

REVALIDATIE IN BEWEGING

De methodiek van een versnellingsprogramma

Revalidatie in Beweging, juni 2008
drs. M. van Ooijen MBA-H

INHOUDSOPGAVE

1	Inleiding	3
2	Theoretische achtergronden	4
3	Doelen van het versnellingsprogramma	6
4	Analyse	7
5	Plan-Do-Study-Act: De Veranderfase	8
6	Organisatie van het project	10
7	Literatuur	11

1 INLEIDING

Het programma Revalidatie in Beweging heeft als doelstelling om een vliegwieleffect op gang te brengen ten aanzien van het gebruik van zorglogistieke principes in de bedrijfsvoering van revalidatiecentra. Hiertoe heeft het consortium bestaande uit CC zorgadviseurs en Prismant een zogenaamd versnellingsprogramma ontwikkeld. De basis van dit programma wordt gevormd door de breder bekende doorbraakmethode en het Nolan-verbetermodel.

In dit document gaan we in op de diverse begrippen die gebruikt worden in deze modellen en methoden én werken we uit waarom een versnellingsprogramma verder reikt dan de methodes waarop zij is gebaseerd.

In het onderstaande gaan we eerst in op de onderbouwing van de principes en theorieën die de basis vormen van het versnellingsprogramma. Vervolgens komen de uitgangspunten van het versnellingsprogramma Revalidatie in Beweging aanbod. Daarna wordt de start van het programma verder uitgewerkt: de analysefase. Vervolgens gaan we in op het formuleren van doelen, waarna we inzoomen op het ontwikkelen van indicatoren en het meten van (voorlopige) resultaten. Ten slotte benoemen we een aantal organisatorische randvoorwaarden die van toepassing zijn op dit type verandertrajecten.

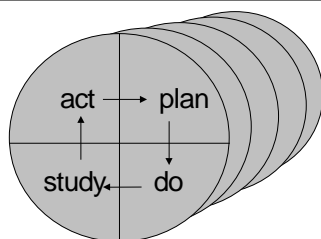
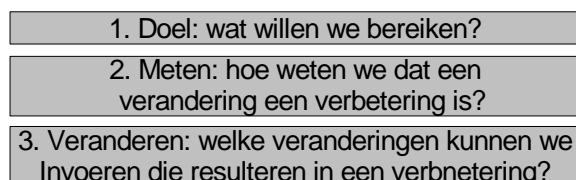
2 THEORETISCHE ACHTERGRONDEN

De methodiek van het versnellingsprogramma is gebaseerd op het Nolan-verbetermodel. Dit model bestaat uit twee delen: een set van drie vragen en de *Plan-Do-Study-Act cyclus* (PDSA-cyclus).

De drie hoofdvragen zijn:

1. Wat willen we bereiken? (Doel)
2. Hoe weten we dat een verandering een verbetering is? (Meten)
3. Welke veranderingen kunnen we invoeren die resulteren in een verbetering? (Veranderen)

VERBETERMODEL



Figuur 1: Het Nolan-verbetermodel (Nolan 1998).

Na het beantwoorden van de drie hoofdvragen wordt voor elk verbeteridee de kwaliteitscirkel doorlopen. Aldus blijkt dat het cyclisch denken zeer wezenlijk is, evenals het duidelijk omschrijven van doelstellingen en het concreet meten van veranderingen (het adagium 'meten is weten' is een kernpunt van deze methode).

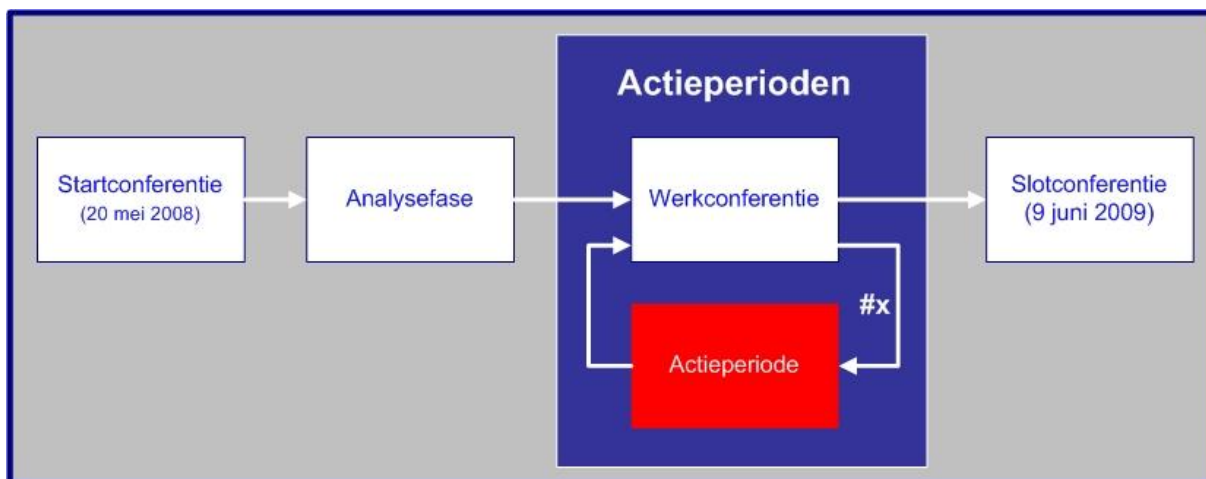
De doorbraakmethode is in 1994 onder de noemer van 'Breakthrough Series' ontwikkeld door het Institute for Healthcare Improvement¹. Kernpunten van deze methode zijn: het kiezen en formuleren van een afgebakend onderwerp, waarna in verschillende actieperioden de cyclus plan-do-study-act wordt doorlopen; ten slotte is er een follow-up fase, waarin de resultaten van de verbeterlagen moeten worden geborgd in de organisatie. Hoewel deze methode zeker ook op afdelingsniveau kan worden uitgevoerd, is één van de uitgangspunten dat medewerkers en organisaties van elkaar leren gedurende het traject. Daarom wordt in het

¹ Zie voor uitwerking van het oorspronkelijke model ook de toolbox methodiek ontwikkeling op de website www.revalidatieinbeweging.nl

ontwerp van de doorbraakmethode veelal dezelfde problematiek tegelijkertijd in verschillende organisaties (of ten minste organisatieonderdelen) opgepakt.

De methodiek van het versnellingsprogramma beoogt een verdieping te zijn van de doorbraakmethode, in die zin dat vóór dat nagedacht wordt over beoogde doelen en te plegen interventies, eerst voldoende tijd en aandacht wordt besteed aan de analyse van de situatie. Wat is er aan de hand? Welke problemen zijn er, hoe zijn deze opgebouwd en hoe verhouden de verschillende elementen van het probleem zich tot elkaar? Door het inbouwen van een meer expliciete en omvangrijke analysefase wordt de kans groter dat er meer gerichte doelen en interventies kunnen worden gekozen.

Schematisch ziet het versnellingsprogramma er als volgt uit:



Een tweede element waarin het versnellingsprogramma zich onderscheid van de doorbraakmethode is de opbouw van het project, waarbij in eerst instantie 'klein' wordt gestart en in verschillende slagen een verbreding van de betrokkenheid wordt gerealiseerd: van een klein projectteam naar een heel zorgteam, een afdeling, een divisie, een organisatie en daarna mogelijk zelfs meerdere organisaties. Anders gezegd: er wordt een grote focus aangebracht op het beoogde vliegwieleffect van interventies.

3 UITGANGSPUNTEN VERSNELLINGSPROGRAMMA RIB

Elk versnellingsprogramma kent een vooropgestelde streefdoelstelling. Deze is ambitieus geformuleerd en heeft tot doel om deelnemers aan te zetten om buiten bestaande referentiekaders te denken. Alleen in een dergelijke situatie kunnen namelijk 'doorbraken' worden gerealiseerd. Voor de diverse onderdelen (zogenaamde programmalijnen) van Revalidatie in Beweging ziet dit er als volgt uit.

De programmalijn 'optimalisatie instroom' richt zich op de organisatie van de patiëntenlogistiek en de procesherinrichting van het instroomproces voor (poli)klinische patiëntengroepen. Het instroomproces omvat het gehele proces, van ontvangst van de verwijzing tot de start van de eerste concrete diagnostische-/behandelactiviteit die na indicatiestelling plaatsvindt.

Streefdoelstellingen versnellingsprogramma 'optimalisatie instroom'
Het reduceren van de doorlooptijd van ontvangst verwijzing tot de start van de eerste concrete diagnostische-/behandelactiviteit die na indicatiestelling plaatsvindt tot maximaal 4 weken.

De programmalijn 'doelmatigheidsbevordering behandelproces' stelt zich concreet tot doel om tot een doelmatigheidsverbetering te komen voor een bepaalde patiëntengroep. Dit kan zowel een klinische als poliklinische patiëntengroep betreffen.

Streefdoelstellingen versnellingsprogramma 'doelmatigheidsbevordering behandelproces': Het verbeteren van de doelmatigheid van het behandelproces met 5%.

De programmalijn 'klinische uitstroom' richt zich op het aantoonbaar versnellen van het uitstroomproces voor een klinische patiëntengroep. Het doel is de termijn tussen het moment waarop de patiënt op medische gronden met ontslag kan en feitelijk met ontslag gaat te verkorten.

Streefdoelstellingen versnellingsprogramma 'klinische uitstroom'
Het met 50% reduceren van niet medisch noodzakelijk gebruik van behandelcapaciteit doordat uitstroom niet tijdig plaatsvindt.

4 DE ANALYSE-FASE

Het uiteindelijke doel van de analysefase is om zo goed mogelijk voorbereid de actietermijnen in te kunnen zetten. Hoewel in deze actietermijnen voldoende ruimte is en moet zijn om te experimenteren, achten wij het van belang om op voorhand een gedegen analyse te hebben van de belangrijkste logistieke knelpunten. Er ontstaat dan namelijk in ieder geval een richtinggevend kader voor eventuele latere experimenten.

De analysefase is ook bedoeld om verder na te denken over de verwachte winst, die de aanpak van de belangrijkste knelpunten kan opleveren. Bovendien kan er al worden nagedacht over de vraag hoe deze problemen in ieder geval inhoudelijk het beste aangepakt kunnen worden. Zodoende kan het plan van aanpak dat ten grondslag ligt aan het hele traject mogelijk worden aangescherpt.

5 PLAN-DO-STUDY-ACT: DE VERANDERFASE

Het doel van de veranderfase is een herontwerp of een verbeteringsplan uit te voeren voor een afgebakend vraagstuk dat uit de analysefase naar voren is gekomen.

We gaan ervan uit dat in de veranderfase een herontwerp van het proces plaatsvindt voor een bepaalde groep revalidanten (poliklinisch en/of klinisch) of voor een bepaald onderdeel van het proces (instroom, doorstroom, uitstroom). Het kan echter ook zijn dat het om één of meer verbetervoorstellen gaat waarin niet iets compleet nieuws wordt ontworpen, maar waarin het accent ligt op het realiseren van ambitieus geformuleerde doelstellingen.

De eerste stap in deze fase is het goed definiëren van het herontwerp of de verbetering. We gaan ervan uit dat hierbij ook duidelijk aandacht wordt besteed aan de uitgangspunten waaraan het herontwerp moet voldoen. Daarnaast moeten er ook expliciete doelstellingen worden geformuleerd die men met het herontwerp wil bereiken.

Daarna volgt de fase van uitwerking van het herontwerp of de verbetervoorstellen. In deze fase zal ook een specifieke nulmeting moeten worden uitgevoerd om de performance in de uitgangssituatie goed vast te leggen.

Voor elk doorbraakproject wordt een set aan indicatoren ontwikkeld om de mate waarin de doelstellingen worden gerealiseerd te kunnen meten. Bij het kiezen van indicatoren staat voorop dat deze geschikt moeten zijn om de doelstelling van het project te realiseren.

De uitkomst indicatoren van het project richten zich binnen Revalidatie in Beweging op de mate waarin de doorlooptijd is gereduceerd, de productiviteit is verbeterd en de reductie van verkeerde bed patiënten.

Indicator doelstelling 1:

Doorlooptijd van moment van de ontvangst van de verwijzing, tot het moment dat de eerste concrete observatie-/behandelactiviteit plaatsvindt.

Indicator doelstelling 2:

Verhouding tussen aantal patiënten in behandeling en beschikbare behandelcapaciteit.

Indicator doelstelling 3:

Totaal aantal verkeerde ligdagen

Aantal behandeluren verkeerde bed patiënten

Na de nulmeting volgt de uitwerking van een implementatieplan waarmee de implementatie van het voorstel wordt voorbereid. Op dit moment in het proces worden de daadwerkelijke interventies bedacht en uitgewerkt: wat gaan we in de praktijk concreet (anders) doen om de beoogde doelstelling te behalen?

De laatste stap is de evaluatiefase. Hierin wordt nagegaan welke effecten de interventies hebben gehad en in hoeverre ze de doelstellingen van het programma dichterbij hebben gebracht. Zolang dit niet in voldoende mate het geval is, moet de cyclus opnieuw worden doorlopen.

De bovenstaande stappen omvatten één actieperiode. In het versnellingsprogramma Revalidatie in Beweging kennen we twee actietermijnen (in ieder geval in de eerste tranche), die ieder opgebouwd zijn uit een verschillend en nader te bepalen aantal actieperiodes (dit hangt af van de omvang van de interventie, de doorlooptijd ervan én de snelheid waarmee resultaten [kunnen] worden behaald).

6 ORGANISATIE VAN HET PROJECT

Ten behoeve van het versnellingsprogramma Revalidatie in Beweging zijn diverse documenten gemaakt betreffende organisatorische aspecten, bij voorbeeld over activiteiten die in het traject plaatsvinden, het formuleren van een projectplan en het samenstellen en een project team. Daarom volstaan we hieronder met een beperkt aantal opmerkingen over de projectorganisatie rondom een versnellingsprogramma.

Interne projectleider

De interne projectleider is de stuwende kracht achter het project en ondersteunt het projectteam in tranche 1 voor minimaal één dag in de week. Het is iemand die ervoor kan zorgen dat de metingen en verbeteringen worden uitgevoerd (dit betekent niet dat hij of zij ze ook zelf uitvoert).

De interne projectleider zorgt voor de coördinatie van de activiteiten en de onderlinge communicatie. Voor het adviesteam van het consortium is de projectleider de centrale contactpersoon. De projectleider is evenwel niet alleen verantwoordelijk voor het behalen van de eindresultaten; dat is namelijk de verantwoordelijkheid van het hele team.

Samenstelling projectteam

In elke deelnemende instelling wordt een multidisciplinair verbeterteam geformeerd. Dit team heeft de verantwoordelijkheid om het Revalidatie in Beweging project in de eigen instelling uit te voeren.

Een gekwalificeerd en effectief team is essentieel om succesvol verbeteringen op de deelnemende verpleegafdelingen uit te voeren. Teamleden worden gekozen op basis van hun kennis, betrokkenheid en hun vermogen om doelgericht aan verbeteringen te kunnen werken.²

Committent Raad van Bestuur en Medische staf

Hoewel in aanvang het werk wordt gedaan door het projectteam, met de projectleider voorop, is het van cruciaal belang dat de Raad van Bestuur en de Medische staf voor aanvang van het project en op verschillende momenten tijdens het project expliciet hun steun betuigen aan het project en de doelstellingen ervan. Vooral omdat de methodiek gebaseerd is op het ontwikkelen in kleine teams en het daarna verder uitrollen van veranderingen, moet vanaf het begin worden gewerkt aan een breed draagvlak voor het project en de uitkomsten ervan.

² Zie in dit kader ook het document 'Succesvolle teams'

7 LITERATUUR

- Nolan, T.W. (1998) Understanding medical systems. *Ann.Intern.Med.* 128: 293-298.
- Richtlijn Decubitus – tweede herziening (2002). Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.
- Doorbreken met resultaten; Verbetering van de patiëntenzorg de Doorbraakmethode, CBO, 2003.
- Decubitus doorgelicht: richtlijn onvoldoende in praktijk toegepast, IGZ, 2004.
- Ten Have, P. 2004. Handleiding indicatoren voor verbeterprojecten.