



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

Evaluatie Sneller Beter pijler 3: Geleerde lessen van ziekenhuizen

Leti Vos
Michel Dückers
Cordula Wagner

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

Dit evaluatieonderzoek is gefinancierd door ZonMw, de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie.

ISBN 978-90-6905-920-4

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2008 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

Inhoud

Inleiding	5
1 Leiderschap vraagt meesterschap	7
2 Goede stroom heeft een bedding	9
3 Effect moet voelbaar zijn	13
4 Weten door meten	17
5 Tel uit je winst	21
6 Goed voorbereid op reis	25
7 Veranderen is maatwerk	29
8 Kijk eens in de spiegel	33
9 De praktijk als leerplaats	37
10 Een beetje druk maakt vloeibaar	39
Begrippenlijst	43
Lijst met afkortingen	45
Referenties	47

Inleiding

Van oktober 2004 tot oktober 2008 hebben vierentwintig ziekenhuizen deelgenomen aan het landelijke actieprogramma Sneller Beter pijler 3. Dit programma is een initiatief van het ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport; de Orde van Medisch Specialisten; de NVZ vereniging van ziekenhuizen en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland.

Doelstelling van dit programma was: *“Bij 20% van de ziekenhuizen in 4 jaar aanzienlijke en aansprekende prestatieverbeteringen realiseren op de prioriteitsgebieden patiëntenlogistiek en patiëntveiligheid voor patiënten en zorgverleners. Tevens wordt in de ziekenhuizen een vliegwieltot stand gebracht gericht op interne verspreiding van resultaten en brede inzet van de opgebouwde competenties”*.

De deelnemende ziekenhuizen werden bij de implementatie van de verbeterprojecten ondersteund en begeleid door een consortium. Dit consortium bestond uit het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van het Erasmus MC en de Orde van Medisch Specialisten.

Het NIVEL heeft in samenwerking met het EMGO Instituut/ VUmc en CAPHRI van Universiteit Maastricht het programma Sneller Beter pijler 3 geëvalueerd. De resultaten van dit onderzoek staan beschreven in het NIVEL rapport ‘Evaluatie Sneller Beter pijler 3: resultaten van een verbeterprogramma voor ziekenhuizen’ (Vos et al. 2008). Naast deze formele evaluatie naar het behalen van de gestelde doelstellingen heeft het consortium samen met de deelnemende ziekenhuizen ‘geleerde lessen’ geformuleerd. Het consortium heeft voor het formuleren van deze geleerde lessen bijeenkomsten georganiseerd waarin beleidsmedewerkers uit ziekenhuizen en adviseurs van het consortium met elkaar spraken over hun ervaringen met Sneller Beter. Ook zijn er vanuit het consortium diverse interviews gehouden met medisch specialisten, verpleegkundigen en stafmedewerkers uit de deelnemende ziekenhuizen.

Op verzoek van ZonMw is door het NIVEL nagegaan in hoeverre de geleerde lessen van de ziekenhuizen ook teruggevonden konden worden in de data die verzameld zijn voor het evaluatieonderzoek Sneller Beter pijler 3. In de volgende hoofdstukken worden de resultaten hiervan beschreven. Soms lukt het om de geleerde lessen op basis van de gegevens uit het evaluatieonderzoek te bevestigen, bij andere lessen lukt dit niet omdat de cijfers uit het evaluatieonderzoek andere resultaten laten zien. Voor meer informatie over de achtergrond en gebruikte methoden in het evaluatieonderzoek verwijzen wij u naar het NIVEL rapport ‘Evaluatie Sneller Beter pijler 3: resultaten van een verbeterprogramma voor ziekenhuizen’.

1 Leiderschap vraagt meesterschap

Geleerde les ziekenhuizen: ‘Leiderschap vraagt meesterschap’

Het bestuur moet ervoor zorgen dat zoveel mogelijk professionals uit de organisatie weten dat het bestuur deelname aan projecten steunt.

1.1 Inleiding

Binnen Sneller Beter wordt via het programmaonderdeel leiderschap en organisatieontwikkeling (L&O) van Sneller Beter ingezet op het ontwikkelen van leiderschap op innovatie en verbetering. Verwacht wordt dat leiderschap voor het verspreiden en borgen van innovaties van belang is. In dit hoofdstuk wordt op basis van data die verzameld zijn voor het evaluatieonderzoek Sneller Beter getoetst of de verspreiding van verbeterinitiatieven inderdaad afhankelijk is van de zichtbaarheid van het leiderschap van het ziekenhuisbestuur.

Om dit te kunnen toetsen is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

1. In hoeverre is er een relatie tussen het leiderschap van de Raad van Bestuur en het aantal projecten waaraan medisch specialisten deelneemt?

1.2 Methode

In de acht ziekenhuizen van de eerste tranche zijn aan het einde van het eerste jaar aan 864 medisch specialisten van 17 specialismen gevraagd in welke mate de Raad van Bestuur uit hun ziekenhuis verbeterinitiatieven stimuleert. De antwoordcategorieën waren ‘goed merkbaar’, ‘niet merkbaar’ (men is van mening dat de Raad van Bestuur verbeterinitiatieven niet stimuleert), en ‘geen idee’ (men heeft geen idee of de Raad van Bestuur verbeterinitiatieven stimuleert). Tevens is aan deze medisch specialisten gevraagd aan hoeveel en aan welk type verbeterprojecten zij deelnamen in het tweede jaar van Sneller Beter. In totaal hebben 286 van de 864 medisch specialisten meegewerkt aan dit onderzoek (respons = 33%). Door deze lage respons moeten de resultaten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Met behulp van multilevel analyse is nagegaan of deelname aan Sneller Beter projecten samenhangt met de zichtbaarheid van het leiderschap van de Raad van Bestuur en of deze relatie wordt beïnvloed door de consensus over het leiderschap van de Raad van Bestuur onder de specialisten binnen hetzelfde ziekenhuis (zie hoofdstuk 10 van het evaluatierapport voor een gedetailleerde beschrijving van de multilevel analyse).

1.3 Resultaten

Zevenenvijftig procent van de medisch specialisten gaf aan dat het goed merkbaar is dat de Raad van Bestuur verbeteringen stimuleert. Zeventien procent van de medisch specialisten merkt niet dat verbeteringen gestimuleerd worden en 26% heeft geen idee. Gemiddeld namen de respondenten aan één verbeterproject deel in het tweede jaar van Sneller Beter.

Uit de analyses blijkt dat wanneer Raden van Bestuur ervoor zorgen dat veel medisch specialisten in hun ziekenhuis merken dat zij verbeterinitiatieven stimuleren, het gemiddeld aantal projecten waaraan medisch specialisten deelnemen groter is (zie ook figuur 10.1 van het evaluatierapport). Wanneer medisch specialisten geen idee hebben of de Raad van Bestuur verbeterinitiatieven stimuleert en zij werken in een organisatie waar deze perceptie wordt gedeeld, dan bereikt de deelname aan verbeterprojecten een dieptepunt. Wanneer medisch specialisten van mening zijn dat het niet merkbaar is dat de Raad van Bestuur verbeterinitiatieven stimuleert hangt de deelname aan verbeterprojecten niet samen met het percentage specialisten in hetzelfde ziekenhuis dat die opvatting deelt. Waarschijnlijk is bij het ontbreken van leiderschap van de Raad van Bestuur de interne motivatie van de medisch specialist doorslaggevend voor deelname aan projecten.

1.4 Conclusie

- De geleerde les 'Leiderschap vraagt meesterschap' kan op basis van de resultaten met enige voorzichtigheid worden bevestigd.
- Wanneer een Raad van Bestuur verbeterinitiatieven stimuleert, en dus leiderschap toont op innovatie en verbetering, participeren medisch specialisten gemiddeld in meer verbeterprojecten mits de opvatting over het leiderschap van Raden van Bestuur op innovatie en verbetering gedeeld wordt door zoveel mogelijk specialisten uit hetzelfde ziekenhuis.
- Verder onderzoek moet uitwijzen of bijzondere leiderschapaspecten verantwoordelijk zijn voor het feit dat medisch specialisten het gevoel hebben dat de Raad van Bestuur leiderschap toont op innovatie en verbetering.

2 Goede stroom heeft een bedding

Geleerde les ziekenhuizen: ‘Goede stroom heeft een bedding’

Het succes van het project zal toenemen als de juiste randvoorwaarden aanwezig zijn voor uitvoering van het project.

2.1 Inleiding

In 2005 is door Dückers et al. een literatuurstudie uitgevoerd naar de factoren voor een succesvolle uitvoering van een verbeterproject. Uit deze studie kwamen meerdere kenmerken naar voren die bepalend zijn voor een succesvolle uitvoering van een project, te weten: teamorganisatie; externe ondersteuning; organisatorische ondersteuning; compatibiliteit/ non-complexiteit; tijd, middelen en menskracht; training; en meerwaarde van projecten. In dit hoofdstuk wordt nagegaan of het succes van een project toeneemt met de aanwezigheid van deze zeven randvoorwaarden.

Hiertoe is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

1. Is er een relatie tussen het succes van een project en de aanwezigheid van specifieke randvoorwaarden voor succes?

2.2 Methode

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden wordt onderzocht of de kenmerken voor succes in grotere mate aanwezig zijn bij de projectteams die binnen Sneller Beter tenminste 10% verbetering hebben bereikt op de uitkomstindicator.

Om te bepalen of projectteams tenminste 10% verbetering hebben bereikt zijn van de projectteams die in het eerste jaar van tranche 1, 2 en 3 zijn gestart, projectresultaten gebruikt uit de centrale database van Sneller Beter¹.

Om de aanwezigheid van succes- en faalfactoren te bepalen is aan het einde van het eerste jaar van deelname aan Sneller Beter aan de projectleiders van de projectteams (N=246), die in het eerste jaar van tranche 1, 2 en 3 zijn gestart, een vragenlijst voorgelegd². In deze vragenlijst is gevraagd in hoeverre de kenmerken voor een succesvolle uitvoering van een project volgens hen aanwezig waren. De mate van aanwezigheid kon worden aangegeven op een schaal van 1 (helemaal mee oneens) tot 7 (helemaal mee eens). Per kenmerk zijn vaak meerdere vragen gesteld. Van de vragen per succesfactor zijn de onderliggende constructen onderzocht (Dücker et al, 2008a). Hieruit bleek dat de psychometrische

¹ In dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van de bereikte projectresultaten na 1 jaar.

² Dit is exclusief de VIM projecten. De projectleiders VIM hebben een andere vragenlijst ontvangen dan de projectleiders DEC, MV, POWI, OK, WZW en PHI. Om deze reden kon VIM niet worden meegenomen in de analyses van dit hoofdstuk.

eigenschappen van de vragenlijst goed waren.

In totaal zijn 179 vragenlijsten terug ontvangen (respons = 73%). In verband met de waarborging van de validiteit zijn echter 11 vragenlijsten uitgesloten van dit onderzoek omdat deze lijsten door eenzelfde persoon zijn ingevuld. Daarnaast hebben niet alle respondenten alle vragen ingevuld, waardoor de respons per vraag verschilt. Per vraag ontbreken de antwoorden van gemiddeld 13 respondenten (SD=9). De analyses hebben steeds betrekking op het aantal projectleiders dat de betreffende vraag heeft ingevuld, met een maximum van 168.

Vervolgens is per succeskenmerk het gemiddelde berekend van de projectteams die 10% verbetering hebben bereikt en van de projectteams die geen verbetering hebben bereikt. Daarna is met behulp van t-toetsen nagegaan of de factoren voor succes bij de projecten die 10% verbetering hebben bereikt in grotere mate aanwezig waren. Tevens is met Spearman's correlatiecoëfficiënt gekeken hoe sterk het verband is tussen de aanwezigheid van factoren voor succes en de resultaten van de projectteams.

2.3 Resultaten

Tabel 2.1 geeft de relatie weer tussen het bereikte resultaat en de aanwezigheid van relevant geachte randvoorwaarden. Hieruit blijkt dat deze randvoorwaarden minder sterk aanwezig zijn bij projecten waarin geen verbetering is bereikt. Echter, alleen bij de kenmerken teamorganisatie, compatibiliteit en training is dit verschil significant gebleken.

Tabel 2.1 Aanwezigheid van factoren voor succes bij projectteams die wel/ geen 10% verbetering hebben bereikt (tranche 1 t/m 3)

	10% verbetering (N=60) Gemiddelde (sd) ¹	Geen verbetering (N=43) Gemiddelde (sd) ¹
Teamorganisatie*	5,4 (1,1)	5,1 (0,8)
Externe ondersteuning	4,9 (0,9)	4,7 (1,1)
Organisationele ondersteuning	4,6 (1,2)	4,5 (1,5)
Compatibiliteit**	4,6 (1,0)	4,0 (1,1)
Tijd, menskracht en middelen	4,5 (1,4)	4,3 (1,2)
Training**	4,6 (1,2)	4,0 (1,6)
Meerwaarde van het project	5,1 (1,0)	4,7 (1,1)

* significant verschil op 0,10 niveau

** significant verschil op 0,05 niveau

¹ op een schaal van 1 (helemaal afwezig) tot 7 (helemaal aanwezig)

Uit tabel 2.2 blijkt dat de kenmerken in teamorganisatie en compatibiliteit significant gerelateerd zijn aan het bereiken van 10% verbetering. Ook het kenmerk training laat een verband zien met het bereiken van 10% verbetering. Dit verband is echter minder sterk dan met de kenmerken teamorganisatie en compatibiliteit.

Tabel 2.2 Correlatie tussen factoren voor succes en 10% verbetering (tranche 1 t/m 3)

	10% verbetering bereikt Spearman's R (p-waarde)
Teamorganisatie	0,24 (0,03)*
Externe ondersteuning	0,09 (0,38)
Ondersteuning door het ziekenhuis	0,02 (0,85)
Compatibiliteit	0,26 (0,02)*
Tijd, menskracht en middelen	0,14 (0,15)
Training	0,17 (0,09)
Meerwaarde van een project	0,17 (0,12)

* significant op 0,05 niveau

2.4 Conclusie

- De gepresenteerde resultaten ondersteunen de geleerde les 'Goede stroom heeft een bedding'.
- Bij de projectteams die succesvol zijn, dat wil zeggen 10% verbetering bereikt hebben, zijn kenmerken voor succes soms in een grotere mate aanwezig dan bij de projectteams die geen verbetering bereikten.
- Een goede teamorganisatie en een project dat tegemoet komt aan de behoeften van een team leiden vaker tot succes.
- De gevonden verbanden tussen aanwezigheid van succeskenmerken en de mate van verbetering waren mogelijk duidelijker geweest als alle projectteams de benodigde data hadden aangeleverd.

3 Effect moet voelbaar zijn

Geleerde les ziekenhuizen: 'Effect moet voelbaar zijn'

Doelstellingen moeten toepasbaar zijn. De mate van verspreiding van verbeteringen hangt nauw samen met de mate waarin ze een meerwaarde hebben voor degenen die ermee aan de slag moeten (m.n. de professional).

3.1 Inleiding

Kernonderdeel van Sneller Beter is de ontwikkeling van een intern vliegwiel gericht op verdere verspreiding van bewezen verbeteringen. De deelnemende ziekenhuizen hebben ervaren dat deze verspreiding makkelijker is wanneer de doelstellingen van de projecten een meerwaarde hebben voor degenen die ermee aan de slag moeten. In dit hoofdstuk wordt op basis van data uit het evaluatieonderzoek Sneller Beter nagegaan of de verbeterprojecten die een hogere meerwaarde hebben voor de zorgprofessional ook daadwerkelijk vaker zijn verspreid.

Hiertoe zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Wat is het gepercipieerde projectvoordeel voor de verschillende verbeterprojecten van Sneller Beter?
2. Hoeveel projecten zijn er tijdens Sneller Beter per projecttype uitgevoerd?
3. Is er een relatie tussen het gepercipieerde projectvoordeel en het aantal uitgevoerde projecten?

3.2 Methode

Meerwaarde van een project

Aan de projectleiders van de projectteams (N=77), die in het eerste jaar van tranche 1 zijn gestart, is rond het einde van het eerste jaar van deelname aan Sneller Beter een vragenlijst voorgelegd. In deze vragenlijst zijn een aantal stellingen voorgelegd over de meerwaarde van hun project³. De projectleiders konden op een schaal van 1 (helemaal mee oneens) tot 7 (helemaal mee eens) aangeven in hoeverre zij het met de gegevens stelling eens waren. In totaal zijn 57 vragenlijsten terug ontvangen (respons = 74%). Slechts 39 projectleiders hebben de stellingen met betrekking tot de meerwaarde van het project ingevuld. Per projectleider is op basis van de gegeven antwoorden een gemiddelde score voor het ervaren projectvoordeel berekend. Vervolgens zijn de gemiddelde gepercipieerde meerwaardes berekend per projecttype.

³ Aan de projectleiders VIM zijn deze stellingen niet voorgelegd. Om deze reden kon VIM niet worden meegenomen in de analyses van dit hoofdstuk.

Verspreiding van een project

Aan de interne programmacoördinatoren (IPC's) van de deelnemende ziekenhuizen uit tranche 1 is een vragenlijst voorgelegd waarin is gevraagd hoeveel projecten er gedurende Sneller Beter in totaal zijn uitgevoerd.

N.B. In dit hoofdstuk wordt alleen gebruik gemaakt van gegevens die verzameld zijn bij de ziekenhuizen uit tranche 1 omdat alleen van tranche 1 bekend is hoe de verspreiding van projecten in het tweede jaar van deelname is verlopen.

3.3 Resultaten

In tabel 3.1 zijn per projecttype de gemiddelde gepercipieerde meerwaarden van het project weergegeven. Hieruit blijkt dat de gepercipieerde meerwaarde van het project Werken zonder wachtlijst het hoogste is en van het project OK oké het laagste.

Tabel 3.1 Gepercipieerde meerwaarde per projecttype (tranche 1)

Projecttype	Gepercipieerde meerwaarde Gemiddelde (sd) ¹
Decubitus (DEC, N=5)	5,0 (0,8)
Medicatieveiligheid (MV, N=9)	5,4 (0,5)
Postoperatieve wondinfecties (POWI, N=4)	5,1 (0,6)
OK oké (OK, N=5)	4,7 (1,3)
Procesherinrichting (PHI, N=11)	5,6 (0,8)
Werken zonder wachtlijst (WZW, N=5)	5,8 (0,8)

¹ op een schaal van 1 (helemaal afwezig) tot 7 (helemaal aanwezig)

Tabel 3.2 geeft een beeld van het aantal projecten dat per ziekenhuis is uitgevoerd. Per ziekenhuis is een top drie opgesteld (vetgedrukt) van de meest verspreide projecten. Indien het om tien of meer projecten gaat is het projecttype onderstreept.

Het blijkt dat Werken zonder wachtlijst in zeven van de acht ziekenhuizen in de top drie van meest uitgevoerde projecten terugkeert. Decubitus zit in de top drie in zes van de acht ziekenhuizen, het is maar liefst drie keer ziekenhuisbreed uitgevoerd. In vijf ziekenhuizen behoort het project Medicatieveiligheid tot de top drie. In ziekenhuis 2 is het onderdeel antibiotica switch van het project Medicatieveiligheid ziekenhuisbreed uitgevoerd, in ziekenhuis 7 geldt dat voor het onderdeel onnodige bloedtransfusies. Ook Procesherinrichting zit in de top drie van vijf ziekenhuizen. In de ziekenhuis 6 en 8 is Procesherinrichting ziekenhuisbreed toegepast, in één van hen geldt dat ook voor Postoperatieve wondinfecties.

Tabel 3.2 Totaal aantal projecten uitgevoerd tijdens deelname aan Sneller Beter (tranche 1)

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

¹ ziekenhuisbreed geïmplementeerd tijdens het implementatieprogramma

In tabel 3.3 is de top 6 ‘meerwaarde van het project’ en de top 6 ‘aantal uitgevoerde projecten’ naast elkaar gezet. Hieruit blijkt dat de meerwaarde van een project een rol speelt bij de verspreiding van een project: de drie projecten met de hoogste gepercipieerde meerwaarde (Werken zonder wachtlijst, Procesherinrichting en Medicatieveiligheid) zijn het meest uitgevoerd en drie projecten met de laagste gepercipieerde meerwaarde (Postoperatieve wondinfecties, Decubitus, OK oké) zijn het minst vaak uitgevoerd.

Tabel 3.3 Top 6 meerwaarde van het project en top 6 aantal uitgevoerde projecten (tranche 1)

Top 6 Meerwaarde van het project	Top 6 Aantal uitgevoerde projecten
Werken zonder wachtlijst	Medicatieveiligheid
Procesherinrichting	Werken zonder wachtlijst
Medicatieveiligheid	Procesherinrichting
Postoperatieve wondinfecties	Decubitus
Decubitus	Postoperatieve wondinfecties
OK oké	OK oké

3.4 Conclusie

- De resultaten ondersteunen de geleerde les ‘Effect moet voelbaar zijn’.
- De gepercipieerde meerwaarde is door de projectleiders uit tranche 1 het hoogst beoordeeld bij het project Werken zonder wachtlijst, Procesherinrichting en Medicatieveiligheid. Het laagst bij OK oké.

- Van de projecttypen Medicatieveiligheid, Werken zonder wachtlijst en Procesherinrichting zijn de meeste projecten gestart in tranche 1. De minste projecten zijn gestart voor het projecttype OK oké.
- De gepercipieerde meerwaarde van een project blijkt van belang voor de verspreiding van een project. De projecten met een hogere gepercipieerde meerwaarde worden vaker verspreid.
- Beperking van dit onderzoek is dat er geen rekening gehouden is met de complexiteit van de verschillende projecten en de mogelijkheid om een project binnen één ziekenhuis te verspreiden.
- Toekomstig onderzoek moet uitwijzen welke specifieke kenmerken van een project van invloed zijn op de gepercipieerde meerwaarde van een project.

4 Weten door meten

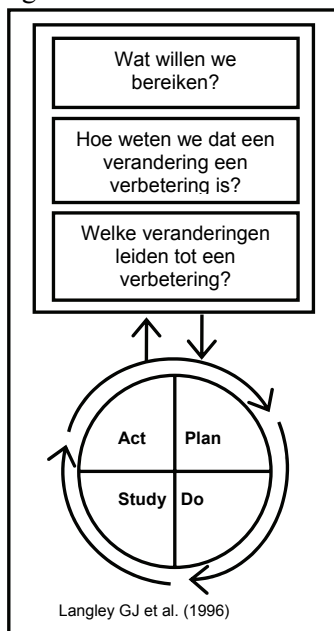
Geleerde les ziekenhuizen: 'Weten door meten'

Meten is weten! Meten en feedback is essentieel voor het zichtbaar maken van resultaten en het borgen daarvan.

4.1 Inleiding

In Sneller Beter wordt binnen de verbeterprojecten op het gebied van patiëntveiligheid en patiëntenlogistiek gebruik gemaakt van de zogenaamde Doorbraak methode. In deze methode staat het Nolan-model centraal. Door gebruik te maken van dit model (zie figuur 4.1) worden projectteams ertoe aangezet om systematisch na te denken over de doelen die zij willen bereiken, hoe ze kunnen meten of een verandering heeft geleid tot een verbetering en welke veranderingen kunnen leiden tot een verbetering. Daarna volgt de daadwerkelijke implementatie van de verandering waarbij het meten van de verandering centraal staat. Door te meten kan volgens dit model zichtbaar gemaakt worden of de verandering tot een verbetering heeft geleid.

Figuur 4.1 Nolan-model



In dit hoofdstuk wordt nagegaan of het meten van de voortgang ook daadwerkelijk heeft geleid tot zichtbaardere resultaten.

Hiertoe zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Heeft het meten van resultaten de projectteams geholpen om de voortgang te monitoren?
2. Bestaat er een relatie tussen het gepercipieerde nut van meten en het bereiken van resultaten?

4.2 Methode

In totaal zijn 246 projectteams binnen de 24 deelnemende ziekenhuizen gestart⁴. Aan de projectleiders is één jaar na de start van hun project gevraagd of:

- Het meten van indicatoren heeft geholpen om de voortgang van het project te monitoren (op een schaal van 1 (helemaal mee oneens) tot 7 (helemaal mee eens)).
- De projectresultaten duidelijk waarneembaar zijn (niet bereikt, wordt nog verwacht, bereikt).

In totaal zijn de vragenlijsten van 179 projectteams terug ontvangen (respons = 73%). In verband met de waarborging van de validiteit zijn echter 11 vragenlijsten uitgesloten van dit onderzoek omdat deze lijsten door eenzelfde persoon zijn ingevuld. Daarnaast hebben niet alle respondenten alle vragen ingevuld, waardoor de respons per vraag verschilt. Per vraag ontbreken de antwoorden van gemiddeld 20 respondenten (SD=11).

Van 135 projectteams is het antwoord op beide vragen bekend. De antwoorden op de vragen zijn gedichotomiseerd: 1) het meten van indicatoren heeft wel (score 5 t/m7)/ niet (score 1 t/m 4) geholpen om de voortgang van het project te monitoren en 2) de projectresultaten zijn wel (bereikt)/ niet (niet bereikt/ wordt nog verwacht) waarneembaar. In kruistabellen zijn de twee variabelen tegen elkaar uitgezet. Met een Chi kwadraat toets is nagegaan of er een significant verband bestaat tussen beide variabelen. Vervolgens is met de Kendall's tau-b nagegaan wat de grootte en de richting van het verband is.

Kendall's tau-b varieert tussen -1 en 1: -1 betekent dat er een perfect negatief verband bestaat en dus alle hoge waarden (1) op de eerste variabele samengaan met lage waarden op de tweede variabele (0). De maat wordt 1 wanneer er een positief verband is. Wanneer Kendall's tau-b gelijk is aan 0 bestaat er geen associatie.

4.3 Resultaten

In totaal was 79% (N=111) van de projectleiders van mening dat het meten van indicatoren geholpen heeft om de voortgang van het project te monitoren (zie tabel 4.1).

⁴ Dit is exclusief de VIM projecten. De projectleiders VIM hebben een andere vragenlijst ontvangen dan de projectleiders DEC, MV, POWI, OK, WZW en PHI. Om deze reden kon VIM niet worden meegenomen in de analyses van dit hoofdstuk.

Tabel 4.1 Meten en projectvoortgang (tranche 1,2 en 3)

Projecttype	Meten heeft geholpen bij het monitoren van de projectvoortgang	
	% ja	
Patiëntveiligheid (N=68)	77	
Decubitus (N=24)	88	
Medicatieveiligheid (N=29)	69	
Postoperatieve wondinfecties (N=15)	73	
Patiëntenlogistiek (N=73)	81	
OK oké (N=16)	88	
Procesherinrichting (N=27)	63	
Werken zonder wachtlijst (N=30)	93	
Gemiddeld (N=141)	79	

Bij het project Procesherinrichting waren relatief de minste projectleiders (63%) van mening dat het meten bijdraagt aan het monitoren van de projectvoortgang. Van het project Werken zonder wachtlijst waren de meeste projectleiders van mening (93%) dat het meten helpt bij het monitoren van de projectvoortgang.

De vraag is nu of er een samenhang bestaat tussen de gepercipieerde nut van meten en de perceptie van projectleiders over de waarneembaarheid van de resultaten van het project (wel/ niet bereikt).

In tabel 4.2 zijn deze twee variabelen in kruistabellen tegen elkaar uitgezet.

Tabel 4.2 Kruistabellen gepercipieerd nut van meten en waarneembaarheid van resultaten

<i>Metten helpt</i>	Projectresultaten waarneembaar	
	Nee	Ja
Alle projecten (N=135)		
Nee	13	15
Ja	26	81
Projecten patiëntveiligheid (N=65)		
Nee	8	6
Ja	12	39
Projecten patiëntenlogistiek (N=70)		
Nee	5	9
Ja	14	42

Tabel 4.3 geeft een overzicht van de gevonden verbanden tussen het aantal projectleiders dat aangeeft dat meten geholpen heeft bij het monitoren van de projectvoortgang en het aantal projectleiders dat aangeeft dat de projectresultaten waarneembaar zijn.

Tabel 4.3 Verband tussen meten en projectresultaten waarneembaar

	Chi kwadraat (p-waarde)	Kendall's tau-b (p-waarde)
Alle projecten (N=135)		
Metten helpt x projectresultaten waarneembaar	5,29 (0,021)*	0,20 (0,038)*
Projecten patiëntveiligheid (N=65)		
Metten helpt x projectresultaten waarneembaar	5,83 (0,016)*	0,30 (0,031)*
Projecten patiëntenlogistiek (N=70)		
Metten helpt x projectresultaten waarneembaar	0,65 (0,420)	0,10 (0,450)

* significant op 0,05 niveau

Uit tabel 4.3 blijkt dat er een verband bestaat tussen het gepercipieerde nut van meten en de gepercipieerde resultaten van een project: Projectleiders die resultaten van hun project zien zijn positiever over het nut van meten. En andersom: wanneer projectleiders van mening zijn dat er (nog) geen waarneembare resultaten zijn bereikt, zijn zij ook negatief over het nut van meten.

Wanneer wordt gekeken of dit verband voor zowel de projecten op het gebied van patiëntveiligheid als op het gebied van patiëntenlogistiek geldt, blijkt dit verband alleen significant aanwezig is bij de patiëntveiligheidsprojecten.

4.4 Conclusie

- De geleerde les 'willen weten door meten' wordt door de data uit het evaluatieonderzoek ondersteund.
- Projectleiders van teams die resultaten bereikt hebben, vinden dat meten helpt voor het monitoren van de voortgang van het project.
- Beperking van dit onderzoek is dat de data één jaar na de start van de projecten verzameld zijn. Een aantal projecten (Postoperatieve wondinfecties, OK oké en Proceszherinrichting) heeft een projectduur van twee jaar. Hierdoor kunnen de resultaten mogelijk vertekend zijn.
- Toekomstig onderzoek moet uitwijzen welke kenmerken van de verschillende projecten er precies voor zorgen dat meten bijdraagt aan het inzichtelijk maken van resultaten.

5 Tel uit je winst

Geleerde les ziekenhuizen: 'Tel uit je winst'

Het maken van een business case kan verschillende functies hebben bij het initiëren, verspreiden en borgen van verbeteringen.

5.1 Inleiding

Binnen Sneller Beter wordt geadviseerd om voor ieder verbeterproject een zogenaamde business case op te stellen. In een business case wordt een relatie gelegd tussen kwaliteitsverbeteringen en kostenbeheersing. De business case beschrijft de (te verwachten) winsten van het project en zet deze af tegen de (te verwachten) kosten die gemoeid gaan met het project. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen financiële en kwalitatieve kosten en baten. Daarnaast wordt voor iedere betrokkene nagegaan wat zijn belang is in het project, maar ook waar mogelijk knelpunten kunnen liggen. Hierdoor kan iedere betrokkene een reëlere inschatting maken van de vereiste inspanningen en opbrengsten van het project. Op deze manier helpt de business case ziekenhuizen bij het maken van bewuste keuzes ten aanzien van het initiëren en verspreiden van projecten. Deze bewustere keuzes zouden hypothetisch gezien ervoor moeten zorgen dat de projectuitkomsten beter zijn. Een ziekenhuis zal immers niet beginnen aan een project waarvan vooraf bekend is dat betrokkenen niet bereid zijn bepaalde inspanningen te leveren voor het realiseren van een gemeenschappelijk belang. In dit hoofdstuk wordt deze hypothese getoetst.

Hiertoe is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

1. Is er een verband tussen het uitvoeren van een business case en de resultaten van een verbeterproject?

5.2 Methode

In totaal zijn 246 projectteams binnen de 24 deelnemende ziekenhuizen gestart⁵. Van 92 projectteams is bekend of zij een business case hebben gemaakt en wat de projectuitkomsten zijn. De projectuitkomsten zijn gedichotomiseerd⁶: wel/ niet programmadoel behaald (1/0), wel/ niet minimaal 10% verbetering gehaald op de uitkomstindicator (1/0), wel/ niet gelijk gebleven t.o.v. de beginsituatie (1/0), wel/ niet een verslechtering ten opzichte van de begin situatie opgetreden (1/0). Vervolgens zijn kruistabellen gemaakt waarin de uitkomsten uitgezet zijn tegen het wel/ niet maken van

⁵ Dit is exclusief de VIM projecten. De projectleiders VIM hebben een andere vragenlijst ontvangen dan de projectleiders DEC, MV, POWI, OK, WZW en PHI. Om deze reden kon VIM niet worden meegenomen in de analyses van dit hoofdstuk.

⁶ In dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van de bereikte projectresultaten na 1 jaar.

een business case. Daarna is nagegaan of er een verband bestaat tussen het wel/ niet maken van de business case en de resultaten van een project op de uitkomstindicator. Met een Chi kwadraat toets is nagegaan of er een significant verband bestaat. Vervolgens is met de Kendall's tau-b nagegaan wat de grootte en de richting van het verband is. Kendall's tau-b varieert tussen -1 en 1: -1 betekent dat er een perfect negatief verband bestaat en dus alle hoge waarden (1) op de eerste variabele samengaan met lage waarden op de tweede variabele (0). De maat wordt 1 wanneer er een positief verband is. Wanneer Kendall's tau-b gelijk is aan 0 bestaat er geen associatie.

5.3 Resultaten

In tabel 5.1 zijn kruistabellen weergegeven waarin de gedichotomiseerde resultaten van de projecten op de uitkomstindicator zijn uitgezet tegen het wel of niet maken van een business case.

Tabel 5.1 Kruistabellen business case en uitkomsten van projecten

	Business Case	
	Nee	Ja
Programmadoel behaald		
Nee	40	11
Ja	22	19
Tenminste 10 % verbetering		
Nee	25	26
Ja	10	31
Status quo		
Nee	40	11
Ja	39	2
Tenminste 10% verslechtering		
Nee	37	14
Ja	34	7

Tabel 5.2 geeft een overzicht van de gevonden verbanden tussen het uitvoeren van een business case en de resultaten op de uitkomstindicatoren. Hieruit blijkt dat projecten die een business case hebben opgesteld vaker het programmadoel of 10% verbetering hebben gehaald. Wanneer wordt gekeken naar de projecten waarbij na afloop geen verandering is opgetreden ten opzichte van de beginsituatie (in plaats van de beoogde verbetering) blijkt dat er een negatief verband bestaat: dit wil zeggen dat deze projecten significant minder vaak een business case hebben gemaakt. Ook voor de projecten die tenminste 10% zijn verslechterd op de uitkomstindicator bestaat een negatief verband met de business case. Dit verband is echter niet significant.

Tabel 5.2 Verband business case en uitkomsten van projecten

	Chi kwadraat (p-waarde)	Kendall's tau-b (p-waarde)
Alle projecten (N=92)		
Business case x programmadoel behaald	6,35 (0,012)*	0,26 (0,011)*
Business case x tenminste 10% verbetering	5,85 (0,016)*	0,25 (0,011)*
Business case x status quo	5,22 (0,022)*	-0,24 (0,012)
Business case x verslechtering van tenminste 10%	1,39 (0,24)	-0,12 (0,227)

* significant op 0,05 niveau

5.4 Conclusie

- De data uit het evaluatieonderzoek ondersteunen de geleerde les 'Tel uit je winst'.
- Er bestaat een verband tussen het uitvoeren van een business case en de resultaten van een verbeterproject: het maken van een business case gaat vaker samen met betere projectuitkomsten.
- Op basis van de beschikbare data kan echter niet worden gesproken van een causale relatie. Het zou ook kunnen dat alle teams die een business case hebben gemaakt een ander kenmerk gemeen hebben dat voor het succes verantwoordelijk is.
- Verder onderzoek moet uitwijzen of de business case inderdaad zorgt voor een betere taakverdeling binnen het projectteam en een gezamenlijk belang voor de uitvoering van het project waardoor betere resultaten op de programmadoelen behaald worden.

6 Goed voorbereid op reis

Geleerde les ziekenhuizen: ‘Goed voorbereid op reis’

Een duidelijke projectstructuur en degelijk projectmanagement draagt bij aan het succesvol verlopen van verbeterprojecten (inclusief een duidelijke ondersteuning en verantwoordingsstructuur).

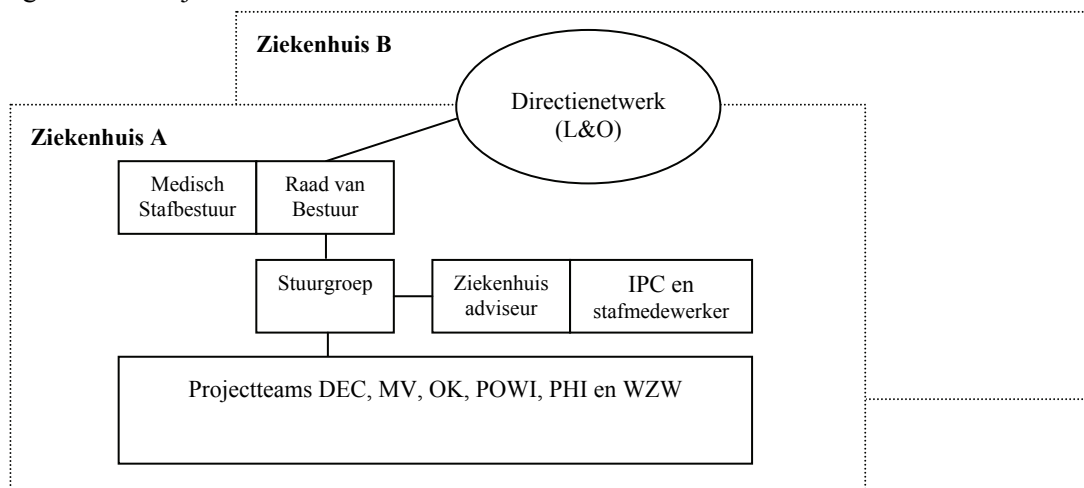
6.1 Inleiding

De projectstructuur van Sneller Beter kan vanuit de visie van een projectteam worden opgedeeld in de projectstructuur op het niveau van het ziekenhuis en op het niveau van de verschillende verbeterprojecten.

Projectstructuur ziekenhuizen

Voor de projectstructuur binnen de deelnemende ziekenhuizen heeft het consortium bij de start van Sneller Beter geadviseerd om deze zoveel mogelijk overeen te laten komen met de lijnorganisatie. In deze voorgestelde structuur wordt in de betrokken ziekenhuizen een stuurgroep opgericht, bestaande uit een vertegenwoordiging van de Raad van Bestuur, het managementteam en de Medische Staf (zie figuur 6.1). Indien er reeds een intern bestuurlijk overleg was in deze samenstelling dan adviseerde het consortium om deze de taak van de stuurgroep op zich te laten nemen. De stuurgroep dient de voortgang van de verschillende projecten te volgen en is verantwoordelijk voor het identificeren en – waar mogelijk – wegnemen van de blokkades bij met name de ondersteunende processen en de besturing.

Figuur 6.1 Projectstructuur ziekenhuizen



(Bron: landelijk plan van aanpak, Consortium 2004)

De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor het programma en ook zelf actief betrokken bij de uitvoering. De dagelijkse aansturing kon volgens het consortium echter het beste vanuit de directie worden gedelegeerd naar een interne programmacoördinator (IPC). Deze coördinator werkt in de voorgestelde structuur nauw samen met een adviseur van de landelijke Sneller Beter organisatie die voor de looptijd van Sneller Beter aan het ziekenhuis was toegewezen. Beiden worden ondersteund door een stafmedewerker.

Projectstructuur verbeterprojecten

Per type verbeterproject (Decubitus, Medicatieveiligheid, Postoperatieve wondinfecties, OK oké, Procesherinrichting, Werken zonder wachtlijst) zijn stappenplannen opgesteld voor de uitvoering van de projecten, worden landelijke bijeenkomsten ter ondersteuning van de uitvoering van de projecten georganiseerd en vindt uitwisseling plaats van ervaringen met projectteams uit andere ziekenhuizen. Dit wordt georganiseerd door de landelijke Sneller Beter organisatie.

De vraag is of de projectstructuur zoals deze is neergezet binnen Sneller Beter bijdraagt aan het succesvol verlopen van verbeterprojecten.

Om dit na te gaan zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Hoe is de projectstructuur op ziekenhuisniveau binnen de deelnemende ziekenhuizen vormgegeven?
2. Is de gehanteerde projectstructuur op ziekenhuisniveau als effectief ervaren?
3. Is de projectstructuur op het niveau van de diverse verbeterprojecten als effectief ervaren?

6.2 Methode

Projectstructuur ziekenhuizen

Om een beeld te krijgen van de projectstructuur die binnen de ziekenhuizen tijdens Sneller Beter is gehanteerd, zijn de Raden van Bestuur en de interne programmacoördinatoren van de deelnemende ziekenhuizen (N=24) na het eerste jaar van deelname aan Sneller Beter benaderd met een aantal vragen. Deze vragen gingen in op de gehanteerde projectstructuur en de werking ervan. Eén Raad van Bestuur heeft niet meegewerkt aan dit onderzoek.

Projectstructuur verbeterprojecten

Om een overkoepelend beeld te krijgen van de meerwaarde van de projectstructuur die gehanteerd is binnen de verbeterprojecten is aan het bestuur van de Medische Staf uit de ziekenhuizen van tranche 3 (N=8) een vragenlijst gestuurd waarin stellingen zijn voorgelegd met betrekking tot de ervaringen met de stappenplannen, deadlines en kennisuitwisseling binnen de projecten in relatie tot de voortgang van de projecten. Hierbij is geen onderscheid gemaakt in het type project. De respondenten konden antwoorden op een schaal van 1 (helemaal mee oneens) tot 7 (helemaal mee eens). In totaal hebben zes van de acht medische stafbesturen de vragenlijst geretourneerd.

6.3 Resultaten

Projectstructuur ziekenhuizen

Uit het onderzoek onder de Raden van Bestuur van de deelnemende ziekenhuizen blijkt dat de feitelijke projectstructuur binnen de ziekenhuizen tijdens hun deelname aan Sneller Beter grotendeels overeen kwam met de structuur zoals deze is afgebeeld in figuur 6.1. De Raad van Bestuur was eindverantwoordelijk voor het programma en had de taak het beleid vast te stellen en uit te dragen, faciliteiten te verschaffen en draagvlak te creëren en de resultaten te monitoren. De interne programmacoördinatoren noemden zich medeverantwoordelijk voor het succes van het programma en de voortgang van de deelprojecten. Zij hielden overzicht over de voortgang en samenhang van projecten, signaleerden problemen en begeleidden teams bij de uitvoering van het project. De projectstructuur binnen de ziekenhuizen werkte volgens de respondenten goed. Wel gaven alle respondenten aan dat Sneller Beter veel meer tijd heeft gekost dan vooraf was gedacht. Dit had mede te maken met het grote aantal projecten dat tegelijk uitgevoerd werd en ondersteuning die voor de projectteams vereist was vanuit de projectorganisatie.

Projectstructuur verbeterprojecten

In tabel 6.1 is een overzicht gegeven van de stellingen die aan de Medische Stafbesturen zijn voorgelegd met betrekking tot de projectstructuur van Sneller Beter. Er is weergegeven hoeveel medisch stafbesturen het steeds met de stelling eens waren. Uit deze tabel blijkt dat de meerderheid vindt dat de stappenplannen die binnen Sneller Beter gehanteerd worden de voortgang van de projecten stimuleren en houvast geven bij de uitvoering van een project. De uitwisseling van ervaringen tussen de deelnemende ziekenhuizen, die door de landelijke Sneller Beter organisatie mogelijk wordt gemaakt, wordt als prettig ervaren en draagt volgens vier van de zes respondenten bij aan de voortgang van de verbeterprojecten.

Tabel 6.1 Projectstructuur verbeterprojecten (N=6 medisch stafbesturen, tranche 3)

	Oneens	Neutraal	Mee eens
De voortgang wordt gestimuleerd door de stappenplannen van de diverse projecten en de daarbij behorende deadlines	0	1	5
De stappenplannen van de diverse projecten en de daarbij behorende deadlines geven een te strak regime	2	3	1
Stappenplannen geven medisch specialisten houvast bij het uitvoeren van verbeterprojecten	0	2	4
De kennisuitwisseling tussen ziekenhuizen wordt als prettig ervaren	0	0	6
De kennisuitwisseling draagt bij aan de voortgang van projecten	0	2	4

6.4 Conclusie

- De geleerde les 'Goed voorbereid op reis' kan op basis van de resultaten met enige voorzichtigheid worden bevestigd.
- De gehanteerde projectstructuur op ziekenhuisniveau komt grotendeels overeen met de structuur uit figuur 6.1.
- Deze structuur heeft volgens de respondenten van dit onderzoek bijgedragen aan het

succes van Sneller Beter.

- De projectstructuur van verbeterprojecten, bestaande uit stappenplannen voor de uitvoering van projecten en de uitwisseling van ervaringen tussen ziekenhuizen, heeft de voortgang van de projecten bevorderd.
- Opgemerkt moet worden dat de data uit het evaluatieonderzoek met betrekking tot de projectstructuur op ziekenhuis- en projectniveau beperkt zijn.
- Toekomstig onderzoek moet uitwijzen of de kosten die de projectstructuur op ziekenhuisniveau met zich meebrengt (onder andere voor coördinatie en monitoring van projecten) in verhouding zijn met de opbrengsten van het programma.

7 Veranderen is maatwerk

Geleerde les ziekenhuizen: ‘Veranderen is maatwerk’

Elk verbeterinitiatief vraagt om een eigen specifieke aanpak en methodiek. Procesherinrichting (PHI) is een effectieve wijze voor de ziekenhuisbrede aanpak van een cluster van zorgprocessen ‘van de voordeur tot de achterdeur’ van het ziekenhuis. De integrale aanpak van PHI richt de aandacht sterker op de (gewenste) interne organisatie dan de doorbraakmethode.

7.1 Inleiding

Karakteristiek voor de doorbraakmethode is de externe ondersteuning van projectteams en het gebruik van het Nolan-model (zie figuur 4.1). Via de externe ondersteuning krijgen de projectteams informatie over ‘best practices’ en veranderconcepten. Het gebruik van het Nolan model dient projectteams te faciliteren bij het implementeren van verbetermaatregelen (‘best practices’ of maatregelen die gebaseerd zijn op ‘veranderconcepten’).

Bij het doorbraakproject Procesherinrichting (PHI) wordt in twee jaar tijd een zorgproces voor een cluster van patiëntengroepen herontworpen in de vorm van zorgprogramma's. In Sneller Beter voorziet het consortium de projectteams PHI van ‘best practices’ en veranderconcepten die teams kunnen faciliteren bij het uitdenken van geschikte interventies voor het realiseren van een zorgprogramma. Een ‘best practice’ die dikwijls is gepresenteerd voor de projectteams PHI is de ‘one-stop-shop’. Bij een ‘one-stop-shop’ komt een patiënt slechts één dag naar het ziekenhuis voor diagnostiek. Aan het eind van deze dag is dan de diagnose bekend. Veranderconcepten die aan bod zijn gekomen hebben veelal betrekking op het reduceren van variatie door het standaardiseren van zorgprocessen en het elimineren van verspilling zoals wachttijden en onnodige bezoeken aan het ziekenhuis.

Om na te gaan of beide componenten, het verspreiden van best practices en het toepassen van het Nolan-model, van de doorbraakmethodiek binnen Procesherinrichting bruikbaar zijn is een multiple case studie uitgevoerd bij de Procesherinrichtingprojecten van tranche 3.

De volgende onderzoeksvragen stonden hierbij centraal:

1. In hoeverre was het mogelijk voor de projectteams PHI om een ‘one-stop-shop’ toe te passen?
2. In hoeverre is er gebruik gemaakt van het Nolan-model door de projectteams PHI?

7.2 Methode

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is aan de procesondersteuners⁷ van de Procesherinrichtingsprojecten uit tranche 3 (N=18) een vragenlijst gestuurd. In deze vragenlijst zijn vragen gesteld over de knelpunten van het huidige zorgproces, het herontwerp en de bijbehorende interventies, en het gebruik van het Nolan-model. Zeventien van de 18 procesmedewerkers hebben meegewerkt aan deze studie.

7.3 Resultaten

Van de 17 projectteams PHI bleek dat een one-stop-shop slechts voor 11 projecten toepasbaar was. Drie projecten voerden een Procesherinrichting uit voor een klinisch traject waardoor de ‘one-stop-shop’ niet van toepassing was. Twee andere projectteams beschikten al over een one-stop-shop, waardoor ook voor hen de ‘best practice’ geen optie meer was voor het verkorten van de doorstroomtijd. Bij deze projecten en nog één ander project was de doorstroomtijd als gevolg van andere problematiek onnodig lang.

Het Nolan-model bestaat uit drie vragen en de PDSA cyclus (zie figuur 4.1). De eerste vraag betreft het formuleren van specifieke en meetbare doelen. Van de 17 projectteams hebben 15 teams tenminste één specifiek en meetbaar doel vastgesteld. Vaak kwamen deze overeen met de doelen die gesteld zijn op programmaniveau voor het project Procesherinrichting (zie tabel 10.1). Twee projecten hebben geen meetbare doelen geformuleerd. Eén projectteam gaf als reden dat zij alleen kwalitatieve verbeteringen wilden implementeren die volgens hen niet meetbaar waren. De tweede vraag van het Nolan-model betreft de vaststelling van uitkomstmaten (hoe weet je dat een verandering een verbetering is). Alle projectteams hebben uitkomstmaten gebruikt. Echter slechts 11 van de 17 projectteams hebben ook procesindicatoren gebruikt. Met procesindicatoren kan nagegaan worden of de geplande verandering uitgevoerd is volgens plan. De resultaten zijn immers mede afhankelijk van de mate waarin een interventie volledig is uitgevoerd. De derde vraag van het Nolan-model is: “Welke veranderingen leiden tot een verbetering”. Deze vraag is buiten beschouwing gelaten omdat deze studie zich heeft gericht op de toepasbaarheid van de doorbraakmethode en niet op de keuze voor de juiste verbetermaatregelen.

Tabel 10.1 Toepassing van elementen van de doorbraakmethodiek bij Procesherinrichting (N=17)

Element Doorbaak	Ja (N)	Nee (N)
One-stop-shop toepasbaar?	11 ¹	6
Gebruik gemaakt het Nolan-model?		
- Tenminste één meetbaar en specifiek doel geformuleerd?	15	2
- Proces- en uitkomstmaten gebruikt?		
• Uitkomstmaten consortium, vb. ligduur	17	0
• Procesmaten consortium, vb. aantal bezoeken	11	6
- PDSA cyclus	5	12

¹ Twee van de acht projecten waren van plan een three-stop-shop te implementeren omdat een one-stop-shop ofwel niet wenselijk was in verband met de belasting van de patiënt ofwel organisatorisch niet mogelijk was.

⁷ Procesondersteuners zijn meestal staf- of beleidmedewerkers die de projectleiders ondersteunen bij de uitvoering van een project.

Het laatste onderdeel van het Nolan-model is de PDSA cyclus. Twaalf van de 17 procesbegeleiders gaven aan geen gebruik te maken of geen gebruik te willen gaan maken van de PDSA cyclus voor de implementatie van verbeteringen. De projectteams hebben vaker gekozen om radicaal over te gaan op de nieuwe organisatie van een zorgproces waarbij niet eerst bij een klein aantal patiënten getest werd of de geplande verandering ook werkte. Eén reden die werd genoemd was dat het testen een lange periode in beslag neemt doordat de Procesherinrichtingsprojecten betrekking hadden op relatief kleine patiëntengroepen.

7.4 Conclusie

- De resultaten ondersteunen de geleerde les ‘veranderen is maatwerk’.
- Door de aard van het project richten projectteams bij PHI zich meer op het in kaart brengen van de huidige en gewenste organisatie van het zorgproces dan op het toepassen van het Nolan-model.
- De ‘one-stop-shop’ was slechts voor 11 van de 17 projectteams PHI toepasbaar. Het blijkt dat bij de herinrichting van ieder zorgtraject projectteams moeten nagaan wat in hun situatie het knelpunt is en op basis daarvan moet besluiten welke best practice of welk veranderconcept voor hun situatie toepasbaar is.
- Het Nolan-model is niet door alle teams volledig toegepast. Het blijkt dat het gebruik van de PDSA cyclus door de teams niet geschikt werd geacht. Teams legden de focus meer op de gehele verandering in de organisatie van het zorgproces dan op het implementeren en testen van interventies.

8 Kijk eens in de spiegel

Geleerde les ziekenhuizen: ‘Kijk eens in de spiegel’

Het benutten van de unieke ervaringsdeskundigheid van patiënten heeft bijgedragen aan het bereiken van de doelstelling en ambities in Sneller Beter.

8.1 Inleiding

Eén van de hoofddoelen van Sneller Beter is om de zorg voor patiënten aantoonbaar te verbeteren. Belangrijk hierbij is dat de zorg aansluit op de wensen en behoeften van patiënten en hun naasten. Het onderdeel patiëntenparticipatie van Sneller Beter is bedoeld om een extra impuls te geven aan deze patiëntgerichtheid van de zorg door het benutten van patiëntervaringen.

Einddoel van het onderdeel patiëntenparticipatie binnen Sneller Beter

Het benutten van de unieke ervaringsdeskundigheid van patiënten bij het bereiken van de doelstellingen en ambities in Sneller Beter, door gebruik te maken van concrete instrumenten voor participatie binnen de diverse onderdelen van het project.

In dit onderdeel van Sneller Beter worden instrumenten aangeboden die patiënten een rol geven bij de invulling en verbetering van de zorg en die zo dicht mogelijk aansluiten bij de kennis en ervaring van patiënten. Deze instrumenten kunnen onder andere worden ingezet binnen de diverse verbeterprojecten van Sneller Beter (Decubitus, Medicatieveiligheid, Postoperatieve wondinfecties, OK oké, Procesherinrichting en Werken zonder wachtlijst). Voorbeelden van deze instrumenten zijn: focusgroepen, spiegelgesprekken en elektronische patiëntenfeedback.

Het doel van dit hoofdstuk is om te toetsen of het benutten van de unieke ervaringsdeskundigheid van patiënten heeft bijgedragen aan het bereiken van de doelstellingen en ambities in Sneller Beter.

Hiertoe zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Heeft de inzet van instrumenten voor patiëntenparticipatie in de verbeterprojecten bijgedragen aan het behalen van programmadoelen en meer patiëntgerichte zorg?

8.2 Methode

Van 135 projectteams is bekend of zij tenminste één instrument ter bevordering van patiëntenparticipatie hebben ingezet en wat het oordeel van de projectleider is over de effecten van het project op patiëntgerichtheid (een toename in de patiëntgerichtheid is niet bereikt, wordt nog verwacht, is bereikt). Dit oordeel van de projectleiders is verzameld in

het vragenlijstonderzoek dat is uitgevoerd onder alle projectleiders van de verbeterprojecten die in het eerste jaar van tranche 1, 2 en 3 zijn uitgevoerd (N = 246 projecten, 24 ziekenhuizen)⁸. Van 92 projectteams is bekend of zij tenminste één instrument ter bevordering van de patiëntenparticipatie hebben ingezet en wat de resultaten op de uitkomstindicator zijn. De projectresultaten zijn afkomstig uit de centrale database die wordt onderhouden door het Sneller Beter consortium. De projectresultaten op de uitkomstindicator zijn gedichotomiseerd⁹: wel/ niet programmadoel behaald, wel/ niet minimaal 10% verbetering gehaald op de uitkomstindicator (1/0), wel/ niet gelijk gebleven t.o.v. de beginsituatie (1/0), wel/ niet een verslechtering ten opzichte van de begin situatie opgetreden (1/0). Vervolgens zijn kruistabellen gemaakt waarin de resultaten op de uitkomstindicator en de oordelen van de projectleider over de bereikte patiëntgerichtheid zijn uitgezet tegen het wel/ niet inzetten van tenminste één instrument ter bevordering van de patiëntenparticipatie. Daarna is met behulp van de Chi kwadraat toets nagegaan of er een significant verband bestaat tussen het wel/ niet inzetten van instrumenten ter bevordering van patiëntenparticipatie en de uitkomsten op de programmadoelen en de oordelen van de projectleiders over de bereikte patiëntgerichtheid. Vervolgens is met de Kendall's tau-b nagegaan wat de grootte en de richting van het verband is. Kendall's tau-b varieert tussen -1 en 1: -1 betekent dat er een perfect negatief verband bestaat en dus alle hoge waarden (1) op de eerste variabele samengaan met lage waarden op de tweede variabele (0). De maat wordt 1 wanneer er een positief verband is. Wanneer Kendall's tau-b gelijk is aan 0 bestaat er geen associatie.

8.3 Resultaten

In tabel 8.1 zijn kruistabellen weergegeven waarin de resultaten op de uitkomstindicator en de oordelen van de projectleider over de bereikte patiëntgerichtheid zijn uitgezet tegen het wel/ niet inzetten van tenminste één instrument ter bevordering van de patiëntenparticipatie.

⁸ Dit is exclusief de VIM projecten. De projectleiders VIM hebben een andere vragenlijst ontvangen dan de projectleiders DEC, MV, POWI, OK, WZW en PHI. Om deze reden kon VIM niet worden meegenomen in de analyses van dit hoofdstuk.

⁹ In dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van de bereikte projectresultaten na 1 jaar.

Tabel 8.1 Kruistabellen inzet instrumenten patiëntenparticipatie en projectuitkomsten

	Inzet instrumenten voor patiëntenparticipatie	
	Nee	Ja
Programmadoel behaald		
Nee	9	55
Ja	7	21
Tenminste 10 % verbetering		
Nee	6	34
Ja	10	42
Status quo		
Nee	14	61
Ja	2	15
Tenminste 10% verslechtering		
Nee	13	58
Ja	3	18
Toename in patiëntgerichtheid		
Niet bereikt	6	18
Wordt nog verwacht	7	46
Bereikt	11	47

Tabel 8.2 geeft een overzicht van de gevonden relaties tussen de inzet van tenminste één instrument ter bevordering van patiëntenparticipatie en de projectuitkomsten of de patiëntgerichtheid van de zorg. Hieruit blijkt dat er zowel tussen de inzet patiëntenparticipatie en de projectuitkomsten als tussen de inzet patiëntenparticipatie en patiëntgerichtheid geen significant relaties bestaan. Daarnaast geeft Kendall's tau-b ook aan dat de (niet-significante) relaties ook nauwelijks aanwezig zijn.

Tabel 8.2 Relatie tussen inzet instrumenten ter bevordering van patiëntenparticipatie en projectuitkomsten en patiëntgerichtheid

	Chi kwadraat (p-waarde)	Kendall's tau-b (p-waarde)
Projectuitkomsten (N=92)		
Patiëntenparticipatie x programmadoel behaald	1,62 (0,20)	-0,13 (0,24)
Patiëntenparticipatie x tenminste 10% verbetering	0,28 (0,60)	-0,55 (0,59)
Patiëntenparticipatie x status quo	0,46 (0,50)	0,07 (0,45)
Patiëntenparticipatie x tenminste 10% verslechtering	0,18 (0,67)	0,05 (0,65)
Patiëntgerichtheid (N=135)		
Patiëntenparticipatie x toename in patiëntgerichtheid	1,67 (0,43)	0,02 (0,87)

8.4 Conclusie

- De data uit het evaluatieonderzoek ondersteunen de geleerde les 'Kijk eens in de spiegel' niet.
- De meerwaarde van de inzet van deze instrumenten en dus het benutten van de unieke ervaringsdeskundigheid op het behalen van de programmadoelstellingen en een meer patiëntgerichte zorg is niet vastgesteld.

9 De praktijk als leerplaats

Geleerde les ziekenhuizen: 'De praktijk als leerplaats'

Gebruik verbeteringen als basis voor de verspreidingsmethodiek.

9.1 Inleiding

In Sneller Beter wordt er vanuit gegaan dat professionals enthousiast gemaakt kunnen worden door hen goede voorbeelden voor te leggen. Op basis van deze gedachte kan worden verwacht dat de verspreiding van een type verbeterproject in het tweede jaar beter zal verlopen wanneer in het eerste jaar een verbeterproject van hetzelfde type met succes is afgerond in het ziekenhuis. In dit hoofdstuk wordt nagegaan of dit ook feitelijk is gebeurd.

Hier toe is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

1. Is de verspreiding van een project afhankelijk van resultaten en gepercipieerde effecten van dat project?

9.2 Methode

Met multilevel analyses is op basis van gegevens van projecten over resultaten en gepercipieerde effecten, die in het eerste jaar van deelname in de acht ziekenhuizen van de eerste tranche zijn uitgevoerd, geschat hoe de verspreiding in het tweede jaar van deelname eruit ziet (zie Deel I, hoofdstuk 8 voor een uitgebreide beschrijving van de multilevel analyses). Er is gebruik gemaakt van gegevens uit vragenlijstonderzoek bij projectleiders (N=77)¹⁰. Vierenzeventig procent van de projectleiders heeft de vragenlijst geretourneerd (N=57). De projectleiders is gevraagd een algemeen oordeel te geven over het eigen project op een schaal van 0 tot 10 (gepercipieerd succes). Daarnaast zijn de resultaten van de projecten op de indicatoruitkomsten verzameld. Op basis van de indicator uitkomsten zijn de projecten ingedeeld in twee groepen: één groep die tenminste 10% verbetering heeft bereikt en één groep die dit niet heeft bereikt¹¹.

9.3 Resultaten

Uit de resultaten van het vragenlijst onderzoek blijkt dat projectleiders OK oké het minste succes ervaren van hun project en de projectleiders Medicatieveiligheid het meeste (zie tabel 9.1). Wanneer wordt gekeken naar de resultaten van de projecten op de uitkomstindicator blijkt dat geen van de OK oké projecten na één jaar tenminste 10% verbetering heeft bereikt (twee jarig project). Bij het projecttype Werken zonder wachtlijst

¹⁰ De projectleiders VIM hebben een andere vragenlijst ontvangen dan de projectleiders DEC, MV, POWI, OK, WZW en PHI. Om deze reden kon VIM niet worden meegenomen in de analyses van dit hoofdstuk.

¹¹ In dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van de bereikte projectresultaten na 1 jaar.

hebben de meeste projecten tenminste 10% verbetering bereikt (74%).

Tabel 9.1 Gepercipieerd succes en resultaten op de uitkomstindicator per verbeterproject (tranche 1)

Projecttype	Gepercipieerd succes ¹ Gemiddeld	Resultaten op uitkomstindicator % projecten met \geq 10% verbetering
Patiëntveiligheid		
Decubitus	6,9	72
Medicatieveiligheid	8,0	69
Postoperatieve wondinfecties ²	6,1	38
Patiëntenlogistiek		
OK oké*	5,0	0
Procesherinrichting ²	7,5	24
Werken zonder wachtlijst	7,3	74

¹ op een schaal van 0 tot 10

² Twee jarig project

Vervolgens is met multilevel analyse geschat of de projecten die tenminste 10% verbetering hebben bereikt vaker verspreid zijn in het tweede jaar dan de projecten die minder vaak 10% verbetering hebben bereikt (zie hoofdstuk 8). Hieruit bleek dat de verspreiding van projecten significant ($p < 0,05$) groter is wanneer er verbeteringen zijn gerealiseerd op de uitkomstindicator. Concreet betekent dit dat wanneer een project in ziekenhuis A 10% verbetering heeft bereikt en in ziekenhuis B niet, de kans op verspreiding in ziekenhuis A groter is dan in ziekenhuis B. Tevens is nagegaan of de mate van verspreiding in de twee subgroepen (wel/ geen 10% verbetering) wordt beïnvloed door het gepercipieerde succes. Uit deze analyse bleek dat in beide groepen (wel/ geen 10% verbetering) een toename van tevredenheid leidt tot een hogere verspreiding ($p < 0,05$ en $p < 0,01$). Met 90% zekerheid is die verspreiding hoger in de groep die tenminste 10% verbetering heeft bereikt (zie figuur 8.2 van het evaluatierapport).

9.4 Conclusie

- De resultaten ondersteunen de geleerde les 'De praktijk als leerplaats'.
- Zowel het gepercipieerde effect van een project als de daadwerkelijke resultaten op de uitkomstindicator beïnvloeden de verspreiding van een project. Wanneer een project 10% verbetering heeft bereikt op de uitkomstindicator is de kans op verspreiding groter. Daarnaast geldt: hoe groter het gepercipieerde effect, hoe groter de verspreiding.

10 Een beetje druk maakt vloeibaar

Geleerde les ziekenhuizen: 'Een beetje druk maakt vloeibaar'

Externe prikkels bevorderen de daadkracht tot innovatie in ziekenhuizen.

10.1 Inleiding

De invoering van het nieuwe zorgstelsel en de Diagnose-Behandel-Combinaties (DBC's) hebben als doel een competitieve marktomgeving te scheppen voor de Nederlandse ziekenhuizen waarbinnen zij worden aangezet om zorg voor een goede prijs-kwaliteit verhouding te leveren. In een competitieve marktomgeving is transparantie over kwaliteit, prestaties en kosten een voorwaarde. Ziekenhuizen zijn zelf verantwoordelijk voor de uitvoering van goede zorg en kwaliteitsverbetering. Het implementatieprogramma van Sneller Beter beoogt de ziekenhuizen te ondersteunen bij het tot stand brengen van deze verbeteringen. De vraag is of ziekenhuizen externe druk die voortkomt uit de stelselwijzigingen en competitieve marktomgeving ook daadwerkelijk als stimulans ervaren om te innoveren. In dit kader is het zinvol om na te gaan of de motivatie tot deelname aan Sneller Beter, oftewel het werken aan een versnelde invoering van innovaties, mede een gevolg is van de invoering van marktwerking in de zorg.

Om dit na te gaan is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

1. Heeft de externe druk een rol gespeeld bij het besluit tot deelname aan Sneller Beter?
2. Is externe druk van invloed geweest op het realiseren van verbeteringen binnen Sneller Beter?

10.2 Methode

Om na te gaan of externe druk van invloed is geweest op het besluit tot deelname aan Sneller Beter en vervolgens de daadkracht tot innovatie bij de verbeterteams, d.w.z. op het realiseren van verbeteringen, zijn bij vier verschillende typen respondenten data verzameld. De vier typen respondenten waren van verschillende organisatieniveaus: strategisch (RvB en MSB), tactisch (interne programmacoördinator Sneller Beter), operationeel (projectleiders verbeterprojecten):

- Operationeel niveau. Aan de projectleiders van de verbeterprojecten die in het eerste jaar van tranche 1 zijn uitgevoerd (N=77)¹² is middels een vragenlijstonderzoek gevraagd of zij door de marktwerking noodzaak voelden om te presteren. Antwoordmogelijkheden waren ja/nee/geen mening. Zevenenvijftig projectleiders

¹² Dit is exclusief de VIM projecten. De projectleiders VIM hebben een andere vragenlijst ontvangen dan de projectleiders DEC, MV, POWI, OK, WZW en PHI. Om deze reden kon VIM niet worden meegenomen in de analyses van dit hoofdstuk.

(=74%) hebben de vragenlijst geretourneerd, waarvan 56 projectleiders de betreffende vragen hebben ingevuld.

- Tactisch niveau. Met de interne programmacoördinatoren Sneller Beter van de acht ziekenhuizen uit tranche 1 zijn interviews gehouden waarin de invloed van de marktwerking op de motivatie tot het realiseren van verbeteringen aan bod kwam. Na ieder interview is een verslag gemaakt dat steeds ter verificering is teruggestuurd naar de geïnterviewde.
- Strategisch niveau:
 - Met de Raden van Bestuur van de ziekenhuizen uit tranche 2 (N=8) zijn interviews gehouden waarin de invloed van marktwerking op de motivatie tot deelname aan Sneller Beter aan bod kwam. Na ieder interview is een verslag gemaakt welke steeds geautoriseerd is door de geïnterviewde.
 - Aan de besturen van de Medisch Staf van de ziekenhuizen uit tranche 3 (N=8) is na het eerste jaar van deelname een vragenlijst gestuurd waarin werd gevraagd of externe druk als gevolg van benchmarking in de zorg, de basisset prestatie-indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en/of de marktwerking in de zorg volgens hen bijgedragen heeft aan de deelname aan Sneller Beter door medisch specialisten. Zes van de acht Medische Stafbesturen hebben meegewerkt aan het vragenlijstonderzoek.

Zoals aangegeven zijn deze vier typen respondenten afkomstig uit de drie verschillende tranches. Enerzijds wordt hierdoor de onderzoeksvraag voor iedere tranche beantwoord, anderzijds geeft het geen volledig beeld omdat niet in iedere tranche is onderzocht in hoeverre externe druk volgens de verschillende respondenten een rol heeft gespeeld bij het realiseren van verbeteringen. Echter, om de ziekenhuizen niet te 'overvragen' is besloten om in iedere tranche een andere doelgroep voor deze onderzoeksvraag te kiezen.

10.3 Resultaten

Op operationeel niveau geeft eenenzestig procent van de projectleiders van de verbeterteams uit de acht ziekenhuizen van de eerste tranche aan dat zij de noodzaak voelen om goed te presteren in hun project door de toenemende marktwerking in de zorg. 34% van de projectleiders voelt echter geen druk om te presteren vanuit de toenemende marktwerking en 5% van de projectleiders heeft hier geen mening over.

Op tactisch niveau geven zes van de acht programmacoördinatoren uit de eerste tranche aan dat de invoering van de marktwerking in de zorg het succes van Sneller Beter positief beïnvloedt. Eén programmacoördinator geeft echter aan dat de marktwerking naar zijn mening momenteel nog onvoldoende vat heeft op het welslagen van Sneller Beter. Daarnaast geeft een andere programmacoördinator aan dat volgens hem de drive om te verbeteren in Sneller Beter niet zozeer voortkomt uit de marktwerking maar meer uit het benchmarken in combinatie met een verantwoordingsplicht.

Uit de verslagen van de interviews met de Raden van Bestuur van de ziekenhuizen uit tranche twee bleek dat de toenemende marktwerking en de roep om transparantie in de zorg bij drie ziekenhuizen een drijfveer is geweest om deel te nemen aan Sneller Beter, bij drie andere ziekenhuizen speelde dit geen rol in het besluit tot deelname aan Sneller Beter

en bij twee ziekenhuizen is het onbekend welke rol marktwerking en transparantie hebben gespeeld in de motivatie tot deelname aan Sneller Beter.

Uit het vragenlijstonderzoek onder de medische stafbesturen blijkt daarentegen dat de meesten van mening waren dat deelname aan Sneller Beter gestimuleerd wordt door externe druk als gevolg van benchmarking in de zorg, de basisset prestatie-indicatoren van de IGZ en marktwerking (zie tabel 10.1).

Tabel 10.1 Externe druk en deelname aan Sneller Beter (N=6)

Deelname aan Sneller Beter wordt gestimuleerd door:	Nee	Ja	Geen idee
Benchmarking	0	6	0
De basisset prestatie-indicatoren van de IGZ	2	4	0
Marktwerking	1	5	0

10.4 Conclusie

- De geleerde les ‘Een beetje druk maakt vloeibaar’ kan op basis van deze resultaten met enige voorzichtigheid worden bevestigd.
- De resultaten lijken er op te wijzen dat externe druk een rol heeft gespeeld bij het besluit tot deelname in Sneller Beter: de helft van de Raden van Bestuur geeft aan dat de marktwerking en roep om transparantie drijfveren zijn geweest achter hun aanmelding voor Sneller Beter¹³. Daarnaast zijn de Medisch Stafbesturen het erover eens dat deelname aan Sneller Beter door benchmarking, de basisset prestatie-indicatoren van de IGZ en marktwerking is gestimuleerd.
- Tevens lijkt externe druk een rol te spelen bij het realiseren van verbeteringen in de zorg, m.a.w. externe druk bevordert de motivatie om te innoveren: een groot deel van de projectleiders (61%) gaf aan dat de noodzaak om te presteren als gevolg van marktwerking toenam. Daarnaast hebben zes van de acht programmacoördinatoren aangegeven dat de externe druk die uitgaat van marktwerking zeker een positieve invloed heeft gehad om het succes van Sneller Beter.

¹³ NB. Aan de Raden van Bestuur is alleen gevraagd naar de rol van de marktwerking. Het is daardoor niet bekend hoe benchmarking en de basisset prestatie-indicatoren van de IGZ volgens hen hebben bijgedragen aan het besluit tot deelname aan Sneller Beter.

Begrippenlijst

Adviseur	Het consortium heeft adviseurs en projectleiders in dienst die partijen in de ziekenhuizen ondersteunen bij de uitvoering van taken in het kader van het implementatieprogramma.
Centrale database	Digitale gegevensverzameling waarin voortganggegevens van projectteams worden ondergebracht. De centrale databank wordt aangevuld en onderhouden door medewerkers in dienst van het consortium. Het is de voornaamste informatiebron om de mate van effectiviteit vast te kunnen stellen van de verschillende projecten.
Consortium	Samenwerkingsverband van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, het instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg en de Orde van Medisch Specialisten. Het consortium is belast met de inhoudelijke vormgeving en uitvoering van het implementatieprogramma.
Diagnosebehandelcombinatie	Een diagnosebehandelcombinatie (DBC) is een medische procesbeschrijving. Een DBC omvat alle activiteiten van ziekenhuizen en medisch specialisten die voortvloeien uit de zorgvraag van de patiënt. Aan elke DBC kan een prijskaartje worden gehangen. In de prijs zijn inbegrepen: materiaal, afschrijvingen, personeel en een vergoeding voor de medisch-specialistische zorg (bron: www.vws.nl).
Doorbraakmethode	De Doorbraakmethode is een gestructureerde manier van veranderingen invoeren in meerdere ziekenhuizen tegelijk. Het doel is om in relatief korte tijd de kwaliteit van de zorg te verbeteren, onder andere door gebruik te maken van beproefde methoden. Zie ook verbetermethode.
Interne programmacoördinator	In ieder deelnemend ziekenhuis is een coördinator voor de uitvoering van het Sneller Beter programma in het betreffende ziekenhuis aangesteld. Deze persoon monitort de voortgang van de alle verbeterprojecten die worden uitgevoerd.
Nolan-model	De verbetermethode achter de Doorbraakprojecten is gebaseerd op systematische probleemoplossing volgens het Nolan-model (figuur 4.1). Dit model is

PDSA-cyclus	gericht op procesmatige verbetering aan de hand van een te doorlopen cyclus van plannen, uitvoeren, evalueren en aanpassen (plan-do-study-act).
Prioriteitsgebied	Medewerkers die een verbeterproject uitvoeren volgens dit model worden geacht te experimenteren met specifieke maatregelen en oplossingsrichtingen. Zie verbetermethode. Het implementatieprogramma bestaat uit drie prioriteitsgebieden. Het gaat om patiënten-logistiek, patiëntveiligheid, leiderschap en organisatieontwikkeling (L&O). Per prioriteitsgebied zijn doelen, projecten en specifieke activiteiten vastgesteld.
Procesindicator	Voor ieder projecttype zijn procesindicatoren vastgesteld. Met behulp van een procesindicator kan men meten of een verandering in de werkmethoden volgens plan is uitgevoerd.
Projectleider in een ziekenhuis	Degene die de voortgang coördineert van een project dat door het projectteam wordt uitgevoerd.
Projectteam	De verbeterprojecten worden uitgevoerd door multidisciplinaire teams bestaande uit medisch specialisten, verpleegkundigen, managers, stafmedewerkers en andere medewerkers van het ziekenhuis.
Projecttype	Binnen Sneller Beter worden door projectteams in ziekenhuizen verbeterprojecten uitgevoerd. Zeven projecttypen worden ingezet om de programma-doelen op het gebied van patiëntveiligheid en patiëntenlogistiek te realiseren: Decubitus, Medicatieveiligheid, OK oké, Postoperatieve wondinfecties, Procesherinrichting, Werken zonder wachtlijst en Veilig Incident Melden. De projecten Medicatieveiligheid zijn op basis van de onderwerpen in te delen in subtypen: antibiotica switch, bloedtransfusies, medicatie-overdracht, postoperatieve pijn en prospectieve risicoanalyse.
Tranche	Sneller Beter wordt uitgevoerd in drie tranches. In iedere tranche nemen acht ziekenhuizen deel aan het programma.
Uitkomstindicator	Voor ieder projecttype is een programmadoel vastgesteld. Aan ieder van deze programmadoelen is een projectspecifieke indicator gekoppeld aan de hand waarvan de resultaten van een project kunnen worden vastgesteld.

Lijst met afkortingen

CBO	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
CAPHRI	Care and Public Health Research Institute van Universiteit Maastricht
DBC	Diagnosebehandelcombinatie
DEC	Decubitus
iBMG	Instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IPC	Interne programmacoördinator
L&O	Leiderschap en Organisatieontwikkeling
MSB	Medisch Stafbestuur
MV	Medicatieveiligheid
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OK	Operatiekamer of het Doorbraakproject OK Oké dat gericht is op een productiviteitsverhoging van operatiekamers
PDSA	Plan-do-study-act
PHI	Procesherinrichting
POWI	Postoperatieve wondinfecties
RvB	Raad van Bestuur
SMART	Specifiek meetbaar ambitieus/appelerend resultaatgericht tijdsbepaald
T1	Tranche 1
T2	Tranche 2
T3	Tranche 3
VAS	Visueel Analoge Schaal
VIM	Veilig Incident Melden
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WZW	Werken zonder wachtlijst
ZonMw	Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (Zorgonderzoek Nederland en NWO- Medische Wetenschappen)

Referenties

Dückers MLA, Wagner C, Groenewegen PP. Voorwaarden voor een sectorbreed op kennisverspreiding gebaseerd verbeterprogramma in de Nederlandse ziekenhuiszorg. *Acta Hospitalia*, 2005 (45): 3: p 37-54.

Dückers MLA, de Leeuw R, Wagner C. Meer dan alleen projecten: Sneller Beter als stimulans voor resultaatgericht kwaliteitsmanagement. *Kwaliteit in Beeld* 2007: 6: p 14-16.

Dückers MLA, Wagner C, Groenewegen PP. The presence of conditions for successful implementations of quality improvement collaboratives. *BMC Health Services Research* 2008: 8: 172.

Dückers MLA., Stegeman I, Spreeuwenberg P, Wagner C, Sanders K, Groenewegen PP. Consensus on the leadership of hospital CEOs and its impact on the participation of physicians in improvement projects 2008b. *Submitted*.

Vos L, Dücker M, Wagner C. Evaluatie Sneller Beter pijler 3: Resultaten van een verbeterprogramma voor ziekenhuizen. Utrecht: NIVEL, 2008.