



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN UMC'S
CONSORTIUM KWALITEIT VAN ZORG



**STUREN OP
KWALITEIT**

Implementatie Kernset Heelkunde 'Van theorie naar praktijk'

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

februari 2018



DIALOOG



ZIEKENHUISBREED



PATIËNTENGROEPEN



NETWERKEN

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	4
2.	Achtergrond	5
3.	Doelstelling en eindproduct	6
4.	Werkwijze	7
5.	Geleerde lessen	11
6.	Conclusie en aanbevelingen	13
7.	Bijlagen	14

1. Inleiding

“Kwaliteit van zorg inzichtelijk maken, borgen en verbeteren”.

Dat is het gezamenlijk streven van de acht umc's. Daarmee nemen zij verantwoordelijkheid voor en geven zij richting aan een duurzame en patiëntveilige gezondheidszorg waarin de patiënt centraal staat. Om dit te bereiken wordt in en door ziekenhuizen veel kwaliteitsinformatie verzameld, maar de betekenis is niet eenduidig. Een kritische blik op de huidige kwaliteitsinformatie en een ziekenhuisbrede inbedding van kwaliteitsverbetering maakt het de Raad van Bestuur mogelijk te sturen op kwaliteit. Doel van het NFU programma Sturen op Kwaliteit is de leden van de Raad van Bestuur van de ziekenhuizen, waaronder de acht Universitaire Medische Centra (umc's) op handzame wijze voorzien van informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg op instellingsniveau. Welke informatie nodig is, waaruit deze te ontleen, en hoe deze te gebruiken, zijn vragen waar de umc's zich in het programma Sturen op Kwaliteit op richten.

Als onderdeel van het programma Sturen op Kwaliteit is tussen medio 2016 en medio 2017 de Kernset Heelkunde ontwikkeld. Onderdeel van dit project was ook het ontwikkelen van een werkwijze waarmee sturen op kwaliteit in de praktijk gebracht kan worden met behulp van de kernset. Daarnaast is een aantal vragen beantwoord, die in brede zin relevant zijn voor de implementatie van sturen op kwaliteit, zoals eigenaarschap en het belang van het meenemen van strategische belangen en overwegingen in de besluitvorming rondom partnerships met leveranciers.

Als gevolg van bovenstaande is op verzoek van het Consortium Kwaliteit van Zorg en bestuurders van de UMC's de keuze gemaakt om met de DHD het dashboard voor de kernset verder te ontwikkelen, waarmee vervolgens sturen op kwaliteit in de praktijk gebracht kan worden. De DHD heeft inmiddels aangeboden dit kosteloos te willen doen. Dit proces vergt echter een voortzetting van de begeleiding van de projectgroep inclusief de huidige ondersteuning. Dit biedt tevens de mogelijkheid de beoogde werkwijze daadwerkelijk te implementeren, hetgeen de projectgroep nadrukkelijk ambieert.

Dit project vormt een vervolg op een eerder project Kernset Heelkunde van het programma en betreft de implementatie van een nieuwe werkwijze. Het draagt zorg voor implementatie van de in het project Kernset beschreven werkwijze met als doel sturen op kwaliteit in de praktijk te brengen. De projectgroep heeft slechts een deel van de verstrekte subsidiegelden van het eerdere project benut en mocht derhalve gedurende een half jaar een deel van de resterende gelden aanwenden voor de voortzetting van het gestarte traject.

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). In de projectgroep zijn de afdelingshoofden Heelkunde van vier umc's (Prof Dink Legemate, AMC, Prof Joke Hendriks, Erasmus MC, Prof Rob Tollenaar, LUMC, Prof Kees van Laarhoven, Radboud UMC) met dr Marlies Jansen-Landheer, LUMC, en dr Annelies Visser, AMC, betrokken bij de verdere ontwikkeling van de kernset in het DHD dashboard 'Zuiver' en de implementatie van de kernset in de UMC's.

2. Achtergrond

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

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

Startpunt van het vervolgproject zijn de indicatoren van de kernset Heelkunde, zoals gedefinieerd in het project Kernset Heelkunde:

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

Om het uiteindelijke succes van het eerdere project Kernset Heelkunde te kunnen beoordelen – en daarmee de toepasbaarheid voor andere afdelingen – is een vervolgtraject van groot belang. De projectgroep is daartoe gemotiveerd en wil graag de transitie van theorie naar praktijk maken.

3. Doelstelling en eindproduct

Doelstelling project en eindproduct:

'Het dashboard als middel, implementatie werkwijze (en uiteindelijk sturen op kwaliteit) als doel'.

De werkwijze dient ook in deze fase als voorbeeld voor andere afdelingen, waarbij ook de dialoog met de bestuurders van groot belang blijft. Vanuit het perspectief dat een kernset en dashboard 'slechts' een middel zijn om een doel – kwaliteitsverbetering - te bereiken, heeft de projectgroep zich zelf ten doel gesteld een proces te ontwikkelen dat dit mogelijk maakt. Aangezien de verantwoordelijkheden op dit vlak op verschillende niveaus binnen de organisatie liggen (RvB, divisies, afdelingen en subafdelingen), wordt ook aan een gestructureerde werkwijze, verantwoordelijkheidsverdeling en interactie op de verschillende niveaus aandacht besteed.

Eindproduct project

Primair

Dashboard Kernset Heelkunde

Secundair

Werkwijze gebruik dashboard om daadwerkelijk te komen tot sturen op en verbeteren van de kwaliteit van zorg.

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

4. Werkwijze

4.1 Projectgroep en proces

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

4.2 Uitgangspunten project

Er is een aantal uitgangspunten van belang bij de implementatie van het dashboard met de kernset van indicatoren voor bestuurders die worden meegenomen in dit project:

- de professional is leidend in het verbeteren van kwaliteit van zorg voor de patiënt. De kwaliteitsinformatie moet daarom blijven aansluiten op de behoefte van de professional
- betrokkenheid van alle belanghebbenden bij de ontwikkeling en gebruik van het dashboard. Deze betrokkenheid vergroot het draagvlak en bevordert vervolgens de implementatie
- aansluiting van interne kwaliteitsinformatie en kwaliteitsverbetering op de uitlevering van kwaliteitsgegevens voor externe partijen
- stuurinformatie wordt gevoed door broninformatie uit onderliggende medische systemen, dan wel door de patiënt zelf verschaft
- de RvB kernset hoeft niet 100% identiek te zijn voor alle ziekenhuizen, maar gedeelde elementen zijn noodzakelijk voor het vergelijken van ziekenhuizen onderling
- kwaliteitsinformatie is valide en betrouwbaar en kent o.a. eenduidige en eenvoudige definities, uniforme dataverzameling en – waar nodig en mogelijk - zorgvuldige correctie voor casemix
- kwaliteitsinformatie wordt op gebruiksvriendelijke wijze (eenvoudig en informatief) gepresenteerd
- signalen van indicatoren op ziekenhuisniveau kunnen verdiept worden naar afdelingsniveau of patiëntgroepen
- elk ziekenhuis wordt hierbij door een kwaliteitsmedewerker/data-expert met expertise en kunde ondersteund

Stappen bij voortzetting van het lopende traject gedurende een half jaar:

- begeleiden DHD in de bouw van het dashboard. De DHD heeft toegezegd het dashboard kosteloos te bouwen
- analyse van data, met name de ziekte specifieke data
- implementatie van de werkwijze van het project Kernset Heelkunde dmv het voorbereiden en begeleiden van de projectgroep bijeenkomsten en begeleiden van de dialoog met de bestuurders

4.3 Fasen in het vervolgproject inclusief resultaten

Fase 1: Valideren indicatoren

In deze fase wordt de vastgestelde set die getoond wordt op het dashboard met LBZ data gevalideerd. De DHD en de projectgroep zullen per deelnemend ziekenhuis de generieke data en de definities bekijken en valideren met eigen data.

Resultaat

Elk deelnemend ziekenhuis heeft voor enkele gebruikers een bevoegdheid gekregen om het dashboard en de onderliggende data te testen (bijlage 1). Naast het afdelingshoofd is ook een stafid met kwaliteit in zijn of haar portefeuille betrokken, een data analist en/of

Eindrapportage Implementatie Kernset Heelkunde

kwaliteitsmedewerkers. De DHD en één van de projectgroepleden hebben elk ziekenhuis bezocht voor de uitleg van het dashboard en de validatie van de data om draagvlak binnen het ziekenhuis te creëren. Tijdens deze bezoeken zijn er ook wensen en verbeteringsuggesties verzameld. Deze zijn vervolgens door de projectgroep geprioriteerd op basis van gezamenlijke behoeftes en haalbaarheid op korte en langere termijn. Deze zijn in fase 3 meegenomen. Deze fase is afgerond. Echter verbeteren is een continue proces en vraagt om flexibiliteit binnen de kernset en om een nieuwe validatie van indicatoren.

Fase 2: Data-analyse selectie en validatie sub-specialismen

De projectgroep heeft aangegeven de subspecialismen verder te willen specificeren in een subset. Deze subset maakt het gebruik van het dashboard binnen de subgroepen van de Heelkunde toegankelijker gezien de herkenbaarheid van de getoonde patiëntcategoriën.

Resultaat

Een nadere data-analyse is uitgevoerd. Daarbij is de selectie van specifieke maar relevante deelgebieden/sub-specialismen van de chirurgie met LBZ data nader bekeken en geanalyseerd. De set met sub-specialismen is aangeleverd bij de DHD en zal in februari 2018 te gebruiken zijn (zie bijlage 2). In een vervolg gesprek met betrokkenen van de deelnemende ziekenhuizen is nagegaan of de data van de gezamenlijk selectie van sub-specialismen valide en juiste data bevat. De definitieve selectie van sub-specialismen is op basis hiervan gemaakt door de projectgroep, waarbij relevantie en vergelijkbaarheid de belangrijkste selectiecriteria zijn.

Deze fase is afgerond.

Fase 3: Opleveren dashboard

Het dashboard moet voldoen aan onderstaande basisvoorwaarden. In deze fase zal DHD een dashboard opleveren, dat minimaal aan onderstaande voorwaarden voldoet:

- Het direct kunnen doorklikken naar patiëntgegevens
- Het kunnen exporteren van de eigen data
- Actuele data (max per kwartaal)
- Benchmark UMC's
- Visueel aantrekkelijk en eenvoudig op te vragen
- Dashboard moet flexibel zijn (nieuwe indicatoren erop, oude eraf)
- Samenhang tussen indicatoren, makkelijk switchen en doorklikken
- Inzichtig in trends
- Starten met filters op periode (per kwartaal), op sub-specialisme, op ICD-10 en op CBV verrichting

Resultaat

Het dashboard is al in gebruik bij een selecte groep gebruikers. De feedback van deze gebruikers wordt geprioriteerd en vormt onderdeel van de verdere ontwikkeling. Het huidige dashboard voldoet aan vrijwel al deze voorwaarde. Het inzichtelijk maken van trends is een wens van de gebruikers, die in februari 2018 mogelijk zal zijn binnen het dashboard. Het opvragen van de data (in excel) kan via een knop op het dashboard maar is voorbehouden aan de nog aan te wijzen beheerders per umc.

Deze fase is afgerond.

Fase 4: Vaststellen werkwijze

De projectgroep heeft zich zelf ten doel gesteld een proces te ontwikkelen waarbij het dashboard gebruikt wordt als middel om te sturen op en verbeteren van kwaliteit. Aangezien de verantwoordelijkheden op dit vlak op verschillende niveaus binnen de organisatie liggen (RvB,

Eindrapportage Implementatie Kernset Heelkunde (divisies, afdelingen en subafdelingen), wordt ook aan een gestructureerde werkwijze, verantwoordelijkheidsverdeling en interactie op de verschillende niveaus aandacht besteed. Daarbij is het van belang deze data regelmatig – bij voorkeur gezamenlijk - te bekijken, begrijpen en bespreken. Niet het registreren, maar het belang van kwaliteitsverbetering moet voorop blijven staan.

Resultaat

De projectgroep heeft een werkwijze ontwikkeld waar het komende jaar naar toe gewerkt wordt. De volledige werkwijze staat in bijlage 3 beschreven maar behelst stappen als het creëren van draagvlak, het implementeren van een duurzame werkwijze en het vergroten van onze kennis en kunde. In de opstartfase zal de primaire doelgroep bestaan uit de Afdelingen Heelkunde zijn van de reeds betrokken umc's. In deze fase wordt reeds ingezet op het uitbreiden van deze groep naar de Afdelingen Heelkunde van alle umc's.

In het beschreven proces hebben de kwaliteitsadviseurs een belangrijke rol: door een gerichte analyse op de verschillende niveaus kunnen zij de professionals veel werk uit handen nemen en daarmee gerichte kwaliteitsverbetering mogelijk maken. Voldoende beschikbaarheid van kwaliteitsadviseurs met de juiste kennis en kunde is daarmee van groot belang om een toekomstbestendige werkwijze te realiseren. De verantwoordelijkheid voor de implementatie van het dashboard in het eigen UMC ligt voor de afdeling Heelkunde – op alle niveau's – primair bij het betreffende afdelingshoofd. Deze heeft daarnaast ook de verantwoordelijkheid het eigen divisiebestuur en de RvB voor het dashboard te interesseren. RvB's zullen daarnaast via het consortium actief op het initiatief worden gewezen. Een goede interactie tussen staf en kwaliteitsmedewerkers binnen een umc en op landelijk niveau zal het verbeteren van zorg versterken, doordat synergie van kennis en kunde zo worden bereikt. De projectgroep neemt voorlopig de regie nemen in de actieve implementatie en ontwikkeling van deze werkwijze.

We starten met themagerichte kwaliteitsverbetering, toewerkend naar een werkwijze op termijn waarbij:

- Verschillende doelgroepen ivm gelaagdheid opbouw: RvB/managers/afdelingshoofden/subafdelingshoofden
- Ieder eigen verantwoordelijkheid en bijbehorend informatieniveau
- Kracht werkwijze ligt in bottom-up benadering

Deze fase is afgerond.

Fase 5: Uitvoeren en evaluatie

In deze fase wordt de vastgestelde werkwijze ten uitvoer gebracht.

Ervaringen en nieuwe inzichten over de werkwijze, randvoorwaarden en het dashboard zelf, die voor andere terreinen dan de heelkunde relevant kunnen zijn, worden beknopt vastgelegd. Het identificeren van best practices en het (gezamenlijk) oppakken van concrete verbeterdoelen worden vastgelegd en opgevolgd.

Resultaat

Zoals bij fase 4 aangegeven zullen we starten met themagerichte kwaliteitsverbeteringen. Hierbij wordt de keuze gemaakt voor 1 indicator binnen 1 subgroep en een informeel leider binnen deze subgroep om dit experiment te leiden. Binnen het eigen umc en in april 2018 wordt informatie gedeeld tussen de 4 umc's op dit thema. Deze bevindingen worden vervolgens intern teruggekoppeld, waarbij zo nodig interventies worden opgezet om de kwaliteit daadwerkelijk te verbeteren. De resultaten van deze aanpak worden mogelijk weer gedeeld in een breder

Eindrapportage Implementatie Kernset Heelkunde
publiek zoals op de chirurgendagen. Het gebruik van het dashboard wordt verder uitgebreid binnen andere subgroepen.
Deze fase is nog niet afgerond en zal worden voortgezet in 2018.

Fase 6: Doorontwikkeling van de set en uitbreiding andere umc's en/of specialismen

De resultaten uit voorgaande fases worden gebruikt om de set, het dashboard en de werkwijze door te ontwikkelen. De kernset wordt herijkt: op basis van de bevindingen wordt het aantal indicatoren bijgesteld en worden definities opnieuw vastgesteld. De standaard werkwijze voor het beschikbaar maken van de data wordt verder uitgezet en de parameters worden opgenomen in de rapportage. Deze wordt zo mogelijk met de RvB besproken.

Op termijn wordt gestreefd naar uitbreiding van dit dashboard en deze werkwijze naar andere ziekenhuizen (en specialismen). Eerdere vergelijkbare initiatieven hebben aangetoond dat succesvolle projecten op het gebied van meten en verbeteren van de kwaliteit van zorg, vaak navolging vinden in andere instellingen.

Resultaat

Het dashboard is gepresenteerd op het Academisch Hoofdenoverleg en heeft de belangstelling van andere umc's. DHD heeft hen de bevoegdheden voor het Zuiver dashboard uitgereikt. Door DHD wordt onderzocht wat de mogelijkheden zijn van 2 extra indicatoren; 30/90 dagen sterfte en complicaties. In februari 2018 worden door DHD in samenwerking met de projectgroep verdere stappen in gezet.
Deze fase is nog niet afgerond en zal worden voortgezet in 2018.

Conclusie: Resultaat bij voortzetting van het lopende traject gedurende dit half jaar

- begeleiden DHD in de bouw van het dashboard. De DHD heeft toegezegd het dashboard kosteloos te bouwen
Status afgerond
- analyse van data, met name de ziekte specifieke data
Status afgerond
- implementatie van de werkwijze van het project Kernset Heelkunde dmv het voorbereiden en begeleiden van de projectgroep bijeenkomsten en begeleiden van de dialoog met de bestuurders
Status deels afgerond
 - Vaststellen werkwijze afgerond
 - Verdere implementatie in 2018

5. Geleerde lessen

Voor een goede planning van implementatieactiviteiten zijn in elk geval nodig (Grol & Wensing):

1. Een gemotiveerd team met daarin de relevante expertise
2. Creëren van een context die gunstig is voor verandering
3. Betrekken van de doelgroep in het plan
4. Zorg dragen voor betrokkenheid sleutelfiguren
5. Goede planning in de tijd
6. Voldoende middelen en ondersteuning

1. Een gemotiveerd team met daarin de relevante expertise
De projectgroep Kernset Heelkunde is gemotiveerd en er ligt duidelijk leiderschap bij één van de afdelingshoofden. De projectgroep wordt ondersteund door een projectleider en een inhoudsdeskundige. Deze ondersteuning zou in elk deelnemend UMC aanwezig moeten zijn. Deze ondersteuners moeten ook een netwerk vormen om de samenhang en samenwerking te stimuleren. Met het opzetten van dit netwerk is inmiddels een start gemaakt. Of de afdelingshoofden voldoende draagvlak hebben en zullen krijgen binnen de umc's is nog niet duidelijk. Naar verwachting zal de indeling naar subgroepen de afdelingshoofden helpen bij het creëren van draagvlak. Daarbij is voorbeeldgedrag een belangrijke factor.
2. Creëren van een context die gunstig is voor verandering
Dit hangt af van de verandercultuur in de umc's. Wat als een bevorderende factor gezien kan worden is dat de zorgsector wil veranderen door te stoppen met de afvinkcultuur. Men moet zoveel indicatoren registreren en afvinken dat dit zijn doel voorbijschiet. De kernset bevat een beperkt aantal cruciale indicatoren die zijn gekozen door zorgverleners zelf. Indicatoren die al geregistreerd worden. Daadwerkelijk verbeteren is belangrijker dan alleen registreren en afvinken. Deze gezamenlijke doelstelling en een veilige bespreekomgeving zullen een succesvolle implementatie stimuleren.
3. Betrekken van de doelgroep in het plan
In het bereiken van bottom-up succes vormen de subspecialismen binnen de Heelkunde belangrijke doelgroepen. Inzicht en verbetering op het niveau van de subspecialismen binnen het umc en met alle umc's samen. Binnen elk subspecialisme wordt een enthousiaste chirurg betrokken. In de themabijeenkomsten worden de vertegenwoordigers uit deze doelgroepen uitgenodigd om ervaringen te delen op het thema.
4. Zorg dragen voor betrokkenheid sleutelfiguren
De afdelingshoofden uit de projectgroep dragen hun enthousiasme uit, initiëren activiteiten om het gebruik van de Kernset op gang te brengen - ook voor hun eigen subspecialisme - en zien toe op de feitelijke uitvoering. Medisch leiderschap is een belangrijk aandachtspunt bij verandering.
5. Goede planning in de tijd
Veranderprocessen vragen tijd. De implementatie van de Kernset is een landelijke implementatie en zal meerdere jaren in beslag nemen. Al gaat de verandering langzaam toch is daarnaast snelheid en doortastendheid van belang om het momentum niet te verliezen.

6. Voldoende middelen en ondersteuning

In de projectfinanciering van dit project was het financieren van de bouw van (ICT-) applicaties expliciet uitgesloten. DHD heeft toegezegd het dashboard kosteloos te ontwikkelen, maar zonder financiering voor ontwikkelaars kost deze bouw tijd, met name de ontwikkeling van de subspecialismen. Dit heeft de voortgang van het project vertraagd, het dashboard is immers randvoorwaardelijk voor de beoogde werkwijze. Naast financiële middelen is de vrijwillige en onbetaalde inzet van allerlei personen belangrijk voor het slagen van de implementatie van de Kernset Heelkunde. Ten eerste: betrek per thema het stafid met de meeste expertise, betrek de manager van de afdeling oa tbv de continuïteit en ten slotte betrek een kwaliteitsmanager tbv analyse en presentatie van de data.

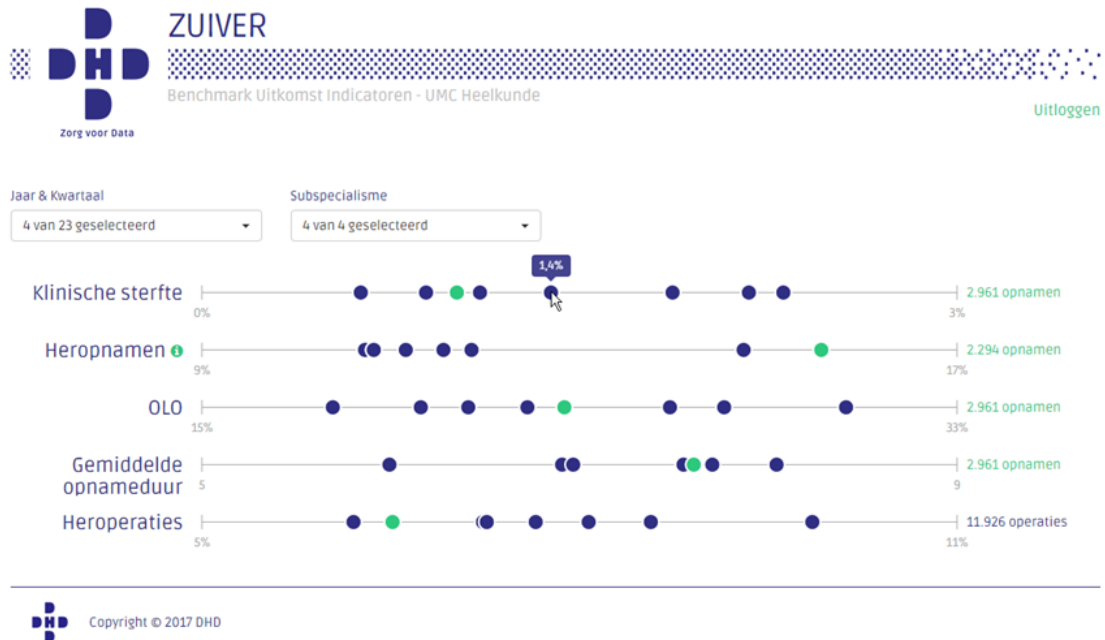
6. Conclusie en aanbevelingen

Het project is conform planning uitgevoerd en heeft geleid tot een werkwijze, waarmee sturen op kwaliteit op een duurzame wijze bereikt kan worden. Bijzonder aan de werkwijze is de interactie op verschillende niveaus zowel binnen als tussen de umc's. Qua proces en verantwoordelijkheidsverdeling dient het dashboard voor de Raden van Bestuur om te signaleren: op welke indicatoren doet 'mijn' umc het beter of slechter dan de benchmark. De nadere analyse van oorzaken en het realiseren van verbetering valt onder verantwoordelijkheid van de afdelingshoofden waarbij de kwaliteitsadviseurs in de huizen een belangrijke rol zullen hebben. Om oorzaken van verschillen te kunnen analyseren is de beschikbaarheid van data tot op patiëntniveau nodig. De opzet met benchmarking biedt de afdelingshoofden Heelkunde de mogelijkheid van elkaar te leren. Ze hebben daarvoor ook een werkwijze ontwikkeld en zullen starten met themagerichte kwaliteitsverbetering. Het dashboard moet gezien worden als de start van een dialoog tussen de afdelingen om met elkaar te komen tot een betere kwaliteit van zorg.

Dit project vindt een vervolg 2018 binnen het programma Sturen op Kwaliteit. De opgedane kennis uit dit project zal verder in de praktijk worden getoetst en verspreid.



Bijlage 1: DHD dashboard 'Zuiver'



Drill-down per bolletje

10 resultaten weergeven Zoeken:

CSV Kolommen verbergen/tonen

Geslacht	Leeftijd	Diagnose	Hoofdverrichting	Opnameduur	Overleden	Heropname volgt	Is heropname
Vrouw	89	T84.5 - Infectie en ontstekingsreactie als gevolg van inwendige gewrichtsprothese	3389401 - Huid - vacuüm wonderzegeling	45	Ja	Nee	Nee
Man	79	C22.9 - Maligne neoplasma van lever, niet gespecificeerd	335511 - Buik - relaparotomie - postoperatieve bloeding	20	Ja	Nee	Nee
Man	72	T82.7 - Infectie en ontstekingsreactie als gevolg van overige cardiale en vasculaire hulpmiddelen, implantaten en transplantaten	333692H - Perif.vaten - revisie bypass been	34	Ja	Nee	Ja
Vrouw	81	K63.1 - Darmporotatie (niet-traumatisch)	339758 - E.c.g. - interpreteren door arts	1	Ja	Nee	Ja
Man	86	S02.10 - Schedelbasisfractuur- gesloten	339830 - Arterie - punctie - onderzoek po2 - ph en pco2	0	Ja	Nee	Nee
Man	67	N39.0 - Urineweginfectie, lokalisatie niet gespecificeerd	-- (verrichtingcode leeg/onbekend)	2	Ja	Nee	Ja
Man	71	J96.0 - Acute respiratoire insufficiëntie	-- (verrichtingcode leeg/onbekend)	8	Ja	Nee	Nee
Man	70	K91.8 - Overige gespecificeerde aandoeningen van spijsverteringsstelsel na medische verrichting, niet elders geclassificeerd	-- (verrichtingcode leeg/onbekend)	0	Ja	Nee	Ja
Man	76	K62.7 - Proctitis door straling	334638 - Dunne darm - part resectie niet gesp. met prim. anastomose	24	Ja	Nee	Nee
Vrouw	84	S42.40 - Fractuur van onderende van humerus- gesloten	-- (verrichtingcode leeg/onbekend)	6	Ja	Nee	Nee

1 tot 10 van 30 resultaten < Vorige 1 2 3 Volgende >

Eindrapportage Implementatie Kernset Heelkunde

Drill-down per patient

10 resultaten weergeven Zoeken:

CSV Kolommen verbergen/tonen

	Geslacht	Leeftijd	Diagnose	Hoofdverrichting	Opnameduur	Overleden	Heropname volgt	Is heropname
	Vrouw	89	T84.5 - Infectie en ontstekingsreactie als gevolg van inwendige gewrichtsprothese	338940I - Huid - vacuüm wondverzegeling	45	Ja	Nee	Nee
	Man	79	C22.9 - Maligne neoplasma van lever, niet gespecificeerd	335511 - Buik - relaparotomie - postoperatieve bloeding	20	Ja	Nee	Nee
	Man	72	T82.7 - Infectie en ontstekingsreactie als gevolg van overige cardiale en vasculaire hulpmiddelen, implantaten en transplantaten	333692H - Perif.vaten - revisie bypass been	34	Ja	Nee	Ja
	Vrouw	81	K63.1 - Darmperforatie (niet-traumatisch)	339758 - E.c.g. - Interpreteren door arts	1	Ja	Nee	Ja
	Man	86	S02.10 - Schedelbasisfractuur- gesloten	339830 - Arterie - punctie - onderzoek pO2 - pH en pCO2	0	Ja	Nee	Nee
	Man	67	N39.0 - Urineweginfectie, lokalisatie niet gespecificeerd	-- (verrichtingcode leeg/onbekend)	2	Ja	Nee	Ja
	Man	71	J96.0 - Acute respiratoire insufficiëntie	-- (verrichtingcode leeg/onbekend)	8	Ja	Nee	Nee
	Man	70	K91.8 - Overige gespecificeerde aandoeningen van spijsverteringsstelsel na medische verrichting, niet elders geïnclassificeerd	-- (verrichtingcode leeg/onbekend)	0	Ja	Nee	Ja
	Man	76	K62.7 - Proctitis door straling	334638 - Dunne darm - part. resectie niet gesp. met prim.anastomose	24	Ja	Nee	Nee
	Vrouw	84	S42.40 - Fractuur van ondereinde van humerus- gesloten	-- (verrichtingcode leeg/onbekend)	6	Ja	Nee	Nee

1 tot 10 van 30 resultaten

< Vorige 1 2 3 Volgende >

Bijlage 2: Subgroepen Heelkunde

Groep	Subgroep	Op termijn	
GE-Onco	Pancreas	Benigne	Oncologie
GE-Onco	Slokdarm	Benigne	Oncologie
GE-Onco	Maag	Benigne	Oncologie
GE-Onco	Lever	Benigne	Oncologie
GE-Onco	Rectum	Benigne	Oncologie
GE-Onco	Colon	Benigne	Oncologie
GE-Onco	Galblaas, galwegen	Benigne	Oncologie
GE-Onco	Proeflaparatomie	Benigne	Oncologie
endocrien	Bijschildklier	Benigne	Oncologie
endocrien	Schildklier	Benigne	Oncologie
endocrien	Bijnieren	Benigne	Oncologie
mamma	Mamma D.I.E.P.	Benigne	Oncologie
mamma	Mamma met Expander/Prothese	Benigne	Oncologie
mamma	Mamma Ablatio	Benigne	Oncologie
mamma	Mamma lumpectomie	Benigne	Oncologie
Trauma	Bekken - fract., lux.		
Trauma	Heup - fract., lux.		
Trauma	Ond.extr. - fract., lux.		
Trauma	Bov.extr. - fract., lux.		
Trauma	voet-enkel fractt. Lux		
Trauma	Multitrauma		
Vaat	Niertransplant		
Vaat	Donornefrectomie		
Vaat	Aorta TEVAR		
Vaat	Aorta Thoraco open / TAAA		
Vaat	Aorta EVAR		
Vaat	Aorta Open AAA		
Vaat	Carotis		
Vaat	Vaat perifeer		
Vaat	Vaat hoofd-hals		
Vaat	Amputaties - overig		
Vaat	Amputaties - diabetische voet		

Bijlage 3: Werkwijze Kernset Heelkunde

Plan-Do-Act cyclus

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

Werkwijze Kernset Heelkunde

- Draagvlak, duurzame werkwijze, kennis en kunde:
 - Informeer en betrek de staf
 - Delegeer – maak 1 staf lid trekker van het project
 - Betrek per thema het staf lid met de meeste expertise
 - Betrek manager van de afdeling oa tbv de continuïteit
 - Betrek kwaliteitsmanager tbv analyse en presentatie van de data
- Kennis en kunde, benutten beschikbare data en onderlinge benchmark
 - Breng bovenstaande personen van de verschillende huizen met elkaar in verbinding
 - Organiseer daarnaast periodieke bijeenkomsten met de afdelingshoofden erbij

Opstartfase Primaire doelgroep Afdelingen Heelkunde

- Doel:
 - Themagerichte kwaliteitsverbetering
 - Verkrijgen draagvlak binnen afdelingen
 - Gebruik maken van eigen kennis en kunde
 - Maximaal benutten beschikbare data en onderlinge benchmark
 - Ontwikkelen duurzame werkwijze
- Kick-off bijeenkomst met personen van de ziekenhuizen met als doel:
 - Wederzijdse overall verwachtingen helder – mn te delegeren taken en periodieke vervolgspraken
 - Themakeuze 1^e project op basis van de data: wat willen we verbeteren en hoe verwachten we dat te bereiken?
 - Concrete afspraken over:
 - Scope analyses
 - Termijn waarin eea bereikt moet zijn
 - Wie doet wat
 - Hoe vaak waarover door projectgroep terugkoppeling aan de huidige projectgroep
 - Op welke wijze wordt de rest van de staf in de huizen hierin meegenomen

Werkwijze op termijn

- Verschillende doelgroepen ivm gelaagdheid opbouw: RvB/managers/afdelingshoofden/subafdelingshoofden
- Ieder eigen verantwoordelijkheid en bijbehorend informatieniveau
- Kracht werkwijze ligt in bottom-up benadering
- Werkwijze van daaruit opbouwen

Eindrapportage Implementatie Kernset Heelkunde
Het programma *Sturen op Kwaliteit* wordt gefinancierd door het Citrienfonds.
Dit fonds helpt duurzame en breed inzetbare oplossingen in de gezondheidszorg te ontwikkelen
en is mogelijk gemaakt door ZonMw.



ZonMw



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN UMC's
CONSORTIUM KWALITEIT VAN ZORG

