

Postprint Version	1.0
Journal website	
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

Blijft het vliegwiel draaien? Resultaten van een follow-up meting

LETI VOS, MICHEL DÜCKERS, CORDULA WAGNER

Een kwart van de Nederlandse ziekenhuizen heeft in het kader van het Sneller Beter-programma diverse verbeterprojecten uitgevoerd op het gebied van patiëntveiligheid en patiëntenlogistiek. Onderzoek naar de stand van zaken in de eerste acht ziekenhuizen leert dat twee jaar na deelname aan Sneller Beter de borging en verspreiding van de logistieke en veiligheidsprojecten dagelijkse routine wordt – mits het management blijft sturen op uitkomsten. Dat laatste blijkt echter moeilijk vast te houden.

In de periode van 2004 - 2008 zijn drie groepen van acht ziekenhuizen gestart als deelnemer aan het Sneller Beter-programma. Sneller Beter is opgezet om systematische kwaliteitsbewaking en verbetering te bevorderen en de kloof tussen ‘wat we weten’ en ‘wat we in de dagelijkse zorgpraktijk zouden moeten doen’ te dichten. De ziekenhuizen hebben hiertoe gedurende twee jaar onder begeleiding van een consortium, bestaande uit het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van het ErasmusMC en de Orde van Medisch Specialisten, verbeterprojecten uitgevoerd met de volgende onderwerpen: Decubitus (DEC), Medicatieveiligheid (MV), Postoperatieve Wondinfecties (POWI), Veilig Incident Melden (VIM), OK Oké (OK), Procesherinrichting (PHI) en Werken Zonder Wachtlijst (WZW).

De ambities van dit programma reikten verder dan het eenmalig bereiken van concrete resultaten op de hierboven beschreven onderwerpen (consortium, 2004). De in het programma uitgevoerde projecten dienden ook een ‘vliegwiel’ op gang te brengen. Het uiteindelijke doel van het ‘vliegwiel’ was dat er een brede verspreiding (80-100%) in het ziekenhuis zou plaatsvinden van de bereikte resultaten op de verbeterprojecten en dat er jaarlijks nieuwe verbeterprojecten zouden starten op andere onderwerpen (consortium, 2004). Om dit te kunnen realiseren heeft ieder ziekenhuis gewerkt aan het creëren van de benodigde randvoorwaarden, zoals een verbeterinfrastructuur en leiderschap op innovatie en verbetering. De ziekenhuizen zijn hierbij ondersteund vanuit het programmaonderdeel ‘leiderschap en organisatieontwikkeling’ van Sneller Beter.

Uit een eerdere evaluatie van het NIVEL bleek welke strategie de ziekenhuizen voor deze verspreiding voor ogen hadden (Dücker et al, 2007). Figuur 1 geeft deze strategie grafisch weer. Volgens deze strategie begint de verspreiding met de uitvoering van verbeterprojecten op één of meerdere afdelingen volgens de Plan-Do-Study-Act (PDSA)-cyclus. Het is daarvoor van belang dat de projecten tot een substantiële verbetering hebben geleid (de linkercyclus van het model). Indien de gerealiseerde verbeteringen overtuigend genoeg zijn, dan nemen ziekenhuisdirecties concrete projectdoelen en kwaliteitsnormen op in het

strategisch beleid (rechtercyclus). 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 linkercyclus). Doordat steeds opnieuw wordt gekeken naar de mate waarin aan normen wordt voldaan, is er tevens sprake van een borgingsstrategie.

De eerste groep van acht ziekenhuizen nam deel aan Sneller Beter van oktober 2004 tot oktober 2006. Bij de afronding van Sneller Beter, in oktober 2008, zijn deze ziekenhuizen alweer twee jaar op eigen kracht verder gegaan met de borging en verspreiding van kwaliteitsverbeteringen. In dit artikel wordt beschreven in hoeverre de eerste groep van acht ziekenhuizen erin is geslaagd het vliegwiel te laten draaien en of zij de hierboven beschreven strategie hebben kunnen vasthouden.

[FIGUUR 1]

EVALUATIE VAN DE BORGINGS- EN VERSPREIDINGSSTRATEGIE

Het NIVEL heeft, met subsidie van ZonMw, in samenwerking met het EMGO Instituut van het VUmc en het onderzoeksinstituut Caphri van Universiteit Maastricht, de ontwikkeling van de borgings- en verspreidingsstrategie voor verbeterprojecten in de eerste acht Sneller Beter ziekenhuizen gedurende hun deelname aan Sneller Beter gevolgd. In de zomer van 2008 zijn deze ziekenhuizen opnieuw benaderd om na te gaan hoe en of zij hun ontwikkelde strategie voor de borging en verspreiding van verbeterprojecten verder hebben doorgezet na deelname aan Sneller Beter. De volgende onderzoeksvragen stonden hierbij centraal:

- 1) Hebben de ziekenhuizen na deelname aan Sneller Beter de ingezette borgings- en verspreidingsstrategie van de verbeterprojecten voort weten te zetten?
- 2) Welke factoren waren van invloed op het wel of niet voortzetten van deze strategie?

Om deze onderzoeksvragen te beantwoorden zijn in de acht ziekenhuizen interviews gehouden met de interne programmacoördinatoren (IPC) van de betreffende ziekenhuizen. De IPC was gedurende en na Sneller Beter het beste op de hoogte van de uitvoeringspraktijk, de resultaten, bevorderende factoren en eventuele knelpunten van de verbeterprojecten. Wanneer deze persoon ten tijde van het onderzoek (zomer 2008) niet meer werkzaam was in het betreffende ziekenhuis, is gesproken met een opvolger of rechterhand van deze persoon.

RESULTATEN BORGING EN VERSPREIDING

Bij de afronding van het programma Sneller Beter, in oktober 2008, is in de eerste groep Sneller Beter-ziekenhuizen de speciaal voor Sneller Beter opgetuigde projectstructuur opgeheven. In deze projectstructuur werd de voortgang en de verspreiding van de projecten gevolgd door een interne stuurgroep waarin leden van de Raad van Bestuur, vereniging Medische Specialisten, de interne programmacoördinator en vaak een adviseur van het consortium waren vertegenwoordigd. De verantwoordelijkheid voor de initiatie, uitvoering, borging en verspreiding van projecten werd toen veelal overgedragen aan het management van de diverse afdelingen.

Uit het onderzoek bleek dat het voortzetten van de verbeterimpuls na het opheffen van de projectstructuur niet bij ieder ziekenhuis even succesvol is verlopen. Twee Sneller Beter-ziekenhuizen zijn inderdaad 'gewoon' verder gegaan met de borging en verspreiding van

projecten na Sneller Beter. De verbeterprojecten worden in deze ziekenhuizen steeds verder verspreid en de uitkomsten worden blijvend gemeten. Bij de overige zes ziekenhuizen is het doorzetten van de verbeterimpuls na Sneller Beter moeizamer verlopen.

Dit had verschillende oorzaken. Sommige ziekenhuizen hadden zich onvoldoende voorbereid op het wegvallen van de externe ondersteuning van het Sneller Beter-consortium eind oktober 2006 of het verdwijnen van de 'stok achter de deur'. Bij andere ziekenhuizen vloeyde kennis en kunde uit het ziekenhuis weg doordat medewerkers die een belangrijke rol speelden bij de uitvoering van Sneller Beter van baan veranderden. Eén van deze zes ziekenhuizen is het door deze obstakels niet gelukt om door te gaan. In dit ziekenhuis is de focus van verspreiding van projecten en het werken aan systematische kwaliteitsverbetering inmiddels verschoven naar het voldoen aan de externe vraag om gegevens (van bijvoorbeeld zorgverzekeraars en de Inspectie voor de Gezondheidszorg) en het oplossen van incidenten binnen het ziekenhuis. De overige vijf ziekenhuizen zijn er in meer of mindere mate wel in geslaagd om ondanks de aanwezige belemmeringen verder te gaan met de borging en verspreiding van projecten.

Toch bestaan er bij deze ziekenhuizen twee punten van zorg. Ten eerste lijkt de aandacht voor de controle op de borging en verspreiding niet overal meer even sterk aanwezig. Bij twee ziekenhuizen zijn de uitkomsten geen onderdeel meer van de planning & control (P&C)-cyclus. Gevaar hiervan is dat bij een verslechtering van resultaten niet tijdig wordt bijgestuurd. Ten tweede heeft externe druk en de overlevingsdrang er bij sommige ziekenhuizen toe geleid dat zij inmiddels aan nieuwe initiatieven hebben deelgenomen, nieuwe projecten hebben gestart en nieuwe prioriteiten hebben gesteld. Dit heeft geleid tot een gebrek aan focus waardoor zowel de projecten van Sneller Beter als ook de nieuwe initiatieven en projecten niet of nauwelijks worden afgerond en geborgd.

Voor alle ziekenhuizen geldt dat het daadwerkelijke gebruik van de uitkomsten voor monitoring en bijsturing van resultaten in het kader van borging nog aandacht verdient. Wanneer 'meten is weten' onderdeel is geworden van de dagelijkse gang van zaken, blijkt toch dat het management en proceseigenaren van zorgpaden zich nog niet genoeg bewust zijn van de verantwoordelijkheid die zij hebben voor de bijsturing van resultaten. Enkele ziekenhuizen nemen daarom gericht actie om de bijsturing door het management te bevorderen, bijvoorbeeld door het maandelijks centraal genereren en voorleggen van 'control charts' over toegangstijden.

STRATEGIE VOOR BORGING EN VERSPREIDING

Vervolgens is in het onderzoek na gegaan welke strategie de zeven ziekenhuizen, die de verbeterimpuls in meer of mindere mate hebben doorgezet, voor de borging- en verspreiding hebben gehanteerd. Hieruit blijkt dat de in figuur 1 beschreven strategie blijvend is toegepast voor de borging en verspreiding van de verbeterprojecten Decubitus, het onderdeel postoperatieve pijn van Medicatieveiligheid en Veilig Incident Melden (zie tabel 1). De borging en verspreiding van deze projecten verloopt via de P&C-cyclus: afdelingen moeten periodiek verantwoording afleggen over behaalde resultaten op relevante uitkomstmaten. De afdelingen kunnen deze normen behalen en behouden door het volgen van vaardigheidstrainingen, te leren van experts over succesvolle projectmaatregelen of de inzet van verpleegkundigen met een specifiek aandachtsgebied, zoals een decubitus- of pijn-verpleegkundige. Aanvullend op de toepassing van de strategie voor borging en verspreiding hebben de ziekenhuizen voor de implementatie van het project VIM een extra actie ondernomen. Doordat de overheid de implementatie van een

VeiligheidsManagementsysteem, waar VIM onderdeel van is, per 1 januari 2008 verplicht heeft gesteld, hebben veel ziekenhuizen ervoor gekozen om bij de implementatie ondersteuning te bieden vanuit een stafdienst.

Voor de borging en verspreiding van de overige projecten zijn alternatieve strategieën gevolgd.

Voor de onderwerpen ‘onnodige toediening van intraveneuze antibiotica’ en ‘onnodige bloedtransfusies’ van het project medicatieveiligheid, hebben de ziekenhuizen veelal ziekenhuisbrede protocollen ingevoerd en/of elektronische voorschrijfsystemen zo ontworpen dat de behandelend medisch specialist automatisch een melding krijgt wanneer een patiënt over moet stappen op orale antibiotica. Hiermee is het project organisatiebreed verspreid. Een actieve controle op de naleving van de protocollen is er in de meeste gevallen niet.

Bij de projecten OK oké en Postoperatieve wondinfecties zijn gedurende Sneller Beter weinig resultaten bereikt (Vos e.a. 2008). Doordat hierdoor weinig tot geen goede voorbeelden beschikbaar zijn, is de verspreiding conform de beschreven strategie beperkt gebleven.

Voor de projecten Werken zonder wachtlijst en Procesherinrichting bleek de beschreven strategie voor verspreiding niet goed toepasbaar. De nieuwe afdelingen waren niet in staat de lessen uit de verbeterprojecten zelfstandig over te nemen en zo te voldoen aan de gestelde normen. Daarnaast lieten poliklinieken binnen één ziekenhuis zich niet beïnvloeden door behaalde resultaten van andere poliklinieken. Hier bleek de beschikbaarheid van aansprekende resultaten en het opleggen van normen dus niet genoeg om de hele organisatie te bewegen tot verbetering op het gebied van toegangstijden. Daarom is vaak gekozen om het project één voor één te verspreiden waarbij projectteams ondersteund worden door een expert. Twee ziekenhuizen menen geen projecten Werken zonder wachtlijst meer nodig te hebben omdat wachtlijsten geen ‘issue’ meer vormen. Toegangstijden zijn niet onacceptabel lang of medisch specialisten zien inmiddels zelf het belang van beperkte toegangstijden in.

Voor procesherinrichting is door alle ziekenhuizen gekozen om in plaats van normen met betrekking tot de uitkomstindicatoren (doorstroomtijd en ligduur) een procesindicator op te nemen in de PDSA-cyclus op instellingsniveau, namelijk ‘iedere afdeling moet dit jaar één of twee zorgproces(sen) herinrichten’. De afdelingen krijgen hierbij ondersteuning van experts (meestal vanuit een stafdienst). Enkele ziekenhuizen organiseren binnen hun instelling daarnaast bijeenkomsten voor de teams die aan een procesherinrichting werken. Aangeleerde principes uit het project procesherinrichting worden aangevuld met ervaringen uit de praktijk en nieuwe kennis, die bijvoorbeeld is opgedaan in het Netwerk Klinische Paden. Een enkel ziekenhuis heeft hulp gezocht bij externe consultants en/ of nieuwe methoden uitgeprobeerd zoals het gebruik van software voor systematische analyse van gerichte verbeteracties voor het verkorten van de ligduur. De borging van de bereikte resultaten en veranderde werkwijzen van het project procesherinrichting vindt hoofdzakelijk plaats door het aanwijzen van een Medisch Specialist als proceseigenaar. Slechts in twee ziekenhuizen worden de uitkomstindicatoren doorstroomtijd en ligduur periodiek gemeten. Dit komt doordat ICT-systemen in de meeste situaties nog niet in staat zijn deze informatie te genereren.

[TABEL 1]

SUCCESS- EN FAALFACTOREN VOOR BORGING EN VERSPREIDING

Uit de beschreven resultaten blijkt dat er een aantal factoren is die een succesvolle borging en verspreiding beïnvloeden.

- Ten eerste is het voor de verspreiding van belang dat er goede voorbeelden beschikbaar zijn waaruit blijkt dat het uitvoeren van een verbeterproject tot succes kan leiden. Dit is essentieel: een professional wordt niet gestimuleerd projecten over te nemen die elders hebben gefaald.
- Ten tweede is de beschikbaarheid van ondersteuning, met name voor de uitvoering van logistieke projecten, van belang voor een succesvolle verspreiding van projecten. De resultaten doen vermoeden dat projecten die direct aansluiten op het (para)medisch handelen redelijk goed te verspreiden zijn via het opleggen van normen in prestatieafspraken. Uitleg van de verbetermaatregelen door een expert is dan genoeg om de afdeling vervolgens zelf aan de slag te laten gaan. Wanneer een project als doel heeft de organisatie van de zorg te veranderen, blijkt ondersteuning wel essentieel. Deze projecten vergen doorgaans veel tijd en grijpen in op belangen van betrokkenen.
- Een andere belangrijke factor is dat er voor de PDSA-cyclus op afdelingsniveau indicatoren beschikbaar moeten zijn die snel inzicht kunnen geven in effecten van verbetermaatregelen. Dit is niet alleen nodig om verbetermaatregelen te kunnen testen, maar ook om vervolgens normen te kunnen stellen die gebruikt kunnen worden voor de toekomstige borging en verspreiding via de P&C-cyclus.
- Verder blijkt dat externe verantwoordingsverplichtingen een rol spelen bij borging en verspreiding. De resultaten op de projectonderwerpen waarover een ziekenhuis extern verantwoording moet afleggen (patiëntveiligheid en tevens werken zonder wachtlijst) zijn na de deelname aan Sneller Beter nog steeds frequent gemeten.
- Tot slot lijkt ICT-ondersteuning essentieel voor borging en verspreiding via de P&C-cyclus. De controle op borging en verspreiding vindt immers plaats op basis van periodieke metingen van de gestelde normen. Wanneer ziekenhuisinformatiesystemen niet in staat zijn deze informatie te genereren, is deze strategie maar moeizaam te handhaven.

NIEUWE VERBETERPROJECTEN

Naast de borging en verspreiding van de bereikte resultaten van de verbeterprojecten werd met het vliegwiel van Sneller Beter ook beoogd dat er ieder jaar nieuwe verbeterprojecten op nieuwe onderwerpen zouden starten (consortium, 2004). Uit de interviews en de eindevaluatie van Sneller Beter bleek dat de eerste groep Sneller Beter-ziekenhuizen – net als andere Nederlandse ziekenhuizen – een aantal nieuwe verbeterprojecten heeft opgestart. Het gaat om medicatieoverdracht, ondervoeding, valincidenten en delier. Ziekenhuizen hanteren nog geen systematische manier om potentiële onderwerpen voor verbeterprojecten op te sporen. Nieuwe ideeën worden voornamelijk opgedaan via het netwerk van ziekenhuismedewerkers en tijdens congressen. Daarnaast hopen de ziekenhuizen in de toekomst uit de meldingen die gedaan worden in het kader van het veilig incident melden ideeën voor verbeteracties te halen die organisatiebreed kunnen worden verspreid.

ADVIEZEN VOOR KWALITEITSVERBETERING

Op basis van dit follow-up onderzoek kunnen enkele adviezen worden geformuleerd voor medewerkers van zorginstellingen die betrokken zijn bij instellingsbrede kwaliteitsverbetering:

- vergeet na PLAN en DO, STUDY en ACT niet! Controle en bijsturing is zowel noodzakelijk voor het uitvoeren van nieuwe projecten als voor borging;
- werk naar een situatie toe waar informatiesystemen automatisch de resultaten op uitkomstindicatoren kunnen genereren, inclusief doorstroomtijden en ligduren. Alleen dan kan periodiek worden nagegaan of resultaten van kwaliteitsverbeteringen geborgd zijn;
- externe druk helpt bij het initiëren van kwaliteitsverbeteringen, maar maak keuzes: een ziekenhuis kan niet alles tegelijk verbeteren;
- ondersteun verbetering van patiëntenlogistiek. Zorgprofessionals redden het vaak niet alleen als gevolg van de benodigde tijdsinvestering en de betrokken belangen.

LITERATUUR

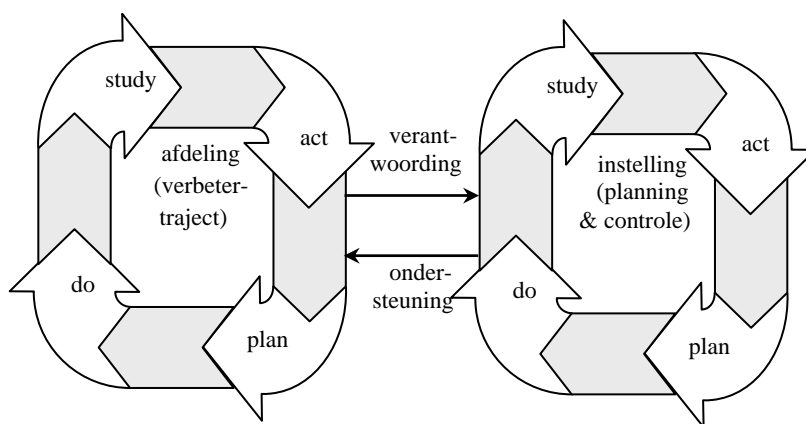
Consortium Sneller Beter pijler 3. Landelijk plan van aanpak Sneller Beter pijler 3. Utrecht/Rotterdam/Utrecht: CBO Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Orde van Medisch Specialisten, 2004.

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

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

TABELLEN EN FIGUREN

Figuur 1. Borgings- en verspreidingsstrategie (Dückers et al., 2007)



Tabel 1 Borging en verspreiding van verbeterprojecten na afloop van Sneller Beter

* naast deze externe verantwoording moeten ziekenhuizen vaak ook informatie aanleveren op kwaliteitsindicatoren aan zorgverzekeraars. Deze wisselen echter per zorgverzekeraar. Daarom zijn deze niet in deze tabel opgenomen.

Project type	Borging en verspreiding via P&C-cyclus?	Alternatieve/ aanvullende maatregelen voor borging en verspreiding	Externe verantwoording*
Decubitus Doel: Percentage decubitus bij klinische patiënten lager dan 5%.	Ja	<ul style="list-style-type: none"> - Inzet decubitusverpleegkundigen voor verspreiding werkwijzen. - Vaardigheidstrainingen voor verpleegkundigen in een skillslab. 	Decubitus is opgenomen in de basisset prestatie-indicatoren van de IGZ.
Medicatieveiligheid Doel: Vermindering van het aantal medicatiefouten met 50% (op de gebieden: antibioticatoediening (ABS), postoperatieve pijn (POP) en bloedtransfusies (BT)).	Ja (POP) Nee (ABS, BT)	<ul style="list-style-type: none"> - ABS/ BT: ziekenhuisbrede invoering van protocollen/ ICT toepassingen. Geen controle op werking van deze maatregelen via P&C cyclus. - ABS/BT/POP: benoemen van proceseigenaren (vb. apotheek). - ABS/BT/POP: Vaardigheidstrainingen voor verpleegkundigen in een skillslab. 	Postoperatieve pijn is opgenomen in de basisset prestatie-indicatoren van de IGZ.
Postoperatieve wondinfecties Doel: Vermindering postoperatieve wondinfecties met 50%.	Nee, want: <ul style="list-style-type: none"> - gebrek aan goede voorbeelden; - gebrek aan inzicht in resultaten. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ziekenhuisbrede invoering van protocollen - Benoemen van proceseigenaren (vb. ziekenhuishygiënist). 	Surveillance van ziekenhuisinfecties is opgenomen in de basisset prestatie-indicatoren van de IGZ.
Veilig Incident Melden Doel: Invoering van een <i>blame free reporting systeem</i> .	Ja	<ul style="list-style-type: none"> - Extra ondersteuning bij verspreiding vanuit stafdienst (a.g.v. beleidsmaatregelen die invoering van VIM verplichten). - Implementatie van een digitaal meldsysteem inclusief koppeling over acties n.a.v. meldingen naar management. 	Per 1 januari 2008 moeten ziekenhuizen systematisch de veiligheid van de zorgverlening nagaan met behulp van een VeiligheidsManagementsysteem (VMS). VIM is hier onderdeel van.
Werken zonder wachtlijst Doel: De toegangstijd bij poliklinieken in minder dan één week.	Deels, want: <ul style="list-style-type: none"> - benodigde tijdsinvestering en belangenverstrengeling vereist ondersteuning vanuit stafdienst; - geen gevoel van noodzaak voor het terugbrengen van toegangstijden. 	<ul style="list-style-type: none"> - Stapsgewijze implementatie met ondersteuning vanuit stafdienst. 	Aanlevering van gegevens over toegangstijden aan DBC Informatiesysteem (DIS) is per 1 februari 2005 wettelijk verplicht gesteld.
OK oké Doel: De productiviteit van de OK is toegenomen met 30%.	Nee, want: <ul style="list-style-type: none"> - gebrek aan goede voorbeelden. 	Geen.	Het percentage afgezegde operaties binnen 24 uur voor een electieve operaties is opgenomen in de basisset prestatie-indicatoren van de IGZ.
Procesherinrichting	Deels, want:	<ul style="list-style-type: none"> - Verspreiding en borging via 	Geen.

<p>Doel: (1) De doorstroomtijd voor diagnostiek en behandeling is verkort met 40%. (2) De ligduur is verkort met 30%.</p>	<ul style="list-style-type: none">- benodigde tijdsinvestering en belangenverstrengeling vereist ondersteuning vanuit stafdienst;- informatiesystemen zijn niet in staat de resultaten van projecten op uitkomstindicatoren (doorlooptijd en ligduur per patiëntengroep) te genereren.	<p>P&C-cyclus door een zorgeenheid/divisie op te leggen dat zij per jaar één of twee zorgprocessen moeten herinrichten.</p> <ul style="list-style-type: none">- Stapsgewijze implementatie met ondersteuning vanuit stafdienst (soms inclusief organisatie teambijeenkomsten).- Benoemen van proceseigenaren.	
---	---	--	--