

Naar betekenisvolle informatie voor bestuurders

Stuurinformatie **destillieren**

Op de afdeling Intensive Care wordt generieke en afdelingsspecifieke kwaliteitsinformatie verzameld. De grote hoeveelheid informatie belemmert echter het gebruik van de informatie door zorgverleners, managers en bestuurders ter bevordering van de kwaliteit van zorg. We hebben een methode ontwikkeld om de beschikbare kwaliteitsinformatie op de IC-afdelingen te beperken en samen te vatten tot bruikbare en betekenisvolle stuurinformatie voor bestuurders op ziekenhuisniveau die waar nodig verdiept kan worden tot het niveau van de afdeling of de zorgverlener.

Anke (A.J.M.) Oerlemans, Marieke (M.) Zegers



Een methode om van kwaliteitsinformatie naar stuurinformatie te komen.

In dit artikel beschrijven we enerzijds de resultaten van een Delphistudie uitgevoerd in het Radboudumc en het LUMC, en anderzijds een stappenplan met aanbevelingen voor het uitvoeren van deze methode in andere ziekenhuizen en op andere afdelingen.

Voor het garanderen en continu verbeteren van kwaliteit van zorg is het monitoren van kwaliteit en veiligheid een vereiste, ook op het niveau van de Raad van Bestuur (RvB). Terwijl zorgverleners zorgen voor de feitelijke kwaliteit van patiëntenzorg, hebben bestuurders en managers de eindverantwoordelijkheid op het handelen van professionals en leggen zij hierover periodiek verantwoording af aan interne en externe toezichthouders. (VWS, 2013)

In ziekenhuizen worden honderden kwaliteitsparameters gemeten en verzameld. (Blume et al., 2013) Voor kwaliteitsverbeteringen en het tegengaan van verspilling van energie, enthousiasme en financiële middelen is het noodzakelijk dat de verkregen kwaliteitsinformatie ook daadwerkelijk wordt gebruikt. De grote hoeveelheid belemmert echter het gebruik: het is moeilijk om overzicht te krijgen en signalen te herkennen, waardoor een belangrijke kans om kwaliteit van zorg continu te verbeteren wordt gemist. Vanuit de umc's werd dan ook de behoefte geuit om te komen tot een compacte set van indicatoren op ziekenhuisniveau die waar nodig verdiept kan worden tot het niveau van de afdeling en/of de zorgverlener. Voor de kortere termijn was de praktische vraag hoe de RvB zicht kan houden op de grote hoeveelheid kwaliteitsinformatie voor interne sturing en externe verantwoording.

Het doel van dit project was het ontwikkelen van een gezamenlijk gedragen methode om de kwaliteitsinformatie over een specifieke afdeling samen te vatten tot bruikbare en betekenisvolle stuurinformatie voor bestuurders.

Hoogrisicoafdeling

Met het oog op de praktische uitvoerbaarheid richtte dit project zich op de afdeling Intensive Care (IC). De IC is een kernafdeling van het ziekenhuis, waar ernstig zieke patiënten worden behandeld met hoogrisicobehandelingen. Suboptimale kwaliteit en veiligheid van zorg hebben grote gevolgen voor deze patiëntengroep. De IC is een belangrijke schakel: de kwaliteit van zorg op de IC heeft impact op de overige disciplines in het ziekenhuis.

Door de complexiteit van IC-zorg is het belang van een kernset van sleutelindicatoren van IC-afdelingen voor bestuurders groot. Onbekend is echter welke kwaliteitsparameters geschikt zijn als stuurinformatie voor bestuurders.

Sturen op kwaliteit, thema van het KiZ-congres op 2 november – mis het niet!

Delphimethode

Om een breed gedragen en bruikbare kernset van kwaliteitsparameters voor bestuurders te selecteren, is gekozen voor een aangepaste Delphimethode met 5 stappen (zie tabel 1).

Deze methode is opgebouwd uit een serie schriftelijke vragenlijsten gericht aan een groep deskundigen, met als doel om via het op systematische wijze verzamelen van opvattingen van deelnemers te komen tot een zo groot mogelijke overeenstemming. In meerdere rondes worden de experts geconfronteerd met elkaars kennis en standpunten. Belangrijke voordelen van de methode: deze is schriftelijk (dus geen reistijd en planningsproblemen) en anoniem (voorkomt dominantie van bepaalde deelnemers). (Boulkedid et al., 2011; Braspenning, 2011)

Voor dit onderzoek in het Radboudumc en LUMC is allereerst een inventarisatie gemaakt van alle kwaliteitsinformatie die in deze ziekenhuizen ten aanzien van de IC verzameld wordt. We hebben ons hierbij niet beperkt tot kwantitatieve kwaliteitsindicatoren, maar alle parameters die gebruikt zouden kunnen worden om te sturen op kwaliteit geïnccludeerd: een lijst van 122 kwaliteitsparameters. In ieder ziekenhuis werd de Delphimethode apart uitgevoerd, met een eigen ziekenhuisspecifieke lijst van kwaliteitsparameters. In samenspraak met ieder IC-afdelingshoofd hebben we de lijst ingeperkt tot een lijst van 54 (Radboudumc) en 47 (LUMC) kwaliteitsparameters.

Per ziekenhuis namen 24 belanghebbenden deel: zes bestuurders, zes intensivisten, zes verpleegkundigen en zes ex-IC-patiënten en/of hun naasten. Hen werd de lijst van kwaliteitsparameters toegestuurd met de vraag per parameter aan te geven hoe relevant deze informatie voor een bestuurder is om de kwaliteit van zorg op de IC in te schatten. Na deze

Informatie over het Citrien-programma Sturen op Kwaliteit

Het doel van het programma Sturen op Kwaliteit is het verbeteren van de kwaliteit van zorg, door het hebben en gebruiken van adequate kwaliteitsinformatie door de Raad van Bestuur. Het programma wordt uitgevoerd onder leiding van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg. Het programma wordt gefinancierd door het Citrienfonds. Dit fonds helpt duurzame en breed inzetbare oplossingen in de gezondheidszorg te ontwikkelen en is mogelijk gemaakt door ZonMw.

eerste vragenlijstronde vielen de parameters af die vrijwel unaniem minder relevant werden gevonden.

In de tweede vragenlijst, verstuurd aan dezelfde 48 deelnemers, werd hen gevraagd uit de overgebleven parameters tien kwaliteitsparameters te kiezen die een bestuurder voldoende handvatten geven om met zorgprofessionals in gesprek te gaan over kwaliteit van zorg op de IC. De tien kwaliteitsparameters die door de deelnemers uit het Radboudumc en LUMC het vaakst geselecteerd werden, ziet u in tabel 2.

Praktijktest

In beide umc's is de kernset van tien kwaliteitsparameters gevuld met actuele informatie uit de afgelopen twee jaar. Hierbij is waar relevant de trend in de tijd of een vergelijking met landelijke gemiddelden weergegeven. Er is getracht per parameter zo kernachtig mogelijk

de opvallende of probleempunten aan te geven, met daarbij eventuele geplande verbeteracties en de stand van zaken ten aanzien van die acties.

Deze gevulde kernsets zijn gebruikt in een gesprek tussen IC-leiding en een lid van de RvB, geobserveerd door een onderzoeker. Ze leken van meerwaarde voor de dialoog over kwaliteit: in de gesprekken ging het daadwerkelijk over het verbeteren van knelpunten in de zorg, meer dan dat normaliter het geval was in dit soort gesprekken. Zoals een van de bestuurders dit na afloop van het gesprek uitdrukte: "Wat ik het mooie hiervan vind is dat het leidt tot het gesprek en dat was de bedoeling. Dat je tot de essentie komt van waar het over gaat. Het gaat niet om een afwerklustje en een scorelijstje, het gaat om het gesprek over waar zitten nou de uitdagingen, waar zitten de zorgen, waar zitten de knelpunten."

Concluderend

Bij aanvang van dit project was de verwachting dat de methode een selectie kwantitatieve indicatoren op zou leveren, die op een kwaliteitsdashboard weer te geven zouden zijn. Het is dan ook opvallend dat zorgprofessionals, patiënten en bestuurders vooral kwalitatieve informatie selecteren.

Bestuurders zijn de eindgebruikers van de informatie die onze methode genereert. Hun rol in kwaliteitsverbetering is een andere dan die van zorgverleners, en de informatie die bestuurders nodig hebben om te sturen op kwaliteit van zorg is dan ook heel anders van aard dan de informatie die zorgverleners nodig hebben om hun zorg continu te verbeteren. In literatuur en gesprekken over zogenaamde "dashboardinformatie" lijkt het echter veelal te gaan over kwaliteitsinformatie voor zorgverleners. Men spreekt over "real-time" informatie die continu weergegeven wordt, om zo een vinger aan de pols te kunnen houden. (Eckerson, 2010; Kroch et al., 2006) Uit onze gesprekken met bestuurders blijkt dit type informatie en presentatie niet waar men naar zoekt: liever ontvangen bestuurders enkele malen per jaar een overzicht van probleempunten, verbeteracties en actuele stand van zaken. Een overzicht dat als basis dient om het gesprek over kwaliteit van zorg met de afdelingsleiding aan te gaan. Men is daarbij meer geïnteresseerd in het verhaal achter de cijfers dan in die cijfers zelf. Deze bevinding staat niet op zichzelf. Recentelijk is kritiek geuit op de groeiende dominantie van getallen in allerlei sectoren. Het verhaal achter de getallen dreigt hierdoor niet meer gehoord te worden. (Steenhuis, 2017; Brinkgreve

Tabel 2 Geselecteerde kwaliteitsparameters

Kwaliteitsparameter	Categorie	Domein	Kernset Radboud-umc	Kernset LUMC
Aanbevelingen en verbeterpunten n.a.v. auditbevindingen	Structuur	Organisatie van IC-zorg		
Conclusies en aanbevelingen n.a.v. NVIC-kwaliteitsvisitatie	Structuur	Organisatie van IC-zorg		
Verpleegkundige-patiënt-ratio	Structuur	Organisatie van IC-zorg		
Dagen met volledige bedbezetting	Structuur	Organisatie van IC-zorg		
Aanwezigheid en beschikbaarheid intensivist	Structuur	Organisatie van IC-zorg		
Standardized Mortality Ratio (SMR)	Uitkomst	Effectiviteit van IC-behandeling		
Calamiteiten	Uitkomst	Leren van complicaties en incidenten		
Vermijdbare schade en sterfte	Uitkomst	Leren van complicaties en incidenten		
Naleven van het beleid ter voorkoming van medicatiefouten	Structuur	Leren van complicaties en incidenten		
Incidentmeldingen	Uitkomst	Leren van complicaties en incidenten		
Complicatie- en incidentenbesprekingen op de IC	Uitkomst	Leren van complicaties en incidenten		
Multidisciplinaire complicatiebesprekingen	Uitkomst	Leren van complicaties en incidenten		
Teamklimaat	Proces	Functioneren van zorgprofessionals		
Ervaringen van ex-IC-patiënten en hun aanbevelingen	Uitkomst/proces	Patiënt- en familie-ervaringen		
Ervaringen van naasten van IC-patiënten	Uitkomst/proces	Patiënt- en familie-ervaringen		

et al., 2017; NVTZ, 2016) Een recent initiatief in de sector langdurige zorg zoekt expliciet naar dat verhaal om kwaliteit van zorg vast te stellen: zij richten zich niet zozeer op “tellen” maar juist op “vertellen”. (Beelden van Kwaliteit, 2017)

De aangepaste Delphimethode om een kernset te genereren heeft een aantal belangrijke voordelen. Karakteristiek van deze methode is de doelgerichte selectie van experts, wat maakt dat een beperkt aantal deelnemers voldoende is om waardevolle informatie te genereren. De betrokkenheid van sleutelfiguren in de projectgroep maakte het werven van deelnemers redelijk eenvoudig en zorgde voor een hoge respons. Door vertegenwoordiging van alle relevante belanghebbenden kunnen we met recht spreken van een breed gedragen kernset. De methode sluit aan bij de kwaliteitsinformatie die in een ziekenhuis al verzameld wordt, hetzij voor interne kwaliteitsverbetering, hetzij voor uitlevering aan externe partijen. Door de kernset te selecteren uit al bestaande informatie hoeven geen nieuwe parameters gegenereerd te worden en neemt de registratiedruk niet verder toe. Bovendien zorgt dit ervoor dat de kernset echt op maat gemaakt is voor het ziekenhuis dat hem gebruikt.

Een kanttekening: veel algemeen gebruikte kwaliteitsparameters zijn nauwelijks wetenschappelijk onderbouwd: informatie over betrouwbaarheid en validiteit ontbreekt. Dit geldt ook voor de kwaliteitsparameters in beide kernsets. We kunnen dus niet met zekerheid zeggen of de gevulde kernset een betrouwbaar en valide beeld geeft van de stand van de kwaliteit van zorg op de betreffende afdelingen. Als aanjager van het gesprek over kwaliteit van zorg blijken de kernsets tot dusverre echter zeer geschikt.

Meer weten?

De binnen dit project ontwikkelde methode vormt een stappenplan voor andere afdelingen en specialismen om uit alle verzamelde kwaliteitsinformatie een bruikbare en betekenisvolle kernset van kwaliteitsparameters voor bestuurders te destilleren. Het volledige eindrapport alsmede meer informatie over het Citrienfondsprogramma en het project is te vinden op: <http://www.nfukwaliteit.nl/over-het-nfu-consortium/nieuws/stuurinformatie-destilleren-over-de-kwaliteit-van-de-ic-zorg>

Literatuur

Beelden van kwaliteit. Het kan ook anders! (www.beelden-vankwaliteit.nl, geraadpleegd op 21 maart 2017)

Blume, L., van Weert, N., & Kerkkamp, H., Ruim twaalfhonderd

Tabel 1 Stappenplan selectie kwaliteitsparameters voor bestuurders

Stap	Activiteiten
1 Voorbereiding	• Samenstellen projectgroep (incl. (een) bestuurder(s)) en identificeren van sleutelinformanten. • Maken van realistische planning.
2 Inventarisatie kwaliteitsparameters	• Afbakenen van doelgroep en eindgebruiker. • In kaart brengen welke kwaliteitsinformatie verzameld wordt. • Selectie van kwaliteitsparameters voor de eerste Delphironde.
3 Delphironde 1: Relevantie	• Opmaken van vragenlijst met kwaliteitsparameters. • Samenstellen en uitnodigen van expertpanel (bestuurders, artsen, verpleegkundigen én patiënten en naasten). • Uitvoering en analyse ronde 1.
4 Delphironde 2: Selectie	• Opmaken van vragenlijst o.b.v. resultaten ronde 1. • Uitvoering en analyse ronde 2. • Terugkoppeling naar deelnemers.
5 Testen van kernset in de praktijk	• Verzamelen van actuele gegevens om kwaliteitsset te vullen. • Opstellen kernsetdocument. • Testen van kernset in gesprek tussen afdelingsleiding en RvB. • Evaluatie en indien nodig aanpassing.

De registratiedruk neemt niet verder toe

richtlijnen is te veel, *Medisch Contact*, 10, 2013, 546-547.

Boulkedid, R., Abdoul, H., Loustau, M., Sibony, O., & Alberti, C., Using and reporting the Delphi method for selecting health-care quality indicators: a systematic review, *PloS One*, 6(6), 2011, e20476.

Braspenning, J., *Kwaliteit en Veiligheid in de zorg: De rol van indicatoren*. In R. Grol & M. Wensing (Eds.), Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg (p. 195-226). Reed Business, Amsterdam, 2011.

Brinkgreve, C., Bloemink, S., Koenen, E. *Weten vraagt meer dan meten*. Amsterdam University Press, Amsterdam, 2017.

Eckerson, W. W.. *Performance dashboards: measuring, monitoring, and managing your business*. John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey, 2010.

Kroch, E., Vaughn, T., Koepke, M., Roman, S., Foster, D., Sinha, S., & Levey, S., Hospital boards and quality dashboards, *Journal of Patient Safety*, 2(1), 2006, 10-19.

Nederlandse Vereniging voor Toezichthouders in Zorg en Welzijn (NVTZ), *Zienderogen beter II. Veiligheid in perspectief*, 2016.

Steenhuis, P.H., Meten is weten, maar is dat wel zo? *Trouw*, 13 februari 2017.

VWS, Kamerbrief Initiatiefnota over patiëntveiligheid, 2013 (<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/03/21/kamerbrief-over-initiatiefnota-over-patiëntveiligheid.html>, geraadpleegd op 21 maart 2017)

Informatie over de auteurs

Dr. Anke Oerlemans werkt als gezondheidswetenschapper en medisch-ethicus bij IQ healthcare van het Radboudumc te Nijmegen. **Dr. Marieke Zegers** is gezondheidswetenschapper en epidemioloog B, werkzaam als senior onderzoeker bij de afdelingen Intensive Care en IQ healthcare van het Radboudumc te Nijmegen.