



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2007.
De gegevens mogen met bronvermelding (Michel
Dückers, Cordula Wagner, *Evaluatie Sneller Beter pijler
3: het interne vliegwiel*, NIVEL 2007) worden gebruikt.

U vindt dit rapport en alle andere NIVEL-publicaties in
PDF-format op www.nivel.nl

Evaluatie Sneller Beter pijler 3: het interne vliegwiel

De stand van zaken in de eerste acht ziekenhuizen na twee jaar deelname

Michel Dückers
Cordula Wagner



ISBN 978-90-6905-866-5

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2007 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Woord vooraf	7
1 Samenvatting bevindingen	9
1.1 Inleiding	9
1.2 Het ‘interne vliegwiel’ van Sneller Beter pijler 3	9
1.3 Evaluatie van het interne vliegwiel	10
1.4 Duurzame verspreiding: organisatorisch besturingsmodel	10
1.5 Interne verspreiding	12
1.5.1 Verspreiding van verbeterprojecten	12
1.5.2 Verspreiding van Doorbraakcompetenties	13
1.5.3 Verspreiding van resultaten	14
1.6 Voorwaarden voor duurzame verspreiding	15
1.6.1 Algemene lessen na vergelijking van gegevensbronnen	15
1.6.2 Basisregels voor verspreiding	15
1.7 Toekomst	17
DEEL I Het interne vliegwiel	19
2 Sneller Beter pijler 3 en het interne vliegwiel	21
2.1 De drie pijlers van Sneller Beter	21
2.2 De derde pijler: het implementatieprogramma	21
2.3 Wat de programmamakers van het vliegwiel verwachten	23
3 Onderzoeksopzet	25
3.1 Inleiding	25
3.2 Onderzoeksvragen	25
3.3 Dataverzameling en methoden	26
3.3.1 Interne programmacoördinator	26
3.3.2 Medisch specialisten	27
3.3.3 Management	28
3.3.4 Centrale database	29
3.4 Verantwoording	29
DEEL II Besturingsmodel	31
4 Borging en verspreiding: een besturingsmodel als toetssteen	33
4.1 Inleiding	33
4.2 Duurzame verspreiding van werkwijzen, competenties en resultaten	33
4.2.1 Werkwijzen	33
4.2.2 Competenties	34
4.2.3 Resultaten	35
4.3 De verbeterinfrastructuur	35
4.3.1 Voorwaarden uit de literatuur voor implementatie, borging en verspreiding	35

4.3.2	Kwaliteitscyclus en resultaatgericht management	36
4.4	Kernkenmerken van het besturingsmodel	38
5	Borging en verspreiding: aanpak in de ziekenhuizen	41
5.1	Inleiding	41
5.2	Algemene borgings- en verspreidingstrategie	41
5.2.1	Wat ziekenhuizen doen in het kader van borging	41
5.2.2	Wat ziekenhuizen doen in het kader van interne verspreiding	42
5.3	Invulling van de verantwoordingsrelatie van het besturingsmodel	43
5.3.1	Afspraken en normen	43
5.3.2	Meetroutine en terugkoppeling	45
5.4	Invulling van de ondersteuningsrelatie van het besturingsmodel	47
5.4.1	Trainen van medewerkers op nieuwe projectlocaties	47
5.4.2	Ontwikkeling van informatiesystemen: moeilijk, maar duidelijk vooruitgang	49
5.5	Voornaamste bevindingen	50
DEEL III	Duurzame verspreiding	51
6	Verspreiding van werkwijzen, competenties en resultaten	53
6.1	Inleiding	53
6.2	De verspreiding van verbeterprojecten	53
6.2.1	Complicaties bij het vaststellen van de verspreidingsintensiteit	53
6.2.2	Twee verspreidingsmaten	54
6.2.3	Relatie tussen verspreidingsmaten	56
6.3	Verbeterprojecten op basis van kwaliteitscycli: gangbaarheid binnen de ziekenhuizen	57
6.3.1	Ervaring met de Doorbraakmethode	57
6.3.2	Wanneer spreekt men in de ziekenhuizen van een Sneller Beter project?	57
6.3.3	Ervaren geschiktheid en toepasbaarheid van de Doorbraakmethode	58
6.4	Resultaten van het tweede jaar	60
6.4.1	Resultaten per projecttype uit de centrale database	60
6.4.2	Resultaten per ziekenhuis uit de centrale database	62
6.4.3	Resultaten per ziekenhuis volgens de interne programmacoördinator	63
6.4.4	Opbrengsten van de projecten volgens medisch specialisten	64
6.5	Voornaamste bevindingen	66
7	Succes- en faalfactoren	69
7.1	Inleiding	69
7.2	Opschalingintensiteit en mate van succes	69
7.2.1	Aantallen projecten en beschikbare resultaten uit de centrale database	69
7.2.2	Gepercipieerde mate van succes	71
7.3	Verklaringen voor de opschaling en de mate van (gepercipieerd) succes	72
7.4	Verdere verbeteringsmogelijkheden per project en ziekenhuis	75
7.5	Voornaamste bevindingen en interpretatie daarvan	76
	Begrippenlijst	79

Literatuurlijst	85
Bijlage: verklaringen voor de mate van de succes van de verbeterprojecten	87

Woord vooraf

Deze rapportage maakt deel uit van het onafhankelijke evaluatieonderzoek naar de voortgang, effecten en succes- en faalfactoren van het implementatieprogramma van Sneller Beter: de derde pijler. Sneller Beter pijler 3 is gericht op de implementatie, borging en verspreiding van verbeterprojecten in de 24 deelnemende ziekenhuizen. Het programma wordt uitgevoerd in drie groepen van acht ziekenhuizen. Iedere groep neemt twee jaar deel en voert in die periode onder externe begeleiding verschillende verbeterprojecten uit. Een van de programmadoelen is de ontwikkeling van een zogenoemd intern 'vliegwiel' gericht op borging en verspreiding van bereikte resultaten en brede inzet van opgebouwde competenties in de ziekenhuizen. Aangenomen wordt dat verbeterprojecten en innovaties daardoor in de toekomst sneller organisatiebreed kunnen worden geïmplementeerd.

In dit rapport wordt ingegaan op de stand van zaken met betrekking tot het beoogde vliegwiel in de eerste groep van acht ziekenhuizen na twee jaar deel te hebben genomen aan het programma. Centraal daarbij staan de gerealiseerde mate van borging en verspreiding en de maatregelen die partijen in de ziekenhuizen in dat verband hebben getroffen.

Verschillende partijen in de ziekenhuizen hebben aan de totstandkoming van deze rapportage bijgedragen. Dank is in het bijzonder verschuldigd aan de interne programmacoördinatoren van ieder ziekenhuis. Dat geldt evenzeer voor de managers en medisch specialisten die hebben meegewerkt aan de dataverzameling.

De onderzoekers zijn bijgestaan door een wetenschappelijke begeleidingscommissie onder voorzitterschap van prof. dr. C. Spreeuwenberg van de Universiteit Maastricht. De begeleidingscommissie van het evaluatieonderzoek bestaat verder uit: prof. dr. K. Sanders (Universiteit Twente) en drs. M. de Wit (Reumapatiëntenbond).

Utrecht, juli 2007

1 Samenvatting bevindingen

1.1 Inleiding

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de organisatorische ontwikkeling en verspreiding van verbeterprojecten in acht ziekenhuizen die twee jaar hebben deelgenomen aan het implementatieprogramma van Sneller Beter. Ook is gezocht naar informatie over de succes- en faalfactoren voor de borging en verspreiding van nieuwe werkwijzen en resultaten.

Dit eerste hoofdstuk biedt een samenvattend overzicht van de studie en de voornaamste bevindingen. Specifieke detail- en achtergrondinformatie is uitgewerkt in de overige hoofdstukken:

DEEL I – Programma en evaluatie

Hoofdstuk 2: Opzet van het implementatieprogramma; betrokken partijen, doelen en ambities

Hoofdstuk 3: Onderzoeksmethode; onderzoeksvragen, gegevensbronnen en werkwijzen

DEEL II – Besturingsmodel

Hoofdstuk 4: Besturingsmodel: toetsingskader voor borging en verspreiding

Hoofdstuk 5: Organisatieverandering; hoe ziekenhuizen invulling geven aan borging en verspreiding

DEEL III – Verklaringen voor duurzame verspreiding

Hoofdstuk 6: Implementatie en verspreiding na twee jaar

Hoofdstuk 7: Succes- en faalfactoren voor implementatie, borging en verspreiding

1.2 Het ‘interne vliegwiel’ van Sneller Beter pijler 3

In 2004 is een eerste groep van acht ziekenhuizen gestart als deelnemer aan het Sneller Beter programma. Deelnemende ziekenhuizen voeren projecten uit om diverse verbeteringen op het vlak van patiëntenlogistiek en patiëntveiligheid te realiseren. Voorbeelden hiervan zijn het terugdringen van doorligwonden en de toegangstijd tot poliklinieken. Gedurende twee jaar hebben deze ziekenhuizen ondersteuning en begeleiding ontvangen vanuit het implementatieprogramma. Twee hoofddoelen stonden centraal:

- het realiseren van aanzienlijke en aansprekende prestatieverbeteringen op de gebieden patiëntenlogistiek en patiëntveiligheid voor patiënten en zorgverleners;
- het nemen van maatregelen gericht op interne verspreiding van resultaten en brede inzet van opgebouwde competenties (Consortium 2004).

Dit laatste wordt ook wel het ‘vliegwiel’ genoemd. Van deelnemende ziekenhuizen wordt verwacht dat zij een verbeterinfrastructuur tot stand brengen. Het idee is dat de ziekenhuizen daardoor in toekomst beter in staat zijn veelbelovende methoden en werkwijzen te testen en vervolgens duurzaam te verspreiden binnen de organisatie. In het tweede jaar maken zij een begin met de interne verspreiding van de verbeterprojecten die in het eerste jaar zijn uitgevoerd. – *In paragraaf 2.1 is meer informatie te vinden over de opzet van het verbeterprogramma en de doelen per aandachtsgebied. In paragraaf 2.2 wordt dieper ingegaan op de betekenis van het vliegwiel voor het programma.*

1.3 Evaluatie van het interne vliegwiel

Inmiddels is de deelnameperiode van de eerste groep afgesloten. Het NIVEL heeft onderzoek gedaan naar de stand van zaken rondom de borging en verspreiding van de projecten. Het gaat om een onafhankelijk evaluatieonderzoek dat is uitgevoerd in samenwerking met het EMGO-Instituut en het onderzoeksinstituut Caphri. In dit rapport staan de werkwijzen en bevindingen naar aanleiding van de evaluatie van interne vliegwiel centraal.

Onderzoeksvragen

De primaire onderzoeksvragen zijn:

1. Hoe ziet de verbeterinfrastructuur in de ziekenhuizen er na twee jaar deelname uit?
2. In hoeverre is het resultaatgericht kwaliteitsmanagement ingebed in strategie en beleid van het ziekenhuis?
3. In welke mate zijn de werkwijzen, competenties en resultaten van de projecten van het eerste jaar verder opgeschaald?
4. Welke succes- en faalfactoren spelen een rol bij de borging en verspreiding van de verbeterprojecten?

Methoden

Aan het onderzoek namen acht ziekenhuizen deel. In ieder ziekenhuis zijn interviews gehouden met de interne programmacoördinator (IPC). Dat is de medewerker die het beste op de hoogte is van de uitvoeringspraktijk, de resultaten, bevorderende factoren en eventuele knelpunten. Aan de interne programmacoördinator is gevraagd een aanvullende vragenlijst in te vullen. Ook is gebruik gemaakt van vragenlijsten die aan het einde van het eerste jaar zijn ingevuld door projectleiders in de ziekenhuizen. Er zijn vragenkaarten uitgezet onder managers en medisch specialisten van de 17 meest voorkomende specialismen. Verder is geput uit een centrale database waarin projectresultaten van de eerste twee jaar zijn opgenomen. – *Onderzoeksmethoden en gegevensbronnen zijn uitvoeriger beschreven in hoofdstuk drie.*

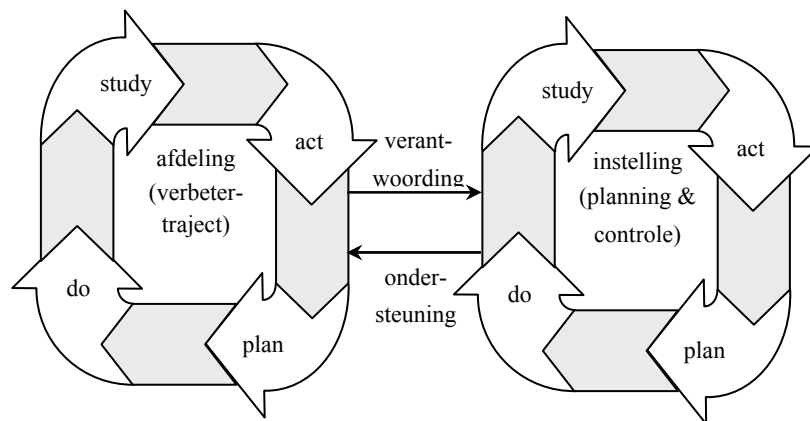
1.4 Duurzame verspreiding: organisatorisch besturingsmodel

De studie geeft inzicht in de manier waarop de ziekenhuizen de implementatie, borging

en verspreiding hebben aangepakt. In het kader van de Sneller Beter verbeterprojecten nemen multidisciplinaire projectteams maatregelen om bijvoorbeeld het percentage doorligwonden of de toegangstijd tot poliklinieken te verminderen. Het effect van die maatregelen wordt nagegaan door toepassing van een kwaliteitcyclus: de zogenoemde plan-do-study-act-cyclus van het Nolan-model (Langley *et al.* 1996). Het model telt vier fasen. Na het stellen van een concreet kwaliteitsdoel (plan), volgt een interventiefase gebaseerd op het verrichten van metingen of het toepassen van evidence based richtlijnen (do). De interventiefase wordt weer gevolgd door een soort van herbezinning op het doel (study) en (zodanig) gepaste maatregelen (act). Omdat de vier fasen idealiter steeds opnieuw worden doorlopen na de act-fase is sprake van een cyclus.

Uit het onderzoek blijkt dat er in ziekenhuizen een besturingsmodel tot stand komt waarbij de stappen van de kwaliteitcyclus ook op instellingsniveau wordt toegepast voor de borging en verspreiding van verbeterprojecten op afdelingsniveau (figuur 1.1). Het komt erop neer dat ziekenhuisdirecties concrete doelen en normen opnemen in beleidsstukken zoals kaderbrieven. Met de leiding van de zorgeenheden/divisies worden prestatieafspraken gemaakt over diezelfde normen. Normen zijn vertaald naar meetbare indicatoren. Gemiddeld koppelen afdelingshoofden vier keer per jaar terug naar de organisatieleiding over de mate waarin aan de normen is voldaan.

Figuur 1.1 Samenspel tussen kwaliteitscycli op instelling- en afdelingsniveau



Twee basisvoorwaarden voor het besturingsmodel: zelfinzicht en ondersteuningsbronnen

Zelfinzicht en ondersteuningsbronnen vormen de grondslag van het besturingsmodel.

Zelfinzicht of 'weten wat er intern gebeurt' ontstaat dankzij de aanwezigheid van meetbare doelen en een bijbehorend systeem om de voortgang in het oog te kunnen houden. Dit is van belang voor zowel de uitvoering van projecten, als om resultaten te kunnen verantwoorden. In de onderzochte ziekenhuizen zijn stappen gezet om 'het weten' te bevorderen. In ieder ziekenhuis is voortgang geboekt in de ontwikkeling van informatiesystemen die snel een accuraat en actueel inzicht bieden in de stand van zaken in afdelingen en zorgketens. De ondervraagden benadrukken dat er vooruitgang is geboekt, maar de ontwikkeling is tijdrovend en vergt standaardisatie. Het is een doorlopend proces waarin steeds nieuwe indicatoren kunnen worden opgenomen. Uit de ziekenhuizen komen signalen dat het belang dat wordt gehecht aan indicatoren als sturingsinformatie, sneller is toegenomen dan de technologische mogelijkheden om de gewenste gegevens daadwerkelijk op korte termijn te genereren.

Naast de inzicht verschaffende systemen – ook wel dashboards of cockpits genoemd – is er een tweede basisvoorwaarde: *ondersteuningsbronnen*. Daaronder vallen de overdracht van inhoudelijke en methodische kennis over verbetermethode en -maatregelen. Maar ook de beschikbaarheid van voldoende mensen en tijd, draagvlak onder professionals, ICT en andere hulpmiddelen (Dückers *et al.* 2006). Het bieden van ondersteuning is een taak van het ziekenhuismanagement. De haalbaarheid van normen wordt groter naarmate de organisatieleiding medewerkers op afdelingsniveau voldoende toerust. In de eerste acht ziekenhuizen is in het tweede jaar gewerkt met ervaringsdeskundigen of experts per Sneller Beter onderwerp. Kennis en ervaringen naar aanleiding van eerdere verbeterprojecten en het trainingsaanbod van het programma, worden door hen doorgegeven. In het eerste jaar lag de ondersteunende en adviserende rol voornamelijk bij de adviseurs van het programma. Uit de interviews blijkt dat sommige ziekenhuizen de aanpak kopiëren en zelf trainingsbijeenkomsten organiseren. Andere ziekenhuizen instrueren medewerkers op de werkvloer.

Borgingsstrategie

Bij borging gaat het erom dat werkwijzen en resultaten een structureel karakter krijgen. De borgingsstrategie kan niet los worden gezien van het besturingsmodel. Ziekenhuizen zetten bij de borging van nieuwe werkwijzen en resultaten voornamelijk in op twee zaken. Ten eerste wordt benadrukt dat afdelingen moeten *blijven doorgaan met metingen*. Ten tweede is er de *verantwoordingsplicht*. Afdelingen moeten meerdere keren per jaar verantwoording afleggen over bereikte resultaten. Borging draait om routine. Het blijvend verrichten van metingen, gecombineerd met een verantwoordingsplicht, wordt bevorderend geacht voor deze routine. – ***In deel II van dit rapport wordt de praktijk van het besturingsmodel in Sneller Beter ziekenhuizen afgezet tegen een toetsingskader. Het toetsingskader is gebaseerd op theorie en programmadocumenten.***

Antwoord op de eerste twee onderzoeksvragen: verbeterinfrastructuur en kwaliteitsmanagement

Na twee jaar hebben de deelnemende ziekenhuizen hun organisatie verder ingericht volgens een besturingsmodel dat erop is gebaseerd:

- *toe te zien dat afdelingen voldoen aan specifieke door de organisatieleiding vastgestelde kwaliteitsdoelen;*
- *afdelingen in staat te stellen volgens deze normen te handelen.*

Binnen de ziekenhuizen is men van plan om door te gaan met de ingezette koers. Het besturingsmodel leent zich om verder te worden uitgebreid met nieuwe normen en indicatoren. De verbeterinfrastructuur biedt daarmee mogelijkheden voor een resultaatgericht kwaliteitsmanagement, dat door ziekenhuispartijen als uitgangspunt kan worden gehanteerd bij de interne borging en verspreiding van verbeterprojecten.

1.5 Interne verspreiding

1.5.1 Verspreiding van verbeterprojecten

De verbeterprojecten zijn binnen het Sneller Beter programma belangrijke instrumenten

om de patiëntveiligheid en patiëntenlogistiek te optimaliseren. Navraag onder interne programmacoördinatoren leert dat zij onder een Sneller Beter project verstaan: een project gericht op een van de programma onderwerpen dat wordt uitgevoerd volgens de Doorbraakmethode. Zes projecttypen zijn gebaseerd op de Doorbraakmethode en genoemd naar het bijbehorende projectdoel: decubitus (DEC), medicatieveiligheid (MV), OK oké (OK), postoperatieve wondinfecties (POWI), procesherinrichting (PHI) en werken zonder wachtlijst (WZW). Een zevende Sneller Beter project is gericht op het tot stand brengen van een systeem van veilig incident melden (VIM).

Diverse bronnen geven aan dat er 300 Doorbraakprojecten zijn gestart in het tweede jaar. In het eerste jaar ging het om ruim 100 projecten. Het blijkt dat WZW in zeven van de acht ziekenhuizen in de top drie van meest uitgevoerde projecten terugkeert. Het DEC-project zit in de top drie in zes van de acht ziekenhuizen, het is drie keer ziekenhuisbreed uitgevoerd (in een ziekenhuis al in het eerste jaar). In vijf ziekenhuizen behoort MV tot de top drie, waarbij MV-AS in één instelling ziekenhuisbreed is uitgevoerd, in een ander ziekenhuis geldt dat voor MV-BT.¹ Ook PHI zit in de top drie van vijf ziekenhuizen. In twee ziekenhuizen is PHI ziekenhuisbreed toegepast. In één van hen gaat dat ook op voor POWI. – *De mate waarin de projecten zijn verspreid is beschreven in paragraaf 6.2.*

Participatie door medisch specialisten

Uit een peiling onder medisch specialisten van 17 specialismen van ieder ziekenhuis blijkt dat gemiddeld 72% van de medisch specialisten in het jaar voorafgaand aan de peiling heeft deelgenomen aan minimaal één Doorbraak- of VIM-project. Dit percentage varieert per ziekenhuis en loopt uiteen van 43 tot 89%. Gelet op de lage respons in sommige ziekenhuizen (17-50%) zijn de resultaten waarschijnlijk niet representatief voor ieder ziekenhuis. – *Zie paragraaf 6.2.*

1.5.2 Verspreiding van Doorbraakcompetenties

Het onderzochte implementatieprogramma is gericht op organisatiebrede verspreiding van werkwijzen en resultaten. Implementatie volgens de Doorbraakmethode vereist bepaalde competenties. – *Zie subparagraaf 3.2.2.* Interne programmacoördinatoren en managers wijzen erop dat activiteiten waarin dergelijke competenties besloten zijn, op de meeste afdelingen worden toegepast. Ziekenhuizen verschillen in de mate waarin het gebruikelijk is dat activiteiten worden toegepast op de afdelingen. Meer dan de helft van de managers geeft aan dat men op de meeste afdelingen resultaatmetingen verricht. Zodra gegevens over resultaten voorhanden zijn, geeft bijna 80% van de managers aan dat de meeste afdelingen deze informatie gebruiken als input voor verdere verbetering. Ten aanzien van Doorbraakcompetenties is er geen sprake van een volledig uniforme visie en aanpak. Enkele ziekenhuizen vinden het bijvoorbeeld niet van belang dat medewerkers op de werkvloer worden getraind in de verbetermethode. Ook gunnen verschillende interne programmacoördinatoren zichzelf enige mate van vrijheid in de vertaalslag van project naar de context waar het wordt uitgevoerd. Onduidelijk is om

¹ Medicatieveiligheid valt uiteen in verschillende subtypen. Antibiotica switch is gericht op reductie van overbodige intraveneuze antibioticatoediening (MV-AS), andere projecten zijn gericht op reductie van postoperatieve pijn (MV-PP), medicatieoverdracht (MV-MO) en onnodige bloedtransfusies (MV-BT).

hoeveel vrijheid het gaat en hoeveel van de oorspronkelijke projectopzet intact blijft in verspreidingsaanpak. Ziekenhuizen die aangeven niet veel waarde te hechten aan het trainen van medewerkers in toepassing van verbetermethoden, zijn vooral gericht op verspreiding van interventies behorend tot de diverse projecten. Dit sluit aan op de bevinding dat de interne programmacoördinatoren de Doorbraakmethode toepasbaar en van praktische waarde beschouwen, al weegt de geïnvesteerde tijd volgens hen niet altijd op tegen de resultaten. – *Zie paragraaf 6.3.*

1.5.3 Verspreiding van resultaten

De centrale database bevat resultaatgegevens van meerdere tweedejaarsprojecten. Tussen het consortium en de ziekenhuizen is de afspraak gemaakt dat alleen de projecten die worden ondersteund vanuit het implementatieprogramma gegevens hoeven aan te leveren aan de centrale database. Van de 300 genoemde projecten zijn in de database 92 records met meetgegevens van projecten terug te vinden. Daarvan bevatten er 65 voldoende bruikbare gegevens om een resultaat te berekenen. Het aantal bruikbare records per ziekenhuis varieert sterk. Bij ongeveer 40 records is sprake van een positieve verandering, circa 20 records laten een negatieve verandering zien.

Van de ondervraagde medisch specialisten is 89% van mening dat de projecten waaraan zij deelnamen iets hebben opgeleverd, maar gezien de lage respons in sommige ziekenhuizen moet dit resultaat met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. In circa de helft van de reacties gaat het om een verbetering ten aanzien van de SMART-doelstelling (DEC, MV, OK, PHI en WZW). Bij POWI wordt meer gesproken over organisatorische en procesmatige verbeteringen. In het geval van VIM is ervoor gekozen een toename in het aantal meldingen en het leren op basis daarvan, zowel tot een verbetering ten aanzien van het SMART-doel als een organisatorische verbetering te beschouwen. Daarom is meer dan 90% van de reacties in beide categorieën in te delen. – *Zie voor de resultaten paragraaf 6.4.*

Antwoord op de derde onderzoeksvraag: interne verspreiding

In twee jaar tijd zijn er 400 Doorbraakprojecten opgestart, 100 in het eerste jaar, 300 in het tweede jaar. Van de ondervraagde medisch specialisten geeft 72% aan tenminste aan één verbeterproject te hebben deelgenomen. Interne programmacoördinatoren en managers wijzen erop dat activiteiten waarin competenties van de Doorbraakmethode besloten liggen, op de meeste afdelingen worden toegepast. Onduidelijk is hoeveel van de oorspronkelijke projectopzet intact blijft in de verspreidingsaanpak van de ziekenhuizen; men geeft aan de basisstructuur van de projecten niet strak te hanteren.

Van ongeveer 60 records met projectmetingen (centrale database) zijn voldoende gegevens beschikbaar om resultaten te berekenen. Bij circa 40 records gaat het om een verbetering, bij 20 om een verslechtering. 89% van de ondervraagde medici vindt dat projecten waaraan zij deelnamen iets hebben opgeleverd.

1.6 Voorwaarden voor duurzame verspreiding

1.6.1 Algemene lessen na vergelijking van gegevensbronnen

In meerdere gegevensbronnen is gezocht naar verklarende factoren voor implementatie, borging en de interne verspreiding van Sneller Beter projecten. Daarbij is de opvatting van de interne programmacoördinator van ieder ziekenhuis over de meest en minst succesvolle projecten als insteek gebruikt. Aangenomen wordt dat de interne programmacoördinator het meeste inzicht heeft in de voortgang, effecten en eventuele knelpunten rondom de projecten in het eigen ziekenhuis. Na analyse van de beschikbare bronnen kunnen twee conclusies worden getrokken:

Interne programmacoördinator blijkt goed geïnformeerd

Terugkijkend blijkt dat het oordeel van interne programmacoördinatoren over de minst en meest succesvolle projecten sterk samenhangt met:

- de mate waarin de desbetreffende projecten zijn verspreid;
- het oordeel van medisch specialisten over de projectopbrengst;
- het oordeel (rapportcijfer) van projectleiders in de ziekenhuizen over de projecten van het eerste jaar (ontleend aan de evaluatie van het eerste jaar; zie Dückers *et al.* 2006);
- de aanwezigheid van bruikbare gegevens in de centrale database over de resultaten van de projecten in beide jaren van deelname.

Succes is zichtbaarder dan falen

Opvallend is verder dat er aantoonbaar minder gegevens (vragenlijsten, gegevens uit de centrale database) voorhanden zijn van de als minst succesvol aangemerkte projecten dan van de succesvolste projecten. Gebrek aan succes is minder zichtbaar, dit bemoeilijkt het zoeken naar verklaringen. Het betekent ook dat de resultaten in dit rapport waarschijnlijk enigszins vertekend zijn en een te positief beeld schetsen. – **Beide conclusies zijn nader toegelicht in paragraaf 7.3.**

1.6.2 Basisregels voor verspreiding

Op basis van verzamelde gegevens lijkt de verspreiding van verbeterprojecten in de acht ziekenhuizen vooral te kunnen worden verklaard aan de hand van twee basisregels:

1. Verspreiding over geschikte geachte afdelingen, patiëntengroepen, zorgpaden of poliklinieken is waarschijnlijker zodra cruciale sleutelfiguren (medici, verpleegkundigen, stafmedewerkers, managers) enthousiast zijn over het project.
2. Waarbij het enthousiasme weer afhankelijk is van de mate waarin het project:
 - leidt tot duidelijke resultaten of waardevolle inzichten;
 - niet indruist tegen belangen van de betrokkenen;
 - door medewerkers ‘eenvoudig’ toepasbaar is op de beoogde locaties en patiëntgroepen (onder meer dankzij de inzetbaarheid van benodigde ondersteuningsbronnen).

Hieronder volgen enkele voorbeelden ter illustratie. – *Ontleend aan hoofdstuk 7 en bijlage.*

- Bij DEC en MV (antibiotica switch en postoperatieve pijn) is aan beide basisregels voldaan. Het zijn overzichtelijke, planbare onderwerpen waar relatief veel geschikte locaties voor te vinden zijn. Sleutelfiguren zijn enthousiast, er zijn geen belangentegenstellingen bekend en metingen van projectresultaten – voor zover beschikbaar – laten over het algemeen een positieve verandering zien. In één ziekenhuis is de financiële besparing die de vermindering van onnodige intraveneuze antibiotica heeft opgeleverd, gebruikt om werkwijzen ziekenhuisbreed toe te passen. Van het bedrag kon de inzet van de ziekenhuisapotheker worden bekostigd.
- Bij DEC, MV-AS en MV-PP zijn betrokkenen eerder tevreden over de toepasbaarheid, aansluiting op de visie van afdeling of ziekenhuis, training van het projectteam en het leiderschap van de Raad van Bestuur. Ook voor WZW gaat dit op, met het verschil dat éénmalige meerproductie afhankelijk is van het samenspel tussen ziekenhuis en omgeving waaronder zorgverzekeraar.
- Tegenover het succes van antibiotica switch staat een moeizaam MV-project in een ander ziekenhuis waar vergeefse pogingen zijn ondernomen om de medicatieoverdracht te verbeteren. Dat het project is vastgelopen in verband met ICT problemen geeft aan dat de voorwaarden voor implementatie en verspreiding onvoldoende aanwezig waren.
- Een probleem bij POWI was dat het (te) lang duurde voor er waarneembare resultaten voorhanden waren. Een interne programmacoördinator: ‘Het duurde twee jaar voor er een resultaat was. Mensen worden daar niet enthousiast van.’
- Vanwege het beperkte aantal verspreidingslocaties – operatiekamers – is verdere interne verspreiding van OK-projecten eigenlijk niet aan de orde. Los hiervan is er reden om aan te nemen dat verspreiding naar andere ziekenhuizen niet vanzelf zal gaan. Vaststaat namelijk dat uitvoering van het project tot weerstand heeft geleid onder medisch specialisten. Bovendien werkten collega’s op de afdelingen volgens projectleiders in de ziekenhuizen onvoldoende mee.
- Bij PHI’s zijn meerdere afdelingen met uiteenlopende belangen betrokken. In de praktijk bestaat het risico dat belangen moeilijk te verenigen zijn.

Antwoord op de vierde onderzoeksvraag: succes- en faalfactoren voor interne verspreiding

Om succesvol gebleken verbeterprojecten op nieuwe locaties uit te kunnen voeren is het van belang dat sleutelfiguren overtuigd zijn van nut en meerwaarde. De kans daarop is groter naarmate projectresultaten duidelijk zichtbaar zijn/het project waardevolle nieuwe inzichten oplevert. De kans is kleiner zodra sprake is van strijdige belangen onder betrokkenen. Aanwezigheid van de juiste ondersteuningsbronnen blijft een basisvoorwaarde (denk aan tijd, middelen, aandacht, steun vanuit de organisatieleiding, ICT en bruikbare meetinstrumenten). Meetbare resultaten zijn cruciaal voor de werking van het besturingsmodel voor borging en verspreiding.

1.7 Toekomst

Succesvolle implementatie, borging en verspreiding vereist samenhang tussen de strategische koers, ondersteunende systemen en uitvoeringsprocessen (Dückers & Wagner 2005). Het in dit rapport beschreven besturingsmodel sluit daar op aan. Het besturingsmodel is enerzijds gebaseerd op het centraal vaststellen van normen en het voorzien in hulpmiddelen die medewerkers op de afdelingen in staat stelt de norm te bereiken. Anderzijds op de aanwezigheid van informatiebronnen waarmee de stand van zaken getoetst kan worden aan de norm.

Een kanttekening is dat vooralsnog niet kan worden vastgesteld of de hiervoor beschreven aanpak daadwerkelijk de tijd die nodig is om nieuwe evidence based werkwijzen te implementeren, zal verkorten. Verondersteld wordt dat wanneer er voldoende sturingsinformatie voorhanden is, dit professionals er toe aanzet om een mogelijke kloof tussen de feitelijke situatie en de norm te dichten.

In de ziekenhuizen worden verschillende verspreidingsbenaderingen gehanteerd. Een interne programmacoördinator gaf bijvoorbeeld aan dat aan de opschaling van WZW een ‘centrale overweging’ ten grondslag ligt: ‘Gij zult WZW doen, gij zult streven naar een wachttijd minder dan een week’. Zodra een interne programmacoördinator aangeeft dat een bepaalde pilot heeft gewerkt en dat deze daarom overal dient te worden uitgevoerd, dan is sprake van een top down benadering. Elders kiezen ziekenhuizen juist vooral voor bottom up initiatieven. Ook wordt een mengvorm gehanteerd: afdelingen krijgen eerst de kans om het zelf te doen en als er na verloop van tijd niets gebeurt, dan is men van plan meer dwingend op te treden.

Evident is dat ziekenhuizen door deel te nemen aan het implementatieprogramma gedwongen zijn om weloverwogen maatregelen te nemen voor de borging en verspreiding van geïmplementeerde projecten. Ze zijn extra gestimuleerd om systemen in het leven te roepen die hen in staat stellen actuele indicatorgegevens te gebruiken voor de bedrijfsvoering. De onderzochte ziekenhuisorganisaties zijn na twee jaar Sneller Beter inderdaad verder ontwikkeld in lijn met het besturingsmodel.

Een beperking van de studie is dat het tot dusver niet mogelijk is om te beoordelen of de gesignaleerde ontwikkelingen een gevolg zijn van de deelname aan het implementatieprogramma. Er zijn namelijk uitsluitend deelnemende ziekenhuizen onderzocht. In een latere fase van het evaluatieonderzoek wordt nagegaan of niet deelnemende ziekenhuizen voor- en achteraf wezenlijk verschillen van Sneller Beter ziekenhuizen. Ook de effectiviteit van het besturingsmodel zal later nader worden onderzocht. Dat wil zeggen, of ziekenhuizen die werken volgens het besturingsmodel er beter in slagen innovatieve werkwijzen ziekenhuisbreed te implementeren en een hogere kwaliteit van zorg leveren dan andere ziekenhuizen.

Interne programmacoördinatoren geven tijdens interviews aan dat zij volgens het besturingsmodel ook bij nieuwe onderwerpen projecten kunnen en willen uitvoeren zoals valincidenten en ondervoeding. Eerst met pilots, later op alle geschikte afdelingen. De verwachting is dan ook dat men doorgaat op de ingeslagen weg. Hierop aansluitend geldt dat zowat alle ondervraagde managers verdere verbetermogelijkheden zien. Gemiddeld ziet meer dan de helft van de managers verbeterkansen bij MV, PHI en VIM. De minste mogelijkheden worden gezien bij DEC en POWI.

Een van de interne programmacoördinatoren wijst erop ‘dat het nog even zal duren voor de sturingsstructuur helemaal op orde is’. Afgaande op de in dit rapport gepresenteerde bevindingen kan niettemin worden gesteld dat het beoogde vliegwiel op gang is gebracht.

DEEL I Het interne vliegwiel

Implementatieprogramma en evaluatieonderzoek

2 Sneller Beter pijler 3 en het interne vliegwiel

2.1 De drie pijlers van Sneller Beter

Sneller Beter is een initiatief van het ministerie van VWS, de Orde van Medisch Specialisten, de NVZ vereniging van ziekenhuizen en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Het programma omvat drie pijlers.

1. In het kader van de eerste pijler is in de periode 2003-2006 vooral gewerkt aan bewustwording, kennisontsluiting en kennisverspreiding. Op relevante aspecten van kwaliteit, innovatie en doelmatigheid zijn activiteiten ondernomen en bijeenkomsten georganiseerd voor professionals, belanghebbenden en andere betrokkenen.
2. Pijler 2 omvat het vergroten van transparantie en vergelijkbaarheid van resultaten van de zorg. In eerste instantie ter ondersteuning van het gefaseerd en gelaagd toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, maar steeds meer als onderdeel van de maatschappelijke verantwoording van de ziekenhuizen zelf. Jaarlijks worden de resultaten gepubliceerd in de rapportage 'het resultaat telt...'.²
3. Onder de noemer van de derde pijler voeren 24 ziekenhuizen onder externe begeleiding in een periode van vier jaar een reeks verbeterprojecten uit. De projecten zijn bedoeld om de kwaliteit van zorg op diverse onderdelen te verbeteren. 'Zij stellen daarmee een nieuwe norm, die door patiënten gevraagd en door verzekeraars gecontracteerd wordt' (www.snellerbeter.nl).²

In dit rapport staat de derde pijler centraal. Omwille van de leesbaarheid wordt steeds gesproken over 'het implementatieprogramma'.

2.2 De derde pijler: het implementatieprogramma

Doel van het implementatieprogramma

Het implementatieprogramma heeft het volgende algemene doel: *Bij 20% van de ziekenhuizen in vier jaar aanzienlijke en aansprekende prestatieverbeteringen realiseren op de gebieden patiëntenlogistiek en patiëntveiligheid voor patiënten en zorgverleners. Tevens is in de ziekenhuizen een 'vliegwiel' tot stand gebracht gericht op interne verspreiding van resultaten en brede inzet van de opgebouwde competenties (Consortium 2004).*

Ondersteuning van projecten in Sneller Beter-ziekenhuizen

In opdracht van ZonMw vindt de uitvoering van het implementatieprogramma en de ondersteuning van de ziekenhuizen plaats door een consortium van drie partijen: het

² Geraadpleegd op 20 juli 2007.

Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, de Orde van Medisch Specialisten en het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG). De 24 deelnemende ziekenhuizen zijn ingedeeld in drie groepen van acht ziekenhuizen. Ieder groep neemt twee jaar deel en voert in die periode twee series verbeterprojecten uit. Tijdens die series werken multidisciplinaire projectteams in ieder ziekenhuis aan de implementatie van verbeterprojecten. Het gaat om projecten gebaseerd op de zogenoemde Doorbraakmethode. – *De Doorbraakmethode wordt toegelicht in subparagraaf 4.2.1.* De projectteams krijgen ondersteuning vanuit het eigen ziekenhuis. Zij maken gebruik van methodische en inhoudelijk kennis aangereikt door adviseurs van het consortium. De te implementeren en op te bouwen competenties zijn onder meer bedoeld om de kwaliteit van zorg op het vlak van patiëntveiligheid en patiëntenlogistiek blijvend te verbeteren.

Programmadoelen

Tabel 2.1 bevat een overzicht van de programmadoelen per verbeterproject. Ze worden door het consortium aangeduid als SMART-doelen. SMART staat voor specifiek, meetbaar, ambitieus/appellerend, resultaatgericht en tijdsbepaald.

Tabel 2.1 Programmadoelen patiëntenlogistiek en patiëntveiligheid per doorbraakproject

Programmadoel	Doorbraakproject
<i>Thema patiëntenlogistiek</i>	
- de toegangstijd is bij poliklinieken minder dan één week	Werken Zonder Wachlijst (WZW)
- de doorstroomtijd voor diagnostiek en behandeling is verkort met 40-90%	Procesherinrichting (PHI)
- de productiviteit van de OK is toegenomen met 30%	OK Oké (OK)
- de ligduur is verkort met 30%	Procesherinrichting (PHI)
<i>Thema patiëntveiligheid</i>	
- invoering van een blame free reporting systeem	Veilig Incident Melden (VIM)*
- vermindering van het aantal medicatiefouten met 50%	Medicatieveiligheid (MV)
- percentage decubitus bij klinische patiënten lager dan 5%	Decubitus (DEC)
- vermindering postoperatieve wondinfecties met 50%	Postoperatieve Wondinfecties (POWI)

* VIM is geen Doorbraakproject, wel een vast Sneller Beter onderdeel dat afzonderlijk wordt geëvalueerd

Naast de projecten zijn er activiteiten gepland vanuit de aandachtsgebieden patiëntenparticipatie, professionele kwaliteit en het deelprogramma Leiderschap & Organisatieontwikkeling (L&O). In de volgende paragraaf wordt toegelicht welke verwachtingen het consortium heeft ten aanzien van het (interne) vliegwiel. Ook de rol van het L&O-deelprogramma keert daarin terug.

2.3 Wat de programmamakers van het vliegwiel verwachten

Het consortium signaleert op basis van literatuur verschillende algemene obstakels op het niveau van individuele zorgverleners, afdelingen/zorgeenheden en de ziekenhuisorganisatie die verspreiding van verbeteringen belemmeren. Sneller Beter is bedoeld om deze obstakels op te heffen (*Ibid.*, p. 12). In de programmaopzet is in dit verband als metafoor de term ‘vliegwiel’ opgenomen. Dit begrip komt uit de werktuigbouwkunde. Een vliegwiel is een relatief zwaar wiel dat vrij kan ronddraaien. Het is vanwege het gewicht betrekkelijk zwaar om op gang te brengen, maar als het eenmaal draait laat het zich ook weer moeilijk afremmen. Bij het op gang brengen van het wiel wordt kracht omgezet in impuls. Deze impuls kan later weer worden omgezet in een kracht. Een vliegwiel is in staat een kracht tijdelijk op te slaan in de vorm van bewegingsenergie als een soort van batterij.

Het hier geschetste vliegwiel bestaat uit twee onderdelen. Tot de *functie* van het vliegwiel rekent het consortium de interne verspreiding (ook wel opschaling genoemd) van resultaten en de brede inzet van opgebouwde competenties (zie het programmadoel). Tot de *infrastructuur* behoren de voorzieningen, maatregelen en systemen die de ziekenhuizen en de medewerkers daarbinnen in staat moeten stellen de functie (verspreiding resultaten, inzet competenties) uit te voeren. Het implementatieprogramma dient bij te dragen aan de ontwikkeling van de infrastructuur. Of volgens het landelijk plan van aanpak:

‘De ambities van dit programma (...) reiken [verder] dan het – éénmalig – bereiken van concrete resultaten op een aantal onderwerpen en zorgprocessen. Het programma is niet succesvol wanneer de deelnemende instellingen na afloop van het programma niet verder gaan op de ingeslagen weg. De in het programma uitgevoerde projecten dienen dan ook een ‘vliegwiel’ op gang te brengen. Het gaat dan om verspreiding van de resultaten en veranderideeën binnen het eigen ziekenhuis evenals extern naar andere ziekenhuizen. Het uiteindelijke doel van het ‘vliegwiel’ is dat er een brede verspreiding (80-100%) intern in het ziekenhuis van de bereikte resultaten op de gebieden patiëntenlogistiek en patiëntveiligheid van het “Sneller Beter pijler 3”-programma heeft plaats gevonden. Tevens dat er jaarlijks nieuwe verbeterprojecten/initiatieven starten op andere kwaliteitsonderwerpen en/of kwaliteitsdimensies, waarbij de omvang en de impact van deze nieuwe verbeterinitiatieven gelijk is aan de projecten binnen het Sneller Beter pijler 3-programma (...). Om bovenbeschreven ‘vliegwiel’ daadwerkelijk te kunnen realiseren zal ieder ziekenhuis moeten werken aan het creëren van de hiervoor benodigde randvoorwaarden, waaronder een aantal op het terrein van leiderschap en organisatieontwikkeling.’ (*Ibid.*, p. 16)

De verbeterprojecten zijn onderdeel van een programmatische aanpak die uiteindelijk dient bij te dragen aan de verdere ontwikkeling van de verbeterinfrastructuur in de deelnemende ziekenhuizen. Verwacht wordt dat deelnemende ziekenhuizen in de toekomst sneller en makkelijker de kwaliteit van zorg op terreinen als patiëntenlogistiek en patiëntveiligheid kunnen verbeteren.

Leiderschap & Organisatieontwikkeling

Een belangrijke rol in de borging en verspreiding is weggelegd voor het deelprogramma Leiderschap & Organisatieontwikkeling. Het consortium heeft drie L&O-doelen geformuleerd:

- creëren van een verbeterinfrastructuur;
- resultaatgericht kwaliteitsmanagement als normaal onderdeel van strategie en beleid;
- leiderschap op innovatie en verbetering.

Ad. 1 Creëren van een verbeterinfrastructuur

Door deel te nemen bouwen ziekenhuizen kennis en vaardigheden op om door te kunnen gaan met het verbeteren van de patiëntenzorg. Meten, verbeteren/herontwerpen, verankeren en interne/externe verantwoording afleggen zullen vaste onderdelen zijn. Hiervoor moet ook een ondersteuningsstructuur aanwezig zijn (*Ibid.*, p. 17).

Ad. 2 Resultaatgericht kwaliteitsmanagement ingebed in strategie en beleid

Ziekenhuizen dienen samenhang aan te brengen in de diverse kwaliteitsbevorderende activiteiten (waaronder NIAZ, risicomangement, andere verbetertrajecten, de indicatorenset van de IGZ en de implementatie van DBC's).³ Van groot belang acht het consortium de beleidsmatige integratie van kwaliteitsactiviteiten met het financiële, personele en ICT-beleid. 'Op deze wijze krijgen de kwaliteitsactiviteiten een duidelijke plaats binnen het strategisch beleid van de instellingen. Tevens zullen er in het huidige klimaat van bezuinigingen vooraf afspraken gemaakt moeten worden wie profijt zullen hebben van behaalde doelmatigheidswinsten. De werkvloer die het merendeel van de inspanningen levert om de ambitieuze doelstellingen te behalen zal hiervoor niet mogen worden gestraft. Dit zou alle motivatie voor het werken aan verbeteringen doen verdwijnen. Daarnaast zal het ziekenhuis met de zorgverzekeraar een verdeling van de te behalen winst moeten afspreken' (*Ibid.*, p. 17).

Ad. 3 Leiderschap

Het consortium benadrukt het belang van 'leiderschap' bij het realiseren en verspreiden van verbeteringen en innovaties. Met leiderschap wordt niet alleen de Raad van Bestuur bedoeld, maar ook het (hogere) middenkader en de (informele) leiders in de medische staf. Het realiseren van het beoogde 'vliegwiel' moet opgenomen zijn als één van de resultaten in het strategische beleid van een ziekenhuis. De doelstellingen, tot slot, moeten worden vertaald in meetbare indicatoren waarover jaarlijks verantwoording wordt afgelegd (*Ibid.*, p. 17).

³ NIAZ staat voor het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen. Een diagnosebehandelcombinatie (DBC) is een medische procesbeschrijving. Een DBC omvat alle activiteiten van ziekenhuizen en medisch specialisten die voortvloeien uit de zorgvraag van de patiënt. Aan elke DBC kan een prijskaartje worden gehangen. In de prijs zijn inbegrepen: materiaal, afschrijvingen, personeel en een vergoeding voor de medisch-specialistische zorg (bron: www.vws.nl).

3 Onderzoeksopzet

3.1 Inleiding

Met subsidie van ZonMw wordt een onafhankelijk evaluatieonderzoek uitgevoerd naar de voortgang, de effecten en succes- en faalfactoren van het implementatieprogramma van Sneller Beter. Dit evaluatieonderzoek wordt uitgevoerd door het NIVEL in samenwerking met het EMGO-Instituut van het VU medisch centrum en het onderzoeksinstituut Caphri van de Universiteit Maastricht. Bij de evaluatie van het interne vliegwiel in de eerste acht ziekenhuizen (de T1-groep) staat de stand van zaken rondom de verbeterinfrastructuur en de verspreiding na twee jaar deelname centraal. Nadat in paragraaf 3.2 de onderzoeksvragen zijn behandeld, wordt in de resterende subparagrafen ingegaan op de diverse informatiebronnen en metingen.

3.2 Onderzoeksvragen

In een eerder rapport is het eerste jaar van het implementatieprogramma geëvalueerd. Projectteams van de T1-groep hebben in dat jaar een eerste serie projecten uitgevoerd (Dückers *et al.* 2006). In dit rapport wordt de tijdslijn doorgetrokken. Er is in het kader van het interne vliegwiel een tweede serie projecten geïmplementeerd. Door verbeterprojecten uit te voeren bouwen de ziekenhuizen een verbeterinfrastructuur met resultaatgericht kwaliteitsmanagement op die hen in staat moet stellen om op de ingezette koers verder te gaan. Deze verwachtingen en doelen van het consortium dienen als uitgangspunt voor de evaluatie van het interne vliegwiel. – **Zie paragraaf 2.3.** Doel van het evaluatieonderzoek is te beschrijven en te verklaren in hoeverre werkelijke ontwikkelingen zich verhouden tot de verwachtingen en doelen van het consortium. Beoogd wordt de volgende onderzoeksvragen te beantwoorden:

1. Hoe ziet de verbeterinfrastructuur in de ziekenhuizen er na twee jaar deelname uit?
2. In hoeverre is het resultaatgericht kwaliteitsmanagement ingebed in strategie en beleid van het ziekenhuis?
3. In welke mate zijn de werkwijzen, competenties en resultaten van de projecten van het eerste jaar verder opgeschaald?
4. Welke succes- en faalfactoren spelen een rol bij de borging en verspreiding van de verbeterprojecten?

Beantwoording van de eerste twee onderzoeksvragen komt aan bod in deel II van dit rapport, beantwoording van de onderzoeksvragen drie en vier in deel III.

3.3 Dataverzameling en methoden

Om de verbeterinfrastructuur en de verspreiding te kunnen beschrijven en te verklaren, zijn verschillende bronnen geraadpleegd en metingen verricht onder de diverse partijen die betrokken zijn bij de uitvoering van het implementatieprogramma. De voornaamste bronnen zijn:

- de interne programmacoördinator van ieder T1-ziekenhuis;
- medisch specialisten van de T1-ziekenhuizen;
- het management van de T1-ziekenhuizen;
- de centrale database van het implementatieprogramma met gegevens over de resultaten van de verbeterprojecten van de eerste en tweede serie;
- de evaluatie van het eerste jaar (Dückers *et al.* 2006).

3.3.1 Interne programmacoördinator

In ieder Sneller Beter-ziekenhuis is een interne programmacoördinator aangesteld. Deze bevindt zich op een centrale positie in de projectorganisatie van ieder ziekenhuis. De programmacoördinator is gedurende de looptijd van het programma op de hoogte van de voortgang binnen het ziekenhuis en zit tussen stuurgroep en uitvoering. De coördinator beschikt over informatie omtrent de manier waarop het implementatieprogramma is uitgevoerd in het eigen ziekenhuis. Ook mag worden aangenomen dat de programmacoördinator degene is met inzicht in de aansluiting tussen programmaonderdelen en projecten op over kwaliteitsverbeteringinitiatieven in de organisatie.

Vragenlijsten

Eind oktober 2006 is een vragenlijst verstuurd aan de interne programmacoördinator van ieder T1-ziekenhuis. In deze vragenlijst zijn vragen gesteld over:

- kenmerken van de verbeterprojecten die zij hebben toegepast (waarop is de keuze voor een locatie gebaseerd, zijn er SMART-doelen geformuleerd, zijn daadwerkelijk veranderingen geïmplementeerd en krijgt men hier feedback op etc.);
- borging van de eerste serie projecten (zijn projectteams doorgedaan, zijn werkwijzen aantoonbaar geïntegreerd, wordt er gemeten, wat is de huidige hoogte van de score op de uitkomstmaat, houden afdelingen de directie op de hoogte);
- de betekenis van de Doorbraakmethode voor de eigen organisatie (bruikbaarheid, effectiviteit, belang, efficiëntie);
- de mate waarin de competenties behorend tot het werken volgens de Doorbraakmethode worden toegepast (zie subparagraaf 4.2.2);
- de grootste problemen/knelpunten bij de implementatie;
- de meest en minst succesvolle projecten;
- kenmerken van de managementcontracten (welke indicatoren keren terug);
- mate van verantwoordingaflegging;
- vormen van scholing voor nieuwe medewerkers en medici in het bijzonder;

- het aantal locaties (afdelingen, poliklinieken) en zorgprocessen waar in het tweede jaar een Doorbraakproject is uitgevoerd.

In totaal hebben zeven van de acht interne programmacoördinatoren de lijst ingevuld.

Interviews

Naast de vragenlijst zijn er tussen 25 oktober en 9 november 2006 interviews gehouden met de interne programmacoördinatoren aan de hand van halfgestructureerde vragenlijsten. Het gaat om de volgende vragen:

- hoe heeft uw ziekenhuis de verspreiding aangepakt?
- hoe gaat de borging in zijn werk?
- wat is de rol van de interne programmacoördinator en de Raad van Bestuur geweest bij de verspreiding?
- zijn de programmadoelen overal gehaald?
- wat is het voornaamste dat uw ziekenhuis heeft geleerd van de deelname aan het implementatieprogramma?

Van ieder interview is een verslag gemaakt dat ter verifiëring is voorgelegd aan de geïnterviewde.

3.3.2 Medisch specialisten

In ieder T1-ziekenhuis zijn in november 2006 vragenkaarten uitgezet onder de medisch specialisten van 12 specialismen die in ieder ziekenhuis voorkomen en vijf specialismen die – zoals blijkt uit de geraadpleegde ziekenhuiswebsites - terugkeren in zeven van de acht organisaties: kindergeneeskunde, KNO, heelkunde/chirurgie, intensive care, gynaecologie, urologie, oogheelkunde, neurologie/neurochirurgie, interne geneeskunde/inwendige geneeskunde, cardiologie, longziekten, reumatologie, orthopedie, kaakchirurgie, dermatologie, plastische chirurgie en anesthesiologie.⁴ In de vragenkaart is gevraagd:

- of men het afgelopen jaar heeft deelgenomen aan een verbeterproject (waarbij men onder meer de namen van de Sneller Beter projecten kon aankruisen);
- of het project iets heeft opgeleverd (met ruimte voor toelichting);
- wat belemmerende en bevorderende factoren waren;
- wat essentieel is voor de uitvoering van dergelijke projecten;
- of men merkt of de Raad van Bestuur verbetering stimuleert.

In principe is aan alle medisch specialisten van de geselecteerde specialismen in ieder ziekenhuis een vragenkaart gestuurd. Bij één ziekenhuis is vanwege de omvang van de populatie een steekproef getrokken van ongeveer 100 medisch specialisten. De respons is als volgt:

⁴ Omdat het gaat om een vragenlijst met geringe omvang (A5-formaat), op dikker papier gedrukt, met alleen vragen op de voorkant en adressering (antwoordnummer) op de achterkant, wordt in het rapport gesproken over vragenkaarten.

Tabel 3.1 Respons vragenkaarten medisch specialisten van de T1 ziekenhuizen

	Aantal uitgezet	Aantal ingevuld (absoluut)	Aantal ingevuld (procentueel)
Ziekenhuis 1	76	38	50
Ziekenhuis 2	89	40	45
Ziekenhuis 3	160	27	17
Ziekenhuis 4	129	61	47
Ziekenhuis 5	101	40	40
Ziekenhuis 6	93	40	43
Ziekenhuis 7	95	40	42
Ziekenhuis 8	121	28	23
Totaal	864	314	36
Gemiddeld	108	39	38

Wat opvalt is dat de respons in twee ziekenhuizen zowel absoluut als procentueel gezien beneden het gemiddelde van de acht ligt. Naar verklaringen hiervoor kan slechts worden gegist. Het kan zijn dat men er gewoonweg niet aan toe is gekomen om de vragenkaart in te vullen. Het kan ook gaan om een lage betrokkenheid bij het implementatieprogramma. Een derde optie is dat er onder medisch specialisten sprake is van vragenlijstmoeheid of dat men weerstand voelt ten aanzien van externe beoordeling. In ieder geval is gebleken dat het een moeilijke doelgroep is om te benaderen.

3.3.3 Management

Volgens een vergelijkbare methode met vragenkaarten zijn gegevens verzameld onder het middenkader (de afdelingshoofden) van de T1-ziekenhuizen. Na afloop van het interview is de grootte van de aan te schrijven groep vastgesteld in overleg met de interne programmacoördinator. In de kaarten – eveneens uitgezet in november 2006 – wordt aan de managers gevraagd:

- of er binnen de afdeling nog verdere verbetering mogelijk is en zo ja op welke van de Sneller Beter aandachtsgebieden;
- of er binnen de afdeling een verbeterproject is uitgevoerd en om wat voor project dit gaat;
- wat het project heeft opgeleverd;
- welke bevorderende en belemmerende factoren een rol speelden;
- of medewerkers van de afdeling bepaalde competenties behorend tot het werken volgens de Doorbraakmethode vanzelfsprekend vinden.

Tabel 3.2 Respons vragenkaarten managers van de T1 ziekenhuizen

	Aantal uitgezet	Aantal ingevuld (absoluut)	Aantal ingevuld (procentueel)
Ziekenhuis 1	31	17	55
Ziekenhuis 2	16	9	56
Ziekenhuis 3	10	6	60
Ziekenhuis 4	19	12	63
Ziekenhuis 5	16	9	56
Ziekenhuis 6	16	12	75
Ziekenhuis 7	9	6	67
Ziekenhuis 8	6	2	33
Totaal	123	73	59

3.3.4 Centrale database

Op verzoek van ZonMw maakt het evaluatieonderzoek voor het vaststellen van de resultaten van de Sneller Beter projecten gebruik van de centrale database van het consortium. Deze database is gevuld met uitkomstgegevens die projectteams aanleveren over de projecten die zij uitvoeren. De database is aangelegd en wordt onderhouden door datamanagers in dienst van het consortium. Slechts de projectteams die ondersteuning ontvangen van het consortium zijn verplicht om gegevens aan te leveren.

Voor het onderzoek zoals beschreven in het rapport *Evaluatie Sneller Beter pijler 3: De implementatie van verbeterprojecten in de eerste acht ziekenhuizen* is gebruikt gemaakt van de centrale database. Voor de projecten van het tweede jaar wordt wederom uit de centrale database geput. Met het datamanagement is overeengekomen dat de gegevens tot medio juli 2007 worden aangeleverd. Gegevens die na dit moment door de projectteams in de ziekenhuizen worden aangeleverd, kunnen niet worden meegenomen in de berekeningen.

3.4 Verantwoording

Gegevens verkregen via de interviews, vragenlijsten en vragenkaarten worden in de resultatenhoofdstukken gepresenteerd met behulp van beschrijvende statistiek. Naast percentages wordt gebruikgemaakt van ranges, gemiddelden en standaarddeviaties. Percentages hebben soms betrekking op kleine groepen. Het aantal respondenten wordt steeds vermeld. In de hoofdstukken zijn verschillende uitspraken van interne programmacoördinatoren verwerkt. Deze geven niets anders weer dan de persoonlijke inschatting van de ondervraagde.

DEEL II Besturingsmodel

praktijk afgezet tegen toetsingskader

4 Borging en verspreiding: een besturingsmodel als toetssteen

4.1 Inleiding

In hoofdstuk twee is stilgestaan bij de voornaamste twee aspecten van het interne vliegwiel:

- de ziekenhuisbrede verspreiding van resultaten en inzet van de competenties (functie);
- de voorzieningen, maatregelen en systemen die de borging en verspreiding moet faciliteren en stimuleren (infrastructuur).

Interne programmacoördinatoren is onder meer gevraagd naar borging- en verspreidingsaanpak in hun ziekenhuizen. In hoofdstuk vijf wordt aandacht geschonken aan de reacties daarop. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op enkele relevante condities uit de literatuur en de samenhang tussen de functie en onderdelen van de infrastructuur. Op die manier wordt toegewerkt naar een toetsingskader, in de vorm van besturingsmodel. Het toetsingskader is een hulpmiddel om feitelijke ontwikkelingen in de ziekenhuizen te kunnen afzetten tegen de programmaopzet.

4.2 Duurzame verspreiding van werkwijzen, competenties en resultaten

Het implementatieprogramma heeft onder meer tot doel werkwijzen, competenties en resultaten van de verbeterprojecten ziekenhuisbreed in te voeren en te borgen. De *werkwijzen* zijn de methoden om de kwaliteit te verbeteren. Tot de *competenties* behoren vaardigheden en technieken om de methoden toe te passen. De *resultaten* zijn de uitkomsten in verhouding tot de programmadoelen. Bij het evaluatieonderzoek wordt ervan uitgegaan dat de gefaseerde opbouw van het programma moet leiden tot de implementatie, borging en verspreiding van deze drie onderdelen.

4.2.1 *Werkwijzen*

De maatregelen die de projectteams treffen in het kader van de verbeterprojecten vallen uiteen in meerdere projectspecifieke interventies. Daarbij kan worden gedacht aan het wekelijks meerdere malen meten van de decubitus prevalentie, de duur van het

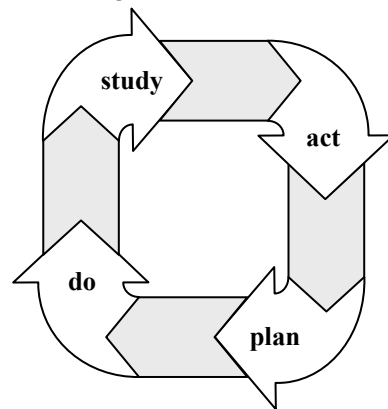
diagnostische traject terugbrengen tot één dag, het tellen van het aantal deurbewegingen etc. De maatregelen per type project zijn beschreven in afzonderlijke draaiboeken.

Systematische probleemoplossing

Daarnaast kent ieder project een algemene interventie neerkomend op toepassing van de verbetercyclus. De Doorbraakprojecten zijn gebaseerd op systematische probleemoplossing volgens het zogenoemde Nolanmodel (Langley e.a. 1996; zie afbeelding 4.1). Projectteams die gebruik maken van dit verbetermodel moeten zichzelf drie vragen stellen:

1. Wat willen we bereiken?
2. Hoe weten we dat een verandering een verbetering is?
3. Welke veranderingen leiden tot een verbetering?

Afbeelding 4.1 Het Nolan-model



Naast deze drie vragen bestaat het Nolanmodel uit een verbetercyclus met vier repeterende stappen: plan-do-study-act (PDSA). De PDSA-cyclus of kwaliteitscyclus is de grondslag van de systematische werkwijze van de projecten binnen het implementatieprogramma van Sneller Beter. De projectteams worden geacht door middel van de verbetermethodiek zelf projectspecifieke interventies te selecteren uit een voorgestructureerd aanbod. Zij meten hoe ze ervoor staan, passen interventies toe, meten de geboekte resultaten en sturen zonodig bij. Er zijn daarom enkele criteria aan de hand waarvan kan worden vastgesteld of projectteams de verbetermethode in de praktijk consequent en weloverwogen toepassen. Zo kan worden nagegaan of de teams nulmetingen verrichten, de aanbevolen manier van werken implementeren (inclusief de overweging om interventies te selecteren), of de voortgang continu wordt gemeten op basis van aan de doelstelling refererende prestatie-indicatoren, of de projectteams deelnemen aan landelijke bijeenkomsten en of zij de koers van het project aanpassen naar aanleiding van de voortgangsmetingen.

4.2.2 Competenties

De centrale competenties of bekwaamheden van verbeterprojecten zijn gericht op signalering en aanpak van problemen en knelpunten in structuur, proces en uitkomst van de zorgverlening. Op afdelingsniveau liggen de competenties besloten in de volgende activiteiten:

- inventarisatie en probleemanalyse van bestaande structuur, processen en uitkomsten;
- toegang verkrijgen tot geschikte evidence based werkwijzen;
- formeren van een multidisciplinair projectteam;
- formuleren van een doelstelling die specifiek, meetbaar, ambitieus/appellerend, resultaatgericht en tijdsbepaald (SMART) van aard is;
- meetbaar maken van de SMART-doelstelling door middel van prestatie-

- indicatoren die bruikbaar zijn voor monitoring;
- ontwikkelen van een meet- en analyseroutine (wie gaat wanneer en op welke wijze meten, maar ook het verwerken ten behoeve van welke sturingsinformatie);
- consequent uitvoeren van periodieke metingen;
- registreren van meetgegevens;
- terugkoppeling van meetgegevens of historische overzichten aan betrokkenen en stakeholders;
- opstellen van een actieplan indien SMART-doelen nog niet zijn behaald;
- bestendigen van nieuwe werkwijzen door (minimaal eenmaal per half jaar) de resultaten van nieuwe werkwijzen te evalueren tijdens een overleg met de betrokken medewerkers.

4.2.3 Resultaten

Bij resultaten kan worden gedacht aan de in het tweede hoofdstuk genoemde SMART-doelen voor logistiek en veiligheid (tabel 2.1). Ook het verbeteren van de positie van de patiënt en de kwaliteit van de medische beroepsuitoefening vanuit de programmaonderdelen patiëntenparticipatie en professionele kwaliteit behoren hiertoe.

4.3 De verbeterinfrastructuur

Het consortium streeft naar brede verspreiding van de projecten van het implementatieprogramma en nieuwe initiatieven. De verbeterinfrastructuur moet daarom bestaan uit voorzieningen, maatregelen en systemen die de ziekenhuisorganisaties in staat stellen verbeterprojecten te implementeren en werkwijzen, competenties en resultaten te borgen en te verspreiden. In deze paragraaf wordt ingegaan op de verschillende instrumenten en condities die dit vergt. In subparagraaf 4.3.1 volgt een kort overzicht van condities uit de literatuur voor de duurzame implementatie en verspreiding van verbeterprojecten. In subparagraaf 4.3.2 wordt aan de hand van het landelijke plan van aanpak beargumenteerd dat het besturingsmodel van de verbeterinfrastructuur bestaat uit toepassing van de kwaliteitscyclus op afdelings- (of patiëntgroepen, zorgeenheden en –paden) en instellingsniveau.

4.3.1 Voorwaarden uit de literatuur voor implementatie, borging en verspreiding

In het rapport *Ex ante evaluatie Sneller Beter pijler 3* is de oorspronkelijke programmaopzet besproken aan de hand van literatuur. De *implementatie* van verbeterprojecten door projectteams in ziekenhuizen wordt afhankelijk geacht van de volgende condities:

- het besef onder betrokken partijen dat het project relevant is en een meerwaarde bezit;
- een horizontaal en verticaal congruente visie binnen de ziekenhuisorganisatie;
- ondersteuning, bronnen en positieve prikkels;

- compatibiliteit van het project en waarneembare resultaten;
- implementatie door multidisciplinaire projectteams (met medisch specialist dan wel probleemeigenaren) die de regie voeren en verantwoordelijk zijn voor de projectvoortgang;
- veranderagenten en steun van sleutelfiguren binnen verticale, horizontale en interorganisatiele netwerken die de programmavisie onderschrijven en uitdragen;
- het voortdurend meten van de voortgang en systematische probleemoplossing op basis van voortgangsdata (PDSA), alsmede de aanwezigheid van een tijdig en accuraat informatiesysteem (Dückers & Wagner 2005).

Greenhalgh *et al.* (2005; 2004) signaleren dat het onderwerp *borging* (sustainability) nauwelijks wordt aangehaald in de literatuur over de diffusie van innovaties. Zij vinden de term slechts in twee van de ruim 1.000 bronnen die zijn meegenomen in de door hen uitgevoerde systematische review. De onderzoekers beschouwen de succesbepalende factoren voor implementatie tevens bepalend voor succesvolle borging, of liever, dat het project gaat behoren tot de routine van medewerkers binnen de afdelingen en zorgketens. Dat geldt ook voor de interne *verspreiding* aangezien deze neerkomt op het nogmaals implementeren van projecten die elders binnen de organisatie reeds zijn toegepast.

4.3.2 **Kwaliteitscyclus en resultaatgericht management**

Bestudering van het landelijk plan van aanpak geeft inzicht in het mechanisme dat het consortium op gang beoogt te brengen, enkele citaten:

- belangrijk is het inzetten van de opgebouwde verbetercompetentie voor andere onderwerpen binnen één ziekenhuis en zo een ‘vliegwiel’ voor ziekenhuisbrede verbetering op gang brengen (Consortium 2004, p. 13);
- met inbegrip van de ondersteunende diensten als financiën (DBC’s), informatiemanagement (ICT) en Human Resource Management (HRM); (*Ibid.*, p. 9);
- een centrale succesfactor voor deze strategie is transparantie: interne sturing en externe verantwoording met behulp van indicatoren over zorgresultaten, opdat voor iedereen duidelijk is waar de “best practices” zijn, wie verbeteringen tot stand heeft gebracht en welke achterblijvers een extra zetje nodig hebben.’ (*Ibid.*, p. 13-14);
- professionals (specialisten en verpleegkundigen) zullen hierbij het voortouw moeten nemen om de zorg op de werkvloer in nauwe multidisciplinaire en afdelingsoverstijgende samenwerking te vernieuwen en te verbeteren (*Ibid.*, p. 9);
- tevens vraagt dit nauwe betrokkenheid, aansturing en voorbeeldfunctie van de leiding van het ziekenhuis (*Ibid.*, p. 9).

De uitgangspunten van het implementatieprogramma worden samengevat als: het toewerken naar ‘een resultaatgerichte instellingsstrategie die stimuleert, aanjaagt, stuurt op basis van prestatie-indicatoren en management dat de organisatorische consequenties neemt en transparant en doortastend verantwoording vraagt en neemt (resultaatgericht

verandermanagement)' (*Ibid.*, p. 13). In de opgesomde citaten en de samengevatte programma-uitgangspunten keren drie basisopdrachten terug die, na deelname, door de verbeterinfrastructuur van ieder ziekenhuis moet kunnen worden vervuld:

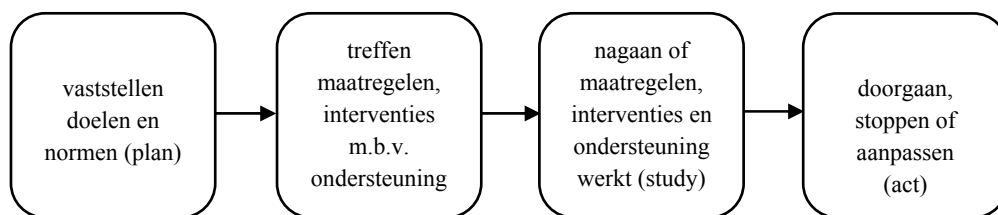
- stellen en uitdragen van heldere kwaliteitsnormen;
- zorgen dat medewerkers binnen afdelingen/zorgeenheden, poliklinieken en zorgpaden op de hoogte zijn van deze normen en de mate waarin de eigen situatie zich daartoe verhoudt;
- in staat stellen en aanmoedigen van medewerkers om te handelen naar deze normen.

De programmamakers van het consortium streven daarmee in feite naar de structurele toepassing van kwaliteitscycli in de Sneller Beter ziekenhuizen. Dat geldt zowel decentraal op afdelingsniveau waar het aankomt op de implementatie van verbeterprojecten, als centraal ten aanzien van de regie over de borging en verspreiding.

Decentraal: de kwaliteitscyclus als verbetermethode

De plan-do-study-act cyclus wordt door het consortium geschikt geacht voor medewerkers van zorgeenheden en –paden om op de werkvloer gericht te werken aan de verbetering van kwaliteitsaspecten rondom de geleverde zorg. De cyclus wordt in dit geval ingezet om specifieke problemen of tekortkomingen in processen of uitkomsten aan te pakken (zie schema 4.1).

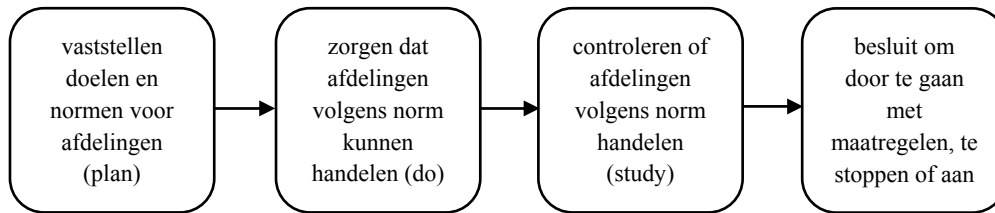
Schema 4.1 De kwaliteitscyclus als verbetermethode op afdelingsniveau (decentraal)



Centraal: de kwaliteitscyclus als borgings- en verspreidingsmethode

Een ziekenhuisorganisatie kent naast uitvoeringshandelingen (verrichten) op decentraal niveau, ook tactische en strategische handelingen. De laatste twee typen handelingen vinden meer centraal plaats, op instellingsniveau. De strategische taak is onder meer het formuleren van een visie en het bieden van randvoorwaarden (richten). Tactisch gezien moeten er vervolgens systemen worden opgezet en voorzieningen worden getroffen die de medewerkers binnen de decentrale eenheden in staat stellen conform de visie te handelen en dit te blijven doen. In die laatste toevoeging zit de basis voor de borging en verspreiding besloten. Indien strategisch en tactisch gezien een heldere visie is uitgezet en de organisatie is ingericht om naar deze visie te handelen (verantwoording, prestatie management, human resource management, ICT), dan worden deelnemende zorgeenheden gestimuleerd om hun resultaten te borgen en worden niet-deelnemende zorgeenheden aangezet tot het nastreven van vergelijkbare resultaten en werkwijzen (schema 4.2).

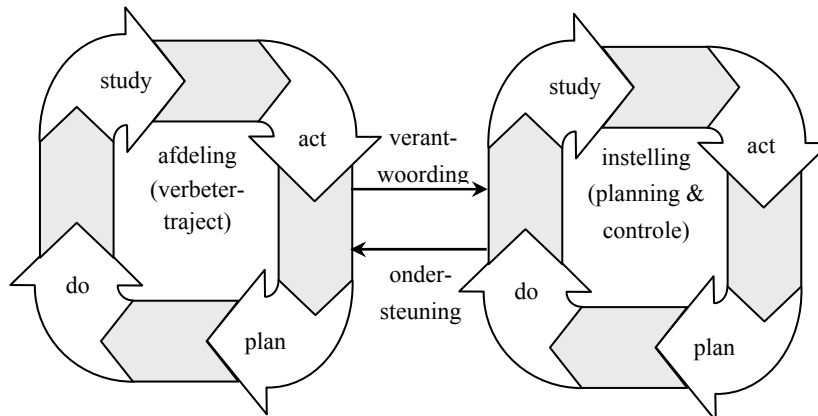
Schema 4.2 De kwaliteitscyclus als borgings- en verspreidingsmethode op instellingsniveau (centraal)



Interacties als basis voor een besturingsmodel

Zodra het overzicht met relevante condities in subparagraaf 4.3.1 wordt gecombineerd met de schema's 4.1 en 4.2, dan kan een relatie tussen de toepassing van de kwaliteitscyclus op decentraal niveau en de kwaliteitscyclus op instellingsniveau worden afgeleid. De onderlinge afhankelijkheid zit hem in het feit dat projectteams vanuit de organisatie in staat moeten worden gesteld de cyclus te doorlopen (ondersteuning van de implementatie) en de gerealiseerde uitkomsten te verantwoorden aan de kwaliteitscyclus op instellingsniveau: de cyclus van planning & controle. In schema 4.3 is dit in beeld gebracht.

Schema 4.3 Wederkerigheid tussen decentrale en centrale kwaliteitscycli: een besturingsmodel



4.4 Kernkenmerken van het besturingsmodel

Het implementatieprogramma is gericht op de verdere ontwikkeling van de verbeterinfrastructuur binnen ziekenhuisorganisaties. De deelnemende organisaties moeten uiteindelijk meer gericht en toegerust zijn op systematische kwaliteitsverbetering binnen vastgestelde prioriteitsgebieden (patiëntenlogistiek, patiëntveiligheid, patiëntenparticipatie en professionele kwaliteit). Concreet komt het erop neer dat de organisatie medewerkers in de afdelingen structureel aanzet en in staat stelt bepaalde kwaliteitsnormen blijvend te realiseren. Werkwijzen moeten met enige regelmaat worden toegepast en niet slechts incidenteel. Bovendien dient het niet willekeurig te gebeuren, maar vanuit een min of meer coherente organisatorische visie.

Verbeterinfrastructuur

De aanwezigheid van de verbeterinfrastructuur waar het implementatieprogramma naartoe werkt, moet blijken uit de aanwezigheid van:

Verantwoording

- formele normen voor onder meer patiëntenlogistiek en patiëntveiligheid die overeenkomen met de normen van het implementatieprogramma (neergelegd in visiedocumenten en managementstukken);
- a) kwaliteitsafspraken met het management van afdelingen/zorgeenheden en terugkerende momenten waarop de feitelijke situatie wordt getoetst aan de formele norm (is het behalen van de norm een lijnverantwoordelijkheid en wat is de frequentie en inhoud van de terugkoppeling van zorgeenheden naar de organisatieleiding); of b) argumenten waarom juist met sommige projecten is gewacht of een ander tijdspad is gekozen.

Ondersteuning

- ondersteuningsmaatregelen (tijd, middelen, beloning, aandacht) en een trainingsstrategie om toekomstige series projecten op vergelijkbare wijze uit te voeren;
- een informatiesysteem dat voorziet in tijdige, actuele en betrouwbare informatie.

Indien dit het geval is, dan mag worden gesteld dat het management het besturingsmodel heeft overgenomen.

Functie

Aanvullend kan de functie van het vliegwiel worden afgeleid uit het aantal projecten dat jaarlijks wordt gestart binnen zorgeenheden en zorgpaden, maar ook uit de mate waarin:

- ziekenhuisbreed aan normen wordt voldaan;
- werkwijzen en competenties door het merendeel van de zorgeenheden wordt toegepast.

5 Borging en verspreiding: aanpak in de ziekenhuizen

5.1 Inleiding

Kern van het besturingsmodel zijn de verantwoordings- en ondersteuningsrelatie tussen instelling en afdelingen. *Zie schema 4.3.* In de opbouw van dit hoofdstuk keren beide relaties terug. Nadat in paragraaf 5.2 is stilgestaan bij de hoofdlijnen van de borgings- en verspreidingsaanpak die de ziekenhuizen hanteren, volgt in paragraaf 5.3 een beschrijving van de invulling van de verantwoordingsrelatie. In paragraaf 5.4 wordt aandacht geschonken aan de wijze waarop ziekenhuizen de implementatie van verbeterprojecten ondersteunen.

5.2 Algemene borgings- en verspreidingstrategie

5.2.1 *Wat ziekenhuizen doen in het kader van borging*

Er zitten een paar vaste elementen in de manier waarop de interne programmacoördinatoren (IPC) de borgingsstrategie in hun ziekenhuizen beschrijven. Enkele voorbeelden:

‘In het eerste jaar is al gekeken naar borging. Metingen zijn cruciaal. De teams moeten resultaten rapporteren, aangeven wanneer wordt hermeten en hoe vaak. Het zijn blijvende uitkomstindicatoren waarop wordt gemeten. Dit is een lijnverantwoordelijkheid. Het managementteam controleert en waarborgt dat het gebeurt. Ondersteuning vindt plaats door middel van managementinformatie. We zijn het aan het opbouwen. De managementinformatie bevat naast productie parameters ook kwaliteitsparameters. Deze worden weergegeven op een dashboard. De definitieve indicatoren worden afgesproken met de verantwoordelijke arts.’ (IPC ziekenhuis 7)

‘Er is een systeem voor monitoring ontstaan. Wekelijks wordt gemeten bij decubitus, WZW, postoperatieve pijn en POWI. Die metingen worden ingevoerd in het systeem. Het ziekenhuis gebruikt managementcontracten en er vindt regelmatig een bespreking plaats met de Raad van Bestuur.’ (IPC ziekenhuis 5)

‘Sneller Beter is onderdeel geworden van het ziekenhuisbeleid. Ieder kwartaal worden gegevens gerapporteerd. Doel is uitkomsten op te nemen in een soort van dashboard. Er zijn overall indicatoren voor.’ (IPC ziekenhuis 3)

‘In het ziekenhuis is een ICT-project uitgevoerd om managementinformatie te genereren. Metingen dienen bij voorkeur wekelijks of maandelijks plaats te vinden. Het ziekenhuis heeft hier behoefte aan. Het streven is om alles inzichtelijk te maken met behulp van een dashboard per proces.’ (IPC ziekenhuis 8)

Deze uitspraken bieden inzicht in de borgingsaanpak die de ziekenhuisleiding voor ogen staat. De kern van de borging bestaat uit de ontwikkeling van een informatiesysteem voor het monitoren van resultaten, gecombineerd met een lijnverantwoordelijkheid. Dit laatste komt neer op vier zaken die passen binnen het besturingsmodel zoals gepresenteerd in het vorige hoofdstuk:

- a. de leidinggevende van de decentrale eenheid maakt afspraken met de ziekenhuisleiding over de normen waaraan moet worden voldaan;
- b. er wordt periodiek teruggekoppeld van zorgenheid naar organisatie over de stand van zaken;
- c. bij die terugkoppeling wordt gebruik gemaakt van actuele informatie afkomstig uit een informatiesysteem (dashboard, cockpit);
- d. het informatiesysteem is opgebouwd uit meetgegevens op basis van indicatoren die aansluiten op de gestelde normen.

Overige borgingsmaatregelen

De ziekenhuizen zien verder de interne ondersteuningsorganisatie (paragraaf 4.4) als een vorm van borging van opgebouwde kennis. In één ziekenhuis heeft men naast de vier zojuist genoemde maatregelen ook nog een borgingsteam opgericht:

‘Dit team gaat iedere drie maanden een inspectieronde houden om na te gaan of men blijft meten en of er zich problemen voordoen? De verantwoordelijkheid voor verbetering is in de lijn ondergebracht en er wordt teruggekoppeld naar de organisatieleiding.’

5.2.2 *Wat ziekenhuizen doen in het kader van interne verspreiding*

Het implementatieprogramma van Sneller Beter heeft een expliciete verspreidingsdoelstelling. Via een gefaseerde opzet wordt beoogd dat uiteindelijk werkwijzen en zorguitkomsten van iedere zorgenheid of zorgketen van de ziekenhuizen positief wordt beïnvloed door de verbeterprojecten. Ziekenhuisbrede verspreiding wordt door interne programmacoördinatoren genoemd als succesmaat. De mix van vastgelegde normen, bijpassende indicatoren, voortgangbewaking en het afleggen van verantwoording is niet alleen een borgingsinstrument. Ook de verspreiding wordt ingestoken vanuit na te streven kwaliteitsnormen op instellingsniveau. In het tweede jaar is de interne verspreiding een mengvorm van top down en bottom up.

‘In de praktijk is de opschaling een combinatie tussen zelf aanmelden en opleggen, tussen “wat willen jullie?” en “wat kan er?”, ook qua begeleiding.’ (IPC ziekenhuis 7)

Waarbij deelname steeds minder vrijblijvend wordt:

‘Er was een groep bezig met decubitus, deze groep is te zien als de kartrekker. Iedereen deed op vrijwillige basis mee, op basis van de prevalentiemeting. Toch ontstaat er een beetje natuurlijke dwang na twee jaar. Bovendien is er sprake van een actieve benadering voor projectlocaties.’ (IPC ziekenhuis 4)

‘Door middel van stille dwang zijn er goede plannen opgesteld. Bij WZW was er duidelijk een norm: “Gij zult WZW doen, gij zult streven naar een wachttijd van minder dan een week”. Hetzelfde geldt voor VIM. In 2007 mocht het, maar in 2008 wordt VIM verplicht.’ (IPC ziekenhuis 1)

‘T1 is minder succesverhaal gedreven. De successen waren al eerder bekend en op tactisch niveau uitgedacht. Er zijn pilots uitgevoerd. Vervolgens zeggen we: “we gaan het zo en zo doen”.’ (IPC ziekenhuis 8)

In de volgende paragraaf wordt dieper ingegaan op de verantwoordingsrelatie.

5.3 Invulling van de verantwoordingsrelatie van het besturingsmodel

5.3.1 Afspraken en normen

Uit de vragenlijsten en gesprekken met de programmacoördinator komt naar voren dat er op de meeste afdelingen wordt gewerkt met jaarplannen of contracten waarin concrete doelen zijn opgenomen:

‘Het streven was om [de ziekenhuisbrede verspreiding] in te brengen in de managementstukken van de clusters. Als onderdeel van de jaarplancyclus stuurt de raad van bestuur voor de zomer de kaderbrief naar de clusters en stafdiensten. Deze brief is de basis van het jaarplan voor het jaar erop.’ (IPC ziekenhuis 7)

‘Men werkt met een samenstel van contracten waarmee managers aangeven hoe ze zaken concreet regelen en wat wordt er verwacht. Dit samenstel is in ontwikkeling. De kaderbrief is in dat verband belangrijk. De doelen zijn binnenshuis gesteld en zijn daarom relevant en legitiem. De raad van bestuur en de voorzitter medisch stafbestuur geven die legitimiteit.’ (IPC ziekenhuis 8)

‘Er zijn prestatievergoedingen vastgelegd. Voor de logistieke projecten van de tweede ronde geldt dat zij een vergoeding krijgen als het doel behaald is. Per project is een contract vastgesteld.’ (IPC ziekenhuis 2)

In de vragenlijst zijn de kwaliteitsdoelen in de jaarplannen verder gespecificeerd. Het blijkt dat de jaarplannen voor de meeste afdelingen patiëntveiligheidsdoelen bevatten (zie tabel 5.1). In zes van de zeven ziekenhuizen waar gegevens van bekend zijn, zijn doelen

opgenomen ten aanzien van patiënttevredenheid. In vier van de zeven ziekenhuizen zijn doelen opgenomen voor doelmatigheid en het behalen van klinische uitkomsten, in twee voor servicekwaliteit en twee ziekenhuizen stellen andere doelen.

Tabel 5.1 Op de meeste afdelingen wordt gewerkt met jaarplannen met concrete doelen voor...

	2	3	4	5	6	7	8
Veiligheid	+	+	+	+	+	+	+
Patiënttevredenheid	+	+	-	+	+	+	+
Klinische uitkomsten	+	+	-	+	+	-	-
Doelmatigheid	-	+	+	+	-	+	-
Servicekwaliteit	-	+	-	+	-	-	-
Anders	-	+	-	+	-	-	-

(Bron: vragenlijst interne programmacoördinator; n=7)

Er is eveneens gevraagd wat er in de managementcontracten van het ziekenhuis wordt vastgelegd (tabel 5.2). In alle zeven ziekenhuizen worden afspraken vastgelegd rondom productie. In zes ziekenhuizen worden afspraken gemaakt over het uitvoeren van waarderingsonderzoek onder patiënten, het uitvoeren van verbeterprojecten en de hoogte van het decubituspercentage. De hoogte van de toegangstijd keert in drie ziekenhuizen terug in managementcontracten, doorstroomtijden bij twee ziekenhuizen. In de categorie ander opgenomen bepalingen noemt ziekenhuis 3 telefonische bereikbaarheid. In ziekenhuis 5 zijn bepalingen opgenomen over exploitatie, patiëntenparticipatie, strategie, leiderschapsstijl en het ziekteverzuim. In ziekenhuis 6 worden in managementcontracten bepalingen gehanteerd over kosten, kwaliteit van arbeid en kwaliteit van zorg.

Tabel 5.2 In de managementcontracten zijn bepalingen opgenomen omtrent...

	2	3	4	5	6	7	8
Productie	+	+	+	+	+	+	+
Waarderingsonderzoek patiënten	+	+	-	+	+	+	+
Uitvoeren verbeterproject	-	+	+	+	+	+	+
Decubituspercentage	+	+	+	+	+	-	+
Toegangstijd	+	-	+	-	+	-	-
Infectiepercentage	-	-	-	+	-	-	-
Doorstroomtijd	-	+	-	+	-	-	-
Anders	-	+	-	+	+	-	-

(Bron: vragenlijst interne programmacoördinator; n=7)

5.3.2 Meetroutine en terugkoppeling

Uit de vorige subparagraaf blijkt dat er in de T1-ziekenhuizen plannen en afspraken worden gemaakt waarin de onderdelen van het implementatieprogramma terugkeren. Het doorlopen van de kwaliteitscyclus op afdelings- en instellingsniveau vereist het systematisch verrichten van metingen en het regelmatig terugkoppelen hiervan, of liever, het controleren hoe de situatie zich verhoudt tot het doel/de norm. Dit is na te gaan aan de hand van het oordeel van de programmacoördinator.

Het verrichten van metingen

Hoe ziet de meetroutine eruit binnen de afdelingen en zorgeenheden? Gemiddeld 62% van de ondervraagde managers geeft aan dat het op de eigen afdelingen vanzelfsprekend is om resultaten te meten. – **Zie tabel 6.5 in het volgende hoofdstuk.** Het blijkt niet vanzelfsprekend dat men op afdelingen na afloop van het project doorgaat met meten:

‘Afgelopen zomer zijn de projecten van 2005 nagemeten, maar het mag geen geïsoleerde actie zijn. Er is veel te winnen in permanente nameting.’ (IPC ziekenhuis 1)

‘Het is zaak om te zorgen dat zaken doorlopen. Er zit een stukje cultuur in. Antibiotica Switch stopte bijvoorbeeld na het project met meten door een wisseling van het management.’ (IPC ziekenhuis 6)

De interne programmacoördinatoren is gevraagd of de teams van het eerste jaar in het tweede jaar zijn doorggegaan en of er regelmatig wordt gemeten op de afdelingen van het eerste jaar. De antwoorden zijn verwerkt in tabel 5.3. AGDH wil zeggen of het volgens de coördinator aantoonbaar is Geïntegreerd in het Dagelijks Handelen.

Tabel 5.3 Teams doorggegaan, werkwijzen aantoonbaar geïntegreerd en regelmatig meten

		2	3	4	5	6	7	8
DEC	Doorgegaan:	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	AGDH	Ja	Ja	Ja	Ja	Deels	Ja	Helft
	Reg. meting:	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Afg. half jaar	Oktober	Tweemaal per jaar	Iedere week	Voorjaar	Tweemaal per jaar	September en continu	Voorjaar
MV*	Doorgegaan:	Ja	Nvt.	Nvt.	Ja	Ja	Ja	Ja
	AGDH	Ja	-	-	Ja	Nee	Ja	Ja
	Reg. meting:	Ja	-	-	Ja	Nee	Ja	Ja
POWI	Doorgegaan:	Ja	Deels	Nee	Ja	Nee	Ja	Ja

		2	3	4	5	6	7	8
	AGDH	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Ja
	Reg. meting:	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
PHI	Doorgegaan:	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja
	AGDH	Ja	Ja	?	Ja	Ja	Ja	Ja
	Reg. meting:	Ja**	Ja	?	Ja	Ja	Ja	Ja
VIM	Doorgegaan:	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	AGDH	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	?
	Reg. meting:	Ja	?	?	?	Ja	?	Ja
WZW	Doorgegaan:	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
	AGDH	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Deels	Ja
	Reg. meting:	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

(Bron: vragenlijst interne programmacoördinator; n=7)

* MV-AS en MV-PP ** doorstroomtijden worden op verzoek gemeten, niet standaard

Uit de tabel blijkt dat de meeste teams van het eerste jaar volgens de interne programmacoördinatoren zijn doorgegaan. Er wordt regelmatig gemeten. Onduidelijk is alleen wat er precies wordt verstaan onder regelmatig. In de ziekenhuizen 3 en 6 geldt een instellingsbrede meting twee keer per jaar als regelmatig, terwijl ziekenhuis 4 spreekt over wekelijkse metingen op de afdelingen van het eerste jaar. Interne programmacoördinatoren bevestigen dat de interventies aantoonbaar zijn geïntegreerd op de afdelingen. Los van de variatie in frequentie en de aard van de metingen, geven interne programmacoördinatoren tijdens het interview aan dat in het meten en het werken met meetinstrumenten de belangrijkste waarde zit van de deelname aan het implementatieprogramma van Sneller Beter. Het is zaak te controleren of de resultaten van die metingen ook daadwerkelijk worden teruggekoppeld tussen decentraal en centraal niveau.

Terugkoppeling van decentraal naar centraal

Afgaande op de interviews en vragenlijsten wordt er in de T1-ziekenhuizen ongeveer ieder kwartaal op afdelingsniveau een statusoverzicht gegenereerd en vindt er twee keer per jaar een terugkoppeling plaats tussen decentraal en centraal niveau; tussen afdeling en instelling. Dit blijkt uit uitspraken van interne programmacoördinatoren:

‘Behaalde prestaties worden bewaakt. Eenmaal in de vier maanden leveren stafafdelingen informatie aan het duale management. Tweemaal per jaar overlegt de Raad van Bestuur over resultaten op de afdeling.’ (IPC ziekenhuis 6)

‘Het ziekenhuis gebruikt managementcontracten en er vindt regelmatig een bespreking plaats met de Raad van Bestuur. Per specialisme is er sprake van dual management bestaande uit een medisch en organisatorisch manager.’ (IPC ziekenhuis 6)

De vragenlijst voegt hieraan toe dat men in alle ziekenhuizen van de afdelingen verwacht dat zij terugkoppelen naar het centrale niveau. De frequentie loopt uiteen van twee tot 12 keer per jaar. De verantwoording wordt overal afgelegd aan de directie. Ter aanvulling worden onder meer genoemd: afdelingsmanagement, clustermanagement, zorggroepmanagers, clusterbestuur en directeur patiëntenzorg.

5.4 Invulling van de ondersteuningsrelatie van het besturingsmodel

Uit gesprekken met interne programmacoördinatoren kwamen twee onderwerpen steeds terug zodra de noodzakelijke ondersteuningsbronnen voor ziekenhuisbrede implementatie ter sprake kwamen:

- het trainen van medewerkers op nieuwe projectlocaties (subparagraaf 5.4.1);
- ontwikkeling van geautomatiseerde systemen voor sturingsinformatie (subparagraaf 5.4.2).

5.4.1 Trainen van medewerkers op nieuwe projectlocaties

Inzet van ervaringsdeskundigen en experts

Het eerste wat opvalt in de ondersteuningsorganisatie van de T1-groep is dat er in het tweede jaar in ieder ziekenhuis wordt gewerkt met ervaringsdeskundigen of experts per Sneller Beter onderwerp/project. Deze medewerkers zijn organisatiebreed inzetbaar voor de ondersteuning van de verbeterprojecten op afdelingen, poliklinieken en binnen zorgpaden. Hun voornaamste functie is het doorgeven van kennis en ervaring, opgedaan bij eerdere verbeterprojecten (de eerste serie en andere pilots) en door deel te nemen aan het trainingsaanbod van het consortium tijdens het eerste en tweede jaar:

‘Het organisatieonderdeel gericht op ondersteuning bestaat uit een handvol personen die de prioriteitsgebieden bestrijken. De veiligheidsprojecten zijn individueel weggelegd. Het ziekenhuis traint nieuwe teams zelf. Dit gebeurt door het ondersteuningsonderdeel en de afdeling P&O.’ (IPC ziekenhuis 4)

‘Nieuwe projectteams worden onder andere getraind door diegene die ervaring hebben opgedaan in een eerder project met betrekking tot dat onderwerp. Dit zit verankerd in de expertiseteams omdat hier ervaringsdeskundigen zitting in hebben. Maar ook op andere manieren kan ondersteuning geboden worden. Bij de aanmelding van een project wordt bekeken welke ondersteuning of scholing gewenst is en wie dit dan kan bieden. We gaan uit dat er voldoende expertise in huis aanwezig is om projecten te ondersteunen. Op dit moment zijn we een pool aan het samenstellen van medewerkers met een bepaalde expertise (vanuit hun functie) die we in kunnen zetten.’ (IPC ziekenhuis 6)

De termen waarmee de ondersteunende medewerkers worden aangeduid, variëren per ziekenhuis. In tenminste twee ziekenhuizen wordt gesproken over procesbegeleiders. Deze zijn voor de eerste ronde projecten aangesteld en in de tweede ronde vervulden zij de rol van ‘themabegeleider’ bij de interne Doorbraakbenadering. Dit geeft aan dat er, naast het trainen van nieuwe projectteams, tevens maatregelen zijn genomen om nieuwe trainers op te leiden. In alle ziekenhuizen wordt naast in te zetten individuen – adviseurs, experts en themabegeleiders – gesproken over centrale teams zoals expertise teams of kernteams. De samenstelling van de centrale teams verschilt per ziekenhuis:

‘Er is een organisatie met centrale teams op touw gezet om projecten van de grond te tillen. De kernteams stellen de afdelingen en clusters in staat de methodiek toe te passen. Het kernteam WZW bijvoorbeeld, houdt contact met de poliklinieken en bepaalt de conferenties.’ (IPC ziekenhuis 3)

‘Het kernteam is faciliterend opgezet, het zorgt voor enthousiasmering en gerichte actie bij problemen. Daarnaast heeft het een adviserende rol.’ (IPC ziekenhuis 5)

‘De expertiseteams houden de voortgang in het oog en nemen besluiten over wel of niet deelnemen en denken na over wat nodig is om het project te laten slagen. De expertteams blijven aangesteld zolang er projecten lopen, maar kunnen op termijn een andere rol krijgen. Ze houden zich bezig met scholing, vraagbaak en introductie van de onderwerpen.’ (IPC ziekenhuis 6)

‘Het ziekenhuis heeft geen decentraal verbeterteam voor decubitus, medicatieveiligheid, OK en POWI. Er is een kerngroep opgezet per projectonderwerp met daarin stafleden, clustermanagers, afdelingsmanagers en verpleegkundigen. Deze teams behandelen de projectreviews. Dit centrale team gaat ook naar landelijke bijeenkomsten.’ (IPC ziekenhuis 8)

Grootschalig trainen versus training op de werkvloer

Verspreiding van de projecten brengt met zich mee dat er per Sneller Beter onderwerp projectteams worden getraind om de verbetermethode en projectspecifieke interventies in de eigen context toe te passen. In het eerste jaar ligt de ondersteunende en adviserende rol voornamelijk bij het consortium. Uit de interviews blijkt dat sommige ziekenhuizen de aanpak van het consortium kopiëren:

‘We gaan als het ware CBO-tje spelen. De themabegeleider organiseert interne Doorbraakbijeenkomsten voor nieuwe procesbegeleiders en coacht de interne procesbegeleider. Dit werkt prima. Er worden teams gevormd die tijdens die bijeenkomsten aanwezig zijn. De opzet is beknopter dan die van Sneller Beter. Er wordt gekozen voor een dagdeel, maar het feit dat het beknopter is mag niet ten koste gaan van de inhoud. Exact gekopieerde onderdelen zijn: het werken volgens de formats, het rapporteren van de voortgang en de meetinstructies.’ (IPC ziekenhuis 7).

Ook in ziekenhuis 1 vervulden meerdere personen in het eerste jaar de rol van procesbegeleider. Zij maakten gebruik van het landelijke aanbod ('het programma brengt expertise in') en zijn daarna gepositioneerd als expert. Volgens de programmacoördinator werkt het landelijke aanbod niet optimaal om twee redenen. 'Enerzijds loopt het ziekenhuis leeg, anderzijds kan de landelijke organisatie het niet aan.' In het ziekenhuis wordt daarom een expert gekoppeld aan ieder projectteam. Deze leert het team de Nolan-methode toe te passen. Er worden interne bijeenkomsten georganiseerd.

Andere ziekenhuizen (2 en 5) pakken de trainingen minder grootschalig aan. Hier is eerder sprake van 'training on the job'. Dat wil zeggen, 'een nieuw team wordt geïnstrueerd in de lijn door een medewerker uit een team dat al verbeteringen heeft gerealiseerd'. Hier zijn verschillende argumenten voor te noemen:

- 'omdat het ziekenhuis geen gemeenschappelijk startmoment van projecten heeft, kan er niet grootschalig worden getraind';
- 'het aanbod is afhankelijk van wat mensen willen en vereist maatwerk'.

Lerende organisatie

Aangezien het consortium met het implementatieprogramma streeft naar de ontwikkeling van ziekenhuizen tot 'lerende organisaties' is het relevant om te vermelden dat de programmacoördinatoren van meerdere ziekenhuizen het niet nodig vinden dat alle medewerkers volgens de verbetermethode werken: 'Het hoeft niet bij iedere verpleegkundige neergelegd te worden, zolang je maar procesondersteuning levert.' (IPC ziekenhuis 2). Of in ziekenhuis 8, waar de programmacoördinator benadrukt dat de aanpak van het ziekenhuis niet gericht is op uitzoekwerk of decentraal leergedrag: 'men hoeft niet alles opnieuw te leren of afdelingsgewijs te meten.' Dit laatste staat in schril contrast tot de ideeën van de coördinatoren in de ziekenhuizen 6 en 7:

'Continue kwaliteitsverbetering moet in het DNA van de medewerkers zitten. Het moet integraal deel uitmaken van de organisatie. Het doel is om er het maximale uit te halen.' (IPC ziekenhuis 7)

5.4.2 Ontwikkeling van informatiesystemen: moeilijk, maar duidelijk vooruitgang

In paragraaf 5.2 is beschreven hoe in de T1-ziekenhuizen in het kader van de borging het belang wordt benadrukt van een informatiesysteem. Er wordt gestreefd naar een dashboard of cockpit. Het is geen gemakkelijk ontwikkelingstraject om te komen tot de als onmisbaar beschouwde ICT-infrastructuur:

'Het bleek een moeizaam project. De infrastructuur moet helemaal op het ziekenhuis aangepast worden.' (IPC ziekenhuis 8)

'Menig ziekenhuis is niet ingericht op systematische gegevensverzameling. Het tempo waarin uitkomstmaten aan gewicht hebben gewonnen is hoger dan de mogelijkheden om te meten, te registreren, overzichten te maken en deze te gebruiken. Dat moet je niet op afdelingsniveau neerleggen. De organisatie moet zorgen dat er systemen zijn.' (IPC ziekenhuis 1)

Volgens de coördinatoren zullen de informatiesystemen voor 2008 operationeel zijn:

‘In november [2006] moet het gaan om: decubitus, postoperatieve pijn, valincidenten, toegangstijd poliklinieken – maximaal een week – en wachttijd op de afdeling – maximaal een kwartier.’ (IPC ziekenhuis 3)

‘De komende twee jaar moet dat lukken. De PHI’s zeker aangezien integrale logistiek dat vereist. WZW ja, decubitus ja, pijnscore VAS ja, POWI moeilijk, de incidentie is laag.’ (IPC ziekenhuis 1)

‘Ongeveer twee jaar terug is het ziekenhuis gestart met de Balanced Scorecard. Deze wordt spoedig operationeel. Van verschillende projecten worden gegevens teruggekoppeld. Decubitus wordt wekelijks gemeten en ondergebracht in een database. Van WZW worden steekproefsgewijs gegevens opgenomen in een database. Van OK, dat gericht is op efficiënter werken, worden gegevens uit het OK-systeem gehaald. De BSC wordt geleidelijk gevuld door een applicatiebeheerder. Momenteel wordt de laatste hand gelegd aan een systeem dat in staat stelt snel actuele overzichten uit te draaien.’ (IPC ziekenhuis 4)

5.5 Voornaamste bevindingen

Op basis van dit hoofdstuk kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

- in de ziekenhuizen is voortgang geboekt met betrekking tot het maken van interne afspraken over de borging van resultaten. In jaarplannen en managementcontracten zijn normen (patiëntveiligheid, patiënttevredenheid, doelmatigheid en klinische uitkomstmaten) neergelegd voor afdelingen en zorgeenheden;
- normen zijn vertaald naar indicatoren waarover afdelingen verantwoording afleggen; terugkoppeling naar de organisatieleiding gebeurt ongeveer één keer per kwartaal;
- interne programmacoördinatoren zijn overtuigd van de noodzaak van informatiesystemen voor borging en sturing. Mogelijkheden van ziekenhuis-ICT blijven achter op de behoefte naar sturingsinformatie. Men is van mening dat deelname aan het programma heeft bijgedragen aan de ontwikkeling van de gewenste systemen;
- de ondersteuningsorganisatie van de ziekenhuizen omvat individuele ervaringsdeskundigen, experts en een trainingsaanbod. Ziekenhuizen en projecttypen verschillen op twee fronten:
 - grootschalig opgezette trainingsbijeenkomsten versus ‘training on the job’ door deskundigen, experts, kwaliteitsmedewerkers etc. op de afdelingen;
 - het starten van een project als lijnverantwoordelijkheid (bottom up) versus de deelname die wordt opgelegd aan organisatieonderdelen (top down);
- basiselementen van de verantwoordingsrelatie zijn aanwezig of in een vergevorderd stadium. De ontwikkeling gaat verder na afloop van de programmaduur. Het functioneren en de effecten van het besturingsmodel kunnen vooralsnog niet worden vastgesteld.

DEEL III Duurzame verspreiding

stand van zaken en succes- en faalfactoren

6 Verspreiding van werkwijzen, competenties en resultaten

6.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat resultaten die betrekking hebben op de verspreiding van de projecten. In paragraaf 6.2 wordt ingegaan op de verspreiding en verschillende verspreidingsmaten. Vervolgens wordt in paragraaf 6.3 de bruikbaarheid van de Doorbraakmethode beschreven, evenals de mate waarin de werkwijzen en competenties van de verbeterprojecten na twee jaar gangbaar zijn in de ziekenhuizen. In de voorlaatste paragraaf volgen de resultaten die in het tweede jaar zijn gehaald. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een opsomming van de voornaamste bevindingen.

6.2 De verspreiding van verbeterprojecten

6.2.1 *Complicaties bij het vaststellen van de verspreidingsintensiteit*

Om de omvang van de vliegwielfunctie, te kunnen bepalen is het noodzakelijk de mate van verspreiding te analyseren. De verspreiding laat zich in theorie vaststellen op basis van het verschil tussen het aantal projecten in het eerste jaar en het tweede jaar. Er zijn echter meerdere omstandigheden die het meten van de effectiviteit in de vorm van het aantal projecten compliceren:

- sommige ziekenhuizen starten projecten en vormen projectteams binnen nieuwe afdelingen en zorgprocessen, maar volgen niet strikt het tijdsplan van het implementatieprogramma: ‘momenteel mogen teams starten zodra zij belangstelling hebben’;
- het consortium adviseert ziekenhuizen soms om juist geleidelijk te werken en niet te veel veranderingen tegelijkertijd door te voeren (dit leidt op korte termijn tot een lagere opschalingsintensiteit);
- ziekenhuizen blijken vóór het programma al ervaring te hebben opgedaan met de verbeterprojecten (wat de bijdrage van eerstejaars projecten en implementatieprogramma aan de opschaling vertekent; zie Dückers *et al.* 2006);
- de tijdschikking voor ziekenhuisbrede verspreiding reikt doorgaans verder dan de twee jaar van het implementatieprogramma;
- bij sommige projecten is op voorhand een beperkt aantal verspreidingslocaties aanwezig (bijvoorbeeld het aantal operatiekamers dat zich leent voor deelname aan POWI en OK);
- de definiëring en begrenzing van de projecten geven aanleiding tot spraakverwarring (wat hoort wel en niet bij één project; wat moet minstens op een nieuwe locatie worden overgenomen om te mogen spreken van succesvolle verspreiding).

Deze complicaties spelen een rol bij de interpretatie van de maatstaven voor verspreiding in subparagraaf 6.2.2.

6.2.2 Twee verspreidingsmaten

In totaal zijn er twee verspreidingsmaten beschikbaar die inzicht geven in de intensiteit van de verspreiding per ziekenhuis. Beide zijn berekend aan de hand van de verzamelde gegevens zoals toegelicht in hoofdstuk drie:

- i. het aantal afdelingen, operatiegroepen, zorgpaden en poliklinieken waar volgens de interne programmacoördinator in het tweede jaar een Doorbraakproject is uitgevoerd;
- ii. het percentage medisch specialisten van 17 algemene specialismen dat aangeeft aan tenminste een van de Sneller Beter projecten te hebben deelgenomen.

Verspreidingsmaat I: projecten uitgevoerd volgens de interne programmacoördinator

Het feit dat een Doorbraakproject soms wordt uitgevoerd op meerdere locaties (afdelingen of poliklinieken) roept vragen op over de definiëring en begrenzing van projecten. Is bij decubitus project X dat wordt uitgevoerd op twee ziekenhuislocaties bijvoorbeeld sprake van één of twee projecten? In het onderzoek onder de interne programmacoördinatoren van ieder ziekenhuis is ervoor gekozen het aantal afdelingen, patiëntgroepen, poliklinieken en zorgpaden als uitgangspunt te nemen wanneer gesproken wordt over projecten. In het laatste kwartaal van 2006 is interne programmacoördinatoren gevraagd hoeveel projecten in beide jaren zijn uitgevoerd. Tabel 6.1 bevat cijfers op ziekenhuisniveau. De eerste twee kolommen bevatten aantallen per jaar. Beide jaren zijn opgeteld in de derde kolom. In kolom vier is vervolgens weergegeven welke projecten na twee jaar ziekenhuisbreed zijn uitgevoerd. Indien tijdens de interviews werd aangegeven dat het ziekenhuis voorafgaand aan het implementatieprogramma al ervaring had opgedaan met projecten dan is dit toegevoegd in de laatste kolom.

Tabel 6.1 Aantallen locaties waar Sneller Beter verbeterprojecten zijn gestart (excl. VIM)

	Eerste jaar	Tweede jaar	Totaal beide jaren	Ziekenhuis-breed	Ervaring vooraf
Ziekenhuis 1	14	35	49	DEC	
Ziekenhuis 2	11	47	58	DEC, MV-AS	
Ziekenhuis 3	13	35	48	DEC (in het eerste jaar), MV-BT, MV-AS	MV-BT, MV-AS vooraf ziekenhuisbreed
Ziekenhuis 4	12	17	29		MV-AS, MV-BT, MV-PP
Ziekenhuis 5	15	36	51		

	Eerste jaar	Tweede jaar	Totaal beide jaren	Ziekenhuis-breed	Ervaring vooraf
Ziekenhuis 6	13	29	42	PHI	
Ziekenhuis 7	15	32	47	MV-BT	
Ziekenhuis 8	14	66	80	DEC, POWI, PHI	POWI, WZW
Gemiddeld	13 (SD=1,4)	37 (SD=14,3)	51 (SD=14,6)	-	-
Totaal	107*	297	404	DEC (3), MV-AS (2), MV-BT (2), PHI (2)	

(Bron: vragenlijst en interview interne programmacoördinatoren; n=8)

In tabel 7.1 zijn de projecten verder uitgesplitst per ziekenhuis.

De tabel laat zien dat in het eerste jaar gemiddeld 13 projecten zijn gestart in de ziekenhuizen en in het tweede jaar gemiddeld 37. In totaal zijn er in twee jaar tijd meer dan 400 Doorbraakprojecten gestart. Ziekenhuis 8 telt de meeste projectlocaties, ziekenhuis 4 de minste. De decubitus projecten zijn het vaakst ziekenhuisbreed toegepast. Er zijn twee ziekenhuizen die antibiotica switch (één vooraf), bloedtransfusies (één vooraf) en PHI's ziekenhuisbreed hebben uitgevoerd. In ziekenhuis 8 geldt dit laatste ook voor POWI.

Verspreidingsmaat II: participatiegraad medisch specialisten

Op basis van de vragenkaarten voor medisch specialisten kan worden berekend hoeveel medici in het tweede jaar hebben deelgenomen aan minstens één verbeterproject. Tabel 6.2 biedt een overzicht. In de bovenste twee kolommen is uitgewerkt hoeveel medisch specialisten (absoluut en relatief) deel hebben genomen aan een verbeterproject in het tweede jaar. In de overige kolommen zijn de deelnemers gerubriceerd per projecttype (DEC, MV etc.). Doordat het voorkomt dat medici betrokken zijn geweest bij meerdere projecten, is de optelsom van aantallen of percentages per project groter dan de score bij 'wel'. Een voorbeeld van hoe de scores dienen te worden geïnterpreteerd: in ziekenhuis 1 heeft 66% van de ondervraagden deelgenomen aan een PHI-project en in ziekenhuis 8 heeft 17% van de ondervraagden deelgenomen aan een POWI-project. Uit tabel 6.1 blijkt dat in ditzelfde ziekenhuis POWI in het tweede jaar ziekenhuisbreed is uitgevoerd. De cijfers laten zien dat medisch specialisten niet altijd deelnemen aan de opschaling van POWI.

Bijna de helft van de ondervraagde medisch specialisten heeft deelgenomen aan een WZW project. In ieder ziekenhuis gaat het om minstens een kwart van de ondervraagden. Opvallend is verder dat ziekenhuis 1 hoog scoort bij PHI en WZW.

Zodra wordt gekeken naar de participatiegraad (percentage van de netto respons dat heeft deelgenomen aan een verbeterproject) dan wordt duidelijk dat deze zich in de ziekenhuizen 1 tot en met 5 boven het gemiddelde bevindt. Ziekenhuis 3 scoort het

hoogst met 89%. In ziekenhuis 8 is sprake van minder deelnemers dan niet-deelnemers. De participatiegraad is daar 43%.

Tabel 6.2 Percentage medisch specialisten dat in het tweede jaar heeft deelgenomen aan verbeterprojecten (incl. VIM)

		1	2	3 #	4	5	6	7	8 #*	Totaal
Niet	n=	6	10	3	11	7	17	17	15	86
%		(16%)	(25%)	(11%)	(18%)	(18%)	(43%)	(43%)	(56%)	(27%)
Wel	n=	32	30	24	50	33	23	23	12	227
%		(84%)	(75%)	(89%)	(82%)	(83%)	(58%)	(58%)	(43%)	(72%)
<i>Namelijk:</i>										
<i>DEC</i> (n=19)		13%	13%	4%	8%	12%	4%	4%	0%	8%**
<i>MV</i> (n=30)		6%	23%	21%	8%	15%	17%	9%	8%	13%**
<i>OK</i> (n=31)		3%	17%	13%	12%	15%	22%	22%	8%	14%**
<i>POWI</i> (n=25)		6%	3%	8%	14%	27%	9%	0%	17%	11%**
<i>PHI</i> (n=61)		66%	37%	29%	18%	3%	17%	22%	25%	27%**
<i>VIM</i> (n=37)		22%	20%	0%	18%	21%	17%	13%	8%	16%**
<i>WZW</i> (n=110)		41%	40%	67%	62%	61%	35%	30%	25%	49%**
<i>Anders</i> (n=7)		0%	0%	4%	0%	0%	4%	13%	17%	3%**
Participatie- graad		84%	75%	89%	82%	83%	58%	58%	43%	72%**
		32 van 38	30 van 40	24 van 27	50 van 61	33 van 40	23 van 40	23 van 40	12 van 28	227 van 313

(Bron: vragenkaarten medisch specialisten; n=313)

* 1 missing ** gemiddelde # gelet op lage respons waarschijnlijk niet representatief

6.2.3 Relatie tussen verspreidingsmaten

Zojuist zijn twee verspreidingsmaten uiteengezet. Dit zijn de voornaamste bronnen om uitspraken te doen over de mate waarin verbeterprojecten zijn verspreid gedurende het implementatieprogramma. Voor de omvang van het aantal projecten wordt vooral uitgegaan van de eerste verspreidingsmaat. Er zijn in twee jaar tijd ongeveer 400 projecten uitgevoerd, waarvan bijna 300 in het tweede jaar. VIM is hier buiten beschouwing gelaten. Toch is het van belang niet geheel voorbij te gaan aan de verschillen die zichtbaar zijn geworden tussen de verspreidingsmaten. De uitkomsten van het onderzoek onder de interne programmacoördinatoren (maat I) wijken sterk af van de participatiegraad medisch specialisten (maat II). Ziekenhuis 8 is het meest extreme voorbeeld. Dit ziekenhuis scoort het laagst bij de participatiegraad en het hoogst bij het

aantal uitgevoerde projecten. Het is mogelijk dat er een te hoog aantal projecten is gerapporteerd bij maat I. Mogelijk hangt dit samen met een ruime definiëring van het project dat op de locaties is uitgevoerd.

6.3 Verbeterprojecten op basis van kwaliteitscycli: gangbaarheid binnen de ziekenhuizen

6.3.1 *Ervaring met de Doorbraakmethode*

De verbeterprojecten van het consortium zijn gebaseerd op de Doorbraakmethode. Uit een onderzoek naar het kwaliteits- en veiligheidsbeleid in Nederlandse ziekenhuizen uit 2005 blijkt dat alle T1-ziekenhuizen in het verleden ervaring hebben opgedaan met Doorbraakprojecten (van de overige ziekenhuizen geldt dit voor 80%) en het herinrichten van zorgprocessen (overige ziekenhuizen 45%) (Dückers *et al.* 2006).

De aanwezigheid van ervaring vooraf veronderstelt dat het ene ziekenhuis mogelijk verder gevorderd is dan het andere waar het aankomt op het toepassen van de methode en de interne verspreiding ervan. Dat is relevant, de verbeterprojecten zijn immers bedoeld om de logistiek en veiligheid van de zorg te verbeteren. Maar de projecten dienen tevens als voertuig om de competenties op te bouwen/ontwikkelen die verder binnen de ziekenhuizen moeten worden verspreid. De verzamelde gegevens bieden meer inzicht in de stand van zaken omtrent de verspreiding van de competenties. Nagegaan wordt:

- wat het tactisch management – de interne programmacoördinator – verstaat onder een Sneller Beter verbeterproject;
- hoe de coördinator de geschiktheid en toepasbaarheid van de Doorbraakmethode inschat;
- in hoeverre de activiteiten (samenhangend met de gewenste competenties/vaardigheden) op de meeste afdelingen worden toegepast.

6.3.2 *Wanneer spreekt men in de ziekenhuizen van een Sneller Beter project?*

Uit de antwoorden van de interne programmacoördinatoren op de vraag wanneer er in hun ziekenhuis wordt gesproken van een Sneller Beter project komt steeds naar voren dat het moet gaan om een van de Sneller Beter onderwerpen (decubitus, wondinfecties, medicatieveiligheid, toegangstijden etc.). Op de vraag of de projecten volgens een vast stramien worden opgezet geven vijf van de ondervraagden (ziekenhuizen 2, 3, 6, 7 en 8) aan dat de projecten worden ingestoken volgens de landelijke methodiek/de Doorbraakmethode/het Nolanmodel. De coördinatoren van de ziekenhuizen 4 en 5 lijken vrijer om te gaan met de vormgeving van de verbetermethode. Zij kenschetsen het stramien voor de implementatie van Sneller Beter projecten als: ‘globaal volgens richtlijnen, maar per projectgroep aangepast aan eigen bevindingen en werkwijze’ respectievelijk ‘Per onderwerp is er een stramien. Tegelijkertijd zijn we daar niet erg strak in en is er ruimte voor eigen interpretatie of aanpak’. Samenvattend: er is overwegend sprake van een algemeen format dat toegespitst wordt op de eigen context. In de praktijk wordt het stramien in enkele ziekenhuizen flexibel toegepast.

6.3.3 *Ervaren geschiktheid en toepasbaarheid van de Doorbraakmethode*

Aan de interne programmacoördinatoren zijn verschillende stellingen voorgelegd (tabel 6.3) over de mate waarin de Doorbraakmethode geschikt is voor verbetering van de kwaliteit van zorg in het eigen ziekenhuis. Twee stellingen gaan over toerusting en ondersteuning. Zeven van de acht coördinatoren hebben de vragenlijst ingevuld. De reacties ten aanzien van bruikbaarheid, effectiviteit, het belang van toepassing en verwachte waarde voor andere ziekenhuizen zijn (zeer) positief. Over de mate waarin medewerkers voldoende zijn geschoold en het ziekenhuis extra ondersteuning dient te bieden lopen opvattingen uiteen. In de ziekenhuizen 5 en 8 onderschrijft de programmacoördinator de stelling dat de Doorbraakmethode te tijdrovend is in relatie tot de opbrengsten. In ziekenhuis 4 is de reactie neutraal.

Tabel 6.3 Stellingen over de Doorbraakmethode

<i>De Doorbraakmethode is...</i>	2	3	4	5	6	7	8
Bruikbaar op de meeste afdelingen	++	++	+	+	++	++	++
Effectief gebleken op de meeste afdelingen	++	++	+	+	++	++	+
Belangrijk om te blijven toepassen	++	++	++	+	++	++	++
Aan te bevelen voor andere ziekenhuizen	++	++	++	+	++	++	++
Te tijdrovend in relatie tot de opbrengsten	--	--	0	+	--	-	++
Medewerkers van de afdeling hebben nog meer scholing nodig om de methode zelfstandig te kunnen toepassen	+	+	++	0	+	-	+
Er is meer ondersteuning vanuit het ziekenhuis nodig om de methode op de afdeling effectief te kunnen toepassen (bijvoorbeeld ICT, vrijstelling medewerkers voor metingen)	+	+	++	-	+	++	++

(Bron: vragenlijst interne programmacoördinatoren; n=7)

Legenda: --=helemaal mee oneens, -=mee oneens, 0=neutraal, +=mee eens, ++=helemaal mee eens.

Aanwezigheid van competenties na het tweede jaar

Aan de interne programmacoördinatoren is gevraagd in hoeverre een aantal activiteiten op de meeste afdelingen binnen het ziekenhuis wordt toegepast. De keuze voor de activiteiten is gebaseerd op subparagraaf 4.2.2. (zie tabel 6.4).

Tabel 6.4 Activiteiten toegepast op de meeste afdelingen

	2	3	4	5	6	7	8
Systematisch analyseren van knelpunten en problemen	+	+	+	+	-	+	+
Inventariseren van bestaande praktijk dan wel verloop van bestaand zorgproces	+	-	-	+	+	+	-
Inventariseren van evidence om gesignaleerde probleem op te lossen	-	-	+	+	+	+	-
Formeren van een multidisciplinair projectteam	+	-	+	+	-	+	-
Formuleren van een SMART-doelstelling	-	+	+	+	+	+	+
Meetbaar maken van de doelstelling door het formuleren van prestatie-indicatoren	+	-	+	+	+	+	-
Ontwikkelen van een meetsystematiek (wanneer gaat wie wat meten en analyseren)	-	-	-	+	+	+	-
Uitvoeren van periodieke metingen op basis van prestatie-indicatoren	+	+	-	+	+	+	+
Geven van feedback aan de leden van het verbeterteam en de afdeling	-	+	-	+	+	+	+
Opstellen van een verbeterplan indien de doelen nog niet zijn gehaald	-	+	-	+	+	+	+
	5(+)	5(+)	5(+)	10(+)	8(+)	10(+)	5(+)
	5(-)	5(-)	5(-)	0(-)	2(-)	0(-)	5(-)

(Bron: vragenlijst interne programmacoördinatoren; n=7)

Legenda: -=wordt niet toegepast op de meeste afdelingen, +=wordt toegepast op de meeste afdelingen.

Twee ziekenhuizen geven aan dat alle tien de activiteiten op de meeste afdelingen worden toegepast. In één ziekenhuis zijn er acht gangbaar volgens de programmacoördinator. Vier ziekenhuizen geven aan dat de helft van de competenties op de meeste afdelingen wordt toegepast. In zes van de zeven ziekenhuizen is het op de meeste afdelingen gebruikelijk dat er een SMART-doelstelling wordt geformuleerd, knelpunten systematisch worden geanalyseerd en dat er periodiek metingen worden uitgevoerd op basis van prestatie-indicatoren. In een meerderheid van de ziekenhuizen (vijf van de zeven) is het gebruikelijk dat een doelstelling meetbaar wordt gemaakt door zelf een prestatie-indicator te formuleren, dat er feedback wordt gegeven aan de projectteams en

de decentrale eenheden en dat er een verbeterplan wordt opgesteld indien doelen nog niet zijn gehaald. In vier ziekenhuizen is het op de meeste afdelingen gebruikelijk om een multidisciplinair projectteam te formeren, evidence te inventariseren voor probleemoplossing en de bestaande praktijk/het verloop van het zorgproces te inventariseren. Het ontwikkelen van een meetsystematiek (een procedure voor wie wanneer gaat meten en analyseren) is in mindere mate gemeengoed (drie van de zeven). Zodra deze gegevens worden aangevuld met gegevens over het oordeel van managers (tabel 6.5) dan blijkt dat het op minstens de helft van de afdelingen vanzelfsprekend is om concrete doelen te stellen (56%) en resultaten te meten (62%). Een nog grotere groep blijkt gegevens over resultaten te gebruiken als basis voor verdere verbetering (78%). In 44% van de afdelingen wordt gereflecteerd op het handelen.

Tabel 6.5 Welke van genoemde activiteiten vinden medewerkers op de afdeling vanzelfsprekend volgens het management

	Aangekruist (n=)	Aangekruist (%)
Concrete doelen stellen	38	56%
Resultaten meten	42	62%
Resultaten input verdere verbetering	53	78%
Gezamenlijke reflectie op handelen	30	44%
Anders	6	9%

(Bron: vragenkaart managers; n=73)

6.4 Resultaten van het tweede jaar

Er zijn drie bronnen beschikbaar om de effecten van de projecten in het tweede jaar te kunnen vaststellen:

- de centrale database van het consortium met gegevens over de projecten van het tweede jaar (stand juli 2007);
- vragenlijst en interviews met de interne programmacoördinatoren over de geborgde resultaten van de eerstejaars projecten en de stand van zaken aan het einde van het tweede jaar;
- de vragenkaarten die zijn uitgezet onder de medisch specialisten waarin is gevraagd wat de projecten waaraan men heeft deelgenomen hebben opgeleverd.

6.4.1 Resultaten per projecttype uit de centrale database

In tabel 6.6 zijn projectresultaten weergegeven als een gemiddelde per projecttype. De werkgroep datamanagement heeft in juli 2007 de laatste bestanden aangeleverd met meetgegevens van de projectteams in de ziekenhuizen over het tweede jaar. Het gaat om 92 records met projectverwijzingen waarvan er 65 voldoende gegevens bevatten om een begin- en vervolgmeting te berekenen. Op basis daarvan kan worden vastgesteld of de

ontwikkeling ten opzichte van het SMART-doel positief, onveranderd of negatief is. Bij OK en WZW is het resultaat berekend aan de hand van gemiddelden van de eerste en laatste twee maandscores in ieder record. De metingen van MV-PP, POWI en PHI zijn door het datamanagement niet aangeleverd als maandscores, maar als voorberekende begin- en vervolgmetingen. De cijfers van MV-PP zijn gebaseerd op meetgegevens van de laatste 20 interventiepatiënten.

Van belang is verder dat de begin- en vervolgmetingen soms gebaseerd zijn op verschillende maanden en dat de resultaten met terughoudendheid moeten worden geïnterpreteerd. Zo bestaat de voormeting van POWI bijvoorbeeld uit het infectiepercentage over 2004 of over 2003 en 2004. Wat ook opgaat voor de vervolgmeting (bijvoorbeeld 2005, 2006 of maart tot december 2006). Hetzelfde speelt bij de OK-projecten waar gegevens van ongeveer een half jaar (januari-juni 2006) voorhanden zijn (van één ziekenhuis januari-oktober 2006). Een goede vergelijking en vaststelling van het resultaat (rekening houdend met seizoensinvloeden) is pas mogelijk als gebruik wordt gemaakt van gegevens over vergelijkbare perioden.

Tabel 6.6 Projectresultaten op basis van gegevens uit de centrale database

	Resultaat	Begin- en vervolg- meting?	Toelichting
DEC	Het is niet bekend hoe de decubitus prevalentie zich bij de projecten in het tweede jaar heeft ontwikkeld.	Geen gegevens	De DEC-projectteams van het tweede jaar zijn niet ondersteund vanuit het consortium. Daarom hoeven de projectteams geen gegevens aan te leveren.
MV-AS	Geen resultaat	Geen gegevens	MV-AS is in het tweede jaar niet ondersteund vanuit het consortium.
MV-BT	Het aantal onnodige bloedtransfusies is gemiddeld afgenomen met 46% (een project realiseert zoals beoogd een reductie hoger dan 50%).	2 van 3 projecten	Begin: 56% Eind: 30%
MV-PP	Het percentage patiënten met een pijnscore (VAS) van vier of hoger is gemiddeld afgenomen met 29% (mediaan -13%) (twee projecten realiseren de beoogde halvering).	6 van 6 projecten	Begin: 53% (mediaan 52%) Eind: 38% (mediaan 45%)
OK	De benutting van de toegewezen tijd (B) is gemiddeld licht gedaald met 8%, mediaan met 9%. De uitval van OK's (U) is gemiddeld gedaald met 11%, mediaan met 29%.*	B: 6 van 6 projecten U: 5 van 6 projecten	Begin B: 89% (mediaan 92%) Vervolg B: 82% (mediaan 84%) Begin U: 2,5% (mediaan 1,9%) Vervolg U: 2,2% (mediaan 1,4%)
POWI	Het gemiddelde aantal postoperatieve wondinfecties is gestegen met 3%, de mediaan is gedaald met 12% (het aantal	13 van 18 operatiegroepen	Begin: 4,2% (mediaan 3,3%) Vervolg: 4,3% (mediaan 2,9%)

	Resultaat	Begin- en vervolg- meting?	Toelichting
PHI	postoperatieve wondinfecties is bij drie operatiegroepen gehalveerd).* 11 van de 19 gestarte PHI-projectteams hebben zich gericht op reductie van de doorstroomtijd in dagen (DS), 13 op ligduur (LD). De DS is gemiddeld afgenomen met 24% (mediaan -27%). De LD is afgenomen met 1% (mediaan -20%) (bij geen enkel project is de DS afgenomen met minstens 40%, bij één project is de LD met meer dan 30% afgenomen).	DS: 5 van 11 projecten LD: 5 van 13 projecten	Begin DS: 59 (mediaan 51) Vervolg DS: 45 (mediaan 37) Begin LD: 10 (mediaan 13) Vervolg LD: 10 (mediaan 10)
WZW	De toegangstijd in dagen voor nieuwe patiënten is gemiddeld afgenomen met 17% (mediaan -29%) (de beoogde maximale toegangstijd van zeven dagen wordt nergens gehaald).	20 van 27 projecten	Begin: 43 (mediaan 39) Vervolg: 36 (mediaan 28)

(Bron: centrale database)

* *project gestart in het eerste jaar*

6.4.2 Resultaten per ziekenhuis uit de centrale database

Het is mogelijk om dezelfde gegevens uit te splitsen per ziekenhuis. Tabel 6.7 biedt een overzicht van de resultaten per projecttype per ziekenhuis. Bij POWI zijn tevens de POWI-projectteams opgenomen die indicatorgegevens hebben aangeleverd over het aantal deurbewegingen (POWI-D) en aanwezig op de OK (POWI-A). Van de ziekenhuizen 1 tot en met 3 zijn de meeste projectgegevens voorhanden (minstens 17), van ziekenhuis 8 bevat de door het consortium verstrekte databestanden slechts bruikbare gegevens van één project.

Tabel 6.7 Resultaten op basis van gegevens uit de centrale database per ziekenhuis

Project	1	2	3	4	5	6	7	8
MV	MV-PP(++)	MV-PP(++) 2MV-PP(+) MV-PP(-) MV-BT (?)			MV-BT(+)	MV-BT(++)	MV-PP(+)	
OK	OK-B(0) OK-U(+)		OK-B(-) OK-U(-)	OK-B(-) OK-U(+)	OK-B(-) OK-U(-)	OK-B(-)	OK-B(0) OK-U(+)	
POWI	POWI(-) POWI-A(+) POWI-D(+)	POWI(++) POWI(0) 3POWI(-)	POWI(++) 4POWI(?)		POWI(+) POWI(?)	POWI(+) 2POWI(-)	POWI(++) POWI(+)	POWI-D(-)
PHI	2PHI-DS(+) PHI-DS(?) PHI-LD(++) PHI-LD(+)	PHI-DS(?) 3PHI-LD(?)	2PHI-DS(+) PHI-DS(?) PHI-LD(+) 2PHI-LD(-) 3PHI-LD(?)	3PHI-DS(?) PHI-LD(?)			PHI-DS(?) PHI-LD(?)	
WZW	WZW(+) 2WZW(?) 3WZW(-)	4WZW(+)	2WZW(+) 2WZW(?)	3WZW(+) 2WZW(?)	3WZW(+)	WZW(-)	WZW(+) WZW(?) 2WZW(-)	
Totaal	2(++) 7(+) 1(0) 3(?) 4(-)	2(++) 6(+) 1(0) 5(?) 4(-)	1(++) 5(+) 10(?) 4(-)	4(+) 6(?) 1(-)	5(+) 1(?) 2(-)	1(++) 1(+) 4(-)	1(++) 4(+) 1(0) 3(?) 2(-)	1(-)
92 records:	17	18	20	11	8	6	11	1

(Bron: centrale database)

Legenda: +++=SMART-doel gehaald; +=positieve verandering ten opzichte van SMART-doel; 0=gelijk gebleven; ?=alleen nulmeting beschikbaar; -=negatieve verandering ten opzichte van SMART-doel; MV-AS=percentage onnodige intraveneuze antibiotica toediening; MV-BT=percentage onnodige bloedtransfusies; MV-PP=percentage postoperatieve pijn boven norm; OK-B=percentage benutting toegewezen tijd; OK-U=percentage uitval OK's; POWI=percentage wondinfecties; POWI-D= aantal deurbewegingen; POWI-A=aantal aanwezigen op de OK; PHI-LD=ligduur; PHI-DS=doorstroomtijd; WZW=toegangstijd poliklinieken.

6.4.3 Resultaten per ziekenhuis volgens de interne programmacoördinator

De interviews met de interne programmacoördinatoren bieden een aanvulling op het beeld per ziekenhuis uit tabel 6.7. De programmacoördinator van ziekenhuis 1 heeft geen cijfers paraat. De overige reacties zijn overwegend positief, hoewel doelen niet altijd worden gehaald (zie tabel 6.8). Bovendien houden ziekenhuizen er eigen normen op na:

‘De projecten hebben allen hun eigen doelstellingen gehaald. Bij verschillende projecten zijn ook de Sneller Beter doelen gehaald.’ (IPC ziekenhuis 8)

Bij DEC en MV worden doorgaans positieve resultaten gerapporteerd. Over POWI wordt gezegd dat de effecten onbekend zijn, dat het project lastig is of dat men zoekend is in de aanpak.

Tabel 6.8 Resultaten op basis van interviews met interne programmacoördinatoren

<i>Project</i>	1	2	3	4	5	6	7	8
DEC	Onbekend	Gehaald	Gehaald	Gehaald	Gehaald	Niet gehaald	Niet gehaald	Niet gehaald
MV	Onbekend	Gehaald	Onbekend	Niet gehaald	MV-PP gehaald, MV-AS ‘positief, maar nog niet exact bekend’	MV-PP niet gehaald ‘wel duidelijke verbetering’	MV-AS stilgelegd	Gehaald
OK	Onbekend	Niet gehaald	Niet gehaald: ‘maar het doel deugt’	Niet gehaald: ‘inspanning weegt niet op tegen de resultaten’	Niet gehaald, wel positief	Productiviteit +28%	Positief, ‘doch geen 30%’	Onbekend
POWI	Onbekend	Onbekend	Aantal POWI’s is bekend.	Aantal POWI’s is bekend: ‘ziekenhuis wijkt niet af’	Onbekend	Probleem	Lastig, zoekend in aanpak	Aantal POWI’s is bekend
PHI	Onbekend	Gehaald	Onbekend	Niet gehaald	Onbekend	Eerste twee PHI’s gehaald, na vakantie werd het moeilijker	‘Zijn er nog niet helemaal’	Onbekend
WZW	Onbekend	Gehaald: ‘doel is één tot twee weken’	Zeven wel, zeven niet	Gehaald	Gehaald: ‘doorgaans een week’	Twee wel, derde niet	Gehaald, drie nog niet	Niet gehaald

(Bron: interviews interne programmacoördinatoren; n=8)

6.4.4 *Opbredingen van de projecten volgens medisch specialisten*

Naast de centrale database is informatie verzameld onder medisch specialisten door

middel van vragenkaarten. De medici werd gelegenheid geboden om meerdere projecten aan te kruisen waaraan zij deelnamen in het tweede jaar. Bij de vraag of het project iets heeft opgeleverd kon men ja, nee of niet van toepassing aankruisen en dit al dan niet toelichten. In tabel 6.9 zijn de antwoorden weergegeven. Bijna 90% is van mening dat 'hun' projecten iets heeft opgeleverd.

Tabel 6.9. Hebben de projecten volgens medisch specialisten iets opgeleverd?

		1	2	3	4	5	6	7	8	Totaal
Ja	(n=201)	94%	90%	88%	90%	91%	83%	79%	92%	89%
Nee	(n=19)	3%	10%	13%	6%	9%	13%	13%	0%	8%
N.v.t.	(n=7)	3%	0%	0%	4%	0%	4%	8%	8%	3%
Totaal (n=227)		n=31	n=29	n=24	n=50	n=33	n=23	n=24	n=13	100%

(Bron: vragenkaarten medisch specialisten; n=314)

De toelichtingen bij de vraag naar de projectopbrengsten zijn in te delen in twee categorieën:

- het SMART-doel van het programma (wachtijden, doorligwonden etc.);
- organisatorische en procesmatige verbeteringen (cultuur, samenwerking, bespreekbaarheid, bewustwording/inzicht, maar ook maatregelen zoals het aantal deurbewegingen).

In tabel 6.10 wordt per project nagegaan welke verbeteringen zijn opgetreden. Een A wil zeggen dat de verandering betrekking heeft op het SMART-doel, een B dat sprake is van een organisatorische verandering. Een + staat voor een verbetering, een - voor een verslechtering.

Van de 227 respondenten hebben 154 medici een toelichting gegeven. Bij decubitus, medicatieveiligheid, OK en PHI wordt de verbetering met name uitgedrukt in positieve veranderingen ten opzichte van het SMART-doel. Twee keer geven respondenten aan dat de aanwezigheid van een decubitus verpleegkundige 'het probleem uit handen' neemt bij medewerkers op de afdelingen. De ondervraagden ervaren dit als negatief omdat het ten koste gaat van de betrokkenheid (vandaar B-).

Bij POWI zit de verbetering vooral in organisatie en werkwijzen. Ondervraagden wijzen er op dat het infectiepercentage 'laag' is, ongeacht het antwoord op de vraag of men verbeteringen signaleert. In beide gevallen zijn er voorbeelden van projecten die worden stilgezet vanwege het lage aantal infecties.

Bij VIM is A+ gelijk aan B+. Een toename in het aantal meldingen kan worden gezien als een organisatorische verbetering.

Een B+ bestaat bij WZW vooral uit 'inzicht in patiëntstromen'. Volgens zes ondervraagden is de situatie na verloop van tijd weer op het 'oude niveau' aanbeland (voor de uitvoering van het project).

Tabel 6.10 De aard van de opbrengsten per project volgens medisch specialisten

	A+	B+	A-	B-	AB+	A 'oud'	Totaal
DEC (n=9)	56%	11%	-	22%	11%	-	100%
MV (n=13)	62%	31%	-	-	8%	-	100%
OK (n=14)	57%	29%	14%	-	-	-	100%
POWI (n=9)	22%	78%	-	-	-	-	100%
PHI (n=23)	48%	30%	-	-	22%	-	100%
VIM (n=15)	-	7%	-	-	93%	-	100%
WZW (n=71)	69%	14%	3%	-	6%	8%	100%
Totaal	54% (n=83)	22% (n=34)	3% (n=4)	1% (n=2)	16% (n=25)	4% (n=6)	100% (n=154)

(Bron: vragenkaarten medisch specialisten; n=314)

Legenda: A=verandering ten opzichte van de SMART-norm, B=organisatorische verandering, AB=beide
+=verbetering, -=verslechtering, oud=terug op niveau voor project

6.5 Voornaamste bevindingen

De voornaamste conclusies op basis van dit hoofdstuk zijn:

- er zijn ongeveer 400 Sneller Beter projecten uitgevoerd (excl. VIM) tijdens de deelname aan het implementatieprogramma (100 in het eerste jaar, 300 in het tweede);
- 72% van de ondervraagde medisch specialisten heeft deelgenomen aan tenminste één verbeterproject tussen november 2005 en november 2006 (een percentage dat gelet op de soms lage respons per ziekenhuis met voorzichtigheid moet worden geïnterpreteerd);
- er bestaan verschillen tussen ziekenhuizen en projecttypen in de vrijheid die men zich gunt om het algemene projectstramien te vertalen naar de context van de afdelingen; onduidelijk is hoeveel van de oorspronkelijke projectopzet (verbetermethode en projectspecifieke interventies) intact blijft tijdens de opschaling. In enkele ziekenhuizen vindt men het niet van belang dat medewerkers op de werkvloer worden getraind in het werken volgens de verbetermethode;
- interne programmacoördinatoren en managers wijzen erop dat activiteiten behorend tot de Doorbraakmethode, op de meeste afdelingen worden toegepast. Volgens interne programmacoördinatoren is de Doorbraakmethode toepasbaar en van praktische waarde. Meer dan de helft van de managers geeft aan dat men op de meeste afdelingen resultaatmetingen verricht. Bijna 80% onderschrijft de

stelling dat aanwezige gegevens worden gebruikt als input voor verdere verbetering;

- van de 300 tweedejaars projecten zijn 92 records met meetgegevens van projecten terug te vinden in de centrale database. Daarvan bevatten er 65 voldoende gegevens om een begin- en een eindmeting te berekenen. Bij 40 records is sprake van een positieve verandering, bij 22 van een negatieve. Gegevens over de decubitus projecten ontbreken omdat deze projecten in het tweede jaar geen programmaondersteuning ontvangen. Het consortium heeft met de ziekenhuizen afgesproken dat deze teams geen gegevens hoeven aan te leveren;
- ongeveer 90% van de ondervraagde medisch specialisten vindt dat de projecten iets hebben opgeleverd (ook dit percentage is gebaseerd op een soms lage respons per ziekenhuis, wat mogelijk gevolgen heeft voor de representativiteit).

7 Succes- en faalfactoren

7.1 Inleiding

Waren eerdere hoofdstukken vier en vijf vooral beschrijvend van aard, het evaluatieonderzoek heeft bovendien tot doel inzicht te bieden in de succes- en faalfactoren van het interne vliegwiel. In dit hoofdstuk wordt toegewerkt naar verklaringen voor de mate waarin er sprake is van geslaagde implementatie, borging en verspreiding van de verbeterprojecten. Om gericht te werk te gaan wordt in paragraaf 7.2 aandacht geschonken aan de projecten die het meest zijn verspreid en de projecten die het meest succesvol zijn gebleken (op voorhand is immers niet zeker of er een verband bestaat tussen de mate van succes en de verspreidingsintensiteit). Vervolgens wordt nagegaan wat de programmacoördinatoren als de meest en minst succesvolle projecten beschouwen en hoe zich dit verhoudt tot het aantal projecten en hun werkelijke en gepercipieerde effectiviteit. In paragraaf 7.3 wordt aan de hand van de metingen onder de programmacoördinatoren (interviews en vragenlijsten) en de medisch specialisten (vragenkaarten) gezocht naar mogelijke verklaringen voor de mate van verspreiding en de effectiviteit. Aan de hand van dit materiaal en het onderzoek onder de managers (vragenkaarten) volgt een beschrijving van resterende verbetermogelijkheden.

7.2 Opschalingintensiteit en mate van succes

7.2.1 *Aantallen projecten en beschikbare resultaten uit de centrale database*

Tabel 7.1 geeft een beeld van het aantal projecten per ziekenhuis (excl. VIM). Per ziekenhuis is een top drie opgesteld (vetgedrukt) van de meest verspreide projecten. Indien het om tien of meer projecten gaat is het projecttype onderstreept.

Het blijkt dat WZW in zeven van de acht ziekenhuizen in de top drie van meest uitgevoerde projecten terugkeert. Het DEC-project zit in de top drie in zes van de acht ziekenhuizen, het is maar liefst drie keer ziekenhuisbreed uitgevoerd (in ziekenhuis 3 in het eerste jaar, in de ziekenhuizen 7 en 8 in het tweede jaar). In vijf ziekenhuizen behoort MV tot de top drie. In ziekenhuis 2 is MV-AS ziekenhuisbreed uitgevoerd, in ziekenhuis 7 geldt dat voor MV-BT. Ook PHI zit in de top drie van vijf ziekenhuizen. In de ziekenhuis 6 en 8 is PHI ziekenhuisbreed toegepast, in één van hen geldt dat ook voor POWI.

Tabel 7.1 Totaal aantal projecten (excl. VIM) uitgevoerd per ziekenhuis tijdens het implementatieprogramma

	Aantal projecten	Totaal
Ziekenhuis 1	DEC (11)* MV (12) OK (1) POWI (4) WZW (13) PHI (8)	49
Ziekenhuis 2	DEC (13) MV (24, waarvan 22 MV-AS*) OK (2) POWI (2) PHI (8) WZW (9)	58
Ziekenhuis 3	DEC (5)* MV (15) OK (2) POWI (6) PHI (5) WZW (15)	48
Ziekenhuis 4	DEC (7) MV(2) OK (1) POWI (2) PHI (8) WZW (9)	29
Ziekenhuis 5	DEC (4) MV (22) OK (1) POWI (8) PHI (8) WZW (8)	51
Ziekenhuis 6	DEC (7) MV (6) OK (1) POWI (2) PHI (14)* WZW (12)	42
Ziekenhuis 7	DEC (6) MV (20 waarvan MV-BT*) OK (2) POWI (2) PHI (10) WZW (7)	47
Ziekenhuis 8	DEC * MV (11) OK (3) POWI (14)* PHI (20)* WZW (10)	80
Gemiddelde	DEC (9) MV (14) OK (1,5) POWI (5) PHI (10) WZW (10,5)	51
Mediaan	DEC (7) MV (13,5) OK (1,5) POWI (3) PHI (8) WZW (9,5)	49

(Bron: vragenlijst en interview interne programmacoördinatoren n=8)

* *ziekenhuisbreed geïmplementeerd tijdens het implementatieprogramma*

Tabel 7.2 biedt een overzicht van de projectresultaten per ziekenhuis per serie (T1S1 en T1S2). De resultaten zijn ingedeeld in projecten met een positief resultaat (procentuele verbetering t.o.v. van SMART-doel of SMART-doel gerealiseerd en projecten waar het resultaat neutraal ofwel negatief is. Hiervoor is geput uit de evaluatie van het eerste jaar (Dückers *et al.* 2006; hoofdstuk zes) en de gegevens uit de centrale database van het tweede jaar (paragraaf 6.7).

Tabel 7.2 Beschikbare resultaten per projecttype per ziekenhuis van T1S1 en T1S2*

	Positieve verandering		Onveranderd of negatieve verandering	
	<i>T1S1</i>	<i>T1S2</i>	<i>T1S1</i>	<i>T1S2</i>
Ziekenhuis 1	DEC (2) MV-PP (2) PHI-LD (1) WZW (3)	MV-PP (1) OK-U (1) PHI-DS (2) PHI-LD (2) WZW (1)	PHI-DS (1)	OK-B (1) POWI (1) WZW (3)
Ziekenhuis 2	DEC (2) MV-AS (3) WZW (2)	MV-PP (3) POWI (1) WZW (4)	DEC (1) MV-AS (1)	MV-PP (1) (POWI (4)
Ziekenhuis 3	DEC (4) PHI-DS (1) WZW (1)	POWI (1) PHI-DS (2) PHI-LD (1) WZW (2)	DEC (1) PHI-LD (1)	OK-B (1) OK-U (1) PHI-LD (2)

	Positieve verandering		Onveranderd of negatieve verandering	
Ziekenhuis 4	DEC (2) PHI-DS (1) WZW (2)	OK-U (1) WZW (3)	PHI-LD (1)	OK-B (1)
Ziekenhuis 5	DEC (1) MV-PP (2) WZW (1)	MV-BT (1) POWI (1) WZW (3)	MV-PP (1) WZW (2)	OK-B (1) OK-U (1)
Ziekenhuis 6	DEC (2) MV-AS (1) MV-PP (1) WZW (1)	MV-BT (1) POWI (1)	WZW (3)	OK-B (1) POWI (2) WZW (1)
Ziekenhuis 7	DEC (1) MV-AS (1) MV-BT (1) PHI-DS (1) PHI-LD (1) WZW (3)	MV-PP (1) OK-U (1) POWI (2) WZW (1)	DEC (1)	OK-B (1) WZW (2)
Ziekenhuis 8	DEC (2) MV-AS (1) PHI-DS (1) PHI-LD (2)		PHI-DS (1) PHI-LD (1)	

* van TIS2 zijn geen gegevens beschikbaar van DEC

7.2.2 Gepercipieerde mate van succes

De interne programmacoördinatoren is gevraagd welke projecten zij als de meest en de minst succesvolle beschouwen. De antwoorden, aangevuld met gegevens uit het interview dat met dezelfde persoon is gehouden, zijn opgenomen in tabel 7.3. De reacties hebben overwegend betrekking op projecttype niveau, de coördinatoren van de ziekenhuizen 7 en 8 daarentegen hebben hun antwoord in de vragenlijst toegespitst op specifieke projecten.

Tabel 7.3 Meest en minst succesvol volgens de interne programmacoördinator

	Meest succesvolle projecten	Minst succesvolle projecten
Ziekenhuis 2	MV-AS	OK, POWI
Ziekenhuis 3	DEC (ziekenhuisbrede aanpak)	OK
Ziekenhuis 4	DEC, VIM en WZW	MV-MO
Ziekenhuis 5	MV-PP, VIM en WZW	MV-AS, PHI
Ziekenhuis 6	MV-AS en WZW	POWI
Ziekenhuis 7	PHI* en DEC**	WZW*
Ziekenhuis 8	PHI**	Informatisering zorgprogramma's

(Bron: vragenlijst interne programmacoördinatoren n=7)

* ondervraagde noemt een specifiek project

** ondervraagde noemt twee specifieke projectlocaties/procasherinrichtingen

Tabel 7.3 bevat ruim 20 projecten. In de volgende paragraaf wordt, na ingegaan te zijn op het relatief lage aantal OK- en POWI-projecten, nagegaan hoe de perceptie van de interne programmacoördinator zich verhoudt tot de opschaling en aangetoonde effectiviteit. Bovendien wordt gezocht naar verklaringen voor de opschalingintensiteit en de mate van succes.

7.3 Verklaringen voor de opschaling en de mate van (gepercipieerd) succes

Beperkt aantal verspreidingslocaties bij OK en POWI: het OK-complex

Het lage aantal gestarte OK- en POWI-projecten hangt samen met de fysieke clustering van operatiekamers. Onder een operatiekamer wordt de plaats verstaan waar patiënten worden geopereerd. Maar het wordt ook ruimer aangeduid als het gebied in een ziekenhuis waar behalve operatiekamers ook een ruimte is om de patiënten bij aankomst op te vangen (de holding) en een ruimte waar de patiënten na de operatie herstellen van de operatie en anesthesie, de verkoeverkamer. Zodra het om die ruimere aanduiding gaat, wordt gesproken van een OK-complex of OK-centrum. In de meeste Nederlandse ziekenhuizen omvat een OK-complex 5-8 operatiekamers met ongeveer evenveel verkoeverkamerbedden. In grote centra kan het aantal operatiekamers oplopen tot circa 20-25. Van de T1-ziekenhuizen heeft één ziekenhuis minder dan 10 operatiekamers (ziekenhuis 2), vijf ziekenhuizen hebben er 10 tot 15 (ziekenhuizen 1, 4, 5, 6 en 8) en twee zitten boven de 20 (ziekenhuizen 3 en 7). Het relatief lage aantal OK projecten is te verklaren door het feit dat de uitvoering gebonden is aan operatiekamers die verdeeld zijn over een beperkt aantal OK-complexen. POWI is tevens gericht op de OK-omgeving, met het verschil dat bij dit project een onderscheid wordt gemaakt in patiëntgroepen.

De relatie tussen opschaling en gepercipieerd succes

Om de relatie tussen de opschaling en de mate van gepercipieerd succes te kunnen verklaren wordt geput uit alle bruikbare informatiebronnen die tot dusver in het kader van het evaluatieonderzoek zijn verzameld. Van ieder genoemd project⁵ is de beschikbare informatie in de bijlage gebundeld. Per project is gecontroleerd of de beschikbare informatie tot inzichten leidt die overeenkomen met het oordeel van de programmacoördinator. In het bijzonder is gekeken naar:

- het resultaat (SMART-doel) van T1S1 en T1S2 uit de centrale database (subparagraaf 7.2.1);
- de mate waarin het projecttype is opgeschaald (vragenlijst en interviews interne programmacoördinatoren, tevens uitgewerkt in subparagraaf 7.2.1);
- het rapportcijfer dat projectleiders in de ziekenhuizen het eigen project hebben gegeven na het eerste jaar (vragenlijst projectteams T1S1, tweede meting; zie evaluatie T1S1).

Ter verklaring is in de bijlage een kolom toegevoegd met:

- condities die projectleiders in de ziekenhuizen als het meest bepalend beschouwen voor het slagen van hun project (vragenlijst projectteams T1S1, tweede meting);

⁵ Informatisering zorgprogramma's daargelaten, dit is een intern ondersteuningsproject.

- bevorderende en belemmerende factoren zoals gerapporteerd door medisch specialisten op de vragenkaart aan het einde van het tweede jaar;
- toelichtingen verstrekt door de interne programmacoördinator tijdens het interview.

De meest succesvolle projecten

Uit de beschikbare gegevens over de meest succesvolle projecten (tabel 1, bijlage) kan worden afgeleid dat negen van de dertien genoemde projecten inderdaad (voornamelijk) een positief resultaat opleveren, één heeft een negatief resultaat, één een gemengd resultaat. De overige twee projecten (VIM) zijn van een type waarvan de teams geen indicatorgegevens aan de centrale database leveren. Voor alle 13 projecten geldt verder dat het aantal projecten minstens in het tweede jaar is verdubbeld (voor zover mogelijk); het bereik van de verspreiding in het tweede jaar loopt van 2 tot 20 of ziekenhuisbreed. Het rapportcijfer dat de projectleiders in de ziekenhuizen het eigen project geven lopen uiteen van 7 tot 9, waarvan vijfmaal een 8.

De minst succesvolle projecten

Van vijf van de acht genoemde projecten (tabel 2, bijlage) bevat de centrale database geen gegevens, drie projecten laten een negatieve verandering zien. Het bereik van de opschaling in het tweede jaar loopt van 0 tot 6. Het rapportcijfer ontbreekt veelal bij deze projecten (twee onvoldoendes) en de TIS1-vragenlijsten zijn minder vaak ingevuld teruggestuurd. Bij de minst succesvolle projecten zijn er van de acht genoemde projecten slechts drie lijsten ingevuld ontvangen. Echter, bij de meest succesvolle projecten zijn er 16 lijsten beschikbaar om uitspraken te doen over de 13 door de interne programmacoördinator genoemde projecten. De paradox is dat er vooral gegevens voorhanden zijn over de meest succesvolle projecten terwijl juist de belangrijkste lessen kunnen worden getrokken uit de minst succesvolle projecten.

Verklaringen

Een uitwerking per projecttype:

- DEC: Het DEC-project is het vaakst organisatiebreed opgeschaald. Bij alle drie de DEC-projecten blijkt het succes enerzijds afhankelijk te zijn van het toepassen van de verbetermethode, meten, de omgang met voortgangsdata etc., anderzijds van de ondersteuning van de Raad van Bestuur. De projecten dragen bij aan bewustwording en toegenomen kennis. Het project voorziet in bruikbare aanknopingspunten voor zorgverleners aan het bed, een gevaar is dat een specialistische medewerker het probleem uit handen neemt van andere medewerkers.
- MV-AS: In beide gevallen waarin het project wordt genoemd, schrijven betrokkenen het succes van de MV-AS-projecten toe aan de goede aansluiting op de afdeling of ziekenhuisvisie. Goede signalering is belangrijk, evenals het inzichtelijk maken van de voortgang voor de afdeling. Bij het ziekenhuis waar MV-AS ziekenhuisbreed is toegepast, wordt als voornaamste verklaring genoemd dat de ziekenhuisdirectie heeft voorzien in de randvoorwaarden voor verbetering. Een concreet voorbeeld is dat de apotheker kon worden gefinancierd op basis van de opbrengsten (besparingen) van het project.

Onbekend is waarom het project in ziekenhuis 5 tot de minst succesvolle wordt gerekend.

- MV-MO: Het project in ziekenhuis 4 is vastgelopen in verband met ICT-problemen.
- OK: Bij de OK-projecten is niet voldaan aan de basisvoorwaarden zoals het beschikken over voortgangsinformatie, duidelijke resultaten en een directie die in de juiste randvoorwaarden voorziet. Medewerkers voelen zich niet gesteund door de organisatie. Beide programmacoördinatoren spreken van een moeizaam, problematisch project. Te veel veranderingen en te veel weerstanden.
- POWI: Het onderwerp is belangrijk en relevant, maar het resultaat van het POWI-project laat lang op zich wachten. Medewerkers zijn niet gemotiveerd. Het aantal wondinfecties staat te ver af van procesmatige handelingen. Programmacoördinatoren geven aan dat het project gebukt ging onder problemen.
- PHI: Ook bij de PHI-projecten wordt gewezen op het belang van een directie die verbetering aanmoedigt, naast de betrokkenheid van medewerkers en management. Omgevingsinvloeden werken bij één ziekenhuis zeer positief (externe druk door marktwerking). De PHI's leveren inzichten en sturingsinformatie op, maar zijn ook complexe projecten die zowel winsten als verliezen met zich mee kunnen brengen. Er zijn meerdere disciplines en specialisten betrokken bij de PHI's. Soms is sprake van gebrekkige samenwerking, belangentegenstellingen en 'politieke' problemen. De hulp van externe partijen (adviseurs of ziekenhuizen) is als waardevol ervaren. In ziekenhuis 5 valt PHI onder de minst succesvolle projecten. Er wordt gesproken over een stramien dat niet zomaar toepasbaar bleek op de situatie in het ziekenhuis. Ook hier geldt: hoe meer verschillende partijen er betrokken zijn bij het project, hoe groter de kans op belangentegenstellingen.
- VIM: VIM leidt tot een toename van meldingen en de bereidheid om te melden. Goede interne voorlichting werkt stimulerend, maar terugkoppeling naar de melder is wenselijk.
- WZW: WZW-projecten blijken in drie ziekenhuizen goed aan te sluiten op de ziekenhuisvisie, de projecten zijn relevant en methoden, werkwijzen en interventies sluiten aan op de behoefte van de projectteams. Ook is er veelal sprake van draagvlak. In ziekenhuis 4 zijn de geluiden voornamelijk positief, de medisch specialisten noemen hier meerdere malen de mogelijkheid tot meerproductie als bevorderend. In ziekenhuis 5 worden naast positieve kanten ook negatieve aspecten genoemd. De door de ziekenhuisdirectie geselecteerde afdelingen boeken slechtere resultaten dan degenen die op eigen initiatief deelnemen. Er is weerstand, projecten werken niet of niet duurzaam. De financieringsstructuur van de gezondheidszorg en de medewerking van de zorgverzekeraar werken belemmerend. In ziekenhuis 6 wordt gewezen een gelijk blijvende wachtlijst terwijl er meer patiënten worden behandeld (aanzuigende werking) en de complexe relatie tussen wachtlijst en OK.

Bij het zoeken naar verklaringen vallen enkele zaken op. Zo blijkt uit de combinatie van gegevensbronnen dat de interne programmacoördinator over het algemeen een goed

inzicht heeft in de meest succesvolle en minst succesvolle projecten. De projecten die door de interne programmacoördinator als succesvol worden beschouwd laten inderdaad vaker een positief resultaat zien en behoren vaker tot de meest verspreide projecten.

Wat ook in het oog springt is dat sommige projecten gelet op hun doelstelling minder geschikt lijken als één- of tweejarig Doorbraakonderwerp. Eerder is opgemerkt dat de te verspreiden projecten bestaan uit de verbetermethode en projectspecifieke interventies. De verbetermethode houdt in dat aan de hand van voortganggegevens het effect van de projectspecifieke interventies wordt vastgesteld. In die gevallen waarin de uitkomstindicator direct kan worden gemeten en het project tot een duidelijk waarneembaar resultaat leidt (zoals DEC en MV-AS), blijken betrokkenen eerder tevreden te zijn over de toepasbaarheid, de aansluiting op de visie van afdeling of ziekenhuis, de training van het projectteam en het leiderschap van de Raad van Bestuur. Dit is tevens het geval bij WZW, ware het niet dat een geslaagde implementatie (met mogelijkheid tot meerproductie) afhankelijk is van de medewerking van medisch specialisten en de interactie tussen ziekenhuis en omgeving.

Een ander verhaal is het OK-project. Betrokkenen geven aan dat er sprake is van een groot plan, met te weinig duidelijkheid en overeenstemming. Het is een argument dat tot op zekere hoogte ook opgaat voor de PHI's, met het verschil dat het onderzoek laat zien dat er bij PHI's aansprekende resultaten zijn gerealiseerd met betrekking tot reductie van de doorstroomtijd en interne verspreiding van het project. Bij OK en ook bij POWI duurt het lang – volgens een aantal ondervraagden te lang – voor er aansprekende resultaten beschikbaar zijn. Het is bij deze projecten lastig om te sturen op resultaten en de voortgang ten opzichte van het SMART-doel te bewaken.

7.4 Verdere verbeteringsmogelijkheden per project en ziekenhuis

Inmiddels is stilgestaan bij de succes- en faalfactoren van de implementatie en verspreiding van verbeterprojecten. Daaruit werd duidelijk dat nog niet ieder project in ieder ziekenhuis even ver is opgeschaald. In deze paragraaf volgt een verkenning van de resterende verbetermogelijkheden na twee jaar van deelname. Aan managers van de T1-ziekenhuizen is door middel van de vragenkaarten gevraagd of zij binnen hun zorgeenheden verdere verbetermogelijkheden zien op de Sneller Beter terreinen. In tabel 7.4 zijn de antwoorden uitgewerkt. Bijna alle ondervraagden zien mogelijkheden voor verdere verbetering. Gemiddeld scoort medicatieveiligheid het hoogst (59%) gevolgd door PHI en VIM (beide 56%). Verreweg de minste verbetermogelijkheden worden gezien op het vlak van decubitus (9%) en POWI (16%). Bijna de helft van de ondervraagden vindt dat er verbeteringen mogelijk zijn ten aanzien van professionele kwaliteit en patiëntenparticipatie.

Tabel 7.4 Verdere verbetering mogelijk volgens het management

	Aangekruist (n=)	Aangekruist (%)
Niet	2	3%
Wel, nl.:	70	97%
<i>DEC</i>	6	9%
<i>MV</i>	41	59%
<i>POWI</i>	11	16%
<i>PHI</i>	40	56%
<i>VIM</i>	40	56%
<i>WZW</i>	30	42%
<i>Patiëntenparticipatie</i>	33	46%
<i>Professionele kwaliteit</i>	32	45%
<i>Anders</i>	3	4%

(Bron: vragenkaart managers; n=72)

7.5 Voornaamste bevindingen en interpretatie daarvan

Samenvattend kunnen op basis van dit hoofdstuk de volgende conclusies worden getrokken:

- bij succesvolle implementatie en verspreiding draait het in de regel om: een project dat duidelijk waarneembare verbetering heeft opgeleverd, die zichtbaar is gemaakt voor de ziekenhuisafdelingen en waarbij de directie heeft voorzien in de randvoorwaarden;
- het oordeel van interne programmacoördinatoren over de minst en meest succesvolle projecten hangt sterk samen met a) de mate van verspreiding, b) het oordeel van medisch specialisten over de projectopbrengst, c) het oordeel (rapportcijfer) van de projectleiders in de ziekenhuizen over de projecten van het eerste jaar (T1S1) en d) gegevens in de centrale database over de resultaten van de projecten in beide jaren van deelname;
- van de minst succesvolle projecten zijn aantoonbaar minder gegevensbronnen (vragenlijsten, gegevensbestanden uit de centrale database) voorhanden dan van de succesvolste projecten, wat de identificatie van succes- en faalfactoren belemmert;
- tot de belangrijkste voorwaarden voor succesvolle implementatie en verspreiding van Doorbraakprojecten rekenen ondervraagden (programmacoördinatoren, projectleiders in de ziekenhuizen en medisch specialisten):
 - het leiderschap van de Raad van Bestuur: aanmoedigen verbetering, scheppen van randvoorwaarden;

- een projectvisie aansluitend op die van afdeling en organisatie;
- een op die projectvisie aansluitend – voor PDSA bruikbaar – meetinstrumentarium;
- bijna alle ondervraagde managers zien verdere mogelijkheden voor verbetering. Hoewel de exacte mogelijkheden voor verbetering variëren per ziekenhuis, ziet gemiddeld meer dan de helft verbeterkansen bij medicatieveiligheid, PHI en VIM. De minste mogelijkheden worden gezien bij DEC en POWI.

Terugkijkend blijken er twee basisregels te zijn voor de verspreiding van verbeterprojecten in de eerste groep Sneller Beter ziekenhuizen:

1. De verspreiding van verbeterprojecten over geschikt geachte afdelingen, patiëntengroepen, zorgpaden of poliklinieken is waarschijnlijker indien er onder sleutelfiguren (medici, verpleegkundigen, stafmedewerkers etc.) sprake is van enthousiasme en positieve verwachtingen omtrent het project, zowel op uitvoeringsniveau als op het niveau van de ziekenhuisleiding.
2. Die positieve beeldvorming is weer afhankelijk van de mate waarin het project:
 - voorziet in waarneembare resultaten of leidt tot waardevolle inzichten;
 - niet indruist tegen belangen van betrokkenen;
 - ‘eenvoudig’ toepasbaar is op de beoogde locaties/doelgroep.

Dat laatste wil bovendien zeggen: de onmisbare ondersteunende (ICT-)systemen zijn bij aanvang van het project aanwezig of het dient niet al te tijdrovend en ingrijpend te zijn om deze alsnog aan te leggen.

Begrippenlijst

Adviseur	Het consortium heeft adviseurs en projectleiders in dienst die partijen in de ziekenhuizen ondersteunen bij de uitvoering van taken in het kader van het implementatieprogramma.
Balanced Scorecard	De Balanced Scorecard van Kaplan en Norton is een methodiek (model) om de vertaalslag te kunnen maken van de ingezette strategische koers naar concrete acties in alle organisatorische lagen. Om dit te kunnen doen worden metingen verricht op enkele sleutelgebieden om zo de situatie van een organisatie te bepalen.
Centrale database	Digitale gegevensverzameling waarin voortganggegevens van projectteams worden ondergebracht. De centrale databank wordt aangevuld en onderhouden door medewerkers in dienst van het consortium. Het is de voornaamste informatiebron om de mate van effectiviteit vast te kunnen stellen van de verschillende projecten (zie ook subparagraaf 3.3.4).
Cockpit	Zie dashboard.
Consortium	Samenwerkingsverband van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, het instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg en de Orde van Medisch Specialisten. Het consortium is belast met de inhoudelijke vormgeving en uitvoering van het implementatieprogramma.
Dashboard	Naam voor informatiesysteem dat gebruikers inzicht geeft in de actuele toestand van processen en uitkomstmaten.
Diagnosebehandelcombinatie	Een diagnosebehandelcombinatie (DBC) is een medische procesbeschrijving. Een DBC omvat alle activiteiten van ziekenhuizen en medisch specialisten die voortvloeien uit de zorgvraag van de patiënt. Aan elke DBC kan een prijskaartje worden gehangen. In de prijs zijn inbegrepen: materiaal, afschrijvingen, personeel en een vergoeding voor de medisch-specialistische zorg (bron: www.vws.nl).
Doorbraakmethode	De Doorbraakmethode is een gestructureerde manier van veranderingen invoeren in meerdere

Ex ante evaluatie	ziekenhuizen tegelijk. Het doel is om in relatief korte tijd de kwaliteit van de zorg te verbeteren, onder andere door gebruik te maken van beproefde methoden. Zie ook verbetermethode. Wijze van evalueren waarbij op basis van ervaringen uit het verleden een inschatting wordt gemaakt van de waarschijnlijke effecten van een geplande aanpak. Als onderdeel van het evaluatieonderzoek is in 2005 een ex ante evaluatie uitgevoerd met het implementatieprogramma als onderwerp (zie literatuurlijst).
Prioriteitsgebied	Het implementatieprogramma bestaat uit vijf aandachts- of prioriteitsgebieden. Het gaat om patiëntenlogistiek, patiëntveiligheid, Leiderschap & Organisatieontwikkeling (L&O), patiëntenparticipatie en professionele kwaliteit. Per prioriteitsgebied zijn doelen, projecten en specifieke activiteiten vastgesteld.
PDSA-cycle Procesherinrichting	Zie verbetermethode. Procesherinrichting (PHI) is een ziekenhuisbrede aanpak van een cluster van zorgprocessen: ‘van de voordeur tot de achterdeur’ van het ziekenhuis. De werkwijze richt zich op het integreren van professionele en bedrijfsmatige kwaliteit. De ‘éénstapslogistiek’ die de huidige zorgpraktijk veelal kenmerkt, wordt vervangen door het flexibel standaardiseren van zorgprocessen. Door het werken met zorgprogramma’s te combineren met integrale planning, taakherschikking en ICT-ondersteuning is het mogelijk alle kwaliteitsdimensies tegelijkertijd te optimaliseren. De ziekenhuisbrede aanpak betekent dat vanaf de start zowel facilitaire specialismen (bijv. radiologie, pathologie) als (poli)klinische specialismen betrokken zijn (Bron: www.snellerbeter.nl).
Projectleider van het consortium Projectleider in een ziekenhuis	Zie adviseur. Degene die de voortgang coördineert van een project dat door het projectteam wordt uitgevoerd.
Projectteam	De verbeterprojecten worden uitgevoerd door multidisciplinaire teams bestaande uit medisch specialisten, verpleegkundigen, managers, stafmedewerkers en andere medewerkers van het

Projecttype	<p>ziekenhuis.</p> <p>Binnen het implementatieprogramma van Sneller Beter worden door projectteams in ziekenhuizen verbeterprojecten uitgevoerd. Zeven soorten projecten (projecttypen) worden ingezet om de programmadoelen op het vlak van patiëntveiligheid en patiëntenlogistiek te realiseren: decubitus (DEC), medicatieveiligheid (MV), OK oké (OK) postoperatieve wondinfecties (POWI), procesherinrichting oncologie en electieve ingrepen (PHI), werken zonder wachtlijst (WZW) en Veilig Incident Melden (VIM). De MV-projecten zijn op basis van de onderwerpen in te delen in subtypen: antibiotica switch (AS), bloedtransfusies (BT), medicatieoverdracht (MO) en postoperatieve pijn (PP).</p>
Verbetermethode	<p>De verbetermethode achter de Doorbraakprojecten is gebaseerd op systematische probleemoplossing volgens het Nolanmodel (subparagraaf 4.2.1). Dit model is gericht op procesmatige verbetering aan de hand van een te doorlopen cyclus van plannen, uitvoeren, evalueren en aanpassen (plan-do-study-act). Medewerkers die een verbeterproject uitvoeren volgens dit model worden geacht te experimenteren met specifieke maatregelen en oplossingsrichtingen.</p>

Lijst met afkortingen

AGDH	Aantoonbaar geïntegreerd in het dagelijks handelen
AS	Antibiotica switch
BT	Bloedtransfusies
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
DBC	Diagnosebehandelingcombinatie
DEC	Decubitus
EMGO	Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek van het VU Medisch Centrum
HRM	Human resource management
iBMG	Instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg
IC	Intensive Care
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IPC	Interne programmacoördinator
L&O	Leiderschap & Organisatieontwikkeling
MO	Medicatieoverdracht
MV	Medicatieveiligheid
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OK	Operatiekamer of het Doorbraakproject OK Oké dat gericht is op een productiviteitsverhoging van operatiekamers
PDSA	Plan-do-study-act
PHI	Procesherinrichting
POWI	Postoperatieve wondinfecties
PP	Postoperatieve pijn
SMART	Specifiek meetbaar ambitieus/appelerend resultaatgericht tijdsbepaald
T1	Tranche 1
T1S1	Tranche 1 Serie 1
T1S2	Tranche 1 Serie 2
VAS	Visueel analoge schaal
VIM	Veilig incident melden.
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

WZW
ZKH
ZonMw

Werken zonder wachtlijst
Ziekenhuis
Nederlandse organisatie voor
gezondheidsonderzoek en zorginnovatie
(Zorgonderzoek Nederland en NWO-Medische
Wetenschappen)

Literatuurlijst

- Consortium Sneller Beter pijler 3. Landelijk plan van aanpak Sneller Beter pijler 3. CBO Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Orde van Medisch Specialisten, Utrecht/Rotterdam/Utrecht, 2004.
- Dückers M, Bruijn, de M., Wagner C. Evaluatie Sneller Beter pijler 3; De implementatie van verbeterprojecten in de eerste acht ziekenhuizen. Utrecht, NIVEL, 2006.
- Dückers M, Wagner C. Ex ante evaluatie Sneller Beter pijler 3; Inventarisatie van de mate waarin de opzet van het programma Sneller Beter pijler 3 voldoet aan eisen ontleend aan literatuur. Utrecht, NIVEL, 2005.
- Dückers MLA, Wagner C, Groenewegen PP. Voorwaarden voor een sectorbreed op kennisverspreiding gebaseerd verbeterprogramma in de Nederlandse ziekenhuiszorg. *Acta Hospitalia*, 45, 2005, 3, p 37-54.
- Greenhalgh T, Robert G, Bate P, Macfarlane F, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in Health Service Organisations: a systematic literature review. London, Blackwell Publishing, 2005.
- Greenhalgh T, Robert G, MacFarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly* 82(4), 2004, p. 581-629.
- Huisman R, Verhoeven M, Schellekens W. Draaiboek of koersbepaling? Startnotitie Leiderschap & Organisatieontwikkeling Sneller Beter pijler 3. CBO Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Orde van Medisch Specialisten, Utrecht/Rotterdam/Utrecht, 2004.
- Langley GL, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. Jossey-Bass Publishers. San Francisco, 1996.

Bijlage: verklaringen voor de mate van de succes van de verbeterprojecten

Deze bijlage bestaat uit twee tabellen. De eerste tabel gaat over de projecten die de interne programmacoördinator als het meest succesvol ervaart. Vier zaken zijn naast elkaar gezet: 1) het projectresultaat op basis van gegevens uit de centrale database, 2) mate van verspreiding in het tweede jaar, 3) het rapportcijfer dat T1S1-projectleiders het eigen project toekennen na het eerste jaar en 4) verklaringen die uit de beschikbare informatiebronnen kunnen worden afgeleid. Tabel 2 is vergelijkbaar van opzet, hetzij dat het nu gaat om de als minst succesvol beschouwde projecten.

Tabel 1 Relaties en verklaringen meest succesvolle projecten

Ziekenhuis en project	Projectresultaat database conform perceptie IPC?	Opschaling conform perceptie IPC?	Rapportcijfer PL	Verklaringen terug te vinden in beschikbare informatiebronnen
2-MV-AS	Ja, + bij 3 van 4 projecten; meer dan 60% reductie)	Ja, ziekenhuis-breed	?	- PL: bepalend voor succes: 1) Raad van Bestuur voorzag in randvoorwaarden om te verbeteren; 2) visie project sluit aan op ziekenhuisvisie en 3) voortgang is steeds inzichtelijk gemaakt voor afdelingen; - IPC: 'de ziekenhuisapotheker is bekostigd door middel van de project opbrengst'.
3-DEC	Ja, + bij 4 van 5 projecten; conform SMART-doel	Ja, ziekenhuis-breed	8	- PL: bepalend voor succes: 1) goede training in toepassing verbetermethode; 2) Raad van Bestuur voorzag in randvoorwaarden om te verbeteren en 3) de voortgang is voortdurend gemeten.
4-DEC	Ja, + bij 2 van 2 projecten	Ja, 5 nieuwe locaties tweede jaar	7-7,5	- PL1: bepalend voor succes: 1) het ervaren van een positieve verhouding tussen opbrengsten en kosten, 2) de Raad van bestuur moedigt verbetering aan en 3) het werken volgens de plan-do-study-act cyclus; - PL2: bepalend voor succes (was groter indien): 1) het team beter was getraind in de toepassing van de verbetermethode, 2) de medewerkers op de afdeling actiever hadden meegewerkt, wel is 3) de voortgang voortdurend gemeten; - MS: opgeleverd: 'bewustwording en kwaliteit van zorg verbeterd', 'toename kennis' en twee keer 'minder decubitus'.
4-VIM	Geen gegevens in database	Ja, 4 afdelingen tweede jaar	NA	- MS: opgeleverd: 'meer openheid en inzicht in processen zonder schuldige', 'adequatere VIM-meldingen' en 'verbeteringen en efficiënter werken door VIM'; - IPC: 'het aantal meldingen bedraagt 393'.

Ziekenhuis en project	Projectresultaat database conform perceptie IPC?	Opschaling conform perceptie IPC?	Rapportcijfer PL	Verklaringen terug te vinden in beschikbare informatiebronnen
4-WZW	Ja, + bij 5 van 5 projecten; bij 3 meer dan 60% reductie	Ja, 5 nieuwe locaties tweede jaar	?	<ul style="list-style-type: none"> - PL1: bepalend voor succes: 1) de raad van bestuur voorziet in de randvoorwaarden om te verbeteren, 2) er was sprake van actieve medewerking door medewerkers op de afdelingen en 3) de visie past binnen de visie van het ziekenhuis; - PL2: bepalend voor succes: 1) er is een positieve verhouding tussen opbrengsten en kosten, 2) methoden, werkwijzen en interventies sluiten aan op onze behoefte en 3) het onderwerp is relevant voor onze afdelingen; - PL3: bepalend voor succes: 1) er is een positieve verhouding tussen opbrengsten en kosten, 2) het onderwerp is relevant voor onze afdelingen en 3) de visie van het project sluit aan op de visie van de afdelingen; - MS: opgeleverd: 'het heeft iets opgeleverd door betrokkenheid en merkbaar effect', 'minder mensen standaard op controle', 'inzicht in politijden', 13 keer 'reductie wachtlijsten' en twee keer 'wachtlijst op oude niveau'; bevorderend: 'inzicht', drie keer 'aandacht' en zes keer 'mogelijkheid meerproductie'; - IPC: 'de toegangstijd van de projecten van het eerste jaar is inmiddels gemiddeld tien dagen'.
5-MV-PP	Ja, + bij 2 van 3 projecten; reductie met minimaal een derde	Ja, 8 nieuwe afdelingen tweede jaar	8	<ul style="list-style-type: none"> - PL: bepalend voor succes: 1) de voortgang is voortdurend gemeten, 2) de noodzaak om te verbeteren is gevoeld en 3) er was sprake van voldoende actieve medewerking door de medewerkers op de afdelingen; - MS: opgeleverd: 'postoperatieve pijn goed van de grond gekomen' en 'grotere inzet medewerkers/cultuuromslag'; bevorderend: 'betrokkenheid' en 'medewerking'; - IPC: 'op de projectlocaties van het eerste jaar ligt de mediaan van postoperatieve pijn na het tweede jaar onder de vier'.
5-VIM	Geen gegevens in database	Ja, 5 afdelingen tweede jaar	NA	<ul style="list-style-type: none"> - MS: opgeleverd: 'grotere bereidheid tot melden' en 'toename foutmeldingen'; bevorderend: 'goede voorlichting', twee keer 'feedback geven'; belemmerend twee keer: 'gering wetenschappelijk niveau participanten'; - IPC: '345 meldingen'.
5-WZW	Ja, + bij 4 van 6 projecten	Ja, 4 nieuwe locaties tweede jaar	8	<ul style="list-style-type: none"> - PL: bepalend voor succes: 1) er is geen sprake van een eenduidig uitgedragen visie, maar 2) de visie van het WZW-project sluit goed aan op de ziekenhuisvisie en 3) de Raad van bestuur voorziet in de randvoorwaarden om te verbeteren; - MS: opgeleverd: zes keer 'reductie wachtenlijsten', drie keer 'efficiency toename', drie keer 'terug op oude niveau'; belemmerend: 'problemen worden gesignaleerd, maar niet opgelost', er wordt ten onrechte

Ziekenhuis en project	Projectresultaat database conform perceptie IPC?	Opschaling conform perceptie IPC?	Rapportcijfer PL	Verklaringen terug te vinden in beschikbare informatiebronnen
				<p>gesuggereerd dat het werkt, maar het blijft afhankelijk van de capaciteit aan specialisten', twee keer 'capaciteitsgebrek', 'medewerking zorgverzekeraar' en twee keer 'financieringsstructuur gezondheidszorg';</p> <p>- IPC: 'Er is bij WZW gericht actie ondernomen naar aanleiding van lange wachtlijsten. De bewuste poliklinieken werden daarbij gevraagd om mee te doen. Opvallend is dat juist de projecten waar de Raad van Bestuur afdelingen heeft geselecteerd slechtere resultaten boeken. De toegangstijd voor poliklinieken op de projectlocaties van het eerste jaar is gemiddeld een week.'</p>
6-MV-AS	Ja, SMART-doel bereikt	Ja, 2 nieuwe locaties tweede jaar	9	<p>- PL: bepalend voor succes: 1) het project sluit goed aan op de afdelingen, 2) de Raad van Bestuur heeft voorzien in noodzakelijke randvoorwaarden en 3) sleutelfiguren elders in de organisatie doen hun best om het een succes te maken;</p> <p>- MS: opgeleverd: 'snellere antibiotica switch'; bevorderend: 'goede signalering door verpleging'; belemmerend: 'nog geen automatische signaalfunctie';</p> <p>- IPC: 'antibiotica switch heeft het op de valreep niet gehaald'.</p>
6-WZW	Nee, 0 of - bij 4 van 5 projecten	Ja, 7 nieuwe locaties tweede jaar	7	<p>- PL1: bepalend voor succes: 1) de Raad van bestuur moedigt verbeteringen aan en 2) voorziet in de randvoorwaarden om te verbeteren, 3) andere sleutelfiguren in de organisatie doen hun best om er een succes van te maken;</p> <p>- PL2: bepalend voor succes: 1) het team is goed getraind in het toepassen van de verbetermethode, 2) er was sprake van voldoende actieve medewerking van medewerkers op de afdelingen en 3) de methoden, werkwijzen en interventies lenen zich voor toepassing op de afdelingen;</p> <p>- MS: opgeleverd 'wachtlijst toegenomen', 'meer patiënten, maar wachtlijst onveranderd', 'bewustwording, maar niet gewenste daling' en 'betere afstemming'; belemmerend 'weinig enthousiasme, weinig personeel, slechte organisatie', 'reductie weken OK levert lange wachttijd op' en 'capaciteitsgebrek';</p> <p>- IPC: 'de eerste twee teams hebben het gehaald, het derde niet, maar hier was veel enthousiasme'.</p>
7-PHI	Ja, project a sterke daling; reductie 82%	Ja, 5 nieuwe PHI's tweede jaar, doel 2007: 20 nieuwe PHI's	8	<p>- PL: bepalend voor succes: 1) de Raad van Bestuur moedigt verbetering aan, 2) er is een positieve verhouding tussen opbrengsten en kosten en 3) door de externe adviseurs werden deadlines vaker gehaald;</p> <p>- MS: opgeleverd: 'beter inzicht in stuurparameters met betrekking tot vraag en aanbod', 'minder inkomsten voor ziekenhuis en afdeling'; bevorderend: 'winst ten aanzien van financiën en kwaliteit van zorg';</p>

Ziekenhuis en project	Projectresultaat database conform perceptie IPC?	Opschaling conform perceptie IPC?	Rapportcijfer PL	Verklaringen terug te vinden in beschikbare informatiebronnen
				<p>belemmerend: ‘capaciteit’, ‘groot aantal weigeringen’ en ‘financieel verlies’;</p> <p>- IPC: ‘Bij PHI had één team een erg lange aanloop. Dat had een politieke oorzaak. Een ander ziekenhuis [niet Sneller Beter] heeft geholpen. De cardiologen en cardiochirurgen werken moeilijk met elkaar samen. “Van wie is wat, wie heeft het voor het zeggen”. Een andere groep heeft eerst WZW gedaan en organisatorische zaken afgehandeld, in jaar drie wordt het proces heringericht. Bij een ander project gaat het gedeeltelijk goed. Het neemt een lange periode in beslag door de beperkte instroom. Er zijn vier specialisten bij betrokken. Maar we gaan er komen. Het oncologisch traject gaat prima, eind 2006 verwacht men dit af te ronden. Het vijfde project heeft het zichzelf moeilijk gemaakt. Er is gevraagd deel te nemen in groepsconsulten. Ze dachten het zelf te kunnen, maar dat is niet gelukt. Externe begeleiding is soms nodig.’</p>
7-DEC	Ja en nee, project a sterke daling, project b stijging	Ja, 4 nieuwe locaties tweede jaar, doel 2007: ziekenhuisbreed	7,5	<p>- PL1: bepalend voor succes: 1) gebruik van het patiënt data management systeem (PDMS), actieve medewerking van de overige medewerkers op de afdelingen en 3) het voortdurend meten van de voortgang;</p> <p>- PL2: 1) het projectteam is goed getraind, 2) de Raad van Bestuur voorziet in de randvoorwaarden om te verbeteren en 3) het voortdurend meten van de voortgang;</p> <p>- MS: opgeleverd: ‘belangrijke daling incidentie en prevalentie’; bevorderend: ‘tool in handen voor zorg aan bed, waardoor men er dagelijks aandacht voor heeft’; belemmerend: ‘motivatie realiseren bij zorgverleners aan bed’;</p> <p>- IPC: ‘Decubitus was ambitieus. We hebben gezegd de OK, eerste hulp en IC zijn het voorland van decubitus, laten we daar in het tweede jaar naar toe gaan. Hier is minder gescoord wat betreft effecten, maar meer op bewustwording. Het meten op de OK was een drama.’</p>
8-PHI	Ja, + bij 3 van 5 projecten	Ja, ziekenhuisbreed	8	<p>- PL: ‘doorlooptijd omlaag met 60%’; bepalend voor succes 1) de noodzaak goed te presteren wordt ingegeven door toenemende marktwerking, 2) de visie van het project sluit goed aan op de visie van de afdelingen en 3) een positieve verhouding tussen opbrengsten en kosten;</p> <p>- MS: bevorderend: ‘initiatief vanuit professional’, ‘samenwerking’ en ‘betrokkenheid deelnemers’; belemmerend: ‘het management’, ‘ondersteuning vanuit het ziekenhuis’ en ‘starheid, eigen doel laten prevaleren boven groepsdoel.’</p>

PL=projectleider TIS1 (ondervraagd door middel van vragenlijst aan het einde van het eerste jaar); IPC=interne programmacoördinator (geïnterviewd en vragenlijst afgenomen); MS=medisch specialisten (ondervraagd middels vragenkaart)

Tabel 2 Relaties en verklaringen minst succesvolle projecten

Ziekenhuis en project	Projectresultaat database conform perceptie IPC	Opschaling conform perceptie IPC	Rapportcijfer PL	Verklaringen terug te vinden in beschikbare informatiebronnen
2-OK	Geen gegevens in database	Niet vast te stellen wegens lage potentiële verspreiding	?	<ul style="list-style-type: none"> - PL: bepalend: 1) Raad van Bestuur voorzag niet in randvoorwaarden om te verbeteren 2) visie is niet eenduidig uitgedragen; 3) resultaten zijn niet duidelijk waarneembaar; - MS: opgeleverd: ‘geen implementatie van het grote plan’, ‘iets (minimaal) betere planning’; belemmerend: ‘slechte terugkoppeling OK-manager’ en twee keer ‘geen steun directie’; - IPC: ‘Het OK project is stilgelegd wegens interne problemen. Er heeft een wisseling plaatsgevonden in het management. Er waren geen gegevens en er was geen geautomatiseerd systeem. Er moest veel veranderen wat vervolgens weerstanden oproep.’
2-POWI	Ja, 4 van 5 projecten onveranderd of meer POWI’s		?	<ul style="list-style-type: none"> - IPC: ‘Het duurde twee jaar voor er een resultaat was. Mensen worden daar niet enthousiast van. Nolan werkt niet, procesmetingen wel.’
3-OK	Ja, benutting gedaald, uitval OK’s toegenomen	Niet vast te stellen wegens lage potentiële verspreiding	3	<ul style="list-style-type: none"> - PL: bepalend: 1) de voortgang is niet inzichtelijk gemaakt voor het ziekenhuis en de afdelingen; 2) voortdurend meten is belangrijk, dat is ook gedaan, maar; 3) er is niet beschikt over tijdige en accurate voortgangsdata; - MS: opgeleverd: ‘efficiënter werken’; belemmerend: ‘slechte aansturing door OK-leiding’ ‘gebrek aan inzicht over de wekelijkse situatie op de werkvloer’ en twee keer ‘afstandelijk management’; - IPC: ‘Het was een moeizaam project. De ervaring is dat productieverhoging tot weerstand leidt. De maatregelen waren gericht op wisseltijden en op tijd beginnen, maar na anderhalf jaar zijn we geswitcht naar het aantal afgezegde OK’s’.
4-MV-MO	Geen gegevens in database	Ja, 2 locaties in eerste jaar, daarna geen	?	<ul style="list-style-type: none"> - MS: belemmerend: drie keer ‘ICT-problemen’; - IPC: ‘bij medicatieveiligheid heeft men zich gericht op het verminderen van overdrachtsfouten. Het andere was al gedaan. Iedereen is vastgelopen in verband met ICT-problemen.’
5-MV-AS	Geen gegevens in database	Nee, 4 nieuwe locaties tweede jaar	?	

Ziekenhuis en project	Projectresultaat database conform perceptie IPC	Opschaling conform perceptie IPC	Rapportcijfer PL	Verklaringen terug te vinden in beschikbare informatiebronnen
5-PHI	Geen gegevens in database	Nee, 6 nieuwe PHI's tweede jaar		<ul style="list-style-type: none"> - MS: opgeleverd: 'er was geen succes'; belemmerend: 'one size fits all benadering biedt veelal geen goede probleemanalyse'; - IPC: 'PHI is lastig vorm te geven. De projecten die gebonden zijn aan een specifieke locatie lopen het beste. Er zijn veel schijven bij betrokken en als er één niet wil dan ontstaat er een probleem. De vraag moet vanuit de groep zelf komen'.
6-POWI	Ja, POWI's bij 2 van 3 patiëntgroepen toegenomen	Niet vast te stellen wegens lage potentiële verspreiding	5	<ul style="list-style-type: none"> - PL: 'project is moeizaam gestart': bepalend: 1) er was geen sprake van een eenduidig uitgedragen ziekenhuisvisie, 2) wel moedigt de Raad van Bestuur verbetering aan en 3) is er in het ziekenhuis sprake van een goed leerklimaat; - MS: bevorderend: 'motivatie medewerkers'; belemmerend: 'ingesloten lokale tradities'; - IPC: 'POWI was een probleem'.
7-WZWa	Geen gegevens van project a in database, ander project lichte daling, twee andere projecten stijging	Nvt., 3 nieuwe poliklinieken tweede jaar	?	<ul style="list-style-type: none"> - MS: opgeleverd: zes keer 'reductie wachtlijst'; bevorderend: 'makkelijk uitvoerbaar plan', 'simpele maatregelen', 'inzicht' en 'goede communicatie'; belemmerend: 'vooroordeel', 'wens van sommigen om niet mee te doen', 'capaciteit' en 'verzekeringstarieven'; - IPC: 'Project a is stilgelegd vanwege lokale organisatorische en politieke problemen'.

PL=projectleider TIS1 (ondervraagd door middel van vragenlijst aan het einde van het eerste jaar); IPC=interne programmacoördinator (geïnterviewd en vragenlijst afgenomen); MS=medisch specialisten (ondervraagd middels vragenkaart)