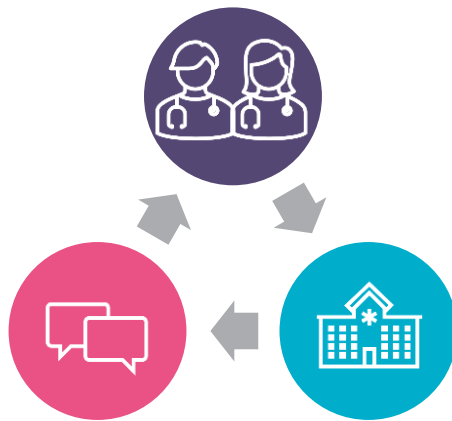


Een uitkomstgerichte kwaliteitscyclus

Deel 2. Toolkit voor het inrichten van de kwaliteitscyclus op basis van uitkomstinformatie



INITIATIEF

Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

IN SAMENWERKING MET

Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) en Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)

FINANCIERING

De ontwikkeling van dit product werd gefinancierd door ZonMw - Addendum Overkoepelend deel Kennisinstituut – projectnummer 08590092110004 als onderdeel van het programma Verduurzamen Uitkomstgerichte Zorg.

Colofon

© 2024

Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

Mercatorlaan 1200

Postbus 3320

3502GH Utrecht

Tel: (088) 505 34 44

E-mail: secretariaat@kennisinstituut.nl

Website: www.kennisinstituut.nl

Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

Inhoudsopgave

1. Projectorganisatie	4
2. Inleiding	5
2.1 Doel.....	5
2.2 Doelgroep	5
2.3 Leeswijzer	5
2.4 Totstandkoming	6
3. De kwaliteitscyclus en instapniveaus	7
4. Vervolgstappen per instapniveau	10
4.1 Instapniveau 1: Ontwikkel een uitkomstenset	10
4.2 Instapniveau 2: Zet een kwaliteitsregistratie op.....	12
4.3 Instapniveau 3: Gebruik uitkomstinformatie voor identificatie van verbeterpotentieel en kennisvragen.....	15
4.4 Instapniveau 4: Gebruik uitkomstinformatie in visitaties en/of spiegelsessies.....	18
5. Van macroniveau naar meso- en microniveau	20
Bijlage 1. Begrippen en afkortingen.....	21
Bijlage 2. Interviewgide.....	23

1. Projectorganisatie

Stuurgroep

- Selma Tromp, bestuurslid van de Federatie Medisch Specialisten met portefeuille kwaliteit, neuroloog, NVN
- Willem Jan Bos, voorzitter projectgroep NIV en het Linnean initiatief, internist-nefroloog, NIV
- Michel Wouters, voorzitter projectgroep NVvH en hoofd wetenschappelijk bureau DICA, chirurg, NVvH
- Jacob Caron, voorzitter projectgroep NOV, vice voorzitter bestuur NOV en lid commissie kwaliteit, orthopedisch chirurg, NOV
- Linda Daniels, manager medisch-specialistische zorg bij Patiëntenfederatie
- Jacqueline Klein Gunnewiek, senior adviseur kwaliteit bij Zorgverzekeraars Nederland (tot april 2023)

Klankbordgroep

- Commissie Richtlijnen Federatie Medisch Specialisten
- Commissie Kwaliteitsvisite Federatie Medisch Specialisten
- Commissie Zorgevaluatie Federatie Medisch Specialisten: Raphael Hemler, Anneke Kwee
- Samenwerkende Kwaliteitsregistraties: Dennis van Veghel
- Patiëntenfederatie Nederland

Projectteam

- Teus van Barneveld, directeur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- Margreet Pols, adjunct directeur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- Kirsten Top-Smits, adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (tot februari 2023)
- Joppe Tra, senior adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- Matthijs Ruiter, projectleider en adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (vanaf maart 2023)
- Nynke Kampstra, adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (vanaf april 2023)

Met dank aan:

- Sarah van Duijn, adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- Nadine Zielonke, adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- Dieudonné Trip, NOV
- Gerben Aarnoudse, NOV
- Marc ten Dam, Nefrovisie
- Carlijn Voorend, Nefrovisie/LUMC
- Ellen Parent, Santeon
- Nelly van Uden, Santeon
- Hetty Prinsen, Santeon
- Sanne van Houweligen, DICA
- Mira Staphorst, DICA
- Auke Nutma, NVvH

2. Inleiding

2.1 Doel

Om de beste zorg te kunnen leveren aan de patiënt, is het noodzakelijk om te weten welke zorg de beste uitkomsten geeft, welke uitkomst past bij de patiënt, en hoe deze kennis en informatie opgehaald en toegepast kan worden in het zorgproces. In het Integraal Zorg Akkoord staat “Passende zorg is waardegedreven. Dat betekent dat zorg op de eerste plaats effectief is, voldoet aan de stand van wetenschap & praktijk en meerwaarde heeft voor de patiënt, met daarnaast een doelmatige inzet van mensen, middelen en materialen”. Onderdeel hiervan is het gebruik van “uitkomstinformatie die er voor de patiënt toe doet”. Het ministerie van VWS heeft het Programma Uitkomstgerichte Zorg in gang gezet om uitkomstensets samen te stellen met alle betrokken partijen. Een wetenschappelijke vereniging van kan deze uitkomstenset gebruiken om de verschillende kwaliteitsinstrumenten (waaronder richtlijnen, kwaliteitsregistraties, kennisagenda’s en kwaliteitsvisitaties) op elkaar te laten aansluiten om daarmee het uitkomstgericht werken van de zorgprofessional en het samen beslissen met de patiënt te ondersteunen.

Met de subsidieoproep Verduurzamen Uitkomstgerichte Zorg heeft ZonMw wetenschappelijke verenigingen opgeroepen om goede voorbeelden van het gebruik van (klinische en patiëntgerapporteerde) uitkomsten in de kwaliteitscyclus van de wetenschappelijke vereniging te laten zien. Voor drie onderwerpen (chronische nierschade, dikkedarmkanker en knieartrose) is gestart met ontwikkeling van een set Uitkomstgerichte Zorg indicatoren. Daarnaast lopen deze ‘showcases’ voorop als het gaat om het gebruik van uitkomsten in de kwaliteitscyclus. Zij werken ieder hun eigen goede voorbeeld uit met unieke sterke kanten en ontwikkelpunten.

In het overkoepelende deel van het project Verduurzamen Uitkomstgerichte Zorg verzamelen we de geleerde lessen, geven we een generieke beschrijving van de kwaliteitscyclus en bieden we een stappenplan voor andere wetenschappelijke verenigingen, gebaseerd op kennis uit de showcases.

Het overkoepelende project levert twee eindproducten op:

1. Een handleiding hoe een wetenschappelijke vereniging haar kwaliteitscyclus en de rol van uitkomsten daarin kan analyseren en gebruiken.
2. Een toolkit die zo gericht mogelijk handvatten te biedt om de kwaliteitscyclus in te richten op basis van uitkomstinformatie, met concrete vervolgstappen gedefinieerd per instapniveau (dit document).

2.2 Doelgroep

De eindproducten zijn bedoeld voor alle wetenschappelijke verenigingen die uitkomstgerichte zorg willen verankeren in hun kwaliteitscyclus. Het gaat dus om het landelijke kwaliteitsbeleid.

2.3 Leeswijzer

Binnen een medische discipline zijn er diverse aandachtsgebieden en ziektebeelden. Uitgangspunt is dat als een wetenschappelijke vereniging voor een aandoening of aandachtsgebied de kwaliteitsinstrumenten op elkaar heeft afgestemd op basis van uitkomstinformatie, dat dit dan als blauwdruk kan dienen voor andere aandachtsgebieden. Een schematische weergave van de kennis- en kwaliteitscyclus is weergegeven in Figuur 1 in hoofdstuk 3. Om te bepalen hoever een wetenschappelijke vereniging binnen een aandachtsgebied is, in het op elkaar laten aansluiten van kwaliteitsinstrumenten op basis van uitkomstinformatie, kan het stroomschema (Figuur 2) geraadpleegd worden, dat vier instapniveaus onderscheidt. Het stroomschema gaat, om het overzichtelijk te houden, uit van één aandoening, waarvoor het mogelijk en zinvol is een uitkomstenset samen te stellen en data vast te leggen in een kwaliteitsregistratie. Dit is uiteraard niet

voor iedere aandoening of medische discipline van toepassing. In hoofdstuk 4 worden de vervolgstappen en aandachtsgebieden beschreven per instapniveau. Het huidige document sluit aan bij “Een uitkomstgerichte kwaliteitscyclus; analyse van de kwaliteitscyclus” dat inzicht geeft in de onderdelen van de kwaliteitscyclus en wetenschappelijke verenigingen handvatten geeft om de eigen kwaliteitscyclus te analyseren. Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen kwaliteitsbeleid op macroniveau (landelijk), mesoniveau (binnen en tussen ziekenhuizen) en microniveau (in de spreekkamer). De toolkit richt zich met name op wetenschappelijke verenigingen en betreft het macroniveau.

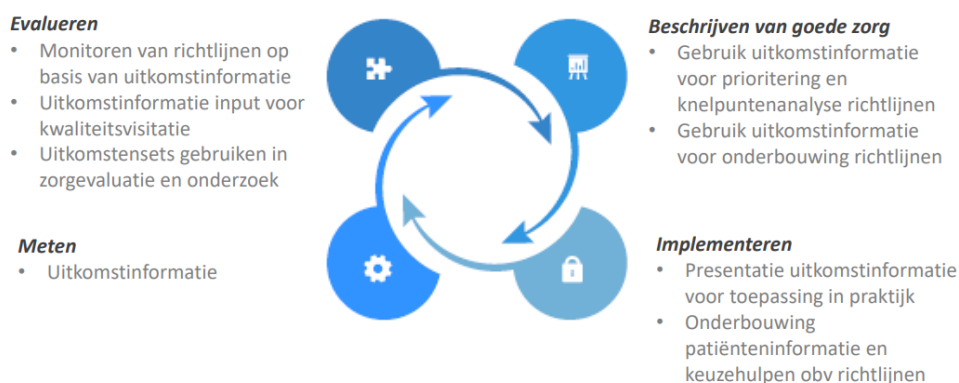
2.4 Totstandkoming

Voor het ontwerpen van het stroomschema is eerst onderzocht welke instrumenten de verschillende 32 wetenschappelijke verenigingen al hebben. Op basis van die informatie zijn in vijf interviews verdiepende vragen gesteld over de doelen van de vereniging, de ervaren barrières en de faciliterende factoren in de verschillende onderdelen van de kwaliteitscyclus. Hierin zijn zowel snijdende, beschouwende als ondersteunende disciplines gekozen (NVKNO, NVPC, NVA, NVN, NVMM), die al ver of juist niet ver waren in het inrichten van de kwaliteitscyclus. De resultaten zijn gecombineerd met de geleerde lessen uit de showcases knieartrose, dikkedarmkanker en chronische nierschade. Op basis daarvan is het stroomschema opgesteld, en zijn de belemmerende en faciliterende factoren per instapniveau gebundeld. Ter onderbouwing en verdieping wordt in de tekst verwezen naar de showcases. Voor meer details kunnen de betreffende eindrapporten geraadpleegd worden.

3. De kwaliteitscyclus en instapniveaus

Om de kwaliteitscyclus rondom een aandoening te kunnen analyseren, is het essentieel dat er een beschrijving is van wat goede zorg is. Dit is bijvoorbeeld beschreven in een richtlijn of in een ander document dat de kwaliteitskaders en -normen vaststelt. Wanneer die kaders duidelijk zijn, dient te worden vastgesteld welke klinische uitkomsten relevant zijn voor de patiënt, om de relevante informatie uit het zorgproces te kunnen vastleggen, om daarmee de kwaliteit van zorg te kunnen monitoren en verbeteren en uiteindelijk het proces van samen beslissen te kunnen ondersteunen.

In figuur 1 wordt de kwaliteitscyclus schematisch weergegeven. De verschillende stappen kunnen aan elkaar worden verbonden door uitkomstinformatie consistent te gebruiken. Vanuit de kennisduiding (bijvoorbeeld door middel van richtlijnen), wordt kennis toegepast in de vorm van implementatie. Dit kan worden gemonitord door het vastleggen van uitkomstinformatie, op basis waarvan spiegelinformatie kan worden gepresenteerd voor het monitoren, evalueren en verbeteren van de geleverde zorg. De uitkomstinformatie kan vervolgens weer gebruikt worden als basis voor richtlijnherziening, bijvoorbeeld door het signaleren van praktijkvariatie. Door het consistent gebruiken van uitkomstensets wordt verlies van informatie beperkt en kunnen inzichten worden gebruikt en geduid in de verschillende fases binnen het richtlijnontwikkelingsproces.



Figuur 1. Uitkomstgerichte kwaliteitscyclus (naar: Federatie Medisch Specialisten, Medisch specialistische richtlijnen 3.0)

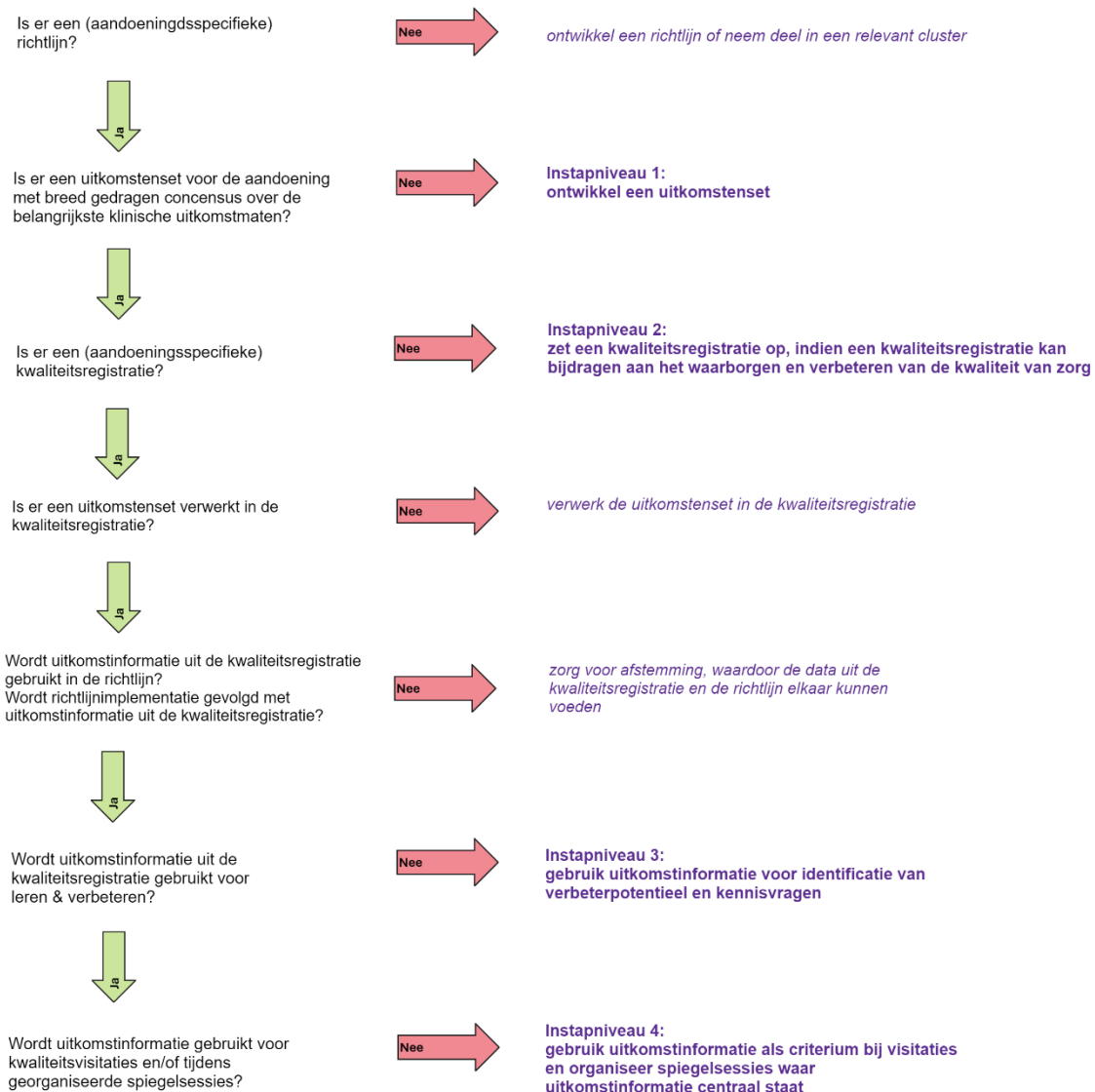
In figuur 2 is schematisch weergegeven wat de verschillende stappen zijn in het organiseren van de kwaliteitscyclus op basis van uitkomstinformatie. Hiermee kan een wetenschappelijke vereniging haar instapniveau bepalen. Per instapniveau geven wij vervolgens een omschrijving, mogelijke vervolgstappen en een overzicht van belemmerende en faciliterende factoren. Ter verduidelijking en verdieping geven we voorbeelden uit de drie showcases.

Voor het inrichten van de kwaliteitscyclus, ongeacht het instapniveau, is een toegewijd team nodig met een goede afgebakende opdracht. Idealiter heeft dit team een multidisciplinair karakter. De volgende vertegenwoordigers zouden onderdeel kunnen uitmaken van het projectteam: diverse zorgverleners, een patiëntvertegenwoordiger, een verpleegkundige, een data-analist, een epidemioloog, een kwaliteitsmedewerker, een projectleider en een

(administratief) ondersteuner. Voor alle instapniveaus gelden daarom de volgende actiepunten en randvoorwaarden:

- Formuleer een heldere opdracht.
- Vorm een (multidisciplinair) projectteam waarin de structuur, taken en verantwoordelijkheden duidelijk geformuleerd zijn.
- Betrek alle relevante (verenigingen van) zorgverleners en patiëntorganisaties.
- Zorg voor een klinisch leider binnen het projectteam (bij voorkeur een medisch specialist).
- Zorg ervoor dat de projectleden en ondersteuner(s) tijd krijgen voor de werkzaamheden.
- Inventariseer welke initiatieven er al zijn binnen de beroepsgroep en bij andere relevante disciplines.
- Stel een heldere en haalbare tijdsplanning met elkaar op.

Het stroomschema (figuur 2) gaat uit van een zekere volgorde, waarvan in de praktijk natuurlijk afgeweken kan worden. Wanneer alle stappen gemaakt zijn en de kwaliteitscyclus is ingericht op basis van uitkomstinformatie, is figuur 1 van toepassing voor onderhoud en verbetering van de cyclus.



Figuur 2. Stroomschema van instapniveaus bij het inrichten van de kwaliteitscyclus op basis van uitkomst informatie

4. Vervolgstappen per instapniveau

Hieronder geven wij een omschrijving van de instapniveaus en de vervolgstappen die daarbij horen.

4.1 Instapniveau 1: Ontwikkel een uitkomstenset

Als er nog geen breed gedragen uitkomstenset is voor een bepaalde aandoening, dan is een eerste stap om met de partijen die betrokken zijn bij de zorg rondom deze aandoening een uitkomstenset ontwikkelen. Het is goed om te inventariseren wat er al aan voorwerk gedaan is. Binnen de wetenschappelijke vereniging kan een set van klinisch relevante uitkomsten opgesteld zijn, soms bestaan er (onderzoeks)groepen die een uitkomstenset ontwikkeld hebben op basis van consensus, maar er kunnen ook uitkomsten zijn die onderdeel zijn van de transparantiekalender. Voor de (door)ontwikkeling kan vervolgens aangesloten worden bij sets of procedures van nationale programma's zoals Uitkomstgerichte Zorg, of internationale initiatieven zoals de International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). Het is belangrijk dat er consensus bereikt wordt met betrekking tot de uitkomstenset bij alle relevante partijen. De inbreng van patiënten daarbij is cruciaal. In de showcase dikkedarmkanker is een profiel opgesteld voor de gewenste kennis en vaardigheden van patiëntvertegenwoordigers en welke vorm het meest passend is om een bijdrage te leveren aan de (door)ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten. De showcase chronische nierschade beschrijft hoe de patiënten zijn betrokken in alle stappen van het inrichten van de kwaliteitscyclus op basis van uitkomstinformatie binnen de nefrologie.

Implementatie van een uitkomstenset kost tijd, zoals ook beschreven in de showcase chronische nierschade. Wanneer uitkomstinformatie onder meerdere programma's wordt gedefinieerd, zoals in het geval van knieartrose, met zowel een Uitkomstgerichte Zorg set als indicatoren op de Transparantiekalender, dan kan dit de implementatie bemoeilijken, omdat deze eigen tijdlijnen hebben.

Acties en vervolg

- Inventariseer welke sets er al bestaan of in ontwikkeling zijn, zowel nationaal als internationaal (zoals UZ, ICHOM, COMET).
- Sluit waar mogelijk aan bij bestaande en bij voorkeur internationaal uitwisselbare PROMs.

Opstellen van een uitkomstenset	
Faciliterende factoren	<ul style="list-style-type: none"> • het proces volgen van het programma Uitkomstgerichte zorg; • bestaande uitkomstensets van initiatieven zoals ICHOM, COMET, OMERACT; • aansluiten bij reeds bestaande PROMs en standaardvragen; • bestaande internationaal uitwisselbare PROMs; • het hebben van een kartrekker / een klinisch leider; • de juiste stakeholders en specialismen betrekken; • het hebben van (landelijke) consensus rondom uitkomsten, eenheden en meetinstrumenten; • geef patiëntvertegenwoorders een expliciete stem en maak hen onderdeel van de werkgroep.
Belemmerende factoren	<ul style="list-style-type: none"> • financiering van project; • kosten van meetinstrumenten; • bestaande uitkomstenset die niet onafhankelijk is vastgesteld (met industrie aan tafel); • geen/geringe personele capaciteit; • nog niet overal in de kwaliteitscyclus worden uniforme definities gebruikt, ook is de data voor de uitkomstenset Uitkomstgerichte zorg niet volledig beschikbaar; • tijdelijnen van andere sets bvb op de transparantiekalender; • afstemming tussen disciplines en over de lijnen heen is nodig; • het proces om consensus te bereiken rondom een uitkomstenset kan veel tijd in beslag nemen.

Naslag

Programma Uitkomstgerichte Zorg, [Werkplan Inzicht in uitkomsten](#)

Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care: creating value-based competition on results. Harvard business press; 2006.

COMET initiative, Core Outcome Measures in Effectiveness Trials, <https://comet-initiative.org/>

ICHOM, International Consortium for Health Outcomes Measurement, <https://www.ichom.org/>

OMERACT, international initiative to improve outcome measurement in rheumatology, <https://omeract.org/>

4.2 Instapniveau 2: Zet een kwaliteitsregistratie op

Een kwaliteitsregistratie omvat de verzameling, opslag en analyse van gegevens over een patiëntenpopulatie, gedefinieerd door een bepaalde aandoening, zorgtype of complicatie dan wel combinaties daarvan. De kwaliteitsregistratie dient in de eerste plaats ter evaluatie en verbetering van kwaliteit van zorg, door middel van (kort)cyclische feedback van spiegelinformatie naar zorgverlener en/of zorginstelling en ter ondersteuning van samen beslissen door patiënt en zorgverlener. Een kwaliteitsregistratie is een krachtig middel om uitkomsten consistent te gebruiken binnen de kwaliteitscyclus. Zet alleen een kwaliteitsregistratie op, indien deze kan bijdragen aan het waarborgen en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Een kwaliteitsregistratie is niet voor iedere aandoening of situatie een geschikt instrument. En het opzetten ervan is kostbaar en tijdrovend.

Naar aanleiding van het Keuzekamp [rapport over regie op kwaliteitsregistraties](#), werken de koepelorganisaties binnen de medisch-specialistische zorg samen aan een efficiënte landelijke governance van kwaliteitsregistraties. Voor kwaliteitsregistraties betekent dit dat zij periodiek een proces moeten doorlopen, onder andere om opgenomen te worden in het landelijk register voor [kwaliteitsregistraties](#). Hiervoor toetsen de inhoudsgovernancecommissie (IGC) en de datagovernancecommissie (DGC) een kwaliteitsregistratie op verschillende elementen, waarna zij een advies uitbrengen aan het Zorginstituut om de registraties op te nemen in het register dat het Zorginstituut beheert. Opname in het register voor kwaliteitsregistraties impliceert verplichte aanlevering van data door zorgaanbieders en een wettelijke grondslag voor het gebruikmaken van (medische) persoonsgegevens (conform AVG). Daarnaast kunnen kwaliteitsregistraties die opgenomen zijn in het register aanspraak maken op structurele financiering door Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Het verdient de voorkeur dat een registratie het hele zorgpad omvat, maar dit kan ingewikkelder worden als dit meerdere lijnen of domeinen overstijgt. Om bijvoorbeeld een goed beeld te krijgen van de uitkomsten van patiënten met knieartrose, zou je niet alleen inzicht willen hebben in data rondom een knieprothese uit de LROI, maar ook in de uitkomsten van conservatieve therapie (bij huisartsen en fysiotherapeuten). Wanneer data over een aandoening verdeeld zijn over meerdere registraties, is het belangrijk dat de informatie eenduidig gedefinieerd is, uitwisselbaar is tussen de registraties en dat de uitkomsten van één patiënt aan elkaar gekoppeld kunnen en mogen worden. De kwaliteitsregistratie van patiënten met chronische nierziekten Nefrodata (voorheen Renine) is bijvoorbeeld gekoppeld aan de Nederlandse Orgaantransplantatie Registratie. Er wordt tevens gewerkt aan implementatie van het register van patiënten met vroegere nierschade en van registratie van patiënten die bewust kiezen om geen dialyse te ondergaan (conservatieve zorg). In de showcase dikkedarmkanker is er niet één registratie die een totaaloverzicht geeft van alle uitkomstinformatie van dikkedarmkankerpatiënten, maar zijn er vier registraties die informatie uit een deel van het zorgpad vatleggen: de Dutch ColoRectal Audit, de Dutch Gastrointestinal Endoscopy Audit, de Dutch Registration of Complications in Endoscopy en de Dutch Hepato Biliary Audit. In het eindrapport van deze showcase worden de mogelijkheden en barrières voor het koppelen van uitkomstinformatie uit verschillende registraties toegelicht.

Acties en vervolg

- Zorg voor een heldere afbakening van de registratie.
- Zoek aansluiting bij Samenwerkende Kwaliteitsregistraties (SKR) en lopende programma's om de registratie zo in te richten dat deze voldoet aan de criteria van de IGC en DGC.
- Creëer in een vroeg stadium draagvlak binnen de achterban door de doelen en beoogde voordelen te communiceren.
- Zorg ervoor dat aandoeningsspecifieke delen van het EPD beschikbaar komen waarin te verzamelen en registreren data helder gedefinieerd en discreet vastgelegd kunnen worden.

Opzetten van een (aandoeningsgerichte) kwaliteitsregistratie

Faciliterende factoren	<ul style="list-style-type: none">• vastgestelde criteria voor inhoud en data door IGC en DGC;• heldere afbakening van de registratie;• gebruik maken van de principes van Registratie aan de bron;• beschikbaarheid van objectieve data door registratie;• implementatie stimuleert deelnemers in het veld;• beschikbare landelijke oplossingen;• goede kwaliteit data;• in vertrouwen data delen;• data in dashboard weergeven helpt zorgprofessionals om meerwaarde te zien;• het hebben van (klinische) leiders/kartrekkers.
Belemmerende factoren	<ul style="list-style-type: none">• ontbreken van benodigde EPD-infrastructuur in het gestructureerd vastleggen van data;• barrières in het koppelen van uitkomstinformatie uit verschillende registraties, met name tussen verschillende zorginstellingen en meerdere lijnen• koppeling tussen data uit de eerste en de tweede lijn;• ervaren registratielast door zorgprofessionals in vastleggen en versturen van data;• onvoldoende menskracht/financiering om alle stappen te doorlopen;• huidige financiering door ZN dekt niet alle kosten;• geen verplichte medewerking zorginstellingen (wanneer nog niet opgenomen in register Zorginstituut);• terughoudendheid zorginstellingen om zich transparant op te stellen;• datasets moeten worden afgestemd met achterban en patiëntorganisaties;• juridische belemmeringen om verzamelde PROMs buiten de registratie te koppelen aan data in de registratie;• technische beperkingen in de kwaliteitsregistratie, bijvoorbeeld in het aanpassen van definities;• verbeterpotentieel wordt onvoldoende gedeeld buiten samenwerkingsverband;• ondersteuning van kwaliteitsinstrumenten via het EPD beweegt niet of onvoldoende en is voor de wetenschappelijke vereniging niet beïnvloedbaar, dit belemmert de implementatie.

Wanneer uitkomstinformatie volgens een breed gedragen set wordt vastgelegd in een kwaliteitsregistratie, dan kan aansluiting gezocht worden bij een richtlijn, indien aanwezig. Uitkomstinformatie kan de richtlijn voeden door het zichtbaar maken van knelpunten, bijvoorbeeld op het gebied van praktijkvariatie. Ook kan registratiedata (real world data) waardevol zijn in het onderbouwen van een aanbeveling. Daarnaast kan uitkomstinformatie uit kwaliteitsregistraties worden gebruikt om implementatie van een richtlijn te volgen. De showcase dikkedarmkanker heeft deze principes getoetst voor de interactie tussen de richtlijn colorectaal carcinoom en de Dutch ColoRectal Audit, en heeft aanbevelingen gedaan hoe de interactie verbeterd kan worden. De dynamiek van richtlijnen is door modulair onderhoud toegenomen, maar de verbinding met de dataset van kwaliteitsregistraties en daarmee het verzamelen van de uitkomstinformatie blijft vooralsnog achter.

Naslag

Eindrapport POC I - Uitkomstgerichte Zorg Lijn 4 - ICT & Toegankelijkheid,

<https://platformuitkomstgerichtezorg.nl/aan+de+slag/documenten/default.aspx>

Showcase Chronische nierschade, hoofdstuk 2.2 registratie dialysezorg en chronisch nierschade

Landelijke governance kwaliteitsregistraties, <https://www.landelijkekwaliteitsregistratie.nl/>

Programma Verduurzamen kwaliteitsregistraties,

<https://kwaliteitsregistraties.demedischspecialist.nl/>

Keuzekamp rapport Regie op kwaliteitsregistraties,

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/03/20/een-programma-voor-regie-op-kwaliteitsregistraties-en-verbetering-van-datagovernance>

4.3 Instapniveau 3: Gebruik uitkomstinformatie voor identificatie van verbeterpotentieel en kennisvragen

Om uitkomstinformatie te gebruiken voor het identificeren van verbeterpotentieel is het belangrijk dat de data zijn geanalyseerd (en goed zijn gecorrigeerd voor case-mix verschillen), en eventuele aanvullende vervolgvragen zijn uitgezocht. Vervolgens kan worden onderzocht hoe uitkomstinformatie kan worden gebruikt binnen een verbetercyclus. Een voorbeeld is het Health Outcomes Management Evaluation (HOME) model. Het model helpt op ziekenhuisniveau om gebruik van uitkomstinformatie inzichtelijk te maken en is gebaseerd op 4 hoofdstappen van een (uitkomst-gedreven PDCA) verbetercyclus en bestaat uit 7 randvoorwaarden voor de organisatie (7S-model). Zie het [SKR-rapport](#), waarin beschreven wordt hoe het HOME-model voor meerdere aandoeningen en specialismen inzicht kan creëren in het gebruik van uitkomstinformatie ten behoeve van kwaliteitsverbetering.

De review van Dorr (2022) concludeerde dat er in de literatuur vier veelvoorkomende methodes voor kwaliteitsverbetering zijn geïdentificeerd: benchmarking, Plan-Do-Study-Act cycli, dashboarding en geaggregeerde rapportages. Deze methodes zien we ook terug binnen de showcases. Daarnaast kwam naar voren dat het belangrijk is een infrastructuur in te richten waarmee datacollectie en analyse adequaat ondersteund kan worden.

De showcase dikkedarmkanker laat zien dat zowel chirurgen als kwaliteitsmedewerkers het belangrijk vinden dat er goede instrumenten zijn om uitkomstinformatie te raadplegen, en dat dit vooral gebeurt met behulp van dashboards. Structurele analyses van uitkomsten kunnen blootleggen welke kennis nog ontbreekt binnen een ziektebeeld, bijvoorbeeld op het gebied van behandeling. Dit kan van belang zijn voor het aanpassen van de betreffende richtlijn.

In de chronische nierschade showcase komt terug dat uitkomstinformatie uit de Nefrodata registratie via verschillende routes beschikbaar wordt gemaakt. Daarnaast is er sprake van een lerend netwerk door onder andere het realiseren van benchmarkrapportages.

In de spreekkamer kunnen artsen uitkomstinformatie gebruiken om de patiënt te informeren over de verschillende behandelopties en vervolgens samen te beslissen wat voor de betreffende patiënt een goede keuze is voor zijn/haar behandeling (microniveau, zie voorbeeld 'patiënten-zoals-ik' in de showcase knieartrose). Ook kunnen zorgverleners binnen de multidisciplinaire behandelteams of in een regionetwerk uitkomstinformatie bespreken om van elkaar te leren en waar mogelijk de zorg te verbeteren (mesoniveau). Verder kunnen wetenschappelijke verenigingen de uitkomstinformatie op geaggregeerd- of populatieniveau gebruiken om de kwaliteit van zorg te bewaken en verbeteren (macroniveau).

Acties en vervolg

- Formuleer verbeteracties aan de hand van inzichten uit de data; bepaal welke projectleden eventuele aanvullende uitzoekacties verrichten.

- Zorg voor een implementatie- en evaluatieplan van de verbeteracties (inclusief een omschreven tijdslijn).
- Zorg voor verspreiding van relevante inzichten en verbeteringen binnen het ziekenhuis én tussen ziekenhuizen.
- Draag zorg voor een infrastructuur waar de datacollectie, -analyse en -visualisatie adequaat ondersteund wordt.

Identificeren van verbeterpotentieel en kennisvragen	
Faciliterende factoren	<ul style="list-style-type: none"> • data registreren aan de bron, geschikt voor meervoudig gebruik; • het hebben van een kwaliteitsregistratie (indien van toegevoegde waarde); • vertrouwen hebben in de data (volledige representatie van de patiëntengroep en goede case-mix correcties); • open sfeer en vertrouwen hebben in elkaar; • uitkomstenset/dataset als een dynamische set zien, gebruiken en aanpassen; • lokale initiatieven kunnen zeer bruikbare inzichten en resultaten opleveren, die landelijke opschaling verdienen; • een dashboard om eenvoudig inzicht te krijgen in data; • registratie kan aantonen of verrichtingen zinvol zijn voor de patiënt.
Belemmerende factoren	<ul style="list-style-type: none"> • ontbreken van financiering (voor kwaliteitsregistratie en het analyseren en geven van feedback); • vragen in kwaliteitsregistraties zijn vaak onvoldoende multidisciplinair ingestoken; • een platform geven voor lokale initiatieven is een taak voor de wetenschappelijke vereniging, echter het zorgen dat deze worden overgenomen is lastiger; • niet alle kwaliteitsinstrumenten zijn in beheer van de wetenschappelijke vereniging – soms heeft deze maar beperkt invloed, dit belemmert bijvoorbeeld ook de opschaling van lokale instrumenten; • onvoldoende case-mix correctie kan de interpretatie (en dus identificatie verbeterpotentieel) van de data lastig maken; • ontbreken van verplichting om uitkomstinformatie in kaart te brengen; • afstemming tussen richtlijnen en kwaliteitsregistraties zijn niet optimaal (en versterken elkaar momenteel niet); • kwaliteitsevaluaties zijn nog niet voldoende (in)gericht op het gehele zorgpad van de desbetreffende aandoening; • onduidelijkheid hoe om te gaan met transparantie (of juist anonimiteit) m.b.t. de benchmarkresultaten.

Naslag

- Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D, editors. Improving patient care: the implementation of change in health care. John Wiley & Sons; 2013 Mar 18.
- Daniels K, Rouppe van der Voort MB, Biesma DH, van der Nat PB. Five years' experience with value-based quality improvement teams: the key factors to a successful implementation in hospital care. BMC Health Services Research. 2022 Dec;22(1):1-4.
- Dorr, M. C., Van Hof, K. S., Jelsma, J. G. M., Dronkers, E. A. C., Baatenburg de Jong, R. J., Offerman, M. P. J., & de Bruijne, M. C. (2022). Quality improvements of healthcare

- trajectories by learning from aggregated patient-reported outcomes: a mixed-methods systematic literature review. *Health Research Policy and Systems*, 20(1), 90.
- NFU. Bouwstenen voor werken aan waardegedreven zorg. Geraadpleegd op: 19-10-2023 via: https://nfukwaliteit.nl/pdf/Bouwstenen_voor_werken_aan_waardegedreven_zorg.pdf
- Zipfel, N., van der Nat, P. B., Rensing, B. J., Daeter, E. J., Westert, G. P., & Groenewoud, A. S. (2019). The implementation of change model adds value to value-based healthcare: a qualitative study. *BMC health services research*, 19(1), 1-12.
- van der Nat, P. B., Derks, L., & van Veghel, D. (2022). Health Outcomes Management Evaluation—A National Analysis of Dutch Heart Care. *European Heart Journal-Quality of Care and Clinical Outcomes*, 8(6), 670-680.
- SKR. (2022). Rapport Toepassing van uitkomstinformatie voor kwaliteitsverbetering in de zorg. <https://skr-zorg.nl/rapport-uitkomst-zorginformatie/>

4.4 Instapniveau 4: Gebruik uitkomstinformatie in visitaties en/of spiegelsessies

Tijdens een kwaliteitsvisitaatie kunnen ziekenhuizen en de medische professionals gevraagd worden of en hoe ze uitkomstinformatie gebruiken. Volgens de Toekomstvisie Kwaliteitsvisitaties van de Federatie is het doel van een kwaliteitsvisitaatie: “het stimuleren van kwaliteitsverbetering van de geleverde zorg. De unieke methode van een kwaliteitsvisitaatie is de intercollegiale beoordeling van het functioneren van een vakgroep.” Zorgmedewerkers op het gebied van nefrologie zien het belang van visiteren voor het onderhouden (gemiddelde score 3.9/5.0) en verbeteren (score 4.0/5.0) van de kwaliteit van zorg, volgens een poll die is gehouden op de Nefrologie Dagen in 2023. Het merendeel (75%) verwacht van de visitatiecommissie een advies hoe vervolgens verbeteringen gerealiseerd kunnen worden. Ook zien de zorgprofessionals het nut in van een eventuele jaarlijkse bespreking van benchmarkrapporten met centra van vergelijkbare omvang (4.3/5.0) (bron: Nederlandse Nefrologie Dagen 2023 poll uitkomsten).

Uitkomstinformatie wordt echter nog lang niet altijd gebruikt in kwaliteitsvisitaties.

Uitkomstinformatie kan worden gebruikt als basis voor:

- benchmarking op basis van interne data;
- benchmarking op basis van externe/landelijke data;
- ondersteuning van samen beslissen met de patiënt;
- wetenschappelijk onderzoek.

Om verbeteringen te realiseren aan de hand van benchmarks en/of externe inzichten, kan het waardevol zijn om landelijke spiegelsessies te organiseren en ziekenhuizen te prikkelen zelf spiegelsessies te organiseren, eventueel ook tussen vakgroepen van verschillende ziekenhuizen. Tijdens spiegelsessies worden de desbetreffende uitkomstdata voorgelegd en besproken. Medisch professionals gaan met elkaar in gesprek aan de hand van lokale dashboards met individuele patiëntdata of op basis van nationale benchmark gegevens waar data van het eigen centrum-data in staat (zoals o.a. binnen de showcase chronische nierschade), om op die manier de praktijkvariatie te verminderen en van elkaar te leren. Daardoor gaat de uitkomstinformatie van de kwaliteitsregistratie meer leven, en krijgen zorgprofessionals meer inzicht in hun eigen data en resultaten.

De beroepsgroep heeft - door de combinatie van registratie, benchmarken en visitaties - zelf de controle of er daadwerkelijk wordt gedaan aan verbetering van geconstateerde problemen. In de chronische nierschade is dit in detail onderzocht en beschreven dat een aantal ziekenhuizen tot daadwerkelijke aanpassingen zijn gekomen.

De showcases geven eigen praktijkvoorbeelden hoe uitkomstinformatie gebruikt kan worden voor leren en verbeteren. Dit vraagt om een aanpak op maat, door de verschillende procedures, regels en organisatiestructuur van ieder ziekenhuis of regio. De NOV (knieartrose) en de NVvH (dikkedarmkanker) hebben een proces ingericht voor het analyseren van uitkomsten, waarbij uitschieters kunnen worden geïdentificeerd. De commissie kwaliteit of de werkgroep audit onderneemt vervolgens actie om met de betreffende vakgroep in gesprek te gaan. Verder worden bij de showcase dikkedarmkanker uitkomsten weergegeven in het Codman dashboard, dat beschikbaar is voor ziekenhuizen en zorgverleners. Binnen de showcase chronisch nierschade is er binnen de Nefrodata een

trendweergave met centrumprestatie beschikbaar ten opzichte van het landelijk gemiddelde.

Acties en vervolg

- Bespreek lokale en nationale benchmark informatie in een lokaal team. Neem indien van toepassing PROMs en kosten hierin mee.
- Koppel de data uit de kwaliteitsregistratie van het eigen centrum terug, afgezet tegen het (landelijk) gemiddelde.
- Geef uitkomst informatie een belangrijke plaats bij kwaliteitsvisitaties.

Organiseren van spiegelsessies	
Faciliterende factoren	<ul style="list-style-type: none"> • lokale, regionale en nationale spiegelsessies; • een dashboard om eenvoudig inzicht te krijgen in data; • een dynamische terugkoppeling of visualisatie, die ook kan worden gebruikt in de spreekkamer (met zowel PROMs als klinische data); • laten zien van de waarde van kwaliteitsbeleid (bijv. uitbreiding indicatie bij zorginstituut) helpt de achterban mee te krijgen; • de uitkomst informatie als basis gebruiken voor de visitatie; • veilig klimaat creëren om transparant te kunnen zijn tijdens visitatie.
Belemmerende factoren	<ul style="list-style-type: none"> • de benchmark op eigen ziekenhuis niveau kunnen niet altijd uit het EPD gehaald worden; • benchmarks voor diagnostische disciplines zijn vaak op laboratoriumniveau; • AVG-regelgeving bemoeilijkt koppelingen tussen datasets en daarmee ontbreekt mogelijk de samenhang en het totaaloverzicht; • er niet altijd een formele verplichting om deel te nemen aan de visitatie.

5. Van macroniveau naar meso- en microniveau

Het uiteindelijke doel van het inrichten van de kwaliteitscyclus op basis van uitkomstinformatie is het verbeteren en borgen van de kwaliteit van zorg door het ondersteunen van uitkomstgericht werken van de zorgprofessional en het (faciliteren van) samen beslissen met de patiënt. Voor uitkomstgericht werken moeten dan ook zowel macro- als meso- en microniveau worden aangesproken, waarbinnen de diverse stakeholders hun rol (kunnen) pakken. Een wetenschappelijke vereniging dient daarvoor de kaders en richting aan te geven.

Het kwaliteitsbeleid is in de praktijk geen top-down proces: bevlogen zorgprofessionals die het kwaliteitsdenken omarmd hebben dragen doorgaans het kwaliteitssysteem in hun zorginstelling en binnen hun wetenschappelijke vereniging. Voor het goed inrichten van de kwaliteitscyclus en het implementeren van vernieuwingen moeten alle niveaus samenwerken, de zorgprofessionals, de ziekenhuizen en de vereniging. De showcase knieartrose heeft in dat kader lokale initiatieven in kaart gebracht (mesoniveau), waarbij vakgroepen, regionetwerken of zelfstandige klinieken uitkomstinformatie op een (duurzame) manier (her)gebruiken. Lokale initiatieven kunnen gebruikt worden om van de leren en eventueel op te schalen.

Een goed voorbeeld van een initiatief om uitkomstinformatie te gebruiken in de spreekkamer (microniveau) is het 'Patiënten zoals ik'-platform, ontwikkeld binnen de showcase knieartrose. Hierin kan uitkomstinformatie van patiënten met een totale knieprothese vanuit de LROI gepresenteerd worden aan patiënten die in aanmerking komen voor een knieprothese om het samen beslissen te ondersteunen. Binnen Santeon-verband is een dashboard voor patiënten met chronische nierschade (stadium 3b en 4) ontwikkeld, dat inzicht geeft in de ziektelast en zo het gesprek in de (digitale) spreekkamer tussen patiënt en zorgprofessional kan ondersteunen.

Uitkomstgerichte zorg is meer dan het zichtbaar maken van trends binnen en tussen ziekenhuizen. Uitkomstinformatie wordt inmiddels steeds meer gebruikt in het directe individuele patiëntencontact, waar in het gesprek tussen arts en patiënt de meest passende behandelopties worden besproken. Als alle relevante partijen binnen een zorgpad worden betrokken, en over de disciplines en lijnen heen kan worden gekeken, dan komen ook mogelijkheden in beeld die misschien in eerste instantie niet zijn overwogen, zoals bijvoorbeeld conservatief behandelen of de keuze om af te zien van behandeling. Het ultieme doel wordt daarmee verwezenlijkt: het optimaal ondersteunen van leren & verbeteren (uitkomstgericht werken) van de zorgprofessional en het samen beslissen met de patiënt.

Bijlage 1. Begrippen en afkortingen

Verklaring van gebruikte termen

Kwaliteitscyclus	Het geheel van instrumenten waarmee de kwaliteitszorg rond een bepaalde patiëntengroep of aandoening wordt beschreven, uitgevoerd, gemeten en geëvalueerd.
Showcase	Goed voorbeeld van (in dit geval) een aandoening waar uitkomsten een grote rol spelen in de kwaliteitscyclus.
Waardegedreven zorg	Zorg waarbij het toevoegen van de waarde voor de patiënt centraal staat.
Uitkomstgerichte zorg	Zorg waarbij op basis van uitkomstinformatie de kwaliteit van de zorg wordt verbeterd en de waarde voor de patiënt wordt afgemeten aan voor de patiënt belangrijke uitkomsten.
Samen Beslissen	Het proces waarin de arts en de patiënt gezamenlijk bespreken welk medisch beleid het beste bij de patiënt past, waarbij alle opties, voor- en nadelen, patiëntvoorkeuren en omstandigheden worden meegenomen.
Keuzehulp	Kwaliteitsinstrument waarmee de patiënt inzicht krijgt in de verschillende behandelopties en risico's van de behandeling.
Gepersonaliseerde keuzehulp	Kwaliteitsinstrument waarmee patiënt en arts inzicht krijgen in de verschillende behandelopties en risico's en uitkomsten bij verschillende patiëntgroepen. Ook bekend als "Patients-like-me".
Individueel patiëntdashboard	Kwaliteitsinstrument waarmee patiënt en arts inzicht krijgen in het verloop van de ziekte van de individuele patiënt, gebaseerd op door de patiënt gerapporteerde uitkomsten.
Kwaliteitsnorm	Afspraak waaraan zorg moet voldoen voor behoud en bevordering van kwaliteit, eenduidigheid van zorg en inzichtelijkheid, waarop beleid en uitvoeringspraktijk kan worden getoetst. Dit kan een losstaand document zijn of onderdeel van richtlijn, leidraad of standpunt.
Leidraad	Een verzameling van aanbevelingen over vaak organisatorische of uitvoerende zaken. Het betreft adviezen die niet primair betrekking hebben op de medische inhoud, indicatiestelling of diagnostiek. Bevat meestal geen uitkomsten en is daarom niet in de uitkomstgerichte kwaliteitscyclus meegenomen.
Patients-like-me Protocol/zorgpad	Zie <i>Gepersonaliseerde keuzehulp</i> . Een lokaal of landelijk opgestelde instructie ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, zo mogelijk afgeleid van een richtlijn, standpunt of kwaliteitsnorm, die aangeeft hoe in de dagelijkse praktijk te handelen met inachtneming van plaatselijke mogelijkheden en beperkingen.
PROs	Patiënt gerapporteerde uitkomsten waarmee het perspectief van de patiënt over zijn/haar gezondheid gerelateerde uitkomsten gemeten wordt.
Richtlijn	Een document met aanbevelingen met betrekking tot medische inhoud, indicatiestelling of diagnostiek, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers.
Standpunt	Een standpunt is een document dat ingaat op een actuele zorgvraag en tijdelijk richting geeft aan zorgverleners en -gebruikers wanneer een richtlijn ontbreekt of niet meer up-to-date

Uitkomstgegevens	is. Een standpunt wordt ad hoc en versneld opgesteld en kan worden gebruikt als voorloper van één of meer (nieuwe of herziene) richtlijnmodules
Uitkomstinformatie	data die worden gemeten en vastgelegd tijdens het zorgproces
Uitkomstset	informatie die na bewerken en interpreteren van de uitkomstgegevens kan worden gebruikt op individueel, lokaal en landelijk niveau
	een vastgestelde verzameling van klinische en patiëntgerapporteerde uitkomstinformatie. Er wordt onderscheid gemaakt tussen generieke en aandoeningsspecifieke uitkomstsets.

Landelijke programma's

Programma Uitkomstgerichte Zorg	Programma van VWS met als doel om uitkomstsets samen te stellen met belanghebbende partijen die inzicht geven in de kwaliteit van zorg en ondersteunend zijn aan samen beslissen.
Verduurzamen kwaliteitsregistraties	Programma van de Federatie Medisch Specialisten om de wijze waarop data voor kwaliteitsregistraties worden vastgelegd en verzameld te optimaliseren.
Waardegedreven Zorg	Verschillende programma's van NVZ, NFU, SAZ, Santeon om de kwaliteit van de zorg en daarmee de uitkomsten en ervaring van patiënten continu te verbeteren.
ZE&GG	Programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik van het Zorginstituut met als doel om zorgevaluatie en de implementatie van gepast gebruik onderdeel van het reguliere zorgproces te maken.
Zinnige Zorg (ZiN)	Programma van het van Zorginstituut om te beoordelen of diagnostiek en de therapeutische interventies die deel uitmaken van het basispakket op een patiëntgerichte, effectieve en doelmatige manier worden ingezet.
Transparantiekalender	Verzameling kwaliteitsindicatoren waarover het Zorginstituut afspraken heeft gemaakt met zorgaanbieders, verzekeraars, patiëntenorganisaties en andere belanghebbenden en die jaarlijks worden aangeleverd en gepubliceerd.
IGJ basisset	Verzameling verbeterdoelen en kwaliteitsindicatoren waarmee de Inspectie toezicht houdt op de ziekenhuizen.

Afkortingenlijst

DCCG	Dutch Colorectal Cancer Group
DCRA	Dutch ColoRectal Audit
DICA	Dutch Institute for Clinical Auditing
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IZA	Integraal Zorg Akkoord
LROI	Landelijke Registratie Orthopedische Interventies
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NIV	Nederlandse Internisten Vereniging
NOV	Nederlandse Orthopaedische Vereniging
NVN	Nederlandse Vereniging voor Neurologie
NVvH	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
PRO	Patiënt gerapporteerde uitkomst (patient reported outcome)
PROM	Patiënt gerapporteerde uitkomstmaat (patient reported outcome measure)
SAZ	Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen
UZ	Programma Uitkomstgerichte Zorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage 2. Interviewguide

KWALITEITSREGISTRATIES

1. Wanneer heb je een kwaliteitsregistratie nodig? Welke vragen wil je kunnen beantwoorden?
2. Rondom welke patiëntengroep doen jullie het meest m.b.t. het kwaliteitsbeleid? Of waar zien jullie potentie om meer te kunnen doen m.b.t. het kwaliteitsbeleid?
3. Werken jullie binnen de wetenschappelijke vereniging met een kwaliteitsregistratie?
 - a. Zo ja, voor welke patiëntengroepen?
 - b. Zo ja, hoe gebruiken jullie de kwaliteitsregistratie?
 - c. Zo nee, zouden jullie kwaliteitsregistraties willen inrichten voor specifieke patiëntengroepen binnen jullie wetenschappelijke vereniging?
 - d. Wat hebben jullie momenteel nodig om dit proces te ondersteunen en versnellen?
4. Hoe is de kwaliteitsregistratie ingebed binnen de WV (hoe is de samenwerkingen tussen de WV/kwaliteitsregistratie)?
5. Hebben jullie een uitkomstindicatorenset voor de patiëntengroep die centraal staat binnen jullie kwaliteitsregistratie? Zo ja, hoe is de set tot stand gekomen (zelf, UZ-programma, Santeon etc.)?
6. Wat voor rol ziet een wetenschappelijke vereniging voor zichzelf in het uitdragen van uitkomsten en bijvoorbeeld organiseren van spiegelsessies?
7. Wat missen de andere verenigingen ten opzichte van wat jullie wel hebben? Wat maakt een kwaliteitsregistratie waardevol voor wetenschappelijke verenigingen?

VISITATIES

8. Organiseren jullie kwaliteitsvisitaties, en worden hier de uitkomstindicatoren in meegenomen?

LEREN & VERBETEREN

9. Gebruiken jullie de uitkomstindicatoren ten behoeve van de kwaliteit van zorg en het realiseren van verbeterinitiatieven? Zo ja, welke verbeterinitiatieven zijn dit? Kunt u daar wat meer over vertellen?
 - a. Wat zijn de ambities voor de toekomst met betrekking tot het initiëren van verbeterinitiatieven?
10. Wat hebben jullie nodig om meer te kunnen doen met de data die komen uit de kwaliteitsregistraties?
11. Wat hebben jullie nodig om de achterban (ziekenhuizen/medisch specialisten/verpleegkundigen etc.) mee te krijgen?

KENNISHIATEN

12. Zijn er, door het werken met een kwaliteitsregistratie, bepaalde kennishiaten/kennislacunes naar voren gekomen?