



Kwaliteitsdashboard Pleyade



Is jouw verpleeghuisorganisatie zich aan het oriënteren op het ontwikkelen en gebruiken van een dashboard? Lees dan deze [publicatie met zes praktijkvoorbeelden](#) van verpleeghuizen die allen gebruik maken van een verschillend type dashboards. Je leest meer over doelen, soorten gegevens, totstandkoming, implementatie en tips. [Lees hier meer over dashboards in het algemeen.](#)

Zorgorganisaties registreren, meten en monitoren veel. In de praktijk maken zij nog maar beperkt gebruik van deze gegevens. Een dashboard kan helpen om deze informatiebronnen te ontsluiten en beschikbaar te stellen aan zorgmedewerkers en managers en om zo kwaliteit te verbeteren. Hierbij is de implementatie belangrijk: hoe zorg je ervoor dat het dashboard actief wordt gebruikt, dat het helpt bij sturing en daadwerkelijk aanzet tot actie. We hebben zeven organisaties geïnterviewd over het gebruik van hun dashboard en hiervan een [publicatie](#) gemaakt. Deze dashboards variëren van eenvoudig tot geavanceerd, ook verschillen zij in doel en doelgroep en daarmee in het type informatie dat wordt getoond. In dit artikel lees je het interview met Pleyade.

Wat voor dashboard hebben jullie en wat was de aanleiding voor het ontwikkelen ervan?

We hebben het dashboard ontwikkeld om meer inzicht te hebben en in control te kunnen zijn als het gaat om kwaliteit van zorg. De informatie in het dashboard beperkt zich tot gegevens over kwaliteit en veiligheid van

zorg. De teamhoofden en het management gebruiken andere systemen, zoals QlikView en Triasweb, voor onder andere indicatoren, zoals verzuim, financiën en incidentmeldingen. Naast deze managementtools hebben we dus ook een dashboard als verbetertool voor zorgteams.

Waar is het dashboard voor bedoeld en door wie wordt het gebruikt?

Het dashboard is bedoeld om te leren en continu te verbeteren. Het is primair bedoeld voor de zorgteams, de verpleegkundigen en verzorgenden, maar ook voor de teamhoofden. Hierbij maakt het niet uit hoe groot een team is. Een team op kleinschalig wonen dat voor zes cliënten zorgt, heeft net zoveel recht op een dashboard als een team voor twintig cliënten of een hele locatie. Doordat de teams beschikken over een eigen dashboard en zien hoe ze op de kwaliteitsindicatoren ervoor staan, voelen zij zich meer verantwoordelijk voor deze onderdelen van kwaliteit. Dit bereik je niet als een klein team gegevens te zien krijgt van bijvoorbeeld de hele locatie waartoe het behoort. Het management en de raad van bestuur kunnen op geaggregeerd niveau de gegevens ook gebruiken zodat zij op hoofdlijnen zien hoe de kwaliteitsindicatoren erbij staan.

Welke informatie toont het dashboard en waar komen deze gegevens vandaan?

Methodisch werken, medicatieveiligheid en cliënttevredenheid zijn de drie onderwerpen die we altijd in het zicht willen hebben en die we dus steeds in het dashboard terug laten komen. Het zijn onderwerpen die we niet uit onze systemen kunnen halen, maar die we handmatig meten. Daarnaast hebben we aparte managementinformatie over financiën, ons HRM-beleid en de (opvolging van) incidentmeldingen. Het is een bewuste keus geweest om van onderaf, vanuit de behoeften van de zorgteams, op te bouwen en het niet te groot te maken. Dit is het succes van het dashboard.

Hoe zijn de indicatoren gekozen en waar komt de informatie vandaan?

De indicatoren zijn gebaseerd op de informatie waar de teams behoefte aan hebben en de normen van de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd. Voor het meten van cliëntervaringen beschikten we eerst alleen over externe metingen, zoals de Consumer Quality-index. Cliëntervaringen werden hiermee maar eens in de twee jaar gemeten en dat vonden we te weinig. We zijn van mening dat de medewerkers zelf met de cliënt in gesprek moeten gaan over hoe tevreden ze zijn. Dit zou in ieder geval twee keer per jaar moeten gebeuren, naast het multidisciplinair overleg (MDO). Methodisch werken, dat wil zeggen het werken volgens en met het zorgleefplan, meten we ook twee keer per jaar. We kijken dan vooral naar hoe het zorgleefplan wordt ingevuld en geëvalueerd. Medicatieveiligheid meten we eens per drie maanden voor elke cliënt. Daarbij wordt bijvoorbeeld gekeken of de medicatie goed wordt afgetekend en of de medicatie is voorzien van een openingsdatum.

De meeste teams hebben het dashboard in het dagelijks werk ingepast. De medicatiecheck doen ze bijvoorbeeld als ze medicatie gaan bestellen. De cliëntervaringen nemen ze mee in het raadpleeggesprek of in het MDO mee. De check van het dossier op methodisch werken gaat ook in deze cyclus mee. Het methodisch werken en de medicatieveiligheid toetsen we intercollegiaal. De eerstverantwoordelijke verzorgende (EVV'er) bespreekt de cliëntervaringen omdat het gesprek tussen de EVV'er en de cliënt belangrijk is.

Doordat we het hele jaar door meten, is er continu zicht op wat goed gaat en beter kan. Ook zijn medewerkers

hierdoor het hele jaar actief bezig met de onderwerpen die wij van belang vinden.

De drie onderwerpen en bijbehorende indicatoren die zijn opgenomen in het dashboard voor de zorgteams worden hieronder weergegeven.

	Indicator	Waar komt de informatie vandaan
Methodisch werken	Zorgleefplan, onder andere is er gerapporteerd op doelen, is het zorgplan 2x per jaar geëvalueerd, is de risicosignalering uitgevoerd volgens afspraak	Intercollegiale toetsing
Medicatieveiligheid	Onder andere dubbel aftekenen, klopt de voorraad opiaten, is medicatie voorzien van openingsdatum	Intercollegiale toetsing
Cliënttevredenheid	Indicatoren van Zorgkaart Nederland. Cijfer 8 op ZorgkaartNederland Net promoter score (NPS) Tevredenheid over maaltijd, medewerkers, activiteiten Wat gaat goed en wat kan beter	Uit gesprekken tussen EVV-er en cliënt Uit gesprekken tussen EVV-er en cliënt

Hoe zijn de normen bepaald?

Bij de cliënttevredenheid hebben we ervoor gekozen om uit te gaan van het gemiddelde tevredenheidscijfer in Nederland voor de verpleeghuiszorg. Dat gemiddelde is ongeveer een acht, wij streven ernaar om dit ook minimaal te behalen. Voor de meting volgen we de vragenlijsten van ZorgkaartNederland. We voeren bij alle cliënten ook de NPS uit, hiermee hebben we altijd een actuele score.

Omdat we de medicatieveiligheid en het methodisch werken als kritisch processen zien, hebben we de norm voor deze onderwerpen bewust hoog gemaakt. Als de indicatoren voor 95 procent of hoger goed zijn beoordeeld, dan is het goed (groen), tussen de 90 en 95 procent is een indicator oranje.

De dashboards van de zorgteams zijn hetzelfde zodat onderlinge vergelijking mogelijk is. Alleen bij revalidatie en thuiszorg gebruiken we iets andere indicatoren.

Is er een check op de juistheid en betrouwbaarheid van de gegevens?

De betrouwbaarheid van de gegevens is een samenspel van alle gegevens – indicatoren – die we verzamelen. Daar waar de gegevens niet consistent zijn – ervaring versus KPI's – volgt extra onderzoek. Het is mogelijk dat de cijfers niet altijd helemaal kloppen, maar dat is van ondergeschikt belang aan het doel van het dashboard: de dialoog. De zorgteams bespreken de indicatoren en zijn door de metingen actief met de belangrijke onderwerpen bezig. Daarnaast laten we iedereen meekijken in het dashboard: ook de raad van toezicht, de cliëntenraad en soms de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd. Die transparantie is ons uitgangspunt om

tot oplossingen en verbeteringen te komen.

Hoe ziet het dashboard eruit?

De gegevens worden getoond in Excel. Alles wordt zo eenvoudig mogelijk in beeld gebracht om een 'wat staat hier nou?'-discussie te voorkomen. Daarbij moet alle informatie op één A4 passen. Voor de overzichtelijkheid maken we gebruik van de kleuren groen, oranje en rood.

Hoe is het dashboard tot stand gekomen?

We hebben het dashboard in eigen beheer ontwikkeld. We zijn met een team van een van de locaties in gesprek gegaan over wat zij willen weten, waarbij we ook meteen hebben gekeken naar de normen van de Inspectie. Na de start bij het eerste team is het dashboard breder uitgerold.

Hoe, waar en wanneer wordt het dashboard gebruikt?

Dat verschilt nu nog per locatie, maar het staat bijna overal wel op de agenda's van de teams voor bespreking tijdens een teamoverleg. De gegevens worden ook besproken met de cliëntenraden en in het overleg tussen de teamhoofden en managers. De indicator die het meest wordt gebruikt, is die voor de cliëntervaringen. Dat is ook de belangrijkste en meest interessante. De opmerkingen bij 'wat gaat goed' en 'wat kan beter' bevatten vaak concrete punten die direct opgepakt kunnen worden. Sommige locaties werken met aandachtsvelders, die dan ook letten op andere onderwerpen die tot hun specifieke aandachtgebied behoren.

De medewerkers kunnen het dashboard altijd inzien op het intranet (Digipleyn). Ze vinden daar de informatie van hun eigen team terug, maar ook die van de andere teams. Een team kan dus kijken welke collega's goed zijn in een bepaald onderwerp en hun vragen te helpen. Zo stimuleren we leren en verbeteren niet alleen in de teams maar ook binnen de locatie en Pleyade-breed. Bovendien merken we dat een beetje competitie goed werkt voor teams om het nog beter te willen doen.

Wat levert het gebruik op?

De waarde voor de cliënt is dat sowieso twee keer per jaar een gesprek wordt gevoerd over diens tevredenheid, dat de zorgdossiers beter worden en de medicatieveiligheid wordt verhoogd. Voor de zorgteams levert het op dat ze actief bezig zijn met de onderwerpen die van belang zijn voor goede kwaliteit van zorg, dat ze inzicht hebben in hoe ze er op deze punten voor staan, en dat ze beschikken over informatie waarover ze met elkaar in gesprek kunnen gaan. De waarde voor de organisatie is dat we weten hoe elk team ervoor staat, uiteraard in combinatie met andere uitkomsten van het kwaliteitssysteem.

Hoe verloopt de implementatie?

De start lag bij bestuur en management die de beslissing namen dit uit te voeren en het vervolgens ook uit te dragen. We zijn per locatie begonnen met algemene bijeenkomsten waar we een soort pubquiz organiseerden. Wat is kwaliteit? Wanneer weet je dat die goed is? Als de cliënt tevreden is? Maar hoe weet je nu dat alle cliënten tevreden zijn? En gaat het dan altijd over hetzelfde?

Het bepalen van de indicatoren begon in 2012. Daarna hebben we een grote evaluatie gedaan en gevraagd

wie mee wilde denken. Zo is het dashboard doorontwikkeld. We proberen het ieder jaar te evalueren door organisatiebreed informatie op te halen over de ervaringen met het gebruik van het dashboard. We geven de kaders mee voor het dashboard, de rest vullen de medewerkers zelf in. De metingen nemen we mee in de gesprekken met de teamhoofden. Het is belangrijk om het gebruik van het dashboard, het leren en het verbeteren, te blijven herhalen.

Hoe motiveren jullie medewerkers om gebruik te maken van het dashboard?

Door het simpel te houden. We gaan niet in discussie over wat er in het dashboard staat; het dashboard is wat het is. Het gaat om de dialoog. Het wordt routine door het gebruik van het dashboard in te bouwen in de werkweek. We zien nu dat teams bij elkaar gaan 'shoppen', ze nemen elkaar als voorbeeld. Zo ontstaat intern een lerend netwerk. Dat gaan we nog veel meer stimuleren. Feedback en complimenten zijn belangrijk.

Tips en geleerde lessen

- Maak het niet te moeilijk, dat is de grote valkuil.
- Maak het gebruik van het dashboard intuïtief, zodat mensen het gemakkelijk kunnen gebruiken.
- Zorg dat het aansluit bij de medewerkers, niet alles erin zetten. Hou het klein.
- Bed het in in het totale kwaliteitssysteem.

Meer weten

- Lees de [publicatie met zes praktijkvoorbeelden](#) van verpleeghuizen die allen gebruik maken van een verschillend type dashboards.
- [Lees hier meer over dashboards in het algemeen.](#)

tags:

[Kwaliteitsdashboard](#) (8)