

Verslag werkconferentie ‘lessons (to be) learned’ FD Toolbox

Op 3 juli 2018 – georganiseerd door NFU en NVZ

Doel

Doel van de werkconferentie is het uitwisselen van kennis en ervaring inzake de Toolbox, met andere ziekenhuizen en met experts.

Intro

Speciaal voor de NVZ en NFU is de toolbox functiedifferentiatie ontwikkeld. Een slim instrument waarmee ziekenhuizen en umc's de effecten van functiedifferentiatie in kaart kunnen brengen. De Toolbox laat zien welke winst, zowel voor de patiënt als de verpleegkundige en de organisatie, de functiedifferentiatie oplevert. Verder is het dé manier om op meerdere momenten in de tijd een vergelijking te maken tussen ziekenhuizen en te kijken wat daarvan te leren valt.

Via de Toolbox wordt kwantitatief onderzoek gedaan. Daarover gaat deze werkconferentie. Daarnaast worden op termijn ook kwalitatieve onderzoeksinstrumenten ingezet.

Actuele ontwikkelingen

Op 4 juni jl. hebben branchepartijen het zogenoemde Hoofdlijnenakkoord ondertekend. Inhoud: samen met het ministerie van VWS wordt bekeken wat in de zorg nodig is, om daar in co-creatie afspraken over te maken. Bijvoorbeeld over de arbeidsmarkt, die een flink aantal uitdagingen bevat, én over het onderzoek met behulp van action-learning, naar de effecten en implementatie van functiedifferentiatie bij verpleegkundigen. Hiervoor komen vanaf 2019 financiële middelen beschikbaar. Momenteel wordt hiervoor een programma gemaakt, waarvan kwalitatief onderzoek een onderdeel is.

Vragen/adviezen

- Erasmus MC doet kwalitatief onderzoek. Doel daarvan is ziekenhuizen met elkaar te laten werken aan kwaliteit van zorg, nu rondom functiedifferentiatie. Informatie wordt uitgewisseld met omliggende ziekenhuizen. Dat wil men doen binnen regio's, maar ook in landelijke bijeenkomsten. Een vorm van action learning: een learning community vormen met onderzoekers. Dit alles naast het kwantitatief onderzoek via de toolbox FD.
- Is er nieuws over de overgangsregeling? Onderzoek is gedaan naar welke aanvullende opleidingen qua niveau en inhoud gelijkwaardig zijn aan het hbo-opleidingsprofiel om daarmee mogelijkwerwijs toegang te krijgen tot het register van regieverpleegkundigen. Dit leverde 137 opleidingen op waarvan inhoud en niveau lastig te beoordelen bleken. Daarom heeft de minister besloten op korte termijn een onafhankelijke commissie met deskundigen in te stellen, die de verpleegkundige opleidingen wél kan beoordelen. De resultaten van die commissie worden meegenomen in het vervolgetraject van het wetsvoorstel BIG-II: voorstel naar de Raad van State en vervolgens naar de Tweede Kamer.

Over de Toolbox FD

Newcom is gevraagd om de uitvoering van het kwantitatief onderzoek te verzorgen. Daarin worden verschillende fasen onderscheiden:

Fase 1: nul- en nametingen monitoren de voortgang tijdens de proeftuinen. De resultaten zijn real time in te zien via het dashboard Het deelnemende ziekenhuis blijft eigenaar van de onderzoeksdata.

De basisvragenlijst bestaat uit

- Werkomgeving verpleegkundigen
- Klinisch leiderschap
- Niet uitgevoerde verpleegkundige zorg

- Uitgevoerde niet-verpleegkundige taken
- Baantevredenheid
- EBP-attitude
- Klinisch redeneren
- Leiderschap van leidinggevenden

Analyse van de data is rol voor de ziekenhuizen, op ziekenhuisniveau. De data kunnen doorgezet worden naar afdelingsniveau.

Fase 2: koppeling aan patiëntuitkomsten, zoals vallen, pijn, ondervoeding, medicatie, decubitus, ... Welke uitkomsten gebruikt worden is nog niet vastgesteld.

Fase 3: benchmark met andere ziekenhuizen.

Dashboard komt beschikbaar als er voldoende ziekenhuizen meedoen. Over het dashboard: met filters kunnen verschillen tussen mbo en hbo op gebied van specifieke taken in beeld gebracht worden. Bijvoorbeeld percentage EBP tussen mbo en hbo... en tussen je eigen ziekenhuis en de benchmark (in later stadium). Je kunt ook percentages mbo en hbo zien en de wijze waarop zij kijken naar de kwaliteit die zij leveren. Medewerkerstevredenheid bijvoorbeeld: Als je veel niet verpleegkundige taken doet, is je tevredenheid dan lager? Ook dat zal blijken uit het dashboard.

Het dashboard is nog niet af. Allerlei vergelijkingen kunnen toegevoegd worden; horizontaal, verticaal en diagonaal (waardoor kruisverbanden helder worden).

Volgende stap is de nameting, daarin wordt door toepassing complexe filters zichtbaar

- benchmark in de tijd;
- onderscheid tussen afdelingen wel/geen proeftuin;
- onderscheid tussen afdelingen/specialismes;

Vragen/adviezen

- Is het veilig wat we doen? Zeker! De gegevens worden anoniem verwerkt, data niet langer bewaard dan nodig, en steeds wordt uitgelegd waarom iets nodig is. Hiermee wordt voldaan aan ISO-nomen.
- Kan je benchmark afzetten tegen de best practices? Als er veel ziekenhuizen meedoen is dat mogelijk, maar pas in een later stadium. Een goed moment hiervoor is als bekeken wordt welke patiëntuitkomsten we aan de meting gaan toevoegen.
- Wanneer beschikbaar? Voor benchmark hebben we meer nodig, maar het dashboard is binnen paar weken beschikbaar (bij voldoende deelname).
- Willen we met dit dashboard ook andere doelen nastreven? Primair doel is meting effect van proeftuinen. Er zijn ook ziekenhuizen zonder proeftuinen die meedoen aan de meting om de eigen ontwikkelingen te monitoren. Gebruik die data vooral binnen het eigen ziekenhuis, om te leren en te verbeteren. Een grote droom is dat we dit nationaal en continu meten. Op basis hiervan kan tevens wetenschappelijk verpleegkundig onderzoek gedaan worden. Een nationale database, dat is de stip op de horizon.

Praktijkvoorbeeld MUMC – over de ervaringen met de eerste meting

Het MUMC heeft twee proeftuinen, op de afdelingen medische oncologie en cardiologie

Doel was dat alle verpleegkundigen in het MUMC de vragenlijst zouden invullen. Daartoe is brede PR ingezet, zoals Intranet, een nieuwsbrief, boodschap op beeldscherm, aandacht tijdens dag van de zorg, op de agenda in het hoofdenoverleg, bij de proeftuinafdeling. In totaal zijn 1002 verpleegkundigen aangeschreven, met twee reminders. De respons lag op 24%, met een respons binnen de proeftuinen van 44% en 74%. De reminders leverden pieken in de respons op. 39% bleek wel gestart met het invullen van de vragenlijst, maar rondde dit niet af. Redenen: Te lang (30')– sluit

niet aan bij werksituatie – niet alle antwoordcategorieën aanwezig – niet alle begrippen duidelijk (vooral bij EBP)– anonimiteit /afzender herleidbaar – vragenlijstmoeieheid. Ook waren er opmerkingen over de lay-out van de vragenlijst. Dit alles is opgepakt en aangepast door Newcom.

Tips MUMC om de respons te verhogen

- Doelgroep bepalen
- Afdelingshoofden mobiliseren en enthousiasmeren
- Goede timing
- Beloning (vlaai voor de afdeling).

Conclusie: afdelingshoofden hebben cruciale rol.

Vragen/adviezen

Afdelingshoofden laten helpen bij 'moeilijke' lijst EBP

Praktijkvoorbeeld Amsterdam UMC – over de ervaringen met de eerste meting

Bij de start in november 2017 is eerst gekeken naar wat we belangrijk vinden binnen verpleegkundige zorg en waar we veranderingen verwachten na de functiedifferentiatie, bij de patiënt, organisatie en medewerkers. Naast de nulmeting vinden focusgesprekken plaats, halverwege de proeftuinen, om te achterhalen of aspecten nog niet aan bod zijn gekomen.

Belangrijk: leren van de werkvloer.

PR vond plaats via mail, (met link) nieuwsbrief, melding door senior in werkoverleggen en flyer.

Respons binnen proeftuinen was bij begin heel goed en het bleek lastig om dat te verhogen. Respons was 70%. Reminders en een taart bij 75% leverden niet heel veel op.

Wat hebben we geleerd:

- altijd alle vragen in de lijst beantwoorden, want niet beantwoorden van vragen kan tot onjuiste uitkomsten leiden;
- het kunnen documenteren van oneigenlijk werk motiveerde tot het invullen van de lijst;
- het invullen was een flinke klus en nam redelijk wat tijd in beslag;
- meer herinneringen sturen;
- koppelen aan proeftuinen werkt goed.

Wensen voor vervolg:

1. Data analyseren tot bruikbare informatie die beschikbaar is voor input voor de inrichting proeftuinen en gelijktijdige terugkoppeling respondenten.
2. Werkwijze en inrichting kwalitatieve meting, de focusgroepen.
3. Complexiteitsmeting toevoegen
4. Patiëntervaringen toevoegen.

Vragen/adviezen

- De complexiteitsmeting was goed middel om gesprek tot stand te brengen over de complexiteit van zorg op een afdeling, maar bleek geen valide meetinstrument. Nu bekijken we hoe we die complexiteitsmeting een andere vorm kunnen geven.
- Wordt antwoord (mbo of hbo) geverifieerd? Af en toe eens checken? Lastig want anoniem.
- Komt er geen standaardbrief voor alle ziekenhuizen? Zou handig zijn! Dat geldt ook voor de vraag naar de follow up: wat gebeurt er met de data die ik aanlever en wat hebben we er aan? NFU en NVZ nemen dit mee.
- Terugkoppeling van data op afdelingsniveau inclusief analyse is een wens van de verpleegkundigen. Dan wordt helder wat de verpleegkundigen er aan hebben. Dit nemen NFU en NVZ ook mee.
- Wie kunnen er in de dashboard? Het is deelbaar...

- Vraag: kan de analyse van het dashboard gestandaardiseerd worden, zodat niet iedereen het wiel uit moet vinden? Eens! Zoeken naar goede voorbeelden en uitwisselen. Hoe dat te organiseren nog bespreken. NVZ en NFU nemen dit mee.
- MUMC wil de resultaten van de meting gebruiken voor inrichting van de proeftuinen en wil deze dus snel ontvangen.