

# Model verbeteren ketenzorg vanuit patiëntperspectief

## Procesbeschrijving



# Inhoud

## Table of Contents

<b>MODEL VERBETEREN KETENZORG VANUIT PATIËNTPERSPECTIEF</b>	<b>1</b>
<b>PROCESBESCHRIJVINGINHOUD</b>	<b>1</b>
1. INLEIDING	3
2. INHOUDELIJKE VERANTWOORDING	4
3. PLAN VAN AANPAK OP HOOFDLIJNEN	6
3.1 <i>Projectmatige aanpak</i>	6
3.2 <i>Fasering</i>	6
3.3 <i>Vragenlijsten</i>	7
3.4 <i>De PDCA-cyclus</i>	7
3.5 <i>Projectorganisatie</i>	8
4. ACTIVITEITEN EN RESULTATEN PER FASE	9
4.1 <i>Oriëntatiefase</i>	9
4.2 <i>Definitiefase</i>	10
4.3 <i>Onderzoeksfase</i>	12
4.4 <i>Verbeterfase</i>	15
<i>Verbeterplan uitvoeren</i>	16
4.5 <i>Checkfase</i>	16
<i>De resultaten van de verbetering meten en vergelijken met de gewenste situatie</i>	17
4.6 <i>Evaluatie- en borgingsfase</i>	17
BIJLAGE 1 – TITEL BIJLAGE	19

# 1. Inleiding

Voor u? ligt een procesbeschrijving van het model 'Verbetering ketenzorg vanuit patiëntperspectief'. Dit model geeft ketenzorgpartners en patiëntenorganisaties concrete handvatten om de kwaliteit van ketenzorg samen met andere relevante stakeholders (zoals patiëntenraad, samenwerkingspartners en zorgverzekeraars) structureel te verbeteren. Daarbij kan het zowel gaan om de interne keten in het ziekenhuis als om de overdracht en samenwerking tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn en 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijn.

Goede samenwerking in de keten leidt tot hogere patiënttevredenheid, hogere kwaliteit van leven, maar ook lagere kosten blijkt uit het proefschrift van Minkman.<sup>1</sup> Uit een onderzoek van RAND Europe en Ernst & Young<sup>2</sup> blijkt dat goede ketenzorg (vooral horizontale ketenzorg) het aantal geplande ziekenhuisopnames en poliklinische contacten kan verminderen. Er is dus veel winst te behalen bij het verbeteren van de ketenzorg.

Duurzame verbeteringen in de kwaliteit van zorg komen alleen tot stand samen met de mensen om wie het gaat: zorgverleners en patiënten. Zorgverleners en patiënten zien beide verbeterpunten, maar stellen andere prioriteiten. Door zowel patiënten als zorgverleners te betrekken bij kwaliteitsverbeterprojecten versterken beide invalshoeken elkaar en dat draagt bij aan duurzame verbeteringen.

Eén van de uitgangspunten voor het Model verbeteren ketenzorg vanuit patiëntperspectief is daarom dat patiënten in de hele verbetercyclus betrokken worden. Voor het hele verbetertraject wordt daartoe een projectgroep ingesteld waarin naast de belangrijkste sleutelfiguren vanuit het ziekenhuis of de zorgketen ook een aantal patiëntvertegenwoordigers participeren.

Het model Verbeteren ketenzorg vanuit patiëntperspectief bestaat uit vijf onderdelen:

- deze procesbeschrijving met daarin een globaal plan van aanpak om de kwaliteit van ketenzorg te onderzoeken en verbeteren;
- een vragenlijst<sup>3</sup> voor patiënten;
- een vragenlijst<sup>4</sup> voor zorgverleners;
- een format<sup>5</sup> voor het presenteren van de onderzoeksresultaten;
- een film met interviews met mensen met een chronische ziekte over ketenzorg, die gebruikt kan worden ketenzorgpartners en zorgverleners te motiveren om de kwaliteit

---

<sup>1</sup> [Minkman M.M.N. \(2011\) Developing integrated care. Towards a Development Model for Integrated Care. Deventer: Kluwer.](#)

<sup>2</sup> **Verwijzing naar RAND Europe en Ernst & Young invoegen**

<sup>3</sup> Zie bijlage 1. De vragenlijsten zijn ook te downloaden via [www.programmakwaliteitinzicht.nl](http://www.programmakwaliteitinzicht.nl) onder 'producten kwaliteit in zicht'.

<sup>4</sup> Zie bijlage 2. De vragenlijst is ook te downloaden via [www.programmakwaliteitinzicht.nl](http://www.programmakwaliteitinzicht.nl) onder 'producten kwaliteit in zicht'.

<sup>5</sup> Zie bijlage 2. Het format is ook te downloaden via [www.programmakwaliteitinzicht.nl](http://www.programmakwaliteitinzicht.nl) onder 'producten kwaliteit in zicht'.

van ketenzorg te onderzoeken en daadwerkelijk met de gesignaleerde verbeterpunten aan de slag te gaan.

## 2. Inhoudelijke verantwoording

Het model Verbetering ketenzorg vanuit patiëntperspectief is gebaseerd op de ervaringen met het verbeteren van ketenzorg in vier ziekte specifieke proeftuinen (ALS, COPD, Hartfalen en Maag- darm- en leverkanker) in vijf verschillende ziekenhuizen in 2013. Deze verbetertrajecten zijn uitgevoerd in het kader van het programma Kwaliteit in Zicht. In dit programma werken Diabetesvereniging Nederland (DVN), De Hart&Vaatgroep, Longfonds, Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK), Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NPCF), Spierziekten Nederland en Zorgbelang Nederland samen aan verbetering van de kwaliteit van zorg vanuit patiëntperspectief.

Voorafgaand aan de hierboven genoemde ziektespecifieke verbetertrajecten is er in 2011 en 2012 een generiek onderzoek uitgevoerd naar ketenzorg voor mensen met een chronische aandoening. Leidend voor dit onderzoek waren de minimale voorwaarden voor goede ketenzorg<sup>6</sup>, opgesteld door de betrokken patiëntenorganisaties.<sup>7</sup> Getoetst is in hoeverre ziekenhuizen voldoen aan deze minimale voorwaarden voor goede ketenzorg. Tegelijkertijd is aan patiënten en naasten (N=5320) gevraagd hoe zij de samenwerking tussen de zorgverleners ervaren. Op basis van de resultaten van beide onderzoeken en enkele resultaten uit de CQI Ziekenhuiszorg is een aantal aanbevelingen geformuleerd.<sup>8</sup>

Uit bovenstaand generiek onderzoek en de ziektespecifieke verbetertrajecten in vijf ziekenhuizen is gebleken dat het voor ziekenhuizen mogelijk is om de ketenzorg voor patiënten te verbeteren. De belangrijkste verbeterpunten zijn:

- de ontwikkeling van ketenzorgprocesbeschrijvingen,
- het informeren van patiënten over de organisatie van de ketenzorg,
- het maken van afspraken met de patiënt over de eigen rol en verantwoordelijkheden,
- afstemming van behandeling binnen multidisciplinaire overleggen,
- vastleggen van de verdeling van taken en verantwoordelijkheden op patiëntniveau,
- de toegang tot en uitwisseling van patiëntgegevens, binnen het ziekenhuis maar ook tussen het ziekenhuis en de ketenpartners in de 1e en 3e lijn,
- het evalueren van de ketenzorg en
- het betrekken van patiënten bij de ontwikkeling en evaluatie van de ketenzorg.

Kwaliteitsverbetering begint zoals elke verandering met een gevoel van urgentie. De krachtigste strategie om een gevoel van urgentie te vestigen is een strategie die zich zowel op het hoofd als het hart van mensen richt.<sup>9</sup> Zodat mensen niet alleen begrijpen dat het beter kan, maar ook voelen dat het belangrijk is om te verbeteren.

---

<sup>6</sup> Minimale voorwaarden voor goede ketenzorg. Zie [www.programmakwaliteitinzicht.nl](http://www.programmakwaliteitinzicht.nl) onder 'producten kwaliteit in zicht'.

<sup>7</sup> Deze minimale voorwaarden voor goede ketenzorg worden door de IGZ meegenomen bij hun uitvraag naar de kwaliteit van zorg.

<sup>8</sup> Rapport Ketenzorg in Zicht, onderzoek onder ziekenhuizen. Zie [www.programmakwaliteitinzicht.nl](http://www.programmakwaliteitinzicht.nl) onder 'producten Kwaliteit in Zicht'.

<sup>9</sup> John P. Kotter. Leiderschap bij verandering.

In het model 'Verbeteren ketenzorg vanuit patiëntperspectief' wordt door middel van vragenlijsten in beeld gebracht hoe de ketenzorg georganiseerd is en hoe patiënten de kwaliteit van ketenzorg ervaren. De inhoudelijke focus van deze vragenlijsten is gericht op de verbeterpunten die hierboven zijn genoemd. Desgewenst kunnen ziekenhuizen, ketenzorgpartners en patiëntenorganisaties deze vragenlijsten aanvullen met ziekte- of situatiespecifieke vragen. Onderzoek op basis van deze vragenlijsten levert een rapport op waaruit blijkt wat in een bepaalde zorgketen de belangrijkste verbeterpunten zijn. Dit onderzoeksrapport is primair gericht op het hoofd van zorgverleners.

In recente projecten rondom kwaliteitsverbetering in ziekenhuiszorg van de NFK en Zorgbelang Nederland<sup>10</sup> is gebleken dat professionals vooral door de confrontatie met de ervaringsverhalen van patiënten gemotiveerd worden om daadwerkelijk tot verbeteractie over te gaan. Gefilmde interviews met patiënten blijken hiertoe een krachtig middel te zijn<sup>11</sup>. Uit onderzoek van de The King's College blijkt dat dit niet noodzakelijkerwijs beelden van eigen patiënten hoeven te zijn. Naast deze procesbeschrijving, de vragenlijsten en het format voor rapportage van de onderzoeksresultaten is daarom een korte videofilm gemaakt met een compilatie van interviews met mensen met diverse chronische ziekten over hun ervaringen met ketenzorg. Deze videofilm kan bij de presentatie van onderzoeksresultaten gebruikt worden om voor professionals voelbaar te maken hoe essentieel bepaalde voorwaarden voor ketenzorg vanuit het perspectief van patiënten zijn en hen motiveren om actie te ondernemen t.a.v. de verbeterpunten die uit het onderzoek in de eigen keten naar voren komen.

---

<sup>10</sup> Zorg als co-product.

<sup>11</sup> De kracht van ervaring: patiënten verbeteren zorg via film. Dialoog, p. 4 en 5. Diakonessenhuis.

### 3. Plan van aanpak op hoofdlijnen

#### 3.1 Projectmatige aanpak

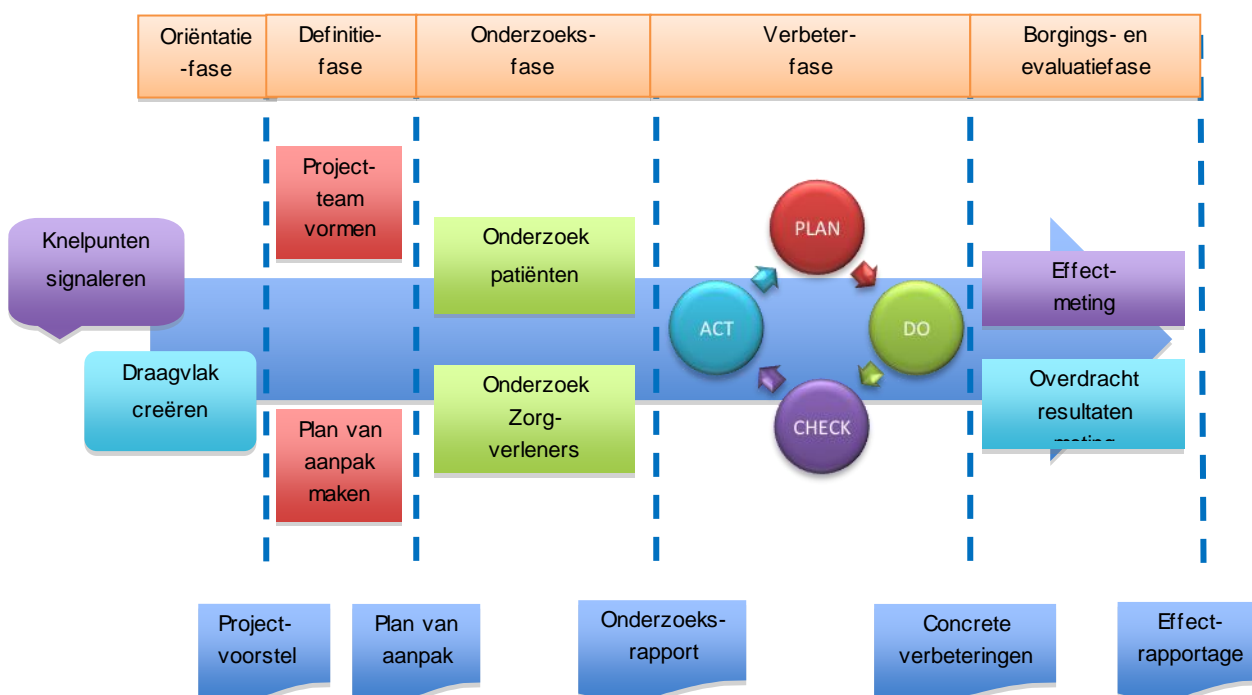
Het beoogde eindresultaat van het model Verbetering ketenzorg vanuit patiëntperspectief is een structurele verbetering van de ketenzorg of anders gezegd een structurele verbetering van de bestaande werkprocessen. In de praktijk blijkt het goed te werken om dit soort verbeteringen projectmatig aan te pakken.

Kenmerken voor een projectmatige aanpak zijn:

- dat het een eenmalige activiteit is met een duidelijk begin en eind,
- dat er met een duidelijk doel voor ogen aan één of meer concrete resultaten gewerkt wordt,
- dat de werkzaamheden in de tijd gefaseerd worden,
- dat de projectresultaten gaandeweg het project nader gespecificeerd en concreter gemaakt worden,
- dat er voor de duur van het project een tijdelijke projectorganisatie wordt ingericht,
- dat het projectresultaat na afloop van het project wordt overgedragen aan de moederorganisatie.

#### 3.2 Fasering

In het model 'Verbeteren ketenzorg vanuit patiëntperspectief' onderscheiden we vijf fasen. Iedere fase wordt afgesloten met een beslisdocument op basis waarvan de keuze wordt gemaakt om het project wel of niet te vervolgen.



In het volgende hoofdstuk wordt per fase een meer gedetailleerde beschrijving van de activiteiten en resultaten gegeven.

### 3.3 Vragenlijsten

Door patiënten te vragen naar hun ervaringen op het gebied van ketenzorg wordt – vanuit het perspectief van zorgverleners – de buitenwereld binnen gebracht. Dit blijkt een effectieve manier te zijn om bij zorgverleners een gevoel van urgentie voor kwaliteitsverbetering te vestigen.

De meerwaarde van een onderzoek met behulp van vragenlijsten is dat het een beeld geeft van hoe verschillende patiënten de kwaliteit van ketenzorg ervaren. De resultaten van een patiëntenraadpleging zijn lang niet altijd nieuw voor de betrokken zorgverleners, maar de ervaringen van patiënten zeggen soms dingen die de betrokken zorgverleners niet (meer) tegen elkaar zeggen.

De meerwaarde van het onderzoek onder zorgverleners is dat het hen dwingt om zelf na te denken over hoe de ketenzorg georganiseerd is en wat daarin vanuit het perspectief van zorgverleners verbeterpunten zijn. Dat zet de confrontatie met patiëntervaringen op scherp. In de proeftuinen bleek bovendien dat zorgverleners uit dezelfde keten vaak een verschillend beeld hebben bij werkafspraken die (wel of niet) gemaakt zijn. Ook dat is heel verhelderend.

### 3.4 De PDCA-cyclus

De PDCA-of verbetercyclus wordt in het HKZ-model<sup>12</sup> expliciet genoemd als standaard voor kwaliteitsverbetering in zorginstellingen. Deze cyclus wordt dan ook in veel zorginstellingen gebruikt. Het ligt daarom voor de hand om in de verbeterfasen van de PDCA-cyclus gebruik te maken. De afkorting PDCA staat voor plan, do, check en act ofwel verbeterplan maken (planfase), verbeterplan uitvoeren (do-fase), de resultaten van de verbetering meten en vergelijken met de gewenste situatie (check-fase) en het plan indien nodig aanpassen (act-fase).

Aan het maken van een verbeterplan gaan twee stappen vooraf, namelijk de huidige situatie in beeld brengen (ofwel de organisatie en door patiënten ervaren kwaliteit van de ketenzorg onderzoeken) en verbeterpunten vaststellen en prioriteiten benoemen. In het model 'Verbeteren ketenzorg vanuit patiëntperspectief' doen we in de onderzoeksfase met behulp van vragenlijsten onderzoek onder zorgverleners en patiënten. Op basis van dit onderzoek wordt er een rapport met conclusies en aanbevelingen geformuleerd. Op basis van dit rapport kunnen er vervolgens verbeterpunten en prioriteiten vastgesteld worden, waaraan gewerkt wordt.

---

<sup>12</sup> HKZ staat voor Harmonisatie Kwaliteitszorg Zorginstellingen. Het HKZ-model is de kwaliteitsstandaard voor zorginstellingen.

### 3.5 Projectorganisatie

#### *Projectteam*

Voor de ontwikkeling en uitvoering van het plan van aanpak wordt bij aanvang van de definitiefase een projectteam ingesteld. In dit projectteam dienen de belangrijkste sleutelfiguren vanuit de keten en patiënten vertegenwoordigd te zijn. Daarbij kan gedacht worden aan:

- Een kwaliteitsfunctionaris
- Eén of meer verantwoordelijk managers
- Eén of meer artsen/medisch specialisten
- Eén of meer verpleegkundigen
- Eén of meer andere ketenpartners (huisarts, apotheek, fysiotherapeut, etcetera)
- Een lid van de cliëntenraad of patiëntenadviesraad
- Een beleidsmedewerker van een relevante categorale patiëntenorganisatie
- Een ervaringsdeskundige of patiëntexpert
- Een adviseur van de regionale patiëntenorganisatie

#### *Interne en externe projectleider*

Voor een goede aansluiting van het project bij de structurele organisatie is het wenselijk dat een vertegenwoordiger van een van de ketenpartners de rol van interne projectleider op zich neemt. In veel gevallen ligt het voor de hand dat de kwaliteitsfunctionaris van het ziekenhuis deze rol op zich neemt.

Om het verbetertraject aan te jagen, de uitvoering van het onderzoek te coördineren en de betrokkenheid van patiënten in de verbeterfase te organiseren is het daarnaast wenselijk dat een beleidsmedewerker of adviseur van een categorale of regionale patiëntenorganisatie de rol van externe projectleider op zich neemt.

#### *Opdrachtgever*

Voor een goed werkende projectorganisatie is het essentieel dat op bestuurlijk of hoger managementniveau iemand formeel de rol van opdrachtgever op zich neemt. De opdrachtgever zorgt er – samen met relevante ketenpartners – voor dat er voldoende mensen en middelen ter beschikking gesteld worden voor het doorlopen van de definitie-, onderzoeks-, verbeter- en borgingsfase van het model 'Verbeteren ketenzorg vanuit patiëntperspectief'.

#### *Boegbeeld van het project*

Voor de communicatie over en het enthousiasmeren van mensen voor het project kan het handig zijn om als projectteam een boegbeeld te hebben. Naast de opdrachtgever en een projectleider kan ook een manager of medisch specialist deze rol vervullen.



## 4. Activiteiten en resultaten per fase

### 4.1 Oriëntatiefase

Doorlooptijd: 1 à 3 maanden

#	Activiteit	Resultaat	Wie
1	Verbeterpunten in ketenzorg signaleren	Aanleiding voor verbetering ketenzorg	Initiatiefnemer
2	Draagvlak voor onderzoek naar en verbetering van ketenzorg vinden	Draagvlak bij sleutelfiguren in de keten voor onderzoek naar en verbetering van de ketenzorg	Initiatiefnemer
3	Projectvoorstel schrijven	Projectvoorstel	Initiatiefnemer
4	Besluitvorming over projectvoorstel	Go/no go voor start definitiefase	Opdrachtgever

#### Aandachtspunten en tips

Het initiatief voor verbetering van de kwaliteit van ketenzorg kan in de hele keten en op alle niveaus genomen worden. Zowel door zorgverleners, afdelingsmanagers en bestuurders als door cliëntenraden, patiënten advies raden, categorale en regionale patiëntenorganisaties. De aanleiding hiervoor kan bijvoorbeeld een incident zijn dat door een patiënt of zorgverlener gemeld wordt.

Voor een succesvolle uitvoering van het model 'Verbeteren ketenzorg vanuit patiëntperspectief' is op alle niveaus commitment nodig, niet alleen op het niveau van zorgverleners en verantwoordelijk managers, maar ook op het niveau van de Raad van Bestuur. Zij moeten immers de mensen en middelen ter beschikking stellen om het onderzoek te laten doen en voor een of meer verbeterpunten de verbetercyclus te doorlopen.

'De buitenwereld binnen brengen' is een krachtig instrument om draagvlak voor verandering te creëren. Vanuit het perspectief van zorgverleners, managers en bestuurders doe je dat door ze te confronteren met de ervaringsverhalen van patiënten. Daartoe kan je bijvoorbeeld gebruik maken van de film 'Mensen met een chronische ziekte over ketenzorg', die deel uitmaakt van het model 'Verbeteren ketenzorg vanuit patiëntperspectief'.

Wanneer je als initiatiefnemer onder sleutelfiguren in de keten geen draagvlak vindt voor verdere stappen, dan houdt het project op.

Is dat draagvlak er wel, dan is de volgende stap om in overleg met sleutelfiguren een projectvoorstel te schrijven. In dit projectvoorstel worden op hoofdlijnen de kaders vastgesteld waarbinnen het project verder ontwikkeld en uitgevoerd wordt. De volgende vragen dienen in het projectvoorstel beantwoord te worden:

- Welke zorgketen wil je onderzoeken en verbeteren? Op welke aandoening of cluster van

aandoeningen is het project gericht?

- Hoe ziet die zorgketen eruit?
- Richt het project zich alleen op de keten binnen het ziekenhuis (het zorgpad) of op de hele zorgketen, inclusief de samenwerking en overdracht met 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn en 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijn?
- Hoe pakken we het aan (zie paragraaf 3.2 voor een aanpak op hoofdlijnen)
- Wat is de doorlooptijd?
- Wat gaat het kosten?
- Wie neemt welke kosten voor zijn rekening?
- Is er externe financiering voor dit project mogelijk?
- Wie neemt de rol van opdrachtgever op zich?
- Wie neemt de rol van projectleider op zich?
- Wat is de gewenste samenstelling van het projectteam?
- Op welke wijze participeren patiënten(vertegenwoordigers) in het vervolg van het project?

Op basis van dit projectvoorstel neemt de beoogde opdrachtgever het besluit om het project wel of niet verder te ontwikkelen en uit te voeren.

Bij de inhoudelijke afbakening van het project spelen de volgende overwegingen een rol:

- welke signalen die je als patiëntenorganisatie, ziekenhuis of ketenpartner in een eerder stadium hebt gekregen vormen de aanleiding voor het verbetertraject?
- in welke ontwikkelingsfase bevindt de zorgketen zich? Is de ketenzorg nog nauwelijks ontwikkeld of zijn er bijvoorbeeld al zorgpaden beschreven?
- hoe ambitieus zijn de ketenpartners en hoeveel mensen en middelen kunnen er op korte en langere termijn voor het project vrijgemaakt worden?

## 4.2 Definitiefase

Doorlooptijd: 2 maanden

#	Activiteit	Resultaat	Wie
1	Benoemen projectleider	Projectleider aangesteld	Opdrachtgever
2	Bemensen projectteam	Projectteam ingesteld	Projectleider in overleg met opdrachtgever
3	Uitwerken plan van aanpak	Plan van aanpak, gedetailleerd voor de onderzoeksfase, globaal voor de verbeterfase	Projectleider in overleg met projectteam
4	Vragenlijsten op maat maken	Vragenlijsten beperkt of aangevuld met ziekte- of situatie specifieke vragen	Projectleider in overleg met projectteam
5	Besluitvorming over plan van aanpak	Go/no go voor onderzoeksfase	Opdrachtgever

### Aandachtspunten en tips

Bij de overgang van oriëntatie- naar definitiefase draagt de initiatiefnemer het initiatief over aan de formele opdrachtgever. De eerste stap die vervolgens gezet wordt is het inrichten van de projectorganisatie door een projectleider te benoemen en het projectteam te bemensen (zie paragraaf 3.4).

In deze fase wordt een gedetailleerd plan van aanpak uitgewerkt voor de onderzoeksfase en een globaal plan van aanpak voor de onderzoeksfase en de borgingsfase. In dit plan van aanpak worden de kaders die in het projectvoorstel zijn vastgelegd nader uitgewerkt. Hierbij gaat het om een uitwerking van de kritische succesfactoren tijd, geld, organisatie, kwaliteit en informatie en communicatie. De volgende vragen dienen in het plan van aanpak beantwoord te worden:

- Qua tijd:
  - Wat is de doorlooptijd van de activiteiten in de onderzoeksfase?
  - Hoeveel tijd kosten de verschillende activiteiten in de onderzoeksfase?
  - Wat is de doorlooptijd van de verbeterfase en de borgingsfase?
  - Hoeveel uren worden er voor de verbeterfase en de borgingsfase gereserveerd?
- Qua geld:
  - Wat kosten de activiteiten in de onderzoeksfase (denk hierbij aan personeelskosten, inhuur van derden en materiaalkosten)?
  - Hoeveel budget wordt er gereserveerd voor de verbeterfase en de borgingsfase?
- Qua kwaliteit van het resultaat:
  - Op welke wijze worden de vragenlijsten onder zorgverleners en patiënten verspreid en afgenomen?
  - Aan hoeveel zorgverleners en patiënten leggen we de vragenlijst voor en hoe worden deze geworven en geselecteerd?
  - Hoe wordt de respons op de vragenlijsten verwerkt?
  - Voor hoeveel verbeterpunten wordt er in de verbeterfase een verbetercyclus opgestart?
  - Worden de effecten van de verbeteringen (in de borgings- en evaluatiefase) wel of niet gemeten?
- Qua organisatie:
  - Wie zorgt er voor de werving en selectie van respondenten?
  - Wie voert het onderzoek onder zorgverleners en patiënten, inclusief het analyseren van de resultaten en het maken van een rapportage, uit?
  - Met wie worden de conclusies en aanbevelingen besproken, voordat het onderzoeksrapport wordt vastgesteld?
  - Hoe worden zorgverleners en patiënten betrokken bij het vaststellen van verbeterpunten en prioriteiten?
  - Hoe worden zorgverleners en patiënten in de verbeterfase betrokken bij de verbetercyclus?
- Qua informatie en communicatie:
  - Op welke wijze worden projectdocumenten beheerd en gearhiveerd?
  - Op welke wijze worden ketenpartners, zorgverleners en patiënten geïnformeerd over het onderzoek, de resultaten van het onderzoek, verbeterplannen en de resultaten die het uitvoeren van deze plannen opleveren?

In paragraaf 4.3 t/m 4.5 vind je een globale activiteitenplanning voor de onderzoeksfase, verbeterfase en borgingsfase en aandachtspunten en tips die kunnen helpen bij het beantwoorden van bovenstaande vragen.

Het ligt voor de hand om in de definitiefase ook het inhoudelijke resultaat van de onderzoeksfase nader te definiëren. Dat doe je door de vragenlijsten (zie bijlage 1 en 2) op maat te maken. Hiervoor is basaal inzicht in de keten of het zorgpad nodig. Wanneer alles volgens plan verloopt is dit inzicht in de oriëntatiefase al verkregen.

### 4.3 Onderzoeksfase

Doorlooptijd: 3 maanden

#	Activiteit	Resultaat	Wie
1.	Werving respondenten in de keten en onder patiënten	Minimaal 5 respondenten in de keten en 50 respondenten onder patiënten	Leden projectteam
2.	Enquête afnemen/in laten vullen door respondenten	Minimaal 5 door ketenpartners ingevulde vragenlijsten Minimaal 50 door patiënten ingevulde vragenlijsten	Onderzoeker
3.	Maken concept-rapportage	Conceptrapport over de organisatie en door patiënten ervaren kwaliteit van ketenzorg met conclusies en aanbevelingen	Onderzoeker
4.	Bespreken rapportage in projectteam en/of met een bredere groep zorgverleners	Feedback op conceptrapport en een lijst met verbeterpunten en prioriteiten	Projectteam
5.	Conceptrapportage aanpassen	Definitieve rapportage	Onderzoeker
6.	Voorstel voor verbeterfase maken	Voorstel om voor een of meer verbeterpunten een verbeterplan te maken	Projectleider
7.	Besluitvorming over onderzoeksrapport en voorstel verbeterfase	Rapportage goedgekeurd door opdrachtgever Go/no go voor opstarten verbeterfase	Opdrachtgever

#### Aandachtspunten en tips

Het aantal gewenste respondenten onder zorgverleners is afhankelijk van de inhoudelijke afbakening van het project. Wanneer het project alleen op de keten binnen het ziekenhuis (het zorgpad) gericht is, heb je minder respondenten nodig om een goed beeld te krijgen, dan wanneer het project zich op de hele zorgketen richt, dus inclusief de samenwerking en overdracht met zorgverleners in de 1<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijn. In alle gevallen is het wenselijk om de vragenlijst door meerdere zorgverleners in te laten vullen. Alleen dan kan namelijk zichtbaar

worden of zorgverleners uit dezelfde keten een verschillend beeld hebben bij de werkafspraken die (wel of niet) gemaakt zijn.

Het aantal gewenste respondenten onder patiënten is mede afhankelijk van de omvang van de doelgroep. Op basis van ervaringen in de proeftuinen raden we aan te streven naar minimaal 50 respondenten. In de proeftuinen zijn gemiddeld 108 patiënten benaderd (variatie: 87 – 150), met een gemiddelde respons van 52 patiënten ofwel 48% (variatie: 29 – 85, 30% – 57%). Om 50 door patiënten ingevulde vragenlijsten te krijgen lijkt het – afhankelijk van de doelgroep – wenselijk om 100 à 150 vragenlijsten onder patiënten te verspreiden.

De vragenlijsten kunnen op verschillende manieren ingevuld worden: digitaal, op papier of op basis van een kort (telefonisch) interview.

In de proeftuinen zijn de vragenlijsten zowel digitaal als op papier onder patiënten verspreid en ingevuld. Een digitale versie heeft als voordeel dat de antwoorden direct in een database vastgelegd worden. Dat scheelt een hoop turf- en typewerk bij het maken de rapportage. Nadeel van het werken met een digitale vragenlijst is dat niet alle potentiële respondenten over een eigen computer en verbinding met internet beschikken.

Wanneer het onderzoek zich beperkt tot de zorgketen binnen een ziekenhuis (het zorgpad) kan het effectief zijn om de vragenlijsten voor zorgverleners in een (telefonisch) interview met zorgverleners samen in te vullen.

Wat goed blijkt te werken is om de eindrapportage te beginnen met een samenvatting met de conclusies en aanbevelingen van het onderzoek. Wanneer je deze samenvatting niet te kort maakt (maximaal vier A4-tjes) kunnen op basis hiervan verbeterpunten en prioriteiten vastgesteld worden. Bij het uitwerken van een verbeterplan kan vervolgens dieper op de resultaten van het onderzoek ingegaan worden.

Bij het vaststellen van verbeterpunten en prioriteiten is het belangrijk onderscheid te maken tussen verbeteringen die relatief eenvoudig, snel en zonder bijkomende kosten gerealiseerd kunnen worden ('laag hangend fruit') en verbeteringen die om een grotere investering in tijd, mensen en middelen vragen ('hoog hangend fruit') (zie ook paragraaf 4.4).

Het vaststellen van verbeterpunten en prioriteiten kan in de praktijk soms gecombineerd worden met het bespreken van de concept rapportage in het projectteam.

Om niet alleen op bestuurlijk en managementniveau, maar ook op het niveau van zorgverleners commitment te verkrijgen voor de ontwikkeling en uitvoering van een verbeterplan kan het wenselijk zijn om de onderzoeksresultaten niet alleen met het projectteam, maar met een bredere groep zorgverleners te bespreken en de verbeterpunten en prioriteiten ook in dit bredere overleg vast te stellen. Je kunt dit doen door een aparte bijeenkomst te beleggen of door het onderzoeksrapport te agenderen in een regulier overleg tussen zorgverleners.

Door als projectteam met een bredere groep zorgverleners in gesprek te gaan is meteen geborgd dat bij dit gesprek ook enkele patiëntvertegenwoordigers aanwezig zijn. Desgewenst kan ook een bredere groep patiënten bij dit overleg uitgenodigd worden.

De resultaten van het onderzoek kunnen op het eerste gezicht goed of slecht zijn, terwijl dat vanuit het perspectief van patiënten toch niet het geval is. Wanneer bijvoorbeeld 80% van de respondenten bevestigend antwoordt op de vraag 'Heeft u een zorgverlener met wie u buiten kantooruren contact kunt opnemen als u acute problemen heeft?', dan lijkt dat een goede score. Maar dit betekent ook dat 20% van de patiënten het niet weet. Dit betekent dat 1 op de 5 patiënten in acute situaties ernstig in de problemen kan komen. Vanuit patiëntperspectief is dit daarom een slechte score.

Om de resultaten van het onderzoek beter te kunnen duiden en zorgverleners te laten voelen wat de onderzoeksresultaten vanuit het perspectief van patiënten betekenen hebben we een film gemaakt met een compilatie van interviews met mensen met een chronische ziekte over hun ervaringen rondom ketenzorg. Deze film kan bij de presentatie van de onderzoeksresultaten aan zorgverleners gebruikt worden om hen te motiveren om daadwerkelijk verbeteracties te ondernemen ten aanzien van de gesignaleerde verbeterpunten. De film kan ook gebruikt worden om professionals te motiveren tot deelname aan een bijeenkomst waarin de onderzoeksresultaten gepresenteerd worden.

Het voorstel om voor een of meer verbeterpunten een verbetertraject op te starten is te zien als een deelprojectvoorstel. In dit deelprojectvoorstel dienen de volgende vragen beantwoord te worden:

- Op welke verbeterpunten richt het verbetertraject zich?
- Wat is het doel van het verbetertraject?
- Aan welke concrete resultaten wordt er gewerkt?
- Wat gaat het kosten? Is het redelijkerwijs mogelijk om dit resultaat te maken met het in de oriëntatiefase en definitiefase gereserveerde budget of zijn er naar verwachting extra financiële middelen nodig?
- Wanneer is het klaar? Is het redelijkerwijs mogelijk om dit resultaat te maken binnen de oriëntatie- en definitiefase geplande doorlooptijd te maken of is er naar verwachting meer tijd nodig?
- Zijn er aanpassingen nodig in de projectorganisatie ten opzichte van de in de oriëntatie- en definitiefase beschreven kaders?

Op basis van het voorstel om voor een of meer verbeterpunten een verbetertraject op te starten neemt de opdrachtgever hierover een besluit.

Om in de evaluatie- en borgingsfase het effect van de verbeterfase te kunnen meten is het noodzakelijk om de doelstelling van het doel van een verbetertraject SMART te formuleren. Hierbij kun je denken aan streefnormen t.a.v. de gesignaleerde verbeterpunten. Zo'n streefnorm zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat 95% van de respondenten weet met wie hij of zij in acute situaties buiten kantooruren contact kan opnemen.

## 4.4 Verbeterfase

Doorlooptijd: is afhankelijk van de complexiteit van het verbeterpunt. Kan variëren van enkele weken tot meer dan een jaar.

#	Activiteit	Resultaat	Wie
1.	Concept verbeterplan(nen) maken	Eén of meer concrete verbeterplannen, inclusief plan van aanpak	Projectleider in samenwerking met betrokken zorgverleners
2.	Conceptverbeterplan(nen) bespreken met patiëntvertegenwoordigers	Feedback op de verbeterplannen vanuit patiëntperspectief	Projectleider
3.	Feedback van patiënten op verbeterplan(nen) verwerken	Aangepast verbeterplan	Projectleider
4.	Bespreking verbeterplan(nen) in projectteam	Verbeterplan(nen) vastgesteld door projectteam	Projectteam
5.	Besluitvorming over verbeterplan(nen)	Go / no go voor uitvoering verbeterplan	Opdrachtgever
6.	Uitvoering verbeterplan(nen)	Concrete verbeteringen in de kwaliteit van de ketenzorg	Betrokken zorgverleners

### Aandachtspunten en tips

De inbreng van patiënten bij kwaliteitsverbetering blijft vaak beperkt tot de onderzoeksfase. Om te waarborgen dat patiënten ook in de verbeterfase betrokken zijn en blijven is het belangrijk om hierover in de oriëntatie- en definitiefase al afspraken te maken.

In de verbeterfase onderscheiden we vier stappen: plan, do, check en act ofwel verbeterplan maken, verbeterplan uitvoeren, de resultaten van de verbetering meten en vergelijken met de gewenste situatie en plan bijstellen. Per stap volgen hieronder enkele aandachtspunten en tips.

### **Verbeterplan(nen) maken**

Voor het zogenaamd 'laaghangend fruit' is het niet altijd nodig om een verbeterplan te maken. Voor dit soort verbeterpunten kan het volstaan om het overleg in het projectteam of het overleg met een bredere groep zorgverleners over het onderzoeksrapport af te sluiten met een aantal werkafspraken. Het blijft dan wel van belang om te checken of deze werkafspraken in de praktijk ook nageleefd worden en het gewenste effect opleveren.

Voor verbeteringen die lastiger te realiseren zijn en meer tijd en geld kosten is het wel wenselijk om een verbeterplan te maken. Parallel aan of aansluitend op het maken van het

onderzoeksrapport wordt hiertoe door de interne projectleider een voorstel geschreven (zie paragraaf 4.3, actiepoint 6).

In het verbeterplan wordt beschreven op welke wijze het verbetertraject zal worden ingericht, hoe de verbeteringen worden ingevoerd in de ketenzorg en hoe de ketensamenwerking wordt geoptimaliseerd. Er worden acties gekozen en belegd. Er wordt beschreven op welke wijze de begeleiding vanuit de projectgroep plaatsvindt en op welke wijze de resultaten van het verbetertraject worden gemonitord c.q. geëvalueerd. De rollen en taken worden beschreven en welke inspanningen het ziekenhuis en de projectgroep zullen leveren. Er wordt een planning opgenomen voor het uitvoeren van het verbetertraject.

Een verbeterplan kan gezien worden als een deel-plan van aanpak. Hiervoor gelden dus soortgelijke aandachtspunten als die voor het plan van aanpak uit de definitiefase: tijd, geld, kwaliteit, organisatie en communicatie en informatie( zie paragraaf 4.2). Om het verbeterplan indien nodig tussentijds bij te kunnen stellen is het belangrijk om bij het maken van het plan van aanpak voor ten minste twee deze beheersfactoren marges in te bouwen. Om de betrokken zorgverleners en patiënten gemotiveerd te houden is het bij complexe verbetertrajecten belangrijk om korte termijn successen te plannen. Een vuistregel hiervoor is dat er binnen een half jaar concrete resultaten zichtbaar moeten zijn.

Het is vaak zinvol om – naast de patiëntvertegenwoordigers in het projectteam – een bredere groep patiënten bij de ontwikkeling van het verbeterplan te betrekken. Dat kan bijvoorbeeld door patiënten om feedback te vragen op een concept verbeterplan of door een co-designteam in te stellen. Een co-designteam is een verbeterteam waarin zowel zorgverleners als patiënten participeren.

### **Verbeterplan uitvoeren**

De uitvoering van het verbeterplan is primair de verantwoordelijkheid van de betrokken zorgverleners. Het bewaken van de voortgang van de uitvoering van het verbeterplan en de resultaten die dat oplevert is primair de verantwoordelijkheid van de interne projectleider. De rest van het projectteam houdt de vinger aan de pols en adviseert de projectleider waar nodig bij het oplossen van eventuele knelpunten die zich in de uitvoering voordoen.

## **4.5 Checkfase**

<b>#</b>	<b>Activiteit</b>	<b>Resultaat</b>	<b>Wie</b>
1.	Effecten verbetertraject meten	Rapportage met resultaten van de effectmeting en eventueel aanbevelingen voor vervolgactiviteiten.	Projectteam
2.	Verbeterplan(nen) bijstellen	Verbeterplan waar nodig bijgesteld	Projectteam



### ***De resultaten van de verbeteringen meten en vergelijken met de gewenste situatie***

Afhankelijk van het soort verbeterpunten waaraan in de verbeterfase is gewerkt kan het ook wenselijk zijn om het effect van de gerealiseerde verbeteringen op de door patiënten ervaren kwaliteit van ketenzorg te evalueren. De meest geëigende manier om dit te doen is een herhaling van het onderzoek onder patiënten dat in de onderzoeksfase is gedaan. Door de uitkomsten van beide onderzoeken met elkaar te vergelijken kan het effect van de verbeteringen zichtbaar gemaakt worden en getoetst of de verbeterdoelen/streefnormen ook daadwerkelijk gehaald zijn. Om een goede vergelijking mogelijk te maken dient bij deze effectmeting exact dezelfde vragenlijst gebruikt te worden als in de onderzoeksfase. Voor de uitvoering van deze effectmeting kan je gebruik maken van de planning van activiteiten en resultaten voor de onderzoeksfase (zie paragraaf 4.3). Houdt er in de definitiefase wel rekening mee dat voor de uitvoering van zo'n effectmeting ongeveer net zoveel mensen en middelen nodig zijn als voor de uitvoering van de onderzoeksfase.

### ***Plan bijstellen***

Binnen de kaders die in het verbeterplan van aanpak zijn vastgesteld en aan de hand van de check van de resultaten van de verbetering, kan het plan tussentijds bijgesteld te worden om het beoogde resultaat of gewenste effect te bereiken.

## **4.6 Evaluatie- en borgingsfase**

Doorlooptijd: 3 maanden.

<b>#</b>	<b>Activiteit</b>	<b>Resultaat</b>	<b>Wie</b>
1.	Overdragen projectresultaten aan moederorganisaties	Projectresultaten zijn overgedragen aan ziekenhuis en ketenpartners	Projectteam

### Aandachtspunten en tips

In deze fase worden de eindresultaten van het project overgedragen aan de moederorganisatie(s) en de effecten van het project waar mogelijk en gewenst geëvalueerd.

Bij moederorganisatie(s) gaat het om het ziekenhuis en de ketenpartners die bij het hele project betrokken zijn geweest. Concrete eindresultaten die teruggegeven kunnen worden aan de organisatie zijn bijvoorbeeld een procesbeschrijving van de ketenzorg, een patiëntversie van deze beschrijving, een aangepaste informatiebrief voor patiënten of aangepaste overdrachtsbrieven.

Bij complexere verbetertrajecten kan het nodig zijn om voor de overdracht van de projectresultaten aan de moederorganisaties een implementatieplan te maken.

Bij complexere projecten is het belangrijk om de realisatie van deelresultaten niet alleen op te merken, maar ook met elkaar te vieren en – voor zover zinvol – en breder zichtbaar te maken. Ter afsluiting van het project wordt het projectteam ontbonden.

## **Bijlage 1 – titel bijlage**