

Postprint version : 1.0

This is a Nivel certified Post Print, more info at nivel.nl

Meer dan alleen projecten: Sneller Beter als stimulans voor resultaat- gericht kwaliteitsmanagement

Michel Dückers¹, Rob de Leeuw¹ en Cordula Wagner¹

¹ Nivel

Een kwart van de Nederlandse ziekenhuizen voert in het kader van het Sneller Beter programma diverse verbeter- projecten uit op het gebied van patiëntveiligheid en patiëntenlogistiek. Onderzoek naar de stand van zaken in de eerste acht ziekenhuizen leert dat na twee jaar een ingrijpende ontwikkeling in gang is gezet. Er zijn systematische maatregelen getroffen om logistieke en veiligheidsprojecten duurzaam te verspreiden.

Werken aan duurzame verspreiding

In 2004 is een eerste groep van acht ziekenhuizen gestart als deelnemer aan het Sneller Beter programma. Sneller Beter ziekenhuizen worden ondersteund bij de uitvoering van projecten om verbeteringen in de kwaliteit van de zorgverlening te realiseren.

Tijdens de deelnameperiode staan twee hoofddoelen centraal:

Het realiseren van aanzienlijke en aansprekende prestatieverbeteringen op de gebieden patiëntenlogistiek en patiëntveiligheid voor patiënten en zorgverleners; het nemen van maatregelen gericht op interne verspreiding van resultaten en brede inzet van opgebouwde competenties.¹

Sneller Beter is een gezamenlijk initiatief van het ministerie van VWS, de Orde van Medisch Specialisten, NVZ vereniging van ziekenhuizen en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. ZonMw is in opdracht van het ministerie van VWS verantwoordelijk voor pijler 3 van het Sneller Beter programma. 24 ziekenhuizen worden ondersteund en begeleid door het Consortium Sneller Beter pijler 3.

Vanuit Sneller Beter worden Doorbraakprojecten uitgevoerd met de volgende onderwerpen: Werken Zonder Wachtlijsten (WZW), Procesherinrichting (PHI). OK Oké (OK).

Medicatieveiligheid (MV). Decubitus (DEC) en Postoperatieve Wondinfecties (POWI). In het eerste jaar worden in ieder ziekenhuis ongeveer tien verschillende verbeterprojecten uitgevoerd. In het tweede jaar wordt gewerkt aan de interne verspreiding van de verbeterprojecten die in het eerste jaar zijn uitgevoerd.

Zowel binnen als buiten de deelnemende ziekenhuizen wordt beoogd nieuwe groepen van medisch professionals te bewegen om te participeren in verbeterprojecten. Daarnaast is het streven

deelnemende ziekenhuisorganisaties op zodanige wijze in te richten dat de interne olievlekwerking wordt vergemakkelijkt, geborgd en in de toekomst sneller optreedt.²

Evaluatie van Sneller Beter

Het NIVEL heeft, met subsidie van ZonMw, de stand van zaken in de eerste acht Sneller Beter ziekenhuizen onderzocht na twee jaar. Dit onafhankelijke evaluatieonderzoek is uitgevoerd in samenwerking met het EMGO Instituut en het onderzoeksinstituut CAPHRI. Het doel was onder meer inzicht te krijgen in de succes- en faalfactoren voor de verspreiding van Doorbraakprojecten. Ook is gekeken naar de ontwikkeling die de infrastructuur van de ziekenhuizen heeft doorgemaakt om de huidige en toekomstige duurzame verspreiding van werk- wijzen en resultaten van projecten te stimuleren.

In de acht ziekenhuizen zijn interviews gehouden met de interne programmacoördinatoren (IPC). De IPC is het beste op de hoogte van de uitvoeringspraktijk, de resultaten, bevorderende factoren en eventuele knelpunten van de Doorbraakprojecten. Met de acht IPC's is gesproken over de wijze waarop het ziekenhuis de implementatie, borging en verspreiding van projecten heeft aangepakt. In een aanvullen- de vragenlijst is de IPC ingegaan op succes- en faalfactoren en de verspreiding van projecten.

Daarnaast zijn vragenkaarten uitgezet onder 123 managers en 864 medisch specialisten van de 17 meest voorkomende specialismen (respons 59% respectievelijk 36%). Aan de managers zijn onder meer vragen voorgelegd over verdere verbetermogelijkheden op de afdelingen, de opbrengsten van eventuele verbeterprojecten en succes- en faalfactoren.

Medisch specialisten konden aangeven aan welke projecten zij hadden deelgenomen in het tweede jaar, wat de opbreng- sten waren, evenals de factoren die van invloed waren op de mate van succes. Voor de evaluatie is bovendien geput uit een centrale database met projectresultaten van de eerste twee jaar. De gegevens zijn afkomstig van de projectteams in de ziekenhuizen die ondersteund worden vanuit Sneller Beter.³

Verspreiding van verbeterprojecten

Uit het onderzoek komt naar voren dat er in twee jaar tijd ongeveer 400 Doorbraakprojecten zijn opgestart in de acht ziekenhuizen. In het eerste jaar gaat het om ruim 100 projecten, de verspreidingsgolf in het tweede jaar omvat circa 300 projecten. Meerdere Doorbraakprojecten zijn instellingsbreed uitgevoerd. In drie ziekenhuizen geldt dat voor het decubitus project. In één ziekenhuis is het medicatieveiligheidsproject antibiotica switch (gericht op reductie van onnodige intraveneuze antibiotica toediening) organisatiebreed uitgevoerd. In een ander ziekenhuis geldt dat voor procesherinrichting en een project ter vermindering van postoperatieve wondinfecties. Dit geeft aan dat er een begin is gemaakt met de ver- spreiding van projecten. Afgaande op de interviews zal deze worden voortgezet. Over het algemeen oordelen IPC's positief over de projecten en de doelstellingen van Sneller Beter.

Op basis van de verzamelde gegevens lijkt de verspreiding van verbeterprojecten in de acht ziekenhuizen vooral te kunnen worden verklaard aan de hand van een paar basisregels. Onder betrokken sleutelfiguren op de afdelingen (medici, verpleegkundigen, stafmedewerkers en managers) dient sprake te zijn van enig enthousiasme over het project. De implementatie van verbeterprojecten vergt namelijk investeringen en inzet. De bereidheid om te blijven investeren is afhankelijk van de mate waarin het project: - leidt tot duidelijke resultaten of waardevolle inzichten; - niet indruist tegen belangen van de betrokkenen en - door medewerkers 'eenvoudig' toepasbaar is op de beoogde locaties en patiëntgroepen.

Dit kan worden geïllustreerd aan de hand van voorbeelden. Een probleem bij het project gericht op halvering van de postoperatieve wondinfecties was dat het te lang duurde voordat er waarneembare resultaten voorhanden waren.

Volgens de interne programmacoördinator van één zieken- huis: 'Het duurde twee jaar voor er een resultaat was.

Mensen worden daar niet enthousiast van.' Decubitus en medicatieveiligheid daarentegen zijn overzichtelijke, planbare onderwerpen waar relatief veel geschikte locaties voor te vinden zijn. Sleutelfiguren zijn enthousiast, er zijn geen belangentegenstellingen en de projectresultaten - voor zover beschikbaar - zijn over het algemeen positief. In één zieken- huis is de financiële besparing die de vermindering van de onnodige intraveneuze antibiotica heeft opgeleverd, gebruikt om de werkwijze ziekenhuisbreed toe te passen; van het bedrag kon de inzet van de ziekenhuisapotheker worden bekostigd.

Tegenover dit succes staat een ander ziekenhuis waar vergeefse pogingen zijn ondernomen om de medicatieoverdracht te verbeteren. Het project is vastgelopen door ICT-problemen, wat aangeeft dat de voorwaarden voor implementatie en verspreiding onvoldoende aanwezig waren (het project was niet eenvoudig toepasbaar).

Besturingsmodel voor duurzame verspreiding

De resultaten laten zien dat verspreiding vooral neerkomt op een herhaalde implementatie, waarbij de succes- en faalfactoren voor implementatie steeds opnieuw een rol spelen.

Maar er is meer aan de hand en er zit wel degelijk een systematiek achter de manier waarop Sneller Beter ziekenhuizen te werk gaan om de borging en verspreiding gestalte te geven. Op basis van literatuur en programmadocumenten is voor de verspreiding van Doorbraakprojecten een toetsingskader ontwikkeld. De Sneller Beter Doorbraakprojecten zijn gebaseerd op het toepassen van de plan-do-study-act cyclus (PDSA) op afdelings- of teamniveau.⁴ Uit de resultaten blijkt dat de PDSA cyclus ook op instellingsniveau wordt toegepast met het oogmerk om de resultaten en werkwijzen van de Doorbraakprojecten te borgen en verspreiden. Figuur 1 geeft dit besturingsmodel weer. In eerste instantie begint de verspreiding met de implementatie van projecten op een of meerdere afdelingen. Het is daarvoor van belang dat het project als succesvol wordt beschouwd. Doorgaans is dat het geval als het doel is gerealiseerd of wanneer het toepassen van projectmaatregelen tot een substantiële verbetering heeft geleid (de linkercyclus van het model). Maar voor een

succesvolle verspreiding van het desbetreffende project moet er ook op instellingsniveau positief worden geoordeeld over de nieuwe werkwijzen, methoden of resultaten van het project (de rechtercyclus). Indien deze overtuigend genoeg zijn dan nemen ziekenhuisdirecties concrete projectdoelen en kwaliteitsnormen op in het strategisch beleid. Daarna worden er prestatieafspraken gemaakt met de leiding van de afdelingen of divisies over diezelfde normen. De gedachte is dat dit afdelingen stimuleert om de lessen van het project over te nemen om zo aan de normen te voldoen (wederom de linker- cyclus). Gemiddeld koppelen afdelingshoofden vier keer per jaar terug naar de organisatieleiding over de mate waarin aan de normen is voldaan.

[Figuur 1]

Het besturingsmodel werkt alleen zodra er voldoende ondersteuningsbronnen aanwezig zijn. Ook dient er steeds (verantwoordings)informatie voorhanden te zijn over de stand van zaken op afdelingen. Deze punten worden hieronder kort toe- gelicht.

Ondersteuningsbronnen

Tot de ondersteuningsbronnen behoren de overdracht van inhoudelijke en methodische kennis over verbetermethode en -maatregelen. Maar ook de beschikbaarheid van voldoende mensen en tijd, draagvlak onder professionals, ICT en andere hulpmiddelen.⁵ Het bieden van ondersteuning is een taak van het ziekenhuismanagement. De haalbaarheid van Doorbraakprojecten wordt groter naarmate de organisatieleiding medewerkers op afdelingsniveau voldoende toerust. In het eerste jaar lag de ondersteunende en adviserende rol voornamelijk bij externe adviseurs. In het tweede jaar is gewerkt met interne ervaringsdeskundigen of experts per Sneller Beter onderwerp. Kennis en ervaringen, opgedaan tijdens de deelname aan eerdere verbeterprojecten en het trainingsaanbod van het programma, worden door hen doorgegeven. Uit de interviews blijkt dat sommige ziekenhuizen de Sneller Beter aanpak kopiëren en zelf trainingsbijeenkomsten organiseren. Andere ziekenhuizen instrueren medewerkers op de werkvloer:

Nieuwe projectteams worden getraind door diegene die ervaring hebben opgedaan in een eerder project. (...) Bij de aanmelding van een project wordt bekeken welke ondersteuning of scholing gewenst is en wie dit dan kan bieden. We gaan ervan uit dat er voldoende expertise in huis aanwezig is om projecten te ondersteunen. Op dit moment zijn we een pool aan het samenstellen van medewerkers met een bepaalde expertise (...) die we in kunnen zetten. (IPC)

Doorlopend weten wat er speelt

Weten wat er op de afdelingen speelt hangt samen met de aanwezigheid van meetbare doelen en een bijbehorend systeem om de voortgang in het oog te kunnen blijven houden. Zowel voor de uitvoering als de borging van de projecten is het van belang om resultaten (reductie doorligwonden, postoperatieve wondinfecties etc.) te kunnen verantwoorden. In de onderzochte ziekenhuizen zijn stappen gezet om sneller over de benodigde informatie te kunnen beschikken. De ervaringen met het meten van indicatoren in het kader van de implementatie van de Doorbraakprojecten (op afdelingsniveau) zijn in dat verband onmisbaar. In combinatie met de maatregelen en voorzieningen die worden getroffen voor het verrichten van metingen staan zij aan de basis van de informatiesystemen die in de ziekenhuizen worden ontwikkeld.

Het gaat om systemen die bedoeld zijn om op instellingsniveau te kunnen voorzien in actuele informatie over de situatie op de afdelingen. In ieder ziekenhuis is voortgang geboekt in de ontwikkeling van informatiesystemen. De ontwikkeling blijkt echter tijdrovend en vergt standaardisatie:

Menig ziekenhuis is niet ingericht op systematische gegevensverzameling. Het tempo waarin uitkomstmaten aan gewicht hebben gewonnen is hoger dan de mogelijkheden om te meten, te registreren, overzichten te maken en deze te gebruiken. Dat moet je niet op afdelingsniveau neerleggen. De organisatie moet zorgen dat er systemen zijn. (IPC)

Toekomst

Het is vooralsnog niet duidelijk in hoeverre bij alle geïmplementeerde projecten de doelen op patiëntniveau zijn gehaald. Echter, door deelname aan Sneller Beter zijn de ziekenhuizen gedwongen weloverwogen maatregelen te nemen voor de borging en verspreiding van nieuwe werkwijzen.

Een beperking van het onderzoek is dat nog niet kan worden vastgesteld of door de beschreven aanpak de tijd die nodig is om nieuwe evidence based werkwijzen te implementeren en duurzaam te verspreiden, daadwerkelijk afneemt. Ook is het tot dusver nog niet mogelijk om te beoordelen of de gesignaleerde ontwikkelingen een gevolg zijn van de deelname aan het implementatieprogramma. De respons onder medisch specialisten in het huidige onderzoek was relatief laag (36%). Hierdoor is

het moeilijk in kaart te brengen wat de opbrengsten zijn van de verbeterprojecten voor deze doelgroep en welke factoren zij van belang achten voor een succesvolle implementatie. Tot nu toe zijn uitsluitend deelnemende ziekenhuizen onderzocht. In een latere fase van het evaluatieonderzoek wordt nagegaan of niet deelnemende ziekenhuizen voor- en achteraf wezenlijk verschillen van Sneller Beter ziekenhuizen. Ook de effectiviteit van het besturingsmodel wordt nader onderzocht. Dat wil zeggen, of ziekenhuizen die werken volgens het besturingsmodel er beter in slagen op grote schaal innovatieve werkwijzen te implementeren. Tevens wordt nagegaan of dergelijke ziekenhuizen een hogere kwaliteit van zorg leveren dan andere ziekenhuizen. De resultaten tonen aan dat de verspreidingsaanpak een plek heeft gekregen in het kwaliteitssysteem. In die zin maakt de huidige studie duidelijk dat er meer is gebeurd in de Sneller Beter ziekenhuizen dan alleen de grootschalige implementatie van projecten. IPC's geven aan door te willen gaan op de ingeslagen weg. Er zijn plannen om nieuwe onderwerpen op te pakken zoals valincidenten en ondervoeding. Eerst met pilots, later op alle geschikte afdelingen.

Samenvatting

- In het Sneller Beter programma staan twee hoofdoelen centraal: het realiseren van prestatieverbeteringen in patiëntenlogistiek en patiëntveiligheid in ziekenhuizen én het nemen van maatregelen gericht op interne verspreiding van verbeterprojecten. Dit artikel beschrijft het evaluatieonderzoek wat is uitgevoerd onder de eerste deelnemers van Sneller Beter.
- Uit het evaluatieonderzoek komt naar voren dat er in twee jaar tijd 400 projecten zijn opgestart, het merendeel van deze projecten is gestart in de verspreidingsgolf in het tweede jaar.
- De verspreiding van verbeterprojecten vergt investeringen en inzet van alle betrokkenen. De bereidheid om te investeren wordt groter naarmate het project leidt tot duidelijk zichtbare resultaten, niet indruist tegen belangen van betrokkenen en eenvoudig is toe te passen op de beoogde locaties en patiëntgroepen.
- Uit de resultaten komt een besturingsmodel naar voren dat laat zien dat de plan-do-study-act cyclus op twee niveaus wordt uitgevoerd in de ziekenhuizen: op projectniveau en op instellingsniveau. Beide cycli versterken elkaar en zijn noodzakelijk om te komen tot een succesvolle verspreiding van projecten.
- Het besturingsmodel werkt alleen als er voldoende ondersteuningsbronnen aanwezig zijn. Ook dient er voldoende informatie voorhanden te zijn over de stand van zaken op de afdelingen. Het meten van patiëntuitkomsten, bijvoorbeeld op basis van indicatoren, vormt daarmee een essentieel onderdeel van verbeterprogramma's.

Literatuur

1. Consortium Sneller Beter pijler 3. Landelijk plan van aanpak Sneller Beter pijler 3. CBO Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Orde van Medisch Specialisten, Utrecht/Rotterdam/Utrecht, 2004.
2. W. Schellekens, M. Rouppe van der Voort, P van Splunteren, Steen in de vijver. *Medisch contact*, 58 (35)
3. Dückers, M., Wagner, C., 2007. Evaluatie Sneller Beter pijler 3: het interne vliegwiel; De stand van zaken in de eerste acht ziekenhuizen na twee jaar deelname.
4. Langlely GL, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. Jossey-Bass Publishers. San Francisco, 1996.
5. Dückers M, Bruijn, de M, Wagner C. Evaluatie Sneller Beter pijler 3; De implementatie van verbeterprojecten in de eerste acht ziekenhuizen. Utrecht, NIVEL, 2006.

Figuren

Figuur 1: Besturingsmodel: samenspel tussen verbetercycli op afdelings- en instellingsniveau

