

SNELLER BETER IN GOUDA

'Iedere maatschap mag zijn eigen agenda hebben'

Het Goudse Groene Hart Ziekenhuis werd vorig jaar uitgekozen om mee te doen in de eerste tranche van het Sneller Beter pijler 3-project. Hoewel nog niet alles van een leien dakje gaat, vinden de medewerkers het project een succes. 'Waar krijg je de kans om op kosten van een ander je bedrijfsvoering en dus je concurrentiepositie te verbeteren?'

BEN V.M. CRUL

Met de enige 'Echte Goudse Siroop Wafelen' op tafel vergadert het lokale kernteam van het Sneller Beter pijler 3-project (SBp3, zie *kader 1*) in het Goudse Groene Hart Ziekenhuis. De vergaderingen zijn wekelijks en gynaecoloog Hans van Huisseling en directeur patiëntenzorg Bart Wijnbergen zitten om beurten de bijeenkomst voor. Dit keer is tevens een voortgangsrapportage ingepland. Aan het eind van de middag lopen de leiders van de tien deelprojecten op wisselende tijden binnen - sommigen moeten wat eerder weg om de kinderen van de

crèche te halen, anderen komen wat later vanwege een spoedgeval op de poli - om het kernteam over hun vorderingen te vertellen. Het kernteam peilt inmiddels of en, zo ja, hoe ze bij projecten moeten inspringen.

Wijnbergen: 'Toen begin 2004 acht ziekenhuizen de kans kregen om in de eerste tranche met bescheiden financiële steun van de overheid te gaan werken aan het verbeteren van de logistiek en de patiëntveiligheid, hebben we snel ingetekend. Wij waren al bezig onze bedrijfsvoering te verbeteren en er was hier en daar nog wat achterstallig onderhoud. We zijn er best trots op dat we werden uitverkoren om mee te doen aan de eerste tranche SBp3. Waar krijg je de kans

om op kosten van een ander je bedrijfsvoering en dus je concurrentiepositie te verbeteren? Of om tijdelijk gratis externe adviseurs in huis te krijgen? Ik zie dat bij het bedrijfsleven echt niet gebeuren. En wat onze vergaderfrequentie betreft, eenmaal per week lijkt veel, maar je moet de vaart en het momentum erin houden. Daarbij moet je al die projecten niet als 'extra' zien, maar gewoon als je core-business en het niet erg vinden dat er verschillende agenda's en belangen zijn.'

VERDOMHOEKJE

Hans van Huisseling was in die begintijd voorzitter Kwaliteit van de medische staf. Lachend: 'Dan word je er qualitate qua bij gevraagd. Maar natuurlijk ook omdat

SNELLER BETER-PIJLERS



SNELLER BETER-PIJLER 1:

Bewustwording door benchmark van ziekenhuizen en eerstelijnsinstellingen

SNELLER BETER-PIJLER 2:

Indicatoren voor veiliger en beter zorg, mede aangejaagd door gezanten Pieter Bakker, TPG (logistiek); Rein Willems, Shell (patiëntveiligheid); en John van de Werf, Aegon (rekenschap)

SNELLER BETER-PIJLER 3:

Verbeterprojecten in drie tranches van elk twee jaar in 24 ziekenhuizen op het gebied van patiëntlogistiek en -veiligheid, leiderschap en patiëntenparticipatie

www.snellerbeter.nl

2. VERBETERPROJECTEN

Verbeterprojecten eerste tranche Groene Hart Ziekenhuis, met enkele doelstellingen:

- *decubitus*
 - *OK-oké*
 - *oogheelkunde:*
 - *chirurgie:*
 - *procesherinrichting oncologie:*
 - *procesherinrichting electief:*
 - *postoperatieve pijnbestrijding*
 - *postoperatieve wondinfecties orthopedie*
 - *Switch-project*
 - *veilig incidenten melden IC en longafdeling*
- vermindering tot < 5 procent bij klinische patiënten*
productiviteitsstijging > 30 procent
werken zonder wachtlijst < 1 week polikliniek
werken zonder wachtlijst toegangstijd polikliniek < 1 week
hematologie, GE-tumoren doorlooptijden verkorten
heup- en knieervangingen doorlooptijd halveren
95 procent van de gynaecologische patiënten heeft 24 uur na OK een VAS-score < 5
vermindering met 50 procent
IV-antibiotica naar oraal, reductie infuusdagen
blame free reporting-systeem in werking

(Overige ziekenhuizen eerste tranche hebben deels dezelfde en deels andere projecten)



de specialisten mee móeten doen om iets te laten gebeuren. Voor deelname konden we kiezen uit tientallen projecten. We hebben echter ingetekend op die zaken waar bij ons de meeste winst valt te behalen (*kader 2*), maar die ook uitvoerbaar zijn in dit ziekenhuis. Verkorting van de wachtlijsten bij de oogartsen bijvoorbeeld; wat oudere collega's, die in een donker hoekje van het ziekenhuis werkten en een wachtlijst hadden van bijna een jaar. Zij wilden echter wel uit dat verdomhoekje en gooiden na enige aarzeling het roer om: een inhaalslag op de OK met financiële steun van de zorgverzekeraar, een ander afspraak- en terugkombeleid, een optometriespreekuur, enzovoort.

Nu glimmen ze van trots, de 50-plussers voorop, omdat ze hun wachtlijst tot dagen, hooguit weken hebben teruggebracht. Ze steken met hun enthousiasme anderen aan in de zeven andere ziekenhuizen, maar ook de plastisch chirurgen hier in huis bijvoorbeeld. Die werden zelf ook gek van die volle poli's.

Alsof het is afgesproken, stapt een goedlachse oogarts binnen: Lex Horst (54). 'We gingen inderdaad als oude lul - mijn maat is 58 jaar - naar de eerste voorlichtingsbijeenkomst van Sneller Beter met het idee dat ze ons toch niets konden wijsmaken. Maar daarnaast zaten wij zelf ook flink te balen van onze insufficiëntie en lange wachttijden. En ach, er is wel wat voorzichtige druk op ons uitgeoefend om mee te doen, anders zou de uitverkiezing van ons ziekenhuis in de eerste tranche gevaar kunnen lopen. Na een dag was ons brein echter voldoende gewassen. Onze wachttijd op de poli is inmiddels minder dan een

week. Heerlijk om zo te werken! Al ben ik er nog niet honderd procent zeker van dat dat zo blijft. Er kan een aantrekkelijke werking ontstaan. De directie vindt dat prima, groot is mooi en veel is lekker, maar wij willen beslist niet meer terug naar af en onze patiënten ook niet.'

HOOFDPIJNDOSSIER

Sneller Beter is een succes, maar kent ook de weerbarstigheid van de praktijk. Niet alles gaat van een leien dakje. De wachttijden op de röntgenafdeling blokkeren bijvoorbeeld de snelle doorloop van een aantal projecten. Bij de andere ziekenhuizen uit de eerste tranche van

Het ook aanwezige kernteamlid, kwaliteitscoördinator en arts Lisette van Dingenen, brengt een ander hoofdpijndossier in. Een maatschap met een wachtlijst van zes tot acht weken, die er niet van is te overtuigen om te starten met een project Werken zonder Wachtlijst. 'Ik snap het wel. Je onderkent dat je het niet goed doet, terwijl je wel keihard werkt en dan komen wij wel even vertellen hoe het moet. Natuurlijk spelen daar ook emoties mee.'

Het kernteam overlegt over de strategie. Misschien een succesvolle collega van dezelfde beroepsgroep in een van de andere ziekenhuizen uitnodigen om

De röntgenafdeling doet nergens structureel aan mee

SBp3 speelt hetzelfde probleem. Dat blijkt uit de landelijke werkconferenties waar de projectleiders elkaar regelmatig ontmoeten: de röntgen doet nergens structureel mee; dit knelpunt van de ondersteunende diensten is pas onlangs naar voren gekomen. Van Huisseling: 'Te weinig apparatuur', is doorgaans het argument. Een nieuw MRI of CT zou dé oplossing zijn, maar de menselijke factor wordt overgeslagen. Toch mag iedere maatschap zijn eigen agenda hebben om al dan niet met Sneller Beter mee te doen. Word ik er beter van of niet? Aan ons dan de taak om ze de voordelen te laten zien. Bijvoorbeeld door een goede nulmeting te doen, waarmee ze de directie kunnen overtuigen van een capaciteitstekort.'

uitleg te geven? Van Huisseling: 'Er zit meer achter, ik wil wel voorzichtig polsen. Als het om rancunes uit het verleden gaat, wordt het moeilijk. Aan vastgeroeste patronen kunnen we meer doen. "We deden het altijd zo en het ging altijd goed", horen wij vaak als excuus om niet te hoeven meedoen met de verbeterprojecten. Maar dat idee wordt inmiddels door de feiten gelogenstraft.'

HOOG PAMPERGEHALTE

Internist/oncoloog Bea Tanis komt met goed en slecht nieuws. De doorlooptijden op de hematologische oncologie heeft zij fors weten te bekorten 'omdat ik daar alles in één hand heb. De beenmerg- en lymfklierpuncties gaan binnen één dag, al valt bij de radiologie nog >>

<< heel wat te regelen.' De versnelling van doorloop bij de colorectale tumoren ligt echter stil. 'Tot de overdracht naar de chirurg gaat het goed, maar daarna stukt het omdat de chirurg vaak toch een eigen scopie wil doen om vooraf zijn operatiegebied te beoordelen.' Het lukt niet om onderling tot concrete afspraken te komen. En zoals vaker blijkt ook bij dit project de bestaande cultuur daaraan debet te zijn. Tanis: 'Je kijkt bij elkaar in de keuken: wie hoofdbehandelaar is, en de historische animositeit tussen chirurgen en internisten, het speelt allemaal mee.' Het kernteam besluit toch door te zetten en daarvoor een chirurg in het projectteam te zoeken. Van Huisseling: 'Er is nu te veel overlap, maar zonder chirurg in het projectteam gaat het echt niet lukken. In het Meander Medisch Centrum in Amersfoort gaat hetzelfde project wél goed, dus hier moet het toch ook kunnen?'

Anesthesioloog en pijnbestrijder Kim Evers meldt de voortgang van haar project Postoperatieve pijnbestrijding op

de gynaecologische afdeling van Hans van Huisseling én de geplande uitrol naar andere afdelingen: 'Bij de nulmeting zijn er duidelijk hiaten. Patiënten verlaten met onnodig veel pijn de verkoever en ook op de afdelingen liggen patiënten te lang pijn te lijden. Bijvoorbeeld omdat de chirurg van tevoren de pijnmedicatie heeft bepaald op basis van zijn ervaring 'hoeveel pijn er bij die ingreep hoort'. De verpleging houdt zich dan strikt aan zijn voorschrift en patiënten krijgen alleen extra medicatie als ze er dringend om vragen en niet van tevoren. Daarnaast bestaat er bij de verpleging angst om morfine te geven.' Met een soort liniaal kan een patiënt zijn eigen pijn vastleggen in de zogenaamde visuele analoge scala (VAS)-score. Volgens Evers bestaat er onder collega's veel onterechte weerstand tegen de VAS-score: 'Te soft. Een te hoog 'pampergehalte'. Toch zou het bijhouden van die VAS-score net zo gewoon moeten worden als het dagelijks bijhouden van de temperatuur en de bloeddruk. Maar als de VAS-score wordt bijgehouden,

blijkt de stap naar 'wat ermee te doen' veel te groot te zijn, zeker als de artsen - zoals Van Huisseling op zijn afdeling - er niet bovenop zitten. Als de arts er tijdens de visite niet naar vraagt, zwakt het pijnbeleid af.

De bevlogen, speciaal aangetrokken 'nurse practitioner pijnbestrijding' Petra Regtvoort - die van het kernteam een pluim krijgt - gaat als vooruitgeschoven post van de anesthesiologie daarom de afdelingen langs. Zij legt uit en stimuleert. Het kernteam ziet echter de kwetsbaarheid, want als zij wegvalt of tijdens ANW-diensten versloft het allemaal weer. 'Een groot, onontgonnen terrein' waar, volgens Kim Evers, onderwijs in pijnbestrijding essentieel is. Alleen is het moeilijk om verpleging en arts-assistenten letterlijk bij de les te krijgen. Het volgen van klinische lessen is nu niet verplicht en gebeurt dus ook te weinig. Directeur patiëntenzorg Bart Wijnbergen: 'We gaan medewerkers accrediteren voor de nascholing, het vrijblijvende gaat eraf. Wij willen als

Het lokale kernteam vergadert wekelijks met bij het project betrokken artsen uit het ziekenhuis. Op de foto onder anderen: Bart Wijnbergen (staand links), Lisette van Dingenen (zittend midden), Hans van Huisseling (staand rechts) en Bea Tanis (zittend rechts).



BEELD: DE BEELDREDAKTIE, LEONARD DAVIDS

ziekenhuis het imago krijgen dat je hier niet onnodig pijn hebt. Omdat de VAS-score een prestatie-indicator wordt, zijn we dat ook naar de patiënt toe verplicht. Die indicatoren hebben daarmee een toenemend bedrijfsbelang.

BEVLOGEN TREKKER

Essentieel voor het welslagen van een SBp3-project is het vinden van een bevlogen trekker. Een persoon die op de afdeling de mensen bij elkaar brengt. Iemand als Eric van Maarseveen, apotheker, die als enige in witte jas bij het

raars bij de meeste andere zeven ziekenhuizen - financieel bij. Trias ziet investeringen in SBp3 als een voorfinanciering van straks te behalen winst. Wijnbergen: 'Van belang is dat de kennis en de ervaring van onze adviseurs worden overgedragen en beklijven in onze organisatie; ze moeten onderdeel gaan uitmaken van onze dagelijkse bedrijfsvoering.'

Tot slot meldt zich Angelique Anderson, afdelingsmanager en projectleider van het project Postoperatieve wondinfecties orthopedie, en met name die bij de knie- en heupprothesen: 'Het

bijvoorbeeld. Tijdens het uitwisselen van ervaringen op de terugkomdagen met de andere ziekenhuizen uit de eerste tranche, blijkt het Groene Hart Ziekenhuis niet alleen te staan. Lisette van Dingenen: 'Met die collega-ziekenhuizen hebben we het afgelopen jaar heel goede contacten opgebouwd. We zitten allemaal in hetzelfde schuitje en we vinden het nu al jammer dat onze relatie na de twee projectjaren is afgelopen. Het is goed om te zien dat je niet alleen staat met je frustraties en dat je elkaar kunt helpen vanuit je successen.'

Bij de geslaagde projecten blijkt het werkplezier van de medisch specialist nu al te zijn toegenomen. Internist Bea Tanis: 'Niemand vindt het leuk om een poli te doen met de priemende ogen van al die wachtende patiënten op zich gericht. Laatst vroeg een patiënt of hij wel goed zat, omdat de wachtkamer leeg was. Heerlijk toch? Ook het onderlinge gekissebis en getelefoneer - de 'herstelcommunicatie' noemen wij dat - is nu een stuk minder. Je kunt patiënten gemakkelijker kwijt. En als je geen wachtlijst meer hebt, ben je ook af van de tientallen Interrumperende telefoontjes van huisartsen die een patiënt met voorrang willen insturen. Ik ga 's middags weer met plezier naar de poli en vind het ook niet meer zo erg om pieper 3456, onze spoedpieper, te hebben. Je kunt zaken intern nu sneller regelen, de stress is weg.'

En of de zorgverzekeraars bij een hogere productie door de Sneller Beter-projecten ook boter bij de vis doen door hogere productieafspraken af te spreken? Vooralsnog is directeur patiëntenzorg Bart Wijnbergen daarover positief: 'Er is voldoende ruimte om met de productie te groeien. Natuurlijk zal er ook verdringing in de zorgmarkt plaatsvinden, maar dat moet ons als ziekenhuizen bedrijfsmatig scherp houden, dus ja, boter bij de vis!' Tenslotte is dat een belangrijke rede om aan de derde pijler van Sneller Beter mee te doen en last but not least: de patiënt moet er 'beter' van worden! ■

Bij de meeste projecten is continuïteit de grootste zorg

gezelschap aanschuift. Hij trekt het Switchproject, dat een snellere omzetting van intraveneus naar oraal antibiotica beoogt. Minder infusen, minder complicaties, minder geloop voor de verpleging én een stuk goedkoper. Het is het meest succesvolle project in het Groene Hart Ziekenhuis: het aantal onnodige IV-toedieningen is in zes maanden met 80 procent gedaald. Het kernteam suggereert om voortaan ook de patiënten te vragen op te letten of hun antibiotica niet te lang wordt toegediend. De apotheker wil nog weten wat er met de bespaarde 50.000 euro gebeurt. Wijnbergen: 'Dat is een besparing op het geneesmiddelenbudget en kan voor een deel worden ingezet om de controlefunctie intraveneus antibiotica te handhaven.'

Grote zorg is, zoals bij de meeste Sneller Beter-projecten, de continuïteit. Als straks de ondersteuning vanuit het CBO wegvalt. Als de trekker niet meer zo hard trekt. Kun je het enthousiasme dan nog vasthouden? Als 'wanneer gaan we weer normaal doen?' de overhand krijgt. Afschrikwekkend voorbeeld is het verloop van het gelijknamige project in het Medisch Centrum Haaglanden. Toen de trekster daar vertrok, bleven de infusen weer even lang hangen als daarvoor. Borging van de behaalde resultaten wordt landelijk nu dan ook als de grootste opgave gezien. Wijnbergen meldt dat het Groene Hart Ziekenhuis vanuit de centrale directie Sneller Beter extra ondersteunings- en adviesuren tot 1 oktober 2006 heeft gekregen. Daarnaast draagt regionaal zorgverzekeraar Trias - in tegenstelling tot de lokale verzeke-

is moeilijk om het personeel op de OK enthousiast te houden, want zij zien de patiënten om wie het gaat, niet meer terug. Daarom moeten wij ze motiveren door goed te registreren en dan een vergelijking te maken tussen vroeger en nu én met andere ziekenhuizen.' Toch is de projectleider niet ontevreden: het afgelopen halfjaar is het aantal wondinfecties na knieoperaties tot nul gedaald. Mogelijk doordat het aantal deurbewegingen op de OK - een van de negatieve factoren voor een wondinfectie - wordt beperkt tot maximaal vijf. Uit voorzorg worden daarom nu meer netten met operatiemateriaal op de OK klaargezet. De omloop moet eveneens op de OK blijven. Er zijn ook geen wisselingen meer, doordat de heilige koffiepauzes tijdens een operatie zijn afgeschaft. En het aantal aanwezig op de OK is tot een minimum beperkt: geen meekijkende managers, collegae en bekenden meer.

IN HETZELFDE SCHUITJE

Het ene project loopt beter dan het andere. Soms hebben projecten zelfs tegengestelde doelstellingen. Geen wachtlijstvermindering als tegelijkertijd de specialist vanwege de wondinfectieprofylaxe op de OK moet blijven,



Meer MC-artikelen over Sneller Beter en de site van Sneller Beter vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweek.

