



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2005. De gegevens mogen met bronvermelding (Harriet van Wetten (Trimbos-instituut), Ineke Kok (Trimbos-instituut), Cordula Wagner (NIVEL), Mirjan Geurts (NIVEL), *Het meten van uitkomsten in de GGZ*, Verslag van een implementatie en een onderzoek in twee GGZ instellingen, NIVEL 2005) worden gebruikt. Gezien het openbare karakter van NIVEL publicaties kunt u altijd naar deze pdf doorlinken.

Het rapport is te bestellen via receptie@nivel.nl.

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

Het meten van uitkomsten in de GGZ

Trimbos-instituut



NIVEL



Colofon

Opdrachtgever:

ZonMw

Financiering:

ZonMw

Projectleiding en eindredactie:

Mw. Drs. I.Kok, Trimbos-instituut

Mw. Dr. C. Wagner, NIVEL

Projectuitvoering:

Mw. H. van Wetten, Trimbos-instituut

Mw. drs. M Geurts, NIVEL

Secretariaat:

Mw. K. Oskam, Trimbos-instituut

Dit project is door het Trimbos-instituut en het NIVEL uitgevoerd in het kader van het ZonMw programma "Kwaliteit van Zorg in de GGZ".



ISBN 90-6905-754-9

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2005 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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



Voorwoord

Voor u liggen de resultaten van een implementatietraject en een evaluatieonderzoek in twee GGZ-instellingen, te weten GGZ Noord-Holland-Noord en GGZ Eindhoven en de Kempen. Beide instellingen dienden als pilot voor het implementeren van kwaliteitsmeetinstrumenten om de uitkomsten van zorg systematisch in kaart te brengen, te evalueren en bij te stellen. Van begin af aan was duidelijk dat het niet alleen om het implementeren van meetinstrumenten sec ging, maar dat de gekozen meetinstrumenten verankerd moesten worden in de dagelijkse bedrijfsvoering. Beide instellingen hadden ruime ervaring met verbeterprojecten, maar beiden wisten ook hoe moeilijk het is om resultaten te laten beklijven.

De beoogde verandering moest uitgevoerd worden door de hulpverleners: psychiaters, psychologen, verpleegkundigen en begeleiders. Van hen werd verwacht dat zij hun dagelijkse manier van werken zouden aanpassen door bij de gekozen cliëntengroep gestandaardiseerd informatie te verzamelen over de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven. Van GGZ Noord-Holland-Noord (NHN) hebben teams uit het circuit langdurige zorg (care volwassenen) deelgenomen. Bij GGZ Eindhoven de Kempen (GGzE) ging het om teams uit het zorgprogramma cognitieve stoornissen.

In dit rapport wordt in twee afzonderlijke delen verslag gedaan van de resultaten. In deel I *Verslag van een succesvolle implementatie*, wordt antwoord gegeven op de vraag of de instellingen er in geslaagd zijn de meetinstrumenten te implementeren en te verankeren. Het antwoord daarop is, zoals de titel van dit deel al aangeeft, positief. GGzE en GGZ NHN zijn beiden in staat gebleken een set instrumenten te implementeren waarmee inzicht kan worden verkregen in bepaalde uitkomsten van zorg. In deel I ligt het accent op de wijze waarop zij dit hebben gedaan en hoeveel inspanning hen dat heeft gekost. Bovendien wordt antwoord gegeven op de vraag wat dit project tot een succes maakte en wat andere GGZ instellingen hiervan kunnen leren.

In deel II *Lerende teams in de GGZ. Verslag van een onderzoek* wordt ingegaan op de resultaten van een kwantitatief onderzoek dat plaatsvond bij alle betrokken teams in beide instellingen. Hoe staat het met het lerende vermogen van de teams en hoe ziet de teamcultuur eruit? En wat waren de beïnvloedende factoren bij de implementatie? Dit zijn vragen die hier aan de orde komen. Immers niet alle teams zijn zonder meer in staat routines te doorbreken en hun manier van werken aan te passen. Om tot leren en veranderen te komen zijn bepaalde eigenschappen nodig. In deel II wordt van deze aspecten een beeld geschetst.

Tot slot willen wij de medewerkers van GGZ Noord-Holland-Noord en GGZ Eindhoven en de Kempen bedanken voor hun inzet en enthousiasme.

Namens het projectteam,
Ineke Kok en Cordula Wagner

juli 2005

Verslag van een implementatie in twee GGZ instellingen

Deelrapport I

Harriet van Wetten, Trimbos-instituut
Ineke Kok, Trimbos-instituut
Cordula Wagner, NIVEL
Mirjan Geurts, NIVEL

Trimbos-instituut



NIVEL



Inhoud deelrapport I

1 Inleiding	9
1.1 Aanleiding	9
1.2 Achtergrond	10
1.3 Het huidige beleidskader	12
1.4 Het projectplan	13
1.5 Opbouw rapport	15
2 De opzet en uitvoering van het project	16
2.1 Het implementatietraject in twee instellingen (traject 1)	16
2.2 De evaluatie van het implementatieproces en van de effecten (traject 2)	22
2.3 Het toepasbaar maken en verspreiden van kennis (traject 3)	23
3 Doelstellingen van GGzE en GGZ Noord-Holland-Noord	24
3.1 Domeinkeuze en doelstellingen GGzE	24
3.2 Indicatoren GGzE	25
3.3 Domeinkeuze en doelstellingen GGZ NHN	27
3.4 Indicatoren GGZ NHN	27
3.5 Domeinkeuze GGZ NHN	29
4 De implementatie in GGzE	30
4.1 De projectorganisatie in GGzE	30
4.2 Het opstellen van het implementatieplan: de gewenste situatie in GGzE	31
4.3 Het opstellen en uitvoeren van het implementatieplan: het plan van aanpak	32
4.4 Borging in GGzE	36
5 De implementatie in GGZ NHN	38
5.1 De projectorganisatie in GGZ NHN	38
5.2 Het opstellen van het implementatieplan: de gewenste situatie in GGZ Noord-Holland-Noord	39
5.3 Het opstellen en uitvoeren van het implementatieplan: het plan van aanpak	39
6 Conclusies	44
6.1 Bevorderende en belemmerende factoren	44
6.2 Effecten	45
6.3 Verspreiding en overdracht van kennis en ervaring	47
Literatuur	50
Bijlagen 1 tot en met 5	52

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

In april 2002 benaderde ZonMw het Trimbos-instituut en het NIVEL met het verzoek ‘een aanvraag in te dienen met betrekking tot de implementatie van kwaliteitsinstrumenten’. Het project moest de afsluiting vormen van het ZonMw programma ‘Kwaliteit van zorg in de GGZ’.

Een jaar eerder, april 2001 organiseerde ZonMw in Rotterdam het congres *Kwaliteit van Zorg.....Al beter?* Hier presenteerden onderzoekers en ontwikkelaars de resultaten van de projecten die in het kader van het programma Kwaliteit van Zorg werden uitgevoerd. ZonMw heeft bij alle door haar toegekende projecten implementatie van resultaten zeer hoog in het vaandel staan. Alle projecten zijn immers verplicht een zogeheten VIP document (verspreidings- en implementatieplan) te maken. Toch was de conclusie op bovengenoemd congres dat de implementatie van veel projectresultaten te wensen overliet. Het verzoek van ZonMw aan het Trimbos-instituut en het NIVEL was daarom expliciet gericht op het uitvoeren van een project waarbij de implementatie van kwaliteitsinstrumenten gerealiseerd moest worden.

Voordat het project van start kon en er een - door instellingen gedragen- voorstel werd geschreven, was de eerste opdracht het vinden van GGZ instellingen die zich zouden willen en kunnen committeren aan een dergelijke opgave. Twee GGZ-instellingen, te weten GGZ Eindhoven en de Kempen en GGZ Noord-Holland-Noord waren bereid de uitdaging aan te gaan.

In januari 2003 kon het project formeel van start. Onder de titel *Implementatie van kwaliteitsinstrumenten in twee GGZ instellingen*, startte een projectteam met medewerkers van het Trimbos-instituut en het NIVEL. In het projectplan werd de doelstelling als volgt omschreven:

“Enerzijds wordt met het project beoogd een samenhangende set kwaliteitsinstrumenten (betrouwbaar, valide en gebruiksvriendelijk) te implementeren in twee GGZ instellingen. Anderzijds is het de bedoeling inzicht te verkrijgen in de haalbaarheid van een landelijke implementatie en het landelijk overdraagbaar maken van de set kwaliteitsinstrumenten”.

Eind 2004 werd het project in beide instellingen afgerond. Dat wil zeggen dat het

projectteam van het Trimbos-instituut en het NIVEL zich niet langer bemoeide met de activiteiten in GGzE en GGZ Noord-Holland-Noord en dat zij op eigen kracht verder gingen.

Op 22 april 2005 werd het project afgesloten met een miniconferentie voor andere GGZ instellingen. Daar presenteerden beide instellingen hun actuele stand van zaken met betrekking tot het meten van uitkomsten.

1.2 Achtergrond

In 2000 verschenen twee (deel-)rapporten waarin de stand van zaken in het kwaliteitsbeleid in de GGZ werd beschreven. De onderzoeken die de basis vormden voor de rapportages werden door het Trimbos-instituut samen met het NIVEL uitgevoerd in het kader van het Zon programma Kwaliteit van Zorg in de GGZ.

Onder de titel *Gereedschap voor kwaliteitszorg in de GGZ* (Place e.a., 2000) werd onderzoek verricht naar het gebruik van kwaliteitsinstrumenten en indicatoren in de praktijk. Onder de titel *Kwaliteitssystemen in de GGZ* (De Veer e.a., 2000) werden de state-of-the-art en ontwikkelingen sinds 1995 beschreven. De onderzoeken fungeerden tevens als voorbereiding op de Leidschendamconferentie van 2000.¹

Uit de onderzoeken kwam een reeks aan negatieve bevindingen naar voren. In het algemeen, zo was de constatering, bleek de toepassing van instrumenten de praktijk (te) veel tijd te kosten. Een oorzaak hiervoor was het feit dat er gewerkt werd met instrumenten die complex en mede daardoor tijdrovend waren. Ook werden veel instrumenten die uniform moeten worden toegepast in de praktijk niet consequent gebruikt. Gegevens die met instrumenten verzameld werden, werden bovendien nauwelijks teruggekoppeld naar diegenen die ermee werken. Hierdoor gaat de zin van het gebruik grotendeels verloren. Immers wil een instrument of indicator leiden tot bewaking of verbetering van de zorg dan is het noodzakelijk resultaten terug te koppelen opdat deze kunnen worden ingezet als middel in leer- en verbeterprocessen in de organisatie, bijvoorbeeld op teamniveau.

Een ander kritiekpunt betrof de grote hoeveelheid verschillende in ‘eigen huis’ ontwikkelde instrumenten waarmee instellingen in de loop de jaren aan de slag waren gegaan. Dit betrof veelal niet gevalideerd en op betrouwbaarheid getoetst instrumentarium. Bovendien, zo werd geconstateerd, waren de meeste instrumenten nauwelijks ingebed in een kwaliteitscyclus en werden ze niet systematisch ingezet ter verbetering van de zorg. Daarnaast, zo kan daar aan toegevoegd worden, is aan ‘huismerk’ instrumenten het grote nadeel verbonden dat prestaties van ggz-instellingen onderling niet vergelijkbaar zijn, waardoor bijvoorbeeld (landelijke) benchmarking onmogelijk is. Ten slotte werd geconstateerd dat het meten van kwaliteit van zorg met behulp van indicatoren voor zowel processen als uitkomsten nog nauwelijks voet aan de grond had in de GGZ.

Verklaringen voor deze stand van zaken werden toen enerzijds gezocht in een (te) gering draagvlak bij het personeel van instellingen en anderzijds in een gebrek aan visie bij het management over de toepassing van kwaliteitsinstrumenten.

De algemene conclusie op basis van beide deelonderzoeken was dat de GGZ noch voldeed aan de Kwaliteitswet zorginstellingen, noch aan de afspraken die op de

¹ Na(ar) Leidschendam 2000. Kwaliteitsbeleid in de GGZ. Stand van zaken en blik op de toekomst. M. van Ooyen-Houben en M. Place. Utrecht, Trimbos-instituut, 2000.

Leidschendamconferentie van 1995 waren gemaakt.²

² Zie: Naar een samenhangend kwaliteitsbeleid. Leidschendamafspraken 1995-2000.

Een klein lichtpuntje in de studies vormde de constatering dat een gering aantal instellingen in de GGZ er inmiddels wel in geslaagd was een systematisch kwaliteitsbeleid te implementeren waarbij het aantal bereikte positieve effecten groter was dan de negatieve.³

1.3 Het huidige beleidskader

Het feit dat het kwaliteitsbeleid in de praktijk van de GGZ in 2000 een ruime onvoldoende scoorde, stond het maken van nieuwe ambitieuze afspraken op de Leidschendamconferentie in 2000 echter niet in de weg.

De belangrijkste conclusie daar was dat na jaren investeren in het verbeteren van (interne) zorg- en ondersteunende processen de focus expliciet gericht moest worden op de uitkomsten van zorg. Voor het zichtbaar maken van prestaties op landelijk niveau, het vergelijken van de eigen prestaties met andere ggz-instellingen en het voldoen aan certificatie-eisen zijn standaardisering van instrumenten en het uniformeren van procedures -de wijze waarop de instrumenten worden toegepast- noodzakelijk. Dat is intussen een door alle betrokken partijen gedragen opvatting.

Ook het beleid van de rijksoverheid c.q. het departement van VWS, is conform de afspraken uit Leidschendam 2000, gericht op het zichtbaar maken van de resultaten van zorg en behandeling. In de nota *Bakens zetten* (Delnoij et al, 2002) werd hiervoor een model voor de gezondheidszorg gepresenteerd. In het verlengde van de nota *Bakens zetten*, ontwikkelde het Trimbos-instituut op verzoek van VWS in 2004 een set prestatie-indicatoren voor de effectiviteit van zorg, specifiek voor de GGZ, de verslavingszorg en de maatschappelijke zorg (Wennink & van Wijngaarden, 2005.)⁴

De focus op 'uitkomsten van zorg' moet op termijn resulteren in een transparante zorg en het afleggen van verantwoording over de geleverde prestaties. Dat op zijn beurt moet er niet alleen toe bijdragen dat de zorg voor cliënten zichtbaar verbetert maar ook dat cliënten op basis van informatie over de prestaties van diverse zorgaanbieders gerichte keuzes kunnen maken.

Het beleid wordt onderschreven door zowel GGZ Nederland als haar lidinstellingen. Het overheidsbelang (prestaties zichtbaar maken) conformeert aan het belang dat zorginstellingen hechten aan hun eigen kwaliteitsbeleid, aan benchmarking en aan de met de kwaliteitswet en de modernisering van de AWBZ verbonden HKZ-certificatie.

De voormalige commissie Kwaliteit van GGZ Nederland ontwierp in dit kader al eerder (2001) de zogeheten 'integrale benchmark', waarin alle lidinstellingen geacht worden structureel informatie te verzamelen over a) klinische resultaten; b) cliëntwaardering; c) kwaliteit van leven en d) kosten.

Het structureel meten van cliëntwaardering met een uniform instrument, de zogeheten

³ Kenmerkend voor deze instellingen is dat zij beschikken over: een kwaliteitswerkplan voor de instelling evenals over een kwaliteitshandboek; dat medewerkers systematisch feedback krijgen over de resultaten en dat scholing plaatsvindt op basis van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid; dat er procedures zijn voor de routing van cliënten en protocollen aanwezig zijn voor kritische momenten in het zorgproces; dat er een systeem functioneert van interne audits; dat systematisch meningen van cliënten worden gevraagd en dat cliënten participeren in kwaliteitscommissies en verbetertrajecten.

⁴ H.J. Wennink en B. van Wijngaarden. Over het meten van de effectiviteit van de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang. Trimbos-instituut, Utrecht 2005.

Thermometer begint in de praktijk van de GGZ inmiddels gemeengoed te worden.⁵ Ter voorbereiding op het meten van klinische resultaten verscheen in 2003 een eerste inventarisatie waarin in Nederland beschikbare valide, betrouwbare en gebruiksvriendelijke meetinstrumenten voor de volwassenenzorg op een rij werden gezet (Van Wijngaarden & Wennink, 2003).⁶ Ook maakte GGZ Nederland een eerste ontwerp voor een systeem voor 'Uitkomstenmanagement' (Plexus, 2003). Uitkomstenmanagement is ook het centrale onderwerp in het boek *Het opbouwen van lerende teams in zorgorganisaties*. (Walburg, 2004). Bij uitkomstenmanagement gaat het om een geïntegreerde toepassing van kwaliteitsinstrumenten in combinatie met het consequent gericht zijn op het verbeteren van zorgresultaten. Het terugkoppelen van deze zorgresultaten naar degenen die verantwoordelijk zijn voor het (primaire) zorgproces speelt hierbij een essentiële rol. Als het om de verbetering van de zorgkwaliteit gaat, is inmiddels bewezen dat geïntegreerde methodes die dicht bij het zorgproces worden toegepast het effectiefst zijn. Zorguitkomsten worden beter als:

- Richtlijnen zorgvuldig worden geïmplementeerd;
- Zorgprofessionals intensief op een persoonlijke manier worden opgeleid;
- Een organisatie een breed ingezet kwaliteitsbeleid hanteert;
- De inzet van het kwaliteitsbeleid de verbetering van zorgresultaten is.

1.4 Het projectplan

In de context van de hierboven beschreven ontwikkelingen op het gebied van het (overheids-) beleid betreffende kwaliteit en de stand van zaken in de praktijk deed zich met het verzoek van ZonMw om een projectvoorstel uit te werken met een accent op implementatie in principe een gelegenheid voor om op meerdere vragen een antwoord te krijgen.

- Is het mogelijk consensus te bereiken in twee instellingen over relevante uitkomst- en procesindicatoren, ongeacht voor welke doelgroep en/of gebruikersgroep de instrumenten geïmplementeerd gaan worden? En kan hierbij afgestemd worden op de landelijke ontwikkelingen i.c. op de door het Trimbos-instituut ontwikkelde set prestatie-indicatoren voor effectiviteit van zorg?
- Is het mogelijk een samenhangende set van instrumenten die betrouwbaar, valide en gebruikersvriendelijk zijn en tevens gericht op uitkomsten van zorg, te implementeren in twee GGZ-instellingen?
- Wat is de meerwaarde van deze implementatie voor de betrokken instellingen? Is het mogelijk om met minimale inzet maximale informatie boven tafel te krijgen?
- Welke belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie komt men tegen?
- Lukt het instellingen om de implementatie zo te borgen in het kwaliteitsbeleid dat met de informatie die met de instrumenten wordt verkregen daadwerkelijke bijsturing van de kwaliteit van (het primaire) zorgproces plaatsvindt?

⁵ Zie: De GGZ thermometer nader onderzocht, Kertzman, Kok en Wijngaarden, 2003.

⁶ Het voornemen is om deze inventarisatie in 2005 in samenwerking met de NVvP te bewerken tot een uitgebreider handboek klinische uitkomstindicatoren.

- In hoeverre kan de ervaring in deze twee instellingen opgedaan bijdragen aan de implementatie van een samenhangende set instrumenten in andere GGZ-instellingen?

In het projectplan ten behoeve van ZonMw en de potentiële deelnemende instellingen werd aangesloten op de definitie van resultaatgebieden zoals die in het INK-Managementmodel zijn gegeven. Daarbij gaat het om de prestaties van de hele organisatie. Met de keuze voor de resultaatgebieden werd weliswaar het domein van het project ingekaderd, maar het aantal mogelijke indicatoren per resultaatgebied bleef op voorhand nog omvangrijk. Zie schema 1.1.

Schema 1.1 INK resultaat gebieden en bijbehorende voorbeelden van indicatoren

Resultaatgebieden	Voorbeelden van indicatoren
Waardering door personeel	<ul style="list-style-type: none"> • Waardering voor arbeidsomstandigheden • Waardering voor de wijze waarop men wordt gefaciliteerd om de zorg als bedoeld te kunnen leveren
Waardering door klanten	<ul style="list-style-type: none"> • Cliëntwaardering van zorg en behandeling • Imago van de instelling bij gebruikers • Waardering van de mate van vraaggerichtheid
Waardering door de maatschappij	<ul style="list-style-type: none"> • Waardering door verwijzers • Waardering door (keten)partners • Publieke waardering (imago) • Waardering door financier(s)
Eindresultaten (van behandeling en zorg)	<ul style="list-style-type: none"> • Stoornisspecifieke klinische resultaten • Kwaliteit van leven van cliënten • Mate van need-fulfilment van cliënten • Verandering van deelname in het arbeidsproces • Verandering in woonsituatie • Recidive • Drop out

Een eerste stap in het project moest bestaan uit het maken van een keuze voor een of twee resultaatgebieden en vervolgens voor een aantal daarbij behorende indicatoren en instrumenten. Dit uiteraard in overleg met de twee GGZ instellingen die gingen deelnemen. Bij een dergelijke keuze moest rekening gehouden worden met de volgende omstandigheden:

- Het gebruiksdoel en de wensen c.q. behoeften van de gebruikers van de te verzamelen informatie;
- De relevantie van deze informatie voor de betrokken managers, hulpverleners en mogelijke externe betrokkenen (bijvoorbeeld financiers);
- De relevantie voor landelijke trajecten, zoals prestatie indicatoren.

De keuze voor een specifiek gebruiksdoel heeft direct gevolgen voor de aard van de te verzamelen data, de wijze van analyseren, het aggregatieniveau van de data, de manier waarop de data worden teruggekoppeld en aan wie, en ten slotte voor de wijze waarop en aan wie gerapporteerd wordt. Hierbij komt bijvoorbeeld ook de vraag aan de orde of

gekozen moet worden voor stoornisspecifieke indicatoren en daarbij behorende instrumenten, dan wel voor zogeheten proxyindicatoren.⁷ Zo is het evident dat een manager minder specifieke informatie wenst over de effectiviteit van zorg en/of behandeling dan een hulpverlener. En zo zal de informatiebehoefte van een zorgkantoor bijvoorbeeld vooral betrekking hebben op de tijdigheid waarin de verzekerden de zorg ontvangen en de mate van overeenstemming tussen de zorg waarvoor cliënten geïndiceerd zijn en de reëel ontvangen zorg en op de doelmatigheid van de geboden zorg. Een tweede stap moest er uit bestaan om in overleg met de twee instellingen het aantal mogelijke indicatoren te reduceren op grond van methodologische criteria, te weten:

- De beschikbaarheid van meetinstrumenten;
- De validiteit en betrouwbaarheid van die instrumenten;
- De gebruiksvriendelijkheid van de beschikbare instrumenten.

Ten slotte moest dan een laatste reductie plaatsvinden op grond van pragmatische overwegingen. Het project had immers een beperkte looptijd (het moest binnen twee jaar zijn afgerond) en het primaire doel ervan was de daadwerkelijke implementatie van kwaliteitsinstrumenten ondersteund door een evaluatie van het implementatieproces (onderzoek naar bevorderende en belemmerende factoren). De verwachting was dat als het zou lukken om in relatief korte tijd een beperkte set instrumenten te implementeren, inclusief de borging ervan, dat de betrokken instellingen dan voldoende ervaring zouden opdoen om na afloop van de projectperiode op eigen kracht de ambitie met betrekking tot het meten van uitkomsten te verbreden.

In dit eerste deel wordt verslag gedaan van de projectactiviteiten. Niet alleen wordt antwoord gegeven op de vraag of de twee GGZ instellingen erin geslaagd zijn een set kwaliteitsinstrumenten te implementeren. Daarnaast is er aandacht voor de wijze waarop zij dit hebben vormgegeven en voor de inspanningen die het de instellingen heeft gekost.

1.5 Opbouw deelrapport I

In hoofdstuk 2 wordt de opzet van het project beschreven. In hoofdstuk 3 worden de ambities en de doelstellingen van de instellingen beschreven. Wat wilden zij uiteindelijk bereiken? In hoofdstuk 4 en 5 ligt het accent op de uitvoering oftewel hoe hebben de instellingen gewerkt om hun doelstellingen te realiseren en welke resultaten zijn uiteindelijk geboekt. In hoofdstuk 6 worden de conclusies gepresenteerd.

⁷ Met proxy-indicatoren wordt bedoeld dat niet het effect zelf wordt gemeten, maar een andere variabele die als alternatieve indicator kan worden beschouwd voor het beoogde effect.

2 De opzet en uitvoering van het project

Het project kende een meerledige doelstelling. Naast de implementatie van een set kwaliteitsinstrumenten in twee GGZ instellingen was het de bedoeling ook zicht te krijgen op belemmerende en bevorderende factoren voor een dergelijke implementatie door middel van een evaluatie van het proces en de effecten ervan. Bovendien was het de bedoeling de set geïmplementeerde instrumenten overdraagbaar te maken voor landelijke implementatie. Het project kreeg hiermee zowel het karakter van een implementatieproject, van een onderzoeksproject als van een disseminatieproject. Dit impliceerde dat er in samenhang met elkaar drie trajecten opgezet werden met elk een eigen aanpak.

- De implementatie van een set kwaliteitsinstrumenten in twee instellingen;
- Een evaluatie van het implementatieproces en de effecten van die implementatie
- Het toepasbaar maken van en verspreiden van de in het project opgedane kennis en ervaring

Hieronder wordt de opzet van elk van de drie trajecten beschreven.

De implementatie (traject 1) wordt beschreven aan de hand van de verschillende fasen in het implementatieproces, te weten de voorbereiding, planning, uitvoering en evaluatie. Daarbij wordt onderscheid gemaakt in activiteiten op landelijk- en op instellingsniveau. De landelijke activiteiten zijn uitgevoerd door het projectteam bestaande uit medewerkers van het Trimbos-instituut en het NIVEL. De activiteiten bij de instellingen zijn uitgevoerd door medewerkers van GGZ Eindhoven en de Kempen en GGZ Noord-Holland-Noord. De proces- en effectevaluatie (traject 2) zijn uitgevoerd op landelijk niveau door het projectteam van het Trimbos-instituut en het NIVEL. Het verspreiden van de opgedane kennis (traject 3) werd door het projectteam uitgevoerd, gedeeltelijk in samenwerking met GGZ Nederland.

2.1 Het implementatietraject in twee instellingen (traject 1)

De voorbereiding

Aan de daadwerkelijke implementatie van de kwaliteitsinstrumenten ging een uitgebreide voorbereidingsfase vooraf waarin een haalbaarheidstudie werd uitgevoerd. Het belangrijkste doel hiervan was om een realistisch projectplan te ontwerpen dat niet alleen op draagvlak kon rekenen bij de deelnemende instellingen i.c. de betrokken medewerkers van die instellingen, maar ook was toegesneden op de lokale situatie. Uit de literatuur is immers bekend dat de implementeerbaarheid van een vernieuwing afhankelijk is van het draagvlak ervoor in de betrokken organisatie en van de mate waarin deze past bij de lokale of regionale situatie.¹

¹ Wensing et al, 2000, pag. 17

Het bepalen van het draagvlak en het in kaart brengen van de lokale situatie, waaronder de stand van zaken met betrekking tot het kwaliteitsbeleid, heeft door middel van een terreinverkenning (diagnose van de situatie) plaatsgevonden. Tijdens deze verkenning in twee rondes is door de leden van het projectteam, aanvankelijk gesproken met vertegenwoordigers van vier potentiële deelnemende instellingen, te weten: GGZ Noord-Holland-Noord, GGZ Eindhoven en de Kempen, Bavo RNO groep Rotterdam en GGZ Adhesie Overijssel.

Schema 2.1 Selectiecriteria deelnemende instellingen

Stand van zaken kwaliteitsbeleid

- Past dit project in het proces waarin de organisatie zich bevindt? Gezien de looptijd van dit project kan er niet lang stilgestaan worden bij de planningsfase.
- Kan men garanderen dat de hele kwaliteitscyclus doorlopen wordt?

Bereidheid en flexibiliteit

In hoeverre is men bereid tot:

- veranderen
- een samenwerkingsovereenkomst met inspanningsverplichtingen
- het openbaar maken van cijfers en data
- nakomen van de (strakke) tijdsplanning

In hoeverre is men flexibel ten aanzien van:

- de te kiezen instrumenten (en het eventueel loslaten van huidige instrumenten)
- de keuze van het domein van implementatie dat wil zeggen de cliëntgroep en de organisatie-eenheid
- de inspanningen die geleverd moeten worden en eventuele aanpassingen in de planning?

Continuïteit en draagvlak

- Is er voldoende stabiliteit binnen de organisatie waarmee de continuïteit van dit project gegarandeerd is?
- Is er al sprake van (enige mate van) draagvlak voor dit project binnen de organisatie?

Aanwezigheid van ICT-ondersteuning

- Wat is de stand van zaken met betrekking tot ICT?
 - Ondersteuning is bij dit project een randvoorwaarde. Het vergroot de compliance bij hulpverleners, het maakt analyses op verschillende aggregatieniveaus mogelijk en het levert tijdswinst op.
-

In de eerste gespreksronde werd gesproken over de projectinhoud en -opzet en vooral over de stand van zaken op het gebied van kwaliteitsbeleid in de instellingen. Wat betreft het kwaliteitsbeleid bleek dat de vier instellingen actief waren in de opzet van integrale kwaliteitssystemen. Ook werd duidelijk dat het structureel inbedden van activiteiten in een kwaliteitscyclus vaak een moeizaam proces is. Plannen maken en uitvoeren, zo werd geconstateerd, lukt in de regel wel, maar systematisch evalueren op grond waarvan verbetertrajecten worden ingezet, werkwijzen worden aangepast en geborgd (check en act), blijft vaak achterwege. Vervolgens bleek - in overeenstemming met landelijke ontwikkelingen- dat ook bij de instellingen behoefte bestond aan informatie over uitkomsten van zorg. De implementatie van kwaliteitsinstrumenten zou wat betreft de instellingen dan ook in dit kader geplaatst moeten worden

Na deze eerste ronde werd een op de instellingen toegespitst projectvoorstel geschreven dat in de tweede ronde door de GGZ-instellingen van commentaar werd voorzien. Op initiatief van de vier instellingen organiseerde het projectteam vervolgens een gezamenlijke bijeenkomst om tot een definitieve keuze van twee instellingen te komen. Om dit keuzeproces te ondersteunen en om de kans van slagen van het project te

bevorderen, formuleerde het projectteam een aantal selectiecriteria waaraan deelnemende instellingen moesten voldoen.

Na de bijeenkomst was duidelijk dat GGZ Eindhoven en de Kempen en GGZ Noord-Holland-Noord het meest voldeden aan de criteria.

Adhesie en Bavo RNO bleven betrokken bij het project als zogeheten meeliftinstelling. Ook GGZ 's Hertogenbosch sloot zich aan als meeliftinstelling. Meeliften betekende dat deze instellingen gebruik konden maken van documenten (bijvoorbeeld formats en leidraden) en instrumenten die in het kader van het project zouden worden ontwikkeld. Om optimaal aan te sluiten bij de ontwikkeling en behoefte in de instellingen, werd afgesproken dat de twee instellingen een eigen keuze konden maken ten aanzien van de kwaliteitsinstrumenten en het domein van implementatie. De verwachting was dat de keuze voor verschillende instrumenten een voordeel kon zijn voor landelijke overdracht (meer informatie en ervaring met verschillend instrumentarium). Een nadeel zou kunnen zijn dat het implementatieproces teveel zou divergeren waardoor een vergelijking van beide instellingen moeilijker zou worden. In schema 2.2. zijn de activiteiten van de voorbereidingsfase samengevat.

Schema 2.2 Fase 1 Implementatietraject

De voorbereiding van de implementatie		
Maart – augustus 2003		
	<i>Activiteiten op instellingsniveau</i>	<i>Landelijke activiteiten</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Haalbaarheidsstudie • Terreinverkenning 		<ul style="list-style-type: none"> • Literatuurstudie • Gesprekken met potentiële proef- en meeliftinstellingen • Ontwikkelen selectiecriteria voor deelname instellingen • Keuze proef- en meeliftinstellingen
<ul style="list-style-type: none"> • Ontwerp projectplan per instelling 	<ul style="list-style-type: none"> • Concept projectplan bespreken • Bepalen domein implementatie: cliëntgroep en organisatie-eenheid 	<ul style="list-style-type: none"> • Opstellen concept projectplan • Organisatie bijeenkomst potentiële proef- en meeliftinstellingen • Opstellen projectplan

De planning

Na de definitieve keuze voor de twee instellingen kon worden overgegaan naar de volgende fase in het project, de planning.

Per deelnemende instelling werd in de eerste plaats een stuurgroep geïnstalleerd die verantwoordelijk werd voor het opzetten, uitvoeren en bewaken van het implementatieproces i.c. de voortgang. Op advies van het projectteam werd het mandaat voor besluitvorming in het kader van het project bij de stuurgroepen gelegd. Immers een constructie waarbij de stuurgroepen voor alle strategische en operationele beslissingen voor het project toestemming aan de Raad van Bestuur/directie moesten vragen, zou vertragend werken voor de voortgang.

Tijdens de gehele projectduur participeerde een medewerker van het Trimbos-instituut in

de stuurgroep van Eindhoven en een medewerker van het NIVEL in de stuurgroep van Noord-Holland noord. Zij adviseerden en ondersteunden de stuurgroep zowel inhoudelijk als praktisch.

Opstellen implementatieplan per instelling

Een wezenlijke activiteit voor de instellingen in deze 2^e fase van het project bestond uit het opstellen van een implementatieplan. In dit plan werd onderscheid gemaakt tussen de gewenste situatie (wat moet idealiter bereikt worden) en het plan van aanpak (hoe daar te komen?). In het plan werd beschreven met welke indicatoren men wilde meten of men de doelen realiseerde, binnen welke eenheid van de organisatie met bijbehorende cliëntengroep gemeten ging worden, met welke kwaliteitsinstrumenten men wilde gaan meten en met welke beïnvloedende factoren men rekening moest houden. Op basis van dit ontwerp van de gewenste situatie is een plan van aanpak opgesteld. Hierin werd concreet aangegeven hoe men vorm wilde geven aan het organiseren van draagvlak, communicatie, scholing, dataverzameling, ondersteuning bij dataverzameling, (ondersteuning bij) data-analyse, automatisering en informatisering, terugkoppeling van resultaten op verschillende aggregatieniveaus (teams, programma/circuit niveau), evaluatie en op welke manier men de nieuwe werkwijze wilde borgen in een kwaliteitssysteem.

Leidraden

In de planningsfase werd door het projectteam een aantal leidraden ontwikkeld. Dit in de eerste plaats ter ondersteuning en facilitering van het implementatieproces in de deelnemende instellingen om zo de kans op een succesvolle implementatie te bevorderen. In de tweede plaats vervulden deze een functie voor de meeliftinstellingen. Ten slotte wordt met het beschikbaar stellen van deze leidraden (ze zijn als bijlage opgenomen) de kennis breder verspreid. In totaal zijn de volgende vijf leidraden ontwikkeld:

- *Leidraad Taakstelling Stuurgroep*
- *Leidraad Terreinverkenning*. Deze leidraad bevat tevens een checklist voor het bepalen van de kloof tussen de gewenste situatie en de huidige stand van zaken;
- *Leidraad Diagnose beïnvloedende factoren*. Het identificeren van bevorderende en belemmerende factoren;
- *Leidraad Indicatoren*. Het opstellen, operationaliseren en juist toepassen van indicatoren;
- *Leidraad Implementatieplan*. Hoe de gewenste situatie te beschrijven en hoe een plan van aanpak te schrijven.

Feedback bijeenkomsten 1 en 2

Ook werden in deze 2^e fase twee -van de in totaal vier - feedback bijeenkomsten georganiseerd. Hieraan namen naast de twee deelnemende instellingen ook de drie meeliftinstellingen deel, te weten GGZ 's Hertogenbosch, Adhesie en de Bavo RNO groep en medewerkers van het Trimbos-instituut en het NIVEL met expertise op aan de orde zijnde onderwerpen. Evenals als de leidraden hadden deze bijeenkomsten zowel de functie om het implementatieproces in de deelnemende instellingen te bevorderen als een functie in het delen en verspreiden van opgedane kennis en ervaring met de

meeliftinstellingen.

De bijeenkomsten werden opgezet volgens enkele principes van de Doorbraakmethode.² Deze methode kenmerkt zich doordat verschillende teams (hier ggz-instellingen) aan vergelijkbare verbeteringen in de zorg werken. De teams ontmoeten elkaar op bovenregionale werkconferenties. Daar wordt aandacht besteed aan de voortgang en de resultaten van de implementatie in de verschillende teams, het verspreiden van goede voorbeelden van zorg en van wetenschappelijke kennis over effectieve interventies. In dit project vonden de eerste twee bijeenkomsten plaats in de planningsfase. Tijdens de eerste bijeenkomst presenteerden de twee instellingen de contouren van hun implementatieplan en verzorgde het projectteam een presentatie over het formuleren van en werken met indicatoren. Na de eerste bijeenkomst stelden de instellingen hun implementatieplan op waarop zij tijdens de tweede bijeenkomst feedback ontvingen. In schema 2.3 zijn de activiteiten in de planningsfase samengevat.

Schema 2.3 Fase 2 Implementatietraject

De planningsfase		
September 2003 – maart 2004		
	<i>Activiteiten op instellingsniveau</i>	<i>Landelijke activiteiten</i>
• Stuurgroepen	• Samenstellen en installeren stuurgroep	• Ondersteunen en adviseren stuurgroep
• Opstellen implementatieplannen per instelling	• Stuurgroepvergaderingen	• Deelname stuurgroepvergaderingen
	• Ontwerp implementatieplan	• Ontwikkelen leidraden
	• Presenteren concept implementatieplan tijdens feedback bijeenkomsten	• Organisatie twee feedback bijeenkomsten
	• Bijstellen en vaststellen implementatieplan	

De uitvoering

April 2004 startten de beide instellingen met de uitvoering van hun plan van aanpak. Daarmee brak de derde fase van het project aan waarin de instellingen vooral op eigen kracht moesten presteren. Tijdens deze fase moest een groot aantal verschillende activiteiten uitgevoerd worden:

- het scholen van medewerkers in het afnemen van diverse instrumenten
- de afname ervan bij cliënten
- de registratie van de data
- het eventueel aanpassen van de werkwijze hierop
- het ontwikkelen van protocollen
- de data-analyse
- het tussentijds evalueren en het bijstellen van het implementatieproces
- het terugkoppelen van de met de instrumenten verkregen resultaten op verschillende aggregatieniveaus.

² De methode is ontwikkeld in de VS door het Institute of Healthcare Improvement (IHI) te Boston. In Nederland wordt de doorbraakmethode toegepast door het CBO (in de somatische gezondheidszorg) en inmiddels werkt ook het Trimbos-instituut met deze methode in de zogeheten Doorbraakprojecten Depressie en Schizofrenie.

Omdat de planningsfase bijna drie maanden langer had geduurd dan oorspronkelijk gepland, ontstond het risico dat de implementatie van de instrumenten inclusief de borging ervan niet binnen de projectduur gehaald zou worden. Daarom werd aan de instellingen expliciet de eis gesteld dat zij minimaal een keer de hele kwaliteitscyclus moesten doorlopen (van plannen tot en met toetsen en bijstellen) bij ten minste een deel van de gekozen doelgroep waarbij de instrumenten moesten worden afgenomen.

Feedback bijeenkomst 3

In deze fase vond de derde feedback bijeenkomst plaats. Centraal in deze bijeenkomst stond de voortgang in de instellingen met betrekking tot de implementatie van de instrumenten en de operationalisering van de check - en actfase. In schema 2.4 zijn de activiteiten in deze fase vermeld.

Schema 2.4 Fase 3 Implementatietraject

De uitvoeringsfase April – november 2004		
	<i>Activiteiten op instellingsniveau</i>	<i>Landelijke activiteiten</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Uitvoering implementatieplan 	<ul style="list-style-type: none"> • Uitvoering implementatieplan • Presenteren voortgang uitvoering tijdens feedback bijeenkomst 	<ul style="list-style-type: none"> • Adviseren stuurgroep; deelname stuurgroepvergaderingen met accent op bewaken voortgang • Organisatie 3^e feedback bijeenkomst

De evaluatie

In de instellingen hebben zowel in de beide stuurgroepen als in de deelnemende teams gedurende het project tussentijdse evaluaties plaatsgevonden om het proces bij te sturen. In beide instellingen werden op basis hiervan aanpassingen gedaan. Zo pasten beide hun protocollen en werkwijzen aan. Ook heeft er een eindevaluatie plaatsgevonden die betrekking had op de periode waarin het projectteam van het NIVEL en het Trimbos-instituut in de instellingen actief betrokken waren. Eind 2004 heeft het projectteam zich uit de instellingen teruggetrokken en zijn deze op eigen kracht verder gegaan. In april 2005 presenteerden zij op de door het Trimbos-instituut en het NIVEL georganiseerde miniconferentie voor andere belangstellende GGZ instellingen hun recente resultaten.

Feedback (slot)bijeenkomst 4

Op de slotbijeenkomst in november 2004 presenteerden de instellingen hun (eind)resultaten. Ook de meeliftinstellingen verzorgden tijdens deze bijeenkomst een presentatie over hun ervaring met het project en de waarde die het voor hen had gehad. In schema 2.5 zijn de activiteiten uit fase 4 samengevat.

Schema 2.5 Fase 4 Implementatietraject

De evaluatie		
November 2004 - april 2005		
	<i>Activiteiten op instellingsniveau</i>	<i>Landelijke activiteiten</i>
<i>Tussen- en eindevaluatie</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Evalueren van het implementatieproces en de resultaten • Resultaten presenteren op slotbijeenkomst • Resultaten presenteren op miniconferentie 	<ul style="list-style-type: none"> • Ondersteunen en adviseren stuurgroep • Deelname stuurgroepvergaderingen • Organisatie slotbijeenkomst • Organisatie miniconferentie

2.2 De evaluatie van het implementatieproces en van de effecten (traject 2)

Zoals in de inleiding op dit hoofdstuk vermeld, was het de bedoeling ook zicht te krijgen op belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie door middel van een evaluatie van het proces van de implementatie en de effecten ervan.

Bij de procesevaluatie staat centraal welke verklaringen kunnen worden gegeven voor het al dan niet slagen van de implementatie van de kwaliteitsinstrumenten i.c. het al dan niet slagen van het project. Daarvoor is het nodig het verloop van het hele proces nauwkeurig te volgen, waarbij vooral gefocust wordt op de mate waarin de voorgenomen plannen, voorgenomen inzet van middelen en geformuleerde doelen gerealiseerd zijn

Bij de evaluatie van effecten zou het idealiter moeten gaan om het aantonen van de meerwaarde van de implementatie. Hier zou dat betekenen dat aangetoond zou moeten worden of het structureel meten van uitkomsten van zorg en de daarmee verkregen informatie ook daadwerkelijk effecten hebben gehad op het optimaliseren van de kwaliteit van zorg zodanig dat er sprake is van positieve effecten op i.c. van gezondheidswinst bij cliënten.

Van een effectevaluatie in deze laatste zin is in dit project geen sprake geweest. Daarvoor ontbrak eenvoudigweg de tijd.

Effect wordt hier als volgt gedefinieerd: in hoeverre kunnen de instellingen aantonen dat de gemeten uitkomsten geschikt zijn voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg/hulpverlening. Oftewel kunnen de instellingen aantonen dat de wijze waarop de informatie wordt verzameld, geanalyseerd en teruggekoppeld juist geborgd is, opdat verbeteringen kunnen worden gerealiseerd.

De evaluaties zijn in beide instellingen afzonderlijk uitgevoerd. Voor het evalueren van het proces is gebruik gemaakt van verschillende middelen: notulen van de stuur- en werkgroepvergaderingen, verslagen van de feedback bijeenkomsten, gesprekken met sleutelfiguren, logboeken met observatie verslagen van de stuur- en werkgroepvergaderingen, en de afname van een drietal vragenlijsten bij medewerkers.

Notulen, verslagen

Van alle stuurgroepvergaderingen in de instellingen zijn notulen gemaakt. Van de werkgroepvergaderingen zijn notulen gemaakt door de medewerkers van het projectteam.

Logboeken

Het projectteam heeft per instelling een logboek bijgehouden gestructureerd naar de verschillende fasen in het implementatieproces. In het logboek zijn beslissingen en acties die genomen zijn, resultaten van gesprekken met sleutelfiguren uit de instellingen en observatieverslagen opgenomen.

Vragenlijsten

In beide instellingen zijn bij alle hulpverleners verantwoordelijk voor het primaire proces en verantwoordelijk voor de afname van de instrumenten op drie verschillende momenten evenzoveel vragenlijsten uitgezet om zicht te krijgen op specifiek voor hen bevorderende dan wel belemmerende factoren bij de implementatie. Met de eerste vragenlijst is de uitgangssituatie van de teams in kaart gebracht. Met de tweede lijst is achterhaald in hoeverre men was voorbereid op de verandering. Ten slotte is met de derde vragenlijst onderzocht of de uitvoering is gegaan zoals bedoeld. De eerste lijst werd vooraf aan de implementatie uitgezet, de tweede na scholing in (het afnemen van) de kwaliteitsmeetinstrumenten. De derde werd afgenomen na het toegepast hebben van de instrumenten.³

2.3 Het toepasbaar maken en verspreiden van kennis (traject 3)

Dit derde traject kreeg vooral vorm door de meeliftinstelling constructie. Door hun deelname werd direct al ervaring en kennis verspreid. Anderzijds werden gedurende het project voortgangsverslagen gepubliceerd via Q-net en www.ggzkennisnet.nl, allebei communicatiekanalen van GGZ Nederland.

Oorspronkelijk bestond nog het plan om de in het project gekozen instrumenten en indicatoren voor te leggen aan een grotere groep ggz-instellingen om consensus te bereiken over de keuzes. Dit laatste onderdeel is niet uitgevoerd. In plaats daarvan is tijd gestoken in het maken van de hiervoor genoemde leidraden. De deelnemende instellingen inclusief de meeliftinstellingen gaven namelijk aan vooral behoefte te hebben aan concrete ondersteuning van het implementatieproces. Zoals eerder vermeld, werd het project voorjaar 2005 afgesloten met een miniconferentie waarvoor breed ggz-instellingen werden uitgenodigd.

³ Zie deel II *Lerende teams in de GGZ*. Verslag van een onderzoek.

3 Doelstellingen van GGzE en GGZ Noord-Holland-Noord

In de eerste en tweede fase (voorbereiding en planning) van het project maakten de instellingen elk een implementatieplan. In dit hoofdstuk wordt beschreven wat zij uiteindelijk wilden bereiken. Anders gezegd gaat het om een beschrijving van (het ontwerp van) de gewenste situatie. Er wordt ingegaan op de domeinkeuze, de doelstellingen, de indicatoren en de instrumentkeuze van de instellingen. Eerst wordt dit beschreven voor GGzE en daarna voor GGZ Noord-Holland-Noord (in het vervolg GGZ NHN).

3.1 Domeinkeuze en doelstellingen GGzE

GGzE koos ervoor kwaliteitsinstrumenten te implementeren ten behoeve van cliënten met dementie in de zorgprogramma's cognitieve stoornissen en ouderen. De keuze hiervoor vloeide voort uit het feit dat GGzE al betrokken was in het zogeheten transmuraal Zorgprogramma Psychogeriatric (ZPG). In dit ZPG zijn 24 zorgaanbieders uit de regio Eindhoven en de Kempen betrokken. Het zorgprogramma cognitieve stoornissen van GGzE maakt er deel van uit.

De inhoudelijke doelstellingen van het ZPG waren als volgt omschreven:

- Cliënten met het dementiesyndroom in een vroeg stadium opsporen en diagnosticeren en hun ziekteverloop volgen;
- De meest recente informatie met betrekking tot de cliënt beschikbaar te hebben bij alle betrokken hulpverleners van de cliënt;
- Professionals laten werken volgens in de regio afgesproken uniforme kwaliteitsafspraken;
- Cliënten (en het cliëntstelsel) in een vroeg stadium de noodzakelijke zorg en begeleiding bieden opdat zij zo lang mogelijk, met inzet van zo min mogelijk zorg, in de voor hen wenselijke woonomgeving kunnen blijven, wetende bij wie ze terecht kunnen met hun vragen;
- Voorkomen dat bepaalde diagnostische onderzoeken meerdere malen door verschillende zorgaanbieders worden uitgevoerd.

Op het moment dat het Trimbos-Nivel project zich aandeede, hadden alle betrokken partijen in het ZPG al overeenstemming bereikt over de doelstellingen, de doelgroep en over de te gebruiken instrumenten. Men was toe aan de implementatie van deze instrumenten waarmee men de kwaliteit van zorg wilde verbeteren. GGzE zag hierin een kans om de implementatieopdracht van het ZPG samen te voegen met de doelstellingen van het Trimbos-Nivel project.

In de zorgprogramma's cognitieve stoornissen en ouderen hadden sommige medewerkers al enige ervaring met een aantal in het ZPG gekozen instrumenten. Deze werden echter

nog niet overal en nog niet uniform toegepast.

Omdat niet meer kon worden afgeweken van de in het ZPG gekozen instrumenten, selecteerde GGzE voor dit project drie instrumenten uit het ZPG waarvan men inschatte dat daarmee uitkomsten van zorg(processen) gemeten konden worden. Het betrof de volgende instrumenten:

- de Cognitieve Screeningstest (CST-20);
- de Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric (GIP);
- de Evaluatie Druk Informele Zorg (EDIZ).

Schema 3.1 bevat een korte omschrijving van de instrumenten.

Schema 3.1 Instrumenten GGzE

De cognitieve screeningstest (CST)

De CST-20 is, zoals de naam al doet vermoeden, een 20-item screeningsinstrument bedoeld voor het stellen van de diagnose van dementie. Het instrument doet een beroep op het geheugen en oriëntatiefuncties. Het is een snelle methode om de aanwezigheid en ernst van cognitieve stoornissen bij ouderen vast te stellen. Het instrument heeft een grote doelmatigheid, is snel af te nemen, heeft een eenvoudig scoringssysteem en is geschikt voor monitoring. Het is een betrouwbaar en valide instrument.

De gedragsobservatieschaal voor de intramurale psychogeriatric (GIP)

De GIP is een observatielijst. Hoewel het ook bij diagnostiek een functie heeft is de GIP vooral geschikt om de ontwikkelingen van gedrag en symptomen na interventies te volgen. Het instrument kan gebruikt worden in een intramurale en semi-murale setting. Door de validering voor diverse doelgroepen biedt het ook mogelijkheden tot vergelijking met andere doelgroepen.

De evaluatie druk informele zorg (EDIZ)

De EDIZ is een korte vragenlijst van 9 items die door de mantelzorg(er) ingevuld moet worden. Het instrument is bedoeld om een inschatting te maken van de belasting die de mantelzorg(er) ervaart. Over het algemeen neemt de belasting voor de mantelzorg(er) met het vorderen van de dementie toe.

Dit impliceerde dat GGzE een omgekeerde volgorde bewandelde. In plaats van eerst indicatoren te formuleren en daarbij vervolgens passende instrumenten te zoeken, maakte GGzE eerst een keuze voor een beperkt aantal instrumenten en ging daarna aan de slag met het formuleren van indicatoren.

3.2 Indicatoren GGzE

Om te kunnen vaststellen of gestelde doelen gerealiseerd worden, is het van belang indicatoren te formuleren die hierin inzicht verschaffen. Anders gezegd moet de vraag beantwoord worden of ingezette interventies en zorgprocessen ook daadwerkelijk leiden tot het gestelde doel. Vervolgens kan met die informatie de zorg (bij-)gestuurd worden: welke interventies of zorgprocessen moeten aangepast om het gewenste resultaat te bereiken?

Voor het monitoren van het implementatieproces geldt eenzelfde redenering. Ook hierbij is het belangrijk indicatoren te formuleren waarmee inzicht verschaft kan worden in het nakomen van afspraken op basis waarvan het proces bijgestuurd kan worden.

GGzE formuleerde de volgende drie uitkomstindicatoren:

- Het cognitieve niveau van cliënten met dementie bij aanvang GGZ-zorg
- Prevalentie van problematisch gedrag bij cliënten met dementie;
- Prevalentie ervaren druk van mantelzorgers / informele zorg;

Voor het monitoren van het proces koos men de volgende drie indicatoren:

- Gebruik CST door hulpverleners bij cliënten met dementie
- Gebruik GIP door hulpverleners van cliënten met dementie bij opname, bij een zorgplanbespreking en gebruik GIP bij ontslag;
- Gebruik EDIZ door hulpverleners van cliënten met dementie bij aanvang zorg en gebruik EDIZ bij beëindiging zorg;

In onderstaand schema worden de indicatoren en bijbehorende instrumenten nogmaals samengevat.

Schema 3.2 Indicatoren en instrumenten GGzE

<i>Uitkomstindicator</i>	<i>Instrument</i>	<i>Procesindicator</i>
Cognitief niveau bij aanvang zorg	CST	Gebruik CST bij aanvang zorg
Prevalentie problematisch gedag bij opname	GIP	Gebruik GIP bij opname, zorgplanbespreking en bij ontslag
Prevalentie ervaren druk mantelzorgers	EDIZ	Gebruik EDIZ bij aanvang en bij beëindiging zorg

Domein van implementatie

GGzE koos ervoor de instrumenten te implementeren in drie verschillende eenheden waar ambulante, deeltijd en klinische zorg plaatsvindt voor de programma's cognitieve stoornissen en ouderen, te weten:

- Het Regionaal Centrum Ouderen (RCO);
- Zorgeenheid Organische Psychiatrie (ZOP);
- Zorgeenheid Rehabilitatie voor ouderen (REHAB).

Hieronder staan het domein van implementatie en nogmaals de instrumenten vermeld.

Schema 3.3 Implementatiedomein en bijbehorende instrumenten

	<i>RCO</i>	<i>ZOP</i>	<i>REHAB</i>
<i>Zorgsoort</i>	Ambulant, deeltijd, klinisch	Klinisch	Klinisch
<i>Aantal medewerkers</i>	24	37	59
<i>Disciplines</i>	Vooral:(sociaal psychiatrisch) verpleegkundigen. Indirect: psychologen, gerieters, psychiaters		
<i>Aantal bedden / cliënten per jaar</i>	800 cliënten per jaar	47 bedden	78 bedden
<i>Te implementeren instrumenten</i>	EDIZ, CST, GIP	GIP	GIP

Als men erin zou slagen om op de gekozen eenheden de instrumenten te implementeren, zou niet alleen relevante informatie voor de directe hulpverlening verzameld worden,

maar zou tegelijkertijd informatie worden verzameld c.q. zouden resultaten zichtbaar kunnen worden gemaakt op afdelings- en programmaniveau. Deze kunnen op hun beurt op termijn bruikbaar zijn voor het sturen van de zorg-(processen).

3.3 Domeinkeuze en doelstellingen GGZ NHN

GGZ NHN koos ervoor kwaliteitsinstrumenten te implementeren ten behoeve van de (ambulante) populatie van het Circuit voor Langdurige Zorg *De Dijk*, inclusief cliënten die in een voorziening voor Beschermd Wonen verblijven. De keuze voor deze doelgroep werd als volgt gemotiveerd. In de jaren negentig verhuisden veel langdurig zorgafhankelijke cliënten naar verschillende woonvormen buiten het terrein van het Psychiatrisch Ziekenhuis. Eind jaren negentig startte GGZ NHN een onderzoek naar de gevolgen hiervan. Hoewel de uitkomsten werden gerapporteerd, werden deze nauwelijks gericht gebruikt om de zorg(-processen) aan te passen c.q. te verbeteren. In dit project zag GGZ NHN dan ook een gelegenheid om de gemiste kans van destijds goed te maken. Bovendien had men in het Circuit voor langdurige Zorg recent een INK positiebepaling uitgevoerd die leidde tot de conclusie dat men meer op uitkomsten van zorg wilde gaan sturen.

Als overkoepelende doelstelling koos GGZ NHN voor ‘het optimaliseren van de geestelijke gezondheid en het sociaal-maatschappelijk functioneren van cliënten die langdurig zorgafhankelijk zijn, waarbij maximaal rekening wordt gehouden met de mogelijkheden en behoeften van cliënten en hun familieleden’. Ter realisatie van deze doelstelling nam men zich voor systematisch gegevens te verzamelen over:

- de psychiatrische symptomatologie;
- het sociaal maatschappelijk functioneren;
- de tevredenheid ten aanzien van verschillende levensgebieden;
- de mate waarin familieleden betrokken (willen) zijn bij de zorg.

Met deze gebieden formuleerde GGZ NHN al globaal haar indicatoren. Met het verzamelen van informatie op deze vier gebieden zouden - op termijn - uitkomsten van zorg vastgesteld kunnen worden. Bovendien nam GGZ NHN zich voor de informatie zo te verzamelen dat de gegevens zowel gebruikt zouden kunnen worden voor verbeteringen op individueel zorgniveau (als input bij de evaluatie van de individuele behandeling), als op afdelingsniveau en ten slotte op instellingsniveau.

3.4 Indicatoren GGZ NHN

Anders dan in GGzE lag de keuze voor de te implementeren instrumenten in NHN nog niet vast. In GGZ NHN kon men daarom methodologisch zuiver eerst indicatoren formuleren en daar vervolgens passende instrumenten bij zoeken. In GGZ NHN formuleerde men aanvankelijk zes uitkomstindicatoren om inzicht te krijgen in de mate waarin gestelde doelen gerealiseerd werden. Men formuleerde eerst geen procesindicatoren, omdat men dit niet opportuun achtte. Pas later in het project voegde men deze toe.

Uitkomstindicatoren

- De mate waarin de ernst van de psychiatrische symptomen is gestabiliseerd dan wel gereduceerd op beoogd niveau.
- Het percentage cliënten bij wie de symptomen zijn verbeterd, rekening houdend met de ernst en de duur van de zorg;
- De mate waarin het functioneren van de cliënten op de levensgebieden wonen, ADL (inclusief financiën), sociale relaties en werk en dagbesteding gestabiliseerd of verbeterd is op een beoogd niveau;
- Het percentage cliënten dat op deze gebieden verbeterd is of goed functioneert;
- De mate van tevredenheid over de kwaliteit van de levensgebieden wonen, financiën, werk en dagbesteding, sociale contacten en netwerk en familierelaties;
- Het percentage familieleden dat aangeeft in voldoende mate betrokken te zijn bij de zorg, in termen van: informatie, inspraak, contacten met hulpverleners.

Na het formuleren van de uitkomstindicatoren koos GGZ NHN voor het implementeren van twee instrumenten:

- De Health of Nation Outcome Scales (HoNOS)
- De Manchester Short Assessment of Quality of Life, gebaseerd op de Lancashire. (MANSA).

Hieronder staat een korte omschrijving van de instrumenten.

Schema 3.4 Instrumenten GGZ NHN

De Health of Nation Outcome Scales (HoNOS)

De HoNOS is een 12 items tellend meetinstrument dat wordt ingevuld door hulpverleners. Het meet gedragsproblemen, beperkingen, symptomatologie en sociale problemen. Het instrument geeft zowel op individueel cliëntniveau als op groepsniveau inzicht in de ernst van de problemen als ook de veranderingen daarin, waardoor op systematische en gestandaardiseerde wijze de uitkomsten van zorg inzichtelijk gemaakt kunnen worden. De HoNOS heeft redelijke psychometrische eigenschappen, een korte afnameduur, is niet afhankelijk van ziektebeeld en gesproken taal en wordt door hulpverleners en patiënten als bruikbaar ervaren. De HoNOS is onlangs gevalideerd in Nederland.

De Manchester Short Assessment of Quality of Life, (MANSA);

De MANSA is een instrument bestaande uit een vragenlijst die geschikt is voor afname in interviewvorm. Er wordt gevraagd naar de ervaren kwaliteit van leven op levensgebieden als wonen, werken en sociale omgeving. De subjectief ervaren kwaliteit van leven door een cliënt kan informatie geven voor het opstellen en bijstellen van behandel en begeleidingsplannen.

Wat betreft het onderzoeken van de betrokkenheid van familie besloot men tot het uitvoeren van een inventarisatie. Hiervoor waren twee redenen. In de eerste plaats was er geen betrouwbaar, valide en gebruiksvriendelijk instrument voorhanden om de betrokkenheid en tevredenheid van familieleden te meten.¹ In de tweede plaats had men

¹ Ten tijde van het project was de Thermometer waardering betrokkenen nog in ontwikkeling bij het Trimbos-instituut. Een concept ervan was in GGZ NHN uitgezet, maar nog niet geanalyseerd. Inmiddels is dit instrument gereed en beschikbaar via ww.ggzkennisnet.nl.

onvoldoende inzicht in de aard en omvang van de contacten die nu onderhouden werden met familieleden en de mate van tevredenheid daarmee. Voordat over kon worden gegaan tot meten, wilde men dit eerst inventariseren. Daarna zou dan een plan gemaakt worden om dit onderwerp structureel in te bedden in behandelplannen en –evaluaties. Dit betekende dus dat GGZ NHN met vijf uitkomstindicatoren aan de slag ging. Hieronder worden de indicatoren en bijbehorende instrumenten nogmaals samengevat.

Schema 3.5 Indicatoren en instrumenten GGZ NHN

<i>Uitkomstindicator</i>	<i>Instrument</i>
de psychiatrische symptomatologie en het sociaal maatschappelijk functioneren	HoNOS
Tevredenheid ten aanzien van verschillende levensgebieden	MANSAS

3.5 Domeinkeuze GGZ NHN

Naast de keuze voor de instrumenten specificeerde GGZ NHN evenals GGzE het domein. NHN besloot de gekozen instrumenten te implementeren in drie multidisciplinair samengestelde wijkteams van het Circuit Langdurige Zorg, te weten:

- Team Zuid (Heiloo)
- Team Noord (Alkmaar)
- Team Oost (Heerhugowaard)

In deze teams werken, artsen, psychiaters, psychologen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, casemanagers en woonbegeleiders.

Schema 3.6 Implementatiedomein en bijbehorende instrumenten

	<i>Team zuid</i>	<i>Team noord</i>	<i>Team oost</i>
<i>Zorgsoort</i>	Ambulant		
<i>Aantal medewerkers</i>	45	25	21
<i>Disciplines</i>	artsen, psychiaters, psychologen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, casemanagers en woonbegeleiders.		
<i>Aantal cliënten per jaar</i>	Totaal: 475		
<i>Te implementeren instrumenten</i>	HoNOS en MANSAS		

4 De implementatie in GGzE

Met het formuleren van het domein van implementatie, de doelstellingen, indicatoren en instrumenten, schetsten beide instellingen hun gewenste situatie. De volgende stap was het maken van een plan van aanpak, waarin alle acties beschreven moesten worden die nodig zijn om tot de gewenste situatie te komen. Vanuit het projectteam werd ten aanzien van het plan van aanpak aandacht gevraagd voor die onderwerpen waarvan bekend is dat deze bijdragen aan een succesvolle implementatie.² Het gaat daarbij om de onderwerpen: draagvlak en communicatie, scholing, dataverzameling en data-analyse, automatisering en informatisering, aanpassen i.c. verbeteren van de werkwijze, terugkoppeling van de resultaten, borging en evaluatie. In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de wijze waarop GGzE werkte aan het ontwerp van het implementatieplan en aan de wijze waarop GGzE haar plan trachtte te realiseren.

4.1 De projectorganisatie in GGzE

Conform het projectplan installeerde GGzE eerst een stuurgroep. In deze stuurgroep hadden zitting: een lid van de Raad van Bestuur, de projectmanager kwaliteit (projectleider), de programmadirecteur en de programmaleider cognitieve stoornissen, de programmaleider psychose en autisme (in verband met de afstemming met GGZ NHN), het hoofd van de dienst ondersteuning en automatisering, onderzoeksstagiaires en een cliëntvertegenwoordiger.

Na de eerste vergadering van de stuurgroep besloot men echter om de taken en werkzaamheden van de stuurgroep te delegeren naar een petit comité.³ Dit comité bestond aanvankelijk uit de projectmanager Kwaliteit, de programmaleider cognitieve stoornissen en de programmadirecteur. De projectmanager Kwaliteit fungeerde in het begin als intermediair naar de Raad van Bestuur. De programmaleider en programmadirecteur werden samen verantwoordelijk voor de aansturing en uitvoering van de implementatie. Voor deze constructie werd gekozen omdat deze goed aansloot bij de cultuur en werkwijze die dit organisatieonderdeel van GGzE kenmerkt: integrale verantwoordelijkheid in de lijn en efficiency als het gaat om inzet van tijd en middelen. Gedurende het project veranderde de verantwoordelijkheidsstructuur en de taakverdeling. Uiteindelijk nam de programmaleider de projectleiding over. Voor de uitvoering van het plan van aanpak installeerde het petit comité een werkgroep. Daarmee werd het petit comité de eigenlijke stuurgroep die zich verantwoordelijk stelde voor het bewaken en aansturen van de uitvoering van het implementatieplan. De werkgroep bestond uit: de programmaleider als voorzitter en uit vier programmacoördinatoren die elk voor zich verantwoordelijk werden voor de

² Zie leidraad 'formuleren implementatieplan' in de bijlage van dit rapport.

³ De meeste leden van de oorspronkelijke stuurgroep namen wel deel aan de feedback bijeenkomsten.

implementatie bij de verschillende teams. Ook werd een stafmedewerker kwaliteit toegevoegd ter ondersteuning van de projectleider. Het petit comité en de werkgroep probeerden om met zo weinig mogelijk middelen en inzet van personeel een maximaal resultaat te bereiken. Aanvankelijk was de vergaderfrequentie een keer per maand, later werd dit een keer in de twee maanden.

In totaal vonden acht petit comité vergaderingen plaats en zes werkgroepvergaderingen. In het petit comité werden notulen gemaakt. In de werkgroep voor de uitvoering van het plan van aanpak werden geen notulen gemaakt en afspraken niet schriftelijk vastgelegd. Per vergadering werd ter plekke een agenda gemaakt, werd de voortgang besproken en werden nieuwe afspraken gemaakt. De leden hielden voor zichzelf bij welke dat waren. Hoewel aanvankelijk verschil in opvatting bestond over de verantwoordelijkheid voor de implementatie werd dit gaandeweg voor iedereen duidelijk. Tijdens de uitvoeringsfase besloot men de programmacoördinatoren verantwoordelijk te maken voor de facilitering, de aansturing en de coaching van medewerkers. De programmaleider werd op zijn beurt verantwoordelijk voor de aansturing van de programmacoördinatoren.

Geconstateerd kan worden dat de projectorganisatie in GGzE zich gedurende de projectperiode steeds heeft aangepast aan de te ondernemen activiteiten en de daarbij behorende functionele verantwoordelijkheden.

4.2 Het opstellen van het implementatieplan: de gewenste situatie in GGzE

In de planningsfase stond naast het vormgeven van de projectstructuur vooral het ontwerp van het implementatieplan centraal. Dit moest bestaan uit een beschrijving van de gewenste situatie (het resultaat daarvan werd in hoofdstuk drie beschreven) en het eerder genoemde plan van aanpak. Hier wordt beschreven hoe het GGzE verging bij het maken van het implementatieplan. GGzE werkte hieraan van oktober 2003 tot eind maart 2004, drie maanden langer dan gepland. De programmaleider werd belast met het op schrift stellen van het implementatieplan. De inhoudelijke input werd geleverd door het petit comité. Omdat de druk op de programmaleider te groot werd, werd voor hem ondersteuning geregeld in de persoon van de stafmedewerker kwaliteit. Het projectteam leverde ter overbrugging ook ondersteuning bij het schrijven van het implementatieplan.

Formuleren van indicatoren

Zoals in hoofdstuk drie werd beschreven was in het transmuraal Zorgprogramma Psychogeriatric (ZPG) (waar GGzE in participeerde) de doelstelling al bepaald en al besloten welke instrumenten men in de keten wilde implementeren. Op basis van de doelstellingen van het ZPG en die van het project werden de indicatoren ontwikkeld. Het formuleren en operationaliseren van indicatoren behoeft ondersteuning van het projectteam, omdat men hier geen ervaring mee had. Op de feedback bijeenkomst in januari 2004, werd uitgebreid aandacht besteed aan het formuleren en operationaliseren van indicatoren. Daarnaast ontwikkelde het projectteam een leidraad 'formulering en toepassing van indicatoren' en hielp het projectteam concreet bij het formuleren van enkele indicatoren. Daarmee kon het petit comité verder. Omdat men normen niet kon baseren op eerdere metingen en men uiteraard niet wilde worden afgerekend op onrealistische normen, formuleerde GGzE bij alle indicatoren voorlopige normen.

De samenhang tussen de doelstellingen, de indicatoren en de instrumenten

De leden van de werkgroep stemden in met de concept-indicatoren zoals het petit comité hen die voorlegde. De bespreking over indicatoren in de werkgroep leidde in eerste instantie tot de wens om nog meer informatie te verzamelen. Zo gaf men bijvoorbeeld aan niet alleen te willen weten welk cognitief niveau cliënten bij binnenkomst scoren, maar ook of de score mogelijk verband houdt met de achtergrond en het milieu waaruit mensen afkomstig zijn. Echter wanneer het primaire doel is om cliënten zo vroeg mogelijk op te sporen en te diagnosticeren is het de vraag of informatie over de achtergrond van cliënten daarvoor ook strikt noodzakelijk is. Het advies van het projectteam aan GGzE was om niet te snel teveel hooi op de vork te nemen en vooral de relatie tussen de doelstelling en de daarvoor benodigde informatie goed voor ogen te houden. Bovendien is het belangrijk metingen zo in te richten dat hulpverleners zo min mogelijk belast worden met teveel registratie, laat staan met registratie die niet strikt noodzakelijk is.

In het concept-implementatieplan, dat GGzE presenteerde op de feedback bijeenkomst in maart 2004, kreeg GGzE het advies de relatie tussen doelen, indicatoren en instrumenten scherper te formuleren. GGzE besloot prioriteiten te stellen en te starten met zes indicatoren die in een duidelijke relatie stonden met de doelstellingen. Wanneer voldoende ervaring was opgedaan met het werken met (deze) indicatoren zouden op een later tijdstip eventueel andere indicatoren en parameters toegevoegd kunnen worden.

4.3 Het opstellen en uitvoeren van het implementatieplan: het plan van aanpak

Voor de beschrijving van het plan van aanpak oogste GGzE complimenten. Enkele onderdelen werden naar aanleiding van de bijeenkomst nog concreter ingevuld, maar in principe lag er een helder plan klaar.

Draagvlak en communicatie in GGzE

Gedurende de planningsfase van het project stonden enkele deelnemende teams onder druk. In het zorgprogramma cognitieve stoornissen vond veel wisseling van personeel plaats, waardoor teams van samenstelling veranderden. Ook de invoer van functiedifferentiatie speelde een rol. Het programmamanagement koos ervoor de druk op de teams niet te verhogen en nam het opstellen van het implementatieplan volledig voor eigen rekening. Bovendien had men de medewerkers al betrokken bij de keuze van de instrumenten tijdens de ontwikkeling van het transmuraal ZPG-project. Conform het plan besteedde men in de uitvoering vooral aandacht aan verbreding van het draagvlak door voorlichting en scholing van medewerkers. De communicatie in de werkgroep verliep niet altijd optimaal door het ontbreken van notulen. Daardoor ging informatie over te ondernemen acties verloren. Bovendien werd dit versterkt omdat niet altijd iedereen aanwezig was.

Scholing in GGzE

De scholing van medewerkers in het gebruik van de instrumenten CST en EDIZ verliep geheel volgens planning en vond plaats in het voorjaar van 2004. De scholing voor de GIP verliep in de praktijk moeizamer dan gedacht. Bij het plannen van het tijdstip waarop

de scholing moest plaatsvinden hield men onvoldoende rekening met de praktijk van alledag. Men plande de scholing in de ochtend, maar dit betekende dat veel verpleegkundigen niet op de training aanwezig konden zijn, omdat zij vooral in de ochtend te druk zijn op de klinische afdelingen. Uiteindelijk werden de laatste medewerkers in oktober 2004 geschoold waardoor het implementatieproces enige vertraging opliep.

Dataverzameling en automatisering

GGzE bracht in de planningsfase de mogelijke belemmerende factoren in kaart. Toch stuitte men bij de uitvoering nog op een aantal onverwachte zaken. De invoer in het elektronisch patiëntendossier (EPD) van de data verkregen met de instrumenten leverde geen problemen op. De afdeling informatisering en automatisering verzorgde dit geheel volgens plan. In het EPD konden de gegevens van de EDIZ eenvoudig ingevoerd worden. De GIP en CST waren al in het EPD opgenomen. Wel ervoer men problemen met het digitaal verzamelen van gegevens in de ambulante zorg. Dit uitvoeringsprobleem had men al voorzien en volgens plan verwerkte een secretaresse de gegevens digitaal. Voor de langere termijn nam men zich voor met laptops te gaan werken.

Een uitvoeringsprobleem, dat men vooraf niet had voorzien, betrof het instrument de EDIZ waarmee de druk van de informele zorg gemeten kan worden. De EDIZ hoort door de mantelzorger zelf ingevuld te worden. Hoewel het instrument slechts negen items bevat, bleek bij de afname dat veel mantelzorgers het lastig vonden de EDIZ zelfstandig in te vullen. Men gaf aan sommige vragen niet te begrijpen. GGzE besloot dat hulpverleners indien nodig de mantelzorgers ondersteunden bij het invullen van het instrument. Dit betekende voor hen wat extra inspanning.

Bij de evaluatie van het project gaf men aan te twijfelen aan de geschiktheid van de EDIZ wat betreft de directe toepassing in het primaire proces.

Men schatte in dat het instrument meer geschikt is om informatie mee te verzamelen die op instellingsniveau gebruikt kan worden voor het maken van beleidskeuzes. Men besloot echter vooralsnog het instrument te blijven gebruiken omdat men nog geen alternatief voorhanden had.

Aangepaste en verbeterde werkwijze

Naast bovengenoemde problemen in de uitvoering, waren ook snel positieve effecten merkbaar. Zo leidde de introductie van de nieuwe instrumenten tot het besluit een aantal instrumenten waarmee voorheen werd gewerkt niet meer te gebruiken. De situatie dat cliënten door verschillende hulpverleners met dezelfde vragen werden gescreend, deed zich nu niet meer voor. Hierdoor nam de uniformiteit qua werkwijze toe en ook de efficiency.

Daarnaast werd het gebruik van de GIP in een team een vast onderdeel van de zorgplanbespreking, waardoor het methodisch handelen verbeterde. In een ander team waar men minder aandacht besteedde aan deze inbedding, werd de GIP vooralsnog minder consequent afgenomen. Later besloot de werkgroep de positieve ervaringen (best practice) van het eerste team naar het andere team te verspreiden. Ten slotte vereenvoudigde men het invullen van het zorgplan, waardoor de ervaren toegenomen werkdruk gedeeltelijk werd gecompenseerd. Geconstateerd kan worden dat GGzE in de uitvoeringsfase al verschillende verbeteringen realiseerde.

Data-analyse en automatisering in GGzE

Het analyseren van de data bracht een aantal uitvoeringsproblemen met zich mee die GGzE in de planningsfase niet had voorzien. Het omzetten van de met de instrumenten verkregen gegevens in de gewenste informatie was een probleem en vergde meer tijd dan men vooraf had ingecalculleerd. Het was de taak van de werkgroep om aan de afdeling informatisering en automatisering precies duidelijk te maken welke gegevens zij in welke vorm en op welke momenten wenste te ontvangen. Volgens plan stelde men een nieuwe medewerker (stafmedewerker kwaliteit en informatieanalist) aan die dit probleem samen met de afdeling informatisering en automatisering aanpakte. Later dan gepland, lukte het uiteindelijk om de gewenste informatie aangeleverd te krijgen. Echter dit gebeurde nog niet altijd in het gewenste format, en nog niet altijd binnen de afgesproken tijd. In de toekomst wil GGzE de zorginhoudelijke gegevens (zoals die met de instrumenten worden verkregen) onderdeel laten uitmaken van de maandelijkse managementinformatie. Omdat men in GGzE bezig was het huidige elektronisch patiëntendossier (IRIS-G) om te zetten naar een nieuw systeem, leverde dit project informatie op voor de eisen aan het ontwerp van dit nieuwe EPD. Voor de afdeling automatisering vormde dit project in die zin een eerste oefening die een goede voorbereiding vormde op een toekomstige situatie waarbij inhoudelijke zorguitkomsten gemeten zullen (moeten) worden.

De meetresultaten in GGzE

Het feit dat de implementatie van de instrumenten enige vertraging had opgelopen betekende dat de instellingen in het najaar van 2004 nog volop in de uitvoeringsfase zaten. Zij werden door het projectteam aangemoedigd om voor afloop van het project – dat wil zeggen voordat het projectteam zich terugtrok uit de instellingen- minimaal eerste meetresultaten te realiseren. Dankzij hun doorzettingsvermogen lukte het GGzE tijdens de laatste feedback bijeenkomst in november 2004 de eerste resultaten en analyses te presenteren.

Procesindicatoren

Om het proces te monitoren werd van begin af aan (handmatig) bijgehouden of een instrument op het afgesproken moment was afgenomen. Vervolgens werd deze informatie naar de desbetreffende teams teruggekoppeld. Besproken werd hoeveel instrumenten waren ingevuld en hoeveel er ingevuld hadden moeten worden.

In november 2004 bleek dat men bij 20% van de beoogde cliënten de EDIZ had afgenomen en bij 40% van de populatie was de CST afgenomen. In april 2005 waren deze percentages gestegen van respectievelijk 20% naar 25% (EDIZ) en van 40% naar 60% (CST).

In eerste instantie (november 2004) lag het percentage CST afnamen dus relatief laag (hoewel men hier geen harde normen had gesteld). Als verklaring hiervoor gaf men aan dat het afnemen van dit instrument slecht lukte in crisissituaties, die zich nu eenmaal niet lenen voor het invullen van een lijst.

De relatief lage afname van de EDIZ had onder andere te maken met logistieke problemen. Dossiers bleken relatief vaak onderweg of bleken alweer afgesloten. Dit probleem gold ook voor de CST. Wat betreft de EDIZ was daarnaast sprake van het soms ontbreken van een mantelzorger en hadden mantelzorgers soms moeite met het

zelfstandig invullen van dit instrument. Ten slotte vond men het lastig om het juiste moment voor de 2^e afname van de EDIZ te bepalen. Uiteindelijk koos men voor vijf /zes maanden na eerste afname.

Met betrekking tot de afname van de GIP kon men in april 2005 melden dat men in de Zorgeenheid Organische Psychiatrie (ZOP) inmiddels bij 80% van de cliënten een GIP had afgenomen (doelstelling was 90%) en bij 67% van de cliënten in het Regionaal Centrum ouderen (RCO) Ook hier had men als doelstelling 90%. Bij de eenheid REHAB bleef de implementatie van de GIP aanvankelijk achter onder andere vanwege weerstand bij behandelaren. Na gesprekken hierover werden uiteindelijk ook daar data verzameld met de GIP. In april 2005 waren deze gegevens echter nog niet geanalyseerd en zij konden daarom nog niet gepresenteerd worden.

Los van het feit dat men nog niet overal de gestelde (proces-)doelen haalde, had men door het formuleren van de indicatoren goed zicht op het proces. Men kreeg zicht op andere factoren die een rol speelden (bijvoorbeeld het onderweg zijn van de dossiers) en men kon vervolgens nieuwe afspraken maken of punten ter verbetering formuleren. Bovendien waren er ook positieve effecten merkbaar. Deze hadden onder meer betrekking op een toename van de uniformiteit in de werkwijze en een mede door de scholing meer correcte c.q. precieze manier van afnemen van de instrumenten door de betrokken hulpverleners. En ten slotte waren de hulpverleners enthousiast, zij vonden het gebruik van een objectief instrument (dit betrof vooral de CST) naast de klinische ervaring belangrijk.

Voorlopige zorguitkomsten

Na een eerste voorlopige analyse van de resultaten van de metingen met de CST viel op dat het cognitieve niveau waarmee cliënten binnenkomen beter was dan men altijd veronderstelde. Men dacht een 'zwaardere' populatie binnen te krijgen. Een eerste meting met de EDIZ gaf aan dat de druk van de informele zorg als hoog wordt ervaren.

Uitkomsten naar aanleiding van de GIP konden in november 2004 nog niet geleverd worden. In april 2005 kon men ten aanzien van de GIP melden dat in de zorgeenheid organische psychiatrie 60% van de cliënten minder gedragsproblemen scoorde (dit gold voor die groep waarbij men al meerdere GIP's afgenomen had zodat een vergelijking mogelijk was).

Ook ten aanzien van de uitkomsten kan gesteld worden dat men door het verzamelen van data met de instrumenten en door het formuleren van de uitkomstindicatoren daadwerkelijk over informatie beschikte met betrekking tot het cognitieve niveau van cliënten met dementie bij aanvang van de zorg en op het vóórkomen van problematisch gedrag bij cliënten met dementie en op de ervaren druk van de mantelzorgers.

Van meetresultaten naar sturingsinformatie

Het terugkoppelen van de meetresultaten, zo was het plan, wilde men op verschillende aggregatieniveaus laten plaatsvinden. In de eerste plaats op teamniveau. De programmacoördinatoren zouden verantwoordelijk worden voor het terugkoppelen van deze informatie aan de hulpverleners. In de tweede plaats zou de informatie teruggekoppeld moeten worden op programmaniveau door de programmaleider en programmacoördinatoren. GGzE nam zich voor deze feedback-loops na afloop van de formele projectperiode ter hand te nemen.

4.4 Borging in GGzE

De borging van de nieuwe werkwijze in GGzE werd onder andere gerealiseerd door de integratie van de gemeten uitkomsten in de zorgplanbespreking. Andere activiteiten om te borgen werden ten tijde van de projectperiode nog niet gerealiseerd, maar staan opgenomen in de planning. Een van die plannen betreft het voornemen om in het nieuwe elektronisch patiëntendossier een beveiliging in te bouwen zodat men in het dossier pas verder kan als men de instrumenten op de afgesproken momenten heeft afgenomen. Op de langere termijn heeft GGzE het plan – wanneer alle data goed in het systeem zitten- de indicatoren elke drie maanden in de managementinformatie terug te laten komen. De terugkoppeling van resultaten op verschillende aggregatieniveaus moet in de toekomst (structureel) jaarlijks, gaan leiden tot een verbeterplan voor elk aggregatieniveau. Tot slot wil men de resultaten en analyses verwerken in jaarverslagen en jaarplannen.

Evaluatie in GGzE

Conform de planning hebben alle geplande tussenevaluaties in het petit comité, de werkgroep en de teams plaatsgevonden. Op basis daarvan werden, zoals hierboven beschreven, al diverse verbeteracties op kleine schaal gerealiseerd. Deze verbeteringen waren vooral op de uitkomsten van de procesindicatoren gebaseerd. Daarnaast leverden ook de feedback bijeenkomsten een bijdrage aan de verbetercycli op procesniveau.

5 De implementatie in GGZ NHN

Evenals voor GGzE gold voor NHN dat zij met het formuleren van het domein van implementatie, de doelstellingen, de indicatoren en de instrumenten hun gewenste situatie hadden bepaald. Ook voor NHN bestond de volgende stap uit het maken van een plan van aanpak, waarin zij alle noodzakelijke acties moesten beschrijven om de gewenste situatie te realiseren. Ook hier vroeg het projectteam aandacht voor de onderwerpen draagvlak en communicatie, scholing, dataverzameling en data-analyse, automatisering en informatisering, aanpassen en verbeteren van de werkwijze, terugkoppeling van resultaten, borging en evaluatie. In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de wijze waarop GGZ NHN haar implementatieplan vormgaf en aan de manier waarop zij hun plan trachtten te realiseren.

5.1 De projectorganisatie in GGZ NHN

Ook GGZ NHN installeerde, conform het plan, een stuurgroep. Daarin participeerden een lid van de Raad van Bestuur als voorzitter, de adviseur kwaliteitsborging als projectleider, de senior onderzoeker, de adviseur van de Raad van Bestuur, de beleidspsychiater van *De Dijk*, de manager van *De Dijk*, het hoofd Informatisering en Automatisering, de secretaresse kwaliteitsborging en een vertegenwoordiger van de Cliëntenraad. De samenstelling van de stuurgroep wijzigde tijdens het project drie keer. Deze veranderingen in de samenstelling hadden nauwelijks invloed op het implementatieproces. De voorzitter van de stuurgroep, tevens lid Raad van Bestuur, ging met pensioen en werd vervangen door het nieuwe lid van de Raad van Bestuur die zijn voorzittersrol van de Stuurgroep overnam. Door het overlijden van de cliëntenvertegenwoordiger moest een andere vertegenwoordiger deze rol overnemen. In de uitvoeringsfase van het project besloot men dat de aanwezigheid van de adviseur Raad van Bestuur niet langer nodig was. De stuurgroep bleef gedurende de hele projectperiode verantwoordelijk voor de aansturing en bewaking van de uitvoering van het implementatieplan.

De werkwijze van de stuurgroep kenmerkte zich door een gestructureerde aanpak. Ook in GGZ NHN werd een petit comité ingesteld. Dit bestond uit de projectleider, de beleidspsychiater en de senior onderzoeker. Zij bereiden de stuurgroepvergaderingen voor. Van elke stuurgroepvergadering werden door de secretaresse kwaliteitsborging notulen gemaakt, waarin de gemaakte afspraken en acties werden vastgelegd. Deze werden elke vergadering gecheckt. Aanvankelijk kwam de stuurgroep een keer per twee weken bijeen. Deze frequentie werd redelijk snel teruggebracht tot een keer per maand. In totaal vonden vijftien stuurgroepvergaderingen plaats. Daarnaast kregen verschillende werkgroepen opdracht om onderdelen van het implementatieplan uit te werken en/of uit te voeren. De samenstelling van de werkgroepen verschilden per onderwerp evenals de

frequentie van de werkgroepbijeenkomsten.

5.2 Het opstellen van het implementatieplan: de gewenste situatie in GGZ Noord-Holland-Noord

Net als GGzE besteedde GGZ NHN in de planningsfase, vooral aandacht aan het ontwerp van het implementatieplan. Ook voor GGZ NHN gold dat dit plaatsvond in de periode oktober 2003 tot eind maart 2004 en langer duurde dan oorspronkelijk gepland.

Domeinkeuze

In eerste instantie formuleerde men het domein van implementatie in GGZ NHN breder dan het circuit waar uiteindelijk voor gekozen werd, de Langdurige Zorg *De Dijk*. Aanvankelijk wilde men de instrumenten ook implementeren in het Circuit voor Langdurige Zorg *De Kop*. Al snel bleek hier onvoldoende draagvlak voor te bestaan onder andere omdat de medewerkers van *De Kop* net waren gestart met een ander project. Om de kans van slagen van dit project niet in gevaar te brengen, besloot men het domein te beperken tot *De Dijk*. Als daar succesvolle resultaten geboekt waren - zo was de verwachting- kon men daarna van deze ervaringen profiteren in de andere onderdelen van de Langdurige Zorg.

Formuleren van indicatoren

Net als in GGzE ervoer ook GGZ NHN problemen met het formuleren en operationaliseren van indicatoren. Ook GGZ NHN werd hierin ondersteund door de feedback bijeenkomst in januari 2004 waarin het werken met indicatoren centraal stond, door de leidraad over indicatoren en door de praktische ondersteuning van het projectteam. In GGZ NHN werd aanvankelijk niet gewerkt met procesindicatoren. Later in het project –gedurende de uitvoeringsfase- bleek men toch behoefte te hebben aan enige vorm van controle op de uitvoering van de gemaakte afspraken. Sommige managers pasten overigens het werken met procesindicatoren bijna ‘natuurlijk’ toe. Zij telden handmatig hoeveel instrumenten werden afgenomen en hoeveel er afgenomen hadden moeten worden.

Samenhang tussen doelstellingen, indicatoren en instrumenten

Na het formuleren van de doelstellingen en indicatoren koos men onder andere met behulp van het handboek klinische uitkomstindicatoren (Van Wijngaarden et. al. 2003) uiteindelijk voor twee instrumenten. Het formuleren van de gewenste situatie in GGZ NHN resulteerde in ‘smart’ geformuleerde doelen met concrete indicatoren. Tijdens de feedback bijeenkomst in maart 2004 kreeg GGZ NHN positieve reacties op dit onderdeel van hun implementatieplan.

5.3 Het opstellen en uitvoeren van het implementatieplan: het plan van aanpak

Aan de uitwerking van het plan van aanpak besteedde GGZ NHN in de planningsfase iets minder aandacht. In het plan stonden de acties vooral op hoofdlijnen beschreven en

ontbrak het aan een concrete uitwerking. Het advies van het projectteam was om de plannen op hoofdlijnen om te smeden tot concrete actieplannen voordat men van start ging, dit om een valse start te vermijden. In de uitvoeringsfase die, net als in GGzE vanaf april 2004 plaatsvond, bleek dat GGZ NHN inderdaad nog moest investeren in het concretiseren van de plannen.

Draagvlak en communicatie in GGZ NHN

Het organiseren van draagvlak bij medewerkers stond in GGZ NHN hoog op de agenda. Met de verantwoordelijk managers en met de teamleden werden gesprekken gevoerd en teambijeenkomsten georganiseerd om voorlichting te geven over het project en te inventariseren aan welke informatie men precies behoefte had. Het resultaat van deze gesprekken werd als input gebruikt voor het formuleren van de doelen, indicatoren en indirect voor de instrumentkeuze. Ook gebruikte men deze gesprekken om inzicht te krijgen in mogelijke weerstand en zodoende in de slaagkansen van het project. Volgens planning stelde GGZ NHN een communicatieplan op. Hierin werd aandacht besteed aan de wijze waarop men de betrokken uitvoerende teams zou informeren en ook hoe men andere niet direct betrokken medewerkers op de hoogte zou houden. Tijdens het project werd deze groep periodiek over de voortgang geïnformeerd. De communicatie vanuit de stuurgroep naar de verantwoordelijk managers voor de uitvoering van de plannen verliep niet altijd optimaal. Het petit comité voerde gesprekken met de betreffende managers over hun informatiebehoefte, over de voortgang van het project, en over wat van hen verwacht werd. Van deze gesprekken werden de afspraken niet op schrift vastgelegd. Ook namen niet altijd alle verantwoordelijk managers deel aan dit overleg waardoor informatie over afspraken en acties soms verloren ging. Dit kan een verklaring zijn voor het feit dat (zoals in de uitvoeringsfase bleek) de implementatie in het ene team beter verliep dan in het andere team.

Scholing in GGZ NHN

Iets later dan gepland werd eind april 2004 scholing georganiseerd in de HoNOS voor psychiaters, psychologen, SPV-en en casemanagers plaats. In juni werden de mensen geschoold die in april niet aanwezig konden zijn. De scholing werd uitgevoerd door een psychiater die betrokken was bij de validering van de HoNOS voor Nederland. De scholing werd tevens bijgewoond door de senior onderzoeker (namens de stuurgroep) met het oog op vervolgtrainingen onder eigen regie. De verschillende teams kregen per wijkteam een training aangeboden om daarmee te bevorderen dat men elkaar in de toekomst in het werk kon ondersteunen. Een enthousiaste manager besloot zelf die medewerkers te scholen die de training gemist hadden. Dit had een positief effect op het enthousiasme in het betreffende team.

De afhankelijkheid van een externe opleider bracht GGZ NHN in een kwetsbare positie. Zo moest de geplande training in september, voor interne trainers en voor woonbegeleiders die indirect met dit instrument te maken kregen, worden uitgesteld evenals de inventarisatie naar de scholingsbehoefte in de Mansa en vervolgtrainingen. Dit impliceerde een vertraging in de uitvoering van het scholingsplan. Men besloot daarom om te gaan werken met een interne opleider ten behoeve van nascholing en met behandelverantwoordelijken als coach in de dagelijkse praktijk.

Dataverzameling en automatisering

In het begin van de uitvoeringsfase ontstond discussie over wie precies de instrumenten af moest nemen. Hierover waren in het plan van aanpak geen concrete afspraken vastgelegd. De HoNOS en de MANSa bestrijken verschillende levensgebieden, waar verschillende disciplines op onderdelen mee te maken hebben. Het bleek dat er verschillende opvattingen bestonden over de afname van de instrumenten. De casemanagers stelden voor de HoNOS door verschillende disciplines in te laten vullen. De psychiaters waren echter van mening dat de HoNOS niet in onderdelen mocht worden geknipt en integraal ingevuld moest worden door de casemanagers. Uiteindelijk besloot men dat de afname van beide instrumenten door de casemanager (de coördinerende behandelaar) moest worden gedaan. Deze integrale afname onder de verantwoordelijkheid van één persoon sloot bovendien aan bij de bestaande evaluatieprocedure. Bij twijfel over een score bestond de mogelijkheid de expertise van de betreffende behandelaar of de woon-, trajectbegeleider in te schakelen. Door de afdeling automatisering en informatisering werden in samenwerking met de afdeling onderzoek elektronische versies voor de instrumenten en geautomatiseerde scoringsprocedures ontwikkeld.

Aangepaste en verbeterde werkwijze

Hoewel er sprake was van een grote tijdsinvestering werden in NHN, evenals in GGzE, al snel positieve effecten van de nieuwe werkwijze zichtbaar. Deze effecten waren onder andere het gevolg van het intensievere contact dat men had met de cliënt bij de afname van de instrumenten. Hierdoor kwamen er onderwerpen tussen hulpverlener en cliënten aan bod waaraan men eerder nauwelijks aandacht besteedde. Ten behoeve van het verzamelen van de data werden, zoals gepland, verantwoordelijken in de lijn aangewezen. In enkele teams gold de regel dat wanneer de MANSa en de HoNOS niet waren afgenomen er geen zorgplanbespreking of -evaluatie zou plaatsvinden. Deze maatregel had vooral tot doel medewerkers te stimuleren zich de nieuwe werkwijze zo snel mogelijk eigen te maken en de instrumenten snel onderdeel te laten zijn van het reguliere zorgproces. Het enthousiasme van de psychiater en het toewijzen van coördinerende taken aan teamleden werkten stimulerend op het nakomen van de afspraken. Een neveneffect hiervan was dat men de nieuwe werkwijze als zinvol en plezierig ervoer. In teams waar men minder enthousiast was, miste men een enthousiaste sturing en ontbrak het aan administratieve ondersteuning.

Data-analyse en automatisering in GGZ NHN

In de planningsfase besefte GGZ NHN dat er voor het analyseren van data meer nodig is dan het sec uitdraaien daarvan. Men besloot de data-analyse onder verantwoordelijkheid van de afdeling onderzoek uit te laten voeren. Net als in GGzE, bestond ook in GGZ NHN aanvankelijk onduidelijkheid over de rol van de afdeling informatisering en automatisering. Ook hier gold dat onvoldoende duidelijk was wat men precies aan gegevens in welke vorm aangeleverd wilde krijgen. Men sprak af dat de afdeling automatisering een databestand aan de afdeling onderzoek zou leveren waarmee deze de analyses uit kon voeren en die vervolgens zo moest rapporteren dat deze inzichtelijk waren voor de managers, hulpverleners, cliënten en anderen.

Tijdens het project was duidelijk dat dit een tijdelijke constructie zou zijn. Het is immers de bedoeling om in de toekomst zorginhoudelijke uitkomsten structureel onderdeel te laten zijn van managementrapportages. Dat impliceert dat ook de afdeling automatisering hier zijn systeem op zal moeten aanpassen. Met het oog hierop is het de bedoeling dat GGZ NHN op termijn een data warehouse construeert.

De meetresultaten in GGZ NHN

Ook GGZ NHN werd door het projectteam aangemoedigd om voor afloop van het project (november 2004) in ieder geval eerste meetresultaten te presenteren. Net als in GGzE lukte het GGZ NHN om tijdens de laatste feedback bijeenkomst in november 2004 hun eerste meetresultaten en analyses te presenteren.

Indicatoren

Met de HoNOS wilde men de psychiatrische symptomatologie en het sociaal maatschappelijk functioneren meten en met de MANSA de kwaliteit van leven. In november 2004 konden nog geen resultaten worden gegeven over de psychiatrische symptomatologie en het sociaal maatschappelijk functioneren. Wel had men al enige bevindingen over de ernst van de problematiek en (voorlopige) resultaten over de kwaliteit van leven. In november 2004 waren bij ongeveer 15% van de populatie (dat komt neer op ongeveer 70 cliënten) de instrumenten afgenomen.

Deze relatief lage score hing samen met het feit dat het afnemen van de instrumenten gekoppeld is aan de bespreking i.c. evaluatie van het zorgplan. Omdat deze gemiddeld een keer per jaar per cliënt plaatsvindt, duurt het enige tijd voordat alle cliënten aan de beurt zijn (geweest).

Voorlopige zorguitkomsten

Met betrekking tot de resultaten op het gebied van kwaliteit van leven, had GGZ NHN zichzelf de norm gesteld dat 80% van de cliënten tevreden moest zijn over de kwaliteit van leven op de verschillende levensgebieden. In april 2005 bleek dat deze norm op geen van de gebieden gehaald werd. Opvallend ontevreden waren cliënten over hun werksituatie, hun financiën en hun seksuele leven. Men achtte het echter te vroeg om aan deze eerste meting vergaande conclusies te verbinden. Eerst wilde men de resultaten bespreken met de managers van teams. Daarna zou een terugkoppeling naar de teams zelf plaatsvinden.

Bij de eerste bevindingen over de ernst van de problematiek van cliënten (HoNOS) viel op dat men iets lager dan het tot nu toe bekende landelijk gemiddelde scoorde (Mulder e.a.) Ook hier gold dat daar nog geen algemene conclusies aan verbonden konden worden.

Uit een vooronderzoek, uitgevoerd door studenten, naar de behoefte en tevredenheid van familieleden, kwam naar voren dat familieleden vooral veel behoefte hebben aan informatie en aan inspraak. Op basis van deze informatie is men voornemens een methode te ontwikkelen om enerzijds te voorzien in deze behoefte en anderzijds de tevredenheid van familieleden te kunnen vaststellen.

Van meetresultaten naar sturingsinformatie

GGZ NHN realiseerde de borging van de nieuwe werkwijze onder andere door het inbedden van de instrumenten in de zorgplan- en evaluatiecyclus. Het plan om de uitkomsten ook onderdeel te maken van het maandelijks bestuurlijk overleg met wijkteamduo's (circuitdirectie, manager en inhoudelijk verantwoordelijke) en van het driemaandelijks bestuurlijk overleg tussen circuitdirectie en Raad van Bestuur, kon ten tijde van de projectperiode nog niet gerealiseerd worden. Op termijn moet een dergelijke inbedding leiden tot het vaststellen van doelen op individueel cliëntniveau en tot strategische wijzigingen in het beleid op wijkteamniveau en circuitniveau. Dit zal in de jaarplannen worden opgenomen.

Ten slotte heeft GGZ NHN in een interne notitie de projectresultaten vastgelegd inclusief een advies voor bredere implementatie in de organisatie. Het managementteam van GGZ NHN zal zich hierover uit moeten spreken. Positief is dat al besloten is dat er in dit kader in ieder geval een stuurgroep zal blijven bestaan.

Evaluatie in GGZ NHN

Ook in GGZ NHN werden gedurende de uitvoeringsfase al kleine verbetercycli uitgevoerd. Voorbeelden hiervan zijn de teambesprekingen, maar ook de managementbespreking waar de voortgang van de invoer van de instrumenten besproken werd. Op basis daarvan werkte men strategieën uit om medewerkers te stimuleren de instrumenten volgens afspraak te gebruiken. Een daarvan betrof - zoals gemeld - de maatregel om begeleidingsplannen niet te bespreken als de instrumenten niet waren ingevuld. Ook besloot men naar aanleiding van een evaluatie van de externe scholing zelf lesmateriaal te gaan ontwikkelen en om medewerkers intern te gaan opleiden. Net als voor GGzE gold ook voor GGZ NHN dat de feedback bijeenkomsten een bijdrage leverden aan de verbetercycli. Deze bijeenkomsten fungeerden ook voor GGZ NHN als een spiegel waardoor zij hun implementatieproces konden bijstellen.

6 Conclusies

In dit laatste hoofdstuk wordt stilgestaan bij de (antwoorden op de) vragen die aan het begin van het project werden gesteld in combinatie met (een antwoord op) de vraag welke factoren (succes- of faalfactoren) van invloed zijn geweest op de implementatie.¹ De eerste vraag luidde of het mogelijk was een samenhangende set instrumenten die betrouwbaar, valide en gebruiksvriendelijk zijn en gericht op uitkomsten van zorg, te implementeren in twee GGZ-instellingen.

De in hoofdstuk 4 en 5 beschreven resultaten in de beide instellingen rechtvaardigen de conclusie dat gesproken kan worden van een geslaagde implementatie van een vorm van uitkomstenmanagement. GGzE en GGZ NHN hebben laten zien dat het mogelijk is een aantal instrumenten te implementeren waarmee uitkomsten van zorg gemeten kunnen worden. In beide instellingen betreft het ook samenhangende instrumenten. Bovendien heeft men een werkwijze geïntroduceerd om te sturen op de uitkomsten. In beide instellingen heeft men wat betreft de invoering van de verschillende instrumenten voor het merendeel gerealiseerd wat men zich had voorgenomen. De implementatieplannen (de gewenste situatie en de plannen van aanpak) zijn grotendeels conform plan gerealiseerd.

6.1 Bevorderende en belemmerende factoren

Met het gegeven dat beide instellingen realiseerden wat zij zich op papier hadden voorgenomen, kan een eerste succesfactor geïdentificeerd worden, namelijk de inrichting/structuur van het project.

Van begin af aan is ingezet op een sterk door het Nivel en Trimbos voorgestructureerde projectorganisatie. Er was weinig *vrije* ruimte voor de instellingen. Zo was er allereerst sprake van een strenge selectie van instellingen. Deelnemers moesten voldoen aan van tevoren opgestelde criteria. Vervolgens kregen de geselecteerde instellingen zowel te maken met een verplicht ontwerp van hun gewenste eindsituatie (visie) als met een ontwerp van een plan van aanpak(strategie) Omdat zij hierin ook al mogelijk belemmerende factoren moesten benoemen kon men daar in de uitvoering al rekening mee houden c.q. kon men al maatregelen treffen. Bovendien werden gedurende de projectperiode steeds duidelijke deadlines in de tijd gesteld. Omdat de instellingen tegelijkertijd inhoudelijke en praktische ondersteuning ontvingen, bijvoorbeeld in de vorm van de inhoudelijke leidraden en de feedback bijeenkomsten, konden de deadlines steeds gehaald worden.

De feedback bijeenkomsten hadden een stimulerende werking omdat men daar de voortgang en de resultaten moest presenteren. In beide instellingen was steeds een extra inspanning merkbaar in de periode voorafgaand aan de feedbackbijeenkomsten. Men

¹ Zie ook hoofdstuk 1.3 Het projectplan.

wilde goed voor de dag komen ten opzichte van elkaar en ten opzichte van de meeliftinstellingen. Zo werd voor de eerste en tweede bijeenkomst intensief gewerkt aan het op schrift stellen van het implementatieplan. Ook zorgde de deadlines ervoor dat er tempo in het project bleef bestaan en dat het proces in beide instellingen gelijk opliep. Ten slotte zorgde de constructie van de feedback-bijeenkomsten ervoor dat de instellingen hiermee de kans kregen zaken op tijd bij te sturen.

Naast de vormgeving van het project kunnen ook de door het projectteam ontwikkelde leidraden, gebaseerd op actuele inzichten over succesvol implementeren, als een succesfactor beschouwd worden. Zij leverden inhoudelijk houvast aan de deelnemende instellingen en aan de meeliftinstellingen hoe zaken aan te pakken.

De vraag of de instellingen dit alles ook geheel op eigen kracht hadden kunnen verwezenlijken, is lastig te beantwoorden. Vooralsnog lijkt het er op dat het slagen van een complex traject zoals hier aan de orde is, beter gegarandeerd is als er gebruik wordt gemaakt van externe advisering en ondersteuning zoals hier geboden door het Trimbos-instituut en het NIVEL, zeker als het de eerste keer betreft.

Interne beïnvloedende factoren

De leden van het petit comité en de leden van de werkgroep in GGzE vonden het enthousiasme van de meeste medewerkers een belangrijke bevorderende factor. In de eerste plaats droeg het toewijzen van een coördinerende rol aan teamleden hieraan bij. In de tweede plaats droeg het feit dat snel effecten merkbaar werden van de veranderde werkwijze bij aan dit enthousiasme. Bovendien bleek dat daar waar met enthousiasme door sleutelfiguren werd gestuurd ook het enthousiasme in het team groter was en daarmee werd ook het resultaat positief beïnvloed (zie hiervoor ook deel II). Zoals al eerder aan de orde is geweest, had men een aantal mogelijke belemmeringen al van tevoren benoemd. Alleen de scholing liep enige vertraging op omdat men deze op een verkeerd tijdstip plande.

De leden van de stuurgroep in NHN bevestigden dat de installatie van de stuurgroep, voorgezeten door een lid van de Raad van Bestuur, een belangrijke succesfactor was. Volgens hen werd hiermee een belangrijk signaal naar de organisatie afgegeven. Daarnaast werd het draagvlak bij managers en behandelverantwoordelijken die een belangrijke rol in de teams speelden, benoemd als een positieve factor. En ten slotte werden de aansturing en coaching bij de dataverzameling, de communicatie met de teams, een structurele facilitering en ondersteuning van automatisering en onderzoek als belangrijke positieve factoren genoemd.

In GGZ NHN werd de afhankelijkheid van externe opleiders als een belemmerende factor gezien. Dit gold ook voor een verschil in de wijze waarop teams werden aangestuurd waardoor het in het ene team beter liep dan in het andere (zie hiervoor ook deel II).

6.2 Effecten

Wat kan er vervolgens gezegd worden over de effecten van de invoering van de instrumenten in de twee instellingen? Zoals eerder gezegd, zou idealiter aangetoond moeten worden dat het (structureel) meten van uitkomsten van zorg en de daarmee verkregen informatie effect heeft op het optimaliseren van de kwaliteit van zorg, zodanig

dat er sprake is van gezondheidswinst bij cliënten. Van een effectevaluatie in deze laatste zin is in dit project geen sprake geweest. De vraag of het de instellingen gelukt is de implementatie zo te borgen in het kwaliteitsbeleid dat de met de instrumenten verzamelde informatie leidt tot bijsturing van de kwaliteit van (het primaire) zorgproces kan vooralsnog positief beantwoord worden. Zoals in hoofdstuk 4 en 5 is beschreven is het de instellingen gelukt de instrumenten in ieder geval in een aantal teams zodanig in te bedden en te borgen dat verwacht kan worden dat zij in de (nabije) toekomst met deze informatie de kwaliteit van zorg en de uitkomsten (verder) kunnen verbeteren. Ook mag op grond hiervan verwacht worden dat de instellingen in principe in staat zijn het gebruik van de instrumenten uit te gaan breiden naar andere teams c.q. andere zorgseenheden. Volgens Pepels et al (2004) is er sprake van verankering als er en procedurele veranderingen zijn gerealiseerd en veranderingen in het gedrag van professionals hebben plaatsgevonden. Bij een procedurele verankering gaat het om vaste afspraken tussen de betrokkenen over doelen, nieuwe werkwijzen, de organisatie en coördinatie en bevoegdheden. Wanneer hulpverleners oude werkwijzen voor nieuwe hebben ingeruild, spreekt men van een professionele gedragsverankering. De nieuwe werkwijze is vanzelfsprekend geworden en wordt voor alle cliënten binnen het domein toegepast. Zowel in GGzE als in GGZ NHN lijkt er in eerste instantie vooral sprake te zijn van (een begin van) professionele gedragsverankering op teamniveau. Bij de medewerkers in de diverse teams is sprake van een nieuwe werkwijze. In verschillende teams zijn de instrumenten ingebed en onderdeel geworden van de zorgplancyclus. In die zin lijkt het invoeren van de kwaliteitsinstrumenten een onomkeerbaar proces en moet de toekomst uitwijzen of dit ook werkelijk beklijft (zie verder deel II).

Op managementniveau is er in beide instellingen een begin zichtbaar van een procedurele verankering gezien de plannen om de met de instrumenten verkregen resultaten terug te koppelen op verschillende aggregatieniveaus en om vervolgens verbetercycli in gang te zetten en uitkomstenmanagement daadwerkelijk te realiseren.

Hiermee is indirect ook een antwoord gegeven op de vraag naar de meerwaarde van deze implementatie voor de betrokken instellingen. Het is hen immers gelukt om de beoogde informatie boven tafel te krijgen. Het antwoord op de (in de vraag naar de meerwaarde vervatte) subvraag of *dit met een relatief geringe inzet van tijd en middelen is gerealiseerd*, is lastig te geven. In de eerste plaats is *relatief gering* noch gespecificeerd, noch genormeerd. Vastgesteld kan worden dat beide instellingen redelijk veel hebben moeten investeren in de organisatie van draagvlak en in communicatie, in scholing, het aanpassen van de werkwijze etc, zeker in relatie tot het aantal instrumenten en het aantal teams waar deze geïmplementeerd zijn.

Voor de hulpverleners lijkt de meerwaarde vooral gelegen in het gebruik van instrumenten waar zij direct baat bij ondervinden. Voor de in dit project geïmplementeerde instrumenten geldt dat ze gebruikt kunnen worden om het primaire proces (bij) te sturen. Voor de hulpverleners is het van belang om deze winst op cliëntniveau snel te ervaren. Gebleken is dat het voor hulpverleners uitdagend en leuk is om met de informatie op afdelingsniveau te kijken hoe zij zelf hun zorg kunnen verbeteren. In dit project zijn daarmee eerste ervaringen opgedaan. Deze positieve ervaring geldt ook voor de middelmanagers. Zij hebben aangegeven er vertrouwen in te hebben dat het meten om te verbeteren zijn meerwaarde in de toekomst zal bewijzen.

De vraag of het mogelijk is consensus te bereiken in twee instellingen over relevante uitkomst- en procesindicatoren kan positief beantwoord worden. Hoewel de beide instellingen weinig ervaring hadden met het formuleren van en werken met indicatoren bleken zij uiteindelijk goed in staat hier vorm aan te geven. In GGZ NHN is daarbij afgestemd op landelijke ontwikkelingen i.c. op de door het Trimbos-instituut ontwikkelde set prestatie-indicatoren voor effectiviteit van zorg. Zo koos GGZ NHN expliciet voor (instrumenten op) het gebied van kwaliteit van leven. Voor GGzE was het niet mogelijk om bij deze set prestatie-indicatoren aan te sluiten omdat men zich daar al gecommitteerd wist aan de doelstellingen en gekozen instrumenten uit het transmurale zorgprogramma psychogeriatric.

Samenvattend kan geconstateerd worden dat in beide instellingen sprake is geweest van een succesvolle implementatie. De implementatie heeft nog niet instellingsbreed plaatsgevonden maar in de teams van de beide instellingen waar dit wel is gebeurd is ook feitelijk sprake van verandering (van werkwijze) en van verankering (van de nieuwe werkwijze). Dat dit succesvol is verlopen kan vooral worden toegeschreven aan het feit dat beide instellingen (die verschilden wat betreft doelgroep en setting!) hebben voldaan aan de voorwaarden om veranderingen te kunnen realiseren. Zij hadden een visie (de gewenste eindsituatie), ze beschikten over vaardigheden (het formuleren van indicatoren, het coachen van de teams), ze ondervonden diverse stimulansen (intern bijvoorbeeld door het snel zichtbaar worden van positieve effecten en extern bijvoorbeeld door de strakke projectorganisatie), ze zetten voldoende middelen in (personeel, scholing etc.) en maakten en voerden hun plan van aanpak uit. Mist een van deze onderdelen, dan strandt een ingezette verandering doorgaans in een valse start (ontbreken van plan van aanpak), in frustratie (gebrek aan middelen), in een beetje verandering (ontbreken van stimulansen), in angst (ontbreken van vaardigheden) of in verwarring (ontbreken van een visie).²

6.3 Verspreiding en overdracht van kennis en ervaring

Dan rest tot slot nog de vraag in hoeverre de ervaring in deze twee instellingen bij kan dragen aan vergelijkbare implementatietrajecten in andere GGZ-instellingen. Ook deze vraag kan positief beantwoord worden. Zo heeft het project al gedurende de uitvoering betekenis gehad voor andere instellingen. In de eerste plaats door de constructie van de meeliftinstellingen, in de tweede plaats door het ontwikkelen van de leidraden, in de derde plaats door het via GGZ Nederland verspreiden van voortgangsrapportages en ten slotte door het organiseren van de miniconferentie voor andere GGZ instellingen.

De meeliftinstellingen (BAVO RNO-groep, Adhesie en GGZ 's Hertogenbosch) gebruikten de documenten en instrumenten die werden geproduceerd. Ook hebben GGZ 's Hertogenbosch en Adhesie met GGZ NHN (buiten de activiteiten van het project om) een eigen netwerk gevormd rond de implementatie van kwaliteitsinstrumenten in de langdurige zorg.

Tijdens de laatste feedback bijeenkomst presenteerden ook de meeliftinstellingen hun ervaringen waarbij zij vooral het gebruik kunnen maken van die leidraden zinvol achtten. De ontwikkelde leidraden hebben in dit project hun waarde meer dan bewezen en kunnen

² Volgens het model: managing complex change uit 1987!.

ook van waarde zijn voor andere GGZ instellingen.

Bovendien werden in samenwerking met GGZ Nederland op verschillende momenten gedurende het project voortgangsverslagen gepubliceerd via GGZ-direct, Q-net en www.ggzkennisnet.nl. Ook verzorgde het projectteam en de proefinstellingen een posterpresentatie tijdens de kwaliteitsparade van het kwaliteitsinstituut in de Gezondheidszorg, het CBO in oktober 2004.

Op de miniconferentie die door de deelnemers van ongeveer vijftien andere GGZ instellingen zeer positief werd ontvangen, presenteerden GGzE en GGZ NHN de actuele stand van zaken met betrekking tot hun behaalde resultaten en presenteerde het projectteam de projectopzet, de belangrijkste elementen uit de evaluatie en de bevindingen uit het kwantitatieve onderzoek naar lerende teams.

Literatuur

- Burgmeijer MM, Nugter MA.. *Implementatieproject kwaliteitsindicatoren in twee proefregio's. Evaluatierapport van GGZ Noord-Holland Noord*. GGZ Noord-Holland Noord. Maart 2005.
- Colsen PJA, Casparie AF. *Indicatorregistratie: een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis*. Deventer: Kluwer, 1995.
- Donabedian A. *Explorations in quality assessment and monitoring Vol. I; The definition of quality and approaches to its assessment*. Michigan: Health Administration Press. 1980.
- Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGWM. *Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties*. TNO, Leiden, 2002.
- GGZ Nederland. *De ggz aan zet! De ambities van de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg voor 2003 en verder*. Utrecht: 2002
- Grol R, Wensing M. *Implementatie. Effectieve veranderingen in de patiëntenzorg*. Maarsen, 2001.
- Have P ten. *Indicatoren voor verbeterprojecten. Handleiding*. Utrecht: CBO, 2004.
- Kertzman T, Kok I, Wijngaarden B van. *De GGZ Thermometer nader onderzocht*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
- Kok I, Wennink HJ. *Ketenkwaliteit in de GGZ. Verslag van een ontwikkel- en implementatieproject in de GGZ*. Trimbos-instituut. Utrecht, 2003.
- Lemmens KMM. *De validiteit van kwaliteitssystemen in zorginstellingen. Overzicht van uitkomstindicatoren*. Augustus 2002;
- Lemmens KMM, Harteloh PPM, Walburg JA. *De validiteit van kwaliteitssystemen in zorginstellingen*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Onderdeel van het Erasmus MC. 2003.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *De Kwaliteitswet Zorginstellingen*. Rijswijk: Ministerie van VWS, 1997.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Bakens zetten. Naar een Nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg*. Delnoij et al. Academisch Medisch Centrum. Universiteit van Amsterdam, 2002.

- Nabitz U, Oudejans S. *Waardering door de maatschappij. Achtergrond voor de opzet van de Telepanel-Monitor voor GGZ-instellingen*. Amsterdam Institute for Addiction Research. Amsterdam, 2003.
- Ooyen M van, Place M. *Na(ar) Leidschendam 2000. Kwaliteitsbeleid in de GGZ. Stand van zaken en blik op de toekomst*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2000.
- Pepels R, Linden B van der, Huijsman R. *Vooraf doen! Handreiking voor succesvol implementeren van transmurale zorg*. Koninklijke Van Gorcum, Assen: 2004.
- Plexus medical consult. *Voorstel uitkomstenmanagement GGZ. Concept*. In opdracht van en in samenwerking met de overkoepelende stuurgroep Benchmarking GGZ Nederland, 2003.
- Schouten L, Verhoeven M. *Verspreiden van 'best practices'. Een doorbraak bereikt? Kwaliteit in beeld*, nr. 2, p. 7-9. 2002.
- Sluijs E, Beek S van, e.a. *Verdiepingsstudie transparantie kwaliteit van zorg*. Onderzoeksrapport NIVEL Utrecht: NIVEL. 2002.
- Splunteren P van, Everdingen J van, et al. *Doorbreken met resultaten. Verbetering van de patiëntenzorg met de Doorbraakmethode*. Utrecht: CBO, 2003.
- Staatstoezicht op de volksgezondheid. Inspectie voor de gezondheidszorg. *Staat van de gezondheidszorg 2002. Kwaliteitsborging in zorginstellingen: intentie, wet, praktijk*. Den Haag: 2002.
- Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. *Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg. Certificatieschema versie 2002*.
- Walburg JA. *Uitkomstenmanagement in de gezondheidszorg. Het opbouwen van lerende teams in zorgorganisaties*. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen: 2003.
- Wennink HJ, Wijngaarden van B. *Over het meten van prestaties van de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang*. Een terreinverkenning. In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Utrecht, Trimbos-instituut en Zorg Consult Nederland. 2004.
- Wensink M, e.a. *Praktisch nieuw. Implementeren van vernieuwingen in de gezondheidszorg*. Assen, 2000.
- Werkgroep output-2, ontwerp v.3; *Spiegelinformatie Jaarbericht algemene GGZ*. Utrecht: GGZ Nederland, 2001.
- Werkgroep output-2. *Van informatiebehoefte naar informatiesysteem*. Utrecht: GGZ Nederland, 2000.
- Wijngaarden B van, Wennink HJ, Kok I. *Klinische uitkomstindicatoren in de GGZ en verslavingszorg. In Nederland verkrijgbare instrumenten getoetst op betrouwbaarheid, validiteit en toepasbaarheid*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.

Bijlagen 1 tot en met 5

In de bijlagen 1 tot en met 5 zijn de in het project ontwikkelde leidraden opgenomen. Deze dienen ter ondersteuning bij de implementatie van kwaliteitsinstrumenten en het meten van prestaties. De volgende onderwerpen komen aan bod:

- Bijlage 1: Taakstelling, werkwijze en samenstelling stuurgroep.**
Voor het vormgeven van een stuurgroep welke tot doel heeft het implementatietraject te ontwikkelen en te monitoren.

- Bijlage 2: Leidraad terreinverkenning.**
Voor het bepalen van de kloof tussen de gewenste situatie en de huidige stand van zaken.

- Bijlage 3: Leidraad diagnose beïnvloedende factoren bij implementatie van veranderingen.**
Voor het identificeren van belemmerende factoren en bevorderende factoren.

- Bijlage 4: Leidraad formulering en toepassing van indicatoren.**
Voor het opstellen, operationaliseren en juist toepassen van indicatoren

- Bijlage 5: Leidraad beschrijving implementatieplan.**
Voor het op schrift stellen van het implementatieplan bestaande uit twee onderdelen, namelijk de beschrijving van de gewenste situatie en van het plan van aanpak.

Bijlage 1 Taakstelling, werkwijze en samenstelling stuurgroep

Voor het monitoren en realiseren van een implementatietraject met een omvang zoals in dit rapport beschreven is de installatie van een centrale stuurgroep aan te bevelen. Deze leidraad kan gebruikt worden als voorbereiding op de installatie van een dergelijke stuurgroep. Met behulp hiervan kan de samenstelling, taakstelling en positie van de stuurgroep vastgelegd worden. Het verdient aanbeveling dit te doen in een van de eerste bijeenkomsten van de stuurgroep.

Taakstelling stuurgroep

De stuurgroep heeft gedurende de looptijd van het project de centrale regie inclusief de regie over opgezette deelprojecten op bijvoorbeeld afdelings of circuitniveau. De stuurgroep is verantwoordelijk voor de aansturing, uitvoering en bewaking van de voortgang van het project. Van belang daarbij is dat de stuurgroep gemandateerd is om operationele en strategische beslissingen te nemen in het kader van het project. Een stuurgroep die voor dergelijke beslissingen eerst toestemming moet vragen, langs de formeel bestaande hiërarchische lijnen, werkt vertragend op het proces.

Bij de taken van een stuurgroep kan gedacht worden aan:

- Het opstellen van een overkoepelend implementatieplan
- Het doen uitvoeren van het implementatieplan
- Het volgen, evalueren en bijsturen van de uitvoering;
- Formering van werkgroepen, indien nodig
- De informatieverstrekking en communicatie in de organisatie
- De borging en verspreiding van de resultaten.

Werkwijze stuurgroep

In de beginperiode dient de stuurgroep frequent bij elkaar te komen, bijvoorbeeld elke twee weken. Op het moment dat de uitrol van het project heeft plaatsgevonden kan de frequentie van de vergaderingen teruggebracht worden naar bijvoorbeeld een keer per maand.

Van gemaakte afspraken wordt een actielijst gemaakt die elke vergadering doorgenomen en bijgesteld wordt. Na opstelling van het implementatieplan zal het plan van aanpak, onderdeel van het implementatieplan, structureel op de agenda van de vergadering staan.

Samenstelling Stuurgroep

De samenstelling van de stuurgroep is mede afhankelijk van de omvang van het project en het aantal erbij betrokken afdelingen en/ of circuits en de taken die vervuld moeten worden. De samenstelling van een stuurgroep kan er als volgt uitzien.

Voorzitter

De voorzitter is bij voorkeur lid van de Raad van Bestuur.

Projectleider

Bij voorkeur is dit een projectleider op instellingsniveau, bijvoorbeeld de stafmedewerker kwaliteit. De projectleider ondersteunt de stuurgroep, ontwerpt (mede) relevante documenten zoals het overkoepelend implementatieplan en is verantwoordelijk voor de agenda en notulen van de stuurgroepvergaderingen.

Middlemanagers

Naast een centrale projectleider is het functioneel om ook middelmanagers van betrokken afdelingen deel te laten uitmaken van de centrale stuurgroep.

Onderzoeker

Deelname van een vertegenwoordiger van de afdeling onderzoek is essentieel. De onderzoeker is mede verantwoordelijk voor en/of adviseert ten aanzien van de dataverzameling, -analyse en -verwerking.

ICT-vertegenwoordiger

Ook deelname van een vertegenwoordiger van de afdeling ICT is relevant, bijvoorbeeld in het kader van (aanpassingen in) het EPD ten behoeve van de invoer van meetresultaten.

Afhankelijk van de aard van het project kan daarnaast gedacht worden aan deelname van een cliëntvertegenwoordiger, verpleegkundig specialist of andere specifieke deskundigen.

Bijlage 2 Terreinverkenning

De implementatie van kwaliteitsinstrumenten vraagt om een zorgvuldige inhoudelijke voorbereidingsfase. Voordat een definitief implementatieplan ontworpen kan worden, is het aan te bevelen de huidige stand van zaken te inventariseren en deze te analyseren in het kader van de vraag wat de uiteindelijke gewenste situatie is. Met andere woorden: het is nodig te weten wat men uiteindelijk bereiken wil, wat er al aanwezig is en wat nog niet, en wat er nodig is om de gewenste situatie te realiseren. De gegevens uit de inventarisatie vormen in die zin de input voor het definitief vaststellen van een plan van aanpak i.c. een overkoepelend implementatieplan. Ten behoeve van deze inventarisatie en de analyse ervan is een *checklist terreinverkenning* ontwikkeld.

Werkwijze terreinverkenning

Voorafgaand aan de daadwerkelijke terreinverkenning is het noodzakelijk dat de stuurgroep een implementatiedomein, de cliëntgroep en het organisatieonderdeel (afdeling, programma, circuit) benoemt waar men de implementatie wil uitvoeren. Op basis van het gekozen domein vindt er een terreinverkenning plaats bij de betrokken organisatieonderdelen. De terreinverkenning kan op verschillende manieren gebeuren bijvoorbeeld door middel van:

- dossieronderzoek, documentenanalyse
- interviews met sleutelfiguren;
- kleine in te stellen werkgroepen die bepaalde onderwerpen uitwerken en ter advisering voorleggen aan de stuurgroep.

Belangrijk is dat er een totaalbeeld ontstaat en dat dit gecoördineerd tot stand komt. De stafmedewerker kwaliteit kan deze coördinerende rol op zich nemen en ervoor zorgen dat de voortgang van de terreinverkenning in de stuurgroep besproken wordt.

Checklist terreinverkenning per onderwerp

Organisatiestructuur van het gekozen domein (organigram)

Hoe ziet het domein eruit?

Om hoeveel medewerkers gaat het?

Welke disciplines/functies?

Hoe zijn verantwoordelijkheden verdeeld?

Cliëntgroep

Om hoeveel cliënten gaat het?

Zijn er relevante subgroepen te onderscheiden?

Doelstelling

Wat wil men bereiken met het implementeren van kwaliteitsinstrumenten?

Welke informatie wil men verzamelen en ten behoeve van wat?

Informatiebehoefte

Wat wil men uiteindelijk weten op het gebied van uitkomsten van zorg c.q. uitkomsten van zorgprocessen?

Wat is het gebruiksdoel(en)?

Welke informatiebehoefte heeft prioriteit?

Aggregatieniveaus

Wie dient de verkregen informatie te gebruiken?

Aan wie en op welk niveau wordt welke informatie teruggekoppeld?

Onderscheid: cliënten, hulpverleners, managers, afdeling, organisatie, regionaal, landelijk.

Indicatoren formuleren

Welke indicatoren kunnen benoemd worden?

Wat zijn belangrijke signalen die iets zeggen over de uitkomsten van zorg?

Welke indicatoren hebben prioriteit?

(Zie ook leidraad formulering en toepassing van indicatoren).

Instrumentenkeuze

Welke instrumenten wil / kan men daarvoor inzetten.

Zijn deze valide, betrouwbaar en gebruiksvriendelijk?

Dataverzameling

Worden er al metingen verricht?

Zo ja, waar loopt dit goed, waar niet?

Hoe wordt er gemeten? Door wie, met welke frequentie?

Met welke instrumenten en met welk resultaat?

Hoe zal de dataverzameling eruit moeten gaan zien?

Met welke frequentie wil men welke metingen gaan doen?

Met welk resultaat?

Uitvoering metingen

Welke personen (functies, disciplines, apart onderzoeksbureau) zijn op dit moment betrokken bij het verzamelen van data?

Welke personen moeten betrokken gaan worden?

Wie moet er gaan registreren?

Ondersteuning dataverzameling en -analyse

Wat zijn de (on-)mogelijkheden van de ICT ondersteuning die geboden kan worden bij dataverzameling en -analyse?

Welke andere opties zijn er? Denk aan: ondersteuning vanuit een bureau kwaliteit, bureau onderzoek, afdeling bedrijfsvoering.

Kan er geautomatiseerd geregistreerd worden?

Welke mogelijkheden biedt het EPD?

Is geautomatiseerde dataverwerking en analyse mogelijk?

Registratie cliëntgegevens

Wat zijn de mogelijkheden om huidige registratie van cliëntgegevens te koppelen aan dit project?

Koppeling landelijk gegevens

Zijn de toekomstige metingen afgestemd op de landelijke registratie van gegevens?

Is bijvoorbeeld de frequentie van de metingen afgestemd op de frequentie zoals dat vanuit ZorgIs is voorgeschreven?

Wat dient daarvoor nog te gebeuren?

Borging

Hoe wordt op dit moment met de evaluatie van gegevens omgegaan?

Hoe is men van plan dat te gaan doen?

Hoe wil men de evaluatie van gegevens gaan koppelen aan verbetertrajecten en hoe wil men dat structureel inbedden in de organisatiestructuur en in de reguliere werkwijze?

Beïnvloedende factoren

Welke belemmerende en bevorderende factoren bestaan er in de huidige situatie bij de uitvoering, de registratie en analyse van onderzoeksgegevens en metingen?

Welke belemmerende en bevorderende factoren verwacht men?

Zijn de belemmerende factoren vooral gelegen in personen, middelen of omstandigheden? (Zie ook leidraad diagnose beïnvloedende factoren bij implementatie van veranderingen).

Draagvlak

Welke personen, functionarissen spelen een centrale rol?

Welke middelen kan men inzetten om het draagvlak te optimaliseren?

Denk aan: voorlichting, brochures, bijeenkomsten

Bijlage 3 Diagnose beïnvloedende factoren

Een onderdeel van de terreinverkenning (bijlage 2) is het in kaart brengen van belemmerende en bevorderende factoren. Een diagnose van beïnvloedende factoren zal zich, als het goed is, in het implementatieplan vertalen in acties die belemmerende factoren minimaliseren en bevorderende factoren maximaliseren. Er zijn verschillende methoden om inzicht te krijgen in beïnvloedende factoren, zoals:

- het interviewen van sleutelfiguren
- het voeren van groepsgesprekken met medewerkers/teamleden
- het afnemen van vragenlijsten bij (alle) betrokken medewerkers/teamleden
- participerende observatie

Onderstaande checklist is vooral handzaam bij het voeren van groepsgesprekken en het interviewen van sleutelfiguren. Het is raadzaam om achteraf de geïnventariseerde beïnvloedende factoren in volgorde van belangrijkheid te(laten)plaatsen.

Factoren individuele zorgverlener/medewerker

Competentie

Het gaat hier om aanwezige kennis en vaardigheden, normen, inzicht in de vernieuwing, inzicht in eigen functioneren

Opvattingen

Wat is de mening over de vernieuwing?

Motivatie

Persoonskenmerken

Het gaat hier bijvoorbeeld om leerstijlen, betrokkenheid bij beroepsgroep, geloof in eigen kunnen.

Factoren in de omgeving

Cliënten

Wat is hun invloed op de veranderingen?

Zorgverleners

Wat zijn de opvattingen van collega's van andere afdelingen of instellingen en wat zijn de opvattingen van opinieleiders?

Is er sprake van subgroepen in teams, van subculturen en hoe zit het met ervaren steun?

Zijn er innovatoren aanwezig?

Sociaal- politieke omgeving

Wat is de invloed van financiers, inspectie, overheid, wet- en regelgeving?

Factoren in de organisatie

De omvang en complexiteit van de organisatie

Financiering

Zijn er financiële winsten of verliezen te verwachten door de vernieuwing, of zijn er financiële risico's?

Administratieve en onderzoeksmatige ondersteuning

Logistieke processen

Materiële voorzieningen

Taakverdeling

Beleid ten aanzien van vernieuwingen

Factoren van de vernieuwing zelf i.c. de te implementeren instrumenten

Tijdsinvestering

Praktische bruikbaarheid

Voor- en nadelen van het gebruik van de instrumenten

Geschiktheid gerelateerd aan te bereiken doelen

Bijlage 4 Het formuleren en toepassen van indicatoren

Deze leidraad richt zich op het formuleren en toepassen van indicatoren voor het evalueren van de kwaliteit (uitkomsten) van zorg en het monitoren van het implementatieproces.

Kwaliteit van zorg

Verantwoorde zorg bestaat uit een aantal aspecten. Verantwoorde zorg is zorg die: doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, en tevens voldoet aan de behoeften van de cliënt (Kwaliteitswet Zorginstellingen, 1997).

Indicatoren

Een indicator is een meetbaar aspect van zorg dat een aanwijzing geeft over (een aspect van) de kwaliteit van zorg (Colsen en Casparie, 1995). Met andere woorden een indicator is een meetbaar aspect van zorg dat een aanwijzing geeft over de doeltreffendheid, de doelmatigheid, de cliëntgerichtheid van de zorg of de mate waarin de zorg voldoet aan de behoeften van de cliënt.

Het doel van een indicator

Een indicator kan gebruikt worden bij het monitoren van het implementatieproces en het evalueren van de kwaliteit van zorg. Een indicator wordt uitgedrukt in een kwantitatieve maat en heeft een signalerende functie. Het signaal kan aanleiding zijn voor nader onderzoek of aanpassing van het zorgproces zodat continue verbetering plaatsvindt. Een indicator is dus een indirecte maat voor de kwaliteit. Een verandering in de waarde van een indicator kan betekenen dat er een verandering in de kwaliteit is opgetreden.

Drie soorten indicatoren

Donabedian (1980) onderscheidt drie soorten indicatoren:

Structuurindicatoren: organisatorische voorwaarden om verantwoorde zorg te kunnen leveren;

Procesindicatoren, de wijze waarop zorgprocessen worden uitgevoerd;

Uitkomstindicatoren die zicht geven op de kwaliteit van zorg op patiënten-/ cliëntenniveau.

De eerste twee worden ook wel indirecte indicatoren voor de kwaliteit van zorg genoemd, de laatste de directe indicatoren voor de kwaliteit van zorg.

Zie ook: P. ten Have, Indicatoren voor verbeterprojecten.

Indicatoren in de geestelijke gezondheidszorg

Uit onderzoek (Sluijs e.a., 2002, Lemmens e.a., 2003) en een studie naar prestatie-indicatoren in de GGZ (Wennink e.a. 2004) blijkt dat GGZ-instellingen onder andere de volgende indicatoren melden voor het monitoren van de kwaliteit van zorg.

Indicatoren ten aanzien van structuur:

- Het aanbod van cliënten
- De zorgzwaarte van de cliënten
- De toeleiding, indicatie(stelling) van cliënten

Indicatoren ten aanzien van proces:

- Wachttijden voor hulpverlening of onderdelen daar van
- Frequentie en duur van de hulpverlening per cliënt
- Percentage cliëntgebonden tijd van hulpverleners
- Aantal en aard van dwangmiddelen en maatregelen
- Aantal onvrijwillige opnames en dwangbehandelingen
- Wisselingen van hoofdbehandelaar

Indicatoren ten aanzien van uitkomst:

- Aantal klachten van cliënten
- Tevredenheid van de cliënt over de hulpverlening, informatieverstrekking en inspraak
- Tevredenheid familie over betrokkenheid zorgproces en informatievoorzieningen, zorgverlening
- Aantal en ontslagen cliënten naar diagnose en behandelduur
- Aanwezige en ontslagen cliënten naar type hulpverlening of zorgprogramma
- Aantal uitvallers of eenzijdige verbreking van de behandeling
- Mate van doelrealisatie bij afsluiting van de behandeling
- Vermindering van stoornissen of klachten (symptoomreductie)
- Afwezigheid van complicaties
- Mate van herstel in sociaal functioneren
- Toename van kwaliteit van leven van de cliënt
- Mate van need-fulfillment
- Verandering van ernst van problematiek
- Recidive
- Duur van de periode tussen opvolgende behandelingen en zorg
- Verandering in deelname aan het arbeidsproces
- Verandering in woon- of leefsituatie
- Het percentage cliënten dat conform richtlijnen behandeling of zorg ontvangt

Bovenstaande indicatoren zijn in veel gevallen nog niet concreet genoeg geformuleerd om een aspect van de kwaliteit van zorg te meten en goed te kunnen interpreteren. Hiertoe dient een indicator geoperationaliseerd te worden.

2 Het formuleren en toepassen van indicatoren

Het formuleren en vervolgens toepassen van indicatoren gebeurt in zeven stappen.

Stap 1 Het omschrijven van gebruiksdoelen

Indicatoren worden geformuleerd naar aanleiding van de informatiebehoefte die men heeft over de kwaliteit van het zorgproces, over de uitkomsten van zorg of over het monitoren van het implementatieproces. Het doel om bepaalde informatie over de kwaliteit van zorg te krijgen kan per gebruikersgroep variëren. Hulpverleners kunnen bijvoorbeeld behoefte hebben aan informatie waarmee zij het behandelplan kunnen (bij)sturen. Managers kunnen bijvoorbeeld behoefte hebben aan informatie waarmee zij de ontwikkeling van het zorgaanbod (voorzieningen) kunnen sturen. Alvorens tot een indicator en tot een instrumentkeuze te komen is het van belang de doelen van de

verschillende gebruikersgroepen in kaart te brengen, ook wel de (gebruiks-)doelen genoemd.

Bij het formuleren van (gebruiks-)doelen is het handig te beginnen met: het doel is informatie te verkrijgen over..... bijvoorbeeld het effect van onze zorgverlening voor de rehabilitatie van de cliënt” of het doel is informatie te verkrijgen waarmee...”

Stap 2 Het operationaliseren van de indicator

De doelen hebben betrekking op een domein ten aanzien van de uitkomsten van zorg of het implementatieproces. Voorbeelden van domeinen die belangrijk kunnen zijn bij de evaluatie van de uitkomsten van zorg of van het implementatieproces zijn: waardering cliënt, waardering familie, uitkomsten van diagnostiek, uitkomsten van behandeling, uitkomsten van (woon)begeleiding. Om een indicator meetbaar te maken dient deze nauwkeurig omschreven te worden. Bij de omschrijving van de indicator moet worden weergegeven wat exact gemeten gaat worden. Bijvoorbeeld de indicator bij het domein waardering meet je af aan de mate van tevredenheid over informatieverstrekking, hoeveelheid contacten, etc.

Eveneens dient aangegeven te worden waaraan de indicator wordt afgemeten.

Bijvoorbeeld het aantal cliënten binnen team A dat binnen 1 jaar (2004) ontslagen wordt (teller) Daarnaast dient omschreven te worden waartegen deze teller afgezet wordt: bijvoorbeeld het totale aantal cliënten in team A dat in het jaar 2004 in zorg genomen is (de noemer).

Omdat de indicator zelf geen directe maat is voor de kwaliteit dient er een norm gesteld te worden waarin aangegeven wordt wanneer men voldoet aan de maatstaf “kwalitatief goede zorg”. In de norm staat omschreven wat men wenst te behalen. Deze norm kan in een percentage (%) uitgedrukt worden.

Stap 3 Het checken van de indicator aan de hand van criteria

Bij het formuleren en implementeren van indicatoren dient rekening gehouden te worden met een aantal criteria. De indicator moet voldoen aan de volgende criteria:

- Relevant voor de praktijk van de zorgverlening: is gericht op een probleem en/ of risico;
- Validiteit: meet de indicator wat het bedoelt te meten ten aanzien van de kwaliteit van zorg;
- Kan veranderingen in kwaliteit signaleren; veranderingen in de kwaliteit dienen zich te weerspiegelen in het getal van de indicator;
- Is betrouwbaar te registeren: iedereen registreert op dezelfde manier en de registratie is volledig;
- Praktisch inpasbaar in de dagelijkse zorgverlening qua registratie;
- Moet een relatie tussen proces en uitkomst inzichtelijk maken;
- Variatie te meten in huidig handelen en/of uitkomsten: dit biedt een mogelijkheid tot vergelijkingen tussen afdelingen en/ of instellingen.

Stap 4 Passende (meet)instrumenten bepalen

Wanneer het (gebruiks-)doel omschreven is en de indicator geoperationaliseerd is op basis van de informatiebehoefte kan de keuze van het (meet)instrument bepaald worden. Ook voor meetinstrumenten geldt dat deze valide en betrouwbaar moeten zijn en het liefst ook gebruiksvriendelijk zijn.

Stap 5 Terugkoppeling van informatie

De informatie die verkregen wordt met het (meet)instrument dient teruggekoppeld te worden. Dit kan op verschillende aggregatieniveaus (Organisatie-, afdeling-, management-, hulpverlener-, cliëntniveau). Om het goede aggregatieniveau te bepalen is het belangrijk na te denken over:

- Wat wordt teruggekoppeld? (denk aan de verschillende gebruiksdoelen)
- Aan wie wordt teruggekoppeld? (de hulpverlener, de teams, middel managers, raad van bestuur)
- Wanneer en met welke frequentie wordt teruggekoppeld?
- Hoe wordt teruggekoppeld?

Stap 6 Interpretatie van gegevens

Met het weergeven van de informatie begint ook het interpreteren van de informatie. Een indicator heeft immers een signaalfunctie. Dit betekent dat de waarde die gevonden wordt bij de gestelde indicator een signaal geeft over de kwaliteit van de zorg of over het implementatieproces.

Ter illustratie een voorbeeld: 80% van de cliënten met dementie heeft een laag psychosociaal welbevinden. De volgende vragen kunnen bij deze informatie gesteld worden:

- Wat zijn de redenen voor het behalen van deze 80%?
- Geeft deze 80% een verbetering of verslechtering aan bij vergelijking met eerder / later gevonden waardes?
- Is 80% goed of slecht in vergelijking met andere instellingen (circuits, teams etc)?
- Is 80% goed of slecht gezien de gestelde norm?

Stap 7 Actie ondernemen

Naar aanleiding van de verkregen signalen dient al dan niet actie ondernomen te worden om verandering te bewerkstelligen. Ook hier geldt weer, wie, wat, waar en wanneer.

Borging

Bij het doorlopen van alle stappen 1 tot en met 7 zoals beschreven, wordt voldaan aan alle fasen van de plan-, do-, check-, act- cyclus van Deming. Om het cyclische proces te verkrijgen dient na de act-fase (stap 7) in principe opnieuw de volledige cyclus doorlopen te worden. Indien de eerder geformuleerde indicatoren en de gebruikte meetinstrumenten goed functioneren, kunnen de stappen 1 t/m 4 over worden geslagen. Er wordt dan opnieuw gemeten, de informatie wordt teruggekoppeld en geïnterpreteerd. Dit brengt continuïteit in het meten en in de acties tot verbeteren.

Voorbeelden

Onderstaand enkele voorbeelden hoe indicatoren geformuleerd kunnen worden volgens de stappen 1 en 2.

<i>Gebruiksdoel</i>					
<ul style="list-style-type: none"> - Het doel is informatie te verkrijgen over de ervaren kwaliteit van leven zodat inzicht wordt verkregen in welke mate de gegeven behandeling bijdraagt aan de kwaliteit van leven om de effectiviteit van behandelprotocollen vast te stellen. - Het doel is informatie te verkrijgen over de ervaren kwaliteit van leven zodat inzicht wordt verkregen in welke mate de gegeven behandeling bijdraagt aan de kwaliteit van leven van een cliënt zodat de behandeldoelen en het behandelplan hierop afgestemd kunnen worden. 					
<i>Domein</i>	<i>Naam</i>	<i>Omschrijving</i>	<i>Teller</i>	<i>Noemer</i>	<i>Norm</i>
Kwaliteit van leven	Prevalentie van uitval in arbeidsproces	% cliënten die uitval hebben door: toename stoornis	Aantal cliënten (binnen team A) dat het afgelopen jaar uitgevallen is in het arbeidsproces	Alle cliënten van: - het circuit - team	[getal] % van de cliënten
	Prevalentie van eenzaamheid	% cliënten dat aangeeft zich eenzaam te voelen.	Aantal cliënten dat zelfstandig woont en zich eenzaam voelt.	Alle cliënten van: - het circuit - team	[getal] % van de cliënten

Gebruiksdoel

Het meten van het implementatieproces kan verschillende doelen dienen:

- Het doel is informatie te verkrijgen waarmee men het implementatieproces kan volgen en bijsturen.
- Het doel is ook om de continuering van het gebruik van meetinstrument X te waarborgen.
- Het doel is informatie te verkrijgen waarmee hulpverleners geprikkeld worden om het meetinstrument X structureel te gebruiken.

<i>Domein</i>	<i>Naam</i>	<i>Omschrijving</i>	<i>Teller</i>	<i>Noemer</i>	<i>Norm</i>
Inbedding	Gebruik meetinstrument X door hulpverleners	% afgenomen testen X bij cliënten Y bij opname	Aantal cliënten Y waarbij de test X is uitgevoerd bij opname	Alle cliënten die nieuw zijn opgenomen in: - het circuit - team	(getal) % van de cliënten waarbij test is uitgevoerd

Bijlage 5 Schrijven implementatieplan

De leidraad voor het op schrift stellen van het implementatieplan bestaat uit twee onderdelen, een beschrijving van de gewenste situatie en het opstellen van een plan van aanpak.

1. Gewenste situatie

Bij het beschrijven van de gewenste situatie dienen de volgende onderwerpen aan de orde te komen.

Cliëntgroep

- Een omschrijving van de cliëntgroep waar de instrumenten geïmplementeerd gaan worden.
- Aantal cliënten.
- Eventueel te onderscheiden subgroepen.

Organisatie domein

- Een omschrijving van het organisatie domein waar geïmplementeerd gaat worden.
- De positie van het organisatie domein ten opzichte van de organisatie (organigram).
- Aantal betrokken medewerkers, onderverdeeld in betrokken disciplines.
- Verantwoordelijkheidsverdeling.

Problemanalyse

- Een omschrijving van de problemen die men wil verbeteren.
- Een omschrijving van de informatiebehoefte gerelateerd aan: resultaatgebieden van het INK-model: waardering door personeel, waardering door klanten, waardering door de maatschappij, eindresultaten
- of gerelateerd aan het zogeheten uitkomstenkwadrant: klinische uitkomsten, cliëntwaardering, kwaliteit van leven en kosten.
- Een diagnose van te verwachten belemmerende en bevorderende factoren.

Doelstelling

- Een omschrijving van wat men wil bereiken met het implementeren van kwaliteitsinstrumenten op de korte termijn (binnen een jaar) en op de middellange termijn (een tot drie jaar)

Indicatoren

- Een overzicht van indicatoren waarmee men de prestaties wil gaan meten en waarmee men het implementatieproces kan monitoren

Instrumentkeuze

- Welke set instrumenten men gaat implementeren
- Wat de instrumenten meten
- Wat de instrumenten meten in relatie tot de indicatoren
- Hoe valide, betrouwbaar en gebruiksvriendelijk ze zijn

Terugkoppeling

- Een overzicht van welke informatie (die wordt verkregen met de kwaliteitsinstrumenten) men op welk niveau met welk doel wil terugkoppelen. Mogelijke aggregatieniveaus: cliënten, hulpverleners, managers, afdeling, organisatie, regionaal, landelijke benchmarking
- Een omschrijving van de manier waarop men vorm wil geven aan het structureel terugkoppelen van informatie, op de verschillende niveaus

2. Plan van aanpak

Na het beschrijven van de gewenste situatie volgt het schrijven van het plan van aanpak. Het plan van aanpak is een afgeleide van de gewenste situatie -de doelen uit de gewenste situatie worden omgezet in een concreet plan- en bestaat uit een aantal onderwerpen.

Per onderwerp dient aan de orde te komen:

- Wat men wil bereiken.
- Hoe men dat aan wil gaan pakken, welke acties wil men inzetten, met welke middelen.
- Wie coördineert en eindverantwoordelijk is voor het betreffende onderwerp. Wie uitvoering geeft en verantwoordelijk is per actie.
- Wanneer de einddatum is voor de bereikte resultaten per onderwerp. Datum per actie. Hiermee wordt inzicht gegeven in de korte en lange termijn acties.
- Een overzicht van tijd en middelen die nodig zijn om de gewenste situatie en bijbehorende acties te realiseren (begroting).

De onderwerpen en bijbehorende aandachtspunten die aan bod dienen te komen in het plan van aanpak zijn de volgende:

Draagvlak

- Bij welke partijen is draagvlak nodig voor een succesvolle implementatie?
- Hoe wil men inzicht krijgen in het bestaande draagvlak c.q. motivatie of de bereidheid van mensen die uitvoering moeten geven aan de implementatie?

Communicatie

- Bij welke partijen wanneer, welke informatie bekend dient te zijn;
- Welke communicatiekanalen kunnen worden ingezet?

Scholing

- Eisen die gesteld worden aan medewerkers die met de instrumenten moeten werken;
- Noodzakelijke scholing om met de instrumenten om te kunnen gaan

Dataverzameling

- De frequentie en de manier waarop data verzameld gaat worden;
- De coördinatie en / of uitvoering van de dataverzameling.

Ondersteuning bij dataverzameling

- Ondersteuning die men wenst in te zetten bij het verzamelen en / of coördineren van de data?
 - bijvoorbeeld: ICT-ondersteuning, ondersteuning vanuit een bureau kwaliteit, bureau onderzoek, bedrijfsvoering enzovoort.

Data-analyse

- De frequentie en de manier waarop data geanalyseerd gaan worden.

Ondersteuning bij data-analyse

- Ondersteuning die men wenst in te zetten bij het analyseren van de data?
Bijvoorbeeld: ICT-ondersteuning, ondersteuning vanuit een bureau kwaliteit, bureau onderzoek, bedrijfsvoering enzovoort.

Automatisering en informatisering

- De instrumenten die men geautomatiseerd wil hebben;
- Analyses die men geautomatiseerd wil verkrijgen;
- Koppeling aan landelijke registraties;
- Hard- en software voor de gebruikers.

Feedback

- De manier waarop men de informatie (indicatoren) wil terugkoppelen;
- Met welke frequentie men informatie wil terugkoppelen;
- Op welke aggregatieniveaus men informatie wil terugkoppelen.

Borging

- Hoe men uiteindelijk de dataverzameling en -analyse structureel wil inbedden in de organisatie, zodanig dat het wordt toegepast in de kwaliteitscyclus (plan, do, check, act). Dit geldt zeker ook voor een situatie nadat bijvoorbeeld extern een projectteam of externe adviseur zich hebben teruggetrokken.

Evaluatie

- Eindevaluatie en tussenevaluaties; hoe wil men het implementatietraject evalueren?

Lerende teams in de GGZ

Deelrapport II

Cordula Wagner, NIVEL
Mirjan Geurts, NIVEL
Ineke Kok, Trimbos-instituut
Harriet van Wetten, Trimbos-instituut

Trimbos-instituut



NIVEL



Inhoud deelrapport II

Inhoud	3
1 Inleiding	5
1.1 Implementeren en evalueren van veranderingen	5
1.2 Verklaringsmodel voor succes- en faalfactoren	7
1.3 Lerende teams	9
1.4 Doel en vraagstelling van het evaluatieonderzoek	10
2 Methode van het evaluatieonderzoek	13
2.1 Onderzoekspopulatie	13
2.2 De vragenlijsten	13
2.3 Analyse	15
2.4 Respons	16
3 Succesbepalende factoren	19
3.1 Vergelijking op organisatieniveau	19
3.2 Verschillen en overeenkomsten tussen de deelnemende teams	23
3.3 Conclusie	27
4 Informeren en accepteren	29
4.1 Resultaten van GGZ NHN	29
4.2 Resultaten van GGzE	33
4.3 Conclusie	36
5 Implementeren en verankeren	39
5.1 Resultaten GGZ NHN	39
5.2 Resultaten van GGzE	43
6 Samenvatting en aanbevelingen	49
Literatuur	53
Bijlage 1	55

1 Inleiding

Voor u ligt het tweede deel van het rapport “Meten van uitkomsten in de GGZ”. In dit deel worden de resultaten van het evaluatie onderzoek op teamniveau beschreven. Op drie belangrijke momenten binnen het implementatietraject is aan de medewerkers van de deelnemende teams gevraagd hoe hun team ervoor staat, wat hun oordeel is de gekozen meetinstrumenten en de geplande veranderingen, en ten slotte, wat hun eerste ervaringen zijn met het in de praktijk brengen van de nieuwe werkwijze. Met de motivatie en de bereidheid van medewerkers staat of valt uiteindelijk de implementatie en borging.

Het meten van uitkomsten met als doel het zorgproces en het beleid van de instelling continue aan te passen is nieuw in de GGZ. Het vraagt een andere manier van denken waarin naast de individuele cliënt ook het zorgaanbod voor groepen cliënten centraal staat. Daarnaast is het continue leren van eigen handelen en bereikte resultaten essentieel. In deze rapportage wordt de uitgangssituatie van de teams beschreven en wordt ingegaan op de resultaten van de disseminatie- en implementatiefase.

Voor een succesvolle implementatie is het niet alleen belangrijk te achterhalen welke instrumenten gedragen worden, het is ook noodzakelijk inzicht te krijgen in de factoren die de implementatie op het niveau van de hulpverlener en de teams beïnvloeden.

Rekening houdend met reeds bekende succes- en faalfactoren (Wensink e.a., 2000; Place e.a., 2000; Fleuren e.a., 2002; Kok e.a., 2003) is het van belang dat de doelgroep van begin af aan betrokken wordt, belemmerende factoren vooraf onderzocht worden, feedback over voortgang en resultaten wordt gegeven, en de directie van de instelling zichtbaar betrokken is bij het project. Bij de uitvoering van het implementatietraject is met deze punten rekening gehouden.

Uit de resultaten van de evaluatie moet blijken in hoeverre de twee instellingen er feitelijk in geslaagd zijn de gekozen meetinstrumenten te implementeren en te verankeren in de reguliere bedrijfsvoering.

In de volgende paragrafen wordt ingegaan op theorieën over het implementeren van veranderingen, een verklaringsmodel voor succes- en faalfactoren, en de kenmerken van lerende teams. Het hoofdstuk eindigt met de doel- en vraagstellingen van het onderzoek.

1.1 Implementeren en evalueren van veranderingen

Het implementeren en verankeren van kwaliteitsmeetinstrumenten en het gebruiken van uitkomstindicatoren om de zorgverlening te sturen en te beoordelen is, zoals hiervoor is aangegeven, nog geen gemeengoed in GGZ-instellingen. Onder het begrip implementatie

wordt verstaan: het procesmatig en planmatig invoeren van vernieuwingen en /of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het individueel (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van de organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg/ maatschappij. Het begrip procesmatig verwijst hierbij naar de verschillende fases die te onderscheiden zijn om tot een vernieuwing of verandering te komen. Voorbeelden van fases in een veranderingsproces staan onder andere beschreven in de innovatie-diffusieheorie van Rogers (1995). Hiervan afgeleid onderscheiden Grol en Wensink (2001) een aantal stappen in het implementatieproces:

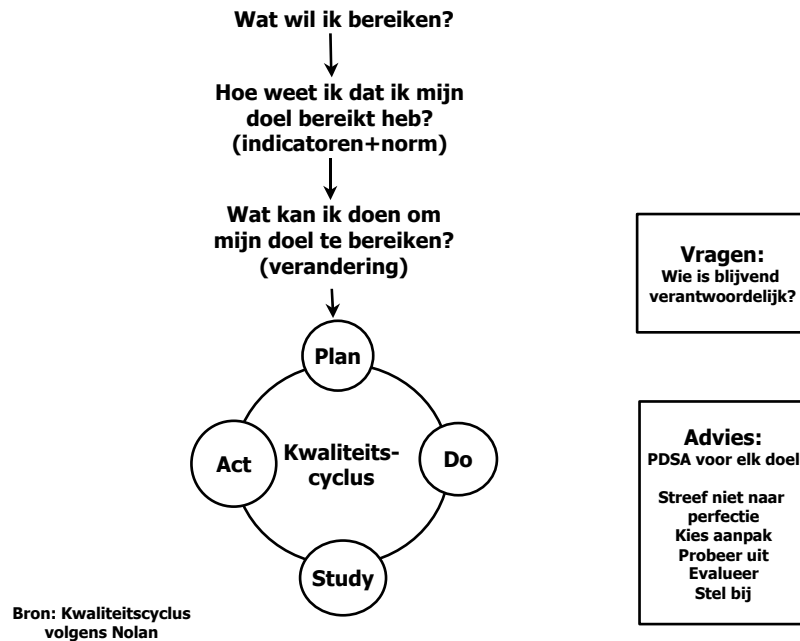
- Oriëntatie: - bewust maken van de vernieuwing die komen gaat
- interesse en betrokkenheid wekken
- Inzicht: - kennis en begrip vergroten
- inzicht in eigen werkwijze geven
- Acceptatie - positieve houding en motivatie ten aanzien van de vernieuwing
- scheppen - intentie of besluit om te veranderen realiseren
- Verandering - invoering in de praktijk stimuleren
- het nut van de vernieuwing aantonen
- Behoud - integreren van verandering in bestaande routines
- verankering in de organisatie tot stand brengen.

De genoemde stappen maken deel uit van de disseminatie - en implementatiefase (Grol en Wensink, 2001). Bij de disseminatiefase gaat het om activiteiten gericht op het informeren van de doelgroep zodat men begrijpt wat de verandering inhoudt en men er positief tegenover gaat staan. De uitkomsten van disseminatie worden beschreven in termen van geïnformeerd zijn, kennis bezitten, en een positieve attitude hebben ten opzichte van de verandering. Hiermee komt de disseminatiefase overeen met de hierboven beschreven oriëntatie-, inzicht- en acceptatiefase.

De implementatiefase is gericht op het feitelijk toepassen en verankeren van de verandering. Met verankering wordt bedoeld dat de veranderde manier van werken een vaste plaats krijgt in het routinematig handelen van hulpverleners. De uitkomsten van implementatie kunnen worden afgemeten aan de mate waarin bijvoorbeeld meetinstrumenten daadwerkelijk worden gebruikt en de mate waarin de eerder gestelde doelen worden behaald.

De uitkomst van de disseminatie- en implementatiefase kan door diverse factoren in positieve of negatieve zin beïnvloed worden. Inzicht in de beïnvloedende factoren maakt het mogelijk de resultaten van de implementatie te verklaren en aanknopingspunten voor verbetering aan te wijzen.

Een methode die in de praktijk veel gebruikt wordt en zijn waarde bij het implementeren van veranderingen reeds heeft bewezen is het verbetermodel van Nolan (Langely e.a., 1996). Van groot belang zijn de hieronder genoemde drie vragen:



De twee GGZ instellingen hebben dit model eveneens gebruikt om het implementatieproces te sturen en te communiceren naar de deelnemende teams.

1.2 Verklaringsmodel voor succes- en faalfactoren

Op basis van de literatuur is een overzicht gemaakt van succes- en faalfactoren die de implementatie en de resultaten kunnen beïnvloeden. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen beïnvloedende factoren op vier niveaus, namelijk het individuele niveau, het microniveau, het mesoniveau en het macroniveau, zoals hieronder schematisch is weergegeven. In het onderzoek wordt vooral ingegaan op de eerste drie niveaus. Hierna worden enkele voorbeelden gegeven van beïnvloedende factoren op elk van de vier niveaus.

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

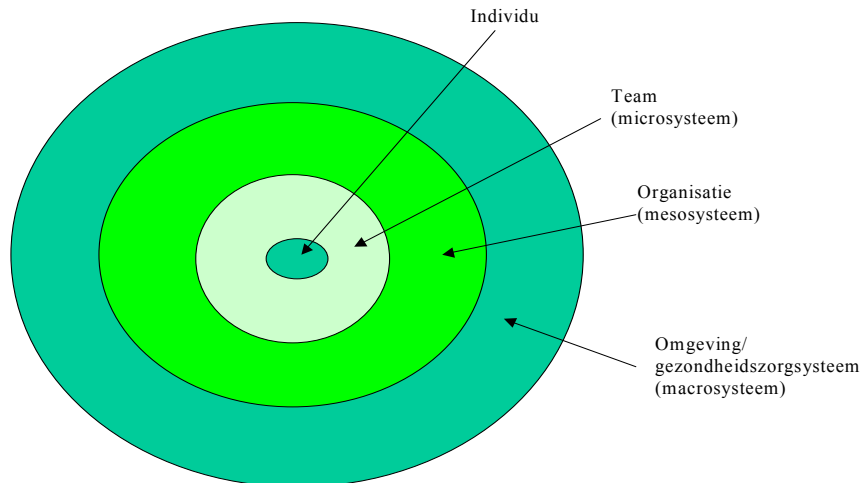
Op het microniveau is de samenstelling en de trekker van het team relevant. Het gaat bijvoorbeeld om het lerend vermogen van het team, maar ook om zaken als de sociale cohesie binnen het team en de interdependentie van de teamleden.

Op mesoniveau gaat het om kenmerken van de organisatie, de waarden en normen binnen

de organisatie (cultuur) en de leiderschapsstijl, zowel van de Raad van Bestuur als van het middenkader.

Op macroniveau kunnen omgevingsfactoren van invloed zijn, bijvoorbeeld het imago van de sector, de financieringssystematiek of (belemmeringen in) wet- en regelgeving.

4 niveau's van verandering



Aan de geïnterpreteerde succes- en faalfactoren ligt een aantal theoretische concepten over de lerende organisatie ten grondslag. Deze vinden hun basis in theoretische stromingen uit de psychologie (social identity theory, self-categorization theory), sociologie (social capital theory), en economie (speltheorie). Kernconcepten vanuit deze theorieën zijn bijvoorbeeld: leerklimate, groepsidentificatie, vertrouwens- en advies netwerken, samenwerking en cohesie, transformationeel en transactioneel leiderschap, horizontale en verticale solidariteit.

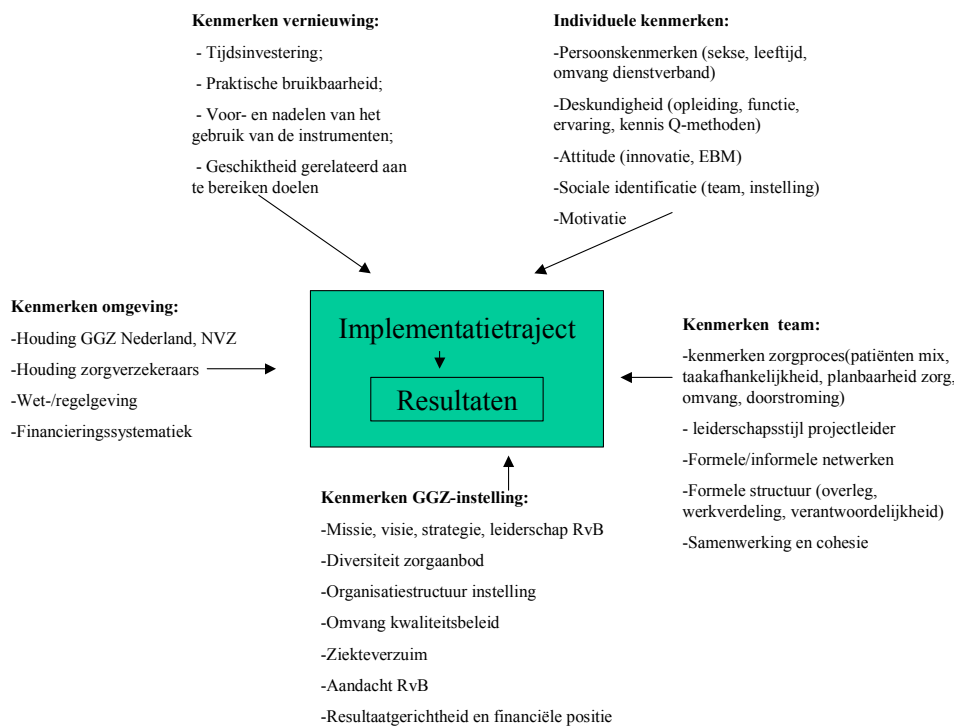
Deze theoretische concepten zijn in het onderzoek in de eerste vragenlijst nader geoperationaliseerd om meer inzicht te verkrijgen in de uitgangssituatie binnen de teams. Extra aandacht wordt besteed aan het leerklimate waaronder het omgaan met nieuwe informatie. In de tweede en derde vragenlijst wordt ingegaan op de hiervoor genoemde disseminatie- en implementatiefase.

Voorbeelden

Schema 1 geeft een overzicht van voorbeelden van geïnterpreteerde succes- en faalfactoren die mogelijk van invloed kunnen zijn op het succes van de implementatie van de meetinstrumenten in de twee GGZ-instellingen. In het schema zijn de factoren op de vier niveaus ingedeeld. Een extra categorie factoren heeft te maken met de vernieuwing zelf; in dit geval de meetinstrumenten.

De redeneerlijn is als volgt: factoren die direct van invloed zijn op de implementatie zullen daarmee indirect van invloed zijn op de effecten van een project. Een succesvolle implementatie geeft theoretisch de grootste kans op goede resultaten op cliëntniveau. Echter er is geen één op één relatie tussen de implementatie van de meetinstrumenten en effecten voor de cliënt (ook een goede implementatie kan onvoldoende effecten opleveren door factoren die door de GGZ-instellingen niet te beïnvloeden zijn). De succes- en faalfactoren in schema 1 zijn in principe voor alle projecten van belang, zodat de betreffende gegevens in beide GGZ-instellingen van toepassing zijn.

Schema 1 Overzicht beïnvloedende factoren



1.3 Lerende teams

In het onderzoek is het lerende vermogen van de deelnemende teams en de teamcultuur gemeten. Tot de cultuur behoren de waarden, normen en impliciete regels die binnen een team bestaan en hun uitwerking hebben op de manier van samenwerken, de bereidheid tot leren en veranderen, en de manier van leiding geven. Eerdere studies hebben het belang van de juiste teamcultuur voor veranderingsprocessen reeds laten zien (Berwick, 1989 en 1998; Edmondson, 1999).

Door het ‘meten’ van teamleeractiviteiten kan de intensiteit van teamleren worden bepaald (Takens, 2003). Hoe hoger de intensiteit van teamleren hoe beter de veranderingsbereidheid en de kans op het daadwerkelijk implementeren en verankeren van de verandering; in dit onderzoek gaat het om het implementeren van meetinstrumenten om klinische resultaten en de kwaliteit van leven van cliënten in de GGZ te meten. In tabel 1.1 staan enkele voorbeelden van leeractiviteiten genoemd.

Tabel 1.1 Voorbeelden van teamleeractiviteiten

Teamleeractiviteiten	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Advies / informatie / hulp vragen ▪ Feedback vragen ▪ Informatie zoeken ▪ Experimenteren ▪ Informatie verspreiden ▪ Voeren van dialogen en discussies 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflecteren op het werk ▪ Bespreken van fouten ▪ Ontwikkelen van routines ▪ Vastleggen van informatie bij overleg ▪ Gebruik maken van eerdere informatie

Bron: Edmondson (1999) en Van Offenbeek (2001) in Takens, 2003

Naast de leerintensiteit speelt de leiderschapsstijl en het samenwerkingsklimaat, waaronder de mate van cohesie, solidariteit en vertrouwen, een rol. Deze factoren kunnen invloed uitoefenen op de intensiteit van teamleren. Een leidinggevende kan leren en veranderen stimuleren door aandacht te tonen, te motiveren, tijd te gunnen, te reflecteren en het hebben van een open houding en coachende vaardigheden. Een stimulerend samenwerkingsklimaat kenmerkt zich door de psychologische veiligheid in het team, het nastreven van dezelfde doelen, het tonen van waardering en respect voor de teamgenoten.

De ontwikkeling en verspreiding van kennis en informatie op en tussen de verschillende niveaus hangt af van een zevental 'leerfactoren' (Takens, 2003):

1. de mate van leerbevorderend klimaat in een team;
2. de mate van psychologische veiligheid in een team;
3. de mate waarin doelen binnen een team worden gedeeld;
4. de mate waarin de leidinggevende leren stimuleert;
5. de mate van empowerment;
6. de tijd die er is voor leren;
7. de mogelijkheden voor opleiding en training.

Verwacht kan worden dat tussen organisaties en teams verschillen in de intensiteit van teamleren aanwezig zijn en dat de mate van teamleren samenhangt met de mate van disseminatie en implementatie van vernieuwingen.

1.4 Doel en vraagstelling van het evaluatieonderzoek

Het doel van het evaluatieonderzoek is meer inzicht te verkrijgen in de mate waarin de twee GGZ-instellingen erin slagen de zelf gekozen meetinstrumenten in drie respectievelijk elf teams te implementeren. Tevens wordt nagegaan welke beïnvloedende factoren op het niveau van de teams en de organisatie aanwezig zijn.

De volgende onderzoeksvragen worden in dit rapport beantwoord:

1. In hoeverre voldoen de deelnemende teams vooraf aan de in de literatuur van belang geachte randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie? (hoofdstuk 3)
 - a. In hoeverre bestaat binnen de deelnemende teams een goed leer- en samenwerkingsklimaat?
 - b. Zijn er verschillen tussen de teams?

2. In welke mate zijn vanuit de literatuur bekende succes- en faalfactoren voor de implementatie van meetinstrumenten op het niveau van de organisatie, het team en het individu aanwezig? (hoofdstuk 4 en 5)
3. In hoeverre gaan de deelnemende teams de geselecteerde meetinstrumenten daadwerkelijk in de dagelijkse praktijk gebruiken en wat is hun oordeel over de instrumenten? (hoofdstuk 5)

2 Methode van het evaluatieonderzoek

In dit hoofdstuk wordt de methode van het evaluatieonderzoek beschreven. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen zijn op drie momenten gedurende het implementatietraject vragenlijsten uitgezet bij de hulpverleners van de deelnemende teams. In de eerste vragenlijst is vooraf aan de implementatie gevraagd naar de uitgangssituatie van de teams. In de tweede vragenlijst is gevraagd naar de ervaringen van de hulpverleners gedurende de disseminatiefase, en in de derde vragenlijst is gevraagd naar ervaringen van hulpverleners met het gebruiken van de meetinstrumenten in de dagelijkse praktijk.

Paragraaf 2.1 geeft een overzicht van de onderzoekspopulatie en de (non)respondenten. In paragraaf 2.2 wordt de ontwikkeling van de drie vragenlijsten toegelicht. De aanpak van analyse wordt in paragraaf 2.3 beschreven.

2.1 Onderzoekspopulatie

Het onderzoek vond plaats in twee GGZ instellingen. In de regio NHN hebben drie teams voor de behandeling van langdurig zorgafhankelijke cliënten van GGZ NHN deelgenomen. De teams werken op verschillende locaties en bestaan uit circa 30 medewerkers.

In de regio Eindhoven hebben elf teams voor de behandeling van cliënten met het dementiesyndroom deelgenomen. De omvang van deze elf teams varieert van 13 tot 45 hulpverleners. De elf teams van GGzE zijn voor het beschrijven van de resultaten van het onderzoek op basis van inhoudelijke criteria samengevoegd tot vier teams (bv. ambulante teams bij elkaar). Bij het evaluatieonderzoek waren geen cliënten betrokken.

2.2 De vragenlijsten

Om inzicht te krijgen in het lerende vermogen van de teams en de beïnvloedende factoren voor het welslagen van de implementatie van de kwaliteitsmeetinstrumenten is gekozen voor schriftelijke vragenlijsten onder hulpverleners. Op basis van de in literatuur omschreven implementatiefasen en theorieën over beïnvloedende factoren (zie hoofdstuk 1), is gekozen voor drie vragenlijsten gekoppeld aan de implementatiefasen:

- De uitgangssituatie in het team (gericht op mogelijkheid tot leren en verbeteren);
- De voorbereiding op de implementatie (disseminatiefase);
- Het toepassen van de instrumenten en de borging ervan (implementatiefase).

2.2.1 *Uitgangssituatieteam (vragenlijst 1)*

De vragenlijst 'leren in teams' gaat in op de uitgangssituatie van de teams die de kwaliteitsmeetinstrumenten hebben geïmplementeerd. De vragenlijst is gebaseerd op een eerder in de GGZ ontwikkelde en gevalideerde vragenlijst (Broekhuis en Offenberg, 2003). In de vragenlijst staan drie thema's centraal die van belang worden geacht voor een succesvolle implementatie, waaronder het borgen van de bereikte verandering. De gebruikte vragenlijst is gebaseerd op de vragenlijst 'Leren in teams' die ontwikkeld is aan de Universiteit van Groningen (Takens, 2003). Uit de bestaande vragenlijst zijn drie thema's voor dit onderzoek gebruikt. Deze thema's zijn:

- 1 Leerklimaat
- 2 Samenwerkingsklimaat
- 3 Leiderschapsstijl

Het thema leerintensiteit gaat over het omgaan met vakinhoudelijke kennis en informatie. Het "omgaan met" komt tot uiting in de leeractiviteiten die binnen een team plaatsvinden. De items van deze schaal geven een indicatie in welke mate teams leren en derhalve open staan voor veranderingen. De twee andere thema's, het samenwerkingsklimaat en de leiderschapsstijl, zijn factoren die de intensiteit van het teamleren beïnvloeden. Het samenwerkingsklimaat wordt vastgesteld door de mate waarin er openheid, waardering, respect en eensgezindheid is. De leidinggevende kan het teamleren beïnvloeden door zijn/haar motiverende gedrag en coachende houding. Dit wordt gemeten door items met als onderwerp aandacht tonen, feedback geven, open staan voor aanmerkingen, bevoegdheden en verantwoordelijkheden geven en tijd gunnen voor vernieuwingen.

De vragenlijst bestaat uit 45 stellingen welke beantwoord kunnen worden op een vijf-punts-schaal met de antwoordcategorieën: nooit, soms, regelmatig, vaak en heel vaak.

2.2.2 *Disseminatiefase (vragenlijst 2)*

De vragenlijst 'een goede voorbereiding' gaat in op de factoren die een rol kunnen spelen bij de disseminatiefase: het onderschrijven van het belang van de verandering, het verspreiden van kennis over de meetinstrumenten bij de hulpverleners, en de verwachte meerwaarde die de motivatie om te veranderen beïnvloed. De vragenlijst is specifiek ontwikkeld voor dit onderzoek en opgezet aan de hand van implementatietheorieën. De vragenlijst gaat in op de volgende beïnvloedende factoren:

- 1 De organisatie: factoren zoals ondersteuning bij problemen en informatieverstrekking.
- 2 De omgeving: factoren zoals bijvoorbeeld de mening van collega's en ondersteuning door de leidinggevende.
- 3 De individuele zorgverlener: factoren zoals motivatie, kennis, vaardigheden en mening ten aanzien het instrument.

De vragenlijst bestaat uit 31 stellingen verdeeld over de genoemde categorieën. De stellingen dienden per afzonderlijk kwaliteitsmeetinstrument beantwoord te worden met

ja of nee. Sommige hulpverleners moesten de vragen derhalve voor twee of drie meetinstrumenten beantwoorden.

2.2.3 Implementatiefase (vragenlijst 3)

De vragenlijst ‘de implementatie’ kent een zelfde opzet en indeling als de tweede vragenlijst. Echter deze vragenlijst is gericht op het meten van mogelijke beïnvloedende factoren tijdens het toepassen van de meetinstrumenten in de dagelijkse praktijk. Omdat dit tevens de laatste vragenlijst is, is daarnaast gevraagd naar een algemeen oordeel over het implementatieproces en de afzonderlijke kwaliteitsmeetinstrumenten. De vragenlijst is specifiek ontwikkeld voor dit project.

Om te kunnen onderzoeken in hoeverre persoonskenmerken een rol spelen bij de implementatie is gevraagd naar kenmerken van de hulpverlener zoals functie, geslacht, leeftijd, aantal uren dat men werkzaam is, en de tijd dat men werkzaam is binnen het team.

2.3 Analyse

Bij het analyseren van de vragenlijsten is gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek, zijn verschillen tussen teams getoetst en is een factoranalyse uitgevoerd om de veronderstelde thema’s uit de eerste vragenlijst toetsen.

2.3.1 Factoranalyse

Bij de analyse van de eerste vragenlijst is zijn voor de factoranalyse de volgende stappen gevolgd:

- Bekijken respons op item niveau: alleen stelling 32 bleek door de meerderheid van de respondenten niet ingevuld te zijn. Deze stelling is bij verdere analyses buiten beschouwing gelaten;
- Vaststellen normaalverdeling items;
- Ongedwongen factoranalyse met varimax rotatie. Deze rotatie geeft het verband aan tussen de variabelen (stellingen) en de achterliggende factor. Variabelen die hoog laden op een factor vormen een schaal. Factoren zijn onderling ongecorrleerd;
- Berekenen van de interne consistentie voor de gevonden schalen.

In Bijlage 1 zijn de resultaten weergegeven van de factoranalyse. In totaal zijn drie onderliggende concepten gevonden die samen de kern aangeven van het concept “lerende teams”. De factoren vormen schalen met een voldoende interne consistentie (cronbach’s alpha van 0.71 tot alpha 0.79).

Het eerste concept ‘omgaan met vakinhoudelijke kennis en informatie’ bepaalt de intensiteit waarmee een team leert en dus veranderingen aangaat. Dit concept is verdeeld in 5 factoren die respectievelijk in gaan op het omgaan met afspraken, kennis en informatie uitwisseling, interactie over werkwijzen, nieuwe werkwijze toepassen en nieuwe kennis en informatie verzamelen. Om de leerintensiteit te bepalen wordt op basis van de gemiddelde scores op deze 5 factoren een samengestelde score gevormd.

Het ‘teamklimaat’ wordt gemeten met één factor. De factor vormt een schaal met een goede interne consistentie (cronbach’s alpha 0.89).

De leiderschapsstijl is eveneens met een schaal gemeten (cronbach’s alpha 0.91). De schaal kan het beste worden samengevat als “coachend leidinggeven”.

2.3.2 Analyse vragenlijst 2 en 3

De vragenlijsten 2 en 3 hadden betrekking op het meten van de beïnvloedende factoren tijdens de voorbereidingsfase en de implementatiefase. Met beschrijvende statistiek is nagegaan hoe de hulpverleners oordelen over de implementatie van de instrumenten, en of er verschillen zijn in oordeel tussen instrumenten of teams. Voor GGZ NHN ging het om de HoNOS en de MANSA. Bij GGzE waren het drie instrumenten, te weten: de GIP, EDIZ en CST.

De aantallen (N) per instrument verschillen omdat niet elk instrument door alle hulpverleners gebruikt wordt.

2.4 Respons

De eerste vragenlijst is uitgezet bij alle teamleden. De tweede en derde vragenlijst is uitgezet bij die personen in de teams die direct gebruik maken van een of meer van de te implementeren kwaliteitsmeetinstrumenten¹. De vragenlijsten zijn verspreid via de coördinatoren of teammanagers van de deelnemende teams. Zij zijn tussentijds geïnformeerd over de respons en met het verzoek bij de medewerkers erop aan te dringen dat de vragenlijst van belang is voor het evaluatieonderzoek.

In tabel 2.1 is te zien dat in GGZ NHN 91 vragenlijsten zijn uitgezet om de uitgangssituatie voor de implementatie in kaart te brengen. Hiervan hebben 62 teamleden de vragenlijst ingevuld geretourneerd (respons 68%). In GGzE hebben 87 van de 121 teamleden de vragenlijst geretourneerd (respons 72%).

Tabel 2.1 Respons vragenlijsten op regioniveau

	Vragenlijst 1			Vragenlijst 2			Vragenlijst 3		
	Aantal teamleden	Respons aantal	Respons %	Aantal teamleden	Respons aantal	Respons %	Aantal teamleden	Respons aantal	Respons %
NHN	91	62	68 %	42	29	69 %	42	30	71 %
GGzE	121	87	72 %	106	52	49 %	104	56	54 %
Totaal	212	149	70 %	148	81	55 %	146	86	59 %

In de tabel is te zien dat de respons bij GGZ-NHN over de drie vragenlijsten stabiel is tussen de 68% en 71%. Bij GGzE is de respons op de eerste vragenlijst het hoogst (72%)

¹ Onder ‘gebruiken’ wordt verstaan: zowel het **afnemen/analyseren/verwerken** van de meetinstrumenten, als ook de **verkregen informatie toepassen** in zorg en begeleiding van cliënten.

en daalt bij de tweede en derde vragenlijst tot de helft.

In tabel 2.2 wordt een overzicht gegeven van de respons per team en per vragenlijst. De eerste drie teams zijn van GGZ NHN en de teams vier tot en met zeven zijn van GGzE. In de tabel is te zien dat de respons tussen de teams varieert en uiteenloopt van 56% tot 100% bij de eerste vragenlijst, van 37,5% tot 80% bij de tweede vragenlijst, en van 50% tot 93% bij de derde vragenlijst.

Tabel 2.2 Respons vragenlijsten op teamniveau

Team	Vragenlijst 1			Vragenlijst 2			Vragenlijst 3		
	Aantal teamleden	Respons aantal	Respons %	Aantal teamleden	Respons aantal	Respons %	Aantal teamleden	Respons aantal	Respons %
1	25	16	64 %	15	12	80 %	15	8	53 %
2	21	21	100 %	14	7	50 %	14	13	93 %
3	45	25	56 %	13	10	77 %	13	9	69 %
4	25	21	84 %	24	12	50 %	23	14	61 %
5	19	15	79 %	20	10	50 %	20	11	55 %
6	37	22	59,5 %	22	15	68,2%	21	11	52 %
7	40	29	72,5 %	40	15	37,5%	40	20	50 %
Totaal	212	149	70,3 %	148	81	54,7 %	146	86	59 %

2.4.1 *Non-respons*

Via de teammanagers / coördinatoren is gevraagd naar de redenen van non-respons. Voor alle drie de vragenlijsten waren de redenen maar gedeeltelijk te achterhalen. Een algemene verklaring voor de non-respons op de eerste vragenlijst is dat de vragenlijst uitgezet is bij alle medewerkers van de teams. Een aantal disciplines heeft niet direct te maken gehad met de te implementeren set kwaliteitsmeetinstrumenten.

Bij de tweede vragenlijst is de vakantieperiode een mogelijke verklarende factor voor de non-respons. Hierdoor zijn enkele problemen opgetreden met de coördinatie van de verspreiding onder de teamleden en met het verstrijken van de uiterlijke inleverdatum.

3 Succesbepalende factoren

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal in hoeverre de twee organisaties en de teams voldoen aan de in de literatuur genoemde kenmerken voor een succesvolle implementatie. Daarnaast wordt aandacht besteed aan verschillen binnen en tussen de twee organisaties. In paragraaf 3.1 worden de twee organisaties op de relevante factoren vergeleken. In paragraaf 3.2 wordt ingegaan op de verschillen tussen teams. Paragraaf 3.3 beschrijft enkele conclusies.

3.1 Vergelijking op organisatieniveau

De op grond van de literatuur van belang geachte succesbepalende factoren voor de prestatie van teams zijn het leerklimaat, het samenwerkingsklimaat en de leiderschapsstijl van de teammanager. Het samenwerkingsklimaat en de leiderschapsstijl zijn naar verwachting van invloed op het leerklimaat dat op zijn plaats weer van invloed is op de mate van disseminatie en implementatie van de vernieuwing, in dit onderzoek de meetinstrumenten voor het meten van uitkomsten van zorg. Teams met een coachende leidinggevende en een op samenwerking gericht klimaat zullen naar verwachting makkelijker leren omdat zij meer gewend zijn met nieuwe informatie om te gaan en open staan voor veranderingen. Dit maakt dat het implementeren van een nieuwe manier van werken, zoals het systematisch meten van proces- en clientgerelateerde uitkomstindicatoren voor het evalueren van de zorgverlening, meer kans van slagen heeft.

De twee deelnemende GGZ instellingen zijn, zoals in Deel I is beschreven, geselecteerd voor het implementatietraject. Beide instellingen beschikken over een kwaliteitsbeleid, zijn bekend met het uitvoeren van verbeterprojecten, en staan positief tegenover het meten van uitkomsten. Op grond hiervan mag worden verwacht dat er goede randvoorwaarden aanwezig zijn voor het implementeren van de gekozen meetinstrumenten. In Tabel 3.1 is te zien hoe de twee instellingen scoren op de drie succesbepalende factoren.

Tabel 3.1 Verschillen tussen beide organisaties in succesbepalende factoren

Organisatie	Gemiddelde score		
	Leerklimaat	Samenwerkingsklimaat	Leiderschapsstijl
GGZ NHN	2,7	3,3	3,3
GGzE	2,7	3,2	3

In Tabel 3.1 is te zien dat beide organisaties vergelijkbaar scoren. Op een schaal van 1 tot 5 scoren de organisaties net onder de 3, de score in het midden van de schaal. Als het om het samenwerkingsklimaat en de leiderschapsstijl gaat, zijn de scores iets hoger, maar nog steeds rond de middenscore. Dat wil zeggen dat de twee GGZ instellingen geen slechte, maar ook geen bijzonder positieve uitgangspositie hebben voor het implementeren van veranderingen. Dit enigszins in tegenstelling aan wat vooraf is verondersteld over een positief leer- en samenwerkingsklimaat en een transformationeel leiderschapsstijl.

In de drie volgende tabellen is te zien hoe de twee organisaties omgaan met de afzonderlijke aspecten die bijdragen aan de succesbepalende factoren. In tabel 3.2 wordt nader ingegaan op het leerklimaat, in tabel 3.3 op het samenwerkingsklimaat, en in tabel 3.4 op de leiderschapsstijl.

3.1.1 *Leerklimaat*

In een positief op continue leren gericht klimaat is te zien dat medewerkers elkaar om advies vragen, elkaar feedback geven, actief informatie zoeken en verspreiden, en experimenteren met nieuwe methoden. In een dergelijk klimaat is het ook mogelijk om te reflecteren op het werk en om eventuele fouten te bespreken. De genoemde activiteiten zijn zeker nodig voor het implementeren van meetinstrumenten gericht op het systematisch meten van cliëntgerelateerde uitkomsten. De uitkomsten worden gebruikt om het behandelbeleid op groepsniveau te evalueren en zo mogelijk bij te stellen.

In tabel 3.2 is te zien dat de twee organisaties op de meeste aspecten die bijdragen aan een positief leerklimaat niet van elkaar verschillen. Een op de vijf medewerkers geeft aan dat men binnen het team (zeer) vaak van eerdere gebeurtenissen leert of dat men zich veranderingen eigen maakt. Hetzelfde geldt voor feedback geven, het onderling uitwisselen van kennis, het verspreiden van kennis onder teamleden, het verzamelen van nieuwe kennis of het toepassen van nieuwe werkwijzen.

Circa de helft van de medewerkers heeft wel aangegeven dat men (zeer) vaak gebruik maakt van zelf opgebouwde kennis uit het dagelijkse werk en dat men (zeer) vaak naar elkaar luistert. In beide organisaties geven de teams bijna nooit vakinhoudelijke informatie aan andere teams, of leren zij van de samenwerking met andere teams.

Informatie verzamelen buiten het eigen team is voor medewerkers ongebruikelijk. Voor de andere activiteiten geven de medewerkers aan dat men deze regelmatig doet.

In de tabel is een aantal significante verschillen te zien tussen de twee organisaties: in GGzE vraagt men elkaar vaker om advies en reflecteert men vaker op de eigen werkwijze; in NHN worden gemaakte afspraken vaker vastgelegd en houdt men zich er ook vaker aan.

Tabel 3.2 Leerklimaat: Omgaan met vakinhoudelijke kennis en informatie

	NHN % (zeer) vaak	GGZE % (zeer) vaak
Maken, vastleggen en nakomen van (in)formele afspraken		
Aandacht besteden aan consensus	32	35
Vastleggen van gemaakte afspraken	33**	10
Zich houden aan gemaakte afspraken	23**	21
Informatie en kennis (her)benutten	20	16
Gebruik maken van kennis uit dagelijks werk	47	52
Veranderingen eigen maken	22	19
Naar elkaar luisteren	45	48
Kennis en informatie uitwisseling		
Elkaar om hulp en advies vragen	23**	43
Elkaar feedback geven en vragen	17	17
Onderling uitwisselen van vakinhoudelijke informatie en kennis	18	14
Vakinhoudelijke informatie verspreiden onder teamleden	20	17
Vakinhoudelijke informatie geven aan andere teams	5	4
Leren van de samenwerking met andere teams	3	5
Interactie binnen het team op werkwijzen		
Discussiëren over werkwijze	20	26
Reflecteren op werkwijze	7*	18
Bespreken van gemaakte fouten	15	20
Overleggen over hoe je tegen een gebeurtenis kunt aankijken	28	36
Opperen van alternatieve mogelijkheden om met situaties om te gaan	23	31
Nieuwe werkwijzen toepassen		
Nieuwe werkwijze of behandelmethoden toepassen	15	6
Nieuwe manieren uitproberen om het werk beter te organiseren	12	14
Nieuwe kennis en informatie verzamelen		
Verzamelen van vakinhoudelijke informatie	8	15
Zoeken van vakinhoudelijke informatie en kennis buiten het eigen team	5	6

*= p< .10; ** = P<.05

3.1.2 Samenwerkingsklimaat

Een team is voor zijn prestaties afhankelijk van de samenwerking tussen de afzonderlijke teamleden. Een goede samenwerking is gebaseerd op vertrouwen, elkaar waarderen en hetzelfde doel voor ogen hebben. In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van het percentage medewerkers binnen de twee organisaties dat (zeer) positief is over het samenwerkingsklimaat binnen het eigen team.

Tabel 3.3 Overzicht van het % medewerkers dat het (zeer) vaak eens is met onderstaande stellingen

Samenwerkingsklimaat	NHN	GGZE
	% (zeer) vaak	% (zeer) vaak
Hetzelfde doel voor ogen hebben	45	48
Bereidheid om minder leuke dingen op te pakken	42	35
Bestaande uitgangspunten ter discussie <i>mogen</i> stellen	38	42
Fouten of vergissingen zien als mogelijkheid voor leren en verbeteren	40	28
Elkaar stimuleren om nieuwe zaken te leren	25	28
Waarderen en respecteren van een andere mening	40	40
Betrokken voelen bij het werk	75	75
Open staan voor veranderingen	30	23
Kwetsbaar durven opstellen	20	16
Waardering vaardigheden en talenten van een ander	58	46
Grote mate van overeenstemming over wat bereikt moet worden	42	27

In de tabel is te zien dat beide organisaties niet significant van elkaar verschillen op de afzonderlijke punten. Drie kwart van de medewerkers voelt zich betrokken bij het werk. Circa de helft van de medewerkers in de organisaties geeft aan dat men hetzelfde doel voor ogen heeft, en de vaardigheden en talenten van mede collega's waardeert. Een relatief kleine groep geeft aan dat men elkaar stimuleert om nieuwe zaken te leren. Eveneens weinig medewerkers durft zich binnen het team kwetsbaar op te stellen.

3.1.3 *Leiderschapsstijl*

In de literatuur (Bass, 1985; 1990; Avolio & Bass, 2002, Sanders & Schyns, in druk) wordt veelal onderscheid gemaakt tussen transactioneel en transformationeel leiderschap. Transformationele leiders vragen hun medewerkers om hun eigen belangen op zij te zetten voor het belang van het team als geheel, en oog te hebben voor de lange termijn behoeftes in tegenstelling tot de behoeftebevrediging op korte termijn (Bass, 1990). Transformationele leiders tonen aandacht voor het werk, stimuleren verbeteringen, geven feedback op het werk, en geven medewerkers tijd om stil te staan bij het werk. Onderzoek heeft laten zien dat transformationeel leiderschap zeer effectief is als het gaat om commitment van medewerkers en motivatie (Lowe, Kroek, & Sivasubramaniam, 1996). Transactioneel leiderschap refereert aan het geven en nemen tussen medewerker en leidinggevende met het doel de eigen interesses en belangen na te komen (Bass, 1990). Laatst genoemde leiderschapsstijl kan eveneens effectief zijn, maar is minder effectief dan transformationeel leiderschap (Hater & Bass, 1988). In tabel 4.4 wordt een overzicht gegeven van de mate waarin de leidinggevendenden in de twee organisaties volgens de medewerkers voldoen aan de eisen van transformationeel leiderschap.

Tabel 3.4 Overzicht van het % medewerkers dat het (zeer) vaak eens is met onderstaande stellingen

Leiderschapsstijl	NHN	GGZE
	% (zeer) vaak	% (zeer) vaak
Aandacht tonen voor het werk	48	36
Functioneren als coach i.p.v. als baas	36	36
Motiveren tot verbeteringen in werk	37	25
Mogelijkheid om persoonlijke problemen te bespreken	58**	34
Goede feedback geven op werk	32**	16
Open staan voor suggesties voor verbeteren eigen functioneren	50**	30
Team is tevreden hoe leidinggevende met hen omgaat	65**	45
Tijd gunnen om stil te staan bij het werk	47**	35
Tijd gunnen om nieuwe werkmethodes uit te proberen	36	26

**= $p < .05$

In tabel 3.4 is een aantal significante verschillen te zien tussen de twee organisaties. Meer medewerkers van GGZ NHN dan van GGZE geven aan dat zij (zeer) vaak de mogelijkheid hebben om persoonlijke problemen te bespreken met hun leidinggevende en dat de leidinggevende (zeer) vaak open staat voor suggesties om het eigen functioneren te verbeteren. Twee derde van de medewerkers is (zeer) vaak tevreden met de manier waarop de leidinggevende met hen en met het team omgaat. Bijna de helft van de medewerkers geeft aan (zeer) vaak tijd te krijgen om stil te staan bij het werk, en een derde van de medewerkers geeft aan (zeer) vaak goede feedback te krijgen op het werk. Voor de overige leidinggevende vaardigheden zijn geen verschillen tussen de twee organisaties gevonden.

3.2 Verschillen en overeenkomsten tussen de deelnemende teams

In de paragraaf hiervoor is de uitgangspositie van de twee organisaties op de drie succesbepalende factoren beschreven. Aangezien in beide organisaties meerdere teams hebben meegedaan aan het implementatietraject is het mogelijk dat er verschillen zijn tussen de teams. Eveneens zou kunnen blijken dat de verschillen tussen de teams groter zijn dan de verschillen die hiervoor beschreven zijn voor de twee organisaties. In de volgende tabellen wordt eerst het gemiddelde per team weergegeven voor de drie factoren. Vervolgens wordt per factor meer in detail beschreven waar mogelijke verschillen en overeenkomsten liggen en welk team de beste uitgangspositie heeft voor een succesvolle implementatie. De eerste drie teams in de tabellen zijn teams van GGZ NHN. De teams vier tot en met zeven zijn teams van GGZE.

Tabel 3.5 Overzicht van de gemiddelde score per team (schaal 1-5) op de succesbepalende factoren leerklimaat, samenwerkingsklimaat en leiderschapsstijl

Team	Leerklimaat	Samenwerkingsklimaat	Leiderschapsstijl
1	2,6	2,9	2,8
2	2,8	3,5	3,7
3	2,7	3,3	3,3
4	2,7	3,2	2,9
5	2,5	3,0	2,6
6	2,7	2,9	3,3
7	2,8	3,5	3,2
Alle teams	2,7 (range 2,5 – 2,8)	3,2 (range 2,9 – 3,5)	3,1 (range 2,6 – 3,7)

score in het midden van de schaal. Dat wil zeggen dat er geen bijzonder positief of negatief leerklimaat heerst binnen de teams. Voor het implementeren van een verandering zou dit wel wenselijk zijn. De verschillen tussen de teams zijn klein. Het samenwerkingsklimaat en de leiderschapsstijl wordt door de teams in het algemeen positiever beoordeeld. Drie respectievelijk vier teams scoren boven het gemiddelde. Team twee en team zeven scoren op de drie succesbepalende factoren beter dan bijvoorbeeld team vijf en team 1. Van de twee eerstgenoemde teams kan worden verwacht dat zij de meetinstrumenten en daarmee de nieuwe manier van werken makkelijker zullen implementeren dan de twee laatst genoemde teams. In beide organisaties zijn daarmee teams aanwezig met een gunstige en minder gunstige uitgangspositie voor het implementeren van vernieuwingen.

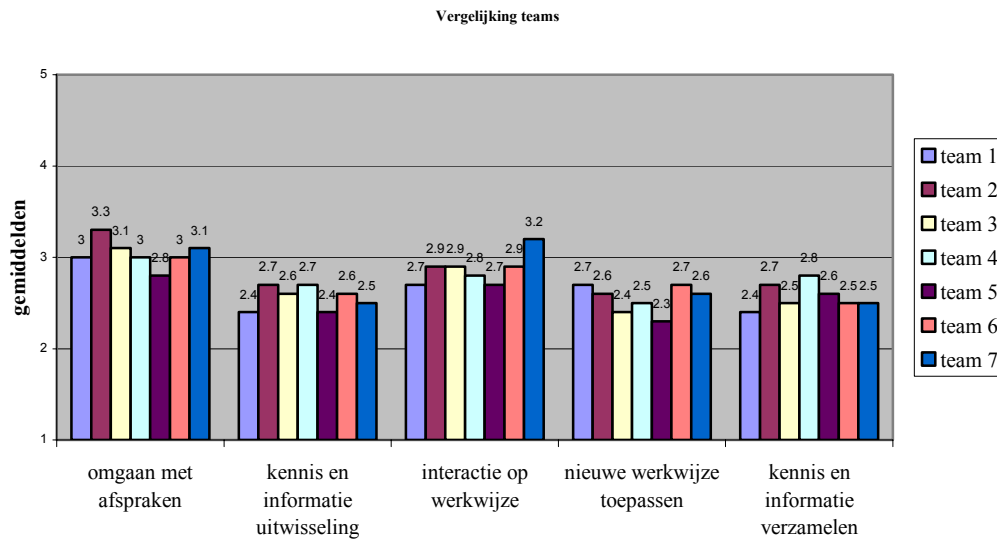
Met deze informatie is het mogelijk om teams met een minder gunstige uitgangspositie extra te ondersteunen op de punten die nog minder ver ontwikkeld zijn.

In figuur 3.1 wordt in meer detail gepresenteerd in welke mate de belangrijke leeractiviteiten aanwezig zijn binnen de verschillende teams. In het algemeen zijn de teams minder gewend om kennis en informatie binnen het team uit te wisselen, nieuwe werkwijzen toe te passen of nieuwe kennis en informatie buiten het team te verzamelen. Het omgaan met afspraken en het bespreken van de bestaande werkwijze is iets beter ontwikkeld, maar nog onvoldoende in het licht van de eisen die gesteld kunnen worden aan lerende teams.

Bij het omgaan met afspraken gaat het zowel om het maken, vastleggen als nakomen van afspraken.

Bij het maken van afspraken zijn vaardigheden nodig zoals consensus bereiken en het luisteren naar elkaar. Hierbij wordt tevens gebruik gemaakt van reeds bestaande kennis en ervaringen. Bij het bespreken van de eigen werkwijze hoort het discussiëren en reflecteren. Dit zijn activiteiten die eveneens noodzakelijk zijn bij het kritisch beoordelen van voorgestelde veranderingen.

Figuur 3.1 Overzicht van de gemiddelde score per team voor de leeractiviteiten die bepalend zijn voor het leerklimaat.



3.2.1 Verschillen in samenwerkingsklimaat

Net als bij het leerklimaat zijn de verschillen tussen de teams groter dan tussen de twee organisaties. De grootste verschillen in GGZ NHN bestaan bij het voor ogen hebben van hetzelfde doel, zich kwetsbaar op durven stellen, het waarderen van de vaardigheden en talenten van collega's, en de overeenstemming over wat bereikt moet worden. Van team twee geeft 55% van de medewerkers aan dat men (zeer) vaak binnen het team hetzelfde doel voor ogen heeft en geeft 90% aan dat men de vaardigheden en talenten van collega's (zeer) vaak waardeert. Van team drie geeft 29% van de medewerkers aan dat men zich (zeer) vaak kwetsbaar op durft te stellen en 50% geeft aan dat men (zeer) vaak overeenstemming heeft over wat bereikt moet worden.

Tabel 3.6 Overzicht per organisatie van de range waarin medewerkers van de teams het (zeer) vaak eens zijn met de stellingen

Samenwerkingsklimaat	NHN	GGZE
	% (zeer) vaak	% (zeer) vaak
Hetzelfde doel voor ogen hebben	38 – 55*	32 – 62
Bereidheid om minder leuke dingen op te pakken	31 – 54	14 – 48*
Bestaande uitgangspunten ter discussie <i>mogen</i> stellen	30 – 50	18 – 55*
Fouten of vergissingen zien als mogelijkheid voor leren en verbeteren	33 – 50	0 – 52**
Elkaar stimuleren om nieuwe zaken te leren	13 – 40	18 – 38
Waarderen en respecteren van een andere mening	25 – 50	13 – 62**
Betrokken voelen bij het werk	56 – 90*	64 – 91
Open staan voor veranderingen	13 – 40	13 – 28
Kwetsbaar durven opstellen	0 – 29**	5 – 31*
Waardering vaardigheden en talenten van een ander	42 – 90**	36 – 55
Grote mate van overeenstemming over wat bereikt moet worden	25 – 50**	14 – 38

*= $p < .10$; **= $p < .05$

De tabel kan als volgt worden gelezen: bij de teams van GGZ NHN geeft 38% van de medewerkers van een team aan dat men hetzelfde doel voor ogen heeft. Van een ander team geeft 55% van de medewerkers aan dat men hetzelfde doel voor ogen heeft. Het verschil tussen deze twee teams is significant. De twee percentages in de tabel geven telkens de range aan, de twee uiterste oordelen van de teams.

In de tabel is te zien dat de grootste verschillen tussen de teams bij GGzE te vinden zijn bij de bereidheid om van fouten en vergissingen te leren, en het waarderen en respecteren van een andere mening. In sommige teams is het makkelijker om zich kwetsbaar o te stellen en de uitgangspunten ter discussie te stellen. Niet in alle teams is men bereid om de minder leuke dingen van het werk op te pakken.

De teams verschillen daarentegen niet significant als het gaat om de betrokkenheid bij het werk of het doel dat men voor ogen heeft.

3.2.2 *Verschillen in leiderschapsstijl*

De leidinggevende heeft als hoofd van een team veel invloed op het leerklimaat en de mate waarmee een team bereid is te leren en te veranderen. Hierbij zijn coachende vaardigheden zoals open staan voor, het motiveren tot veranderingen, het bieden van veiligheid, en aandacht en tijd belangrijke elementen. In het algemeen maakt de leidinggevende deel uit van het team. De contactfrequentie tussen medewerkers en team verschilt van minder dan 1 keer per week tot bijna dagelijks.

In tabel 3.7 wordt de spreiding van de antwoorden gepresenteerd die de medewerkers van de verschillende teams hebben gegeven.

Tabel 3.7 Overzicht per organisatie van de range waarin medewerkers van de teams het (zeer) vaak eens zijn met de stellingen

Leiderschapsstijl	NHN	GGZE
	% (zeer) vaak	% (zeer) vaak
Aandacht tonen voor het werk (stelling 35)	31 – 75**	15 – 46
Functioneren als coach i.p.v. als baas (stelling 36)	19 – 55**	15 – 50
Motiveren tot verbeteringen in werk (stelling 37)	29 – 44	15 – 32
Mogelijkheid om persoonlijke problemen te bespreken (stelling 38)	38 – 70*	15 – 46
Goede feedback geven op werk (stelling 39)	19 – 40	0 – 36**
Open staan voor suggesties voor verbeteren eigen functioneren 41)	44 – 55	21 – 45
Team is tevreden hoe leidinggevende met hen omgaat (stelling 43)	38 – 90**	23 – 55
Tijd gunnen om stil te staan bij het werk (stelling 44)	31 – 65	8 – 45
Tijd gunnen om nieuwe werkmethodes uit te proberen (stelling 45)	20 – 45	15 - 30

**=p<.05, *=p<.01

Uit de tabel blijkt dat de verschillen tussen de teams groot zijn. Zo geeft bijvoorbeeld 31% van de medewerkers van een team in NHN aan dat de leidinggevende aandacht toont voor het werk. In een ander team zegt 75% van de medewerkers dat de leidinggevende aandacht heeft voor het werk. Dit verschil is significant. Andere significante verschillen tussen de teams in NHN gaan over het functioneren als coach in plaats van als baas, de mogelijkheid om problemen te bespreken, en de mate waarin het team tevreden is over de wijze waarop de leidinggevende met hen omgaat.

Minder verschillen zijn in NHN te zien ten aanzien van het motiveren, het feedback geven, het open staan voor suggesties, en het tijd geven voor reflectie en nieuwe werkmethodes.

De leiderschapsstijl in GGzE verschilt op de meeste punten niet significant tussen de teams. Alleen de mate waarin teams feedback ontvangen verschilt volgens het oordeel van de medewerkers.

Naarmate de eisen die aan een team gesteld worden toenemen, is het van belang dat een team ook de benodigde vrijheid en verantwoordelijkheid krijgt die nodig is om het werk naar eigen inzicht uit te voeren. 80% Van de medewerkers van team 2 en 4 geven aan voldoende vrijheid en bevoegdheden voor de taakuitoefening te krijgen. Van de overige teams geeft 70% aan regelmatig tot vaak deze vrijheid en bevoegdheden te krijgen.

3.3 Conclusie

De twee proefinstellingen scoren beide op de aspecten leerklimaat, samenwerkingsklimaat en leiderschap in het midden wat betekent dat de uitgangssituatie om te komen tot leren en veranderen voldoende is. Het aspect leerklimaat scoort in beide organisaties iets minder hoog. Het grootste verschil is te zien in het oordeel over het leiderschap. De medewerkers in NHN zijn hierover positiever dan de medewerkers van GGzE.

De meeste verschillen zijn echter binnen de organisatie en tussen de teams te vinden. In beide organisaties zijn er teams die een duidelijk betere uitgangssituatie hebben. Het leerklimaat is in deze teams meer open, men is meer gewend om met nieuwe informatie om te gaan en men heeft een leidinggevende die luistert, ruimte geeft en zich als coach opstelt. In beide organisaties nemen ook teams deel die minder tevreden zijn over de leidinggevende, men minder open staat voor veranderingen en men zich ook minder kwetsbaar op durft te stellen.

De kans van slagen van de beoogde implementatie van de geselecteerde meetinstrumenten is dus niet in alle teams even groot. Aan de teams met een minder goede uitgangssituatie zal gedurende het implementatieproces extra aandacht besteed moeten worden. Deze extra aandacht kan al tijdens de disseminatiefase worden gegeven zodat gezorgd wordt voor draagvlak in een moeilijker te bereiken groep. Het gaat om bewust maken, interesse wekken, inzicht geven in de eigen werkwijze en het stimuleren van een positieve basishouding.

4 Informeren en accepteren

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de tweede vragenlijst gepresenteerd. De vragenlijst was gericht op de factoren op individueel-, team- en organisatieniveau die de disseminatie van de beoogde verandering kunnen beïnvloeden. De disseminatiefase omvat de oriëntatie-, inzicht- en acceptatiefase. Aan het eind van deze fase moeten de medewerkers op de hoogte zijn van de geplande veranderingen, zij moeten kennis hebben van wat de veranderingen betekenen voor hun dagelijks handelen, en zij moeten een positieve attitude hebben, dat wil zeggen het doel en nut van de verandering onderschrijven. Het positief afsluiten van deze fase vergroot de kans dat medewerkers in de implementatie ook daadwerkelijk hun handelen gaan veranderen.

De resultaten worden voor beide organisaties afzonderlijk beschreven omdat de oordelen van medewerkers betrekking hebben op verschillende instrumenten. Er is per instrument een oordeel gevraagd aan de medewerkers die geacht worden om met het instrument te gaan werken. Hierdoor is het aantal respondenten kleiner dan in het vorige hoofdstuk. In paragraaf 4.1 worden de respons van GGZ NHN, de beoogde werkwijze na implementatie, en het oordeel van medewerkers over beïnvloedende factoren tijdens de disseminatiefase beschreven. In paragraaf 4.2 komen de resultaten van GGzE aan bod. In paragraaf 4.3 worden de belangrijkste resultaten samengevat en enkele conclusies getrokken.

4.1 Resultaten van GGZ NHN

4.1.1 *Respons*

Van de drie teams in NHN hebben 29 hulpverleners aangegeven een of beide instrumenten te gaan gebruiken. Enkele hulpverleners zullen maar een van de twee instrumenten gaan gebruiken waardoor de onderzoekspopulatie (N) per instrument verschilt: N=27 voor de HoNOS en N=24 voor de MANSA. Het streven van GGZ NHN is dat beide instrumenten in de drie teams worden geïmplementeerd.

De 2 personen die de HoNOS niet gaan gebruiken zijn ergotherapeuten. Zij krijgen via het multidisciplinair overleg (MDO) wel te maken met de instrumenten, maar zullen deze zelf niet afnemen. Daarnaast zijn er nog drie hulpverleners die aangegeven hebben de MANSA nog niet te gebruiken en ook niet wisten of ze de MANSA in de toekomst zouden gaan gebruiken. De vijf personen zijn niet meegenomen in de analyses. In de resultaatbeschrijving zijn alleen die hulpverleners meegenomen die aangegeven hebben het instrument reeds te gebruiken of in de nabije toekomst te gaan gebruiken.

Op het moment dat de vragenlijst werd uitgezet (mei 2004), werden de meetinstrumenten door geen van de hulpverleners gebruikt. In de drie teams is per juni 2004 officieel gestart met de meetinstrumenten.

4.1.2 *De beoogde werkwijze*

De HoNOS en de MANSa zijn in GGZ NHN geselecteerd om de effecten van de behandeling en begeleiding voor langdurig zorgafhankelijke cliënten te evalueren. Voor GGZ NHN zijn het “nieuwe” instrumenten die tot nu toe niet werden gebruikt. De instrumenten dienen door een casemanager of een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPVér) samen met de cliënt en vooraf aan de jaarlijkse cliëntbespreking ingevuld te worden. De individuele resultaten van cliënten worden opgenomen in het zorgplan (onderdeel cliëntendossier) en dienen als input voor de cliëntbespreking op basis waarvan de zorg- en hulpverleningsdoelen worden geëvalueerd en bijgesteld.

De resultaten van alle cliënten worden tevens samen gevoegd zodat er een beeld ontstaat van de resultaten op afdelingsniveau. Praktisch is besloten dat het secretariaat de ingevulde meetinstrumenten ophaalt en invoert in een spreadsheet. De wetenschappelijk onderzoeker van de organisatie zal de resultaten op team en circuit niveau rapporteren.

4.1.3 *Het oordeel van medewerkers*

In het algemeen is aan de disseminatie gewerkt volgens het in Deel I beschreven stappenplan. De disseminatiefase is afgerond met gerichte informatieverspreiding over de instrumenten en een training. Voor de HoNOS is een halve trainingdag georganiseerd met een externe trainer. Voor de MANSa is geen specifieke training georganiseerd, maar is schriftelijke informatie verstrekt over het instrument en de procedure van invullen en verwerken. Deze informatie is bij aanvang van de metingen nog eens mondeling toegelicht in alle teams. Tabel 4.1 geeft een overzicht van het oordeel van medewerkers over de informatieoverdracht en de bekendheid met de ondersteuning vanuit de organisatie voorafgaande aan de feitelijke implementatie van de twee nieuwe meetinstrumenten.

Tabel 4.1 Het oordeel van hulpverleners over de informatieoverdracht en de bekendheid met de ondersteuning

GGZ Noord Holland Noord	HoNOS N=27 *	MANSa N=24*
	% ja	% ja
<i>Informatieoverdracht</i>		
Getraind in het gebruiken van het instrument	93	44
Voldoende schriftelijke informatie ontvangen	92	61
Procedure (wie wat wanneer moet doen) is voldoende duidelijk	78	70
<i>Weten wie ondersteuning verleent bij:</i>		
- problemen	93	100
- elektronisch invoeren ¹ (n=13 en n=10)	69	80
- het interpreteren/ analyseren ¹ (n=22 en n=20)	86	90

¹ Deze stelling kent een NVT optie waardoor de N afwijkt

* N varieert enigszins per item daar niet iedere hulpverlener iedere stelling heeft beantwoord

In tabel 4.1 is te zien dat bijna alle medewerkers (93%) aangeven dat zij getraind zijn in het gebruiken van de HoNOS en dat zij voldoende schriftelijke informatie over het instrument hebben ontvangen. Drie kwart van de medewerkers is de procedure voor het

toepassen van de HoNOS duidelijk.

Het oordeel van medewerkers over de introductie van de MANSa wijkt af van het oordeel over de HoNOS. In de tabel is te zien dat twee derde van de medewerkers voldoende schriftelijke informatie vooraf heeft ontvangen. Vaker dan bij de HoNOS is bij de MANSa bekend waar medewerkers terecht kunnen als zij ondersteuning nodig hebben bij het gebruiken van het instrument.

4.1.4 *Factoren op teamniveau*

Naast de factoren op organisatieniveau kunnen factoren op teamniveau bevorderend werken. Op teamniveau speelt de houding van het management, de leidinggevende en de collega's een rol bij de implementatie. Medewerkers die in principe positief tegenover het toepassen van de instrumenten staan, kunnen "tegengewerkt" worden door collega's of de leiding/management. Het is veel moeilijker om een nieuw instrument te gaan gebruiken als er vanuit de omgeving weerstand optreedt of onvoldoende motivatie is.

Tabel 4.2 Overzicht van de houding van management, leiding en collega's over de twee instrumenten

GGZ Noord Holland Noord	HoNOS N=27 * % ja	MANSa N=24 * % ja
<i>Leidinggevende</i>		
Stimulatie leidinggevende tot gebruik instrument	77	77
De leidinggevende vindt het belangrijk om het instrument te gebruiken	100	100
<i>Collega's</i>		
Stimulatie van collega's tot instrument gebruik	52	46
Collega's vinden het belangrijk om het instrument te gaan gebruiken	52	55
<i>Management</i>		
Voldoende betrokken door het management bij de instrumentkeuze	35	30
<i>Clënten</i>		
Verwachting dat cliënten het instrument als te belastend ervaren	35	41
Verwachting dat cliënten medewerking weigeren	37	36

* N varieert per item daar niet iedere hulpverlener iedere stelling heeft beantwoord

Uit tabel 4.2 blijkt dat veel leidinggevend en het toepassen van de twee instrumenten stimuleert en belangrijk vindt. De stimulans die uit zou kunnen gaan van collega's is minder groot. De helft van de medewerkers geeft aan dat collega's hen stimuleren om het instrument te gaan gebruiken of het belangrijk vinden dat het instrument wordt gebruikt. Een derde van de medewerkers is van mening dat het management hen voldoende heeft betrokken bij de keuze van de twee instrumenten. In de literatuur wordt dit als een van de belangrijkste succesfactoren gezien: medewerkers moeten van begin af aan inspraak hebben in de verandering en betrokken worden bij besluiten.

Ruim een derde van de medewerkers verwacht dat cliënten de instrumenten als te belastend zullen gaan ervaren en dat cliënten medewerking zullen gaan weigeren.

4.1.5 Factoren op individueel niveau

Op individueel niveau spelen factoren zoals kennis, opvattingen, vaardigheden, motivatie en verwachtingen een rol bij de implementatie. Uiteindelijk moeten de medewerkers hun handelen aanpassen. In het begin betekent dit dat extra werk verzet moet worden omdat men oude routines moet doorbreken. Dit kost extra tijd en inzet die men alleen bereid is op te brengen als men de meerwaarde van het toepassen van de instrumenten ziet. In Tabel 4.3 wordt een overzicht gegeven van de oordelen van medewerkers over de eerder genoemde factoren.

Tabel 4.3 Overzicht van succesbepalende factoren op individueel niveau voor GGZ NHN

GGZ Noord Holland Noord	HoNOS N=27* % ja	MANSA N=23* % ja
Vaardigheden		
Voldoende geschoold / getraind in het gebruiken van het instrument	85	42
Voldoende vaardigheden om het instrument te gebruiken	82	79
Kennis		
Weten wanneer het instrument te gebruiken	89	92
Weten hoe het instrument te gebruiken	100	87
Duidelijk waarom het instrument te gebruiken	89	92
Duidelijk hoe ik de informatie kan toepassen om de kwaliteit van zorg te verbeteren	59	58
Duidelijk hoe onze afdeling de informatie kan toepassen om de kwaliteit van zorg te verbeteren	48	50
Duidelijk hoe de organisatie de informatie kan toepassen om de kwaliteit van zorg te verbeteren	44	42
Opvattingen/ mening		
Het instrument is duidelijk	81	86
De vernieuwing is positief	84	86
Het instrument is nuttig om de kwaliteit van zorg te verbeteren	80	81
Het is nuttig om het gebruik door individuele hulpverleners te evalueren	72	78
Informatie krijgen waar je als hulpverlener wat aan hebt voor de cliëntenzorg	85	83
Motivatie		
Achter de keuze van het instrument staan	74	80
Achter de keuze van de procedure rondom het instrumentgebruik staan	71	71
Verwachtingen		
Verwachting dat het instrument extra tijd vraagt	89	79
Verwachting dat het instrument te veel verandering vraagt in huidige manier van werken	15	13

* N varieert per item daar niet iedere hulpverlener iedere stelling heeft beantwoord

Van de medewerkers geeft 85% aan dat men voldoende geschoold is en de vaardigheden bezit om de instrumenten toe te passen. Voor de MANSA ligt dit percentage lager: 42% en 79%.

De meeste medewerkers zijn van mening dat zij voldoende weten wie, wanneer en

waarom de instrumenten moeten worden toegepast. Circa de helft van de medewerkers weet hoe men de informatie die men via de HoNOS en de MANSa verkrijgt kan toepassen om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Ten aanzien van beide instrumenten zijn de medewerkers positief en zijn zij gemotiveerd om de instrumenten te gaan gebruiken. De meeste medewerkers verwachten ook dat het toepassen van de instrumenten extra tijd zal kosten, maar dat het niet te veel verandering vraagt in de huidige manier van werken.

4.2 Resultaten van GGzE

4.2.1 Respons

Op basis van het feit dat niet iedere hulpverlener alle instrumenten gebruikt of gaat gebruiken varieert de onderzoekspopulatie (N) van instrument tot instrument. Van de deelnemende teams gaan 38 hulpverleners de GIP gebruiken. Het gaat om alle hulpverleners uit de teams 5, 6 en 7 met uitzondering van twee personen. Deze twee personen gaven aan geen van de drie instrumenten te gaan gebruiken. De hulpverleners uit team 4 (N= 12) gaan de EDIZ gebruiken. De CST wordt eveneens door de hulpverleners uit team 4 gebruikt als ook door een aantal hulpverleners uit de andere teams. In totaal gaan 15 personen de CST gebruiken.

Voor een deel van de hulpverleners van Ggze zijn de GIP en de CST niet nieuw. De instrumenten worden al in beperkte mate gebruikt wat het oordeel over de instrumenten enigszins kan vertekenen. Met het onderhavige project wil men de implementatie van de twee instrumenten een nieuwe impuls geven zodat deze een structurele plaats krijgen in de behandelcyclus van cliënten. In tegenstelling tot de CST en GIP is de EDIZ voor iedereen nieuw.

4.2.2 Het oordeel van medewerkers

Net als voor GGZ NHN wordt in de navolgende drie tabellen weergegeven in welke mate de medewerkers van GGzE voorbereid zijn op de implementatiefase. Hierbij wordt vooral gekeken naar de mate waarin medewerkers geïnformeerd zijn, zij zich gesteund voelen door leidinggevende en collega's, en de noodzakelijke kennis, vaardigheden en motivatie aanwezig is. Een overzicht van de onderzochte factoren op organisatieniveau is te zien in tabel 4.4.

Uit de tabel blijkt in het algemeen dat het oordeel van de medewerkers verschilt tussen de instrumenten. De meeste medewerkers hebben schriftelijke informatie ontvangen over de EDIZ, terwijl dat bij de GIP circa de helft van de medewerkers is. De procedure over "wie wat wanneer moet doen" is duidelijker voor de CST en de EDIZ dan voor de GIP. De meeste medewerkers weten waar zij bij problemen terecht kunnen. Voor sommigen is de ondersteuning bij het elektronisch invoeren minder duidelijk.

Tabel 4.4 Het oordeel van hulpverleners over de informatieoverdracht en de bekendheid met de ondersteuning

GGZ Eindhoven en de Kempen	GIP N=38*	CST N=15*	EDIZ N=12*
	% ja	% ja	% ja
<i>Informatieoverdracht</i>			
Getraind in het gebruiken van het instrument	47	60	58
Voldoende schriftelijke informatie ontvangen	54	73	83
Procedure (wie wat wanneer moet doen) is duidelijk	66	80	83
<i>Weten wie ondersteuning verleent bij:</i>			
- problemen	95	100	83
- elektronisch invoeren ¹ (n=32; n=13; n=11)	72	69	91
- het interpreteren/ analyseren ¹ (n=33; n=14; n=12)	82	100	83

¹ Deze stelling kent een NVT optie waardoor de N afwijkt

* N varieert per item daar niet iedere hulpverlener iedere stelling heeft beantwoord

4.2.3 **Factoren op teamniveau**

Het teamniveau is naast het individuele niveau het meest bepalend als het gaat om het daadwerkelijk aanpassen van het dagelijks handelen. Het welslagen van de implementatie is daarmee afhankelijk van de sfeer binnen het team en de stimulans die uitgaat van management, leidinggevende en collega's. Tabel 4.5 laat zien in hoeverre er zichtbaar en voelbaar draagvlak is in de ogen van de medewerkers.

Tabel 4.5 Overzicht van de houding van management, leiding en collega's over de twee instrumenten

GGZ Eindhoven en de Kempen	GIP N=38*	CST N=15*	EDIZ N=12*
	% ja	% ja	% ja
<i>Leidinggevende</i>			
Leidinggevende stimuleert gebruik instrument	78	80	83
Leidinggevende vindt toepassen instrument belangrijk	95	100	100
<i>Collega's</i>			
Collega's stimuleren gebruik instrument	64	80	75
Collega's vinden toepassen van het instrument belangrijk	94	100	82
<i>Management</i>			
Management heeft medewerker voldoende betrokken bij de instrumentkeuze	29	43	27
<i>Verwachting dat cliënten ...</i>			
- het instrument als te belastend ervaren	6	0	17
- medewerking weigeren	11	0	8

* N varieert per item enigszins omdat niet iedere hulpverlener een stelling heeft beantwoord

In tabel 4.5 is te zien dat zowel de leidinggevendenden als de collega's het toepassen van de geselecteerde instrumenten belangrijk vinden. De instrumentkeuze kan dus bij de meeste medewerkers op draagvlak rekenen, ondanks het feit dat maar een derde van de medewerkers aangeeft dat het management hen voldoende betrokken heeft bij de instrumentkeuze.

Meer dan twee derde van de medewerkers geeft aan dat leidinggevende en collega's het toepassen van de instrumenten stimuleren. Een dergelijke stimulans is aan het begin van een nieuw implementatietraject van belang omdat men de drempel over moet om de oude routines te doorbreken.

De meeste hulpverleners verwachten geen te grote belasting van de cliënt door de instrumenten. Relatief meer medewerkers verwachten dat de EDIZ als belastend zal worden ervaren. Met de EDIZ is nog geen ervaring opgedaan, waardoor een oordeel moeilijker te geven is.

Ook wordt door de meerderheid van de medewerkers niet verwacht dat cliënten medewerking zullen geweigeren. Bij de CST verwacht niemand dat cliënten de medewerking zullen weigeren.

4.2.4 Factoren op individueel niveau

Ten slotte zijn individuele factoren zeer bepalend voor een veranderingstraject. Gezien de positieve resultaten op teamniveau kan verwacht worden dat ook de individuele motivatie positief is. In tabel 4.6 worden de oordelen van medewerkers weergegeven over kennis, vaardigheden en attitudes.

Uit de tabel blijkt dat 47% van de medewerkers vindt dat hij/zij voldoende geschoold is in het toepassen van de GIP, 80% voelt zich voldoende geschoold voor het toepassen van de CST en 83% geeft dit aan voor de EDIZ. Drie kwart van de hulpverleners heeft voldoende vaardigheden voor het gebruiken van de GIP, en alle hulpverleners zijn van mening dat zij de CST en de EDIZ kunnen gebruiken.

De oordelen van de medewerkers over wanneer, hoe en waarom de instrumenten gebruikt moeten worden, wordt eveneens door de meeste medewerkers positief beantwoord. Veel minder duidelijk is het voor medewerkers hoe zij de informatie die zij verkrijgen via de EDIZ kunnen gebruiken om de kwaliteit van zorg op individueel, team en organisatieniveau te verbeteren. De informatie die men verkrijgt via de CST geeft medewerkers naar verwachting de meeste aanknopingspunten om de zorg te verbeteren. De opvattingen van medewerkers over de instrumenten verschillen enigszins, maar zijn zeer positief te noemen gezien het hoge percentage medewerkers dat achter de keuze van de instrumenten staat. De CST wordt van de drie instrumenten het beste beoordeeld.

Ten slotte verwacht een deel van de medewerkers dat het toepassen van de instrumenten extra tijd zal gaan kosten. Relatief meer medewerkers verwachten dat van de EDIZ. Maar een enkele medewerker verwacht dat het implementeren van de drie instrumenten een te grote verandering vraagt in het dagelijkse werken.

Tabel 4.6 Overzicht van succesbepalende factoren op individueel niveau voor GGzE

GGZ Eindhoven en de Kempen	GIP	CST	EDIZ
	N=38* % ja	N=15* % ja	N=12* % ja
Vaardigheden			
Voldoende geschoold in het gebruiken van het instrument	47	80	83
Voldoende vaardigheden om het instrument te gebruiken	76	100	100
Kennis			
Weten wanneer het instrument te gebruiken	82	93	100
Weten hoe het instrument te gebruiken	78	93	100
Duidelijk waarom het instrument te gebruiken	90	100	92
Duidelijk hoe ik de informatie kan toepassen om de kwaliteit van zorg te verbeteren	66	100	33
Duidelijk hoe de afdeling de informatie kan toepassen om de kwaliteit van zorg te verbeteren	62	87	33
Duidelijk hoe de organisatie de informatie kan toepassen om de kwaliteit van zorg te verbeteren	46	64	42
Opvattingen/mening			
Het instrument is duidelijk	71	100	83
De vernieuwing is positief	91	100	83
Het instrument is nuttig om de kwaliteit van zorg te verbeteren	97	100	75
Het is nuttig om het gebruik door individuele hulpverleners te evalueren	72	79	67
Informatie krijgen waar je als hulpverlener wat aan heb voor de cliëntenzorg	91	100	73
Motivatie			
Achter de keuze van het instrument staan	91	93	82
Achter de keuze van de procedure rondom het instrumentgebruik staan	94	100	92
Verwachting dat het instrument ...			
- extra tijd vraagt	44	20	58
- te veel verandering vraagt in huidige manier van werken	6	0	0

* N varieert per item daar niet iedere hulpverlener iedere stelling heeft beantwoord

4.3 Conclusie

In beide instellingen kunnen de gekozen instrumenten op draagvlak rekenen van de medewerkers. Men voelt zich gesteund en gestimuleerd door leidinggevende en collega's, men heeft het gevoel over voldoende vaardigheden te beschikken om de instrumenten toe te passen, en men heeft het idee dat de vernieuwing positief is en geschikt om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Alles bij elkaar kan de disseminatiefase in beide organisaties positief worden afgesloten. De medewerkers voldoen aan de eisen: men is op de hoogte, men heeft kennis, en men ziet het nut van de verandering.

Op onderdelen zijn er zoals hiervoor uit de resultaten is gebleken verschillen tussen de instrumenten. Om de implementatie zo goed mogelijk te laten slagen, is het goed om

tijdens de implementatiefase aan de iets minder positief beoordeelde punten te werken. Voorbeelden zijn de duidelijkheid omtrent de ondersteuning bij het elektronisch invoeren, de training van de MANSA, de toepasbaarheid van de resultaten van de EDIZ, de verwachte belasting voor cliënten en als gevolg hiervan het weigeren van deelname.

Een onverwacht resultaat is het oordeel van medewerkers over de mate waarin het management hen heeft betrokken bij de keuze van de instrumenten aan de ene kant en het positieve oordeel over de vernieuwing en de instrumenten aan de andere kant. In de literatuur wordt aangegeven dat het van groot belang is om de betrokkenen bij een implementatie zo vroeg mogelijk te betrekken om draagvlak te creëren. Ook in dit project was ernaar gestreefd. Nu geven de resultaten aan dat medewerkers zich onvoldoende gehoord en betrokken voelen bij de keuze van de instrumenten, maar schijnt dit gegeven niet van invloed te zijn op hun oordeel over de instrumenten zelf en hun bereidheid daarmee aan de slag te gaan. Mogelijk is het betrokken worden bij de keuze toch minder bepalend voor het draagvlak dan tot nu toe werd verwacht, of het management van deze twee organisaties heeft goed ingeschat waar de medewerkers behoefte aan hadden.

5 Implementeren en verankeren

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de implementatiefase beschreven. Aan de medewerkers die de nieuwe instrumenten moeten gebruiken is circa een half jaar na de geplande startdatum van de nieuwe werkwijze opnieuw gevraagd hun oordeel te geven over de ondersteuning vanuit de organisatie, het draagvlak van leidinggevende en collega's, de eigen vaardigheden en motivatie, en de eerste ervaringen. Tevens is gevraagd bij hoeveel cliënten men de instrumenten heeft toegepast.

Een deel van de vragen is gelijk aan de vragen die voorafgaand aan de implementatie zijn gesteld. Dit is om twee redenen gedaan. Ten eerste kan nu worden nagegaan of de informatieoverdracht, de kennis omtrent de instrumenten en de eigen vaardigheden zijn toegenomen. Ten tweede kan worden nagegaan in hoeverre de verwachtingen in positieve of negatieve zin zijn uitgekomen.

In paragraaf 5.1 worden de resultaten van GGZ NHN beschreven, in paragraaf 5.2 volgen de resultaten van GGzE. In paragraaf 5.3 worden weer enkele conclusies getrokken.

5.1 Resultaten GGZ NHN

Van de 30 hulpverleners die de vragenlijst hebben ingevuld hebben 23 hulpverleners aangegeven de instrumenten te gebruiken in de directe zorg- en hulpverlening. De 7 hulpverleners die de instrumenten niet gebruiken zijn hulpverleners met een management functie en of een ondersteunende functie als ergotherapeut. Beide functies komen wel indirect in aanraking met de instrumenten, bijvoorbeeld bij de cliëntbespreking tijdens het multidisciplinair overleg (MDO).

De 23 hulpverleners die de HoNOS en de MANSA gebruiken, zijn ermee begonnen tussen juni en september 2004, circa twee tot vijf maanden later dan in eerste instantie gepland.

De startdatum en de hoeveelheid cliënten bij wie de hulpverlener de HoNOS en de MANSA afneemt, hangt af van het moment dat de cliënten besproken worden in het MDO. De afname van de instrumenten is direct gekoppeld aan het MDO en daarmee geïntegreerd aan het zorgproces. Cliënten bij wie de instrumenten niet zijn afgenomen, kunnen in principe niet in het MDO worden besproken.

Op het moment van deze evaluatie hebben de meeste hulpverleners de instrumenten bij twee tot vier cliënten gebruikt (range 0 tot 26). Een vijf tal hulpverleners geeft aan de instrumenten bij minder cliënten afgenomen te hebben dan beoogd. Dit kwam door tijdsdruk, onvoldoende voorbereiding en non-participatie van cliënten. Het oordeel van de medewerkers is derhalve een eerste indruk en heeft derhalve betrekking op minder cliënten dan vooraf gepland (Tabel 5.1).

Tabel 5.1 Oordeel van medewerkers op basis van eerste ervaringen met cliënten in GGZ NHN

GGZ Noord Holland Noord	HoNOS	MANSA
	N=23	N=23
	% ja	% ja
Procedures (wie wat wanneer moet doen) zijn praktisch uitvoerbaar	62	62
Verzamelde gegevens worden teruggekoppeld naar het team	30	26
Ervaringen met het instrument worden geëvalueerd	26	26
Leidinggevende ondersteunt bij het gebruiken van het instrument	55	55
Leidinggevende bespreekt voortgang van implementatie in het team	57	57
Collega's ondersteunen bij het gebruiken van het instrument	55	55
Ik gebruik het instrument volgens de afgesproken procedure	74	74
Het instrument is ingepast in de dagelijkse manier van werken	35	35
Ik voel me betrokken bij de vernieuwing	61	65
Ik blijf het instrument in de toekomst gebruiken	76	76

In de tabel is te zien dat de twee meetinstrumenten nagenoeg gelijk worden beoordeeld. Twee derde van de medewerkers is van mening dat de procedures in de praktijk uitvoerbaar zijn. Medewerkers voelen zich betrokken bij de vernieuwing en zijn van plan de twee instrumenten ook in de toekomst te blijven gebruiken. Nog weinig ervaring is opgedaan met het terugkoppelen van de verzamelde gegevens of het evalueren van de instrumenten. Beide activiteiten horen bij het verankeren en borgen van de vernieuwing. Terugkoppeling en evaluatie kan plaatsvinden op het niveau van individuele patiënten (dit vindt plaats tijdens het MDO) en op het niveau van een team of doelgroep. Het laatste is nodig om het zorgproces of instellingsbeleid beargumenteerd bij te stellen. Een punt van aandacht is dat pas een derde van de medewerkers aangeeft dat de instrumenten ingepast zijn in de dagelijkse manier van werken. Dat betekent dat dit nog niet het geval is bij twee derde van de medewerkers.

5.1.1 *Verschillen in oordeel voor en na de implementatie*

In hoofdstuk 3 is uitgebreid ingegaan op de factoren op organisatie-, team- en individueel niveau die de implementatie positief dan wel negatief kunnen beïnvloeden. In hoofdstuk 4 was het oordeel van de medewerkers grotendeels gebaseerd op verwachtingen die tijdens de disseminatiefase zijn geweekt. Nu de medewerkers de eerste eigen ervaringen hebben opgedaan met de nieuwe werkwijze, kunnen zij een meer onderbouwd oordeel geven over nut en haalbaarheid van de implementatie. Bij vragen die zowel voor als na de implementatie zijn gesteld (in de tweede en de derde vragenlijst) wordt achter het percentage medewerkers dat een bepaalde vraag met "ja" heeft beantwoord aanvullend met een "+" aangegeven of het percentage medewerkers dat de vraag met ja heeft beantwoord met meer dan 5% is gestegen. Met een "-" wordt een daling van meer dan 5% aangegeven. Ten slotte wordt met een "0" aangegeven als er geen of een kleine verandering heeft plaatsgevonden.

Tabel 5.2 Het oordeel van hulpverleners over informatieoverdracht en ondersteuning

GGZ Noord Holland Noord	HoNOS N=23* % ja	MANSA N=23* % ja
<i>Informatieoverdracht</i>		
Getraind in het gebruiken van het instrument	70 (-)	74 (+)
Voldoende schriftelijke informatie ontvangen	86 (-)	86 (+)
Procedures (wie wat wanneer moet doen) zijn duidelijk	70 (-)	83 (+)
<i>Voldoende ondersteuning gehad bij:</i>		
- problemen in het gebruik	65	63
- elektronisch invoeren ¹ (n=17 en n=16)	39	38
- het interpreteren/ analyseren ¹ (n=13)	48	49

¹ Deze stelling kent een NVT optie waardoor de N afwijkt

* N varieert daar niet iedere hulpverlener iedere stelling heeft beantwoord

In de tabel is te zien dat 70% van de medewerkers vindt dat men voldoende is getraind in het gebruiken van de HoNOS. Dit zijn minder medewerkers dan voor de implementatie (weergegeven met het “-” in haakjes). Na het gebruiken van de instrumenten kan blijken dat men toch minder goed voorbereid is dan men eerst heeft gedacht. Direct na een training kan men het gevoel hebben voldoende over een instrument te weten. In de dagelijkse praktijk kan vervolgens blijken dat men nog vaardigheden of informatie mist. De procedures kunnen bij nader inzien ook minder duidelijk zijn dan eerst verondersteld. Uit de tabel blijkt dat het aantal medewerkers dat goed op de hoogte is van de MANSA is toegenomen, vergeleken met de voormeting.

Twee derde van de medewerkers geeft aan voldoende ondersteuning te hebben gehad bij het gebruiken van de instrumenten. Hetzelfde geldt voor ruim een derde van de medewerkers als het gaat om het elektronisch invoeren.

5.1.2 Factoren op teamniveau

Voorafgaande aan de implementatie gaven de meeste medewerkers aan zich gesteund te voelen door de leidinggevende en voor de helft ook door de collega's. Het is mogelijk dat deze steun sterker of minder sterk wordt nadat men feitelijk begint met het toepassen van de instrumenten. De steun door de directe omgeving bepaalt gedeeltelijk de motivatie van de individuele zorgverlener. In tabel 5.3 is te zien in welke mate medewerkers zich gesteund voelen, en of cliënten moeite hebben met de instrumenten.

Uit de tabel blijkt dat 91% van de medewerkers van mening is dat de leidinggevende positief is over de HoNOS en de MANSA. Het oordeel over de twee instrumenten is ten aanzien van alle vragen identiek. Eveneens blijkt dat de leidinggevende volgens de medewerkers positiever is over de instrumenten dan de collega's. Ondanks het positieve oordeel herinneren medewerkers elkaar niet altijd aan het toepassen van de instrumenten. Van de medewerkers heeft 22% ervaren dat cliënten de instrumenten als te belastend ervaren of dat cliënten weigeren medewerking te verlenen. Dit percentage is lager dan vooraf werd verwacht.

Tabel 5.3 De houding van leidinggevende, collega's en cliënten ten aanzien van de instrumenten in GGZ NHN

GGZ Noord Holland Noord	HoNOS	MANSa
	N=23*	N=23*
	% ja	% ja
<i>Mijn leidinggevende....</i>		
Is positief over het instrument	91	91
Herinnert mij eraan om het instrument te gebruiken	73	73
<i>Mijn collega's....</i>		
Zijn positief over het instrument	57	57
Herinneren mij eraan om het instrument te gebruiken	41	41
<i>Ik ervaar dat.....</i>		
cliënten het instrument als te belastend ervaren	22 (-)	22 (-)
veel cliënten weigeren medewerking te verlenen aan het invullen	18 (-)	18 (-)

* N varieert per item daar niet iedere hulpverlener iedere stelling heeft beantwoord

5.1.3 Factoren op individueel niveau

Voor de implementatie waren de meeste zorgverleners positief over hun eigen kennis en vaardigheden. Tevens zag circa de helft van de medewerkers hoe de kwaliteit van zorg verbeterd kon worden. Het oordeel over de twee instrumenten verschilde op diverse punten.

In onderstaande tabel wordt het oordeel weergegeven van de medewerkers nadat men de instrumenten een aantal maanden in de dagelijkse praktijk heeft kunnen toepassen.

Uit tabel 5.4 blijkt dat circa de helft van de medewerkers problemen ervaart met de procedure van de HoNOS. Met de procedure van de MANSa ervaart 41% van de medewerkers problemen. Meer dan een derde ervaart problemen met het invullen van de instrumenten en geeft aan dat het gebruik ervan veel verandering in de manier van werken vraagt. Dit percentage ligt hoger dan voor de implementatie. Daarentegen geeft 74% van de medewerkers aan dat de HoNOS en de MANSa veel extra tijd vraagt. Dit zijn minder medewerkers dan voor de implementatie.

Uit de tabel blijkt ook dat het percentage medewerkers dat weet waarom men het instrument dient te gebruiken is gestegen, en dat meer medewerkers dan voorheen weten hoe zij de verkregen informatie kunnen gebruiken om de kwaliteit van zorg op afdelingsniveau en voor individuele cliënten te kunnen verbeteren. Het oordeel van de medewerkers verschilt nauwelijks per instrument.

Tabel 5.4 Oordeel van medewerkers over kennis, vaardigheden en de meerwaarde van de instrumenten

GGZ Noord Holland Noord	HoNOS N=23* % ja	MANSA N=23* % ja
<i>Ik ervaar</i>		
Problemen met de procedure rondom het instrument	48	41
Problemen met het invullen van het instrument	39	39
Het gebruik vraagt veel extra tijd	74 (-)	70 (-)
Het gebruik vraagt veel verandering in mijn manier van werken	36 (+)	36 (+)
<i>Vaardigheden</i>		
Ik heb voldoende vaardigheden om het instrument te gebruiken	74 (-)	74 (-)
<i>Kennis</i>		
Ik weet waarom ik het instrument dien te gebruiken	100 (+)	100 (+)
Ik gebruik de verkregen informatie om de zorg aan de cliënt te verbeteren	87 (+)	87 (+)
Op de afdeling gebruiken wij de verkregen informatie om de zorg op afdelingsniveau te verbeteren	65 (+)	65 (+)
<i>Motivatie</i>		
Ik vind de vernieuwing positief	82 (0)	82 (0)
Ik ben overtuigd van het belang van het instrument voor de cliëntenzorg	70	65

* N varieert per item daar niet iedere hulpverlener iedere stelling heeft beantwoord

5.1.4 Algemeen oordeel

Ten slotte hebben de medewerkers een algemeen oordeel gegeven over het implementatieproces en de twee instrumenten. Op een schaal van 1 tot 10 beoordelen de medewerkers het implementatieproces gemiddeld met een 5,5 en de instrumenten met een 6,7.

Bij de interpretatie van de cijfers moet men in het achterhoofd houden dat het implementatieproces pas enkele maanden bezig is. Het gaat dus om het beginstadium waarbij alle opstartproblemen waarschijnlijk nog zwaar wegen en vers in het geheugen liggen.

5.2 Resultaten van GGzE

Van de 56 hulpverleners die de vragenlijst hebben ingevuld, gebruiken 13 personen de EDIZ, 15 personen de CST en 37 de GIP. De CST wordt vooral gebruikt door hulpverleners uit team 4. De GIP wordt vooral gebruikt in de teams 5, 6 en 7. De EDIZ wordt in principe in alle teams gebruikt. Zoals eerder vermeld, worden de CST en de GIP al langer gebruikt door een aantal hulpverleners. Voor deze personen zijn deze instrumenten dan ook niet meer geheel nieuw. Omdat de CST en de GIP nog onvoldoende in de instelling geïmplementeerd zijn, is ervoor gekozen beide instrumenten opnieuw in het kader van dit project te implementeren.

De 13 hulpverleners die aangeven de EDIZ te gebruiken doen dit vanaf januari 2004. De start van de dataverzameling is afhankelijk van de datum van scholing. Hierdoor varieert

het aantal cliënten waarbij de instrumenten gebruikt zijn. Een negental hulpverleners geeft aan bij minder cliënten dan bedoeld de instrumenten gebruikt te hebben. Sommige hulpverleners waren het toepassen van het instrument vergeten en in andere situaties was een mantelzorger niet bereid mee te werken.

Het oordeel van de medewerkers over de eerste ervaringen met de instrumenten is weergegevens in tabel 5.5.

Tabel 5.5 Oordeel van medewerkers op basis van eerste ervaringen met cliënten in GGzE

GGzE	GIP	CST	EDIZ
	N=37*	N=15	N= 13
	% ja	% ja	% ja
Procedures (wie wat wanneer moet doen) zijn praktisch uitvoerbaar	81	100	92
Verzamelde gegevens worden teruggekoppeld naar het team	54	100	54
Ervaringen met het instrument worden geëvalueerd	19	71	50
Leidinggevende ondersteunt bij het gebruiken van het instrument	57	67	54
Leidinggevende bespreekt voortgang van implementatie in het team	32	47	38
Collega's ondersteunen bij het gebruiken van het instrument	59	71	50
Het instrument is ingepast in de dagelijkse manier van werken	37	93	75
Ik voel me betrokken bij de vernieuwing	69	92	67
Ik blijf het instrument in de toekomst gebruiken	81	100	69

In tabel 5.5 is te zien dat 81% van de medewerkers die de GIP gebruiken aangeeft dat de procedure om de GIP toe te passen praktisch uitvoerbaar is. De procedure voor de CST is volgens 100% van de hulpverleners toepasbaar, en de procedure voor de EDIZ is volgens 92% van de hulpverleners toepasbaar. In de tabel is verder te zien dat de resultaten van de CST volgens alle hulpverleners teruggekoppeld worden naar het team. Voor de GIP en de EDIZ geldt dit maar voor de helft van de hulpverleners.

In het algemeen verschillen de oordelen over de drie instrumenten. Het oordeel over de CST is positiever dan het oordeel over de GIP en de EDIZ. De ervaringen met de GIP worden het minst geëvalueerd en ook de voortgang wordt het minst door de leidinggevende besproken. Mogelijk mede als gevolg daarvan is de GIP minder ingepast in de dagelijkse manier van werken.

5.2.1 *Verschillen in oordeel voor en na de implementatie*

Net als bij GGZ NHN zijn aan de hulpverleners van GGzE een aantal vragen over de wijze waarop men voorbereid is op de implementatie zowel voor als na de implementatie gesteld. In tabel 5.6 wordt het percentage medewerkers weergegeven dat een vraag met ja heeft beantwoord. Achter het percentage staat in haakjes een plus, min, of nul weergegeven. Als het percentage medewerkers dat een bepaalde vraag met "ja" heeft beantwoord met meer dan 5% is gestegen, staat in de haakjes een plus. Met een "-" wordt een daling van meer dan 5% aangegeven. Ten slotte wordt met een "0" aangegeven als er geen of een kleine verandering heeft plaatsgevonden.

Tabel 5.6 Het oordeel van hulpverleners over informatieoverdracht en ondersteuning

GGZ Eindhoven en de Kempen	GIP N=37* % ja	CST N=15* % ja	EDIZ N=13* % ja
<i>Informatieoverdracht</i>			
Getraind in het gebruiken van het instrument	60 (+)	87 (+)	92 (+)
Voldoende schriftelijke informatie ontvangen	64 (+)	93 (+)	92 (+)
Procedures (wie wat wanneer moet doen) zijn duidelijk	64 (0)	100 (+)	100 (+)
<i>Voldoende ondersteuning gehad bij:</i>			
- problemen met het gebruik ¹ (n=23; n=12; n=10)	61	100	90
- elektronisch invoeren ¹ (n=26; n=6; n=5)	35	67	60
- het interpreteren/ analyseren	37	100	69

¹ Deze stelling kent een NVT optie waardoor de N afwijkt

* N varieert enigszins per item daar niet iedere hulpverlener iedere stelling heeft beantwoord

In tabel 5.6 is te zien dat meer hulpverleners dan voorheen positief oordelen over de training, de schriftelijke informatie, en de duidelijkheid van de procedure. De GIP wordt relatief minder goed beoordeeld dan de andere twee instrumenten.

Tevens blijkt uit de tabel dat niet alle hulpverleners voldoende ondersteuning hebben ontvangen bij het gebruik van de instrumenten, het elektronisch invoeren of het interpreteren.

5.2.2 Factoren op teamniveau

De houding van de leidinggevende en de collega's worden als bepalend verondersteld voor de het (blijvend) implementeren van de nieuwe instrumenten. Indien maar een deel van de hulpverleners de instrumenten zou gaan gebruiken, zou op termijn het gebruik helemaal weer verwateren. Hetzelfde geldt voor de stimulans van de leidinggevende. Deze moet blijvend en actief laten zien dat het belangrijk is om de nieuwe instrumenten toe te passen. In tabel 5.7 is te zien hoe de hulpverleners denken over de houding van leidinggevende en collega's.

Uit de tabel blijkt dat volgens de hulpverleners de leidinggevendens positief zijn over de instrumenten. Lang niet alle hulpverleners ervaren dat de leidinggevende actief herinnert aan het gebruik van het instrumenten. Een vergelijkbaar beeld is te zien bij de houding van de collega's. Deze zijn overwegend positief, maar men helpt elkaar niet om de instrumenten te gaan gebruiken.

Minder positief is het grote aantal hulpverleners dat aangeeft dat de cliënten de GIP als te belastend ervaren. Twee derde van de hulpverleners heeft meegemaakt dat cliënten weigeren medewerking te verlenen. Weliswaar in mindere mate, maar ook voor de andere twee instrumenten geldt dat enkele hulpverleners aangeven dat cliënten de instrumenten als te belastend ervaren.

Tabel 5.7 De houding van leidinggevende, collega's en cliënten over de instrumenten

GGZ Eindhoven en de Kempen	GIP N=37* % ja	CST N=15* % ja	EDIZ N=13* % ja
<i>Mijn leidinggevende....</i>			
Is positief over het instrument	96	86	100
Herinnert mij eraan om het instrument te gebruiken	65	53	39
<i>Mijn collega's....</i>			
Zijn positief over het instrument	76	86	55
Herinneren mij eraan om het instrument te gebruiken	47	53	39
<i>Ik ervaar dat.....</i>			
cliënten het instrument als te belastend ervaren	67 (+)	7 (+)	25 (+)
veel cliënten weigeren medewerking te verlenen aan het invullen	69 (+)	0 (0)	0 (-)

* N varieert per item daar niet iedere hulpverlener iedere stelling heeft beantwoord

5.2.3 Factoren op individueel niveau

Op individueel niveau hangt het welslagen van de implementatie af van de kennis, vaardigheden, motivatie en opvattingen van de hulpverleners. In tabel 5.8 wordt hiervan een overzicht gegeven.

Bij de CST worden nagenoeg geen problemen ervaren rondom het invullen van het instrument en de procedures. Voor de GIP geeft een kwart en voor de EDIZ geeft een derde van de hulpverleners aan problemen te ervaren. Uit de tabel blijkt tevens dat de tijd die het kost om de instrumenten te gebruiken meevalt. Minder hulpverleners dan vooraf geven aan dat de instrumenten veel extra tijd vragen.

Van de hulpverleners geeft 72% tot 93% aan voldoende vaardigheden te hebben om de drie instrumenten te gebruiken en dit ook volgens de afgesproken procedure te doen.

De via de CST verkregen informatie wordt relatief vaker gebruikt om de zorg op cliëntniveau te verbeteren dan de informatie die via de andere twee instrumenten wordt verkregen. De meeste hulpverleners staan positief tegenover de implementatie en zij zijn ook bekend met de doelen. De hulpverleners zijn het meest overtuigd van het nut van de CST, al laten de minnetjes in de haakjes zien dat het aantal hulpverleners dat positief oordeelt enigszins is afgenomen vergeleken met de voormeting. Sommige hulpverleners weten minder goed dan vooraf ingeschat hoe zij de informatie uit de CST kunnen gebruiken om de zorg op individueel of afdelingsniveau te verbeteren. De informatie uit de EDIZ weten juist meer hulpverleners dan voorheen ingeschat te gebruiken.

Ondanks het algeheel positieve beeld is de opvatting van de hulpverleners over de instrumenten een punt van aandacht. Deze is vergeleken met de voormeting voor de GIP en de CST enigszins afgenomen en voor de EDIZ toegenomen.

Tabel 5.8 Oordeel van medewerkers over kennis, vaardigheden en de meerwaarde van de instrumenten

GGZ Eindhoven en de Kempen	GIP	CST	EDIZ
	N=37* % ja	N=15* % ja	N=13* % ja
<i>Ik ervaar</i>			
Problemen met de procedure rondom het instrument	27	7	33
Problemen met het invullen van het instrument	24	0	31
Het gebruik vraagt veel extra tijd	9 (-)	13 (-)	31 (-)
Het gebruik vraagt veel verandering in mijn manier van werken	3 (0)	7 (+)	8 (+)
<i>Vaardigheden</i>			
Ik heb voldoende vaardigheden om het instrument te gebruiken	72 (0)	93 (+)	92 (+)
<i>Kennis</i>			
Ik weet waarom ik het instrument dien te gebruiken	83 (-)	100 (0)	92 (0)
Ik gebruik de verkregen informatie om de zorg aan de cliënt te verbeteren	65 (0)	93 (-)	58 (+)
Op de afdeling gebruiken wij de verkregen informatie om de zorg te verbeteren	61 (0)	71 (-)	60 (+)
<i>Motivatie</i>			
Ik vind de vernieuwing positief	74 (-)	79 (-)	83 (+)
Ik ben overtuigd van het belang van het instrument voor de cliëntenzorg	71	93	69

* N varieert per item daar niet iedere hulpverlener iedere stelling heeft beantwoord

5.2.4 Algemeen oordeel

Ten slotte hebben de medewerkers van GGzE een algemeen oordeel gegeven over het implementatieproces en de drie instrumenten. Op een schaal van 1 tot 10 beoordelen de medewerkers het implementatieproces van de CST met een 7,8 het meest positief. De GIP scoort met gemiddeld een 6 lager. Van de drie instrumenten wordt de CST door de hulpverleners het meest gewaardeerd.

Bij de interpretatie van de cijfers moet men in het achterhoofd houden dat het implementatieproces pas enkele maanden bezig is. Het gaat dus om het beginstadium waarbij alle opstartproblemen waarschijnlijk nog zwaar wegen en vers in het geheugen liggen.

Tabel 5.9 Algemeen oordeel van hulpverleners van GGzE

GGZ Eindhoven en de Kempen	GIP	CST	EDIZ
	Gemiddelde cijfer	Gemiddelde Cijfer	Gemiddelde cijfer
Waardering van het implementatieproces	6 (N=29)	7,8 (N=14)	6,7 (N=12)
Waardering voor het instrument	6,8 (N=31)	7,6 (N=15)	6,5 (N=13)

6 Samenvatting en aanbevelingen

In de voorgaande hoofdstukken zijn de resultaten van het evaluatie onderzoek op teamniveau beschreven. Uit de resultaten moet blijken in hoeverre de twee instellingen er feitelijk in geslaagd zijn de gekozen meetinstrumenten te implementeren en te verankeren in de reguliere bedrijfsvoering. Bij GGZ NHN gaat het om het implementeren van de HoNOS en de MANSA, bij GGzE om de GIP, de CST en de EDIZ.

Het implementeren en verankeren van kwaliteitsmeetinstrumenten en het gebruiken van uitkomstindicatoren om de zorgverlening te sturen en te beoordelen is nog geen gemeengoed in GGZ-instellingen. Onder het begrip implementatie wordt verstaan: het procesmatig en planmatig invoeren van vernieuwingen en /of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het individueel (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van de organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg/ maatschappij (ZonMw, 1997). Het begrip procesmatig verwijst hierbij naar de verschillende fases die te onderscheiden zijn om tot een verandering te komen, te weten: de disseminatiefase en de implementatiefase.

Bij de disseminatiefase gaat het om activiteiten gericht op het informeren van de doelgroep zodat men begrijpt wat de verandering inhoudt en men er positief tegenover gaat staan. De uitkomsten van disseminatie worden beschreven in termen van geïnformeerd zijn, kennis bezitten, en een positieve attitude hebben ten opzichte van de verandering. Hiermee komt de disseminatiefase overeen met de hierboven beschreven oriëntatie-, inzicht- en acceptatiefase.

De implementatiefase is gericht op het feitelijk toepassen en verankeren van de verandering. Met verankering wordt bedoeld dat de veranderde manier van werken een vaste plaats krijgt in het routinematig handelen van hulpverleners. De uitkomsten van implementatie kunnen worden afgemeten aan de mate waarin bijvoorbeeld meetinstrumenten daadwerkelijk worden gebruikt en de mate waarin de eerder gestelde doelen worden behaald.

De uitkomst van de disseminatie- en implementatiefase kan door diverse factoren in positieve of negatieve zin beïnvloed worden. Inzicht in de beïnvloedende factoren maakt het mogelijk de resultaten van de implementatie te verklaren en aanknopingspunten voor verbetering aan te wijzen.

Methode

Op drie belangrijke momenten binnen het implementatietraject is aan de medewerkers van de deelnemende teams gevraagd naar het leer- en samenwerkingsklimaat binnen de teams, in welke mate zij achter de gekozen meetinstrumenten en de geplande veranderingen staan, en ten slotte, wat de eerste ervaringen zijn met het in de praktijk brengen van de nieuwe werkwijze. Met de motivatie en de bereidheid van medewerkers staat of valt uiteindelijk de implementatie en borging.

Bij de interpretatie van de beschreven resultaten is het van belang te bedenken dat het implementatieproces pas enkele maanden bezig is. Het gaat dus om het beginstadium waarbij opstartproblemen waarschijnlijk nog zwaar wegen en vers in het geheugen liggen. Desondanks kan al een indruk worden verkregen over de kans van borging en de vraag of de hulpverleners door zullen gaan met de nieuwe instrumenten ook al is de formele begeleiding vanuit de onderzoekers afgerond.

De uitgangspositie: het leer- en samenwerkingsklimaat

Vanuit de literatuur is bekend dat het veranderen van een bestaande werkwijze veelal moeizaam verloopt. Ook al zijn best practices bekend, dan nog wil dat niet zeggen dat hulpverleners deze (meteen) in de praktijk toe gaan passen. Verder is bekend dat het eenmalig aanpassen van een werkwijze makkelijker gaat dan blijvend werkelijk te veranderen.

Voor het implementatietraject zijn twee GGZ instellingen gekozen van wie, gezien eerdere projecten en ervaringen, verwacht kon worden dat zij draagvlak zouden kunnen creëren voor de beoogde verandering, namelijk het implementeren van meetinstrumenten om de uitkomsten van zorg te meten, te evalueren en te verbeteren.

De vraag voor het evaluatieonderzoek was in hoeverre de deelnemende teams aan de randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie voldoen. Tevens is gekeken naar verschillen tussen de twee organisaties en tussen de teams.

De twee proefinstellingen scoren beide voldoende op de aspecten leerklimaat, samenwerkingsklimaat en leiderschap. Het aspect leerklimaat scoort in beide organisaties iets minder hoog. Het grootste verschil is te zien in het oordeel over het leiderschap. De medewerkers in NHN zijn hierover positiever dan de medewerkers van GGzE.

De meeste verschillen zijn echter binnen de organisatie en tussen de teams te vinden. In beide organisaties zijn er teams die een duidelijk betere uitgangspositie hebben. Het leerklimaat is in deze teams meer open, men is meer gewend om met nieuwe informatie om te gaan en men heeft een leidinggevende die luistert, ruimte geeft en zich als coach opstelt. In beide organisaties nemen ook teams deel die minder tevreden zijn over de leidinggevende, men minder open staat voor veranderingen en men zich ook minder kwetsbaar op durft te stellen.

De kans van slagen van de beoogde implementatie is dus niet in alle teams even groot. Aan de teams met een minder goede uitgangspositie zou gedurende het implementatieproces extra aandacht besteed moeten worden.

Evaluatie van de disseminatiefase

Bij het evalueren van de disseminatiefase is het van belang na te gaan in hoeverre er op voorhand sprake is van succes- en faalfactoren voor de implementatie. Deze factoren kunnen spelen op het niveau van de organisatie, het team en het individu.

De resultaten van het onderzoek laten zien dat de gekozen instrumenten in beide instellingen op draagvlak kunnen rekenen van de medewerkers. Men voelt zich gesteund en gestimuleerd door leidinggevende en collega's, men heeft het gevoel over voldoende vaardigheden te beschikken om de instrumenten toe te passen, en men heeft het idee dat de vernieuwing positief is en geschikt om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Alles bij

elkaar is de disseminatiefase in beide organisaties positief afgesloten. De medewerkers voldoen aan de eisen: men is op de hoogte, men heeft kennis, en men ziet het nu van de verandering.

Alleen op onderdelen zijn er verschillen tussen de instrumenten. Om de implementatie zo goed mogelijk te laten slagen, is het goed om tijdens de implementatiefase aan de iets minder positief beoordeelde punten te werken. Voorbeelden zijn de duidelijkheid omtrent de ondersteuning bij het elektronisch invoeren, de training van de MANSA, de toepasbaarheid van de resultaten van de EDIZ, de verwachte belasting voor cliënten en als gevolg hiervan het weigeren van deelname.

Evaluatie van de implementatiefase

Enkele maanden na aanvang van de implementatiefase is aan de medewerkers van de deelnemende teams een eerste oordeel gevraagd. Dit oordeel had betrekking op de vraag of de medewerkers de instrumenten daadwerkelijk gaan gebruiken en de eerste ervaringen met het toepassen van de instrumenten. Tevens is stilgestaan bij de eigen kennis, vaardigheden en motivatie om de instrumenten te blijven gebruiken.

De medewerkers van GGZ NHN en GGzE hebben een algemeen oordeel gegeven over het implementatieproces en de instrumenten. Op een schaal van 1 tot 10 beoordelen de medewerkers van GGZ NHN het implementatieproces gemiddeld met een 5,5 en de instrumenten met een 6,7. De medewerkers van GGzE beoordelen het implementatieproces gemiddeld met een 6,8 en de instrumenten met een 6,9. Bij GGzE worden er grotere verschillen gevonden in oordeel tussen de instrumenten dan bij GGZ NHN.

Beide GGZ instellingen zijn er in geslaagd de gekozen instrumenten te implementeren. Over het algemeen kan de implementatie nog steeds op draagvlak rekenen bij de medewerkers. Na de eerste maanden zijn er meevallers en tegenvallers. Zo val de extra tijd die het kost om de instrumenten in GGzE te gebruiken mee, terwijl men minder dan verwacht feedback krijgt en weet hoe men de informatie kan gebruiken voor verbetering. Ook bij GGZ NHN kost het toepassen van de instrumenten volgens de medewerkers minder tijd dan men vooraf had verwacht. Tevens weigeren minder cliënten dan verwacht hun medewerking. Daarentegen moeten hulpverleners van GGZ NHN meer veranderen dan voorheen ingeschat om de instrumenten te verankeren in de dagelijkse manier van werken.

Voor het verdere verloop van het implementatieproces en de verankering in de organisatie is het van belang dat leidinggevend de medewerkers blijven ondersteunen, de voortgang meer dan nu bespreken en ook laten zien hoe de informatie op individueel, team en organisatieniveau gebruikt kan worden en ook gebruikt wordt. Gezien de inspanningen die beide GGZ instellingen verrichten om de gegevensverzameling op te nemen in de jaarlijkse planning en controle cyclus kan worden verwacht dat de borging van het gebruik van de instrumenten een goede kans van slagen heeft. Een nieuwe evaluatie na een jaar zou inzicht kunnen verschaffen in de mate van borging en de effecten op cliëntniveau.

Literatuur

- Avolio, B.J & B.M. Bass (2002), *Developing potential across a full range of leadership. Cases on transactional and transformational leadership*. Ney Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- Bass, B.M. (1985), *Leadership and performance beyond expectations*. New York: Free Press.
- Bass, B.M. (1990), *Bass and Stogdill's handbook of leadership*: New York: Free Press.
- Berwick, D.M. (1989), Continuous improvement as an ideal in health care. *The New England Journal of Medicine*, vol. 320:53-56.
- Berwick, D.M. (1998), Developing and Testing Changes in Delivery of Care. *Annals of Internal Medicine*, 128, 651-656.
- Broekhuis M, Offenbeek van M.A.G (2003), *Vragenlijst leren in teams*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Bedrijfskunde.
- Edmondson, A.C. (1999), Psychological safety and learning behavior in work teams, *Administrative Science Quarterly*, vol. 44, 350-383.
- Fleuren M.A.H., Wiefferink C.H, Paulussen, T.G.W.M. *Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties*. TNO, Leiden, 2002.
- Grol R, Wensing M. (2001), *Implementatie. Effectieve veranderingen in de patiëntenzorg*. Maarsen.
- Hater, J. J., & Bass, B. M. (1988), Superiors' evaluations and subordinates' perceptions of transformational and transactional leadership, *Journal of Applied Psychology*, 73(4), 695-702.
- Kok I, Wennink J. *Ketenkwaliteit in de GGZ: een kwestie van een lange adem. Verslag van een driejarig ontwikkel- en implementatieproject in de GGZ*. Trimbos-instituut, Utrecht, 2003.
2002.
- Langley G.L., K.M.Nolan, T.W.Nolan, C.L.Norman, & L.P.Provost (1996), *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance* San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Lowe, K. B. Kroek, K. G. & Sivasubramaniam, N. (1996), Effectiveness correlates of transformational and transactional leadership: A meta-analytic review of the MLQ literature, *Leadership Quarterly*, 7: 385-425.
- Offenbeek, M.A.G.van en A. Van Rheede (2001), *Measuring Processes and outcomes of team learning: a preliminary analysis*, Groningen: Faculty of Management and Organization .

Place M, Ooyen-Ouben van M, Veer de A, Wagner C. Gereedschap voor kwaliteitszorg in de GGZ. Deel 1: Een onderzoek naar het gebruik van kwaliteitsinstrumenten en –indicatoren in de praktijk. Utrecht: Trimbos-instituut/ NIVEL, 2000.

Rogers, E.M. (1995), *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press.

Takens, R, Broekhuis M, Offenbeek van M.A.G. (2003), Samen werken, samen leren. Een onderzoek naar teamleren binnen GGz Groningen. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Wensink M. Splunteren van P, Hulscher M, Grol R. (2000), Praktisch nieuw. Implementeren van vernieuwingen in de gezondheidszorg. Assen.

Bijlage 1 Overzicht resultaten factoranalyse op de items van vragenlijst 1

Leerklimaat: Omgaan met vakinhoudelijke kennis en informatie

- Factor Maken, vastleggen en nakomen van (in)formele afspraken (alpha = 0.78)
Aandacht besteden aan het bereiken van consensus (stelling 19)
Zorgvuldig vastleggen van gemaakte afspraken (stelling 20)
Zich houden aan gemaakte afspraken (stelling 21)
Refereren aan reeds besproken gebeurtenissen om informatie en kennis te (her)benutten (stelling 22)
Gebruik maken van opgebouwde kennis en ervaring in dagelijks werk (stelling 18)
Veranderingen eigen te maken en te ontwikkelen tot routines (stelling 17)
Naar elkaar luisteren (stelling 14)

- Factor Kennis en informatie uitwisseling (alpha = 0.79)
Elkaar om hulp en advies vragen (stelling 1)
Elkaar feedback geven en vragen (stelling 6)
Onderling uitwisselen van vakinhoudelijke informatie en kennis (stelling 7)
Vakinhoudelijke informatie verspreiden onder teamleden (stelling 8)
Vakinhoudelijke informatie geven aan andere teams (stelling 9)
Leren van de samenwerking met andere teams (stelling 10)

- Factor Interactie binnen het team op werkwijzen (alpha = 0.79)
Discussiëren over werkwijze (stelling 11)
Reflecteren op werkwijze (stelling 12)
Bespreeken van gemaakte fouten (stelling 13)
Overleggen over verschillende manieren waarop je tegen een gebeurtenis kunt aankijken (stelling 15)
Opperen van alternatieve mogelijkheden om met situaties om te gaan (stelling 16)

- Factor Nieuwe werkwijzen toepassen (alpha = 0.73)
Nieuwe werkwijze of behandelmethoden toepassen (stelling 4)
Nieuwe manieren uitproberen om het werk beter te organiseren (stelling 5)

- Factor Nieuwe kennis en informatie verzamelen (alpha = 0.71)
Verzamelen van vakinhoudelijke informatie (stelling 2)
Zoeken van vakinhoudelijke informatie en kennis buiten het eigen team (stelling 3)

Samenwerkingsklimaat

- Factor Teamklimaat (alpha = 0.89)
Hetzelfde doel voor ogen hebben (stelling 23)
Bereidheid om minder leuke dingen op te pakken (stelling 24)
Bestaande uitgangspunten ter discussie *mogen* stellen (stelling 25)
Fouten of vergissingen zien als mogelijkheid voor leren en verbeteren (stelling 26)
Elkaar stimuleren om nieuwe zaken te leren (stelling 27)
Waarderen en respecteren van een andere mening (stelling 28)
-

Betrokken voelen bij het werk (stelling 29)
Open staan voor veranderingen (stelling 30)
Kwetsbaar durven opstellen (stelling 31)
Waardering vaardigheden en talenten van een ander en daar gebruik van maken (stelling 33)
Grote mate van overeenstemming over wat bereikt moet worden (stelling 34)

Leiderschapsstijl

- Factor Mate van coachende vaardigheden (alpha = 0.91)
Aandacht tonen voor het werk (stelling 35)
Functioneren als coach i.p.v. als baas (stelling 36)
Motiveren tot verbeteringen in werk (stelling 37)
Mogelijkheid om persoonlijke problemen te bespreken (stelling 38)
Goede feedback geven op werk (stelling 39)
Open staan voor aanmerkingen / suggesties tot verbetering in eigen functioneren (stelling 41)
Omgang met team stelt tot tevredenheid (stelling 43)
Tijd gunnen om stil te staan bij het werk (stelling 44)
Tijd gunnen om nieuwe werkmethodes uit te proberen (stelling 45)
