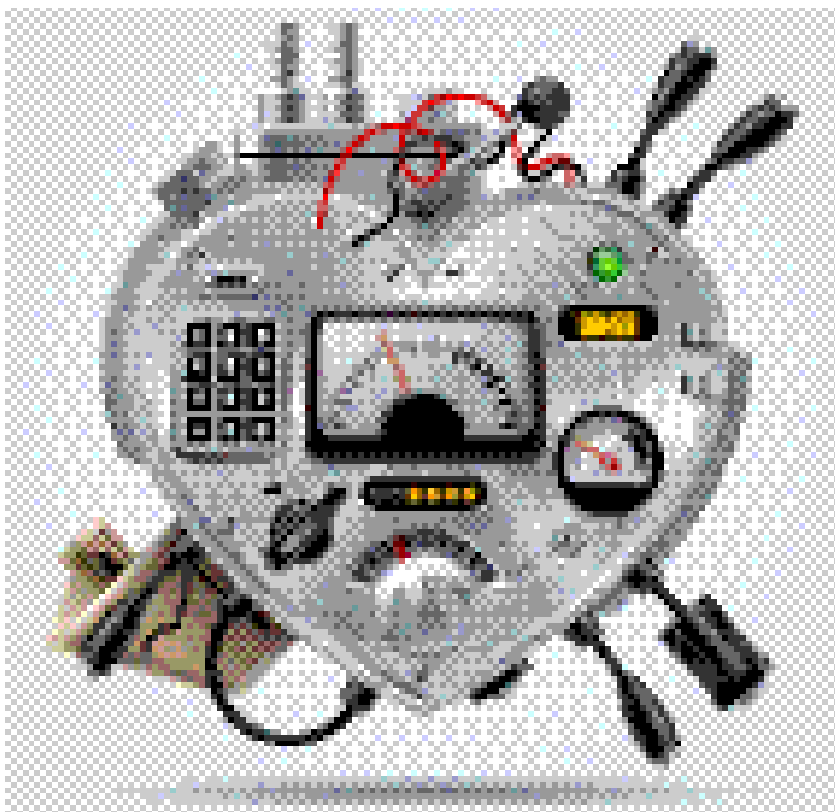


Dashboards voor kwaliteit en veiligheid in ziekenhuizen

Ontwikkeling is een uitdaging

Externe partijen vragen in toenemende mate om inzicht en transparantie over de kwaliteit van zorg voor het uitvoeren van hun controlerende taak. Zorgprofessionals hebben behoefte aan cijfers over de geleverde zorg- en dienstverlening, zodat zij kunnen verbeteren. Wetenschappelijke verenigingen stimuleren het opzetten van ziektebeeld gebonden registraties. Al deze verzamelde informatie kunnen instellingen ook gebruiken voor interne sturing op basis van een kwaliteitsdashboard.

A.M. Weggelaar, D.S.E. Broekharst, M.C. de Bruijne



In één oogopslag de hartslag van de organisatie vangen met dashboards.

Een dashboard geeft in één oogopslag een beeld van de belangrijkste thema's met onderliggende indicatoren voor kwaliteit en veiligheid in een ziekenhuis. Bijvoorbeeld het thema verpleegkundige kwaliteit bestaande uit indicatoren voor decubitus, ondervoeding, pijn en vallen. De respondenten maken vaak een vergelijking met een vliegtuigcockpit of een autodashboard. Slechts een beperkt aantal ziekenhuizen maakt dashboards met behulp van softwaretools. De meeste ziekenhuizen gebruiken handmatig gemaakte powerpoints, rapporten, posters of whiteboards. Het gebruik van softwaretools is beperkt, omdat de automatische ontsluiting van data uit bijvoorbeeld EPD's nog in de kinderschoenen staat.

Zes functies

Dashboards vervullen intern zes functies: signalering, kwaliteitsverbetering, verantwoording, dialoog, benchmarking en controle.

1. **Signalering:** Dashboards worden gebruikt voor het tijdig waarnemen van kwaliteitsaspecten die aandacht verdienen, bijvoorbeeld doordat aspecten afwijken van de afgesproken norm of een dalende trend laten zien. Een aantal ziekenhuizen gebruikt het dashboard ook om zicht te krijgen op de mate waarin de strategische doelstellingen uit bijvoorbeeld de meerjaren-strategie of jaarplan worden behaald.
2. **Kwaliteitsverbetering:** De kwaliteitsdata op dashboards wordt gebruikt voor het analyseren van kwaliteitsprestaties en het vaststellen van eventuele verbeterinitiatieven.
3. **Verantwoording:** Met behulp van de kwaliteitsdata van het dashboard wordt verantwoording afgelegd aan hoger management,

- Raad van Toezicht, Cliëntenraad of externen.
4. **Dialoge:** Dashboards ondersteunen de informele of formele dialoog. Dit draagt bij aan de gezamenlijke betekenisgeving over de geleverde kwaliteit van zorg en stimuleert het brainstormen over mogelijke verbeteringen. Bijvoorbeeld doordat het dashboard wordt besproken op vergaderingen met de Cliëntenraad of in kwartaalgesprekken met verantwoordelijk management.
 5. **Benchmarking:** Dashboards worden gebruikt voor het vergelijken van uitkomsten tussen patiëntengroepen, tussen afdelingen en tussen ziekenhuizen. Het doel is leren van de 'beste'. Maar ook het bevorderen van positieve competitie wordt in ziekenhuizen gebruikt.
 6. **Controle:** Dashboards worden ook gebruikt voor het controleren en valideren van gegevens die intern worden gebruikt en extern worden aangeleverd. Verder worden dashboards gebruikt om de borging van bereikte kwaliteitsverbetering te controleren.

Op basis van een dashboard worden soms ook ranglijsten gemaakt. Respondenten vinden dit echter niet behulpzaam, omdat dit vooral leidt tot 'gaming', oneerlijke rapportage van de data. Bovendien levert dit soort ranglijsten vaak veel zinloze discussies op, omdat ranglijsten onvoldoende rekening houden met context en (patiënt)variabelen en daardoor ongelijke vergelijkingen worden gemaakt.

Inhoud en vormgeving van een dashboard

De inhoud en omvang van een dashboard verschilt per ziekenhuis.

Dashboards bestaan vooral uit structuur- en procesindicatoren, omdat veel dashboards ingericht zijn op basis van de externe verantwoordingsindicatoren. In alle ziekenhuizen zijn de VMS-thema's dominant aanwezig op de dashboards. Alle ziekenhuizen zijn aan het nadenken over de mogelijkheid om meer uitkomstindicatoren te registreren. Bijvoorbeeld de hoogte van de gemeten pijnscore, in plaats van het registreren van het percentage patiënten waaraan een pijnscore is gevraagd. Dashboards bevatten geen indicatoren die laten zien of medewerkers actie ondernamen bij een slechte score. Bijvoorbeeld: krijgen patiënten zo nodig medicatie bij een hoge pijnscore (werkplek/niveau) of wordt het pijnprotocol aangepast als meer dan 75% van de patiënten een hoge pijnscore heeft. We adviseren om meer aandacht te hebben voor dit soort indicatoren, die wij in het onderzoek interventie-indicatoren noemen. De huidige ziekenhuisdashboards bevatten voor-

Ontwikkelstappen van Dashboard



al kwantitatieve informatie, parameters die in maat en getal uit te drukken zijn. Slechts in twee ziekenhuizen troffen we ook meer kwalitatieve data uit tracers/audits of verbeterinitiatieven aan op het dashboard. Daarnaast worden externe registraties rondom ziektebeelden of behandelingen maar heel beperkt opgenomen in het ziekenhuis-dashboard. Ook 'soft signs' staan nog nauwelijks op de dashboard. Soft signs zijn sig-

Ontwikkelstappen.

De auteurs geven een workshop over dashboards: KiZ-congres - 2 november!

nalen over de kwaliteit die niet in maat en getal zijn uit te drukken, bijvoorbeeld opmerkingen van patiënten verzameld via kaarten.

De meeste dashboards bevatten tekstuele toe-

Het onderzoek

In het najaar van 2016 voerden we in het kader van het Citrien programma 'Sturen op kwaliteit' (1) een onderzoek uit in 12 Nederlandse ziekenhuizen naar dashboards. In alle acht academische, twee topklinische en twee algemene ziekenhuizen voerden we semi-gestructureerde groepsinterviews op basis van een vooraf opgestelde topic lijst. In 10 ziekenhuizen werden twee groepsinterviews gehouden met 60 respondenten. Eén groepsinterview met management (Raad van Bestuur, Stafconvent / Stafbestuur, Verpleegkundige Advies Raad en een manager en lid van de 'stuurgroep' kwaliteit) en één met ondersteuners (medewerkers van het centrale 'stafbureau' kwaliteit, decentraal werkende kwaliteitsfunctionaris, Business Intelligence en/of medewerker vanuit ICT betrokken bij de inrichting van kwaliteitsinformatie op een dashboard). Daarnaast werden voorbeelden van dashboards uit de ziekenhuizen verzameld. Alle transcripten werden open en axiaal gecodeerd. In dit artikel delen we de belangrijkste inzichten en 'best practices'.

lichting over de indicatoren, zoals definitie van de teller en noemer. Het gebruiken van tekst op het dashboard voor een toelichting op de scores verschilt per ziekenhuis. Er zijn ziekenhuizen die geen of minimale tekst op het dashboard hebben, omdat zij het belangrijk vinden dat gebruikers zelf betekenis geven aan de kwaliteitsinformatie. Voor het bespreken hebben zij overlegvormen ingericht. Er zijn ook ziekenhuizen die verklarende tekst onderdeel maken van het dashboard, waarin de resultaten worden uitgelegd en soms ook de voorgenomen verbeteracties. In een aantal ziekenhuizen maakt het verantwoordelijke management deze teksten en in andere ziekenhuizen medewerkers van de afdeling kwaliteit en veiligheid. In twee ziekenhuizen zagen we ook waarschuwende teksten op het dashboard. De teksten worden gemaakt door de kwaliteitsafdeling en geven aan welke indicatoren aandacht nodig hebben. Deze ziekenhuizen stellen dat managers en zorgprofessionals niet de tijd hebben om uitgebreid de gegevens op het dashboard te interpreteren en op de resultaten te reflecteren. Zij helpen met de waarschuwende teksten om snel de aandacht op de juiste plek te krijgen.

De meeste ziekenhuizen presenteren procesindicatoren en soms uitkomstindicatoren met behulp van verschillende soorten grafieken. Veel ziekenhuizen laten trendrapportages over een bepaalde periode zien, zodat je verbetering over de tijd kunt zien. Daarnaast gebruiken ziekenhuizen vergelijkende rapportages, waarbij je kunt zien hoe goed je scoort ten opzichte van anderen, zoals andere afdelingen of andere ziekenhuizen. We zien een opmars van infographics, waarbij de data wordt gepresenteerd met behulp van plaatjes, zoals stoplichten, duimpjes, pijltjes, smileys en thermometers. Een van de ziekenhuizen is aan het experimenteren met de vormgeving. Zij merkten dat het demotiverend werkt als je lang in het rood staat en je veel moeite hebt om het een beetje beter te gaan doen. Daarom kiezen zij voor neutrale kleuren en grafieken waarop je beter ziet dat je kleine vooruitgang maakt, doordat ze de schaling van de grafiek aanpassen. Bij het integraal sturen op kwaliteit is informatie uit de andere domeinen ook relevant. Zo geeft ziekteverzuim een signaal over de cultuur op een afdeling. Hoewel het management deze informatie wel naast elkaar legt, treffen we nog geen structurele koppeling aan tussen het kwaliteitsdashboard en dashboards voor bijvoorbeeld HR, financiën, marketing.

Gebruikers van een dashboard

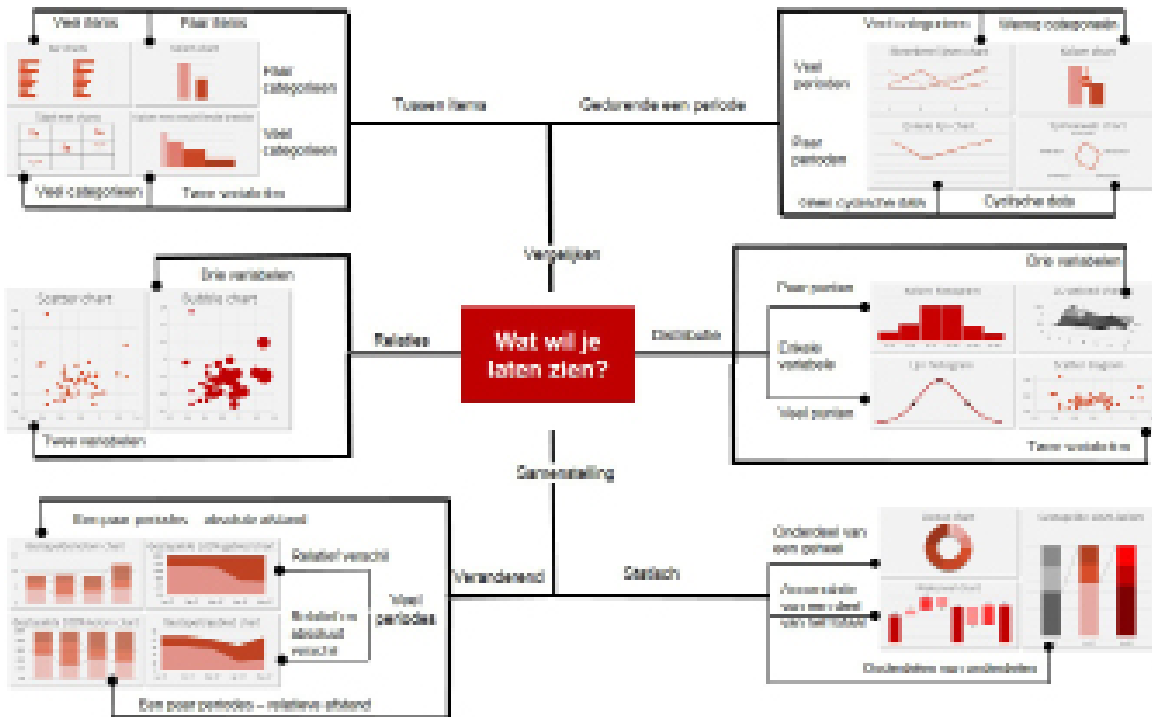
De meeste ziekenhuizen werken op dit moment met één ziekenhuisbreed ingericht dashboard. Uit ons onderzoek komt echter naar voren dat toezichthouders, raad van bestuur, topmanagement, werkplekmanagement en zorgprofessionals andere behoeftes hebben voor de inhoud en vormgeving van het dashboard. Op afdelings- of werkplekniveau is men vaak geïnteresseerd in gedetailleerde klinische proces- en uitkomstvariabelen behorende bij een specifieke patiëntenpopulatie. Dit heeft tot gevolg dat de verschillende disciplines (medisch specialisten, verpleegkundigen, fysiotherapeuten enzovoorts) en vakgebieden (zoals urologie, anesthesiologie enzovoorts) andere indicatoren relevant vinden. Terwijl op het niveau van de raad van bestuur meer interesse is in indicatoren voor externe verantwoording en indicatoren die laten zien of het strategische beleid geïmplementeerd wordt.

Wij concluderen dat het streven naar één dashboard dat te downdrillen is tot op patiënt- en medewerkersniveau, eigenlijk niet past bij die verschillende behoeften. Wij bevelen daarom aan verschillende dashboards in te richten passend bij de behoeften en verschillende functies die het dashboard voor hen moet vervullen. Vanzelfsprekend kunnen die dashboards wel gebruik maken van dezelfde data. Het ontwikkelen van een dashboard kost veel tijd en energie, waardoor het verstandig is om keuzes te maken in de aanpak van het ontwikkelproces.

Ontwikkeling van een dashboard

Uit ons onderzoek blijkt dat de ontwikkeling van dashboards in verschillende fases gaat.

- **Fase 1:** inventariseren van beschikbare data. In beeld brengen wat al wordt gemeten en wat externe instanties aan kwaliteitsdata uitvragen. Een beperkt aantal ziekenhuizen inventariseert ook wat de verschillende stakeholders zinvolle data vinden, zoals cliëntenraad, raad van toezicht, verantwoordelijk management, voorzitters van commissies, enzovoorts. Ingewikkelde vraag in deze fase is de scope van deze inventarisatie te bepalen, als gevolg van de grote hoeveelheid interne en externe stakeholders. Daarnaast om te komen tot één set van indicatoren die relevant is voor iedereen, gezien de verschillende wensen en behoeftes.
- **Fase 2:** de betrouwbaarheid en validiteit van kwaliteitsdata. Verschillende gebruiksgroepen binnen het ziekenhuis discussiëren over definities, tellers en noemers om te registreren én normen voor relevante indicatoren. Verder worden in deze fase databronsystemen kloppend gemaakt en



Welke data kun je op welke manier tonen.

registratiemethoden aangepast. Het belangrijkste proces in deze fase is om met elkaar overeenstemming te krijgen over het 'goed genoeg' meten van de kwaliteit en de minimale norm die behaald moet worden. Het actief betrekken van zorgprofessionals in deze fase zorgt voor een positief effect op een betrouwbare registratie (daadwerkelijk gaan registreren), de acceptatie van de data (we vinden het betrouwbaar en betekenisvol) en het gebruik van dashboards (we willen verbeteren, monitoren, verantwoorden op basis hiervan).

- **Fase 3:** de vormgeving van het dashboard. De gebruiksvriendelijkheid, leesbaarheid en samenhang op het dashboard wordt verbeterd, zodat de verschillende gebruikers ondersteund worden. Ziekenhuizen gaan beter nadenken over welke soort visualisatie van de data (bijvoorbeeld soort grafiek, plaatje of infographic) goed te begrijpen is voor de gebruikers van het dashboard en experimenteren met kleuren en schaling van grafieken.
- **Fase 4:** de inrichting van ondersteunende systemen. De automatisering van dataregistratie krijgt aandacht zodat éénmalige registratie aan de bron mogelijk is. Daarnaast worden overlegstructuren ingericht om de inhoud van het dashboard te bespreken. Doel van de overlegstructuren is de indicatoren betekenis te geven en verbetermogelijkheden te exploreren. Dit kan bijvoor-

beeld in kwartaalgesprekken tussen raad van bestuur en topmanagement.

We onderscheiden twee perspectieven voor het werken met dashboards. Het epidemiologische perspectief, waarbij de data kwantitatief geanalyseerd en geïnterpreteerd worden om te begrijpen waarom al dan niet aan de normen wordt voldaan. Daarnaast het veranderkundige perspectief, waarbij mensen op basis van thema's en onderliggende indicatoren op het dashboard, de gewenste verbetering aansturen of aanjagen. We adviseren om op alle niveaus beide perspectieven in te richten.

- **Fase 5:** flexibiliseren van het dashboard. Het creëren van samenhang tussen verschillende interne (P&O, financiën) en externe dataregistraties, zoals DICA, NICE of LNR. Daarnaast zien we dat ziekenhuizen aan de slag gaan om kwalitatieve data toe te voegen aan hun dashboard, bijvoorbeeld aandachtspunten uit audits en tracers en klachteninhoud. Het in samenhang bekijken van verschillende databronnen wordt steeds belangrijker om meer zicht te krijgen op kwaliteit en veiligheid van zorg. Verder worden er in deze fase meer indicatoren voor proactief sturen aan het dashboard toegevoegd en gaan ziekenhuizen actief aan de slag met het kunnen variëren met de data op het dashboard; daarmee worden de dashboards meer flexibel. De discussie vindt dan plaats over wat er komende tijd een prominentere

plek moet krijgen, zodat medewerkers getriggerd worden actief aan de slag gaan met verbeteractiviteiten.

Deze vijf fasen worden niet in alle ziekenhuizen in precies dezelfde volgorde doorlopen. Soms zijn onderdelen van een fase al eerder gerealiseerd, omdat bijvoorbeeld de implementatie van Lean-borden al eerder plaats vond. Of moeten ziekenhuizen een fase (deels) overdoen, omdat er toch geen overeenstemming is of niet iedereen betrokken was.

We concluderen dat door de implementatie van een nieuw EPD de ontwikkeling van dashboard(s) weer bij fase 1 start. Opvallend vinden we dat de betrokkenheid van de kwaliteitsafdeling en de gereserveerde middelen (mankracht en financiën) voor de implementatie van een dashboard in samenhang met een nieuw EPD erg beperkt is.

Rollen ten aanzien van dashboards

Afhankelijk van de organisatiestructuur en ingeregelde governance rondom kwaliteit (2) zijn er drie structuren te onderscheiden voor de verdeling van de beslismacht over het dashboard. In een aantal ziekenhuizen heeft vooral het management de leidende rol in het vormgeven van het dashboard. In deze ziekenhuizen gaat men er vanuit dat het management het beste weet welke indicatoren nodig zijn om effectief te kunnen sturen op de geleverde kwaliteit. Gevolg is dat de dashboards veel indicatoren bevatten die voor managers relevant zijn en minder geschikt zijn voor sturing van zorgprofessionals in de primaire processen. De tweede structuur leunt vooral op zorgprofessionals. In deze ziekenhuizen is de beslismacht bij de zorgprofessionals gelegd, omdat het leveren van kwaliteitszorg plaatsvindt in de primaire zorgprocessen. Medici, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals weten welke indicatoren van belang zijn voor het krijgen van inzicht de kwaliteit van hun werk. In deze ziekenhuizen is de wens meer real-time informatie beschikbaar te krijgen op het dashboard erg aanwezig. De derde structuur is gebaseerd op beslissingsmacht bij ondersteuners. In deze ziekenhuizen maken kwaliteitsfunctionarissen en medewerkers van business intelligence beslissingen over het dashboard. Argumentatie is dat zij expertise bezitten op het gebied van kwaliteitseisen (van externen), kwaliteitsnormen, kwaliteitswetten en ontwikkeling op het gebied van kwaliteit en veiligheid. De meeste ziekenhuizen kiezen voor de derde structuur op dit moment: de centrale kwaliteitsafdeling is een belangrijke bepaler van de inhoud en de vorm-

geving van het dashboard.

In de meeste ziekenhuizen is er discussie over wie verantwoordelijk is voor (het organiseren van) de duiding: is dit het management of de (decentrale) kwaliteitsfunctionarissen. In met name de algemene ziekenhuizen is men van mening dat de kwaliteitsfunctionaris hiertoe beter in staat is, vanwege zijn/haar specifieke vaardigheden en expertise om data te analyseren. Alle respondenten vinden dat de eindverantwoordelijkheid voor de inhoud en het sturen met het dashboard ligt bij het management op zowel organisatie-eenheid als ziekenhuis niveau. Het is volgens de decentraal werkende kwaliteitsfunctionarissen een wankel evenwicht. Als zij te veel ondersteunen en faciliteren wordt het eigenaarschap bij het management minder. Managers sturen dan alleen nog op de aanwijzingen van de kwaliteitsfunctionaris en kijken onvoldoende naar hun dashboard. Wij concluderen dat er nog veel winst te behalen is als kwaliteitsfunctionarissen meer in gesprek gaan met professionals en management over de relevante parameters en bijbehorende indicatoren, als zij het sturen op kwaliteit willen bevorderen. En veel meer investeren in het inrichten van ondersteunende systemen van betekenisgeving, waarbij zowel de epidemiologische als veranderkundige kant aandacht krijgt.

Voor het volledige rapport en een korte film zie: <http://www.nfukwaliteit.nl/programmas/sturen-op-kwaliteit#/project-0-2>

In verkorte vorm werd dit artikel eerder gepubliceerd in BoardRoom ZORG nr. 4 – 2017.

Literatuur

- (1) Het doel van het programma Sturen op Kwaliteit is het verbeteren van de kwaliteit van zorg, door het hebben en gebruiken van adequate kwaliteitsinformatie door de Raad van Bestuur. Het programma wordt uitgevoerd onder leiding van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg. Het programma wordt gefinancierd door het Citrienfonds. Dit fonds helpt duurzame en breed inzetbare oplossingen in de gezondheidszorg te ontwikkelen en is mogelijk gemaakt door Zon-Mw.
- (2) Weggelaar, Wagner, Bal, De Bruijn. Structuur organisatie is bepalend: kwaliteitsverbetering opleidingsziekenhuis blijft maatwerk, *BoardRoom Zorg*, maart 2015, p. 236-239.

Informatie over de auteurs

Dr. Anne Marie Weggelaar MCM en **Damien Broekharst MSc** van Erasmus Universiteit Rotterdam - Erasmus School Health Policy Management. **Dr. Martine de Bruijne MD** van afdeling Sociale Geneeskunde VU medisch centrum, Amsterdam Public Health research institute.

e-mail contactpersoon: annemarie@weggelaar.com