



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2005. De gegevens mogen met bronvermelding (Michel Dückers, Cordula Wagner, *Ex ante evaluatie Sneller Beter pijler 3*, NIVEL 2005) 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/>

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

Michel Dückers
Cordula Wagner



ISBN 90-6905-745-x

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2005 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.

Woord vooraf

Sneller Beter pijler 3 (SB p3) is een onderdeel van het programma Sneller Beter dat eind 2003 is gestart om een verbetering van transparantie, doelmatigheid en kwaliteit in de curatieve zorg te stimuleren. De derde pijler, kortweg SB p3 genoemd, is een ambitieus ziekenhuisbreed verbeter- en kennisverspreidingsprogramma. In 20 procent van de Nederlandse ziekenhuizen wordt onder externe begeleiding in een periode van drie jaar een reeks projecten uitgevoerd. Van deze projecten wordt verwacht dat zij nieuwe normen neerzetten binnen vooraf gedefinieerde prioriteitsgebieden.

SB p3 is een ingrijpend implementatieprogramma dat onafhankelijk wordt geëvalueerd door het NIVEL in samenwerking met het VUmc/EMGO-insituut en de capaciteitsgroep BEOZ van Universiteit Maastricht.

Dit rapport beschrijft de resultaten van een ex ante evaluatie. Het doel van de ex ante evaluatie was op voorhand na te gaan of de programmaopzet van SB p3 aan daaraan te verbinden eisen voldoet. SB p3-beleidsdocumenten uit 2004 – waaronder plannen van aanpak, draaiboeken, managementnotities, en vergaderverslagen – zijn getoetst aan de resultaten van een literatuurstudie. Met gebruikmaking van dit materiaal is een meerdimensionaal kader geconstrueerd ter toetsing van de werking van een ziekenhuisbreed verbeter- en verspreidingsprogramma met de pretenties van SB p3. Daarmee voorziet dit rapport tevens in een referentiepunt voor het evaluatieonderzoek dat gedurende de gehele looptijd van SB p3 wordt uitgevoerd. De ex ante evaluatie verschaft inzicht in de programma-eisen en helpt op een systematische wijze de informatiebehoefte van het evaluatieonderzoek SB p3 vorm te geven.

Inhoud

1 Inleiding	7
1.1 Sneller Beter, een programma met drie pijlers	7
1.2 Programma SB p3 in hoofdlijnen	7
1.2.1 Doelstelling SB p3	7
1.2.2 Doelstellingen per prioriteitsgebied	8
1.2.3 Uitgangspunten SB p3	9
2 Opzet ex ante evaluatie	13
2.1 Evaluatieonderzoek Sneller Beter pijler 3	13
2.2 Probleemstelling van dit rapport	14
2.3 Methode	14
2.4 Leeswijzer	15
3 Toetsingskader	17
3.1 Inleiding	17
3.2 Succes- en faalfactoren en hun niveaus	18
3.3 Determinanten van een succesvol verbeter en verspreidingsprogramma	20
3.3.1 Samenhang tussen systemen	20
3.3.2 Structuurverandering via een procesmatige insteek	22
3.3.3 Kader A: prerequisieten	23
3.3.4 Kader B: implementatie van innovaties (algemeen)	24
3.3.5 Kader C: kennisdiffusie en implementatie (fasen)	25
3.3.6 Kader D: teamprestaties	26
3.3.7 Kader E: Doorbraakmethode/kwaliteitscoöperatie	27
3.3.8 Kader F: leiderschap geënt op zorggericht leergedrag	28
3.3.9 Kader G: interne opschaling en externe verspreiding	32
3.3.10 Kader H: perverse effecten	34
3.4 Tot slot: twee rubrieken succes- en faalfactoren	34
4 Fase I: Verbeterprojecten in teamverband	37
4.1 Inleiding	37
4.2 SB p3-projecten als innovatie	37
4.3 Voorwaarden voor teamprestaties	39
4.4 Doorbraakmethode/kwaliteitscoöperatie	41
4.5 Gelegenheidsstructuur; de projectorganisatie	45
4.6 Tot slot	46
5 Fase II: Structuur- en cultuurontwikkeling	47
5.1 Inleiding	47

5.2	Borgen van resultaten	48
5.3	Voorzeningen voor verspreiding van innovaties	49
5.4	Leiderschap	51
5.4.1	Functies van leiderschap	51
5.4.2	Functie I: creëren van een klimaat van psychologische veiligheid	51
5.4.3	Functie II: nauwkeurig en duidelijk uitspreken van een visie	51
5.4.4	Functie III: vergroten van veranderingsbereidheid	53
5.4.5	Functie IV: voorzien in bruikbaar model, geïndividualiseerde steun en verwachtingen	54
5.4.6	Leiderschap en organisatieontwikkeling	55
5.5	De richting en hoe daar te komen	58
5.6	Aandachtspunten voor de uitvoering van het programma	58
6	Samenvatting en conclusies	61
6.1	Inleiding	61
6.2	Grondgedachte achter SB p3	61
6.3	Vraag 1. succes- en faalfactoren uit de literatuur	62
6.4	Vraag 2. verhouding tussen programmaopzet en eisen uit literatuur	64
6.5	Toekomst	65
6.6	Discussie	67
	Overzicht van afkortingen	69
	Begrippenlijst	71
	Bronvermelding	73
	Bijlage 1: Doorbraakprojecten	79
	Bijlage 2: Selectiecriteria en -procedure	81

1 Inleiding

1.1 Sneller Beter, een programma met drie pijlers

Op 20 november 2003 heeft de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) een brief aan de tweede kamer gestuurd onder de titel 'Sneller Beter'. In die brief zijn drie initiatieven (pijlers) gecombineerd in een programma dat een gezamenlijk initiatief is van het ministerie van VWS, de Consumentenbond, de Orde van Medisch Specialisten en de Nederlandse vereniging van ziekenhuizen (NVZ). De drie pijlers van Sneller Beter zijn:

1. bewustwording en benchmark: een initiatief om de doelmatigheid van ziekenhuizen en eerste lijnszorg te vergelijken en hiervan te leren;
2. ontwikkeling van prestatie-indicatoren voor een veilige en betere zorg die de ziekenhuizen jaarlijks moeten publiceren;
3. het Landelijk Actieprogramma Kwaliteit, Innovatie en Doelmatigheid – voorheen LAKID, nu vooral bekend als 'Sneller Beter pijler 3' of kortweg 'SB p3' – dat gestart is om een verbetering van transparantie, doelmatigheid en kwaliteit in de curatieve zorg te stimuleren.

1.2 Programma SB p3 in hoofdlijnen

1.2.1 Doelstelling SB p3

De derde pijler van Sneller Beter is gericht op het ziekenhuisbreed nastreven van fundamenteel betere patiëntzorg door een versnelde implementatie van best practices. Op verzoek van de Minister van VWS heeft ZonMw subsidie verleend aan het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit en de Orde van Medisch Specialisten (OMS) voor het uitwerken van SB p3. Deze drie partijen vormen een consortium dat in samenwerking met andere organisaties verantwoordelijk is voor de uitvoering van SB p3.¹ De algemene doelstelling van het programma 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 'vliegwiél' tot stand gebracht gericht op interne verspreiding van resultaten en brede inzet van de opgebouwde competenties (landelijk plan van aanpak, p. 4).

¹ Betrokken instanties en samenwerkingspartners zijn: de Nederlandse vereniging van ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Plexus Medical Group, Prismant, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

1.2.2 Doelstellingen per prioriteitsgebied

De algemene doelstelling van SB p3 is uitgesplitst naar meerdere prioriteitsgebieden. De voornaamste daarvan zijn patiëntveiligheid, patiëntenlogistiek en leiderschap en organisatieontwikkeling (L&O). Van deze drie prioriteitsgebieden heeft het consortium de doelstelling vertaald naar zogenoemde SMART-doelstellingen (Specifiek, Meetbaar, Appellerend/Ambitieus, Resultaatgericht, Tijdsbepaald):

Patiëntenlogistiek

Centraal bij logistiek staat de optimale organisatie van de doorstroming van patiënten door het ziekenhuis. Een betere doorstroming reduceert toegangstijden voor patiënten, voorkomt wachttijden, optimaliseert de ‘schakelpunten’ in de zorgketen, verkort de doorstroomtijden en reduceert onnodige capaciteitsbelasting (idem, p. 15):

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% (idem, p. 4).

Patiëntveiligheid

Tot onderwerp van patiëntveiligheid wordt gerekend de onbedoelde schade die een patiënt oploopt in het zorgproces; schade die niet het gevolg is van een ziekte/aandoening of vooraf bekend en weloverwogen behandelingsrisico:

1. Invoering van een Vrijwillig Incidenten Melding systeem (VIM).
2. Vermindering van het aantal medicatiefouten met 50%.
3. Percentage decubitus bij klinische patiënten lager dan 5%.
4. Vermindering postoperatieve wondinfecties met 50% (idem).

Leiderschap en organisatieontwikkeling

L&O heeft tot doel de leiding van de ziekenhuizen te begeleiden bij het aansturen van de projecten. Halverwege zal het accent verschuiven naar het opbouwen van een verbeterinfrastructuur binnen het ziekenhuis. De verbeterinfrastructuur moet de condities scheppen voor systematische en blijvende verbetering van de patiëntenzorg om door te (kunnen) gaan op de ingeslagen weg (idem, p. 5). Drie doelen worden genoemd:

1. Creëren van een verbeterinfrastructuur.
2. Resultaatgericht kwaliteitsmanagement als normaal onderdeel van strategie en beleid.
3. Leiderschap op innovatie en verbetering (idem, p. 4).

Ter realisatie van de doelstellingen en borging van behaalde resultaten is een programma ontwikkeld met een ambitieniveau gebaseerd op de huidige richtlijnen voor verantwoorde zorg en reeds bestaande best practices. Het gaat daarbij om “gebalanceerde integratie van meer effectieve, veiligere, meer doelmatige, tijdige en vooral patiëntgerichte zorg.” (idem, p. 7) Het consortium ondersteunt de ziekenhuissector bij de versnelde implementatie van de verschillende soorten best practices, onder te verdelen in Doorbraakprojecten (zie bijlage 1) en procesherinrichtingen. Een gedetailleerde beschrijving van de aanpak per Doorbraakproject en procesherinrichting (onderwerpen

oncologie en electieve ingrepen) staat vermeld in aparte draaiboeken.

Activiteiten rondom L&O en de twee andere prioriteitsgebieden patiëntenparticipatie en professionele kwaliteit zijn bedoeld om als een rode draad door het gehele programma te lopen. L&O is een instrument dat SB p3 een substantiele meerwaarde verschaft boven afzonderlijke verbetertrajecten. Volgens de doelstellingen van het consortium heeft na afloop ieder ziekenhuis:

- a. kennis en vaardigheden opgedaan om te kunnen doorgaan met het verbeteren van de patiëntenzorg en is hiervoor een ondersteuningsstructuur gerealiseerd (verbeterstructuur);
- b. hebben sleutelfiguren in de organisatie inzicht gekregen in hun rol ten aanzien van het motiveren en ondersteunen van betrokkenen bij het verbeteren van de kwaliteit (leiderschap);
- c. is samenhang aangebracht in de diverse kwaliteitsbevorderende activiteiten (bijvoorbeeld inspectieset indicatoren, DBC-implementatie, NIAZ, et cetera), is toegewerkt naar integratie van kwaliteitsactiviteiten met het financiële, personele en ICT-beleid, zijn er doelen geformuleerd voor de periode na SB p3, zijn deze doelen onderdeel van de reguliere planning en controle cyclus en is duidelijk hoe de voortgang op deze doelen gemeten zal worden (strategie en beleid).” (idem, p. 5).

Voor patiëntenparticipatie en professionele kwaliteit zijn in het plan van aanpak geen SMART-doelstellingen geformuleerd. De doelstelling van patiëntenparticipatie is het benutten van de unieke ervaringsdeskundigheid van patiënten bij het bereiken van de doelen en ambities in SB p3. Hiervoor wenst het consortium gebruik te maken van “concrete instrumenten binnen de diverse onderdelen van het programma”.² Professionele kwaliteit behelst het stimuleren van de kwaliteit van medische beroepsbeoefenaren. Onderdeel hiervan is het uitwerken van een competentiemodel, de toepassing ervan als diagnostisch instrument en het uitvoeren van activiteiten uit het ontwikkelde projectplan. Het project Veilig Incidenten Melden (VIM) is een speerpunt in de activiteiten binnen professionele kwaliteit (idem, p. 22).

1.2.3 Uitgangspunten SB p3

Het consortium geeft in het landelijk plan van aanpak aan dat er voor het succesvolle verloop van een ziekenhuisbreed verbeterprogramma – onder andere op basis van aanwezige literatuur en ervaringen uit binnenland (BEREIK en ‘Anders Werken’) en buitenland (Pursuing Perfection) – een aantal succes- en faalfactoren te benoemen zijn. Als een zeer belangrijke voorwaarde ziet het consortium “de aansluiting van de landelijke programmatische aanpak van SB p3 op de specifieke context van de deelnemende ziekenhuizen en hun ervaringen op het gebied van kwaliteitsmanagement” (idem, p. 23). SB p3 heeft eenzelfde ambitieniveau meegekregen als het internationale verbeterprogramma Pursuing Perfection. Aan dit programma van het Institute for Healthcare Improvement (IHI) is deelgenomen door zeven Amerikaanse zorginstellingen, vier Britse, één Zweedse regio en de Reinier de Graaf Groep. Overeenkomsten tussen SB

² De werkdefinitie van patiëntenparticipatie is: “het benutten van de unieke ervaringsdeskundigheid van patiënten, met als doel de kwaliteit en de implementatie van activiteiten op het gebied van kwaliteitsverbetering te verhogen”.

p3 en Pursuing Perfection zijn: het gezamenlijk optrekken van ziekenhuizen in een tijdelijk samenwerkingsverband, externe begeleiding, een nadruk op het formuleren van heldere doelstellingen en het meten van resultaten, ziekenhuisbrede verspreiding van bereikte resultaten en veel nadruk op het aspect 'leiderschap' in de organisatie.

Samengevat kent SB p3 de volgende uitgangspunten (idem, p. 9):

- De voornaamste prioriteitsgebieden zijn patiëntveiligheid en patiëntenlogistiek, met voor beide gebieden vier ambitieuze doelstellingen, gebaseerd op bestaande best practices. Bevorderen van patiëntgerichtheid en doelmatigheid maakt hiervan integraal onderdeel uit.
- Om de doelstellingen te bereiken worden verschillende methoden gehanteerd: de Doorbraakaanpak, integrale procesherinrichting, en specifieke methoden gericht op leiderschap en organisatieontwikkeling.
- Professionals (specialisten en verpleegkundigen) zullen hierbij het voortouw moeten nemen om de zorg op de werkvloer in nauwe multidisciplinaire en afdelingsoverstijgende samenwerking te vernieuwen en te verbeteren.
- Tevens vraagt dit nauwe betrokkenheid, aansturing en een voorbeeldfunctie van ziekenhuisdirecties; zij dragen zorg voor een blijvende verbeterinfrastructuur.
- SB p3 is een gezamenlijk leertraject. Gedurende de looptijd zullen geleerde lessen grote invloed moeten kunnen hebben op de verdere opzet en uitvoering van het programma.
- Na vier jaar laten 20% van de Nederlandse ziekenhuizen aanzienlijke prestatieverbeteringen zien. Het CBO, het iBMG en de OMS ondersteunen de ziekenhuizen hierbij, in drie tranches van acht ziekenhuizen (zie tabel 1.1).
- Ondertussen wordt onder verantwoordelijkheid van ZonMw en in nauw overleg met VWS en andere betrokken partijen, een plan van aanpak ontwikkeld hoe ook de overige 80% bereikt kan worden (gereed medio 2006).
- De meerwaarde van SB p3 is dat er in de ziekenhuizen een ziekenhuisbreed 'vliegwiel' voor innovatie en verbetering ontstaat. Hiertoe worden ook gerekend de ondersteunende diensten als financiën (diagnose-behandelcombinaties of DBC's), informatiemanagement en human resource management (HRM). Om het vliegwiel op gang te brengen is als derde prioriteitsgebied voor de ziekenhuisdirectie het deelprogramma leiderschap en organisatieontwikkeling gedefinieerd.

Tabel 1.1. Fasen in SB p3

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Tranche I:		Serie 1	Serie 2	post SB p3			
Tranche II:			Serie 1	Serie 2	post SB p3		
Tranche III:				Serie 1	Serie 2	post SB p3	

Toelichting op schema 1:

Tranche: tijdsvak van twee jaar bestaande uit twee series waarin acht ziekenhuizen maatregelen toepassen volgens de programmaopzet.

Serie I: eerste tijdsvak van een tranche waarin acht ziekenhuizen de aangereikte SB p3-projecten implementeren

Serie II: tweede tijdsvak van een tranche waarin de ziekenhuizen enerzijds maatregelen nemen om behaalde werkwijzen en resultaten te borgen in structuur en processen, anderzijds de SB p3-projecten verder verspreiden/opschalen binnen de eigen organisatie.

Post SB p3: tijdsvakken na de series I en II, niet vallend onder de programmaondersteuning, waarin het in gang gezette vliegwiel merkbaar tot uiting dient te komen in substantiële initiatieven om organisatiebreed best practices te adopteren.

2 Opzet ex ante evaluatie

2.1 Evaluatieonderzoek Sneller Beter pijler 3

Het ziekenhuisbrede verbeter- en verspreidingsprogramma SB p3 bestaat uit drie onderdelen. Naast de versnelde invoering van bestaande kennis en *best practices* valt het programma uiteen in een evaluatieonderzoek en een plan van aanpak voor de landelijke uitrol van kwaliteitsverbeteringen.

Het evaluatieonderzoek wordt uitgevoerd door onderzoekers van het NIVEL in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek (EMGO) van het VUMC en de capaciteitsgroep Beleid, Economie en Organisatie van Zorg (BEOZ) van de Universiteit van Maastricht. In het onderzoek wordt aandacht geschonken aan de processen en effecten van de verbeterprojecten in de Sneller Beterziekenhuizen. De algemene doelen van het evaluatieonderzoek zijn: 1) meer inzicht verschaffen in het ontwikkelingstraject van ziekenhuizen tot lerende organisaties die best practices adopteren; 2) het evalueren van de mate waarin de beoogde doelstellingen van SB p3 zijn bereikt; 3) het verklaren van verschillen in resultaten tussen teams en ziekenhuizen. Deze kennis zal leiden tot aanbevelingen voor succesvolle landelijke verspreiding van de resultaten. Voor het evaluatieonderzoek zijn de volgende algemene vraagstellingen geformuleerd:

Evaluatie van de implementatie van het SB p3-programma

1. Is er een dynamiek ontstaan waarbij teams in zowel de 24 deelnemende als de resterende Nederlandse ziekenhuizen op korte en langere termijn actief *best practices* adopteren en doorvertalen naar de eigen context.

Effectevaluatie projecten

2. Heeft het programma SB p3 bij de deelnemende teams in de 24 betrokken ziekenhuizen geleid tot aanzienlijke verbeteringen in de patiëntveiligheid en patiëntenlogistiek (zowel korte als lange termijn)?
3. Welke succes- en faalfactoren zijn van invloed op de resultaten die in de teams worden behaald?

Evaluatie intern vliegwiel c.q. effectevaluatie Leiderschap en Organisatie

4. Is er door het programma SB p3 binnen elk van de ziekenhuizen een vliegwiel functie ontstaan van vernieuwing en verbetering (zowel korte als lange termijn)?
5. Welke succes- en faalfactoren zijn van invloed op het ontstaan van de vliegwiel functie?

Plan van aanpak extern vliegwiel

6. Welke strategie moet worden gevolgd voor het bereiken van de overige 80% van de ziekenhuizen na afloop van SB p3?

2.2 Probleemstelling van dit rapport

Een eerste stap in het evaluatieonderzoek is zicht te krijgen op de voorwaarden waaraan moet worden voldaan wil het programma de hooggespannen verwachtingen op korte en langere termijn kunnen waarmaken. Het is belangrijk om na te gaan of bij de inhoudelijke vormgeving van SB p3 door het consortium voldoende rekening is gehouden met de succes- en faalfactoren die terug te vinden zijn in de literatuur. Hoewel het programma op het moment van schrijven al in de eerste acht van de 24 voorgenomen ziekenhuizen wordt toegepast (de eerste tranche), is deze inventarisatie niettemin relevant. Een verkenning van de opzet van SB p3 biedt gelegenheid veranderingsmechanismen achter de toepassing van een multilevel kwaliteitscoöperatie (quality collaborative) binnen de Nederlandse ziekenhuiszorg te kunnen plaatsen met oog voor relaties tussen de diverse onderdelen ervan. Dit verschaft een handvat voor de toetsing van de aannames en werkwijzen van het uitvoerende consortium. Tevens biedt het aanknopingspunten voor wat betreft de inrichting van vergelijkbare programma's in de toekomst. In dit rapport staan twee vragen centraal:

1. *'Welke condities worden in de literatuur bepalend geacht voor het slagen van een programma als SB p3?'*
2. *'Op welke wijze anticipeert het programma op de aanwezigheid en kwaliteit van deze condities?'*

2.3 Methode

Om te kunnen bepalen of de opzet van SB p3 voldoet aan de daaraan te stellen eisen is teruggegrepen op de literatuur. Aan de hand van een artikel van Mittman (2004) over zogenoemde kwaliteitscoöperaties is via een sneeuwbalmethode in de literatuur gezocht naar aanvullende gezichtspunten en bronnen om te komen tot een beter begrip van samenwerkingsverhoudingen binnen en tussen ziekenhuisorganisaties. Het gaat daarbij om methoden waarbij partijen aan de hand van een projectmatige aanpak met behulp van teams volgens aangereikte beginselen en principes in onderlinge competitie methoden aanleren en interventies toepassen. Er is een inventarisatie gemaakt van criteria waaraan het ziekenhuisbreed verbeter- en verspreidingsprogramma SB p3 dient te voldoen wil het kans van slagen hebben. Via de sneeuwbalmethode zijn twee relevante reviews gevonden (Greenhalgh et al. 2004; Leggatt 2003) welke in staat hebben gesteld een koppeling te leggen tussen projectmatig werken en de doorvertaling daarvan in organisatieverandering tot lerende organisatie. Naast deze literatuur is gebruik gemaakt van artikelen en rapporten over leiderschap, teamprestaties, cohesie binnen organisaties, leerklimaat, kennisuitwisseling, Doorbraakmethoden, verandermanagement en disseminatie- en verbeterprogramma's. Met de literatuurverzameling is gestopt toen aanvullende literatuur geen nieuwe gezichtspunten meer opleverde. Meer hierover in het volgende hoofdstuk.

2.4 Leeswijzer

Het consortium heeft een omvangrijk implementatieprogramma ontwikkeld. Dit bestaat uit verschillende typen deelprojecten en geplande maatregelen per prioriteitsgebied, organisatorisch niveau en tijdsvak. SB p3 kent meerdere dimensies. In het volgende hoofdstuk volgt een overzicht van dimensies waarbij telkens de bijbehorende succes- en faalfactoren worden genoemd. In de hoofdstukken vier en vijf wordt met gebruikmaking van documenten van het consortium dieper ingegaan op de relatie tussen projectmatige verbeteringinitiatieven en organisatieontwikkeling. Er wordt aandacht geschonken aan bepalende factoren voor het in gang te zetten transformatiemechanisme. Hoofdstuk zes bevat een samenvatting van conclusies en aandachtspunten.

3 Toetsingskader

3.1 Inleiding

Uit onderzoek komt naar voren dat de meeste pogingen om de kwaliteit van zorgsystemen te verbeteren te veel gebaseerd zijn op relatief smalle, *single level* programmatische veranderingsstrategieën die grotendeels onsuccesvol zijn gebleken (Blumenthal & Kilo 1998; Shortell, Bennett & Byck 1998). Ferlie & Shortell (2001) bepleiten om die reden een *multilevel* benadering bestaande uit ten minste vier kernkarakteristieken:

- leiderschap op alle niveaus;
- een zich verspreidende cultuur van leerbereidheid;
- een nadruk op de ontwikkeling van effectieve teams (en evidence based handelen);
- een groter gebruik van informatietechnologie voor aanhoudend verbeteringswerk en externe verantwoordingsaflegging.

In het eerste hoofdstuk is ingegaan op de doelstellingen en uitgangspunten van het programma SB p3. In die beschrijving keren de kernkarakteristieken terug die Ferlie en Shortell als randvoorwaarde beschouwen. SB p3 mikt op meerdere resultaten tegelijkertijd, op korte en langere termijn, zowel zorginhoudelijk, organisatietechnisch als sectorbreed. Vanwege de verscheidenheid aan doelstellingen is het terecht om SB p3 te zien als een ziekenhuisbreed verbeter- en kennisverspreidingsprogramma.

In dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij de factoren die bepalend zijn voor het succes of falen van een dergelijk programma; factoren waarvan redelijkerwijs mag worden verwacht dat daarmee in de vormgeving van SB p3 rekening is gehouden. Er zijn een aantal invalshoeken waarlangs in het kader van het evaluatieonderzoek naar het SB p3-programma wordt gekeken. Er is omwille van de overzichtelijkheid voor gekozen deze factoren per dimensie te verdelen over enkele kaders (zie tabel 3.1).

Tabel 3.1. Dimensies van SB p3

Dimensie	Bijbehorende vraag	Kader
<i>Prerekwisieten</i>	hoe geschikte kandidaat-organisaties (ziekenhuizen) te identificeren?	A
<i>Innovatie/ best practice</i>	aan welke karakteristieken moet een best practice voldoen en hoe is deze het beste aan te reiken?	B en C
<i>Implementatie van het totaal aan deelprojecten</i>	a) wat zijn voorwaarden om de diverse implementatiefasen (van disseminatie tot borging) te doorlopen? b) welke determinanten bepalen het succes van de uitvoerende projectteams? c) welke eisen gelden voor de gehanteerde methoden (Doorbraak/kwaliteitscoöperatie)?	a) B en C b) D c) E

Dimensie	Bijbehorende vraag	Kader
<i>Leiderschap geënt op leergedrag ten behoeve van kwaliteitsverbetering</i>	hoe dienen betrokken partijen zich te gedragen om: a) een optimale uitvoering van het programma te bewerkstelligen (korte termijn); b) blijvend de eigen procesgang kritisch te beschouwen en te verbeteren (lange termijn)?	F
<i>Kennisverspreiding (intern en extern)</i>	waardoor wordt kennisverspreiding binnen en tussen ziekenhuizen bepaald?	G
<i>Perverse effecten</i>	waar bevinden zich potentiële conflicten tussen: a) programmaonderdelen/deelprojecten; b) externe ontwikkelingen; c) programmaonderdelen/deelprojecten en externe ontwikkelingen?	H

Per kader worden in de subparagrafen 3.3.3 t/m 3.3.10 achtereenvolgens de onderdelen behandeld die volgens de literatuur van betekenis zijn als verklarende factor. Dit gebeurt nadat in paragraaf 3.2 aandacht is geschonken aan de analyseniveaus binnen het programma SB p3. Bovendien volgt in paragraaf 3.3 een schematisch model om het overzicht en de wisselwerking tussen de verschillende kaders te behouden.

3.2 Succes- en faalfactoren en hun niveaus

Er zijn in het perspectief van veranderingsmanagement twee manieren om naar niveaus binnen een organisatie te kijken:

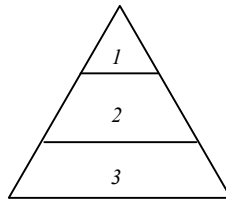
- taken en verantwoordelijkheden oftewel functionele niveaus;
- systeembenadering en interorganisatiebetrekkingen.

Taken en verantwoordelijkheden binnen een organisatie laten zich rangschikken naar drie functionele niveaus:

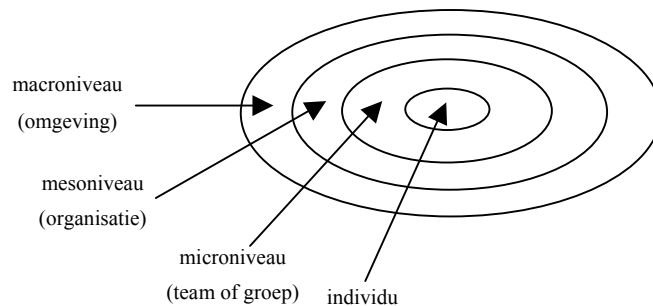
1. strategisch ('*richten*'; hoger management)
2. tactisch ('*inrichten*'; midden management);
3. operationeel ('*verrichten*'; uitvoerend) (zie afbeelding 3.1).

De systeembenadering is een organisatiekundige leer waarbij te bestuderen objecten als systemen worden gezien. Organisaties worden daarbij primair gezien vanuit de besturingsproblematiek en als complex van op elkaar af te stemmen subsystemen. Aan de hand van de systeembenadering is het mogelijk een onderscheid te maken in vier niveaus waarop sprake is van factoren die de uitvoering en het succes van een ziekenhuisbreed verbeter- en verspreidingsprogramma beïnvloeden (zie afbeelding 3.2 en schema 3.2).

Afbeelding 3.1. Functionele niveaus



Afbeelding 3.2. Analyseniveaus systeembenadering



Binnen de microsystemen van een organisatie zijn individuen (vaak) vanuit verschillende disciplines gericht op gemeenschappelijke taken. Dit laatste verenigt beide benaderingen daar de microsystemen van de systeembenadering in werkelijkheid gebonden zijn aan de functionele, hiërarchische niveaus van de taakbenadering (afbeelding 3.1). De directie handelt met name op het eerste niveau. De projectteams en afdelingen zijn microsystemen die zich primair op het derde niveau bevinden, maar waarvan de voortgang wordt beïnvloed door maatregelen genomen op het tweede niveau. Coördinatie tussen microsystemen op verschillende functionele niveaus is essentieel om te waarborgen dat uitvoering past binnen de strategische visie.

Schema 3.2. Verklarende factoren per analyseniveau

Analyseniveau	Verklarende factoren
<i>Macrosysteem</i>	omgevingsfactoren: bijvoorbeeld de toenemende marktwerking, de financieringssystematiek, contractafspraken van zorgverzekeraars of (belemmeringen in) wet- en regelgeving
<i>Mesosysteem</i>	kenmerken van de ziekenhuisorganisatie: ondersteunende systemen, de cultuur en de leiderschapsstijl van zowel de Raad van Bestuur als het middenkader (strategisch/tactisch)
<i>Microsysteem</i>	de samenstelling en de trekker van het projectteam, eigenschappen van de afdeling(en) waar het project wordt toegepast, maar ook zaken als de sociale cohesie binnen het projectteam en de afdeling(en) (interdependenties) (tactisch en operationeel)
<i>Individu</i>	persoonskenmerken, kennis en ervaring, individuele motivaties van de betrokken medewerkers evenals de mate waarin het project voor hen een meerwaarde heeft

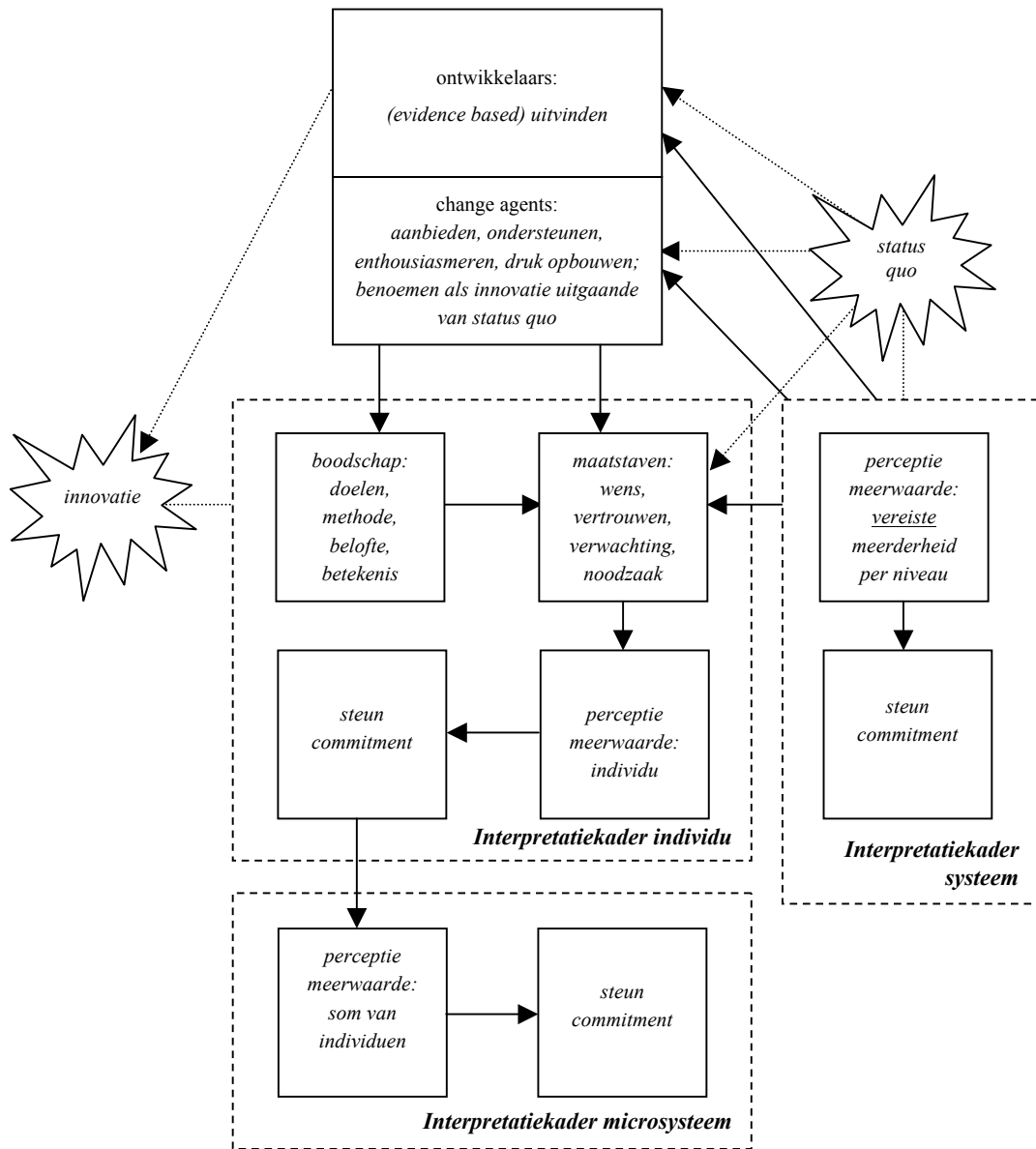
Het niveau van het individu is het domein van de gedragstheorieën waar de succes- en faalfactoren uit de literatuur (kader A t/m H) en de beleidstheorie van de programmamakers (neergelegd in draaiboeken et cetera) elkaar raken. Het succes van een verbeter- en verspreidingsprogramma is afhankelijk van het gedrag van betrokken partijen en de voorzieningen die de verantwoordelijke partijen treffen om dit gedrag te beïnvloeden (incentives).

3.3 Determinanten van een succesvol verbeter en verspreidingsprogramma

3.3.1 *Samenhang tussen systemen*

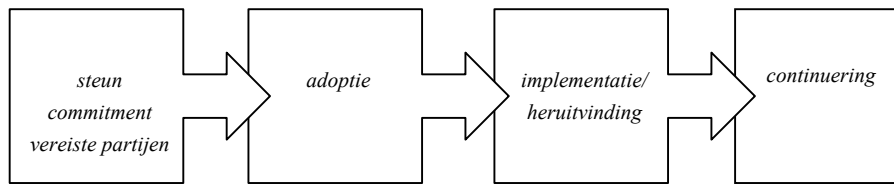
Een organisatie als *systeem* is te zien als een samenstel van deelsystemen waaronder microsystemen. Ieder *microsysteem* bestaat uit individuen waarvan de steun onmisbaar is wil een best practice of innovatie met succes kunnen worden geadopteerd, geïmplementeerd en verder worden verspreid. Het *individu* neemt kennis van een innovatie, interpreteert de implicaties ervan door ze inhoudelijk te toetsen aan inschattingen van de praktijk binnen het eigen ziekenhuis. Wanneer is iets een gezagvol, aantrekkelijk (aangeboden) concept? Heeft het kans van slagen? Wat kost het en wat levert het op? Is het wel echt een best practice en wat vinden andere partijen ervan? Zullen zij het steunen? Een innovatie dient over een meerwaarde te beschikken wil een individu zich erachter scharen en adoptie ondersteunen. Dit afwegingsproces is weergegeven in afbeelding 3.3. Op de diverse onderdelen ervan wordt in de volgende paragrafen ingegaan.

Afbeelding 3.3. Interpretatie,verwachting en steun



Een ziekenhuisbreed verbeter- en verpreidingsprogramma vereist dat afdelingen binnen verschillende ziekenhuizen steeds weer een best practice opnemen in de eigen procesgang. Dit komt neer op het doorlopen van de implementatieketen (Rogers 1995) waarvan iedere stap (afbeelding 3.4 en kader C) voldoende draagvlak vereist onder degenen waarvan de steun onmisbaar is voor het verloop van het proces.

Afbeelding 3.4. Steun, implementatiefasen en verdere verspreiding



Door middel van projectteams worden binnen SB p3 concrete projecten opgepakt en doorgevoerd.

3.3.2 *Structuurverandering via een procesmatige insteek*

SB p3 is geslaagd zodra er ziekenhuisbreed aantoonbare en blijvende verbeteringen zijn gerealiseerd in de patiëntenzorg. Ter conceptualisering van het voornemen om door middel van projecten structurele verandering tot stand te brengen kan gebruik worden gemaakt van de klassieke benadering van Donabedian, waarin de kwaliteit van zorgverlening is onderverdeeld in ‘structuur’, ‘proces’ en ‘uitkomsten’.

Dit biedt gelegenheid een koppeling aan te brengen tussen ziekenhuispraktijk en implicaties van verschillende prioriteitsgebieden van SB p3. Onder structuur kan worden verstaan ‘de relatief stabiele karakteristieken van zorgverleners, de gereedschappen en bronnen waarover zij beschikken en de fysieke en organisatorische setting waarbinnen zij functioneren’ (Donabedian 1980:81). De structuur omvat het gehele complex van deelsystemen, verhoudingen en procedures waaruit het zorgverleningproces totstandkomt en waardoor de kwaliteit van het proces van zorgverlening en zorguitkomsten in belangrijke mate wordt bepaald.

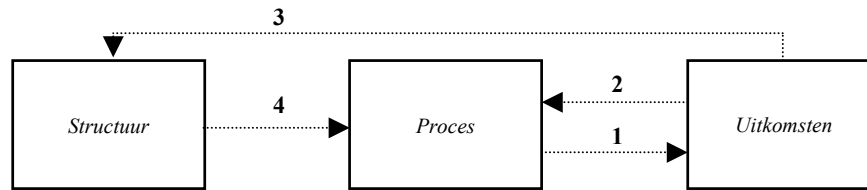
De wisselwerking tussen structuur, proces en uitkomsten helpt de doelrealisatie van het verbeterprogramma op korte termijn te kunnen scheiden van effecten op langere termijn (borging en vliegwielen). De doelstellingen op de prioriteitsgebieden patiëntveiligheid en patiëntlogistiek spelen een rol op korte termijn en uit zich in minder gevallen van decubitus, minder infecties, kortere verpleegduur, minder wachttijd et cetera. Ze zijn zorginhoudelijk van aard. Bovendien interveniëren de projecten direct in het proces en zijn ze direct gericht op het belang van de patiënt, de uitkomsten van de zorgverlening (1). Doelbereiking op deze subterreinen leidt tot minder verspilling hetgeen weer ten goede komt aan de doelmatigheid van het proces van de ziekenhuiszorg.

Ook is het verstandig het rendement voor de organisatie te differentiëren naar korte en langere termijn, respectievelijk doordat bijvoorbeeld de bezettingsgraad op de doorgaans hoogbezette werkvloer daalt (2) en verbeteringen indien zij een trendmatig karakter vertonen tot structuurwijziging aansporen (3).

De doeleinden op het terrein van L&O behelzen het in gang zetten van cultuurverandering en kennisdiffusie binnen en tussen ziekenhuizen. Beoogd wordt via projecten een actieve leercultuur met verbeteringsbereidheid en een in- en externe vliegwielenwerking voor verspreiding van evidence based best practices tot stand te brengen. Daarnaast is essentieel dat ontstane mechanismen en systemen worden opgenomen in de structuur – in de relatief stabiele kenmerken van de zorgverlening in

ziekenhuizen – zodat zij vervolgens weer kunnen bijdragen tot een geoptimaliseerd proces (4) en betere uitkomsten (1).

Afbeelding 3.5. Wisselwerking tussen structuur, proces en uitkomsten



Dit is, hetzij sterk vereenvoudigd, de grondgedachte van het programma SB p3. Zodra de eerste 24, zorgvuldig geselecteerde, ziekenhuizen zich committeren aan het programma dan verplichten zij zichzelf gelijktijdig binnen vaste tijdsvakken op meerdere afdelingen of specialismen Doorbraakprojecten en procesherinrichtingen te starten en hiervoor de noodzakelijke instrumenten en voorzieningen te creëren die uiteindelijk zullen bijdragen tot een verbeterinfrastructuur. Daardoor wordt het volgens de programmamakers in de toekomst eenvoudiger via vergelijkbare projecten proces en uitkomsten van de ziekenhuiszorg naar een hoger kwaliteitsniveau te tillen. In beginsel gaat het om een *gelegenheidsstructuur*: het totaal aan functies en incentives onmisbaar voor uitvoering van de projecten, neergelegd in voorzieningen en systemen, dat uiteindelijk opgaat in de reguliere zorgstructuur. Indien borging van het verbeteringsinstrumentarium uitblijft dan ondermijnt dit de waarde van het implementatieprogramma op lange termijn. De veranderde werkwijze is dan namelijk geen onderdeel geworden van de dagelijkse praktijk.

Hierna wordt per kader aangegeven welke succes- en faalfactoren een rol spelen bij het doorlopen van de implementatiefasen en het daarvoor benodigde leerklimaat.

3.3.3 *Kader A: prerekwisieten*

De literatuur biedt aanknopingspunten omtrent factoren waaraan een systeem dient te voldoen wil dit klaar zijn voor verandering (zie bijvoorbeeld Gustafson et al. 2003 en Rogers 1995). Het is in dat verband raadzaam om aansluitend op de voorwaarden voor implementatie van een innovatie (zie volgende kaders) en voorafgaande aan het besluit om een grootschalig verbeterprogramma te initiëren, de potentiële groep afnemers evenals hun organisatorische setting na te lopen op de kans van slagen. Een organisatie kan in algemene zin klaar zijn voor verandering, maar hoeft niet bereidwillig te staan tegenover adoptie van een specifieke innovatie (Greenhalgh et al. 2004:607).

Prerekwisieten

Of een systeem klaar is voor concrete verandering hangt volgens Greenhalgh et al. 2004 af van:

- *druk voor verandering (huidige situatie is onwenselijk) (Gustafson et al. 2003)*
- *innovatie-system fit (sluit innovatie aan op bestaande waarden, strategieën, doelen, mix van bekwaamheden, ondersteunende technologieën en werkwijzen) (Gustafson et al. 2003 en fuzzy boundaries)*
- *het in kaart brengen en anticiperen op implicaties van de innovatie*
- *aantal en positie pleitbezorgers/supporters*
- *toegewezen bronnen en tijd (budget, allocatie bronnen adequaat en duurzaam)*
- *capaciteit om innovatie te evalueren (systemen en vaardigheden om de impact van innovaties te monitoren en te evalueren)*

3.3.4 Kader B: implementatie van innovaties (algemeen)

SB p3 mikt naast duurzame verbetering van organisatie en werkwijzen van ziekenhuizen (leergedrag) tevens op inhoudelijke innovaties op het vlak van patiëntenlogistiek en patiëntveiligheid. De best practices moeten voldoen aan verschillende voorwaarden:

Implementatie van innovaties

Voorwaarden ontleend aan Greenhalgh et al. 2004:

- *relatief voordeel (Dirksen, Ament & Go 1996; Marshall 1990; Meyer, Johnson & Ethington 1997; Rogers 1995)*
- *compatibiliteit met waarden, normen en behoeften (Aubert & Hamel 2001; Denis et al. 2002; Ferlie et al. 2001), tevens gunstig voor assimilatie (Denis et al. 2002; Fennel & Warwecke 1988; Ferlie et al. 2001)*
- *niet complex/simpel (Denis et al. 2002; Ferlie et al. 2001; Grilli & Lomas 1994; Marshall 1990; Meyers & Goes 1988; Meyer, Johnson & Ethington 1997; Rogers 1995), dit kan worden bewerkstelligd door praktische ervaring en demonstratie (Plsek 2003), gunstig is tevens het opsplitsen in behapbare onderdelen (Plsek 2003; Rogers 1995)*
- *experimenteerbaar (Grilli & Lomas 1994; Plsek 2003; Rogers 1995; Yetton, Sharma & Southon 1999), stimulerend werkt met name het aanbieden van experimenteerruimte (Øvretveit et al. 2002; Plsek 2003; Rogers 1995)*
- *waarneembare resultaten (Denis et al. 2002; Grilli & Lomas 1994; Meyer & Goes 1988; Øvretveit et al. 2002)*
- *flexibiliteit; leent zich voor heruitvinding (Meyer, Johnson & Ethington 1997; Rogers 1995)*
- *'fuzzy boundaries', hard core/soft periphery (Denis et al. 2002)*
- *lage risico-perceptie (Meyers & Goes 1988; Meyer, Johnson & Ethington 1997)*
- *relevant voor taakuitoefening (Yetton, Sharma & Southon 1999), makkelijk, werkbaar en haalbaar (Dobbins, Cockerill & Barnsley 2001; Foy et al. 2002; Meyers & Goes 1988; Meyer, Johnson & Ethington 1997)*
- *kennis vertaalbaar naar eigen situatie/contextoverschrijdend (Adler, Kwon & Singer 2003; Aubert & Hamel 2001; O'Neill, Poudet & Buchholtz 2002)*
- *ondersteuningsaanbod, waaronder maatwerk, training en helpdesk (Aubert & Hamel 2001)*

3.3.5 Kader C: kennisdiffusie en implementatie (fasen)

Het succes of falen per implementatiefase hangt af van:

Kennisdiffusie en implementatie
<p><i>Disseminatie</i></p> <ul style="list-style-type: none">- <i>structuur en kwaliteit van sociale netwerken (Fennel & Warnecke 1998; Valente 1996; West et al. 1999), horizontaal (medisch specialisten) of verticaal (verpleegkundigen), beide vervullen een andere functie (West et al. 1999), horizontale netwerken zijn effectieve voor het verspreiden van invloed onder peers en herkadere van betekenissen, verticale netwerken zijn geschikt voor overdracht van gecodeerde informatie en het doorgeven van beslissingen (Rogers 1995; West et al. 1999)</i>- <i>voldoende aantrekkelijk in ogen van expert opinie leiders (op grond van autoriteit en status) en peer opinie leiders (op grond van representativiteit en betrouwbaarheid) (Fitzgerald et al. 2002; West et al. 1999), moet aantrekkelijk zijn voor wat betreft helderheid van de doelen, consequenties organisatie en bronnen anders geven opinieleiders geen steun (Locock et al. 2001; Rogers 1995)</i>- <i>mate waarin (monomorfische en polymorfische) opinieleiders worden herkend en zij optimaal worden toegerust, op hen wordt ingespeeld (Locock et al. 2001; Rogers 1995)</i>- <i>verbindingen, sociale banden tussen organisatie en buitenwereld (boundary spanners); tussen organisatie en specifieke innovatie (Rogers 1995, Kimberly en Evanisko 1981), organisaties die meer investeren in boundary spanners hebben een grotere kans nieuwe innovaties op het spoor te komen en effectief te implementeren (Barnsley, Lemieux-Charles & McKinney 1998; Ferlie et al. 2001; Tushman 1977)</i> <p><i>Adoptie</i></p> <ul style="list-style-type: none">- <i>algemene psychologische antecedenten bepalen de neiging innovaties te proberen en te gebruiken (zoals individuele tolerantie bij dubbelzinnigheid, intellectuele vermogens, motivatie, waarden, leerstijl) (Greenhalgh et al. 2004)</i>- <i>contextspecifieke psychologische antecedenten; potentiële gebruikers zijn eerder bereid tot adoptie indien gemotiveerd en capabel (Ferlie et al. 2001; Gladwin, Dixon & Wilson 2002; Yetton, Sharma en Southin 1999), indien een innovatie aansluit op gevoeld tekort is adoptie waarschijnlijker (Hall & Hord 1987; Wejnert 2002)</i>- <i>betekenis is bepalend voor adoptiebesluit (Dearing & And 1994), assimilatie door systeem gebeurt eerder wanneer verticaal dezelfde betekenis wordt toegekend aan een innovatie (Eveland 1986), de betekenis staat niet vast, kan worden heronderhandeld en herkadert, al dan niet via interorganizacionele netwerken (Ferlie et al. 2001)</i>- <i>adoptie ligt meer in de rede indien ontvangers beschikken over vergelijkbare status als aanbieders: sociaal-economisch, onderwijs, professionele en culturele achtergrond (Fennel en Warnecke 1988; Fitzgerald et al. 2002; West et al. 1999)</i>- <i>besluit tot adoptiebeslissing: contingent (afhankelijk van andermans beslissing), collectief (relatieve meerderheid) of bevolen (Rogers 1995)</i>- <i>kampioenen; adoptie vindt sneller plaats als sleutelfiguren in hun sociale netwerken de innovatie steunen (tot de sleutelfiguren behoort: de maverick ofwel degene die onafhankelijk denkt en doet, de transformationele leider, het organisatorische buffer, degene die netwerken faciliteert en crossfunctionele coalities organiseert; er is weinig direct empirisch bewijs over hoe sleutelfiguren te identificeren en systematisch toe te rusten) (Shane 1995)</i>

Kennisdiffusie en implementatie

Implementatie en continuering

- *organisatorische structuur (flexibel, aanpassend), gedelegeerde besluitvorming: strategisch door afdelingen, operationeel door teams (Meyers, Sivakumar en Nakata 1999; Van de Ven et al. 1999)*
- *leiderschap en management; steun topmanagement, pleitbezorgers en blijvende betrokkenheid voor het implementatieproces (Green 1998; Gustafson et al. 2003; Meyers, Sivakumar en Nakata 1999), innovatie past binnen eerdere doelen van topmanagement, leiders zijn actief betrokken en worden regelmatig geraadpleegd (Gustafson et al. 2003)*
- *human resource issues, motivatie, capaciteit en competenties van individuen (Gustafson et al. 2003), vroege en brede betrokkenheid van de staf op alle niveaus vergroot de betrokkenheid (Meyers, Sivakumar en Nakata 1999, Kitson, Herney & McCormack 1998) teamtraining kan meer doeltreffend zijn als individuele training wanneer het leren een complexe technologie betreft (Edmondson, Bohmer & Pisano 2001)*
- *financiering (middelen structureel toegewezen) (Elliot et al. 1998; Fitzgerald et al. 2002; Green 1998; Gustafson et al. 2003; Hughes et al. 2002)*
- *intraorganisatorische communicatie tussen structurele/afdelingsgrenzen (Meyers, Sivakumar en Nakata 1999), een narratieve benadering met een doelgericht geconstrueerd gedeeld en zich ontwikkelend verhaal is nuttig (Gabriel 2000; Bate 2004)*
- *interorganisatorische netwerken; hoe complexer de implementatie van een innovatie des te groter de waarde van een interorganisatieel netwerk voor succes (Meyers, Sivakumar & Nakata 1999; Valente 1995)*
- *feedback: accurate en tijdige informatie over voortgang (via systemen) vergroten de kans op borging (Green 1998; Grimshaw et al. 2004)*
- *adaptatie/heruitvinding binnen lokale context (Gustafson et al. 2003, Øvretveit et al. 2002 en Rogers 1995)*

3.3.6 Kader D: teamprestaties

SB p3 omvat een serie projecten en interventies op het terrein van patiëntenlogistiek, patiëntveiligheid en patiëntenparticipatie. Het gaat om innovaties leidend tot veranderingen op uitvoerend niveau wat op tactisch niveau vraagt om voorzieningen. De prestaties van de teams die belast zijn met de implementatie worden bepaald door een aantal factoren.

Teamprestaties

1. *vaststellen van juiste teamomvang gelet op probleem/taak (Fried, Rundall & Topping 2000)*
2. *minimalisatie van verschillen in status (Fried, Rundall & Topping 2000)*
3. *vaststellen van normen die teamprestaties zullen bepalen (Fried, Rundall & Topping 2000)*
4. *vestigen rollen van individuele teamleden evenals rol team binnen totale organisatie (Fried, Rundall & Topping 2000)*
5. *kwaliteitsverbeteringsteam geïntegreerd met sleutelwaarden organisatie (Mills en Weeks 2004)*
6. *bevorderen cohesie (Fried, Rundall & Topping 2000)³*
7. *voorzien in (team)leiderschap dat resulteert in hoge standaarden, aanmoedigen interacties, communiceren over heldere doelen en verwachtingen; gehoor geven aan veranderingsbehoeften,*

³ Met cohesie wordt horizontale cohesie bedoeld, de mate waarin team- of groepsleden er vergelijkbare waarden, opvattingen, voorkeuren voor methoden op nahouden. Horizontale cohesie is een substituuut voor leiderschap (Sanders 2003).

- | |
|--|
| <p>voorzien in noodzakelijk middelen (Fried, Rundall & Topping 2000; Mills & Weeks 2004) hoge mate van interpersoonlijke vaardigheden binnen teams (Mills & Weeks 2004)</p> <p>8. invoeren van tijdige, open en accurate communicatie onder leden (Fried, Rundall & Topping 2000)</p> <p>9. aanmoedigen creatieve oplossingen voor problemen (Fried, Rundall & Topping 2000)</p> <p>10. mogelijkheid creëren om constructief met conflicten om te gaan (Fried, Rundall & Topping 2000)</p> <p>11. sterke organisatorische ondersteuning (Mills & Weeks 2004)</p> <p>12. bijeenblijven van teams (Mills & Weeks 2004)</p> <p>13. team training (Mills & Weeks 2004)</p> |
|--|

3.3.7 Kader E: Doorbraakmethode/kwaliteitscoöperatie

De projectteams binnen SB p3 voeren hun projecten uit volgens de Doorbraakmethode, waarbij ze een kwaliteitscoöperatie vormen. De DB/QC methode behelst het organiseren van gecontroleerde exponentiele diffusie; gecontroleerd omdat er in beginsel gestreefd wordt naar een vaste hoeveelheid adopters en een beperkt aantal onderwerpen. SB p3 omvat geprefabriceerde best practices en het voornaamste verspreidingsmechanisme is centraal gestuurde en gecontroleerde disseminatie. In de praktijk verspreiden innovaties of goede ideeën informeel en grotendeels ongecontroleerd (diffusie).

Doorbraakmethode/Kwaliteitscoöperaties	
1.	DB: 8–15 teams; QC: 20-40 organisaties (Mittman 2004; Øvretveit et al. 2002; Van Splunteren et al. 2003)
2.	bundelen bestaande kennis en aanbieden van concrete evidence based best practices (Øvretveit et al. 2002; Van Splunteren et al. 2003)
3.	onderwerpkeuze ('het juiste onderwerp') moet afhangen van kloof tussen 'goede zorg' (literatuur) en praktijk (Øvretveit et al. 2002; Van Splunteren et al. 2003) ⁴
4.	methode/interventie omvat: a) Nolanmodel (zowel drie vragen omtrent doel, meten en veranderen als rapid cycle improvement met plan-do-study-act) (Langley et al. 1996) ⁵ ; b) een stramien voor gefaseerde invoering: het stellen van concrete, haalbare en meetbare doelen; ieder team definieert eigen proces- en uitkomstindicatoren en test stapsgewijze veranderingen waarbij de voortgang voortdurend wordt gemeten (Berwick 1998); c) teams stimuleren methoden toe te passen op eigen situatie (Øvretveit et al. 2002; Van Splunteren et al. 2003)
5.	teams zijn zelf verantwoordelijk en regisseren de eigen voortgang onder begeleiding door een team inhoudelijke en methodische experts ⁶ (Øvretveit et al. 2002; Van Splunteren et al. 2003)
6.	uitwisselen van gedachten en ideeën met experts en peers, delen van veranderingsstrategieën op landelijke bijeenkomsten (Øvretveit et al. 2002; Van Splunteren et al. 2003) ⁷
7.	concrete uitwisseling van gegevens en ervaringen via gesloten e-mail en website (Øvretveit et al. 2002; Van Splunteren et al. 2003)
8.	voortgangsrapportages, tijdsdruk en onderlinge competitie (Øvretveit et al. 2002; Van Splunteren et al. 2003)

⁴ Onderwerpkeuze: 1) evidence based best practice beschikbaar en sprake van kloof tussen waargenomen en wenselijke situatie, 2) professionals staan achter voorgestane methode en zijn gemotiveerd, 3) onderwerp is van strategisch belang voor organisatie, 4) betrokkenen kunnen ideeën en suggesties uitwisselen welke toepasbaar zijn in verschillende settings, ze stimuleren ideeën en veranderingsgezindheid (Øvretveit et al. 2002).

⁵ Mills en Weeks (2004:152) wijzen op een aantal factoren die bepalend blijken voor het succesvol doorlopen van de PDCA-cyclus zoals: 1) support from leadership, 2) support from the staff who will be making the changes, 3) experience in improvement and measurement, 4) the right people in the right job, 5) good working relationships among team members, and 6) good teamwork, an accurate understanding of the customer or patient en nurse physician collaboration (zie ook: Small 1999; Miller 2001; Lockhart-Wood 2000).

⁶ Schenk aandacht aan motivatie en *empowering* teams. Sommigen zijn gestuurd door management (Øvretveit et al. 2002).

⁷ Dit biedt ruimte voor teambuilding en bereid teams voor op de kwaliteitscoöperatie (Øvretveit et al. 2002).

3.3.8 *Kader F: leiderschap geënt op zorggericht leergedrag*

SB p3 beoogt structuur en cultuurverandering tot stand te brengen binnen de Nederlandse ziekenhuiszorg. Versnelde invoering en verspreiding van innovaties. Dit vereist veranderingsbereidheid ('will') maar ook de vaardigheid ('skill'). De capaciteit hangt samen met twee zaken (Greenhalgh et al 2004):

- absorptiecapaciteit; die is afhankelijk van: 1) bestaande organisatorische kennis en daarmee samenhangende technieken; 2) cultuur lerende organisatie en 3) proactief leiderschap gericht op het delen van kennis. De kennis achter disseminatie, adoptie en implementatie is niet objectief of gegeven (eerder sociaal geconstrueerd, herhaaldelijk beproefd en voortdurend heronderhandeld). Dit wordt bespoedigd door sterke, diverse en organische intraorganisatorische netwerken (deelname van klinici in managementnetwerken en vice versa);
- receptieve context voor verandering; deze incorporeert een aantal organisatorische kenmerken die onafhankelijk geassocieerd zijn met het vermogen nieuwe ideeën te omarmen en om te gaan met verandering (Pettigrew en McKee 1992). Naast absorptiecapaciteit omvat dit sterk leiderschap, heldere strategische doelen, goede managementrelaties, visionaire staf op de juiste posities en een klimaat stimulerend tot experimenteren en het nemen van risico's (Greenhalgh et al. 2004).

Lerende organisatie en leerfuncties

Vergroten van de absorptiecapaciteit en de receptieve context ten behoeve van adoptie, implementatie/heruitvinding en verspreiding van innovaties past in het ontwikkelingsproces tot lerende organisatie. Kessels en Keursten (2001) noemen zeven bekwaamheden/leerfuncties die een organisatie dient te ontwikkelen om een lerende organisatie te kunnen zijn:

1. Verwerven materiedeskundigheid en vakkennis verbandhoudend met de kerncompetenties van de organisatie.
2. Leren oplossen met behulp van verworven vakkennis.
3. Ontwikkelen reflectieve vaardigheden/metacognities voor het vinden van wegen om nieuwe kennis op het spoor te komen, te verwerven en toepasbaar te maken.
4. Verwerven van communicatieve en sociale vaardigheden die toegang verschaffen tot kennisnetwerk van anderen en leerklimaat veraangenamen.
5. Verwerven van vaardigheden ter regulatie van motivatie en affectie rond het leren.
6. Bevorderen van rust en stabiliteit zodat verdieping, cohesie, synergie en integratie mogelijk zijn.
7. Veroorzaken van creatieve onrust die aanzet tot radicale innovatie.

Leiderschapsfuncties

Paragraaf 3.2 is afgesloten met de opmerking dat het succes bepaald wordt door het gedrag van betrokken verantwoordelijke partijen en de aanwezige voorzieningen ter beïnvloeding van het gedrag. In managementliteratuur wordt het aanmoedigen van individuen en organisatorische eenheden tot bepaald gedrag tot de noemer leiderschap gerekend. Ook het consortium pleit met zoveel woorden voor sterk leiderschap door de

topleiding van de ziekenhuizen. Het ietwat vage begrip leiderschap omvat direct waarneembare handelingen zoals interpersoonlijke communicatie tussen betrokken partijen binnen en tussen ziekenhuizen maar ook minder directe maatregelen zoals het opzetten en uitbouwen van kwaliteits-, opleidings- en beloningssystemen. In de literatuur wordt ervan uitgegaan dat leiderschap formeel en informeel wordt uitgeoefend door verschillende functionarissen vanuit meerdere deelorganisaties, disciplines en hiërarchische niveaus ('leadership comes from many quarters'; Ferlie & Shortell 2001). In een reviewartikel komt Leggatt tot een indeling in vier leiderschapsfuncties bij performance management:

- creëren van een klimaat van psychologische veiligheid, veiligheid om interpersoonlijke risico's te nemen (Edmondson 1999; Edmondson, Bohmer et al. 2001);
- nauwkeurig en duidelijk uitspreken van een visie (Weiner, Shortell et al. 1997; Young 2000);
- vergroten van de bereidheid ten aanzien van veranderingen van organisatie en medewerkers (Parry 1999);
- voorzien in een bruikbaar model, b) verschaffen van geïndividualiseerde steun en c) hoge verwachtingen wekken ten aanzien van prestaties (Sparks & Schenk 2001).

Indien met deze vier leiderschapsfuncties in het achterhoofd wordt gekeken naar de partijen die betrokken zijn bij de uitvoering van SB p3 dan zijn er per partij enkele taken en verantwoordelijkheden te onderscheiden (zie tabellen 3.3a en 3.3b). De diverse partijen hebben tot taak in randvoorwaarden te voorzien of deze te stimuleren voorzover hun positie en vaardigheid dit toelaten. Naast de verdere ontwikkeling tot lerende organisatie liggen er binnen SB p3 inhoudelijk gezien accenten op patiëntenlogistiek, patiëntveiligheid, patiëntenparticipatie, afstemming tussen specialismen en deelorganisaties, kwaliteit van medische beroepsbeoefenaren, transparantie en kennisdiffusie (intern en extern). Het leiderschap zal naast de ontwikkeling van de leerfuncties ook de andere aspecten van de SB p3-visie moeten faciliteren.

Tabel 3.3a. Taken en verantwoordelijkheden van interne partijen bij uitvoering van SB p3

Interne partijen (binnen het ziekenhuis)

Strategisch niveau: directie/topmanagement ziekenhuis

- helder uitspreken van geconcretiseerde ambitieuze doch haalbare doelen, visie en verwachtingen;
- intern onvrede creëren over de status quo en een beeld schetsen van een haalbare en wenselijke situatie dankzij de innovatie/best practice;
- aanreiken van bruikbare modellen via ontwikkelaars of change agents (tabel 2b), methodische aanknopingspunten waarmee betrokkenen kunnen handelen naar de doelen;
- creëren van een veilig klimaat met experimenteer ruimte.

Tactisch niveau: middenmanagement ziekenhuis

- zorgen dat organisatorische deelsystemen en voorzieningen projectteams en medewerkers op operationeel niveau (blijvend) in staat stellen naar de visie en het aangereikte model te handelen;
- realiseer informatiesystemen die voorzien in de gewenste informatie ten behoeve van planning en controlecycli;
- op ziekenhuisniveau bewaken van samenhang tussen projecten en relevante ontwikkelingen.

Operationeel niveau: projectteams en afdelingen

- vanuit interne focus: a) zelf toepassen en monitoren van innovatie en leren (experimenteren, feedback etc.); b) maatregelen treffen ter borging (op tactisch en operationeel niveau);
 - vanuit externe focus: a) zoeken naar evidence based best practices aansluitend op gevoeld tekort; b) formuleren succesverhaal en gereedmaken voor het geven van instructie.
-

Ter toelichting op de tabel 3.3b: naast de vaste interne rolverdeling per niveau vereist het programma de aanwezigheid van partijen die de rol van ‘ontwikkelaar’ of ‘change agent’ op zich nemen. Het gaat om verschuifbare rollen. Beide rollen worden per SB p3-project in het begin vervuld door het consortium. Maar ook de ziekenhuisdirecties treden op als change agents. In een latere fase (post SB p3) vindt een verschuiving plaats in de rolverdeling. Het zijn dan andere partijen (bijvoorbeeld een kwaliteitsfunctionaris, ervaren projectteams, externe consultants) die fungeren als ontwikkelaar of change agent.⁸ Ook de deelnemende ziekenhuisafdelingen transformeren, na zelf met succes geëxperimenteerd te hebben met interventies, tot ontwikkelaars van een best practice.

⁸ Voor innovaties geldt dat zij eerder succesvol worden geïmplementeerd indien ontwikkelaars of hun agenten verbonden zijn met potentiële gebruikers op ontwikkelingsniveau om het gebruikersperspectief te vangen en te incorporeren (Rogers 1995) (zie ook compatibiliteit in kader B). Dit is tevens van belang voor de mate waarin potentiële gebruikers de betekenis en waarde van de innovatie delen (Greenhalgh et al. 2004) (zie kader C).

Tabel 3.3b. Taken en verantwoordelijkheden behorend tot de verschuifbare rollen

Externe en interne partijen (verschuifbare rollen)

Ontwikkelaars: consortium

- uitwerken best practice tot innovatie; formuleren van een succesverhaal dat voldoet aan te stellen eisen voor adoptie (zoals meerwaarde, helderheid, aansluiten op belevingswereld afnemer) en dat bovendien past binnen de inhoudelijke visie van SB p3.

Change agents: consortium en formele en informele leiders binnen/buiten ziekenhuizen

- onvrede creëren over de status quo en een beeld schetsen van een haalbare en wenselijke situatie dankzij de innovatie/best practice;
 - helder uitspreken geconcretiseerde ambitieuze doch haalbare doelen, visie en verwachtingen;
 - aanreiken van een model afkomstig van ontwikkelaars, methodische aanknopingspunten waarmee betrokkenen kunnen handelen naar deze doelen.
-

Aanvullend over de projectteams

Van de SB p3-projectteams mag gelet op de doeleinden van SB p3 worden verwacht dat ze uiteindelijk zelf nieuwe best practices adopteren, implementeren/heruitvinden, borgen en bijdragen aan de verdere verspreiding ervan. Gelet op de leerfuncties betekent dit dat de oriëntatie van de teams gaandeweg moet veranderen. In het begin zijn de teams passief (ontvangend), later actief (zendend), in het begin intern, later extern, in het begin primair, later secundair. Uit de literatuur blijkt dat vier taken essentieel zijn voor borging en verspreiding van de opgedane kennis. Aanvankelijk zijn partijen vooral geïnteresseerd in de waarde van een innovatie voor de eigen organisatie (interne focus). Hun primaire prioriteit ligt bij de implementatie. De primaire taak komt in een ziekenhuisbreed verbeterprogramma neer op het heruitvinden van een innovatie binnen de eigen context (Ia). Een secundaire taak is hier de borging van de nieuwe praktijk; maatregelen om te voorkomen dat men terugglijdt naar de oude situatie (Ib).

Op macroniveau wordt binnen SB p3 gestreefd naar verspreiding onder alle ziekenhuizen. Leergedrag en verspreiding vereist succesverhalen en net als iedere vorm van communicatie: een zender en een ontvanger. De innovatie is het onderwerp van de communicatie en dient bijgevolg toegespitst te zijn op de belevingswereld en betekenisssystemen van de ontvanger. Vandaar dat de ontwikkeling tot lerende organisatie bij de externe oriëntatie van deelnemende ziekenhuizen niet alleen een primaire taak vraagt (IIa), maar ook een secundaire taak: het optreden als zender (IIb).

Interne focus

Taak Ia: zelf toepassen van innovatie en leren (experimenteren, feedback etc.)

Taak Ib: maatregelen ter borging (op tactisch en operationeel niveau)

Externe focus

Taak IIa: zoeken naar evidence based best practice aansluitend op gevoeld tekort

Taak IIb: opstellen succesverhaal en gereedmaken voor het geven van instructie

Schema 3.3. Taken voor projectteams voor borging en verspreiding

Oriëntatie	Primair	Secundair
Intern	Ia	Ib
Extern	IIa	IIb

Interdependenties en het belang van een multilevelbenadering

De mate waarin de partijen het voor de uitvoering gewenste gedrag zullen vertonen hangt af van de aanwezigheid van voorzieningen. Op ieder van de vier interventieniveaus hebben partijen tot taak maatregelen te nemen om weerstanden te reduceren.⁹ De wederzijdse afhankelijkheid tussen organisatorische niveaus leidt ertoe dat partijen van het ene niveau niet het gewenste gedrag (het uitvoeren van hun cruciale taken en verantwoordelijkheden in het kader van SB p3) kunnen vertonen indien functionarissen op het andere niveau hun taken en verantwoordelijkheden verzuimen na te komen. Dit benadrukt het belang van een multilevelmethode waarin veranderingsmethoden niet beperkt blijven tot operationeel niveau. Zo wordt nogmaals het belang van het L&O-traject weergegeven.

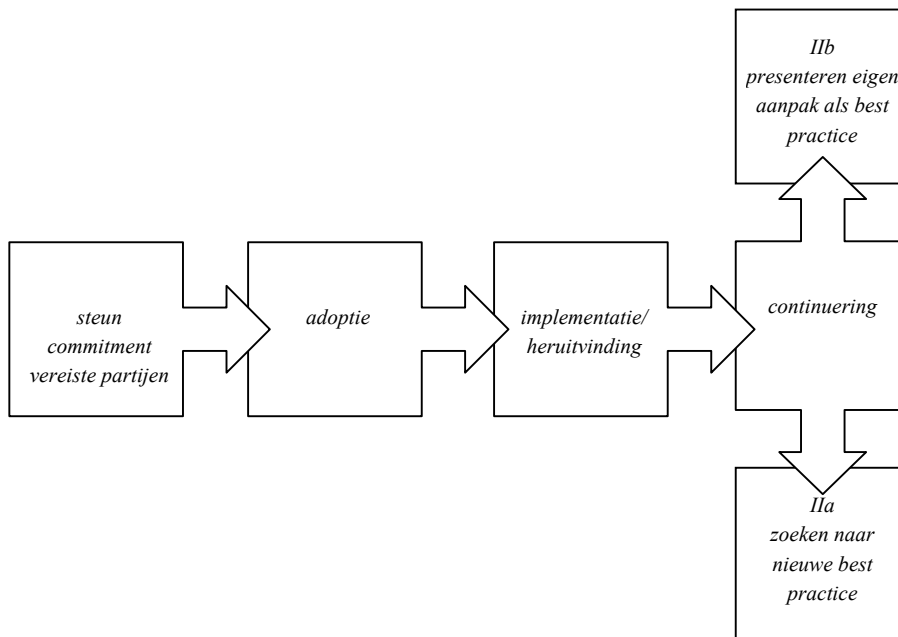
3.3.9 Kader G: interne opschaling en externe verspreiding

Naar aanleiding van schema 3.3 brengt afbeelding 3.5, in aanvulling op afbeelding 3.4, in beeld hoe een projectteam – mits voldoende ondersteund door de organisatie – op operationeel niveau transformeert tot ontwikkelaar door implementatie/heruitvinding van een geadopteerde innovatie.

Nadat de implementatiefasen zijn doorlopen en borging heeft plaatsgevonden, zal een externe oriëntatie in het licht van verspreiding binnen en buiten het ziekenhuis in beginsel af te leiden zijn uit de mate waarin projectteams de taken IIa en IIb verrichten.

⁹ Weerstanden vinden hun oorzaak in contextgebonden omstandigheden en in de wisselwerking tussen ontwikkelingen en omstandigheden op verschillende niveaus. Op individueel niveau uiten zij zich als eigenbelang, psychologische impact, tirannie van conventies, herverdelingseffecten, destabilisatie-effecten, cultuurcompatibiliteit en politieke factoren (Trader-Leigh 2002).

Afbeelding 3.5. Na de borging



Interne opschaling en extern vliegwiel

Volgens Rogers (1995) is voor het verheffen tot norm van een innovatie een kritische massa van 20% vereist waarna de overige 80% van de populatie volgt. Verwachtingen van individuen zijn belangrijk voor de interne opschaling en externe verspreiding. De eerste 20% van de ziekenhuizen zullen gewekte verwachtingen bevestigen of ontkrachten en daarmee nieuwe verwachtingen wekken. Een positief resultaat van de eerste ronde is bepalend voor het in gang treden van de interne opschaling binnen ziekenhuizen en de verspreiding tussen ziekenhuizen. In beide gevallen vergt dit zenders en ontvangers. Binnen de logica van SB p3 zal de kracht van het interne en externe vliegwiel afhangen van de percepties van een meerwaarde onder (sleutel)partijen; door succesverhalen. Steeds weer voltrekt zich een vergelijkbaar afwegingsproces (afbeelding 3.1) waaruit volgt - wil het disseminatieprogramma slagen – dat voor adoptie en implementatie relevante partijen ervan overtuigd zijn dat het werken volgens de specifieke best practice (of volgens de verbetermethode als generiek model) een meerwaarde heeft boven het handhaven van de status quo. Gekoppeld aan kader F (leiderschap geënt op leergedrag) komt het erop neer dat betrokken partijen op ieder niveau, voor zover hun posities en bekwaamheden dit toelaten, zullen moeten voorzien in prikkels om het gedrag van partijen op een lager gelegen niveau te bevorderen.

3.3.10 *Kader H: perverse effecten*

Veranderingsbereidheid en kennisuitwisseling staan centraal in het programma. Voorstelbaar is dat ontwikkelingen ten tijde van het uitvoering van SB p3 op de schaal van de macro-omgeving, het mesosysteem (ziekenhuis) en/of het microsysteem (projectteam/afdeling) onderling conflicteren. Tot de perverse effecten behoren ook onbeoogde en onvoorziene afwijkingen in het gedrag van partijen betrokken bij de uitvoering. Maatregelen kunnen het effect krijgen van een tegengestelde prikkel. Zo kan logistieke of veiligheidswinst leiden tot lagere kosten door een daling van ligdagen en herstelkosten. Indien deze winst direct wordt afgeroomd door de organisatie dan moedigt dit medewerkers op operationeel niveau niet aan tot het aanmeten van het gewenste gedrag (adoptie, implementatie, borging et cetera.).

Reële wisselwerkingen kunnen zich tevens voordoen tussen 1) consequenties patiëntenlogistiek vs. consequenties patiëntveiligheid en 2) ontwikkelingen op macroniveau vs. de visie en opzet van SB p3. De tweede categorie gaat om oorzaken buiten de invloedssfeer van afzonderlijke ziekenhuizen. Concrete voorbeelden:

Marktwerving (prijsconcurrentie) vs. perceptie meerwaarde patiëntparticipatie

Deze wisselwerking laat zich in het perspectief van 'optimale zorg' uitdrukken in positief of negatief. Het organisatiebelang laat zich tevens uitdrukken in positief of negatief. In principe kunnen het zorgbelang en het organisatiebelang omgekeerd zijn aan elkaar. Meer oog voor de positie van de patiënt is positief voor de kwaliteit van de zorg, maar mogelijk negatief voor het (financiële) organisatiebelang (gelet op DBC's en de druk om prijzen te verlagen).

Marktwerving (concurrentiepositie) vs. kennisuitwisseling

Kennisuitwisseling vindt plaats op grond van een interactie tussen aanbieder en ontvanger. Onzeker is of de beweging naar meer marktwerving (die onder meer tot uiting zal komen in de verhouding tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars) geen belemmering vormt voor de kennisuitwisseling die vereist is voor het externe vliegwiel. Het belang om kennis te delen neemt af naarmate methodische en inhoudelijke kennis bepalend is voor de concurrentiepositie van de aanbieder.

3.4 Tot slot: twee rubrieken succes- en faalfactoren

Wat zijn de succes- en faalfactoren van een ziekenhuisbreed verbeter- en verspreidingsprogramma? Op grond van de inhoud van de afgelopen paragrafen en de opzet van SB p3 zijn er twee fasen te benoemen waarvan mag worden aangenomen dat een deelnemend ziekenhuis deze zal doorlopen:

- Fase I. Verbeterprojecten in teamverband (methode, samenwerking in teams) (hoofdstuk vier);
- Fase II. Structuur en cultuurontwikkeling op ziekenhuisniveau: het realiseren van systemen en voorzieningen voor professionele verandering en het garanderen dat deze op termijn een duurzame plek vinden binnen de structuur van de zorgverlening (hoofdstuk vijf).

SB p3 kampt met de schijnbare tegenstelling dat de ondersteuningsfaciliteiten, die het consortium poogt te ontwikkelen en onder te brengen in de structuur van de ziekenhuiszorg in fase II, al deels aanwezig moeten zijn tijdens fase I. Zodra dit niet het geval is, zijn ziekenhuizen niet in de positie om de projecten te starten die bedoeld zijn om leerfuncties, verbetermethoden en communicatieve vaardigheden te ontwikkelen. Een kennisverspreidingsprogramma vergt communicatie tussen zender en ontvanger. Het doel daarvan is een ander te beïnvloeden door het zenden van informatie (Carpentier 1987). Volgens Gudykunst en Kim (1992) zijn drie factoren belangrijk om effectief te kunnen communiceren: motivatie, kennis en vaardigheden. In de literatuur worden 'will' en 'skill' vaker gerekend tot de determinanten. Leggatt (2003) wijst erop dat prestaties gebaseerd zijn op wil, focus en capaciteiten en ook volgens Leatherman (2002) vereisen de drie kritieke functies van een kwaliteitscoöperatie – 1) data analyse, 2) rekenschap afleggen over bereikte resultaten en 3) borging van prestaties – naast wil ook vaardigheid. Om de eindbestemming van SB p3 te bereiken dient het ziekenhuisbreed verbeter- en verspreidingsprogramma aan te haken op beide factoren.

In dit hoofdstuk is een groot aantal criteria aan bod gekomen. In de hoofdstukken vier en vijf wordt nagegaan in hoeverre het consortium in de programmaopzet van SB p3 expliciet en (waar mogelijk) impliciet inspeelt op deze succesfactoren. Voor verschillende onderdelen uit de kaders B en C geldt dat begrippen gebonden zijn aan de interpretatie van de (potentiële) afnemer van een best practice waardoor het moeilijker is vooraf een oordeel te vellen over de mate waarin er in de inrichting van het programma voldoende voorzieningen zijn getroffen. Dit geldt bijvoorbeeld voor 'complexiteit', 'leent zich voor heruitvinding' en 'leidt in de perceptie tot een gunstige verhouding tussen voor- en nadelen'. Begrippen als deze zijn sterk gebonden aan persoon, tijd, plaats en omstandigheid.

4 Fase I: Verbeterprojecten in teamverband

4.1 Inleiding

In de eerste fase van SB p3 vertalen projectteams concrete innovaties door middel van de Doorbraakmethode naar de eigen praktijk. De Gelegenheidsstructuur die vervolgens binnen de deelnemende ziekenhuizen ontstaat is noodzakelijk om vervolgens de tweede fase te bereiken waar borging en verspreiding zouden moeten plaatsvinden (zie startnotitie L&O). In dit hoofdstuk worden de volgende vragen beantwoord op basis van strategische documenten van het consortium:

- Voldoen de innovaties/best practices aan de eisen voor implementatie zoals genoemd in kader B? (paragraaf 4.2)
- Keren de elementen die bepalend zijn voor het presteren van de teams (kader D) terug in de aanpak? (paragraaf 4.3)
- Wordt vormgegeven aan de Doorbraakmethode/kwaliteitscoöperatie conform de voorwaarden van kader E? (paragraaf 4.4)
- Op welke wijze wordt de Gelegenheidsstructuur binnen SB p3 ziekenhuizen vormgegeven? (paragraaf 4.5)

Met betrekking tot kader A (prerekwisieten) volstaat hier de opmerking dat het consortium door middel van een selectieprocedure (bijlage twee) nagaat welke kandidaat-organisaties het als kanshebbend beschouwt.

4.2 SB p3-projecten als innovatie

Voorwaarden literatuur

Relatief voordeel, relevant voor taakuitoefening

Opzet programma SB p3

Dit is pas ten tijde van de uitvoering en achteraf te beoordelen daar de perceptie van een voordeel of meerwaarde afhangt van contextgebonden factoren. Het consortium heeft om de perceptie van een meerwaarde omtrent de diverse best practices op het terrein van patiëntenlogistiek en patiëntveiligheid te stimuleren, gekozen voor onderwerpen waar een kloof bestaat tussen literatuur over goede zorg en de praktijk. Kanttekening: onduidelijk is op basis van welke empirische gegevens gekozen is voor SB p3-verbeterprojecten en waarom andere projecten niet in aanmerking kwamen.

<i>Compatibiliteit</i>	De best practices worden opgesteld door methodische en inhoudelijke deskundigen uit de wetenschap en de praktijk (ontwikkelaars). De ervaring en het inschattingsvermogen van deze personen is de enige waarborg voor de compatibiliteit van de best practices.
<i>Complexiteit</i>	Teneinde de complexiteit laag te houden heeft het consortium voor de belangrijkste prioriteitsgebieden SMART-doelstellingen benoemd. Daar waar deze ontbreken (bijvoorbeeld patiëntenparticipatie en professionele kwaliteit) bestaat geen helderheid over de koers en vormgeving van het desbetreffende deelprogramma, laat staan de mate van vrijblijvendheid.
<i>Experimenteerbaar, kennis vertalen naar eigen context, flexibiliteit/heruitvinding Waarneembare resultaten</i>	De Doorbraakmethode en procesherinrichtingen gaan uit van het idee dat projectteams interventies en maatregelen vertalen naar de eigen werksituatie (zie kader E). Idem, met de toevoeging dat de effecten hiervan waarneembaar zijn.
<i>'Fuzzy boundaries'</i>	Dit heeft van doen met de mate waarin een innovatie past binnen de organisatie en de aansluiting op ondersteunende systemen. Een deel van de projecten zoals decubitus en post-operatieve wondinfecties vraagt naast cultuurverandering om vastomlijnde (doch zelf uit te kiezen) handelingen die opgenomen dienen te worden in de procedures van alledag. Andere projecten, met name de procesherinrichtingen vergen structuurmaatregelen. Dit laatste heeft een weerslag op de koppeling tussen ondersteunende (geautomatiseerde) systemen. Beide typen projecten vragen om een instrumentarium om de voortgang te meten en in tijdsreeksen vast te leggen. De exacte match tussen project en type organisatie wordt duidelijk tijdens de uitvoering.
<i>Lage risicoperceptie</i>	Doordat projectteams van verschillende ziekenhuizen deelnemen aan SB p3, nadat de directies zich akkoord hebben verklaard met de programma-inhoud, ervaren zij dat van hen verwacht wordt de innovatie te implementeren. Aangezien het lastig is om te achterhalen op welke bronnen de keuze voor projectonderwerpen is gebaseerd, is onhelder hoe groot de kloof is tussen theorie en praktijk. Het is daarom op voorhand niet mogelijk in te schatten hoe hoog het risico is dat de doelen niet worden gehaald en welke onbedoelde neveneffecten zullen optreden.
<i>Ondersteuningsaanbod</i>	Het consortium voorziet in inhoudelijk en methodische ondersteuning. Er worden landelijke bijeenkomsten georganiseerd voor teams ter instructie rondom de projectdoelen, meettechnieken, indicatoren, toe te passen

interventies en praktische tips. Ziekenhuizen krijgen adviseurs toegewezen.

4.3 Voorwaarden voor teamprestaties

Voorwaarden literatuur

Vaststellen van juiste teamomvang gelet op probleem/taak

Minimalisatie van verschillen in status

Opzet programma SB p3

In de projectdraaiboeken is de gewenste samenstelling voor multidisciplinaire projectteams enigszins vrijblijvend opgenomen. Projectteamleden dienen bijvoorbeeld te worden gekozen op basis van kennis, betrokkenheid, vermogen en eventueel ervaring om doelgericht aan verbeteringen te kunnen werken (draaiboek decubitus, p.12), deze bestaan gemiddeld uit vijf tot zes leden, waaronder in het geval van procesherinrichting het duo van het kernteam plus de primaire werkprocesverantwoordelijken zoals verantwoordelijk specialist, verpleegkundig/administratief teamleider of indien aanwezig nurse practitioner en middenmanagement (hoofd afdeling of clustermanager) (draaiboek procesherinrichting, p. 28-29). Het consortium staat voor ogen dat per project sleutelfiguren worden opgenomen in de projectteams.

De samenstelling van de landelijke projectgroepen is vastgesteld op vier tot zes personen in een mix van inhoudelijke en methodische experts.

Ieder ziekenhuis beschikt over een Sneller Beter team bestaande uit adviseurs van het consortium en functionarissen uit het ziekenhuis, bijdragend in een permanente verbinding tussen de SB p3-programmaorganisatie en de uitvoeringspraktijk van de projectorganisatie (zie paragraaf 4.5).

Het consortium wil een teamgevoel creëren door middel van bijeenkomsten en teamtraining. Per type team wordt een gemeenschappelijke koers bepaald waarin de noodzaak van onderlinge samenwerking reeds besloten ligt in de multidisciplinaire samenstelling van de leden; (sequentiële) interdependentie: teamleden en de professie die zij vertegenwoordigen kunnen de veranderingen niet los van elkaar tot stand brengen. Kanttekening: er is niet met zoveel woorden een strategie ontwikkeld om een aanspreekcultuur te realiseren waarin er voor alle partijen in de zorguitoefening sprake is van gelijke rechten en plichten.

<i>Vaststellen van normen die teamprestaties zullen bepalen</i>	Projectteams formuleren met het oog op de programmadoeleinden een eigen aanpak met meetinstrumenten en interventies, ondersteund door gedifferentieerde begeleidingsteams. Dit is kenmerkend voor de Doorbraakmethode/kwaliteitscoöperatie (zie paragraaf 4.4).
<i>Vestigen van rollen van individuele teamleden evenals rol team binnen totale organisatie</i>	De globale taak van leden van de landelijke projectgroepen en Sneller Betersteams staat omschreven in strategische documenten. De taakstelling, samenstelling en rolverdeling van de leden van de projectteams is voor een aantal (doch niet alle) projecten neergelegd in draaiboeken. Kanttekening 1: in documentatie keert niet terug hoe binnen de afzonderlijke ziekenhuizen ruchtbaarheid wordt gegeven aan de projectorganisatie SB p3 en de wijze waarop deze de normale organisatorische praktijk doorkruist. Kanttekening 2: de exacte taak- en bevoegdhedenomschrijvingen voor begeleidings- en Sneller Betersteams op individueel niveau zijn niet geformuleerd wat een beletsel vormt voor sturing en controle.
<i>Kwaliteitsverbeteringsteam geïntegreerd met waarden organisatie</i>	De centrale visie achter SB p3 (helder uit te spreken door de directie) hoort ten grondslag te liggen aan de handelingstheorieën van de diverse teams (verticale congruentie van de visie). De taakinfilling door de teams moet passen binnen het strategisch kader. Het consortium gaat hier in het landelijke plan van aanpak en de draaiboeken niet op in. Wel heeft het consortium de mogelijkheid in de selectiegesprekken te polsen of de waarden die directieleden erop nahouden in overeenstemming zijn met de waarden achter de SB p3-projecten.
<i>Bevorderen cohesie (vooral indien sprake van interdependentie)</i>	Het teamgevoel wordt beïnvloed door de projectaanpak: het benoemen van een noodzaak tot samenwerking en een gemeenschappelijke richting, onderlinge competitie en het dragen van een eigen verantwoordelijkheid voor de voortgang alsmede het zelf benoemen van normen voor teamprestaties en het toepassen van standaardmethoden op de eigen context (dit valt onder teamtraining). Het realiseren van een aanspreekcultuur past binnen het streven de cohesie te bevorderen. Datzelfde is van toepassing op het installeren van een blame free reporting systeem (zie hoofdstuk vijf).
<i>Voorzien in leiderschap(sfuncties) dat (die) resulteert (resulteren)</i>	Leiderschap en (tijdige, open en accurate) communicatie tussen de leden zijn containerbegrippen. In de strategische documenten is niet vastgelegd hoe en door wie deze taken

<i>in 'standards of excellence', invoeren van tijdige, open en accurate communicatie onder leden</i>	worden opgepakt. Drie andere succesfactoren van teamprestaties zijn het aanmoedigen van creatieve oplossingen voor problemen, creëren van een mogelijkheid om constructief met problemen om te gaan en de aanwezigheid van hoge interpersoonlijke vaardigheden binnen teams. Deze raken direct aan de leiderschaps- en leerfuncties. Ze vereisen bijvoorbeeld experimenteerruimte, een klimaat van psychologische veiligheid en professionele competenties. In het volgende hoofdstuk wordt dieper ingegaan op de wijze waarop het programma invulling geeft aan de leiderschapsfuncties.
<i>Sterke organisatorische ondersteuning</i>	Dit is een verzamelbegrip waartoe de functies die ondergebracht dienen te worden in de (gelegenheids)structuur behoren. Vooraf is enigszins helder welke voorzieningen en systemen aangebracht moeten worden om de SB p3-projecten te doen slagen (fase I) en de gewenste organisatorische ontwikkeling (fase II) te bewerkstelligen. Het gaat om middelen, tijd, experimenteerruimte, instructie en training. Dit zijn zaken waar het consortium en de ziekenhuizen moeten voorzien. Hier zit feitelijk de achilleshiel van het programma; adoptie, implementatie en verspreiding kan niet geschieden indien ondersteuning niet of onvoldoende plaatsvindt.
<i>Bijeenblijven projectteams</i>	Bijeenblijven van een projectteam is een succesfactor. De ontwikkeling tot lerende organisatie verwacht van teams dat zij op termijn zelf actief zoeken naar geschikte innovaties en deze adopteren. Aangezien ieder SB p3-project vraagt om een specifieke teamsamenstelling ligt het voor de hand dat projectteams hun samenstelling laten afhangen van de inhoud van de innovatie.
<i>Teamtraining</i>	Het consortium kiest ervoor de projectteams te ondersteunen door middel van opleidingsdagen en bijeenkomsten, de eerste serie met Sneller Beter- en landelijke projectgroepen, de latere series ook met ervaren projectteams (zie paragraaf 4.4).

4.4 Doorbraakmethode/kwaliteitscoöperatie

Het SB p3-programma komt neer op een grootschalige en versnelde implementatie van projecten in teamverband in 24 Nederlandse ziekenhuizen. Het consortium maakt hiertoe gebruik van de Doorbraakmethode en procesherinrichtingen (PHI's). De Doorbraakmethode is gebaseerd op principes uit total quality management (TQM) en is een mengsel van topdown en bottom-up veranderingsstrategieën. De methode kenmerkt zich door een strak gestructureerde manier van veranderingen doorvoeren in meerdere

ziekenhuizen tegelijk. Het doel is om in korte tijd de kwaliteit van de zorg aanzienlijk te verbeteren. Hiertoe vormen multidisciplinaire ziekenhuisteamen een tijdelijk samenwerkingsverband en werken ze gezamenlijk aan het bereiken van beoogde verbeteringen. De opzet van het programma gaat uit van 24 projectteams per tranche per ziekenhuis (zie schema 4.1) (landelijk plan van aanpak, p. 19).

Schema 4.1. Overzicht Doorbraak en PHI projecten per ziekenhuis (eerste tranche)

Doorbraak en PHI projecten	1 ^e serie projecten oktober 2004	2 ^e serie projecten oktober 2005
DB Medicatieveiligheid	2 teams	2 teams
DB Decubitus	2 teams	2 teams
DB Postoperatieve wondinfecties	1 team	→
DB VIM pilot	2 teams (start begin 2005)	2 teams (start begin 2006)
DB Werken zonder wachtlijst	2 teams	2 teams
DB OK	1 team	1 team
PHI Tumoren	1 team	1 team
PHI Electief	1 team	1 team
Totaal per ziekenhuis	12 teams	12 teams

Bron: landelijk plan van aanpak, p. 21

De literatuur noemt verschillende voorwaarden waaraan de Doorbraakmethode en kwaliteitscoöperatieven als veranderingsmodellen dienen te voldoen. Het succes van de methode hangt af van het functioneren van de projectteams die de projecten uitvoeren. Het gevolg is dat succesfactoren van de methode de voorwaarden voor teamprestaties soms overlappen.

Voorwaarden literatuur

*DB: deelname 8–15 teams;
KK: deelname 20-40 organisaties*

Bundelen bestaande kennis en aanbieden van concrete evidence based best practices

Opzet programma SB p3

DB: de doorbraakprojecten worden per serie uitgevoerd door één of meerdere projectteams van de acht ziekenhuizen.

SB p3 als kwaliteitscoöperatie omvat 24 ziekenhuizen (drie tranches van acht ziekenhuizen met minimaal 24 projectteams per ziekenhuis).

SB p3 bestaat uit projecten waarmee in binnen- en buitenland (ook door het CBO) ervaring is opgedaan. Werkwijzen en methoden zijn gedocumenteerd in publicaties. Kanttekening: het is belangrijk ervoor te waken dat best practices wel echt best practices zijn (en voldoen aan de eisen van kader B).

Onderwerpkeuze moet afhangen van kloof tussen 'goede zorg' (literatuur) en praktijk

Methode/interventie omvat:
*a) Nolanmodel (zowel drie vragen omtrent doel, meten en veranderen als **rapid cycle improvement**); b) een stramien voor gefaseerde invoering: het stellen van concrete, haalbare doelen; ieder team definieert eigen proces- en uitkomstindicatoren en test stapsgewijze veranderingen waarbij de voortgang voortdurend wordt gemeten;*
c) teams stimuleren methoden toe te passen op eigen situatie

Teams zijn zelf verantwoordelijk en regisseren de eigen voortgang onder begeleiding door een team inhoudelijke en methodische experts

Het consortium geeft aan te hebben gekozen voor onderwerpen en probleemgebieden waar een forse discrepantie bestaat tussen feitelijke en wenselijke situatie. Kanttekening: zie eerdere opmerking paragraaf 4.2. Bovendien is onzeker of de onderwerpkeuzen op teamniveau binnen SB p3 wel zijn ingegeven door een sense of urgency aangezien de huidige onderwerpkeuze voor SB p3-DB-projecten in mindere mate vanuit teams zelf komt (bottom-up), maar meer vanuit de ziekenhuisdirecties (topdown) – het consortium tracht dit op te vangen door tijdens intakegesprekken naar de ervaring met verbeterprojecten en het draagvlak te informeren.

Het Nolanmodel keert expliciet terug in het landelijk plan van aanpak, draaiboeken, educatiemateriaal en wordt uitvoerig besproken en toegelicht tijdens bijeenkomsten. Leden van de projectteams worden voorbereid, geïnstrueerd en ingewijd in de methode en aangemoedigd methodieken binnen een vast tijdsplan toe te passen op de eigen context/problematiek en systematisch te monitoren; het begeleidingsteam reikt projectteams per project verschillende typen indicatoren aan – deze zijn meer of minder uniform van aard. Aansporing tot toepassing vindt plaats via start-, werk- en meetbijeenkomsten; deze aanpak staat centraal in de opzet van SB p3 zoals neergelegd in het landelijk plan van aanpak en afzonderlijke draaiboeken. Belangrijk: De indicatoren kunnen een barrière vormen voor onderlinge vergelijking van resultaten indien projectteams (enige) ruimte wordt geboden verschillende definities, indicatoren en meetinstrumenten te hanteren. Dit is tevens een bron van onbedoelde perverse effecten.

De diverse teams zijn verantwoordelijk voor hun resultaten, deze verantwoordelijkheid wordt op ziekenhuisniveau gedeeld door directies die zich committeren aan de programmadoelen (zie de selectiecriteria in bijlage twee) en daardoor beschikken over een inspanningsverplichting aangaande het voorzien in randvoorwaarden (middelen, tijd, experimenteerruimte, steun en helderheid; leiderschap en leerklimaat). Het consortium voorziet in beginsel in inhoudelijke en methodische ondersteuning. Verschillende adviseurs beschikken over praktijkervaring met SB p3-projecten en toepassing daarvan in Nederlandse ziekenhuizen. In latere tranches instrueren teams van eerdere series teams van de

Uitwisselen van gedachten en ideeën met experts en peers, delen van veranderingsstrategieën op landelijke bijeenkomsten

Concrete uitwisseling van gegevens en ervaringen via gesloten e-mail en website

Voortgangsrapportages, tijdsdruk en onderlinge competitie

nieuwe lichting in de eigen ziekenhuizen. Kanttekening: onbekend is of er voldoende (ervaren) adviseurs inzetbaar zijn. Temeer daar iBMG, Plexus en OMS niet beschikken over adviseurs met ervaringskennis inzake de Doorbraakmethode.

Dit is georganiseerd door in- en aanstelling/toewijzing van landelijke projectgroepen en twee adviseurs per ziekenhuis. Het consortium beschikt zo over een directe verbinding met de centrale coördinatie in de SB p3-ziekenhuizen. Contact tussen ziekenhuisdirecties en SB p3 directie en programmamanager geschiedt bilateraal en via landelijke leiderschapsnetwerken. Methodische en inhoudelijke informatie-uitwisseling geschiedt door middel van een veelheid aan vergaderingen en andere contactmomenten. Dat geldt evenzeer voor ieder project. De projecten zijn opgedeeld in een opstart- en een interventiefase met circa vier bijeenkomsten per project (in het geval van de opstartfase gaat het om een startconferentie, een meetbijeenkomst en een werkconferentie; de interventiefase omvat tevens een werkconferentie en een afsluitende bijeenkomst). De afvaardiging van een projectteam die werkconferenties bezoekt bestaat uit tenminste drie personen. Het consortium adviseert de volgende samenstelling: de projectleider, de procesbegeleider en een projectteamlid. Het consortium stelt informatie beschikbaar aan deelnemende ziekenhuizen en betrokken instanties via een voor dit doel opgezet extranet en voorziet per project in een listserv waardoor sprake is van een communicatie-infrastructuur die deelnemers direct toegang biedt tot draaiboeken, documentatie, oefenmateriaal, plannen, indicatoren, aanvullende literatuur, tijdschema's, rapportageformats, meetinstrumenten, communicatiehulpmiddelen en nieuws van huishoudelijke aard. Meetresultaten worden digitaal verstuurd naar een centrale database die is ondergebracht bij Prismant. Opmerking: het totale programma SB p3 is neergelegd in concrete maatregelen en nader uit te werken voornemens. De informatie is versnipperd over een fors aantal documenten wat de overzichtelijkheid niet ten goede komt.

Afdelingen en poliklinieken verzamelen en registreren voortgangsgegevens en sturen deze maandelijks of per kwartaal (afgesproken frequentie) naar de centrale database; het consortium heeft bewust gekozen voor tijdsdruk en competitie ("snelkookpan" en het kenbaar

maken van voornemens en resultaten aan andere projectteams tijdens bijeenkomsten en conferenties).
Opmerking 1: onduidelijk is in hoeverre de onvermijdelijke diversiteit in indicatoren, de verscheidenheid in probleemdefinities en de contextgebondenheid van de keuze voor maatregelen en interventies onderlinge competitie belemmert.¹⁰

Opmerking 2: te verwachten valt dat onderlinge competitie op landelijk niveau (toenemende marktwerking) een belemmering vormt voor de uitwisseling van gegevens over methoden, processen en uitkomsten (zie kader H over perverse effecten).

4.5 Geleghedsstructuur; de projectorganisatie

Als onderdeel van de geleghedsstructuur staat het consortium de inrichting van een projectorganisatie voor. Daartoe behoort een stuurgroep met daarin vertegenwoordigers van Raad van Bestuur, managementteam en medische staf. Indien er reeds een intern bestuurlijk overleg is met deze samenstelling, dan heeft het de voorkeur dat deze de taak van de stuurgroep op zich neemt. Van ziekenhuisdirecties wordt verwacht dat zij zich richten op de voortgang van de verschillende projecten en verantwoordelijkheid dragen voor het identificeren en – waar mogelijk - wegnemen van blokkades op met name de ondersteunende processen en de besturing (landelijk plan van aanpak, p.27).

De projectorganisatie van ieder ziekenhuis omvat verder een Sneller Beterteam en projectteams. Het *Sneller Beterteam* bestaat uit een adviesteam van het consortium en een kernteam van het ziekenhuis. Het adviesteam bestaat uit twee adviseurs (een senior en een medewerker adviseur vanuit het programma SB p3). Het kernteam bestaat uit twee medewerkers van het ziekenhuis: een programmacoördinator (0,4 fte) plus een ondersteunende medewerker patiëntenlogistiek, kwaliteitsfunctionaris of een andere staffunctionaris 0,6-0,8 fte).

Belangrijkste taken van het adviesteam zijn het begeleiden van de PHI-projecten en het coördineren van de samenhang tussen de projecten en de activiteiten op het gebied van leiderschap en organisatieontwikkeling. De adviseurs maken onderling een taakverdeling. Deze taak omvat ca 0,9 fte per ziekenhuis. Er is een coördinator adviesteam, die de programmamanager en de directie SB p3 adviseert over voortgang en eventuele knelpunten in de adviesteam en de PHI-projecten. Het Sneller Beterteam rapporteert rechtstreeks aan de stuurgroep of rechtstreeks aan de RvB.

Projectteams

In elk deelnemend ziekenhuis worden multidisciplinaire projectteams geformeerd. Deze teams hebben de verantwoordelijkheid het verbeterproject in de eigen instelling uit te voeren. Verwacht wordt dat: a) een gemotiveerd team aanwezig is tijdens

¹⁰ Een voorbeeld uit het Draaiboek procesherinrichting: 'De procesherinrichting zal niet in één stap plaatsvinden; de keuze van de eerste focus zal steeds afhankelijk zijn van de ziekenhuisspecifieke knelpunten en mogelijkheden.

werkconferenties; b) veranderingsconcepten worden uitgetest; c) informatie wordt uitgewisseld met deelnemers en begeleidingsteam (gedetailleerde beschrijving van veranderingen aan de hand van meetgegevens); d) de achterban (betrokken verpleegafdelingen, directie en andere betrokkenen) wordt geïnformeerd over de voortgang van het project en betrokken bij besluitvorming. Teamleden worden gekozen op basis van hun kennis, betrokkenheid, vermogen en eventueel ervaring om doelgericht aan verbeteringen te kunnen werken. De keuze voor personen hangt af of zij: goed kunnen samenwerken, zich in willen zetten om de verbetermethode te leren, samen een actieplan kunnen opstellen en hierover kunnen communiceren met de betrokkenen. Er zijn mensen nodig met diverse soorten deskundigheden en vaardigheden: medische en verpleegkundige kennis en ervaring met het specifieke onderwerp, verbetermethoden en op het gebied van meten. Gestreefd wordt naar een omvang van vijf tot zes personen waaronder een vertegenwoordiger van het specifieke onderwerp, afdelingshoofd of teamhoofd van de verpleegafdeling.

Landelijke projectgroepen

De consortiumorganisatie werkt per SB p3-project met ondersteunende landelijke projectgroepen. Deze bestaan naast twee methodische experts van het consortium uit enkele inhoudelijke experts. De landelijke projectgroep a) reikt veranderekundige en vakinhoudelijke informatie aan; b) biedt ondersteuning bij toepassing hiervan evenals methodieken voor het stuursysteem en verandermanagement, zowel tijdens werkconferenties als in de perioden daartussen; c) faciliteert bij het ontstaan van het verbeterennetwerk door het aanreiken van communicatiemiddelen (listserv) en verspreiding van resultaten en best practices; d) behandelt alle gegevens en informatie vertrouwelijk (voor publicaties met namen van instellingen wordt vooraf om toestemming gevraagd bij de desbetreffende instellingen).

Naast deze projectorganisatie, waarvan het consortium graag ziet dat deze aansluit op de normale lijnorganisatie van ieder SB p3-ziekenhuis, bestaat de gelegenheidsstructuur uit een tijdelijk ondersteuningsinstrumentarium. Daartoe kunnen worden gerekend: financiële en personele steun, frequentie coördinatie momenten, meetinstrumenten, trainingen, instructie, gelegenheid om te experimenteren, feedback door betrokkenen, maar ook erkenning van (de waarde en betekenis) van projecten.

4.6 Tot slot

In dit hoofdstuk is ingegaan op de mate waarin de opzet van het consortium voor wat betreft het via de Doorbraakmethode uitvoeren van verbeterprojecten voldoet aan succes- en faalfactoren uit de literatuur. Van een deel van de factoren is het onmogelijk op voorhand vast te stellen in hoeverre aan hen zal worden voldaan aangezien dit pas zal blijken tijdens en na de uitvoering van het programma.¹¹ Een overzicht van openstaande vragen die worden meegenomen in het evaluatieonderzoek is opgenomen in paragraaf 5.6.

¹¹ Dat geldt in ieder geval voor kader C waarop in hoofdstuk vijf meerdere malen wordt teruggekomen.

5 Fase II: Structuur- en cultuurontwikkeling

5.1 Inleiding

Subparagraaf 1.2.2 bevat drie onderdelen waarover ziekenhuizen na afloop van SB p3 volgens het consortium zullen beschikken:

- kennis en vaardigheden opgedaan om te kunnen doorgaan met het verbeteren van de patiëntenzorg en is hiervoor een ondersteuningsstructuur gerealiseerd;
- sleutelfiguren in de organisatie die beschikken over inzicht in hun rol ten aanzien van het motiveren en ondersteunen van betrokkenen bij het verbeteren van de kwaliteit (interne change agents);
- samenhang in de diverse kwaliteitsbevorderende activiteiten (bijvoorbeeld inspectieset indicatoren, DBC-implementatie, NIAZ, et cetera), meer integratie van kwaliteitsactiviteiten met het financiële, personele en ICT-beleid, (meetbare) doelen voor de periode na SB p3 die deel uitmaken van de reguliere planning en controle cyclus.

Het creëren van verbeteringscapaciteit komt binnen SB p3 neer op het aanbrengen van de (tijdelijke) voorzieningen, middelen en experimenteeruimte die in staat stellen (steeds weer) verbeterprojecten uit te voeren. Het consortium is voornemens ‘de opgebouwde verbetercompetentie’ in te zetten ‘voor andere onderwerpen binnen één ziekenhuis en zo een “vliegwiel” voor ziekenhuisbrede verbetering op gang brengen’ (landelijk plan van aanpak, p. 13). Het consortium vult dit aan: ‘Zoals eerder aangegeven vinden wij het van groot belang om, met name in het begin van het programma, het accent te leggen op de operationele aansturing van de te starten projecten. Pas in de tweede fase van het programma zal het accent verschuiven naar de strategische doorvertaling. Hier ligt de nadruk op de geformuleerde randvoorwaarden voor het realiseren van het vliegwiel’ (startnotitie L&O, p. 10).

Met een ondersteuningsapparaat bestaande uit methodische en inhoudelijke instructiekanalen geeft het consortium samen met de ziekenhuizen invulling aan fase I. De gelegenheidsstructuur die tot stand wordt gebracht per ziekenhuis omvat een projectorganisatie (paragraaf 4.5) en verbeterprojecten die worden geacht bij te dragen tot duurzame structuur en cultuur ontwikkeling, de tweede fase. In dit hoofdstuk staat de inhoud van deze fase centraal. Fase II omvat:

- het borgen van resultaten (paragraaf 5.2);
- voorzieningen voor interne opschaling en externe verspreiding (paragraaf 5.3).

Omdat de inrichting van fase II afhangt van de manier waarop partijen invulling geven aan hun taken en verantwoordelijkheden (tevens onderwerp van het L&O-traject) wordt in paragraaf 5.4 ingegaan op de betekenis van leiderschap binnen SB p3.

5.2 Borgen van resultaten

Borgen als activiteit kent in wezen twee activiteiten waarvan de eerste (actieplanning vooraf) behoort tot de uitkomsten van fase I – de organisatie wordt op alle niveaus voorbereid op het handelen volgens nieuwe methoden. De tweede activiteit (resultaatbeheersing) behoort een uitkomst te zijn van fase II.

In dit verband spreekt het consortium het voornemen uit ‘dat het realiseren van het beoogde “vliegwiel” opgenomen moet zijn als één van de resultaten in het strategisch beleid van een ziekenhuis, en de doelstellingen moeten worden vertaald in meetbare indicatoren waarover jaarlijks verantwoording wordt afgelegd.’ (landelijk plan van aanpak, p. 17). Hieronder wordt ingegaan op de verhouding tussen literatuur en de programmaopzet.

Voorwaarden literatuur¹²

Organisatorische structuur (flexibel, aanpassend), gedelegeerde besluitvorming

Steun topmanagement, pleitbezorgers en blijvende betrokkenheid voor het implementatieproces

Human resource issues, motivatie, capaciteit en competenties van individuen

Financiering (middelen structureel toegewezen)

Opzet programma SB p3

Projectteams zijn verantwoordelijk en voeren de regie over de eigen voortgang van een project dat past binnen de strategische koers van de directie. Naast de vaste lijnorganisatie wordt in elk SB p3-ziekenhuis een ondersteunende projectorganisatie ingericht.

Het consortium geeft in draaiboeken aan projectteams samen te stellen met daarin enthousiaste personen en andere sleutelfiguren. Door aan te haken op de DBC-ontwikkeling, door een business case te formuleren en een kwantitatieve koppeling aan te brengen tussen projecten en resultaten verwacht het consortium betrokkenheid van de Raden van Bestuur te waarborgen (startnotitie L&O). In dit kader zet het consortium teamtrainingen in als instrument om op operationeel niveau verandering in het denken en handelen van medewerkers te realiseren. Van de projecten in fase I wordt verwacht dat zij het ziekenhuis in fase II brengen. Opmerking: Directies en consortium hebben naast de taak te fungeren als motiverende change agent, tevens de inspanningsverplichting om het gewenste gedrag eerder te belonen dan te bestraffen. Dat laatste gebeurt ook zodra behaalde efficiëntiewinsten in de beleving van projectteams tot onrechtvaardige korting op het budget leiden (tevens onbedoeld pervers effect).

Aan het begin van het project verplichten directies zich tot het verschaffen van ondersteuning, ook in financiële zin. De mate waarin dit op termijn wordt gehandhaafd, blijft in het ongewisse. Opmerking: Zie opmerking bij human resource issues.

¹² Ontleend aan kader C, onderdeel implementatie en continuering.

<i>Intraorganisatorische communicatie tussen structurele/afdelingsgrenzen en narratieve benadering</i>	Op voorhand is het niet mogelijk om uitspraken te doen over de intensiteit van communicatie tussen ziekenhuisonderdelen. Wel veronderstelt de programmaopzet medewerking van partijen vanuit verschillende functionele niveaus en disciplines. Daarnaast kennen de projectteams een multidisciplinaire samenstelling. Dit kan intraorganisatorische communicatie bevorderen.
<i>Feedback: accurate en tijdige informatie over voortgang (via systemen) vergroten de kans op borging</i>	Projectteams passen na een periode van nulmetingen interventies toe, waarna zij blijven monitoren om na te gaan welke effecten het oplevert. Resultaten worden periodiek gerapporteerd in voortgangsrapporten.
<i>Adaptatie/heruitvinding binnen lokale context</i>	Door middel van de Doorbraakmethode, de kwaliteitscoöperatie voeren projectteams van de SB p3-ziekenhuizen tegelijkertijd een serie verbeterprojecten uit. Zij worden aangemoedigd interventies en maatregelen toe te passen op de eigen situatie.

5.3 Voorzieningen voor verspreiding van innovaties

In hoofdstuk drie is onderstreept dat de perceptie van een meerwaarde cruciaal is voor de mate waarin individuen steun verschaffen aan de implementatiefasen die iedere innovatie binnen SB p3 dient te doorlopen. De slaagkansen van een verbeterproject, of het nu bottom up of top down is ingezet, blijken afhankelijk van de ondersteuning door relevante partijen – ondersteuning die zelf weer afhangt van de perceptie van een meerwaarde dat de basis is voor het vereiste draagvlak. Zowel interne opschaling als externe verspreiding vereisen succesverhalen die vooral van de eerste acht ziekenhuizen moeten afkomen. De Doorbraakprojecten en procesherinrichtingen zijn zo opgezet dat ze op korte termijn resultaten opleveren. Het is in het belang van de ontwikkeling van een vliegwielwerking dat deze door Nederlandse ziekenhuizen als positief worden ervaren (dit dient empirisch aantoonbaar te zijn). De eerste tranche levert input aan de tweede en derde tranche op grond waarvan het consortium probeert een kritische massa van 20 procent te bereiken en een norm neer te zetten. Omdat prestaties van de eerste ziekenhuizen allesbepalend worden geacht voor de voorgestane verspreidingsdynamiek is het consortium zorgvuldig in de selectie van SB p3-ziekenhuizen. Door middel van selectiegesprekken (zie bijlage twee) wordt invulling gegeven aan kader A (prerekwisieten). Kanttekening: onzeker is of met 24 ziekenhuizen de beoogde kritische massa wordt bereikt aangezien ervaring uit reeds afgeronde Doorbraakprojecten laat zien dat slechts tweederde van de teams binnen de aangegeven tijd aantoonbare verbeteringen in het proces weet te realiseren (Van Splunteren et al. 2003). Het gevaar voor de interne opschaling is dat kandidaat-teams het risico van falen te groot achten nadat eenderde van de teams de eindnormen niet (volledig) weet te bereiken. Het gevaar voor de externe verspreiding wat daarop volgt is dat de projecten en de falende interne opschaling op systeemniveau van het ene

ziekenhuis niet bijdragen tot de verwachte waarneembare totale verbetering. Andere ziekenhuizen worden daardoor niet aangespoord tot het volgen van de SB p3-koers.

Voornemens van het consortium

Het bereiken van een kritische massa is volgens het consortium essentieel want dan kunnen: “patiënten(organisaties) met recht deze resultaten ook elders ‘eisen’. Ook kunnen zorgverzekeraars dan hun verantwoordelijkheid nemen door in de overeenkomst met ziekenhuizen op te nemen dat dit prestatieniveau ook daar wordt gerealiseerd. Dit begint met betere beloning van ‘verbeterde zorg’ en daarna beter belonen van ‘betere zorg’. De overheid kan ondertussen regelgeving, financiering en honorering aanpassen, zodat verbeteringen (...) worden gestimuleerd (landelijk plan van aanpak, p. 13).”

Het consortium wil “in nauw overleg met VWS, zorgverzekeraars, koepelorganisaties en andere betrokkenen” gedurende het programma een strategie ontwikkelen om het behaalde kwaliteitsniveau bij de eerste 20% tot standaard te maken voor de andere 80% van de ziekenhuizen. Hiertoe zal het consortium medio 2006 voor afronding van het programma een plan van aanpak voor de brede verspreiding opstellen. Een aantal instrumenten voor het bewerkstelligen van brede verspreiding wordt in het landelijk plan van aanpak (p.17-18) alvast geopperd:

- aanpassing van de regelgeving en incentives op het gebied van organisatie van de zorg en financiering (zodanig dat doelmatigheidswinsten in ziekenhuizen voor een groot deel binnen het ziekenhuis kunnen worden geherinvesteerd);
- opname van een kwaliteits(stimulerings)paragraaf in de overeenkomst zorgverzekeraar-zorgaanbieder;
- aanjaagfunctie creëren bij patiëntenorganisaties;
- behaalde zorginhoudelijke resultaten vastleggen in de verdere uitwerking van de “Basisset Prestatie-indicatoren Ziekenhuizen” van de IGZ;
- behaalde doelmatigheids- en patiëntentevredenheid doelstellingen verankeren in de Benchmark Ziekenhuizen (de eerste pijler van Sneller Beter);
- verspreiden van inzichten en resultaten via schriftelijk materiaal en e-educatie;
- train-de trainers- programma;
- ondersteuningsaanbod met trainingen en consultatie.

Deze voornemens van het consortium, die deels betrekking hebben op macroniveau, passen binnen de gedachte om gunstige omstandigheden te creëren waardoor directies en projectteams van Nederlandse ziekenhuizen gestimuleerd worden SB p3-werkwijzen te adopteren en deze in lijn met de strategische visie door te vertalen naar de ondersteunende organisatie. Maar naast succesverhalen en genoemde aangekondigde stimulansen vragen disseminatie en adoptie, uitgaande van kader C, nog om andere zaken. Voor de verspreiding van best practices tussen organisaties of organisatieonderdelen zijn ook de structuur en kwaliteit van (horizontale en verticale) netwerken bepalend, draagvlak onder sleutelfiguren, de compatibiliteit van betekenissen (zijn de betekenissen die aanbieder en ontvanger aan een innovatie toekennen verenigbaar), verbindingen tussen organisatie en buitenwereld, verbindingen tussen organisatie en de innovatie en tot slot, de aard van het besluit tot adoptie. Het plan van aanpak dat het consortium medio 2006 opstelt dient hierop aan te haken.

5.4 Leiderschap

5.4.1 *Functies van leiderschap*

Uit de literatuur blijkt dat goed leiderschap gericht op organisatieverbetering vier functies omvat. Deze zijn eerder aan bod gekomen in kader F van hoofdstuk drie samen met de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken partijen ('op alle niveaus') binnen SB p3. Hoe geeft het programma gestalte aan de leiderschapsfuncties? In de volgende subparagrafen worden de diverse functies langsgelopen.

5.4.2 *Functie I: creëren van een klimaat van psychologische veiligheid*

Het verzorgen van een situatie waarin functionarissen (acceptabele) risico's durven te nemen en feedback kunnen geven op de voortgang van projecten behoort tot de eerste functie van leiderschap, maar is gekoppeld aan de derde functie, het vergroten van de veranderingsbereidheid. In literatuur wordt aangenomen dat veranderingsbereidheid en weerstanden afhankelijk zijn van risicopercepties. Een lage risico-inschatting wordt als bevorderend beschouwd voor de succesvolle implementatie van een innovatie (Greenhalgh et al. 2004). Op het niveau van de projectteams vinden in dit licht teamtrainingen plaats tijdens start- en werkbijeenkomsten. Dit draagt er toe bij dat het experimenteren met en het toepassen van de interventies van de diverse verbeterprojecten als normaal worden ervaren, het wordt zelfs aangemoedigd. Tegelijkertijd vindt de invoering van een systeem van blame free reporting plaats via het Doorbraakproject VIM. Doel hiervan is op systeemniveau een signaal af te geven dat de organisatie na het maken van een fout niet zozeer gebrand is op afrekenen, maar op voorkomen in de toekomst door ervan te leren. "Een dergelijk systeem is essentieel voor het bewerkstelligen van een cultuur van vertrouwen en veiligheid, waarin melden, onderzoeken en verbeteren tot de normale praktijk gaan behoren" (landelijk plan van aanpak, p.18). De discussie wordt gevoed met een rapport van Shell Nederland ('Hier werk je veilig of je werkt hier niet'). Op systeemniveau tracht het consortium tevens de psychologische veiligheid te vergroten door het opstellen van een overeenkomst waarin staat dat informatie en voortgangsgegevens van deelnemende ziekenhuizen niet zomaar naar buiten toe mogen worden gecommuniceerd. Daarin zit het risico besloten dat er slechts selectief wordt gerapporteerd.

5.4.3 *Functie II: nauwkeurig en duidelijk uitspreken van een visie*

Het consortium heeft de richting van SB p3 vastgelegd in een landelijk plan van aanpak en diverse draaiboeken. Schema 5.1 is ontleend aan deze documenten:

Schema 5.1. Visie per prioriteitsgebied vastgelegd in documentatie

	Patiënten- logistiek	Patiënten- participatie	Patiën- tveiligheid	Professionele kwaliteit	L&O
<i>Visie duidelijk vastgelegd</i>	Ja	Nee	Ja	Nee	Nee

Uit de documenten blijkt dat alleen binnen de prioriteitsgebieden patiëntenlogistiek en patiëntentveiligheid sprake is van een gedetailleerde visie (waaronder SMART-doelstellingen en een sjabloonaanpak). Ondanks het ontbreken van een vooraf gedefinieerde beleidsmix per prioriteitsgebied wordt van deelnemende ziekenhuizen verwacht dat zij de visie en het ambitieniveau van SB p3 omarmen.

Horizontale en verticale congruentie van de SB p3 visie binnen een ziekenhuis

In de planning zijn intakegesprekken opgenomen met onder meer de Raden van Bestuur, Medische Stafbesturen, managementteams, OK-hoofden, medewerkers patiëntenlogistiek en de beoogde interne programmacoördinatoren. Hieruit volgt of het ambitieniveau overeenkomt met dat van het consortium en of ziekenhuizen beschikken over ervaring en contra-indicaties. Opmerking: het is om een aantal redenen lastig om het ambitieniveau of contra-indicaties af te leiden uit gesprekken met sleutelfiguren. Er bestaat een kans dat ziekenhuizen zich binden aan verplichtingen waarvan ze de gevolgen niet kunnen overzien en waaraan ze zich in een latere fase trachten te onttrekken. Bovendien is de totale visie van een zodanig abstractieniveau dat strijdige motieven/belangen van partijen verborgen kunnen blijven en zich (achteraf) op uitvoeringsniveau pas uiten. Belangrijk is dat standpunten en preferenties op individueel, micro, meso en macroniveau overeenkomstig zijn. In de praktijk zal de uitvoering van het programma en de onderdelen daarvan leiden tot een grote behoefte aan afstemming binnen de ziekenhuizen en de projectorganisatie, zowel horizontaal als verticaal. Het uitdragen en het afstemmen van de SB p3-visie vereist communicatie. Zoals eerder aan bod kwam is het voor teamprestaties essentieel dat de in zwang zijnde waarden binnen de projectteams overeenkomen met die van het ziekenhuis. Dit ter garantie van draagvlak en ondersteuning. De ondersteuning van het consortium omvat in principe uitgebreide voornemens voor inhoudelijke en methodische instructie van de projectteams die in staat zouden moeten kunnen stellen de congruentie tussen sleutelwaarden op alle niveaus te bewaken. Het consortium beschikt hiertoe over communicatiekanalen met alle partijen die deel uitmaken van de projectorganisatie in ieder SB p3-ziekenhuis.

N.B. Opmerkelijk is de volgende zinsnede in het plan van aanpak over de Doorbraakprojecten: “de borging en integratie van de veranderde werkwijze in de eigen organisatie staat minder centraal” (landelijk plan van aanpak, p. 5). De enige logische verklaring voor deze tekst (die eigenlijk vanwege de dubbelzinnigheid van het signaal niet zo ongespecificeerd in de strategische documentatie had mogen worden opgenomen) is dat de auteurs bedoelen dat de specifieke tijd en plaatsgebonden fysieke handelingen en procedures van ondergeschikt belang zijn vergeleken met de dynamiek en verbeteringsimpuls uitgaande van diezelfde projecten. Van dit laatste dient de dynamiek en verbeteringsimpuls wel degelijk geborgd en geïntegreerd te worden in de structuur.

5.4.4 *Funcctie III: vergroten van veranderingsbereidheid*

Organisatieverandering roept potentiële weerstanden op die in negatieve zin invloed uitoefenen op de mate waarin actoren binnen de ziekenhuisorganisatie steun verschaffen en het gewenste gedrag (taken en verantwoordelijkheden) vertonen. Leiderschap heeft tot taak reserves om te zetten in veranderingsbereidheid. Dit is cruciaal voor het behalen van de doelstellingen van de prioriteitsgebieden.

Het consortium ziet de reden waarom “noodzakelijke verandering” zich in de praktijk “traag of onvoldoende” voltrekt gelegen, in weerstandskrachten op vier niveaus (landelijk plan van aanpak, p. 17):

- macro-omgeving: wet- en regelgeving, bureaucratie, geen financiële prikkels;
- systeem: tegengestelde belangen management en zorgverlener, gebrek aan middelen, reorganisatie, conservatieve cultuur, defensieve leidingstijl;
- microsysteem: onvoldoende afstemming zorgverleners, tegengestelde belangen/overtuigingen, gebrek aan ondersteuning bij verbetering processen;
- individu: gebrek aan kennis richtlijnen/best practices, gebrek aan vaardigheden, middelen, motivatie, persoonlijke kenmerken (zaken bij het oude willen laten).

Op ieder van de vier interventieniveau hebben partijen tot taak maatregelen te nemen om weerstanden te reduceren. Op ieder niveau staat het consortium een ‘push-pull-strategie’ voor ogen waarbij tegelijkertijd onvrede wordt opgewekt ten aanzien van de status quo en verwachtingen worden gekweekt omtrent de toekomst. Deelnemers aan SB p3 gaan akkoord met de SMART-doelstellingen en stappen in een traject gericht op organisatieontwikkeling. Om de druk op te voeren is ruchtbaarheid gegeven aan de doelen en de opzet van het programma. De deelnemende ziekenhuizen worden gepositioneerd als voorlopers. Door intakegesprekken te houden met kandidaat-SB p3-ziekenhuizen kan het consortium nagaan of op het niveau van het systeem en microsysteem (bijgevolg ook individueel niveau) sprake is van weerstandskrachten tot uiting komend in uitgesproken verwachtingen en ambities, maar ook in de opgedane ervaring met verbeterprojecten. Een impliciete veronderstelling van het consortium die hieraan ten grondslag ligt is de ziekenhuizen die door de selectie heenkomen over een reële kans van slagen beschikken. Het neerzetten van een norm (kritische massa) in combinatie met de eerder genoemde voornemens (uit te werken medio 2006) op alle niveaus, inclusief macroniveau, neemt weerstanden weg waardoor de SB p3-dynamiek zich verder kan verspreiden over de totale populatie van Nederlandse ziekenhuizen.

Weerstanden voor leergedrag

Dit sluit aan op de gedachte dat weerstanden belemmerend zijn voor het leren van fouten, adoptie van onbekende methoden en het aanmeten van nieuw gedrag. De L&O groep wijst op een veel voorkomende barrière bij het leren van managers waar leren wordt beperkt door het idealiseren van het verleden. In dat geval is er geen sprake van een sense of urgency waardoor geen double loop leren kan plaatsvinden. Een lerende organisatie vereist kennisverspreiding en het ontsluiten van verworven kennis (zie hoofdstuk drie, kader F). Deze verspreiding is een spel tussen een aanbieder en een ontvanger. Het is mogelijk in het perspectief van kennisdiffusie weerstanden op het niveau van het individu te benoemen die de communicatie tussen ontvanger en aanbieder bemoeilijken (Bertrams

1999; Boone 1997).

Aan het begin van SB p3 zijn de eerste acht ziekenhuizen *ontvangers* van vernieuwing. Projectteams worden aangespoord best practices te vertalen naar de eigen situatie. Ze formuleren binnen afgebakende kaders zelf een doel-middelcombinatie, prestatie-indicatoren en een meetplan. Daardoor zijn de multidisciplinaire projectteams probleem eigenaar en verantwoordelijk voor de eigen voortgang. De bijkomstigheid dat men door instructie en door zelf te meten (verbetercycli) snel wordt geconfronteerd met resultaten van interventies – afgezet tegen de uitgangssituatie – zorgt dat weerstandskrachten op individueel/microsysteem niveau minder kans krijgen. Tenminste, mits er op hogere schaalniveaus de juiste randvoorwaarden beschikbaar zijn gesteld (de vierde leiderschapsfunctie). Dit laatste is tevens belangrijk voor het latere stadium van deelname aan SB p 3 dat resulteert in de borging en verspreiding van de best practices. De verdere verspreiding – de opschaling en het externe vliegwiel – is bij uitstek een samenspel tussen aanbieder en ontvanger. In een later stadium van SB p3 wordt de ondersteunende rol van het consortium teruggebracht en in handen gelegd van de inmiddels ervaren projectteams van de eerste series. Ziekenhuizen worden zelf *aanbieder* van best practices. Voor een aanbieder (een change agent met het product van een ontwikkelaar) gaan de transactiekosten – die onlosmakelijk verbonden zijn met de kennisoverdracht – in principe door als weerstand. Deze wordt versterkt door de ontwikkeling van ziekenhuizen als marktspelers; inzake kennisuitwisseling bestaat er een gereede kans dat partijen een differentieel voordeel niet wensen op te geven. Opmerking: Voorafgaand aan de eerste serie is nog niet concreet uitgewerkt op welke wijze de ondersteunende rol van het consortium in latere tranches zal worden afgebouwd. Buiten een inspanningsverplichting om bij te dragen aan verdere verspreiding, opgenomen in de selectiecriteria, is er in het plan van aanpak en de draaiboeken geen strategie uitgewerkt om weerstanden bij het functioneren van ziekenhuizen en projectteams als aanbieder van best practices weg te nemen.

5.4.5 *Functie IV: voorzien in bruikbaar model, geïndividualiseerde steun en verwachtingen*

De onderdelen van de prioriteitsgebieden kunnen als volgt worden samengevat:

Schema 5.2. Bruikbaar model, steun en verwachtingen per prioriteitsgebied

	Patiënten- logistiek	Patiënten- participatie	Patiënt- veiligheid	Professionele kwaliteit	L&O
<i>bruikbaar model beschikbaar</i>	draaiboek en aanpak voor uitvoeren projecten opgesteld	draaiboek en aanpak in ontwikkeling	draaiboek en aanpak voor uitvoeren projecten opgesteld	draaiboek en aanpak in ontwikkeling	notitie L&O voorhanden, voorgestructureerde leidraad voor borging en verspreiding (aanbieden en ontvangen van best practices) ontbreekt

	Patiënten- logistiek	Patiënten- participatie	Patiënt- veiligheid	Professionele kwaliteit	L&O
<i>geïndividualiseerde steun gepland</i>	Ja, door middel van training, instructie, directies verplichten zich tot steun, consortium biedt ondersteuning/adviseurs aan afzonderlijke projecten en ziekenhuizen	Nog niet	Ja, door middel van training, instructie, directies verplichten zich tot steun, consortium biedt ondersteuning/adviseurs aan afzonderlijke projecten en ziekenhuizen	Nog niet	door middel van leiderschapsbijeenkomsten en een reeks voorgenomen instrumenten zoals quikscans en het opstellen van een business case (zie subparagraaf 5.2)
<i>wekken van verwachtingen</i>	Ja (SMART)	Niet gespecificeerd	Ja (SMART)	Niet gespecificeerd	Ja, hoewel niet geheel gespecificeerd (AR)

Het consortium probeert directies projectteams te motiveren door gebruikmaking van een push-pull-strategie en SMART-doelstellingen. Het breed toegepaste verbetermodel dat gericht is op het waarmaken van de gewekte verwachtingen is gebaseerd op Nolan (1996) – het gaat om een generiek model (plan, do, study, act) dat gemeengoed is binnen de kwaliteitssystemen van Nederlandse zorginstellingen. De diverse SB p3-projecten op de prioriteitsgebieden patiëntenlogistiek en patiëntveiligheid hebben gemeen dat de projectteams zelf de geschikte methoden vormgeven en deze geleidelijk toepassen op de eigen situatie. De projectteams worden geacht te bestaan uit sleutelfiguren, leden worden gestimuleerd tot samenwerking. Ziekenhuisdirecties hebben tot taak de projectteams en de individuele leden daarvan te faciliteren. In de volgende subparagraaf wordt ingegaan op het deelprogramma waarmee het consortium ziekenhuisdirecties wil ondersteunen.

5.4.6 *Leiderschap en organisatieontwikkeling*

“Gezien de complexiteit en ingrijpendheid van Sneller Beter pijler 3” ziet het consortium “de rol van de ‘topleiding’ leden van de Raden van Bestuur van de deelnemende instelling als doorslaggevende succesfactor voor het programma” (startnotitie L&O, p. 3). In de startnotitie L&O is bovendien opgenomen dat niet wordt voorbij gegaan aan de niveaus tussen teams en topleiding en daarbuiten: “Met leiderschap bedoelen we niet alleen de Raad van Bestuur, maar ook het (hogere) middenkader en de (informele) leiders in de medische staf. Echter ook de Raad van Toezicht zal expliciet worden betrokken bij het programma” (landelijk plan van aanpak, p. 17).

L&O centreert zich vooral op de ziekenhuisdirecties vanuit termen als visie, strategie, richting, ‘steun verschaffen’, ‘wil genereren’ en ‘leiding geven aan de nieuwe koers’. De gehanteerde insteek is gestoeld op push en pull. Ambitie en bereidwilligheid worden door het consortium als allesbepalend beschouwd voor de lange termijn doelstellingen van SB

p3. Leden van het tactisch management hebben tot taak barrières in ondersteunende processen en besturing weg te nemen.

Het L&O-traject kan worden gezien als de ruggengraat van SB p3. Het consortium reikt de SB p3-projecten op de prioriteitsgebieden patiëntveiligheid en patiëntenlogistiek slechts aan als aanliegroutes voor meer structurele veranderingen. In plaats van losse opzichzelfstaande projecten wordt gestreefd naar het in gang zetten van een exponentieel toenemende verspreiding van verbeteringsinitiatieven binnen en tussen ziekenhuizen. L&O wordt gepresenteerd als zijnde cruciaal voor het welslagen van de professionaliseringsslag, de bijbehorende cultuurverandering, de voorgestane vliegwielerwerking en borging van resultaten.

De startnotitie L&O bevat verschillende leiderschapsmodellen. De nadruk op de rol van ziekenhuisdirecties en de verschillende maatregelen die het consortium voor ogen staan – terugkerend in het landelijke plan van aanpak en draaiboeken – lijken ontleend aan het model *Leading to perfection: a model of leadership for transformation* van het Institute for Healthcare Improvement (IHI). Dit IHI-model van Reinertsen (2003) telt acht stappen. De volgende onderdelen van het model keren terug in SB p3:

- ambitieuze visie;
- zelfreflectie directies en competentiescans;
- opstellen business case (kwantitatieve koppeling kwaliteit van werk en doelen);
- druk opbouwen van buitenaf;
- professionele kwaliteit van medische beroepen;
- lerende organisatie: actief zoeken naar best practices;
- centrale rol patiënt;
- ontkokering.

Ambitieuze visie

Op de visie achter de prioriteitsgebieden is al een aantal malen ingegaan.

Zelfreflectie

De startnotitie L&O vraagt reflectie van directieleden op hun eigen competenties en leiderschapsstijl. Het consortium beoogt aan de hand van *quickscans* en bijbehorende *feedback* bewustwording te creëren omtrent sterke en zwakke punten van het eigen functioneren met het doel het gedrag van de directie positief te beïnvloeden. Het consortium benoemt wenselijke ontwikkelingen en tracht directies hiertoe te stimuleren, mede door prestaties van directieleden onderling te vergelijken (startnotitie L&O).

Opstellen business case

Zie paragraaf 5.2. Per SB p3-project en de bijbehorende SMART-doelstellingen worden een aantal prestatie-indicatoren vastgesteld. De uitkomstmaten laten zich uitdrukken in financiële termen (zoals het aantal ligdagen). De prestatie-indicatoren leveren naar verwachting sturingsinformatie op; de kwaliteit van handelingen en interventies kan worden gemonitord.

Druk opbouwen van buitenaf

In de media is ruchtbaarheid gegeven aan het programma en zijn verwachtingen gewekt.

Professionele kwaliteit

Dit programma wordt nog ingevuld. Op basis van het programma van het Centraal College Medische Specialismen (CCMS) worden binnen SB p3 verschillende onderdelen van het ontwikkelde competentiemodel in de praktijk gebracht (landelijk plan van aanpak, p. 22).

Lerende organisatie

Het consortium voorziet de projectteams van best practices. Op termijn moet het programma leiden tot een ziekenhuisklimaat waarin medewerkers actief zoeken naar aanvullende evidence based best practices voor de eigen werkpraktijk. De ziekenhuisleiding draagt een verantwoordelijkheid voor de totstandkoming van de leerfuncties binnen de ziekenhuisstructuur. Opmerking: in de strategische plannen van het consortium is geen blauwdruk opgenomen om het verdere ontwikkelingstraject tot lerende organisatie te realiseren, noch inhoudelijk, noch methodisch.

Patiëntenparticipatie

De voorbereidingsgroep patiëntenparticipatie biedt in een draaiboek instrumenten aan die binnen het programma de mogelijkheid bieden om patiënten een rol te geven bij de invulling en verbetering van de zorg die zo dicht mogelijk aansluit bij de kennis en ervaring van patiënten. In het draaiboek is informatie opgenomen over kennis en methodieken van verschillende vormen van patiëntenparticipatie, zoals het organiseren van focusgroepen, spiegelgesprekken en het afnemen van enquêtes (maar ook 'innovatieve vormen van patiëntenparticipatie die in het buitenland hun meerwaarde hebben bewezen' zoals 'shared care' en 'patient initiated care') en deelname van patiënten aan hun eigen patiëntbesprekingen en de beleidsvorming in het ziekenhuis. De adviseurs in de ziekenhuizen worden geacht verschillende vormen van patiëntenparticipatie binnen de projecten aan te reiken. (landelijk plan van aanpak, p. 22). Het ziekenhuis bepaalt vervolgens in overleg met de adviseur en een of meerdere patiëntenvertegenwoordigers (evt. in dialoog met leden van de werkgroep patiëntenparticipatie) welke instrumenten het meest passend zijn en hoe deze te gebruiken (draaiboek patiëntenparticipatie, p. 8). Meer algemeen wordt in de intakegesprekken gezocht naar de mate waarin ziekenhuizen patiënten een centrale rol willen geven binnen het proces. Opmerking: onduidelijk is in hoeverre het instrumentenaanbod patiëntenparticipatie vrijblijvend is en op welke grond ziekenhuizen instrumenten mogen selecteren of afwijzen. Tevens is niet duidelijk of er inspanningen worden ondernomen om de balans tussen patiëntbelang en professioneel belang te bewaken.

Ontkokering

De visie van SB p3 omvat meerdere facetten waaronder de afstemming tussen afdelingen en specialismen. Door gebruik te maken van multidisciplinaire projectteams en procesherinrichtingen wordt indirect een bijdrage geleverd aan de samenwerking tussen organisatieonderdelen. Het consortium werkt ontkokering in de hand door bewustwording te creëren omtrent (sequentiële) interdependenties. De leden van de projectteams worden geïnstrueerd ten behoeve van de SB p3-projecten. Op het niveau van specialismen/afdelingen geschiedt dit via procesherinrichtingen en op directieniveau (L&O) worden organisatieoverstijgende directienetwerken opgericht.

Geen afgebakend richtinggevend kader

De startnotie biedt tal van aanknopingspunten maar een uitgekristalliseerde strategie ontbreekt. Er is geen afgebakend richtinggevend kader beschikbaar voor de partijen die betrokken zijn bij de uitvoering van SB p3 op strategisch niveau. Welke exacte strategie zij strategisch en tactisch moeten volgen om op wat voor termijn op de gewenste situatie uit te komen en welke taken zij in dat verband moeten vervullen is niet geëxpliciteerd.

5.5 De richting en hoe daar te komen

Op het niveau van de SB p3-projecten is qua richting instrumenteel en methodisch aanmerkelijk meer uitgewerkt dan op het niveau van de ziekenhuisorganisatie en de huishouding van ondersteunende systemen zoals HRM en kwaliteitsmanagement. In documentatie van het consortium wordt duidelijk aangegeven dat het organisatieontwikkelingstraject gaandeweg wordt vormgegeven. Toch zal het consortium uiteindelijk en tijdens de uitvoering van het programma steeds een antwoord moeten kunnen geven op vragen als: wat dient precies te gebeuren, waarom en waar te beginnen? Er zijn twee gezichtspunten mogelijk: A) het is wenselijk op voorhand een strakke leidraad beschikbaar te hebben om de ziekenhuisdirecties de weg te wijzen; B) dit is zinloos omdat het juist van belang is dat ziekenhuizen zelf problemen en oplossingsrichtingen kunnen en moeten benoemen? In het eerste gezichtspunt staat het kunnen verschaffen van antwoorden op prangende vragen centraal, in de tweede probleemeigendom. Uit de kaders in hoofdstuk drie blijkt dat beide van belang zijn. In de bestudeerde SB p3-documenten komt naar voren dat het consortium beschikt over een ondersteunende organisatie en een communicatie-infrastructuur naar de deelnemende ziekenhuizen toe waardoor de verdere vormgeving van het programma in principe kan plaatsvinden aan de hand van een dialoog tussen consortium en ziekenhuizen. Hierdoor heeft het consortium ruimte om te schakelen tussen gezichtspunt A en B.

In de uitgangspunten van SB p3 geeft het consortium aan dat SB p3 een gezamenlijk leerproject is. Van het consortium mag worden verwacht dat het in de aanloopfase een leidende functie vervult en vanuit een weloverwogen standpunt het L&O-traject inkleedt. Dat is ook van toepassing op het afbouwen van de ondersteunende rol.

5.6 Aandachtspunten voor de uitvoering van het programma

Naar aanleiding van de hoofdstukken vier en vijf kunnen per analyseniveau een reeks vragen worden gesteld die van belang zijn tijdens de uitvoering van het programma:

Microniveau

- beschouwen de medische specialisten, verpleegkundigen en assistend personeel de aangereikte innovaties als geschikte best practices?
- ervaren leden van projectteams en de betrokken afdelingen interdependenties?
- zijn projectteams samengesteld uit de juiste ambitieuze, betrokken, gezagvolle en deskundige personen?

- dragen trainingen bij tot cohesie binnen de projectteams?
- worden opinieleiders herkend en wordt voldoende op hen ingespeeld?
- is er sprake van een aanspreekcultuur/gelijkwaardigheid onder leden van afdelingen en projectteams?
- staat het zelf vormgeven van de verbeterstrategie op gespannen voet met onderlinge competitie zodra de onderlinge vergelijkbaarheid van vergelijkbare projecten wegvalt vanwege verschillen in invulling?

Systeemniveau

- voorzien ziekenhuisdirecties en tactisch management in vereiste ondersteuningsbronnen (mensen, middelen, tijd) zodat betrokken partijen hun projecttaken kunnen uitvoeren?
- wordt in deelnemende ziekenhuizen – en met name binnen projectteams – (planmatig) gecommuniceerd over de opzet, het doel en de organisatie van SB p3?
- worden creatieve oplossingen aangemoedigd/beloond? worden de SB p3-projecten ingegeven door een bottom up urgentiebesef?
- gaat het per prioriteitsgebied om ambitieuze en haalbare doelstellingen?
- kunnen de diverse projecten onderling conflicteren; hoe beïnvloedt patiëntenlogistiek patiëntveiligheid en andersom?
- zijn voldoende adviseurs aanwezig van het gewenste kwaliteitsniveau?
- zal financiering duurzaam zijn?

Macroniveau

- het realiseren van een lerende organisatie en totstandkoming van een vliegwiel vereisen kennisverspreiding, in hoeverre staan marktwerking en de concurrentiepositie van ziekenhuizen kennisverspreiding in de weg (kader H)?
- op welke wijze raken ontwikkelingen op het vlak van financiering (DBC's) de uitvoering van SB p3?

Naast de vier analyseniveau zijn er nog enkele vragen die op *programmaniveau* van betekenis zijn:

- hoe wordt het L&O traject verder vormgegeven door het consortium? Welke strategie (op hoofdlijnen) hanteert het consortium en op welke bronnen (literatuur) is deze gebaseerd?
- hoe wenst het consortium, zoals wordt aangegeven in het landelijk plan van aanpak, het (hogere) middenkader, (informele) leiders in de medische staf en andere partijen zoals patiëntorganisaties en de Raad van Toezicht te betrekken in de strategie?
- in hoeverre zijn maatregelen en voornemens, vastgelegd in de deelprogramma's vrijblijvend of omgekeerd: wat zijn de minimale voorwaarden waarvan adviseurs en ziekenhuizen niet mogen afwijken? Hoe brengt het consortium een balans aan tussen het verschaffen van experimenteeruimte en (bij)sturing?

6 Samenvatting en conclusies

6.1 Inleiding

In de hoofdstukken vier en vijf zijn documenten die tijdens de start van het programma SB p3 dienst doen als richtinggevende kaders voor betrokken partijen getoetst aan de hand van literatuur over kennisdiffusie, teamprestaties, Doorbraakmethoden, kwaliteitscoöperaties, leiderschap en interorganisatorische netwerken (hoofdstuk drie). In deze rapportage staan twee vragen centraal: 1. Welke condities worden in de literatuur bepalend geacht voor het slagen van een programma als SB p3. 2. Op welke wijze anticipeert het programma in haar opzet op de aanwezigheid en kwaliteit van deze condities?

In dit hoofdstuk volgt een samenvatting van beide vragen die in eerdere hoofdstukken reeds zijn beantwoord. Achtereenvolgens passeren in kort bestek:

- de grondgedachte achter SB p3 (paragraaf 6.2);
- vraag 1. succes- en faalfactoren uit de literatuur (paragraaf 6.3);
- vraag 2. verhouding tussen programmaopzet en eisen uit literatuur (paragraaf 6.4)
- toekomst (paragraaf 6.5);
- discussie (paragraaf 6.6).

6.2 Grondgedachte achter SB p3

De algemene doelstelling van het programma Sneller Beter pijler 3 (SB p3) 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 'vliegwiél' tot stand gebracht gericht op interne verspreiding van resultaten en brede inzet van de opgebouwde competenties.*

SB p3 wordt gekenmerkt door het gezamenlijk optrekken van ziekenhuizen in een tijdelijk samenwerkingsverband, externe begeleiding, een nadruk op het formuleren van heldere doelstellingen en het meten van resultaten, ziekenhuisbrede verspreiding van bereikte resultaten en veel nadruk op het aspect 'leiderschap' in de organisatie. De programmatische visie omvat het streven patiëntgerichte zorg te verlenen zonder verspilling. Accenten voor optimalisering in SB p3-verband liggen op patiëntenlogistiek, patiëntveiligheid, leiderschap en organisatieontwikkeling en patiëntenparticipatie. Andere aandachtsgebieden zijn afstemming tussen specialismen en deelorganisaties, de kwaliteit van medische beroepsbeoefenaren, het bevorderen van transparantie en verspreiding van best practices binnen en tussen ziekenhuizen.

Het uitvoerende consortium heeft een programma vormgegeven, neergelegd in een landelijk plan van aanpak en diverse draaiboeken. 24 geselecteerde ziekenhuizen committeren zich aan de doelstellingen en verplichten zichzelf binnen vaste tijdsvakken op meerdere afdelingen of specialismen Doorbraakprojecten en procesherinrichtingen te starten en hiervoor de noodzakelijke instrumenten en voorzieningen te creëren die uiteindelijk zullen bijdragen tot een verbeterinfrastructuur. Een aanname achter het programma is dat het daardoor in de toekomst eenvoudiger wordt via vergelijkbare projecten de processen en uitkomsten van de ziekenhuiszorg naar een hoger kwaliteitspeil te tillen. De ervaring leert dat een single level benadering via projecten en teams wel leidt tot een verbetering op operationeel/tactisch niveau, maar dat de overige aspecten van de SB p3-visie vermoedelijk alleen kunnen worden gerealiseerd via een multilevel strategie. Binnen SB p3 gebeurt dit door in te zetten op strategisch/tactisch niveau via een leiderschaps- en organisatieontwikkelingstraject.

Op macroniveau komt het toewerken naar een verbeterinfrastructuur neer op ontwikkeling van (randvoorwaarden voor) een netwerk van verbindingslijnen waarlangs ziekenhuizen onderling best practices kunnen verspreiden. SB p3 beoogt ziekenhuizen te transformeren tot lerende organisaties, waarbinnen medewerkers zoeken naar de beste beschikbare methode, deze op de eigen situatie toepassen, borgen en bijdragen aan verdere verspreiding, intern en extern. SB p3 is daarmee tegelijkertijd, naast een ziekenhuisbreed verbeterprogramma, een programma gericht op kennisverspreiding.

6.3 Vraag 1. succes- en faalfactoren uit de literatuur

Uit het literatuuronderzoek komen verschillende succescriteria voor ziekenhuisbrede verbetering en verdere verspreiding van innovaties naar voren. Er dient sprake te zijn van:

- een perceptie van een meerwaarde op alle niveaus; partijen dienen een gunstige verhouding te ervaren tussen opbrengsten en kosten (Dirksen, Ament & Go 1996; Greenhalgh 2004; Marshall 1990; Meyer, Johnson & Ethington 1997; Rogers 1995), er is een lage risicoperceptie (Meyers & Goes 1988; Meyer, Johnson & Ethington 1997) en de innovatie is relevant voor de taakuitoefening (Yetton, Sharma & Southon 1999);
- de visie van het programma, in casu SB p3, past binnen de strategische visie van de organisatie en haar delen (horizontaal en verticaal congruent) (Aubert & Hamel 2001; Denis et al. 2002; Ferlie et al. 2001);
- een veranderingsaanpak waarin wordt ingezet op leiderschap, human resource management en training (Greenhalgh et al. 2004; Leggatt 2003);
- de te verspreiden methode, werkwijzen en interventies lenen zich voor toepassing/aanpassing binnen de context (Adler, Kwon & Singer 2003; Aubert & Hamel 2001; Grilli & Lomas 1994; Meyer, Johnson & Ethington 1997; O'Neill, Pouder & Buchholtz 2002; Plsek 2003; Rogers 1995; Yetton, Sharma & Southon 1999., sluiten aan op de behoefte van afnemers en worden gebracht in gepaste stijl (beeldspraak, metaforen) (Rogers 1995), zijn overzichtelijk (Denis et al. 2002; Ferlie et al. 2001; Grilli & Lomas 1994; Marshall 1990; Meyers & Goes 1988; Meyer, Johnson & Ethington 1997; Rogers 1995) en leiden tot waarneembare resultaten (Denis et al. 2002; Grilli & Lomas 1994;

- Meyer & Goes 1988; Øvretveit et al. 2002);
- participatie van medisch specialisten (Shortell, Bennett et al. 1998; Fraser, Wilson et al. 2002; Irvine Doran, Baker et al. 2002) in effectieve crossfunctionele teams (Irvine Doran, Baker et al. 2002) die zelf regie voeren over voortgang (empowerment) (Øvretveit et al. 2002), normen benoemen (Berwick 1998; Fried, Rundall & Topping 2000) en bijeenblijven (Mills & Weeks 2004);
 - voldoende ondersteuning, middelen, tijd, psychologische veiligheid en experimenteeruimte (Mills & Weeks 2004; Øvretveit et al. 2002; Plsek 2003; Rogers 1995);
 - change agents en steun van sleutelfiguren binnen (afdelingsgrensoverschrijdende) verticale, horizontale en interorganisatiele netwerken (boundary spanners) die de visie onderschrijven en uitdragen (Kimberly en Evanisko 1981; Greenhalgh 2004; Gustafson et al. 2003; Rogers 1995; West et al. 1999);
 - structureel toegewezen middelen (Elliot et al. 1998; Fitzgerald et al. 2002; Green 1998; Gustafson et al. 2003; Hughes et al. 2002);
 - systematische probleemoplossing op basis van data en statistische analyse (Irvine Doran, Baker et al. 2002; Lee, Choi et al. 2002) met feedback (Boerstler & Foster et al. 1996; Langley et al. 1996; Øvretveit et al. 2002);
 - het voortdurend meten van de voortgang en de aanwezigheid van een tijdig en accuraat informatiesysteem (Boerstler & Foster et al. 1996; Green 1998; Greenhalgh 2004; Grimshaw et al. 2004; Øvretveit et al. 2002).

Deze succes- en faalfactoren zijn nauw verbonden met determinanten op de vier analyseniveaus die worden gehanteerd tijdens het evaluatieonderzoek. Op *macroniveau* spelen externe ontwikkelingen en omgevingsfactoren een rol, bijvoorbeeld de toenemende marktwerking, de financieringssystematiek, contractafspraken van zorgverzekeraars of (belemmeringen in) wet- en regelgeving. Op *mesoniveau* gaat het om kenmerken van de ziekenhuisorganisatie zoals de cultuur, de mate van ondersteuning en leiderschapsstijlen, van zowel de Raad van Bestuur als van het middenkader. Op *microniveau* is de samenstelling en de trekker van het team relevant, eigenschappen van de afdeling(en) waar het project wordt toegepast, maar ook zaken als de sociale cohesie en interdependenties binnen het projectteam en de afdeling(en). Op het *individuele niveau* gaat het onder andere om persoonskenmerken, om kennis en ervaring en om individuele motivaties van de betrokken medewerkers evenals de mate waarin het project voor hen een meerwaarde heeft.

Gedragstheorieën en incentives

De succes- en faalfactoren uit de literatuur en de beleidstheorie van de programmamakers raken elkaar daar waar de gedragstheorieën ter sprake komen. Het succes van een verbeter- en verspreidingsprogramma is afhankelijk van het gedrag van betrokken partijen en de voorzieningen die de verantwoordelijke partijen treffen om dit gedrag te beïnvloeden. Hierop wordt later teruggekomen.

6.4 Vraag 2. verhouding tussen programmaopzet en eisen uit literatuur

SB p3 is geënt op een structurele verbetering van de Nederlandse ziekenhuiszorg. Het programma is geslaagd indien de deelnemende ziekenhuisteams op de prioriteitsgebieden (patiëntlogistiek, patiëntveiligheid, professionele kwaliteit, patiëntenparticipatie en L&O) de diverse doeleinden weten waar te maken en resultaten weten te behouden. Een bijkomende eis is dat er een dynamiek moet ontstaan waarbij afdelingen in zowel de 24 deelnemende als de resterende Nederlandse ziekenhuizen op korte en langere termijn actief best practices adopteren en doorvertalen naar de eigen context.¹³

Het programma is neergelegd in diverse concrete projecten en maatregelen en (deels) geëxpliciteerde voornemens (L&O netwerkbijeenkomsten voor de strategische ziekenhuisleiding, assessments, trainingen en scholing). Indien de inhoudelijke plannen van het consortium worden afgezet tegen de voorwaarden die de literatuur verbindt aan de inhoud en vorm van een programma met de pretenties van SB p3, dan lijken de programmamakers hiermee voldoende rekening te houden. Afgaande op de aansluiting tussen het geplande programma en de randvoorwaarden zoals genoemd in de literatuur kunnen de door het consortium geplande maatregelen leiden tot realisatie van de programmadoeleinden, maar dat hangt af van:

- de verdere uitwerking en invulling van het L&O-traject;
- de uitvoering en het gedrag van betrokken partijen.

Verdere uitwerking en invulling van L&O

Door de inzet van L&O kan SB p3 worden gezien als een multilevel kwaliteitscoöperatie. L&O is de drijvende kracht van het vliegwiel en daarmee van het totale programma. In tegenstelling tot de Doorbraakprojecten is er voor het leiderschapsprogramma geen voorgestructureerd sjabloon geformuleerd voor de instructie van ziekenhuisdirecties. Dit kan worden gezien vanuit twee gezichtspunten: A) het is wenselijk op voorhand een strakke leidraad beschikbaar te hebben om de ziekenhuisdirecties de weg te wijzen of B) dit is zinloos omdat het juist van belang is dat ziekenhuizen zelf problemen en oplossingsrichtingen benoemen. In het eerste gezichtspunt staat het kunnen verschaffen van antwoorden en ondersteuning bij onduidelijkheden centraal, in het tweede probleemeigendom. De literatuur onderstreept de waarde van beide.

Uit de bestudeerde documenten blijkt dat het consortium beschikt over een ondersteunende organisatie en een communicatie-infrastructuur naar de deelnemende ziekenhuizen toe. Voor de verdere vormgeving van het programma kan het consortium gebruik maken van kanalen met de relevante partijen via de projectorganisatie SB p3 die kans bieden de borgings- en verspreidingsstrategie verder te concretiseren met gebruikmaking van opgedane ervaringen. De verdere vormgeving van het programma, met name L&O, kan daardoor in principe plaatsvinden aan de hand van een dialoog met partijen in de ziekenhuizen zodat het consortium beschikt over enige ruimte om een balans te vinden tussen de gezichtspunten A en B.

¹³ Indien er in het kielzog van SB p3 projecten opduiken met een op het eerste gezicht gelijkkludend karakter dan is het wellicht lastig de bron of de route van verspreiding te volgen. Een dreigende cirkelredenatie is of een verbeterbeweging voortvloeit uit SB p3 of dat SB p3 juist een resultante is van een meeromvattende verbetergolf.

Uitvoering en gedrag van betrokken partijen

Uit de SB p3-documentatie is af te leiden dat de programmamakers zich bewust lijken te zijn van de succes- en faalfactoren van het programma. Toch zal de mate waarin werkelijk voldaan wordt aan de eisen tot uiting komen tijdens de uitvoering. Reeds vaker is gewezen op de mate waarin gedrag van betrokken verantwoordelijke partijen (zowel binnen ziekenhuizen als het consortium) en de aanwezige voorzieningen ter beïnvloeding van het gedrag bepalend zijn voor het succes van SB p3.

Het consortium vestigt een forse nadruk op leiderschap. In hoofdstuk 3 (kader F) is aan de hand van aan literatuur ontleende leiderschapsfuncties een overzicht opgesteld van taken en verantwoordelijkheden van de diverse partijen. Daaraan is toegevoegd dat er sprake is van interdependenties tussen de niveaus. Projectteams kunnen alleen projecten uitvoeren indien de organisatie voorziet in randvoorwaarden. Het tactisch niveau, het middenmanagement, kan pas voorzieningen treffen indien het strategisch niveau, de Raad van Bestuur, dit ondubbelzinnig ondersteunt. Vandaar dat leiderschap niet gebonden is aan één niveau, maar aan de orde is op ieder niveau.

De implementatie van gerichte projecten wordt geacht bij te dragen tot de verdere ontwikkeling van ziekenhuizen tot lerende organisaties. Van de start van SB p3 af aan blijft het een verhaal van prikkels. Dat is of het nu gaat om het externe vliegwiel en de rol die het consortium toedenkt aan zorgverzekeraars en prestatie-contracten of om aanhoudend meten van resultaten van de SB p3-projecten en de confrontatie van ziekenhuismedewerkers met de kwaliteit van eigen processen en uitkomsten. Zowel op strategisch niveau als op operationeel niveau worden partijen aangezet tot het vertonen van geprefereerd gedrag. SB p3 gaat impliciet uit van de noodzaak tot het inbouwen van de juiste prikkels. Denkbaar is dat ten tijde van het programma zich ontwikkelingen voordoen waarbij onbedoeld sprake is van antiprikkels (perverse effecten).

Het evaluatieonderzoek zal zich verder richten op de vragen per analyseniveau zoals opgenomen in paragraaf 5.6. Daartoe behoren tevens vragen omtrent de wijze waarop methoden en aangedragen meetinstrumenten in de praktijk kunnen worden toegepast en het harmoniseren en standaardiseren van de praktische tips uit de draaiboeken.

6.5 Toekomst

Het consortium is ervoor verantwoordelijk dat het programma gewekte verwachtingen kan waarmaken. Met afzonderlijke Doorbraakprojecten heeft het Kwaliteitsinstituut van de gezondheidszorg CBO ervaring opgedaan. Nieuw is het:

- bewaken van de samenhang tussen simultaan ingezette projecten;
- initiëren, faciliteren en kanaliseren van organisatorische verbeterkracht met bijbehorende omslag van de professionele cultuur;
- ondersteuning bij de implementatie van structuurmaatregelen (waaronder de procesherinrichtingen).

Er resteren naast de invulling van L&O enkele onzekerheden omtrent:

- opzet latere series: veranderende functie ondersteuningsorganisatie;
- neveneffecten;
- top-down versus bottom-up selectie van teams.

Veranderende functie ondersteuningsorganisatie

Naarmate het traject vordert zullen ziekenhuizen meer en meer zelf verantwoordelijkheid moeten dragen voor een goede vervulling van de essentiële leiderschapstaken die aanvankelijk nog sterk onder toezicht/regie van het consortium als change agent worden uitgevoerd. De eerste serie van acht ziekenhuizen van de eerste tranche wordt door het consortium als een pilot beschouwd die inzichten dient op te leveren ten gunste van latere series. Veel hangt af van de ondersteuning die projectteams ontvangen gedurende de looptijd. Tijdens de eerste serie biedt de ondersteuningsorganisatie van het consortium kanalen voor feedback omtrent knelpunten en inhoudelijke en methodische vragen, temeer daar ook de adviseurs, die afkomstig zijn van verschillende (consortium)partijen onderling in contact staan. De globale opzet van de projecten zoals neergelegd in het plan van aanpak en de draaiboeken houdt rekening met eisen zoals genoemd in de literatuur. Projectteams in latere series zullen eveneens gebruik willen maken van ondersteuningsfaciliteiten. Het consortium is voornemens de ondersteuningsorganisatie geleidelijk af te bouwen. Een consequentie hiervan is dat andere partijen deze functies moeten vervullen. De invulling en exacte taak- en verantwoordelijkheidsverdeling ten tijde van de drie tranches is niet uitgewerkt. Van het consortium mag worden verwacht dat het vanuit een weloverwogen standpunt de ondersteunende rol afbouwt.

Neveneffecten

Via afzonderlijke projecten wordt toegewerkt naar duurzame veranderingen binnen de prioriteitsgebieden: patiëntenlogistiek, patiëntenparticipatie, patiëntveiligheid, professionele kwaliteit en L&O. Het streven is om functionarissen bewust te maken van aspecten samenhangend met concrete kwaliteitsdimensies. Een neveneffect zit hem in het benoemen van concrete prioriteiten en bijbehorende maatregelen. Leidt het benoemen van concrete aandachtspunten (doorgaans aangeduid met de term 'low hanging fruits') niet tot verslapping van de aandacht op andere facetten van de zorgtaak? Dat gevaar bestaat binnen prioriteitsgebieden (meer valincidenten door extra aandacht voor decubitus) maar ook tussen prioriteitsgebieden (meer besmettingen door een snellere doorlooptijd). Het is verstandig tijdig in te spelen op wisselwerkingen en volgtijdelijkheid van autonome projecten, evenals mogelijke spanningen tussen maatregelen op het vlak van logistiek en veiligheid.

Top down versus bottom-up

Denkbaar is dat teams met het oog op SB p3 een project starten waarbij niet de eigen probleemperceptie, noch een als zodanig ervaren urgentiebesef doorslaggevend is geweest, maar druk van bovenaf. Het consortium en de ziekenhuisdirecties dienen hiervoor beducht te zijn en een focus te leggen op de kloof tussen de huidige en de wenselijke situatie.

6.6 Discussie

Een half jaar na start van de eerste tranche zijn de subterreinen patiëntenparticipatie en professionele kwaliteit niet helder omschreven en ontbreken op beide onderdelen zogenoemde SMART-doelstellingen. Indien doelen eenmaal specifiek, meetbaar, appellerend/ambitueus, resultaatgericht en tijdsbepaald zijn vastgesteld, dan worden deze geacht helderheid te verschaffen voor alle betrokkenen. Dit geldt ook voor het L&O traject dat, in weerwil van de belofte in het landelijk plan van aanpak, niet specifiek, meetbaar en tijdsbepaald is ingevuld. Concretisering is extra van belang daar SB p3 inhaakt op zowel 'harde' als 'zachte' prioriteitsgebieden. In vergelijking met de 'harde' gebieden (decubitus, postoperatieve wondinfecties, medicatieveiligheid etc.) is binnen de 'zachte' gebieden (leiderschap, leerklimaat) meer discussie mogelijk omtrent 'wat het geval is' en 'wat het geval zou moeten zijn', omtrent raakvlakken tussen subterreinen, begrippenkaders en causaliteit. De harde kant is enigszins beproefd en wordt in het geval van de Doorbraakprojecten gepresenteerd als best practice. De zachte kant omvat voorgestane veranderingen op strategisch en tactisch niveau. Het consortium heeft ook hier succesverhalen of best practices nodig om andere ziekenhuizen, externe partijen, de opdrachtgever en de middelenverschaffer te overtuigen van de waarde van SB p3. De vorderingen binnen de ziekenhuizen zijn hiervoor allesbepalend.

De doelen zijn ambitieus. Verwachtingen evenals de investeringen in tijd en menskracht zijn groot, net als het maatschappelijk belang dat gediend is bij het SB p3-programma. De programmamakers en de deelnemende ziekenhuizen bevinden zich in een glazen huis. Naarmate de tijd vordert zal de druk omtrent verlaging of het loslaten van het hoge ambitieniveau toenemen omdat projectteams en ziekenhuisdirecties tijdens de uitvoering tegen barrières aanlopen. Ten aanzien van de projectteams geldt dat, uitgaande van onontkoombare verschillen in de startposities van deelnemende ziekenhuizen, sommige teams forsere inspanningen zullen moeten leveren dan andere teams om tot vergelijkbare resultaten te komen. Bovendien kan er van worden uitgegaan dat naarmate de uitgangssituatie de streefwaarden dichter benadert, vooruitgang meer inspanningen vergt (plafondeffect).

Een belangrijke indicator voor de in- en externe verspreiding is het aantal verbeterinitiatieven gestoeld op de SB p3-leest dat elders binnen deelnemende en niet-deelnemende ziekenhuizen van de grond komt en tot blijvende significante verbetering van zorguitkomsten leidt. Voor zowel de interne als de externe verspreiding geldt dat condities moeten worden gerealiseerd waardoor adoptie van een best practice niet alleen aantrekkelijk is, maar ook als onvermijdelijk wordt beschouwd door andere ziekenhuizen. Dit is noodzakelijk aangezien SB p3 op termijn moet bijdragen aan een klimaat waarin ziekenhuismedewerkers blijvend zoeken naar evidence based best practices, deze stapsgewijs en ziekenhuisbreed vertalen naar de praktijk op de afdelingen en ervoor waken dat resultaten beklijven. Een klimaat waarin projectmatige verbeterinitiatieven verworden tot een onderdeel van de normale praktijk en niet geleidelijk wegebben.

Overzicht van afkortingen

DB	Doorbraak
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
BEOZ	capaciteitsgroep Beleid, Economie en Organisatie van Zorg van de Universiteit van Maastricht
EMGO	instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek
iBMG	instituut Beleid & Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam
HRM	Human Resource Management
IHI	Institute for Healthcare Improvement
INK	Instituut Nederlandse Kwaliteit
KK	Zie QC
LAKID	Landelijk Actieprogramma Kwaliteit, Innovatie en Doelmatigheid
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OMS	Orde van Medisch Specialisten
QC	quality collaborative (kwaliteitscoöperatie)
PHI	procesherinrichting
SB p3	Sneller Beter pijler 3
SMART	Specifiek, Meetbaar, Appellerend/Ambitieuus, Resultaatgericht, Tijdsbepaald
VWS	het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZonMW	samenwerkingsverband van ZorgOnderzoek Nederland (ZON) en Medische Wetenschappen van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO-MW)

Begrippenlijst

Consortium	De uitvoering van het programma Sneller Beter pijler 3 ligt in handen van een aantal partijen: het Kwaliteitsinstituut van de zorg CBO, het instituut Bedrijf & Management Gezondheidszorg (iBMG) en de Orde van Medisch Specialisten (OMS).
Projectteams	Multidisciplinaire teams bestaande uit ziekenhuisfunctionarissen. Een project- of verbeterteam verricht activiteiten om de innovatie binnen de eigen context toe te passen.
Innovatie	Greenhalgh et al. 2004 verstaan onder een innovatie: 'een vernieuwend stel gedragingen, routines en werkwijzen gericht op verbetering van zorguitkomsten, bestuurlijke efficiency, kosteneffectiviteit, gebruikerservaring, ingevoerd aan de hand van geplande en gecoördineerde handelingen/maatregelen.' In de praktijk van Sb p3 zijn innovaties moedwillige maatregelen en interventies met het doel SMART-doelstellingen te realiseren. Synoniemen: succesverhaal of best practice (al dan niet evidence based).
Kwaliteitscoöperatie	Aanpak waarbij projectteams van meerdere ziekenhuizen, over een periode van circa negen maanden 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 2003).
L&O	Leiderschap en organisatieontwikkeling is het onderdeel van de programmaorganisatie van het consortium dat zich richt op kennisverspreiding en de ontwikkeling van ziekenhuizen tot lerende organisaties waarin blijvend en actief wordt gewerkt aan verbetering van de kwaliteit van het zorgproces.

Nolan-model	Het verbetermodel uit <i>The Improvement Guide</i> (Langley et al. 1996) wordt ook wel het Nolan-model genoemd. 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.
PDSA-cycle	Cyclus met vier stappen: plan, do, study, act; zie Nolan-model.
Quality collaborative Sneller Beter pijler 3	Zie kwaliteitscoöperatie. Het consortium verstaat onder SB p3: ‘de versnelde implementatie van bewezen verbeteringen op de prioriteitsgebieden patiëntveiligheid, patiëntenlogistiek en leiderschap- en organisatieontwikkeling (het ‘vliegwiel’) bij 20% van de ziekenhuizen in het kader van het programma Sneller Beter’. SB p3 is de derde pijler, het programma Kwaliteit, Innovatie, Doelmatigheid dat wordt aangeboden in samenwerking met ZonMW en kent drie onderdelen: 1) versnelde invoering van bestaande kennis en best practices, 2) een evaluatieonderzoek en 3) een plan van aanpak voor landelijke uitrol van de kwaliteitsverbeteringen.
Vliegwiel	Een organisatorisch mechanisme gericht op versnelde implementatie en verspreiding van best practices teneinde systematische en blijvende verbetering van de patiëntenzorg te bewerkstelligen.
Ziekenhuisdirectie	Strategische leiding van een ziekenhuis. Synoniemen: Raad van Bestuur, topmanagement.

Bronvermelding

- Adler PS, S-W.Kwon, J.M.K.Singer (2003), 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 [Working paper 3-15].
- Aubert BA, G.Hamel (2001), Adoption of Smart Cards in the Medical Sector: the Canadian Experience, *Social Science & Medicine* 53: 879-894.
- Barnsley J, L.Lemieux-Charles, M.M.McKinney (1998), Integrating Learning into Integrated Delivery Systems, *Health Care Management Review* 23: 18-28.
- Bate SP (2004), The Role of Stories and Storytelling in Organizational Change Efforts: a Field Study of an Emerging "Community of Practice" Within the UK National Health Service, in *Narrative Research in Health and Illness*, ed. B.Hurwitz, T.Greenhalgh, and V.Skultans, Blackwell, Oxford.
- Bauwens N, Labree W, Musters L, R. van Zelm (2004), Draaiboek Doorbraak Decubitus Sneller Beter pijler 3 versie 1.0.
- Berg M, V.Bekendam, C.Bergen, M.Roupe van der Voort, P.ten Have, B.Augustijn (2004), Draaiboek Procesherinrichting Sneller Beter pijler 3 versie 1.0.
- Bertrams J (1999), *De kennisdelende organisatie: kunst & praktijk van het hergebruik van kennis*, Scriptum, Schiedam.
- Berwick DM (1998), Developing and Testing Changes in Delivery of Care, *Annals of Internal Medicine* 128: 651-656.
- Boerstler H, R.W.Foster, et al. (1996), Implementation of Total Quality Management: Conventional Wisdom Versus Reality, *Hospital & Health Services Administration* 143-159.
- Boone PF (1997), Managing Intracorporate Knowledge Sharing. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Davis D, T.Fischer (2002), Attitudes of Middle Managers to Quality Based Organizational Change, *Managing Service Quality* 12: 405-413.
- Denis JL, Y.Hebert, A.Langley, D.Lozeau, L.H.Trottier (2002), Explaining Diffusion Patterns for Complex Health Care Innovations, *Health Care Management Review* 27: 60-73.
- Dirksen CD, A.J.Ament, P.M.Go (1996), Diffusion of Six Surgical Endoscopic Procedures in the Netherlands: Stimulating and Restraining Factors, *Health Policy* 37: 91-104.
- Dobbins M, R.Cockerill, J.Barnsley (2001), Factors Affecting the Utilization of Systematic Reviews, *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 203-214.
- Donabedian A (1980), *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*, Health Administration Press, Ann Arbor Michigan.
- Dow D, D.Samson, et al. (1999), Exploding the Myth: Do All Quality Management Practices Contribute to Superior Quality Performance?, *Production and Operations Management* 8: 1-27.
- Edmondson A.C., R.Bohmer, et al. (2001), Disrupted Routines: Team Learning and New Technology Implementation in Hospitals, *Administrative Science Quarterly* 46: 685-716.
- Edmondson A (1996), Learning from Mistakes is Easier Said than Done: Group and Organizational Influences on the Detection and Correction of Human Error, *Journal of Applied Behavioral Science* 32: 5-28.

- Edmondson AC, R.M.Bohmer, G.P.Pisano (2001), Disrupted Routines: Team Learning and New Technology Implementation in Hospitals, *Administrative Science Quarterly* 46: 685-716.
- Elliott SJ, S.M.Taylor, R.Cameron, R.Schabas (1998), Assessing Public Health Capacity to Support Community-Based Heart Health Promotion: The Canadian Heart Health Initiative, Ontario Project (CHHIOP), *Health Education Research* 13: 607-622.
- Eveland JD (1986), Diffusion, Technology Transfer and Implementation, *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization* 8: 303-322.
- Fennell ML, R.B.Warnecke (1998), *The Diffusion of Medical Innovations: An applied Network Analysis*, Plenum, New York.
- Ferlie E, J.Gabbay, L.Fitzgerald, L.Locock, S.Dopson (2001), An Overview of Some Recent Qualitative Research, in *Organizational Behavior and Organizational Studies in Health Care: Reflections on the Future*, ed. L.Ashburner, Palgrave, Basingstoke.
- Ferlie EB, Shortell S.M. (2001), Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change. *The Milbank Quarterly* 79[2], 281-315. Blackwell Publishers.
- Fitzgerald L, E.Ferlie, M.Wood, C.Hawkins (2002), Interlocking Interactions, the Diffusion Of Innovations in Health Care, *Human Relations* 55: 1429-1449.
- Foy R, G.MacLennan, J.Grimshaw, G.Penney, M.Campbell, R.Grol (2002), Attributes of Clinical Recommendations That Influence Change in Practice Following Audit and Feedback, *Journal of Clinical Epidemiology* 55: 717-722.
- Fraser S, T.Wilson, et al. (2002), Using Collaborative Improvement in a Single Organization: Improving Anti-Coagulant Care, *Sloan Management Review* 152-158.
- Fried B, T.Rundall, S.Topping (2000), Groups and Teams in Health Service Organizations, in *Health care management: organization design and behavior*, ed. S.Shortell and A.Kalunzny, Delmar, Albany p 154-190.
- Gabriel Y (2000), *Storytelling in Organizations: Facts, Fictions and Fantasies*, Oxford University Press, Oxford.
- Gladwin J, R.A.Dixon, T.D.Wilson (2002), Rejection of an Innovation: Health Information Management Training Materials in East Africa, *Health Policy & Planning* 17: 354-361.
- Green PL (1998), Improving Clinical Effectiveness in an Integrated Care Delivery System, *Journal for Healthcare Quality* 20: 4-8.
- Greenhalgh T, G.Robert, F.MacFarlane, P.Bate, O.Kyriakidou (2004), Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly* 82[4], 581-629. Blackwell Publishing.
- Grilli R, J.Lomas (1994), Evaluating the Message: The Relationship between Compliance Rate and the Subject of a Practice Guideline, *Medical Care* 32: 202-213.
- Grimshaw JM, R.E.Thomas, G.MacLennan, C.Fraser, C.R.Ramsay, L.Vale, P.Whitty, M.P.Eccles, L.Matowe, L.Shirran, M.Wensing, R.Dijkstra, C.Donaldson, A.Hutchinson (2004), Effectiveness and Efficiency of Guideline Dissemination and Implementation Strategies, *Health Technology Assessment Report* 8: 1-72.
- Gudykunst WB, Y.Y.Kim. *Readings on Communicating with Strangers*. 1992. Boston, McGraw-Hill.
- Gustafson DH, F.Sainfort, M.Eichler, L.Adams, M.Bisognano, H.Steudel (2003), Developing and Testing a Model to Predict Outcomes of Organisational Change, *Health Services Research* 38: 751-776.
- Hall GE, S.M.Hord (1987), *Change in Schools*, State University of New York Press, Albany.
- Hughes J, C.Humphrey, S.Rogers, T.Greenhalgh (2002), Evidence into Action: Changing Practice in Primary Care, *Occasional Papers, Royal College of General Practitioners* i-51.

- Huisman B, F.Koper, Y.Koense, S.Janssen (2004), Draaiboek Doorbraak Medicatieveiligheid Sneller Beter pijler 3 versie 1.0.
- Huisman R, M.Verhoeven, W.Schellekens (2001), Draaiboek of koersbepaling? Startnotitie Leiderschap & Organisatieontwikkeling Sneller Beter pijler 3 versie 1.0.
- Irvine Doran DM, G.R.Baker, et al. (2002), Achieving Clinical Improvement: an Interdisciplinary Intervention, *Health Care Management Review* 27: 42-56.
- Kimberly J.R., J.M.Evanisko (1981), Organisational Innovation L The Influence of Individual, Organizational & Contextual Factors on Hospital Adoption of Technological and Administrative Innovation. *Academy of Management Journal* 24[4], 689-713.
- Kitson A, G.Harney, B.McCormack (1998), Enabling the Implementation of Evidence Based Practice: A Conceptual Framework, *Quality in Health Care* 149-158.
- Klay N, M.Stokdijk, I.Janssen (2004), Draaiboek Doorbraak de OK oké Sneller Beter pijler 3 versie 1.0.
- Klokman E, J.Wille, A.Eland (2004), Draaiboek Postoperatieve Wondinfecties (POWI) Sneller Beter pijler 3 versie 1.0.
- Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Orde van Medisch Specialisten (2004), "Sneller Beter pijler 3" Landelijk plan van aanpak (april 2004 – september 2008). Utrecht/Rotterdam/Utrecht.
- Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Orde van Medisch Specialisten (2005), Programma Sneller Beter pijler 3 Tranche II Een nadere kennismaking. Utrecht/Rotterdam/Utrecht.
- Langley G.L., K.M.Nolan, T.W.Nolan, C.L.Norman, L.P.Provost (1996), *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Leatherman S (2002), Optimizing Quality Collaboratives, *Quality and Safety in Health Care* 11: 307.
- Lee S, K.S.Choi, et al. (2002), Assessing the Factors Influencing Continuous Quality Improvement Implementation: Experience in Korean Hospitals, *International Journal for Quality in Health Care* 14: 383-391.
- Leggatt S, J.Dwyer (2003), Factors Supporting High Performance in Health Care Organizations. 2003. Melbourne, National Institute of Clinical Studies.
- Lolock L, S.Dopson, D.Chambers, J.Gabbay (2001), Understanding the Role of Opinion Leaders in Improving Clinical Effectiveness, *Social Science & Medicine* 745-757.
- Marshall JG (1990), Diffusion of Innovation Theory and End-User Searching, *Library & Information Science Research* 6: 55-69.
- Meyer AD, J.B.Goes (1998), Organizational Assimilation of Innovations: A Multi-Level Contextual Analysis, *Academy of Management Review* 897-923.
- Meyer M, D.Johnson, C.Ethington (1997), Contrasting Attributes of Preventive Health Innovations, *Journal of Communication* 112-131.
- Meyers PW, K.Sivakumar, C.Nakata (1999), Implementation of Industrial Process Innovations: Factors, Effects, and Marketing Implications, *Journal of Product Innovations Management* 16: 295-311.
- Mills PD, W.B.Weeks (2005), Characteristics of Successful Quality Improvement Teams: Lessons from Five Collaborative Projects in the VHA, *Joint Commission Journal on Quality and Safety* 30: 152-162.
- Mittman BS. (2004), Creating the Evidence Base for Quality Improvement Collaboratives. *Annals of Internal Medicine* 140[11], 897-901.
- O'Neill HM, P.W.Pouder, A.K.Buchholtz (2002), Patterns in the Diffusion of Strategies across Organisations: Insights from the Innovation Diffusion Literature, *Academy of Management Review* 23: 98-114.
- Øvretveit J. What Are the Best Strategies for Ensuring Quality of Hospitals. Health Evidence Network. 2003. Copenhagen, World Health Organization Europe.

- Øvretveit J, P.Bate, P.Cleary, S.Cretin, D.Gustafson, K.McInnes, H.McLeod, T.Molfenter, P.Plsek, G.Robert, S.Shortell, T.Wilson (2002), Quality Collaboratives: Lessons From Research. *Quality and Safety in Health Care* 11[4], 345-351.
- Parry KW (1999), Enhancing Adaptability: Leadership Strategies to Accommodate Change in Local Government Settings, *Journal of Organizational Change Management* 12: 134-156.
- Plsek P. (2003), 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.
- Reinertsen JL. (2003), A Theory of Leadership for the Transformation for Health Care Organizations. The Reinertsen Group.
- Rogers EM (1983), *Diffusion of innovations*, Free Press Collier Macmillan, New York/London.
- Rogers EM (1995), *Diffusion of Innovations*, Free Press, New York.
- Roupe van der Voort M, J.van Wijngaarden (2004), Draaiboek Doorbraak Werken Zonder Wachtlijst Sneller Beter pijler 3 versie 1.0.
- Schellekens W, M.Berg, V.Bekendam-Pardoel, M.Verhoeven (2004), Van doorbraak naar vliegwiel?: start verbeterprogramma in Nederland voor 20% van de ziekenhuizen. *Kwaliteit in Beeld* [4], 6-7.
- Schellekens W, M.Roupe van der Voort, P.van Splunteren (2003), Steen in de vijver: ziekenhuizen stimuleren om bewezen verbeteringen in te voeren. *Medisch Contact* 58[35], 1302-1304.
- Shane S (1995), Uncertainty Avoidance and the Preference for Innovation Championing Roles, *Journal of International Business Studies* 26: 47-68.
- Sharma B, D.Gadanne (2002), An Inter-Industry Comparison of Quality Management Practices and Performance, *Managing Service Quality* 12: 394-404.
- Shortell SM, C.L.Bennett, et al. (1998), Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement on Clinical Practice: What it Will Take to Accelerate Progress, *The Milbank Quarterly* 76: 593-624.
- Sparks JR, J.A.Schenk (2001), Explaining the Effects of Transformational Leadership: an Investigation of the Effects of Higher-Order Motives in Multilevel Marketing Organizations, *Journal of Organizational Behavior* 22: 849-869.
- Terziovski M, M.Dean (1998), Best Predictors of Quality Performance in Australian Service Organizations, *Managing Service Quality* 8: 359-366.
- Thomson O'Brien MA, A.D.Oxman, D.A.Davis, R.B.Haynes, N.Freemantle (2003), Local Opinion Leaders, *Cochrane Database Systems Review* 1.
- Trader-Leigh KE (2002), Case Study: Identifying Resistance in Managing Change, *Journal of Organizational Change Management* 15.
- Tushman M (1977), Special Boundary Roles in the Innovation Process, *Administrative Science Quarterly* 22: 587-605.
- Valente TW (1996), Social Network Thresholds in the Diffusion of Innovations, *Social Networks* 18: 69-89.
- Van de Ven AH, D.E.Polley, R.Garud, S.Venkataraman (1999), *The Innovation Journey*, Oxford University Press, Oxford.
- Van Veenendaal H, T.Binkhorst, A.Nieboer, W.Labree, C.Walta (R.Schuybroek), M.Bik (2004), Draaiboek Patiëntenparticipatie Sneller Beter pijler 3 versie 1.0.
- Weiner BJ, S.M.Shortell, et al. (1997), Promoting Clinical Involvement in Hospital Quality Improvement Efforts: the Effects of Top Management, Board and Physician Leadership, *Health Services Research* 32: 491-510.
- Wejnert B (2002), Integrating Models of Diffusion of Innovations: A Conceptual Framework, *Annual Review of Sociology* 28: 297-326.

- West E, D.N.Barron, J.Dowsett, J.N.Newton (1999), Hierarchies and Cliques in the Social Networks of Health Care Professionals: Implications for the Design of Dissemination Strategies, *Social Science & Medicine* 48: 633-646.
- Yetton P, R.Sharma, G.Southon (1999), Successful IS Innovation: The Contingent Contributions of Innovation Characteristics and Implementation Process, *Journal of Information Technology* 14: 53-68.
- Young GJ (2000), Managing Organizational Transformations: Lessons From the Veterans Health Administration, *California Management Review* 43: 66-83.

Bijlage 1: Doorbraakprojecten

In het kader van SB p3 worden door ziekenhuisteamen op verschillende thema's Doorbraakprojecten uitgevoerd:

Doorbraakproject Decubitus

Door toepassing van de richtlijn Decubitus wordt verwacht het percentage decubitus bij klinische patiënten te reduceren tot minder dan 5%.

Doorbraakproject Medicatieveiligheid (MV)

Het project Medicatieveiligheid richt zich op het voorkómen van schade door geneesmiddelen aan de patiënt (voorschrijffouten, toedieningsfouten etc.) en tevens richt het zich op ontwikkeling van beleidsinstrumenten ter ondersteuning van medicatieveiligheid.

Doorbraakproject OK-planning (OK)

OK-planning richt zich op de bedrijfsvoering van de OK. Door optimalisering van planning en interne werkwijzen is een 30% productiviteitstijging te realiseren. Tevens zal aandacht worden besteed aan de afstemming van de OK-planning op de ziekenhuisplanning (beschikbare bedden, IC, onderzoeken etc.).

Doorbraakproject Postoperatieve Wondinfecties (POWI)

POWI is erop gericht om in de deelnemende ziekenhuizen het percentage postoperatieve wondinfecties met 50% te doen dalen.

Doorbraakproject Werken Zonder Wachtlijst (WZW)

WZW richt zich op reductie van de toegangstijd tot de polikliniek tot minder dan één week. Daarnaast worden teams gestimuleerd om nieuwe zorgvormen toe te passen.

Doorbraakproject Veilig Incidenten Melden (VIM)

In samenspraak met de medische staf (zie ook het subterrein professionele kwaliteit) en de MIP/FONA-commissie¹⁴ van het ziekenhuis zal tevens een systeem van Vrijwillig Incidenten Melding (VIM) worden opgezet. Een dergelijk systeem is essentieel voor het bewerkstelligen van een cultuur van vertrouwen en veiligheid, waarin melden, onderzoeken en verbeteren tot de normale praktijk gaat behoren.

Een gedetailleerde beschrijving van de aanpak per Doorbraakproject is opgenomen in aparte draaiboeken.

¹⁴ Verzamelde meldingen van incidenten, fouten, ongevallen en near accidents.

Bijlage 2: Selectiecriteria en -procedure

Deelnamecriteria

Om het succesperspectief van de 24 ziekenhuizen te maximaliseren heeft het consortium een aantal randvoorwaarden voor succes vertaald naar deelnamecriteria. Deze luiden als volgt:

1. Het ambitieniveau van het ziekenhuis komt overeen met de doelstellingen van Sneller Beter pijler 3.
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 pijler 3.
4. Er is een breed draagvlak voor deelname op verschillende niveaus: Raad van Bestuur, Managementteam, Medische Staf, Cliëntenraad, VAR, OR en andere relevante raden en geledingen.
5. Het ziekenhuis zal direct vanaf de start van Sneller Beter pijler 3 beschikken over een interne programmacoördinator SB p3, 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.
8. Er zijn geen grote contra-indicaties voor deelname.

Daarnaast is het ziekenhuis bereid om:

1. Gegevens te verzamelen ten behoeve van het uitvoeren van nulmetingen en resultaatmetingen en deze te delen met het CBO/iBMG/de Orde, en andere deelnemende ziekenhuizen, waar relevant op basis van aangereikte formats en procedures. Ook is het ziekenhuis bereid om mee te werken aan het evaluatieonderzoek dat uitgevoerd zal worden in opdracht van het ministerie van VWS met als doel de resultaten van “Sneller Beter pijler 3” te evalueren en de geleerde lessen te destilleren.
2. De activiteiten in het kader van “Sneller Beter pijler 3” uit te voeren met de patiënt als belangrijke partner.
3. Na afronding van de programmatische ondersteuning van “Sneller Beter pijler 3” door te gaan op de ingeslagen weg, dat wil zeggen dat er nieuwe projecten worden gestart hetzij binnen de prioriteitsgebieden patiëntveiligheid en patiëntenlogistiek, hetzij daarbuiten. De verdere verspreiding van geleerde lessen staat hierbij centraal.
4. De geleerde lessen niet alleen intern maar ook extern te delen, bijvoorbeeld door middel van publicaties, presentaties op congressen, bezoeken van andere ziekenhuizen, geven van trainingen, enz. Dit in verband met de 2^e ronde van 8

ziekenhuizen die naar alle waarschijnlijkheid in oktober 2005 van start zal gaan en de landelijke verspreiding.

5. Infrastructuur op te bouwen in de organisatie gericht op brede verspreiding van resultaten en geleerde lessen, dat wil zeggen dat er in de organisatie mensen ervaring opdoen met het uitvoeren van verbeterprojecten en dat er een ondersteuningsstructuur wordt opgericht voor (nieuwe) projecten.
6. Ieder half jaar een evaluatie plaats te laten vinden tussen RvB en interne projectcoördinator uit het ziekenhuis en de externe begeleiders namens CBO/iBMG/OMS.

Bron: landelijk plan van aanpak, p. 23-24; Programma Sneller Beter pijler 3 Tranche II, Een nadere kennismaking, p 11-12

Selectieprocedure

De bekendmaking van SB p3 vindt plaats door een gezamenlijk persbericht van VWS en ZonMw. Daarnaast worden alle ziekenhuizen in Nederland per brief geïnformeerd. Ziekenhuizen die belangstelling hebben voor deelname dienen dit schriftelijk, door middel van het invullen van een aanmeldingsformulier kenbaar te maken. Het aanmeldingsformulier dient voor een bepaalde datum in het bezit te zijn van het CBO. Op basis van de schriftelijke aanmelding worden ziekenhuizen geselecteerd waarmee vervolgens verkennende gesprekken gevoerd zullen worden met minimaal:

- voltallige Raad van Bestuur;
- managementteam;
- medisch stafbestuur;
- beoogd projectcoördinator;
- hoofd OK;
- verantwoordelijke patiëntenlogistiek.

In deze gesprekken wordt verkend in hoeverre de uitgangssituatie en het ambitieniveau in het ziekenhuis aansluit bij de aanpak van “Sneller Beter pijler 3”. Ook wordt bezien of het betreffende ziekenhuis voldoet aan de randvoorwaarden voor een succesvol verloop van het programma en wordt de aanwezigheid van eventuele contra-indicaties voor deelname verkend.