

# Experiment Zinvolle Registratie (ZIRE)

*Van wantrouwen naar vertrouwen*

Radboudumc



Rijnstate



umcg



NFU

NEDERLANDSE FEDERATIE VAN UMC'S  
CONSORTIUM KWALITEIT VAN ZORG



Zorginstituut Nederland



## Voorwoord

Voor u ligt het rapport met de beoogde doelen en behaalde resultaten van experiment ZIRE. Een uniek experiment waarbij het Radboudumc, Rijnstate en UMCG de mogelijkheid kregen om te experimenteren met het reduceren van het aantal kwaliteitsmetingen tot een kernset van kwaliteitsindicatoren die er toe doen, dat wil zeggen daadwerkelijk gebruikt worden voor kwaliteitsverbeteringen en van toegevoegde waarde zijn voor patiënten.

Het experiment ZIRE vroeg om een doordachte aanpak waarmee de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid en de transparantie hierover in de deelnemende ziekenhuizen geborgd bleef. We zijn het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg en het Zorginstituut zeer erkentelijk dat zij het experiment mogelijk hebben gemaakt en de IGJ en VWS voor het geven van vertrouwen, waardoor experiment ZIRE kon groeien. Wij bedanken de leden van de begeleidingscommissie (VWS, IGJ, FMS, V&VN, Patiëntenfederatie, ZN, NVZ, NFU) voor hun enthousiast meedenken gedurende de looptijd van het experiment.

Het experiment heeft kunnen plaatsvinden dankzij vele medewerkers van de drie ziekenhuizen, zowel artsen, verpleegkundigen, paramedici, patiënten, kwaliteitsmedewerkers, ICT-ers, managers en bestuurders; wij danken hen voor hun inzet, meedenken, inspiratie en motivatie en ook voor het meewerken aan de dataverzameling, waardoor wij nu dit rapport kunnen presenteren.

In het voorliggende rapport bespreken we de aanleiding van het experiment en de ZIRE-principes (hoofdstuk 1), de opzet van de evaluatiestudie (hoofdstuk 2) en resultaten (hoofdstuk 3 en 4). De conclusies en geleerde lessen op basis van de resultaten zijn geformuleerd voor alle betrokkenen in de gezondheidszorg (hoofdstuk 5). We zijn binnen experiment ZIRE nog niet uitgeleerd. Vandaar dat in het laatste hoofdstuk aanbevelingen worden gedaan voor verder onderzoek (hoofdstuk 6).

Nijmegen/Arnhem/Groningen: Marieke Zegers, Gerard Gerritsen en Gera Welker, januari 2021



## **Inhoudsopgave**

<b>1. Inleiding: wat is ZIRE?</b>	<b>7</b>
<b>2. Opzet evaluatiestudie</b>	<b>13</b>
<b>3. Resultaten: registratielast, werkbeleving en kwaliteit van zorg</b>	<b>19</b>
<b>4. Resultaten procesevaluatie</b>	<b>31</b>
<b>5. Conclusies en geleerde lessen</b>	<b>49</b>
<b>6. Hoe verder?</b>	<b>51</b>
<b>Referenties</b>	<b>53</b>
<b>Algemene projectgegevens</b>	<b>55</b>
<b>Lijst van afkortingen</b>	<b>57</b>
<b>Bijlage 1 Kernset kwaliteitsparameters IC-afdeling Radboudumc</b>	
<b>Bijlage 2 Kernset kwaliteitsparameters oncologie Rijnstate</b>	
<b>Bijlage 3 Kernset kwaliteitsparameters afdeling hematologie UMCG</b>	
<b>Bijlage 4 Evaluatie opzet ZIRE bij kwetsbare ouderen UMCG</b>	
<b>Bijlage 5 Gesprekshandleiding interviews en observaties inventarisatie kwaliteitsregistraties</b>	
<b>Bijlage 6 Vermindering registratielast per focusgebied</b>	
<b>Bijlage 7 Gesprekshandleiding interviews procesevaluatie</b>	



# 1. Inleiding: wat is ZIRE?

## 1.1 Aanleiding

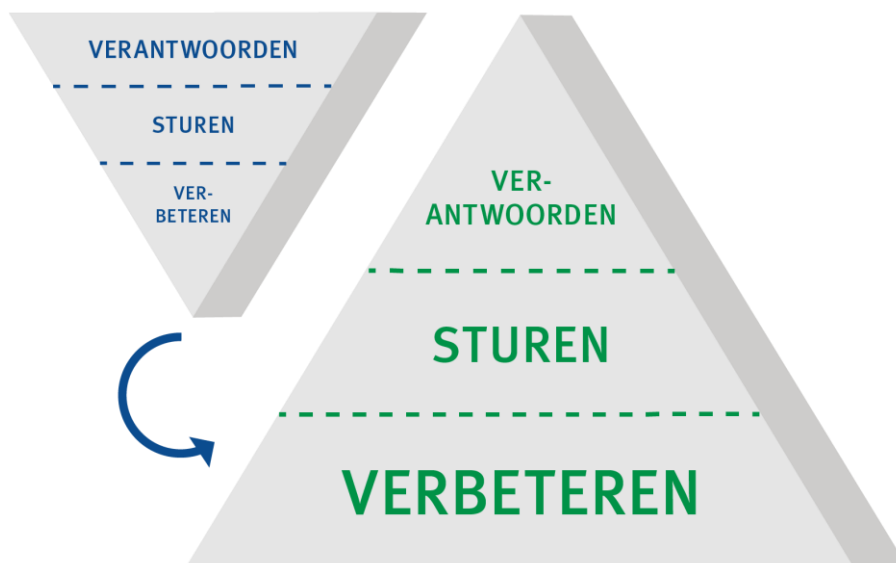
Ziekenhuizen leggen jaarlijks zeer uitgebreid verantwoording af over de kwaliteit van de geleverde zorg, zowel extern als intern. Dit levert een enorme registratielast op en bovendien ervaren zorgverleners de kwaliteitsuitvragen vaak als weinig relevant; ze betekenen te weinig voor hun eigen kwaliteitsbeleid. Alle betrokkenen in de zorg zijn het eens over de noodzaak van kwaliteitsmetingen en het afleggen van verantwoording hierover, maar vinden dat dit op een meer zinvolle wijze moet worden ingevuld.

Kwaliteitsmetingen zijn registraties die worden gebruikt voor het monitoren, evalueren en verbeteren van de kwaliteit van zorg (Donabedian 1980). Doordat er verschillende uitvragers zijn zoals de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), het Zorginstituut Nederland (ZIN) via de Transparantiekalender en beroepsverenigingen zelf, stapelt het aantal registraties zich gestaag op (Kolfschooten 2016, KPMG 2016). De hoeveelheid verplichte registraties wekt een gevoel van wantrouwen bij artsen en verpleegkundigen (VWS 2015). Ook ontbreekt voor veel indicatoren het wetenschappelijk bewijs dat zij bijdragen aan betere kwaliteit van zorg (Bonten 2014). De hoeveelheid, ervaren wantrouwen en onduidelijkheid over de gezondheidswinst voor patiënten drukt op het werkplezier van artsen en verpleegkundigen (Elbers 2017, Weggelaar 2016). Bovendien zorgt het voor een hoge ervaren regeldruk. De laatste jaren zijn er verschillende initiatieven gestart om regeldruk en registratielast te verminderen, met helaas nog weinig resultaat (VWS 2019, VVAA 2020, KPMG 2020).

UMC Groningen, Rijnstate ziekenhuis en Radboudumc hebben een eigen weg hierin gezocht en experiment ZIRE (Zinvolle Registratie) opgezet, waarin verpleegkundigen, artsen en patiënten samen een kernset hebben geselecteerd van kwaliteitsmetingen die volgens hen van toegevoegde waarde zijn voor de gezondheid van patiënten en voor kwaliteitsverbeteringen. In het Radboudumc neemt de afdeling Intensive Care (IC) deel aan het experiment, in Rijnstate de oncologische ketens voor maag-, darm- en prostaatkanker en in het UMCG de afdeling Hematologie.

## 1.2 Focus op leren en verbeteren

Kwaliteit van zorg begint feitelijk aan bed (of aan tafel) tussen zorgverlener en patiënt. Zorgverleners en patiënten kunnen het beste bepalen wat kwaliteit van zorg is, op welke wijze dit moet worden gemeten en vervolgens verbeterd als onderdeel van een kwaliteitsbeleid van continue verbeteren. Hierdoor kan kwaliteitszorg en daaraan gekoppeld de verantwoording meer aansluiten bij het primaire proces en krijgen professionals weer het eigenaarschap van kwaliteitszorg terug, zoals zij ook zelf wensen (Elbers 2017). De focus ligt op leren en verbeteren: kwaliteitsbeleid wordt niet gedreven door kwaliteitsuitvragen van externe partijen (top down), maar door continue te leren en verbeteren en proactief kwaliteitsbeleid vanuit zorgverleners zelf (bottom-up); zie Figuur 1.



*Figuur 1. Focus op Leren en Verbeteren*

### **1.3 Doelstelling experiment ZIRE**

Het primaire doel is het vergroten van het eigenaarschap van zorgverleners voor kwaliteitszorg door het werken met een kernset van zinvolle indicatoren en het efficiënter inrichten van het registratieproces. De hypothese is dat zinvolle registratie en verantwoording leidt tot meer werkplezier bij artsen en verpleegkundigen, minder registratielast en gelijke of betere kwaliteit van zorg.

Tijdens het experiment hebben zorgverleners samen met patiënten een beperkte kernset kwaliteitsindicatoren, die door hen als zinvol worden ervaren om interne kwaliteitsverbeteringen te optimaliseren, geselecteerd. Doordat zorgverleners de informatie uitvraag beter kunnen laten aansluiten bij de behoeften van de patiënt en de klinische praktijk, zal de registratie van kwaliteitsuitvragen minder worden ervaren als een last, wat bijdraagt aan het werkplezier van zorgverleners. De hypothese is dat het werken met enkel een kernset van zinvolle kwaliteitsindicatoren en het afscheid nemen van, als niet zinvol ervaren, intern en extern verplicht gestelde kwaliteitsindicatoren zal leiden tot meer kwaliteitsverbeteringen.

De betrokken focusgebieden van de drie ziekenhuizen zijn vrijgesteld van een deel van een aantal verplichte kwaliteitsuitvragen, die niet in de kernset zijn geselecteerd. Daarnaast wordt registratielast verminderd door het wegnemen van inefficiënties uit het registratieproces en door het ontlasten van zorgverleners middels het laten registreren van indicatoren door anderen dan de direct betrokken zorgverleners. De focusgebieden geven inzicht in de kwaliteit van zorg op basis van deze, in samenspraak met patiënten, zelf gekozen kwaliteitsmetingen. Met een evaluatiestudie wordt bestudeerd of het experiment leidt tot gelijke of zelfs betere patiëntuitkomsten en –ervaringen. Het experiment geeft tevens inzichten over hoe zinvolle transparantie en verantwoording kan worden vormgegeven bij verminderde registratielasten.



#### **1.4 Kunnen we meer met minder?**

Er zijn verschillende landelijke initiatieven die streven naar het verminderen van registratielast of zich richten op het realiseren van principes van patiëntgerichte zorg, uitkomsttransparantie en sturen op leren en verbeteren. De landelijke programma's worden ontwikkeld en vormgegeven in voortdurende afstemming met de diverse betrokken stakeholders, waaronder in ieder geval de HLA-partijen (HoofdLijnenAkkoord). Mede door het continu afstemmen en werken aan consensus verloopt het proces traag. De lopende programma's leiden vooralsnog tot minimale vermindering van registratielast (VVAA 2020, KPMG 2020).

In een relatief klein experiment is het mogelijk om sneller en extremer te testen door rigoures het aantal indicatoren te verminderen en eigenaarschap van kwaliteit aan de zorgprofessionals terug te geven. In praktijk is dit gebeurd door de werkvloer, zowel artsen, verpleegkundigen en patiënten, te laten prioriteren wat voor hen belangrijke informatie is om iedere dag te kunnen leren en verbeteren en dat te registreren. En daarover transparant te zijn.

Kunnen we door dit experiment zien dat minder registreren ook daadwerkelijk leidt tot meer werkplezier bij zorgverleners en een groter gevoel van eigenaarschap bij gelijk gebleven of verbeterde kwaliteit van zorg?

#### **1.5 Wat zijn de ZIRE-principes?**

1. Eigenaarschap voor kwaliteit terug naar de zorgverleners.
2. Zinnvolle Registratie: werken met een kernset van zinnvolle kwaliteitsindicatoren die door artsen, verpleegkundigen en patiënten/naasten is samengesteld.
3. Vermindering registratielast: vrijstelling voor kwaliteitsindicatoren en efficiënter inrichten van het registratieproces.

##### *Ad 1 Eigenaarschap voor kwaliteit*

Zorgverleners ervaren kwaliteitsinformatie als zinvol als het hen helpt om te werken aan optimale kwaliteit van zorg en continue verbetering hiervan. Het centrale uitgangspunt binnen experiment ZIRE was dan ook dat de betrokken artsen en verpleegkundigen samen met patiënten een kernset van door hen als zinvol ervaren (bestaande en nieuwe) kwaliteitsindicatoren hebben geformuleerd. De ziekenhuizen geven inzicht in en verantwoording over de kwaliteit van zorg – in de focusgebieden van experiment ZIRE – op basis van de door henzelf gekozen kwaliteitsmetingen.

##### *Ad 2 Zinnvolle Registratie: Kernset*

Per focusgebied is een kernset van zinnvolle indicatoren ontwikkeld gebruikmakend van literatuurstudie, consensusbijeenkomsten en delphi-studies. Door de samengestelde kernsets is een goede balans ontstaan tussen structuur- en procesindicatoren, uitkomsten van zorg en patiënt-gerapporteerde uitkomsten (Patiënt Reported Outcome Measures, PROMs) en -ervaringen (Patiënt Reported Experience Measures, PREMs). De kernsets zijn op dezelfde wijze ingedeeld met behulp van de volgende matrix:

**Tabel 1.1** Indeling indicatoren kernset zinvolle indicatoren

	<b>Organisatie (structuur en proces)</b>	<b>Uitkomsten</b>
<b>Zorgverlener</b>	<i>Minimale kwaliteitseisen</i>	<i>Behandeluikkomsten</i>
<b>Patiënt (en naaste)</b>	<i>Ervaren kwaliteit van zorg (PREMs)</i>	<i>Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (PROMs)</i>

In Tabel 1.2 zijn de gemeenschappelijke onderdelen van de 3 kernsets weergegeven en in bijlage 1, 2 en 3 de afzonderlijke kernsets van de drie focusgebieden. Met de PREMs en PROMs wordt het patiënt- en naastenperspectief meegenomen in het kwaliteitsbeleid. De kernset bevat tevens indicatoren die landelijke benchmark mogelijk maken (o.a. SMR, heropnames en complicaties) zijn opgenomen en indicatoren die aangeven of de randvoorwaarden op orde zijn (o.a. kwaliteitsvisiting, teamklimaat en veiligheidscultuur). In het experiment worden ernstige incidenten opgepakt, afkomstig uit complicatiebesprekingen, mortaliteitsanalyse en uit de calamiteitenanalyse en wordt met de nieuwe indicator 'leren en verbeteren' getoond hoe kwaliteitsproblemen worden aangepakt. Door transparant te zijn over de verbetercyclus wordt inzage gegeven aan alle betrokkenen in het lerend vermogen van een team en een afdeling. Door het meenemen van uitkomsten gerelateerd aan de kosten van zorg leidt de kernset tot een beter inzicht in de totale waarde van de zorg aan patiënten op de ZIRE afdelingen.

**Tabel 1.2** Kernset indicatoren

<b>Minimale kwaliteitseisen organisatie van zorg</b>	<b>Behandeluikkomsten</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• kwaliteitsvisiting</li> <li>• veiligheidscultuur</li> <li>• medewerkertevredenheid</li> <li>• leren en verbeteren van ernstige incidenten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SMR/sterfte</li> <li>• ongeplande (IC-)heropnames en re-interventies</li> <li>• complicaties: o.a. delier en decubitus</li> </ul>
<b>Patiënt-gerapporteerde ervaringen (PREMs)</b>	<b>Patiënt-gerapporteerde uitkomsten (PROMs)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ervaringen van patiënten en naasten</li> <li>• klachten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kwaliteit van leven</li> <li>• fysiek, cognitief en psychosociaal functioneren en herstel (o.a. vermoeidheid, angst, geheugenverlies, werkhervatting)</li> <li>• verhouding kwaliteit van leven en zorgkosten (VBHC)</li> </ul>

SMR = *standardized mortality ratio*; IC = *intensive care*; PREMs = *patient reported experiences measures*; PROMs = *patient reported outcome measures*; VBHC = *value-based health care*

### Ad 3 Vermindering registratielast

Vermindering van registratielast is op verschillende wijzen gerealiseerd:

- Vrijstelling voor indicatoren die niet in de kernset zitten of rebelleren
- Inefficiënties uit het registratieproces halen
- Door anderen laten registreren (niet door zorgverleners)

Gedurende experiment ZIRE is vermindering van registratielast gerealiseerd door alleen de kernset te registreren. De overige kwaliteitsregistraties zijn losgelaten en/of efficiënter ingericht. Voor het

loslaten van kwaliteitsregistraties is toestemming gevraagd aan de uitvragende partijen en deze is ook gegeven voor indicatoren van de IGJ, Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS 2020), Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE 2020) registratie en andere extern en intern opgelegde kwaliteitsuitvragen. Voor sommige verplichte uitvragen is gekozen om deze niet aan te leveren in de experimenteerperiode van ZIRE als geen vrijstelling voor aanleveren werd gegeven (rebelleren).

Het werken met een beperkte zinvolle set van indicatoren en het loslaten van bepaalde kwaliteitsmetingen wil niet zeggen dat deze onderwerpen niet centraal staan in de patiëntenzorg en het kwaliteitsbeleid van de deelnemende ziekenhuizen. Binnen experiment ZIRE handelen artsen en verpleegkundigen volgens professionele standaarden en protocollen, maar starten pas met registreren als er risico's zijn en er vervolgbesluit nodig is. Registraties rond bijvoorbeeld centraal veneuze lijnen, pijn en ondervoeding worden beperkt tot registraties die nodig zijn voor de dagelijks zorg; afwijkingen worden wel geregistreerd plus de ingezette interventies en acties. Er wordt geen verantwoording afgelegd over óf metingen en controles zijn uitgevoerd (zie Box 1). Het vastleggen van dagelijkse handelingen voelt als strafwerk. Deze registraties zijn vervangen door indicatoren die ertoe doen voor patiënten: patiëntervaringen en patiëntuitkomsten om de zorg gericht te verbeteren.

**Box 1. Voorbeelden van registraties die zijn gestopt (Zegers 2018)**

Pijn wordt niet standaard geregistreerd. Maar zodra een patiënt pijn heeft, registreren we de pijnscores en welke interventies zijn ingezet, totdat de patiënt pijnvrij is.

De controle van lijnen (o.a. controle insteekopening op verschijnselen van infectie en juistheid van indicatie) wordt dagelijks besproken, maar niet standaard geregistreerd. Rapportage in het patiëntendossier start bij (verdenking op) lijnsepsis.

### **1.6 Werken de ZIRE-principes?**

In de evaluatiestudie is bestudeerd of creëren van vrije ruimte voor patiënten en zorgprofessionals en zinvolle registratie leidt tot minder registratielast, meer werkplezier en meer kwaliteitsverbetering. Een evaluatie van het experiment is belangrijk voor het in kaart brengen van de effecten van de ZIRE-principes op zorgverleners en patiënten en welke inzichten de aanpak biedt voor andere ziekenhuizen. In het volgende hoofdstuk is de opzet van de evaluatie studie beschreven en in het derde en vierde hoofdstuk de resultaten.



## 2. Opzet evaluatiestudie

### 2.1 Focusgebieden

Om experiment ZIRE mogelijk te maken, is geëxperimenteerd op zeer kleine schaal. In het Radboudumc nam de afdeling Intensive Care (IC) deel aan het experiment, in Rijnstate de oncologische ketens voor maag-, darm- en prostaatkanker en in het UMCG de afdeling Hematologie. In het UMCG nam ook het thema Kwetsbare Ouderen deel, echter dit experiment is vroegtijdig gestopt binnen dit focusgebied, waardoor zij geen onderdeel zijn van de effectevaluatie. In bijlage 4 worden de stopredenen besproken.

Het Radboudumc is op 15 mei 2018 gestart met het implementeren van de kernset en de implementeren van registraties op de werkvloer; het UMCG en Rijnstate op 1 juli 2018.

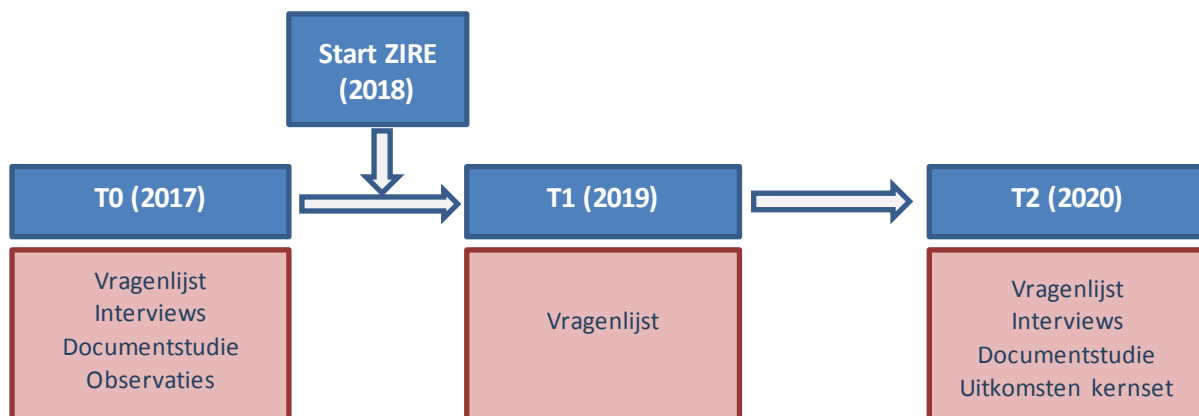
### 2.2 Hypothese en onderzoeksvragen

De hypothese van het experiment is dat het werken met enkel een kernset van zinvolle indicatoren voor kwaliteitsverbetering en verantwoording leidt tot minder registratielast, meer tijd voor patiëntenzorg, meer werkplezier bij artsen en verpleegkundigen en meer kwaliteitsverbeteringen. Op basis van de hypothese zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. In welke mate is de registratielast verminderd?
2. Wat is de invloed van verminderde registratielast op de werkbeleving van zorgverleners?
3. Leidt verminderde registratielast tot gelijke of betere kwaliteit en veiligheid van zorg?
4. Wat zijn randvoorwaarden voor het werken met de ZIRE principes?

### 2.3 Onderzoeksmethoden en meetmomenten

De evaluatiestudie werd uitgevoerd op verschillende tijdstippen: een voormeting in 2017 tot en met maart 2018 (T0), een tussenmeting in februari 2019 (T1) en een nameting in februari 2020 (T2) (zie Figuur 2.1).



**Figuur 2.1** Overzicht meetmomenten

De onderzoeksvragen zijn beantwoord met verschillende onderzoeksmethodieken, die in de volgende paragrafen worden toegelicht (zie Tabel 2.1 voor een overzicht).

**Tabel 2.1**      Overzicht meetinstrumenten per onderzoeksvraag

Onderwerp	Onderzoeksmethode	Doelgroep
Registratielast	Vragenlijstonderzoek, documentanalyse, interviews en participerende observaties	Artsen, verpleegkundigen, operatieassistenten, kwaliteitsmedewerkers, beleidsmedewerkers kwaliteit, ICT, secretaresses, etc
Werkbeleving zorgverleners	Vragenlijstonderzoek	Artsen en verpleegkundigen
Kwaliteit van zorg	Uitkomsten op de kernset	Patiëntpopulatie
Randvoorwaarden voor ZIRE	Procesevaluatie, inclusief interviews en documentstudie	Artsen, verpleegkundigen, managers, kwaliteitsmedewerkers en externe stakeholders

## 2.4 Documentanalyse, interviews en participerende observaties

Om een overzicht te krijgen van het aantal en soort kwaliteitsregistraties per focusgebied zijn alle documenten gerelateerd aan kwaliteitsonderwerpen bestudeerd, zijn artsen, verpleegkundigen geïnterviewd en anderen die kwaliteitsinformatie registreren (o.a. kwaliteitsmedewerkers, operatieassistenten, ICT, secretaresses). Tevens zijn participerende observaties uitgevoerd, waarbij zorgverleners tijdens hun dienst zijn gevolgd om het registratieproces in het zorgproces te bestuderen. De gesprekshandleiding voor de interviews en observaties is toegevoegd in bijlage 5.

Met gegevens uit de interviews, observaties en documenten is per focusgebied een overzicht gemaakt van alle gegevens die worden geregistreerd voor het monitoren, evalueren en verbeteren van de kwaliteit van zorg (o.a. indicatoren, vragenlijsten (veiligheidscultuur, patiëntervaringen/CQI), audits, keurmerken, accreditaties, certificaten, visitaties, medische kwaliteitsregistraties, incidentmeldingen, complicatieregistraties). Ook is per indicator in kaart gebracht wie de uitvragers zijn, wat de uitvragers als primair doel van de uitvraag benoemd, wie de informatie registreert en of zorgverleners de indicator zinvol vinden (en waarom). In bijlage 6 is een overzicht van de uitvragende partijen en aantal indicatoren weergegeven. Een uitgebreide analyse van de objectieve en subjectieve registratielasten gemeten in de 3 focusgebieden in 2017 is te lezen in internationale publicatie '*Perceived Burden Due to Registrations for Quality Monitoring and Improvement in Hospitals: A Mixed Methods Study*' (Zegers 2020).

## 2.5 Vragenlijstonderzoek

In mei 2017 (T0) kregen 546 en in mei 2019 (T1) 561 zorgverleners van de drie focusgebieden een online vragenlijst toegestuurd per e-mail. In februari 2020 (T2) is de vragenlijst alleen naar alle zorgverleners (n=258) van de IC van het Radboudumc verstuurd. De meting in Rijnstate en UMCG stond gepland in april 2020, maar heeft door de corona pandemie niet plaats kunnen vinden.

De vragenlijst bestond uit gevalideerde vragenlijsten op deelonderwerpen zoals ervaren registratielast en werkplezier (intrinsieke en extrinsieke motivatie). De vragenlijst startte met 12 algemene vragen over onder andere leeftijd, geslacht, functie en aantal jaren werkzaam binnen deze functie.

*Registratielast* is gemeten met 17 vragen, die startten met een introductie en een definitie en voorbeelden van kwaliteitsregistraties (e.g. delier, pijn, vallen, complicatieregistratie, incidentmeldingen, cultuurmetingen, de NICE (Nationale Intensive Care Evaluatie), DICA (Dutch Institute for Clinical Auditing), kwaliteitsvisitaties, accreditaties en keurmerken). Vervolgens werd er gevraagd naar het *aantal minuten* door zorgverleners besteed aan kwaliteitsregistraties per werkdag (1 item), *huidige onzinnige registraties* (1 item) en de perceptie t.a.v. kwaliteitsregistraties met de Bern Illegitimate Tasks Scale (Semmer 2010). Deze schaal bevat vier stellingen over *onnodige registraties* (e.g. 'Hoe vaak registreert u wel eens kwaliteitsgegevens waarbij u zich afvraagt of deze überhaupt

zinnig zijn?', Cronbach' alpha  $\alpha_{T0} = ,93$   $\alpha_{T1} = ,89$ ) en vier stellingen over *onredelijke registraties* (e.g. 'Hoe vaak registreert u wel eens kwaliteitsgegevens waarvan u denkt dat deze te ver gaan en niet van u verwacht zouden moeten worden?',  $\alpha_{T0} = ,82$ ,  $\alpha_{T1} = ,80$ ). De antwoordopties werden gegeven op een 5-punts Likert scale (1 = nooit tot 5 = vaak).

*Werkplezier* is gemeten met gevalideerde vragenlijsten voor intrinsieke motivatie (gedreven doordat men het werk leuk vindt of doordat het werk in lijn ligt met persoonlijke waarden, 9 items:  $\alpha_{T0} = ,84$ ,  $\alpha_{T1} = ,82$ ) en extrinsieke motivatie (gedreven door status, inkomsten of het vermijden van negatieve gevoelens zoals schuld, 10 items:  $\alpha_{T0} = ,82$ ,  $\alpha_{T1} = ,82$ ). De antwoordopties werden gegeven op een 7-punts Likert scale (1 = helemaal niet tot 7 = volledig). Daarnaast is er gekeken naar de mate waarin men op het werk autonomie ervaart (3 items, e.g. 'Ik voel me vrij om dingen op mijn eigen manier te doen in mijn baan',  $\alpha_{T0} = ,69$ ,  $\alpha_{T1} = ,66$ ), beantwoord op een 5-punts Likert scale (1 = helemaal niet mee eens tot 5 = helemaal mee eens) (Gagne 2010, Deci 2008).

Deelnemers aan de tussenmeting die aangaven het jaar ervoor ook al op dezelfde afdeling werkzaam te zijn (inclusief personen die T0 niet invulden), kregen aanvullende vragen over ervaren veranderingen in *betrokkenheid bij kwaliteitsverbeteringen* en *kwaliteitsverbeteringen op hun afdeling*, beantwoord op een 5-punts Likert scale (1 = veel minder tot 5 = veel meer). Ook werd er gevraagd naar ervaren veranderingen en oorzaken hiervan betreffende registratielast en werkplezier (*open vragen*).

De vragenlijst data zijn geanalyseerd met behulp van SPSS Statistics versie 23. Analyses zijn gedaan met behulp van de Chi-Kwadrat toets, ANOVA (herhaalde metingen) voor normaal verdeelde variabelen en GEE analyse voor niet-normaal verdeelde variabelen (het aantal minuten registratie). Open vragen zijn kwalitatief geanalyseerd, waarbij de opentekstvelden door twee onderzoekers zijn gecodeerd.

De vragenlijst is ingevuld door 291 (53%) (T0), 314 (56%) (T1) en 113 (44%) (T2) respondenten (Tabel 2.2). Het merendeel van de respondenten waren verpleegkundigen (84,5%) en een kleiner deel arts (12,3%) of een ander type zorgverlener (3,2%); dit komt overeen met de verhouding in de groep aangeschreven potentiële respondenten.

**Tabel 2.2** Karakteristieken deelnemende artsen en verpleegkundigen vragenlijststudie

	T0 n = 291	T1 n = 314	T2 n = 113
<b>Functie</b>			
Verpleegkundigen	80.4%	79.3%	78.3%
Artsen	14.8%	17.2%	20.8%
Anders	4.8%	3.5%	0.8%
<b>Gemiddelde leeftijd in jaren (SD)</b>	40.76 (11.60)	40.66 (11.03)	42.34 (11.63)
<b>Geslacht, % man</b>	22.3%	27.6%	21.7%
<b>Gemiddeld aantal jaren werkzaam in huidige functie</b>	15.95 (11.73)	15.45 (11.83)	17.51 (12.78)
<b>Deelnemend ziekenhuis en focusgebied</b>			
Radboudumc/IC-afdeling	55.0% (n = 160)	52.2% (n = 164)	100% (n=113)
Rijnstate/oncologische zorgtrajecten	14.8% (n = 43)	26.8% (n = 84)	
UMCG /afdeling Hematologie	30.2% (n = 88)	21.0% (n = 66)	

## 2.6 Uitkomsten op de kernset

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag of vermindering van registratielast leidt tot gelijke of betere kwaliteit en veiligheid van zorg, geven de deelnemende ziekenhuizen inzage in de kwaliteit van zorg met de geselecteerde set van kwaliteitsindicatoren (Bijlage 1, 2 en 3).

De kernset is primair opgesteld voor het versterken van het kwaliteitsbeleid, doorvoeren van kwaliteitsverbeteringen en voor het afleggen van verantwoording. De indicatoren in de kernset zijn kwalitatief en kwantitatief van aard. De kwalitatieve data geven uitgebreidere informatie over het kwaliteitsprobleem en oorzakelijke factoren, waarmee gericht verbeteracties kunnen worden ingezet. Denk aan adviezen afkomstig van kwaliteitsvisitaties, ervaringen van patiënten en naasten uit spiegelgesprekken en leerpunten uit PRISMA-analyses. Met kwantitatieve data is het mogelijk om kwaliteit van zorg over de tijd heen en met andere ziekenhuizen te vergelijken. De kwantitatieve data, zoals sterftecijfers, aantal heropnamen en complicaties, zijn gebruikt voor het evalueren van het effect van het experiment op de kwaliteit van zorg. Cijfers uit 2017 en de eerste helft van 2018 (pre-ZIRE) zijn vergeleken met uitkomsten in de tweede helft van 2018 en 2019 (na invoering van de ZIRE-principes). Gegevens uit 2020 zijn buiten beschouwing gelaten i.v.m. de COVID crisis.

## 2.7 Procesevaluatie

Om de ZIRE-principes (eigenaarschap voor kwaliteit terug naar zorgverleners, werken met een kernset en verminderen van registratielast) breder te verspreiden, is het van belang om te evalueren of deze principes werken (is de registratielast daadwerkelijk verminderd, leidt het tot betere werkbeleving van zorgverleners bij gelijke of zelfs betere kwaliteit en veiligheid van zorg?) en wat nodig is om de ZIRE principes te implementeren en te laten slagen. Waarom is het experiment meer geslaagd in het ene focusgebied (meer vrijstelling van verplichte indicatoren en meer reductie van registratielast) dan in andere focusgebieden en wat zijn cruciale factoren om te komen tot zinvolle registratie en de-implementatie van indicatoren?

Er is een procesevaluatie uitgevoerd waarin uitgebreid in kaart is gebracht hoe ZIRE-principes in de 3 ziekenhuizen zijn uitgevoerd en welke factoren de verschillen in behaalde resultaten zouden kunnen verklaren. Voor de procesevaluatie zijn 33 verschillende betrokkenen geïnterviewd (zie Tabel 2.4 en gesprekshandleiding in bijlage 7) en documenten (bijv. verslagen van bijeenkomsten) bestudeerd. De geïnterviewden zijn onder te verdelen in vier categorieën: externe partijen, raad van bestuur, middenmanagement en zorgverleners op de werkvloer. De externe partijen en de leden van de raden van bestuur hebben met name informatie gegeven over de context waarin ZIRE is uitgevoerd en het proces van verkrijgen van vrijstelling; het middenmanagement en de werkvloer hebben met name inzicht gegeven in de uitvoering van ZIRE in de praktijk: het middenmanagement over de organisatorische kant van de uitvoering en de zorgverleners over de concrete uitvoering op de werkvloer. Het belangrijkste criterium voor de selectie van de interviewpartners was betrokkenheid bij ZIRE, hetzij omdat de interviewpartners het uitgevoerd hebben, hetzij omdat zij een rol hebben gespeeld bij de uitvoering. Per ziekenhuis zijn er 9 á 10 interviews verricht: één interview met een lid van de raad van bestuur, vier interviews met het middenmanagement en vier interviews met betrokken zorgverleners.

Naast interviews hebben documenten informatie verschaft over de uitvoering en de beïnvloedende factoren van ZIRE. De bestudeerde documenten zijn onder andere het projectvoorstel (beoogde interventie), tussentijdse evaluaties, informatievoorziening aan de begeleidingscommissie van het experiment, taakverdelingen, voortgangsdokument, brieven, notities, notulen en verslagen. Voor de analyse zijn de bevindingen van de verschillende methoden van dataverzameling



gecombineerd. De interviews zijn verbatim getranscribeerd en met behulp van ATLAS.ti 8.4.2 gecodeerd.

**Tabel 2.4** Interviewparticipanten procesevaluatie

<b>Interne partijen</b>	<b>Aantal interviews</b>
Verpleegkundige	8
Arts	5
Afdelingshoofd	4
Manager, hoofd kwaliteit en veiligheid, kwaliteitsfunctionaris, hoofd medische registratie	8
Lid Raad van Bestuur	3
<b>Externe partijen</b>	
IGJ	1
VWS	1
ZN	1
Patientenfederatie	1
FMS	1
<b>Totaal</b>	<b>33</b>



### 3. Resultaten: registratielast, werkbeleving en kwaliteit van zorg

#### 3.1 Registratielast – aantal kwaliteitsindicatoren en vrijstelling

Het aantal indicatoren dat in 2017 werd geregistreerd verschilt per focusgebied: 102 voor de IC-afdeling van het Radboudumc, 138 voor de oncologische ketens prostaat- en maag-darmkanker in Rijnstate en 80 voor de afdeling hematologie. In bijlage 6 zijn het aantal te registreren kwaliteitsparameters per uitvragende partij weergegeven.

Uit deze lijst is per focusgebied een kernset van zinvolle indicatoren geselecteerd. Voor indicatoren die niet in de kernset zaten is vrijstelling gevraagd aan de uitvragende partijen. Externe partijen zoals IGJ, SONCOS en Stichting NICE hebben deze vrijstelling verleend. Voor indicatoren waarvoor geen vrijstelling is verleend is zo veel als mogelijk een alternatief bedacht om de registratielast toch te verminderen, zoals rebelleren (gemotiveerd niet aanleveren), het registratieproces efficiënter inrichten met bijvoorbeeld EPD aanpassingen of registraties door anderen dan zorgverleners uit te laten voeren.

In tabel 3.1 is te zien dat de IC-afdeling voor de meeste indicatoren (60%) die niet in de kernset zaten vrijstelling heeft gekregen of heeft gerebelleerd. Voor het Rijnstate is dat 5% en voor het UMCG 12%. Rijnstate had vrijstelling voor de IGJ en SONCOS indicatoren, maar moest deze alsnog registreren omdat ze verplicht waren voor de transparantiekalender of voor zorgverzekeraars waarvoor geen vrijstelling is verkregen. Voor een groot deel van de indicatoren waarvoor geen vrijstelling is verkregen, of die toch aangeleverd moesten worden door verplichting vanuit een andere partij, is het registratieproces anders en efficiënter ingericht; dit geldt voor 55% van de indicatoren van de afdeling Hematologie; in Rijnstate is dit percentage 81% en in het Radboudumc 24%.

Indien anderen dan zorgprofessionals de registratie hebben overgenomen is de registratie inspanning voor de zorgprofessionals verminderd, echter niet voor de gehele organisatie als geheel.

**Tabel 3.1** Gecreëerde vrije ruimte per focusgebied

	Aantal indicatoren in 2017	In kernset	Vrijstelling of rebelleren	Anders registreren*	Geen vrije ruimte**	Uitvraag gestopt
Radboudumc - Intensive Care	102 (100%)	16 (16%)	61 (60%)	25 (24%)	0	0
Rijnstate - Oncologisch centrum	138 (100%)	16 (12%)	7 (5%)	113 (81%)	0	2 (1%)
UMCG – afdeling Hematologie	80 (100%)	15 (19%)	9 (12%)	43 (55%)	11 (14%)	0

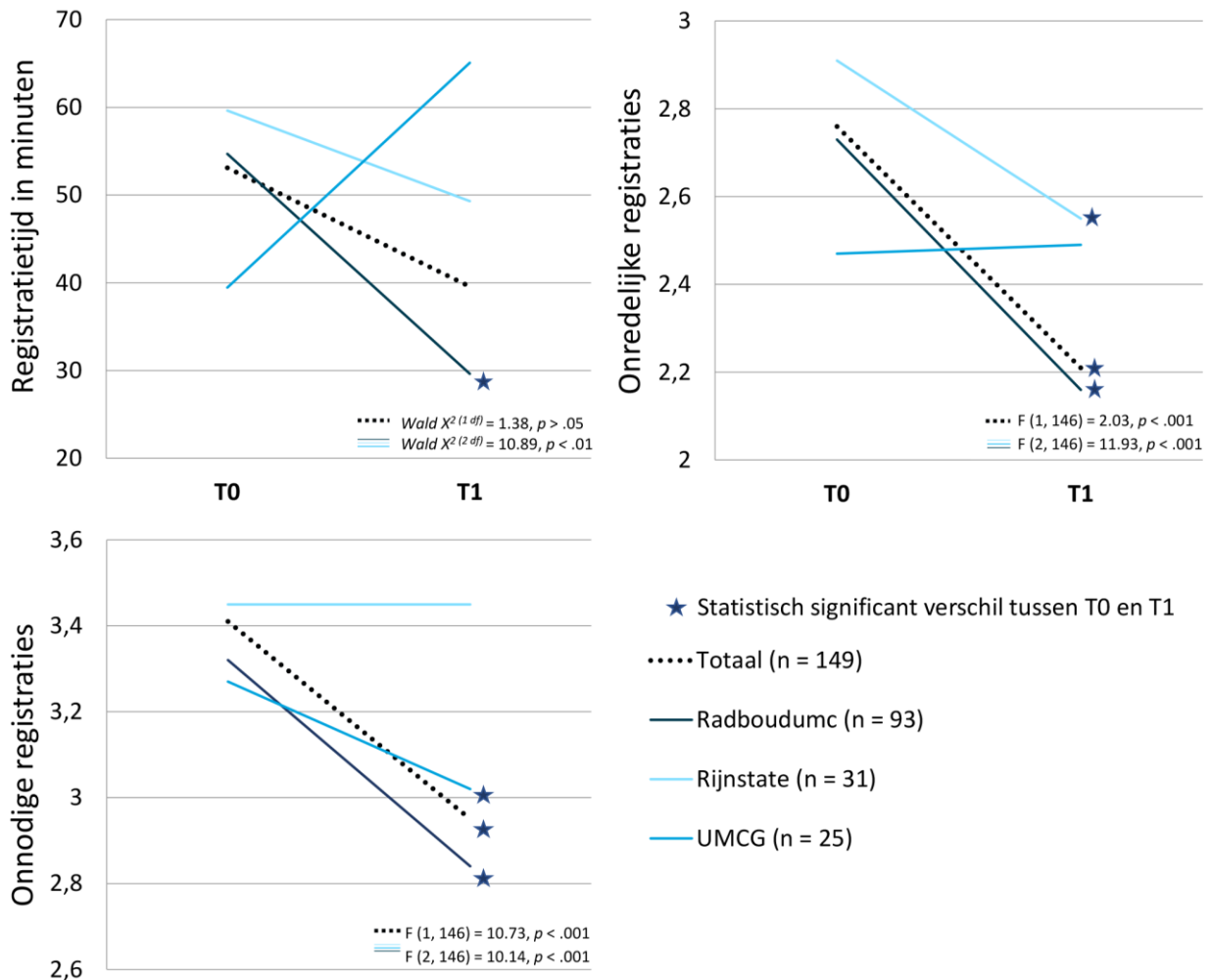
\* efficiënter registreren door b.v. EPD aanpassing of door anderen dan zorgverleners laten registreren

\*\*geen vrijstelling, registratie niet efficiënter ingericht of door anderen dan zorgverleners overgenomen

#### 3.2 Registratielast – aantal minuten

Bij de tussenmeting (een jaar na de start van ZIRE) is over de gehele linie het *aantal minuten* besteed aan kwaliteitsregistraties per werkdag voor alle focusgebieden samen niet veranderd ( $Wald X^2 (1 \text{ df}) = 1.38, p > ,05$ ). Per focusgebied zien we hierin verschillen ( $Wald X^2 (2 \text{ df}) = 10,89, p = ,01$ ): op de IC-afdeling van het Radboudumc was er een significante reductie van 16 minuten ( $p < ,01$ ). De afname van tien minuten in het Rijnstate ziekenhuis en de toename van 15 minuten in het UMCG waren beide niet statistisch significant ( $p > ,05$ ) (Figuur 3.1).

Meest genoemde redenen voor afgenomen registratietijd zijn minder registraties/experiment ZIRE (82%), efficiëntere registratie (8%), invoering van een nieuw EPD (3%) of andere redenen (7%). Genoemde redenen voor een toename in registratietijd waren een toename in het aantal uitgevraagde registraties (62%), de implementatie van een nieuw EPD (19%), een verandering in taken (8%) of andere redenen (11%). In de nameting in het Radboudumc is het aantal minuten besteed aan registratie verder gedaald naar gemiddeld 31 minuten per werkdag (Tabel 3.2).



**Figuur 3.1** Ervaren registratielast: gemiddelde registratietijd, onredelijke en onnodige registraties

### 3.3 Registratielast – ervaren zinvolheid

Bij de tussenmeting ervaren zorgverleners van alle deelnemende focusgebieden minder *onredelijke registraties* ( $F(1, 146) = 2,03, p < ,01$ ) en *onnodige registraties* ( $F(1, 145) = 10,73, p < ,01$ ). Ook hierin werden verschillen gevonden tussen de focusgebieden: in het Radboudumc en Rijnstate ziekenhuis ervaren zorgverleners significant minder onredelijke registraties en in het UMCG is er geen verandering waargenomen ( $F(2, 146) = 11,93, p < ,01$ ; Figuur 3.1). Ervaren onnodige registraties zijn in het Radboudumc en in het UMCG significant afgenomen en in het Rijnstate ziekenhuis toegenomen ( $F(2, 145) = 10,14, p < ,01$ ; Figuur 3.1). Het aantal ervaren onredelijke en onzinnige registraties is verder gedaald bij de nameting in het Radboudumc (Tabel 3.2).

**Tabel 3.2** Registratielast Radboudumc IC-afdeling nameting

	<b>T0 (2017)</b>	<b>T1 (mei 2019)</b>	<b>T2 (febr 2020)</b>	<b>Resultaat</b>
Gemiddeld aantal minuten registratie	55	36	31	↓ (sig)
Onredelijke registraties	2,72	2,16	2,10	↓ (sig)
Onzinnige registraties	3,33	2,84	2,69	↓ (sig)

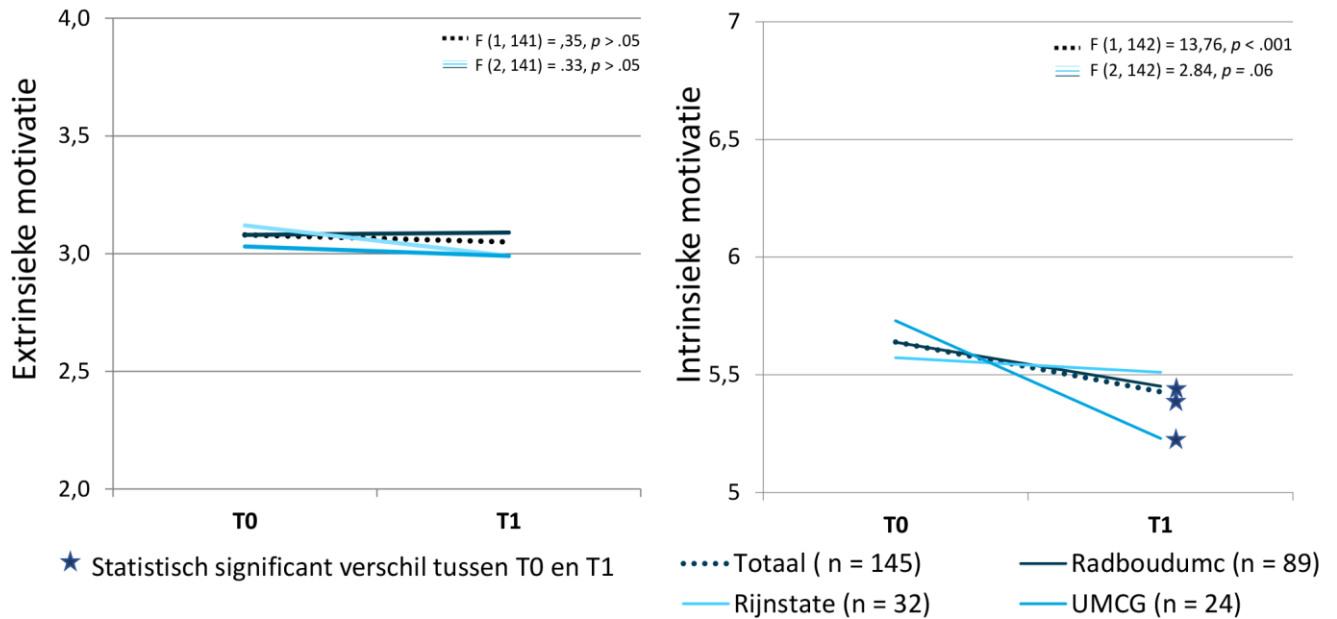
Bij de tussenmeting vond 30,3% van alle respondenten (n=314) dat er nog onzinnige registraties zijn waarmee gestopt zou moeten worden. In het Radboudumc was dat 26,7%, in het UMCG was dat 22,2%, en in het Rijnstate ziekenhuis was dat hoger met 43,8% ( $\chi^2(4, n = 304) = 31,24, p < ,01$ ) (Tabel 3.3).

**Tabel 3.3** Samenvatting reductie registratielast per ziekenhuis

	<b>Radboudumc</b>	<b>Rijnstate</b>	<b>UMCG</b>
<b>Vrijstelling verkregen/losgelaten</b>	60%	5%	12%
<b>Registratietijd</b>	↓	≈	≈
<b>Onnodig</b>	↓	≈	↓
<b>Onredelijk</b>	↓	↓	≈
<b>Nog aanwezige niet-zinvolle registraties</b>	27,6%	43,8%	22,2%
<b>↑ = toegenomen, ≈ = gelijk gebleven, ↓ = afgenomen</b>			

### 3.4 Werkplezier & betrokkenheid bij kwaliteit

In de tussentijdse meting werd een lichte afname in intrinsieke motivatie waargenomen ( $F(1, 142) = 7,83, p < ,01$ ) (Figuur 3.2). De extrinsieke motivatie is op alle afdelingen gelijk gebleven. In een open vraag naar redenen voor afname in werkplezier waren de meest genoemde redenen toegenomen werkdruk en onvoldoende personeel (46%), weinig inspraak in organisatorische veranderingen (30%) en afdelings sfeer (12%). Mensen die vonden dat hun werkplezier was toegenomen gaven het vaakst als reden: groei en uitdaging (48%), een prettig team (20%) en persoonlijke omstandigheden als een betere werk-privé balans (16%).



**Figuur 3.2** Werkplezier: gemiddelde intrinsieke en extrinsieke motivatie

Bij de tussenmeting hebben we gevraagd of respondenten in vergelijking met voor ZIRE meer of minder betrokken zijn bij kwaliteitsverbeteringen. Hierop gaf 30,7% aan meer betrokken te zijn, 9,9% geeft aan minder betrokken te zijn en 59,4% geeft aan evenveel betrokken te zijn. Daarnaast geeft 49,3% aan dat er meer kwaliteitsverbeteringen op de afdeling plaatsvinden, 6,7% denkt dat dit minder is geworden en 44% denkt dat het aantal kwaliteitsverbeteringen op hun afdeling gelijk is gebleven. Hierin week het Radboudumc af van het Rijnstate ziekenhuis en UMCG doordat in het Radboudumc een grote groep respondenten dacht dat de eigen betrokkenheid bij en kwaliteitsverbeteringen op de afdeling gelijk was gebleven in plaats van toegenomen (Tabel 3.4).

**Tabel 3.4** Betrokkenheid kwaliteitsverbeteringen

	Totaal	Radboudumc	Rijnstate	UMCG
Ervaren betrokkenheid bij kwaliteitsverbeteringen t.o.v. een jaar geleden	↑ 30,7% ≈ 59,4% ↓ 9,9%	↑ 23,8% ≈ 63,9% ↓ 12,3%	↑ 34,6% ≈ 57,7% ↓ 7,7%	↑ 45,4% ≈ 50,9% ↓ 3,6%
Aantal kwaliteitsverbeteringen op de afdeling t.o.v. een jaar geleden	↑ 49,3% ≈ 44,0% ↓ 6,7%	↑ 42,2% ≈ 49,7% ↓ 8,2%	↑ 60,2% ≈ 38,5% ↓ 1,3%	↑ 52,7% ≈ 36,4% ↓ 10,9%
↑ = toegenomen, ≈ = gelijk gebleven, ↓ = afgenomen				

In de nameting in het Radboudumc is de intrinsieke motivatie verder afgenomen (Tabel 3.5). De analyses laten zien dat onzinnige registraties geassocieerd zijn met een daling van het werkplezier. De ervaren betrokkenheid bij kwaliteit is niet veranderd in de nameting in het Radboudumc; wel het aantal kwaliteitsverbeteringen op de afdeling: 60% van de respondenten gaf aan het aantal kwaliteitsverbeteringen ten opzichte van voor ZIRE gelijk was gebleven en bijna 30% geeft aan dat het is toegenomen (Tabel 3.5).

**Tabel 3.5** Nameting Radboudumc IC-afdeling: werkplezier en betrokkenheid kwaliteit

	<b>T0 (2017)</b>	<b>T1 (mei 2019)</b>	<b>T2 (febr 2020)</b>
<b>Intrinsieke motivatie</b>	5,61	5,20	5,04
<b>Extrinsieke motivatie</b>	3,04	3,09	2,86
Ervaren <b>betrokkenheid bij kwaliteitsverbeteringen</b> t.o.v. voor de start van ZIRE	-	↑ 23,8% ≈ 63,9% ↓ 12,3%	↑ 26,5% ≈ 60,2% ↓ 13,3%
<b>Aantal kwaliteitsverbeteringen</b> op de afdeling t.o.v. voor de start van ZIRE	-	↑ 42,2% ≈ 49,7% ↓ 8,2%	↑ 29,6% ≈ 60,2% ↓ 10,2%
↑ = toegenomen, ≈ = gelijk gebleven, ↓ = afgenomen			

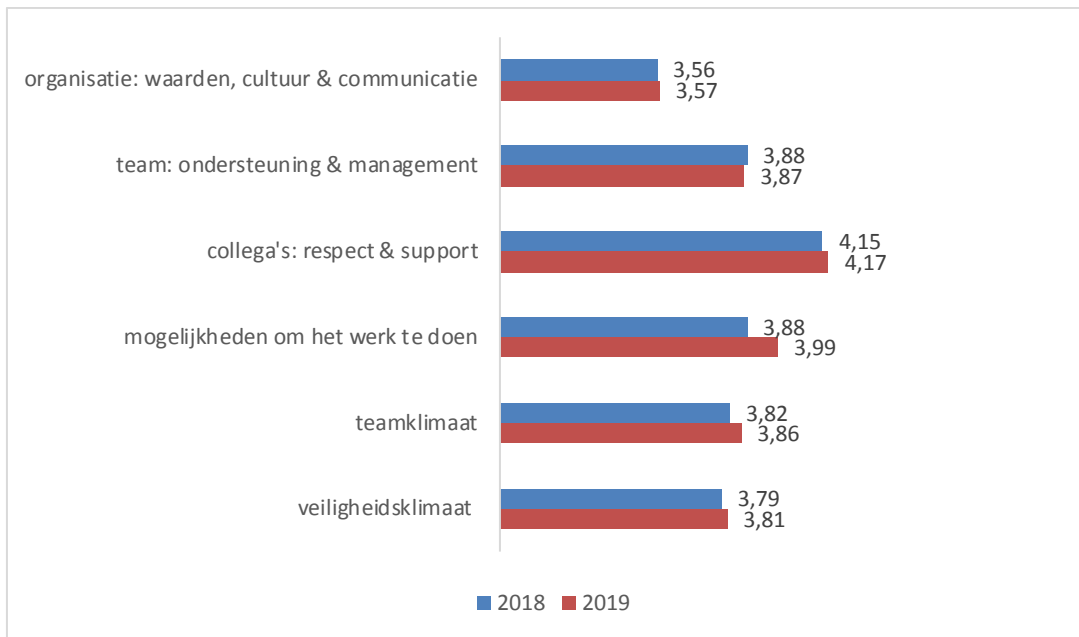
### 3.5 Kwaliteit van zorg

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag of vermindering van registratielast leidt tot gelijke of betere kwaliteit en veiligheid van zorg bestuderen we de uitkomsten van de indicatoren in de kernset. De uitkomsten op alle indicatoren in de kernsets van de drie focusgebieden zijn toegevoegd in Bijlage 1, 2 en 3. Deze gegevens geven een indruk in de volle breedte over hoe de kwaliteitsverbeteringscyclus op de geselecteerde thema's wordt doorlopen. Dus er wordt niet alleen inzicht gegeven in de uitkomsten van de indicatoren, maar ook inzicht gegeven in welke verbeteracties er zijn ingezet, wat de stand van zaken is en het resultaat. Hieronder volgt een korte toelichting per ziekenhuis.

#### *Radboudumc*

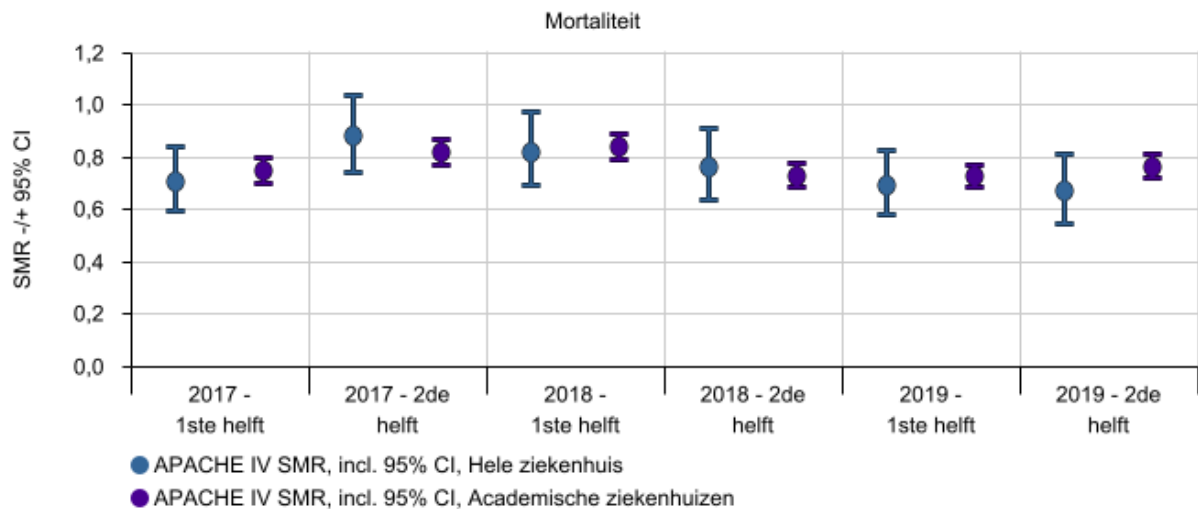
Om een indruk te geven of kwaliteit gelijk dan wel verbeterd of verslechterd is op de IC-afdeling worden hier 4 indicatoren uit de kernset (Bijlage 1) uitgelicht, te weten de afdelingscultuur (o.a. teamsamenwerking en beschikbaarheid van middelen om het werk goed te doen), de sterfte cijfers en percentage heropnames, delier en decubitus.

De scores voor de verschillende onderdelen van de cultuurvragenlijst variëren tussen de 3,5 en 4, vergelijkbaar met een rapportcijfer tussen de 7 en 8. De scores zijn onveranderd gebleven ten tijde van ZIRE, met uitzondering dat de IC-medewerkers significant ( $p < 0,01$ ) meer tijd en middelen ervaren in de 2019 t.o.v. 2018 (Figuur 3.3). De respondenten hebben in de cultuurvragenlijst verschillende aspecten benoemd die nog beter kunnen, zoals de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen, streven naar een open cultuur en werkdruk. Er zijn diverse verbeteracties gestart op deze thema's (zie Bijlage 1).



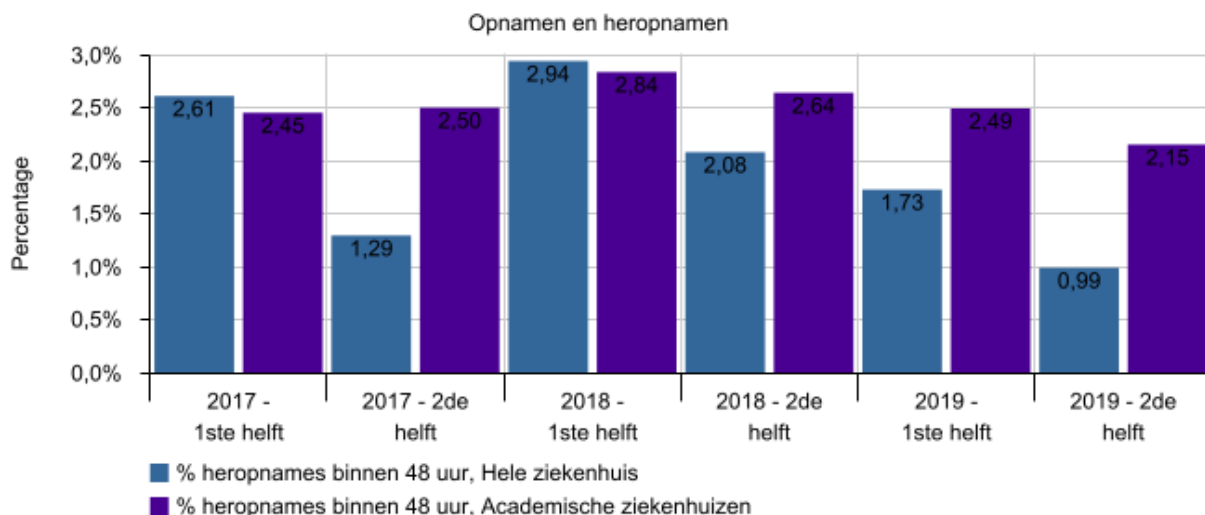
**Figuur 3.3** Cultuurmeting, gemiddelde (schaal 1-5)

De SMR<sup>1</sup> en IC-heropnames binnen 48 uur in het Radboudumc (licht blauwe bolletjes in Figuur 3.4) lopen gelijk met de landelijke trend (donker paarse bolletjes). Na invoering van ZIRE (mei 2018) zijn de SMR en het percentage IC-heropnames binnen 48 uur lager dan het landelijk gemiddelde voor academische centra, echter de verschillen zijn niet statistisch significant (Figuur 3.4). Een belangrijke verbeteractie voor het reduceren van de IC-heropnames is de betere overdracht van patiënten naar de verpleegafdeling en intensievere inzet van de CIV-verpleegkundige ofwel 'Consultatief Intensive care Verpleegkundige'.



<sup>1</sup> De SMR (Standardized Mortality Ratio) is het aantal (post-)IC-patiënten overleden in het ziekenhuis ten opzichte van het verwachte aantal in het ziekenhuis overleden (post-)IC-patiënten op basis van een voorspellend model waarin wordt gecorrigeerd voor de ernst van de ziekte (in dit geval APACHE IV). IC-heropname binnen 48 uur is het percentage patiënten dat binnen dezelfde ziekenhuisopname periode opnieuw op de IC wordt opgenomen. IC-heropnames binnen 48 uur zijn gerelateerd aan slechtere uitkomsten en zegt iets over de samenwerking tussen de IC en verpleegafdelingen en het IC-ontslagbeleid.





**Figuur 3.4** IC-sterfte en IC- heropnamen binnen 48 uur (data en figuren afkomstig uit NICE-online/[www.stichting-nicel.nl](http://www.stichting-nicel.nl))

De incidentie decubitus is gedaald na invoering van ZIRE, echter niet statistisch significant. De prevalentie delier is tevens gedaald, echter het aantal uitgevoerde delier-metingen ook (Tabel 3.6). Dit heeft mogelijk geleid tot een verminderde signalering van delier. Momenteel wordt een gebruikersvriendelijker instrument voor het detecteren van delier getest om de compliance te verbeteren.

**Tabel 3.6** Delier en decubitus

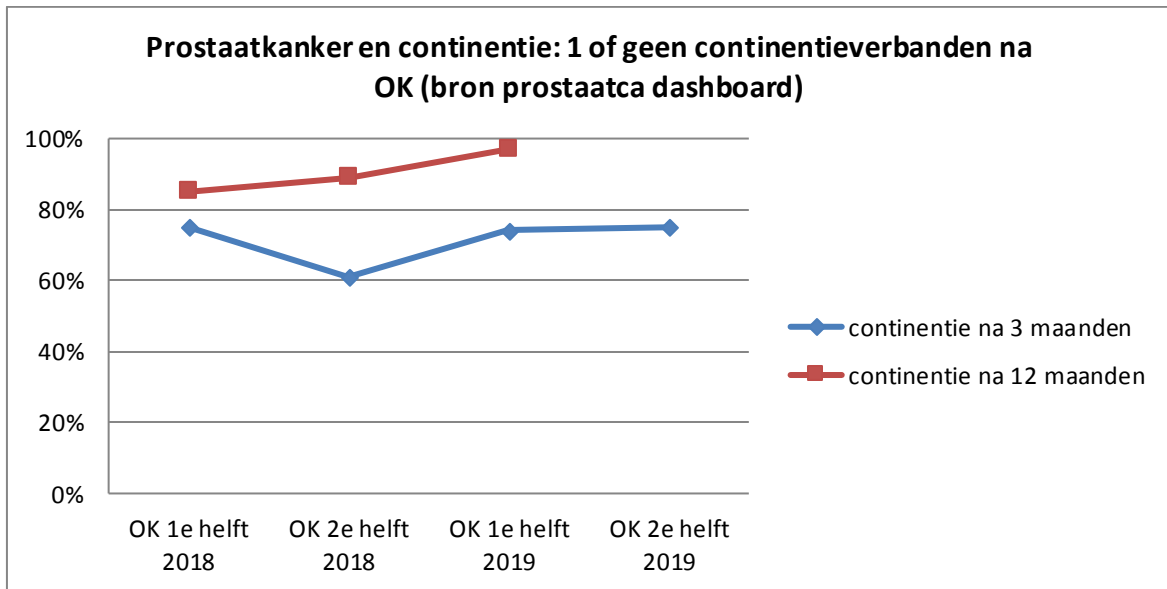
	Pre-ZIRE		ZIRE	
	2017	jan-mei 2018	Juni-dec 2018	2019
Delier compliance CAM-ICU	82,4%	91,8%	71,5%	74,4%
Delier prevalentie	17,1%	17,4%	16,0%	14,3%
Decubitus incidentie - ontstaan op de IC (cat >1)	-	5,0%	3,0%	2,4%

### Rijnstate

In Bijlage 2 zijn de uitkomsten van de 15 kwaliteitsindicatoren weergegeven en welke verbeteracties zijn ondernomen. Over het algemeen blijkt dat de resultaten op de kernset zijn verbeterd of gelijk gebleven. De verbeterkracht (het lerend vermogen) van de organisatie en de medewerkers heeft gedurende het project steeds centraal gestaan. Zowel uit de specifieke indicatoren als uit het totaal van de resultaten blijkt dat dit leervermogen zich op de ZIRE afdelingen eind 2019 op een uitstekend niveau bevindt. Ter illustratie van bovenstaande worden hieronder enkele indicatoren uit de kernset toegelicht.

Bij patiënten die voor prostaatkanker een operatie ondergaan worden PROM metingen uitgevoerd. Kwaliteit van leven is onderdeel van deze PROM. Patiënten geven op een schaal van 0 tot 100 een score. Bij incontinentie is 0 een hoge mate van incontinentie en 100 een lage mate van incontinentie. Patiënten van onze afdelingen ervaren een lage mate van incontinentie 12 maanden na operatie (85% continent bij een operatie in de eerste helft 2018, 89% continent bij een operatie in de tweede helft 2018, 97% continent bij een operatie in de eerste helft 2019). Tot een jaar na de operatie is hierin nog verbetering mogelijk (Figuur 3.5). Deze resultaten, in combinatie met andere

resultaten op tumor gebied (o.a. gradatie, snijvlak, wel/geen positieve klieren), heeft tot aanpassing van de operatietechniek geleid. Het gebruik van het dashboard en bespreken van de resultaten met patiënten in de spreekkamer is verbeterd onder de uro-oncologen, oncologieverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten.



**Figuur 3.5** Prostaatcancer en continëntie na OK

In Figuur 3.6 zijn de prostaat oncologie dashboards te zien met de resultaten van de PROMS, de PREMS, de CROMS (Clinical Reported Outcome Measures) en de kostendrijvers, o.a. ligduur, operatietijd tumor met en zonder positieve klieren, en het aantal polikliniek bezoeken. Met dit integrale dashboard is er nu daadwerkelijk zicht op de balans tussen kosten en uitkomsten en de totale waarde voor de patiënt en de maatschappij. Daarbij is er nu een trend vergelijk tussen 2018 en 2019 beschikbaar. Een voorbeeld hiervan is het gemiddeld aantal verpleegdagen dat dalend is terwijl de kwaliteit van de zorg, gelijk of op onderdelen (b.v. incontinentie) verbeterd is. Er zijn “Zorgtafel” bijeenkomsten georganiseerd met alle betrokken disciplines over effecten van eerdere verbeteracties en de resultaten op het totale dashboard. Indien van toepassing worden daarbij nieuwe verbeteracties afgesproken. Voorbeelden hiervan zijn o.a. het benaderen van andere ziekenhuizen en ketens om tot vergelijking van resultaten te komen. Dit heeft geleid tot een samenwerking met het OLV Ziekenhuis Aalst (België) voor benchmark van data. Tevens komt er een uitbreiding van dezelfde registraties voor de andere tumorgroepen en de overige behandelmogelijkheden van prostaatcancer (active surveillance, radiotherapie, hormonale therapie, chemotherapie of combinaties hiervan) in 2020.



**Figuur 3.6** VBHC Prostaatcarcinoom - Hoofdscherm dashboard waarde gedreven zorg prostaatanker (operaties door middel van robotchirurgie)

Op de afdelingen is een lichte daling in het aantal VIM meldingen te zien (381 voor start ZIRE t.o.v. 364 in 2019), het aantal incidenten waarbij een verbeterpunt is geformuleerd is licht gestegen (91% naar 92%). De meeste verbeterpunten bevinden zich in de categorie (risico)bewustzijn vergroten, naleven van afspraken of beleid aanpassen. Doorgevoerde verbeteringen naar aanleiding van incidenten zijn:

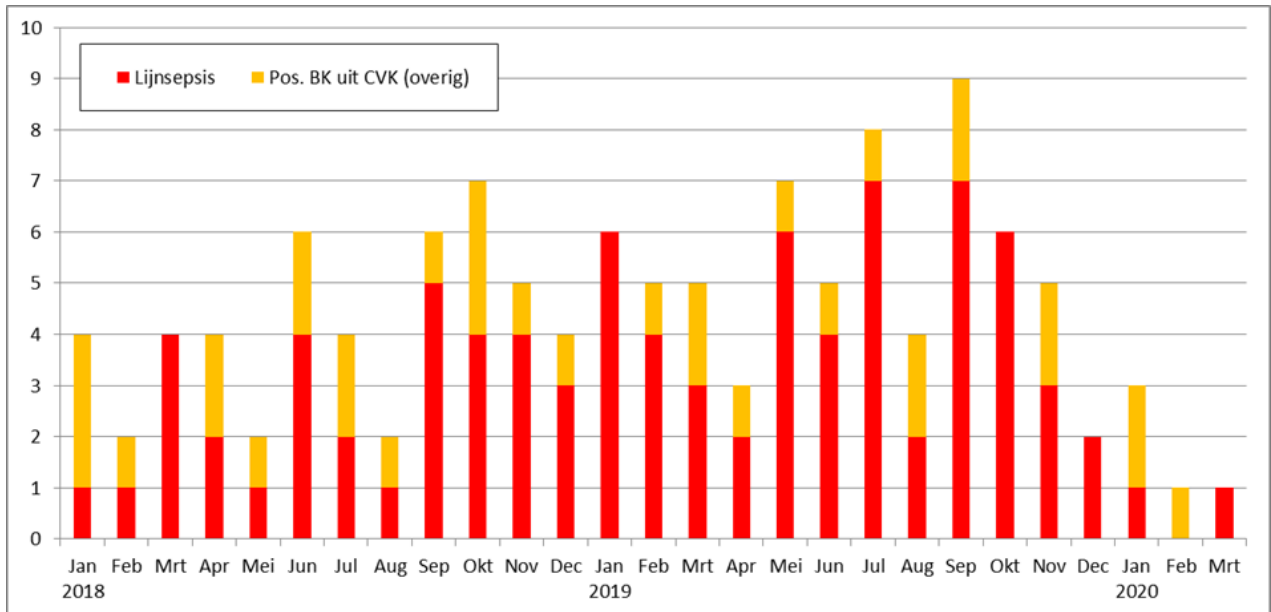
- a. Medicatiefouten / foutieve pompstanden: vernieuwd werkproces voor medicatieverificatie en dubbelcheck.
- b. Bereikbaarheid artsen verbeterd, met name voor goedkeuring van labuitslagen voor start van een chemokuur.
- c. Extravasatie van medicatie bij inlopen van infuus: alle casussen besproken met betrokkenen en juiste werkwijze onder aandacht gebracht.
- d. Samenwerking met service-assistenten verbeterd door aanlevertraject voor correcte informatie voeding voor de patiënt te wijzigen.
- e. Tijdige levering van chemokuren / blaasspoelingen verbeterd door in samenwerking met de apotheek de routing (o.a. transport) na verhuizing apotheek opnieuw te bepalen.
- f. Beschikbaarheid infuuspompen op de afdeling vergroot door uitbreiding aantal infuuspompen.
- g. Diabetesbeleid bij patiënten die een chirurgische ingreep ondergaan: revisie van protocol diabetes regulatie bij operatieve ingreep.

Niet alleen uit bovenstaande specifieke indicator blijkt de verbeterkracht. Ook bij de andere indicatoren uit de kernset blijkt dat er een grote motivatie is tot verbeteren. Bij 13 van de 15 indicatoren zijn effectieve verbeteracties. De overige 2 bevinden zich nog in de analyse fase. De lerende cultuur, bij elke uitkomst continu blijven kijken of er kan worden verbeterd en dit ook daadwerkelijk doen, is duidelijk aanwezig.

#### *UMCG*

Om een indruk te geven of de kwaliteit van zorg gelijk dan wel verbeterd of verslechterd is op de afdeling Hematologie, hoe we gewerkt hebben aan verbeteren van kwaliteit van zorg en welke effecten de focus op het functioneren van de patiënt heeft, bespreken we 3 indicatoren uit de kernset (bijlage 3), te weten lijnsepsis, patiëntgerichte zorg (samen beslissen), en functioneren patiënt.

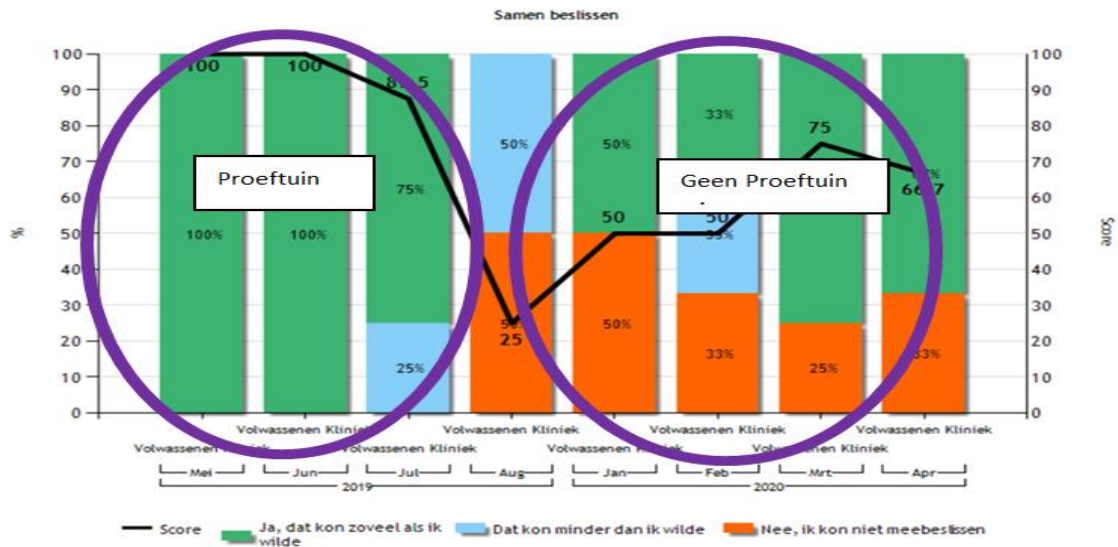
*Lijnsepsis* wordt gemeten volgens PREZIES richtlijnenpercentage. Lijnsepsis was veel te hoog op de afdeling Hematologie. In onderstaande figuur is het totaal aantal positieve kweken weergegeven: het aantal lijnsepsis volgens PREZIES (in rood) en het aantal positieve bloedkweken uit de centraal veneuze katheter per 1000 lijndagen (in geel).



**Figuur 3.7** Aantal lijnsepsis en positieve bloedkweken per 1000 lijndagen

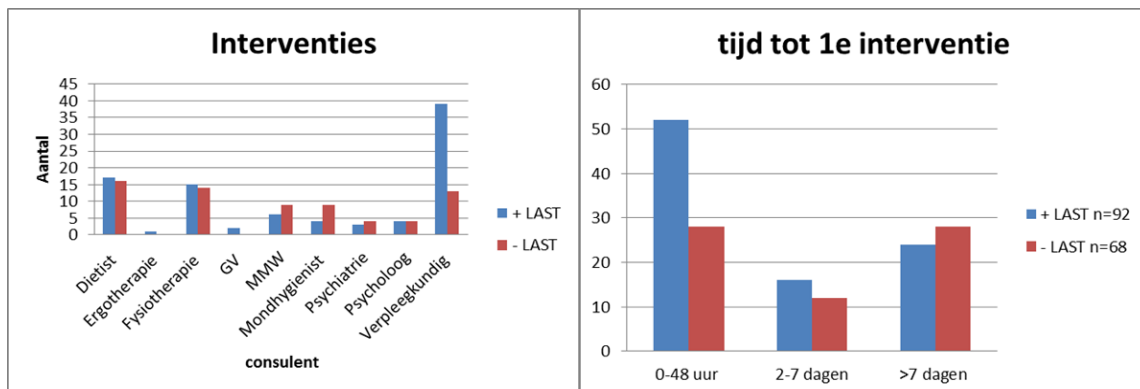
Er is een intensief verbetertraject opgestart met o.a. analyse van het primair proces van indicatie en inbrengen tot verwijdering, scholing, evaluatie van de gebruikte materialen, transparantie over resultaten lijnsepsis op een verbeterbord en ingezette acties op verbeterbord. Dit verbetertraject heeft geleid tot een nieuwe werkwijze en we zien dat de cijfers sinds eind 2019 binnen de landelijke normen (3 per 1000 lijndagen) blijven.

*Patiëntgerichte zorg* betekent dat de zorg wordt geleverd op basis van de voorkeuren en waarden van patiënt en familie en dat patiënten en hun families onderdeel zijn van het zorgteam en een rol spelen in de besluitvorming op patiënt- en systeemniveau. Concreet betekent dit dat de patiënt wordt betrokken in keuzes rondom zijn/haar behandeltraject en dat de patiënt rapporteert of deze keuzes in lijn met zijn/haar waarden hebben plaatsgevonden. De afdeling Hematologie heeft als proeftuin een intensieve verpleegkundige visite geïntroduceerd (periode mei t/m juli 2019) waardoor verpleegkundigen inzicht kregen in het dagelijks functioneren van de patiënt en de zorgen die hij daarover heeft. Middels de PREM-indicator 'samen beslissen' is zichtbaar geworden dat patiënten in de proeftuin hebben ervaren dat zij daadwerkelijk konden meebeslissen over hun behandeling.



**Figuur 3.8** Samen Beslissen

Met betrekking tot het *functioneren van de patiënt* is samen met patiënten vastgesteld welke factoren er voor hen toe doen; t.w. familieproblemen, stress, energie, voeding en pijn. Deze factoren zijn tijdens de verpleegkundige visite besproken in de gesprekken tussen verpleegkundigen en patiënt. Het bleek dat patiënten problematieken naar voren brachten waar al tijdig een interventie op kan plaatsvinden. Het aantal geregistreerde verpleegkundige interventies is toegenomen van 13 tot 39. De verpleegkundigen konden zo meer problemen oplossen, bijvoorbeeld door andere disciplines eerder te consulteren, waardoor ook de tijd tot de eerste interventie aanzienlijk werd verkort. In onderstaande figuren in blauw de patiënten in de proeftuin.



**Figuur 3.9** Aantal verpleegkundige interventies in de proeftuin-setting (LAST+) vergeleken met de niet-proeftuin-setting (LAST-)

In bijlage 3 de uitgebreide rapportage van de indicatoren uit de kernset en de ingezette verbeteracties.

Samengevat is de kwaliteit van zorg binnen de drie focusgebieden niet achteruit gegaan en op onderdelen zelfs verbeterd. Omdat verandering van kwaliteit van zorg van vele aspecten afhankelijk is, is het lastig om deze resultaten enkel en alleen toe te schrijven aan experiment ZIRE.

## 4 Resultaten procesevaluatie

Waarom is het experiment meer geslaagd in het ene focusgebied (meer vrijstelling van verplichte indicatoren en meer reductie van registratielast) dan in andere focusgebieden en wat zijn cruciale factoren om het eigenaarschap voor kwaliteit terug te geven aan de zorgverleners en te komen tot zinvolle registratie en de-implementatie van indicatoren? Er is een procesevaluatie uitgevoerd waarin uitgebreid in kaart is gebracht hoe ZIRE-principes in de 3 ziekenhuizen zijn uitgevoerd en wat factoren zijn die verschillen in behaalde resultaten kunnen verklaren.

De resultaten van de procesevaluatie worden in 2 delen gerapporteerd:

- Het proces van het verkrijgen van vrijstelling van de verplichte indicatoren
- Uitvoer van de ZIRE principes in de 3 ziekenhuizen en welke factoren belemmerend dan wel faciliterend waren.

### 4.1 Proces vrijstelling verkrijgen van interne en externe verplichte registraties

Het primaire doel van experiment ZIRE is het vergroten van het eigenaarschap van zorgverleners door te werken met een eigen samengestelde kernset van zinvolle indicatoren en daarmee het loslaten van de overige indicatoren die niet in de kernset zitten. Zoals te lezen is in hoofdstuk 3 varieert de mate waarin vrijstelling is verkregen voor verplichte indicatoren tussen de focusgebieden. In deze paragraaf wordt het proces van verkrijgen van vrijstelling en de bevorderende en belemmerende factoren zoals ervaren door de diverse betrokken partijen geëvalueerd.

#### *Rol van VWS – Innovatieplaats Cure (IPC)*

In het voorjaar van 2016 is het projectvoorstel met de titel 'Experiment Carte Blanche' geselecteerd voor deelname aan het programma Innovatieplaats Cure (IPC) van VWS<sup>2</sup>. De hiermee verkregen ondersteuning van VWS betekende dat VWS het experiment zou faciliteren bij het creëren van vrije ruimte: dat wil zeggen het verkrijgen van vrijstelling van het aanleveren van verplichte kwaliteitsuitvragen van overheidsinstanties, zoals IGJ en ZIN. Hiervoor werd een contactpersoon van VWS aan het experiment gekoppeld; de contactpersoon rapporteerde binnen VWS aan het management team over voortgang en kon de directeur Markt en Consument inschakelen indien escalatie nodig was.

In het experiment is gestart met het vragen van vrijstelling van de IGJ, als centrale toezichthouder. Commitment van de IGJ werd gezien als een belangrijke factor voor andere partijen om ook vrijstelling te geven. Parallel aan de opstart van gesprekken met de IGJ werden ook verkennende gesprekken met ZIN gevoerd.

Het bij IPC ingediende projectvoorstel betrof een start met een ontwerpfase waarin de scope van het experiment per ziekenhuis nog bepaald zou worden. De scope kon variëren van ziekenhuisbreed tot afdeling of zorgtraject. De oorspronkelijke opzet was om in die vrije ruimte samen met patiënten een kernset van zinvolle indicatoren te ontwikkelen. Deze opzet met *vrijstelling vooraf* en een nog niet afgebakende scope riep weerstand op omdat men het gevoel had dat het experiment 'een indicatorenvakantie' wilde, wat nog werd versterkt door de naam 'Carte Blanche'. Om die reden werd in mei 2016 het experiment omgedoopt tot '*Experiment Zinvolle Registratie (ZIRE)*'. Het oorspronkelijk projectvoorstel moest aangepast worden met een afgebakende scope, een focus op enkele afdelingen en/of zorgtrajecten.

---

<sup>2</sup> Directie Markt en Consument van VWS

### Begeleidingscommissie

Bij start van het experiment is een begeleidingscommissie met vertegenwoordigers van diverse betrokken koepelorganisaties, t.w. FMS, NFU, NVZ, Patiëntenfederatie, ZN, V&VN, plus IGJ en VWS gevormd. Het doel van de instelling van deze commissie was om gedurende het experiment af te kunnen stemmen met belanghebbenden, projectkeuzes te borgen en tussentijdse uitkomsten te bespreken. De begeleidingscommissie is gedurende de experimenteerperiode 5 keer bijeen geweest.

### IGJ

In de opstartfase van experiment ZIRE zijn meerdere gesprekken gevoerd met de IGJ. VWS organiseerde de eerste gesprekken. Al snel bleek dat om draagvlak bij IGJ te creëren het essentieel was om met de betrokkenen uit de drie ziekenhuizen om tafel te zitten en de uitgangspunten en randvoorwaarden voor experiment ZIRE met de bestuurders te verkennen. Dit eerste bestuurlijk overleg vond plaats op 24 mei 2016. Hoewel er nog geen wederzijds vertrouwen was leverde dit eerste overleg wel een voorzichtige vervolgstap op. Daarna volgden diverse gesprekken met de IGJ, die nodig bleken om telkens een stapje verder te komen in het proces van verkrijgen van vertrouwen van de IGJ voor het geven van vrijstelling voor het loslaten van specifiek genoemde indicatoren. Een overzicht van de gesprekken en resultaten per gesprek geeft een goed inzicht in het doorlopen proces (zie tabel 4.1).

**Tabel 4.1. Overzicht van gesprekken met IGJ in het proces van verkrijgen van vrijstelling**

Data	Overleg	Resultaat
24-05-16	<b>Bestuurlijk Overleg:</b> bestuurders VWS (IPC), IGJ en 3 betrokken ziekenhuizen	Randvoorwaarden en mogelijkheden voor het experiment verkennen. Risico's van loslaten kwaliteitsregistraties werd als te groot ervaren door de IGJ. Geef focusgebieden aan en bespreek dit met de betrokken inspecteurs IGJ.
09-08-16	<b>Bespreking projectvoorstellen bij IGJ</b> Senior inspecteurs IGJ, contactpersoon VWS en projectleiders	De beoogde focusgebieden zijn besproken. IGJ wil per focusgebied een 'impacttabel' van risico's bij loslaten.
07-12-16	<b>Gesprek met IGJ, VWS en projectteam ZIRE:</b> bestuurders IGJ, bestuurder VWS IPC en projectleiders.	IGJ wil meewerken, maar wil eerst inzage in lijst van 'buitenwerking-gestelde' indicatoren. * geen vastgestelde besluitenlijst, aangezien interpretatie van uitspraken bleef verschillen
23-02-17	Tel. overleg tussen projectleiders IGJ en ZIRE.	Alle 3 ziekenhuizen hebben per focusgebied een plan van aanpak uitgewerkt ter bespreking op locatie, maar IGJ vindt geleverde plan onvoldoende uitgewerkt en zegt de geplande bezoeken bij de 3 ziekenhuizen af.
mrt-17	Diverse overleggen met VWS-IPC, IGJ en projectleider ZIRE m.b.t. voortgang en afstemming	Om vervolgstappen te kunnen zetten maakt VWS-IPC een voorzet voor een procesvoorstel om te komen tot afspraken met IGJ.
03-04-17	Gesprek met senior inspecteur IGJ, IGJ contactpersoon ZIRE, contactpersoon VWS IPC en projectleider ZIRE	Dit gesprek legt de basis voor te verkrijgen basis van vrijstelling. IGJ wil meewerken aan het experiment, maar wil begrijpen welke indicatoren we waarom laten vervallen en welke set ervoor in de plaats komt. Als dat er is volgt bezoek op locatie en advies aan bestuurder IGJ.
05-09-17	Overleg IGJ – ZIRE	IGJ vindt aangeleverde kernsets goede basis voor bezoek.



10-10-17	Bezoek IGJ bij Radboudumc.	Eerste bezoek bij Radboudumc legt de basis. IGJ geeft aan vertrouwen te hebben in het experiment na elk bezoek. De bestuurders van de 3 ziekenhuizen moeten wel formeel de verantwoordelijkheid nemen voor het leveren van goede kwaliteit van zorg met de kernset.
28-11-17	Bezoek IGJ bij Rijnstate	
20-12-17	Bezoek IGJ bij UMCG	
20-03-18	<b>Formele bestuurlijke accordering</b> door IGJ en bestuurders 3 ziekenhuizen	Accordering voor vrijstelling IGJ-indicatoren, volgens de kernsets, in de jaren 2018-2019

Deze vrijstelling op basis van het uitgewerkte plan met de kernset is informeel gegeven eind 2017 en formeel bekrachtigd met een door de bestuurders ondertekend document in april 2018. De afgesproken experimenteerperiode werd 2018-2019.

Gedurende de experimenteerperiode was de IGJ positief betrokken bij de uitvoering van het experiment. Zij bezochten de deelnemende ziekenhuizen om te zien en te horen wat er gedurende experiment ZIRE gebeurde in de focusgebieden. Zij vertelden ook in andere gremia over de ervaringen met experiment ZIRE, deelden hun ervaringen ook met andere partijen in relatie tot vrijstelling en werden een soort ambassadeur voor het experiment.

#### *Transparantiekalender: ZN en Patiëntenfederatie*

Zoals eerder aangegeven werd door VWS in eerste instantie ook gesproken met een contactpersoon bij ZIN over het realiseren van vrijstelling voor indicatoren van de transparantiekalender. De contactpersoon van VWS sprak alleen met ZIN. ZIN gaf echter aan dat vrijstelling moest worden verkregen door het Bestuurlijk Overleg Transparantiekalender, en dat we het beste zouden kunnen starten met ZN en Patiëntenfederatie. In december 2016 hebben we een voorbespreking gehad met ZN en ZIN. Vrijstelling van de transparantiekalender was met name relevant bij het focusgebied van Rijnstate. Vandaar ook dat het onderwerp ZIRE ook apart op de agenda kwam bij de gesprekken tussen Rijnstate en ZN. Tijdens het eerste gesprek daar op 7 februari 2017 kwam naar voren dat ZN geen vrijstelling wilde geven. Belangrijkste argumenten waren het feit dat de indicatoren op de Transparantiekalender tripartiete zijn vastgesteld, waarbij door de focus te verleggen naar uitkomstindicatoren tevens werd ingezet op het verminderen van registratielast. Zij vonden het onwenselijk om enkele ziekenhuizen vrijstelling te geven waardoor de onderlinge vergelijkbaarheid weg zou vallen, voor zowel inkoopinformatie voor zorgverzekeraars als keuze-informatie voor patiënten.

Het projectteam ZIRE veronderstelde dat ZN en de Patiëntenfederatie wellicht zouden gaan meebewegen wanneer de vrijstelling van de IGJ zou zijn gerealiseerd. Vervolgacties voor vrijstelling Transparantiekalender werden in 2018 verder opgepakt. Er werd daarna eerst verder gesproken met ZN. Om meer zicht te geven op de indicatoren uit de Transparantiekalender die daadwerkelijk zouden vervallen heeft Rijnstate dit uitgewerkt en in december 2018 besproken met contactpersoon ZN, medisch adviseur ZN en projectleiders ZIRE. ZN bleef bij haar standpunt dat geen vrijstelling kon worden verleend. Ook de discussie hierover in de Begeleidingscommissie ZIRE kon de standpunten niet keren. De vraag voor vrijstelling van de Transparantiekalender werd vervolgens geëscaleerd en via de bestuurlijke lijn opgepakt in 2019. Er zijn vervolgens diverse gesprekken gevoerd, zowel met bestuurders ZN, Patiëntenfederatie, Rijnstate, Radboudumc en tevens de IGJ. De IGJ trad hierbij op als ambassadeur van het experiment.

ZN gaf aan dat vrijstelling via de landelijke tafels zou moeten worden besproken. In oktober 2019 vond een bestuurlijk overleg tussen bestuurders van betrokken ziekenhuizen, ZN,

Patiëntenfederatie en IGJ plaats waarin werd afgesproken ZIRE te agenderen op het bestuurlijk overleg (BO) Transparantiekalender en parallel een werkbezoek te organiseren. De agendering van ZIRE op het BO Transparantiekalender werd ook in november 2019 genoemd als volgende stap naar aanleiding van een presentatie over de tussenresultaten van ZIRE bij de Regiegroep 'Ontregel de Zorg'. Het afgesproken werkbezoek aan Rijnstate vond plaats in december 2019. ZN, Patiëntenfederatie (inclusief bestuurder) en vertegenwoordigers van het actieprogramma 'Ontregel de Zorg' van VWS waren hierbij aanwezig. Tijdens het werkbezoek werd besloten tot een vervolgoverleg dat plaatsvond in maart 2020 waarbij de contactpersonen van VWS, IGJ, ZN, Patiëntenfederatie en ZIRE aan tafel zaten. Geconcludeerd werd dat door de aanpassingen in de Transparantiekalender de laatste jaren voor de Transparantiekalender van 2020 nog maar voor een klein aantal indicatoren vrijstelling werd gevraagd. Maar ZN en Patiëntenfederatie bleven bij hun standpunt om geen vrijstelling te geven aangezien zij het ontbreken van keuze-informatie voor patiënten en inkoop te zwaar vinden wegen. De geplande afspraak bij het BO Transparantie werd door de aanwezigen afgeraden. Op advies zijn de geleerde lessen uit ZIRE besproken in het coördinatoren overleg van het programma Uitkomstgerichte Zorg.

De partijen ZN en Patiëntenfederatie gaven aan dat heel lang het idee is blijven bestaan dat ZIRE vrijstelling van de hele transparantiekalender wilde, terwijl het feitelijk om een beperkt aantal indicatoren ging.

#### *Vrijstelling van andere partijen*

De vrijstelling van de IGJ was een belangrijke stap om verdere vrijstelling te verkrijgen. Vanuit het landelijk projectteam hebben we, mede dankzij de inzet van FMS, een gesprek over vrijstelling gevoerd met SONCOS en deze ook voor een deel van de indicatoren gekregen. De SONCOS-indicatoren zijn relevant voor de oncologieketens van Rijnstate.

Daarnaast werd ook gesproken met de eigen wetenschappelijke verenigingen, medische registraties en patiëntenverenigingen. Bij het Radboudumc leidde dit tot instemming van deze partijen voor het aanleveren van enkel de indicatoren uit de kernset. Dit had mede te maken met de goede relaties van de betrokkenen met de wetenschappelijke verenigingen en tevens met het feit dat de vraag uit eigen gelederen kwam. Bij het accreditatieorgaan JCI verliep het proces moeizamer; echter door veelvuldig uitleg over het experiment, het gegeven dat er wel PDCA-cycli plaatsvinden zij het met een andere inrichting en het gegeven dat de rest van het zieke nhuis wel conform de JCI-regels zou handelen, maakte dat JCI overstagging. Bovendien steunde de bestuurder van het Radboudumc de vrijstelling door aan te geven dat de IC met experiment ZIRE een aparte status had binnen het ziekenhuis.

Bij het UMCG wilde de wetenschappelijke vereniging niet meewerken. Besloten werd hier te wachten op de vrijstelling van de andere partijen voor vervolgactie. Dit heeft uiteindelijk niet meer plaatsgevonden. De patiëntenvereniging was wel actief betrokken in de werkgroep in relatie tot de proeftuin en ZIRE, maar gaf uiteindelijk geen vrijstelling.

Bij Rijnstate werd ervoor gekozen gesprekken met andere uitvragende externe partijen pas aan te gaan na vrijstelling van de Transparantiekalender. Dit heeft door de patstelling rondom de transparantie kalender niet meer plaats gevonden.

Vrijstelling van interne uitvragers werd per ziekenhuis uitgevraagd. Bij het Radboudumc en UMCG werd deze ook gegeven. Bij het UMCG bleek echter dat in verband met de implementatie van een nieuw EPD de benodigde aanpassingen in dit systeem niet volledig konden worden uitgevoerd

waardoor het niet registreren van indicatoren waarvoor vrijstelling was gegeven, slechts deels kon worden gerealiseerd. Zie Tabel 4.2 voor het overzicht van verkregen vrijstelling per focusgebied.

**Tabel 4.2** Overzicht verkregen vrijstelling per uitvrager per focusgebied

Uitvragende partijen	IC Radboudumc	Oncologie Rijnstate	Hematologie UMCG
<b>Overheid</b>			
IGJ	Ja	Ja	Ja
Transparantiekalender Zorginstituut	Nee	Nee	n.v.t.
<b>Accreditatie</b>			
NIAZ	Ja	kernset	n.v.t.
JCI	Ja / deels	n.v.t.	n.v.t.
ISO	n.v.t.	n.v.t.	intern
JACIE	n.v.t.	n.v.t.	kernset
<b>Verzekeraars</b>	n.v.t.	nee	n.v.t.
<b>Wetenschappelijke verenigingen</b>			
Kwaliteitsvisitatie Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC)	kernset	n.v.t.	n.v.t.
Kwaliteitsvisitatie Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)	n.v.t.	nee	n.v.t.
Kwaliteitsvisitatie Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)	n.v.t.	n.v.t.	nee
Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS)	n.v.t.	Ja / deels	Ja/ deels
Klankbordgroep verwijzers	n.v.t.	n.v.t.	nee
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)	n.v.t.	n.v.t.	Nee
<b>Medische registraties</b>			
Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE) registratie	Ja	n.v.t.	n.v.t.
NVIC kwaliteitsindicatoren	Ja	n.v.t.	n.v.t.
NVU database prosectomie	n.v.t.	Nee	n.v.t.
IKNL	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Dutch Upper GI Cancer Audit (DUCA)	n.v.t.	Nee	n.v.t.
Dutch ColoRectal Audit (DCRA)	n.v.t.	Nee	n.v.t.
Registraties voor het NIV	n.v.t.	n.v.t.	Nee
European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT) database	n.v.t.	n.v.t.	Nee
<b>Patientverenigingen/keurmerken</b>			
Keurmerk senior vriendelijk ziekenhuis	n.v.t.	Gestopt in 2019	n.v.t.
Normen Stomavereniging aan de stomazorg in het ziekenhuis	n.v.t.	Gestopt in 2019	n.v.t.
HEMATON keurmerk	n.v.t.	n.v.t.	nee
<b>Raad van Bestuur/interne verplichtingen</b>	Ja	Deels	Deels
<b>Afdelingsbeleid</b>	Ja	n.v.t.	Deels

#### *Bevorderende en belemmerende factoren*

Het proces van verkrijgen van vrijstelling bleek weerbarstig en had een lange doorlooptijd in het meenemen van betrokken partijen en het verkrijgen van vertrouwen van kwaliteitsuitvragers om daadwerkelijk vrijstelling te geven. Het was een continue proces van meebewegen met de wensen van de uitvragende partijen en het vasthouden aan de projectdoelstellingen (vrije ruimte voor zorgprofessionals). Uit de gesprekken gedurende het proces en de interviews met betrokkenen van externe partijen kwamen diverse bevorderende en belemmerende factoren voor het creëren van draagvlak en krijgen van vertrouwen van deze partijen voor het daadwerkelijk verlenen van

vrijstelling naar voren. Hierbij bleek ook dat het krijgen van draagvlak niet automatisch leidde tot het geven van vrijstelling. Daarvoor bleek vaak nog meer nodig.

### Draagvlak creëren

Essentieel in het verkrijgen van vrijstelling van externe uitvragers was het creëren van draagvlak. Door selectie binnen IPC nam VWS een ondersteunende rol in het creëren van draagvlak. VWS heeft de weg gebaad naar de IGJ door zowel gesprekken te organiseren, als door aandacht te blijven vragen voor het experimenteren t.b.v. het verminderen van regeldruk. Verschillende betrokkenen, zowel externe partijen als ZIRE-projectgroepsleden, gaven aan dat het belangrijk was om veel met elkaar in gesprek te zijn en af te stemmen over het doel en de beoogde uitvoering van experiment ZIRE.

Om draagvlak ook breder te realiseren is een begeleidingscommissie met vertegenwoordigers van diverse betrokken koepelorganisaties (FMS, NFU, NVZ, Patiëntenfederatie, ZN, V&VN, plus IGJ en VWS) opgezet. Deze begeleidingscommissie is in de periode van oktober 2017 tot oktober 2020 5 keer bijeen geweest. Tijdens de bijeenkomsten werd onderling gediscussieerd over de uitgangspunten van ZIRE, gesproken over tussentijdse resultaten en werden standpunten van betrokken partijen bediscussieerd. De leden waren vaak enthousiast over de gedeelde inzichten en dachten mee over hoe ZIRE-principes verder gebracht kunnen worden.

Sommige betrokkenen benoemden ook timing en de aansluiting bij landelijke ontwikkelingen als behulpzaam bij het verkrijgen van draagvlak; het onderwerp 'registratielast' kreeg steeds meer landelijke publiciteit, waardoor ook meer programma's in Nederland werden gelanceerd die aandacht vroegen voor dit onderwerp. Uiteindelijk leidde dit echter niet tot een bredere vrijstelling voor experiment ZIRE.

In de eerste gesprekken met diverse partijen bleek onduidelijkheid over de scope van het experiment een struikelblok. Bij de IGJ werd bij elk gesprek gediscussieerd over wat we welen niet zouden doen. Bij de partijen van de Transparantiekalender bleef heel lang het gevoel bestaan dat er vrijstelling voor de gehele Transparantiekalender werd gevraagd. Ondanks tussentijdse aanscherping en inzicht in de geformuleerde kernset bleef dit een hardnekkig misverstand. Bovendien bleek ook dat sommige partijen zich niet voldoende gehoord voelden; zij vonden dat hun punten niet werden erkend. Hierdoor lukte het niet om voldoende draagvlak te creëren, waardoor ook geen vertrouwen werd verkregen. Tot slot werd ook benoemd door VWS dat ZIRE als pionier in het vragen van vrijstelling de weg moest banen voor andere partijen, waardoor het proces van verkrijgen van vrijstelling moeizaam was.

### Vertrouwen krijgen

Ondanks dat we draagvlak hadden van diverse landelijke partijen en iedereen het experiment interessant vond bleek dit niet voldoende voor het daadwerkelijk geven van vrijstelling.

In experiment ZIRE bleek dat de IGJ mee wilde gaan werken op het moment dat zij goed zicht hadden op de ontwikkelde kernset en welke IGJ-indicatoren niet meer zouden worden aangeleverd. De kernset in combinatie met het uitgesproken commitment en de zichtbare verantwoordelijkheid van bestuurders bleek hen het vertrouwen te geven in het verlenen van vrijstelling. Voor een aantal externe en interne uitvragers speelde de betrokken klinisch leider een belangrijke rol bij het vertrouwen om vrijstelling te geven en ook de al bestaande relaties met de uitvragers. Doordat de vraag voor vrijstelling 'uit eigen gelederen' kwam leek het ook gemakkelijker om mee te werken.

Wat belemmerend werkte bij het daadwerkelijk krijgen van vertrouwen om vrijstelling te geven was feitelijk het niet kunnen realiseren van voldoende draagvlak voor het experimenteren buiten de landelijke afspraken. Sommige partijen wilden de landelijke onderlinge vergelijkbaarheid van ziekenhuizen en mogelijke keuze-informatie voor patiënten niet loslaten. Sommige partijen wilden dat ZIRE de vrijstellingsvraag via de bestaande landelijke werkgroepen en landelijke tafels zou spelen. Het uitgangspunt van ZIRE was juist te experimenteren, en niet het aanpassen van landelijke afspraken. Ondanks vele gesprekken bleek het niet mogelijk om deze verschillende perspectieven bij elkaar te brengen en kreeg ZIRE niet de gewenste brede vrijstelling.

Duidelijk is geworden dat het krijgen van draagvlak alleen nog onvoldoende is om daadwerkelijk ook het vertrouwen te krijgen en vrijstelling te geven voor de indicatoren die niet in de kernset zitten. Dit onderscheid is meegenomen in het overzicht van bevorderende en belemmerende factoren voor het verkrijgen van draagvlak en vertrouwen van uitvragende partijen in tabel 4.3.

**Tabel 4.3** Overzicht bevorderende en belemmerende factoren in het verkrijgen van vrijstelling

	<b>Bevorderend</b>	<b>Belemmerend</b>
<b>Draagvlak (creëren)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rol VWS</li> <li>- Veel afstemming en informatie-uitwisseling</li> <li>- Begeleidingscommissie met afgevaardigden uit alle belangrijke partijen</li> <li>- Tussentijdse resultaten delen</li> <li>- Landelijke aandacht voor het onderwerp</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Te brede scope voor een experiment</li> <li>- Onduidelijkheid over omvang van vrijstelling; wat doe je wel en wat doe je niet</li> <li>- Pionier zijn</li> </ul>
<b>Vertrouwen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kernset</li> <li>- Bestuurders die betrokken zijn en zichtbaar verantwoordelijkheid nemen</li> <li>- Betrokkenheid van klinisch leider</li> <li>- Bestaande relatie met uitvragende partijen</li> <li>- Vraag uit 'eigen gelederen'</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Onvoldoende draagvlak voor het experimenteren buiten landelijke afspraken.</li> <li>- Niet willen loslaten van onderlinge vergelijkbaarheid</li> </ul>

## **4.2 Uitvoer van de ZIRE-principes in de 3 ziekenhuizen**

In het tweede deel van de procesevaluatie is inzichtelijk gemaakt hoe de ZIRE-principes in de 3 ziekenhuizen zijn uitgevoerd en welke factoren bevorderend dan wel belemmerend hierbij waren. In deze paragraaf volgt een korte beschrijving van de verschillende focusgebieden, een bespreking van de vormgeving en uitvoering van ZIRE per focusgebied en een verklaring van de gevonden verschillen.

### **4.2.1. Focusgebieden**

Er is bewust gekozen voor verschillende focusgebieden in de 3 ziekenhuizen voor de generaliseerbaarheid van de resultaten. De focusgebieden verschillen in complexiteit: in het Radboudumc en UMCG is het experiment uitgevoerd op een afdeling (respectievelijk de IC-afdeling en afdeling Hematologie); in Rijnstate is gekozen voor 3 oncologische ketens (prostaat en maag-darm). De oncologische ketens zijn complexer van aard, door de multidisciplinaire samenwerking in de ketens. Hierdoor waren 5 afdelingen en 2 poliklinieken betrokken bij het experiment. Ook het aantal kwaliteitsuitvragers verschilt tussen de focusgebieden: 8 voor de IC-afdeling, 13 voor de oncologische ketens en 11 voor de afdeling hematologie. En daarmee ook het aantal uitgevraagde indicatoren, respectievelijk 102, 138 en 80.

### **4.2.2. Intensive Care (IC) afdeling van het Radboudumc**

#### ***Vormgeving ZIRE***

De IC-afdeling van het Radboudumc heeft volledige vrijstelling van alle uitvragers gerealiseerd; van één uitvragende partij hebben ze geen vrijstelling verkregen en besloten deze indicatoren niet aan te leveren (rebelleren).

De betekenis die aan ZIRE wordt toegekend, is in het Radboudumc van belang geweest voor de vormgeving van ZIRE. Een belangrijk doel dat bij het management centraal stond in het Radboudumc is om kwaliteit van zorg onderdeel te maken van de werkzaamheden van de zorgverlener: *'ZIRE is een middel om op een hele radicale wijze kwaliteit terug te geven aan de zorgprofessionals. Het gaat er eigenlijk om, als je iets zelf kiest en je het eigenaarschap terugkrijgt, dat je ook weer veel meer geneigd bent om iets met die informatie te doen en om je zorg op basis van die cijfers te verbeteren.'* Het management heeft zorgverleners gestimuleerd zelf over het experiment na te denken. Ook een ingrijpende keuze als de afschaffing van het DIM-systeem (Decentraal Incidenten Melden), waardoor zorgverleners zelf de verbetering na incidenten moeten oppakken, past daarbij. Bij zorgverleners stond minder registratielast vaak als doel centraal. Deze dissonantie heeft waarschijnlijk het verkrijgen van een sterkere rol van zorgverleners bij kwaliteit bemoeilijkt. Het is immers lastig om iemand een nieuwe rol te laten pakken als die rol voor diegene geen doel is.

#### ***Uitvoering ZIRE***

In het Radboudumc is ZIRE ingebed in de al bestaande stuurgroep Kwaliteit & Veiligheid. Deze stuurgroep speelde een belangrijke rol bij het faciliteren van discussies, communicatie en concrete beslissingen over ZIRE. De stuurgroepleden waren laagdrempelig bereikbaar en stimulerend in contact. Ook de manier waarop teamleiders leiding gaven aan verpleegkundigen veranderde. Bij ervaren problemen werd geprobeerd het initiatief zo veel mogelijk bij de verpleegkundige te leggen.

Leiderschap lijkt een belangrijke rol te hebben gespeeld bij de uitvoering. Zo speelde het vermogen van het afdelingshoofd om mensen te overtuigen en “mee te nemen”, een belangrijke rol. *‘Het zou compleet onmogelijk geweest zijn zonder een vaandeldrager. Dat is wel duidelijk. Als er niet iemand is die voor alle troepen was gaan staan en uitgelegd had waarom we dit willen doen en waarom het belangrijk is en dat die enthousiast is en dat er resultaten zullen zijn. En dat al de verpleegkundige en dokters ook die persoon geloven.’ (manager)* Dit vermogen om de kar te trekken en mensen te overtuigen gold niet alleen voor de interne organisatie van de IC, maar ook daarbuiten. Met het overtuigen van de eigen organisatie en de externe partijen konden de randvoorwaarden voor ZIRE worden geschept. Krachtig leiderschap heeft daarentegen als valkuil dat leiderschap te dominant kan worden. Dit lijkt zeker bij een experiment als ZIRE, waarbij het beleid eigenaarschap voor kwaliteit bij zorgverleners probeert te vergroten, een gevaar. Het vinden van een balans tussen sturen en ruimte geven lijkt een essentieel onderdeel van het experiment: *‘De hele filosofie van we gooien het weer in de schoot van de zorgprofessionals en die gaan er wat mee doen, dat vraagt toch ook wel om procesbegeleiding of om begeleiding. Maar op die manier dat het wel van henzelf blijft. Dat was heel erg schipperen. (...) Als je weer teveel voorover gaat zitten dan gaan mensen weer achterover zitten’ (manager).*

Het afdelingshoofd besloot om tijdens de uitvoering afstand te nemen van ZIRE, zodat er ruimte ontstond voor anderen om verantwoordelijkheid te nemen. Desondanks bleef de schaduw van macht deels aanwezig. Mensen hielden bij de uitvoering rekening met de mening van het afdelingshoofd en soms werden er door de leiding besluiten genomen die het domein van ZIRE raakten. Dit kon met het gevoel van autonomie van de werkvloer dissoneren.

Om registraties los te kunnen laten, te de-implementeren, werd het EPD op verscheidene manieren aangepast: registraties die niet meer hoefden te worden verricht verdwenen uit het EPD van de zorgverleners, voor enkele registraties werd het noteren minder belastend gemaakt en het EPD werd ingezet als geheugensteuntje voor de registraties die nog wel verricht dienden te worden.

De-implementatie vroeg meer van uitvoerders dan alleen dingen laten. Met het afbouwen van verplichte registraties ontstaat een verantwoordelijkheid voor zorgverleners om te bepalen wat wel genoteerd moet worden. Een verpleegkundige: *‘Mijn persoonlijke rol als verpleegkundige is na te denken over wat echt belangrijk is om te registreren. Dus als ik dingen in de zorg tegenkom die ik belangrijk vind en die kwaliteit van het zorgproces positief kunnen beïnvloeden, dan moet ik die ergens noteren.’* Het bedenken wat en waarom belangrijk is, klinisch redeneren, is een vaardigheid die nodig is bij de uitvoering van ZIRE en die soms nog aandacht behoeft.

Zorgverleners waren blij om registraties af te kunnen bouwen. Het gevoel van autonomie en stimulerende leiding werkten eveneens motiverend. Toch was de geboekte tijdswinst, ondanks een zichtbare significante reductie in tussenevaluatie, niet bij iedereen voelbaar. *‘Of ik nu heel veel tijd meer heb, (...) ik weet het niet’.* De geboekte tijdswinst viel vaak tegen, mogelijk omdat de grootte minder was dan verwacht of omdat er gewenning was opgetreden. Daarnaast was er weerstand tegen de afschaffing van het DIM-systeem. Ten eerste vanuit de DIM-commissie, die de DIM waar zij belang aan hechten zagen verdwijnen. Ten tweede omdat er ten tijde van de de-implementatie nog geen vervangende systematiek was. Omdat het onduidelijk was waar zorgverleners incidenten konden melden, ontstond er een angst voor het verlies van informatie. De angst dat dit tot verminderde kwaliteit zou leiden, resulteerde in weerstand tegen afschaffing. Ten derde leek een ervaren gebrek aan zeggenschap over het DIM-systeem de weerstand te vergroten. Met de invoering van het gelaagde trapsysteem, zorgverleners dienen incidenten zo veel mogelijk zelf op te pakken en

op te schalen bij overstijgende problematiek, veelvuldig overleg en gewenning verminderde deze weerstand over tijd. Een verpleegkundige: *‘Vroeger zou ik het [incident] dumpen bij de DIM.’*

#### **4.2.3. De oncologische ketens: prostaat en maag-darm van Rijnstate**

##### ***Vormgeving ZIRE***

Rijnstate heeft alleen vrijstelling van de IGJ en informele vrijstelling van een deel van de indicatoren van SONCOS verkregen. Rijnstate heeft niet alle uitvragende partijen om vrijstelling gevraagd, omdat dit niet kansrijk werd geacht zonder eerst vrijstelling van de Transparantiekalender te hebben. Zij hebben er niet voor gekozen om te rebelleren omdat ze de risico's (boetes, negatieve beeldvorming, minder invloed op inhoud transparantiekalender) zwaarder vonden wegen dan de voordelen. Daarnaast heeft Rijnstate vrijstelling voor interne uitvragen gekregen.

In Rijnstate is ZIRE breder opgevat dan alleen het niet meer registreren van de tien vrijgestelde IGJ-indicatoren. Het werd verbreed naar zinnvolle dossiervoering in het algemeen, waarbij ook de notatie van de dagelijkse zorg op de schop is genomen. Gevraagd naar de doelen van ZIRE kwamen er drie thema's terug: bij verpleegkundigen stond reductie van registratielast voorop, verschillende managers noemden het includeren van het patiënten- en zorgverlenersperspectief in de indicatoren als doel en zowel managers als verpleegkundigen noemden het versterken van de professionaliteit van de verpleegkundige. Verpleegkundig leiderschap en minder vasthouden aan lijstjes maar aan de dingen die er echt toe doen, werden daarbij genoemd. *‘Wat is nou belangrijker dan om ook te registreren in plaats van maar registreren omdat het ooit is bedacht dat daar een lijstje voor is. Dus ik denk ook dat het verpleegkundig leiderschap echt wel meer aan de orde komt dan alleen een paar lijstjes schrappen’* (verpleegkundige). Deze opvattingen hebben waarschijnlijk ertoe geleid dat het zwaartepunt van ZIRE bij zinvol registreren in het algemeen is te komen te liggen.

##### ***Uitvoering ZIRE***

Omdat de oncologieketens niet een-op-een aansluiten bij de functionele indeling van het ziekenhuis, is ervoor gekozen om alle afdelingen met oncologieketen-patiënten te betrekken bij ZIRE, in totaal zijn dat vijf afdelingen en twee poliklinieken. Om ZIRE uit te voeren is een projectgroep met als opdrachtgever de manager oncologie opgericht met daarin de specialist-manager, verpleegkundigen, afdelingshoofden en de externe en interne projectleiders. De betrokken verpleegkundigen zijn daarbij gevraagd om de rol van aandachtsvelder op zich te nemen. Deze rol bestond uit het uitdragen van ZIRE bij collegae op de afdeling. Daarbij hadden ze de taak om uitleg te geven over ZIRE, collegae te enthousiasmeren en de schakel tussen de projectgroep en afdeling te vertolken.

Het getoonde leiderschap binnen de projectgroep van de interne projectleider werd als faciliterend en stimulerend ervaren. Dit faciliterende leiderschap werd vervolgens ook door de leden van de projectgroep op de afdelingen uitgedragen. Een aandachtsvelder vertelt dat ze zo min mogelijk wil opleggen, maar ZIRE vanuit de verpleegkundigen zelf wil laten komen: *‘ik heb vooral een beetje geprobeerd om het een soort van bespreekbaar te maken (...) wat is de reden waarom je het zo doet? En dan komen mensen eigenlijk ook wel tot een soort van zelfreflectie, dat ze ook weer tot nieuwe inzichten komen...’*

Het bleek dat de cultuur de uitvoering van ZIRE beïnvloedde. Het belang van registreren vanuit controle en verantwoording afleggen lijkt, door opleidingen en appelleren van eigen organisaties en beroepsverenigingen, met de jaren door verpleegkundigen te zijn geïnternaliseerd.



Registreren is een routine geworden en ZIRE staat daarmee haaks op dat wat eerder is aangeleerd. Bovendien geeft registreren houvast, een check dat alles gebeurd is, en wordt het versterkt door het verantwoordelijkheidsgevoel van de verpleegkundige: *‘Het is moeilijk omdat men zich hyperverantwoordelijk voelt voor de patiënt. Daarmee komen we in een soort cyclus terecht van als ik het maar goed overal opschrijf dan gaat het wel goed.’* Daarbij was het onderlinge vertrouwen dat handelingen wel gebeuren al is het niet geregistreerd, niet meteen aanwezig. Met het verdwijnen van registratie als controlemechanisme ontstond er behoefte aan vertrouwen als mechanisme ter vervanging. Zowel vertrouwen van de zorgverlener in eigen kunnen, en daaraan gekoppeld de behoefte aan houvast, als het vertrouwen in de ander. *‘Het heeft echt meer tijd nodig dan ik van tevoren had ingeschat en wat volgens mij iedereen in de projectgroep had bedacht, omdat het tijd nodig heeft om dat vertrouwen en loslaten vooral te creëren.’* (verpleegkundige). Gedurende de experimenteerperiode is de cultuur veranderd en is het vertrouwen gegroeid.

Een ander belangrijke beïnvloedende factor die werd genoemd is de overgang naar HiX in december 2018. Verandering van het EPD kost veel tijd en aandacht, hetgeen ten koste ging van ZIRE. De scholingen in HiX, de planning om alle zorgverleners te laten oefenen en de energie die de veranderingen de zorgverleners kostten, betekende dat er veel tijd verloren ging om de maatregelen van ZIRE uit te voeren: *‘Dat gaf al zoveel veranderingen dat je alleen daar al bijna je energie kwijt was als verpleegkundige en specialist. (...) dus ja dan kon je wel over ZIRE praten maar dat landt dan niet. Hè dus we hebben daar die periode gewoon verloren qua tijd om echte acties te kunnen uitzetten. (...) Als je het nu zou meten heb je één jaar echt de tijd gehad. Nou, dat is gewoon een cultuurinterventie dus dat is heel kort.’* (manager) Het EPD beïnvloedde de uitvoering verder door de geringe flexibiliteit. De standaard content laat weinig ruimte om gewenste eigen veranderingen toe te passen, dit kon in uiterste gevallen leiden tot pop-ups om bepaalde zaken toch in te vullen. Met creatieve oplossingen konden dit soort problemen vaak worden omzeild, maar de inflexibiliteit van het EPD lijkt de uitvoering van ZIRE in enige mate in de weg te hebben gezeten.

Het zinvol noteren vroeg ook om een adequate selectie van de zaken die wel van belang zijn. Men moet kunnen onderscheiden welke zaken relevant zijn en welke niet. Niet alle verpleegkundigen bezaten (al) de vaardigheden van klinisch redeneren in voldoende mate. Een gebrek aan ervaring of ingeslepen patronen, waarbij niet meer stil wordt gestaan bij wat het opgetekende betekent, worden als belangrijkste oorzaken genoemd. Er wordt daarmee bij ZIRE een groter appèl gedaan op het klinisch redeneren.

De zorgverleners waren gemotiveerd om aan ZIRE te werken, maar de opbrengsten in tijdwinst werden niet altijd zo ervaren. De winst werd gezien in de zomerperiode, waarin sommige afdelingen tijdelijk werden samengevoegd: *‘(...)dus ze zagen ineens enorme lappen tekst [van andere afdelingen], hele epistels, er werd enorm lang overgedragen. Dus toen zagen ze eigenlijk pas goed de effecten van wat zij niet meer deden (...)’* (manager).

#### **4.2.4. De afdeling Hematologie van het UMCG**

##### ***Vormgeving ZIRE***

De afdeling Hematologie heeft vrijstelling van de IGJ en van interne uitvragen verkregen. De afdeling heeft te maken met een verplichte indicator, de JACIE-accreditatie, die noodzakelijk is voor het uitvoeren van stamceltransplantaties en daarmee essentieel voor de zorg die geboden kan worden. De urgentie voor het verkrijgen van vrijstelling werd gaandeweg het traject steeds minder gevoeld:

*'De basis is natuurlijk dat we er achter kwamen dat wij zelf ook als afdeling, en ook vanwege JACIE en transplantaties best wel wettelijke verplichtingen hadden om te registreren, dat we zelf een aantal dingen ook superbelangrijk vinden om gewoon nog bij te houden, en dat een aantal andere dingen die we niet zo belangrijk vonden zeg maar, dat die ook wel centraal verzameld worden, en niet per definitie als zorgverlener daar nog allemaal handelingen voor hoeft te verrichten.'* (manager).

De doelstelling van ZIRE is voor veel geïnterviewden verschoven sinds de start: waar betrokkenen in eerste instantie dachten met ZIRE registratielast sterk te verminderen, kwam uiteindelijk het patiëntperspectief meer op de voorgrond te staan. Het functioneren van de patiënt werd centraal gezet in het experiment. *'ZIRE is opgezet als een experiment waarbij aan zorgverleners gevraagd is van wat zij belangrijk vonden in het kader van kwaliteit van zorg om te registreren (...) Maar eigenlijk heeft dat een ander karakter gehad dan oorspronkelijk echt het verhaal van zinvolle registratie, dat ging veel meer over een andere verpleegkundig anamnese en een andere manier van kijken naar patiënten, wat veel meer ging over hoe functioneren patiënten en wat is voor hen belangrijk? Wat zijn hun doelen?'* (manager).

De invoering van ZIRE ging samen met de start van andere projecten op de afdeling. Er werd besloten om deze projecten te integreren en als één ten uitvoer te brengen. Zo liep er een project om het patiëntperspectief meer te gebruiken bij de behandeling en was er in lijn met de BIG-II-discussie een proef met differentiatie van werkzaamheden van HBO- en MBO-verpleegkundigen. Deze projecten werden geïntegreerd in een experiment waarbij HBO-verpleegkundigen in hun nieuwe rol verantwoordelijk werden voor het winnen van informatie bij patiënten over hun functioneren en psychische last. Deze patiëntuitkomsten waren als nieuwe indicatoren voor ZIRE geselecteerd en daarmee hanteerbaar voor sturing op kwaliteit. De combinatie van deelprojecten werd uiteindelijk in de afdeling onder de naam 'proeftuin' uitgevoerd.

### ***Uitvoering ZIRE***

Het management van de afdeling implementeerde ZIRE op de afdeling in combinatie met andere projecten gericht op het centraal stellen van het patiëntperspectief, onder de naam 'proeftuin'. Er werden vergaderingen georganiseerd, het management opende een discussie op de afdeling over zinvol registreren, er werden klinische lessen gegeven en daarnaast werd een groep verpleegkundigen opgeleid om het gesprek met de patiënt aan te gaan over hun functioneren.

Door de focus op het patiëntperspectief kreeg het goed uitvragen van functioneren bij de patiënt meer aandacht. Dat kan verklaren dat ZIRE op de afdeling minder bekend lijkt te zijn. Verscheidene geïnterviewden noemen dat veel zorgverleners niet goed weten wat ZIRE inhoudt of überhaupt niet op de hoogte zijn van het bestaan ervan. Dat het bij veel betrokkenen ontbreekt aan bewuste kennis, betekent daarentegen niet dat er geen onbewuste kennis is. Zorgverleners lijken meer met de uitwerking dan met ZIRE als experiment te maken hebben gehad. Wellicht kent men ZIRE niet, maar men weet wel dat het pijn niet meer hoeft te registreren als er geen afwijking zijn en men vraagt nadrukkelijk naar het functioneren van de patiënt. Het waarom ontbreekt, maar in de uitvoering laten zorgverleners zien ZIRE-principes deels te kennen. Zorgverleners zijn het eens met de principes van ZIRE maar stellen dat het meer was gaan leven als het team meer was meegenomen en meer terugkoppeling had gekregen. *'Ik moet eerlijk zeggen dat het allemaal heel, misschien ook wel low profile is gegaan hoor, voor veel dingen. Daar zit ook wel een beetje het manco misschien ook wel in. Misschien hadden we iets groters en meeslependers kunnen doen, onder het etiket ZIRE'*

(manager). Terughoudende invoering geeft weliswaar weinig weerstand, maar leidt ook tot weinig motivatie.

Met name de kwaliteitsfunctionaris van de afdeling en het afdelingshoofd hebben rondom ZIRE leiderschap getoond. Het afdelingshoofd heeft het initiatief genomen om ZIRE op de afdeling op te starten en in gezamenlijkheid met de afdeling een stip op de horizon, zinvoller registreren met meer oog voor het functioneren van de patiënt, geschetst. Bij de uitvoering was de leidende rol weggelegd voor de kwaliteitsfunctionaris. Zij hanteerde een stimulerende, faciliterende stijl, waarbij de verpleegkundigen gevraagd werd wat zij nodig hadden. Toch werd door veel geïnterviewden wat betreft ZIRE een gebrek aan leiderschap ervaren. Een reden die een manager hiervoor aandroeg was het ontbreken van klinisch leiderschap: *'als [men] geen clinici, dus mensen die in de praktijk werken aan zich weet te binden en enthousiast weet te maken en die dan vervolgens ook het eigenaarschap en het leiderschap op zich nemen dan zijn dit soort projecten tot mislukken gedoemd want je krijgt dat van de buitenkant niet voor elkaar'*. Ook werd benoemd dat het goed zou zijn geweest meer verpleegkundigen direct te betrekken. Tenslotte kan het zijn dat er weinig leiderschap ten opzichte van ZIRE werd ervaren omdat de betekenis van ZIRE voor mensen anders is. *'Ik denk dat (...) het niet voor iedereen even duidelijk is geweest dat ZIRE de kapstok is geweest waaraan alles is opgehangen. Maar dat is wel, ZIRE heeft er uiteindelijk voor gezorgd dat we bepaalde dingen gewoon voor elkaar hebben gekregen (...)'* *'De focus bij hematologie was vooral op dat mensen zeiden van we voelen ons veel meer betrokken bij kwaliteitsverbetering'* (manager).

Tot slot was de invoering van een nieuw EPD in het UMCG belemmerend voor ZIRE. De ze invoering ging ten koste van tijd en aandacht voor ZIRE: *'we werden overvallen door het EPD-systeem op zich. Dus daar was iedereen dusdanig druk mee bezig en nog steeds eigenlijk. Er zijn heel veel mensen niet comfortabel met het systeem om tijd over te houden en oplossingen aan te dragen. En dus laat staan dat er nieuwe dingen geïmplementeerd kunnen worden'* (arts). En ook hier was er sprake van een geringe flexibiliteit van het systeem. Bij de aanbesteding van het EPD waren de ontwikkelingen van ZIRE niet meegenomen, waardoor er geen ruimte was om een aantal vinkjes weer uit te gaan zetten. Zo hadden verpleegkundigen activiteiten op hun werklijst staan, die zij in het kader van ZIRE niet meer hoefden te verrichten. Daarentegen leverde het nieuwe EPD voor verpleegkundigen ook registratiewinst op, bijvoorbeeld doordat metingen die voorheen op vier verschillende plekken geregistreerd werden op één plek genoteerd konden worden.

**Tabel 4.4** Overzicht van factoren in relatie tot uitvoering ZIRE principes in de drie ziekenhuizen

Focusgebied	IC-afdeling (Radboudumc)	Oncologische trajecten (Rijnstate)	Afdeling hematologie (UMCG)
Aantal kwaliteitsuitvragers	8	13	11
Aantal indicatoren	102	138	80
Aantal indicatoren in de kernset	16	16	15
Vrijstelling van verplichte kwaliteitsuitvragen	Volledig*	Deels	Deels
Wijze van de-implementatie	Alles direct losgelaten	Gefaseerd losgelaten	Gefaseerd losgelaten
Lokale doelstelling ZIRE	Kwaliteit van zorg onderdeel van werkzaamheden zorgverlener en reductie registratielast	Zinvolle dossiervoering en reductie registratielast	Reductie registratielast en functioneren patiënt
Locale accenten	Eigenaarschap kwaliteit naar werkvloer	Versterken professionaliteit verpleegkundigen	Patiënt functioneren centraal
Kartrekker	Medisch afdelingshoofd	Manager Kwaliteit en Veiligheid en Manager Oncologie	Stafmedewerker kwaliteit
Inbedding	Stuurgroep Kwaliteit & Veiligheid	Projectgroep	Management Team oncologie
Context	Reorganisatie afdeling sept 2019	Overgang naar Hix dec 2018	Invoering Epic dec 2017

\*deels door rebelleren; niet aanleveren

#### 4.2.5. Verklaren van verschillen in behaalde resultaten

In deze laatste paragraaf beantwoorden we de vraag waarom het experiment meer geslaagd is in het ene focusgebied dan in de andere focusgebieden. Daarvoor starten we kort met het overzicht van de resultaten per focusgebied (zie Tabel 4.5) en bespreken we daarna op basis van de procesevaluatie welke factoren hierbij van invloed zijn geweest

#### Resultaten: registratielast, werkplezier en kwaliteitsverbeteringen

In het Radboudumc is zowel de registratietijd als het aantal door zorgverleners ervaren onredelijke en onzinnige registraties significant gedaald. In het Radboudumc is de registratietijd gehalveerd, in Rijnstate met 10 minuten afgenomen en in het UMCG is de registratietijd toegenomen. Hoewel de registratietijd in het Rijnstate en in het UMCG niet statistisch significant is afgenomen, ervaren artsen en verpleegkundigen in Rijnstate minder onredelijke registraties en in het UMCG minder onnodige registraties. Het werkplezier, uitgedrukt in intrinsieke en extrinsieke motivatie, is gelijk gebleven of zelfs gedaald. De ervaren betrokkenheid bij kwaliteit en aantal kwaliteitsverbeteringen op de afdeling is aanzienlijk gestegen tijdens het experiment in alle focusgebieden (Tabel 4.5).

**Tabel 4.5** Overzicht resultaten per ziekenhuis

		<b>Radboudumc</b>	<b>Rijnstate</b>	<b>UMCG</b>
<b>Registratielast</b>	Registratietijd in minuten	↓	≈	≈
	Onnodige registratie	↓	≈	↓
	Onredelijke registratie	↓	↓	≈
<b>Werkplezier</b>	Intrinsieke motivatie	↓	≈	↓
	Extrinsieke motivatie	↓	≈	≈
<b>Kwaliteits-verbeteringen</b>	Ervaren betrokkenheid bij kwaliteitsverbeteringen t.o.v. een jaar geleden	↑ 23,8% ≈ 63,9%	↑ 34,6% ≈ 57,7%	↑ 45,4% ≈ 50,9%
		↓ 12,3%	↓ 7,7%	↓ 3,6%
	Aantal kwaliteitsverbeteringen op de afdeling t.o.v. een jaar geleden	↑ 42,2% ≈ 49,7%	↑ 60,2% ≈ 38,5%	↑ 52,7% ≈ 36,4%
	↓ 8,2%	↓ 1,3%	↓ 10,9%	
↑ = toegenomen, ≈ = gelijk gebleven, ↓ = afgenomen				

In de procesevaluatie zijn vijf factoren geïdentificeerd die de verschillen tussen ziekenhuizen in resultaten mede kunnen verklaren: de mate van verkregen vrijstelling, de betekenis die aan ZIRE is gegeven (vertaald in een lokale doelstelling), aanwezigheid van direct klinisch leiderschap, vertrouwen en context. We zullen deze hier bespreken.

### **Mate van verkregen vrijstelling**

Het Radboudumc heeft voor alle verplichte uitvragen vrijstelling verkregen of heeft de registraties niet aangeleverd (rebelleren). Zij hebben dus daadwerkelijk alleen de kernset geregistreerd. Rijnstate en het UMCG hebben slechts van een heel beperkt deel van de uitvragende partijen vrijstelling gekregen en registreerden daarom naast de kernset van zinvolle indicatoren ook nog de oude, traditionele verplichte registraties. Ook was er bij beide sprake van een nieuw EPD met geheel andere wijze van registreren. Dit verklaart de verschillen in resultaten ten aanzien van registratielast.

### **Vertaling ZIRE doelstelling naar de werkvloer**

In de 3 ziekenhuizen is een verschillende betekenis gegeven aan ZIRE en daarmee zijn er ook verschillende lokale doelstellingen geformuleerd en accenten ontstaan. De verschillende opvattingen over ZIRE bestonden niet alleen tussen de centra, maar ook binnen centra; er was sprake van verschillende perspectieven in de doelstellingen op managementniveau en op de werkvloer. De doelstellingen varieerden van het versterken van de professionaliteit van de verpleegkundige, het includeren van het patiënten- en zorgverlenersperspectief in de indicatoren, het verminderen van registratielast, tot proactief kwaliteitsbeleid en meer nuttige kwaliteitsinformatie. Een mogelijke verklaring hiervoor is een zekere ambiguïteit in de doelstelling die is ontstaan in de aanloop van ZIRE. Om groen licht te krijgen voor het experiment bleek het nodig om met verschillende partijen met eigen ideeën en belangen, mee te bewegen.

De doelstelling om eigenaarschap voor kwaliteit terug te geven aan de werkvloer heeft in het Radboudumc centraal gestaan. Zij legden de focus op vrijstelling van verantwoordingsindicatoren zodat zorgverleners alleen hoefden te registreren wat zij belangrijk en zinvol vinden en daarover verantwoording afleggen. In Rijnstate is de focus van ZIRE verbreed naar zinvolle dossievoering in het algemeen en werd daarmee het belang van goed klinisch redeneren steeds groter. Het UMCG combineerde een aantal deelprojecten, waardoor het mogelijk was het functioneren van de patiënt,

onderdeel van de kernset, op de voorgrond te plaatsen en zette daarbij in op het goed kunnen uitvoeren en zinvol registreren van het functioneren van de patiënt.

Door de aandacht voor zinvol registreren blijkt dat er wel duidelijk in alle drie de focusgebieden meer betrokkenheid bij kwaliteit wordt ervaren en er meer kwaliteitsverbeteringen op de afdeling plaatsvinden.

### **Inbedding en klinisch leiderschap**

De uitvoering van ZIRE verschilde ook per focusgebied. Direct klinisch leiderschap blijkt een belangrijke rol te spelen. In het Radboudumc kon door krachtig klinisch leiderschap, met het overtuigen van de eigen organisatie en de externe partijen, het vormen van een lokale coalitie, de randvoorwaarden voor ZIRE worden geschept. De regie en monitoring van ZIRE konden worden ingebed in een al bestaande stuurgroep Kwaliteit & Veiligheid, met een medisch specialist als kartrekker, die de collega's overtuigend kon enthousiasmeren. De eigen inbreng van zorgverleners werd gestimuleerd, zodat ook de doelstelling van breed gedragen kwaliteit van zorg en eigenaarschap terug naar de zorgprofessionals werd ondersteund. In Rijnstate werd een projectgroep ZIRE in opdracht van de manager oncologie onder leiding van de manager Kwaliteit en Veiligheid ingesteld, met specialist-manager, afdelingshoofden en verpleegkundigen. Deze laatste werden als aandachtsvelders aangesteld en zij werden door de intern projectleider gefaciliteerd en gestimuleerd. In het UMCG werd het klinisch leiderschap voor ZIRE minder breed ingebed; hier werd de inbedding van ZIRE helemaal opgenomen in de zogeheten 'proeftuin' waardoor zinvol registreren ook steeds meer werd geassocieerd met het in kaart brengen van het functioneren van de patiënt, onderdeel van de kernset, in plaats van op ZIRE.

### **Vertrouwen**

Bij het loslaten van registraties bleek al snel dat cultuur en m.n. vertrouwen belangrijke elementen waren voor de invoering van ZIRE. Het bedenken wat en waarom belangrijk is, klinisch redeneren, bleek van essentieel belang om registraties te kunnen loslaten. In Rijnstate bleek dat het belang van registreren door verpleegkundigen zodanig was geïnternaliseerd, dat ook gewerkt moest worden aan vertrouwen, zowel het vertrouwen van de zorgverlener in eigen kunnen, en daaraan gekoppeld minder behoefte aan houvast, als het vertrouwen in de ander.

In het Radboudumc werd besloten om het DIM-systeem af te schaffen; het idee was dat incidenten direct zouden worden opgepakt door betrokkenen. Dit leidde in eerste instantie tot weerstand, mede omdat er angst voor het verlies van informatie en daarmee misschien verminderde kwaliteit zou leiden. Met de invoering van het gelaagde trapsysteem, veelvuldig overleg en het verbeterbord systeem kwam het vertrouwen terug dat deze manier van incidenten oppakken juist hielp bij het snel oplossen en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Hierbij was ook de rol van de klinisch leider van belang, die het vertrouwen gaf om te werken aan een ander systeem van omgaan met incidenten.

### **Contextfactoren**

Zowel in het UMCG als in Rijnstate vond ten tijde van ZIRE een overgang van EPD plaats. Dit bleek van grote invloed op de tijd en aandacht die aan experiment ZIRE gegeven kon worden. De overgang naar Epic verklaart de toename in registratietijd in het UMCG. Bovendien bleek ook dat het nieuwe (aangepaste) systeem in de opstartfase nog weinig flexibel was om in te spelen op de benodigde wijzigingen in registratie in de focusgebieden. Bij het Radboudumc werd het EPD juist effectief

ingezet om gewijzigde registratie op de IC-afdeling mogelijk te maken en om enkele registraties minder belastend te maken. Ook in het UMCG en Rijnstate werd op enig moment ervaren dat verpleegkundige registraties an sich minder belastend werden door het nieuwe EPD.

Een andere belangrijke contextfactor die in het Radboudumc speelde was een reorganisatie op de IC afdeling ten tijde van ZIRE. Dit werd als één van de factoren benoemd die het werkplezier van de betrokkenen beïnvloedde. En ongeveer 80% van de respondenten waren verpleegkundigen. Mogelijk dat ook de landelijke onrust over de invoering van Wet BIG II, een discussie die speelde ten tijde van het uitzetten van de vragenlijst, van invloed is geweest op het werkplezier.





## 5. Conclusies en geleerde lessen

Het doel van experiment ZIRE was om het eigenaarschap voor kwaliteitszorg terug te geven aan de werkvloer: artsen en verpleegkundigen tezamen met patiënten en naasten bepalen wat belangrijke kwaliteitsonderwerpen en innovaties zijn. Onderwerpen die een directe relatie hebben met het optimaliseren van de gezondheid en kwaliteit van leven van patiënten. Overige registraties werden los gelaten om zo de balans te verleggen van registreren naar meer kwaliteitsverbeteringen. Het gaat niet om het aantal kwaliteitsmetingen, maar om het aantal kwaliteitsverbeteringen, het lerend vermogen van zorgverleners en om de behaalde resultaten. Wat wordt gemeten wordt één op één gebruikt om de patiëntenzorg te verbeteren.

De evaluatie van ZIRE laat zien dat dit voor een deel gelukt is. Daar waar zorgverleners volledig vertrouwen kregen, zowel van externe partijen als eigen bestuurders, en met sterk overtuigend klinisch leiderschap, is het gelukt om de registratielast (zowel de tijd besteed aan kwaliteitsregistraties als de ervaren onzinnigheid en onredelijkheid van registraties) aanzienlijk te verminderen. Daar waar zorgverleners geen vrijstelling kregen van uitvragende partijen en waar men naast de kernset van zinvolle indicatoren ook de oude traditionele verplichte indicatoren moest registreren is de registratietijd niet afgenomen. Door het werken met een eigen geformuleerde kernset van zinvolle indicatoren is wel de ervaren onredelijkheid en onzinnigheid van registraties afgenomen en is de ervaren betrokkenheid bij kwaliteit toegenomen.

De resultaten laten zien dat onzinnige registraties een negatieve impact hebben op het werkplezier. Echter ondanks de vermindering van onzinnige registraties, is het werkplezier afgenomen ten tijde van het experiment. Zorgverleners die meededen aan het experiment gaven aan dat werkdruk, organisatorische veranderingen en teamklimaat een grotere invloed hebben op hun werkplezier dan registratielast. Dit wordt bevestigd door een eerdere analyse waaruit blijkt dat registratielast minder dan 10% van de schommelingen in werkplezier verklaard (Zegers 2020). Een toename in werkplezier door verminderde registratielast is waarschijnlijk tenietgedaan door andere factoren die speelden op de deelnemende afdelingen ten tijde van het experiment (o.a. reorganisatie en invoering van nieuw EPD).

De reductie van registratielast heeft niet geleid tot verminderde kwaliteit van zorg. De uitkomsten op de kernset laten zien dat de kwaliteit van zorg gelijk is gebleven, of op sommige gebieden zelfs is verbeterd. Met volledige transparantie over de uitkomsten op de indicatoren en ingezette verbeteracties laten de drie betrokken focusgebieden zien wat het lerend vermogen is en dat zij het vertrouwen verdienen.

### Geleerde lessen

De uitkomsten van de evaluatie laten zien hoe complex het is om te experimenteren met zinvol registreren. Het is onderhevig aan veel factoren. Een harde les is dat experimenteren op dit vraagstuk (ontregelen van de zorg) zeer lastig is en op sommige gebieden niet mogelijk is gebleken. Zelfs niet op zeer beperkte schaal, terwijl dit onderwerp hoog op de agenda staat van alle betrokkenen in de Nederlandse gezondheidszorg. Maar juist door de complexiteit en wisselende resultaten heeft ZIRE veel lessen opgeleverd en inzage gegeven in de cruciale factoren om het

eigenaarschap voor kwaliteit terug te geven aan de zorgverleners en te komen tot zinvolle registratie en de-implementatie van indicatoren zonder dat de kwaliteit van zorg achteruit gaat.

In grote lijnen zijn de volgende lessen geformuleerd:

- **Kernset zinvolle indicatoren:** een belangrijke stap om het eigenaarschap voor kwaliteit terug te geven aan de werkvloer is het formuleren van een kernset door zorgverleners en patiënten/naasten samen. Welke kwaliteit van zorg willen zij leveren en op welke specifieke onderwerpen willen zij verbeteren en innoveren? Geef ruimte aan zorgprofessionals. Wat willen zij laten zien en leren? Laat je minder leiden door verplichtingen van buiten af en maak daar afspraken over met de Raad van Bestuur. Ook is er meer niet verplicht dan men denkt. De-implementeer deze indicatoren als ze als niet zinvol worden ervaren.
- **Transparantie:** wees transparant over de kernset, de uitkomsten van zorg en ingezette verbeteracties, om draagvlak en vertrouwen te krijgen van alle betrokkenen, zoals de Raad van Bestuur, toezichthouders, externe belanghebbenden en patiënten. Laat zien waar je trots op bent, waar je je zorgen over maakt en hoe problemen worden opgepakt. Laat het lerend vermogen zien. Met de opgestelde kernset, met zowel kwantitatieve generieke uitkomstindicatoren om te benchmarken als kwalitatieve indicatoren voor het verhaal achter de cijfers, kan de kwaliteit vanuit een breed en integraal perspectief goed worden bewaakt en verbeterd en kan tevens naar externe belanghebbenden transparantie gegeven worden en verantwoording afgelegd worden.
- **Creëer draagvlak:** werk samen met alle betrokkenen om zinvolle registratie mogelijk te maken, zoals patiënten(vertegenwoordigers), zorgprofessionals (individueel, VAR en stafconvent), bestuurders, externe uitvragers, de IGJ en VWS. Dat motiveert meer dan woorden als 'schrappen'. Start bij de wetenschappelijke verenigingen en voer het gesprek 'van binnen uit'. Zoek aansluiting bij landelijke initiatieven; zonder deelname aan "Innovatieplaats Cure" van VWS was experiment ZIRE namelijk onmogelijk.
- **Klinisch leiderschap:** proactief en krachtig klinisch leiderschap is cruciaal om de eigen organisatie en externen te overtuigen. Bij het vergoten van het eigenaarschap (kwaliteit in de genen) van alle medewerkers past een faciliterende leiderschapsstijl, waarbij eigen inbreng van de zorgverleners gestimuleerd wordt.
- **Bestuurlijk draagvlak:** betrokkenheid, commitment en verantwoordelijkheid nemen door bestuurders is nodig om de randvoorwaarden te scheppen en tevens om vertrouwen uit te stralen.
- **Cultuur:** het loslaten van registraties vraagt om vertrouwen onderling en een open en reflecterende cultuur waarin men elkaar laagdrempelig aanspreekt en continu wordt gereflecteerd op de kwaliteit van zorg. Ook belangrijk is het opleiden van zorgverleners in het doorvoeren van kwaliteitsverbeteringen.
- **Klinisch redeneren van verpleegkundigen:** door het loslaten van routinematig registreren is investeren in het klinisch redeneren van verpleegkundigen van belang.
- **Heldere doelstellingen en eenduidige betekenis:** het introduceren van zinvolle registratie, het loslaten van registraties en focus op leren en verbeteren vraagt om een heldere en non-ambigue communicatie; maak duidelijk wat van zorgverleners en ondersteuners wordt verwacht, wat zijn de doelen waarnaar gestreefd wordt en wie welke rol daarbij heeft.

## 6. Hoe verder?

De resultaten van experiment ZIRE laten zien dat volledig vertrouwen en het laten vieren van de registratieteugels, zoals we zien bij de IC in het Radboudumc, resulteren in een belangrijke tijds winst, bijna een half uur per dienst per zorgverlener, terwijl de kwaliteit van zorg gelijk blijft. Niet alleen de geformuleerde lessen, maar ook de kernsets geven aanknopingspunten voor individuele zorgverleners, organisaties en landelijke programma's gericht op zinvolle kwaliteitsregistratie, uitkomstgerichte zorg en het ontregelen van zorg. De kernset bevat verschillende elementen, waaronder Leren en Verbeteren en Samen Beslissen op basis van patiëntgerapporteerde uitkomsten en -ervaringen. De deelnemende ziekenhuizen delen graag hun ervaringen en resultaten op deze gebieden.

Er zijn diverse concepten die in ZIRE aan bod zijn gekomen waarop verder onderzoek nodig is zoals hoe toezicht op en verantwoording over kwaliteit kan plaatsvinden op basis van vertrouwen en hoe kwaliteitsregistraties anders, zinvoller, kunnen worden ingericht. Ook onderwerpen als leren en verbeteren, eigenaarschap voor kwaliteit, werkbeleving, intrinsieke motivatie, het rond maken van de kwaliteitsverbetercyclus (PDCA-cyclus), cultuur en klinisch en verpleegkundig leiderschap, vragen om vervolgstappen en -onderzoek.

Binnen het programma Anders Verantwoorden van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg wordt voortgebouwd op de ervaringen en kennis vanuit experiment ZIRE. Hierbij worden de ZIRE-principes breder verspreid en wordt het experiment uitgebreid in regionaal verband. Op basis van de resultaten en ervaringen van ZIRE op de IC van het Radboudumc is een plan voor uitbreiding hiervan met partners uit de regio opgesteld en deze zal in 2021 worden gestart.

Rijnstate is voornemens om na overleg met betrokken externe partijen de kernset met kwaliteitsindicatoren voor geheel Rijnstate in te voeren.



## Referenties

Bonten MJM, Friedrich A, Kluytmans JAJW, et al. Infectiepreventie in Nederlandse ziekenhuizen: resultaten zeggen meer dan procesindicatoren. Ned Tijdschr Geneeskd 2014;158:A7395

Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring: Definition of quality and approaches to its assessment. Michigan, United States: Health Administration Press 1980.

Deci EL, Ryan RM. Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. Can Psychol 2008;49:182-5 doi:10.1037/a0012801.

Elbers PWG, Girbes. Zorgprofessionals moeten stuur weer overnemen. Ned Tijdschr Geneeskd 2017;161:D1562

Gagné M, Forest J, Gilbert M, et al. The Motivation at Work Scale: Validation evidence in two languages. Educational and psychological measurement 2010;70:628-46 doi:10.1177/0013164409355698

KPMG. Eindrapport Merkbaarheidsscan (ont)regel de zorg. Juni 2020.

KPMG Plexus. Inzicht in uitgevraagde variabelen voor kwaliteitsmetingen en handvatten voor verbetering. Medisch Specialistische Zorg. Juni 2016

Van Kolfschooten F. Ziekenhuizen worstelen met registratie -infarct. Ned Tijdschr Geneeskd 2016;160:C3270

Semmer NK, Tschan F, Meier LL, et al. Illegitimate Tasks and Counterproductive Work Behavior. Appl Psychol 2010;59:70-96 doi:10.1111/j.1464-0597.2009.00416.x

Stichting Oncologische Samenwerking. 2020. [www.soncos.org](http://www.soncos.org)

Stichting Nationale Intensive Care Evaluatie. 2020. <https://www.stichting-nice.nl/>

VVAA. (Ont)regelmonitor 2020. <https://www.vaa.nl/voor-leden/nieuws/nationale-ontregelmonitor-2020>

VWS. Kamerbrief over merkbaar minder regeldruk. 2015 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/07/02/kamerbrief-over-merkbaar-minder-regeldruk>

VWS. Kamerbrief Voortgang programma (Ont)Regel de Zorg. 2019 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/10/04/kamerbrief-over-voortgang-programma-ontregel-de-zorg>

Weggelaar AM, Bovenkamp van de H, Bal R. Zand in de kwaliteitsmachinerie: overvloed aan indicatoren leidt tot frustraties, niet tot betere zorg. Medisch Contact 2016(15):36-38

Zegers M, Gerritsen G, Welker G. Registratielast: laat de teugels vieren: Experimenteren met slechts een minimale set indicatoren. Medisch Contact 15 oktober 2018

Zegers M, Veenstra GL, Gerritsen G, Verhage R, van der Hoeven HJG, Welker GA. Perceived Burden Due to Registrations for Quality Monitoring and Improvement in Hospitals: A Mixed Methods Study. *Int J Health Policy Manag.* 2020 Jul 4. doi: 10.34172/ijhpm.2020.96.

## **ALGEMENE GEGEVENS**

### **Projectgroepleden**

Gera Welker (landelijke coördinator en lokale trekker UMCG)

Marieke Zegers (projectleider evaluatie experiment ZIRE Radboudumc)

Gerard Gerritsen (lokale trekker Rijnstate)

Gepke Veenstra (onderzoeker UMCG)

Rutger Verhage (lokale trekker Radboudumc)

Hans van der Hoeven (projectadviseur Radboudumc)

Erik Heineman (projectadviseur UMCG)

Kris van Riel en Hanna Hesseling (onderzoekstudenten RUG en RU)

Jeanette Vreman/Radboudumc, Marjet Docter en Kelly Fiechter/Rijnstate, Sylvia Haan/UMCG  
(Kwaliteitsfunctionarissen)

### **Financiering**

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden onder auspiciën van de samenwerking van het Consortium Kwaliteit van Zorg van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en Zorginstituut Nederland.





## Lijst van afkortingen

FMS: Federatie van Medisch Specialisten  
IC: Intensive Care  
IGJ: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
JCI: Joint Commission International  
JACIE: Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT  
NIAZ: Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg  
NICE: Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE)  
NFU: Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra  
NVZ: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen  
PREM: Patient Reported Experiences Measure  
PROM: Patient Reported Outcome Measure  
SD: Standaarddeviatie  
SMR: Standardized Mortality Ratio  
SONCOS: Stichting Oncologische Samenwerking  
UMCG: Universitair Medisch Centrum Groningen  
V&VN: Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland  
VWS: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
ZIN: Zorginstituut Nederland  
ZIRE: Zinvolle Registratie  
ZN: Zorgverzekeraars Nederland  
VBHC: Value-Based Health Care

**Kernset kwaliteitsparameters IC Radboudumc  
voor interne kwaliteitsverbeteringen en externe verantwoording**

**Voortgangsrapportage**

## Inleiding

Op de Intensive Care (IC) afdeling van het Radboudumc gebruiken wij een kernset van indicatoren voor het verbeteren van de kwaliteit van onze zorg. Over de uitkomsten van de kernset en ingezette verbeteracties leggen we verantwoording af aan interne en externe partijen, zoals de Raad van Bestuur, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), en aan onze patiënten.

De kernset bevat indicatoren die er toe doen; d.w.z. daadwerkelijk gebruikt worden voor kwaliteitsverbeteringen en van toegevoegde waarde zijn voor patiënten. De kernset is vastgesteld met behulp van een Delphi-studie. Hierbij waren betrokken: 11 intensivisten en 13 IC-verpleegkundigen uit de vier netwerkziekenhuizen (CWZ, ziekenhuis Bernhoven, Maasziekenhuis Pantein en Radboudumc); en 10 ex-IC-patiënten en naasten van de FCIC (<https://fcic.nl/>).

Van de indicatoren die niet in de kernset zitten hebben we afscheid genomen met toestemming van de IGJ. Door te werken met een kernset willen we de effectiviteit van onze kwaliteitsmetingen vergroten. We meten minder, maar op alle (beperkt aantal) metingen worden verbeteracties doorgevoerd. De zogenaamde PDCA-cyclus wordt daarbij afgemaakt.

In deze voortgangsrapportage vindt u de uitkomsten van de 16 parameters in de kernset en welke verbeteracties zijn doorgevoerd. Door transparant te zijn over onze kwaliteitsverbeterencyclus hopen wij bij te dragen aan het Leren en Verbeteren in de regio en binnen Intensive Care Nederland.

November 2020

## Kernset Indicatoren IC Radboudumc

Matrix indeling indicatoren

	<b>Organisatie (structuur en proces)</b>	<b>Uitkomsten</b>
<b>Zorgverlener</b>	<b>Minimale kwaliteitseisen</b>	<b>Behandeluitkomsten</b>
<b>Patiënt</b>	<b>Patiënt gerapporteerde ervaringen (PREMs)</b>	<b>Patiënt gerapporteerde uitkomsten (PROMs)</b>

	<b>Organisatie (structuur en proces)</b>	<b>Uitkomsten</b>
<b>Zorgverlener</b>	<p>1. Teamklimaat</p> <p>2. Veiligheidscultuur</p> <p>3. CRM-compliance</p> <p>4. Kwaliteitsvisitatie</p>	<p>5. SMR/ IC-sterfte</p> <p>6. IC-heropnames binnen 48 uur</p> <p>7. Complicaties: delier en decubitus</p> <p>8. Leren en verbeteren n.a.v. ernstige incidenten</p>
<b>Patiënt en Naaste</b>	<p>9. Ervaringen van ex-IC-patiënten en naasten uit gesprekken op de nazorgpoli</p> <p>10. Spiegelbijeenkomsten</p> <p>11. Klachten</p>	<p>12. Kwaliteit van leven van ex-IC-patiënten tot 5 jaar na IC-opname</p> <p>13. Kwaliteit van leven van naasten van IC-patiënten</p> <p>14. Fysieke, mentale en cognitieve problemen tot 5 jaar na IC-opname (o.a. vermoeidheid, kwetsbaarheid, angst, depressie, PTSS, geheugenverlies)</p> <p>15. Sociaaleconomische gevolgen (o.a. werkhervatting)</p> <p>16. Zinnvolle IC-zorg: verhouding kwaliteit van leven en zorgkosten</p>

\*Afkortingen: CRM = Crew Resource Management; IC = Intensive Care; PROMs = Patient Reported Outcome Measures; PREM = Patient Reported Experience Measures; PTSS = Posttraumatische-stressstoornis; SMR = Standardized Mortality Ratio

## Kwadrant 1. Cultuur en organisatie van zorg

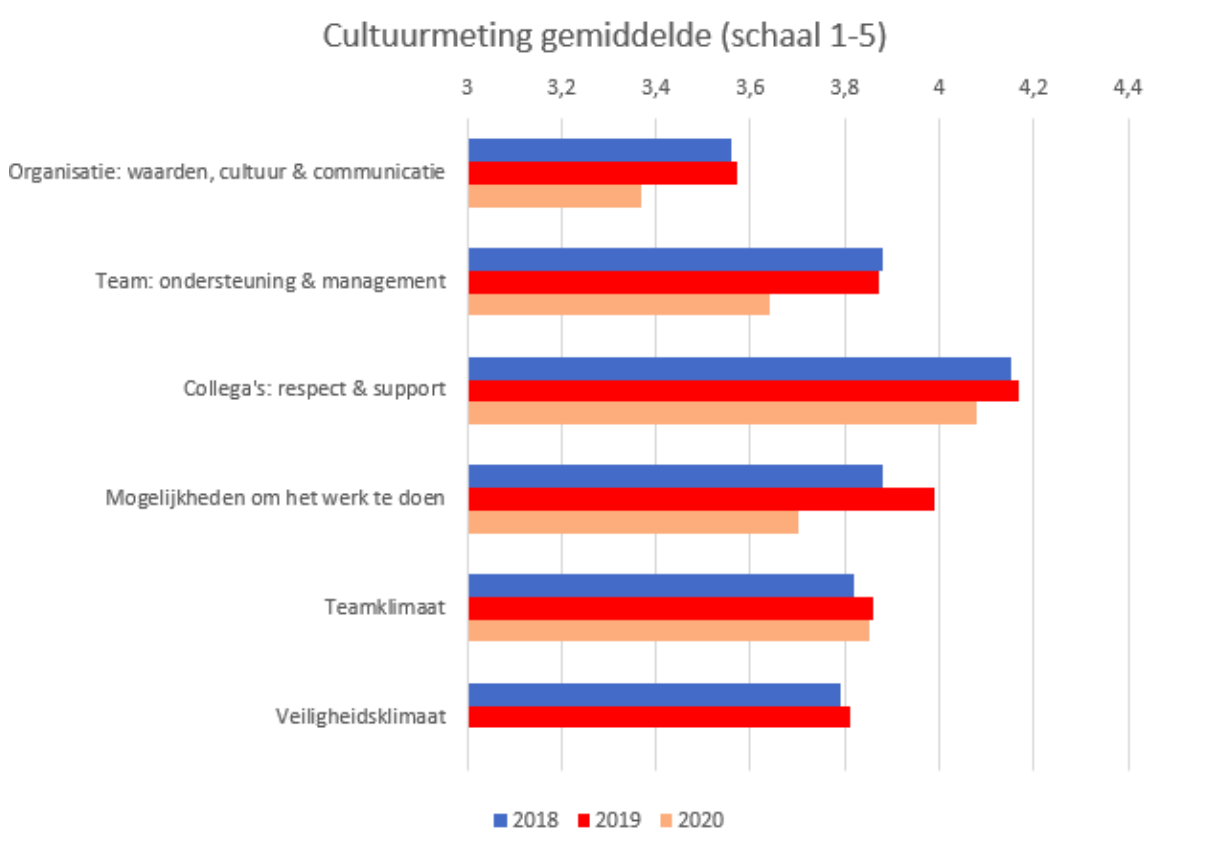
1. Teamklimaat
2. Veiligheidscultuur

### Beschrijving indicatoren

Team klimaat (vermogen om als team te leren en te verbeteren) en veiligheidscultuur (aanspreekcultuur en openheid over gemaakte fouten) wordt gemeten met de Culture of Care Barometer (CoCB), met 2 items uit de Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). Ook is een open vraag opgenomen over acties die nodig zijn om de cultuur op de werkvloer te verbeteren.

### Uitkomsten 2018, 2019, 2020

In juni 2018, juni 2019 en mei 2020 is de cultuurmeting uitgevoerd, met een respons van resp 77% en 56% en 48%.



De scores voor de onderwerpen variëren tussen de 3,5 en 4. Dat is een rapportcijfer tussen de 7 en 8. In vergelijking met 2018 zijn de scores in 2019 ongeveer gelijk, met uitzondering van de schaal 'mogelijkheden om goed werk te doen' (tijd en middelen). Deze is in 2019 significant hoger. In 2018 en 2019 scoort 1 unit significant lager. Alleen in 2019 is er een verschil tussen artsen en verpleegkundigen en verzorgenden (V&V): V&V scoren lager op de schaal 'waarden' en 'support collega's' en hoger op de schaal 'mogelijkheden om werk goed te doen'. In mei/juni 2020, vlak na de eerste golf van de COVID-19 pandemie, zijn alle scores gedaald, met uitzondering de score op teamklimaat.

### *Verbeteracties en stand van zaken*

Uit de open vraag in de vragenlijst zijn diverse aspecten benoemd die verbeterd kunnen worden volgens de respondenten. Op basis hiervan zijn verbeteracties gestart in 2018, gemonitord in 2019 en in 2020.

1. Verbeteren samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Hiervoor zijn verschillende deelprojecten gestart. *Stand van zaken-2020:*
  - *MDO: meer betrokkenheid van verpleegkundigen bij het MDO: implementatie loopt.*
  - *Visite lopen: inbreng van de IC- verpleegkundige vergroten (met betrekking tot verpleegkundige items): geïmplementeerd, evaluatie loopt.*
  - *Sociale samenwerkingsaspecten: voorstel klaar*
  - *Moreel Beraad: in 2020 op alle units ingevoerd en in 2021 geëvalueerd (wetenschappelijk traject)*
  - *CRM- Refresh training opnieuw inrichten (integratie met simulatie training): ontwikkeling loopt.*
2. Meer directe betrokkenheid van leidinggevenden op de werkvloer.  
Verbeteractie: reorganisatie -teamleiders. *Stand van zaken-2020 : klaar*
3. Streven naar een meer open cultuur.  
*Stand van zaken- 2020: de aanspreekcultuur is belegd bij de CRM kerngroep en is vast onderdeel in de CRM-trainingen*
4. Streven naar reductie van het ervaren top-down beleid.  
*Stand van zaken-2020: onder de aandacht bij afdelingsleiding, evaluatiepunt bij cultuurmeting, blijft punt van aandacht.*
5. Beter communiceren van verbeteractiviteiten en resultaten naar medewerkers door stuurgroep kwaliteit + veiligheid.  
*Stand van zaken: na elke kwaliteitsdag (4x per jaar) is er een terugkoppelingsbijeenkomst voor alle IC medewerkers + nieuwsbrief + presentaties op alle units door leden van de stuurgroep K&V. [uitkomsten met de kernset en actiepunten/afspraken nav kwaliteitsdagen op intranet/teamsite/lopende zaken/via team leiders]*
6. Werkdruk.  
*Stand van zaken: belegd in de lijnorganisatie (onderdeel management aansturing)*
7. ANIOS wordt vaak 'vergeten' in de organisatie door tijdelijke aanstelling  
Verbeteractie: ANIOS betrekken bij kwaliteitsactiviteiten.  
*Stand van zaken: sinds jan 2020 is een arts-assistent aangesloten als lid van stuurgroep K&V.*

### 3. CRM compliance

#### *Beschrijving indicator*

Met deze indicator wordt gemeten in welke mate de Crew Resource Management (CRM) principes voor goede teamsamenwerking en communicatie bij kritische processen op de IC, de zgn CRM-momenten, worden uitgevoerd (compliance meting). De CRM momenten worden gefilmd en er vindt direct feedback plaats aan de hand van een checklist.

#### *Uitkomsten en verbeteracties*

De kwaliteit van de uitvoering van CRM is beoordeeld tijdens 4 filmweken in sept. 2019, nov. 2019, febr. 2020 en okt 2020 met in totaal 24 filmmomenten. Tijdens het filmen worden zes CRM-processtappen gescoord, o.a. zijn alle maatregelen genomen om ruis tijdens het proces te voorkomen, is er een duidelijke rolverdeling? En is er feedback per persoon gevraagd?

Verbeterpunten: juist gebruik van de checklist, maatregelen ter voorkoming ruis (piepers, storen, telefoon) en het vragen van feedback per persoon bij de debriefing.

#### *Stand van zaken 2020*

JCI-themaweken (najaar 2020) Effectieve Communicatie waarin bovenstaande punten onder de aandacht worden gebracht op alle units.

Nieuwe medewerkers worden ingewerkt in de CRM-principes (tijdens introductieperiode).

De simulatietrainingen/-refreshtrainingen worden heringericht met aandacht voor teamsamenwerking in alle facetten

Er wordt een plan ontwikkeld om de CRM-aandachtvelders te ondersteunen in uitvoering van hun rol van klinisch leiderschap.

In 2020 start de studie Ruis reductie, waarbij een interventiebundel gericht op vermindering van omgevingslawaai en verstoringen (als gevolg van telefoontjes, alarmen, conversatie ) wordt geïmplementeerd.

## 4. Kwaliteitsvisitatie

### *Beschrijving indicator*

De kwaliteitsvisitatie vanuit de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) is een intercollegiale doorlichting van de organisatie van het zorgverleningsproces op locatie. Daartoe voert een aantal beroepsgenoten een onderzoek uit bij de IC die de visitatie heeft aangevraagd en wordt beoordeeld of de zorgverlening in de betreffende praktijk volgens de geldende normen is georganiseerd.

### *Uitkomsten 2017*

In oktober 2017 is een kwaliteitsvisitatie geweest waarbij de kwaliteitsvisitatiecommissie concludeert:

- De commissie ervaart een grote openheid en positieve sfeer.
- De commissie is positief over behaalde JCI-accreditatie, de CRM-training die door de afdeling is opgezet, coördinatie van de PACU door de IC, snelle respons van het MET-team en 24-uur per dag bezoekmogelijkheid en shared decision making.

### *Verbeteracties/zwaarwegende adviezen van de commissie en stand van zaken*

#### *Verbeteracties*

#### *Stand v zaken 2020*

Heroriëntatie op proces VTGM op risico punten.	PRI is uitgevoerd. Er ligt een voorstel voor verbeterpunten op korte (nieuwe medicatie-scanners) en langer termijn (deelname ziekenhuisbreed project: medicatiebereiding door dedicated medewerker en bereiding op toegewezen centrale locatie).
Voorkomen verwisseling toedieningsweg bij epidurale katheter.	Afspraak: toediening epid met 2 personen (dubbelcheck) voorlopig handhaven+ nieuw materiaal (spuiten) in gebruik genomen.
Participatie verpleegkundigen in het MDO	Afspraak: toediening epid met 2 personen (dubbelcheck) voorlopig handhaven+ nieuw materiaal (spuiten) in gebruik genomen.
Overdracht middels RSVP	Geïmplementeerd (check via tracers).
Deelname intensivisten aan werkplek management OK	Relevant met betrekking tot de CTC-patiënt. Hier worden we laagdrempelig in consult gevraagd.



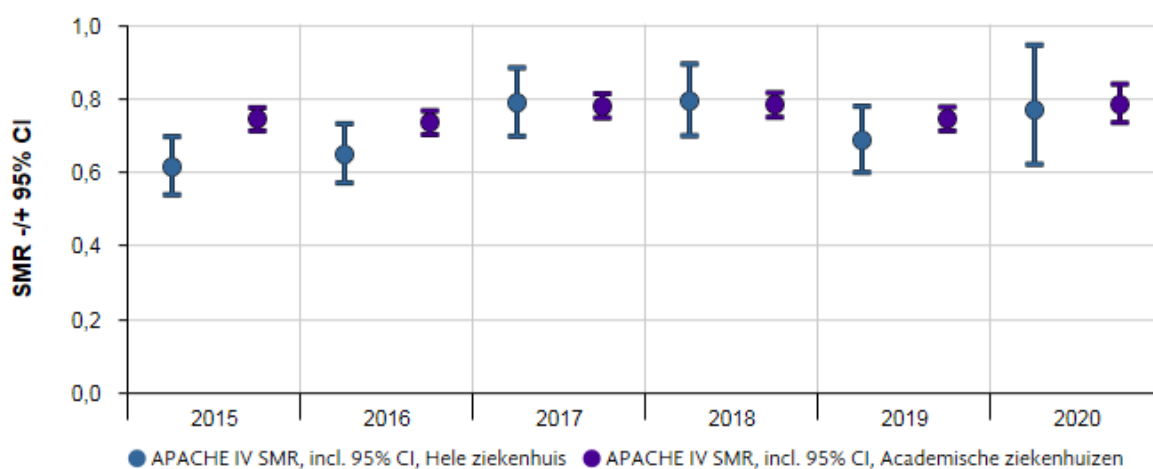
## Kwadrant 2. Uitkomsten van zorg

### 5. Sterfte op de IC: SMR (gestandaardiseerde sterfte cijfer)

#### Beschrijving indicator

Standardized Mortality Ratio (SMR)/sterftetekans is het aantal (post-)IC-patiënten overleden in het ziekenhuis ten opzichte van het verwachte aantal in het ziekenhuis overleden (post-)IC-patiënten op basis van een voorspellend model waarin wordt gecorrigeerd voor de ernst van de ziekte (zoals APACHE II, SAPS II of APACHE IV).

#### Uitkomsten en verbetermaatregelen



De SMR van 2018 was gestegen t.a.v. 2017 en 2016, waardoor de volgende acties zijn genomen: betere registratie door artsen en verpleegkundigen in EPIC. De SMR van 2019 en 2020 zijn inmiddels weer iets onder het gemiddelde van alle academische centra. Dit is mede toe te schrijven aan verbetering van registratie door aanstelling van een codeur.

#### Verbeteractie

Codeur aangesteld om registratie te optimaliseren

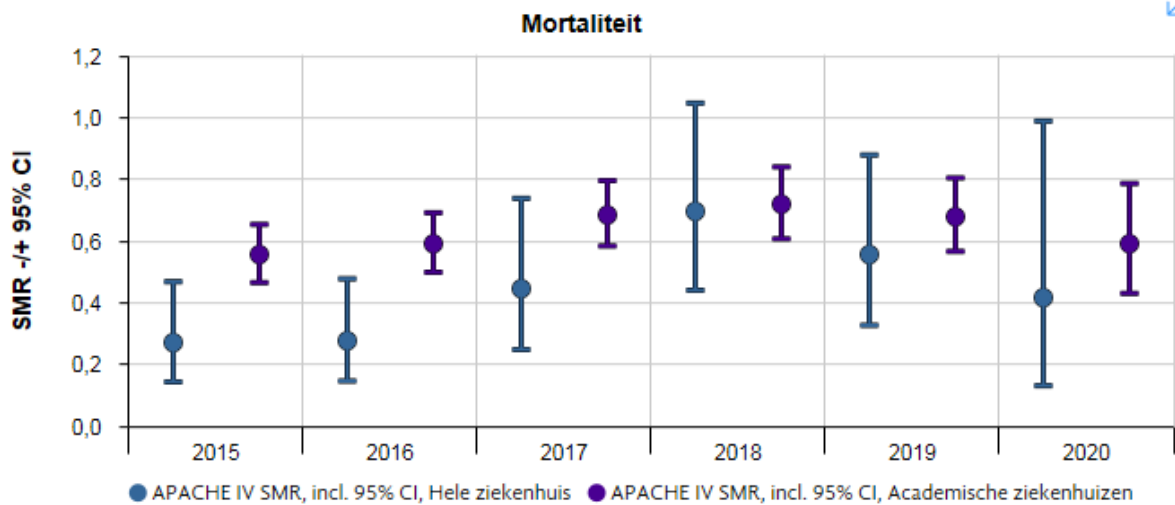
#### Stand van zaken 2020

De SMR van 2019 en 2020 zijn inmiddels weer iets onder het gemiddelde van alle academische centra

## CABG's 2018/2019

In de volgende afbeelding is te zien dat er een hogere SMR was in 2018 voor de CABG's die op de IC hebben gelegen op IC. Hiervoor is overleg geweest met de keten hartchirurgie en zijn de volgende verbeterpunten geformuleerd:

- Preoperatief een intensivist aanwezig bij MDO igv complexe cardio-chirurgische patiënt;
- In het weekend gezamenlijke visite op IC/MC door intensivist en cardiochirurg;
- Het MDO MC wordt dagelijks bezocht door cardiochirurg;
- In weekend/avond/nacht is er laagdrempelig contact met dienstdoende cardio-anesthesioloog indien gewenst.



Uit de mortaliteitsanalyse en de complicatiebespreking kwam tevens naar voren dat de zorg voor trombolysapatiënten verbeterd diende te worden (probleem: het ontbreken van een “warme overdracht” interventie-radioloog/vaatchirurg naar MC). Met de direct betrokkenen (interventieradiologie/vaatchirurgen/IC) is er een nieuw protocol (gedetailleerde en volledige overdracht, vastgelegd in EPIC) ontwikkeld en geïmplementeerd begin 2019. Hierna zijn er geen incidenten geweest bij trombolysapatiënten.

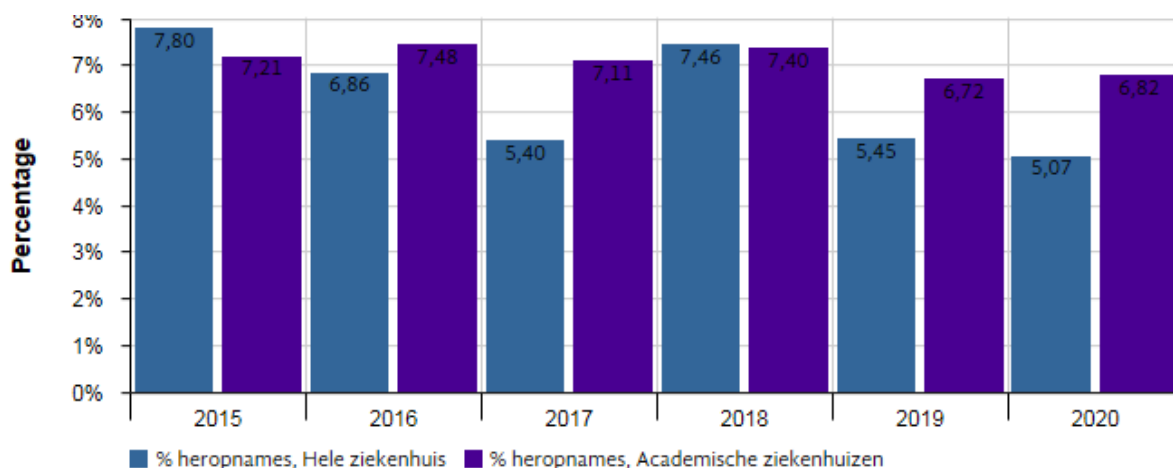
## 6. Heropnames

### Beschrijving indicator

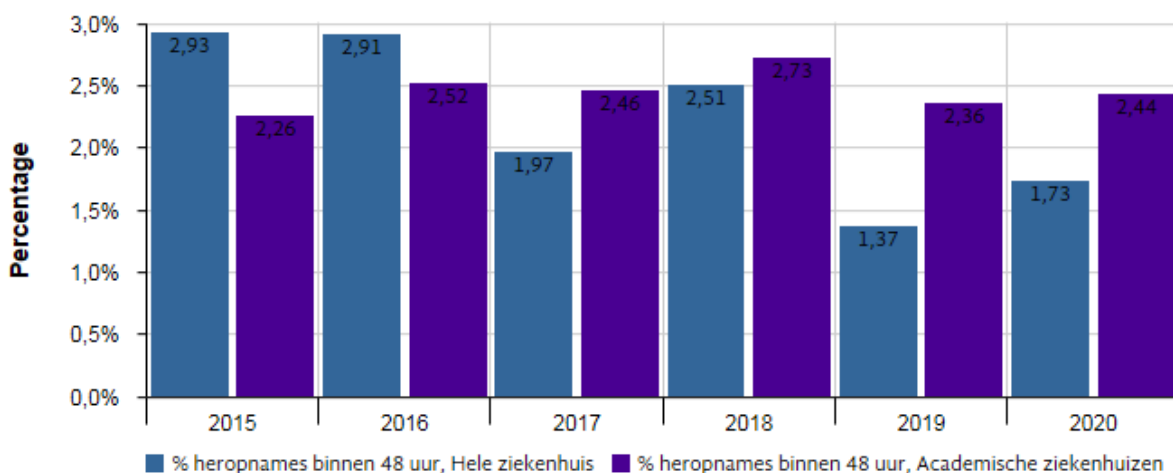
IC-heropname binnen 48 uur is het percentage patiënten (ongecorrigeerd) dat binnen dezelfde ziekenhuisopname periode opnieuw op de IC wordt opgenomen. IC-heropnames binnen 48 uur zijn gerelateerd aan slechtere uitkomsten en zegt iets over de samenwerking tussen de IC en verpleegafdelingen en het IC-ontslagbeleid.

### Uitkomsten

Het percentage heropnamen ligt onder het percentage van academische ziekenhuizen.



Het percentage heropnames binnen < 48 uur ligt onder het percentage van academische ziekenhuizen.



### Dossieranalyse sept 2019 (periode jan-jun)

- Aantal dossiers: 17 patiënten (heropname <48 uur)
- Gemiddelde opnameduur IC/MC/IC-O voor overplaatsing: 117 uur (4,5 – 864 uur)
- Gemiddelde verblijfsduur op verpleegafdeling na ontslag IC: 19 uur (2 – 47 uur)
- Gemiddelde opnameduur van de heropname: 140 uur (4 – 142 uur), m.u.v. 1 patiënt met ligduur van 1556 uur door weaningsprobleem
- Gemiddeld vanuit de verpleegafdeling in 5 dagen met ontslag (1-9 dagen)

- 4 patiënten overleden
- 10 van de 17 heropnames hadden te maken met respiratoire insufficiëntie. Analyse van deze 10 casussen toonde aan dat de CIV functie verbeterd dient te worden en paramedische begeleiding in een vroeg stadium betrokken dient te worden.

#### *Dossieranalyse sept 2020: (periode jan-jun)*

- Aantal dossiers: 17 patiënten (heropname <48 uur)
- Gemiddelde leeftijd: 68 jaar (46-87)
- Alle 17 patiënten hadden een complexe medische voorgeschiedenis
- Gemiddelde opnameduur voor overplaatsing: 33 uur (4 – 100 uur)
- Gemiddelde verblijfsduur op verpleegafdeling na ontslag IC: 23 uur ( 5– 48 uur)
- Gemiddelde opnameduur van de heropname: 95 uur (25 – 181 uur)
- 5 patiënten overleden tijdens ziekenhuisopname en 2 patiënten na ontslag

Reden heropname:

- Respiratoir insufficiënt (12):
- Hemodynamisch (4):
- Neurologisch (1)

#### *Verbeteracties*

Complicatiebespreking nov 2019 Heropnames

Aanpassen protocol CIV (laagdrempelig inzet van CIV na ontslag IC)

Verbeteren verpleegkundige overdrachtsnotitie

Gebruik PacMed Model keuzehulp model bij ontslag, mits goedgekeurd. Dit model geeft een inschatting wat het risico is op een heropname bij IC-ontslag.

#### *Stand van zaken 2020*

Complicatiebespreking:

CIV-functie verbeteren

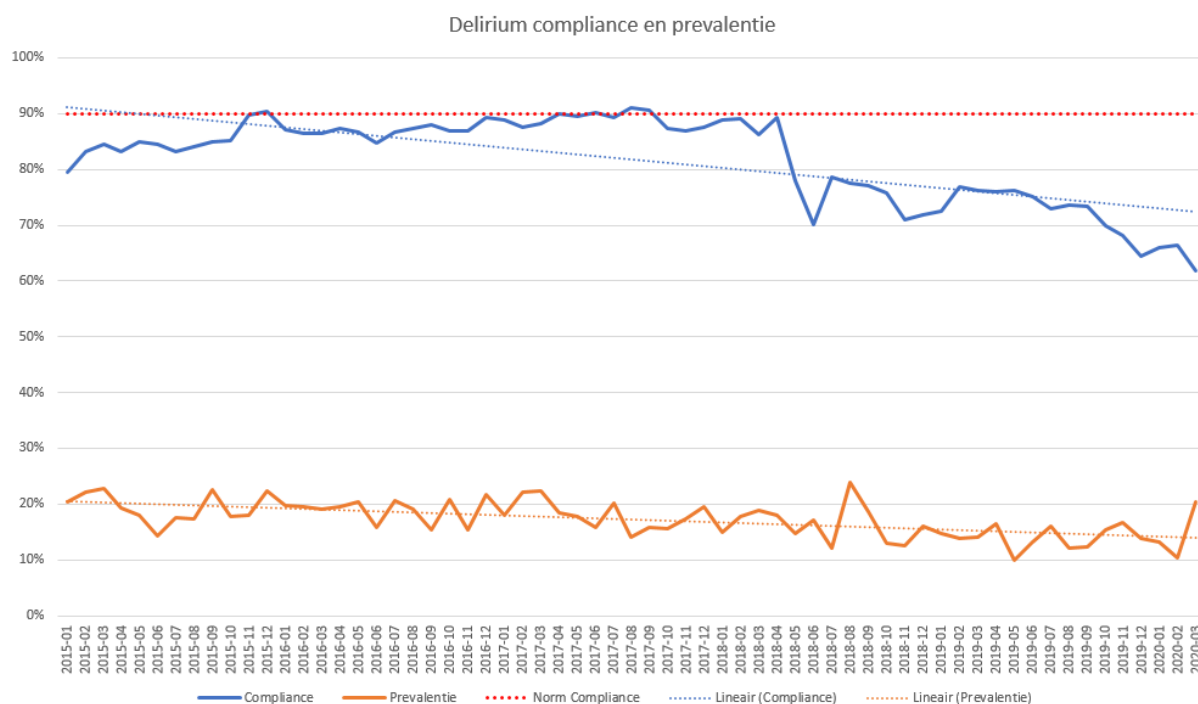
Protocol CIV ligt klaar voor implementatie

## 7. Complicatie Delier (+ CMC,C3C)

### Beschrijving indicator

Prevalentie delirium: Het aantal opgenomen IC-patiënten met minimaal één positieve CAM-ICU score gedurende hun opname

Compliance CAM-ICU: Het aantal diensten dat er een CAM-ICU score is afgenomen bij patiënten opgenomen op de IC (dienst van opname en ontslag worden niet meegeteld). Norm: 90% (intern vastgesteld beleid)



### Uitkomsten 2018,2019,2020

- De CAM-ICU compliantie blijft sinds ZIRE structureel beneden de norm van 90%. Dit zorgt mogelijk voor een verminderde signalering van delirium.
- Prevalentiecijfers delirium lijken lager dan historische cijfers.

### Verbeteracties en stand van zaken 2020

- Aanpassingen maken in EPIC (definitief excluderen pat e.d.); verkennen mogelijkheden (2018- klaar)
- Meenemen van artsen en verpleegkundigen naar IC-café (horen van patiëntverhalen)
- Start pilot studie sept 2020: vergelijking CAM ICU met de ICDSC (beide gevalideerde en aanbevolen IC delirium screeninginstrumenten).  
Doel: goede detectie van delirium, compliance verbeteren en gebruiksvriendelijk instrument

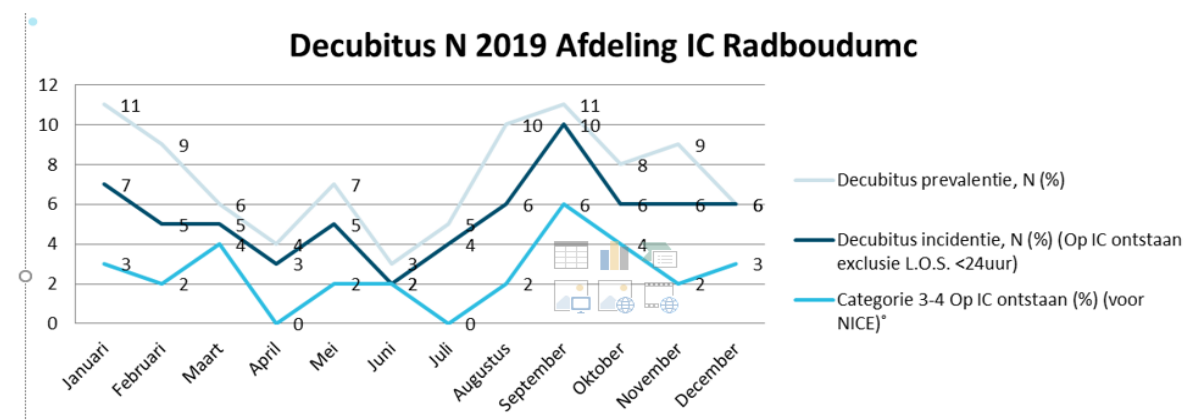
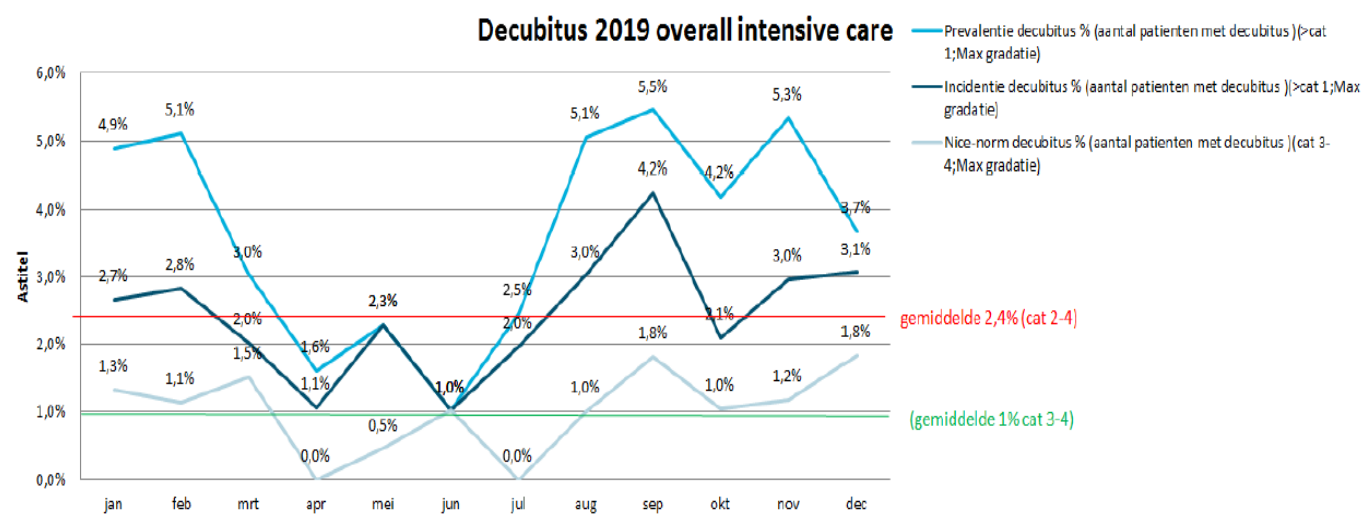
## Complicatie Decubitus

### Beschrijving indicator

Incidentie decubitus: het aantal patiënten waarbij tijdens de IC-opname een nieuwe decubitus (of verergering naar) graad 3 of 4 optreedt, per totaal aantal opgenomen patiënten.

### Uitkomsten 2019

Vanaf 2019 is gekozen voor een incidentiemeting en doen we niet meer mee aan de landelijke prevalentiemeting (LPZ-meting). In figuur 1 het percentage patiënten, in figuur 2 de aantallen patiënten met decubitus.



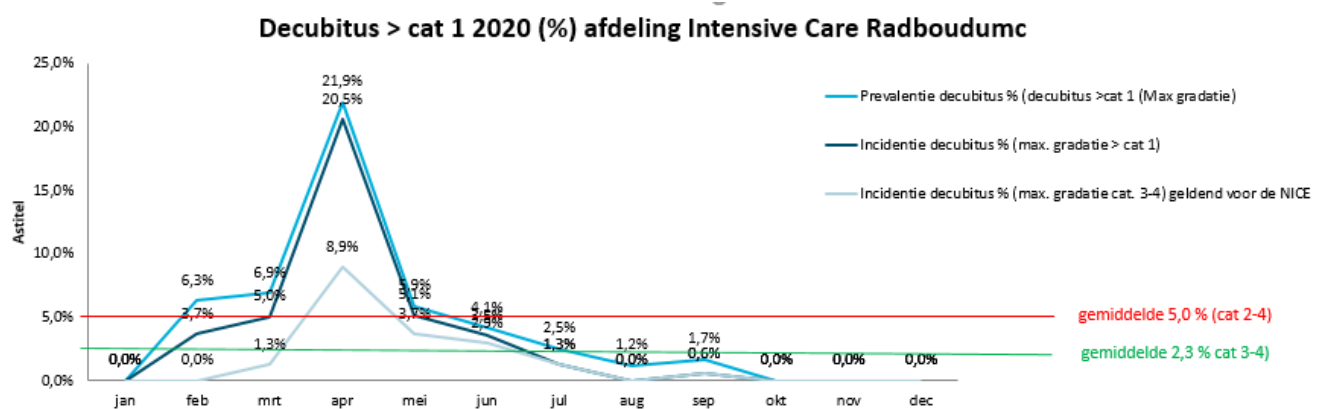
In 2019 lijkt de incidentie in laatste kwartaal te zijn gestegen. Daarom zijn 13 patiënten met ernstige decubitus uit deze periode (sept 2019) nader geanalyseerd. De analyse laat zien dat patiënten allen conditioneel erg zwak waren en decubitus onvermijdbaar was a.g.v. onderliggend lijden. Daarnaast:

- Units waarop kussens aanwezig zijn laten een daling in decubitusincidentie zien [weg? Was een kreet; niet op basis van een analyse.
- Er is een daling gerapporteerde compliance te zien.

Algemene aandachtspunten blijven:

- Elke dienst huidinspectie
- Rapportage (Implementatie Avatar door covid op achtergrond)
- Kinesthetische mobilisatie (voorkomt voor schuifkrachten)
- Hulpmiddelen op elke unit zodat in “acute” fase vrij gelegd kan worden
- Neuro-expertise verder verspreiden
- Mobilisatiemogelijkheden bespreken tijdens verpleegkundig MDO niet alleen bij aanwezige decubitus, maar ook ter preventie

## Uitkomsten 2020



## Verbeteracties en stand van zaken 2020

- Versnelde implementatie positioneringskussens op alle units, dit is gerealiseerd.
- Nieuw formulier voor wondregistratie in EPIC (AVATAR waarmee compliance van rapportage waarschijnlijk wordt verhoogd) is geïmplementeerd.
- Scholing nieuw type materiaal, tubelint bij buikligging, moet nog starten.
- Materiaal: voorraad verhogen “rolletjes” tbv buikligging, invoering loopt.
- Verder onderzoeken positioneringsmogelijkheden en opnemen in protocol.
- Huidig verpleegkundig specialist verlaat Radboudumc per 1 februari 2021: zsm starten met inwerken opvolger

## 8. Leren en Verbeteren n.a.v. ernstige incidenten

### Beschrijving indicator

Aantal en aard van ingevoerde verbeteracties: Inzage in de verbeterpunten, ingezette verbeteracties en opvolging daarvan. Verbeterpunten worden geformuleerd op basis van een selectie van ernstige incidenten afkomstig uit de complicatiebesprekingen, calamiteitenanalyse en incidenten op het verbeterbord. Het decentraal incidentmelden (DIM) is afgeschaft. Het gaat niet meer om het turven van incidenten, maar om het afmaken van de PDCA-cyclus.

### Uitkomsten, verbeteracties en stand van zaken 2019, 2020

Op alle units hangen verbeterborden. Hierop worden incidenten geplaatst, verbeterdoelen en -acties en stand van zaken. Hiermee ligt het eigenaarschap voor het verbeteren van de kwaliteit laag in de organisatie (oppakken van incidenten tot verbeteren door medewerkers zelf en niet dumpen bij de DIM), wordt een grotere groep actief betrokken bij kwaliteitsverbeteringen en is kwaliteit vaker onderwerp van gesprek. De onderstaande tabel zijn voorbeelden van incidenten die zijn opgepakt.

Incident	Conclusie	Verbeteractie	Status
Donatie, communicatie met familie  (complicatiebespreking maart 2019)	Communicatie op inhoud : zorgvuldigheid betrachten  Behoeftte aan lijst met punten die besproken moeten zijn met familie (bij afwezigheid)	Gespreksvoering artsen bij donatie: - Vermijd term hersendood - Noem geen tijdsduur  - tijdig betrekken transpl coördinator - checklist Donatie besproken items met familie	Training loopt  Idem Klaar Klaar
Patiënt SAB met FIO2↑ (complicatiebespreking april 2019)	Pat heeft langdurig PiO2 gehad door human factor (error)	Beademingscommissie heeft vraagt uit staan bij firma Maquet : alarmering beademingsmachine na 1 uur 100% FiO2	Klaar (niet gehonoreerd)
Hyperthermie (complicatiebespreking mei 2019)	Temp > 39 gedurende 6 uur -> werkwijze voor temp meten + koelen uniformeren	Opstellen werkwijze (literatuur)	Klaar
Hoge dosering morfine in pomp (Acromed)  (Prisma analyse, april 2019)	1. Kennistekort over functionaliteit pomp 2. Geen herkenning van de spuit (geel of wit) door de pomp)	Scholing direct opgepakt door artsen en verplk .  Herkenning van spuit (geel/wit) ligt al lange tijd bij firma! Vooralsnog beleid gehandhaafd: verwisseling epid spuit met 2 verplk.	Klaar  Klaar
Val uit bed (Prisma analyse, mei 2019)	1. Onrust/verwardheid is gedeeld medisch/vpk probleem. 2. Familieparticipatie 3. Organisatie (diensten artsen en verplk) 4. Anticiperen op verpleegscenario's	Complicatiebespreking -> awareness in september 2019 medisch + verpleegkundig  Studie fixatie in 2020	Klaar

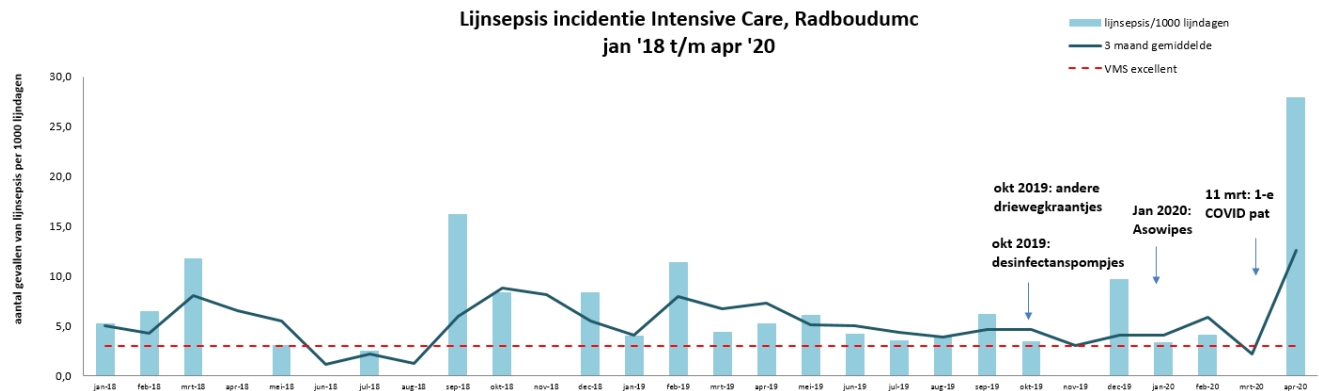


Heropnames IC (complicatiebespreking nov 2019)	Heropnamens (analyse) niet te voorkomen.  Verbeteren CIV functie	Herziening CIV document + uitvoering	Loopt
Decubitus (complicatiebespreking december 2019)	Onvold consequente prev maatregelen bij HR patient Duchenne mbt decubitus. Preop risico inschatting onvold door lastige dossievoering + overdracht.	Awareness via TL + aandachtvelders Preventie materiaal implementeren op hele IC EPIC verbeterpunten Aanpassing zorgpad door orthopedie+anesthesiologie Casemanager door Reva/Fysio Vullingsbehoefte+Nor- adrenaline	blijft Loopt?  Loopt  Loopt  Loopt Loopt
Subduraal hematoom (complicatiebespreking jan 2020)	Reflexie op med handelen: goed met wel aanpassing protocol	Het ziekenhuisbrede antistollingsprotocol is aangepast (pas vanaf >7dagen anti Xa spiegel)	Klaar
Verwisseling spuiten (complicatiebespreking febr 2020)	Verkeerd medicament gepakt uit kast op automatisme VTGM: pop up genegeerd Dubbelcheck niet optimaal uitgevoerd Toediening: niet voorafgaand gescand Geen actie ondanks herkenning atypisch beloop Calcium/Mg toediening	Bewustzijn creëren/aanspreekcultuur op naleven van werkafspraken Inventarisatie uitvoering medicatieproces Niet te scannen medicatie bespreken met concernstaf/apotheek  Leerlingen begeleiding is een gezamenlijke verantwoordelijkheid	Awareness /klaar  Klaar -> voorstel voor MT is klaar Klaar -> monitoren via rapport door med cie.  Awareness/klaar (besproken)
Autodetubatie (prisma analyse, April 2019)	Discussie fixatie-methode (3 punts-)	Besproken in team: fixatiemethode blijft ongewijzigd	Klaar
Pneumothorax (prisma analyse, mei 2019)	Menselijke factor: onduidelijk wie klem heeft geplaatst.	Klinische les drains	Loopt (juni 2019)
MRI-incident Bead apparatuur kapot (Prisma analyse )  Juni 2019	1. Menselijke factor: loskoppeling apparatuur door onervaren arts 2. CRM checklist goed maar afnamemoment niet goed.	Overdracht losgekoppelde apparatuur waarborgen (opnemen in CRM checklist)  Voorleggen CRM-kerngroep: afname checklist op locatie MRI	Klaar, Checklist is aangepast  Klaar, besproken. Checklist aangepast.
CVC's Lekkende koppelingen (prisma analyse) sept 2019	Materiaal ondeugdelijk ? Afspraken mbt kraantjes herijken.	Analyse materiaal door firma  Werkafpraak: terug naar de oude (donkerblauwe) kraantjes op de CVC Lichtblauwe kraantjes alleen nog gebruiken op de perifere infusen.	Klaar, geen foute bevinding Klaar

Verwisseling medicatie in spuit prisma analyse (jan 2020)	Zie complicatiebespreking	Idem	
Heparine concentratie in spuit niet correct  prisma analyse (jan 2020)	Belang van correcte order.	Aanpassing order Heparine"puur"(1ml =500EH) in EPIC Scanbaar maken van medicatiesticker Heparine "puur"	Klaar  Klaar
Reanimatie in de Keten <i>Complicatie-bespreking</i>  (Juli 2020)	Belangrijk: behandelwensen van patiënt/ familie zijn voor alle betrokkenen duidelijk en correct vastgelegd in EPIC.	Item bespreken bij 1-e familiegesprek Gezamenlijke verantwoordelijkheid arts/vpk <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bespreken in med staf vergadering</li> <li>• Ontwikkeling overzichtsrapport voor med dossiervoering</li> </ul>	Klaar, besproken  Overzichtsrapport RWB i.o. Loopt
Kwijtraken van persoonlijke materialen patiënt. <i>Klacht</i>  (Juli 2020)	Correct invullen formulier pers materialen in EPIC	Hernieuwd onder aandacht brengen (Verbeterborden units)	Klaar
Neus-Maag-sonde <i>Complicatiebespreking</i> <i>okt 2020</i>	Belang van controle ligging NMS tijdens inbrengprocedure.	Aanpassing protocol NMS	Loopt

## Lijninfecties

Omdat de HIP een toename van lijnsepsis constateert, is het doorlopen van de PDCA-cyclus op dit onderwerp gestart.



## Verbeteracties en stand van zaken 2020

- Filmpjes zijn ontwikkeld (insertie, verzorging insteekopening, lijn verschoneren, bloedkweken) t.b.v. educatie.
- Herziening protocol intraveneuze behandeling.
- Inbreng CVC onder supervisie van ervaren stafartsen.
- Observatierondes ter controle (en leerervaring opdoen) lijnverzorging: 3 x per jaar, in samenwerking intensive care verpleegkundigen met de Hygiëne & Infectiepreventie (-medewerker).
- Afplakmateriaal + - werkwijze heroverwegen.
- Verwijderen van flowlijnen (bij geen infusie) en plaatsen van een zgn 'taurolock'
- Analyse lijndata / -infecties door intensive care in samenwerking met de Hygiëne & Infectiepreventie

## Kwadrant 3. Patiënt gerapporteerde Ervaringen (PREM)

### 9+ 10. Ervaringen patiënten en naasten uit nazorggesprekken en spiegelgesprekken

#### Beschrijving indicator

Ervaringen en verbeterpunten voor kwaliteitsverbeteringen van ex-IC-patiënten en naasten uit spiegelgesprekken en nazorggesprekken op de nazorgpoli 3 maanden na ontslag.

#### Uitkomsten 2018

Belangrijke problemen (2) uit de nazorggesprekken en het spiegelgesprek:

1. Informatie over delier: patiënten/naasten geven aan te weinig info te hebben gekregen over delier gedurende de IC-opname.
2. De overgang van IC/MC afdeling naar verpleegafdeling (ontslag van IC/MC): deze wordt als (te) groot ervaren.

#### Ad 1 Delier

##### Verbeteracties 2018

- 1 folders over delier worden weer geprint (Radboudumc breed beleid is geen papieren folders meer) en aan naasten en patiënten uitgereikt
- 2 het project familieparticipatie is uitgerold over de units. Hierin wordt aandacht gegeven aan informatie en betrokkenheid aan/van familie

##### Stand van zaken 2020

Delier maakt veel indruk op patiënt + naasten: informatie verbeteren door uitreiken folder ↑  
 Familieparticipatie: geïmplementeerd. Geëvalueerd, afgerond.

#### Ad 2 Overgang IC naar verpleegafdeling - start project 'overdracht' met daarin 3 thema's:

1. Bewustwording IC verpleegkundige vergroten ervaring IC-patiënt
2. Ontslagprocedure naar verpleegafdeling verbeteren
3. Op verpleegafdeling meer begrip voor net overgeplaatste IC patiënt

##### Verbeteracties 2018

- 1 Spiegelgesprek organiseren  
 IC verpleegkundigen bij IC- Café betrekken  
 Terugkoppeling nazorgpoli op IC/MC units ↑  
 CIV functie optimaliseren
- 2 Bij visite ontslagprocedure en CIV bespreken
- 3 Bij naderend ontslag bespreken van verwachtingen met patiënt/naasten
- 4 Op verpleegafdeling meer begrip voor net overgeplaatste IC patiënt

##### Stand van zaken 2020

Niet gerealiseerd agv covid-19 (wordt 2021)  
 Geringe deelname, stimuleren tbv opkomst ↑  
 Presentaties op units gehouden+ nieuwsbrief Nazorg uitgegeven. Protocol CIV is herzien.  
 Visite structuur is herzien.  
 Loopt, vraagt aandacht  
 Pilot op C2 Afdelingen kennis laten maken met IC.

### *Nieuwe bevindingen en verbeteracties 2020*

1. Patiënten ervaren veel dorst tijdens IC opname -> aandacht uitreiken ijsjes ↑
2. Niet alle vpk goed op de hoogte van bestaan nazorgpoli -> bekendheid + zichtbaarheid nazorgpoli ↑ door:
  - Nieuwsbrief Nazorgpoli (1-e nieuwsbrief verzonden in okt 2020),
  - Actief navraag op units naar patiënten/familie voor nazorgpoli
  - Visitekaartjes nazorg in alle familiekamers
  - Inlegvel (flyer) in opname (dag)boekje
  - De zichtbaarheid op de IC-pagina van het Radboudumc is verbeterd.
  - Voorlichting over de nazorg op de IC-units en verpleegafdelingen
3. Communicatie (ook tijdens COVID-periode) / bezoeksregeling
  - Familie erg tevreden, ervaren het mogen bezoeken als bijzonder.
  - Verpleegkundigen hebben de beleidsbeperkingen m.b.t. het bezoek, juist als “lastig” ervaren.

## 11. Klachten

### *Beschrijving indicator*

De aard van klachten en daaruit afgeleide verbeterpunten en -acties.

### *Uitkomsten, verbeteracties en stand van zaken*

2017: 4 klachten; 2018: 4 klachten; 2019: 1 klacht; 2020: 4 klachten

Alle klachten zijn adequaat afgehandeld met betrokkenen. De klacht in 2019 is verwerkt in een complicatiebespreking.

### *Verbeteracties klachten 2017,2018,2019*

Nieuwe werkwijze is opgesteld door medewerkers mortuarium en IC ter waarborging zorgvuldig omgaan met wond bij overleden patiënten met wond.

Overige klachten hebben te maken met communicatie en bejegening.

### *Klachten 2020 en verbeteractie*

- Communicatie met patiënt/familie: verhelderd en naar tevredenheid afgehandeld
- Kwijtraken van persoonlijke materialen patiënt:

Verbeteractie: bij opname patiënt op IC/MC, formulier Persoonlijke eigendommen / EPIC, correct invullen.

Dit invullen is hernieuwd onder de aandacht gebracht in teamleiders kwaliteit overleg op 16.07.2020 en daarop is een check op naleving -> dossiers controle (aug. 2020, 10 dossiers, 3/10 ingevuld, analyse: betreft vooral de acute opnames, verbeteractie in samenwerking met SEH is gestart.

## Kwadrant 4. Patiëntgerapporteerde Uitkomsten (PROM)

### 12, 14, 15. Resultaten MONITOR-IC

#### Beschrijving indicator

In het MONITOR-IC project ([www.monitor-ic.nl](http://www.monitor-ic.nl)) worden het fysiek, cognitief en mentaal functioneren en kwaliteit van leven voormalig IC-patiënten in kaart gebracht met het doel de IC-zorg te verbeteren.

#### Uitkomsten

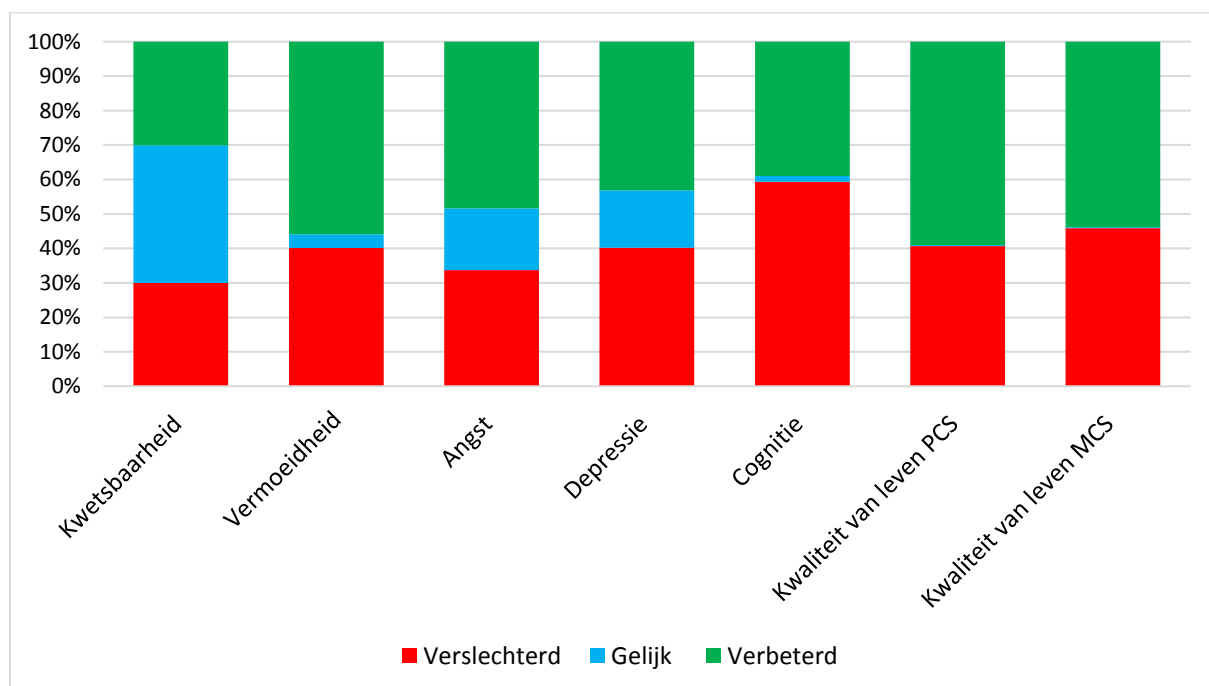
In januari 2020 hebben we van 1729 voormalig IC-patiënten gegevens (geplande en ongeplande opnames tezamen) over hun gezondheid 1 jaar na IC-opname. Hiervan kampt:

- 58% met fysieke klachten: 29.6% ervaart een verminderde conditie; 13.5% spierzwakte; 12.7% stijfheid in gewrichten en 13% kortademigheid en/of duizeligheid
- 10,4% met cognitieve problemen
- ruim 20% met mentale klachten (angst en/of depressieve gevoelens of PTSS klachten)

In de onderstaande figuur is de verandering in kwetsbaarheid, cognitie, mentaal welbevinden en kwaliteit van leven 1 jaar na IC-opname weergegeven. Bij een deel van de patiënten is er een verbetering ten aanzien van hun conditie voorafgaande aan de opname. Maar bij een deel is ook een verslechtering te zien 1 jaar na IC-opname:

- Cognitief functioneren is bij 60% verslechterd.
- Mentaal functioneren na 1 jaar is bij 30-40% verslechterd.
- Kwaliteit van leven is bij 40-45% verslechterd.

Deze achteruitgang heeft een impact op het dagelijks functioneren. Van de voormalig IC-patiënten geeft 12% aan dat hij/zij zijn baan heeft opgegeven of minder is gaan werken als gevolg van de IC-opname en 10% heeft ziekteverlof.



Figuur Verandering in fysiek, mentaal en cognitief functioneren en kwaliteit van leven (PCS= fysieke component en MCS=mentale component) 1 jaar na IC-opname

### Verbeteracties en stand van zaken

Opgestarte initiatieven gestart op basis van deze patiëntgerapporteerde uitkomsten:

- Kennisverspreiding voor bewustwording: zorgverleners binnen en buiten de IC (ook huisartsen) worden geïnformeerd over mogelijke restklachten die voormalig IC-patiënten hebben waarvoor specifieke zorg nodig is:
  - o Presentaties op units/afdelingen, refereerbijeenkomsten en congressen
  - o Scholing/onderwijs voor (geneeskunde) studenten, IC-verpleegkundigen, intensivisten en huisartsen
  - o Symposium 4 maart 2020 en in juni 2021
- Informatievoorziening voor patiënten en naasten:
  - o Er zijn verschillende websites, o.a. <https://icconnect.nl/> en <https://fcic.nl/pagina-in-opbouw/>
  - o Informatiefolders voor patiënten en naasten in het Radboudumc en regio ziekenhuizen
- IC-café: lotgenotencontact bijeenkomsten voor voormalig IC-patiënten en naasten waarbij IC-zorgverleners aanwezig zijn om mee in gesprek te gaan. Naast informatievoorziening en erkenning en herkenning voor voormalig IC-patiënten en hun naasten, is deze bijeenkomst ook een educatiemiddel. De ervaringsverhalen hebben een enorme impact op de aanwezige IC-verpleegkundigen en artsen en vergroot de bewustwording voor langetermijnuitkomsten en de gevolgen voor het dagelijks leven van voormalig IC-patiënten.
- Met MONITOR-IC data is een predictiemodel ontwikkeld voor het voorspellen van kwaliteit van leven van IC-overlevers 1 jaar na IC-opname. Momenteel wordt het model getest in familiegesprekken om te bestuderen of het voorspellen van kwaliteit van leven en praten over het toekomstperspectief gebruikt kunnen worden tijdens IC-opname om het gesprek te starten over het leven na de IC.
- Bestuderen van de relatie tussen fysieke fixatie en langetermijnuitkomsten en het reduceren ervan.

De volgende activiteiten/projecten worden al jaren uitgevoerd:

- IC-nazorgpoli: kosteneffectiviteit wordt in de aankomende jaren geëvalueerd met MONITOR-IC data
- Vroeg-mobilisatie/oefenbad
- Voorkomen van delier
- Dagboeken

### 13. Kwaliteit van leven van naasten van voormalig IC-patiënten

#### Beschrijving indicator

Gevolgen van een IC-opname op de kwaliteit van leven van naasten.

#### Uitkomsten

In mei en juni 2019 zijn 13 naasten van voormalig IC-patiënten geïnterviewd over mogelijke mentale en lichamelijke klachten sinds de opname van hun naaste en de impact van deze klachten op het dagelijks leven. Naasten van overleden patiënten zijn uitgesloten. Uit de analyse komen de volgende thema's:

- Fysieke klachten als gevolg van stress en angst: hoofdpijn, slaapproblemen, vermoeidheid
- Mentale klachten: gevoelens van stress en/of angst, depressieve gevoelens, emoties (boosheid, verdriet, agressief),
- Cognitief functioneren: vergeetachtigheid, afname concentratievermogen (sneller afgeleid)
- Zelfmanagement en regie: gevoelens van hulpeloosheid
- Coping: negeren van problemen, emoties en klachten; schuldgevoelens t.o.v. voormalig IC-patiënt; situatie niet aan kunnen



- Zingeving en toekomstperspectief: acceptatie van de situatie; gevoelens van ongelof en oneerlijkheid; onzekerheid over de toekomst; meer stilstaan bij het leven
- Kwaliteit van leven: genieten van de kleine dingen; opgeven van de flexibiliteit en vrijheid van het leven voor de IC-opname
- Sociaal-maatschappelijke participatie: diepere vriendschappen; verlies van vrienden; gebrek aan begrip en compassie van sociale contacten en op het werk; gemis van een goede gesprekspartner
- Impact op dagelijks leven en werk: toename huishoudelijke taken en mantelzorg; afname van hobby's, sport en vrije tijd; begeleiden emoties van kinderen; minder werken; financiële achteruitgang

### ***Verbeteracties en stand van zaken***

Tijdens de gesprekken op de nazorgpoli en het IC-café is er ook veel aandacht voor naasten van voormalig IC-patiënten. Ook is het project 'familieparticipatie op de IC' erop gericht om naasten meer te betrekken bij de zorg, waardoor mogelijk klachten bij naasten afnemen.

## **16. Zinnvolle IC-zorg**

Door koppeling van kwaliteit van leven data uit de MONITOR-IC met kostendata van Vektis (uitgaven verzekerde zorg), wordt inzicht verkregen in de verhouding tussen kwaliteit van leven van voormalig IC-patiënten en zorgkosten. Met deze gegevens kan de dialoog worden gevoerd of de gegeven zorg in verhouding staat tot de investering en wat de verhouding zou mogen zijn. De analyse van deze data zal in 2021 starten.

# **Kernset kwaliteitsparameters oncologie Rijnstate**

Voor interne kwaliteitsverbetering en externe  
verantwoording

Eindrapportage

19 november 2020



# Rijnstate

## Inleiding

Het doel van experiment ZIRE (Zinvolle Registratie) is vermindering van de registratie last en daarbij o.a. reductie van het aantal kwaliteitsregistraties tot een kern set van kwaliteitsparameters die er toe doen. Dat wil zeggen daadwerkelijk gebruikt worden voor kwaliteitsverbeteringen en van toegevoegde waarde zijn voor patiënten.

In het Rijnstate oncologisch Centrum gebruiken wij een kernset van indicatoren voor het verbeteren van de kwaliteit van onze zorg. Over de uitkomsten van de kernset en ingezette verbeteracties leggen we verantwoording af aan interne en externe toezichthouders, zoals de Raad van Bestuur, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en het Zorginstituut Nederland (ZINL). De kernset is door zorgprofessionals, patiënten, management en inhoudsdeskundigen op gebied van kwaliteit en datamanagement gezamenlijk opgesteld.

Van de IGJ indicatoren die niet in de kernset zitten hebben we afscheid genomen met toestemming van de IGJ. Door te werken met een kernset hebben we de effectiviteit van onze kwaliteitsregistraties vergroot. We meten minder, maar zijn hierdoor wel in staat om, als de resultaten niet zijn zoals gewenst, gerichte verbeteracties door te voeren. De zogenaamde PDCA-cyclus wordt daarbij volledig doorlopen.

In deze rapportage staan de uitkomsten van de 15 hoofdparameters in de kernset en welke verbeteracties zijn ondernomen. De kernset zoomt in op overkoepelende resultaten, het multidisciplinair team bewaakt de relevante parameters per patiënt en zorgt op deze wijze voor een zo effectief mogelijke behandeling. Door transparant te zijn over onze kwaliteitsverbetercyclus dragen we tevens bij aan het Leren en Verbeteren in de regio en binnen Oncologische zorg in Nederland.

In de rapportage is een uitwerking te lezen per parameter, waarbij zoveel mogelijk gegevens van de drie tumortypes (prostaatcancer, maagcancer en darmcancer) zijn opgenomen. Wanneer gesproken wordt over klinische afdelingen of poliklinieken is het niet altijd mogelijk alleen resultaten van de patiënten met deze oncologische aandoening te selecteren. Resultaten hebben dan betrekking op alle patiënten die op de genoemde afdeling zijn geweest, dan wel medewerkers die op de genoemde afdeling werken<sup>1</sup>.

*Marina van Gelder, manager oncologie*

*Charlotte Blanken, specialist manager oncologie*

*Marjet Docter, stafmedewerker kwaliteit en beleid oncologie, intern projectleider ZIRE*

*Gerard Gerritsen, manager Kwaliteit en Veiligheid, projectleider ZIRE*

*oktober 2020*

---

<sup>1</sup> Afdelingen van het Oncologisch Centrum die participeren zijn: B61 maagchirurgie/bariatrie, B53 maagdarmchirurgie, B64 bijzondere chirurgie, B54 Oncologische urologie, A61 oncologie, dagbehandeling oncologie, GIO poli

## Samenvatting

Rijnstate heeft op de oncologie afdelingen de afgelopen jaren intensief gewerkt aan het experiment ZIRE. Een experiment waarbij zinvolle registratie centraal staat en waarbij via discussie en daadkracht afscheid is genomen van onzinnige registratie. Naast de afspraken met de IGJ over verminderde registratie op de domeinen van de IGJ, heeft Rijnstate ook intern focus gelegd op vermindering van registratie ten gevolge van ziekenhuisafspraken. Het experiment heeft naast een focus op registratielast ook een intensieve cultuurverandering in gang gezet. Een beweging van vertrouwen, via wantrouwen naar opnieuw vertrouwen. Maar dan gebaseerd op zinvolle registratie, gedragen door gemotiveerde professionals.

De resultaten over de jaren 2017, 2018 en 2019 staan vermeld. Op 1 juli 2018 is met het daadwerkelijk minder registreren begonnen. Over het algemeen blijkt dat de resultaten op de kern set zijn verbeterd of gelijk gebleven. Er is eind 2019 een duidelijk leervermogen aanwezig. De totale kernset kent zowel structuur, proces als uitkomst informatie. Uitkomsten zijn zowel door patiënten als door professionals gemeten. De kernset bevat indicatoren die iets over een relatief korte termijn zeggen (1 jaar) en over een langere termijn (3 jaar of meer). Hierdoor is er nog geen resultaat op alle indicatoren. Gedurende de experimenteerperiode zijn diverse interne veranderingen opgetreden zoals wijziging van afdelingen, leidinggevenden, teams en de invoering van een nieuw EPD in december 2018. Ook waren de ZIRE afdelingen nog voor externe partijen verplicht de indicatoren voor de transparantie kalender te registreren. Mede door bovenstaande interne en externe factoren is de invloed van zinvol registreren op het kwaliteitsniveau eind 2019 moeilijk te bepalen. Bovenal is echter duidelijk dat de ZIRE afdelingen afscheid hebben genomen van niet zinvolle registraties en daarbij zelf eigenaar zijn geweest. Maar ook dat de motivatie en betrokkenheid van de medewerkers en het leervermogen op de ZIRE-afdelingen aan het eind van de experimenteerperiode groot is en dat zij trots zijn op het bereikte resultaat.

*Reacties uit het team voor start van Experiment ZIRE:*

### We begonnen met onzekerheid, kunnen we loslaten en vertrouwen op de klinische blik?



## Daarna was er ruimte voor een cultuurverandering in het team. Van wantrouwen naar vertrouwen...



### Reacties uit het team na twee jaar ZIRE:

**Renate**  
GIO verpleegkundige polikliniek

“Door ZIRE kijken we kritisch naar wat we registreren. Informatie voor het bijhouden van doorlooptijden werd door meerdere mensen geregistreerd.

Door alleen te registreren wat van toepassing is voor de patiënt, hebben we meer tijd voor de patiënt”



“Doordat we goede afspraken hebben over hoe en wat we rapporteren, zijn we hier minder tijd aan kwijt”

**Carla**  
Urologie en bijzondere chirurgie

Esther

Afdelingshoofd maag/darm chirurgie



“Door de open discussies, en de verbetering in de aanspreekcultuur ontstaat er vertrouwen. Dit is essentieel in een team om een project als ZIRE vorm te kunnen geven”

## Kernset indicatoren Oncologie Rijnstate

Basis indeling indicatoren:

	<b>Organisatie (Structuur en proces)</b>	<b>Uitkomsten</b>
<b>Zorgverlener</b>	Minimale kwaliteitseisen	Klinische behandeluitkomsten: door (zorg)professional gemeten
<b>Patiënt</b>	Door patiënt ervaren kwaliteit van zorgproces (PREMs)	Behandeluitkomsten door patiënt gemeten (PROMs)

Doorvertaling voor Oncologie Rijnstate:

	<b>Organisatie (Structuur en proces)</b>	<b>Uitkomsten</b>
<b>Zorgverlener</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medewerker "tevredenheid"</li> <li>2. Veiligheidscultuur</li> <li>3. a. Leren en verbeteren n.a.v. ernstige incidenten b. Leren en verbeteren: cultuur van zinvol registreren</li> <li>4. NIAZ accreditatie</li> <li>5. Kwaliteitsvisitatie</li> <li>6. Opname/behandel duur</li> <li>7. Risico inventarisatie (PRI)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. SMR/sterfte</li> <li>9. Ongeplande heropnames</li> <li>10. Gecomplliceerd verloop o.a. complicaties, decubitus, delier</li> <li>11. Positief snijvlak</li> </ol>
<b>Patiënt</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>12. Ervaringen van patiënten (PREM)</li> <li>13. Klachten</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>14. Totaal kwaliteit van leven (PROMs): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Functioneel herstel</li> <li>• Emotioneel herstel (Symptomen ziekte gerelateerd)</li> <li>• Palliatieve zorg</li> </ul> </li> <li>15. Verhouding kwaliteit van leven en zorgkosten (VBHC)</li> </ol>

\*Afkortingen; PROMs = *Patient Reported Outcome Measures*; PREMs = *Patient Reported Experience Measures*; SMR = *Standardized Mortality Ratio*; NIAZ = *Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg*. IPU=*Integrated Patient Unit*.

# Kwadrant 1: Cultuur en organisatie van de zorg

## 1. Medewerker "tevredenheid"

### *Beschrijving indicatoren*

Het medewerkeronderzoek geeft zicht op o.a. het functioneren/samenwerken van een team, de rol van leiderschap, de ontwikkelmogelijkheden van medewerkers, de motivatie van medewerkers en de totale tevredenheid over het werk en de organisatie. Het vindt gemiddeld 1x per drie jaar plaats. Op elke dimensie zijn resultaten beschikbaar.

### *Uitkomsten*

In 2017 heeft het laatste tevredenheidsonderzoek onder medewerkers plaats gevonden. Een herhaling was in het voorjaar 2020 gepland, door COVID-19 is dit uitgesteld naar 2<sup>e</sup> helft 2020. Onderdeel hiervan zijn koffiegesprekken van het management met medewerkers en een kwantitatief onderzoek via een veiligheidscultuur meting met behulp van de COMPAZ vragenlijst en een kwalitatief onderzoek in de vorm van vrije interview met een steekproef van medewerkers. De samenstelling en organisatie structuur van de teams is door de reorganisatie in 2017 gewijzigd. Daardoor zijn de resultaten niet goed te vergelijken.

### *Verbeteracties en stand van zaken*

De volgende verbeteracties zijn uitgevoerd:

- Ziekteverzuim: scholing leidinggevenden in een nieuwe warm en zakelijk gerichte aanpak.
- Verdere inrichting IPU met verantwoordelijkheid bij professionals en behandelteams.
- Taakdifferentiatie.
- Scholings/opleidingsmogelijkheden.

## 2. Veiligheidscultuur

### *Beschrijving indicatoren*

De (COMPAZ afgeleide) vragenlijst voor het meten van de veiligheidscultuur heeft in 2016 plaats gevonden. Een vervolg hierop is in september 2020 gepland. (zie hierboven)

### *Uitkomsten*

De resultaten uit de COMPAZ meting over veiligheidscultuur in 2016 zijn door de gewijzigde organisatie structuur en samenstelling van teams in 2017, niet goed te vergelijken.

### *Verbeteracties en stand van zaken*

De volgende verbeteracties hebben plaats gevonden.

De VIM meldingscultuur is verbeterd door directere bespreking van de resultaten.

Peer support voor medewerkers bij incidenten met grote impact is door de hoofden van de afdeling ingericht. Peer support voor artsen is door de medische staf ingericht. Elke arts die betrokken is bij een emotionele VIM melding met ernstig letsel of overlijden (Hoog Risico melding), wordt benaderd voor eventuele ondersteuning door een geschoolde peer supporter. Op dezelfde wijze begeleiden hoofden een medewerker.

De resultaten van verbeteracties bij Hoog Risico meldingen worden via i-task bewaakt waarbij actief feedback wordt geven als deze onvoldoende zijn.

## 3. a. Leren en verbeteren n.a.v. ernstige incidenten

### *Beschrijving indicatoren*

Het betreft hierbij transparantie over de verbeterpunten, ingezette verbeteracties en opvolging daarvan. Verbeterpunten worden geformuleerd op basis van een selectie van VIM meldingen in het algemeen en in het bijzonder bij ernstige incidenten afkomstig uit de calamiteitenanalyse, dossieronderzoek naar vermijdbare schade en sterfte, en complicatiebesprekingen.

### *Uitkomsten*

Op de afdelingen is een lichte daling in het aantal VIM meldingen te zien (381 voor start ZIRE t.o.v. 364 in 2019), het aantal incidenten waarbij een verbeterpunt is geformuleerd is licht gestegen (91% naar 92%). De meeste verbeterpunten bevinden zich in de categorie (risico)bewustzijn vergroten, naleven van afspraken of beleid aanpassen.

Incidenten met een ernstig verloop voor de patiënt zijn met een afvaardiging van zorgmedewerkers geanalyseerd, waarna verbeteracties zijn uitgezet en uitgevoerd. Het



patiënten perspectief is daarbij expliciet meegenomen. Patiënten ontvangen tevens, indien gewenst, een terugkoppeling van deze resultaten.

#### **Verbeteracties en stand van zaken**

- Iedere afdeling heeft een decentraal team dat incidenten oppakt. Hoogrisico incidenten worden opgepakt in samenwerking met een kwaliteit- en beleidsmedewerker.
- Doorgevoerde verbeteringen naar aanleiding van incidenten zijn:
  - a. Medicatiefouten / foutieve pompstanden: vernieuwd werkproces voor medicatieverificatie en dubbelcheck.
  - b. Bereikbaarheid artsen verbeterd, met name voor goedkeuring van labuitslagen voor start van een chemokuur.
  - c. Extravasatie van medicatie bij inlopen van infuus: alle casussen besproken met betrokkenen en juiste werkwijze onder aandacht gebracht.
  - d. Samenwerking met service-assistenten verbeterd door aanlevertraject voor correcte informatie voeding voor de patiënt te wijzigen.
  - e. Tijdige levering van chemokuren / blaasspoelingen verbeterd door in samenwerking met de apotheek de routing (o.a. transport) na verhuizing apotheek opnieuw te bepalen.
  - f. Beschikbaarheid infuuspompen op de afdeling vergroot door uitbreiding aantal infuuspompen.
  - g. Diabetesbeleid bij patiënten die een chirurgische ingreep ondergaan: revisie van protocol diabetes regulatie bij operatieve ingreep.

#### **b. Leren en verbeteren: cultuur van zinvol registreren**

##### **Beschrijving indicatoren**

Zinvol registreren heeft zowel op gebied van de IGJ domeinen plaats gevonden alsook op andere onderdelen van het patiënten dossier.

IGJ domeinen:

- Pijn
- Decubitus
- Ondervoeding
- Vallen
- Delier
- Fysieke beperking

Alle zorgverleners zijn professionals met een klinische blik, zij werken volgens protocol. Bij de start van ZIRE is afgesproken dat zij afwijkingen in het patiëntendossier en datgene wat nodig is voor de dagelijkse zorgverlening registreren. Overige niet relevante informatie wordt niet meer geregistreerd. Dit proces is begonnen bij de IGJ domeinen en uitgebreid naar andere onderdelen van het patiëntendossier.

##### **Uitkomsten**

In de afgelopen twee jaar zijn veel registraties, groot én klein, onder de loep genomen. Het betreft zowel registraties behorende bij de IGJ indicatoren alsook registraties op andere onderdelen van het elektronisch patiënten dossier (EPD) zoals de anamnese, het actieplan of bij checklisten. Samen is tot veel succesvolle interventies gekomen, een aantal gemeenschappelijke voorbeelden hiervan staan hieronder. Elke afdeling houdt zelf de specifieke afspraken bij.

1. Ontdubbelen: wat hoort waar in HIX? (alle oncologische afdelingen):
  - a. Metingen bij metingen.
  - b. Activiteiten in activiteitenplan.
2. Ontdubbelen: afstemmen door één keer informatie registreren i.p.v. door diverse specialismen meerdere keren:
  - a. Samenvatting bij visite in HIX
3. Ontslagchecklist: alleen afwijkingen (alle oncologische afdelingen).
4. Relevantie screening: prepurse screeningsinstrument voorafgaand bij patiënten die worden geopereerd.
5. Wat noteer je in verpleegkundige rapportage: voorbeelden; bij wondzorg alleen afwijkingen (urologie/chirurgie), sonde controle alleen afwijkingen, mond en perineum alleen afwijkingen (afdeling oncologie).
6. Wat noteer je op de polikliniek: alleen relevante gegevens en afwijkingen in de anamnese, alleen afwijkingen op de Lastmeter.

7. Opnieuw ingericht in HIX: korte kuuranamnese en vochtlijst (afdeling oncologie)
8. Wat is onmisbaar: compleet beeld na OK/opname, urinekleur en defecatie (urologie)

#### **Verbeteracties en stand van zaken**

In iedere projectgroep bijeenkomst zijn voorstellen ingediend of de voortgang besproken, waarna besluitvorming en verdere implementatie volgde. Hiervoor is analyse van het dossier uitgevoerd en samen met het team en de betrokken verpleegkundige is deze bij o.a. het verbeterbord besproken. Op deze wijze ontstond telkens voortschrijdend inzicht in onzinnige registratie vormen, maar ook extra motivatie om zinnige registraties uit te (blijven) voeren. Juist doordat de basis van deze verantwoordelijkheid bij de professionals lag konden interventies succesvol worden uitgevoerd. Mede door deze werkwijze werd de motivatie en het draagvlak om het "juiste" te registreren groot. Niet meer op basis van "bovenaf opgelegde controle" maar op basis van betrokkenheid en motivatie.

#### **4. NIAZ accreditatie**

##### **Beschrijving indicatoren**

De visitatie vanuit de Wetenschappelijke Vereniging is een intercollegiale doorlichting van de organisatie van het zorgverleningsproces op locatie. Daartoe voert een aantal externe beroepsgenoten een onderzoek uit in het dagelijks werkproces en wordt beoordeeld of de zorgverlening in de betreffende praktijk volgens de geldende normen is georganiseerd. Datzelfde geldt voor de opleidingen voor arts-assistenten, waarbij met name getoetst wordt of aan minimale opleidingseisen wordt voldaan. Het NIAZ toetst kwaliteitsaspecten die zowel in dagelijks werkproces door de zorg professionals worden uitgevoerd alsook door de organisatie van de afdeling of het ziekenhuis moeten zijn geregeld.

##### **Uitkomsten**

De ziekenhuisbrede NIAZ accreditatie heeft plaatsgevonden in 2017 met een geldigheidsduur van vier jaar.

In de afgelopen twee jaar is een Rijnstate accreditatie/keurmerken beleid ontwikkeld. Rijnstate hanteert één ziekenhuisbrede accreditatie, en wel het accreditatieprogramma NIAZ-Qmentum. Er worden alleen andere accreditaties of keurmerken gevoerd indien dit noodzakelijk is vanuit het versterken van het strategisch beleid van Rijnstate.

Rijnstate participeert in een pilot met NIAZ. In deze pilot vindt:

- Toetsing door NIAZ in plaats van 1x per 4 jaar, 1x per 5 jaar plaats.
- Reductie van criteria waarop getoetst wordt met 40%.
- Toetsing van de digitale strategie.

Dit betekent dat Rijnstate de volgende toetsingen krijgt in 2021(digitale strategie) en 2022 (een deel van alle normensets).

##### **Verbeteracties en stand van zaken**

Voor de oncologie heeft het Rijnstate keurmerkenbeleid geresulteerd in het stoppen van de volgende keurmerken: Roze lintje voor borstkankerzorg en de stomazorgwijzer.

Verbeterpunten uit de NIAZ bezoek uit 2017 zijn:

- Cliëntverificatie: verificatie van patiënt (naam en geboortedatum) is structureel doorgevoerd bij aanhangen van de cytostatica. Registratie vindt plaats in het EPD.
- Dubbelcheck: een tweede controle van infusen en infuuspompen (wanneer medicatie is aangehangen). Het protocol is hierop aangepast, en dubbelcheck bij toediening is geïmplementeerd.
- Patiëntinformatie risico's en voordelen van bloedtransfusie. In het zorgpad van de patiënten die bloedtransfusie kunnen ontvangen is informatieoverdracht opgenomen. Afhankelijk van tumortype is dit bij de specialist, verpleegkundig specialist of oncologieverpleegkundige. Tijdens toediening packed-cells geven oncologieverpleegkundigen aanvullende informatie over bijwerkingen en risico's tijdens toediening.
- E-learning toedienen van bloedproducten: alle verpleegkundigen hebben deze e-learning gevolgd.

## 5. Kwaliteitsvisitatie

### **Beschrijving indicatoren**

Zie hiervoor beschrijving bij punt 4.

### **Uitkomsten**

De STZ visitatie is met positief resultaat behaald in 2017 en geldig tot en met maart 2023.

De visitatie van de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU) heeft in 2015 plaatsgevonden en is geldig tot en met 2020, eind 2020 vindt een nieuwe visitatie plaats.

Zowel de opleidings als kwaliteitsvisitatie chirurgie zijn met een positief resultaat afgerond en vijf jaar geldig (tot en met 2023 en 2022).

### **Verbeteracties en stand van zaken**

De vakgroep urologie heeft naar aanleiding van de visitatie de toegangstijden van functionele urologie verbeterd.

De vakgroep chirurgie heeft naar aanleiding van de kwaliteitsvisitatie ondernomen:

1. Een patiënten tevredenheidsonderzoek gehouden met de items van de beroepsgroep. Individuele feedback is teruggekoppeld aan de betreffende specialist. Daarnaast is het PREMS dashboard ingericht, zodat de resultaten multidisciplinair kunnen worden gemonitord.
2. Organiseren van een multidisciplinaire visite voor alle beroepsdifferentiaties. Voor vaatchirurgie en orthopedie/traumatologie was deze in 2018 aanwezig. Voor de maag darmchirurgie is geanalyseerd hoe de visite optimaal georganiseerd kon worden. De multidisciplinaire visitatie heeft een vaste structuur gekregen onder leiding van de verpleegkundig specialist. Aanvullend is er een MDO met ondersteunende diensten (fysiotherapie, geriatrie, ergotherapie, logopedie, maatschappelijk werk en geestelijke verzorging) ingevoerd.
3. Afstemmen van het beleidsplan op de organisatie. In het jaarplan van de zorgeenheid zijn de te behalen resultaten van de vakgroep opgenomen.

De vakgroep chirurgie heeft naar aanleiding van de opleidingsvisitatie ondernomen:

1. Alle leden van de opleidingsgroep beschikken over de geaccrediteerde deskundigheidsbevorderende activiteiten, onder andere door een interne audit, nascholingsavonden in samenwerking met het leerhuis, en evaluatie in de vakgroep.
2. Alle leden van de opleidingsgroep nemen deel aan de gezamenlijke opleidingsvergaderingen met de AIOSSen . Hiervoor zijn diverse acties gedaan, waaronder een ander moment van de opleidingsvergadering, een moment vastleggen in persoonlijke agenda opleider.
3. Leden van de opleidingsgroep organiseren werkzaamheden zo dat er geen onnodige opleidingsmomenten verloren gaan.

## 6. Opname/behandel duur

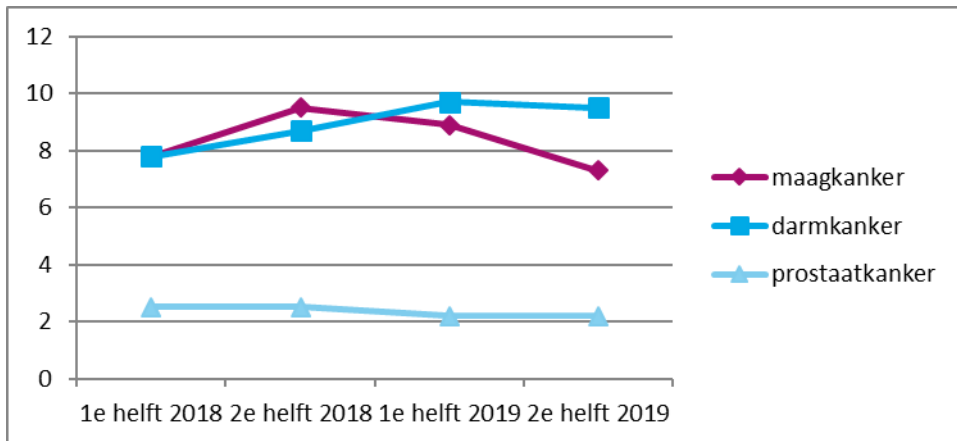
### **Beschrijving indicatoren**

Gemiddelde opnameduur, gemiddelde behandelduur per modaliteit.

### **Uitkomsten**

De opname duur voor patiënten met prostaatkanker is verlaagd van gemiddeld 2,5 dagen in 2018 naar 2,2 dagen in 2019. De opnameduur voor patiënten met darmkanker steeg en is eind 2019 licht gedaald. De opnameduur voor patiënten met maagkanker steeg in 2018, en liep in 2019 terug naar 7,3 dagen.

*Grafiek: ligduur 2018-2019*



### Verbeteracties en stand van zaken

De ligdagen reductie voor patiënten met prostaatkanker is bereikt door:

- Continue focus en sturing op reductie van ligdagen in de kliniek.
- Het vooraf communiceren van de ligduur met de patiënt.
- Als thuiszorg nodig is het transferbureau snel -na OK- inschakelen.
- Vroeg visites lopen, vroeg ontslaan,

In september 2020 is het vernieuwde ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) doorgevoerd bij patiënten met Gastro-intestinale tumoren. Het doel is om patiënten beter voorbereid en in een fysiek betere conditie een operatie in te laten gaan (Prehabilitatie), waardoor het herstel voorspoediger en sneller verloopt. Tevens wordt hierbij een groter beroep gedaan op het stimuleren van zelfredzaamheid van de patiënt, ofwel reacterend verplegen.

## 7. Risico inventarisatie (PRI)

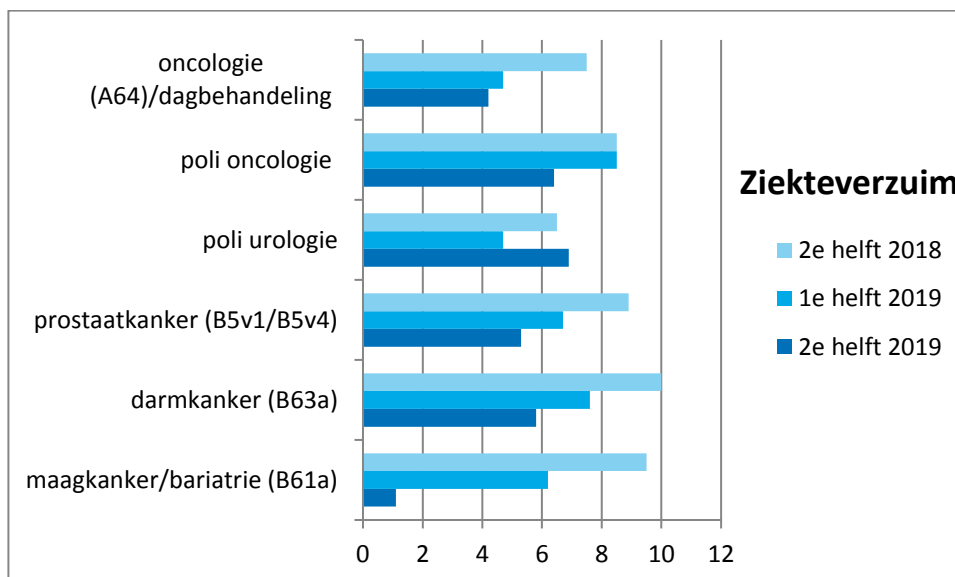
### Beschrijving indicatoren

Het risicoprofiel van het oncologisch centrum en de drie tumorgroepen.

Welke risico's op schade aan de patiënt of de organisatie zijn er. Wat is de top 5 van belangrijkste risico's. Hoe vindt beheersing hiervan plaats.

### Uitkomsten

In 2018 heeft de RVE een risico inventarisatie uitgevoerd, waarbij de inzet van personeel, waaronder het ziekteverzuim, als grootste risico voor de komende jaren werd geduid. Met uitzondering van de poli urologie hebben de afdelingen een verlaging van het ziekteverzuim bewerkstelligd.



### ***Verbeteracties en stand van zaken***

Hoofden zorg monitoren de verzuimcijfers regelmatig en minimaal maandelijks met elkaar. Met een extern adviesbureau gespecialiseerd in duurzame inzetbaarheid zijn een aantal verbeteracties ingezet, waaronder sessies met focus op uitgangspunt van inzetbaarheid in plaats van verzuim. Hoofden zorg zijn getraind in het nieuwe verzuimbeleid: warm en zakelijk.

Voor langdurig verzuim zijn waar mogelijk individuele afspraken gemaakt. Ook zijn er werkdrukverlagende maatregelen genomen, waaronder extra formatie voor verpleegafdelingen in de avond en nacht.

## Kwadrant 2: Klinische behandeluitkomsten: door (zorg)professional gemeten

### 8. SMR/sterfte

#### Beschrijving indicatoren

Het aantal patiënten overleden in het ziekenhuis binnen 30 dagen na operatie zoals in DICA is geregistreerd.

#### Uitkomsten sterfte

	2017		2018		2019	
	Rijnstate	Landelijk	Rijnstate	Landelijk	Rijnstate	Landelijk
Colon kanker	1,6%	1,8%	1,8%	2,0%	3,5%	2,9%
Rectum kanker	0,0 %	0,9%	0,0%	0,9%	1,0%	1,1%
Maag kanker	2,3%	5,3%	3,1%	4,1%	2,2%	3,3%

Voor prostaatcancer zijn geen landelijke cijfers beschikbaar. Voor Rijnstate betreft dit over 2018 0,5% en voor 2019 1%, waarbij niet gecorrigeerd is naar casemix.

#### Verbeteracties en stand van zaken volgen

De resultaten worden verder geanalyseerd en vergeleken met de DHD registratie waarbij ook gecorrigeerd wordt voor kans op overlijden. De DHD heeft geen resultaten per tumorgroep maar alleen voor het totaal van opgenomen patiënten met colon, rectum en anuskanker. De betreffende dossiers worden momenteel onderzocht door de necrologiecommissie op eventuele kwaliteitsafwijkingen.

### 9. Ongeplande heropnames

#### Beschrijving indicatoren

Percentage (ongecorrigeerd) patiënten dat binnen 30 dagen na operatie ongepland wordt heropgenomen met causaal aan primaire opname gerelateerde problemen.

#### Uitkomsten heropnames

De DHD registratie bevat alleen resultaten voor de totaal van colon, rectum en anuskanker en geen percentages die gecorrigeerd zijn met landelijke resultaten. Het bevat geen resultaten van alleen geopereerde patiënten.

De resultaten voor Rijnstate voor totaal zijn:

	2017		2018		2019	
	Rijnstate	Landelijk	Rijnstate	Landelijk	Rijnstate	Landelijk
Colon, rectum, anus kanker	3,27%	Niet bekend	5,2%	Niet bekend	1,12%	Niet bekend
Maag kanker	11,1%%	Niet bekend	13,1%	Niet bekend	1,12%	Niet bekend

#### Verbeteracties en stand van zaken

Landelijke vergelijking is niet beschikbaar. De resultaten betreffen alle patiënten met diagnose maagkanker, ongeacht of deze curatief of niet curatief worden behandeld. De betreffende dossiers worden momenteel onderzocht door de necrologiecommissie op eventuele kwaliteitsafwijkingen.

### 10. Gecompliceerd verloop o.a. decubitus, delier, complicaties

### Beschrijving indicatoren

- Decubitus:** Het aantal patiënten waarbij tijdens opname een nieuwe decubitus (of verergering naar) graad 3 of 4 optreedt, per totaal aantal opgenomen patiënten.
- Delier:** Percentage patiënten met een verhoogd risico op delirium, dat met de DOS tenminste éénmaal is geobserveerd op aanwezigheid van delirium, ongeacht de uitkomst.
- Complicaties:** Postoperatieve complicatie die gepaard gaat met een verlengde opnameduur (> 21 dagen), re-interventie of overlijden

### Uitkomsten

**Decubitus:** Deze indicator blijkt door de overgang naar het nieuwe EPD eind 2018, niet meer adequaat te werken. Derhalve is met name gestuurd op het registreren van een wondplan als er bij opname huidletsel is of, als dit er niet is, het uitvoeren van een screening op risico's voor het ontstaan van decubitus (pre-purse lijst uitvragen). Een audit heeft plaats gevonden op alle deelnemende klinische afdelingen (februari 2020) om de afgesproken werkwijze te toetsen. De resultaten hiervan zijn:

- 100% van de patiënten die bij opname decubitus had, had een wondplan.
- Er zijn geen afwijkingen gevonden bij patiënten gedurende opname; er waren geen casussen met een ontbrekend wondplan.

**Delier:** Het afnemen van de DOS screeningslijst is een hulpmiddel om te bepalen of en in welke mate er een delier is. Deze lijst wordt afgenomen bij patiënten die een risico hebben op delier. In de resultaten zien we een gemengd beeld, waarbij twee afdelingen een dalende trend laten zien. Dat wil zeggen dat er minder DOS screenings zijn uitgevoerd dan op grond van de risico's in de patiënten groep verwacht zou mogen worden.

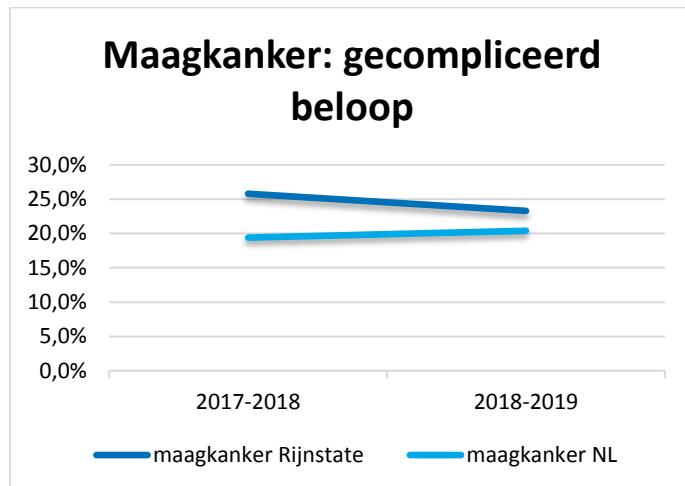
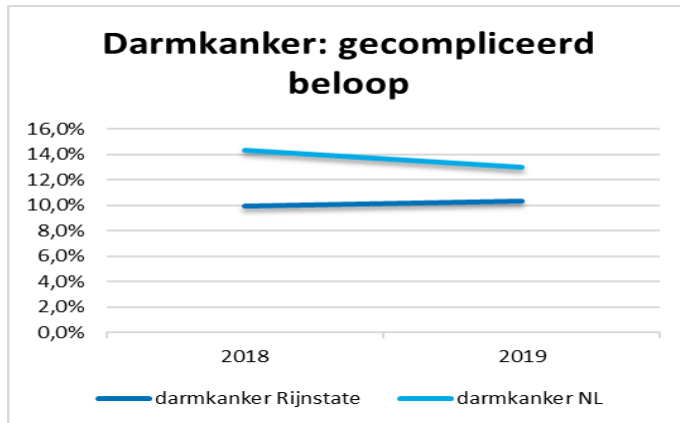
Mate van delier via DOS	Resultaat 1e helft 2018	Resultaat 2e helft 2018	Resultaat 1e helft 2019	Resultaat 2e helft 2019	Resultaat jan/febr 2020
Maag/bariatric (B61)	91,7% 22/24	75,0% 9/12	71,4% 5/7	84,2% 16/19	80% 4/5
Urologie	80,7%, 67/83	67,9% 36/53	73,2% 52/71	66,7% 46/69	55,6% 5/9
maagdarmchirurgie (B63)	77,8% 21/27	83,3% 20/24	70,6% 12/17	76,3% 13/17	100% 4/4
Oncologie (A61)	95,7% 22/23	93,3% 14/15	100% 17/17	85,7% 6/7	100% 5/5

Complicaties:

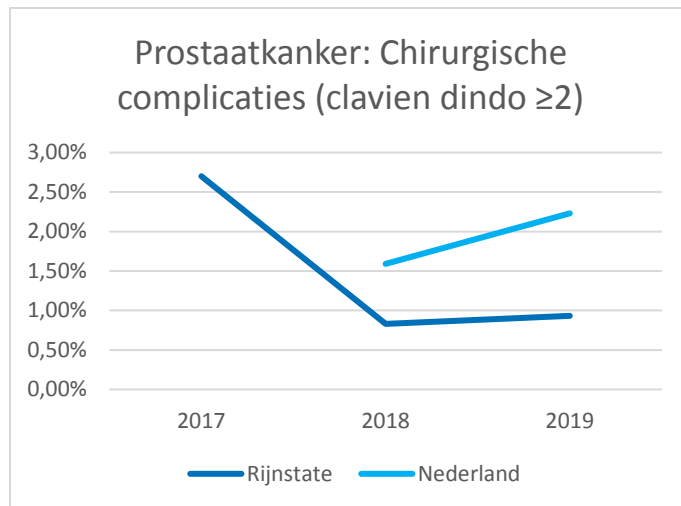
Definitie darmkanker (DCRA): Percentage patiënten dat een resectie ondergaat vanwege een primair coloncarcinoom, dat een gecompliceerd beloop heeft (gecorrigeerd voor case-mix)

Definitie maagkanker (DUCA): Percentage patiënten dat een curatieve resectie ondergaat vanwege een primair maagcarcinoom, waarbij er sprake is van een gecompliceerd beloop  
Gecompliceerd beloop: opnameduur >14 dagen in combinatie met een complicatie, overlijden tijdens ziekenhuisopname of binnen 30 dagen na operatie, of re-interventie vanwege een chirurgische complicatie. Dit wordt gecorrigeerd voor: geslacht, BMI, leeftijd, charlson, ASA score, tumorlocatie, type ok, preoperatieve tumorcomplicaties, PT stadium, aanvullende resectie i.v.m. metastasen, aanvullende resectie i.v.m. doorgroei tumor

Definitie prostaatcancer: Clavien Dindo graad 2 of hoger.







Bron: DUCA, DCRA, Rijnstate HIX

### **Verbeteracties en stand van zaken**

#### Decubitus:

De opgestelde procesindicator is met het omzetten naar een nieuw ziekenhuis EPD niet meer goed te registreren, en leidde tot onderregistratie. Momenteel wordt voor decubitus een nieuwe indicator ontwikkeld, waardoor deze verbeteractie nog loopt en loopt er een interventie om de kwaliteit van de wondzorgplannen te verhogen.

Een dossieronderzoek onder de deelnemende afdelingen heeft geleid tot een bevestiging van goed uitgevoerde screening en zorg.

#### Delier:

In 2019 is extra aandacht besteed aan delier en DOS, wat heeft geleid tot verbetering. In het voorjaar van 2020 zijn extra acties uitgezet, waaronder:

- Actief benaderen van de anamnese (uitgevoerd door het opnameplein) op de afdeling urologie en algemene chirurgie.
- Belang van delier en DOS bespreken op de afdeling maag darmchirurgie.

#### Gecompliceerd beloop:

Bij maagkanker is het gecompliceerd beloop in vergelijking met het landelijk gemiddelde iets hoger en bij darmkanker iets lager. Bij maagkanker is de incidentie laag, waardoor één complicatie meer of minder sterk van invloed is op het percentage.

Rijnstate participeert in SMACON, een Slokdarm Maag Netwerk Oost Nederland. Meerdere keren per jaar worden de resultaten uit de DUCA besproken, waaronder positief snijvlak, gecompliceerd beloop en lange termijn resultaten. Als eerste netwerk oncologische zorg werkt SMACON aan een integraal dashboard om uitkomsten met elkaar te kunnen bespreken.

Voor de colorectale tumoren worden gegevens bijgehouden in de DCRA. Meerdere keren per jaar worden de resultaten uit de DCRA in Rijnstate besproken, waaronder PA uitslagen, gecompliceerd beloop en recidief percentage in combinatie met operatietechniek voor rectumcarcinoom. De resultaten zijn gelijk of beter dan het landelijke gemiddelde. Analyse heeft geleid tot een positief beeld van de geleverde zorg, waarbij geen wijzigingen zijn doorgevoerd in beleid of operatietechniek.

Het percentage chirurgische complicaties (Clavien Dindo 2 of hoger) na prostaatcancer is gedaald van 2,7% in 2017 naar 0,83% in 2018 en 0,93% in 2019. Dit behoort bij de beste drie van Nederland.

## **11. Positief snijvlak**

### **Beschrijving indicatoren**

Percentage van ingrepen waarbij het snijvlak van de ingreep tumorvrij is.

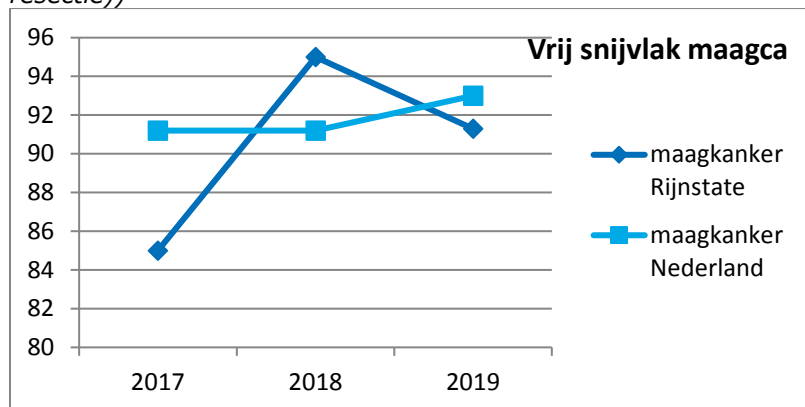
### **Uitkomsten**

Voor maagkanker lag het percentage vrije snijvlakken in 2017 onder het landelijk gemiddelde, en is in 2018 en 2019 verbeterd ten opzichte van 2017. Het percentage vrije snijvlakken kwam daarmee boven het landelijk gemiddelde in 2018 en net onder het landelijk gemiddelde in 2019. De incidentie van maagkanker is klein, waardoor iedere afwijking van invloed is op de totale score.

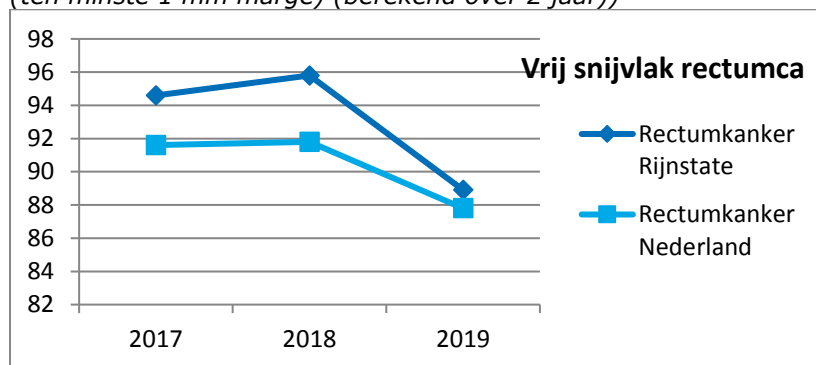
Voor darm en rectumkanker lag het percentage vrije snijvlakken boven het landelijk gemiddelde. Door de selectie van patiënten is de patiëntengroep klein, waardoor ook hier iedere afwijking van invloed is op de totale score. Bij het rectumcarcinoom is de dalende trend die ook landelijk plaats vindt te verklaren door een verandering in nomenclatuur van de lokalisatie rectum.

Voor prostaatcancer verschilt het verloop per tumorstadium, waarbij een hoger stadium een hogere kans geeft op negatieve snijvlakken. In grote lijnen is het percentage snijvlakken gelijk gebleven.

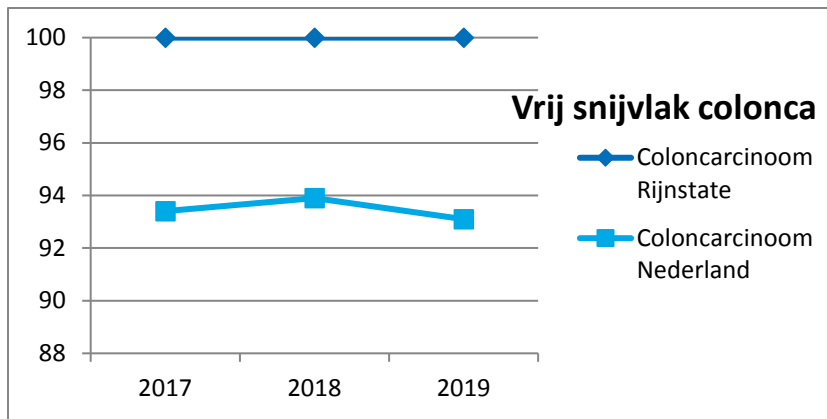
*Grafiek vrij snijvlak: Maagkanker (Percentage patiënten dat een curatieve resectie ondergaat vanwege een primair maagcarcinoom, waarbij de snijranden vrij zijn van tumorcellen (R0 resectie))*



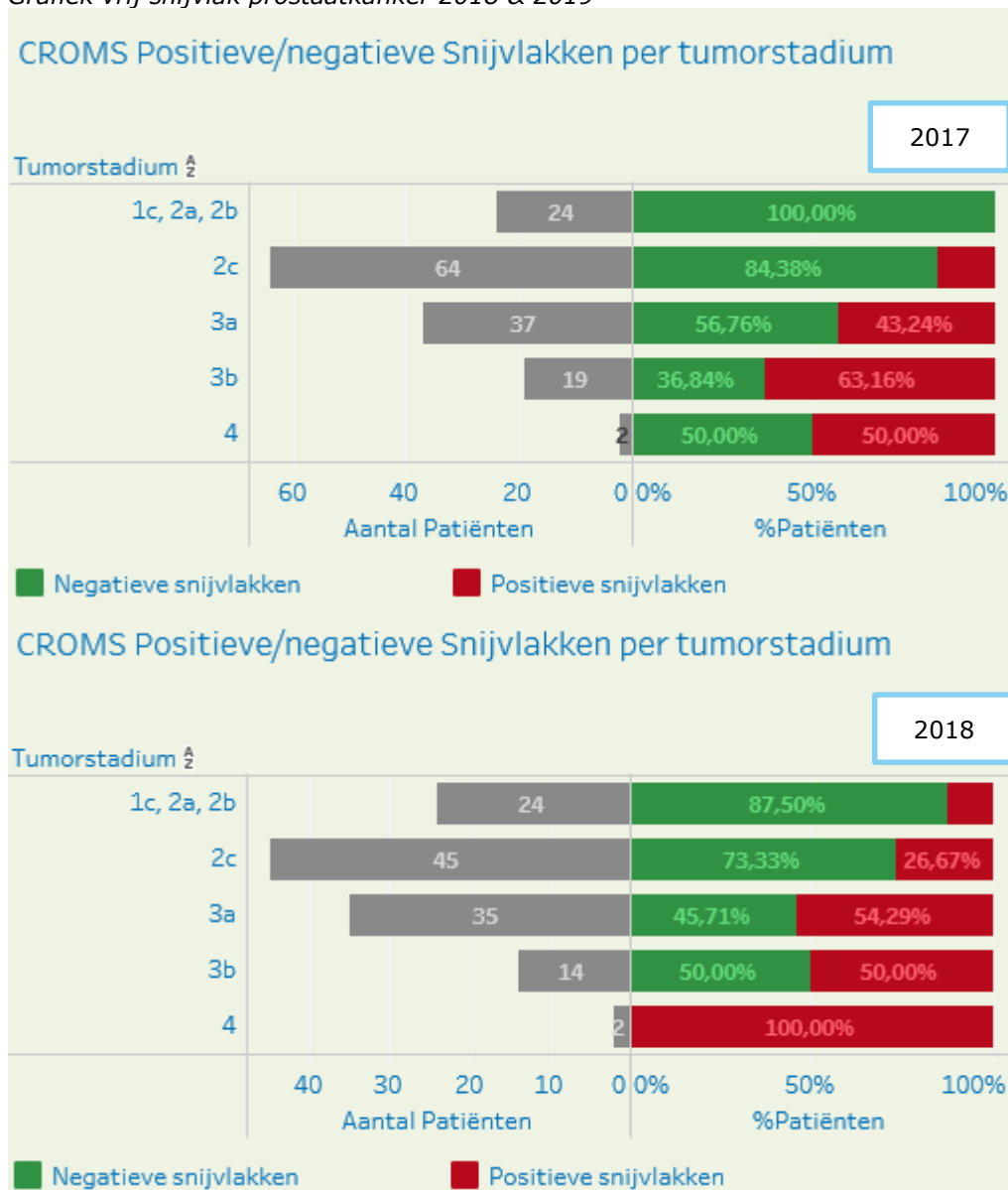
*Grafiek vrij snijvlak: Rectumkanker (Percentage patiënten, dat een lokale excisie ondergaat vanwege een primair rectumcarcinoom, bij wie een microscopisch radicale resectie is verkregen (ten minste 1 mm marge) (berekend over 2 jaar))*

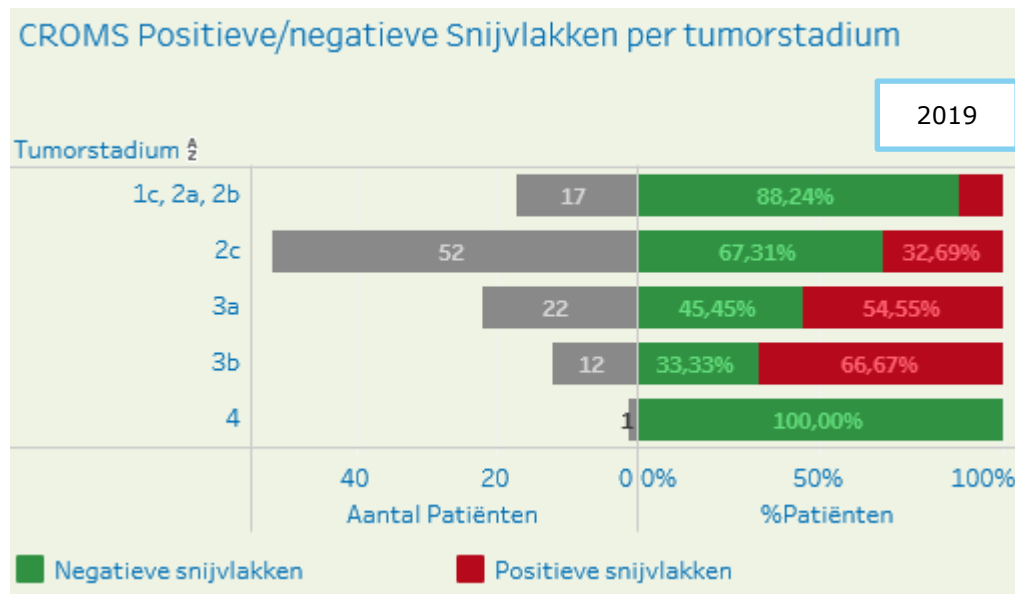


*Grafiek vrij snijvlak: Colonicarcinoom (Percentage patiënten dat een resectie ondergaat vanwege een cT4 en/of pT4 colonicarcinoom, bij wie een microscopisch radicale resectie is verkregen (ten minste 1 mm marge) (berekend over 2 jaar))*



Grafiek vrij snijvlak prostaatkanker 2018 & 2019





### Verbeteracties en stand van zaken

Maagkanker betreft landelijk een lage incidentie, waardoor een geringe afwijking in aantal kan resulteren in een groot verschil in uitkomsten, positief dan wel negatief. Rijnstate participeert in SMACON, een Slokdarm Maag Netwerk Oost Nederland. Meerdere keren per jaar worden de resultaten uit de DUCA besproken, waaronder positief snijvlak. In grote lijnen zijn de resultaten van Rijnstate gelijk aan het landelijke gemiddelde.

Voor de colorectale tumoren worden gegevens bijgehouden in de DCRA. Meerdere keren per jaar worden de resultaten uit de DCRA in Rijnstate besproken, waaronder positief snijvlak. De resultaten zijn gelijk of beter dan het landelijke gemiddelde. Analyse heeft geleid tot een positief beeld van de geleverde zorg, waarbij geen wijzigingen zijn doorgevoerd in beleid of operatietechniek.

Voor prostaatkanker zijn de positieve snijvlakken voor T2 en T3 tumoren geanalyseerd in combinatie met patiënt gerapporteerde (PROM) resultaten. Dit heeft geresulteerd in aanpassing van de operatietechniek, waarbij de focus minder ligt op zo maximaal mogelijk zenuw sparend opereren (om betere functionele uitkomsten te genereren), maar meer ligt op radicaliteit, met zo goed mogelijk resultaat op continentie en minder op erectiele functie (conform richtlijnen EAU).

## Kwadrant 3: Door patiënt ervaren kwaliteit van zorgproces (PREMs)

### 12. Ervaringen van patiënten (PREM)

#### Beschrijving indicatoren

Ervaringen en verbeterpunten voor kwaliteitsverbeteringen van patiënten over hun opname of behandeling.

Vanaf midden 2019 vraagt iedere (poli)klinische afdeling jaarlijks naar patiëntenervaringen via een PREM. In de oncologie gebeurt dit voornamelijk tumorspecifiek. Resultaten van een PREM zijn bekend voor de PREM prostaatkanker, PREM poli urologie, PREM darmkanker.

In 2019 heeft een spiegelbijeenkomst in de vorm van een worldcafé voor patiënten met darmkanker en hun naasten plaatsgevonden.

#### Uitkomsten

Gemiddeld rapportcijfer voor de geleverde zorg in totaliteit (prostaatkanker) = 8,6

Gemiddeld rapportcijfer voor de geleverde zorg in totaliteit (poli urologie) = 8,4

Gemiddeld rapportcijfer voor de geleverde zorg in totaliteit (darmkanker) = 8,6

Gemiddeld rapportcijfer voor de geleverde zorg in totaliteit (klinische afdeling oncologie) = 8,5

Gemiddeld rapportcijfer voor de geleverde zorg in totaliteit (klinische afdeling chirurgie I) = 8,4

Uit de resultaten van de PREM lijsten blijkt de bejegening goed tot zeer goed. Patiënten ervaren voldoende aandacht in tijd en persoonlijke aandacht van de zorgverleners.

Positieve uitschieters zijn: aandacht en informatie over behandeling/behandelopties, resultaten & verwachtingen.

Verbeterpunten zijn:

- Aandacht voor begeleiding verwerken van emoties.
- Informatie over patiëntenorganisaties/lotgenotencontact.
- Wachtijd start behandeling voor uro-oncologie zijn lang, waar patiënt angst en onzekerheid over ervaart.

Met een afvaardiging van patiënten met darmkanker en hun naasten is in het worldcafe feedback gegeven over een groot aantal aspecten van de zorg. Verbeterpunten op het gebied van voorlichting, omgang met het behandelteam en de afspraken zijn opgehaald.

#### **Verbeteracties en stand van zaken**

Voor darmkanker (GIO) zijn onderstaande punten doorgevoerd:

- Regie vanuit GIO bij het maken van afspraken met aanpalende disciplines.
- Afstemming informatie naar patiënt met scopie afdeling.
- Parallel spreekuur chirurg en MDL, zodat patiënt eenduidige informatie ontvangt.
- Patiënten hebben informatie ontvangen over Mijnrijnstate.
- Koppelingen in het EPD, zodat niet alle informatie opnieuw uitgevraagd hoeft te worden.
- Alle zorgverleners bekend met de IKNL verwijsgids.

De verbeteracties uit de PREM uro-oncologie zijn voor de uitbraak van Corona afgesproken, en worden in verband met Corona verder opgeschoven naar 2<sup>e</sup> helft 2020:

- Alle uro-oncologische patiënten een vast aanspreekpunt, ook de patiënten die alleen een TUR ondergaan.
- Meer aandacht psychosociale zorg (PSZ) en lotgenotencontact (nazorggesprekken voor alle tumorsoorten / bekendheid verwijsgids bij artsen en vp / check folders op PSZ en lotgenotencontact).
- Delen van complimenten en verbeterpunten met de kliniek urologie.

### **13. Klachten en claims**

#### **Beschrijving indicatoren**

De aard van klachten en toegewezen claims en daaruit afgeleide verbeterpunten en -acties.

#### **Uitkomsten**

periode	1e helft 2018	2e helft 2018	1e helft 2019	2e helft 2019
Aantal klachten	38	20	20	12

Klachten zijn ingedeeld naar afdelingen, hier liggen ook patiënten uit een RVE wat betekent dat er ook klachten zijn die niet gerelateerd zijn aan de zorg voor patiënten met kanker. Er zijn geen claims ingediend in de perioden 2017 tm 2019.

#### **Verbeteracties en stand van zaken**

Alle klachten zijn adequaat afgehandeld met betrokkenen. Voor één klacht is een analysebespreking intern en een bespreking met de patiënt en naaste georganiseerd. De daaruit voortgekomen actiepunten zijn uitgevoerd.

## Kwadrant 4: Behandeluitkomsten door patiënt gemeten (PROMs)

### 14. Totaal kwaliteit van leven (PROMs):

- Functioneel herstel
- Emotioneel herstel
- Symptomen ziekte gerelateerd
- Palliatieve zorg

#### **Beschrijving indicatoren**

De langetermijneffecten van opname op de kwaliteit van leven van patiënten. Het betreft een vragenlijst naar de totale kwaliteit van leven en op onderdelen hiervan zoals het fysiek functioneren, emotioneel functioneren en overblijvende symptomen van het ziektebeeld (o.a. via EORTC en EPIC methodiek).

PROMs zijn in 2018 en 2019 gemeten in studieverband bij darm- en maagkankerpatiënten in de PLCRC studie (darmkanker) en POCOP studie (maagkanker). Patiënten ontvingen (indien gewenst) een persoonlijke terugkoppeling.

Rijnstate heeft nog geen terugkoppeling ontvangen van de POCOP studie.

Patiënten met prostaatkanker die een prostatectomie ondergaan ontvangen sinds 2016 een PROM vragenlijst (EPIC-26), bij start (T0), 3 mnd (T1), 6 mnd (T2), 12 mnd (T3), 24 mnd. Resultaten worden weergegeven in een dashboard, die de specialist en verpleegkundige gebruiken in de spreekkamer met de patiënt in het kader van samen beslissen.

#### **Uitkomsten**

##### Darmkanker:

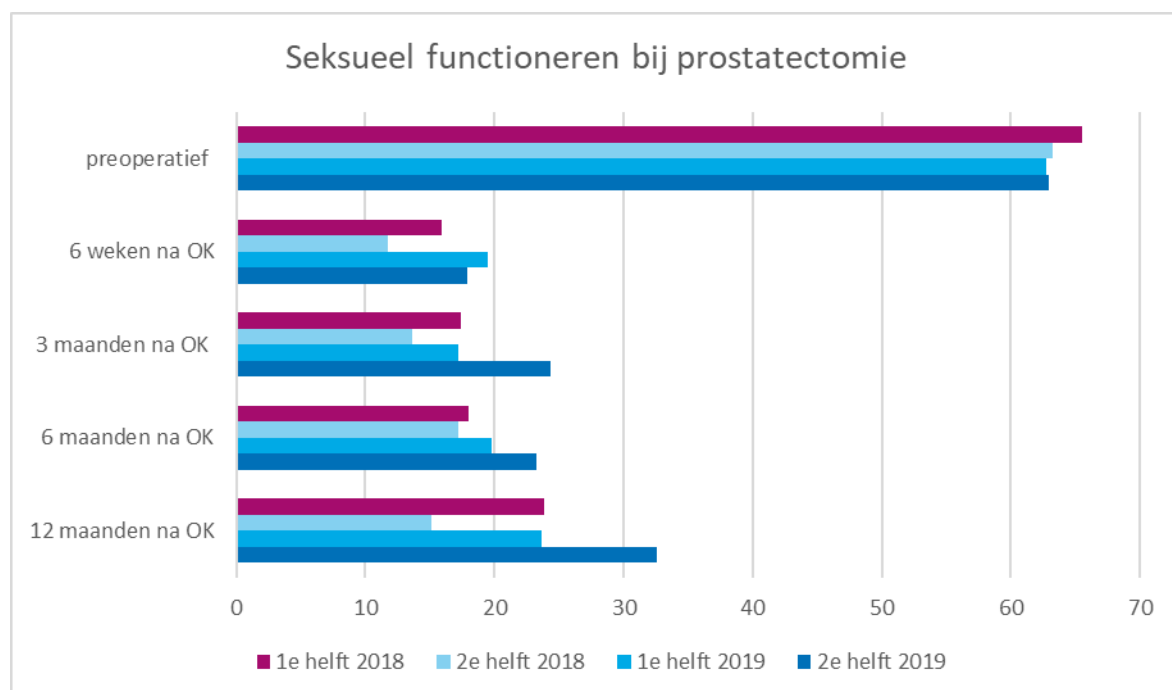
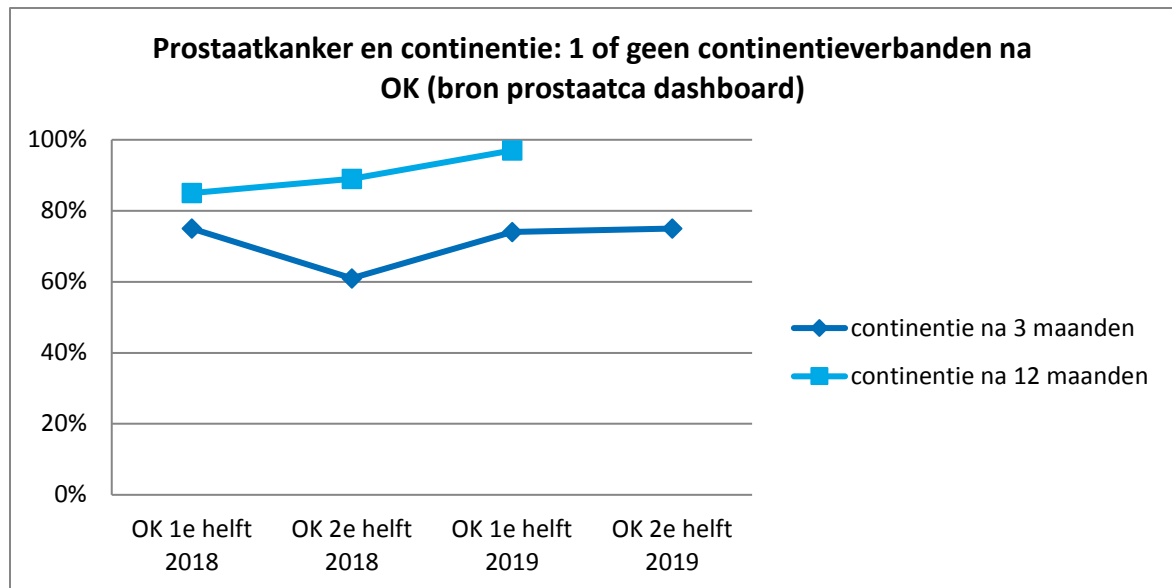
Van de PLCRC studie is een algemene terugkoppeling ontvangen eind 2019. In de kwaliteit van leven respons valt op dat de patiënten hun kwaliteit van leven na zes maanden op alle domeinen (lichamelijk, sociaal, emotioneel, cognitief, vermoeidheid, pijn, lichaamsbeeld) beter of gelijk beoordelen in vergelijking met de totale cohort van de PLCRC studie. De uitgangswaarde (T=0) is over het algemeen slechter in vergelijking met het totale cohort van de PLCRC studie.

##### Prostaat kanker:

In Rijnstate worden bij patiënten die voor prostaatkanker een operatie ondergaan PROM metingen uitgevoerd. De HRQLQ is onderdeel van deze PROM. Patiënten geven op een schaal van 0 tot 100 een score. Bij incontinentie is 0 een hoge mate van incontinentie en 100 een lage mate van incontinentie. Bij seksueel functioneren is 0 het laagst mogelijk seksueel functioneren en 100 het hoogst mogelijk seksueel functioneren.

Bij incontinentie ervaren mannen een lage mate van incontinentie 12 maanden na operatie (85% continent bij een operatie in de eerste helft 2018, 89% continent bij een operatie in de tweede helft 2018, 97% continent bij een operatie in de eerste helft 2019). Tot een jaar na de operatie is hierin nog verbetering mogelijk.

Het seksueel functioneren na de operatie is verminderd en in de loop van het jaar is een lichte verbetering te zien. Bij de interpretatie van deze resultaten is de hoogte van de respons op het onderdeel seksueel functioneren van belang. De respons per periode is gemiddeld 30 patiënten per half jaar (~33%), waarbij de respons op de vragen over seksueel functioneren na 12 maanden sterk lager zijn en voor 2019 nog niet compleet.



#### Verbeteracties en stand van zaken

##### Prostaatkanker:

Analyse van de uitkomsten van patiënten met prostaatkanker die een operatie hebben ondergaan heeft plaats gevonden doordat resultaten op tumor gebied (o.a. gradatie, snijvlak, wel/geen positieve klieren) per specialist via het dashboard inzichtelijk waren. Deze werden vergeleken met de functionele uitkomsten zoals door patiënten waren gemeten. Dit heeft tot aanpassing van operatietechniek geleid.

Het gebruik van het dashboard en bespreken van de resultaten met patiënten in de spreekkamer is verbeterd onder de uro-oncologen en oncologieverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten.

##### Palliatieve zorg:

Rijnstate beschikt al jaren over een consultatieteam palliatieve zorg. In de afgelopen twee jaar is de palliatieve zorg verder verbeterd en versterkt met externe zorgverleners, zodat de patiënt zoveel mogelijk door dezelfde hulpverleners wordt gezien. Hiervoor is het project palliatieve

zorgcoach opgezet, waarbij een samenwerking van Rijnstate met thuiszorg, hospice zorg en huisarts is versterkt. Palliatieve zorg werkt volgens het advanced care planning, waarbij in een zo vroeg mogelijk stadium met patiënt en de familie de verwachte zorglijnen worden uitgezet.

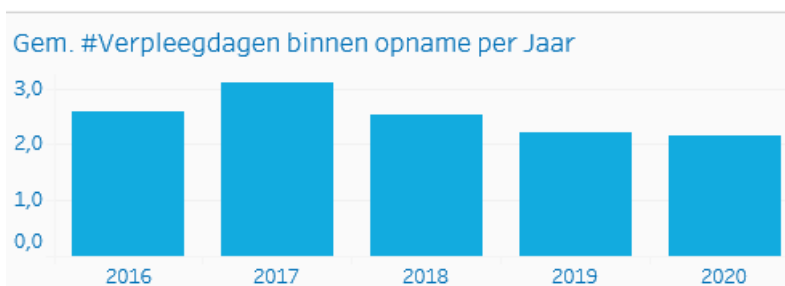
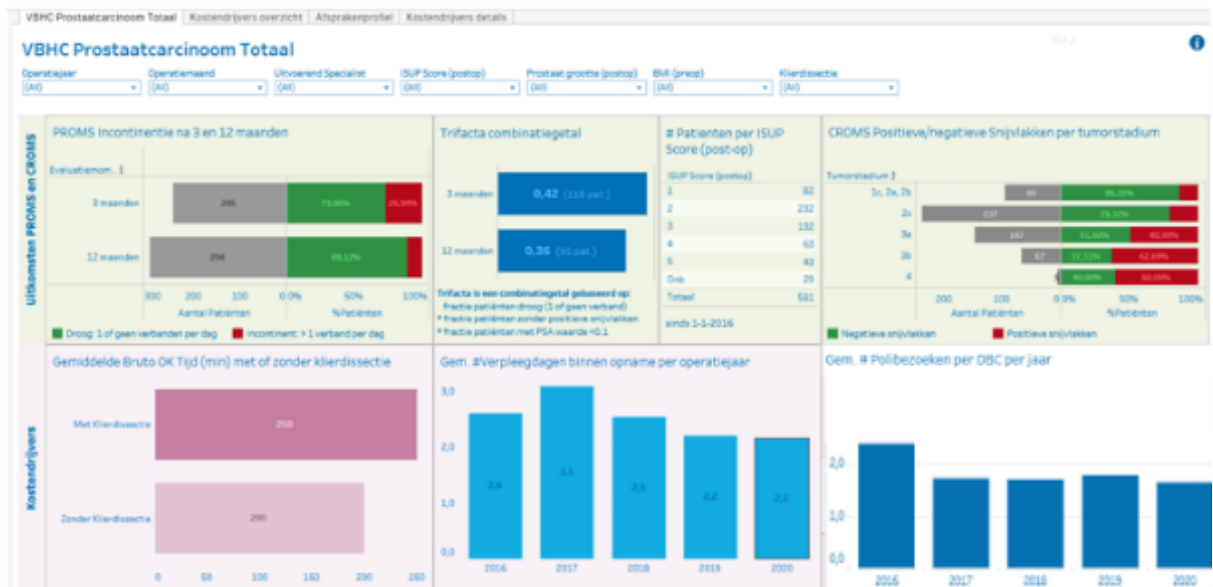
## 15. Verhouding kwaliteit van leven en zorgkosten (VBHC)

### Beschrijving indicatoren

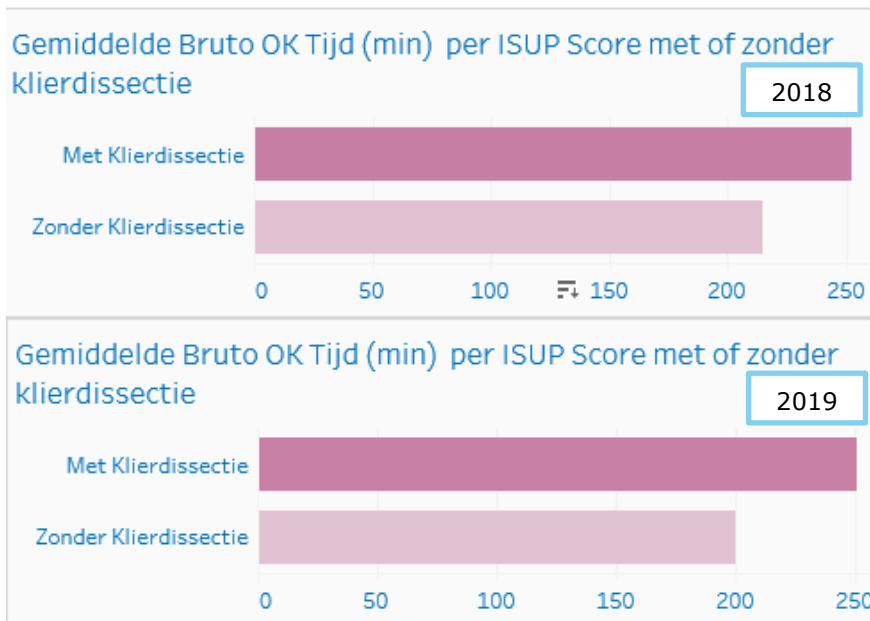
Het betreft de balans tussen enerzijds de uitkomsten van de zorg en anderzijds de kosten. Voor de uitkomsten zijn de resultaten van de PROMS en de klinische indicatoren (CROMS) gebruikt. Voor het kosten gedeelte zijn de belangrijkste kostendrijvers gebruikt. Dit zijn o.a. ligduur, operatietijd tumor met en zonder positieve klieren, aantal polikliniek bezoeken. Er is nog geen generieke indicator beschikbaar in de literatuur die de balans tussen uitkomsten en kosten (drijvers) op een goede wijze kan uitdrukken. Derhalve vindt bij de uitkomsten een beschrijvende vergelijking plaats.

### Uitkomsten

Afbeelding van het hoofdscherm dashboard waarde gedreven zorg prostaatcancer (operaties door middel van robotchirurgie).







### Verbeteracties en stand van zaken

- De afgelopen twee jaar zijn voor de prostaat oncologie dashboards ontwikkeld voor de resultaten van de PROMS, de PREMS, de CROMS (Clinical Reported Outcome Measures) en de kostendrijvers. Belangrijke stappen die hierbij zijn gezet betreffen o.a.:
  - Het juist definiëren van de indicatoren.
  - Het prioriteren ervan.
  - Het verzamelen en identificeren van de juiste onderliggende dat.
  - Het inrichten van dashboard zelf.
  - Het bewaken van de kwaliteit van de ingevoerde data.
- Doordat deze stappen, in overleg en consensus met betrokken disciplines, op een zorgvuldige wijze hebben plaats gevonden is er nu daadwerkelijk zicht op de balans tussen kosten en uitkomsten en de totale waarde voor de patiënt en de maatschappij. Daarbij is er nu een trend vergelijk tussen 2018 en 2019 beschikbaar.
- Uitbreiding van dezelfde registraties voor de andere tumorgroepen en de overige behandelmodaliteit van prostaat kanker (active surveillance, radiotherapie, hormonale therapie, chemotherapie of combinaties hiervan) in 2020.
- Samenwerking met OLV Ziekenhuis Aalst (België) voor benchmark van data.
- "Zorgtafel" overleg: bijeenkomsten met alle betrokken disciplines over effecten van eerdere verbeteracties en de resultaten op het totale dashboard. Indien van toepassing worden daarbij nieuwe verbeteracties afgesproken.

### Verbeterkracht: PDCA cyclus

Het ZIRE traject is voor de betrokken afdelingen een grote stimulans geweest om kwaliteit integraal te benaderen. Tegelijk met het invoeren van een zinvolle wijze van registreren is een set ontwikkelde om gedurende dit traject de kwaliteit van de zorgverlening te bewaken. Concreet betekent dit dat door het samenstellen van een krachtige kernset een betere balans ontstaan is tussen:

- Parameters op gebied van zorgproces, structuur van de organisatie en uitkomsten van de zorg.
- Uitkomsten zowel door klinische professionals (CROMS) als door patiënten (PROMS) gemeten.
- Uitkomsten gerelateerd aan de kosten van de zorg.

Deze werkwijze leidt tot een beter inzicht in de totale waarde van de zorg aan patiënten op de ZIRE afdelingen. Het lerend vermogen of met andere woorden de verbeterkracht van de organisatie en de medewerkers heeft gedurende het project steeds centraal gestaan. Zowel uit enkele specifieke indicatoren als uit het totaal van de resultaten blijkt dat dit leervermogen zich op de ZIRE afdeling eind 2019 op een uitstekend niveau bevindt. Bij 13 van de 15 indicatoren zijn effectieve verbeteracties. De overige 2 bevinden zich nog in de analyse fase. De lerende cultuur, bij elke uitkomst continu blijven kijken of er kan worden verbeterd en dit ook daadwerkelijk doen, is duidelijk aanwezig.

**Kernset kwaliteitsindicatoren afdeling Hematologie UMCG  
voor interne kwaliteitsverbeteringen en externe verantwoording**

**Rapportage 2017 tot en met 2019**



## **Inleiding**

De afdeling Hematologie van het UMCG is één van de focusgebieden van Experiment Zinvolle Registratie (ZIRE).

Op de afdeling Hematologie is in de periode 2017 tot en met 2019 een kernset van indicatoren voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg gebruikt. Over de uitkomsten van de kernset en de ingezette verbeteracties leggen we verantwoording af aan interne en externe toezichthouders met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) als centrale toezichthouder, en andere betrokkenen zoals de Raad van Bestuur en interne en externe auditoren. Met deze rapportage laten we zien dat de kwaliteit van de zorg niet achteruit gegaan is in de periode dat er minder werd geregistreerd.

De kernset van kwaliteitsindicatoren bevat indicatoren die van toegevoegde waarde zijn voor patiënten. De kernset is samengesteld door zorgprofessionals, patiënten, management en inhoudsdeskundigen op gebied van kwaliteit.

De IGJ-indicatoren hebben we alleen op (verpleegkundige) indicatie geregistreerd met toestemming van de IGJ. Door te werken met een kernset willen we de effectiviteit van onze kwaliteitsmetingen vergroten.

Deze kernset is meer gericht op de uitkomsten van de behandeling en de zorg en bevat de indicatoren die de afdeling Hematologie gebruikt om kwaliteit van zorg te verbeteren en verantwoording af te leggen. In deze rapportage worden de resultaten per kwadrant weergegeven.

In deze rapportage vindt u de uitkomsten van de 15 indicatoren in de kernset en de resultaten van een aantal verbeteracties. Door transparant te zijn over onze kwaliteitsverbetercyclus dragen we bij aan het leren en verbeteren in de regio en binnen de hematologische zorg in Nederland.

*September 2020*

**KERNSET indicatoren Hematologie UMCG**

Matrix indeling indicatoren

	<b>Organisatie (Structuur en proces)</b>	<b>Uitkomsten</b>
<b>Zorgverlener</b>	Minimale kwaliteitseisen	Behandeluitkomsten
<b>Patiënt</b>	Ervaren kwaliteit van zorg (PREMs)	Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (PROMs)

	<b>Organisatie (structuur en proces)</b>	<b>Uitkomsten</b>
<b>Zorgverlener</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitatie</li> <li>• JACIE -accreditatie</li> <li>• Veiligheidscultuur</li> <li>• Medewerkerstevredenheid</li> <li>• Teamklimaat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SMR</li> <li>• Complicaties: Centrale lijninfectie</li> <li>• Complicatie: Ondervoeding</li> <li>• Pijn (ervaren pijn en interventies)</li> <li>• Leren en verbeteren n.a.v. incidenten</li> </ul>
<b>Patiënt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiëntenervaringen</li> <li>• Klachten</li> <li>• Patiëntgerichte zorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kwaliteit van leven (PROMs)</li> <li>• O.b.v. ICF-kernset: familierelaties; stress en energie</li> </ul>

Gebruikte afkortingen: SMR= standardized mortality ratio; JACIE=Joint Accreditation Committee ISCT and EBMT (ISCT = international Society for Cellular Therapy/ EBMT = European Society for Blood and Marrow Transplantation); PROMs= Patient Reported Outcome Measures; ICF= International Classification of Functioning, Disability and Health.

## Kwadrant 1 Cultuur en organisatie van zorg

### 1. Visitaties

#### **Beschrijving indicator**

De visitatie vanuit de Nederlandse Internisten vereniging is een intercollegiale doorlichting van de organisatie van het zorgverleningsproces op locatie. Daartoe voert een aantal beroepsgenoten een onderzoek uit bij de afdeling Hematologie die de visitatie heeft aangevraagd en wordt beoordeeld of de zorgverlening in de betreffende praktijk volgens de geldende normen is georganiseerd.

#### **Uitkomsten**

De visitaties hebben in 2017, 2018 en 2019 plaatsgevonden. De visitaties zijn positief doorlopen.

#### **Verbeteracties en stand van zaken**

Bij een voorbereidende interne audit werd geconstateerd dat er sprake was van miscommunicatie in de coördinatie m.b.t. beenmergafname naar de OK. Naar aanleiding van de meldingen is het proces onder de loep genomen en zijn de meldingen uitgezocht. Hierbij bleek dat er onduidelijkheden in het protocol waren ten aanzien van de communicatie en coördinatie. Het protocol voor beenmergafname op de OK is herzien om de communicatie en coördinatie in EPIC te borgen. Het aangepaste protocol is in gebruik genomen en de implementatie is gemonitord. Sinds de implementatie van het aangepaste protocol zijn er geen meldingen meer van miscommunicatie of problemen tijdens deze procedure. Dit is ook geconstateerd in de opvolgaudit in 2020.

### 2. JACIE-accreditatie

#### **Beschrijving indicator**

JACIE is een accrediterende instantie die als doel heeft: “to promote quality medical and laboratory practice in hematopoietic progenitor cell transplantation and other therapies using cellular products. FACT-JACIE Standards (...) were developed by consensus from the medical literature and the contributions of experts in the field. The Standards apply to all phases of collection, processing, storage, and administration of cellular therapy products, including various manipulations such as removal or enrichment of various cell populations, expansion of hematopoietic cell populations, and cryopreservation.”

Daartoe wordt 1x per 4 jaar een meerdaagse audit gedaan en 1x per 2 jaar een ‘documentenaudit’.

#### **Uitkomsten**

In maart 2018 heeft de JACIE-accreditatie inspectie plaatsgevonden. De accreditatie is toegekend vanaf 21 mei 2019 voor een periode van 4 jaar.

De opmerkingen/ bevindingen van de commissie moeten in het geval van de JACIE accreditatie worden opgelost, ingevoerd en met bewijsstukken worden aangeleverd voor het certificaat wordt toegekend.

#### **Verbeteracties en stand van zaken**

Een verbetermaatregel uit de accreditatie van 2018 is de invoering van de REDCAP database (2019) om de data-integriteit beter te borgen. Deze REDCAP database is in 2019 ingevoerd en er is een datamanager aan toegewezen.

### 3. Veiligheidscultuur, 4. Medewerkerstevredenheid en 5. Teamklimaat

#### Beschrijving indicatoren

De *veiligheidscultuur* wordt mede in kaart gebracht door veiligheidsrondes door de RvB.

*Teamklimaat*: Het functioneren/samenwerken van een team gemeten met een teamklimaat-vragenlijst: de "Team Climate Inventory" (TCI). De TCI meet het teamklimaat op basis van vier dimensies: ervaren veiligheid voor participatie, ondersteuning bij innovatie, visie en taakgerichtheid.

*Medewerkerstevredenheid*: Het medewerkersonderzoek geeft zicht op o.a. het functioneren/samenwerken van een team, de rol van leiderschap, de ontwikkelmogelijkheden van medewerkers, de motivatie van medewerkers en de totale tevredenheid over het werk en de organisatie. Het vindt gemiddeld 1x per drie jaar plaats. Op elke dimensie zijn resultaten beschikbaar.

Deze 3 indicatoren zijn heel nauw met elkaar verweven en worden daarom in gezamenlijkheid geanalyseerd en besproken.

#### Uitkomsten

Veiligheidscultuur, medewerkerstevredenheid en teamklimaat zijn onderdeel van diverse visitaties en audits. Op die manier worden de indicatoren in de loop der jaren continu gemonitord en worden verbeteracties ondernomen indien dit nodig of gewenst is.

Op basis van feedback uit audits m.b.t. veiligheidscultuur en teamklimaat:

- Het management van de afdeling wordt breed gedragen. Het MT bestaat uit alle hoofden, de QM, de manager bedrijfsvoering en het hoofd van de afdeling. Het MT is dus voor alle medewerkers laagdrempelig benaderbaar. *'De afdeling heeft dual management met chef de clinique en zij zijn onderdeel van het MT van de afdeling Hematologie' (veiligheidsronde RvB)*
- *'Gezamenlijke verantwoordelijkheid draagt bij aan optimalisatie van zorg en ontwikkeling van medewerkers' (audit Hematon)*
- *'The inspection of the clinical transplantation programme of the UMC Groningen showed a team of professionals (medical staff, physicians in training, nursing staff, quality and data managers), committed to the programme and keen on improving the already present high standard of care.'* (JACIE inspectie)

In het UMCG is overgestapt op een nieuwe vorm van medewerkerstevredenheid meting. Dit gebeurt in een zogeheten 'medewerkersdialoog'. In september 2018 is een medewerkersdialoog als instrument gebruikt. Dit leverde voor de afdeling onderstaande resultaten op.

UMCG Medewerkersdialoog – CCC - E2VA		Gemiddelde score per vraag
1	In hoeverre ben je tevreden over je werkzaamheden binnen het UMCG?	8,6
2	In hoeverre ben je tevreden over de omstandigheden waaronder je je werk doet?	6,4
3	In hoeverre ben je tevreden over je collega's?	8,3
4	In hoeverre ben je tevreden over je leidinggevende?	9,4
5	In hoeverre ben je tevreden over het UMCG als organisatie?	9,4
6	In hoeverre ben je tevreden over jouw ontwikkelingsmogelijkheden binnen het UMCG?	8,6
7	In hoeverre ben je tevreden over de kwaliteit van patiëntenzorg in jouw team of op jouw afdeling?	6,7
8	In hoeverre ben je tevreden over de efficiency van bedrijfsprocessen in jouw team of op jouw afdeling?	6,9
9	In hoeverre ben je tevreden, alles overziend, over het werken bij het UMCG?	9,2

(\* De gemiddelde score per vraag wordt berekend door per antwoordcategorie een wegingsfactor toe te passen. (ontevreden = 0 , enigszins ontevreden = 2,5 , etc. tot tevreden = 10) Vervolgens wordt het gewogen gemiddelde van alle scores per vraag berekend. Deze methode is conform het voorgaande Medewerker Onderzoek.

Overall zijn de resultaten uit deze scores heel positief; gemiddeld totaal een ruime 8. Opvallend is dat de tevredenheid over de kwaliteit van de patiëntenzorg met een 6,7 en de tevredenheid met de efficiency van bedrijfsprocessen met een 6,9 ruimte bieden voor verbetering.

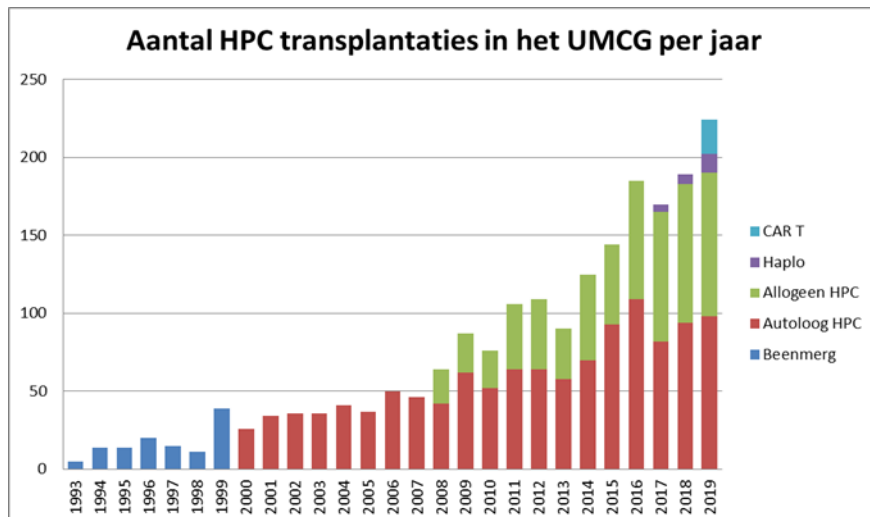
### **Verbeteracties en stand van zaken**

Om de door medewerkers ervaren kwaliteit van zorg verder te verbeteren is een aantal, met elkaar samenhangende, verbeterprojecten opgepakt. Een van de verbeteringen die zijn uitgevoerd is het versterken van de rol van verpleegkundigen. Hierbij is ingezet op het opleiden van verpleegkundigen om het gesprek met de patiënt over ervaren last en functioneren aan te gaan en daar dan ook vroegtijdig op in te kunnen spelen. De werkwijze die gehanteerd is tijdens de proeftuin heeft de verpleegkundigen tools en taal gegeven om meer invulling te geven aan de regierol.

Doordat veiligheidscultuur, medewerkerstevredenheid en teamklimaat onderdeel zijn geweest van de veiligheidsronde, de visitatie door Hematon en de hercertificering van het Hemofilie Behandel Centrum (HBC) en de ISO audit door DNV zijn de elementen opgenomen in de standaard kwaliteitcyclus van de afdeling en blijven de verbetermaatregelen vervolgd worden. Daarmee zijn de verbetermaatregelen geborgd en niet eenmalig of incidenteel. Er is sprake van een continue PDCA-verbetercyclus.

## **Kwadrant 2 Uitkomsten van zorg**

In het UMCG zien we de laatste jaren een sterke groei in aantallen HPC transplantatie. In onderstaande tabel wordt ook duidelijk dat telkens nieuwe vormen van transplantatie worden toegepast. In 2019 is gestart met CAR T. Daarnaast is duidelijk dat het totaal aantal transplantaties stijgt.



## 6. SMR

### **Beschrijving indicator**

Het aantal patiënten overleden in het ziekenhuis ten opzichte van het verwachte aantal in het ziekenhuis overleden op basis van een voorspellend model waarin wordt gecorrigeerd voor de ernst van de ziekte (DHD model).

### **Uitkomsten**

De SMR drukken we uit in de TRM (transplant-related mortality) en moet geïnterpreteerd worden in het licht van de ontwikkelingen van de diverse typen HPC transplantaties. Er zijn nieuwe indicaties, studies en transplantaties bij patiënten met hogere comorbiditeitsscore (CAR T).

Uit de IKNL registraties blijkt dat de afdeling veelal boven het landelijk gemiddelde scoort.

De getransplanteerde patiënten worden langdurig gevolgd, waardoor we ook TRM na 2 jaar in kaart kunnen brengen.

Autoloog	2017	2018	2019
totaal	82	90	98
TRM	3	1	1
%	3,7%	1,1 %	1%
Allogeen	2017	2018	2019
totaal	80	88	102
TRM	7	13	17
%	8,8%	14,8%	16,7%
recidief	7	2	4
Cum. overleden tot 12/2019	14	15	21

### **Verbeteracties en stand van zaken**

De cijfers worden eens per 3 maanden geëvalueerd zodat eventuele veranderingen snel kunnen worden geanalyseerd en waar nodig procedures en SOP's (standard operating procedures) worden aangepast. Deze aanpassingen kunnen hele verschillende zaken betreffen; variërend van een wijziging van een telefoonnummer tot aanpassing van medicatie.

## 7. Lijnsepsis

### **Beschrijving indicator**

Volgens PREZIES (PREventie van ZIEkenhuisinfecties door Surveillance) richtlijnenpercentage:

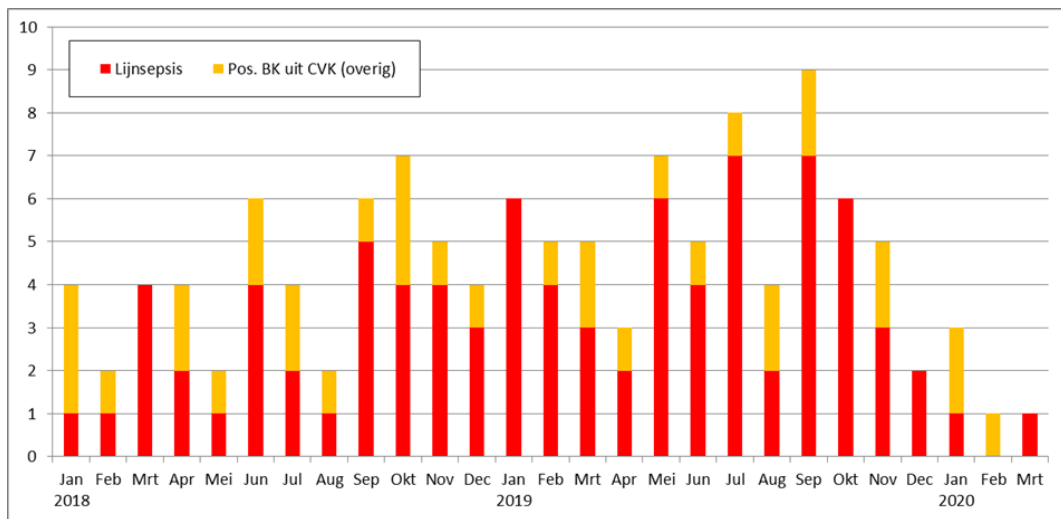
- patiënten met een lijnsepsis
- percentage lijnen met een lijnsepsis
- het verwachte percentage lijnen met een lijnsepsis, gecorrigeerd voor risicofactor(en)
- incidentie lijnsepsis per 1000 lijndagen
- de verwachte incidentie lijnsepsis per 1000 lijndagen, gecorrigeerd voor risicofactor(en)

### **Uitkomsten**

In de onderstaande tabel is het totaal aantal positieve kweken weergegeven. Deze kweken kunnen worden onderscheiden in kweken die vallen onder de PREZIES norm, het aantal lijnsepsis volgens



deze richtlijn (in rood aangegeven) en het aantal positieve bloedkweken uit de centraal veneuze katheter per 1000 lijndagen in geel. De weergave is pas sinds 2018 beschikbaar.



### Verbeteracties en stand van zaken

Ieder maand ontvangt de afdeling een overzicht van het aantal lijnsepsis die worden gedeeld in het verpleegkundig team en de resultaten en eventuele te nemen verbeteracties worden besproken in het managementteam.

De afdeling heeft veel aandacht gehad voor het aantal lijnsepsis dat veel te hoog was ten opzichte van de landelijke normen. Er is een intensief verbetertraject opgestart met o.a.:

- analyse van het primair proces van indicatie en inbrengen tot verwijdering scholing evaluatie van de gebruikte materialen
- transparantie over resultaten lijnsepsis op een verbeterbord
- ingezette acties op verbeterbord

Dit verbetertraject heeft geleid tot een nieuwe werkwijze en we zien dat de cijfers sinds eind 2019 binnen de landelijke normen (3 per 1000 lijndagen) blijven.

## 8. Ondervoeding

### Beschrijving indicator

Het aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitname op de vierde opnamedag tegen het aantal op dag vijf opgenomen ernstig ondervoede volwassen patiënten.

### Uitkomsten

In onderstaande tabel is het aantal patiënten aangegeven waarbij een verhoogd risico op ondervoeding is geregistreerd.

IGJ screening op ondervoeding bij aantal in de kliniek opgenomen patiënten	2017	2018	2019
UMCG B4VA	0	0	188
UMCG D1VA	10	175	108
UMCG DB CCC	0	8	6
UMCG E2VA	63	546	499

In onderstaande tabel is het percentage per score aangegeven. In 2019 scoorde 67% van de gescreende patiënten een MUST score van 0. Bij 66% van de patiënten is de diëtist in consult geweest. **Het vermoeden bestaat dat** de vroege interventie heeft geleid tot lagere MUST scores maar dat kan nog niet met zekerheid uit deze cijfers worden afgeleid.

MUST score	2017	2018	2019
0	niet in EPIC	69%	67%
1		13%	17%
2		10%	9%
3		5%	5%
4		2%	1%
5		1%	1%
dietist i.c.	niet in EPIC	61%	66%
geen interventie		39%	34%

### **Verbeteracties en stand van zaken**

Voeding is een belangrijk onderwerp op de afdeling Hematologie. Door de behandeling en medicatie krijgen patiënten vaak last van hun mond en voelen zich misselijk, waardoor eten niet prettig is. Vragen naar en observeren van eetlust is onderdeel van de basiszorg. Patiënten worden tijdens de chemokuur 2x per dag gewogen. Bij verminderde eetlust wordt de diëtist geconsulteerd. De diëtist is dagelijks op de verpleegafdeling voor laagdrempelige adviezen.

Sinds kort kunnen we via EPIC per patiënt het verloop van het gewicht en daaraan koppelen of er een consult van de diëtist heeft plaatsgevonden. Op die manier hebben we een beter overzicht over het verloop van het gewicht van de patiënten rekening houdend met het uitgangsgewicht dan wanneer alleen een MUST score wordt aangehouden. Daardoor kunnen we ook sneller en gerichter interventies inzetten op wijzigingen in gewicht.

## **9. Pijn**

### **Beschrijving indicator**

Pijn (scores) en ondernomen interventies

### **Uitkomsten**

In onderstaande tabel zijn de resultaten van de pijnmetingen weergegeven. In oktober 2017 is gestart met deze weergave.

We zien dat het totaal aantal geregistreerde metingen in 2019 duidelijk is afgenomen t.o.v. 2018. Dit kan verklaard worden als resultaat van ZIRE; als een patiënt geen pijn ervaart wordt deze niet geregistreerd. We zien ook dat de ingezette interventies beter zijn: het percentage patiënten dat binnen 24 uur van een score groter dan 5 naar kleiner dan 5 gaat is groter geworden.

Pijnmetingen	Okt – dec 2017	2018	2019
totaal metingen	1364	5234	2976
metingen <5	1254	4008	2092
metingen >5	216	1226	890
>5- <5/24h	107	1124	803
	8%	21%	27%

### Verbeteracties en stand van zaken

Pijn uitvragen is standaard onderdeel van goede zorg leveren. De belangrijkste oorzaak van pijn is mucositis door Melfalan, een cytostaticum met als bijwerking een slijmvliesontsteking. Hiervoor is een standaard pijnbestrijdingsprotocol in gebruik. Dit protocol houdt in dat je snel opschaalt van pillen naar een morfinepomp en dat het spijsverteringskanaal wordt ontzien door parenterale voeding. De afgelopen jaren zijn we nog meer aandacht gaan besteden aan pijnbestrijding, o.a. door meer actief te monitoren. We zien dat dit tot zichtbare verbetering van de pijnbestrijding leidt.

## 10. Leren en verbeteren n.a.v. incidenten

### Beschrijving indicator

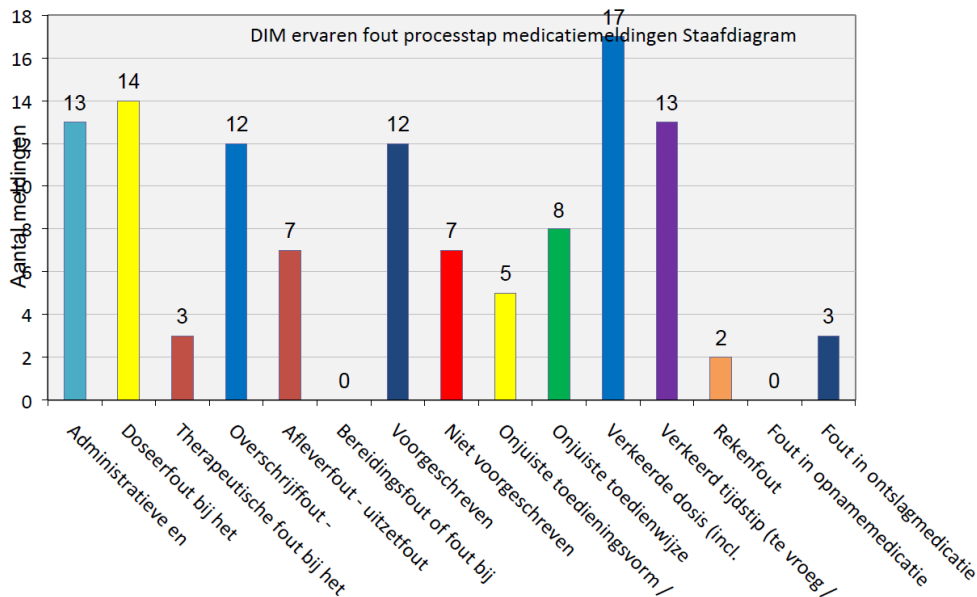
Inzage in jaarplannen en geanonimiseerde 3 maandelijkse (trend)rapportages. Verbeterpunten worden geformuleerd op basis van een selectie van resultaten uit de outcomebesprekingen en de ernstige incidenten afkomstig uit de calamiteitenanalyse, incidentmeldingen en complicatiebesprekingen.

### Uitkomsten

Gebleken is dat incidenten rondom medicatie het belangrijkste deel van de incidentmeldingen omvatten. We zien ondertussen ook dat het aantal high risk medicatietoedieningen de afgelopen jaren fors is toegenomen.

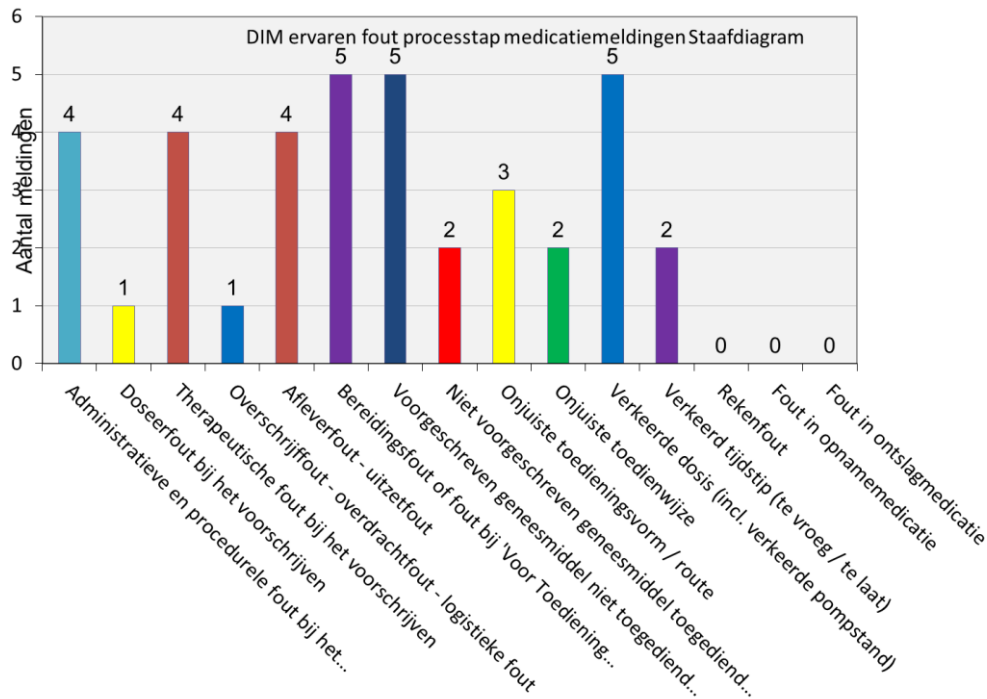
### Verbeteracties en stand van zaken

Medicatiefouten bleken in relatie te staan tot de inrichting van de cytostaticavoorschrijfmodule BEACON. Er is gewerkt aan het verbeteren van deze module en de verbeterde versie van BEACON is in oktober 2019 geïmplementeerd.



Figuur: Aantal meldingen per processtap in de periode van oktober 2018 tot mei 2019

Na implementatie van BEACON (oktober 2019) is opnieuw gekeken naar het aantal meldingen per processtap. We zien dat het aantal medicatiefouten over de gehele linie is afgenomen na de implementatie van BEACON, zoals we kunnen zien in onderstaande figuur dat het aantal meldingen per processtap in de periode van oktober 2019 tot mei 2020 weergeeft.



De implementatie van BEACON heeft geleid tot een duidelijke verbetering, in een periode waarin high risk medicatie enorm is toegenomen.

## Kwadrant 3 Patiënt gerapporteerde ervaringen

### 11. Patiëntgerichte zorg

#### Beschrijving indicator

De focus is op het leveren van patiëntgerichte zorg. Dit betekent o.a. dat de zorg wordt geleverd op basis van preferenties en waarden van patiënt en familie en dat patiënten en hun families onderdeel zijn van het zorgteam en een rol spelen op in de besluitvorming op patiënt- en systeemniveau. De aanwezigheid van familieleden wordt dan ook aangemoedigd en gefaciliteerd en informatie wordt volledig en tijdig gedeeld met patiënt en familie zodat e geïnformeerde besluiten kunnen nemen.

Concreet betekent dit dat de patiënt wordt betrokken in keuzes in zijn behandeltraject, patiënt rapporteert of keuzes in de zorg in lijn met zijn/haar waarden hebben plaatsgevonden.

#### Aanpak en uitkomsten

Patiëntgerichte zorg is een nieuwe indicator.

De afdeling heeft ervoor gekozen om een combinatie te maken van verschillende verbetertrajecten. Het voordeel van deze aanpak is dat er een geïntegreerde werkwijze ontstaat. Het nadeel ervan is dat de successen niet eenduidig aan een van de onderdelen toe te schrijven zijn.

De studies met ICF zijn input geweest voor de nieuwe kernset in experiment ZIRE.

In het kader van de MBO/HBO proeftuinen is er voor gekozen om de HBO/ regieverpleegkundigen de z.g. ICF gesprekken te laten voeren. Tijdens de proeftuin bleek dat de werkwijze van de verpleegkundigen erg verschillend en er niet een duidelijk beeld zou ontstaan. Om een eenduidige werkwijze te creëren zijn de ICF categorieën aan de verplichte LAST meter gekoppeld. Vervolgens is de LAST meter

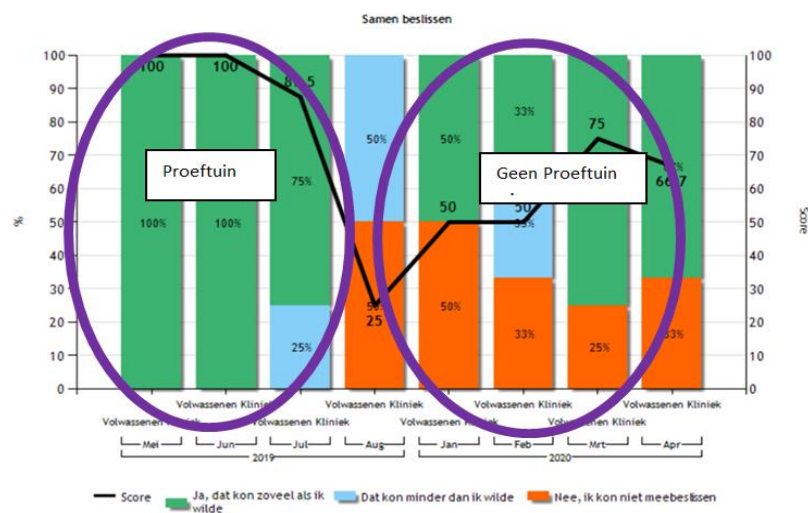


ingebouwd in het EPD en daardoor kon inhoud worden gegeven aan de patiënt gerelateerde uitkomsten.

### Verpleegkundige visite

Door minder te registreren (ZIRE) kwam er ruimte vrij om het functioneren van de patiënt goed te volgen. De afdeling hematologie kon daardoor starten met een verpleegkundige visite. Verpleegkundigen volgen zo het dagelijks functioneren van de patiënt en de zorgen die hij daarover heeft. Op basis daarvan betrekken we andere professionals bij de zorg en krijgt de patiënt invloed op de behandeling en meer regie over zijn of haar leven ondanks de ziekte. Samen beslissen is een indicator in de PEM.

De intensieve verpleegkundige visite liep als proeftuin in de periode mei tot en met juli 2019. In onderstaande figuur zien we duidelijk dat de patiënten in deze periode hebben ervaren dat zij daadwerkelijk konden meebeslissen over hun behandeling. In een vergelijkbaar lange periode daarna (jan.-mrt. 2020) is nogmaals gekeken naar de resultaten op basis van patiëntervaringen met betrekking tot meer eigen regie en inspraak. We zien een aanzienlijk verschil, waarbij de patiënten in de proeftuin aanzienlijk hogere waardering geven dan de andere patiënten.



## 12. Klachten

### Beschrijving indicator

De aard van klachten en daaruit afgeleide verbeterpunten en -acties.

### Uitkomsten

Het aantal klachten is de afgelopen jaren:

2017: 3

2018: 2

2019: 1

De klachten komen vooral voort uit communicatieproblemen.

### Verbeteracties en stand van zaken

Klachten worden uitgebreid besproken met de patiënten en naasten daarna volgt een rapportage voor de patiënt, de familie, het UMCG en eventueel andere instanties. Op basis van de klachten worden passende verbeteracties in gang gezet.

We gaan niet op de inhoud van de klachten in omdat die heel specifiek en situatie-gebonden zijn.

### 13. Patiëntervaringen

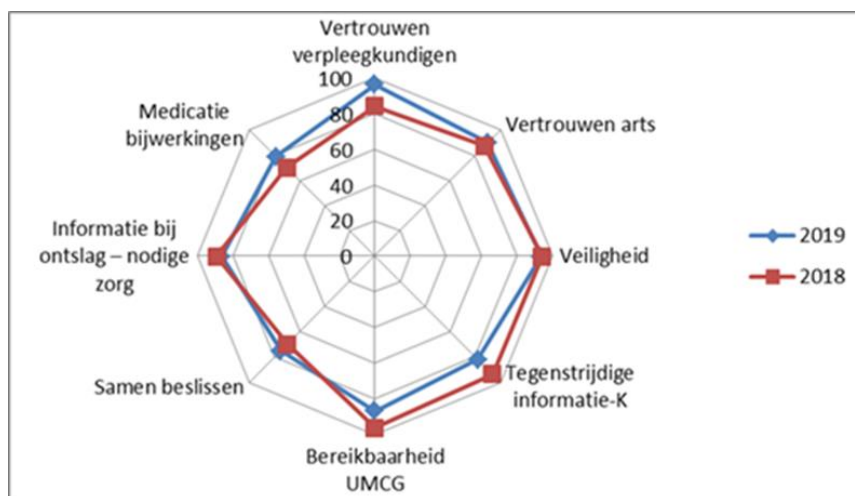
#### **Beschrijving indicator**

Ervaringen van patiënten worden in kaart gebracht m.b.v. de patiënt-enquête voor Hematologie patiënten en de CQI-vragenlijst naar de ervaringen van patiënten ten aanzien van onder andere bejegening, informatievoorziening, communicatie, opvang en begeleiding, privacy. Ervaringen en verbeterpunten voor kwaliteitsverbeteringen van patiënten over hun opname.

#### **Uitkomsten**

Tijdens het experiment is het UMCG overgegaan van de CQ index als meetinstrument naar de PEM. Vanwege deze overgang is er tijdelijk geen meting van patiëntervaringen geweest.

In onderstaande figuur is weergegeven wat de algemene scores op de verschillende onderdelen zijn geweest tijdens het experiment ZIRE.

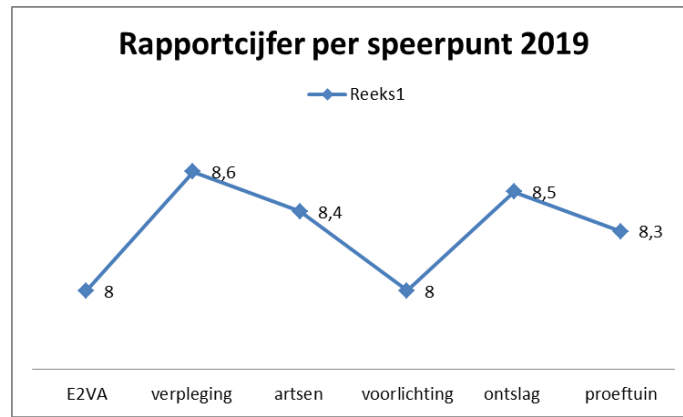


We zien dat het vertrouwen in verpleegkundigen is gegroeid en ook op samen beslissen wordt over het hele jaar genomen een iets hogere score gegeven. In de bespreking bij patiëntgerichte zorg lieten we zien dat patiënten in de proeftuin op samen beslissen hoger scoorden dan patiënten die niet in de proeftuin zaten. In deze PEM meting is de totale groep patiënten ook buiten de proeftuin periode meegenomen.

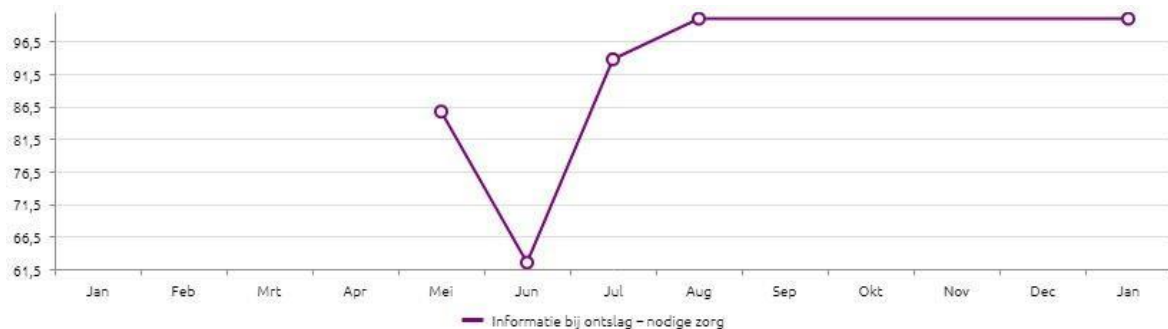
#### **Verbeteracties en stand van zaken**

Een verbeterpunt dat uit deze rapportage naar voren komt is de tegenstrijdige informatie in de keten. Momenteel wordt dit punt nader geanalyseerd.

De afdeling maakt een A3 jaarplan waarin de ervaringen van patiënten worden meegenomen en kiest een aantal speerpunten. In de ontslaggesprekken wordt de patiënten ook gevraagd naar hun ervaringen met betrekking tot de speerpunten in het beleid: de afdeling, de verpleging, de artsen, de voorlichting, de ontslagprocedure en de proeftuin. Zie de grafiek hieronder voor het resultaat 2019.



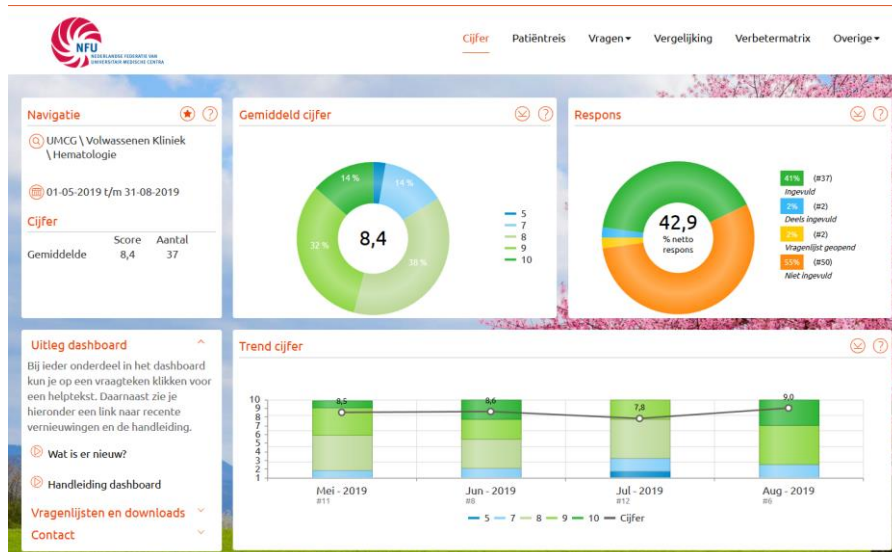
Uit eerdere CQ metingen bleek dat er nog verbetering mogelijk was op het gebied van de ontslagplanning en de informatie die daarbij gegeven werd. Om dit te bereiken is veel aandacht geweest voor communicatie met de patiënt door verbetering van de ontslaggesprekken en onderzoeken naar de beste manier van voorlichting met betrekking tot behandelingen en ingrepen. De patiënttevredenheid laat zien dat patiënten deze verandering hoog waarderen.



Periode: 2019-01-01 - 2020-01-01

Selectie: Ziekenhuis > UMCG | Vragenlijst > Volwassenen Kliniek | Specialisme > Hematologie

De afdeling Hematologie in het UMCG kan sinds 2020 in de dashboardtool van de NFU, die is gebaseerd op de resultaten uit de PEM (onderstaande figuur) per jaar en per onderdeel inzicht geven in welke doelgroepen welke scores geven, zodat in het beleid gericht kan worden op specifieke groepen.



## Kwadrant 4 Patiëntgerapporteerde Uitkomsten

### 14 -15 Functioneren op basis van de ICF-kernset

#### **Beschrijving indicatoren**

Kwaliteit van leven: De langetermijneffecten van behandeling op de afdeling Hematologie op de kwaliteit van leven van patiënten; vragenlijst naar het functioneren van ex-patiënten op fysiek, psychisch en sociaal gebied. Er wordt gebruik gemaakt van de EORTC-30 vragenlijst .

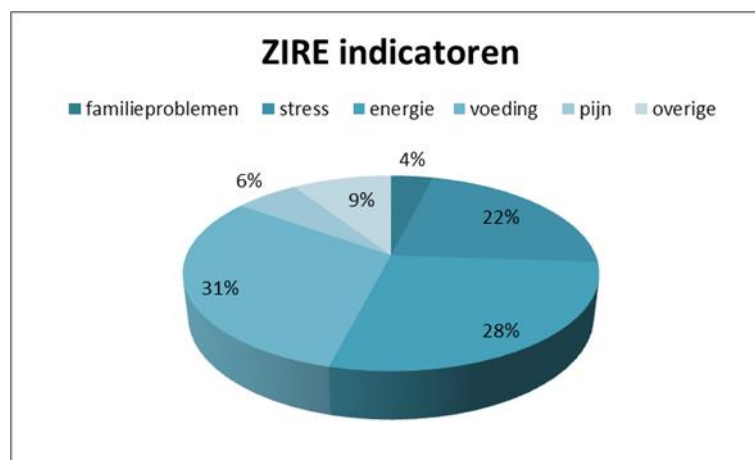
Functioneren obv ICF-kernset: In het bijzonder wordt gekeken naar de impact van ziekte en behandeling op het functioneren m.b.t. energie (ervaren door de patiënt) en in familierelaties en het omgaan met stress. Deze indicatoren zijn nieuw.

#### **Aanpak en uitkomsten**

De patiënt wil blijven leven met een goede kwaliteit van leven. De afdeling Hematologie richt zich daarom op het ICF-model (International Classification of Functioning, Disability and Health), waarmee het menselijk functioneren wordt gevolgd. Samen met patiënten zijn we gekomen tot parameters die er voor hen toe doen; op basis van een Delphi studie zijn de belangrijkste factoren voor functioneren na een stamceltransplantatie vastgesteld. Deze factoren zijn het uitgangspunt geweest voor kwadrant 4 in de kernset.

Om naast de ziekte ook het functioneren van de patiënt in kaart te brengen heeft de afdeling ervoor gekozen om de ICF onderwerpen in de LAST meter te laten scoren.

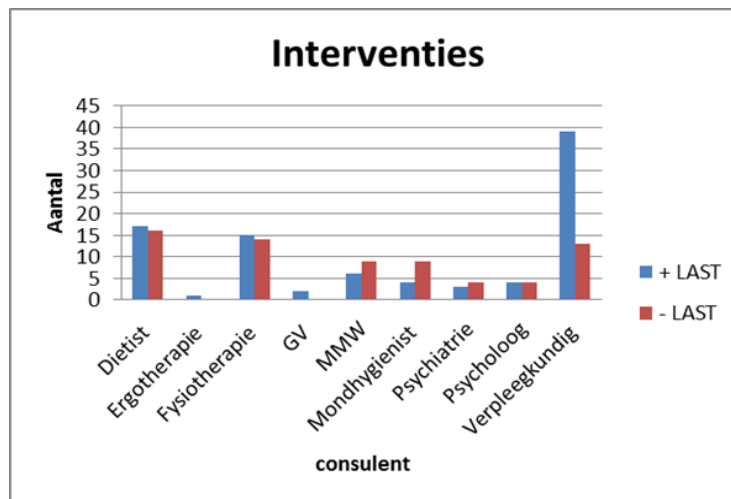
De resultaten bevestigen de eerdere onderzoeksresultaten waar het gaat om de prioritering van de onderwerpen. In de onderstaande figuur is het percentage geregistreerde items aangegeven.



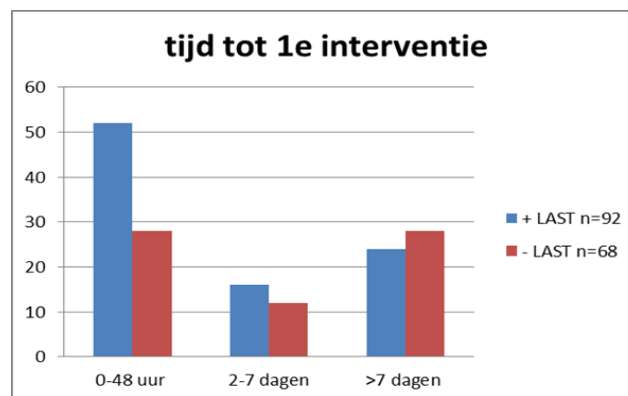
Op basis van de gesprekken tussen verpleegkundigen en patiënt over het functioneren van de patiënt komen eventuele problematieken naar voren waar al tijdig een interventie op gezet kan worden.

Onderstaande figuur laat zien dat tijdens de proeftuin het aantal geregistreerde verpleegkundige interventies is toegenomen. Opvallend is dat het aantal geregistreerde verpleegkundige interventies naar aanleiding van de uitkomst van de LAST meting sterk toenam waarbij de verpleegkundigen meer problemen oplossen waarvoor eerder andere disciplines werden geconsulteerd.





Doordat de verpleegkundigen interventies oppakt naar aanleiding van het gesprek over functioneren aan de hand van de LAST meting, zien we ook dat de tijd tot de eerste interventie aanzienlijk wordt verkort. Zie onderstaande figuur.



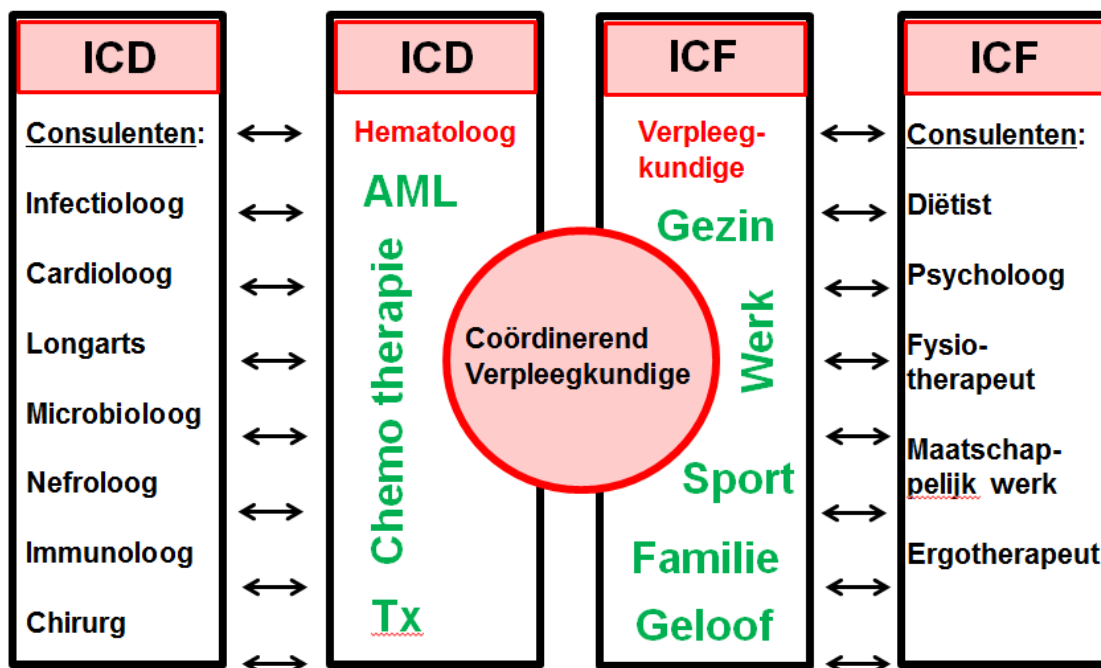
### Conclusie:

De afdeling hematologie heeft deelgenomen aan het ZIRE project. Belangrijke reden voor ons om mee te doen was dat we vonden dat we zinvoller kwaliteitsparameters moesten gaan registreren. Op onze afdeling moesten we, bij start van het ZIRE project, van 1500 kwaliteitsindicatoren informatie aanleveren bij kwaliteit-uitvragers. We hadden op dat moment niet duidelijk hoe het registreren van al deze parameters de kwaliteit van onze zorg en de patiënt ten goede kwamen.

Deelname aan het ZIRE project heeft ons veel bewustwording opgeleverd over registratie van kwaliteitsindicatoren. We hebben ons actief beziggehouden met de volgende vragen: 1) moeten we echt zoveel parameters meten om te garanderen dat patiënten langer leven met goede kwaliteit van leven?; 2) doen we ook wat met de informatie die we krijgen, of registreren we voor het registreren; 3) is er op de werkvloer voldoende betrokkenheid bij het onderwerp kwaliteitsregistratie?

Het ZIRE project heeft ons aangezet na te denken wat zinvol registreren is. Wat helpt de patiënt. Teneinde dit verder vorm te geven hebben we op onze afdeling een belangrijk focus gelegd op functioneren (gedefinieerd volgens de International Classification of Functioning (ICF)). Dit is ook ingegeven door de definitie van gezondheid van Machteld Huber: je bent gezond als je kunt functioneren (dus niet simpel de afwezigheid van ziekte). Wat bepaalt het functioneren? Hoe kunnen we inzicht krijgen in het functioneren? Hoe kunnen we acteren op verminderd functioneren op

bepaalde domeinen. Dit heeft geleid in een nieuwe set kwaliteitsindicatoren (ongeveer 100) die ook specifiek worden uitgevraagd door verpleegkundigen die hierin getraind zijn. Dus niet vragen “hoe is het met u?”, maar “wat is belangrijk voor u?”. Deze focus op ICF, naast de focus op ziekte, met de nieuwe kwaliteitsindicatoren (geënt op functioneren) heeft ertoe geleid dat patiënten zich veel beter gehoord voelen in het besluitvormingsproces rond hun ziekte (meer regie ervaren) en dat de waardering van de patiënt voor de zorg op de afdeling is toegenomen. Tevens heeft dit geleid tot een duidelijker positionering van de verpleegkundige in de dagelijkse zorg voor de patiënt. Hieronder staat schematisch weergegeven hoe wij zorg op onze afdeling nu zien.



Ten tijde van het ZIRE project is bij ons tevens EPIC ingevoerd. Hierdoor is het registreren van een groot aantal kwaliteitsparameters geautomatiseerd. Door de nieuwe set kwaliteitscriteria (ICF geïnspireerd) zijn we echter meer gaan registreren. We doen dit echter centraal (in het EPD) en gedeeltelijk geautomatiseerd. Omdat de verpleegkundigen nu vinden dat ze zinnigere dingen registreren is de werklust van het registreren afgenomen.

Concluderend, de afdeling hematologie van het UMCG is anders, zinniger!, gaan registreren. Naast de standaard registraties (grotendeels verplichte items in kader van VMS thema's) zijn we gaan registreren wat we als professionals in overleg met patiënten belangrijk vonden. Wij hebben hierdoor een grote kwaliteitsslag kunnen maken.

## Bijlage 4 Evaluatie opzet ZIRE bij kwetsbare ouderen UMCG

De belangrijkste belemmeringen bij de implementatie van de kernset ZIRE bij kwetsbare ouderen zijn de invoering van het nieuw EPD en het ontbreken van direct klinisch leiderschap. We zullen deze hier kort toelichten.

### Klinisch leiderschap

De klinisch leider (trekker) op het thema kwetsbare ouderen vanaf voorbereiding van het experiment is gestart als enthousiast trekker met een focus op gebruik van patiëntdata uit Seniorlines en verbeteren van kwaliteit van zorg voor kwetsbare ouderen patiënten.

De kernset ZIRE kwetsbare ouderen is in de voorbereidingsfase door de klinisch leider opgesteld, mede op basis van informatie van patiënten (via Seniorlines) en van zorgverleners (via de nulmeting door een onderzoeker). De kernset is echter niet afgestemd en/of opgesteld met betrokken collega's op de werkvloer die uiteindelijk verantwoordelijk zouden zijn voor de uitvoering.

De klinisch leider had geen directe leiderschapsrol bij de verpleegafdelingen waar ZIRE zou gaan lopen en nam ook geen rol in het verder bespreken, opzetten van het experiment met betrokken afdelingshoofden en/of hoofd verpleegkundigen. Als gevolg hiervan voelden de HV's van de gekozen afdelingen zich geen eigenaar; ze hadden in het voortraject en bij de voorbereiding geen invloed gehad op het traject en kregen de kernset opgelegd.

Daarnaast konden HV's zich veelal niet vinden in het 'loslaten' van registraties omdat zij vinden dat veel nieuwe jonge verpleegkundigen vinken juist nodig hebben om te leren.

### Invoering nieuw EPD

De invoering van het nieuw EPD viel samen met de start van experiment ZIRE. De invoering EPD vroeg veel van de zorgverleners en leverde ook in eerste instantie onduidelijkheid op over de stand van zaken ten aanzien van registratielast. In de opstartfase van ZIRE was er sprake van een positieve wisselwerking: HV's kregen meer zicht op de werkwijze EPD en hoe de stappen in het behandel/verpleegproces achter de schermen in het EPD gekoppeld waren. De betrokken EPD-deskundigen waren hier zeer behulpzaam bij.

- *Benodigde aanpassingen in EPD* om gedurende experiment ZIRE sommige registraties niet te hoeven aanvinken konden niet worden gerealiseerd; ondanks bemoeienis van Directeur Patiëntenzorg konden benodigde wijzigingen niet met voorrang verwerkt worden. .
- *Data uit Seniorlines* t.b.v. meten PROMs kon niet realtime gekoppeld worden aan EPD.
- *Registratielastvermindering verpleegkundige indicatoren door EPD* gerealiseerd. De eerder ervaren registratielast bij deze indicatoren werd veroorzaakt door dubbele en handmatige registraties. Door gebruik van het nieuw EPD kunnen registraties efficiënter ingezet worden. De gewenste registratielastvermindering kon dus niet meer ingezet worden als effect van ZIRE.
- Er is *angst voor consequenties in budget* bij afnemende registratie. Registraties in het EPD zijn achter de schermen gekoppeld aan boekhoudkundige registraties mede m.b.t. aantallen handelingen, inzet uren. Zaken niet registreren in het EPD voelt als bedreigend.

## Bijlage 5 Gesprekshandleiding interviews en observaties inventarisatie kwaliteitsregistraties

Uitvraag naar objectieve en subjectieve registratielasten

- Kun je laten zien wat jij (of anderen) zoal registreert in het EPD of op andere plaatsen?
- Vervolgens lijst voorleggen van reeds geïnventariseerde parameters/indicatoren en vragen of er gegevens ontbreken
- Wie zijn de uitvragers? [per kwaliteitsparameters uitvragen]
- Wat is het primaire doel van de uitvraag?
- Waarvoor wordt de informatie gebruikt? [per kwaliteitsparameters uitvragen]
- Wat wordt er gedaan met de huidige set van kwaliteitsinformatie?
- Welke kwaliteitsparameters gebruik je voor het verbeteren van de patiëntenzorg?
- Welke parameters gebruik je niet voor kwaliteitsverbeteringen en patiëntenzorg en vind je niet relevant?
- Welke vind je relevant, maar worden door tijdgebrek niet gebruikt?
- Welke kwaliteitsverbeterinterventies voer je uit op basis van kwaliteitsmetingen?
- Wat zijn uw ervaringen m.b.t. tot het registreren van kwaliteitsindicatoren?
  - o Wat zijn de positieve aspecten van registreren volgens u? [voorbeelden vragen]
  - o Wat zijn negatieve aspecten van registreren volgens u? [voorbeelden vragen]
  - o Wat vindt u lastig aan/bij het registreren van kwaliteitsparameters? [voorbeelden vragen]
  - o Wat vindt u gemakkelijk?
  - o Stimuleert het registreren van kwaliteitsparameters kwaliteitsverbeteringen op uw afdeling? [voorbeelden vragen]
  - o Draagt het registreren van kwaliteitsindicatoren volgens u bij aan betere/veiligere zorg? [voorbeelden vragen]
  - o Sluiten de kwaliteitsregistratie aan bij de informatiebehoeften van patiënten?
- Ervaart u registratielasten? Kunt u voorbeelden noemen?
  - o Bij welk deel van het registratieproces ervaart u de meeste lasten?
  - o Wat zijn belemmerende factoren waarom kwaliteitsparameters niet worden gebruikt?

## Bijlage 6 Vermindering registratielast per focusgebied

Uitvragende partijen	Intensive Care Unit				Oncologisch centrum				Afdeling Hematologie				Geen vrije ruimte
	Aantal indicatoren in 2017	In kernset	Vrijstelling*	Anders registreren**	Aantal indicatoren in 2017	In kernset	Vrijstelling	Anders registreren**	Aantal indicatoren in 2017	In kernset	Vrijstelling	Anders registreren**	
<b>Overheid</b>													
IGJ	11	0	11		19	4	7	8	12	2	4	6	
Transparantiekalender Zorginstituut	8	0	7	1	12	2	0	10					
<b>Accreditatie</b>													
NIAZ					1	1							
JCI	6	0	3	3									
JACIE									1	1			
<b>Verzekeraars</b>					1	1							
<b>Wetenschappelijke verenigingen</b>													
Kwaliteitsvisitatie Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC)	1	1											
Kwaliteitsvisitatie Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)					1	1							
Kwaliteitsvisitatie Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVH)					1	1							
Kwaliteitsvisitatie Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)									1	1			
Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS)					32			32	1			1	
Klankbordgroep verwijzers									1				1
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)									2	1		1	
<b>Medische registraties</b>													
Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE) registratie	20	2	14	3									
NVIC kwaliteitsindicatoren	8	1	5	2									
NVU database prosectomie					12	4		8					
Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL)					12			12					
Dutch Upper GI Cancer Audit (DUCA)					8	3		5					
Dutch ColoRectal Audit (DCRA)					10	2		8					

Registraties voor het NIV									3	1			2
European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT) database									3			3	
<b>Patientverenigingen/keurmerken</b>													
Keurmerk senior vriendelijk ziekenhuis					1			Gestopt in 2019					
Normen Stomavereniging aan de stomazorg in het ziekenhuis					1			Gestopt in 2019					
HEMATON keurmerk									14			14	
<b>Raad van Bestuur/interne verplichtingen</b>	20	2	11	7	16	10		6	28	3	5	14	4
<b>Afdelingsbeleid</b>	28	10	10	9					14	6	0	4	4
<b>Totaal</b>	102 (100%)	16 (16%)	61 (60%)	25 (24%)	138	30*** (24%)	7 (5%)	101 (81%)	80	15 (19%)	9 (12%)	43 (55%)	11 (14%)

\*Of rebelleren/niet aanleveren zonder toestemming daarvoor

\*\* EPD aanpassing of door anderen registreren

\*\*\*In de kernset van Rijnstate zitten 16 indicatoren. Omdat een aantal indicatoren door meerdere partijen worden uitgevraagd (o.a. positief snijvlak en gecompliceerd beloop) is het aantal indicatoren in de kernset in deze tabel hoger

## Bijlage 7 Gesprekshandleiding interviews procesevaluatie

### VOORSTELLEN

Kort over uzelf, hoelang in functie, hoelang op afdeling?

### OPENINGSVRAAG

1. Wat is ZIRE volgens u?

### INTRODUCTIEVRAAG

2. Wat ziet u als uw rol bij ZIRE?
3. Wat waren vooraf uw verwachtingen van ZIRE?

### TRANSITIEVRAAG

4. Kunt u iets vertellen over uw ervaringen met ZIRE tot nu toe?
5. Bent u tevreden over ZIRE? *Principes, uitvoering* (Waarom wel/niet?)

### KERNVRAGEN

#### Meedoen met ZIRE [specifieke vragen voor de Raden van Bestuur]

1. Wie heeft ZIRE geïnitieerd?
2. Wat waren redenen vanuit bestuurlijk perspectief om mee te doen aan ZIRE?
3. Hoe stonden interne partijen daartegenover?
4. Hoe stonden externe partijen daartegenover?
5. Hoe verliep de interactie met deze partijen? *Intern en extern*

#### Vormgeving [specifieke vragen voor uitvragende partijen waaraan vrijstelling is gevraagd]

1. Heeft u vrijstelling gegeven voor bepaalde kwaliteitsmetingen?
  - a. Hoe is dit proces verlopen?
  - b. Heeft u zelf een rol gehad in het selecteren van deze kwaliteitsmetingen?
  - c. Waarom heeft u gekozen voor deze kwaliteitsmetingen?
  - d. Hoe heeft u dit ervaren?
2. Heeft u voor enkele kwaliteitsmetingen geen vrijstelling gegeven?
  - a. Wat maakt het lastig om vrijstelling te geven?
    - i. *Welke dilemma's komen hierbij kijken?*

#### Vormgeving [specifieke vragen voor de Raden van Bestuur]

1. Welke rol heeft u gespeeld in het verkrijgen van vrijstelling van externe partijen?
  - a. Hoe is dit proces verlopen?
  - b. Wat zou u nu anders doen in dat proces?
2. Heeft u vrijstelling gegeven voor bepaalde interne kwaliteitsmetingen?
  - a. Wat waren redenen om dit wel/niet te doen
  - b. Wat maakt het lastig om vrijstelling te geven of niet?
    - i. *Welke dilemma's komen hierbij kijken?*
  - c. Heeft u op een andere manier kunnen bijdragen aan het creëren van vrije ruimte? (bijv door niet-zorgverleners te laten registreren)
  - d. Hoe is dit proces verlopen?

- e. Heeft u zelf een rol gehad in het selecteren van deze kwaliteitsmetingen?

### **Vormgeving**

- 6. Ik heb begrepen dat de afdeling vrijstelling heeft gekregen voor bepaalde registraties.
  - a. Hoe is de transitie verlopen (van alle kwaliteitsmetingen registreren naar het registreren van de kernset)?
  - b. Hoeveel van deze kwaliteitsindicatoren zijn ook daadwerkelijk niet geregistreerd?
    - i. Waarom worden die nog geregistreerd?
  - c. Is het EPD-systeem aangepast op deze vrijstelling?
- 7. Ik heb begrepen dat anderen dan direct betrokken zorgverleners indicatoren registreren. Klopt dat?
  - a. Hoe is dat verlopen?
- 8. Is het registratieproces efficiënter ingericht?
  - a. Zo nee, hoe komt dat?
  - b. Hoe is dat verlopen?
- 9. Zijn er nog andere veranderingen geweest in de uitvoering van kwaliteitsmetingen tijdens ZIRE?

### **Autonomie**

- 10. Hebben medewerkers de ruimte gekregen om invulling te geven aan ZIRE? *Bijv. bij kernset*
- 11. Is er (inhoudelijke) bemoeienis geweest van hogerhand?

### **Autonomie [specifieke vragen voor de Raden van Bestuur]**

- 1. Hoe ervaart u als bestuurder het feit dat er minder geregistreerd wordt en u meer vertrouwen moet hebben in de zorgverleners?
  - a. Speelt het risico op mogelijke wanpraktijken/laksheid mee bij beslissingen rondom ZIRE?
- 2. Hoe verloopt de interactie met de werkvloer?

### **Afdeling**

- 12. Heeft u het idee dat het leeft op de afdeling?
- 13. Hoe verliep de interactie binnen ZIRE?
- 14. Is er een leider die de afdeling begeleidt in het proces?
  - a. Met genoeg overzicht, tijd, betrokkenheid, kennis, passende interactie?
- 15. Past ZIRE binnen de cultuur op de afdeling?
  - a. *Kan me voorstellen dat het goed past bij: is er doorgaans veel aandacht voor kwaliteitsverbetering? Aversie tegen verantwoording/afvinken? Initiatiefnemende groep? (Geen) behoefte aan structuur?*
  - b. Evt.: is het een heel andere werkwijze of compatibel met bestaande routines?
- 16. Zijn er op de afdeling de vaardigheden om ZIRE goed uit te kunnen voeren? *Bijv. kennis van ZIRE, kennis van kwaliteitsverbetering, daadkracht om dingen op te pakken, goede omgang en taakverdeling.*

### **Omgeving**

- 17. Zijn er regels of afspraken die ZIRE beïnvloeden? *Uitvoering, vormgeving*



- a. Zouden deze idealiter moeten worden aangepast? Lukte dat? Waarom wel/niet?

### **Uitvoering**

18. Krijgt ZIRE veel aandacht en tijd?
19. Lopen er andere zaken doorheen? Beïnvloedt dat ZIRE? Wat krijgt prioriteit?
20. Hebben jullie de middelen om ZIRE uit te voeren? (*bijv. op gebied van technische capaciteit of HR*)
21. Zijn er veranderingen geweest in hoe het EPD wordt gebruikt voor kwaliteitsmetingen?
  - a. Hoe beïnvloeden die veranderingen het registratieproces?
  - b. Zou het idealiter verder aangepast moeten worden?
    - i. Waarom gebeurt dat niet?

### **Afsluiting**

22. Wat is volgens u, van alle dingen die we besproken hebben, het meest belangrijk/invloedrijk?
23. Heeft u ideeën over hoe het ZIRE-experiment verbeterd zou kunnen worden?
24. Zijn er nog relevante zaken die niet aan bod zijn geweest?