



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN UMC'S
CONSORTIUM KWALITEIT VAN ZORG

Experiment ZInvolle REgistratie op Intensive Care afdelingen in de regio

'Van wantrouwen naar vertrouwen'

November 2023

COLOFON

Titel:

Eindrapport Experiment Zinvolle Registratie op Intensive Care afdelingen in de regio.

Auteurs:

Marieke Zegers

Gijs Hesselink

Rutger Verhage

Hans van der Hoeven

Opdrachtgever:

NFU Consortium Kwaliteit van Zorg

Inhoud

VOORWOORD.....	4
ALGEMEEN.....	5
SAMENVATTING	8
1. INLEIDING	10
Registratielast als gevolg van verantwoording.....	10
Anders verantwoorden met experiment Zinnvolle Registratie (ZIRE)	10
Uitkomsten van het eerste ZIRE-experiment	11
Behoeftte aan verbreding en verdieping van ZIRE	12
Doelen, hypothese en onderzoeksvragen.....	14
2. METHODEN.....	16
Studiesetting.....	16
Uitrol van ZIRE	16
Effect- en procesevaluatie van ZIRE	19
Ontwikkeling en selectie van indicatoren voor evalueren van regionale IC-samenwerking	22
Evaluatie maatschappelijke verantwoording IC-zorg.....	23
Ethische verantwoording	23
3. RESULTATEN	24
Respons en respondentkenmerken	24
Impact van ZIRE op registratielast.....	25
Impact van ZIRE op werkplezier	29
Impact van ZIRE op eigenaarschap voor kwaliteit	31
Impact van ZIRE op kwaliteit en veiligheid van IC-zorg.....	32
Bevorderende factoren bij implementatie.....	36
Belemmerende factoren bij implementatie.....	39
Indicatoren voor het evalueren en verbeteren van kwaliteit van regionale samenwerking.....	44
Maatschappelijke verantwoording	50
4. CONCLUSIE EN GELEERDE LESSEN	53
Geleerde lessen	54
5. HOE NU VERDER?	56
REFERENTIES.....	57
BIJLAGEN	59
Bijlage 1. Registraties die niet meer worden gedaan in het ZIRE-experiment.....	59
Bijlage 2. Zakkaartje en poster	60
Bijlage 3. Gesprekshandleiding voor de procesevaluatie.....	62
Bijlage 4. Histogrammen van IC-medewerkers in de regio met burn-out klachten.....	63
Bijlage 5. IC-sterfte (SMR) per ziekenhuis gedurende het ZIRE-experiment.....	64
Bijlage 6. IC-heropnames < 48 uur per ziekenhuis gedurende het ZIRE-experiment	65
Bijlage 7. Programma bijeenkomst Maatschappelijke Verantwoording – 3 oktober 2023	66

VOORWOORD

Voor u ligt het rapport met de behaalde resultaten van experiment ZIRE in de regio. Een experiment waarin meerdere Nederlandse Intensive Care (IC) afdelingen de mogelijkheid kregen om het aantal kwaliteitsmetingen- en registraties te reduceren tot een kernset van kwaliteitsindicatoren die er toe doen of anders gezegd: daadwerkelijk gebruikt worden voor kwaliteitsverbeteringen en van toegevoegde waarde zijn voor patiënten, naasten en zorgprofessionals.

Het experiment ZIRE vroeg om een doordachte aanpak waarmee de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid en de transparantie hierover in de deelnemende ziekenhuizen geborgd bleef. We zijn het NFU consortium Kwaliteit van Zorg zeer erkentelijk dat zij het experiment mogelijk hebben gemaakt. Dank gaat ook uit naar de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) voor het geven van vertrouwen, waardoor het experiment tijd en ruimte kreeg om te kunnen groeien.

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

In het voorliggende rapport bespreken we de aanleiding van het experiment en de ZIRE-principes (hoofdstuk 1), de opzet van het experiment en de gebruikte methoden (hoofdstuk 2) en de resultaten (hoofdstuk 3). De conclusies en geleerde lessen op basis van de resultaten zijn geformuleerd voor alle betrokkenen in de gezondheidszorg in hoofdstuk 4. Het experiment ZIRE is afgerond, maar wat ons betreft niet het eindpunt. In het laatste hoofdstuk wordt daarom ingegaan op hoe voortgebouwd kan worden op de ervaringen en uitkomsten van dit experiment (hoofdstuk 5).

ALGEMEEN

Projectgroep

- Hans van der Hoeven, intensivist, afdelingshoofd IC Radboudumc, programmaleider Anders Verantwoorden van het NFU consortium Kwaliteit van Zorg
- Marieke Zegers, senior onderzoeker Radboudumc
- Gijs Hesselink, postdoc onderzoeker Radboudumc
- Rutger Verhage, intensivist Radboudumc
- Suzan Meijer-Wijting, verpleegkundig teamleider IC Radboudumc
- Jeanette Vreman, kwaliteitsfunctionaris Radboudumc
- Eva Verweij, intensivist Bernhoven
- Janneke van Santvoort, IC-verpleegkundige Bernhoven
- Anke van Beek-Bongers, kwaliteitsadviseur Bernhoven
- Malaika Fuchs, intensivist CWZ
- Eline van der Ven, IC-verpleegkundige CWZ
- Annemieke Idsinga - van Lith, kwaliteitsadviseur IC CWZ
- Els Rengers, intensivist CWZ
- Iwan van der Horst, intensivist en afdelingshoofd IC Maastricht UMC+, voorzitter NVIC
- Priscilla Hanssen, kwaliteitsadviseur Maastricht UMC+
- Inge Janssen, intensivist Maasziekenhuis Pantein
- Brigitte Westerhof, intensivist/medisch manager Rijnstate
- Ingrid Bonte, kwaliteitsfunctionaris IC/MC Rijnstate
- Dominique Burgers-Bonthuis, intensivist Rijnstate
- Gilian Ambaum, intensivist Ziekenhuis Rivierenland
- Catrien van der Meer, intensivist Ziekenhuis Rivierenland
- John van Vlijmen, IC-verpleegkundige Ziekenhuis Rivierenland
- Sylke Koster-Nakken, IC-verpleegkundige Slingeland Ziekenhuis
- Eelco Krieger, IC-verpleegkundige Slingeland Ziekenhuis
- Paul de Jong, Intensivist Slingeland Ziekenhuis
- Lilian Tol - van Heel, teammanager IC Slingeland Ziekenhuis

Financiering

Het project is uitgevoerd binnen het Programma 'Anders Verantwoorden' van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg.

Disseminatie en output

Wetenschappelijke publicaties

- Hesselink G, Verhage R, Hoiting O, Verweij E, Janssen I, Westerhof B, Ambaum G, van der Horst ICC, de Jong P, Postma N, van der Hoeven JG, Zegers M. Time spent on documenting

quality indicator data and associations between the perceived burden of documenting these data and joy in work among professionals in intensive care units in the Netherlands: a multicentre cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2023;13(3):e062939.

- Zegers M, Verhage R, Hesselink G, van der Hoeven JG. Putting measurement on a diet: development of a core set of indicators for quality improvement in the ICU using a Delphi method. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):869.
- Zegers M, Hesselink G, van der Hoeven HJG. Time to See Quality Measurement Differently: Focus on Reflection, Learning and Improvement; A Response to the Recent Commentaries. *Int J Health Policy Manag*. 2022;11(7):1236–7.
- Hesselink G, Branje F, Zegers M. Wat are the factors that influence job satisfaction of nurses working in the intensive care unit? A multicenter qualitative study. *J Nurs Man*. 2023; doi.org/10.1155/2023/6674773.
- Hesselink G, Branje F, Zegers M. Drivers voor werkplezier. *Uitstroom IC-verpleegkundigen onder de loep*. Venticare Magazine. Augustus 2023.
- Hesselink G, Verhage R, van der Horst ICC, van der Hoeven JG, Zegers M. Consensus-based indicators for evaluating and improving the quality of regional collaborative networks of Intensive Care Units: results of a nationwide Delphi study. *J Crit Care*. 2023; 79:154440; doi: 10.1016/j.jcrc.2023.154440.

Websites

<https://nfukwaliteit.nl/programmas/anders-verantwoorden/experiment-zire-zinvolle-registratie/>
<https://nfukwaliteit.nl/nieuws/acht-ic-afdelingen-gaan-zinvol-registreren>



Podcast:

of via: <https://share.transistor.fm/s/62335bae>

Lijst van afkortingen

CAM-ICU: Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit

CMO: Commissie Mensgebonden Onderzoek

CVC: Central Venous Catheter

CVL: Centraal Veneuze Lijn

CWZ: Canisius Wilhelmina Ziekenhuis

DI: Disagreement Index

DOS: Delirium Observatie Schaal

EMV: Eye opening Motor response Verbal respons

EPD: Elektronisch Patiënten Dossier

FMS: Federatie van Medisch Specialisten

GEE: Generalized Estimating Equations

PDCA: Plan Do Check Act

PREM: Patient Reported Experiences Measure

PROM: Patient Reported Outcome Measure

IC: Intensive Care
IGJ: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
JCI: Joint Commission International
NAS: Nursing Activities Score
NFU: Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NICE: Nationale Intensive Care Evaluatie
NVIC: Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
RASS: Richmond Agitation-Sedation Scale
SMR: Standardized Mortality Ratio
SNAQ: Short Nutritional Assessment Questionnaire
SOFA: Sequential Organ Failure Assessment
TISS: Therapeutic Intervention Scoring System
VAP: Ventilator-Associated Pneumonia
V&VN: Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
ZIN: Zorginstituut Nederland
ZIRE: Zinvolle Registratie
ZN: Zorgverzekeraars Nederland

SAMENVATTING

In de afgelopen jaren is binnen IC-zorg succesvol geëxperimenteerd met het loslaten van registraties en het continue verbeteren van kwaliteit op basis van een kernset van indicatoren. In dit vervolg experiment trekken regioziekenhuizen (Bernhoven, CWZ, Maastricht UMC+, Maasziekenhuis Pantein, Radboudumc, Rijnstate, ziekenhuis Rivierenland, Slingeland Ziekenhuis) samen op om verder te experimenteren met vertrouwen. Het vertrouwen in onze zorgprofessionals dat ze elke dag de beste zorg willen leveren.

Op de IC-afdelingen van deze ziekenhuizen werd gedurende twee jaar gewerkt volgens de principes van ZInvolle REgistratie (ZIRE). Het eigenaarschap voor kwaliteit werd volledig teruggegeven aan de zorgverleners op de werkvloer. Kwaliteitsregistraties werden alleen gedaan op een beperkte kernset van zinvolle kwaliteitsindicatoren. Overige indicatoren werden losgelaten. Daarnaast kwam meer focus te liggen op leren en verbeteren op de eigen IC-afdeling en in regionaal verband. Door volledig transparant te zijn over de uitkomsten van de kernset en het afleggen van verantwoording aan alle betrokkenen (van burger, patiënt tot toezichthouder) werd gepoogd om maatschappelijk vertrouwen in de kwaliteit van IC-zorg te vergroten.

Met verbreding van experiment Zinvolle Registratie (ZIRE) in zeven ziekenhuizen willen we overtuigend bewijs genereren dat vertrouwen in eigenaarschap voor kwaliteit bij zorgverleners leidt tot minder registratielast en betere werkbeleving bij zorgverleners zonder dat de kwaliteit van zorg hierop achteruit gaat. Uit de evaluatie blijkt dat deze hypothesen deels kunnen worden bevestigd. Het laten vieren van de registratietugels heeft geresulteerd in belangrijke tijdswinst in alle deelnemende ziekenhuizen. Regio breed is de registratietijd aan het eind van de experiment gehalveerd naar een half uur per dienst per zorgverlener, terwijl de kwaliteit van zorg gelijk bleef. Een groot deel van de zorgprofessionals had desondanks nog steeds te maken met breed palet van onzinnige registratieverplichtingen. Het werkplezier van IC-professionals bleef gedurende het experiment echter onveranderd. Dit kan mogelijk worden verklaard door de beperkte impact van registratielast op werkplezier en andere factoren die meer impact hebben op werkplezier zoals reorganisaties en de gevolgen van de coronapandemie op het werk. De invoering van ZIRE heeft geleid tot meer eigenschap voor kwaliteit van zorg bij een substantieel deel van de zorgprofessionals.

Het bleek niet overal eenvoudig om goed en consequent te werken volgens de ZIRE-principes. De ervaringen met ZIRE waren wisselend in de regio. Hierdoor heeft het experiment veel lessen opgeleverd en inzage gegeven in de cruciale factoren om het eigenaarschap voor kwaliteit terug te geven aan de zorgverleners en te komen tot zinvolle registratie en de-implementatie van indicatoren zoals het belang van bestuurlijk draagvlak en passend leiderschap, de aanwezigheid van kartrekkers en continue aandacht voor de benodigde cultuuromslag die ZIRE van medewerkers vraagt.

Naast het verbredingsaspect werd in dit project ook inzichtelijk gemaakt hoe met een beperkte indicatoren set de kwaliteit van regionale samenwerking tussen IC-afdelingen kan worden gemonitord

en hiermee kan bijdragen aan betere kwaliteit van IC (netwerk)zorg. Een multidisciplinair panel van experts en belanghebbenden hebben na meerdere uitvraagondes (Delphi) consensus bereikt over 24 indicatoren die relevant en uitvoerbaar werden geacht om kwaliteit van regionale IC-samenwerking te evalueren. Een kernset van zeven indicatoren zijn succesvol getest op meetbaarheid in twee Nederlandse IC-netwerken.

Op 3 oktober 2023 is een bijeenkomst georganiseerd waarin aan alle betrokkenen (patiënten, zorgverleners, bestuurders, toezichthouders, verzekeraars) inzage is gegeven in de werkwijze en uitkomsten van het ZIRE-experiment. Vervolgens is de dialoog gevoerd over deze andere manier van werken aan en verantwoorden over kwaliteit van IC-zorg. De positieve reacties en constructieve feedback van deelnemers hebben laten zien dat deze andere manier van werken aan kwaliteit van zorg wordt ondersteund door verschillende belanghebbende groepen in de maatschappij. De focus op transparantie en het voeren van de dialoog met alle betrokkenen draagt volgens deelnemers bij aan maatschappelijk vertrouwen in hoe op lokaal en regionaal niveau gewerkt wordt aan kwaliteit van zorg. ZIRE en maatschappelijke verantwoording zijn volgens deelnemers ook van meerwaarde en goed toepasbaar binnen andere medisch specialismen en zorgsectoren.

Concluderend, de ZIRE-principes, de ontwikkelde kernsets en geformuleerde lessen geven individuele zorgverleners en bestuurders en beleidsbepalers van zorgorganisaties (zowel binnen en buiten de IC-geneeskunde) aanknopingspunten om te werken aan zinvolle kwaliteitsregistratie, andere vormen van verantwoording en het ontregelen van zorg.

1. INLEIDING

Registratielast als gevolg van verantwoording

Ziekenhuizen leggen door middel van kwaliteitsmetingen jaarlijks zeer uitgebreid verantwoording af over de kwaliteit van de geleverde zorg. Kwaliteitsmetingen zijn registraties die worden gebruikt voor het monitoren, evalueren en verbeteren van de kwaliteit van zorg.¹ Doordat er verschillende uitvragers zijn zoals de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), het Zorginstituut Nederland (ZIN) via de Transparantiekalender en beroepsverenigingen zelf, stapelt het aantal registraties zich gestaag op.^{2,3} Dit levert een enorme registratielast op. De hoeveelheid verplichte registraties wekt een gevoel van wantrouwen bij artsen en verpleegkundigen.⁴ Ook ontbreekt voor veel indicatoren het wetenschappelijk bewijs dat zij bijdragen aan betere kwaliteit van zorg.⁵ Bovendien ervaren zorgverleners de kwaliteitsuitvragen niet altijd als relevant; ze betekenen te weinig voor hun eigen kwaliteitsbeleid.

De hoeveelheid registraties, ervaren wantrouwen en onduidelijkheid over de gezondheidswinst voor patiënten drukt op het werkplezier van artsen en verpleegkundigen.^{6,7} Alle betrokkenen in de zorg zijn het eens over de noodzaak van kwaliteitsmetingen en het afleggen van verantwoording hierover, maar vinden dat dit op een meer zinvolle wijze moet worden ingevuld. De laatste jaren zijn er daarom verschillende initiatieven gestart om regeldruk en registratielast te verminderen, met helaas nog weinig resultaat.^{3,8,9}

Anders verantwoorden met experiment Zinvolle Registratie (ZIRE)

In 2018 hebben het Radboudumc, Rijnstate en UMC Groningen een eigen weg gezocht in anders verantwoorden en experiment ZIRE (Zinvolle Registratie) opgezet. De uitgangspunten van ZIRE waren het werken met een kernset van zinvolle indicatoren en het vergroten van het eigenaarschap van zorgverleners voor kwaliteit van zorg.

Werken met kernset van zinvolle indicatoren

Een beperkte set van zinvolle kwaliteitsindicatoren is geselecteerd door zorgverleners en patiënten samen. Het zijn indicatoren die van toegevoegde waarde zijn voor de gezondheid van patiënten en voor kwaliteitsverbeteringen. Doordat zorgverleners de informatie uitvraag beter kunnen laten aansluiten bij de behoeften van de patiënt en de klinische praktijk, wordt de registratie van kwaliteitsinformatie minder ervaren als een last. De drie betrokken ziekenhuizen waren op deelgebieden vrijgesteld van (een deel van) de verplichte kwaliteitsuitvragen, die niet waren opgenomen in de kernset. Gedurende het experiment werd inzicht gegeven in de kwaliteit van zorg op basis van de kwaliteitsmetingen in de kernset.¹⁰

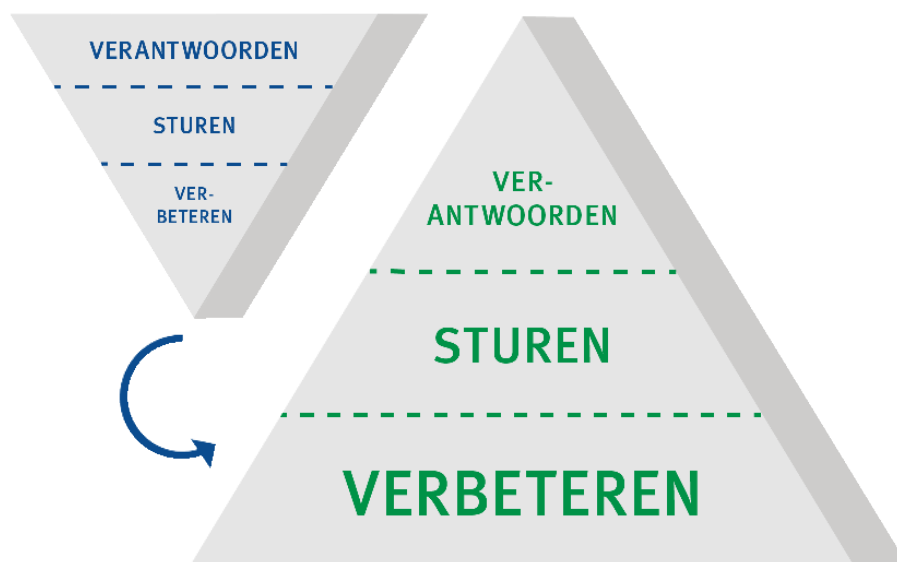
Met de verkregen vrijstelling van controlerende en verantwoordelijke instanties zoals de IGJ en de Raad van Bestuur werd ruimte gegeven aan zorgverleners om de goede dingen goed te doen en dit zelf te laten zien. De deelnemende ziekenhuizen hebben de uitkomsten van de kernset en hoe zij leren en verbeteren openbaar gemaakt. Hiermee leggen zij op zinvolle wijze verantwoording af en op deze wijze

kunnen andere organisaties leren hoe problemen zijn opgepakt en welke goede praktijkvoorbeelden daarbij zijn gebruikt.

Vergroten van eigenaarschap door focus op leren en verbeteren

Daarnaast werd binnen experiment ZIRE de balans verlegd van meten naar meer verbeteren en meer tijd voor de patiënt. Kwaliteit van zorg begint feitelijk aan bed (of aan tafel) tussen zorgverlener en patiënt. Zorgverleners en patiënten kunnen het beste bepalen wat kwaliteit van zorg is, op welke wijze dit moet worden gemeten en vervolgens verbeterd als onderdeel van een kwaliteitsbeleid van continue verbeteren. Hierdoor kan kwaliteitszorg en daaraan gekoppelde verantwoording meer aansluiten bij het primaire proces en krijgen professionals weer het eigenaarschap van kwaliteitszorg terug, zoals zij ook wensen.⁶ Kwaliteitsbeleid wordt niet gedreven door kwaliteitsuitvragen van externe partijen (top down), maar door continue te leren en verbeteren en proactief kwaliteitsbeleid vanuit zorgverleners zelf (bottom-up; zie Figuur 1).

Figuur 1. Focus op Leren en Verbeteren



Uitkomsten van het eerste ZIRE-experiment

Door de kleinschaligheid van experiment ZIRE was het mogelijk om te experimenteren met het rigoureuze verminderen van het aantal indicatoren en het eigenaarschap van kwaliteit terug te geven aan de zorgprofessionals op de werkvloer. In de deelnemende ziekenhuizen van het eerste ZIRE-experiment zijn wisselende resultaten behaald.¹⁰ Daar waar zorgverleners volledig vertrouwen kregen, dat wil zeggen vrijstelling van verplichte registraties van zowel externe partijen als eigen bestuurders, en met sterk overtuigend klinisch leiderschap, is het gelukt om de tijd besteed aan registraties aanzienlijk te verminderen. Daar waar zorgverleners geen vrijstelling kregen van uitvragende partijen en waar men naast de kernset van zinvolle indicatoren ook de oude traditionele verplichte indicatoren moest registreren is de registratietijd niet afgenomen. Door het werken met een eigen geformuleerde kernset

van zinvolle indicatoren is wel de ervaren onredelijkheid en onzinnigheid van registraties afgenomen en is de ervaren betrokkenheid bij kwaliteit toegenomen. Alleen op de Intensive Care (IC) afdeling van het Radboudumc is het gelukt om zowel de registratietijd als ervaren onzinnigheid en onredelijkheid van registraties te reduceren.

Het minder registreren heeft niet geleid tot verminderde kwaliteit. De uitkomsten op de kernset laten zien dat de kwaliteit van zorg gelijk is gebleven, of op sommige gebieden zelfs is verbeterd. Met volledige transparantie over de uitkomsten op de indicatoren en ingezette verbeteracties lieten de drie betrokken afdelingen zien wat het lerend vermogen is en dat zij het vertrouwen verdienen.¹⁰

Behoefte aan verbreding en verdieping van ZIRE

Verbreding naar meerdere IC-afdelingen

Na aanleiding van het eerste ZIRE-experiment is de behoefte ontstaan om de ZIRE-principes (het eigenaarschap voor kwaliteit terug naar de zorgverleners, het loslaten van registraties en het werken met een kernset) op te schalen naar meerdere IC-afdelingen en zodoende meer overtuigend bewijs te genereren voor de meerwaarde van het werken volgens deze principes. Bovendien biedt verbreding van ZIRE ook mogelijkheden om in regioverband van elkaar te leren en verbeteren op het gebied van kwaliteit. Hoewel de COVID-19 pandemie de regionale samenwerking op het medisch inhoudelijk en logistieke vlak (o.a. bespreken van complexe patiënten en overplaatsen) verder heeft versterkt, blijft het uitwisselen van kwaliteitsgegevens en hiervan leren en verbeteren achter.¹¹ Ook is er behoefte aan beter inzicht in de factoren die het implementeren van de ZIRE werkwijzen belemmeren en bevorderen. Meer kennis over implementatie ervaringen uit meerdere settings kunnen bijdragen aan een succesvol gebruik van de ZIRE-principes.

Verantwoorden over en stimuleren van kwaliteit van regionale samenwerking IC's

Daarnaast is er bij de IGJ, als controlerende instantie, en de beroepsvereniging NVIC behoefte aan toezicht op de kwaliteit van samenwerking tussen IC's in de regio. IC-afdelingen werken regionaal steeds meer samen om de zorg beter en doelmatiger te maken. Het uitgangspunt daarbij is optimale zorg voor iedere IC-patiënt: dichtbij waar het kan en ver weg als het moet. De regionale samenwerking tussen IC's krijgt steeds meer vorm sinds de intrede van de kwaliteitsstandaard 'Organisatie van Intensive Care'.¹² In deze kwaliteitsstandaard staan aanbevelingen over regionale samenwerking en het vormen van IC-netwerken. In het voorjaar van 2020 stonden de IC-netwerken voor de uitdaging om adequate zorg te bieden te midden van een grote toestroom van coronapatiënten. Het overplaatsen van IC-patiënten naar ziekenhuizen waar nog IC-bedden beschikbaar zijn kwam veelvuldig voor; eerst alleen binnen de regio, daarna ook buiten de regio via het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS). Juist de COVID-19-pandemie maakte de noodzaak van regionale samenwerking inzichtelijk: patiënten worden uitgewisseld, protocollen in gezamenlijkheid opgesteld en patiënten worden in regioverband besproken. In de pandemie hadden regionale IC's elkaar nodig om de beste zorg te leveren, waardoor het vertrouwen enorm is gegroeid en saamhorigheid groot was. De crisis heeft de behoefte aan samenwerking nog meer versterkt.

Maar hoe meet en evalueer je de kwaliteit van samenwerking tussen IC's in de regio zodat je hierop kunt verbeteren en verantwoording over kunt afleggen? Bestuurders en zorgverleners ontvangen geen structurele informatie over de resultaten van de samenwerking in relatie tot kwaliteit van zorg.¹³ Tot op heden ontbreekt landelijke consensus over wat geschikte indicatoren zijn om de kwaliteit van samenwerking te meten en evalueren. Omdat de umc's een leidende rol hebben binnen regio's, is er ook vanuit NFU-verband behoefte aan wat goede indicatoren zijn om regionale samenwerking te evalueren en verbeteren.

Maatschappelijke verantwoording IC-zorg

Het anders werken aan kwaliteit vraagt om vertrouwen van alle betrokkenen. Zowel van patiënten, als van onze eigen collega's, Raad van Bestuur en toezichthouders. Dit vertrouwen wordt gecreëerd door volledige transparantie over kwaliteit door het openbaar maken van de uitkomsten van de kernset, ingezette verbeteracties en resultaten en door deze informatie actief te delen met alle betrokkenen. Gevoed door eerder onderzoek en suggesties om transparant verantwoorden en betere zorg hand in hand te laten gaan,¹⁴ (zie box 1) en geïnspireerd door de werking van maatschappelijke adviesraden bij ziekenhuizen in het Verenigd Koninkrijk (*Council of Governors*),¹⁵ is er tot slot ook behoefte aan meer kennis en ervaringen met een nieuwe manier van verantwoorden om de maatschappij en alle belanghebbenden inzage te geven in de kwaliteit van (regionale) IC-zorg.

Box 1. Uitkomsten voorstudie Anders Verantwoorden

In het Programma “Anders Verantwoorden” van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg worden nieuwe manieren van verantwoorden onderzocht om de maatschappij en alle belanghebbenden inzage te geven in de kwaliteit van zorg in de umc's. In een voorstudie (Schiffelers & Wagner, 2019) werden drie 'routes' benoemd om transparant verantwoorden en betere zorg hand in hand te laten gaan:

1. **Bouwen aan vertrouwen** waarbij via een open dialoog wordt toegewerkt naar betekenisvolle wijzen van verantwoording op landelijk en regionaal niveau. Het streven is om zorgorganisaties en zorgverleners meer ruimte te geven om de goede dingen goed te doen en dit zelf te laten zien.
2. Een directere relatie met betrokkenen uit de omgeving. Hierbij staat **maatschappelijk verantwoorden** centraal waarbij verantwoording jaarlijks wordt afgelegd aan een breed samengestelde maatschappelijke adviesraad met burgers en vertegenwoordigers van belanghebbende partijen en publieke autoriteiten. Men gaat samen in gesprek over de kwaliteit van zorg, de bedoeling van de zorgverlening en de daaraan gekoppelde betekenisvolle verantwoording.
3. **Werken aan een cultuur van leren en reflecteren** binnen organisaties en zorgketens. Centraal staat het investeren in betekenisvolle gesprekken tussen professionals en tussen patiënt en zorgverleners. Via onderlinge collegiale bezoeken kan van elkaar geleerd worden, kunnen collega's elkaar een spiegel voorhouden en kunnen teamreflecties plaats vinden.

Om te voldoen aan de hierboven beschreven behoeften, en met het vertrouwen van de IGJ in het experimenteren met zinvol registreren, is er een vervolg gegeven aan het eerste ZIRE-experiment in regionaal verband: binnen de regionale samenwerking van IC-afdelingen in regio Oost en binnen de academische alliantie Maastricht UMC+ en het Radboudumc.

Doelen, hypothese en onderzoeksvragen

Het primaire doel van het ZIRE-experiment in de regio was het verbeteren van de kwaliteit van zorg in de regio door het implementeren van de ZIRE-principes op de verschillende IC-afdelingen. De hypothese van het experiment is dat ZIRE leidt tot minder registratielast, meer tijd voor patiëntenzorg, meer werkplezier bij artsen en verpleegkundigen en meer kwaliteitsverbeteringen. Op basis van de hypothese zijn hieronder de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Leidt de uitrol van de ZIRE-principes op IC-afdelingen in de regio tot minder registratielast?
2. Leidt de uitrol van de ZIRE-principes op de IC-afdelingen tot meer werkplezier van zorgverleners en meer eigenaarschap voor kwaliteit?
3. Leidt de uitrol van de ZIRE-principes op IC-afdelingen in de regio tot gelijke of betere kwaliteit en veiligheid van zorg?

4. Welke factoren bevorderen en belemmeren de implementatie van de ZIRE-principes op de verschillende IC-afdelingen?

Daarnaast had het experiment als secundaire doelen om een set van indicatoren te ontwikkelen om de kwaliteit van regionale samenwerking tussen IC-afdelingen te meten en verbeteren, en om ervaringen op te doen met het organiseren van een maatschappelijke verantwoordingsbijeenkomst. De hierbij horende onderzoeksvragen waren:

1. Wat zijn geschikte indicatoren voor het meten en verbeteren van de kwaliteit van samenwerking tussen IC-afdelingen in de regio?
2. Hoe kan een zinnvolle maatschappelijke verantwoording over IC-zorg worden vormgegeven en welke inzichten en uitkomsten levert deze vorm van verantwoording op?

Figuur 2. Deelnemende IC-afdelingen en startdata

2. METHODEN

Studiesetting

De deelnemende IC's zijn afkomstig van de volgende ziekenhuizen:

- Bernhoven (Uden)
- CWZ (Nijmegen)
- Maasziekenhuis Pantein (Boxmeer)
- MUMC+ (Maastricht)
- Rijnstate ziekenhuis (Arnhem)
- Ziekenhuis Rivierenland (Tiel)
- Slingeland Ziekenhuis (Doetinchem).

Het Radboudumc had een coördinerende en adviserende rol.



Uitrol van ZIRE

Gedurende het experiment (van 4 oktober 2021 tot 5 juni 2023) hebben de IC's gewerkt volgens de ZIRE-principes. Vanwege diverse redenen varieerde de startdata tussen de IC's (Figuur 2).

ZIRE in de regio bestaat uit de volgende principes:

- eigenaarschap voor kwaliteit terug naar zorgverleners;
- alleen werken met zinvolle kwaliteitsindicatoren;
- vermindering registratielast;
- gezamenlijk leren en verbeteren in de regio.

Ziekenhuis	Startdatum
Rijnstate	4 oktober 2021
Maasziekenhuis Pantein	18 oktober 2021
Slingeland	18 oktober 2021
CWZ	16 februari 2022
Bernhoven	25 april 2022
MUMC+	24 mei 2022
Ziekenhuis Rivierenland	8 februari 2023

Eigenaarschap voor kwaliteit

Zorgverleners ervaren kwaliteitsinformatie als zinvol als het hen helpt om te werken aan optimale kwaliteit van zorg en continue verbetering hiervan. Het centrale uitgangspunt binnen experiment ZIRE was dan ook dat ziekenhuizen inzicht in en verantwoording geven over de kwaliteit van zorg op basis van door hen als zinvol ervaren (bestaande en nieuwe) kwaliteitsindicatoren. Wat wordt gemeten is van toegevoegde waarde voor patiënten en wordt 1 op 1 gebruikt om de zorg te verbeteren.

Zinvolle Registratie: kernset-indicatoren

Er wordt alleen gewerkt met een kernset van zinvolle kwaliteitsindicatoren. In 2017 hebben artsen en verpleegkundigen uit de regio samen met patiënten een dergelijke kernset ontwikkeld. De kernset is ontwikkeld aan de hand van een literatuurstudie, consensusbijeenkomsten en een Delphi-studie. Hiermee is een goede balans ontstaan tussen structuur- en procesindicatoren, uitkomsten van zorg en

patiënt gerapporteerde uitkomsten (Patient Reported Outcome Measures, PROMs) en -ervaringen (Patient Reported Experience Measures, PREMs). De kernset is een mix van kwantitatieve uitkomsten (indicatoren om te benchmarken) en kwalitatieve informatie (incidenten) en meer gericht op patiëntervaringen en -uitkomsten. In 2021 is samen met betrokkenen uit de regio de oorspronkelijke kernset herzien (zie tabel 1).^{10,16}

Tabel 1. ZIRE kernset-indicatoren

	Organisatie van zorg	Uitkomsten
Zorgverlener	Veiligheidscultuur en teamklimaat Mentaal welzijn zorgverleners Kwaliteitsvisitatie	IC-sterfte (SMR) IC-heropnames binnen 48 uur Decubitus Leren en verbeteren van ernstige incidenten
Patiënt & Naaste	Patiënt (naaste) gerapporteerde ervaringen (PREM)*	Patiënt-gerapporteerde uitkomsten (PROM)**

SMR: Standardized Mortality Ratio (totaal aantal geobserveerde sterfgevallen gedeeld door het totaal aantal verwachte sterfgevallen in het ziekenhuis in een bepaalde periode).

* Gesprekken op de nazorgpoli; CQI vragenlijst naasten; Klachten.

**Kwaliteit van leven van voormalig IC-patiënten; fysieke, mentale en cognitieve problemen na IC-opname; sociaaleconomische gevolgen (o.a. werkhervatting); verhouding kwaliteit van leven en zorgkosten.

Vermindering registratielast

Vermindering van registratielast wordt nagestreefd met: 1) het verkrijgen van een vrijstelling voor het uitvoeren van registraties voor indicatoren die niet in de kernset zitten; en 2) het weghalen van inefficiënties uit het registratieproces. Voor het 'loslaten' van kwaliteitsregistraties is toestemming gevraagd aan de uitvragende partijen, zoals de IGJ en andere extern en intern opgelegde uitvragen ten aanzien van kwaliteit van zorg. Een overzicht van registraties waarvoor afspraken zijn gemaakt om ze los te laten/ niet meer standaard te registreren zijn te vinden in bijlage 1. Het werken met een beperkte zinvolle set van indicatoren en het loslaten van bepaalde kwaliteitsmetingen wil niet zeggen dat deze onderwerpen niet centraal staan in de patiëntenzorg en het kwaliteitsbeleid van de deelnemende ziekenhuizen. Binnen experiment ZIRE handelen artsen en verpleegkundigen volgens professionele standaarden en protocollen, maar starten pas met registreren als er risico's zijn en er vervolgbeleid nodig is. Registraties rond bijvoorbeeld centraal veneuze lijnen, pijn en ondervoeding worden beperkt tot registraties die nodig zijn voor de dagelijks zorg; afwijkingen worden wel geregistreerd plus de ingezette interventies en acties. Er wordt geen verantwoording afgelegd over óf metingen en controles zijn uitgevoerd (zie Box 2).

Box 2. Voorbeelden van registraties die zijn gestopt

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

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

Gezamenlijk leren en verbeteren in de regio

De uitkomsten op de kernset worden in regioverband besproken en verbeter suggesties en goede voorbeelden uit de praktijk worden tussen IC's uitgewisseld. Tijdens ZIRE zijn hiervoor meerdere bijeenkomsten georganiseerd (tabel 2).

Tabel 2. Regio-brede leer- en verbeterbijeenkomsten

Datum	Thema
22 maart 2022	<i>Decubitus</i> Zorginhoudelijke discussie over de werkwijze t.a.v. decubitus aan de hand van casuïstiek en literatuur om zo de expertise naar een hoger niveau te brengen in de regionale ziekenhuizen
29 juni 2022 & 7 november 2022	<i>IC-sterfte en heropnames</i> Vergelijken en bespreken op basis van data uit NICE2share Hoe verbeter je de zorg op basis van trendmetingen van je eigen ziekenhuis?
8 september 2022	<i>Multidisciplinaire refereeravond over het comfortprotocol</i> Verbetering van de zorg voor beademde patiënten; pijn, onrust, angst en de bestrijding daarvan; mate van sedatie en andere niet medicamenteuze interventies
3 oktober 2022	<i>Leren en verbeteren na aanleiding van incidenten</i> Hoe betrek je collega's van de werkvloer bij het analyseren van incidenten en kwaliteitsverbeteringen en het verbeterbord? Hoe creëer je een verbetercultuur? Hoe richt je de PDCA cyclus in? Wat is daarvoor nodig?
28 november 2022	<i>Hoe verbeter je de zorg op basis van patiënt- en naasten ervaringen?</i> Demonstratie van werkwijzen in verschillende regioziekenhuizen
8 maart 2023	<i>Mentaal welzijn van IC-medewerkers en cultuur op de afdeling</i> Terugkoppeling en bespreken van vragenlijstdata
17 april 2023	<i>Leren en verbeteren op basis van patiënt gerapporteerde uitkomsten</i> Bepreken van patiënt-gerapporteerde lange termijn uitkomsten en gebruik daarvan in de klinische praktijk (o.a. familiegesprek en nazorgpoli)

Implementatieplan en -acties

Een implementatieplan is ontwikkeld voor de deelnemende IC-afdelingen om een goede uitrol van de ZIRE-principes op hun de afdeling te bevorderen. Het plan (opvraagbaar bij de auteurs van dit rapport) beschrijft belangrijke acties zoals het inrichten van een projectgroep, contactgegevens van projectleden en richtlijnen voor het communiceren over ZIRE op de afdeling, binnen het ziekenhuis en naar externe partijen. Er zijn verschillende tools gebruikt c.q. ontwikkeld om communicatie over en het werken volgens de ZIRE-principes te bevorderen, namelijk:

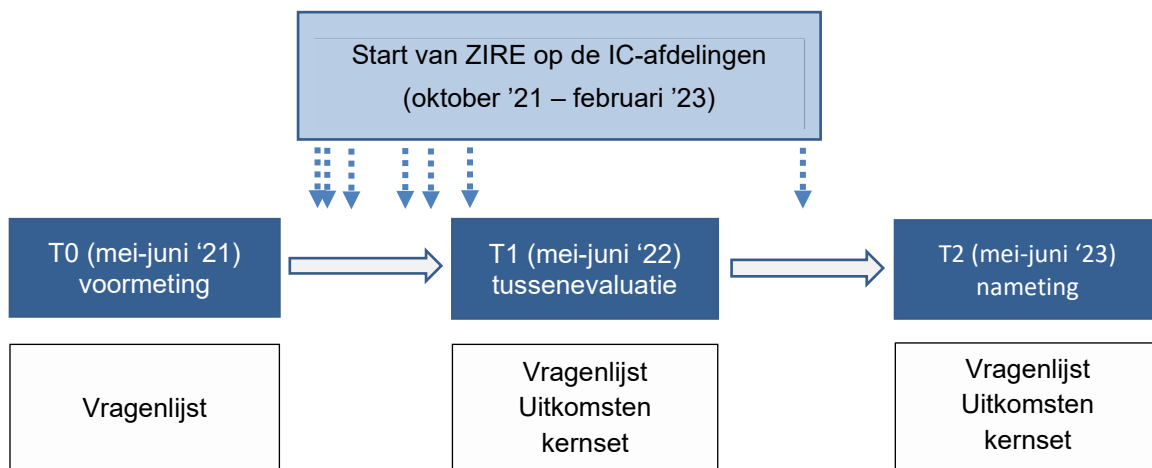
- digitale nieuwsbrieven en presentaties met uitleg en/of updates over het ZIRE-experiment;
- posters op de afdeling (bijlage 2);
- een zakkaartje voor verpleegkundigen met de belangrijkste registraties die vervallen en onderdelen die wel geregistreerd moeten worden (bijlage 2);
- een [algemeen introductiefilmpje](#) over ZIRE.

Effect- en procesevaluatie van ZIRE

Design

De evaluatie van ZIRE op de IC-afdelingen werd uitgevoerd op verschillende tijdstippen: een voormeting in mei-juni 2021 (T0), een tussenmeting in mei-juni 2022 (T1) en een nameting in mei-juni 2023 (T2) (zie Figuur 3).

Figuur 3. Overzicht meetmomenten



Er zijn verschillende onderzoeksmethodieken gebruikt, die in de volgende paragrafen worden toegelicht (zie tabel 3 voor een overzicht van methoden en doelgroepen per onderwerp/ studiefocus).

Tabel 3. Overzicht evaluatiemethoden per onderzoeksvraag

Onderwerp/ studiefocus	Methode/databronnen	Doelgroep
Impact van ZIRE op registratielast, werkplezier & eigenaarschap voor kwaliteit	Vragenlijsten	Zorgverleners
Impact van ZIRE op kwaliteit en veiligheid van IC-zorg	Uitkomsten op de kernset	Zorgverleners, Patiënten, naasten
Implementatie van ZIRE	Focusgroep	Zorgverleners Kwaliteitsmedewerkers ZIRE projectteam
Indicatoren voor evalueren van regionale IC-samenwerking	Delphi	Zorgverleners Patiënten, naasten
Maatschappelijke verantwoording	Dialogsessie	Managers Kwaliteitsmedewerkers Externe stakeholders

Vragenlijstonderzoek

Voor het beantwoorden van onderzoeksvragen 1 en 2 zijn ervaren registratielast, werkplezier en eigenaarschap voor kwaliteit uitgevraagd bij zorgverleners middels een vragenlijst op T0, T1 en T2. Alle IC-medewerkers, die in hun dagelijkse werk te maken hebben met direct patiëntencontact en met het uitvoeren van kwaliteitsregistraties, werden per e-mail benaderd en gevraagd om de vragenlijst in te vullen. Non-responders ontvingen na twee en vier weken een reminder.

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

Registratielast is gemeten met 17 vragen, die startten met een introductie en een definitie en voorbeelden van kwaliteitsregistraties (e.g. delier, pijn, vallen, complicatieregistratie, incidentmelden, cultuurmetingen, de NICE (Nationale Intensive Care Evaluatie), kwaliteitsvisitaties en accreditaties. Vervolgens werd er gevraagd naar het aantal minuten door zorgverleners besteed aan kwaliteitsregistraties per werkdag (1 item), huidige onzinnige registraties (1 item) en de perceptie t.a.v. kwaliteitsregistraties met de Bern Illegitimate Tasks Scale.¹⁷ Deze schaal bevat vier stellingen over onnodige registraties (e.g. 'Hoe vaak registreert u wel eens kwaliteitsgegevens waarbij u zich afvraagt of deze überhaupt zinvol zijn?', Cronsbach' alpha $\alpha T_0 = 0.86$; $\alpha T_1 = 0.91$; $\alpha T_2 = 0.89$) en vier stellingen over onredelijke registraties (e.g. 'Hoe vaak registreert u wel eens kwaliteitsgegevens waarvan u denkt dat deze te ver gaan en niet van u verwacht zouden moeten worden?', alpha $\alpha T_0 = 0.78$; $\alpha T_1 = 0.86$; $\alpha T_2 = 0.83$). De antwoordopties werden gegeven op een 5-punts Likert scale (1 = nooit tot 5 = vaak).

Werkplezier is gemeten met gevalideerde vragenlijsten voor intrinsieke motivatie (gedreven doordat men het werk leuk vindt of doordat het werk in lijn ligt met persoonlijke waarden, 9 items: $\alpha T0 = 0.89$; $\alpha T1 = 0.90$; $\alpha T2 = 0.91$) en extrinsieke motivatie (gedreven door status, inkomsten of het vermijden van negatieve gevoelens zoals schuld, 10 items: $\alpha T0 = 0.85$; $\alpha T1 = 0.84$; $\alpha T2 = 0.82$). De antwoordopties werden gegeven op een 7-punts Likert scale (1 = helemaal niet tot 7 = volledig). Daarnaast is er gekeken naar drie psychologische basisbehoeften van medewerkers, namelijk: de mate waarin men op het werk autonomie ervaart (3 items, e.g. 'Ik voel me vrij om dingen op mijn eigen manier te doen in mijn baan', $\alpha T0 = 0.67$; $\alpha T1 = 0.67$; $\alpha T2 = 0.76$), de mate waarin men verbondenheid ervaart (3 items, e.g., 'In mijn baan voel ik mij nauw verbonden met personen die belangrijk zijn voor mij', $\alpha T0 = 0.80$; $\alpha T1 = 0.84$; $\alpha T2 = 0.80$) en men zich competent voelt (3 items, e.g., 'Ik heb het gevoel dat ik in mijn baan moeilijke opdrachten tot een goed einde kan brengen', $\alpha T0 = 0.60$; $\alpha T1 = 0.62$; $\alpha T2 = 0.56$). De items gerelateerd aan autonomie, verbondenheid en competentie werden beantwoord op een 5-punts Likert scale (1 = helemaal niet mee eens tot 5 = helemaal mee eens).^{18,19}

Deelnemers aan de tussen- en nameting die aangaven voor de start van ZIRE ook al op afdeling werkzaam te zijn, kregen aanvullende vragen over ervaren veranderingen in (hun betrokkenheid bij) kwaliteitsverbeteringen op hun afdeling, beantwoord op een 5-punts Likert scale (1 = veel minder tot 5 = veel meer). Ook werd er gevraagd naar ervaren veranderingen en oorzaken hiervan betreffende registratielast en werkplezier (open vragen).

De vragenlijst data zijn geanalyseerd met behulp van SPSS Statistics versie 23. Data is geanalyseerd met behulp van descriptieve statistiek. Vergelijkende analyses met data van de verschillende meetmomenten zijn gedaan met behulp van de one-way ANOVA (normaal verdeeld) en Kruskal Wallis test (niet normaal verdeeld). Longitudinale analyses zijn gedaan voor meetdata van dezelfde respondenten met behulp van 'Generalized Estimating Equations' (GEE). Open vragen zijn thematisch geanalyseerd, waarbij de opentekstvelden door twee onderzoekers zijn gecodeerd.

Uitkomsten op de kernset

Voor het beantwoorden van de derde onderzoeksvraag (leidt ZIRE tot gelijke of betere kwaliteit van zorg) zijn uitkomsten op een aantal indicatoren in de kernset over de tijd heen (op meerdere tijdstippen voor, tijdens en na de looptijd van het experiment) met elkaar vergeleken. Dit betrof de indicatoren die in Tabel 1 vet gedrukt zijn (veiligheidscultuur en teamklimaat, mentaal welzijn van IC-medewerkers, IC-mortaliteit, IC-heropnames). Voor deze indicatoren was valide data beschikbaar op meerdere meetpunten voor alle of meerdere deelnemende IC-afdelingen. De verzamelde data is afkomstig uit de [NICE registratie](#), de [MONITOR-IC](#), multicenter vragenlijstonderzoek en informatie systemen op lokaal/ziekenhuisniveau.

Procesevaluatie

Om de ZIRE-principes breder te verspreiden, is het – naast het toetsen of deze principes werken – van belang om te evalueren wat het implementeren van de ZIRE-principes heeft geholpen en belemmerd. Waarom is het experiment meer geslaagd in het ene ziekenhuis dan in andere ziekenhuizen? En wat

zijn de belangrijkste lessen voor ziekenhuizen die in de toekomst ZIRE willen implementeren? Voor het beantwoorden van onderzoeksvraag 4 is er daarom een procesevaluatie uitgevoerd. In een focusgroep zijn 11 deelnemers (die daarmee zes van de zeven IC-afdelingen vertegenwoordigden) bevestigd over hun ervaringen met de implementatie van ZIRE op hun afdeling. Het belangrijkste criterium voor de selectie van de focusgroep deelnemers was betrokkenheid bij ZIRE in de functie van uitvoerder en/of betrokken zorgverlener waarop de ZIRE-principes van toepassing waren. De groep bestond uit vier kwaliteitsfunctionarissen, vier intensivisten en drie IC-verpleegkundigen. De gesprekshandleiding is opgenomen in bijlage 3. Daarnaast berusten de bevindingen op de ervaringen die projectleden hebben opgedaan gedurende de vele gesprekken tijdens het ZIRE-experiment (telefonisch, digitaal en op locatie) met betrokkenen op de IC-afdelingen en notulen van alle maandelijkse ZIRE-bijeenkomsten.



Ontwikkeling en selectie van indicatoren voor evalueren van regionale IC-samenwerking

Voor het beantwoorden van onderzoeksvraag 5 is tussen april en juli 2022 een Delphi-onderzoek uitgevoerd. Een multidisciplinair panel van deskundigen heeft potentieel relevante indicatoren voor het evalueren van regionale samenwerking tussen IC's beoordeeld en geprioriteerd in twee vragenlijstronden met twee consensusbijeenkomsten tussen beide rondes. Via herhaalde ondervraging is toegewerkt naar overeenstemming over relevante en geschikte indicatoren. De 'RAND/UCLA appropriateness' methode werd gebruikt om indicatoren te categoriseren en resultaten te synthetiseren.²⁰ De relevantie en haalbaarheid van elke indicator (in de eerste vragenlijst over het algemeen beoordeeld als de mate van geschiktheid) werden gescoord op een negen punts Likert-

schaal. In de laatste vragenlijstronde werd experts bovendien gevraagd om de indicatoren te prioriteren door de 'top 5' van meest relevante en haalbare indicatoren te selecteren. Indicatoren met een groepsmediaan ≥ 7 , een zogenaamde 'disagreement index' (DI) < 1 (duidend op overeenstemming) en die meer dan vijf procent van het maximaal mogelijk aantal ranking punten kregen, werden geselecteerd voor de kernset en uiteindelijk getest in twee IC-netwerksamenwerkingen om hun meetbaarheid te beoordelen. Een groep, bestaande uit adviseurs afkomstig uit de diverse umc's hebben het een belangrijke adviserende rol gehad in de voorbereiding en uitvoering van de studie en in de reflectie op de uitkomsten.

Evaluatie maatschappelijke verantwoording IC-zorg

In het kader van onderzoeksvraag 6 (organiseren van en ervaring opdoen met maatschappelijke verantwoording van IC-zorg) is op 3 oktober 2023 een maatschappelijke verantwoordingsbijeenkomst georganiseerd. De ervaringen met het organiseren van deze bijeenkomst en de concrete uitkomsten van deze bijeenkomst zijn in kaart gebracht aan de hand van de ervaringen van ZIRE projectleden (die verantwoordelijk waren voor het organiseren van de bijeenkomst) en het bestuderen van de notulen van de bijeenkomst.

Ethische verantwoording

Het project- en evaluatieplan voor experiment ZIRE in de regio is voorgelegd aan de Commissie Mensgebonden Onderzoek (CMO) van het Radboudumc. Het experiment werd door de CMO beoordeeld als niet-WMO plichtig onderzoek (dossiernummer: 2021-8156).

3. RESULTATEN

Respons en respondentkenmerken

De vragenlijsten zijn op T0, T1 en T2 ingevuld door 390 (60%), 291 (47%) en 236 (40%) respondenten (Tabel 4).

Tabel 4. Overzicht van respons op vragenlijsten, totaal en per ziekenhuis

	T0		T1		T2	
	Verstuurd	Ingevuld* (%)	Verstuurd	Ingevuld* (%)	Verstuurd	Ingevuld* (%)
Totaal	653	390 (60)	655	291 (47)	592	236 (40)
<i>Bernhoven</i>	59	42 (71)	61	33 (59)	54	25 (46)
<i>CWZ</i>	78	50 (64)	90	40 (48)	63	37 (59)
<i>Maasziekenhuis Pantein</i>	27	21 (78)	26	16 (65)	31	14 (45)
<i>MUMC+</i>	222	101 (45)	215	70 (35)	204	52 (25)
<i>Rijnstate</i>	155	104 (67)	160	75 (51)	148	70 (47)
<i>Rivierenland ziekenhuis</i>	53	38 (72)	45	24 (53)	39	17 (44)
<i>Slingeland</i>	59	34 (58)	58	33 (59)	53	21 (40)
*Vragenlijsten met alleen data over demografische kenmerken werden niet meegeteld.						

Het merendeel van de respondenten waren verpleegkundigen en een kleiner deel arts (Tabel 5). Dit komt overeen met de verhouding in de groep van aangeschreven potentiële respondenten. Er werden geen significante verschillen tussen de groepen op één of meerdere kenmerken gevonden.

Tabel 5. Respondent kenmerken

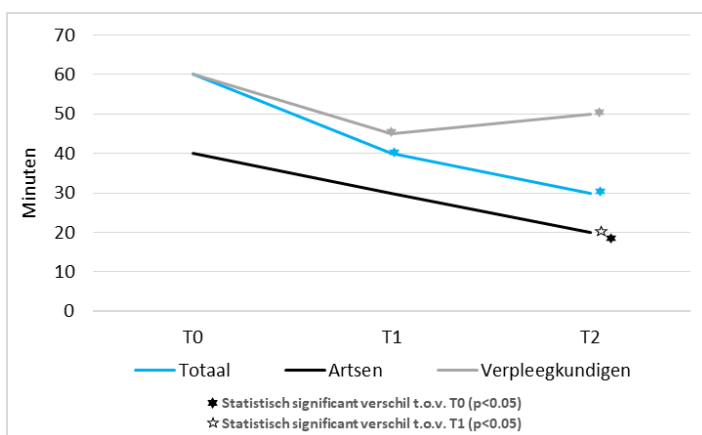
	T0 (n=390)	T1 (n=291)	T2 (n=236)
Leeftijd in jaren, gemiddelde (sd*)	43,3 (11,9)	43,0 (11,3)	43,7 (11,6)
Geslacht			
<i>Vrouw, n (%)</i>	277 (71,0)	200 (68,7)	172 (72,9)
<i>Man, n (%)</i>	113 (29,0)	91 (31,3)	64 (27,1)
Functie			
<i>Verpleegkundige (incl. in opleiding), n (%)</i>	321 (82,3)	228 (78,4)	187 (79,2)
<i>Arts (incl. fellows, A(N)IOS, zaalarts), n (%)</i>	69 (17,7)	63 (21,6)	49 (20,8)
Jaren ervaring in huidige functie, gemiddelde (sd*)	18,6 (13,2)	19,0 (13,0)	20,0 (12,6)
Werkuren / week, gemiddelde (sd*)	32,6 (6,8)	32,6(7,2)	32,3 (7,8)
Uren besteed aan directe patiëntenzorg/ dienst, mediaan (ika**)	5,0 (4,0-6,0)	5,0 (4,0-6,0)	5,0 (4,0-6,0)
*standard deviatie **interkwartiel afstand.			

Impact van ZIRE op registratielast

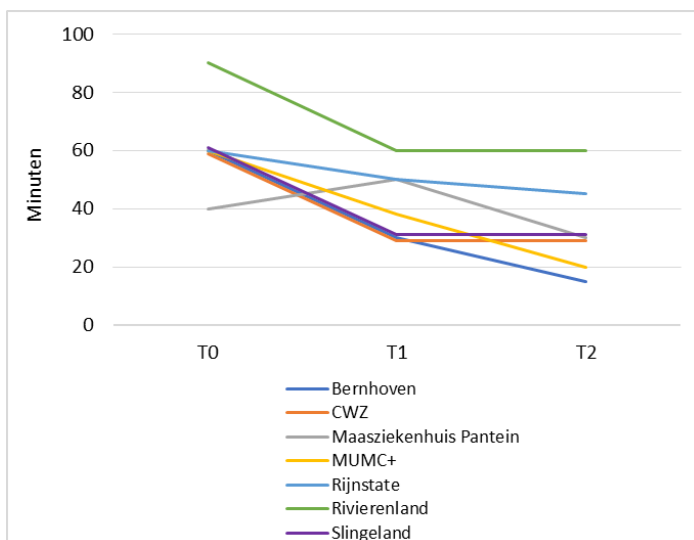
Ervaren registratietijd

Het aantal minuten dat respondenten per werkdag besteden aan kwaliteitsregistraties is in de tijd/gedurende het experiment significant afgenomen (Wald X2 (2 df) = 25,5, $p < ,001$). De mediane registratietijd is, ten opzichte van T0, op T2 met 30 minuten gehalveerd ($p < ,001$). Voor zowel artsen en verpleegkundigen is de mediane registratietijd op T2 significant afgenomen ($p < ,001$) met respectievelijk 20 en 10 minuten (Figuur 4a). Registratietijd (afname) is echter longitudinaal niet geassocieerd met het type beroep (arts versus verpleegkundige) van respondenten (Wald X2 (2 df) = 2,7; $p = ,25$).

Figuur 4a. Mediane registratietijd per werkdag, totaal en per beroepsgroep



Figuur 4b. Mediane registratietijd per werkdag, per ziekenhuis



In alle ziekenhuizen is de mediane registratietijd, ten opzichte van T0, op T2 afgenomen (Figuur 4b). Er zijn wel duidelijke verschillen tussen ziekenhuizen; de afname van registratietijd varieert tussen minimaal 10 en maximaal 45 minuten. Registratietijd (afname) is longitudinaal geassocieerd met het ziekenhuis waar respondenten werken (Wald X2 (12 df) = 33,2; $p < ,01$).

Genoemde oorzaken voor verandering in registratietijd

Respondenten beschreven in de vragenlijsten op T1 en T2 verschillende oorzaken voor de ervaren toename dan wel afname van registratietijd. Tabel 6 geeft een overzicht van genoemde oorzaken. Deelname van de afdeling aan het ZIRE-experiment en daarmee het loslaten van veel (voorheen verplichte) registraties werd veelvuldig genoemd als belangrijke oorzaak voor de afname van registratietijd. Daarnaast refereerden respondenten naar de impact van de COVID pandemie op de registratietijd. Tijdens de pandemie verkeerde de IC-afdeling in een 'overlevingsstand' en kwam de prioriteit minder op registeren te liggen. Anderzijds ervaren veel respondenten, ondanks ZIRE, een toename van registratietijd door de specificering en uitbreiding van registraties. Deze oorzaak wordt door hen vaak gekoppeld aan het beleid van ziekenhuizen en controlerende instanties die in toenemende mate behoeften hebben aan, en doorschieten in, controle op performance. Daarnaast ervaren respondenten meer registratietijd door aankomende accreditatierondes en door inefficiëntie in de manier van registreren (o.a. incompatibele systemen en dubbele uitvraag van registraties). Zie ook tabel 7.

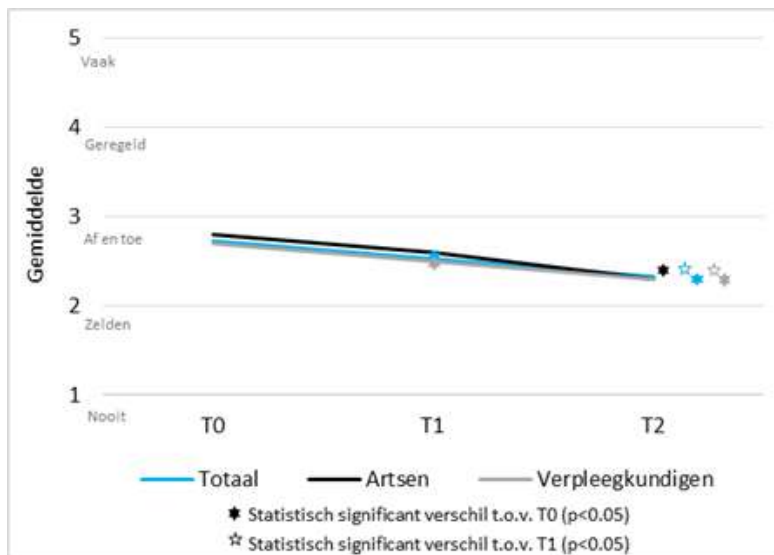
Tabel 6. Oorzaken voor meer/ minder ervaren registratietijd (n = 260)

<u>Minder</u> registratietijd	Citaten
ZIRE/ loslaten van registraties	"Door ZIRE hoeven er minder lijsten in gevuld te worden". "We hoeven niet alles meer te registreren. Hier is nauwkeurig naar gekeken. Zinloze registraties doen we niet meer".
Digitalisering/ automatisering	"Hix is steeds beter ingeregeld voor NICE registratie. De kinderziekten zijn eruit".
COVID pandemie	"Met COVID was alles losgelaten".
Minder drukte op de afdeling	"Door de relatieve rust na de pandemie is er tijd om te werken aan kwaliteit".
Persoonlijke factoren	"Verkregen handigheid in registreren".
<u>Meer</u> registratietijd	Citaten
Toename van registraties	"Huidige registraties worden steeds specifieker en daardoor uitgebreider. Er komen steeds meer registraties bij. Controle lijsten om te toetsen of de registraties wel zijn uitgevoerd".
Inefficiënte registratiesystemen	"Verschillende systemen waardoor alles elke keer opnieuw ingevuld dient te worden".
Strenger toezicht	"Veel meer registratie vanwege de inspectie". "Alles moet worden geregistreerd. Ziekenhuis wil zich indekken. Overall zijn er protocollen voor gemaakt die je moet openen, lezen voordat je handelingen kan uitvoeren".
Meer focus op verantwoording	"Zo gauw er ergens iets misgaat komt er weer een nieuw vinkje bij. De afvinkcultuur wordt steeds groter en is een vorm van schijnveiligheid".
Komst van accreditatieronde	"Door de JCI accreditatie die momenteel weer plaats vindt".

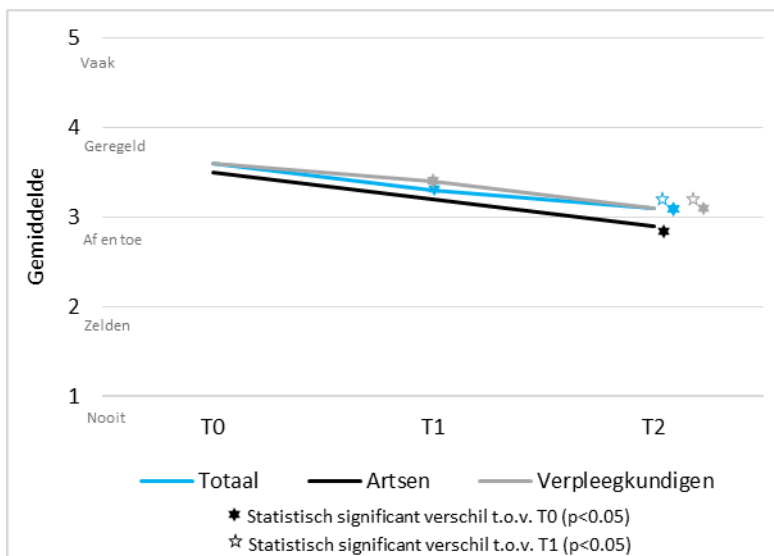
Onredelijke en onnodige registraties

Ten opzichte van T0 ervaren respondenten (totaal, artsen en verpleegkundigen) op T2 significant minder onredelijke en onnodige registraties ($p < 0,01$). Het betreft hier weliswaar subtiele afnames, van respectievelijk 'af en toe' naar 'zelden' en van 'geregeld' naar 'af en toe' (Figuren 5a en 5b). Het ervaren van onredelijke of onnodige registratielast is longitudinaal geassocieerd met het ziekenhuis waar respondenten werken (Wald X^2 (12 df) = 43,4 en 45,5; $p < ,001$).

Figuur 5a. Onredelijke registraties



Figuur 5b. Onnodige registraties



Bij de tussenmeting (T1) vond 44% van alle respondenten ($n = 281$) dat er nog onzinnige registraties zijn waarmee gestopt zou moeten worden. Bij de eindmeting (T2) was dit percentage gedaald naar 32% ($n = 203$). Respondenten haalden verschillende voorbeelden van (in hun ogen) onzinnige registraties aan (Box 3). Meest genoemd waren registraties met betrekking tot lijncontroles (10%), sedatie en bewustzijn (8%), delier (8%), pijn (7%), zorgzwaarte (7%). Dit zijn allemaal registraties die

binnen ZIRE losgelaten mogen worden. Hieruit blijkt dat de-implementatie van onzinnige registraties op alle deelnemende IC-afdelingen aan het einde van ZIRE nog niet voltooid was.

Box 3. Onzinnige registraties op T1 en T2 (n = 184)

Zorgzwaarte (TISS, NAS)	Uitgebreide anamnese bij korte opnames	SOFA-score
JCI accreditatie	Ordermanagement/lab-aanvragen	Fixatie
Complicaties	Decubitus (bij niet-decubitus gevallen)	Voeding (SNAQ)
Pijnscore	Beademingspneumonie (VAP)	Glucosewaarden
Slaapscore	Lijncontroles	Opiaten
Delier (DOS, CAM-ICU)	Sedatie/ bewustzijn (EMV, RASS)	Neusmaagsonde(wissel)

Naast concrete voorbeelden beschreven respondenten een achttal soorten onzinnige registraties (Tabel 7, zie volgende bladzijde).

Tabel 7. Soorten van ervaren onzinnige registraties (n = 184)

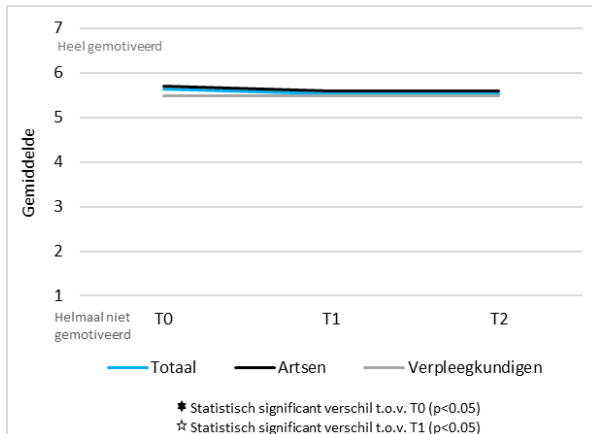
Soort	Citaat
Dubbelchecks	"Al die dubbelchecks, al dat controleren. Het wordt steeds meer. Op een IC is daar vaak geen tijd voor. Te druk. Geen personeel. Maakt niet uit hoe de patiënt erbij ligt als alles maar in de computer is".
Overlappende registraties	"Talloze dubbele registraties (...) op meerdere plaatsen invoeren van dezelfde gegevens zoals extra pijnstilling. (...) Dit kan veel eenvoudiger en minder werkintensief".
Registraties niet afgebakend tot relevante populatie	"EMV score en pupil controle bij patiënten die wakker zijn en adequaat reageren".
	"In NICE gokken wat de EMV van een (langdurig) gesedeerde patiënt zou kunnen zijn".
Registraties niet afgebakend tot relevante situatie	"CVC checklist zou niet elke dag nodig zijn. Bijzonderheden rapporteren en anders mag je er vanuit gaan dat er geen bijzonderheden zijn".
	"Als het bij decubitus "nee" is, dan moet ik nog heel veel extra invullen. (...) De score lijst komt wel aan de orde als het zover is. Ik ga ervan uit dat elke verpleegkundige goed observeert".
Registraties die nooit óf altijd van toepassing zijn	"Valregistratie. (...) Instabiele IC-patiënten zijn per definitie val gevaarlijk".
	"Bij alle lijnen moet getunneld/ongetunneld worden ingevuld, terwijl er op de IC nooit getunnelde lijnen worden ingebracht".
Registraties zonder duidelijk verbeterdoel/ follow-up	"Registraties waarvoor niet duidelijk is wat met de resultaten gedaan wordt".
	"Alle registraties die nodig zijn om de JCI accreditatie binnen te halen. Voor mij is dat schijnveiligheid".
Registraties (screening) die ook met professioneel inzicht kunnen	"DOS en CAM-ICU score. We kunnen zelf prima een delier herkennen".
Registraties die gaan over standaard zorg	"Of de kamer op orde is. Alsof wij dat sowieso niet zelf kunnen bedenken. (...) Checklists die gewoon bij mijn dagelijkse bezigheden horen zoals sedatielevel, filter vervangen, cuffdruk".
	"Aanvinken dat je hygiënisch hebt gewerkt bij inbrengen CVL".

Impact van ZIRE op werkplezier

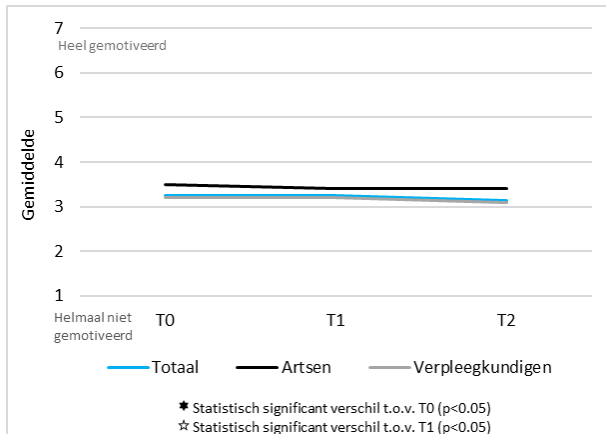
Motivatatie en psychologische basisbehoeften

De intrinsieke en extrinsieke motivatie van respondenten is in de tijd/gedurende het experiment niet significant toe- of afgenomen. Ten opzichte van T0 is zowel de intrinsieke en extrinsieke motivatie van respondenten (totaal, artsen en verpleegkundigen) op T2 niet of nauwelijks veranderd (Figuren 6a en 6b). Hetzelfde geldt voor de drie psychologische basisbehoeften: autonomie, verbondenheid en competentie (Figuur 7). Beide vormen van motivatie en de drie psychologische basisbehoeften zijn longitudinaal niet geassocieerd met het ziekenhuis waar respondenten werken.

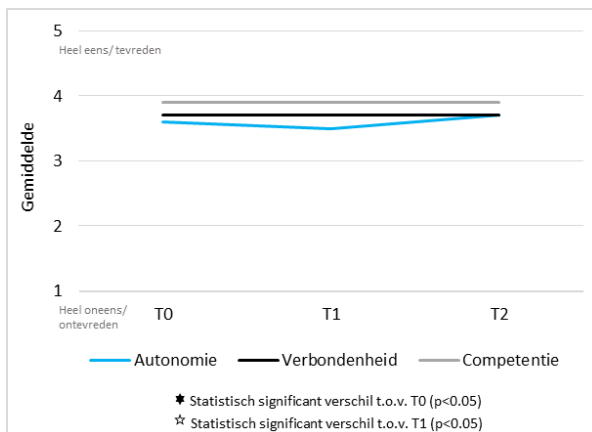
Figuur 6a. Intrinsieke motivatie



Figuur 6b. Extrinsieke motivatie



Figuur 7. Psychologische basisbehoeften



Factoren die werkplezier negatief en positief beïnvloeden

In een open vraag naar factoren die werkplezier negatief dan wel positief beïnvloeden kwamen een aantal factoren het meest prominent naar voren (Tabel 8). De meest genoemde negatieve factoren waren: de naweeën van de coronapandemie (21% op T1), gebrek aan toekomst en/of ontwikkelperspectief (10% op T1; 19% op T2), gebrek aan waardering en erkenning (11% op T1) en organisatorische veranderingen zoals EPD-aanpassingen en reorganisaties (21% op T1). Vaakst genoemde factoren die het werkplezier van respondenten positief beïnvloeden waren: samenwerking met collega's/sfeer op de afdeling (31% op T1; 15% op T2), financiële beloning (28% op T2), waardering en erkenning (17% op T1) en autonomie (14% op T1; 19% op T2).

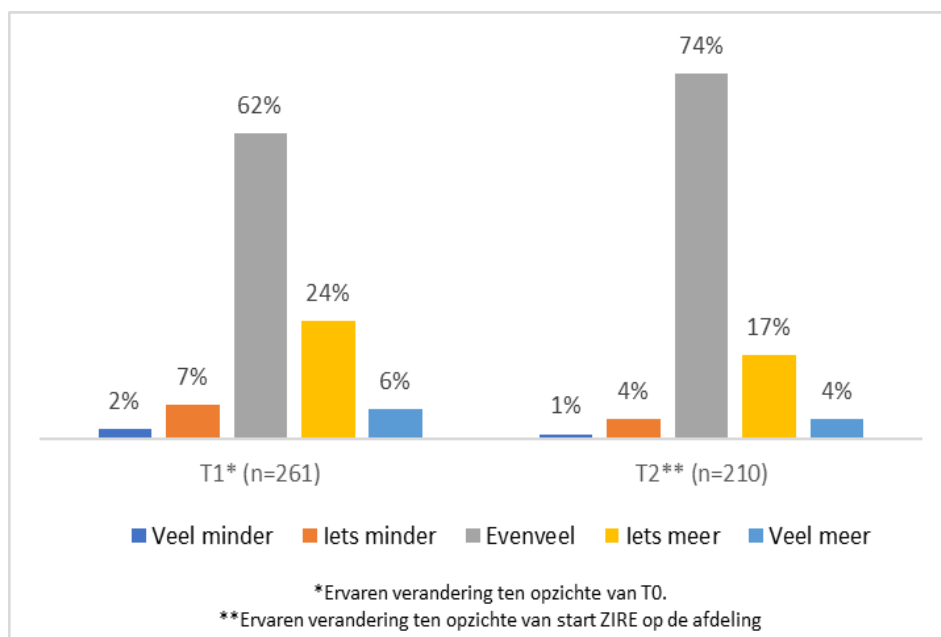
Tabel 8. Negatieve en positieve factoren op werkplezier genoemd door respondenten

Negatieve factoren op werkplezier	T1 (n=255)	T2 (n=194)
Werk-privé-balans/persoonlijke omstandigheden	2%	7%
Werkdruk/onregelmatigheid/zorgzwaarte	2%	6%
(Naweeën) coronapandemie	21%	8%
Financiële beloning	6%	2%
Gebrek aan zingeving van werk	2%	8%
Samenwerking met collega's/sfeer op afdeling	4%	9%
Leiderschap en aansturing van de afdeling	8%	3%
Gebrek aan waardering en erkenning	11%	2%
Gebrek aan autonomie	1%	7%
Gesprek aan inspraak	9%	8%
Gebrek aan toekomst/ontwikkelperspectief	10%	19%
Organisatorische veranderingen	21%	9%
Anders	4%	13%
Positieve factoren op werkplezier	T1 (n=250)	T2 (n=184)
Werk-privé balans/persoonlijke omstandigheden	2%	1%
Financiële beloning	1%	28%
Zingeving van werk	4%	4%
Samenwerking met collega's/sfeer op afdeling	31%	15%
Leiderschap en aansturing van de afdeling	6%	13%
Waardering en erkenning	17%	7%
Autonomie	14%	19%
Inspraak	6%	2%
Toekomst/ontwikkelperspectief	14%	1%
Organisatorische veranderingen	2%	10%
Anders	4%	-

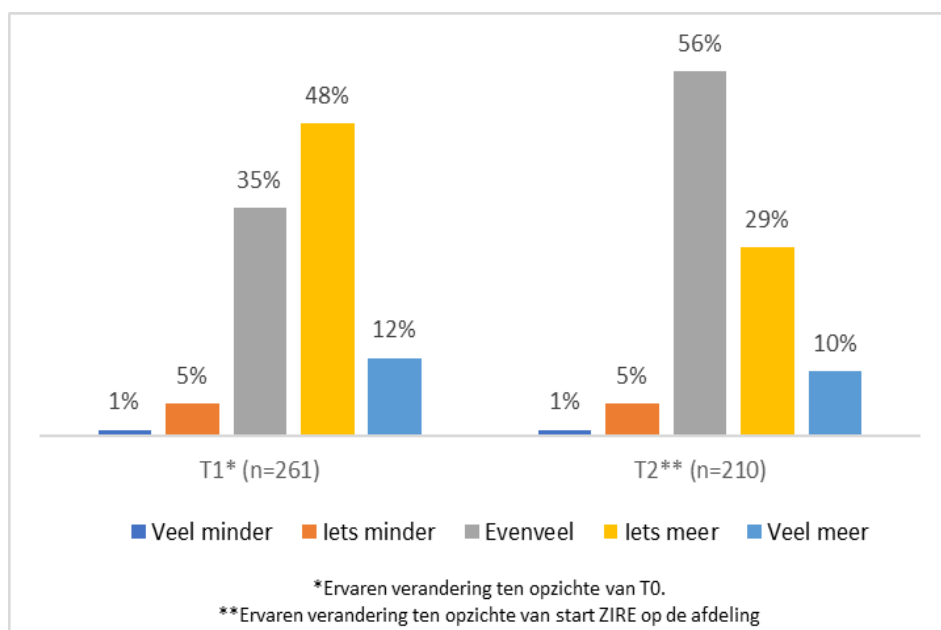
Impact van ZIRE op eigenaarschap voor kwaliteit

Op T1 en T2 is aan respondenten gevraagd in hoeverre hun eigen betrokkenheid en de betrokkenheid van hun IC-afdeling bij kwaliteitsverbeteringen is veranderd ten opzichte van voor de start van ZIRE. Op T1 gaf 30% van de respondenten aan (iets) meer betrokken te zijn en 9% (iets) minder (Figuur 8a). Op T2 is dit respectievelijk 19% en 5%. Voor de meerderheid van respondenten is de eigen betrokkenheid bij kwaliteit gelijk gebleven. Maar liefst 60% van de respondenten gaf op T1 aan dat de betrokkenheid van de afdeling bij kwaliteit (iets) is toegenomen. Op T2 is dit (nog maar) 39%.

Figuur 8a. Zelf betrokken bij kwaliteitsverbeteringen



Figuur 8b. Afdeling betrokken bij kwaliteitsverbeteringen



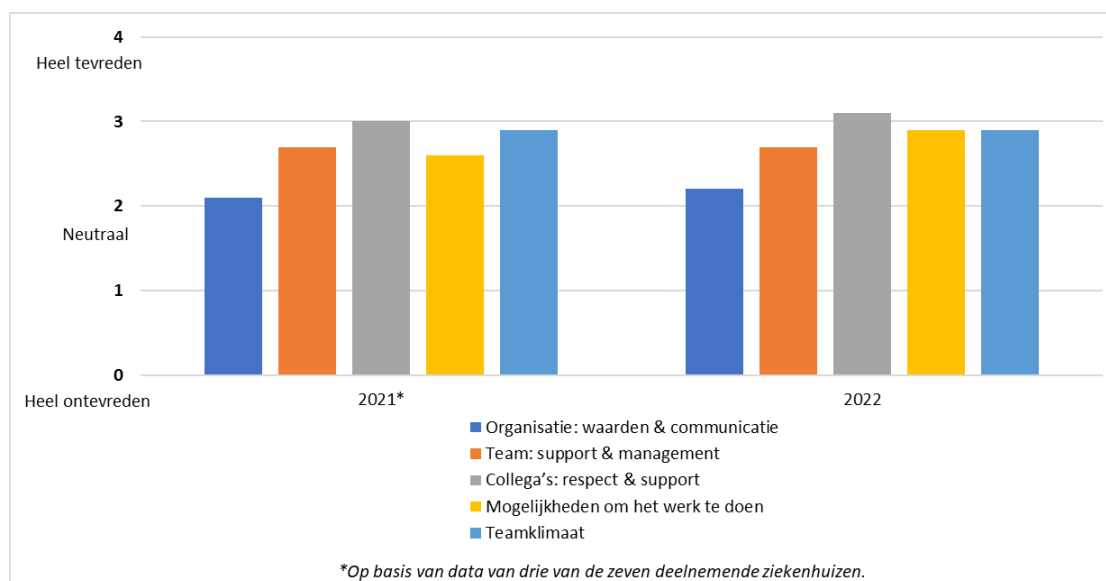
Impact van ZIRE op kwaliteit en veiligheid van IC-zorg

Veiligheidscultuur en teamklimaat

In de periode november-december 2022 is bij alle deelnemende IC-afdelingen een meting verricht naar veiligheidscultuur en teamklimaat. Hiervoor is een online survey uitgezet. Cultuur (o.a. aanspreekcultuur en openheid over gemaakte fouten) is gemeten met de Nederlandse versie van de Culture of Care Barometer.²¹ Teamklimaat (het vermogen om als team te leren en te verbeteren) is gemeten met een bijbehorende schaal uit de vertaalde Safety Attitudes Questionnaire.²² In totaal zijn 262 vragenlijsten

ingevuld (41% respons). Uit de meting blijkt dat cultuur en teamklimaat over het algemeen positief worden ervaren door IC-professionals in de regio (Figuur 9). Ten opzichte van een eerdere meting in 2021 (bij drie van de zeven deelnemende IC-afdelingen; n=230) zien we geen grote veranderingen in de regio. Cultuur en teamklimaat zijn niet verslechterd sinds de start van ZIRE. Uit de meting in 2022 komt naar voren dat verbeterpotentieel voornamelijk wordt ervaren op het gebied van waardering, zeggenschap, leiderschap en communicatie. Tabel 9 beschrijft diverse aspecten die volgens de respondenten verbeterd konden worden. De uitkomsten van deze meting zijn vervolgens regionaal besproken in een bijeenkomst met afdelingshoofden, kwaliteitsfunctionarissen en zorgverleners. Naar aanleiding hiervan zijn lokaal verbeteracties gestart.

Figuur 9. Gemiddelde schaalscores in de regio op vier cultuurdomeinen en op teamklimaat



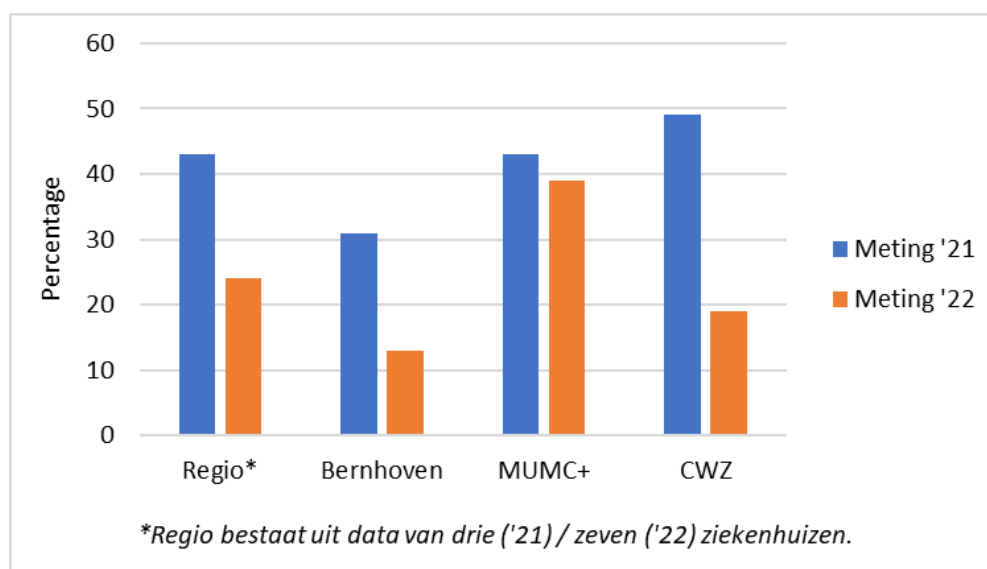
Tabel 9. Verbetersuggesties voor cultuur en teamklimaat

Soort	Citaat
Leiderschap & aansturing	"Een vaste leidinggevende die niet alleen haar/zijn taken uitvoert maar ook naar het team luistert en samen dingen probeert op te lossen".
	"Coachend leiderschap".
Aanspreken & feedback ontvangen	"Meer directe feedback geven (positief maar ook negatief)".
	"Aanspreekcultuur bevorderen en mensen met een negatieve houding aanpakken/ aanspreken".
Sfeer	"Minder roddelen en oordelen".
	"Verbeteren van de sfeer en veilige werkomgeving".
Samenwerking & afstemming	"Meer eenduidig beleid van intensivisten".
	"Artsen beter luisteren naar verpleegkundigen".
Respect & bejegening	"Onderling gelijkwaardige en respectvolle communicatie".
Teambinding/collegialiteit	'Team building activiteiten 2x per jaar".

Mentaal welbevinden IC-medewerkers

In de hierboven beschreven survey is ook burn-out onder IC-medewerkers gemeten aan de hand van de Utrecht Burnout Schaal.²³ Deze schaal bestaat uit 20 items waarmee drie componenten gerelateerd aan burn-out ('emotionele uitputting', 'depersonalisatie' en 'persoonlijke bekwaamheid') worden gemeten. Respondenten werden geduid met een burn-out of gerelateerde klachten indien zij boven een bepaalde afkapwaarde (-8,2) scoorden op een totaal (index) score van: de som van item scores op 'emotionele uitputting' en op 'depersonalisatie' min de som van items scores op 'persoonlijke bekwaamheid'.²³ In de looptijd van ZIRE is de burn-out prevalentie onder IC-medewerkers in de regio afgenomen. Uit de meting van 2022 (n=256) bleek dat 62 respondenten te maken hadden met een burn-out of met gerelateerde klachten (prevalentie van 24%). Ten opzichte van een vorige meting in 2021 (n=123) is de prevalentie met 19% afgenomen en bijna gehalveerd (Figuren 10 en bijlage 4). Hierbij moet worden opgemerkt dat de bevindingen waarschijnlijk sterk zijn beïnvloed door de impact van de coronapandemie. De eerste meting werd uitgevoerd tijdens de pandemie toen van IC-medewerkers mentaal en fysiek veel werd gevraagd als gevolg van een toeloop van patiënten. Daarnaast is de eerste meting alleen uitgevoerd in drie van de zeven deelnemende ziekenhuizen waardoor bevindingen mogelijk niet representatief zijn voor de gehele regio.

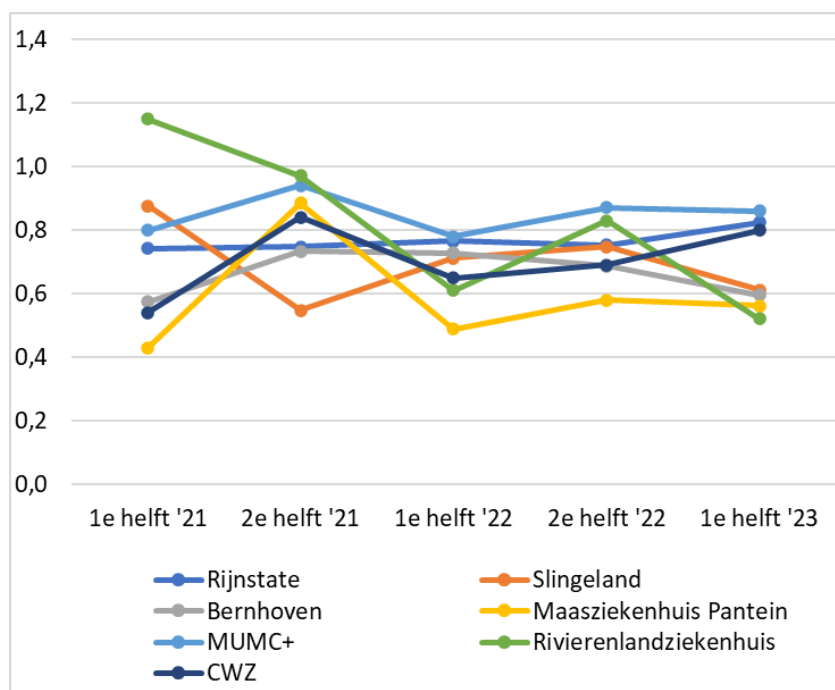
Figuur 10. Prevalentie burn-outklachten onder IC-medewerkers in de regio



IC-sterfte

IC-sterfte, uitgedrukt in de Standardized Mortality Ratio (SMR), is regio-breed niet sterk toe- of afgenomen sinds de IC-afdelingen met ZIRE zijn gaan werken (Figuur 11; bijlage 5). De SMR bleef gedurende de looptijd van ZIRE stabiel voor de meeste IC-afdelingen.

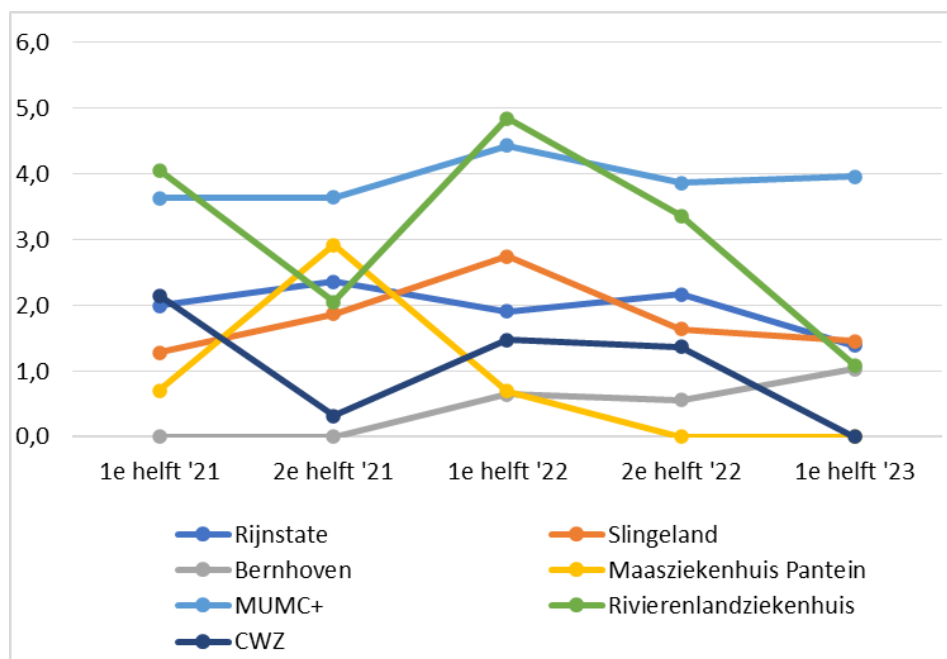
Figuur 11. Standardized Mortality Ratio per ziekenhuis gedurende het ZIRE-experiment



IC-heropnames < 48 uur

Het percentage heropnames binnen 48 uur is regio-breed niet toegenomen sinds de IC-afdelingen met ZIRE zijn gaan werken (Figuur 12; bijlage 6). Vier van de zeven IC-afdelingen laten zelfs een lichte percentuele daling zien tussen begin 2021 en begin 2023.

Figuur 12. IC-heropnames < 48 uur per ziekenhuis gedurende het ZIRE-experiment



Bevorderende factoren bij implementatie

Bestuurlijk draagvlak en commitment aan ZIRE

Bestuurders van het ziekenhuis en de afdelingshoofden van de IC-afdeling hadden een belangrijke faciliterende rol in de uitrol van het experiment. Allereerst door het verlenen van goedkeuring voor het experiment en daarmee de IC vrij te stellen van veel registraties. Daarnaast droeg het uitspreken van hun commitment aan en het nemen van de eindverantwoordelijkheid voor deze nieuwe werkwijze bij aan vertrouwen op de werkvloer om volgens ZIRE-principes te werken. Bestuurlijk draagvlak en commitment bleek niet vanzelfsprekend. Essentieel hierbij waren de vele gesprekken van de projectleiders met lokale bestuurders om de uitgangspunten van het experiment uit te leggen en de beoogde uitvoering van het experiment verder af te stemmen. Medewerking vanuit de IGJ was daarnaast een belangrijke randvoorwaarde voor bestuurders om overstag te gaan. Een breed gedragen urgentiegevoel om iets te doen aan de 'registratielast' in de zorg en bijbehorende publiciteit waren tot slot ook behulpzaam voor het verkrijgen van draagvlak.

Werken met een kernset van indicatoren

De ZIRE kernset hielp IC-afdelingen bij het bepalen welke kwaliteitsregistraties losgelaten konden worden en zorgde ervoor dat men snel met het experiment aan de slag kon. De kernset was overzichtelijk en gaf afdelingen daarmee focus en houvast in discussies en aansturing over wat wel/niet meer geregistreerd moest worden gedurende het experiment.

Kartrekkers op de IC en passend leiderschap

De implementatie werd bevorderd door de aanwezigheid van meerdere personen op de afdeling die fungeerden als kartrekkers van het project. Vaak waren dit kwaliteitsfunctionarissen, het afdelingshoofd en/of een samengestelde werkgroep van kwaliteitsfunctionarissen, artsen en verpleegkundigen op de IC. Zij waren belangrijk als aanspreekpunt en vraagbaak voor het projectteam en collega's op de eigen afdeling over de implementatie van de ZIRE-principes. Daarnaast hadden zij een belangrijke rol in het creëren van draagvlak voor de uitvoering van het experiment op de afdeling, om mensen te overtuigen van en "mee te nemen" in de ZIRE werkwijze, in het scheppen van randvoorwaarden (o.a. voor zinvol registreren en kort cyclisch leren en verbeteren) en het bewaken van de voortgang van ZIRE op de afdeling. Bijvoorbeeld door aandacht voor het werken volgens de ZIRE-principes in stand te houden en mensen op de afdeling hierop aan te spreken wanneer dit nodig was. Deze kartrekkers hadden naast een inhoudelijke rol ook een belangrijke signaalfunctie naar de werkvloer die de uitvoering van ZIRE ten goede komt.

"Naast de inhoudelijke kant geef je met een 'dedicated' functionaris of werkgroep ook een belangrijk signaal af aan je team hoe belangrijk je dat [ZIRE] vindt als onderdeel van kwaliteitsverbetering".

Passend leiderschap lijkt een belangrijke rol te hebben gespeeld bij de uitvoering. De kartrekkers moesten schipperen tussen enerzijds het aansturen en begeleiden van het experiment, en anderzijds

het bewaken van afstand zodat, conform de ZIRE-principes, eigenaarschap voor kwaliteit meer bij de zorgprofessionals op de werkvloer komt te liggen.

“Het team vanaf het begin meenemen in de ZIRE-principes, mee laten denken en blijven uitleggen, zodat het van hen wordt en niet alleen van de werkgroep”.

Aandacht en begrip voor benodigde cultuuromslag

Het werken volgens de ZIRE-principes vereist een cultuuromslag op de afdeling waarbij de zorgprofessionals gevraagd werden om vaste registratie routines los te laten en zelf verbeteracties te ondernemen. Aandacht – en een geduldige houding – voor het bereiken van de benodigde cultuuromslag waren daarom belangrijk voor een goede implementatie van ZIRE. Hierbij werd onder andere gerefereerd aan het belang van duidelijke uitleg aan alle geledingen op de werkvloer over de meerwaarde van ZIRE en een geduldige aanpak om mensen uit vastgeroeste routines te halen.

“Belangrijk was ook dat het in alle geledingen van de afdeling wordt besproken. In de koffiekamer, in vergaderingen. Je verteld er over als je rondloopt op de werkvloer”.

Het constant herhalen en agenderen van de ZIRE-principes in bijeenkomsten (o.a. teamvergaderingen) en in individuele gesprekken met collega's op de werkvloer (o.a. is deze registratie zinvol of niet?) hielp bij het creëren van bewustwording voor ZIRE en de gewenste cultuuromslag.

“Je ziet ook dat sommige verpleegkundigen ook eigenwijs blijven registreren terwijl dat niet hoeft. Die spreken we dan ook iedere keer aan, van: Joh, dat hoeft niet meer. Dat heeft echt megagood geholpen”.

Hulpmiddelen – en strategieën bij loslaten van registraties

Het delen van een overzicht van registraties die in het experiment losgelaten konden worden en praktische hulpmiddelen (o.a. een zakkaart voor IC-verpleegkundigen over wat wel/niet te registreren) hielp deelnemende IC-afdelingen bij het aansturen en uitvoeren van ZIRE op de werkvloer. Daarnaast hadden afdelingen zelf ook strategieën om te bepalen welke registraties onzinnig waren en konden worden geschrapt. Bijvoorbeeld door artsen bij verpleegkundigen mee te laten kijken welke registraties zij moeten uitvoeren en zo tot een onderbouwd besluit te komen wat wel/niet losgelaten kan worden.

“We [artsen] zijn met de verpleegkundigen een dag meegelopen en heel specifiek gaan kijken naar letterlijk alle vinkjes die zij moesten zetten. En ik viel steil achterover door wat zij allemaal moeten vinken. En gewoon alles geschrapt, gewoon eruit”.

Verbeterbord

Het gebruik van een verbeterbord werd als heel nuttig ervaren om het kort cyclisch leren en verbeteren (één van de ZIRE-principes) op de afdeling te bevorderen. Het verbeterbord maakt het benoemen en oppakken van leer- en verbeterpunten op laagdrempelige wijze mogelijk en is heel transparant:

verbeteracties en verantwoordelijke personen zijn direct zichtbaar. Daarnaast fungeert het bord als een constante reminder voor het oppakken van verbeterpunten en aanspreken van verantwoordelijke personen. IC-afdelingen waar het verbeterbord goed werkt, ervaren vaker een 'leermoment' en dat kleine aandachtspunten sneller werden opgepakt en opgelost.

"In ons protocollensysteem zit een verbetermodule. Daar kun je verbeterpunten en de evaluatie met datum erin zetten. Dan kom je er vanzelf op terug via een mailtje als je er iets mee moet. Dat is een systeem wat bij ons onwijs goed werkt".

Afdelingsgrootte

In vergelijking met de grote IC-afdelingen, was het voor kartrekkers op een kleine IC-afdeling makkelijker om de ZIRE-principes over te brengen vanwege de korte lijnen met medewerkers op de werkvloer.

"We werken hier natuurlijk in een klein team waardoor het makkelijker is om iedereen te bereiken en mee te nemen [in de ZIRE-principes]".

Ondersteuning van kwaliteitsfunctionaris

De ondersteuning van een kwaliteitsfunctionaris op de IC-afdeling werd ook ervaren als een belangrijke randvoorwaarde voor een goede uitvoering van het experiment. De kwaliteitsfunctionaris had in enkele IC-afdelingen een belangrijke coördinerende en uitvoerende rol. Met name in het verzamelen en oppakken van leer- en verbeterpunten (o.a. van het verbeterbord en metingen op kernset-indicatoren).

Betrekken van expertise op ZIRE thema's

Om zo efficiënt en effectief mogelijk te voldoen aan de ZIRE-principes maakten enkele IC-afdelingen gebruik van de aanwezige expertise in reeds bestaande werkgroepen en van kwaliteitsmedewerkers binnen het ziekenhuis. Zo werd een medewerker van het kwaliteitsbureau standaard uitgenodigd bij hun ZIRE werkgroep overleg. Dit maakte het mogelijk om specifieke taken (bijvoorbeeld voor het verzamelen en rapporteren van kernset indicator data, uit te besteden) en voor registraties op specifieke thema's advies in te winnen en afspraken te maken over wat wel/niet te registreren.

"We hebben per kernset-indicator de desbetreffende werkgroep in het ziekenhuis erbij betrokken en hun advies gevraagd over hoe we, conform ZIRE, toch kunnen voldoen aan goede zorg rondom thema's zoals delier of decubitus".

Begeleiding door ZIRE projectteam

Deelnemende IC-afdelingen waren over het algemeen tevreden over de begeleiding vanuit ZIRE project team van het Radboudumc. Met name het laagdrempelige contact, advies en hulp bij concrete knelpunten in de voortgang van het project op de afdeling (o.a. door het delen van goede voorbeelden en eerdere ervaringen) werd als prettig ervaren. Contact werd enerzijds bilateraal onderhouden met een contactpersoon vanuit het Radboudumc die reeds ervaring had met het werken volgens ZIRE op de IC. Contact vond enerzijds telefonisch plaats en anderzijds door een bezoek aan de afdeling waarmee vaak

een beter inzicht werd verkregen in ervaren knelpunten en begeleidingsbehoeften. Daarnaast waren er periodiek geplande online meetings (ZIRE-vragenuurtje) waarin deelnemende afdelingen hun vragen konden stellen.

“We konden alle vragen kwijt. En de mailcontacten waren vlot”.

Uitwisseling van kennis en ervaringen tussen deelnemende IC's in de regio

Het delen van positieve en negatieve ervaringen in de implementatie van ZIRE tussen deelnemende IC-afdelingen tijdens de ZIRE-vragenuurtjes werd als waardevol gezien. Ook zijn ervaringen uitgewisseld tijdens twee belegde refereer- en themabijeenkomsten. De gedeelde knelpunten, strategieën en goede voorbeelden (bijvoorbeeld voor het meten van kernset-indicatoren en het inrichten en onderhouden van het verbeterbord) waren waardevolle kennisbronnen voor het verbeteren c.q. aanscherpen van de implementatie van ZIRE op de eigen afdeling. Het uitwisselen van kennis en ervaringen hielp tevens bij IC-afdelingen met koudwatervrees voor het loslaten van registraties. Positieve ervaringen met het loslaten van registraties elders gaf deze afdelingen net dat extra zetje om overstag te gaan.

“De refereeravonden hebben we als heel positief ervaren. Ik vond het eigenlijk jammer dat we er maar twee hebben gehad, want we leren veel van elkaar als we dat vaker doen. (...) Het was wel jammer dat niet alle deelnemende IC's erbij waren”.

Belemmerende factoren bij implementatie

Ontbreken van bestuurlijk draagvlak en vertrouwen

Goedkeuring voor het ZIRE-experiment (met name het verkrijgen van vrijstelling voor het niet registreren van veel indicatoren) bleek weerbarstig en had een lange doorlooptijd in meerdere ziekenhuizen. Onduidelijkheid over de scope en de uitgangspunten van het experiment en een gebrek aan vertrouwen in het kunnen afleggen van verantwoording over kwaliteit belemmerden bestuurders in het afgeven van een goedkeuring voor de uitvoering van het experiment. Enkele deelnemende IC-afdelingen liepen hierdoor vertraging op met het (op)starten van ZIRE of werden geconfronteerd met het intrekken van een eerder afgegeven goedkeuring, voor de uitrol van het experiment door de Raad van Bestuur.

Ongelukkige timing van projectstart

Sommige betrokkenen noemden ook de ongelukkige timing van de start van het experiment in hun ziekenhuis als reden voor uitstel van goedkeuring. Bijvoorbeeld vanwege een naderende accreditatieronde.

“Ook een Raad van Bestuur wat toch een aantal toezeggingen weer introk toen JCI in de buurt kwam. Dat is ook factor wat de commissie kwaliteit belemmerde om vrij hand te kunnen hebben”.

Daarnaast viel de start van ZIRE in één van de deelnemende ziekenhuizen gelijk met een incident in huis omtrent verslaglegging waardoor het ZIRE principe van o.a. loslaten van registraties hoogstwaarschijnlijk onvoldoende draagvlak zou krijgen en juist weerstand zou oproepen.

“We hebben dicht op de start van ZIRE een incident gehad waarbij de verslaglegging niet goed was. Het voelde daardoor heel raar om dan daarna direct een project te starten waarbij je minder gaat registreren. Wij zijn daardoor later gestart”.

Ook werd de uitvoering van ZIRE belemmerd door de overgang naar een nieuw EPD. Deze verandering kostte veel tijd en aandacht, hetgeen ten koste ging van ZIRE. De scholingen in het gebruik van het nieuwe systeem, de planning om alle zorgverleners te laten oefenen en de energie die de veranderingen voor de zorgverleners kostten, betekende dat er veel tijd verloren ging om de maatregelen van ZIRE uit te voeren. Tot slot leidde de aanhoudende COVID-19-pandemie tot een vertraagde start van het ZIRE-experiment in enkele ziekenhuizen. De pandemie was anderzijds ook een impuls voor medewerkers om juist nu met ZIRE aan de slag te gaan. Tijdens de pandemie was er weinig tijd en ruimte voor werken aan kwaliteit en verbeterprojecten. Werken met de ZIRE-principes was weer iets anders en positief (vanuit de werkvloer bedenken wat anders en beter kan) en dat geeft energie.

Moeite met veranderen van routines (loslaten van oude en aanleren van nieuwe)

De implementatie van ZIRE werd op alle deelnemende IC's bemoeilijkt door een sterke registratiedrang bij medewerkers. Hoewel onder medewerkers (vooral verpleegkundigen) het sentiment leeft om veel registraties los te laten, geven diezelfde registraties hen ook houvast. Bovendien waren veel registraties jarenlang verplicht waardoor ze voor medewerkers een vaste routine zijn geworden. Het afleren van veel registraties en het aanleren van een nieuwe ZIRE denkwijzen (zoals kleine verbeterpunten zelf oppakken en evalueren, o.a. via het verbeterbord) is daardoor lastig gebleken.

“We zagen bij ons dat het best lang duurde voordat mensen dingen konden loslaten. Sommigen vinden het echt moeilijk om dingen niet te registreren terwijl ze dat gewend waren. Het is een soort van houvast en gewoonte. Als je iets twintig jaar lang leert, dan is dat natuurlijk ook moeilijk om los te laten.

“Het project gaat over ‘van wantrouwen naar vertrouwen’, maar wij ervaren dat de professionals het zelf ook heel moeilijk vinden om registraties los te laten. En dat komt voort uit eerdere ervaringen met calamiteitenonderzoek en de behoefte om goed terug te kunnen vinden van wat je als zorgprofessional hebt gedaan”.

“Bij het doornemen van een aantal dossiers zien we dat mensen weer meer registreren. Vooral bij rustige diensten is de neiging om meer te registreren dan nodig is. Mensen schieten in het oude stramien en vallen “terug” in registratie”.

Deze cultuuromslag vergt tijd (langer dan de duur van het ZIRE-experiment) en constant onderhoud.

“De mensen moeten dingen zelf meer gaan oppakken. (...) Dus alleen melden als er echt schade is en dat analyseren. Ik zie dat langzamerhand steeds meer gebeuren. Maar dat vergt wel een continu onderhoud. Steeds weer opnieuw over hebben, zo van: Dat hoef je niet meer een melding van te maken, maar mag je nu zelf gaan regelen”.

De implementatie van het experiment werd in een aantal deelnemende IC-afdelingen belemmerd vanwege het ontbreken van een persoon met voldoende tijd en expertise om het ZIRE project lokaal goed te kunnen te coördineren en de bovengenoemde cultuuromslag goed te kunnen begeleiden.

“De berichtgeving vanuit het projectteam was vaak gericht aan een kwaliteitsfunctionaris die werkzaam is op of voor de IC. Dat vonden wij als algemene kwaliteitsadviseurs voor het ziekenhuis wel eens lastig. Hoe verdelen we de taken goed. We zijn namelijk niet alleen toegewijd aan de IC”.

“We hadden een kwaliteitsfunctionaris die parttime werkt en ook een tijd eruit is geweest waardoor het project wat minder voortvarend van start is gegaan”.

Ziekenhuisinformatiesysteem en registratie prikkels

Verschillende IC-afdelingen werkten met een vrij rigide ziekenhuisinformatiesysteem. Hier was het voor het desbetreffende projectteam niet gemakkelijk of mogelijk om registratievelden en vinkboxjes, die in het kader van ZIRE niet meer hoefden te worden ingevuld, uit het systeem te (laten) halen. De inflexibiliteit van het systeem lijkt de uitvoering van ZIRE in enige mate in de weg te hebben gezeten. Doordat ze in het systeem bleven staan en soms ook verplicht waren, bleef het systeem ‘verleidend’ voor medewerkers om te registreren en werd het loslaten van registraties bemoeilijkt. Soms kostte het IC-medewerkers juist meer tijd om een weg te vinden om registraties niet te hoeven doen.

“Het systeem ondersteunt daarin [loslaten registraties] niet. We konden niet gemakkelijk vinkboxjes uitzetten. Die bleven er toch instaan”.

“en ook bepaalde orders (...) dat je ze niet meer aan kunt maken. Dat scheelt ook al”.

Daarnaast bleek dat ouderwets registreren werd bevorderd door rustige periodes op de IC. Beschikbare tijd nodigde uit om terug te vallen in oude routines.

“We hebben een hele lange periode weinig patiënten gehad. Ik merkte dat het team daardoor er niet goed inkwam om niet te registreren. (...) Het aantal niet-registraties die we loslieten was daardoor ook minder en daarmee het ervaren effect van ZIRE”.

“Omdat het zo rustig was vonden mensen het niet hinderlijk om te registreren”.

Ook werd gerefereerd aan de aanwezigheid van een financiële prikkel om veel registraties bij te houden.

“Ik begrijp dat alles wat je nu aanschaft voor NICE-registraties wordt vergoed door de zorgverzekeraars. Dus dan schaffen we nu maar alvast maar van alles aan omdat het gratis is”.



Gebrek aan bewijs voor ZIRE en angst voor afname van kwaliteit

Werken volgens de ZIRE-principes werd op afdelingen ook bemoeilijkt door gebrek aan concreet bewijs voor de (meer)waarde van ZIRE. Daarnaast leefde de angst dat het loslaten van registraties (zoals decentraal incidenten melden) tot verlies van waardevolle informatie en verminderde kwaliteit zou leiden. Het ontbrak projectmedewerkers aan voldoende harde cijfers om de werkvloer te kunnen overtuigen dat ZIRE bijdroeg aan minder registratiedruk en behoud van kwaliteit van zorg. De behoefte aan meer onderbouwing voor het experiment en daarmee overtuigingskracht was vooral merkbaar onder artsen.

“Bij veel van onze verpleegkundigen werd ZIRE ontvangen als een goed onderschreven plan en leefde voornamelijk het gevoel van: Eindelijk kunnen we dingen loslaten. Bij de dokters was er wel veel behoefte aan meer onderbouwing en getallen”.

Het gebrek aan bewijs en angst voor afname van kwaliteit bood ruimte voor twijfel en reden om aan oude registratieroutines vast te houden.

“Het is best lastig om heel concreet aan te geven wat we nu beter doen. We vinden het moeilijk om dat heel hard te maken.(...) Je kunt naar heropnames kijken, maar de meeste andere indicatoren zijn dingen zoals een cultuuromslag.”

“We ervaarden moeite om ZIRE aan ons team goed te kunnen verkopen omdat we een hard evaluatiemoment misten. En te laten zien dat de kwaliteit van zorg gelijk blijft. Dan wordt het toch een kwestie van vertrouwen om te bepalen of we dit [ZIRE] gaan doen of niet”.

“Het [gebrek aan bewijs voor gewenste effecten van ZIRE] gaf ook bij ons als werkgroep een onbestemd gevoel. Doen we het wel goed en beheren we onze kwaliteit wel genoeg? Daar hebben we het regelmatig over gehad”. (...) We zijn op de IC en MC allemaal mensen van ‘meten is weten’ en vinden het fijn om harde data te hebben waaraan we af kunnen lezen dat we het goed doen”.

Implicaties van niet registreren voor andere afdelingen

Het loslaten van registraties op de IC werd bemoeilijkt doordat professionals van belendende afdelingen in hun zorgbeleid sterk leunen op bepaalde registraties, bijvoorbeeld ten aanzien van de MEWS score. Zodoende werd besloten om bepaalde registraties toch te blijven doen. Het niet ontvangen of kunnen inzien van bepaalde scores riep ook vragen op vanuit belendende afdelingen en verhoogde daarmee de drempel voor IC medewerkers om niet te registreren.

“We hebben wel afgesproken dat de MEWS wordt afgenomen voor overplaatsing naar de verpleegafdeling, zodat ze daar weten wat bij ons de laatste MEWS score op de afdeling was, ook al hoeven we dat niet meer te doen. Anders weten ze op de verpleegafdeling niet hoe de patiënt is achteruitgegaan na overplaatsing”.

“Wat lastig is, is dat patiënten vanuit een beperkte registratieomgeving naar een afdeling gaat waar ze nog wel erg leunen op de registraties”.

Heterogene teams

Het ZIRE-experiment (en goedkeuring voor het loslaten van registraties) beperkte zich enkel tot IC-artsen en -verpleegkundigen. Andere verpleegkundigen en artsen, die ook werkzaam waren op de IC (of onder de kapstok van deze afdeling vielen), waren niet bevoegd om registraties los te laten ondanks hun behoefte hieraan. Dit leidde in sommige gevallen tot onduidelijkheid en onbegrip bij aanvang van het experiment.

“Een deel van de verpleging op onze afdeling werkt alleen op de CCU en vonden het lastig dat zij niet mee mochten doen [aan het ZIRE-project] terwijl IC- en CCU-verpleegkundigen wel een team vormen. Dat heeft wel tot wat problemen geleid bij de invoering”.

Onbekendheid over ZIRE bij controlerende instanties

Met name de IC-afdelingen die als eerste begonnen met ZIRE ervaarden onbekendheid bij controlerende instanties (o.a. NKIC kwaliteitsvisitatie) over ZIRE en bijbehorende afspraken rondom registratie en verslaglegging van kwaliteit van zorg.

“Wat ons ook zou hebben geholpen in visitaties is dat controlerende instanties beter op de hoogte waren geweest van ZIRE en er met hun duidelijk afspraken waren over wat wel en niet hoeft qua registraties”.

Om te voldoen aan de eisen en standaarden van deze instanties voelden zij zich genoodzaakt om op ‘ouderwetse’ wijze verantwoording af te leggen. Concrete communicatiehandvatten en voorbeelden (bijvoorbeeld een informatiebrief of eerder kwaliteitsverslag) om controlerende instanties te informeren over ZIRE en bijbehorende afspraken had de IC-afdelingen geholpen om – conform de ZIRE-principes – verantwoording af te leggen.

“We hadden behoefte aan een handvat voor het omgaan met kwaliteitsvisitaties door Qualicor of de NKIC. (...) We kregen bijvoorbeeld een opmerking dat ons kwaliteitsverslag te compact was terwijl juist probeerden om het zo zinvol en leesbaar mogelijk te houden. (...) Uiteindelijk hebben we toch een pakket van 40 pagina’s aan kwaliteitsverslag gemaakt. Daar kom je dan niet onderuit”.

Beperkingen ZIRE-kernset-indicatoren

Het werken op de IC-afdeling volgens de ZIRE-principes werd tot slot belemmerd door de ervaren beperkingen van enkele kernset-indicatoren. Indicatoren waren moeilijk meetbaar of genereerden uitkomsten die multi-interpretabel en erg context-afhankelijk zijn (zoals bij de SMR). Hierdoor boden ze weinig concrete aanknopingspunten voor verbetering.

“Bijvoorbeeld de SMR. Natuurlijk moet je die als eindparameter hebben. Maar wij hebben een populatie die zo divers is dat sec een SMR te hoog is (...) dan moet je erg goed zoeken naar onderliggende oorzaken en verbeterpunten”.

Indicatoren voor het evalueren en verbeteren van kwaliteit van regionale samenwerking

Delphi-panel

Tabel 10 geeft een overzicht van de panelleden per Delphi-ronde. In alle drie de rondes waren de meeste panelleden rond de 50 jaar en ervaren professionals uit zowel academische als regionale ziekenhuizen, met een gemiddeld aantal jaren werkervaring variërend tussen 8 en 11. In elke ronde werden relevante IC-beroepen (d.w.z. intensivisten, verpleegkundigen, managers) en het patiënt/relatief perspectief vertegenwoordigd door meer dan één expert. Redenen voor niet-deelname waren tijdgebrek en het niet meer werken op de IC.

Tabel 10. Kenmerken van panelleden

	1e vragenlijst (ronde 1)	Consensus bijeenkomsten (ronde 2)	2e vragenlijst (ronde 3)
Uitgenodigd, n	51	28	52
Deelnemend, n (%)	47 (92)	16 (57)	43 (83)
Geslacht, man (%)	25 (53)	6 (38)	24 (55)
Mediane leeftijd in jaren (IKA)	50 (45-58)	50 (45-56)	51 (45-58)
Stakeholder type, n (%)			
Intensivist*	20 (43)	5 (31)	20 (47)
IC-verpleegkundige	9 (19)	4 (25)	7 (16)
IC-manager	4 (9)	1 (6)	3 (7)
IC-netwerk coördinator	2 (4)	1 (6)	1 (2)
IC-kwaliteitsfunctionaris	3 (6)	2 (13)	3 (7)
IC-patiënt, naaste, vertegenwoordiger	4 (9)	2 (13)	4 (9)
Externe experts§	3 (6)	-	3 (7)
Toezichthouder	2 (4)	1 (6)	2 (5)
Mediaan aantal jaren werkervaring	10 (4-17)	8 (5-13)	11 (4-15)
Werkzaam in academisch centrum (%)	60	77	45
IKA: Inter kwartiel afstand. * Inclusief afdelingshoofden. § Experts in <i>governance</i> , kwaliteit en veiligheid, en regionalisering.			

Delphi ronde 1

De experts beoordeelden een initiële lijst van 85 indicatoren in de eerste ronde op hun geschiktheid voor het meten en verbeteren van de kwaliteit van samenwerking tussen IC-afdelingen in de regio. Op basis van deze scores werden 42 indicatoren geschikt geacht (49%). Er was onzekerheid over de resterende 43 indicatoren. Bij geen enkele indicator ontbrak het aan overeenstemming binnen het panel. Panelleden stelden 17 aanvullende indicatoren voor die werden beoordeeld in de volgende ronde.

Delphi-ronde 2

Vier van de 43 'onzekere' indicatoren en twee van de 17 voorgestelde indicatoren werden na discussie, bovenop de 42 indicatoren, geschikt gevonden voor een beoordeling in de volgende ronde. Acht indicatoren (vijf in de categorie 'geaccepteerd' en drie in de categorie 'onzeker') zijn samengevoegd met andere indicatoren en niet doorgegaan naar de volgende ronde. Alle andere indicatoren vielen af. Dit resulteerde in 40 indicatoren voor beoordeling in de derde ronde.

Delphi-ronde 3

De overgebleven 40 indicatoren zijn in de derde ronde wederom beoordeeld door de experts. Tabel 11 geeft een overzicht van de indicatoren met groepsmediaan en DI-scores voor relevantie en haalbaarheid, en zijn weergegeven in volgorde van hoogste naar laagste rangschikking (d.w.z. percentage van maximaal mogelijke rangschikkingpunten). Op basis van de mediaan ≥ 7 en DI < 1 beoordeelden de experts 36 indicatoren als relevant en 28 als haalbaar. Een subset van 24 indicatoren

is als relevant *en* haalbaar beoordeeld. Deze indicatoren zijn voornamelijk verdeeld over de categorieën: 'kwaliteit van regionale IC-zorg' (4/4), 'contact en overleg' (4/4), 'uitwisseling van kennis en expertise' (2/2), 'bestuur en beleid' (6/8) en 'welzijn van IC-personeel' (2/3). Voor de kernset zijn in totaal zeven indicatoren geselecteerd (tabel 11).

Tabel 11. Beoordeling van indicatoren in laatste Delphi-ronde

Indicator			Relevantie		Uitvoerbaarheid		Ranking
#	Type	Formulering (soort uitkomst)	Mediaan	DI	Mediaan	DI	% maximum punten
C5	Structuur	Elke IC-afdeling binnen het netwerk heeft een regionaal samenwerkingsplan in het zorgbeleidsplan (ZBP-IC) opgenomen waarin taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de IC-afdelingen in het netwerk en gezamenlijke beleidsafspraken (o.a. over personeel) duidelijk zijn beschreven (ja/nee).*	8.0	0.3	8.0	0.3	10.1
D14	Proces	Regionaal bespreken van NICE data tussen IC's gericht op leren en verbeteren (ja/nee).*	8.0	0.2	8.0	0.2	8.1
C6	Proces	Het regionaal samenwerkingsplan wordt aantoonbaar jaarlijks geëvalueerd binnen het netwerk (ja/nee).*	8.0	0.2	8.0	0.2	7.9
C8	Structuur	Aanwezigheid van (kwaliteits)jaarverslag van IC-netwerk waarin duidelijk wordt beschreven hoe binnen de regio de kwaliteit van IC-zorg wordt georganiseerd, geborgd en continu verbeterd (ja/nee).*	8.0	0.2	8.0	0.2	6.4
D16	Proces	Aantal en typen ingevoerde verbeteracties naar aanleiding van regionale kwaliteitsbesprekingen (numeriek; beschrijving).*	7.0	0.2	7.0	0.2	5.4
A1	Uitkomst	Standardized Mortality Ratio in de regio, uitgedrukt in werkelijk aantal overleden IC-patiënten / verwachte aantal te overlijden patiënten (numeriek).*	7.0	0.1	8.0	0.1	5.3
B4	Proces	Aantoonbare opvolging van ervaringen en aanbevelingen van overgeplaatste IC-patiënten en naasten opgehaald d.m.v. spiegelgesprekken, gesprekken op de nazorgpoli en/of gevalideerde vragenlijsten (beschrijving).	7.0	0.5	6.0	0.5	5.3
C7	Structuur	Geformuleerde langetermijnvisie waarin de rol van iedere IC-afdeling in de regio duidelijk is (ja/nee).*	8.0	0.4	7.0	0.4	5.0
C9	Structuur	Regionaal bestuur-en overlegstructuur is ingericht en formeel vastgelegd (ja/nee).	7.0	0.2	8.0	0.2	3.7
B3	Proces	Gerapporteerde ervaringen en aanbevelingen van overgeplaatste IC-patiënten en naasten opgehaald d.m.v. spiegelgesprekken, gesprekken op de nazorgpoli en/of gevalideerde vragenlijsten (beschrijving).	7.0	0.5	6.5	0.5	3.4
E19	Structuur	Beschikbaarheid van IC's over real-time/actuele informatie over beddencapaciteit en -bezetting van binnen het IC-netwerk (ja/nee).	8.0	0.3	6.0	0.3	3.4
C10	Proces	Aandacht op regionaal niveau voor (mogelijke) bedreigingen voor goede regionale samenwerking (beschrijving van acties en/of documenten waaruit deze aandacht blijkt).	7.0	0.5	6.0	0.5	3.1
G31	Structuur	Aanwezigheid van multidisciplinaire werkgroepen gericht op het verbeteren van kwaliteit en veiligheid van IC-zorg in de regio (ja/nee).	8.0	0.3	7.0	0.3	2.9

A2	Uitkomst	Heropname ratio in de regio uitgedrukt in aantal patiënten die binnen dezelfde ziekenhuisopname periode opnieuw op de IC worden opgenomen / totaal aantal IC-opnames (numeriek).	6.0	0.2	8.0	0.2	2.8
E22	Structuur	Regionale afspraken m.b.t. indicaties tot overplaatsing (en terugplaatsing) worden nageleefd (ja/nee).	7.0	0.3	6.0	0.3	2.8
F27	Structuur	Aanwezigheid van een samenwerkingsafpraak waarin is vastgelegd over welke patiënten intensivisten binnen het IC-netwerk overleggen (op basis van SOFA score of andere methode) (ja/nee).	7.0	0.2	7.0	0.2	2.6
F28	Structuur	Aanwezigheid van technische voorzieningen voor consultatie en besprekingen op afstand in elke IC binnen het netwerk (ja/nee).	8.0	0.4	7.0	0.4	2.5
D15	Proces	Eén keer per 5 jaar vindt er een integrale netwerkkwaliteitsvisitatie plaats (ja/nee).	7.0	0.4	7.0	0.4	2.2
D13	Uitkomst	Aantal en typen incidenten bij overgeplaatste patiënten (numeriek; beschrijving).	7.0	0.3	7.0	0.3	2.0
E20	Proces	Er wordt informatie uitgewisseld binnen het IC-netwerk over beddencapaciteit- en bezetting (ja/nee).	8.0	0.4	7.0	0.4	1.6
F30	Structuur	Ondersteunende ICT om de communicatie en uitwisseling van informatie binnen de regio te faciliteren (ja/nee).	8.0	0.3	7.0	0.3	1.6
J39	Uitkomst	Mate waarin IC-medewerkers intrinsiek gemotiveerd zijn om samen te werken in regioverband, gemeten m.b.v. een gevalideerd instrument en/of interviews (numeriek; beschrijving).	7.0	0.5	6.0	0.5	1.6
E26	Proces	Aantal keren per jaar dat de bezettingsgraad van 80 % en/of beleggen BOSS bedden in de regio wordt overschreden (numeriek).	7.0	0.4	7.0	0.4	1.4
H34	Uitkomst	Mate van werkplezier IC-medewerkers binnen IC-netwerk gemeten m.b.v. een gevalideerd instrument (numeriek).	7.0	0.3	7.0	0.3	1.4
J40	Uitkomst	Mate waarin IC-medewerkers vertrouwen hebben in regionale samenwerking. gemeten m.b.v. een gevalideerd instrument en/of interviews (numeriek; beschrijving).	7.0	0.5	6.0	0.5	1.1
E18	Structuur	Aanwezigheid van een centraal registratiepunt (locatie en personen) verantwoordelijk voor het monitoren van beschikbare IC-bedden in de regio (ja/nee).	7.0	0.4	7.0	0.4	0.8
E23	Structuur	MICU-transport is 24 uur per dag beschikbaar in de regio (ja/nee).	7.0	0.7	6.0	0.7	0.8
F29	Structuur	Aanwezigheid van technische voorzieningen voor het monitoren van beddencapaciteit en personele bezetting in de regio (ja/nee).	7.0	0.5	7.0	0.5	0.8
G32	Structuur	Aantal en typen regionale bijeenkomsten voor IC-medewerkers (o.a. refereeravonden, wetenschapsdagen. symposia. complicatiebesprekingen) (numeriek; beschrijving).	7.0	0.2	7.0	0.2	0.6
H35	Uitkomst	Jaarlijks verloop van IC-artsen en verpleegkundigen binnen IC-netwerk, uitgedrukt in aantal artsen en verpleegkundigen dat het IC-vakgebied verlaat / totaal aantal werkzaam binnen het netwerk (numeriek).	7.0	0.4	7.0	0.4	0.6

J38	Uitkomst	Mate waarin IC-medewerkers zich verbonden voelen/identificeren met het IC-netwerk, gemeten m.b.v. een gevalideerd instrument en/of interviews (numeriek; beschrijving).	7.0	0.5	6.0	0.5	0.6
E21	Proces	Er wordt informatie uitgewisseld binnen het IC-netwerk over personele capaciteit- en bezetting (ja/nee).	7.0	0.2	6.0	0.2	0.3
I37	Structuur	Budget en formatie binnen IC-netwerk voor opleiding van IC-verpleegkundigen (numeriek).	7.0	0.3	6.0	0.3	0.3
E17	Proces	Aantal overplaatsingen in de regio gerelateerd aan IC- capaciteitsproblemen (numeriek).	7.0	0.2	7.0	0.2	0.2
H33	Uitkomst	Ervaren zorgzwaarte IC-medewerkers binnen IC-netwerk gemeten m.b.v. een gevalideerd instrument (numeriek).	7.0	0.5	6.0	0.5	0.2
C11	Structuur	Sterk leiderschap binnen het IC-netwerk gemeten m.b.v. een gevalideerd instrument en/of interviews (numeriek; beschrijving).	6.0	0.9	6.0	0.9	0.0
C12	Structuur	Jaarlijks beschikbare tijd en geld binnen het IC-netwerk om aan regionale samenwerking te besteden (numeriek).	7.0	0.4	7.0	0.4	0.0
E24	Structuur	Aanwezigheid van regionale afspraken m.b.t. weigering van patiënten (ja/nee).	6.0	0.5	7.0	0.5	0.0
E25	Proces	Jaarlijkse percentage geweigerde patiënten in de regio (numeriek).	6.0	0.7	7.0	0.7	0.0
I36	Structuur	Budget en formatie binnen IC-netwerk voor regionale (na)scholing (numeriek).	7.0	0.3	7.0	0.3	0.0
DI: Disagreement Index (0-1 = consensus). *Indicatoren geselecteerd voor de kernset op basis van relevantie en uitvoerbaarheid (beiden: mediaan >7 en groepsconsensus) en top-5 ranking (≥5% van maximum mogelijk aantal punten). A: Regionale gezondheidsuitkomsten; B: Ervaringen IC-patiënten en naasten; C: Aansturing en beleid; D: Kwaliteit van regionale IC-zorg; E: Capaciteitsverdeling, overplaatsingen & bedbezetting; F: Contact & overleg; G: Uitwisseling kennis & expertise; H: Welbevinden IC-medewerkers; I: Opleiding & training; J: Netwerkcultuur & 'regiogevoel'.							

Praktijktest

De geselecteerde kernset-indicatoren werden vervolgens in twee Nederlandse IC-netwerken getest op meetbaarheid en uitvoerbaarheid. Er zijn verschillende kleine herzieningen doorgevoerd om de meetbaarheid en bruikbaarheid van de indicatoren te verbeteren, wat heeft geleid tot een definitieve kernset van indicatoren (tabel 12).

Meer details en aanvullende informatie over de aanleiding, methode en resultaten van deze Delphi-studie zijn te vinden in de volgende publicatie: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2023.154440>

Tabel 12. Kernset-indicatoren voor meten en verbeteren van samenwerking tussen IC-afdelingen in de regio

#	Type	Formulering
1	Structuur	Elke IC-afdeling binnen het netwerk heeft een regionaal samenwerkingsplan in het zorgbeleidsplan (ZBP-IC) opgenomen waarin taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de IC-afdelingen in het netwerk en gezamenlijke beleidsafspraken (o.a. over personeel) duidelijk zijn beschreven (ja, inclusief beschrijving van inhoud/nee).*
2	Proces	Regionaal bespreken van NICE data tussen IC's gericht op leren en verbeteren (ja/nee).*
3	Proces	Het regionaal samenwerkingsplan wordt aantoonbaar jaarlijks geëvalueerd binnen het netwerk (ja, inclusief uitleg van evaluatie/nee).*
4	Structuur	Aanwezigheid van (kwaliteits)jaarverslag van IC-netwerk waarin duidelijk wordt beschreven hoe binnen de regio de kwaliteit van IC-zorg wordt georganiseerd, geborgd en continu verbeterd (ja, inclusief beschrijving van inhoud/nee).*
5	Proces	Aantal en typen ingevoerde verbeteracties naar aanleiding van regionale kwaliteitsbesprekingen (numeriek; beschrijving).*
6	Uitkomst	Standardized Mortality Ratio (inclusief 95% Confidence Interval) van de IC-afdelingen gezamenlijk binnen het netwerk, uitgedrukt in werkelijk aantal overleden IC-patiënten / verwachte aantal te overlijden patiënten (numeriek).*
7	Structuur	Geformuleerde langetermijnvisie van het IC-netwerk waarin de rol van iedere IC-afdeling in de regio duidelijk is (ja/nee).*

Maatschappelijke verantwoording

Vorm en setting

Het houden van een fysieke bijeenkomst was belangrijk voor het voeren van een goede dialoog met alle betrokkenen. Gedurende het eerste deel van de bijeenkomst zijn betrokkenen aan de hand van presentaties en praktijkvoorbeelden geïnformeerd over de werkwijze en effecten van ZIRE. Ook hebben betrokkenen vooraf een email ontvangen met een document waarin het ZIRE-experiment en uitkomsten waren beschreven. Dit bleek nuttig om vervolgens in het tweede gedeelte van de bijeenkomst een

gedegen discussie te voeren over ZIRE en anders verantwoorden. Het programma van de bijeenkomst is opgenomen als bijlage (bijlage 8).

De discussie werd tevens bevorderd door een Lagerhuis opstelling en een goede moderator die alle partijen aan het woord liet komen, wist door te vragen en focus in de discussie bewaakte.

In totaal namen 38 personen deel aan de bijeenkomst (zie box 4): 19 artsen, verpleegkundigen, kwaliteitsfunctionarissen en onderzoekers uit het ZIRE-projectteam en 19 betrokkenen waaraan we maatschappelijk verantwoording wilden afleggen (patiënten, naasten, bestuurders, toezichthouders, verzekeraars en een journalist). Ondanks een grote afvaardiging bleek dit een geschikt aantal om iedereen aan het woord te kunnen laten komen.

Box 4. Deelnemers maatschappelijke verantwoording bijeenkomst

Belanghebbende groep	Aantal
Patiënten/naasten/burgers (vertegenwoordigers)	3
Ziekenhuisbestuurders	5
Toezi chthouders/Inspectie	4
Zorgverzekeraars	4
Journalist	1
Vertegenwoordigers van het NFU consortium	2
ZIRE-projectleden (intensivisten, IC-verpleegkundigen, kwaliteitsfunctionarissen, onderzoekers)	19

Feedback op ZIRE en uitkomsten

De positieve reacties en constructieve feedback van deelnemers hebben laten zien dat deze andere manier van werken aan kwaliteit van zorg wordt ondersteund vanuit verschillende belanghebbende groepen in de maatschappij. De focus op transparantie en het voeren van de dialoog met alle betrokkenen draagt volgens deelnemers bij aan maatschappelijk vertrouwen in hoe op lokaal en regionaal niveau continue gewerkt wordt aan kwaliteit van zorg.

“Het leveren van persoonsgerichte zorg op basis van PREM en PROM (patiënt en naaste gerapporteerde ervaringen en uitkomsten) in deze regio is uniek in Nederland”

Betrokkenen gaven aan dat ze niet alleen willen reflecteren op het proces van Leren en Verbeteren, maar hierin ook actief willen participeren en faciliteren daar waar mogelijk is. Er liggen meerdere maatschappelijke opgaven die gezamenlijk opgepakt dienen te worden (o.a. het behouden van zorgpersoneel, focus op passende en doelmatige zorg, landelijke regievoering op kwaliteitsregistraties voor vermindering bureaucratie).

ZIRE en maatschappelijke verantwoording zijn volgens de deelnemers ook van meerwaarde en goed toepasbaar binnen andere medisch specialismen en zorgsectoren. Sterke begeleiding bij de uitrol en het onderhouden van ZIRE evenals de evaluatie ervan (om meerwaarde aan te tonen en draagvlak te houden) zijn hierbij volgens deelnemers essentieel.

Feedback op maatschappelijke verantwoording

De meeste deelnemers gaven aan dat deze vorm van maatschappelijke verantwoording over hoe er wordt gewerkt aan kwaliteit van zorg van meerwaarde is. De terugkoppeling van ervaringen en uitkomsten werd gezien als zeer informatief.

“De kracht zit hem in het doorlopen van de PDCA, transparantie over werken en het delen van narratieven naast alleen cijfers”.

“Wij krijgen als zorgverzekeraars doorgaans niet zo heel veel te zien”.

“Patiënten kunnen actief meedenken”

Daarnaast werd dit als een nuttig platform gezien waarin, door middel van transparantie en dialoog, het onderlinge vertrouwen in anders werken aan kwaliteit (onder andere door minder registreren) kan worden verstevigd. Ook werd de bijeenkomst gezien als ingang om verschillende perspectieven ten aanzien van kwaliteit van zorg meer een platform te geven en beter te begrijpen.

“Deze bijeenkomst is een mooie manier om te zien dat het anders kan”.

“Dit verlaagt de drempel om onze stem te laten horen”.

De meningen liepen uiteen over hoe vaak en in welke samenstelling maatschappelijke verantwoordingsbijeenkomsten gehouden moesten worden.

Sfeerimpressie van de maatschappelijke bijeenkomst



4. CONCLUSIE EN GELEERDE LESSEN

Met ZIRE in de regio werd beoogd om het eigenaarschap voor kwaliteitszorg terug te geven aan de werkvloer: artsen en verpleegkundigen tezamen met patiënten en naasten bepalen welke data zij nodig hebben voor het verbeteren van de zorg en wat belangrijke kwaliteitsonderwerpen en innovaties zijn. Het gaat niet om het aantal kwaliteitsmetingen, maar om het aantal kwaliteitsverbeteringen, het lerend vermogen van zorgverleners en om de behaalde resultaten. Er werd gepoogd om alleen te werken met een kernset van zinvolle kwaliteitsindicatoren en om wat wordt gemeten één op één te gebruiken om de patiëntenzorg te verbeteren. Overige registraties werden los gelaten om zo de balans te verleggen van registreren naar meer kwaliteitsverbeteringen.

Onze hypothese was dat het experiment zou leiden tot minder registratielast, meer werkplezier en eigenaarschap voor kwaliteit van zorg bij artsen en verpleegkundigen bij gelijkblijvende of betere kwaliteit van zorg. De evaluatie van ZIRE laat zien dat dit gedeeltelijk is gelukt. Gedurende de looptijd van het experiment is de registratietijd voor IC-professionals in de regio significant afgenomen. Aan het einde van het experiment was de registratietijd zelfs gehalveerd tot 30 minuten per dienst per zorgverlener. De afname van registratietijd varieerde desalniettemin sterk tussen de deelnemende ziekenhuizen. De ervaren onredelijkheid en onzinnigheid van registraties zijn beide ook afgenomen. Hier gaat het weliswaar om subtiele afnames die bovendien sterk geassocieerd zijn met het ziekenhuis waar professionals werken. De gevonden variaties tussen de deelnemende afdelingen kunnen worden verklaard door de verschillende startmomenten die de afdelingen hadden, door lokale factoren die de implementatie belemmerden (o.a. vertraging in het verkrijgen van vrijstelling voor het niet registreren van veel indicatoren) en door de mate waarin de afdelingen in staat waren om de ZIRE-principes te laten 'landen' op de afdeling (o.a. passend leiderschap, kartrekkers, aanpasbaar informatiesysteem). Aan het einde van het experiment blijkt dat de de-implementatie van onzinnige registraties nog niet is voltooid. Bij de tussen- en eindmeting gaf een groot deel van de ondervraagde professionals (respectievelijk 44% en 32%) aan nog steeds te maken te hebben met een breed palet van onzinnige registraties waarmee gestopt zou moeten worden. Meest genoemd waren registraties die binnen ZIRE losgelaten mochten worden. De afname van registratietijd en onnodige en onredelijke registratie heeft niet geleid tot een toename van het werkplezier van IC-professionals – uitgedrukt in intrinsieke en extrinsieke motivatie en ervaren psychologische basisbehoeften. Uit eerder onderzoek blijkt dat registratielast maar in beperkte mate (10%) een verklarende factor is voor schommelingen in werkplezier.²⁴ Een toename in werkplezier door verminderde registratielast is waarschijnlijk tenietgedaan door andere factoren die speelden op de deelnemende IC-afdelingen ten tijde van het experiment (o.a. naweeën van de coronapandemie, reorganisaties en invoering van nieuw EPD). We kunnen stellen dat ZIRE deels heeft geleid tot meer eigenaarschap voor kwaliteit bij artsen en verpleegkundigen van deelnemende IC-afdelingen. Een aanzienlijke groep van de ondervraagden ervaarde een toename in eigen betrokkenheid bij kwaliteitsverbeteringen sinds de start van ZIRE. Een meerderheid van ondervraagden ervaarde een afdelingsbrede toename van betrokkenheid. Tot slot heeft ZIRE en de bijbehorende reductie van registratielast niet geleid tot verminderde kwaliteit van zorg.

De uitkomsten op de kernset laten zien dat de kwaliteit van zorg gelijk is gebleven, en voor enkele IC-afdelingen op harde parameters zoals de SMR en heropnames zelfs is verbeterd.

Daarnaast heeft dit experiment bijgedragen aan de ontwikkeling van en het verkrijgen van inzicht in nieuwe vormen van governance en verantwoording (Anders Verantwoorden). Zo is op systematische wijze toegewerkt naar een consensus-based set van indicatoren om de kwaliteit van regionale samenwerking tussen IC-afdelingen te meten en verbeteren. Deze set kan Nederlandse IC-netwerken verder helpen om de IC-zorg in de regio beter en doelmatiger te maken. Het organiseren van een maatschappelijke verantwoordingsbijeenkomst – waarin volledig inzage werd gegeven in de uitkomsten en verbeteracties van regionale IC-zorg – heeft laten zien dat deze andere manier van werken aan kwaliteit van zorg wordt ondersteund door verschillende belanghebbende groepen in de maatschappij. De focus op transparantie en het voeren van de dialoog met alle betrokkenen draagt volgens deelnemers bij aan maatschappelijk vertrouwen in hoe op lokaal en regionaal niveau gewerkt wordt aan kwaliteit van zorg.

Geleerde lessen

De uitkomsten van de procesevaluatie laten zien hoe complex het is om te experimenteren met zinvol registreren. Ervaringen met het implementeren van ZIRE lopen sterk uiteen tussen deelnemende IC-afdelingen in de regio en dit heeft zijn weerslag gehad op de gevonden resultaten. Het succesvol implementeren van ZIRE blijkt onderhevig te zijn aan veel factoren. Op sommige vlakken is het niet mogelijk gebleken om de ZIRE-principes goed in te voeren (bijvoorbeeld doordat werd vastgehouden aan bepaalde registraties). Juist door de complexiteit en wisselende ervaringen in de regio heeft het experiment veel lessen opgeleverd en inzage gegeven in de cruciale factoren om het eigenaarschap voor kwaliteit terug te geven aan de zorgverleners en te komen tot zinvolle registratie en de-implementation van indicatoren zonder dat de kwaliteit van zorg achteruit gaat.

Uit de evaluatie komen de volgende lessen c.q. aanbevelingen naar voren die kunnen helpen om ZIRE succesvol te implementeren in andere ziekenhuizen en afdelingen anders dan de IC.

1 - Creëer bestuurlijk draagvlak

Ondanks landelijke interesse en animo voor het reduceren van registratielast in de zorg, is bestuurlijk draagvlak voor het experimenteren met zinvol registreren niet vanzelfsprekend. Tegelijkertijd is dit nodig om de benodigde randvoorwaarden te scheppen en vertrouwen uit te stralen naar werkvloer. Investeer in het contact en gesprekken met lokale bestuurders om de ZIRE-principes te verhelderen (zinvol registreren i.p.v. schrappen van registraties) en de beoogde uitvoering van experiment verder af te stemmen.

2 - Investeer in kartrekkers

Investeer in personen met toewijding, expertise en aanzien om ZIRE op de afdeling te coördineren en onderhouden. Zij zijn belangrijk als aanspreekpunt voor medewerkers bij vragen. Daarnaast hebben zij

een belangrijk rol in het overbrengen van werken volgens de ZIRE-principes en het loslaten van oude routines (o.a. door medewerkers constant hierop te wijzen en ZIRE onder de aandacht te brengen). Zet artsen en verpleegkundigen in samenwerking met een kwaliteitsfunctionaris 'in the lead'.

3 - Hanteer passend leiderschap (daadkrachtig en faciliterend)

Daadkrachtig leiderschap is cruciaal om medewerkers in de eigen organisatie aan te sturen en te overtuigen om te werken volgens ZIRE. Leg het *wat is* en *waarom* ZIRE duidelijk aan hen uit en wat van hen verwacht wordt (bijvoorbeeld met een zakkaartje). Het versterken van eigenaarschap van kwaliteit onder medewerkers vraagt ook om een faciliterende leiderschapsstijl waarbij eigen inbreng van, en vertrouwen in, de zorgverleners gestimuleerd wordt.

4 - Continue aandacht en tijd voor benodigde cultuuromslag

Het loslaten van registraties vraagt om vertrouwen onderling en een open en reflecterende cultuur waarin men elkaar laagdrempelig aanspreekt, klinisch redeneren wordt bevorderd en continu wordt gereflecteerd op de kwaliteit van zorg. Het bereiken van een dergelijke cultuuromslag vereist tijd. Geduld, begrip voor weerstand en continu onderhoud voor het scheppen van de gewenste cultuur zijn belangrijke sleutelwoorden. Ook belangrijk is het opleiden van zorgverleners in het doorvoeren van kwaliteitsverbeteringen.

5 - ICT aanpassingen

Pas het EPD aan zodat het voor zorgprofessionals gemakkelijker wordt om zinvol te registreren en professionals niet 'uitnodigt' om zinloze informatie te scoren. Verwijder registraties die niet meer hoeven worden verricht uit het systeem zodat professionals uit hun oude vaste routines worden gehaald.

6 - Onderbouw het nut van ZIRE en maak de voortgang inzichtelijk met concrete data

Schep bewustwording bij zorgprofessionals over de meerwaarde van ZIRE via informatiebijeenkomsten en individuele gesprekken op de werkvloer. Laat concrete data zien en bespreek frequent (tussentijdse) uitkomsten op kernset-indicatoren en genomen verbeteracties, zodat de impact van ZIRE op kwaliteit van zorg inzichtelijk wordt.

7 - Wissel kennis (expertise en ervaringen) uit in de regio

Maak gebruik van expertise en ervaringen binnen en buiten het ziekenhuis (bij IC-afdelingen in de regio) die kunnen helpen bij de uitvoering van ZIRE. Bijvoorbeeld bij het bewerkstelligen van de benodigde cultuuromslag op de afdeling, leren en verbeteren aan de hand van de PDCA-cyclus, het werken met een verbeterbord, het meten van patiëntervaringen, en het aanleveren en rapporteren van data op kernset-indicatoren.

8 - Betrek relevante stakeholders

Betrek relevante stakeholders (patiënten, bestuurders, controlerende instanties) en laat hen reflecteren op het nieuwe kwaliteitsbeleid (proactief eigenaarschap).

5. HOE NU VERDER?

De resultaten van experiment ZIRE in de regio laten zien dat volledig vertrouwen en het laten vieren van de registratietugels resulteert in een belangrijke tijdswinst, een half uur per dienst per zorgverlener, terwijl de kwaliteit van zorg gelijk blijft. Deze resultaten zijn een bevestiging van de opbrengsten van het eerste ZIRE-experiment en tonen aan dat de positieve resultaten uit dat experiment niet op zichzelf staan.

De ZIRE-principes, kernsets en geformuleerde lessen geven individuele zorgverleners en bestuurders en beleidsbepalers van zorgorganisaties (zowel binnen en buiten de IC-geneeskunde) aanknopingspunten om te werken aan zinvolle kwaliteitsregistratie, andere vormen van verantwoording en het ontregelen van zorg. De kernset bevat verschillende elementen, waaronder Leren en Verbeteren en Samen Beslissen op basis van patiëntgerapporteerde uitkomsten en -ervaringen.

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

De IC-afdelingen die hebben deelgenomen aan het ZIRE-regio-experiment gaan door op de ingeslagen weg. Met het ontregelen en terugbrengen van kwaliteit naar de werkvloer is een cultuurverandering ingezet die in de toekomst geborgd en uitgebouwd moet worden. Hiervoor is naast het inmiddels verkregen vertrouwen van patiënten, bestuurders, de IGJ en zorgverzekeraars, ook lef en volharding nodig van individuele artsen en verpleegkundigen om de ZIRE-principes vast te houden.

REFERENTIES

1. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring: Definition of quality and approaches to its assessment. Michigan, United States: Health Administration Press 1980.
2. Van Kolfschooten F. Ziekenhuizen worstelen met registratie-infarct. Ned Tijdschr Geneesk 2016;160:C3270.
3. KPMG. Eindrapport Merkbaarheidsscan (ont)regel de zorg. Juni 2020.
4. VWS. Kamerbrief over merkbaar minder regeldruk. 2015.
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/07/02/kamerbrief-over-merkbaar-minder-regeldruk>.
5. Bonten MJM, Friedrich A, Kluytmans JAJW, et al. Infectiepreventie in Nederlandse ziekenhuizen: resultaten zeggen meer dan procesindicatoren. Ned Tijdschr Geneesk 2014;158:A7395.
6. Elbers PWG, Girbes. Zorgprofessionals moeten stuur weer overnemen. Ned Tijdschr Geneesk 2017;161:D1562.
7. Weggelaar AM, Bovenkamp van de H, Bal R. Zand in de kwaliteitsmachinerie: overvloed aan indicatoren leidt tot frustraties, niet tot betere zorg. Medisch Contact 2016(15):36-38.
8. VVAA. (Ont)regelmonitor 2020. <https://www.vvaa.nl/voor-leden/nieuws/nationale-ontregelmonitor-2020>.
9. VWS. Kamerbrief Voortgang programma (Ont)Regel de Zorg. 2019
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/10/04/kamerbrief-over-voortgang-programma-ontregel-de-zorg>.
10. Zegers, Gerritsen, Welker. Eindrapportage Experiment Zinvolle registratie (ZIRE). Nijmegen, Arnhem Groningen: 2021.
11. Abma I, Zegers M. Regionale samenwerking in het IC-netwerk Gelderland en omstreken tijdens de eerste golf van de COVID-crisis. 2020.
12. ZIN (Zorginstituut Nederland). Kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care. Opgesteld door de Adviescommissie Kwaliteit van het Zorginstituut. Diemen: 2016.
13. Zegers M, Geense W, Broods A, Hoeven van der H. De raad van bestuur als risicomanager in de regio. 2018. Utrecht/Nijmegen: NFU/Radboudumc.
14. NIVEL/UU. Rapport 'Anders Verantwoorden – voorstudie ten behoeve van de kansrijke agenda met nieuwe vormen van verantwoorden' Utrecht: 2019.
15. NHS:<https://eput.nhs.uk/about-us/council-of-governors>;
<https://www.chelwest.nhs.uk/about-us/get-involved/council-of-governors>
16. Zegers M, Verhage R, Hesselink G, van der Hoeven JG. Putting measurement on a diet: development of a core set of indicators for quality improvement in the ICU using a Delphi method. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):869. doi: 10.1186/s12913-022-08236-3.

17. Semmer NK, Tschan F, Meier LL, et al. Illegitimate Tasks and Counterproductive Work Behavior. *Appl Psychol* 2010;59:70-96 doi:10.1111/j.1464-0597.2009.00416.x.
18. Gagné M, Forest J, Gilbert M, et al. The Motivation at Work Scale: Validation evidence in two languages. *Educational and psychological measurement* 2010;70:628-46 doi:10.1177/0013164409355698.
19. Deci EL, Ryan RM. Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Can Psychol* 2008;49:182-5 doi:10.1037/a0012801.
20. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, et al. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica, CA: RAND;2001.
21. Rafferty AM, Philippou J, Fitzpatrick JM, Pike G, Ball J. Development and testing of the 'Culture of Care Barometer' (CoCB) in healthcare organisations: a mixed methods study. *BMJ Open*. 2017;18;7(8):e016677. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016677.
22. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, Roberts PR, Thomas EJ. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:44. doi: 10.1186/1472-6963-6-44.
23. Schaufeli W.B., van Dierendonck D. Handleiding. Swets Test Publishers Lisse; 2000. UBOS Utrechtse Burnout Schaal.
24. Zegers M, Veenstra GL, Gerritsen G, Verhage R, van der Hoeven HJG, Welker GA. Perceived Burden Due to Registrations for Quality Monitoring and Improvement in Hospitals: A Mixed Methods Study. *Int J Health Policy Manag*. 2022;11(2):183-196. doi: 10.34172/ijhpm.2020.96.

BIJLAGEN

Bijlage 1. Registraties die niet meer worden gedaan in het ZIRE-experiment

- SOFA score
- Zorgzwaarteregistratie (TISS en NAS)
- Pijnmetingen
- Sepsisregistratie
- Lijnsepsisregistratie
- Complicatieregistratie
- Incidentmelden
- Interne audits
- Mortaliteitsanalyse (dossieronderzoek)
- Compliance aan richtlijn Voor Toediening Gereed Maken van medicatie (VTGM) en TM
- Chirurgische checklist
- Delier
- Glucoseregulatie
- Ondervoeding/SNAQ score
- Valrisico

Bijlage 2. Zakkaartje en poster

ZAKKAARTJE ZInvolle Registratie (ZIRE)

Minder registratielast, meer aandacht voor kwaliteitsverbetering

BELANGRIJK OM TE WETEN

De IC-afdeling is vrijgesteld van verplichte kwaliteitsmetingen.
We werken volgens protocol, maar registreren niet meer alles.

1. INSTRUCTIES BIJ REGISTRATIES

Metingen/scores	Registreren?
CAM-ICU	nee
Ligsysteem	nee
Temperatuur F&P	nee
Slaapscore	Nee
Pijn	Noteer bij NRS score ≥ 4 (of CPOT ≥ 2) <u>EN</u> de eerst volgende score < 4 (of CPOT < 2).
Lijnregistratie	Noteer indien insteekopening afwijkend is (en onderneem actie).
Hartfrequentie	Noteer alleen afwijkingen.
O2 systeem & dosering	Eénmalig noteren: type toedieningssysteem <u>EN</u> wijzigingen aantal l/min.
Wondzorg	Noteer alleen wonden bij graad II en hoger (oppervlakkig defect van de opperhuid). Geen chirurgische wonden.
Sedatie	Noteer alleen indien RASS score anders dan 0.

2. OVERIGE INSTRUCTIES

Kleine incidenten	Direct (zelf of samen met collega's) oplossen, eventueel via leidinggevende. Het incidenten meldsysteem vervalt.
Groene golf	Vervalt, overdracht van IC naar OK (aanwezig moeten zijn: operator, anesthesiologie en intensivist en IC-verpleegkundige).
Vrijheidsbeperkende maatregelen	Altijd noteren volgens afspraak (wettelijk bepaald).
<u>Aandachtsvelders</u>	Onveilige situaties en incidenten gerelateerd aan specifieke onderwerpen bespreken met <u>aandachtsvelders</u> (bijv. medicatie, beademing, apparatuur, etc.).

Bij vragen of opmerkingen kun je terecht bij de senior verpleegkundige van je unit of een andere leidinggevende

“Van wantrouwen naar vertrouwen” Project Zinvolle Registratie (ZIRE)

We werken volgens protocol en afspraken, maar registreren niet meer alles

Pijn: Alleen registreren indien NRS >4 of BPS >4. Acties benoemen in rapportage

Decubitus: geen standaard decubitus risico score invullen. Bij Decubitus gr. 2 of meer: wondplan maken en analyse waardoor decubitus is ontstaan

Delierscreening/ DOS: niet standaard registreren, mag wel indien je zelf een indicatie ziet

SNAQ: niet standaard registreren, wel intake observeren en vroege enterale voeding starten

Dagregistratie CVK: niet registreren, wel dagelijks lijnen inspecteren op verdenking lijnsepsis en zo nodig actie ondernemen. **Bij (verdenking) lijnsepsis wel de vragenlijst bij beëindigen lijn invullen.** (Dit is nl. een **zinnvolle** registratie). Een ingebrachte lijn moet bij verwijderen wel gestopt worden in het systeem. (Net zoals bv. een CAD of maagsonde die verwijderd wordt)

Vrijheidsbeperkende maatregelen: altijd noteren volgens afspraak (wettelijk bepaald)



VIM: kleine incidenten niet meer melden, indien mogelijk direct oplossen en terugkoppelen waar het kan

Incidenten met (potentiele) schade voor patiënt / medicatie-incidenten/ hoogrisico meldingen wel melden!



Zorgzwaarte niet meer registreren!

Storingen apparatuur: direct melden bij Medische Techniek – 6680 (medische apparatuur) of Algemene Techniek – 8899 (niet-medische apparatuur) (meldingen mogen via secretaresse)

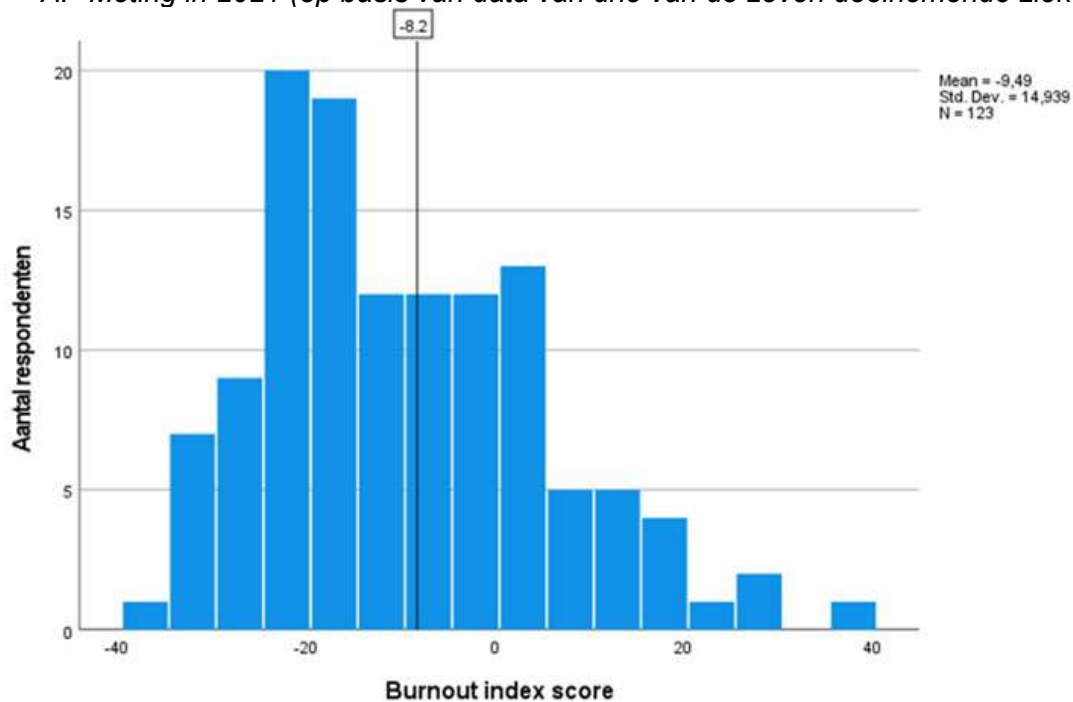
Regio project met 8 ziekenhuizen
Deze IC/MC's zijn vrijgesteld van verplichte kwaliteitsmetingen
Looptijd experiment ZIRE tot 2023

Bijlage 3. Gesprekshandleiding voor de procesevaluatie

- Introductie deelnemers (5 min)
- Korte uitleg doel bijeenkomst + werkwijze focusgroep (5 min)
- Bevorderende factoren (rondvraag en vervolgens discussie) (20 min)
- *Probes: bestuurlijk draagvlak, communicatie, ambassadeurs, begeleiding, middelen, ...*
- Belemmerende factoren (rondvraag en vervolgens discussie) (20 min)
- *Probes: bestuurlijk draagvlak, communicatie, corona, begeleiding, middelen, HICS, loslaten routines, ...*
- Geleerde lessen voor ZIRE in andere ziekenhuizen (discussie) (20 min)
- Hoe verder met ZIRE in de regio (discussie) (15 min)
- Afsluiting (5 min)

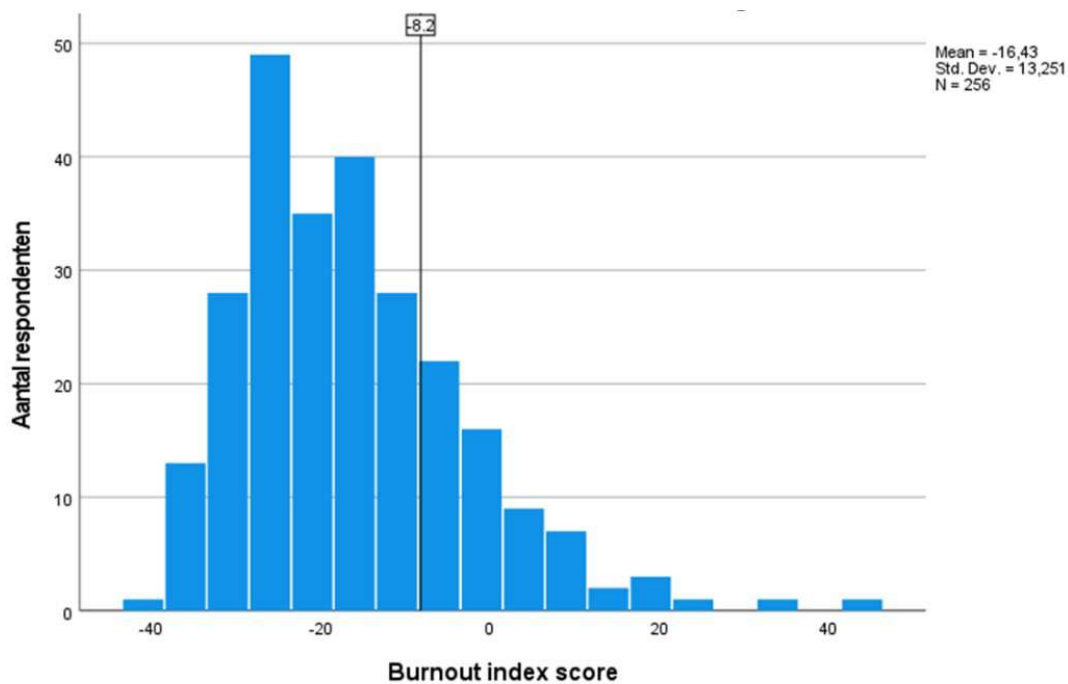
Bijlage 4. Histogrammen van IC-medewerkers in de regio met burn-out klachten

A. Meting in 2021 (op basis van data van drie van de zeven deelnemende ziekenhuizen)



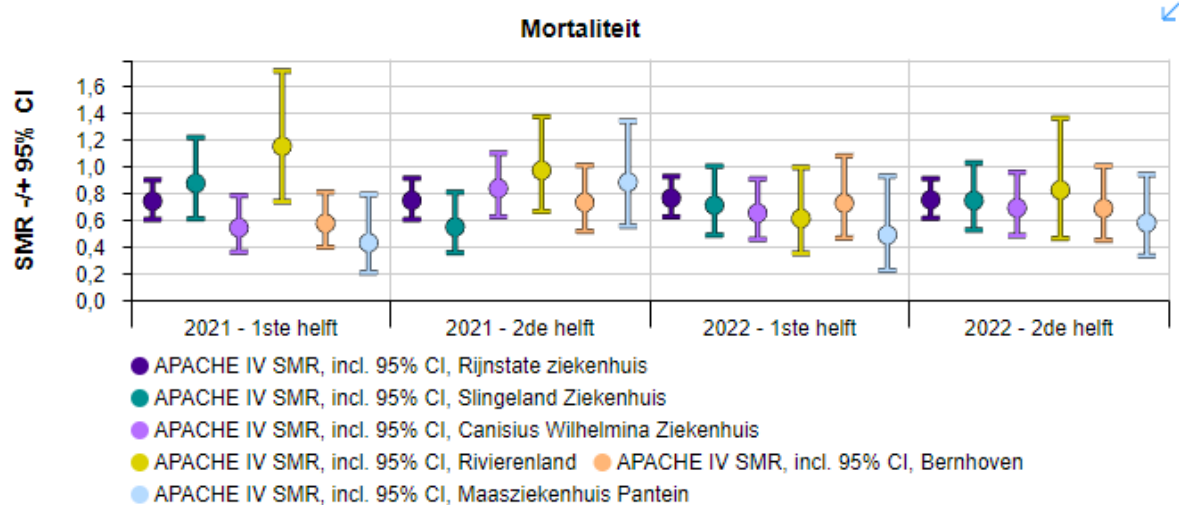
Burnout (klachten) bij index score > -8.2

B. Meting in 2022 (op basis van data van de zeven deelnemende ziekenhuizen)

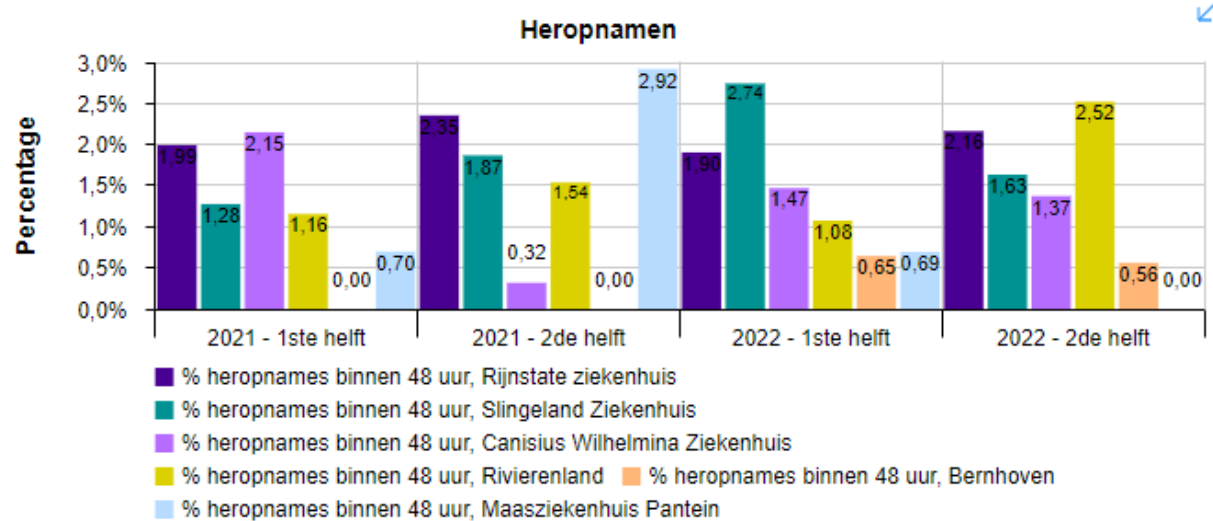


Burnout (klachten) bij index score > -8.2

Bijlage 5. IC-sterfte (SMR) per ziekenhuis gedurende het ZIRE-experiment



Bijlage 6. IC-heropnames < 48 uur per ziekenhuis gedurende het ZIRE-experiment



Bijlage 7. Programma bijeenkomst Maatschappelijke Verantwoording – 3 oktober 2023

Achtergrond en doelstelling bijeenkomst

In Nederland besteden zorgverleners meer dan 40% van hun tijd aan administratief werk. De intensive Care (IC) afdelingen van regio Oost Nederland (Bernhoven, CWZ, Maasziekenhuis Pantein, Radboudumc, Rijnstate, Slingeland ziekenhuis en ziekenhuis Rivierenland) hebben in samenwerking met MaastrichtUMC+ onder de vlag van Experiment ZIRE (Zinvolle Registratie) het roer om gegooid. Door het werken met een kernset van indicatoren voor kwaliteitsverbetering en -verantwoording en het loslaten van overige kwaliteitsregistraties wordt het eigenaarschap voor kwaliteit teruggegeven aan de werkvloer. De kernset is door patiënten, naasten en zorgverleners op basis van consensus samengesteld. Experiment ZIRE wordt uitgevoerd binnen het NFU programma 'Anders Verantwoorden'. Het resultaat van het ZIRE-experiment is dat de registratietijd van IC-zorgverleners met een half uur per dienst is afgenomen, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van zorg. Daarnaast voelen zorgverleners zich meer betrokken bij kwaliteitsverbeteringen.

Met ZIRE slaan we een nieuwe richting in als het gaat om werken aan en sturen op kwaliteit van zorg. Dit vraagt ook om een terugkoppeling naar en reactie van betrokken partijen (patiënten, bestuurders, toezichthouders en verzekeraars) op het experiment in de vorm van een zogenaamde maatschappelijke verantwoordingsbijeenkomst. Wat vinden patiënten en onze toezichthouders van onze manier van werken? Geeft het hen voldoende vertrouwen in IC-zorg en het lerend vermogen van IC's? Wat moet anders? En wat is nodig om de ZIRE-principes breder te verspreiden?

Programma

8:30 – 9:00 Inloop

9:00 – 9:10 Opening door Bertine Lahuis – voorzitter NFU (dagvoorzitter)

9:10 – 9:15 Doel bijeenkomst – Hans van der Hoeven – programmaleider Anders Verantwoorden
NFU-consortium Kwaliteit van Zorg

9:15 – 9:30 Uitleg ZIRE regio-experiment door Marieke Zegers – projectleider ZIRE

9:30 – 10:10 Leren en verbeteren op basis van de kernset binnen de regionale samenwerking

10:10- 10:30 Knelpunten en succesfactoren

10:30 – 10:45 Koffie en theepauze

10:40 – 11:45 Reflecteren op de ZIRE-principes o.l.v. Bertine Lahuis

In gesprek met stakeholders (patiënten, IGJ, zorgverzekeraars, bestuurders) over deze wijze van kwaliteitsverbetering en -verantwoording. Hierbij staan de volgende vragen centraal:

- Geeft het werken met de ZIRE-principes betrokkenen voldoende vertrouwen in hoe IC's werken aan kwaliteit van zorg?
- Is kwaliteit voldoende toetsbaar op deze manier? Wat moet er anders/beter?
- Worden alle elementen van goede IC-zorg d.m.v. ZIRE getoetst of mist er iets?
- Is dit een goede manier van werken? Kunnen we op deze manier verder?
- Wat vinden jullie van deze vorm van verantwoorden? (1 dag bijeen)

11:45 – 12:00 Afsluiting door Bertine Lahuis