



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN UMC'S
CONSORTIUM KWALITEIT VAN ZORG



**STUREN OP
KWALITEIT**

Stuurinformatie destilleren: van volle breedte naar beperkte, betekenisvolle informatie voor bestuurders

Anke Oerlemans, Marieke Zegers, Evert de Jonge en Hans van der Hoeven

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Samenvatting.....	5
Aanleiding.....	5
Doel	5
Resultaat.....	5
Conclusie en aanbevelingen	5
Achtergrond en doelstelling	6
Resultaten Delphimethode uitgevoerd in Radboudumc en LUMC.....	8
Inleiding.....	8
Inventarisatie kwaliteitsparameters	8
Delphironde 1.....	9
Delphironde 2.....	11
Resultaten	12
Evaluatie gebruik kernset	13
Stappenplan Delphimethode “Stuurinformatie destilleren”	14
Inleiding.....	14
Stap 1: Voorbereiding.....	14
• Samenstelling projectteam	14
• Planning.....	14
Stap 2: Inventarisatie kwaliteitsparameters	14
• Afbakening doelgroep/eindgebruiker	14
• In kaart brengen welke kwaliteitsinformatie wordt verzameld.....	14
• Opmaken grosslijst	15
• Selectie kwaliteitsparameters voor Delphirondes	15
Stap 3: Delphironde 1.....	15
• Opmaken vragenlijst ronde 1	15
• Samenstellen en uitnodigen expertpanel: professionals.....	16
• Samenstellen en uitnodigen expertpanel: ervaringsdeskundigen.....	16
• Uitvoeren ronde 1	16
• Verwerking vragenlijst ronde 1	16
Stap 4: Delphironde 2.....	17
• Opmaken vragenlijst ronde 2	17

• Uitvoeren ronde 2	17
• Verwerking vragenlijst ronde 2	17
• Terugkoppeling deelnemers.....	17
Stap 5: Gebruik van kernset in de praktijk	17
• Verzamelen van actuele gegevens	17
• Opmaken van de kernset	17
• Gebruik kernset	17
Conclusie en aanbevelingen	18
Meer informatie?	20
Literatuurlijst	21
Appendix I.....	23
Fragment uit de vragenlijst behorend bij Delphironde 1.....	23
Appendix II.....	25
Fragment uit de vragenlijst behorend bij Delphironde 2.....	25
Appendix III.....	27
Voorbeeldformat kernset.....	27

Voorwoord

Doel van het NFU-programma Sturen op Kwaliteit is de leden van de Raad van Bestuur van de ziekenhuizen, waaronder de acht Universitaire Medische Centra (umc's) op handzame wijze voorzien van informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg op instellingsniveau. Welke informatie nodig is, waaruit deze te ontlene, en hoe deze te gebruiken, zijn vragen waar de umc's zich in het programma Sturen op Kwaliteit op richten. Dit programma wordt uitgevoerd onder leiding van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg. Het programma wordt gefinancierd door het Citrienfonds. Dit fonds helpt duurzame en breed inzetbare oplossingen in de gezondheidszorg te ontwikkelen en is mogelijk gemaakt door ZonMw (Projectplan Programma Sturen op Kwaliteit).

Voor u ligt het eindrapportage van project 2 van het programma Sturen op Kwaliteit. In dit eindrapport 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/of op andere afdelingen.

Wij danken de projectadviseurs Wilma Boeijen (Radboudumc), Dave Dongelmans (Stichting NICE/NVIC), Nicolette de Keizer (Stichting NICE), Margo van Mol (Stichting FCIC), Peter van der Voort (TIAS School for Business and Society) en Hub Wollersheim (Radboudumc).

Ook danken wij de artsen, verpleegkundigen en bestuurders die hebben deelgenomen aan het project en in het bijzonder alle ex-patiënten en hun naasten. Wij zijn de stichting Family and patient Centered Intensive Care en in het bijzonder Ed Kuijper zeer erkentelijk voor hun hulp bij de werving van ervaringsdeskundigen.

April 2017

Samenvatting

Aanleiding

Op de afdeling Intensive Care (IC) wordt generieke en afdelings specifieke 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. Vanuit de umc's is dan ook de behoefte geuit om te komen tot een compacte set van indicatoren voor bestuurders (RvB, divisiebestuur) op ziekenhuisniveau die waar nodig verdiept kan worden tot het niveau van de afdeling en/of de zorgverlener.

Doel

Het ontwikkelen van een gezamenlijk gedragen methode om de beschikbare kwaliteitsinformatie op de IC-afdelingen te beperken en samen te vatten tot bruikbare en betekenisvolle stuurinformatie voor bestuurders.

Resultaat

De Delphistudie uitgevoerd onder 48 belanghebbenden in het Radboudumc en LUMC (in ieder ziekenhuis zes bestuurders, zes intensivisten, zes verpleegkundigen en zes ex-IC-patiënten en/of hun naasten) heeft twee kernsets van tien kwaliteitsparameters opgeleverd. De bruikbaarheid van deze sets is geëvalueerd in een kwartaalgesprek tussen IC-afdelingshoofd en Raad van Bestuur. De kernset van stuurinformatie lijkt van meerwaarde voor de dialoog over kwaliteit tussen bestuurders en afdelingen.

De binnen dit project ontwikkelde methode vormt een stappenplan voor andere afdelingen en/of specialismen om uit alle verzamelde kwaliteitsinformatie een bruikbare en betekenisvolle kernset van kwaliteitsparameters voor bestuurders te destilleren.

Conclusie en aanbevelingen

Stuurinformatie voor bestuurders die leidt tot een goede dialoog over kwaliteit tussen zorgverlener en bestuurder heeft de volgende kenmerken:

- Gegeneerd door representatief expertpanel van zorgverleners, bestuurders, en ex-patiënten of hun naasten;
- Geen "real time" dashboardinformatie waar een bestuurder dagelijks naar kijkt, maar stuurinformatie om enkele malen per jaar (bijvoorbeeld tijdens een kwartaalgesprek) de dialoog over kwaliteit te voeren;
- Kwantitatieve en kwalitatieve informatie, waarbij de nadruk ligt op het verhaal achter de cijfers;
- Niet alleen de geïdentificeerde problemen, maar ook de verbeteracties/-afspraken en actuele stand van zaken.

Achtergrond en doelstelling

Voor het garanderen en continu verbeteren van kwaliteit van zorg zijn kwaliteitsmetingen een vereiste. (Zegers, 2009) In alle umc's bestaat een expliciete behoefte om kwaliteit continu te monitoren, 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)

Momenteel worden in ziekenhuizen honderden kwaliteitsparameters gemeten en verzameld. (Blume, 2013; Groeneboom, 2014; van der Nat, 2014) Voor kwaliteitsverbeteringen en het tegengaan van verspilling van energie, enthousiasme en financiële middelen is het noodzakelijk dat de verkregen kwaliteitsinformatie ook daadwerkelijk wordt gebruikt door zorgverleners, managers en bestuurders. 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. Ook inzicht in hoe de eigen prestaties zich verhouden tot die van anderen of tot een gestelde norm ontbreekt nog grotendeels. Men ervaart een toenemende externe druk om informatie te leveren en ziet dat het interne gebruik van de geleverde indicatoren vaak in het gedrang komt.

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 of het divisiebestuur 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 verzameld ten aanzien van een specifieke afdeling samen te vatten tot bruikbare en betekenisvolle stuurinformatie voor bestuurders (RvB, divisiebestuur).

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: als de kwaliteit van zorg op de IC goed is (of slecht), heeft dat gevolgen voor de overige disciplines in het ziekenhuis.

De IC heeft één van de langstlopende medische registraties in Nederland: de Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE). Jaarlijks worden kwaliteitsgegevens tussen IC's vergeleken en ontvangen individuele IC's een terugrapportage voor het verbeteren van hun kwaliteit van zorg. Op afdelingen IC wordt daarnaast generieke, ziekenhuisbrede kwaliteitsinformatie verzameld voor in- en externe verantwoording en kwaliteitsverbeteringen, onder andere IGZ-indicatoren, kwaliteitsuitvragen van zorgverzekeraars, JCI-/NIAZ-accreditatie, interne audits en visitaties door de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC). (van der Voort, 2012; Vos, 2006; NVIC, 2010)

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. Wat willen bestuurders weten van een IC? Wat is voor hen belangrijke stuurinformatie?

Het project geeft antwoord op de volgende vragen:

- Wat zijn essentiële stappen om tot een gezamenlijk gedragen kernset van indicatoren voor bestuurders te komen voor een specialisme of zorgketen?
- Wat zijn belangrijke randvoorwaarden om te komen tot een breed gedragen kernset van indicatoren voor bestuurders?

De IC dient hier als voorbeeldafdeling. De in dit project ontwikkelde methode biedt een stappenplan voor andere afdelingen en specialismen voor het destilleren van bruikbare en betekenisvolle stuurinformatie (oftewel, een kernset van indicatoren) voor bestuurders.

De resultaten van dit project zijn tweeledig en zullen achtereenvolgens behandeld worden:

- 1) De resultaten van de aangepaste Delphimethode zoals deze is uitgevoerd in het Radboudumc en het LUMC;
- 2) Een stappenplan met aanbevelingen voor het uitvoeren van deze methode in andere ziekenhuizen en/of op andere afdelingen.

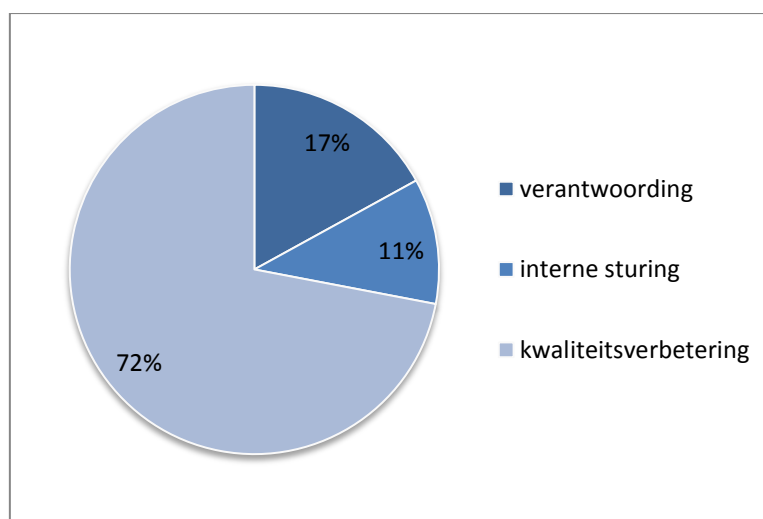
Resultaten Delphimethode uitgevoerd in Radboudumc en LUMC

Inleiding

Om een breed gedragen en bruikbare kernset van kwaliteitsparameters voor bestuurders te selecteren, is gekozen voor een aangepaste Delphimethode. Deze methode is opgebouwd uit een serie schriftelijke vragenlijsten gericht aan een groep deskundigen over een bepaald onderwerp, 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, 2011; Braspenning, 2011; Fitch, 2000; Hermens, 2006)

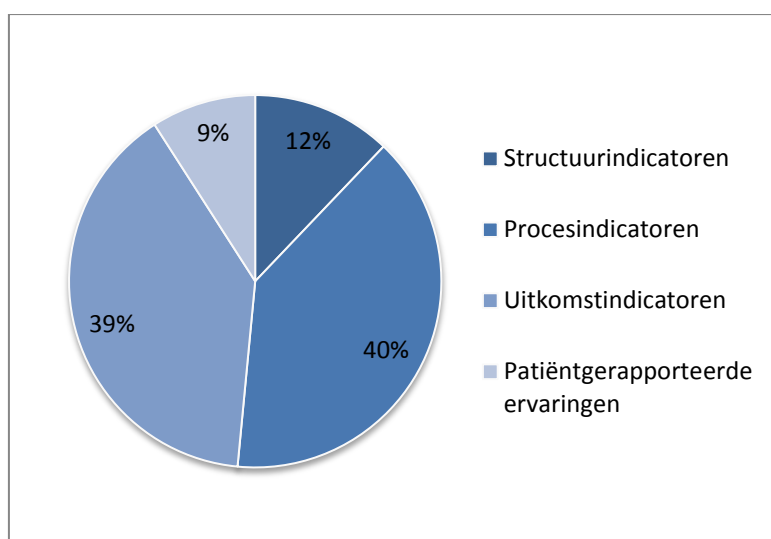
Inventarisatie kwaliteitsparameters

Allereerst is een inventarisatie gemaakt van alle kwaliteitsinformatie die ten aanzien van de afdeling 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. We hebben 122 kwaliteitsparameters geïdentificeerd, waarvan een ruime meerderheid verzameld wordt met kwaliteitsverbetering als doel (bijvoorbeeld de NICE-indicatoren), en een minderheid voor verantwoording (bijvoorbeeld de IGZ-indicatoren en de beroepsverenigingsvisitatie) en interne sturing (bijvoorbeeld de interne audit) (zie figuur 1).



Figuur 1. Indeling kwaliteitsparameters (n=122) naar doel

In deze lijst van 122 zijn vier parameterniveaus te onderscheiden: structuurindicatoren (bijvoorbeeld beschikbaarheid intensivist), procesindicatoren (bijvoorbeeld adherentie aan handhygiënerichtlijnen), uitkomstindicatoren (bijvoorbeeld aantal complicaties), en patiëntgerapporteerde ervaringen (bijvoorbeeld over informatievoorziening of het verblijf op de IC) (zie figuur 2).



Figuur 2. Indeling kwaliteitsparameters (n=122) naar indicatorniveau

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 door het verwijderen van dubbelgeregistreerde kwaliteitsparameters (parameters die door verschillende instanties worden uitgevraagd, echter veelal zonder eenduidige definities) en kwaliteitsparameters waarvan bij voorbaat duidelijk was dat ze als “niet relevant” beoordeeld zouden worden. Dit leidde tot een lijst van 54 kwaliteitsparameters in het Radboudumc en 47 kwaliteitsparameters in het LUMC.

Delphironde 1

Het panel van experts bestond uit 24 personen per instelling, namelijk:

- 6 bestuurders
- 6 IC-verpleegkundigen
- 6 intensivisten
- 6 ex-IC-patiënten

De zorgverleners en bestuurders werden geworven via de IC-afdelingshoofden, de ex-patiënten via de IC-nazorgpoli en de stichting Family and patient Centered Intensive Care (FCIC). De zorgverleners en bestuurders vulden de vragenlijst online in door middel van het programma LimeSurvey, ex-patiënten kregen de vragenlijst per email toegestuurd en werden telefonisch begeleid bij het invullen. Een fragment uit de vragenlijst vindt u in appendix I.

Aan de deelnemers werd het volgende gevraagd:

Er is een grote hoeveelheid informatie beschikbaar over de kwaliteit van zorg op de Intensive Care. Op de volgende pagina's vindt u een lijst van kwaliteitsparameters, verdeeld in zeven inhoudelijke thema's. Geef per parameter aan hoe relevant u denkt dat deze informatie voor een bestuurder is om de kwaliteit van zorg op de intensive care in te schatten (op een schaal van 1 tot en met 9, waarbij 1 = helemaal niet relevant en 9 = zeer relevant).

Hierna volgden de 54 respectievelijk 47 kwaliteitsparameters onderverdeeld in zeven inhoudelijke domeinen, te zien in tabel 1.

Inhoudelijk domein	Voorbeelden van kwaliteitsparameters
De organisatie van zorg op de IC	<ul style="list-style-type: none"> • Verpleegkundige-patiënt-ratio • Dagen met volledige bedbezetting • Aanbevelingen en verbeterpunten naar aanleiding van auditbevindingen
Effectiviteit van behandeling op de IC	<ul style="list-style-type: none"> • IC-heropnames • Beademingsduur • Standardized Mortality Ratio (SMR)
Het vóórkomen en het voorkómen van complicaties en schade veroorzaakt door de geleverde zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Aantal patiënten met ernstige sepsis • Het naleven van de richtlijnen ten aanzien van het vaststellen van delier • Vóórkomen van luchtweggerelateerde problemen
Het leren van complicaties en incidenten	<ul style="list-style-type: none"> • Vermijdbare schade en sterfte • Klachtenmeldingen • Calamiteiten
Het functioneren van individuele zorgverleners en teams	<ul style="list-style-type: none"> • Teamklimaat • Jaargesprekken met medisch specialisten • Naleven van de richtlijn ten aanzien van teamcommunicatie (Crew Resource Management)
Patiënt- en familie-ervaringen	<ul style="list-style-type: none"> • Ervaringen van ex-IC-patiënten en hun aanbevelingen • Ervaringen van naasten van IC-patiënten (o.b.v. vragenlijst) • Ervaringen van naasten en hun aanbevelingen (o.b.v. gesprekken)
Patiëntuitkomsten en functionaliteit na ziekenhuisontslag	<ul style="list-style-type: none"> • Kwaliteit van leven • Vermoeidheid • Angst en depressie

Tabel 1. Inhoudelijke domeinen en voorbeelden van kwaliteitsparameters

Op basis van de relevantiescores werden de parameters in drie categorieën verdeeld:

- *Selectie*
Overtuigende meerderheid van de deelnemers vond de parameter relevant: minstens 70% van de respondenten scoorde 7, 8 of 9 én de mediaan was 8 of hoger
- *Discussie*
Extreem scheve verdeling: minstens 30% van de respondenten scoorde 1, 2 of 3 én minstens 30% van de respondenten scoorde 7, 8 of 9
OF
Enigszins scheve verdeling: minstens 70% van de respondenten scoorde 7, 8 of 9 én de mediaan was 7 of lager
- *Exclusie (alle overige gevallen)*
Geen overtuigende meerderheid vond de parameter relevant en er was geen enigszins scheve verdeling; minder dan 70% van de respondenten scoorde 7, 8 of 9, en er was geen

extreem scheve verdeling; Respondenten scoorden in minder dan 30% van de gevallen 1, 2 of 3 en/of in minder dan 30% van de gevallen 7, 8 of 9
Parameters in de categorie “exclusie” vielen af, parameters in de categorieën “selectie” en “discussie” gingen door naar ronde 2.

De responspercentages waren 96% (Radboudumc) en 92% (LUMC). Op basis van de resultaten vielen respectievelijk 20 en 12 parameters af. De verdeling van de parameters over de drie categorieën is te zien in tabel 2.

Categorie	Radboudumc (n=54 parameters)	LUMC (n=47 parameters)
Exclusie	20 (37%)	12 (26%)
Discussie	7 (13%)	10 (21%)
Selectie	27 (50%)	25 (53%)

Tabel 2. Resultaten Delphironde 1

Delphironde 2

In deze tweede ronde werd aan dezelfde 48 deelnemers per email de vragenlijst toegestuurd. Professionals vulden deze zelfstandig in, ex-patiënten werden – indien door hen gewenst – wederom telefonisch begeleid bij het invullen. Een fragment uit deze vragenlijst is te vinden in appendix II.

Deelnemers werd het volgende gevraagd:

In deze vragenlijst vragen we u om van de [34/35] overgebleven paramaters tien kwaliteitsparameters uit te kiezen. Tien kwaliteitsparameters die een bestuurder voldoende handvatten geven om in gesprek te gaan met zorgprofessionals over kwaliteit van zorg op de afdeling Intensive Care.

Bij iedere kwaliteitsparameter werd aangegeven: de verdeling van de deelnemers over de scoreschaal, het percentage in het hoogste tertiel, en de mediane score.

De tweede ronde had in het Radboudumc 22 deelnemers (92%), in het LUMC namen 19 personen (79%) deel.

Resultaten

De tien kwaliteitsparameters die door de deelnemers uit het Radboudumc en LUMC het vaakst geselecteerd werden, ziet u in de tabellen 3 en 4. De parameters die in beide ziekenhuizen zijn geselecteerd zijn dikgedrukt weergegeven.

Rang	Omschrijving	Frequentie (n=22)
1-3	Standardized Mortality Ratio (SMR)	17
	Aanbevelingen en verbeterpunten naar aanleiding van auditbevindingen	17
	Vermijdbare schade en sterfte	17
4	Ervaringen van ex-IC-patiënten en hun aanbevelingen	15
5	Teamklimaat	14
6-7	Conclusies, zwaarwegende adviezen en aanbevelingen naar aanleiding van de NVIC-kwaliteitsvisitatie	13
	Incidentmeldingen	13
8-9	Calamiteiten	12
	Aanwezigheid en beschikbaarheid intensivist	12
10	Multidisciplinaire complicatiebesprekingen	11

Tabel 3. Delphiresultaten Radboudumc

Rang	Omschrijving	Frequentie (n=19)
1	Naleven van het beleid ter voorkoming van medicatiefouten	14
2-3	Verpleegkundige-patiënt-ratio	13
	Conclusies, zwaarwegende adviezen en aanbevelingen naar aanleiding van de NVIC-kwaliteitsvisitatie	13
4-5	Dagen met volledige bedbezetting	12
	Teamklimaat	12
6	Ervaringen van naasten van IC-patiënten	11
7-10	Aanbevelingen en verbeterpunten naar aanleiding van auditbevindingen	10
	Complicatie- en incidentenbesprekingen op de IC	10
	Multidisciplinaire complicatiebesprekingen	10
	Incidentmeldingen	10

Tabel 4. Delphiresultaten LUMC

Kijken we naar de aard van deze parameters, dan kunnen we stellen dat deze grotendeels in drie categorieën vallen: parameters met een signaalfunctie voor mogelijke veiligheidsproblemen (bijvoorbeeld calamiteiten, de Standardized Mortality Ratio (SMR), en complicatiebesprekingen); parameters die laten zien of een afdeling de PDCA-cyclus doorloopt (bijvoorbeeld opvolging van verbeterpunten n.a.v. auditresultaten en teamklimaat) en een aantal organisatorische randvoorwaarden voor kwaliteit en veiligheid van zorg (bijvoorbeeld aanwezigheid en beschikbaarheid intensivist en verpleegkundige-patiënt-ratio). Daarnaast zijn in beide ziekenhuizen de ervaringen van ex-patiënten of hun naasten geselecteerd. Wat betreft de voorkeur voor informatie over veiligheid en verbetercultuur zien we geen verschillen tussen de vier deelnemende groepen (artsen, verpleegkundigen, patiënten en bestuurders).

Opvallend is het feit dat weinig kwantitatieve indicatoren zijn geselecteerd, zoals percentage infecties of decubitus en cijfers over het opvolgen van protocollen. De deelnemers hechten meer waarde aan samengestelde en deels kwalitatieve parameters zoals de resultaten van visitaties en audits, of de verbeterpunten naar aanleiding van complicatiebesprekingen.

De twee sets van tien kwaliteitsparameters geselecteerd in het Radboudumc en LUMC vertonen gedeeltelijk overlap: vijf van de tien parameters komen in beide huizen in de kernset voor. Opvallend is dat de SMR in het Radboudumc het vaakst geselecteerd werd, terwijl deze in de kernset van het LUMC niet voorkomt. Andersom scoort een parameter met betrekking tot beleid ter voorkoming van medicatiefouten het hoogst in het LUMC, terwijl deze in het Radboudumc niet geselecteerd is.

Evaluatie gebruik kernset

In beide umc's is de kernset 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. Waar mogelijk is de informatie grafisch of in tabelvorm weergegeven of verduidelijkt met behulp van signaalkleuren rood, oranje, of groen. Door middel van voorbesprekingen met het IC-afdelingshoofd is de kernset aangescherpt en aangevuld. Dit leidde uiteindelijk voor beide ziekenhuizen tot een document van maximaal 6 pagina's.

De gevulde kernset is gebruikt in een gesprek tussen IC-leiding (afdelingshoofd en bedrijfsleider/verpleegkundig manager) en een lid van de RvB. In beide ziekenhuizen kwam een echt gesprek over kwaliteit van zorg op gang; 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 vindt 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 afwerklijstje en een scorelijstje, het gaat om het gesprek over waar zitten nou de uitdagingen, waar zitten de zorgen, waar zitten de knelpunten.”*

Stappenplan Delphimethode “Stuurinformatie destilleren”

Inleiding

De ervaringen in dit project hebben geleid tot onderstaand stappenplan. Deze vijf stappen zijn behulpzaam om te komen tot een breed gedragen en bruikbare kernset met kwaliteitsparameters voor bestuurders. Per stap hebben we enkele essentiële randvoorwaarden beschreven.

Afhankelijk van het doel en de specifieke setting is afwijken en/of aanpassen van onderstaande stappen uiteraard mogelijk. (Boukdedid, 2011; Braspenning, 2011; Fitch, 2000; Hermens, 2006) In dit onderzoek hebben we gebruikgemaakt van twee vragenlijstrondes, maar afhankelijk van de focus en het doel van het onderzoek kan bijvoorbeeld ook gekozen worden voor een consensusbijeenkomst in plaats van de tweede vragenlijstronde of tussen de twee rondes in.

Stap 1: Voorbereiding

- **Samenstelling projectteam**

Het is hierbij van belang om (een) bestuurder(s) in het projectteam op te nemen, en om vast te stellen wie sleutelinformanten zijn: professionals die zich specifiek bezighouden met kwaliteitsverbetering. Zij bieden ingang tot potentiële Delphideelnemers en zijn behulpzaam bij het inventariseren en selecteren van kwaliteitsparameters voor de Delphironde. Denk hierbij (afhankelijk van de specifieke focus) bijvoorbeeld aan het afdelingshoofd, de kwaliteitfunctionaris en adviseurs van landelijke organisaties als patiëntenvereniging, beroepsvereniging en medische registratie.

- **Planning**

Kom tot een realistische planning waarin voldoende tijd ingeruimd wordt voor het inventariseren en bespreken van de kwaliteitsparameters, het opmaken en laten doornemen van de vragenlijsten door informanten, en het uitvoeren van de Delphirondes. Ga ervan uit dat twee Delphirondes minimaal zes weken doorlooptijd hebben. Houd daarbij rekening met vakantieperiodes. Mocht de kernset in de praktijk met bestuurders getest worden, houdt dan ook rekening met de planning van of het aansluiten bij een periodiek gesprek.

Stap 2: Inventarisatie kwaliteitsparameters

- **Afbakening doelgroep/eindgebruiker**

Stel vast voor welke doelgroep en/of eindgebruiker de kernset uiteindelijk zou moeten dienen en formuleer aan de hand daarvan concreet en precies welke informatie verzameld gaat worden en welke informatie niet binnen die inclusiecriteria valt.

- **In kaart brengen welke kwaliteitsinformatie wordt verzameld**

Ga in gesprek met afdelingshoofd, kwaliteitfunctionaris en/of andere personen die zich bezighouden met kwaliteitsverbetering. Zorg dat hen daarbij duidelijk is wat precies bedoeld wordt met kwaliteitsinformatie (niet alleen kwantitatieve indicatoren, maar ook kwalitatieve, “zachte” informatie). Loop alle verschillende kwaliteitsuitvragen na, bijvoorbeeld lokale indicatoren, IGZ-informatie, uitvragen van zorgverzekeraars, accreditatievereisten, interne audits, beroepsgroepvisiting, “lintjes” etc.

- **Opmaken grossijst**

Maak een werkbestand om de verzamelde kwaliteitsinformatie bij te houden en te ordenen; Microsoft Excel is daarvoor bijvoorbeeld zeer geschikt. Vul per parameter een aantal categorieën in (zie tabel 5) – dit is behulpzaam bij de selectie en bij de latere verwerking en analyse.

Categorisering	Voorbeelden
Kwaliteitsparameter	<ul style="list-style-type: none"> • Incidentmeldingen • Cognitief functioneren
Operationalisatie	<ul style="list-style-type: none"> • Overzicht van aantal en aard van incidentmeldingen en geformuleerde verbeterpunten • Score ten aanzien van het cognitief functioneren beoordeeld door ex-IC-patiënten zelf (Cognitive Functioning Questionnaire)
Opdrachtgever	<ul style="list-style-type: none"> • Raad van Bestuur • IGZ
Meetfrequentie	<ul style="list-style-type: none"> • Eenmaal per jaar • Tweemaal per dienst
Rapportagefrequentie	<ul style="list-style-type: none"> • Eenmaal per vier jaar • “Real time”
Bron	<ul style="list-style-type: none"> • Interne audit • NVIC-visitatie
Steekproef	<ul style="list-style-type: none"> • IC-patiënten • Afdelingsmedewerkers
Datatype	<ul style="list-style-type: none"> • Kwantitatief • Kwalitatief
Variabeletype	<ul style="list-style-type: none"> • Ratio • Tijdsduur

Tabel 5. Categorisering kwaliteitsparameters

- **Selectie kwaliteitsparameters voor Delphirondes**

Als de lijst compleet is, beslis dan in samenspraak met de sleutelinformant(en) welke kwaliteitsparameters gebruikt gaan worden in de Delphistudie. Zorg ervoor dat de lijst voor ronde 1 zo compleet mogelijk is, maar beknopt genoeg om de responspercentages niet te drukken. In deze fase kunnen dubbel uitgevraagde parameters en parameters waarvan de inschatting is dat deze niet geselecteerd zullen worden, afvallen. Herformuleer waar nodig de parameter naam en parametertoelichting in taal die voor alle deelnemers te begrijpen is. Verdeel de parameters onder in inhoudelijke thema's.

Stap 3: Delphironde 1

- **Opmaken vragenlijst ronde 1**

Maak de vragenlijst op. Dit kan met behulp van een online surveyprogramma (bijvoorbeeld

LimeSurvey), per email (vragenlijst als bijlage) of per post. Zie voor een voorbeeld appendix I. Voer een pilottest van de vragenlijst uit met vertegenwoordigers van de verschillende deelnemercategorieën (die niet zelf deelnemen), pas de vragenlijst aan waar nodig.

- **Samenstellen en uitnodigen expertpanel: professionals**

Een representatief expertpanel bestaat uit zowel professionals als ervaringsdeskundigen. Stel in samenspraak met de sleutelfiguren een panel samen met vertegenwoordigers uit alle relevante professionalgroepen, in ieder geval zorgverleners (verpleegkundigen en artsen) en bestuurders. Het is aan te bevelen bij selectie van de zorgverleners zoveel mogelijk te kiezen voor mensen die zich bezighouden met kwaliteitsverbetering. Vermeld in de uitnodiging dat de deelnemer speciaal geselecteerd is door het afdelingshoofd; dit verhoogt de respons.

- **Samenstellen en uitnodigen expertpanel: ervaringsdeskundigen**

Ook hier zijn sleutelfiguren essentieel – denk bijvoorbeeld aan werving via patiëntenverenigingen of nazorgpoliklinieken. Houdt er bij selectie van patiënten rekening mee dat dit een complexe vragenlijst is – kies voor hogeropgeleide personen en/of personen met een achtergrond of interesse in zorg en/of kwaliteitsverbetering. Benader de patiënten per email met het verzoek een afspraak te maken om de vragenlijst mondeling door te nemen en in te vullen.

- **Uitvoeren ronde 1**

Vraag deelnemers om per parameter aan te geven hoe relevant zij denken dat deze informatie voor een bestuurder is om de kwaliteit van zorg in te schatten (op een schaal van 1 tot en met 9, waarbij 1 = helemaal niet relevant en 9 = zeer relevant).

Geef deelnemers 10 dagen de tijd om de vragenlijst te retourneren. Verstuur reminder 1 op dag 10, en reminder 2 op dag 17 na het versturen van de eerste vragenlijst.

Trek voor het telefonisch begeleiden van patiëntdeelnemers minimaal een uur uit. Vermijd daarbij sturend vragen – licht alleen toe wanneer de deelnemer daarom vraagt, of wanneer je het idee hebt dat de deelnemer de vraag en/of de parameter niet goed gebruikt.

- **Verwerking vragenlijst ronde 1**

Op basis van de antwoorden van de deelnemers worden de parameters in drie categorieën verdeeld:

Selectie

Overtuigende meerderheid vindt de parameter relevant: minstens 70% van de respondenten heeft 7, 8 of 9 gescoord én de mediaan is 8 of hoger

Discussie

Extreem scheve verdeling: minstens 30% van de respondenten heeft 1, 2 of 3 gescoord én minstens 30% van de respondenten heeft 7, 8 of 9 gescoord

OF

Enigszins scheve verdeling: minstens 70% van de respondenten heeft 7, 8 of 9 gescoord én de mediaan is 7 of lager

Geen selectie (alle overige gevallen)

Geen overtuigende meerderheid vindt de parameter relevant en geen enigszins scheve verdeling: minder dan 70% van de respondenten heeft 7, 8 of 9 gescoord, en geen extreem scheve verdeling: Respondenten hebben in minder dan 30% van de gevallen 1, 2 of 3 gescoord en/of in minder dan 30% van de gevallen 7, 8 of 9 gescoord

Parameters in de categorieën “selectie” of “discussie” gaan door naar ronde 2.

Stap 4: Delphironde 2

- **Opmaken vragenlijst ronde 2**

Stel de vragenlijst voor ronde 2 samen en gebruik daarbij dezelfde formulering van parameternaam en parametertoelichting als in ronde 1. Zie voor een voorbeeld appendix II. Geef bij iedere kwaliteitsparameter aan:

- De verdeling van de deelnemers over de scoreschaal van 1 tot en met 9
- Welk percentage van de deelnemers deze kwaliteitsparameter een score van 7, 8 of 9 heeft gegeven (oftewel het percentage van de deelnemers dat deze parameter in het hoogste tertiel scoorde)
- De mediane score voor de kwaliteitsparameter. Dat wil zeggen de score die in het midden van de antwoorden ligt: de helft van de scores op deze kwaliteitsparameter was lager dan deze mediaan, de helft was hoger

Vraag deelnemers om van de overgebleven paramaters een specifiek aantal kwaliteitsparameters uit te kiezen die een bestuurder voldoende handvatten geven om in gesprek te gaan met zorgprofessionals over kwaliteit van zorg.

- **Uitvoeren ronde 2**

Geef deelnemers 10 dagen de tijd om de vragenlijst te retourneren. Verstuur reminder 1 op dag 10, en reminder 2 op dag 17 na versturen van de tweede vragenlijst.

Begeleid ook in deze ronde patiëntdeelnemers telefonisch, indien zij dat wensen. Trek hiervoor ongeveer dertig minuten per persoon uit.

- **Verwerking vragenlijst ronde 2**

Analyseer de resultaten met frequentietabellen. Bekijk of er grote verschillen tussen de verschillende deelnemercategorieën zijn.

- **Terugkoppeling deelnemers**

Maak een beknopt document (max. 2 pagina's) met daarin een korte weergave van de belangrijkste bevindingen voor deelnemers en andere geïnteresseerden.

Stap 5: Gebruik van kernset in de praktijk

- **Verzamelen van actuele gegevens**

Loop met sleutelfiguren na uit welke bronnen de verschillende informatie gegenereerd moet worden, en welke contactpersonen daarvoor benaderd moeten worden. Vraag de contactpersoon bij een grote hoeveelheid informatie om (terugkerende) probleempunten te formuleren.

- **Opmaken van de kernset**

Denk goed na over de weergave van gegevens: hoe korter hoe beter; tabellen en figuren waar mogelijk. Probeer bij het verzamelen van informatie zoveel mogelijk de PDCA-cyclus aan te houden: geef waar mogelijk aan welke verbeterpunten zijn afgesproken, en wat daaromtrent de stand van zaken is; eventueel met gebruik van signaalkleuren groen, oranje, en rood. Geef waar mogelijk en relevant gegevenstrends weer in de tijd of in relatie tot landelijke gemiddelden. (Voor een voorbeeldformat – zie appendix III.)

- **Gebruik kernset**

Evalueer het nut van de kernset na eerste gebruik, pas aan waar nodig.

Conclusie en aanbevelingen

In dit project is een stappenplan ontwikkeld voor het samenstellen van een kernset van stuurinformatie voor bestuurders (RvB, divisiebestuur). Bij de selectie zijn zowel bestuurders, zorgverleners als patiënten en hun naasten betrokken, wat leidt tot een breed gedragen kernset.

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; kwantitatieve indicatoren (bijvoorbeeld infectiepercentages of cijfers over het opvolgen van protocollen) komen nauwelijks in hun selectie voor.

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 actuele (“real-time”) informatie die continu weergegeven wordt, om zo een vinger aan de pols te kunnen houden. (Eckerson, 2010; Kroch, 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, 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)

Kijken we naar de inhoud van de parameters dan zijn deze meer generiek en ziekenhuisbreed van aard dan zeer specifiek voor de IC-setting. Naast organisatorische randvoorwaarden en patiëntenervaringen betreffen ze vooral informatie over patiëntveiligheid (bijv. verbeteracties n.a.v. calamiteiten en vermijdbare schade en sterfte) en informatie die aangeeft in welke mate afdelingen of medewerkers in een verbetermodus zitten: is men continu bezig met het optimaliseren van kwaliteit van zorg en is sprake van een verbetercultuur op de afdeling? Doorlopen afdelingen de PDCA-cyclus en in welk stadium bevinden ze zich? Wat betreft deze voorkeur voor informatie over veiligheid en verbetercultuur zien we geen verschillen tussen de vier deelnemende groepen (artsen, verpleegkundigen, patiënten en bestuurders).

Een opvallende bevinding is de overlap tussen beide kernsets: de helft van de kernsets is in beide ziekenhuizen gelijk. Of dit een toevallige bevinding is of wijst op een trend, zou toekomstig onderzoek uit moeten wijzen. Als deze methode op meerdere afdelingen in hetzelfde ziekenhuis ingezet wordt, biedt deze overlap mogelijk aanknopingspunten om een aantal gemeenschappelijke, generieke parameters vast te stellen en deze per afdeling aan te vullen met afdelings-, specialisme- of aandoeningsspecifieke parameters.

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 – zowel bestuurders, zorgverleners als patiënten en naasten – kunnen we met recht spreken van een breed gedragen kernset. Daarbij moeten we opmerken dat de exercitie voor patiënten en naasten complex is: het verdient aanbeveling hogeropgeleide en/of in kwaliteit van zorg geïnteresseerde ex-patiënten of naasten te benaderen en hen bovendien goed te begeleiden bij het doorlopen van de Delphirondes.

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; we zien in de kernsets van beide ziekenhuizen karakteristieke speerpunten terugkomen van het betreffende ziekenhuis.

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 informatie?

Heeft u vragen of opmerkingen, of heeft u interesse in onze methode? Neem dan gerust contact met ons op:

Anke Oerlemans

024 – 36 13104

Anke.Oerlemans@radboudumc.nl

Marieke Zegers

024 – 36 53881

Marieke.Zegers@radboudumc.nl

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

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



ZonMw



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN UMC'S
CONSORTIUM KWALITEIT VAN ZORG

Literatuurlijst

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

Blume, L., van Weert, N., & Kerckamp, H. (2013). Ruim twaalfhonderd richtlijnen is te veel. *Medisch Contact*, 10, 546-547.

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

Braspenning, J. (2011). 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). Amsterdam: Reed Business.

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

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

Fitch, K. (2000). *The Rand/UCLA appropriateness method user's manual*. Santa Monica: RAND.

Groeneboom, G., & Geerdes, B. (2014). IGZ en verzekeraar moeten niet dubbel controleren. Overlap zorgt voor onnodige administratieve rompslomp. *Medisch Contact*, 47, 2350-2352.

Hermens, R.P., Ouwens, M.M., Vonk-Okhuijsen, S.Y., van der Wel, Y., Tjan-Heijnen, V.C., van den Broek, L.D. et al. (2006). Development of quality indicators for diagnosis and treatment of patients with non-small cell lung cancer: a first step toward implementing a multidisciplinary, evidence-based guideline. *Lung Cancer*, 54(1): 117-24.

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

van der Nat, P., Schraven, E., & Scholten, E. (2014). Aan de slag met uitkomstindicatoren. *Medisch Contact*, 16: 826-829.

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

NVIC/NICE (2015). *Data Dictionary Kwaliteitsindicatoren voor IC afdelingen*.

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

van der Voort, P. H., Van der Veer, S. N., & De Vos, M. L. (2012). The use of indicators to improve the quality of intensive care: theoretical aspects and experiences from the Dutch intensive care registry. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 56(9), 1084-1091.

de Vos, M., Graafmans, M., Westert, G., & van der Voort, P. (2006). Een kwaliteitszeef voor de IC: the making of prestatie-indicatoren. *Medisch Contact*, 21, 871-873.

VWS (2013). Kamerbrief Initiatiefnota over patiëntveiligheid.

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

Zegers, M., de Bruijne, M.C., & Wagner, C. (2009). Zonder inzicht geen verbetering. Verbeteren van patiëntveiligheid begint met inzicht in de aard en omvang van onbedoelde schade. *KIZ*, 3,14-17.

Appendix I

Fragment uit de vragenlijst behorend bij Delphironde 1

Terwijl zorgprofessionals zorgen voor de feitelijke kwaliteit van patiëntenzorg, hebben bestuurders en managers de eindverantwoordelijkheid voor het handelen van zorgprofessionals. Welke kwaliteitsinformatie hebben bestuurders en managers (Raad van Bestuur, kwaliteitsmanagers, afdelingshoofden) nodig om een vinger aan de pols houden wat betreft de kwaliteit van de zorg op de afdeling Intensive Care? Met andere woorden: welke kwaliteitsinformatie geeft bestuurders voldoende handvatten voor het goede onderlinge gesprek tussen bestuurders en zorgprofessionals over de kwaliteit van zorg op de afdeling Intensive Care?

Er is een grote hoeveelheid informatie beschikbaar over de kwaliteit van zorg op de Intensive Care. Op de volgende pagina's vindt u een lijst van kwaliteitsparameters, verdeeld in zeven inhoudelijke thema's. Geef per parameter aan hoe relevant u denkt dat deze informatie voor een bestuurder is om de kwaliteit van zorg op de intensive care in te schatten (op een schaal van 1 tot en met 9, waarbij 1 = helemaal niet relevant en 9 = zeer relevant).

1. De volgende vijf kwaliteitsparameters hebben betrekking op de **organisatie van zorg op de Intensive Care (IC)**.

Geef per parameter aan hoe relevant u denkt dat deze informatie voor een bestuurder is om de kwaliteit van zorg op de intensive care in te schatten (met een relevantiescore tussen 1 = helemaal niet relevant en 9 = zeer relevant). Kunt u geen antwoord geven, kies dan "weet niet".

Nr.	Kwaliteitsparameter	Operationalisatie	Relevantiescore
1.1	Verpleegkundige-patiënt-ratio	Het <u>aantal</u> gediplomeerde IC-verpleegkundigen ten opzichte van het totale aantal gelijktijdig behandelde patiënten op de IC.	
1.2	Aanwezigheid en beschikbaarheid intensivist	Het <u>gemiddeld</u> aantal uren per 24 uur dat er minimaal één intensivist aanwezig is op de IC, of beschikbaar is voor de IC.	
1.3	Dagen met volledige bedbezetting	Het <u>aantal</u> kalenderdagen in een jaar waarop alle beschikbare (operationele) IC-bedden op enig moment bezet waren.	
1.4	Aanbevelingen en verbeterpunten naar aanleiding van auditbevindingen	Met een interne audit wordt getoetst of wetgeving, richtlijnen, beroepsnormen en lokaal geformuleerde kwaliteitsnormen daadwerkelijk ingevoerd zijn en in de praktijk uitgevoerd	

		worden. Interne audits worden uitgevoerd door mensen die in dienst zijn van de organisatie zelf. Resultaat van een audit zijn <u>aanbevelingen</u> en <u>verbeterpunten</u> op het gebied van aansturing (doelstellingen, managementstructuur en leiderschap), randvoorwaarden (opleiden, deskundigheid professionals, richtlijnbeheer, hygiëne, ICT), zorgproces (patiëntgerichtheid, patiëntveiligheid, professioneel handelen en samenwerken, dossiervoering) en resultaten (presentatie-indicatoren Inspectie voor de Gezondheidszorg, waardering patiënten en klanten).	
1.5	Conclusies, zwaarwegende adviezen en aanbevelingen naar aanleiding van de NVIC-kwaliteitsvisitatie	De Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (de beroepsvereniging van Nederlandse intensivisten) voert op verzoek van een afdeling Intensive Care eenmaal per twee jaar een visitatie uit naar het goed en betrouwbaar functioneren van die afdeling. De visitatie wordt uitgevoerd door zorgprofessionals uit andere ziekenhuizen. Resultaat van die visitatie is een overzicht van <u>aanbevelingen</u> en <u>verbeterpunten</u> op het gebied van: benoeming en borging medisch hoofd IC, procedurele en medische verantwoordelijkheid op de IC, beschikbaarheid van intensivisten, medische en verpleegkundige formatie, omvang afdeling en productie, beheer en borging protocollen, ontwikkeling regionaal zorgnetwerk, interne visie op functie en ontwikkeling IC, kwaliteitsborging, patiënttevredenheid en behandeling van klachten, ontwikkeling en borging van deskundigheid, multidisciplinair overleg, samenwerking tussen IC en verpleegafdelingen, dataverzameling en scoringssystemen, middelen en materialen, opname en ontslag, toegankelijkheid, inwerken van IC-artsen en verpleegkundigen.	

Appendix II

Fragment uit de vragenlijst behorend bij Delphironde 2

In de vorige vragenlijst vroegen we u, en de andere 23 deelnemers, om per kwaliteitsparameter aan te geven hoe relevant u dacht dat deze voor een bestuurder is om de kwaliteit van zorg op de Intensive Care in te schatten. Op basis van deze vragenlijst is een selectie van kwaliteitsparameters gemaakt. Kwaliteitsparameters met een lage relevantiescore zijn afgefallen. In de onderstaande lijst zijn de overgebleven kwaliteitsparameters opgenomen waarvan de relevantie over het algemeen hoog werd ingeschat (groen), en kwaliteitsparameters waarover geen overeenstemming werd bereikt tussen de deelnemers (geel).

Bij iedere kwaliteitsparameter is aangegeven:

- De verdeling van de deelnemers over de scoreschaal van 1 tot en met 9
- Welk percentage van de deelnemers deze kwaliteitsparameter een score van 7, 8 of 9 heeft gegeven (oftewel het percentage van de deelnemers dat deze parameter in het hoogste tertiel scoorde)
- De mediane score voor de kwaliteitsparameter. Dat wil zeggen de score die in het midden van de antwoorden ligt: de helft van de scores op deze kwaliteitsparameter was lager dan deze mediaan, de helft was hoger

In deze vragenlijst vragen we u om van de 34 overgebleven paramaters tien kwaliteitsparameters uit te kiezen. Tien kwaliteitsparameters die een bestuurder voldoende handvatten geven om in gesprek te gaan met zorgprofessionals over kwaliteit van zorg op de afdeling Intensive Care. U kunt deze kwaliteitsparameters selecteren door bij tien parameters een kruisje te zetten in de laatste kolom ("selectie?"). In verband met de latere analyse van de resultaten is het belangrijk dat u er precies tien selecteert.

Nr.	Kwaliteitsparameter	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Hoogste tertiel	Mediaan	Selectie?
Domein 1: De organisatie van zorg op de Intensive Care (IC)													
1.1	Verpleegkundige-patiënt-ratio Het aantal gediplomeerde IC-verpleegkundigen ten opzichte van het totale aantal gelijktijdig behandelde patiënten op de IC.	1	0	0	1	0	2	3	6	10	83%	8	
1.2	Aanwezigheid en beschikbaarheid intensivist Het gemiddeld aantal uren per 24 uur dat er minimaal één intensivist aanwezig is op de IC, of beschikbaar is voor de IC.	1	0	0	1	0	0	4	4	13	91%	9	
1.3	Dagen met volledige bedbezetting Het aantal kalenderdagen in een jaar waarop alle beschikbare (operationele) IC-bedden op enig moment bezet waren.	1	0	3	0	1	1	4	6	7	74%	8	
1.4	Aanbevelingen en verbeterpunten naar aanleiding van auditbevindingen Met een interne audit wordt getoetst of wetgeving, richtlijnen, beroepsnormen en lokaal geformuleerde kwaliteitsnormen daadwerkelijk ingevoerd zijn en in de praktijk uitgevoerd worden.	0	1	0	0	0	0	2	11	9	96%	8	
1.5	Aanbevelingen en verbeterpunten naar aanleiding van de JCI De accreditatiemethode van Joint Commission International (JCI) geeft inzicht in het functioneren van een afdeling en levert een overzicht op van aanbevelingen en verbeterpunten.	0	0	2	0	1	2	3	7	8	78%	8	
1.6	Conclusies, zwaarwegende adviezen en aanbevelingen naar aanleiding van de NVIC-kwaliteitsvisitatie De Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (de beroepsvereniging van Nederlandse intensivisten) voert op verzoek van een afdeling Intensive Care eenmaal per twee jaar een visitatie uit naar het goed en betrouwbaar functioneren van die afdeling.	0	0	0	0	1	1	4	8	9	91%	8	

Appendix III

Voorbeeldformat kernset

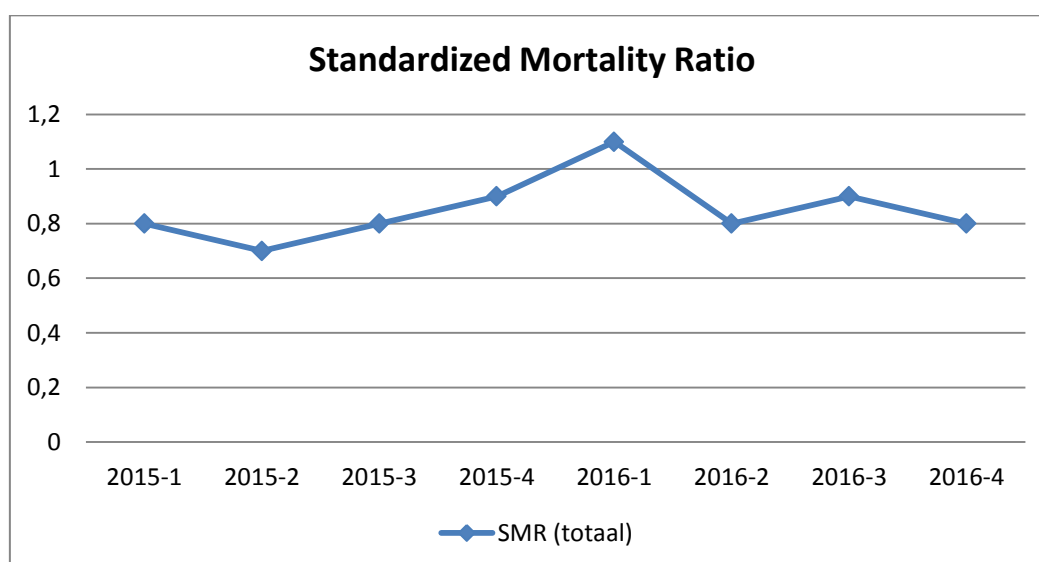
Hieronder vindt u een voorbeeldweergave van enkele onderdelen van de kernset, zoals deze als basis voor het gesprek tussen bestuurder en afdelingsleiding gebruikt zou kunnen worden. Dit voorbeeldformat is niet gevuld met gegevens, maar laat zien hoe informatie gepresenteerd zou kunnen worden voor verschillende soorten te selecteren kwaliteitsparameters: waar mogelijk grafisch of in tabelvorm en/of verduidelijkt met behulp van signaalkleuren rood, oranje, of groen.

Tien geselecteerde kwaliteitsparameters [ziekenhuis]

Door 24 ex-patiënten, verpleegkundigen, artsen, en bestuurders van [ziekenhuis] is een kernset van tien kwaliteitsparameters geselecteerd. Deze set zou bestuurders een goede blik moeten geven op de kwaliteit van zorg op [afdeling] van [ziekenhuis]. Iedere kwaliteitsparameter geeft actuele informatie weer: in de meeste gevallen is dit informatie uit de afgelopen twee jaar. Waar mogelijk en relevant zijn verbeteracties en/of de huidige stand van zaken wat betreft specifieke problemen toegevoegd. Deze set dient als basis voor het gesprek over de kwaliteit van zorg op [datum].

1. Sterfte uitgedrukt in Standardized Mortality Ratio

De Standardized Mortality Ratio (SMR) geeft de verhouding tussen de geobserveerde sterfte en de verwachte sterfte aan. Een SMR lager dan 1 betekent dat de geobserveerde sterfte lager is dan de verwachte sterfte. In onderstaande figuur is de gemiddelde SMR uitgezet in de periode januari 2015 tot en met december 2016.



2. Calamiteiten

Analyse van de calamiteiten gerapporteerd aan de IGZ in januari 2015 – december 2016 heeft de volgende calamiteiten opgeleverd waar [afdeling] bij betrokken was, en waarbij verbeterpunten ten aanzien van [afdeling] geformuleerd zijn:

Calamiteit	Verbeterafspraken	Stand van zaken
[calamiteit 1]	[verbeterafpraak 1]	[stand van zaken t.a.v. verbeterafpraak 1]
	[verbeterafpraak 2]	[stand van zaken t.a.v. verbeterafpraak 2]
<i>Reactie IGZ (d.d. datum): [korte weergave van reactie IGZ op calamiteitenanalyse, indien beschikbaar]</i>		

3. Multidisciplinaire complicatiebesprekingen

[Afdeling] participeert met regelmaat in complicatiebesprekingen over patiënten [specialismen] waarbij zij betrokken was.

Specialisme	Soort complicatie	Verbeterpunten
[specialisme 1]	[beschrijving complicatie]	[verbeterpunten]
[specialisme 2]	[beschrijving complicatie]	[verbeterpunten]

4. Vermijdbare schade en sterfte

Tijdens de mortaliteitsanalyse worden de dossiers van overleden patiënten geanalyseerd op onbedoelde schade. De analyse van de dossiers uit de periode januari 2015 – december 2016 laat de volgende punten zien:

Probleem	Verbeterafspraken	Stand van zaken
[probleem 1]	[verbeterafpraak 1]	[stand van zaken t.a.v. verbeterafpraak 1]
[probleem 2]	[verbeterafpraak 2]	[stand van zaken t.a.v. verbeterafpraak 2]

5. Verpleegkundige-patiënt-ratio

In onderstaande tabel wordt de gemiddelde verpleegkundige-patiënt-ratio in de tijd weergegeven, gespiegeld aan de volumegroep en nationaal:

	[Ziekenhuis]	Volumegroep	Nationaal
1 ^e helft 2015			
2 ^e helft 2015			
1 ^e helft 2016			
2 ^e helft 2016			

6. Aanbevelingen en verbeterpunten naar aanleiding van auditbevindingen

De meest recente audit vond plaats op [datum]. [Korte samenvatting van de bevindingen.]

Verbeterpunten	Stand van zaken
[verbeterpunt 1]	[stand van zaken t.a.v. verbeterpunt 1]
[verbeterpunt 2]	[stand van zaken t.a.v. verbeterpunt 2]
[verbeterpunt 3]	[stand van zaken t.a.v. verbeterpunt 3]