



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2006. De gegevens mogen met bronvermelding (Michel Dückers, Monique de Bruijn, Cordula Wagner, *Evaluatie Sneller Beter pijler 3, De implementatie van verbeterprojecten in de eerste acht ziekenhuizen*, NIVEL 2006) worden gebruikt. Gezien het openbare karakter van NIVEL publicaties kunt u altijd naar deze pdf doorlinken. Het rapport is te bestellen via receptie@nivel.nl.

Ga (terug) naar de website: <http://www.nivel.nl/>

Evaluatie Sneller Beter pijler 3

De implementatie van verbeterprojecten in de eerste acht ziekenhuizen

Michel Dückers
Monique de Bruijn
Cordula Wagner



ISBN-10: 90-6905-803-0
ISBN-13: 978-90-6905-803-0

<http://www.nivel.nl>
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

©2006 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 |
| Voornaamste bevindingen | 9 |
| De stand van zaken na het eerste jaar | 13 |
| 1 Inleiding | 17 |
| 1.1 Aanleiding | 17 |
| 1.2 De ziekenhuisbrede implementatie van verbeterprojecten: het implementatieprogramma van Sneller Beter | 18 |
| 1.3 Het evaluatieonderzoek | 21 |
| 1.3.1 Doel- en vraagstellingen | 21 |
| 1.3.2 Het evaluatiemodel van Stake (onderzoeksvragen 1, 2 en 3) | 22 |
| 1.3.3 Verklaringsmodel voor succes- en faalfactoren (onderzoeksvraag 3) | 23 |
| 1.4 Leeswijzer | 25 |
| 2 Onderzoeksopzet | 27 |
| 2.1 Metingen op verschillende niveaus | 27 |
| 2.2 Onderzoekspopulatie | 27 |
| 2.2.1 Ziekenhuizen | 27 |
| 2.2.2 Raden van Bestuur en interne programmacoördinatoren | 27 |
| 2.2.3 Projectteams en verbeterprojecten | 28 |
| 2.2.4 Adviseurs van het consortium | 28 |
| 2.3 Dataverzameling | 29 |
| 2.3.1 Vragenlijst Kwaliteits- en Veiligheidsmanagement in ziekenhuizen | 29 |
| 2.3.2 Interviews op strategisch en tactisch niveau in de Sneller Beter ziekenhuizen | 29 |
| 2.3.3 Vragenlijst projectleiders van de projectteams in de ziekenhuizen | 29 |
| 2.3.4 Telefonische interviews onder externe adviseurs | 31 |
| 2.3.5 Meetgegevens projectuitkomsten | 31 |
| 2.4 Analyse en koppeling van gegevens | 32 |
| 3 De selectie van de Sneller Beter ziekenhuizen | 33 |
| 3.1 Inleiding | 33 |
| 3.2 Deelname aan Sneller Beter: wederzijdse verplichtingen tussen ziekenhuis en consortium | 33 |
| 3.3 Criteria voor deelname | 35 |
| 3.4 Kwaliteits- en Veiligheidsmanagement in ziekenhuizen | 36 |
| 4 Raden van Bestuur en interne programmacoördinatoren | 41 |
| 4.1 Inleiding | 41 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4.2 | Individuele achtergronden en motivatie | 41 |
| 4.2.1 | Raden van Bestuur | 41 |
| 4.2.2 | Interne programmacoördinatoren | 42 |
| 4.3 | De waarde van het implementatieprogramma | 42 |
| 4.3.1 | Ervaring ziekenhuizen met verandering en reden voor deelname | 42 |
| 4.3.2 | De waarde voor het ziekenhuis | 42 |
| 4.3.3 | De waarde voor de patiënt | 43 |
| 4.3.4 | De waarde voor de medewerkers | 43 |
| 4.4 | Een inschatting van het interne draagvlak | 44 |
| 4.5 | De projectorganisatie in de ziekenhuizen | 44 |
| 4.6 | Taken en verantwoordelijkheden van betrokken partijen | 45 |
| 4.6.1 | Taken en verantwoordelijkheden volgens de ondervraagden | 45 |
| 4.6.2 | Komen partijen hun verantwoordelijkheden na? | 46 |
| 4.7 | Interne en externe verspreiding van werkwijzen, resultaten en competenties | 47 |
| 4.8 | Het eigen ziekenhuis als lerende organisatie | 47 |
| 4.9 | De invloed van toenemende marktwerking | 48 |
| 4.10 | Bevorderende en belemmerende factoren | 48 |
| 5 | De implementatie van verbeterprojecten | 51 |
| 5.1 | Inleiding | 51 |
| 5.2 | Teams en projecten | 51 |
| 5.3 | Kenmerken van de projectteams | 52 |
| 5.4 | De verbetermethode | 54 |
| 5.5 | De ondersteuning vanuit het consortium | 55 |
| 5.5.1 | De rollen van het consortium tijdens het eerste jaar: ontwikkelaar en veranderagent | 55 |
| 5.5.2 | Strategisch en tactisch niveau | 56 |
| 5.5.3 | Operationeel niveau | 56 |
| 6 | Projectspecifieke interventies en resultaten | 59 |
| 6.1 | Over de verbeterprojecten | 59 |
| 6.2 | Decubitus | 59 |
| 6.2.1 | Doorligwonden in ziekenhuizen | 59 |
| 6.2.2 | Het Sneller Beter project DEC | 60 |
| 6.2.3 | Ingezette interventies | 60 |
| 6.2.4 | Resultaten | 61 |
| 6.3 | Medicatieveiligheid | 62 |
| 6.3.1 | Medicatiefouten | 62 |
| 6.3.2 | Het Sneller Beter project MV | 63 |
| 6.3.3 | Ingezette instrumenten | 64 |
| 6.3.4 | Resultaten | 64 |
| 6.4 | OK Oké | 66 |
| 6.4.1 | Het Sneller Beter project OK | 66 |
| 6.4.2 | Ingezette interventies | 66 |
| 6.4.3 | Resultaten | 66 |
| 6.5 | Postoperatieve wondinfecties | 67 |
| 6.5.1 | Postoperatieve wondinfecties | 67 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 6.5.2 | Het Sneller Beter project POWI | 67 |
| 6.5.3 | Ingezette interventies | 67 |
| 6.5.4 | Resultaten | 68 |
| 6.6 | Procesherinrichting | 68 |
| 6.6.1 | Het Sneller Beter project PHI | 68 |
| 6.6.2 | Ingezette interventies | 68 |
| 6.6.3 | Resultaten | 69 |
| 6.7 | Werken zonder wachtlijst | 71 |
| 6.7.1 | Het probleem van de wachtlijsten | 71 |
| 6.7.2 | Het Sneller Beter project WZW | 71 |
| 6.7.3 | Ingezette interventies | 72 |
| 6.7.4 | Resultaten | 72 |
| 6.8 | Patiëntenparticipatie | 73 |
| 6.8.1 | Het prioriteitsgebied patiëntenparticipatie | 73 |
| 6.8.2 | Ingezette instrumenten | 74 |
| 6.9 | Professionele kwaliteit | 74 |
| 6.9.1 | Het prioriteitsgebied professionele kwaliteit | 74 |
| 6.9.2 | Ingezette interventies | 74 |
| 6.10 | Interventies en resultaten samengevat | 75 |
| 7 | Effecten waargenomen door projectleiders in de ziekenhuizen | 77 |
| 7.1 | Inleiding | 77 |
| 7.2 | Het oordeel van de projectleiders in de ziekenhuizen | 77 |
| 7.3 | Positieve effecten | 78 |
| 7.4 | Negatieve effecten | 79 |
| 7.5 | Wenselijke en haalbare verbetering | 79 |
| 8 | Conditie aanwezig tijdens de implementatie | 81 |
| 8.1 | Inleiding | 81 |
| 8.2 | Besef van meerwaarde onder betrokken partijen | 81 |
| 8.3 | Congruente visie | 82 |
| 8.4 | Ondersteuning, bronnen en prikkels | 83 |
| 8.4.1 | Ondersteuning en bronnen | 84 |
| 8.4.2 | Prikkels | 86 |
| 8.5 | Compatibiliteit en waarneembare resultaten | 89 |
| 8.6 | Implementatie door multidisciplinaire projectteams | 90 |
| 8.7 | Veranderagenten en steun van sleutelfiguren | 93 |
| 8.8 | Systematische probleemoplossing: monitoring, terugkoppeling en anticipatie op de ontwikkeling van de eigen uitkomsten | 95 |
| 8.8.1 | Monitoring | 95 |
| 8.8.2 | Informatiesysteem | 96 |
| 8.8.3 | Plan-Do-Study-Act | 98 |
| 8.9 | Samenvatting | 100 |
| 9 | Succes- en faalfactoren | 103 |
| 9.1 | Inleiding | 103 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 9.2 | Uitkomstmaten ter beoordeling van het teamsucces | 103 |
| 9.3 | Projectteams: mate van succes en randvoorwaarden | 105 |
| 9.3.1 | Inventarisatie van de voornaamste succes- en faalfactoren | 105 |
| 9.3.2 | Conditie met variatie per projecttype | 108 |
| 9.3.3 | Conditie met variatie per ziekenhuis | 109 |
| 9.4 | Projectteams en procesmeting | 111 |
| 9.5 | Belangscores | 113 |
| 9.6 | Succes- en faalfactoren samengevat | 115 |
| 10 | Samenvatting volgens het evaluatiekader van Stake | 119 |
| 10.1 | Het evaluatiekader | 119 |
| 10.2 | Relatie I: de theoretische relatie tussen geplande instrumenten, verwachte condities en geplande doelstellingen | 120 |
| 10.3 | Relatie II: de verhouding tussen geplande en gebruikte instrumenten | 120 |
| 10.4 | Relatie III: de verhouding tussen verwachte en werkelijke condities | 121 |
| 10.5 | Relatie IV: de verhouding tussen geplande doelstellingen en gerealiseerde doelstellingen | 123 |
| 10.6 | Relatie V: de empirische relatie tussen gebruikte instrumenten, werkelijke condities en gerealiseerde doelstellingen | 125 |
| 10.7 | De uitvoering tijdens T1S1 samengevat aan de hand van het Stake-model | 125 |
| 11 | Conclusies en aanbevelingen | 127 |
| 11.1 | Een programma-evaluatie over de implementatie van verbeterprojecten | 127 |
| 11.2 | Onderzoeksvragen | 128 |
| 11.3 | Methode | 128 |
| 11.4 | Beantwoording van de onderzoeksvragen | 128 |
| 11.5 | De afstemming van werkzaamheden in het kader van het programma | 130 |
| 11.6 | Aanbevelingen/leermomenten | 131 |
| 11.7 | Opdracht voor de evaluatie van het tweede jaar | 131 |
| | Begrippenlijst | 133 |
| | In het rapport voorkomende afkortingen | 137 |
| | Literatuur, rapporten en andere bronnen | 139 |
| | Bijlage 1a: aantallen projectteams en projecten | 145 |
| | Bijlage 1b: beschikbare gegevens per projecttype en T1-ziekenhuis | 149 |
| | Bijlage 2: voortgangsdata projecten en centrale database | 151 |
| | Bijlage 3: factor- en betrouwbaarheidsanalyses procesmeting randvoorwaarden | 157 |
| | Bijlage 4: berekening resultaten per projecttype | 163 |
| | Bijlage 5: samenvatting interviews adviseurs | 171 |
| | Bijlage 6: secundaire effecten | 181 |
| | Bijlage 7: condities uitgewerkt per ziekenhuis | 183 |
| | Bijlage 8: scores procesmeting | 189 |

Woord vooraf

In dit rapport worden de resultaten van het eerste jaar van het evaluatieonderzoek Sneller Beter pijler 3 beschreven. De derde pijler van het programma Sneller Beter is een actieprogramma gericht op het implementeren van best practices en het borgen en verspreiden van resultaten in de curatieve zorg. Om dit te realiseren voeren projectteams in de deelnemende ziekenhuizen tegelijkertijd meerdere verbeterprojecten uit volgens een vergelijkbare systematiek. Het onafhankelijke evaluatieonderzoek heeft tot doel de implementatie van de verbeterprojecten in drie groepen van acht ziekenhuizen te volgen en de effecten ervan te beschrijven. Bijzondere aandacht gaat gedurende de evaluatieperiode uit naar de succes- en faalfactoren die een rol spelen bij de implementatietrajecten in de ziekenhuizen.

Voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zijn de evaluatieresultaten van belang omdat zij een eerste inzicht geven in de effecten van het sinds 2002 ingezette meer actiegerichte landelijke kwaliteitsbeleid. Het implementatieprogramma van Sneller Beter heeft een voorbeeldfunctie voor andere sectoren in de gezondheidszorg die een vergelijkbaar grootschalig sectorbreed verbeteren verspreidingsprogramma uitvoeren of voorbereiden. De tussentijdse resultaten van de eerste acht Sneller Beter ziekenhuizen die in dit rapport worden beschreven, kunnen van waarde zijn – niet alleen ten behoeve van de uitvoering van verbeterprojecten in (Sneller Beter) ziekenhuizen, maar ook voor gelijksoortige initiatieven en programma's binnen andere zorgsectoren en groepen organisaties.

Aan het tot stand komen van deze rapportage hebben, naast de onderzoekers, vele partijen in de deelnemende ziekenhuizen en medewerkers van het uitvoerende consortium bijgedragen. Zij hebben hun medewerking verleend aan interviews, het schriftelijk beantwoorden van vragenlijsten en het beschikbaar stellen van voortgangsverslagen en meetresultaten. Wij willen hen op deze plaats hartelijk danken voor deze bijdrage.

Ten slotte, zijn de onderzoekers bijgestaan door een wetenschappelijke begeleidingscommissie onder voorzitterschap van prof. dr. C. Spreeuwenberg van Universiteit Maastricht. Lid van de commissie zijn: prof. dr. C.T.B. Ahaus (Rijksuniversiteit Groningen), prof. dr. K. Sanders (Universiteit Twente) en drs. M. de Wit (Reumapatiëntenbond).

Utrecht, november 2006

Voornaamste bevindingen

In het eerste jaar van het implementatieprogramma van Sneller Beter stond de implementatie van verbeterprojecten in acht ziekenhuizen centraal. De conclusies naar aanleiding van de evaluatie van het eerste jaar zijn in te delen in drie categorieën:

- bevindingen met klinische relevantie;
- bevindingen met veranderkundige relevantie;
- bevindingen met beleidsmatige relevantie.

Bevindingen met klinische relevantie

- 1. De decubitus prevalentie (graden 2 tot en met 4) is in het eerste jaar op 19 van de 20 afdelingen gemiddeld met 43% gedaald tot 5,4%. In deze periode is in het kader van de decubitus projecten de prevalentie structureel door medewerkers gemeten en zijn specifieke verbetermaatregelen getroffen. Na het eerste jaar is het projectdoel bereikt bij 12 decubitus projecten. Het projectdoel is niet bereikt bij zeven projecten. Van één project ontbreken de benodigde gegevens.*
- 2. Van de medicatieveiligheidsprojecten laten zeven van de acht antibioticawitch projecten 57% reductie zien van het aantal onnodige dagen intraveneuze toediening van antibiotica. De nametingen van zes van de zeven projecten gericht op reductie van postoperatieve pijn tonen aan dat de patiëntengroep met een te hoge pijnscore (VAS hoger dan vier) gemiddeld is teruggebracht met 35%. Na het eerste jaar is het projectdoel bereikt bij acht medicatieveiligheidsprojecten. Het projectdoel is niet bereikt bij zes projecten. Van acht projecten ontbreken de benodigde gegevens.*
- 3. In verband met de projecten werken zonder wachtlijst zijn door projectteams verschillende typen maatregelen ingezet. De gemiddelde daling van de toegangstijd tot de poliklinieken van 18 van de 27 projecten bedraagt 31%, de toegangstijd aan het einde van de projectduur is 32 dagen. Na het eerste jaar is het projectdoel bereikt bij één werken zonder wachtlijst project. Het projectdoel is niet bereikt bij 17 projecten. Van negen projecten ontbreken de benodigde gegevens.*
- 4. Van de verbeterprojecten gericht op reductie van postoperatieve wondinfecties en verhoging van de OK-productiviteit zijn buiten de ziekenhuizen na een jaar nog geen of nauwelijks resultaten bekend. Deze zullen bekend worden na het tweede jaar.*

Bevindingen met veranderkundige relevantie

- 1. Het merendeel van de projectleiders in de ziekenhuizen ziet na het eerste jaar mogelijkheden voor verdere verbetering op het terrein van onder meer*

patiëntveiligheid, patiëntenlogistiek en patiëntenparticipatie.

- 2. De projectleiders van de logistieke projecten in de ziekenhuizen geven aan zich vooral door de toenemende marktwerking genoodzaakt te zien tot verbetering; meer nog dan door de deelname aan het implementatieprogramma van Sneller Beter.*
- 3. De projectteams moeten beschikken over een bruikbaar meetinstrument om de projectvoortgang te monitoren. Dit instrument is onmisbaar voor de eventueel vereiste bijsturing (plan-do-study-act), maar ook om aan te kunnen tonen of de projectdoelen zijn bereikt (verantwoording).*
- 4. Ziekenhuisbestuurders, interne programmacoördinatoren, projectleiders in de ziekenhuizen en adviseurs van het consortium wijzen erop dat de toestand van de ICT in Sneller Beter ziekenhuizen de implementatie van verbeterprojecten belemmert.*
- 5. Projectleiders in de ziekenhuizen vinden naast de waarneembaarheid van resultaten vooral de rol van de eigen Raad van Bestuur belangrijk. Men verwacht dat deze middelen, tijd, steun en aandacht verschaft.*
- 6. Projectteams hebben in beperkte mate zelf interventies op het gebied van patiëntenparticipatie in de projecten geïntegreerd. In tranche 2 zullen de projectteams hierin actief worden begeleid door adviseurs van het consortium.*
- 7. Voor het programmaonderdeel professionele kwaliteit geldt dat minder dan de helft van de projectteams aangeeft interventies op dit gebied in te zetten.*

Bevindingen met beleidsmatige relevantie

- 1. De uitvoering van het implementatieprogramma en de ondersteuning door adviseurs van het Sneller Beter consortium komt in het eerste jaar over het algemeen overeen met het oorspronkelijke plan van aanpak.*
- 2. Medio 2005 zijn er personeelwisselingen opgetreden in de programmaleiding van het consortium. Dit heeft binnen de Sneller Beter ziekenhuizen en onder de adviseurs van het consortium geleid tot onduidelijkheid over de voortgang en invulling van het programma.*
- 3. Van de helft van de Sneller Beter projecten van het eerste jaar (TIS1) ontbreken gegevens over de mate waarin de doelen zijn bereikt. De gegevens in de centrale database tot mei 2006 zijn onvolledig en de betrouwbaarheid is niet altijd gegarandeerd.*
- 4. De feitelijke taken en de bijbehorende verantwoordelijkheden in het kader van het implementatieprogramma liggen in handen van meerdere partijen op verschillende niveaus die voor hun succes van elkaar afhankelijk zijn. Het verschaffen van randvoorwaarden (zoals middelen en tijd), het wekken en vasthouden van*

enthousiasme en urgentiebesef, evenals de praktische coördinatie van uitvoeringshandelingen, vergt continue aandacht en afstemming.

- 5. De adviseurs van het consortium signaleren een gebrek aan tijd en middelen in de ziekenhuizen als een belemmerende factor voor het succes van Sneller Beter pijler 3.*
- 6. De projectleiders van de verbeterteams in de ziekenhuizen geven aan dat het consortium hoge verwachtingen heeft gewekt over de effecten van de projecten. Hoe de resultaten het beste kunnen worden bereikt is hen niet altijd duidelijk.*

De stand van zaken na het eerste jaar

Bij de evaluatie van het implementatieprogramma wordt uitgegaan van meerdere analyseniveaus. Er wordt in het rapport een beeld geschetst op het niveau van:

- de programmaorganisatie;
- ziekenhuisorganisaties (meso);
- afdelingen/werklocaties en projectteams (micro);
- enthousiasme en veranderbereidheid individuen.

Waar het tiende hoofdstuk voorziet in een meer systematische samenvatting van het evaluatierapport, wordt hieronder de inhoud van het rapport teruggebracht tot een beschrijving van de mate waarin na een jaar op ieder analyseniveau aan vooraf opgestelde normen is voldaan. Aan de linkerkant volgt steeds een overzicht van de zaken waarin na het eerste jaar sprake dient te zijn, aan de rechterkant een beschrijving van de mate waarin dit het geval is.

De stand van zaken op programmaniveau na het eerste jaar

| <i>Norm na een jaar</i> | <i>Status na eerste jaar</i> |
|--|---|
| Selectie van kanshebbende ziekenhuizen (voorlopers). | <p>Het is moeilijk om objectief vast te stellen of uit het totale aantal aanmeldingen de meest kanshebbende ziekenhuizen zijn geselecteerd. De selectie is afhankelijk van de kwaliteit van de kandidaten en de subjectieve inschattingen van de beoordelaars. Uit de landelijke vragenlijst Kwaliteits- en Veiligheidsmanagement (KVM) blijkt dat de eerste acht Sneller Beter ziekenhuizen (de T1 groep) op sommige punten hoger scoren dan de overige algemene/topklinische en academische ziekenhuizen:</p> <ul style="list-style-type: none">- leidinggevenden en professionals als trekker van kwaliteitszorg;- gebruikmaking van managementcontracten door de directie;- ervaring met Doorbraakprojecten en herinrichting van zorgprocessen;- mate waarin (top)management gebruik maakt van indicatoren. <p>Op andere punten scoren de T1 ziekenhuizen lager:</p> <ul style="list-style-type: none">- prioriteit veiligheidsmanagementsysteem (VMS);- directie maakt afspraken over borging. |

| <i>Norm na een jaar</i> | <i>Status na eerste jaar</i> |
|--|---|
| Inhoudelijke ondersteuning en training van multidisciplinaire projectteams vanuit het consortium. | Gemiddeld zijn de projectleiders van de multidisciplinaire projectteams in de ziekenhuizen positief over de ondersteuning vanuit het consortium. De verbeterprojecten worden in hoge mate als relevant gezien. Gemiddeld heeft een team vier keer met een afvaardiging van vier teamleden deelgenomen aan een landelijke bijeenkomst. De projectleiders in de ziekenhuizen van OK Oké (OK) en postoperatieve wondinfecties (POWI) zijn het niet eens met de stelling dat hun team goed is getraind in de verbetermethode. |
| Inhoudelijke ondersteuning ziekenhuizen. | Er zijn twee adviseurs toegewezen aan ieder Sneller Beter ziekenhuis. Deze zijn met name gericht op de procesherinrichtingen. Ziekenhuisbestuurders en interne programmacoördinatoren zijn over het geheel genomen tevreden over de ziekenhuisadviseurs. |
| Het beschikbaar stellen van bruikbare meetinstrumenten om de voortgang ten aanzien van de doelen van het project te meten. | De OK- en POWI-projectteams beschikken in het eerste jaar nog niet over bruikbare meetinstrumenten voor monitoring en anticipatie op voortganggegevens. De metingen bij procesherinrichtingen leunen sterk op ICT. |
| Opzetten en onderhouden van centrale database met voortgangsgegevens van de projecten. | Er is een centrale database tot stand gebracht. Een datamanager, in dienst van het consortium, is belast met het verwerken van door projectteams aangeleverd meetgegevens per project. De aangeleverde gegevens zijn niet altijd even betrouwbaar en volledig. Van circa de helft van de geregistreerde projecten van het eerste jaar zijn in mei 2006 voldoende gegevens opgenomen in de centrale database om een voor- en nameting te berekenen. |

De stand van zaken op mesoniveau na het eerste jaar

| <i>Norm na een jaar</i> | <i>Status na eerste jaar</i> |
|---|--|
| (Bevorderen) vorming van multidisciplinaire projectteams. | Gerealiseerd. De leden van de Raden van Bestuur hebben een actieve rol vervuld bij het benaderen van potentiële projectleiders. Er zijn gemiddeld negen á tien projectteams gestart per ziekenhuis. |
| Voorzien in toereikende ondersteuning door organisatieleiding (leiderschap en ondersteuning). | Bij de projectteams decubitus (DEC) en medicatieveiligheid (MV) doen zich nauwelijks tekorten voor in bronnen. De behoefte aan tijd, mensen en middelen is groter bij de procesherinrichtingen (PHI) en werken zonder wachtlijst (WZW). Tekorten op deze onderdelen, maar ook actieve medewerking van medewerkers op de afdelingen en op maat gesneden instructie doen zich voor bij de OK-projecten. Bijna alle POWI-projectleiders in de ziekenhuizen ervaren een gebrek aan tijd en draagvlak onder medewerkers op de afdelingen. |

| <i>Norm na een jaar</i> | <i>Status na eerste jaar</i> |
|---|--|
| Het uitvoeren van de verbeterprojecten. | Per ziekenhuis zijn er gemiddeld 13-15 projecten uitgevoerd door de projectteams. |
| De mate waarin de projecten resultaat boeken. | Afgaande op de centrale database variëren de resultaten van de projecten DEC, MV en WZW van positief tot gematigd positief (zie bijvoorbeeld tabel 1 in hoofdstuk 10). Van de tweejarige OK en POWI-projecten en het merendeel van de PHI-projecten is de realisatie van de SMART-doelen onbekend. |

De stand van zaken op microniveau na het eerste jaar

| <i>Norm na een jaar</i> | <i>Status na eerste jaar</i> |
|--|--|
| Het projectteam is multidisciplinair. | De projectteams bestaan gemiddeld uit acht leden, waaronder twee medisch specialisten en verpleegkundigen, een manager en een stafmedewerker. Per projectonderwerp maken interne stakeholders (decubitus verpleegkundige of ziekenhuishygiënist) deel uit van de projectteams. |
| Het projectteam beschikt over een zekere organisatiegraad. | Gemiddeld heeft ieder team in het eerste jaar 14 keer vergaderd. De projectleiders in de ziekenhuizen zijn van mening dat de regie in handen ligt van het eigen team – dat in hun ogen hiervoor ook verantwoordelijkheid draagt. De taakorganisatie van de projectteams (verdelen van taken, doelen en instrumenten vaststellen, onderlinge communicatie/afstemming) scoort vrijwel overal positief. |
| Het projectteam voert het aangeboden project uit en past de verbetermethode (plan-do-study-act) toe. | De projectteams hebben doelen vastgesteld en projectspecifieke interventies geselecteerd. Waar wel inzicht bestaat in de mate waarin projectspecifieke interventies zij gehanteerd, kan niet worden bepaald of de verbetermethode (plan-do-study-act) steeds cyclisch en consequent is toegepast. De centrale database biedt hierover geen uitsluitel. |
| Draagvlak en medewerking medewerkers betrokken bij de uitvoering. | Gemiddeld nemen de projectleiders in de ziekenhuizen voldoende draagvlak en actieve inzet waar onder betrokken medewerkers. POWI scoort lager dan de overige projecttypen bij draagvlak. Bij OK scoort dit matig. Actieve medewerking van medewerkers op de afdelingen schiet bij OK tekort. Dit gaat gepaard met een lagere score bij steun van de medische staf. |

De stand van zaken op individueel niveau na het eerste jaar

| <i>Norm na een jaar</i> | <i>Status na eerste jaar</i> |
|---|---|
| Prikkels en enthousiasme. | Ziekenhuisbestuurders en interne programmacoördinatoren onderschrijven de waarde en het belang van het implementatieprogramma en de diverse projecten gelet op actuele ontwikkelingen en de situatie in de ziekenhuizen. Men vindt dat het implementatieprogramma op het juiste moment komt. Het oordeel over de projecten is positief. Projectleiders in de ziekenhuizen geven de eigen projecten na een jaar gemiddeld een zeven op een schaal van tien (range: vijf tot acht). Naast enkele hoge punten voor MV en PHI, worden lagere waarden toegekend aan POWI en OK, de laatste krijgt zelfs een onvoldoende. Het gros van de OK-projectleiders in de ziekenhuizen ziet risico's verbonden aan de implementatie. Zij zijn niet van mening dat het realiseren van verbetering wordt beloond. |
| Programma heeft bijgedragen aan competenties. | Het onderdeel competentiemetingen voor de strategische ziekenhuisleiding is geschrapt uit de planning. De ontwikkeling van competenties op dit hiërarchische niveau kan niet worden gevolgd. |

Bepalend voor het succes van de verbeterprojecten

Een vergelijking van de condities per projecttype en ziekenhuis laat zien dat het succes van de multidisciplinaire logistieke en veiligheidsprojecten afhangt van vijf zaken. Zij kwamen al aan bod in de tabellen hierboven:

- de aanwezigheid van prikkels (zichtbare verbetering, beloning, interne steun en medewerking van collega's) die het aantrekkelijk maken om de benodigde verbetermaatregelen te treffen;
- toereikende hulpbronnen en ondersteuning zoals tijd, middelen, menskracht, kennis en instructie;
- veranderagenten die betrokkenen enthousiast weten te maken en te houden (aantoonbare succesverhalen, positief imago);
- ICT-ondersteuning en een gestandaardiseerd meetinstrument, bruikbaar voor continue monitoring, bijsturing en om resultaten intern en extern te kunnen aantonen;
- duidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor het implementeren van verbeteracties, voor het verzamelen en overdragen van meetgegevens en voor het periodiek terugkoppelen over de stand van zaken aan ziekenhuismedewerkers, Raden van Bestuur en consortium.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Uitgangspunt van het overheidsbeleid gericht op de Nederlandse ziekenhuiszorg is dat substantiële verbeteringen mogelijk zijn. Verbeteringen die in de eerste plaats de patiënt ten goede komen, maar die ook bijdragen aan een efficiëntere en doelmatigere organisatie van de ziekenhuiszorg. Die verbeteringen zouden op korte termijn gerealiseerd kunnen worden indien zorginnovaties of 'best practices' (de beste behandelwijze) in alle ziekenhuizen worden toegepast (Ministerie van VWS 2002).

Verschillende bronnen rapporteren dat er kennis is opgebouwd over best practices bij specifieke aandoeningen (Schrijvers e.a. 2002; Schellekens e.a. 2003). Benchmarking (prestatievergelijking) is een hulpmiddel om verschillen in prestaties op te sporen. Een manier om de verspreiding van beproefde werkwijzen en methoden te bevorderen is om ze in zorgprocessen van meerdere ziekenhuizen op te nemen via zogenoemde Doorbraakprojecten (Berwick 2000).

Doorbraakprojecten zijn gericht op de systematische aanpak van concrete problemen in de zorgverlening met ongewenste uitkomsten voor patiënten. Een multidisciplinair verbeterteam van betrokken zorgverleners (medisch specialisten, verpleegkundigen en andere medewerkers) implementeert hiertoe maatregelen die zich elders hebben bewezen. Door gebruik te maken van de Doorbraakmethode zijn in Nederlandse ziekenhuizen wachtlijsten en wachttijden teruggedrongen (bijvoorbeeld op de mammapoli), is de doeltreffendheid van de zorg bij patiënten met CVA en diabetes toegenomen en is de patiëntveiligheid vergroot (bijvoorbeeld via het verminderen van wondinfecties, doorligwonden en medicatiefouten) (Van Splunteren e.a. 2003).

In individuele ziekenhuizen zijn de afgelopen jaren positieve resultaten behaald met verbeterprojecten, ook bij het herontwerp van zorgprocessen vanuit de routing die de patiënt doorloopt (zie bijvoorbeeld Vanhaecht en Sermeus 2002). Grootschalige verspreiding van de gehanteerde werkwijzen – en daarmee de verbeterde resultaten – ligt daarmee voor de hand. Toch levert het in de praktijk problemen op. De verspreiding van best practices vindt te weinig en te langzaam plaats (consortium 2004).

Op zichzelf is dit probleem vrij universeel en niet nieuw. De oorzaken blijken daarentegen complex en divers (Rogers 1983; Wagner 1999; Grol en Wensing 2001; Sluijs en Wagner 2003). Het kan gaan om weerstand tegen verandering en het doorbreken van routines. De tijd, de kennis, de kunde en de financiën kunnen ontbreken om een probleem grondig aan te pakken. Belemmerend werkt ook een gebrekkige samenwerking en onvoldoende aansturing (leiderschap). Bovendien blijken vernieuwingen slecht te bekliven als zij niet worden ingebed in de reguliere bedrijfsvoering (Sluijs e.a. 1994). Samenvattend geldt dat de diffusie van zorginnovaties wordt beïnvloedt door de aanwezigheid van zeer specifieke organisatie- en cultuurkenmerken (Greenhalgh e.a. 2005).

Theorieën als basis voor een verspreidingsprogramma

De zojuist behandelde bekende oorzaken voor de (moeizame) verspreiding van innovaties oriënteren zich op de implementatie en adoptie van innovaties op het niveau van organisaties, afdelingen/werkeenheden en individuen. Een aanvulling hierop biedt de in 2005 gepubliceerde achtergrondstudie van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg *Weten wat we doen; verspreiding en innovaties in de zorg*. In het rapport wordt gereflecteerd op de betekenis van klassieke en recentere theorieën over de verspreiding van innovaties voor de Nederlandse gezondheidszorg. Waar het merendeel van de theorieën is bedoeld ter verklaring van de werkelijkheid, blijken ze tevens aantrekkelijk als aanknopingspunt voor beleidsmakers. Zo is het implementatie- en verspreidingsprogramma Sneller Beter pijler 3 ten dele ontsproten aan een koppeling van de inzichten van Gladwell (2000) met die van Rogers (1983). Beide hebben gezaghebbende publicaties uitgebracht over de verspreiding van innovaties. De journalist Gladwell komt bij zijn analyse van sociale epidemieën uit op een verschijnsel dat hij 'tipping points' noemt. Dat is een sociologische term voor het moment waarop iets unieks verwordt tot standaard. De basis voor een mechanisme is gelegd zodra de notie van een tipping point wordt verbonden met de adoptiecurve van Rogers. De laatste deelt afnemers van innovaties in verschillende groepen in, variërend van voorlopers tot volgers. De bundeling leidt tot het volgende hypothetische mechanisme: zodra een innovatie gangbaar is geworden in een substantieel deel (20%) van een populatie (de voorlopers), dan zal de resterende groep (80%; volgers) deze uiteindelijk ook overnemen of adopteren. De groep van 20% geldt daarbij als een ondergrens; de kritische massa die het tipping point markeert. In vereenvoudigde vorm ligt dit mechanisme ten grondslag aan het implementatieprogramma Sneller Beter pijler 3 dat onderwerp is van het evaluatieonderzoek. In verband met de leesbaarheid zal in de rest van het rapport worden gesproken over het implementatieprogramma van Sneller Beter.

1.2 De ziekenhuisbrede implementatie van verbeterprojecten: het implementatieprogramma van Sneller Beter

Sneller Beter is onder andere bedoeld als een antwoord op de geconstateerde problemen rondom de verspreiding van best practices. Het programma is eind 2003 gestart om een verbetering van transparantie, doelmatigheid en kwaliteit in de curatieve zorg te stimuleren. Sneller Beter telt drie pijlers:

1. het benchmarken van ziekenhuizen en eerste lijnsgezondheidszorg;
2. ontwikkeling van indicatoren voor een veilige en betere zorg;
3. het landelijk actieprogramma kwaliteit, innovatie en doelmatigheid.

De eerste pijler bestaat uit benchmarks binnen de ziekenhuizen en de eerste lijnszorg. Deze zijn bedoeld om inzicht te geven in onderlinge overeenkomsten en verschillen tussen individuele zorgaanbieders. Het indicatorenproject, de tweede pijler, is gericht op ontwikkeling van een efficiënte en doelgerichte methode van toezicht. De derde pijler is een ziekenhuisbreed implementatieprogramma voor verbeterprojecten. In 20 procent van de Nederlandse ziekenhuizen wordt onder externe begeleiding in een periode van drie jaar een reeks verbeterprojecten uitgevoerd. Van deze projecten wordt verwacht dat zij

binnen de ziekenhuissector nieuwe normen van zorgverlening neerzetten binnen vooraf gedefinieerde prioriteitsgebieden en onderwerpen.

Het programma Sneller Beter is een gezamenlijk initiatief van het ministerie van VWS, de NVZ vereniging van ziekenhuizen, de Orde van Medisch Specialisten en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. ZonMw is in opdracht van het ministerie van VWS verantwoordelijk voor de derde pijler van het Sneller Beter programma. De deelnemende ziekenhuizen, 24 in totaal, worden bij de implementatie van de verbeterprojecten ondersteund en begeleid door een consortium. Dit consortium bestaat uit het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van het Erasmus MC en de Orde van Medisch Specialisten.

Doelstelling implementatieprogramma

De algemene doelstelling van het implementatieprogramma luidt: *bij 20% van de ziekenhuizen in 4 jaar aanzienlijke en aansprekende prestatieverbeteringen realiseren op de prioriteitsgebieden 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).*

Vervolgens wordt op basis van de resultaten een plan van aanpak voor de overige 80% van de ziekenhuizen opgesteld.

Op de prioriteitsgebieden patiëntenlogistiek, patiëntveiligheid en leiderschap & organisatieontwikkeling (L&O) heeft het consortium onderstaande doelstellingen geformuleerd:

Patiëntenlogistiek

1. Terugbrengen van toegangstijden bij poliklinieken tot minder dan één week.
2. Verkorten doorstroomtijden voor diagnostiek en behandeling met 40-90%.
3. Toename van de productiviteit van operatiekamers met 30%.
4. Verkorten van de ligduur met 30%.

Patiëntveiligheid

1. Invoering van een blame free reporting systeem.
2. Vermindering van het aantal medicatiefouten met 50%.
3. Percentage decubitus bij klinische patiënten lager dan 5%.
4. Vermindering postoperatieve wondinfecties met 50%.

Leiderschap & Organiseontwikkeling (L&O)

1. Creëren van een verbeterinfrastructuur.
2. Resultaatgericht kwaliteitsmanagement als normaal onderdeel van strategie en beleid.
3. Leiderschap op innovatie en verbetering.

Om deze doelstellingen voor patiëntenlogistiek en patiëntveiligheid te bereiken wordt hoofdzakelijk gebruik gemaakt van de Doorbraakmethode en procesherinrichting (PHI). Naast substantiële kwaliteitsverhoging op de genoemde prioriteitsgebieden heeft de derde pijler nog twee aanvullende aandachtsgebieden, te weten: patiëntenparticipatie en professionele kwaliteit. Patiëntenparticipatie is gericht op het benutten van de ervaringsdeskundigheid van patiënten bij het bereiken van de doelen en ambities van het implementatieprogramma. Professionele kwaliteit beoogt de kwaliteit van medische beroepsbeoefenaren te stimuleren.

Het implementatieprogramma wordt gekenmerkt door een gezamenlijk optrekken van ziekenhuizen in een tijdelijk samenwerkingsverband, competitie tussen verbeterteams, externe begeleiding, een nadruk op het formuleren van heldere doelstellingen, het meten van resultaten en een accent op ‘leiderschap’ op meerdere niveaus. Langs die weg kunnen ziekenhuizen zich verder ontwikkelen tot lerende organisaties, of meer concreet: samenwerkingsverbanden van mensen en middelen die de eerder toegepaste methodieken steeds opnieuw inzetten om op deze en andere prioriteitsgebieden tot betere resultaten te komen.

Kritische massa door middel van drie tranches

In drie jaar tijd committeren 24 geselecteerde ziekenhuizen (20%) zich in drie tranches van acht ziekenhuizen aan de hierboven beschreven doelstellingen en verplichten zij zichzelf binnen vaste tijdsvakken op meerdere afdelingen of specialismen verbeterprojecten te starten. Het consortium ondersteunt de ziekenhuizen bij de implementatie van best practices.

De tranches bestrijken een tijdsvak van twee jaar, bestaande uit twee series van verbeterprojecten. Serie 1 is steeds het eerste tijdsvak van een tranche waarin acht ziekenhuizen de projecten uitvoeren. Serie 2 is het tweede tijdsvak van een tranche waarin de ziekenhuizen enerzijds maatregelen nemen om behaalde werkwijzen en resultaten te borgen in de dagelijkse bedrijfsvoering, en anderzijds de bereikte resultaten en competenties verder verspreiden binnen de eigen organisatie. De opzet van de drie tranches is weergegeven in schema 1.1.

Schema 1.1 Fasen in het implementatieprogramma

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--------------|------|---------|---------|---------|---------|------|
| Tranche I: | | Serie 1 | Serie 2 | | | |
| Tranche II: | | | Serie 1 | Serie 2 | | |
| Tranche III: | | | | Serie 1 | Serie 2 | |

Ook de tijdsvakken na de tranches zijn relevant. Het gaat hierbij om tijdsvakken, niet vallend onder de programmaondersteuning, waarin de in gang gezette verspreiding van resultaten en competenties (het vlieg wiel) merkbaar tot uiting dient te komen in organisatiebrede initiatieven om best practices te implementeren.

De latere perioden zijn om nog een andere reden relevant. Naast interne verspreiding binnen ziekenhuizen wordt tevens gestreefd naar externe verspreiding tussen ziekenhuizen; van een kritische massa van 20% van de ziekenhuizen naar 100% van de ziekenhuizen. Hiervoor is het nodig dat ziekenhuizen onderling best practices verspreiden. Onder verantwoordelijkheid van ZonMw en in nauw overleg met het ministerie van VWS en andere betrokken partijen zal het consortium een plan van aanpak ontwikkelen om ook de overige 80% te kunnen bereiken. Het consortium ziet Sneller Beter als een gezamenlijk leertraject waarbij geleerde lessen grote invloed kunnen en zullen hebben op de verdere opzet en uitvoering van het programma.

1.3 Het evaluatieonderzoek

Ondanks aanwijzingen voor de werkzaamheid van Doorbraakprojecten bij individuele ziekenhuizen is niet bekend of een grootschalige implementatie van dergelijke projecten de beoogde resultaten op landelijk niveau zal opleveren en de verspreiding van best practices kan versnellen. Om die reden wordt parallel aan het hiervoor beschreven implementatieprogramma gedurende drie jaar een onafhankelijk evaluatieonderzoek uitgevoerd door het NIVEL in samenwerking met de capaciteitsgroep BEOZ van de Universiteit Maastricht en de afdeling Sociale Geneeskunde van het EMGO-instituut van het VU Medisch Centrum.

1.3.1 Doel- en vraagstellingen

Het algemene doel van het evaluatieonderzoek is te evalueren in welke mate de beoogde doelstellingen op verschillende niveaus (projectteam, ziekenhuis, implementatieprogramma) worden bereikt en welke succes- en faalfactoren hiermee in verband kunnen worden gebracht. Meer specifiek beoogt het onderzoek per tranche meer inzicht te verschaffen in 1) de mate waarin de verbeterteams de gestelde doelen op de prioriteitsgebieden hebben behaald; 2) de mate waarin de deelnemende ziekenhuizen de behaalde teamresultaten en opgedane competenties verspreiden en borgen in de hele ziekenhuisorganisatie; 3) eventuele verschillen in resultaten tussen projectteams en ziekenhuizen; en 4) de mate waarin het implementatieprogramma als geheel heeft bijgedragen aan een versnelde adoptie van best practices in deelnemende ziekenhuizen versus de niet-deelnemende ziekenhuizen.

De algemene doelstelling is in verschillende vraagstellingen geoperationaliseerd waarover in afzonderlijke deelrapportages (gedurende en na afloop van het evaluatieonderzoek) wordt gerapporteerd. In het onderhavige rapport worden de resultaten van de eerste serie verbeterprojecten van de eerste acht ziekenhuizen beschreven: Tranche 1 Serie 1 (T1S1).

De vraagstellingen voor de evaluatie van het eerste jaar zijn:

Procesevaluatie

1. In hoeverre verloopt het implementatieproces volgens de geplande programmaopzet?

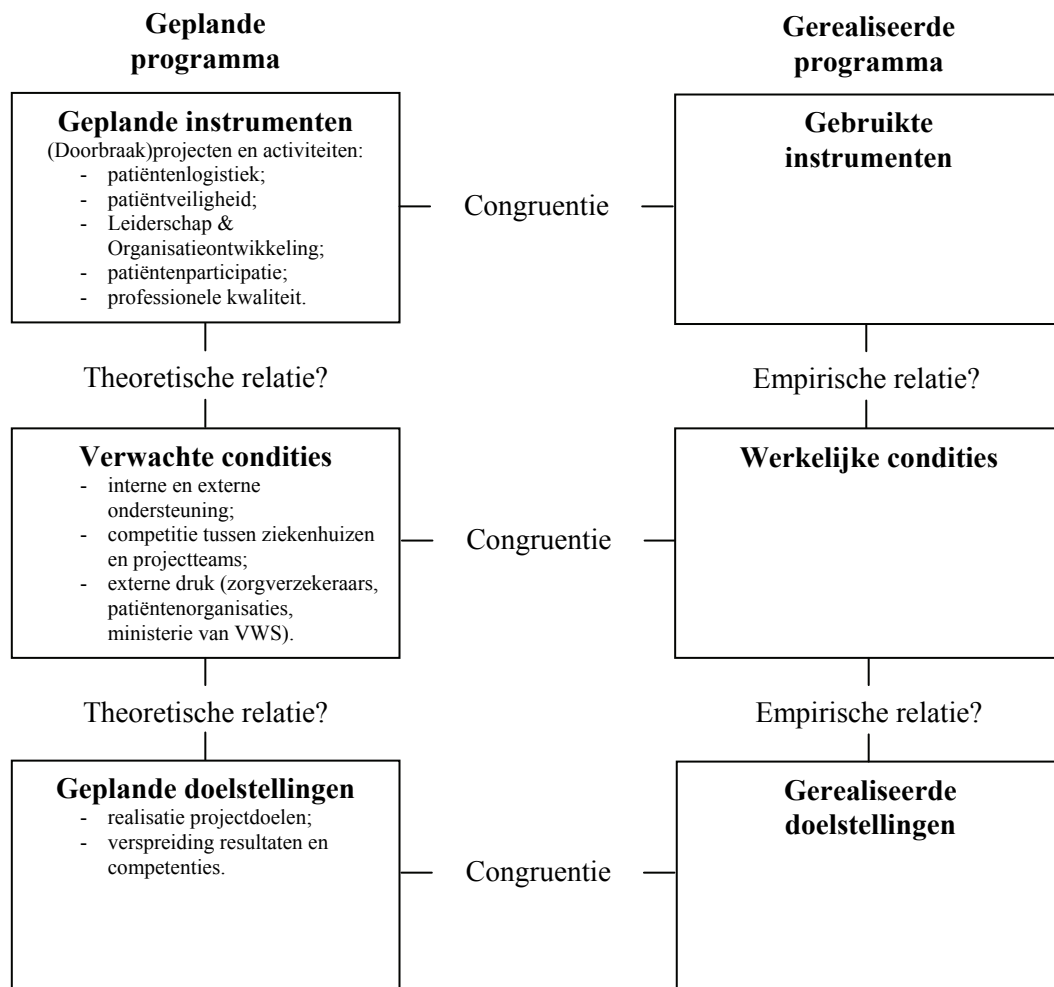
Effectevaluatie verbeterprojecten

2. Hebben de verbeterprojecten bij de deelnemende teams in de eerste acht ziekenhuizen geleid tot aanzienlijke verbeteringen in de patiëntveiligheid en patiëntenlogistiek?
3. Welke succes- en faalfactoren waren van invloed op de resultaten die de teams hebben behaald?

1.3.2 *Het evaluatiemodel van Stake (onderzoeksvragen 1, 2 en 3)*

Voor de evaluatie van het implementatieproces en de bereikte effecten wordt gebruik gemaakt van het evaluatiemodel van Stake (1967). Stake heeft dit model ontwikkeld in het kader van een evaluatie van onderwijsprogramma's. Vervolgens is het model met succes toegepast in de evaluatie van gezondheidszorgprogramma's (Donker 1990; Sixma 1997). De kern van een programma evaluatie bestaat uit het continu beschrijven en meten of de gestelde doelen/resultaten worden gehaald, de geplande middelen/activiteiten ook feitelijk worden ingezet en/of de verwachte succes- en faalfactoren optreden. Bij het vergelijken van het geplande met het gerealiseerde programma wordt nadrukkelijk gekeken in hoeverre de theoretisch veronderstelde relaties ook empirisch aantoonbaar zijn. De congruentie tussen gepland en gerealiseerd wordt tevens bepaald door condities (succes- en faalfactoren) die van invloed kunnen zijn op het implementatieproces en daarmee op de uiteindelijke resultaten. Het evaluatiemodel van Stake ziet er als volgt uit:

Schema 1.2 Evaluatie implementatieprogramma en het Stakemodel



1.3.3 Verklaringsmodel voor succes- en faalfactoren (onderzoeksvraag 3)

Binnen het evaluatiemodel wordt dieper ingegaan op de verwachte en werkelijke condities die de deelnemende teams, de ziekenhuizen en het consortium tegenkomen. Op basis van een literatuuronderzoek – onderdeel van een ex ante (letterlijk: vooraf) evaluatie – is een overzicht samengesteld van succes- en faalfactoren die de implementatie en de resultaten kunnen beïnvloeden. De resultaten daarvan zijn uitgewerkt in twee rapportages (Dückers en Wagner 2005; Dückers e.a. 2005). Bij de succes- en faalfactoren wordt onderscheid gemaakt tussen beïnvloedende factoren op vier niveaus, namelijk het individuele niveau, het team-/afdelingniveau, het ziekenhuisniveau en het programma- en sectorniveau. Op alle vier de niveaus worden tijdens het evaluatieonderzoek metingen verricht. Tevens wordt onderscheid gemaakt tussen het implementeren van individuele projecten en het stimuleren van het lerend vermogen van het ziekenhuis dat nodig is voor het verspreiden van de bereikte resultaten en competenties. Op dit laatste wordt dieper ingegaan tijdens de evaluatie van het tweede jaar.

Voorbeelden van beïnvloedende factoren per niveau

Hieronder worden enkele voorbeelden gegeven van beïnvloedende factoren op elk van de vier niveaus. Op programmaniveau kunnen omgevingsfactoren van invloed zijn, bijvoorbeeld de beoogde marktwerking, de financieringssystematiek, contractafspraken van zorgverzekeraars, veranderingen in zorgvraag of (belemmeringen in) wet- en regelgeving.

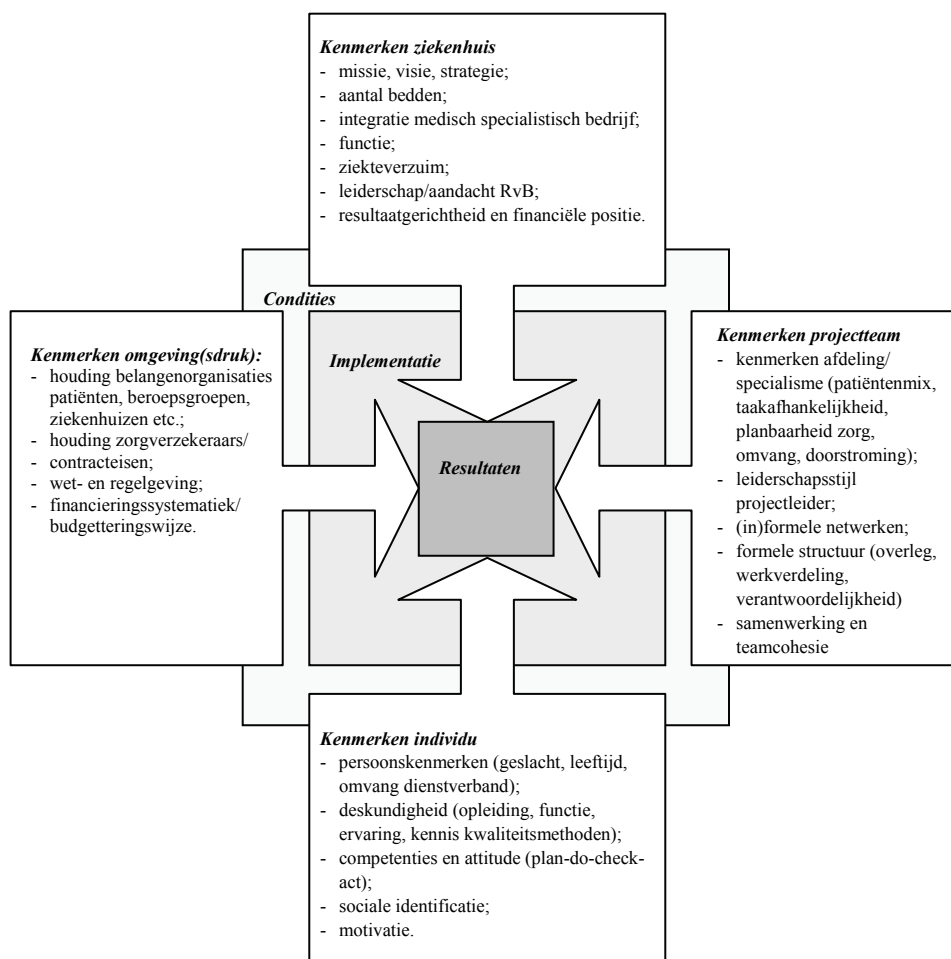
Op ziekenhuisniveau gaat het om eigenschappen van de ziekenhuisorganisatie, de cultuur en de leiderschapstijl, zowel van de Raad van Bestuur, de medische staf en het middenkader.

Op het teamniveau is de overeenstemming over doelen en middelen, evenals de samenstelling, de samenwerking en de trekker van het projectteam relevant. Het gaat bijvoorbeeld om de mate waarin de doelen als wenselijk en haalbaar worden ervaren, het lerend vermogen van het team, maar ook om zaken als de sociale cohesie binnen het team en de interdependentie tussen de teamleden.

Op het individuele niveau gaat het onder andere om persoonskenmerken, om kennis en ervaring en om de individuele motivatie van de betrokken medewerkers en de mate waarin het project voor hen meerwaarde heeft.

Schema 1.3 geeft een algemeen overzicht van de geïnterpreteerde succes- en faalfactoren per niveau die van invloed kunnen zijn op het succes van het implementatieprogramma.

Schema 1.3 Overzicht beïnvloedende factoren op vier niveaus



De basisaanname achter schema 1.3 is dat factoren die direct van invloed zijn op het implementatietraject, daarmee indirect van invloed zijn op de resultaten van een project. Een implementatie zoals bedoeld geeft theoretisch gezien de grootste kans op goede resultaten. Echter er is geen één op één relatie tussen implementatie en effecten (ook een geslaagde implementatie kan matige effecten opleveren als de interventie beperkt effectief is). Daarom zal in de analyses een onderscheid worden gemaakt tussen factoren die van invloed zijn op de implementatie (condities) en factoren die direct van invloed zijn op de uiteindelijke effecten (interventies). De succes- en faalfactoren in schema 1.3 zijn voor het programma als geheel en voor de afzonderlijke projecten van belang.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk twee volgt een beschrijving van de in het eerste jaar gehanteerde onderzoeksmethoden, meetinstrumenten en de onderzoekspopulatie. In het derde hoofdstuk wordt gestart met de procesevaluatie met de selectie van de eerste acht ziekenhuizen als onderwerp. Het hoofdstuk biedt een eerste vergelijking van de kenmerken van deze ziekenhuizen met de overige Nederlandse ziekenhuizen. In hoofdstuk vier wordt ingegaan op de visie en verwachtingen van de Raden van Bestuur en interne programmacoördinatoren van de T1S1 ziekenhuizen.

In het vijfde hoofdstuk staan de kenmerken van de verbeterprojecten die in het eerste jaar zijn toegepast in de acht ziekenhuizen centraal. Nadat in dit hoofdstuk de aantallen teams, hun algemene eigenschappen, de verbetermethode en de ondersteuning vanuit het consortium zijn besproken, worden in hoofdstuk zes de interventies per project en de resultaten behandeld. Dat wil zeggen, de mate waarin na een jaar aan de doelen van het programma is voldaan. Het betreft een van de primaire uitkomstmaten. Buiten de primaire uitkomstmaten (later meer hierover) kunnen enkele secundaire effecten worden gepercipieerd. Deze worden toegelicht in hoofdstuk zeven.

Het achtste hoofdstuk biedt een beschrijving van de mate waarin aan de bepalende condities uit de literatuur is voldaan. Op basis van de inzichten die daaruit ontstaan wordt in hoofdstuk negen een inventarisatie gemaakt van de succes- en faalfactoren die in het eerste jaar een rol hebben gespeeld. Het in paragraaf 1.3.2 behandelde Stake-kader dient als leidraad van de samenvatting in hoofdstuk tien. In het laatste hoofdstuk wordt een samenvattend antwoord gegeven op de onderzoeksvragen.

De cijfermatige onderbouwing van een aantal uitspraken in de tekst zijn in meerdere bijlagen aan het eind van het rapport opgenomen. Tevens is een verklarende woordenlijst en een overzicht met in de tekst gebruikte afkortingen toegevoegd.

2 Onderzoeksopzet

2.1 Metingen op verschillende niveaus

Naast de indeling van niveaus van factoren die het implementatietraject beïnvloeden, wordt binnen het evaluatieonderzoek uitgegaan van verschillende analyseniveaus. Op programmaniveau, ziekenhuissectorniveau, ziekenhuisniveau en afdeling/projectteamniveau zijn meetinstrumenten ingezet om de benodigde informatie te verzamelen. In paragraaf 2.2 volgt een overzicht van de onderzoekspopulatie per analyseniveau. In de resterende paragrafen wordt ingegaan op de dataverzameling en – analyse.

2.2 Onderzoekspopulatie

Bij het onderzoek zijn vier typen onderzoekseenheden betrokken:

- ziekenhuizen;
- raden van bestuur en interne programmacoördinatoren;
- projectteams;
- adviseurs van het consortium.

2.2.1 *Ziekenhuizen*

Aan de eerste tranche hebben acht ziekenhuizen deelgenomen, waaronder een academisch ziekenhuis, drie topklinische en vier algemene ziekenhuizen. Om de uitgangspositie en de ontwikkeling van de Sneller Beter ziekenhuizen te kunnen vergelijken met de situatie in de niet deelnemende ziekenhuizen is het noodzakelijk om in beide groepen metingen te verrichten. Voor dit doel is een algemene vragenlijst uitgezet onder de Raden van Bestuur van de acht deelnemende en de overige ziekenhuizen. Daarin zijn vragen gesteld over de stand van zaken van het kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem (zie subparagraaf 2.3.1).

2.2.2 *Raden van Bestuur en interne programmacoördinatoren*

Naast de operationele projectteams die de diverse verbeterprojecten uitvoeren bestaat de Sneller Beter projectorganisatie in ieder ziekenhuis uit ziekenhuisadviseurs (zie subparagraaf 2.2.4 over de adviseurs van het consortium) en de top van de organisatie: leden van de Raad van Bestuur en de interne programmacoördinator (PC). Van ieder ziekenhuis zijn deze personen ongeveer halverwege de implementatieperiode geïnterviewd (n=16) (zie subparagraaf 2.3.2).

2.2.3 *Projectteams en verbeterprojecten*

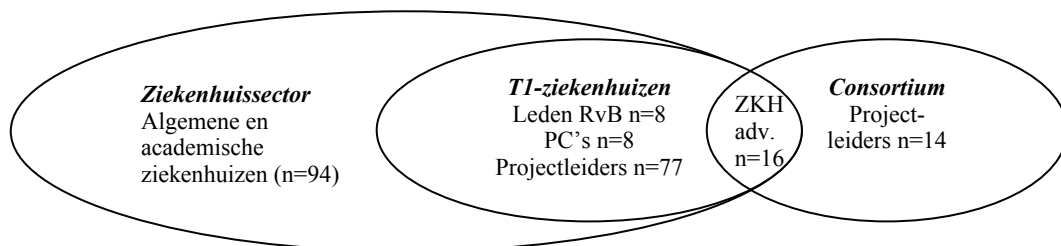
Binnen elk ziekenhuis zouden conform het geplande programma 12 verbeterprojecten moeten gaan starten, te weten: twee Doorbraakprojecten decubitus (DEC), één Doorbraakproject postoperatieve wondinfecties (POWI), twee Doorbraakprojecten medicatieveiligheid (MV), twee projecten Veilig Incident Melden (VIM), één Doorbraakproject OK Oké, twee Doorbraakprojecten werken zonder wachtlijst (WZW) en twee procesherinrichtingen (PHI's) waarvan één electief en één oncologisch. De VIM-projecten maken deel uit van een afzonderlijke evaluatie. In dit rapport wordt daarom uitgegaan van tien projecten per deelnemend ziekenhuis. In ieder ziekenhuis worden de projecten geïmplementeerd door multidisciplinaire projectteams. Gaandeweg is het aantal projectteams vastgesteld op 77, het aantal projecten in het eerste jaar betreft 113 (zie bijlage 1a). In het eerste jaar zijn metingen verricht onder de projectleiders in de ziekenhuizen middels vragenlijsten (zie subparagraaf 2.3.3).

2.2.4 *Adviseurs van het consortium*

Het consortium heeft adviseurs in dienst die de verbeterteams en ziekenhuizen ondersteunen bij de implementatie van de verbeterprojecten. Er wordt bij de adviseurs onderscheid gemaakt tussen ziekenhuisadviseurs en projectleiders van het consortium. De eerste groep is aan een specifiek ziekenhuis gekoppeld. In het eerste jaar van het implementatieprogramma gaat het om twee adviseurs per ziekenhuis. Beide adviseurs ondersteunen de ziekenhuizen bij de activiteiten voortvloeiend uit de deelname aan Sneller Beter. Ze zijn met enige regelmaat fysiek in het ziekenhuis aanwezig en richten zich vooral op de PHI-projecten. De projectleiders van het consortium vormen de tweede groep. De verantwoordelijkheid van de projectleiders ligt bij de inhoudelijke, methodische en praktische vormgeving van de verbeterprojecten. De projectleiders zijn bovendien belast met de organisatie van landelijke bijeenkomsten.

In schema 2.1 zijn de verschillende onderzoekseenheden weergegeven als (deel)verzamelingen.

Schema 2.1 Onderzoekspopulatie T1S1



2.3 Dataverzameling

2.3.1 *Vragenlijst Kwaliteits- en Veiligheidsmanagement in ziekenhuizen*

Begin mei 2005 is er in 67 algemene, 19 topklinische en acht academische ziekenhuizen een vragenlijst uitgezet om de uitgangspositie van het kwaliteit- en veiligheidsmanagement te kunnen bepalen ten tijde van de start van het implementatieprogramma Sneller Beter. Het gaat om 86 leden van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) die gevestigd zijn in Nederland en daadwerkelijk zorg verlenen, alsmede alle academische ziekenhuizen. In oktober 2007 zal een tweede meting worden verricht. De vragenlijst is gebaseerd op de landelijke vragenlijst 'kwaliteitssystemen in ziekenhuizen' zoals deze in 2000 is gehanteerd in het onderzoek kwaliteitssystemen in zorginstellingen (Sluijs en Wagner 2000). Naast de bestaande vragen uit de vragenlijst zijn er enkele vragen toegevoegd over veiligheidsmanagement en de specifieke onderwerpen van het Sneller Beter implementatieprogramma. De vragenlijsten zijn door de Raad van Bestuur en/of een kwaliteitsfunctionaris ingevuld. De respons bedraagt 65% (zie tabel 2.1).

Tabel 2.1 Responspercentage uitgesplitst naar soort ziekenhuizen

| Soort ziekenhuis | Verstuurd (n) | Respons (n) | Respons (%) |
|--|----------------------|----------------------|----------------|
| Algemene en topklinische ziekenhuizen | 86 (waarvan 8 T1) | 55 (waarvan 7 T1) | 64% |
| Academische ziekenhuizen | 8 | 6 | 75% |
| Totaal | 94 | 61 | 65% |

(Bron: vragenlijst Kwaliteits- en Veiligheidsmanagement in ziekenhuizen)

2.3.2 *Interviews op strategisch en tactisch niveau in de Sneller Beter ziekenhuizen*

In een tijdsbestek van ongeveer twee maanden zijn gesprekken gevoerd met een lid van de Raad van Bestuur en de interne programmacoördinator van de acht deelnemende ziekenhuizen. Het eerste gesprek vond plaats op 12 mei, het laatste op 5 juli 2005. De 16 gesprekken duurden telkens ongeveer een uur. Elk van deze gesprekken is gevoerd aan de hand van een gespreksleidraad. Na afloop van ieder gesprek is een verslag opgesteld dat steeds ter verificatie is teruggezonden naar de respondent. Met de respondenten is onder andere gesproken over de waarde van het implementatieprogramma, het draagvlak onder betrokkenen, de vormgeving van de projectorganisatie, de wijze van selectie van projectteams, de taken en verantwoordelijkheden van diverse partijen en de voortgangsbewaking en interne communicatie.

2.3.3 *Vragenlijst projectleiders van de projectteams in de ziekenhuizen*

Eerste meting: de procesmeting

Om inzicht te krijgen in de uitgangssituatie van de projectteams en het implementatieproces op operationeel niveau is een vragenlijst samengesteld voor de

projectleiders van de projectteams in de ziekenhuizen. Deze vragenlijst gaat in op de condities die bepalend worden geacht voor projectmatige implementatie zoals de projectdoelen, de gekozen interventies, samenwerking en consensus binnen het projectteam, ondersteuning door ziekenhuis en consortium, en het leiderschap van de ziekenhuisdirecties (zie bijlage 3). Aan de hand van een voortgangsrapportage van het consortium uit mei 2005 en een adressenbestand uit juni 2005 is aan de projectleiders van 87 verbeterprojecten per post een vragenlijst gestuurd. Onder de projectleider wordt verstaan: degene die de feitelijke voortgang van het project of de meerdere projecten die door het projectteam wordt/worden uitgevoerd coördineert. In de praktijk wordt deze rol naast de formele projectleider soms vervuld door een projectondersteuner of -begeleider. Omwille van de leesbaarheid wordt degene die de vragenlijst heeft ingevuld in dit rapport aangeduid als de projectleider in het ziekenhuis. In de eerste week van augustus 2005 is om de respons te verhogen via een emailbericht een reminder gestuurd naar de projectleiders in de ziekenhuizen. In de tweede en derde week van augustus is nogmaals contact gezocht, ditmaal telefonisch. Van de 87 veronderstelde projectteams blijken er na controle slechts 77 te bestaan. Van deze 77 hebben er uiteindelijk 54 een vragenlijst ingevuld geretourneerd. De respons van de eerste meting bedraagt 70%. De respons per ziekenhuis en projecttype is uitgewerkt in tabel 2.2. Minder dan de helft van de WZW-projectteams heeft gereageerd. De respons van ziekenhuis 5 is 20%, dit is te laag om uitspraken te doen op ziekenhuisniveau. Dit laatste wordt daarnaast bemoeilijkt doordat in het ene ziekenhuis bijvoorbeeld geen DEC-lijst, maar wel meerdere WZW-vragenlijsten ingevuld zijn teruggestuurd en in het andere ziekenhuis alleen een DEC en een MV lijst.

Tabel 2.2 Respons eerste meting uitgesplitst naar projecttype en ziekenhuis

| Type project | Bijgesteld na controle | Ingevuld | Respons % | Ziekenhuis | Bijgesteld na controle | Ingevuld | Respons % |
|---------------|------------------------|-----------|-----------|------------|------------------------|-----------|-----------|
| DEC | 12 | 9 | 75 | 1 | 10 | 9 | 90 |
| MV | 16 | 13 | 81 | 2 | 9 | 8 | 89 |
| OK | 8 | 5 | 64 | 3 | 9 ^{+2ng} | 6 | 67 |
| POWI | 7 ^{+1sg} | 5 | 71 | 4 | 10 ^{+2ng 1sg} | 8 | 80 |
| PHI | 17 | 14 | 82 | 5 | 10 | 2 | 20 |
| WZW | 15 ^{+4ng} | 7 | 47 | 6 | 9 | 7 | 78 |
| PHI-WZW | 2 | 1 | 50 | 7 | 12 | 9 | 75 |
| | | | | 8 | 8 | 5 | 63 |
| Totaal | 77⁺⁵ | 54 | 70 | | 77⁺⁵ | 54 | 70 |

sg = stopgezet

ng = niet gestart

Tweede meting

Onder de 77 projectleiders is in december 2005 een tweede meting uitgezet. Dit keer is, naast kenmerken van de projectteams en de ingezette interventies, gevraagd naar de ondersteuning die de projectteams gedurende het eerste jaar van het implementatieprogramma kregen van de ondersteunde partijen binnen het ziekenhuis en het consortium. Ook is expliciet gevraagd naar de succes- en faalfactoren van de implementatie. Na een telefonische herinneringsronde onder de projectleiders zijn er eind

februari 57 vragenlijsten ingevuld teruggestuurd. De respons van de tweede meting is 74%. Tabel 2.3 bevat een overzicht per ziekenhuis en projecttype. Ziekenhuis 5 blijft wederom achter.

Tabel 2.3 Respons tweede meting uitgesplitst naar projecttype en ziekenhuis

| Type project | Uitgezet | Ingevuld | Respons % | Ziekenhuis | Uitgezet | Ingevuld | Respons % |
|---------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|
| DEC | 12 | 9 | 75 | 1 | 10 | 7 | 70 |
| MV | 16 | 11 | 69 | 2 | 9 | 6 | 67 |
| OK | 8 | 7 | 88 | 3 | 9 | 6 | 67 |
| POWI | 7 | 6 | 86 | 4 | 10 | 10 | 100 |
| PHI | 17 | 12 | 71 | 5 | 10 | 5 | 50 |
| WZW | 15 | 11 | 73 | 6 | 9 | 7 | 78 |
| PHI-WZW | 2 | 1 | 50 | 7 | 12 | 11 | 92 |
| | | | | 8 | 8 | 5 | 63 |
| Totaal | 77 | 57 | 74 | | 77 | 57 | 74 |

2.3.4 *Telefonische interviews onder externe adviseurs*

Vanaf medio augustus tot en met de eerste week van september 2005 is er een telefonische enquête afgenomen onder de adviseurs van het consortium. Tijdens de interviews is onder andere ingegaan op de visie van de adviseurs, het verloop van de implementatie, het oordeel over de projectteams, de taken en verantwoordelijkheden van de adviseur, de gekozen aanpak en eventueel benodigde extra ondersteuning. Van de adviseurs hebben 23 personen hun medewerking verleend aan de interviews, het gaat om 11 van de 16 ziekenhuisadviseurs en 12 van de 14 projectleiders van het consortium.

2.3.5 *Meetgegevens projectuitkomsten*

Ten einde de effectiviteit van de interventies in het kader van de diverse projecten en de invloed van de condities te kunnen vaststellen dient te worden beschikt over informatie over de verandering in de primaire uitkomstmaten van de projecten. De voornaamste uitkomstmaat voor effectiviteit is het Sneller Beter doel zoals genoemd in paragraaf 1.2. De projectteams worden geacht gedurende de implementatie metingen te verrichten om de voortgang te monitoren en te anticiperen of bij te sturen op waargenomen veranderingen in de uitkomstmaat. Dit laatste is inherent aan de verbetermethode die medewerkers op de werkvloer zich meester dienen te maken.

Per projecttype heeft het consortium indicatoren benoemd die de projectteams dienen te meten en registreren. De projectteams zijn verplicht de gegevens op overeengekomen tijden over te dragen aan een centrale database die ten behoeve van het implementatieprogramma wordt aangelegd en onderhouden. De indicatoren zijn door de projectgroep datamanagement neergelegd in de datamanagementnotitie. De voorschriften omtrent meten, registratie en de aanlevering van data zijn opgenomen in een protocol. Het consortium heeft tot taak te voorzien in gestandaardiseerde formats voor aanlevering. De door teams aangeleverde bestanden zijn bedoeld om voor en nametingen te berekenen per project.

Met ZonMw is overeengekomen voor het vaststellen van de uitkomsten van de projecten (bijvoorbeeld de ontwikkeling van de ligduur bij PHI-projecten of het aantal onnodige bloedtransfusies bij de MV-projecten) gebruik te maken van de gegevens uit de centrale database. Op deze manier blijft de interveniërende invloed van het evaluatieonderzoek tot een minimum beperkt. De database wordt beheerd door een datamanager in dienst van het consortium en is fysiek ondergebracht bij Prismant. In mei 2006 zijn door de projectgroep datamanagement gegevensbestanden verstrekt aan de evaluatieonderzoekers. De beschrijving van de resultaten en beïnvloedende factoren is gebaseerd op deze spreadsheetbestanden.

2.4 Analyse en koppeling van gegevens

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen zijn de verschillende gegevensbestanden gekoppeld. De voornaamste koppeling is die tussen de uitkomstgegevens per project uit de centrale database aan beide metingen onder de projectleiders in de ziekenhuizen op operationeel niveau (paragraaf 2.3.3). Een geslaagde koppeling maakt het mogelijk om na te gaan of de procesmeting – de meting tijdens de implementatie – geschikt is als voorspellingsinstrument voor de mate van succes van een project (meer hierover in paragraaf 9.4). Koppeling van de centrale database aan de tweede meting maakt de succes- en faalfactoren inzichtelijk. De metingen onder directieleden, interne programmacoördinatoren en adviseurs van het consortium scheppen een breder kader rondom de implementatie en is tevens bedoeld om succes- en faalfactoren te identificeren. Een belangrijke constatering is dat de beoogde koppeling op het niveau van afzonderlijke projecten en individuele projectteams van T1S1 bemoeilijkt is door de onvolledigheid en niet altijd gegarandeerde betrouwbaarheid van de gegevens in de centrale database na het eerste jaar. Van de OK- en POWI-projecten zijn geen gegevens opgenomen in de centrale database over de primaire doelen van deze projecten (verhoging productiviteit operatiekamers respectievelijk halvering van het aantal diepe en oppervlakkige wondinfecties). Het consortium heeft de projectteams van beide projecttypen in het eerste jaar van het implementatieprogramma een format verschaft dat niet bruikbaar bleek voor het meten, registreren en overdragen van voortganggegevens aan de centrale database (bijlage 2 bevat een uitvoerige beschrijving van de vulling van de centrale database).

De resultaten uit de schriftelijke vragenlijsten en de telefonische interviews worden in de resultatenhoofdstukken uiteengezet 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 indien nodig vermeld.

3 De selectie van de Sneller Beter ziekenhuizen

3.1 Inleiding

De resultaten van de ziekenhuizen die deelnemen aan het implementatieprogramma worden als bepalend gezien voor het vestigen van de kritische massa van 20% die de verspreiding van best practices volgens de theorie van het consortium vergt. Daarom is het van belang dat kanshebbende ziekenhuizen worden geselecteerd voor de deelname. Er is gekozen voor een sollicitatieprocedure waarbij ziekenhuizen zichzelf kunnen opgeven als kandidaat voor deelname, gevolgd door selectieronden.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de wederzijdse verplichtingen tussen een deelnemend ziekenhuis en het consortium, de selectiecriteria en de overeenkomsten en verschillen tussen de deelnemende en de niet-deelnemende ziekenhuizen aan de hand van de vragenlijst Kwaliteits- en Veiligheidsmanagement in ziekenhuizen.

3.2 Deelname aan Sneller Beter: wederzijdse verplichtingen tussen ziekenhuis en consortium

Het implementatieprogramma van Sneller Beter biedt drie keer acht ziekenhuizen de mogelijkheid om onder begeleiding van externe adviseurs de eigen processen en uitkomsten onder de loep te nemen en bij te dragen aan wat de programmamakers aanduiden als nieuwe normen voor ziekenhuiszorg. Deelname brengt verplichtingen met zich mee. Een ziekenhuis is verplicht om verbeterprojecten uit te voeren binnen de prioriteitsgebieden van het programma. In tabel 3.1 zijn de prioriteitsgebieden, de bijbehorende onderwerpen en de geformuleerde doelstellingen samengevat.

Tabel 3.1 Overzicht van de onderwerpen en doelstellingen per prioriteitsgebied

| Prioriteitsgebied | Onderwerpen | Doelstelling implementatieprogramma |
|--|--|---|
| Patiëntveiligheid | Veilig Incident Melden (VIM) | Invoering van een systeem van blame free reporting |
| | Decubitus (DEC) | Percentage decubitus bij klinische patiënten lager dan 5% |
| | Medicatiefouten (MV) | Vermindering van het aantal medicatiefouten met 50% |
| | Postoperatieve wondinfecties (POWI) | Vermindering postoperatieve wondinfecties met 50% |
| Patiëntlogistiek | OK Oké (OK) | Productiviteit van de OK is met 30% toegenomen |
| | Procesherinrichting (PHI) - tumoren - electief | Ligduur is verkort met 30% Doorstroomtijd voor diagnostiek en behandeling is verkort met 40-90% |
| | Werken zonder wachtlijst (WZW) | De toegangstijd bij de poliklinieken is minder dan een week |
| Patiëntparticipatie | Instrumenten en methoden zijn nog in ontwikkeling tijdens T1S1 | Betrekken van ervaringen en deskundigheid van patiënten bij strategische en operationele keuzen |
| Professionele kwaliteit | Instrumenten en methoden zijn nog in ontwikkeling tijdens T1S1 | Bevorderen van de kwaliteit van de medische beroepsuitoefening |
| Leiderschap & Organisatieontwikkeling (L&O) | Leiderschapsnetwerk als platform met educatieve functie gericht op uitwisseling ervaringen en kennisoverdracht | Creëren van een verbeterinfrastructuur Geïntegreerd resultaatgericht kwaliteitsmanagement Leiderschap gericht op innovatie en verbetering |
| Vliegwiel van verbetering (in het verlengde van L&O) | Uitvoeren van dezelfde projecten op nieuwe locaties en nieuwe onderwerpen op de afdelingen waar reeds een project is uitgevoerd in het eerste jaar | Ziekenhuisbrede verspreiding van resultaten en opgebouwde competenties |

(Bron: landelijk plan van aanpak, Consortium 2004)

De verplichting van de ziekenhuizen omvat de implementatie van een min of meer vast aantal projecten waarbij een door het consortium aangereikte verbetermethode wordt toegepast. Deelname brengt met zich mee dat medewerkers op operationeel niveau continu de voortgang van het project meten via (aangereikte) prestatie-indicatoren. Het doel overstijgt een eenmalig project; het implementatieprogramma streeft naar de ontwikkeling en verspreiding van werkwijzen, resultaten en competenties. Hierop vooruitlopend gaan projectteams in de ziekenhuizen aan de slag met circa 12 projecten per ziekenhuis. De verwachte duur van de verbeterprojecten bedraagt 12 maanden, met uitzondering van OK, POWI en PHI. De laatste drie projecten duren twee jaar. Om de gestelde doelen te kunnen bereiken moeten de deelnemende ziekenhuizen tijd en

middelen vrijmaken. Daar staat tegenover dat de ziekenhuizen een ondersteuningsaanbod in het vooruitzicht wordt gesteld. Voor de verbeterteams, directie en management van de ziekenhuizen worden meerdere landelijke (trainings)bijeenkomsten georganiseerd waarvoor experts worden uitgenodigd en ervaringen uitgewisseld kunnen worden. Het consortium biedt de eerste acht ziekenhuizen naast een aanbod in inhoudelijke en methodische kennis per prioriteitsgebied, twee adviseurs die een vast aantal uren advieswerkzaamheden verrichten ten behoeve van het ziekenhuis waaraan zij zijn toegewezen (zie paragraaf 5.5). Ook is er een datamanager aangesteld die zich bezighoudt met de inrichting en het onderhoud aan de centrale gegevensverzameling waar de projectteams hun voortgangsgegevens aan overdragen.

3.3 Criteria voor deelname

Voordat ziekenhuizen mee mogen doen aan Sneller Beter doorlopen ze een aanmeldings- en selectieprocedure die ervoor moet zorgen dat alleen ziekenhuizen worden gekozen die een relatief grote kans van slagen hebben, de zogenoemde voorlopers. Ziekenhuizen in problemen, met grote reorganisaties of verhuisplannen zijn uitgesloten van deelname. Tot 16 juli 2004 konden ziekenhuizen zich aanmelden. De eerste ronde in het schiftingsproces bestaat eruit dat de programmadirectie op basis van de aanmeldingsformulieren 12 ziekenhuizen selecteert. Hierop volgt ronde twee waarin de 12 ziekenhuizen op locatie worden bezocht. Afgevaardigden van het consortium voeren gesprekken met de Raad van Bestuur (RvB), het medisch stafbestuur, het managementteam, het hoofd OK, een medewerkers patiëntenlogistiek, de beoogde interne programmacoördinator Sneller Beter en andere relevante sleutelfiguren (Consortium 2004). Het doel van de gesprekken is om na te gaan in hoeverre de situatie in het ziekenhuis aansluit bij de aanpak van Sneller Beter en of men aan de deelnamecriteria voldoet. Naar aanleiding van de gevoerde gesprekken worden acht ziekenhuizen voorgelegd aan de programmacommissie van ZonMw. Ronde twee leidt aldus tot een definitieve selectie na toetsing van de deelnamecriteria die door het consortium als volgt zijn geformuleerd:

1. Het ambitieniveau van het ziekenhuis komt overeen met de doelstellingen van Sneller Beter;
2. Het ziekenhuis heeft aantoonbare (en succesvolle) ervaring met het uitvoeren van (multidisciplinaire) verbetertrajecten;
3. Het ziekenhuis beschikt over een ambitieuze Raad van Bestuur/managementteam/medisch stafbestuur die actief betrokken zijn bij de opzet, uitvoering en verspreiding van Sneller Beter;
4. Er is een breed draagvlak voor deelname op verschillende niveaus: Raad van Bestuur, managementteam, medische staf, cliëntenraad, verpleegkundig adviesraad, ondernemingsraad en andere relevante raden en geledingen;
5. Het ziekenhuis zal direct vanaf de start van Sneller Beter beschikken over een interne programmacoördinator, afkomstig uit het hoger management;
6. Het is voor het ziekenhuis mogelijk om daar waar nodig voldoende menskracht in te zetten en tijd vrij te maken op alle niveaus binnen de organisatie;

7. De invoering van de DBC-systematiek verloopt volgens schema;¹
8. Er zijn geen grote contra-indicaties voor deelname.

Voor het evaluatieonderzoek is de beschreven selectieprocedure van belang om de reikwijdte van de resultaten van de ziekenhuizen en de representativiteit ervan te kunnen bepalen. De deelnamecriteria komen overeen met de eisen die in de literatuur worden beschreven (Dückers en Wagner 2005). Het consortium heeft verslagen opgesteld van het selectieproces. Hoewel de verslagen de indruk wekken dat gepoogd is de keuze voor deelname af te laten hangen van objectieve omstandigheden, wordt een subjectief oordeel geveld door de betrokken afgevaardigden. Dit is onontkoombaar en niet per definitie problematisch. Het is immers in het belang van het consortium dat de ziekenhuizen die deelnemen aan het programma over een kans van slagen beschikken. Het streven om voorlopers te selecteren resulteert erin dat de ziekenhuizen over de vereiste randvoorwaarden/condities (zouden moeten) beschikken om het implementatieprogramma succesvol te doorlopen. De gehanteerde wijze van selectie impliceert bovendien dat de bereikte resultaten van de deelnemende ziekenhuizen mogelijk minder gemakkelijk te bereiken zijn voor de niet deelnemende ziekenhuizen. In paragraaf 3.4 worden de eerste acht Sneller Beter ziekenhuizen vergeleken met de overige Nederlandse ziekenhuizen. De cijfers zijn ontleend aan de landelijke vragenlijst Kwaliteits- en Veiligheidsmanagement in ziekenhuizen.

3.4 Kwaliteits- en Veiligheidsmanagement in ziekenhuizen

De vergelijking tussen de Sneller Beter ziekenhuizen en de andere ziekenhuizen vindt plaats op een aantal algemene aspecten van het kwaliteits- en veiligheidsbeleid in ziekenhuizen (tabel 3.2), systematische kwaliteitsverbetering (tabel 3.3), verbetermaatregelen en multidisciplinaire verbeterprojecten (tabel 3.4) en het monitoren van prestaties (tabel 3.5).

¹ Het declaratiesysteem met de zogeheten diagnosebehandelcombinatie (DBC) is bedoeld om in één declaratie het gehele zorgproces van een patiënt en de bijbehorende kosten te verrekenen. Voorheen kregen alle ziekenhuizen een totaalbudget waarbij medisch specialisten en andere medewerkers hun verrichtingen registreren. Op basis van dergelijke registraties verantwoordde het ziekenhuis gemaakte kosten naar de budgetverschaffers. De invoering van de DBC's stelt hoge eisen aan de ICT-huishouding in ziekenhuizen.

Tabel 3.2 Organisatorische inbedding kwaliteits- en veiligheidszorg

| Kwaliteits- en veiligheidsbeleid | T1-ziekenhuis (n=7): | Overige algemene en topklinische ziekenhuizen (n=55): | Overige academische ziekenhuizen (n=5): |
|---|----------------------|---|---|
| | % ja | % ja | % ja |
| Kwaliteitsbeleid op schrift | 86 | 76* | 80 |
| Veiligheidsmanagementplan op schrift | 17* | 9** | 20 |
| Kwaliteitsfunctionaris aanwezig | 100 | 93* | 100 |
| Kwaliteitscommissie/-stuurgroep aanwezig | 100 | 83* | 80 |
| Directie of management is trekker van kwaliteitszorg | 86 | 82* | 100 |
| Hoofden/leidinggevenden zijn trekker van kwaliteitszorg | 86 | 57* | 80 |
| Professional/zorgverlener is trekker van kwaliteitszorg | 86 | 44* | 100 |

(Bron: landelijke vragenlijst KVM)

* 1 missing ** 2 missings

Uit de tabel kan worden afgeleid dat het in de T1 ziekenhuizen, meer dan in de overige algemene en topklinische ziekenhuizen, gebruikelijk is dat de hoofden/leidinggevenden en de professionals een voortrekkersrol vervullen binnen de kwaliteitszorg.

Tabel 3.3 Systematische kwaliteitsverbetering: inzicht in incidenten en risico's

| Systematische kwaliteitsverbetering | T1-ziekenhuis (n=7): | Overige algemene en topklinische ziekenhuizen (n=55): | Overige academische ziekenhuizen (n=5): |
|---|----------------------|---|---|
| | % ja | % ja | % ja |
| Monodisciplinaire intercollegiale toetsing | 29 | 7* | 60 |
| Multidisciplinaire intercollegiale toetsing | 0 | 7* | 80 |
| Interne visitatie | 33* | 31 | 50* |
| Interne audit kwaliteitssysteem | 43 | 38 | 80 |
| Risico-inventarisatie (bijv. via Medirisk of Centramed) | 71 | 73 | 40 |
| Cyclische incidentenanalyse (bijv. PRISMA of SIRE) | 0 | 24 | 60 |
| Managementinformatiesysteem | 29 | 26 | 40 |

(Bron: landelijke vragenlijst KVM)

* 1 missing ** 2 missings

Tabel 3.3 geeft weer dat de overige academische ziekenhuizen, meer dan de Sneller Beter ziekenhuizen en de overige algemene en topklinische ziekenhuizen gebruik maken van intercollegiale toetsing en interne audits. Academische ziekenhuizen scoren lager bij

risico-inventarisatie. De Sneller Beter ziekenhuizen blijven duidelijk achter bij de overige ziekenhuizen waar het aankomt op incidentenanalyse.

Tabel 3.4 Verbetermaatregelen en multidisciplinaire verbeterprojecten

| | T1-ziekenhuis (n=7): % ja | Overige algemene en topklinische ziekenhuizen (n=55): % ja | Overige academische ziekenhuizen (n=5): % ja |
|---|----------------------------------|---|---|
| Directie maakt meestal/altijd afspraken over het borgen van resultaten | 14 | 61 | 20 |
| Directie geeft aan wat van medewerkers wordt verwacht | 57 | 68 | 100 |
| Directie maakt meestal/altijd afspraken met leidinggevenden over te bereiken doelen | 71 | 66 | 80 |
| Directie werkt meestal/altijd met managementcontracten | 71 | 28* | 20 |
| Aantal verbeterprojecten in 2004 | gemiddeld 21 (range 10-30)*** | Gemiddeld 10 (range 1-98)**** | Gemiddeld 36 (range 25-46)** |
| Ervaring met Doorbraakprojecten | 100 | 82 | 80 |
| Kwaliteits- en verbeterprojecten in top drie prioriteiten komend jaar | 43 | 46 | 40 |
| Ervaring met herinrichting van zorgprocessen | 100 | 45 | 100 |
| Herontwerp zorgprocessen intern in top drie prioriteiten komend jaar | 43 | 58 | 60 |
| Opzetten veiligheidsmanagementsysteem in top drie prioriteiten komend jaar | 29 | 49 | 40 |
| Nieuwe medewerkers worden meestal/altijd in kwaliteitszorg geschoold | 43 | 19* | 60 |
| Training in methoden en technieken van kwaliteitszorg door medisch specialisten | 57 | 27 | 60 |

(Bron: landelijke vragenlijst KVM)

* 1 missing ** 2 missings *** 3 missings **** 11 missings

In de Sneller Beter ziekenhuizen maakt de ziekenhuisdirectie in vergelijking met de overige algemene en topklinische ziekenhuizen minder vaak afspraken over de borging van resultaten. Wel maken de directies substantieel meer gebruik van managementcontracten dan de andere ziekenhuizen.

Gemiddeld heeft meer dan 80% van alle ondervraagde ziekenhuizen ervaring met Doorbraakprojecten. Zowel de T1-ziekenhuizen als de overige academische ziekenhuizen hebben ervaring met herinrichting van zorgprocessen. Opmerkelijk is dat herontwerp van zorgprocessen en de ontwikkeling van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) minder hoog scoren in de prioriteitenlijst van de ziekenhuizen, terwijl het ook hier om een programmadoel gaat. Scholing en training doet het daarentegen in de T1-ziekenhuizen beter dan in de overige algemene en topklinische ziekenhuizen.

Tabel 3.5 Indicatoren en gegevens die door medische staf en (top)management worden gebruikt voor monitoring en bijsturing

| | T1-ziekenhuis (n=7): % ja | Overige algemene en topklinische ziekenhuizen (n=55): % ja | Overige academische ziekenhuizen (n=5): % ja |
|-----------------------------|------------------------------|---|---|
| Door medische staf | | | |
| Decubitus | 57 | 44 | 80 |
| Wondinfecties | 86 | 71 | 80 |
| Postoperatieve pijn | 71 | 62 | 80 |
| Complicaties | 100 | 73 | 80 |
| Aard en omvang incidenten | 71 | 55 | 100 |
| Toegangstijd | 86 | 58 | 80 |
| Wachttijd | 71 | 29 | 20 |
| Doorstroomtijden | 57 | 27 | 60 |
| Ligduur | 57 | 42 | 40 |
| Door (top)management | | | |
| Decubitus | 100 | 62 | 20 |
| Wondinfecties | 43 | 31 | 40 |
| Postoperatieve pijn | 57 | 31 | 20 |
| Complicaties | 14 | 13 | 40 |
| Aard en omvang incidenten | 100 | 80 | 40 |
| Toegangstijd | 100 | 87 | 60 |
| Wachttijd | 86 | 62 | 40 |
| Doorstroomtijden | 71 | 67 | 60 |
| Ligduur | 100 | 82 | 80 |

(Bron: landelijke vragenlijst KVM)

In de academische ziekenhuizen is gebruikmaking van indicatoren voor monitoring en bijsturing gebruikelijker dan in de andere ziekenhuizen. In de T1-ziekenhuizen zijn hoge waarden te vinden bij wondinfecties, incidenten en de logistieke parameters (toegangstijd, wachttijd, doorstroomtijden en ligduur). Bij deze logistieke indicatoren is het contrast met overige algemene en topklinische ziekenhuizen groot.

Tot zover het gebruik door de medische staf. Op vrijwel alle onderdelen wordt door het (top)management van de T1-ziekenhuizen ten behoeve van monitoring en bijsturing meer intensief gebruik gemaakt van de indicatoren die een rol spelen binnen Sneller Beter. Het algemene beeld is dat ook hier logistieke indicatoren hogere waarden sorteren.

Concluderend

Samengevat laten de gegevens uit dit hoofdstuk zien dat de Sneller Beter ziekenhuizen het op verschillende onderdelen beter doen dan niet-deelnemende ziekenhuizen. Dat is met name op het vlak van de voortrekkersrol binnen kwaliteitszorg door leidinggevenden en professionals, het aangaan van managementcontracten door de directie, scholing en training van medisch specialisten en nieuwe medewerkers, gebruikmaking van relevante (gelet op het implementatieprogramma) prestatie-indicatoren door medici en (top)managers ten behoeve van monitoring en bijsturing.

Beduidend lager zijn de scores bij incidentenanalyse, afspraken vanuit de directie over borging van resultaten en de prioriteit van een VMS. De positieve punten rechtvaardigen de keuze de huidige ziekenhuizen te selecteren voor deelname. De lager scorende onderdelen daarentegen zijn een aandachtspunt. De relevantie is gelegen in het feit dat de onderdelen in instrumentele zin onmisbaar zijn voor de uiteindelijke ontwikkeling van de veiligheidscultuur en het leerklimaat. Systematische probleemoplossing vereist inzicht in processen en uitkomsten. Daartoe behoort incidentenanalyse, maar ook een structurele voorziening voor het veilig melden van incidenten, misstanden en fouten is een prioriteit.

4 Raden van Bestuur en interne programmacoördinatoren

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de gesprekken met leden van de Raden van Bestuur (RvB) en de interne programmacoördinatoren (PC's) van de Sneller Beter ziekenhuizen.

De onderwerpen die worden behandeld zijn:

- individuele achtergronden en motivatie (paragraaf 4.2);
- de waarde die men toekent aan het implementatieprogramma (paragraaf 4.3);
- een inschatting van het interne draagvlak (paragraaf 4.4);
- de vormgeving van de projectorganisatie in de ziekenhuizen (paragraaf 4.5);
- taken en verantwoordelijkheden van betrokken partijen (paragraaf 4.6);
- vormgeving interne en externe verspreiding (paragraaf 4.7);
- het ziekenhuis als lerende organisatie (paragraaf 4.8);
- de invloed van toenemende marktwerking (paragraaf 4.9);
- bevorderende en belemmerende factoren (paragraaf 4.10).

Voor de paragraafindeling van dit hoofdstuk is voornamelijk de volgorde van de interviewleidraden aangehouden. Het doel is om de inhoud van de interviews met ziekenhuisbestuurders en interne programmacoördinatoren te beschrijven met oog voor de eventuele variatie in antwoorden tussen bestuurders onderling en tussen bestuurders en interne programmacoördinatoren. Het hoofdstuk is bovendien een hulpmiddel om later in dit rapport terug te komen op de mate waarin aan de randvoorwaarden voor de implementatie is voldaan.

Verantwoording

De verslagen van ieder gesprek zijn voorgelegd aan iedere ondervraagde met het verzoek te verifiëren of de interpretatie van de onderzoekers overeenkomt met de opvattingen van de geïnterviewde. Benadrukt dient te worden dat de informatie in dit hoofdstuk niet gebaseerd is op objectieve, cijfermatige grootheden. Het hoofdstuk is een selectie van meningen, standpunten en opvattingen.

4.2 Individuele achtergronden en motivatie

4.2.1 Raden van Bestuur

De Raden van Bestuur van de Sneller Beter ziekenhuizen zijn samengesteld uit personen met verschillende achtergronden, zoals hoogleraar, organisatieadviseur, bedrijfseconoom, directiesecretaris, ziekenhuisdirecteur, bedrijfskundige, staffunctionaris, medisch specialist, huisarts en hoofd intensive care. Enkelen zijn ongeveer twee jaar directielid

van hun ziekenhuis, anderen vervullen deze functie al tien tot twintig jaar. Een aantal personen geeft aan specifiek te zijn aangetrokken vanwege hun veranderkundige ervaring.

4.2.2 *Interne programmacoördinatoren*

Ook de achtergrond van de interne PC's loopt uiteen, van IC-verpleegkundige tot hoofd hoteldienst, van arts tot bedrijfseconoom, maar ook bestuurskundigen, juristen, kwaliteitscoördinatoren, fysiotherapeuten en informatici. De PC's beschikken in meer of mindere mate over managementervaring en ervaring met verbeterprojecten. De interne programmacoördinatoren zijn in alle gevallen personen die zich aangetrokken voelen tot de onderwerpen rondom het implementatieprogramma, hetzij vanuit verschillende achtergronden en disciplines.

4.3 De waarde van het implementatieprogramma

4.3.1 *Ervaring ziekenhuizen met verandering en reden voor deelname*

Het merendeel van de ziekenhuizen heeft in de recente geschiedenis te maken gehad met veranderprojecten. Sneller Beter wordt beschouwd als een 'stimulus' voor de verdere uitwerking hiervan. De algemene teneur van de gesprekken is dat Sneller Beter op het juiste moment komt. De voornaamste redenen van de directieleden om deel te nemen aan het programma zit hem in de concurrentiepositie (imago), de financiële toestand van het ziekenhuis en de aansluiting op huidige interne veranderingsprocessen en behoeften. Men geeft specifiek aan dat het programma aansluit op kantelprocessen in de ziekenhuisorganisatie. Ook hebben ziekenhuizen veelal te kampen met financiële krapte, mede veroorzaakt door hoge herstelkosten ten gevolge van bijvoorbeeld decubitus, wondinfecties en valincidenten.

De Raden van Bestuur en de interne programmacoördinatoren is gevraagd naar de waarde van deelname voor het ziekenhuis, voor de patiënten en voor de medewerkers.

4.3.2 *De waarde voor het ziekenhuis*

De leden van de Raden van Bestuur zien in Sneller Beter onder meer een samenhangend referentiekader voor het zelf ontwikkelen van nieuwe normen voor de zorgverlening binnen hun ziekenhuis. Dankzij het implementatieprogramma wordt kwaliteitsverbetering op een meer dwingende manier op de agenda gezet. Naast de verwachte doelmatigheidswinst wordt een aantal malen gewezen op 'de grootste waarde' van Sneller Beter, namelijk dat het stimuleert tot praten over het werk in termen van kwaliteit, veiligheid en patiëntvriendelijkheid en dat zaken meetbaar worden gemaakt. Het implementatieprogramma sluit aan op de bedrijfsvoering.

De ziekenhuisbestuurders zijn zich ervan bewust dat de 'aanvliegroutes' patiëntenlogistiek en patiëntveiligheid het gehele ziekenhuis bestrijken. Ze beschouwen het als waardevol dat op veel verschillende plaatsen tegelijkertijd gestart wordt met

projecten. De verwachting van de ondervraagden is dat verbeteringen in een hoger tempo tot stand zullen komen. Dat is noodzakelijk omdat zij er direct en indirect op wijzen dat ziekenhuizen moeten veranderen om op lange termijn te kunnen blijven bestaan. Door middel van kortere wachtlijsten zullen ziekenhuizen kunnen wedijveren om de patiënt. Dat keert tevens terug in de opvattingen van de interne programmacoördinatoren. Zij noemen als motieven: verbeteren doelmatigheid (kostenreductie), veiligheid, logistiek, patiëntgerichtheid, marktpositie en imago.

4.3.3 De waarde voor de patiënt

Volgens de raden van bestuur en de interne programmacoördinatoren is de waarde van de patiënt samen te vatten als: ‘indien de patiënt niets merkt dan is Sneller Beter niet geslaagd.’ De een gaat er verder op in dan de ander, maar de basisgedachte is dat de projecten direct positieve gevolgen hebben voor de patiënt. Deze wordt beter bediend zowel qua randvoorwaarden als inhoudelijk. Maar naast betere informatie en snellere resultaten worden ook nadelen genoemd. Naast de geijkte doelstellingen betekent ‘dichter bij de patiënt’ soms een verschraling aan de welzijnskant doordat patiënten met een chronische aandoening alleen bij klachten mogen terugkomen (zie subparagraaf 6.7.3). Patiëntgerichtheid wordt door directieleden en interne programmacoördinatoren herhaaldelijk genoemd als belangrijk element van de ziekenhuiszorg. Hoe ver men daar precies in wil gaan is onduidelijk. In de praktijk zullen vermoedelijk uiteenlopende gradaties voorkomen van de mate waarin de patiënt betrokken wordt bij de totstandkoming en verbetering van zorgprocessen.

4.3.4 De waarde voor de medewerkers

Al met al wordt de meerwaarde van het implementatieprogramma voor de medewerkers positief ingeschat (de extra inspanningen die deelname vergt daargelaten). Het voordeel voor de medewerkers zit in de verlichting van de werkdruk, een prettigere werkomgeving, meer enthousiasme en uitdaging, en merkbare (want meetbare) verbetering. Aanvullend stelt de opzet van het implementatieprogramma medewerkers in staat buiten de eigen instelling te kijken en met externe collega's en deskundigen te praten. Ook brengt het de interne communicatie omtrent kwaliteitszorg op gang. Gepoogd is de betrokkenheid van medisch specialisten te waarborgen door hen een leidende rol te geven in de projectteams. Daarbuiten gaan sommigen ervan uit dat de medisch specialist een potentiële vergroting van de adherentie verwacht wat hen zal stimuleren tot kwaliteitsverbetering.

Verpleegkundigen en deskundigen krijgen een voet aan de grond bij medisch specialisten dankzij de projecten. Er is ruimte voor ambitie en het leidt tot een kritischere kijk op het eigen functioneren. Ook verwacht men een daling van de werkdruk, lagere herstellkosten en meer interne competitie. Externe druk is volgens sommigen een ‘eye-opener’ om het eigen zorgproces echt kritisch onder de loep te nemen. Een neveneffect dat niet onderschat mag worden is dat een aantal medewerkers overbodig kan worden na stroomlijning van de processen.

4.4 Een inschatting van het interne draagvlak

Zowel de RvB'ers als de coördinatoren bevestigen dat er genoeg draagvlak is onder de betrokken partijen. Men realiseert zich dat het draagvlak verschilt per partij. Ook al schaart het medisch stafbestuur (MSB) zich doorgaans achter de programmaopzet ('cruciaal want de medische staf kan zowel een stimulans als een hindermacht vormen') geven enkele ondervraagden aan dat het draagvlak onder afzonderlijke medisch specialisten 'iets lastiger' ligt. Het draagvlak is bovendien iets wat steeds opnieuw gecreëerd moet worden:

'Het grote gevaar van Sneller Beter is dat het enthousiasme van de mensen erboven niet gelijk is aan het enthousiasme van de mensen die Sneller Beter de werkvloer uitvoeren. Het is zaak iedere dag opnieuw de mensen op de werkvloer te motiveren en ervoor te waken dat de elite – denk aan het consortium en de minister – niet aan de haal gaat met de successen.' (lid Raad van Bestuur)

Bovendien geldt in zijn algemeenheid dat de betekenis 'niet eeuwig' is; draagvlak is een situationeel begrip. Een directielid vertelt dat er voldoende draagvlak is maar dat het ziekenhuis moeite zal hebben de hoge targets te halen die het zichzelf heeft opgelegd. De reacties van de interne programmacoördinatoren wijken niet af van de directieleden. Zij signaleren voldoende draagvlak en hebben het gevoel dat dit toeneemt naarmate het programma vordert. Het kostte aanvankelijk enige moeite om medisch specialisten actief te doen meewerken:

'Men was sceptisch. Er was maar één polikliniek voor werken zonder wachtlijst inmiddels hebben negen poliklinieken toegezegd mee te willen doen. Alle clustermanagers zijn overtuigd van positieve effecten. Het interne draagvlak is binnen een half jaar enorm toegenomen.' (interne programmacoördinator)

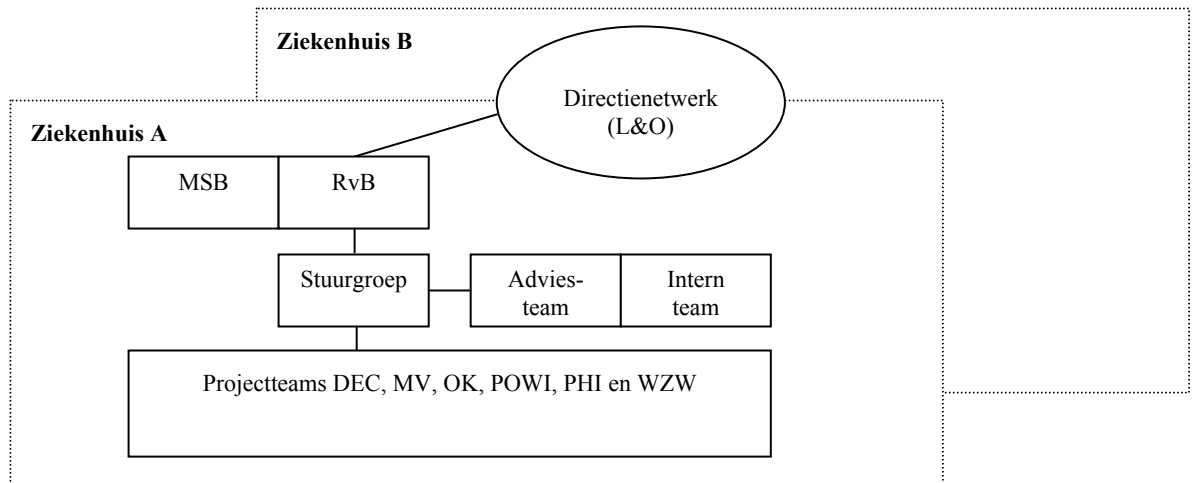
Maar het gaat niet overal vanzelf:

'Soms is het voor een maatschapslid een hele klus om de rest van de maatschap mee te krijgen. Er zijn dubbele agenda's. Medewerkers grijpen het programma aan ter verdediging van de stelling dat meer personeel noodzakelijk is.' (interne programmacoördinator)

4.5 De projectorganisatie in de ziekenhuizen

Aan de ondervraagde directieleden is het organogram van afbeelding 4.1 voorgelegd met de vraag of de interne projectorganisatie op vergelijkbare wijze is opgezet. Men geeft aan dat de feitelijke situatie grotendeels overeenkomt met het model. In ziekenhuizen waar al sprake was van een themagerichte projectorganisatie is deze enigszins aangepast.

Afbeelding 4.1 Organogram Sneller Beter projectorganisatie



(Bron: landelijk plan van aanpak, Consortium 2004)

De projectorganisatiestructuur en de stuurgroepbijeenkomsten stellen de RvB's, de PC's en de andere leden in de stuurgroep in staat de voortgang te volgen en waar nodig bij te sturen.

4.6 Taken en verantwoordelijkheden van betrokken partijen

Met betrekking tot dit onderdeel zijn er twee vragen relevant. Aan de ene kant zijn er de taken en verantwoordelijkheden waarvan de ondervraagden vinden dat betrokkenen deze dienen te vervullen. Minder normatief, maar eerder feitelijk is vraag of de betrokken partijen deze taken en verantwoordelijkheden ook werkelijk waarmaken gedurende het implementatieprogramma.

4.6.1 *Taken en verantwoordelijkheden volgens de ondervraagden*

De Raden van Bestuur beschouwen zichzelf als eindverantwoordelijk voor het implementatieprogramma. Zij hebben tot taak het vaststellen van beleid, het uitdragen ervan, het verschaffen van faciliteiten, draagvlak creëren en het monitoren van resultaten. De ziekenhuisdirecties moeten vooruitdenken en 'de trein in beweging houden'. Hiertoe behoort het opnemen van het beleid in de planning en controlecyclus. De ziekenhuisbestuurders nemen deel in het directienetwerk.

De interne programmacoördinatoren noemen zich medeverantwoordelijk voor het succes van het implementatieprogramma en de voortgang van de deelprojecten. Dat doen zij door de stuurgroepvergaderingen voor te bereiden en gegevens te verzamelen. De PC'er bewaakt overzicht en samenhang, signaleert problemen, lost deze op en begeleidt de teams in het vertalen van ideeën naar projecten.

De projectteams zijn volgens de geïnterviewden verantwoordelijk voor de te realiseren projectdoelstellingen. Van belang is dat zij de resultaten met regelmaat communiceren naar de achterban. De projectteams zijn verantwoordelijk voor de metingen, rapportage,

het doorgeven van knelpunten en hebben een belangrijke rol in de borging. Een enkele ondervraagde voegt hieraan toe dat ze dienen mee te denken over de uitrol.

In een aantal ziekenhuizen is sprake van duaal management, dit is terug te zien in de samenstelling en functieverdeling binnen de projectteams.

Het consortium, tenslotte, wordt verantwoordelijk geacht voor de voortgang van het programma en de projecten. Het consortium heeft tot taak te inspireren en toegezegde ondersteuning en kennis aan te reiken.

Daarmee komen de taken en verantwoordelijkheden die de ondervraagden toedelen aan zichzelf en de overige partijen vrijwel geheel overeen met het overzicht van taken en verantwoordelijkheden per partij dat als toetsingskader is opgenomen in de ex ante evaluatie (Dückers en Wagner 2005; Dücker e.a. 2005).

4.6.2 *Komen partijen hun verantwoordelijkheden na?*

Ondersteuning door middel van kennis, middelen en tijd

De ondervraagde RvB'ers ervaren de ondersteuning vanuit het consortium als voldoende. Reacties zijn overwegend positief en men heeft over het algemeen geen behoefte aan extra ondersteuning. Een negatieve noot is dat de organisatie van de werkconferenties 'soms te wensen overlaat' en 'er wordt te gemakkelijk met data geschoven'.

Over de hoeveelheid ondersteuning in de toekomst zijn de bestuurders niet eensgezind. Aan de ene kant zijn er ziekenhuisbestuurders die het eigen ziekenhuis in staat achten zelf te voorzien in noodzakelijke voorwaarden. Daar tegenover staan de bestuurders die hun onvrede uiten over de aangekondigde vermindering van de ondersteuning. Adviezen en inzet van de ziekenhuisadviseurs worden als bruikbaar beschouwd. Ook is men tevreden over de toegankelijkheid van leden van het consortium om op verzoek een voordracht te houden in het ziekenhuis.

Er wordt op gewezen dat de Orde van Medisch Specialisten onvoldoende in staat is specialisten echt in beweging te krijgen.

Bevoegdheden en sturingsmogelijkheden worden door PC'ers als voldoende ervaren om de taak naar goeddunken te kunnen uitvoeren.

De inhoud van het programma

Partijen zijn tevreden over de Doorbraakprojecten en procesherinrichtingen. Toch worden er zorgen uitgesproken over de inhoud op termijn gelet op de noodzaak tot borging. Leiderschap & Organisatieontwikkeling (L&O) levert positieve reacties op, maar er is ook kritiek. Zo wordt het directienetwerk niet als een 'echt netwerk' ervaren door de wisselende samenstelling.

Het consortium heeft medio 2005 besloten de koers van L&O meer te laten aansluiten op de behoefte en probleempercepties van de ziekenhuisdirecties en af te zien van de voorgenomen competentiemetingen. Afgaande op de gevoerde interviews betekent 'aansluiten op de behoefte':

- waken voor topdown-benadering en docerende houding;
- aanhaken op voorkeuren van RvB'ers, dat wil zeggen, het aanreiken van aanknopingspunten en praktische tips in plaats van theoretische verhandelingen.

De inhoud van patiëntenparticipatie komt laat, pas nadat de overige projecten zijn gestart. Ook bestaat er verschil van inzicht over de waarde van professionele kwaliteit. De opzet in het eerste jaar druipt in tegen de wens van ziekenhuizen te functioneren als een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. Er wordt gewaarschuwd voor het apart organiseren van het programmaonderdeel in de medische staf en voor het optreden van doublures.

Wat een van de bestuurders mist bij het consortium is een visie ‘waar wil men zijn in 2010? Zowel de minister als het consortium geven dat niet aan, maar om mensen te blijven motiveren is een perspectief nodig.’

4.7 Interne en externe verspreiding van werkwijzen, resultaten en competenties

De ziekenhuizen melden dat er al aanmeldingen zijn voor de tweede serie projecten. Er bestaat enthousiasme in de ziekenhuizen. Enkele ziekenhuizen laten teams vrij om te beginnen wanneer zij dit wensen te doen. Een van de ondervraagden geeft aan dat dit aan de clustermanager is. Iedereen mag zich aanmelden.

Over de externe verspreiding bestaat geen visie. Een enkeling geeft aan dat het consortium met voorstellen moet komen.

4.8 Het eigen ziekenhuis als lerende organisatie

De ondervraagden verstaan onder een lerende organisatie: ‘een organisatie die kritisch is op zichzelf en zichzelf wil blijven verbeteren’. Over het algemeen zien de directieleden hun ziekenhuis in meer of mindere mate als lerende organisatie. Gelet op de breedheid van de hierboven genoemde omschrijving en het gegeven dat de ziekenhuizen zijn geselecteerd op hun innovatiekracht is dat niet opmerkelijk.

Gevraagd is een waarde toe te kennen van één tot vijf, de toegekende scores bevinden zich vrijwel allemaal iets boven het gemiddelde, waarbij een onderscheid is aan te brengen tussen voorzichtig realisme en enthousiast idealisme. De realisten nuanceren hun oordeel en wijzen erop dat de vijf nooit gehaald zal worden, de tweede groep gaat ervan uit dat maximale scores uiteindelijk zullen worden behaald, soms zelfs binnen handbereik liggen. Vaker wordt erop gewezen dat een deel van de medewerkers vooruitstrevend is en een ander deel behoudend. Dit sluit aan op de notie dat medewerkers nog niet altijd de vertaalslag zien van verbeterprojecten naar procesherinrichting. Als voorbeeld wordt een specialist genoemd, die op een gegeven moment tijd over heeft omdat hij geen wachtlijst meer heeft voor de polikliniek en dan extra politijd zou willen gaan invullen.

De RvB'ers en PC'ers vinden het van belang dat de projectteams zowel de doelen van de verbeterprojecten realiseren als dat zij zich de verbetermethodiek meester maken. De verbetermethodiek speelt meer op de langere termijn.

Ook lopen de opvattingen over de betekenis van het implementatieprogramma in het licht van de ontwikkeling tot lerende organisatie uiteen. De één zegt dat het ziekenhuis voorafgaand aan Sneller Beter een ambachtelijk bedrijf is, maar spreekt de verwachting uit dat het zal uitgroeien tot een op innovatie gerichte onderneming. Bestuurders van

andere ziekenhuizen weerspreken dit: “het is niet zo dat de hemel openscheurt en daar is het licht”. De werkelijke uitdaging zit volgens hen in de borging van de behaalde resultaten en het vasthouden van de sense of urgency. Ook de rol van – de nochtans onderontwikkelde – ICT wordt als bepalend beschouwd.

4.9 De invloed van toenemende marktwerking

Onder de ziekenhuisbestuurders is met betrekking tot marktwerking sprake van voor- en tegenstanders. De een verwacht dat marktwerking op sommige onderdelen van de zorg ten koste zal gaan van de levering van optimale zorg. Als voorbeeld wordt genoemd dat een ziekenhuis een geprefereerd speerpunt oncologie niet kan vasthouden waardoor oncologische patiënten verder zullen moeten reizen voor een behandeling. De ander noemt het juist positief omdat ‘de tucht van de markt goed is om specialisten aan het denken te zetten’. Sneller Beter kan hierbij helpen als middel, maar Sneller Beter is niet de oorzaak. Van diagnose behandel combinaties (DBC's) wordt verwacht dat zij meer bijdragen aan vernieuwing dan de huidige wijze van budgettering. Volgens de voorstanders onder de ondervraagden is marktwerking tevens van invloed op de werkhouding door middel van competitie, collegialiteit en benchmarking. Het draagt bij tot een intrinsieke motivatie. Medisch specialisten hebben volgens hen vaak meer externe motivatie nodig dan de andere ziekenhuismedewerkers.

4.10 Bevorderende en belemmerende factoren

Vooruitlopend op hoofdstuk negen dat geheel is gewijd aan de succes- en faalfactoren van het implementatieprogramma bieden de interviews met de ziekenhuisbestuurders en de projectcoördinatoren een beeld van wat de partijen in de top van de projectorganisaties in de Sneller Beter ziekenhuizen tot de bepalende factoren rekenen:

- de inzet van medisch specialisten; de ervaring van de ondervraagden is dat het effectief is om artsen persoonlijk te benaderen om het project toe te lichten en de respons te vergroten van het verzoek zich aan te melden voor deelname;
- het zelf verantwoordelijk maken en houden van medewerkers op operationeel niveau;
- het geven van positieve prikkels (zoals het ten goede laten komen van winsten aan de werkeenheden die deze hebben gerealiseerd), maar ook het schenken van blijvende aandacht aan het programma en de projecten;
- ICT, het datawarehouse en scholing in het gebruik van spreadsheetprogramma's (dit om daadwerkelijk iets met de cijfers te kunnen doen).

Een aantal zaken stemt hen tot bezorgdheid:

- het ontbreken van resultaten/succesverhalen van de eerste serie voorafgaand aan de tweede serie;
- het niet voorhanden hebben van een antwoord op de vraag hoe de verspreiding van kennis zich verhoudt tot de marktwerking die concurrentie stimuleert;
- de angst dat door marktwerking een focus komt te liggen bij patiëntenlogistiek,

- kosten en productie en dat patiëntveiligheid naar de achtergrond verschuift;
- ziekenhuisorganisaties zijn opgebouwd rondom eilanden met verschillende belangen (problemen worden vooruit geschoven/genegeerd);
 - het enthousiasme van de mensen op niveaus boven de werkvloer is groter dan het enthousiasme van de mensen die de Sneller Beter projecten op de werkvloer uitvoeren;
 - de methodologie achter de borging is ‘flinterdun’.

5 De implementatie van verbeterprojecten

5.1 Inleiding

Het implementatieprogramma van Sneller Beter brengt met zich mee dat multidisciplinaire projectteams in de deelnemende ziekenhuizen verbeterprojecten uitvoeren. In eerste instantie behoren de onderwerpen waarop de teams zich richten tot de prioriteitsgebieden patiëntenlogistiek en patiëntveiligheid. In dit hoofdstuk wordt aandacht geschonken aan de Doorbraakprojecten en procesherinrichtingen. Centraal staan de aantallen projectteams per onderwerp en ziekenhuis, evenals hun kenmerken (zoals de samenstelling en de overlegfrequentie). Ook wordt aandacht geschonken aan de verbetermethode achter de projecten en de ondersteuning vanuit het consortium. In het volgende hoofdstuk wordt de uiteenzetting vervolgd met projectspecifieke interventies en de behaalde resultaten.

5.2 Teams en projecten

De centrale database en de voortgangscontrole van de vragenlijsten laten zien dat – los van de VIM-projecten die afzonderlijk worden geëvalueerd – 77 projectteams in acht ziekenhuizen 113 verbeterprojecten hebben uitgevoerd. Het aantal projecten waarvan de administratie van de projectgroep datamanagement gegevens bevat (zie ook de laatste twee kolommen van bijlage 1a) ligt daarmee hoger dan het geplande aantal in het algemene plan van aanpak (zie tabel 5.1).

Tabel 5.1 Geregistreerde projecten per ziekenhuis en projecttype/onderwerp

| <i>Onderwerp</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | Totaal |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| <i>Patiëntenlogistiek</i> | | | | | | | | | |
| OK: productiviteit operatiekamers | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 |
| PHI: ligduur en doorstroomtijd | 5 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 5 | 4 | 26 |
| WZW: toegangstijd | 3 | 2 | 1 | 5 | 4 | 5 | 5 | 2 | 27 |
| <i>Patiëntveiligheid</i> | | | | | | | | | |
| DEC: decubitus prevalentie | 2 | 3 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 20 |
| MV: medicatiefouten | 3 | 5 | 1 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 22 |
| POWI: diepe en oppervlakkige wondinfecties | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 10 |
| Totaal geregistreerd | 15 | 15 | 13 | 13 | 15 | 13 | 16 | 13 | 113 |
| Totaal gepland | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 80 |

(Bron: landelijk plan aanpak, Consortium 2004; gegevensbestanden projectgroep datamanagement mei 2006)

5.3 Kenmerken van de projectteams

Het aantal leden en de samenstelling van de projectteams verschilt onderling. In tabel 5.2 is per projecttype samengevat uit hoeveel leden de projectteams bestaan, de samenstelling en de vergaderfrequentie. Gemiddeld bestaan de multidisciplinaire teams uit acht leden. Tot de acht leden van een decubitus projectteam behoren bijvoorbeeld vier verpleegkundigen, een medisch specialist, een decubitus verpleegkundige, een manager en een stafmedewerker. Een OK-projectteam is even groot, maar telt drie medisch specialisten, een verpleegkundige, twee managers, een stafmedewerker en een teamlid met een wisselende achtergrond.

In 46% van de projectteams zijn veranderingen opgetreden in de samenstelling. De wisseling is het hoogst bij de OK-teams, het laagst bij WZW.

Tabel 5.2 Kenmerken van de projectteams

| | DEC | MV | OK | POWI | PHI | WZW* | Totaal* |
|--|------|------|------|------|------|------|---------|
| <i>Aantal leden</i> | | | | | | | |
| Gemiddeld | 8 | 6 | 8 | 9 | 8 | 10 | 8 |
| Range | 4-13 | 3-7 | 3-12 | 8-13 | 4-16 | 4-52 | 3-52 |
| Verandering in samenstelling tijdens project | 56% | 55% | 71% | 33% | 50% | 18% | 46% |
| <i>Samenstelling</i> | | | | | | | |
| Medisch specialisten | 1 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 |
| Verpleegkundigen | 4 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 |
| Manager | 1 | - | 2 | - | 2 | 2 | 1 |
| Stafmedewerkers | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Secretaresses | - | - | - | - | - | 2 | - |
| Decubitus verpleegkundige | 1 | - | - | - | - | - | - |
| Ziekenhuisapotheker | - | 1 | - | - | - | - | - |
| Ziekenhuishygiënist | - | - | - | 1 | - | - | - |
| Anders | - | - | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| <i>Aantal malen overleg</i> | | | | | | | |
| Gemiddeld aantal tijdens T1 | 14 | 8 | 17 | 9 | 14 | 20 | 14 |
| Range | 5-25 | 3-15 | 6-52 | 5-12 | 8-30 | 8-30 | 5-52 |
| <i>Landelijke bijeenkomsten</i> | | | | | | | |
| Aantal malen deelgenomen | 4 | 3 | 5 | 3 | 4 | 4 | 4 |
| Gemiddeld aantal deelnemers | 5 | 3 | 4 | 5 | 3 | 4 | 4 |
| <i>Team gaat verder na project</i> | | | | | | | |
| Met hetzelfde onderwerp | 66% | 27% | 33% | 40% | 36% | 60% | 43% |
| Met andere taak | 22% | 9% | 0% | 0% | 18% | 10% | 11% |
| Nee, het team is klaar | 0% | 27% | 17% | 0% | 18% | 20% | 17% |
| Nee, doch nog niet klaar | 0% | 0% | 0% | 0% | 9% | 10% | 4% |
| Geen idee | 0% | 27% | 50% | 60% | 9% | 0% | 19% |

(Bron: tweede meting)

* door een afrondingsverschil is het gemiddelde aantal leden niet gelijk aan de som van de samenstelling

De projectteams komen in de periode T1S1 gemiddeld eens per maand bij elkaar voor overleg. De frequentie van de logistieke projecten (OK, PHI en WZW) ligt hoger dan die van de veiligheidsprojecten (DEC, MV en POWI). De gemiddelde duur van een overleg bedraagt een uur (uiteenlopend van een half tot anderhalf uur). De OK-overleggen duren ongeveer anderhalf uur.

De programmaopzet veronderstelt dat de projectteams deel nemen aan de landelijke bijeenkomsten die het consortium organiseert. Deze zijn in te delen in start-, werk-, meet-, intervisie- en slotbijeenkomsten. Gemiddeld blijken projectteams viermaal een landelijke bijeenkomst te hebben bezocht met een delegatie van vier teamleden.

Meer dan 40% van de projectteams geeft aan – soms in veranderde samenstelling – verder te gaan met het onderwerp, 11% gaat zich richten op een andere taak. Vooral de DEC- en WZW projectteams blijven bezig met hetzelfde onderwerp. Iets meer dan een vijfde van alle projectteams houdt na de projectduur op te bestaan, het grootste deel (15% van het totaal) omdat men het project als afgerond ziet. Ook is er een groep die stopt ondanks dat het team nog niet klaar is. Het gaat om 10% van de PHI- en WZW-projectteams. De OK- en POWI-teams zijn er nog niet over uit wat te doen na het project.

5.4 De verbetermethode

De maatregelen die door de projectteams worden getroffen in het kader van de verbeterprojecten vallen uiteen in een algemene interventie en meerdere projectspecifieke interventies. Een inventarisatie van de projectspecifieke interventies volgt in het zesde hoofdstuk. De algemene interventie komt neer op de toepassing van de verbetermethode. Zowel de Doorbraakprojecten als de procesherinrichtingen zijn gebaseerd op systematische probleemoplossing volgens het zogenoemde Nolanmodel (Langley e.a. 1996; zie afbeelding 5.1). Gebruikmaking van dit verbetermodel betekent dat projectteams 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?

Naast deze drie vragen bestaat het Nolanmodel uit een verbetercyclus met vier repeterende stappen: plan-do-study-act, kortweg PDSA genoemd. De PDSA-cyclus is de grondslag van de systematische werkwijze van de verbeterprojecten binnen het implementatieprogramma van Sneller Beter. De projectteams worden geacht middels de verbetermethodiek zelf projectspecifieke interventies te selecteren uit een voorgestructureerd aanbod. Zij passen deze 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.

Afbeelding 5.1 Het Nolanmodel



Kerncompetenties

De kerncompetenties van de Doorbraakprojecten en procesherinrichtingen die men met behulp van Sneller Beter tracht te realiseren, borgen en verspreiden zijn gericht op het signaleren en de aanpak van problemen en knelpunten in structuur, processen en uitkomsten van de zorgverlening. De kerncompetenties van de verbeterprojecten op afdelings- en teamniveau bestaan uit het:

- inventariseren 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 en verwerken ten behoeve van welke sturingsinformatie);
- consequent uitvoeren van periodieke metingen;
- registreren van meetgegevens;
- terugkoppeling van meetgegevens of historische overzichten aan betrokken medewerkers en andere 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 de nieuwe werkwijzen te evalueren tijdens een overleg met de betrokken medewerkers.

5.5 De ondersteuning vanuit het consortium

5.5.1 De rollen van het consortium tijdens het eerste jaar: ontwikkelaar en veranderagent

De kerntaak van het consortium op het vlak van ondersteuning is het genereren en overdragen van kennis. Het implementatieprogramma is erbij gebaat dat op ieder niveau in de ziekenhuizen (strategisch, tactisch en operationeel), naast enthousiasme en veranderbereidheid sprake is van de kennis die partijen nodig hebben om de doelen per prioriteitsgebied te halen. De medewerkers van het consortium opereren in dit verband als ontwikkelaar en veranderagent in het implementatieprogramma van Sneller Beter. De rol van *ontwikkelaar* behelst het uitwerken van een beproefde methode tot innovatie. De ontwikkelaar is belast met het formuleren van een succesverhaal dat voldoet aan de te stellen eisen voor adoptie (zoals meerwaarde, helderheid, aansluiten op belevingswereld afnemer) en dat bovendien past binnen de inhoudelijke visie van het implementatieprogramma. De rol van *veranderagent* omvat het creëren van onvrede over de status quo en het schetsen van een beeld van een haalbare en wenselijke situatie dankzij de innovatie/best practice. De veranderagent moet op heldere wijze geconcretiseerde ambitieuze (doch haalbare) doelen, visie en verwachtingen neerzetten. Daarnaast is de veranderagent verantwoordelijk voor het aanreiken van een model en methodische aanknopingspunten (afkomstig van ontwikkelaars) waarmee betrokkenen kunnen handelen naar deze doelen (zie Dückers e.a. 2005).

5.5.2 *Strategisch en tactisch niveau*

Op strategisch en tactisch niveau gaat het om het aanreiken van aanknopingspunten aan bestuursleden en de interne programmacoördinator. Voor dit doel organiseert de projectgroep Leiderschap & Organisatieontwikkeling (L&O) de directienetwerken waarover al eerder is gesproken in paragraaf 4.5. Naast bilaterale contacten met partijen in de top van de ziekenhuisorganisatie beschikt het consortium met de directienetwerken over een platform om op te treden als veranderagent. De interactie met de ziekenhuisbestuurders en leden van medische staven voorziet tevens in bronnen voor de rol van het consortium als ontwikkelaar. In het eerste jaar wordt er tijdens de directienetwerken (door gastsprekers) onder meer gesproken over modellen voor patiëntveiligheid, professionele kwaliteit, business cases en sturingsmechanismen. Competentiemetingen zijn geschrapt van het programma.

De adviesfunctie krijgt bovendien gestalte in de ziekenhuisorganisatie. In het eerste jaar nemen twee adviseurs plaats in het Sneller Beter team van ieder ziekenhuis. Dit Sneller Beter team (zie afbeelding 4.1) is verbonden aan de stuurgroep van ieder Sneller Beter ziekenhuis en bestaat uit twee ziekenhuisadviseurs (adviesteam) en twee medewerkers van de ziekenhuizen (intern team bestaande uit de interne programmacoördinator en een stafmedewerker). In latere fasen van het implementatieprogramma neemt de formatie van adviseurs af tot één per ziekenhuis. In T1S1 is er nog steeds sprake van twee adviseurs, met als voornaamste aandachtspunt de procesherinrichtingen. Naast een adviserende hebben de ziekenhuisadviseurs ook een signalerende functie. Zij houden de programmadirectie op de hoogte van de stand van zaken in de ziekenhuizen.

5.5.3 *Operationeel niveau*

Op operationeel niveau komt de taak van het consortium neer op de overdracht van methodische en inhoudelijke informatie per prioriteitsgebied. De consortiumondersteuning krijgt vooral gestalte via landelijke projectteams. Ieder projectteam wordt getraind en geïnstrueerd vanuit een landelijke team behorend tot het desbetreffende projecttype. De landelijke teams bestaan over het algemeen uit projectleiders en twee of meer experts afkomstig uit praktijk of wetenschap. Vanuit de landelijke Doorbraak of PHI-teams wordt de inhoud van de projecten bepaald (ontwikkelaar) en uitgedragen (veranderagent). De training en instructie vindt plaats op meerdere landelijke bijeenkomsten op verschillende locaties in Nederland. Op het programma staan doorgaans presentaties, opdrachten voor de leden van de projectteams, voordrachten van gastsprekers en ervaringsdeskundigen en plenaire discussies.

De taakuitoefening van de landelijke projectteams op teamniveau kan worden beoordeeld door te turven of men:

- aansprekende voorbeelden en evidence heeft verschaft over wat met behulp van de projecten kan worden bereikt; succesverhalen; anekdotes; (wekken van verwachtingen);
- de werking van de verbetermethode heeft uitgelegd (is van belang gelet op kerncompetenties);
- een aanbod van projectspecifieke interventies heeft aangereikt;

- gestandaardiseerde set indicatoren heeft verstrekt waarmee projectteams de voortgang kunnen monitoren en bijsturen, en die onderlinge vergelijking van projectresultaten mogelijk maakt.

6 Projectspecifieke interventies en resultaten

6.1 Over de verbeterprojecten

In dit hoofdstuk komen de projectspecifieke interventies en resultaten van de verbeterprojecten tijdens T1S1 aan bod. De verbeterprojecten zijn bedoeld om zorgprocessen en -uitkomsten te verbeteren.² Ook vormen ze de input voor een tweede stap: het borgen en verder verspreiden van effectieve werkwijzen, resultaten en competenties. Een ander kenmerk van de verbeterprojecten is dat ze worden aangedragen door de landelijke projectteams van het consortium. De projecten zijn beschreven in draaiboeken en zijn gebaseerd op (wetenschappelijke) literatuur en praktijkervaringen. In feite zijn de projecten voor een deel voorgestructureerd, voor een ander deel moeten de projectteams ieder project inpassen in de context waar het wordt uitgevoerd. Naast de generieke interventie (de verbetermethode) maken de projectteams daartoe gebruik van projectspecifieke interventies, oftewel, interventies die afhankelijk zijn van het projecttype en de context waar het project wordt uitgevoerd. Die context bestaat meestal uit een afdeling, specialisme, polikliniek of zorgpad. In de paragrafen 6.2 tot en met 6.7 wordt per projecttype ingegaan op de ingezette instrumenten. Voor zover daaromtrent gegevens voorhanden zijn, zal tevens worden ingegaan op de verandering die is opgetreden ten opzichte van het programmadoel (de wijze waarop de voor-, nametingen en veranderingen per project(type) zijn berekend wordt toegelicht in bijlage 4). De activiteiten die de projectteams hebben opgepakt in het kader van patiëntenparticipatie en professionele kwaliteit worden behandeld in de paragrafen 6.8 en 6.9. Paragraaf 6.10 biedt een samenvattend overzicht van de interventies en resultaten van de logistieke en veiligheidsprojecten.

6.2 Decubitus

6.2.1 Doorligwonden in ziekenhuizen

Decubitus is een verzamelnaam voor degeneratieve veranderingen in de huid en het onderliggende weefsel. Decubitus wordt veroorzaakt door druk-, schuif- en wrijfkrachten die de bloedtoevoer en de afvoer van afvalstoffen verstoren (Gezondheidsraad 1999; CBO-richtlijn 2002). Decubitus gaat gepaard met een verlenging van de verpleegduur en verhoging van de zorgkosten. De gevolgen voor de patiënt variëren van pijnlijke plekken op bijvoorbeeld de stuit tot zeer ernstige diepe wonden die levensbedreigend kunnen zijn. Decubitus is dikwijls door goede preventie te voorkomen en wordt daarom gezien als een belangrijke indicator voor de kwaliteit van de zorg. Onder de prevalentie van decubitus

² Een reden waarom gekozen is voor de huidige en niet voor andere onderwerpen is niet terug te vinden in het landelijk plan van aanpak of de draaiboeken.

wordt het aantal patiënten met decubitus verstaan dat aanwezig is op een bepaalde plaats, binnen een bepaalde tijd gedeeld door het totale aantal opgenomen (of onderzochte) patiënten (IGZ, 2006). Vanaf 1998 tot en met 2005 is de prevalentie in de algemene ziekenhuizen gedaald van 14,8% naar 8,1%. In academische ziekenhuizen schommelt de prevalentie rond de 11%. Uit onderzoek blijkt dat de daling in de algemene ziekenhuizen vooral sinds 2004 is ingezet. Dit kan nog niet worden verklaard, maar het is mogelijk dat de daling in de prevalentie samenhangt met de invoering van decubitus als prestatie-indicator door de IGZ in 2003 (Halfens e.a. 2005; IGZ 2005).

6.2.2 *Het Sneller Beter project DEC*

Het Doorbraakproject decubitus (DEC) beoogt de prevalentie van decubitus bij klinische patiënten te verminderen tot onder de 5%. In het projectdraaiboek (Musters e.a. 2004) worden meerdere interventies aanbevolen aan de projectteams:

- invoeren van/werken met een decubitusprotocol;
- een speciale decubitus verpleegkundige;
- voldoende anti-decubitus matrassen;
- handelingen ter bescherming van de huid;
- toepassen van wisselligging;
- structureel meten van prevalentie en incidentie;
- informatieverschaffing aan medewerkers en instructie rondom meetinstrument;
- uit protocol halen van niet-zinvolle handelingen;
- voorlichtingsfolder uitreiken aan patiënten.

6.2.3 *Ingezette interventies*

Van negen van de 12 DEC-teams zijn gegevens bekend over de ingezette interventies. De interventies zijn opgenomen in tabel 6.1. De tabel laat zich lezen als: 44% van de DEC-teams is sinds het project structureel gaan meten, 44% doet dit actiever, de resterende 11% (af rondingsverschil) geeft aan dat structureel meten al gebruikelijk was. De groep die medewerkers informatie verschaft en instrueert over het verrichten van metingen is ongeveer even groot. Tot de top drie van meest gebruikte interventies behoort tevens het toepassen van een risico-inventarisatie op iedere patiënt. Inzet van de fysiotherapie/ergotherapie, het werken volgens een (aangepast) decubitus protocol, de inzet van een decubitus verpleegkundige en zorgen voor voldoende anti-decubitusmatrassen is gebruikelijk voorafgaand aan het project.

Tabel 6.1 Interventies ingezet in het kader van de DEC-projecten

| <i>Interventies ingezet door DEC-projectteams</i> | Nieuw sinds project % | Actiever sinds project % | Reeds voor het project % | Doen we niet % |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| Structureel meten | 44 | 44 | 11 | 0 |
| Informatieverstrekking en instructie medewerkers omtrent meetinstrument | 44 | 33 | 22 | 0 |
| Risico-inventarisatie toepassen op iedere patiënt | 44 | 22 | 11 | 22 |
| Presentatie afdelingsresultaten binnen het ziekenhuis | 33 | 33 | 33 | 0 |
| Notitie van genomen maatregelen in het verpleegplan | 11 | 78 | 11 | 0 |
| Wisselgigging | 0 | 78 | 22 | 0 |
| Klinische lessen over decubitus | 0 | 78 | 22 | 0 |
| Handelingen ter bescherming van de huid | 0 | 56 | 44 | 0 |
| Medewerkers aanmoedigen elkaar op gedrag aan te spreken | 0 | 56 | 44 | 0 |
| Inzetten van fysiotherapie/ergotherapie | 0 | 44 | 56 | 0 |
| Verstrekken voorlichtingsfolder aan patiënt | 0 | 44 | 22 | 33 |
| Werken aan de hand van een decubitusprotocol | 13 | 38 | 50 | 0 |
| Actualisatie van het decubitus protocol | 13 | 25 | 50 | 13 |
| Inzetten van speciale decubitus verpleegkundige | 0 | 22 | 67 | 11 |
| Voorraadbeheer anti-decubitusmatrassen | 0 | 22 | 67 | 11 |

(Bron: tweede meting)

6.2.4 Resultaten

In hoeverre er zich op de projectlocaties een daling van het percentage decubitus heeft voorgedaan, is te zien in tabel 6.2. In de tabel wordt per afdeling het percentage patiënten met decubitus (graad 2 tot en met 4) weergegeven aan het begin van het verbetertraject en aan het eind van het verbetertraject.³ Het gaat om de prevalentie van decubitus op twee momenten in de tijd. In tabel 6.2 is op basis van de voor- en nametingen uit de centrale database zowel de verandering in procentpunten als de procentuele verandering van de prevalentie (vanaf graad 2) per project berekend. Het decubitusproject op de afdeling orthopedie in ziekenhuis 4 heeft in de eerste maanden een score van 6,8% en in het laatste deel een score van 3,6%. In de tabel is tevens een groepsgemiddelde opgenomen. De gemiddelde daling over 19 projecten bedraagt op basis van deze cijfers 43,2%.

³ De cijfers hebben betrekking op de graden twee tot en met vier. Bij decubitus wordt een onderscheid gemaakt in graden die de ernst weergeven. De eerste graad omvat niet wegdrukbaar rode plekken. Graad 2 is een oppervlakkig huiddefect (blaar of open blaar). Tot de derde graad behoren huiddefecten met schade of ongecontroleerde celdood van huid en het onderhuidse bindweefsel (subcutis) die zich kan uitstrekken tot aan het onderliggende bindweefsel rond spieren, botten en gewrichten (fascia), maar niet daaronder (klinisch zichtbaar als een krater). De vierde graad is de ergste graad met uitgebreide aantasting, weefselnecrose en/of schade aan spieren, botweefsel of ondersteunende weefsels met of zonder schade aan opperhuid (epidermis) en lederhuis (dermis). Ondernijning van het weefsel of sinusvormige letsels zijn mogelijk.

Tabel 6.2 Procentuele verandering decubitus prevalentie (graden 2 t/m 4)

| <i>Naam project</i> | Voormeting decubitus prevalentie A (%) | Nameting decubitus prevalentie B (%) | Verandering in procent- punten A-B | Verandering in procenten 1-(B/A*100) |
|------------------------------------|---|---|---|---|
| ZKH 1 project 1 | 2,1 | 1,1 | -1,0 | -47,6 |
| ZKH 1 project 2 | 5,3 | 2,4 | -3,0 | -55,6 |
| ZKH 2 project 1* | 6,7 | 6,9 | +0,2 | +3,5 |
| ZKH 2 project 2* | 16,7 | 5,3 | -11,4 | -68,5 |
| ZKH 2 project 3* | 9,1 | 2,9 | -6,3 | -68,6 |
| ZKH 3 project 1* | 5,5 | 1,3 | -4,2 | -75,8 |
| ZKH 3 project 2* | 3,2 | 0,9 | -2,3 | -70,8 |
| ZKH 3 project 3* | 13,9 | 12,4 | -1,6 | -11,2 |
| ZKH 3 project 4* | 3,2 | 2,7 | -0,6 | -17,5 |
| ZKH 3 project 5* | 0,9 | 4,3 | +3,5 | +400 |
| ZKH 4 project 1 | 20,3 | 5,6 | -14,7 | -72,2 |
| ZKH 4 project 2 | 6,8 | 3,6 | -3,2 | -47,1 |
| ZKH 5 project 1** | ? | ? | ? | ? |
| ZKH 5 project 2 | 15,9 | 5,1 | -10,8 | -67,9 |
| ZKH 6 project 1 | 9,7 | 1,2 | -8,5 | -87,9 |
| ZKH 6 project 2 | 9,2 | 4,8 | -4,4 | -48 |
| ZKH 7 project 1 | 27,9 | 34,4 | +6,5 | +23,3 |
| ZKH 7 project 2 | 11,8 | 0,3 | -11,5 | -97,5 |
| ZKH 8 project 1 | 7,1 | 2,1 | -5,0 | -70,7 |
| ZKH 8 project 2*** | 6,8 | 6,3 | -0,6 | -8,1 |
| Gemiddelde 19 DEC-projecten | 9,6 | 5,4 | -4,1 | -43,2 |

(Bron: voormetingen en nametingen zijn afkomstig uit de centrale database)

* door de projectgroep datamanagement herberekend en bruikbaar beschouwd

** door projectteam aangeleverde gegevens zijn onbruikbaar

*** onbekend is of de prevalentie meting geldt vanaf graad 2

De DEC-projecten laten een daling van de decubitusprevalentie zien met 43% tot een prevalentiepercentage van 5,4%. De SMART-norm wordt daarmee genaderd hoewel deze nog niet overal wordt bereikt. Toch is het resultaat positief te noemen. Vooraf voldoen er vier van de 19 projecten aan de programmanorm, achteraf zijn dit er 12.

6.3 Medicatieveiligheid

6.3.1 Medicatiefouten

De IGZ rapporteert in *De staat van de gezondheid 2004* dat er op grond van recente studies meer details bekend zijn geworden over de ongewenste effecten van geneesmiddelen bij (en tijdens) ziekenhuisopnames. De aan geneesmiddelproblemen (adverse drug reactions) gerelateerde opnames varieerden in vijftien studies uit de periode 2001-2004 van 2% tot 13,8% (gemiddeld 6,5%), op een totaal van bijna 45.000

beoordeelde ziekenhuisopnames uit tien landen. Uitschieters tot ruim 30% werden gemeten in studies naar ziekenhuisopnames van ouderen (ouder dan 75 jaar). De meeste van deze onderzoeken hanteren definities van adverse drug reactions (ADR) of adverse drug events (ADE), die zowel de bijwerkingen (zowel nieuwe als bekende) en interacties als de medicatiefouten omvatten. De vermijdbaarheid wordt beoordeeld op 45% tot 60%. Over de definitie van medicatiefouten bestaat internationaal geen algehele consensus. Hellings (2006) geeft de volgende vertaling van het begrip medication errors van de National Coordinating Council for Medication Error Reporting (NCC MERP): “een medicatiefout is elke vermijdbare gebeurtenis die kan leiden tot onaangepast medicatiegebruik of letsels voor de patiënt waarbij de medicatie onder controle is van de professional, de patiënt of de consument. Zulke gebeurtenissen kunnen gerelateerd zijn aan professionele praktijken, producten of materialen, procedures en systemen, inbegrepen het voorschrijven, de ordercommunicatie, de productomschrijving, de verpakking, de nomenclatuur, de samenstelling-bereiding, de toediening, de verdeling, de administratie, de opleiding, de opvolging en het gebruik”. Daarmee bestrijkt de definitie tevens ADE en vermijdbare en voor verbetering vatbare ADR (zie voor aanvullende informatie Hellings 2006).

6.3.2 *Het Sneller Beter project MV*

Het Doorbraakproject medicatieveiligheid (MV) heeft tot doel het aantal medicatiefouten te halveren. Het consortium heeft drie specifieke onderwerpen geselecteerd waar de projectteams zich op kunnen richten:

- onnodige intraveneuze antibioticatoediening (AS);
- onnodige bloedtransfusies (BT);
- onnodige postoperatieve pijn (PP) (Huisman e.a. 2004).

Antibiotica switch

Bij het antibiotica switch project wordt ernaar gestreefd eerder met intraveneuze toediening van antibiotica te stoppen (niet langer dan twee dagen aan een infuus) en over te schakelen op orale medicatie. Als hulpmiddel in de vorm van een geheugensteun wordt een switch-richtlijnenkaart gebruikt. Het toedienen van tabletten biedt voordelen voor de patiënt en voor de verpleging. Patiënten hoeven minder te worden geprikt, krijgen meer bewegingsvrijheid en kunnen in veel gevallen eerder naar huis. Voor de verpleging betekent de eerdere switch vooral tijdswinst. Bovendien zijn orale antibiotica goedkoper.

Bloedtransfusies

Bij het bloedtransfusieproject wordt ernaar gestreefd het aantal onnodige bloedtransfusies te verminderen door opvolging van de 4-5-6 richtlijn. De naamgeving hangt samen met de hoogte van hemoglobine waarden in het bloed (zie de Richtlijn Bloedtransfusie van het CBO). De 4-5-6 richtlijn biedt een aanknopingspunt bij het besluit tot bloedtransfusie en is toepasbaar bij patiënten met een acute of chronische anemie, bij patiënten van de interne, chirurgische of anesthesiologische kliniek, alsook bij patiënten op een intensive care. Naast een kostenbesparing kan worden verwacht dat het project tijdswinst oplevert voor verpleegkundigen doordat het bloed niet meer gereed gemaakt en toegediend hoeft te worden.

Postoperatieve pijn

De zogenoemde visueel analoge schaal (VAS) is een meetinstrument om na te gaan of de pijn die door patiënten na een operatie wordt ervaren van een acceptabel niveau is. Bij de VAS krijgt de patiënt een horizontale lijn te zien. Het linkereind van de lijn representeert 'helemaal geen pijn', het rechtereind 'de ergst denkbare pijn'. De patiënt moet aanwijzen waar op de lijn hij zich bevindt. Op de achterkant van de lat staat dezelfde lijn, maar dit keer met cijfers waarbij 0 helemaal links staat en 10 helemaal rechts. Zo kan degene die de pijnmeting verricht aflezen welk cijfer hoort bij de plaats op de lijn die de patiënt aanwijst. Over het algemeen wordt aangenomen dat een pijnscore van 4 of lager een acceptabel niveau van pijn weergeeft. Als de pijnscore hoger is dan 4, moet de pijnbehandeling worden aangepast en de dosering van medicatie verhoogd worden. Als de score lager is dan 4 kan de dosering voorzichtig worden afgebouwd tot de patiënt weer een 4 aangeeft. Uiteindelijk is het de bedoeling dat de pijnmedicatie helemaal afgebouwd is zonder dat de patiënt (te veel) pijn voelt. Bij een goede postoperatieve pijnbestrijding (VAS <3 of 4 binnen 48 uur na operatie) heeft de patiënt veel baat. Onnodige pijn belemmert mobiliseren en daarmee het herstel van patiënten.

6.3.3 Ingezette instrumenten

Van de 22 geregistreerde MV-projecten zijn er 14 van het type antibiotica switch. Eén MV-project is gewijd aan overbodige bloedtransfusies. In zeven MV-projecten wordt beoogd de postoperatieve pijn voor patiënten op een acceptabel niveau te houden. Daar het projecttype bestaat uit drie subtypen zijn wisselende antwoorden gegeven door de projectleiders in de ziekenhuizen over de interventies die door de teams zijn toegepast. In ieder geval geven alle MV-teams aan reeds voorafgaand aan het project de medicatie dubbel te controleren. De PP-projectteams werken eraan de pijnscore van patiënten beneden de vier te houden aan de hand van VAS-liniaal en bijbehorende instructie van medewerkers. Nieuw is dat door de PP-teams de verantwoordelijkheid voor de eerste 24 uur en de tweede postoperatieve dag protocollair wordt bewaakt. Het BT-team hanteert de 4-5-6-flexinorm om het aantal onnodige bloedtransfusies te reduceren. De AS-teams voeren het switch-project uit om de onnodige intraveneuze toediening van antibiotica te beperken. Voor één projectteam is dit nieuw, drie andere teams – waaronder een PP-team – deden dit al voorafgaand aan het project.

6.3.4 Resultaten

Voor alle drie de typen geldt dat de procentuele verandering kan worden berekend op basis van het verschil tussen de voor- (A) en nameting (B) uit de centrale database. De norm is daarbij dat de reductie hoger dan of gelijk moet zijn aan de helft van de nulmeting (A/2).

In de voor- en nameting is het aantal medicatiefouten per type MV-project uitgedrukt in het percentage:

- onnodige dagen intraveneuze antibiotica toediening;
- onnodige bloedtransfusies;
- patiënten met een VAS score van vier of hoger.

De voor- en nameting van het percentage aantal onnodige dagen intraveneuze antibiotica toediening en het percentage onnodige bloedtransfusies is op dezelfde manier berekend als de decubitusprevalentie (bijlage vier). Voor postoperatieve pijn heeft het consortium bestanden aangeleverd met een nul- en eindmeting. Wegens een gebrek aan gegevens per maand is gebruik gemaakt van de voor- en nameting zoals verstrekt door de projectgroep datamanagement. De cijfers geven aan dat MV net als DEC gezien kan worden als een project met een positief effect op de uitkomstmaat. De gemiddelde afname van medicatiefouten is 46,2%; een afname die verschilt tussen de drie subtypen (zie tabel 6.3). De waarden in de tabel wijzen op een daling van het percentage onnodige dagen intraveneuze antibiotica toediening met meer dan 57% (in zeven van de acht AS-projecten die in de centrale database terugkeren). De gegevens van het BT-project duiden op een daling van het aantal onnodige transfusies met ruim 43%. De nametingen van de PP-projecten laten een gemiddelde afname zien van het aantal patiënten met een te hoge VAS-score met 35,2%. Het SMART-doel is daarmee (nog) niet overal gerealiseerd.

Tabel 6.3 Procentuele verandering medicatiefouten

| <i>Naam project</i> | Voormeting | Nameting | Verandering in procent- punten | Verandering in procenten |
|-------------------------------------|-------------------|-----------------|---|-------------------------------------|
| | A (%) | B (%) | A-B | 1-(B/A*100) |
| <i>Antibiotica switch (AS)</i> | | | | |
| ZKH 2 AS-project 1 | 30,3 | 6 | -24,3 | -80,2 |
| ZKH 2 AS-project 2 | 23,1 | 8,7 | -14,4 | -62,3 |
| ZKH 2 AS-project 3 | 19,5 | 40 | +20,5 | +105,1 |
| ZKH 2 AS-project 4 | 42,3 | 10,7 | -31,6 | -74,7 |
| ZKH 6 AS-project 1 | 17,9 | 0 | -17,9 | -100 |
| ZKH 7 AS-project 1 | 26,5 | 2,5 | -24 | -90,6 |
| ZKH 8 AS-project 1 | ? | 12,3 | ? | ? |
| ZKH 8 AS-project 2 | 32,3 | 13,6 | -18,7 | -57,9 |
| <i>Bloedtransfusies (BT)</i> | | | | |
| ZKH 7 BT-project 1 | 59,4 | 33,7 | -25,7 | -43,3 |
| <i>Postoperatieve pijn (PP)</i> | | | | |
| ZKH 1 PP-project 1 | 50 | 20 | -30 | -60 |
| ZKH 1 PP-project 2 | 58 | 15 | -43 | -74,1 |
| ZKH 2 PP-project 1 | 59 | ? | ? | ? |
| ZKH 5 PP-project 1 | 76 | 50 | -26 | -34,2 |
| ZKH 5 PP-project 2 | 68 | 40 | -28 | -41,2 |
| ZKH 5 PP-project 3 | 57 | 60 | +3 | +5,3 |
| ZKH 6 PP-project 1 | 82 | 65 | -17 | -20,7 |
| Gemiddelde 7 MV-AS-projecten | 24,7 | 11,7 | -15,7 | -57,2 |
| Gemiddelde 6 MV-PP-projecten | 64,3 | 41,7 | -22,6 | -35,2 |
| Gemiddelde 14 MV-projecten | 46,8 | 25,2 | -21,6 | -46,2 |

(Bron: voormetingen en nametingen zijn afkomstig uit de centrale database)

6.4 OK Oké

6.4.1 *Het Sneller Beter project OK*

Het Doorbraakproject OK Oké is een van de drie logistieke projecten waarvan een SMART-doel is opgenomen in de programmadoelen. De OK-projecten dienen te resulteren in een productiviteitsverhoging van 30%. Een benchmarkonderzoek van Plexus in het najaar van 2003 laat een winstpotentieel zien bij 1) de planning en omgang met spoed, 2) benutting van de beschikbare capaciteit, 3) bezetting van de OK, 4) de programmering en logistiek per OK-sessie, 4) uniformering van het anesthesiologisch beleid en 6) differentiatie in personele inzet per OK-programma (Klay e.a. 2004). Verbeteringen op deze onderdelen komen neer op een betere benutting van de operatiecapaciteit met een verwacht gunstig effect op de effectiviteit, veiligheid, tijdigheid, doelmatigheid en patiëntgerichtheid van de zorg. De productiviteit kan worden geoptimaliseerd door het verbeteren van de planning en organisatie. Hierdoor kunnen bijvoorbeeld afgelaste operaties of spoedoperaties beter worden opgevangen.

6.4.2 *Ingezette interventies*

Het (her)definiëren van het begrip ‘spoed’ is de meest gehanteerde OK-maatregel. Sinds het project heeft 43% (n=7) dit gedaan en 57% geeft aan hier actiever mee bezig te zijn geweest. Als belangrijkste maatregel noemt 40% van de OK-teams het beschikbaar houden van een snijdend specialist en anesthesioloog voor spoed. Een derde van de projectteams heeft besloten het aantal personen op de OK strikt vast te stellen en geen ‘kijkers’ toe te laten. Verder zijn er nog drie maatregelen op planningsvlak die door tenminste een derde van de projectteams wordt ingezet: het herverdelen van vrijgekomen tijd op basis van de hoogte van toegangstijden en bezettingspercentages (57%), plannen met historische gegevens (43%) en het regelmatig herverdelen van de capaciteit (43%). Uit de meting van de tweede vragenlijst komt naar voren dat het merendeel van de teams het eerste jaar heeft gebruikt om in overleg met de ziekenhuisdirectie doelen te stellen, afspraken te maken en verbeteringen door te voeren op subdoelen.

6.4.3 *Resultaten*

De projectteams hebben over het algemeen in het eerste jaar niet systematisch de voortgang ten aanzien van het productiviteitsdoel bewaakt, dit komt mede doordat hiertoe geen geschikt meet- en registratie format beschikbaar was. De teams hebben wel subdoelen gesteld (bijvoorbeeld minder afgezegde OK's, op tijd starten met operaties, minder ingrepen in de avond en nacht) en op deze subdoelen verbeteringen doorgevoerd en resultaten gemeten. In de centrale database zijn hiervan geen gegevens opgenomen. Sinds januari 2006 gebruiken alle teams een standaard meetinstrument. De voortgang op het hoofddoel kan vanaf het tweede jaar systematisch worden bijgehouden.

6.5 Postoperatieve wondinfecties

6.5.1 Postoperatieve wondinfecties

Elke patiënt die een operatie ondergaat, loopt het risico om door de behandeling een wondinfectie op te lopen. Uit referentiecijfers van het PREZIES-netwerk blijkt dat bij 143.321 operaties in 76 ziekenhuizen 4.625 postoperatieve wondinfecties zijn opgetreden (waarvan 45 diepe infecties) (PREZIES handboek juli 2005; www.prezies.nl).⁴ Het feit dat er verschillen bestaan tussen ziekenhuizen geeft aan dat de kans om een wondinfectie op te lopen in sommige ziekenhuizen groter is dan in ander ziekenhuis. Postoperatieve wondinfecties zijn deels vermijdbaar. Voor de patiënt betekent een wondinfectie extra pijn, ongemak en een trager herstel. In een enkel geval is er een slechter operatieresultaat of blijvende invaliditeit. Bekend is dat patiënten met een wondinfectie een tweemaal zo grote kans hebben te overlijden dan operatiepatiënten zonder infectie. Zij moeten gemiddeld 6 tot 17 dagen langer in het ziekenhuis blijven (Klokman e.a. 2004). De Werkgroep Infectie Preventie (www.wip.nl) heeft een aantal richtlijnen opgesteld met preventieve maatregelen. Door systematisch te meten, te analyseren en te verbeteren kan het risico op wondinfecties voor de patiënt zo klein mogelijk worden gehouden. Uit eerdere doorbraakprojecten is gebleken dat activiteiten zoals een optimalisatie van algemene hygiëne tijdens operatieve ingrepen en de juiste toediening van antibiotica profylaxe het aantal wondinfecties kan reduceren.

6.5.2 Het Sneller Beter project POWI

Het doel van het verbeterproject in het kader van Sneller Beter is het aantal wondinfecties na een operatie met de helft te verminderen. Een multidisciplinair verbeterteam bestaat uit alle zorgprofessionals waarmee de patiënt voor of na de operatie in aanraking komt. De teamleden – zoals de anesthesist, de chirurg en de verpleegkundige – moeten maatregelen invoeren om het aantal postoperatieve wondinfecties terug te dringen.

In het projectdraaiboek van het consortium wordt een aantal activiteiten aanbevolen die moeten leiden tot een daling van het aantal postoperatieve wondinfecties. Deze zijn in te delen in voorafgaand aan de operatie (bijvoorbeeld informatieverstrekking aan de patiënt en voorbereidingshandelingen), tijdens de operatie (zoals minimaliseren deurbewegingen en scheren) en na de operatie (bijvoorbeeld wondverzorging en registratie van infecties).

6.5.3 Ingezette interventies

Sneller Beter ziekenhuizen nemen deel aan het PREZIES-netwerk. Daardoor is er sprake van monitoring van de diepe en oppervlakkige wondinfecties. Aan de projectleiders van de deelnemende projectteams is gevraagd welke activiteiten zij nieuw ingevoerd hebben, nu actiever uit voeren of al voor het project uitvoerden. Van de projectleiders (n=6) ziet 80% het beperken van het aantal deurbewegingen als voornaamste interventie. Binnen 66% van de POWI-teams wordt sinds het project actiever gelet op het aantal

⁴ PREZIES staat voor PREventie van ZIEkenhuisinfecties door Surveillance. Het PREZIES netwerk is een samenwerkingsverband van deelnemende ziekenhuizen, het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

deurbewegingen van de OK, voor 33% is dit een nieuwe maatregel. Circa 83% is extra gebrand op het verwijderen van lichaamshaar alleen om operatietechnische redenen, met tondeuse of crème, zo kort mogelijk voor de operatie. Een groep van 80% maakt actiever gebruik van surveillance van wondinfecties en terugkoppeling en 67% heeft het protocol voor optimalisatie van de toediening van antibioticaprofylaxe geïntensiveerd; voor 17% is dit laatste een nieuw item.

6.5.4 Resultaten

De centrale database voorziet in mei 2006 niet in gegevens over de mate waarin de POWI-teams erin zijn geslaagd het aantal diepe en oppervlakkige wondinfecties terug te dringen. Dit komt doordat de POWI-registratie gebukt ging onder praktische problemen. De voornaamste daarvan is het ontbreken van een bruikbare indicator en bijbehorende meetinstrumenten waarmee teams direct zelf de diepe en oppervlakkige wondinfecties kunnen meten. Door het landelijke projectteam POWI is besloten het verdere verloop van T1 – en de nog volgende tweede en derde tranche – gebruik te maken van de registratie van het PREZIES-netwerk. Het meten en registreren van postoperatieve wondinfecties voorziet met een vertraging van maanden in gegevens die bruikbaar zijn als stuurinformatie.⁵ Om dit op te vangen is er gedurende het eerste jaar besloten de teams extra procesmetingen te laten uitvoeren.

6.6 Procesherinrichting

6.6.1 Het Sneller Beter project PHI

Een procesherinrichting (PHI) is een ziekenhuisbrede aanpak van een cluster van zorgprocessen met het doel de toegangstijd tot de polikliniek en de ligduur na een operatie te verkorten. De centrale doelstelling van PHI is reductie van de doorstroomtijd voor diagnostiek en behandeling met 40-90%. De werkwijze richt zich op het vervangen van de unitlogistiek (één onderdeel van een logistieke keten), die de huidige zorgpraktijk veelal kenmerkt, door het flexibel standaardiseren van zorgprocessen (de gehele keten). Door het werken met zorgprogramma's te combineren met integrale planning, taakherschikking en ICT-ondersteuning verwacht het consortium meerdere kwaliteitsdimensies tegelijkertijd te kunnen optimaliseren. De ziekenhuisbrede aanpak betekent dat vanaf de start zowel facilitaire specialismen (zoals radiologie en pathologie) als (poli)klinische specialismen betrokken zijn.

6.6.2 Ingezette interventies

Bij de PHI-projecten geven de projectleiders in de ziekenhuizen (n=12) wisselende antwoorden op de vraag welke maatregelen zij sinds het project (actiever) nemen om de programmadoelen te bereiken.

⁵ Het komt voor dat wondinfecties die ongeveer een jaar na een operatie optreden teruggevoerd worden naar de operatie en dus pas later worden ingevoerd in de administratie.

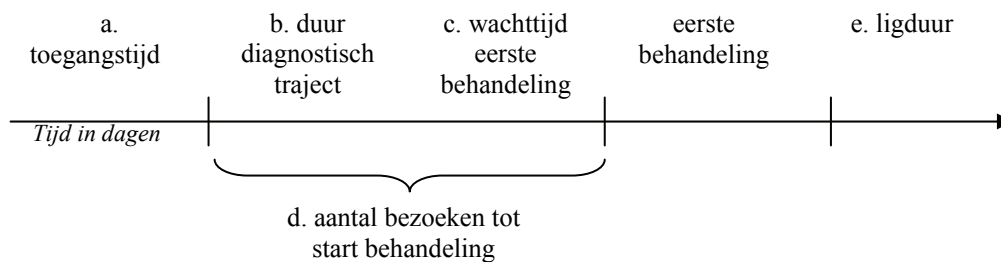
Zij noemen vooral:

- rationele planning: afstemmen van aanbod op vraag (66,7% actiever, 25% nieuw);
- planningsmomenten terugbrengen (50% actiever, 33% nieuw);
- werken volgens het concept van de one stop shop (41,7% actiever, 33% nieuw);
- structureren patiëntenvoorlichting (73% actiever);
- werken met WZW-maatregelen (50% actiever, 42% nieuw);
- standaardiseren zorgprocessen (33% actiever, 42% nieuw);
- heldere beslissingslijnen en verantwoordelijkheidsverdeling (58% actiever);
- flexibelere inzet van personeel (50% actiever);
- doorlooptijd diagnostiek een dag (50% actiever);
- slots reserveren voor specifieke diagnostiek (50% actiever).

6.6.3 Resultaten

Naast het programmadoel om de doorstroomtijd voor diagnostiek en behandeling te verkorten spelen onder meer de toegangstijd tot de poliklinieken en de ligduur na behandeling een rol in het project. De PHI-teams hanteren tenminste vijf indicatoren die verbonden zijn met de tijdslijn van het zorgpad. Schema 6.1 geeft dit weer.

Schema 6.1 Model van een PHI-zorgpad voor nieuwe patiënten



De doorstroomtijd voor diagnostiek is gedefinieerd als ‘het moment van het eerste polikliniekbezoek tot en met de start van de behandeling. Dit beslaat dus het gehele poliklinisch traject tot en met een eventuele opname of dagbehandeling’ (Berg e.a. 2004), neerkomend op de periode die met een accolade is aangeduid, uitgedrukt in dagen. De score van de doorlooptijd per voor diagnostiek en behandeling volgens deze definitie kan niet worden berekend op basis van gegevens in de centrale database. Wel zijn er van vijf tot zes van de 26 PHI's gegevens voorhanden over a) de toegangstijd, b) de duur van het diagnostisch traject, c) de wachttijd voor de eerste behandeling, d) het aantal bezoeken tot de start van de behandeling en e) de ligduur. De voor- en nametingen per project zijn door de projectgroep datamanagement van het consortium uitgerekend.

In tabel 6.4 is van iedere indicator het verschil tussen de voor- en nameting verwerkt. Op het aantal bezoeken tot de behandeling na zijn de cijfers steeds uitgedrukt in dagen. Uit de centrale database kan worden opgemaakt dat de gemiddelde gerealiseerde verandering in de toegangstijd (indicator a) een stijging van circa 9 dagen bedraagt. Het groepsgemiddelde (data zijn beschikbaar van vier projecten) wordt sterk beïnvloed door een gemiddelde toename van de toegangstijd met 44 dagen in één PHI oncologie.

Opgemerkt dient te worden dat deze wachttijd op een andere manier wordt berekend dan bij WZW (zie paragraaf 6.7).

De grootste daling doet zich voor bij de wachttijd tot de eerste behandeling. De wachttijd is gemiddeld met bijna acht dagen afgenomen.

Tabel 6.4 Veranderingen PHI-uitkomstmaten

| <i>Patiëntengroep/zorgpad</i> | Toegangs- tijd* | Duur diagnostisch traject* | Wachttijd tot eerste behandeling | Aantal bezoeken tot behandeling | Ligduur* |
|---|--------------------------------|----------------------------------|--|---------------------------------------|--------------------------------|
| ZKH 1 project 1 | +9,1 | +5,4 | +17,7 | +2 | -0,2 |
| ZKH 3 project 1 | +44 | -0,3 | -9,3 | -0,3 | +16,7 |
| ZKH 4 project 1 | -5,4 | -4,3 | -3,3 | +0,7 | 0 |
| ZKH 7 project 1 | ? | -18 | -79,4 | -5,1 | -1,7 |
| ZKH 8 project 1 | -0,7 | +9,4 | -35,7 | -0,3 | -2,3 |
| ZKH 8 project 2 | ? | -31,1 | +72,6 | +1,4 | +0,7 |
| ZKH 8 project 3 | ? | ? | ? | ? | -3,2 |
| Gemiddelde op basis van beschikbare data | +8,8 (+70,9%) | -4,8 (-23,7%) | -7,6 (-19,6%) | -1,5 (-29,5%) | -1,6 (-15,1%) |

(Bron: voormetingen en nametingen zijn afkomstig uit de centrale database)

* gemiddelde verandering uitgedrukt in dagen

Van zes zorgpaden zijn vervolgens voldoende gegevens beschikbaar om bij benadering een doorstroomtijd vast te stellen. Hiervoor wordt gebruikgemaakt van een optelsom van meetgegevens over de duur van het diagnostische traject en de wachttijd tot de eerste behandeling. Deze parameters bieden bij benadering een indicatie van de gradatie waarin de PHI-projecten erin zijn geslaagd de doorlooptijd te reduceren.

Tabel 6.5 Verandering in doorstroomtijd

| <i>Patiëntengroep/zorgpad</i> | Voormeting | Nameting | Verandering | Verandering |
|-----------------------------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| | (dagen) | (dagen) | in dagen | in procenten |
| | A | B | A-B | 1-(B/A*100) |
| ZKH 1 project 1 | 36,2 | 59,3 | +23,1 | +63,9 |
| ZKH 3 project 1 | 35,1 | 25,5 | -9,6 | -27,3 |
| ZKH 4 project 1 | 37,3 | 29,7 | -7,6 | -20,5 |
| ZKH 7 project 1 | 118,3 | 20,9 | -97,4 | -82,3 |
| ZKH 8 project 1 | 52,3 | 26,0 | -26,3 | -50,3 |
| ZKH 8 project 2 | 105,7 | 147,2 | +41,5 | +39,3 |
| Gemiddelde 6 PHI-projecten | 64,1 | 51,4 | -12,7 | -19,8 |

(Bron: voormetingen en nametingen zijn afkomstig uit de centrale database)

6.7 Werken zonder wachtlijst

6.7.1 *Het probleem van de wachtlijsten*

Een wachtlijst duidt op een gebrekkige aansluiting of verhouding tussen vraag en aanbod. Deze kan tijdelijk van aard zijn of meer structureel. Volgens het RIVM is wachten op (niet-acute) zorg normaal en ook niet zorgelijk, zolang het niet leidt tot gezondheidsschade of onnodig lang werkverzuim. In het zogenaamde Treekoverleg hebben zorgaanbieders en verzekeraars afspraken gemaakt over aanvaardbare wachttijden in de zorg. Per sector en soms per zorgproduct zijn de maximaal aanvaardbare wachttijden vastgesteld. Sinds 2000 wordt gebruik gemaakt van Treeknormen. De Treeknormen voor ziekenhuiszorg zijn terug te vinden in tabel 6.6.

Tabel 6.6 Treeknormen voor ziekenhuiszorg

| | Maximaal aanvaardbaar |
|---|-----------------------|
| Toegangstijd voor polikliniek | 4 weken |
| Wachttijd voor diagnostiek en indicatiestelling | 4 weken |
| Wachttijd tot de feitelijke behandeling (dagopname) | 6 weken |
| Wachttijd tot de feitelijke behandeling (kliniek) | 7 weken |

(Bron: RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid 2005)

De wachttijdenproblematiek is de laatste jaren door media en beleidsmakers nauwlettend gevolgd. Er bestaat geen overeenstemming over de vraag of eerder geconstateerde forse verschillen in wachttijden tussen ziekenhuizen toenemen, stabiliseren of afnemen.⁶ Feit is in ieder geval dat de Nederlandse vereniging van ziekenhuizen (NVZ) met ingang van 1 februari 2005 gestopt is met de *NVZ-databank Wachttijden*. Een van de argumenten voor de definitieve sluiting van de databank is dat de wachttijden en wachtlijsten aanmerkelijk korter zijn geworden. Volgens de NVZ is wachten op ziekenhuiszorg daardoor maatschappelijk en politiek gezien een minder urgent onderwerp geworden.⁷

6.7.2 *Het Sneller Beter project WZW*

Ook de projectteams werken zonder wachtlijst (WZW) proberen gedurende de looptijd diverse veranderingen uit. Door te meten en te evalueren kunnen zij hun interventies bijstellen en verder ontwikkelen. De projecten hebben tot doel de toegangstijd tot poliklinieken terug te brengen tot minder dan een week. De toegangstijd wordt als volgt berekend: de derde beschikbare afspraak in kalenderdagen voor zowel nieuwe als controlepatiënten per specialist. Op basis hiervan wordt de gemiddelde toegangstijd per specialist berekend. Een consequentie van de indicator is dat een specialist met een zeer lange toegangstijd het gemiddelde opdrijft. Doordat de WZW-indicator niet de toegangstijd hanteert bij de eerstvolgende specialist van een groep waar ruimte bestaat,

⁶ Zie: *herziening zorgstelsel, verslag van een algemeen overleg*, nummer 29.689; Tweede Kamer der Staten-Generaal, vastgesteld 1 mei 2006.

⁷ Daarnaast vindt de NVZ wachtlijst- en wachtlijstinformatie een eigen verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen en - in het kader van de opkomende marktwerking - meer een aandachtspunt voor de verzekeraars dan voor de brancheorganisatie (www.nvz-ziekenhuizen.nl); geraadpleegd op 29 juli 2006).

maar het gemiddelde per afzonderlijke specialist van een groep wijkt de indicator af van (en is strenger dan) de gebruikelijke indicator van de IGZ en de indicator waarmee bij de PHI-projecten de toegangstijd wordt berekend.

6.7.3 Ingezette interventies

Meer dan de helft van de WZW-teams heeft besloten patiënten te laten terugkomen bij klachten in plaats van een routinematige controle, 20% doet dit actiever. Ook taakdelegatie naar nurse practitioners en assistenten is geïntensiveerd, zo meldt 45%. Nieuw is dat ongeveer 65% de pieper inlevert om verstoring van het spreekuur te voorkomen. Een even grote groep hanteert sinds het programma een zogenoemde emmentaler screening om gaten in de planning te identificeren. Driekwart probeert actiever op tijd te beginnen. Ook streeft 50% er sinds het project naar het aantal consult- en spreekuurtypen te minimaliseren, 30% werkt daar actiever aan sinds het project. Andere vaak genoemde zaken zijn: plannen in vijf-minutenblokken (50% nieuw of actiever), realistisch plannen (55% nieuw of actiever), zo min mogelijk spreekuren voor specifieke patiëntgroepen (60% nieuw of actiever), agenda zes tot acht weken heilig verklaren (90% nieuw of actiever), minimaliseren vakanties in drukke perioden (70% nieuw of actiever), bewust inplannen overcapaciteit (60% nieuw of actiever) en continue meting van vraag en aanbod om zicht te krijgen op fluctuaties (80% nieuw en actiever).

6.7.4 Resultaten

De centrale database bevat bruikbare informatie over de resultaten van 18 WZW-projecten. De projecten kunnen worden ingedeeld in twee groepen. De eerste groep keert terug in tabel 6.7 onder de naam FF (formeel format) de tweede groep draagt de naam AF (alternatief format). FF wil zeggen dat de gegevens van de desbetreffende WZW-teams in het format van het consortium zijn aangeleverd voor de centrale database. De gegevens van de nul- en nameting volgens het alternatieve format zijn minder betrouwbaar. Ze zijn door de WZW-projectleiding verzameld via een telefoongesprek met een contactpersoon van de WZW-projectteams. Het alternatieve format laat een hogere verandering zien (-35%) dan het formele format (-19,4%). Indien op basis van de gegevens uit de centrale database een algemeen gemiddelde wordt uitgerekend op basis van gegevens uit het formele en het alternatieve format dan blijkt de toegangstijd voor poliklinieken voor nieuwe patiënten in het eerste jaar te zijn afgenomen van 47 naar 32 dagen (30,7%). Het gemiddelde van 32 dagen ligt iets boven de Treeknorm van vier weken.

Tabel 6.7 Verandering in toegangstijd polikliniek voor nieuwe patiënten

| <i>Patiëntengroep/zorgpad</i> | Voormeting (dagen) | Nameting (dagen) | Verandering in dagen | Verandering in procenten |
|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| | A | B | A-B | 1-(B/A*100) |
| Formeel format (FF): | | | | |
| ZKH 1 project 1 | 56,4 | 54,7 | -1,7 | -3,1 |
| ZKH 1 project 2 | 62,6 | 56,2 | -6,4 | -10,2 |
| ZKH 1 project 3 | 77,3 | 15,7 | -61,7 | -79,7 |
| ZKH 2 project 1 | 104,5 | 25,8 | -78,7 | -75,3 |
| ZKH 4 project 1 | 43,5 | ? | ? | ? |
| ZKH 4 project 2 | 48,5 | ? | ? | ? |
| ZKH 4 project 3 | 51,4 | ? | ? | ? |
| ZKH 6 project 1 | 41,1 | 44,8 | +3,7 | +9,1 |
| ZKH 6 project 2 | 39,1 | 41,3 | +2,2 | +5,7 |
| ZKH 7 project 1 | 59,8 | 58,7 | -1,1 | -1,8 |
| ZKH 7 project 2 | 37,2 | 24,5 | -12,7 | -34,1 |
| ZKH 7 project 3 | 30,4 | ? | ? | ? |
| ZKH 8 project 1 | 17,5 | ? | ? | ? |
| ZKH 8 project 2 | 30,2 | ? | ? | ? |
| Alternatief format (AF) | | | | |
| ZKH 2 project 2 | 12 | 2 | -10 | -83,3 |
| ZKH 3 project 1 | 25 | 11 | -14 | -56 |
| ZKH 4 project 4 | 55 | 21 | -34 | -61,8 |
| ZKH 4 project 5 | 85 | 10 | -75 | -88,2 |
| ZKH 5 project 1 | 60 | 80 | +20 | 33,3 |
| ZKH 5 project 2 | 20 | 35 | +15 | 75 |
| ZKH 5 project 3 | 20 | 14 | -6 | -30 |
| ZKH 6 project 3 | 40 | 30 | -10 | -25 |
| ZKH 6 project 4 | 34 | 34 | 0 | 0 |
| ZKH 7 project 4 | 60 | 40 | -20 | -33,3 |
| Gemiddelde 8 WZW-FF-projecten | 49,9 | 40,2 | -9,7 | -19,4 |
| Gemiddelde 10 WZW-AF-projecten | 41,1 | 26,7 | -14,4 | -35 |
| Gemiddelde 18 WZW-projecten | 46,7 | 32,4 | -14,3 | -30,7 |

(Bron: voormetingen en nametingen zijn afkomstig uit de centrale database)

6.8 Patiëntenparticipatie

6.8.1 Het prioriteitsgebied patiëntenparticipatie

In het eerste hoofdstuk is vermeld dat de programmamakers beogen om de ervaringsdeskundigheid van patiënten in te zetten om zo de doelen en ambities van het implementatieprogramma te kunnen realiseren. In de programmaopzet is in dat verband het prioriteitsgebied patiëntenparticipatie opgenomen. In augustus 2005 is er een apart budget beschikbaar gesteld voor patiëntenparticipatie en de verdere invulling en

uitwerking van het prioriteitsgebied is verschoven naar de tweede tranche. In het eerste jaar is een draaiboek aangereikt aan de T1S1-projectteams met instrumenten die zij kunnen integreren in de eigen projecten in het kader van patiëntenparticipatie.

6.8.2 Ingezette instrumenten

Uitgaande van het verschaft draaiboek is aan de projectteams in de ziekenhuizen gevraagd welke maatregelen zij van plan zijn in te zetten, welke reeds zijn ingezet en welke in hun ogen niet aan de orde zijn. Tabel 6.8 laat zien dat het merendeel van de projectteams de aangereikte instrumenten niet heeft ingezet. Er is vooral gebruik gemaakt van klanttevredenheidsmetingen (31%) en het betrekken van patiënten en consumentenplatforms (20%).

Tabel 6.8 Interventies ingezet in het kader van patiëntenparticipatie

| <i>Interventies ingezet door projectteams ten behoeve van patiëntenparticipatie</i> | Gepland % | Gedaan % | Niet aan de orde % |
|---|------------------|-----------------|---------------------------|
| Elektronische/schriftelijke patiëntenfeedback | 28 | 10 | 63 |
| Spiegelgesprekken | 12 | 16 | 72 |
| Focusgroepen | 4 | 10 | 86 |
| Betrekken patiënten en consumentenplatforms | 18 | 20 | 62 |
| Klanttevredenheidsmetingen | 28 | 31 | 41 |
| Klantbehoeftemetingen | 16 | 12 | 72 |
| Ander middel, namelijk: | | 6 | 94 |
| Ontslaggesprekken | | 4 | |
| De patiënt vragen hoeveel pijn ervaren wordt | | 2 | |

(Bron: tweede meting)

6.9 Professionele kwaliteit

6.9.1 Het prioriteitsgebied professionele kwaliteit

Naast patiëntenparticipatie omvat ook het prioriteitsgebied professionele kwaliteit een reeks van te integreren maatregelen. Professionele kwaliteit is gericht op de kwaliteit van medische beroepsbeoefenaren. De Orde van Medisch Specialisten onderscheidt zeven competentievelden bij professionele kwaliteit, waaronder medisch handelen, maatschappelijk handelen, organisatie en samenwerking.

6.9.2 Ingezette interventies

Binnen het prioriteitsgebied professionele kwaliteit biedt het consortium de ziekenhuizen een aantal activiteiten aan, zoals: interne visitatie (professionals beoordelen elkaar), spiegelgesprekken, complicatieregeling en Veilig Incident Melden (VIM; valt tevens onder het prioriteitsgebied patiëntveiligheid). Aan de projectteams is tijdens de tweede meting gevraagd welke interventies zij hebben gepland en toegepast vanuit het oogpunt

van professionele kwaliteit. Uit tabel 6.9 blijkt dat zowel complicatieregeling als VIM door bijna de helft van de projectteams zijn opgepakt.

Tabel 6.9 Interventies ingezet in het kader van professionele kwaliteit

| <i>Interventies ingezet door projectteams ten behoeve van professionele kwaliteit</i> | Gepland % | Gedaan % | Niet aan de orde % |
|---|-----------|----------|--------------------|
| Interne visitatie | 21 | 31 | 48 |
| Spiegelgesprekken | 18 | 13 | 69 |
| Complicatieregeling | 28 | 49 | 23 |
| Veilig Incident Melden | 33 | 46 | 21 |
| Ander middel, namelijk: Evidence based medicine | | 2 | |

(Bron: tweede meting)

6.10 Interventies en resultaten samengevat

In tabel 6.10 volgt een samenvatting van de interventies en resultaten per projecttype.

Tabel 6.10 Interventies en resultaten samengevat

| Projecttype | Interventies | Resultaten |
|-------------|--|---|
| DEC | Het meten van de decubitus prevalentie is de voornaamste interventie. Daarnaast maakt men actiever gebruik van maatregelen zoals wisselgigging, het maken van aantekeningen in het patiëntendossier, het verrichten van een risico-inventarisatie bij iedere patiënt en voorraadbeheer van anti-decubitusmatrassen. | De decubitus prevalentie (graad 2 t/m 4) is gemiddeld gedaald van 9,6% naar 5,4%; 19 projecten laten een gemiddelde daling zien van 43,2%. |
| MV | PP-projectteams beogen de pijnscore van patiënten beneden de vier te brengen met behulp van een VAS-liniaal en bijbehorende instructie van medewerkers. Het BT-team hanteert de 4-5-6-flexinorm om onnodige bloedtransfusies te reduceren. De AS-teams voeren het switch-project uit om onnodige IV-toediening van antibiotica te beperken. | Het aantal medicatiefouten van 14 MV-projecten is gemiddeld met 46,2% gedaald. De daling per subtype bedraagt: AS : 57,2% (7 projecten); BT : 43,3% (1 project); PP : 35,2% (6 projecten). |
| OK | De meest gehanteerde OK-maatregelen is het (her)definiëren van 'spoed' gevolgd door maatregelen als het beschikbaar houden van een snijdend specialist en anesthesioloog voor spoed, het strikt vaststellen van het aantal personen op de OK en het herverdelen van vrijgekomen tijd op basis van hoge toegangstijd en bezettingspercentages | De resultaten van de OK-projecten ten aanzien van de verhoging van de productiviteit zijn niet bekend. |

(Bron: tweede meting en gegevensbestanden uit de centrale database)

| Projecttype | Interventies | Resultaten |
|--------------------|--|--|
| POWI | In het kader van POWI wordt deelgenomen aan de surveillance van PREZIES. Verder zijn de teams vooral gericht op het beperken van deurbewegingen in de OK. Het verwijderen van lichaamshaar gebeurt alleen om operatietechnische redenen, met tondeuse of crème, zo kort mogelijk voor de operatie. Er wordt gewerkt met protocollen voor de toediening van antibiotica profylaxe. | De resultaten van de POWI-projecten ten aanzien van de reductie van diepe en oppervlakkige wondinfecties zijn niet bekend. |
| PHI | PHI-projectteams brengen planningsmomenten terug. Ze proberen aanbod op rationele wijze af te stemmen op de vraag. Men werkt met WZW-maatregelen, structureert de patiëntenvoorlichting, zet personeel flexibeler in, standaardiseert zorgprocessen, probeert de doorlooptijd voor diagnostiek terug te brengen tot één dag, reserveert slots voor specifieke diagnostiek en zorgt voor heldere beslissingslijnen en verantwoordelijkheidsverdeling. | Op basis van de duur van het diagnostische traject en de wachttijd voor behandeling is een afname van de doorstroomtijd berekend van 19,8% over zes PHI-projecten. |
| WZW | De WZW-projectteams kiezen ervoor patiënten te laten terugkomen bij klachten i.p.v. routinematige controle. Er vindt taakdelegatie plaats naar nurse practitioners en assistenten. Medisch specialisten leveren piepers in om verstoring van het spreekuur te voorkomen. Emmentaler screening wordt toegepast. Men begint op tijd. Het aantal consult- en spreekuurtypen is geminimaliseerd. Agenda's worden zes tot acht weken heilig verklaard. Vraag en aanbod worden continu gemeten om zicht te krijgen op fluctuaties. | De gemiddelde toegangstijd voor nieuwe patiënten is van gemiddeld 47 dagen gedaald naar 32 dagen (30,7% lager; 18 projecten). |

(Bron: tweede meting en gegevensbestanden uit de centrale database)

7 Effecten waargenomen door projectleiders in de ziekenhuizen

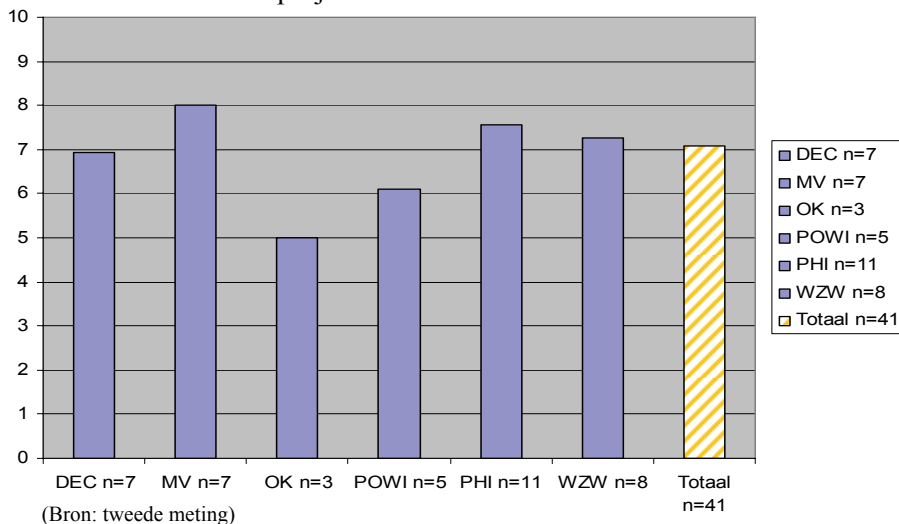
7.1 Inleiding

Voorafgaand aan de start van de projecten zijn verwachtingen gewekt bij de projectteams over de effecten van de verbeterprojecten. Aan het eind van het eerste jaar is de projectleiders in de ziekenhuizen gevraagd aan te geven welke positieve effecten zij waargenomen en welke effecten zij wel of niet verwachten naar aanleiding van het project. Tevens is gevraagd naar negatieve effecten van het verbeterproject. In dit hoofdstuk worden de gepercipieerde positieve en negatieve effecten vanuit het perspectief van de projectleiders van de verbeterteams beschreven.

7.2 Het oordeel van de projectleiders in de ziekenhuizen

Aan de projectleiders is gevraagd welk punt zij de eigen projecten geven op een schaal van 1 tot 10. In totaal geven 41 respondenten het eigen project een cijfer (zie grafiek 7.1). Slechts 9% van hen beoordeelt het eigen project of de eigen projecten als onvoldoende (lager dan zes). De scores zijn positief met 23% van de respondenten die het eigen project een acht geeft, 7% geeft zelfs een negen. Het gemiddelde eigen oordeel van de projectleiders in de ziekenhuizen is een zeven. De OK-projecten scoren een onvoldoende. Dat is beduidend lager dan het oordeel van de overige projectleiders over hun projecten. De MV-projecten scoren het hoogst.

Grafiek 7.1 Oordeel van de projectleiders in de ziekenhuizen



7.3 Positieve effecten

De projectleiders in de ziekenhuizen is een aantal positieve effecten voorgelegd met de vraag of deze al zijn bereikt, worden verwacht of niet verwacht. De vragen hebben betrekking op vier onderdelen: patiënten, medewerkers, organisatie en afdelingen en rendement. In tabel 7.1 zijn de scores per onderdeel over alle projecten uitgewerkt. In bijlage 6 zijn scores uit de kolom 'reeds bereikt' terug te vinden per projecttype en ziekenhuis.

Tabel 7.1 Het percentage projectleiders in de ziekenhuizen dat aangeeft positieve effecten te hebben bereikt, verwacht of niet

| <i>Positieve effecten</i> | Reeds bereikt % | Wordt verwacht % | Wordt niet verwacht % |
|--|--------------------|---------------------|--------------------------|
| <i>Patiënten</i> | | | |
| Toename patiëntgerichtheid (n=50) | 36 | 44 | 20 |
| Toename tevredenheid patiënt(n=51) | 31 | 51 | 18 |
| <i>Medewerkers</i> | | | |
| Toename tevredenheid medewerker (n=52) | 35 | 46 | 19 |
| Toename inzet medewerkers (n=53) | 40 | 36 | 24 |
| Enthousiasme over DB/PHI (n=54) | 46 | 30 | 24 |
| Helderheid over taakverdeling (n=53) | 40 | 28 | 32 |
| Elkaar meer aanspreken op gedrag (n=53) | 19 | 46 | 35 |
| <i>Organisatie en afdelingen</i> | | | |
| Betere beheersbaarheid afdeling(en) (n=52) | 33 | 43 | 24 |
| Betere profilering afdeling(en) (n=54) | 43 | 40 | 17 |
| Toename tevredenheid externe partijen over afdeling(en) (n=53) | 32 | 53 | 15 |
| <i>Rendement</i> | | | |
| Toename productiviteit (n=53) | 25 | 31 | 44 |
| Kostenbesparing binnen afdeling (n=53) | 22 | 40 | 38 |
| Kostenbesparing buiten afdeling (n=49) | 16 | 27 | 57 |
| Kostenbesparing buiten ziekenhuis (n=48) | 8 | 19 | 73 |

(Bron: tweede meting)

Bijna de helft van de ondervraagden (46%) constateert dat de projecten hebben geleid tot meer enthousiasme onder medewerkers over het werken met de Doorbraakmethode of procesherinrichting. Ook signaleert men een betere profilering van deelnemende afdelingen, een vergroting van de inzet van medewerkers en meer helderheid over de taakverdeling.

Ongeveer de helft van de ondervraagden verwacht een toename van de tevredenheid van patiënt en medewerkers, het elkaar meer aanspreken op gedrag en een betere beheersbaarheid van de afdelingen. Kostenbesparing wordt vooral binnen de deelnemende afdelingen verwacht (40%). De meerderheid verwacht geen

kostenbesparing buiten de deelnemende afdelingen (57%) of buiten het ziekenhuis (73%). Ruim 40% verwacht bovendien geen verdere toename van de productiviteit.

7.4 Negatieve effecten

Naast de positieve effecten zijn de projectleiders in de ziekenhuizen enkele negatieve effecten voorgelegd. Van de projectleiders 42% (n=52) aan dat de werkdruk door het verbeterproject is toegenomen. Een stijging van de kosten heeft 17% van de projectleiders (n=53) meegemaakt. Ook bij medewerkers hebben enkele projectleiders negatieve effecten bemerkt, zoals demotivatie en ontevredenheid (15%; n=52) en minder flexibiliteit (12%; n=52). Slechts een beperkt deel van de projectleiders (8%; n=39) geeft aan dat er door het project onvoldoende aandacht is voor andere aspecten van de zorg. Genoemd wordt dat de nadruk of efficiëntie ten koste kan gaan van de kwaliteit en het risico op fouten mogelijk vergroot (bijvoorbeeld door verkorte wisseltijden bij POWI). Een ander neveneffect is dat de onthouding van bloedtransfusies leidt tot een langere ligduur.

7.5 Wenselijke en haalbare verbetering

Tot slot is de projectleiders in de ziekenhuizen gevraagd naar de mate waarin zij verdere verbetering na het project wenselijk en haalbaar achten. De vraag is voorgelegd per prioriteitsgebied en ten aanzien van meer algemene verbeterpunten (zie tabel 7.2).

Tabel 7.2 Verdere verbetering haalbaar en wenselijk

| <i>Prioriteitsgebied</i> | Verbetering wenselijk | Verbetering haalbaar |
|---|-----------------------|----------------------|
| | % | % |
| Patiëntenlogistiek | 87 (n=47) | 87 (n=51) |
| Patiëntveiligheid | 87 (n=46) | 96 (n=44) |
| Patiëntenparticipatie | 76 (n=46) | 87 (n=46) |
| Professionele kwaliteit | 69 (n=45) | 81 (n=41) |
| <i>Verbetering ten aanzien van...</i> | | |
| De afdelingen (van de T1-projecten) | 86 (n=49) | 96 (n=49) |
| Andere afdelingen en partijen in de keten | 92 (n=50) | 94 (n=50) |
| Efficiënter werken | 92 (n=48) | 96 (n=49) |
| Administratieve werkzaamheden | 92 (n=49) | 96 (n=50) |

(Bron: tweede meting)

De antwoorden laten een positief beeld zien. Een overgrote meerderheid acht verdere verbetering wenselijk. Ook de inschatting van de haalbaarheid scoort hoog.

8 Conditie aanwezig tijdens de implementatie

8.1 Inleiding

Hoewel in dit hoofdstuk wordt ingegaan op de mate waarin aan de vereiste condities is voldaan en in hoofdstuk negen de succes- en faalfactoren worden behandeld, staan in wezen in beide hoofdstukken dezelfde onderdelen centraal. In dit hoofdstuk wordt de vraag beantwoord of de feitelijke condities tijdens TIS1 overeenkomen met de eisen die op basis van literatuur aan het geplande programma mogen worden gesteld. In hoofdstuk negen wordt een relatie gelegd tussen condities die een verklaring bieden voor het succes of falen van projecten en (gepercipieerde) resultaten van de projecten.

Conditie als hypothetische determinanten van succes- of falen

In de ex ante evaluatie (Dückers e.a. 2005) is ingegaan op de condities die bepalend zijn voor het succes of falen van een ziekenhuisbreed op kennisverspreiding gebaseerd implementatieprogramma. Samengevat hangt de kans op succes volgens de literatuur af van de aanwezigheid van:

- het besef onder de betrokken partijen dat het programma en haar onderdelen een meerwaarde heeft (paragraaf 8.2);
- een horizontaal en verticaal congruente visie (paragraaf 8.3);
- ondersteuning, bronnen en prikkels (waaronder externe druk en leiderschap) (paragraaf 8.4);
- compatibiliteit en waarneembare resultaten (paragraaf 8.5);
- implementatie door multidisciplinaire projectteams (paragraaf 8.6);
- veranderagenten en steun van sleutelfiguren (paragraaf 8.7);
- systematische probleemoplossing en terugkoppeling (paragraaf 8.8).

In de paragrafen 8.2 tot en met 8.8 wordt beschreven in hoeverre de vereiste condities in het eerste jaar aanwezig zijn geweest. Dit gebeurt aan de hand van interviews met de directieleden, de interne programmacoördinatoren en de adviseurs van het consortium en beide metingen onder de projectleiders in de ziekenhuizen. In een kader worden steeds de eisen uit de geraadpleegde literatuur benoemd.

8.2 Besef van meerwaarde onder betrokken partijen

Vereisten op basis van literatuuronderzoek

Een gepercipieerde meerwaarde op alle niveaus; partijen dienen een gunstige verhouding te ervaren tussen opbrengsten en kosten, er is een lage risicoperceptie en de innovatie is relevant voor de taakuitoefening (Dirksen, Ament en Go 1996; Greenhalgh 2004; Marshall 1990; Meyers en Goes 1988; Meyer e.a. 1997; Rogers 1995; Yetton e.a. 1999).

Uit alle beschikbare bronnen komt naar voren dat de betrokken partijen een meerwaarde zien in het programma. Deelname door ziekenhuizen werd voorafgegaan door een intake-procedure met toelatingscriteria. De interviews met leden van de Raden van Bestuur en de interne programmacoördinatoren bevestigen het besef van een meerwaarde. De ondervraagden zijn vooral enthousiast en onderschrijven de noodzaak (paragraaf 4.3). Ook de adviseurs van het consortium zien de voordelen van het programma voor alle betrokkenen (bron: interviews; zie bijlage 5 onderdeel 2).

Van de projectleiders in de ziekenhuizen ziet 73% na afloop van het eerste jaar een gunstige verhouding tussen kosten en baten. Men is verder unaniem in het oordeel dat de projecten relevant zijn voor de afdelingen waar deze worden uitgevoerd. Met betrekking tot risicoperceptie kan worden vastgesteld dat 39% een risico verbonden ziet aan het implementatieprogramma. Een vergelijking tussen projecttypen laat één groep zien met een breed gedeelde mate van risicoherkenning. Het gaat om de OK-teams. Tabel 8.1 bevat de uitkomsten van de meting onder de projectleiders in de ziekenhuizen.

Tabel 8.1 Gunstige verhouding kosten en baten, relevantie en risicoperceptie projectleiders in de ziekenhuizen: percentage ja

| <i>Projecttype</i> | Collega's en ik ervaren positieve verhouding kosten-baten na T1S1: ja % | Project is relevant voor de afdeling(en): ja % | Collega's en ik zien risico's verbonden aan het programma: ja % |
|--------------------|---|--|---|
| DEC (n=9) | 78 | 100 | 33 |
| MV (n=11) | 82 | 100 | 18 |
| OK (n=7) | 43 | 100 | 86 |
| POWI (n=5) | 60 | 100 | 40 |
| PHI (n=12) | 83 | 100 | 33 |
| WZW (n=11) | 73 | 100 | 46 |
| Gemiddelde | 73 | 100 | 39 |

(Bron: tweede meting)

* 1 missing

Conclusie

In het eerste jaar is volgens de ondervraagden voldaan aan de vereiste perceptie van een meerwaarde en relevantie. Vooral de OK-projectleiders in de ziekenhuizen zien risico's verbonden aan de deelname.

8.3 Congruente visie

Vereisten op basis van literatuuronderzoek

De visie achter het implementatieprogramma past binnen de strategische visie van de organisatie en haar delen (horizontaal en verticaal congruente visie) (Aubert en Hamel 2001; Denis e.a. 2002; Ferlie e.a. 2001).

De bestuurders en programmacoördinatoren vinden dat het programma op het juiste moment komt. Daarbij noemen zij ontwikkelingen in de ziekenhuissector zoals

toenemende marktwerking, transparantie en de huidige nadruk op patiëntveiligheid en wachttijden. Vaker wordt er op gewezen dat Sneller Beter aansluit op projecten en processen die binnen de ziekenhuizen al speelden (zie paragraaf 4.3).

Ongeveer 57% van de adviseurs van het consortium vindt dat het consortium een heldere strategische lijn hanteert waar het de inhoudelijke koers van het implementatieprogramma betreft (bron: interviews; zie bijlage 5 onderdeel A2). Ruim een derde van de ondervraagden (vooral projectleiders van het consortium; onderdeel B2) is het oneens met deze stelling.

Meer dan 90% van de projectleiders in de ziekenhuizen bevestigt dat het implementatieprogramma aansluit op de strategische visie van het ziekenhuis. Een bijna even grote groep is van mening dat deze visie aansluit op die van de deelnemende afdelingen en specialismen. Driekwart van de ondervraagden is van mening dat de visie in het ziekenhuis eenduidig wordt uitgedragen (zie tabel 8.2).

Tabel 8.2 Congruente visie volgens de projectleiders in de ziekenhuizen: percentage ja

| <i>Projecttype</i> | Programmavisie sluit aan op strategische visie ziekenhuis: ja % | Programmavisie sluit aan op visie van de afdeling(en): ja % | Eenduidig uitgedragen visie in ziekenhuis: ja % |
|--------------------|--|--|--|
| DEC (n=9) | 89 | 78 | 78 |
| MV (n=11) | 82 | 91 | 73 |
| OK (n=7) | 100* | 100 | 80** |
| POWI (n=5) | 100 | 100 | 60 |
| PHI (n=12) | 92 | 100 | 80** |
| WZW (n=11) | 100 | 73 | 73 |
| Gemiddelde | 93 | 89 | 75 |

(Bron: tweede meting)

* 1 missing ** 2 missings

Conclusie

De antwoorden van de ondervraagden geven aan dat er in het eerste jaar sprake was van een (overwegend) eenduidig uitgedragen visie aansluitend op de verschillende niveaus in de deelnemende ziekenhuizen. Onder de adviseurs van het consortium bestaat er tijdens T1S1 onduidelijkheid over de strategische koers van het consortium waar het op de inhoud van het programma aankomt.

8.4 Ondersteuning, bronnen en prikkels

Vereisten op basis van literatuuronderzoek

De aanwezigheid van voldoende ondersteuning: middelen, deskundigheid, tijd, psychologische veiligheid en experimenteerruimte (bronnen) (Mills en Weeks 2004; Øvretveit e.a. 2002; Plsek 2003; Rogers 1995).

Een veranderingsaanpak waarin wordt ingezet op leiderschap, human resource management (HRM) en training (prikkels) (Greenhalgh e.a. 2004; Leggatt 2003).

Binnen het implementatieprogramma zijn leiderschap, HRM en training instrumenten om medewerkers aan te zetten en in staat te stellen tot het implementeren van verbeterprojecten. Van de medewerkers in de projectteams en de betrokken afdelingen wordt verwacht dat zij doelen stellen, maatregelen treffen, meten en bijsturen op basis van meetgegevens (anticiperen; paragraaf 8.8). De projectteams hebben hiervoor ondersteunende bronnen en prikkels nodig.

8.4.1 Ondersteuning en bronnen

De Raden van Bestuur en de interne programmacoördinatoren vinden dat er voldoende middelen en andere bronnen beschikbaar zijn voor uitvoering van verbeterprojecten in het eigen ziekenhuis. Tenminste, zo lang de door het consortium toegezegde ondersteuning wordt geleverd. Er bestaat onder de ondervraagden geen concrete behoefte aan aanvullende ondersteuning (paragraaf 4.6.2).

De adviseurs van het consortium zijn in te delen in twee groepen. Een deel van de adviseurs is toegewezen aan een ziekenhuis (ziekenhuisadviseurs), een ander deel richt zich op een van de prioriteitsgebieden als lid van een landelijke projectgroep (projectleider van het consortium). Beide groepen zien in de beschikbaarheid van mensen geen knelpunt. Negen van de tien ziekenhuisadviseurs voorzien dat er voldoende materiaal aanwezig is in de ziekenhuizen. Van de projectleiders van het consortium denkt 55% dat dit het geval is (bron: interviews; zie bijlage 5 onderdeel B5). De aanwezigheid van financiële middelen en tijd daarentegen wordt door de adviseurs als een knelpunt ervaren (83% respectievelijk 95%; onderdeel A5). De ziekenhuisadviseurs zijn negatiever dan de projectleiders van het consortium over de beschikbaarheid van financiële middelen. Zij zijn unaniem van oordeel dat de financiële middelen ontoereikend zijn (onderdeel B5). De beschikbare kunde wordt door de adviseurs in hogere mate ontoereikend geacht (56,5%) dan de beschikbare kennis (39,1%) (onderdeel A5), waarbij ziekenhuisadviseurs positiever zijn dan de projectleiders van het consortium (onderdeel B5).

De projectleiders in de ziekenhuizen is bij de tweede meting gevraagd naar de beschikbaarheid van bronnen zoals tijd, menskracht, middelen, methodische deskundigheid en ondersteuning vanuit de medische staf, de Raad van bestuur en het consortium. Daaruit komt naar voren dat binnen de DEC-, MV-, PHI en WZW-projecten over het algemeen geen tekorten worden waargenomen. Bij de POWI-projecten is naast een gebrek aan tijd sprake van een bovengemiddeld tekort aan deskundigheid en op maat gesneden instructie. De OK-projecten scoren op verschillende onderdelen onvoldoende – de ondersteuning vanuit de Raad van bestuur en het consortium daargelaten (zie tabel 8.3a en 8.3b).

Tabel 8.3a Ondersteuning en bronnen per projecttype: percentage nee

| <i>Projecttype</i> | Voldoende tijd: nee % | Voldoende menskracht: nee % | Voldoende middelen: nee % | Voldoende inhoudelijke desk.: nee % | Voldoende methodische desk.: nee % |
|--------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---|--|
| DEC (n=9) | 22 | 22 | 11 | 0 | 0 |
| MV (n=11) | 18 | 9 | 18 | 0 | 0 |
| OK (n=7) | 71 | 57 | 57 | 14 | 43 |
| POWI (n=6) | 83 | 33 | 17 | 33 | 33 |
| PHI (n=12) | 33 | 33 | 25 | 0 | 0 |
| WZW (n=11) | 36 | 27 | 27 | 9 | 9 |
| Gemiddelde | 39 | 28 | 25 | 7 | 11 |

(Bron: tweede meting)

Het werken aan de hand van de verbetermethode staat centraal in het implementatieprogramma. Driekwart van de projectteams vindt dat het eigen team goed is getraind in het werken volgens de verbetermethode. Ruim een kwart van de teams – waaronder vooral OK en POWI-projectteams – is het niet eens met deze stelling (tabel 8.3b).

Tabel 8.3b Mate waarin per projecttype aan condities is voldaan: percentage nee

| <i>Projecttype</i> | Voldoende ondersteuning medische staf: nee % | Voldoende ondersteuning Raad van Bestuur: nee % | Voldoende ondersteuning consortium: nee % | Op maat gesneden instructie: nee % | Projectteam is goed getraind in verbeter- methode: nee % |
|--------------------|---|---|--|---|--|
| DEC (n=9) | 22 | 11 | 11 | 11 | 22 |
| MV (n=11) | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| OK (n=7) | 43 | 29 | 0 | 57 | 71 |
| POWI (n=6) | 17 | 17 | 17 | 33 | 75** |
| PHI (n=12) | 8 | 0 | 8 | 0 | 17 |
| WZW (n=11) | 9 | 9 | 10* | 27 | 9 |
| Gemiddelde | 16 | 11 | 9 | 19 | 26 |

(Bron: tweede meting)

* 1 missing ** 2 missings

Ook via de eerste meting, die een half jaar eerder plaatsvond dan de tweede meting, is informatie beschikbaar per projecttype over de ondersteuning die de projectteams hebben gekregen vanuit de ziekenhuisorganisatie en het consortium en de Raad van Bestuur gericht op het realiseren van een verbeterklimaat (de items waaruit ieder onderdeel is opgebouwd zijn terug te vinden in bijlage 3).

Uit tabel 8.3c kan worden afgelezen dat de logistieke projecten als groep (OK, PHI en WZW) hoger scoren dan de veiligheidsprojecten (DEC, MV en POWI). Opvallend is dat er binnen de OK-projectteams overeenkomstig de eerste meting een meer dan gemiddelde tevredenheid bestaat over de ondersteuning vanuit het consortium en dat de ondersteuning vanuit het ziekenhuis (ondersteuning, bronnen, experimenteerruimte) en het leiderschap van de Raad van Bestuur gericht op het bevorderen van een verbeterklimaat laag scoort.

De POWI-projecten zijn tijdens de eerste meting positiever over de ondersteuning die zij krijgen. Opgemerkt dient te worden dat DEC-projectteams – en tot op bepaalde hoogte ook de WZW-teams – in negatieve zin afwijken van de uitkomsten van de tweede meting. In het volgende hoofdstuk wordt dieper ingegaan op de mate waarin de condities van meting 1 en meting 2 zich verhouden tot de resultaten van de diverse projecten. Dat is tevens relevant voor de voorspellende waarde van de procesmeting.

Tabel 8.3c Conditie procesmeting uitgedrukt in gemiddelden per projecttype en standaarddeviatie

| Projecttype | Taakuitoefening/ ondersteuning consortium | Ondersteuning ziekenhuis- organisatie | Leiderschap Raad van Bestuur bijdragend aan verbeterklimaat |
|--------------------|--|--|--|
| DEC (n=9) | 3,7 (SD=0,7) | 4,4 (SD=1,2) | 3,2 (SD=0,9) |
| MV (n=13) | 4,0 (SD=1,1) | 4,7 (SD=0,95) | 4,3 (SD=1,6) |
| OK (n=5) | 4,7 (SD=0,6) | 3,9 (SD=0,95) | 3,3 (SD=1) |
| POWI (n=5) | 4,6 (SD=0,5) | 5,0 (SD=1) | 5,0 (SD=0,8) |
| PHI ((n=14) | 4,8 (SD=0,6) | 4,7 (SD=0,9) | 4,3 (SD=0,8) |
| WZW (n=7) | 5,0 (SD=0,8) | 5,4 (SD=1,1) | 4,9 (SD=0,9) |
| Gemiddelde | 4,4 (SD=1,1) | 4,6 (SD=1) | 4,1 (SD=1,2) |

(Bron: eerste meting; zevenpuntschaal: <4=negatief, 4= neutraal, >4=positief)

8.4.2 *Prikkels*

Naast voldoende bronnen hangt het succes van de implementatie van verbeterprojecten af van veranderbereidheid en draagvlak. Om dit te bevorderen dient er binnen de omgeving waarbinnen de projecten worden uitgevoerd sprake te zijn van bijbehorende prikkels. Prikkels kunnen positief (belonend) of negatief (bestraffend) van aard zijn. Hun oorsprong ligt binnen of buiten het ziekenhuis.

Met betrekking tot het verschaffen van interne prikkels is in de eerste plaats een rol weggelegd voor de ziekenhuisdirectie. Terugkijkend naar tabel 8.3c valt op dat de PHI-, POWI-, MV- en WZW-teams tijdens de eerste meting een (licht) positieve score toekennen aan het leiderschap van de RvB gericht op een verbeteringsgerichte werkomgeving. Negatieve waarden zijn te vinden bij de DEC- en OK-projecten. Een half jaar later antwoordt 93% bevestigend op de vraag of de Raad van Bestuur verbeteringen heeft aangemoedigd (tabel 8.4a). Dit antwoord blijkt af te wijken van het oordeel of de Raad van Bestuur voorziet in de randvoorwaarden om te verbeteren. Met deze vraag is 67% het eens (vooral de OK- en POWI-teams laten lagere waarden zien). Aanvullend spreekt 83% van de projectleiders in de ziekenhuizen van een goed leerklimaat en van ieder projecttype geeft meer dan 80% aan dat het ziekenhuis ruimte biedt om risico's te nemen om te kunnen verbeteren. Samenvattend: de ondervraagden geven aan dat er sprake is van voldoende interne prikkels voor veranderbereidheid en ruimte om te leren. Waar het aankomt op het verschaffen van randvoorwaarden zijn de scores wat lager.

Tabel 8.4a Interne prikkels voor veranderbereidheid en leergedrag: percentage ja

| <i>Projecttype</i> | De Raad van Bestuur moedigt verbetering aan: ja % | De Raad van Bestuur voorziet in randvoorwaarden om te verbeteren: ja % | In het ziekenhuis is sprake van een goed leerklimaat: ja % | Het ziekenhuis biedt ruimte om risico's te nemen om tot verbetering te komen: ja % |
|--------------------|---|--|--|--|
| DEC (n=9) | 89 | 67 | 100 | 78 |
| MV (n=11) | 91 | 73 | 91 | 82 |
| OK (n=7) | 100 | 50* | 71 | 71 |
| POWI (n=6) | 100* | 67*** | 75** | 83 |
| PHI (n=12) | 91* | 73* | 73* | 83 |
| WZW (n=11) | 91 | 64 | 82 | 82 |
| Gemiddelde | 93 | 67 | 83 | 81 |

(Bron: tweede meting)

* 1 missing ** 2 missings *** 3 missings

Een ander manier om naar prikkels te kijken is via de externe druk die in de ziekenhuissector wordt opgebouwd. De interviews tonen aan dat de druk van buitenaf (marktwerking, competitie, prestatievergelijking, imago) voor verschillende ziekenhuisdirecties een motivatie is geweest om deel te nemen aan Sneller Beter (subparagraaf 4.3.1). De bestuurders verwachten dat toenemende marktwerking en transparantie van prestaties met name de medisch specialisten zal prikkelen (paragraaf 4.9). Ook de adviseurs van het consortium zien marktwerking en onderlinge competitie tussen ziekenhuizen enigszins als stimulerend (dit geldt vooral voor de ziekenhuisadviseurs; bijlage 5 onderdeel B6).

Tenslotte zijn aan de projectleiders in de ziekenhuizen enkele stellingen voorgelegd over ontwikkelingen die het verbeteren van de kwaliteit van zorg stimuleren (zie tabel 8.4b). Deelname aan het implementatieprogramma van Sneller Beter scoort het hoogst (71%), gevolgd door toenemende marktwerking (61%). De vergelijking van prestaties tussen ziekenhuizen staat op de derde plaats (55%), het gebruik van prestatie-indicatoren op vier (54%). De competitie tussen projectteams staat op de vijfde plaats (27%). Iets meer dan 40% van de projectteams voelt geen druk vanuit de richting van prestatie-indicatoren. Opvallend is dat de MV-teams minder dan de andere teams beïnvloed worden door externe druk. De DEC- en PHI-projecten voelen de verplichting te werken met prestatie-indicatoren. De OK- en PHI-projecten geven aan toenemende marktwerking als prikkel te ervaren. De voornaamste druk om te verbeteren komt voor POWI, PHI en WZW direct vanuit de deelname aan het implementatieprogramma. De meerderheid van de DEC- en MV-teams behoren tot de groep die geen stimulans voelt door toenemende marktwerking.

Tabel 8.4b Externe prikkels voor kwaliteitsverbetering

We voelen de noodzaak tot verbetering door:

| Projecttype | Deelname aan het implementatie programma % | Toenemende marktwerking in de zorg % | Vergelijking tussen ziekenhuizen % | De verplichting te werken met prestatie-indicatoren % | De competitie tussen projectteams % |
|--------------------|---|---|---|--|--|
| DEC (n=9) | 67 | 44 | 56 | 78 | 44 |
| MV (n=11) | 46 | 36 | 46 | 18 | 18 |
| OK (n=7) | 57 | 86 | 43 | 43 | 0 |
| POWI (n=5) | 100* | 60 | 60 | 60 | 40 |
| PHI (n=12) | 83 | 75 | 58 | 75 | 25 |
| WZW (n=11) | 82 | 64 | 64 | 46 | 27 |
| Gemiddelde | 71 | 61 | 55 | 54 | 27 |

(Bron: tweede meting)

* 1 missing ** 2 missings

Voor zowel de interne als de externe prikkels geldt dat hun effect kan worden vastgesteld door de projectleiders in de ziekenhuizen te vragen of zij vinden dat verbeteringen worden beloond. Daarover verschillen de projectleiders in de ziekenhuizen van mening. De respondenten zijn ingedeeld in drie ongeveer even grote groepen: verbetering wordt beloond, verbetering wordt niet beloond en degenen die het niet weten (hoe zich dit verhoudt tot de scores over andere condities wordt besproken in het volgende hoofdstuk). In tabel 8.4c zijn de groepen verder uitgewerkt per projecttype. Ruim 70% van de OK-projectteams en 46% van de WZW-teams ziet zich in mindere mate beloond. De helft van de DEC-, 40% van de POWI- en 46% van de PHI-teams ervaart wel een beloning. Meer dan de helft van de MV-teams en 40% van de POWI-teams weet het niet.

Tabel 8.4c Verbetering wordt beloond: percentages

| Projecttype | Verbetering wordt beloond: ja % | Verbetering wordt beloond: nee % | Verbetering wordt beloond: weet niet % |
|--------------------|--|---|---|
| DEC (n=9) | 50 | 25 | 25 |
| MV (n=11) | 18 | 27 | 55 |
| OK (n=7) | 29 | 71 | 0 |
| POWI (n=5) | 40 | 20 | 40 |
| PHI (n=11) | 46 | 27 | 27 |
| WZW (n=11) | 27 | 46 | 27 |
| Gemiddelde | 33 | 35 | 32 |

(Bron: tweede meting)

Conclusie

In de ziekenhuizen is men globaal gezien tevreden over de beschikbare bronnen. Een kanttekening daarbij is dat 80% van de POWI-teams een tekort aan beschikbare tijd ervaart. De situatie bij de OK-teams is problematisch; in vergelijking met de overige teams ervaren de OK-projectleiders in de ziekenhuizen tekorten bij verschillende randvoorwaarden. De DEC-teams blijken bij de tweede meting betere scores te behalen dan bij de eerste meting. De projectleiders in de ziekenhuizen zijn van mening dat de

ziekenhuisdirectie de veranderingsbereidheid bevordert en dat er sprake is van een gunstig leerklimaat. Binnen diverse projecttypen neemt men externe druk waar. Deelname aan het implementatieprogramma van Sneller Beter, marktwerking tussen ziekenhuizen en transparantie van ziekenhuisprestaties dragen bij aan een noodzakelijkheidbesef om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Er wordt relatief weinig onderlinge competitie ervaren door de projectteams. Over de mate waarin inspanningen gericht op verbetering worden beloond bestaat geen eensgezindheid.

8.5 Compatibiliteit en waarneembare resultaten

Vereisten op basis van literatuuronderzoek

De te verspreiden methoden, werkwijzen en interventies lenen zich voor toepassing/aanpassing binnen de context, sluiten aan op de behoefte van afnemers en worden gebracht in gepaste stijl (beeldspraak, metaforen). Ook zijn ze overzichtelijk en leiden tot waarneembare resultaten (Adler e.a. 2003; Aubert en Hamel 2001; Denis e.a. 2002; Ferlie e.a. 2001; Grilli en Lomas 1994; Marshall 1990; Meyer e.a. 1997; Meyers en Goes 1988; Øvretveit e.a. 2002; Plsek 2003; Rogers 1995; Yetton e.a. 1999).

Op de vraag of de methoden, werkwijzen en interventies zich lenen voor toepassing in de eigen context antwoorden bijna alle projectleiders in de ziekenhuizen positief (95%; zie tabel 8.5a). Een aanzienlijke groep is het bovendien eens met de stelling dat de methoden, werkwijzen en interventies overzichtelijk zijn (85%) en aansluiten op de behoefte (89%). Meer dan 70% is het er mee eens dat ze worden gebracht in de juiste stijl/vorm. Bijna 80% van de projectteams is van mening dat het project waarneembare resultaten heeft opgeleverd. De 17% van de teams die deze opvatting niet deelt bestaat uit de helft van de OK- en POWI-teams (bron: tweede meting). Dit laatste is in overeenstemming met de afwezigheid van informatie over de mate van doelbereiking van beide projecttypen in de centrale database (paragrafen 6.4 en 6.5 en bijlage 2).

Tabel 8.5a Waarneembare implicaties methoden, werkwijzen, interventies en resultaten: percentage ja

| <i>Projecttype</i> | <i>Methoden, werkwijzen en interventies...</i> | | | | |
|--------------------|--|----------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| | <i>lenen zich voor toepassing binnen context: ja %</i> | <i>zijn overzichtelijk: ja %</i> | <i>sluiten aan op behoefte: ja %</i> | <i>zijn gebracht in juiste stijl/vorm: ja %</i> | <i>De resultaten zijn duidelijk waarneembaar: ja %</i> |
| DEC (n=9) | 100 | 100 | 100 | 89 | 89 |
| MV (n=11) | 100 | 82 | 80* | 55 | 73 |
| OK (n=6) | 83 | 67 | 83 | 50 | 50 |
| POWI (n=6) | 80* | 75** | 60* | 80* | 50** |
| PHI (n=12) | 92 | 92 | 100 | 83 | 92 |
| WZW (n=11) | 100 | 80* | 91 | 70* | 91 |
| Gemiddelde | 95 | 85 | 89 | 72 | 80 |

(Bron: tweede meting)

* 1 missing ** 2 missings

Bij de eerste meting is aan de projectleiders in de ziekenhuizen gevraagd in hoeverre het door het consortium aangereikte verbeterproject past binnen de context van de eigen afdelingen (de items van compatibiliteit zijn terug te vinden in bijlage 3). Uit tabel 8.5b blijkt dat dit vooral positieve scores (hoger dan 4) heeft opgeleverd. De gemiddelden per projecttype van de eerste meting zijn een procesmeting. Op grond hiervan zou men verwachten dat het uiteindelijke oordeel over de waarneembare implicaties (tabel 8.5a) en het oordeel over de bronnen en prikkels van bijvoorbeeld de DEC-projecten lager zouden zijn geweest. Voor POWI lijken juist hogere uitkomsten en een hoge mate van doelbereiking waarschijnlijk. Niet helemaal duidelijk is of de discrepantie tussen de eerste en de tweede meting berust op een meeteffect of een werkelijke verandering die zich heeft voortgedaan in de periode tussen de metingen (zie paragraaf 9.4).

Tabel 8.5b Verhouding tussen project en context afdelingen (gemiddelde per projecttype en standaarddeviatie)

| | DEC | MV | OK | POWI | PHI | WZW | Gemiddelde |
|---|-----------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------------------|
| Compatibiliteit van het verbeterproject | 4,9 (SD=0,9) | 5,5 (SD=0,5) | 5,1 (SD=0,95) | 5,6 (SD=0,4) | 5,8 (SD=0,5) | 6,2 (SD=0,5) | 5,6 (SD=0,7) |

(Bron: eerste meting; zevenpuntschaal: <4=negatief, 4= neutraal, >4=positief)

Conclusie

De methoden, werkwijzen en interventies zijn compatibel met de context waar ze worden toegepast. Het merendeel van de projectleiders in de ziekenhuizen geeft aanvullend aan dat de projectonderdelen aansluiten op de behoefte, overzichtelijk zijn en gebracht zijn in de juiste stijl/vorm. Voor de OK- en POWI teams geldt dat deze in het eerste jaar in mindere mate tot waarneembare resultaten hebben geleid.

8.6 Implementatie door multidisciplinaire projectteams

Vereisten op basis van literatuuronderzoek

Participatie van medisch specialisten in crossfunctionele teams die zelf regie voeren over voortgang, normen benoemen en bijeen blijven (Berwick 1998; Fraser e.a. 2002; Fried e.a. 2000; Irvine Doran e.a. 2002; Mills en Weeks 2004; Øvretveit et al. 2002; Shortell e.a. 1998).

De TIS1-projectteams zijn multidisciplinair samengesteld. Ze bestaan overwegend uit meerdere verpleegkundigen, medisch specialisten, stafmedewerkers, secretaresses en/of managers. Tabel 5.2 laat zien dat ieder projectteam gemiddeld een of meerdere medisch specialisten bevat. In 7% van de onderzochte teams neemt geen medisch specialist plaats. Het betreft twee DEC-teams, een MV-team en een WZW-team (bron: meting 2). Uit de vragenlijsten is af te leiden dat de feitelijke voorttrekkende en coördinerende rol in een derde van de projectteams in handen ligt van een medisch specialist (zie tabel 8.6a).

Tabel 8.6a Functie projectleider

| <i>Projecttype</i> | Medisch specialist % | Verpleegkundige % | Anders % |
|--------------------|----------------------|-------------------|-----------|
| DEC (n=9) | 11 | 44 | 44 |
| MV (n=11) | 50 | 0 | 50 |
| OK (n=7) | 40 | 0 | 60 |
| POWI (n=6) | 60 | 0 | 40 |
| PHI (n=12) | 36 | 0 | 64 |
| WZW (n=11) | 29 | 14 | 57 |
| Gemiddelde | 34 | 8 | 59 |

(Bron: tweede meting)

De projectteams hebben zelf normen gesteld binnen de bandbreedte van de SMART-doelen. Ongeveer 87% van de projectteams is van mening zowel projectdoelen als activiteiten te hebben vastgesteld. De mate waarin teams bijeen zullen blijven in de huidige samenstelling in het verdere verloop van de Sneller Beter tranche is onbekend, wel geeft tot dusver 46% aan dat er sprake is geweest van wisselingen in de samenstelling van het projectteam. In 82% van de WZW-teams is de samenstelling constant gebleven, in 71% van de OK-teams is deze veranderd (tabel 8.6b).

Tabel 8.6b Projectteam heeft doel-middelcombinatie vastgesteld en wisselingen in samenstelling: percentage ja

| <i>Projecttype</i> | Projectteam heeft zelf doelen vastgesteld: ja % | Projectteam heeft zelf activiteiten vastgesteld: ja % | Samenstelling constant geweest: ja % |
|--------------------|---|---|--------------------------------------|
| DEC (n=9) | 100 | 89 | 44 |
| MV (n=11) | 82 | 82 | 46 |
| OK (n=7) | 71 | 71 | 29 |
| POWI (n=6) | 67 | 67 | 67 |
| PHI (n=12) | 100* | 100 | 50 |
| WZW (n=11) | 91 | 91 | 82 |
| Gemiddelde | 86 | 88 | 54 |

(Bron: tweede meting)

Tijdens de implementatie heeft 78% van de teams het idee zelf de regie te voeren over het eigen verbeterproject, 65% van de projectleiders in de ziekenhuizen vindt dat het projectteam verantwoordelijk is voor de voortgang. De POWI-teams scoren lager, de logistieke projecten – waaronder OK – het hoogst. Bij de DEC- en de OK-teams heeft niet ieder teamlid invloed gehad op de projectdoelen. De POWI-, PHI- en WZW-projectteams blijken op dit vlak meer democratisch, wat ook geldt voor de vormgeving van de aanpak. In minder dan de helft van de DEC- en MV-teams heeft ieder teamlid invloed gehad op de vorm van de aanpak (tabel 8.6c).

Tabel 8.6c Procesmeting regie, verantwoordelijkheid en invloed op het teambeleid: percentage ja

| <i>Projecttype</i> | Projectteam voert regie over voortgang: ja | Projectteam is verantwoordelijk voor voortgang: ja | Ieder teamlid heeft invloed gehad op doelstelling: ja | Ieder teamlid heeft invloed gehad op vormgeving van de aanpak: ja |
|--------------------|--|--|---|---|
| DEC (n=9) | 78 | 67 | 33 | 44 |
| MV (n=13) | 62 | 46 | 54 | 46 |
| OK (n=5) | 100 | 80 | 40 | 60 |
| POWI (n=5) | 40 | 40 | 80 | 80 |
| PHI (n=14) | 86 | 79 | 79 | 64 |
| WZW (n=7) | 100 | 72 | 72 | 86 |
| Gemiddelde | 78 | 65 | 61 | 61 |

(Bron: eerste meting)

In de procesmeting is de projectleiders in de ziekenhuizen gevraagd naar de teamorganisatie. Daaronder vallen de zojuist behandelde invloed van teamleden op doelen en aanpak, maar ook zaken als de verdeling van taken en het feit dat iedereen doet wat is afgesproken (zie bijlage 3). Gemiddeld scoren de projecttypen voldoende tijdens de eerste meting. Dat is tevens van toepassing op de teamcohesie. Deze is gemeten door de projectleiders in de ziekenhuizen te vragen naar de aard van het contact met de teamleden (bijlage 3). De gemiddelde scores van teamorganisatie en –cohesie per projecttype zijn terug te vinden in tabel 8.6d. De teamorganisatie en de teamcohesie zijn bij de WZW-projecten hoger dan bij de andere projecttypen.

Tabel 8.6d Teamorganisatie (gemiddelde per projecttype en standaarddeviatie)

| <i>Projecttype</i> | Teamorganisatie* | Teamcohesie** |
|--------------------|---------------------|---------------------|
| DEC (n=9) | 4,7 (SD=0,7) | 4,2 (SD=0,8) |
| MV (n=13) | 4,8 (SD=1,1) | 4,0 (SD=0,7) |
| OK (n=5) | 4,7 (SD=0,6) | 4,3 (SD=0,9) |
| POWI (n=5) | 4,6 (SD=0,5) | 4,0 (SD=0,2) |
| PHI ((n=14) | 5,0 (SD=0,6) | 4,2 (SD=0,8) |
| WZW (n=7) | 5,9 (SD=0,8) | 5,0 (SD=1,0) |
| Gemiddelde | 5,0 (SD=0,8) | 4,2 (SD=0,8) |

(Bron: eerste meting)

* zevenpuntschaal: <4= teamorganisatie laag, 4= teamorganisatie noch laag, noch hoog, >4= teamorganisatie hoog

** zevenpuntschaal met oplopende score: 1=teamcohesie laag, 4 = teamcohesie noch laag, noch hoog, 7= teamcohesie hoog

Conclusie

De verbeterprojecten worden uitgevoerd door multidisciplinaire teams waarin bijna altijd tenminste één medisch specialist zitting neemt die in een derde van de gevallen als projectleider functioneert. De projectleiders in de ziekenhuizen ervaren dat de regie in handen ligt van het team dat de doelen en maatregelen zelf bepaald. Bij de logistieke projecten beschouwen de projectleiders de voortgang meer een verantwoordelijk van de projectteams dan bij de veiligheidsprojecten. De samenstelling van de teams is niet

constant gedurende het implementatietraject. Het aantal wisselingen verschilt per projecttype.

8.7 Veranderagenten en steun van sleutelfiguren

Vereisten op basis van literatuuronderzoek

Veranderagenten en steun van sleutelfiguren binnen verticale, horizontale en interorganisationele netwerken die de programmavisie onderschrijven en uitdragen (Kimberly en Evanisko 1981; Greenhalgh e.a. 2004; Gustafson e.a. 2003; Rogers 1995; West e.a. 1999).

Dit onderdeel haakt aan op de aanwezigheid van een congruente visie en het besef van een meerwaarde onder betrokken partijen in de ziekenhuizen. Het gaat bovendien om een actief aspect van het vereiste draagvlak, de programmavisie dient namelijk te worden uitgedragen.

De Raden van Bestuur en de interne programmacoördinatoren verwachten dat er globaal gezien voldoende draagvlak bestaat onder de medewerkers (paragraaf 4.4).

Ook de adviseurs van het consortium nemen voldoende draagvlak waar onder de Raden van Bestuur, de projectteams en de ziekenhuismedewerkers. Het draagvlak onder medisch specialisten wordt door 20% als onvoldoende ervaren (bron: interviews; zie bijlage 5 onderdeel A1).

Van de projectleiders in de ziekenhuizen geeft 78% ten tijde van de procesmeting aan dat het landelijke expertteam en de adviseurs van het consortium al vroeg hoge verwachtingen hebben gewekt over wat het project zou opleveren. De projectleiders van de veiligheidsprojecten in de ziekenhuizen zijn het daar minder mee eens dan die van de logistieke projecten. Ongeveer 60% is van mening dat het landelijke expertteam en de adviseurs duidelijkheid hebben verschaft over het doel van het project en de wijze waarop dit doel het beste te realiseren was. DEC scoort zeer laag, PHI en WZW beduidend hoger (zie tabel 8.7a).

Tabel 8.7a Veranderagenten consortium: verwachtingen en duidelijkheid

| Projecttype | Consortium heeft meteen hoge verwachtingen gewekt over prestaties en verbetermogelijkheden: ja % | Consortium heeft duidelijkheid verschaft over doel en beste aanpak: ja % |
|--------------------|---|---|
| DEC (n=9) | 67 | 22 |
| MV (n=13) | 62 | 54 |
| OK (n=5) | 100 | 60 |
| POWI (n=5) | 80 | 80 |
| PHI (n=14) | 86 | 64 |
| WZW (n=7) | 86 | 86 |
| Gemiddelde | 78 | 59 |

(Bron: eerste meting)

Tot zover het wekken van verwachtingen en het uitdragen van inzichten omtrent effectieve doel- en middelcombinaties door de medewerkers van het consortium. De

implementatie van verbeterprojecten vereist tevens de steun van interne sleutelfiguren waaronder de medewerkers op de afdelingen waarop de projecten zijn gericht. Als deze niet bereid zijn mee te werken dan beïnvloedt dit de kans op succes in negatieve zin (zie ook Dückers en Wagner 2005; hoofdstuk drie). Van de projectleiders in de ziekenhuizen ondervindt 73% voldoende medewerking van de medewerkers op de betrokken afdelingen. De stelling wordt het minst gedeeld door de OK-projecten. Volgens 78% van de ondervraagden doen interne sleutelfiguren hun best om een succes te maken van het programma. Ook hier scoren de OK-projecten laag vergeleken met MV, POWI en PHI. Het oordeel van de projectleiders in de ziekenhuizen over de mate waarin de adviseurs van het consortium bijdragen aan het halen van deadlines is het meest positief bij de PHI-projectteams (55%). Over het algemeen is een kwart van de projectleiders het hiermee eens.

Tabel 8.7b Veranderagenten en sleutelfiguren

| <i>Projecttype</i> | Voldoende draagvlak onder de medewerkers van de betrokken afdelingen: nee % | Voldoende actieve medewerking medewerkers op afdelingen: ja % | Interne sleutelfiguren doen hun best om het programma tot een succes te maken: ja % | Door de externe adviseurs werden deadlines vaker gehaald: ja % |
|--------------------|---|---|---|--|
| DEC (n=9) | 11 | 67 | 78 | 0 |
| MV (n=11) | 0 | 91 | 100 | 9 |
| OK (n=7) | 29 | 29 | 57 | 29 |
| POWI (n=6) | 50 | 50* | 80 | 40 |
| PHI (n=12) | 17 | 67 | 82* | 55* |
| WZW (n=11) | 10* | 100 | 64 | 27 |
| Gemiddelde | 64 | 73 | 78 | 26 |

(Bron: tweede meting)

* 1 missing

Conclusie

De dataverzameling wijst uit dat het consortium op teamniveau hoge verwachtingen heeft gewekt over de resultaten van de verbeterprojecten. Halverwege 2005 voelt 40% van de teams zich onvoldoende geïnformeerd over de meest effectieve werkwijze om het projectdoel te bereiken. In de ziekenhuizen verleent ruwweg driekwart van de medewerkers voldoende medewerking en steun aan de uitvoering van het programma. Van ruim een kwart van de naaste medewerkers schieten steun en medewerking evenwel tekort. De adviseurs van het consortium herkennen specifiek tekortkomingen in het draagvlak onder medisch specialisten.

8.8 Systematische probleemoplossing: monitoring, terugkoppeling en anticipatie op de ontwikkeling van de eigen uitkomsten

Vereisten op basis van literatuuronderzoek

1. Het voortdurend meten van de voortgang. 2. De aanwezigheid van een tijdig en accuraat informatiesysteem. 3. Systematische probleemoplossing op basis van data en statistische analyse met feedback. (Boerstler e.a. 1996; Green 1998; Greenhalgh 2004; Grimshaw e.a. 2004; Irvine Doran e.a. 2002; Langley e.a. 1996; Lee e.a. 2002; Øvretveit e.a. 2002).

Drie zaken zijn onlosmakelijk verbonden met de opzet van het implementatieprogramma op het niveau van de projectteams: monitoring, informatiesysteem en PDSA-cycli c.q. de verbetermethode (paragraaf 5.4).

8.8.1 Monitoring

De projectteams hebben tot taak de voortgang continu te bewaken. Bijna 90% van de projectleiders in de ziekenhuizen geeft aan voortdurend te hebben gemeten. Halverwege de implementatieperiode vindt 83% van de adviseurs van het consortium het verrichten van metingen door de projectteams voldoende (70%) tot goed (13%) (bijlage 5 onderdeel A3). Gegevens om uitspraken te doen over de meetfrequentie zijn onvoldoende voorhanden. De bron die daarvoor bedoeld was – de centrale database – is niet volledig en betrouwbaar genoeg (zie bijlage 2). Wel geven de projectleiders in de ziekenhuizen aan voor welke partijen de voortgang inzichtelijk is gemaakt (tabel 8.8a). Uit het overzicht is af te leiden dat informatie over de voortgang vooral beschikbaar is voor partijen binnen het eigen ziekenhuis. Dat kan een verklaring zijn voor het feit dat ziekenhuisadviseurs tevreden zijn over het gebruik van prestatie-indicatoren door de teams, terwijl dat niet geldt voor de meer op afstand opererende projectleiders van het consortium (bijlage 5 onderdeel B3).

Tabel 8.8a Het meten van de voortgang

| <i>Projecttype</i> | De voortgang is voortdurend gemeten | Steeds is beschikt over tijdige en accurate voortgangsinformatie | De voortgang is inzichtelijk gemaakt voor | | |
|--------------------|-------------------------------------|--|---|-------------------------------------|------------------|
| | | | De eigen afdelingen | Andere afdelingen in het ziekenhuis | Externe partijen |
| DEC (n=9) | 89 | 75* | 100 | 78 | 67 |
| MV (n=11) | 90* | 91 | 91 | 64 | 55 |
| OK (n=7) | 100* | 71 | 86 | 86 | 86 |
| POWI (n=5) | 80 | 80 | 100 | 80 | 60 |
| PHI (n=12) | 83 | 64* | 92 | 83 | 75 |
| WZW (n=11) | 91 | 78** | 100 | 64 | 55 |
| Gemiddelde | 89 | 77 | 95 | 75 | 66 |

(Bron: tweede meting)

* 1 missing ** 2 missings

De gegevens uit tabel 8.8a zijn ontleend aan de tweede meting. De eerste meting laat zien dat 87% van de projectleiders in de ziekenhuizen het er mee eens is, dat het meten van indicatoren in staat stelt de voortgang te bewaken. Met de stelling dat er heldere afspraken zijn gemaakt over het meten van prestatie-indicatoren ten behoeve van het project is 83% van de ondervraagde projectleiders het eens. De percentages per projecttypen zijn opgenomen in tabel 8.8b.

Tabel 8.8b Omgang met prestatie-indicatoren

| Projecttype | Het meten van indicatoren helpt om de voortgang te bewaken % | Er zijn duidelijke afspraken gemaakt over het meten van de centrale indicatoren % | Aantal projecten in centrale database waarvan voor- en nametingen beschikbaar zijn over het SMART-doel % |
|--------------------|---|--|---|
| DEC (n=9) | 78 | 67 | 19 van 20 |
| MV (n=13) | 85 | 77 | 14 van 22 |
| OK (n=5) | 100 | 80 | 0 van 8 |
| POWI (n=5) | 80 | 100 | 0 van 10 |
| PHI (n=14) | 86 | 86 | 6 van 26 |
| WZW (n=7) | 100 | 100 | 18 van 27 |
| Gemiddelde | 89 | 83 | <i>Totaal: 57 van 113</i> |

(Bron: eerste meting en centrale database plus aanvullende registratiebestanden)

De getallen tonen aan dat er een verschil van opvatting bestaat onder de projectleiders in de ziekenhuizen en de projectleiders van het consortium. Driekwart van de ondervraagde projectleiders van het consortium vindt namelijk dat de projectteams in de ziekenhuizen onvoldoende tot slecht gebruik maken van de centrale indicatoren (bron: interviews; bijlage 5 onderdeel B3). De projectleiders OK en POWI van het consortium geven aan dat er geen bruikbaar gestandaardiseerd format beschikbaar was voor de projectteams in de ziekenhuizen om de voortgang ten aanzien van het SMART-doel te meten. In plaats daarvan zijn er door de projectteams meerdere subdoelen vastgesteld (bijvoorbeeld het beperken van het aantal deurbewegingen van de OK). Het is goed mogelijk dat de projectteams vooral de eigen doelen hebben gemeten. Dit beeld is in overeenstemming met de (leemten in de) gegevensverzameling in de centrale database. Ter illustratie bevat tabel 8.8b een overzicht van het aantal projecten waarvan voldoende gegevens beschikbaar zijn om een voor- en nameting te berekenen over het SMART-doel. De achtergrond hiervan is beschreven in bijlage 2. Deze bijlage bevat enkele verklaringen voor het ontbreken van meetgegevens in de centrale database. Een belangrijke vraag die onbeantwoord blijft is hoe het kan dat bijna 90% van de projectleiders in de ziekenhuizen aangeeft de voortgang voortdurend te hebben gemeten, maar dat er van de helft van de T1S1-projecten geen gegevens beschikbaar zijn.

8.8.2 Informatiesysteem

De multi-level aanpak in het implementatieprogramma gaat aan de ene kant uit van zelfregisserende teams die sturen op basis van voortganggegevens en aan de andere kant van prestatie management. Het prestatie management omvat een koppeling van

handelingen op uitvoerend niveau aan de reguliere planning en controlecyclus van de ziekenhuizen. Het sturen op prestaties vereist accurate en tijdige informatieoverzichten van proces- en uitkomstmaten, die slechts kunnen worden gegenereerd met behulp van een adequaat informatiesysteem.⁸ Aan dit informatiesysteem mag de eis worden gesteld dat het op uitvoerend niveau voorziet in inzicht in de projectvoortgang en daarmee gelegenheid biedt tot weloverwogen bijsturing door toe- of aanpassing van interventies (functie I). Tegelijkertijd is van informatiesystemen te verwachten dat zij helpen bij de borging en verspreiding van werkwijzen, resultaten en competenties (paragraaf 5.4). Het strategisch en tactisch ziekenhuismanagement zijn gebaat bij inzicht in de mate waarin werkwijzen en resultaten zich op de werkvloer ontwikkelen (functie II).

In het eerste jaar van het implementatieprogramma dienen de projectteams de beschikking te hebben over een informatiesysteem dat hen in staat stelt functie I te vervullen. ICT-voorzieningen stellen betrokkenen in staat om tijdig te beschikken over bruikbare informatieoverzichten ten behoeve van bijsturing. Het consortium heeft voor verschillende projecten van TIS1 bruikbare spreadsheetsjablonen ontwikkeld waarmee de teams (OK en POWI daargelaten) de voortgang kunnen vastleggen ten opzichte van het SMART-doel. Gebruikmaking van digitale sjablonen stelt in staat om ontwikkelingstrends op afdelingen inzichtelijk te maken (denk aan een grafiek die de decubitus prevalentie of de toegangstijden per specialist van een polikliniek over een periode van maanden weergeeft). Eveneens ontstaat hierdoor de mogelijkheid de prestaties van verschillende afdelingen of specialismen te vergelijken. Wel stelt dit eisen aan de ICT-applicaties in ziekenhuizen. Tijdens TIS1 zien de geïnterviewde adviseurs van het consortium, ziekenhuisbestuurders en interne programmacoördinatoren in de ICT en het gebruik van spreadsheetprogramma's in ziekenhuizen een belemmerende factor voor het succes van het programma (paragrafen 4.8 en 4.10; bijlage 5 onderdeel A6; bijlage 2 onderdeel 2.2).

Tabel 8.8c Voldoende ICT-voorzieningen volgens de projectleiders in de ziekenhuizen: percentage nee en niet van toepassing

| <i>Projecttype</i> | <i>Er zijn voldoende ICT-voorzieningen aanwezig voor:</i> | | |
|---------------------------|---|---|--|
| | Voortgangsbewaking/ monitoring: nee (nvt) % | Risico-/ knelpunteninventarisatie: nee (nvt) % | Ketenoverzicht: nee (nvt) % |
| DEC (n=9) | 33 (44) | 44 (33) | 22 (44) |
| MV (n=10) | 0 (60) | 10 (80) | 10 (80) |
| OK (n=7) | 14 (43) | 14 (43) | 14 (43) |
| POWI (n=6) | 17 (17) | 33 (17) | 0 (67) |
| PHI (12) | 25 (8) | 18 (18)* | 42 (17) |
| WZW (n=11) | 27 (27) | 46 (36) | 46 (36) |
| Gemiddelde | 21 (32) | 27 (38) | 25 (46) |

(Bron: tweede meting)

* 1 missing

⁸ Ook de instrumentele werking van zogenoemde business cases is in de programmaopzet opgenomen om uitkomstindicatoren te vertalen naar grootheden met een financiële consequentie (de kosten van doorligwonden, ligduur en suboptimale productie). Dankzij een business case wordt de financiële waarde van de projecten zichtbaar gemaakt. Hoe het instrument, bedoeld als hulpmiddel voor de borging van werkwijzen en resultaten, in de praktijk wordt toegepast en of het werkt is vooralsnog onbekend.

Een vijfde deel van de projectleiders in de ziekenhuizen vindt de ICT-voorzieningen voor voortgangsbewaking ontoereikend. Dat lijkt op het eerste gezicht mee te vallen, ware het niet dat 32% van de ondervraagden van de tweede meting het gebruik van ICT-middelen niet van toepassing acht voor het bewaken van de voortgang van de projecten (het tussen haakjes genoemde percentage in de eerste kolom van tabel 8.8c). Dit percentage is het hoogst onder de MV-projecten (60%).

De ‘niet van toepassing’ bij DEC, MV en OK lijkt aan te geven dat men de voortgang niet bewaakt met een geautomatiseerd informatiesysteem. Dit sluit aan op het feit dat de metingen bij de DEC- en MV-projecten doorgaans plaatsvinden door middel van papieren meet- en registratieformulieren. Dat de scores bij POWI en PHI lager zijn is niet verbazingwekkend. Voor beide projecten geldt dat inzicht in de ontwikkeling van wondinfecties binnen een operatiegroep of de doorstroomtijden en ligduur van een zorgpad gebruikmaking van historische gegevens uit geautomatiseerde systemen vergt.

Wat het meest opvalt aan de cijfers is dat de projectleiders in de ziekenhuizen niet echt een probleem ervaren bij de voortgangsbewaking - eerder bij risico-inventarisatie (DEC, POWI en WZW) en ketenoverzicht (PHI en WZW). Een kwart van de ondervraagden vindt ICT ontoereikend voor risico-inventarisatie en ketenoverzicht; 38% respectievelijk 46% vinden ICT voor deze functies niet van toepassing (met name de MV-projecten). Van de DEC- en WZW-projecten vindt een relatief groot deel van de teams de beschikbare ICT ontoereikend voor de inventarisatie van risico's en knelpunten. De PHI- en WZW-projectleiders in de ziekenhuizen vinden dat de ICT niet genoeg inzicht biedt in de aansluiting tussen schakels van de zorgketen.

8.8.3 Plan-Do-Study-Act

Een groep van 80% van de ondervraagden geeft aan te hebben gewerkt aan de hand van de korte verbetercycli van het Nolanmodel (paragraaf 5.4; zie tabel 8.8d). Deze groep is even groot als de groep projectleiders die aangeeft dat het project heeft geleid tot waarneembare resultaten. Beide scores mogen niet los worden gezien van het gegeven dat 89% van de projectteams volgens de ondervraagden voortdurend heeft gemeten. De hoge scores voor het werken met het Nolanmodel, het voortdurend meten en waarneembare resultaten, hangen samen. Het is echter zaak om te ontdekken hoe deze zaken samenhangen. De verbetermethode gaat er namelijk van uit dat men iets doet met de voortgangsregistratie. Deelnemers dienen te anticiperen op wat zij waarnemen door passende maatregelen te treffen aansluitend op de projectcontext. Voordat dieper wordt ingegaan op het anticiperen van projectteams op voortgangsgegevens moet worden nagegaan of de projecten waar steeds metingen zijn verricht ook de projecten zijn waar door de projectleiders in de ziekenhuizen resultaten worden waargenomen. Voor dit doel is tabel 8.8d aangevuld. In de tabel is per projecttype weergegeven welk percentage projectteams zowel aangeeft voortdurend te hebben gemeten als waarneembare resultaten rapporteert.

Tabel 8.8d Meetdiscipline en gepercipieerde resultaten

| | Gewerkt volgens de PDSA-cyclus %* | Resultaten zichtbaar | | Resultaten niet zichtbaar | |
|---------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------|
| | | A | B | C | D |
| | | Voortdurend gemeten % | Niet voortdurend gemeten % | Voortdurend gemeten % | Niet voortdurend gemeten % |
| DEC (n=9) | 78 | 78 | 11 | 11 | - |
| MV (n=9) | 82 | 78 | - | 22 | - |
| OK (n=6) | 83 | 50 | - | 50 | - |
| POWI (n=4) | 100 | 50 | - | 25 | 25 |
| PHI (n=12) | 92 | 83 | 8 | 8 | - |
| WZW (n=10) | 55 | 82 | 9 | - | - |
| Totaal | 80 | 77 | 6 | 16 | 2 |

(Bron: tweede meting)

* geen missings, heeft betrekking op alle respondenten

De tabel brengt in beeld dat 18% van de projectleiders in de ziekenhuizen (groepen C en D) verstoken blijft van resultaten. Van OK- en POWI-projectteams blijkt de helft geen waarneembare resultaten waar te nemen. Toch geven zes OK-teams en drie van de POWI-teams aan voortdurend te hebben gemeten. Dit zijn de projecttypen waarvan eerder is geconstateerd dat 70% respectievelijk 75% zich onvoldoende getraind vindt in de verbetermethode.

Van de groepen C en D staat vast dat van anticipatie op de voortgang of bijsturing op basis van resultaten geen sprake kan zijn geweest. Op de projectteams die resultaten waarnemen zonder voortdurende meting geldt hetzelfde. Deze groep omvat ongeveer 6% van de projectteams. Zonder voortdurend te meten is het onmogelijk te beoordelen of een verandering samenhangt met ingezette interventies. Het komt erop neer dat men de drie vragen van het Nolanmodel niet kan beantwoorden (afbeelding 5.1). Onbekend is namelijk of een gemeten score van een uitkomstmaat/indicator een incidenteel karakter kent of onderdeel uitmaakt van een trend. Ook kan dan niet worden achterhaald of aan de score een interventie of een verandering in een conditie ten grondslag ligt.

Van de adviseurs van het consortium is 18% van mening (vooral de ziekenhuisadviseurs) dat de projectteams onvoldoende anticiperen op de voortgangsdata (bijlage 5 onderdeel A3/B3). Volgens 39% van de adviseurs ervaren de projectteams het anticiperen op data als enigszins vrijblijvend, waaronder 85% van de projectleiders van het consortium (onderdeel A4/B4).

Meerdere bronnen wijzen er aldus op dat een vijfde deel van de projectteams niet voldoende anticipeert of bijstuurt op basis van voortgangsgegevens. De A-groep van tabel 8.8d bestaat uit projectteams waar voortdurend is gemeten en waar sprake is van (zelfgerapporteerde) waarneembare resultaten. Deze groep bestaat uit driekwart van alle onderzochte projectteams. Toch is er geen informatie beschikbaar om vast te stellen welke van de A-teams echt de voortgang als maatstaf hanteerden bij de instrumentele koersbepaling (en –herziening) van hun projecten. De meetfrequentie, de aard van de interne rapportage en presentatie en de wijze waarop betrokkenen op operationeel niveau met deze bronnen werkten is niet onderzocht. Bovendien zijn deze zaken in de praktijk

voor de onderzoekers moeilijk te achterhalen zonder frequent de ziekenhuizen te bezoeken.

Uit tabel 8.6a blijkt dat door de projectteams doelen en interventies zijn vastgesteld. Omdat niet kan worden nagegaan met welke intensiteit metingen hebben plaatsgevonden kan evenmin worden nagegaan of de selectie van interventies gebaseerd is op de specifieke situatie van de context waarbinnen het project is uitgevoerd. Daarmee blijft tevens in het ongewisse of er een bewuste afweging op grond van meetgegevens is voorafgegaan aan de voorkeur voor bepaalde interventies.

Conclusie

De projectteams maken gebruik van prestatie-indicatoren. Hierover zijn tussen het consortium en de teams afspraken gemaakt. De overgrote meerderheid van de projectteams zegt metingen te verrichten om de projectvoortgang te bewaken. In algemene zin is de projectvoortgang met name inzichtelijk gemaakt voor partijen binnen het eigen ziekenhuis. Na een jaar kan van bijna de helft van de projecten niet extern worden beoordeeld in hoeverre ze hebben bijgedragen aan de realisatie van de SMART-doelen van het implementatieprogramma. Over OK en POWI is vanwege het ontbreken van een bruikbaar meetformat geen informatie over de mate van doelbereiking uitgedrukt in termen van productiviteit of het aantal diepe en oppervlakkige wondinfecties. In meer dan de helft van de projectteams wordt de aanwezige ICT als ontoereikend beschouwd of beoordeelt men de opname van voortgangsgegevens in een geautomatiseerd systeem als niet van toepassing.

Een vijfde deel van de projectteams kan de verbetermethode in strikte zin niet hebben toegepast vanwege de afwezigheid van systematisch meetgedrag. Ten aanzien van de overige 80% kan met behulp van de informatiebronnen van het evaluatieonderzoek niet worden vastgesteld of er sprake is van weloverwogen maatwerk.

8.9 Samenvatting

Het geheel in ogenschouw genomen kan worden geconcludeerd dat in het eerste jaar is voldaan aan diverse condities die in de literatuur noodzakelijk worden geacht voor een op kennisverspreiding en projectmatige implementatie gebaseerd verbeterprogramma. In de eerste plaats wordt de meerwaarde van het programma door de betrokken partijen bevestigd. Dit geldt in algemene zin, maar ook op het niveau van de logistieke en veiligheidsprojecten.

Waar het de implementatie van de verbeterprojecten betreft, delen vrijwel alle ondervraagden de opvatting dat deze past binnen het streven de kwaliteit van de zorg(organisatie) te verbeteren. Het implementatietraject sluit aan op de strategische koers van de ziekenhuizen. Omtrent de inhoudelijke koers van de borging en interne verspreiding blijven tijdens T1S1 echter vragen bestaan, vooral onder de adviseurs van het consortium. Binnen de ziekenhuizen heerst de opvatting dat het programma aansluit op de visie van de totale organisatie en haar delen.

Directieleden en interne programmacoördinatoren wensen geen aanvullende vorm van ondersteuning, het initiële ondersteuningsaanbod wordt door hen nochtans als ondergrens

beschouwd. De adviseurs van het consortium signaleren beperkte tijd en middelen als een belemmerende factor voor het verdere verloop van Sneller Beter in de ziekenhuizen. De mate van ondersteuning varieert per projecttype en schiet tekort bij de OK (diverse aspecten) en POWI-projecten (tijd en training in verbetermethode). De OK-projecten zijn een aandachtspunt zowel op het vlak van bronnen als prikkels, daar het realiseren van verbeteringen volgens de projectleiders in de ziekenhuizen onbeloofd blijft. Betrokkenen op alle niveaus ervaren externe druk als prikkel om te verbeteren. Dit geldt het minst voor de MV-projecten.

Alle projecten worden als relevant gezien door de projectleiders in de ziekenhuizen. De projecten zijn compatibel met de context van de setting waar ze worden uitgevoerd. Over de juistheid van de vorm waarin ze zijn gebracht lopen meningen uiteen. De OK- en POWI projecten leiden minder tot waarneembare resultaten dan de overige projecten. In de centrale database ontbreken van deze (en andere) projecten voor- en nametingen over de primaire uitkomstmaten.

In 93% van de projectteams in de ziekenhuizen neemt tenminste één medisch specialist zitting. In een derde van de teams is een medisch specialist de feitelijke projectleider. In bijna de helft van de teams is er sprake van wisselingen in de samenstelling gedurende het eerste jaar. Meer dan 85% van de teams heeft zelf doelen en activiteiten vastgesteld. Van de projectteams voert 78% de regie over de voortgang en acht 65% zichzelf daarvoor verantwoordelijk (de POWI-projecten scoren lager op dit punt). De teamorganisatie wordt positief beoordeeld net als de feitelijke interactie tussen teamleden en de kwaliteit daarvan (teamcohesie).

Het consortium heeft hoge verwachtingen gewekt over de effecten van de projecten, maar niet altijd duidelijk over de beste manier om dit resultaat te bereiken. Gemiddeld wordt voldoende actieve medewerking van de medewerkers op de afdelingen waargenomen, POWI scoort lager dan gemiddeld, OK scoort slecht.

Van de projectteams geeft 90% aan dat voortdurend metingen zijn verricht, 77% van hen heeft waarneembare resultaten waargenomen. In principe is dit de groep die de verbetermethode mogelijk echt kan hebben gehanteerd. Zonder metingen is anticipatie en bijsturing per definitie niet gebaseerd op de projectvoortgang. Toch kan niet met zekerheid worden vastgesteld of de PDSA-cycli door deze 77% van de teams continu is toegepast – inzicht in de meetfrequentie en het gebruik van verkregen voortgangdata ten behoeve van bijsturing ontbreekt.

Voor bewaken van de voortgang heeft niet overal het SMART-doel als uitgangspunt gediend. Bij OK en POWI richtten de projectteams zich op subdoelen.

De inzet van ICT voor het meten, registreren en verwerken van gegevens door ziekenhuismedewerkers is nog niet bij alle projecttypen vanzelfsprekend.

9 Succes- en faalfactoren

9.1 Inleiding

Een van de belangrijkste vragen bij de evaluatie van het implementatieprogramma in de ziekenhuizen is waar het succes of falen zich door laat verklaren. De oorspronkelijke opzet was om per projectteam een koppeling aan te brengen tussen de uitkomsten van de projecten en de getroffen maatregelen en ondersteunende condities uit de eerste en tweede meting. Het aantal projecten waarvan uitkomsten en procesmaten kunnen worden gematched bedraagt circa 36% (35% meting 1 en 38% van meting 2; zie bijlage 1b). Dit bemoeilijkt een systematische analyse per projectteam. Een andere mogelijkheid is om de analyse uit te voeren per projecttype.

In paragraaf 9.2 volgt een beschrijving van de uitkomstmaten die worden gebruikt om de voornaamste succes- en faalfactoren af te leiden uit de condities die in het vorige hoofdstuk zijn behandeld. Om dit te kunnen doen wordt in paragraaf 9.3 op basis van de variatie tussen de scores per projecttype een deel van de factoren uitgesloten en worden andere factoren aangemerkt als mogelijk bepalende factoren voor het succes- of falen van de projectteams binnen het implementatieprogramma. De aanname daarbij is dat – uitgaande van het literatuuronderzoek – in beginsel alle condities een rol spelen, maar dat de condities met geen of een geringe variatie tussen de projecttypen het succes of falen niet verklaren.

De vierde paragraaf is toegespitst op de eerste meting onder de projectleiders in de ziekenhuizen, de procesmeting. Ook hier wordt vooral ingegaan op de scores per projecttype en hoe deze zich verhouden tot de data in de centrale database.

De vijfde paragraaf biedt een ordening van de succes- en faalfactoren, aangevuld met informatie uit de interviews en vragenlijsten uitgezet op de andere niveaus binnen het programma.

9.2 Uitkomstmaten ter beoordeling van het teamsucces

De uitkomsten van de projectteams zijn in te delen in primaire- en secundaire uitkomsten. In dit hoofdstuk staan vooral de primaire uitkomstmaten centraal. De scores over de secundaire uitkomstmaten (waaronder de positieve en negatieve effecten genoemd in hoofdstuk 7) per projecttype en ziekenhuis zijn na te lezen in bijlage 6.

De primaire uitkomsten zijn in de eerste plaats gebaseerd op de bijdrage aan de SMART-doelen waarnaar al enkele malen in deze rapportage is verwezen. In de tweede plaats zijn er ook zaken waarvan, gelet op de opzet van het implementatieprogramma, mag worden verwacht dat de projectteams van ieder projecttype daar na afloop van het eerste jaar aan voldoen. Om te kunnen spreken van een succes dient na de projectduur sprake te zijn van:

- een procentuele daling van de indicator van het hoofddoel (bijvoorbeeld decubitus prevalentie, onnodige bloedtransfusies, toegangstijd etc.);
- een gemiddeld positief oordeel over het project;
- een positieve gepercipieerde verhouding tussen de kosten en baten van het project;
- duidelijk waarneembare resultaten;
- de overtuiging dat het team goed getraind is in de verbetermethode (dit is van belang voor de ontwikkeling en verspreiding van competenties in het kader van het interne vliegwielt).

Van ieder projecttype zijn de scores over deze vijf uitkomstmaten weergegeven in tabel 9.1. De procentuele verandering ten opzichte van het SMART-doel is berekend met gegevens uit de centrale database. De gegevens van de overige vier uitkomstenmaten zijn verkregen door middel van zelfrapportage (de tweede meting onder projectleiders in de ziekenhuizen). Het gemiddelde oordeel per type over het eigen presteren is een cijfer van 1 tot 10. Voor de resterende uitkomstmaten – positieve verhouding, duidelijk waarneembare resultaten en een goed getraind team – is gebruik gemaakt van de antwoordcategorieën ‘ja’, ‘nee’ of ‘weet niet’. In de tabel wordt de ‘ja’-score weergegeven.

Tabel 9.1 Primaire uitkomstmaten

| <i>Projecttype</i> | Procentuele verandering SMART-doel* | Gemiddeld eigen oordeel (1-10)** | Positieve verhouding kosten-baten na T1S1: % ja** | Resultaten duidelijk waarneembaar: % ja** | Projectteam is goed getraind in verbetermethode: % ja** |
|--------------------|-------------------------------------|----------------------------------|---|---|---|
| DEC | -43,2% (n=19) | 6.8 | 78 | 89 | 78 |
| MV | -46,2% (n=14) | 8 | 82 | 73 | 73 |
| OK | ? | 5 | 43 | 50 | 29 |
| POWI | ? | 6.1 | 60 | 50 | 25 |
| PHI | -19,8% (n=6) | 7.5 | 83 | 92 | 75 |
| WZW | -30,7% (n=18#) | 7.3 | 73 | 91 | 91 |
| Gemiddelde | | 7.1 | 73 | 80 | 69 |

(Bron: centrale database; ** tweede meting)

gegevens van WZW-projecten van zowel het formele als het alternatieve format zijn gebruikt

Toelichting per projecttype

Uit tabel 9.1 is af te leiden dat 19 DEC-projecten een gemiddelde daling van de prevalentie (vanaf graad twee) laten zien met 38%. De projectleiders in de ziekenhuizen geven het eigen project gemiddeld een 6.8. Bijna 80% ervaart een positieve verhouding tussen opbrengsten en kosten. Ongeveer 80% van de DEC-projectleiders ervaart duidelijk waarneembare resultaten. Een groep met gelijke omvang acht het eigen team goed getraind in de verbetermethode.

De gemiddelde afname van medicatiefouten is 46%; een afname die verschilt tussen de drie subtypen antibiotica switch (AS), bloedtransfusies (BT) en postoperatieve pijn (PP). De reductienorm van 50% is gehaald in 8 van de 14 projecten waarvan gegevens bekend zijn (het totale aantal projecten is 22). De MV-projectleiders geven zichzelf de hoogste

score van alle projecttypen. Meer dan 70% vindt dat het project waarneembare resultaten heeft opgeleverd en acht zichzelf goed getraind in de verbetermethode.

De exacte uitkomsten van de OK-projecten zijn onbekend. Op basis van de overige databronnen laten de projecten de minst gunstige resultaten zien. De teams geven zichzelf de laagste score – een onvoldoende – en slechts een minderheid ziet een positieve verhouding tussen opbrengsten en kosten. De helft neemt resultaten waar en minder dan 30% ziet zichzelf als goed getraind.

Ook over de POWI-projecten kan geen procentuele verandering worden berekend. Of het resultaat zich in de richting van het programmadoel beweegt of daar vandaan kan niet worden geconcludeerd. Wel rapporteert men beduidend minder waarneembare resultaten dan de projectleiders van DEC, MW, PHI en WZW en ervaren de projectleiders het eigen team zeer beperkt getraind in de verbetermethode. Het gemiddelde eigen oordeel is een krappe voldoende, de verhouding tussen kosten en baten correspondeert hiermee.

Zes van de 26 PHI-projecten in de centrale database laten na het eerste jaar een reductie van de doorstroomtijd zien van 20% (berekend door de toegangstijd voor diagnostiek en de wachttijd voor behandeling bij elkaar op te tellen). Van een beperkt deel van de projecten zijn gegevens voorhanden. Het doel is minstens 40% reductie te realiseren. De teams geven zichzelf als punt een 7,5 en 83% ervaart een positieve verhouding tussen opbrengsten en kosten. Ruim 90% spreekt van duidelijk waarneembare resultaten en driekwart beschouwd zich goed getraind in de verbetermethode.

Voor de WZW-projectteams geldt hetzelfde als voor PHI. De teams laten een positieve verandering zien in de richting van het programmadoel met 30,7%. De gemiddelde toegangstijd bedraagt na het project 32 dagen – een score die berekend is op basis van gegevens van 18 projecten. De WZW-projectleiders in de ziekenhuizen geven de projecten een 7.3 wat overeenkomt met het gegeven dat 73% een positieve verhouding ziet tussen kosten en baten. Meer dan 90% signaleert een duidelijk resultaat. De WZW-teams beschouwen zich verder het beste getraind in de verbetermethode.

Het patroon in de primaire uitkomstmaten

Hoe meer de projectleiders in de ziekenhuizen duidelijk resultaten waarnemen, hoe hoger het punt dat men toekent aan de eigen projecten. Bovendien gaan hogere waarden bij duidelijke resultaten en het eigen oordeel gepaard met een positieve verhouding tussen kosten en baten en het idee dat het team goed getraind is in de verbetermethode. Ook de gegevens uit de centrale database (de hoogte van de procentuele verandering ten opzichte van het SMART-doel) lijkt hierop aan te sluiten. Dit patroon laat zien dat de eigen perceptie van projectleiders gemiddeld overeenkomt met de meer objectieve resultaten uit de centrale database. Het patroon wordt als uitgangspunt gehanteerd bij de inventarisatie van succes- en faalfactoren.

9.3 Projectteams: mate van succes en randvoorwaarden

9.3.1 Inventarisatie van de voornaamste succes- en faalfactoren

In hoofdstuk zes is inzichtelijk gemaakt welke maatregelen de projectteams (actiever) inzetten sinds de start van het project. Een basisaanname is dat de resultaten gerealiseerd

worden dankzij deze interventies en de mate waarin aan de randvoorwaarden is voldaan. Om te achterhalen welke condities uit hoofdstuk 8 van invloed zijn op de primaire uitkomstmaat worden twee stappen doorlopen. Eerst wordt van de condities nagegaan of er sprake is van variatie tussen projecttypen. In tabel 9.2a worden de condities met variatie gearceerd. De tweede stap is om na te gaan hoe de aangetroffen variatie tussen projecttypen zich verhoudt tot het patroon in de uitkomstmaten (tabel 9.2b). Doel van beide stappen is cruciale succesfactoren af te leiden uit het totaal aan condities waaraan het succes van een projecttype ceteris paribus kan worden toegeschreven.

Toelichting op de waardelabels

De mate van variatie is vastgesteld door de scores over de condities, in het vorige hoofdstuk weergegeven als percentage, om te zetten naar vier waardelabels die ieder een kwart van de scores per variabele bestrijken. De vierdeling die zo ontstaat loopt uiteen van (zeer) positieve tot (zeer) negatieve scores. Aan ieder gelijk deel (25%) wordt steeds een oordeel positief (++), neutraal (0) of negatief (-, --) toegekend op basis van aannames uit de literatuur.

De scores kunnen op twee manieren worden bepaald. Voor een aantal condities wordt uitgegaan van de categorisering: -- = 0-24%; - = 25-49%; + = 50-74%; ++ = 75-100%. Bepalend voor de mate van succes is bijvoorbeeld de mate waarin teams zelf doelen vaststellen. Indien meer dan driekwart van de projectteams van een bepaald type dit (het zelf de doelen vaststellen) als zodanig ervaart, dan is dit zeer positief (++), minder dan een kwart echter is zeer negatief (--). Daarnaast zijn er condities waar deze systematiek minder geschikt is. Op de vraag of er voldoende methodische deskundigheid aanwezig is geweest voor de implementatie zijn de gevallen waar de beschikbaarheid als onvoldoende is ervaren veelbetekenend als verklaring voor de hoogte van de uitkomstmaat. Een tekort in hulpbronnen, of dit nu ervaren wordt door minder dan een kwart van de teams of door een meerderheid, is eigenlijk nooit positief. Hoe kleiner, hoe beter is de insteek. In dergelijke gevallen is gekozen voor een andere categorisering: + = 0-24%; 0 = 25-49%; - = 50-74%; -- = 75-100%. De percentages 50-100 worden als (zeer) negatief beschouwd, 25-49% als neutraal (0) en 0-24% als positief (+). Uitgangspunt bij de laatste is dat het positief te noemen is als minder dan een kwart van de teams van een projecttype tekorten ervaren, de overige teams ('ja' en 'geen idee') ervaren dan kennelijk geen probleem.

De waardelabels wordt in de tabellen 9.2a en 9.2b gebruikt om condities in te delen op basis van variatie tussen projecttypen. De werkwijze verscherpt de verschillen tussen projecttypes zoals beschreven in het vorige hoofdstuk.

Tabel 9.2a Mate van variatie tussen projecttypen per conditie

| <i>Conditie</i> | | <i>Argument</i> |
|--|------------------------|---|
| Relevantie voor betrokken afdelingen | Tabel 8.1 | Alle projecttypen ++ |
| Risico's verbonden aan Sneller Beter en mate waarin verbetering wordt beloond | Tabel 8.1 | Scores lopen uiteen van + tot -- |
| Congruente visie | Tabel 8.2 | Alle projecttypen ++ of + |
| Ondersteuning, bronnen, externe prikkels | Tabel 8.3a-c en 8.4b-c | Scores lopen uiteen van + tot -- |
| Interne prikkels | Tabel 8.4a | Scores lopen uiteen van + tot -- |
| Methoden werkwijzen en interventies sluiten aan op context en behoefte | Tabel 8.5a | Alle projecttypen ++ |
| Methoden, werkwijzen en interventies zijn overzichtelijk en gebracht in juiste vorm/stijl | Tabel 8.5a | Alle projecttypen ++ of + |
| Functie van de projectleider | Tabel 8.6a | Scores lopen uiteen van + tot -- |
| Projectteam heeft zelf doelen en middelen vastgesteld en is constant van samenstelling | Tabel 8.6b | Alle projecttypen ++ of + |
| Regie, verantwoordelijkheid en invloed op het teambeleid | Tabel 8.6c | Scores lopen uiteen van - tot ++ |
| Consortium heeft meteen hoge verwachtingen gewekt over prestaties, verbetermogelijkheden en beste aanpak | Tabel 8.7a | Scores lopen uiteen van -- tot ++ |
| Deadlines gehaald door externe adviseurs | Tabel 8.7b | Scores draagvlak en actieve medewerking medewerkers op de afdelingen lopen uiteen van - tot ++ |
| Interne sleutelfiguren doen hun best om van het programma een succes te maken | Tabel 8.7b | Alle projecttypen ++ of + |
| Het meten van de voortgang en omgang met prestatie-indicatoren | Tabel 8.8a-b | Het voortdurend meten van de voortgang en het inzichtelijk maken voor de eigen afdeling en anderen is bij ieder projecttype + of ++ |
| Aanwezige ICT-voorzieningen voor monitoring, risico-inventarisatie en ketenoverzicht | Tabel 8.8c | Alle projecttypen + of 0 |

De volgende stap is om na te gaan hoe de aangetroffen variatie uit tabel 9.2a zich verhoudt tot het patroon binnen de primaire uitkomstmaten in tabel 9.1. In tabel 9.2b zijn de condities nogmaals uitgewerkt. Dit keer zijn ze ingedeeld in een groep die het patroon niet volgt en een groep die dit wel doet.

Tabel 9.2b Mate waarin de variatie het patroon in de primaire uitkomstmaat volgt⁹

| <i>Conditie</i> | | <i>Overeenkomstig patroon uitkomstmaat</i> |
|--|---------------------------|--|
| Risico's verbonden aan Sneller Beter en mate waarin verbetering wordt beloond | Tabel 8.1 | Ja |
| Ondersteuning, bronnen, externe prikkelers | Tabel 8.3a-c en 8.4b-c | Ja |
| Interne prikkelers | Tabel 8.4a | Ja |
| Functie van de projectleider | Tabel 8.6a | Nee |
| Regie, verantwoordelijkheid en invloed op het teambeleid | Tabel 8.6c | Nee |
| Consortium heeft meteen hoge verwachtingen gewekt over prestaties, verbetermogelijkheden en beste aanpak | Tabel 8.7a | Ja (prestaties en verbetermogelijkheden) Nee (aanpak) |
| Deadlines gehaald door externe adviseurs | Tabel 8.7b | Nee |

9.3.2 *Conditie met variatie per projecttype*

De condities met variatie zijn opgenomen in tabel 9.3a, voorzien van waardelabels. Uit het overzicht blijkt dat de opvattingen van de projectleiders in de ziekenhuizen over de beschikbare bronnen sterk overeenkomen met het patroon in de primaire uitkomstmaten. De OK-projecten schieten vooral tekort op tijd, menskracht, middelen en op maat gesneden instructie. Voor de POWI-projecten is tijd een cruciale factor, ook het draagvlak van collega's op de betrokken afdelingen schieten tekort. In het geval van DEC en MV zijn de beschikbare bronnen niet problematisch. De PHI- en WZW-projecten scoren iets lager bij tijd, mensen en middelen doch de meerheid ervaart geen tekorten. Externe druk verschilt weliswaar per projecttype, het succes- of falen per projecttype kan niet worden verklaard op grond van het patroon in de variatie. Opvallend is dat door de MV-projectteams geen noodzaak wordt ervaren en dat bij de drie logistieke projecttypen marktwerking een grotere rol speelt dan bij de veiligheidsprojecten. Verder valt op dat de aanwezigheid van prikkelers – mate waarin verbetering wordt beloond en risico's verbonden aan de implementatie – alleen bij de OK-projectteams problematisch is. Ook bestaat er binnen de perceptie van de OK-projectleiders een gebrek aan actieve medewerking van medewerkers op de afdelingen.

⁹ Voor de volledigheid: twee van de condities komen niet terug in tabel 2b. Het gaat om twee van de primaire uitkomstmaten oftewel de afhankelijke variabelen (tabel 9.1). Er is sprake van variatie onder beide variabelen:

- positieve verhouding tussen kosten en baten;
- methoden, werkwijzen en interventies leiden tot duidelijk waarneembare resultaten.

Tabel 9.3a Conditie met variatie geordend per projecttype

| <i>Voldoende beschikbare bronnen</i> | DEC | MV | OK | POWI | PHI | WZW |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Tijd* | + | + | - | -- | 0 | 0 |
| Menskracht* | + | + | - | 0 | 0 | 0 |
| Middelen* | + | + | - | + | 0 | 0 |
| Methodische deskundigheid* | + | + | 0 | 0 | + | + |
| Inhoudelijke deskundigheid* | + | + | + | 0 | + | + |
| Draagvlak onder medewerkers op de betrokken afdelingen* | + | + | 0 | - | + | + |
| Actieve medewerking medewerkers op de afdelingen | + | ++ | - | + | + | ++ |
| Ondersteuning vanuit de medische staf* | + | + | 0 | + | + | + |
| Op maat gesneden instructie* | + | + | - | 0 | + | 0 |
| Totaalscore beschikbare bronnen | 9(+) | 1(++) | 1(+) 3(0) | 3(+) 4(0) | 6(+) 3(0) | 1(++) |
| | | 8(+) | 5(-) | 1(-) 1(-) | | 4(+) 4(0) |
| <i>Verbetering is een noodzaak door...</i> | | | | | | |
| De verplichting te werken met prestatie-indicatoren | ++ | -- | - | + | ++ | - |
| Competitie tussen projectteams | - | -- | -- | - | - | - |
| Deelname aan Sneller Beter | + | - | + | ++ | ++ | ++ |
| Toenemende marktwerking in de zorg | - | - | ++ | + | ++ | + |
| Totaalscore externe prikkels | 1(++) | 2(-) 2(-) | 1(++) | 1(++) | 2(++) | 2(++) |
| | 1(+) 2(-) | | 1(+) | 1(+) | 1(-) | 1(+) 1(-) |
| | | | 1(-) | 1(-) | | |
| <i>Aanwezige prikkels</i> | | | | | | |
| Verbetering wordt beloond* | 0 | 0 | - | + | 0 | 0 |
| Implementatie kent risico's** | 0 | + | -- | 0 | 0 | 0 |

(Bron: tweede meting)

Legenda: -- = 0-24; - = 25-49; + = 50-74; ++ = 75-100 (% eens)

* + = 0-24; 0 = 25-49; - = 50-74; -- = 75-100 (% oneens)

** + = 0-24; 0 = 25-49; - = 50-74; -- = 75-100 (% eens)

9.3.3 Conditie met variatie per ziekenhuis

De beschikbaarheid van bronnen en de aanwezigheid van externe druk en prikkels is terug te voeren op leiderschap. Een volgende stap is om na te gaan of er naast patronen op het niveau van projecttypen ook sprake is van een patroon op ziekenhuisniveau (zie tabel 9.3b).

Tabel 9.3b Conditie met variatie geordend per ziekenhuis

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <i>Voldoende beschikbare bronnen</i> | | | | | | | | |
| Tijd* | + | - | + | 0 | 0 | - | - | 0 |
| Menskracht* | 0 | - | + | 0 | + | 0 | + | 0 |
| Middelen* | + | 0 | 0 | 0 | + | + | 0 | + |
| Methodische deskundigheid* | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Inhoudelijke deskundigheid* | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Draagvlak onder medewerkers op de betrokken afdelingen* | + | 0 | - | + | + | + | + | + |
| Actieve medewerking medewerkers op de afdelingen | ++ | + | + | ++ | + | ++ | ++ | + |
| Ondersteuning vanuit de medische staf* | + | + | 0 | + | + | + | + | + |
| Op maat gesneden instructie* | + | + | - | + | + | + | + | 0 |
| Totaalscore beschikbare bronnen | 1(++) | 5(+) | 5(+) | 1(++) | 8(+) | 1(++) | 1(++) | 6(+) |
| | 7(+) | 2(0) | 2(0) | 5(+) | 1(0) | 6(+) | 6(+) | 3(0) |
| | 1(0) | 2(-) | 2(-) | 3(0) | | 1(0) | 1(0) | |
| | | | | | | 1(-) | 1(-) | |
| <i>Verbetering is een noodzaak door...</i> | | | | | | | | |
| De verplichting te werken met prestatie-indicatoren | + | - | + | + | + | - | + | + |
| Competitie tussen projectteams | - | - | - | -- | -- | - | -- | -- |
| Deelname aan Sneller Beter | + | ++ | + | ++ | ++ | ++ | + | + |
| Toenemende marktwerking in de zorg | ++ | ++ | - | + | + | + | - | ++ |
| Totaalscore externe bronnen | 1(++) | 2(++) | 2(+) | 1(++) | 1(++) | 1(++) | 2(+) | 1(++) |
| | 2(+) | 2(-) | 2(-) | 2(+) | 2(+) | 1(+) | 1(-) | 2(+) |
| | 1(-) | | | 1(-) | 1(-) | 2(-) | 1(-) | 1(-) |
| <i>Aanwezige prikkels</i> | | | | | | | | |
| Verbetering wordt beloond* | ++ | + | + | ++ | - | + | + | - |
| Implementatie kent risico's** | ++ | - | ++ | ++ | - | - | - | ++ |

(Bron: tweede meting)

Legenda: -- = 0-24; - = 25-49; + = 50-74; ++ = 75-100 (% eens)

* + = 0-24; 0 = 25-49; - = 50-74; -- = 75-100 (% oneens)

** + = 0-24; 0 = 25-49; - = 50-74; -- = 75-100 (% eens)

Tabel 9.3b laat zien dat de beschikbaarheid van met name tijd, menskracht, draagvlak en actieve medewerking door medewerkers op de afdelingen en op maat gesneden instructie variëren per ziekenhuis. Ook het voelen van een noodzaak door de verplichting te werken met prestatie-indicatoren en toenemende marktwerking varieert, evenals de gepercipieerde (anti)prikkels. In bijlage 7 kunnen de overige percentages per variabele per ziekenhuis worden nagelezen. Het is relevant om te vermelden dat ook op ziekenhuisniveau de variatie binnen scores van de tweede meting zich met name centreert rondom de condities zoals genoemd in tabel 9.2b. In tegenstelling tot de scores per projecttypes laten de scores per ziekenhuis geen duidelijk hoog of laag scorende instellingen zien. Ook bestaat er geen direct verband tussen de scores uit tabel 9.3b en de primaire uitkomstmaten per ziekenhuis.

9.4 Projectteams en procesmeting

In deze paragraaf wordt nagegaan hoe de procesmeting zich verhoudt tot de scores in de tabellen 9.3a en 9.3b en de uitkomstmaten. Tabel 9.4a bevat de scores van de procesmeting per projecttype omgezet in positief (+), neutraal (0) of negatief (-). Om dit te kunnen doen is de oorspronkelijke zevenpuntschaal vertaald naar een + bij waarden gelijk of hoger dan 4,5, een 0 indien deze valt binnen het bereik 3,6-4,4 en – zodra de score 3,5 of lager is. De waarde vier betekent noch eens, noch oneens. Er is dus voor gekozen relatief kleine afwijkingen consequent tot de neutrale waarden te rekenen.

Tabel 9.4a Conditie procesmeting geordend per projecttype

| <i>Voldoende beschikbare bronnen</i> | DEC | MV | OK | POWI | PHI | WZW |
|--|------------------|-------------|------------------|-------------|-------------|-------------|
| Compatibiliteit van het verbeterproject | + | + | + | + | + | + |
| Teamcohesie* | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | + |
| Teamorganisatie | + | + | + | + | + | + |
| Taakuitoefening/ondersteuning consortium | 0 | 0 | + | + | + | + |
| Ondersteuning ziekenhuisorganisatie | 0 | + | 0 | + | + | + |
| Leiderschap Raad van Bestuur | - | 0 | - | + | 0 | + |
| Totaal | 2(+) | 3(+) | 3(+) | 5(+) | 4(+) | 6(+) |
| | 3(0) 1(-) | 3(0) | 2(0) 1(-) | 1(0) | 2(0) | |

* Neutraal wil in dit geval zeggen: de cohesie is noch laag, noch hoog

Het overzicht van tabel 9.4a illustreert dat het patroon in de scores van de procesmeting niet overeenkomt met de condities zoals aangetroffen in de tweede meting (tabel 9.3a). Slechts het leiderschap van de Raad van Bestuur laat variatie zien. Toch staan ook deze scores niet direct in verband met de primaire uitkomstmaten. Tabel 9.4b laat eenzelfde beeld zien op ziekenhuisniveau. Bijlage acht bevat een visualisatie van de processcores per projecttype en ziekenhuis.

Tabel 9.4b Conditie procesmeting geordend per ziekenhuis

| <i>Voldoende beschikbare bronnen</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Compatibiliteit van het verbeterproject | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Teamcohesie* | 0 | + | 0 | 0 | + | 0 | + | 0 |
| Teamorganisatie | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Taakuitoefening/ondersteuning consortium | 0 | + | 0 | 0 | 0 | + | 0 | 0 |
| Ondersteuning ziekenhuisorganisatie | + | + | + | + | + | + | 0 | + |
| Leiderschap Raad van Bestuur | 0 | 0 | 0 | 0 | - | 0 | - | + |
| Totaal | 3(+) | 5(+) | 3(+) | 3(+) | 4(+) | 4(+) | 3(+) | 4(+) |
| | 3(0) | 2(0) | 3(0) | 3(0) | 1(0) | 2(0) | 2(0) | 2(0) |
| | | | | | 1(-) | | 1(-) | |

* Neutraal wil in dit geval zeggen: de cohesie is noch laag, noch hoog

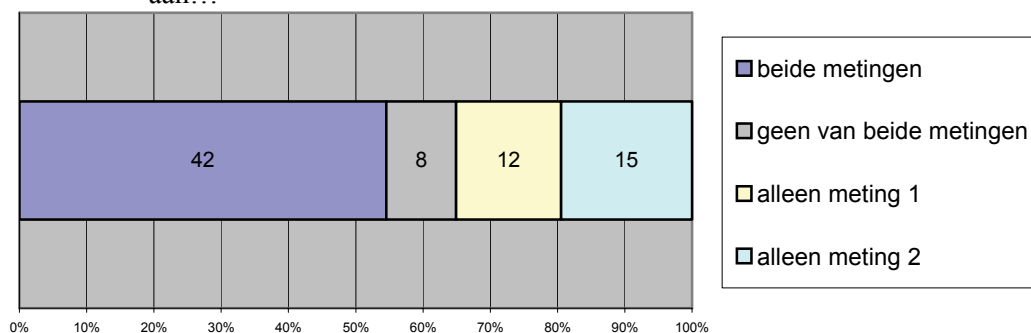
Relaties procesmeting met uitgangspositie en tweede meting

De tweede meting blijkt op onderdelen een grotere mate van variatie te laten zien tussen projecttypen en ziekenhuizen dan de eerste meting. Ordening van deze condities laat op

projecttypeniveau een patroon zien in de condities beschikbare bronnen en prikkels (tabel 9.3a) dat aansluit op het patroon dat zichtbaar is in de primaire uitkomsten (tabel 9.1). De dimensiescores van de procesmeting laten een afwijkend patroon zien op projecttypeniveau (tabel 9.4a en bijlage 8). Er zijn drie oorzaken denkbaar als verklaring voor de verschillen.

De eerste is dat er mogelijk per projecttype – vooral bij WZW en MV – een andere populatie is onderzocht. Het blijkt dat 42 projectteams zowel hebben deelgenomen aan de eerste als aan de tweede meting (55%), acht teams hebben aan geen enkele meting meegewerkt (10%), 12 alleen aan de eerste meting (16%) en 15 alleen aan de tweede meting (19%).

Grafiek 9.1 Percentage van de projectleiders in de ziekenhuizen dat heeft deelgenomen aan...



Een tweede verklaring voor het verschil in de meetuitkomsten is dat beide meetinstrumenten niet of slechts gedeeltelijk dezelfde theoretische concepten meten. Zolang hierover nog onduidelijkheid bestaat, problematiseert het de voorspellende werking van het meetinstrument dat is gehanteerd bij de procesmeting. Aanvullende metingen zijn noodzakelijk om uitsluitel te krijgen.

Een derde mogelijkheid is dat de vorige verklaringen niet van toepassing zijn, maar dat de verschillen ontstaan zijn doordat zich een verandering heeft voorgedaan in de werkwijze of de context waarbinnen de projectteams hun verbeterprojecten uitvoeren in de Sneller Beter ziekenhuizen. Wat is er gebeurd in de maanden tussen de procesmeting in juli 2005 en de tweede meting eind 2005/begin 2006? Voor DEC, MV, PHI en WZW zijn in deze periode de laatste metingen verricht; metingen die afgezet zijn tegen de voormetingen. Zo is bijvoorbeeld denkbaar dat de projectleiders in de ziekenhuizen naarmate het project vorderde steeds meer gewicht zijn gaan hechten aan de SMART-doelstelling, waarin de OK- en POWI-projectteams geen inzicht konden hebben vanwege de afwezigheid van een bruikbaar meetinstrument. Daar staat tegenover dat de DEC-teams zich juist geconfronteerd zien met positieve nametingen. Het is niet ondenkbaar dat projectleiders hun opvattingen over de gang van zaken tijdens de implementatieduur zoals de mate van ondersteuning, beschikbare hulpbronnen, prikkels en leiderschap bijstellen zodra de mate van doelbereiking aan het licht komt. Hier geldt eveneens dat er pas echt helderheid ontstaat na een tweede proef met de (onderdelen van de) procesmeting tijdens het implementatieprogramma, bij voorkeur aan het einde van de projecten (bijvoorbeeld van T2S1, of de OK's en PHI's van T1S1). Dit vraagt tevens om volledige en betrouwbare primaire uitkomstgegevens van de projecten die door deze teams zijn uitgevoerd.

9.5 Belangscores

Naast de tot dusver behandelde condities uit de literatuur die na operationalisering zijn voorgelegd aan de projectleiders in de ziekenhuizen is hen tevens gevraagd aan welke zaken zij bij de implementatie het hoogste belang toekennen. Dat is gedaan door hen een top tien te laten aanbrengen in een lijst met 31 condities bepalend voor het succes of falen van het implementatieprogramma. De uiteindelijke rangorde is totstandgekomen door aan het eerstgenoemde aspect tien punten toe te kennen, het tweedegenomde aspect negen punten enzovoort. In totaal zijn er door 50 ondervraagden 55 punten toegekend, neerkomend op 2750 punten. Hiervan blijken de ondervraagden meer dan de helft van de punten (52%) toegewezen te hebben aan tien aspecten. Tabel 9.5 geeft de puntentoekenning weer. De tabel laat zien hoeveel personen punten hebben toegekend en hoeveel het gemiddelde aantal toegekende punten bedraagt.

Tabel 9.5 Punten toegekend aan kenmerken programmaopzet door projectleiders in de ziekenhuizen

| | N | Totale punten | Gemiddeld toegekend |
|---|----|---------------|---------------------|
| 1. Een Raad van Bestuur die voorziet in de randvoorwaarden om te verbeteren. | 27 | 209 | 7,7 |
| 2. Duidelijk waarneembare resultaten. | 26 | 171 | 6,6 |
| 3. Voldoende actieve medewerking overige medewerkers van de afdeling(en). | 29 | 168 | 5,8 |
| 4. Een Raad van Bestuur die verbeteringen aanmoedigt. | 25 | 153 | 6,1 |
| 5. Het voortdurend meten van de voortgang. | 21 | 143 | 6,8 |
| 6. Het onderwerp van het project is relevant voor de afdeling(en). | 23 | 137 | 6 |
| 7. Een goed leerklimaat in het ziekenhuis. | 25 | 136 | 5,4 |
| 8. Dat projectleider en collega's een gunstige verhouding ervaren tussen de opbrengsten en kosten van deelname. | 15 | 111 | 7,4 |
| 9. De methoden, werkwijzen en interventies lenen zich voor toepassing binnen de context van de afdelingen. | 15 | 104 | 6,9 |
| 10. De programmavisie past binnen de strategische visie van het ziekenhuis. | 16 | 91 | 5,7 |
| Totaal verdeeld in top tien | | 1423 | |
| Totaal aantal verdeelde punten | | 2750 | |

(Bron: tweede meting)

Het overzicht geeft aan dat vooral de voorwaardenscheppende rol van de Raad van Bestuur cruciaal wordt gevonden. Dit aspect keert terug op de eerste en vierde plaats.

Hoog scoren ook metingen en monitoring (positie twee en vijf) en medewerking van medewerkers van de afdelingen waar de projecten worden uitgevoerd (derde plaats). Op de zesde en negende plaats bevindt zich de compatibiliteit van de aangereikte innovaties, op zeven het leerklimaat in het ziekenhuis. De gunstige verhouding tussen opbrengsten en kosten volgens projectleider in de ziekenhuizen en collega's staat op plaats acht. De top tien wordt afgesloten met de aansluiting tussen programmavisie en de visie van de organisatie.

In tabel 9.6 volgt een aanvulling op de algemene top tien. Aan de projectleiders in de ziekenhuizen is tevens gevraagd naar de zaken die zij bepalend achten voor de toepassing van de Sneller Beter projecten in de toekomst. De scores zijn geordend per projecttype.

Tabel 9.6 Punten toegekend aan kenmerken programmaopzet door projectleiders in de ziekenhuizen

| <i>Bepalend voor toepassing in toekomst</i> | DEC | MV | OK | POWI | PHI | WZW |
|---|------------|-----------|-----------|-------------|------------|------------|
| | % | % | % | % | % | % |
| Instructie van nieuwe teams | 67 | 46 | 67 | 60 | 67 | 40 |
| Landelijke bijeenkomsten voor projectteams | 22 | 18 | 17 | 40 | 17 | 40 |
| Grondige evaluatie van huidige projecten | 78 | 28 | 67 | 20 | 8 | 20 |
| Betrokkenheid medisch specialisten | 67 | 82 | 50 | 80 | 100 | 80 |
| Steun van de Raad van Bestuur | 89 | 82 | 67 | 80 | 92 | 60 |
| Opstellen van business cases per project | 22 | 19 | 50 | 40 | 50 | 10 |
| Specifieke kennis verankeren in lijnmanagement | 89 | 55 | 83 | 80 | 42 | 50 |
| Ruimte om risico's te nemen en te experimenteren | 67 | 36 | 33 | 20 | 50 | 60 |
| Kengetallen, monitoring | 44 | 36 | 67 | 60 | 75 | 40 |
| Gebruikmaking van prestatie-indicatoren | 78 | 27 | 100 | 60 | 42 | 30 |
| Omgevingsdruk (benchmarks, prestatie-indicatoren) | 67 | 9 | 33 | 20 | 42 | 40 |
| Cultuuromslag (meer informeel, minder hiërarchisch) | 33 | 18 | 17 | 60 | 42 | 30 |

(Bron: tweede meting)

De tabel bevestigt dat de rol van de Raad van bestuur als cruciaal wordt ervaren. Voor de projectleiders OK en WZW in de ziekenhuizen geldt dit mindere mate. De betrokkenheid van medisch specialisten scoort hoog, hetzij minder bij DEC en OK. DEC, OK en POWI vinden het belangrijk dat specifieke kennis wordt verankerd in het lijnmanagement van het ziekenhuis. De DEC- en OK-projectleiders hechten het meest aan het gebruik van prestatie-indicatoren, PHI-projectleiders aan monitoring. Het opstellen van business cases per project en het organiseren van landelijke bijeenkomsten voor projectteams wordt door een minderheid als bepalend beschouwd.

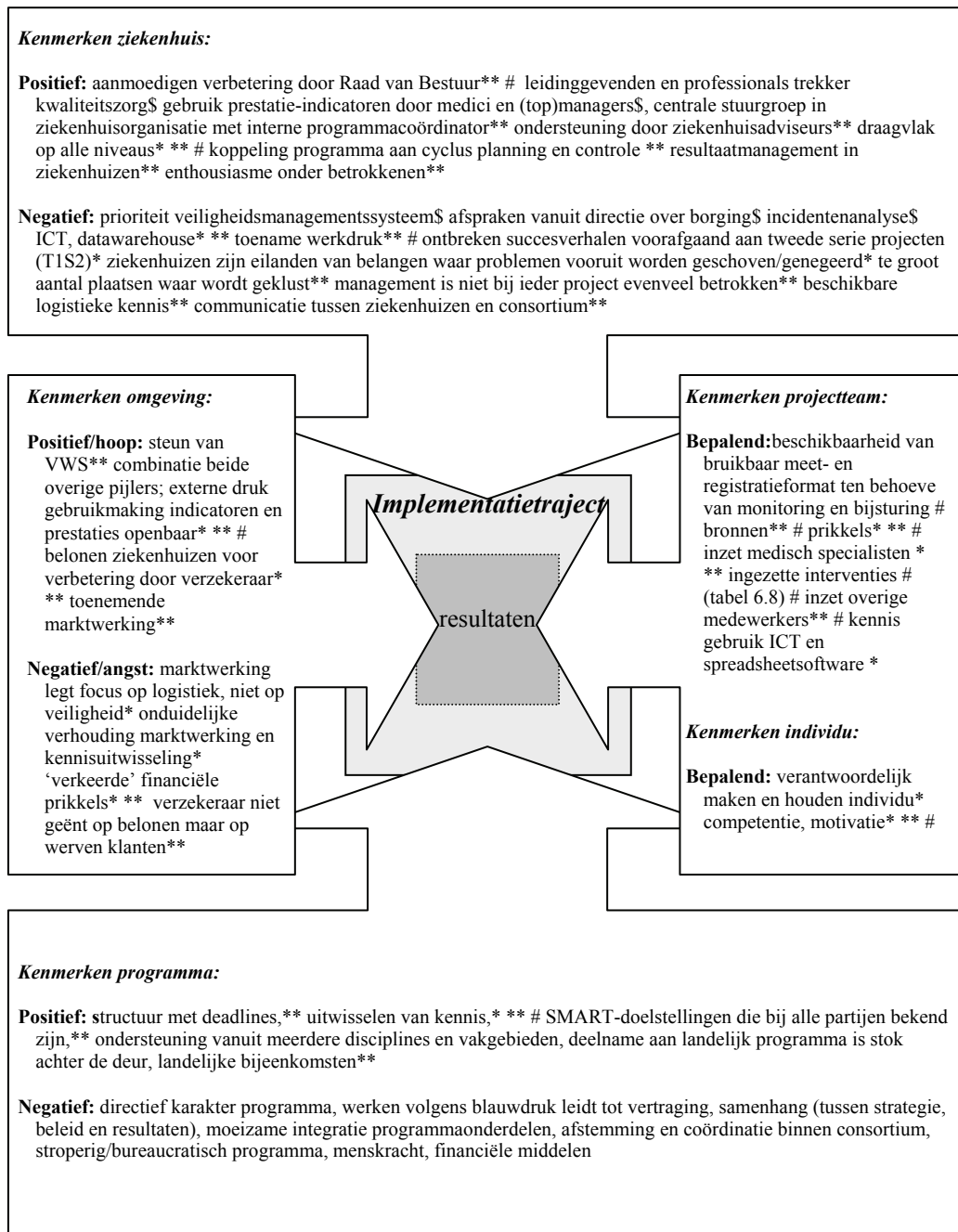
9.6 Succes- en faalfactoren samengevat

Het teamsucces is in dit hoofdstuk uitgedrukt in primaire uitkomstmaten zoals de procentuele verandering ten opzichte van het programmadoel, het eigen oordeel van projectleiders in de ziekenhuizen, de verhouding tussen kosten en opbrengsten, de vraag of resultaten duidelijk waarneembaar zijn en of de projectleider het eigen team goed getraind acht in de verbetermethode. Uit paragraaf 9.3 kan worden afgeleid dat de bronnen, ondersteuning en medewerking van medisch specialisten en medewerkers op de betrokken afdelingen daar per projecttype een doorslaggevende rol bij spelen (tabel 9.3a). De steun en inzet van de Raad van Bestuur en medisch specialisten wordt door projectleiders in de ziekenhuizen belangrijk gevonden. Datzelfde geldt voor de waarneembaarheid van resultaten (paragraaf 9.5).

Naast informatie op teamniveau zijn in dit rapport nog andere informatiebronnen gebruikt die inzicht geven in de succes- en faalfactoren van het implementatieprogramma. Het gaat om de interviews met leden van de Raden van Bestuur en interne programmacoördinatoren (paragraaf 4.10), de adviseurs van het consortium (onderdeel 9 van bijlage 5) en de landelijke vragenlijst (hoofdstuk 3).

In schema 9.1 is de informatie uit de verschillende bronnen geordend op een vergelijkbare manier als in schema 1.3. Er wordt door ondervraagden in zodanige mate gewezen op succes- en faalfactoren rondom de kenmerken van het implementatieprogramma dat er een apart blok is opgenomen in het schema. Kenmerken van het individu zijn daarom opgenomen in het blok 'kenmerken projectteam' aan de rechterkant. In het blok 'kenmerken omgeving' zijn naast de als positief aangemerkte beïnvloedende factoren enkele angsten geformuleerd. Zowel de positieve als de negatieve effecten bij 'kenmerken omgeving' berusten voor een deel op verwachtingen (hoop of angst), in tegenstelling tot 'kenmerken ziekenhuis', 'kenmerken projectteam' en 'kenmerken programma' waar geconstateerde feiten zijn opgenomen.

Schema 9.1 Overzicht succes- en faalfactoren in het eerste jaar



* interviews leden Raden van Bestuur en interne programmacoördinatoren

** interviews adviseurs van het consortium

vragenlijst tweede meting projectleiders in de ziekenhuizen

\$ landelijke vragenlijst kwaliteits- en veiligheidsmanagement

Uit de beschikbare bronnen van het evaluatieonderzoek komt een aantal algemene succesfactoren naar voren. Kenmerkend is dat realisatie hiervan geen eenmalige activiteit is. De echte succes- en faalfactoren voor de implementatie van verbeterprojecten in een implementatieprogramma zoals dat van Sneller Beter zijn blijvende aandachtspunten.

Succesvolle implementatie vereist naast (structurele toepassing van) interventies (algemeen en projectspecifiek; tabel 6.8) in ieder geval vijf zaken of taken; het duurzaam voorzien in:

- prikkels om partijen aan te sporen in lijn met de programmaopzet te handelen (belonen van verbetering, nakomen gedane toezeggingen, consequent communiceren over doelen, middelen en noodzaak op basis van een consistent kader zonder tegenstrijdige prikkels of dubbelzinnigheden);
- bronnen (voldoende tijd, middelen, menskracht etc.);
- individuen met de vaardigheid onmisbare betrokkenen bij de uitvoering enthousiast te maken en steun en actieve medewerking te verwerven (inclusief de aanwezigheid van personen met de competenties die dit vergt);
- instrumenten die projectteams, ongeacht het type waartoe zij behoren, in staat stellen het SMART-projectdoel op effectieve en efficiënte wijze te monitoren en bij te sturen (waaronder ICT);
- duidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor het implementeren van verbeteracties, voor het verzamelen en overdragen van meetgegevens en voor het periodiek terugkoppelen over de stand van zaken aan ziekenhuismedewerkers, Raden van Bestuur en consortium.

Beschouwing

Voor al deze zaken geldt dat de mate waarin een individuele betrokkene (bijvoorbeeld een projectleider binnen een specifieke afdeling, een projectleider van het consortium op een landelijke bijeenkomst of een ziekenhuisbestuurder in de stuurgroep van het ziekenhuis) afhankelijk is van andere partijen op hetzelfde of een ander niveau om te voorzien in een van de genoemde zaken. Afhankelijkheid heeft consequenties voor de macht, het gezag of de geloofwaardigheid die een vereiste vormt voor de uitoefening van de taken. Denk hierbij aan het verwerven van draagvlak onder een sceptisch of niet bereidwillig publiek, het niet kunnen garanderen van een beloning, omdat een verzekeraar weigert extra productie te vergoeden of dat gerealiseerde verbeteringen personeel overbodig maken. Maar ook de situaties waarin projectteams de voortgang niet kunnen meten (laat staan bijsturen) omdat er geen bruikbaar meetinstrument voorhanden is. Ook dit laatste is een product van een wisselwerking tussen ziekenhuispartijen en consortium (ontwikkelaar) omdat het meetinstrument niet tot stand kan komen zodra er geen consensus bestaat over de gedetailleerde invulling van de projectdoelen.

Coördinatie is (daarmee) allesbepalend binnen het multi-level ziekenhuisbrede implementatieprogramma. Tot het brede scala aan uitvoeringshandelingen behoort het instrueren/trainen van projectteams, het faciliteren van projecten, het treffen van verbetermaatregelen door de projectteams, het verrichten van metingen en het overdragen van voortganggegevens aan de centrale database. De coördinatie wordt bemoeilijkt doordat het probleemeigendom over uitvoeringshandelingen verdeeld is over partijen en niveaus.

10 Samenvatting volgens het evaluatiekader van Stake

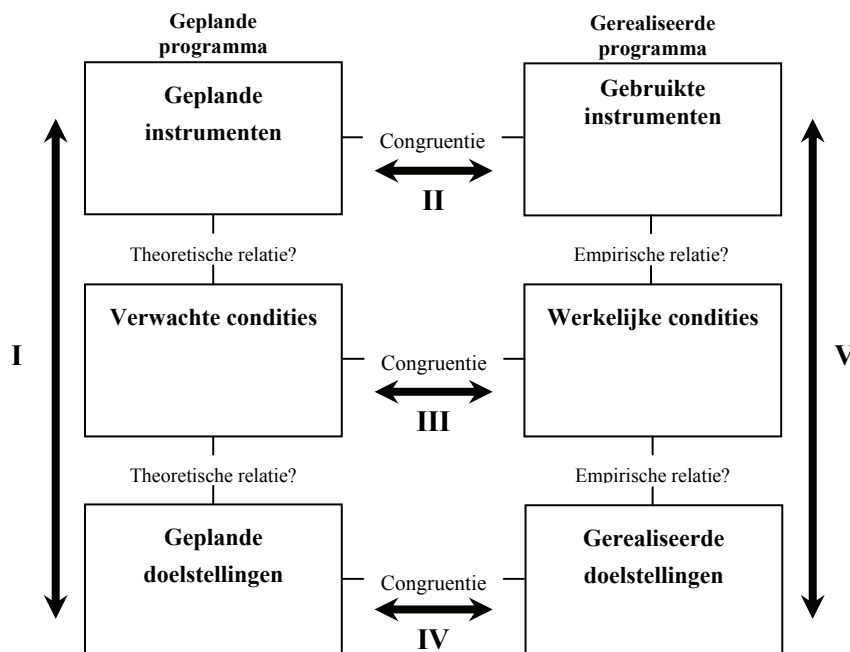
10.1 Het evaluatiekader

Dit hoofdstuk biedt een samenvatting van de evaluatie van het eerste jaar van het implementatieprogramma van Sneller Beter. Deze samenvatting wordt in de paragrafen 10.2 tot en met 10.6 uitgewerkt aan de hand van het in hoofdstuk 1 genoemde evaluatiekader van Stake (1967). Dit evaluatiekader leent zich voor de evaluatie van beleidsprogramma's. Een kenmerk van het Stake-kader (zie schema 10.1) is dat het uitgaat van relaties tussen vaste onderdelen van het geplande en werkelijk uitgevoerde programma. Achtereenvolgens wordt in dit hoofdstuk ingegaan op de:

- I. theoretische relatie tussen geplande instrumenten, verwachte condities en geplande doelstellingen;
- II. verhouding tussen geplande en gerealiseerde instrumenten (onderzoeksvraag 1);
- III. verhouding tussen werkelijke en verwachte condities (onderzoeksvragen 1 en 3);
- IV. verhouding tussen geplande en gerealiseerde doelstellingen (onderzoeksvraag 2);
- V. empirische relatie tussen gebruikte instrumenten, werkelijke condities en gerealiseerde doelstellingen (onderzoeksvragen 1 en 2).

In paragraaf 10.7 volgt een puntsgewijze opsomming van de aard van de relaties. In het volgende hoofdstuk worden de onderzoeksvragen beantwoord.

Schema 10.1 Relaties binnen het Stake-kader



10.2 Relatie I: de theoretische relatie tussen geplande instrumenten, verwachte condities en geplande doelstellingen

In het rapport *Ex ante evaluatie Sneller Beter pijler 3* (Dückers en Wagner 2005) is ingegaan op de geplande instrumenten, verwachte condities en geplande doelstellingen van het implementatieprogramma. Daarbij is uitgegaan van de theoretische relaties tussen instrumenten, condities en doelstellingen met als conclusie dat de programmamakers rekening lijken te houden met de condities die in de literatuur als succesbepalend worden beschouwd. Het eindoordeel luidt dat het implementatieprogramma van Sneller Beter een kans van slagen heeft. Wel zijn er twee aandachtspunten. In de eerste plaats de verdere uitwerking en invulling van het L&O-traject aangezien dit onderdeel bedoeld is om bekende tekortkomingen van de borging na reguliere Doorbraakprojecten op te heffen (onder meer door koppeling aan de planning en controle cyclus en het opstellen van business cases die inzicht bieden in het financiële belang van doelbereiking). In de tweede plaats de wijze van uitvoering en het gedrag van betrokken partijen. Dit laatste heeft te maken met de interdependenties tussen partijen en niveaus. Om hun taken en verantwoordelijkheden waar te kunnen maken zijn de betrokkenen afhankelijk van de mate waarin andere partijen binnen het ziekenhuis of consortium hun taken en verantwoordelijkheden nakomen.

10.3 Relatie II: de verhouding tussen geplande en gebruikte instrumenten

In het eerste jaar staat het implementatieprogramma van Sneller Beter vooral in het teken van patiëntenlogistiek en patiëntveiligheid. Voor deze prioriteitsgebieden is vooraf door het consortium een inventarisatie gemaakt van de in te zetten instrumenten. Een beschrijving van de instrumenten is in projectspecifieke draaiboeken opgenomen. De verbeterprojecten zijn in te delen in Doorbraakprojecten en procesherinrichtingen, uit te voeren door de projectteams in de ziekenhuizen.

De projectduur van de Sneller Beter projecten bedraagt volgens de programmaopzet een tot twee jaar. De Doorbraakprojecten, gericht op decubitus (DEC), medicatieveiligheid (MV) en toegangstijden voor poliklinieken (WZW) hebben een looptijd van een jaar. De projecten gericht op OK-productiviteit (OK), postoperatieve wondinfecties (POWI) en de procesherinrichtingen (PHI's) – waar doorstroomtijd, toegangstijd en ligduur aan bod komen – duren twee jaar.

Van ieder van deze zes projecttypen zijn er in de eerste acht ziekenhuizen projectteams gestart die een of meer projecten hebben uitgevoerd. Uit de data komt naar voren dat het werkelijk geleverde ondersteuningaanbod van het consortium overeenkomt met het voorstel in het landelijke plan van aanpak. In het eerste jaar is de ondersteuning verdeeld over ziekenhuizen en projecttypen.

Ieder ziekenhuis heeft twee adviseurs toegewezen gekregen. De ziekenhuisadviseurs leggen een bijzondere nadruk op de procesherinrichtingen. De formatie van ziekenhuisadviseurs wordt teruggebracht van twee naar één na T1S1.

Het merendeel van de projectteams maakt gebruik van de landelijke trainings-, meet- en intervisiebijeenkomsten en het door het consortium beschikbaar gestelde pakket met methoden, interventies en meet- en registratie-instrumenten.

Een derde prioriteitsgebied, Leiderschap- en Organisatieontwikkeling (L&O), richt zich op het strategische en tactische management van de deelnemende ziekenhuizen. L&O voegt een dimensie toe aan het implementatieprogramma van Sneller Beter. Door niet alleen ziekenhuismedewerkers op operationeel niveau te betrekken in het quality collaborative, maar ook de bovenliggende niveaus is het programma een multi-level quality collaborative (MQC).¹⁰ Gedurende het eerste jaar is door ziekenhuisbestuurders in het kader van L&O plaatsgenomen in een periodiek terugkerend leiderschapsnetwerk waar het uitwisselen van informatie en ervaringen omtrent de implementatie centraal stond en om vooruit te lopen op de borging en verspreiding. De onderwerpen die aan bod kwamen, hebben betrekking op de vijf prioriteitsgebieden van het implementatieprogramma. Van de voorgenomen reflectie op competenties van bestuurders is in overleg met de betrokkenen afgezien. De twee resterende prioriteitsgebieden zijn professionele kwaliteit en patiëntenparticipatie. Professionele kwaliteit is gericht op kwaliteitsdomeinen van de individuele medisch specialist. Patiëntenparticipatie, tot slot, heeft tot doel de ervaring en specifieke kennis van patiënten in te zetten voor kwaliteitsverbetering en zo de positie van de patiënt in het zorgproces te versterken. In het eerste jaar zijn de programmaonderdelen professionele kwaliteit en patiëntenparticipatie nog beperkt uitgewerkt. Een kwart tot de helft van de multidisciplinaire projectteams heeft gebruik gemaakt van de tot de prioriteitsgebieden behorende instrumenten.

10.4 Relatie III: de verhouding tussen verwachte en werkelijke condities

In hoofdstuk acht is ingegaan op de condities die een rol spelen bij de implementatie van verbeterprojecten in ziekenhuizen. Inzicht in deze condities leidt tot inzicht in de succes- en faalfactoren van de verbeterprojecten. Een van de basisaannamen van het evaluatieonderzoek is dat het verloop van het implementatietraject per verbeterproject en de daar uit voortkomende resultaten (succes of falen) worden bepaald door:

- de interventies die de projectteams toepassen binnen de context waar het project wordt uitgevoerd;
- algemene condities waarvan in de literatuur is vastgesteld dat deze het succes of falen verklaren.

Interventies

Per projecttype is in de hoofdstukken vijf en zes in kaart gebracht welke interventies door de projectteams voornamelijk worden ingezet. Er is een onderscheid aan te brengen in de verbetermethode (met bijbehorende kerncompetenties) en projectspecifieke interventies. De *verbetermethode* komt neer op systematische probleemoplossing waarbij men een indicator hanteert om de ontwikkeling ten opzichte van het hoofddoel structureel in kaart te brengen om weloverwogen te experimenteren met (aanpassingen aan) projectspecifieke interventies.

Er is een scala van *projectspecifieke interventies* aangereikt door de landelijke

¹⁰ Dit is een vorm van kwaliteitscoöperatie tussen partijen van verschillende organisaties op meerdere niveaus, aangestuurd door (methodische en inhoudelijke) kennisuitwisseling en trainingsbijeenkomsten voor iedere doelgroep.

projectteams van het consortium. In de praktijk hebben projectteams een selectie gemaakt. De DEC-teams zijn vooral meer systematisch de prevalentie van decubitus gaan meten op vaste tijdstippen. Tevens worden er aantekeningen gemaakt in het patiëntendossier en worden risico's beter geïnventariseerd.

In het kader van medicatieveiligheid hebben projectteams de onnodige intraveneuze antibiotica toediening, bloedtransfusies of postoperatieve pijn teruggebracht door toepassing van respectievelijk het antibiotica switch project, de 4-5-6-flexinorm voor bloedtransfusies en de VAS-liniaal om pijnscores te meten.

De OK-projecten hebben vooral het begrip spoed geherdefinieerd en houden een snijdend specialist en anesthesioloog beschikbaar voor spoed. Daarnaast wordt het aantal personen op de OK strikt vastgesteld en herverdeelt men vrijgekomen tijd op basis van de hoogte van toegangstijden en bezettingspercentages.

Naast deelname aan PREZIES richten de POWI-projectteams zich op het aantal deurbewegingen in de OK. Andere aandachtspunten zijn scheren en protocollaire toediening van antibiotica profylaxe.

De WZW-projecten kiezen ervoor patiënten te laten terugkomen bij klachten in plaats van routinematige controle. Er vindt taakdelegatie plaats naar nurse practitioners en assistenten en medisch specialisten leveren piepers in om verstoring van het spreekuur te voorkomen. Ook is het aantal consult- en spreekuurtypen verminderd.

Bij de PHI's worden planningsmomenten teruggebracht, probeert men aanbod en vraag op rationele wijze af te stemmen, worden WZW-maatregelen toegepast, zorgprocessen gestandaardiseerd en streeft men naar forse reductie van de doorlooptijd voor diagnostiek volgens een 'one stop shop'-concept. Ook wordt personeel flexibeler ingezet en wordt aandacht besteed aan heldere beslissingslijnen en verantwoordelijkheidsverdeling.

Wegens een beperkte koppelingsmogelijkheid tussen vragenlijsten waarin de projectleiders in de ziekenhuizen aangeven welke interventies door het projectteam zijn gehanteerd en de voor- en nametingen per project uit de centrale database, kan de relatie tussen interventies en gerealiseerde verandering van de uitkomstmaat onvoldoende worden vastgesteld.

Cruciale condities

Uit het onderzoek blijkt dat over het algemeen aan het gros van de condities wordt voldaan. Er is sprake van een perceptie van een meerwaarde onder de betrokken partijen. Alle projecten gelden als relevant en de visie van het implementatieprogramma sluit aan op visie van organisatie en afdelingen. Er komt - buiten een behoefte aan afstemming (paragraaf 10.9) – geen wezenlijke behoefte aan aanvullende ondersteuning naar voren uit de informatiebronnen; het voorgestelde en overeengekomen aanbod geldt echter als ondergrens. Op het niveau van de projecttypen sluiten de projecten volgens de ondervraagde projectleiders in de ziekenhuizen aan op de context waarbinnen ze worden uitgevoerd. De teamorganisatie en de ondersteuning vanuit het ziekenhuis worden positief beoordeeld.

In de multidisciplinaire projectteams neemt conform de programmaopzet doorgaans een medisch specialist zitting die in een derde van de gevallen de rol van projectleider vervult.

Er zijn ook tekortkomingen. Het consortium heeft bijvoorbeeld hoge verwachtingen

gewekt omtrent de resultaten van de projecten, maar een minpunt is dat niet altijd even duidelijk wordt gemaakt hoe deze kunnen worden bereikt. Een ander gebrek is dat OK en POWI in mindere mate hebben geleid tot waarneembare resultaten. Dit is geen verrassing aangezien beide projecttypen niet beschikken over een bruikbaar instrumentarium om de voortgang van het SMART-doel te meten en registreren.

Van deze, maar ook andere, projecten ontbreken in het geheel meetgegevens in de centrale database (stand van zaken mei 2006) waardoor het niet mogelijk is om de mate van doelbereiking objectief te beoordelen. Van bijna de helft van de projecten is (nog) geen informatie voorhanden over de effecten. Het ontbreken van gegevens blijkt op basis van literatuur een veelvoorkomend probleem (Cretin e.a. 2004). Een bijkomend gevolg van het ontbreken van deze gegevens is dat evenmin kan worden vastgesteld of de projectteams de verbetermethode op de beoogde manier toepassen. Zij dienen namelijk te controleren of de ingezette instrumenten tot een verbetering leiden. Indien er geen verbetering optreedt, worden de projectteams geacht te anticiperen/bij te sturen door de interventie aan te passen danwel te vervangen. Er kan op basis van de beschikbare informatiebronnen niet worden nagegaan of er bij ieder project steeds sprake is van cyclische verbetering. Daarnaast missen de projecten met ontbrekende gegevens de onderbouwing die vereist is om gecommuniceerd te kunnen worden als een succesverhaal.

Andere problemen bij OK en POWI zijn dat er gebreken worden signaleerd op het vlak van bronnen en prikkels. De OK- en vooral de POWI-projectleiders in de ziekenhuizen rapporteren een gebrek aan tijd. De OK-projecten gaan bovendien gebukt onder een tekort aan menskracht, middelen, actieve medewerking van medewerkers op de betrokken afdelingen en op maat gesneden instructie. De OK-projectleiders zien risico's verbonden aan het programma en vinden dat verbetering niet wordt beloond.

Wat verder opvalt is dat externe druk geen effect heeft op het noodzakelijkheidsbesef van de MV-projectleiders, dit is eerder het geval bij de logistieke projecten OK, PHI en WZW. De inzet van ICT voor het meten, registreren en verwerken van gegevens door de projectteams is nog niet bij alle projecttypen vanzelfsprekend. Op een van de vragenlijsten is een opmerking geschreven die illustreert dat sommige projectleiders in de ziekenhuizen het belang van uitvoerige metingen niet onderschrijven: "ik stel voor niet overal een uitvoerige, arbeidsintensieve nulmeting te verrichten, soms voel je op je klompen aan dat iets een verbetering is".

10.5 Relatie IV: de verhouding tussen geplande doelstellingen en gerealiseerde doelstellingen

In tabel 10.1 is de doelbereiking per projecttype opgenomen. De doelen van DEC zijn in het eerste jaar bijna gerealiseerd. De decubitus prevalentie (de graden twee tot en met vier) van 19 van de 20 projecten is gedaald met 43% tot 5,4%, het DEC-doel is: <5% bij klinische patiënten.

Het doel van de MV-projecten was om de medicatiefouten te halveren. Het aantal geregistreerde overbodige antibioticatoediening, bloedtransfusies en postoperatieve pijn is gedaald. Gemiddeld is de daling 46% (over 14 van de 22 projecten); een daling die vooral wordt gehaald dankzij de antibiotica switch projecten.

Over de SMART-uitkomsten van de OK- en POWI-projecten is in mei 2006 (nog) niets bekend. Na het tweede jaar zal duidelijkheid ontstaan of de doelen (productiviteitsverhoging met 30% en halvering van het aantal diepe en oppervlakkige wondinfecties) zijn gehaald.

Het doel van PHI is om de doorstroomtijd voor diagnostiek en behandeling te verminderen met 40-90%. De PHI-projecten zijn na T1S1, het eerste jaar, op de helft van de projectduur. Een beperkt aantal projecten laat wisselende resultaten zien. Echte conclusies kunnen nog niet worden getrokken. Dat geldt ook voor de WZW-projecten, waarvan de toegangstijd voor poliklinieken rond de Treeknorm (voor niet acute zorg) zit (vier weken). Het programmadoel (minder dan zeven dagen) wordt slechts bij één project bereikt, gemiddeld zijn de toegangstijden vier keer hoger dan de norm.

Tabel 10.1 Mate van doelbereiking op projectniveau

| <i>Projecttype</i> | Doel bereikt | Doel niet bereikt | Doelbereiking onbekend |
|--------------------|--------------|-------------------|---------------------------|
| DEC | 12 | 7 | 1 |
| MV | 8 | 6 | 8 |
| OK | 0 | 0 | 8 |
| POWI | 0 | 0 | 10 |
| PHI | 2 | 4 | 20 |
| WZW | 1 | 17 | 9 |
| Totaal | 23 | 34 | 56 |

(Bron: centale database)

Van 57 van de 113 projecten zijn voldoende gegevens beschikbaar om een voor- en nameting (en bijbehorend veranderingspercentage) vast te stellen. Het ontbreken van gegevens van de overige projecten kan worden verklaard door een combinatie van factoren:

- een deel van de ziekenhuismedewerkers werkt niet volgens een uniform meet- en registratieformat;
- aangeleverde gegevensbestanden zijn niet altijd te herleiden naar een meetperiode of projectteam;
- de informatiesystemen/ICT-voorzieningen in de ziekenhuizen stellen de projectteams onvoldoende in staat de gewenste data te genereren;
- het consortium heeft de OK- en POWI-projecten niet voorzien van een bruikbaar meetinstrument met gestandaardiseerde prestatie-indicatoren om de status ten opzichte van het SMART-doel tijdens het implementatietraject nauwgezet te meten; systematische overdracht van gegevens over de doelbereiking van deze projecten naar de centrale dataverzameling kon dan ook niet plaatsvinden;
- de werkgroep datamanagement is voor de aanlevering van betrouwbare, volledige en vergelijkbare gegevensbestanden afhankelijk van partijen eerder in de keten; een signalerende functie van het datamanagement bij registratieproblemen en onvolkomenheden bij de overdracht van gegevens kan slechts met vertraging worden teruggekoppeld aan de verantwoordelijke partijen (in bijlage 2 worden deze factoren toegelicht).

Andere effecten

Bijlage 6 geeft een beeld van andere effecten van de projecten die de projectleiders in de ziekenhuizen waarnemen. Ongeveer een derde van de respondenten is van mening dat de patiëntgerichtheid en –tevredenheid zijn toegenomen. Meer dan 40% van de projectleiders signaleert een toename van de tevredenheid en het enthousiasme van medewerkers, maar ook een betere profilering en beheersbaarheid van de afdelingen (een even grote groep verwacht dit). Minder dan een kwart van de projecten heeft geleid tot kostenbesparingen binnen of buiten de deelnemende afdelingen.

Bijna 90% van de projectleiders in de ziekenhuizen is van mening dat aanvullende verbetering op de Sneller Beter prioriteitsgebieden haalbaar is. Meer dan 40% van de projectleiders verwacht na het project verder te gaan met hetzelfde onderwerp.

10.6 Relatie V: de empirische relatie tussen gebruikte instrumenten, werkelijke condities en gerealiseerde doelstellingen

Het evaluatiekader van Stake is naast theoretische relaties ook gericht op analyse van empirische relaties. Onderzoekstechnisch is een (quasi-)experimentele methode de meest geëigende weg om de empirische relatie tussen instrumenten, condities en doelstellingen vast te kunnen stellen. Een dergelijke design – met aandacht voor de processen en uitkomsten binnen de prioriteitsgebieden in controleziekenhuizen – is niet haalbaar. Wel is er de beschikking over informatiebronnen die in staat stellen een beeld te schetsen van de instrumenten, condities en gerealiseerde doelstellingen van het implementatieprogramma. Geconstateerd is dat de instrumenten over het algemeen zijn ingezet volgens de programmaopzet. Aan de condities is overwegend voldaan en de projecten laten positieve veranderingen zien in de richting van de programmadoelen, die niettemin lang niet overal gerealiseerd zijn. De causaliteit tussen interventies/condities en resultaten kan echter niet worden aangetoond vanwege het hiervoor genoemde gebrek aan een controlegroep (zie ook King e.a. 1994 over counterfactualiteit). Los van dit fundamentele knelpunt wordt het beschrijven van de verhouding tussen instrumenten, condities en scores op de uitkomstmaten gehinderd door de leemten in de centrale database (uitkomstmaten) en de niet-optimale respons op de vragenlijsten onder projectleiders in de ziekenhuizen.

10.7 De uitvoering tijdens T1S1 samengevat aan de hand van het Stake-model

In de vorige paragrafen is ingegaan op de vijf relaties waaruit het evaluatiekader van Stake is opgebouwd. Hieronder worden ze samengevat:

- I. De literatuur bevat voldoende bronnen die door de programmamakers veronderstelde theoretische relatie tussen geplande instrumenten, verwachte condities en geplande doelstellingen bevestigen.
- II. De gebruikte instrumenten – (Doorbraak)projecten, trainingen en activiteiten – op het vlak van patiëntenlogistiek en patiëntveiligheid, komen overeen met de oorspronkelijke opzet. Het zelfde geldt voor L&O, hoewel er geen competentiemetingen zijn uitgevoerd onder de ziekenhuisbestuurders. De

projectteams passen in beperkte mate interventies toe in het kader van patiëntenparticipatie en professionele kwaliteit.

- III. Aan het merendeel van de condities is in het eerste jaar voldaan. Of de eerste acht ziekenhuizen echt voorlopers zijn kan niet zomaar worden vastgesteld; op sommige onderdelen wel, op andere niet. De externe ondersteuning vanuit het consortium (ziekenhuisadviseurs en ondersteuningsaanbod per projecttype) wordt over het algemeen positief beoordeeld. Een bruikbaar meetinstrument ontbreekt bij POWI en OK in T1S1. Teams van beide projecttypen ervaren zich minder goed getraind in de verbetermethode. Ook scoren zij op onderdelen lager bij de interne ondersteuning vanuit het ziekenhuis (randvoorwaarden zoals: middelen, tijd, draagvlak en actieve medewerking van medewerkers op betrokken afdelingen, steun van de medische staf). OK-projectteams scoren het laagst bij de mate waarin projectleiders het idee hebben dat verbeteringen worden beloofd. De betekenis van externe druk en competitie wordt door de projectleiders in de ziekenhuizen per projecttype verschillend beoordeeld.
- IV. De resultaten van de DEC-, MV- en WZW-projecten zijn gemiddeld positief. De programmanormen (de SMART-doelen) worden na het eerste jaar nog niet overal bereikt, vooral bij WZW is er sprake van een kloof tussen positief ervaren resultaten en de feitelijke meetgegevens. Van de effectiviteit van de OK- en POWI-projecten (productiviteit operatiekamers en reductie wondinfecties; tweejarige projecten) zijn in de centrale database geen gegevens opgenomen. Van vijf tot zeven PHI's (tevens looptijd van twee jaar) is dit wel het geval. Het tweede jaar zal uitsluitend bieden over de effectiviteit van deze projecten. Van 57 van de 113 projecten zijn na het eerste jaar (in mei 2006) geen resultaten bekend. De dataverzameling in het eerste jaar ging gebukt onder praktische problemen.
- V. De empirische relatie tussen gebruikte instrumenten, werkelijke condities en gerealiseerde doelstellingen is aannemelijk, maar kan door het ontbreken van een controlegroep onvoldoende worden onderbouwd.

11 Conclusies en aanbevelingen

11.1 Een programma-evaluatie over de implementatie van verbeterprojecten

In het vorige hoofdstuk zijn verschillende soorten bevindingen van de programma-evaluatie op systematische wijze verwerkt. De onderzoeksvragen zijn daarmee indirect, hetzij nog niet rechtstreeks beantwoord. Daarin voorziet dit hoofdstuk. Om ervoor te zorgen dat dit hoofdstuk afzonderlijk kan worden gelezen, bevat het resterende deel van deze paragraaf een korte beschrijving van het eerste jaar van het implementatieprogramma van Sneller Beter. In paragraaf 11.2 en 11.3 worden de onderzoeksvragen en de onderzoeksmethode belicht. De beantwoording van de onderzoeksvragen komt aan bod in paragraaf 11.4. Daarna volgen een bijpassende beschouwing en een aantal aanbevelingen ten behoeve van de verdere uitvoering van het implementatieprogramma.

Een eerste serie verbeterprojecten als start van een programma gericht op implementatie, borging en verspreiding van best practices in de curatieve sector

Het eerste jaar van het implementatieprogramma van Sneller Beter, de eerste serie van de eerste tranche (T1S1), bestaat uit de implementatie van verbeterprojecten door multidisciplinaire projectteams in acht ziekenhuizen. De projectteams krijgen ondersteuning vanuit het eigen ziekenhuis en maken gebruik van methodische en inhoudelijk kennis aangereikt door adviseurs van het consortium dat verantwoordelijk is voor de inhoud en uitvoering van het programma. De eerste serie projecten is 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 ziekenhuizen door deel te nemen aan het implementatieprogramma in de toekomst sneller en makkelijker de kwaliteit van zorg op terreinen als patiëntenlogistiek en patiëntveiligheid kunnen verbeteren.

In het eerste jaar worden er verbeterprojecten uitgevoerd door circa 12 multidisciplinaire projectteams per ziekenhuis. De projecten hebben tot doel de kwaliteit van zorg op het vlak van patiëntveiligheid en patiëntenlogistiek te verbeteren. De concrete onderwerpen waarop de veiligheidsteams zich richten zijn: de reductie van doorligwonden, postoperatieve wondinfecties, medicatiefouten en de totstandkoming van een systeem van veilig incident melden (VIM). De logistieke projecten hebben als onderwerp: terugbrengen van de toegangstijden tot poliklinieken, doorstroomtijden van diagnostiek en behandeling. Ook wordt er toegewerkt naar een toename van de productiviteit van operatiekamers. De ziekenhuizen worden begeleid en ondersteund door een consortium van drie partijen: het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, de Orde van Medisch Specialisten en het instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg van Erasmus Universiteit Rotterdam (meer informatie over het implementatieprogramma is te vinden in het eerste hoofdstuk; voor actuele informatie zie www.snellerbeter.nl).

Onafhankelijke evaluatie

Sneller Beter is een initiatief van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Orde van Medisch Specialisten, de NVZ vereniging van ziekenhuizen en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Het NIVEL voert in samenwerking met het EMGO Instituut van het VU Medisch Centrum en de capaciteitsgroep BEOZ van de Universiteit Maastricht een onafhankelijk onderzoek uit naar de voortgang en effecten van het implementatieprogramma. Het onderzoek wordt uitgevoerd op verzoek van ZonMw.

11.2 Onderzoeksvragen

In het eerste jaar van het implementatieprogramma stonden de volgende vragen centraal:

1. In hoeverre verloopt het implementatieproces volgens de geplande programmaopzet?
2. Hebben de verbeterprojecten bij de deelnemende teams in de eerste acht ziekenhuizen geleid tot aanzienlijke verbeteringen in de patiëntveiligheid en patiëntenlogistiek?
3. Welke succes- en faalfactoren waren van invloed op de resultaten die de teams hebben behaald?

11.3 Methode

De wijze van dataverzameling en de gehanteerde meetinstrumenten zijn beschreven in het tweede hoofdstuk. In het eerste jaar zijn programmadocumentatie en beleidsstukken getoetst aan de hand van literatuur over kwaliteitsverbetering, quality collaboratives, verandermanagement en kennisdiffusie (zie Dückers en Wagner 2005; Dückers e.a. 2005). Tevens is er informatie verzameld onder de bij het implementatieprogramma betrokken partijen. Deze metingen bestaan uit:

- een landelijke vragenlijst kwaliteits- & veiligheidsmanagement, uitgezet onder bestuurders van Nederlandse ziekenhuizen;
- gesprekken met leden van de Raden van Bestuur (n=8) en de interne programmacoördinatoren (n=8) van de eerste acht Sneller Beter ziekenhuizen;
- tweemaal een vragenlijst gericht aan de projectleiders van de teams in de ziekenhuizen die de projecten uitvoeren (n=77, twee maal);
- een vragenlijst uitgezet onder de ziekenhuisadviseurs en projectleiders van het consortium (n=27).

11.4 Beantwoording van de onderzoeksvragen

Vraag 1: In hoeverre verloopt het implementatieproces volgens de geplande programmaopzet?

Terugkijkend kan worden geconcludeerd dat het implementatietraject is uitgevoerd

volgens de opzet zoals beschreven in het landelijke plan van aanpak. In het eerste jaar zijn in acht ziekenhuizen 113 projecten (bron: centrale database) geïmplementeerd door 77 projectteams. De projecten – in te delen in Doorbraakprojecten en procesherinrichtingen – zijn gericht op verbetering van de patiëntveiligheid en patiëntenlogistiek. Een kwart tot de helft van de projectteams zet interventies in ten behoeve van patiëntenparticipatie en professionele kwaliteit. In ieder ziekenhuis wordt toegewerkt naar de ingebruikname van een systeem van veilig incident melden (het VIM-traject wordt afzonderlijk geëvalueerd). Ook is door ziekenhuisbestuurders deelgenomen aan netwerkbijeenkomsten rondom het programmaonderdeel L&O. Het door het consortium geleverde ondersteuningsaanbod wordt door de betrokken partijen positief beoordeeld. De ondersteuning bestaat voornamelijk uit de overdracht van methodische en inhoudelijke kennis per projecttype evenals het wekken van (hoge) verwachtingen. Per projecttype is door de teams deelgenomen aan meerdere instructie-, meet-, werk- en/of intervisiebijeenkomsten. De projectteams zijn via de bijeenkomsten en documentatiemateriaal door het consortium getraind om de aangereikte verbeterprojecten/innovaties binnen de eigen setting toe te passen. Aan vier van de zes onderzochte projecttypen (DEC, MV, PHI en WZW) is een bruikbaar gestandaardiseerd meetinstrument verstrekt waarmee zij de voortgang ten opzichte van het programmadoel konden monitoren. Dit is niet het geval bij de OK- en POWI-projecten.

Vraag 2: Hebben de verbeterprojecten bij de deelnemende teams in de eerste acht ziekenhuizen geleid tot aanzienlijke verbeteringen in de patiëntveiligheid en patiëntenlogistiek?

Het merendeel van de DEC en MV-projecten laat positieve resultaten zien op de uitkomstmaten die terugkeren in de SMART-doelstellingen van het programma. Het gaat om de decubitusprevalentie en het terugdringen van postoperatieve pijn en overbodige intraveneuze antibioticatoediening. Over het algemeen zijn de wachttijden afgenomen, maar het eindresultaat is nog vier maal zo hoog als het nagestreefde programmadoel. Van de helft van alle projecten – waaronder de twee jaar durende OK, POWI en (het merendeel van de) PHI-projecten – zijn mei 2006 onvoldoende gegevens beschikbaar om uitspraken te kunnen doen over de gerealiseerde verbeteringen.

Vraag 3: Welke succes- en faalfactoren waren van invloed op de resultaten die de teams hebben behaald?

In hoofdstuk acht is nagegaan in hoeverre er tijdens het eerste jaar aan de condities uit de literatuur is voldaan. In hoofdstuk negen zijn de verschillen per conditie tussen ziekenhuizen en projecttypen geanalyseerd. Daaruit kan worden afgeleid dat het succes van de implementatietrajecten in het eerste jaar afhangt van vijf zaken:

- de aanwezigheid van prikkels (zichtbare verbetering, beloning, interne steun en medewerking van collega's) die het aantrekkelijk maken om de benodigde verbetermaatregelen te treffen;
- toereikende hulpbronnen en ondersteuning zoals tijd, middelen, menskracht, kennis en instructie;
- individuen die betrokkenen enthousiast weten te maken en te houden;

- een gestandaardiseerd meetinstrument, bruikbaar voor continue monitoring, bijsturing en om resultaten binnen en buiten de ziekenhuizen te kunnen aantonen;
- duidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor het implementeren van verbeteracties, voor het verzamelen en overdragen van meetgegevens en voor het periodiek terugkoppelen over de stand van zaken aan ziekenhuismedewerkers, Raden van Bestuur en consortium.

In de volgende paragraaf wordt dieper ingegaan op deze vijf punten. Bij de implementatie van projecten in het kader van een programma gericht op ziekenhuisbrede verbetering zijn ze onlosmakelijk met elkaar verbonden. De onderlinge afhankelijkheden tussen partijen in het gefaseerde programma maken afstemming onmisbaar.

11.5 De afstemming van werkzaamheden in het kader van het programma

De succes- en faalfactoren van de implementatie vergen voortdurende zorg en aandacht voor de aanwezigheid van randvoorwaarden zoals prikkels, enthousiasmerende veranderagenten en ondersteuningsbronnen (waaronder geschikte meetinstrumenten voor projectteams ten behoeve van monitoring). De complexiteit en de omvang van het implementatieprogramma vergroten de kans op afstemmingsproblemen in de uitvoeringsorganisatie die meerdere lagen telt. Enkele symptomen van afstemmingsproblemen zijn in dit rapport besproken. Adviseurs van het consortium geven bijvoorbeeld ten tijde van de interviews aan dat de samenwerking binnen het consortium en de communicatie tussen Sneller Beter ziekenhuizen en de programmaorganisatie voor verbetering vatbaar was. Taakomschrijvingen en visie waren volgens sommige adviseurs niet geheel helder. Daarnaast vonden meerdere adviseurs dat projectteams onvoldoende gegevens aanleveren aan de centrale databank en de prestatie-indicatoren als enigszins vrijblijvend ervaren. Ook is het volgens ziekenhuisbestuurders en interne programmacoördinatoren vaker voorgekomen dat het consortium data verschuift voor landelijke bijeenkomsten.

De noodzaak tot afstemming wordt versterkt doordat de afstemming over de inhoud van de aanpak en de activiteiten tijdens de uitvoering van het programma plaatsvindt in een dialoog tussen de betrokkenen. Veranderagenten van het consortium dragen inhoudelijke en methodische informatie over aan afnemende ziekenhuispartijen. De informatie is gericht op toepassing in de context van het ziekenhuis. De aanpak van de verbeterprojecten en L&O tijdens het implementatieprogramma is daarmee een product van de overdracht tussen zenders van het consortium en ontvangers in de ziekenhuizen. Door adviseurs wordt aangegeven dat het werken vanuit 'de blauwdruk' tot vertraging leidt. Voorafgaand aan T1S1 kon niet tot in detail worden voorspeld hoe de uiteindelijke dialoog zich zou voltrekken, bijgevolg ook niet hoe het 'informatieproduct' zich zou ontwikkelen. Een verklaring hiervoor is dat het verandermanagement van het consortium gestoeld is op het realiseren van probleemeigendom onder de uitvoerende (ontvangende) partijen. Daar probleemeigendom zich moeilijk laat combineren met het werken vanuit een centraal geleid (door 'anderen' ontworpen) actieplan, heeft het consortium er bewust voor gekozen het programma in te zetten als een gezamenlijk leertraject. Bestuurders en medewerkers in de ziekenhuizen voeren zelf de regie over enerzijds de implementatietrajecten (in het geval van de projectteams) en anderzijds de aansturing van

de interne projectorganisatie (door de stuurgroep in ieder ziekenhuis). Door het implementatieprogramma in te steken als een gezamenlijk leertraject verplicht het consortium zichzelf ertoe het aanbod steeds af te stemmen op de behoefte van de ziekenhuizen. De voortdurende ontwikkeling impliceert wederom afstemming. Afstemming om draagvlak te verwerven en te behouden in een setting waar korte en lange termijn belangen door elkaar lopen. Op korte termijn zijn bijvoorbeeld positieve resultaten gewenst om in de ziekenhuizen voldoende enthousiasme te genereren voor de implementatie (van een volgende generatie projecten). Daarnaast zijn er ontwikkelingen op langere termijn waarop men in meer of mindere mate vat heeft en die op korte termijn kunnen fungeren als een antiprikkel (ontslagen/minder personeel nodig, extra inspanning wordt niet beloond of zelf afgestraft).

11.6 Aanbevelingen/leermomenten

De onderzoeksgegevens wijzen op enkele niet-optimale omstandigheden bij de implementatie van verbeterprojecten in de eerste acht ziekenhuizen. De geconstateerde onvolkomenheden zijn bruikbaar als leermomenten.

Voor de *ziekenhuizen* is een les uit het eerste jaar dat er bij de implementatie van de OK-projecten problemen zijn opgetreden in de beschikbaarheid van hulpbronnen, actieve medewerking van betrokken medewerkers en prikkels/beloning. Bij de POWI-projecten springt een gebrek aan tijd voor de projectteams en draagvlak van medewerkers op de betrokken afdelingen in het oog.

Ook het *consortium* kan lessen ontleen aan het eerste jaar. De OK- en POWI-projectleiders in de ziekenhuizen ervaren tekortkomingen in de wijze waarop zij hun teams getraind achten in toepassing van de verbetermethode. Het aanbod in bruikbare meetinstrumenten is voor verbetering vatbaar. Inmiddels zijn er vervangende meetinstrumenten aangereikt. Toch maakt dit de voornaamste les uit het eerste jaar niet minder relevant. Deze les heeft betrekking op de volledigheid en betrouwbaarheid van de centrale gegevensverzameling. Alle partijen in de keten (adviseurs, projectteams, werkgroep datamanagement en programmaleiding) zijn verantwoordelijk voor de tijdige levering van betrouwbare, volledige en traceerbare meetgegevens per projecttype aan de centrale database. Deze verantwoordelijkheid dient te worden geformaliseerd en helder te worden gecommuniceerd. Verkorting van communicatielijnen tussen betrokkenen, vaste aanspreekpunten (probleemeigenaren) en een eenduidig stappenplan voor de situaties waarin zich problemen of onduidelijkheden voordoen kunnen hierbij helpen. Vertraging in signalering van knelpunten in de gegevensaanlevering zijn in de regel ongewenst, zelfs bedreigend. Zij dragen bij tot onduidelijkheid aangezien het risico toeneemt dat betrokkenen op eigen initiatief en zonder ruggespraak beslissingen nemen die niet in het belang zijn van het implementatieprogramma. De externe verantwoording is in belangrijke mate afhankelijk van accurate, vergelijkbare en betrouwbare gegevens.

11.7 Opdracht voor de evaluatie van het tweede jaar

De gehanteerde informatiebronnen wijzen uit dat onder ondervraagden in het eerste jaar

vragen bestaan over de methodiek voor borging en verspreiding van werkwijzen, resultaten en competenties. Dit is een van de belangrijkste vragen die onderwerp zijn van het onafhankelijke evaluatieonderzoek naar de voortgang en effecten van Sneller Beter pijler 3. De latere evaluatie van het interne vliegwiel zal inzichtelijk maken op welke wijze de interne verspreiding en de ontwikkeling van de verbeterinfrastructuur in de Sneller Beter ziekenhuizen vorm heeft gekregen en wat de eerste resultaten zijn van het interne vliegwiel. De evaluatie van het tweede en derde jaar zullen naar verwachting meer inzicht bieden in de contextgebonden succes- en faalfactoren en resultaten van afzonderlijke projecten.

Begrippenlijst

| | |
|----------------------------|--|
| Adviseur | Het consortium heeft adviseurs in dienst die partijen in de ziekenhuizen ondersteunen bij de taken en verantwoordelijkheden die het implementatieprogramma op de diverse niveaus met zich mee brengt. Een deel van de adviseurs is toegewezen aan een Sneller Beter ziekenhuis, een ander deel is gekoppeld aan een prioriteitsgebied. |
| Business case | Een business case maakt inzichtelijk wat de financiële waarde is van de verbeterprojecten voor de organisatie. Het is een instrument om de aandacht van het management voor de verbeterprojecten te waarborgen door de uitkomstmaten (zoals het aantal ligdagen) uit te drukken in financiële termen. |
| Centrale database | Digitale gegevensverzameling waarin de voortganggegevens van de projectteams in het kader van het implementatieprogramma 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 2.3.5 en bijlage 2). |
| Cerebro Vasculair Accident | Medische term voor een ongeluk in de bloedvaten van de hersenen. In het dagelijks taalgebruik heet een CVA een beroerte, hersenbloeding of herseninfarct. |
| 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. |
| 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 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. |
| Ex ante evaluatie | Wijze van evalueren waarbij op basis van ervaringen uit het verleden op voorhand wordt nagegaan welke effecten uiteindelijk kunnen/zullen optreden naar aanleiding van een vooraf geformuleerde strategie, aanpak of specifieke werkwijze. Als onderdeel van het evaluatieonderzoek naar de voortgang en effecten van het implementatieprogramma is in 2005 een ex ante evaluatie uitgevoerd (zie subparagraaf 1.3.3). |
| Kwaliteitscoöperatie | Vrije vertaling van het begrip quality collaborative. Aanpak waarbij projectteams van meerdere ziekenhuizen, over een periode van ongeveer een jaar een aantal malen bijeenkomen om te leren, methoden toe te passen en voortgang te rapporteren; de gemeenschappelijke aanpak is bedoeld om enthousiasme te genereren en tot snellere resultaten te komen (Øvretveit e.a. 2002). |
| 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 of in ontwikkeling. |
| PDSA-cycle | Zie verbetermethode. |
| Quality collaborative | Zie kwaliteitscoöperatie. |
| Procesherinrichting | 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 |

| | |
|---|--|
| | <p>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).</p> |
| Projectleider van het consortium Projectleider in een ziekenhuis | <p>Zie adviseur. Degene die de feitelijke voortgang van het project of de meerdere projecten die door het projectteam wordt/worden uitgevoerd coördineert De persoon die de voortgang van een projectteam coördineert.</p> |
| Projectteam | <p>De verbeterprojecten worden uitgevoerd door multidisciplinaire teams bestaande uit medisch specialisten, verpleegkundigen, managers, stafmedewerkers en andere medewerkers van het ziekenhuis.</p> |
| Projecttype | <p>Binnen het implementatieprogramma van Sneller Beter worden door projectteams in ziekenhuizen verbeterprojecten uitgevoerd. Zes 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) en werken zonder wachtlijst (WZW). De MV-projecten zijn op basis van de onderwerpen in te delen in drie subtypen: antibiotica switch (AS), bloedtransfusies (BT) en postoperatieve pijn (PP).</p> |
| Serie Tranche | <p>Zie tranche. Het implementatieprogramma wordt uitgevoerd in drie tranches, ieder bestaande uit twee series van een jaar. In het eerste jaar van iedere tranche implementeren projectteams in de deelnemende ziekenhuizen verbeterprojecten. In het tweede jaar start een nieuwe serie projecten. In dit tweede jaar krijgt de borging en verspreiding van werkwijzen, competenties en resultaten verder</p> |

| | |
|--------------------|---|
| Verbetermethode | <p>vorm.</p> <p>De verbetermethode achter de Doorbraakprojecten en procesherinrichtingen is gebaseerd op systematische probleemoplossing volgens het Nolanmodel (paragraaf 5.4). 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). De personen die een verbeterproject uitvoeren volgens dit model worden geacht te experimenteren met specifieke maatregelen en oplossingsrichtingen.</p> |
| Ziekenhuisadviseur | Zie adviseur. |

In het rapport voorkomende afkortingen

| | |
|-------|--|
| ADE | Adverse drug event |
| ADR | Adverse drug reaction |
| AF | Alternatief format (waarin WZW-projectteams meetgegevens aanleveren aan de centrale database van het consortium) |
| AS | Antibiotica switch |
| BEOZ | (Capaciteitsgroep) Beleid, Economie en Organisatie van Zorg van Universiteit Maastricht |
| BT | Bloedtransfusies |
| CBO | Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO |
| CVA | Cerebro vasculair accident |
| DB | Doorbraak |
| DBC | Diagnosebehandelingcombinatie |
| DEC | Decubitus |
| PDSA | Plan-do-study-act |
| EMGO | Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek van het VU Medisch Centrum |
| FF | Formeel format (waarin WZW-projectteams meetgegevens aanleveren aan de centrale database van het consortium) |
| HRM | Human resource management |
| iBMG | Instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg |
| IC | Intensive Care |
| ICT | Informatie- en communicatietechnologie |
| IGZ | Inspectie voor de Gezondheidszorg |
| L&O | Leiderschap & Organisatieontwikkeling |
| MSB | Medisch stafbestuur |
| 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 |
| Orde | Orde van Medisch Specialisten |
| PC | Interne programmacoördinator |
| PHI | Procesherinrichting |

| | |
|---------|---|
| POWI | Postoperatieve wondinfecties |
| PP | Postoperatieve pijn |
| PREZIES | PREventie van ZIEkenhuisinfecties door Surveillance |
| SMART | Specifiek meetbaar ambitieus/appelerend resultaatgericht tijdsbepaald |
| RIVM | Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu |
| RvB | Raad van Bestuur |
| T1S1 | Tranche 1 Serie 1 |
| VAS | Visueel analoge schaal |
| VIM | Veilig incident melden. |
| VMS | Veiligheidsmanagementssysteem |
| VWS | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |
| WIP | Werkgroep Infectie Preventie |
| WZW | Werken zonder wachtlijst |
| ZKH | Ziekenhuis |
| ZonMw | Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (Zorgonderzoek Nederland en NWO-Medische Wetenschappen) |

Literatuur, rapporten en andere bronnen

- Adler PS, Kwon S-W, Singer JMK. The "Six-West" Problem: Professionals and the Intraorganizational Diffusion of Innovations, with Particular Reference to the Case of Hospitals. Marshall School of Business, University of Southern California, 2003.
- Aubert BA, Hamel G. Adoption of Smart Cards in the Medical Sector: the Canadian Experience. *Social Science & Medicine*, 53, 2001, p. 879-894.
- Berg M, Bekendam V, Bergen C, Rouppe van der Voort M, Ten Have P, Augustijn B. Draaiboek procesherinrichting. Consortium Sneller Beter pijler 3, Utrecht/Rotterdam/Utrecht, 2004.
- Berwick DM. Crossing the boundary: changing mental models in the service of improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 10, 1998, 5, p. 435-441.
- Berwick DM. Developing and Testing Changes in Delivery of Care. *Annals of Internal Medicine*, 128, 1998, p. 651-656.
- Boerstler H, Foster RW. Implementation of Total Quality Management: Conventional Wisdom Versus Reality. *Hospital & Health Services Administration*, 1996, p.143-159.
- 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.
- Cretin S, Shortell SM, Keeler EB. An evaluation of collaborative interventions to improve chronic illness care: Framework and study design. *Evaluation Review* 28 (1) 2004:28-51.
- Denis JL, Hebert Y, Langley A, Lozeau D, Trottier LH. Explaining Diffusion Patterns for Complex Health Care Innovations. *Health Care Management Review*, 27, 2002, p. 60-73.
- Dirksen CD, Ament AJ, Go PM. Diffusion of Six Surgical Endoscopic Procedures in the Netherlands: Stimulating and Restraining Factors. *Health Policy*, 37, 1996 p. 91-104.
- 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.

- Ferlie E, Gabbay J, Fitzgerald L, Locoock L, Dopson S. An Overview of Some Recent Qualitative Research. In L.Ashburner (Ed.), *Organizational Behavior and Organizational Studies in Health Care: Reflections on the Future*. Basingstoke: Palgrave. 2001.
- Fraser S, Wilson T et al. Using Collaborative Improvement in a Single Organisation: Improving Anti-Coagulant Care. *Sloan Management Review*, 2002, p. 152-158.
- Fried B, Rundall T, Topping S. Groups and Teams in Health Service Organisations. In S.Shortell & A.Kalunzny (Eds.), *Health care management: organization design and behavior*. Albany: Delmar. 2002, p. 154-190.
- Gezondheidsraad. *Decubitus* (publicatienummer. 1999/23). Gezondheidsraad, Den Haag 1999.
- Gladwell M. *The Tipping Point: How Little Things Can Make a Big Difference*. Boston: Little, Brown 2000.
- 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.
- Green PL. Improving Clinical Effectiveness in an Integrated Care Delivery System. *Journal for Healthcare Quality*, 20, 1998, p. 4-8.
- Grilli R, Lomas J. Evaluating the Message: The Relationship between Compliance Rate and the Subject of a Practice Guideline. *Medical Care*, 32, 1994, p. 202-213.
- Grimshaw JM, Thomas RE et al. Effectiveness and Efficiency of Guideline Dissemination and Implementation Strategies. *Health Technology Assessment Report*, 8, 2004, p. 1-72.
- Grol R, Wensing M, e.a. *Implementatie: effectieve veranderingen in de patiëntenzorg*. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen, 2001.
- Gustafson DH, Sainfort F, Eichler M, Adams L, Bisognano M, Steudel H. Developing and Testing a Model to Predict Outcomes of Organizational Change. *Health Services Research*, 38, 2003, p. 751-776.
- Halfens RJG, Janssen MAP, Meijers JMM, Mistiaen P. *Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2005*. Universiteit Maastricht, Maastricht 2005.
- Hellings J. *Patiëntveiligheid in ziekenhuizen: enkele inzichten, een blik op de organisatiecultuur en een globale stand van zaken vanuit de literatuur*. Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk, 2006.
- Huisman B, Koper F, Koense Y, Janssen S. *Draaiboek Doorbraak medicatieveiligheid*. Consortium Sneller Beter pijler 3, Utrecht/Rotterdam/Utrecht, 2004.

- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het resultaat telt 2004: prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. IGZ, Den Haag 2006.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het resultaat telt! Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. IGZ, Den Haag, 2005.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. De staat van de gezondheidszorg 2004: patiëntveiligheid; de toepassing van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen in zorginstellingen en thuis. IGZ, Den Haag, 2004.
- Irvine Doran DM, Baker GR et al. Achieving Clinical Improvement: an Interdisciplinary Intervention. *Health Care Management Review*, 27, 2002, p. 42-56.
- Kimberly JR, Evanisko JM. Organizational Innovation: The Influence of Individual, Organizational & Contextual Factors on Hospital Adoption of Technological and Administrative Innovation. *Academy of Management Journal* 24(4), 1981, p. 689-713.
- King G, Keohane RO, Verba S. *Designing Social Inquiry: Scientific Inference in Qualitative Research*. Princeton, Princeton University Press, 1994.
- Klay N, Stokdijk M, Janssen I. *Draaiboek Doorbraak de OK oké*. Consortium Sneller Beter pijler 3, Utrecht/Rotterdam/Utrecht, 2004.
- Klokman E, Wille J, Eland A. *Draaiboek postoperatieve wondinfecties (POWI)*. Consortium Sneller Beter pijler 3, Utrecht/Rotterdam/Utrecht, 2004.
- Lee S, Choi KS et al. Assessing the Factors Influencing Continuous Quality Improvement Implementation: Experience in Korean Hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 14, 2002, p. 383-391.
- Leggatt S, Dwyer J. *Factors Supporting High Performance in Health Care Organizations*. Melbourne, National Institute of Clinical Studies. 2003.
- 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.
- Marshall JG. Diffusion of Innovation Theory and End-User Searching. *Library & Information Science Research*, 6, 1990, 55-69.
- Meyer AD, Goes JB. Organizational Assimilation of Innovations: A Multi-Level Contextual Analysis. *Academy of Management Review*, 1998, p. 897-923.
- Meyer M, Johnson D, Ethington C. Contrasting Attributes of Preventive Health Innovations. *Journal of Communication*, 1997, p. 112-131.
- Mills PD, Weeks WB. Characteristics of Successful Quality Improvement Teams: Lessons from Five Collaborative Projects in the VHA. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 30, 2005, p. 152-162.

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kwaliteit van zorg. Brief van staatssecretaris Ross van VWS aan de Tweede Kamer over kwaliteitsbeleid in de zorg. Den Haag, Ministerie van VWS, 2002.
- Musters L, Bauwens N, Labree W, Van Zelm R. Draaiboek Doorbraak decubitus. Consortium Sneller Beter pijler 3, Utrecht/Rotterdam/Utrecht, 2004.
- Øvretveit J, Bate P, et al. Quality Collaboratives: Lessons From Research. *Quality and Safety in Health Care* 11(4), 2002, p. 345-351.
- Pisek P. Complexity and the Adoption of Innovation in Health Care. Washington, D.C., National Institute for Healthcare Management Foundation and National Committee for Quality in Health Care. 2003.
- Rogers EM. *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press. 1995.
- Rogers EM. *Diffusion of innovations*. London, Collier Mac-Millan, 1983.
- Schellekens W, Rouppe van der Voort M, Van Splunteren P. Steen in de vijver. Ziekenhuizen stimuleren om bewezen verbeteringen in te voeren. *Medisch Contact*, 58, 2003, 35, p. 1302–1304.
- Schrijvers G, Oudendijk N, De Vries P, Hageman M (reds.) *Moderne patiëntenzorg in Nederland: van kennis naar actie*. Maarssen, Elsevier gezondheidszorg, 2002.
- Shortell SM, Bennett CL et al. Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement on Clinical Practice: What it Will Take to Accelerate Progress. *The Milbank Quarterly*, 76, 1998, p. 593-624.
- Sixma HJM, de Bakker DH. Het experiment Gezondheidszorg Almere. In: *Beleidsevaluatie, wisselwerking cultuur en structuur*. Red.: Sorber A, Bax JR, Hendriks AJM. Den Haag, Sdu Uitgeverij, 1995.
- Sluijs EM, De Bakker DH, Dronkers J. Kwaliteitssystemen in uitvoering. Ervaringen met het invoeren van kwaliteitssystemen bij instellingen en beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg en aanverwante welzijnszorg. Utrecht/Zoetermeer, NIVEL/NRV, 1994.
- Sluijs EM, Wagner C. *Kwaliteitssystemen in de zorgsector: de stand van zaken in 2000*. Utrecht, NIVEL, 2000.
- Sluijs EM, Wagner C. Progress in the implementation of Quality Management in Dutch health care: 1995-2000. *International Journal for Quality in Health Care*, 2003 (vol 15) 3, p. 223-234.
- Splunteren P van, Van Everdingen J, Janssen S, Minkman M, Rouppe van der Voort M, Schouten L, Verhoeven M. *Doorbreken met resultaten: verbetering van de patiënten zorg met de doorbraakmethode*. Assen, Van Gorcum, 2003.
- Stake RE. Countenance of educational evaluation. *Teachers College Record*: 68, 1967, 7, p. 523-540.
- Vanhaecht K, Sermeus W. Draaiboek voor de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een klinisch pad: 30 stappenplan van het Netwerk Klinische Paden. *Acta Hospitalia*, 42, 2002, 3, p. 13-27.

Wagner C. Implementation and effectiveness of quality systems in health care organizations (proefschrift).
Utrecht, NIVEL, 1999.

West E, Barron DN, Dowsett J, Newton JN. Hierarchies and Cliques in the Social Networks of Health Care Professionals: Implications for the Design of Dissemination Strategies. *Social Science & Medicine*, 48, 1999, p. 633-646.

Yetton P, Sharma R, Southon G. Successful IS Innovation: The Contingent Contributions of Innovation Characteristics and Implementation Process. *Journal of Information Technology*, 14, 1999, p. 53-68.

Geraadpleegde websites

kennisnet.cbo.nl

orde.artsennet.nl

www.igz.nl

www.nvz-ziekenhuizen.nl

www.prezies.nl

www.rivm.nl

www.snellerbeter.nl

www.vws.nl

www.wip.nl

www.zonmw.nl

Bijlage 1a: aantallen projectteams en projecten

Er zijn meerdere bronnen en administraties waarin de projectteams en de projecten worden genoemd. In deze bijlage volgt een inventarisatie met het doel tot een overzicht van de aantallen te komen. In de hoofdstukken van dit evaluatierapport wordt meerdere malen verwezen naar deze bijlage.

In het oorspronkelijke plan van aanpak is uitgewerkt hoeveel projectteams per ziekenhuis van start zouden moeten gaan per tranche (80 teams; zie de eerste kolom). De tweede kolom bevat een uitwerking van het aantal projecten in april 2005. In de derde kolom volgt een overzicht van de projectleiders in de ziekenhuizen in een door het consortium beschikbaar gesteld adressenbestand. Op basis van de tweede en derde kolom is besloten vragenlijsten uit te zetten onder 87 projectleiders die te herleiden waren tot één of meerdere verbeterprojecten.

Door middel van voortgangscontrole ten behoeve van de eerste meting (herinneringsbrief en persoonlijk e-mail en telefonisch contact met de projectleider/contactpersoon) kon het aantal werkelijke projectteams worden teruggebracht tot 82. In deze groep is de vragenlijst van de tweede meting uitgezet (kolom 5). De voortgangscontrole van de tweede meting leert dat er wederom vijf projectteams niet blijken te bestaan (één POWI is gestopt na de nulmeting, vier WZW zijn nooit getart). De zesde kolom bevat het aantal projecten dat wordt vermeld in de centrale database. Deze 96 projecten zijn geïmplementeerd door 77 projectteams. Tot slot is er nog een zevende kolom met negen projecten die de projectgroep datamanagement om uiteenlopende redenen niet heeft opgenomen in de centrale database, ook de acht OK-projecten staan in deze kolom.

Respons vragenlijsten eerste en tweede meting

Het gegeven dat er in werkelijkheid 77 projectteams hebben deelgenomen aan T1S1 maakt het mogelijk de respons vast te stellen. Van de eerste meting zijn 54 vragenlijsten ingevuld geretourneerd. De respons bedraagt 70%. De tweede meting heeft 57 ingevulde vragenlijsten opgeleverd waarmee de respons neerkomt op 74%.

Tabel: Projectteams en verbeterprojecten tijdens T1S1

| | Program- maopzet plan van aanpak 2004 | Voort- gangsrap- portage consortium april 2005 | Adressen- bestand consortium juni 2005 | Vragenlijst meting 1 uitgezet juli 2005 | Vragenlijst meting 2 uitgezet december 2005 | Projecten in centrale database mei 2006* | Projecten niet in centrale database mei 2006 |
|------------|---|--|---|--|---|---|--|
| DEC | 16 | 16 | 10 | 16 | 12 | 20 | 0 |
| | 1:2 | 1:2 | 1:1 | 1:2 | 1:1 | 1:2 | 1:0 |
| | 2:2 | 2:2 | 2:1 | 2:2 | 2:1 | 2:3 | 2:0 |
| | 3:2 | 3:2 | 3:1 | 3:2 | 3:2 | 3:5 | 3:0 |
| | 4:2 | 4:2 | 4:2 | 4:2 | 4:2 | 4:2 | 4:0 |
| | 5:2 | 5:2 | 5:1 | 5:2 | 5:2 | 5:2 | 5:0 |
| | 6:2 | 6:2 | 6:1 | 6:2 | 6:1 | 6:2 | 6:0 |
| | 7:2 | 7:2 | 7:2 | 7:2 | 7:2 | 7:2 | 7:0 |
| | 8:2 | 8:2 | 8:1 | 8:2 | 8:1 | 8:2 | 8:0 |

| | Program- maopzet plan van aanpak 2004 | Voort- gangrap- portage consortium april 2005 | Adressen- bestand consortium juni 2005 | Vragenlijst meting 1 uitgezet juli 2005 | Vragenlijst meting 2 uitgezet december 2005 | Projecten in centrale database mei 2006* | Projecten niet in centrale database mei 2006 |
|-------------|---|---|---|--|---|---|--|
| MV | 16 | 16 + 1^e | 16 | 16 | 16 | 16 | 6 |
| | 1:2 | 1:2 | 1:2 | 1:2 | 1:2 | 1:2 | 1:1 |
| | 2:2 | 2:2 | 2:2 | 2:2 | 2:2 | 2:5 | 2:0 |
| | 3:2 | 3:2 | 3:2 | 3:2 | 3:2 | 3:0 | 3:1 |
| | 4:2 | 4:2 | 4:2 | 4:2 | 4:2 | 4:0 | 4:2 |
| | 5:2 | 5:2 | 5:2 | 5:2 | 5:2 | 5:3 | 5:1 |
| | 6:2 | 6:2 | 6:2 | 6:2 | 6:2 | 6:2 | 6:0 |
| | 7:2 | 7:2 | 7:2 | 7:2 | 7:2 | 7:2 | 7:0 |
| | 8:2 | 8:2+1 ^e | 8:2 | 8:2 | 8:2 | 8:2 | 8:1 |
| OK | 8 | 8 | 15 | 8 | 8 | 0 | 8 |
| | 1:1 | 1:1 | 1:1 | 1:1 | 1:1 | 1:0 | 1:1 |
| | 2:1 | 2:1 | 2:2 | 2:1 | 2:1 | 2:0 | 2:1 |
| | 3:1 | 3:1 | 3:2 | 3:1 | 3:1 | 3:0 | 3:1 |
| | 4:1 | 4:1 | 4:2 | 4:1 | 4:1 | 4:0 | 4:1 |
| | 5:1 | 5:1 | 5:2 | 5:1 | 5:1 | 5:0 | 5:1 |
| | 6:1 | 6:1 | 6:2 | 6:1 | 6:1 | 6:0 | 6:1 |
| | 7:1 | 7:1 | 7:2 | 7:1 | 7:1 | 7:0 | 7:1 |
| | 8:1 | 8:1 | 8:2 | 8:1 | 8:1 | 8:0 | 8:1 |
| POWI | 8 | 9 | 8 | 8 | 8 | 9 | 1 |
| | 1:1 | 1:2 | 1:1 | 1:1 | 1:1 | 1:1 | 1:0 |
| | 2:1 | 2:1 | 2:1 | 2:1 | 2:1 | 2:1 | 2:0 |
| | 3:1 | 3:1 | 3:1 | 3:1 | 3:1 | 3:2 | 3:0 |
| | 4:1 | 4:1 | 4:1 | 4:1 | 4:1 ^{sg} | 4:1 | 4:0 |
| | 5:1 | 5:1 | 5:1 | 5:1 | 5:1 | 5:2 | 5:0 |
| | 6:1 | 6:1 | 6:1 | 6:1 | 6:1 | 6:0 | 6:1 |
| | 7:1 | 7:1 | 7:1 | 7:1 | 7:1 | 7:1 | 7:0 |
| | 8:1 | 8:1 | 8:1 | 8:1 | 8:1 | 8:1 | 8:0 |
| PHI | 16 | 17+3^e | 16 | 17 | 17 | 24 | 2 |
| | 1:2 | 1:2+3 ^e | 1:2 | 1:3 | 1:3 | 1:3 | 1:2 |
| | 2:2 | 2:2 | 2:2 | 2:2 | 2:2 | 2:3 | 2:0 |
| | 3:2 | 3:2 | 3:2 | 3:2 | 3:2 | 3:3 | 3:0 |
| | 4:2 | 4:2 | 4:2 | 4:2 | 4:2 | 4:2 | 4:0 |
| | 5:2 | 5:3 | 5:2 | 5:2 | 5:2 | 5:2 | 5:0 |
| | 6:2 | 6:2 | 6:2 | 6:2 | 6:2 | 6:2 | 6:0 |
| | 7:2 | 7:2 | 7:2 | 7:2 | 7:2 | 7:5 | 7:0 |
| | 8:2 | 8:2 | 8:2 | 8:2 | 8:2 | 8:4 | 8:0 |

| | Program- maopzet plan van aanpak 2004 | Voort- gangrap- portage consortium april 2005 | Adressen- bestand consortium juni 2005 | Vragenlijst meting 1 uitgezet juli 2005 | Vragenlijst meting 2 uitgezet december 2005 | Projecten in centrale database mei 2006* | Projecten niet in centrale database mei 2006 |
|---------------------|---|---|---|--|---|---|--|
| WZW | 16 | 16 | 19 | 20 | 19 | 27 | 0 |
| | 1:2 | 1:0 | 1:1 | 1:0 | 1:0 | 1:3 | 1:0 |
| | 2:2 | 2:2 | 2:3 | 2:3 | 2:2 | 2:2 | 2:0 |
| | 3:2 | 3:1 | 3:3 | 3:3 | 3:3 ^{2ng} | 3:1 | 3:0 |
| | 4:2 | 4:2 | 4:5 | 4:5 | 4:5 ^{2ng} | 4:5 | 4:0 |
| | 5:2 | 5:4 | 5:1 | 5:2 | 5:2 | 5:4 | 5:0 |
| | 6:2 | 6:2 | 6:1 | 6:2 | 6:2 | 6:5 | 6:0 |
| | 7:2 | 7:4 | 7:4 | 7:4 | 7:4 | 7:5 | 7:0 |
| | 8:2 | 8:1 | 8:1 | 8:1 | 8:1 | 8:2 | 8:0 |
| PHI- WZW | 0 | 1:2 | 0 | 1:2 | 1:2 | 0 | 0 |
| Totaal | 80 | 84+4^e | 84 | 87 | 82^{4ng 1sg} | 96 | 17 |
| | 1:10 | 1:11+3 ^e | 1:8 | 1:11 | 1:10 | 1:11 | 1:4 |
| | 2:10 | 2:10 | 2:11 | 2:11 | 2:9 | 2:14 | 2:1 |
| | 3:10 | 3:9 | 3:11 | 3:11 | 3:11 ^{2ng} | 3:11 | 3:2 |
| | 4:10 | 4:10 | 4:14 | 4:13 | 4:13 ^{2ng/1sg} | 4:10 | 4:3 |
| | 5:10 | 5:13 | 5:9 | 5:10 | 5:10 | 5:13 | 5:2 |
| | 6:10 | 6:10 | 6:9 | 6:10 | 6:9 | 6:11 | 6:2 |
| | 7:10 | 7:12 | 7:13 | 7:12 | 7:12 | 7:15 | 7:1 |
| | 8:10 | 8:9+1 ^e | 8:9 | 8:9 | 8:8 | 8:11 | 8:2 |

* van de projecten in deze kolom zijn records terug te vinden in de door de datamanager in mei 2006 geleverde bestanden uit de centrale database (van 57 projecten zijn voor- en nametingen voorhanden)

e: expliciet als extra project genoemd in voortgangsrapportage

sg: project is na de nulmeting stopgezet i.v.m. infecties onder norm

ng: na controle blijkt een aantal teams niet te zijn gestart

Bijlage 1b: beschikbare gegevens per projecttype en T1-ziekenhuis

Het evaluatieonderzoek put op teamniveau uit twee bronnen. Enerzijds de vragenlijsten onder de projectleiders in de ziekenhuizen, anderzijds de centrale database. Het gaat bij de vragenlijst om twee metingen: een tussentijdse procesmeting en een tweede nameting. De centrale database voorziet in voor- en nametingen per projectteam op basis waarvan een veranderingpercentage wordt berekend. Per projecttype is in kaart gebracht welke data voorhanden zijn. Dit wordt weergegeven in onderstaande tabel.

| Tabel | | Beschikbare gegevens uit de twee vragenlijsten en de centrale database per projecttype | | | | | | |
|--|------------|--|---------------|-----------------------|---|----------------------|---------------|----------------|
| <i>Vragenlijsten ingevuld door de projectleiders van de teams in de ziekenhuizen</i> | | <i>Meegegevens van projecten in de centrale database (zie bijlage 4)</i> | | | <i>Effectieve koppeling gegevens vragenlijst en centrale database</i> | | | |
| Projecttype | Meting I | Meting II | Metingen I&II | Projecttype | Voor- en nameting (Δ) | Projecttype | Meting I en Δ | Meting II en Δ |
| DEC (n=12) | 9 | 9 | 7 | DEC (n=20) | 19 | DEC (n=12) | 8 | 9 |
| MV-AS (n=10) | 8 | 6 | 5 | MV-AS (n=13) | 7 | MV-AS (n=10) | 4 | 4 |
| MV-BT (n=1) | 1 | 1 | 1 | MV-BT (n=1) | 1 | MV-BT (n=1) | 1 | 1 |
| MV-PP (n=5) | 4 | 4 | 3 | MV-PP (n=8) | 7 | MV-PP (n=5) | 2 | 2 |
| OK (n=8) | 5 | 7 | 5 | OK (n=8) | 0 | OK (n=8) | 0 | 0 |
| POWI (n=7) | 5 | 6 | 5 | POWI (n=10) | 1 | POWI (n=7) | 0 | 0 |
| PHI (n=17) | 14 | 12 | 11 | PHI (n=26) | 15 | PHI (n=17) | 7 | 6 |
| WZW (n=15) | 7 | 11 | 4 | WZW (n=27) | 22 | WZW (n=15) | 5 | 7 |
| PHI-WZW (n=2) | 1 | 1 | 1 | | | PHI-WZW (n=2) | 0 | 0 |
| Totaal (n=77) | 54 | 57 | 42 | Totaal (n=113) | 72 | Totaal (n=77) | 27 | 29 |
| Percentage | 70% | 74% | 55% | Percentage | 64% | Percentage | 35% | 38% |

Bijlage 2: voortgangsdata projecten en centrale database

1 Het belang van een volledige en betrouwbare centrale gegevensverzameling

Om het succes van de projectmatige implementatie door middel van multidisciplinaire verbetersteams vast te kunnen stellen zijn gegevens over de uitgangssituatie en resultaatmetingen van de projectteams vereist. Het onafhankelijke evaluatieonderzoek is voor de beschikbaarheid van gegevens afhankelijk van een centrale database die door het consortium is ingericht en wordt onderhouden. Om de uitkomstgegevens van verbeterprojecten te kunnen koppelen aan informatie uit de meetinstrumenten is een betrouwbare en volledige centrale gegevensverzameling onmisbaar. Analyse van de beschikbare meetgegevens laat echter zien dat de hoeveelheid en kwaliteit van gegevens over de projecten sterk wisselt per projecttype. Het is slechts gedeeltelijk mogelijk om meetgegevens per project te koppelen aan beide metingen onder de projectleiders in de ziekenhuizen. In onderstaande tabel is uitgewerkt hoezeer de centrale database per projecttype bruikbaar is om uitspraken te kunnen doen over de veranderingen die in de interventieperiode zijn opgetreden in de primaire uitkomstmaten ten aanzien van de SMART-doelen.

| Tabel | Bruikbaarheid van de centrale database per projecttype |
|---------------------------|---|
| <i>Projecttype</i> | bruikbaarheid centrale database |
| DEC | Bruikbare gegevens over prevalentie. Het gaat om 19 projecten met voor- en nametingen verdeeld over acht ziekenhuizen. Er zijn gegevens voorhanden over incidentie en ernst, deze zijn in beperkte mate bruikbaar. |
| MV | Bruikbaar. Voor- en nametingen zijn beschikbaar van 14 projecten (ingedeeld in drie MV-onderwerpen) verdeeld over acht ziekenhuizen. |
| OK | Geen gegevens beschikbaar. |
| POWI | Geringe bruikbaarheid, een deel van de nulmetingen ontbreekt, geen nametingen. Geen informatie over verandering in diepe en oppervlakkige postoperatieve wondinfecties. |
| PHI | Gemiddeld. Van ongeveer zes van de 26 PHI-projecten zijn voor- en nametingen beschikbaar over meerdere prestatie-indicatoren. |
| WZW | Gemiddeld. Van 18 projecten zijn bruikbare meetgegevens beschikbaar, aangeleverd in het formele en een alternatief format. Het consortium heeft informatie uit beide formats opgenomen in de centrale database. Een bronvermelding of een toelichting omtrent de oorsprong van de veelal via een telefonische inventarisatie verkregen gegevens is niet voorhanden. Indien een gemiddelde mutatie in de toegangstijd wordt berekend (hoofdstuk 6) dan valt op dat een berekening op basis van gegevens van het formele format een andere gemiddelde daling laat zien dan het alternatieve format. |

Voor de interpretatie van de voortganggegevens in de centrale database en de veranderingspercentages die daarover per project zijn berekend (hoofdstuk zes) is idealiter informatie gewenst over de ernst van aandoeningen/zorgzwaarte en omvang van de patiëntenpopulatie. Tussen het consortium en de ziekenhuizen zijn over de registratie van de zorgzwaarte geen centrale afspraken gemaakt. De informatie is daarom niet

voorhanden. Voor de omvang van de patiëntenpopulatie en een volume-indicator bij WZW zijn wel centrale afspraken gemaakt, doch er zijn weinig gegevens aangeleverd.

2 Omtrent de registratie en aanlevering van voortganggegevens in T1S1

In mei 2006, een half jaar na afloop van de eerste serie verbeterprojecten, voldoet de centrale database slechts gedeeltelijk aan de eisen van volledigheid, transparantie en betrouwbaarheid. De dagelijkse programmaleiding van het implementatieprogramma bevestigt dat de aanlevering, ordening en verwerking van door teams aangeleverde meetgegevens tijdens het eerste jaar niet geheel vlekkeloos is verlopen. De extra inspanningen die in de eerste maanden van 2006 door het consortium zijn verricht om gegevens alsnog te krijgen hebben wel geleid tot een aanzienlijke verhoging van de aangeleverde data, maar niet tot een volledig overzicht.

Al met al duidt een blik op de resultaten van T1S1 op basis van de centrale database op een met vlagen gebrekkige registratie en overdracht. Internationale literatuur laat zien dat het gaat om een veelvoorkomend probleem (Cretin, Shortell, and Keeler 2004). In het geval van het implementatieprogramma van Sneller Beter ligt de oorzaak in een combinatie van factoren. Deze kunnen als volgt worden samengevat:

- tijdens T1S1 werkt een deel van de ziekenhuismedewerkers niet volgens een uniform meet- en registratieformat waaruit vergelijkbare gegevens kunnen worden afgeleid; aangeleverde gegevensbestanden zijn niet altijd te herleiden naar een meetperiode of projectteam;
- de informatiesystemen/ICT-voorzieningen in de ziekenhuizen stellen de projectteams onvoldoende in staat de gewenste data te genereren;
- het consortium heeft de OK- en POWI-projecten niet voorzien van een (bruikbaar) meetinstrument met gestandaardiseerde prestatie-indicatoren om de status ten opzichte van de primaire uitkomstmaat (het SMART-doel) tijdens het implementatietraject effectief te meten – een systematische overdracht van gegevens over de doelbereiking van deze projecten naar de centrale dataverzameling kon dan ook niet tot stand komen;
- de werkgroep datamanagement bevindt zich aan het einde van de keten van informatieaanlevering waardoor het datamanagement voor de aanlevering van betrouwbare, volledige en vergelijkbare gegevensbestanden afhankelijk is van partijen eerder in de keten; indien er in de keten problemen optreden bij de registratie en overdracht van gegevens, dan kan het datamanagement signalen hieromtrent (met vertraging) terugkoppelen naar de verantwoordelijke partijen.

2.1 *Verbetersteams, het gebruik van gestandaardiseerde formats en dataoverdracht*

Tijdens T1S1 en de eerste maanden van 2006 is meerdere malen gesproken met leden van de projectgroep datamanagement waaronder de datamanager. De datamanager is in opdracht van het consortium belast met het onderhoud van de centrale database en de doorlopende actualisatie van het gegevensbestand per projecttype. Uit de gesprekken komt naar voren dat ziekenhuismedewerkers moeite hebben met de registratie van

meetgegevens. Men hanteert eigen sjablonen voor registratie waardoor sprake is van diversificatie in aangeleverde gegevens. Het formele format van het consortium per project is opgemaakt in het spreadsheetprogramma MS Excel. Vooraf zijn formulieren geconstrueerd met beveiligde formules – waarden worden automatisch berekend indien gegevens in daarvoor bestemde cellen worden ingevoerd. In de praktijk blijken ingeleverde bestanden soms ongedateerd en geheel of gedeeltelijk af te wijken van het formele format. Ook komt voor dat formules onbruikbaar zijn doordat wijzigingen zijn opgetreden in de structuur van de aangeleverde spreadsheetbestanden. De projectgroep datamanagement heeft de indruk dat niet alle deelnemende teams beschikken over de vereiste ervaring met MS Excel, enkele interne programmacoördinatoren bevestigen dit. De interviews met de adviseurs van het consortium wijzen uit dat 80% van hen tijdens de implementatieperiode T1S1 van oordeel is dat de projectteams in voldoende mate metingen hebben verricht. Dit beeld wordt bevestigd door de tweede meting waarin 95% van de projectleiders in de ziekenhuizen aangeeft de voortgang inzichtelijk te hebben gemaakt voor de eigen afdelingen, 75% voor andere afdelingen in het ziekenhuis en 66% voor externe partijen. Dergelijke cijfers – die elders in het rapport zijn uitgesplitst naar projecttype – wekken vertrouwen over de registratiediscipline van de projectteams. Door ontbrekende gegevens in de centrale database kan echter niet worden vastgesteld of de projectteams wel werkelijk gebruik hebben gemaakt van de gestandaardiseerde indicatoren zoals beschreven in de datamanagementnotitie. Ondanks dat de projectleiders aangeven de voortgang te hebben gemeten, blijven er vraagtekens bestaan rondom de nauwkeurigheid en discipline waarmee de metingen worden verricht. Wel is duidelijk dat een derde van de adviseurs ontevreden is over de wijze waarop de teams met prestatie-indicatoren werken. Meer dan 56% van de adviseurs beschouwt de aanlevering aan de centrale database als onvoldoende tot slecht (zie bijlage 4 onderdeel A3). Ook verkeert 52% van de ondervraagden in de veronderstelling dat de projectteams het aanleveren van data als enigszins tot zeer vrijblijvend ervaren (onderdeel A4).

2.2 Informatiesystemen en ICT-voorzieningen in de Sneller Beter ziekenhuizen

De ICT-voorzieningen in de ziekenhuizen zijn volgens 74% van adviseurs van het consortium een belemmerende tot zeer belemmerende factor (bron: interviews; bijlage 4 onderdeel A6). Ook in de interviews met raden van bestuur en interne programmacoördinatoren wordt aangegeven dat ICT soms problemen oplevert (paragraaf 4.10). Bij de eerste en tweede meting onder de projectleiders in de ziekenhuizen wordt in de vragenlijsten meerdere malen aangegeven dat ICT-applicaties en koppelingen tussen gegevensbronnen belemmerend werken.

De nulmetingen van de PHI-projecten zijn retrospectief van aard. Op basis van de ziekenhuis informatiesystemen zijn nulmetingen berekend over 2004. Dit wordt als een tijdrovende activiteit ervaren.

2.3 De afwezigheid van een bruikbaar gestandaardiseerd format

Het feit dat van sommige projecten geen procentuele veranderingen kunnen worden vastgesteld is in het geval van OK en POWI terug te voeren op de afwezigheid van een (bruikbare) methode om de ontwikkeling van de primaire uitkomstmaat te monitoren.

Ook voor de WZW-projecten zou dit op het eerste gezicht kunnen gelden. Van slechts zeven van de 27 WZW-projecten uit de centrale database bevat de centrale database namelijk voor- en nametingen volgens het formele format (zie hoofdstuk zes of bijlage vier). Het feit dat er niettemin van acht projecten gegevens voorhanden zijn maakt het minder waarschijnlijk dat het gebrek aan data geheel te wijten is aan de geschiktheid van het formele format.

Verklaring ontbreken resultaatgegevens OK in centrale database

Over de prestaties van het Doorbraakproject OK Oké in het eerste jaar, zijn ten aanzien van het hoofddoel (verbeteren van de doelmatigheid van de OK met 30%) geen gegevens beschikbaar. Uit de meting van de tweede vragenlijst komt naar voren dat het merendeel van de teams het eerste jaar heeft gebruikt om in overleg met de ziekenhuisdirectie doelen te stellen, afspraken te maken en verbeteringen door te voeren op subdoelen. De projectteams hebben over het algemeen in het eerste jaar niet systematisch de voortgang ten aanzien van het hoofddoel bewaakt, dit komt mede doordat hiertoe geen geschikt format beschikbaar was. De teams hebben wel subdoelen gesteld (bijvoorbeeld minder afgezegde OK's, op tijd starten met operaties, minder ingrepen in de avond en nacht) en op deze subdoelen verbeteringen doorgevoerd en resultaten gemeten. Sinds januari 2006 gebruiken alle teams een standaard meetinstrument. De voortgang op het hoofddoel kan volgens de OK-projectleiding vanaf het tweede jaar systematisch worden bijgehouden.

Verklaring ontbreken resultaatgegevens POWI in centrale database

De centrale database voorziet in mei 2006 niet in gegevens over de mate waarin de POWI-teams erin zijn geslaagd het aantal diepe en oppervlakkige wondinfecties terug te dringen. Dit komt doordat de POWI-registratie gebukt ging onder praktische problemen. De voornaamste daarvan is het ontbreken van een bruikbare indicator en bijbehorende meetinstrumenten waarmee teams direct zelf het aantal diepe en oppervlakkige wondinfecties kunnen meten. Door de landelijke projectgroep POWI is besloten het verdere verloop van T1 – en de nog volgende tweede en derde tranche – gebruik te maken van de registratie van het PREZIES-netwerk. Het meten en registreren voorziet met een vertraging van maanden in gegevens die geschikt zijn als stuurinformatie. Om dit gemis op te vangen is er gedurende het eerste jaar voor gekozen de teams extra procesmetingen te laten uitvoeren.

2.4 De werkgroep datamanagement als eindpunt van de informatieketen

In de centrale database komen gegevensstromen van projectteams in de ziekenhuizen samen. Het is de eindschakel in een keten die meerdere stappen telt. De keten begint bij de ontwikkelaars van de verbeterprojecten die een gestandaardiseerd meetformat opstellen dat de projectteams in de ziekenhuizen in staat stelt doorlopend de voortgang van het SMART-doel te monitoren. De projectteams meten en registreren de voortgang van de projecten. De geregistreeerde gegevens dienen periodiek te worden overgedragen aan de werkgroep datamanagement die de gegevens invoert in gegevensbestanden. Er is tijdens de looptijd van het implementatieprogramma een medewerker aangesteld door het consortium, belast met het ordenen, controleren en invoeren van gegevens uit

aangeleverde bestanden: de datamanager. De werkzaamheden van de datamanager zijn afhankelijk van de mate waarin de eerdere ketenonderdelen volgens plan verlopen. De werkgroep datamanagement heeft een signalerende functie aan het einde van de keten. Indien het overdrachtsproces problemen ondervindt of de aard van de aangeleverde gegevens daar aanleiding toe geeft, dan koppelt het datamanagement dit terug naar de programmaleiding, die eindverantwoordelijkheid draagt voor de kwaliteit van de centrale database. Deze terugkoppeling geschiedt sinds oktober 2005 volgens een vast format, dat wordt voorgelegd aan de programmaleiding, aan de projectleiders van het consortium en aan de interne programmacoördinatoren.

3 Concluderend

Het samenstel van factoren heeft erin geresulteerd dat de centrale database in mei 2006 suboptimaal is gevuld. Voor de OK- en POWI-projecten is het niet mogelijk de effectiviteit van de projecten vast te stellen. Onhelder is verder volgens welke frequentie de projectteams van T1S1 hebben gemeten (wat weer consequenties heeft voor de mate waarin kan worden vastgesteld of de projectteams hebben geanticipeerd op waargenomen veranderingen conform de PDSA-cyclus van het Nolanmodel; zie paragraaf 5.4). Een positieve les is dat 57 projecten laten zien dat de aanlevering van op centrale indicatoren gebaseerde meetgegevens ten behoeve van een centrale dataverzameling haalbaar is.

Bijlage 3: factor- en betrouwbaarheidsanalyses procesmeting randvoorwaarden

1 Factor en betrouwbaarheidsanalyse

De vragen in de eerste meting zijn ruwweg verdeeld over zes dimensies die op basis van de literatuurstudie (ex ante evaluatie) als relevant voor het succes- of falen van de multidisciplinaire verbeterprojecten in het implementatieprogramma mogen worden beschouwd. Over de items per dimensie zijn factor- en betrouwbaarheidsanalyses uitgevoerd. Een factoranalyse is een statistische techniek om voor een groot aantal verklarende variabelen een kleiner aantal achterliggende, verklarende variabelen te vinden, factoren genoemd, die (bijna) evenveel van de variatie verklaren als de oorspronkelijke variabelen. Tabel 1 biedt per dimensie een overzicht van het aantal items, de KMO, de verklaarde variantie en Cronbach's α . De KMO (voluit Kaiser-Meyer-Olkin) meet of er voldoende correlatie bestaat tussen items om één of meer gezamenlijke onderliggende factoren te hebben. Factoranalyse vereist een KMO van tenminste 0,5. Cronbach's α is een maat om vast te stellen hoe goed een groep items een afzonderlijk eendimensionaal latent construct meet. Een score van 0,7 wordt doorgaans acceptabel geacht binnen de sociale wetenschappen.

Tabel 1 Dimensie, aantal items en factor- en betrouwbaarheidsscores

| Dimensie | Aantal items | KMO | Verklaarde variantie | Cronbachs α |
|---|--------------|-------|----------------------|--------------------|
| Compatibiliteit (verhouding tussen aangereikte innovatie en context waar deze wordt uitgevoerd) | 10 | 0,765 | 63,8% | .83 |
| Teamcohesie | 10 | 0,702 | 49% | .74 |
| Taakuitoefening en ondersteuning door het consortium | 7 | 0,845 | 63,7% | .9 |
| Ondersteuning en faciliteiten vanuit het ziekenhuis | 6 | 0,783 | 57% | .84 |
| Teamorganisatie | 8 | 0,713 | 72,9% | .8 |
| Leiderschap van de Raad van Bestuur bijdragend aan een verbeteringsgerichte werkomgeving | 9 | 0,839 | 71,2% | .91 |

De factoranalyses zijn uitgevoerd door cases listwise te verwijderen. Het listwise weglaten van cases komt er op neer dat cases met ontbrekende data per dimensie worden weggelaten uit de analyse. Aangezien er nauwelijks gegevens ontbreken in het gegevensbestand, leidt het listwise weglaten niet tot datareductie.

Gebruik is steeds gemaakt van principale componentenanalyse met varimaxrotatie. Dat is een methode om 'eenvoudige factoren' op te sporen. Dat wil zeggen de methode zoekt naar zoveel mogelijk hoge en lage (nul) waarden per factor.

Achtereenvolgens volgt per dimensie een beschrijving van de componenten die de factoranalyse onderscheidt een overzicht van de items.

2 Compatibiliteit: verhouding tussen innovatie en context afdeling(en)

KMO: 0,765

Chronbach α : 0,83

Factoranalyse laat drie componenten zien:

Factor 1. Eigenvalue: 4,061

Factor 2. Eigenvalue: 1,234

Factor 3: Eigenvalue: 1,089

Verklaarde variantie: 63,8%

Tabel 2 Dimensie compatibiliteit

| Item | Omschrijving <i>Op de afdeling(en)</i> |
|------|--|
| 3 | komt het project op een goed moment |
| 5 | zien medewerkers de meerwaarde van het project voor de patiënt |
| 7 | zoeken wij naar de beste zorgverlening voor de patiënt |
| 9 | streven wij naar een efficiënt zorgproces |
| 11 | zien wij dat de directie het belangrijk vindt |
| 13 | zien wij dat de directie het project actief ondersteunt |
| 1 | zien wij het project als aantrekkelijk |
| 8 | denken wij dat de projectdoelen haalbaar zijn |
| 10 | zijn duidelijke afspraken gemaakt over het meten van de centrale indicatoren |
| 12 | helpt het meten van indicatoren om de voortgang te monitoren |

3 Teamcohesie

KMO: 0,702

Chronbach α : 0,65

Factoranalyse laat twee componenten zien:

Factor 1. Eigenvalue: 3,187

Factor 2. Eigenvalue: 1,711

Verklaarde variantie: 49%

Tabel 3 Dimensie teamcohesie

| Item | Omschrijving |
|------|---|
| | <i>Met welk deel van uw projectteam</i> |
| 1 | praat u wel eens over persoonlijke dingen? |
| 2 | beschouwt u de samenwerkingsrelaties als goed? |
| 3 | praat u dagelijks? |
| 4 | onderneemt u regelmatig activiteiten binnen en buiten het werk? |
| 5 | heeft u de afgelopen drie maanden een van de volgende activiteiten ondernomen: uit eten gaan, samen naar de film, of elkaar thuis bezoeken? |
| 6 | hebt u een goede persoonlijke relatie? |
| 7 | verwacht u nog een lange tijd samen te blijven werken? |
| 9 | kunt u problemen bespreken? |
| 10 | praat u wel eens om advies te verkrijgen? |
| 11 | werkt u al lange tijd samen? |

4 Taakuitoefening en ondersteuning door het consortium

KMO: 0,845

Cronbachs α : 0,9

Factoranalyse laat één component zien:

Factor 1. Eigenvalue: 4,456

Verklaarde variantie: 63,7%

Tabel 4 Dimensie taakuitoefening en ondersteuning consortium

| Item | Omschrijving |
|------|---|
| 20 | Op de landelijke bijeenkomsten doe ik steeds nieuwe waardevolle inzichten op. |
| 21 | Het landelijke expertteam met inhoudelijke en methodische deskundigen geeft voldoende ondersteuning en instrumenten. |
| 22 | De aangereikte methoden zijn bruikbaar voor onze afdeling(en). |
| 23 | Het landelijke expertteam en de externe adviseurs hebben hoge verwachtingen gewekt ten aanzien van de prestaties en verbetermogelijkheden. |
| 24 | De ondersteuning door de landelijke projectleiders/de externe adviseurs sluit aan op de behoeften van mijn medewerkers van de betrokken afdeling(en). |
| 25 | Het landelijke expertteam en de externe adviseurs hebben meteen duidelijk gemaakt wat het doel is van het project en hoe dat op de beste manier kan worden bereikt. |
| 26 | De ondersteuning van het landelijke expertteam/de externe adviseurs sluit aan op mijn behoefte. |

5 Ondersteuning en faciliteiten vanuit het ziekenhuis

KMO: 0,783

Cronbachs α : 0,84

Factoranalyse laat één component zien:
Factor 1. Eigenvalue: 3,420

Verklaarde variantie: 57%

Tabel 5 Dimensie ondersteuning en faciliteiten ziekenhuis

| Item | Omschrijving |
|------|---|
| 7 | Het projectteam beschikt over de middelen die we nodig hebben om het project te doen slagen |
| 8 | Het projectteam beschikt over de vaardigheden die we nodig hebben om het project te doen slagen |
| 9 | Het projectteam is op een goede wijze getraind om dit project te kunnen uitvoeren |
| 17 | De ziekenhuisdirectie doet er alles aan om de veranderingsbereidheid te vergroten |
| 18 | Het ziekenhuis geeft me de ruimte risico's te nemen om tot verbetering te komen |
| 19 | Het ziekenhuis voorziet in de ondersteuning die we op de afdeling(en) nodig hebben om het project tot een goed einde te brengen |

6 Organisatie projectteam

KMO: 0,713
Cronbachs α : 0,8

Factoranalyse laat drie componenten zien:
Factor 1. Eigenvalue: 3,405
Factor 2. Eigenvalue: 1,334
Factor 3. Eigenvalue: 1,090

Verklaarde variantie: 72,86

Tabel 6 Dimensie projectteam

| Item | Omschrijving |
|------|--|
| 4 | De communicatie en afstemming in het projectteam is goed |
| 5 | De taakverdeling binnen het projectteam is volstrekt helder |
| 6 | Binnen het projectteam doet iedereen wat hij/zij zou moeten doen |
| 14 | De leden van het projectteam zijn altijd aanwezig tijdens de start-, werk en meetbijeenkomsten |
| 1 | In het projectteam heeft iedereen even veel invloed gehad op de doelstellingen |
| 2 | In het projectteam heeft iedereen even veel invloed gehad op de vormgeving van de aanpak |
| 10 | De verantwoordelijkheid voor de projectvoortgang ligt in handen van het projectteam |
| 11 | De regie over de uitvoering van het project ligt in handen van het projectteam |

7 Leiderschap Raad van Bestuur

KMO: 0,839

Cronbachs α : 0,9

Factoranalyse laat twee componenten zien:

1. Eigenvalue: 5,388

2. Eigenvalue: 1,022

Verklaarde variantie: 71,2%

Tabel 7 Dimensie leiderschap Raad van Bestuur

| Item | Omschrijving |
|------|---|
| 2 | De Raad van Bestuur toont aandacht voor de werkzaamheden van het projectteam |
| 3 | De Raad van Bestuur functioneert als coach |
| 4 | De Raad van Bestuur motiveert het projectteam en de medewerkers van de afdeling(en) tot verbeteringen in het werk |
| 5 | Ik kan me met persoonlijke problemen tot de Raad van Bestuur wenden |
| 6 | De Raad van Bestuur geeft goede feedback op ons werk |
| 7 | De Raad van Bestuur staat open voor aanmerkingen de eigen manier van werken |
| 8 | Ik ben tevreden over de manier waarop de Raad van Bestuur omgaat met mij en de overige leden van het projectteam |
| 9 | De Raad van Bestuur gunt ons de tijd om stil te staan bij het werk dat we als afdeling doen |
| 10 | De Raad van Bestuur gunt ons tijd om nieuwe werkmethodes uit te proberen |

Bijlage 4: berekening resultaten per projecttype

1 Inleiding

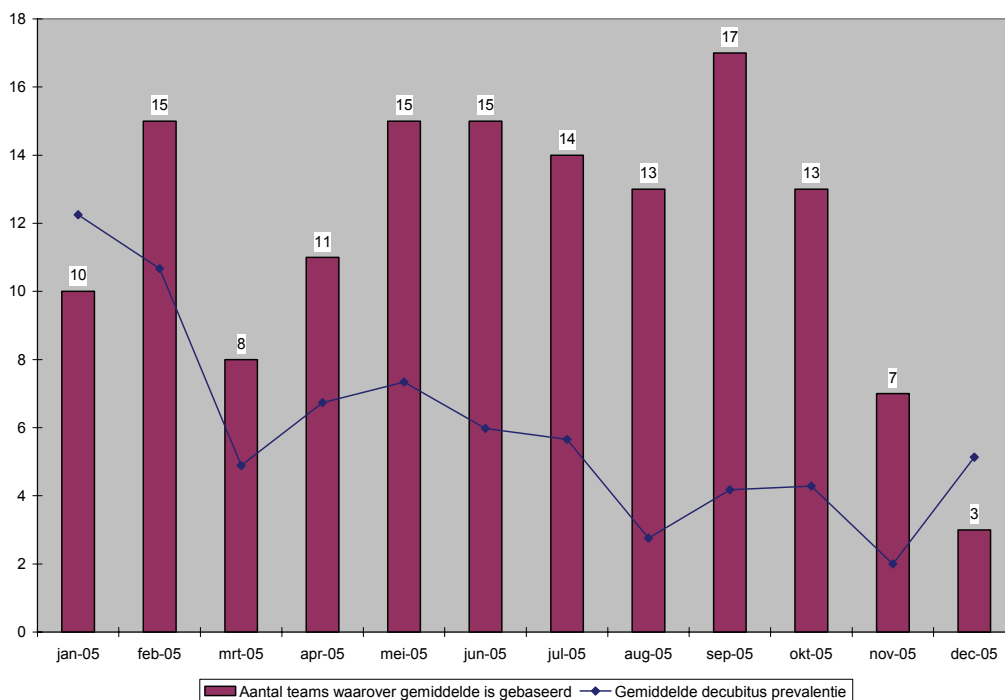
In deze bijlage wordt ingegaan op de rekenmethode waarmee ten behoeve van het evaluatieonderzoek per project is nagaan of de projecten het programmadoel bereiken. Daarvoor wordt geput uit bestanden met gegevens uit de centrale database. De datamanager van het consortium heeft deze in mei 2006 aangeleverd. Het gaat om MS Excel spreadsheetbestanden met meetgegevens van de DEC-, MV-, PHI- en WZW-projecten. In paragraaf 2 wordt de gehanteerde methode besproken. Paragraaf 3 bevat tabellen per projecttype met voor- en nametingen per project. Dit zijn gemiddelden. Het aantal gebruikte gegevens waaruit het gemiddelde is afgeleid wordt steeds vermeld.

2 Toelichting op de rekenmethodiek

Een blik in de spreadsheetbestanden laat zien dat de data per project zijn geordend per maand. Het materiaal leent zich daarmee in principe om een procentuele verandering per project of projecttype over de projectduur te berekenen.

In grafiek 1 is bij wijze van voorbeeld weergegeven hoe de decubitus prevalentie (vanaf graad 2) zich binnen de DEC-afdelingen heeft ontwikkeld. De lijn geeft het gemiddelde percentage doorligwonden over 12 maanden weer, de kolommen staan voor het aantal teams waarover het maandgemiddelde is berekend.

Grafiek 1 Procentuele afname decubitus prevalentie



(Bron: centrale database)

Uit de grafiek blijkt dat het aantal beschikbare gegevens per project per maand uiteenloopt. Van 20 projecten zijn gegevens opgenomen in de centrale database. De scores over maart, november en december zijn gebaseerd op minder dan de helft van het aantal projecten. Een deel van de maandelijkse voortgangsgegevens van de DEC-projecten ontbreekt. In theorie zouden 240 maandscores beschikbaar kunnen zijn (20 projecten over 12 maanden). In werkelijkheid zijn er 141 maandscores opgenomen in de centrale database (59%). Een gevolg is dat het wel mogelijk is om een verandering te berekenen op het niveau van het projecttype, maar dat een overzicht van de veranderingen per project gaten (onderbroken lijnen) bevat.

Voor- en nametingen

Aangezien het evaluatieonderzoek tot doel heeft de succes- en faalfactoren van de projecten te inventariseren zijn een zo betrouwbaar mogelijke voor- en nameting per project gewenst. Om succes- en faalfactoren te benoemen moet helder zijn wat de mate van doelbereiking is. De uitdaging bij het berekenen van een voor- en nameting is het vinden van een balans tussen enerzijds het minimaliseren van het risico op vertekening door selectie van uitschieters, anderzijds het behouden/maximaliseren van de verwachte discrepantie tussen voor- en nameting ten gevolge van het project. Voor het laatste geldt namelijk dat het nogal wat verschil maakt of het gemiddelde wordt berekend op basis van bijvoorbeeld twee of zes maanden. In het eerste geval bestaat er een risico dat een eenmalig hoge of lage maandscore het gemiddelde vertekent (wat wordt versterkt door het risico dat één van beide getallen mogelijk ontbreekt). In het tweede geval nivelleert het gemiddelde (op basis van de eerste zes maandscores) ieder eventueel effect dat na de eerste twee maanden is ontstaan ten gevolge van het project; het gevaar bestaat dan dat een geleidelijke verandering in de eerste helft van de projectduur wegvalt (marginalisatie van het effect).

Het maken van een keuze is onvermijdelijk. In het kader van het evaluatieonderzoek is besloten bij de voormeting uit te gaan van het gemiddelde van de eerste drie opeenvolgende maandscores. De eerste beschikbare maandscore is het startpunt, de daarop volgende maanden worden meegewogen, ook als de cellen ongevuld zijn. Voor de DEC-projecten is dit geïllustreerd in de afbeelding. Een andere keuze is om de metingen tot en met uiterlijk mei 2005 te accepteren voor de voormeting. Bij de nametingen is de laatste meting het uitgangspunt, waarbij de twee daaraan voorafgaande maanden worden meegenomen in het gemiddelde.

Afbeelding De wijze waarop voor- en nametingen per project zijn berekend

| jan-05 | feb-05 | mrt-05 | apr-05 | mei-05 | jun-05 | jul-05 | aug-05 | sep-05 | okt-05 | nov-05 | dec-05 |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 4,2 | 9,4 | | | | | 7,2 | 0 | 5,1 | 0 | 3,2 | 7,6 |
| 19,4 | 21,2 | | | | | | | 8,8 | 5,7 | 4,4 | 6,8 |
| | | 6,3 | 0 | 0 | 1,6 | 1 | 1,3 | 0 | 3,3 | 0 | |
| | | 4,5 | 8,1 | 3,4 | 3,9 | 10 | 3,3 | 0 | 3,8 | | |
| 15,9 | | | | 5,7 | | | | 5,1 | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 24,1 | 31,7 | | | 50,6 | 34,4 | | | | | | |
| 12,5 | 11,1 | | | 2 | 0 | | | 0,6 | 0 | | |
| | 2,1 | 0,5 | 0 | 0,4 | 5,5 | 5 | 2,6 | 4,7 | 5,7 | | |
| | 7,1 | | 20,7 | 9,2 | 8,6 | 7,8 | | 18,9 | | | |
| | 4,9 | 2,5 | 2,3 | 2,9 | 0,5 | 4,5 | 2,8 | 0,7 | | | |
| | 3,2 | | | | 0 | 1,6 | 1,2 | 0 | | | |
| | | | 7,7 | 3,3 | 0,8 | 3,3 | 0 | 0,7 | | | |
| 8,3 | 5,3 | | | | | | | | 9,7 | 2,8 | |
| 7,7 | 6,4 | | | 7,5 | 4,2 | 10,6 | 3,6 | 7,1 | 3,8 | 1,4 | 1 |
| | 6 | 9,5 | 13,5 | 4,3 | 8,1 | 6,4 | 0,6 | 0,5 | 2,2 | 0,8 | |
| | 13,1 | 3,9 | 10,5 | 6,3 | 2,9 | 8,9 | 3,4 | 3,8 | 7,1 | | |
| 9,2 | 12,6 | 5,6 | 1,7 | 6,4 | 4 | 2,3 | 4,7 | 3,7 | 3,5 | 1,4 | |
| 7,8 | 8 | 6,3 | 3,1 | 1 | 5,8 | 3,5 | 4,2 | 9,6 | 7 | | |
| 13,4 | 20 | | 6,5 | 7,1 | 9,4 | 7,1 | 8,2 | 3,7 | 3,9 | | |

Een bijkomend voordeel van deze werkwijze is dat er minder gegevens ontbreken. Theoretisch gezien zou het aantal maandscores van 20 DEC-projecten op 120 uitkomen (20 maal tweemaal drie maanden. In werkelijkheid zijn er 96 metingen beschikbaar (83%).

Uitzonderingen

De voor- en nametingen van de MV, PHI en WZW projecten zijn conform de hierboven beschreven methode berekend. Voor MV geldt dit voor de projecten antibiotica switch en bloedtransfusies, maar niet voor de postoperatieve pijn projecten. De datamanager heeft van de projecten postoperatieve pijn een bestand aangeleverd met daarin een voor- en nameting (gemeten onder de laatste twintig interventiepatiënten) van de patiëntengroep met een pijnscore (visueel analoge schaal) lager dan vier.

Dit is het percentage van de patiëntengroep dat aan de norm voldoet. Bij medicatieveiligheid is het daarentegen van belang gebruik te maken van de gevallen waarin *niet* aan de norm is voldaan. Om die reden wordt in tabel 1 eerst per PP-project berekend hoe groot de groep is met een te hoge pijnscore.

Tabel 1 Herberekening percentage patiënten met een VAS-score gelijk of hoger dan vier

| | Patiënten met VAS-score lager dan vier (%) | | Patiënten met VAS-score vier of hoger (%) | |
|---------------------|--|----------|---|--------------|
| | Voormeting | Nameting | Voormeting | Nameting |
| Naam project | A | B | 100-A | 100-B |
| ZKH 1 PP-project 1 | 50 | 80 | 50 | 20 |
| ZKH 1 PP-project 2 | 42 | 85 | 58 | 15 |
| ZKH 2 PP-project 1 | 41 | ? | 59 | ? |
| ZKH 5 PP-project 1 | 24 | 50 | 76 | 50 |
| ZKH 5 PP-project 2 | 32 | 60 | 68 | 40 |
| ZKH 5 PP-project 3 | 43 | 40 | 57 | 60 |
| ZKH 6 PP-project 1 | 18 | 35 | 82 | 65 |

(Bron: centrale database)

Een andere uitzondering vormen de PHI-projecten. De projectteams hebben de nulmeting middels ICT op retrospectieve wijze tot stand doen komen. Daardoor zijn er gegevens voorhanden van 2004 en 2005. Het gemiddelde van de gegevens van 2004 (12 maanden) gelden als nulmeting, het gemiddelde van 2005 (eveneens 12 maanden) als nameting.

Voor de WZW-projecten van het formele format (FF) is uitgegaan van het gemiddelde van de eerste en laatste drie maanden. Van het alternatieve format (AF) zijn daarentegen geen gegevens per maand voorhanden. Deze zijn verkregen via een telefonische rondgang vanuit de landelijke projectgroep WZW onder de projectteams in de ziekenhuizen.

3 Voor- en nametingen per projecttype

In verschillende tabellen worden de voor- en nametingen volgens de berekeningswijze van paragraaf 2 per project weergegeven. Er is aan de rechterkant van de voor- en nameting een grijze kolom opgenomen met het aantal maanden waarover de desbetreffende meting is berekend. In de meeste rechtse kolom is de procentuele verandering van de nameting ten opzichte van de nulmeting terug te vinden.

Tabel 2 Voor- en nameting decubitus prevalentie in procenten (graden 2 t/m 4)

| Project | Voor- meting (%) | Aantal maand- scores | Na- Meting (%) | Aantal maand- scores | Veran- dering (%) |
|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| ZKH 1 project 1 | 2,1 | 3 van 3 | 1,1 | 3 van 3 | -47,6 |
| ZKH 1 project 2 | 5,3 | 3 van 3 | 2,4 | 3 van 3 | -55,6 |
| ZKH 2 project 1* | 6,7 | 3 van 3 | 6,9 | 3 van 3 | +3,5 |
| ZKH 2 project 2* | 16,7 | 2 van 3 | 5,3 | 3 van 3 | -68,5 |
| ZKH 2 project 3* | 9,1 | 3 van 3 | 2,9 | 3 van 3 | -68,6 |
| ZKH 3 project 1* | 5,5 | 2 van 3 | 1,3 | 3 van 3 | -75,8 |
| ZKH 3 project 2* | 3,2 | 1 van 3 | 0,9 | 3 van 3 | -70,8 |
| ZKH 3 project 3* | 13,9 | 2 van 3 | 12,4 | 2 van 3 | -11,2 |
| ZKH 3 project 4* | 3,2 | 3 van 3 | 2,7 | 3 van 3 | -17,5 |
| ZKH 3 project 5* | 0,9 | 3 van 3 | 4,3 | 3 van 3 | +400 |
| ZKH 4 project 1 | 20,3 | 2 van 3 | 5,6 | 3 van 3 | -72,2 |
| ZKH 4 project 2 | 6,8 | 2 van 3 | 3,6 | 3 van 3 | -47,1 |
| ZKH 5 project 1** | ? | 0 van 3 | ? | 0 van 3 | ? |
| ZKH 5 project 2 | 15,9 | 1 van 3 | 5,1 | 1 van 3 | -67,9 |
| ZKH 6 project 1 | 9,7 | 3 van 3 | 1,2 | 3 van 3 | -87,9 |
| ZKH 6 project 2 | 9,2 | 3 van 3 | 4,8 | 3 van 3 | -48 |
| ZKH 7 project 1 | 27,9 | 2 van 3 | 34,4 | 1 van 3 | 23,3 |
| ZKH 7 project 2 | 11,8 | 2 van 3 | 0,3 | 2 van 3 | -97,5 |
| ZKH 8 project 1 | 7,1 | 2 van 3 | 2,1 | 3 van 3 | -70,7 |
| ZKH 8 project 2*** | 6,8 | 2 van 3 | 6,3 | 2 van 3 | -8,1 |
| Gemiddelde 19 DEC-projecten | 9,6 | | 5,4 | | -43,2 |

(Bron: centrale database)

* aangeleverde gegevens door de projectgroep datamanagement herberekend en bruikbaar beschouwd

** door projectteam aangeleverde gegevens zijn onbruikbaar

*** onbekend is of de prevalentiemeting geldt vanaf graad 2

Tabel 3 Voor- en nameting medicatiefouten

| Project | Voor- meting | Aantal maand- scores | Na- meting | Aantal maand- scores | Veran- dering (%) |
|--------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| Antibiotica switch (AS) | | | | | |
| ZKH 2 AS-project 1 | 30,3 | 3 van 3 | 6,0 | 3 van 3 | -80,2 |
| ZKH 2 AS-project 2 | 23,1 | 2 van 3 | 8,7 | 1 van 3 | -62,3 |
| ZKH 2 AS-project 3 | 19,5 | 3 van 3 | 40 | 1 van 3 | +105,1 |
| ZKH 2 AS-project 4 | 42,3 | 3 van 3 | 10,7 | 3 van 3 | -74,7 |
| ZKH 6 AS-project 1 | 17,9 | 3 van 3 | 0,0 | 2 van 3 | -100 |
| ZKH 7 AS-project 1 | 26,5 | 3 van 3 | 2,5 | 2 van 3 | -90,6 |
| ZKH 8 AS-project 1 | ? | 0 van 3 | 12,3 | 3 van 3 | ? |
| ZKH 8 AS-project 2 | 32,3 | 1 van 3 | 13,6 | 2 van 3 | -57,9 |
| Bloedtransfusies (BT) | | | | | |
| ZKH 7 BT-project 1 | 59,4 | 3 van 3 | 33,7 | 3 van 3 | -43,3 |

(Bron: centrale database)

| <i>Project</i> | Voor- meting | Aantal maand- scores | Na- meting | Aantal maand- scores | Veran- dering (%) |
|--|-------------------------|-------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <i>Postoperatieve pijn (PP)</i> | | | | | |
| ZKH 1 PP-project 1 | 50 | ? | 20 | ? | -60 |
| ZKH 1 PP-project 2 | 58 | ? | 15 | ? | -74,1 |
| ZKH 2 PP-project 1 | 59 | ? | ? | ? | ? |
| ZKH 5 PP-project 1 | 76 | ? | 50 | ? | -34,2 |
| ZKH 5 PP-project 2 | 68 | ? | 40 | ? | -41,2 |
| ZKH 5 PP-project 3 | 57 | ? | 60 | ? | +5,3 |
| ZKH 6 PP-project 1 | 82 | ? | 65 | ? | -20,7 |
| Gemiddelde zeven AS-projecten | 24,7 | | 11,7 | | -57,2 |
| Gemiddelde zes PP-projecten | 64,3 | | 41,7 | | -35,2 |
| Gemiddelde 14 MV-projecten | 46,8 | | 25,2 | | -46,2 |

(Bron: centrale database)

Van de 26 procesherinrichtingen zijn van vijf tot zeven projecten voldoende (doch weinig) gegevens beschikbaar om een voor- en nameting te berekenen. De overige projecten worden niet genoemd in de tabel.

Tabel 4 Voor- en nameting procesherinrichtingen

| <i>Project</i> | Voor- meting | Aantal maand- scores | Na- meting | Aantal maand- scores | Veran- dering (%) |
|---|-------------------------|-------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <i>Toegangstijd (dagen)</i> | | | | | |
| ZKH 1 project 1 | 2,6 | 11 van 12 | 11,7 | 2 van 12 | +351,6 |
| ZKH 3 project 1 | 23 | 6 van 12 | 67 | 2 van 12 | +191,5 |
| ZKH 4 project 1 | 20,8 | 7 van 12 | 15,4 | 6 van 12 | -26 |
| ZKH 8 project 1 | 10,6 | 9 van 12 | 9,9 | 2 van 12 | -6,9 |
| Gemiddelde vier PHI's | 12,4 | | 21,1 | | +70,9 |
| <i>Duur diagnostisch traject (dagen)</i> | | | | | |
| ZKH 1 project 1 | 23,2 | 11 van 12 | 28,6 | 2 van 12 | +23,4 |
| ZKH 3 project 1 | 9,3 | 6 van 12 | 9 | 2 van 12 | -2,7 |
| ZKH 4 project 1 | 2,6 | 7 van 12 | -1,7 | 6 van 12 | -166,4 |
| ZKH 7 project 1 | 20,6 | 6 van 12 | 2,6 | 4 van 12 | -87,6 |
| ZKH 8 project 1 | -7,2 | 9 van 12 | 2,3 | 2 van 12 | -131,4 |
| ZKH 8 project 2 | 92 | 7 van 12 | 60,9 | 1 van 12 | -33,8 |
| Gemiddelde zes PHI's | 20,2 | | 15,4 | | -23,7 |
| <i>Wachttijd tot behandeling (dagen)</i> | | | | | |
| ZKH 1 project 1 | 13 | 11 van 12 | 30,7 | 2 van 12 | +136,2 |
| ZKH 3 project 1 | 25,8 | 6 van 12 | 16,5 | 2 van 12 | -36,1 |
| ZKH 4 project 1 | 34,7 | 7 van 12 | 31,4 | 7 van 12 | -9,6 |
| ZKH 7 project 1 | 97,7 | 6 van 12 | 18,4 | 4 van 12 | -81,2 |
| ZKH 8 project 1 | 59,4 | 9 van 12 | 23,8 | 2 van 12 | -60 |
| ZKH 8 project 2 | 13,7 | 7 van 12 | 86,3 | 1 van 12 | +530,6 |
| Gemiddelde zeven PHI's | 38,8 | | 31,2 | | -19,6 |

(Bron: centrale database)

| <i>Project</i> | Voor- meting | Aantal maand- scores | Na- meting | Aantal maand- scores | Veran- dering (%) |
|--|-------------------------|-------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <i>Aantal bezoeken tot behandeling</i> | | | | | |
| ZKH 1 project 1 | 2,5 | 11 van 12 | 4,5 | 2 van 12 | +80 |
| ZKH 3 project 1 | 4,8 | 7 van 12 | 4,5 | 1 van 12 | -6,6 |
| ZKH 4 project 1 | 2,9 | 7 van 12 | 3,6 | 6 van 12 | +24,1 |
| ZKH 7 project 1 | 6,3 | 6 van 12 | 1,2 | 4 van 12 | -81,2 |
| ZKH 8 project 1 | 2,8 | 9 van 12 | 2,5 | 2 van 12 | -11,8 |
| ZKH 8 project 2 | 4,2 | 7 van 12 | 5,6 | 1 van 12 | +33,3 |
| Gemiddelde zeven PHI's | 5 | | 3,5 | | -29,5 |
| <i>Ligduur (dagen)</i> | | | | | |
| ZKH 1 project 1 | 14 | 11 van 12 | 13,8 | 2 van 12 | -1,4 |
| ZKH 3 project 1 | 8,8 | 6 van 12 | 25,5 | 2 van 12 | +188,7 |
| ZKH 4 project 1 | 11 | 7 van 12 | 11 | 6 van 12 | -0,1 |
| ZKH 7 project 1 | 5,9 | 6 van 12 | 4,1 | 6 van 12 | -29,6 |
| ZKH 8 project 1 | 3,7 | 9 van 12 | 1,4 | 2 van 12 | -62,2 |
| ZKH 8 project 2 | 0,4 | 7 van 12 | 1,1 | 1 van 12 | +208 |
| ZKH 8 project 3 | 11,8 | 9 van 12 | 8,6 | 4 van 12 | -27 |
| Gemiddelde zeven PHI's | 10,7 | | 9,1 | | -15,1 |

(Bron: centrale database)

In tabel 5 wordt het onderscheid in het formele en het alternatieve format aangehouden. De bovenste helft bestaat uit het formele format, de onderste uit het alternatieve format.

Tabel 5 Voor- en nameting toegangstijden poliklinieken

| <i>Project</i> | Voor- meting | Aantal maand- scores | Na- meting | Aantal maand- scores | Veran- dering (%) |
|--|-------------------------|-------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <i>Formeel format (FF)</i> | | | | | |
| ZKH 1 project 1 | 56,4 | 3 van 3 | 54,7 | 2 van 3 | -3,1 |
| ZKH 1 project 2 | 62,6 | 3 van 3 | 56,2 | 3 van 3 | -10,2 |
| ZKH 1 project 3 | 77,3 | 3 van 3 | 15,7 | 3 van 3 | -79,7 |
| ZKH 2 project 1 | 104,5 | 3 van 3 | 25,8 | 3 van 3 | -75,3 |
| ZKH 4 project 1 | 43,5 | 3 van 3 | ? | 0 van 3 | ? |
| ZKH 4 project 2 | 48,5 | 3 van 3 | ? | 0 van 3 | ? |
| ZKH 4 project 3 | 51,4 | 3 van 3 | ? | 0 van 3 | ? |
| ZKH 6 project 1 | 41,1 | 3 van 3 | 44,8 | 1 van 3 | +9,1 |
| ZKH 6 project 2 | 39,1 | 3 van 3 | 41,3 | 1 van 3 | +5,7 |
| ZKH 7 project 1 | 59,8 | 3 van 3 | 58,7 | 3 van 3 | -1,8 |
| ZKH 7 project 2 | 37,2 | 3 van 3 | 24,5 | 3 van 3 | -34,1 |
| ZKH 7 project 3 | 30,4 | 3 van 3 | ? | 0 van 3 | ? |
| ZKH 8 project 1 | 17,5 | 3 van 3 | ? | 0 van 3 | ? |
| ZKH 8 project 2 | 30,2 | 3 van 3 | ? | 0 van 3 | ? |
| Gemiddelde acht WZW-FF- projecten | 49,9 | | 40,2 | | -19,4 |
| <i>Alternatief format AF</i> | | | | | |
| ZKH 2 project 2 | 12 | ? | 2 | ? | -83,3 |
| ZKH 3 project 1 | 25 | ? | 11 | ? | -56 |
| ZKH 4 project 4 | 55 | ? | 21 | ? | -61,8 |
| ZKH 4 project 5 | 85 | ? | 10 | ? | -88,2 |
| ZKH 5 project 1 | 60 | ? | 80 | ? | +33,3 |
| ZKH 5 project 2 | 20 | ? | 35 | ? | +75 |
| ZKH 5 project 3 | 20 | ? | 14 | ? | -30 |
| ZKH 6 project 3 | 40 | ? | 30 | ? | -25 |
| ZKH 6 project 4 | 34 | ? | 34 | ? | 0 |
| ZKH 7 project 4 | 60 | ? | 40 | ? | -33,3 |
| Gemiddelde 10 WZW-AF- projecten | 41,1 | | 26,7 | | -35 |
| Gemiddelde 18 WZW-projecten | 46,7 | | 32,4 | | -30,7 |

(Bron: centrale database)

Bijlage 5: samenvatting interviews adviseurs

Inleiding

De gegevens verkregen door middel van telefonische interviews met de adviseurs van het consortium (augustus tot en met begin september 2005) worden in deze bijlage behandeld. Ze zijn verdeeld over meerdere algemene onderdelen:

- achtergrondinformatie (onderdeel 1);
- waarde van het implementatieprogramma voor betrokkenen (onderdeel 2);
- taakomschrijving adviseurs (onderdeel 3);
- extra ondersteuning gewenst (onderdeel 4);
- monitoring van de voortgang (onderdeel 5);
- maatregelen die in de toekomst vereist zijn voor het succes van het implementatieprogramma (onderdeel 6);
- vormgeving interne verspreiding van werkwijzen en resultaten (onderdeel 7);
- wanneer is het programma geslaagd (onderdeel 8);
- bevorderende en belemmerende factoren (onderdeel 9).

De overige onderdelen zijn tweemaal uitgewerkt. Deel A maakt geen onderscheid tussen scores van ziekenhuisadviseurs en projectleiders van het consortium (ongedifferentieerde tabellen). In deel B wordt dit wel gedaan (gedifferentieerde tabellen). In allebei de delen komen de volgende onderdelen aan bod. De nummering is hetzelfde, voorafgegaan door een A of een B:

- draagvlak onder verschillende partijen betrokken bij het implementatieprogramma (onderdeel 1);
- stellingen over de programmaopzet (onderdeel 2);
- beoordeling uitvoering activiteiten door projectteams (onderdeel 3);
- inschatting mate waarin projectteams zaken als vrijblijvend beschouwen (onderdeel 4);
- verwachte knelpunten in randvoorwaarden in de T1-ziekenhuizen (onderdeel 5);
- verschillende bevorderende of belemmerde factoren: toestand in Sneller Beter ziekenhuizen (onderdeel 6; alleen A);
- bepalend voor taakuitoefening adviseurs (onderdeel 7; alleen A).

1 Achtergrond

In tabel 1 is naast het opleidingsniveau en het geslacht terug te zien aan welke organisaties de adviseurs verbonden zijn. De grootste groep is werkzaam voor het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en universitair geschoold. De ene helft van de respondenten is als adviseur toegewezen aan een Sneller Beter ziekenhuis, de andere helft aan een prioriteitsgebied of project.

Tabel 1 Achtergrondkenmerken adviseurs

| | | |
|--------------------------------|--------------------|--------------------------------------|
| Werkgever | CBO (n=12) | IBMG (n=2) |
| | Orde (n=5) | Vreelandgroep (n=1) |
| | Plexus (n=2) | Erasmus Universiteit Rotterdam (n=1) |
| Opleiding | HBO (n=2) | WO (n=16) |
| | Gepromoveerd (n=5) | |
| Geslacht | Man (n=10) | Vrouw (n=13) |
| Als adviseur toegewezen aan... | Ziekenhuis (n=11) | Project (n=12) |

(Bron: interviews adviseurs; augustus 2005; n=23)

2 Waarde van het implementatieprogramma voor betrokkenen volgens de adviseurs van het consortium

Voor patiënten

De patiënt krijgt snellere en betere zorg.

Voor het ziekenhuis

Betere resultaten, mogelijkheid tot profileren, zelfinzicht, hogere kwaliteit en efficiëntie.

Voor de medisch specialisten

Medisch specialisten worden in staat gesteld betere zorg te organiseren en te leveren - meer tijd voor kerntaken en minder bureaucratie. Ook wordt erop gewezen dat medisch specialisten te maken krijgen met een verbetering van de markt- en onderhandelingspositie. De medisch specialist leert naar andere ziekenhuizen te kijken en krijgt te maken met meer tevreden patiënten.

Voor ziekenhuismedewerkers in het algemeen

De arbeidssatisfactie van medewerkers zal volgens de adviseurs toenemen, net als de bewustwording omtrent risico's en kwaliteit. Het aantal fouten neemt af. Het implementatieprogramma draagt bij aan leren en op constructieve wijze verbeteren.

Voor de adviseurs

De schaalgrootte van het implementatieprogramma maakt het eenvoudiger mensen te motiveren. De adviseurs zijn in de gelegenheid kennis over te dragen en de waarde van hun adviezen te toetsen. Het implementatieprogramma is een proeftuin en biedt leerervaringen.

3 Taakomschrijving adviseurs

De adviseurs van het consortium zijn verantwoordelijk voor de inhoud en het verloop van de eigen prioriteitsgebieden. Het verschilt in welke mate men zich richt op het gehele programma of één of meerdere facetten. Enkele ondervraagden vinden het niet duidelijk waar de eigen rol (taak- en verantwoordelijkheid) ophoudt in de richting van de projectteams. Bevoegdheden zijn niet altijd even scherp afgebakend.

4 Extra ondersteuning die de adviseurs wensen

Een derde van de adviseurs heeft geen behoefte aan extra ondersteuning. Tweederde wenst meer tijd, intervisie, communicatie tussen programmaorganisatie en ziekenhuizen en beter afgebakende functieomschrijvingen. Eén keer wordt verbetering van de programmastructuur in de ziekenhuizen genoemd.

5 Monitoring

Binnen het consortium houdt men zicht op de voortgang onder meer door middel van voortgangsrapportages, intervisiebijeenkomsten, advisteamoverleggen en bilaterale contactmomenten. De feedback van de leden van de projectteams op landelijke bijeenkomsten en werkconferenties en de feedback van de ziekenhuisadviseurs bieden een informatiebrug tussen de programmaorganisatie binnen het consortium en de gedecentraliseerde programmaorganisaties in de Sneller Beter ziekenhuizen. In de ziekenhuizen houden partijen zicht op de voortgang doordat projectteams hun voortgang rapporteren. Deze voortgang wordt periodiek in de ziekenhuizen besproken in de maandelijks- of tweemaandelijks stuurgroepvergaderingen.

6 Maatregelen in de toekomst vereist voor succes implementatieprogramma

Een deel van de adviseurs noemt het geven van prikkels aan ziekenhuizen en benchmarking. Anderen noemen: resultaatmanagement, oprichting van een kenniscentrum en het behoud van een centrale ondersteuningsorganisatie. Mogelijk paradoxaal is het pleidooi om een centrale organisatie te laten bestaan en ziekenhuizen niet teveel loslaten versus de suggestie om ziekenhuizen vrij te laten. Men is verder van mening dat projectstructuren plaats moeten maken voor blijvende structuren.

7 Vormgeving interne verspreiding van resultaten en werkwijzen

Hieromtrent bestaat in beperkte mate duidelijkheid. De plannen per ziekenhuis zijn veelal in ontwikkeling.

8 Het implementatieprogramma is geslaagd indien...

De adviseurs vinden dat er sprake moet zijn van aantoonbare verbetering. Over de exacte norm bestaan verschillende opvattingen. De antwoorden variëren van gehele doelbereiking tot de helft (gemiddeld 70% realisatie) in een periode van twee jaar. De adviseurs vinden de borging belangrijk. Dat geldt ook voor de toenemende patiëntgerichtheid en participatie van medisch specialisten. De ontwikkeling moet na afloop van het programma autonoom verder gaan.

9 Bevorderende en belemmerende factoren

De adviseurs van het consortium is gevraagd wat zij als de bevorderende en belemmerende factoren ervaren voor het succes van het implementatieprogramma. De antwoorden zijn uitgewerkt in tabel 2.

Tabel 2 Bevorderende en belemmerende factoren

| Bevorderend | Belemmerend |
|---|---|
| <i>Algemeen:</i> | |
| - eenduidig uitgedragen visie. | |
| <i>Programmaniveau</i> | <i>Programmaniveau</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> - adviseurs met ervaring; - ‘inspiratoren’ of ‘kampioenen’: personen die succesverhalen verspreiden binnen en buiten het programma; - structuur met deadlines; - uitwisseling van kennis; - SMART-doelstellingen die bij alle partijen bekend zijn; - ondersteuning vanuit meerdere disciplines en vakgebieden; - landelijke bijeenkomsten; - duidelijke projectopzet; - deelname aan landelijk programma is stok achter de deur. | <ul style="list-style-type: none"> - het dirigerende karakter van het implementatieprogramma; - er wordt gewerkt volgens een blauwdruk die tot vertraging leidt; - het implementatieprogramma is ‘teveel een spoorboekje, er is geen echte integrale aanpak tussen strategie, beleid en resultaten’; - een verslechtering van het imago van /onprofessionele indruk; - onrust binnen de programmaorganisatie; - samenwerking binnen het consortium loopt niet optimaal; - geen eenduidigheid over visie en communicatie; onduidelijkheid; - project is voortdurend in ontwikkeling, data worden verschoven; betrokkenen worden laat geïnformeerd waardoor goodwill verloren gaat; timing voor sommige ziekenhuizen is slecht; stroperigheid van het programma; bureaucratie; - menskracht; - financiële middelen. |
| <i>Ziekenhuissector</i> | <i>Ziekenhuissector</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> - steun van het ministerie van VWS: ‘het is een belangrijk project’; - combinatie van implementatieprogramma met beide overige pijlers; externe druk om gebruik te maken van indicatoren en prestaties openbaar; - belonen van ziekenhuizen voor verbetering door verzekeraar; - toenemende marktwerking. | <ul style="list-style-type: none"> - verkeerde financiële prikkels, door doelmatiger te werken kan een ziekenhuis zich in de vingers snijden; zorgverzekeraars willen niet altijd belonen; - het verzekeringsstelsel is geënt op het werven van zoveel mogelijk klanten. |

| Bevorderend | Belemmerend |
|--|---|
| <i>Binnen de ziekenhuizen</i> | <i>Binnen de ziekenhuizen</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> - betrokkenheid van de Raad van Bestuur; - centrale rol stuurgroep in de ziekenhuizen; - centrale projectcoördinator maakt deel uit van stuurgroep - ziekenhuisadviseurs die dicht bij centrale projectcoördinatoren staan; - draagvlak op alle organisatorische niveaus; - goede interne communicatie; - ziekenhuismedewerkers doorlopen een leerproces; - accurate managementinformatie, koppeling implementatie aan planning en controle cyclus; - invoering van resultaatmanagement in ziekenhuizen/belonen en waar nodig bestraffen; - enthousiaste medische specialisten, kwaliteitsfunctionarissen en ziekenhuisdirecties; - het bewustzijn dat de uitgangssituatie niet houdbaar is. | <ul style="list-style-type: none"> - tijdsdruk voor ziekenhuizen en medewerkers; benchmarken kost medewerkers te veel tijd; - de betrokkenheid van een aantal specialisten; sommige specialisten willen niet voldoende meewerken of niet meer productie leveren; - er is een te groot aantal specialismen betrokken bij het project; het zijn ‘vrijplaatsen waar wordt geklust’; op afdelingsniveau is sprake van een eilandcultuur; - het management is niet bij ieder project evenveel betrokken; - de invoer van ICT in ziekenhuizen verloopt traag; - er is onvoldoende logistieke kennis beschikbaar; - radiologie is een bottleneck in het zorgpad; - de communicatie vanuit Sneller Beter ziekenhuizen naar de centrale programmaorganisatie is niet optimaal. |

De overige uitkomsten in deze bijlage worden twee keer weergegeven, eerst van alle adviseurs (ongedifferentieerde A-tabellen), daarna nogmaals waarbij een onderscheid wordt gemaakt in ziekenhuisadviseurs en projectleiders van het consortium (gedifferentieerde B-tabellen).

A Uitkomsten adviseurs (ongedifferentieerd)

Tabel A1 Draagvlak onder partijen betrokken bij het implementatie programma

| | | Slecht % | Onvoldoende % | Volgende % | Goed % | Niet ingevuld % |
|---|---|----------|---------------|------------|--------|-----------------|
| 1 | Raden van Bestuur | 0 | 4 | 48 | 48 | 0 |
| 2 | De projectteams | 0 | 0 | 61 | 30 | 9 |
| 3 | Bij de uitvoering betrokken ziekenhuismedewerkers | 0 | 0 | 61 | 26 | 13 |
| 4 | Medisch specialisten | 0 | 22 | 57 | 13 | 9 |
| 5 | Consortium | 4 | 4 | 30 | 39 | 23 |

(Bron: interviews adviseurs; n=23)

Tabel A2 Stellingen over de programmaopzet

| | | Zeer mee oneens % | Mee oneens % | Mee eens % | Zeer mee eens % | Niet inge- vuld % |
|---|---|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 1 | De strategische lijn van het consortium voor wat betreft de inhoudelijke koers van het implementatieprogramma is helder | 4 | 35 | 52 | 4 | 4 |
| 2 | De praktische invulling stelt in staat de programmadoelen te realiseren | 9 | 22 | 57 | 0 | 13 |

(Bron: interviews adviseurs; n=23)

Tabel A3 Beoordeling uitvoering activiteiten door projectteams

| | | Slecht % | Onvol- doende % | Vol- doende % | Goed % | Niet inge- vuld % |
|---|--|---------------------|--------------------------------|------------------------------|---------------|----------------------------------|
| 1 | Aanwezigheid landelijke bijeenkomsten | 0 | 9 | 39 | 35 | 17 |
| 2 | Tweemaandelijke rapportage aan stuurgroep | 0 | 35 | 35 | 13 | 17 |
| 3 | Opstellen van projectdoelen | 0 | 9 | 35 | 44 | 13 |
| 4 | Opstellen/selectie van interventies | 0 | 9 | 44 | 26 | 22 |
| 5 | Verrichten van metingen | 0 | 4 | 70 | 13 | 13 |
| 6 | Gebruikmaking van projectindicatoren zoals opgenomen in de datamanagementnotitie | 9 | 26 | 26 | 13 | 26 |
| 7 | Aanleveren van data aan centrale databank | 4 | 52 | 13 | 4 | 26 |
| 8 | Anticiperen op basis van verzamelde data | 4 | 13 | 39 | 17 | 26 |

(Bron: interviews adviseurs; n=23)

Tabel A4 Inschatting mate waarin projectteams zaken als vrijblijvend beschouwen

| | | Zeer vrij- blijvend % | Enigs- zins vrij- blijvend % | Zo goed als ver- plicht % | Strin- gent % | Niet inge- vuld % |
|---|--|--|---|--|--------------------------|----------------------------------|
| 1 | Aanwezigheid bij landelijke bijeenkomsten | 0 | 30 | 52 | 0 | 17 |
| 2 | Tweemaandelijke rapportage aan stuurgroep | 9 | 26 | 35 | 9 | 22 |
| 3 | Opstellen van projectdoelen | 0 | 17 | 39 | 26 | 17 |
| 4 | Opstellen/selectie van interventies | 0 | 22 | 35 | 22 | 22 |
| 5 | Verrichtingen van metingen | 0 | 4 | 52 | 22 | 22 |
| 6 | Gebruikmaking van projectindicatoren zoals opgenomen in de datamanagementnotitie | 13 | 26 | 35 | 0 | 26 |
| 7 | Aanleveren van data aan centrale databank | 22 | 30 | 22 | 0 | 26 |
| 8 | Anticiperen op basis van verzamelde data | 0 | 39 | 26 | 0 | 35 |

(Bron: interviews adviseurs; n=23)

Tabel A5 Verwachte knelpunten in randvoorwaarden in Sneller Beter ziekenhuizen

| <i>In de beschikbaarheid van...</i> | | Zeker % | Ja, een beetje % | Nee, eigenlij k niet % | Zeker niet % | Niet inge- vuld % |
|-------------------------------------|---------------------|------------|------------------------|---------------------------------|-----------------|-------------------------|
| 1 | Mensen | 26 | 57 | 9 | 4 | 4 |
| 2 | Materialen | 13 | 13 | 35 | 30 | 9 |
| 3 | Financiële middelen | 48 | 35 | 13 | 0 | 4 |
| 4 | Tijd | 52 | 44 | 0 | 0 | 4 |
| 5 | Kennis | 0 | 39 | 35 | 22 | 4 |
| 6 | Kunde | 0 | 57 | 30 | 9 | 4 |

(Bron: interviews adviseurs; n=23)

Tabel A6 Verschillende bevorderende of belemmerde factoren: toestand in Sneller Beter ziekenhuizen

| | | Ze er belem- merend % | Enigszins belem- merend % | Enigszins bevorde- rend % | Ze er bevorde- rend % | Niet inge- vuld % |
|---|--|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| 1 | Kwaliteitssystemen | 4 | 4 | 57 | 9 | 26 |
| 2 | ICT-inrichting | 22 | 52 | 4 | 13 | 9 |
| 3 | Het ervaren van onderlinge concurrentie in de ziekenhuizen | 4 | 22 | 52 | 9 | 13 |
| 4 | De invoering van marktwerking | 0 | 22 | 52 | 17 | 9 |
| 5 | Het openbaar worden van ziekenhuisprestaties | 9 | 4 | 57 | 22 | 9 |

(Bron: interviews adviseurs; n=23)

Tabel A7 Bepalend voor de uitvoering van taken door de adviseurs

| | | In geen enkele mate % | In minder e mate % | In grote mate % | In zeer grote mate % | Niet inge- vuld % |
|---|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|----------------------------|-------------------------|
| 1 | Voorschriften/richtlijnen van bovenaf | 26 | 61 | 13 | 0 | 0 |
| 2 | Ervaring met vergelijkbare situaties | 4 | 9 | 48 | 35 | 4 |
| 3 | Inzichten uit de literatuur/onderzoek | 0 | 44 | 52 | 4 | 0 |
| 4 | De wens van de klant | 4 | 17 | 48 | 30 | 0 |
| 5 | De wens van mijn werkgever | 4 | 35 | 48 | 4 | 9 |

(Bron: interviews adviseurs; n=23)

B Uitkomsten geordend over ziekenhuisadviseurs en projectleiders van het consortium

Tabel B1 Draagvlak onder partijen betrokken bij het implementatieprogramma

| | | | Slecht | Onvol- | Vol- | Goed |
|---|--|-----------------|---------------|---------------|---------------|-------------|
| | | <i>Type</i> | % | doende | doende | % |
| | | <i>adviseur</i> | | % | % | |
| 1 | Raden van Bestuur | Ziekenhuis | 0 | 0 | 46 | 55 |
| | | Project | 0 | 8 | 50 | 42 |
| 2 | De projectteams | Ziekenhuis | 0 | 0 | 60 | 40 |
| | | Project | 0 | 0 | 73 | 27 |
| 3 | Bij uitvoering betrokken ziekenhuismedewerkers | Ziekenhuis | 0 | 0 | 70 | 30 |
| | | Project | 0 | 0 | 70 | 30 |
| 4 | Medisch specialisten | Ziekenhuis | 0 | 10 | 70 | 20 |
| | | Project | 0 | 36 | 55 | 9 |
| 5 | Consortium | Ziekenhuis | 11 | 0 | 22 | 67 |
| | | Project | 0 | 11 | 56 | 33 |

(Bron: interviews adviseurs; ziekenhuisadviseurs: n=11, projectleiders van het consortium: n=12)

Tabel B2 Stellingen over de programmaopzet

| | | | Ze | Mee | Mee | Ze |
|---|---|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | | <i>Type</i> | mee | oneens | eens % | mee |
| | | <i>adviseur</i> | oneens | % | | eens % |
| | | | % | | | |
| 1 | De strategische lijn van het consortium voor wat betreft de inhoudelijke koers van het implementatieprogramma is helder | Ziekenhuis | 0 | 27 | 64 | 9 |
| | | Project | 9 | 46 | 46 | 0 |
| 2 | De praktische invulling stelt in staat de programmadoelen te realiseren | Ziekenhuis | 11 | 22 | 67 | 0 |
| | | Project | 9 | 27 | 64 | 0 |

(Bron: interviews adviseurs; ziekenhuisadviseurs: n=11, projectleiders van het consortium: n=12)

Tabel B3 Beoordeling uitvoering activiteiten door projectteams

| | | | Slecht | Onvol- | Vol- | Goed % |
|---|--|------------|--------|--------|--------|--------|
| | | Type | % | doende | doende | |
| | | adviseur | % | % | % | |
| 1 | Aanwezigheid landelijke bijeenkomsten | Ziekenhuis | 0 | 11 | 44 | 44 |
| | | Project | 0 | 10 | 50 | 40 |
| 2 | Tweemaandelijke rapportage aan stuurgroep | Ziekenhuis | 0 | 20 | 50 | 30 |
| | | Project | 0 | 67 | 33 | 0 |
| 3 | Opstellen van projectdoelen | Ziekenhuis | 0 | 0 | 30 | 70 |
| | | Project | 0 | 20 | 50 | 30 |
| 4 | Opstellen/selectie van interventies | Ziekenhuis | 0 | 0 | 67 | 33 |
| | | Project | 0 | 22 | 44 | 33 |
| 5 | Verrichten van metingen | Ziekenhuis | 0 | 0 | 80 | 20 |
| | | Project | 0 | 10 | 80 | 10 |
| 6 | Gebruikmaking van project- indicatoren zoals opgenomen in de datamanagementnotitie | Ziekenhuis | 0 | 22 | 56 | 22 |
| | | Project | 25 | 50 | 13 | 13 |
| 7 | Aanleveren van data aan centrale databank | Ziekenhuis | 0 | 67 | 22 | 11 |
| | | Project | 13 | 75 | 13 | 0 |
| 8 | Anticiperen op basis van verzamelde data | Ziekenhuis | 10 | 20 | 50 | 20 |
| | | Project | 0 | 14 | 57 | 29 |

(Bron: interviews adviseurs; ziekenhuisadviseurs: n=11, projectleiders van het consortium: n=12)

Tabel B4 Inschatting mate waarin projectteams zaken als vrijblijvend beschouwen

| | | | Zeer | Enigzins | Zo goed | Stringent |
|---|--|------------|----------|----------|-----------|-----------|
| | | Type | vrij- | vrij- | als | % |
| | | adviseur | blijvend | blijvend | verplicht | |
| | | | % | % | % | |
| 1 | Aanwezigheid landelijke bijeenkomsten | Ziekenhuis | 0 | 30 | 70 | 0 |
| | | Project | 0 | 44 | 56 | 0 |
| 2 | Tweemaandelijke rapportage aan stuurgroep | Ziekenhuis | 0 | 30 | 50 | 20 |
| | | Project | 25 | 38 | 38 | 0 |
| 3 | Opstellen van projectdoelen | Ziekenhuis | 0 | 10 | 40 | 50 |
| | | Project | 0 | 33 | 56 | 11 |
| 4 | Opstellen/selectie van interventies | Ziekenhuis | 0 | 20 | 50 | 30 |
| | | Project | 0 | 38 | 38 | 25 |
| 5 | Verrichten van metingen | Ziekenhuis | 0 | 10 | 40 | 50 |
| | | Project | 0 | 0 | 100 | 0 |
| 6 | Gebruikmaking van project- indicatoren zoals opgenomen in de datamanagementnotitie | Ziekenhuis | 0 | 40 | 60 | 0 |
| | | Project | 43 | 29 | 29 | 0 |
| 7 | Aanleveren van data aan centrale databank | Ziekenhuis | 11 | 56 | 33 | 0 |
| | | Project | 50 | 25 | 25 | 0 |
| 8 | Anticiperen op basis van verzamelde data | Ziekenhuis | 0 | 38 | 63 | 0 |
| | | Project | 0 | 86 | 14 | 0 |

(Bron: interviews adviseurs; ziekenhuisadviseurs: n=11, projectleiders van het consortium: n=12)

Tabel B5 Verwachte knelpunten in randvoorwaarden in Sneller Beter ziekenhuizen

| <i>In de beschikbaarheid van...</i> | | <i>Type adviseur</i> | Zeker % | Ja, een beetje % | Nee, eigenlijk niet % | Zeker niet % |
|-------------------------------------|---------------------|----------------------|---------|------------------|-----------------------|--------------|
| 1 | Mensen | Ziekenhuis | 27 | 55 | 9 | 9 |
| | | Project | 27 | 64 | 9 | 0 |
| 2 | Materialen | Ziekenhuis | 0 | 10 | 40 | 50 |
| | | Project | 27 | 18 | 36 | 18 |
| 3 | Financiële middelen | Ziekenhuis | 55 | 46 | 0 | 0 |
| | | Project | 46 | 27 | 27 | 0 |
| 4 | Tijd | Ziekenhuis | 36 | 64 | 0 | 0 |
| | | Project | 73 | 27 | 0 | 0 |
| 5 | Kennis | Ziekenhuis | 0 | 36 | 27 | 36 |
| | | Project | 0 | 46 | 46 | 9 |
| 6 | Kunde | Ziekenhuis | 0 | 55 | 36 | 9 |
| | | Project | 0 | 64 | 27 | 9 |

(Bron: interviews adviseurs; ziekenhuisadviseurs: n=11, projectleiders van het consortium: n=12)

Bijlage 6: secundaire effecten

Achtereenvolgens worden in deze bijlage de door de projectleiders in de ziekenhuizen waargenomen secundaire effecten per projecttype en ziekenhuis weergegeven. Gegevens zijn afkomstig uit de tweede meting.

Tabel 1 Secundaire effecten per projecttype

| | DEC | MV | OK | POWI | PHI | WZW | Ge- middel- de |
|--|-----|----|----|------|-----|-----|----------------------|
| Toename patiëntgerichtheid | 11 | 33 | 0 | 0 | 33 | 60 | 36 |
| Toename tevredenheid patiënt | 22 | 6 | 0 | 0 | 42 | 56 | 31 |
| Toename tevredenheid medewerkers | 44 | 4 | 29 | 20 | 46 | 50 | 35 |
| Toename inzet medewerkers | 44 | 50 | 0 | 0 | 83 | 50 | 40 |
| Enthousiasme over werken met verbetermethode | 33 | 11 | 43 | 0 | 67 | 50 | 46 |
| Meer helderheid omtrent taakverdeling | 22 | 10 | 17 | 25 | 17 | 30 | 40 |
| Elkaar meer aanspreken op gedrag | 22 | 10 | 17 | 25 | 17 | 30 | 19 |
| Betere beheersbaarheid van de afdeling(en) | 22 | 22 | 33 | 0 | 42 | 56 | 33 |
| Betere profilering van de afdeling(en) | 44 | 50 | 17 | 0 | 42 | 70 | 43 |
| Toename tevredenheid externe partijen over de afdeling(en) | 56 | 33 | 14 | 0 | 17 | 50 | 32 |
| Toename productiviteit | 44 | 11 | 67 | 0 | 33 | 30 | 25 |
| Kostenbesparing binnen de afdeling(en) | 11 | 33 | 43 | 0 | 17 | 20 | 22 |
| Toename werkdruk | 44 | 33 | 83 | 80 | 17 | 40 | 43 |
| Stijging kosten | 11 | 11 | 27 | 0 | 33 | 10 | 17 |
| Verstarring, minder flexibiliteit bij medewerkers | 22 | 0 | 17 | 40 | 0 | 9 | 12 |
| Demotivatie en ontevredenheid bij medewerkers | 22 | 0 | 50 | 20 | 0 | 20 | 15 |
| Onvoldoende aandacht voor andere aspecten van de zorg | 0 | 25 | 25 | 0 | 0 | 11 | 8 |

(Bron: tweede meting)

Tabel 2 Secundaire effecten per ziekenhuis

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | Ge- middel- de |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----------------------|
| Toename patiëntgerichtheid | 43 | 33 | 67 | 44 | 40 | 33 | 33 | 0 | 36 |
| Toename tevredenheid patiënt | 29 | 33 | 25 | 44 | 40 | 33 | 30 | 0 | 31 |
| Toename tevredenheid medewerkers | 50 | 50 | 20 | 33 | 40 | 33 | 30 | 20 | 35 |
| Toename inzet medewerkers | 29 | 50 | 50 | 30 | 60 | 33 | 60 | 0 | 40 |
| Enthousiasme over werken met verbetermethode | 57 | 67 | 40 | 30 | 40 | 67 | 50 | 20 | 46 |
| Meer helderheid omtrent taakverdeling | 67 | 50 | 40 | 30 | 60 | 50 | 20 | 20 | 40 |
| Elkaar meer aanspreken op gedrag | 14 | 0 | 0 | 22 | 60 | 33 | 22 | 0 | 19 |
| Betere beheersbaarheid van de afdeling(en) | 67 | 33 | 20 | 50 | 40 | 33 | 0 | 40 | 33 |
| Betere profilering van de afdeling(en) | 29 | 67 | 20 | 56 | 40 | 50 | 40 | 40 | 43 |
| Toename tevredenheid externe partijen over de afdeling(en) | 33 | 50 | 20 | 40 | 60 | 17 | 30 | 0 | 32 |
| Toename productiviteit | 50 | 17 | 20 | 22 | 0 | 17 | 30 | 40 | 25 |
| Kostenbesparing binnen de afdeling(en) | 50 | 0 | 40 | 10 | 0 | 17 | 30 | 40 | 22 |
| Toename werkdruk | 17 | 33 | 40 | 44 | 80 | 50 | 50 | 20 | 43 |
| Stijging kosten | 17 | 17 | 20 | 20 | 0 | 17 | 20 | 20 | 17 |
| Verstarring, minder flexibiliteit bij medewerkers | 17 | 33 | 0 | 0 | 20 | 0 | 10 | 20 | 12 |
| Demotivatie en ontevredenheid bij medewerkers | 17 | 17 | 20 | 0 | 20 | 17 | 10 | 20 | 15 |
| Onvoldoende aandacht voor andere aspecten van de zorg | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 25 | 22 | 0 | 8 |

(Bron: tweede meting)

Bijlage 7: condities uitgewerkt per ziekenhuis

In deze bijlage worden net als in hoofdstuk 8 de condities weergegeven, hetzij dit keer per ziekenhuis. Gegevens zijn afkomstig uit beide vragenlijsten onder projectleiders in de ziekenhuizen. In tabel 1 zijn de gegevens uit de eerste (proces)meting.

Tabel 1 Conditie per ziekenhuis

| | 1 (n=7) | 2 (n=6) | 3 (n=6) | 4 (n=10) | 5 (n=5) | 6 (n=7) | 7 (n=11) | 8 (n=5) | Ge- mid- delde |
|---|------------|------------|------------|-------------|------------|------------|-------------|------------|----------------------|
| Besef van meerwaarde | | | | | | | | | |
| Positieve verhouding kosten- baten na TIS1: ja % | 71 | 50 | 60* | 90 | 60 | 100 | 64 | 80 | 73 |
| Project is relevant voor de afdeling(en): ja % | 100 | 100 | 100* | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Collega's en ik zien risico's verbonden aan het programma: ja % | 14 | 50 | 20* | 20 | 60 | 57 | 64 | 20 | 39 |
| Congruente visie | | | | | | | | | |
| Programmavisie sluit aan op strategische visie ziekenhuis: ja% | 100 | 100 | 80* | 100* | 100 | 100 | 82 | 80 | 93 |
| Programmavisie sluit aan op visie afdeling(en): ja% | 100 | 100 | 80* | 100 | 100 | 71 | 91 | 60 | 89 |
| Eenduidig uitgedragen visie in ziekenhuis: ja% | 57 | 60* | 75** | 100 | 75* | 57 | 80* | 80 | 75 |
| Voldoende ondersteuning en bronnen | | | | | | | | | |
| Tijd: nee % | 14 | 50 | 17 | 30 | 40 | 57 | 55 | 40 | 39 |
| Menskracht: nee % | 29 | 50 | 17 | 30 | 20 | 29 | 18 | 40 | 28 |
| Middelen: nee % | 15 | 33 | 33 | 30 | 20 | 14 | 27 | 20 | 25 |
| Inhoudelijke deskundigheid: nee % | 0 | 0 | 17 | 10 | 0 | 14 | 0 | 20 | 7 |
| Methodische deskundigheid: nee % | 0 | 17 | 17 | 10 | 20 | 14 | 0 | 20 | 11 |
| Ondersteuning medische staf: nee % | 14 | 17 | 33 | 20 | 20 | 0 | 9 | 20 | 16 |
| Ondersteuning Raad van Bestuur: nee % | 0 | 17 | 33 | 10 | 0 | 0 | 9 | 20 | 11 |
| Ondersteuning consortium: nee % | 14 | 0 | 0 | 11* | 0 | 14 | 10 | 20* | 9 |
| Op maat gesneden instructie: nee % | 0 | 17 | 50 | 20 | 20 | 0 | 18 | 40 | 19 |
| Projectteam is goed getraind in verbetermethode: ja % | 71 | 67 | 80* | 80 | 20 | 86 | 60 | 80* | 69 |

(Bron: tweede meting; grijs gearceerd indien eerste meting)

* 1 missing ** 2 missings

| | 1 (n=7) | 2 (n=6) | 3 (n=6) | 4 (n=10) | 5 (n=5) | 6 (n=7) | 7 (n=11) | 8 (n=5) | Ge- mid- delde |
|---|------------|------------|------------|-------------|------------|------------|-------------|------------|----------------------|
| Raad van Bestuur moedigt verbetering aan: ja % | 100 | 100 | 100* | 100 | 100 | 86 | 70* | 100 | 93 |
| Raad van Bestuur voorziet in de randvoorwaarden om te verbeteren: ja % | 83* | 67 | 60* | 100* | 60 | 57 | 44** | 60 | 67 |
| In het ziekenhuis is sprake van een goed leerklimaat: ja % | 60** | 67 | 100* | 80 | 100 | 86 | 80* | 100 | 83 |
| Het ziekenhuis biedt ruimte risico's te nemen om tot verbetering te komen: ja % | 86 | 83 | 100 | 100 | 60 | 72 | 64 | 80 | 81 |
| <i>Noodzaak tot verbetering wordt gevoeld door</i> | | | | | | | | | |
| Deelname aan Sneller Beter % | 71 | 83 | 60* | 80 | 80 | 86 | 50* | 60 | 71 |
| Toename marktwerking in de zorg % | 86 | 83 | 40* | 70 | 60 | 71 | 46 | 80 | 61 |
| Vergelijking tussen ziekenhuizen % | 57 | 67 | 40* | 60 | 60 | 29 | 36 | 80 | 55 |
| De verplichting te werken met prestatie-indicatoren % | 71 | 33 | 60* | 50 | 60 | 43 | 55 | 60 | 54 |
| De competitie tussen projectteams % | 43 | 33 | 40* | 20 | 20 | 29 | 18 | 20 | 27 |
| Verbetering wordt beloond: nee % | 17* | 33 | 40* | 22* | 60 | 29 | 36 | 60 | 35 |
| <i>Compatibiliteit en waarneembare resultaten</i> | | | | | | | | | |
| <i>Methoden, werkwijzen en interventies...</i> | | | | | | | | | |
| - lenen zich voor toepassing binnen context % | 100 | 83 | 80* | 100* | 100 | 100 | 100 | 80 | 95 |
| - zijn overzichtelijk % | 100 | 100 | 60* | 100** | 100 | 86 | 80* | 40 | 85 |
| - sluiten aan op de behoefte % | 86 | 100 | 80* | 100** | 80 | 100 | 91 | 60 | 89 |
| - zijn gebracht in juiste stijl/vorm % | 57 | 67 | 40* | 88** | 100 | 100 | 64 | 60 | 72 |
| Resultaten zijn duidelijk waarneembaar % | 86 | 83 | 60* | 89* | 100 | 57 | 70* | 100 | 80 |

(Bron: tweede meting)

* 1 missing ** 2 missings

| | 1 (n=7) | 2 (n=6) | 3 (n=6) | 4 (n=10) | 5 (n=5) | 6 (n=7) | 7 (n=11) | 8 (n=5) | Ge- mid- delde |
|---|------------|------------|------------|-------------|------------|------------|-------------|------------|----------------------|
| <i>Implementatie door multidisciplinaire projectteams</i> | | | | | | | | | |
| Projectteam heeft zelf doelen vastgesteld % | 100 | 100* | 83 | 90 | 60 | 100 | 82 | 80 | 88 |
| Projectteam heeft zelf activiteiten vastgesteld % | 100 | 67 | 83 | 100 | 60 | 100 | 82 | 80 | 86 |
| Samenstelling constant geweest % | 71 | 33 | 67 | 30 | 100 | 57 | 46 | 60 | 54 |
| Projectteam voert regie over voortgang % (procesmeting) | 100 | 63 | 83 | 50 | 100 | 86 | 67 | 100 | 78 |
| Projectteam is verantwoordelijk voor voortgang % (procesmeting) | 78 | 50 | 67 | 63 | 100 | 57 | 56 | 80 | 65 |
| <i>Veranderagenten en steun van sleutelfiguren</i> | | | | | | | | | |
| Ieder teamlid heeft invloed gehad op doelstelling % (procesmeting) | 67 | 63 | 67 | 50 | 100 | 71 | 33 | 80 | 61 |
| Ieder teamlid heeft invloed gehad op vormgeving van de aanpak % (procesmeting) | 78 | 50 | 50 | 63 | 100 | 71 | 44 | 60 | 61 |
| Consortium heeft meteen hoge verwachtingen gewekt over prestaties en verbetermogelijkheden % (procesmeting) | 78 | 75 | 67 | 75 | 50 | 86 | 89 | 80 | 78 |
| Consortium heeft duidelijkheid verschaft over doel en beste aanpak % (procesmeting) | 67 | 63 | 50 | 38 | 100 | 71 | 56 | 60 | 59 |
| Voldoende draagvlak onder de medewerkers van de betrokken afdelingen % | 86 | 40* | 33 | 80 | 80 | 86 | 46 | 60 | 64 |
| Voldoende actieve medewerking medewerkers op de afdelingen % | 86 | 50 | 60* | 80 | 60 | 71 | 91 | 50 | 73 |
| Interne sleutelfiguren doen hun best om programma een succes te maken % | 86 | 67 | 100* | 70 | 80 | 86 | 80* | 60 | 78 |
| Door de adviseurs werden deadlines vaker gehaald % | 14 | 17 | 40* | 30 | 40 | 14 | 10* | 60 | 25 |

(Bron: tweede meting; grijs gearceerd indien eerste meting)

* 1 missing

| | 1 (n=7) | 2 (n=6) | 3 (n=6) | 4 (n=10) | 5 (n=5) | 6 (n=7) | 7 (n=11) | 8 (n=5) | Ge- mid- delde |
|---|------------|------------|------------|-------------|------------|------------|-------------|------------|----------------------|
| Monitoring | | | | | | | | | |
| De voortgang is voortdurend gemeten % | 86 | 83 | 100* | 88** | 60 | 86 | 100 | 100 | 89 |
| Steeds werd beschikt over tijdige en accurate voortgangsinformatie % | 57 | 100* | 60* | 100** | 60 | 67* | 73 | 100 | 77 |
| <i>De voortgang is inzichtelijk gemaakt voor:</i> | | | | | | | | | |
| - de eigen afdelingen % | 100 | 100 | 80* | 90 | 100 | 86 | 100 | 100 | 95 |
| - andere afdelingen in het ziekenhuis % | 100 | 100 | 40* | 70 | 60 | 57 | 82 | 80 | 75 |
| - externe partijen % | 100 | 67 | 20* | 70 | 40 | 29 | 82 | 100 | 66 |
| Het meten van indicatoren helpt om de voortgang te bewaken % (procesmeting) | 100 | 75 | 100 | 88 | 100 | 100 | 56 | 100 | 87 |
| Er zijn duidelijk afspraken gemaakt over het meten van de centrale indicatoren % (procesmeting) | 100 | 100 | 100 | 63 | 50 | 71 | 78 | 80 | 83 |
| Informatiesysteem | | | | | | | | | |
| <i>Er zijn voldoende ICT-voorzieningen voor:</i> | | | | | | | | | |
| - voortgangsbewaking/ monitoring: % nee (nvt) | 29 (43) | 0 (33) | 17 (50) | 44 (33)* | 60 (0) | 0 (29) | 9 (36) | 20 (20) | 22 (32) |
| - risico/knelpunten-inventarisatie: % nee (nvt) | 29 (43) | 17 (33) | 17 (50) | 33 (44)* | 60 (20) | 43 (14) | 9 (46) | 25 (50) | 27 (38) |
| - ketenoverzicht: % nee (nvt) | 14 (57) | 17 (33) | 50 (50) | 33 (56)* | 20 (40) | 29 (57) | 18 (36) | 20 (40) | 25 (46) |
| Plan-Do-Study-Act | | | | | | | | | |
| Gewerkt volgens de PDSA-cyclus % | 100 | 67 | 80* | 67* | 100 | 71 | 73 | 100 | 80 |

(Bron: tweede meting; grijs gearceerd indien eerste meting)

* 1 missing ** 2 missings

Tabel 2 bevat de condities per ziekenhuis op basis van de eerste meting.

Tabel 2 Dimensies condities procesmeting (gemiddelden per ziekenhuis)

| <i>Projecttype</i> | Compati- bilititeit van het verbeter- project* | Team- cohesie* | Team- organisatie* | Taak- uitoefening/ ondersteuning consortium* | Onder- steuning ziekenhuis- organisatie* | Leiderschap Raad van Bestuur en verbeter- klimaat* |
|--------------------|---|---------------------------|-------------------------------|---|---|---|
| ZKH 1(n=9) | 5,6 | 3,7 | 5,4 | 4,4 | 4,6 | 3,9 |
| ZKH 2 (n=8) | 5,6 | 4,7 | 5,0 | 4,9 | 4,8 | 4,4 |
| ZKH 3 (n=6) | 5,7 | 4,0 | 4,8 | 4,0 | 5,0 | 4,2 |
| ZKH 4 (n=8) | 5,4 | 4,2 | 4,7 | 4,2 | 4,8 | 4,2 |
| ZKH 5 (n=2) | 5,8 | 4,9 | 5,1 | 4,2 | 5,1 | 3,4 |
| ZKH 6 (n=7) | 5,8 | 4,0 | 5,3 | 5,1 | 4,6 | 4,2 |
| ZKH 7 (n=9) | 5,4 | 4,5 | 4,6 | 4,2 | 4,0 | 3,5 |
| ZKH 8 (n=5) | 5,3 | 4,1 | 4,9 | 4,4 | 4,8 | 5,2 |
| Gemiddelde | 5,6 | 4,2 | 5,0 | 4,4 | 4,6 | 4,1 |

(Bron: eerste meting)

*zevenpuntschaal: <4= laag, 4= noch laag, noch hoog, >4= hoog

Bijlage 8: scores procesmeting

1 Toelichting

Deze bijlage bevat uitsluitend materiaal afkomstig uit de eerste meting onder de projectleiders van de verbeterteams van T1S1. Het gaat om een meting die heeft plaatsgevonden halverwege het eerste jaar van het implementatieprogramma. De teamscores kunnen op verschillende manieren worden vergeleken. Hier worden de scores van de teams tussen projecttypen, prioriteitsgebieden en deelnemende ziekenhuizen vergeleken door ze weer te geven als spinnenwebben met groepsgemiddelden.

In het SPSS-gegevensbestand van de eerste meting zijn op basis van factor- en betrouwbaarheidsanalyses zes dimensies gevonden/herbevestigd die bepalend worden geacht voor de mate waarin de diverse teams hun SMART-doelen kunnen realiseren (bijlage drie). Het gaat om:

- de mate waarin het project/de innovatie aansluit op de situatie in de experimentele afdeling(en) (synoniemen: compatibiliteit of verhouding tussen 'innovatie' en 'receptieve context');
- leiderschap van de Raad van Bestuur;
- ondersteuning en faciliteiten vanuit het ziekenhuis;
- taakuitoefening en ondersteuning door het consortium;
- organisatie projectteam;
- cohesie binnen het projectteam.

Betekenis van de scores

In de bijlagen zijn de scores van ieder projectteam dat de vragenlijst ingevuld terugstuurde, weergegeven in een spinnenweb. In de vragenlijst is steeds gebruik gemaakt van een 7-punt Likertschaal. Als basisregel geldt: vier is noch negatief, noch positief. Waarden boven vier zijn in oplopende mate positief, lager dan vier geldt: hoe lager de waarde, hoe negatiever de betekenis.

Schema 1 Betekenis van de waarden in het spinnenweb

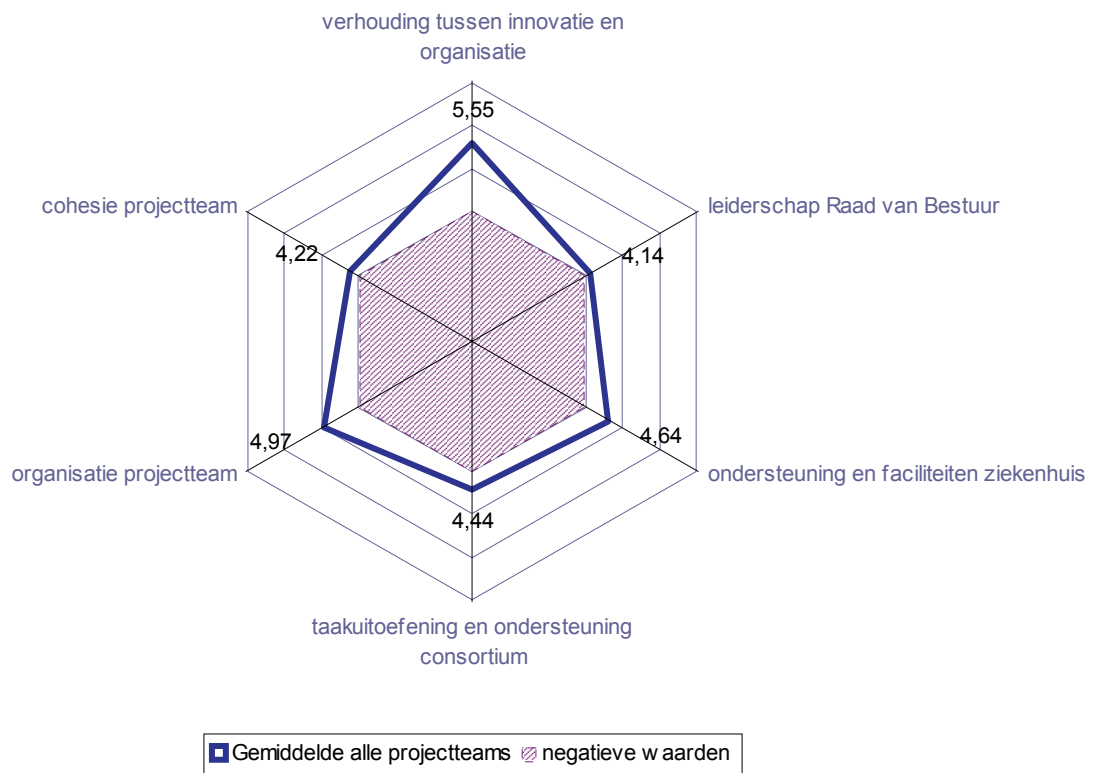
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---------------|----------|--------------------|-----------------------|--------------------|----------|---------------|
| zeer negatief | negatief | enigszins negatief | neutraal weet niet | enigszins positief | positief | zeer positief |

Hoe hoger de waarden boven vier, des te hoger de compatibiliteit van het project, de tevredenheid over leiderschap, de cohesie binnen het projectteam et cetera. Waarden lager dan vier duiden op onvrede, op een lage cohesie et cetera. Om de overzichtelijkheid te vergroten zijn negatieve waarden (de binnenring van het web) steeds gearceerd. De score bij cohesie moet daarbij anders worden geïnterpreteerd dan de overige dimensies. Vier staat hier voor een gemiddelde cohesie, zeven voor een zeer hoge cohesie, één voor een zeer lage cohesie.

Paragraaf 2 bevat een spinnenweb met de gemiddelde scores van alle 54 onderzochte projectteams. In de paragrafen 3 en 4 worden de gemiddelde scores per projecttype en ziekenhuis uitgewerkt. Ook het totale gemiddelde uit paragraaf 2 wordt hier steeds aan toegevoegd. In paragraaf 5 volgt een laatste spinnenweb waarin de scores van de drie veiligheidsprojecten worden vergeleken met de scores van de logistieke projecten.

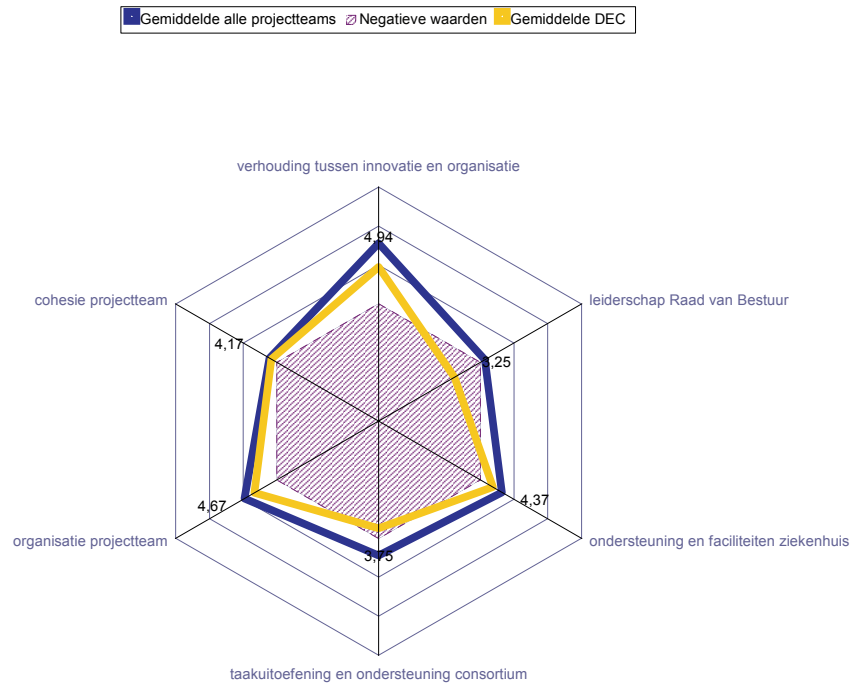
2 Gemiddelde scores projectteams

De figuur bevat de scores van alle 54 de respondenten per dimensie.

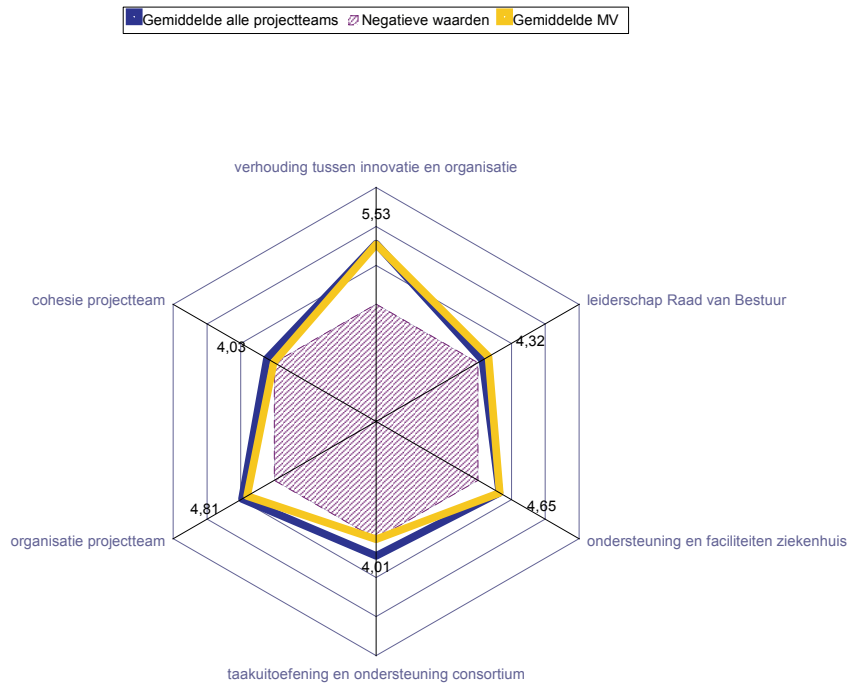


3 Gemiddelde scores per projecttype

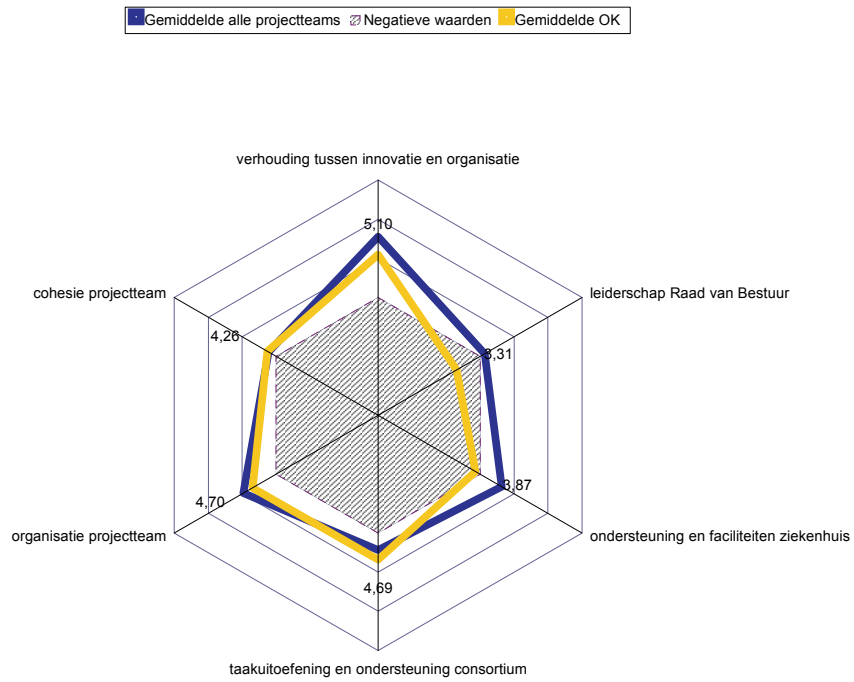
3.1 Projectteams DEC vergeleken met totaalgemiddelde



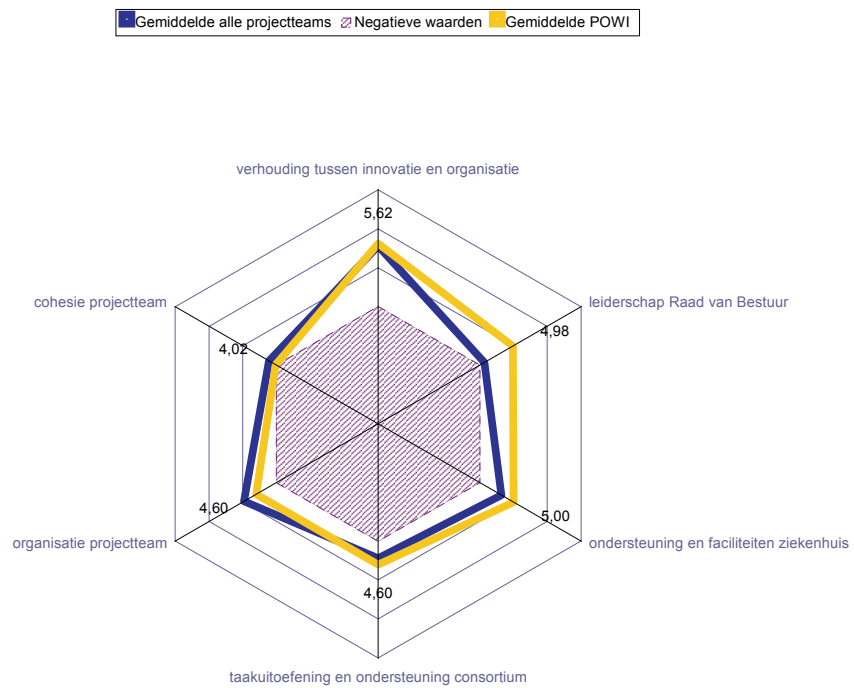
3.2 Projectteams MV vergeleken met totaalgemiddelde



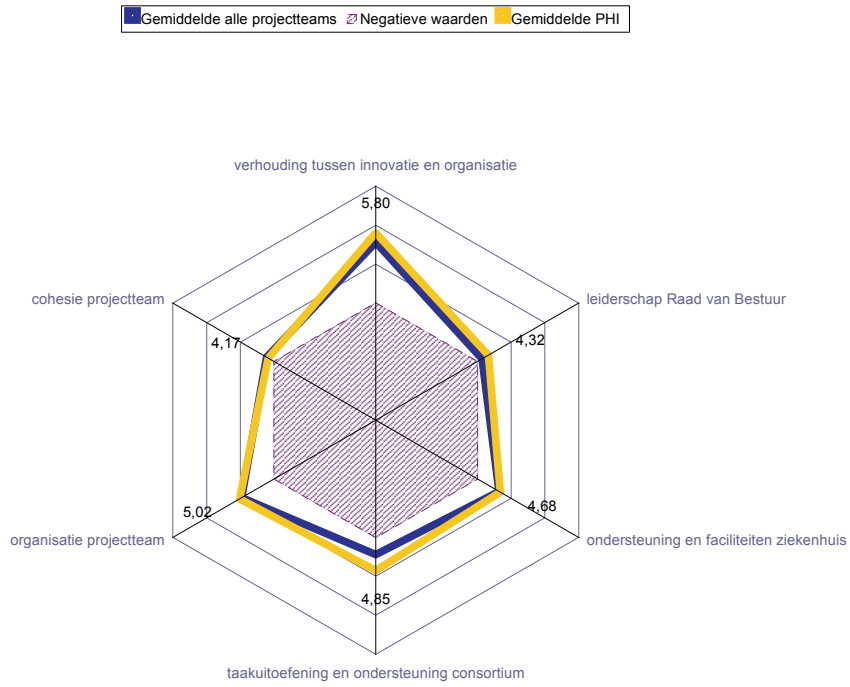
3.3 Projectteams OK vergeleken met totaalgemiddelde



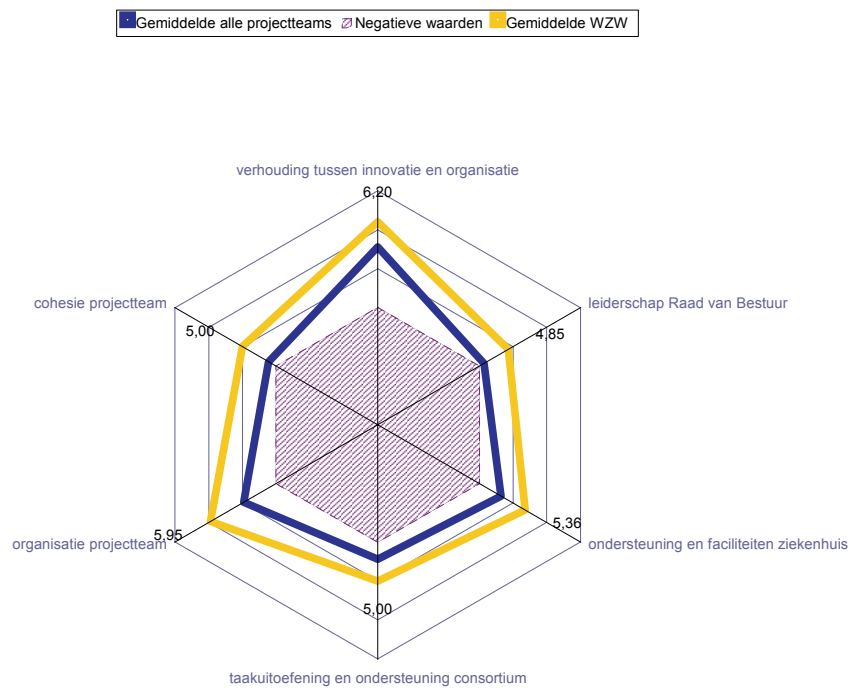
3.4 Projectteams POWI vergeleken met totaalgemiddelde



3.5 Projectteams PHI vergeleken met totaalgemiddelde

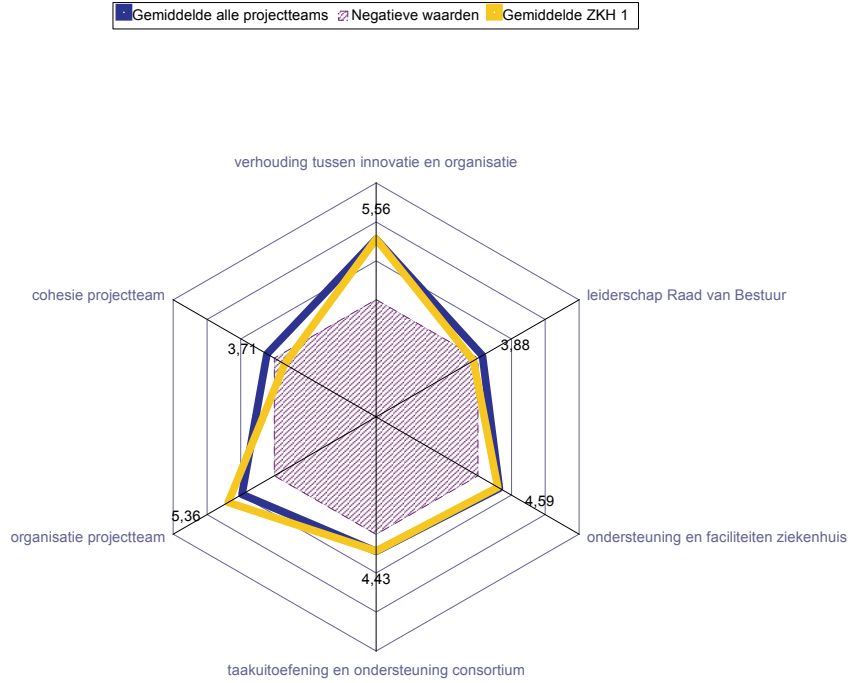


3.6 Projectteams WZW vergeleken met totaalgemiddelde

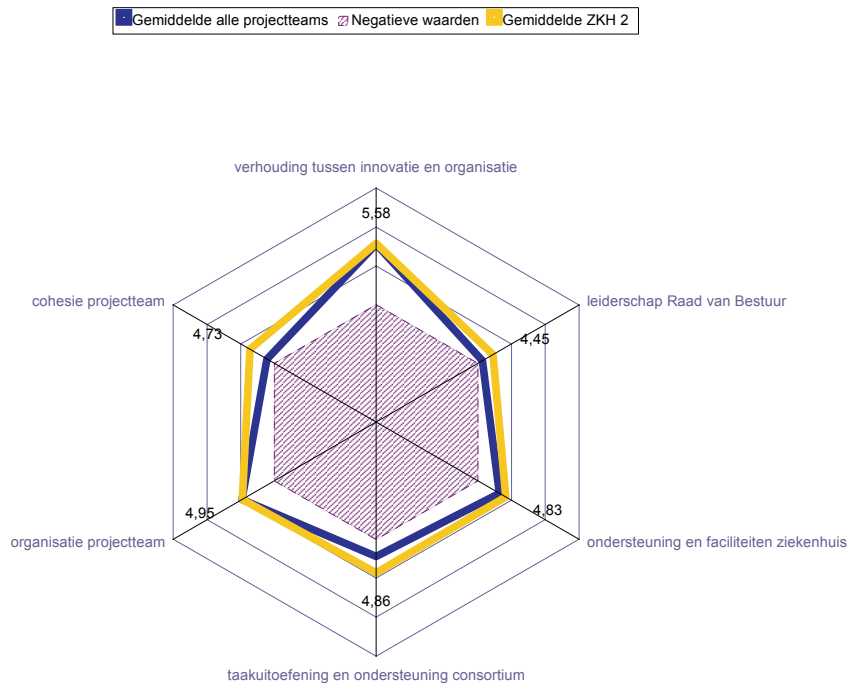


4 Gemiddelde scores per ziekenhuis

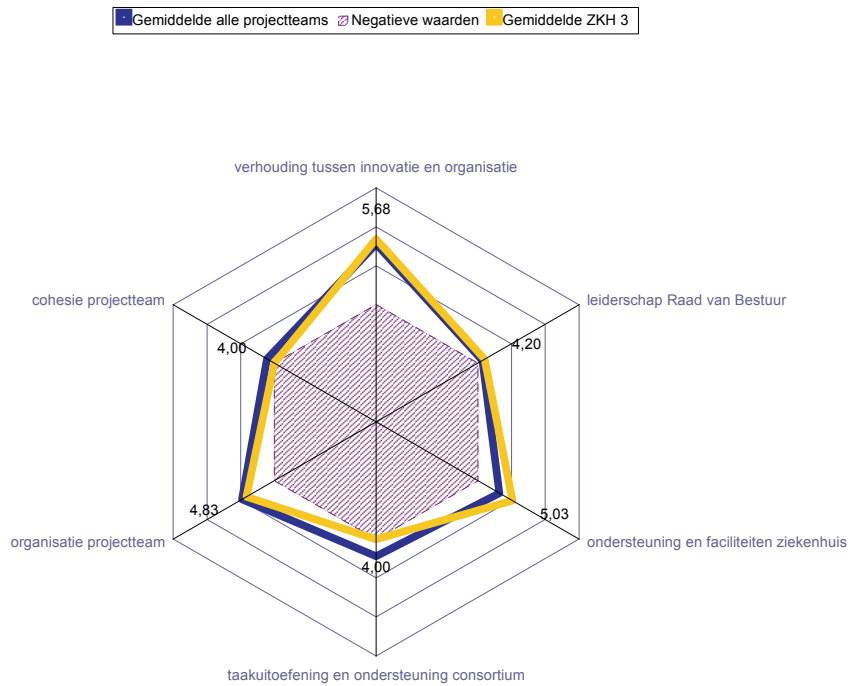
4.1 Projectteams ziekenhuis 1 vergeleken met totaalgemiddelde



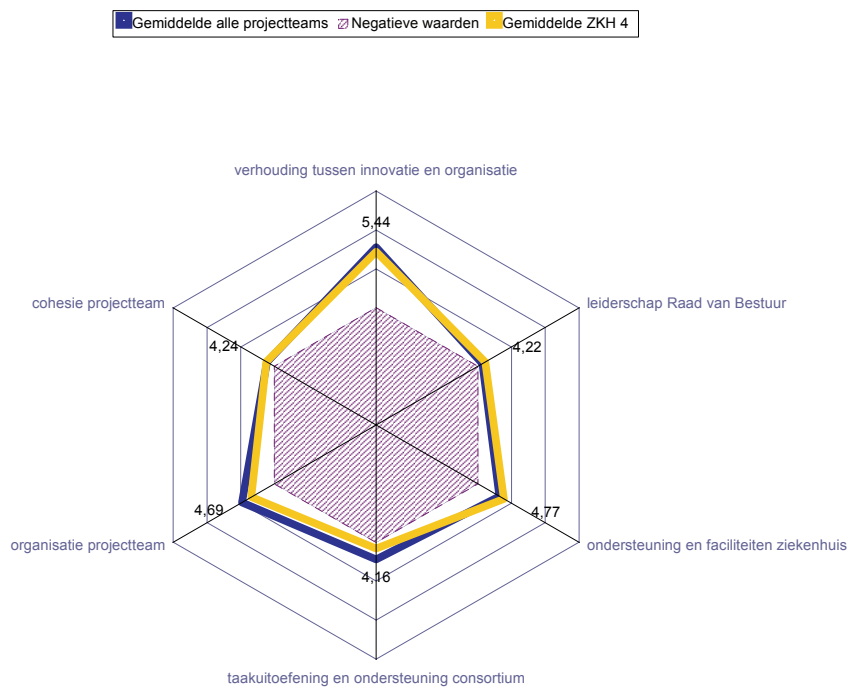
4.2 Projectteams ziekenhuis 2 vergeleken met totaalgemiddelde



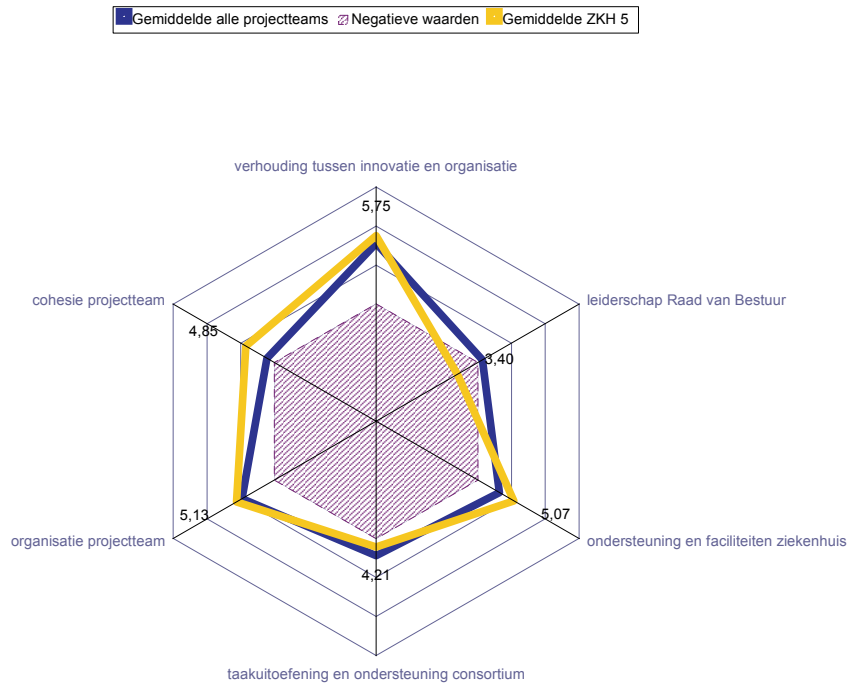
4.3 Projectteams ziekenhuis 3 vergeleken met totaalgemiddelde



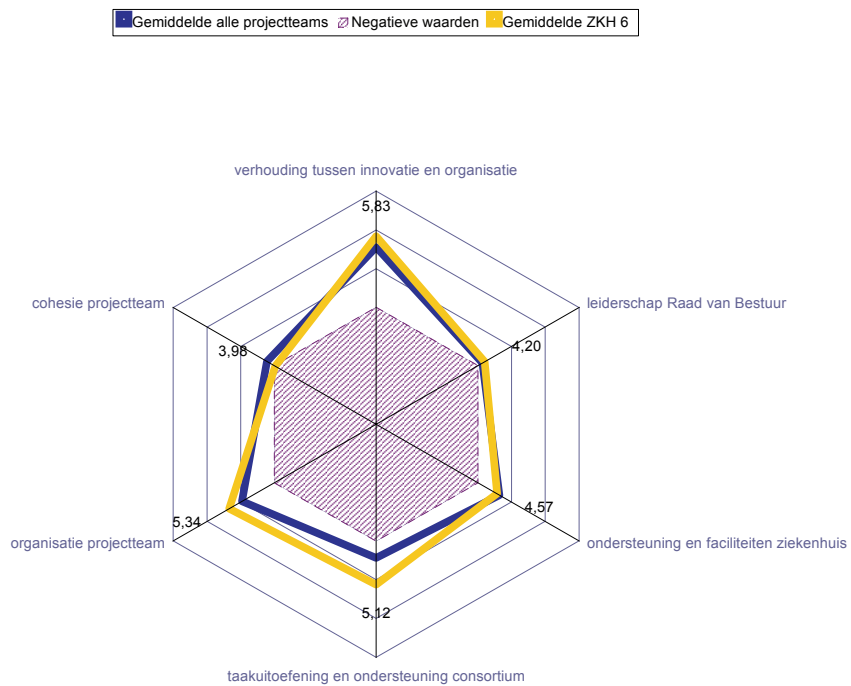
4.4 Projectteams ziekenhuis 4 vergeleken met totaalgemiddelde



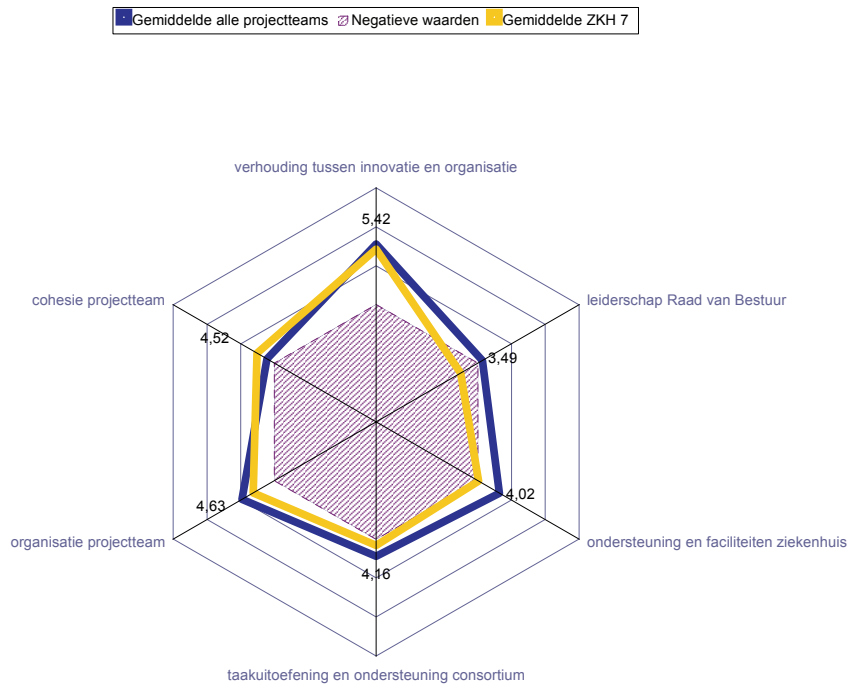
4.5 Projectteams ziekenhuis 5 vergeleken met totaalgemiddelde



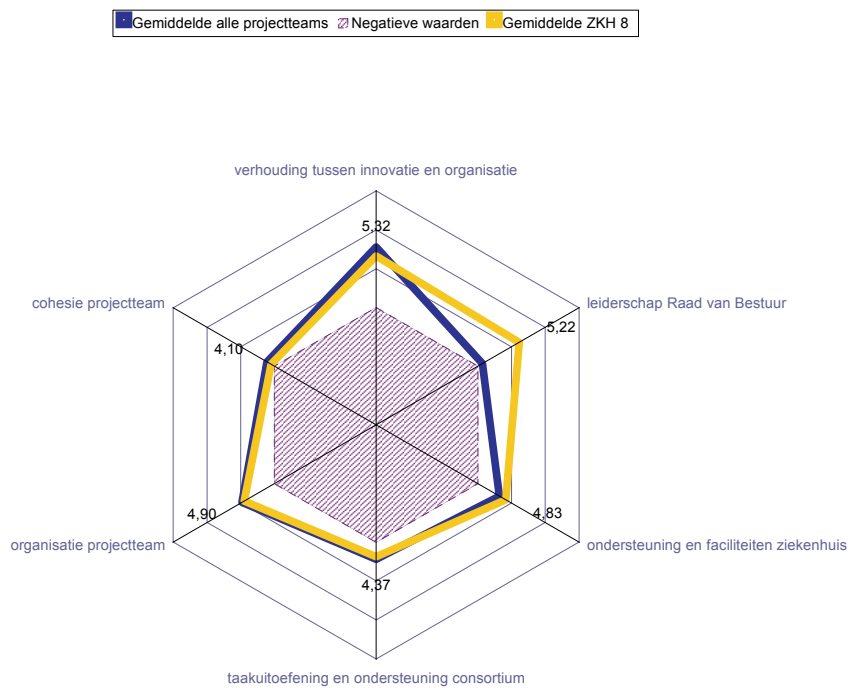
4.6 Projectteams ziekenhuis 6 vergeleken met totaalgemiddelde



4.7 Projectteams ziekenhuis 7 vergeleken met totaalgemiddelde



4.8 Projectteams ziekenhuis 8 vergeleken met totaalgemiddelde



5 Logistieke en veiligheidsprojecten vergeleken

