



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

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

LEREN VAN DASHBOARD-ONTWIKKELING IN ZIEKENHUIZEN

Data nog sterk extern gericht

Kwaliteit en veiligheid worden steeds belangrijker in de zorg- en welzijnssector. Daarbij is het van belang dat ziekenhuizen bewust sturen op kwaliteit en veiligheid. Externe partijen vragen om inzicht en transparantie over de geleverde kwaliteit. Recent is in het kader van het NFU programma 'Sturen op kwaliteit' (1) een onderzoek uitgevoerd in 12 Nederlandse ziekenhuizen (2) naar de inzet van dashboards in relatie tot kwaliteitsprestaties.

Door ziekenhuizen worden veel kwaliteits- en veiligheidsdata verzameld, zowel voor interne sturing als externe verantwoording. KPMG en Plexus (3) becijferden - in opdracht van de NVZ - dat per ziekenhuis tussen de € 658.000 tot € 1.281.000 wordt besteed aan het verzamelen van gegevens voor gemiddeld 45 kwaliteitsregistraties, 19 keurmerken, vier patiënten-ervaringen metingen (zoals CQI) en drie patiënten-uitkomst metingen (PROMS). Dat is respectievelijk 0,3% tot 0,6% van de gemiddelde omzet van een ziekenhuis. Het meten van kwaliteit is een tijdrovende en dure aangelegenheid geworden. Belangrijk dus om uit te zoeken hoe we dat het beste kunnen doen.

Wat is een dashboard en waarvoor dient het?

Een dashboard geeft in één oogopslag een beeld van de belangrijkste thema's met onderliggende indicatoren voor kwaliteit en veiligheid in een ziekenhuis. Zo'n overzicht maken ziekenhuizen met behulp van een softwaretool, powerpoint, rapportage, poster of whiteboard. Dashboards vervullen zes functies: signalering, kwaliteitsverbetering, verantwoording, dialoog, benchmarking en controle.

1. Signaleringsfunctie: Dashboards worden gebruikt voor het tijdig waarnemen van kwaliteitsaspecten die aandacht verdienen, bijvoorbeeld doordat aspecten afwijken van de 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 worden behaald.
2. Kwaliteitsverbetering: De kwaliteitsdata op dashboards worden gebruikt voor het analyseren van kwaliteitsprestaties en het vast-

stellen van eventuele verbeterinitiatieven.

3. Verantwoording: Met behulp van de kwaliteitsdata van het dashboard wordt verantwoording afgelegd aan hoger management of externen.
 4. Dialoog: Dashboards ondersteunen de informele of formele dialoog. Dit draagt bij aan de gezamenlijke betekenisgeving over de geleverde kwaliteit en stimuleert het brainstormen over mogelijke verbeteringen.
 5. Benchmarking: Dashboards worden gebruikt voor het vergelijken van uitkomsten tussen patiëntengroepen, tussen afdelingen en ziekenhuizen. Het doel is leren van de 'beste' en het bevorderen van positieve competitie.
 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 kwaliteitsverbetering te controleren.
- Op basis van een dashboard worden soms ranglijsten gemaakt. Respondenten vinden dit echter niet behulpzaam, omdat dit vooral leidt tot 'gaming', oneerlijke rapportage van de data en het minder gericht is op het leren van data.

Wat is de inhoud van dashboards?

De inhoud en omvang van een dashboard verschilt per ziekenhuis en hangt af van welke functies een dashboard vervult. Opvallend is dat de meeste dashboards indicatoren bevatten die voortkomen uit de externe registraties. In nagenoeg alle ziekenhuizen staan de VMS-indicatoren op het dashboard. De meeste ziekenhuizen presenteren procesindicatoren en

soms uitkomstindicatoren met behulp van grafieken en plaatjes, zoals stoplichten, duimpjes, pijltjes, smileys en thermometers. Veel ziekenhuizen laten trendrapportages over een bepaalde periode zien, zodat je verbetering over de tijd kunt zien. Daarnaast staan er op het dashboard vergelijkende rapportages, waarbij men kan zien hoe goed men scoort ten opzichte van anderen, zoals andere afdelingen of andere ziekenhuizen. Dashboards bevatten geen indicatoren die laten zien of medewerkers actie ondernemen bij een slechte score. Bijvoorbeeld: krijgen patiënten zo nodig medicatie bij een

Ranglijsten op basis van dashboards zijn minder behulpzaam

hoge pijnscore (werkplek-niveau) of word 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.

Wie gebruiken dashboards?

Dashboards worden op verschillende niveaus binnen het ziekenhuis door verschillende eindgebruikers gebruikt.

TOELICHTING

De auteurs van dit artikel zijn allen betrokken bij het NFU programma 'Sturen op Kwaliteit', gefinancierd door het Citrien fonds. Dashboards kunnen helpen bij het sturen op kwaliteit. Daarom is dit onderzoek logisch en noodzakelijk. Het is zeer uitgebreid opgezet; het hele onderzoeksrapport staat inclusief powerpoint en filmpje online bij nfukwaliteit.nl. Jammer is wel dat er nauwelijks ziekenhuizen waren te vinden, waar men dashboards al echt operationeel inzet voor interne kwaliteitsturing. De uitkomsten zijn bovendien nog sterk extern gericht.

Komt er een nieuw EPD dan start de opzet van dashboards weer bij nul

Toezichthouders, raad van bestuur, topmanagement, werkplekmanagement en zorgprofessionals hebben behoefte aan inzicht in kwaliteitsthema's op dashboards. Op afdelings- of werkplekniveau is men vaak geïnteresseerd in gedetailleerde klinische proces- en uitkomstvariabelen, 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 per ziekenhuis dat te downdrillen is tot op patiënt- en medewerkerniveau, eigenlijk niet past bij de verschillende wensen van de diverse niveaus en functies die een

dashboard moet vervullen. Juist omdat de behoeften zo verschillend zijn, is het aan te bevelen om verschillende dashboards passend bij de behoefte voor verbetering, verantwoording en borging in te richten. Vanzelfsprekend kunnen die dashboards wel gebruik maken van dezelfde data.

Hoe worden dashboards ontwikkeld?

Binnen ziekenhuizen is vooral de (centrale) kwaliteitsafdeling – soms samen met medewerkers van business-intelligence – betrokken bij het ontwikkelen van dashboard. Uit ons onderzoek blijkt dat de ontwikkeling van dashboards in verschillende fases gaat.

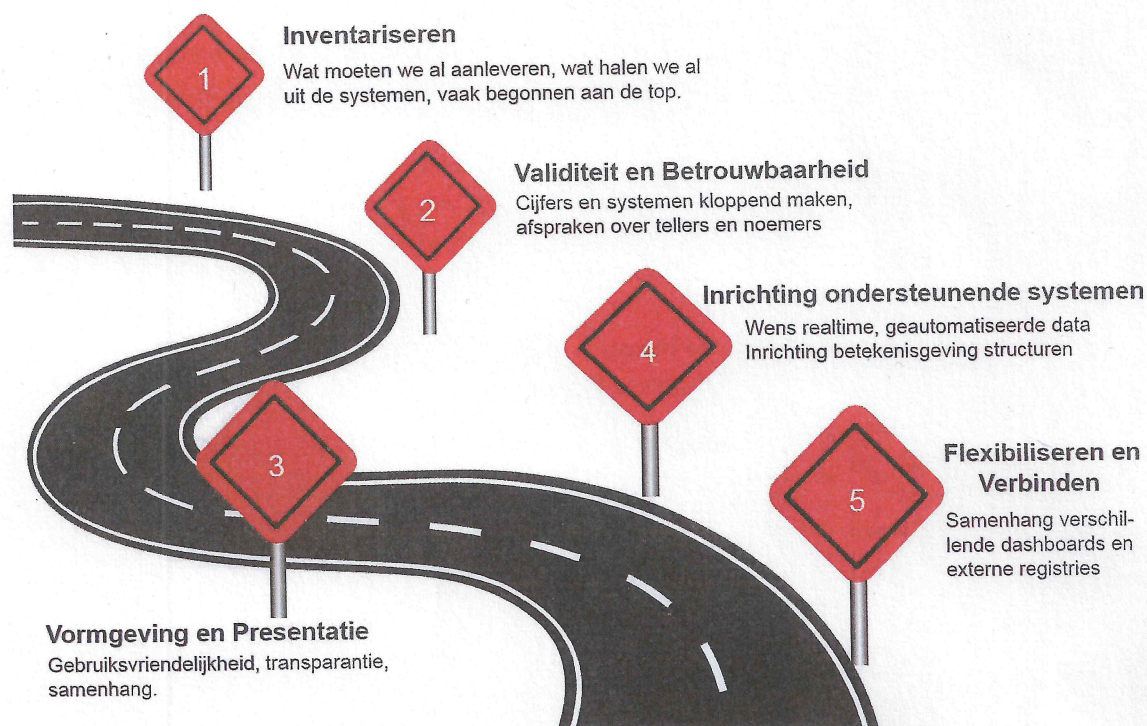
Fase 1: inventariseren van beschikbare data. In beeld brengen wat al wordt gemeten en wat externe instanties aan kwaliteitsdata uitvragen. Een beperkt aantal ziekenhuizen inventariseert ook wat de verschillende stakeholders zinvolle data vinden,

zoals cliëntenraad, raad van toezicht, verantwoordelijk management, voorzitters van commissies, enzovoorts.

Fase 2: de betrouwbaarheid en validiteit van kwaliteitsdata. Verschillende gebruiksgroepen binnen het ziekenhuis discussiëren over definities, tellers en noemers en normen voor relevante indicatoren. Verder worden in deze fase databron systemen kloppend gemaakt en registratiemethoden aangepast. Het actief betrekken van zorgprofessionals in deze fase zorgt voor een positief effect op een betrouwbare registratie, de acceptatie van de data en het gebruik van dashboards.

Fase 3: de vormgeving van het dashboard. De gebruiksvriendelijkheid, leesbaarheid en samenhang tussen indicatoren op het dashboard wordt verbeterd, zodat de verschillende gebruikers ondersteund worden bij hun verbeteractiviteiten. Ziekenhuizen gaan beter nadenken over welke soort visualisatie van de data (bijvoorbeeld soort grafiek) goed te be-

Ontwikkelstappen van Dashboard



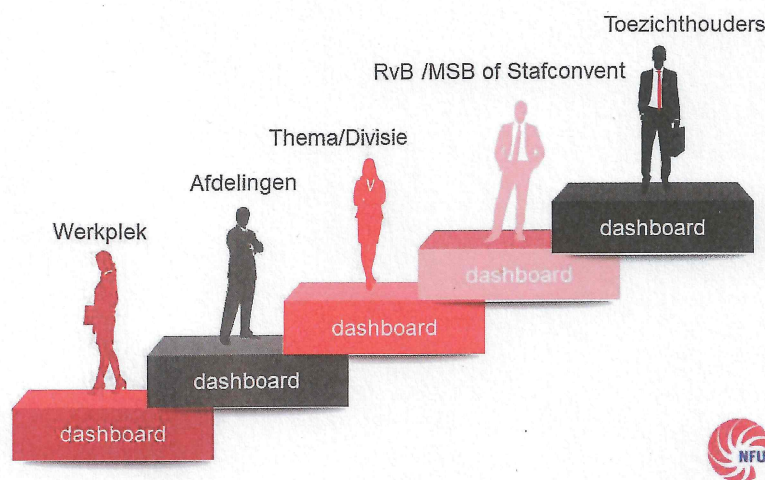
Ontwikkelstappen.

grijpen is voor de gebruiker en experimenteren met kleuren en schaling van grafieken zodat ook kleine verbeteringen beter zichtbaar zijn.

Fase 4: de inrichting van ondersteunende systemen. De automatisering van dataregistratie krijgt aandacht zodat éénmalige registratie aan de bron mogelijk wordt. Daarnaast worden overlegstructuren ingericht om de inhoud van het dashboard te bespreken. Doel van de overlegstructuren is de indicatoren betekenis te geven en verbetertermogelijkheden te exploreren. Dit kan bijvoorbeeld in kwartaalgesprekken tussen raad van bestuur en topmanagement. Een aantal ziekenhuizen heeft op alle niveaus sta-sessies volgens de Lean-methodiek voor het bespreken van zowel de indicatoren als de voortgang op kwaliteitsverbetering. 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. In een van de onderzochte ziekenhuizen spelen commissies en themahouders daar een belangrijke rol in deze analyse. 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. Zo zagen we in een ziekenhuis dat een anesthesioloog alle pijnscores analyseert en het pijnteam vervolgens aan de slag gaat op afdelingen om de kwaliteit te verbeteren bij scores onder de norm.

Fase 5: flexibiliseren van het dashboard. Het creëren van samenhang tussen verschillende interne (P&O, financiën) en externe data registraties, zoals DICA, NICE of LNR. Daarnaast zien we dat ziekenhuizen aan de slag gaan om kwalitatieve data toe te voe-

Niveaus en doelen van dashboards



Doelen en niveaus.

gen 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. De discussie vindt dan plaats over wat er komende tijd een prominentere plek moet krijgen, zodat medewerkers 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.

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. |

Voor het volledige rapport en een korte film zie:

<http://www.nfukwaliteit.nl/programmas/sturen-op-kwaliteit#/project-0-2>

Emailadres contactpersoon:
annemarie@weggelaar.com

Referenties

- (1) Dit project vond plaats binnen het programma Sturen op Kwaliteit. Dit programma wordt uitgevoerd onder leiding van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg en wordt gefinancierd door het Citrienfonds (ZonMW). Dit fonds helpt duurzame en breed inzetbare oplossingen in de gezondheidszorg te ontwikkelen en is mogelijk gemaakt door ZonMw.
- (2) Het onderzoek is gedaan bij 8 academische ziekenhuizen, 2 STZ ziekenhuizen en 2 algemene ziekenhuizen.
- (3) KPMG, Plexus (2015) Onderzoek kosten kwaliteitsmetingen. Utrecht: NVZ.