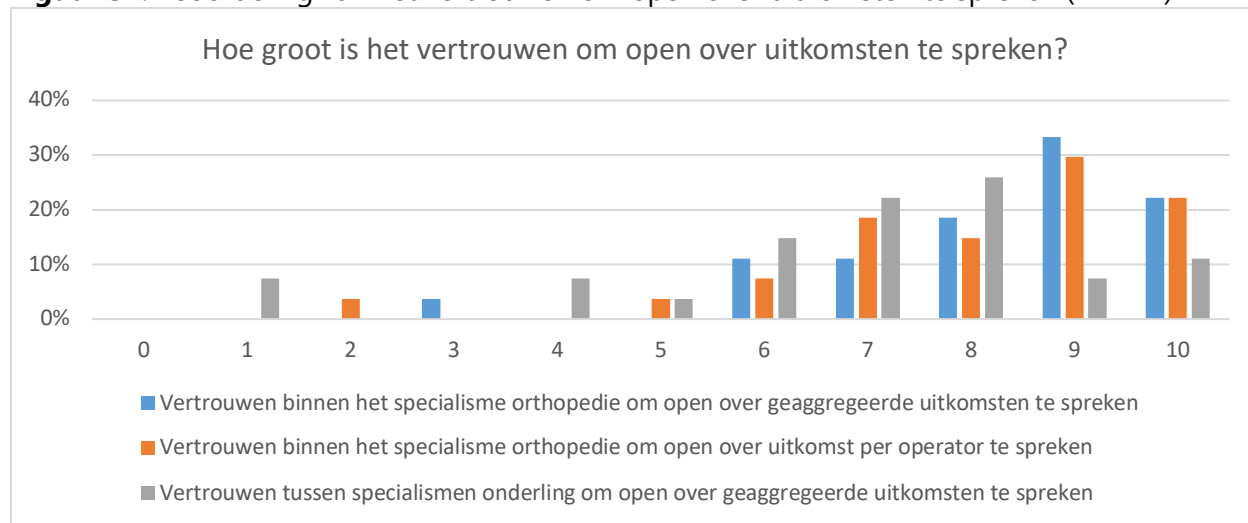
Binnen de diepte-interviews uitgevoerd voor het specialisme orthopedische heup- en knie vervanging worden enkele good practices gerapporteerd rondom de governance binnen verbetercycli. Dit betreft zowel intern als extern gerichte governance. Hieronder worden enkele voorbeelden genoemd.

- Afstemming met de Raad van Bestuur;
- Afstemming met de centrale afdeling van een centrum of ziekenhuis;
- Verantwoording richting zorgverzekeraars;
- Het organiseren van een samenwerkingsverband met andere orthopedische centra, bijvoorbeeld via Santeon.

3s. Cultuur & waarden: Vertrouwen relatief hoog binnen orthopedische heup- en knie vervanging ten aanzien van het open bespreken van uitkomsten.

Vrijwel alle respondenten beoordelen het vertrouwen binnen het specialisme om open over geaggregeerde uitkomsten en uitkomsten per operator te spreken met een 7 of hoger; dit geldt beide voor respectievelijk 85% van de respondenten (zie **Figuur 32**). Daarbij beoordeelt 22% van alle respondenten binnen dit aandoeningsgebied dit vertrouwen met 10 op een schaal van 0 tot 10. Het vertrouwen tussen specialismen onderling om open over geaggregeerde uitkomsten te spreken wordt gemiddeld beoordeeld met 6,9.

Figuur 32. Beoordeling van het vertrouwen om open over uitkomsten te spreken (N = 27)



4s. Leiderschap: Initiatief bij werkvloer ten aanzien van realisatie verbetercyclus.

Binnen de orthopedische heup- en knie vervanging hebben vooral medisch specialisten een leidende rol bij het realiseren van een verbetercyclus; dit wordt aangegeven door 74% van de respondenten. Daarnaast is in 41% van de centra de medisch manager aangesteld als expliciet medisch verantwoordelijke voor de kwaliteit van zorg; in 30% van de centra is er geen generieke medisch verantwoordelijke aangesteld volgens de respondenten, maar zijn dit verschillende specialisten voor verschillende aandoeningen.

5s. Infrastructuur: Aanlevering data verloopt deels handmatig en deels via extractie uit het EPD.

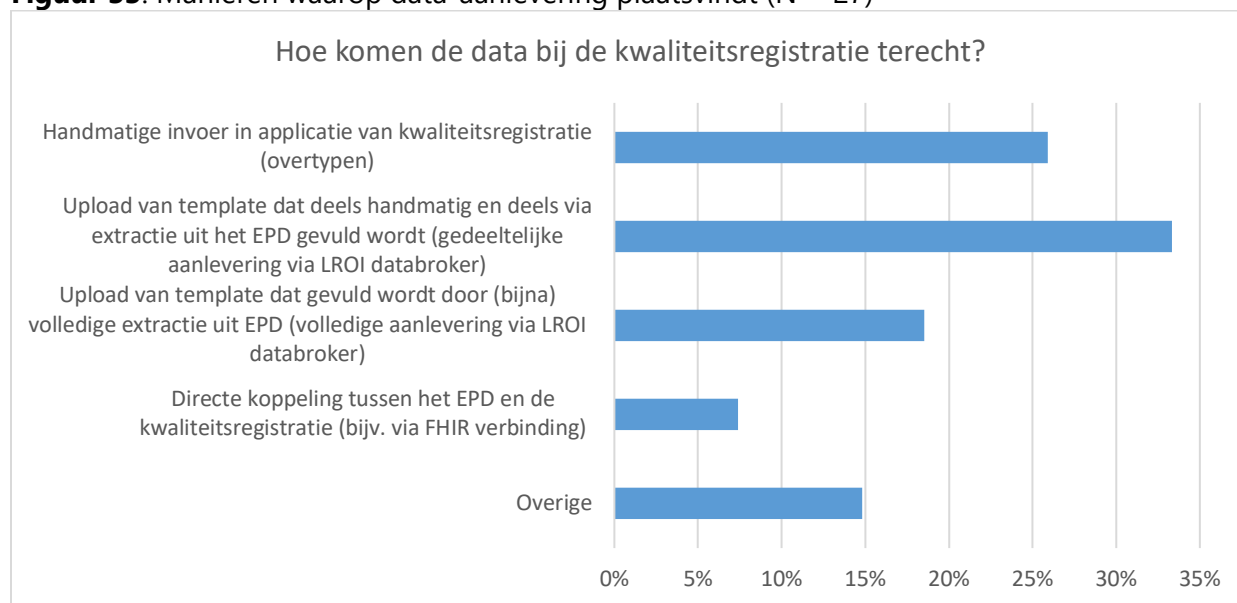
Zoals te zien is in **Figuur 33**, wordt data voornamelijk bij de kwaliteitsregistratie, in dit geval de LROI, aangeleverd via upload van een template dat deels handmatig en deels via extractie uit het EPD gevuld wordt, gevolgd door handmatige invoer in de applicatie van de kwaliteitsregistratie; dit wordt aangegeven door respectievelijk 33% en 26% van de respondenten. Deze data wordt veelal maandelijks of per kwartaal aangeleverd; respectievelijk geantwoord door 26% en 22% van de respondenten. Gemiddeld wordt 61% van de data binnen de orthopedische heup- en knie vervanging vastgelegd in het EPD tijdens de reguliere zorg; 22% van de respondenten geeft aan de data volledig te kunnen vastleggen in het EPD tijdens de reguliere zorg.

Good practices

In de diepte-interviews werden enkele good practices gerapporteerd rondom de manier waarop kwaliteitsverbetering ingebed is in de gehele organisatie. Hieronder worden enkele voorbeelden benoemd.

- De focus op registratie aan de bron, waarbij men probeert zoveel mogelijk digitaal te registreren en aan te leveren bij de kwaliteitsregistratie;
- Het inrichten van de infrastructuur binnen de organisatie, zodat dit zoveel mogelijk regulier tijdens het werkproces gebeurt;
- De focus op het grondig en volledig registreren van uitkomst informatie;
- Het inrichten van een controlesysteem rondom de kwaliteit van de data registratie, waarbij monitoring over elke schakel plaatsvindt;
- Het vrijmaken van tijd en personeel voor bovenstaande voorbeelden.

Figuur 33. Manieren waarop data-aanlevering plaatsvindt (N = 27)



6s. Capaciteit: Mankracht beschikbaar voor realisatie verbetercyclus.

Binnen de orthopedische heup- en knie vervanging krijgen voornamelijk de medisch specialisten en medisch managers tijd beschikbaar gesteld om een verbetercyclus te realiseren; respectievelijk geantwoord door 38% en 25% van de respondenten. Gemiddeld is dit 8,5 uur per week per centrum.

7s. Expertise: Vaak 2 artsen met data-expertise aanwezig.

Uit de enquête blijkt dat over het algemeen 2 tot 5 artsen beschikbaar zijn in orthopedische centra met een duidelijke expertise en affiniteit met data; dit geldt voor 67% van de respondenten. Ter interpretatie van deze resultaten: gemiddeld zijn 8 medisch specialisten direct betrokken bij operaties waarin een heup- of knieprothese geplaatst wordt.

Good practices

Binnen de orthopedische centra wordt de koppeling tussen praktijk en wetenschap veelvuldig gerapporteerd als good practice. Hieronder worden enkele voorbeelden toegelicht.

- Het toepassen van 'evidence based medicine' bij de initiatie van nieuwe verbeterinitiatieven, waarbij wetenschappelijke literatuur, en de laatste richtlijnen en (klinische) protocollen meegenomen worden als input voor te ontwikkelen verbeterinitiatieven;
- Het betrekken van een (intern) onderzoeksbureau binnen de verbetercyclus om de kwaliteitsverbetering wetenschappelijk in te steken en te evalueren.

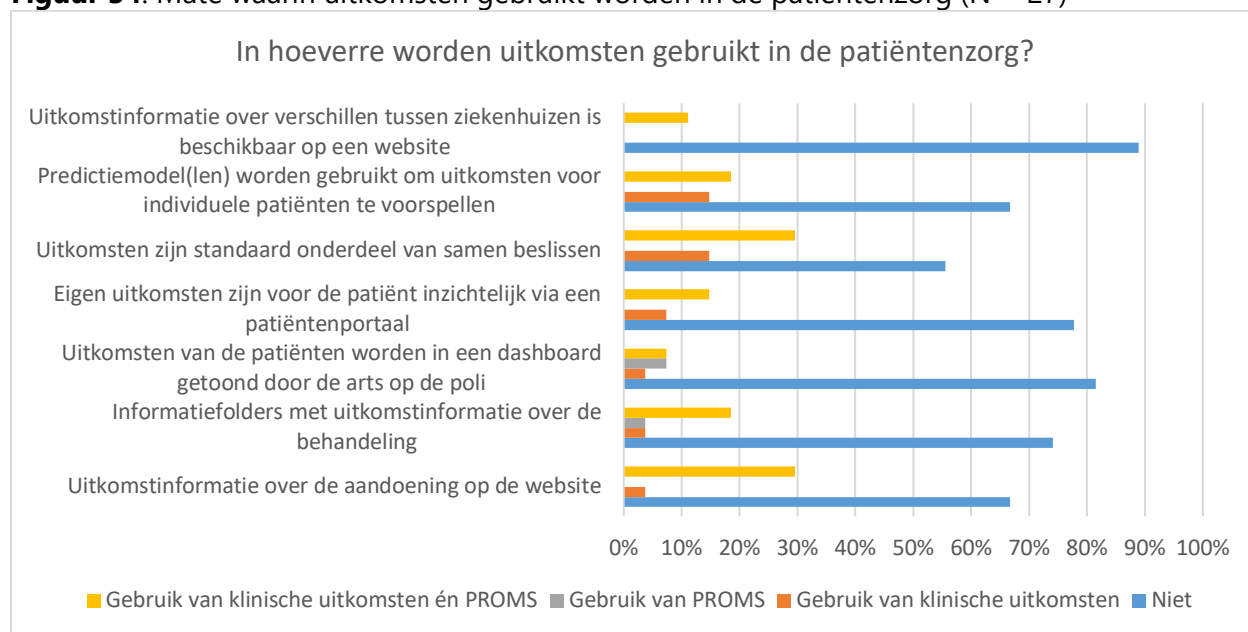
4.5.2 Status van het gebruik van uitkomstinformatie in de patiëntenzorg

Hieronder wordt op basis van de enquêteresultaten en diepte-interviews een toelichting gegeven over het gebruik van uitkomstinformatie in de patiëntenzorg binnen het specialisme orthopedische heup- en knie vervanging.

Meting van PROMS vaker dan landelijk; gebruik van uitkomsten nog beperkt in de patiëntenzorg.

Zoals te zien is in **Figuur 34**, worden binnen de orthopedische heup- en knie vervanging uitkomsten nog beperkt gebruikt in de patiëntenzorg; de meerderheid van de respondenten geeft aan dit momenteel nog niet te gebruiken (range: 56% - 89%). Indien deze toegepast worden, varieert dit tussen het gebruik van klinische uitkomsten (range: 0% - 15%), Patient Reported Outcome Measures (PROMS) (range: 0% - 7%), of de toepassing van beide (range: 7% - 30%).

Figuur 34. Mate waarin uitkomsten gebruikt worden in de patiëntenzorg (N = 27)



Vrijwel alle respondenten (97%) geven aan PROMS wel te meten, waar dit voor andere aandoeningen vaak nog minder is (range: 46% - 92%). Respondenten geven aan deze PROMS-data zowel voor analyses op groepsniveau ter verbetering van de kwaliteit van zorg (38%), in het kader van wetenschappelijk onderzoek (26%) en voor bespreking op de poli met de patiënt op vaste momenten in het behandelproces (13%) te gebruiken.

5. Conclusie

Op basis van de enquêteresultaten (N = 127) en diepte-interviews (N = 18) kan geconcludeerd worden dat uitkomstinformatie binnen de onderzochte aandoeningsgebieden momenteel al zeer actief gebruikt wordt ten aanzien van kwaliteitsverbetering in de Nederlandse zorg. Resultaten worden regulier gemonitord en besproken; verbeterpotentieel wordt geïdentificeerd en leidt effectief tot het starten van nieuwe verbeterinitiatieven. Wel is er nog ruimte voor ontwikkeling op het gebied van het volledig doorlopen van de verbetercyclus en het gebruik maken van uitkomstinformatie in de patiëntenzorg.

Er zijn geen grote verschillen tussen de verschillende aandoeningen (en registraties) te identificeren; voor elke aandoening zien we dat de mate waarin uitkomstinformatie gebruikt wordt vergelijkbaar is. Tussen centra daarentegen, bestaan nog wel grote verschillen in de mate waarop uitkomstindicatoren concreet worden gebruikt, met name óf en wanneer deze leiden tot verbeterprojecten. Daarbij zijn per aandoeningsgebied andere centra verder gevorderd in de ontwikkeling van methoden om daadwerkelijk en effectief te verbeteren op basis van uitkomstinformatie.

De geïdentificeerde 'good practices' laten zien dat het realiseren van een verbetercyclus vraagt om een structurele inbedding op meerdere niveaus; deelnemers rapporteren bijvoorbeeld voldoende capaciteit (bestuurlijk) en hoge motivatie (op de werkvloer) als bevorderende factoren. Daarbij worden het te veel monitoren, te weinig capaciteit en beperkte ondersteunende faciliteiten beschikbaar in de organisatie ervaren als de grootste belemmerende factoren voor het succesvol realiseren van een verbetercyclus.

5.1 Algemene aanbevelingen

Hieronder vindt u enkele aanbevelingen ten aanzien van de structurele inbedding van de verbetercyclus op meerdere niveaus binnen de organisatie:

- Er is voldoende capaciteit in de vorm van tijd en personeel nodig om een verbetercyclus van het begin tot het einde te realiseren. Denk bijvoorbeeld aan voldoende capaciteit om (ad hoc) signalen over verbeterpotentieel verder te kunnen onderzoeken, of het beschikbaar stellen van tijd zodat één of enkele personen een leidende of coördinerende rol op zich kunnen nemen, wat de ontwikkeling en uitvoer van verbeterinitiatieven versnelt;
- Hoewel deelname in een extern samenwerkingsverband door respondenten gezien wordt als bevorderend voor het starten en succesvol uitvoeren van een verbeterinitiatief, is nog geen 40% daadwerkelijk onderdeel van een dergelijk verband. Het deelnemen aan een samenwerkingsverband biedt mogelijkheden om netwerkgericht uitkomst informatie te bespreken en te vergelijken, en geleerde lessen rondom zorginhoudelijke en organisatorische onderwerpen rondom de verbetercyclus te kunnen delen;
- Het beschikken over een (multidisciplinair) kwaliteitsteam bestaande uit verschillende achtergronden en expertises werkt bevorderend voor het starten en uitvoeren van een verbeterinitiatief;
- De bereidheid en intrinsieke motivatie van medewerkers is essentieel in het proces van kwaliteitsverbetering. Ten behoeve hiervan moet een veilige omgeving gecreëerd worden, waarin ook de mogelijkheid wordt geboden om data transparant te delen zonder directe (persoonlijke) gevolgen;
- Het gebruik van landelijke en lokale dashboards, het ophalen van signalen vanaf de werkvloer en vanuit het gevoel van medici over dat wat aandacht behoeft, worden ervaren als bevorderend ter identificatie van verbeterpotentieel. Daarbij kan via dashboards zowel gekeken worden naar trends over de eigen data als de vergelijking met andere centra;
- Een automatische koppeling met het EPD is essentieel; wanneer data automatisch aangeleverd en gekoppeld wordt, worden registratielasten verminderd en komt er meer tijd vrij voor het daadwerkelijk kunnen analyseren en gebruiken van uitkomst informatie. Binnen dit onderzoek zien we voor sommige aandoeningsgebieden en initiatieven terug dat op dit gebied al stappen worden gezet; voor anderen blijkt de ondersteuning vanuit softwareleveranciers nog niet toereikend om automatische extractie mogelijk te maken.

5.2 Reflectie en aanbevelingen vanuit de betrokken patiëntenorganisaties

Om de resultaten van dit project nog wat explicieter in het licht van het patiëntperspectief te zetten, hebben de betrokken patiëntenorganisaties (Patiëntenfederatie Nederland, Nierpatiënten Vereniging Nederland (NVN), en Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten organisaties (NFK)) een reflectie gegeven op de resultaten. Daaruit zijn enkele aanbevelingen voortgevloeid ten aanzien van het gebruik van uitkomstinformatie in de patiëntenzorg. Hieronder worden deze beschreven.

Reflectie en aanbevelingen:

Uit dit rapport blijkt dat er de afgelopen jaren veel bereikt is met betrekking tot het meten van uitkomstinformatie, en dat er ook verschillende stappen genomen zijn met betrekking tot het actief gebruiken van deze uitkomstinformatie ten behoeve van kwaliteitsverbetering. Wat hierbij naar voren komt is dat de focus voornamelijk op de zorgprofessional ligt; de betrokkenheid van de patiënt is momenteel nog beperkt binnen de onderzochte aandachtsgebieden. Dit rapport laat zien dat centra zich bewust zijn dat uitkomstinformatie bij de individuele patiënt in de spreekkamer terecht moet komen; 40% van de respondenten geeft aan klinische uitkomsten en/of PROMS te hebben opgenomen als standaard onderdeel van samen beslissen. Er lijkt echter nog beperkt bewustzijn te zijn dat patiënten betrokken moeten worden om op een geaggregeerd niveau zorg te verbeteren; slechts 6% van de respondenten geeft aan uitkomstindicatoren ook te bespreken met patiënten, bijvoorbeeld via een patiëntenraad of vertegenwoordiging van de betreffende patiëntenorganisatie. De patiëntenorganisaties zien hierin dan ook een aanknopingspunt om samen met de deelnemende centra te komen tot verdere ontwikkeling van de betrokkenheid van de patiënt.

Daarbij doen de betrokken patiëntenorganisaties gezamenlijk de volgende aanbevelingen:

- Het is van belang dat goed ingevoerde vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties structureel betrokken worden bij het bespreken van uitkomstinformatie, zodat verdere ontwikkeling van de betrokkenheid van de patiënt bij kwaliteitsverbetering op geaggregeerd niveau kan plaatsvinden.
- Door zowel het implementeren van verbeterinitiatieven als het actief monitoren en evalueren van deze verbeterinitiatieven kan een maximale winst in kwaliteitsverbetering voor de patiënt gerealiseerd worden.

5.3 Limitaties van dit onderzoek

Binnen dit onderzoek zit mogelijk een bias in de centra die hebben deelgenomen aan de diepte-interviews. Mogelijk was er een grotere bereidheid om deel te nemen aan de diepte-interviews onder centra die meer actief zijn of verder gevorderd zijn op het gebied van kwaliteitsverbetering. Daarnaast is voor de selectie van de diepte-interviews gekeken naar de meest actieve centra op het gebied van kwaliteitsverbetering, zodat relevante good practices opgehaald konden worden; mogelijk zijn de bevorderende en belemmerende factoren die opgehaald zijn binnen deze diepte-interviews minder representatief voor de centra die (nog) niet actief zijn op het gebied van kwaliteitsverbetering.

De wijze waarop centra aangeschreven zijn voor de enquête, waarbij de uitnodiging via de kwaliteitsregistraties verspreid is naar alle behandelende centra voor het betreffende specialisme, geeft geen reden voor vermoeden van bias binnen de populatie van centra die deelgenomen hebben aan de enquête. Daarbij geeft ook het responspercentage (range: 31% - 80%) het signaal dat de enquêteresultaten goed te generaliseren zijn voor de gehele populatie van de betreffende specialismen.

Bronnenlijst

DICA (2022). DICA JAARRAPPORT 2021. Geraadpleegd van <https://dica.nl/media/2970/DICA%20jaarrapportage%202021.pdf>.

LROI (2022). Data Quality. Geraadpleegd van <https://www.lroi-report.nl/data-quality/>.

NICE (2022). Basisgegevens IC units voor het jaar 2021. Geraadpleegd van <https://stichting-nice.nl/datainbeeld/public>

NHR (2021). Compleetheidsoverzicht cardiochirurgie. Geraadpleegd van <https://nhr.nl/wetenschappelijk-onderzoek/>

Renine Registry Annual Report 2021. Nefrovisie, Utrecht, the Netherlands 2021

Van der Nat PB, Derks L, van Veghel D. Health Outcomes Management Evaluation—A National Analysis of Dutch Heart Care. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes* 2021. DOI: 10.1093/ehjqcco/qcab060.

Van Veghel D, Marteijn M, de Mol B; Measurably Better Study Group (The Netherlands) and Advisory Board. First results of a national initiative to enable quality improvement of cardiovascular care by transparently reporting on patient-relevant outcomes. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2016 Jun;49(6):1660-9. doi: 10.1093/ejcts/ezw034. Epub 2016 Mar 16. PMID: 26984991.

Van Veghel, D., Daeter, E. J., Bax, M., Amoroso, G., Blaauw, Y., Camaro, C., ... & Van Der Nat, P. B. (2020). Organization of outcome-based quality improvement in Dutch heart centres. *European Heart Journal-Quality of Care and Clinical Outcomes*, 6(1), 49-54.

Bijlage 1. Enquêteresultaten

Variabele/vraag	Antwoordopties	Cardiochirurgie/NHR (n totaal = 15)		Interventiecardiologie (dotters)/NHR (n totaal = 29)		Dialyse/Nefrovisie (n totaal = 59)		Intensive care/NICE (n totaal = 72)		Orthopedische heup- of knieervanging/LROI (n totaal = 86)		Behandeling van lever- of galwegtumoren/DICA (n totaal onbekend)		Totaal	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
		12	100%	20	100%	30	100%	35	100%	27	100%	3	100%	127	100%
Hoe vaak worden resultaten besproken binnen de vakgroep?	Niet	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Minder vaak dan 1x per jaar	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	1x per jaar	1	8%	7	35%	1	3%	7	20%	3	11%	3	100%	22	17%
	Tussen 1x per jaar en 1x per kwartaal	3	25%	5	25%	8	27%	16	46%	9	33%	0	0%	41	32%
	1x per kwartaal	4	33%	4	20%	19	63%	7	20%	6	22%	0	0%	40	31%
	Tussen 1x per kwartaal en maandelijks	1	8%	2	10%	1	3%	4	11%	5	19%	0	0%	13	10%
	Maandelijks	3	25%	1	5%	1	3%	1	3%	2	7%	0	0%	8	6%
	Vaker dan maandelijks	0	0%	1	5%	0	0%	0	0%	2	7%	0	0%	3	2%
	Onbekend	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Hoe vaak worden uitkomstindicatoren besproken in multidisciplinair overleg?	Niet	2	17%	9	45%	2	7%	14	40%	5	19%	0	0%	32	25%
	Minder vaak dan 1x per jaar	0	0%	0	0%	1	3%	4	11%	1	4%	1	33%	7	6%
	1x per jaar	0	0%	5	25%	2	7%	8	23%	6	22%	1	33%	22	17%
	Tussen 1x per jaar en 1x per kwartaal	3	25%	3	15%	11	37%	7	20%	6	22%	1	33%	31	24%
	1x per kwartaal	3	25%	2	10%	11	37%	1	3%	3	11%	0	0%	20	16%
	Tussen 1x per kwartaal en maandelijks	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	4	15%	0	0%	5	4%
	Maandelijks	2	17%	0	0%	0	0%	0	0%	2	7%	0	0%	4	3%
	Vaker dan maandelijks	2	17%	1	5%	2	7%	0	0%	0	0%	0	0%	5	4%
	Onbekend	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	1	1%
Wie zijn er betrokken bij dergelijke multidisciplinaire overleggen? <i>Meerdere antwoorden mogelijk.</i>	Leverchirurgen	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	12%	3	1%
	Maag – Darm – Lever (MDL) arts	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	12%	3	1%
	Internist – oncoloog	0	0%	0	0%	0	0%	4	6%	0	0%	3	12%	7	2%
	(interventie)Radiologen	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	12%	3	1%
	Patholoog	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	8%	2	1%
	Radiotherapeut	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	12%	3	1%
	Nucleair geneeskundige	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	4%	1	0%
	Anesthesiologen	10	18%	2	6%	0	0%	6	9%	7	8%	0	0%	25	6%
	Patiënten	0	0%	0	0%	2	2%	0	0%	1	1%	0	0%	3	1%
	Verpleegkundigen	4	7%	4	13%	0	0%	13	20%	7	8%	2	8%	30	8%
	Apothekers	0	0%	0	0%	0	0%	4	6%	0	0%	0	0%	4	1%
	Cardio-thoracale chirurgen	10	18%	4	13%	0	0%	4	6%	0	0%	0	0%	18	5%
	Intensivisten	9	16%	1	3%	0	0%	19	29%	0	0%	0	0%	29	7%
	Interventie(cardiologen)	8	15%	11	35%	0	0%	5	8%	0	0%	0	0%	24	6%
	Microbioloog	0	0%	0	0%	0	0%	4	6%	8	9%	0	0%	12	3%
	Chirurgen	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Dialyse verpleegkundigen	0	0%	0	0%	24	19%	0	0%	0	0%	0	0%	24	6%
	Gespecialiseerd verpleegkundige	0	0%	0	0%	19	15%	0	0%	0	0%	0	0%	19	5%
	Kwaliteitsmedewerker	0	0%	0	0%	18	14%	0	0%	2	2%	0	0%	20	5%
	Diëtist	0	0%	0	0%	16	13%	0	0%	0	0%	0	0%	16	4%
	Maatschappelijk werker	0	0%	0	0%	16	13%	0	0%	0	0%	0	0%	16	4%

Variabele/vraag	Antwoordopties	Cardiochirurgie/NHR (n totaal = 15)		Interventiecardiologie (dotters)/NHR (n totaal = 29)		Dialyse/Nefrologie (n totaal = 59)		Intensive care/NICE (n totaal = 72)		Orthopedische heup- of knieervangings/LROI (n totaal = 86)		Behandeling van lever- of galwegtumoren/DICA (n totaal onbekend)		Totaal	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
		12	100%	20	100%	30	100%	35	100%	27	100%	3	100%	127	100%
Wie zijn er betrokken bij dergelijke multidisciplinaire overleggen? <i>Meerdere antwoorden mogelijk.</i>	Teamleider	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Nefroloog	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Orthopedisch chirurg	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	21	23%	0	0%	21	5%
	Traumachirurg	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	7	8%	0	0%	7	2%
	Ziekenhuishygiënist	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	9	10%	0	0%	9	2%
	Infectioloog	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	3%	0	0%	3	1%
	Fysioloog	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Perfusionisten	10	18%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	10	3%
Overig	Overig	4	7%	9	29%	31	25%	7	11%	28	30%	5	20%	84	21%
	Niet	4	22%	6	24%	4	5%	10	19%	1	2%	1	20%	26	11%
	Patiënten	0	0%	0	0%	9	11%	0	0%	5	8%	0	0%	14	6%
	Ziekenhuismanagement	7	39%	14	56%	26	31%	19	36%	25	42%	2	40%	93	38%
	Stafbestuur	0	0%	0	0%	6	7%	7	13%	9	15%	1	20%	23	9%
	RvB	6	33%	3	12%	19	23%	12	23%	14	24%	1	20%	55	23%
	Overig	1	6%	2	8%	20	24%	5	9%	5	8%	0	0%	33	14%
	Overig	1	6%	2	8%	20	24%	5	9%	5	8%	0	0%	33	14%
Met welke partijen binnen uw ziekenhuis, buiten het multidisciplinaire overleg en de besprekingen in de vakgroep, worden uitkomstindicatoren (nog meer) besproken? <i>Meerdere antwoorden mogelijk.</i>	Geen	5	38%	8	36%	14	42%	10	28%	11	33%	2	40%	50	35%
	Verwijzende ziekenhuizen	7	54%	5	23%	1	3%	1	3%	1	3%	1	20%	16	11%
	Netwerk of samenwerkingsverband met andere ziekenhuizen	1	8%	8	36%	13	39%	23	64%	10	30%	1	20%	56	39%
	Huisartsen	0	0%	1	5%	1	3%	0	0%	5	15%	1	20%	8	6%
	Verpleeghuizen	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	6%	0	0%	2	1%
	Revalidatie	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%	1	3%	0	0%	2	1%
	Thuiszorg	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Ggz	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Zorgverzekeraar	0	0%	0	0%	1	3%	1	3%	2	6%	0	0%	4	3%
	Overig	0	0%	0	0%	3	9%	0	0%	1	3%	0	0%	4	3%
Welke partijen binnen de gehele zorgketen zijn (in aanvulling op de in het ziekenhuis betrokken partijen) betrokken bij het bespreken van uitkomsten en verbeterinitiatieven? <i>Meerdere antwoorden mogelijk.</i>	1 tot 5	2	17%	4	20%	10	33%	7	20%	9	33%	0	0%	32	25%
	6 tot 10	3	25%	6	30%	12	40%	8	23%	13	48%	2	67%	44	35%
	11 tot 20	2	17%	5	25%	5	17%	9	26%	4	15%	1	33%	26	20%
	21 tot 50	4	33%	4	20%	3	10%	9	26%	1	4%	0	0%	21	17%
	51 tot 99	1	8%	1	5%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	2%
	Meer dan 100	0	0%	0	0%	0	0%	2	6%	0	0%	0	0%	2	2%
Gemiddelde 'Hoeveel medisch specialisten zijn betrokken?'		18,7		16		10		20		7,6		9		13,55	
Hoeveel procent van de betrokken medisch specialisten neemt actief kennis van uitkomsten?	0	0	0%	0	0%	1	3%	3	9%	0	0%	1	33%	5	4%
	1 tot 25	2	17%	4	20%	4	13%	11	31%	10	37%	0	0%	31	24%
	26-50	1	8%	3	15%	6	20%	5	14%	1	4%	0	0%	16	13%
	51-75	1	8%	1	5%	4	13%	1	3%	0	0%	0	0%	7	6%
	76-99	4	33%	3	15%	2	7%	3	9%	1	4%	0	0%	13	10%
100		3	25%	9	45%	13	43%	13	37%	15	56%	2	67%	55	43%
Gemiddelde score 'Hoeveel procent neemt actief kennis van uitkomsten?'			72,90%		70,80%		68%		53%		63,70%		67%		65,90%
Hoe vaak worden (digitale) dashboards waarin uitkomsten van zorg worden weergegeven gebruikt ten behoeve van het bespreken van uitkomstindicatoren in uw vakgroep?															
Zelf ontwikkelde dashboards	Nooit	3	25%	8	40%	12	40%	20	57%	4	15%	1	33%	48	38%
	Zelden	0	0%	4	20%	0	0%	5	14%	3	11%	0	0%	12	9%
	Soms	3	25%	3	15%	6	20%	7	20%	9	33%	1	33%	29	23%
	Vaak	4	33%	3	15%	6	20%	2	6%	8	30%	1	33%	24	19%
	Zeer vaak	2	17%	2	10%	6	20%	1	3%	3	11%	0	0%	14	11%

Variable/vraag	Antwoordopties	Cardiochirurgie/NHR (n totaal = 15)		Interventiecardiologie (dotters)/NHR (n totaal = 29)		Dialyse/Nefrologie (n totaal = 59)		Intensive care/NICE (n totaal = 72)		Orthopedische heup- of knieervanging/LROI (n totaal = 86)		Behandeling van lever- of galwegtumoren/DICA (n totaal onbekend)		Totaal	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
		12	100%	20	100%	30	100%	35	100%	27	100%	3	100%	127	100%
Landelijke dashboards	Nooit	0	0%	1	5%	0	0%	1	3%	0	0%	1	33%	3	2%
	Zelden	2	17%	4	20%	3	10%	7	20%	4	15%	0	0%	20	16%
	Soms	6	50%	11	55%	15	50%	16	46%	14	52%	1	33%	63	50%
	Vaak	4	33%	4	20%	8	27%	8	23%	8	30%	0	0%	32	25%
	Zeer vaak	0	0%	0	0%	4	13%	3	9%	1	4%	1	33%	9	7%
Wordt er, naast de informatie uit de kwaliteitsregistratie, aanvullend uitkomst informatie beschikbaar gemaakt ten behoeve van het bespreken van uitkomstindicatoren in uw vakgroep?	Ja	10	83%	12	60%	27	90%	21	60%	25	93%	1	33%	96	76%
	Nee	1	8%	7	35%	3	10%	12	34%	2	7%	2	67%	27	21%
	Weet niet/overig	1	8%	1	5%	0	0%	2	6%	0	0%	0	0%	4	3%
Hoe vaak worden onderstaande typen analyses over uitkomsten van zorg gebruikt om verbeterpotentieel te identificeren?															
Ruwe uitkomsten van eigen ziekenhuis	Nooit	0	0%	1	5%	0	0%	3	9%	1	4%	1	33%	6	5%
	Zelden	0	0%	3	15%	2	7%	5	14%	1	4%	1	33%	12	9%
	Soms	2	17%	6	30%	6	20%	16	46%	11	41%	0	0%	41	32%
	Vaak	7	58%	6	30%	20	67%	11	31%	13	48%	0	0%	57	45%
	Zeer vaak	3	25%	4	20%	2	7%	0	0%	1	4%	1	33%	11	9%
Risico-gecorrigeerde uitkomsten van eigen ziekenhuis	Nooit	0	0%	3	15%	2	7%	6	17%	4	15%	2	67%	17	13%
	Zelden	2	17%	3	15%	3	10%	5	14%	5	19%	0	0%	18	14%
	Soms	4	33%	5	25%	7	23%	13	37%	6	22%	0	0%	35	28%
	Vaak	4	33%	6	30%	17	57%	10	29%	12	44%	0	0%	49	39%
	Zeer vaak	2	17%	3	15%	1	3%	1	3%	0	0%	1	33%	8	6%
Ruwe uitkomsten vergeleken met andere ziekenhuizen	Nooit	0	0%	2	10%	3	10%	5	14%	5	19%	1	33%	16	13%
	Zelden	4	33%	4	20%	5	17%	7	20%	5	19%	0	0%	25	20%
	Soms	4	33%	9	45%	13	43%	16	46%	12	44%	1	33%	55	43%
	Vaak	3	25%	2	10%	7	23%	7	20%	4	15%	0	0%	23	18%
	Zeer vaak	1	8%	3	15%	2	7%	0	0%	1	4%	1	33%	8	6%
Risico-gecorrigeerde uitkomsten vergeleken met andere ziekenhuizen	Nooit	0	0%	3	15%	4	13%	5	14%	7	26%	1	33%	20	16%
	Zelden	3	25%	3	15%	5	17%	7	20%	8	30%	0	0%	26	20%
	Soms	3	25%	8	40%	11	37%	15	43%	9	33%	1	33%	47	37%
	Vaak	5	42%	4	20%	9	30%	8	23%	3	11%	0	0%	29	23%
	Zeer vaak	1	8%	2	10%	1	3%	0	0%	0	0%	1	33%	5	4%
Interdoktervariatie in ruwe uitkomsten	Nooit	4	33%	10	50%	12	40%	n.v.t.	n.v.t.	5	19%	1	33%	32	35%
	Zelden	3	25%	7	35%	7	23%	n.v.t.	n.v.t.	4	15%	1	33%	22	24%
	Soms	2	17%	1	5%	5	17%	n.v.t.	n.v.t.	14	52%	0	0%	22	24%
	Vaak	1	8%	1	5%	4	13%	n.v.t.	n.v.t.	4	15%	1	33%	11	12%
	Zeer vaak	2	17%	1	5%	2	7%	n.v.t.	n.v.t.	0	0%	0	0%	5	5%
Interdoktervariatie in risico-gecorrigeerde uitkomsten	Nooit	6	50%	12	60%	14	47%	n.v.t.	n.v.t.	9	33%	2	67%	43	47%
	Zelden	1	8%	7	35%	9	30%	n.v.t.	n.v.t.	7	26%	0	0%	24	26%
	Soms	2	17%	0	0%	3	10%	n.v.t.	n.v.t.	9	33%	0	0%	14	15%
	Vaak	2	17%	1	5%	2	7%	n.v.t.	n.v.t.	2	7%	1	33%	8	9%
	Zeer vaak	1	8%	0	0%	2	7%	n.v.t.	n.v.t.	0	0%	0	0%	3	3%
Hoeveel uitkomstindicatoren op verzoek van vakgroep analyses uitgevoerd?	Geen	2	17%	1	5%	4	13%	12	34%	3	11%	2	67%	24	19%
	1	0	0%	7	35%	1	3%	3	9%	0	0%	0	0%	11	9%
	2 tot 4	8	67%	9	45%	19	63%	11	31%	20	74%	0	0%	67	53%
	5 tot 10	2	17%	2	10%	5	17%	7	20%	1	4%	1	33%	18	14%
	Meer dan 10	0	0%	1	5%	1	3%	2	6%	3	11%	0	0%	7	6%
Gemiddelde 'Voor hoeveel uitkomstindicatoren analyses uitgevoerd'		3,2		3,8		4,5		3		3,4		1,67		3,26	
Zijn er de afgelopen twee jaar doelstellingen geformuleerd op uitkomstindicatoren?	Nee	4	33%	7	35%	5	17%	13	37%	4	15%	2	67%	35	28%
	Ja, voor 1 of enkele uitkomstindicatoren	4	33%	10	50%	12	40%	17	49%	12	44%	1	33%	56	44%

Variabele/vraag	Antwoordopties	Cardiochirurgie/NHR (n totaal = 15)		Interventiecardiologie (dotters)/NHR (n totaal = 29)		Dialyse/Nefrovisie (n totaal = 59)		Intensive care/NICE (n totaal = 72)		Orthopedische heup- of knieervanging/LROI (n totaal = 86)		Behandeling van lever- of galwegtumoren/DICA (n totaal onbekend)		Totaal	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
		12	100%	20	100%	30	100%	35	100%	27	100%	3	100%	127	100%
Zijn er de afgelopen twee jaar doelstellingen geformuleerd op uitkomstindicatoren?	Ja, voor 1 of enkele uitkomstindicatoren en minimaal 1 voor elk van de aandoeningen waarvoor uitkomstrapportage beschikbaar zijn	3	25%	2	10%	4	13%	0	0%	7	26%	0	0%	16	13%
	Ja, voor alle beschikbare uitkomstindicatoren	0	0%	0	0%	6	20%	3	9%	3	11%	0	0%	12	9%
	Overig	1	8%	1	5%	2	7%	2	6%	1	4%	0	0%	7	6%
Is het meten en verbeteren van uitkomsten van de geleverde zorg met behulp van uitkomstindicatoren expliciet onderdeel met concrete doelstellingen van het interne beleid? <i>Meerdere antwoorden mogelijk.</i>	Nee, geen onderdeel	1	4%	5	13%	1	2%	3	5%	1	4%	2	40%	13	5%
	Ja, onderdeel van het jaarplan van de vakgroep	5	19%	6	15%	6	10%	24	40%	14	52%	0	0%	55	22%
	Ja, onderdeel van het meerjarenplan van de vakgroep	0	0%	9	23%	5	8%	15	25%	15	56%	1	20%	45	18%
	Ja, onderdeel van het jaarplan van de afdeling in het ziekenhuis	7	26%	5	13%	25	40%	1	2%	7	26%	0	0%	45	18%
	Ja, onderdeel van het meerjarenplan van de afdeling in het ziekenhuis	5	19%	3	8%	10	16%	2	3%	5	19%	1	20%	26	11%
Is het meten en verbeteren van uitkomsten van de geleverde zorg met behulp van uitkomstindicatoren expliciet onderdeel met concrete doelstellingen van het interne beleid? <i>Meerdere antwoorden mogelijk.</i>	Ja, onderdeel van het ziekenhuisbrede jaarplan	1	4%	5	13%	8	13%	5	8%	8	30%	1	20%	28	11%
	Ja, onderdeel van het ziekenhuisbrede meerjarenplan	3	11%	6	15%	6	10%	9	15%	6	22%	0	0%	30	12%
	Overig	0	0%	0	0%	2	3%	1	2%	2	7%	0	0%	5	2%
Wanneer hebben uitkomstrapportages in uw ziekenhuis in de afgelopen 2 jaar geleid tot verbeterinitiatieven?	Nooit	2	7%	3	13%	0	0%	6	13%	1	4%	1	33%	13	8%
	Indien het ziekenhuis significant minder gunstige uitkomsten heeft dan het gemiddelde van andere ziekenhuizen (landelijke benchmark).	5	19%	6	25%	14	32%	11	24%	9	33%	1	33%	46	28%

Variabele/vraag	Antwoordopties	Cardiochirurgie/NHR (n totaal = 15)		Interventiediologie (dotters)/NHR (n totaal = 29)		Dialyse/Nefrovisie (n totaal = 59)		Intensive care/NICE (n totaal = 72)		Orthopedische heup- of knieervangings/LROI (n totaal = 86)		Behandeling van lever- of galwegtumoren/DICA (n totaal onbekend)		Totaal	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
		12	100%	20	100%	30	100%	35	100%	27	100%	3	100%	127	100%
Wanneer hebben uitkomstrapportages in uw ziekenhuis in de afgelopen 2 jaar geleid tot verbeterinitiatieven?	Indien de rapportage leidt tot klinisch relevante inzichten die aanknopingspunt kunnen zijn voor verbeteringen los van of er statistisch significante verschillen zijn (bijvoorbeeld een negatieve trend in de data of uitkomsten binnen subpopulaties)	9	33%	13	54%	23	52%	24	53%	17	63%	1	33%	87	53%
	Indien één of meerdere andere ziekenhuizen aantoonbaar gunstiger uitkomsten hebben dan gemiddeld.	3	11%	1	4%	6	14%	2	4%	1	4%	0	0%	13	8%
	Overig	0	0%	1	4%	1	2%	2	4%	1	4%	0	0%	5	3%
	Geen	2	17%	4	20%	1	3%	7	20%	1	4%	1	33%	16	13%
Hoeveel verbeterinitiatieven zijn er door het monitoren van uitkomsten van zorg de afgelopen twee jaar geïnitieerd?	1	1	8%	6	30%	1	3%	7	20%	3	11%	1	33%	19	15%
	2 tot 4	6	50%	8	40%	20	67%	20	57%	15	56%	1	33%	70	55%
	5 tot 10	3	25%	2	10%	7	23%	0	0%	7	26%	0	0%	19	15%
	meer dan 10	0	0%	0	0%	1	3%	1	3%	1	4%	0	0%	3	2%
Gemiddelde 'Hoeveel verbeterinitiatieven zijn er geïnitieerd?'		2,9		2,1		4		2,2		4		1		2,7	
Welke leerstrategieën zijn succesvol gebleken in de totstandkoming van deze verbeterinitiatieven?															
Best practice	Nooit	0	0%	3	15%	0	0%	5	14%	1	4%	1	33%	10	8%
	Zelden	3	25%	5	25%	6	20%	6	17%	4	15%	0	0%	24	19%
	Soms	5	42%	8	40%	13	43%	13	37%	10	37%	0	0%	49	39%
	Vaak	3	25%	2	10%	7	23%	7	20%	7	26%	0	0%	26	20%
	Zeer vaak	0	0%	0	0%	2	7%	0	0%	3	11%	0	0%	5	4%
	Niet gebruikt	1	8%	2	10%	2	7%	4	11%	2	7%	2	67%	13	10%
Procesanalyse	Nooit	3	25%	6	30%	4	13%	7	20%	2	7%	1	33%	23	18%
	Zelden	0	0%	1	5%	6	20%	9	26%	3	11%	0	0%	19	15%
	Soms	5	42%	6	30%	5	17%	4	11%	8	30%	0	0%	28	22%
	Vaak	1	8%	3	15%	8	27%	6	17%	7	26%	1	33%	26	20%
	Zeer vaak	1	8%	0	0%	4	13%	1	3%	3	11%	0	0%	9	7%
	Niet gebruikt	2	17%	4	20%	3	10%	8	23%	4	15%	1	33%	22	17%
Dossieranalyse eigen patiënten	Nooit	0	0%	1	5%	0	0%	4	11%	2	7%	0	0%	7	6%
	Zelden	1	8%	0	0%	2	7%	2	6%	1	4%	0	0%	6	5%
	Soms	2	17%	8	40%	12	40%	7	20%	6	22%	1	33%	36	28%
	Vaak	6	50%	7	35%	13	43%	17	49%	11	41%	1	33%	55	43%
	Zeer vaak	2	17%	3	15%	2	7%	4	11%	5	19%	0	0%	16	13%
	Niet gebruikt	1	8%	1	5%	1	3%	1	3%	2	7%	1	33%	7	6%
Wetenschappelijke literatuur	Nooit	0	0%	1	5%	0	0%	1	3%	1	4%	0	0%	3	2%
	Zelden	2	17%	2	10%	0	0%	2	6%	1	4%	0	0%	7	6%
	Soms	1	8%	5	25%	13	43%	9	26%	8	30%	0	0%	36	28%
	Vaak	5	42%	7	35%	11	37%	18	51%	10	37%	0	0%	51	40%
	Zeer vaak	3	25%	4	20%	6	20%	5	14%	7	26%	2	67%	27	21%
	Niet gebruikt	1	8%	1	5%	0	0%	0	0%	0	0%	1	33%	3	2%
Richtlijnen bestudeerd en strikter geïmplementeerd	Nooit	0	0%	2	10%	0	0%	2	6%	0	0%	0	0%	4	3%
	Zelden	4	33%	1	5%	0	0%	3	9%	0	0%	0	0%	8	6%
	Soms	1	8%	8	40%	11	37%	11	31%	12	44%	1	33%	44	35%
	Vaak	4	33%	5	25%	15	50%	15	43%	11	41%	0	0%	50	39%
	Zeer vaak	2	17%	3	15%	4	13%	4	11%	4	15%	1	33%	18	14%
	Niet gebruikt	1	8%	1	5%	0	0%	0	0%	0	0%	1	33%	3	2%

Variable/vraag	Antwoordopties	Cardiochirurgie/NHR (n totaal = 15)		Interventiecardiologie (dotters)/NHR (n totaal = 29)		Dialyse/Nefrologie (n totaal = 59)		Intensive care/NICE (n totaal = 72)		Orthopedische heup- of knie vervanging/LROI (n totaal = 86)		Behandeling van lever- of galwegtumoren/DICA (n totaal onbekend)		Totaal	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
		12	100%	20	100%	30	100%	35	100%	27	100%	3	100%	127	100%
Initiatieven op basis van klinische ervaring	Nooit	0	0%	2	10%	0	0%	1	3%	1	4%	0	0%	4	3%
	Zelden	3	25%	1	5%	0	0%	6	17%	6	22%	0	0%	16	13%
	Soms	1	8%	7	35%	11	37%	17	49%	6	22%	0	0%	42	33%
	Vaak	6	50%	6	30%	13	43%	11	31%	10	37%	1	33%	47	37%
	Zeer vaak	1	8%	3	15%	5	17%	0	0%	3	11%	1	33%	13	10%
	Niet gebruikt	1	8%	1	5%	1	3%	0	0%	1	4%	1	33%	5	4%
Structurele leeromgeving met andere ziekenhuizen	Nooit	1	8%	3	15%	2	7%	9	26%	4	15%	1	33%	20	16%
	Zelden	4	33%	2	10%	8	27%	5	14%	5	19%	0	0%	24	19%
	Soms	4	33%	8	40%	9	30%	14	40%	7	26%	1	33%	43	34%
	Vaak	1	8%	5	25%	2	7%	4	11%	6	22%	0	0%	18	14%
	Zeer vaak	1	8%	0	0%	5	17%	1	3%	2	7%	0	0%	9	7%
	Niet gebruikt	1	8%	2	10%	4	13%	2	6%	3	11%	1	33%	13	10%
Consulteren van externe experts	Nooit	4	33%	7	35%	4	13%	12	34%	8	30%	1	33%	36	28%
	Zelden	3	25%	3	15%	7	23%	8	23%	8	30%	0	0%	29	23%
	Soms	3	25%	4	20%	10	33%	9	26%	8	30%	0	0%	34	27%
	Vaak	1	8%	1	5%	6	20%	2	6%	0	0%	1	33%	11	9%
	Zeer vaak	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
	Niet gebruikt	1	8%	5	25%	2	7%	4	11%	3	11%	1	33%	16	13%
Intern intercollegiaal delen van kennis, ervaring of technieken	Nooit	0	0%	0	0%	0	0%	5	14%	1	4%	0	0%	6	5%
	Zelden	3	25%	2	10%	2	7%	1	3%	1	4%	0	0%	9	7%
	Soms	3	25%	6	30%	3	10%	10	29%	6	22%	0	0%	28	22%
	Vaak	3	25%	5	25%	16	53%	13	37%	12	44%	0	0%	49	39%
	Zeer vaak	2	17%	5	25%	9	30%	5	14%	7	26%	2	67%	30	24%
	Niet gebruikt	1	8%	2	10%	0	0%	1	3%	0	0%	1	33%	5	4%
In hoeverre wordt de implementatie van verbeterinitiatieven gemonitord?	0	2	17%	3	15%	0	0%	1	3%	0	0%	1	33%	7	6%
	1	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	33%	1	1%
	2	0	0%	1	5%	0	0%	2	6%	1	4%	0	0%	4	3%
	3	1	8%	1	5%	0	0%	2	6%	1	4%	0	0%	5	4%
	4	0	0%	0	0%	2	7%	3	9%	1	4%	0	0%	6	5%
	5	1	8%	5	25%	1	3%	5	14%	1	4%	0	0%	13	10%
	6	2	17%	4	20%	7	23%	6	17%	5	19%	0	0%	24	19%
	7	2	17%	3	15%	9	30%	4	11%	10	37%	1	33%	29	23%
	8	2	17%	3	15%	6	20%	6	17%	5	19%	0	0%	22	17%
	9	1	8%	0	0%	3	10%	2	6%	2	7%	0	0%	8	6%
	10	1	8%	0	0%	2	7%	4	11%	1	4%	0	0%	8	6%
Gemiddelde score 'In hoeverre wordt de implementatie van verbeterinitiatieven gemonitord?'		5,75		4,95		7,10		6,20		6,74		2,67		6,20	
In hoeverre wordt het effect van verbeterinitiatieven gemonitord?	0	2	17%	3	15%	0	0%	1	3%	0	0%	1	33%	7	6%
	1	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	1	1%
	2	0	0%	0	0%	0	0%	2	6%	1	4%	0	0%	3	2%
	3	0	0%	3	15%	1	3%	3	9%	1	4%	0	0%	8	6%
	4	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	1	1%
	5	0	0%	2	10%	2	7%	6	17%	1	4%	0	0%	11	9%
	6	1	8%	3	15%	7	23%	4	11%	5	19%	0	0%	20	16%
	7	3	25%	6	30%	9	30%	7	20%	4	15%	1	33%	30	24%
	8	3	25%	2	10%	6	20%	5	14%	9	33%	1	33%	26	20%
	9	1	8%	1	5%	3	10%	2	6%	4	15%	0	0%	11	9%
	10	2	17%	0	0%	2	7%	3	9%	2	7%	0	0%	9	7%
Gemiddelde score 'in hoeverre wordt het effect van verbeterinitiatieven gemonitord?'		6,67		5,20		7,10		5,97		7,26		5,00		6,43	
Hoe belangrijk wordt volgens u het verbeteren van kwaliteit van zorg op basis van uitkomstindicatoren geacht binnen de direct betrokken vakgroep(en)?	0	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	1	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	33%	1	1%
	2	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	1	1%
	3	0	0%	0	0%	0	0%	2	6%	1	4%	0	0%	3	2%
	4	0	0%	2	10%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	3	2%
	5	0	0%	2	10%	1	3%	2	6%	0	0%	0	0%	5	4%
	6	0	0%	3	15%	1	3%	4	11%	1	4%	0	0%	9	7%
	7	3	25%	4	20%	11	37%	9	26%	7	26%	2	67%	36	28%
	8	3	25%	5	25%	11	37%	13	37%	12	44%	0	0%	44	35%
	9	3	25%	3	15%	5	17%	1	3%	4	15%	0	0%	16	13%
	10	3	25%	1	5%	1	3%	2	6%	2	7%	0	0%	9	7%
Gemiddelde score 'Hoe belangrijk wordt volgens u het verbeteren van kwaliteit van zorg op basis van uitkomstindicatoren geacht binnen de direct betrokken vakgroep(en)?'		8,50		7,05		7,70		6,91		7,78		5,00		7,41	

Variabele/vraag	Antwoordopties	Cardiochirurgie/NHR (n totaal = 15)		Interventiecardiologie (dotters)/NHR (n totaal = 29)		Dialyse/Nefrovisie (n totaal = 59)		Intensive care/NICE (n totaal = 72)		Orthopedische heup- of knieervanging/LROI (n totaal = 86)		Behandeling van lever- of galwegtumoren/DICA (n totaal onbekend)		Totaal	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
		12	100%	20	100%	30	100%	35	100%	27	100%	3	100%	127	100%
Hoe groot is het vertrouwen binnen specialismen om open over geaggregeerde uitkomsten te spreken?	0	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	1	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	2	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	3	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	4%	0	0%	1	1%
	4	0	0%	1	5%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	2	2%
	5	0	0%	0	0%	0	0%	3	9%	0	0%	0	0%	3	2%
	6	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	11%	0	0%	3	2%
	7	2	17%	2	10%	3	10%	4	11%	3	11%	1	33%	15	12%
	8	6	50%	10	50%	10	33%	9	26%	5	19%	0	0%	40	31%
	9	2	17%	6	30%	12	40%	9	26%	9	33%	1	33%	39	31%
	10	2	17%	1	5%	5	17%	9	26%	6	22%	1	33%	24	19%
Gemiddelde score 'Hoe groot is het vertrouwen binnen specialismen om open over geaggregeerde uitkomsten te spreken?'		8,33		8,10		8,63		8,29		8,26		8,67		8,35	
Hoe groot is het vertrouwen binnen specialismen om open over uitkomst per operator te spreken?	0	0	0%	1	5%	0	0%	n.v.t.	n.v.t.	0	0%	0	0%	0	0%
	1	0	0%	0	0%	0	0%	n.v.t.	n.v.t.	0	0%	0	0%	0	0%
	2	1	8%	0	0%	0	0%	n.v.t.	n.v.t.	1	4%	0	0%	1	1%
	3	0	0%	0	0%	0	0%	n.v.t.	n.v.t.	0	0%	0	0%	0	0%
	4	0	0%	0	0%	0	0%	n.v.t.	n.v.t.	0	0%	0	0%	0	0%
	5	0	0%	2	10%	2	7%	n.v.t.	n.v.t.	1	4%	0	0%	3	2%
	6	0	0%	5	25%	1	3%	n.v.t.	n.v.t.	2	7%	0	0%	3	2%
	7	3	25%	4	20%	6	20%	n.v.t.	n.v.t.	5	19%	1	33%	12	9%
	8	3	25%	5	25%	10	33%	n.v.t.	n.v.t.	4	15%	0	0%	14	11%
	9	3	25%	3	15%	7	23%	n.v.t.	n.v.t.	8	30%	1	33%	16	13%
	10	2	17%	0	0%	4	13%	n.v.t.	n.v.t.	6	22%	1	33%	11	9%
Gemiddelde score 'Hoe groot is het vertrouwen binnen specialismen om open over uitkomst per operator te spreken?'		7,83		6,75		8,03		n.v.t.	n.v.t.	8,07		8,67		8,08	
Hoe groot is het vertrouwen tussen specialismen onderling om open over geaggregeerde uitkomsten te spreken?	0	0	0%	1	5%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
	1	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	7%	0	0%	2	2%
	2	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	1	1%
	3	0	0%	1	5%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
	4	0	0%	1	5%	0	0%	2	6%	2	7%	0	0%	5	4%
	5	1	8%	5	25%	0	0%	2	6%	1	4%	0	0%	9	7%
	6	1	8%	2	10%	4	13%	2	6%	4	15%	0	0%	13	10%
	7	3	25%	3	15%	7	23%	8	23%	6	22%	1	33%	28	22%
	8	3	25%	6	30%	10	33%	11	31%	7	26%	0	0%	37	29%
	9	2	17%	0	0%	9	30%	5	14%	2	7%	1	33%	19	15%
	10	2	17%	1	5%	0	0%	4	11%	3	11%	1	33%	11	9%
Gemiddelde score 'Hoe groot is het vertrouwen tussen specialismen onderling om open over geaggregeerde uitkomsten te spreken?'		7,83		6,15		7,80		7,46		6,85		8,67		7,27	
Hoogste prioriteit "Hieronder staan verschillende niveaus binnen een organisatie weergegeven. Wilt u de niveaus op volgorde zetten"	Medisch specialisten	12	100%	16	80%	16	53%	17	49%	20	74%	3	100%	84	66%
	Maatschapsmanagement	0	0%	0	0%	8	27%	15	43%	2	7%	0	0%	25	20%
	Ziekenhuismanagement	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	4%	0	0%	1	1%
	Verpleegkundigen	0	0%	0	0%	2	7%	0	0%	1	4%	0	0%	3	2%
	Kwaliteitsafdeling	0	0%	2	10%	1	3%	3	9%	2	7%	0	0%	8	6%
	Raad van Bestuur	0	0%	1	5%	3	10%	0	0%	1	4%	0	0%	5	4%
	Stafbestuur	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Is er nog een ander niveau binnen de organisatie welke een leidende rol neemt om een verbetercyclus op basis van uitkomstindicatoren te realiseren?	Ja	4	33%	4	20%	4	13%	3	9%	8	30%	0	0%	23	18%
	Nee	8	67%	16	80%	26	87%	32	91%	19	70%	3	100%	104	82%

Variabele/vraag	Antwoordopties	Cardiochirurgie/NHR (n totaal = 15)		Interventiecardiologie (dotters)/NHR (n totaal = 29)		Dialyse/Nefrovisie (n totaal = 59)		Intensive care/NICE (n totaal = 72)		Orthopedische heup- of knieervanging/LROI (n totaal = 86)		Behandeling van lever- of galwegtumoren/DICA (n totaal onbekend)		Totaal	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
		12	100%	20	100%	30	100%	35	100%	27	100%	3	100%	127	100%
Welk niveau?	Afdeling Kwaliteit	2	50%	4	100%	4	100%	1	33%	0	0%	n.v.t.	n.v.t.	11	48%
	Interne onderzoeksmissie	0	0%	0	0%	0	0%	1	33%	0	0%	n.v.t.	n.v.t.	1	4%
	Onderzoek	1	25%	0	0%	0	0%	0	0%	2	25%	n.v.t.	n.v.t.	3	13%
	Infectiepreventie	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	13%	n.v.t.	n.v.t.	1	4%
	Ziekenhuishygiëne	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	25%	n.v.t.	n.v.t.	2	9%
	Ondersteunende diensten (apotheek)	0	0%	0	0%	0	0%	1	33%	0	0%	n.v.t.	n.v.t.	1	4%
	Overig	1	25%	0	0%	0	0%	0	0%	3	38%	n.v.t.	n.v.t.	4	17%
Is er een expliciet medisch verantwoordelijke voor de kwaliteit van zorg voor lever chirurgische patiënten?	Nee	2	17%	2	10%	1	3%	1	3%	2	7%	1	33%	9	7%
	Ja, de medisch manager	6	50%	3	15%	19	63%	24	69%	11	41%	0	0%	63	50%
	Ja, niet de medisch manager	1	8%	4	20%	2	7%	3	9%	3	11%	1	33%	14	11%
	Ja, niet generiek, maar verschillende specialisten voor verschillende aandoeningen	1	8%	7	35%	2	7%	2	6%	8	30%	0	0%	20	16%
	Overig	2	17%	4	20%	6	20%	5	14%	3	11%	1	33%	21	17%
Hoeveel procent van de data uit de kwaliteitsregistratie wordt vastgelegd tijdens de reguliere zorg in het EPD?	0	0	0%	2	10%	5	17%	3	9%	3	11%	1	33%	14	11%
	1 tot 25	0	0%	1	5%	3	10%	3	9%	3	11%	0	0%	10	8%
	26 tot 50	2	17%	0	0%	3	10%	4	11%	6	22%	0	0%	15	12%
	51 tot 75	1	8%	2	10%	4	13%	5	14%	0	0%	0	0%	12	9%
	76 tot 99	7	58%	11	55%	8	27%	14	40%	9	33%	0	0%	49	39%
	100	2	17%	4	20%	7	23%	6	17%	6	22%	2	67%	27	21%
Gemiddelde 'Hoeveel procent uit de kwaliteitsregistratie wordt vastgelegd tijdens de reguliere zorg?'			82,30%		77,60%		62%		67%		61%		67%		69,50%
Hoe komt de data bij de kwaliteitsregistratie terecht	Handmatige invoer in applicatie van kwaliteitsregistratie (overtypen)	0	0%	1	5%	7	23%	3	9%	7	26%	3	100%	21	17%
	Upload van template dat deels handmatig en deels via extractie uit het EPD gevuld wordt	8	67%	10	50%	9	30%	11	31%	9	33%	0	0%	47	37%
	Upload van template dat gevuld wordt door (bijna) volledige extractie uit EPD	4	33%	5	25%	8	27%	12	34%	5	19%	0	0%	34	27%
	Upload van template dat gevuld wordt door (bijna) volledige extractie uit PDMS	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	1	1%
	Directe koppeling tussen het EPD en de kwaliteitsregistratie	0	0%	2	10%	2	7%	7	20%	2	7%	0	0%	13	10%
	Overig	0	0%	2	10%	4	13%	1	3%	4	15%	0	0%	11	9%

Variable/vraag	Antwoordopties	Cardiochirurgie/NHR (n totaal = 15)		Interventiecardiologie (dotters)/NHR (n totaal = 29)		Dialyse/Nefrologie (n totaal = 59)		Intensive care/NICE (n totaal = 72)		Orthopedische heup- of knieervangings/LROI (n totaal = 86)		Behandeling van lever- of galwegtumoren/DICA (n totaal onbekend)		Totaal	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
		12	100%	20	100%	30	100%	35	100%	27	100%	3	100%	127	100%
Hoe wordt de data voor aanlevering op kwaliteit gecontroleerd?	Niet	0	0%	0	0%	1	3%	2	6%	1	4%	0	0%	4	3%
	Door een datamanager	9	75%	16	84%	9	30%	15	43%	11	41%	1	33%	61	48%
	Door een medicus	3	25%	3	16%	11	37%	15	43%	9	33%	1	33%	42	33%
	Overig	0	0%	0	0%	9	30%	3	9%	6	22%	1	33%	19	15%
Hoeveel vertrouwen heeft u in de kwaliteit van data uit uw eigen ziekenhuis vanuit de kwaliteitsregistratie?	0	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	1	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	1	1%
	2	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
	3	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%	1	4%	0	0%	2	2%
	4	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	1	1%
	5	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%	2	7%	0	0%	3	2%
	6	1	8%	1	5%	4	13%	4	11%	2	7%	0	0%	12	9%
	7	0	0%	3	15%	2	7%	4	11%	5	19%	1	33%	15	12%
	8	5	42%	7	35%	13	43%	11	31%	5	19%	0	0%	41	32%
	9	6	50%	9	45%	9	30%	8	23%	10	37%	1	33%	43	34%
	10	0	0%	0	0%	1	3%	4	11%	2	7%	1	33%	8	6%
Gemiddelde score 'Hoeveel vertrouwen heeft u in de kwaliteit van data uit uw eigen ziekenhuis vanuit de kwaliteitsregistratie?'		8,33		8,20		7,83		7,57		7,78		8,67		7,87	
Hoeveel vertrouwen heeft u in de kwaliteit van data uit andere ziekenhuizen vanuit de kwaliteitsregistratie?	0	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	1	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	4%	0	0%	1	1%
	2	0	0%	0	0%	0	0%	2	6%	0	0%	0	0%	2	2%
	3	0	0%	0	0%	1	3%	1	3%	1	4%	0	0%	3	2%
	4	0	0%	2	10%	1	3%	1	3%	0	0%	0	0%	4	3%
	5	1	8%	0	0%	2	7%	1	3%	6	22%	0	0%	10	8%
	6	3	25%	1	5%	3	10%	6	17%	3	11%	2	67%	18	14%
	7	3	25%	10	50%	12	40%	11	31%	9	33%	1	33%	46	36%
	8	5	42%	4	20%	10	33%	11	31%	4	15%	0	0%	34	27%
	9	0	0%	3	15%	1	3%	2	6%	3	11%	0	0%	9	7%
	10	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Gemiddelde score 'Hoeveel vertrouwen heeft u in de kwaliteit van data uit andere ziekenhuizen vanuit de kwaliteitsregistratie?'		7,00		7,15		6,93		6,71		6,44		6,33		6,80	
Hoe vaak wordt data geüpload naar de kwaliteitsregistratie?	Niet	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
	Minder vaak dan 1x per jaar	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	1x per jaar	0	0%	2	10%	2	7%	0	0%	3	11%	2	67%	9	7%
	Tussen 1x per jaar en 1x per kwartaal	2	17%	8	40%	4	13%	1	3%	2	7%	0	0%	17	13%
	1x per kwartaal	8	67%	6	30%	15	50%	8	23%	6	22%	0	0%	43	34%
	Tussen 1x per kwartaal en maandelijks	2	17%	1	5%	1	3%	6	17%	1	4%	0	0%	11	9%
	Maandelijks	0	0%	1	5%	2	7%	17	49%	7	26%	0	0%	27	21%
	Vaker dan maandelijks	0	0%	0	0%	0	0%	3	9%	3	11%	0	0%	6	5%
	Onbekend	0	0%	2	10%	5	17%	0	0%	5	19%	1	33%	13	10%
Welke van de volgende functionarissen krijg(t)en tijd beschikbaar gesteld om een verbetercyclus gericht op verbetering van uitkomsten van zorg te realiseren? Meerdere antwoorden mogelijk.	Medisch specialisten	8	57%	10	43%	12	28%	12	30%	12	38%	0	0%	54	35%
	Kwaliteitsmanagers	3	21%	7	30%	16	37%	7	18%	8	25%	2	67%	43	28%
	Interne adviseurs	0	0%	2	9%	1	2%	1	3%	2	6%	0	0%	6	4%
	Medisch managers	0	0%	2	9%	3	7%	4	10%	4	13%	0	0%	13	8%
	Vakgroepmanagers	0	0%	0	0%	0	0%	2	5%	1	3%	0	0%	3	2%
	Statisticus	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Onderzoeker	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%	1	3%	0	0%	2	1%
	Bedrijfskundig hoofd afdeling	0	0%	0	0%	3	7%	0	0%	0	0%	0	0%	3	2%
	Niet van toepassing	2	14%	1	4%	2	5%	10	25%	3	9%	1	33%	19	12%
	Overig	1	7%	1	4%	6	14%	3	8%	1	3%	0	0%	12	8%

Variable/vraag	Antwoordopties	Cardiochirurgie/NHR (n totaal = 15)		Interventiecardiologie (dotters)/NHR (n totaal = 29)		Dialyse/Nefrologie (n totaal = 59)		Intensive care/NICE (n totaal = 72)		Orthopedische heup- of knieprothese/LROI (n totaal = 86)		Behandeling van lever- of galwegtumor en/DICA (n totaal onbekend)		Totaal	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
		12	100%	20	100%	30	100%	35	100%	27	100%	3	100%	127	100%
Hoeveel uur per week hebben deze personen in totaal hiervan beschikbaar?	0	2	17%	0	0%	1	3%	6	17%	1	4%	1	33%	11	9%
	1 tot 8	8	67%	17	85%	20	67%	21	60%	18	67%	1	33%	85	67%
	8 tot 16	1	8%	3	15%	4	13%	4	11%	4	15%	0	0%	16	13%
	16 tot 24	1	8%	0	0%	3	10%	0	0%	3	11%	0	0%	7	6%
	24 tot 32	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
	36-40	0	0%	0	0%	1	3%	2	6%	2	7%	1	33%	6	5%
	Niet van toepassing	0	0%	0	0%	0	0%	2	6%	0	0%	0	0%	2	2%
Gemiddelde 'Hoeveel uur hebben deze personen beschikbaar?'		4,6		4,6		10,7		5		8,5		13,7		7,85	
Hoeveel artsen zijn er in het ziekenhuis met duidelijke expertise en affiniteit met datamanagement en data-analyse?	0	0	0%	1	5%	3	10%	4	11%	3	11%	0	0%	11	9%
	1	2	17%	3	15%	11	37%	12	34%	5	19%	0	0%	33	26%
	2 tot 5	9	75%	16	80%	15	50%	19	54%	18	67%	1	33%	78	61%
	6 tot 20	1	8%	1	5%	1	3%	0	0%	1	4%	1	33%	5	4%
	Niet van toepassing	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	33%	1	1%
Gemiddelde 'Hoeveel artsen hebben expertise en affiniteit met datamanagement en -analyses?'		3,1		2,4		2		2		2		10		3,583	333
In hoeverre worden uitkomsten gebruikt in de patiëntenzorg?															
Uitkomstinformatie over de aandoening op de website	Gebruik van klinische uitkomsten	3	25%	3	15%	4	13%	4	11%	1	4%	0	0%	15	12%
	Gebruik van PROMS	0	0%	1	5%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%	2	2%
	Gebruik van klinische uitkomsten en PROMS	0	0%	0	0%	5	17%	3	9%	8	30%	2	67%	18	14%
	Niet	9	75%	16	80%	20	67%	28	80%	18	67%	1	33%	92	72%
Informatiefolders met uitkomstinformatie over de behandeling	Gebruik van klinische uitkomsten	3	25%	5	25%	4	13%	5	14%	1	4%	1	33%	19	15%
	Gebruik van PROMS	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	1	4%	0	0%	2	2%
	Gebruik van klinische uitkomsten en PROMS	2	17%	0	0%	3	10%	3	9%	5	19%	0	0%	13	10%
	Niet	7	58%	15	75%	22	73%	27	77%	20	74%	2	67%	93	73%
Uitkomsten van de patiënten worden in een dashboard getoond door de arts op de poli	Gebruik van klinische uitkomsten	0	0%	1	5%	2	7%	0	0%	1	4%	0	0%	4	3%
	Gebruik van PROMS	0	0%	0	0%	4	13%	0	0%	2	7%	0	0%	6	5%
	Gebruik van klinische uitkomsten en PROMS	0	0%	0	0%	5	17%	1	3%	2	7%	0	0%	8	6%
	Niet	12	100%	19	95%	19	63%	34	97%	22	81%	3	100%	109	86%
Eigen uitkomsten zijn voor de patiënt inzichtelijk via een patiëntenportaal	Gebruik van klinische uitkomsten	2	17%	6	30%	12	40%	3	9%	2	7%	0	0%	25	20%
	Gebruik van PROMS	0	0%	1	5%	4	13%	0	0%	0	0%	0	0%	5	4%
	Gebruik van klinische uitkomsten en PROMS	1	8%	0	0%	6	20%	2	6%	4	15%	1	33%	14	11%
	Niet	9	75%	13	65%	8	27%	30	86%	21	78%	2	67%	83	65%
Uitkomsten zijn standaard onderdeel van samen beslissen	Gebruik van klinische uitkomsten	4	33%	4	20%	12	40%	2	6%	4	15%	1	33%	27	21%

Variabele/vraag	Antwoordopties	Cardiochirurgie/NHR (n totaal = 15)		Interventiecardiologie (dotters)/NHR (n totaal = 29)		Dialyse/Nefrologie (n totaal = 59)		Intensive care/NICE (n totaal = 72)		Orthopedische heup- of knieprothese/LROI (n totaal = 86)		Behandeling van lever- of galwegtumoren/DICA (n totaal onbekend)		Totaal	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
		12	100%	20	100%	30	100%	35	100%	27	100%	3	100%	127	100%
Uitkomsten zijn standaard onderdeel van samen beslissen	Gebruik van PROMS	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
	Gebruik van klinische uitkomsten en PROMS	1	8%	0	0%	12	40%	2	6%	8	30%	0	0%	23	18%
	Niet	7	58%	16	80%	5	17%	31	89%	15	56%	2	67%	76	60%
Predictiemodel(len) worden gebruikt om uitkomsten voor individuele patiënten te voorspellen	Gebruik van klinische uitkomsten	2	17%	2	10%	9	30%	14	40%	4	15%	1	33%	32	25%
	Gebruik van PROMS	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Gebruik van klinische uitkomsten en PROMS	2	17%	0	0%	3	10%	1	3%	5	19%	0	0%	11	9%
	Niet	8	67%	18	90%	18	60%	20	57%	18	67%	2	67%	84	66%
Uitkomstinformatie over verschillen tussen ziekenhuizen is beschikbaar op een website	Gebruik van klinische uitkomsten	1	8%	2	10%	2	7%	10	29%	0	0%	1	33%	16	13%
	Gebruik van PROMS	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Gebruik van klinische uitkomsten en PROMS	1	8%	0	0%	3	10%	2	6%	3	11%	0	0%	9	7%
	Niet	10	83%	18	90%	25	83%	23	66%	24	89%	2	67%	102	80%
Worden uitkomsten nog op een andere manier gebruikt in de patiëntenzorg?	Ja	1	8%	4	20%	10	33%	4	11%	3	11%	0	0%	22	17%
	Nee	11	92%	16	80%	20	67%	31	89%	24	89%	3	100%	105	83%
In hoeverre worden deze uitkomsten gebruikt in de patiëntenzorg?	Gebruik van klinische uitkomsten	1	8%	3	15%	2	7%	3	9%	1	4%	n.v.t.	n.v.t.	10	8%
	Gebruik van PROMS	0	0%	1	5%	2	7%	0	0%	0	0%	n.v.t.	n.v.t.	3	2%
	Gebruik van klinische uitkomsten én PROMS	0	0%	0	0%	6	20%	1	3%	2	7%	n.v.t.	n.v.t.	9	7%
In hoeverre wordt gebruik gemaakt van Patient Reported Outcome Measures (PROMs)? Meerdere antwoorden mogelijk.	PROMs worden niet gemeten	2	14%	14	56%	3	8%	18	49%	1	3%	1	25%	39	25%
	PROMs worden wel gemeten, maar niet gebruikt	2	14%	4	16%	2	5%	2	5%	8	21%	1	25%	19	12%
	PROMs worden gemeten en gebruikt in het kader van wetenschappelijk onderzoek	4	29%	3	12%	3	8%	3	8%	10	26%	2	50%	25	16%
	PROMs worden gemeten en op groepsniveau geanalyseerd om kwaliteit van zorg te kunnen verbeteren	5	36%	3	12%	6	15%	11	30%	15	38%	0	0%	40	25%
	PROMs worden op de poli met de patiënt besproken op vaste momenten in het behandelproces	1	7%	1	4%	26	65%	3	8%	5	13%	0	0%	36	23%
Response percentages			80%		69%		51%		49%		31%		onbekend		

Bijlage 2. Algemene enquêtevragenlijst

In deze bijlage vindt u een algemene versie van de enquêtevragenlijst bijbehorend aan het HOME-model. In deze algemene versie zijn de aandoening-specifieke delen grijs gearceerd en is de toepassing op het specialisme cardiochirurgie als voorbeeld weergegeven. De aandoening-specifieke delen kunnen worden toegepast op andere aandoeningsgebieden om deze enquête daarvoor inzetbaar te maken, als ondersteuning bij het op grotere schaal delen van inzichten rondom de effectieve toepassing van uitkomstinformatie middels het HOME-model.

Gebruikte termen in de enquête

- In deze enquête wordt gesproken over 'uitkomstindicatoren'. Dit zijn indicatoren die het resultaat van behandeling meten. Voorbeelden zijn overleving, complicaties, re-procedures en kwaliteit van leven na een interventie. Het betreft hier zowel uitkomstindicatoren die beschikbaar zijn vanuit de kwaliteitsregistraties, als uitkomstindicatoren die aanvullend beschikbaar zijn zoals PROMS, bijvoorbeeld doordat het ziekenhuis deze zelf in kaart brengt.
- In de vragenlijst wordt de term 'verbetercyclus' gebruikt. Hiermee wordt een cyclus bedoeld waarin periodiek uitkomsten worden gemonitord, welke vervolgens gebruikt worden om verbeteringen te initiëren, en waarvan vervolgens de impact op uitkomsten weer wordt gemonitord, etc.. Verbeterinitiatieven kunnen derhalve kleine of grote veranderingen zijn die doorgevoerd worden in het zorgproces ten behoeve van de kwaliteit van zorg.
- In de vragenlijst wordt tevens de term 'hartcentrum' gebruikt. Dit moet geïnterpreteerd worden als de afdelingen die gezamenlijk primair verantwoordelijk zijn voor het leveren van de hartzorg (waar van toepassing, cardiologie, thorax chirurgie, anesthesiologie en verpleegafdelingen voor hartzorg).

Invullen van de enquête:

- Wij verzoeken u deze enquête in te vullen samen met minimaal 1 medisch specialist (cardio-thoracaal chirurg).
- Wij verzoeken u deze enquête in te vullen voor hartpatiënten die een cardio-thoracale chirurgische ingreep ondergaan.
- Het invullen van deze enquête kost ongeveer 20-25 minuten.

Wij danken u hartelijk voor uw bereidwilligheid en tijdsinvestering ten aanzien van het invullen van deze enquête.

1. Namens welk centrum wordt deze enquête ingevuld?

[tekstvak]

2. Gelieve de functies te noteren van de mensen die meegeholpen hebben bij het invullen van deze enquête.

[tekstvak]

3. Hoe vaak worden uitkomstindicatoren* besproken binnen de vakgroep Cardio-thoracale chirurgie?

- ☐ Niet
- ☐ Minder vaak dan 1x per jaar
- ☐ 1x per jaar
- ☐ Tussen 1x per jaar en 1x per kwartaal
- ☐ 1x per kwartaal
- ☐ Tussen 1x per kwartaal en maandelijks
- ☐ Maandelijks
- ☐ Vaker dan maandelijks
- ☐ Onbekend

**Met uitkomstindicatoren wordt bedoeld 'indicatoren die het resultaat van behandeling meten'. Voorbeelden zijn overleving, complicaties en kwaliteit van leven (PROMS) na een interventie. Het betreft zowel uitkomstindicatoren die beschikbaar zijn vanuit de kwaliteitsregistratie als aanvullende indicatoren.*

4. Hoe vaak worden uitkomstindicatoren besproken in een multidisciplinair overleg?

- ☐ Niet
- ☐ Minder vaak dan 1x per jaar
- ☐ 1x per jaar
- ☐ Tussen 1x per jaar en 1x per kwartaal
- ☐ 1x per kwartaal
- ☐ Tussen 1x per kwartaal en maandelijks
- ☐ Maandelijks
- ☐ Vaker dan maandelijks
- ☐ Onbekend

[Indien vraag 4 met 'Niet' wordt beantwoord, wordt doorgegaan met vraag 5 en wordt vraag 6 overgeslagen. Na de andere antwoorden volgt wel vraag 5]

5. Wie zijn er betrokken bij dergelijke multidisciplinaire overleggen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Cardio-thoracale chirurgen
- ☐ (interventie)Cardiologen
- ☐ Anesthesiologen
- ☐ Perfusionisten
- ☐ Intensivisten

- Patiënten (bijvoorbeeld via een patiëntenraad of vertegenwoordiging van de betreffende patiëntorganisatie)
- Verpleegkundigen
- Andere [tekstvak]

6. Met welke partijen binnen uw ziekenhuis, buiten het multidisciplinaire overleg en de besprekingen in de vakgroep, worden uitkomstindicatoren (nog meer) besproken? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Niet
- Patiënten (bijvoorbeeld via een patiëntenraad of vertegenwoordiging van de betreffende patiëntenorganisatie)
- Ziekenhuismanagement (zoals directeur bedrijfsvoering, zorggroepmanager, afdelingsmanagement)
- Stafbestuur
- Raad van Bestuur
- Andere [tekstvak]

7. Met welke partijen buiten uw ziekenhuis worden de uitkomsten en verbeterinitiatieven besproken? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Geen
- Verwijzende ziekenhuizen
- Netwerk of samenwerkingsverband met andere ziekenhuizen
- Huisartsen
- Verpleeghuizen
- Revalidatie
- Thuiszorg
- GGZ
- Andere [tekstvak]

8. Hoeveel medisch specialisten zijn direct betrokken bij cardio chirurgische ingrepen*?

[tekstvak met enkel mogelijkheid om een getal in te vullen]

**Hiermee worden specialisten van alle direct betrokken specialismen bedoeld zoals cardiochirurgie, anesthesiologie, etc. (exclusief medici die in consult worden geroepen).*

9. Hoeveel procent van de direct bij de cardio chirurgische behandelingen betrokken medisch specialisten* neemt naar uw inschatting actief kennis van de uitkomsten van zorg van uw ziekenhuis? (bijvoorbeeld via bespreking in overleggen)

[tekstvak met enkel mogelijkheid om een getal tussen 0 en 100 in te vullen]

**Hiermee worden specialisten van alle direct betrokken specialismen bedoeld zoals cardiochirurgie, anesthesiologie, etc. (exclusief medici die in consult worden geroepen).*

10. Hoe vaak gebruikt uw vakgroep (digitale) dashboards die uitkomsten van zorg weergegeven?

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Ze er vaak
Zelf ontwikkelde dashboards	1	2	3	4	5
Landelijke dashboards, zoals de Chartmodule van de NHR	1	2	3	4	5

[5-puntsschaal]

11. Wordt er, naast de informatie uit de kwaliteitsregistratie, aanvullend uitkomstinformatie beschikbaar gemaakt ten behoeve van het bespreken van uitkomstindicatoren in uw vakgroep?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet niet
- ☐ Andere [tekstvak]

12. Hoe vaak worden onderstaande typen analyses over uitkomsten van zorg gebruikt om verbeterpotentieel te identificeren?

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Ze er vaak
Ruwe uitkomsten van het eigen ziekenhuis (trends over tijd)	1	2	3	4	5
Risico-gecorrigeerde uitkomsten van het eigen ziekenhuis (trends over tijd)	1	2	3	4	5
Ruwe uitkomsten vergeleken met andere ziekenhuizen	1	2	3	4	5
Risico-gecorrigeerde uitkomsten vergeleken met andere ziekenhuizen	1	2	3	4	5
Interdoktervariatie in ruwe uitkomsten	1	2	3	4	5
Interdoktervariatie in risico-gecorrigeerde uitkomsten	1	2	3	4	5

13. Voor hoeveel uitkomstindicatoren zijn er de afgelopen twee jaar op initiatief of verzoek van uw vakgroep aanvullende analyses uitgevoerd met als doel om resultaten beter te kunnen duiden en mogelijk te komen tot verbeterinitiatieven*? (zoals bijvoorbeeld analyses van subpopulaties; dit kan uitgevoerd zijn binnen het ziekenhuis of op verzoek door de kwaliteitsregistratie)

[tekstvak met enkel mogelijkheid om een getal in te vullen]

**Met verbeterinitiatieven worden kleine of grote veranderingen zijn die doorgevoerd worden ten behoeve van de kwaliteit van zorg bedoeld.*

14. Zijn er de afgelopen twee jaar doelstellingen geformuleerd op uitkomstindicatoren? (zoals bijvoorbeeld ten aanzien van de streef-incidentie van een bepaalde complicatie)

- Nee
- Ja, voor één of enkele uitkomstindicatoren
- Ja, voor één of enkele uitkomstindicatoren en minimaal één voor elk van de aandoeningen waarvoor uitkomstrapportage beschikbaar zijn (bijvoorbeeld CABG, AVR, AVR+CABG)
- Ja, voor alle beschikbare uitkomstindicatoren
- Andere [tekstvak]

15. Is het meten en verbeteren van uitkomsten van de geleverde zorg expliciet onderdeel met concrete doelstellingen van het interne beleid? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Nee, geen onderdeel
- Ja, onderdeel van het jaarplan van de vakgroep
- Ja, onderdeel van het meerjarenplan van de vakgroep
- Ja, onderdeel van het jaarplan van het hartcentrum
- Ja, onderdeel van het meerjarenplan van het hartcentrum
- Ja, onderdeel van het ziekenhuis-brede jaarplan
- Ja, onderdeel van het ziekenhuis-brede meerjarenplan
- Andere [tekstvak]

16. Wanneer hebben uitkomstrapportages de afgelopen 2 jaar geleid tot verbeterinitiatieven? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Nooit
- Indien het ziekenhuis significant minder gunstige uitkomsten heeft dan het gemiddelde van andere ziekenhuizen (landelijke benchmark)
- Indien de rapportage leidt tot klinisch relevante inzichten die aanknopingspunt kunnen zijn voor verbeteringen los van of er statistisch significante verschillen zijn (bijvoorbeeld een negatieve trend in de data of uitkomsten binnen subpopulaties)
- Indien één of meerdere andere ziekenhuizen aantoonbaar gunstiger uitkomsten hebben dan gemiddeld
- Andere [tekstvak]

17. Hoeveel verbeterinitiatieven zijn er door het monitoren van uitkomsten van zorg de afgelopen twee jaar geïnitieerd?

[tekstvak met enkel mogelijkheid om een getal in te vullen]

18. Welke leerstrategieën zijn succesvol gebleken in de totstandkoming van deze verbeterinitiatieven?

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Zeerv vaak	Leerstrategie niet gebruikt
Best practice / voorbeeld uit ander ziekenhuis overgenomen	1	2	3	4	5	
Procesanalyse (zoals waardestromanalyse ^a , process mining ^b)	1	2	3	4	5	
Dossieranalyse van eigen patiënten	1	2	3	4	5	
Wetenschappelijke literatuur gebruikt om inzichten te verkrijgen	1	2	3	4	5	
Richtlijnen bestudeerd en strikter geïmplementeerd	1	2	3	4	5	
Initiatieven op basis van klinische ervaring / expert opinion	1	2	3	4	5	
Structurele leeromgeving met andere ziekenhuizen (bijv. bespreking van resultaten in registratiecommissie NHR)	1	2	3	4	5	
Consulteren van externe experts (ad hoc of tijdens visitatie)	1	2	3	4	5	
Intern intercollegiaal delen van kennis, ervaring of technieken	1	2	3	4	5	

^aWaardestromanalyse betekent het in kaart brengen van het gehele proces waarbij vooral gekeken wordt naar hoe de waarde tot stand komt.

^bProcess mining is een gegevensgestuurde aanpak waarbij bedrijfsprocessen worden geanalyseerd om inzichten te ontdekken die kunnen worden gebruikt voor procesverbetering.

19. In hoeverre wordt de implementatie van verbeterinitiatieven gemonitord? (bijvoorbeeld of een verbeterinitiatief op de juiste wijze en bij alle patiënten wordt uitgevoerd)

[schaal van 0-10, waarbij 0 = 'nooit' en 10 = 'altijd']

20. In hoeverre wordt het effect van verbeterinitiatieven gemonitord (bijvoorbeeld de impact op uitkomsten of tussentijdse uitkomsten)?

[schaal van 0-10, waarbij 0 = 'nooit' en 10 = 'altijd']

21. Hoe belangrijk wordt volgens u het verbeteren van kwaliteit van zorg op basis van uitkomstindicatoren geacht binnen de direct betrokken vakgroep(en)?

[schaal 0-10]

22. Hoe groot is het vertrouwen binnen het specialisme thoraxchirurgie om open over geaggregeerde uitkomsten te spreken?

[schaal 0-10]

23. Hoe groot is het vertrouwen binnen het specialisme thoraxchirurgie om open over uitkomst per operator te spreken?

[schaal 0-10]

24. Hoe groot is het vertrouwen tussen specialisten onderling om open over geaggregeerde uitkomsten te spreken?

[schaal 0-10]

25. Hieronder staan verschillende niveaus binnen een organisatie weergegeven. Wilt u de niveaus op volgorde zetten in de mate waarin een leidende rol wordt genomen om een verbetercyclus op basis van uitkomstindicatoren te realiseren? *Beginnend met het meeste (dus de grootste kartrekker op dit gebied = 1, naar het minste = 8).*

- Medisch specialisten
- Maatschapsmanagement / management van hartcentrum
- Ziekenhuismanagement (directeur bedrijfsvoering, zorggroepmanager, afdelingsmanagement)
- Verpleegkundigen
- Kwaliteitsafdeling ziekenhuis
- Raad van Bestuur
- Stafbestuur

26. Is er nog een ander niveau binnen de organisatie welke een leidende rol neemt om een verbetercyclus op basis van uitkomstindicatoren te realiseren?

- Ja
- Nee

[Indien vraag 26 met 'Nee' wordt beantwoord, wordt doorgegaan met vraag 28 en wordt vraag 27 overgeslagen. Indien vraag 26 met 'Ja' wordt beantwoord, volgt wel vraag 27]

27. Welk(e) niveau(s) is/zijn dit?

[tekstvak]

28. Is er een expliciet medisch verantwoordelijke voor de kwaliteit van zorg voor cardio chirurgische patiënten?

- Nee
- Ja, de medisch manager

- Ja, niet de medisch manager
- Ja, niet generiek, maar verschillende specialisten voor verschillende aandoeningen
- Andere [tekstvak]

Let op: De volgende vragen gaan uitsluitend over data in de kwaliteitsregistratie die enkel binnen uw ziekenhuis kán worden vastgelegd.

29. Hoeveel procent van de data uit de kwaliteitsregistratie wordt in het EPD vastgelegd tijdens de reguliere zorg?

[tekstvak met enkel mogelijkheid om een getal tussen 0 en 100 in te vullen]

30. Hoe komt de data bij de kwaliteitsregistratie terecht?

- Handmatige invoer in applicatie van kwaliteitsregistratie (overtypen)
- Upload van template dat deels handmatig en deels via extractie uit het EPD gevuld wordt
- Upload van template dat gevuld wordt door (bijna) volledige extractie uit EPD
- Directe koppeling tussen het EPD en de kwaliteitsregistratie
- Andere [tekstvak]

31. Hoe wordt de data voor aanlevering op kwaliteit gecontroleerd? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Niet
- Door een datamanager
- Door een medicus
- Andere [tekstvak]

32. Hoeveel vertrouwen heeft u in de kwaliteit van data uit uw eigen ziekenhuis vanuit de kwaliteitsregistratie?

[schaal 0-10]

33. Hoeveel vertrouwen heeft u in de kwaliteit van data uit andere ziekenhuizen vanuit de kwaliteitsregistratie?

[schaal 0-10]

34. Hoe vaak wordt data geüpload naar de kwaliteitsregistratie?

- Niet
- Minder vaak dan 1x per jaar
- 1x per jaar
- Tussen 1x per jaar en 1x per kwartaal
- 1x per kwartaal
- Tussen 1x per kwartaal en maandelijks
- Maandelijks
- Vaker dan maandelijks
- Onbekend

35. Welke van de volgende functionarissen krijg(t)(en) tijd beschikbaar gesteld om een verbetercyclus gericht op verbetering van uitkomsten van zorg te realiseren? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Medisch specialisten
- ☐ Kwaliteitsmanagers
- ☐ Interne adviseurs
- ☐ Medisch managers
- ☐ Vakgroepmanagers
- ☐ Niet van toepassing
- ☐ Andere [tekstvak]

36. Hoeveel uur per week besteden deze personen ongeveer hieraan?

[tekstvak met enkel mogelijkheid een getal in te vullen]

37. Hoeveel medisch specialisten zijn er in het hartcentrum met duidelijke expertise en affiniteit met datamanagement en data-analyse?

[tekstvak met enkel mogelijkheid een getal in te vullen]

38. In hoeverre worden uitkomsten gebruikt in de patiëntenzorg?

	Gebruik van klinische uitkomsten	Gebruik van PROMS	Gebruik van klinische uitkomsten én PROMS	Niet
Uitkomstinformatie over de aandoening op de website				
Informatiefolders met uitkomstinformatie over de behandeling				
Uitkomsten van de patiënten worden in een dashboard getoond door de arts op de poli				
Eigen uitkomsten zijn voor de patiënt inzichtelijk via een patiëntenportaal				
Uitkomsten zijn standaard onderdeel van				

samen beslissen (bijvoorbeeld met behulp van keuzehulpen met daarin uitkomsten)				
Predictiemodel(len) worden gebruikt om uitkomsten voor individuele patiënten te voorspellen				
Uitkomstinformatie over verschillen tussen ziekenhuizen is beschikbaar op een website				

39. Worden uitkomsten nog op een andere manier gebruikt in de patiëntenzorg?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

[Indien vraag 39 met 'Nee' wordt beantwoord, wordt doorgegaan met vraag 42 en worden vraag 40 en 41 overgeslagen. Indien vraag 39 met 'Ja' wordt beantwoord, volgt wel vraag 40]

40. Welk type uitkomsten wordt nog meer gebruikt in de patiëntenzorg?

[tekstvak]

41. In hoeverre worden deze uitkomsten gebruikt in de patiëntenzorg?

- ☐ Gebruik van klinische indicatoren
- ☐ Gebruik van PROMS
- ☐ Gebruik van klinische uitkomsten én PROMS

42. In hoeverre wordt gebruik gemaakt van Patient Reported Outcome Measures (PROMs)? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ PROMs worden niet gemeten
- ☐ PROMs worden wel gemeten, maar niet gebruikt
- ☐ PROMs worden gemeten en gebruikt in het kader van wetenschappelijk onderzoek
- ☐ PROMs worden gemeten en op groepsniveau geanalyseerd om kwaliteit van zorg te kunnen verbeteren
- ☐ PROMs worden op de poli met de patiënt besproken op vaste momenten in het behandelproces

Bijlage 3. Interviewguide

A. INLEIDENDE VRAGEN

1. Uit de vragenlijst blijkt dat uw centrum actief is met betrekking tot het gebruik van uitkomstindicatoren ten behoeve van de kwaliteit van zorg en dat er verschillende verbeterinitiatieven lopen. Welke verbeterinitiatieven zijn dit? Kunt u daar wat meer over vertellen? Wat zijn de ambities voor de toekomst met betrekking tot het initiëren van verbeterinitiatieven?
2. Wat is uw eigen ervaring met betrekking tot deze verbeterinitiatieven? Heeft u ervaren dat deze verbeterinitiatieven succesvol zijn afgerond?
3. Welke factoren dragen bij aan het succes van deze verbeterinitiatieven? En welke factoren belemmeren het succes van deze verbeterinitiatieven?

B. VERBETERCYCLUS

4. Kunt u vertellen hoe de verbetercyclus binnen uw ziekenhuis is ingeregeld en welke stappen hierbij uitgevoerd worden?
 - a. **Monitoring uitkomsten:**
Op welke wijze wordt de voortgang op uitkomsten gemonitord? Met wie en wanneer wordt de voortgang hierover gedeeld?
 - b. **Identificatie verbeterpotentieel:**
Wanneer, door wie en hoe wordt verbeterpotentieel geïdentificeerd? Wat is er essentieel bij het identificeren van verbeterpotentieel?
 - c. **Selectie verbeterinitiatieven:**
Hoe wordt de stap gemaakt van meetresultaten naar verbeteracties? Hoe en door wie wordt bepaald welke resultaten reden zijn om verbeteracties te starten?
 - d. **Implementatie verbetering:**
Hoe worden verbeterinitiatieven geïmplementeerd? (eerst testfase, monitoring, evaluatie tussentijds, etc.) Door wie en wanneer gebeurt dit?

C. KERNELEMENTEN ORGANISATIE

5. **Strategie van de afdeling/organisatie:**
In hoeverre speelt het meten en verbeteren van uitkomstindicatoren een rol binnen de strategie van de afdeling of binnen het ziekenhuisbeleid? Speelt de zorgverzekeraar of kwaliteitsregistratie hierin ook een rol?

6. **Governance:**

Hoe is de besturing georganiseerd rondom het meten en verbeteren van uitkomsten? [Aanvullende vragen: Welke bestuursorganen zijn hierbij betrokken? Heeft de patiëntvertegenwoordiging ook een rol binnen deze besturing? Hoe vaak en welk type informatie wordt gedeeld? Wie is waarvoor verantwoordelijk? Hoe is de relatie tot rapportages aan de Raad van Bestuur, de reguliere productie & kosten cyclus, etc.?)

7. **Cultuur & waarden:**

In hoeverre wordt het gedachtegoed van het meten en verbeteren van uitkomstindicatoren en van samen beslissen breed gedragen bij artsen/staf/management? Wordt dit ondersteund door de cultuur binnen de afdeling/organisatie?

Kunt u de cultuur van de afdeling typeren in 3 tot 5 kernbegrippen? In hoeverre dragen deze bij aan het verbeteren van uitkomsten?

8. **Leiderschap:**

Wie zijn de trekkers/leiders van het data-gedreven meten en verbeteren? [Welke functies hebben deze personen? Zijn dit medici of niet-medici zoals management, verpleegkundigen, etc. Zijn patiënten ook een aanleiding voor het initiëren van een verbeterinitiatief?] Vervullen deze personen ook een formele rol? Zo nee, hoe kijken de formele leiders tegen dit thema aan?

Welke personen hebben de regie over de bespreking en voorbereiding van uitkomsten? Welke functie vervullen zij?

Wordt de afdeling gestimuleerd door het ziekenhuis ten aanzien van het meten en verbeteren van uitkomsten, of ligt het initiatief vooral bij afdelingen, vakgroepen of individuen zelf?

9. **Infrastructuur:**

In hoeverre is dataverzameling gekoppeld aan het EPD, en hoe is dit ingericht? Hoe worden data gevalideerd en wie levert deze aan bij de kwaliteitsregistratie? Wie maakt analyses en over wat voor type rapportages gaat het? Wordt enkel gebruik gemaakt van data uit het eigen ziekenhuis of ook van landelijke data vanuit de kwaliteitsregistratie? Indien er gebruik gemaakt wordt van een dashboard vanuit de kwaliteitsregistratie, hoe wordt deze gebruikt?

10. **Capaciteit en competenties:**

Wat voor competities en specialisaties zijn beschikbaar binnen de organisatie voor het realiseren van uitkomstgedreven verbeteringen? (data-analyse, data management, artsen, management, etc.) En wat voor capaciteit is beschikbaar voor deze ontwikkeling?

11. Expertise:

Wat voor specifieke vaardigheden/unieke systemen/unieke aanpak zijn aanwezig die het realiseren van de verbetercyclus mogelijk maken?

D. PATIËNTPERSPECTIEF**12. *[Indien wel gebruik gemaakt wordt van (klinische/patiënt-gerapporteerde) uitkomsten binnen de patiëntenzorg]***

In de vragenlijst zien we terug dat binnen uw ziekenhuis uitkomsten gebruikt worden in de patiëntenzorg middels ... [type uitkomsten en manier waarop deze gebruikt wordt]. In hoeverre lukt het om deze daadwerkelijk te gebruiken, bijvoorbeeld om PROMS te bespreken in de spreekkamer? Wat werkt hierin goed en minder goed? Welke personen hebben hier een leidende rol in gehad?

13. *[Indien geen gebruik gemaakt wordt van (klinische/patiënt-gerapporteerde) uitkomsten binnen de patiëntenzorg]*

In de vragenlijst zien we niet terug dat er binnen uw ziekenhuis gebruik gemaakt wordt van (klinische/patiënt-gerapporteerde) uitkomsten in de patiëntenzorg. Waarom worden deze niet gebruikt? Is dit wel overwogen? Hoe is de ambitie/visie rondom de realisatie van het gebruik van patiënt-relevante uitkomsten? Waar staat uw centrum momenteel in deze realisatie? Waar loopt u tegenaan?

E. OPVALLENDE ANTWOORDEN VRAGENLIJST

14. In de vragenlijst zien we terug dat ... opvalt binnen uw ziekenhuis/centrum. Kunt u daar wat meer over vertellen?

15. In de vragenlijst zien we ook terug dat ... wat minder gebruikt wordt binnen uw ziekenhuis/centrum. Kunt u daar wat meer over vertellen?

F. GOOD PRACTICES

16. Van welke zaken rondom uitkomstgedreven verbeteren vindt u zelf dat deze erg goed zijn ingericht?

17. Van welke zaken rondom uitkomstgedreven verbeteren vindt u zelf dat deze nog niet zo goed zijn ingericht?

18. Uit dit gesprek blijkt dat u ervaren heeft dat ... succesvol is ingericht binnen uw ziekenhuis/centrum. Kunt u daar wat dieper op ingaan?

19. Welke factoren dragen bij aan het succes hiervan?

Bijlage 4. Resultaten behandeling van lever- en galwegtumoren via een chirurgische resectie en/of thermale ablatie (kwaliteitsregistratie DICA)

In deze bijlage worden de belangrijkste resultaten uit de enquête voor het specialisme oncologie tekstueel beschreven, in het specifiek rondom de behandeling van patiënten met een lever- of galwegtumor die een chirurgische resectie en/of thermale ablatie ondergaan. Voor meer informatie over de enquêteresultaten voor de behandeling van levertumoren, voor de andere specialismen en voor de landelijke resultaten verwijzen we u graag naar **Bijlage 1**.

N.B.: De enquête voor zorg omtrent levertumoren is door slechts 3 respondenten ingevuld, waardoor voorzichtigheid bij de interpretatie van de resultaten geboden is; mogelijk zijn deze resultaten minder of niet representatief voor de populatie van oncologische centra. Volledigheidshalve zijn deze resultaten toch weergegeven. Daarnaast waren er helaas geen aanmeldingen voor de diepte-interviews, waardoor het niet mogelijk was om deze als verdieping mee te nemen óf om good practices voor dit specifieke specialisme te identificeren. Om dezelfde reden is de respons ook niet vergeleken met de respons van andere aandoeningen en ontbreekt bij ieder onderdeel van het HOME-model een globale interpretatie.

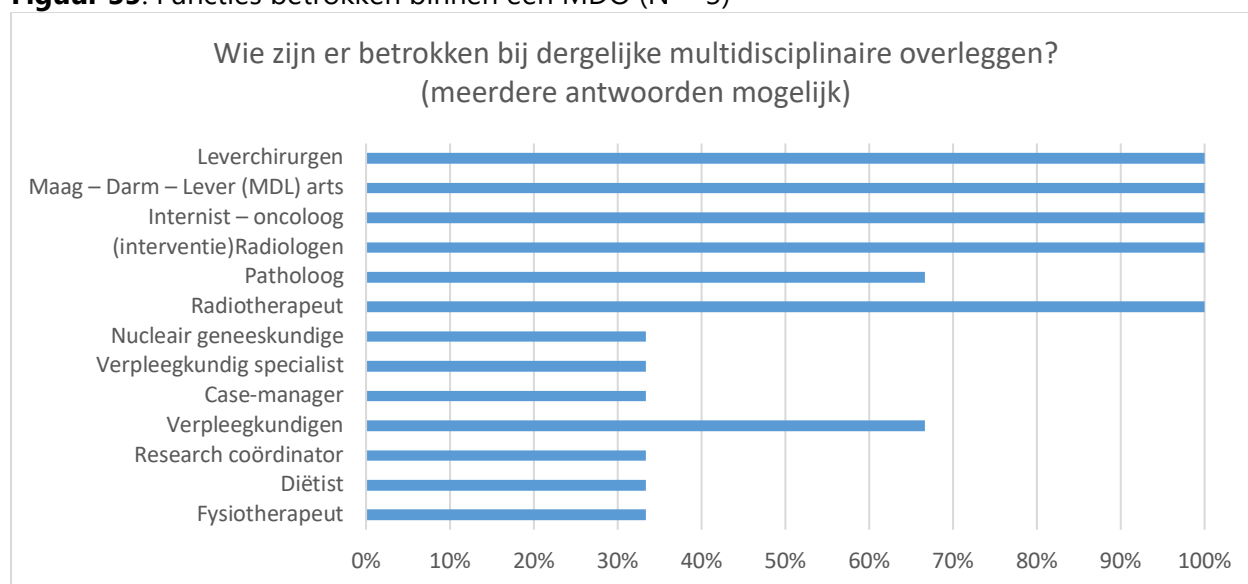
Hieronder worden per element van het HOME-model de enquêteresultaten toegelicht voor de behandeling van levertumoren. Daarbij worden enkele good practices gepresenteerd die in de diepte-interviews gerapporteerd zijn. De volledige tabel met enquêteresultaten is te vinden in **Bijlage 1**.

Hoofdstappen van de (uitkomst-gedreven) verbetercyclus (PDCA-cyclus)

1. Monitoring.

Binnen de zorg rondom levertumoren geven alle respondenten aan uitkomstindicatoren één keer per jaar te bespreken. De frequentie van bespreking binnen een multidisciplinair overleg (MDO) varieert echter tussen minder dan eens per jaar tot een frequentie tussen 1 en tot 4 keer per jaar. Binnen een dergelijk MDO zijn binnen volgens alle respondenten een leverchirurg, een maag-darm-lever (MDL) arts, een internist-oncoloog, een (interventie)radioloog en een radiotherapeut betrokken (zie **Figuur 35**). Daarnaast antwoorden twee respondenten dat de gehele groep medisch specialisten actief kennisneemt van de bespreking van uitkomsten; volgens de resterende respondent gebeurt dit niet. Het gebruik van dashboards, zowel landelijke als lokale dashboards, varieert veel volgens de respondenten; tussen *nooit* en *vaak* of zelfs *zeer vaak*.

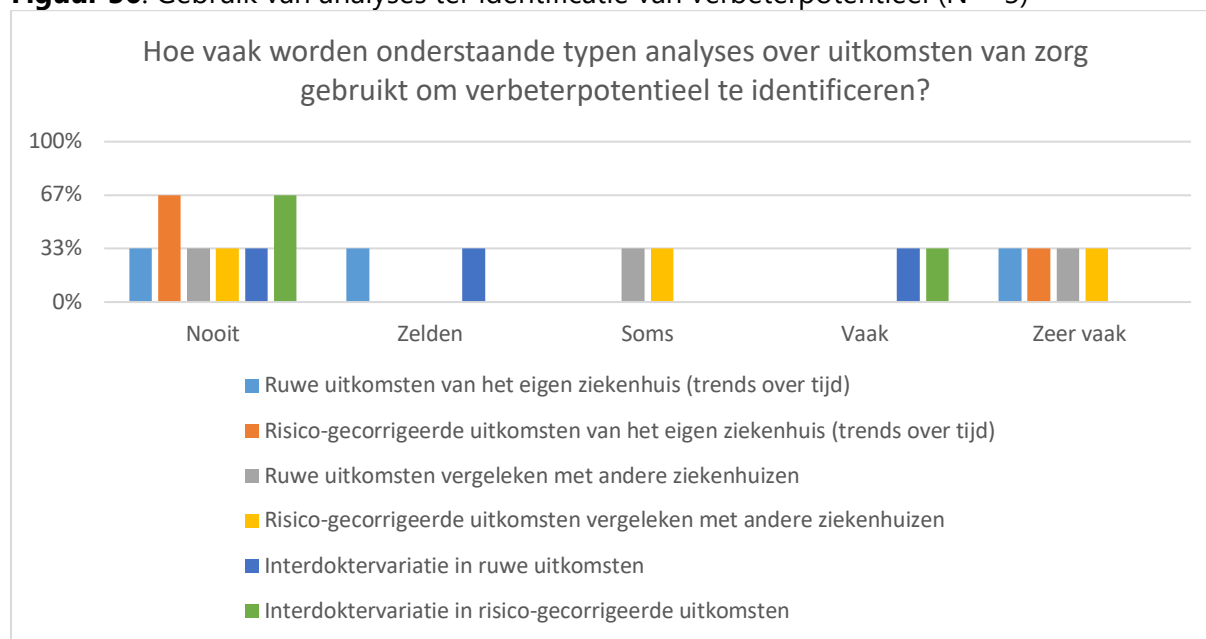
Figuur 35. Functies betrokken binnen een MDO (N = 3)



2. Identificatie.

Het gebruik van analyses ter identificatie van verbeterpotentieel varieert sterkt tussen de respondenten (zie **Figuur 36**). Eén van de respondenten geeft aan *nooit* gebruik te maken van analyses om verbeterpotentieel te identificeren, waar een andere respondent *zeer vaak* gebruik maakt van zowel analyses over ruwe uitkomsten als risico-gecorrigeerde uitkomsten, beide over data van het eigen ziekenhuis en in vergelijking met andere ziekenhuizen. Vanwege het kleine aantal respondenten is het lastig om een algemene conclusie te trekken over het gebruik van analyses binnen de zorg omtrent levertumoren.

Figuur 36. Gebruik van analyses ter identificatie van verbeterpotentieel (N = 3)



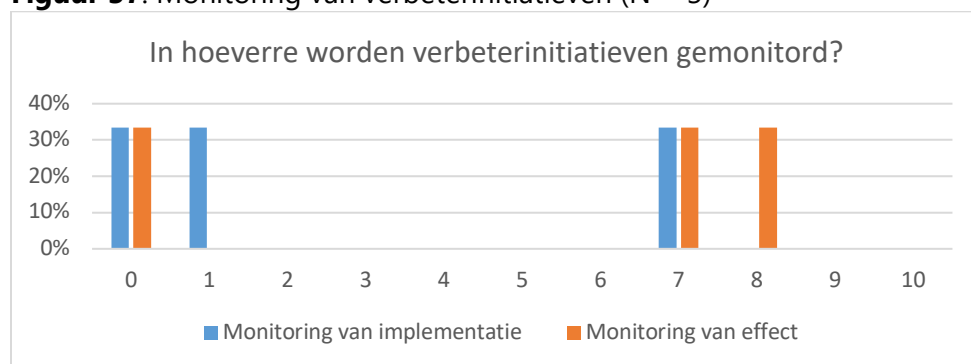
3. Selectie.

Het aantal verbeterinitiatieven dat geïnitieerd is in de afgelopen twee jaar is gemiddeld het laagste binnen de oncologische centra (1,0 versus 2,7 voor alle aandoeningen samen), wat te verklaren is door het lagere aantal respondenten. Daarbij varieert ook het gebruik van leerstrategieën; binnen de zorg omtrent levertumoren wordt vooral veel gebruik gemaakt van wetenschappelijke literatuur en het intern intercollegiaal delen van kennis, ervaring of technieken (67% gebruikt dit *zeer vaak*), waar andere leerstrategieën niet of nauwelijks gebruikt worden.

4. Implementatie.

De respondenten beoordelen de mate van monitoring van implementatie gemiddeld met 2,7 op een schaal van 0 (nooit) tot 10 (altijd) (waar dit aandoening-overstijgend gemiddeld 6,2 scoort); ook wordt de mate van monitoring van het effect gemiddeld beoordeeld met 5,0 op een schaal van 0 (nooit) tot 10 (altijd) (welke aandoening-overstijgend gemiddeld 6,4 scoort). Omtrent de interpretatie van deze resultaten moet benoemd worden dat één respondent sterk afwijkt in de beoordeling van bovenstaande vragen (zie **Figuur 37**), waardoor het gemiddelde sterk naar beneden getrokken wordt; de andere twee respondenten hebben deze relatief vergelijkbaar met andere specialismen gescoord.

Figuur 37. Monitoring van verbeterinitiatieven (N = 3)



Randvoorwaarden voor organisatie van een verbetercyclus (7S-model)

1s. Strategie.

Volgens twee van de respondenten is het meten en verbeteren van uitkomsten niet expliciet opgenomen in het beleid; volgens de resterende respondent komt dit wel terug, namelijk in het meerjarenplan van de vakgroep en de afdeling, en in het ziekenhuis-brede jaarplan.

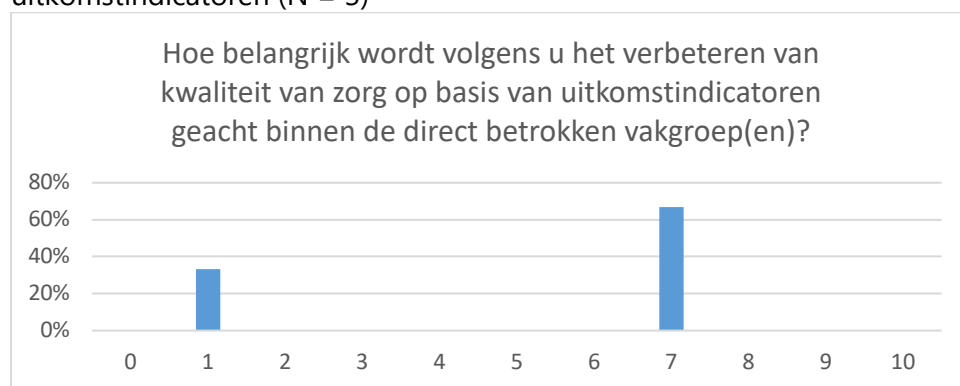
2s. Governance.

Twee respondenten geven aan dat er geen externe partijen betrokken worden bij het bespreken van uitkomsten; volgens de resterende respondent gebeurt dit in samenwerking met andere verwijzende ziekenhuizen, huisartsen en een netwerk of samenwerkingsverband.

3s. Cultuur & waarden.

Het belang van het verbeteren van kwaliteit op basis van uitkomstindicatoren wordt volgens de respondenten binnen de eigen vakgroepen zorg omtrent levertumorengemiddeld lager beoordeeld dan dit aandoening-overstijgend beoordeeld is; de gemiddelde scores hiervoor zijn respectievelijk 5,0 (zorg omtrent levertumoren) en 7,4 (aandoening-overstijgend) op een schaal van 0 tot 10. Echter, ook hierbij wijkt de beoordeling van één respondent sterk af, waardoor deze gemiddelde score een vertekend beeld geeft (zie **Figuur 38**). Het vertrouwen met betrekking tot het bespreken van uitkomsten binnen het eigen specialisme en tussen specialismen wordt in vergelijking met andere specialismen juist relatief hoog gescoord met een gemiddelde van 8,7 op een schaal van 0 tot 10.

Figuur 38. Mate waarin de vakgroep belang hecht aan kwaliteitsverbetering op basis van uitkomstindicatoren (N = 3)



4s. Leiderschap.

Alle respondenten geven unaniem aan dat medisch specialisten een leidende rol hebben binnen hun centrum bij het realiseren van een verbetercyclus. Ook de kwaliteitsafdeling werd veelal benoemd als een van de kartrekkers binnen de verbetercyclus. Wel loopt uiteen of er een expliciet medisch verantwoordelijke is voor de kwaliteit van zorg, en zo ja, welke functie deze persoon heeft.

5s. Infrastructuur.

Ook het vastleggen van data in het EPD tijdens de reguliere zorg loopt uiteen; volgens één respondent gebeurt dit *niet*, volgens de andere twee respondenten gebeurt dit voor 100% van de data. Wel is er tussen de respondenten overeenstemming rondom de manier van aanleveren; dit gebeurt overal via handmatige invoer in de applicatie van de kwaliteitsregistratie, de DICA.

6s. Capaciteit.

Volgens één van de respondenten is geen capaciteit beschikbaar in de vorm van tijd. De andere twee respondenten geven aan dat er binnen het eigen ziekenhuis wel tijd wordt vrijgemaakt voor de werkzaamheden van kwaliteitsmanagers, echter is de totale hoeveelheid capaciteit hiervoor wisselend (range: 1 uur – 40 uur).

7s. Expertise.

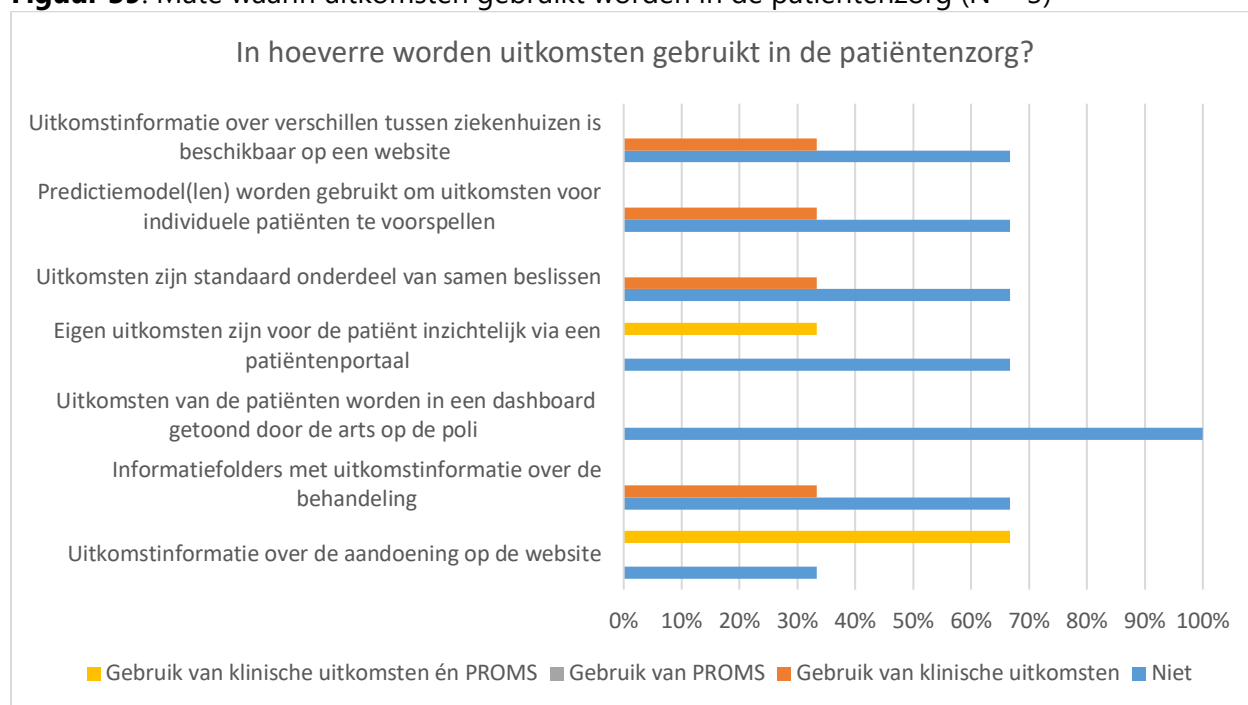
Het aantal artsen met affiniteit en expertise voor data-analyse en –management wordt wisselend ingeschat tussen de respondenten (range: 4 - 16); daarbij varieert ook het totaal aantal medisch specialisten dat direct betrokken is bij lever chirurgische behandelingen en/of thermale ablatie ingrepen aan de lever.

Hieronder wordt op basis van de enquêteresultaten en diepte-interviews een toelichting gegeven over het gebruik van uitkomstinformatie in de patiëntenzorg binnen het specialisme chirurgische resectie en/of thermale ablatie voor patiënten met een lever- of galwegtumor.

Gebruik van klinische uitkomsten en PROMS binnen de patiëntenzorg.

Eén van de respondenten geeft aan dat er helemaal geen gebruik gemaakt wordt van uitkomsten in de patiëntenzorg en dat Patient Reported Outcome Measures (PROMS) ook niet gemeten worden. De andere twee respondenten geven wel aan uitkomsten toe te passen in de patiëntenzorg; per type uitkomst varieert of hiervoor enkel klinische uitkomsten gebruikt worden of dat ook PROMS toegepast worden (zie **Figuur 39**). PROMS worden daarnaast volgens de respondenten ook gemeten en gebruikt in het kader van wetenschappelijk onderzoek.

Figuur 39. Mate waarin uitkomsten gebruikt worden in de patiëntenzorg (N = 3)





SKR

SAMENWERKENDE KWALITEITSREGISTRATIES

www.skr-zorg.nl