



VAN METEN NAAR VERBETEREN

Samen komen tot beter doen

VAN METEN NAAR VERBETEREN

Samen komen tot beter doen

TEKST LOC

Utrecht, december 2009

VORMGEVING EN PRODUCTIE VaDeHa Communicatie bv, Haarlem, www.vadeha.nl

Deze uitgave is te bestellen door overmaking van € 5 op rekeningnummer 4088175 van stichting LOC te Utrecht, onder vermelding van '2010-03, van meten naar verbeteren', naam-/adresgegevens en het aantal exemplaren.

Deze uitgave is mede mogelijk gemaakt door het ministerie van VWS.

Deze brochure is tot stand gekomen door samenwerking van:



Inhoud

Welkom	6
Vorbereiding	9
Programma	11
• Programma werkwijze 'van meten naar verbeteren'	13
• Stap 0	14
• Stap 1	14
• Stap 2	15
• Stap 3	16
• Stap 4	16
• Stap 5	17
• Stap 6	18
• Stap 7	19
• Stap 8	20
• Stap 9	21
• Stap 10	22
• Stap 11	22
Tips	23
Bijlagen	27

Welkom

In dit bijzondere boekwerkje dat gaat over hoe je *samen* de zorg verbetert. En dan hebben we het over de:

- cliënten en/of cliëntenraad;
- medewerkers zoals verzorgenden, verpleegkundigen, kwaliteitsmedewerkers en/of de specialist ouderengeneeskunde;
- managers zoals locatiehoofd, sectormanager en/of algemeen directeur;
- anderen die bij de zorg aan cliënten betrokken zijn bijvoorbeeld: de voedingsassistente, de activiteitenbegeleider, de kok of iemand van de facilitaire of paramedische dienst zoals de fysiotherapeut.

De inhoud van het stappenplan dat nu voor u ligt, kwam ook op een bijzondere manier tot stand. Drie zorgorganisaties namen de proef op de som met een andere, nieuwe werkwijze. De cliënten en cliëntenraad, de medewerkers en het management maakten samen en in één middag een concreet verbeterplan. Doel van het stappenplan was één onderdeel van de zorg te verbeteren en daarmee de kwaliteit van leven voor de cliënten. In alle zorgorganisaties zijn daarvoor de uitkomsten van kwaliteitsonderzoek gebruikt. Daarmee wordt regelmatig gekeken of de kwaliteit van de zorg goed is. Dat gebeurt met behulp van het Kwaliteitskader verantwoorde zorg*.

CONCLUSIE

En wat is de conclusie van de deelnemers?

Het is bijzonder om met *elkaar* na te denken over hoe het beter kan. "Dat doen we normaal nooit. En het helpt echt om dingen van verschillende kanten te bekijken. Daardoor kom je tot betere oplossingen". Zo luidde de meest opvallende reactie in alle drie de organisaties.

Ieder deed ook zo zijn eigen voordeel met deze werkwijze.

- De cliënten en cliëntenraad hebben heel directe invloed op verbeterplannen.
- Zorgmedewerkers zien dat hun registraties niet voor niets zijn: die geven een beeld van de zorg. En daar kun je zelf écht iets mee doen. Ook hebben zij vanuit hun dagelijkse contacten zicht op wat cliënten nodig hebben en willen.
- Andere medewerkers, zoals de specialist ouderengeneeskunde, de voedingsassistente of de activiteitenbegeleider, brengen hun eigen specifieke en noodzakelijke kennis in.
- Managers werken aan een concreet plan waar mensen in de organisatie achter kunnen staan. Daardoor kan het beter slagen.

OOK AAN DE SLAG?

In dit boekwerkje leggen we kort en bondig uit hoe ook andere zorgorganisaties aan de slag kunnen. Eerst gaan we in op de *voorbereiding*, wat is er nodig om zo'n ochtend of middag te organiseren?

Dan is er een overzicht van de *werkwijze*, welke stappen loop je samen door?

Er volgen ook nog enkele *tips*, wat helpt om de ochtend of middag tot een succes te maken?

En tot slot zijn er bijlagen met vragen en toelichtingen die je bij deze werkwijze kunt gebruiken.

Met deze ingrediënten kun je vervolgens samen aan de slag om tot echte verbeteringen te komen in de dagelijkse praktijk.

In opdracht van de landelijke organisaties in de zorg ontwikkelde Perspekt deze methodiek. Perspekt is een onafhankelijk en geaccrediteerd kwaliteitsinstituut. Het draagt bij aan verbetering van de zorg vanuit het perspectief van de cliënt.

We bieden de methodiek nu met veel plezier aan. Ook horen we graag over uw ervaringen. Tot slot willen we de zorgorganisaties die de aftrap deden hartelijk danken voor hun moed en inzet!

Veel succes gewenst!

ActiZ Brancheorganisatie voor zorgondernemers

Branchebelang Thuiszorg Nederland

LOC Zeggenschap in zorg

Sting Landelijke beroepsvereniging verzorging

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

Verenso Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde

* Het gaat om onderzoek in het kader van het 'Kwaliteitskader normen verantwoorde zorg', waarbij elk jaar de zorginhoudelijke indicatoren worden getoetst. Dan gaat het onder meer over het voorkomen van: decubitus, valincidenten, medicijnfouten. Elke twee jaar wordt bovendien aan cliënten gevraagd hoe tevreden zij zijn over de zorg. Dat gebeurt met de zogeheten CQ-index. Dat is een vragenlijst die cliënten of hun vertegenwoordigers invullen. De zorgorganisatie krijgt op basis van een score verschillende sterren toegewezen voor de verschillende onderdelen van de zorg. Die uitkomsten (prestatie-indicatoren) zijn gebruikt bij het maken van de verbeterplannen.

A large, stylized green checkmark graphic is positioned on the left side of the slide, extending from the top to the bottom. The word 'Voorbereiding' is written in white, sans-serif font across the middle of the checkmark.

Voorbereiding

VOORBEREIDING

Vorbereiding

Om met elkaar in één dagdeel tot een concreet verbeterplan te komen, moeten een paar dingen op een locatie worden georganiseerd. Dat zijn:

- Een centrale ruimte waar je samen rustig kunt zitten;
- Meerdere kleine ruimtes waar je in groepjes van in elk geval drie personen kunt werken;
- Een opstelling in de centrale ruimte waardoor iedereen elkaar goed kan zien (tafels in een U-vorm, vierkant of een ronde tafel) ingericht op een groepsgrootte van 10 tot 12 mensen;
- Flap-over met stiften;
- Kopieën voor alle deelnemers met de uitkomsten van het laatste kwaliteitsonderzoek van de locatie (prestatie-overzicht);
- Een grote verzameling foto's of ander beeldmateriaal van heel uiteenlopende onderwerpen, zoals: bloemen, mensen in allerlei situaties, abstracte illustraties, voorwerpen etc.
- Een tafel in de centrale ruimte om het beeldmateriaal op uit te leggen;
- Groene en rode kaarten (A5) van stevig karton;
- Iemand van buiten de locatie vragen om de werkbijeenkomsten te begeleiden (zie hiervoor ook de competenties zoals genoemd onder het kopje 'Begeleiding', pagina 24);
- Iemand vragen om een verslag te maken van de bijeenkomst;
- Exemplaren van het Kwaliteitskader verantwoorde zorg.

In sommige organisaties wordt gewerkt met het programma PIA. Dat is een instrument van kwaliteitsinstituut Perspekt. Het is toegankelijk via internet. Het is een hulpmiddel om de uitkomsten van onderzoek te analyseren en tot verbeterdoelen en -acties te komen. Als dit instrument in de organisatie wordt gebruikt, dan is het aan te bevelen om het bij de bijeenkomst in te zetten. Het voordeel daarvan is dat de stappen die in de bijeenkomst worden gezet meteen worden geregistreerd. Ze zijn daarmee onderdeel van het verbeterplan. Als PIA wordt gebruikt dan zijn ook nodig:

- laptop;
- beamer;
- internetverbinding;
- printer.

A large, bold, red letter 'P' is positioned on the left side of the page, partially overlapping the word 'Programma'. The letter is stylized with a thick stroke and a rounded top. The background is a solid grey color.

Programma

PROGRAMMA

Programma

De verschillende deelnemers aan de werkmiddag of -ochtend krijgen ter plekke een overzicht van het programma. We werken de verschillende onderdelen hierna stap voor stap uit. Dit is het hele programma.

Het hoeft natuurlijk niet, maar met elkaar nog wat napraten met een drankje en hapje helpt om te onderstrepen dat je een gezamenlijke stap hebt gezet.

Degene die de ochtend of middag organiseert, zorgt ervoor dat duidelijk is wie verantwoordelijk is voor welk onderdeel. Is dat bijvoorbeeld de onafhankelijke begeleider, het management of de kwaliteitsmedewerker? Bij de uitwerking van de stappen staan daarvoor ook suggesties.

PROGRAMMA WERKWIJZE 'VAN METEN NAAR VERBETEREN'

STAP 0 Kies een plaatje	10 minuten	pagina 14
STAP 1 Welkom en spelregels	10 minuten	pagina 14
STAP 2 Kennismaking	20 minuten	pagina 15
STAP 3 Opzet van de ochtend/middag	15 minuten	pagina 16
STAP 4 Presentatie van de uitkomsten van onderzoek (indicatoren)	15 minuten	pagina 16
STAP 5 Selectie van de uitkomsten (groepjes)	15 minuten	pagina 17
PAUZE		
STAP 6 Analyseren van de oorzaken van de uitkomsten (groepjes)	15 minuten	pagina 18
STAP 7 Inventariseren van globale oplossingen (samen)	15 minuten	pagina 19
STAP 8 Formuleren van verbeterdoelen (samen)	15 minuten	pagina 20
STAP 9 Formuleren van verbeteracties (samen)	15 minuten	pagina 21
STAP 10 Maken van vervolgspraken (samen)	10 minuten	pagina 22
STAP 11 Evaluatie en napraten	5 minuten	pagina 22

STAP 0

KIES EEN PLAATJE

DOEL
HOE VEEL TIJD?
WIE DOET DIT?
WAT DOEN WE?

Uitwisselen van ieders beeld bij wat 'wat kwaliteit van leven' is.
Vanaf 10 minuten voor aanvang.
De onafhankelijke begeleider.
Nodig alle deelnemers bij binnenkomst uit om een plaatje te kiezen uit de verzameling.
Vraag om een plaatje te kiezen dat voor hen iets te maken heeft met de kwaliteit van leven van cliënten

STAP I

WELKOM EN SPELREGELS

DOEL
HOE VEEL TIJD?
WIE DOET DIT?
WAT DOEN WE?

Regels afspreken over hoe je met elkaar omgaat.
10 minuten.
Bij voorkeur het management.
Heet alle deelnemers van harte welkom. Ga nog even in op het doel van de bijeenkomst. Waarom willen we dit? Zijn er vragen over?
Dan zijn er spelregels die helpen om de samenwerking efficiënt en plezierig te maken. Lees ze hardop voor.

De spelregels:

- We luisteren naar elkaar;
- We kunnen onze standpunten parkeren;
- We besluiten op basis van consensus;
- We leggen de nadruk op mogelijkheden en niet op onmogelijkheden;
- We analyseren de problemen en denken dan pas na over oplossingen;
- We passen oplossingen toe waar ze relevant, wenselijk en haalbaar zijn;
- We spreken af dat wat we willen doen ook gebeurt.

Cliënt: "Ik koos een bospad, omdat ik buiten veel inspiratie opdoe en nadenk. Ook over de dingen om mij heen. Bijvoorbeeld over hoe de thuiszorg werkt. Ik probeer te vertellen wat er niet goed gaat, om daarmee mensen ook te helpen."

De één na laatste spelregel betekent dat oplossingen voor verschillende onderdelen van een organisatie kunnen gelden, zoals:

- de individuele cliënt;
- de locatie;
- het zorgconcern.

Natuurlijk zullen er vaak verbanden zijn. Wat op de locatie beter kan, geldt misschien ook op het niveau van de individuele cliënt. Nu is het voor de werkwijze belangrijk om te focussen. Kies één concreet verbeterpunt dat op een bepaald niveau speelt. Dat is om mee te beginnen. Je kunt daarna altijd nog kijken waar die verbetering nog meer mee te maken heeft. Daarvoor kun je ook een andere werkdag of -middag regelen.

STAP 2

KENNISMAKING

DOEL
HOE VEEL TIJD?
WIE DOET DIT?
WAT DOEN WE?

Elkaars visie op 'kwaliteit van leven' leren kennen.

20 minuten.

De onafhankelijke begeleider.

Laat iedereen vertellen wat zijn naam is. Hoe is hij of zij betrokken bij de zorgorganisatie? Nodig iemand ook uit om te vertellen over het plaatje dat hij uitkoos. Stel daarbij de vraag: wat zegt dat plaatje over hoe *jij* kijkt naar kwaliteit van leven voor cliënten.

Hebben anderen daar nog vragen over? Stel ze vooral aan elkaar!

Tot slot is er nog één vraag voor de manager of de directeur: lijken de visies die je hoorde op de visie van de zorgorganisatie?

STAP 3

OPZET VAN DE OCHTEND/MIDDAG

DOEL
HOE VEEL TIJD?
WIE DOET DIT?
WAT DOEN WE?

In het kort het programma doornemen en ruimte maken voor vragen daarover.

15 minuten.

De onafhankelijke begeleider.

In het kort vertellen hoe de bijeenkomst concreet in elkaar zit, dat is:

- Een korte presentatie van de resultaten van het kwaliteitsonderzoek dat in de zorgorganisatie is gedaan. Dat gebeurt aan de hand van het prestatie-overzicht van de locatie.
- Een selectie maken: op welke punten willen we verbetering?
- Analyseren: waarom gaat het nu goed of niet?
- Samen kijken naar mogelijke oplossingen: wat is er nodig en mogelijk?
- Oplossingen praktisch vertalen naar een verbeterplan: wat gaan we doen en wie doet wat?
- Welke vervolgspraken kunnen we maken: hoe zorgen we ervoor dat het gebeurt?

STAP 4

PRESENTATIE VAN DE UITKOMSTEN VAN ONDERZOEK (INDICATOREN)

DOEL
HOE VEEL TIJD?
WIE DOET DIT?
WAT DOEN WE?

Iedereen inzicht geven in de score van de locatie.

15 minuten.

Directie/manager. Of kwaliteitsmedewerker/beleidsmedewerker.

De resultaten van het onderzoek naar de kwaliteit van zorg zijn voor iedereen gekopieerd en uitgedeeld. Geef een toelichting op de uitkomsten voor de eigen locatie. Wat gaat er goed. Waar scoort de zorgorganisatie minder?

Zijn er vragen?

Verzorgende: "Ik koos voor een plaatje met heel veel handen, omdat je samen moet zorgen voor kwaliteit van zorg."

STAP 5

SELECTIE VAN DE UITKOMSTEN

DOEL
HOE VEEL TIJD?
WIE DOET DIT?
WAT DOEN WE?

Samen komen tot een selectie van drie verbeterpunten.

15 minuten.

De onafhankelijke begeleider.

Uit de resultaten van het onderzoek worden drie verbeterpunten gekozen. Dat gebeurt bij voorkeur in groepjes van drie. De groepjes moeten zo gemengd mogelijk zijn, bijvoorbeeld: een cliënt, een activiteitenbegeleider en een manager. Of: een cliëntenraadslid, een specialist ouderengeneeskunde en een verzorgende. Zij zoeken elke een eigen ruimte om in te werken. De groepjes krijgen 10 minuten om te komen tot de selectie van een top 3.

Hoe maak je een selectie? Kies bijvoorbeeld die onderdelen van de uitkomsten die:

- een slechte score geven;
- vaker minder goed scoren;
- nu slechter blijken te zijn dan bij vorig onderzoek;
- volgens de visie van de zorgorganisatie heel belangrijk zijn;
- urgent zijn: als we dit niet doen, dan zijn de gevolgen voor de cliënt ingrijpend;
- urgent zijn: als we dit niet doen, dan zijn de gevolgen voor financiering ingrijpend.

Elk groepje kiest een top 3. Welke drie verbeterpunten wil je nu aanpakken?

Zie verder bijlage 1 : Selectie maken van indicatoren.

Na 10 minuten komt iedereen weer samen. Ieder groepje noemt zijn top 3. De begeleider schrijft alle verbeterpunten op een flap-over. Hij turt hoe vaak een verbeterpunt wordt genoemd. Welke worden het vaakst genoemd?

Als de meningen verdeeld zijn over welk verbeterpunt moet worden aangepakt, dan wordt er gestemd. Wie is er voor of tegen een bepaald verbeterpunt? Met de groene kaart of rode kaart laten deelnemers zien of zij voor of tegen zijn.

Teamcoördinator: “Ik koos voor een plaatje van vogels in het water. Dat gaat over veiligheid, over samenzijn en elkaar nodig hebben. Maar ook over rust en luisteren naar je wensen en behoeften.”

Hier is het belangrijk om een aantal spelregels extra in de gaten te houden:

- we besluiten op basis van consensus
- we luisteren naar elkaar
- we kunnen onze standpunten
- we gaan uit van mogelijkheden

Er moet een gezamenlijke keuze zijn voor één verbeterpunt. Omdat dit niet het enige verbeterpunt hoeft te zijn, kunnen andere ook later nog worden opgepakt. Als er meer is dat beter kan, dan zou vaker op deze manier een plan kunnen worden gemaakt.

PAUZE

Na anderhalf uur hard werken is het tijd voor 15 minuten pauze.

STAP 6

ANALYSEREN VAN DE OORZAKEN VAN DE UITKOMSTEN

DOEL
HOE VEEL TIJD?
WIE DOET DIT?
WAT DOEN WE?

Samen onderzoeken waarom dingen niet goed gaan.

15 minuten.

De onafhankelijke begeleider.

Er is één verbeterpunt gekozen. Alle deelnemers gaan met elkaar na wat de oorzaken van dit probleem zijn. Dat gebeurt in dezelfde groepjes als bij stap 5. Probeer alléén naar redenen te zoeken hoe het komt dat dit deel van de zorg niet goed scoort. Ga niet op zoek naar oplossingen. Dat komt bij een volgende stap.

De analyse gebeurt door een aantal vragen te stellen:

- Is het punt dat verbeterd moet worden voor iedereen herkenbaar?
- Zijn er andere bronnen die dit onderbouwen (is het ook gebleken uit eerder onderzoek, zijn er klachten etc.)
- Wat kan de score te maken hebben met wat de zorgorganisatie doet? (bijvoorbeeld: doet die iets minder goed dan zou kunnen? Wat dan?)

- Wat kan de score te maken hebben met wat medewerkers doen? (bijvoorbeeld: doen zij iets minder goed dan zou kunnen? Wat dan?)
- Waar ontbreekt het aan in de organisatie, waardoor deze zorg minder goed is? (bijvoorbeeld: is er niet voldoende samenwerking, afstemming?)
- Waar in de organisatie merk je het meest dat dit onderdeel van de zorg niet goed werkt?
- Wie heeft er het meeste last van?
- Wanneer merk je het meest dat dit onderdeel van de zorg beter kan?
- Wat gaat er juist wel goed met dit deel van de zorg? Wat moet je verbeteren? Wat moet je koesteren?
- Conclusie: wat zijn nu de belangrijkste oorzaken dat de zorgorganisatie minder goed scoort op dit punt?

Zie verder bijlage 2: Analyseren van oorzaken.

STAP 7

INVENTARISEREN VAN GLOBALE OPLOSSINGEN

DOEL
HOE VEEL TIJD?
WIE DOET DIT?
WAT DOEN WE?

Samen inventariseren wat mogelijke oplossingen zijn.

15 minuten.

De onafhankelijke begeleider.

Iedereen komt weer terug in de centrale ruimte. Met elkaar ga je na wat de analyse aan inzichten heeft opgeleverd. Waar in de organisatie kan er verbeterd worden?

Zijn oorzaken vooral te vinden in:

- Middelen (dat wat je nodig hebt om je taak goed te kunnen doen, zoals: tijd, informatie).
- Medewerkers (de mensen die nodig zijn om de zorg goed te kunnen doen).
- Omgeving (de factoren buiten de organisatie die van invloed zijn op het goed kunnen uitoefenen van je taken, zoals: overheidsfinanciën).
- Management/organisatie (de leiding en de structuur die nodig is om het werk goed te organiseren).

Specialist ouderengeneeskunde: “Ik koos een plaatje met allemaal rode daken onder de zon. Je kunt niet zien wat er daar onder in die huizen gebeurt. Wij zien vaak ook niet wat er bij bewoners gebeurt. Daar kan meer aandacht voor zijn. Ook voor de zorg begint. Weten wie zij zijn.”

Op basis van de analyse kom je tot globale oplossingen. De begeleider vraagt elk groepje die globale oplossingen weer te geven. Hij leidt het gesprek (let op de spelregels!). Stelt vragen. Plaatst hier en daar een kritische opmerking. Het is bijvoorbeeld verleidelijk om factoren in de omgeving als dé oorzaak van problemen te noemen. Er is te weinig geld, dus te weinig tijd en dus geen goede zorg. Hoe redelijk misschien ook, het helpt niet als je wilt komen tot een concreet verbeterplan. Het is dus goed om die factoren te noemen, maar zet het daarmee niet vast. Blijven kijken naar de *mogelijkheden* is één van de spelregels. Verder is het belangrijk om in de gaten te houden dat oplossingen vaak veel simpeler kunnen zijn dan we denken. Onder het kopje 'oplossingen' op pagina 25 staan nog een paar tips daarover.

Zie verder bijlage 3: Visgraatdiagram.

STAP 8

FORMULEREN VAN VERBETERDOELEN

DOEL
HOE VEEL TIJD?
WIE DOET DIT?
WAT DOEN WE?

Globale oplossingen vertalen in concrete doelen die tot verbetering leiden.
15 minuten.

De onafhankelijke begeleider.

De gezamenlijke analyse is gemaakt en er is zicht op globale oplossingen. Nu ga je met elkaar na wat er concreet met die globale oplossingen gedaan kan worden:

- Waar in de organisatie gaan we wat verbeteren?

De onafhankelijke begeleider formuleert steeds welke concrete punten worden genoemd. Hij vraagt of dat voor alle deelnemers klopt.

- Is dit inderdaad wat we willen verbeteren?
- Draagt dit bij aan de kwaliteit van leven van cliënten?

Zie verder bijlage 4: Formuleren van verbeterdoelen.

STAP 9

FORMULEREN VAN VERBETERACTIES

DOEL
HOE VEEL TIJD?
WIE DOET DIT?
WAT DOEN WE?

Concrete doelen vertalen in concrete acties.

15 minuten.

De onafhankelijke begeleider.

De verbeterdoelen zijn duidelijk. Nu volgt de concrete vraag naar welke acties nodig zijn: waar in de organisatie verbeteren we wat, en hoe?

De begeleider formuleert steeds welke concrete punten worden genoemd. Hij vraagt of dat voor alle deelnemers klopt.

- Is dit de belangrijkste actie om tot verbetering te komen?
- Wat zijn de echte hoofdacties en wat subacties?
- Is er meer?
- Is het voor iedereen duidelijk?

Als de verbeteractie helder is, dan is het belangrijk om te kijken of die ook SMART is. Dat wil zeggen:

- S** = specifiek: we weten wat we willen bereiken en hoe dat bijdraagt aan de kwaliteit van leven van cliënten.
- M** = meetbaar: we kunnen nagaan of het bereikt is.
- A** = acceptabele werkwijze: de werkwijze past binnen de visie van de organisatie.
- R** = realistisch: er is voldoende tijd, er is hulp en ondersteuning beschikbaar.
- T** = tijdgebonden: er zijn duidelijke afspraken over de start en wanneer het klaar is.

Leidinggevende: "Ik koos een plaatje van een mooie vrouw. Door het plaatje loopt een scheur. Dat laat zien dat ik me ook wel eens zo verknipt voel. Er zijn belangen van medewerkers, cliënten en organisatie. Maar ik weet dat we ze bij elkaar kunnen brengen. En dan komt er weer een mooie, hele vrouw tevoorschijn."

STAP IO

MAKEN VAN VERVOLGAFSPRAKEN

DOEL
HOE VEEL TIJD?
WIE DOET DIT?
WAT DOEN WE?

Afspraken maken over wie de verbeteracties gaan uitvoeren en wie verantwoordelijk zijn.
10 minuten.

De onafhankelijke begeleider.

Concrete afspraken maken:

- Wat is de verbeteractie?
- Wie gaat wat aanpakken?
- Wanneer is het afgerond?

Ze worden vastgelegd in het verslag van de bijeenkomst.

Als een organisatie het programma PIA gebruikt, dan kunnen de afspraken daarin komen. Dat helpt om op koers te blijven en te zien wat gedaan is en wat nog moet. Ook is dan zichtbaar welke andere verbeteracties er lopen. Of afspraken nu in een verslag of in een computerprogramma komen, alle deelnemers hebben ook na deze bijeenkomst een eigen verantwoordelijkheid. Houd bij elkaar de vinger aan de pols: doen we wat we hebben afgesproken? Zo nee, wat gaan we daaraan doen? Zo ja, weten we dat ook van elkaar? Maak afspraken over wie eindverantwoordelijk is. De werkwijze 'Van meten naar verbeteren' is kort en overzichtelijk. Dat maakt het aantrekkelijk om vaker op deze manier met elkaar te werken aan verbeteringen. Het inspireert en zoals veel deelnemers zeiden: "Zorgen voor goede zorg moet je samen doen."

Mooie prestaties zijn er om te vieren. Een gezamenlijke afsluiting met hapje en drankje is zeker aan te bevelen!

STAP II

EVALUATIE EN NAPRATEN

DOEL
HOE VEEL TIJD?
WIE DOET DIT?
WAT DOEN WE?

Samen nagaan hoe de bijeenkomst verliep: wat was goed en wat ging minder goed?
5 minuten.

De onafhankelijke begeleider.

Bespreek kort met elkaar wat iedereen van de werkwijze vond.

Concrete vragen daarbij kunnen zijn

- Wat ging goed?
- Wat kan er anders?
- Wat kan er beter?
- Willen we dit vaker?



Tips

TIPS

Tips

De methodiek 'Van meten naar verbeteren' is overzichtelijk. Hij is in korte tijd uit te voeren en leidt tot concreet resultaat. Hier zijn nog enkele tips die helpen om het tot een echt succes te maken.

BEGELEIDING

Een voorwaarde voor goede begeleiding is onafhankelijkheid. De persoon die de middag begeleidt moet zelf geen belang hebben bij de uitkomsten. Het kan iemand zijn van buiten de organisatie. Maar ook iemand die werkzaam is op een andere locatie. Een begeleider beschikt over een aantal kwaliteiten: vragen kunnen stellen, door kunnen vragen, samenvatten, kritisch zijn, de tijd bewaken zodat gesprekken niet al te zeer uitwijden en toch flexibel zijn en ruimte geven. Verder is het belangrijk dat hij niet alleen de bijeenkomst goed begeleidt, maar ook de inhoud van de zorg kent.

Kijk ook of er in de kleine groepjes steeds iemand is die het gesprek enigszins kan leiden, zodat de groepjes efficiënt kunnen werken. Landelijke organisaties als Perspekt en LOC hebben ervaring met en informatie over begeleiding van verbetertrajecten.

SPELREGELS

We raken vaak zo op dreef dat we de spelregels uit het oog verliezen. Spreek elkaar daarom vriendelijk aan als je merkt dat:

- er beter naar elkaar geluisterd kan worden;
- iemand erg volhardend is in een standpunt en dat niet bijdraagt aan het gesprek;
- de aandacht steeds uitgaat naar wat er niet kan in plaats van wat er wel kan.

Let ook op dat er niet te veel en te lang wordt stilgestaan bij een bepaald onderwerp. Het is belangrijk om de tijd te bewaken zoals aangegeven bij deze methodiek. Dat houdt ook de vaart in de gesprekken en de werkvormen.

ANALYSE

In de praktijk van alle dag zijn we altijd op zoek naar oplossingen voor problemen. In deze bijeenkomst gaat het er om dat niet meteen te doen. Steeds blijkt dat verbeteracties niet werken, omdat niet duidelijk is hoe problemen ontstaan. De stap van de analyse wordt overgeslagen. Oplossingen worden snel bedacht en zijn niet altijd effectief. Dat kost veel tijd, geld en frustratie. In deze werkwijze is met opzet tijd gemaakt voor analyse. Die is niet erg lang. Neem dus die tijd om ook echt te analyseren. De oplossingen volgen daarna.

OPLOSSINGEN

Zoeken naar adequate oplossingen is een kunst. Weet de receptioniste niet goed wat zij op vragen van cliënten moet antwoorden? Dan kan het logisch lijken dat ze op cursus gaat. Maar misschien is er een veel simpelere en goedkopere oplossing? Is er iemand in de organisatie die haar de juiste informatie kan geven? Zoek binnen de organisatie naar wat er anders kan. Doe dat vooral ook met de mensen en middelen die er zijn. Medewerkers kennen hun eigen werkprocessen heel goed. Ze weten vaak ook waarom dingen wel of niet goed lopen.

En ook bij samenwerken aan een verbeterplan is die kennis voorhanden. Maak daar gebruik van. Je hoeft dus niet steeds een werkbijeenkomst te organiseren om tot verbeteringen te komen.

A large, bold, blue stylized letter 'B' graphic that serves as a background element on the left side of the page. It has a modern, rounded font style.

Bijlagen

Bijlage I

SELECTIE MAKEN VAN INDICATOREN

OPDRACHT

Maak in drietallen een selectie van drie punten die verbeterd moeten worden.

De selectie kan plaatsvinden aan de hand van de volgende vragen:

1. Welke indicator scoort slecht / slechter dan verwacht?
2. Welke indicator moet gezien de visie van de organisatie op kwaliteit van leven verbeterd worden?
3. Welke indicator lijkt een structureel probleem weer te geven?
4. Voor welke indicator is er sprake van een hoge noodzaak of urgentie om te verbeteren?

Bijlage 2

ANALYSEREN VAN OORZAKEN

Gebruik bij het maken van de analyse ook de vragen uit het Kwaliteitskader verantwoorde zorg. Die gaan in op de wat de cliënt vindt van de zorg. Ook het kwaliteitsinstrument Prezo kan handig zijn. Dat is gericht is op de werkzaamheden van medewerkers.

OPDRACHT

Beantwoord in groepjes van drie de onderstaande vragen:

1. Is het probleem / de score herkenbaar?
2. Zijn er andere bronnen / meetgegevens in de organisatie aanwezig die de score onderbouwen? Te denken valt aan onderzoek anders dan het Kwaliteitskader, cliëntenpanels en klachten.
3. Wat doen medewerkers minder goed ten aanzien van deze indicator?
4. Wat doet de organisatie minder goed ten aanzien van deze indicator?
5. Aan welke instrumenten / middelen ontbreekt het in de organisatie om goed op deze indicator te kunnen scoren?
6. Waar speelt in de organisatie deze indicator de grootste rol / waar in de organisatie is het probleem het sterkst merkbaar?
7. Wanneer speelt het probleem een rol / wanneer is het probleem het sterkst merkbaar?
8. Welke omgevingsfactoren spelen een belangrijke rol?
9. Wat gaat juist goed ten aanzien van deze indicator en moet behouden blijven?
10. Wat zijn de belangrijkste oorzaken voor het minder goed scoren op deze indicator?

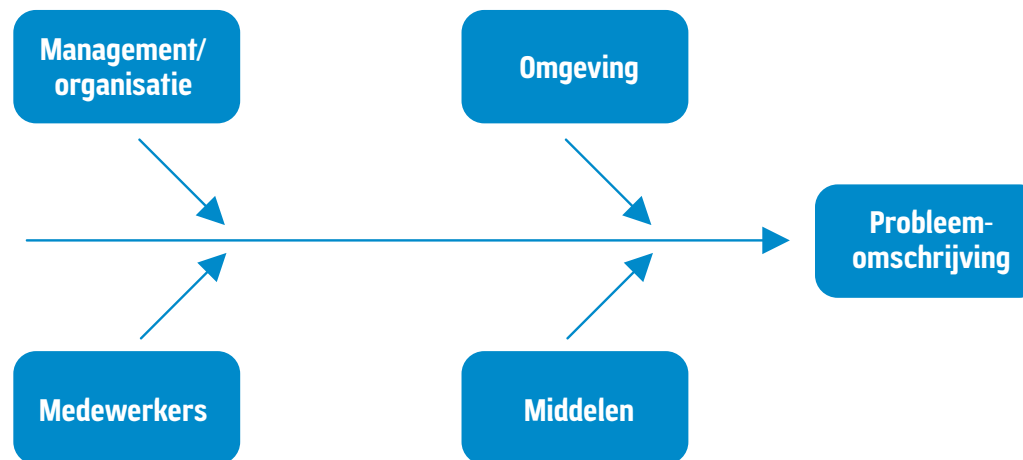
Bijlage 3

VISGRAATDIAGRAM

Om de oorzaken van een probleem te kunnen opsporen, moet je weten waar de problemen zich voordoen. Het visgraatdiagram helpt om daar samen zicht op te krijgen. Het is ook een manier om de belangrijkste oorzaken te vinden. Bij het analyseren van het probleem ga je steeds een stapje verder, zodat je de echte oorzaken vindt.

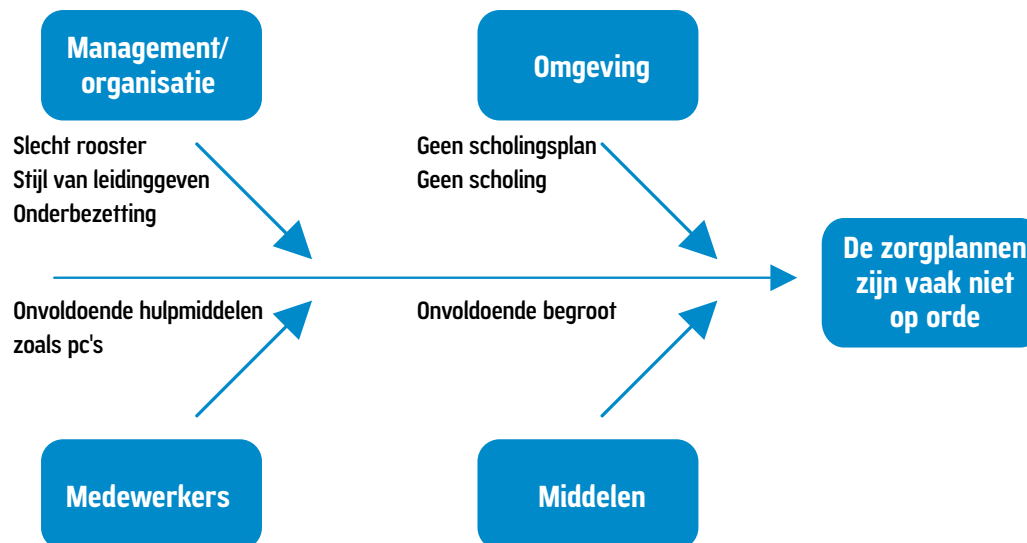
De veroorzakers van een probleem worden bij de methodiek 'Van meten naar verbeteren' ingedeeld in 4 categorieën:

Management/organisatie	Oorzaken gelegen in de manier van leidinggeven, organiseren en werken
Medewerkers	Oorzaken waaraan het menselijk handelen ten grondslag ligt
Middelen	Oorzaken gelegen in gebruikte materialen
Omgeving	Oorzaken gelegen in factoren buiten de organisatie



PROCEDURE

1. Teken het visgraatdiagram op een groot papier/flap-over.
 2. Schrijf daar het probleem op dat geanalyseerd wordt.
 3. Laat ieder groepje mogelijke oorzaken noemen voor het probleem. Laat ze daarbij ook aangeven in welke categorie deze thuishoren. Elke genoemde oorzaak wordt opgeschreven in het visgraatdiagram door eenvoudig een horizontale lijn te tekenen met daarboven de mogelijke oorzaak.
 4. Minder belangrijke oorzaken worden ook in het visgraatdiagram opgenomen.
 5. Als deelnemers geen mogelijke oorzaken meer kunnen noemen, dan bekijk je samen het diagram. Let op de volgende punten:
 - staan de mogelijke oorzaken bij de juiste categorie?
 - zijn bepaalde oorzaken afgeleiden van andere oorzaken?
 6. Ieder geeft nu aan wat uiteindelijk de meest waarschijnlijke oorzaak is.
 7. Per mogelijke oorzaak wordt daarover gestemd (gebruik de rode en groene stemkaarten). Het aantal 'stemmen' wordt bij iedere mogelijke oorzaak genoteerd. De oorzaak met de meeste stemmen wordt aangepakt.
- Als er meerdere oorzaken gelijk scoren, dan:
8. Neem je de drie oorzaken met de meeste stemmen (omcirkelen).
 9. Daarover wordt weer gestemd. Nu ontstaat een prioriteitenvolgorde.
 10. De oorzaak met de hoogste prioriteit wordt als eerste aangepakt.



Bijlage 4

FORMULEREN VAN VERBETERDOELEN

Goede, herkenbare, passende doelen stellen is belangrijk en zinvol. Goede doelen helpen bij het nemen van beslissingen. Ze geven richting aan het handelen in de organisatie.

Verbeterdoelen worden met de SMART-methode geformuleerd. Doelen zijn altijd:

S = specifiek

M = meetbaar

A = acceptabel

R = realiseerbaar

T = tijdgebonden

OPDRACHT

In drietallen probeer je samen één of meer verbeterdoel(en) te formuleren die zoveel mogelijk aan de SMART-criteria voldoen.

Bijlage 5

FORMULEREN VERBETERACTIES

Met concrete verbeteracties wordt de kans groter dat een verbeterdoel gerealiseerd wordt.

Een verbeteractie kent de volgende onderdelen:

- de naam / titel van de verbeteractie;
- een korte omschrijving;
- een prioriteit (hoog, middel of laag);
- wie verantwoordelijk is voor de uitvoering / uitwerking van de verbeteractie;
- wanneer de verbeteractie gerealiseerd moet zijn (beoogde einddatum);
- wanneer opnieuw gemeten wordt om te oordelen of het beoogde resultaat behaald is.

Zorgorganisaties die met PIA werken, kunnen deze verbeteracties tijdens de werkbijeenkomst direct invoeren.

