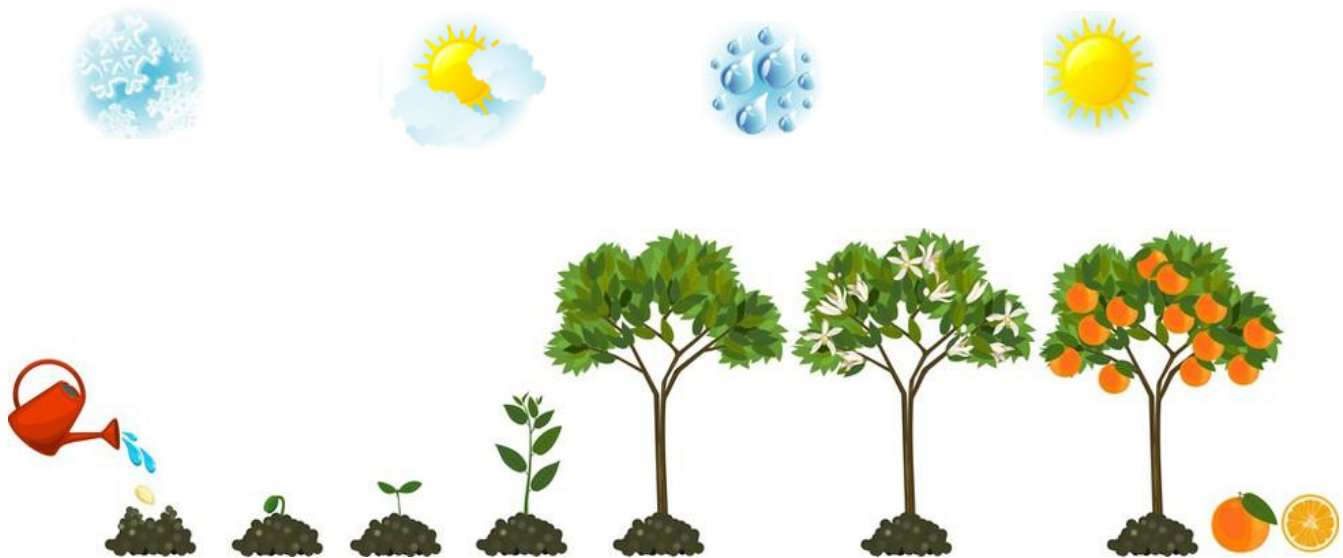


Ontwikkeling van een toolbox met essentiële bevorderende en belemmerende determinanten voor kwaliteitsverbetering in ziekenhuizen

Een retrospectieve analyse van kwaliteitsverbeterprojecten geleid door zorgprofessionals



Juli 2019

Nijmegen, juli 2019

Leden projectgroep IQ healthcare, Radboudumc

Anne van Tuijl, Msc, onderzoeker in opleiding, Radboudumc

Hub Wollersheim, MD, PhD, universitair hoofddocent Kwaliteit en Veiligheid van de Ziekenhuizorg, Radboudumc

Hilly Calsbeek, PhD, universitair docent, Radboudumc

Leden projectgroep Radboudumc Health Academy

Lia Fluit, MD, PhD, universitair hoofddocent Leren en Ontwikkelen op de Werkplek, Radboudumc

Petra van Gurp, MD, PhD, internist Radboudumc

Lid begeleidingscommissie

Friso Muntinghe, MD, PhD, internist vasculair geneeskunde UMCG

Themacommissie opdrachtgevers

Marion Verduijn, PhD, secretaris NFU-Consortium Kwaliteit van Zorg

Nico van Weert, PhD, voorzitter NFU-Consortium Kwaliteit van Zorg

Joke Derksen, gynaecoloog np, adviseur Zorginstituut Nederland

Diana Delnoij, PhD, bijzonder hoogleraar Sturing op kwaliteit en doelmatigheid van zorg Erasmus School of Health Policy & Management, afdelingshoofd Ontwikkeling, Wetenschap & Internationale betrekkingen Zorginstituut Nederland

Roland Bal, PhD, hoogleraar Beleid en Bestuur van de Gezondheidszorg, Erasmus School of Health Policy & Management

Piet ter Wee, MD, PhD, hoogleraar Nefrologie, directeur medische zaken Amsterdam UMC locatie VUMC

Jan-Willem Lammers, MD, PhD hoogleraar longziekten, directeur Kwaliteit van zorg en Patiëntveiligheid UMCU

Maarten van der Laan, MD, PhD, vaatchirurg UMCG

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden onder auspiciën van het Consortium Kwaliteit van Zorg van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en Zorginstituut Nederland. Citeren uit dit rapport is toegestaan onder vermelding van: Tuijl A van, Calsbeek, H, Gurp, P, Fluit, L, Wollersheim, H. Ontwikkeling van een toolbox met essentiële bevorderende en belemmerende determinanten voor kwaliteitsverbetering in ziekenhuizen. Nijmegen, IQ healthcare, 2019.

Inhoudsopgave

| | |
|-------------|----|
| Samenvating | 4 |
| Inleiding | 6 |
| Methoden | 7 |
| Resultaten | 9 |
| Discussie | 13 |
| Referenties | 18 |
| Bijlage | 19 |

Samenvatting

Doel project

In 2017 is in samenwerking met de themacommissie Verbinding Leef- en systeemwereld samenwerking NFU consortium Kwaliteit van Zorg en Zorginstituut Nederland het project “Essentiële bevorderende en belemmerende determinanten voor kwaliteitsverbetering in ziekenhuizen” gestart. Het doel van dit project was de ontwikkeling van een toolbox (met toelichting) met bevorderende en belemmerende determinanten voor kwaliteitsverbetering die mede bepalen of een door een zorgverlener geleid kwaliteitsverbeterproject in een ziekenhuis slaagt of faalt.

Methoden

Als eerste zijn de uitkomsten van de kwaliteitsverbeterprojecten bepaald door de scripties van de 38 zorgprofessionals uit cohort 1 en 2 die de NFU-master Kwaliteit en Veiligheid in de Patiëntenzorg (NFUmaKVP) hebben afgerond en hun beoordelingen te onderzoeken. Tevens werd er met een online vragenlijst aan zorgprofessionals uit cohort 1 van de master gevraagd in hoeverre zij vinden dat hun project is geborgd op de afdeling en verspreid daarbuiten.

Met een andere online vragenlijst is aan dezelfde zorgprofessionals gevraagd een top 5 van de meest bevorderende determinanten en een top 5 van de meest belemmerende determinanten in de uitvoering van hun project te maken. Voor elke determinant is vervolgens een score (plek in de top 5 maal het aantal keer genoemd in de top 5) berekend. Een determinant met een score hoger dan 20 is opgenomen in de toolbox. Ten slotte is aan 14 experts op het gebied van implementeren en leren tijdens een telefonisch interview gevraagd om input te leveren voor de analyse en aanpak van de determinanten.

Resultaten

In totaal zijn er 35 van de 38 scripties van verbeterprojecten onderzocht (92%). Redenen van uitval van de drie scripties waren dat zij niet pasten binnen een van de verbeterdimensies van het Institute of Medicine. Het veiliger (31%) en meer patiëntgericht (26%) maken van de zorg waren de meest voorkomende verbeterdimensies van de projectdoelen. Het grootste deel van de projecten richtte zich op een verandering bij de zorgprofessional (65%). Eveneens tweederde (64%) van de projecten vermeldde een positieve verandering. Tien primaire uitkomstmaten (18%) waren volgens zorgprofessionals statistisch significant en 9 primaire uitkomstmaten waren niet statistisch significant (16%). Significantie werd door zorgprofessionals niet gemeten bij 65% van de uitkomstmaten.

De vragenlijst over borging en verspreiding van de projecten werd ingevuld door 14 alumni (78%). Een minderheid (17%) vond dat hun project was ingebed op de afdeling en dat het verspreid was binnen en buiten de organisatie (37%).

Van de 35 scripties werden er 19 (54%) bij de eerste versie beoordeeld met een ‘naar verwachting’, 12 (34%) met ‘onder verwachting’ en 4 (12%) met ‘boven verwachting’. Beoordelaars evalueerden de onderdelen ‘procesevaluatie,’ ‘borging en verspreiding’ en ‘betrokkenheid van patiënt en andere stakeholders’ als laagste.

De vragenlijst over ervaren bevorderende en belemmerende determinanten werd door 28 (oud)-zorgprofessionals uit cohort 1 en 2 ingevuld (64%). Er werden 11 bevorderende determinanten in de toolbox opgenomen waarvan de meeste (n=5) zich bevonden op het afdelingsniveau. Voldoende draagvlak op de werkvloer voor uitvoering van het project werd als meest bevorderend ervaren. Er werden 10 belemmerende determinanten in de toolbox opgenomen waarvan de meeste (n=6) zich op het organisatieniveau bevonden. Het ervaren van onvoldoende tijd bemoeilijkte de uitvoering van het project het meeste. Uit de interviews met experts zijn uiteenlopende analyse en aanpak/inzet mogelijkheden gegeven voor de determinanten. Overkoepelende thema’s hadden betrekking op juiste communicatie met betrokkenen bij het project, werkrelaties aangaan met betrokkenen bij het project op alle lagen van de organisatie, een analyserende en faciliterende houding van de projectleider en de mate waarin zorgprofessionals invloed hebben op de determinanten.

Conclusie en kernaanbevelingen

Uit de analyse van de uitkomsten van de projecten kan geconcludeerd worden dat het veiliger maken van de zorg het meest voorkomende verbeterthema was. Projecten focusten zich het meeste op het veranderen van het gedrag van zorgprofessionals. Hoewel de meeste projecten een positieve verandering op hun uitkomstmaten lieten zien, waren er slechts weinig in staat om statistische significantie te meten. Voor significante en langdurige verbetering is het van belang om vanaf de start van het project aandacht te besteden aan het inbedden en verspreiden van het project, zowel in de vorm van kennisoverdracht als begeleiding op de werkvloer. Vervolgonderzoek naar effecten van de projecten langere tijd na uitvoering van de projecten zou daarbij zinvol zijn omdat veel projecten na afloop van de master nog niet volledig geïmplementeerd zijn. Ook lijkt het van belang om in de master aandacht te besteden aan andere, minder klassieke, methoden voor het meten van significante effecten zoals interrupted time series analyses (ITS) en statistical process control (SPC). Daarnaast wordt aangeraden om niet alleen te kijken naar de effecten van de projecten op en in de zorgpraktijk maar ook naar de leereffecten voor zorgprofessionals en zorgprofessionals bij het uitvoeren van het project zelf. Deze leerervaringen kunnen leiden tot langdurige verandering in de zorgpraktijk bij toekomstige projecten.

Uit de analyse van de ervaren bevorderende en belemmerende determinanten kan geconcludeerd worden dat zorgprofessionals van de NFUmaKVP een breed scala aan determinanten hebben ervaren tijdens uitvoering van hun project. Voldoende draagvlak op de werkvloer voor uitvoering van het project en ondersteuning van het afdelingsmanagement werden als meest bevorderend ervaren. Het ervaren van onvoldoende tijd bemoeilijkten uitvoering van het project het meeste. Het opbouwen van werkrelaties op alle niveaus van de organisatie middels adequate en passende communicatie zijn door experts veel genoemde methoden om met de determinanten om te gaan. Aanbevolen wordt deze toolbox te laten gebruiken door zorgprofessionals aan de start, tijdens en na uitvoering van een verbeterproject als hulpmiddel om rekening te houden met deze determinanten en andere determinanten die niet in de toolbox zijn opgenomen. Gebruik van de toolbox door zorgprofessionals zal zorgen voor verdere aanpassing en prospectieve validatie van het instrument.

Inleiding

Het verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg staat nationaal en internationaal hoog op de agenda. Om verbetering te bewerkstelligen zijn verbeterprojecten op de werkvloer nodig, geleid door zorgprofessionals^{1,2}. Om zorgprofessionals op te leiden voor hun rol in het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg, ontstaan er over het gehele continuüm van het medisch onderwijs curricula over kwaliteit en veiligheid^{3,4}.

Verbeterprojecten uitgevoerd door zorgprofessionals laten wisselende effecten in de zorgpraktijk zien. Sommige projecten slagen erin om verbeteringen te laten zien op zowel het zorgproces als patiënten uitkomsten, andere laten geen verbetering of zelfs een verslechtering zien⁵. Deze wisselende effecten kunnen te maken hebben met de interventie zelf maar ook contextuele factoren kunnen bijdragen aan het effect van een verbetertraject. Onderzoek naar deze context factoren toont waarom en hoe een interventie mogelijk wel of geen effect heeft.

Om zorgprofessionals te helpen om te gaan met determinanten uit de context die de uitvoering van verbeterprojecten beïnvloeden, is het van belang dat we weten welke determinanten van belang zijn. Er is al veel onderzoek beschikbaar over deze determinanten bestaande uit literatuurstudies gevolgd door consensus-methoden met experts. Deze onderzoeken hebben geleid tot modellen en taxonomieën met determinanten voor kwaliteitsverbetering op verschillende niveaus^{5,6}.

Veel kwaliteitsverbeteringen in de zorg worden echter nog uitgevoerd zonder gebruik te maken van dergelijke modellen. De modellen zijn mogelijk nog onvoldoende geïntegreerd, niet geprioriteerd op basis van ervaringen en niet of nauwelijks geëvalueerd op praktische toepasbaarheid. Er lijkt in de praktijk dan ook behoefte te zijn aan een praktisch te gebruiken toolbox met bevorderende en belemmerende determinanten voor uitvoering van verbeterprojecten met daarbij handvaten voor de analyse en aanpak van deze determinanten.

Het doel van dit project is:

De ontwikkeling van een toolbox met bevorderende en belemmerende determinanten voor kwaliteitsverbetering die mede bepalen of een door een zorgprofessional geleid kwaliteitverbeterproject slaagt of faalt. De toolbox moet tevens handreikingen bieden hoe de determinanten te analyseren en aan te pakken/ in te zetten.

Dit rapport beschrijft de aanpak en de resultaten van het project. We sluiten af met geleerde lessen voor doorontwikkeling van de toolbox en aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

Methoden

Onderzoek domein: de NFU-master Kwaliteit en Veiligheid in de Patiëntenzorg

In de post initiële NFUmaster Kwaliteit en Veiligheid in de Patiëntenzorg leiden acht umc's zorgprofessionals uit verschillende disciplines op tot leiders voor de verbetering van de kwaliteit van de zorg. Het curriculum is gebaseerd op een constructivistische visie op leren met principes van competentiegericht, volwassen en interprofessioneel leren. Gedurende de master leren zorgprofessionals om samen te werken in een interprofessioneel verbeterteam, gebruik te maken van wetenschappelijke methoden en technieken om verbeterprojecten op te zetten, te ondersteunen en uit te voeren en om een bijdrage te leveren aan de verspreiding van kwaliteitsverbetering binnen en buiten de eigen organisatie. Ook werken zij intensief aan hun leiderschapsontwikkeling.

Zorgprofessionals volgen 12 interactieve modules die gericht zijn op verschillende aspecten van kwaliteitsverbetering van de zorg. De modules bestaan uit lezingen door experts, discussies, rollenspellen en groeps- en individuele opdrachten. Daarnaast vindt er leren op de werkplek plaats wat met name bestaat uit het leiden van een eigen verbeterproject. Het gebruik van een portfolio, individuele reflectieopdrachten, intervisiebijeenkomsten en coaching ondersteunen de persoonlijke ontwikkeling in leiderschap- en gedragscompetenties. Zorgprofessionals worden tijdens de master begeleid door onder andere een coach, een methodologisch expert, een praktijkbegeleider en een medestudent. Bijlage 1 bevat een figuur met de kernelementen van de NFUmaster Kwaliteit en Veiligheid in de Patiëntenzorg. Omdat in het kader van de NFUmaster Kwaliteit en Veiligheid in de Patiëntenzorg verbeterprojecten op een enigszins gestandaardiseerde wijze worden uitgevoerd en deze toegankelijk zijn voor analyse, vormen zij een rijke bron voor evaluatie van uitkomsten en determinanten. De deelnemers aan dit project waren alle studenten aan de NFUmaster Kwaliteit en Veiligheid in de Patiëntenzorg. Omdat zij alle tevens werkzaam zijn als zorgprofessional, zullen zij in dit rapport zorgprofessionals genoemd worden.

Deelnemers project

Aan dit project hebben zorgprofessionals uit de cohorten 2014 en 2016 van de NFUmaster Kwaliteit en Veiligheid in de Patiëntenzorg deelgenomen. Onderstaande tabel geeft een overzicht van relevante karakteristieken van de twee studentcohorten.

Tabel 1. Karakteristieken van cohorten 2014 (N=25) en 2016 (N=21) van de NFUmaster Kwaliteit en Veiligheid in de Patiëntenzorg

| Karakteristieken | Cohort 2014 (N=25) | Cohort 2016 (N=21) |
|--|--------------------|--------------------|
| Arts | 17 (68%) | 8 (38%) |
| Verpleegkundige | 5 (20%) | 9 (43%) |
| Apotheker | 2 (8%) | 1 (5%) |
| Paramedicus | 1 (4%) | 1 (5%) |
| Gezondheidswetenschapper | - | 1 (5%) |
| Jurist | - | 1 (5%) |
| (Parttime) betrokken bij directe patiëntenzorg | 25 (100%) | 19 (90%) |
| Vroegtijdig gestopt met master | 2 (8%) | 1 (5%) |
| Master (nog) niet afgerond | 3 (12%) | 2 (10%) |
| Master titel behaald | 20 (80%) | 18 (85%) |

Ontwikkeling toolbox

1. Eerst zijn de scripties van zorgprofessionals uit de cohorten 2014 en 2016 geanalyseerd om te bepalen wat het verbeterdoel was en wat de primaire uitkomstmaten en effecten waren. Drie onderzoekers (AvT, HC, en HW) hebben ieder de scripties gescand om bekend te raken met de inhoud. Daarna werden de samenvattingen van de scripties grondig gelezen. Wanneer een abstract te weinig informatie bood over het doel en de effecten, werd de gehele scriptie gelezen.
2. De doelen van de scripties zijn vervolgens ingedeeld in één van de verbeterdimensies van het Institute of Medicine (effectieve, veilige, patiëntgerichte, toegankelijke, efficiënte en tijdige zorg)⁷. De primaire uitkomstmaten zijn ingedeeld naar één van de vijf uitkomstniveaus van Verweij (gedrag, houding, kennis zorgprofessional en ervaringen en klinische uitkomsten patiënt)⁸.
3. Voor de effecten van de projecten werd de grootte van het effect berekend door te kijken naar de percentuele of

absolute verandering tussen de voor- en (laatste) nameting. Vervolgens werd gekeken of deze verandering een positieve verbetering op de primaire uitkomstmaat(en) indiceerden. Ook werd gekeken of door de zorgprofessionals statistische significantie was berekend.

4. Data over de verspreiding en borging van de projecten werd verzameld bij zorgprofessionals die minstens één jaar geleden hun project hadden afgerond. Hiervoor konden alleen zorgprofessionals uit cohort 2014 hiervoor benaderd worden. Aan deze alumni is gevraagd de korte versie van het Sustainability Instrument van Slaghuis⁹ en het Spread instrument of Quality Improvement in Healthcare¹⁰ in te vullen. Deze vragenlijsten zijn aangevuld met 13 door de projectgroep geconstrueerde vragen (zie Bijlage 2 voor de vragenlijst). Voor meer gedetailleerde informatie over de gebruikte methoden voor het analyseren van de uitkomsten van de verbeterprojecten, zie bijlage 3.

5. Inzicht in de kwaliteit van rapporteren over de projecten is verkregen door de evaluaties van de scripties te bekijken. De evaluaties zijn gebaseerd op de SQUIRE (Standard for Quality Improvement Reporting Excellence) richtlijnen¹¹. Bijlage 4 bevat de SQUIRE-richtlijnen. We hebben zowel de beoordelingen van de examinatoren van de master als de beoordelingen van twee onderzoekers (HC en HW) gebruikt.

6. Om erachter te komen welke determinanten als meest bevorderend en belemmerend worden ervaren voor uitvoering van de verbeterprojecten, is er een vragenlijst ontwikkeld (bijlage 5).

7. Aan de zorgprofessionals werd gevraagd om een top 5 te geven van de ervaren meest bevorderende determinanten en een top 5 van de ervaren meest belemmerende determinanten. Zij konden hiervoor gebruik maken van een 'hulprijst' die bestond uit veelvoorkomende determinanten. Deze lijst was gebaseerd op de determinanten modellen: MUSIQ⁵, en TICD⁶. Ook konden zorgprofessionals zelf determinanten formuleren.

8. Voor de analyse van de ingevulde vragenlijsten zijn de zelf geformuleerde determinanten met een grotendeels overlappende betekenis (bijvoorbeeld 'eigen motivatie om KVP uit te voeren' en 'persoonlijke motivatie voor slagen project'), samengevoegd tot één determinant. Een zelf geformuleerde determinant die hetzelfde betekende als een determinant uit de hulprijst, werd samengevoegd met de determinant uit de hulprijst. Voor elke determinant werd een score berekend die bestond uit het aantal keer dat de determinant gekozen werd vermenigvuldigd met de som van de plek in prioritering. Voor deze laatste eenheid kreeg een determinant op plek 5 één punt, op plek 4 twee punten enzovoort. De determinanten met scores hoger dan 20 werden opgenomen in de toolbox.

9. Vervolgens zijn er telefonische semigestructureerde interviews gehouden met experts op het gebied van implementeren vanuit verschillende disciplines en achtergronden. Deze experts hebben allen een rol in de master als modulecoördinator, examiner of docent. Alle experts werden benaderd voor deelname. Tijdens de interviews zijn aan de experts vragen gesteld over manieren om de determinanten te analyseren en manieren om de determinanten te behandelen (wat zijn manieren om belemmerende determinanten het project niet negatief te laten beïnvloeden) of in te zetten (wat zijn manieren om bevorderende determinanten het project positief te laten beïnvloeden). Deze input is gebaseerd op kennis uit zowel theorie als ervaringen. Experts werden eerst gevraagd input te geven over twee bevorderende en twee belemmerende determinanten die zij zelf uit de determinanten lijst mochten kiezen. Naarmate er meer input geleverd was over bepaalde determinanten door experts, werd in volgende interviews gevraagd om input te leveren over een determinant waar nog relatief weinig input over gegeven was. Bijlage 6 bevat de interview guide.

10. Van de interviews zijn samenvattingen gemaakt waarna vervolgens per determinant analyse van deze inhoud plaatsvond. De analyse heeft in duo's plaatsgevonden waarbij de inhoud middels het hardop lezen en het grondig bespreken duiding en betekenis werd gegeven. Voor meer gedetailleerde informatie over de ontwikkeling en analyse van de vragenlijst over de ervaren determinanten en de procedure en analyse van de interviews met implementatie experts, zie bijlage 7.

Resultaten

Scope en effecten

Van de in totaal 46 zorgprofessionals uit cohort 1 en 2 waren er 8 zorgprofessionals die op het moment van data verzameling wegens uitval of vertraging geen scriptie hadden ingeleverd. Hierdoor konden er in totaal 38 verbeterprojecten worden onderzocht. Van de in totaal 38 verbeterprojecten, zijn er drie (8%) niet meegenomen omdat zij niet pasten bij één van de IOM-domeinen. Dit resulteerde in 35 scripties over een verbeterproject in de patiëntenzorg waarvan 18 (49%) uit cohort 1 en 17 (51%) uit cohort 2. De projecten zijn uitgevoerd in 16 verschillende ziekenhuizen in Nederland waarvan 8 UMC's en 8 perifere opleidingsziekenhuizen.

Het kwaliteitsdomein 'veiligheid' was het meest voorkomende IOM-domein, 11 (31%) projectdoelen pasten hierbinnen. Negen (26%) doelen pasten binnen het IOM-domein van patiënt betrokkenheid, 8 (23%) doelen binnen effectiviteit, 5 (14%) binnen efficiëntie en 2 (6%) binnen tijdige zorg.

De meerderheid van de projecten (n=23, 65%) had primaire uitkomstmaten (N=55) die zich focusten op de zorgprofessional. 12 (35%) projecten focusten op patiënt gerelateerde uitkomsten. Van de projecten die focusten op de zorgprofessional, waren er 19 (83%) die een gedragsverandering beoogden te bewerkstelligen, bijvoorbeeld het verhogen van het gebruik van de transportchecklist door IC professionals. Één project (4%) wilden een houdingsverandering tot stand brengen, 1 (4%) zowel kennis als houdingsveranderingen, 1 (4%) zowel kennis als gedragsverandering en 1 (4%) zowel gedrag als houdingsverandering. Van de projecten die focusten op de patiënt, beoogden 8 (67%) een verbetering op patiëntervaringen te bewerkstelligen, bijvoorbeeld het verhogen van de inspraak van patiënten bij het maken van behandelkeuzes. 3 (25%) projecten focusten op het verbeteren van klinische uitkomsten en 1 (8%) op zowel ervaringen als klinische uitkomsten.

De verbeterprojecten samen betroffen in totaal 55 primaire uitkomstmaten. Bij 64% (n=35) hiervan werd een positieve verandering gemeten. Bij 15% van de primaire uitkomstmaten (n=8) werd geen verbetering gemeten en 1 uitkomstmaat (2%) bleek negatief te zijn, namelijk voor ongeplande heropnames. Bij 20% (n=11) was het niet mogelijk een effectmeting uit te voeren door ervaren tijdsgebrek.

Statistische significantie van de effecten werd door zorgprofessionals niet gemeten bij 36 primaire uitkomstmaten (65%). Te weinig tijd, een (te) kleine onderzoeksgroep, snelle follow-up metingen, het ontbreken van een voor- of nameting en een kwalitatieve studie waren de belangrijkste redenen hiervoor. Negen (16%) primaire uitkomstmaten bleken statistisch significant en voor 9 uitkomstmaten (16%) werd geen significant effect gevonden. Voor één uitkomstmaat (2%) werd een negatief significant effect gevonden. Een tabel met de doelen van de verbeterprojecten, gerealiseerde verbetering en statistische significantie is opgenomen in bijlage 8.

Borging en verspreiding projecten

Veertien van de 18 zorgprofessionals (78%) uit cohort 2014-2016 hebben de vragenlijst over borging en verspreiding van hun project ingevuld.

Wat betreft de twee schalen uit de vragenlijst van Slaghuis et al. over de inbedding van de projecten is een minderheid van de zorgprofessionals (17%) het eens dat iedereen binnen de afdeling weet hoe ze moeten werken met de interventie uit het verbeterproject en dat de afdeling in staat is om de interventie aan te passen aan veranderingen op de afdeling. Op de door de projectgroep zelf geformuleerde vraag of het project is ingebed binnen de afdeling was de helft van de zorgprofessionals het eens. Het inbedden van het project werd het meest ondersteund door het gebruik van documenten zoals protocollen en handleidingen en het minste door het gebruik van materialen. Een zesde van de zorgprofessionals (17%) veronderstelde dat de benodigde vaardigheden om het project in te bedden ontwikkeld waren. De helft van de zorgprofessionals vond dat documentatie over de nieuwe manier van werken beschikbaar en up-to-date was. Twintig

procent geeft aan dat praktische materialen beschikbaar zijn. Bijna een derde (30%) geeft aan dat er regelmatige teamoverleg plaatsvindt over het werken met de interventie uit het project.

Wat betreft de verspreiding van de projecten geeft twee derde van de zorgprofessionals (37%) aan dat de nieuwe manier van werken beschikbaar is en gebruikt wordt op andere afdelingen. Op de door de projectgroep zelf geformuleerde over de verspreiding van de nieuwe werkwijze uit het project binnen- en buiten de organisatie geeft meer dan 75% aan dat hun de nieuwe werkwijze is verspreid binnen de organisatie en 62% dat het ook daarbuiten is verspreid (naar andere instellingen). Elf procent van de zorgprofessionals vindt dat de resultaten van hun project verspreid zijn binnen de organisatie. Op de zelf geformuleerde vraag over de verspreiding van de projectresultaten geeft 86% aan dat de resultaten verspreid zijn binnen de organisatie en 57% zegt ook dat deze verspreid zijn buiten de organisatie. Voor de meerderheid van de projecten worden overleggen in de vorm van presentaties (n=11) en trainingen (n=12) georganiseerd om de nieuwe werkwijze te verspreiden. Resultaten van de projecten zijn het meest verspreid middels informele en formele overleggen (n=12).

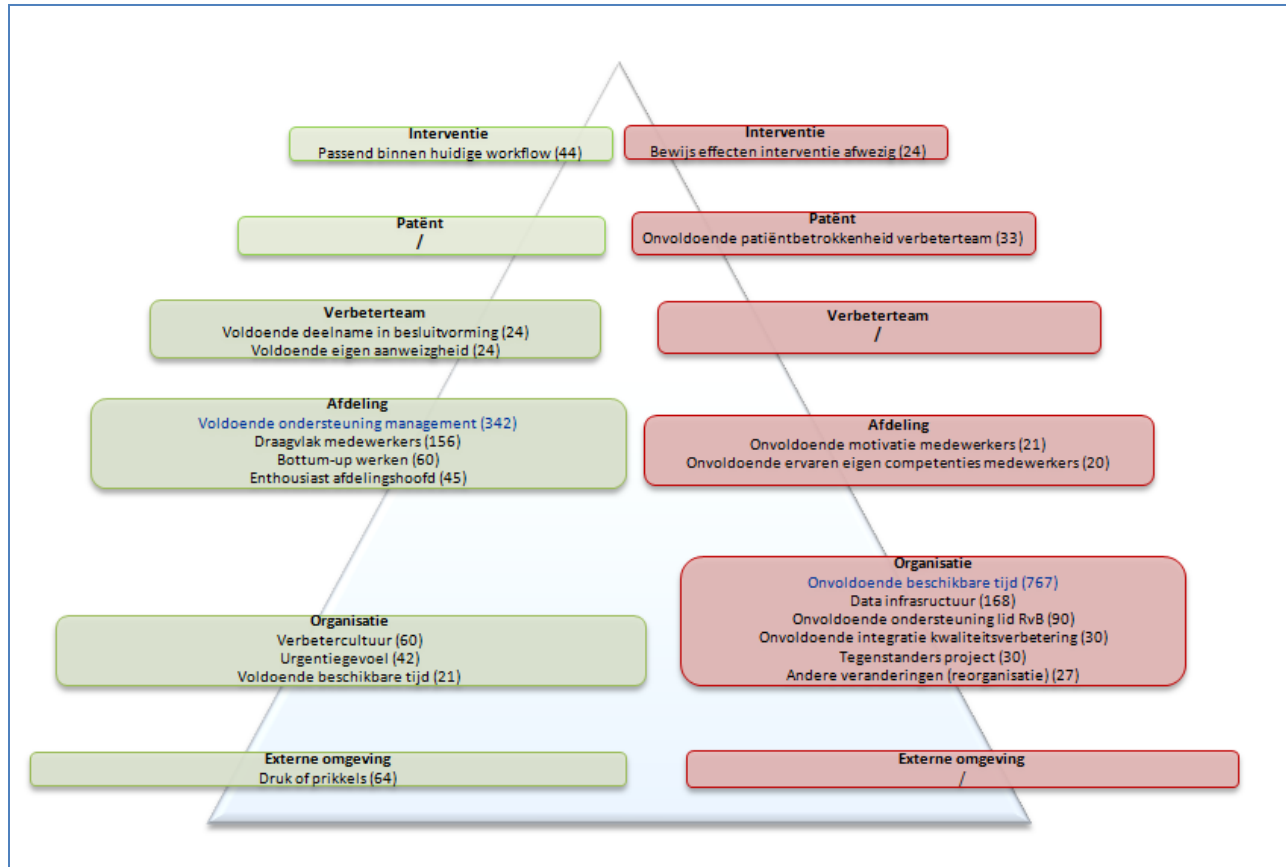
Academisch rapporteren over het project

Van de 35 master scripties werden er vier (12%) beoordeeld met een 'boven verwachting' door de examinator van de master. Twintig scripties (57%) werden beoordeeld met een 'naar verwachting' en 11 (31%) met een 'onder verwachting'. De gemiddelde scores op de items van het beoordelingsformulier van beide beoordelaars van de projectgroep samen waren het hoogst voor de items 'probleem', 'huidige kennis', en 'lay-out'. De items 'procesevaluatie', 'verspreiding en borging' en 'betrokkenheid/rol van patiënt en andere stakeholders bij het project' werden als laagste beoordeeld. In Bijlage 9 is een tabel opgenomen met de gemiddelde scores op elk subitem.

Ervaren determinanten

Van de in totaal 46 zorgprofessionals zijn zorgprofessionals die vroegtijdig zijn gestopt met de master en zorgprofessionals die expliciet aangaven niet mee te willen doen niet benaderd om mee te doen aan de vragenlijst over ervaren determinanten. Dit resulteerde erin dat er 21 (86%) professionals uit cohort 1 en 20 (95%) professionals uit cohort 2 zijn benaderd voor deelname. Van de 41 zorgprofessionals die de vragenlijst over ervaren determinanten ontvingen, reageerden er 28 (68%). Na het samenvoegen van determinanten met dezelfde betekenis, waren er 76 verschillende determinanten genoemd die door zorgprofessionals in de top 5 als meest bevorderend voor de uitvoering van hun project werden ervaren. Er werden 64 verschillende determinanten benoemd die als meest belemmerend werden ervaren voor de uitvoering van hun project.

In de lijst met bevorderende determinanten, kwamen 11 determinanten naar voren met een score hoger dan 20. De determinant 'voldoende ondersteuning van het management voor uitvoering KVP' had de hoogste score. In de lijst met belemmerende determinanten kwamen 10 determinanten naar voren met een score hoger dan 20. De determinant 'onvoldoende beschikbare tijd' had hier de hoogste score (zie bijlage 10). Onderstaande schematische weergave laat de determinanten op de verschillende niveaus zien met hun scores.



Figuur 1. Schematische weergave van ervaren bevorderende (groen) en belemmerende (rood) determinanten per niveau met hun scores

Interviews analyse en aanpak determinanten

Er zijn 14 (telefonische) interviews gehouden met experts over de determinanten in de toolbox. De resultaten uit de analyse van deze interviews zijn verwerkt in de toolbox (bijlage 11) onder de kopjes ‘analyse’, ‘cirkel van invloed en betrokkenheid’ ‘inzetten’ en ‘aanpakken’. Tevens zijn er door de onderzoekers een viertal overkoepelende thema’s gevonden tijdens analyse.

Het eerste is dat goede communicatie over het verbeterproject naar alle niveaus in de organisatie volgens de experts van grote invloed is op een soepele uitvoering. Van belang hierbij is dat deze communicatie aansluit bij de doelgroep waarbij er verschillende media, soorten taalgebruik, frequentie en mate van complexiteit en diepgang bij verschillende groepen dient te worden gebruikt.

Ook het aangaan van goede werkrelaties met betrokkenen bij het project kwam als een belangrijk thema naar voren. Deze werkrelaties zouden niet alleen onderhouden moeten worden op basis van formeel contact zoals tijdens afgesproken overleggen maar ook tijdens informeel contact, bijvoorbeeld tijdens de koffiepauze. Een goede werkrelatie met personen hoger in de organisatie zou gestimuleerd worden door vanuit intrinsieke motivatie en drijfveren te praten over het project welke aansluit bij de visie van de organisatie.

Om erachter te komen of er sprake is van determinanten kwam duidelijk naar voren dat zorgprofessionals hiervoor hun ogen en oren open moeten houden. Zorgprofessionals dienen zich frequent te bewegen in de context waar het

verbeterproject wordt uitgevoerd, moeten open staan voor vragen en (negatieve) opmerkingen en moeten zichzelf kritische vragen stellen over bijvoorbeeld het aanwezige draagvlak of de motivatie van de medewerkers.

Ten slotte werd vaak genoemd dat zorgprofessionals niet op elke determinant invloed kunnen uitoefenen. Determinanten die binnen de invloedssfeer van de student liggen, zijn determinanten waar zorgprofessionals iets mee of aan kunnen doen en wat ook door experts aangeraden werd om te doen. Determinanten waar zorgprofessionals niets of weinig aan kunnen veranderen, zoals de verbetercultuur van de gehele instelling, zouden weinig aandacht moeten krijgen van zorgprofessionals om een energie lek te voorkomen.

Toolbox

De resultaten van de vragenlijst aan zorgprofessionals samen met de interviews met experts hebben geleid tot een [toolbox](#) met daarin de meest relevante ervaren bevorderende belemmerende determinanten voor uitvoering van verbeterprojecten in ziekenhuizen (<https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/implementeren/toolbox-bevorderende-en-belemmerende-determinanten-kwaliteitsverbetering-ziekenhuizen>) (bijlage 11). Beide toolboxen bestaan uit vijf kolommen waarin achtereenvolgens de determinanten, doelpopulatie, diagnosemethodieken, de mate van invloed of betrokkenheid en methodieken voor inzet (bevorderende determinanten) of aanpak (belemmerende determinanten) zijn geformuleerd. Het doel van deze toolbox is om zorgprofessionals die een verbeterproject gaan uitvoeren, bewust te maken over mogelijke helpende of belemmerende determinanten en praktische handvaten aan te reiken om hier tijdig mee aan de slag te gaan.

Discussie

Samenvatting van resultaten

Uit dit project blijkt dat verbeterprojecten geleid door zorgprofessionals zich het vaakst focussen op het veiliger maken van de zorg. Primaire uitkomstmaten richten zich voornamelijk op een gedragsverandering bij zorgprofessionals. Ondanks dat op een meerderheid van de uitkomsten een positieve verandering zichtbaar was, is maar bij een minderheid statistische significantie gemeten en aangetoond. De vragen uit de vragenlijst van Slaghuis liet zien dat maar weinig zorgprofessionals vonden dat hun project was ingebed op de afdeling en verspreid was daarbuiten. Op de door de onderzoeksgroep zelf geformuleerde vragen waren zorgprofessionals echter een stuk positiever over de inbedding en verspreiding van hun project.

Zorgprofessionals hebben een grote verscheidenheid aan bevorderende en belemmerende determinanten ervaren die van invloed zijn op de uitvoering en uitkomsten van de uitgevoerde verbeterprojecten. De belangrijkste bevorderende determinant was voldoende draagvlak op de werkvloer voor het project. De belangrijkste belemmerende determinant was onvoldoende ervaren tijd van de student. Uit de interviews met de experts bleken passende en goede communicatie, het aangaan van werkrelaties op alle lagen van de organisatie, en een analyseren de faciliterende houding belangrijke manieren voor het in kaart brengen en aanpakken van de determinanten.

Reflectie op bevindingen

De uitvoering van dit project en de resultaten hebben geleid tot verschillende geleerde lessen welke aanbevelingen geven voor het masterprogramma, tevens relevant voor soortgelijke opleidingen, en voor vervolgonderzoek. Bijlage 12 bevat een tabel waarin een overzicht van deze aanbevelingen onderverdeeld naar verschillende thema's wordt gegeven. Hieronder wordt gereflecteerd op een aantal belangrijke bevindingen uit dit project.

Uitkomsten van projecten

Ondanks dat een berekening voor statistische significantie van effecten van de primaire uitkomstmaten maar weinig is gemaakt (32%) en dat slechts 16% van de primaire uitkomstmaten positief statistisch significant bleek, mogen we niet concluderen dat de meeste projecten zijn gefaald. We moeten de projecten namelijk niet enkel als interventie met uitkomsten in de praktijk zien maar ook als een leerproces zelf. Vanuit de theorie van experimenteel leren van Kolb vindt leren plaats door real-life ervaringen binnen een context die belangrijk is voor de lerende¹². Volgens Kolb zijn er vier fases tijdens het leren van deze ervaringen: de ervaring zelf, een reflectieve observatie van deze ervaring, het conceptualiseren van de ervaring en vervolgens opnieuw proberen in de praktijk¹². Wanneer we de verbeterprojecten geleid door zorgprofessionals bekijken vanuit deze leercyclus, krijgen we inzicht in hun leeropbrengsten door het uitvoeren van projecten. Deze leeropbrengsten kunnen veranderingen in gedrag en functioneren teweegbrengen wat in een toekomstig verbeterproject kan leiden tot duurzame verbetering in de praktijk. Vervolgonderzoek naar deze leeropbrengsten van zorgprofessionals is dan ook van belang. Ook voor de afdeling waar het project is uitgevoerd, zijn er waarschijnlijk leeropbrengsten die door de focus op effecten in de praktijk niet inzichtelijk zijn gemaakt. Gedegen uitgevoerde en beschreven proces evaluaties samen met observaties, focusgroepen en interviews kunnen ons inzichten geven in wat afdelingen hebben geleerd van het implementatietraject¹³. Uit de analyse van de evaluaties van de projecten blijkt dat de kwaliteit van rapporteren over de procesevaluatie niet optimaal is. Aangeraden wordt dan ook hier opleidingsprogramma's en daarbuiten aandacht aan te besteden en middels onderzoek deze procesevaluaties grondig te analyseren.

Statische significantie van projecten

Dit project heeft aangetoond dat het meten van statistisch significante effecten lastig blijkt door problemen met een voldoende grote steekproef en de gelimiteerde beschikbare tijd. Omdat de doelpopulatie van verbeterprojecten deel uitmaakt van complexe systemen en omdat het niet mogelijk is volledig te controleren voor de context, zijn effect

metingen met randomized control trials designs niet mogelijk¹⁴. Dit betekent echter niet dat we niet moeten streven naar statistische significante effecten en pleitten daarom voor het gebruik van andere methoden, zoals een (ongecontroleerde) voor- en nameting met een Interrupted Time Series¹⁵ of Statistical Process Control¹⁶. Ondanks dat deze methoden minder bekend zijn bij onderzoekers, zijn deze zeker niet minder valide en daarom raden wij aan deze methoden vaker toe te passen bij evaluaties van verbeterprojecten. Tijdens opleidingsprogramma's zal aan beiden methoden meer aandacht besteed worden tijdens de modules en begeleiding van de projectuitvoering. Ook zal er aandacht besteed worden aan de herkenning van bias bij observationeel onderzoek en hoe deze aangepakt zijn.

Borging en verspreiding van projecten

Het feit dat zorgprofessionals op de door onze zelf geformuleerde vragen over de inbedding en verspreiding van het project een stuk positiever zijn dan dat blijkt uit de antwoorden op de vragen uit de vragenlijsten van Slaghuis et al., kan duiden op een overschatting van de eigen prestaties. Dat er sprake is van overschatting is aannemelijk gezien het feit dat over de verspreiding en borging van de projecten van onvoldoende kwaliteit wordt gerapporteerd, zo blijkt uit de analyse van de project beoordelingen. Hieruit leren we dat het belangrijk is om zorgprofessionals al vroeg aan de start van een verbeterproject van informatie te voorzien over het borgen van verspreiden van hun project. Binnen onderwijsprogramma's zouden zij meer ruimte moeten krijgen om al stappen hierin te zetten en op deze ervaring expliciet te reflecteren zodat zij met deze leeropbrengst na de opleiding verder aan de slag kunnen. Vervolgonderzoek zou niet alleen de student moeten bevragen over de borging en verspreiding maar hierin ook belangrijke stakeholders betrekken, zoals medewerkers op de werkvloer, andere afdelingen en de patiënt.

Patiënt betrekken in verbeterteam

Ondanks dat het betrekken van patiënten in het verbeterproject wordt aangemoedigd binnen de master en het belang hiervan breed wordt herkend, blijkt uit zowel de beoordelingen van projecten als uit de determinanten toolbox dat zorgprofessionals dit lastig vinden. Dit resultaat is in lijn met ander onderzoek dat aantoont dat het betrekken van patiënten in kwaliteitsverbetering ten opzichte van anderen facetten van de zorg ver achterblijft¹⁷. Zowel wie als hoe wordt als moeilijk ervaren. In opleidingen zou meer aandacht besteed moeten worden aan beide facetten van patiënt betrokkenheid in het verbeterproject. Dit zowel in de vorm van kennis over patiënt betrokkenheid als in de vorm van ondersteuning op de werkplek bij het betrekken van de patiënt. De in dit project ontworpen determinanten toolbox kan zorgprofessionals helpen met het betrekken van een patiënt. In de toolbox zijn een aantal manieren omschreven voor het bevorderen van de patiënt betrokkenheid in het projectteam. Toekomstig onderzoek in de vorm van casestudies zou de betrokkenheid van patiënten in verbeterprojecten kunnen onderzoeken wat relevante inzichten oplevert voor de praktijk.

Evaluatie met SQUIRE-richtlijnen

Het evalueren van de scripties met behulp van de SQUIRE-richtlijnen heeft inzichten gegeven over het gebruik van dit instrument. De beoordelaars hebben ervaren dat voor een aantal items de beoordelingscriteria onvoldoende geconcretiseerd zijn wat voor onduidelijkheid kan zorgen rondom het beoordelen van de betreffende items. Aangeraden wordt om met het onderwijsteam de te beoordelen items verder te concretiseren. Ook hebben we ervaren dat de SQUIRE-richtlijnen niet alle onderdelen bevatten die van belang zijn bij het rapporteren over een verbeterproject. De richtlijnen bevatten geen item over de procesevaluatie en over de betrokken stakeholders (en meer specifiek patiënten en het eigen multi-professioneel team) bij het project. Deze items zijn door de master zelf toegevoegd. Beoordeling van deze items heeft ons belangrijke inzichten opgeleverd die we anders niet zouden hebben. Toekomstig onderzoek zou zich dan ook kunnen richten op doorontwikkeling van de SQUIRE-richtlijnen zodat deze alle relevante onderdelen van een verbeterproject omvat.

Ervaren tijd als belangrijkste belemmerende determinant

Het ervaren van te weinig tijd is de determinant die zorgprofessionals als meest belemmerend hebben ervaren voor het uitvoeren van het verbeterproject. Een belangrijke verklaring voor dit tijdsgebrek is de opzet van de master. Inherent aan de NFUmaKVP is namelijk dat bij veel zorgprofessionals de kennis om alle determinanten en methoden voor kwaliteitsverbetering bij aanvang van hun verbeterproject nog ontbreekt. Dit leidt ertoe dat zorgprofessionals, afhankelijk van hun kennis en ervaring in meer of mindere mate, hun project starten zonder inhoudelijke kennis en vaardigheden. Deze bouwen zij gedurende de master op waardoor zij er in de loop van het onderwijsprogramma achter komen dat hun project niet goed is opgezet (vaak te groot is) en dat ze belangrijke determinanten voor een succesvolle uitvoering hebben gemist. Hierdoor moeten zij hun project herhaaldelijk bijschaven en dat leidt tot tijdsgebrek.

Een andere verklaring voor deze ervaren determinant kan te maken hebben met of de begrote tijd voor uitvoering van deze projecten ook wordt toegestaan door 1) de student zelf, 2) het werk. Het managen van de eigen tijd, het kunnen werken in een 'flow' en het erkennen en aanpakken van barrières lijken belangrijke elementen te zijn in het ervaren van te weinig tijd. Ook kan de primaire zorgtaak van de zorgprofessionals ervoor zorgen dat er tijdsgebrek voor uitvoering van het project ervaren wordt.

Het lijkt van belang te zijn dat zorgprofessionals zichzelf de vraag stellen waarom zij te weinig tijd ervaren, zoals ook in de interviews met de experts werd aangegeven. Kritische reflectie hierop zou in de master een plek kunnen krijgen, bijvoorbeeld tijdens de intervisiebijeenkomsten. Ook lijkt het van belang om vroeg in de master te benadrukken aan zorgprofessionals dat zij op tijd moeten starten met hun project en dat projecten niet te groot dienen te zijn. Het maken van een gedegen projectplanning is hierbij van belang. Het maken van een planning is echter lastig, met name aan het beginstadium van het project, aangezien er veel onzekerheden zijn waarvan de impact op de projectvoortgang lastig is in te schatten. In de begeleiding bij het maken van de projectplanning kan aandacht besteed worden aan het rekening houden met deze onzekerheden door het plannen van extra tijd. Naast op tijd beginnen en het maken van een goede planning, zijn er verschillende adviezen en tips rondom timemanagement. In het masterprogramma zou er meer aandacht besteed kunnen worden hieraan, bijvoorbeeld middels oefening en reflectie op het gebruik van deze adviezen.

Communicatie als rode draad voor aanpak van determinanten

Uit de interviews met de experts bleek dat een adequate communicatiestrategie naar stakeholders op verschillende niveaus binnen en buiten de organisatie van groot belang is voor het slagen van een verbeterproject. De rol van communicatie blijkt een weinig erkend, onderzocht en toegepast aspect te zijn in verbeterprojecten¹⁸. Vervolgonderzoek zou meer aandacht kunnen besteden aan de rol van communicatie in het slagen en falen van verbeterprojecten. Ook zou er binnen opleidingen zoals de NFUmaKVP meer aandacht besteed moeten worden aan dit facet.

Externe determinanten versus interne determinanten

In dit project is aan zorgprofessionals alleen gevraagd naar ervaren externe determinanten; determinanten in de omgeving van de zorgprofessionals. Interne determinanten, determinanten die horen bij de zorgprofessional zorgprofessionals zoals professie, geslacht en ervaring enzovoort zijn niet meegenomen. Hierdoor ontbreekt het aan inzichten welke interne determinanten mogelijk van invloed zijn op uitvoering van verbeterprojecten. Het is waardevol om in vervolgonderzoek aandacht te besteden aan deze interne determinanten.

Input over analyse en aanpak determinanten

De beschreven analyse en inzet/aanpak mogelijkheden voor de determinanten zijn gebaseerd op rijke ervaring en kennis van experts. Het ontbreken van een (systematisch) literatuuronderzoek naar alle analyse en inzet mogelijkheden per determinant maakt het aannemelijk dat deze niet volledig zullen zijn. Zo zijn er voor veel in de toolbox omschreven analyse en inzet manieren verschillende modellen, schema's en instrumenten beschikbaar. Het beschrijven en opnemen hiervan is praktisch onhaalbaar en gaat voorbij aan de functie van deze toolbox; een handreiking om zorgprofessionals op

weg te helpen met het rekening houden met determinanten tijdens de uitvoering van een verbeterproject. Wel zullen ervaringen met de toolbox mogelijkheden geven de toolbox verder uit te breiden en te specificeren.

De NFUmaKP als studiedomein

In dit project zijn verbeterprojecten onderzocht die zijn uitgevoerd binnen een onderwijssetting. Deze opzet heeft voor- en nadelen voor de resultaten en het product van dit project. Enerzijds zorgt de onderwijssetting ervoor dat alle projecten op enigszins gestandaardiseerde wijze zijn uitgevoerd. Dit vergemakkelijkt vergelijking van de projecten wat analyse bevordert en het doen van generieke uitspraken over de projecten zoals over de effecten en de ervaren determinanten verantwoord.

Anderzijds is het discutabel in hoeverre deze projecten uitgevoerd in deze specifieke context een weerspiegeling zijn van hoe projecten uitgevoerd worden buiten deze setting. Het is aannemelijk dat verbeterprojecten uitgevoerd in de zorgpraktijk zonder de context van een educatief programma of training, op minder gestructureerde wijze worden uitgevoerd. De bouwstenen die de zorgprofessionals gedurende de NFUmaKVP aangereikt hebben gekregen om hun project te leiden, zullen in deze setting voor zorgprofessionals deels ontbreken. Dit maakt dat de resultaten van de uitkomsten van de verbeterprojecten in dit project waarschijnlijk positiever zijn dan wanneer deze studie was uitgevoerd op verbeterprojecten die buiten een educatief programma zijn uitgevoerd in de dagelijkse zorgpraktijk. Gelukkig lijken slecht doordachte, onplanmatige of verkeerd uitgevoerde kwaliteitsverbeteringen steeds minder vaak voor te komen¹⁹ waardoor ideaal en werkelijkheid dichter naar elkaar groeien. *Quality Improvement Science* is echter nog een jonge wetenschap waarbij de optimale aanpak voor kwaliteitsverbetering nog geen uitgemaakte zaak is.

Daarnaast zullen in de toolbox opgenomen determinanten niet één op één toepasbaar zijn op alle verbeterprojecten. Een aantal determinanten uit de toolbox zullen in meer of mindere mate relevant zijn in bepaalde projecten en daarbij kunnen er nog andere determinanten die niet opgenomen zijn in de toolbox van belang zijn. Dit geldt zowel voor projecten die binnen het domein van de NFUmaKVP zijn uitgevoerd als daarbuiten. De toolbox moet daarom niet gezien worden als compleet en wetmatig maar als een praktisch instrument dat helpt bij de bewustwording over belangrijke determinanten bij kwaliteitsverbetering. Het kan zorgprofessionals binnen en buiten de NFUmaKVP helpen om zich bewust te worden van en hoe om te gaan met belangrijke determinanten en om belangrijke determinanten te analyseren en waar nodig aan te pakken.

Respons zorgprofessionals

De respons van de zorgprofessionals uit de twee cohorten op de vragenlijst over borging en verspreiding van de projecten en over de ervaren determinanten was onder verwachting. Een belangrijke verklaring hiervoor is hoogstwaarschijnlijk de ethische toetsing op onderzoek die we hebben laten doen. Hierdoor traden er procedurele vertragingen op, bleek de welwillendheid voor deelname geringer dan beoogd en ontstond er bij zorgprofessionals verwarring tussen en weerstand tegen evaluatie van het onderwijsprogramma en het oordelen/veroordelen. Het evalueren (ter verbetering van de opleiding) en het beoordelen van studenten door deels hetzelfde team heeft tot verwarring geleid met weerstand als gevolg. De in eerste instantie lage respons in cohort 1 heeft ertoe geleid dat we besloten hebben cohort 2 ook te betrekken in het onderzoek. Om de welwillendheid aan deelname te vergroten hebben we daarnaast uitgebreidere vragenlijsten, tijdrovende interviews en privacy issues zoveel mogelijk vermeden. Dit alles heeft geleid tot tussentijdse wijzigingen in de aanpak van het project ten opzichte van het projectplan. Bijlage 13 bevat een schema met de wijzigingen in de projectaanpak, de redenen hiervoor en de consequenties op het eindresultaat.

Conclusie

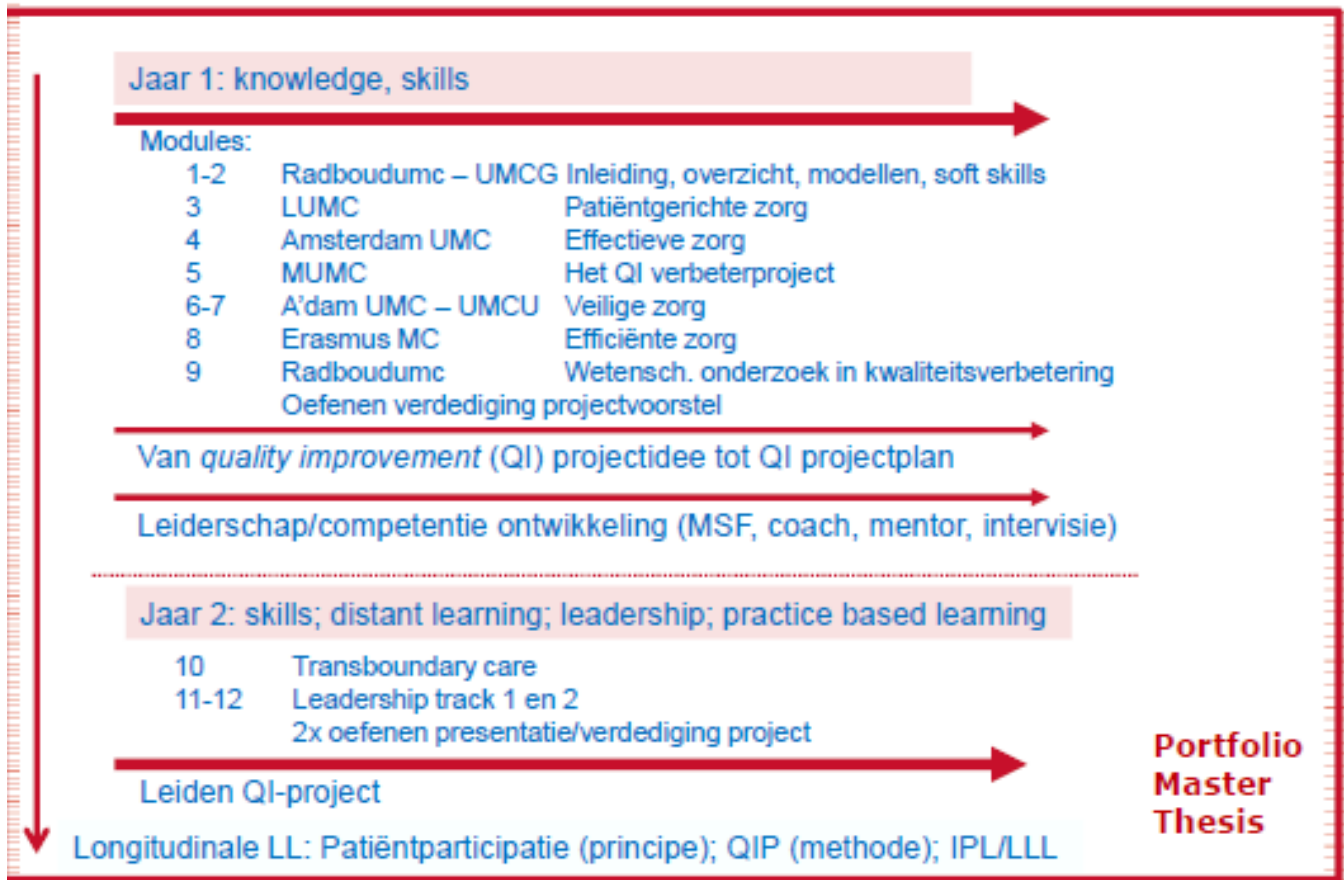
Het doel van dit project was de ontwikkeling van een toolbox (met toelichting) met bevorderende en belemmerende determinanten voor kwaliteitsverbetering die mede bepalen of een door een zorgverlener geleid kwaliteitsverbeterproject in een ziekenhuis slaagt of faalt. Dit is gedaan binnen de context van de NFUmaKVP, waar zorgprofessionals kwaliteitsverbeterprojecten op de eigen afdeling hebben geleid. Uit dit project is gebleken dat de meeste verbeterprojecten die zijn uitgevoerd tijdens de NFUmaKVP een positieve verandering lieten zien op hun uitkomstmaten. Voor een minderheid van de uitkomstmaten werd echter statistische significantie gemeten. Voor het meten van langdurige en statisch significante effecten, lijkt het van belang om het gebruik van andere, minder klassieke, statistische methoden zoals ITS en SPC te overwegen en hier ook onderwijs in te geven. Ook de borging van het project zou expliciet aandacht moeten krijgen in het onderwijsprogramma. Naast effecten van de projecten in de praktijk, raden we aan om onderzoek te doen naar de leereffecten van het uitvoeren van verbeterprojecten voor de zorgprofessional en voor de afdeling waar het project werd uitgevoerd. Deze leerervaringen hebben namelijk een grote waarde en kunnen in de toekomst leiden tot veranderingen in de zorgpraktijk.

In dit project is duidelijk geworden wat zorgprofessionals het meest heeft belemmerd in de uitvoering van hun project en wat hen het meest heeft geholpen. Voor toekomstige zorgprofessionals en zorgprofessionals die verbeterprojecten leiden geeft deze op ervaring gebaseerde lijst een houvast om rekening te houden met deze determinanten. De in de toolbox opgenomen analyse en aanpak methoden moeten hierbij helpen. Aangeraden wordt om de toolbox zowel vooraf (waar moet ik rekening mee houden en waar moet ik voor zorgen), tijdens (waarom loopt mijn project wel of niet?) en na uitvoering (waarom is mijn project in de uitvoering mogelijk wel of niet geslaagd?) te laten gebruiken door zorgprofessionals. De toolbox dient niet gezien te worden als compleet en wetmatig maar als hulpmiddel en bewustwordingsinstrument. Ervaringen met het gebruik hiervan geven aanknopingspunten voor verdere ontwikkeling van het instrument. Toekomstig onderzoek naar de relatie tussen het gebruik van de toolbox en de effecten van de verbeterprojecten in de praktijk, is een waardevolle toevoeging in het domein van implementatie- en evaluatieonderzoek van verbeterprojecten in de zorg.

Referenties

1. Patel N, Brennan PJ, Metlay J, Bellini L, Shannon RP, Myers JS. Building the pipeline: the creation of a residency training pathway for future physician leaders in health care quality. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2015;90(2):185-190.
2. Pronovost PJ, Miller MR, Wachter RM, Meyer GS. Perspective: physician leadership in quality. *Academic Medicine*. 2009;84(12):1651-1656.
3. Wong BM, Etchells EE, Kuper A, Levinson W, Shojania KG. Teaching quality improvement and patient safety to trainees: a systematic review. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2010;85(9):1425-1439.
4. Boonyasai RT, Windish DM, Chakraborti C, Feldman LS, Rubin HR, Bass EB. Effectiveness of teaching quality improvement to clinicians: a systematic review. *Jama*. 2007;298(9):1023-1037.
5. Kaplan HC, Provost LP, Froehle CM, Margolis PA. The Model for Understanding Success in Quality (MUSIQ): building a theory of context in healthcare quality improvement. *BMJ quality & safety*. 2012;21(1):13-20.
6. Flottorp SA, Oxman AD, Krause J, et al. A checklist for identifying determinants of practice: a systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implementation Science*. 2013;8(1):35.
7. Berwick DM. A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report. *Health affairs*. 2002;21(3):80-90.
8. Verweij L, Baines R, Friele R, Wagner C. Implementatie van doelmatige interventies vraagt kennis van de praktijk, aandacht voor de context en flexibiliteit: Evaluatie van het ZonMw deelprogramma Implementatie. 2015.
9. Slaghuis SS, Strating MM, Bal RA, Nieboer AP. A framework and a measurement instrument for sustainability of work practices in long-term care. *BMC health services research*. 2011;11:314.
10. Slaghuis SS, Strating MM, Bal RA, Nieboer AP. A measurement instrument for spread of quality improvement in healthcare. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*. 2013;25(2):125-131.
11. Davidoff F, Batalden P, Stevens D, Ogrinc G, Mooney SE. Publication guidelines for quality improvement studies in health care: evolution of the SQUIRE project. *BMJ (Clinical research ed)*. 2009;338:a3152.
12. Kolb DA. *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. FT press; 2014.
13. Moore GF, Audrey S, Barker M, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical research ed)*. 2015;350:h1258.
14. Øvretveit J, Gustafson D. Evaluation of quality improvement programmes. *BMJ quality & safety*. 2002;11(3):270-275.
15. Penfold RB, Zhang F. Use of interrupted time series analysis in evaluating health care quality improvements. *Academic pediatrics*. 2013;13(6):S38-S44.
16. Benneyan JC, Lloyd RC, Plsek PE. Statistical process control as a tool for research and healthcare improvement. *Quality & safety in health care*. 2003;12(6):458-464.
17. Scott I. What are the most effective strategies for improving quality and safety of health care? *Internal medicine journal*. 2009;39(6):389-400.
18. Cooper A, Gray J, Willson A, Lines C, McCannon J, McHardy K. Exploring the role of communications in quality improvement: A case study of the 1000 Lives Campaign in NHS Wales. *Journal of communication in healthcare*. 2015;8(1):76-84.
19. Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, Reed JE. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(4):290-298.
20. Bowen GA. Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative research journal*. 2009;9(2):27-40.
21. Kaplan HC, Froehle CM, Cassedy A, Provost LP, Margolis PA. An exploratory analysis of the model for understanding success in quality. *Health care management review*. 2013;38(4):325-338.

Bijlage 1. Figuur met kernelementen NFUmaKVP



LL staat voor leerlijn, IPL staat voor interprofessioneel leren, LLL staat voor lifelong learning

Bijlage 2. Vragenlijst borging en verspreiding kwaliteitsverbeterprojecten NFU-master 'Kwaliteit en Veiligheid in de Patiëntenzorg'

Beste alumnus van de NFU-master 'Kwaliteit en Veiligheid in de Patiëntenzorg',

Om zorgprofessionals op te leiden tot leiders in het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg, is in 2014 de post initiële NFU-master 'Kwaliteit en Veiligheid in de Patiëntenzorg' gestart. Het is van belang erachter te komen wat deze opleiding daadwerkelijk oplevert. Het evalueren van deze master geeft inzicht in hoeverre aanvankelijk opgestelde onderwijsdoelen en uitkomsten daadwerkelijk worden behaald en wat mogelijk onvoorziene opbrengsten zijn. Deze inzichten kunnen aanknopingspunten geven op welke gebieden en welke wijze deze opleiding mogelijk verder verbeterd en ontwikkeld kan worden.

Door middel van onder meer het afnemen van verschillende vragenlijsten, trachten wij inzicht te krijgen in de opbrengsten van de opleiding. Een van deze opbrengsten is het kwaliteitsverbeterproject (KVP) dat u samen met uw projectteam gedurende de master heeft uitgevoerd binnen uw afdeling of werkcontext. Met deze deelvragenlijst willen wij informatie verzamelen over de borging en verspreiding van deze projecten.

Invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 10 minuten. Uw antwoorden zullen vertrouwelijk worden behandeld en uitsluitend geanonimiseerd worden gebruikt.

Voor vragen met betrekking tot deze vragenlijst kunt u contact opnemen met:

Drs. Anne van Tuijl, promovenda Radboudumc Nijmegen, IQ healthcare

E-mail: anne.vantuijl@radboudumc.nl

Hartelijk dank en succes met invullen!

Inbedding KVP binnen uw afdeling of team

De afronding van uw kwaliteitsverbeterproject (KVP) in het kader van de NFU-master 'Kwaliteit en veiligheid in de patiëntenzorg' is inmiddels bijna een jaar geleden. Dit roept de vraag op in hoeverre de nieuwe werkwijze, zoals omschreven in dit KVP is geïntegreerd/geborgd op uw afdeling of in de werkcontext waar het KVP is uitgevoerd. De volgende stellingen hebben hier betrekking op. Onder nieuwe werkwijze wordt de manier van werken als gevolg van de uitgevoerde interventie(s)zoals uitgevoerd met uw KVP verstaan.

De eerste acht stellingen hebben betrekking op de uitvoering van het KVP als routine. Een aantal van deze stellingen zijn wat abstract en algemeen geformuleerd. Houd in gedachte dat deze enkel betrekking hebben op de werkwijze van het door u uitgevoerde KVP binnen de afdeling of werkcontext waar deze is uitgevoerd.

1. De nieuwe werkwijze wordt door iedereen ervaren als de gebruikelijke manier van werken

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zeer eens | Eens | Neutraal | Oneens | Zeer oneens | Weet ik niet |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. De nieuwe werkwijze is duidelijk te omschrijven

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zeer eens | Eens | Neutraal | Oneens | Zeer oneens | Weet ik niet |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Alle betrokken medewerkers zijn goed op de hoogte van de nieuwe werkwijze

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zeer eens | Eens | Neutraal | Oneens | Zeer oneens | Weet ik niet |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. De nieuwe werkwijze heeft de oude voor altijd vervangen

Zeer eens Eens Neutraal Oneens Zeer oneens Weet ik niet

5. Het werk volgens de nieuwe werkwijze verloopt tegenwoordig altijd soepel

Zeer eens Eens Neutraal Oneens Zeer oneens Weet ik niet

6. In onze afdeling zijn wij helemaal gewend aan de nieuwe werkwijze

Zeer eens Eens Neutraal Oneens Zeer oneens Weet ik niet

7. Wij kunnen zonder erbij na te denken op de nieuwe manier werken

Zeer eens Eens Neutraal Oneens Zeer oneens Weet ik niet

8. Wij hebben onze (oude) gewoonten aangepast aan de nieuwe werkwijze

Zeer eens Eens Neutraal Oneens Zeer oneens Weet ik niet

9. Het uitgevoerde KVP is ingebed binnen de afdeling of werkcontext waar deze is uitgevoerd

Zeer eens Eens Neutraal Oneens Zeer oneens Weet ik niet

10. Wat zijn concrete vervolgstappen in de nabije toekomst om het uitgevoerde KVP in te bedden binnen de afdeling of de werkcontext waar deze is uitgevoerd?

De volgende stellingen hebben betrekking op de benodigde ondersteunende voorwaarden voor de uitvoering van uw KVP als routine. We vragen u eerst te kiezen welke ondersteunende voorwaarde(n) het meest van toepassing is/zijn voor uw KVP. Vervolgens wordt op de door u gekozen voorwaarde(n) dieper in gegaan. Een aantal van deze stellingen zijn wat abstract en algemeen geformuleerd. Houd in gedachte dat de stellingen enkel betrekking hebben op de werkwijze van het door u uitgevoerde KVP binnen de afdeling of werkcontext waar deze is uitgevoerd.

11. De uitvoering van de nieuwe werkwijze als routine binnen de afdelingen/werkcontext waar het KVP is uitgevoerd, wordt ondersteund door het gebruik van (meerdere antwoorden mogelijk):

Materialen (alle materialen die gebruikt worden voor het uitvoeren van de nieuwe werkwijze zoals een steunkous, een werkrooster, een digitaal zorgpad etc.)

Handleidingen (alle mogelijke schriftelijke bronnen die als naslagwerk of instructies worden gebruikt, zoals protocollen, informatiebrochures, boeken of andere documentatie, instructies, gebruiksaanwijzingen etc.)

Teamoverleg

Benodigde vaardigheden

Vaardigheden

Houd in gedachte dat de stellingen enkel betrekking hebben op de werkwijze van het door u uitgevoerde KVP binnen de afdeling of werkcontext waar deze is uitgevoerd.

12. De nieuwe werkwijze wordt zorgvuldig besproken bij het inwerken van nieuwe medewerkers

Zeer eens Eens Neutraal Oneens Zeer oneens Weet ik niet

13. Medewerkers worden regelmatig getraind in de benodigde vaardigheden voor de nieuwe manier van werken

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zeer eens | Eens | Neutraal | Oneens | Zeer oneens | Weet ik niet |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. De benodigde kennis en vaardigheden zijn opgenomen in beschrijvingen van ons takenpakket

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zeer eens | Eens | Neutraal | Oneens | Zeer oneens | Weet ik niet |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15. In functioneringsgesprekken komen de kennis en vaardigheden voor de nieuwe werkwijze (ook) aan bod

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zeer eens | Eens | Neutraal | Oneens | Zeer oneens | Weet ik niet |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16. In functioneringsgesprekken worden afspraken gemaakt over vaardigheden voor de nieuwe werkwijze

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zeer eens | Eens | Neutraal | Oneens | Zeer oneens | Weet ik niet |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Handleidingen (alle mogelijke schriftelijke bronnen die als naslagwerk of instructies worden gebruikt, zoals protocollen, informatiebrochures, boeken of andere documentatie, instructies, gebruiksaanwijzingen etc.)

Houd in gedachte dat de stellingen enkel betrekking hebben op de werkwijze van het door u uitgevoerde KVP binnen de afdeling of werkcontext waar deze is uitgevoerd.

17. Handleidingen zijn altijd te vinden op een vaste plaats (ook digitaal)

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zeer eens | Eens | Neutraal | Oneens | Zeer oneens | Weet ik niet |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

18. Handleidingen worden gemakkelijk vervangen als ze kwijt zijn

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zeer eens | Eens | Neutraal | Oneens | Zeer oneens | Weet ik niet |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

19. Handleidingen worden regelmatig gebruikt

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zeer eens | Eens | Neutraal | Oneens | Zeer oneens | Weet ik niet |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

20. Handleidingen worden aangepast aan nieuwe ontwikkelingen in de zorg

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zeer eens | Eens | Neutraal | Oneens | Zeer oneens | Weet ik niet |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

21. Handleidingen worden gebruikt voor (bij)- scholing

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zeer eens | Eens | Neutraal | Oneens | Zeer oneens | Weet ik niet |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Materialen (alle materialen die gebruikt worden voor het uitvoeren van de nieuwe werkwijze zoals een steunkous, een werkrooster, een digitaal zorgpad etc.)

Houd in gedachte dat de stellingen enkel betrekking hebben op de werkwijze van het door u uitgevoerde KVP binnen de afdeling of werkcontext waar deze is uitgevoerd.

22. Materialen zijn vrijwel altijd beschikbaar

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zeer eens | Eens | Neutraal | Oneens | Zeer oneens | Weet ik niet |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

23. Materialen zijn nooit op een vaste plaats te vinden

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zeer eens | Eens | Neutraal | Oneens | Zeer oneens | Weet ik niet |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

24. Materialen worden waar nodig goed onderhouden

Zeer eens Eens Neutraal Oneens Zeer oneens Weet ik niet

25. Materialen zijn de vaste verantwoordelijkheid van bepaalde personen

Zeer eens Eens Neutraal Oneens Zeer oneens Weet ik niet

Teamoverleg

Houd in gedachte dat de stellingen enkel betrekking hebben op de werkwijze van het door u uitgevoerde KVP binnen de afdeling of werkcontext waar deze is uitgevoerd.

26. De nieuwe werkwijze is vast agenda punt in het teamoverleg

Zeer eens Eens Neutraal Oneens Zeer oneens Weet ik niet

27. In het teamoverleg kiezen wij samen verbeter doelen

Zeer eens Eens Neutraal Oneens Zeer oneens Weet ik niet

28. Met enige regelmaat wordt de uitvoering van de werkwijze geëvalueerd in ons team

Zeer eens Eens Neutraal Oneens Zeer oneens Weet ik niet

29. In het teamoverleg bekijken wij in hoeverre wij doelen voor verbeteringen gehaald hebben

Zeer eens Eens Neutraal Oneens Zeer oneens Weet ik niet

Verspreiding KVP elders binnen of buiten de organisatie

Door het opzetten en uitvoeren van uw KVP heeft het projectteam en uw afdeling of werkcontext beschikking over kennis, vaardigheden en documenten over de manier om het KVP uit te voeren. Deze ervaringen en deskundigheid kunnen mogelijk elders in de organisatie of daarbuiten van pas komen. Daarnaast kunnen de gevolgen/ resultaten van uw KVP nuttig zijn om te verspreiden. De volgende stellingen gaan over het uitwisselen/verspreiden van de ervaringen en deskundigheid met betrekking tot de werkwijze en de gevolgen van uw KVP elders in uw organisatie en daarbuiten.

De volgende negen stellingen hebben betrekking op de verspreiding van de werkwijze horende bij uw KVP elders binnen en buiten uw organisatie. Onder nieuwe werkwijze wordt de manier van werken als gevolg van de uitgevoerde interventie(s) zoals uitgevoerd met uw KVP verstaan. De verspreiding van de werkwijze gaat over de verspreiding van de hoofdelementen van het KVP welke essentieel zijn om het KVP te repliceren. Een aantal van deze stellingen zijn wat abstract en algemeen geformuleerd. Houd in gedachte dat de stellingen enkel betrekking hebben op de werkwijze van het door u uitgevoerde KVP.

Elders in onze organisatie (andere afdelingen of teams):

1. Worden handleidingen en andere documenten over de nieuwe werkwijze gebruikt

Zeer eens Eens Neutraal Oneens Zeer oneens Weet ik niet

2. Zijn waar nodig andere afdelingen getraind in de vaardigheden horende bij de nieuwe werkwijze

Zeer eens Eens Neutraal Oneens Zeer oneens Weet ik niet

3. Worden ondertussen de kennis en vaardigheden over de zorginhoudelijke kanten van de nieuwe werkwijze ook gebruikt

Zeer eens Eens Neutraal Oneens Zeer oneens Weet ik niet

4. Is uitgelegd welke materialen nodig zijn voor de nieuwe werkwijze

Zeer eens Eens Neutraal Oneens Zeer oneens Weet ik niet

5. Wordt gewerkt met dezelfde materialen voor de nieuwe werkwijze

Zeer eens Eens Neutraal Oneens Zeer oneens Weet ik niet

6. De werkwijze van het door uw uitgevoerde KVP is verspreid elders binnen de organisatie

Zeer eens Eens Neutraal Oneens Zeer oneens Weet ik niet

7. De werkwijze van het door u uitgevoerde KVP is verspreid buiten de organisatie

Zeer eens Eens Neutraal Oneens Zeer oneens Weet ik niet

8. Wat zijn in de nabije toekomst concrete vervolgstappen om de werkwijze van het door u uitgevoerde KVP in de toekomst te verspreiden elders in de organisatie?

9. Wat zijn in de nabije toekomst concrete vervolgstappen om de werkwijze van het door u uitgevoerde KVP in de toekomst te verspreiden buiten de organisatie?

*De volgende tien stellingen hebben betrekking op de verspreiding **van de gevolgen/resultaten** van uw KVP elders **binnen en buiten** uw organisatie. Met de gevolgen/resultaten van uw KVP wordt datgene bedoeld wat er door uitvoering hiervan is bereikt zoals bijvoorbeeld verhoging van patiënt tevredenheid, een betere registratie, een daling van fouten etc. Een aantal van deze stellingen zijn wat abstract en algemeen geformuleerd. Houd in gedachte dat de stellingen enkel betrekking hebben op de gevolgen/resultaten van het door **u uitgevoerde KVP**.*

10. Andere afdelingen of teams streven onze prestaties (ook) na

Zeer eens Eens Neutraal Oneens Zeer oneens Weet ik niet

11. Andere afdelingen of teams behalen inmiddels vergelijkbare prestaties wat betreft de kwaliteit van zorg

Zeer eens Eens Neutraal Oneens Zeer oneens Weet ik niet

12. Onze resultaten worden 'als norm' gebruikt in nieuwe verbeterprojecten op andere afdelingen of binnen andere teams

Zeer eens Eens Neutraal Oneens Zeer oneens Weet ik niet

13. Medewerkers van andere afdelingen of teams gebruiken de beschikbare informatie over de gevolgen

Zeer eens Eens Neutraal Oneens Zeer oneens Weet ik niet

14. In welke mate zijn de veranderingen in uw zorgpraktijk zoals ontwikkeld en geïmplementeerd door uw verbetersteam verspreid naar andere afdelingen of teams?

Zeer veel Veel Matig Weinig Niet Weet ik niet

15. In welke mate zijn de veranderingen effectief geïmplementeerd in andere afdelingen of teams?

Zeer veel Veel Matig Weinig Niet Weet ik niet

16. De resultaten van uw KVP zijn verspreid elders binnen de organisatie
 Zeer eens Eens Neutraal Oneens Zeer oneens Weet ik niet
 ‘
 17. De resultaten van uw KVP zijn verspreid buiten de organisatie
 Zeer eens Eens Neutraal Oneens Zeer oneens Weet ik niet
 ‘
 18. Wat zijn in de nabije toekomst concrete vervolgstappen om de resultaten van uw KVP te verspreiden elders binnen de organisatie?
 19. Wat zijn in de nabije toekomst concrete vervolgstappen om de resultaten van uw KVP te verspreiden buiten de organisatie?

De volgende vier stellingen hebben betrekking op de wijze waarop de werkwijze van uw KVP verspreid zijn elders binnen of buiten de organisatie. Onder werkwijze wordt de manier waarop het KVP is uitgevoerd verstaan.

Om de nieuwe werkwijze te verspreiden zijn:

20. Presentaties gehouden tijdens werkoverleggen
 Ja
 Nee
 Weet ik niet
 21. Klinische lessen, workshops of andere vormen van (bij)-scholing georganiseerd
 Ja
 Nee
 Weet ik niet
 22. Gastbezoeken georganiseerd voor medewerkers van andere afdelingen of teams
 Ja
 Nee
 Weet ik niet
 23. Anders, namelijk:

De volgende vijf stellingen hebben betrekking op de wijze waarop de gevolgen/resultaten van uw KVP bekend zijn gemaakt elders binnen of buiten de organisatie. Met de gevolgen/resultaten van uw KVP wordt datgene bedoeld wat er door uitvoering hiervan is bereikt.

De resultaten van de nieuwe werkwijze zijn bekend gemaakt:

24. In presentaties (tijdens formele overleggen of andere gelegenheden)
 Ja
 Nee
 Weet ik niet
 25. In het jaarverslag of andere rapporten
 Ja
 Nee
 Weet ik niet
 26. In informele besprekingen/ werk overleggen

Ja

Nee

Weet ik niet

27. In bijscholingsactiviteiten

Ja

Nee

Weet ik niet

28. Anders, namelijk:

29. Tijdens de NFU-master heeft u ervaring opgedaan met het uitvoeren van een KVP binnen de eigen afdeling of werkcontext. Wanneer u in de toekomst opnieuw een KVP uitvoert, wat zou u dan op basis van deze ervaringen anders aanpakken?

Bijlage 3. Gedeelte van methode sectie uit artikel naar uitkomsten verbeterprojecten

Data collection and analyses

From January 2017 until July 2018, a study was conducted to determine the scope, effects, sustainability, and spread of the QIPs. All first versions of the theses, submitted to the examiners, were included. The Masters theses from 20 (80%) students from cohort 1 and 18 (85%) from cohort 2 were included, for a total of 38 theses. Ethical approval was obtained from Ethical Review Board of the Dutch Association of Medical Education (ERB-842).

A document analysis²⁰ was performed to determine the scope and effect of each QIP. First, the main researcher (x) became familiar with the content by reading all theses. Subsequently, the abstracts of the theses were thoroughly read. When an abstract provided too little information about the scope and effect of the project, specific information was looked up in the thesis. If any uncertainty arose, the thesis was further analyzed together with a second researcher (a or b), both of whom have extensive expertise on the quality improvement of healthcare.

To determine the scope of each project, their aims were categorized into the six improvement domains outlined by the Institute of Medicine (IOM)⁷ (safety, timeliness, efficacy, efficiency, equity, and patient-centeredness), while the primary outcome measures (POMs) were categorized into the five outcome levels used by Verweij⁸ (professional knowledge, professional behavior, professional attitude, patient experience, patient clinical outcome). To determine the effects of the QIPs, the direct effect of each POM was converted into an effect-size, which was expressed as a percentage or absolute difference between the measurement taken before the project and the final measurement after its application. Finally, the direction of the effect on the POMs was determined (negative change, no change, or positive change), and whether a statistically significant (SS) change was recorded.

Data on the sustainability and spread of the projects were collected at least one year after the students had finalized their projects; therefore, only students from cohort 1 could be included.

To determine the extent to which the QIPs were judged to have been sustained within the department, six subscales were taken from the short version of the Sustainability Instrument, the reliability and validity of which have been previously tested⁹. Subscale routinization III was not included due to irrelevance of most of the items for these types of QIPs.

To determine the extent to which the new work method, developed as part of the QIP, had spread within and outside the organization, the Spread Instrument of Quality Improvement in Healthcare was used, the reliability and validity of which have previously been tested¹⁰. The questionnaire consists of four subscales: spread of results, spread of work practices, action for results, and actions for the work practice.

Responses on the statements of both instruments were constructed using a five-point Likert scale, ranging from *'Totally agree'* to *'Totally disagree'*, including the option *'Don't know'*. The answer categories from the subscales on the actions for results and the actions for work practices were adapted into a dichotomous scale with the response options *'yes'* or *'no'*, including the option *'Don't know'*. Higher scores indicated a greater sustainability the project within the context in which it was performed, and a more effective spread of the QIP.

Because some items of the Slaghuis questionnaire were not applicable for all the QIPs in this study, or too complicated for the context of the QIPs, 13 questions were added regarding the sustainability and spread of the QIPs. These additional questions ('expert-questions') were developed in a formal meeting with two experts (H and HC) in the field of quality improvement. The complete survey is available as Supplemental Digital Appendix 1. Participation in this survey was voluntary. Informed consent was implied by the overt action of completing the online questionnaire after reading the information letter.

For the statements from the Slaghuis questionnaires, the individual scale score for each student was determined by calculating an estimated score for the statements belonging to each scale. The students who scored a 4 or 5 on their scale score, corresponding to *'Agree'* and *'Totally agree'*, respectively, were calculated as the 'agree' percentage on that scale. Respondents who answered *'Don't know'* on one or more statements were not included in this calculation. For the self-constructed statements, students who scored a 4 or 5 were also interpreted as those who 'agree' with that statement, and their percentage was calculated. IBM SPSS Statistics for Windows, version 25.0 (Armonk, New York), was used for the data analysis.

Bijlage 4. SQUIRE-richtlijnen

Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0)
September 15, 2015

| Text Section and Item | Section or Item Description |
|-------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • The SQUIRE guidelines provide a framework for reporting new knowledge about how to improve healthcare • The SQUIRE guidelines are intended for reports that describe system level work to improve the quality, safety, and value of healthcare, and used methods to establish that observed outcomes were due to the intervention(s). • A range of approaches exists for improving healthcare. SQUIRE may be adapted for reporting any of these. • Authors should consider every SQUIRE item, but it may be inappropriate or unnecessary to include every SQUIRE element in a particular manuscript. • The SQUIRE Glossary contains definitions of many of the key words in SQUIRE. • The Explanation and Elaboration document provides specific examples of well-written SQUIRE items, and an in-depth explanation of each item. • Please cite SQUIRE when it is used to write a manuscript. |
| Title and Abstract | |
| 1. Title | Indicate that the manuscript concerns an initiative to improve healthcare (broadly defined to include the quality, safety, effectiveness, patient-centeredness, timeliness, cost, efficiency, and equity of healthcare) |
| 2. Abstract | <ol style="list-style-type: none"> a. Provide adequate information to aid in searching and indexing b. Summarize all key information from various sections of the text using the abstract format of the intended publication or a structured summary such as: background, local problem, methods, interventions, results, conclusions |
| Introduction | <i>Why did you start?</i> |
| 3. Problem Description | Nature and significance of the local problem |

| | |
|--|--|
| 4. Available knowledge | Summary of what is currently known about the problem, including relevant previous studies |
| 5. Rationale | Informal or formal frameworks, models, concepts, and/or theories used to explain the problem, any reasons or assumptions that were used to develop the intervention(s), and reasons why the intervention(s) was expected to work |
| 6. Specific aims | Purpose of the project and of this report |
| Methods | <i>What did you do?</i> |
| 7. Context | Contextual elements considered important at the outset of introducing the intervention(s) |
| 8. Intervention(s) | <ul style="list-style-type: none"> a. Description of the intervention(s) in sufficient detail that others could reproduce it b. Specifics of the team involved in the work |
| 9. Study of the Intervention(s) | <ul style="list-style-type: none"> a. Approach chosen for assessing the impact of the intervention(s) b. Approach used to establish whether the observed outcomes were due to the intervention(s) |
| 10. Measures | <ul style="list-style-type: none"> a. Measures chosen for studying processes and outcomes of the intervention(s), including rationale for choosing them, their operational definitions, and their validity and reliability b. Description of the approach to the ongoing assessment of contextual elements that contributed to the success, failure, efficiency, and cost c. Methods employed for assessing completeness and accuracy of data |
| 11. Analysis | <ul style="list-style-type: none"> a. Qualitative and quantitative methods used to draw inferences from the data b. Methods for understanding variation within the data, including the effects of time as a variable |
| 12. Ethical Considerations | Ethical aspects of implementing and studying the intervention(s) and how they were addressed, including, but not limited to, formal ethics review and potential conflict(s) of interest |
| Results | <i>What did you find?</i> |
| 13. Results | <ul style="list-style-type: none"> a. Initial steps of the intervention(s) and their evolution over time (<i>e.g.</i>, time-line diagram, flow chart, or table), including modifications made to the intervention during the project b. Details of the process measures and outcome c. Contextual elements that interacted with the intervention(s) d. Observed associations between outcomes, interventions, and relevant contextual elements e. Unintended consequences such as unexpected benefits, problems, failures, or costs associated with the intervention(s). f. Details about missing data |
| Discussion | <i>What does it mean?</i> |

| | |
|---------------------------|---|
| 14. Summary | <ul style="list-style-type: none"> a. Key findings, including relevance to the rationale and specific aims b. Particular strengths of the project |
| 15. Interpretation | <ul style="list-style-type: none"> a. Nature of the association between the intervention(s) and the outcomes b. Comparison of results with findings from other publications c. Impact of the project on people and systems d. Reasons for any differences between observed and anticipated outcomes, including the influence of context e. Costs and strategic trade-offs, including opportunity costs |
| 16. Limitations | <ul style="list-style-type: none"> a. Limits to the generalizability of the work b. Factors that might have limited internal validity such as confounding, bias, or imprecision in the design, methods, measurement, or analysis c. Efforts made to minimize and adjust for limitations |
| 17. Conclusions | <ul style="list-style-type: none"> a. Usefulness of the work b. Sustainability c. Potential for spread to other contexts d. Implications for practice and for further study in the field e. Suggested next steps |
| Other information | |
| 18. Funding | Sources of funding that supported this work. Role, if any, of the funding organization in the design, implementation, interpretation, and reporting |

Table 2. Glossary of key terms used in SQUIRE 2.0. This Glossary provides the intended meaning of selected words and phrases as they are used in the SQUIRE 2.0 Guidelines. They may, and often do, have different meanings in other disciplines, situations, and settings.

Assumptions

Reasons for choosing the activities and tools used to bring about changes in healthcare services at the system level.

Context

Physical and sociocultural makeup of the local environment (for example, external environmental factors, organizational dynamics, collaboration, resources, leadership, and the like), and the interpretation of these factors (“sense-making”) by the healthcare delivery professionals, patients, and caregivers that can affect the effectiveness and generalizability of intervention(s).

Ethical aspects

The value of system-level initiatives relative to their potential for harm, burden, and cost to the stakeholders. Potential harms particularly associated with efforts to improve the quality, safety, and value of healthcare services include opportunity costs, invasion of privacy, and staff distress resulting from disclosure of poor performance.

Generalizability

The likelihood that the intervention(s) in a particular report would produce similar results in other settings, situations, or environments (also referred to as external validity).

Healthcare improvement

Any systematic effort intended to raise the quality, safety, and value of healthcare services, usually done at the system level. We encourage the use of this phrase rather than “quality improvement,” which often refers to more narrowly defined approaches.

Inferences

The meaning of findings or data, as interpreted by the stakeholders in healthcare services – improvers, healthcare delivery professionals, and/or patients and families

Initiative

A broad term that can refer to organization-wide programs, narrowly focused projects, or the details of specific interventions (for example, planning, execution, and assessment)

Internal validity

Demonstrable, credible evidence for efficacy (meaningful impact or change) resulting from introduction of a specific intervention into a particular healthcare system.

Intervention(s)

The specific activities and tools introduced into a healthcare system with the aim of changing its performance for the better. Complete description of an intervention includes its inputs, internal activities, and outputs (in the form of a logic model, for example), and the mechanism(s) by which these components are expected to produce changes in a system’s performance.

Opportunity cost

Loss of the ability to perform other tasks or meet other responsibilities resulting from the diversion of resources needed to introduce, test, or sustain a particular improvement initiative

Problem

Meaningful disruption, failure, inadequacy, distress, confusion or other dysfunction in a healthcare service delivery system that adversely affects patients, staff, or the system as a whole, or that prevents care from reaching its full potential

Process

The routines and other activities through which healthcare services are delivered

Rationale

Explanation of why particular intervention(s) were chosen and why it was expected to work, be sustainable, and be replicable elsewhere.

Systems

The interrelated structures, people, processes, and activities that together create healthcare services for and with individual patients and populations. For example, systems exist from the personal self-care system of a patient, to the individual provider-patient dyad system, to the microsystem, to the macrosystem, and all the way to the market/social/insurance system. These levels are nested within each other.

Theory or theories

Any “reason-giving” account that asserts causal relationships between variables (causal theory) or that makes sense of an otherwise obscure process or situation (explanatory theory). Theories come in many forms, and serve different purposes in the phases of improvement work. It is important to be explicit and well-founded about any informal and formal theory (or theories) that are used

Bijlage 5. Vragenlijst ervaren bevorderende en belemmerende determinanten voor uitvoering verbeterproject

Meest belangrijke bevorderende factoren

Geef een top vijf van factoren die u het meest geholpen hebben in de uitvoering van uw project. Hierbij is nummer 1 de meest bevorderende factor. Wanneer u geen vijf factoren kunt noemen, zijn minder factoren ook voldoende. Als hulpmiddel vindt u op de volgende pagina een lijst met mogelijke bevorderende factoren afkomstig uit een drietal modellen over determinanten voor kwaliteitsverbetering: het Tailored Implementation for Chronic Diseases model (Flottorp et al., 2013), het Model for Understanding Success in Quality (Kaplan, 2011) en het Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties (Fleuren et al., 2012). Deze lijst is niet compleet dus het is mogelijk dat u andere, niet in de lijst genoemde factoren, heeft ervaren.

1.
2.
3.
4.
5.

Afdeling

Let op: het gaat hier niet om de leden uit het projectteam maar om de medewerkers van de afdeling die de interventie uit uw project hebben moeten toepassen.

- Voldoende ondersteuning door management uitvoering KVP
- Positieve cultuur tegenover kwaliteitsverbetering
- Voldoende motivatie voor kwaliteitsverbetering medewerkers
- Voldoende expertise medewerkers met interventie
- Medewerkers bewust en bekend met interventie
- Medewerkers voldoende kennis over de eigen praktijk
- Voldoende instemming medewerkers met interventie
- Voldoende geloof medewerkers in verwachte uitkomsten interventie
- Ervaren eigen competenties medewerkers
- Medewerkers mogelijkheid tot plannen van veranderingen door KVP
- Terugkoppeling aan medewerkers over voortgang interventie
- Interventie persoonlijk voordeel voor medewerkers

Kwaliteitsverbeter team

- Aanwezigheid 'echt' team
- Uw eigen professionele achtergrond
- Voldoende diversiteit teamleden
- Aanwezigheid kwaliteitsverbeter expert in team
- Teamleden kenden elkaar vóór KVP
- Teamleden eerdere ervaring uitvoeren KVP
- Uw beschikbaarheid voor teamleden voldoende
- Voldoende deelname teamleden in besluitvorming
- Voldoende waardering individuele verschillen teamleden
- Verschillende ideeën voldoende overwogen
- Voldoende bijdrage teamleden aan KVP
- Overeenstemming teamleden over doel KVP
- Doel KVP leidend voor handelen teamleden
- Teamleden gedroegen zich zoals van hen verwacht werd
- Teamleden geïmmiteerd aan dezelfde doelen KVP
- Voldoende kwaliteitsverbeter vaardigheden teamleden
- Voldoende geloof teamleden in verbetering door interventie KVP

Patiënten

- Voldoende behoefte aan KVP
- Voldoende kennis en vaardigheden
- Passende normen en waarden
- Voldoende motivatie deelname interventie KVP

Kwaliteitsverbeterproject

- Aanwezigheid bewijs verwachte effect(en) interventie
- Duidelijke omschrijving interventie
- Beschikbaarheid protocol/richtlijn/aanbeveling voor gebruiker
- Protocol/richtlijn/aanbeveling consistent met bestaande protocollen/richtlijnen
- Interventie passend binnen huidige workflow
- Effecten interventie voldoende zichtbaar voor gebruikersgroep

Organisatie

- Academie of periferie
- Voldoende ondersteuning van expertise op gebied van kwaliteitsverbetering
- Voldoende betrokkenheid RvB kwaliteitsverbeter activiteiten

- Voldoende ondersteuning KVP door lid RvB
- Positieve organisatiecultuur tegenover kwaliteitsverbetering
- Voldoende integratie kwaliteitsverbetering in organisatie
- Data infrastructuur
- Voldoende beschikbare financiële middelen
- Voldoende beschikbare tijd
- Voldoende ruimte voor training en onderwijs over kwaliteitsverbetering
- Voldoende waardering en beloning voor kwaliteitsverbetering
- Taakverdeling werknemers
- Beleid en regelgeving opgeschreven
- KVP passend bij strategische doelen
- Tegenstanders KVP
- Andere veranderingen organisatie (reorganisatie, fusie etc.)

Externe omgeving

- Beschikbare gezondheidszorg budget
- Bestaande regel- en wetgeving
- Financier beleid
- Invloedrijke personen
- Sponsoring (personeel, expertise, geld of andere middelen)
- Druk of prikkels

Meest belangrijke belemmerende factoren

Geef een top vijf van factoren die u het meest belemmerd hebben in de uitvoering van uw project. Hierbij is nummer 1 de meest belemmerende factor. Wanneer u geen vijf factoren kunt noemen, zijn minder factoren ook voldoende. Als hulpmiddel vindt u op de volgende pagina een lijst met mogelijke belemmerende factoren afkomstig uit een drietal modellen over determinanten voor kwaliteitsverbetering: het Tailord Implementation for Chronic Diseases model (Flottorp et al., 2013), het Model for Understanding Succes in Quality (Kaplan, 2011) en het Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties (Fleuren et al., 2012). Deze lijst is niet compleet dus het is mogelijk dat u andere, niet in de lijst genoemde factoren, heeft ervaren.

1.
2.
3.
4.
5.

Afdeling

Let op: het gaat hier niet om de leden uit het projectteam maar om de medewerkers van de afdeling die de interventie uit uw project hebben moeten toepassen.

- Onvoldoende ondersteuning management KVP
- Negatieve cultuur tegenover kwaliteitsverbetering
- Onvoldoende motivatie voor kwaliteitsverbetering medewerkers
- Onvoldoende expertise medewerkers met interventie
- Medewerkers onvoldoende bewust en bekend met interventie
- Medewerkers onvoldoende kennis over de eigen praktijk
- Onvoldoende instemming medewerkers met interventie
- Onvoldoende geloof medewerkers in verwachte uitkomsten interventie
- Ervaren eigen competenties medewerkers
- Medewerkers onvoldoende mogelijkheid tot plannen van veranderingen door KVP
- Onvoldoende terugkoppeling over voortgang interventie
- Interventie onvoldoende persoonlijk voordeel voor medewerkers

Kwaliteitsverbeter team

- Afwezigheid 'echt' team
- Uw eigen professionele achtergrond
- Onvoldoende diversiteit teamleden
- Ontbreken kwaliteitsverbeter expert in team
- Teamleden kenden elkaar vóór KVP
- Teamleden onvoldoende eerdere ervaring uitvoeren KVP
- Uw beschikbaarheid voor teamleden onvoldoende
- Onvoldoende deelname teamleden in besluitvorming
- Onvoldoende waardering individuele verschillen teamleden
- Verschillende ideeën onvoldoende overwogen
- Onvoldoende bijdrage teamleden aan KVP
- Onvoldoende overeenstemming teamleden over doel KVP
- Doel KVP onvoldoende leidend voor handelen teamleden
- Teamleden gedroegen zich niet zoals van hen verwacht
- Teamleden onvoldoende geëngageerd aan dezelfde doelen KVP
- Onvoldoende kwaliteitsverbeter vaardigheden teamleden
- Onvoldoende geloof teamleden in verbetering door interventie in KVP

Patiënten

- Onvoldoende behoeften aan KVP
- Onvoldoende kennis en vaardigheden
- Niet passende normen en waarden
- Onvoldoende motivatie deelname interventie KVP

Interventie in kwaliteitsverbeterproject

- Afwezigheid bewijs verwachten effect(en) interventie
- Onduidelijke omschrijving interventie
- Onvoldoende beschikbaarheid van protocol/richtlijn/aanbeveling voor gebruikersgroep interventie
- Protocol/richtlijn/aanbeveling onvoldoende consistent met bestaande protocollen/richtlijnen
- Interventie onvoldoende passend binnen huidige workflow
- Effecten interventie onvoldoende zichtbaar voor gebruikersgroep

Organisatie

- Academie of periferie
- Onvoldoende ondersteuning van expertise op gebied van kwaliteitsverbetering
- Onvoldoende betrokkenheid RvB kwaliteitsverbeter activiteiten
- Onvoldoende ondersteuning KVP door lid RvB

- Negatieve organisatiecultuur tegenover kwaliteitsverbetering
- Onvoldoende integratie kwaliteitsverbetering in organisatie
- Data infrastructuur
- Onvoldoende beschikbare financiële middelen
- Onvoldoende beschikbare tijd
- Onvoldoende ruimte voor training en onderwijs over kwaliteitsverbetering

- Onvoldoende waardering en beloning voor kwaliteitsverbetering
- Taakverdeling werknemers
- Beleid en regelgeving onvoldoende opgeschreven
- KVP onvoldoende passend bij strategische doelen
- Tegenstanders KVP
- Andere veranderingen organisatie (reorganisatie, fusie etc.)

Externe omgeving

- Beschikbare gezondheidszorg budget
- Bestaande regel- en wetgeving
- Financier beleid
- Invloedrijke personen
- Sponsoring (personeel, expertise, geld of andere middelen)
- Druk of prikkels

Succesvolle uitvoering kwaliteitsverbeterproject

1. Markeer het antwoord dat volgens u op uw KVP van toepassing is. Mijn KVP is succesvol geweest in het behalen van de gestelde doelen.

Helemaal mee eens

Enigszins mee eens

Beetje mee eens

Beetje mee oneens

Enigszins mee oneens

Helemaal mee oneens

2. Markeer op een schaal van 1 tot en met 10 in welke mate naar uw indruk uw KVP succesvol is uitgevoerd

1= onsuccesvol uitgevoerd

2

3

4

5

6

7

8

9

10= succesvol uitgevoerd

3. Wat verstaat u onder een succesvolle uitvoering van het KVP? Typ uw antwoord onder deze vraag.

4. Tijdens de NFU-master heeft u ervaring opgedaan met het uitvoeren van een KVP binnen de eigen afdeling of werkcontext. Wanneer u in de toekomst opnieuw een KVP uitvoert, wat zou u dan op basis van deze ervaringen anders aanpakken?

Bijlage 6. Interview guide experts over de analyse en inzet/aanpak determinanten

1. Voorstellen
2. Achtergrond project
3. Interview

Om de toolbox zo bruikbaar mogelijk te laten zijn, willen we bij elke determinant uit de toolbox manieren beschrijven om de determinant verder te analyseren. Wanneer de determinant binnen de invloedssfeer van de student ligt, willen we ook graag manieren beschrijven om de determinant in te zetten of te behandelen.

In dit interview wil ik het vanuit uw expertise en kennis hebben over het analyseren en behandelen van de determinanten. Het interview zal nu nog maximaal een half uur duren. Als ik zo meteen begin zal ik u vragen of akkoord gaat met het maken van opname van het interview voor een goede uitwerking.

Heeft u voordat we beginnen nog vragen over het interview?

Voordat we beginnen met het interview wil ik u vragen of u akkoord gaat met het maken van geluidsopnames ten behoeve van de uitwerking?

4. Uitleg toolbox
 - Determinanten
 - Doelpopulatie
 - Analyse
 - Invloedsfeer
 - Inzet/aanpak

5. Vragen

Van de determinanten die nu in de lijst staan, over welke twee of drie bevorderende determinanten zou u graag met mij willen spreken/ input kunnen leveren?

- Analyse van de determinant → hoe je erachter of er sprake is van deze determinant
- Inzet van de determinant → Als deze bevorderende determinant niet aanwezig is, hoe zorg je ervoor dat hij wel aanwezig is?

Van de determinanten die nu in de lijst staan, over welke twee of drie belemmerende determinanten zou u graag met mij willen spreken/ input kunnen leveren?

- Analyse van de determinant → hoe je erachter of er sprake is van deze determinant
- Inzet van de determinant → als deze belemmerende determinant aanwezig is, hoe pak je deze determinant dan aan/ hoe behandel je hem?

Optioneel: We hebben inmiddels al met een aantal experts uit de master gesproken over de determinanten. Er zijn een aantal determinanten waar we al veel input over hebben gekregen maar ook een aantal determinanten waar deze input nog beperkt is. Ik wil u vragen of u over één van deze determinanten nog iets kunt zeggen over de analyse en aanpak van deze determinanten.

6. Afsluiting
 - Heeft u nog andere opmerkingen over of aanvullingen voor de toolbox die mogelijk relevant kunnen zijn voor de ontwikkeling hiervan?

Bijlage 7. Gedeelte van methode sectie uit artikel over ontwikkeling determinanten toolbox

Survey

Healthcare professionals from cohort 1 and cohort 2 of the Masters had to fill in an online questionnaire about determinants they experienced during the performance of their quality improvement project. In the questionnaire, they were retrospectively asked to make a top five of most experienced facilitators and a top 5 of most experienced barriers. Appendix (number) includes the questionnaire.

We developed a list of facilitators and barriers that was based on two existing models of determinants: the Model for Understanding Success in Quality (MUSIQ)⁵ and the Tailored Implementation for Chronic Diseases (TICD)⁶. A flowchart of the selecting process can be found in figure 2. First the researcher made an overview of all the determinants from the two models to get insight in different and corresponding determinants. For the TICD model, we used the TICD checklist that was developed by the research team as one of the five worksheets⁶. For the MUSIQ model, we used the questionnaire that was developed to measure contextual determinants from the MUSIQ model²¹. The researcher and one member of the research team (HW) made a selection of all these gathered determinants (TICD 57 determinants, MUSIQ 39 determinants) based upon three criteria: relevance (the determinant need to be of relevance for performing an improvement project), applicable (the determinant can be applicable across different relevant settings and different types of improvement projects) and logical (the determinants needs to be easy to understand by healthcare professionals (Flottorp et al., 2013). 32 selected determinants came from the MUSIQ questionnaire and 22 determinants from the TICD checklist. 5 selected determinants came from both the MUSIQ as the TICD checklist. Two determinants were formulated by the research group based on the experience that these determinants could be of relevance in our context. We formulated all the included determinants both as facilitators and barriers resulting in two lists of each 61 determinants.

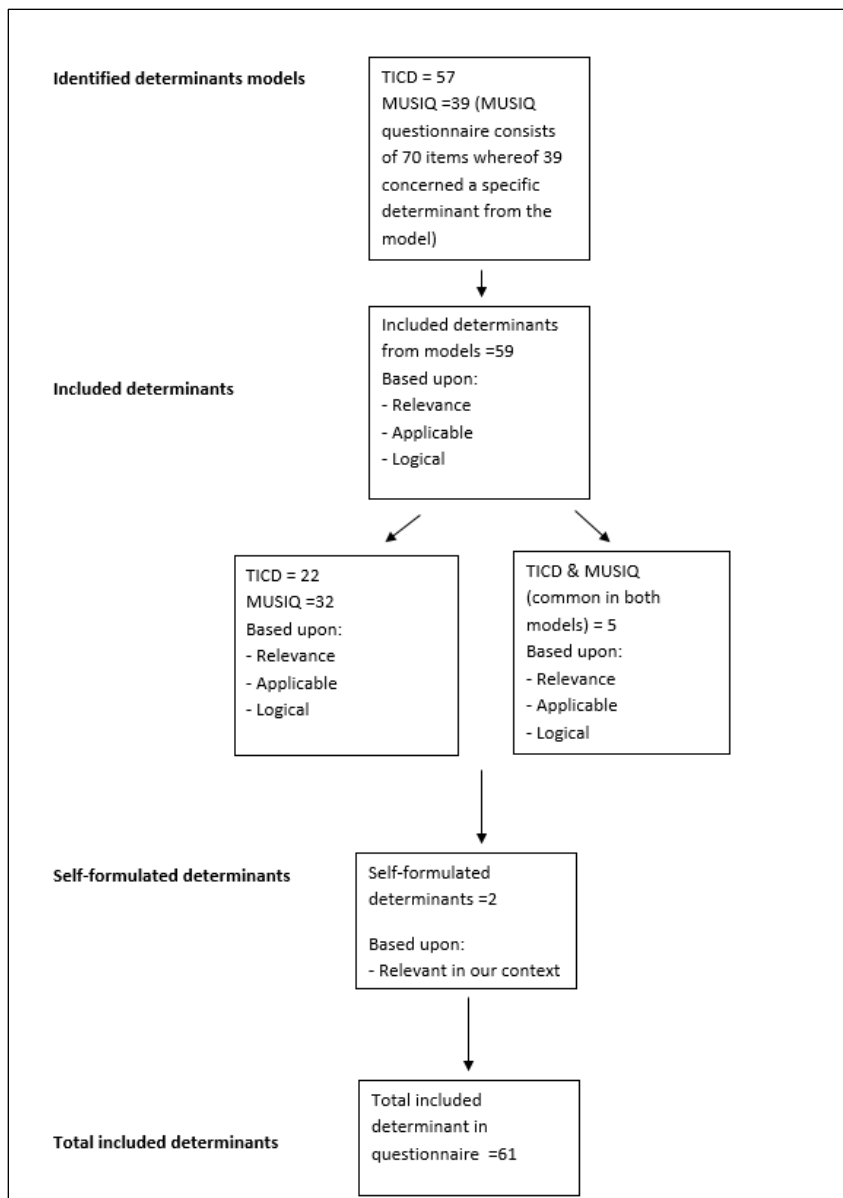


Figure 2. Flow diagram of selecting determinants

Translation and adaptation of the determinants for the questionnaire was done by one researcher (AvT). The list has been extensively discussed with the research group. We organized the determinants under the levels based upon the MUSIQ model : external environment, organization, microsystem and QI team. We added two levels of the TICD model: patient level and quality improvement project level.

There were two ways in which students could chose determinants for their top 5. First, the list of 61 facilitators and a list of 61 barriers was presented to participant to choose the determinants for their top 5. Participants were also allowed to name determinants in their top 5 that were not included in this list.

For analyses, participants self-experienced determinants outside the list were carefully read by the researcher (AvT). Determinants formulated in different words but with the same meaning, were merged into one

determinant. Determinants that meant the same as a determinant from the list, were accommodated within this determinant. The combined determinants were all discussed with a member of the research team (HW).

A score was calculated for each named determinant in the top 5. This score consisted of 1) the number of times a determinant was placed in the top 5 by students multiplied with 2) the sum of the ranking in the top 5 (i.e. a determinant ranked on the first place in the top 5 got 5 points, a determinant ranked on the fifth place in the top 5 got 1 point). Determinants with a score ≥ 20 were included in our checklist

Telephone interviews

Subsequently, the implementation experts (n=27) were invited for to give input about 1) how can we assist healthcare professionals to analyse the determinants in our checklist and 2) how can healthcare professionals tackle the barriers or use the facilitators in their improvement project.

During the interviews, implementation experts were asked to choose two facilitators and two barriers from the framework where they wanted to give input for. The input was based on both their theoretical knowledge and experiences with quality improvement projects. As more interviews were held, we gained insight in which determinants received a lot of input and which not. Therefore, as we conducted more interviews we asked implementation experts if they could give input for determinants of which we received less input. During these interviews, experts were also encouraged to give input for self-chosen determinants they considered of major importance.

All interviews were audio-taped. For analyses, the researcher (AvT) made extensive summaries of the interviews. These summaries are analysed in duos. One researcher (AvT) analysed all the summaries and two researchers (HW en HC) both analysed half of the summaries.

During the analyses, the researchers talked about the meaning of the input in the context of ways for analysing the determinants and addressing them. When the researchers thought the input was valuable but not concrete enough, it was complemented by input from two researchers (HW en HC) who are both implementation experts.

Bijlage 8. Verbeterdoelen, verbeter indicatie en statistische significantie van verbeterprojecten (N=35)

| Verbeter doel: | Trend naar verbetering (aantal PUM ²) | Statistische significantie (aantal PUM ²) |
|---|---|---|
| Verbeteren van pijn registratie | Ja | NG |
| Verbeteren van veiligheid rondom preoperatieve afspraken | Ja | S |
| Verbeteren van gezamenlijke besluitvorming | Ja | S |
| Reductie van postoperatieve diepe wondinfecties | Ja | NS |
| Verbeteren van de ontslagprocedure op de afdeling kindergeneeskunde | Ja (2) | NG (2) |
| Het verbeteren van nachtrust op de medium en intensive care | Ja | NG |
| Verbeteren van patiëntbetrokkenheid in het doorverwijs proces van secundaire naar primaire zorg | Ja (1) Nee (4) | NG (5) |
| Verbeteren van communicatievaardigheden, empathie en professionele identiteit | NG (3) | NG (3) |
| Reductie van toedieningsfouten van parenterale geneesmiddelen | Ja | S |
| Verbeteren van verpleegkundig rolmodellen in evidence-based practice | Ja (3) | NS (3) |
| Verbeteren van wondverzorging na handoperaties | Ja (6) | NG (6) |
| Verbeteren van gebruik patiënt portaal | Ja | NG |
| Verbeteren van het gebruik van richtlijnen rondom antistolling | NG | NG |
| Verbeteren van patiënt identificatie en verificatie | Yes | NS |
| Verbeteren van informatieoverdracht medicatie | Nee | NG |
| Verbeteren van patiënt tevredenheid rondom zorg in eerste of anderhalve lijn | NG (2) | NG (2) |
| Verbeteren van de ochtend overdracht bij complexe casussen | Ja | NG |
| Verbeteren van de overdracht van zorgverantwoordelijkheden | Nee | NG |
| Verbeteren van gebruik patiënten ervaringen | Ja | NG |
| Verbeteren van gebruik pijn observatie tool | Ja (2) Nee (1) | S (2) NS |
| Verbeteren gebruik van de transportchecklist bij ernstig zieke patiënten | Ja | S |
| Verbeteren van reanimatie- en teamwerkvaardigheden bij verpleegkundige | Ja | S |
| Verminderen toediening fouten medicatie op verpleegafdeling | Ja | NS |
| Reductie van onnodige laboratoriumdiagnostiek | Ja | S |
| Verbeteren van doorstroom vanuit IC en verkorting opnameduur IC | Ja (2) | S NG |

| | | |
|--|--------|--------|
| Verbeteren van samen beslissen tussen ouders en professionals | Ja | NS |
| Verbeteren gebruik van het Utrecht Symptoom Dagboek | No | NG |
| Verbeteren van betrokkenheid van patiënten bij het maken van keuzes en informatievoorziening | NG (2) | NG (2) |
| Reduceren van voorschrijven en toediening van verneveling zonder adequate indicatie | Ja | NG |
| Reductie van ongeplande heropnames bij vaatpatiënten | Nee | S |
| Verbeteren van professionele vaardigheden in gebruik van echo's | Ja | NS |
| Verbeteren van de kwaliteit van gezamenlijke besluitvorming | Ja | NG |
| Verbeteren van vroege detectie van achteruitgang onder kinderen | Ja | NG |
| Verbeteren van handhygiëne compliance | NG | NG |
| Reductie van (extreme) pijn bij kinderen jonger dan 10 | NG (2) | NG (2) |

^a Afkorting PUM staat voor primaire uitkomst maten, NG staat voor niet gemeten, S staat voor significant en NS staat voor niet significant

Bijlage 9. Gemiddelde scores en standaarddeviaties van de scripties van alle zorgprofessionals (N=35) per subitem van de beoordelingsrichtlijnen van beide beoordelaars van de projectgroep samen

| Subitem beoordelingsrichtlijn^a | M (SD) beoordelaar 1 en 2 samen |
|--|--|
| Titel en abstract | 1,11 (.56) |
| Probleem | 1,29 (.51) |
| Huidige kennis | 1,33 (.53) |
| Doel en hypothese | 1,04 (.51) |
| Doel populatie | 1,07 (.55) |
| Determinanten | 1,06 (.62) |
| Context | 1,05 (.62) |
| Interventie | 1,22 (.58) |
| Studie design | 1,04 (.59) |
| Metingen | 1,13 (.67) |
| Analyses | 1,14 (.66) |
| Procesevaluatie | 0,96 (.68) |
| Resultaten | 1,26 (.53) |
| Samenvatting | 1,16 (.58) |
| Interpretatie | 1,16 (.49) |
| Limitaties | 1,11 (.61) |
| Conclusie en aanbevelingen | 1,11 (.47) |
| Verspreiding en borging | 0,78 (.75) |
| Betrokkenheid van patiënt en andere stakeholders | 0,82 (.47) |
| Lay-out | 0,91 (.28) |

^a Alle subitems behalve 'lay-out' zijn gescoord met een 0, 0.5, 1, 1.5 of 2. Subitem 'lay-out' werd gescoord met een 0, 0.5 of 1. Een hogere score betekent een betere kwaliteit van rapporteren.

Bijlage 10. Overzicht van bevorderende en belemmerende determinanten met hun scores > 20

| Bevorderende determinanten uitvoering KVP (N=28) | Punten | Aantal keer genoemd | Score (punten x aantal keer genoemd) |
|--|--------|---------------------|--------------------------------------|
| Determinant afdeling niveau | | | |
| Voldoende ondersteuning management uitvoering KVP | 38 | 9 | 342 |
| Draagvlak voor KVP in de praktijk | 26 | 6 | 156 |
| Bottum-up werken | 12 | 5 | 60 |
| Enthousiasme en gemotiveerde afdelingshoofd/ praktijkbegeleider(s) | 15 | 3 | 45 |
| Determinant kwaliteitsverbeterteam niveau | | | |
| Voldoende deelname in besluitvorming | 8 | 3 | 24 |
| Uw eigen aanwezigheid voor team voldoende | 8 | 3 | 24 |
| Determinant interventie niveau | | | |
| Interventie passend binnen huidige workflow | 11 | 4 | 44 |
| Determinant organisatieniveau | | | |
| Positieve organisatiecultuur tegenover kwaliteitsverbetering | 15 | 4 | 60 |
| Voldoende beschikbare tijd | 7 | 3 | 21 |
| Urgentiegevoel: de noodzaak tot verbeteren | 14 | 3 | 42 |
| Determinant externe omgeving | | | |
| Externe druk of prikkels (financieel, politiek, juridisch) | 16 | 4 | 64 |

| Belemmerende determinanten uitvoering KVP (N=28) | Punten | N keer genoemd | Score (punten x N keer genoemd) |
|--|--------|----------------|---------------------------------|
| Determinant afdeling niveau | | | |
| Onvoldoende motivatie voor kwaliteitsverbetering medewerkers | 7 | 3 | 21 |
| Ervaren eigen competenties medewerkers | 10 | 2 | 20 |
| Determinant patiënten niveau | | | |
| Lastig om patiënt te betrekken op dit niveau | 11 | 3 | 33 |
| Determinant interventie niveau | | | |
| Afwezigheid bewijs effecten interventie KVP | 8 | 3 | 24 |
| Determinant organisatieniveau | | | |
| Onvoldoende ondersteuning KVP door lid RvB | 18 | 5 | 90 |
| Onvoldoende integratie kwaliteitsverbetering in organisatie | 10 | 3 | 30 |
| Onvoldoende beschikbare tijd | 59 | 13 | 767 |
| Tegenstanders KVP | 10 | 3 | 30 |
| Data infrastructuur | 24 | 7 | 168 |
| Andere veranderingen in organisatie (reorganisatie, fusie) | 9 | 3 | 27 |

Identificeren en omgaan met determinanten bij kwaliteitsverbetering in de eigen zorgpraktijk

Een toolbox met geprioriteerde bevorderende en belemmerende determinanten voor uitvoering van verbeterprojecten geleid door zorgprofessionals

Juni 2019

Identificeren en omgaan met determinanten bij kwaliteitsverbetering in de eigen zorgpraktijk. Een toolbox met geprioriteerde bevorderende en belemmerende determinanten voor uitvoering van kwaliteitsverbeterprojecten geleid door zorgprofessionals. Nijmegen, IQ healthcare, 2019.

Inleiding

Voor wie is deze toolbox

Deze toolbox is bedoeld voor zorgprofessionals die gaan starten met (voor de planmatige aanpak), bezig zijn met (ter analyse van ervaren weerstand) of klaar zijn (voor de procesanalyse) met het uitvoeren van een verbeterproject op de eigen afdeling met als doel de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Doel van de toolbox

Het doel van deze toolbox is om zorgprofessionals te ondersteunen in het identificeren van en het omgaan met belangrijke determinanten die van invloed kunnen zijn op het slagen of falen van een verbeterproject. De toolbox kan aan de start van een project gebruikt worden als hulpmiddel om planmatig aan de slag te gaan met het project, tijdens het project om belangrijke determinanten te identificeren en daar mogelijk en wanneer nodig iets mee te doen en na uitvoering van het project als reflectiemiddel op waarom het project geslaagd of gefaald is, hetgeen kan helpen in het maken van een procesanalyse en het rekening houden met deze determinanten in huidige en toekomstige projecten.

Waarom deze toolbox

Veel kwaliteitsverbeterprojecten in de zorg worden uitgevoerd zonder een tevoren uitgevoerde analyse van bevorderende en belemmerende determinanten. Deze determinanten kunnen in belangrijke mate bijdragen tot (onvoldoende) succes van deze projecten. Er is veel onderzoek gedaan naar deze determinanten en er bestaan verschillende determinantenlijsten. Deze lijsten zijn echter niet geprioriteerd op basis van ervaringen en bieden onvoldoende praktische handvaten om met de determinanten praktisch aan de slag te gaan.

De huidige toolbox is een geprioriteerde en praktisch te gebruiken instrument dat beoogd zorgprofessionals te ondersteunen in het analyseren en aanpakken van bevorderende en belemmerende determinanten. Deze toolbox is tot stand gekomen op basis van ervaringen en meningen van deskundigen. Er is geen systematische review gedaan naar de determinanten en de toolbox is niet gevalideerd. Dit maakt de wetenschappelijke waarde van het instrument beperkt. Vervolgonderzoek naar de toolbox en gebruik van de toolbox in de praktijk zal validatie mogelijk maken.

Hoe gebruik je deze toolbox

Deze toolbox dient gezien te worden als hulpmiddel om belangrijke determinanten die van invloed zijn op het slagen of falen van een verbeterproject te analyseren en met de betreffende determinant(en) mogelijk aan de slag te gaan. De determinanten die in de toolbox zijn opgenomen zijn het resultaat van een onderzoek waarin aan zorgprofessionals die een verbeterproject op de eigen afdeling hadden geleid, gevraagd werd naar de voor hen belangrijkste ervaren bevorderende en belemmerende determinanten tijdens uitvoering het project. Alle genoemde ervaren determinanten hebben een score gekregen en de determinanten met een score hoger dan 20 zijn opgenomen in de toolbox.

Achter elke determinant in de toolbox vindt deze score. Hoe hoger de score, hoe belangrijker de determinant is ervaren door zorgprofessionals als belemmerend of bevorderend voor de uitvoering van het project. Omdat elk verbeterproject en de context waarin deze wordt uitgevoerd anders is, is het echter niet zo dat de determinanten die de hoogste score hebben gekregen in de toolbox ook in uw project de grootste invloed (gaat of za) hebben. Het is daarom ten eerste van belang te analyseren welke determinanten in uw project relevant lijken te zijn. Begin met de determinanten in de toolbox en gebruik hierbij als ondersteuning de input in de kolom 'analyse'. Afhankelijk van de fase waarin het verbeterproject zich bevindt, kunnen determinanten een grotere of kleinere rol spelen. Aangeraden wordt dan ook om de determinanten analyse op verschillende momenten tijdens uitvoering van het project te herhalen.

De determinanten in de toolbox zijn waarschijnlijk ook niet compleet, wat betekent dat er nog andere determinanten zijn die uw project belemmeren of bevorderen. Analyseer daarom ook of er sprake is van andere belangrijke determinanten die niet in de toolbox staan.

Wanneer u erachter bent gekomen van welke determinanten uit de toolbox in uw verbeterproject sprake zijn, is de volgende stap om met de determinanten aan de slag te gaan. Na de analyse van de bevorderende determinanten is het van belang ervoor te zorgen dat van deze determinanten in uw verbeterproject sprake is. Gebruik hierbij als ondersteuning de input in de kolom 'inzetten'. Na de analyse van de belemmerende determinanten gaat het erom dat u ervoor zorgt dat deze beïnvloeding op het project zoveel mogelijk teruggedrongen wordt. Gebruik hierbij als ondersteuning de input in kolom 'aanpakken'.

Hoewel determinanten van grote invloed kunnen zijn op de slagingskans van een verbeterproject, is de invloed die u kunt uitoefenen op de determinant verschillend. De meerderheid van de determinanten in de toolbox zullen binnen uw cirkel van invloed liggen waardoor de kans dat u deze kunt beïnvloeden groot is. Er zijn echter een klein aantal determinanten in de toolbox die buiten uw cirkel van invloed liggen en binnen uw cirkel van betrokkenheid. Ondanks dat deze determinanten uw project kunnen bevorderen of belemmeren, kunt u waarschijnlijk weinig invloed uitoefenen op deze determinant. Wij raden u dan ook aan om u wel goed bewust te zijn van de determinanten die buiten u invloed liggen maar om er relatief weinig energie in te steken om deze determinanten aan te pakken of in te zetten.

Wij hopen dat u met het gebruik van deze toolbox beter in staat bent om determinanten die uw verbeterproject bevorderen en belemmeren te analyseren en aan te pakken en daarmee de slagingskans van het project tot verbetering in de kwaliteit van zorg te verhogen!

| Belemmerende determinanten | Doel populatie | Analyse (diagnose) | Cirkel van invloed of betrokkenheid ¹ | Aanpakken (hoe zorg ik dat het project zo min mogelijk belemmerd wordt door deze determinanten) |
|--|------------------------------------|---|--|---|
| <i>Interventie niveau</i> | | | | |
| Afwezigheid bewijs effecten interventie in literatuur (24) | Interventie in het verbeterproject | ✓ Bekijk met welk onderzoeksdesign het effect van de interventie onderzocht is en welk effect het had met behulp van <u>de ladder van evidentie</u> | Invloed | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Zoek een systematisch review naar de interventie ✓ Voer een rapid review uit naar de interventie ✓ Doe een <u>effecten synthese</u> ✓ Vertaal het effect naar de eigen context door <u>relevante context verschillen tussen de eigen context en context van bewijs voor interventie te vergelijken</u> |
| <i>Patiënt niveau</i> | | | | |
| Onvoldoende patiënt betrokkenheid in het projectteam (33) | Patiënt in het projectteam | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Is er een patiënt aanwezig in het project team? <ul style="list-style-type: none"> • Ja → wordt deze voldoende betrokken? Gebruik hiervoor de <u>participatieladder</u> en de <u>participatiematrix</u>. Vraag jezelf ook af of deze patiënt betrokken wil worden, of die betrokken kan worden en of die betrokken mag worden van het projectteam • Nee → stel je eigen gedachten en die van het team over patiëntbetrokkenheid in het project ter discussie | Invloed | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Durf de kracht van de omgeving te gebruiken door hen om tips te vragen. Betrek indien aanwezig een functionaris patiënten participatie of een andere deskundige op dit gebied, bijvoorbeeld via de cliëntenraad. Doe dit voor de start van het project ✓ Denk goed na over welke type patiënt je wilt betrekken en hoe je patiënten wilt betrekken. Het kan bijvoorbeeld helpen twee patiënten te betrekken zodat zij met elkaar kunnen overleggen. Ook kun je een adviesgroep met patiënten maken waar je besluiten aan voorlegt en dit combineren met een patiënt in het projectteam. Voor tips zie het rapport '<u>Een 10 voor patiënten participatie</u>' ✓ Ben je bewust dat de expertise van een patiënt anders is dan die van de andere teamleden en waardeer dit ✓ Zorg voor een veilige omgeving waarin patiënten de ruimte krijgen om te praten en waarin ze verbaal en non-verbaal juist bejegend worden door andere teamleden ✓ Zorg voor de aanwezigheid van basale randvoorwaarden (eten, transport, tijden etc.) afgestemd op de patiënt |

| Addling niveau | | | | |
|---|--|--|---------|---|
| Onvoldoende motivatie op de werkvloer (21) | Medewerkers die moeten werken met de interventie | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tonen medewerkers betrokkenheid bij het project, bijvoorbeeld door aanwezig te zijn bij overleg, afspraken na te komen en het project in werkoverleg aan bod te laten komen? ✓ Wordt er door medewerkers gezegd dat zij niet gemotiveerd zijn om te werken aan het project? | Invloed | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Maak medewerkers eigenaar van het probleem, bijvoorbeeld door hen praktische voorbeelden te geven of hen het probleem zelf te laten ervaren vanuit het eigen perspectief ✓ Laat duidelijk zien dat het project geïntegreerd is bij andere zaken op de afdeling door duidelijk te maken hoe het project past bij andere lopende projecten of dingen die zich afspelen op de afdeling ✓ Maak de persoonlijke belangen en onderliggende redenen van niet gemotiveerd zijn van medewerkers bespreekbaar door hen individueel te benaderen. Een faciliterende houding is hierbij behulpzaam waarbij je vragen kunt stellen als 'wat kan ik voor je doen zodat je wel aan dit project wilt meewerken?' ✓ Informeer het management van de afdeling proactief over het project en vraag hen het project onder de aandacht te brengen, bijvoorbeeld middels de nieuwsbrief of in de dag start |
| Onvoldoende ervaren eigen competenties op de werkvloer (20) | Medewerkers die moeten werken met interventie | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Laat medewerkers een aantal vragen van de <u>Dutch General Self-efficacy Scale</u> invullen, aangepast naar de interventie in het project en analyseer de antwoorden met het projectteam | Invloed | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Biedt passende scholing aan. De vorm van scholing is afhankelijk van de interventie maar deze moet in ieder geval veilig zijn. Je kunt bijvoorbeeld denken aan bedside teaching, coaching, meelopen en voordoen ✓ Denk kritisch na over waar in het project medewerkers kunnen leren over de nieuwe interventie. Denk hierbij ook aan het informeel leren, bijvoorbeeld door te praten met collega's ✓ Een faciliterende houding is behulpzaam waarbij je medewerkers vraagt wat voor vorm van scholing hen zal helpen om zich competent te voelen met het werken met de interventie ✓ Laat medewerkers begrijpen waarom ze werken met de interventie en waarom dit het nieuwe kader van |

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|---|---|---------------|--|
| | | | | | handelen is. Gezamenlijke kritische reflectie met het team over hun ervaringen met het werken met de interventie kan hierbij helpen ✓ Geef bij elke vorm van scholing expliciet feedback aan de medewerkers over hun handelen |
| <i>Organisatie niveau</i> | | | | | |
| Onvoldoende beschikbare tijd (767) | Projectleider | ✓ | Evalueer bij vergaderingen met het projectteam of je op <u>schema</u> bent. Indien niet, waarom niet en waardoor wordt dit veroorzaakt? | Invloed | ✓ Toon leiderschap door de oorzaak van de ervaren onvoldoende beschikbare tijd te bespreken met de stakeholder, afhankelijk van de oorzaak |
| Onvoldoende ondersteuning project RvB (188) | RvB of portefeuillehouder kwaliteit | ✓ | Voer een <u>stakeholder analyse</u> uit | Invloed | ✓ Zorg ervoor dat je project past bij de missie of speerpunten van de RvB en laat dit expliciet zien in de titel van je project |
| | | ✓ | Is er een handtekening van het lid van de RvB op het projectplan? | | ✓ Neem iemand anders uit je projectteam mee naar een gesprek met de RvB zodat je elkaar kunt aanvullen |
| Onvoldoende integratie kwaliteitsverbetering (90) | Ziekenhuis | ✓ | Staat kwaliteit van zorg in de missie/speerpunten van het ziekenhuis? | Betrokkenheid | ✓ Stel je eigen verwachtingen over inbedden en verspreiden van je project bij, dit zal namelijk lastig worden. Steek energie in het implementeren van het project op je eigen afdeling |
| | | ✓ | Hoe is het contact met de RvB over het project? | | |
| | | ✓ | Hoe wordt er op het project gereageerd door bijvoorbeeld een stafconvent? | | |
| | | ✓ | Is de instelling geaccrediteerd? | | |
| | | ✓ | Neem een vragenlijst over leer/veiligheidscultuur af bij jezelf en bespreek dit in je projectteam, bijvoorbeeld de <u>COMPaZ</u> | | |
| Tegenstanders project (30) | Tegenstanders ziekenhuis | ✓ | Breng in kaart wat de gevolgen zijn van het project voor andere disciplines en afdelingen middels een <u>stakeholder analyse</u> | Invloed | ✓ Neem de weerstand serieus en probeer op zoek te gaan naar een gemeenschappelijke deler, bijvoorbeeld de voordelen vanuit het patiënten perspectief |
| | | | | | ✓ In uiterste geval en indien daar mogelijkheden voor zijn geef je tegenstanders herpositionering. Toon |

| | | | | |
|--|-----------------------|---|---------------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Als de stakeholders belangrijk zijn voor uitvoering van het project dan checken hoe zij naar het project kijken door hen bijvoorbeeld uit te nodigen bij een informatie bijeenkomst of door met ze in gesprek te gaan. Luister hierbij goed en neem de weerstand serieus | | <p>leiderschap door het gesprek aan te gaan met de persoon die in de positie is om deze stappen te zetten. Als je deze positie zelf hebt dan kun je zelf hierover het gesprek aangaan met de tegenstanders</p> |
| Data infrastructuur (30) | Uitkomst data project | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Bedenk wat je wilt weten en meten door een uitkomstmaat te formuleren ✓ Bedenk of de benodigde data nu al wordt geregistreerd in het kader van het zorgproces <ul style="list-style-type: none"> • Zo ja, vraag jezelf af waar, door wie en hoe de data geregistreerd wordt en of deze eruit te halen is voor het project • Zo nee, vraag jezelf af hoe je de data alsnog kunt verkrijgen, bijvoorbeeld door het afnemen van vragenlijsten of observaties | Invloed | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sluit je uitkomstmaat aan bij data die in het kader van het zorgproces al worden vastgelegd, bij voorkeur digitaal ✓ Vraag advies aan een epidemioloog of statisticus ✓ Betrek iemand van de ICT bij het verzamelen van de data ✓ Vraag ondersteuning bij het gebruik van datamanagementsystemen ✓ Kijk bij andere afdelingen hoe zij omgaan met de gewenste data registratie ✓ Wees creatief; als het niet lukt om de gewenste data te verkrijgen, bedenk dan andere relevante uitkomstmaten die je wel in kaart kunt brengen |
| Andere veranderingen organisatie (reorganisatie, fusie) (27) | Ziekenhuis | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Maak een <u>Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (SWOT) analyse</u> en bespreek in je projectteam in hoeverre het project (negatief) beïnvloed zal kunnen worden door de 'threats' | Betrokkenheid | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pas zo mogelijk de interventie aan aan de verandering ✓ Accepteer dat het project vertraging kan oplopen ✓ Zoek andere projectleiders op en stem af hoe zij omgaan met de verandering in hun project. Bundel hierbij de krachten door gezamenlijk zaken op te pakken zoals de berichtgeving over de nieuwe situatie |

1 De cirkel van invloed zijn de zaken/personen/contexten waar je invloed op kunt uitoefenen. De cirkel van betrokkenheid zijn de zaken/personen/contexten waar je bij betrokken bent maar waar je geen of moeilijk invloed op kunt uitoefenen

| Bevorderende determinanten | Doel populatie | Analyse (diagnose) | Cirkel van invloed of betrokkenheid ¹ | Inzetten (hoe zorg ik dat van deze determinant sprake is in mijn project) |
|---|---------------------------|--|--|--|
| <i>Interventie niveau</i> | | | | |
| Interventie past binnen huidige workflow (44) | Workflow verbeter context | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Maak samen met je project team een proces beschrijving van de interventie. Maak een procesbeschrijving van de huidige situatie van zorg in de eigen context. Analyseer de gap tussen de proces beschrijving van de eigen context en die van de interventie | Invloed | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Maak de interventie passend binnen de huidige proces beschrijving van de eigen context. Omschrijf hierbij wat de gewenste zorg is in de eigen context op proces niveau ✓ Wanneer er meer ervaring is met het leiden van verbeterprojecten kunnen projecten ook adaptief ingezet worden. Bij deze projecten is er ruimte om fouten te maken en te experimenteren |
| <i>Projectteam niveau</i> | | | | |
| Voldoende deelname in besluitvorming teamleden (24) | Projectteamleden | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Neem de participatie vragen van de <u>Team Climate Inventory</u> af bij je teamleden en bespreek dit ✓ Voer een <u>Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (SWOT)</u> analyse uit met je team ✓ Vraag teamleden om op een schaal van 1 tot 10 aan te geven in hoeverre zij ervaren dat besluiten over het project worden genomen op basis van de inbreng of mening van het teamlid | Invloed | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Bespreek de uitkomsten van de <u>SWOT analyse</u> met elkaar en neem besluiten wie welke activiteit op zich neemt. Laat projectlid eigenaar zijn van deze activiteit ✓ Zorg dat er inhoudelijke experts in je projectteam zitten en geef deze tijdens bijeenkomsten het woord door hen te vragen naar hun mening en/of ervaring ✓ Zorg voor een dialogisch overleg waarin discussie wordt vermeden. Stel heldere vragen, luister goed en laat ruimte in gesprek. Kom zo al explorerend tot een plan ✓ Geef bij de start van het projectteam overleg aan dat je rol hebt als proces begeleider waarin je actief vraagt naar ieders mening en bewaakt dat iedereen de ruimte krijgt om input te leveren |
| Voldoende eigen aanwezigheid voor team (24) | Projectleider | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vraag hierover feedback aan leden van je team | Invloed | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Leidt de team bijeenkomsten ✓ Neem een voorbeeldrol naar teamleden aan zoals: zichtbaar zijn voor je team, op tijd komen en voorbereid zijn |

| Afdeling niveau | | | | |
|--|---|--|---------|--|
| Voldoende ondersteuning management (342) | Management van de afdeling | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Voer een <u>stakeholder analyse</u> uit ✓ Komt het management haar afspraken na, word je betrokken bij zaken rondom project, krijg je informatie over het project? ✓ Zijn lid van RvB en afdelingshoofd sponsor van het project; steunen ze het actief en verschaffen ze middelen? | Invloed | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Zoek voor de start van het project steun bij het management ✓ Informeer periodiek, maar minstens drie keer in 18 maanden, volgens afspraak met het management over voortgang van het project. Dit maakt deel uit van een uitgewerkt <u>communicatieplan</u> ✓ Vraag expliciet een handtekening onder je projectplan van het afdelingshoofd en lid RvB |
| Draagvlak medewerkers (156) | Medewerkers die met interventie gaan werken | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Het project komt terug in de jaarplanning van de afdeling ✓ Het project is een agendapunt bij officieel overleg ✓ Voer een draagvlak analyse uit als onderdeel van <u>stakeholder analyse</u> | Invloed | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Neem sleutelfiguren van afdeling op in je verbeterteam, bijvoorbeeld het afdelingshoofd en een patiënt ✓ Geef in een duidelijke boodschap aan wat het probleem is vanuit het perspectief van de werkvloer, bijvoorbeeld vanuit het patiënten perspectief ✓ Geef in een duidelijk boodschap aan wat het project vanuit het perspectief van de werkvloer inhoudt ✓ Geef in een duidelijke boodschap aan wat het project vanuit het perspectief van de werkvloer oplevert ✓ Vergroot eigenaarschap bij medewerkers door ervoor te zorgen dat zij de ruimte krijgen om reacties op het project te geven, bijvoorbeeld door het maken van een brievenbus waarin geanonimiseerd commentaar en suggesties gegeven kan worden ✓ Sta open voor commentaar en suggesties op het project door vragen te stellen als; 'wat vind je ervan?', 'heb je nog alternatieve ideeën?' |
| Bottum-up projectaanpak (60) | Werkvloer | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vul met de belangrijkste stakeholders van het project de <u>partnerschapskaart</u> in. Hiermee omschrijf eenieder zijn motief voor samenwerken aan het | Invloed | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Maar voldoende contact op alle lagen van de organisatie op basis van een communicatieplan en vooral met sleutelfiguren die uit <u>stakeholder analyse</u> komen |

| | | | | |
|---|--------------------------------|---|---------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> project. Ga hierover het gesprek aan ✓ Vraag jezelf af waar het projectidee vandaan komt, bijvoorbeeld van de RvB, jezelf of de werkvloer? | | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Stel een klankbordgroep (zes tot acht mensen) samen die bestaat uit verschillende mensen van de afdeling. Informeer hen periodiek over de voortgang, barrières en resultaten van het project en laat hen meedenken ✓ Neem sleutelfiguren van de afdeling die uit <u>stakeholder analyse</u> komen op in je projectteam ✓ Ben zichtbaar op de werkvloer ✓ Zorg dat de werkvloer het ook als probleem ervaart en vraag dit aan ze tijdens de eerste vergadering over het jaarplan |
| Enthousiast/gemotiveerd afdelingshoofd (45) | Afdelingshoofd van de afdeling | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Doet het afdelingshoofd wat hij/zij zegt te (gaan) doen? ✓ Toont het afdelingshoofd zichtbare betrokkenheid bijvoorbeeld door afspraken na te komen, middelen te verschaffen en informatie te geven? ✓ Vraag rechtstreeks aan afdelingshoofd of hij/zij enthousiast is over het project en vraag ook waarom | Invloed | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Maak het afdelingshoofd lid van het projectteam ✓ Houd proactief persoonlijk contact zowel formeel als informeel over de voortgang van het project |
| <i>Organisatie niveau</i> | | | | |
| Verbetercultuur (60) | Ziekenhuis | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Is men open tegenover elkaar over wat goed gaat en wat niet en doet men hier iets aan? ✓ Bespreek in je verbeter team de schalen 'niet straffende reactie op fouten', 'open communicatie' en 'feedback en leren van fouten' van de <u>COMPaZ</u> of een ander meetinstrument | Betrokkenheid | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Neem een voorbeeldfunctie aan als medewerker binnen een lerende cultuur zoals feedback vragen aan anderen over het project en wees transparant door middel van het delen van uitkomsten met stakeholders |

| | | | | |
|---|-------------------------------------|---|---------------|--|
| | | ✓ Is er een data infrastructuur van uitkomstdata over kwaliteit van zorg? | | |
| Voldoende beschikbare tijd (21) | Projectleider | ✓ Evalueer bij vergaderingen met het projectteam of je op <u>schema</u> bent. Indien niet waarom niet, waar wordt dit door veroorzaakt? | Invloed | ✓ Toon leiderschap door de oorzaak van ervaren de beschikbare tijd te bespreken met de stakeholder afhankelijk van de oorzaak |
| Urgentiegevoel (42) | RvB / portefeuille houder kwaliteit | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kunnen stakeholders zelf aangeven hoe het project bijdraagt aan doelstellingen of visie van de organisatie? ✓ Is het project zichtbaar in agenda van overleggen? ✓ Lukt het om afspraken te maken en zijn stakeholders aanwezig bij overleg? ✓ Worden er middelen beschikbaar gesteld voor uitvoering van het project? | Invloed | <ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>Vijf keer waarom</u> afvragen in projectteam of met jezelf Deze antwoorden via een goed verhaal communiceren naar RvB ✓ Laat je projectdoel passen bij een van de speerpunten van het ziekenhuis op dat moment ✓ Wakker urgentiegevoel aan vanuit perspectief RvB. Gebruik hierbij bijvoorbeeld de <u>Triple Aims</u> |
| <i>Externe omgeving niveau</i> | | | | |
| Druk of prikkels (financieel, juridisch of politiek) (64) | Externe omgeving | ✓ Voer een <u>Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (SWOT)</u> analyse uit met het projectteam en richt je hierbij vooral op de 'Opportunities' (bijvoorbeeld aandacht voor het onderwerp bij de IGJ) | Betrokkenheid | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Je hebt als projectleider geen invloed op het wel of niet aanwezig zijn van externe druk of prikkels ✓ Probeer aan te sluiten bij onderwerpen waar 'druk' bestaat of frame je project zo dat het daarbij aansluit. |

1 De cirkel van invloed zijn de zaken/personen/contexten waar je invloed op kunt uitoefenen. De cirkel van betrokkenheid zijn de zaken/personen/contexten waar je bij betrokken bent maar waar je geen of moeilijk invloed op kunt uitoefenen

Bijlage 12. Tabel met aanbevelingen voor opleidingsprogramma's en vervolgonderzoek onderverdeeld naar thema

| Thema | Aanbevelingen voor opleidingsprogramma | Aanbevelingen voor vervolgonderzoek |
|---|---|--|
| Uitkomsten projecten | In het onderwijs meer aandacht besteden aan het uitvoeren van en rapporteren over een procesevaluatie van het project | Onderzoek naar de leeropbrengsten van zorgprofessionals en afdelingen bij uitvoering van verbeterproject middels analyse van proces evaluaties en het doen van interviews, observaties en focusgroepen |
| Statistisch significante effecten | In het onderwijs meer aandacht voor ITS en SPC als methoden voor het meten van effecten van verbeterprojecten. Dit zowel tijdens modules als bij de begeleiding van de projectuitvoering. Daarnaast ook aandacht voor de herkenning van bias bij observationeel onderzoek en hoe daarmee om te gaan. | Onderzoek naar de toepassing van minder klassieke methoden voor meten van statistisch significante effecten (zoals SPC) van verbeterprojecten bij (ongecontroleerde) voor- en nametingen |
| Borging en verspreiding projecten | Vroeg in de master onderwijs geven over borging en verspreiding van de verbeterprojecten en zorgprofessionals de ruimte geven hierin stappen te zetten tijdens uitvoering van hun project. Expliciete reflectie op deze leerervaring helpt zorgprofessionals om hier na de master verder mee aan de slag te gaan. | Onderzoek naar de borging en verspreiding van verbeterproject volgens andere stakeholders, zoals medewerkers op de werkvloer, andere afdelingen en de patiënt |
| Patiëntbetrokkenheid verbeterteam | In het onderwijs meer aandacht, zowel in de vorm van informatie als ondersteuning op de werkplek, voor patiëntbetrokkenheid in projectteam. Dit zou moeten gaan over het wie (welke patiënt) en het hoe (vormgeven van betrokkenheid) | Case study onderzoek naar patiëntbetrokkenheid in verbeterprojecten geleid door zorgprofessionals |
| SQUIRE richtlijnen | Met onderwijsteam verder aanscherpen en concretiseren van de beoordelingsrichtlijnen voor evaluatie van verbeterprojecten | Doorontwikkeling van de SQUIRE richtlijnen (denk aan toevoegen van items over patiëntbetrokkenheid en procesevaluaties) |
| Ervaren tijd als belangrijkste belemmerende determinant | Laat zorgprofessionals kritisch reflecteren op deze determinant zodat de oorzaak helder wordt, bijvoorbeeld tijdens de intervisie. Benadruk dat zorgprofessionals op tijd moeten starten met het project en geef begeleiding in het maken van een realistische planning. Geef | - |

| | | |
|--|---|---|
| | onderwijs in timemanagement en laat zorgprofessionals reflecteren op ervaringen met deze tools | |
| Communicatie voor aanpak determinant | In het onderwijs meer aandacht voor belang van passende communicatie naar stakeholders bij uitvoering van verbeterproject | - |
| Interne determinanten uitvoering projecten | In het onderwijsprogramma aandacht besteden aan de wijze waarop kenmerken van de professional van invloed zijn op uitvoering van projecten | Onderzoek naar de invloed van interne determinanten op uitvoering van verbeterprojecten |
| Ontwikkeling toolbox | Zorgprofessionals uit huidige en volgende cohorten laten werken met de toolbox. Evaluaties over het gebruik van de toolbox (zowel vooraf, tijdens als na uitvoering van het project) voor verdere doorontwikkeling van de toolbox | Verdere uitbreiding en specificatie van de in dit project ontworpen toolbox met determinanten voor uitvoering van verbeterprojecten |

Bijlage 13. Overzicht en argumentatie van tussentijdse wijzigingen in projectaanpak versus projectplan

Een van de factoren die het projectplan in de uitvoering belemmert en vertraagd hebben, is de toets op onderzoek door de ethische commissie van de NVMO.

Hub Wollersheim was ervan uitgegaan dat voor de evaluatie van onderwijs geen algemene ethische goedkeuring nodig was en dat de zorgprofessionals niet expliciet per onderdeel toestemming hoefden te geven. De andere leden van het onderzoeksteam waren deze mening wel toegedaan.

De consequenties hiervan waren de volgende:

- 1) Er traden procedurele vertragingen op
- 2) De welwillendheid voor deelname was geringer dan beoogd. Uitgebreidere vragenlijsten, privacy issues of tijd belastende benaderingen dienden daarom zo veel mogelijk vermeden te worden.

| Omschrijving onderdeel projectplan | Wat anders gedaan | Reden afwijking | Consequenties afwijking op resultaten en eindproduct |
|--|--|--|---|
| Positionering van alumni wordt bekeken middels een survey | Dit is (nog) niet nagevraagd bij de alumni | <ul style="list-style-type: none"> - Er is hiervoor geen valide survey - Positie heeft te maken met eigen wil/scope van de student; ondersteuning en welwillendheid door werkomgeving; het al dan niet toevallig vrijkomen van geschikte posities; de kracht van andere sollicitanten en politiek. De capabilities opgedaan tijdens de NFU-master spelen een rol bij toekomstige positionering, maar geen dominante - Een praktisch argument was dat het optimale effect van een opleiding 1-5 jaar na de opleiding ligt. Dus zelfs voor cohort 1 en cohort 2 was deze tijd te kort | Geen |
| Telefonische interviews over belemmerende en bevorderende factoren zorgprofessionals | Vragenlijst afgenomen bij zorgprofessionals en interviews gehouden met experts | Voor het type data dat verzameld diende te worden, is een goede vragenlijst goedkoper, betrouwbaarder en sneller dan het afnemen van interviews. Voor input over aanpaksuggesties van de gevonden determinanten, was het afnemen van interviews de meest geschikte methode | Input van de experts over aanpaksuggesties van de determinanten heeft de praktische bruikbaarheid van de checklist vergroot |
| Een trio uit de begeleidingsgroep zal de | Zorgprofessionals geven een top 5 van meest ervaren | Uit overleg met de projectuitvoerders bleek dat | De resultaten zijn meer vanuit de |

| | | | |
|---|--|---|--|
| resultaten (projectresultaten en reikwijdte, positionering) per item score van slecht, matig tot goed en in een RAND –modified Delphi komen tot een 0-9 score | bevorderende en belemmerende factoren | het eenieder beter leek om de zorgprofessionals zelf de ervaren determinanten te prioriteren in plaats van de begeleidingsgroep | praktijksituatie gevalideerd en kennen een breder draagvlak |
| Met behulp van literatuur analyse wordt de checklijst met determinanten geprioriteerd tot 15 relevante items | We hebben geen literatuur gebruikt om de determinanten te analyseren. Wel is gebruik gemaakt van bestaande determinanten raamwerken op basis waarvan de zorgprofessionals konden prioriteren | We hebben geen prioriteringsliteratuur kunnen vinden | De determinanten in de checklist zijn geprioriteerd op basis van ervaringen van de zorgprofessionals in plaats van op literatuur |
| In survey zal gevraagd worden de determinanten uit de checklist te scoren op relevantie voor betreffende verbeterproject | Cohort 2 is meegenomen als data voor ontwikkeling van checklist en niet voor valideren checklist | De respons uit cohort 1 was laag waardoor data van cohort 2 nodig was. Testen gebeurt in cohort 3 of 4 | De checklist is (nog) niet prospectief gevalideerd |