



Terugkoppeling aan deelnemers van de Ronde tafel Meten naar Aantoonbaar Verbeteren – Plan van Aanpak

Op 13 april kwamen 20 geïnteresseerden bijeen om met elkaar te praten over het thema van Meten naar Aantoonbaar Verbeteren met dit keer als onderwerp Plan van Aanpak. Deze bijeenkomst werd georganiseerd vanuit Amsterdam UMC en LUMC.

Het doel is om van en met elkaar te leren en te ontdekken hoe zorgteams en organisaties de stap (kunnen) maken naar aantoonbaar verbeteren. Dit doen we door een aantal Rondetafels te organiseren rondom de elementen van het Knoster model/ change model van Lippitt: visie, urgentie, plan, middelen en competenties.

VISIE	URGENTIE	PLAN	MIDDELEN	COMPETENTIES	=	VERANDERING
	URGENTIE	PLAN	MIDDELEN	COMPETENTIES	=	VERWARRING
VISIE		PLAN	MIDDELEN	COMPETENTIES	=	WEERSTAND
VISIE	URGENTIE		MIDDELEN	COMPETENTIES	=	CHAOS
VISIE	URGENTIE	PLAN		COMPETENTIES	=	FRUSTRATIE
VISIE	URGENTIE	PLAN	MIDDELEN		=	ANGST

Elementen van veranderen - Knoster model / Lippitt change model

De Rondetafel begon met een korte presentatie vanuit het LUMC en AUMC. Kernboodschap van Carolien Lagers-Dresselhuys namens het LUMC was dat verbeteren niet vanzelf gebeurt en daarom moet worden georganiseerd. Of dat er al heel veel gebeurt op het gebied van verbeteren, maar dat het overzicht ontbreekt. Planmatig werken helpt daarbij. De adviseurs binnen het LUMC hanteren een stappenplan waarin zij met een zorgteam eerst gaan kijken naar hun huidige situatie rondom 'continu verbeteren'. Dit doen zij aan de hand van 3P's: *Purpose, Process, People*. Vervolgens formuleren ze met het zorgteam doelen op het verbetersysteem en gaan dan aan de slag. Verschillende tools/formats worden daarin gebruikt, o.a. vanuit het lean denken en werken. De ervaring is dat een dergelijk (generiek) stappenplan helpt, en dat tegelijkertijd elk zorgteam uniek is. Dat betekent toch ook dat vrijwel elk team een enigszins op-maat gemaakte aanpak volgt.

Marian Smeulers vertelde dat het Amsterdam UMC in grote lijnen dezelfde aanpak volgt. Ook Marian geeft aan dat wat voor het ene team werkt niet per sé voor het andere team ook werkt. Zo kan het ene team ervoor kiezen om één of twee keer per jaar een hele dag bij

elkaar te komen, terwijl een ander team voorkeur geeft aan vaker en korter bij elkaar komen met een vaste agenda. Aanvullend op Carolien spreekt Marian over het kijken naar de agenda's van alle overleggen die al plaatsvinden. Wellicht worden bijvoorbeeld de complicaties al in het ene overleg besproken en hoeven ze dus niet in het andere overleg ook worden besproken. Of mogelijk kan het worden toegevoegd als agendapunt aan een reeds bestaand overleg. Het gaat erom om zoveel mogelijk te proberen te integreren in hetgeen dat al plaatsvindt.

Bekijk de presentatieslides [hier](#).

Lessen uit de break-out rooms

Na de presentatie gingen we uiteen in drie groepen, en deelden we met elkaar ervaringen rondom de vraag "Welke methoden zet je in, welke aanpak heb je, als adviseur om met teams de slag te maken naar continu leren en verbeteren?". Hieronder staat een aantal key-messages uit de verschillende break-out rooms genoemd.

Key-messages uit break-out o.l.v. Carolien

- Geneeskunde is niet meer monodisciplinair > dat vraagt om een andere manier van werken (maar ook bijvoorbeeld organisatiestructuur en antwoord op de vraag 'wat is nu mijn team?')
- Hoe kunnen we minder allemaal het wiel uitvinden? Welke rol hebben bijv FMS, V&VN, etc?
- We moeten als zorgprofessionals anders gaan kijken naar ons beroep. Het verbeteren van onze werkzaamheden en werkwijze moet integraal onderdeel zijn.
- Feedback organiseren is stap één. Realiseren dat feedback ook spannend kan zijn omdat het gauw het gevoel van 'falen' aanspreekt.
- Veilige cultuur is belangrijk, leider die zich kwetsbaar durft op te stellen. En niet denken vanuit concurrentie.
- Bij de voorkeur selecteren van medewerkers maar ook zorgteamleden. Teamleden ook bevragen op hun rol in het team en desnoods ook wisselen als het niet bijdraagt aan de beweging.

Key-messages uit break-out o.l.v. Jeanette

- Bij Isala werkten ze net als bij LUMC ook obv vrijwilligheid. Nu maken ze de stap naar een drie eenheid: medisch leider, organisatorisch leider en verpleegkundig leider.
- Sommige aandoeningen gaan haast vanzelf, hoeft je weinig moeite voor te doen.
- Het gaat niet alleen om 'hoe krijg ik de enthousiastelingen/kartrekkers mee'. Het gaat juist ook om 'hoe krijg ik de critici/karhangers' mee?
- Visie / Plannen zijn soms top down gemaakt, dit zorgt niet voor draagvlak
- Team en rollen binnen een team zijn belangrijk, drijfveren scan om kleuren van medewerkers in kaart te brengen
- Het wegvallen van één persoon uit een team kan resulteren in het uit elkaar vallen van het team. Mogelijke remedie is het benoemen van dubbele rollen, of 2e krachten van mensen benoemen. Dat deze bij/in kunnen springen indien nodig.
- Rollen. Verantwoordelijkheden benoemen en vanuit daar verder. Lastig wanneer je een team moet sturen en wanneer je moet durven los te laten
- Scans/ inzicht in ... Als 'cadeautjes' brengen, in plaats van iets erbij.
- Kort cyclisch verbeteren, houd het klein (maar denk wel groots!)
- Je moet misschien ook iets doen aan je eigen verwachtingspatroon
- Benoemen waarom zit 'ik' bij het team, activiteiten samen opstellen en namen hierbij laten plaatsen
- Niet alleen inhoud, maar kennismaken met de persoon is ook relevant. Bijvoorbeeld: drie dingen noemen waar één niet waar van is; of noem één feit dat niemand weet in de ruimte; etc...
- Geen plan is ook een plan
- Pas je plan tussendoor aan

Key-messages uit break-out o.l.v. Marian

- Urgentie is het allerbelangrijkst. Als de urgentie gevoeld wordt, dan kan het plan

helpen om de groep aan het verbeteren te krijgen.

- Het 7-fasen model zoals ontwikkeld door KU Leuven (zie 'extra documenten') lijkt een goede methode om multidisciplinaire teams te ondersteunen in de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van de organisatie van een zorgproces. Er is ook een doorontwikkeling van dat document voor 'in de keten'.
- Ondanks een goed plan kan verandering toch niet plaatsvinden door een gebrek/belemmering in één van de andere componenten in het model van Knoster.
- WGZ in een programma-aanpak kan een kapstok zijn om andere projecten (gepast gebruik, JZOJP, Samen Beslissen, Registratie aan de Bron, etc.) aan op te hangen.
- Een plan kan ook dienen om eerst met het team te kijken waar behoefte aan is, als soort van thermometer.
- Het plan is maatwerk en wordt ingegeven door de lokale situatie van het zorgteam.

Conclusie

- Een plan helpt je om als adviseur samen met teams de slag te maken naar continu leren en verbeteren;
- Een plan is dynamisch en zeker niet universeel toepasbaar;
- Een plan kan ook zijn om geen plan te hebben, maar bijvoorbeeld aan de hand van een thermometer
- Volgens het model van Knoster leidt het ontbreken van een plan tot chaos. Dit wordt (nog) niet door de deelnemers van de Rondetafel zo ervaren, mogelijk omdat men gewoonweg nog niet toe is aan een plan. De deelnemers aan de Rondetafel beschrijven eerder verwarring, weerstand en frustratie door gebrek aan/belemmeringen in de respectievelijke componenten 'visie', 'urgentie' en 'middelen'.
- De componenten van het model van Knoster hangen sterk met elkaar samen.

Extra documenten:

Tijdens de bijeenkomst, de deelsessies en in de chat werden verschillende extra referenties en documenten gedeeld/gevraagd. Zie hieronder:

- Klik op deze [link](#) om naar het Linnean werkbezoek aan Isala te gaan. Vanaf 00:06:21 licht Marieke de Boer het plan van Isala toe;
- De Linnean werkgroep Versnelling WGZ ontwikkelt een handreiking voor met WGZ startende teams. Een onderdeel van die handreiking is 'Een goede voorbereiding' waarin vijf *must-haves* en vijf *nice-to-haves* worden beschreven. *Must-haves* moeten aanwezig zijn; indien niet aanwezig is de kans op een succesvol WGZ traject (erg) gering. *Nice-to-haves* zijn niet essentieel, maar kunnen de start van WGZ invoering in de praktijk enorm versnellen. De *must-haves* en *nice-to-haves* staan puntsgewijs beschreven in bijlage 1 (onderaan dit document). De volledige handreiking wordt in de zomer 2021 verwacht.
- Het Netwerk Klinische Paden, gelieerd aan de KU Leuven, heeft een 7 fasenmodel ontwikkeld voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden. De 7-fasenmethodiek werd uitgewerkt om multidisciplinaire teams te ondersteunen in de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van de organisatie van een zorgproces. Meer informatie is te vinden op: <https://nkp.be/zorgpaden/methodologie>
- De 'factsheet' waarmee LUMC de overlegroutine vastlegt voor het verbeteroverleg is [hier](#) te downloaden.
- In de presentatie van Carolien Lagers-Dresselhuys kwam ook het verbeterbord kort ter sprake. Het template verbeterbord download je [hier](#).

Volgende bijeenkomst: 15 juni 2021 9:00-10:30 uur

Het werd meerdere keren duidelijk dat het lastig is om de componenten van het model van Knoster los van elkaar te zien. Zo vloeiden gesprekken makkelijk over in de componenten *Visie & Urgentie*. En juist over die thema's gaat de volgende Rondetafel. Heel graag nodigen we u dan ook uit voor de volgende bijeenkomst op dinsdag 15 juni 2021 om 9:00-10:30 uur

via Zoom. U kunt zich aanmelden via linnean@zinl.nl.

Vele handen maken licht werk. Wij prijzen ons gelukkig met co-organisatoren Jeanette van Capelleveen en Femke Vlems. Mocht u ook willen meedenken en helpen bij de voorbereiding, dan horen wij dit graag via linnean@zinl.nl.

Ook zijn wij benieuwd naar welke spreker u graag zou willen horen. Uit de eerste inventarisatie kwamen ideeën als de Patiëntenfederatie, de ouderenzorg, GGZ of een compleet andere sector zoals de politie naar voren. Houdt wel rekening met de thema's Visie & Urgentie in dezen.

Bijlage 1: Puntsgewijze opsomming must-haves en nice-to-haves

Must-haves

- De doelen van het waardegedreven zorg traject zijn helder en haalbaar en worden gedeeld door de teamleden
- De 'medische' conditie en doelgroep is bepaald
- Multidisciplinair kernteam is betrokken
- Een gevoel van urgentie geeft aan dat de status quo niet langer hanteerbaar is
- Er is toezegging op voldoende IT-ondersteuning

Nice-to-haves

- Er zijn middelen toegezegd en beschikbaar
- Er is inzicht en afstemming in relevante uitkomsten sets en de daarbij horende meetinstrumenten
- Er is ruimte en een cultuur om te experimenteren en te verbeteren.
- Er zijn IT-faciliteiten reeds in de organisatie beschikbaar
- Interne stakeholders (bestuur, management, medische staf) zijn positief aangehaakt en/of toegewijd.