



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN UMC'S  
CONSORTIUM KWALITEIT VAN ZORG



## STUREN OP KWALITEIT

# Governance rond Kwaliteitsverbetering: Lessen uit lokale Dashboard Ontwikkeling

Een handreiking met praktische lessen voor Nederlandse ziekenhuizen



---

Dr. Anne Marie Weggelaar MCM, Damien Broekharst Msc, Dr. Martine de Bruijne MD

Versie [1001] [13-04-2017]



DIALOOG



ZIEKENHUISBREED



PATIËTENGROEPEN



NETWERKEN

# Inhoudsopgave

Inleiding .....	4
1 Opzet van het onderzoek .....	6
1.1 Methoden.....	6
1.2 Klankbordgroep .....	7
2 Wat is een dashboard? .....	10
2.1 Definitie van dashboards.....	10
2.2 Functies van dashboards.....	11
3 Wat is de inhoud van een dashboard? .....	14
3.1 Kwaliteitsinformatie op dashboards.....	14
3.2 Beslissingen over de inhoud van dashboards .....	16
3.3 Validiteit en Betrouwbaarheid van kwaliteitsinformatie .....	17
3.4 Gebruik van normen op dashboards .....	17
4 Wat is de vormgeving van een dashboard? .....	20
4.1 Visuele vormgeving van dashboards .....	20
4.2 Tekst op dashboards .....	23
4.3 Informatievoorziening van dashboards.....	25
5 Ontwikkelingstappen in een dashboard.....	28
5.1 Stap 1: Inventarisatie .....	28
5.2 Stap 2: Validiteit en Betrouwbaarheid .....	28
5.3 Stap 3: Vormgeving en Presentatie.....	28
5.4 Stap 4: Inrichten ondersteunende systemen .....	29
5.5 Stap 5: Flexibiliseren en Verbinden.....	29
6 Sturen met kwaliteitsinformatie op een dashboard.....	32
6.1 Randvoorwaarde 1: Ondersteunende gesprekscyclus .....	32
6.2 Randvoorwaarde 2: Commitment van management .....	33
6.3 Randvoorwaarde 3: Betekenisgeving.....	34
6.4 Soft-signs.....	34
6.5 Reactief en Pro-actief sturen.....	34
7 Samenhang tussen dashboards.....	36
7.1 Kwaliteitsinformatie in complexe organisaties .....	36
7.2 NFU dashboard .....	37
Bijlage 1: Onderzoek gebruik indicatoren in de umc's .....	39
Bijlage 2: Whole System Measures 2.0 .....	40

## Inleiding

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

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

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

Als onderdeel van het programma [Sturen op Kwaliteit](#) deden de afdeling Sociale Geneeskunde VUmc, verbonden aan het VUmc en EMGO+ Instituut (dr. Martine de Bruijne) en het iBMG van de Erasmus Universiteit (Damien Broekharst Msc, dr. Anne Marie Weggelaar MCM) onderzoek naar het gebruik van kwaliteitsinformatie voor het sturen op kwaliteit en veiligheid. De opdracht vanuit de Nederlandse Federatie van Universitaire ziekenhuizen en ZonMW luidde:

*“Het doel van dit project is de ontwikkeling van een **handreiking met praktische lessen** voor het verkrijgen van inzicht in het gebruik van kwaliteitsinformatie op ondersteunende systemen (zoals overzichten, dashboards en overlegstructuren) voor **effectieve sturing op kwaliteit van zorg** in ziekenhuizen.”*

Voor u ligt dus geen onderzoeksrapport met een vergelijkende studie van de onderzochte ziekenhuizen, maar een handreiking met geleerde lessen op basis van het uitgevoerde onderzoek. We hopen dat deze handreiking bruikbaar is voor alle Nederlandse ziekenhuizen en wellicht ook zorginstellingen uit andere sectoren. In deze handreiking geven we geanonimiseerde voorbeelden uit de onderzochte ziekenhuizen. We laten verschillen en overeenkomsten zien in de manier waarop bestuurders, managers en medewerkers denken over het sturen met behulp van kwaliteitsinformatie gepresenteerd op dashboards (zowel met behulp van ICT als op papier) en de manier waarop zij deze informatie gebruiken. Recent vond een [onderzoek](#) plaats naar de maatschappelijke relevantie van kwaliteitsregistraties, de rapportage daarvan is ook zinvol om te bestuderen als u aan de slag wil met het sturen met behulp van kwaliteitsinformatie.

In de teksten staan kernwoorden in het rood, zodat snel iets terug gezocht kan worden. Blauwe onderstreepte woorden zijn een hyperlink naar meer informatie, zowel binnen de handreiking als naar externe bronnen.

## Opdracht

Het doel van dit project is de ontwikkeling van een **handreiking met praktische lessen** voor het verkrijgen en het gebruik van kwaliteitsinformatie en ondersteunende systemen (zoals overzichten, dashboards en overlegstructuren) voor **effectieve sturing op kwaliteit van zorg** in ziekenhuizen.



Anne Marie Weggelaar & Martine de Bruijne

[weggelaar@bmq.eur.nl](mailto:weggelaar@bmq.eur.nl) & [mc.debruyne@vumc.nl](mailto:mc.debruyne@vumc.nl)



## Methode van onderzoek



# 1 Opzet van het onderzoek

In dit onderzoek stonden zeven deelvragen centraal in de data verzameling:

1. Welke kwaliteitsinformatie wordt gezien als relevant en betrouwbaar en hoe wordt die informatie geregistreerd en verzameld? ([hoofdstuk 3](#))
2. Hoe is de kwaliteitsinformatie voor de verschillende niveaus van het ziekenhuis vormgegeven? ([hoofdstuk 4](#) en [hoofdstuk 7](#))
3. Hoe wordt de kwaliteitsinformatie (op het dashboard) onderhouden en aangepast aan de actuele ontwikkelingen? ([hoofdstuk 3.2](#) en [hoofdstuk 5.5](#))
4. Welke ondersteunende structuren en systemen worden ingericht om de kwaliteitsinformatie te verspreiden, van betekenis te voorzien en te kunnen sturen op kwaliteitsverbetering en kwaliteitsborging? ([hoofdstuk 5.4](#) en [hoofdstuk 6](#))
5. Op welke wijze wordt de kwaliteitsinformatie door de verschillende niveaus in het ziekenhuis gebruikt om te sturen op kwaliteitsverbetering en kwaliteitsborging? ([hoofdstuk 6](#) en [hoofdstuk 7.1](#))
6. Welke voorbeelden van succesvolle sturing gebruikmakend van kwaliteitsinformatie kunnen gegeven worden? (hele handleiding, met geanonimiseerde voorbeelden)
7. Hoe worden resultaten van het gebruik van kwaliteitsinformatie intern en extern zichtbaar gemaakt? (hele handleiding)

## 1.1 Methodes

Start van het onderzoek was het samenvatten van de reeds beschikbare informatie over de academische ziekenhuizen door het analyseren van de transcripten uit de onderzoeken [governance structuur voor kwaliteit](#), [kwaliteitsverbetering in micro systemen](#) en een inventarisatie van de indicatoren op de kwaliteitsdashboards van umc's uitgevoerd door een stafmedewerker van het NFU kwaliteitsconsortium in het najaar 2014 en voorjaar 2015.

Vervolgens zijn in alle acht academische, twee topklinische en twee algemene ziekenhuizen **semigestructureerde groepsinterviews** gehouden op basis van een vooraf opgestelde topic lijst in aansluiting op de onderzoeksvragen (MdB, AMW). In 10 ziekenhuizen werden twee groepsinterviews gehouden: één met bestuurders en één met ondersteuners. De respondentengroep **bestuurders** bestond uit een lid Raad van Bestuur, een lid Stafconvent/Stafbestuur en een lid Verpleegkundige Advies Raad met kwaliteit en veiligheid in de portefeuille en een manager die in de stuurgroep 'kwaliteit' zit. De respondentengroep **ondersteuners** bestond uit een manager van het centrale 'stafbureau' kwaliteit (centrale advies en uitvoeringsorgaan), een centraal werkende kwaliteitsfunctionaris, een decentraal werkende kwaliteitsfunctionaris, een vertegenwoordiger van Business Intelligence en/of medewerker vanuit ICT betrokken bij de inrichting van kwaliteitsinformatie op een dashboard. De groep respondenten verschilde per instelling afhankelijk van de wijze waarop het werken aan kwaliteitsinformatie op dashboards is georganiseerd. De interviews duurden tussen de 1 en 1,5 uur. In totaal werd met 60 respondenten gesproken.

Type respondenten	Aantal respondenten
Bestuurders	24
Ondersteuners	36

Alle groepsinterviews werden getranscribeerd. De transcripten werden door twee onderzoekers (DB en AMW) onafhankelijk van elkaar, via open en thematische codering (op basis van de onderzoeksvragen) geanalyseerd. Daarnaast werden **voorbeelden verzameld** van dashboards door het maken van foto's en analyse van de aangeleverde documenten van de deelnemende ziekenhuizen.

De data zijn verzameld volgens de regels van niet-WMO plichtig onderzoek. Data zijn opgeslagen op een beveiligde netwerkschijf waartoe alleen de direct betrokken onderzoekers toegang hebben. Alle data zijn gearchiveerd met unieke onderzoeksnummers, zodat anonimiteit in de data repository is gewaarborgd.

## 1.2 Klankbordgroep

Een **klankbordgroep** dacht mee in de opzet, interpretatie en rapportage van het onderzoek. De klankbordgroep bestond uit prof. dr. Job Kievit (LUMC), prof. dr. Niek Klazinga (AMC) prof. dr. Roland Bal (Erasmus Universiteit), prof. dr. Cordula Wagner (VU) en prof. dr. Jan Hazelzet (ErasmusMc).







## Wat is een dashboard



### Vormen van dashboards



### Functies van dashboards

## Wat is een dashboard voor kwaliteit en veiligheid

- Het dashboard moet in één oogopslag een overzicht geven van de stand van zaken op de belangrijkste parameters door het tonen van meerdere indicatoren passend bij gebruiker van het dashboard (zoals managementniveau).
- Bepaal met alle betrokkenen welke indicatoren door wie hoe vaak gemeten moeten worden met welk doel, zodat informatie beschikbaar is voor de verschillende doelgroepen in de juiste frequentie.
- Zorg dat het type grafiek past de informatie behoefte van de gebruiker.
- Zorg dat de parameters op het dashboard verbonden zijn aan de strategische koers van het ziekenhuis.
- Zorg dat de 6 functies van een dashboard werken: signaleren, verbeteren verantwoord, dialoog, benchmarken (geen ranglijst) en/of controle.
- Maak een visueel aantrekkelijk dashboard door gebruik te maken van grafieken (type grafiek past bij informatie), plaatjes, emoticons.

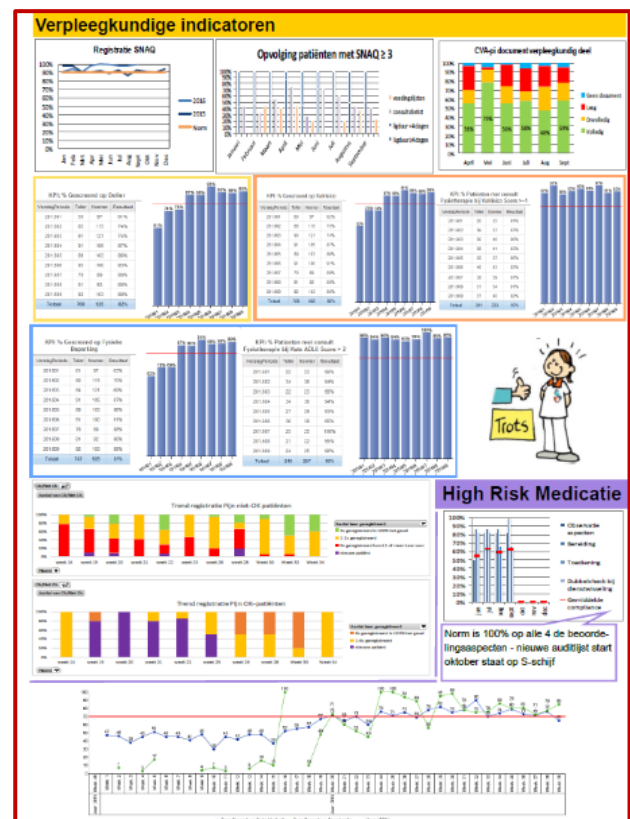
## 2 Wat is een dashboard?

### 2.1 Definitie van dashboards

Respondenten omschrijven een dashboard met metaforen, zoals **autodashboard** en **vliegtuigcockpit**.

“Een dashboard is net als in de auto een instrumentarium waarop je kunt sturen. Dat je een gevoel krijgt of je met de doelstellingen die je hebt geformuleerd al dan niet van buiten aangeleverd, of je op de goede weg bent. Dat betekent dat eenduidig moet zijn dat datgene waar je op stuurt, dat dát ook gemeten wordt. In algemene termen is dat voor mij een dashboard. Alleen een dashboard bij een auto is redelijk overzichtelijk. De snelheid, benzine, temperatuur, of je lichten aan staan, ons dashboard is wat uitgebreider.” (A-b)

Op een dashboard zie je in **één oogopslag de belangrijkste parameters** voor kwaliteit en veiligheid in een ziekenhuis. In de literatuur wordt de volgende definitie gegeven van een dashboard: “A dashboard is a visual display of the most important information needed to achieve one or more objectives; consolidated and arranged on a single screen so the information can be monitored at a glance” (Few, 2006). Een dashboard is **visueel aantrekkelijk** (grafieken, emoticons, plaatjes) en bevat niet te veel tekst. Een dashboard moet laten zien hoe **de prestatie is ten opzichte van afgesproken normen**. De parameters op een dashboard worden gevuld op basis van indicatoren. Een aantal ziekenhuizen kiest voor een **samenhangend stelsel van indicatoren**, die tezamen een beeld geven over één onderwerp/parameter. Bijvoorbeeld een dashboard over verpleegkundige kwaliteit bestaande uit scores op decubitus, ondervoeding, pijn, en vallen.



Dashboards worden in een verschillende frequentie gemaakt, van **real-time** (zie §.4.3) tot maandelijks tot eens per kwartaal, afhankelijk van het gebruikte format en **ondersteuning van software** (zie § 4.1).

In een aantal ziekenhuizen is de kwaliteitsinformatie op het dashboard **gekoppeld aan de strategische koers van het ziekenhuis**. Bijvoorbeeld door de keuze om parameters met bijbehorende indicatoren te verbinden aan de kaderbrief en de daaraan afgeleide jaarplannen. Ingewikkeld vraagstuk daarbij is de gevolgtijdelijke samenhang tussen de organisatie-eenheden en de centrale kwaliteitsafdeling. De vraag waarmee ziekenhuizen worstelen is: of de jaarplannen van de organisatie-eenheden of het jaarplan van de centrale kwaliteitsafdeling leidend is. Dit bepaalt ook soms wie de parameters voor kwaliteitsinformatie op het dashboard kiest. Dit vraagstuk hangt samen met de gekozen **governance structuur** en de mate waarin voor centralisatie in het bepalen van het kwaliteitsbeleid is gekozen. In samenhang met de governance structuur, kunnen ziekenhuizen verschillende dashboards hebben voor verschillende organisatie-eenheden en managementlagen. De complexiteit van de organisatie maakt het verbinden van de verschillende dashboards tot een uitdaging.

## 2.2 Functies van dashboards

Ziekenhuizen bepalen afhankelijk van gebruiker en doel van het dashboard de inhoud. Zes functies komen naar voren, die ziekenhuizen in meer of mindere mate hebben ingericht:

1. **Signaal-functie:** de presentatie van data op het dashboard ondersteunt het signaleren van aspecten van kwaliteit van zorg die aandacht verdienen, bijvoorbeeld doordat zij afwijken van de norm of een dalende trend laten zien. Op dit moment zijn de dashboards vooral retrospectief ingericht ten behoeve van de signaal functie.
2. **Verbeter-functie:** kwaliteitsinformatie geeft inzicht in welke onderwerpen verbeterd moeten worden: Wat doen we goed? Wat kan er beter? Waar/wie zitten onder de norm?
3. **Verantwoordings-functie:** de presentatie op het dashboard ondersteunt het top-down controleren van de kwaliteit, bijvoorbeeld door inzicht te geven in de geleverde kwaliteit met behulp van indicatoren. Dit gebruik van de indicatoren is ook belangrijk in het borgen van bereikte resultaten van verbeteractiviteiten. Op basis van de informatie op het dashboard wordt zowel intern als extern verantwoording afgelegd.
4. **Dialoog-functie:** de presentatie op het dashboard voedt (in)formele discussie, bijvoorbeeld over de geleverde kwaliteit. Een dialoog en reflectie draagt bij aan de gezamenlijke betekenisgeving over de geleverde kwaliteit en helpt bij het identificeren van mogelijke oorzaken en bijpassende verbeterinitiatieven.
5. **Benchmarking-functie:** het vergelijken van de parameters tussen patiëntengroepen, tussen organisatie(-eenheden) en tussen ziekenhuizen zodat geleerd kan worden van de 'beste', maar ook positieve competitie tussen organisatie(-eenheden) ontstaat.
6. **Controle-functie:** het controleren en valideren van gegevens die intern gebruikt worden (bijvoorbeeld voor de begroting), maar ook aan externe stakeholders worden aangeleverd. Externe stakeholders zoals zorgverzekeraars (voor inkoop van zorg), patiënten (keuze informatie) en IGZ (transparantie over de geleverde kwaliteit en de wijze waarop organisatie van zorg geregeld is). Dashboards die deze functie hebben, worden in een aantal ziekenhuizen ook gemaakt voor Raad van Toezicht en/of de Cliëntenraad.

In meerdere interviews werd genoemd dat een dashboard niet tot doel mag hebben om organisaties of organisatie-eenheden te **'ranken'**, omdat ranglijsten onvoldoende rekening houden met context en (patiënten)variabelen en daardoor ongelijke vergelijkingen worden gemaakt. Dit is opvallend omdat benchmarking-functie ook een vorm van ranglijsten is en wel gezien wordt als zinvol.

Het doel van 'ranglijsten' is beoordelen en benchmarken om van elkaar te leren en dat maakt volgens de respondenten het verschil. De respondenten vinden het meer zinvol dat er inzicht wordt gegeven in lange termijn trends van de eigen organisatie(-eenheid).

*"Maar de mens is, onze westerse cultuur is heel erg gericht op wie is de beste, wie is de een na beste. Olympische spelen, de 1, 2 en 3 en de rest telt niet mee; eigenlijk twee en drie ook al niet. Dus we hebben de neiging om heel erg in die ranglijst te denken. De ervaring binnen de thoraxchirurgie laat zien dat de nummer één die in een bepaald jaar nummer één presteert, zeg maar geheel genomen, dat de afgelopen jaren dat niet steeds dezelfde kliniek is. Dat je de eerste plek niet lang vasthoudt. Met andere woorden, dat wisselt voortdurend. Wil je iets gaan zeggen over van nou wie zijn nou de betere klinieken, dan moet je dat over een aantal jaren met kennis van zaken interpreteren." (U-b)*

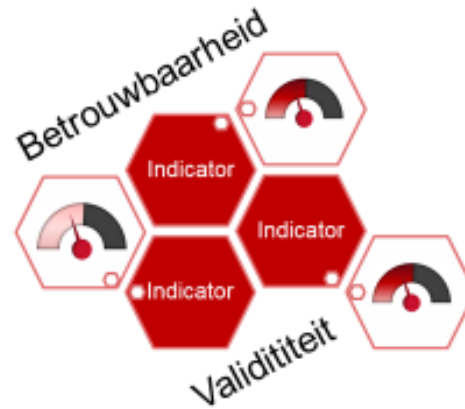
Respondenten zijn tegen 'ranking', omdat ranglijsten verleiden om sociaal wenselijk te gaan registreren ('gamen') of zelfs zorgverlening aan te passen op een negatieve manier, om zo hoog mogelijk in de ranglijsten terecht te komen. Om onjuiste registratie of zelfs nadelige zorgverlening te voorkomen, vinden deze respondenten dat kwaliteitsinformatie deze functie niet mogen krijgen (zie ook [Wallenburg et al, 2016](#)).

*"Je kunt vergelijken en je kunt benchmarken. Je kunt je spiegelen aan de beste. Maar je hebt ook de kans dat het lijstjes worden. In vergelijking met wat de AD en de Elsevier doet. Het risico is, uhm, is dat mensen weer dingen gaan oppoetsen. Naar mate dingen meer uit de bron komen, zoals die DICA registraties, die kun je steeds minder poetsen, want dan komt het rechtstreeks uit de bron en dan komen de getallen erin zoals ze zijn. Maar ik weet ook dat daar waar gepoetst kan worden, dat er ook heel veel gepoetst wordt. Dat getallen echt opgetrokken worden of dat bepaalde patiënten niet meegeteld worden. Dan komen wij er beter uit. Dat is wel een groot risico wat je loopt." (V-o)*

## Wat is de inhoud van een dashboard



**Beslissers over de inhoud van dashboards**



**Indicatoren en bijbehorende normen**

## Ontwikkeling van de inhoud van een dashboard

- Maak afspraken over de rol die managers, zorgprofessionals en kwaliteitsadviseurs (centraal en decentraal) hebben in het bepalen van de inhoud van een dashboard.
- Het betrekken van zorgprofessionals bij het bepalen van normering heeft een positief effect op de acceptatie en het gebruik van de indicatoren.
- Zorg voor samenhang met andere interne dashboards (Financiën, P&O enzovoorts) en externe dashboards (zoals DICA, NICE, LVR enz).
- Met interventie-indicatoren wordt meer inzicht gekregen in de mate waarin gestuurd wordt op verbetering van de kwaliteit.
- Door meer flexibiliteit op de dashboards wordt het continue sturen op kwaliteit beter ondersteund.
- Voeg kwalitatieve data uit audits en tracers toe aan het dashboard zodat meer zicht wordt verkregen op soft signs.

## 3 Wat is de inhoud van een dashboard?

### 3.1 Kwaliteitsinformatie op dashboards

Dashboards bestaan vooral uit **structuur- en procesindicatoren**, omdat veel dashboards ingericht zijn op basis van de externe verantwoordingsindicatoren. In alle ziekenhuizen zijn de VMS thema's dominant aanwezig op de dashboards. Zo registreren alle ziekenhuizen het aantal patiënten waarbij val- en decubitusrisico in kaart wordt gebracht en een ondervoeding- en pijnscore wordt gedaan (procesindicatoren). Alle ziekenhuizen zijn aan het nadenken over de mogelijkheid om meer **uitkomstindicatoren** te registreren. Bijvoorbeeld de hoogte van de gemeten pijnscore, in plaats van het registreren van het percentage patiënten waaraan een pijnscore is gevraagd. Uitkomstindicatoren zien we momenteel nog beperkt terug op de dashboards. Zie bijlage 1 voor een overzicht van de inhoud van de indicatoren uit de universitair medische centra.

Ziekenhuizen, die het kwaliteitsdashboard actief in de praktijk gebruiken, geven aan ook behoefte te hebben aan indicatoren waarop te zien is of adequaat gehandeld wordt op basis van een lage score. De keuze voor dergelijke indicatoren moet dan aansluiten bij de taken en verantwoordelijkheden van de gebruiker van het dashboard. Wij adviseren om deze indicatoren **interventie-indicatoren** te noemen. Dit zijn indicatoren, die een beeld geven van de mate waarin bijgestuurd wordt op de uitslag op een indicator. In het voorbeeld van pijn, zou een interventie-indicator op het niveau van zorgprofessionals kunnen zijn: het aantal patiënten dat binnen 30 minuten zo nodig medicatie kreeg bij een pijnscore boven de 6. Of bijvoorbeeld op het niveau van de organisatie(-eenheid): het bijstellen van protocollen bij een lage score op bepaalde indicatoren.

**Flexibiliteit** van de dashboardinhoud is een belangrijk thema. Flexibiliteit richt zich op verschillende dashboards voor **verschillende organisatieonderdelen**, verschillende **gebruikers** (disciplines, managementlagen) en flexibiliteit in de **gepresenteerde parameters**. In sommige ziekenhuizen worden dashboards aangepast aan strategisch belangrijke onderwerpen of vragen vanuit de externe stakeholders. Daarnaast moet de inhoud van een dashboard ook worden aangepast aan **de gebruiker**, omdat verschillende eindgebruikers binnen een ziekenhuis een andere behoefte hebben aan kwaliteitsinformatie. Dat geldt voor verschillende **managementlagen** in een organisatie: Raad van Bestuur, Thema's/Divisies, Afdelingen, Werkplek-management, maar ook voor **disciplines** (medisch specialisten, verpleegkundigen, fysiotherapeuten enzovoorts) en **vakgebieden** (zoals urologie, anesthesiologie enzovoorts).

*“Ik denk dat in generieke zin op Raad van Bestuur niveau er op dit moment behoefte is aan procesindicatoren, omdat ze daar afgerekend op worden vanuit de buitenwereld. En dat de afdelingen die behoefte absoluut niet hebben, want daar gaat het wat hen betreft niet over.”  
(V-o)*



De verschillende managementlagen en organisatie-eenheden hebben een andere informatiebehoefte voor de inhoud van het dashboard. De meeste respondenten geven aan op dit moment te werken met één ziekenhuisbreed ingericht dashboard, maar op termijn toe te willen werken naar een meer flexibel dashboard dat op maat gemaakt kan worden voor de verschillende doelgroepen.

Door de inrichting van software en de 100% score eis bij sommige externe verantwoordingscijfers, ontstaan regelmatig weinig zinvolle parameters, die veel weerstand oproepen bij professionals. Zo kwamen we het voorbeeld tegen van een secretaresse op de kinderafdeling die 's ochtend vinkje zet bij alle opgenomen kinderen voor de indicator kwetsbare ouderen, omdat anders de noemer van de externe indicatoren van het ziekenhuis niet goed is aan te leveren. In een aantal ziekenhuizen functioneert een commissie of stuurgroep waarbij het verantwoordelijk management een verzoek kan indienen om te mogen stoppen met het registreren van een bepaalde indicator of om de registratie te mogen aanpassen.

“Twee derde van de patiënten in ziekenhuizen ervaart pijn. Slecht behandelde acute pijn kan ernstige medische complicaties geven en de genezing vertragen. De basis van het verminderen van pijn is een vroege herkenning. Het gebrek aan regelmatige pijnmetingen is een van de belangrijkste redenen voor inadequate pijnbehandeling.“  
([landelijk programma VMS – thema pijn](#)).

Strategische koers ziekenhuis: “Alle professionals in X meten en registreren op een uniforme manier pijn, daarmee voorkomen we onnodig lijden van patiënten door pijn en zorgen we voor vroege herkenning en behandeling van pijn.”

Kaderbrief ziekenhuis: “De resultaten van de kwartaalmetingen van de pijnscores worden op alle organisatieniveaus besproken, geanalyseerd en verbeteracties worden ingezet”.

Indicatoren:

- Bij 90% van de klinische patiënten worden gestandaardiseerde pijnmetingen (3 x daags) uitgevoerd met behulp van de Numerieke beoordelings (Rating)Schaal
- Bij 100% van de patiënten op de Spoedeisende Hulp (SEH) vinden gestandaardiseerde pijnmetingen (2 x) plaats: bij triage en ontslag met behulp van de Numerieke beoordelings (Rating)Schaal.
- < 5% postoperatieve patiënten heeft pijnscore > 7 in 72 uur na operatie (norm Inspectie Gezondheidszorg: IGZ)
- < 10% van klinische patiënten met kanker heeft pijnscore > 5 (norm Zichtbare Zorg)
- Percentage pijnscores < 4 van alle geregistreerde pijnscores

De huidige ziekenhuisdashboards bevatten vooral **kwantitatieve informatie**, parameters die in maat en getal uit te drukken zijn. Slechts in twee ziekenhuizen troffen we ook meer **kwantitatieve data uit tracers/audits of verbeterinitiatieven** aan op het dashboard. Daarnaast worden **externe registraties** rondom ziektebeelden of behandelingen, zoals de DICA, NICE, LNR, LVR PREZIES enzovoorts niet opgenomen in het dashboard voor de ziekenhuisbestuurders.

Bij het integraal sturen op kwaliteit is informatie uit de andere domeinen ook relevant. Zo geeft ziekteverzuim een signaal over de cultuur op een afdeling. Hoewel bestuurders deze informatie wel naast elkaar leggen, troffen we nog geen structurele koppeling aan tussen het kwaliteitsdashboard en andere management dashboards (HR, financiën, marketing enzovoorts).

*“Wij aan de business intelligence kant hebben het datawarehouse onder onze hoede. Naast de EPD gegevens halen wij ook uit het financiële systeem of uit het HR systeem gegevens. Alles kunnen we bij elkaar halen. En iemand die met name geïnteresseerd is in een rapport dat over meerdere databases gaat, die zal vrij automatisch bij ons terecht komen. De afdeling, die met de gegevens uit het EPD werkt, die zijn vrij selfsupporting, die kunnen gewoon hun gang gaan binnen de mogelijkheden van EPD.” (R-o)*

Recent heeft het [Institute of Healthcare Improvement](#) (IHI) een set gemaakt van indicatoren passend bij de Triple Aim doelstellingen: de gezondheid van de populatie, individuele ervaringen en prijs per persoon. Zie bijlage 2 voor de criteria die het IHI hanteert. In een onderzoek van [Bismark en Studdert](#) naar betekenisvolle indicatoren voor bestuurders worden de volgende criteria genoemd: aanvaardbaarheid, accuraat, betaalbaarheid van de data verzameling, vergelijkbaarheid, compleetheid, toepasselijkheid, eenvoud, duurzaamheid van het meten, tijdloos en validiteit.

### 3.2 **Beslissingen over de inhoud van dashboards**

De beslismacht met betrekking tot de inhoud van dashboard hangt af van de organisatiestructuur en ingeregelde [governance rondom kwaliteit](#). We onderscheiden drie groepen binnen ziekenhuizen die beslismacht met betrekking tot dashboards hebben met verschillende gevolgen:

1. **Managers:** In deze ziekenhuizen gaat men er vanuit dat het management het best weet welke indicatoren nodig zijn om effectief te kunnen sturen op de geleverde kwaliteit. Gevolg is dat de dashboards veel indicatoren bevatten die voor managers relevant zijn en minder geschikt zijn voor sturing van zorgprofessionals in de primaire processen. Daarnaast zien we dat de verschillende managementlagen een [diverse informatie-behoefte heeft](#) (zie § 7.1) waardoor er een samenhangend stelsel van dashboards nodig is.
2. **Zorgprofessionals:** In deze ziekenhuizen is de beslismacht bij de zorgprofessionals gelegd, omdat het leveren van kwaliteitszorg plaatsvindt in de primaire zorgprocessen. Medici, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals zijn actief in deze primaire zorgprocessen en weten derhalve welke indicatoren van belang zijn voor het krijgen van inzicht in hun werk. In deze ziekenhuizen is de wens meer real-time informatie beschikbaar te krijgen op het dashboard.
3. **Ondersteuners:** In deze ziekenhuizen maken kwaliteitsfunctionarissen binnen het ziekenhuis beslissingen over dashboards, omdat kwaliteitsfunctionarissen expertise bezitten op het gebied van kwaliteitseisen (van externen), kwaliteitsnormen, kwaliteitswetten en ontwikkeling op het gebied van kwaliteit en veiligheid. In deze ziekenhuizen zie je een focus op de VMS thema's en ziekenhuisbrede indicatoren. Aansluiting bij het sturen op kwaliteit van zorg in het primaire proces wordt alleen gerealiseerd als er ook [ondersteunende systemen](#) (zie § 5.4) daarvoor worden ingericht.



In de meeste ziekenhuizen is op dit moment de centrale kwaliteitsafdeling een belangrijke bepaler van de inhoud en de vormgeving van het dashboard. Belangrijk is dat zij meer in gesprek gaan met professionals en management over de relevante parameters en bijbehorende indicatoren als zij het sturen op kwaliteit willen bevorderen.

### 3.3 **Validiteit en Betrouwbaarheid van kwaliteitsinformatie**

Betrouwbaarheid en validiteit is een belangrijk aandachtspunt. De **validiteit** richt zich op de keuze van de juiste indicatoren bij een parameter en/of de juiste teller en noemer van een indicator, zodat inzicht verkregen wordt in de kwaliteit van zorg van deze parameter. **Betrouwbaarheid** heeft onder andere te maken met een volledige en uniforme registratie, die vergelijking in de tijd of met anderen mogelijk maakt. Een gebrekkige of twijfelachtige validiteit en betrouwbaarheid van kwaliteitsinformatie (op dashboards) kan worden gebruikt als excuus om kwaliteitsindicatoren te negeren. De **inrichting van ICT systemen** (EPD, PDMS) en het maken van afspraken over ‘**wat, waar en op welke manier, bij de bron**’ wordt geregistreerd is de belangrijkste methode om [de discussie over de validiteit en betrouwbaarheid van de indicatoren te beslechten](#) (zie § 5.2) Het vinden van betrouwbare en valide uitkomstindicatoren vraagt om **dialoog met professionals**. Enerzijds om draagvlak te creëren voor het goed registreren van data én het werken met het kwaliteitsinformatie. Anderzijds om te controleren of de ingevoerde data wel representatief is. De [Cosmin checklist](#) kan gebruikt worden in de ziekenhuizen om deze discussie te ondersteunen.

### 3.4 **Gebruik van normen op dashboards**

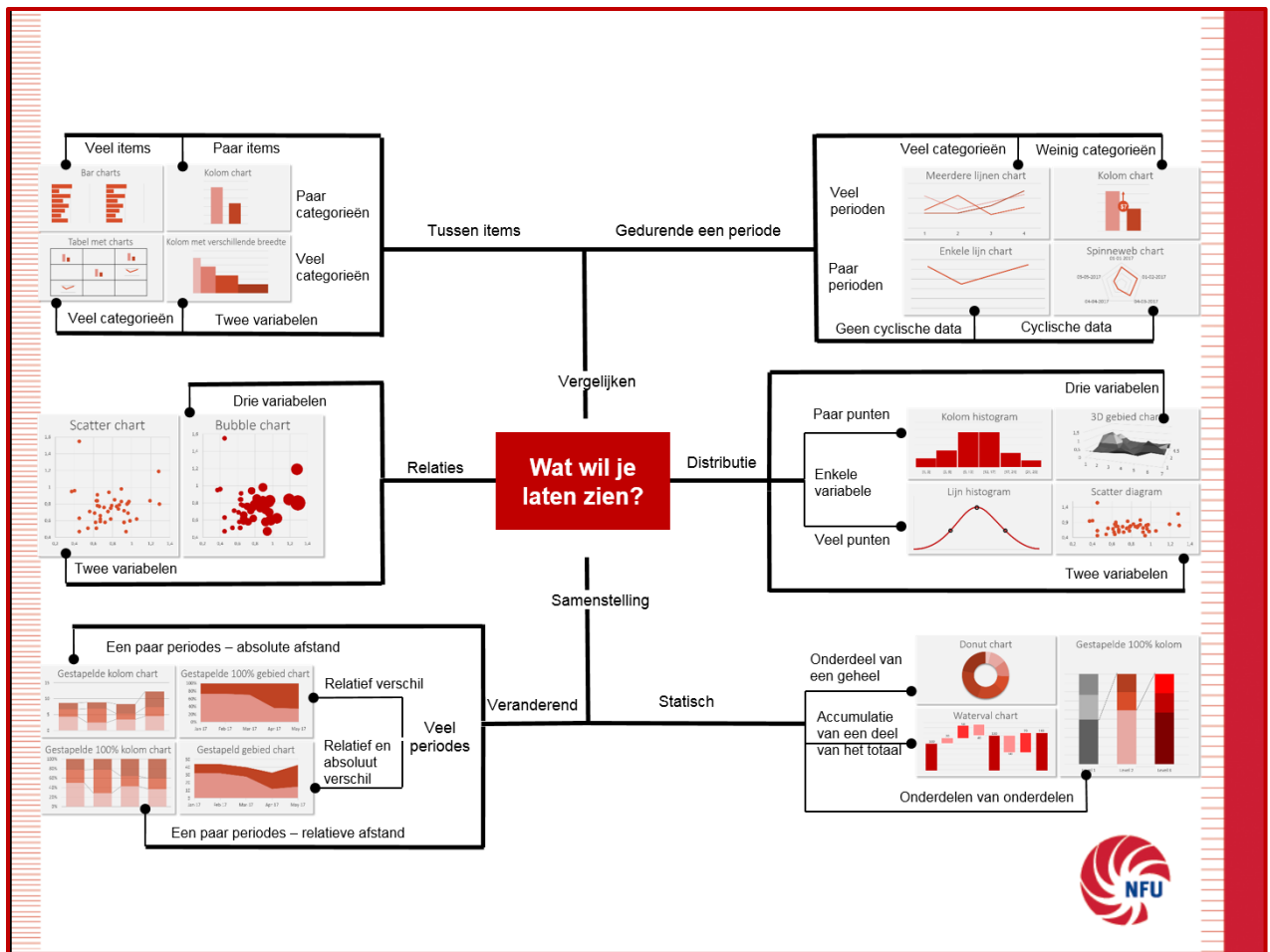
Drie methoden worden gebruikt voor de het bepalen van normen bij indicatoren op een dashboard:

1. **Externe normering:** Het normeren van indicatoren gebeurt op basis van externe normenkaders, zoals het JCI-normenkader, het VMS normenkader of normenkaders van registries zoals DICA, SONCOS enzovoorts en/of de aanbevelingen van wetenschappelijke verenigingen.
2. **Expert opinion:** Een gespecialiseerde medisch expert wordt verantwoordelijk gemaakt voor het vaststellen van een definitie en een norm voor een bepaalde indicator. Bijvoorbeeld de anesthesioloog, die voorzitter is van het pijnteam, bepaald welke pijnscore op welke afdeling behaald moet worden.
3. **Interne bepaling:** In dit proces komen zorgprofessionals, managers en kwaliteitsadviseurs en soms medewerkers van business intelligence bij elkaar in een specifiek intern orgaan, zoals een commissie kwaliteit, om samen normen te bepalen.

*“Dokters hebben hier bijvoorbeeld gezegd dat zij vinden dat alle patiënten tijdig een definitieve ontslagbrief moeten hebben gehad. Dus daarvan ligt de norm op 100%.” (E-o)*

In een aantal ziekenhuizen wordt gewerkt met ‘rolling-forecast’ normen. Normen worden gebaseerd op haalbare doelen en zodra het doel bereikt is, gaat de norm omhoog. Daarmee conformeren die ziekenhuizen zich niet altijd aan de landelijke normen en hanteren zij een systeem waarbij afdeling specifiek normen worden bepaald. We zagen nog geen patiëntengroep specifieke normeringen.





## De inhoud en vormgeving van een dashboard

- Het toevoegen van verbetertips aan dashboards kan eindgebruikers helpen om te sturen op kwaliteit.
- Zorg voor een goede balans tussen informatie voor externe instanties (verantwoording en controle) en informatie relevant voor interne sturing.
- Verdere automatisering is vereist om eenmalige registratie bij de bron werkelijkheid te maken, derhalve is investeren in business intelligence belangrijk.

## 4 Wat is de vormgeving van een dashboard?

### 4.1 Visuele vormgeving van dashboards

In de ziekenhuizen zijn er veel verschillende vormen van dashboards: **papieren rapportages**, **powerpoint presentaties**, **posters of software tools**. Software wordt vooral gebruikt voor het samenvoegen van databestanden, analyseren en opschonen van data én presenteren van de informatie. **Software applicaties** zijn rapportage tools, query tools, data-integratie tools, visualisatie software, scoringcard software en analytische database systemen (bijvoorbeeld Cognos, MS ACCESS of QlickView).

*“Een werkljstje, een checklist, een alert lijstje... dat zijn natuurlijk ook allemaal dingen die onder jouw noemer dashboard vallen.” (R-o)*

De meeste dashboards zijn opgebouwd op basis van **thema's**, bijvoorbeeld met behulp van tegels of pictogrammen met daarachter verdiepende thema's. Een voorbeeld is de opbouw van het dashboard van een ziekenhuis, dat acht parameters heeft met daarachter veel indicatoren rapportages.



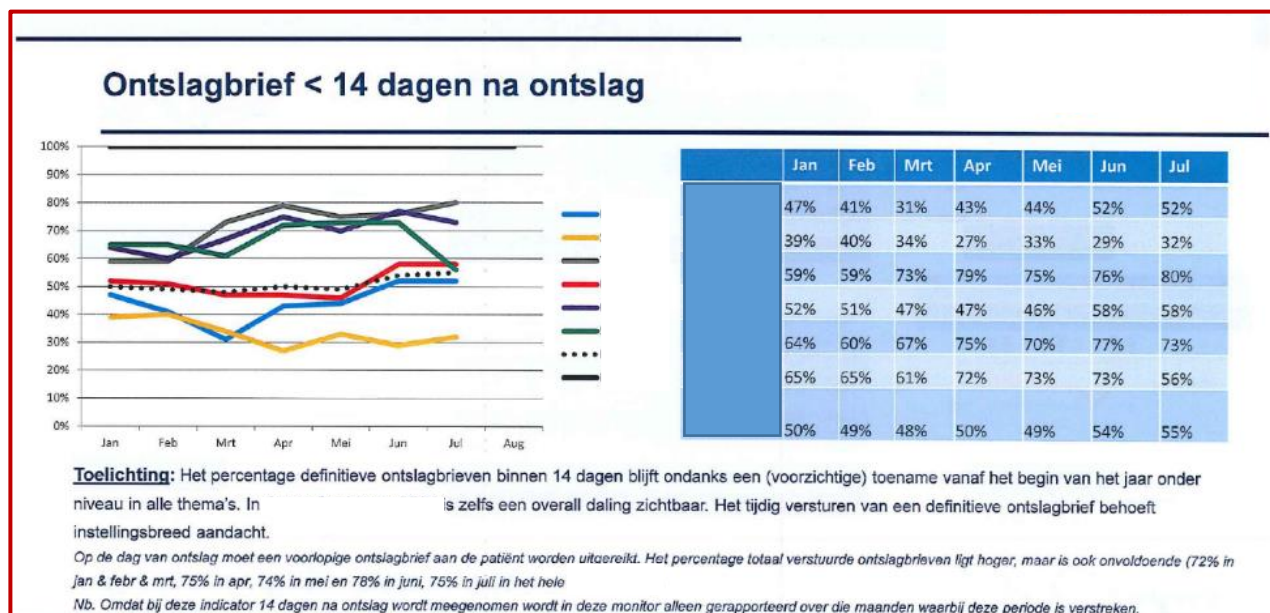
Een ander voorbeeld is een dashboard, dat is opgebouwd op basis van de **balanced score card** met verschillende parameters: IPSP (dit zijn [JCI veiligheidsnormen](#)), patiëntenervaringen, continuïteit van zorg, medicatieveiligheid, medische technologie, informatiebeveiliging en risico-screening.

Op de meeste dashboards komen excel formats voor met gekleurde vakjes die een beeld geven van de mate waarin een indicator op of onder de norm zit. Daarnaast is een veel voorkomende visuele weergave een **stoplicht format** gebaseerd op een vergelijking van de score ten opzichte van de norm. De stoplicht bestaat uit cijfers in het rood voor slechte, oranje voor middelmatig en groen voor goede scores. Een aantal dashboards combineert dit met **een pijl voor de trend**: ↑ betekent beter dan de vorige meting en ↓ slechter dan de vorige meting. Tevens worden vaak **grafieken** getoond, zoals staaf- en cirkeldiagrammen en run-charts voor het tonen van data over een periode. Er worden echter ook andere visuele weergaven gebruikt, zoals **thermometers en emoticons of pictogrammen**.





Kwaliteit en Veiligheid									
Indicator	Realisatie	Norm	Afwijking	Afw. (%)		Realisatie vorig jaar	Laatste 13 maanden		
ⓘ <a href="#">Ontslagbrieven &lt; 24u (tijdigheid)</a>	19 %	50	-31	-31	⊖	-- 7,6		🔍	
ⓘ <a href="#">Patiëntervaringen item 15 (cliëntgerichtheid)</a>	44 %	30	14	14,4	⊖	-- 40		🔍	
ⓘ <a href="#">Complicatieregistratiegraad (veiligheid)</a>	21 %	25	-4	-3,9	⊖	-- 23		🔍	
ⓘ <a href="#">Klinische Sterfte (veiligheid)</a>	1,5 %	2	-0,5	-0,5	⊕	-- 2,2		🔍	
ⓘ <a href="#">Heropnames &lt; 30 dan (effectiviteit)</a>	3,6 %	3,6	0	0	⊕	-- 3,1		🔍	
ⓘ <a href="#">Heroperaties &lt; 30 dan (veiligheid)</a>	9,4 %	10,1	-0,6	-0,6	⊕	-- 12,7		🔍	



## Overzicht screeningsindicatoren in de periode Q2 t/m half mei

Overzicht screeningsindicatoren april t/m 15 mei 2016													
Indicator	Norm	totaal *	Q2 tov Q1	Q2 tov Q1	Q2 tov Q1	Q2 tov Q1	Q2 tov Q1	Q2 tov Q1	Q2 tov Q1	Q2 tov Q1	Q2 tov Q1	Q2 tov Q1	Q2 tov Q1
Pijn >7		3%	0	1%	-1	5%	0	6%	0	2%	0	2%	0
GMO	90%	50%	16	51%	6	38%	24	49%	23	47%	11	26%	-3
Fysieke beperking	90%	51%	-4	54%	-14	76%	6	78%	5	63%	4	46%	-12
Decubitus	90%	56%	-3	56%	-12	83%	7	78%	4	65%	-5	48%	-11
Pijnscore	95%	70%	-4	69%	-2	74%	1	82%	4	71%	12	68%	-8
GMA	90%	78%	0	84%	-1	82%	-2	75%	4	59%	-6	76%	-5
Ondervoeding 70+	90%	80%	6	72%	3	77%	12	96%	17	100%	20	68%	5
Ondervoeding	90%	80%	6	72%	3	82%	12	91%	13	90%	12	67%	3
Valrisico	90%	82%	3	82%	2	91%	7	96%	9	74%	-4	87%	3
Fysieke beperking 70+	90%	85%	3	79%	-2	86%	4	96%	8	94%	11	76%	0
Hoofdbehandelaarschap	100%	85%	-6	87%	-5	74%	-6	87%	-5	79%	-5	86%	-4
Delirium 70+	90%	89%	5	86%	3	93%	8	97%	10	100%	14	75%	-2
Valrisico 70+	90%	90%	3	80%	-1	92%	2	98%	8	93%	13	89%	4
Decubitus 70+	90%	92%	6	88%	1	95%	9	98%	9	100%	14	84%	6
BRMO	100%	94%	1	94%	-2	92%	0	99%	1	96%	9	86%	-3
Time Out - STM9	100%	94%	-1	99%	6	94%	-2	x	0	98%	0	87%	-5

NB1: scores hoofdbehandelaarschap worden nagekeken op validiteit data  
 NB2: scores divisie V&B nog niet conform in-en exclusiecriteria

Respondenten vinden het belangrijk om in dashboards vooral de nadruk te leggen op de trend, om de progressie te laten zien.

Een van de is aan het experimenteren met de vormgeving van de inhoud van het dashboard. Zij merkten dat het demotiverend werkt als organisatie-eenheden lang in het rood staan en veel moeite hebben om het een beetje beter te gaan doen.

*“Toen werd gezegd dat het voor afdelingen vaak demotiverend werkt als ze zolang in het rood bleven bungelen. Met de nieuwe opzet van de rapportages is ervoor gekozen niet meer zo expliciet dat rood en oranje aan te geven, maar vooral te focussen op het groen dus waar moet je naar toewerken.” (A-b)*

Eén umc heeft gekozen voor neutrale kleuren en grafieken waarop je beter ziet dat je kleine vooruitgang maakt, doordat ze de schaling van de grafiek aanpassen. Daarnaast zie je door het groen van de grafiek wat de norm is. Andere ziekenhuizen vinden dat kleuren en schaling van grafieken helpt om duidelijk te maken dat de kwaliteit nog niet op orde is.

*“We zijn er ooit mee begonnen met deze grafiek. Duidelijk moest worden waar zitten nou de grote verschillen. En wat heeft het voor een zin om van 60 tot 100 procent te schalen. Soms zijn er kleine verschillen en dan zet ik hem iets groter om dat verschil te laten zien. Soms is het van 0 tot 100 procent, en soms hangt het ook samen met hoe het rapport eruit moet zien.” (T-o)*

## 4.2 Tekst op dashboards

De meeste dashboards bevatten tekstuele toelichting over de indicatoren, zoals **definitie, teller en noemer**. We zien dat ziekenhuizen andere keuzes maken voor het gebruiken van tekst in het dashboard.

1. **Minimale tekst:** op het dashboard staat zo min mogelijk uitleg of duiding van gegevens. Gebruikers, zoals bestuurders, hoger-, midden- en werkplekmanagement geven zelf betekenis aan de kwaliteitsinformatie. Belangrijk is in deze situatie dat er voor het bespreken van de gegevens **overlegvormen**, zoals periodiek overleg of **sta-sessies** (zie § 5.4) aanwezig zijn. In deze ziekenhuizen vinden ze het belangrijk dat betekenisgeving en reflectie op de resultaten op alle niveaus plaats vindt.
2. **Verklarende tekst is onderdeel van het dashboard:** op het dashboard staat een duiding bij gegevens, zodat er een verklaring is voor de resultaten en soms ook de voorgenomen verbeteracties. In deze ziekenhuizen gaat de informatie op het dashboard eerst naar het betrokken management, die een reactie aanlevert. Soms bereidt de decentrale kwaliteitsfunctionaris deze reactie voor, die daarna in het decentrale managementoverleg wordt besproken. Die reactie wordt integraal overgenomen in het dashboard (zie voorbeeld hieronder).
3. **Waarschuwendende tekst is onderdeel van het dashboard:** De centrale en decentrale kwaliteitsafdelingen geven een duiding aan de resultaten en plaatsen die op het dashboard. Over het algemeen zijn dit duidingen voor slechtere resultaten. In deze ziekenhuizen ondersteunen kwaliteitsfunctionarissen het management maximaal vanuit de overtuiging dat managers en zorgprofessionals niet de tijd hebben om uitgebreid de gegevens op het dashboard te interpreteren en op de resultaten te reflecteren.

We troffen geen dashboards aan met tips of verbeteruggesties gekoppeld aan de betreffende indicator. Volgens de respondenten is de bedoeling van dashboards is dat er op verschillende niveaus in de organisatie betekenisgeving ontstaat rondom parameters. Hoe verklaren we de cijfers? Vinden we het voldoende of niet? Wat kunnen we doen om te verbeteren? Daar passen voorbedachte verbeter tips niet bij.

In de meeste ziekenhuizen is er discussie over wie verantwoordelijk is voor (het organiseren van) de duiding: is dit het management of de (decentrale) kwaliteitsfunctionarissen. In met name de algemene ziekenhuizen is men van mening dat de kwaliteitsfunctionaris hiertoe beter in staat is, vanwege zijn/haar specifieke vaardigheden en expertise om data te analyseren. Een algemeen ziekenhuis heeft een speciale medewerker, die als taak heeft het dashboard bij te houden, alle registraties en externe aanleveringen te controleren en de data te analyseren. Alle respondenten vinden dat de eindverantwoordelijkheid voor de inhoud en het sturen met het dashboard ligt bij het management op zowel organisatie-eenheid als ziekenhuis niveau. Het is volgens de decentraal werkende kwaliteitsfunctionarissen een wankel evenwicht.

Als zij te veel ondersteunen en faciliteren wordt het eigenaarschap bij het management minder. Managers sturen dan alleen nog op de aanwijzingen van de kwaliteitsfunctionaris en kijken onvoldoende naar hun dashboard.



“Het was niet altijd iets van de afdelingshoofden. En ik denk dat die wel wakker zijn geworden. Laten we het zo zeggen. Ik denk dat ze wel iets meer beseft hebben dat kwaliteit niet alleen van de adviseur of van de verpleging is, maar het is ook iets voor mij. Daar ben ik ook verantwoordelijk voor, daar moet ik ook op sturen.” (E-o)

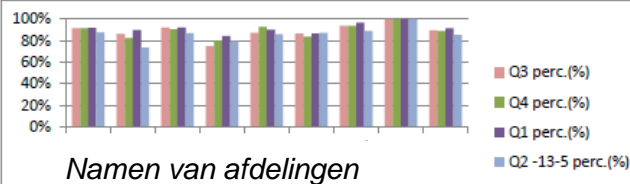
### Continuïteit van Zorg

Voor optimale patiëntveiligheid is duidelijkheid over de rol en verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar en andere zorgverleners een voorwaarde. Er is in 2015 nieuw beleid opgesteld omtrent het hoofdbehandelaarschap.

Er zijn in deze rapportage 2 onderwerpen opgenomen: %hoofdbehandelaar geregistreerd en review van de dossiervoering.

#### Indicator Hoofdbehandelaarschap

Kwaliteitsindicatoren 2016	Kwartaal: Q3 (2015)		Kwartaal: Q4 (2015)		Kwartaal: Q1 (2016)		1-4 t/m 13-5 (2016)			Percentage tov Q1
	Aantal opnames	Q3 perc.(%)	Aantal opnames	Q4 perc.(%)	Aantal opnames	Q1 perc.(%)	Aantal opnames	Hoofdbehandelaar geregistreerd	Q2 -13-5 perc.(%)	
<b>Hoofdbehandelaarschap geregistreerd tijdens opname</b>	1154	91%	1160	91%	1200	92%	542	474	87%	-5
<b>Namen van afdelingen</b>	1387	86%	1469	82%	1402	90%	628	462	74%	-6
	936	92%	1017	91%	1091	92%	483	420	87%	-5
	161	75%	187	80%	184	84%	72	57	79%	-5
	877	87%	928	93%	893	90%	403	346	86%	-4
	1168	87%	1230	83%	1242	87%	547	477	87%	0
	893	94%	861	94%	802	97%	351	311	89%	-8
<b>UMC breed</b>	503	100%	533	100%	559	100%	200	200	100%	0
<b>UMC breed</b>	7079	90%	7385	89%	7373	91%	3226	2747	85%	-6



#### Hoofdbehandelaarschap geregistreerd tijdens opname:

Bij iedere opgenomen patiënt dient tijdens de opname de hoofdbehandelaar vastgelegd te zijn in het patiëntdossier

#### Hoofdbehandelaarschap criteria:

**Teller:** Aantal afgeronde opnames waarbij de hoofdbehandelaar ingevuld is. Het gaat om opnames langer dan 24 uur.

**Noemer:** Aantal patiënten dat in de opgegeven periode ontslagen is, dus het aantal afgeronde opnames langer dan 24 uur.

1 Bij alleen de afdeling : meegenomen. Beleid hoofdbehandelaar op ligt ter goedkeuring bij de redactiecommissie.

2 plaatst een kanttekening bij de cijfers: er worden twee afdelingen meegeteld die vooral ambulante patiënten en deelnemers aan klinische trials zien: verpleegafdeling zijn daarom geëxcludeerd.

3 heeft een ander protocol t.a.v. het hoofdbehandelaarschap op het Hoofdbehandelaarschap is 24/7 geborgd en inzichtelijk in



### 4.3 Informatievoorziening van dashboards

Alle ziekenhuizen hebben problemen bij het **automatisch vullen** van de kwaliteitsinformatie op de verschillende dashboards, omdat de data-registratie nog onvoldoende is geautomatiseerd. Bestaande digitale registratie- en analysesystemen in ziekenhuizen zijn in de meeste ziekenhuizen sterk **gefragmenteerd**, omdat verschillende afdelingen en beroepsgroepen eigen registratiesystemen en analysetools gebruiken. In één ziekenhuis spraken we met managers die op stand-alone laptops met specialistische software hun eigen dashboard maken, omdat zij een specifieke vraag hebben. Verder is het in de EPD's (over het algemeen Chipsoft en Epic) niet eenvoudig om data ten behoeve van dashboards uit het systeem te krijgen of te koppelen met dashboard tools. Het vraagt veel inspanning om dit soort **koppelingen en ondersteunende queries** voor elkaar te krijgen. Hiervoor is business intelligence kennis nodig, die beperkt aanwezig is in de meeste ziekenhuizen. Veranderingen in de parameters op het dashboard kosten veel inspanning en soms kosten. Door deze software en data-extractie beperkingen is het voor de meeste ziekenhuizen lastig om real-time data weer te geven op de dashboards. **Real-time inzicht** in de geleverde kwaliteit vinden - met name - zorgprofessionals van belang, omdat medewerkers daarmee instant feedback krijgen en zich verantwoordelijk voelen voor het verbeteren. Real-time data heeft echter ook beperkingen, omdat dit onvoldoende ruimte geeft voor het opschonen van data en voorkomen van vertekening. Lange termijn trends voortkomend uit periodiek gemeten indicatoren verschaffen volgens respondenten meer inzicht. Daarnaast zijn er indicatoren die alleen periodiek beschikbaar komen (zoals de CQ index).

*“Maar het is voor mij minstens zo belangrijk om continu te weten hoe hard ik rijd, zodat ik mijn snelheid kan aanpassen en kan voorkomen dat ik veel bonnetjes krijg. Dus voor mij als zorgverlener is een dashboard vooral iets waarop ik operationeel en real-time kan zien hoe het gaat.” (R-o)*

Het EPD en aanverwante **software systemen** (zie § 4.1) zijn de belangrijkste bron voor tellers en noemers van indicatoren. De principes van **eenmalige registratie aan de bron** onderschrijven de respondenten. De dashboards zijn over het algemeen ingericht op basis van **de beschikbare informatie** in de bestaande digitale systemen, omdat men zoveel mogelijk wil voorkomen dat de registratielast voor zorgprofessionals stijgt. Verplicht extern aan te leveren indicatoren worden het eerst beschikbaar gemaakt.

Het gevolg van deze pragmatische insteek is dat de inrichting van dashboards vooral extern beschikbare indicatoren bevatten en weinig andere **informatie die het management en zorgprofessionals ook belangrijk vinden** om te sturen op verbetering en borging van de kwaliteit. In sommige ziekenhuizen is veel aandacht besteed aan inbreng van zorgprofessionals en organisatie-eenheden bij de keuze voor indicatoren op het algemene dashboard voor het ziekenhuis. Hierbij wordt consensus gezocht om tot een beperkte set voor het hele ziekenhuis te komen. Enerzijds vanwege de investering die nodig is om het dashboard te bouwen en anderzijds om het dashboard bruikbaar te houden en richting te geven. Een consensus op ziekenhuisniveau heeft het nadeel dat dit zelden helemaal aansluit op de informatiebehoefte decentraal. Deze is veel diverser dan in een algemeen dashboard tot uiting komt.

Dat betekent, dat zelfs als decentrale afdelingen betrokken worden in de invulling van het ziekenhuisdashboard, dit niet vanzelfsprekend leidt tot gebruik van kwaliteitsinformatie op deze afdelingen. De meeste dashboards worden **handmatig samengesteld** op basis van informatie die komt uit het EPD en aanverwante software systemen. Met behulp van Excel en incidenteel business intelligence software maken kwaliteitsfunctionarissen grafieken, die samengevoegd worden in het dashboard.

*“Elke maand verzamel ik de gegevens in die zin. Vorig jaar verzamelde ik letterlijk handmatig de gegevens. Er zijn er ook een aantal, een flink aantal die echt handmatig ingevoerd worden.” (V-o)*

# Ontwikkelstappen van Dashboard



## Ontwikkeling van een dashboard

- In de ontwikkeling van een dashboard onderscheiden we vijf stappen: Inventarisatie, Validiteit & Betrouwbaarheid, Vormgeving & Presentatie, Inrichting ondersteunende systemen, Flexibiliseren & Verbinding.
- Hou bij de vormgeving van een dashboard rekening met de gebruiksvriendelijkheid, transparantie en toegevoegde waarde voor de gebruiker.
- Regel overlegstructuren in op alle niveaus in de organisatie om de informatie op het dashboard te voorzien van betekenis en te brainstormen over verbeteringen.
- Bij de implementatie van een nieuw EPD start de ontwikkeling van het dashboard opnieuw en daarom moet voldoende middelen en mankracht daarvoor beschikbaar zijn.

## 5 Ontwikkelingstappen in een dashboard

In de ontwikkeling van dashboards in de deelnemende ziekenhuizen komt een aantal fasen naar voren. Er kunnen 5 grove ontwikkelingsstappen worden geïdentificeerd.

### 5.1 Stap 1: Inventarisatie

De ontwikkeling van een dashboard begint over het algemeen met een uitgebreide **inventarisatie** van de inhoud van EPD's, PDMS enzovoorts. Op basis van deze inventarisatie wordt bepaald welke 'output' reeds beschikbaar is. Daarbij wordt ook meegenomen welke informatie al aangeleverd wordt aan **externe stakeholders**, zoals Inspectie, certificerende instanties die ter voorbereiding van de audit om informatie vragen, registraties van ziektebeelden of behandelaanbod zoals DICA, NICE enzovoorts en landelijke metingen zoals CQI.

Het dashboard wordt gevuld met reeds verzamelde data en beschikbare informatie. In de meeste ziekenhuizen wordt gestart met een **dashboard op ziekenhuisniveau**.

### 5.2 Stap 2: Validiteit en Betrouwbaarheid

De tweede stap bestaat uit het in gezamenlijkheid werken aan de validiteit en betrouwbaarheid van het dashboard. Kwaliteitsfunctionarissen, medewerkers van de IT of Business Intelligence afdeling en zorgprofessionals debatteren en **definiëren de teller en noemer** van indicatoren. Daarnaast maken ze afspraken over de wijze waarop tellers en noemers geregistreerd moeten worden; soms tot op het niveau van één specifiek invulveld in het EPD. Deze stap in het ontwikkelproces van dashboards is cruciaal voor de **geloofwaardigheid** van het dashboard. Daarnaast benoemen respondenten het belang van betrokkenheid van zorgprofessionals hierbij voor het creëren van **draagvlak voor de registratie** en het sturen met behulp van de informatie op het dashboard.

### 5.3 Stap 3: Vormgeving en Presentatie

De derde stap is het (beter) **vormgeven** van de dashboards door afdelingen business intelligence en/of ICT en de centrale kwaliteitsafdeling. Bij het vormgeven van dashboards let men op het gebruik van **kleuren, vormen en tekst** (zie § 4.1). Bij de vormgeving en presentatie van dashboards staan een drietal dashboardkenmerken centraal: gebruiksvriendelijkheid, transparantie en toegevoegde waarde.

- Een dashboard is **gebruiksvriendelijk** als managers en zorgprofessionals snel en intuïtief kunnen zien op welke parameters zij goed en minder goed scoren. Je moet niet hoeven zoeken naar informatie en je moet intuïtief kunnen navigeren.
- Een dashboard geeft **transparantie** over de geleverde kwaliteit van zorg als iedereen een beperkte set aan gegevens kan bekijken of gebruiken en daarmee een samenvattend beeld krijgt. Veel dashboards staan dan ook op het intranet van het ziekenhuis.
- Een dashboard heeft een **toegevoegde waarde** als de data up-to-date en relevant is. Verouderde data heeft weinig toegevoegde waarde, omdat het onvoldoende verbeterkracht heeft. Dit wil niet altijd zeggen dat **data real-time getoond** (zie § 4.3) hoeft te worden.

## 5.4 Stap 4: Inrichten ondersteunende systemen

De volgende ontwikkelstap is dat ziekenhuizen aan de slag gaan met het inrichten van **overlegstructuren**. Op welk overleg, in welke vorm en met welke voorbereiding komt het dashboard aan de orde. De beleidsmatige Deming cyclus (Plan-Do-Check-Act) wordt in toenemende mate op alle niveaus in de organisatie gevoed met uitkomsten vanuit het dashboard. In gesprekken komt aan de orde: wat gaat goed, waar zijn we minder tevreden over, wat moet in het jaarplan omdat we willen verbeteren, kunnen we aantonen dat we het beter doen. In een ander ziekenhuis worden **sta-sessies** (zie § 4.2) georganiseerd rondom een lean-bord, waarop de Deming cyclus visueel gemaakt wordt. Daarnaast is een aantal ziekenhuizen aan het investeren in **software** (zie § 4.1) om zicht te houden op de afgesproken verbeteractiviteiten.

## 5.5 Stap 5: Flexibiliseren en Verbinden

In de vijfde ontwikkelingsstap worden processen ingericht voor **het continu aanpassen van de inhoud van het dashboard**. Zowel de interne behoefte van management en zorgprofessionals als externe eisen vertalen zich naar nieuwe parameters en bijbehorende indicatoren op het dashboard. We zien dat een aantal ziekenhuizen nadrukkelijker de beleidscyclus gaat koppelen aan de inhoud van het dashboard. Zowel door in de beleidscyclus minder goed scorende parameters op te nemen als speerpunt, als door het dashboard in te richten met parameters die de vooruitgang op beleidsvoornemens laten zien. Daarnaast zien we dat ziekenhuizen meer nadenken over de rol die externe registraties, zoals DICA en NICE, kunnen spelen op de interne dashboards en het verbinden van de verschillende dashboards voor kwaliteit, financiën en HRM.

*“We besluiten samen met de managers. Dat is inderdaad iets dat wij zelf doen. Ik kan zelf bepalen wat er op staat. Zij zullen misschien wel dingen missen, maar het is ook wel een beetje onze verantwoordelijkheid om op het dashboard de juiste dingen te zetten, bijvoorbeeld de beoordeling van de calamiteiten. Als ze al een hele tijd daar heel goed op scoren vind ik het ook niet meer zinvol om dit op het dashboard te zetten. Dus dan zet ik liever andere dingen op het dashboard, bijvoorbeeld de val-incidenten. Hangt dus af waarvoor ik aandacht wil hebben, die indicatoren moet ik even uitlichten op het dashboard.”*  
(T-o)



## Sturen op kwaliteit



**Epidemiologisch perspectief**



**Verander perspectief**

## Sturen met een dashboard

- Zorg voor ondersteunende gesprekscycli die aandacht besteden aan zowel verantwoording als dialoog tussen betrokkenen (sta-sessies werken in een aantal ziekenhuizen goed).  
Zorg voor een proces waarin informatie zowel top-down als
- bottom-up wordt uitgewisseld.
- Zorg dat op alle niveaus de rollen van epidemioloog (alle informatie analyseren) als procesverbeteraar (gericht op verandermanagement) zijn ingeregeld.
- Geef ook ruimte voor soft-signs – dingen die niet in maat en getal uit te drukken zijn- op het dashboard of in de ondersteunende gesprekscycli.
- Kijk naar de mogelijkheden om ook pro-actief te sturen met indicatoren op het dashboard.





## 6 Sturen met kwaliteitsinformatie op een dashboard

Uit de interviews komen vier randvoorwaarden om goed te kunnen sturen met kwaliteitsinformatie op een dashboard naar voren: een ondersteunende gesprekscyclus, commitment van management, betekenisgeving rondom dashboard resultaten en [goede ICT infrastructuur](#). Uit onderzoek van [Tsai et al.](#) blijkt dat wanneer bestuurders en midden-managers actief sturen op kwaliteitsindicatoren gericht op een goede bedrijfsvoering en gericht op de doelen van de organisatie ook betere uitkomsten op klinische uitkomsten werden bereikt. Ook noemen de respondenten de kracht van een dashboard bij het snel op orde brengen van zaken die aandacht vragen, bijvoorbeeld naar aanleiding van een inspectie bezoek of aandachtspunten uit een accreditatie. Het dashboard helpt om actief te sturen en de aandacht vast te houden.

### 6.1 Randvoorwaarde 1: Ondersteunende gesprekscyclus

Het is belangrijk om een ondersteunende gesprekscyclus te organiseren voor het bespreken van de kwaliteitsinformatie met management en zorgprofessionals. In de ziekenhuis wordt tijdens het bespreken van de dashboard aandacht besteed aan het verantwoorden, leren, evalueren en verbeteren. De ondersteunende gesprekscyclus krijgt op drie manieren vorm binnen ziekenhuizen:

1. **Verantwoordingsstructuren:** De gesprekscyclus over kwaliteitsinformatie bestaat uit periodieke verantwoordingsgesprekken tussen de verschillende managementlagen (Raad van Bestuur, divisies/thema's, afdelingen, werkplek-management). Deze verantwoordingsgesprekken vinden in een wisselende frequentie plaats. De verantwoordingsgesprekken met de Raad van Bestuur varieert van één keer per maand, tot één keer per kwartaal tot drie keer per jaar (tertiaire gesprekken). Op middenmanagement niveau worden in de meeste ziekenhuizen maandelijks gesprekken gehouden over kwaliteitsinformatie aan de hand van het dashboard. Respondenten benoemen dat deze overleggen goed voorbereid moeten worden, omdat anders onvoldoende aandacht wordt besteed aan belangrijkste kwaliteitsonderwerpen; productie, financiën, personeelsaangelegenheden krijgen veel aandacht. De centrale en decentrale kwaliteitsfunctionarissen bereiden deze overleggen voor door bespreekpunten te formuleren.
2. **Dialoogplatforms:** In verschillende beleidsondersteunende overlegplatforms, waaronder commissies of werkgroepen, wordt kwaliteitsinformatie of onderdelen van het dashboard geagendeerd, te denken valt aan decentrale en centrale commissies of werkgroepen. Deze interne overlegplatforms brengen verschillende disciplines bij elkaar om de data te bespreken, bediscussiëren op basis van ervaringen en te brainstormen over nieuwe kwaliteitsinitiatieven en verbeterplannen. Deze platforms kunnen structureel zijn, maar worden soms ook ad-hoc in het leven geroepen als de kwaliteitsparameters laten zien dat er verbetering nodig is. Bijvoorbeeld bij lage scores op de parameter pijn, wordt het verzoek aan de pijncommissie onder leiding van een anesthesioloog gedaan om een analyse te maken voor het ziekenhuis en afdelingen en te komen met een verbeterplan.



*“Die komen één keer in de maand bij elkaar. We geven een presentatie over het aantal meldingen of overleden patiënten. Zij kijken dan ook naar trends ten opzichte van andere jaren. Ze kijken naar de belangrijkste items per afdelingen: wat zien we bij de ene, wat zien we bij de andere? Wat je ziet is dat dit soort leidende coalities een rol spelen in het analyseren en het terugbrengen van de informatie en het in gesprek komen met de afdeling: hoe kunnen we het verder krijgen. Op zich begint dat goed te lopen”. (G-o)*

Daarnaast wordt op werkplek-management niveau in een aantal ziekenhuizen wekelijks gekeken naar het dashboard. Zij vinden het belangrijk om frequent real-time data te bespreken, omdat de informatie dan nog actueel is en als input dient voor directe bijsturing. In **andere ziekenhuis** worden sta-sessies op elk niveau georganiseerd; periodieke bijeenkomsten om met alle disciplines de belangrijke parameters en kwaliteitsvraagstukken te bespreken. Op een whiteboard staan de indicatoren en de afgesproken verbeter-activiteiten.



3. **Informeel contact:** Tenslotte komt naar voren dat er binnen ziekenhuizen sterke informele overlegstructuren bestaan tussen zorgprofessionals onderling en zorgprofessionals en management. Ze gebruiken de kwaliteitsinformatie (op het dashboards) als input of aanleiding voor deze informele gesprekken en het regelen van dingen.

## 6.2 Randvoorwaarde 2: Commitment van management

Respondenten benadrukken dat de verschillende management niveaus binnen het ziekenhuis een cruciale rol spelen in het sturen op basis van kwaliteitsinformatie. Het management vervult twee functies, namelijk een bekrachtigingsfunctie en een voorbeeldfunctie. De **bekrachtigingsfunctie** houdt in dat het ziekenhuismanagement duidelijk het signaal afgeeft tijdens face-to-face contact (vergaderingen, sta sessies etc.) en via digitale communicatie dat de kwaliteitsinformatie op het dashboards belangrijk is en dat dit gebruikt wordt voor verbeteractiviteiten.

*“Het hangt en staat met hoe bestuurders acteren tijdens zo’n sessie en ze anderen erop aanspreken. We kunnen alles tonen, we kunnen mini audits doen, we kunnen alles doen wat we willen maar als dat ene woordje niet gezegd wordt: jouw verantwoordelijkheid, dan heeft het geen zin.” (V-o)*

De **voorbeeldfunctie** houdt in dat het management niet alleen het signaal geeft dat het gebruik van kwaliteitsinformatie belangrijk is, maar zelf ook actief gebruik maakt van dashboards om sturing te geven aan de medewerkers waaraan zij leiding geven. Bijvoorbeeld door de inzichten uit een analyse van het dashboard te delen en te verbinden aan doelstellingen of verbeteractiviteiten.

### 6.3 Randvoorwaarde 3: Betekenisgeving

Een derde randvoorwaarde voor het effectief sturen op basis van kwaliteitsinformatie (op het dashboard) is het **organiseren van betekenisgeving**. Het is belangrijk om in gezamenlijkheid verdieping aan te brengen op de gepresenteerde percentages en grafieken door het in discussie met alle betrokkenen de data te interpreteren. Respondenten benoemen dat het belangrijk is om de context mee te nemen en terug te gaan naar de patiënten-case en soms het handelen van een medewerker om inzicht te krijgen in wat er aan de hand is.

*“En je ziet het verschil tussen twee afdelingen en ze zeggen ‘goh dit gaat hier beter dan bij ons en misschien moeten we iets met patiënten’. Dan moet je toch met zijn allen de status in om te kijken wat het nou precies is en dat haal je met geen enkele indicator weg... dat ligt inderdaad in de subtiele dingen van... maar hier gebeurt het eigenlijk al.” (R-o)*

### 6.4 Soft-signs

In de ziekenhuizen troffen we zeer beperkt soft signs aan op het dashboard. Soft signs is kwaliteitsinformatie die niet in maat en getal is uit te drukken, bijvoorbeeld opmerkingen van patiënten verzameld via kaarten. Respondenten vinden dat soft signs eveneens helpen om de vaak sterk medisch gerelateerde kwaliteitsinformatie in perspectief te zetten en een controle te hebben op de betrouwbaarheid van de data.

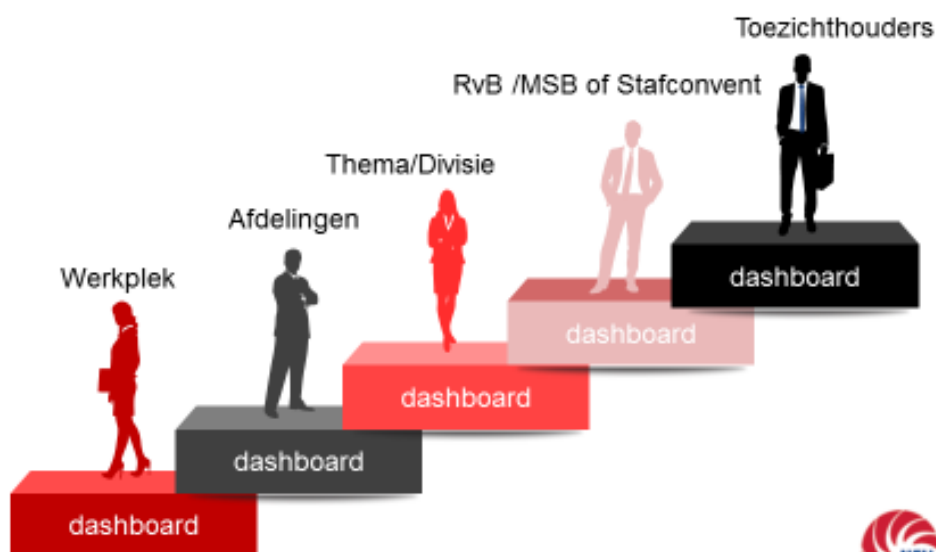
*“Ja, maar ons dashboard gaat nog veel verder dan alleen cijfers, want je kunt ook niet alles in cijfertjes vatten. Bijvoorbeeld klachten, je kunt wel zeggen zoveel meer of minder klachten maar dat zegt helemaal niets. Dus je moet toch het hebben over maar wat voor een soort klachten dan en waarom zijn de organisatorische klachten gestegen. Dus het geeft veel meer informatie over sommige dingen.” (N-b)*

### 6.5 Reactief en Pro-actief sturen

Veel ziekenhuis sturen reactief in de zin dat externe eisen ten aanzien van het inrichten van kwaliteitsprocessen en bijbehorende indicatoren worden gevolgd. Indien er iets niet in orde is wordt er op gehandeld. Wanneer er meer grip is op kwaliteit, vaak gebaseerd op de verplichte externe kwaliteitsaspecten, ontstaat de wens meer vooruit te kijken naar waar nieuwe risico's of sterke punten kunnen ontstaan. Voor die aspecten kunnen indicatoren worden ingericht, zodat deze ontwikkelingen kunnen worden gevolgd en bijgestuurd.

*“We hebben één keer per jaar een soort meeting waarin we alles delen met iedereen, van verpleegkundige tot en met de schoonmakers. Dan bespreken we dit zijn onze prestaties. We hebben toen als groep bedacht het invoeren van het ketenoverleg. Dus dan komen ook hele andere verbeteringen naar voren, die totaal niet in het dashboard staan, maar toch wel relevant zijn. (N-o)*

## Niveaus en doelen van dashboards



## Samenhang tussen dashboards

- Verschillende management niveaus en verschillende patiëntengroepen hebben een andere behoeftes ten aanzien van de inhoud en vormgeving van een dashboard. Zij hebben een overlappende informatiebehoefte, maar vaak is de wens op een ander aggregatieniveau
- Een dashboard maken die te 'down-drillen' is tot op patiënten- of medewerkersniveau, voldoet niet aan de wensen voor de inhoud van het dashboard voor de verschillende niveaus.
- Vooral voor specialistische patiëntengroepen en behandelingen/ingrepen is het zinvol een NFU dashboard te maken, omdat dan meer informatie beschikbaar is om gevalideerd iets te zeggen over de geboden kwaliteit van zorg.
- Verbindt externe 'registraties' en extern aangeleverde data aan het ziekenhuis dashboard.



## 7 Samenhang tussen dashboards

### 7.1 Kwaliteitsinformatie in complexe organisaties

De behoefte aan kwaliteitsinformatie verschilt sterk tussen de niveaus in het ziekenhuis. Bestuurders en het hoger management hebben vooral interesse in een beperkte hoeveelheid geaggregeerde en algemene kwaliteitsindicatoren. Doel van deze informatie is het krijgen van een globaal beeld over het functioneren van de organisatie en controle op de meest risicovolle parameters. De meeste bestuurders voelen niet de behoefte om zelf de data op het dashboard te gaan interpreteren ('de epidemiologische bril'), zij verwoorden dat ze liever het goede gesprek met hun verantwoordelijke managers voeren over het verbeterwerk ('de veranderkundige bril'). In de meeste ziekenhuizen is de 'epidemiologische bril' belegd bij een kwaliteitsafdeling, stuurgroep kwaliteit en commissies, afhankelijk van de governance structuur van de organisatie.

*"In het begin had ik daar bijvoorbeeld met X [andere bestuurder] over, van ziekenhuis Y, en die zei van ik kan in mijn dashboard gewoon zien wat op dit moment de mortaliteit is op de cumulatief dan van de kinderhartchirurgie. En dat vond ik natuurlijk fantastisch. En hij kon ook zien voor de open hart operatie, kon die allemaal op zijn dashboard zien. En toen dacht ik van dat wil ik ook. Maar nu denk ik maar dat wil ik eigenlijk helemaal niet. Want als het dan op gegeven moment 80 is, het komt onder de norm, dan word ik misschien zenuwachtig, maar wat veel belangrijker is, is dat het hoofd van de thoraxchirurgie die daar verantwoordelijk voor is, dat die zich daar eigenaar van voelt. Dat die daar dus met regelmaat naar kijkt. Ik moet alleen maar weten dat diegene daar op de goede manier mee omgaat en dat zelfde geldt voor die verpleegafdeling. Het moet gewoon zo georganiseerd zijn en die mensen moeten zoveel eigenaarschap voelen en hoe ik dat dan vervolgens in beeld breng, of ik dat ook dan op een dashboard misschien hoef ik dan niet eens een dashboard meer. Ik wil wel dat de mensen die verantwoordelijk zijn wel een dashboard hebben. Dat wel...Want nogmaals drie jaar geleden dacht ik er totaal anders over. Wilde ik al die data zien. Ik hou namelijk heel erg van data, maar ik geloof dat dat gewoon niet kan. Ik denk dat echt voor kwaliteit en veiligheid essentieel is dat er mensen zijn die zich eigenaar van het probleem voelen. En ik kan dan net doen dat ik eigenaar ben van alles hier qua veiligheid of het hoofd kwaliteit dat is, maar dat kunnen wij niet waar maken." (G-b).*

Middenmanagement en werkplek-management hebben meer behoefte aan indicatoren, die een gedetailleerder beeld geven van de geleverde kwaliteit van de organisatie-eenheid. Zorgprofessionals hebben vooral behoefte aan indicatoren, die real-time inzicht geven in de kwaliteit van zorg van één specifieke patiënt zodat zij de behandeling kunnen bijsturen. Daarnaast is er behoefte aan samenvattende kwaliteitsinformatie te krijgen over uitkomsten op **het niveau van patiëntencategorieën**, zodat bijvoorbeeld werkprocessen of protocollen kunnen worden aangepast. Ondanks deze uiteenlopende behoeftes op het gebied van kwaliteitsinformatie, zien we dat de meeste ziekenhuizen vooral werken aan een ziekenhuisbreed dashboard. Het ideaal is een dashboard waarin je kunt doorklikken en 'downdrillen' tot op patiënt- of medewerkersniveau. Het streven naar uniforme kwaliteitsdashboards geven ziekenhuizen op twee manieren vorm: 1) werkend vanuit een ziekenhuisbreed dashboard en 2) werkend vanuit een dashboard voor zorgprofessionals. Beide manieren hebben voor- en nadelen.

1. **Top-down:** Het top-down vormgeven van een kwaliteitsdashboard heeft tot gevolg dat het kwaliteitsdashboard voornamelijk voorziet in de informatiebehoefte van het hoger management. Middenmanagement, werkplekmanagement en zorgprofessionals hebben vaak niet voldoende aan deze algemene indicatoren, omdat zij hiermee onvoldoende informatie krijgen om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Met name zorgprofessionals geven aan dat het belangrijk is dat je tot op patiënten-case en dus status-niveau of medewerker-niveau kunt uitzoeken wat de cijfers verklaart.
2. **Bottom-up:** Het bottom-up vormgeven van een ziekenhuisbreed dashboard is een moeizaam proces, omdat alle afdelingen en/of specialismen andere indicatoren en soms zelfs tellers en noemers willen zien op hun dashboard. Aggregatie naar een ander (management) niveau vraagt om geavanceerde business intelligence, bijvoorbeeld omdat afdelingen en patiëntencategorieën uit de ziekenhuisbrede berekeningen gehaald moeten worden. Bovendien levert dit een enorme set indicatoren, waaruit een selectie gemaakt moet worden op een hoger niveau overzicht te houden. De wijze van selecteren, bijvoorbeeld op probleemgebieden of op vooraf bepaalde stuurindicatoren, is een strategische keuze.

## 7.2 **NFU dashboard**

Bij het bevragen van respondenten naar het gebruik van kwaliteitsinformatie en de functie en vormgeving van het dashboard werd door veel respondenten spontaan sceptisch gesproken over het maken van een overkoepelend NFU dashboard. Het benchmarken op ziekenhuisbreed niveau tussen de academische ziekenhuizen wordt gezien als heel ingewikkeld, om een aantal redenen:

1. Alle ziekenhuizen hanteren **verschillende methoden voor de registratie** van kwaliteitsdata. Deze verschillen komen tot stand door verschillende definities en bijbehorende tellers en noemers en het gebruik van verschillende EPD-systemen. De verwachting is dat er heel veel discussie zal ontstaan over de wijze van registreren en definities en dus de mogelijkheden om tot een valide vergelijking te komen
2. Alle ziekenhuizen hebben een **afwijkende omgevingssituatie**. Situationele verschillen, zoals patiëntenpopulatie, verzorgingsgebied en aanwezige expertisegebieden maken de interpretatie van verschillen in een benchmarken lastig.
3. Verder is er angst voor **toenemende registratielast** bij de oprichting van een overkoepelend NFU dashboard.

Er zijn ook respondenten die positief staan tegenover de mogelijkheid om een benchmark te doen op ziekenhuisniveau in NFU verband. Zij geven aan dat dit relevanter is dan vergelijkingen met alle ziekenhuizen en mogelijkheden biedt om van elkaar te leren. Het zou kunnen helpen om de heersende cultuur te doorbreken dat vergelijkingen tussen ziekenhuizen alleen voor vergelijking tussen umc's moet gelden en vergelijking met andere ziekenhuizen niet serieus bekeken hoeven worden. Volgens respondenten creëert dit soort vergelijkingen nieuwe kansen om van elkaar te leren.

*“Je [andere respondent] hebt het heel positief geformuleerd. Ik vind eigenlijk de gedachte dat op NFU niveau wij weer een dashboard ontwikkelen, het klinkt heel negatief en dat wil ik niet zijn, maar het klinkt als een soort bezigheidstherapie. Wij zijn zo hard hier op locatie bezig. Zo involved met het realiseren met een bepaald kwaliteitssysteem. Wij zijn niet blind voor de wereld om ons heen en wij willen ook graag dat met elkaar delen, maar ik zou echt niet weten wat het toevoegt om mijn dashboard naast het dashboard van Groningen te leggen. Ik vind het hartstikke leuk dat zij er één hebben en heel belangrijk bovendien. Ik vind het heel essentieel dat wij beleid hebben om dingen uit te wisselen, maar het NFU kwaliteitsdashboard, ik heb er geen beeld bij.” (A-b)*

Natuurlijk werken ook de academische ziekenhuizen mee aan landelijke registries en benchmarking zoals DICA, NICE, PRECIES, LVR enzovoort. Een aantal ziekenhuizen gebruikt de bestaande voor externe stakeholders (zoals IGZ en zorgverzekeraars) verzamelde indicatoren om zichzelf te vergelijken met de andere academische ziekenhuizen en de ziekenhuizen uit de omgeving. Een ander umc maakt een uitgebreid **excel-overzicht** dat andere ziekenhuizen ook zouden kunnen gebruiken om zichzelf te vergelijken. Respondenten stellen dat het op NFU niveau benchmarken of dashboards inrichten wel zinvol kan zijn voor **bijzondere patiëntencategorieën of behandelingen**. Doordat de aantallen bij bijzondere specialismes of behandelingen niet groot genoeg zijn is het lastig om goede valide gegevens intern te verzamelen. Hiervoor zou het NFU een soort registratie kunnen opzetten.

*“Je moet elkaar kunnen vergelijken. Dat betekent ook dat je een redelijk aantal patiënten moet hebben bij wie je dat ziet. Dat is nog wel eens een manco voor de umc's. Wij zijn niet van de grote aantallen, maar méér van de bijzondere postzegels.” (A-b)*

Meerdere respondenten vinden het hebben van een NFU dashboard op ziekenhuisniveau voor het kunnen uitvoeren van een benchmark weinig interessant. Het leerproces en de kennisoverdracht die een dergelijke benchmark op gang kan brengen tussen ziekenhuizen zou ook zonder een dashboard aandacht kunnen krijgen. De NFU en ziekenhuizen zouden volgens de respondenten beter kunnen investeren in sterke samenwerking en **learning community** zowel tussen academische ziekenhuizen als met andere ziekenhuizen.

## Bijlage 1:      Onderzoek gebruik indicatoren in de umc's

In het najaar 2014 en voorjaar 2015 deed een stafmedewerker van de NFU kwaliteitsconsortium onderzoek naar de inhoud van de indicatoren waarmee de acht umc's sturen. Een overzicht van de 'soort kwaliteitsinformatie' en het aantal umc's dat dit gebruikt staat in de tabel hieronder weergegeven:

5-8 umc's	3-4 umc's	1-2 umc's
Incidenten	Time-out	Onverwacht lange opnameduur
Klachten	VMS	Veiligheidsrondes
Infecties	Meldcultuur	Keurmerken
Professionele scholing	Heropnames	Overdracht ontslag
CQ-index	Wacht- en toegangstijden	Overdracht tussen disciplines
Sterfte	Interne audits	Voorschrijffouten
	Verificatie patiënten	Resultaten verbeteracties
	Professionele standaarden	Volume normen
	Eigen vragenlijst	Kwaliteitsoverleg
		Verbeteracties
		Patiëntgerichtheid
		Teamklimaat
		Effectieve communicatie
		Academische standaarden
		Telefonische bereikbaarheid
		Laat afgezegde OK
		Shared decision making
		Snelheid proces
	Samenwerking 1ste en 2de lijn	
	No-shows poli	



## Bijlage 2: Whole System Measures 2.0

Het [Institute of Healthcare Improvement](#) heeft een set gemaakt met indicatoren die zij relevant vinden voor ziekenhuizen. Hierbij hebben zij de volgende criteria gehanteerd:

- **Balance:** A measure set must address each of the three elements of the Triple Aim (health, care, cost). In addition, a measure set should balance the current need of a system and the possible future direction of the system.
- **Parsimony:** To maintain a systems perspective, a small set of measures is required. If there are too few measures, significant dimensions will be overlooked; if there are too many, the measures cease to have targeted value in providing strategic guidance to system leaders.
- **Alignment:** Whole System Measures 2.0 builds on the IOM Core Metrics<sup>9</sup> and other existing measure sets so as not to duplicate efforts.
- **Immediate usefulness:** The measures need to be useful to health system leaders and boards to drive improved performance. The measures, as a set, must signal stability, improvement, or decline. In addition, we sought to include measures that had a track record of use. We did not include measures that, while novel or innovative, might be too early in the vetting process to fully understand their usefulness. We looked for measures that met high standards for vetting including, but not limited to, professional bodies like the National Quality Forum (NQF).
- **Consensus:** Health system leaders, quality improvement professionals, measurement experts, national advisors, and experts in patient- and family-centered care have knowledge in this area to be shared. To achieve the strongest set of Whole System Measures, we sought to leverage experience from all of these groups through constructive dialogue. To this end, Institute of Healthcare Improvement used a modified Delphi method to arrive at Whole System Measure 2.0, as described in the Methods section below.
- **Adaptability:** Empirical validity is essential. We need measures that work in the present, and we need to account for the ever-changing health care landscape. To that end, Whole System Measures 2.0 will need to be periodically revisited to ensure that the measures serve the intended purpose. As conditions change, some measures may become less viable or relevant and others may need to come to the forefront. By both pilot testing Whole System Measures 2.0 across multiple organizations and ensuring that leaders within an organization verify internal relevance, Whole System Measures 2.0 can and should be adapted when appropriate.