

# 3 stappen om te verbeteren vanuit de basis

*Win eenvoudig (meer dan) 10% tijd en productiviteit binnen de zorg*

---

## **Inleiding**

De uitdagingen waar de zorg de komende jaren voor staat zijn enorm. Krapte op de arbeidsmarkt, een groeiende zorgvraag die steeds complexer is, ingewikkelde financiële en wettelijke richtlijnen, digitalisering, ga zo maar door. De diverse scenario's die in het kader van zorg in 2040<sup>1</sup> worden beschreven, schetsen geen vrolijk beeld.

De overheid wil de uitdagingen in de ouderenzorg aangaan vanuit het programma "Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen" (WOZO). De kern hiervan is: zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan. Op Europees niveau worden enorme subsidies gereserveerd om duurzame inzetbaarheid te garanderen de komende decennia. Artificial Intelligence en digitalisering en thuisdiagnose gaat een steeds grotere rol spelen in de zorg. En misschien zelfs de arts op ten duur vervangen (Volkskrant, 29 april 2023).

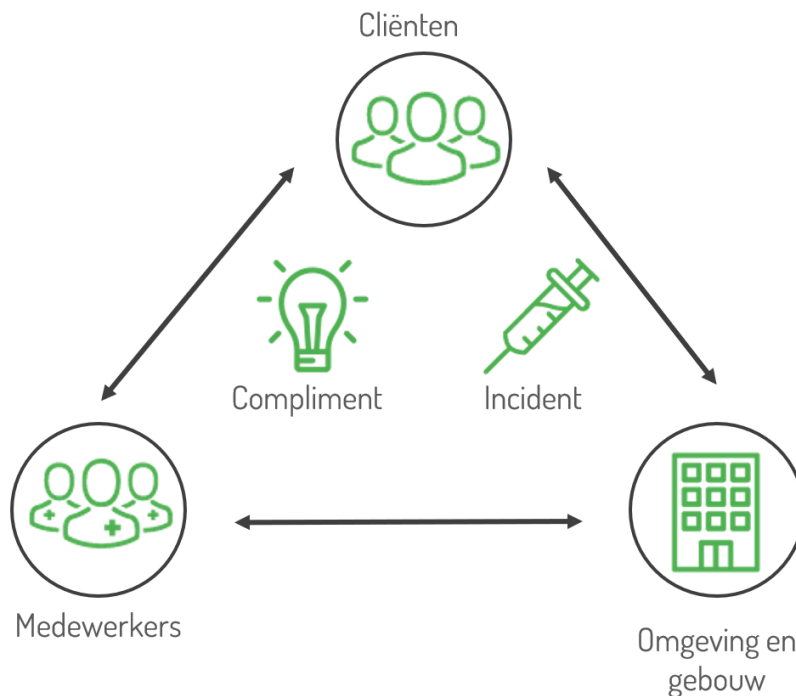
Dit soort programma's en ontwikkelingen gaan zeker helpen. Maar zijn ze genoeg? Ik weet het niet. Ik heb geen glazen bol en geloof daar ook niet echt in. Waar ik wel in geloof is de Nederlandse zorgprofessional. Ik ben er dan ook van overtuigd dat als we het verbeterpotentieel van de zorgprofessionals in hun zorgteams meer gaan benutten, er een goede kans bestaat dat we het gaan redden met elkaar. Hoe? Door te verbeteren vanuit de basis. Want daar liggen grote verbeterkansen.

## **Verloren tijd**

De zorg is mensenwerk. De kwaliteit van zorg is de uitkomst van interactie tussen cliënten, medewerkers en hun leef en werkomgeving. Die interactie kan goed verlopen en tot kwalitatieve en menswaardige zorg leiden. Maar kan af en toe ook tot verstoringen, incidenten, onvoorziene situaties en lekkages van energie en tijd leiden. Dat laatste willen we natuurlijk zo minimaal mogelijk laten gebeuren, want iedereen wil lekker werken en goede zorg leveren.

---

<sup>1</sup> IZA 2023



Figuur: (on)veilige zorg vanuit interactie

Er zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd naar de hoeveelheid tijd die verloren gaat door verspillingen, incidenten en verstoringen in de zorg. Deze studies<sup>2</sup> hebben geschat dat tussen de 15% en 30% van de totale werktijd in de zorg kan worden beschouwd als verloren tijd als gevolg van deze factoren. Bedenk je wat iemand in die tijd allemaal voor een cliënt kan doen!

Als we nou eens niet op het maximum van deze onderzoeken gaan zitten. Maar er vanuit gaan dat 80% van de tijd van de zorgprofessional goed besteed is. En erkennen dat werk nooit 100% zonder storingen, fouten, incidenten of verspillingen kan zijn. Hoe zou het zijn om de helft van dit verbeterpotentieel te gaan opzoeken?! Stel je voor; 10% extra capaciteit in de zorg zonder dat we harder moeten werken of meer mensen moeten inzetten. Een utopie? Ik denk van niet. Gewoon gaan verbeteren vanuit de basis.

### Verbeteren vanuit de basis 1; pak de basisoorzaak aan

Veel teams en leidinggevenden hebben weinig tijd om afstand te nemen en te bespreken wat er goed en minder goed is gegaan en op basis van een gedeelde analyse te verbeteren en te leren. Vaak wordt er pas geschakeld en verbeterd als er een calamiteit is geweest. Want de IGJ moeten we natuurlijk buiten de deur houden. Deze praktijk van vandaag lijkt daardoor erg op de grappige cartoon van Rens van den Bergh.

<sup>2</sup> Een studie uit 2012 van het Institute of Medicine (IOM) in de Verenigde Staten schatte dat tussen de 30% en 40% van de totale kosten van de gezondheidszorg in de VS wordt verspild aan overbodige of inefficiënte zorg. Een onderzoek uit 2017 door de Nederlandse organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek (TNO) schatte dat de totale kosten van verspilling in de Nederlandse gezondheidszorg ongeveer 2,6 miljard euro per jaar bedragen. Een studie uit 2011 van de Universiteit van Leeds in het Verenigd Koninkrijk schatte dat artsen en verpleegkundigen ongeveer 20% van hun tijd besteden aan administratieve taken en ongeveer 30% van hun tijd aan taken die niet direct verband houden met de patiëntenzorg. Een onderzoek uit 2019 van het Amerikaanse National Patient Safety Foundation schatte dat medische fouten jaarlijks leiden tot 250.000 sterfgevallen in de Verenigde Staten.



Te druk om te verbeteren, waardoor veel ineffektieve werkwijzen en patronen onveranderd blijven en je blijft sleuren aan je “kar met vierkante wielen”.

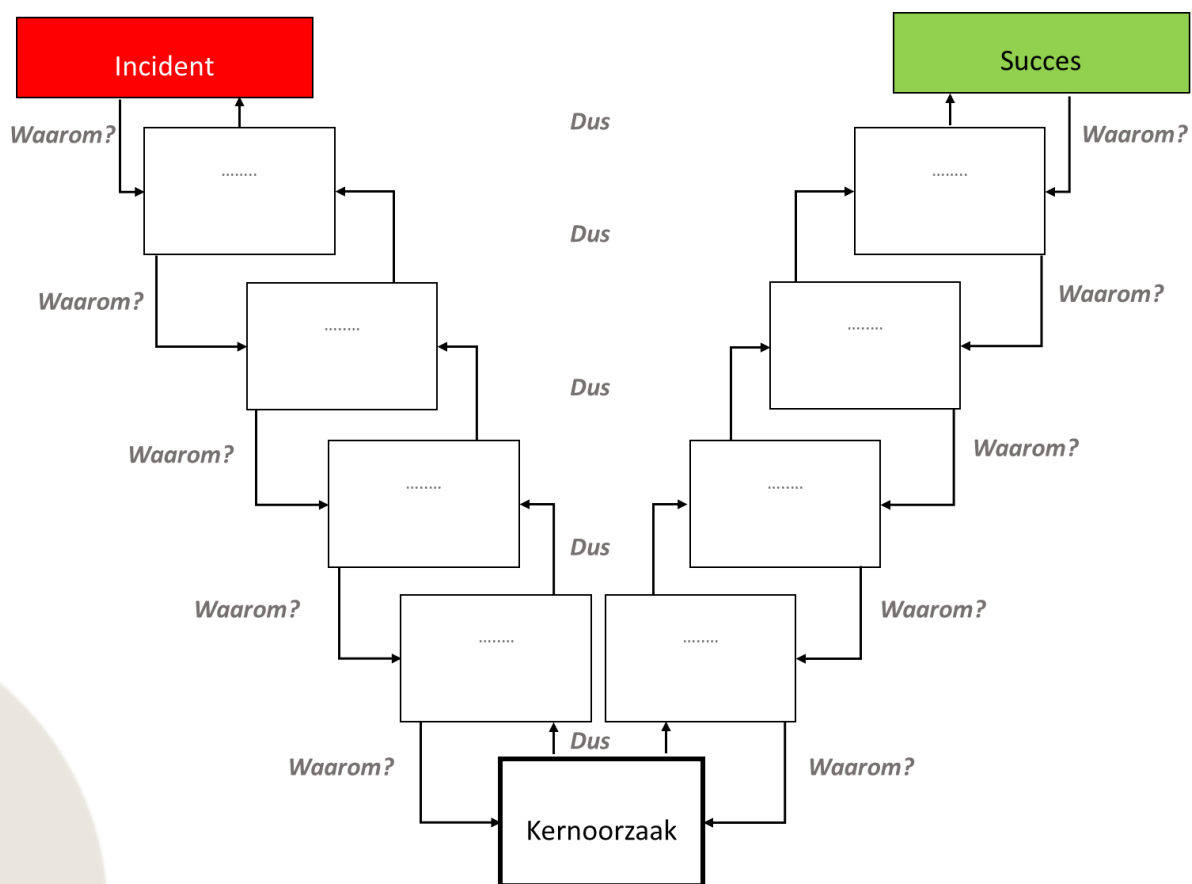
Aan de andere kant wordt er wel veel tijd gestoken in het netjes registreren van alle fouten, incidenten en onvoorziene situaties in het incidentmeldsysteem of een Elektronisch Cliënten Dossier. Of aan het invullen van de verplichte kwaliteitschecks, risicoscans en audits, omdat dat is afgesproken met de afdeling Kwaliteit.

Veel registratie(last) maar weinig verbetereffect. Dat is jammer, want met alle meldingen van incidenten en onvoorziene situaties zit je eigenlijk op een goudmijn. Dit zijn namelijk concrete en feitelijke registraties van wat er op dit moment in je werk- en zorgprocessen gebeurt. De eigen dagelijkse praktijk. Met een kleine investering van tijd en energie kan deze informatie de basis zijn voor het structureel verbeteren van processen en het terugwinnen van nog veel meer tijd. Daarvoor moet je naast het registreren van dit soort informatie, ook slim reflecteren en analyseren. Dat doe je door de oorzaak achter de oorzaken achterhalen. Of te wel, om de kern- of basisoorzaak (rootcause<sup>3</sup>) van het incident of de verstoring aan te pakken. Dat zijn de vierkante wielen die je in beeld wilt krijgen om het probleem bij de wortel aan te pakken.

De basisoorzaak van het incident van vandaag is het risico van het incident van morgen! Tenzij we er wat aan doen. Want als we de basisoorzaken wegnemen, voorkomen we dat er nieuwe incidenten en onvoorziene situaties op datzelfde gebied blijven ontstaan. Hierdoor stijgt het kwaliteitsniveau van het totale werk- of zorgproces. Vervolgens zullen andere incidenten en onvoorziene situaties ontstaan. Op nieuwe plekken, op andere momenten, etc. Waar weer andere basisoorzaken aan ten grondslag liggen. Als die worden aangepakt, stijgt het kwaliteitsniveau weer een stukje, en zo verder. Tot dat je daadwerkelijk met ronde wielen aan het rijden bent wat een stuk plezieriger werken is. En minimaal 10% extra zorgtijd is vrijgemaakt!

---

<sup>3</sup> [Root cause analysis - Wikipedia](#)



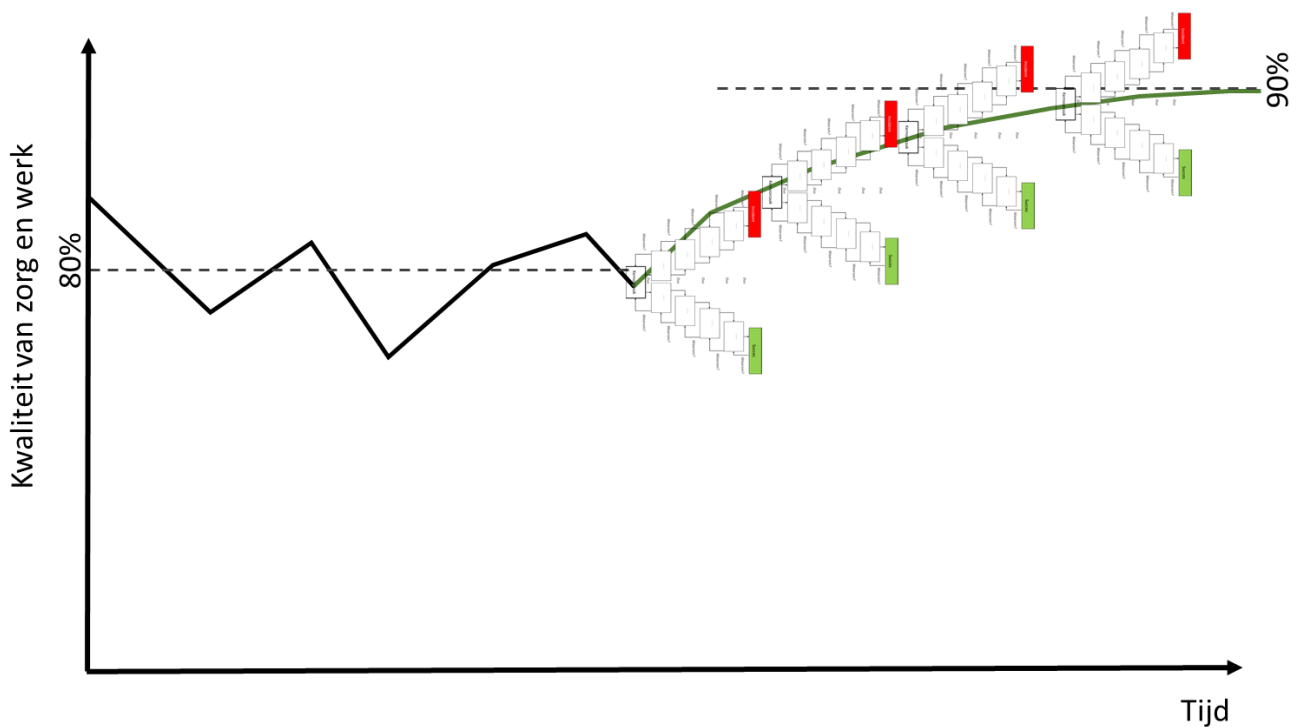
*Figuur: Door de “waarom” vraag te stellen, kom je bij de basisoorzaak*

Dit alles geldt ook voor positieve incidenten, of te wel successen. Als we op zoek gaan naar de basisoorzaken van concrete successen van afgelopen tijd, en we gaan een verbeteractie inzetten om die oorzaak te vast te houden of zelfs te versterken, ontstaan er positieve condities voor successen in de toekomst. Het melden en analyseren van positieve incidenten, ook wel PIMMEN genoemd, krijgt steeds meer aandacht binnen zorginstellingen<sup>45</sup>

De PRISMA-light methodiek die we bij Triaspect hebben ontwikkeld, is een handig hulpmiddel om hierbij te gebruiken en daarmee verbeteractie(s) te richten op de basisoorzaak. Die weg te nemen bij incidenten en te versterken bij successen en op zoek te gaan naar de volgende basisoorzaak. Zo kan ieder incident/succes een springplank zijn voor gerichte verbetering van werk en zorg.

<sup>4</sup> Safety-I and Safety-II: The Past and Future of Safety Management, E. Hollnagel, 2013

<sup>5</sup> Van incidentmanagement naar succesmanagement, Triaspect, 2018



*Figuur: Verbeteren op de basisoorzaken van incidenten of successen als springplank voor verbetering*

Verbeteren vanuit de basis begint wat mij betreft dus bij de basis van het probleem: de basisoorzaak, de basis van het probleem.

### **Verbeteren vanuit de basis 2: teams als verbetermotor.**

Er is meer verbeterpotentieel te vinden aan de basis, namelijk door bij de teams in het primaire proces de “verbetermotor” aanzetten.

Verbeterprocessen binnen zorgorganisaties zijn vaak een complexe aangelegenheid, met de staf als kartrekker. Zij werken hard en steken veel tijd in analyses van stuur-, kwaliteitsgegevens en incidentmeldingen. Zij ontwikkelen - alleen of als onderdeel van centrale commissies - slimme plannen (Plan) die ter goedkeuring aan het management voorgelegd worden. Verbeteracties worden opgetuigd door de staf en uitgezet binnen de operationele teams (Do). De Check wordt vaak bij het team belegd in de vorm van verschillende registraties en het vullen van specifieke meldsystemen. Verbeteracties die niet tot resultaten leiden worden bijgesteld en vertaald in nieuwe acties (Act). Succesvolle verbeteracties worden opgeslagen in protocollen en kennissystemen. Iedere stafmedewerker doet dat voor zijn eigen kerngebied (ARBO, Kwaliteit, Facilitair, HRM, etc.). Nieuwe procedures worden gelanceerd via nieuwsbrieven op het intranet en opgeslagen op de gedeelde schijf op het netwerk. Op deze manier worden de stappen van de PDCA-cyclus, zeker binnen grotere organisaties, verdeeld over verschillende rollen/niveaus binnen de organisatie.

Maar er kleven (grote) nadelen aan het opknippen van de PDCA-cirkel en het verdelen van de stappen over meerdere partijen. Je knipt als het ware de natuurlijke samenhang van de verbetercyclus op, waardoor de complexiteit van het verbeterproces enorm toeneemt. En dit vergroot de kans op vertraging, verstoringen, vervorming van de informatie en miscommunicatie. Daarnaast heeft het parkeren van problemen en vraagstukken door het managers bij de specialisten van de staf vaak een

aanzuigende werking tot gevolg. Want, hoe beter de staf zijn werk doet, hoe makkelijker managers hun problemen op het bordje van de staf leggen. Waardoor de staf bij steeds meer vraagstukken wordt betrokken. Met als consequentie dat ze overbelast raken met projecten en overleggen en hun kanaal dicht slibt. Complexiteit en overloop zorgen dat het verbeterproces vastloopt, wat weer tot gevolg heeft dat iedereen geduldig gaat zitten wachten totdat de staf weer een gaatje heeft voor het volgende project. Dat leidt weer tot frustratie bij de zorgprofessionals, want wat er gebeurt met hun meldingen en verbeterideeën?

Ook ontstaat door deze manier van organiseren een grote afstand tussen “daar waar het gebeurt” en “daar waar er over wordt nagedacht”. Twee werelden met een verschillende dynamiek en weinig aansluiting bij elkaar. Daardoor is het leereffect van de verbeteracties bij de staf groot, maar voor de gehele organisatie laag. Hierdoor is de werkelijke impact vaak ook laag. In plaats van dat teams zelf bezig zijn met verbeteren, vullen zij registratieformulieren en checklists in waarmee anderen proberen te verbeteren. Bij heftige incidenten of acute last worden teams vaak wel betrokken, maar teams die leren van fouten en die zélf structureel verbeteren, zijn eerder uitzondering dan regel. Als een willekeurige zorgprofessional gevraagd wordt, waarom hij/zij al die registraties doet en wat er mee gedaan wordt, is de kans op een cynisch antwoord groot omdat hij/zij geen link ziet met de rest van het verbeterproces. Hiermee wordt registratie een last en geen inspiratie tot verbetering. Door de scheiding van de stappen lopen organisaties ook de kans dat eigenaarschap voor verbetering bij de werkvloer (en vaak ook bij het management) verdwijnt. Een gevolg is dat draagvlak en acceptatie opeens extra moeten worden gecreëerd tijdens speciale workshops en teamsessies. Verder valt op dat het borgen van nieuwe werkwijzen in procedures op de gedeelde opslagschijf en op het intranet, slechts tot een minimale kennisoverdracht leidt. Met een beetje geluk gaan een paar geïnteresseerde medewerkers kijken, maar de nieuwe tips en trucs gaan aan de meeste medewerkers voorbij.

Het opknippen van de PDCA-cirkel in losse stappen geeft dus een behoorlijk verbeterlek. Het proces van continu verbeteren kost op deze manier een hoop energie en verloopt traag.

Een alternatief voor deze traditionele manier van organiseren van de PDCA, is het sluiten van de cirkel binnen het team. Een **Team-PDCA!** Hierbij worden alle stappen van de verbetercirkel binnen het team belegd en in onderlinge samenhang uitgevoerd. Waarbij de staf en leiding ondersteunen en faciliteren. Hierdoor kunnen teams sneller en gericht (operationele) verbeteringen doorvoeren, die inspelen op hun eigen lokale verandering. Eigenaarschap ontstaat omdat het team invloed heeft op alle stappen in de verbetercyclus. Begeleid en gecoacht door de staf en hun leidinggevenden doen teams ervaring op met het verbeteren van hun werk waardoor verbetergeheugen ontstaat. Door terug te kijken, te leren en vooruit te verbeteren, in een cyclisch ritme wordt als het ware de verbetermotor aangezet binnen het team en kunnen successen gevierd worden.



Figuur: de Team-PDCA die binnen het werkoverleg door teams gebruikt wordt

De rol van kwaliteitsfunctionarissen of arbospecialisten zal hierdoor veranderen. Van initiator van de verbetering naar begeleider van het verbeterproces. En van het uitvoeren van de verbeteringen naar het trainen en coachen van teams. De leiding faciliteert het team bij het organiseren van hun eigen verbeterprocessen en het creëren van een verbetercultuur ([Ontwikkelen van een veiligheidscultuur | Triaspect](#)). Ook zal de leiding de verbinding met tactische en strategische plannen en doelen moeten bewaken.

Het registreren en vullen van meldsystemen als stap in hun eigen PDCA-proces wordt op deze manier veel minder ervaren als een last en prikkelt de nieuwsgierigheid van het team. De feiten leiden tot inzicht en meten wordt daadwerkelijk een basis voor weten. Zeker als de registratie aangepast kan worden aan de behoefte van het team zelf door middel van flexibele digitale teamtools. Registreren wordt daarmee een (bron van) inspiratie tot verbeteren.

### Verbeteren vanuit de basis 3: De basis verbinden en laten leren van elkaar.

De basisoorzaken van incidenten aanpakken met je team, op de werkvloer daar waar het gebeurt en direct effect heeft, levert veel verbetering op voor dat team. Dit verbeterpotentieel kan worden

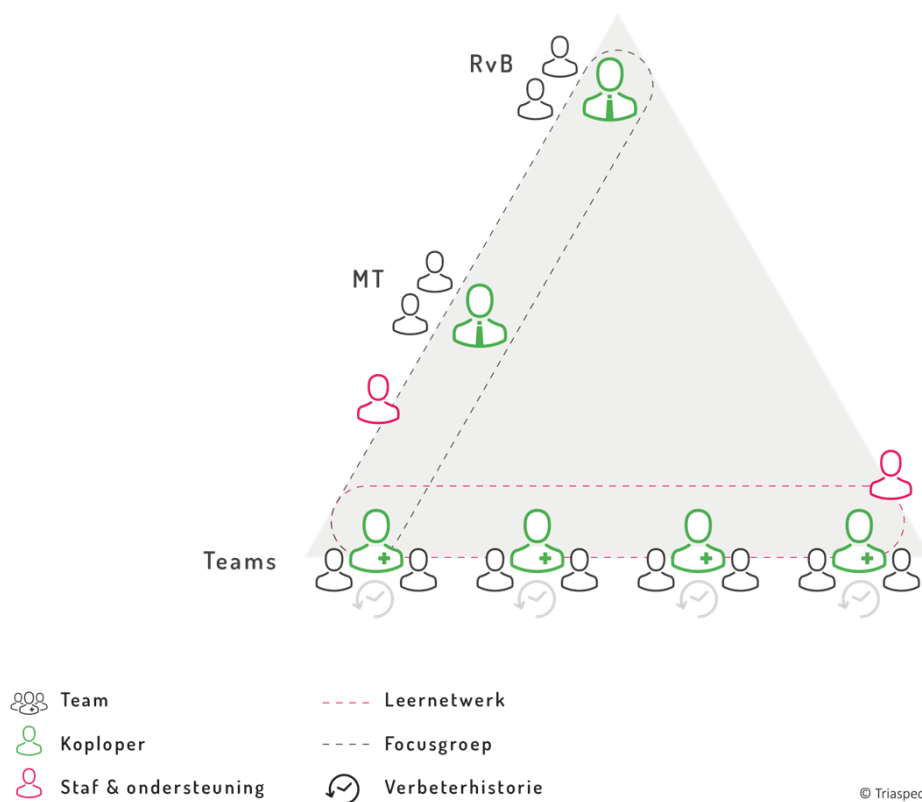


vergroot voor de gehele organisatie, door teams met elkaar te verbinden in een leernetwerk. In dit horizontale overleg worden tips en trucs uitgewisseld, verbeteracties over teamgrenzen heen vormgegeven en er wordt inspiratie opgedaan. Ondersteund door specialisten uit de staf vindt hier kennisuitwisseling plaats en kan het verbetergeheugen van het ene team gedeeld worden met andere teams. Het wiel niet opnieuw uitvinden, elkaar inspireren en verder helpen. De basis verbinden.

Vanuit het horizontale leernetwerk kunnen belangrijke trends, vraagstukken, problemen en successen ook meegenomen worden naar de hogere managementlagen. Op die manier kan gekeken worden naar trends en organisatie brede kwaliteits- en veiligheidsverbetering. En kan veel meer gestuurd worden op actuele thema's en vraagstukken. De top verbinden met de basis in een periodieke verbeterdialoog. Handige meld- en verbeterssystemen kunnen deze verbeterdialoog ondersteunen met het borgen en uitwisselen van kennis en ideeën en verbeterresultaat.

Door Kwaliteit en Veiligheid op deze manier in het team en de organisatie in te bedden, hebben teams direct invloed op hun eigen dagelijks werk en kunnen ze hun eigen verbeteringen doorvoeren. Daarnaast zijn ze verbonden met collega's in andere teams die op hetzelfde vlak vragen en kennis uitwisselen. Hiermee kunnen gezamenlijke actiepunten worden opgepakt en ontstaat gemeenschappelijke verantwoordelijkheid over de team-grenzen heen.

## Gluren bij de burens



Figuur: Horizontale leernetwerken



## Een lerende organisatie met tevreden medewerkers

Verbeteren vanuit de basis gaat om:

- Verbeteren door het aanpakken van de basisoorzaak van incidenten, naar de basisoorzaak van het volgende incident, en de volgende etc. zodat er een steeds hoger niveau van kwaliteit wordt bereikt.
- Waarbij de teams in de basis (het primaire proces) de verbetermotor zijn door de hele PDCA op teamniveau te sluiten.
- En de basis met elkaar te verbinden om periodiek te leren van elkaar, zodat teams elkaar op een hoger plan kunnen brengen.

Gelukkig is er niet veel nodig om vanuit de basis te verbeteren. De wil en de motivatie bij de zorgprofessional is er meestal al. Er is alleen lef nodig om de kosten voor de baten te laten gaan door extra reflectie- en verbeter tijd vrij te maken om de verbetermotor vanuit de basis op gang te brengen. En misschien wat te investeren in vaardigheidstraining voor analyse en verbeter skills aangevuld met slimme digitale tools om te melden, analyseren en te verbeteren. Maar als de verbetermotor eenmaal draait, wordt deze investering snel terugverdiend. En ligt een extra 10% kwaliteit, tijd en productiviteit in het verschiet. En wie weet nog wel een beetje meer.

Naast kwaliteit en tijd, verbetert de invloed, autonomie en het leerklimaat van medewerkers enorm. Wat een positief effect heeft op duurzame inzetbaarheid (Schaufeli ea<sup>67</sup>) en kwaliteit van de arbeid van medewerkers in de zorg. En dat is misschien nog wel belangrijker dan de kwaliteit en tijdwinst in de komende jaren!

---

Juni 2023  
Pim Südmeier  
Directeur Triaspect

---

<sup>6</sup> Positieve bedrijfsgezondheidszorg (positive occupational health). Een nieuw domein voor de moderne bedrijfsarts? 2010, Willem van Rhenen, Wilmar Schaufeli

<sup>7</sup> Theoretische modellen over werkstress Wilmar Schaufeli en Pascale Le Blanc, 2020