



## NFU-programma

### ‘Uitwisseling kwaliteitsbeleid umc’s’

**Proces- en effectevaluatie op het niveau van  
de themaprojectgroepen en de individuele umc’s**

Auteurs	Perioperatieve Zorg:	Dr. José Maessen (MUMC+) Dr. Gera Welker (UMCG)
	Medicatieveiligheid:	Dr. Erwin Ista (Erasmus MC)
	Interne Audits:	Dr. Marieke Zegers (Radboudumc)
	Projectleider:	Dr. Anita Huis (NFU-consortium Kwaliteit van Zorg)
	Datum	30 september 2015
	Ons kenmerk	ConsKvZ-1509.19/MV

Dit project 837004003 is mogelijk gemaakt door



## Inhoudsopgave

Voorwoord .....	4
Samenvatting.....	5
1. Inleiding uitwisseling kwaliteitsbeleid umc's .....	7
1.1. Achtergrond .....	7
1.2. Selectie onderwerpen .....	7
1.3. Evaluatiestudie .....	7
1.4. Doelstelling procesevaluatie op themaniveau .....	7
1.4. Vraagstelling .....	7
1.5. Leeswijzer .....	8
2. Methode proces- en effectevaluatie .....	9
2.1. Documentanalyse en observaties van de groepsbijeenkomsten .....	9
2.2. Verdiepende interviews .....	9
2.3. Effectevaluatie: vragenlijst en interviews .....	10
3. De werkwijze bij de drie thema's .....	11
3.1. Samenstelling themaprojectgroep en rolverdeling .....	11
3.2. Plan van aanpak op themaniveau .....	11
3.3. Planning .....	12
4. Perioperatieve zorg .....	13
4.1. Inleiding .....	13
4.2. Uitvoering.....	13
4.3. Bevorderende en belemmerende factoren voor de uitwisseling van best practices .....	17
4.4. Effectevaluatie .....	21
4.5. Rol implementatiefellow.....	22
4.6. Randvoorwaarden .....	22
4.7. Conclusies en aanbevelingen.....	23
5. Medicatieveiligheid .....	25
5.1. Inleiding .....	25
5.2. Uitvoering.....	26
5.3. Bevorderende en belemmerende factoren voor de uitwisseling van best practices .....	29
5.4. Proces- en effectevaluatie .....	33
5.5. Rol implementatiefellow.....	34
5.6. Randvoorwaarden – medicatie in eigen beheer.....	34
5.7. Conclusies en aanbevelingen.....	35
6. Interne Audits.....	37
6.1. Achtergrond en doelstelling .....	37
6.2. Procesbeschrijving.....	37
6.3. Effectevaluatie .....	41
6.4. Bevorderende en belemmerende factoren .....	43
6.5. Rol implementatiefellow.....	48
6.6. Randvoorwaarden .....	49
6.7. Borging en verspreiding.....	51
6.8. Conclusies en aanbevelingen.....	51
7. Samenvattende conclusies en aanbevelingen .....	53
Bijlage A. Organogram programma en onderdelen evaluatiestudie .....	56
Bijlage B. Topiclijst interviews procesevaluatie .....	57
Bijlage C. Vragenlijst effectevaluatie .....	58
Bijlage D. Ervaren Medicatie in eigen beheer .....	60
Bijlage E. Voorbeelden van ontwikkelpunten interne audits .....	63

## Voorwoord

Voor u ligt een evaluatierapport van het programma 'Uitwisseling kwaliteitsbeleid umc's', waarin de acht universitair medische centra - onder leiding van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg - actief van elkaar leren in de verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg. Binnen dit programma heeft in de periode van 2012-2015 uitwisseling van kennis en ervaring en bundeling van expertise plaatsgevonden voor drie thema's: de verbetering van de veiligheid van de perioperatieve zorg, verbetering van de medicatieveiligheid, en verbetering van de effectiviteit van de interne audits.

Dit rapport betreft de proces- en effectevaluatie op het niveau van de themaprojectgroepen en de individuele umc's. Het geeft inzicht in hoe de uitwisseling tussen de umc's heeft plaatsgevonden, in welke mate de doelstellingen, zoals geformuleerd binnen de themaprojectgroepen, bereikt zijn. Daarbij werpt het licht op de beïnvloedende factoren voor het al dan niet bereiken van de beoogde doelen, op het niveau van de themaprojectgroepen en op het niveau van de participerende individuele ziekenhuizen, en worden randvoorwaarden gedefinieerd om de samenwerking tussen instellingen betreffende het effectief implementeren van goede zorg te bevorderen.

Samen met het rapport 'NFU-programma 'Uitwisseling Kwaliteitsbeleid umc's'. Procesevaluatie op het niveau van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg en de themaprojectgroepen'<sup>1</sup> de rapportage van de evaluatie van het gehele programma. Deze rapportage laat zien wat de uitwisseling tussen de umc's heeft opgeleverd, en levert nuttige lessen voor het verder vormgeven van het samen werken aan de kwaliteitsverbetering in de umc's binnen het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg, en voor kwaliteitsprogramma's en leernetwerken van andere samenwerkende ziekenhuizen.

Mede namens de stuurgroep 'Verbeteren van kwaliteit' van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg,

De auteurs

september 2015

---

<sup>1</sup> Schilp en Rademakers 'NFU-programma 'Uitwisseling Kwaliteitsbeleid umc's'. Procesevaluatie op het niveau van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg en de themaprojectgroepen' NIVEL 2015

## Samenvatting

Vanuit het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg is in het programma 'Uitwisseling Kwaliteitsbeleid umc's' ingezet op het uitwisselen van ervaringen en ontwikkelde methodieken tussen umc's om daarmee het kwaliteitsbeleid te verbeteren. Het programma kende grofweg vier fasen: 1) selectie van thema's, 2) samenstelling van de projectgroep, 3) bepalen focus en doelstellingen, en 4) uitvoeringsfase. Binnen het programma is gewerkt aan drie inhoudelijke thema's: veiligheid van de perioperatieve zorg, medicatieveiligheid, en de effectiviteit van de interne audits.

Om inzicht te verschaffen in het proces, de uitwisseling van implementatiekennis, de effecten en de beïnvloedende factoren bij de uitvoering van het programma is een evaluatiestudie uitgevoerd, op basis van een subsidie van ZonMw. De evaluatie bestond uit twee deelstudies: 1) een door het NIVEL uitgevoerde procesevaluatie op het niveau van het consortium Kwaliteit van Zorg en het niveau themaprojectgroepen en 2) een proces- en effectevaluatie op het niveau van de themaprojectgroepen en het niveau van de participerende umc's. Dit rapport beschrijft de evaluatie op themaniveau en de effectevaluatie. Voor de opzet van de procesevaluatie werd gebruik gemaakt van een beleidsevaluatiemodel, dat ontwikkeld is door Research voor Beleid en in diverse procesevaluaties is toegepast.

Uit de evaluaties van de drie themaprojectgroepen blijkt dat er veel uitwisseling van kennis en ervaringen tussen umc's heeft plaatsgevonden. Het daadwerkelijk samenkomen van de umc's in de themaprojectgroepen werd door de leden ervaren als zeer waardevol en essentieel voor uitwisseling. Door de veelal open sfeer, vertrouwen en bereidheid om te delen heerste er transparantie binnen de themaprojectgroepen. Doordat het programma in consortiumverband is opgezet, werd er een ingang in de afzonderlijke umc's gecreëerd, en door samenwerking tussen de umc's in het consortium konden zaken beter op elkaar afgestemd worden. Gedurende het programma zijn er binnen alle themaprojectgroepen implementatieplannen met strategieën en praktische tools ontwikkeld om umc's te ondersteunen bij de verandertrajecten.

Onderwerpen voor uitwisseling van expertise en ervaringen werden geselecteerd op basis van drie criteria: maatschappelijke relevantie, aanwezigheid van best practice in een van de umc's en passend bij topzorg. De drie geselecteerde thema's werden echter als omvangrijk en complex ervaren, mede een reden waarom niet voor alle thema's in de umc's concrete verbetertrajecten met meetbaar resultaat konden worden gerealiseerd. Binnen het thema Medicatieveiligheid hebben de meeste van de deelnemende umc's wel een pilotimplementatie betreffende 'Medicatie in eigen beheer' kunnen uitvoeren. De projectgroep per thema bestond uit de lokale experts per umc, de projectleider van het overall programma 'Uitwisseling van kwaliteitsbeleid umc's', een voorzitter, een linking pin naar het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg en een implementatiefellow. Binnen de themaprojectgroepen heeft gedurende de loop van het project een aantal wisselingen plaatsgevonden in de themaprojectgroepleden, omdat de aanvankelijk aangewezen personen toch niet de juiste bleken te zijn. Dit kwam mogelijk door het ontbreken van een profielschets voor themaprojectgroep leden. De wisseling in samenstelling heeft bij de meeste thema's voor een vertraging in het verloop gezorgd. Binnen de brede thema's bleek het ook lastig om een focus aan te brengen en tot heldere, gedeelde doelstellingen te komen. Ook deze fase heeft bij de meeste thema's vertraging opgeleverd. Uit de evaluatie blijkt dat daadwerkelijke implementatie eenvoudiger was indien een thema concreet geformuleerd was. Als er meerdere lagen bij implementatie betrokken waren was het lastiger om te implementeren omdat steun gevonden moest worden op meerdere niveaus en het veel tijd kostte om de betrokkenen op al deze niveaus mee te krijgen.

Andere belangrijke belemmerende factoren door de betrokkenen benoemd waren: onvoldoende draagvlak, gebrek aan mandaat van betrokkenen uit de umc's, en beschikbare middelen in de umc's. Daarnaast is ook de vertaling van de besproken verbetermethodiek naar de eigen lokale situatie niet altijd eenvoudig gebleken, mede door grote verschillen in bedrijfsvoering tussen umc's.

## **Aanbevelingen**

De resultaten laten zien dat er voor toekomstige thema's of kwaliteitsprogramma's verbeteringen mogelijk zijn. Op basis van de evaluatie en genoemde succes- en faalfactoren is een aantal praktische aanbevelingen te formuleren voor toekomstige kennisuitwisselingsprogramma's op basis van de fasering van het proces en daarmee samenhangende randvoorwaarden.

### *Fase 1 : voorbereidende fase*

- Vooraf exploratie van het thema waarin ervaringen worden uitgewisseld en beelden over kwaliteit en room for improvement worden aangescherpt.
- Aanbrengen focus, doelbepaling en projectdefinitie.
- Doelen dienen goed te worden uitgewerkt en SMART te worden geformuleerd. Ook moeten er duidelijke randvoorwaarden benoemd worden, waarin ook de verantwoordelijkheden van de betrokken personen duidelijk naar voren komen.
- In de planning moet rekening gehouden worden met de inhoud van een thema. Als er meerdere lagen bij implementatie betrokken moeten worden, zal implementatie meer tijd kosten

### *Fase 2 : opzet en werkwijze themaprojectgroepen*

- De gekozen aansturing van de themaprojectgroepen voorzitter-projectleider-implementatiefellow werd als waardevol en constructief gezien. De keuze van een goede voorzitter is belangrijk. Dit moet iemand zijn die zowel procesmatig als inhoudelijk deskundig is, en ook als expert op dat thema erkend wordt. De projectleider dient kennis te hebben van de inhoud, het proces adequaat te kunnen leiden, en strategisch te kunnen schakelen met stakeholders. De rol van de implementatiefellow dient primair gericht te zijn op het ondersteunen van umc's bij de implementatie van verbeteracties en het evalueren van de effecten van de werkgroep.
- Openheid en transparantie van de leden in de themaprojectgroepen is essentieel.
- Personen met de juiste deskundigheid moeten in de themaprojectgroepen deelnemen. Een duidelijke profielschets voor themaprojectgroepleden kan hierbij ondersteunen. Voor sommige thema's geldt bijvoorbeeld dat per umc zowel een inhoudsdeskundige als een kwaliteitsfunctionaris betrokken zou moeten worden. Belangrijk om afvaardiging te relateren aan de fase waarin het project zit: beginnend met inhoudsdeskundigen & beslissers, daarna inhoudsdeskundigen, en bij de daadwerkelijke implementatie weer een rol voor de beslissers.
- Het is belangrijk dat de projectgroep volgens een gestructureerde aanpak werkt. Gestreefd dient worden naar een snelle doorlooptijd en een vast team.
- Een centrale locatie voor de vergaderingen lijkt nog het meest voor de hand liggend, hoewel het ook te overwegen valt om ook op de diverse umc-locaties af te spreken, waardoor best practices in de praktijk getoond kunnen worden.
- De projectgroepbijeenkomsten dienen vanuit een centraal orgaan georganiseerd te worden dient de projectgroep gefaciliteerd te worden met behulp van een digitale toolbox voor het uitwisselen van kennis, ervaringen, instrumenten en documenten.

### *Fase 3 : uitvoeringsfase*

- Themaprojectgroepleden moeten binnen hun eigen umc in de gelegenheid gesteld worden om verantwoordelijkheid voor een thema te kunnen dragen. Lokaal moeten afspraken gemaakt worden over het mandaat en de positie van de afgevaardigde in de themaprojectgroep.
- Creëer draagvlak en zorg voor bestuurlijke aanhaking door een thema op tijd in de organisatie te agenderen en voor te bereiden in de umc's. Daarbij lijkt het zinvol om bij de start van het project ook afspraken te maken over de terugkoppeling naar de eigen organisatie en de werkwijze.
- Prioriteit voor een thema binnen een umc is belangrijk om het project te kunnen laten slagen. Dit moet wel mogelijk zijn binnen een umc. Soms klopt de timing van een bepaald project niet met de prioriteiten die op dat moment in een umc worden gegeven. Dan moet dit erkend worden en het ook mogelijk zijn om als umc niet deel te nemen aan dat project.
- Voor daadwerkelijke implementatie van een thema is het belangrijk gebleken dat er voldoende middelen beschikbaar zijn, in vormen van tijd en personeel.

# **1. Inleiding uitwisseling kwaliteitsbeleid umc's**

## **1.1. Achtergrond**

De acht universitaire medische centra (umc's) in Nederland zijn verenigd in de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU). De NFU wil een nadrukkelijke en innoverende rol spelen op het gebied van kwaliteitsverbetering van de curatieve zorg. Met de oprichting van het consortium Kwaliteit van Zorg geeft de NFU deze ambitie gestalte. De NFU wil bijdragen aan de verbetering van de zorg door onder andere de proactieve uitwisseling van de in de umc's aanwezige expertise, ervaringen en methoden om kwaliteit te verbeteren, te stimuleren. Door gebruik te maken van elkaars expertise, ervaringen en methoden zou ieder umc zijn eigen kwaliteit kunnen verbeteren, hetgeen op NFU-niveau zou leiden tot een meer onderscheidend vermogen op het gebied van kwaliteit van zorg en een betere profilering. Hiertoe is binnen het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg het programma 'Uitwisseling kwaliteitsbeleid umc's' vormgegeven.

## **1.2. Selectie onderwerpen**

Onderwerpen voor uitwisseling van expertise en ervaringen zijn geselecteerd op basis van drie criteria: maatschappelijke relevantie, aanwezigheid van best practice in een van de umc's en passend bij topzorg. Aanvankelijk zijn zestien thema's benoemd die in aanmerking leken te komen voor uitwisseling ervaringen en expertise. Vervolgens heeft ieder umc aangegeven welk onderwerp hoogste prioriteit had en zijn op basis van deze prioritering de volgende vijf thema's benoemd: Medicatieveiligheid, Perioperatieve richtlijn, Interne audits, Patiënten portals en Regionale netwerken van zorgverleners. Het delen van kennis en ervaring is in 2012 gestart binnen de drie thema's: Perioperatieve Richtlijn, Medicatieveiligheid en Interne Audits.

## **1.3. Evaluatiestudie**

De evaluatie van het programma 'Uitwisseling Kwaliteitsbeleid umc's' bestaat uit twee deelstudies; in Bijlage A zijn deze deelstudies geplaatst in het organogram van het programma. Deelstudie A betreft een procesevaluatie op het niveau van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg en de themaprojectgroepen (interne audits, perioperatieve zorg en medicatieveiligheid), met daarbij ook aandacht voor de verbinding van het consortium met de umc-bestuurders verenigd binnen de NFU. Deze procesevaluatie is uitgevoerd door het NIVEL, en bevindingen zijn beschreven in het rapport 'NFU-programma 'Uitwisseling Kwaliteitsbeleid umc's'. Procesevaluatie op het niveau van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg en de themaprojectgroepen' (Schilp & Rademakers 2015). Deelstudie B betreft een door de implementatiefellows uitgevoerde proces- en effectevaluatie op het niveau van de themaprojectgroepen en het niveau van de participerende umc's. Het voorliggende rapport beschrijft de evaluatie op themaniveau en de effectevaluatie in de umc's.

## **1.4. Doelstelling procesevaluatie op themaniveau**

Om optimale verspreiding van 'best practices' voor de toekomst te garanderen, is het cruciaal om te onderzoeken onder welke voorwaarden, het uitwisselen van kwaliteitsbeleid onder begeleiding van het consortium heeft bijgedragen aan een betere kwaliteit van de verleende zorg in de umc's op de drie thema's. Een procesevaluatie is een belangrijk instrument om gedetailleerd inzicht te krijgen in waarom en voor wie de proactieve uitwisseling van ervaringen en expertise werkt. Specifieke aandacht zal besteed worden aan de belemmerende en bevorderende factoren die daarbij een rol spelen. Bovendien zal de evaluatie schetsen hoe de samenwerking tussen instellingen het beste kan worden georganiseerd om op snelle wijze de zorg te verbeteren en innovaties te implementeren.

## **1.4. Vraagstelling**

De volgende vragen zijn geformuleerd:

1. In welke mate zijn de doelstellingen, geformuleerd binnen de thema projectgroepen, bereikt?
2. Welke factoren beïnvloedden het al dan niet bereiken van de beoogde doelen, op het niveau van de themaprojectgroepen en op het niveau van de participerende individuele ziekenhuizen?
3. Welke randvoorwaarden kunnen gedefinieerd worden om de samenwerking tussen instellingen betreffende het effectief implementeren van goede zorg te bevorderen?

4. Met welke activiteiten hebben de implementatiefellows de samenwerking tussen de instellingen, het effectief implementeren binnen instellingen, en het evalueren van goede zorg ondersteund?

De huidige evaluatie beschrijft zowel de activiteiten die verricht zijn (procesevaluatie) als de resultaten van deze activiteiten (effectevaluatie) binnen de drie themagroepen. De procesevaluatie geeft inzicht in de wijze waarop het programma 'uitwisseling kwaliteitsbeleid umc's binnen de drie thema projectgroepen is uitgevoerd en in welke mate de opzet en uitvoering van het programma een bevorderende dan wel een belemmerende invloed hebben gehad op het behalen van resultaten. De effect evaluatie beschrijft in hoeverre de beoogde resultaten behaald zijn.

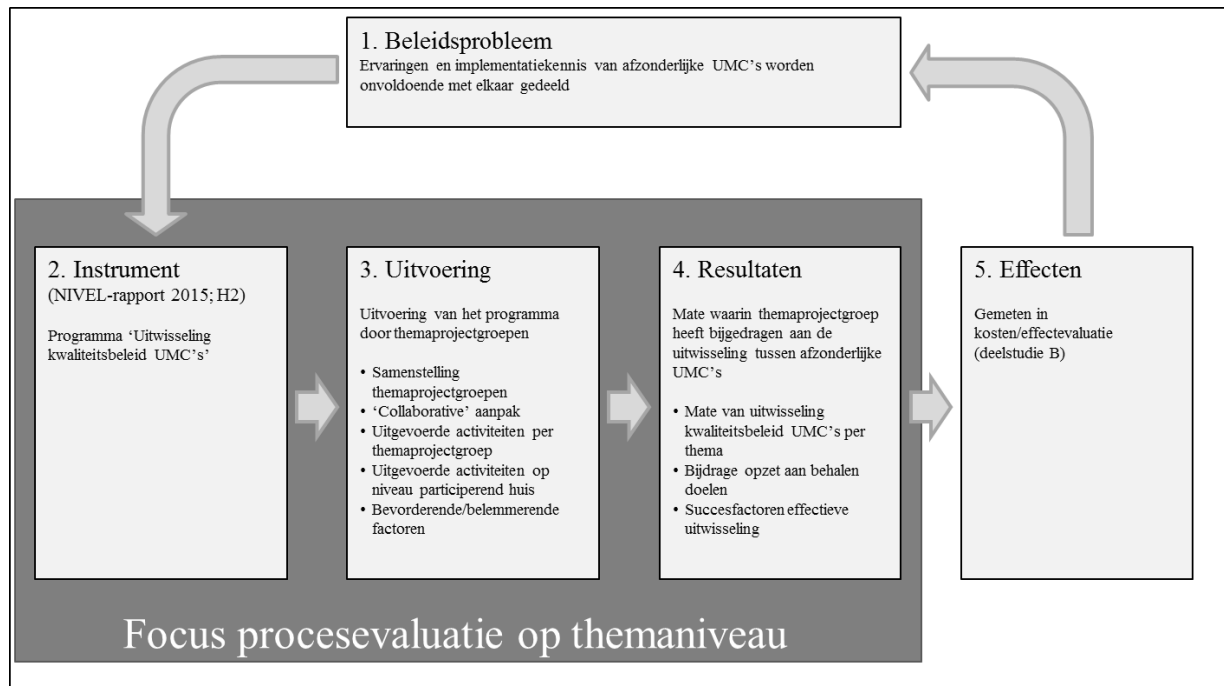
### **1.5. Leeswijzer**

Hoofdstuk 2 beschrijft de wijze waarop de proces- en effectevaluatie zijn opgezet en hoe de data zijn verzameld en geanalyseerd. Hoofdstuk 3 beschrijft de werkwijze van de themaprojectgroepen. In hoofdstuk 4 staat de evaluatie van het thema Perioperatief Traject centraal. Hoofdstuk 5 beschrijft de evaluatie van het thema Interne Audits. De evaluatie van het thema Medicatieveiligheid wordt beschreven in hoofdstuk 6. Tot slot bespreken we in hoofdstuk 7 de conclusies van de evaluatie en staan de aanbevelingen centraal.



## 2. Methode proces- en effectevaluatie

Voor de opzet van de procesevaluatie werd gebruik gemaakt van een beleidsevaluatiemodel (Schilp & Rademakers). Figuur 2.1 geeft het model en de focus van onderhavige procesevaluatie grafisch weer.



**Figuur 2.1. Focus procesevaluatie op themaniveau**

Om het proces binnen de projectgroepen in kaart te brengen werd gebruik gemaakt van documentenanalyse, observaties tijdens de groepsbesprekingen en individuele verdiepende interviews. De tijdspanne waarin de documentanalyse is gedaan en waarin de interviews zijn afgenomen en geanalyseerd varieerde per thema op basis van voortgang van het thema.

### 2.1. Documentanalyse en observaties van de groepsbijeenkomsten

Bestaande documenten werden verzameld, zowel op het niveau van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg als op themagroep niveau. De documenten op niveau van het consortium waren van belang voor het kunnen plaatsen van de voorbereiding voor de thema's en de start van de themagroepen. Het betrof documenten over de opzet, de selectie van de thema's en de samenstelling van de themagroepen. De documenten op themagroepniveau gaven inzicht in het doorlopen proces vanaf start tot en met afronding. De documenten betroffen de agenda en verslagen van de themaprojectgroepen, de mailwisselingen tussen groepsleden en projectleider, voorzitter en/of implementatiefellows, en tussen projectleider, voorzitter en implementatiefellows als voorbereidend en organiserend comité. Daarnaast werden ook alle ontwikkelde documenten geanalyseerd. Tijdens de groepsbijeenkomsten werd ook regelmatig de stand van zaken per huis besproken. Dit was een belangrijke input voor het bespreken van resultaten. De implementatiefellows konden ook elke bijeenkomst de gang van zaken observeren. Deze resultaten werden o.a. gebruikt voor het samenstellen van de gezamenlijke topiclijst.

### 2.2. Verdiepende interviews

Semigestructureerde diepte-interviews zijn afgenomen bij de leden van de themaprojectgroepen. Het doel van deze interviews was inzicht te verkrijgen in de ervaren opzet, werkwijze en in bevorderende en belemmerende factoren. In afstemming met de onderzoeker van de procesevaluatie op het niveau van het NFU-consortium (Schilp & Rademakers 2015) werd ervoor gekozen individuele leden niet twee keer te interviewen: de (getranscribeerde) interviews die bij projectgroepleden afgenomen waren ten behoeve van de evaluatie op het niveau van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg werden ook

gebruikt voor de huidige evaluatie. In afstemming met de projectleider en de onderzoeker op consortiumniveau hebben we een topiclijst voor de interviews samengesteld (Bijlage B).

Bevorderende en belemmerende factoren werden geëvalueerd met behulp van de MIDI checklist, een checklist om determinanten van innovaties te bepalen (Fleuren 2012). Met behulp van deze checklist werden factoren met betrekking tot de innovatie (uitwisseling best practices), factoren met betrekking tot de gebruiker van de innovatie (de projectgroep leden), factoren met betrekking tot de organisatie en factoren met betrekking tot de sociaal politieke omgeving geëvalueerd. De interviews werden na afloop getranscribeerd en gecodeerd aan de hand van de checklist.

### **2.3. Effectevaluatie: vragenlijst en interviews**

De impact van de activiteiten werd geëvalueerd per themaprojectgroep. Enerzijds betreft dit de effecten met betrekking tot het realiseren van kwaliteitsverbeteringen op basis van de kennisuitwisseling, anderzijds betreft dit de effecten van de inhoudelijke thema's. Binnen elke themaprojectgroep zijn concrete, meetbare doelen geformuleerd. Per themagroep is op het individuele niveau van participerende huizen onderzocht in hoeverre de gestelde doelen daadwerkelijk gerealiseerd zijn.

Naast de inhoudelijke input vanuit de documentanalyse en de interviews werd hiertoe een vragenlijst ontwikkeld die naar alle groepsleden werd verstuurd met het verzoek deze in te vullen. Daarnaast werd ook tijdens de laatste groepsbijeenkomst een afsluitende bespreking van de in eigen huis gerealiseerde effecten besproken. De vragenlijst voor de thema's Perioperatieve zorg en Interne audits is opgenomen in Bijlage C.

### **3. De werkwijze bij de drie thema's**

Voor elk inhoudelijk thema van het programma werd een themaprojectgroep opgericht. Voor de uitwisseling van ervaringen op het specifieke thema heeft het coördinerend team van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg ieder umc, via de linking pin, gevraagd een lokale expert te selecteren en af te vaardigen in de drie projectgroepen.

#### **3.1. Samenstelling themaprojectgroep en rolverdeling**

De projectgroep per thema bestond uit de lokale experts per umc, de projectleider van het overall programma 'Uitwisseling van kwaliteitsbeleid umc's', een voorzitter, een linking pin naar het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg en een implementatiefellow.

- De projectleider werd aangesteld door het coördinerend team van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg en rapporteerde over de voortgang van de drie projecten in de stuurgroep Verbeteren van kwaliteit en naar het coördinerend team van het consortium. De projectleider nam de initiatieven voor de vergaderingen, begeleidde de discussies en rapporteerde de besluiten.
- De voorzitter was een inhoudelijk expert op het inhoudelijke thema en tevens zorgprofessional uit één van de umc's. De voorzitter bereidde de bijeenkomsten voor met de projectleider en was technisch voorzitter tijdens de bespreking.
- De linking pin kon mede sturing geven aan de NFU-activiteiten.
- De implementatiefellow nam deel aan de vergaderingen en begeleidde de discussies en besluitvorming vanuit implementatie- en veranderkundige expertise.

Voor een verdere beschrijving: zie Schilp & Rademakers 2015.

#### **3.2. Plan van aanpak op themaniveau**

Aansluitend bij het implementatiemodel van Grol is een 'collaborative' aanpak gevolgd waarbij het gezamenlijk en van elkaar leren centraal staat. Deze methode is een gestructureerde manier van veranderingen invoeren in meerdere ziekenhuizen tegelijk. Het doel is om in relatief korte tijd de kwaliteit van de zorg te verbeteren onder andere door gebruik te maken van goede praktijkvoorbeelden. Op basis hiervan is een plan van aanpak geformuleerd bestaande uit vijf fasen:

##### *Fase 1. Probleemverkenning, bepaling focus en indicatoren.*

In de eerste fase worden gezamenlijke problemen geïnventariseerd en wordt de focus van de verandering bepaald. Op basis van de focus worden indicatoren benoemd en ervaringen uitgewisseld. Op basis van deze uitwisseling wordt het doel van de projectgroep geformuleerd en worden indicatoren benoemd om te kunnen evalueren of het doel bereikt is.

##### *Fase 2. Meting bestaande zorg*

In de tweede fase wordt de bestaande zorg of de bestaande procedure in kaart gebracht aan de hand van de geselecteerde indicatoren. Op basis van deze nulmeting wordt besproken wat er nodig is om de geformuleerde doelstellingen voor de individuele umc's te realiseren. Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol in het realiseren van de doelstelling? Waar moet elk umc in het implementatieplan vooral rekening mee houden? Op basis van deze analyse bepaalt ieder umc welke verbeteringen ingevoerd gaan worden.

##### *Fase 3. Ontwikkeling van veranderstrategieën en implementatieplannen*

In de derde fase worden verbeterstrategieën uitgewisseld. Ieder umc stelt vast welke strategieën lokaal gebruikt gaan worden. Hierbij wordt gebruik gemaakt van elkaars expertise en ervaringen. Het implementatieplan omvat onder meer welke activiteiten ondernomen worden, de planning van die activiteiten en meetmomenten, de benodigde support en begroting. Het implementatieplan wordt in het eigen umc ter goedkeuring voorgelegd; financiën en ondersteuning worden geregeld.

#### *Fase 4 Uitvoering van implementatieplan en evaluatie*

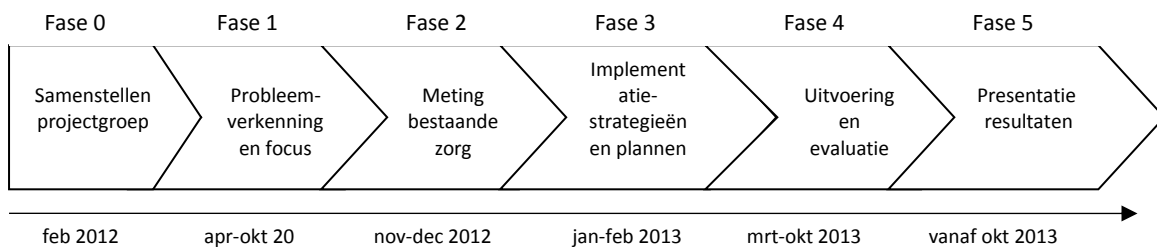
De activiteiten worden in fase 4 daadwerkelijk uitgevoerd. De voortgang wordt continu gemonitord in de bijeenkomsten van de projectgroep. De resultaten worden ter beschikking gesteld aan de overige projectgroep leden. Ervaringen worden uitgewisseld.

#### *Fase 5: Presentatie van de resultaten*

Er wordt een PR-plan opgesteld voor het naar buiten brengen van de resultaten, gericht op verschillende soorten media, alsmede voor intern gebruik binnen de afzonderlijke umc's.

### **3.3. Planning**

De planning van het programma is in algemene termen gemaakt bij de opstart van het programma:



Na de opstart van het programma zijn de afzonderlijke themagroepen van start gegaan en hebben elk hun eigen proces doorlopen. In het hiernavolgende wordt elk thema apart besproken. Per thema wordt aandacht besteed aan de uitvoering, resultaten en effecten.

## **4. Perioperatieve zorg**

In dit hoofdstuk wordt de uitvoering van het thema perioperatieve zorg door de projectgroep uitgewerkt. Na een algemene inleiding volgt een beschrijving van de uitvoering van het thema, de analyse van factoren die de uitwisseling van best practices hebben bevorderd of belemmerd, de effect evaluatie en tot slot de randvoorwaarden voor succesvolle uitwisseling van best practices. Het hoofdstuk eindigt met de conclusie.

### **4.1. Inleiding**

De implementatie van de perioperatieve richtlijn is een maatschappelijk relevant onderwerp: de richtlijn is ontwikkeld door de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) naar aanleiding van onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en wordt geïmplementeerd in ieder ziekenhuis in Nederland. De ervaringen van het AMC die de perioperatieve checklist SURPASS hebben ontwikkeld (die in de richtlijn is opgenomen) zijn belangrijk voor de andere umc's. De validering, ontwikkeling en het onderzoek naar de effectiviteit van de SURPASS door het AMC hebben ervoor gezorgd dat een perioperatieve checklist een onontbeerlijk element van goede kwaliteit van perioperatieve zorg is geworden. In 2012 benoemde het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg de Perioperatieve Zorg als een van de thema's waarbinnen proactieve uitwisseling van aanwezige expertise en ervaringen zou plaats vinden.

### **4.2. Uitvoering**

#### *4.2.1. Samenstelling projectgroep Perioperatieve Zorg – fase 0*

De projectgroep startte in maart 2012 met een kick-off meeting en kwam elke 3 maanden bij elkaar in Utrecht. Er zijn 15 bijeenkomsten geweest, de laatste bijeenkomst was in maart 2015. De projectgroep bestond bij aanvang uit een lokale expert per UMC, een projectleider, een voorzitter, een linking pin naar het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg en 2 implementatiefellows. De voorzitter en de linking pin waren tevens de lokale experts van hun respectievelijke umc's. Eén umc startte met 2 experts. In totaal startte de projectgroep met 12 leden, van wie 3 anesthesiologen, 2 chirurgen, 1 uroloog, 3 kwaliteitsfunctionarissen, 2 implementatiedeskundigen en 1 onderzoeker.

De oorspronkelijke samenstelling is in het verloop van het project weinig stabiel gebleken. Van de 12 leden waarmee de projectgroep startte in maart 2012 waren er nog 6 leden aanwezig bij de afsluiting van het project in maart 2015. In totaal zijn er 24 deelnemers (inclusief de onderzoeker) geweest (Tabel 4.1). Ondanks de vele deelnemers per umc zijn er vele bijeenkomsten geweest waarin niet ieder umc vertegenwoordigd was. Twee umc's hebben de projectgroep voortijdig verlaten.

#### *4.2.2. Probleemverkenning, focus, indicatoren – fase 1*

Ieder umc evalueerde zijn eigen perioperatieve project en presenteerde tijdens de kick-off meeting aan de andere umc's wat binnen de eigen organisatie wel en niet goed geregeld was. Uit deze evaluatie bleek dat ieder umc bezig was met de implementatie van de stopmomenten in het perioperatieve traject (via de SURPASS of een vergelijkbare checklist). Belangrijkste knelpunten lagen op het gebied van de checklist zelf (varianten op dagcentrum, hoog volume OK's), de compliance (commitment, cultuur), de monitoring van de stopmomenten en de digitale ondersteuning door lokale ICT-afdeling.

Als voorbereiding voor de volgende bijeenkomst werd ieder umc gevraagd om een prioritering aan te brengen in de onderwerpen waarop de eigen organisatie zou willen focussen. Ieder umc definieerde twee onderwerpen. De meest genoemde onderwerpen bleken de verbetering van de implementatie van de stopmomenten (n=5) en de verbetering van de veiligheidscultuur (n=3).

**Tabel 4.1. Overzicht aantal deelnemers, aanwezigheid en wisselingen per umc**

Umc	Aantal deelnemers per umc	Functionaris	Aantal keer functionaris aanwezig	Aantal keer umc niet vertegenwoordigd	Aantal wissels
1	1	Anesthesioloog	14	1	-
2	1	Chirurg	6	7	-
3	2	Kwaliteitsfunctionaris 1 Kwaliteitsfunctionaris 2	1 13	1	-
4	3	Chirurg Implementatiedeskundige Kwaliteitsfunctionaris	1 13 3	1	1
5	3	Uroloog; kwaliteitsfunctionaris; chirurg	10 1 1	4	1
6	4	Chirurg Anesthesioloog Kwaliteitsfunctionaris Implementatiedeskundige	1 4 4 15	0	2
7	6	Kwaliteitsfunctionaris 1 Kwaliteitsfunctionaris 2 Kwaliteitsfunctionaris 3 Kwaliteitsfunctionaris 4 Chirurg Kwaliteitsfunctionaris 5	1 3 1 1 1 1	8	3
8	3	Anesthesioloog Kwaliteitsfunctionaris Anesthesioloog 2	1 3 5 1	10	1

Op basis van de prioritering werd de doelstelling van de projectgroep perioperatieve zorg vastgesteld:

- Verbeteren van de compliantie ten aanzien van de stopmomenten, kwantitatief en kwalitatief.
- Verbeteren van de veiligheidscultuur.
- Bepalen van de uitkomstmaten waarop het perioperatieve proces kan worden geëvalueerd.

Om de 'gaps in performance' en de 'best practices' te kunnen identificeren werd aan elk projectgroep lid gevraagd om een korte presentatie te geven over de stand van zaken met betrekking tot de lokale audit van het perioperatieve proces. Het betrof de volgende vragen: Welke indicatoren zijn lokaal benoemd en welke meetinstrumenten worden gebruikt? Hoe wordt de kwaliteit van het de uitvoering van stopmomenten gemeten? Welke hulp is er lokaal nodig om tot een evaluatie te komen?

Duidelijk werd dat een gestructureerde voormeting nodig was om inzicht te krijgen in de actuele performance en te kunnen bepalen wie de best practice had. Om de voortgang te bewaken werd een tussentijdse telefonische vergadering gehouden om de uitkomstmaten vast te stellen. Besloten werd om zowel structuur, proces en uitkomsten te evalueren. Uitkomstmaten die gedefinieerd werden waren: mortaliteit (HSMR), complicaties, adverse events, patiënt tevredenheid. Procesuitkomsten waren de adherentie aan de stopmomenten en de manier waarop lokaal audit en feedback van compliance data was vormgegeven. Als structuuruitkomst werd de manier waarop data verzameld werden (al dan niet digitaal) gedefinieerd.

#### **4.2.3. Nulmeting en bepalen knelpunten per umc – fase 2**

De vragenlijst ten behoeve van de nulmeting werd door 6 van de 8 umc's ingevuld, maar de vragen bleken niet eenduidig te beantwoorden. Besloten werd een nieuw format voor de nulmeting te ontwikkelen. Dit format werd op basis van het commentaar van de projectgroepleden opgesteld. Het

nieuwe format werd vervolgens met de projectgroep besproken, opnieuw aangepast en rondgestuurd voor commentaar, waarna het uiteindelijke format werd vastgesteld. Een toelichting werd ontwikkeld voor degenen die de data moesten aanleveren.

Binnen de gestelde tijd werden de data van de nulmeting door 4 umc's aangeleverd. De helft van de umc's bleek niet in staat om de data binnen de tijdslimiet aan te leveren. In alle umc's was discussie over het format zelf, de geschiktheid van het format (o.a. zijn de data uit het systeem te halen; twijfels over de betrouwbaarheid van de gegevens, zijn de data in lijn met interne presentatie van performance?) en de mate van transparantie / de vertrouwelijkheid van de data. umc's vonden dat de data niet zonder meer konden worden vrijgegeven en anoniem binnen de projectgroep gepresenteerd zouden moeten worden. Daarop werd besloten dat de 4 umc's die geen nulmeting aanleverden wel zouden aangeven welke data op termijn aangeleverd zouden kunnen worden, zodat duidelijk was in hoeverre de nulmeting een beeld zou kunnen geven van de lokale implementatie van de stopmomenten. Een van de grootste problemen was dat lokaal data op een andere manier verzameld werden waardoor ze niet vertaald konden worden naar de gevraagde data.

Aangezien de vertrouwelijkheid van de data een belangrijke barrière voor aanlevering van de data was, werd besloten om via de medisch directeuren van de 8 umc's formeel toestemming te vragen voor een benchmark van implementatie van de stopmomenten en voor de ondersteuning van het nu ontwikkelde format, zodat de umc's zo nodig hun reguliere dataregistratie geschikt konden maken voor de nulmeting. Uiteindelijk bleek het niet nodig toestemming te vragen aan de medisch directeuren voor aanlevering van de door de projectgroep vastgestelde data. Het probleem speelde ook bij de andere projectgroepen en werd landelijk opgepakt door de stuurgroep Verbeteren van kwaliteit van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg.

De NFU-bestuurscommissie Opleiding en Patiëntenzorg (O&P) oordeelde dat door de instelling van de projectgroep perioperatieve richtlijn het principiële werkbesluit was genomen dat projectleden gegevens met elkaar delen. Besloten werd in de projectgroep perioperatieve traject dat de data door de fellows zouden worden bewaard en vertrouwelijk zouden worden behandeld. De data zouden binnen de projectgroep blijven en geanonimiseerd worden bij uitwisseling. De dataverzameling ten behoeve van de HSMR en LHCR werd geschrapt uit de vragenlijsten. De interpretatie bleek dermate ingewikkeld dat deze uitkomstmaten gearpookt werden.

Uiteindelijk leverden 7 umc's hun data aan:

- De compliance data bleken compleet te zijn voor de electieve procedures; data dagcentrum, spoed chirurgie en data over compliance hele stopbundel waren niet compleet met als reden dat ze niet uit het lokale systeem waren te extraheren.
- De data lieten een grote variatie in implementatie van de time-out buiten OK zien.
- Vier umc's registreerden de stopmomenten digitaal, 2 ziekenhuizen een gedeelte van de stopmomenten digitaal en 2 ziekenhuizen vulden de checklists nog handmatig in en telden de compliance handmatig.
- Geen enkel ziekenhuis leverde data over complicaties aan en de HSRM en Landelijke Heelkunde Complicatie Registratie bleken voor de meeste ziekenhuizen niet aan te leveren.
- De time-out (stopmoment IV) bleek het beste geïmplementeerd en scoorde een compliance > 90% bij alle umc's. Het ontslag uit het ziekenhuis (stopmoment VII) scoorde het laagste met slechts 1 umc een compliance boven de 50%.

De compliance data electieve chirurgie op de klinische OK bij volwassenen niet zijnde dagbehandeling werden uiteindelijk in een overzicht anoniem gepresenteerd waarbij de data van de eigen organisatie niet anoniem gegeven werden. Op basis van dit overzicht kon ieder umc voor zich zelf bepalen waar de compliance ten opzichte van de andere umc's minder was en waar mogelijkheden ter verbetering lagen.

#### **4.2.4. Uitwisseling verbeterstrategieën, opstellen implementatieplan – fase 3**

Aangezien de nulmeting moeizaam verliep werd fase 3 al gestart voordat fase 2 was afgerond. Besloten werd om een toolkit samen te stellen waarin alle instrumenten en interventies, die lokaal gebruikt waren om de implementatie van de perioperatieve richtlijn te bevorderen, werden geplaatst. De toolkit bevat concrete producten die lokaal ontwikkeld waren om de implementatie van de stopmomenten te bevorderen. Ieder umc kan in de toolkit gericht zoeken naar succesvolle instrumenten/interventies die elders ontwikkeld zijn, en gebruikt kunnen worden voor de eigen situatie.

De toolkit werd beschikbaar gesteld binnen een SharePoint omgeving, waarop ieder umc met behulp van een wachtwoord kon inloggen. Echter al snel bleek dat schriftelijke informatie wel geüpload kon worden, maar e-learning modules, websites, video's etc. niet. Besloten werd om een overzicht te maken van alle strategieën die ingezet werden om de implementatie van de stopmomenten te bevorderen. Dit overzicht werd samengesteld op basis van de door ieder umc benoemde succesvolle interventies tijdens de eerste bijeenkomst. Strategieën werden ingedeeld op basis van de praktische indeling die ZonMw aanbeveelt (<http://www.zonmw.nl/nl/themas/thema-detail/implementatie/aanpak-bepalen>). Het overzicht met strategieën werd naar alle projectleden verstuurd en ontbrekende verbeteractiviteiten werden aangevuld. Ieder projectgroep lid werd gevraagd om op basis van de nulmeting en het overzicht met strategieën te bepalen met welke verbeteractie lokaal gestart zou worden, een lokaal projectplan te ontwikkelen met daarin het doel van de verbeteractie en de strategieën die ingezet zouden worden. De projectgroep leden werd geadviseerd om individueel contact op te nemen met de umc's die succesvolle interventies hadden ingezet op het desbetreffende verbeterpunt en om zo gebruik te maken van elkaars expertise.

#### **4.2.5. Uitvoering verbeteractiviteiten en evaluatie – fase 4**

Een nieuwe mondelinge evaluatie van knelpunten tijdens een projectgroep overleg leverde een aantal gezamenlijke knelpunten op: de monitoring van de kwaliteit van de stopmomenten, de implementatie van stopmoment 7 (het ontslag uit het ziekenhuis)<sup>2</sup> en de dagelijkse evaluatie van het operationele proces. Gezien de looptijd van het project werd besloten om alleen de implementatie van stopmoment 7 gezamenlijk op te pakken. Het idee was dat door de gezamenlijke aanpak kennis en ervaring kon worden uitgewisseld waardoor sneller lokale verbetering van de adherentie aan stopmoment 7 zou kunnen worden gerealiseerd.

Gebruik makend van een door de implementatiefellows voorbereid implementatieplan zouden alle umc's voor de eigen situatie een verbeterplan samenstellen. Afsproken werd dat de projectgroep leden in hun eigen umc een projectleider zouden zoeken voor stopmoment 7, die het voorgestelde implementatieplan zou vertalen naar de lokale situatie met een overzicht van de activiteiten die lokaal uitgevoerd moeten gaan worden om de implementatie van stopmoment 7 te verbeteren. De projectleiders zouden worden ondersteund door de fellows. Tijdens een apart georganiseerde werkgroep bijeenkomst werden de randvoorwaarden en benodigde structuur voor succesvolle implementatie van stopmoment 7 besproken. Alle lokale projectgroep leden gingen met de verbeterideeën naar hun eigen umc om lokaal stapsgewijs de implementatie voor te bereiden.

Daarna bleek echter al vrij snel dat er in de meeste huizen belemmeringen waren om het verbeterproject te starten, omdat er lokaal andere prioriteiten werden gesteld. Duidelijk werd dat dit verbeterproject niet realiseerbaar zou zijn binnen de tijd die voor het project nog beschikbaar was.

#### **4.2.6. Presentatie van de resultaten**

---

<sup>2</sup> Stopmoment 7 is het laatste stopmoment in de perioperatieve keten en blijkt in geen van de 8 UMC's als 'hard' stopmoment geïmplementeerd te zijn; dit betekent dat in geen enkel UMC het ontslag van de patiënt wordt uitgesteld als niet voldaan wordt aan vastgelegde afspraken.



Gedurende de projecttermijn is een poster over de opzet en eerste resultaten van het project gepresenteerd tijdens het OK-benchmark congres, in oktober 2013. De resultaten van de projectgroep zijn gepubliceerd in een eindnotitie, die via de website van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg beschikbaar zal worden gesteld. Daarnaast is het streven een artikel te publiceren waarin de implementatiestrategieën die door de verschillende huizen succesvol zijn ingezet, gedeeld kunnen worden.

#### 4.3. Bevorderende en belemmerende factoren voor de uitwisseling van best practices

In de interviews is gevraagd welke beïnvloedende factoren werden ervaren bij de uitvoering van het programma, namelijk de uitwisseling van de best practice. De genoemde factoren zijn gerubriceerd aan de hand van de MIDI checklist van Fleuren. Tabel 4.2 toont de genoemde belemmerende en bevorderende factoren voor succesvolle uitwisseling van best practices. Een membercheck heeft plaatsgevonden door deze resultaten te bespreken tijdens de laatste bijeenkomst

Er zijn meer belemmerende dan bevorderende factoren genoemd. Opvallend is dat de meeste beïnvloedende factoren worden genoemd rondom de innovatie zelf, de uitwisseling van de best practice, en de verwachting van de groepsleden ten aanzien van de uitkomsten van deze uitwisseling.

**Tabel 4.2. Beïnvloedende factoren**

Categorie	Factoren	Bevorderend	Belemmerend
De innovatie: de uitwisseling van best practices	Procedurele helderheid Juistheid Compleetheid Complexiteit Congruentie huidige werkwijze Zichtbaarheid uitkomsten Relevantie cliënt	X  X X X	X   X X X
De gebruiker: de leden van de projectgroep	Persoonlijk voordeel/nadeel Uitkomstverwachting Taakopvatting Tevredenheid deelnemer Medewerking deelnemer Sociale steun Descriptieve norm Subjectieve norm Eigen effectiviteitverwachting Kennis Informatieverwerking	X      X     	X       X  X  X  X
De omgeving: het consortium en individuele umc	Formele bekrachtiging management Vervanging bij personeelsverloop Capaciteit, bezettingsgraad Financiële middelen Tijd Beschikbaarheid materialen en voorzieningen Turbulentie in de organisatie Beschikbaarheid van informatie over gebruik innovatie Feedback aan gebruiker	X         X	X   X       X
De sociaal politieke omgeving	Wet- en regelgeving		

#### **4.3.1. Bevorderende factoren**

##### **4.3.1.1. De innovatie: de uitwisseling van best practices**

Procedurele helderheid: de innovatie is in heldere stappen beschreven

De rol van de voorzitter was helder.

Het uitwisselen van best practices werd ervaren als een goed idee om van elkaar te leren.

Compleetheid: de innovatie biedt alle informatie en materialen die nodig zijn om er mee te werken

Door regelmatig bij elkaar te komen en met elkaar in gesprek te gaan werd het uitwisselen van kennis en ervaring gefaciliteerd. De voorzitter was medisch inhoudelijk goed op de hoogte.

*“Het feit dat je met elkaar afspreekt zorgt er al voor dat je dingen deelt”.*

Complexiteit: de innovatie is te ingewikkeld om te kunnen gebruiken

Het uitwisselen van best practices leidde tot concrete veranderplannen die in de eigen umc's konden worden opgepakt. Veranderingen vragen tijd en de 3 maanden tijd tussen de vergaderingen werd in dit opzicht positief bevonden.

Congruentie: de innovatie sluit goed aan bij hoe ik gewend ben te werken

De mix van zorgprofessionals en kwaliteitsmedewerkers werd als bevorderend voor goede uitwisseling ervaren.

*“Het was goed dat er een mix van professionals was, het realiteitsgehalte is daardoor breder en je kijkt daardoor breder”.*

##### **4.3.1.2. Determinanten met betrekking tot de gebruiker, de leden van de themagroep**

Persoonlijk voordeel: de innovatie biedt voor de gebruiker persoonlijke voordelen/nadelen

Uitbreiding van het eigen netwerk door collega's uit andere umc's te spreken was een bevorderende factor om deel te nemen aan de themagroep. De uitwisseling van issues die in ieder umc in het perioperatieve proces speelden, bood de deelnemers de gelegenheid om de eigen voortgang te kunnen beoordelen, om de eigen plaats als umc te kunnen bepalen.

*“Het is veel handiger om contact met elkaar op te nemen, als je elkaar ziet en spreekt.”*

*“Het is prettig om te horen wat er bij anderen speelt, dan kun je zelf je plaats bepalen”.*

Descriptieve norm: de innovatie wordt ook daadwerkelijk gebruikt door collega's (de mede groepsleden)

Er werd open gecommuniceerd over issues rondom de perioperatieve zorg in het eigen umc. Tijdens de themagroep bijeenkomsten gingen de deelnemers informeel met elkaar om. Deze open en informele communicatie was bevorderend voor het uitwisselen van kennis.

*“Mensen gingen snel informeel met elkaar om, legden open dingen op tafel.”*

##### **4.3.1.3. Determinanten met betrekking tot omgeving**

Formele bekrachtiging management: de innovatie wordt bekrachtigd door het management

Het feit dat het thema waarop inhoudelijk kennis en expertise werd uitgewisseld is aangedragen door het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg is ervaren als een bevorderende factor. Sommige projectgroep leden hebben de naam van de NFU gebruikt om een verandering in huis te versnellen.

*“Het is goed dat kwaliteitsdenken vanuit NFU wordt aangedragen, geeft extra vaart”.*

Beschikbaarheid materialen en voorzieningen: voldoende materialen en voorzieningen om de innovatie te gebruiken

De hulp van de implementatiefellows werd gezien als een bevorderende factor.

Coördinator: een persoon is belast met de coördinatie van de invoering

De inhoudelijke expertise van de voorzitter en de secretariële ondersteuning van de projectleider waren bevorderend voor de inhoudelijke uitwisseling.

*“De voorzitter was inhoudelijk goed op de hoogte van de richtlijn.”*

#### **4.3.2. Belemmerende factoren**

##### **4.3.2.1. De innovatie: de uitwisseling van best practices**

Procedurele helderheid: de innovatie is in heldere stappen beschreven

De abstractheid en onduidelijke definitie van de “best practice” werd als belemmerend ervaren. Het onderwerp “perioperatieve zorg” was een breed onderwerp, dat door de projectgroep afgebakend moest worden. De afbakening van het onderwerp en de formulering van de doelstelling duurde lang. Individuele verwachtingen en doelstellingen verschilden tussen de deelnemers. De onduidelijke formulering van de best practice leidde tot onduidelijkheid in de rollen van de deelnemers. Dit werd versterkt door de samenstelling van de projectgroep met deelnemers die op macroniveau veranderingen wilden bespreken en deelnemers die vooral op micro niveau ervaringen wilden uitwisselen.

*“Een best practice is een abstract begrip, het was niet duidelijk wie welke stukje best practice had.”*

*“Eerst de doelstellingen helder hebben, dan pas naar de inhoud gaan, naar de best practices, maar waarom doen we dat delen van best practices nou eigenlijk.”*

*“De samenstelling van de groep is erg aan het toeval overgelaten.”*

Complexiteit: de innovatie is te ingewikkeld om te kunnen gebruiken

De deelname van professionals uit het perioperatieve proces belemmerde de continuïteit van de projectgroep. OK-programma's liggen vaak al maanden op voorhand vast waardoor deelnemers veel inspanningen moesten verrichten om te kunnen deelnemen. Vervanging regelen was niet altijd haalbaar. Niet ieder umc was iedere bijeenkomst vertegenwoordigd. Het gevoel bestond dat er elke vergadering weer opnieuw begonnen werd, mede ook door de tijd van drie maanden tussen de vergaderingen.

*“Er zat te veel tijd tussen de bijeenkomsten, waardoor we iedere keer opnieuw moesten beginnen.”*

Congruentie: de innovatie sluit goed aan bij hoe ik gewend ben te werken

De deelnemers van de groep hadden een heel verschillende achtergrond. De verschillen in achtergrond werden als belemmerend ervaren omdat de deelnemers niet dezelfde taal spraken en ook niet hetzelfde draagvlak in hun eigen umc hadden. De verschillen werden benoemd als verschillen tussen theoretische achtergrond en meer praktische expertise, maar ook tussen denken op macro- versus microniveau.

Zichtbaarheid uitkomsten: de effecten van het gebruik van de innovatie zijn duidelijk zichtbaar voor de gebruiker

Het proces verliep wollig en traag met als resultaat dat de uitkomsten voor de groepsleden weinig zichtbaar werden.

#### **4.3.2.2. Determinanten met betrekking tot de gebruiker, de leden van de projectgroep**

##### Uitkomstverwachting: waarschijnlijkheid waarmee het beoogde doel bij de cliënt wordt bereikt

De groepsleden hadden verschillende verwachtingen; de verschillen waren groot: macro versus micro niveau. Een aantal deelnemers oordeelden dat de beoogde veranderingen in de perioperatieve zorg ook niet snel te realiseren zijn en er een langdurige traject nodig is om veranderingen in de perioperatieve keten in te voeren.

*“Ik heb altijd gedacht dat we met een visie document zouden komen, maar we kwamen niet boven het micro niveau uit, terwijl het op macro niveau had moeten spelen.”*

*“In huis hebben ze hier niet veel aan.”*

##### Medewerking cliënt: de verwachting dat de cliënt meewerkt aan de innovatie

De groepsleden moesten elk in hun eigen umc de best practice ideeën verder proberen te brengen. Sommige deelnemers vonden het belemmerend dat zij in hun eigen umc afhankelijk waren van anderen om voortgang te boeken.

##### Descriptieve norm: de innovatie wordt ook daadwerkelijk gebruikt door collega's (de mede groepsleden)

De weinig stabiele samenstelling van de groep, de wisseling van de groepsleden en de veelvuldige afwezigheid van een aantal groepsdeelnemers zijn ervaren als belangrijke belemmeringen in het uitwisselen van best practices. Een aantal deelnemers gaven aan dat de communicatie onvoldoende open was. Niet alle projectgroep leden deelden ervaringen en ideeën of hadden de intentie andermans ideeën te overwegen.

*Er is weinig stabiliteit in de groep, daardoor kun je zelf moeilijker je rol pakken en is het moeilijker om anderen in hun rol te zien.”*

##### Eigen-effectiviteitsverwachting: de gebruiker acht zich in staat de innovatie uit te voeren

Om de veranderingen in eigen huis te kunnen doorvoeren zijn er bepaalde randvoorwaarden, zoals mandaat en draagvlak, nodig. Wanneer die randvoorwaarden er niet zijn, dan komen die er ook niet door dit programma. Daarnaast speelt er ook veel politiek wat moeilijk te beïnvloeden is. Projectleden geven aan dat ze niet de juiste functie hebben om invloed te kunnen uitoefenen of andere mensen nodig hebben om een verandering door te kunnen voeren.

*“Veel dingen heb je geen invloed op.”*

#### **4.3.2.3. Determinanten met betrekking tot omgeving**

##### Formele bekrachtiging management: de innovatie wordt bekrachtigd door het management

Het ontbreken van duidelijk geformaliseerd commitment van Medisch Directeuren / Directeuren Kwaliteit of Raad van Bestuur is belemmerend om politieke punten op te pakken. Daarbij bleek ook dat de legitimiteit van de themagroep niet geregeld was en dat het mandaat van de groepsleden onduidelijk was. Het niet geregeld hebben dat de juiste mensen in het eigen umc meewerken aan de uitvoering van de ideeën is benoemd als een belangrijke belemmerende factor. Tot slot werd ook benoemd dat het almaar toenemend aantal NFU-projectgroepen belemmerend werkt voor de samenwerking met het consortium.

*“Je moet bepaalde randvoorwaarden in eigen setting hebben, als je die in begin niet had, dan krijg je die ook niet met dit programma.”*

*“Het mandaat van de deelnemers was niet duidelijk. Het is belangrijk dat mensen deelnemen die iets kunnen en mogen zeggen binnen eigen huis en dit kunnen uitdragen bij de achterban.”*

#### Vervanging bij personeelsverloop, tijdige maatregelen om verloop op te vangen

Niet alle umc's zijn elke bijeenkomst vertegenwoordigd geweest. Veel wisselende deelnemers en de afwezigheid van vertegenwoordiging van umc's tijdens de bijeenkomsten worden beschouwd als een kritisch punt.

#### Beschikbaarheid materialen en voorzieningen

Het niet aanwezig zijn van de juiste deelnemers aan de groepsbijeenkomsten bleek een belemmerende factor. Evenals het niet hebben van een collega of groep collega's in het eigen umc om de implementatie voor te bereiden en uit te werken. Hierdoor konden gegevens niet tijdig of helemaal niet worden aangeleverd en konden bepaalde afgesproken activiteiten in de umc's niet verder worden gebracht.

*“Dat er een implementatiefellow bij zit, dat is de hulp die we krijgen, maar wat doet het consortium hierin?”*

#### **4.4. Effectevaluatie**

Naast de evaluatie van het proces is ook een effectevaluatie uitgevoerd om te beoordelen of de doelstellingen behaald zijn.

Voor het kunnen evalueren van de uitkomst op verbeterde zorg was het de bedoeling om een voor- en nameting te doen van de compliance ten aanzien van stopmomenten. Een nulmeting is uitgevoerd en het was aanvankelijk ook de bedoeling om deze meting op het einde van het traject te herhalen, zodat veranderingen in de compliance ten aanzien van de stopmomenten aangetoond konden worden. Besloten is de compliance data niet opnieuw uit te vragen omdat de problemen om de data aan te leveren niet opgelost waren en bovendien een eventuele verandering in compliance niet gerelateerd zou kunnen worden aan de uitwisseling van de best practices.

De effectevaluatie heeft plaatsgevonden op basis van de data uit de interviews en een vragenlijst, uitgezet onder de projectgroep leden. Gevraagd is of de uitwisseling van ervaringen en expertise tijdens de projectgroep bijeenkomsten geleid hebben tot verbetering van de compliantie ten aanzien van de stopmomenten in de individuele umc's, tot verbetering van de veiligheidscultuur en tot het bepalen van de uitkomstmaten waarop het perioperatieve proces kan worden geëvalueerd.

##### *4.4.1. Verbetering van de compliantie van de stopmomenten*

Volgens de projectgroep leden is het niet hard te maken dat compliantie aan de stopmomenten verbeterd is door de projectgroepbijeenkomsten. Gedurende de drie jaren dat de projectgroep heeft bestaan zijn er lokaal vele activiteiten geweest om de compliantie te verbeteren, maar slechts enkele activiteiten zijn mede door de uitwisseling in gang gezet. Besproken is hoe kwantitatief de stopmomenten geëvalueerd kunnen worden, wat de lokale knelpunten/belemmerende en bevorderende factoren zijn, de manier om kwaliteit van de stopmomenten in kaart te brengen (observatierondes, feedback geven, in gesprek gaan met medewerkers), het invoeren van aangepaste checklijsten voor procedures buiten de ok, simulatie trainingen, en CRM-trainingen. Het verbeteren van de compliantie ten aanzien van stopmoment 7 is een laatste activiteit van de projectgroep geweest. Een toolbox is ontwikkeld waarin alle lokale activiteiten, ontwikkelde materialen zoals protocollen en voorlichtingsfilmpjes, verzameld zijn. Twee leden van de projectgroep hebben actief gebruik gemaakt van deze toolbox.

#### *4.4.2. Verbetering van de veiligheidscultuur*

In de meeste umc's is gewerkt aan de veiligheidscultuur, maar dit is niet direct te herleiden tot de kennisuitwisseling in de projectgroep bijeenkomsten. De lokale activiteiten zijn met elkaar gedeeld en al dan niet gedeeltelijk overgenomen. Zo zijn er umc's die een pilot hebben uitgevoerd met de implementatie van de Dagstart (briefing) om de communicatie/afstemming te verbeteren. Er is gewerkt aan de aanspreekcultuur. Daarnaast is tijd gecreëerd voor dedicated OK-teams om met elkaar in gesprek te gaan (Faculty Hour) en zijn op enkele plekken gestandaardiseerde postoperatieve overdrachten ingevoerd. CRM, briefing en debriefing, scholing, workshops reflectie zijn lokaal gestart voor professionals die betrokken zijn in patiëntenzorg.

#### *4.4.3. Bepalen van de uitkomstmaten ter evaluatie van het perioperatieve proces*

In een aantal umc's wordt gewerkt met evaluaties van de compliantie, veelal met behulp van gestandaardiseerde lijsten die uit de digitale dossiers kunnen worden gehaald. Wanneer het perioperatieve proces nog niet digitaal wordt ondersteund, dan wordt er steekproefsgewijs geëvalueerd. De projectgroep heeft het format voor de meting van de compliantie uitgewerkt.

#### *4.4.4. Overall (ervaren) effecten van de NFU-projectgroep*

De projectgroepleden geven aan dat met name de uitwisseling van kennis en ervaring zinvol was om het eigen presteren te kunnen benchmarken en om te leren van anderen. Alle projectgroep leden gaven ook aan dat ze het besprokene in de projectgroep in hun eigen umc terugkoppelen.

### **4.5. Rol implementatiefellow**

Bij de projectgroep waren twee implementatiefellows betrokken, zoals oorspronkelijk de bedoeling was voor elke projectgroep. De rol van de implementatiefellows was primair het ondersteunen van umc's bij de implementatie van verbeteracties en het evalueren van de effecten van de projectgroep. De implementatiefellows waren beiden in eigen umc betrokken bij de implementatie van de stopmomenten in de perioperatieve keten en onderzoek naar de implementatie van de perioperatieve richtlijn. Zij leverden input bij de bijeenkomsten op basis van de opgedane kennis uit de praktijk en de onderzoeken en adviseerden bij discussies vanuit hun veranderexpertise.

De implementatiefellows hebben het format voor de nulmeting ontwikkeld, de gegevensverzameling hierbij gecoördineerd en geanalyseerd. Daarnaast hebben zij de determinanten en ingezette implementatiestrategieën systematisch geïnventariseerd op basis van de presentaties en informatieuitwisseling tijdens de projectgroep bijeenkomsten en de verzamelde overzichten van implementatiestrategieën van alle umc's. Met deze informatie hebben zij een overzicht van in te zetten implementatiestrategieën per categorie van determinanten gemaakt en aan de projectgroep voorgelegd. Daarnaast hebben ze een concreet plan voor de implementatie van stopmoment 7, het ontslag, gemaakt en hiervoor een aparte werkgroep geformeerd om tot implementatie per umc te komen. Deze implementatie heeft uiteindelijk niet plaatsgevonden. Zie verder ook de uitgebreide procesbeschrijving in 4.2.

### **4.6. Randvoorwaarden**

#### *4.6.1. Doelstellingen*

Doelstellingen moeten helder en concreet geformuleerd worden. "Het uitwisselen van best practices" is een te vage omschrijving, met als gevolg dat er onduidelijk is wie moet worden afgevaardigd in de projectgroep en welke inspanningen door de leden, de lokale organisatie en het consortium moet worden geleverd. Randvoorwaarden kunnen pas gedefinieerd worden als de doelstelling en daaruit voortvloeiende activiteiten duidelijk zijn.

#### *4.6.2. Selectie groepslid*

Afhankelijk van de doelstelling en de te ontwikkelen activiteiten moet een duidelijk profiel geschetst worden van het projectgroeplid, zodat lokaal een juiste selectie kan worden gemaakt. Lokaal moeten

ook afspraken gemaakt worden over het mandaat en de positie van de afgevaardigde. Het projectgroeplid moet mandaat hebben om zaken lokaal te kunnen aanpassen, maar moet ook inhoudelijke expertise hebben.

#### *4.6.3. Samenstelling projectgroep*

Enthousiaste deelnemers die betrokken zijn en een bijdrage willen leveren aan het succes van de uitwisseling, zijn belangrijk. Het niveau van de deelnemers moet gelijkwaardig zijn. Een mogelijke optie is om duo's bestaande uit een medisch specialist en een kwaliteitsmedewerker af te vaardigen.

#### *4.6.4. Werkwijze projectgroep*

Een gestructureerde aanpak om kennis te delen is belangrijk. Om tot efficiënte vergaderingen te komen is een vergaderduur van 2 uur als onvoldoende beoordeeld, zeker gezien de reistijd van sommige deelnemers.

#### *4.6.5. Vertaling naar de lokale situatie*

De afvaardiging in de projectgroep moet lokaal gedragen worden. De afgevaardigde moet deel uit maken van een lokale groep die zowel op macro- als microniveau betrokken is bij het onderwerp. De lokale werkwijze moet bij start worden bepaald.

### **4.7. Conclusies en aanbevelingen**

De projectgroepleden vonden het prettig en zinvol om met elkaar kennis en ervaringen te delen over de implementatie van de stopmomenten in de perioperatieve keten. Het delen van kennis en ervaringen vond met name plaats tijdens de groepsbijeenkomsten. De deelnemers erkenden dat het zinvol was om met elkaar in gesprek te zijn over de activiteiten die ontplooid kunnen worden om de kwaliteit van zorg in de perioperatieve keten te verbeteren en over het inzichtelijk maken van de kwaliteit en het verbeteren van de kwaliteit. Tegelijkertijd werd ervaren dat het perioperatieve traject omvangrijk en complex is en dat er om die reden sprake is van verschillende 'best practices' op deelaspecten in het traject. Er werden dan ook op verschillende deelonderwerpen met elkaar kennis en ervaring uitgewisseld, resulterend in een concreet overzicht van de vele ingezette implementatiestrategieën en activiteiten. De voorkeur van de projectgroepleden ging uit naar vorming van duo's van zorgprofessional en kwaliteitsmedewerker zowel bij de kennisuitwisseling tijdens de bijeenkomsten als bij de uitwerking van specifieke vraagstukken in het eigen umc.

De projectgroep heeft ervaren dat er weliswaar veel van elkaar geleerd kon worden, maar dat het snel en succesvol gezamenlijk een best practice delen belemmerd werd door een aantal factoren. Allereerst bleek er geen consensus binnen de groep over of er überhaupt sprake was van een 'best practice'. Dit had mede tot gevolg dat vanaf het begin niet gewerkt werd aan het gezamenlijk werken aan één best practice, maar dat er voor gekozen werd in de totale perioperatieve keten te kijken naar welk umc op welke stopmomenten een best practice vertegenwoordigde, gemeten in termen van compliantie. De projectgroep bleek niet tot een heldere, gedeelde doelstelling te komen. De verwachtingen van deelnemers waren niet altijd hetzelfde, wat leidde tot onduidelijkheid, en soms ook tot onbegrip over en weer. Dit werd versterkt doordat de projectgroepleden bleken te verschillen qua achtergrond en functie in eigen umc. Bovendien waren er regelmatig wisselingen in de groep, waardoor ook tijdens het proces de doelstelling steeds opnieuw ter discussie werd gesteld. De projectgroep bleek ook vaak niet compleet te zijn en aangezien niet alle deelnemers zorgden voor vervanging, ging er informatie verloren en werden discussies vaak weer opnieuw gevoerd in een volgende vergadering.

Daarnaast bleek ook de vertaling van de besproken best practices naar de eigen lokale situatie niet altijd eenvoudig. Het gekozen onderwerp 'verbeteren van de compliantie aan de stopmomenten' bleek niet altijd goed aan te sluiten bij de interne kaders. Lokaal waren vaak andere prioriteiten gesteld zoals een nieuw elektronisch patiëntendossier (EPD), een certificeringstraject of de implementatie van de

VMS thema's. Hoewel in eigen umc vaak wel contact gezocht werd met het consortiumlid en soms een bestuurder bleek dit niet tot andere resultaten op lokaal niveau te leiden.

### **Aanbevelingen**

Op basis van de evaluatie en genoemde succes- en faalfactoren is een aantal praktische aanbevelingen te formuleren op het niveau van de themagroepen. Deze betreffen: doelstellingen, samenstelling projectgroep, werkwijze projectgroep, vertaling naar lokale situatie.

#### *Doelstellingen*

Belangrijk is om voor de start van de bijeenkomsten een duidelijke focus te kiezen en daarbinnen doelstellingen te formuleren. De doelstellingen dienen helder en concreet (SMART) geformuleerd te worden.

#### *Samenstelling projectgroep*

Op basis van de doelstelling dient er een profiel van het projectgroeplid gemaakt te worden op basis waarvan de umc's een selectie van een geschikte groepsdeelnemer kan maken. Lokaal moeten ook afspraken gemaakt worden over het mandaat en de positie van de afgevaardigde. Een mogelijke optie is om duo's bestaande uit een zorgprofessional en een kwaliteitsmedewerker af te vaardigen.

#### *Werkwijze projectgroep*

Het is belangrijk dat de projectgroep volgens een gestructureerde aanpak werkt. Afhankelijk van het onderwerp en de doelstelling moet nagedacht worden over zowel de frequentie als duur van de vergaderingen. Een centrale locatie voor de vergaderingen lijkt nog het meest voor de hand liggend, hoewel het ook te overwegen valt om ook op de diverse umc-locaties af te spreken, waardoor best practices in de praktijk getoond kunnen worden.

#### *Vertaling naar de lokale situatie*

De deelnemers aan de projectgroep dienen in hun eigen umc deel uitmaken van een lokale groep die betrokken is bij het desbetreffende onderwerp. Daarbij lijkt het zinvol om bij de start van het project ook afspraken te maken over de terugkoppeling naar de eigen organisatie en de werkwijze.



## 5. Medicatieveiligheid

In dit hoofdstuk wordt de uitvoering van het thema medicatieveiligheid door de projectgroep uitgewerkt. Na een algemene inleiding volgt een beschrijving van de uitvoering van het thema, de analyse van factoren die de uitwisseling van best practices hebben bevorderd of belemmerd, de effect evaluatie en tot slot de randvoorwaarden voor succesvolle uitwisseling van best practices. Het hoofdstuk eindigt met de conclusie.

### 5.1. Inleiding

Er is steeds meer aandacht voor vraagsturing in de zorg. ZonMw ziet vraagsturing als een proces waarin drie ontwikkelingen bij elkaar komen: de toenemende emancipatie en mondigheid van burgers en patiënten, een veranderend kwaliteitsbesef van professionals en de introductie van marktelementen in de zorg. Dit betekent dat in de gezondheidszorg de wensen en behoeften van patiënten steeds meer het uitgangspunt worden van het handelen: de vraag van de patiënt neemt een centrale plaats in. Binnen het kader van vraagsturing heeft het begrip 'Patient Empowerment' haar intrede gedaan. Er zijn verschillende definities te vinden van dit begrip. Hieronder staan enkele elementen uit deze definities<sup>3</sup> vermeld. De patiënt:

- "wordt centraal gesteld in zijn eigen behandeling."
- "draagt zelf meer verantwoordelijkheid over zijn levensomstandigheden en genezingsproces."
- "is meer toegerust om op te komen voor zijn belangen."
- "is mondig."

De gedachte achter empowerment is dat zorgconsumenten niet alleen hun eigen leven beter kunnen inrichten, maar ook een stimulans kunnen zijn voor de kwaliteitsverbetering van de zorg. Van belang hierbij is de bewustwording bij zowel patiënt als zorgverlener dat beide hun (ervarings)deskundigheid hebben, zij elkaar kunnen aanvullen, partner kunnen zijn in het bevorderen van de kwaliteit en veiligheid van de behandeling en organisatie van zorg. Vanuit deze gedachte is het reëel om een vertaalslag te maken naar medicatieveiligheid en de dagelijkse praktijk in een umc, en zijn er de volgende mogelijkheden om de medicatieveiligheid te vergroten:

- Voor zover als mogelijk houdt de patiënt verantwoordelijkheid en regie betreffende zijn/haar eigen geneesmiddelen (eigen beheer thuismedicatie).
- De patiënt heeft inzicht in het therapieplan (medicatieplan).
- Daar waar mogelijk wordt de patiënt te allen tijde geïnformeerd over het type geneesmiddel bij de toediening van parenteralia.

Als sinds 1959 wordt er in de literatuur geschreven over programma's voor het stimuleren en faciliteren dat patiënten, opgenomen in het ziekenhuis, hun medicatie in eigen beheer hebben. Wright et al. beschrijven in hun systematische literatuuroverzicht dat medicatie in eigen beheer (MiEB) leidt tot meer kennis bij de patiënten over hun medicatie. Daarnaast vonden zij dat de therapietrouw kan toenemen en dat het niet leidt tot een toename van medicatiefouten (Wright 2006; Grantham 2006). Een recente studie laat zien het geven van medicatie in eigen beheer bij patiënten met een chronische aandoening, opgenomen in een ziekenhuis leidt tot minder medicatiefouten (Gerlach 2013). Tot slot hebben de meeste patiënt positieve ervaringen met MiEB (Wright 2006; Grantham 2006).

Medicatie in eigen beheer is binnen de 8 umc's zeer divers ingericht en toegepast. Veelal wordt MiEB op kleine schaal toegepast en meestal voor een korte duur. Veelal richt het zich op doorgebruik van thuismedicatie en minder op nieuw voorgeschreven medicatie in het ziekenhuis. Dit houdt in dat medicatie telkens voor de komende 24 uur in eigen beheer gegeven. Op grotere schaal, bij specifieke umc-patiënten groepen wordt MiEB niet of nauwelijks systematisch toegepast. Een potentiële belemmering hiervoor is de huidige regelgeving en de scheiding in zorgbudgetten tussen 1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> lijnszorg.

---

<sup>3</sup> [www.london.nhs.uk](http://www.london.nhs.uk)

## 5.2. Uitvoering

### 5.2.1. Samenstelling projectgroep Medicatie veiligheid

De projectgroep startte in maart 2012 met een kick-off bijeenkomst en kwam elke 4 tot 5 maanden bij elkaar in Utrecht. Er zijn 12 bijeenkomsten geweest, de laatste bijeenkomst was in september 2015. De projectgroep bestond bij aanvang uit een lokale expert per umc, een projectleider, een voorzitter, een linking pin naar het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg en een implementatiefellow. De voorzitter was tevens een lokale experts vanuit een umc. In totaal startte de projectgroep met 11 Leden. De lokale expert waren ziekenhuisapothekers (n=6) en kwaliteitsfunctionarissen (n=2).

De oorspronkelijke samenstelling van de projectgroep bleef tijdens het verloop van het project stabiel, enkele functionarissen werden i.v.m. ziekte tijdelijk vervangen. In totaal hebben 14 professionals aan de projectgroep deelgenomen (exclusief projectleider) (Tabel 5.1). Twee umc's hebben de projectgroep voortijdig verlaten.

**Tabel 5.1. Overzicht aantal deelnemers, aanwezigheid en wisselingen per umc projectgroep medicatieveiligheid**

Umc	Aantal deelnemers per umc	Functionaris	Aantal keer functionaris aanwezig	Aantal keer umc niet vertegenwoordigd	Aantal wissels
1	1	Kwaliteitsfunctionaris	6	6	-
2	2	Ziekenhuisapotheker 1 Implementatiedeskundige	11 11	0	-
3	1	Ziekenhuisapotheker	6	6	-
4	2	Ziekenhuisapotheker 1 Ziekenhuisapotheker 2	1 9	2	1
5	3	Ziekenhuisapotheker 1 Ziekenhuisapotheker 2 Ziekenhuisapotheker 3	6 4 2	1	1
6	1	Ziekenhuisapotheker	10	2	-
7	2	Kwaliteitsfunctionaris Ziekenhuisapotheker	4 1	7	-
8	2	Ziekenhuisapotheker Ziekenhuisapotheker	2 1	10	-

### 5.2.2. Probleemverkenning, focus – fase 1

Tijdens de kick-off meeting hebben professionals van de umc's elkaar geïnformeerd over het thema medicatieveiligheid in de eigen organisatie: wat is bereikt; wat ging goed en kan beter; wat wil je bereiken. Uit deze evaluatie bleek dat ieder umc vooral bezig was met de verschillende onderdelen van het VMS thema medicatieveiligheid.

In twee opeenvolgende vervolg bijeenkomsten is gesproken over de belangrijkste knelpunten binnen medicatieveiligheid in het umc en welke doelstelling de projectgroep wil definiëren. De belangrijkste knelpunten hadden betrekking op: specialisatie op complexe aandoeningen (medicatieveiligheid bij specifieke umc-populatie), kan de patiënt als partner fungeren in medicatieveiligheid en onderwijs. Duidelijk werd wel dat, hoewel er veel gemeenschappelijke knelpunten werden ervaren, er niet één best practice vanuit een umc was die als voorbeeld genomen kon worden om vervolgens te implementeren in de andere umc's.

Al in een vroeg stadium was er de consensus om de doelstelling voor de best practice en kennis uitwisseling te consenteren op de 'academische patiënt'. Op basis van de inventarisatie werden vervolgens twee ideeën voor de best practice gedefinieerd en uitgewerkt: 1) patiënt empowerment betreffende medicatieveiligheid; en 2) farmacologisch zorg-pad bij High Risk patiënten met een bijzondere chronische aandoening. Uiteindelijk is besloten om het eerste idee gezamenlijk uit te werken en als een 'best practice' in de afzonderlijke umc's te implementeren. Dit is tijdens een

vergadering door de projectgroep voorzitter voorgelegd aan het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg (30 aug 2012) en heeft daar ook instemming verkregen.

### **5.2.3. Ontwikkeling Medicatie in eigen beheer – fase 2**

Door patiënten die opgenomen zijn in een umc, zelf meer de regie over de inname van hun medicatie te geven wordt beoogd het optreden van medicatiefouten te verminderen. Daarnaast zijn patiënten beter voorbereid op het gebruik van de medicatie in hun thuissituatie. Dit wordt versterkt wanneer tijdens de ziekenhuis opname gestart wordt met het in eigen beheer geven van nieuwe medicatie, vanzelfsprekend na goede instructie en voorbereiding. Dit vormde het uitgangspunt voor de best practice – kwaliteitsproject – binnen de projectgroep medicatieveiligheid. Uit inventarisatie bleek dat MiEB binnen de acht umc's zeer divers wordt ingericht en toegepast. Veelal wordt MiEB op kleine schaal toegepast en meestal voor een korte duur. Dit houdt in dat medicatie telkens voor de komende 24 uur in eigen beheer gegeven. Op grotere schaal, bij specifieke umc-patiëntengroepen, wordt MiEB niet of nauwelijks systematisch toegepast.

Met de bestaande kennis binnen de umc's is een inventarisatie gemaakt van de randvoorwaarden voor MiEB:

- bekwaamheid patiënten
- wijze van beoordeling bekwaamheid
- methode om MiEB aan te leren
- procedurele en logistieke zaken

Vervolgens werd een generiek protocol MiEB ontwikkeld. Hierin werd de selectie van patiënten voor MiEB beschreven, hoe MiEB aan te leren en te controleren. Afsproken werd om dit waar nodig toe te spitsen op de lokale situatie in een UMC.

Daarnaast was er binnen de projectgroep sterk de behoefte aanwezig om ook de praktische haalbaarheid en toepasbaarheid van de implementatie van MiEB bij kenmerkende patiëntenpopulatie van umc's te evalueren. Bij positieve resultaten is het uiteindelijke het doel om MiEB breder binnen de umc's te implementeren. Besloten werd om MiEB te evalueren op basis van proces- en effectuitkomsten. De effectuitkomsten werden geëvalueerd in een voor- en nameting. De uitkomsten die werden gedefinieerd waren:

- Effect:
  - De frequentie fouten in medicatie inname volgens registratie patiënt vergeleken met medicatie voorschrift.
- Proces:
  - Haalbaarheid en toepasbaarheid van MiEB op specifieke umc-patiëntenpopulatie.
  - Tevredenheid patiënt
  - Tevredenheid medewerkers

Dit werd beschreven in een onderzoeksplan en voorgelegd aan de medische ethische toetsingscommissie voor het verkrijgen van een beoordeling niet-WMO plichtig onderzoek. Tevens is met de Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen (CRAZ) binnen de NFU overlegd over de rol van de patiënt in MiEB. Tot slot werd gekeken door een ziekenhuis jurist naar eventuele juridische aspecten van MiEB, dit leverde geen belemmeringen op voor dit project.

### **5.2.4. Uitwisseling verbeterstrategieën, opstellen implementatieplan – fase 3**

Na de ontwikkeling van MiEB was de volgende stap: hoe kan MiEB in de praktijk worden geïmplementeerd. In deze fase werd in samenspraak met de implementatiefellow een generiek implementatieplan bedacht waarin zoveel mogelijk rekening werd gehouden met mogelijk bevorderende en belemmerende factoren. De belangrijkste elementen uit het implementatieplan hadden betrekking op: toerusting op de professionals (voorlichting, educatie) en procesinrichting MiEB (o.a. logistieke zaken). Een overzicht van de implementatie interventies werd met elkaar gedeeld en door de projectleden verder aangevuld. De genoemde generieke implementatie interventies werd

gebruikt om een lokaal implementatie plan te ontwikkelen. De projectgroep leden werd geadviseerd om in deze fase ervaringen onderling uit te wisselen om zo optimaal gebruik te maken van de expertise van elkaar.

### **5.2.5. Implementatie medicatie in eigen beheer en evaluatie – fase 4**

MiEB werd binnen de umc's enthousiast ontvangen, vooral omdat men duidelijk de meerwaarde voor de patiënt ziet. Dit is enerzijds een bevorderende factor. Maar gaande het proces bleek het voor een aantal umc's heel moeilijk was om een pilotafdeling te vinden waar gestart kon worden met MiEB. Deze belemmering werd veroorzaakt door allerlei factoren, zoals: reorganisatie, accreditatieprogramma, implementatie van nieuw EPD etc. Sommige umc's waren hierdoor genoodzaakt te implementatie van MiEB uit te stellen. Centra die nog minder ver waren met de lokale implementatie konden hierdoor leren van de opgedane ervaringen. Tijdens een aantal projectgroepvergaderingen werd de implementatie gemonitord en de ervaringen over de implementatie uitgewisseld. Hierdoor konden anderen hun implementatieplan bijstellen. In zes umc's werd gestart met de implementatie van MiEB en in 4 centra werd dit uiteindelijk afgerond binnen de looptijd van het project. Uiteindelijk hebben 2 umc's besloten dat implementatie van MiEB op een pilotafdeling in hun organisatie niet mogelijk was en besloten om de deelname aan de projectgroep voortijdig te beëindigen. Alle consortiumleden waren op de hoogte van het project. Echter, er was maar in een beperkte mate contact tussen de projectgroepleden en de consortiumleden over de voortgang en implementatie van MiEB (zie 5.3.2). Knelpunten in de voortgang zijn wel besproken binnen de stuurgroep Verbeteren van kwaliteit van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg. De lokale implementatieplannen zijn niet of onvoldoende besproken met de consortiumleden of directeur Kwaliteit in de afzonderlijke umc's. In toekomstige projecten is het aan te bevelen dat uitvoerders (projectleden) en beslissers (bijv. Directeur Kwaliteit / Medisch Directeur) vooraf bepalen welke rol ze kunnen spelen in een specifieke fase.

### **5.2.6. Presentatie van de resultaten**

Gedurende de looptijd van het project werd op verschillende wijze aandacht besteed aan dit project in de vorm van persbericht, populaire publicaties en presentaties. Aangezien de resultaten van de implementatie pas aan het einde van de projecttijd beschikbaar waren is er nog geen publicatie over inhoudelijke bevindingen van de implementatie van MiEB verschenen.

Op 4 juni 2015 zijn in Utrecht de eerste ervaring over de implementatie van MiEB tijdens een invitational conference met stakeholders gepresenteerd. De bijeenkomsten werd door ruim 25 personen bezocht. Tijdens deze bijeenkomsten werden de knelpunten en ervaringen met MiEB gepresenteerd. Verder werd de dialoog aangegaan met vertegenwoordigers van cliëntenraden, VWS en ZonMw. In aanvulling op de invitational conference is een positieve bijeenkomst met zorgverzekeraars (o.a. VGZ, Zilverenkruis/Achmea) geweest op 7 september 2015. De urgentie van MiEB wordt naast zorgprofessionals, ook onderkend door cliëntenraden en zorgverzekeraars. Sommigen hebben dit ook als doelstelling gedefinieerd in beleidsdocumenten voor 2016. Als uitkomst o.a. van de invitational conference is een projectaanvraag – om de effectiviteit van MiEB vast te stellen – ingediend bij ZonMw. Deze aanvraag wordt ondersteund door zorgverzekeraars. Voor een compleet overzicht van producten, publicaties en presentaties, zie Tabel 5.2.

**Tabel 5.2. Producten, publicaties en presentaties Medicatieveiligheid**

<b>Producten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Overzicht randvoorwaarden (learned lessons, zie 5.6)</li> <li>- Zakkaartje voor zorgprofessionals (reminder met betrekking tot de procedure MiEB)</li> <li>- Stip aanvraag (ingediend bij ZonMw)</li> </ul>
<b>Publicaties</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zorgvisie (mei 2014)</li> <li>- Farmaceutisch weekblad (mei 2014)</li> </ul>
<b>Presentaties</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medilex 2014</li> <li>- Highlights Ziekenhuizen 2014</li> </ul>

### 5.3. Bevorderende en belemmerende factoren voor de uitwisseling van best practices

Middels interviews is gevraagd naar welke beïnvloedende factoren werden ervaren bij de uitvoering van het programma, namelijk de uitwisseling van de best practice – medicatie veiligheid. De genoemde factoren zijn gerubriceerd aan de hand van de MIDI checklist (Fleuren 2012). Tabel 5.3 toont de genoemde belemmerende en bevorderende factoren voor succesvolle uitwisseling van best practices. Een membercheck heeft plaatsgevonden door deze resultaten te bespreken tijdens de laatste bijeenkomst.

**Tabel 5.3. Beïnvloedende factoren – uitwisseling best practice medicatieveiligheid**

Categorie	Factoren	Bevorderend	Belemmerend
De innovatie: de uitwisseling van best practices	Procedurele helderheid	X	X
	Juistheid		
	Compleetheid	X	
	Complexiteit	X	
	Congruentie huidige werkwijze	X	X
	Zichtbaarheid uitkomsten		X
	Relevantie cliënt		
De gebruiker: de leden van de projectgroep	Persoonlijk voordeel/nadeel	X	
	Uitkomstverwachting		
	Taakopvatting		
	Tevredenheid cliënt		
	Medewerking cliënt		X
	Sociale steun	X	
	Descriptieve norm	X	X
	Subjectieve norm		
	Eigen effectiviteitverwachting		X
	Kennis		
	Informatieverwerking		
De omgeving: het consortium en individuele UMC	Formele bekrachtiging management	X	X
	Vervanging bij personeelsverloop		
	Capaciteit, bezettingsgraad		
	Financiële middelen		
	Tijd		X
	Beschikbaarheid materialen en voorzieningen	X	X
	Coördinator	X	
	Turbulentie in de organisatie		X
	Beschikbaarheid van informatie over gebruik innovatie		
	Feedback aan gebruiker		
De sociaal politieke omgeving	Wet- en regelgeving		

#### 5.3.1. Bevorderende factoren

##### 5.3.1.1. De innovatie: de uitwisseling van best practices

###### Procedurele helderheid: de innovatie is in heldere stappen beschreven

Door de projectgroep leden werd het uitwisselen van best practices als nuttig en een goed initiatief ervaren om kennis uit te wisselen en daarmee van elkaar te leren.

###### Compleetheid: de innovatie biedt alle informatie en materialen die nodig zijn om er mee te werken

Door regelmatig op gestructureerde manier te vergaderen en met elkaar het gesprek aan te gaan werd het uitwisselen van kennis en ervaringen bevorderd.

*“Er was alle ruimte om informatie en bestaande protocollen hierover met elkaar te delen.”*

Complexiteit: de innovatie is te ingewikkeld om te kunnen gebruiken

Het delen van kennis en ervaringen heeft er toe geleid dat een best practices (kwaliteitsproject MiEB) werd ontwikkeld en leidde tot een daadwerkelijke verandering in de umc's. Echter, de feitelijke implementatie van de verandering vergde meer tijd. De tijd tussen de vergaderingen werd in dit opzicht als positief bevonden.

Congruentie: de innovatie sluit goed aan bij hoe ik gewend ben te werken

De mix van artsen en kwaliteitsmedewerkers werd als bevorderend voor goede uitwisseling ervaren.

### **5.3.1.2. Determinanten met betrekking tot de gebruiker, de leden van de projectgroep**

Persoonlijk voordeel: de innovatie biedt voor de gebruiker persoonlijke voordelen/nadelen

De opzet van een nieuw medicatieveiligheidsproject, binnen een NFU-projectgroep, bood de projectleden de gelegenheid om hun eigen ideeën, ervaringen en expertise in te brengen. Hierdoor werd het eigen netwerk uitgebreid en met andere umc-collega's te spreken was een bevorderende factor om deel te nemen aan de projectgroep.

*“Fysiek elkaar zien en spreken heeft een enorme toegevoegde waarde, hierdoor ontstond de ruimte om elkaar vrijelijk gedachten te vormen en kennis en ervaringen te delen.”*

*“Kennis was voor mij het belangrijkste en dat groeide gaande weg.”*

Sociale steun

De werkgroep leden konden op onderlinge hulp van elkaar rekenen. Onderlinge afspraken werden nagekomen en men stimuleerde elkaar.

Descriptieve norm: de innovatie wordt ook daadwerkelijk gebruikt door collega's (de mede groepsleden)

Tijdens de projectgroepvergaderingen gingen de deelnemers informeel met elkaar om. Er werd open gesproken over aspecten rondom medicatieveiligheid en medicatie in eigen beheer in het eigen umc. Deze open en informele communicatie bevorderde de kennisuitwisseling. Doordat sommige projectgroepleden in hun umc verder waren met de implementatie konden ervaringen hierover met elkaar worden gedeeld tijdens de bijeenkomsten.

*“Gelijkwaardige samenwerking binnen de groep.”*

*“Energiek en stimulerend, bevlogen professionals die met elkaar open het gesprek aangingen.”*

### **5.3.1.3. Determinanten met betrekking tot omgeving**

Formele bekrachtiging management: de innovatie wordt bekrachtigd door het management

Het instellen – door NFU en met commitment van de Raden van Bestuur – van een projectgroep rondom medicatieveiligheid om inhoudelijk kennis en expertise uit te wisselen als bevorderend ervaren. Het gaf een positieve impuls aan het kwaliteitsdenken om een project uit te werken waarmee de umc's zich kunnen onderscheiden, voor de specifieke patiëntengroep, op het terrein van medicatieveiligheid.

Beschikbaarheid materialen en voorzieningen: voldoende materialen en voorzieningen om de innovatie te gebruiken

Daarnaast heeft een aantal deelnemers een lokaal projectteam (apotheker, verpleegkundige en arts) kunnen samen stellen om de implementatie in het eigen umc vorm te geven. Dit was een belangrijke succesfactor. De inzet van een implementatiefellow had een meerwaarde in het meedenken en uitwerken van dit project.

*“De bereidheid en de medewerking van de afdeling was groot. Zij wilden heel graag MiEB implementeren.”*

Coördinator: een persoon is belast met de coördinatie van de invoering

De inhoudelijke expertise van de voorzitter en de secretariële ondersteuning van de projectleider bevorderde de inhoudelijke kennisuitwisseling.

*“De voorzitter was zelf ook inhoudsdeskundige, dat overlegt er prettig.”*

### **5.3.2. Belemmerende factoren**

#### **5.3.2.1. De innovatie: de uitwisseling van best practices**

Procedurele helderheid: de innovatie is in heldere stappen beschreven

De abstractheid en onduidelijke en ruim gedefinieerde taakopdracht rondom kennisuitwisseling en implementatie van een ‘best practice’ op het terrein van medicatieveiligheid werd als belemmerend ervaren. Het onderwerp was erg breed en moest dan ook door de projectgroep worden afgebakend. Deze ruimte was er en werd goed benut door projectgroep leden. Daarnaast werd de doelstelling als onduidelijk ervaren en wat project moest opleveren.

*“Onduidelijk wat van ons werd verwacht.”*

*“Zou duidelijker zijn geweest als vooraf de verwachtingen van de projectgroep en de te verwachten opbrengsten helder waren gedefinieerd.”*

Congruentie: de innovatie sluit goed aan bij hoe ik gewend ben te werken

Medicatieveiligheid en in het bijzonder MiEB is niet een issue van alleen apothekers. Om een best practice op dit terrein in de praktijk te implementeren zijn artsen en verpleegkundigen van essentieel belang. Sommige deelnemers hebben deze bijdrage in de projectgroep gemist, hierdoor kreeg het soms een te monodisciplinair karakter.

*“Multidisciplinaire groep had meer discussie gegeven en ongetwijfeld geleidt tot een andere dynamiek.”*

Zichtbaarheid uitkomsten: de effecten van het gebruik van de innovatie zijn duidelijk zichtbaar voor de gebruiker

De ontwikkeling van een ‘best practice’ (kwaliteitsverbetering) verliep redelijk voorspoedig. Echter, het proces van implementatie in de afzonderlijke umc’s verliep erg traag. Hierdoor waren de resultaten de ‘best practice’ minder zichtbaar dan verwacht. Tevens hadden verschillende deelnemers verwacht dat consortiumleden hen hadden gevraagd een update te geven over de voortgang in hun eigen umc.

*“Het is teleurstellend dat implementatie zo moeizaam verliep.”*

*“Follow-up binnen mijn eigen organisatie is er niet gegeven, ‘k ben niet benaderd door het consortiumlid.”*

#### **5.3.2.2. Determinanten met betrekking tot de gebruiker, de leden van de projectgroep**

Medewerking cliënt: de verwachting dat de cliënt meewerkt aan de innovatie

Van de werkgroepleden werd verwacht om de best practice in hun eigen umc uit te rollen. De meeste deelnemers vonden het belemmerend dat zij in hun eigen umc afhankelijk waren van anderen om voortgang te boeken. Daarnaast hebben sommige deelnemers deze fase niet kunnen realiseren.

*“Het stelt me teleur dat we dit niet hebben kunnen realiseren.”*

Descriptieve norm: de innovatie wordt ook daadwerkelijk gebruikt door collega's (de mede groepsleden)

Niet iedereen kon altijd aanwezig zijn. Tussentijdse navraag door de projectleiding (voorzitter en/of secretaris) over de voortgang in eigen umc werd gemist.

Eigen-effectiviteitverwachting: de gebruiker acht zich in staat de innovatie uit te voeren

Om de uitgedachte veranderingen in het eigen umc te kunnen doorvoeren, was het nodig dat voldaan werd aan een aantal randvoorwaarden, zoals: draagvlak en tijd. Commitment moet omgezet worden in concrete randvoorwaarden. Als die er niet zijn, kan een dergelijk programma niet goed worden uitgevoerd. Projectleden geven aan dat ze niet de juiste functie hebben om voldoende invloed te kunnen uitoefenen of andere mensen nodig hebben om een verandering door te kunnen voeren.

*“Sommige zaken liggen buiten je bereik als apotheker, kun je dan ook geen invloed op uitoefenen”*

*“Positionering was moeilijk binnen m'n organisatie”*

### **5.3.2.3. Determinanten met betrekking tot omgeving**

Formele bekrachtiging management: de innovatie wordt bekrachtigd door het management

Het heeft voor de werkgroep leden belemmerend gewerkt dat een toegezegd commitment binnen NFU niet was geformaliseerd binnen de eigen organisatie. Hierdoor werd de positionering van de werkgroep binnen de organisatie als een probleem ervaren en wordt het meer iets wat wordt uitgevoerd op basis van eigen enthousiasme.

*“Aan alleen de opdracht van een Raad van Bestuur heb je niets, hiermee kun je ook niet schermen als je op de afdeling komt.”*

*“Randvoorwaarden hadden beter vorm gekregen als duidelijk was geworden dat dit een speerpunt voor het komende jaar werd in onze organisatie.”*

Tijd: beschikbaarheid van tijd

De vergaderingen werden efficiënt belegd, echter de tijd die nodig was buiten de bijeenkomsten om (bijv. draagvlak creëren bij pilotafdeling, lokaal de implementatie voorbereiden) vormde een belemmering om actief met de implementatie bezig te zijn.

*“Het moest er naast gedaan worden.”*

Turbulentie in de organisatie

Binnen de projectgroep is de 'best practice' goed uitgewerkt, echter de implementatie op lokaal niveau stuitte in veel umc's op problemen doordat andere zaken eerst gerealiseerd moesten worden, zoals: reorganisatie, accreditatieprogramma. Hierdoor kreeg de uitvoering van MiEB een lagere prioriteit.

*“De dynamiek in m'n organisatie doorkruiste onze plannen.”*

Beschikbaarheid materialen en voorzieningen

Niet de beschikking (of de bereidheid) hebben over een aantal collega's in het eigen umc vormde een belemmering om de implementatie voor te bereiden en uit te voeren. Hierdoor kon de uitgedachte 'best practice' niet in alle umc's worden vormgegeven en de afgesproken evaluatie op kleinere schaal worden uitgevoerd. Er werd in de eigen organisatie geen contact gezocht met een lokale implementatiedeskundige / implementatiefellow.



#### 5.4. Proces- en effectevaluatie

In aanvulling op de evaluatie op projectniveau, is de implementatie van de 'best practice' – medicatie in eigen beheer – geëvalueerd.

Aanvankelijk was het de bedoeling om het effect te meten van de implementatie van MiEB op medicatiefouten in vergelijking tot de standaard zorg. Om meerdere redenen (logistiek, tijd en middelen) bleek dat dit niet mogelijk was. De evaluatie heeft zich daarom beperkt tot het een procesevaluatie:

- Wat zijn de ervaringen van patiënten met MiEB?
- Wat zijn de ervaringen van ziekenhuismedewerkers (verpleegkundigen) met MiEB?
- Hoe verloopt het proces en welke factoren zijn van invloed op het implementeren van MiEB?

De procesevaluatie heeft plaats gevonden op basis van gegevens op volgende onderdelen:

- I. Interviews met de projectgroep leden, verloop van de implementatie;
- II. Vragenlijsten verpleegkundigen pilotafdelingen – ervaringen MiEB;
- III. Vragenlijsten patiënten – ervaringen MiEB.

##### 5.4.1. Effecten

MiEB is uiteindelijk in vier umc's op een pilotafdeling geïmplementeerd en hiervan hebben drie centra deelgenomen aan de effect en procesevaluatie (Tabel 5.4).

**Tabel 5.4. Overzicht implementatie en evaluatie MiEB**

UMC	Patiëntencategorie	Procesevaluatie <sup>+</sup>
UMC Groningen	Niertransplantatie	I, II, III
Erasmus MC	Niertransplantatie	I, II, III
Radboudumc	Longziekten	I, II, III
MUMC	Longziekten	I
LUMC	Chirurgie	*
UMC Utrecht *	Longziekten	*

\* implementatie (gaande) nog niet afgerond; <sup>+</sup> onderdeel procesevaluatie.

##### 5.4.2. Patiëntervaringen MiEB

In totaal hadden 34 patiënten, met een gemiddelde leeftijd van 52 jaar, de vragenlijst naar ervaringen met MiEB ingevuld. Deze patiënten scoorden het zelfstandig beheren van hun medicatie in het ziekenhuis met een gemiddeld rapportcijfer van 8,3. Patiënten hebben MiEB als prettig ervaren en zij zijn van mening dat het hun zelfvertrouwen vergroot (zie Bijlage D).

##### 5.4.3. Ervaringen professionals MiEB

Aan 75 verpleegkundigen van drie afdelingen is de elektronische vragenlijst "evaluatie medicatie in eigenbeheer" verstuurd en 28 hebben deze ingevuld (response rate 37%). De geënquêteerde verpleegkundigen hadden een gemiddelde leeftijd van 34 jaar en 50% van hen is langer dan 5 jaar werkzaam als verpleegkundige.

Verpleegkundigen zijn van mening dat 'de patiënt er baat bij heeft om zijn medicatie in het ziekenhuis zelf leert beheren' (93%) en dat 'de patiënt hierdoor beter is voorbereid op zijn ontslag naar huis (85%)' (zie Bijlage D). Tweeëndertig procent van de verpleegkundige was van mening dat MiEB niet een te grote verantwoordelijkheid is voor hen zelf. Tevens zien ze dit ook niet als een te grote verantwoordelijkheid voor de patiënt zelf. Ten aanzien de uitvoering van MiEB vond de meerderheid van de verpleegkundigen dat ze voldoende kennis (92%) en vaardigheden (92%) hebben om patiënten te ondersteunen met MiEB.

Wat betreft de implementatie van MiEB gaf maar 52% van de verpleegkundigen voldoende te zijn geïnformeerd en 44% was volledig bekend met de procedure. Anderzijds, was steun (aanmoediging)

van de verpleegkundig leidinggevende en het gebruik van een zakkaartje nuttig (64%) een bevorderende factor tijdens de implementatie. Tot slot, een ruime meerderheid (68%) ervaart MiEB niet als een te ingewikkelde procedure en ziet dit dus ook niet als een belemmering om MiEB in het ziekenhuis te implementeren.

### **5.5. Rol implementatiefellow**

De rol van de implementatiefellow was primair gericht op het ondersteunen van de umc's bij de implementatie van MiEB en het evalueren van de effecten van de werkgroep. In het begin was er aanvankelijk wat onduidelijkheid over te bereiken doelstellingen (fase 1). In deze fase, en in fase 2 – aanzet tot ontwikkeling en evaluatie MiEB -, heeft de fellow samen met de voorzitter en projectleider een voortrekkersrol genomen. Dit heeft geresulteerd in concrete voorstellen die later in de projectgroep zijn aangescherpt en vastgesteld. De stap was nodig en heeft het project versneld en in een volgende fase gebracht. Mede ook doordat de fellow het project- en evaluatieplan MiEB heeft geschreven.

De potentiële knelpunten voor implementatie van MiEB zijn, in overleg met de projectgroepenleden, geïnterviewd en op basis hiervan heeft de implementatiefellow een implementatieplan opgesteld. In overleg met afzonderlijke projectgroepenleden heeft de fellow gekeken hoe generieke punten uit het implementatieplan vertaald konden worden naar lokale activiteiten. De implementatiefellow heeft ook bijdragen aan de ontwikkeling van implementatie-interventies.

### **5.6. Randvoorwaarden – medicatie in eigen beheer**

Patiënten voorbereiden op het gebruik van hun medicijnen in de thuissituatie is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van artsen, verpleegkundigen en apothekers in het ziekenhuis. Het tijdens de ziekenhuis opname in eigen beheer van patiënten geven van (nieuwe) medicatie kan er toe leiden dat patiënten beter voorbereid met ontslag gaan. Tevens kan het mogelijk bijdragen aan de verbetering van de medicatieveiligheid en tegengaan van verspilling.

Op basis van de evaluatie (interviews, vragenlijsten etc.) van het project MiEB kunnen we de volgende randvoorwaarden beschrijven waarmee bij toekomstige implementatie rekening dient te worden gehouden.

#### Randvoorwaarden:

##### *Innovatie*

- MiEB heeft een grote meerwaarde voor de patiënt: dit moet de drijfveer zijn voor de uitvoering van het project. Dit wordt zowel door de patiënt zelf als de professionals gezien (+).
- Controle op inname van medicatie tijdens ziekenhuisopname: dit is soms een lastig proces. Hiervoor moeten duidelijk afspraken gemaakt worden tussen verpleegkundigen en artsen, afgestemd op de lokale procedure medicatieverstrekking (-).
- Het begin van de MiEB procedure vergt veel tijd, denk hierbij aan uitleg van de patiënt. (-)
- Informatiebrief voor patiënt (+)

##### *Professional*

- Zorg voor een gemotiveerd projectteam wat de meerwaarde voor de patiënt en eigen professionals kan uitdragen (+)
- Artsen en verpleegkundigen dienen voldoende kennis en informatie te hebben over de MiEB procedure (selectie patiënten, lokale procedure), hiervoor kunnen diverse methoden gebruikt worden om professionals te bereiken
  - o Informatiebijeenkomsten voor verpleegkundigen
  - o Schriftelijke uitleg aan artsen, verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen
  - o Tijdens stafvergadering (of soortgelijk overleg) om artsen te informeren
- Vorm een lokaal (afdeling) projectteam bestaande uit minimaal een verpleegkundige, arts, apotheker en apothekersassistente voor implementatie MiEB

- Het hebben van een vast aanspreek punt (bijv. regie verpleegkundige), die kan functioneren als een 'local champion' / local opinion leader werkt bevorderend (+).
- Gebruik van een zakkaartje als reminder werkt bevorderend (+)

#### *Organisatie*

- Procesbeschrijving MiEB, lokaal team:
  - Selectie patiënten voor MiEB (gebruik flowchart).
  - Organisatie van verpleegkundige zorg rondom MiEB, bijv. medicatielijst voor patiënt, controle inname etc.
  - Plaats bewaren medicatie door patiënt (wel /niet in afgesloten ruimte)
  - Logistiek, voorraad beheer
  - Aanleveren van medicatie in thuisverpakking, ziekenhuis is primair niet ingericht op verstrekking van medicatie in thuisverpakking (-). Dit kan (tijdelijk) worden opgelost door de medicatieverstrekking voor MiEB via bijv. een politheek te laten verlopen.

### **5.7. Conclusies en aanbevelingen**

Binnen het programma 'Uitwisseling kwaliteitsbeleid umc's' heeft de projectgroep medicatieveiligheid gekozen voor de ontwikkeling en implementatie van het thema medicatie in eigen beheer (MiEB).

Gedurende het programma is er binnen de projectgroep veel kennis en ervaringen rondom MiEB uitgewisseld. Het samenkomen als projectgroep werd door de projectleden als zeer waardevol ervaren. Dit gaf de mogelijkheid om het project vanuit een breder perspectief te bekijken en was essentieel in het tot stand komen van dit project. Dit werd mogelijk gemaakt door de open houding en een goede onderlinge sfeer.

Bij aanvang was het voor de projectgroep onvoldoende duidelijk wat de doelstelling en de verwachte uitkomsten moesten zijn. De keuze van de voorzitter en een projectleider was goed. In het vervolg heeft het de voorkeur om naast een (technisch) voorzitter uit een umc ook een inhoudsdeskundige van het betreffend centrum toe te voegen. Daarnaast werd aangegeven dat een projectleider en implementatiedeskundige van toegevoegde waarde was.

De projectgroep is er in geslaagd om een gezamenlijk verbeterproject rondom medicatieveiligheid te definiëren en uit te werken. Daarnaast is het gelukt, hoewel dit relatief veel tijd heeft gekost, om in de meeste van de deelnemende umc's een pilot implementatie uit te voeren. Het vinden van een geschikte afdeling voor de implementatie werd bemoeilijkt door ziekenhuisbrede activiteiten zoals reorganisatie en accreditatie. Daarnaast moesten er tijdelijke oplossingen ten aanzien van financiering en logistieke procedures rondom medicatieverstrekking bedacht worden. Hoewel MiEB op kleine schaal, niet gestructureerd, incidenteel en bij veelal patiënten met laag complexe zorg al in verschillende umc's werd toegepast, hebben we in dit project laten zien dat MiEB ook op bredere schaal en bij patiënten met hoog complexe zorg toepasbaar is. Dit leidt enerzijds tot tevredenheid bij de patiënt en medewerkers. Anderzijds voelen patiënten zich beter voorbereid op het ontslag naar de thuissituatie. Daarnaast kan MiEB bijdragen aan vermindering van verspilling in de zorg. Echter, om MiEB op brede schaal te kunnen implementeren binnen de umc's als wel ook in de algemene ziekenhuizen zijn aanpassingen nodig in verstrekking, regelgeving en financiering van geneesmiddelen binnen de ziekenhuizen.

#### **Aanbevelingen**

Op basis van de evaluatie en genoemde succes- en faalfactoren is een aantal praktische aanbevelingen te formuleren op het niveau van de themagroepen. Deze betreffen: structuur en organisatie en inhoud project.

#### *Structuur en organisatie*

Het project heeft een relatief lange doorlooptijd gehad. Dit is sommige situaties nodig om draagvlak binnen een organisatie te creëren. Voor toekomstige projecten kan het nuttig zijn om een dergelijk initiatief meer projectmatig aan te pakken, waarmee de doorlooptijd kan worden verkort. Dit vereist:

- Bij aanvang een duidelijk projectplan met, doelen, uitkomsten, tijdsplan etc.
- Mandaat van zowel Raad van Bestuur als verantwoordelijken lager in de organisatie
- Facilitering vanuit umc in tijd en middelen voor projectlid uit deelnemende organisatie
- Vooraf haalbaarheid inschatten in de lokale umc's, implementatie binnen alle umc's behoeft mogelijk geen voorwaarde te zijn.

#### *Inhoud project*

In paragraaf 5.6 zijn de randvoorwaarden beschreven die nodig zijn bij de implementatie van MiEB. Een van de belangrijkste randvoorwaarden waar aan voldaan moet worden om MiEB succesvol te implementeren is logistieke procedure van MiEB (geneesmiddelen verstrekking, uitleg aan patiënten door verpleegkundigen, controle op inname etc.). Daarnaast zijn er externe randvoorwaarden, zoals regelgeving en financiën, waar aan voldaan moet worden om MiEB op grote schaal binnen de Nederlandse ziekenhuizen te kunnen toepassen.

#### **Tot slot**

De projectgroep medicatieveiligheid, als onderdeel van het programma 'Uitwisseling kwaliteitsbeleid umc's' heeft veel kennis en ervaringen omtrent de 'best practice' MiEB kunnen uitwisselen. De huidige projectgroep heeft de wens om dit kennisuitwisselingsplatform te continueren en beveelt aan uit te zoeken hoe dit onder de vlag van het NFU uitgevoerd kan worden. Daarnaast heeft de implementatie op een vijftal pilot afdelingen zeer veel relevante informatie en kennis opgeleverd voor een toekomstige doorontwikkeling van MiEB.

#### **Referenties**

- Wright J, Emerson A, Stephens M, Lennan E. Hospital inpatient self-administration of medicine programmes: a critical literature review. *Pharm World Sci.* 2006;28(3):140-51.
- Grantham G, McMillan V, Dunn SV, Gassner LA, Woodcock P. Patient self-medication--a change in hospital practice. *J Clin Nurs.* 2006;15(8):962-70.
- Gerlach OH, Broen MP, Weber WE. Motor outcomes during hospitalization in Parkinson's disease patients: A prospective study. *Parkinsonism & related disorders.* 2013.

## 6. Interne Audits

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de effect- en procesevaluatie van de werkgroep Interne Audits beschreven. In dit hoofdstuk wordt het volgende beschreven: doelstelling (paragraaf 6.1), procesbeschrijving van de werkgroep (paragraaf 6.2) en bereikte resultaten van de werkgroep (paragraaf 6.3), welke factoren een stimulerende of remmende werking hadden op het behalen van de doelstellingen (paragraaf 6.4), wat de rol van de implementatiefellow was in het proces (paragraaf 6.5), welke lessen (randvoorwaarden voor effectief uitwisselen van best practices tussen ziekenhuizen) hieruit volgen (paragraaf 6.6) en hoe de resultaten worden verspreid en geborgd (paragraaf 6.7). Bij diverse onderdelen in het hoofdstuk zijn citaten van de werkgroepleden (*schuin*) weergegeven.

### 6.1. Achtergrond en doelstelling

#### *Interne Audits*

Interne informatie- en feedbacksystemen om informatie en veiligheid over kwaliteit periodiek te genereren zijn een vereiste voor het verbeteren, sturen en borgen van kwaliteit van zorg en goed toezicht (RVZ 2009). Een interne audit is één van de instrumenten die umc's gebruiken om inzicht te krijgen in de kwaliteit en veiligheid van zorg. Hiermee wordt getoetst of wetgeving, richtlijnen, beroepsnormen en lokaal geformuleerde kwaliteitsnormen daadwerkelijk ingevoerd zijn en in de praktijk uitgevoerd worden. Het doel van interne audits is het vroegtijdig en betrouwbaar vaststellen van relevante (potentiële) risicogebieden op het gebied van kwaliteit en veiligheid, om vervolgens kwaliteitsverbeteringen te initiëren op basis van de auditbevindingen<sup>4</sup>. Daarnaast vergroten interne audits het veiligheidsdenken ziekenhuisbreed doordat audits door collega's van andere afdelingen uitgevoerd worden. Interne audits worden uitgevoerd door speciaal daartoe opgeleide medewerkers volgens een beschreven auditprocedure. De interne audits worden periodiek herhaald om te toetsen of de verbeterpunten aangepakt en verbeteracties geïmplementeerd zijn.

#### *Relevantie*

Om het borgen en verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg te realiseren, kent ieder umc een integraal kwaliteitssysteem dat structureel doorontwikkeld wordt. Naast de verschillende keuzes voor instanties voor accreditatie en certificering (NIAZ, JCI, ISO, e.a.) zijn de interne auditsystemen in de umc's op verschillende manieren ingericht en kunnen daarin - op onderdelen - good practices onderscheiden worden. Het uitwisselen van die good practices beoogt de kwaliteitssystemen van alle umc's op een hoger plan te brengen.

#### *Doelstelling*

De opdracht van de werkgroep Interne Audits betrof het uitwisselen van kennis, beleid, ontwikkelde methodieken en ervaringen over de verschillende auditsystemen binnen de umc's teneinde de auditsystematiek in de umc's effectiever en efficiënter te maken. Uitgangspunt daarbij was dat de umc's hun autonomie behouden over hoe zij ontwikkelthema's vertalen naar eigen strategische doelstellingen, aanpak en monitoring.

### 6.2. Procesbeschrijving

Deze paragraaf geeft inzicht in de wijze waarop de opdracht binnen de werkgroep Interne Audits is uitgevoerd. Het proces is beschreven aan de hand van de vijf fasen die zijn beschreven in paragraaf 3.2.

#### *Fase 0: Samenstelling werkgroep*

De werkgroep bestond uit deskundigen op het gebied van interne audits uit alle umc's, een projectleider, een voorzitter, twee linking pins naar het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg en één implementatiefellow (Tabel 6.1).

---

<sup>4</sup> The Institute of Internal Auditors: [www.theiia.org/guidance/standardsand-guidance/ippf/definition-of-internal-auditing](http://www.theiia.org/guidance/standardsand-guidance/ippf/definition-of-internal-auditing)

**Tabel 6.1 Deelnemers werkgroep Interne Audits (n=25, exclusief de projectleider)**

Umc	Aantal deelnemers per umc	Functie	Aantal keer aanwezig	Aantal keer umc niet vertegenwoordigd	Aantal wissels
1	2	Hoofd Kwaliteit & Veiligheid Adviseur Kwaliteit & Veiligheid	11 11	0	-
2	3	Voorzitter Commissie Interne Visitatie Ambtelijk secretaris en auditor Projectleider interne audits	6 3 3	3	1
3	1	Adviseur Kwaliteit & Veiligheid	8	4	-
4	4	Linking pin Voorzitter Commissie Interne Medische Kwaliteits Audits Voorzitter Commissie Interne Medische Kwaliteits Audits Hoofd Kwaliteit & Veiligheid	5 1 4 3	3	1
5	7	Hoofd Kwaliteit & Veiligheid Hoofd Unit Interne Audits Interim Hoofd Unit Interne Audits Hoofd Unit Interne Audits Implementatiefellow Onderzoeker Linking pin	2 2 6 3 9 1 1	0	2
6	3	Hoogleraar Interne Geneeskunde Hoofd Kwaliteit & Veiligheid Auditor	1 7 3	2	2
7	2	Hoogleraar Interne Geneeskunde	6	3	-
8	4	Adviseur kwaliteit en Veiligheid Lid interne audit commissie; auditor Stafmedewerker, auditor, ambtelijk secretaris interne audits; Stafmedewerker, ambtelijk secretaris interne audits	6 3 2 2	4	2

De voorzitter en linking pins waren tevens lokale experts van hun respectievelijke umc's. De implementatiefellow was betrokken bij wetenschappelijk onderzoek op het gebied van interne audits. De werkgroep kwam voor het eerst bijeen in april 2012 en kwam vervolgens 12 keer bijeen in drie jaar tijd in Utrecht. De laatste bijeenkomst was in november 2014. De samenstelling van de werkgroep wisselde sterk per bijeenkomst. In totaal hebben 25 personen de werkgroepen bijgewoond. Vier personen zijn gedurende het proces vervangen omdat de persoon niet meer werkzaam was in het betreffende umc of bij nader inzien niet de juiste persoon bleek. Het aantal afgevaardigden per umc varieerde van één persoon tot zes personen. Het aantal personen per bijeenkomst varieerde van 9 tot 12 personen; aanwezige umc's per bijeenkomst varieerde van 5 tot 8 umc's.

*Fase 1: Probleemanalyse en inventarisatie van ontwikkelthema's en good practices (Probleemverkenning, focus, indicatoren)*

Om inzicht te krijgen in hoe individuele umc's interne audits organiseren en uitvoeren hebben alle umc's een presentatie gegeven met waarin:

- Beschrijving eigen situatie (doelstelling, aanpak, instrumenten, bestuurlijke inbedding, tijdsinvestering)

- Beschrijving knelpunten en succesfactoren
- Beschrijving concrete behoeften en goede voorbeelden (halen, brengen)

Op basis van de presentaties en het analyseren van documenten van individuele umc's is een SWOT analyse uitgevoerd om knelpunten en succesfactoren uit alle umc's systematisch inzichtelijk te maken. Met het overzicht hebben de 8 umc's in gezamenlijkheid zes ontwikkelpunten geformuleerd. Prioritering van de zes punten vond plaats middels een individuele schriftelijke beoordeling op relevantie en haalbaarheid van elk thema en een plenaire consensusbijeenkomst over de meest relevante en gedragen knelpunten. De ontwikkelthema's zijn verder uitgewerkt op basis van succesfactoren en good practices in umc's. De knelpunten en ontwikkelpunten zijn weergegeven in Tabel 6.2 en uitgebreid beschreven een NFU-publicatie (NFU-consortium 2015).

**Tabel 6.2. Knelpunten en ontwikkelpunten voor interne audits**

	<b>Knelpunten</b>	<b>Ontwikkelpunten</b>	<b>Korte beschrijving</b>
1	Diversiteit in normenkaders en auditprocessen tussen de umc's	Overzicht van gehanteerde normenkaders	Omdat de umc's diverse normenkaders hanteren, zijn de normenkaders van de umc's bestudeerd en zijn in de werkgroep methodieken uitgewisseld voor het toetsen van die normen
2	Interne audits van multidisciplinaire zorgketens worden niet in alle umc's uitgevoerd	Optimaliseren auditsystematiek in multidisciplinaire zorgketens	Bij het uitwisselen van normen en meetinstrumenten heeft de werkgroep zich gericht op het toepasbaar maken van de auditsystematiek voor de audit van multidisciplinaire zorgpaden en zorgketens
3	Geen structurele borging competenties auditoren	Professionaliseren en borgen kwaliteit auditoren	Er zijn minimale vereisten voor goed auditorschap opgesteld en het trainen en evalueren van auditoren zijn aangeduid als essentiële stappen
4	Onvoldoende aandacht voor patiëntervaringen bij deelname aan wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en opleiding	Integreren patiëntervaringen bij deelname aan wetenschappelijk onderzoek en onderwijs in zorgaudits	Via interne audits moet getoetst worden of patiënten aantoonbaar zijn geïnformeerd; informed consent bij deelname aan onderzoek is verkregen; en dat de ervaringen van patiënten m.b.t. onderwijs, opleiding en onderzoek worden gemeten
5	Monitoring van verbeterpunten en verbeteracties niet in alle umc's geborgd	Borging monitoring van verbeterpunten en verbeteracties	Voor het monitoren en borgen van de resultaten van interne audits is het van belang dat resultaten worden omgezet in stuurinformatie voor afdelingshoofden en/of divisievoorzitters en de RvB en worden besproken bij de periodieke terugkoppeling binnen de planning&control-cyclus
6	Onvoldoende afstemming interne en externe audits en visitaties	Afstemming interne audits en externe kwaliteitsvisitaties	Vanuit de werkgroep is er een uitdrukkelijke wens om zowel de planning als inhoud van interne audits en externe kwaliteitsvisitaties van wetenschappelijke en beroepsverenigingen op elkaar af te stemmen om ervoor te zorgen dat de visitaties en audits elkaar versterken door gebruik te maken van elkaars geformuleerde verbeterpunten en het aantal toetsmomenten te reduceren

Bij aanvang van het project was het doel van de werkgroep om een kernset van randvoorwaarden voor interne audits in umc's te formuleren betreffende de inhoud en uitvoering van interne audits. Vervolgens zouden verbeterpunten en best practices worden geselecteerd, geïmplementeerd en geëvalueerd in de umc's. Door verschillende factoren (zie paragraaf 6.4) is de werkgroep niet gekomen tot een kernset. Wel zijn in gezamenlijkheid bovenstaande knelpunten en ontwikkelpunten vastgesteld en zijn best practices geïdentificeerd en uitgewisseld. Het bijstellen van het doel van de werkgroep, van 'het doorvoeren en evalueren van verbeteringen' naar 'het uitwisselen van kennis en ervaringen' vond in het derde jaar plaats.

#### *Fase 2: Nulmeting en bepalen knelpunten per umc*

Omdat er geen kernset kwam en dus geen normen zijn geformuleerd, zijn er ook geen indicatoren geformuleerd. Hierdoor, en door het ontbreken van het concreet doorvoeren van verbeteringen in de umc's, was het niet mogelijk om de effecten van de werkgroep kwantitatief te evalueren, d.w.z. met behulp van indicatoren en een voor- en nameting.

- *“Wij zijn niet gekomen tot een best practice. Maar ook niet tot een uitwisseling waarin men kon laten zien dat onderwerpen die benoemd zijn, zijn aangepakt en tot welke resultaten die hebben geleid. We hebben de lijst onderwerpen maar weten nog niet van elkaar of er wat mee gedaan wordt en zo ja, wat het heeft opgeleverd.”*

#### *Fase 3: Uitwisseling verbeterstrategieën, opstellen implementatieplan*

Om de uitwisseling van kennis en ervaringen tussen de umc's te bevorderen maakte de werkgroep gebruik van een digitale toolbox in SharePoint. SharePoint is een platform dat dient als een raamwerk voor het opzetten van een website voor informatie-uitwisseling en online samenwerking binnen een groep. Een belangrijk concept daarbij zijn de bibliotheken waarin documenten kunnen worden opgeslagen. In de digitale toolbox zijn materialen zoals documenten, instrumenten en methoden die gedurende de looptijd van het project zijn verzameld uit alle umc's opgenomen. De toolbox kent 7 thema's:

1. Algemene informatie over Interne Audits
2. Normenkaders
3. Audit van zorgketens
4. Monitoring verbeterpunten
5. Training en evaluatie auditoren
6. Onderwijs, Opleiding en Onderzoek
7. Afstemming kwaliteitsvisitaties

Deze toolbox was te bereiken via een SharePoint-omgeving waar leden van de werkgroep via persoonlijke inloggegevens toegang konden krijgen tot de materialen. De toolbox is toegankelijk voor alle umc-medewerkers. Naast de werkgroepbijeenkomsten georganiseerd door de NFU, vonden er ook naar behoefte onderlinge werkbezoeken tussen umc's plaats.

#### *Fase 4: Uitvoering verbeteractiviteiten en evaluatie*

Binnen de duur van het project zijn in de umc's minimale verbeteringen doorgevoerd op basis van de geformuleerde ontwikkelpunten door de werkgroep. Een aantal concrete voorbeelden zijn beschreven in Bijlage E. Alle geïnterviewden geven aan dat ze geen projectteam hebben gevormd voor het doorvoeren van de ontwikkelpunten. In alle umc's zijn de ontwikkelpunten teruggekoppeld aan de directeur kwaliteit, het hoofd kwaliteit en veiligheid en bestuurders en besproken binnen bestaande organen (o.a. kwaliteitscommissies).

De meeste umc's hebben de intentie om bepaalde de punten in de toekomst op te pakken. Andere umc's geven aan dat bepaalde ontwikkelthema's al voor de werkgroep waren opgepakt en doorgevoerd. Ook geven umc's dat bepaalde zaken nog geen prioriteit hebben.



- *“Veel van de 6 punten die benoemd zijn, zijn niet allemaal uitgebreid geïmplementeerd maar staan wel bij ons op de agenda. Niet alleen naar aanleiding van deze werkgroep. Deze punten passen in het traject waarin je al zit.”*
- *“Alle punten waren al binnen het [...] onderkend als verbeterpunt en stonden al op de agenda. De werkgroep heeft hier niet direct een katalysatorfunctie in gehad.”*
- *“We hadden natuurlijk al heel veel ondernomen. Ik denk dat het voor een aantal onderdelen aanscherpen zal zijn.”*
- *“We zijn verder gegaan met het traject dat we al in gang hebben gezet. Wel hebben we voorbeelden van anderen ingebracht om te kijken of we daar ons voordeel van kunnen doen.”*

#### *Fase 5: Presentatie*

De ontwikkelpunten en good practices afkomstig van de werkgroep zijn gebundeld in een NFU-publicatie (NFU-consortium Kwaliteit van Zorg 2015). Op vrijdag 29 mei 2015 is in Utrecht door de werkgroep een symposium georganiseerd getiteld ‘Mind the Gap! Effectieve inzet van interne audits’. Op het symposium zijn de knelpunten en ontwikkelpunten geformuleerd door de werkgroep gepresenteerd en hebben diverse ziekenhuizen (umc’s en andere ziekenhuizen) goede voorbeelden op het gebied van interne audits gepresenteerd. De 102 aanwezige deelnemers kwamen van academische, topklinische en algemene ziekenhuizen, (wetenschappelijke) beroepsverenigingen, patiëntenverenigingen, IGZ, zorgverzekeraars en ZonMw.

### **6.3. Effectevaluatie**

Wergroepleden gaven in de interviews aan dat het beoogde doel, verbeteringen doorvoeren in de umc’s op basis van de werkgroep, niet behaald is.

- *“Ik kan niet zeggen dat het geen toegevoegde waarde heeft gehad, maar als je mij vraagt waar zit die dan precies dan kan ik dat ook niet zeggen. Moeilijk om in maat uit te drukken. Voor mijzelf heeft het zeker een meerwaarde gehad. Het is nuttig en leerzaam om te horen en te zien wat er elders speelt en hoe men dingen elders aanpakt.”*
- *“We hebben nu vooral kennis en ervaringen gedeeld, maar geen verbeteringen doorgevoerd of uitgesproken dat we de beste zijn.”*

De werkgroepleden benadrukten wel dat de werkgroep van meerwaarde is geweest voor hun umc en zij benoemden daarbij de volgende aspecten:

#### Netwerk

De werkgroep waarbij alle umc’s in alle openheid bereid waren te delen en van elkaar te leren is uitgegroeid tot een netwerk met experts op het gebied van interne audits. De umc’s hebben nu een contactpersoon in alle umc’s die zij persoonlijk kennen, waardoor zij laagdrempelig contact op kunnen nemen. Buiten de werkgroepen om zijn al onderlinge werkbezoeken geweest. Het uitwisselen van kennis en ervaring en het netwerk vond men nuttig en inspirerend.

- *“De lijnen zijn korter om die personen te benaderen en te bevragen over dingen die in de toolbox zitten.”*
- *“Waar wel behoefte aan is, is het delen van. [...] inzage in de ontwikkelingen. Ieder huis zit nu in de ontwikkeling om een switch te maken naar [...] en daar komen ook allemaal weer vragen uit. Er is behoefte aan contacten en netwerken, zodat op het moment dat je ergens tegenaan loopt je iets kan delen [...]; wat voor invloed heeft dat op de auditsystematiek, hoe heb je het auditteam meegenomen in de voorbereidingen? Dan kan je van elkaar leren [...]. Dan kun je gericht je informatie halen. Dat is een netwerk”*

#### Ontwikkelpunten vastgesteld

De werkgroepleden vinden het goed dat in gezamenlijkheid ontwikkelpunten zijn vastgesteld die het uitgangspunt vormen om de effectiviteit en efficiëntie van interne audits in de 8 umc’s te verbeteren.

De ontwikkelpunten en goede voorbeelden zijn gepubliceerd en daarmee gedeeld met andere ziekenhuizen en partijen. Op het symposium bleek dat andere ziekenhuizen en partijen de punten herkennen en erkennen, waarmee de ontwikkelpunten een nationale agenda vormt om interne audits te verbeteren en efficiënter in te richten naar alle andere activiteiten die er zijn op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Door het vaststellen van ontwikkelpunten in NFU-verband kunnen knelpunten worden geagendeerd bij relevante partijen of bij het eigen bestuur.

- *“En dat je nu gezamenlijk hebt gezegd van dit zijn de items die we van belang vinden bij het uitvoeren van interne audits in academische ziekenhuizen.”*
- *“De ontwikkelpunten voor audits geven richting voor verbetering”*
- *“Het niet hebben van medisch specialisten in het audit team is nu een onderwerp dat bij de RvB ligt. Nu kunnen we aangeven dat het in umc A, B en C de specialisten betrokken zijn bij interne audits. In andere umc's neemt de RvB zelfs mee aan interne audits. Dat maakt dat deelname van artsen en RvB aan audit opeens bespreekbaar is”.*

#### Spiegelen en leren van kennis, ervaringen, instrumenten en documenten

De werkgroepleden gaven aan dat het nuttig en plezierig was om te weten wat er in andere huizen speelt, hoe er wordt omgegaan met bepaalde problematiek en welke afwegingen er worden gemaakt. Met de uitwisseling konden umc's de huidige situatie afzetten tegen andere umc's. Het heeft duidelijkheid gegeven dat het overall anders is geregeld en georganiseerd. Sommigen gaven aan dat het plezierig is om te weten dat je het nog niet zo slecht doet of om te weten hoe andere umc's bepaalde problemen hebben opgelost. Met deze informatie kun je zaken beter intern agenderen.

- *“Het gegeven dat in soortgelijke problemen ook in ander umc's spelen heeft een aanzet gegeven om de eigen inrichting van de interne audit organisatie te herzien. Geluiden uit andere umc's (zoals een heraudit of meer mankracht om het te organiseren, een gezaghebbende voorzitter om het in huis levend te houden) helpen om vernieuwingen door te voeren. Zeggen is 1 ding, maar er is meer (mankracht) nodig om het doorgevoerd te krijgen.”*
- *“De wetenschap dat je als huis niet als enige druk aan het zoeken bent naar de juiste aanpak, methodieken en ondersteuning.”*
- *“Het heeft ons geholpen om discussies verder te helpen. Leren van wat er bij anderen goed en niet goed gaat”*

#### Toolbox

Het samenstellen van een toolbox met documenten en instrumenten uit de verschillende huizen vond men waardevol. Uit de toolbox halen huizen datgene wat aansluit bij hun behoefte. In paragraaf 6.2 wordt de inhoud van de toolbox beschreven. Niet alle umc's hebben al gebruik gemaakt van de toolbox en geven aan dat ze dat zullen doen als bepaalde onderwerpen worden opgepakt en zij daarbij willen weten wat de aanpak is en goede voorbeelden zijn in andere huizen en met wie zij daarover contact kunnen zoeken met de eigenaar over het gebruik.

- *“De toolbox waarmee je later nog kan nakijken hoe het georganiseerd is in andere huizen en daarop kan voortborduren.”*
- *“Tot nu toe heb ik er nog niet concreet iets uitgehaald en gebruikt. Er staan wel voldoende voorbeelden in die gebruikt zouden kunnen worden [...]”*
- *“Tot nu toe nog niets, we zijn in afwachting van de keuze voor een ander accreditatiesysteem.”*

#### Symposium

Het in gezamenlijkheid organiseren van een symposium waarop de werkgroep heeft uitgedragen wat is besproken met 8 umc's is volgens een geïnterviewde van meerwaarde. Hiermee hebben de 8 umc's laten zien wat de umc's doen op het gebied van interne audits en zijn de ontwikkelpunten bij een bredere groep ziekenhuizen en andere partijen geverifieerd.

#### 6.4. Bevorderende en belemmerende factoren

In de interviews met de werkgroepleden zijn diverse belemmerende en bevorderende factoren voor het behalen van de doelstelling van de werkgroep genoemd. Deze zijn ingedeeld in categorieën ontleend uit bestaande classificatiemodellen voor beïnvloedende factoren (Fleuren 2012, Grol & Wensing 2012 en Flottorp 2013). Tabel 6.3 laat zien welke beïnvloedende factoren (n=16) genoemd zijn voor het uitwisselen van kennis en ervaring en implementeren van verbeteracties. Er zijn meer belemmerende factoren (n=11) dan bevorderende factoren (n=5) genoemd. De meest genoemde factoren zijn innovatie gerelateerde factoren (het uitwisselen van best practices tussen umc's) (n=6) en organisatorische factoren (n=6).

**Tabel 6.3. Beïnvloedende factoren**

Categorie	Factoren	Bevorderend	Belemmerend
Innovatie gerelateerde factoren: uitwisseling van best practices voor het optimaliseren van interne audits	Procedurele helderheid	X	X
	Juistheid		
	Compleetheid	X	X
	Complexiteit		X
	Congruentie huidige werkwijze Zichtbaarheid uitkomsten		
Individuele factoren van betrokkenen (leden van de projectgroep)	Motivatie	X	X
	Persoonlijk voordeel/nadeel		
	Uitkomstverwachting		
	Taakopvatting		
	Sociale steun		
	Eigen effectiviteitverwachting		
	Cognitief		
Sociale factoren (persoonlijke interacties)	Cultuur	X	
	Communicatie		
	Samenwerking		
	Professionele teams		X
Organisatorische factoren: het consortium en individuele umc	Draagvlak		X
	Formele bekrachtiging management	X	
	Vervanging bij personeelsverloop		X
	Capaciteit, bezettingsgraad		X
	Tijd		X
	Vershil tussen organisaties		X
	Turbulentie in de organisatie		
De sociaal politieke omgeving	Wet- en regelgeving	-	-

#### 6.4.1 Bevorderende factoren

##### 6.4.1.1. Innovatie gerelateerde factoren

###### Procedurele helderheid: organisatie werkgroep

De organisatie van de werkgroepbijeenkomsten werd als positief ervaren. Volgens de werkgroepleden was er een goede rolverdeling tussen de voorzitter, projectleider en implementatiefellow. De bijeenkomsten hadden een duidelijke agenda en de taken en verantwoordelijkheden waren helder. De taken werden volgens de werkgroepleden op een natuurlijke wijze verdeeld. Personen met ervaring op bepaalde gebieden boden aan om iets voor te bereiden. Er was voldoende tijd om op stukken en standpunten te reageren zodat werkgroepleden overleg konden voeren.

- *“Met een dergelijk doel moet je het niet te strak organiseren. De losse structuur past bij de opdracht (van elkaar leren), zodat je het zelf invulling kunt geven.”*
- *“Volgens mij hebben we niet zo specifiek in het begin taken verdeeld. In mijn beleving werd dat per vergadering afgesproken en per opdracht wie waar mee aan de slag ging. Dit verliep prima.”*
- *“Als taken verdeeld werden gaven mensen die daar mee bezig waren aan dat ze iets wilden doen of ergens bij wilden aanhaken. Wat past het beste bij mensen en dat werd goed opgepakt.”*

#### Compleetheid: deskundigheid werkgroepleden

Volgens de geïnterviewden zat er veel deskundigheid en een mix van expertise uit de verschillende lagen van de organisatie aan tafel: vanuit strategisch, tactisch en operationeel niveau. Vooral ervaringsdeskundigheid van mensen die verbonden zijn met de praktische uitvoering van interne audits werd zeer op prijs gesteld.

- *“Ik vond het plezierig dat er een forse partij van kennis van zaken aan tafel zat. En heel divers.”*
- *“[...] iedereen zat aan tafel. Mensen die er praktisch mee bezig zijn, maar ook die het organiseren en coördineren. In het begin zaten er mensen aan tafel die minder praktisch bij interne audits waren betrokken. Meer mensen op tactisch en strategisch niveau. Dat is in de loop van de tijd veranderd, ook voor andere huizen.”*

#### **6.4.1.2. Individuele factoren**

##### Motivationeel: alle umc's namen deel aan de werkgroep

Uit ieder umc zat een deskundige aan tafel; van begin tot het einde van het project.

#### **6.4.1.3. Sociale factoren**

##### Cultuur: open sfeer en openheid van zaken in de werkgroep

De sfeer tussen de werkgroepleden werd als informeel en positief ervaren. Lokale toepassingen, problematiek en oplossingen werden in de werkgroep met anderen in alle openheid gedeeld en op een gelijkwaardige manier uitgewisseld tussen alle umc's en bediscussieerd.

- *“Mensen schroomden niet om zwakke punten van hun eigen organisatie op tafel te leggen en te bespreken om te kijken hoe daar een oplossing voor gevonden kon worden. Dat vond ik plezierig hoe dat ging.”*
- *“Grote mate van openheid. Iedereen was zeer bereid om uit te wisselen en te delen. Dat merkte je in de presentaties en in de contacten buiten de werkgroep.”*

#### **6.4.1.4. Organisatorische factoren**

##### Formele bekrachtiging management: in gezamenlijkheid (NFU-verband) ontwikkelpunten vaststellen

Door de werkgroep zijn alle knelpunten rondom interne audits in de umc's inzichtelijk gemaakt. Men weet wat nu wat er in de (individuele) umc's gebeurt en voor welke onderwerpen een verbeterslag mogelijk is (ontwikkelpunten). Werkgroepleden geven aan dat met deze overzichten en de ontwikkelpunten zij zaken beter intern kunnen agenderen.

- *“Hierdoor kan ik nu wel bij de RvB zeggen: ‘Kijk in de overige umc's is een arts een vereiste in het audit team’. Nu kan ik het bespreekbaar maken bij de RvB.”*

#### **6.4.2. Belemmerende factoren**

##### **6.4.2.1. Innovatie gerelateerde factoren**

#### Procedurele helderheid: doelstelling onduidelijk

Bijna alle geïnterviewden gaven aan dat het doel niet helder en concreet genoeg was. Aangegeven wordt dat er heel lang is gewerkt aan het gezamenlijk formuleren van het doel en dat het doel uiteindelijk moest worden bij gesteld omdat ze niet haalbaar bleek. De geïnterviewden geven aan dat ze de aanzet die door het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg was gegeven “bevorderen dat umc’s met elkaar delen” erg breed vonden. Het was aan de projectgroep om daar invulling aan te geven. De NFU had een duidelijk beeld moeten geven van wat zij met interne audits willen. Dan was de opdracht voor de werkgroep strakker geweest, aldus de geïnterviewden.

- *“We hebben vanaf het begin gezocht wat willen we nu precies.”*
- *“Het heeft heel lang geduurd [...] dat er heel lang aan een concept is vastgehouden dat we werken naar uniformering. Ik weet dat ik in de eerste bijeenkomst [...], al heb aangegeven dat dat per definitie mij dat geen haalbare kaart is. En het heeft heel lang geduurd voordat dat concept van dat doel van uniformering is losgelaten.”*
- *“Nadat good practices waren geselecteerd, gaf men aan dat er niet gestreefd wordt naar uniformiteit tussen ziekenhuizen. Men wil wel kijken wat de ander doet, maar niet direct iets overnemen om te veranderen in zijn eigen huis.”*
- *“Ik dacht dat het plan van de NFU was om op drie gebieden [interne audits, perioperatieve zorg en medicatieveiligheid] de beste van het land te worden met de best practices in de individuele umc’s. Dat als je iets wil met bijvoorbeeld audits of perioperatieve zorg dat je bij de umc’s moet zijn. Dat mis ik nu in onze werkgroep. Zijn wij de beste in audits?.”*

#### Complexiteit: optimaliseren van interne audits is geen laaghangend fruit

Audits is een te omvangrijk, complex en log onderwerp voor verbetertraject volgens geïnterviewden. Tevens zijn er grote verschillen tussen umc’s in hoe zij interne audits hebben georganiseerd. Umc’s hebben verschillende accreditatiesystemen, normenkaders en auditprocessen. Deze zijn niet overkoepeld of eenduidig. Daarbij hebben individuele umc’s jaren gewerkt aan de auditsystematiek zoals die nu in de huizen is vormgegeven. Op aanpassingen in zit men niet te wachten, omdat dit over veel schijven moet en lastige en langdurige processen zijn.

- *“Bij de eerste 4 à 5 bijeenkomsten bleef de discussie gaande wat nu precies het doel is van het initiatief en hoe men komt bij de keuze voor het onderwerp Interne Audit als verbeteronderwerp. ‘Is dit echt laag hangend fruit?’ wordt er gevraagd.”*
- *“Het bleek niet mogelijk om een kernset te definiëren omdat de auditsystemen te veel verschillen tussen de um’s - vanwege de contextverschillen tussen umc’s, o.a. verschillende extern en intern normenkaders.*
- *“[...] gezamenlijk auditoren te trainen. Dat is natuurlijk lastig als umc’s diverse accreditatiesystemen hanteren. Het is voor een deel overkoepelend hoe een auditor zich moet opstellen, maar daar zitten toch nuance verschillen in. Dat is 1 van de redenen waarom die doelstelling niet gehaald is.”*

#### Complexiteit: aanpak werkgroep

Geïnterviewden gaven aan dat de werkgroep er baat bij had gehad om eerder in het traject te focussen op één onderdeel van interne audits en dat het proces ingedeeld had moeten worden in kleine stukjes. Hiermee konden concrete onderdelen worden getest in umc’s in een korte periode. Echter de doorlooptijd van 4 jaar van de auditcyclus maakt het lastig om resultaten in een korte tijd inzichtelijk te maken.

- *“De periode was te kort om iets in te voeren en resultaten te laten zien. Het opdelen van het geheel zou een oplossing kunnen zijn om wel verbeteringen door te voeren.”*
- *“Achteraf gezien had het ingedeeld moeten worden in kleine stukjes, waarmee je iedereen met een concreet iets naar huis (umc) kunt sturen. Kijken dan wat gelukt is in 4 maanden tijd.*

*Echter een periode van 4 maanden is weer te kort om snelle verbeteringen op dit onderwerp door te voeren en resultaten te kunnen zien. De audit cyclus heeft een doorlooptijd van 4 jaar, dus lastig om een resultaten in een korte tijd in kaart te brengen.”*

#### Compleetheid: niet de juiste mensen aan tafel

Door onduidelijkheid over de doelstelling, zaten niet altijd de juiste mensen aan tafel. In het begin zaten meer personen aan tafel die op hoger strategisch niveau in de organisatie werkten die gaandeweg werden vervangen door personen die interne audits coördineerden en direct betrokkenen bij de uitvoering van interne audits. Geïnterviewden vonden het prettiger om met personen aan tafel te zitten die zich dagelijks bezig hielden met interne audits.

- *“Hoe meer personen er bij kwamen die direct betrokken waren bij interne audits, des te grotere stappen er werden gezet. Het praat makkelijker met mensen die er direct bij betrokken zijn. Mensen die het dichtst bij het vuur zaten konden het meeste bijdragen.”*
- *“Van een bepaald umc zaten niet de juiste mensen aan tafel; zij konden niets vertellen over hun audits, terwijl we samenwerken met andere mensen van die umc en die kunnen ons alles vertellen over hun auditsysteem. Er gebeurt veel meer in die organisatie dan de mensen aan tafel vertellen; en dat weten ze niet altijd. Dat maakt het lastig.”*
- *“De rol van de mensen aan tafel verschilde nogal. Sommige personen waren de baas van de audits in hun umc, anderen waren beleidsmedewerkers, etc. kan van meerwaarde zijn, maar dat zou iets meer gelijkmatig kunnen zijn“*

#### **6.4.2.2. Individuele factoren**

##### Motivatieel: betrokkenheid werkgroepleden

De projectleider en implementatiefellow zorgden voor het praktische werk, onder andere overzichten, schema's, analyses, verzamelen van gegevens en documenten. De projectgroepleden schoven aan bij de bijeenkomsten, luisterden en gingen weer naar huis. Door een enkeling zijn inhoudelijke aspecten uitgewerkt.

- *“We hebben uiteindelijk niet echt samen gewerkt. We kwamen naar de werkgroep toe en hadden we overleg en werd er afgestemd. Daarna gingen weer terug naar ons eigen huis. Iedereen deed zijn eigen ding.”*
- *“De werkgroep bestond veelal uit toehoorders; niet iedereen leverde input.”*

#### **6.4.2.3. Sociale factoren (professional interacties, cultuur, samenwerking)**

##### Professionele teams: veel wisseling van personen in de werkgroep

Aan de bijeenkomsten hebben in totaal 25 personen uit de 8 umc's deelgenomen. De samenstelling van de werkgroep wisselde vaak doordat mensen met pensioen of zwangerschapsverlof gingen of een andere baan kregen. Gedurende het proces kwamen steeds meer mensen aan tafel die directer bij het auditproces betrokken waren. Doordat er continu nieuwe mensen bij kwamen moest telkens het doel opnieuw tijdens de bijeenkomsten worden uitgelegd. Dit nam veel tijd in beslag.

- *“En lastig was dat er in die fase niet altijd dezelfde vertegenwoordigers uit de huizen aan tafel zaten. Doordat mensen afwezig waren had ik het idee dat we soms weer opnieuw moesten starten.”*
- *“Lastig was dat dat het visiedocument. Je had wisseling van mensen. Je moest een paar keer opnieuw uitleggen waar dient het document voor. En dan telkens opnieuw het document doorjakkeren omdat er nieuwe mensen bij zaten. Dat heeft meer tijd gekost dan denk ik had moeten.”*

#### 6.4.2.4. Organisatorische factoren

##### Draagvlak onderwerp 'interne audits'

Enkele geïnterviewden twijfelden aan de behoefte voor het uitvoeren van verbeteracties rondom het interne audits of gaven aan dat interne audits niet de hoogste prioriteit heeft in hun umc. Een geïnterviewde geeft aan dat veel betrokkenen interne audits als een bureaucratische last ervaren en niet als een middel om kwaliteit van zorg te verbeteren. Voor deze mensen is het dus geen must om interne audits te verbeteren. Een andere geïnterviewde geeft aan dat een verbeterproject rondom een 'proces' (in dit geval interne audits) niet het juiste vertrekpunt is. Audits zijn volgens haar een middel en geen doel op zich.

- *“Is er de behoefte? [...] Ik kan mij niet voorstellen dat de RvB heeft gezegd uniformering van auditsystematieken [...]. Je moet niet zoeken naar een project. Er moet behoefte zijn. En dan niet alleen uitgesproken door de NFU. Maar in de huizen.”*
- *“Interne audits is het stiefkindje en is lastig te organiseren. Aan vernieuwingen komen we niet toe en heeft nu geen prioriteit. Er zijn vele andere activiteiten waar aan gewerkt wordt.”*
- *“Er zit natuurlijk ook een hoop administratief werk aan [...]. Dat is alleen maar veel werk. En als je dan ook nog eens met best practices van andere ziekenhuizen komt dan kan ik mij voorstellen dat mensen denken: ja, kom op. Ergens houdt het op. Dat gevoel heb ik er bij.”*
- *“Ik blijf worstelen met het feit dat je audits als vorm/middel als een projectdoel stelt. Formuleer eerst je doelstellingen en kijk dan of het op te lossen is met een audit. Audit is een goed middel, maar laat het in de middelenkast en zet het niet in de doelenkast.”*
- *“Er is een vorm gekozen [werkgroepbijeenkomsten] en daarbij 3 onderwerpen [o.a. interne audits], terwijl je dat zou moeten omdraaien: er is een verbeteronderwerp, welke vorm past om verbeteringen door te voeren?”*

##### Verschillen tussen umc's

Geïnterviewden geven aan dat het niet eenvoudig is om verbeteracties door te voeren in een complexe organisatie zoals een umc, laat staan meerdere umc's. Er zijn verschillen tussen umc's wat betreft lokale bestuur, structuur en cultuur, waardoor het lastig is om op gelijke wijze gelijktijdig verbeteracties door te voeren.

- *“Een voordeel is meteen een nadeel. Er wordt gepoogd om binnen de NFU gezamenlijk op te trekken, maar dat is wel lastig met al die umc's. Het is niet zo gemakkelijk om alle umc's op 1 lijn te krijgen. Men wil gewoon zijn eigen plan trekken. En dat willen wij ook. Dat maakt het lastig. Het hele concept (platform binnen de NFU) is intrinsiek een lastige.”*
- *“Ik denk dat het lastig was omdat we allemaal zo verschillend zijn. We hebben eerst moeten aftasten hoe werken we allemaal. Hoe kunnen we iets bedenken dat voor iedereen logisch is. In het begin was de opdracht: kom tot 1 opzet voor interne audits in alle huizen. We zijn te verschillend. Dat werkt gewoon niet.”*
- *“Het zijn allemaal verschillende ziekenhuizen met allemaal verschillende besturen, culturen. Dan lijkt het mij logisch om van elkaar te leren, maar om te uniformeren dat vind ik gewoon geen haalbaar doel. Dus het heeft mij verbaasd dat dat in de opdracht is opgenomen en dus door de programmaleiding omarmd heeft”*

##### Turbulentie in de organisatie: verschil in ontwikkelfase interne audits

De ontwikkelfase van het interne auditsysteem was in ieder umc verschillend. Sommige umc's gaven aan dat zij hun auditsysteem zojuist geoptimaliseerd hadden met diverse verbeterlagen. De werkgroep leverde voor hen weinig nieuwe inzichten op. Andere umc's gaven juist aan dat zij nog voor de keuze stonden welk accreditatiemodel en bijbehorende normen zij zouden gaan hanteren.

- *“Umc’s zitten allemaal in een andere fase: ene umc heeft al een projectgroep en een ander umc moet er nog over nadenken dat het een probleem is. Dat maakt het lastig voor discussies voordat je allemaal op hetzelfde niveau zit. Dat is zelf zo binnen de huizen. We zijn zo groot en daarom zo complex. Wij willen de professionals in de lead, dan is er erg veel ruimte voor eigen kleuring in de huizen en binnen de huizen. “*
- *“Dat heeft denk ik te maken dat we in een heel verschillende fase zaten en met verschillende modellen werken. Sommige ziekenhuizen waren al flink op dreef, anderen nog niet. Of op een andere manier. Dan is het lastig om 1 instrument vervolgens te gaan verbeteren en te meten.”*

#### Tijd: tijdsinvestering

Over de tijdsinvesteringen zijn de meningen verdeeld. Een deel van de werkgroepleden vond de frequentie (3 à 4 keer per jaar) en duur van bijeenkomsten prima en de tijdsinvestering beperkt. Door de reistijd waren werkgroepleden meestal een dag kwijt voor een werkgroepbijeenkomst. Werkgroepleden gaven aan dat ze alleen tijd hebben geïnvesteerd in de bijeenkomsten en de voorbereiding en terugkoppeling ervan. Omdat er geen concrete verbeteracties op basis van de werkgroep zijn doorgevoerd, was de tijdsinvestering hiervoor dus nihil.

Maar andere werkgroepleden zijn ontevreden over de tijdsinvestering. Met name als ze het afzetten tegen de opbrengsten van de werkgroep.

- *“We hebben daar, vind ik, vrij lang over gedaan. Dat heeft er mee te maken dat er veel tijd zat tussen de vergaderingen. “*
- *“Soms gaat de tijd je ook tegen werken. We hebben veel versies gezien van het visiedocument. Bij elke versie moesten we weer nagaan wat we er eerder over hadden gezegd. Ik vond het niet effectief. Kijken we nu naar het product dan is heel veel weer verouderd en is er nieuwe informatie; dit geldt in ieder geval voor ons huis.”*
- *“Dat vond ik tegenvallen. Het netwerken en van elkaar leren hadden we ook in twee dagen kunnen doen. Dat had beter/efficiënter gekund.”*
- *“Niet uit balans. Ik denk wel dat we sneller hadden kunnen doorpakken. Dan had het minder tijd gekost. Met enige regelmaat vielen we in de herhaling. Vooral in het begin.”*

#### Capaciteit/bezettingsgraad: beschikbaarheid van middelen

Eén umc geeft aan niet voldoende middelen te hebben voor het doorvoeren van verbeteracties en dat een trekker die het organiseert ontbreekt.

### **6.5. Rol implementatiefellow**

De rol van de implementatiefellow was primair het ondersteunen van umc’s bij de implementatie van verbeteracties en het evalueren van de effecten van de werkgroep. De implementatiefellow begeleidde ten tijde van de werkgroep twee promotieonderzoeken op het gebied van interne audits. De implementatiefellow leverde input bij de bijeenkomsten op basis van de opgedane kennis uit de promotietrajecten en om bij discussies te adviseren vanuit haar veranderexpertise. Zij heeft de knelpunten en goede voorbeelden systematisch geïnventariseerd op basis van de gegeven presentaties en informatie uit de werkgroepbijeenkomsten en het bestuderen van alle interne audit gerelateerde (beleids)documenten van alle umc’s. Met deze informatie heeft zij een SWOT analyse uitgevoerd en een vragenlijst opgesteld om de knelpunten te systematisch te prioriteren.

Vervolgens was de implementatiefellow gestart met het schrijven van een verbeter- en implementatieplan en het formuleren van indicatoren om de verbeteracties te evalueren. Het implementatieplan is uiteindelijk bijgesteld tot ‘visiedocument’ waarin de systematisch geïnventariseerde knelpunten en goede voorbeelden zijn beschreven.



## 6.6. Randvoorwaarden

In de interviews met de werkgroepleden is gevraagd wat succesfactoren zijn van het initiatief en hoe zij de werkgroep anders zouden organiseren. Er zijn diverse factoren genoemd die hieronder worden beschreven als randvoorwaarden voor het doorvoeren van veranderingen in umc's.

### Behoeftebepaling individuele umc's en NFU

Voor aanvang van het project moet een uitgebreide behoeftebepaling plaats vinden van wat wenselijk is in de individuele umc's om te verbeteren. Hierbij moeten de afgevaardigden van ieder umc de probleemstelling en visie voor zijn lokale situatie helder voor ogen hebben. Op basis hiervan kan een duidelijke doelstelling worden geformuleerd die aansluit bij de behoefte en afgestemd is met interne doelen van de individuele umc's. Op deze wijze is er meer draagvlak en eigenaarschap voor de doelstelling. Daarnaast moeten ideeën en plannen vanuit de NFU helder geformuleerd zijn en moet uitgebreid getoetst worden of er in de individuele umc's behoefte is aan de aangedragen onderwerpen vanuit de NFU.

- *“Ook is een aanbeveling dat er een duidelijke opdracht ligt die erkend wordt in je eigen organisatie. En afgestemd wordt met de interne doelen van de huizen. Dan kom je veel verder.”*

### Formulering concrete en haalbare doelstellingen

De doelstelling moet helder, concreet en specifiek zijn, toegesneden op de lokale situatie in de individuele umc's. Het advies is om de doelstellingen SMART te formuleren (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden). Met een SMART geformuleerde doelstelling kunnen afgebakende onderdelen door kleinere groepen worden opgepakt.

- *“Nog specifiekere rondom bepaalde onderwerpen organiseren. Per geformuleerd verbeterpunt zou je aparte sessies moeten organiseren. De kracht zit in het zo concreet mogelijk te worden.”*
- *“Inachtneming ‘couleur locale’ betreffende vertaling van de ontwikkelthema's naar eigen strategische doelstellingen, aanpak en monitoring.”*

### Snellere doorlooptijd en teamsamenstelling

Het advies is om de doorlooptijd tussen de activiteiten te verkorten, de frequentie van samenkomsten van de werkgroep te verhogen en de duur van de werkgroep bijeenkomsten en de looptijd van het project langer te maken. Het werken met een vast team van experts wordt aanbevolen. Voor het bepalen wie de juiste personen zijn moet het doel bij aanvang helder geformuleerd zijn zodat de umc's weten wie zij moeten sturen. Met een korte doorlooptijd en vast team kun je sneller en effectiever doorpakken.

- *“Ik zou van de eerste bijeenkomst een langere bijeenkomst maken, waarin iedereen kan presenteren en dat je daar ter plekke de algemene deler er uit haalt. Want als je een jaar verder bent weet je inmiddels niet meer wat er ook alweer is besproken in de eerste bijeenkomst en zijn er ook weer dingen veranderd.”*
- *“Had vlotter in de tijd na elkaar gemogen. Met altijd dezelfde mensen aan tafel. We hadden bij aanvang precies moeten formuleren welke expertise we precies aan tafel wilden hebben.”*
- *“Ook is een aanbeveling dat er een duidelijke opdracht ligt [...] Je kunt een betere afweging maken wie er naar de werkgroep gaat.”*

### Informatie-uitwisseling

Het organiseren van de werkgroepbijeenkomsten en het verzamelen van documenten en instrumenten in de digitale toolbox zijn aangeduid als succesfactoren voor het uitwisselen van om informatie en ervaringen. Werkgroepleden benadrukken het belang om te blijven delen en hiervoor de

werkgroepbijeenkomsten te continueren. Tevens moet de digitale toolbox actueel blijven met nieuwe kennis en ervaringen vanuit de umc's (zie paragraaf 6.7 Borging en verspreiding).

- *“Het is een dynamisch stuk. Maar je moet vooral aan de invulling werken en die bijeenkomsten blijven behouden om daaraan te werken. Dat moet terug blijven komen.”*
- *“Stimulerende factoren zijn makkelijke informatie uitwisseling met andere huizen over deze thema's. Duidelijk voorbeeld van een goed werkende aanpak, structuur met een in de praktijk aangetoonde toegevoegde waarde is van belang. Vanuit management is de vraag vaak of er voorbeelden van andere huizen zijn die het op een bepaalde manier doen en wat de ervaringen daarmee zijn.”*

#### Meerdere vormen gebruiken voor kennisuitwisseling

Naast de werkgroepbijeenkomsten, waarin vooral 'vergaderd' werd, wordt geadviseerd om ook andere vormen te gebruiken voor het uitwisselen van kennis. Suggesties zijn om meer te werken in kleinere groepen, met workshops en interactieve brainstormsessies met betrokkenen in het veld. Een geïnterviewde geeft als voorbeeld om personen van accrediterende instanties zelf uit te nodigen om meer te komen te weten wat de achtergrond en herkomst van de normenkaders zijn, wat hun visie op kwaliteit is en hoe je bepaalde normen het beste in de praktijk kan toetsen. Ook is het interessant om van dergelijke instanties te weten wat er speelt nu en in de toekomst zodat je daar als organisatie op in kan spelen.

#### Draagvlak en mandaat

Een belangrijke randvoorwaarde die door meerdere geïnterviewden is genoemd is draagvlak organisatiebreed, en draagvlak en mandaat van de raad van bestuur in het bijzonder.

- *“Het verzekeren van het benodigde draagvlak en betrokkenheid van de raad van bestuur, staf, management en medewerkers in de individuele umc's.”*
- *“De projectgroep heeft een duidelijk lijn en visie beschreven. Of men daar ook iets mee gaat doen dat is afhankelijk van de diverse Raden van Bestuur. De projectgroep nu is te vrijblijvend.”*
- *“Er is erg veel voor nodig om dit voor elkaar te krijgen. Dan moet je ook de bevoegdheden hebben om dit voor te schrijven. Dat is voor dit moment een stap te ver.”*

#### Capaciteit

Ook zijn prioriteit en beschikbaarheid van mankracht, tijd en middelen als randvoorwaarden genoemd.

- *“Er zal een uitbreiding van de commissie moeten plaats vinden in de toekomst om aan verbeteringen te werken.”*
- *“Belangrijkste knelpunt is interne ontwikkelcapaciteit om hier verder invulling aan te geven.”*

#### Ondersteuning vanuit NFU

Bij bepaalde onderwerpen, zoals het ontwikkelpunt 'afstemming van interne audits en externe kwaliteitsvisitaties', is de rol van de NFU cruciaal. Het contact vanuit het NFU met de toezichthouders is van belang om te werken aan dit umc overstijgend vraagstuk. Tevens wordt de leidende rol van de NFU als succesfactor benoemd bij het faciliteren van de werkgroepbijeenkomsten voor de onderlinge informatie-uitwisseling. Zij hebben het uitwisselingsplatform geïnitieerd.

- *“Leren van elkaar is zeer waardevol! [...] Ik ga liever twee dagen in een ander ziekenhuis kijken dan naar een congres waar je alleen succesverhalen krijgt te horen. In gesprek met ziekenhuizen (1 op 1) hoor je op welke momenten processen moeilijk waren [...] Dit gebeurde wel op andere gebieden (financiën etc) en nu ook op kwaliteit. Goed dat dit in een academische setting gebeurt. Ik heb ook netwerkbijeenkomsten met ziekenhuizen in de regio,*

*maar dat is toch anders (andere materie). Ik vind het van toegevoegde waarde om op NFU-niveau dingen met elkaar te delen.”*

## **6.7. Borging en verspreiding**

### Expertisenetwerk

Het opgebouwde expertisenetwerk interne audits zal in stand worden gehouden om het uitwisselen van ervaringen en knelpunten bij de uitvoer van de gestelde doelen te continueren. Er zullen *site visits* worden georganiseerd waarmee werkgroepleden een kijkje in de keuken van een ander umc kunnen nemen. De *site visits* worden tenminste één keer per jaar georganiseerd door telkens een ander umc met een wisselend thema.

### Digitale toolbox

Met behulp van de digitale toolbox kunnen umc's nieuwe ontwikkelingen en instrumenten blijven delen. De toolbox is beschikbaar en moet in leven worden gehouden. Om de digitale toolbox efficiënt en effectief te laten functioneren in de toekomst zullen meerdere aspecten in ogenschouw moeten worden genomen, waaronder het actueel houden van de documenten in de toolbox. Eens per jaar worden materialen gecontroleerd op juistheid en actualiteit.

### Publicatie

De ontwikkelpunten en goede voorbeelden afkomstig van de werkgroep zijn gebundeld in een boekje getiteld 'Interne audits. Bundeling van kennis en expertise' (3). Dit boekje is verspreid onder diverse partijen en betrokkenen bij interne audits in ziekenhuizen.

### Symposium

De werkgroep heeft op vrijdag 29 mei 2015 in Utrecht een symposium georganiseerd getiteld 'Mind the Gap! Effectieve inzet van interne audits'. Het doel van het symposium was om de uitgewisselde kennis en ervaring tussen umc's, geformuleerde verbeterpunten en goede voorbeelden te delen met andere ziekenhuizen, zorginstellingen en partijen.

## **6.8. Conclusies en aanbevelingen**

De opdracht van de werkgroep Interne Audits betrof het uitwisselen van kennis, beleid, ontwikkelde methodieken en ervaringen over de verschillende auditsystemen binnen de umc's teneinde de auditsystematiek in de umc's effectiever en efficiënter te maken.

Met de werkgroep zijn knelpunten en goede voorbeelden geïdentificeerd en ontwikkelpunten voor interne audits geformuleerd. Naar aanleiding van de werkgroep zijn geen concrete verbeteracties in de umc's doorgevoerd door verschillende belemmerende factoren. Belangrijke belemmerende factoren, benoemd door de werkgroepleden, hierbij waren: een onduidelijke doelstelling, complexiteit van interne audits als verbeteronderwerp, grote verschillen tussen umc's, te lange doorlooptijd tussen de werkgroepbijeenkomsten, wisseling van personen in de werkgroep en beschikbare middelen.

Met de geformuleerde ontwikkelpunten kunnen umc's hun auditsystematiek verder optimaliseren. Het continueren van de werkgroep en het actueel houden van de toolbox is wenselijk, zodat kennis en ervaringen blijvend kunnen worden uitgewisseld tussen umc's.

Voor de implementatiestrategie 'kennisuitwisseling en verbeteringen doorvoeren in NFU verband' zijn op basis van aanbevelingen van de werkgroepleden diverse randvoorwaarden geformuleerd, waaronder:

- Start altijd met een behoeftebepaling bij de individuele umc's;
- Formuleer concrete en heldere SMART geformuleerde doelstellingen toegesneden op de behoefte en lokale situatie in individuele umc's;
- Zorg voor een snelle doorlooptijd en een vast team;
- Zorg voor draagvlak organisatiebreed en van de Raad van Bestuur in het bijzonder;
- Prioriteren en agenderen van het onderwerp en creëren van capaciteit;

- Faciliteren van werkgroepbijeenkomsten en opzetten van een digitale toolbox voor het uitwisselen van kennis, ervaringen, instrumenten en documenten.

#### **Referenties**

- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Governance en kwaliteit van zorg. Den Haag: RVZ, 2009
- NFU-consortium Kwaliteit van Zorg. Interne audits - bundeling van kennis en expertise. Utrecht, 2015: [www.nfukwaliteit.nl/pdf/28053\\_NFU\\_InternAudits.pdf](http://www.nfukwaliteit.nl/pdf/28053_NFU_InternAudits.pdf)

## **7. Samenvattende conclusies en aanbevelingen**

Het programma 'Uitwisseling Kwaliteitsbeleid umc's' werd vanaf april 2012 tot juni 2015 ingezet om het uitwisselen van ervaringen en ontwikkelde methodieken tussen Universitair Medische Centra (umc's) te bevorderen en daarmee kwaliteitsbeleid te verbeteren. Het programma kende grofweg vier fasen: 1) selectie van thema's, 2) samenstelling van de projectgroep, 3) bepalen focus en doelstellingen, en 4) uitvoeringsfase. Binnen het programma is gewerkt aan drie inhoudelijke thema's: veiligheid van de perioperatieve zorg, medicatieveiligheid, en de effectiviteit van de interne audits. Uit de evaluaties van de drie themaprojectgroepen blijkt dat er veel uitwisseling van kennis en ervaringen tussen umc's heeft plaatsgevonden.

Het daadwerkelijk samenkomen van de umc's in de themaprojectgroepen werd door de leden ervaren als zeer waardevol en essentieel voor uitwisseling. Door de veelal open sfeer, vertrouwen en bereidheid om te delen heerste er transparantie binnen de themaprojectgroepen. Doordat het programma in consortiumverband is opgezet, werd er een ingang in de afzonderlijke umc's gecreëerd, en door samenwerking tussen de umc's in het consortium konden zaken beter op elkaar afgestemd worden. Gedurende het programma zijn er binnen alle themaprojectgroepen implementatieplannen met strategieën en praktische tools ontwikkeld die umc's konden ondersteunen bij verandertrajecten.

De gekozen aansturing van de themaprojectgroepen voorzitter-projectleider-implementatiefellow werd door de projectgroepleden als waardevol en constructief gezien. De rol van de implementatiefellows diende bij aanvang nader geëxpliciteerd te worden. Vervolgens leverden zij input bij de bijeenkomsten op basis van opgedane kennis uit de praktijk en onderzoek en adviseerden zij bij discussies vanuit hun veranderexpertise. Daarbij ondersteunde de implementatiefellow de umc's bij de ontwikkeling/implementatie van verbeteracties en het evalueren van de effecten van de werkgroep.

Tegelijkertijd zijn de drie thema's als omvangrijk en complex ervaren, mede een rede waarom niet voor alle thema's in de umc's concrete verbetertrajecten met meetbaar resultaat konden worden gerealiseerd. Binnen het thema Medicatieveiligheid hebben de meeste van de deelnemende umc's wel een pilotimplementatie betreffende 'Medicatie in eigen beheer' kunnen uitvoeren. Binnen de themaprojectgroepen heeft gedurende de loop van het project een aantal wisselingen plaatsgevonden in de themaprojectgroepleden, omdat de aanvankelijk aangewezen personen toch niet de juiste bleken te zijn. Dit kwam mogelijk door het ontbreken van een profielschets voor themaprojectgroep leden. De wisseling in samenstelling heeft bij de meeste thema's voor een vertraging in het verloop gezorgd. Binnen de brede thema's bleek het ook lastig om een focus aan te brengen en tot heldere, gedeelde doelstellingen te komen. Ook deze fase heeft bij de meeste thema's vertraging opgeleverd. Uit de evaluatie blijkt dat daadwerkelijke implementatie eenvoudiger was indien een thema concreet geformuleerd was. Als er meerdere lagen bij implementatie betrokken waren was het lastiger om te implementeren omdat steun gevonden moest worden op meerdere niveaus en het veel tijd kostte om de betrokkenen op al deze niveaus mee te krijgen.

Andere belemmerende factoren, benoemd door de projectgroepleden, waren: onvoldoende draagvlak, gebrek aan mandaat, grote verschillen in bedrijfsvoering tussen umc's, te lange doorlooptijd tussen de projectgroepbijeenkomsten, en beschikbare middelen in de umc's. Daarnaast bleek ook de vertaling van de besproken verbetermethodiek naar de eigen lokale situatie niet altijd eenvoudig. Hoewel in de eigen umc's vaak wel contact gezocht werd met het consortiumlid en soms een bestuurder bleek dit niet tot andere resultaten op lokaal niveau te leiden.

### **Aanbevelingen**

De resultaten laten zien dat er voor toekomstige thema's of kwaliteitsprogramma's verbeteringen mogelijk zijn. Op basis van de evaluatie en genoemde succes- en faalfactoren is een aantal praktische aanbevelingen te formuleren voor toekomstige kennisuitwisselingsprogramma's op basis van de fasering van het proces en daarmee samenhangende randvoorwaarden.

### *Fase 1 : voorbereidende fase*

- De voorbereiding van de thema's is erg belangrijk gebleken. Vooraf dient exploratie van het thema plaats te vinden waarin ervaringen worden uitgewisseld en beelden over kwaliteit en room for improvement worden aangescherpt.
- Aanbrengen focus, doelbepaling en projectdefinitie. Het doel moet realistisch en voldoende afgebakend zijn, zeker binnen een breed thema.
- Doelen dienen goed te worden uitgewerkt en SMART te worden geformuleerd. Ook moeten er duidelijke randvoorwaarden benoemd worden, waarin ook de verantwoordelijkheden van de betrokken personen duidelijk naar voren komen.
- In de planning moet rekening gehouden worden met de inhoud van een thema. Als er meerdere lagen bij implementatie betrokken moeten worden, zal implementatie meer tijd kosten

### *Fase 2 : opzet en werkwijze themaprojectgroepen*

- De gekozen aansturing van de themaprojectgroepen voorzitter-projectleider-implementatiefellow werd als waardevol en constructief gezien. De keuze van een goede voorzitter is belangrijk. Dit moet iemand zijn die zowel procesmatig als inhoudelijk deskundig is, en ook als expert op dat thema erkend wordt. De projectleider dient kennis te hebben van de inhoud, het proces adequaat te kunnen leiden, en strategisch te kunnen schakelen met stakeholders. De rol van de implementatiefellow dient primair gericht te zijn op het ondersteunen van umc's bij de implementatie van verbeteracties en het evalueren van de effecten van de werkgroep.
- Openheid en transparantie van de leden in de themaprojectgroepen is essentieel.
- De samenstelling van de themaprojectgroep is erg belangrijk gebleken. Personen met de juiste deskundigheid moeten in de themaprojectgroepen deelnemen. Bij de opzet van het programma kan een duidelijke profielschets voor themaprojectgroepleden hierbij ondersteunen, zodat hiervoor de juiste personen worden aangenomen. Voor sommige thema's geldt bijvoorbeeld dat per umc zowel een inhoudsdeskundige als een kwaliteitsfunctionaris betrokken zou moeten worden om zowel inhoudelijk als op procesniveau voldoende draagvlak binnen de umc's te kunnen creëren. Belangrijk is om afvaardiging te relateren aan de fase waarin het project zit: beginnend met inhoudsdeskundigen & beslissers, daarna inhoudsdeskundigen, en bij de daadwerkelijke implementatie weer een rol voor de beslissers.
- Belangrijk is om de rol en functie van de linking pin als communicatiemiddel tussen de themaprojectgroepen goed te beschrijven en toe te passen, zodat duidelijk is wat er van ze verwacht kon worden en waar ze op aangesproken kunnen worden.
- Het is belangrijk dat de projectgroep volgens een gestructureerde aanpak werkt. Afhankelijk van het onderwerp en de doelstelling moet nagedacht worden over zowel de frequentie als duur van de vergaderingen. Gestreefd dient worden naar een snelle doorlooptijd en een vast team.
- Een centrale locatie voor de vergaderingen lijkt nog het meest voor de hand liggend, hoewel het ook te overwegen valt om ook op de diverse umc-locaties af te spreken, waardoor best practices in de praktijk getoond kunnen worden.
- De projectgroepbijeenkomsten dienen vanuit een centraal orgaan georganiseerd te worden dient de projectgroep gefaciliteerd te worden met behulp van een digitale toolbox voor het uitwisselen van kennis, ervaringen, instrumenten en documenten.

### *Fase 3 : uitvoeringsfase*

- Belangrijk bleek dat vertegenwoordigers van umc's voldoende mandaat moeten hebben om een project ook daadwerkelijk te kunnen uitvoeren binnen een umc. Themaprojectgroepleden moeten binnen hun eigen umc in de gelegenheid gesteld worden om verantwoordelijkheid voor een thema te kunnen dragen. Lokaal moeten ook afspraken gemaakt worden over het mandaat en de positie van de afgevaardigde in de themaprojectgroep.
- Draagvlak van een thema binnen een organisatie is erg belangrijk. Door een thema op tijd in de organisatie te agenderen en voor te bereiden in de umc's en bestuurders en directie op tijd bij het thema te betrekken, kan draagvlak gecreëerd worden. Bestuurlijke aanhaking is dus onontbeerlijk.

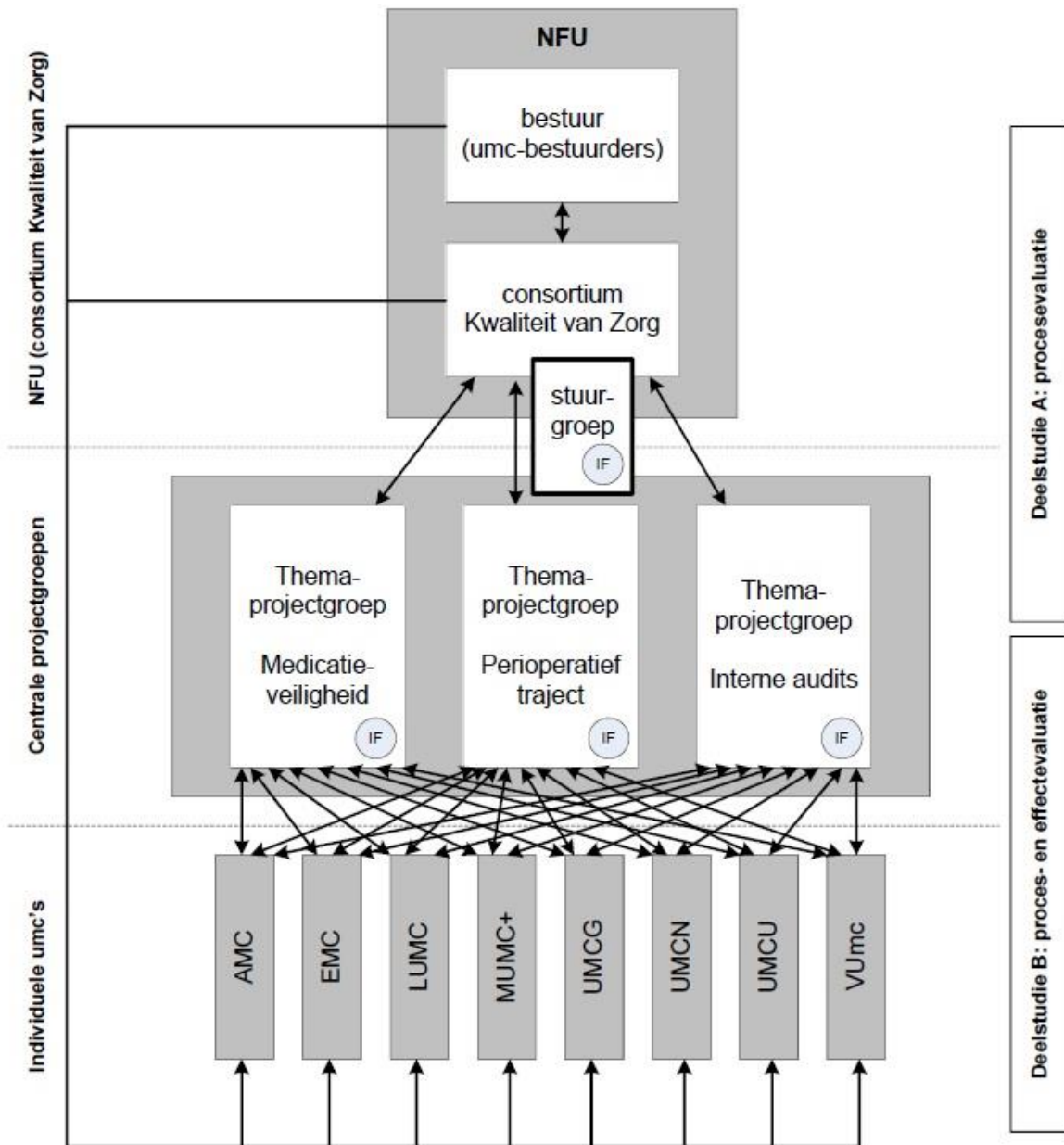
Daarbij lijkt het zinvol om bij de start van het project ook afspraken te maken over de terugkoppeling naar de eigen organisatie en de werkwijze.

- Prioriteit voor een thema binnen een umc is belangrijk om het project te kunnen laten slagen. Dit moet wel mogelijk zijn binnen een umc. Soms klopt de timing van een bepaald project niet met de prioriteiten die op dat moment in een umc worden gegeven. Dan moet dit erkend worden en het ook mogelijk zijn om als umc niet deel te nemen aan dat project.
- Voor daadwerkelijke implementatie van een thema is het belangrijk gebleken dat er voldoende middelen beschikbaar zijn, in vormen van tijd en personeel.

*Toekomst:*

De themaprojectgroepen 'Medicatieveiligheid' en 'Interne Audit' hebben de wens geuit om het kennisuitwisselingplatform te continueren en beveelt aan na te gaan hoe dit onder de vlag van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg uitgevoerd kan worden.

## Bijlage A. Organogram programma en onderdelen evaluatiestudie





## Bijlage B. Topiclijst interviews procesevaluatie

- A. Selectie deelnemers projectgroep
1. Welke selectieprocedure is gevolgd om tot de deelnemers per projectgroep te komen?
  2. Welke wisselingen in deelnemers hebben plaatsgevonden en waarom (per UMC)?
  3. Hoe zijn nieuwe deelnemers geselecteerd?
  4. Hoe zijn nieuwe deelnemers geïnformeerd over het project, de projectgroep en de “opdracht”? (persoonlijk geïnformeerd, notulen gekregen, notulen gelezen)
- B. Samenstelling projectgroep
- Hoe is de projectgroep samengesteld?<sup>5</sup>
  - Welke functie hebben de deelnemers lokaal (in de tijd dat ze lid zijn van de projectgroep)?
  - In hoeverre is de deelnemer in zijn/haar eigen ziekenhuis betrokken bij het specifieke onderwerp van de projectgroep?
  - Hoe was de rolverdeling tussen deelnemers: voorzitter, projectleider, linking pin consortium, implementatiefellow, deelnemer?
  - Was er een verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen de diverse deelnemers? Was die voor iedereen duidelijk? Hoe kwam die verdeling tot stand?
  - Hoe ziet de deelnemer zijn/haar rol?
  - Hoe gaat de deelnemer met zijn/haar rol om?<sup>6</sup>
  - Hoe was de rolverdeling tijdens de projectgroepbesprekingen: was er sprake van formele en/of informele verhoudingen tussen deelnemers?
  - Was de verhouding (formeel/informeel) tussen deelnemers van invloed op de gespreksinhoud, voortgang e.d.?
- C. Werkwijze projectgroep
- Hoe is de projectgroep van ‘opdracht’ tot doelstelling gekomen? Hebben bepaalde personen/UMCs hier een belangrijke rol in gespeeld?
  - Was de opdracht duidelijk?
  - Waarom is eventueel afgeweken van de oorspronkelijke opdracht?
  - Welke werkvormen zijn tijdens de vergadering gebruikt? Bijv. presentaties, brainstormen e.d.
- D. Werkwijze lokaal (in eigen UMC)
- Welke activiteiten zijn daadwerkelijk ondernomen?
  - Hoe zijn activiteiten/vragen lokaal (in eigen UMC) uitgezet, besproken?
  - Is er lokaal een project team gevormd om vragen uit te werken?
  - Is er gebruik gemaakt van de implementatiefellows in eigen huis?
  - Welke personen zijn betrokken geweest bij het uitwerken van de activiteiten?
  - Is er contact geweest met de contactpersoon van het NFU consortium Kwaliteit van het eigen huis (de linking pin)?
- E. Tijdsinvestering<sup>7</sup> en frequentie van vergadering
- Wat vindt de deelnemer van de frequentie van de vergaderingen?
  - Wat vindt de deelnemer van de tijdsinvestering in de projectgroep?
  - Hoe zou je de projectgroep anders kunnen organiseren?

---

<sup>5</sup> Overzicht maken per projectgroep van deelnemers, wisselingen en welke persoon per UMC bij welke vergadering aanwezig was.

<sup>6</sup> Overzicht maken op basis van mailverkeer wie wanneer antwoordde op vragen, een bijdrage aanleverde of hoe vaak deelnemers herinnerd moesten worden

<sup>7</sup> Bij elke deelnemer navragen, middels vragenlijst, hoe hun tijdsinvestering is geweest. Het betreft dan frequentie en duur van de vergaderingen en ook benodigde tijd voor voorbereiding en uitvoeren van de activiteiten/ uitwerken vraagstukken; dit laatste ook voor tijdsinvestering van anderen in eigen huis.

## **Bijlage C. Vragenlijst effectevaluatie**

### **Deel I**

#### **Vragenlijst effectevaluatie Perioperatieve zorg**

De projectgroep Perioperatieve zorg streefde ernaar de in alle umc's aanwezige expertise met betrekking tot de implementatie van de perioperatieve richtlijn uit te wisselen en elkaars methodieken (die implementatie bevorderd hebben) te gebruiken.

Bij aanvang werden als belangrijkste knelpunten in de implementatie van de richtlijn benoemd: de checklist zelf (varianten op dagcentrum, hoog volume ok's), de compliance (commitment, cultuur), de monitoring van de stopmomenten en de digitale ondersteuning door lokale ICT afdeling. De projectgroep formuleerde als doelen:

1. Verbetering van de compliantie t.a.v. stopmomenten, zowel kwantitatief als kwalitatief
2. Verbetering van de veiligheidscultuur
3. Bepaling van de uitkomstmaten waarop het perioperatieve proces kan worden geëvalueerd.

#### **Vragen voor de projectgroepleden:**

Hebben de uitwisseling van ervaringen en expertise tijdens de projectgroep bijeenkomsten en de ontwikkelde toolbox geleid tot:

1. Verbetering van de compliantie t.a.v. de stopmomenten
  - a. Kwantitatief: zijn er activiteiten ondernomen om de compliance te bevorderen? Zo ja, welke? Hebben die activiteiten geleid tot een verbetering van de compliance? Kunnen jullie dit ook kwantificeren?
  - b. Kwalitatief: zijn er activiteiten ondernomen om de kwaliteit van de stopmomenten te verhogen? Zo ja, welke? Hebben die activiteiten geleid tot een verbetering van de uitvoering van de stopmomenten? Hoe wordt dit zichtbaar?
  - c. Zijn er activiteiten ondernomen om de compliance t.a.v. stopmoment 7 te vergroten? Zo ja welke? Hebben deze activiteiten geleid tot een verbetering van de compliance stopmoment 7? Is dit ook kwantificeerbaar?
2. Verbetering van de veiligheidscultuur:
  - a. Zijn er activiteiten ondernomen om de veiligheidscultuur te verbeteren? Zo ja, welke?
3. Bepaling van de uitkomstmaten:
  - a. Zijn er activiteiten ondernomen om de uitvoering van de stopmomenten (kwantiteit en kwaliteit) beter in kaart te brengen? Zo welke activiteiten zijn ondernomen?
4. Voor het delen van kennis en instrumenten is op share point een toolbox samengesteld. Wat hebben jullie uit de toolbox gehaald?
5. Wat heeft de NFU werkgroep opgeleverd (algemeen en voor uw umc)?
6. Welke andere verbeteringen zijn of worden doorgevoerd om de implementatie van stopmomenten in uw umc te verbeteren?

## **Deel II**

### **Vragenlijst effectevaluatie Interne audits**

De opdracht van de NFU-werkgroep is: “Het delen van kennis, beleid, ontwikkelde methodieken en ervaring teneinde de auditsystematiek in de umc's effectiever en efficiënter te maken”.

De projectgroep wil dit bereiken door:

1. uitwisseling en overzicht van gehanteerde normenkaders
2. optimaliseren auditsystematiek in multidisciplinaire zorgketens
3. professionaliseren en borgen kwaliteit van auditoren
4. integreren patiëntervaringen bij deelname wetenschappelijk onderzoek en onderwijs in zorgaudits
5. borging monitoring van verbeterplannen en verbeteracties
6. afstemming interne audits en externe kwaliteitsvisitaties

#### **Vragen voor de projectgroepleden:**

1. Welke van de bovenstaande 6 thema's zijn of worden in uw umc opgepakt?
2. Wat is/was nodig om de verbeterpunten (verder) door te voeren? (stappen binnen en buiten uw umc per thema)
3. Wat is het tijdpad van de benodigde stappen?
4. Wat waren/zijn mogelijke knelpunten hierbij?
5. Welke factoren stimuleren het oppakken van de thema's?
6. Welke ondersteuning heeft u nodig vanuit het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg?
7. Voor het delen van kennis en instrumenten is op share point een toolbox samengesteld. Wat hebben jullie uit de toolbox gehaald (wat gaan jullie eruit halen?)
8. Wat heeft de NFU werkgroep opgeleverd (algemeen en voor uw umc)?
9. Wat is de meerwaarde van de werkgroep bij het optimaliseren van de auditsystematiek in uw umc?
10. Welke andere verbeteringen zijn of worden doorgevoerd (naast de zes genoemde thema's) om de auditsystematiek in uw umc te verbeteren?

## Bijlage D. Ervaringen Medicatie in eigen beheer

### Deel I

#### **Patiëntervaringen Medicatie in eigen beheer (N=34)**

##### **Leeftijd (jaren)**

Gemiddelde	52,3 (12,8)
Mediaan	55 (42-63)

##### **Woonsituatie**

Zelfstandig - alleen	30,8 % (8)
Zelfstandig - met partner	69,2 % (26)

#### **Patiënt gebruikt in thuissituatie een system voor het beheren van mediatie**

Ja	48,0% (12)
----	------------

##### *Soort systeem*

- Weekdoos	1
- Baxterrol	6
- Anders	5 (bijv. telefoon/agenda, dagdoosje)

#### **Ik neem altijd mijn medicijnen op tijd in**

Juist	84,6% (22)
Onjuist	15,4% (4)
Dit weet ik niet	-

#### **Ik weet welke verschillende soorten medicijnen ik inneem.**

Juist	96,2% (25)
Onjuist	3,8% (1)
Dit weet ik niet	-

#### **Ik ben op de hoogte van de mogelijke bijwerkingen van mijn**

Juist	73,1% (19)
Onjuist	19,2% (5)
Dit weet ik niet	7,7% (2)

#### **Vragen over uw ervaring met het zelf beheren van uw medicijnen in Score het ziekenhuis\***

	Mean (sd)	Mediaan (IQR)
1. In het ziekenhuis werd me meer verteld over mijn medicijnen dan ik al wist.	4,1 (1,0)	4 (3-5)
2. In het ziekenhuis is me duidelijk verteld hoe ik mijn medicijnen thuis moet innemen.	4,6 (0,6)	5 (4-5)
3. In het ziekenhuis is me meer verteld over mijn medicijnen dan ik zou moeten weten.	3,0 (1,5)	3 (2-5)
4. Als ik nieuwe medicijnen in het ziekenhuis kreeg, was mij de reden hiervan altijd bekend. Dit werd me duidelijk verteld.	4,0 (1,1)	4 (3-5)
5. Als medicijnen in het ziekenhuis werden gestopt was mij de reden hiervan altijd bekend. Dit werd me duidelijk verteld.	3,8 (1,3)	4 (3-5)
6. Ik vond het heel prettig om zelfstandig mijn medicijnen in het ziekenhuis in te nemen.	4,7 (0,6)	5 (4-5)
7. Ik nam mijn medicijnen in het ziekenhuis stipt in op de gewenste tijden.	4,5 (0,9)	5 (4-5)
8. Het beheren van mijn eigen medicijnen in het ziekenhuis vergroot mijn zelfvertrouwen.	4,1 (1,3)	5 (3,5-5)

9. Terugkijkend op het zelf beheren van de medicatie tijdens deze ziekenhuisopname, hoe tevreden bent u hierover als u een cijfer tussen 0 (minst tevreden) en 10 (zeer tevreden) mag geven. 8,3 (1,6) 8 (8-9)

\* ervaringen werden gescoord op een 5-punts schaal, van 1 (geheel oneens) tot 5 (geheel mee eens)

## Deel II

### Ervaring verpleegkundigen Medicatie in eigen beheer (N=28)

Functie	n (%)
- Verpleegkundige in opleiding	2 (7,1%)
- Verpleegkundige	13 (46,3%)
- Senior-verpleegkundig	11 (39,3%)
- Verpleegkundig specialist	2 (7,1%)

### Aantal jaren als verpleegkundige werkzaam

- < 1 jaar	3 (10,7%)
- 1-2 jaar	2 (7,1%)
- 3-5 jaar	9 (32,1%)
- > 5 jaar	14 (50,0%)

Leeftijd (jaren)\* 34,3 (12,2)

\* gemiddelde (sd)

### Medicatie in eigen beheer (MEB) in het ziekenhuis

	(geheel oneens*)	(geheel ) eens*	Niet eens/niet oneens*
1. Ik denk dat de patiënt er baat bij heeft om zijn medicatie in het ziekenhuis zelf te leren beheren volgens deze methode	-	92.6	7.4
2. Het is moeilijk om de patiënt MEB te leren	55.6	22.2	22.2
3. Door MEB is de patiënt beter voorbereid op zijn ontslag	7.4	85.2	7.4
4. Door MEB is de patiënt beter in staat zijn medicijnen thuis volgens schema in te nemen	3.7	88.8	7.4
5. MEB is een te grote verantwoordelijkheid voor mij <i>als verpleegkundige</i>	56.0	32.0	12.0
6. MEB is een te grote verantwoordelijkheid voor <i>de patiënt</i>	46.2	38.5	15.4
7. De voorwaarden wanneer een patiënt mag starten met MEB zijn voor mij duidelijk	8.0	68.0	24.0
8. Als verpleegkundige was het lastig om de arts er op te wijzen dat een patiënt in aanmerking komt voor MEB	64.0	8.0	28.0
9. Er werd door de arts naar mijn argumenten geluisterd als ik vond dat de patiënt niet geschikt was voor MEB	-	69.2	30.8

\*Antwoorden in percentages

### Implementatie MEB

	(geheel oneens*)	(geheel ) eens*	Niet eens/niet oneens*
1. Ik was voldoende geïnformeerd over medicatie in eigen beheer om het te kunnen uitvoeren	28.0	52.0	20.0
2. De beslisboom – die bepaalt of een patiënt in aanmerking komt voor MEB – is duidelijk en goed toepasbaar voor mijn patiënten	16.0	68.0	16.0
3. Ik bezit voldoende <i>kennis</i> om de patiënt te helpen met medicatie in eigen beheer	4.0	92.0	4.0
4. Ik bezit voldoende <i>vaardigheden</i> om de patiënt te helpen met medicatie in -	-	92.0	8.0

<b>Implementatie MEB</b>	(geheel) oneens*	(geheel ) eens*	Niet eens/ niet oneens*
eigen beheer			
5. Ik wist exact hoe ik MEB moest uitvoeren (bekend met de procedure)	16.0	44.0	40.0
6. Het zakkaartje MEB is nuttig voor mij in de dagelijkse praktijk <sup>a</sup>	6.6	66.7	26.6
7. Mijn afdelingshoofd/leidinggevende moedigde mij aan tot het uitvoeren van MEB	16.0	64.0	20.0
8. Mijn collega's ondersteunden mij bij de uitvoering van MEB	20.0	64.0	16.0
9. MEB is voor de patiënt veel te belastend	76.0	16.0	8.0
10. Het controleren op de door de patiënt ingenomen medicatie was goed uit te voeren	20.0	52.0	28.0
11. Ik had voldoende toezicht op de situatie, als de patiënt zijn eigen medicatie beheerde	24.0	56.0	20.0
<b>(Implementatie - belemmeringen)</b>			
12. Ik heb voldoende kennis om de patiënten te begeleiden met medicatie in eigen beheer	40.0	56.0	4.0
13. Het is te ingewikkeld (complexe procedure) om in het ziekenhuis de patiënt zijn eigen medicatie in beheer te geven	68.0	16.0	16.0

\*Antwoorden in percentages; <sup>a</sup> alleen gevraagd aan verpleegkundigen van het Erasmus MC

## Bijlage E. Voorbeelden van ontwikkelpunten interne audits

Voorbeelden van ontwikkelpunten die zijn opgepakt in de huizen uit de interviews met werkgroepleden:

*“Wat we verbeterd hebben is kritischer kijken naar de opleiding van mensen/auditoren. Welke auditoren hebben we allemaal en wat voor scholing hebben bepaalde groepen nog nodig? De auditoren [...] hebben onlangs nog scholing gehad. Als het niet aan bod van gekomen in de werkgroep hadden we hier ook wel aandacht voor gehad, maar ik denk wel dat de werkgroep hier aan bijgedragen heeft; daar ben ik van overtuigd. Mensen zijn 10 jaar geleden getraind, moeten we niet iets met deze groep? We hebben hiervoor scholing georganiseerd. Dus opleiding van nieuwe auditoren en opfriscursus voor mensen die al langer meedraaien. Dit is positief ontvangen bij de ‘bestaande’ auditoren. Ik ben degene die dat geïnitieerd heeft en ik zat in dat netwerk: 1 en 1 is 2 denk ik dan.”*

*“Niet alleen nav de werkgroep (maar wel gedeeld intern): monitoring van verbeterplannen. Men heeft beter inzicht gekregen in dat er gestuurd moet worden op de monitoring van de verbeteracties nav een audit maar ook vanuit andere gremia. Dat is ook bevestigd door de andere umc's in deze werkgroep, maar of dat 1 op 1 met elkaar te maken heeft... ja, ik denk toch wel”*

*“We zaten hier al in een behoorlijk grote verandering in de organisatie. Het heeft zeker geholpen in de ideevorming en om concrete instrumenten van anderen te zien in de toolbox. Monitoren van verbeterpunten was al duidelijk dat dat een verbeterpunt was; dat werd bevestigd door de werkgroep dat anderen daar ook mee zaten en dat het voor ons zo was [...] Het overzicht van normenkaders die alle umc's worden gebruik was handig. Wat gebruiken ze in andere huizen en wat is best passend bij ons? Ideeën putten. We hebben het NIAZ normenkader vertaald naar criteria. [...] Ik denk eigenlijk van dat alles wat we dachten dat we eigenlijk zouden moeten doen is eigenlijk bevestigd door de werkgroep Interne Audits. Waar zitten nu de belangrijkste knelpunten en niet alleen bij ons. Dus dat zijn ook wel echte dingen waar je aandacht aan moet geven en energie in moet steken.”*

*“Vooral het punt multidisciplinaire zorgketens zouden we aan de slag willen en moeten. En ik wil nog goed kijken naar het profiel van de auditoren. Interne audits is bij ons (en ik denk in alle ziekenhuizen) geen statisch model. Dus het is wat ons betreft altijd in ontwikkeling. Ik zal dus zeer waarschijnlijk gebruik blijven maken van de toolbox. En wij updaten onze vragenlijst ongeveer jaarlijks. Bij een volgende update zullen we ook kijken of daar de TCI in op kunnen gaan nemen of niet. Ieder geval iets in die trant kunnen gaan doen. Het is een model dat altijd in ontwikkeling moet blijven. Ik vind het plezierig om te weten dat ik hiervoor een aantal mensen kan benaderen uit andere huizen en kan afstemmen. Je weet concreter waar men mee bezig is. Dat vind ik plezierig.”*