



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

NFU-programma “Uitwisseling kwaliteitsbeleid UMC’s”
Procesevaluatie op het niveau van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg en
themaprojectgroepen

Janneke Schilp
Jany Rademakers

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

NIVEL, Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT
<http://www.nivel.nl>
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

ISBN 978-94-6122-288-6

©2015 NIVEL

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

Inhoud

Voorwoord	5
Samenvatting	6
1 Inleiding en doelstelling	9
1.1 Achtergrond	9
1.2 Doelstelling procesevaluatie	10
1.3 Vraagstelling	10
1.4 Leeswijzer	10
2 Methode procesevaluatie	11
2.1 Documentenanalyse en observaties	12
2.2 Verdiepende interviews	12
3 Opzet programma ‘Uitwisseling kwaliteitsbeleid UMC’s’	14
3.1 Beleidsprobleem	14
3.2 Instrument	14
3.2.1 Consortium Kwaliteit van Zorg	14
3.2.2 Programma “Uitwisseling kwaliteitsbeleid UMC’s”	15
3.2.3 Structuur programma “Uitwisseling kwaliteitsbeleid UMC’s”	15
3.2.4 Geplande rollen en verantwoordelijkheden	15
3.2.5 Selectie van thema’s	16
3.2.6 Voorgenomen tijdsplan	18
4 Uitvoering van het programma	19
4.1 Planning	19
4.2 Samenstelling en rollen	19
4.3 Mate van uitwisseling kwaliteitsbeleid tussen UMC’s	20
4.4 Aanpak implementatie	20
4.5 Implementatieactiviteiten implementatiefellows	21
4.6 Waarde samenkomsten UMC’s	22
5 Beïnvloedende factoren	23
5.1 Bevorderende factoren	23
5.1.1 Individuele factoren	23
5.1.2 Sociale factoren	24
5.1.3 Organisatorische factoren	24
5.2 Belemmerende factoren	24
5.2.1 Individuele factoren	24
5.2.2 Sociale factoren	25

5.2.3	Organisatorische factoren	25
5.3	Beïnvloedende factoren in communicatie tussen consortium en projectgroepen	27
5.3.1	Bevorderende factoren	27
5.3.2	Belemmerende factoren	28
6	Randvoorwaarden	29
6.1	Structuur	29
6.2	Doel themaprojectgroepen	29
6.3	Beschikbaarheid van middelen	30
6.4	Teamsamenstelling	30
6.5	Motivatie en sfeer	31
6.6	Bijeenkomen	31
6.7	Mandaat en draagvlak	32
7	Conclusies en aanbevelingen	33
7.1	Conclusies	33
7.2	Aanbevelingen	34
	Literatuur	37
	Bijlage 1. Topiclijst interviews	38
	Bijlage 2. Afkortingen	40

Voorwoord

Voor u ligt het rapport van de procesevaluatie van het programma “Uitwisseling Kwaliteitsbeleid UMC’s”. Dit programma werd in 2012 gestart, onder begeleiding van het consortium Kwaliteit van Zorg van de Nederlandse Federatie Universitair Medische Centra (NFU). Het consortium Kwaliteit van Zorg werd in 2010 opgericht door de NFU. Eén belangrijke doelstelling van het consortium was om als UMC’s proactief van elkaar te leren in de verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg.

Het programma “Uitwisseling Kwaliteitsbeleid UMC’s” was één van de aandachtsgebieden van de NFU en was gericht op de actieve uitwisseling van implementatiekennis en ervaring tussen de UMC’s op specifieke inhoudelijke thema’s. Het doel van het programma was om het minimumniveau voor deze thema’s, die nauw verbonden zijn met kwaliteit, vast te stellen door experts uit de UMC’s, en ‘best practices’ uit te wisselen om het vastgestelde kwaliteitsniveau in alle (of de meeste) UMC’s op een bepaalde termijn te realiseren. In dit rapport wordt de procesevaluatie van dit programma beschreven, op het niveau van de themaprojectgroepen en het consortium. De effectevaluatie wordt binnen de themaprojectgroepen uitgevoerd en zal de impact van de activiteiten op het niveau van de UMC’s meten. Dit valt buiten voorliggend rapport.

Dit rapport is ten eerste interessant voor ZonMw, de NFU, het consortium Kwaliteit van Zorg en alle betrokkenen bij het programma. Daarnaast is het interessant voor andere relevante stakeholders, zoals bijvoorbeeld beleidsmakers, ziekenhuisbestuurders, kwaliteitsfunctionarissen en onderzoekscentra.

Het rapport geeft inzicht in het proces van het programma en geeft aanbevelingen die een handvat kunnen bieden bij de vormgeving van toekomstige thema’s van het programma of eventuele vervolg kwaliteitsprogramma’s.

De auteurs

Utrecht, februari 2015

Samenvatting

Het programma “Uitwisseling Kwaliteitsbeleid UMC’s” werd vanaf 2012 ingezet om het uitwisselen van ervaringen en ontwikkelde methodieken tussen Universitair Medische Centra (UMC’s) te bevorderen en daarmee kwaliteitsbeleid te verbeteren. Het programma werd gestart met drie inhoudelijke thema’s: 1) medicatieveiligheid; 2) perioperatieve zorg; en 3) interne audit. Per thema werd een themaprojectgroep opgericht waarin elk UMC vertegenwoordigd werd door een inhoudelijk expert. Het doel van deze procesevaluatie was inzicht te verschaffen in het proces, de uitwisseling van implementatiekennis, en beïnvloedende factoren bij de uitvoering van het programma ‘Uitwisseling kwaliteitsbeleid UMC’s’, op het niveau van het consortium Kwaliteit van Zorg en het niveau van de themaprojectgroepen. De procesevaluatie werd uitgevoerd door middel van een documentanalyse, observaties en interviews. Voor de documentanalyse werden bestaande documenten verzameld om de opzet, structuur en organisatie van het programma in kaart te brengen. Hiermee kon een beschrijving worden gemaakt van het verloop van het programma. Hierna werden in totaal 18 interviews afgenomen met verschillende betrokkenen binnen het programma.

Uit de procesevaluatie blijkt dat er veel uitwisseling van kennis en ervaringen tussen UMC’s heeft plaatsgevonden tijdens de bijeenkomsten van de themaprojectgroepen. Het daadwerkelijk samenkomen van de UMC’s in de themaprojectgroepen werd door de leden ervaren als zeer waardevol en essentieel voor uitwisseling. Door de veelal open sfeer, vertrouwen en bereidheid om te delen heerste er transparantie binnen de themaprojectgroepen. Doordat het programma in consortiumverband is opgezet, werd er een ingang in de afzonderlijke UMC’s gecreëerd, en door samenwerking tussen de UMC’s in het consortium konden zaken beter op elkaar afgestemd worden.

Gedurende het programma zijn er implementatieplannen met strategieën en praktische tools ontwikkeld die UMC’s konden ondersteunen bij de implementatie. Vaak zijn de UMC’s nog niet tot daadwerkelijke implementatie van veranderingen in kwaliteitsbeleid gekomen. De belangrijkste oorzaken hiervoor lagen voornamelijk op het gebied van organisatorische factoren. Aangegeven werd dat er onvoldoende druk was op het niveau van het consortium en dat vertegenwoordigers van UMC’s vaak te weinig mandaat hadden. Draagvlak en commitment voor een thema binnen een UMC bleken ook erg belangrijk voor de uitvoering en implementatie van een thema, zowel op bestuurlijk niveau als op afdelingsniveau. Soms werd er binnen UMC’s te weinig tijd en prioriteit gegeven aan de uitvoering van de projecten, wat de implementatie van een thema bemoeilijkte. Hele specifieke thema’s, zoals medicatieveiligheid, lijken eenvoudiger te implementeren dan minder specifieke thema’s. Als er binnen een organisatie veel verschillende lagen betrokken moeten worden bij de implementatie van een thema lijkt dit implementatie te bemoeilijken.

De samenstelling van de themaprojectgroep en de keuze van de voorzitter bleken erg belangrijk. Een centraal aanspreekpunt in de vorm van projectleider was ook essentieel.

Gedurende het programma waren er veel wisselingen in de samenstelling van de themaprojectgroepen, wat de voortgang van het programma heeft vertraagd. Een duidelijke taakomschrijving van de rol van implementatiefellow en linking pin ontbrak bij aanvang van het programma. Hierdoor was het onduidelijk wat er van hen verwacht kon worden en wat de linking pins naar de UMC's konden betekenen, wat de terugkoppeling vanuit het consortium belemmerde. Aangegeven werd dat er meer behoefte was geweest aan uitwisseling tussen de verschillende themaprojectgroepen, omdat men elkaar ondersteuning kan bieden bij generieke problemen. Het heeft relatief veel tijd gekost om gezamenlijke doelen in de themaprojectgroepen te formuleren, omdat bij de start thema's nog verder afgebakend moesten worden. Het bleek ook niet altijd mogelijk om een specifieke 'best practice' te beschrijven. Door verschillen tussen UMC's in de strategie en organisatie van kwaliteitsbeleid en door wisselende prioriteiten tussen de UMC's, was harmonisatie soms lastig en kon geen uniforme werkwijze geformuleerd worden. Mogelijk is het ook niet realistisch om deze uniformiteit in implementatie na te streven en moeten verschillen tussen UMC's meegenomen worden in de strategie.

Aanbevelingen

De resultaten laten zien dat er voor toekomstige thema's of kwaliteitsprogramma's verbeteringen mogelijk zijn. Hieronder worden een aantal praktische aanbevelingen gegeven, op de onderdelen structuur, organisatorische factoren, opzet van themaprojectgroepen en selectie van thema's.

Structuur:

- Doordat verschillende themaprojectgroepen tegen dezelfde generieke problemen aanlopen, is het aan te bevelen om een overkoepelende terugkoppeling te doen met de voorzitters en implementatiefellows tussen themaprojectgroepen. Hierdoor zouden problemen waar men tegenaan loopt eerder erkent worden en kan gezamenlijk over oplossingen worden gedacht.
- De terugkoppeling tussen de themaprojectgroepen en het consortium werd als belangrijk ervaren, maar was nu onvoldoende aanwezig. In de structuur van het programma was een belangrijke rol voor deze terugkoppeling weggelegd voor de linking pins van het consortium, maar de themaprojectgroepen hebben hier onvoldoende van geprofiteerd. Belangrijk is om de rol en functie van de linking pin als communicatiemiddel tussen de themaprojectgroepen goed te beschrijven en toe te passen, zodat duidelijk is wat er van ze verwacht kon worden en waar ze op aangesproken kunnen worden.
- De voorbereiding van de thema's is erg belangrijk gebleken. Van tevoren moeten doelen goed uitgewerkt worden door deze SMART te formuleren. Het doel moet realistisch en voldoende afgebakend zijn. Ook moeten er duidelijke randvoorwaarden benoemd worden, waarin ook de verantwoordelijkheden van de betrokken personen duidelijk naar voren komen.

Organisatorische factoren:

- Belangrijk bleek dat vertegenwoordigers van UMC's voldoende mandaat moeten hebben om een project ook daadwerkelijk te kunnen uitvoeren binnen een UMC. Consortiumleden moeten voldoende mandaat binnen hun organisatie krijgen en deze personen moeten ook geschikt zijn om dit mandaat te gebruiken. Themaprojectgroep leden moeten binnen hun eigen UMC in de gelegenheid gesteld worden om verantwoordelijkheid voor een thema te kunnen dragen.
- Draagvlak van een thema binnen een organisatie is erg belangrijk. Door een thema op tijd in de organisatie te agenderen en voor te bereiden in de UMC's en bestuurders en directie op tijd bij het thema te betrekken, kan draagvlak gecreëerd worden.
- Prioriteit voor een thema binnen een UMC is belangrijk om het project te kunnen laten slagen. Dit moet wel mogelijk zijn binnen een UMC. Soms klopt de timing van een bepaald project niet met de prioriteiten die op dat moment in een UMC worden gegeven. Dan moet dit erkent worden en het ook mogelijk zijn om als UMC niet deel te nemen aan dat project.
- Voor daadwerkelijke implementatie van een thema is het belangrijk gebleken dat er voldoende middelen beschikbaar zijn, in vormen van tijd en personeel.

Opzet van themaprojectgroepen:

- De keuze van een goede voorzitter is belangrijk. Dit moet iemand zijn die zowel procesmatig als inhoudelijk deskundig is, en ook als expert op dat thema erkent wordt.
- Openheid en transparantie van de leden in de themaprojectgroepen is essentieel.
- De samenstelling van de themaprojectgroep is erg belangrijk gebleken. Personen met de juiste deskundigheid moeten in de themaprojectgroepen deelnemen. Bij de opzet van het programma kan een duidelijke profielschets voor themaprojectgroep leden hierbij ondersteunen, zodat hiervoor de juiste personen worden aangenomen. Voor sommige thema's geldt bijvoorbeeld dat per UMC zowel een inhoudsdeskundige als een kwaliteitsfunctionaris betrokken zou moeten worden om zowel inhoudelijk als op procesniveau voldoende draagvlak binnen de UMC's te kunnen creëren.

Selectie van thema's:

- Voorafgaand aan de eerste bijeenkomst van themaprojectgroepen moet de doelstelling concreet geformuleerd en de planning goed uitgewerkt zijn. Dit zal veel tijd in het verloop van het project besparen.
- In de planning moet rekening gehouden worden met de inhoud van een thema. Als er meerdere lagen bij implementatie betrokken moeten worden, zal implementatie meer tijd kosten.

1 Inleiding en doelstelling

1.1 Achtergrond

Onderzoek wijst uit dat ongeveer 30-50% van de patiënten niet de zorg ontvangt die op grond van de huidige wetenschappelijke kennis verwacht mag worden (Grol & Grimshaw, 2003). Dit kan leiden tot een langere periode van onzekerheid over de diagnose, een kleinere kans op herstel, vermijdbare complicaties, een langer ziekbed, langer en/of meer pijn en soms zelfs eerder overlijden. Vaak gaat dit ook gepaard met ondoelmatige zorg. ZonMw Doelmatigheidsprojecten, op onder meer het terrein van perioperatieve zorg en medicatieveiligheid, hebben geresulteerd in inspirerende voorbeelden van zorgpraktijken, de zogenaamde ‘best practices’. Deze ‘best practices’ laten zien dát en met name hóe het mogelijk is om kwaliteits- en doelmatigheidswinst te boeken in de verleende zorg (de Vries e.a., 2010; Klopowska e.a., 2010; van Doormaal e.a., 2010; Rommers e.a., 2011). Helaas vindt verspreiding van deze ‘best practices’ niet vanzelfsprekend plaats (Grol & Wensing, 2006).

NFU Consortium Kwaliteit van Zorg

In 2010 is het consortium Kwaliteit van Zorg opgericht door de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Met de oprichting van dit consortium gaf de NFU gestalte aan het feit dat zij kwaliteit van zorg als één van haar kerndossiers beschouwde. Eén belangrijke doelstelling van het consortium was om als UMC's proactief van elkaar te leren in de verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg. Vanuit elk UMC werd een expert op het gebied van kwaliteit van zorg lid van het consortium. Deze acht consortiumleden vormden de kern. Daarnaast was er een coördinatieteam dat zorg droeg voor continuïteit en ondersteuning. De activiteiten van het NFU consortium Kwaliteit van Zorg werden ondergebracht in vier aandachtsgebieden, waaronder het aandachtsgebied ‘Uitwisseling kwaliteitsbeleid UMC's’ (Hoeksema & Verduijn, 2012).

Programma ‘Uitwisseling kwaliteitsbeleid UMC's

Het NFU consortium Kwaliteit van Zorg wilde bevorderen dat UMC's hun expertise op het gebied van kwaliteitsverbeteringen in de patiëntenzorg meer met elkaar deelden. De UMC's konden en wilden van elkaar leren, met als doel nieuwe kennis over kwaliteit van zorg te ontwikkelen, te implementeren, en toegankelijk te maken voor andere zorginstellingen. Het zag meerwaarde in het uitwisselen van ontwikkelde methodieken en ervaringen, in het verlengde waarvan UMC's elkaars methodieken kunnen gebruiken en evalueren. Daarom werd in maart 2012 onder begeleiding van het NFU consortium Kwaliteit van Zorg het programma ‘Uitwisseling kwaliteitsbeleid UMC's’ gestart. Dit programma was gericht op de actieve uitwisseling van implementatiekennis en ervaring op drie inhoudelijke thema's: 1) medicatieveiligheid; 2) perioperatieve zorg; en 3) interne audit. Het doel was om het minimumniveau voor specifieke thema's die nauw verbonden zijn met kwaliteit vast te stellen door experts uit de UMC's, en ‘best practices’ uit te wisselen om het vastgestelde kwaliteitsniveau in alle (of de meeste) UMC's op een bepaalde termijn te realiseren.

1.2 Doelstelling procesevaluatie

Het doel van deze procesevaluatie was meer inzicht te verschaffen in het proces, de uitwisseling van implementatiekennis, en beïnvloedende factoren bij de uitvoering van het programma ‘Uitwisseling kwaliteitsbeleid UMC’s’ op het niveau van het consortium Kwaliteit van Zorg en het niveau van de themaprojectgroepen.

1.3 Vraagstelling

Om de doelstelling van de procesevaluatie te bereiken, werden vijf hoofdvragen opgesteld. Deze luiden:

1. Hoe is het programma ‘Uitwisseling kwaliteitsbeleid UMC’s’ vormgegeven en uitgevoerd (hoofdstuk 3)?
2. In welke mate heeft de opzet van het programma in consortiumverband bijgedragen aan de uitwisseling van ervaring en implementatiekennis tussen de UMC’s? Wat is de rol geweest van het consortium zelf en van de bestuurders (hoofdstuk 4)?
3. Met welke activiteiten hebben de implementatiefellows de samenwerking tussen het NFU consortium Kwaliteit van Zorg en de themaprojectgroepen ondersteund (hoofdstuk 4)?
4. Welke bevorderende en belemmerende factoren hebben een rol gespeeld in de opzet en uitvoering van het programma (hoofdstuk 5 en 6)?
5. Welke aanbevelingen omtrent samenwerking en uitvoering kunnen, op basis van de ervaringen met het programma, worden gedaan voor toekomstige programma’s (hoofdstuk 7)?

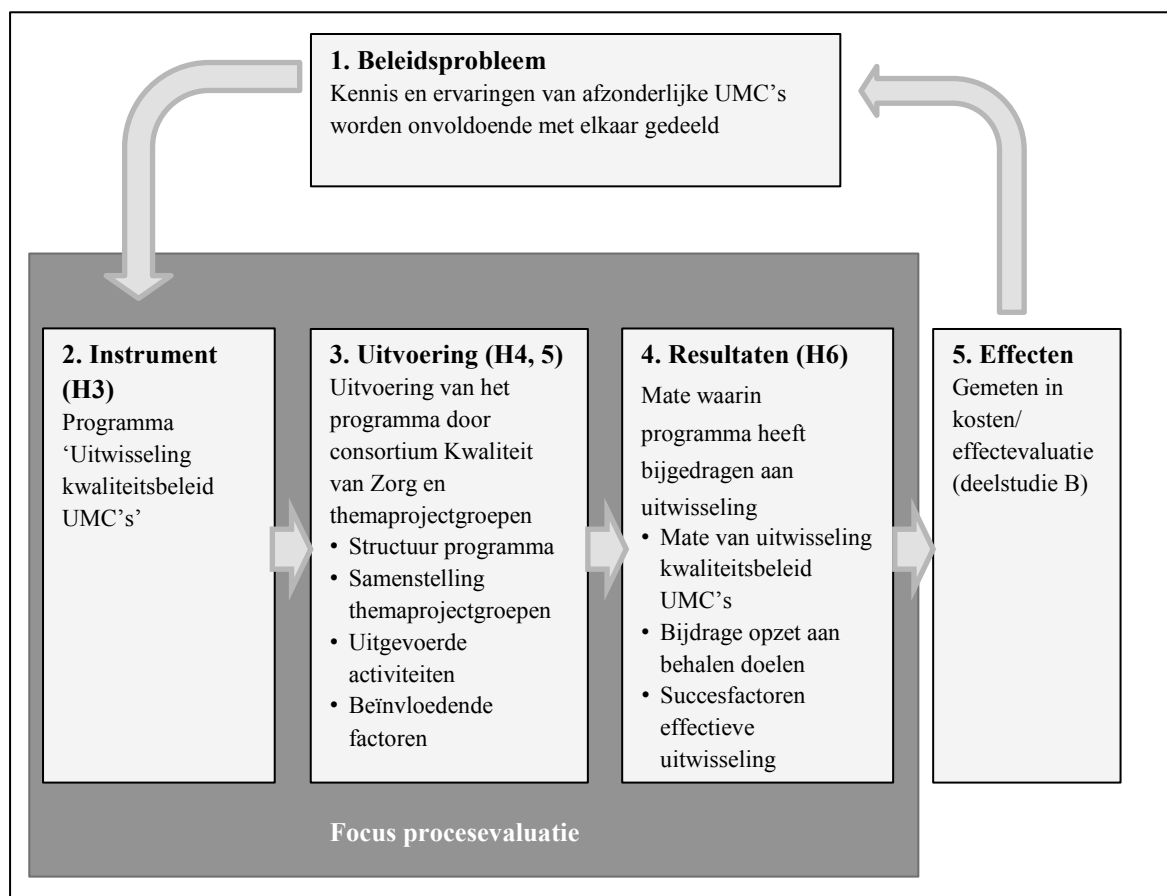
1.4 Leeswijzer

Dit rapport bevat de bevindingen van de procesevaluatie naar het NFU programma “Uitwisseling kwaliteitsbeleid UMC’s”. **Hoofdstuk 2** beschrijft de wijze waarop de procesevaluatie is opgezet en de gegevens zijn geanalyseerd. **Hoofdstuk 3** beschrijft hoe het programma is vormgegeven en uitgevoerd (hoofdvraag 1). Eerst wordt toegelicht hoe het programma tot stand is gekomen en hoe de structuur van het programma is ontworpen. Daarna worden de verschillende rollen en verantwoordelijkheden binnen het programma toegelicht en de totstandkoming van de selectie van de drie inhoudelijke thema’s. In hoofdstuk 4 t/m 7 worden de resultaten beschreven uit de interviews en daarmee wordt antwoord gegeven op hoofdvraag 2 t/m 5. **Hoofdstuk 4** gaat in op de wijze waarop het programma is uitgevoerd en heeft bijgedragen aan uitwisseling van ervaring en implementatiekennis tussen UMC’s. **Hoofdstuk 5** bespreekt de beïnvloedende factoren in de opzet en uitvoering van het programma, op het niveau van het NFU-consortium en de themaprojectgroepen. **Hoofdstuk 6** beschrijft randvoorwaarden van het programma die naar voren kwamen in de interviews. **Hoofdstuk 7** geeft een conclusie van de eerste vier hoofdvragen en geeft op basis van de ervaringen met het programma aanbevelingen die gebruikt kunnen worden voor toekomstige thema’s en kwaliteitsprogramma’s (hoofdvraag 5).

2 Methode procesevaluatie

Voor de opzet van de procesevaluatie werd gebruik gemaakt van een beleidsevaluatiemodel, dat ontwikkeld is door Research voor Beleid en in diverse procesevaluaties is toegepast (Vijfwinkel e.a., 2008; De Visser e.a., 2009; Poortvliet & Van Vree, 2009; Poortvliet & Verweij, 2009). Het model bestaat uit de volgende componenten: 1) beleidsprobleem; 2) instrumenten; 3) uitvoering; 4) resultaten; en 5) effecten en een terugkoppeling naar het beleidsprobleem. In figuur 1 wordt het model en de focus van onderhavige procesevaluatie grafisch weergegeven.

Figuur 1. Beleidsevaluatie model



Door middel van een documentenanalyse, observaties en interviews werden gegevens verzameld over de opzet en uitvoering van het programma 'Uitwisseling kwaliteitsbeleid UMC's' om antwoord te kunnen geven op de hoofdvragen. Hierna worden de methoden nader beschreven.

2.1 Documentenanalyse en observaties

Allereerst werden bestaande documenten verzameld om de oorspronkelijke opzet, structuur en organisatie van het programma in kaart te brengen. Via de projectleider en het secretariaat van het NFU consortium Kwaliteit van Zorg werden relevante documenten verzameld en bestudeerd. Dit waren beleidsnotities van het NFU consortium Kwaliteit van Zorg en de NFU bestuurscommissie Opleiding & Patiëntenzorg (O&P), correspondentie tussen NFU consortium Kwaliteit van Zorg en de betrokken partijen uit de UMC's, en notulen van de bijeenkomsten van het NFU consortium, en de themaprojectgroepen. Op basis van deze documenten kon een beschrijving worden gemaakt van het verloop van het programma op het gebied van inhoud, organisatie, samenwerking, continuïteit en borging. Met behulp van de documentanalyse werd antwoord gegeven op hoofdvraag 1.

Verdiepend op de documentenanalyse werd van elke themaprojectgroep een bijeenkomst bijgewoond om de gang van zaken voor de verschillende themaprojectgroepen te observeren. De resultaten van de documentenanalyse en de observaties van de themaprojectgroepen werden gebruikt voor het samenstellen van de topiclijst die als leidraad diende voor de verdiepende interviews.

2.2 Verdiepende interviews

Het doel van de interviews was op verschillende niveaus een beeld te krijgen van het ontstaan en de uitvoering van het programma, en factoren die bevorderend of belemmerend hebben gewerkt, vanuit het perspectief van betrokken stakeholders. De topiclijst voor de interviews werd samengesteld op basis van het onderzoeksprotocol, de resultaten uit de observaties en documentanalyse, en overlegd met de implementatiefellows en projectleider. De totale topiclijst is bijgevoegd in bijlage 1. Uiteenlopende factoren kunnen de werking van het programma of het proces beïnvloeden (Grol & Wensing, 2006). Box 1 geeft een schematisch overzicht van de mogelijke beïnvloedende factoren. Tijdens de interviews werd niet specifiek gevraagd naar deze factoren, maar werd een open vraag gesteld over beïnvloedende factoren gedurende het programma.

Box 1. Beïnvloedende factoren bij implementatie (Grol & Wensing, 2006)

Inhoudelijk domein	Factoren
Individuele factoren	<ul style="list-style-type: none">• Cognitief• Motivationeel• Gedragmatig en persoonskenmerken
Sociale factoren	<ul style="list-style-type: none">• Professionele ontwikkeling• Professionele teams• Professionele netwerken
Organisatorische factoren	<ul style="list-style-type: none">• Organisatiestructuren en werkprocessen• Organisatieprocessen• Beschikbare middelen
Maatschappelijke factoren	<ul style="list-style-type: none">• Financiële prikkels• Wet- en regelgeving• Segmenten in de doelgroep

In de periode mei t/m oktober 2014 werden semigestructureerde interviews afgenomen met relevante betrokkenen. Het streven was om van elk onderdeel van de structuur van het programma iemand te interviewen. Van elke themaprojectgroep werd de voorzitter en 1 lid van de themaprojectgroep geïnterviewd. Bij de selectie van de themaprojectgroep leden werd gekeken welke personen veel aanwezig waren geweest bij de bijeenkomsten, en daardoor inzicht konden hebben in het gehele proces. Daarnaast was het streven om in ieder geval één persoon uit elk UMC te interviewen. Alle implementatiefellows werden geïnterviewd. Uiteindelijk werden er 18 personen per mail uitgenodigd voor een interview, en deze personen waren allemaal bereid mee te doen. Drie van de 18 interviews werden telefonisch afgenomen. De duur van de interviews was gemiddeld 30 tot 60 minuten. De volgende personen zijn geïnterviewd:

- 1 lid coördinatieteam
- 1 voorzitter van het consortium Kwaliteit van Zorg
- 5 linking pins van het consortium Kwaliteit van Zorg (3 participierend in een themaprojectgroep en 2 niet participierend in de betreffende themaprojectgroepen)
- 4 implementatiefellows
- 1 projectleider
- 3 voorzitters van de themaprojectgroepen
- 3 leden van de themaprojectgroepen (1 per themaprojectgroep)

De interviews werden opgenomen en na afloop getranscribeerd. De interviews werden gecodeerd met behulp van MAXQDA 2011 door de onderzoeker (JS). Een code structuur werd voorafgaand aan het coderen ontwikkeld door de onderzoeker (JS) en vervolgens getoetst bij een tweede onderzoeker (JR). Deze was gebaseerd op de topiclijst en de beïnvloedende factoren in Box 1. Tijdens het coderen werd de code structuur uitgebreid indien de opgenomen codes ontoereikend waren. Met de resultaten van de interviews werd een antwoord gegeven op de hoofdvragen 2 t/m 5. Enkele citaten uit de interviews werden ter illustratie gebruikt in de resultaten.

3 Opzet programma ‘Uitwisseling kwaliteitsbeleid UMC’s’

3.1 Beleidsprobleem

Het onderwerp “kwaliteit van zorg” is de laatste jaren steeds belangrijker geworden. Ontwikkelingen op landelijk niveau in wet- en regelgeving en uitwerking van het overheidsbeleid door verschillende organisaties hebben consequenties voor het kwaliteitsbeleid van de UMC’s. De UMC’s worden in toenemende mate door de overheid, IGZ en verzekeraars aangesproken over de verantwoording over de kwaliteit van zorg.

Kwaliteit van zorg werd dan ook door het NFU-bestuur beschouwd als één van de kerndossiers. De behoefte was uitgesproken aan een meer proactieve en nadrukkelijke rol voor de UMC’s. In totaal werden drie thema’s over kwaliteit geformuleerd, waarvan ‘Kwaliteitsbeleid van UMC’s’ als thema 2 werd benoemd. Thema 1 was ‘Landelijk kwaliteitsbeleid’ en thema 3 ‘Onderzoek en opleiding/onderwijs’.

Het beleidsprobleem kon worden beschreven als het onvoldoende delen van het kwaliteitsbeleid tussen de afzonderlijke UMC’s. Er lag – zo was de overtuiging van de NFU – een schat aan waardevolle ervaringen, implementatiekennis en ideeën in de UMC’s. Echter de uitwisseling van implementatiekennis en ervaringen tussen de UMC’s was niet vanzelfsprekend.

3.2 Instrument

Het instrument dat werd ingezet, was het programma ‘Uitwisseling kwaliteitsbeleid UMC’s’, uitgevoerd onder de begeleiding van het NFU consortium Kwaliteit van Zorg. Het consortium initieert en coördineert de actieve uitwisseling van bestaande ‘best practices’ en goede voorbeelden van kwaliteitsbeleid.

3.2.1 Consortium Kwaliteit van Zorg

Het consortium Kwaliteit van Zorg werd in 2010 opgericht om een proactieve en nadrukkelijke rol te vervullen in ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit van zorg en zich als zodanig te profileren. Vanuit elk UMC was een expert op het gebied van kwaliteit van zorg lid van het consortium. De doelen van het consortium werden beschreven als: 1) participeren: inhoudelijke bijdrage leveren aan nationale discussie op het gebied van kwaliteit van zorg; 2) uitvoeren: waar aangewezen verantwoordelijkheid nemen voor landelijke of regionale processen op het gebied van kwaliteit van zorg; en 3) kennis vergroten en uitdragen: activiteiten in de UMC’s op het gebied van kwaliteit van zorg, onderzoek, onderwijs en patiëntenzorg coördineren, stimuleren en uitvoeren. De doelstelling was om als UMC’s, verenigd in de NFU, in 2012 diverse keren het nieuws te halen met de presentatie van een aantal ‘best practices’ om er blijk van te geven dat de kwaliteit van zorg op de betreffende punten in alle (of de meeste) UMC’s uitstekend op orde was. Deze gerichte communicatie over succesvolle activiteiten zou de positie van de NFU benadrukken en kunnen versterken.

3.2.2 *Programma “Uitwisseling kwaliteitsbeleid UMC’s”*

Het kwaliteitsbeleid van de afzonderlijke UMC’s werd als autonoom ervaren. Ieder UMC gaf zijn eigen invulling aan het thema Kwaliteit van zorg en de wijze van organisatie rondom dit thema liet ook veel variaties zien. Elk UMC maakte zijn eigen keuzes over methoden en stemde zijn ontwikkelagenda hierop af. In sommige gevallen leidde variatie wel tot het delen van kennis, maar dat was niet standaard of gestructureerd. Opgemerkt werd dat de UMC’s veel meer ervaringen en inhoudelijke expertise zouden moeten delen en resultaten naar buiten zouden moeten brengen. Daarom werd het zinvol geacht een expertiseplatform in te stellen voor het uitwisselen van ervaringen en ontwikkelde methodieken. In het verlengde hiervan zouden UMC’s elkaars ontwikkelde methodieken kunnen gebruiken en evalueren. Door synergie, gerichte inzet van expertise en capaciteit en in afstemming met de nationale context zou meerwaarde kunnen worden gevonden. De gedachte was dat als er onderling meer gedeeld werd, dit zou leiden tot meer onderscheidend vermogen ten opzichte van andere ziekenhuizen op het kwaliteitsdossier. Het delen van kennis zou de NFU daarnaast ook de mogelijkheid bieden om zich naar buiten toe beter te profileren en zichtbaarheid van de NFU te vergroten. Vanuit deze oogpunten werd vanuit het consortium Kwaliteit van Zorg het programma “Uitwisseling kwaliteitsbeleid UMC’s” geïnitieerd,

3.2.3 *Structuur programma “Uitwisseling kwaliteitsbeleid UMC’s”*

Voor elk inhoudelijk thema van het programma werd een **themaprojectgroep** opgericht. Vanuit elke UMC maakt een expert op het inhoudelijke thema deel uit van de themaprojectgroep. Een **projectleider** nam deel aan alle drie de projectgroepen. Daarnaast maakten een of meerdere ZonMw **implementatiefellows (IF)**, werkzaam in de UMC’s, deel uit van de themaprojectgroep. In samenwerking met deze implementatiefellows werd de evaluatiestudie (op projectniveau) vormgegeven. De opzet was dat waar mogelijk ook een **patiëntvertegenwoordiger** zou participeren in de themaprojectgroep. Een vertegenwoordiger van het NFU-consortium zou, op enige afstand, als **linking pin (LP)** naar het consortium deelnemen aan de themaprojectgroep. Een kleine **stuurgroep** met veel implementatiekennis en -ervaring stuurde de themaprojectgroepen aan. Voor de stuurgroep en de themaprojectgroepen was bureau-ondersteuning beschikbaar. In figuur 2 is het organogram van het programma weergegeven.

3.2.4 *Geplande rollen en verantwoordelijkheden*

In het programma werden de volgende rollen weergegeven met hun verantwoordelijkheden:

- De **projectleider** werd aangesteld door het coördinerend team van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg, en rapporteerde over de voortgang van de drie projecten in de stuurgroep, die hem/haar aanstuurde, en naar het coördinerend team. De projectleider nam deel aan de stuurgroep. De projectleider nam de initiatieven voor de vergaderingen van de drie themaprojectgroepen, begeleidde daar de discussies en rapporteerde de besluiten. Ook bewaakte zij de voortgang van de lokale projecten in de UMC’s en adviseerde waar nodig. De projectleider onderhield daarvoor intensief contact met de lokale projectleiders in de UMC’s.

- De **Implementatiefellow** nam deel aan de centrale projectgroepvergaderingen en begeleidde vanuit zijn/haar veranderexpertise de discussies en besluitvorming. De implementatiefellow zag toe op het beschrijven van de ‘change packages’, belegging van de implementatietaken voor het thema in de UMC’s, en de definiëring van uitkomsten en meetmethoden. De implementatiefellow coördineerde de dataverzameling en analyse op het niveau van de centrale projectgroep en had een actieve bijdrage in rapportages.
- De taak van de **linking pins** was tweeledig. Enerzijds kon de linking pin als lid van het consortium mede sturing geven aan de NFU-activiteiten, anderzijds had de linking pin een coördinerende taak in het eigen UMC. Het doel van het eigen UMC-netwerk was synergie, afstemming van bestaande activiteiten en initiëren van nieuwe initiatieven. De linking pins hadden een goed overzicht van expertise op het gebied van kwaliteit van zorg en lopende (onderzoeks-)projecten in hun UMC. Daarnaast hadden zij een aanjaagfunctie wat betreft nieuwe initiatieven, projectaanvragen, etc. en zouden zij de formatieve inzet vanuit hun UMC kunnen bewaken.
- De taken van de **stuurgroep** waren onder andere: afstemming en coördinatie, bewaken van de voortgang en (mede)aanvragen van subsidies. In de stuurgroep werd generieke implementatiekennis uit de projecten geëxtraheerd en gestreefd werd naar het verkrijgen van externe financiering voor (onderdelen van) de projecten.

3.2.5 *Selectie van thema’s*

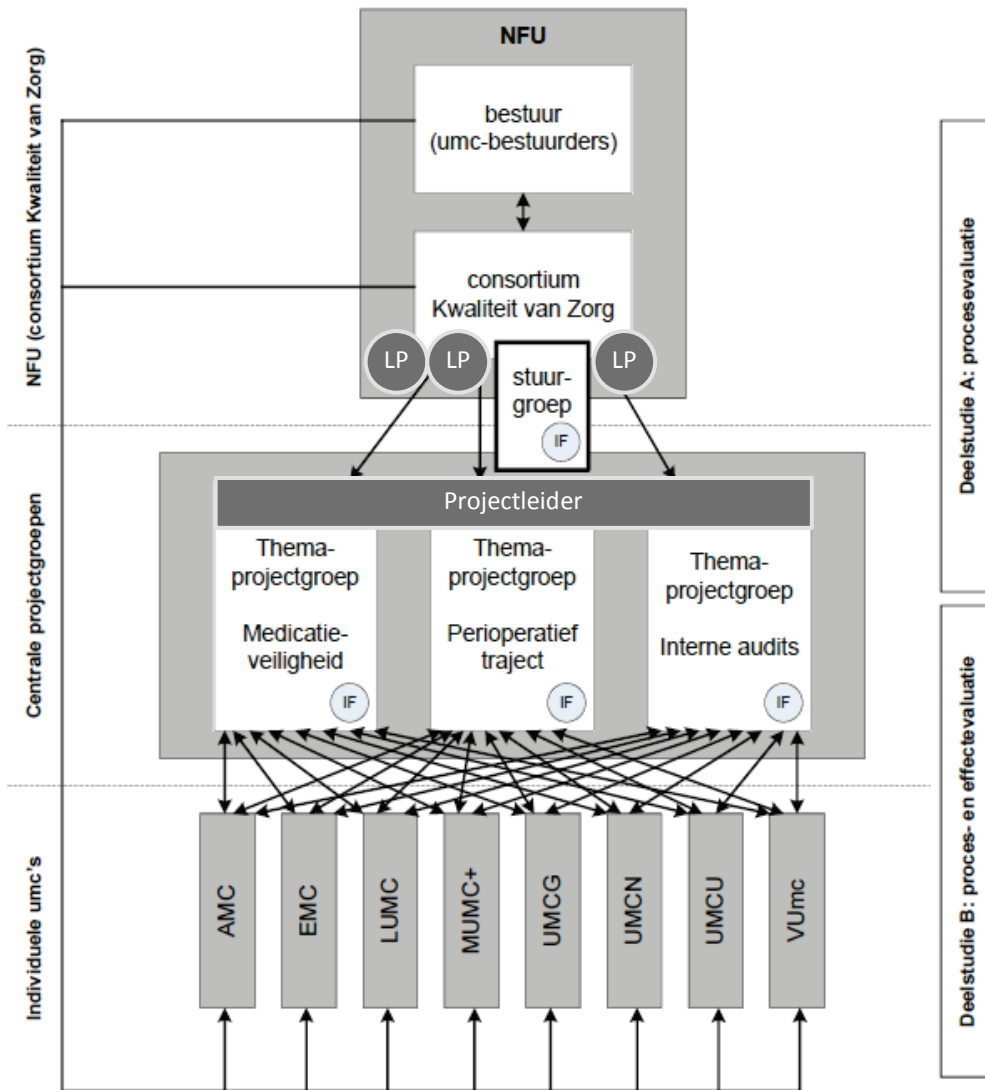
In de voorbereidingsfase werden de acht consortiumleden gevraagd elk vijf concrete onderwerpen van kwaliteitsverbetering in februari 2011 aan te dragen, waarin het eigen UMC ver gevorderd was. Deze onderwerpen werden beoordeeld aan de hand van de volgende criteria: overdraagbare kennis, passend bij topzorg in het UMC / natuurlijke voorloperrol UMC, realistisch resultaat in 1 à 1,5 jaar, maatschappelijke relevantie (uit te drukken in het belang voor de patiënt) en duidelijke impact op de zorgverlening. Uit de lijst van aangedragen onderwerpen werd door het coördinerend team een lijst opgesteld met 16 thema’s voor kwaliteitsverbetering, waarvan tenminste één UMC had aangegeven een ‘best practice’ te hebben en bereid te zijn deze ‘best practice’ met andere UMC’s te delen. Deze lijst werd voorgelegd aan een groep van maximaal tien personen (clinici, directie, kwaliteitsmedewerkers, etc) in elk UMC, die daarvoor benaderd werden via de linking pins. Op basis van prioritering door deze personen werd een selectie gemaakt van vijf thema’s voor uitwisseling en implementatie van ‘best practices’ :

1. Medicatieveiligheid
2. Perioperatieve richtlijn, waaronder safety checklists
3. Clinical audit en interne visitatie systemen
4. Patiëntenportals
5. Regionale netwerken van zorgverleners

Deze 5 geselecteerde thema’s werden in augustus 2011 voorgelegd aan het NFU-bestuur en de NFU-bestuurscommissie O&P, waarna de Raden van Bestuur van de UMC’s zich verplichtten tot investering in de uitwisseling en implementatie van (minimaal drie van de) vijf ‘best practices’.

De uitwisselings- en implementatieprojecten zouden plaatsvinden volgens een plan van aanpak, beginnend met de thema's 1-3; in een later stadium zouden de thema's 4 en 5 worden opgepakt.

Figuur 2. Organogram programma “Uitwisseling kwaliteitsbeleid UMC’s”



Thema 1. Medicatieveiligheid

In het kader van het VMS programma werd in ieder UMC de nodige inzet geleverd om de thema's ‘Medicatieverificatie bij opname en ontslag’ en ‘High risk medicatie: klaarmaken en toedienen van parenteralia’ succesvol te implementeren. Getuige de door ZonMw aangemerkte succesvolle medicatieveiligheidsprojecten die de afgelopen jaren in UMC’s plaats hebben gevonden, beschikten de UMC’s gezamenlijk over tal van ‘best practices’ om de medicatieveiligheid in alle UMC’s op een hoger plan te tillen. Zo was onder andere een procedure voor ‘toedienings gereedmaken van medicatie’ ontwikkeld in het MUMC (Feniks project), had het UMCG de nodige kennis verworven over implementatie

en gebruik van een elektronisch voorschrijfsysteem van geneesmiddelen, en was de inzet van de ziekenhuisapotheek en van afdelings specifieke interventie door ziekenhuisapotheker ter voorkoming van adverse drug events onderzocht in respectievelijk het AMC en LUMC.

Thema 2. Perioperatieve richtlijn, waaronder safety checklists

De (verplichte) invoering van de perioperatieve richtlijn was een belangrijke stap in de verbetering van de veiligheid van het operatieve proces. De SURPASS checklist, die een aanzienlijk deel van de richtlijn beslaat, was een bewezen 'best practice' van het AMC. De implementatie van de richtlijn in de UMC's, waaronder de SURPASS checklist, was echter een weerbarstig proces gebleken; varianten op de SURPASS werden in diverse UMC's ontwikkeld (oa Groene Golf, UMCN; Paspoort, VUmc). Uitwisseling van ervaringen met de implementatie van (onderdelen van) de perioperatieve richtlijn, waaronder safety checklists, moest alle UMC's in staat stellen om een succesvolle implementatie van de perioperatieve richtlijn te realiseren.

Thema 3. Clinical audit en interne visitatie systemen

Voor de borging en verbetering van de kwaliteit van de zorg vond in ieder UMC een doorgaande ontwikkeling van een integraal kwaliteitssysteem plaats. Naast de verschillende keuzen voor instanties voor accreditatie (NIAZ, JCI, ISO) waren de kwaliteitssystemen in de UMC's op verschillende wijze ingericht, en konden daarin 'best practices' onderscheiden worden. Het UMC St Radboud had bijvoorbeeld het onafhankelijke Instituut voor Waarborging van Kwaliteit en Veiligheid opgericht, van waaruit uitgebreide interne audits werden uitgevoerd door een team van zorgprofessionals en professionele auditoren. Onderdeel van de audits was onder andere een onderzoek naar teamklimaat, dossiers en protocollen, maar ook medicatieveiligheid, medische techniek en opleidingen. Het AMC had een gedegen kwaliteitsinstrument voor interne visitatie, en het EMC had een universeel systeem voor interne audits op afdelingsniveau. Uitwisseling van deze 'best practices' beoogde de kwaliteitssystemen van alle UMC's op een hoger plan te brengen.

3.2.6 *Voorgenomen tijdspad*

In augustus 2011 werd een tijdspad voor het programma opgesteld. Volgens dit tijdspad zouden in november 2011 de themaprojectgroepen worden samengesteld. In december 2011 zouden de 'best practices' en huidige situaties besproken worden, en de doelen van de themaprojectgroepen worden vastgesteld. De eerste twee maanden van 2012 waren vervolgens gereserveerd voor het opstellen van implementatieplannen, en de maanden maart t/m december 2012 voor de uitvoering van implementatietrajecten.

4 Uitvoering van het programma

4.1 Planning

De bijeenkomsten van de themaprojectgroepen vonden plaats vanaf maart 2012. Dit was vier maanden later dan de beoogde startmaand (december 2011). De inventarisatie van 'best practices' en het opstellen van doelen duurde vervolgens langer dan gepland. Bij het thema medicatieveiligheid werden de doelstellingen in juli 2012 gepresenteerd, en bij het thema perioperatieve richtlijn in januari 2013. Voor het thema interne audit werden de doelen beschreven in een visiedocument, welke in 2014 werd afgerond. Daarna kon men pas starten met het opstellen van implementatieplannen, en de uitvoering van implementatietrajecten. Een opzet voor het implementatieplan was er voor het thema perioperatieve richtlijn in maart 2014 en voor medicatieveiligheid in januari 2014. Voor interne audit lag er in februari 2014 een werkplan. Ten tijde van deze procesevaluatie (januari 2015) is het implementatietraject van de thema's nog niet afgerond.

4.2 Samenstelling en rollen

Binnen de themaprojectgroepen heeft gedurende de loop van het project een aantal wisselingen plaatsgevonden in de themaprojectgroep leden, omdat de aanvankelijk aangewezen personen toch niet de juiste bleken te zijn. Dit kwam mogelijk door het ontbreken van een profielschets voor themaprojectgroep leden. De wisseling in samenstelling heeft bij de meeste thema's voor een vertraging in het verloop gezorgd, doordat nieuwe leden geïnformeerd moesten worden over het programma en deze personen vaak weer met nieuwe ideeën kwamen. De keuze van de voorzitters werd enigszins ingegeven door 'eerlijke' verdeling in combinatie met expertise.

In het coördinerend team hebben geen wijzigingen in samenstelling plaatsgevonden. De samenstelling van de linking pins veranderde voorafgaand aan de eerste themaprojectgroep bijeenkomsten (linking pin van interne audit), maar niet gedurende het programma.

In het begin heerste er onduidelijkheid betreffende de rollen van betrokken personen. Onduidelijk was de rol en mogelijke activiteiten van de implementatiefellows en de rol en positie van de linking pins. De rollen moesten eerst nog uitgewerkt worden doordat een duidelijke functieomschrijving van de implementatiefellows en linking pins ontbrak, en de rollen waren ook niet in alle themaprojectgroepen hetzelfde. Daarnaast was de ondersteuning vanuit het NFU-Consortium Kwaliteit van Zorg ook onduidelijk door het ontbreken van een helder kader betreffende de te hanteren methodiek.

Vanuit de themaprojectgroepen werd de link naar het consortium soms gemist. Vanuit de inrichting van de structuur van het programma zou deze link door de linking pins ingevuld moeten worden. Doordat een duidelijke functieomschrijving ontbrak was het niet duidelijk wat linking pins naar de UMC's toe konden betekenen voor de themaprojectgroep, wat er van ze verwacht kon worden en waar ze op aangesproken konden worden.

- *“Als je continue moet herhalen wat het doel is van deze hele exercitie en wat de verbeteringen zijn, of dat mensen nog eventuele andere ideeën hebben, dan blijf je maar discussiëren over waar we heen moeten. Daar hebben we gewoon een jaar over gedaan, dus die wisseling was echt killing.”(I15)*
- *“De rol van de implementatiefellow was heel lang onduidelijk, moest geëxpliciteerd worden en was ook niet in elke projectgroep hetzelfde.”(I2)*

4.3 Mate van uitwisseling kwaliteitsbeleid tussen UMC's

Gedurende de bijeenkomsten van de themaprojectgroepen vond er veel uitwisseling van kennis en ervaring plaats tussen de UMC's. De opzet van het programma was om 'best practices' van UMC's uit te wisselen en daarna een beschreven 'best practice' te implementeren in de UMC's. Tijdens het project bleek dat er niet altijd een 'best practice' omschreven kon worden, wat het lastig maakte om een bepaalde 'best practice' te gaan implementeren.

De gekozen thema's staan overal al in meer of mindere mate in het kwaliteitsbeleid, doordat ze op een bepaalde manier al onderdeel zijn van andere programma's (zoals het VMS Veiligheidsprogramma), of accreditaties (zoals JCI of NIAZ). Daardoor zal het programma niet direct leiden tot een aanpassing van een UMC breed kwaliteitsbeleid. Het is ook lastig om veranderingen die plaatsvinden door samenwerking tussen de UMC's te onderscheiden van andere ontwikkelingen. Hierdoor kon men ook niet direct spreken van de opname van een thema in het kwaliteitsbeleid door het plaatsvinden van uitwisseling tussen UMC's. In de interviews wordt aangegeven dat in ieder geval bereikt is dat de thema's in de UMC's door het programma aandacht hebben gekregen. Dit geldt met name voor het thema interne audit, waarvoor wordt aangegeven dat er in de UMC's echt wat lijkt te gebeuren in het kwaliteitsbeleid. In bepaalde UMC's heeft het uitwisselen van beleid een andere mindset teweeg gebracht. Aangegeven werd dat men in het programma vaak blijft hangen bij uitwisseling van kennis en ervaring. Tot het daadwerkelijk implementeren van veranderingen in het kwaliteitsbeleid van de UMC's is het nog niet gekomen.

- *“Nu hebben we dat niet, we willen allemaal beter worden en verbeteren en weten niet van wie we dat nu moeten leren.”(I5)*
- *“Er gebeurt wel wat, maar het is lastig om dat helemaal te destilleren en toe te schrijven aan dat wat het consortium doet. In de UMC's zal een professional een verandering niet direct linken aan het consortium.”(I2)*

4.4 Aanpak implementatie

De gebruikte methode om een thema te implementeren binnen een UMC verschilde tussen de themaprojectgroepen, afhankelijk van het specifieke thema. Bijvoorbeeld voor het thema medicatieveiligheid werd aangegeven dat voor de implementatie direct contact gezocht werd met de afdelingsleiding, terwijl voor implementatie van interne audit betrokkenheid van een hoger niveau essentieel was. De implementatiemethode verschilde soms ook binnen een themaprojectgroep tussen themaprojectgroep-leden. Waar de één het direct regelde bij een afdeling, zocht een ander het wat meer op een formeel hoger draagvlak zoals bijvoorbeeld de Raad van Bestuur. De inschatting was dat UMC's die bij

aanvang van het project erg gedreven waren en al goed aan het implementeren waren nog beter zijn geworden, en dat voor UMC's die moeite hadden met implementatie dit project onvoldoende handvatten bood en ze er niet veel aan gehad hebben.

- *“Op de werkvloer wordt geprobeerd om het van onderop tussen de oren van de medewerkers te krijgen. Dan gaat het ook leven op de werkvloer. Mensen moeten er actief bij betrokken worden en overtuigd worden dat het ertoe doet om eraan te gaan werken. Je slaagt pas in het verbeteren van kwaliteitsbeleid als iedereen er zich bewust van is en voortdurend kwaliteit in de gaten houden.”(I8)*
- *“De een doet dat door gewoon naar een afdeling te lopen van waar ze denken dat dit interessant is, en regelt dat met de afdelingsleiding. De ander zoekt wat meer het formele draagvlak, bijvoorbeeld via de Raad van Bestuur. Dat is heel variabel.” (I18)*

4.5 Implementatieactiviteiten implementatiefellows

Gedurende het programma hebben de implementatiefellows het voortouw genomen in de ontwikkeling van een implementatieplan binnen de themaprojectgroepen. In deze plannen zijn tools ontwikkeld, die themaprojectgroep leden konden gebruiken ter ondersteuning van de implementatie in hun eigen UMC. Deze tools zijn ontwikkeld naar aanleiding van wat de themaprojectgroep leden zelf hebben aangegeven waar in hun UMC behoefte aan was en wat nog niet eenduidig was. Door deze tools te ontwikkelen voor gebruik in de UMC's vond er harmonisatie plaats. Naast deze generieke methode werd er ook gekeken welke lokale procedure het beste aansloot bij een UMC.

Niet alle themaprojectgroepen zijn tot daadwerkelijke implementatie gekomen. Voor het thema interne audit zijn de eerste stappen van de implementatiecyclus doorlopen (Grol & Wensing, 2006), maar blijft het nog hangen bij deze eerste stappen van uitwisseling van kennis, ervaringen en expertise. Ook de stappen met betrekking tot het formuleren van een concreet onderbouwd voorstel voor verandering, het formuleren van verbeterdoelen, het formuleren van 'best practices' zijn genomen. Maar tot de volgende stappen, het formuleren van implementatierichtlijnen en de implementatie zelf, is het nog niet gekomen. Men vond het lastig om specifiek aan te geven wat concrete stappen zouden zijn, wat beïnvloedende factoren zouden zijn en wat ze nodig zouden hebben om verbeterdoelen te bereiken. Voor het thema perioperatief traject is een overzicht van implementatie strategieën gemaakt en rondgestuurd, met daarin alle genomen activiteiten zoals flyers, patiënten informatie, e-learnings en filmpjes. Dit kon worden gebruikt bij implementatie in het eigen UMC. Daarbij was het vrijblijvend of ziekenhuizen contact opnamen met andere ziekenhuizen. Een aantal basis producten is ontwikkeld die bij implementatie konden worden gebruikt, zoals een observatie scorelijst. Voor het thema medicatieveiligheid zijn ook een aantal basis producten ontwikkeld die gebruikt kon worden bij implementatie, zoals bijvoorbeeld een stroomschema en een 'medicatie in eigen beheer'-kaart. Enerzijds is getracht een generieke implementatiestrategie op te stellen, anderzijds is geprobeerd om te kijken welke lokale procedures het beste aansluit bij een specifiek UMC.

Uit deze resultaten blijkt dat implementatie in een UMC mogelijk eenvoudiger was indien een thema concreet geformuleerd was. Als er meerdere lagen bij implementatie betrokken

moesten worden, was het lastiger om te implementeren omdat steun gevonden moest worden op meerdere niveaus en het veel tijd kostte om de betrokkenen op al deze niveaus mee te krijgen.

- *“Het voordeel is dat het project al heel goed voorbesproken is, en het daardoor snel uit te rollen is. Er zijn al allerlei tools ontwikkeld die gebruikt kunnen worden voor de implementatie.”(I3)*

4.6 Waarde samenkomen UMC's

Het daadwerkelijk samenkomen van de verschillende UMC's in de bijeenkomsten van de themaprojectgroepen werd als zeer waardevol ervaren. Aangegeven werd dat de uitwisseling tussen UMC's alleen plaatsvond doordat men samenkwam in de bijeenkomsten. Men was van mening dat als de projecten per mail of telefonisch gegaan zouden zijn, deze uitwisseling niet zou hebben plaatsgevonden. Zonder samen te komen zou het project namelijk verwateren. Er werd aangegeven dat de bijeenkomsten als een hulpmiddel werkten om te zorgen dat er wat werd ondernomen in de UMC's, doordat de bijeenkomsten een motivatie waren om te beseffen dat men weer wat moest ondernemen. Door samen te komen werden zaken gedeeld, het belang van het thema bevestigd, visies verbreed en ideeën opgedaan. Verder werd ook vaak aangegeven dat men door het samenkomen een netwerk opbouwde over de UMC's heen en dat dit hielp om de juiste personen bij andere UMC's te vinden. Doordat men samenkwam in de bijeenkomsten zijn er ook gezamenlijke initiatieven ontstaan voor andere projecten. Aangegeven werd dat het feit dat de handen van de UMC's ineen werden geslagen, het programma als geheel krachtig maakte. Door de samenwerking tussen de acht UMC's gingen er deuren in de UMC's open die anders gesloten zouden blijven.

- *“Het samenkomen van de UMC's in de projectgroepen houdt het project levendig. Als je dat niet zou doen, zou het uitsterven en gaat iedereen verder met zijn eigen dagelijkse routine. De bijeenkomsten zijn een drive om te beseffen dat je weer wat moet doen of ergens achteraan moet, en dat heb je nodig. Het kost dus tijd, maar het levert ook weer wat op.”(I3)*
- *“Het feit dat je uit verschillende keukens bepaalde gerechten opgediend krijgt verhoogt de kans dat je er een gebalanceerde maaltijd van kan maken. Je hebt veel meer slagkracht met acht UMC's samen.”(I8)*

5 Beïnvloedende factoren

In de interviews werd met een open vraag nagegaan welke beïnvloedende factoren werden ervaren bij de uitvoering van het programma. Vervolgens werd gekeken welke factoren in te delen waren in het overzicht van ‘beïnvloedende factoren bij implementatie’ (tabel 1). Daarbij werd een onderscheid gemaakt tussen bevorderende factoren en belemmerende factoren. De meeste factoren die werden genoemd tijdens de interviews hebben een belemmerende rol gespeeld op het verloop van het programma. Een aantal factoren uit het overzicht is niet of nauwelijks genoemd tijdens de interviews, vooral met betrekking tot het inhoudelijke domein ‘maatschappelijke factoren’ en ‘individuele factoren’. ‘Organisatorische factoren’ werden het meest genoemd door de geïnterviewden. De factor ‘organisatiestructuren en werkprocessen’ werd bij de codering uitgesplitst in drie deelfactoren, welke in het overzicht hieronder schuingedrukt zijn weergegeven. De beïnvloedende factoren uit het overzicht worden per inhoudelijk domein toegelicht.

Tabel 1. Beïnvloedende factoren gedurende het programma “Uitwisseling kwaliteitsbeleid UMC’s”

Inhoudelijk domein	Factoren	Bevorderend	Belemmerend
Individuele factoren	Cognitief		
	Motivatieel	X	X
	Gedragmatig en persoonskenmerken		
Sociale factoren	Professionele ontwikkeling	X	
	Professionele teams		X
	Professionele netwerken	X	X
Organisatorische factoren	Organisatiestructuren en werkprocessen	X	X
	<i>Verantwoordelijkheden</i>	X	X
	<i>Betrekken organisatie</i>		X
	<i>Vershil in organisatiestructuren</i>		X
	Organisatieprocessen		X
	Beschikbare middelen		X
Maatschappelijke factoren	Financiële prikkels		
	Wet- en regelgeving		
	Segmenten in de doelgroep		

5.1 Bevorderende factoren

5.1.1 *Individuele factoren*

Motivatieel: De openheid en bereidheid van themaprojectgroep leden om kennis en ervaringen te delen tijdens de bijeenkomsten was erg bevorderend voor de uitwisseling tussen de UMC’s. Dit was vooral bij de thema’s medicatieveiligheid en interne audit te

zien. Daarbij werd aangegeven dat het belangrijk was dat men daadwerkelijk bereid moest zijn om een ‘best practice’ in het eigen UMC te gaan implementeren. Een andere genoemde bevorderende factor was dat de groep het onderwerp zelf heeft uitgezocht en dat het minder duidelijk was opgelegd vanuit de stuurgroep van het consortium. Hierdoor stonden projectgroep leden er beter achter en waren ze meer gemotiveerd om het uit te voeren.

- *“Men is gemotiveerd om het project te doen, en dat is belangrijker dan de precieze functie.”*(I8)
- *“De bereidheid van UMC’s om een best practice die bedacht is daadwerkelijk te gaan uitvoeren is ook belangrijk.”* (I4)

5.1.2 Sociale factoren

Professionele ontwikkeling: Er was voldoende vrijheid om de thema’s binnen de themaprojectgroepen in te vullen. Daarbij konden de UMC’s zelf min of meer bepalen in welk tempo ze participeerden en hoe actief ze waren.(I14)

Professionele netwerken: Een bevorderende factor was dat het consortium als orgaan ondersteuning kon bieden in het creëren van een ingang in de organisatie. Daarbij was van belang wie de specifieke persoon vanuit het consortium was. Verder konden zaken beter op elkaar afgestemd worden en kon men van elkaar leren doordat het programma in consortiumverband was opgezet .

- *“Bevorderende factor van het consortium is bijvoorbeeld dat een consortiumlid een ingang ergens toe kan zijn. Dan gaat het niet om het consortium als orgaan, maar om bepaalde personen”.*(I2)

5.1.3 Organisatorische factoren

Organisatiestructuur en werkprocessen: De gekozen structuur van de themaprojectgroepen werd als bevorderende factor ervaren. Daarbij was het belangrijk dat er een algemeen aanspreekpunt was (projectleider) die enerzijds goed kon coördineren, maar anderzijds ook inhoudelijk betrokken was. Daarnaast werd aangegeven dat het in de themaprojectgroepen belangrijk was een voorzitter te hebben die niet alleen technisch was, maar ook inhoudelijk expert. Bovendien moesten de voorzitters ook erkend worden als expert op het gebied van het specifieke thema.

5.2 Belemmerende factoren

5.2.1 Individuele factoren

Motivatie: Personen betrokken bij het programma moeten zelf intrinsiek gemotiveerd zijn om iets te veranderen. Dat was niet bij iedereen hetzelfde. Soms zijn er personen voor een themaprojectgroep gekozen die daar zelf niet gelijk voor gekozen hebben. Dan lijkt er een gebrek aan betrokkenheid te zijn.

- *“Er moeten mensen zitten die echt willen, want uiteindelijk hangt het van mensen af. Je kan alles bedenken aan structuur en groepjes, maar de mensen die er zitten moeten het echt willen.”*(I6)

Gedragmatig en persoonskenmerken: Bij het thema Perioperatieve Zorg zijn er belemmeringen geweest in de themaprojectgroep doordat er knelpunten waren op individueel niveau. Niet iedereen was even open en transparant tijdens de bijeenkomsten. Dit kwam vooral doordat het over een gevoelig thema gaat, en niemand zich echt bloot durfde te geven tijdens de bijeenkomsten. Er leek angst te zijn om vertrouwelijke informatie aan te leveren. Daarbij werd ook aangegeven dat sommige themaprojectgroep leden een stempel drukten op het verloop van de bijeenkomsten.

5.2.2 *Sociale factoren*

Professionele teams: De continuïteit in sommige projectgroepen stagneerde door wisseling van themaprojectgroep leden binnen een UMC. Ook de afwezigheid van themaprojectgroep leden tijdens bijeenkomsten was niet bevorderlijk voor de continuïteit. Door deze wisseling en afwezigheid begonnen discussies steeds opnieuw en moest er steeds weer een stap terug gedaan worden om de mensen bij te praten.

- *“Het heeft even een tijdje geduurd dat er mensen kwamen en ook weer gingen, dus dat zorgde voor veel onrust in het begin. Dat kost dan tijd want iedere keer moet je dan weer door hetzelfde proces heen.”* (I10)

Professionele netwerken

Soms hadden leden van een themaprojectgroep onvoldoende informatie over wat er in hun eigen UMC speelde, zodat dit niet meegenomen werd in de bijeenkomsten.

- *“Dat toch niet alle partijen altijd ook over hun eigen centrum voldoende wisten, bijvoorbeeld dat iets al in een kleinere pilot had gespeeld of eerder al naar voren was gekomen.”* (I14)

5.2.3 *Organisatorische factoren*

Organisatiestructuur en werkprocessen

o **Verantwoordelijkheden**. Uit de interviews blijkt dat de personen die veranderingen teweeg moesten brengen in hun UMC hier vaak geen mandaat voor hadden, terwijl dit wel essentieel is voor het implementeren van veranderingen. Aangegeven werd dat er voorafgaand aan het project geen duidelijke afspraken gemaakt zijn over de verantwoordelijkheden van de verschillende rollen binnen het programma. Als er een soort commitment met werkafspraken zou zijn, dan zou men mensen ook aan kunnen spreken als ze hun afspraken niet nakomen. Dat was nu niet het geval.

- *“Ik denk zelf dat het vooral heeft te maken met mandaat en commitment. Want als iemand zich niet echt kan committeren dan doet ie gewoon niks.”*(I6)
- *“Het is belangrijk afspraken te maken bij wie verantwoordelijkheden liggen.”* (I14)

- **Betrekken organisatie.** Aangegeven werd dat een project lastig uitvoerbaar is als het in meerdere UMC's onvoldoende draagvlak heeft. Als een Raad van Bestuur van een UMC een bepaald thema niet omarmt, dan strandt het. Uit veel interviews blijkt dat het draagvlak en commitment in een organisatie heel belangrijk was, zodat een projectgroep wel bepaalde bevoegdheden had. Daarnaast werd het ook als belangrijk ervaren dat er praktische afstemming met de afdelingen plaatsvond waar het project ging lopen.
 - *“Vervolgens moeten in huis mensen die best practices accepteren, uitdragen en daar een draagvlak voor creëren.”(I7)*
 - *“De implementatie moet ondersteund worden en er is commitment nodig vanuit de organisatie.”(I 5)*

- **Vershil in organisatiestructuren.** Uit de interviews blijkt dat het kwaliteitsbeleid van UMC's zowel strategisch als organisatorisch verschillend opgezet is en het moeilijk was om daar één lijn in te trekken. UMC's zijn verschillend geaccrediteerd (NIAZ, JCI, ISO), waardoor harmonisatie voor sommige thema's lastig is en het lastig is om een uniforme werkwijze te formuleren. Bovendien kan competitie tussen UMC's soms een rol spelen en de uitwisseling belemmeren. De vraag is of het ook wel mogelijk is en überhaupt nodig is om een uniforme werkwijze voor UMC's te formuleren, maar het is wel goed om naar elkaar te kijken en te leren van elkaar.
 - *“Misschien zijn de UMC's wel te competitief naar elkaar.... Ik werk mijn hele leven al in een academisch ziekenhuis en wat ik zie is dat ze vooral gericht zijn geweest op competitie in plaats van samenwerking.”(I16)*
 - *“Als het hele huis meer gericht is op bij de patiënt van alles te doen dan past dit veel meer in de beleidslijn en krijgt daarmee aandacht, dan in een huis waar je net met een reorganisatie zit, waar zo'n project dan toch weer meer ondergesneeuwd raakt.”(I17)*

Organisatieprocessen: Doordat bepaalde veranderingen over veel schijven in de organisatie moeten, kost een aanpassing in het kwaliteitsbeleid jaren tijd en verloopt dat erg stroperig. Gedurende het programma bleek dat het heel belangrijk was dat er vanuit de UMC's prioriteit werd gegeven aan de uitvoering en implementatie van een thema. Uit de interviews blijkt dat er vaak geen sprake was van deze prioriteit. Voor een aantal UMC's lag voor sommige thema's de prioriteit in de organisatie ergens anders en lopen er bijvoorbeeld ook andere interventies die de planning dwars kunnen zitten. Doordat er op hoger niveau geen prioriteit werd gegeven om het project uit te voeren, moesten UMC's soms afhaken. Uit de interviews blijkt dat dit onder andere kwam doordat de druk onvoldoende hoog was op het niveau van het consortium. Als een UMC niks deed, had dat bijvoorbeeld geen directe consequenties. De timing van een project kwam soms niet overeen met de prioriteiten binnen een UMC op dat moment. Ook was deelname aan een themaprojectgroep niet per definitie verplicht.

- *“Dan kun je wel zeggen het is een initiatief naar het consortium dat gedragen wordt door de raden van bestuur en wij zoeken mensen uit die geven we dat mandaat, maar als er geen echte druk op zit en niet zo ervaren wordt, gebeurt er uiteindelijk niks.”(I6)*

Beschikbare middelen: Vanuit de Stuurgroep werd ervaren dat er maar beperkte gelegenheid was om de bestuurder te informeren over wat er nu eigenlijk speelde binnen het programma en op welke punten de bestuurder actie moest ondernemen. Hierdoor bleef het belang ook niet hangen bij de bestuurders en was niet duidelijk wat er van hen verwacht werd.

Er was onvoldoende afbakening van het onderwerp en doel binnen een themaprojectgroep. Er waren wel kaders, maar die konden nog vrij ingevuld worden. Het kostte erg veel tijd in de themaprojectgroep tot iedereen op één lijn zat en de doelen duidelijk geformuleerd waren.

Vaak werd genoemd dat de beperkte beschikbare middelen in tijd en personele bezetting belemmerend werkte.

- *“Het hele voorbereidende werk, om het onderwerp goed te concretiseren, was onvoldoende gedaan van te voren. En dat betekent dat dat voor een groot stuk nog in de projectgroepen moest en dat kostte heel veel tijd om iedereen op 1 lijn te krijgen.”(I10)*
- *“Tijd, ik bedoel ze doen dat toch naast hun werk terwijl er wel degelijk een aantal praktische dingen geregeld moeten zijn”(I17)*

5.3 Beïnvloedende factoren in communicatie tussen consortium en projectgroepen

In de interviews kwam een aantal beïnvloedende factoren naar voren die een rol hebben gespeeld in de communicatie tussen de themaprojectgroepen en het consortium. Deze worden hieronder beschreven.

5.3.1 Bevorderende factoren

Terugkoppeling werd als een belangrijke factor ervaren in de communicatie tussen het consortium en de themaprojectgroepen. Vanuit het consortium was het belangrijk om terugkoppeling te krijgen vanuit de themaprojectgroepen over de voortgang. De voorzitter en projectleider hebben deze terugkoppeling verzorgd door middel van presentaties tijdens vergaderingen van het consortium. Hierna kon het consortium feedback geven over de voortgang van het project.

- *“De terugkoppeling van resultaten in het consortium door projectleden was heel positief. Soms worden er kritische noten geplaatst, men gaat dan met die opmerkingen aan de slag, en dat is uiteindelijk alleen maar goed voor de kwaliteit van het rapport.”(I8)*

5.3.2 *Belemmerende factoren*

De voorzitters van de themaprojectgroepen hebben ervaren dat er te weinig terugkoppeling vanuit het consortium zelf kwam. Voor de voorzitter was hier ook geen structuur voor. De rol van de linking pin lijkt hierdoor onvoldoende benut, omdat deze een overkoepelende functie tussen het consortium en de themaprojectgroep zou moeten hebben. De communicatie liep nu vooral via de projectleider. Er zijn presentaties gehouden door de voorzitters tijdens een vergadering van het NFU-consortium, maar men had het idee dat dit weinig landde bij de consortiumleden.

Er was meer behoefte geweest aan uitwisseling tussen de verschillende themaprojectgroepen. De themaprojectgroepen zijn vooral leertrajecten hoe veiligheid en kwaliteit in de verschillende UMC's verbeterd kunnen worden. Hoewel de thema's inhoudelijk verschillen, zijn er overkoepelende generieke problemen waar men in alle projectgroepen tegenaan loopt.

Als communicatiemiddel werd de web applicatie 'SharePoint' gebruikt, maar dit werd niet heel handig in het gebruik ervaren. Doordat het een beschermde omgeving is, kun je het niet overal gebruiken. Je kan niet gezamenlijk in een document werken, omdat documenten niet gewijzigd opgeslagen kunnen worden. Het was wel mooi geweest als dit wel goed had gewerkt, omdat iedereen tijdens de bijeenkomsten dan de laatste versie bij de hand kan hebben.

- *“Deze drie thema's zijn gekozen om dat het belangrijke kwaliteits- en veiligheidsissues zijn, maar het zijn vooral leertrajecten van hoe krijg ik in de verschillende huizen de veiligheids- en kwaliteitscultuur aan de gang en dan maakt het volgens mijn niet eens zo uit met welke thema je bezig bent, het zijn generieke dingen.”(I18)*
- *“De informatiestroom vanuit de themagroepen naar boven, naar het consortium, dat verloopt wel goed. Alleen andersom, de informatiestroom vanuit het consortium naar de themagroepen, daar komt weinig van, maar misschien is er ook gewoon weinig te communiceren.”(I15)*

6 Randvoorwaarden

In de interviews werden de respondenten gevraagd wat zij succesfactoren vonden voor goede uitwisseling van kennis en ervaring. Op basis van deze genoemde succesfactoren en de gebleken beïnvloedende factoren uit de interviews worden in dit hoofdstuk randvoorwaarden beschreven voor het programma.

6.1 Structuur

De centrale sturing vanuit de NFU werd als belangrijk ervaren om een UMC-breed programma te laten slagen. In de interviews werd aangegeven dat een thema vooraf beter gestructureerd moet worden. Eventueel kan eerst in een kleiner groepje een plan gemaakt worden, voordat de projectgroep samenkomt.

Een projectleider die fungeert als centraal aanspreekpunt bleek essentieel. Dit moet iemand zijn die het programma coördineert, de bijeenkomsten organiseert, het project ondersteuning biedt en inhoudelijk betrokken is.

Er was behoefte aan een overkoepelende terugkoppeling tussen themaprojectgroepen. Het zijn vooral leertrajecten hoe veiligheid en kwaliteit in de verschillende huizen verbeterd kan worden. Daarbij vinden sommige respondenten dat het niet zoveel uitmaakt om welke inhoudelijke thema's het gaat, er zijn ook generieke problemen waar men in alle projectgroepen tegenaan loopt.

6.2 Doel themaprojectgroepen

In de interviews werden veel opmerkingen gemaakt met betrekking tot het doel van de themaprojectgroepen. Dit had vooral te maken met de ervaring dat het doel van de themaprojectgroepen van tevoren niet duidelijk genoeg was en dat het veel tijd heeft gekost om specifieke doelen te formuleren. De verschillende kenmerken van een doel die werden genoemd komen overeen met het SMART formuleren van een doel. Aangegeven werd namelijk dat het doel van een thema Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden moet zijn.

- **Specifiek:** formuleer doelstellingen en verbeterdoelen. Baken het onderwerp binnen een themaprojectgroep voldoende af en maak afspraken over wie waar verantwoordelijk voor is, voordat je naar de inhoud gaat.
 - *“Met het starten van nieuwe projectgroepen moeten ook duidelijke afspraken gemaakt worden van wie doet mee, wie is verantwoordelijk en dat niet alleen bij een overleg door bestuurders is besloten van we gaan meedoen.”(I14)*
- **Meetbaar:** bepaal van te voren waar je naartoe gaat en wat er verwacht wordt van het programma. Indien het effect van een thema bepaald moet worden, zullen de doelen ook meetbaar moeten zijn om vast te kunnen stellen of het doel behaald is. De eindproducten van het programma moeten voor iedereen duidelijk zijn. Wil men aan het eind bijvoorbeeld een rapport, publicatie, symposium of een bijeenkomst. Als er gestreefd wordt naar het behalen van quick-wins, baken deze dan ook duidelijk af.

- *Uitgangspunten moeten stevig geformuleerd worden, voor de uitvoering is er meer vrije invulling mogelijk van UMC's.*
- Acceptabel: het gestelde doel moet acceptabel zijn voor de deelnemende UMC's. Dit betekent dat zij zich moeten kunnen vinden in de gestelde doelen.
- **Realistisch:** een project moet realistisch zijn. Indien blijkt dat UMC's na een eerste uitwisseling te ver uit elkaar liggen om tot gezamenlijke doelen te komen, zou het ook mogelijk moeten zijn om te stoppen. Het doel moet ook binnen de gestelde tijd haalbaar zijn.
 - *“Als men zegt van: we hebben elkaar gesproken en we hebben uitgewisseld, maar we zitten te ver uit elkaar, behalve die uitwisseling zie ik niet zo zeer gezamenlijke dingen komen, stop er dan ook mee.” (I12)*
- **Tijdgebonden:** het is belangrijk om bij de start een plan te hebben, met daarin een deadline en een tijdsplan om het gestelde doel te bereiken. Er is nu heel veel tijd overheen gegaan om tot goede doelen te komen.
 - *“Je moet wel mijlpalen stellen, als je niet weet waar je naar toe gaat, dan weet je ook nooit waar je eindigt.”(I7)*

6.3 Beschikbaarheid van middelen

De belangrijkste middelen die in de interviews genoemd werden om een project te laten slagen waren beschikbaarheid van tijd en prioriteit in de organisatie. Dat was nu vaak onvoldoende aanwezig. Uitwisseling tussen UMC's zou nog meer kunnen gaan leven als er meer tijd beschikbaar is en prioriteit gegeven wordt vanuit de organisatie. Als men echt naar implementatie van een thema wil, moet er per UMC iemand zijn die daar tijd aan kan besteden.

- *“Een projectgroeplid moet gefaciliteerd worden door zijn UMC in tijd en geld.”(I2)*
- *“Ik denk dat de uitwisseling van ‘best practices’ nog meer gaat leven als er meer tijd is of prioriteit gegeven wordt, om bij elkaar op bezoek te gaan en in elkaars keuken te kijken.”(I18)*
- *“Bij ons zie je heel erg duidelijk dat het niet geprioriteerd wordt, dus dat er nu even niets aan gedaan wordt.”(I15)*
- *“Tijd, ik bedoel ze doen dat toch naast hun werk terwijl er wel degelijk een aantal praktische dingen geregeld moeten zijn”(I17)*

6.4 Teamsamenstelling

Binnen de themaprojectgroepen bleek de keuze van een voorzitter erg belangrijk. Een voorzitter moet niet alleen technisch zijn, maar ook inhoudelijk, en ook als expert erkend worden op dat specifieke gebied. Daarnaast is het belangrijk om het voorzitterschap aan UMC's en personen te geven die het gevoel hebben daar recht op te hebben.

Vooraf moet duidelijk gedefinieerd worden welke functies van belang zijn om aan tafel te hebben. Dat dit personen zijn die inhoudelijke expertise hebben, maar die het project ook naar hun achterban mogen en kunnen uitdragen. In de drie themaprojectgroepen waren in het begin nog veel wisselingen voordat de juiste personen aan tafel zaten. Als van tevoren meer nagedacht wordt over welke functies/personen noodzakelijk zijn om bij het project te betrekken, zou dat veel tijd kunnen schelen.

- *“In potentie is een succesfactor dat je beter kijkt naar de mensen die naar zo’n bijeenkomst gestuurd worden. Dat het mensen zijn die ook iets kunnen en mogen zeggen, omdat ze er verstand van hebben, omdat ze het bij hun achterban kunnen uitdragen als die er is. Die dat mee kunnen nemen op het juiste niveau.”(I1)*
- *“Je moet de juiste persoon aan tafel hebben, dus moet je van tevoren definiëren wie je aan tafel wil hebben.”(I5)*

6.5 Motivatie en sfeer

De interne motivatie van themaprojectgroep leden bleek belangrijk om te bereiken dat er wat gedaan wordt met datgene wat tijdens de bijeenkomsten besproken wordt. Daarnaast is de bereidheid van de UMC’s om een ‘best practice’ die bedacht is, daadwerkelijk te gaan uitvoeren ook belangrijk. (I4)

Een open sfeer tijdens de bijeenkomsten bleek een belangrijke voorwaarde om kennis en ervaringen te delen. Hierbij is vertrouwen heel belangrijk. Ook de bereidheid om uit te wisselen is daarbij van belang. Een thema moet wel geschikt zijn voor transparantie. Indien het een gevoelig onderwerp is, doordat er bijvoorbeeld geen transparantie gegeven kan worden vanwege regels of belemmeringen in de eigen organisatie, wordt het delen lastig. Hiermee moet rekening gehouden worden bij de keuze van een thema.

- *“Er moeten mensen zitten die echt willen. Uiteindelijk hangt het van mensen af. Je kan alles bedenken aan structuur en groepjes, uiteindelijk hangt het van de mensen af. De mensen die er zitten moeten het echt willen.”(I6)*
- *“De essentie van dit soort projectgroepen zit echt in het feit dat mensen iets delen. En als ze iets delen, dan is er een succes te boeken.”(I9)*

6.6 Bijeenkomen

Het regelmatig daadwerkelijk bij elkaar zitten, bleek een succesfactor voor het uitwisselen van kennis en ervaring. Daarom is het goed dat er bijeenkomsten georganiseerd worden waar UMC’s bij elkaar komen. Het is veel makkelijker om contact op te nemen als je elkaar ziet en spreekt.

- *“Als je alleen al problematiek uitwisselt en op dat moment bevestigd krijgt dat het bij 3 ook zo is gegaan en nummer 4 heeft het zo en zo opgelost en nummer 5 is er al lang over heen dat geeft zoveel inzicht. En ook over hele simpele dingen hoor.”(I15)*

6.7 Mandaat en draagvlak

De implementatie van een thema moet ondersteund worden vanuit de organisatie en hier is commitment vanuit de organisatie voor nodig. De Raad van Bestuur moet goed op de hoogte zijn, zodat deze vanuit de UMC's steun kunnen geven. Een thema moet heel vroeg geagendeerd worden om veranderingen geïmplementeerd te krijgen in een organisatie. Voorwaarde hierbij is dat de bestuurders en directeuren goed meegenomen worden en op de hoogte worden gebracht. Dit is wel voortdurend geprobeerd, bijvoorbeeld via de consortiumleden, maar niet elk consortiumlid had in zijn eigen UMC op de juiste plek invloed. Een UMC moet bereid zijn om mandaat te geven aan professionals in de organisatie die inhoudelijk betrokken zijn bij een thema, zodat een projectgroep ook bepaalde bevoegdheden heeft binnen hun eigen UMC. Binnen de UMC's moet een draagvlak gecreëerd worden voor het uitdragen en implementeren van 'best practices'. Enerzijds gaat het om bestuurlijk draagvlak bij de bestuurders in de hogere lagen, waarbij het consortium ondersteuning kan bieden. Anderzijds is het draagvlak op een lager niveau bij de afdelingen ook heel belangrijk om een project te laten slagen.

7 Conclusies en aanbevelingen

7.1 Conclusies

Het programma “Uitwisseling Kwaliteitsbeleid UMC’s” werd vanaf 2012 ingezet om het uitwisselen van ervaringen en ontwikkelde methodieken tussen UMC’s te bevorderen en daarmee het kwaliteitsbeleid te verbeteren. Het programma werd in consortiumverband opgezet en voor drie inhoudelijke thema’s werden themaprojectgroepen opgericht.

Gedurende het programma heeft er veel uitwisseling van kennis en ervaringen tussen de UMC’s plaatsgevonden. Het daadwerkelijk samenkomen van de UMC’s in de themaprojectgroepen werd door de leden ervaren als zeer waardevol en essentieel voor uitwisseling. Er werd een netwerk opgebouwd over de UMC’s heen. Door de veelal open sfeer, vertrouwen en bereidheid om te delen was er transparantie binnen de themaprojectgroepen. Het consortium kon als orgaan ondersteuning bieden in het creëren van een ingang in de organisatie, en door samenwerking tussen de UMC’s in het consortium konden zaken beter op elkaar afgestemd worden.

Gedurende het programma zijn er voor de inhoudelijke thema’s implementatieplannen met strategieën en praktische tools ontwikkeld die UMC’s konden ondersteunen bij de implementatie. Tot het daadwerkelijk implementeren van veranderingen in kwaliteitsbeleid is het vaak nog niet gekomen. De belangrijkste oorzaken hiervoor lagen voornamelijk op het gebied van organisatorische factoren. Zo werd aangegeven dat er onvoldoende druk was op het niveau van het consortium en dat er vaak te weinig mandaat was bij vertegenwoordigers van UMC’s. Draagvlak en commitment voor een thema binnen een UMC bleken ook erg belangrijk voor de uitvoering en implementatie van een thema, zowel op bestuurlijk niveau als op afdelingsniveau. Aangegeven werd dat er soms een gebrek aan tijd en prioriteit was voor de uitvoering en implementatie van de projecten binnen UMC’s, wat de implementatie van een thema bemoeilijkte. Thema’s die heel specifiek zijn gemaakt, zoals medicatieveiligheid, lijken eenvoudiger te implementeren dan thema’s die minder specifiek zijn. De implementatie van een thema is lastiger als er binnen de organisatie veel verschillende lagen bij de implementatie betrokken moeten worden.

De samenstelling van de themaprojectgroep en de keuze van de voorzitter bleken erg belangrijk. Ook werd aangegeven dat een centraal aanspreekpunt (projectleider) essentieel was. Gedurende het programma waren er veel wisselingen in de samenstelling van de themaprojectgroepen, wat de voortgang van het programma heeft vertraagd. Bij de start van het programma ontbrak een duidelijke taakomschrijving van de rol van implementatiefellow en linking pin. Hierdoor was het onduidelijk wat er van hen verwacht kon worden en wat de linking pins naar de UMC’s konden betekenen. Dit belemmerde de terugkoppeling vanuit het consortium. Aangegeven werd dat er meer behoefte was geweest aan uitwisseling tussen de verschillende themaprojectgroepen, omdat themaprojectgroepen generieke problemen kunnen hebben waar men elkaar bij kan ondersteunen.

Het heeft relatief veel tijd gekost om gezamenlijke doelen in de themaprojectgroepen te formuleren, omdat bij aanvang van de themaprojectgroepen thema's nog verder afgebakend moesten worden. Daarbij bleek het niet altijd mogelijk om een specifieke 'best practice' te beschrijven, waardoor deze ook niet geïmplementeerd kon worden. Door verschillen tussen UMC's in de strategie en organisatie van kwaliteitsbeleid en door wisselende prioriteiten tussen de UMC's, was harmonisatie soms lastig en kon geen uniforme werkwijze geformuleerd worden. Mogelijk is het ook niet realistisch om deze uniformiteit in implementatie na te streven en moeten verschillen tussen UMC's meegenomen worden in de strategie.

7.2 Aanbevelingen

Hieronder worden enkele belangrijke praktische aanbevelingen op een rijtje gezet, die uit de resultaten van de procesevaluatie volgen. Er wordt een onderscheid gemaakt in een aantal onderdelen. Dit zijn: structuur, organisatorische factoren, opzet van themaprojectgroepen en selectie van thema's.

Structuur:

- Doordat verschillende themaprojectgroepen tegen dezelfde generieke problemen aanlopen, is het aan te bevelen om een overkoepelende terugkoppeling te doen met de voorzitters en implementatiefellows tussen themaprojectgroepen. Hierdoor zouden problemen waar men tegenaan loopt eerder erkent worden en kan gezamenlijk over oplossingen worden gedacht.
- De terugkoppeling tussen de themaprojectgroepen en het consortium werd als belangrijk ervaren, maar was nu onvoldoende aanwezig. In de structuur van het programma was een belangrijke rol voor deze terugkoppeling weggelegd voor de linking pins van het consortium, maar de themaprojectgroepen hebben hier onvoldoende van geprofiteerd. Belangrijk is om de rol en functie van de linking pin als communicatiemiddel tussen de themaprojectgroepen goed te beschrijven en toe te passen, zodat duidelijk is wat er van ze verwacht kon worden en waar ze op aangesproken kunnen worden.
- De voorbereiding van de thema's is erg belangrijk gebleken. Van tevoren moeten doelen goed uitgewerkt worden door deze SMART te formuleren. Het doel moet realistisch en voldoende afgebakend zijn. Ook moeten er duidelijke randvoorwaarden benoemd worden, waarin ook de verantwoordelijkheden van de betrokken personen duidelijk naar voren komen.

Organisatorische factoren:

- Belangrijk bleek dat vertegenwoordigers van UMC's voldoende mandaat moeten hebben om een project ook daadwerkelijk te kunnen uitvoeren binnen een UMC. Consortiumleden moeten voldoende mandaat binnen hun organisatie krijgen en deze personen moeten ook geschikt zijn om dit mandaat te gebruiken. Themaprojectgroep leden moeten binnen hun eigen UMC in de gelegenheid gesteld worden om verantwoordelijkheid voor een thema te kunnen dragen.

- Draagvlak van een thema binnen een organisatie is erg belangrijk. Door een thema op tijd in de organisatie te agenderen en voor te bereiden in de UMC's en bestuurders en directie op tijd bij het thema te betrekken, kan draagvlak gecreëerd worden.
- Prioriteit voor een thema binnen een UMC is belangrijk om het project te kunnen laten slagen. Dit moet wel mogelijk zijn binnen een UMC. Soms klopt de timing van een bepaald project niet met de prioriteiten die op dat moment in een UMC worden gegeven. Dan moet dit erkent worden en het ook mogelijk zijn om als UMC niet deel te nemen aan dat project.
- Voor daadwerkelijke implementatie van een thema is het belangrijk gebleken dat er voldoende middelen beschikbaar zijn, in vormen van tijd en personeel.

Opzet van themaprojectgroepen:

- De keuze van een goede voorzitter is belangrijk. Dit moet iemand zijn die zowel procesmatig als inhoudelijk deskundig is, en ook als expert op dat thema erkent wordt.
- Openheid en transparantie van de leden in de themaprojectgroepen is essentieel.
- De samenstelling van de themaprojectgroep is erg belangrijk gebleken. Personen met de juiste deskundigheid moeten in de themaprojectgroepen deelnemen. Bij de opzet van het programma kan een duidelijke profielschets voor themaprojectgroep leden hierbij ondersteunen, zodat hiervoor de juiste personen worden aangenomen. Voor sommige thema's geldt bijvoorbeeld dat per UMC zowel een inhoudsdeskundige als een kwaliteitsfunctionaris betrokken zou moeten worden om zowel inhoudelijk als op procesniveau voldoende draagvlak binnen de UMC's te kunnen creëren.

Selectie van thema's:

- Voorafgaand aan de eerste bijeenkomst van themaprojectgroepen moet de doelstelling concreet geformuleerd en de planning goed uitgewerkt zijn. Dit zal veel tijd in het verloop van het project besparen.
- In de planning moet rekening gehouden worden met de inhoud van een thema. Als er meerdere lagen bij implementatie betrokken moeten worden, zal implementatie meer tijd kosten.

Tot slot

Binnen het programma "Uitwisseling Kwaliteitsbeleid UMC's" heeft er veel uitwisseling van kennis en ervaringen tussen UMC's plaatsgevonden. Deze uitwisseling en het samenkomen werd door de betrokkenen als zeer waardevol ervaren. Tot de volgende stap, het daadwerkelijk implementeren van veranderingen in het kwaliteitsbeleid van de UMC's, is het nog niet gekomen. Het bleek lastig om één bepaalde 'best practice' te benoemen om deze vervolgens in alle UMC's te gaan implementeren. Uniformiteit in implementatie lijkt lastig omdat organisatiestructuren te veel verschillen en verschillende prioriteiten een rol spelen. Mogelijk was er hierdoor ook onvoldoende mandaat en draagvlak in de UMC's.

Dit rapport geeft inzicht in het proces van het programma “Uitwisseling Kwaliteitsbeleid UMC’s”. De resultaten en aanbevelingen kunnen een handvat bieden bij de vormgeving van toekomstige thema’s van het programma of eventuele vervolg kwaliteitsprogramma’s.

Literatuur

- De Visser S., Van der Kemp S., Van Vree F. (2009). Voorbereiding van ziekenhuizen op rampen: Evaluatie implementatietrajecten OTO-B. Zoetermeer
- de Vries E.N., Prins H.A., Crolla R.M., den Outer A.J., van A.G., van Helden S.H., e.a. (2010). Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *N.Engl.J.Med.*, 363 (20): p.1928-1937
- Grol R.T.P.M., Wensing M.J.P. (2006). Implementatie, effectieve verbetering in de patiëntenzorg (3e druk): Reed Business BV
- Hoeksema J., Verduijn M. (2012). Meer-waarde. Visie op kwaliteit van zorg 2012-2017
- Klopotowska J.E., Kuiper R., van Kan H.J., de Pont A.C., Dijkgraaf M.G., Lie A.H., e.a. (2010). On-ward participation of a hospital pharmacist in a Dutch intensive care unit reduces prescribing errors and related patient harm: an intervention study. *Crit Care*, 14 (5): p.R174
- Poortvliet E.P., Van Vree F.M. (2009). Procesevaluatie Sneller Beter. Zoetermeer
- Poortvliet P., Verweij S. (2009). PreventieKracht Thuiszorg: Tussentijdse Evaluatie. Zoetermeer
- Rommers M.K., Teepe-Twiss I.M., Guchelaar H.J. (2011). A computerized adverse drug event alerting system using clinical rules: a retrospective and prospective comparison with conventional medication surveillance in the Netherlands. *Drug Saf*, 34 (3): p.233-242
- van Doormaal J.E., Mol P.G., Zaal R.J., van den Bemt P.M., Kosterink J.G., Vermeulen K.M., e.a. (2010). Computerized physician order entry (CPOE) system: expectations and experiences of users. *J.Eval.Clin.Pract.*, 16 (4): p.738-743
- Vijfwinkel D., Poortvliet E.P., Ermens E., Diepenhorst M. (2008). De regeling waardering mantelzorgers geëvalueerd. Zoetermeer

Bijlage 1. Topiclijst interviews

A. Algemene/ inleidende vragen

1. Sinds wanneer bent u betrokken bij het programma 'Uitwisseling kwaliteitsbeleid UMC's'?
2. Bij welke projectgroep bent u betrokken?
3. Welke rol vervult u binnen het programma?
4. Wat is uw functie/professie?
5. Hoeveel tijd bent u kwijt aan het programma?

B. Instrument: content programma

6. Hoe zijn de drie thema's geselecteerd en waarom is hiervoor gekozen? (c)
7. Hoe zijn de themaprojectgroepen gekozen?
8. Wat was het tijdspad van het programma (start, belangrijke mijlpalen, einde)?
9. A. Past het programma binnen de werkwijze en behoefte van uw UMC?
B. In hoeverre is het programma praktisch uitvoerbaar op de werkvloer?
10. Welke verwachtingen heeft u over de effectiviteit van het programma?

C. Uitvoering: proces

Implementatie programma

11. Hoe is de implementatie van het programma aangepakt?
A. Welke strategie is gekozen?
B. Bij wie lagen verantwoordelijkheden?
12. *Voor het programma is een bepaalde structuur gekozen, met het consortium dat het programma initieert, een themaprojectgroep dat eindverantwoordelijk is voor een thema en de implementatiefellows die coördineren,*
In hoeverre vindt u deze structuur geschikt voor het behalen van de doelen?
13. In hoeverre zijn de afdelingen in de UMC's op de hoogte van de thema's?
14. A. Hoe hebben de deelnemers van de themaprojectgroepen een netwerk binnen hun UMC gevormd?
B. Hoe is dit netwerk gebruikt voor implementatie van het thema?

Samenstelling themaprojectgroepen

15. Was de samenstelling van de themaprojectgroepen goed om het programma goed uit te voeren?
16. Welke invloed hadden veranderingen in samenstelling van de themaprojectgroepen gedurende het programma?
- Zaten de juiste functies/personen in de themaprojectgroepen?

Samenwerking en ondersteuning

17. In hoeverre vindt u het samenkomen van alle UMC's in de themaprojectgroepen van toegevoegde waarde?
18. Heeft de samenwerking van de UMC's bijgedragen aan de opname van een thema in het kwaliteitsbeleid van de UMC's?

19. A. Wat waren bevorderende factoren in de samenwerking tussen het consortium en de themaprojectgroepen?
- B. Wat waren belemmerende factoren in de samenwerking tussen het consortium en de themaprojectgroepen?

D. Resultaten: context

20. In hoeverre vindt er uitwisseling in kwaliteitsbeleid plaats tussen de UMC's?
21. Wat zijn volgens u succesfactoren voor goede uitwisseling van kennis en ervaring tussen de UMC's?
22. Wat zijn volgens u belemmerende factoren voor goede uitwisseling van kennis en ervaring tussen de UMC's?
23. Hoe heeft de programmaopzet in consortiumverband bijgedragen aan het uitwisselen van ervaring en kennis tussen de UMC's?
24. In welke mate is het programma ingebed in de lokale UMC's?
- Welke managementlagen moeten bij inbedding van het programma in de UMC's betrokken worden?
25. Zijn er buiten dit project om andere resultaten behaald door de samenwerking tussen UMC's?
Denk bv aan: samenwerkingsverbanden, andere ideeën, nieuwe projecten, etc.
- In hoeverre heeft het programma samenwerking tussen UMC's bevordert?
26. Hoe wordt de implementatie van dit programma geëvalueerd in de UMC's?
 - A. Hoe weet men hoe het ervoor staat?
 - B. Wie is eindverantwoordelijk voor de implementatie?

Afsluitend

27. Heeft u nog eventuele laatste vragen, opmerkingen, of dingen die u nog kwijt wilt?
Hartelijk dank voor uw tijd en moeite!

Bijlage 2. Afkortingen

IF	= Implementatiefellow
ISO	= Internationale Organisatie voor Standaardisatie
JCI	= Joint Commission International
LP	= Linking Pin
NFU	= Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NIAZ	= Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg
O&P	= Opleiding & Patiëntenzorg
SURPASS	= SURgical Patient Safety System
UMC	= Universitair Medische Centra: AMC, Academisch Medisch Centrum te Amsterdam EMC, Erasmus MC te Rotterdam LUMC, Leids Universitair Medisch Centrum te Leiden MUMC+, Maastricht UMC+ te Maastricht UMCG, Universitair Medisch Centrum Groningen te Groningen UMCN, Radboud universitair medisch centrum te Nijmegen UMCU, Universitair Medisch Centrum Utrecht te Utrecht VUmc, VU medisch centrum te Amsterdam