Adviesrapport

Ontwikkeling verbeterplan voor de zorg voor patiënten met ovariumcarcinoom

nvog | NEDERLANDSE VERENIGING VOOR OBSTETRIE & GYNAECOLOGIE

DICA DGOA gynaecologische oncologie

Colofon

Adviesrapport 'Ontwikkeling verbeterplan voor de zorg voor patiënten met ovariumcarcinoom'
© 2026 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG)

Postbus 20075

3502 LB UTRECHT

Tel. 088-1344700

Email: kwaliteit@nvog.nl

Website: www.nvog.nl

Utrecht, *25 september 2026*

Alle rechten voorbehouden

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

Disclaimer

De NVOG sluit iedere aansprakelijkheid uit voor de opmaak en de inhoud van de voorlichtingsfolders of richtlijn(modules), modelprotocollen, leidraden, rapporten etc., alsmede voor de gevolgen die de toepassing hiervan in de patiëntenzorg mocht hebben. De NVOG stelt zich daarentegen wel open voor attendering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze voorlichtingsfolders of richtlijnen. Neemt u dan contact op met het Bureau van de NVOG (e-mail: kwaliteit@nvog.nl).

Auteurs

Mevr. drs. L.E. van Rangelrooij, arts-onderzoeker DGOA, Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA), Leiden
Dhr. dr. M.M.J. Nielen, methodoloog DICA, Leiden en onderzoeker Lerend Zorgsysteem
Mevr. dr. W.J. van Driel, gynaecologisch oncoloog en lid Clinical Audit Board (CAB) DGOA, Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis, Amsterdam
Dhr. dr. A.J. Krüse, gynaecologisch oncoloog en voorzitter CAB DGOA, Isala Ziekenhuis, Zwolle
Mevr. dr. B.F.M. Slangen, gynaecologisch oncoloog en lid CAB DGOA, Maastricht UMC+, Maastricht

Betrokken partijen

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)
Dutch Gynaecological Oncology Audit (DGOA)
Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL)
Stichting Olijf

Projectcode

Z69118540

Startdatum: 1-10-2024
Einddatum: 30-09-2026

Financiering

Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS)

Inhoud

1 Samenstelling werkgroep 5
2 Samenvatting 6
3 Inleiding en doelen 8
4 Methode 9
5 Resultaten 11
6 Discussie en vervolg 17
Referenties 19

Bijlagen

Bijlage 1. Vragenlijst 20
Bijlage 2. Resultaten vragenlijst deelnemers 23
Bijlage 3. Blauwdruk spiegelsessies in de medisch specialistische zorg 28

1 Samenstelling werkgroep

Werkgroep

- Mevr. dr. W.J. van Driel, gynaecologisch oncoloog en lid Clinical Audit Board (CAB) DGOA, Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis, Amsterdam
- Dhr. dr. A.J. Krüse, gynaecologisch oncoloog en voorzitter CAB DGOA, Isala Ziekenhuis, Zwolle
- Mevr. dr. B.F.M. Slangen, gynaecologisch oncoloog en lid CAB DGOA, Maastricht UMC+, Maastricht
- Mevr. drs. L.E. van Rangelrooij, arts-onderzoeker DGOA, Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA), Leiden
- Dhr. dr. M.M.J. Nielen, methodoloog DICA, Leiden en onderzoeker Lerend Zorgsysteem
- Mevr. dr. M. van der Aa, hoofdonderzoeker gynaecologische oncologie, Integraal Kanker Centrum Nederland (Utrecht)
- Dhr. dr. H. Wenzel, senior onderzoeker gynaecologische oncologie, Integraal Kanker Centrum Nederland (Utrecht)
- Mw. E. Rogaar, patiëntvertegenwoordiger, Stichting Olijf (Utrecht)

2 Samenvatting

Kwaliteitsregistraties zijn een belangrijk instrument om de kwaliteit van de medisch-specialistische zorg inzichtelijk te maken. De Dutch Gynaecological Oncology Audit (DGOA) registreert sinds 2014 informatie van alle patiënten met een van de vier meest voorkomende gynaecologische maligniteiten: ovarium-, endometrium-, cervix- en vulvacarcinoom. Hoewel ziekenhuizen via het Codman-dashboard inzicht kunnen krijgen in hun eigen prestaties ten opzichte van het landelijk gemiddelde, leidt het beschikbaar stellen van kwaliteitsinformatie op zichzelf niet automatisch tot verbetering van de zorg. Een gestructureerd moment waarop zorgprofessionals gezamenlijk de uitkomsten bespreken, van elkaar leren en concrete verbeterafspraken maken ontbreekt.

Dit project had twee samenhangende doelstellingen. De primaire doelstelling was het organiseren van een landelijke spiegelsessie met afgevaardigden van alle ziekenhuizen die patiënten met ovariumcarcinoom chirurgisch behandelen, met als resultaat concrete verbeterinitiatieven voor de zorg rond ovariumcarcinoom. De generieke doelstelling was het vastleggen van het volledige proces dat is doorlopen als een overdraagbare blauwdruk voor andere wetenschappelijke verenigingen.

Op 25 september 2025 vond de landelijke spiegelsessie plaats, waarbij alle 16 centra die ten tijde van de sessie nog chirurgische behandeling bij patiënten met ovariumcarcinoom uitvoerden, deelnamen. De sessie richtte zich op zes uitkomsten die samen een groot deel van het zorgpad omvatten en waarop aantoonbare praktijkvariatie bestond: chirurgisch volume, compleetheid van de chirurgie, opnameduur, postoperatieve complicaties, wachttijd tot de start van adjuvante chemotherapie en genetische diagnostiek. Aanvullend presenteerden IKNL-onderzoekers overlevingsgegevens uit de Nederlandse Kankerregistratie (NKR).

Voorafgaand aan de sessie werd onder alle 16 centra een vragenlijst afgenomen. De resultaten lieten een grote variatie zien tussen centra in de mate waarin kwaliteitsverbetering op basis van DGOA-data al was ingebed. De sfeer tijdens de sessie was open, met een grote bereidheid tot transparante datadeling. Alle 16 centra stelden centrum-specifieke verbeterinitiatieven op. Daarnaast werden acht gezamenlijke landelijke verbeterpunten geformuleerd, waaronder de uniforme registratie van debulkings, de optimalisatie van de complicatieregistratie en de oprichting van een landelijke special interest groep voor ovariumcarcinoom. De evaluatievragenlijst direct na afloop liet een positief oordeel zien: deelnemers beoordeelden de sessie als waardevol en gaven aan van plan te zijn met de verbeterinitiatieven aan de slag te gaan.

Drie maanden na de sessie vond een online vervolgbijeenkomst plaats, gericht op de landelijke verbeterpunten. Hierbij werd onder meer een uniforme definitie vastgesteld voor de registratie van debulkings en werd een plan opgesteld voor de oprichting van een Special Interest Group (SIG) Ovariumcarcinoom. Zes maanden na de sessie werd de implementatiestatus van de centrum-specifieke verbeterinitiatieven besproken. Door 11 centra werd de implementatiestatus teruggekoppeld. Van de 104 geëvalueerde verbeterinitiatieven was 58% succesvol geïmplementeerd en 36% nog niet geïmplementeerd. Deze cijfers geven een

indicatief beeld van de voortgang en zijn niet representatief voor alle 16 centra. Of de ingezette verbeteringen ook zichtbaar worden in de patiëntuitkomsten zal in de komende jaren moeten blijken uit de DGOA-data. Tijdgebrek werd het meest genoemd als belemmerende factor. Eenvoudig implementeerbare initiatieven werden vaker succesvol uitgevoerd dan complexere en organisatie brede veranderingen.

Als belangrijkste resultaat van het vervolgtraject werd de SIG Ovariumcarcinoom opgericht, afgevaardigd vanuit de Werkgroep Oncologische Gynaecologie (WOG). De SIG heeft als doel de landelijke verbeterpunten op te pakken en continue kwaliteitsverbetering te borgen, onder meer door tweejaarlijks een spiegelsessie te organiseren.

De ervaringen en geleerde lessen uit dit project zijn vastgelegd in een overdraagbare blauwdruk (*Bijlage 3*), die beschikbaar wordt gesteld aan andere wetenschappelijke verenigingen. De blauwdruk beschrijft hoe kwaliteitsinformatie uit kwaliteitsregistraties kan bijdragen aan een Lerend Zorgsysteem, waarbij spiegelsessies een centrale rol spelen in het gezamenlijk leren en het realiseren van kwaliteitsverbetering.

3 Inleiding en doelen

De DGOA is een kwaliteitsregistratie die wordt uitgevoerd onder auspiciën van het Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA). De DGOA registreert sinds 2014 informatie van alle patiënten met een van de vier meest voorkomende gynaecologische maligniteiten — ovariumcarcinoom, endometriumcarcinoom, cervixcarcinoom en vulvacarcinoom — waarbij chirurgie, chemotherapie, radiotherapie en het afzien van tumorgerichte behandeling worden vastgelegd. Terugkoppeling van de kwaliteit van zorg gebeurt via de uitkomsten van vooraf gedefinieerde kwaliteitsindicatoren. Omdat de registratie nu 12 jaar bestaat, geven deze indicatoren een steeds beter beeld van de variatie in de kwaliteit van de zorg tussen ziekenhuizen. Elk ziekenhuis heeft de mogelijkheid om via het Codman-dashboard de eigen data ten opzichte van het landelijk gemiddelde (Nederlandse benchmark) in te zien.

Terugkoppeling van kwaliteitsinformatie alleen leidt echter niet automatisch tot kwaliteitsverbetering. Wat ontbreekt is een gestructureerd moment waarop zorgprofessionals van verschillende ziekenhuizen gezamenlijk de uitkomsten bespreken, van elkaar leren en concrete verbeterafspraken maken.

Dit project kent twee samenhangende doelstellingen. De primaire doelstelling is het organiseren van een landelijke spiegelsessie met afgevaardigden van alle 16 ziekenhuizen die patiënten met ovariumcarcinoom chirurgisch behandelen, met als resultaat het opstellen van concrete verbeterinitiatieven voor de zorg rond ovariumcarcinoom. Daarnaast heeft dit project een generieke doelstelling: het gehele proces rondom de organisatie van spiegelsessies wordt vastgelegd als een overdraagbare blauwdruk. Deze blauwdruk wordt beschikbaar gesteld aan andere wetenschappelijke verenigingen, zodat de opgedane kennis over leren en verbeteren via spiegelsessies ook benut kan worden door andere kwaliteitsregistraties.

4 Methode

Vragenlijst

Om de uitgangssituatie en de ervaren meerwaarde van de spiegelsessie te evalueren, werd een digitale vragenlijst afgenomen onder vertegenwoordigers van alle 16 deelnemende centra. De vragenlijst was gebaseerd op het Health Outcomes Management Evaluation (HOME) model. Dit model is uitgebreid beschreven in een gepubliceerd rapport in 2022 en is tot stand gekomen door een samenwerking tussen de Nederlandse Hart Registratie (NHR), de Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten (LROI), Nefrovisie, de Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE), DICA en alle leden van de Samenwerkende Kwaliteitsregistraties (SKR) [1]. De vragenlijst bestond uit twee meetmomenten: voorafgaand aan de spiegelsessie, gericht op de mate waarin kwaliteitsverbetering op basis van DGOA-data al was ingebed binnen het centrum, en direct na afloop, gericht op de evaluatie van de sessie zelf. De volledige vragenlijst is opgenomen in *Bijlage 1*.

Opzet en deelnemers

Op 25 september 2025 vond de landelijke spiegelsessie ovariumcarcinoom plaats te Domus Medica, Utrecht. In de oorspronkelijke projectaanvraag werd uitgegaan van 18 ziekenhuizen die patiënten met ovariumcarcinoom chirurgisch behandelen. Als gevolg van verdere centralisatie van de chirurgische zorg waren ten tijde van de spiegelsessie nog 16 centra actief. Alle 16 centra namen deel (100% deelname). De sessie werd bijgewoond door 18 gynaecologen (twee centra waren vertegenwoordigd door twee gynaecologen), een patiëntvertegenwoordiger namens Olijf en twee senior onderzoekers van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL).

Betrokkenheid patiëntvertegenwoordiger

De patiëntvertegenwoordiger namens Olijf, die ook lid is van de Wetenschappelijke Commissie van de DGOA, was betrokken bij alle voorbereidende bijeenkomsten en nam actief deel aan de spiegelsessie. Patiëntbetrokkenheid werd bewust als onderdeel van het gehele traject vormgegeven: de aanwezigheid van een patiëntvertegenwoordiger draagt bij aan transparantie over de kwaliteit van de zorg en zorgt ervoor dat het patiëntperspectief wordt meegewogen bij het formuleren van verbeterinitiatieven.

Voorbereiding en dataverificatie

De analyses die tijdens de sessie zijn gepresenteerd, werden drie weken voorafgaand aan de bijeenkomst aan de centra toegestuurd, waarbij elk centrum uitsluitend de eigen centrumidentificatie kon inzien. Centra kregen de gelegenheid hun data te controleren en toestemming te geven voor transparante datadeling tijdens de sessie. Waar nodig konden voorafgaand aan de bijeenkomst aanpassingen worden gedaan. Deze voorbereidingsstap was bewust gekozen om discussie over datakwaliteit tijdens de sessie zelf te vermijden, zodat de

beschikbare tijd volledig kon worden benut voor inhoudelijke reflectie. Daarnaast waren centra vooraf gevraagd te reflecteren op hun eigen uitkomsten: zowel op gebieden waar zij relatief goed presteerden als op gebieden waar verbetering mogelijk was, zodat zij tijdens de sessie een onderbouwde toelichting konden geven.

Inhoud van de sessie

Per uitkomst werden analyses gepresenteerd, gevolgd door een open gesprek tussen de deelnemers over de uitkomsten en het uitwisselen van kennis en ervaringen. Omdat alle centra vooraf toestemming hadden gegeven voor transparante datadeling, konden de uitkomsten per centrum identificeerbaar worden besproken. De sessie richtte zich achtereenvolgens op: chirurgisch volume, compleetheid van de chirurgie (debulkings en stadiëringen), opnameduur, postoperatieve complicaties, wachttijd tot de start van adjuvante chemotherapie en genetische diagnostiek. De gepresenteerde uitkomsten werden geselecteerd op basis van twee criteria: de uitkomsten dienden samen een breed deel van het zorgpad te omvatten en er was aantoonbare praktijkvariatie tussen centra zichtbaar in de data.

De uitkomsten werden gepresenteerd als praktijkvariatie tussen centra, weergegeven in verschillende visualisaties, waaronder funnelplots, staafdiagrammen en scatterplots. Aanvullend presenteerden de IKNL-onderzoekers overlevingsdata uit de NKR, waarmee de DGOA-uitkomsten in een bredere oncologische context werden geplaatst.

Verbeterinitiatieven

Na bespreking van de uitkomsten formuleerde elk deelnemend centrum centrum-specifieke verbeterinitiatieven voor de uitkomsten waarbij zij ruimte zagen voor verbetering. Daarnaast kwamen gedurende de dag verbeterpunten naar voren die de individuele centra overstegen en landelijk opgepakt dienden te worden; deze zijn gezamenlijk geformuleerd als landelijke verbeterpunten en worden verder opgepakt door de SIG ovariumcarcinoom.

5 Resultaten

Resultaten vragenlijst – uitgangssituatie deelnemende centra

Voorafgaand aan de spiegelsessie vulden 14 van de 16 centra (88%) de vragenlijst in. De resultaten lieten een grote variatie zien tussen centra in de mate waarin kwaliteitsverbetering op basis van DGOA-data al was ingebed. Met name op het gebied van het bespreken van indicatorresultaten (hoe frequent en met wie), het gebruik van het Codman-dashboard, het formuleren van doelstellingen op basis van DGOA-indicatoren en het opstellen van verbeterinitiatieven verschilden de centra sterk van elkaar.

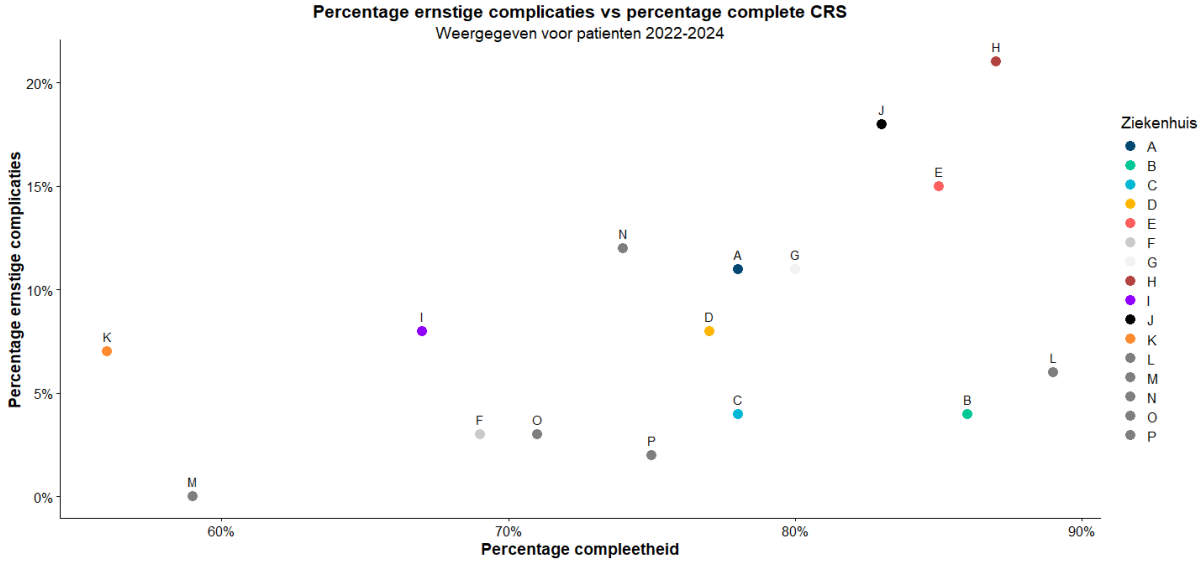
De meerderheid van de centra besprak indicatorresultaten jaarlijks (72%), terwijl 14% dit elk kwartaal deed en 7% maandelijks of vaker. Indicatorresultaten werden het vaakst besproken met directe collega's in het multidisciplinair overleg (MDO) (genoemd door 12 centra) en binnen de vakgroep (11 centra), maar ook met het ziekenhuismanagement (7 centra) en de raad van bestuur (5 centra). Het Codman-dashboard werd door 43% van de centra jaarlijks geraadpleegd, door 29% elk kwartaal en door 7% nooit; 21% gaf aan dit niet te weten. Het formuleren van doelstellingen op basis van DGOA-indicatoren was beperkt ingebed: 57% van de centra had in het verleden nooit doelstellingen geformuleerd, 29% deed dit voor een beperkt aantal indicatoren, en slechts 14% voor de meeste of alle indicatoren.

Het onderlinge vertrouwen om uitkomsten openlijk te bespreken tijdens de spiegelsessie was hoog (mediaan 9/10). De verwachtingen ten aanzien van de sessie waren positief: centra verwachtten zowel concrete verbeterpunten uit de sessie te halen (mediaan 8/10) als deze te kunnen implementeren (mediaan 8/10). De volledige resultaten van de vragenlijst zijn opgenomen in *Bijlage 2*.

Gepresenteerde spiegelinformatie

De gepresenteerde analyses lieten op alle geselecteerde uitkomsten praktijkvariatie tussen centra zien, wat de basis vormde voor de inhoudelijke discussie en de opgestelde verbeterinitiatieven. De gepresenteerde analyses zijn wegens onomkeerbare herleidbaarheid niet opgenomen in dit rapport. Een voorbeeld van de gepresenteerde spiegelinformatie is weergegeven in *Figuur 1*.

Figuur 1. Voorbeeld spiegelinformatie



Verloop van de sessie

De sfeer tijdens de spiegelsessie was open, met een grote bereidheid onder de deelnemers om data transparant te delen en van elkaar te leren. Aan het begin van de dag was er enige neiging tot discussie over verschillen in datakwaliteit; nadat het doel van de dag — leren van elkaar en het opstellen van verbeterinitiatieven, niet het bediscussiëren van datakwaliteit — opnieuw was benadrukt, verliep de sessie zoals beoogd. Een onafhankelijke moderator begeleidde de discussies om een evenwichtige inbreng van alle deelnemers te borgen en het gesprek waar nodig op gang te helpen.

Concreet zijn uit de bijeenkomst de volgende ervaringen en leerpunten naar voren gekomen:

- Er was een open sfeer met een grote bereidheid tot transparante datadeling. Zo bood één centrum voorafgaand aan de sessie uit eigen beweging aan toe te lichten welke verbeteracties het al had ondernomen naar aanleiding van relatief slechtere uitkomsten op het gebied van postoperatieve complicaties.
- De aanwezigheid van de patiëntvertegenwoordiger had geen remmend effect op de openheid van de discussie. Deelnemers spraken vrijuit over uitkomsten en verbeterpunten en betrokken de patiëntvertegenwoordiger actief bij het gesprek, waarbij het patiëntperspectief een waardevolle aanvulling vormde op de inhoudelijke discussie.
- Het expliciteren van het doel van de sessie — leren van elkaar in plaats van het bediscussiëren van verschillen in datakwaliteit — bleek essentieel voor een constructief verloop.
- Tijdens de sessie bleek dat verschillen in de interpretatie van definities, met name rondom de registratie van debulkings, een terugkerend gespreksonderwerp waren. Dit raakt de betrouwbaarheid van de registratiedata en benadrukt het belang van uniforme afspraken over registratie. Dit heeft geleid tot een van de landelijke verbeterpunten: het vaststellen van een uniforme definitie voor de registratie van debulkings.

- Alle 16 centra hebben voor de relevante uitkomsten centrum-specifieke verbeterinitiatieven opgesteld.
- Gedurende de dag bleek dat een aantal verbeterpunten de individuele centra overstegen; deze zijn vervolgens gezamenlijk geformuleerd tot landelijke verbeterpunten.
- Deelnemers gaven aan behoefte te hebben aan een eerder terugkoppelmoment dan de al geplande follow-up op zes maanden; er werd besloten om de landelijke verbeterinitiatieven na drie maanden gezamenlijk te bespreken.

Centrum-specifieke verbeterinitiatieven

Alle 16 deelnemende centra hebben voor de uitkomsten centrum-specifieke verbeterinitiatieven opgesteld. Niet elk centrum formuleerde voor elke uitkomst een verbeterinitiatief; dit was alleen van toepassing wanneer er binnen het betreffende centrum ruimte voor verbetering was. In *Tabel 1* zijn de verbeterinitiatieven die vaak genoemd werden per thema samengevat. Op het thema volume zijn geen centrum-specifieke verbeterinitiatieven opgesteld, omdat de verdeling van chirurgische zorg een landelijke structuurkeuze betreft waarop individuele centra niet zelfstandig kunnen sturen.

Tabel 1. Centrum-specifieke verbeterinitiatieven

Thema	Centrum-specifieke verbeterinitiatieven
Compleetheid	- Analyse van eigen data (bijv. redenen van incomplete stadiëring/debulking)
Opnameduur	- Striktere naleving van het ERAS-protocol - Beleid rondom EDA optimaliseren (bijv. OK +2 standaard stoppen) - Transfer verpleegkundige eerder inschakelen (bijv. al op polikliniek/opname) - Verwachtingsmanagement van patiënt + arts - Implementatie wondkatheter - Actieve inzet van de perioperatieve app
Complicaties	- Tranexaminezuur standaard bij stadiering/debulking (met evaluatie na 6/12 maanden) - Perioperatief beleid afspraken met anesthesie (bijv. aandacht voor lage RR) - Betere registratie van complicaties
Wachttijd adjuvante chemotherapie	- Sneller verwijzen naar oncoloog (bijv. bij ontslag afspraak maken) - Ontwikkelen van regionale zorgpaden en afspraken met medisch oncologen - Verbeteren van de registratie en overdracht van chemotherapiegegevens wanneer behandeling elders plaatsvindt
Genetische diagnostiek	- Vangnetten inbouwen (bijv. in MDO-afspraak klinisch geneticus) - Extra aandacht voor patiënten die geen operatie ondergaan - Structurele afspraken maken met klinische genetica en pathologie over tijdige en uniforme diagnostiek - Opt-out bespreken

Landelijke verbeterpunten

Gedurende de sessie bleek dat een aantal verbeterpunten de individuele centra overstijgt. De volgende landelijke verbeterpunten zijn gezamenlijk geformuleerd in *Tabel 2*.

Tabel 2. Landelijke verbeterinitiatieven

Thema	Landelijke verbeterinitiatieven
Volume	- Uniforme registratie van debulkings door verduidelijking definities vanuit DGOA/NKR
Compleetheid	- Uniforme definitie van complete stadiëring heroverwegen (incl. nut van biopten/spoelvocht) indicatiestelling van stadiëring - Uniforme criteria voor verwijzing vergroot adnex (o.b.v. IOTA-criteria)
Opnameduur	- Opstellen van best practices voor peri- en postoperatieve zorg a.d.h.v. ERAS
Complicaties	- Opstellen van landelijke complicatieregistratielijst
Overig	- Afspraken maken over de registratie van patiënten zonder chirurgie - Codman Connect voor alle 16 centra (transparantie van data) - Oprichten van een landelijke SIG ovariumcarcinoom

Resultaten vragenlijst – evaluatie spiegelsessie

Na afloop van de spiegelsessie vulden 15 van de 16 centra (94%) de evaluatievragenlijst in. De sessie werd als zeer waardevol beoordeeld (mediaan 9/10) en deelnemers gaven aan van plan te zijn met de verbeterpunten aan de slag te gaan (mediaan 9/10). De openheid om uitkomsten eerlijk met elkaar te bespreken werd hoog gewaardeerd (mediaan 9,5/10), wat aansluit bij de open sfeer die tijdens de sessie werd ervaren. Daarnaast gaven deelnemers aan dat de sessie hielp bij het formuleren van concrete verbeterpunten (mediaan 8/10) en dat zij verwachtten deze ook te kunnen implementeren (mediaan 8/10). De volledige resultaten zijn opgenomen in *Bijlage 2*.

Vervolgbijeenkomst op drie maanden: landelijke verbeterinitiatieven

Drie maanden na de spiegelsessie vond een online vervolgbijeenkomst plaats met vertegenwoordigers van de deelnemende centra (13/16 (81%) aanwezig). Het doel van deze bijeenkomst was het concretiseren van een aantal gezamenlijk geformuleerde landelijke verbeterpunten. De volgende afspraken zijn gemaakt:

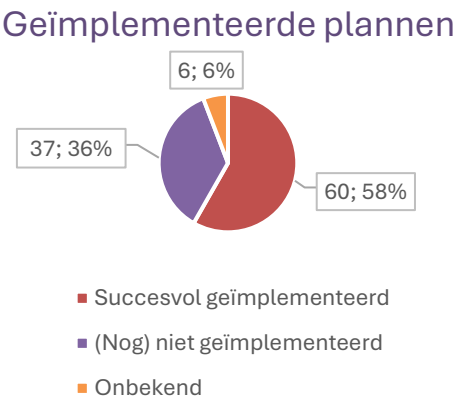
- Er is een uniforme definitie vastgesteld voor de registratie van debulkings, met criteria voor wanneer een ingreep wordt geregistreerd als compleet of als incompleet.
- Er is een aanpak besproken voor de registratie van patiënten die geen chirurgische behandeling ondergaan.

Er is een plan opgesteld voor de oprichting van een SIG ovariumcarcinoom, waaronder de overige opgestelde landelijke verbeterinitiatieven worden ondergebracht

Vervolgbijeenkomst op zes maanden: centrum-specifieke verbeterinitiatieven

Zes maanden na de spiegelsessie vond een tweede online vervolgbijeenkomst plaats, waarbij 11 van de 16 (69%) uitgenodigde centra aanwezig waren. Voorafgaand aan deze bijeenkomst hadden de centra hun implementatiestatus teruggekoppeld; de 5 andere centra hebben hierop niet gereageerd. Het doel van de bijeenkomst was het bespreken van de voortgang van de centrum-specifieke verbeterinitiatieven.

Van de 11 centra die de implementatiestatus hebben teruggekoppeld, zijn in totaal 103 verbeterinitiatieven geëvalueerd. Hiervan is 58% succesvol geïmplementeerd, 36% is (nog) niet geïmplementeerd en 6% heeft een onbekende implementatiestatus. Deze cijfers geven geen volledig beeld van alle 16 deelnemende centra, aangezien centra die niet hebben teruggekoppeld mogelijk minder verbeterinitiatieven hebben geïmplementeerd.



Tijdens de bijeenkomst kregen alle aanwezige centra de gelegenheid toe te lichten welke verbeterinitiatieven waren geïmplementeerd en wat daarbij had bijgedragen aan succes, dan wel welke plannen nog niet waren gerealiseerd en wat daarvoor de reden was. Er was ruimte om vragen te stellen aan de groep en ervaringen uit te wisselen. Eenvoudig implementeerbare initiatieven werden vaker succesvol uitgevoerd dan complexere en organisatie brede veranderingen.

Genoemde bevorderende en belemmerende factoren bij implementatie

Op basis van de toelichtingen die centra gaven bij hun verbeterinitiatieven, kwamen de volgende factoren naar voren als bevorderend voor succesvolle implementatie:

Bevorderende factoren

- Multidisciplinaire overlegstructuur binnen het centrum (gynaecoloog, internist-oncoloog, chirurg, patholoog, radioloog, radiotherapeut, verpleegkundig specialist, zorgmanager, kwaliteitsadviseur) als laagdrempelig platform om verbeterpunten te bespreken en te implementeren
- Inzet van specifieke zorgprofessionals, zoals een regie-verpleegkundige of oncologieverpleegkundige, voor borging van processen (o.a. genetische diagnostiek, wachttijd chemotherapie)
- Inbedding in bestaande systemen en werkstromen, zoals smartphrases in EPIC, MDO-slides en regionale zorgpaden
- Regionale samenwerking en afstemming, via regionale oncologienetwerken
- Controleren van registratiecijfers samen met registratiemedewerkers
- Wetenschappelijke activiteit als aanjager van verbetering (retrospectieve cohortanalyses, subsidie aanvragen, congresposter)

Belemmerende factoren

- Tijdgebrek werd het meest frequent genoemd als reden voor niet-implementatie
- Capaciteitsproblemen bij andere vakgroepen
- Registratieproblemen: discrepanties tussen lokale registraties en DGOA/IKNL, waarbij de oorzaak niet altijd traceerbaar is
- Afhankelijkheid van externe partijen (IKNL, Codman, anesthesie, klinische genetica) voor implementatie
- Ontbreken van regionale overlegstructuren als randvoorwaarde voor verbeterpunten die samenwerking vereisen
- Organisatorische complexiteit bij afstemming met andere disciplines (anesthesie, heelkunde), met name rondom perioperatief beleid en tranexaminezuur

Oprichting Special Interest Group ovariumcarcinoom

Tijdens de vervolgbijeenkomsten werd stilgestaan bij de wens tot oprichting van een SIG Ovariumcarcinoom, ingebed in de WOG. De SIG heeft als doel de kwaliteit van zorg voor patiënten met ovariumcarcinoom te verbeteren en richt zich daartoe op de volgende taken:

- Het inzichtelijk maken en bespreken van zorguitkomsten aan de hand van data uit de DGOA en de NKR, en het doen van onderzoek naar aanleiding van de spiegelsessie
- Het bevorderen van regionale en landelijke samenwerking
- Het delen van kennis en ervaringen tussen professionals
- Het fungeren als klankbordgroep, onder meer om zorgstandaarden te harmoniseren
- Het aanvullen van bestaande structuren zoals de DGOG, de wetenschapscommissie en de richtlijncommissie

In het kader van de SIG is het voornemen uitgesproken om tweejaarlijks een landelijke spiegelsessie te organiseren, waarmee continue kwaliteitsverbetering wordt geborgd.

Blauwdruk

De ervaringen en geleerde lessen uit dit project zijn vastgelegd in een blauwdruk (*Bijlage 3*). De blauwdruk beschrijft hoe kwaliteitsinformatie uit kwaliteitsregistraties kan bijdragen aan een Lerend Zorgsysteem, waarbij spiegelsessies een centrale rol spelen in het gezamenlijk leren en het realiseren van kwaliteitsverbetering. Het document biedt een praktische handleiding voor andere wetenschappelijke verenigingen die een vergelijkbaar traject willen organiseren, van onderwerpkeuze en dataverzameling tot de uitvoering van de sessie en de opvolging van verbeterinitiatieven.

6 Discussie en vervolg

Doelstellingen en resultaten

Dit project had twee samenhangende doelstellingen: het organiseren van een landelijke spiegelsessie met als resultaat concrete verbeterinitiatieven en het vastleggen van het volledig doorlopen proces als overdraagbare blauwdruk. Beide doelstellingen zijn op procesniveau behaald. De spiegelsessie heeft geresulteerd in 100% deelname van de actieve centra, centrum-specifieke en landelijke verbeterinitiatieven en de oprichting van de SIG Ovariumcarcinoom. Een eerste indicatie van de implementatie van verbeterinitiatieven is verkregen via de zes-maandenbijeenkomst, waaruit bleek dat 58% van de geëvalueerde initiatieven succesvol was geïmplementeerd bij de responderende centra. Of de ingezette verbeteringen ook zichtbaar worden in de patiëntuitkomsten, zal in de komende jaren moeten blijken uit de DGOA-data. De blauwdruk wordt beschikbaar gesteld in een separaat document en is daarmee inzetbaar voor andere wetenschappelijke verenigingen die een vergelijkbaar traject willen doorlopen.

Succesfactoren

De hoge opkomst en de open sfeer tijdens de sessie zijn belangrijke succesfactoren. De voorbereidingsstap waarbij centra hun data vooraf konden inzien en verifiëren bleek essentieel voor een constructief verloop zonder discussie over datakwaliteit tijdens de sessie zelf. De evaluatie door de deelnemers was positief, met name op het gebied van openheid en de verwachting om met de verbeterpunten aan de slag te gaan.

Gebruik van kwaliteitsinformatie

Uit de vragenlijst voorafgaand aan de sessie bleek een grote variatie tussen centra in de mate waarin zij al bezig waren met kwaliteitsverbetering op basis van DGOA-data, waaronder het gebruik van het Codman-dashboard. Dit laat zien dat er nog winst te behalen is in het activeren en ondersteunen van centra bij het benutten van beschikbare kwaliteitsinformatie. Het stimuleren en scholen van centra op dit gebied is een belangrijke prioriteit voor de DGOA/IKNL in de komende jaren.

Implementatie

De implementatie van verbeterinitiatieven bleek na zes maanden deels succesvol. Eenvoudig implementeerbare initiatieven werden vaker succesvol uitgevoerd dan complexere of organisatie brede veranderingen. Dit sluit aan bij bevindingen uit de literatuur, waaruit blijkt dat eenvoudige veranderingen in de zorgpraktijk doorgaans sneller worden geïmplementeerd dan innovaties die complexe gedragsverandering, samenwerking tussen disciplines of organisatorische aanpassingen vereisen [2]. Het is daarbij van belang te benadrukken dat in dit project de verantwoordelijkheid voor de implementatie primair bij de centra zelf lag. Kwaliteitsregistraties zoals de DGOA bieden ondersteuning en spiegelinformatie, maar zijn niet de aangewezen partij om de implementatie binnen de centra aan te sturen. Tijdgebrek werd door de meerderheid van

de centra genoemd als de voornaamste belemmering bij de implementatie van de opgestelde verbeterinitiatieven. Dit suggereert dat extra ondersteuning bij de implementatie van verbeterinitiatieven gewenst is, bijvoorbeeld door de betrokkenheid van kwaliteitsmedewerkers vanuit de centra tijdens de spiegelsessie en bij de implementatie. Het is daarbij van belang te benadrukken dat deze cijfers gebaseerd zijn op 11 van de 16 centra die hebben teruggekoppeld en daarmee een indicatief beeld geven van de voortgang, maar niet een volledig landelijk beeld. Bovendien zegt de implementatie van verbeterinitiatieven nog niets over de daadwerkelijke verbetering van de patiëntenzorg, en of de ingezette verbeteringen ook zichtbaar worden in de patiëntuitkomsten zal in de komende jaren moeten blijken.

Vervolg en borging

De oprichting van de SIG Ovariumcarcinoom, ingebed in de WOG, biedt een structuur voor langdurige kwaliteitsverbetering waarbij ook lopende kwaliteitsprojecten worden ondergebracht. Het voornemen om tweejaarlijks een spiegelsessie te organiseren biedt de mogelijkheid om een continue leercyclus aan te bieden: door op vaste momenten terug te keren op dezelfde uitkomsten ontstaat inzicht in trends over de tijd en in het effect van geïmplementeerde verbeterinitiatieven, en kunnen centra leren van elkaars voortgang.

Randvoorwaarden voor een lerend systeem

Spiegelsessies zijn een krachtig middel binnen een bredere leercyclus, maar staan niet op zichzelf. De effectiviteit staat of valt met randvoorwaarden zoals een gedegen voorbereiding, valide, betrouwbare en begrijpelijke kwaliteitsinformatie, een veilige leeromgeving, deskundige moderatie en voldoende draagvlak binnen de beroepsgroep. Aan deze randvoorwaarden werd in dit project zoveel mogelijk invulling gegeven, wat heeft bijgedragen aan het constructieve verloop van de sessie en de bereidheid van centra om verbeterinitiatieven op te stellen. Voor de continuïteit van dit leerproces is het van belang dat deze randvoorwaarden ook in de toekomst worden geborgd. De oprichting van de SIG Ovariumcarcinoom biedt hiervoor een structuur, waarbij de tweejaarlijkse spiegelsessie een vast onderdeel vormt van de kwaliteitscyclus rond ovariumcarcinoom. DICA en IKNL vervullen hierin een ondersteunende rol bij het aanleveren en duiden van kwaliteitsdata, en bij de voorbereiding en moderatie van de sessies. Daarnaast kan het actief betrekken van kwaliteitsmedewerkers vanuit de centra bijdragen aan een duurzame inbedding van verbeterinitiatieven in de dagelijkse praktijk.

Beperkingen

De implementatiestatus van de verbeterinitiatieven is bekend van 11 van de 16 centra, waardoor geen volledig landelijk beeld kan worden gegeven. Non-respons is waarschijnlijk niet willekeurig; centra die minder hebben geïmplementeerd zijn mogelijk ondervertegenwoordigd in de terugkoppeling. Daarnaast betreft het een korte follow-up van zes maanden, waarbij complexere verbeterinitiatieven meer tijd vergen dan in dit project kon worden gevolgd.

Referenties

[1] "Eindrapport ZonMw-project 'Uitkomstinformatie voor kwaliteitsverbetering,'" Nov. 2022.

[2] R. Grol and J. Grimshaw, "From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care," *The Lancet*, vol. 362, no. 9391, pp. 1225–1230, Oct. 2003, doi: 10.1016/S0140-6736(03)14546-1.

Bijlagen

Bijlage 1. Vragenlijst

Meetmoment 1: Voorafgaand aan de sessie

Vragen afgeleid vanuit HOME model

1. Hoe vaak worden indicatorresultaten besproken binnen uw vakgroep of tumorwerkgroep?
   ( ) Nooit
   ( ) Jaarlijks
   ( ) Elk kwartaal
   ( ) Maandelijks of vaker
   ( ) Onbekend

2. Met welke partijen binnen uw ziekenhuis worden indicatorresultaten besproken? (meerdere antwoorden mogelijk)
   ( ) Geen van onderstaande
   ( ) Directe collega's in de vakgroep
   ( ) Directe collega's in multidisciplinaire overleggen
   ( ) Patiënten (bijvoorbeeld via een patiëntenraad of vertegenwoordiging van de betreffende patiëntenorganisatie)
   ( ) Ziekenhuismanagement (zoals directeur bedrijfsvoering, zorggroepmanager, afdelingsmanagement)
   ( ) Stafbestuur
   ( ) Raad van Bestuur
   ( ) Andere: [tekstvak]

3. Hoe vaak gebruikt uw vakgroep/tumorwerkgroep het Codman Dashboard?
   ( ) Nooit
   ( ) Jaarlijks
   ( ) Elk kwartaal
   ( ) Maandelijks of vaker
   ( ) Onbekend

4. Zijn er de afgelopen twee jaar doelstellingen geformuleerd naar aanleiding van de uitkomsten van de DGOA indicatoren?
   ( ) Nee
   ( ) Ja, voor een beperkt aantal indicatoren
   ( ) Ja, voor de meeste indicatoren
   ( ) Ja, voor alle indicatoren

5. Wanneer heeft de beschikbare DGOA-data de afgelopen 2 jaar geleid tot verbeterinitiatieven? (meerdere antwoorden mogelijk)
   ( ) Nooit
   ( ) Indien het ziekenhuis significant minder gunstige uitkomsten had dan het gemiddelde van andere ziekenhuizen (landelijke benchmark)
   ( ) Indien de data leidde tot klinisch relevante inzichten die aanknopingspunt konden zijn voor verbeteringen los van of er statistisch significante verschillen waren
   ( ) Indien één of meerdere andere ziekenhuizen aantoonbaar gunstiger uitkomsten hadden dan

gemiddeld
( ) Andere: [tekstvak]

6. Hoeveel verbeterinitiatieven zijn er door het monitoren van uitkomsten van zorg middels DGOA data de afgelopen twee jaar geïnitieerd?
   [tekstvak – enkel getal] [weet niet]

7. In hoeverre wordt de implementatie van verbeterinitiatieven gemonitord? (bijvoorbeeld of een verbeterinitiatief op de juiste wijze en bij alle patiënten wordt uitgevoerd)
   [schaal 0–10, waarbij 0 = nooit en 10 = altijd]

8. In hoeverre wordt het effect van verbeterinitiatieven gemonitord? (bijvoorbeeld de impact op uitkomsten of tussentijdse uitkomsten)
   [schaal 0–10, waarbij 0 = nooit en 10 = altijd]

9. Hoe belangrijk wordt volgens u het verbeteren van kwaliteit van zorg op basis van DGOA-data geacht binnen de direct betrokken vakgroep?
   [schaal 0–10, waarbij 0 = helemaal niet belangrijk, 10 = zeer belangrijk]

10. In welke mate is er binnen het specialisme gynaecologische oncologie vertrouwen om met collega's uit verschillende ziekenhuizen openlijk te kunnen spreken over (verschillen in) uitkomsten van zorg (zoals indicatorresultaten of complicatiecijfers)?
    [schaal 0–10, waarbij 0 = helemaal geen vertrouwen, 10 = volledig vertrouwen]

11. Hoeveel vertrouwen heeft u in de kwaliteit van data uit uw eigen ziekenhuis vanuit de kwaliteitsregistratie?
    [schaal 0–10, waarbij 0 = helemaal geen vertrouwen, 10 = volledig vertrouwen]

12. Ik verwacht dat ik verbeterpunten haal voor mijn eigen ziekenhuis uit de spiegelsessie ovariumcarcinoom.
    [schaal 0–10, waarbij 0 = helemaal geen vertrouwen, 10 = volledig vertrouwen]

13. Ik verwacht dat ik eventuele verbeterinitiatieven die uit de spiegelsessie komen kan implementeren in mijn eigen ziekenhuis.
    [schaal 0–10, waarbij 0 = helemaal geen vertrouwen, 10 = volledig vertrouwen]

Meetmoment 2 – Evaluatie spiegelsessie direct na de afloop

1. Ik heb de spiegelsessie als waardevol ervaren.
   [schaal 0–10, waarbij 0 = helemaal mee oneens, 10 = helemaal mee eens]

2. De spiegelbijeenkomst hielp om concrete verbeterpunten te formuleren.
   [schaal 0–10, waarbij 0 = helemaal mee oneens, 10 = helemaal mee eens]

3. Ik ben van plan om met de besproken verbeterpunten aan de slag te gaan.
   [schaal 0–10, waarbij 0 = helemaal mee oneens, 10 = helemaal mee eens]

4. De verbeterinitiatieven zijn realistisch en uitvoerbaar in onze organisatie.
   [schaal 0–10, waarbij 0 = helemaal mee oneens, 10 = helemaal mee eens]

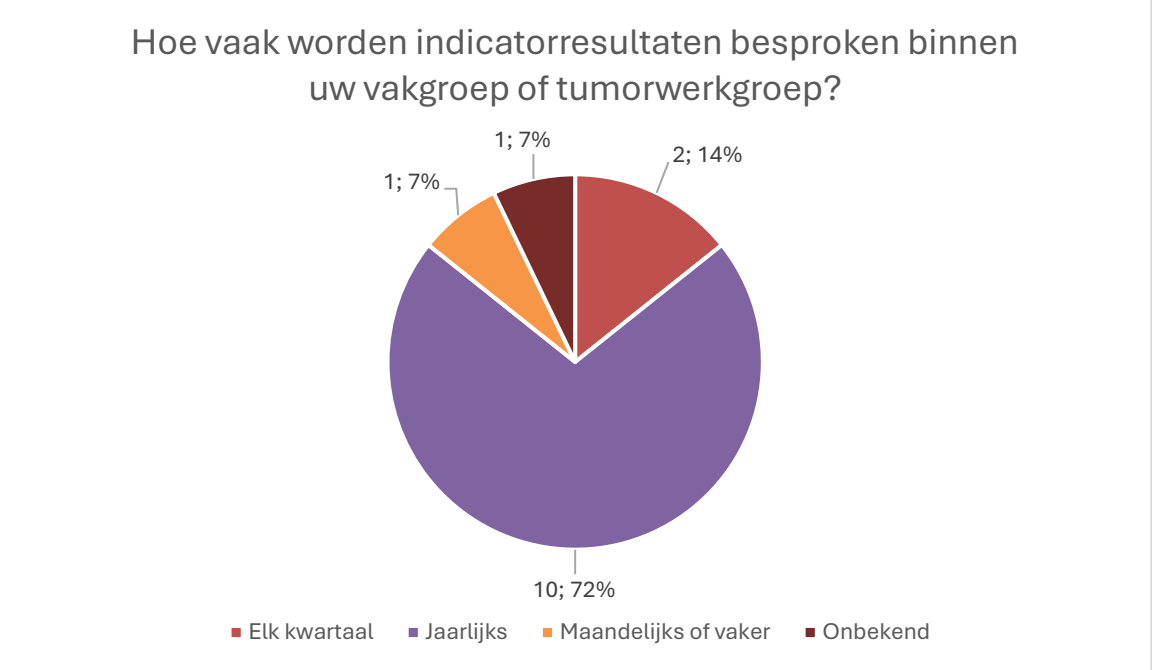
5. Ik verwacht dat de verbeterinitiatieven uit de sessie zullen worden geïmplementeerd.
   [schaal 0–10, waarbij 0 = helemaal geen vertrouwen, 10 = volledig vertrouwen]

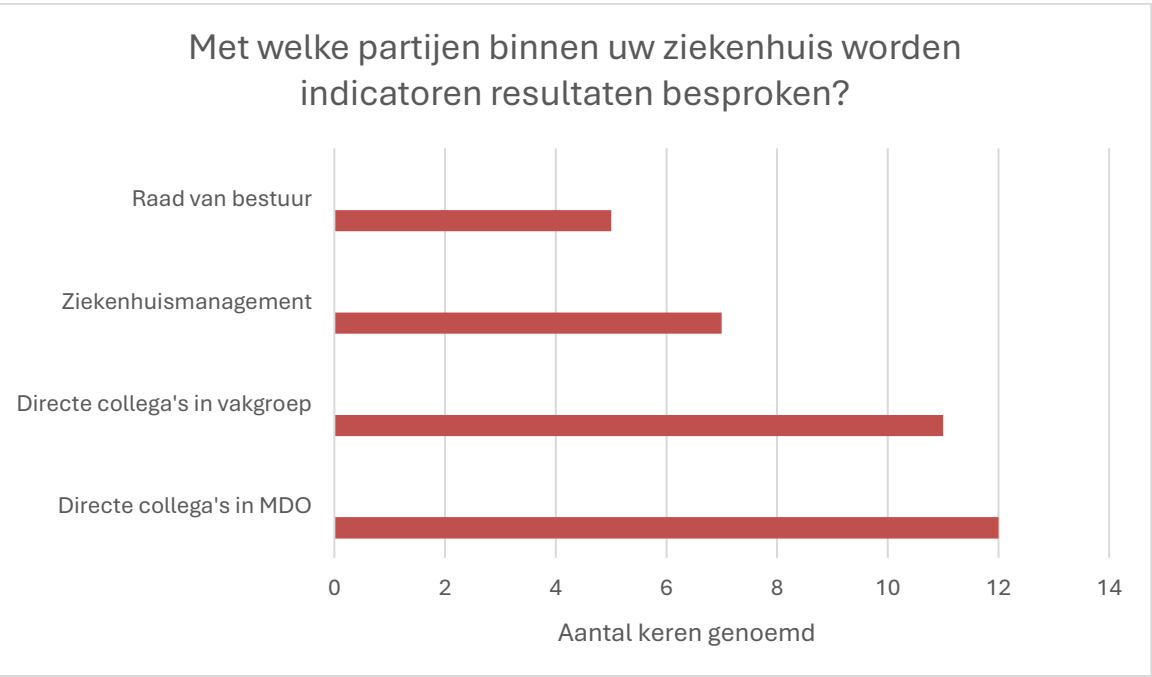
6. Ik had het gevoel dat er openheid was om de uitkomsten tijdens de sessie eerlijk te bespreken.
   [schaal 0–10, waarbij 0 = helemaal mee oneens, 10 = helemaal mee eens]

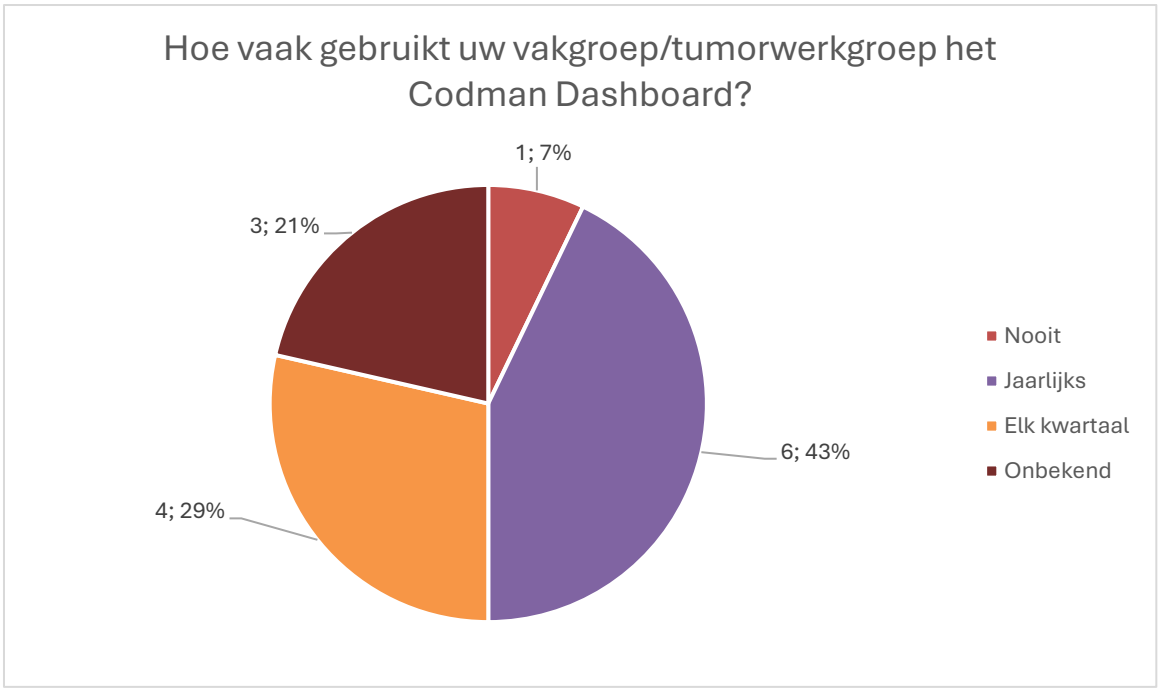
Bijlage 2. Resultaten vragenlijst deelnemers

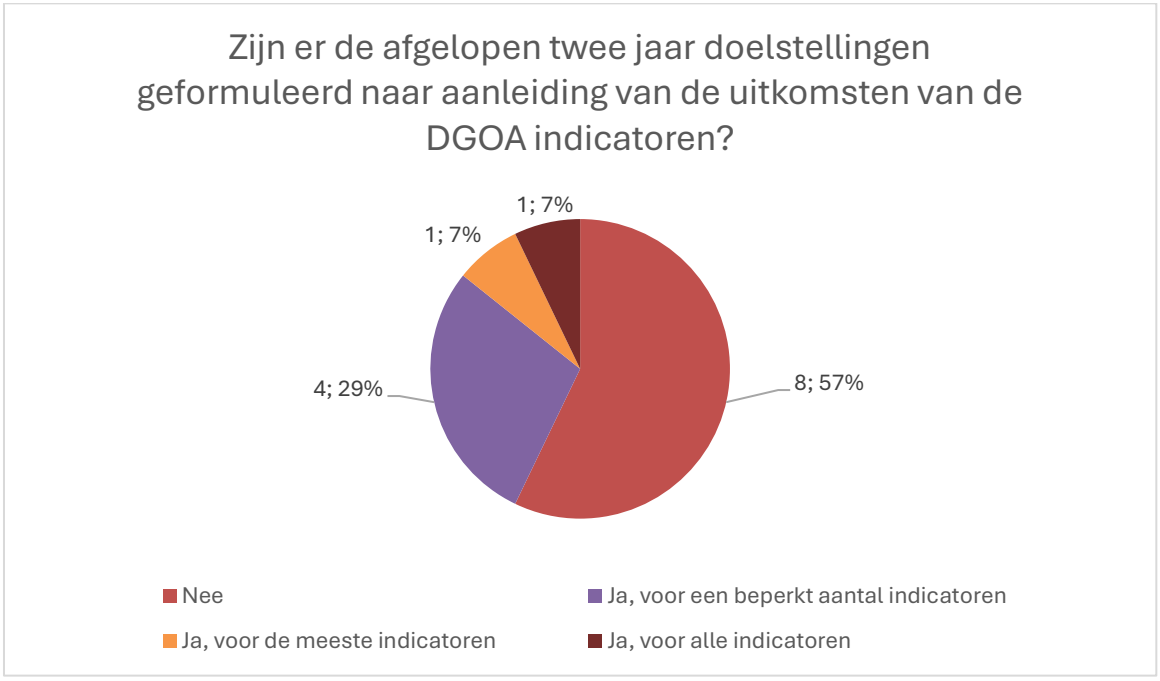
Meetmoment 1 – Voorafgaand aan de spiegelsessie

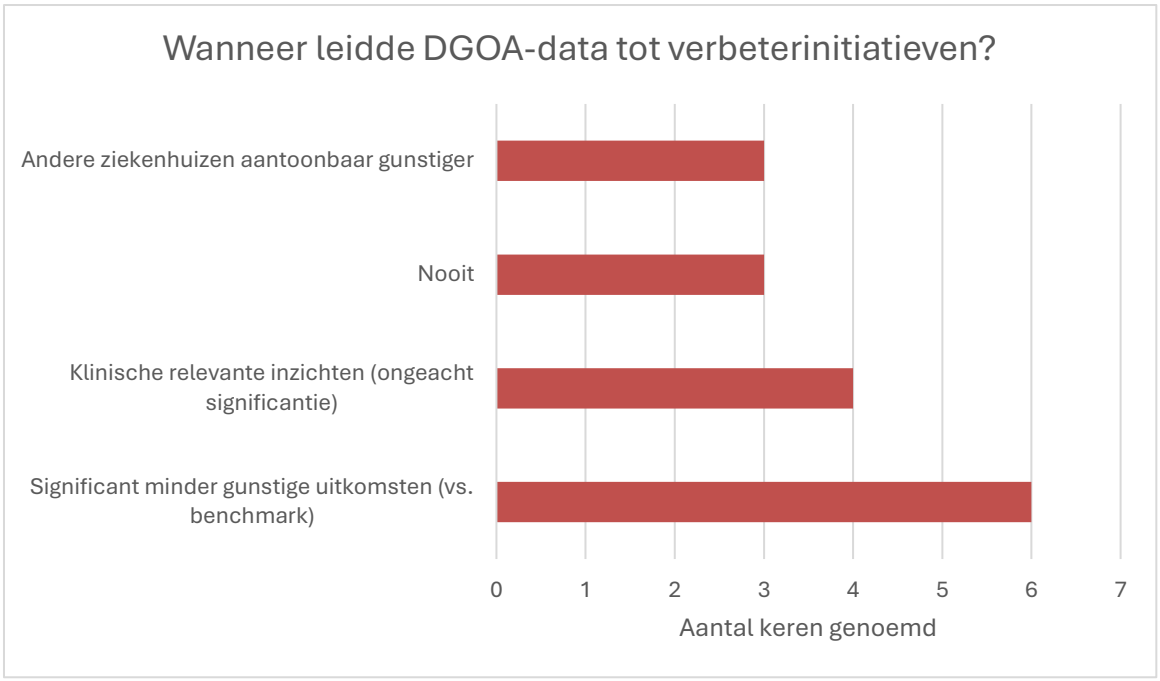
Antwoorden van deelnemende centra (n = 14) op vragenlijst over de mate waarin kwaliteitsverbetering op basis van DGOA-data al is ingebed binnen het centrum en verwachtingen ten aanzien van de spiegelsessie.

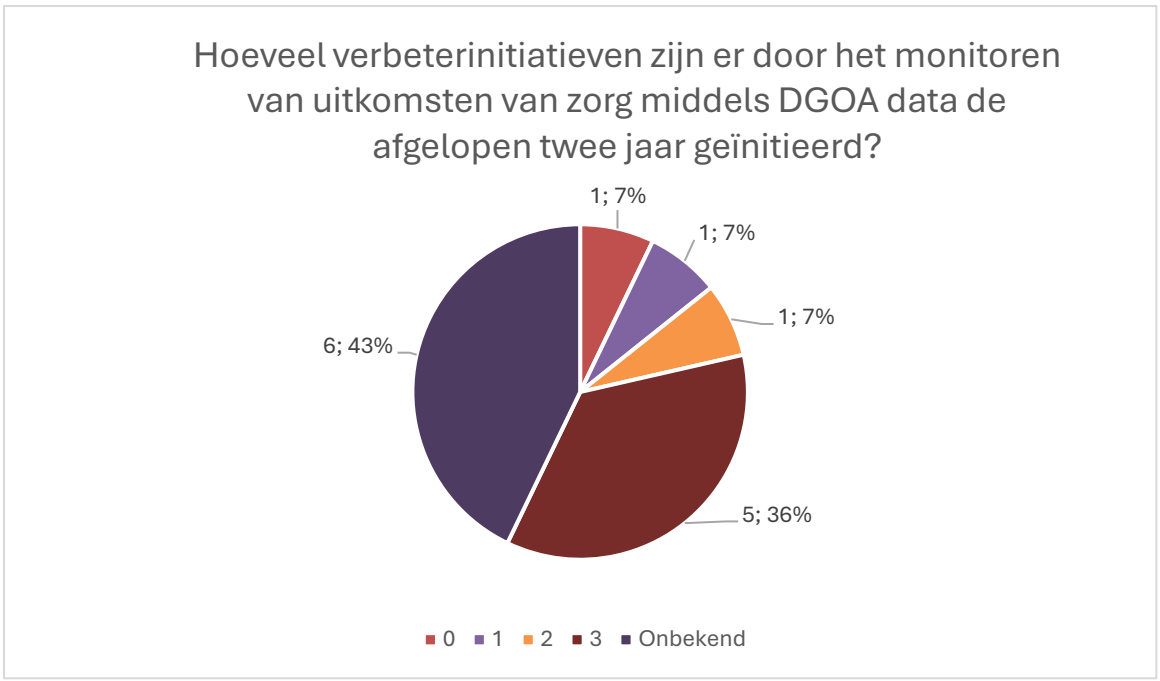




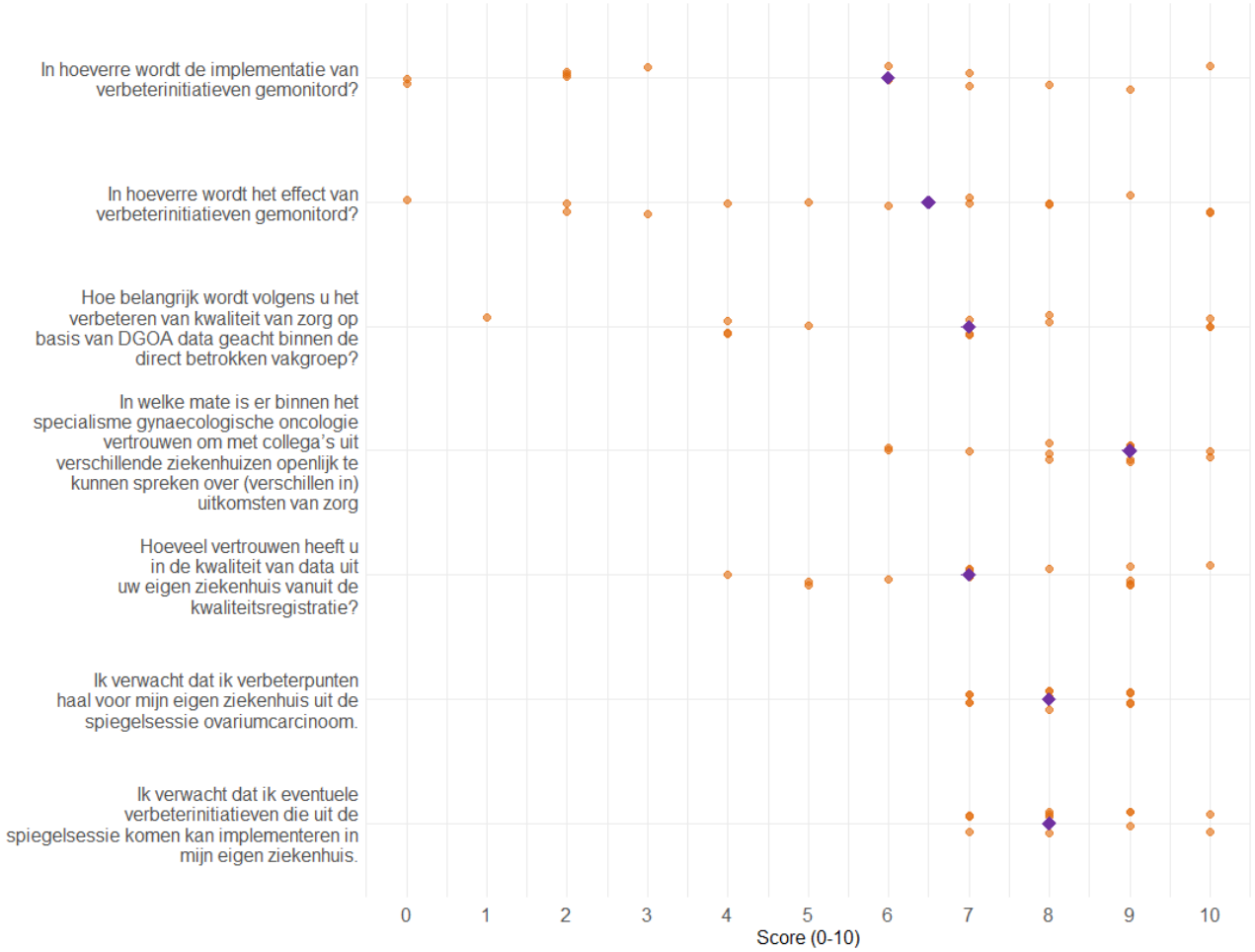

Hoe vaak gebruikt uw vakgroep/tumorwerkgroep het Codman Dashboard?
1; 7%
3; 21%
6; 43%
4; 29%
Nooit
Jaarlijks
Elk kwartaal
Onbekend


Zijn er de afgelopen twee jaar doelstellingen geformuleerd naar aanleiding van de uitkomsten van de DGOA indicatoren?
1; 7%
1; 7%
4; 29%
8; 57%
Nee
Ja, voor een beperkt aantal indicatoren
Ja, voor de meeste indicatoren
Ja, voor alle indicatoren


Wanneer leidde DGOA-data tot verbeterinitiatieven?
Andere ziekenhuizen aantoonbaar gunstiger
Nooit
Klinische relevante inzichten (ongeacht significantie)
Significant minder gunstige uitkomsten (vs. benchmark)
0
1
2
3
4
5
6
7
Aantal keren genoemd


Hoeveel verbeterinitiatieven zijn er door het monitoren van uitkomsten van zorg middels DGOA data de afgelopen twee jaar geïnitieerd?
1; 7%
1; 7%
1; 7%
6; 43%
5; 36%
0
1
2
3
Onbekend

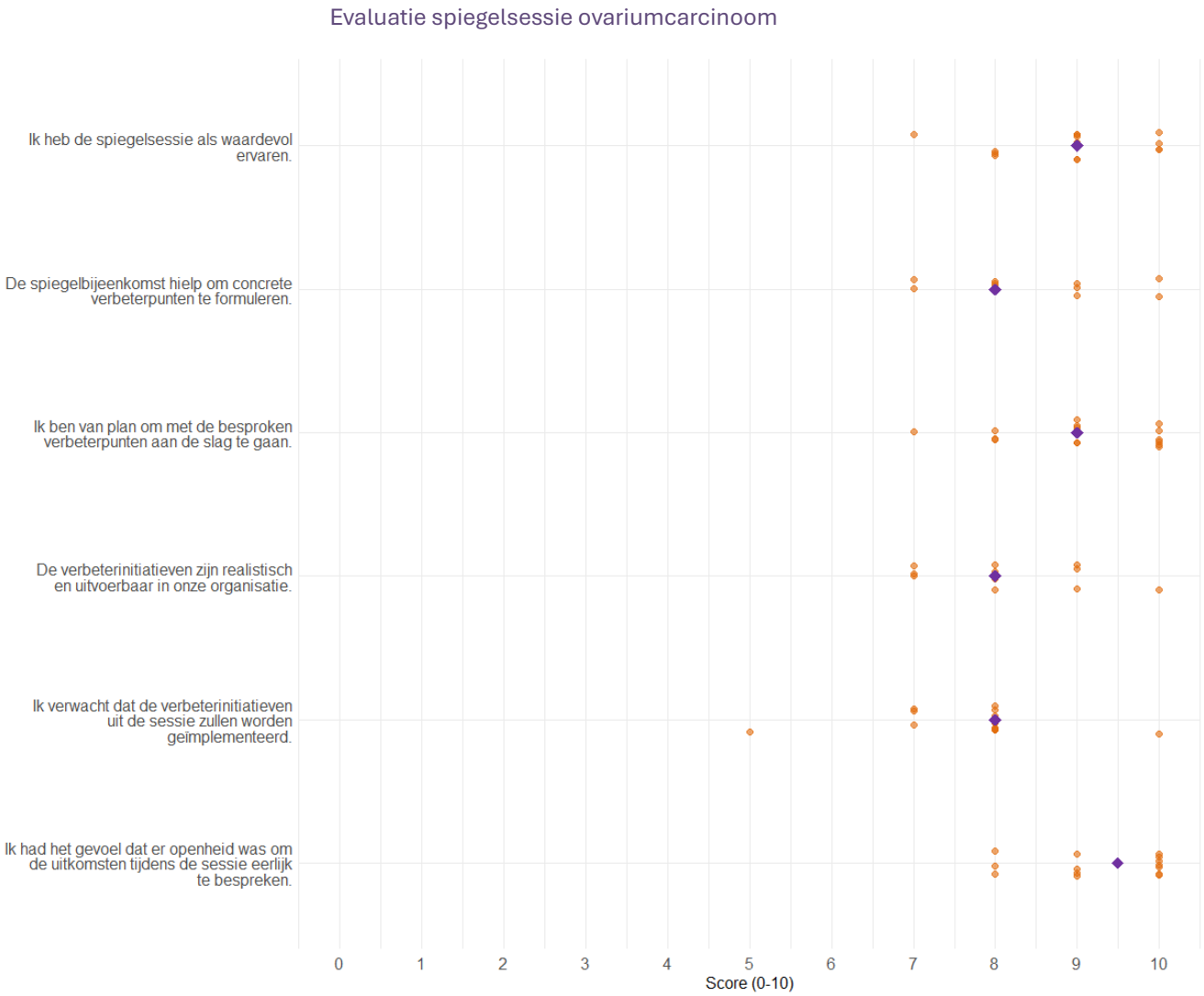
Uitgangssituatie deelnemende centra voorafgaand aan de spiegelsessie



Oranje punten representeren individuele scores; paarse ruit geeft de mediaan weer.

Meetmoment 2 – Direct na de spiegelsessie

Scores van deelnemende centra (n = 16) op stellingen over de spiegelsessie, gemeten direct na afloop.



Oranje punten representeren individuele scores; de paarse ruit geeft de mediaan weer.

Bijlage 3. Blauwdruk voor datagedreven collectief leren via spiegelsessies in de medisch specialistische zorg

Van kwaliteitsinformatie naar kwaliteitsverbetering

Een blauwdruk voor datagedreven collectief leren via spiegelsessies in de medisch specialistische zorg

nvog
NEDERLANDSE VERENIGING VOOR OBSTETRIE & GYNAECOLOGIE

DICA DGOA
gynaecologische oncologie

September 2026

Auteurs

Mevr. drs. L.E. van Rangelrooij, arts-onderzoeker DGOA, Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA), Leiden
Dhr. dr. M.M.J. Nielen, methodoloog DICA, Leiden en onderzoeker Lerend Zorgsysteem
Mevr. dr. W.J. van Driel, gynaecologisch oncoloog en lid Clinical Audit Board (CAB) DGOA, Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis, Amsterdam
Dhr. dr. A.J. Krüse, gynaecologisch oncoloog en voorzitter CAB DGOA, Isala Ziekenhuis, Zwolle
Mevr. dr. B.F.M. Slangen, gynaecologisch oncoloog en lid CAB DGOA, Maastricht UMC+, Maastricht
Dhr. N. ten Brake, programma manager Leren & Verbeteren, DICA
Dhr. prof. dr. M.W.J.M. Wouters, chirurg, Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis, Amsterdam en hoofd Wetenschappelijk Bureau, DICA, Leiden

Inhoud

1. Inleiding 4

2. Selectie van onderwerpen voor de spiegelsessie 6

3. Dataverzameling en datakwaliteit 7

4. Van data naar kwaliteitsinformatie 8

5. Organiseren en uitvoeren van een spiegelsessie 10

6. Implementatie en evaluatie 12

7. Conclusie 13

8. Referenties 14

Bijlage 15

1. Inleiding

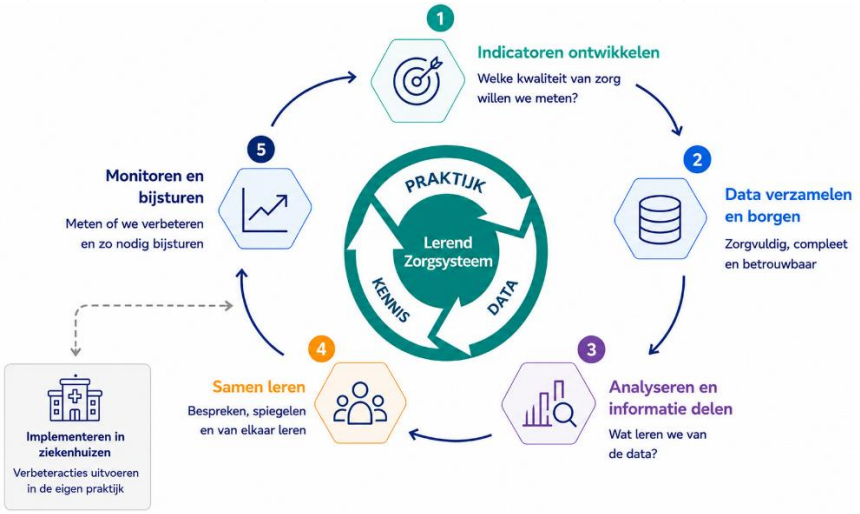
1.1 Kwaliteitsregistraties als basis voor kwaliteitsverbetering

Kwaliteitsregistraties zijn een belangrijk instrument om de kwaliteit van de medisch-specialistische zorg inzichtelijk te maken en continu te verbeteren. Door systematisch patiëntgegevens te verzamelen over de behandeling en klinische uitkomsten, kan variatie in de kwaliteit van zorg tussen zorginstellingen inzichtelijk gemaakt worden en biedt dit zorgverleners aanknopingspunten om de zorg verder te verbeteren. Naast het ondersteunen van Leren en Verbeteren dragen kwaliteitsregistraties ook bij aan Samen Beslissen. Door inzicht te geven in behandeluitkomsten kunnen kwaliteitsregistraties zorgverleners en patiënten ondersteunen bij het maken van behandelkeuzes die aansluiten bij de voorkeuren en de situatie van de individuele patiënt. Kwaliteitsinformatie leidt echter niet vanzelf tot kwaliteitsverbetering. Om uitkomsten te kunnen vertalen naar verbetering van de zorg zijn een juiste verwerking van de gegevens, een correcte interpretatie van de resultaten en gezamenlijk leren van klinische uitkomsten noodzakelijk. Deze cyclus sluit aan bij het concept van een Lerend Zorgsysteem, waarin gegevens uit de praktijk omgezet worden in kennis en vervolgens worden gebruikt om de kwaliteit van de zorg te optimaliseren.

1.2 Kwaliteitsregistraties binnen een Lerend Zorgsysteem

Een Lerend Zorgsysteem is een zorgomgeving waarin onderzoek, informatica, impulsen en een lerende cultuur samenkomen om continue verbetering en innovatie te stimuleren. Er zijn verschillende modellen ontwikkeld die deze continue verbetercyclus beschrijven, waaronder de Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus [3] en het model van Foley en Vale [4]. Hoewel deze modellen in opzet verschillen, delen zij dezelfde uitgangspunten: de dagelijkse praktijk wordt vastgelegd, geanalyseerd en vertaald naar kennis die wordt gebruikt om de zorg verder te verbeteren. *Figuur 1* laat zien hoe deze cyclus binnen een kwaliteitsregistratie vorm krijgt.

Figuur 1. Kwaliteitsregistraties binnen het Lerend Zorgsysteem



De leercyclus binnen een kwaliteitsregistratie bestaat uit vijf opeenvolgende stappen:

1. Indicatoren ontwikkelen
Het zorgpad van de patiëntenpopulatie wordt beschreven en vertaald naar een dataverzameling. Kwaliteitsaspecten worden gedefinieerd en omgezet in kwaliteitsindicatoren.

2. Data verzamelen
Een datastrategie wordt ontwikkeld voor het verzamelen van de benodigde gegevens. Dit kan variëren van handmatige registratie tot het hergebruik van bestaande databronnen. Een voorwaarde om goed te kunnen leren is dat de data compleet, valide en betrouwbaar zijn.

3. Data analyseren en kwaliteitsinformatie delen
De verzamelde gegevens worden geanalyseerd en vertaald naar begrijpelijke kwaliteitsinformatie. Door gebruik te maken van bijvoorbeeld dashboards en spiegelrapportages krijgen zorgprofessionals inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg en in de onderlinge praktijkvariatie.

4. Samen leren
Door kwaliteitsinformatie gezamenlijk te bespreken, kan er van elkaar geleerd worden. Dit kan in spiegelsessies, maar ook door het presteren van het eigen ziekenhuis te bespreken binnen de eigen vakgroep. Door praktijkvariatie te verklaren en ervaringen te delen, ontstaan gezamenlijke inzichten en concrete verbeterdoelen.

5. Monitoren en bijsturen
Aangebrachte veranderingen aan de zorg kunnen gemonitord worden door veranderingen in kwaliteitsindicatoren te meten. Hierdoor ontstaat een continue cyclus van evalueren, leren en verder verbeteren.

Implementatie van verbeteringen
Een essentiële stap in een Lerend Zorgsysteem is implementatie van verbeteringen van de zorg in het ziekenhuis. In *Figuur 1* is deze stap bewust buiten de leercyclus van de kwaliteitsregistratie geplaatst. Hoewel kwaliteitsregistraties verbeteringen kunnen ondersteunen door spiegelinformatie, analyses en begeleiding te bieden, ligt de verantwoordelijkheid voor de implementatie bij zorginstellingen en zorgprofessionals zelf.

1.3 Doel van deze blauwdruk

Een spiegelsessie is een krachtig middel om de zorg te verbeteren. Door variatie in de kwaliteit met zorgverleners te bespreken en ervaringen te delen, kunnen concrete verbeterdoelen worden vastgesteld. Hoewel spiegelsessies binnen verschillende kwaliteitsregistraties worden toegepast, ontbreekt een generieke beschrijving van hoe deze sessies effectief kunnen worden georganiseerd en benut voor kwaliteitsverbetering. In het SKMS-project ‘Ontwikkeling verbeterplan voor de zorg voor patiënten met ovariumcarcinoom’ is er een landelijke spiegelsessie georganiseerd met afgevaardigden van alle 16 ziekenhuizen die patiënten met ovariumcarcinoom chirurgisch behandelen. Het doel was om concrete verbeterplannen op te stellen voor de zorg rond ovariumcarcinoom. De verzamelde informatie binnen dit project is gebruikt om deze blauwdruk te ontwikkelen. De blauwdruk beschrijft hoe kwaliteitsinformatie uit kwaliteitsregistraties kan worden omgezet in gezamenlijk leren en concrete kwaliteitsverbetering door middel van spiegelsessies. De blauwdruk is generiek opgesteld en bedoeld voor onder andere zorgprofessionals, kwaliteitsmedewerkers, kwaliteitsregistraties en wetenschappelijke verenigingen. In de volgende hoofdstukken wordt aan de hand van *Figuur 1* stap voor stap beschreven hoe spiegelsessies kunnen worden ingezet om de zorg te verbeteren.

2. Selectie van onderwerpen voor de spiegelsessie

De voorbereiding van een spiegelsessie begint met het selecteren van onderwerpen die voldoende aanknopingspunten bieden voor gezamenlijk leren en kwaliteitsverbetering. De basis van een kwaliteitsregistratie is het zorgpad van de patiënt en de daarop gebaseerde indicatoren die inzicht geven in de kwaliteit van zorg van de verschillende onderdelen van dit zorgpad. Niet iedere indicator is echter even geschikt om tijdens een spiegelsessie te bespreken. Bij de keuze van onderwerpen zijn de volgende criteria van belang:

1. *Draagvlak bij zorgprofessionals*
   Een onderwerp moet door de zorgprofessionals al klinisch relevant worden ervaren. Daarom is het van belang om clinici al vroegtijdig te betrekken bij de keuzes van de onderwerpen om voldoende draagvlak te creëren. Hierdoor neemt de bereidheid toe om verbeterplannen ook daadwerkelijk te implementeren.

2. *Voldoende verbeterpotentieel*
   Het verbeterpotentieel kan worden bepaald op basis van de variatie tussen zorginstellingen en de hoogte van de benchmark. Indicatoren met veel variatie en benchmarks die nog niet door alle zorginstellingen worden bereikt, hebben het meeste verbeterpotentieel. Bovendien kunnen bij dergelijke indicatoren best practices worden geïdentificeerd die tijdens de spiegelsessie kunnen worden besproken.

3. *Een beperkt aantal onderwerpen*
   Een spiegelsessie is effectiever wanneer er niet te veel onderwerpen worden besproken. Hierdoor is er voldoende tijd voor verdieping, discussie en het formuleren van concrete verbeteracties. Het bespreken van te veel of te brede onderwerpen vermindert de focus en beperkt de interactie tussen de deelnemers.

3. Dataverzameling en datakwaliteit

De tweede stap binnen het Lerende Zorgsysteem is het omzetten van het zorgpad in een valide dataverzameling. De manier waarop gegevens worden verzameld kan verschillen tussen kwaliteitsregistraties. Gegevens kunnen handmatig worden geregistreerd of automatisch worden hergebruikt vanuit elektronische patiëntendossiers of andere databronnen. Ongeacht de gekozen datastrategie blijft de kwaliteit van de gegevens bepalend voor de bruikbaarheid van de kwaliteitsinformatie. Voor een spiegelsessies zijn de compleetheid en validiteit van de data een vereiste om een goede inhoudelijke discussie te kunnen voeren. Wanneer deelnemers twijfelen aan de juistheid van de gegevens, verschuift de aandacht van het bespreken van kwaliteitsverbetering naar een discussie over de validiteit van de cijfers. Het creëren van vertrouwen in de kwaliteit van de gegevens is daarom een belangrijke voorwaarde voor een effectieve spiegelsessie. De volgende aandachtspunten kunnen hieraan bijdragen:

1. *Actuele en complete data*
   Tijdens de spiegelsessie moet er geen twijfel zijn over de actualiteit en de compleetheid van de data. Dit zorgt voor een vermindering van de herkenbaarheid van de resultaten en kan leiden tot twijfel over de resultaten die tijdens de spiegelsessie worden besproken.

2. *Validatie van de data*
   Het vooraf laten controleren van de eigen gegevens door de deelnemende zorginstellingen helpt om registratie- of interpretatiefouten tijdig te signaleren en te corrigeren. Hierdoor ontstaat tijdens de spiegelsessie meer vertrouwen in de gepresenteerde resultaten.

3. *Datakwaliteit als onderdeel van een spiegelsessie*
   Omdat goede datakwaliteit een essentiële randvoorwaarde is voor leren en verbeteren, is er tijdens de spiegelsessie aandacht nodig voor dit onderwerp. Dit kan gedaan worden door bijvoorbeeld de sessie te starten met uitleg over datakwaliteit en transparantie te geven over de gebruikte analysemethoden. Als er veel twijfels zijn over de datakwaliteit, kan dit als onderwerp dienen voor een aparte spiegelsessie om te komen tot eenduidige definities en registratieafspraken.

4. Van data naar kwaliteitsinformatie

De derde stap van het Lerend Zorgsysteem is het omzetten van data naar bruikbare en begrijpelijke kwaliteitsinformatie. Dat is de voorwaarde om zorgprofessionals te kunnen ondersteunen bij het interpreteren van kwaliteitsinformatie en het identificeren van verbeterdoelen. Kwaliteitsinformatie heeft niet als doel zorginstellingen te beoordelen, maar om het gesprek aan te gaan over kwaliteitsverbetering.

1. Voorbereiding met een analyseplan

Aan de hand van de geselecteerde onderwerpen is het belangrijk een analyseplan op te stellen. Zo kan vooraf bepaald worden welke inzichten tijdens de spiegelsessie worden getoond, welke groepen met elkaar worden vergeleken en op welke wijze er rekening wordt gehouden met verschillen in patiëntenpopulaties (casemix). Dit zorgt voor transparantie van de gehanteerde methode en reproduceerbaarheid van de resultaten.

2. Focus op de benchmark en praktijkvariatie

Om mogelijke verbeterkansen inzichtelijk te maken, moeten analyses zich focussen op het inzichtelijk maken van de combinatie van het landelijk gemiddelde (de benchmark) en praktijkvariatie. Vooral indicatoren met een nog te verbeteren benchmark en veel spreiding tussen ziekenhuizen zijn geschikt om van te leren. Daarbij ligt de focus op zowel ziekenhuizen die minder goed presteren als op ziekenhuizen die bovengemiddeld presteren en kunnen dienen als best practice.

3. Duidelijke visualisatie

Een heldere visualisatie van de resultaten zorgt ervoor dat zorgverleners zich tijdens de spiegelsessie kunnen focussen op de inhoudelijke discussie. Veel gebruikte visualisaties zijn bijvoorbeeld:

- funnelplots of staafdiagrammen om vergelijking te maken tussen zorginstellingen;
- trendgrafieken voor ontwikkelingen van kwaliteit over de tijd

4. Context bij de cijfers

Het is van belang om zoveel mogelijk context aan kwaliteitsinformatie toe te voegen. Bijvoorbeeld welke patiëntengroep is geanalyseerd, welke definities zijn gebruikt, betrouwbaarheidsintervallen en of er voor casemix is gecorrigeerd. Hierdoor kunnen deelnemers aan een spiegelsessie de resultaten beter interpreteren en worden misverstanden voorkomen.

5. Het gebruik van dashboards

Interactieve dashboards kunnen een belangrijke meerwaarde bieden bij leren en verbeteren. Tijdens de voorbereiding helpen dashboards om praktijkvariatie te verkennen en geschikte onderwerpen te selecteren. Bij een goede inrichting van een dashboard kunnen analyses tijdens de spiegelsessie worden uitgevoerd, zodat een dynamische discussie kan worden gevoerd. Toch zal niet iedere gewenste analyse met een dashboard uitgevoerd kunnen worden, waardoor aanvullende analyses nodig zijn.

6. Spiegelinformatie vooraf delen

Het vooraf beschikbaar stellen van spiegelinformatie is een belangrijke succesfactor gebleken. Hierdoor krijgen deelnemers de kans om hun eigen resultaten te controleren en de spiegelsessie goed voor te bereiden. Het bevordert de discussie als deelnemers vooraf worden gevraagd te reflecteren op hun eigen uitkomsten, zowel op gebieden waar zij goed presteren als op gebieden waar verbetering mogelijk is, zodat zij tijdens de sessie een

onderbouwde toelichting kunnen geven.

Na het opstellen van valide kwaliteitsinformatie met voldoende context en het vooraf delen van deze informatie met de deelnemers, zijn de juiste voorwaarden aanwezig voor een spiegelsessie waarin de nadruk ligt op gezamenlijk leren en het formuleren van leerdoelen.

5. Organiseren en uitvoeren van een spiegelsessie

Een spiegelsessie vormt de kern van collectief leren binnen een Lerend Zorgsysteem. Tijdens een spiegelsessie komen zorgverleners uit verschillende ziekenhuizen, bij voorkeur live, bijeen om kwaliteitsinformatie gezamenlijk te interpreteren, verklaringen voor praktijkvariatie te bespreken en van elkaar te leren. Hierbij is expliciet niet het doel om elkaar te beoordelen, maar om gezamenlijk de kwaliteit van de zorg te verbeteren. De organisatie van de spiegelsessie, de samenstelling van de deelnemers, de manier van modereren en het creëren van een veilig leerklimaat zijn bepalend voor de opbrengst van de bijeenkomst.

1. *Voorbereiding van de spiegelsessie*

Zoals al eerder benoemd, is het voor het draagvlak belangrijk om bij de voorbereiding de inhoudelijke experts al te betrekken. Daarnaast zijn er een aantal logistieke acties nodig, zoals het tijdig uitnodigen van de deelnemers, het regelen van de locatie met de juiste technische voorzieningen en een goede tijdsplanning. Een duidelijke taakverdeling is nodig, omdat voor de organisatie van een spiegelsessie verschillende soorten expertise nodig zijn. Dit maakt de voorbereiding efficiënter en zorgt voor een kwalitatief betere bijeenkomst. Ten slotte dragen structurele financiering en ondersteuning vanuit de wetenschappelijke vereniging bij aan de continuïteit van het collectief leren.

2. *Samenstelling van de deelnemers*

De kwaliteit van een spiegelsessie wordt in belangrijke mate bepaald door de samenstelling van de aanwezige deelnemers. Zo zijn afgevaardigden van verschillende disciplines essentieel om het volledige zorgproces te kunnen bespreken. Een patiëntvertegenwoordiger kan een waardevolle bijdrage leveren door het patiëntperspectief in de discussie te betrekken. Bij zeer gevoelige kwaliteitsinformatie kan de aanwezigheid van externe deelnemers wel invloed hebben op de openheid van de discussie. Voor een effectieve follow-up sessie zijn idealiter dezelfde deelnemers aanwezig als bij de spiegelsessie. Roulatie van deelnemers verankert de kwaliteitsverbetering binnen de vakgroep.

3. *De rol van de moderator*

De moderator speelt een centrale rol tijdens een spiegelsessie. Bij voorkeur heeft de moderator zowel inhoudelijke kennis als vaardigheden op het gebied van procesbegeleiding. Daarnaast is het een voordeel als de moderator voldoende overwicht heeft om de discussie in goede banen te leiden en binnen de groep bekend is, wat de drempel voor open discussie verlaagt. De moderator bewaakt de structuur van de bijeenkomst, stimuleert actieve deelname en zorgt ervoor dat alle deelnemers de gelegenheid krijgen hun ervaringen te delen. Met open vragen stimuleert de moderator de discussie om te komen tot mogelijke verklaringen voor praktijkvariatie en verbetermogelijkheden. De focus ligt daarbij op leren in plaats van elkaar te beoordelen.

4. *Een veilig leerklimaat*

Een open en veilige sfeer tijdens de spiegelsessie vormt een belangrijke voorwaarde om collectief te leren. Zorgverleners moeten zich vrij voelen om niet alleen goede resultaten, maar ook knelpunten en onzekerheden te bespreken. Een veilig leerklimaat kan worden gecreëerd door vooraf afspraken te maken over de vertrouwelijkheid van de gedeelde data en het gezamenlijke doel van kwaliteitsverbetering.

5. *Het definiëren van leerdoelen*

Uiteindelijk is een spiegelsessie pas succesvol als de besproken inzichten worden vertaald naar concrete verbeteracties. Daarom is het belangrijk om tijdens de spiegelsessie de deelnemers al leerdoelen te laten formuleren voor hun eigen ziekenhuis. Het uitwerken van

deze leerdoelen valt buiten de spiegelsessie en kan binnen het eigen ziekenhuis of netwerk gebeuren. Het beleggen van eigenaarschap voor een leerdoel vergroot de uiteindelijke kans op implementatie van verbeterinitiatieven.

6. *Evaluatie van de spiegelsessie*
Het evalueren van de spiegelsessie draagt bij aan de verbetering van de methodiek van de spiegelsessie. Mogelijke onderwerpen van de evaluatie zijn de bruikbaarheid van de kwaliteitsinformatie, de kwaliteit van de discussie, de ervaren veiligheid en de toepasbaarheid van de besproken verbetermaatregelen.

Het opstellen van leerdoelen tijdens een spiegelsessie bevordert de daadwerkelijke implementatie van verbeterinitiatieven, maar resulteert niet automatisch in succes. Het omzetten van leerdoelen in een implementatieplan en vervolgens de implementatie zelf moeten in het eigen ziekenhuis plaatsvinden.

6. Implementatie en evaluatie

De geleerde inzichten en opgestelde verbeterdoelen tijdens de spiegelsessie krijgen pas echt waarde wanneer ze worden vertaald naar concrete implementatieplannen. Dit proces vindt buiten een kwaliteitsregistratie plaats in de ziekenhuizen van de deelnemers aan de spiegelsessie. Door de implementatie te evalueren en resultaten terug te laten komen in vervolgsessies, ontstaat een continue verbetercyclus passend binnen een Lerend Zorgsysteem.

1. *Eigenaarschap en implementatie*
   Implementatie van de tijdens de spiegelsessie opgestelde leerdoelen is primair de verantwoordelijkheid van de deelnemende zorginstellingen. De kwaliteitsregistratie faciliteert het leerproces door kwaliteitsinformatie beschikbaar te stellen en spiegelsessies te organiseren, maar voert verbetermaatregelen niet zelf uit. Daarom is het belangrijk om duidelijk te hebben wie de verbeterpunten oppakt en verantwoordelijk is voor de verdere voortgang. Het kan van meerwaarde zijn dat verbeterinitiatieven aansluiten bij de kwaliteitscyclus van het ziekenhuis, zodat het geen losstaande verbeterprojecten worden.

2. *Best practices*
   Tijdens de spiegelsessie krijgen deelnemers niet alleen inzicht in de eigen resultaten maar ook van collega's. Zo kan er geleerd worden van andere ziekenhuizen die op bepaalde indicatoren beter scoren. Gezamenlijk kan geleerd worden welke aspecten van de zorg succesvol zijn en ook binnen de eigen organisatie gebruikt kunnen worden. Door best practices breder beschikbaar te maken, kan de impact van spiegelsessies verder worden vergroot.

3. *Monitoring van verbeterinitiatieven*
   In de laatste stap van het Lerend Zorgsysteem wordt de impact van de implementatie geëvalueerd door te meten of het doorvoeren van verbeterinitiatieven resulteert in een betere kwaliteit van zorg. Dit kan aan de hand van veranderingen in de scores op kwaliteitsindicatoren. Wanneer een onderwerp in een volgende spiegelsessie wordt herhaald, bijvoorbeeld na één à twee jaar, bieden trendanalyses de mogelijkheid om te evalueren of prestaties zijn verbeterd, gelijk gebleven of verslechterd. De doorlooptijd van de kwaliteitsregistratie bepaalt hierbij hoe lang er minimaal nodig is voordat veranderingen zichtbaar worden in de data.

De basis van een Lerend Zorgsysteem is de continue cyclus van het vastleggen van de praktijk in data en het vergaren van nieuwe kennis, die vervolgens weer terugvloeit in de praktijk. Daarom staat een spiegelsessie niet op zichzelf, maar is het essentieel om de resultaten van geïmplementeerde verbetermaatregelen periodiek terug te laten komen in een volgende spiegelsessie. Het regelmatig organiseren van een spiegelsessie draagt bij aan het verder verbeteren van de zorg door zowel nieuwe onderwerpen te bespreken als eerder ingezette verbeterinitiatieven te blijven evalueren. Zo dragen kwaliteitsregistraties niet alleen bij aan het meten van de kwaliteit van zorg, maar zijn ze ook de basis voor duurzame kwaliteitsverbetering in de zorg.

7. Conclusie

Kwaliteitsregistraties zijn een belangrijk instrument om de kwaliteit van de medisch-specialistische zorg inzichtelijk te maken en continu te verbeteren. Het verzamelen van waardevolle informatie leidt echter niet vanzelfsprekend tot kwaliteitsverbetering. Binnen een Lerend Zorgsysteem ontstaat de grootste meerwaarde als er gezamenlijk geleerd wordt van beschikbare kwaliteitsinformatie. Een spiegelsessie is daarvoor een krachtig middel wanneer zorgprofessionals met elkaar in discussie gaan over praktijkvariatie en de mogelijke verklaringen voor verschillen tussen ziekenhuizen.

Deze blauwdruk beschrijft hoe kwaliteitsinformatie uit kwaliteitsregistraties kan bijdragen aan het gezamenlijk leren en uiteindelijk aan kwaliteitsverbetering. Het proces begint met de selectie van relevante, valide kwaliteitsindicatoren, gevolgd door de analyse, presentatie en interpretatie van kwaliteitsinformatie. Hierna wordt tijdens de spiegelsessie de kwaliteitsinformatie vertaald naar nieuwe inzichten en concrete verbeterdoelen. Door deze verbeterinitiatieven te implementeren, te monitoren en opnieuw te bespreken, ontstaat een continue verbetercyclus, passend binnen een Lerend Zorgsysteem.

De succesvolle organisatie en uitvoering van spiegelsessies worden niet bepaald door één vaste werkvorm, maar door een combinatie van randvoorwaarden: vertrouwen in de kwaliteit van de gegevens, een veilige leeromgeving, betrokken zorgprofessionals, deskundige moderatie en voldoende organisatorische ondersteuning. De succes- en belemmerende factoren die van toepassing zijn op de verschillende aspecten van een spiegelsessie, van voorbereiding, de setting en het format, tot leerklimaat, implementatie en cyclisch leren, zijn samengevat in *Bijlage Tabel 1*.

Deze blauwdruk is ontwikkeld op basis van ervaringen binnen een kwaliteitsregistratie, maar de geleerde lessen zijn breder toepasbaar. Iedere organisatie die kwaliteitsinformatie gebruikt om te leren en te verbeteren kan deze blauwdruk aanpassen aan de eigen context. Het beschrijft hoe kwaliteitsregistraties kunnen bijdragen aan een Lerend Zorgsysteem, waar gegevens uit de dagelijkse praktijk worden omgezet in kennis, gezamenlijk leren en verbeteringen in de zorg. Door deze cyclus voortdurend te herhalen, ontstaat er een duurzame infrastructuur voor continue kwaliteitsverbetering.

8. Referenties

[1] M. J. Taylor, C. Mcnicholas, C. Nicolay, A. Darzi, D. Bell, and J. E. Reed, “Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare”, doi: 10.1136/bmjqs.

[2] T. Foley and L. Vale, “A framework for understanding, designing, developing and evaluating learning health systems,” *Learn. Health Syst.*, vol. 7, no. 1, Jan. 2023, doi: 10.1002/lrh2.10315.

Bijlage

Tabel 1. Bevorderende en belemmerende factoren gerelateerd aan de succesvolle organisatie en uitvoering van spiegelsessies

Thema	Subthema	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
Voorbereiding	**Data-analyse & dashboard**	– Een interactief dashboard is geschikt voor het verkennen van praktijkvariatie tijdens de voorbereiding – Het gebruik van een interactief dashboard tijdens de sessie beantwoordt vragen van deelnemers direct en stimuleert discussie	– Data-analyse is tijdsintensief – Beperkte actualiteit van registratiedata door lange verwerkingstijd kan de relevantie van de analyses verminderen – Vooraf uitgevoerde analyses zijn minder dynamisch en bieden minder diepgang dan een live dashboard – Niet alle gewenste analyses kunnen worden afgeleid uit het dashboard
	Data vooraf delen & valideren	– Data vooraf delen stelt deelnemers in staat deze te controleren, te valideren en vragen voor te bereiden – Vooraf delen voorkomt discussie over patiëntkenmerken, waardoor ruimte ontstaat voor uitwisseling van best practices	—
	Taakverdeling en organisatie	– Een duidelijke taakverdeling (inhoudsexpert, data-analist, projectleider) voorkomt overbelasting van individuele organisatoren	– Capaciteitsbeperkingen: onvoldoende personeel om het gewenste aantal sessies te organiseren
	Financiering	– Externe partijen erkennen de meerwaarde van de sessies en bieden financiering; kostenvrije faciliteiten zijn beschikbaar	—
	Onderwerpkeuze & klinische expertise	– Onderwerpen selecteren op basis van praktijkvariatie – Clinici vroegtijdig betrekken om klinisch relevante onderwerpkeuze te waarborgen	—
	Eigenaarschap	– Samenwerking met wetenschappelijke verenigingen versterkt de sessie	Het balanceren van de betrokkenheid van externe stakeholders met de autonomie van ziekenhuizen kan uitdagend zijn

Setting & format	**Sessieformat**	– Online format verlaagt de drempel, vergroot het bereik en werkt goed voor grote groepen	– Online format belemmert interactie – Online format maakt moderatie lastiger
	Groepsgrootte	Een kleinere groep bevordert een efficiënte sessie en discussie	Zeer grote groepen maken discussie moeilijk te realiseren, met name online
	Samenstelling deelnemers	– Een multidisciplinaire sessie kan waardevol zijn om het volledige zorgpad te adresseren, waarbij alle relevante disciplines vertegenwoordigd zijn – Hoge en consistente deelname en variatie in deelnemers vergroot draagvlak; roulatie van deelnemers verankert kwaliteitsverbetering binnen de vakgroep – Een patiëntvertegenwoordiger levert waardevolle inzichten en draagt bij aan transparantie – Accreditatiepunten trekken deelnemers aan	– Logistiek uitdagend om volledige vertegenwoordiging van centra te realiseren; onvoldoende of niet-representatieve opkomst – De aanwezigheid van een patiëntvertegenwoordiger kan intimiderend zijn voor ziekenhuizen – Een multidisciplinaire registratie vereist een op maat gemaakte aanpak; uiteenlopende onderwerpen kunnen interactie belemmeren
	Onderwerpfocus	– Een beperkt aantal onderwerpen vergroot relevantie en haalbaarheid – Best practices vooraf identificeren	Te veel of te brede onderwerpen verminderen de ervaren relevantie en belemmeren interactie
	Interactieve tools	– Mentimeter/polls stimuleren discussie, leggen verbeteracties vast en bevorderen gelijkwaardige deelname – Paneldiscussies en chirurgische video's stimuleren interactie en diepgang	—
	Schaalbaarheid	– Een afzonderlijke sessie per regio is een optie bij geografisch verspreide zorg – Een gestandaardiseerde aanpak en vaste voorbereidende bijeenkomsten bevorderen schaalbaarheid en tijdsefficiëntie	Schaalbaarheid is lastig wanneer de zorg verspreid is over veel centra/regio's
Leerklimaat	**Moderatie**	– Een moderator met gezag en bekendheid binnen de groep – Discussie activeren via gerichte, centrum-specifieke vragen	– Een moderator zonder voldoende gezag – Een dominante deelnemer/ongelijkwaardige deelname

	Psychologische veiligheid & betrokkenheid	– Een goede sfeer en veilig klimaat bevorderen interactie, enthousiasme en betrokkenheid – Onderlinge bekendheid bevordert een open, veilige sfeer	– Beperkte inbreng van deelnemers – Transparantie is moeilijk te bereiken met veel centra
	Dialoog & reflectie	– Het inrichten van een sessie die dialoog en reflectie stimuleert bevordert constructieve feedback en kennisuitwisseling – Een vaste structuur houdt deelnemers betrokken	Overmatig formaliseren of vastleggen van verbeterpunten kan als dwingend worden ervaren en conflicteren met intrinsieke motivatie
	Acceptatie van datakwaliteit	– De sessie openen met een toelichting op datakwaliteit/analyses voorkomt onnodige discussie en kadert het doel (leren & verbeteren van elkaar in plaats van verklaren van dataverschillen) – Deelnemers staan open voor transparant delen van data en accepteren de uitkomsten	Discussies over datakwaliteit kunnen de aandacht afleiden van het primaire doel van de sessie
	Motivatie van de organisator	Intrinsieke motivatie, een gevoel van bijdrage leveren en inspiratie vanuit succesvolle sessies elders	Een gebrek aan zichtbare/concrete verbetering kan demotiverend werken
Implementatie	**Rol van de organisator**	– Een faciliterende, niet-sturende aanpak bevordert betrokkenheid van centra en eigenaarschap over verbetering – Actieve follow-up door de organisator op actiepunten	Ontbreken van een duidelijk gedefinieerde rol voor de registratieorganisatie bij het ondersteunen van implementatie op ziekenhuisniveau
	Rol van clinici	—	– Tijdsbeperkingen bij specialisten kunnen implementatie belemmeren – Afhankelijkheid van één verantwoordelijke clinicus creëert kwetsbaarheid
	Ziekenhuisorganisatie	Een aangewezen kwaliteitsmedewerker biedt continuïteit, beschikbare tijd en een aanspreekpunt voor implementatie	Verschillen in organisatie tussen ziekenhuizen belemmeren implementatie
	Verspreiding van uitkomsten	– Uitkomsten en best practices delen met een breder netwerk (regio's, wetenschappelijke vereniging, stakeholders) – Succesverhalen motiveren andere centra	—

Cyclisch leren	**Sessie evaluatie**	Een korte evaluatie direct na de sessie levert waardevolle input voor volgende sessies	—
	Follow-upmethode	– Een gestandaardiseerde follow-upprocedure (bijv. na 6 maanden) met gestructureerd vastleggen van verbeteracties, waarmee de registratie inzicht krijgt in daadwerkelijke implementatie – Intrinsiek gemotiveerde deelnemers die zelf follow-up initiëren	– Zonder actieve opvolging neemt de aandacht van de centra voor verbeteringsmaatregelen af – Logistiek uitdagend om dezelfde deelnemers opnieuw bijeen te brengen – Het ontbreken van een standaardaanpak voor follow-up – Zonder gestructureerde follow-up ontbreekt bij de registratie het inzicht in of verbeterplannen zijn geïmplementeerd
	Sessiefrequentie	Een reguliere cyclus (bijv. tweemaal per jaar) creëert continuïteit en de mogelijkheid om te reflecteren op vorige sessies	– De ideale frequentie komt niet overeen met de beschikbare capaciteit – Beperkte meerwaarde wanneer een onderwerp wordt herhaald zonder dat er nieuwe data beschikbaar zijn
	Terugkerende onderwerpen	– Thema's over de tijd herevalueren met jaarlijkse trendanalyses – Best practices identificeren en presenteren	Het ontbreken van een duidelijke best practice of van terugkerende onderwerpen beperkt het inzicht in implementatie