

# De waarde van kwaliteitsregistraties voor leren en verbeteren

OPTIMAAL GEBRUIK VAN UITKOMSTINFORMATIE  
UIT DE DUTCH COLORECTAL AUDIT



## VERSIE

28 november 2023

## INITIATIEF



## IN SAMENWERKING MET



## FINANCIERING

De ontwikkeling van dit product is gefinancierd door ZonMw projectnummer 08590092110004 als onderdeel van het programma Verduurzamen Uitkomstgerichte Zorg.

## PROJECTTEAM

Sanne van Houwelingen (Dutch Institute for Clinical Auditing)  
Mira Staphorst (Dutch Institute for Clinical Auditing)  
Auke Nutma (Nederlandse Vereniging voor Heelkunde)  
Rob Tollenaar (Dutch Institute for Clinical Auditing)  
Joppe Tra (Kennisinstituut Federatie Medisch Specialisten)  
Michel Wouters (Dutch Institute for Clinical Auditing)

## MET DANK AAN

Boukje Baak (Haga ziekenhuis)  
Joyce Bakker (Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen)  
Sandra Bots (Reinier de Graaf gasthuis)  
Niels te Brake (Dutch Institute for Clinical Auditing)  
Stephanie Breukink (Maastricht UMC+)  
Danick Doeleman (Nederlands Kanker Instituut - Antoni van Leeuwenhoek)  
Annemieke Koot (Reinier de Graaf gasthuis)  
Kirsten Schol (Rijnstate ziekenhuis)  
Hein Stockmann (Spaarne Gasthuis)  
Liset Veneklaas (Medisch Spectrum Twente)  
Eric van Westreenen (Isala ziekenhuis)  
Edwin van der Zaag (Gelre ziekenhuis)





# Inhoud

Afkortingenlijst	4
Management samenvatting	5
Leeswijzer	6
Inleiding	7
Doelstelling	10
Aanpak	11
Resultaten	13
Adviezen	17
Conclusie	22
Referenties	23
<b>Bijlage 1: Interviewhandleiding</b>	<b>24</b>

# Afkortingenlijst

API	Application Programming Interface
CAB	Clinical Audit Board
DCCG	Dutch Colorectal Cancer Group
DCRA	Dutch ColoRectal Audit
DHD	Dutch Hospital Data
DICA	Dutch Institute for Clinical Auditing
DSCA	Dutch Surgical Colorectal Audit
IKNL	Integraal Kankercentrum Nederland
KIMS	Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
MRDM	Medical Research Data Management BV
NFK	Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties
NIV	Nederlandse Internisten Vereniging
NVGIC	Nederlandse Vereniging voor GastroIntestinale Chirurgie
NVCO	Nederlandse Vereniging voor Chirurgische Oncologie
NVMO	Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie
NVRO	Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie
NVVH	Nederlandse vereniging voor Heelkunde
PROM	Patient Reported Outcome Measure (Patiëntgerapporteerde uitkomstmaat)
STZ	Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZiNL	Zorginstituut Nederland

# Management samenvatting

De beschikbaarheid van uitkomstinformatie kan de kwaliteit van de zorg verbeteren. Het stimuleert betrokkenen op verschillende niveaus - zowel bestuurders, zorgprofessionals, ondersteunende medewerkers en patiëntenvertegenwoordigers - om continu te blijven leren en verbeteren.

Dit rapport is onderdeel van het ZonMw-programma 'Verduurzamen Uitkomstgerichte Zorg'. Het programma richt zich op het optimaliseren van het praktisch gebruik van uitkomstinformatie. Ook wil het programma uitkomstinformatie de juiste plek geven binnen het kwaliteitsbeleid. Het programma presenteert daartoe drie showcases: dikkedarmkanker, knieartrose en chronische nierschade.<sup>1</sup>

## Showcase dikkedarmkanker

Voor de showcase dikkedarmkanker onderzoeken we hoe we uitkomstinformatie van de Dutch ColoRectal Audit (DCRA; de landelijke kwaliteitsregistratie voor dikkedarm- en endeldarmkanker) kunnen verduurzamen. Dit doen wij met een projectgroep met daarin professionals van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), het Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA) en het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (KIMS). Daarnaast hebben we, variërend per onderwerp, patiëntenvertegenwoordigers vanuit de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) en professionals met specifieke expertise geraadpleegd.

Dit is het derde rapport in de reeks van vijf over het verduurzamen van uitkomstgerichte zorg voor dikkedarmkanker. Het beschrijft hoe medisch specialisten de uitkomstinformatie vanuit de DCRA optimaal kunnen gebruiken om te leren en verbeteren.

## Doelgroep

De primaire doelgroep voor dit rapport en de showcase dikkedarmkanker bestaat uit medisch specialisten, kwaliteitsmedewerkers, wetenschappelijke verenigingen, bestuurders en beleidsadviseurs van ziekenhuizen, kwaliteitsorganisaties en dataverwerkers. Het betreft met name diegenen die betrokken zijn bij de DCRA. We verwachten dat de resultaten en adviezen ook van toepassing zijn op andere kwaliteitsregistraties en ziektebeelden.

## Uitkomstinformatie op mesoniveau

Leren en verbeteren vindt plaats op macro-, meso- en microniveau. In dit rapport staan we vooral stil bij het gebruik van uitkomstinformatie op mesoniveau: het niveau waarop zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen en de zorgprofessionals die daar werken, uitkomstinformatie gebruiken om te leren en verbeteren.

Door middel van interviews met chirurgen, kwaliteitsmedewerkers en datamanagers in ziekenhuizen onderzochten wij hoe zij uitkomstinformatie gebruiken. Op basis van deze inventarisatie adviseren wij de verschillende stakeholders hoe zij het gebruik van uitkomstinformatie (verder) kunnen stimuleren.

---

<sup>1</sup> <https://www.zonmw.nl/nl/artikel/verduurzamen-uitkomstgerichte-zorg>

## Adviezen

Onze adviezen zijn:

### *Registratie-organisaties en dataverwerkers*

- maak dashboards met uitkomst informatie gebruiksvriendelijker;
- koppel deze aan dashboards met uitkomst informatie van andere organisaties en ziektebeelden;
- ondersteun ziekenhuizen en vakgroepen bij het duiden van de data;
- verduidelijk de definities en beschrijvingen van de indicatoren in de registratie.

### *Ziekenhuizen*

- integreer uitkomst informatie in het kwaliteitsbeleid;
- maak voldoende tijd en middelen vrij voor zorgprofessionals, kwaliteitsmedewerkers en datamanagers om dit proces vorm te geven;
- enthousiasmeer zorgverleners om deel te nemen aan het leer- en verbeterproces.

### *Wetenschappelijke verenigingen*

- verzamel en verspreid goede praktijkvoorbeelden;
- stel prioriteiten en benoem verbeteronderwerpen;
- moedig het delen van uitkomst informatie aan en organiseer spiegelsessies.

### *Zorgprofessionals*

- pas diverse leerstrategieën toe om het leer- en verbeterproces te ondersteunen;
- stimuleer patiënten om Patient Reported Outcome Measures (PROMs) in te vullen.

Op basis van de succesvolle praktijkvoorbeelden die we in dit rapport beschrijven, verwachten we dat spiegelsessies, met name op regionaal niveau, veel effect zullen hebben en relatief makkelijk te implementeren zijn.

Met dit rapport hopen we alle betrokkenen bij dikkedarmkanker te informeren en te inspireren om verder aan de slag te gaan met uitkomst informatie voor het leren en verbeteren in de zorg.

# Leeswijzer

Dit rapport telt zeven hoofdstukken en één bijlage. Het eerste hoofdstuk geeft een **inleiding** met achtergrondinformatie over de DCRA en het gebruik van uitkomst informatie voor leren en verbeteren. Vervolgens beschrijven we de **doelstelling** van het project. Bij de **aanpak** lichten we de procedure toe die we hebben gevolgd om tot dit rapport te komen. In de **resultaten** van het project focussen we op voorwaarden voor optimaal gebruik van uitkomst informatie en geven we een aantal praktijkvoorbeelden. Vervolgens geven we **adviezen** aan de verschillende betrokkenen en tot slot beschrijven we de **conclusie** van het rapport. Het laatste hoofdstuk bevat de **referenties**. **Bijlage 1** bevat de handleiding voor de interviews die we in het kader van dit project hebben gehouden.

# Inleiding

## Dutch Institute for Clinical Auditing

De Dutch ColoRectal Audit (DCRA) is één van de kwaliteitsregistraties die vallen onder het Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA). DICA verzamelt en levert kwaliteitsinformatie van en aan medische professionals, patiënten en zorginstellingen. De organisatie werd in 2010 door een aantal chirurgen opgericht in nauwe samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) als platform voor chirurgische registraties. Anno 2023 beheert zij 26 kwaliteitsregistraties op uiteenlopende aandoeningen en behandelingen van patiënten in Nederland, van prostaatkanker tot diabetes en van beroerte tot abdominaal aneurysma. Deze registraties zijn allemaal opgezet volgens de principes van 'clinical auditing' (1,2).

## Dutch ColoRectal Audit

De DCRA bevat data van alle patiënten in Nederland die een operatie ondergaan vanwege dikke darm- of endeldarmkanker. Het primaire doel van de registratie is om de kwaliteit van de zorg voor deze patiënten te monitoren. Daarnaast wil de DCRA bijdragen aan verbetering van de zorg. Dit doet zij door, als eerste landelijke registratie in Nederland, de kwaliteitsinformatie op ziekenhuisniveau te verzamelen en terug te koppelen.

### Geschiedenis van de DCRA

De DCRA is in 2009 oorspronkelijk gestart als de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA). Het werd gelanceerd als een gezamenlijk initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Chirurgische Oncologie (NVCO), de Nederlandse Vereniging voor Gastrointestinale Chirurgie (NVGIC) en de Dutch Colorectal Cancer Group (DCCG). Binnen twee jaar na de start leverden alle ziekenhuizen in Nederland data aan voor de DSCA. In juni 2017 transformeerde de DSCA tot de multidisciplinaire DCRA. Naast chirurgische kwaliteitsinformatie wordt vanaf dat moment ook radiotherapeutische en informatie over systemische behandelingen geregistreerd.

De betrokken beroepsverenigingen<sup>2</sup> faciliteren de dataverzameling, monitoren de verbeteringen en schrijven vakgroepen aan die onder de gestelde normen presteren. Ook stellen zij jaarlijks vast welke indicatoren geregistreerd worden. Dit doen zij samen met de koepelpartijen van medisch specialisten, ziekenhuizen, de patiëntenverenigingen en de zorgverzekeraars.

---

<sup>2</sup> Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO), Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) en Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO).

## Uitkomstinformatie

De data die de DCRA registreert, vallen grofweg in drie categorieën:

- **Structuurgegevens** betreffen de infrastructuur en beschrijven of een zorgaanbieder voldoet aan bepaalde voorwaarden om goede zorg te kunnen verlenen. Zij geven informatie over hoe de zorg georganiseerd is. Denk bijvoorbeeld aan het aantal patiënten dat een operatie ondergaat in een bepaald ziekenhuis.
- **Procesgegevens** gaan over het zorgproces. Hieruit zijn indicatoren af te leiden die informatie weergeven over procesonderdelen van zorgverlening, bijvoorbeeld de mediane wachttijd tussen de diagnose en de operatie.
- **Uitkomstgegevens** betreffen resultaten van - en geven inzicht in - de effectiviteit en veiligheid van behandelingen. Hieruit kunnen zogenaamde uitkomstindicatoren worden afgeleid. Ook valt informatie vanuit de patiënt over behandeluitkomsten hieronder om inzicht te krijgen in de uiteindelijke waarde van de zorg (de PROMs - Patient Reported Outcome Measures). Voorbeelden zijn het percentage van patiënten dat complicaties krijgt na een operatie aan de dikke darm en de mate van pijn die patiënten rapporteren na een dergelijke operatie. De resultaten van de uitkomstindicatoren worden ook wel uitkomst informatie genoemd.

# Patiënten zijn meer geholpen met relevante informatie over uitkomsten van behandelingen.

---

Sinds enkele jaren proberen partijen in de medisch specialistische zorg het aantal uitkomstindicatoren te verhogen en het aantal structuur- en procesindicatoren te verminderen (3). Patiënten zijn namelijk meer geholpen met relevante informatie over uitkomsten van – en ervaringen met – behandelingen dan met gegevens over bijvoorbeeld de beschikbare faciliteiten in een ziekenhuis of het aantal patiënten dat meedoet aan een onderzoek.

## Codman dashboard

Uitkomst informatie wordt meestal inzichtelijk gemaakt via dashboards. De DCRA gebruikt hiervoor het Codman dashboard van DICA. Medisch specialisten en kwaliteitsmedewerkers uit de ziekenhuizen kunnen in dit dashboard in een beveiligde omgeving hun eigen uitkomsten inzien, trends volgen over de tijd, vergelijkingen maken met andere ziekenhuizen en zelf analyseren welke factoren van invloed zijn op de uitkomst informatie.

Een deel van de kwaliteitsindicatoren uit de DCRA is op ziekenhuisniveau openbaar voor het publiek. Dit betreft zowel structuur-, proces als uitkomstindicatoren. Het Zorginstituut Nederland (ZiNL) publiceert deze informatie op de website [www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl).





## Leren en verbeteren

Bij 'Leren en verbeteren' gebruikt men uitkomstinformatie om de prestaties van een ziekenhuis, een netwerk van ziekenhuizen of een vakgebied te analyseren, evalueren en verbeteren. Deze informatie geeft inzicht in de effectiviteit en efficiëntie van de geleverde zorg en kan gebruikt worden om deze te optimaliseren en verbeteren (4).

Leren en verbeteren vindt op drie niveaus plaats:

- **Macroniveau:** dit is het niveau waarop beleidsmakers van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), het Zorginstituut en zorgverzekeraars gebruik maken van uitkomstinformatie om beleid in de zorg op te stellen. Dit is ook het niveau waarop de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten de uitkomstdata gebruiken als belangrijke informatiebron om de kwaliteit van zorg te monitoren en te verbeteren. Daarnaast gebruiken de wetenschappelijke verenigingen de informatie voor het opstellen of herzien van richtlijnen.
- **Mesoniveau:** dit is het niveau waarop zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen en de zorgprofessionals die daar werken, uitkomstinformatie gebruiken om van te leren en te verbeteren. Dit doen zij door met elkaar in gesprek te gaan over hun uitkomsten. Dit kan tussen de zorgprofessionals binnen één ziekenhuis, maar ook de zorgprofessionals uit verschillende ziekenhuizen kunnen over elkaars uitkomsten in gesprek gaan.
- **Microniveau:** dit is het niveau waarop zorgverleners en patiënten uitkomstinformatie gebruiken in de spreekkamer om samen de best passende behandeling te kiezen.

## Uitkomstinformatie op mesoniveau

In dit rapport staan we stil bij het optimaal gebruik van uitkomstinformatie op mesoniveau. We richten ons daarbij op het gebruik van uitkomstinformatie uit de DCRA.



# Doelstelling

In dit rapport inventariseren we hoe zorgprofessionals in ziekenhuizen uitkomstinformatie uit de DCRA gebruiken en geven we advies over het optimaal gebruik van deze uitkomstinformatie door deze doelgroep. Allereerst beschrijven we wat ervoor nodig is om de uitkomstinformatie uit de DCRA (nog) beter te benutten voor het leren en verbeteren binnen ziekenhuizen en/of regionale samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen. Ook beschrijven we voorbeelden van hoe ziekenhuizen, koepels en regionale verbanden uitkomstinformatie in praktijk gebruiken om te leren en verbeteren. Tot slot brengen we advies aan de verschillende betrokken partijen hoe zij beter kunnen stimuleren dat zorgprofessionals met elkaar het gesprek aangaan en zo van elkaar leren.

## **Achtergrond en doelstelling samengevat**

De **Dutch ColoRectal Audit (DCRA)** is een kwaliteitsregistratie met daarin de data van alle patiënten in Nederland die een operatie ondergaan vanwege dikke darm- of endeldarmkanker.

**Uitkomstinformatie** omvat de uitkomsten van verschillende behandelingen en ervaringen van patiënten met deze behandelingen.

**Leren en verbeteren** betreft het gebruik van uitkomstinformatie om prestaties (in de zorg) te analyseren, evalueren en verbeteren.

Leren en verbeteren vindt plaats op drie niveaus: **microniveau, mesoniveau en macroniveau.**

In dit rapport inventariseren we **hoe zorgprofessionals in ziekenhuizen uitkomstinformatie uit de DCRA gebruiken** en geven we **advies over het optimaal gebruik** van deze uitkomstinformatie door deze doelgroep.

# Aanpak

Voor onze inventarisatie hebben we zorgprofessionals geïnterviewd. Het betreft semigestructureerde interviews met chirurgen, kwaliteitsmedewerkers en datamanagers binnen ziekenhuizen. De interviews vormden de basis voor onze adviezen.

## Geïnterviewden

We hebben 24 zorgprofessionals benaderd om deel te nemen aan interviews over het gebruik van uitkomstinformatie. Uiteindelijk hebben we elf mensen geïnterviewd afkomstig uit negen verschillende ziekenhuizen, allen nauw betrokken bij de data uit de DCRA: vier chirurgen, vijf kwaliteitsmedewerkers en twee datamanagers. De interviews duurden ongeveer een half uur en werden via een online video-verbinding afgenomen door een van de projectleiders, deels in samenwerking met een senior beleidsadviseur van DICA.

## Interviewhandleiding

Voor de interviews stelden we, in samenwerking met de stuurgroep, een handleiding op (zie Bijlage 1. Interviewhandleiding). De vragen hierin geven inzicht in hoe zorgprofessionals de uitkomstinformatie uit de DCRA momenteel gebruiken voor leren en verbeteren, welke factoren hierop van invloed zijn en welke adviezen voor verbetering zij hebben. De opbouw van de handleiding volgt een trechterstructuur: eerst komen algemene vragen aan bod, bijvoorbeeld hoe ziekenhuizen en samenwerkingsverbanden in het algemeen uitkomstinformatie gebruiken. Daarna volgen specifieke vragen over het gebruik van informatie uit de DCRA. De handleiding omvat zowel retrospectieve vragen, gericht op reeds doorgevoerde verbeteringen op basis van de kwaliteitsdata, als prospectieve vragen, waarbij de focus ligt op suggesties ter verbetering van de faciliterende rol van DCRA en DICA.

# We hebben 24 zorgprofessionals benaderd om deel te nemen aan interviews over het gebruik van uitkomstinformatie.

---

## Thema's en praktijkvoorbeelden formuleren

Uit de interviews distilleerden we verschillende thema's rondom het gebruik van uitkomstinformatie. Ook identificeerden we beïnvloedende factoren. Uit alle praktijkvoorbeelden die de geïnterviewden benoemden maakten we een selectie waarmee we illustreren hoe zorgprofessionals op ziekenhuis- en regionaal niveau uitkomstinformatie gebruiken voor leren en verbeteren.

## Rapportages en gesprekken

Naast de informatie uit de interviews, hebben we voor deze adviezen ook resultaten meegenomen uit een aantal bestaande rapportages. Het betreft:

- het adviesrapport 'Inzicht in de waarde van DICA, nu en in de toekomst' (5);
- het rapport 'Toepassing van uitkomstinformatie in de Nederlandse zorg: wat gaat goed en wat kan beter?' (6);
- de evaluatie van het DICA Impactprogramma.

Tot slot hebben wij gesprekken met andere registratie-organisaties gebruikt als input voor de adviezen.

## Adviezen

Op basis van de informatie uit de interviews, rapportages en gesprekken hebben we adviezen opgesteld om optimaal gebruik van uitkomstinformatie te stimuleren. Deze zijn gericht op de betrokken stakeholders van de DCRA: ziekenhuizen, dataverwerkers, registratie-organisaties, zorgprofessionals, wetenschappelijke verenigingen en (regionale) samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen. De adviezen zijn grotendeels ook van toepassing voor betrokkenen van andere (DICA) kwaliteitsregistraties in de zorg.



# Resultaten

## Voorwaarden voor optimaal gebruik

In de interviews noemen de chirurgen, kwaliteitsmedewerkers en datamanagers verschillende voorwaarden voor het optimaal gebruik van uitkomstinformatie uit de DCRA. Deze voorwaarden zijn grotendeels generiek van toepassing; ze gelden onafhankelijk van het ziekenhuis en/of de achtergrond van de betrokkenen. Ook beslaan ze alle fasen in de cyclus van kwaliteitsverbetering: van ondersteuning bij de invoer en analyses van de data tot het meekijken in elkaars keuken om inspiratie op te doen voor de implementatie van kwaliteitsverbetering.

## Voldoende aandacht en prioriteit voor kwaliteit(sverbetering)

Kwaliteit en kwaliteitsverbetering kunnen alleen succesvol zijn als hiervoor binnen de vakgroep en het ziekenhuis voldoende aandacht en prioriteit is.

De chirurgen geven aan dat het onderwerp 'kwaliteit' binnen de vakgroep soms te veel aan één persoon is gebonden. Dit is kwetsbaar en zorgt voor beperkte inbedding en implementatie in het team. Het is belangrijk dat het hele team gemotiveerd wordt om hier aandacht aan te besteden. *"Je redt het niet met alleen een kwaliteitsmedewerker en een enthousiaste arts".*

Ook ligt er soms een zekere scepsis ten aanzien van kwaliteitsverbetering; niet iedereen ziet de meerwaarde in van kwaliteitsverbetering. Sommige chirurgen vinden dat ze op chirurgisch vlak grotendeels zijn uitverbeterd en vragen zich af of zij dan nog wel zoveel tijd en moeite moeten stoppen in registreren. Ze zeggen dat het 'laaghangende fruit' is gepakt. Een van de chirurgen zegt daarover het volgende: *"Je moet de colorectaal chirurgen verleiden en duidelijk maken dat ze er beter van worden en dat het fijn is om het te gebruiken. Je kunt ze niet dwingen."*

Het helpt wanneer er binnen de vakgroep tijd wordt gemaakt om met elkaar uitkomstinformatie te bespreken. Ook het bespreken van uitkomstinformatie met het bestuur van het ziekenhuis motiveert artsen om hiermee aan de slag te gaan. Daarnaast helpt het 'belonen' van succesvolle kwaliteitsverbetering. Hiervoor kan het ziekenhuis bijvoorbeeld afspraken maken met zorgverzekeraars om bij succesvolle kwaliteitsverbetering de bespaarde kosten - die hier meestal mee gepaard gaan - gedeeltelijk tegemoet te laten komen aan de betreffende vakgroep. Zij kunnen hiermee dan weer investeren in innovatie en kwaliteitsverbetering.

**De chirurgen geven aan dat het onderwerp 'kwaliteit' binnen de vakgroep soms te veel aan één persoon is gebonden.**

---

Naast het ziekenhuis wordt ook de beroepsvereniging genoemd als belangrijke organisatie voor kwaliteitsverbetering. Het helpt wanneer zij kwaliteitsverbetering als thema agenderen en ondersteuning bieden voor het leren en verbeteren. Dit kan bijvoorbeeld door jaarlijks de uitkomsten van de verschillende ziekenhuizen met elkaar in een vertrouwelijke setting te bespreken (zogenaamde spiegelsessies), plannen te maken voor verbetering en de monitoring daarvan op te volgen.

### **Voldoende tijd en personele ondersteuning**

Er is een duidelijke behoefte aan ondersteuning bij het ophalen, duiden, formuleren en monitoren van kwaliteitsverbetering. Ook is er behoefte aan praktische ondersteuning, bijvoorbeeld bij het organiseren van spiegelsessies om uitkomst informatie te bespreken. Dit zijn werkzaamheden die veel tijd vragen. Hoewel in principe alle ziekenhuizen kwaliteitsmedewerkers in dienst hebben die deze werkzaamheden uitvoeren, is deze capaciteit niet altijd voldoende. Kwaliteitsmedewerkers en datamanagers zijn soms bij veel verschillende afdelingen en vakgroepen betrokken, waardoor zij niet altijd tijd hebben om de ondersteuning te bieden die nodig en gewenst is. Sommige chirurgen geven aan dat het behulpzaam is wanneer een arts-onderzoeker een deel van de inhoudelijke ondersteuning kan bieden. Dit is met name waardevol bij het analyseren en duiden van de data. Ook benoemen de geïnterviewden de mogelijkheid dat chirurgen zelf binnen een deel van hun aanstelling worden vrijgemaakt om tijd te besteden aan kwaliteitsverbetering.

### **Alleen relevante data verzamelen**

Binnen de DCRA worden veel verschillende data verzameld. Binnen het specialisme is er geen consensus in hoeverre al deze data noodzakelijk zijn. De meeste chirurgen geven aan dat zij het nuttig vinden om te kijken hoe resultaten voor hun ziekenhuis door de jaren heen veranderen (en hopelijk verbeteren), zoals bij naadlekkages van colonresecties en de opnameduur van patiënten. Ook vinden de geïnterviewden het nuttig om hun ziekenhuis te vergelijken met andere ziekenhuizen. Het motiveert hen wanneer hun ziekenhuis tot de 'best presterende' behoort. Aan de andere kant motiveert het ook om niet onderaan de lijst te staan. Wanneer dat wel het geval is, motiveert dat de ziekenhuizen en zorgprofessionals om ervoor te zorgen dat zij zich het opvolgende jaar verbeteren door aan de slag te gaan met kwaliteitsverbetering.

Hoewel de chirurgen niet alle data die geregistreerd worden relevant vinden voor kwaliteitsverbetering, ziet een aantal van hen de gegevens wel als mooie databron voor wetenschappelijk onderzoek. De data vormen een basis voor een lerend zorgsysteem. Ook wetenschappelijke publicaties, die het werk zichtbaar maken, vinden zij belangrijk. Dit draagt bij aan het toetsen en het verspreiden van nieuwe inzichten en aan richtlijnverbetering (zie ook Rapport 2 "De waarde van kwaliteitsregistraties voor de kwaliteitscyclus"). Tegelijkertijd moet de registratielast van de invoer van de data wel in verhouding staan tot wat er met de data gedaan wordt.

### **Goede dashboards en duiding**

Zowel de chirurgen als de kwaliteitsmedewerkers vinden het belangrijk dat er goede instrumenten zijn om de uitkomst informatie te raadplegen. Zij halen de informatie vooral op met dashboards. Zo bekijken zij de indicatoren uit de DCRA in het Codman dashboard van DICA. Hierin kijken zij hoe het ziekenhuis presteert ten opzichte van andere ziekenhuizen en volgen ze trends over de tijd. Opvallend is dat zij zelf niet vaak uitgebreide analyses doen, terwijl dat wel mogelijk is. Eigen analyses zouden hen inzicht kunnen geven in de factoren die van invloed zijn op de uitkomst informatie.

Naast het Codman dashboard maken de chirurgen en kwaliteitsmedewerkers ook gebruik van het eigen dashboard in het ziekenhuis, data van de Nederlandse Kanker Registratie en/of informatie vanuit de monitor van Dutch Hospital Data (DHD). Zij geven aan behoefte te hebben aan meer kant en klare informatie over succes- en verbeterpunten voor hun specifieke situatie.

Vooraf de duiding van de data is belangrijk. Het Codman dashboard geeft deze duiding maar zeer beperkt weer. Het interpreteren van de data en het duiden van de relevantie vergt inhoudelijke kennis van het ziektebeeld en hoe de data verzameld zijn. Met name de chirurgen vinden het daarom noodzakelijk om een arts-onderzoeker te betrekken bij de interpretatie ervan.

### **Vertrouwelijkheid, openheid en verbondenheid**

Vertrouwelijkheid, openheid en verbondenheid zijn belangrijk bij het delen van uitkomstinformatie. Deze informatie kan namelijk gevoelig zijn voor ziekenhuizen. Dit geldt vooral voor een ziekenhuis dat 'suboptimaal' presteert of minder goed presteert dan andere ziekenhuizen. Het vraagt bijvoorbeeld moed en openheid om te erkennen dat er binnen jouw ziekenhuis te veel naadlekkages zijn geweest bij colorectale resecties. De chirurgen geven aan dat zij uitkomstinformatie bij voorkeur onder vakgenoten bespreken. Wanneer in een regionale of landelijke bijeenkomst uitkomsten worden besproken en ziekenhuizen worden vergeleken, zijn vertrouwelijkheid, openheid en verbondenheid tussen de betrokken chirurgen belangrijke voorwaarden. Het kost vaak tijd om zo'n cultuur te creëren. Dit begint met elkaar leren kennen.

### **Meekijken bij collega's uit andere ziekenhuizen**

Steeds meer chirurgen vinden het nuttig om bij elkaar mee te kijken en video's te delen van hun aanpak bij bepaalde operaties. Zo doen zij nieuwe inzichten en technieken op en verbreden zij hun kennis. Ook zien zij praktijkvoorbeelden van de invulling van een verbetertraject. Tot slot draagt meekijken bij aan verbinding en het gevoel van openheid en vertrouwen tussen de artsen van de verschillende ziekenhuizen. De NVvH belooft deze onderlinge werkbezoeken met accreditatiepunten.

### **Praktijkvoorbeelden**

Elk ziekenhuis en elke regio heeft zijn eigen procedures, regels en organisatiestructuur. Hierdoor kan het per ziekenhuis of regio-netwerk verschillen hoe zij optimaal gebruik maken van uitkomstinformatie voor leren en verbeteren. Hieronder beschrijven we drie praktijkvoorbeelden.

#### **Voorbeeld 1 Focus aanbrengen binnen het ziekenhuis**

Het eerste voorbeeld gaat over hoe ziekenhuizen uitkomstinformatie uit de DCRA optimaal gebruiken door focus aan te brengen. Uit de data van de DCRA komen soms veel punten naar voren die aanleiding geven voor verbetering. Het is niet haalbaar en inefficiënt om met al deze punten tegelijkertijd aan de slag te gaan. Een aantal ziekenhuizen selecteert daarom één of twee specifieke aandachtspunten op basis van de data. Bijvoorbeeld de verbeterpunten waarbij het meeste winst te behalen valt voor patiënten, of die makkelijk aan te pakken zijn (het zogenaamd 'laaghangend fruit'). Zo was in het afgelopen jaar een te hoog percentage naadlekkage bij rectumresecties een aandachtspunt bij een van de ziekenhuizen. Hiervoor hebben de chirurgen met elkaar een verbetertraject opgezet en geïmplementeerd. Zij hebben daarbij een collega-chirurg uit een ander ziekenhuis geraadpleegd die bekend staat als expert op dit gebied. Dit heeft geleid tot aanzienlijke verbeteringen in het percentage naadlekkages.

### Voorbeeld 2 Spiegelgesprekken op koepelniveau

Een voorbeeld van hoe een ziekenhuiskoepel uitkomst informatie gebruikt is door spiegelgesprekken te organiseren met patiënten erbij. Dit gebeurt bij Santeon, een koepel van zeven topklinische ziekenhuizen. Voor diverse ziektebeelden werken zij met verbetertrajecten. Bij het opstarten van zo'n traject stellen ze een multidisciplinair verbeterteam samen. Dit bestaat uit verschillende zorgprofessionals én patiënten die vanuit het brede perspectief van de doelgroep input kunnen leveren. De medisch leider van dit team adviseert welke patiënten geschikt zijn voor deze rol. De patiënten geven op verschillende momenten in het traject hun input. Zo denken zij mee over de indicatoren die worden gemeten en nemen zij deel aan spiegelsessies. Hierin bespreken de zorgprofessionals de uitkomst informatie van de zeven ziekenhuizen en vergelijken zij deze met elkaar. Met name bij het duiden van de resultaten spelen de patiënten een grote rol. Zij geven aan welke uitkomsten voor hen en dus voor de doelgroep van waarde zijn. Zo dragen zij bij aan de focus van de verbetertrajecten en de waarde voor de patiënt.

### Voorbeeld 3 Spiegelgesprekken in regionaal verband

Een voorbeeld van hoe men uitkomst informatie in regionaal verband kan gebruiken zijn de spiegelsessies van een groot regionaal ziekenhuisnetwerk. Zij organiseren 6 tot 8 keer per jaar een spiegelsessie, waarbij 25 chirurgen uit de samenwerkende topklinische ziekenhuizen (STZ) aanwezig zijn. Per vergadering gebruiken zij een vast format en staat één aandachtsgebied centraal. Er wordt besproken wat goed gaat, wat minder goed gaat en waar mogelijkheden voor verbetering zijn. Hierbij is aandacht voor zowel de klinische uitkomsten als patiëntgerapporteerde uitkomsten. De uitkomst informatie uit de DCRA vormt de basis voor de spiegelsessie.

#### De voorwaarden en praktijkvoorbeelden samengevat

Chirurgen, kwaliteitsmedewerkers en datamanagers geven aan dat de volgende voorwaarden belangrijk zijn om uitkomst informatie uit de DCRA optimaal te gebruiken:

- er is voldoende aandacht en prioriteit voor kwaliteit(sverbetering);
- er is voldoende tijd en personele ondersteuning om te werken aan kwaliteitsverbetering;
- er worden alleen relevante data verzameld;
- er zijn goede dashboards om informatie te raadplegen en de informatie wordt geduid;
- er is sprake van vertrouwelijkheid en verbondenheid bij het delen van uitkomst informatie.

Daarnaast geven de chirurgen aan dat het zinvol is om, in het kader van kwaliteitsverbeteringen, mee te kijken bij collega's uit andere ziekenhuizen.

Praktijkvoorbeelden van hoe ziekenhuizen en regio's uitkomst informatie gebruiken zijn:

- focus aanbrengen binnen het ziekenhuis, door op basis van de data één of twee verbeterpunten te kiezen;
- spiegelgesprekken organiseren op koepelniveau, waarbij naast zorgprofessionals ook patiënten betrokken zijn;
- spiegelgesprekken organiseren in regionaal verband, waarbij per bijeenkomst één aandachtpunt centraal staat.



# Adviezen

Op basis van onze inventarisatie hebben we adviezen geformuleerd voor de verschillende stakeholders. Deze adviezen gaan over hoe zij het gebruik van uitkomstinformatie voor leren en verbeteren (verder) kunnen stimuleren.

## Registratie-organisaties en dataverwerkers

Registratie-organisaties zoals DICA en dataverwerkers zoals de organisatie Medical Research Data Management BV (MRDM) hebben een belangrijke rol bij het beschikbaar maken van uitkomstinformatie. Zij zijn degenen die de data verzamelen, analyseren en presenteren. Daarmee verzorgen ze de eerste stap in het proces van leren en verbeteren. Er zijn verschillende manieren waarop zij ervoor kunnen zorgen dat zorgprofessionals de uitkomstinformatie optimaal kunnen gebruiken.

### **Maak dashboards met uitkomstinformatie gebruiksvriendelijker**

DICA en MRDM kunnen de gebruiksvriendelijkheid van de dashboards verhogen. De artsen en kwaliteitsmedewerkers noemen dit veelvuldig als verbeterpunt. Sommige aanpassingen zijn relatief gemakkelijk te realiseren, zoals eenvoudiger inlogprocedures en een eenvoudiger navigatie (ook wel de customer journey genoemd). Hierdoor kost het gebruikers minder tijd om informatie te raadplegen. Andere aanpassingen zijn lastiger door te voeren. Zo weten veel gebruikers niet dat zij zelf analyses kunnen doen in het Codman dashboard. Gebruikers die dat wel weten, weten vaak niet goed welke inzichten zij hieruit kunnen halen. Om deze kennis te vergroten, kunnen de registratie-organisaties en dataverwerkers niet alleen de dashboards aanpassen, maar ook de mogelijkheden van het dashboard beter onder de aandacht brengen bij de gebruikers en waar nodig trainingen verzorgen.

In een recent adviesrapport over de toekomst van DICA staan verschillende concrete verbeteringen beschreven om de gebruiksvriendelijkheid van het Codman dashboard te verhogen (5). Deze gaan met name over profile management (bijvoorbeeld de inrichting van de landingspagina), informatie-architectuur (bijvoorbeeld de navigatiestructuur van het dashboard) en triggers die gebruikers aanzetten tot actie.

De belangrijkste adviezen zijn:

- > vereenvoudig het Codman dashboard;
- > geef de belangrijkste gegevens en analyses prominenter weer;
- > geef waar mogelijk al duiding bij de data.

Daarnaast kunnen registratie-organisaties zorgprofessionals en ziekenhuizen door middel van 'nudging' stimuleren om hun prestaties te verbeteren en de kwaliteit van zorg te verhogen. Denk bijvoorbeeld aan regelmatige updates en (geautomatiseerde) feedback. Dit kan ook helpen om eventuele knelpunten of problemen snel te identificeren en aan te pakken.

### **Ondersteun ziekenhuizen en vakgroepen bij het duiden van de data**

Registratie-organisaties zoals DICA zouden een rol kunnen spelen in het duiden van de data. Door spiegelbijeenkomsten een standaardonderdeel van de registratie te maken, kunnen zij bijvoorbeeld ondersteunen bij het initiëren en faciliteren van verbetertrajecten en kennisuitwisseling. Tijdens deze bijeenkomsten kunnen zij ziekenhuizen en vakgroepen helpen om inzicht in de data te verkrijgen. Ook kunnen zij adviseren waar verbeteringen mogelijk zijn.

Voor registratie-organisaties is het daarbij belangrijk om geen waardeoordeel te geven en de informatie zo objectief mogelijk te presenteren.

Artsen en kwaliteitsmedewerkers reageren gemengd op de aanjagende rol voor registratie-organisaties. Sommigen zien hier duidelijke voordelen van, terwijl anderen dit meer zien als een rol van het ziekenhuis of de wetenschappelijke vereniging. Het is handig wanneer deze partijen met elkaar in gesprek gaan om een strategie hiervoor af te spreken.

### **Integreer verschillende dashboards**

De integratie van verschillende dashboards geeft gebruikers een beter inzicht in de kwaliteit en mogelijkheden voor kwaliteitsverbetering. Zie ook rapport 5 van de showcase dikkedarmkanker ("Aandoeningsbreed inzicht in uitkomsten van behandelingen voor dikkedarmkanker"). Uitkomstinformatie over dikkedarmkankerpatiënten wordt op dit moment in verschillende dashboards gepresenteerd. Denk aan de Codman dashboards van de verschillende kwaliteitsregistraties op het gebied van darmkanker (DCRA, DHBA, DGEA, DRCE, DMA), het eigen dashboard van het ziekenhuis, het elektronisch patiëntendossier en dashboards van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) en DHD. Allemaal bevatten zij een deel van de relevante informatie. Dit is inefficiënt en belemmerend voor de gebruikers. Door de dashboards met elkaar te integreren faciliteren registratie-organisaties dat alle informatie bijeen staat. Momenteel experimenteren zij ermee om, middels Application Programming Interfaces (API's), de data uit de DCRA te koppelen aan de ziekenhuisdashboards.



### **Koppel verschillende databronnen**

Om een volledig beeld van een patiënt te krijgen is het belangrijk om registraties over dikkedarmkanker en andere ziektebeelden aan elkaar te koppelen. Een aanzienlijk deel van de patiënten met een colorectaal carcinoom krijgt een uitzaaiing in de lever of in andere organen, zoals de longen. De informatie over de behandeling daar van is nu in meerdere registraties vastgelegd. Als deze informatie gekoppeld wordt, kunnen zorgverleners beter begrijpen hoe verschillende processen en interacties met elkaar verweven zijn. Hierdoor kunnen ze gerichte verbeteringen aanbrengen. Daarnaast voorkomt koppeling dat data dubbel geregistreerd worden. Zie ook rapport 5 van de showcase dikkedarmkanker ("Aandoeningsbreed inzicht in uitkomsten van behandelingen voor dikkedarmkanker") dat beschrijft wat er nodig is om verschillende registraties met informatie van patiënten met dikkedarmkanker aan elkaar te koppelen.

### **Verduidelijk definities en beschrijvingen**

Voor de betrouwbaarheid en volledigheid van de data in de DCRA (en andere registraties) is het nodig om de data te verifiëren. Zorgprofessionals, kwaliteitsmedewerkers en/of datamanagers doen dit met behulp van de data uit hun eigen ziekenhuis en lijsten van patiënten. Soms is er onduidelijkheid welke gegevens er precies in een bepaalde indicator worden vastgelegd, omdat de definitie of de toelichting op een item onduidelijk zijn. Registratie-organisaties kunnen samen met de Clinical Audit Boards (CAB's) inventariseren om welke items het gaat en deze beschrijvingen verduidelijken.

## **Ziekenhuizen**

### **Integreer uitkomst informatie in het kwaliteitsbeleid**

Zorgprofessionals voelen op dit moment niet altijd de noodzaak om met uitkomst informatie aan de slag te gaan. Dit komt doordat zij ervaren dat het gebruik van deze informatie niet altijd voldoende aandacht en prioriteit heeft binnen het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis of het samenwerkingsverband van ziekenhuizen. Als ziekenhuizen uitkomst informatie meenemen als integraal onderdeel van het kwaliteitsbeleid en hier structureel met de betreffende mensen over spreken, kunnen zij zorgverleners stimuleren om deze informatie te gebruiken en verbetertrajecten op te stellen. De data uit de dashboards kunnen zij hierbij als basis gebruiken.

Om een verbeterinitiatief te kunnen starten en uitvoeren is het bevorderend of zelfs noodzakelijk dat er een (multidisciplinair) kwaliteitsteam is. Dit bestaat uit verschillende expertises, zoals kwaliteitsmedewerker(s), data-analist(en) en zorgprofessionals. Ziekenhuizen kunnen de vorming van dergelijke teams stimuleren. Uiteraard is het belangrijk dat de deelnemers voldoende tijd beschikbaar hebben voor hun kwaliteitstaken (zie volgende alinea).

### **Geef medewerkers tijd en middelen om aan kwaliteit te werken**

Kwaliteitsmedewerkers spelen een vitale rol bij het identificeren van trends, het ontdekken van verbetergebieden en het vaststellen van effectieve strategieën voor kwaliteitsverbetering. Ook data-analisten en zorgprofessionals kunnen hier een belangrijke rol in spelen. Het kost voor hen echter wel tijd om uitkomst data te verzamelen, analyseren, interpreteren, agenderen en presenteren. Ook het daadwerkelijk opstellen, uitvoeren en monitoren van verbeterplannen kost tijd. We adviseren ziekenhuizen om hierin te investeren, omdat dit op termijn tot betere uitkomsten voor patiënten en kosten-effectievere zorg zal leiden.

### **Enthousiasmeer zorgverleners om deel te nemen aan het leer- en verbeterproces**

Een gedeelde visie en betrokkenheid zijn van vitaal belang om een cultuur van leren en verbeteren te bevorderen. Wij adviseren leidinggevendenden in ziekenhuizen om de zorgverleners

te enthousiasmeren en te inspireren om deel te nemen aan het proces van leren en verbeteren. Erken dat het verbeteren van uitkomsten van zorg van belang is voor de organisatie en faciliteer deze verbeterinitiatieven. Open communicatie en erkenning van de waarde van deze inspanningen dragen bij aan een positieve en productieve sfeer.

## Wetenschappelijke verenigingen

Wetenschappelijke verenigingen spelen een cruciale rol bij het bevorderen van leren en verbeteren op basis van uitkomstinformatie binnen de medische beroepsgroep. Hieronder beschrijven we adviezen voor deze groep.

### Verzamel en verspreid goede praktijkvoorbeelden

Wetenschappelijke verenigingen kunnen een centrale rol spelen in het verzamelen en verspreiden van goede praktijkvoorbeelden. Zij kunnen succesverhalen en innovatieve benaderingen ophalen en delen. Daarmee kunnen zij hun leden inspireren en aanmoedigen om vergelijkbare strategieën toe te passen en aan te passen aan hun eigen context.

### Geef de prioriteiten aan

Wetenschappelijke verenigingen kunnen ondersteunen bij het aanbrengen van focus voor kwaliteitsverbetering. Vaak is er een veelheid aan verbetermogelijkheden. Wanneer voor al deze punten verbetertrajecten worden ingezet kan dit zorgen voor inefficiëntie en vertraging. Door bepaalde onderwerpen te prioriteren, kunnen wetenschappelijke verenigingen een duidelijke richting bieden aan hun leden en hen aansporen om gezamenlijk te werken aan het verbeteren van de zorg.

### Moedig het delen van uitkomstinformatie aan

Transparantie van uitkomstinformatie is een hoeksteen van kwaliteitsverbetering. Wetenschappelijke verenigingen kunnen hun achterban aanmoedigen om uitkomstinformatie te delen en transparant in de dashboards te vermelden. Dit bevordert hopelijk samenwerking en verspreiding van goede praktijkvoorbeelden. Ook kan het leiden tot bredere acceptatie van effectieve benaderingen en het versnellen van kwaliteitsverbeteringen.

### Organiseer spiegelsessies

Spiegelsessies kunnen dienen als platforms voor kennisdeling en evaluatie. Bijvoorbeeld voor onderwerpen die als prioriteit zijn aangewezen. Wetenschappelijke verenigingen kunnen deze sessies organiseren. Hierin bespreken de deelnemers uitkomstinformatie op landelijk niveau, vergelijken zij ziekenhuizen met elkaar en leren zij van elkaars beste werkwijzen. Het heeft meerwaarde wanneer dit niet alleen met de medisch specialisten onderling gebeurt, maar in het multidisciplinaire behandelteam voor de patiënten met de betreffende aandoening. Het is hierbij belangrijk dat er goede afstemming is met de andere betrokken partijen, zoals de registratieorganisaties, patiëntenorganisaties en ziekenhuizen of ziekenhuisnetwerken. Om bijvoorbeeld methodieken met elkaar af te stemmen, en ook praktisch om onnodig dubbele bijeenkomsten te voorkomen en taken te verdelen.

## Zorgprofessionals

Onderstaande adviezen zijn gericht op zorgprofessionals, teamleiders en ziekenhuisleiders. Met deze adviezen kunnen zij uitkomstinformatie effectief benutten om de patiëntenzorg te optimaliseren en een hoog niveau van kwaliteit te handhaven.

### **Pas diverse leerstrategieën toe**

Ziekenhuis- en teamleiders en zorgverleners kunnen een scala aan leerstrategieën inzetten om het leer- en verbeterproces te ondersteunen. Zo kunnen zij:

- goede praktijkvoorbeelden identificeren en implementeren;
- gedegen procesanalyses uitvoeren;
- patiëntendossiers grondig analyseren;
- wetenschappelijke literatuur raadplegen;
- klinische richtlijnen strikter implementeren.

Regionale samenwerkingsverbanden en de consultatie van externe experts kunnen ook nieuwe perspectieven en innovatieve ideeën opleveren.

### **Stimuleer patiënten om Patient Reported Outcome Measures (PROMs) in te vullen**

Om een holistisch beeld van de patiëntervaring te krijgen, is het essentieel dat zorgverleners patiënten aanmoedigen om PROMs in te vullen. Deze meetinstrumenten bieden waardevolle inzichten in de effectiviteit van behandelingen en therapieën vanuit het perspectief van de patiënt.

#### **De adviezen samengevat**

De adviezen aan de verschillende stakeholders van de DCRA kunnen wij als volgt samenvatten:

##### *Registratie-organisaties en dataverwerkers*

- maak dashboards met uitkomst informatie gebruiksvriendelijker;
- ondersteun ziekenhuizen en vakgroepen bij het duiden van de data;
- integreer de verschillende dashboards over dikkedarmkankerpatiënten;
- koppel deze dashboards ook aan registraties over andere ziektebeelden, zoals comorbiditeiten;
- verduidelijk de definities en beschrijvingen van de indicatoren in de registratie.

##### *Ziekenhuizen*

- integreer uitkomst informatie in het kwaliteitsbeleid;
- geef medewerkers tijd en middelen om aan kwaliteit te werken;
- enthousiasmeer zorgverleners om deel te nemen aan het leer- en verbeterproces.

##### *Wetenschappelijke verenigingen*

- verzamel en verspreid goede praktijkvoorbeelden;
- geef de prioriteiten aan;
- moedig het delen van uitkomst informatie aan;
- organiseer spiegelsessies.

##### *Zorgprofessionals*

- pas diverse leerstrategieën toe;
- stimuleer patiënten om PROMs in te vullen.

## Conclusie

Optimaal gebruik van uitkomstinformatie draagt bij aan hoogwaardige en kosteneffectieve zorg. Onze inventarisatie laat zien dat er veel initiatieven zijn om dit te stimuleren. Tegelijkertijd zijn er mogelijkheden om de uitkomstinformatie nóg beter te benutten. De redenen waarom dat momenteel niet overal gebeurt lopen uiteen van tijdgebrek en versnippering van uitkomstinformatie tot onvoldoende prioriteit voor kwaliteitsverbetering.

Het optimaal gebruiken van uitkomstinformatie vraagt om een structurele inbedding op meerdere niveaus. Zo is het belangrijk om concrete plannen op te stellen, tijd vrij te maken, voldoende aandacht te geven aan kwaliteitsverbetering op basis van uitkomstinformatie en gebruiksvriendelijke dashboards te ontwikkelen waarin betrokkenen deze informatie kunnen raadplegen.

De adviezen in dit rapport hebben we getoetst bij verschillende belanghebbenden. Zij vinden de adviezen over het algemeen relevant en verwachten dat ze bijdragen aan een hogere zorgkwaliteit en patiënttevredenheid. Tegelijkertijd benoemen zij redenen waarom sommige adviezen misschien moeilijk te realiseren zijn. Denk bijvoorbeeld aan financiële beperkingen, de complexiteit van het zorgsysteem, weerstand tegen verandering of het feit dat mensen onvoldoende meerwaarde zien van uitkomstinformatie. Ook de veelheid aan adviezen noemen zij als obstakel.

Op basis van de genoemde praktijkvoorbeelden verwachten wij dat spiegelsessies, met name op regionaal niveau, veel effect zullen hebben en relatief makkelijk te implementeren zijn. Dergelijke sessies kunnen zorgprofessionals inspireren en motiveren om uitkomstinformatie met elkaar te bespreken. Hierbij is er aandacht voor de verbeterpunten én onderdelen die goed lopen, het uitwisselen van goede praktijkvoorbeelden en het opstellen en monitoren van verbeterplannen. Registratie-organisaties en wetenschappelijke verenigingen kunnen hierbij ondersteunen. Zij kunnen samen met een aantal specialisten de bijeenkomsten voorbereiden en duiding geven aan de informatie.

Het optimaal gebruik van uitkomstinformatie is een voortdurende inspanning en kent uitdagingen en obstakels. Door samen te werken, te zorgen voor goede (technische) ondersteuning en aandacht te hebben voor kwaliteit en kwaliteitsverbetering kunnen we er met elkaar aan bijdragen dat we ons zorgsysteem ondersteunen door relevante, tijdige en bruikbare uitkomstinformatie. Uiteindelijk leidt dit tot een betere kwaliteit van zorg, betere resultaten voor patiënten en een meer duurzame gezondheidszorgsector.

# Referenties

- 1 Eddes EH, Van Leeuwen A, Tollenaar RAEM, Wouters MWJM. Beter Dokteren | hoe patiënten profiteren van big data. Amsterdam: Prometheus; 2020.
- 2 Wouters MWJM. Kwaliteitsregistraties volgens het principe van 'clinical auditing'. Tijdschr Urol. 2017; 7: 60–72. Beschikbaar via: <https://doi.org/10.1007/s13629-017-0169-0>.
- 3 Zorginstituut Nederland. Nieuwsbericht 'Aantal indicatoren in medisch-specialistische zorg daalt met 25%'. 04-12-2018. [Online] Beschikbaar via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2018/12/04/aantal-structuur--en-procesindicatoren-in-medisch-specialistische-zorg-daalt-met-25>. Geraadpleegd op: 22-nov-2022.
- 4 Programma Uitkomstgerichte Zorg. Over Uitkomstgerichte Zorg. [Online] Beschikbaar via: <https://www.uitkomstgerichtezorg.nl/over-uitkomstgerichte-zorg>. Geraadpleegd op: 22-nov-2023.
- 5 Inzicht in de waarde van DICA, nu en in de toekomst. Utrecht: IG&H; 2023.
- 6 Toepassing van uitkomstinformatie in de Nederlandse zorg: wat gaat goed en wat kan beter? Samenwerkende Kwaliteitsregistraties; 2022. Beschikbaar via: [https://skr-zorg.nl/wp-content/uploads/Eindrapport-ZonMw-project-Uitkomstinformatie-voor-kwaliteitsverbetering\\_definitief-221129.pdf](https://skr-zorg.nl/wp-content/uploads/Eindrapport-ZonMw-project-Uitkomstinformatie-voor-kwaliteitsverbetering_definitief-221129.pdf).

## Bijlage 1 Interviewhandleiding

### Kwaliteitsverbetering binnen het ziekenhuis

- Kunt u iets vertellen over de rol van kwaliteit en kwaliteitsverbetering binnen uw ziekenhuis en eventuele koepel van ziekenhuizen?

### Gebruik van uitkomstdata

- Gebruiken u en uw collega's kwaliteitsdata binnen uw ziekenhuis? En zo ja, op welke manier?
- Welke bronnen gebruiken jullie en hoe gebruiken jullie deze bronnen?
- Op welke manier gebruiken jullie de gegevens van de Dutch ColoRectal Audit (DCRA)?

### Indicatoren

- Welke openbare of transparante indicatoren gebruiken jullie en hoe zetten jullie deze in?
- Gebruiken jullie, naast de openbare of transparante indicatoren, ook indicatoren op patiëntniveau?
- Voor wie zijn deze indicatoren inzichtelijk?

### Regionale samenwerking van ziekenhuizen.

- In hoeverre gebruiken jullie kwaliteitsinformatie binnen jullie eigen netwerk?
- En in regionale netwerken?

### Spiegelsessies

- Houden jullie spiegelsessies?
- Hoe geven jullie deze vorm?
- Wie zijn daarbij betrokken?
- Gebruiken jullie hierbij het Codman Dashboard van de DCRA?

### Praktijkvoorbeelden

- Heeft u een voorbeeld van kwaliteitsverbetering in uw ziekenhuis bij patiënten met dikkedarmkanker?
- Welke verbeteringen hebben jullie gezien met betrekking tot de darmkankerchirurgie door middel van kwaliteitsregistraties?
- Waar zijn jullie trots op?
- Hoe hebben jullie dit aangepakt om het voorbeeld te verspreiden naar andere vakgroepen en/of ziekenhuizen?
- Wat waren de belemmerende of faciliterende factoren?

### Verbeterpotentieel

- Zien jullie verbeterpotentieel binnen de darmkankerchirurgie?
- Hoe zou de DCRA daarbij kunnen helpen?
- Wat kunnen de DCRA en het Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA) beter doen om jullie te faciliteren?





### **Patient Reported Outcome Measures (PROMs)**

- Vragen jullie PROMs uit?
- Zo ja, hoe gebruiken jullie deze in de praktijk?

### **Wetenschappelijke vereniging**

- Wat is volgens u de rol van de beroepsvereniging om verbetering aan te jagen?
- Wat heb je nodig als organisatie of als specialist om met verbetertrajecten om te gaan?

