

Voor de muziek uit lopen?

*Een onderzoek onder middelmanagers van ziekenhuizen
naar best practices*

Arjan Admiraal
Michel Kats

s0005746
s0045683

Begeleiders:

PricewaterhouseCoopers
A. van Vliet RA
drs. A.C. Veltman

Universiteit Twente
Prof. dr. W.H. van Harten
Prof. dr. W. van Rossum

Enschede, 15 december 2005

Management Summary

PricewaterhouseCoopers (PwC) is in het voorjaar van 2005 een internationaal onderzoek begonnen naar de mondiale trends en ontwikkelingen op het terrein van de gezondheidszorg. Deze studie heeft als belangrijkste thema het onderkennen van best practices in de wereld die kunnen bijdragen aan een duurzaam en kwalitatief goed systeem voor de gezondheidszorg.

Aanvullend op het onderzoek van PwC dat vooral is gehouden onder beleidsbepalende vertegenwoordigers, zal in dit onderzoek op meso-niveau worden onderzocht waar middelmanagers vinden dat het gaat om goed geregelde zorg of best practices.

Op basis van gevonden literatuur zijn definities opgesteld voor good ideas, good practices en best practices. Van ieder project is vastgesteld van welk van die drie soorten er sprake is.

Het bleek bij sommige projecten moeilijk, om vast te stellen of er sprake was van een good practice, of een best practice. Met name bij projecten die in meerdere ziekenhuizen voorkomen was het moeilijk om te bepalen welk ziekenhuis de beste resultaten behaalde. Daarom is ervoor gekozen om een extra categorie mogelijke best practices toe te voegen. Uiteindelijk is alleen het 'COPD-project' als echte best practice beoordeeld. Alleen in dit geval was volgens de vooraf gestelde definitie sprake van een objectief vastgestelde, meest succesvolle manier van zorgverlening, die voldoende ver op de norm voor ligt.

Voor de andere projecten, die al wel geïmplementeerd zijn, geldt dat die projecten niet voldoende ver op de norm voor liggen. In die gevallen was er sprake van een good practice. De projecten die nog niet ingevoerd zijn, maar wel een verbetering van de zorgpraktijk voorspellen, zijn beoordeeld als good idea.

Opvallend voor een onderzoek waarbij gevraagd is naar best practices, is het aantal projecten dat bij nadere beschouwing geen best practice blijkt te zijn. Op basis van de definitie die in dit onderzoek is gebruikt, komt tweedederde van de projecten niet in aanmerking voor de classificatie best practice. Tijdens sommige interviews werden projecten die als logische keuze, of lokale verbetering gezien worden, gepresenteerd als best practice.

	Good idea	Good practice	Mogelijke best practice	Best practice
Kostenreductie	0	3	2	0
Informatie-uitwisseling	2	3	1	0
Continuüm van zorg	0	2	1	1
Veiligheid	1	4	0	0
Wachttijden	0	1	1	0
Nieuwe producten en diensten	6	0	0	0
Overige	1	2	1	0

Tabel 1: overzicht aantal gevonden projecten in de verschillende categorieën.

Naast deze projecten is ook geïnformeerd naar de ontwikkelingen die de middelmanagers zien in de gezondheidszorg. Door de middelmanagers wordt de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg nog wel als goed beoordeeld, maar de verwachting is, dat die zal gaan dalen.

De toename van het aantal eigen bijdragen in de zorg kan zorgen voor een tweedeling, maar maakt het ook mogelijk, dat mensen zich bewuster worden van de kosten van de gezondheidszorg. Marktwerking in de gezondheidszorg zorgt mogelijk voor het ontstaan van nieuwe aanbieders, die zich enkel richten op standaard behandeling en eenvoudig te genezen patiëntengroepen. De ziekenhuizen zijn bang, dat zij hierdoor enkel nog de zwaardere en niet-standaard patiënten krijgen en daardoor hogere kosten maken dan die nieuwe partijen. Daarbij hebben de middelmanagers de angst, dat er patiëntengroepen zullen ontstaan, die geen enkel ziekenhuis wil behandelen.

Bovendien verwachten de middelmanagers, dat de ziekenhuizen zich steeds meer zullen toeleggen op enkel de medische behandeling en de verpleegkundige nabehandeling en revalidatie aan thuiszorginstellingen en verpleeghuizen zullen overlaten. De verwachting is, dat de ligdagen nog verder zullen afnemen en de behandeling nog vaker in dagbehandeling zal plaatsvinden.

Inhoudsopgave

MANAGEMENT SUMMARY	1
INHOUDSOPGAVE.....	2
1. INLEIDING	3
2. ONDERZOEKSPLAN.....	4
3. DEFINITIES	5
3.1 DEFINITIES VAN ‘BEST PRACTICE’	5
3.2 DEFINITIE VAN ‘BEST PRACTICE’ BIJ DIT ONDERZOEK	6
4. DE INTERVIEWS	7
5. DE ONDERZOCHE ZIEKENHUIZEN	8
6. GEVONDEN PROJECTEN	12
6.1 PROJECTEN OP HET GEBIED VAN KOSTENREDUCTIE	12
6.2 PROJECTEN OP HET GEBIED VAN INFORMATIE-UITWISSELING.....	15
6.3 PROJECTEN OP HET GEBIED VAN CONTINUÛM VAN ZORG	17
6.4 PROJECTEN OP HET GEBIED VAN VEILIGHEID.....	19
6.5 PROJECTEN OP HET GEBIED VAN WACHTTIJDEN.....	22
6.6 PROJECTEN OP HET GEBIED VAN NIEUWE PRODUCTEN EN DIENSTEN.....	23
6.7 OVERIGE PROJECTEN.....	25
7. ONTWIKKELINGEN	27
8. CONCLUSIES	31
LITERATUURLIJST.....	34
BIJLAGE A INTERVIEWVRAGEN PRICEWATERHOUSECOOPERS.....	36
BIJLAGE B INTERVIEWVRAGEN INTERVIEWS MIDDELMANAGERS	40

1. Inleiding

Voor u ligt het resultaat van een onderzoek dat onder middelmanagers van ziekenhuizen is verricht. Doel van het onderzoek was het vinden van best practices. Daarnaast is gekeken naar de verwachtingen van de middelmanagers voor de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg. Aanleiding voor dit onderzoek vormde het soort gelijke onderzoek dat door onderzoekers van PricewaterhouseCoopers is gehouden onder top-bestuurders van zorginstellingen. De middelmanagers hebben bijna dezelfde vragen voorgelegd gekregen als de top-bestuurders. De interviews zijn gehouden met middelmanagers van ziekenhuizen in het noord-oostelijke deel van Nederland. Er is geprobeerd om ziekenhuizen van verschillende soort en grote te onderzoeken. De geïnterviewden zelf zijn geselecteerd door het ziekenhuis. Vaak is dit gebeurd door iemand van de afdeling Personeel & Organisatie. In de meeste gevallen gaat het om iemand die betrokken is bij een of meerdere van de vernieuwingsprojecten van het ziekenhuis. Een gevolg hiervan en van de plaats is de organisatie is dat de persoon mogelijk niet van alle projecten tot in detail op de hoogte is.

In hoofdstuk twee is het onderzoeksplan voor dit onderzoek opgenomen. Het derde hoofdstuk bevat een toelichting op de vragenlijst, die bij de interviews gebruikt is. In het vierde hoofdstuk wordt de definitie van best practice, zoals die in dit verslag gebruikt wordt, besproken. Daarna wordt in hoofdstuk vijf informatie gegeven over de onderzochte ziekenhuizen en geïnterviewde personen.

Vervolgens worden in hoofdstuk zes de gevonden projecten besproken. Deze zijn ingedeeld op zeven gebieden, te weten: kostenreductie, informatie-uitwisseling, continuüm van zorg, veiligheid, wachttijden, mix van producten en diensten en overige projecten.

Hoofdstuk zeven gaat in op de ontwikkelingen die de middelmanagers signaleren binnen de gezondheidszorg. Waarna in hoofdstuk acht een conclusie getrokken wordt.

De ziekenhuizen waarvan middelmanagers zijn geïnterviewd, worden in hoofdstuk 5 beschreven, om een beeld te geven van de verschillende instellingen die zijn bezocht. In het vervolg van het verslag worden de namen van de ziekenhuizen en geïnterviewden achterwege gelaten. Hiervoor is gekozen, omdat het vooral gaat om het project, waarbij de naam van het ziekenhuis niet relevant is. Per paragraaf zijn de ziekenhuizen willekeurig genummerd. Steeds zal het eerste ziekenhuis dat bij dat onderwerp besproken wordt het nummer 1 dragen, het tweede nummer 2, enzovoorts. Deze combinatie tussen ziekenhuis en nummer hoeft niet overeen te komen met die in de paragraaf ervoor, erna, of het hoofdstuk 'De onderzochte ziekenhuizen'.

2. Onderzoeksplan

Probleemstelling

PricewaterhouseCoopers (PwC) voert in het voorjaar van 2005 een internationaal onderzoek uit naar de mondiale trends en ontwikkelingen op het terrein van de gezondheidszorg. Als vervolg op twee eerder uitgevoerde studies, heeft deze derde studie als belangrijkste thema het onderkennen van best practices in de wereld die kunnen bijdragen aan een duurzaam en kwalitatief goed systeem voor de gezondheidszorg.

Voor dit rapport vergaart PwC input door het wereldwijd houden van interviews met beleidsbepalende vertegenwoordigers uit de gezondheidszorg, een telefonische survey, expert meetings, conferenties en deskresearch. De landen die participeren in het onderzoek zijn: Verenigde Staten, Canada, Engeland, Ierland, Duitsland, Nederland, Noorwegen, Italië, Zuid-Afrika, Australië, en enkele landen in het verre oosten, waaronder China.

Het internationale rapport zal in november 2005 gepubliceerd worden en zal een 'roll-out' krijgen. Best practices die binnen onze eigen landsgrenzen worden erkend, kunnen zeer waardevol zijn voor de Nederlandse gezondheidszorg. Naast de strategische bevindingen, zijn voor de zorgaanbieders juist best practices van de werkvloer interessant om kennis van te nemen.

Doelstelling

Aanvullend op het onderzoek van PwC zal in ziekenhuizen op meso-niveau onderzocht worden welke best practices er voorkomen. Die ziekenhuizen van verschillende grootte en categorie liggen in de provincies Gelderland, Utrecht, Overijssel, Drenthe, Groningen en Friesland. Binnen die instellingen wordt bekeken welke ideeën middelmanagers over de best practices hebben. Zo wordt geprobeerd om een blik van dichtbij de werkvloer te krijgen.

Vraagstelling

De centrale vraag bij dit onderzoek zal zijn: welke best practices worden door middelmanagers in zorginstellingen herkend?

Onderzoeksvragen

Voor het onderzoek zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- Welke acties worden er ondernomen om de kosten te beheersen?
- Wat wordt er gedaan om de informatie-uitwisseling te verbeteren?
- Hoe wordt geprobeerd om de verschillende delen van de zorgketen op elkaar aan te laten sluiten?
- Op welke manier wordt geprobeerd om veiligheid van zorg te waarborgen?
- Hoe wordt de toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg gewaarborgd?
- Welke diensten en producten worden verwacht in de toekomst ontwikkeld te gaan worden?
- Hoe verwachten de middelmanagers dat de toekomst eruit zal zien?

Onderzoeksstrategie

Er zal in de literatuur gezocht worden naar theorie die betrekking heeft op de best practices, of best practices beschrijft. Daarnaast worden gestructureerde interviews gehouden met de middelmanagers. Die interviews bestaan uit open vragen en zijn bedoeld om informatie over de best practices in dat ziekenhuis te achterhalen. Ieder interview zal ongeveer anderhalf uur duren en plaatsvinden in de betreffende instelling.

Verantwoording keuzes

De keuze om te gaan kijken naar de best practices op meso-niveau is gemaakt, omdat zij mogelijk een heel andere mening over best practices hebben, dan de topmanagers. De regio van de zorginstellingen in het noorden en noordoosten van Nederland is gekozen met in gedachten de bereikbaarheid vanuit Enschede. Er is niet voor een specifieke categorie en formaat zorginstelling gekozen, omdat zowel klein als grote instellingen van elkaar kunnen leren op het gebied van efficiëntieverbetering.

Verwachte eindresultaat

De verwachting is, dat het eindresultaat zal bestaan uit een overzicht van best practices in de verschillende ziekenhuizen en de ontwikkelingen in de zorg die de middelmanagers signaleren.

3. Definities

3.1 Definities van 'best practice'

Voor het onderzoek naar best practices in ziekenhuizen is het noodzakelijk om eerst duidelijk af te bakenen wat in dit verslag wordt verstaan onder 'best practices'. Dat zal in dit hoofdstuk gebeuren.

Na het raadplegen van verschillende bronnen, is duidelijk geworden, dat dit begrip zeer regelmatig gebruikt wordt, maar slechts door heel weinigen ook echt gedefinieerd wordt. De definities die wel gegeven worden verschillen in grote mate van elkaar.

Voorbeelden van definities die gevonden zijn, zijn:

- De zorg zoals die zou moeten zijn. (CBO, 2002)
- Elders succesvol gebleken zorgpraktijken en succesvolle veranderinterventies met een grote impact voor de patiënt. (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2004)
- Een alles omvattende, integrerende en op samenwerking gebaseerde benadering voor het continu verbeteren van alle aspecten van de organisaties bedrijfsvoering. (A comprehensive, integrated and co-operative approach to the continuous improvement of all facets of an organisation's operation.) (European Commission, 1999)
- Zaken slimmer aanpakken, praktijken die leiden tot superieure prestaties, het bereiken van constante kwaliteit in wat wordt gedaan en op bewijzen gebaseerde uitoefening. (Doing things smarter, practices which led to superior performance, achieving consistent quality in what is done, and evidence based practice) (European Commission, 1999)
- De meest succesvolle initiatieven op het gebied van care en cure sector. (www.zibb.nl/gezondheidszorg)
- Dit zijn handelingen die bewezen succesvol zijn en die zorgen voor goede interventies met een grote invloed op de kwaliteit van zorg voor de patiënt. (www.VieCuri.nl)
- Een procesgeoriënteerd concept om na verloop van tijd verbeteringen binnen individuele instanties of omgevingen te bereiken. (a process-oriented concept to achieve improvements within individual agencies or settings over time). (Perleth, et al., 2001)
- De 'beste manier' om de uitkomsten van gezondheidszorginterventies voor patiënten: populatiegroepen en gedefinieerde indicaties of aandoening te identificeren, verzamelen, evalueren, verbreiden en implementeren alsmede te monitoren. (the 'best way' to identify, collect, evaluate, disseminate, and implement information about as well as to monitor the outcomes of health care interventions for patients: population groups and defined indications or conditions.) (Perleth, et al., 2001)
- Die uitoefeningen, waarvan aangetoond is, dat ze superieure resultaten voortbrengen; door middel van een systematisch proces geselecteerd zijn; en als voorbeeldig, goed, of succesvol beoordeeld worden. Best practices worden dan aangepast om in een bepaalde organisatie te passen. (Those practices that have been shown to produce superior results; selected by a systematic process; and judged as exemplary, good or successfully demonstrated. Best practices are then adapted to fit a particular organisation.) (Jarrar & Zairi, 2000)
- Bij Royal Mail wordt de term "good practice" gebruikt in plaats van 'best practice', om te wijzen op de mogelijkheid, dat er meer dan een aanpak / gedrag geschikt kan zijn voor dezelfde taak, proces of activiteit. (...) "Good practice" wordt in dit geval gedefinieerd als: 'iedere, bewezen werkende uitvoering, die ver genoeg voor ligt op de norm om significante prestatieverbeteringen op te leveren, als die praktijk geïmplementeerd wordt. (At Royal Mail, the terminology "good practice" is used in stead of 'best practice" to signify the possibility of more than one approach/behaviour being suitable for the same task, process or activity. (...) "Good practice" is defined as: 'any proven working practice which is far enough ahead of the norm to provide significant performance gains if implemented'.) (Zairi. & Whymark, 2000)

Aansluitend op het onderwerp 'best practice' wordt door de 'Chevron approach' een indeling in drieën gemaakt. Door Jarrar en Zairi (2000) is deze indeling iets aangepast tot:

- Een goed idee (niet bewezen): Nog niet waargemaakt met gegevens, maar is intuïtief gezien slaat het ergens op. Het zou een positieve invloed kunnen hebben op de bedrijfsprestatie, maar het heeft verdere analyse nodig. Als het wordt onderbouwd met gegevens, dan is het een kandidaat om geïmplementeerd te worden in de organisatie. (Good idea (unproven): not yet substantiated by data but makes sense intuitively. It could have a positive impact on business performance, but requires further review/analysis. If substantiated by data, this could be a candidate for implementation in the organization.)

- Goede praktijk: Een techniek, methode, procedure, of proces, dat is geïmplementeerd en heeft bewezen de bedrijfsresultaten van een organisatie te verbeteren (door voor een deel in de behoefte van klanten en stakeholders te voorzien). Dit is onderbouwd met gegevens die zijn verzameld in de organisatie. (Good practice: technique, methodology, procedure, or process that has been implemented and has improved business results for an organization (satisfying some element of customers' and stakeholders' needs). This is substantiated by data collected at the organization.)
- "Bewezen" best practice: een goede praktijk, waarvan is vastgesteld, dat het de beste aanpak is voor veel organisaties, gebaseerd op de analyse van de prestatiegegevens van het proces. ("Proven" best practice: a good practice that has been determined to be the best approach for many organizations, based on analysis of process performance data.) (Jarrar & Zairi, 2000)

Door PricewaterhouseCoopers wordt een omschrijving van 'best practice' gebruikt die erop neer komt, dat iedere practice, waarvan de medewerkers van een organisatie vinden dat ze er goed in zijn, die een verbetering is van een eerdere situatie, een best practice is.

3.2 Definitie van 'best practice' bij dit onderzoek

Aangezien op ieder van de definities van 'best practice', zoals die door anderen gedefinieerd werden, wel iets aan te merken viel, is ervoor gekozen om voor dit onderzoek gebruik te maken van een andere definitie. De driedeling van de 'Chevron approach' spreekt aan en lijkt erg zinvol bij dit onderzoek, aangezien PricewaterhouseCoopers zeer geïnteresseerd is in goede praktijken in ziekenhuizen en de Universiteit Twente meer de nadruk gelegd wil zien op de werkelijk beste praktijken.

Daarnaast is bij het opstellen van de definities een aantal aspecten van de andere, bovenstaande definities vrij geïnterpreteerd en meegenomen in deze nieuwe definities. De definities die in dit verslag gebruikt zullen worden, zijn de volgende:

Good idea

Een practice geldt als een 'good idea' als het vanuit het oogpunt van de geïnterviewde zal gaan om een verbetering van de zorgpraktijk, maar die nog niet geïmplementeerd, of uitvoerig geanalyseerd is.

Good practice

Een practice geldt als een 'good practice' als het in de ogen van de geïnterviewde gaat om een succesvolle manier van zorgverlening, die

- met aanvaardbare middelen wordt bereikt,
- op ervaring of (wetenschappelijke) bewijzen gebaseerd is,
- zorgt voor beter dan gemiddelde (zorg)prestaties van een constante, goede kwaliteit,

waarbij de mogelijke, negatieve bijeffecten voor andere afdelingen of instellingen beperkt zijn en de eventuele aansluiting op hen goed geregeld is.

Best practice

De best practices komen voort uit de good practices. Het verschil tussen beide zit hem in de objectieve vergelijking. Een good practice is ook een best practice, als voor die good practice geldt, dat niet alleen de geïnterviewde het een succesvolle manier van zorgverlening vindt, maar ook door externe personen objectief is vastgesteld, dat dit de beste manier van werken is. Daarnaast moet de practice ook voldoende ver voorliggen op de norm.

Een 'best practice' dient in dit geval omschreven te worden, als: objectief vastgestelde meest succesvol manier van zorgverlening, die

- met aanvaardbare middelen wordt bereikt,
- op ervaring of (wetenschappelijke) bewijzen gebaseerd is,
- voldoende ver op de norm voor ligt
- zorgt voor de beste (zorg)prestaties van een constante, beste kwaliteit,

waarbij de mogelijke, negatieve bijeffecten voor andere afdelingen of instellingen beperkt zijn en de eventuele aansluiting op hen goed geregeld is.

4. De interviews

In dit hoofdstuk zal de bij de interviews gebruikte vragenlijst besproken worden. De vragenlijst is in sterke mate gebaseerd op de lijst van PricewaterhouseCoopers, die bijgevoegd is in bijlage A. Hier zal worden ingegaan op de veranderingen die aangebracht zijn. Verder zal ook de manier van interviewen aan bod komen. Net als de manier van gegevensverwerking.

De vragenlijst, die PwC hanteerde bij de interviews met topmanagers, is als basis gebruikt. Er is voor gekozen om een aantal vragen die minder relevant leken bij de interviews met middelmanagers te schrappen. Daarbij kan gedacht worden aan de vragen over het type en de rechtsvorm van de zorginstelling.

Verder is een aantal vragen aangepast. In plaats van te vragen naar bijvoorbeeld de kosteneffectiviteit van de hele organisatie, is gevraagd naar de kosteneffectiviteit van de eigen afdeling. Hetzelfde geldt voor de vraag over de tevredenheid over de kwaliteit van de medische dienstverlening.

Daarnaast is een aantal vragen toegevoegd. Voorbeelden daarvan zijn de plaats in de organisatie van de geïnterviewde en de vraag of recente veranderingen in de manier van werken hebben gezorgd voor een hogere kosteneffectiviteit.

De complete vragenlijst die bij de interviews met de middelmanagers gebruikt is, is in bijlage B bijgevoegd. Bij de eerste twee interviews is deze vragenlijst vrij strak gevolgd. Toen bleek, dat er op deze manier niet echt best practices naar voren kwamen. Een van die twee ziekenhuizen bleek op alle gebieden wel iets te doen, maar concrete voorbeelden kwamen niet naar voren. Daarop is besloten om de vragenlijst aan te passen. In de latere interviews is bij ieder deelgebied eerst gevraagd naar vernieuwende projecten op dat gebied. Daarna pas is een aantal vragen van dat deelonderwerp gesteld. De vragenlijst is bij die interviews ook minder strak gevolgd.

Op één interview na is steeds gezamenlijk één persoon geïnterviewd. Dit had als voordeel, dat op het moment dat een van de interviewers stil viel, of even niet meer wist wat te vragen, de ander door kon vragen, of kon overstappen op een ander onderwerp. Bij één interview is gezamenlijk twee personen geïnterviewd. Dit werd als minder prettig ervaren, omdat zij elkaar ook aanvulden.

De projecten die naar aanleiding van de interviews naar voren kwamen zijn vrijwel allemaal opgenomen in dit verslag. Projecten waar de geïnterviewde inhoudelijke weinig informatie over had, zijn achterwege gelaten.

De gegevens over de projecten zullen in een aantal categorieën ingedeeld worden. De categorieën zijn: kostenreductie, informatie-uitwisseling, continuüm van zorg, veiligheid, wachttijden, nieuwe producten en diensten en overige projecten. Per project wordt een korte omschrijving gegeven, worden goede en slechte punten genoemd en eventueel behaalde resultaten vermeld. Bovendien wordt beoordeeld of er sprake is van een good idea, good practice, mogelijke best practice, of best practice. Tot slot worden in een tabel per categorie aangegeven hoeveel projecten er van iedere soort waren.

5. De onderzochte ziekenhuizen

In dit hoofdstuk wordt enige informatie gegeven over de ziekenhuizen die onderzocht zijn. Die informatie is bedoeld om een beeld te geven van het soort, de grootte, het aantal medewerkers en de productie van de verschillende ziekenhuizen. Er is geprobeerd om die gegevens voor zover mogelijk over te nemen uit de jaarverslagen van de ziekenhuizen, zoals vermeld op de website van Prismant (www.jaarverslagen.prismant.nl). Als dat niet mogelijk bleek, is de website van het ziekenhuis geraadpleegd voor deze informatie. Dit is aangegeven met een asterisk (*) achter het getal.

Helaas is het niet mogelijk gebleken om de gegevens van alle ziekenhuizen in dezelfde eenheid weer te geven. De gegevens van het aantal medewerkers en medisch specialisten wordt bij sommige ziekenhuizen weergegeven in het werkelijke aantal personen dat in dienst is (pers.) en in andere gevallen in het aantal fulltime-equivalent (fte). Van sommige ziekenhuizen stond het aantal bedden in gebruik niet vermeld op de website of in het jaarverslag. In dat geval is een schatting gemaakt door het aantal verpleegdagen in 2004 te delen door het dagen in dat jaar (366). Er wordt uitgegaan van een bezettingspercentage van 80%. Als dit is aantal is uitgerekend, is dat aangegeven met een hekje (#).

Per ziekenhuis wordt kort enige informatie gegeven over de geïnterviewde en diens plaats in de organisatie.

Ziekenhuisgroep Twente, Almelo

Soort ziekenhuis	Algemeen
Aantal erkende bedden	1045*
Aantal bedden in gebruik	678#
Aantal personeelsleden	3439 pers.*
Aantal specialisten	185 pers.*
Aantal opnamen	32.076
Aantal dagopnamen	22.333
Aantal verpleegdagen	206.774
Gemiddelde ligduur klinisch	6,45
Aantal eerste polikliniek bezoeken	176.614

In Almelo is gesproken met de heer Kuiper. Hij is afdelingshoofd van drie verpleegafdelingen. Boven hem in de organisatie zitten de Raad van Bestuur en de diensthoofden. Onder hem vallen de procescoördinatoren en de medewerkers. Het Twenteborg ziekenhuis in Almelo vormt samen met het Streekziekenhuis Midden Twente in Hengelo de Ziekenhuisgroep Twente.

Diaconessenhuis, Meppel

Soort ziekenhuis	Algemeen
Aantal erkende bedden	311
Aantal bedden in gebruik	219#
Aantal personeelsleden	771,14 fte
Aantal specialisten	28,03 fte
Aantal opnamen	11.505
Aantal dagopnamen	8.780
Aantal verpleegdagen	66.772
Gemiddelde ligduur klinisch	5,8
Aantal eerste polikliniek bezoeken	52.969

Het Diaconessenhuis is onderdeel van de zorgcombinatie Noorderboog. Hier vallen ook enkele verpleeg- en verzorgingshuizen onder. In Meppel is gesproken met de heren De Vries en Bouwknecht. Binnen het Diaconessenhuis is de heer De Vries de staffunctionaris Zorg. In die functie is hij onder andere verantwoordelijk voor de zorgvernieuwingsprojecten. De heer Bouwknecht is het hoofd zorg zowel ambulante als klinisch. Zijn functie valt rechtstreeks onder de Raad van Bestuur.

Gelderse Vallei Ziekenhuis, Ede

Soort ziekenhuis	Algemeen
Aantal erkende bedden	605
Aantal bedden in gebruik	503
Aantal personeelsleden	1509 fte (2440 pers.*)
Aantal specialisten	130 pers.*
Aantal opnamen	20.799
Aantal dagopnamen	16.356
Aantal verpleegdagen	139.652
Gemiddelde ligduur klinisch	6,7
Aantal eerste polikliniek bezoeken	125.056

In Ede is gesproken met mevrouw Laban. Zij is unithoofd van de afdeling cardiologie. Daar valt ook de hartfalenpoli, de hartrevalidatie en de afdelingskeuken onder. Boven de unithoofden staan de clustermanagers en daarboven staat de Raad van Bestuur. Het Gelderse Vallei Ziekenhuis kent zeven clusters. Onder de unithoofden zitten gelijk de medewerkers.

Medisch Spectrum Twente, Enschede

Soort ziekenhuis	Topklinisch
Aantal erkende bedden	1070*
Aantal bedden in gebruik	590
Aantal personeelsleden	2.661 fte (ca. 4000* pers.)
Aantal specialisten	200 pers.*
Aantal opnamen	27.312
Aantal dagopnamen	22.420
Aantal verpleegdagen	204.148
Gemiddelde ligduur klinisch	7,5
Aantal eerste polikliniek bezoeken	154.350

Het interview in Enschede is gehouden met mevrouw Schoolkate. Zij is afdelingshoofd van de afdelingen orthopedie, reumatologie, dagbehandeling, oogheelkunde en polikliniek oogheelkunde. Boven haar zitten twee managementlagen: de Raad van Bestuur en het clustermanagement. Het MST kent acht clusters. Direct onder mevrouw Schoolkate komen de medewerkers. Bij de polikliniek oogheelkunde is ook nog sprake van een eerste medewerker, een medewerker die zich naast de normale werkzaamheden ook bezighoudt met het maken van bijvoorbeeld dienstroosters. Binnen de managementlagen is deze functie niet expliciet geregeld.

Meander Medisch Centrum, Amersfoort

Soort ziekenhuis	Algemeen
Aantal erkende bedden	982
Aantal bedden in gebruik	600
Aantal personeelsleden	2.141,8 fte (3192 pers.)
Aantal specialisten	190 pers.
Aantal opnamen	26.852 + 385 (paaz)
Aantal dagopnamen	25.126
Aantal verpleegdagen	154.589
Gemiddelde ligduur klinisch	5,7
Aantal eerste polikliniek bezoeken	158.425

In Amersfoort is gesproken met dhr. Visser. Hij geeft leiding aan circa 180 medewerkers, direct onder zich heeft hij 5 teammanagers en een aantal senior verpleegkundigen, die staftaken uitvoeren. Zijn eigen functie valt rechtstreeks onder de Raad van Bestuur. Door deze positie heeft hij veel vrijheid van handelen. Hij is verantwoordelijk voor de twee verpleegafdeling en de polikliniek in Baarn en in Elizabeth voor de short stay-, dagbehandelings-, long stay-afdeling en de polikliniek.

Medisch Centrum Leeuwarden, Leeuwarden

Soort ziekenhuis	Topklinisch
Aantal erkende bedden	756~
Aantal bedden in gebruik	636#
Aantal personeelsleden	3364,5 fte~
Aantal specialisten	147,93 (157 pers.) ~
Aantal opnamen	26.528
Aantal dagopnamen	12.757
Aantal verpleegdagen	193.977
Gemiddelde ligduur klinisch	7,3
Aantal eerste polikliniek bezoeken	132.639

gegevens: ~informatie van mw. Schippers, afd. Voorlichting en Communicatie Zorggroep Noorderbreedte.

In het Medisch Centrum Leeuwarden is gesproken met mevrouw Schonewille. Zij is directeur van cluster 2 en zit in die functie in de directie van het Medisch Centrum Leeuwarden. Het ziekenhuis is onderdeel van de Zorggroep Noorderbreedte. De directie van het ziekenhuis, staat de Raad van Bestuur van de zorggroep. Onder haar zitten twee managementlagen.

Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen

Soort ziekenhuis	Academisch
Aantal erkende bedden	1.339
Aantal bedden in gebruik	858#
Aantal personeelsleden	6.238 fte
Aantal specialisten	986 fte
Aantal opnamen	30.028
Aantal dagopnamen	12.600
Aantal verpleegdagen	261.590
Gemiddelde ligduur klinisch	9,0
Aantal eerste polikliniek bezoeken	103.637

Het interview in het Universitair Medisch Centrum Groningen is gehouden met dr. Homan van der Heide. Hij werkt daar als internist-nefroloog. Ruim de helft van de tijd besteedt hij aan niertransplantaties, de andere helft houdt hij zich bezig met zijn taken als medisch-hoofd van de divisie niertransplantaties. Deze divisie is onderdeel van de afdeling Interne geneeskunde. Zijn functie is vergelijkbaar met die van meewerkend-voorman.

Sint Jansdal, Harderwijk

Soort ziekenhuis	Algemeen
Aantal erkende bedden	341
Aantal bedden in gebruik	272#
Aantal personeelsleden	891,2 fte
Aantal specialisten	26,0 fte
Aantal opnamen	13.125
Aantal dagopnamen	12.488
Aantal verpleegdagen	82.943
Gemiddelde ligduur klinisch	6,3
Aantal eerste polikliniek bezoeken	73.901

In Harderwijk is een interview gehouden met mevrouw Adams. Zij is hoofd van de afdeling Personeel en Organisatie. Deze functie is niet opgenomen in het managementteam en valt daardoor rechtstreeks onder de Raad van Bestuur. Dit is een tijdelijke situatie. Het is de bedoeling, dat de functie van hoofd P&O binnenkort wel weer binnen het managementteam gaat vallen.

Gelre Ziekenhuizen, Apeldoorn

Soort ziekenhuis	Algemeen
Aantal erkende bedden	985
Aantal bedden in gebruik	568#
Aantal personeelsleden	2.184 fte
Aantal specialisten	123,18 fte
Aantal opnamen	29.359
Aantal dagopnamen	21.712
Aantal verpleegdagen	173.267
Gemiddelde ligduur klinisch	5,8/6,2 (Apeldoorn/Zutphen)
Aantal eerste polikliniek bezoeken	167.369

Het interview in Apeldoorn is gehouden met de heer Voogt. Gelre Ziekenhuizen is opgedeeld in een aantal clusters. De heer Voogt is werkzaam als zorgmanager heelkunde. Onder dit cluster vallen de afdelingen (zowel kliniek als polikliniek van) chirurgie, orthopedie, plastische chirurgie, KNO en kaak. Hij geeft leiding aan de coördinatoren, die de werknemers aansturen.

6. Gevonden projecten

Tijdens de interviews met de managers zijn er vele projecten aan bod gekomen die de zorg binnen het ziekenhuis en daarbuiten hebben verbeterd. Dit hoofdstuk is ingedeeld volgens de gebieden die ook door PricewaterhouseCoopers worden onderscheiden. Te weten: kostenreductie, informatie-uitwisseling, continuüm van zorg, veiligheid, wachttijden en nieuwe producten en diensten. Bovendien worden in de laatste paragraaf andere interessante projecten besproken.

Iedere paragraaf wordt begonnen met een korte inleiding, waarna de projecten, die op dat deelgebied gevonden zijn, worden besproken. Als tijdens meerdere interviews eenzelfde project werd genoemd, is ervoor gekozen slechts een van die projecten te bespreken. Ieder projectbespreking wordt begonnen met een omschrijving van het project. Vervolgens wordt ingegaan op de sterke en zwakke punten van het project. Als die bekend zijn worden tevens de behaalde resultaten vermeld. Tot slot wordt aangegeven of sprake is van een good idea, good practice, mogelijke best practice, of best practice.

6.1 Projecten op het gebied van kostenreductie

Door de vele bezuinigen in de zorg zijn de ziekenhuizen genoodzaakt de kosten te drukken. Alle ziekenhuizen zijn bezig met besparingen, omdat ze vanuit de overheid worden gedwongen efficiënter te werken. Naast materiaalkosten en de kosten van kapitaal bestaat het grootste deel van de kosten uit personeelskosten. Door een betere en efficiëntere inzet van het personeel binnen het ziekenhuis wordt op verschillende manieren getracht de kosten omlaag te brengen. Daarnaast wordt geprobeerd om waar mogelijk de behandelijd verder te verkorten, om ook zo besparingen te kunnen realiseren.

6.1.1 Betere inzet van personeel

Werd voorheen bij een tekort aan personeel vaak uitzendkrachten ingehuurd, nu worden de personeelstekorten veelal binnen de instelling opgelost. De extra kosten van uitzendkrachten worden bespaard door overcapaciteit van afdelingen beter te benutten op andere afdelingen waar een tekort aan menskracht dreigt. De manier waarop dit wordt ingevuld en het niveau waarop de uitwisseling plaatsvindt, verschilt per ziekenhuis.

Het half twaalf overleg

In ziekenhuis 1 is door twee afdelingshoofden het half twaalf overleg ingevoerd, om de overcapaciteit van het personeel op elke afzonderlijke afdeling op de verdieping te verdelen. Elke ochtend om 11.30 uur vindt er overleg plaats tussen de procescoördinatoren. Zij bepalen wat de bedden capaciteit is, hoeveel personeelsleden er beschikbaar zijn en tegen welke problemen er aan gelopen wordt. Op basis daarvan wordt vervolgens geschoven met personeelsleden, om de werkdruk beter te verdelen. Vroeger probeerde iedere afdelingen voor zich het personeel voor elkaar te krijgen.

Een sterk punt bij het introduceren van het half twaalf overleg was, het organiseren van sessies over slimmer/efficiënter werken in samenwerking met de afdeling Opleiding. Het duidelijk maken van de noodzaak van de verandering bij de verpleegkundigen was geen probleem, gezien de bedrijfseconomische voordelen.

Uiteindelijk heeft het op deze manier verdelen van het personeel ervoor gezorgd, dat de afdelingen 3,5 formatieplaats bespaard hebben.

Hier is sprake van een good practice, in de ogen van de geïnterviewde is het een succesvolle manier van zorg verlenen.

Het personeelsbureau

In ziekenhuis 2 wordt centraal binnen het ziekenhuis de overcapaciteit herverdeeld over de afdelingen. Bij een gebrek aan mankracht, wordt het personeelsbureau benaderd. Zij regelen een werknemer elders uit de organisatie, of, als dat niet lukt, een uitzendkracht.

Het gebruik van het personeelsbureau zou moeten leiden tot een kostenbesparing, omdat er minder personeel van buitenaf ingezet hoeft te worden. Op de afdeling blijkt, dat het extra inzetten van het vaste personeel van de afdeling goedkoper is, dan in noodgevallen terug te vallen op het personeelsbureau. Dit maakt het financieel aantrekkelijker om altijd iets meer capaciteit in te plannen dan nodig is. Het beoogde doel om de personeelskosten ziekenhuisbreed omlaag te brengen wordt zo ondermijnd.

Hier is geen sprake van een good, of best practice, aangezien het beoogde doel niet wordt bereikt.

In dienst van de afdeling 'zorg'

In ziekenhuis 3 is het verplegend personeel in dienst van de afdeling zorg. Op die manier kan het personeel ziekenhuisbreed op de verschillende afdelingen worden ingezet.

De verpleegkundigen zien als nadeel aan deze verandering, dat ze zich steeds moeten inleven in een andere patiëntengroep. Zij geven aan, dat dit hen extra werkdruk oplevert. Een positief aspect van het breder inzetten van het personeel, is dat de verpleegkundigen een kijkje kunnen leren van de manier van aanpak op andere afdelingen.

Hierdoor heeft het ziekenhuis minder gebruik hoeven te maken van uitzendkrachten. Ook is het probleem van het sluiten van bedden, wanneer er veel zware patiënten waren, grotendeels opgelost door het beter verdelen van het personeel. Het ziekenhuisbreed inzetten van personeel heeft gezorgd voor een besparing van de kosten die werden gemaakt bij het inhuren van de uitzendkrachten (rond de 25 tot 45 duizend euro per jaar). Verder is de productiegroei die het ziekenhuis de laatste jaren heeft gekend mede te danken aan deze manier van werken. Hier is sprake van een good practice. De verandering heeft hier voor een verbetering van de personeelsinzet gezorgd.

6.1.2 Materiaalkosten

Op het gebied van materiaalkosten wordt door de geïnterviewden vaak aangegeven dat er binnen de organisatie kritisch naar de kosten wordt gekeken. Vaak is er binnen het ziekenhuis een afdeling Inkoop die probeert zo goedkoop mogelijk producten aan te schaffen. Ook geven de geïnterviewden aan dat ten aanzien van het primaire proces vaak van alle kanten bekeken is waar er bespaard kan worden en dat dat nog steeds wordt gedaan.

Regionaal inkopen

In ziekenhuis 5 wordt er samen met de zorggroep en andere ziekenhuizen uit de provincie op het gebied van inkoop van materialen samengewerkt. Ziekenhuis 5 heeft als enige ziekenhuis in de regio een hartcentrum. Bij de inkoop van goederen voor het hartcentrum wordt buiten de regio samengewerkt met ziekenhuis 4. Het ziekenhuis probeert op regionaal niveau zoveel mogelijk samen in te kopen en op gebieden waar dit niet lukt in andere regio's partners te vinden.

Een voordeel is dat, door het grotere volume hogere kortingen bedongen kunnen worden. Nadelig is, dat met de partners overeenstemming moet worden bereikt over de producten en leveranciers.

Dit kan gezien worden als een mogelijke best practice, het samenwerken gebeurt tussen meerdere Nederlandse zorginstellingen. Het is moeilijk om te beoordelen in hoeverre ziekenhuis 5 en haar partners dit beter doen dan andere zorginstellingen die ook regionaal samenwerken.

De goedkoopste kiezen

Bij de fusie tot ziekenhuis 6 is kritisch gekeken naar de kosten van de gebruikte materialen. De beide ziekenhuizen regelden de inkoop voor zich. Door het vergelijken van de ingekochte materialen kon uiteindelijk voor de goedkoopste variant gekozen worden.

Door de fusie is ook het volume van de in te kopen goederen toegenomen en heeft daarmee ook gezorgd voor een besparing.

Dit kan niet gezien worden als een best practice. Het kiezen van producten met de beste prijs kwaliteit verhouding na een fusie, kan worden gezien als een logische keuze. Dat maakt het wel typisch, dat het genoemd wordt in een onderzoek naar best practices.

Op het gebied van goedereninkoop kunnen de ziekenhuizen een efficiëntieslag behalen. De schaalgrootte van de Nederlandse zorgsector wordt onvoldoende benut om de collectieve kostenpositie te verbeteren. Ziekenhuizen en instellingen kopen vaak nog zelfstandig in, terwijl er grote overeenkomsten zijn in de vraag en wensen van de verschillende instellingen. Door de in te kopen goederen te standaardiseren wordt een bundeling van het in te kopen volume mogelijk, wat tot substantiële inkoopvoordelen kan leiden. (TPG rapport, 2004) Opvallend is dat er op het gebied van collectief inkopen slecht één project tijdens de interviews naar voren kwam. De mogelijkheden om binnen het ziekenhuis kosten te besparen worden wel bekeken, maar samenwerking buiten het ziekenhuis wordt nog onvoldoende benut.

6.1.3 Bedbezetting

Binnen de ziekenhuizen wordt veelal geprobeerd de bedbezetting te verhogen, door de ligduur te verkorten. In vrijwel alle ziekenhuizen zijn projecten, die tot doel hebben de behandeltijd van de patiënt te verkorten.

Beperken bedden capaciteit

Door de kortere behandelduur kan het vaker voorkomen dat de bedden leeg staan. Het management van ziekenhuis 6 beperkt, wanneer dat mogelijk is, het aantal bedden. Hiermee proberen de bestuurders de specialisten te stimuleren om de patiënt zo snel mogelijk beter te maken. Daarnaast worden, op het moment dat er over het hele ziekenhuis voldoende bedden gesloten zijn, de bedden herverdeeld en wordt er een complete afdeling gesloten.

Een voordeel is, dat de specialisten efficiënter zal gaan werken. Zij kunnen op het moment dat alle bedden bezet zijn geen nieuwe patiënten opnemen. Op deze manier hebben zij er meer belang bij om patiënten sneller beter te krijgen. De drempel om een patiënt een nacht langer te laten blijven is hoger. Nadelig is, dat de arts meer risico zal nemen. De geïnterviewde gaf aan dat het risico tot nu toe altijd aanvaardbaar is geweest, maar ook deels wordt afgedekt met zorglijnen die doorlopen in de buitenwereld.

Het beperken van het aantal bedden kan gezien worden als een good practice, waarbij wordt gestimuleerd efficiënter en sneller te werken. Beddenreductie vindt in meerdere ziekenhuizen plaats. Dit lijkt de norm te zijn in ziekenhuizen.

Opzetten technoteam

Ziekenhuis 6 heeft samen met de thuiszorg een technoteam opgezet. Het technoteam verzorgt de technologische thuiszorg. In dit team zitten verpleegkundigen van het ziekenhuis en van de thuiszorg.

De specialist weet, dat een ontslagen patiënt in de thuissituatie nog door een verpleegkundige van het ziekenhuis gezien wordt. De specialist kent die verpleegkundige en heeft meer vertrouwen in hun capaciteiten. Het voordeel voor het ziekenhuis is, dat de arts een patiënt hierdoor eerder kan ontslaan.

Het technoteam gaat verder dan de standaard zorgverlening is daarom meer dan een good practice. Het is niet duidelijk in hoeverre het technoteam beter is dan vergelijkbare teams in andere regio's die zorg thuis verlenen. Het technoteam wordt daarom gezien als een mogelijke best practice.

Meer zaken voor de opname doen

Bij het heup- en knieherstelplan in ziekenhuis 3 en andere Joint Care programma's krijgt de patiënt voorafgaand aan de behandeling enkele informatiebijeenkomsten. Daarin wordt uitleg gegeven over de opname en het verloop van de behandeling. Verder krijgen de patiënten informatie over wat ze niet mogen doen en een training om op krukken te lopen.

Door alles wat voor de opname al gedaan kan worden, ook voor de opname te doen, valt er winst te behalen tijdens de opname. Die hoeft daardoor niet onnodig lang te duren. Dit is een voordeel voor zowel de patiënt als het ziekenhuis.

Vergelijkbare projecten, vaak onder een andere naam, worden al veelvuldig in het land toegepast. Hier is sprake van goede en efficiënte zorg, een good practice.

Projecten als het Joint Care programma en het heup- en knieherstelplan maken het voor het ziekenhuis mogelijk om vaker afdelingen in het weekend te sluiten. Doordat de zorg goed gecoördineerd is, hoeft de patiënt niet langer weken in het ziekenhuis te blijven, maar komt hij op maandag en vertrekt weer op vrijdag. Door in een vroeg stadium de terugkeer naar huis of naar een verpleeghuis te regelen, hoeft de patiënt niet onnodig lang in het ziekenhuis te verblijven.

Een probleem dat werd geconstateerd is dat de financiering van de zorg de doorstroming van patiënten naar een verpleeghuis kan belemmeren. Het ziekenhuis wil het liefst zo snel mogelijk de patiënt naar de thuissituatie laten terugkeren of zorg laten ontvangen in een verpleeghuis. De financieringsstructuur van verpleeghuizen moedigt aan dat de bedden vrijwel constant worden bezet. Het ziekenhuis heeft er juist baat bij dat het verpleeghuis capaciteit vrij heeft om de ziekenhuispatiënten op te vangen. Dit wil wel eens een probleem zijn.

Samenvatting kostenreductie

Door de inzet van personeel intern beter te verdelen, hebben de ziekenhuizen de personeelskosten omlaag weten te brengen. De manier en het niveau waarop dit gebeurt, verschilt per instelling. Het centraal regelen van het personeel kan zorgen voor extra kosten, maar ontlast ook de afdelingsmanager en zorgt voor een betere verdeling van het personeel over het ziekenhuis. Daarnaast kan de specialisatie van verplegend personeel voor belemmeringen en een verlies aan kwaliteit zorgen, wanneer deze wijd verspreid over het ziekenhuis worden ingezet.

Regionale samenwerking op het gebied van inkoop, om zodoende schaalvoordelen te behalen zijn niet vaak gezien tijdens de interviews. Wel is er op binnen het ziekenhuis vaak kritisch gekeken naar de inkoopkosten.

Door meer druk uit te oefenen op het aantal beschikbare bedden en de ligduur van de patiënten te verkorten wordt de bedbezetting in het ziekenhuis steeds verder verhoogd. Groepsgewijze behandeling zorgt onder andere voor een kortere behandelingsduur. De aansluiting met verpleeghuizen wordt steeds beter. De verschillen in financieringsstructuur tussen het ziekenhuis en de verpleeghuizen kan belemmerend werken om de ligduur in het ziekenhuis te verkorten.

6.2 Projecten op het gebied van informatie-uitwisseling

Om de patiënt zo goed mogelijk te kunnen helpen, speelt de informatie over de patiënt een belangrijke rol. Deze moet binnen het ziekenhuis goed worden overgebracht. Ook goede informatieoverdracht met externe zorgaanbieders is van groot belang.

6.2.1 Contact met de patiënt

Op basis van informatie kunnen afspraken met de patiënt gemaakt worden. Het gaat hierbij zowel om informatie over de patiënt, als informatie voor de patiënt. Dit kan variëren van zelfzorg, tot hoe hij straks de thuiszorg wil organiseren. Omdat de patiënt steeds korter in het ziekenhuis ligt, moet de informatie over de behandeling in een steeds kortere periode worden overgebracht. De houding richting de patiënt is van steeds groter belang.

Multidisciplinaire afstemming informatie

De ontwikkeling van een zorgpad voor een bepaalde patiëntengroep wordt vaak aangegrepen om de informatiestromen naar de patiënt beter te stroomlijnen, zo kwam naar voren tijdens de interviews in ziekenhuis 1, 2 en 3. De momenten waarop de patiënt informatie wordt gegeven of wanneer er informatie wordt gevraagd, worden beter op elkaar afgestemd.

Hierdoor wordt informatie niet meer dubbel gegeven, of twee keer gevraagd. Dit is prettiger voor de patiënt. Bovendien weet het ziekenhuispersoneel beter, wat het kan en moet doen. Dit zijn voordelen van het multidisciplinair afstemmen van het geven van informatie.

Dit kan gezien worden als een mogelijk best practice, voor zowel patiënt als zorgverlener wordt de zorgverlening duidelijker. De manier van informatievoorziening ligt voor op die van andere ziekenhuizen, maar hoever de voorspog is met andere voorlopers kan niet worden vastgesteld.

Het is een logische keuze om bij het ontwikkelen van zorgpaden de informatiestroom van en naar de patiënt kritisch te bekijken. Op dat moment is het hele traject doorgelicht en kunnen de informatiestromen eenvoudig in kaart gebracht worden. Het is de vraag of een zorgpad nodig is om de informatiestroom naar de patiënt te verbeteren. Losstaand van de zorgpaden kunnen de informatiestromen ook worden verbeterd. Tijdens de interviews kwam zo'n losstaand project niet aan de orde.

Operatie B

Binnen ziekenhuis 4 is operatie B gestart. Dit project is gericht op bejegening van de patiënt. Elke afdeling van het ziekenhuis heeft een operatie B plan opgesteld. Ziekenhuisbreed worden er voor het personeel videotrainingen en cursussen gegeven, gericht op de bejegening. Het gebouw, dat net nieuw is, zorgt voor een prettige (werk)omgeving. Dit vertaalt zich ook in de houding naar de patiënt.

Vanuit de patiënten zijn positieve geluiden ontvangen en ook het personeel is tevreden over de eenduidige manier van contact naar de patiënt toe.

Het is moeilijk aan te geven of dit project een best practice is. Andere ziekenhuizen zijn ook actief bezig om het verblijf van de patiënt prettiger te maken. Daarbij kan het netjes behandelen van klanten als normaal beschouwd worden. Echter, het hebben van een consistente benadering van de patiënt kan zorgen voor een eenduidiger 'product' naar de klant toe. Daarom is hier sprake van een good practice.

Road-show

In ziekenhuis 5 zijn er plannen om met een soort road-show verpleeg- en verzorgingshuizen te gaan bezoeken. Vanuit orthopedie is dat in het verleden al eens gebeurd. Bij deze road-show laat men zien hoe het vervangen van een totale heup of knie eruit ziet. Ook wordt uitgelegd waar mensen mee te maken kunnen krijgen bij een operatie.

Het voordeel is, dat de potentiële klanten weten wat ze in ziekenhuis 5 van het ziekenhuis kunnen verwachten.

Op deze manier denkt het ziekenhuis nieuwe klanten veilig te kunnen stellen.

Hier is sprake van een good idea, aangezien de road-shows nog niet ingevoerd zijn.

Dialysering voorkomen

Door mensen met een verminderde nierfunctie tijdig te informeren over de mogelijkheden van transplantatie, kan er soms eerder een transplantatie worden gerealiseerd. In ziekenhuis 6 wordt er op het gebied van donortransplantaties een soort road-show gestart. Naast de informatie over de transplantatie worden de mogelijkheden van levende donoren besproken, zodat de patiënt dit ook kan bespreken met bijvoorbeeld een partner.

Vroegtijdig een nier transplanteren bij verminderde capaciteit van de nier, leidt tot een kostenbesparing. Een transplantatie is vele malen goedkoper dan de kosten die jaarlijks worden gemaakt bij dialyseren.

Hier is sprake van een good practice, omdat het voor een verbetering van de zorg zorgt en dit nog niet overal wordt toegepast.

Krant

In de regio rondom ziekenhuis 3 wordt door het ziekenhuis twee keer per jaar een krant uitgegeven. In de krant staan actuele dingen, maar er wordt ook in uitgelegd, wat er in het ziekenhuis gebeurt. In meerdere regio's wordt een dergelijke krant uit gegeven.

Het stelt de klant in staat kennis te maken met het ziekenhuis.

Naar mening van de geïnterviewde is dit bijzonder goed ontvangen. De 'klant' krijgt een beter beeld van wat er binnen het ziekenhuis kan en zich afspeelt.

Het verbetert de zorg niet direct en kan daarom niet worden beoordeeld op het gebied van good, of best practice.

6.2.2 Contact tussen artsen binnen de instelling

Binnen de instelling speelt ICT een belangrijke rol. De informatie van bijvoorbeeld de röntgenafdeling en het laboratorium is vrijwel overal digitaal. De ziekenhuizen zijn veelal bezig met het opzetten van een elektronisch patiëntendossier. Strikt genomen is een elektronisch patiëntendossier een digitale versie van een papierendossier. Tijdens de interviews kwam naar voren dat het vaak een wens is van de managers en alle disciplines om de informatie digitaal beschikbaar te hebben. Het zoeken en ophalen van dossiers kost tijd en wanneer één arts bezig is met een dossier, kan een ander er niet mee werken.

Een landelijk elektronisch patiëntendossier (EPD) moet de uitwisseling van medische patiëntgegevens mogelijk maken. Patiëntgegevens worden dan overal beschikbaar voor de zorgverlener die deze gegevens nodig heeft. (www.minvws.nl) De eerste plannen waren om het EPD begin 2006 in te voeren. Volgens het onderzoek van Ernst & Young en Doxis gaat het minister Hoogervorst (Volksgezondheid) niet lukken om een landelijk digitaal patiëntendossier op 1 januari 2006 te laten functioneren. (ANP, 26-06-2005)

Elektronisch Patiëntendossier

Het elektronische patiëntendossier is al ver ontwikkeld in ziekenhuis 7. Daar wordt gebruik gemaakt van het in Zwolle ontwikkelde systeem Eridanos. Dit project is mede gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het medisch dossier van een patiënt is gedeeltelijk gedigitaliseerd. Iedere patiënt heeft één centraal dossier. Het is dus niet zo, dat iedere specialist een apart dossier bij houdt. Het dossier is een opbouw van een aantal verschillende componenten (medische gegevens, labgegevens, keuzeformulieren, maar het aantal onderdelen dat wordt toegevoegd verschilt ook weer per instelling) die aan elkaar gekoppeld worden. Een ziekenhuis heeft allemaal losse systemen: apotheek, laboratorium, etc. Over al die systemen wordt een schil gebouwd, zodat het een eenduidige presentatie krijgt. Dit geheel heet het EPD. Op dit moment wordt met name de correspondentie gekoppeld. Op het moment dat dit gerealiseerd is wordt het een waardevol document, met de röntgenfoto's digitaal, volgens de geïnterviewde. Binnen ziekenhuis 7 heeft inmiddels bijna iedereen toegang tot het EPD. Wel geldt, dat artsen en verpleegkundigen niet dezelfde rechten hebben. De verpleegkundigen krijgen alleen toegang tot de patiënten van de eigen afdeling.

Het is onduidelijk in hoeverre hier sprake is van een good, of best practice. Andere ziekenhuizen zijn ook bezig met het opzetten van een EPD. Dus geldt hiervoor, dat het een good practice is.

Tijdens de interviews kwam naar voren dat email binnen de instelling veel wordt gebruikt en als snel en prettig wordt ervaren. Het kan hierbij gaan om het maken van afspraken en het sturen van beleidsdocumenten. Een probleem hierbij is dat bij een aantal instellingen de capaciteit van het aantal beschikbare computers te wensen over laat. Protocollen die digitaal beschikbaar zijn, moeten bijvoorbeeld worden afgedrukt. Ook het bekijken van digitale dossiers van patiënten leverde in sommige gevallen problemen op, omdat computers te traag zijn om geavanceerde beelden te kunnen bekijken.

Een grote wens is de inkomende post ook te digitaliseren. Meestal wordt de uitgaande post in het EPD opgeslagen, maar de inkomende post moet apart bewaard worden. Ook bestaat er de angst voor het geval dat het systeem uitvalt.

Het meten van de prestaties wordt steeds belangrijker om verantwoording af te kunnen leggen binnen het ziekenhuis, maar ook daarbuiten. Het vergelijken van de prestaties van een afdeling met een afdeling in een ander ziekenhuis is lastig, omdat geen één afdeling hetzelfde is. De informatie over het presteren van een afdeling is van belang om goed bij te kunnen sturen.

Balanced Scorecards

Momenteel maakt de geïnterviewde van ziekenhuis 5 gebruik van balanced scorecards. Hij heeft nu voor zichzelf een balanced scorecard ingericht, maar het is de bedoeling dat over een half jaar de prestatiegegevens digitaal beschikbaar zijn, zodat ze snel te zien zijn en het presteren van de afdeling in een oogopslag duidelijk wordt.

De scores worden ook naar de afdelingen bekend gemaakt, om iedereen te laten zien hoe het ziekenhuis en de afdeling presteren. Hierdoor groeit de bewustwording, wordt er meer gestuurd op cijfers en is men meer bewust van de kosten. Verder wordt erdoor duidelijk, dat andere zaken dan geld belangrijk zijn. Doordat de doelen vaak samen met specialisten en worden opgesteld, levert het meten en het publiceren van de gegevens weinig weerstand op.

Het doel achter de Balanced Scorecards is niet alleen kijken naar de standaard cijfers (aantal opnames, dagverplegingen, ligdagen, etc.), maar daarnaast naar andere cijfers. Met dat die informatie meer openbaar worden, wordt er meer op gestuurd. De geïnterviewde verwacht daar op termijn de revenuen van te kunnen zien.

De plannen om beter te sturen op prestaties kan gezien worden als een goed idee.

Samenvatting informatie-uitwisseling

De ontwikkeling van zorgpaden wordt steeds vaker aangegrepen om de multidisciplinaire informatie naar de patiënt toe beter af te stemmen. Door de patiënt beter voor te bereiden op het bezoek in het ziekenhuis wordt geprobeerd de opnametijd te verkorten.

Tijdens de behandeling wordt de patiënt steeds vaker centraal gesteld, waarbij de bejegening van de patiënt ook een aandachtspunt binnen het ziekenhuis is. Met 'road-shows' proberen de ziekenhuizen naast het voorlichten van potentiële patiënten, hun klanten veilig te stellen.

Een compleet elektronisch patiëntendossier (EPD) is een sterke wens van de managers en de disciplines. Het EPD kan door meerdere artsen tegelijk worden bekeken en kan meer aanvullende informatie bevatten dan een papieren dossier. Het ontbreken van de inkomende post in het EPD wordt als een gemis ervaren. Dit zorgt ervoor dat inkomende brieven apart bewaard moeten worden. Problemen die worden gezien bij het overstappen naar een digitaal dossier zijn: een gebrek aan pc's, niet voldoende krachtige pc's en hoge kosten om de informatie te digitaliseren.

Het actief meten van de prestaties wordt steeds belangrijker om bij te kunnen sturen, maar ook om verantwoording af te kunnen leggen en de kosten in de hand te kunnen houden.

6.3 Projecten op het gebied van continuüm van zorg

De patiënt heeft tijdens zijn behandeling vaak te maken met meerdere zorgverleners. Soms binnen één ziekenhuis, maar vaak ook erbuiten. De geïnterviewde van ziekenhuis 1 verwacht dat door de behandeling rond de patiëntengroep van A tot Z te organiseren, de ontschotting in de zorg uiteindelijk wordt gerealiseerd.

6.3.1 Klinische paden

Eén van de geïnterviewden gaf aan, dat het concept van klinische paden oorspronkelijk uit België komt, waar met 'de kliniek' 'de logistieke lijn in het ziekenhuis' wordt bedoeld. Een klinisch pad is een concept en een methode om de zorg rond de patiënt optimaal te organiseren. Het beschrijft het traject van de patiënt van het eerste contact tot en met het ontslag uit het ziekenhuis.

Een klinisch pad integreert de klinische kennis met de organisatie van zorg. Vaak wordt in Nederland de term 'zorgpaden' gehanteerd in plaats van 'klinische paden', om duidelijk te maken dat niet alleen gekeken wordt naar het klinische gedeelte van de zorg. (CBO, 2005) Aan deze instellingoverstijgende zorg wordt in de volgende paragraaf meer aandacht besteed.

Mammapoli in ziekenhuis 1

De mammapoli was een trend die in vele ziekenhuizen werd gezien. In ziekenhuis 1 is hier extra aandacht aan besteed, door niet alleen de poliklinische instroom op de mammapoli anders neer te zetten, maar ook de klinische follow up anders te organiseren. Bovendien is nu ook de postklinische fase geregeld. Voorheen kon het drie tot vier dagen duren, voordat

iemand in het ziekenhuis terecht kon. De diagnostiek varieerde van vier tot veertien dagen soms. Daarnaast was aan het begin van het traject niet duidelijk voor de patiënten welke route ze zouden gaan volgen.

Een persoon waarvan verwacht wordt, dat zij een mammatumor heeft, wordt binnen een dag gezien door een chirurg. Binnen drie á vier dagen zijn de diagnostiek en het behandelbeleid bekend. In principe wordt deze persoon binnen veertien dagen geopereerd. Voor het hele proces is duidelijk vastgelegd wie wat en wanneer doet. Voor de behandeling is de revalidatie en informatievoorziening geheel op elkaar afgestemd. Nu is de informatie samengebundeld in een documentatieklapper. In deze klapper staat aangegeven wat de aandoening is, welke behandelstrategie wordt gevolgd en de implicaties die kunnen worden verwacht.

Voordelen zijn, dat de diagnose en behandeling sneller verlopen. Bovendien weten de patiënten, voordat ze het traject ingaan, hoe het komende half of driekwart jaar eruit zal gaan zien.

De mammapoli kan worden gezien als een good practice. In het land wordt de mammapoli op vele plekken toegepast met vergelijkbare resultaten.

De mammapoli in ziekenhuis 4

De mammapoli in ziekenhuis 4 is bijzonder, omdat het een multidisciplinaire poli is. Deze mammapoli is onderdeel van het Oncologisch Centrum (OC) van dit ziekenhuis. Alle oncologen zitten hier op één paviljoen. Niet langer is de behandelwijze leidend, maar het feit dat iemand kanker heeft.

Het voordeel van de multidisciplinaire poli is, dat de specialisten samen spreekuur houden, zodat ze tijdens het spreekuur elkaar kunnen consulteren.

Ook andere ziekenhuizen zijn bezig met multidisciplinaire spreekuren. De aanpak van ziekenhuis 4 loopt voor op de meeste ziekenhuizen. Welk ziekenhuis de zorg het beste georganiseerd heeft, viel in dit onderzoek niet te bepalen. Het OC en de multidisciplinaire mammapoli kunnen worden gezien als een mogelijke best practice.

Joint Care

Door patiënten in groepen te behandelen, kan er efficiënt goed gecoördineerde zorg geleverd worden. Alles is vooraf gepland, van aankomst tot vertrek.

Het groepsproces zorgt ervoor dat de patiënten elkaar motiveren. Wanneer één patiënt weer kan staan, motiveert dat de anderen om dat ook te proberen. Het herstelproces verloopt daardoor sneller. Andere positieve punten van het Joint Care programma zijn: lagere kosten en patiënten sneller beter. Het is wel noodzakelijk, dat de patiënten gezond niet te ziek zijn om actief aan het programma deel te nemen.

Dit programma wordt in vele ziekenhuizen, vaak onder een andere naam, toegepast. Het lijkt de norm op het gebied van knie- of heup zorg te gaan worden. Daarom is hier sprake van een good practice.

Vrijwel alle ziekenhuizen zijn bezig om klinische paden te ontwikkelen voor groepen patiënten. Vaak wordt er een klinisch pad beschreven voor ziektebeelden waar veel patiënten voor komen, of ziektebeelden waarbij de logistieke complexiteit hoog is. Door het doel te stellen een aantal paden per jaar te beschrijven, moet uiteindelijk de zorg voor de meeste groepen goed gecoördineerd zijn. De ziekenhuizen zijn vrijwel allemaal bezig om de zorg voor bepaalde groepen patiënten te verbeteren. De snelheid waarmee dit proces verloopt, verschilt per instelling. Eén ziekenhuis stelde zichzelf als doel per afdeling vier klinische paden per jaar te ontwikkelen. Andere ziekenhuizen gaven ook aan de ontwikkeling van klinische paden hoog op de agenda te hebben staan, maar stelden geen harde eisen aan het aantal patiëntengroepen dat in kaart moet worden gebracht.

6.3.2 Ketenzorg

Bij ketensamenwerking zijn twee of meer opeenvolgende schakels (zorginstellingen) in een keten betrokken. Een nauwe samenwerking tussen deze zorginstellingen is noodzakelijk om gezamenlijk de productkwaliteit te verhogen, fouten te verminderen en het imago te verbeteren. Om dit te bereiken zullen de zorginstellingen afspraken over de inrichting van de keten moeten maken. Bij deze vorm van samenwerking is sprake van relatiegericht werken (meer lange termijn) in plaats van transactiegericht werken (meer korte termijn) (www.plantconsult.nl)

De ketenzorg is vooral gericht op de overdracht tussen het ziekenhuis en andere instellingen zo goed mogelijk te laten verlopen. Door het samen in kaart brengen van de patiëntengroepen en het traject dat ze volgen, kan de aansluiting tussen de instanties worden verbeterd. Ook door de informatievoorziening af te stemmen weten patiënt en zorgverlener beter wat er van hen verwacht wordt.

Implementatie kwaliteitszorg COPD regio ziekenhuis 1

De aanleiding tot dit project vormde de vraag van het Astma Fonds aan ziekenhuis 1 en een ziekenhuis in Eindhoven om 'voorbeeld regio' te zijn voor het realiseren van kwaliteitszorg voor patiënten met COPD. Er is vooral aandacht besteed aan vraaggerichte zorg, uitgaan van de zorgvragen van de mensen en hun partner, multidisciplinaire gecoördineerde aanpak en netwerkvorming.

Uit de inventarisatie kwam naar voren dat de verschillende delen van de zorgketen niet van elkaar wisten wie wat deed of daar een verkeerd beeld van had. De onderlinge afstemming ontbrak en men vond het wenselijk dat dit werd verbeterd. Uit de discussie tussen het ziekenhuis, thuiszorg en huisartsen, kwam met name het aspect 'verbeteren van de voorlichting' aan de orde. Het heeft anderhalf jaar gekost, voordat dit allemaal op papier stond. Iedere patiënt heeft een transmuraal zorgdossier gekregen. De patiënt heeft zijn eigen zorgboekje op zak, zodat elke hulpverlener die hem helpt, weet wat er gebeurd is. De patiënt beheert op deze manier zijn eigen dossier.

Voor de hulpverleners is er een voorlichtingsprotocol opgezet om de uniformiteit van handelen te garanderen. De fysiotherapeut zal zo dezelfde instructies geven als in het ziekenhuis gegeven worden. Ook is er een protocol 'Stoppen met roken' gekomen. In dit protocol staan: de verwijzstructuur, wie wat doet in de begeleiding van patiënten bij het stoppen met roken vanaf het opstellen van een rookprofiel met de patiënt tot en met de nazorg. Dit is allemaal vastgelegd in een wegwijzer voor hulpverleners.

Dit project vanuit het astmafonds heeft uiteindelijk geleid tot een best practice op het gebied van zorg aan COPD-patiënten. Objectief is vastgesteld, dat de zorg voor deze patiëntengroep verbeterd is.

De huisarts wordt, vanuit het oogpunt van het ziekenhuis, als een belangrijke schakel gezien in de zorgketen. Het is heel belangrijk om dicht op die huisarts te komen te zitten. De geïnterviewde van ziekenhuis 2 gelooft sterk in het één op één contact. "De huisarts moet de specialist een keer een hand hebben gegeven, zodat ze weten, als ze een patiënt insturen, wie er achter zit." Ook in ziekenhuis 3 probeert het ziekenhuis de relatie met de huisartsen aan te halen. Om het contact tussen huisarts en ziekenhuis te verbeteren gaat in ziekenhuis 3 de Raad van Bestuur binnenkort bij alle huisartsen langs, om over en weer verwachtingen uit te spreken.

Samenvatting continuüm van zorg

Om een continuüm van zorg te creëren worden binnen het ziekenhuis steeds meer klinische paden gerealiseerd voor groepen patiënten. Deze patiënten worden niet meer door de organisatie heen 'geduwd', maar bij de start wordt er meteen een heel proces op gang gezet. Bij multidisciplinaire poliklinieken geldt, dat de patiënt centraal staat. Daarnaast houden de specialisten samen spreekuur, zodat ze elkaar kunnen raadplegen. Het behandelen in groepen is niet alleen prettiger voor de patiënt, maar het ziekenhuis kan zo ook efficiënter en sneller werken, vooral wanneer het om groepsgewijze behandelingen gaat. De ketenzorg is er vooral gericht op de overdracht tussen het ziekenhuis en andere instellingen zo goed mogelijk te laten verlopen. Door het samen in kaart brengen van de patiëntengroepen en het traject dat ze volgen, kan de aansluiting tussen de instanties worden verbeterd. Ook door de informatievoorziening af te stemmen, weten patiënt en zorgverlener beter wat er van hen wordt verwacht.

6.4 Projecten op het gebied van veiligheid

Wanneer er tijdens de interviews over patiëntveiligheid werd gesproken, werd vaak de NIAZ-accreditatie genoemd. Het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen toetst of zorginstellingen hun organisatie zo hebben ingericht, dat ze op reproduceerbare wijze een acceptabel niveau van kwaliteit van zorg voortbrengen.

Om geaccrediteerd te worden moet er binnen het ziekenhuis een verbetercultuur zijn, een borging daarvan en er moet de garantie zijn dat de organisatie handelt in termen van toetsen en verbeteren. Is dat het geval, dan wordt het ziekenhuis voor vier jaar geaccrediteerd: een bewijs voor een adequate en veilige organisatie (website Nederlands Instituut Accreditatie Ziekenhuizen). Net als de andere ziekenhuizen, is ziekenhuis 1 op dit moment bezig met de NIAZ-accreditering, waarbij de dominante processen worden beschreven. Het gevaar bij het beschrijven van de processen is, dat de geschreven boeken uiteindelijk in de la verdwijnen. De dialyseafdeling in ziekenhuis 1 is inmiddels geaccrediteerd. Een gevaar dat daar wordt gezien is dat het een statisch proces wordt. Er wordt hard naar de accreditatie gewerkt en dan gaat het stollen.

Het is opvallend dat de NIAZ-accreditatie over kwaliteit van zorg gaat en niet over veiligheid, terwijl de ziekenhuizen verwachten te voldoen aan een zeker veiligheidsniveau wanneer de NIAZ-accreditatie is behaald.

Op het gebied van patiëntveiligheid worden vaak de volgende incidenten genoemd waar de instellingen mee bezig zijn of van plan zijn actie op te ondernemen (Shell rapport, 2004):

- medicatieveiligheid
- communicatie- en overdrachtsfouten
- decubitus (doorliggen)
- valincidenten
- postoperatieve wondinfecties.

6.4.1 Medicatieveiligheid

Medicatiefouten horen tot de meest voorkomende fouten binnen ziekenhuizen. Per jaar krijgen tienduizenden mensen medicijnen voorgeschreven of toegediend die schadelijk zijn voor hun gezondheid. Honderden mensen overlijden of lopen ernstig letsel op. Meer automatisering in de zorg wordt vaak genoemd als middel om de medicatieveiligheid te vergroten. (website Leids Congres Bureau)

Draadloos apotheekstelsel

Het apotheekstelsel in ziekenhuis 2 werkt momenteel draadloos. Bij het rondbrengen van de medicijnen naar de patiënt wordt alle informatie gelijk in de computer verwerkt en bijgehouden. De proef is kleinschalig begonnen en wordt nu uitgerold over het hele ziekenhuis. De geïnterviewde gaf aan, dat volgens de leverancier de uitrol binnen een half jaar had moeten lukken. Anderhalf jaar later werkt vrijwel het hele ziekenhuis met het draadloze apotheekstelsel, maar nog steeds zitten er fouten in de software, of kloppen koppelingen met andere programma's niet.

Het voordeel van dit stelsel is, dat het aantal fouten met medicijnen kan worden beperkt.

Op andere plekken wordt een vergelijkbaar stelsel al gebruikt. Het draadloos apotheekstelsel kan worden gezien als good practice.

6.4.2 Communicatie- en overdrachtfouten

Door een gebrekkige communicatie tussen zorgverleners kunnen medische fouten ontstaan. Bij de ontwikkeling van zorgpaden en klinische paden komen knelpunten op het gebied van overdracht vaak aan het licht, maar buiten de zorgpaden om zijn de ziekenhuizen ook bezig de overdrachtfouten te beperken.

In ziekenhuis 3 wordt op de afdeling cardiologie gebruik gemaakt van het dubbelcheck protocol, om het aantal fouten te beperken. Op de afdeling ligt een map waarin kan worden geschreven wat de medewerkers vinden dat verbeterd moet worden. Hier wordt dan naar gekeken en vervolgens kan iedereen het teruglezen. Er wordt steeds gekeken of iets onder de aandacht moet worden gebracht, of dat iets structureel moet worden veranderd. Beoordeeld wordt waar de gevaarlijke punten in het proces liggen, vaak zijn dit de overdrachtpunten. De risico's worden in kaart gebracht en meegenomen in het handboek van het verpleegkundig proces op de afdeling. Dit is onder andere nodig voor de NIAZ-accreditatie.

Op basis van fouten en bijna fouten wordt er bekeken waar de risico's liggen. Door de fouten op de afdeling te bespreken, kunnen anderen er ook van leren. Op deze manier wordt een verbetercultuur gecreëerd.

Hier is sprake van een good practice.

6.4.3 Decubitus

Binnen bijna ieder ziekenhuis heeft decubitus, ook wel doorligwonden genoemd, de aandacht. Doorligwonden ontstaan doordat patiënten lang in dezelfde houding liggen. Meestal wordt de wond pas na een paar dagen zichtbaar.

In 2002 is het CBO Doorbraakproject decubitus gestart. Door te werken volgens de richtlijn Decubitus kunnen veel problemen worden voorkomen. Het Doorbraakproject richtte zich op de implementatie van deze richtlijn in de praktijk. De hoofddoelstellingen daarbij waren: het verbeteren van de zorg voor de patiënten met decubitus en het ontwikkelen van een registratie- en stuursysteem voor decubituszorg.

Een aantal andere ziekenhuizen heeft al meegedaan aan het SnellerBeter project. Bij de afdelingen die meededen aan het eerste CBO Doorbraakproject waren de volgende resultaten te melden: een daling in incidentie van 13% naar 8%; geen van de letsels heeft zich naar een hogere graad ontwikkeld; bij 60% van de risicopatiënten zijn er door het invoeren van de inventarisaties preventieve maatregelen verricht; 80% van de patiënten is op de testafdelingen aan de hand van

een decubitus-scorelijst in kaart gebracht; 50% reductie van de incidentie van het ontstaan van decubitus. (website CBO)

Ziekenhuis 4 doet dit jaar mee aan het decubitus project van SnellerBeter, om de kwaliteit van zorg te verbeteren en de ligduur te verkorten. Bij het project in ziekenhuis 4 wordt erop gelet, dat het goede bed wordt ingezet en of de patiënt vaak genoeg van houding verandert. Doordat mensen geen, of minder last krijgen van decubitus, neemt de tijd die ze in het ziekenhuis liggen ook af.

Het Doorbraakproject op het gebied van decubitus zal de norm worden op het gebied van decubitus. Dit is project is dus een good practice.

6.4.4 Valpreventie

In het ziekenhuis vallen met enige regelmaat patiënten, veelal zijn dit oudere mensen. Deze groep is extra kwetsbaar. Het is van belang om het aantal valincidenten terug te dringen en patiënten te leren hoe ze weer kunnen opstaan. Hierdoor kunnen problemen worden beperkt en kan een langer verblijf in het ziekenhuis worden voorkomen.

Delirium project

Een delirium is een soort onwel worden, waarbij mensen tijdelijk niet helder meer kunnen denken. Dit kan het gevolg zijn van een operatie. Als gevolg van een dergelijk delirium vallen patiënten vaak. Het aantal ouderen zal stijgen, waardoor het percentage valincidenten ook hoger kan worden. Als daar nu al preventief mee omgegaan wordt, is dat alleen maar gunstig.

De gegevens van andere ziekenhuizen vormden een reden voor de geïnterviewde van ziekenhuis 4 om met het deliriumonderwerp te gaan starten. Door de zorgverzekeraars worden de ziekenhuizen ook gevraagd om op de langere termijn over dit soort onderwerpen te rapporteren. Dat is ook de reden om de rapportages in ziekenhuis 4 in gang te zetten, zodat dat dit aan de zorgverzekeraars getoond kan worden. De meting in het eigen ziekenhuis was heel gunstig, maar hier kan nog een verborgen deel achter zitten. In de toekomst kan het een startpunt zijn voor verbeteringen.

In de loop van het jaar worden de eerste resultaten verwacht. De geïnterviewde heeft nog op dit moment nog geen officiële gegevens, maar gaat ervan uit dat het aantal delirium gevallen zal dalen.

Hier is sprake van een good idea, omdat het project nog niet geïmplementeerd is.

6.4.5 Postoperatieve wondinfecties

Onderdeel van het SnellerBeter project pijler drie is het verminderen van het aantal postoperatieve wondinfecties met 50%. De geïnterviewde van ziekenhuis 5 gaf aan dat er wekelijks een wondconsulent de afdelingen langs gaat, om advies te geven over de behandeling van de wonden. Door het juist behandelen van de wond, wil het ziekenhuis wondinfecties voorkomen. Ook in andere ziekenhuizen is dit het geval. Tijdens de interviews zijn er verder op dit gebied geen soortgelijke projecten naar voren gekomen.

6.4.6 Voedingsdepletie

Ondanks toenemende inzichten in de rol van voeding bij ziekte, lijkt het voorkomen van voedingsdepletie gedurende een ziekenhuisopname eerder toe dan af te nemen. Om deze voedingsdepletie te behandelen, is een actief voedingsbeleid noodzakelijk (Louwes, 2001)

Om een operatie snel en goed te kunnen laten verlopen, moet de patiënt niet ondervoed zijn. Er is een aantal risicogroepen, die extra aandacht verdienen. CVA- en COPD-patiënten vallen hier bijvoorbeeld onder. Vroeger werd pas op het moment dat er een tekort was, of de patiënt in een slechte toestand was, actie ondernomen.

In ziekenhuis 6 is een jaar geleden gestart met een scorelijst voor voedingsdepletie. Sindsdien wordt de voedingstoestand van de patiënten beter in de gaten gehouden.

Door een tekort aan de juiste voeding kan het herstel langer duren en zal de patiënt langer in het ziekenhuis blijven. Voordeel van het actief controleren en sturen bij voedingsdepletie, is dat het op macroniveau kan zorgen voor een kostenbesparing.

Hier is sprake van een good practice, nog niet alle ziekenhuizen zijn hier actief mee bezig, maar er wordt steeds vaker actief beleid op gevoerd.

Samenvatting veiligheid

Op het moment, dat er gevraagd werd naar wat ziekenhuizen doen aan veiligheid, werd door veel ziekenhuizen de NIAZ-accreditatie genoemd. Opvallend is, dat die accreditatie vooral toetst of er sprake is van een acceptabel niveau van kwaliteit van zorg en kijkt naar de aanwezigheid van een verbetercultuur. Veiligheid is geen rechtstreeks onderdeel van de NIAZ-accreditatie.

Verder proberen ziekenhuizen verschillende onderdelen van de patiëntveiligheid aan te pakken. Er wordt geprobeerd om het aantal medicatie-, communicatie- en overdrachtsfouten te beperken. Daarnaast hebben decubitus, valpreventie, postoperatieve wondinfectie en voeding de speciale aandacht van de ziekenhuizen.

6.5 Projecten op het gebied van wachttijden

Voor het vaststellen wachttijden bestaan er geen nationale afspraken, wel zijn er Treek-normen. Volgens de geïnterviewde van ziekenhuis 1 is het een jungle van definities over wat een wachtlijst is. Er zijn normen voor wachtlijsten ontwikkeld, maar de manier waarop het ziekenhuis de wachtlijstdefinitie interpreteert is verschillend. Mede hierdoor zijn er grote verschillen in wachttijd. Ook is er vaak sprake van vervuiling van de wachtlijsten. Volgens de geïnterviewde in ziekenhuis 1 zouden mensen pas op een wachtlijst geplaatst moeten worden, als iemand geopereerd moet worden, klaar is om geopereerd te worden en ook geopereerd wil worden. Dit is niet altijd het geval.

De polikliniek is de toegangspoort voor het ziekenhuis. Daar wordt bepaald, of iemand een operatie krijgt. Krijgt hij die, dan gaat hij door naar de verpleging. Is daar controle over, dan is er ook meteen controle over de rest van het proces. De wachtlijst voor de polikliniek beïnvloedt daardoor toegang tot de rest van het ziekenhuis.

Werken zonder wachtlijst

De wachttijden voor orthopedie in ziekenhuis 2 lopen fors terug, sinds er deel wordt genomen aan het 'Werken zonder wachtlijst' project van SnellerBeter. Sinds oktober/november 2004 wordt op de polikliniek orthopedie meegedaan aan dit project. Doel van het project is het verkorten van de wachttijd bij de polikliniek door het wegwerken van de constante wachtlijst. Daarnaast wordt de structuur en de manier van werken aangepast, zodat de wachtlijst ook weg blijft. In het ziekenhuis 2 is begonnen met het aanhalen van de structuur. Er is afgesproken dat ieder in de juiste volgorde werkt. Door het inbouwen van spoedplekken, is er ruimte in de planning gemaakt voor spoedgevallen. Verder is afgesproken dat er geen afspraken meer dubbel worden ingepland. Dit gebeurde in het verleden, om gaten in de planning, als gevolg van patiënten die niet op het spreekuur verschenen, op te vangen met een dubbele afspraak. Mocht de patiënt toch komen, dan leverde dit een extra lange wachttijd op.

Voordeel van dit 'werken zonder wachtlijst' is dat er nu beter wordt gepland, men zich beter aan de planning houdt en er weinig uitloop is. Door een gat in het polischema op te vullen, wordt ook een stuk op de toegangstijd van de polikliniek gewonnen. Er is meer rust op de poli, waardoor de polikliniekassistenten meer tijd hebben om hun werk te doen. Bovendien kan een patiënt die zijn knie verdraaid heeft de volgende dag terecht, omdat er spoedplekken open staan. Het werk voor de assistenten is ook rustiger geworden, er wordt minder vaak gebeld door huisartsen om te vragen of hun patiënt tussendoor geholpen kan worden.

Door het project is in ziekenhuis 2 de wachttijd teruggelopen van ongeveer acht weken tot anderhalf á twee weken. Op dit moment lijkt dat het maximaal haalbare. De ziekenhuizen in de omgeving hebben een wachtlijst van één tot vier weken. Dat is ook een reden, dat ziekenhuis 2 omlaag moest. Uiteindelijk is er het eerste halfjaar vijf procent meer productie gedraaid. Hiermee is ook een gedeelte van de wachttijd weg gewerkt.

Het project van het werken zonder wachtlijsten in ziekenhuis 2 is een verbetering van de zorgverlening. Aangezien er vergelijkbare projecten zijn is het moeilijk om te beoordelen welk ziekenhuis de beste resultaten haalt. Daarom is hier sprake van een mogelijke best practice, die in verregaande mate is verspreid. Dit project ligt dicht bij een good practice.

Opening avondpoli cardiologie

Er is voor gekozen om een avondpoli te starten in ziekenhuis 3, voor onder andere cardiologie. Op één avond worden direct alle onderzoeken gedaan en krijgt de patiënt de uitslag van de cardioloog. Voor de specialisten betekende het 's avonds werken een omschakeling, maar het heeft niet voor problemen gezorgd. De opening van de avondpoli betekende in ziekenhuis 3 een uitbreiding van de capaciteit, waardoor ook een deel van de wachtlijst kon worden weggewerkt. Het ziekenhuis had niet het probleem dat er teveel zou worden geproduceerd. Er moest namelijk meer geproduceerd worden.

Bedrijfsmatig gezien zitten er voor- en nadelen aan het 's avonds openen van de poli. Het inzetten van de cardiologen heeft voor extra kosten gezorgd en ook extra ondersteunend

personeel moest worden ingezet. Voor de afdelingen radiologie en laboratorium hoefden geen extra kosten te worden gemaakt, omdat deze normaal gesproken altijd open zijn. De avondpoli is een kwartaal bezig en is positief ontvangen door de klanten. Vanwege het feit dat bij deze avondpoli de capaciteit wordt uitgebreid en de service wordt verbeterd, kan dit worden gezien als een verbetering van de zorg. Avondpoli's worden ook op andere plaatsen in Nederland toegepast. Hier is hier sprake van een good practice, aangezien het niet vernieuwend is.

Samenvatting wachttijden

Het terugdringen van wachttijden is in veel ziekenhuizen een zeer belangrijk onderwerp. Op de polikliniek wordt bepaald, of iemand een operatie krijgt. Dat is de toegangspoort voor de rest van het ziekenhuis. De wachtlijst voor de polikliniek beïnvloedt de toegang tot de rest van het ziekenhuis.

Met 'Werken zonder wachtlijst' worden goede resultaten behaald. Eerst wordt de constante wachtlijst weggewerkt, daarna wordt het proces op de polikliniek aangepast. De structuur wordt aangehaald en iedereen gaat in de juiste volgorde werken. Verder worden de gaten in het polikliniekschema opgevuld. Daarnaast worden er spoedplekken ingebouwd, zodat de planning niet in de war loopt, als er een spoedgeval tussendoor komt.

Een manier om wachtlijsten weg te werken, is het uitbreiden van de capaciteit. Dit kan door het invoeren van avondpoli's. De patiënten ondergaan dan op één avond alle onderzoeken en krijgen de uitslag van de arts. Een nadeel is, dat dit wel extra personeelskosten met zich mee brengt.

6.6 Projecten op het gebied van nieuwe producten en diensten

In deze paragraaf wordt besproken welke nieuwe producten of diensten, de geïnterviewden verwachten in de nabije toekomst te ontwikkelen. Naast het leveren van het standaard basispakket richten de ziekenhuizen zich op nieuwe gebieden.

Thuiszorg

Ziekenhuis 1 maakt samen met een aantal zorg- en verpleeghuizen onderdeel uit van een zorggroep. De zorggroep heeft zich uitgesproken 'van de wieg tot aan het graf' de zorg te willen organiseren. Momenteel wordt er gekeken of er een nieuwe thuiszorgpoot kan worden ontwikkeld. In de regio zijn al andere thuiszorgorganisaties actief, maar de zorggroep wil met name thuiszorg gaan leveren die aansluit op de zorg die het ziekenhuis levert. De thuiszorg zal bijvoorbeeld niet gericht zijn op kraamzorg.

Hier is sprake van een good idea, omdat dit een nog niet gerealiseerd plan betreft.

Arbeidsgerelateerde zorg

In ziekenhuis 2 zijn er plannen om een alternatieve geldbron aan te boren. Er wordt bekeken of inkomensverzekeraars interesse hebben in een snellere behandeling voor hun cliënten. Veel mensen die ziek thuis zitten, hebben een aandoening aan het bewegingsapparaat. Daar ligt een markt voor de orthopedie.

De inkomensverzekeraars hebben er ook baat bij, dat die mensen snel weer aan het werk gaan, want die hoeft dan minder geld uit te keren. Patiënten hebben het voordeel, dat ze snel geholpen worden. Tot slot is het voor het ziekenhuis nuttig, want zij kunnen op deze manier extra geld binnenhalen en patiënten van buiten de eigen regio aantrekken.

Aangezien er pas door één ander ziekenhuis hierover nagedacht wordt, lijkt er sprake te zijn van een good idea.

Overgewicht

De ziekenhuizen 3 en 4 verwachten in de toekomst extra diensten aan te bieden op het gebied van overgewicht. Beide denken dan aan het openen van speciale obesitasklinieken. Ziekenhuis 4 wil zich in het bijzonder gaan richten op kinderen die kampen met overgewicht. Hierbij dient opgemerkt te worden, dat het in het geval van ziekenhuis 4 niet om uitgewerkte plannen gaat, maar meer bedoeld is, als mogelijke richting. In ziekenhuis 3 leeft het plan om meer te doen met bariatrische chirurgie. Dit zijn operatieve handelingen die een gewichtsreductie tot doel hebben. (website Igitur)

Voor beide plannen geldt, dat ze niet uniek zijn en al op meerdere plekken in Nederland worden toegepast. Wel is de verwachting, dat de vraag naar deze behandeling in de toekomst zal toenemen als gevolg van een toename van het aantal mensen dat last heeft van overgewicht. Daarom is hier sprake van een good idea.

Lensimplantaten

De geïnterviewde in ziekenhuis 5 gaf aan dat er overleg wordt gevoerd met de plastisch chirurg over het aanbieden van zorg, die niet in het standaard verzekeringspakket zit, maar wel wordt toegelaten tot het ziekenhuis. Een voorbeeld daarvan is het inbrengen van lensimplantaten. Op het moment dat een ooglaser-behandeling geen oplossing voor slecht zicht is, omdat de lens te dun is, is het mogelijk om een permanente kunstlens voor de lens van de patiënt te plaatsen. (website worldmeditour)

De patiënten zouden voor deze behandeling anders mogelijk kiezen voor een privé-kliniek. Wordt dit aangeboden door het ziekenhuis, dan is het wel de bedoeling, dat de patiënten hiervoor extra gaan betalen. Daarnaast is een voordeel voor het ziekenhuis, dat het zijn volume vergroot.

Deze behandeling wordt momenteel op veel plaatsen aangeboden. Het is daarom moeilijk om te beoordelen, of hier sprake is van een goed idee.

Poliapotheek

In een groot aantal ziekenhuizen is inmiddels een poliapotheek gerealiseerd. De poliapotheek is een locatie van een stadsapotheek in het ziekenhuis. De ziekenhuizen 5 en 6 zijn ook van plan om binnenkort een poliapotheek te openen.

Polikliniekpatiënten kunnen met het recept van hun arts de geneesmiddelen daar ophalen. Zij hoeven hiervoor niet meer apart naar de eigen apotheek te gaan. Dit is een service voor de patiënten.

In de ziekenhuizen die onderzocht zijn, wordt de poliapotheek nog niet toegepast, daarom is hier ook sprake van een goed idee.

Avondpolikliniek

In het voorjaar van 2005 had de avondpoli bij de polikliniek Oog in ziekenhuis 7 moeten starten. De plannen zijn samen met de specialisten opgezet. Met de avondpoli wil ziekenhuis 7 zich onderscheiden ten opzichte van andere ziekenhuizen en het verlies naar de buitengebieden beperken. Oogheelkunde is een sterk poliklinisch vakgebied en heeft een hoge turnover (zes tot acht patiënten per arts per uur). Aangezien het geen acuut vak is, is de noodzaak om direct geholpen te worden meestal niet groot.

Er wordt geen extra capaciteit gecreëerd, want de capaciteit 's avonds gaat af van de capaciteit overdag. Verder zijn er nog geen avondsprekuren in ziekenhuis 7 of in de regio, maar op andere plekken in Nederland gebeurt dat al wel. Bijvoorbeeld in ziekenhuis 8, daar is de avondpoli wel bedoeld om de wachtlijst weg te werken (zie paragraaf 6.5).

De avondpoli is vooral bedoeld als klantvriendelijkheid richting de patiënt. Een voordeel voor de patiënt is dat hij niet meer tijdens werktijd voor een afspraak hoeft langs te komen. De specialisten zijn in dienst van ziekenhuis 7. Een klein nadeel aan de avondpolikliniek is dat het personeel meer kost, omdat een onregelmatige uren toeslag betaald moet worden. Het is de bedoeling, dat dit terugverdiend gaat worden door een andere patiëntengroep aan te spreken. Veel tijd gaat bij (andere) oogpatiënten zitten in de controlebezoeken. De verwachting is, dat er meer werkenden zullen komen en de hoop is, dat zij vaker aan één polikliniekbezoek per jaar voldoende zullen hebben. Het is niet de bedoeling, dat de oogartsen vervangende opticiens gaan worden. Het moet wel medische zorg blijven.

De avondpoli in ziekenhuis 7 is een goed idee.

Samenvatting nieuwe producten en diensten

Met de ontwikkeling van een thuiszorgpoot wil ziekenhuis 1 samen met de zorggroep de concurrentie aangaan met andere thuiszorginstellingen. De zorg die hier wordt geleverd moet aansluiten op het werk dat het ziekenhuis doet.

Door inkomensverzekeraars snellere toegang te geven tot het ziekenhuis, bekijkt ziekenhuis 2 of een nieuwe financiële stroom kan worden gerealiseerd. De verzekeraar heeft er financieel gezien baat bij, dat zijn klanten zo snel mogelijk terug kunnen keren in het normale arbeidsproces. Ook de verzekerde en de werkgever hebben hier belang bij. Het ziekenhuis kan dit proces versnellen.

Met een steeds dikker wordende bevolking verwachten de ziekenhuizen nieuwe producten te kunnen aanbieden voor deze groep. De vraag naar behandelingen voor gewichtsreductie zullen stijgen en ziektes die veroorzaakt worden door overgewicht zullen vaker voorkomen.

Het aanbieden van lensimplantatie voor de ogen is een optie die ziekenhuis 5 momenteel bekijkt. De behandeling zit op dit moment niet in het standaard pakket. Het ziekenhuis verwacht patiënten te trekken die anders naar privé-klinieken zouden gaan. Met het aanbieden van deze behandeling wil het ziekenhuis het volume vergroten en extra inkomsten binnenhalen.

Op steeds meer plekken worden er poliapotheken gestart. Bij het verlaten van het ziekenhuis kan de patiënt meteen de juiste medicijnen meekrijgen en hoeft hiervoor niet apart naar de apotheek.

Dit is service voor de patiënt en het ziekenhuis verdient aan het beschikbaar stellen van de ruimte voor de poliapotheek.

Het houden van avondspreekuren moet de service aan de patiënten vergroten. Doordat overdag veel patiënten problemen hebben met het werk, stellen ze het ziekenhuisbezoek uit, of komen niet. Door 's avonds een poli te openen verwacht ziekenhuis 7 een patiëntengroep aan te spreken, die slechts één polikliniekbezoek nodig heeft.

6.7 Overige projecten

Naast de projecten die eerder in dit verslag zijn genoemd, zijn er tijdens de interviews een aantal projecten naar voren gekomen die niet direct onder één van de voorgaande categorieën vallen, maar wel het vermelden waard zijn.

Inrichting van een observatorium

De instroom van patiënten 's avonds en tijdens de nachtelijke uren is in ziekenhuis 2 sinds enige tijd anders geregeld. Bij de spoedeisende hulp zijn zes bedden georganiseerd waar de patiënten kunnen worden opgenomen. Dit gebeurt dan niet meer in de kliniek.

Voordeel is dat de arts die dienst heeft de patiënten allemaal onder handbereik heeft. Daarnaast komen de uitslagen van de onderzoeken op één plek binnen en kunnen de patiënten daar gemonitord worden. Daar vandaan gaan de patiënten de volgende ochtend naar huis toe, of naar de afdelingen. Het grote voordeel is, dat de patiënten 's nachts niet de hele tijd verslept hoeven te worden door het ziekenhuis. Het werk op de afdeling wordt op deze manier zo min mogelijk verstoord op de momenten dat de personeelsbezetting beperkt is. Een nadeel was de extra ploeg die 24 uur per dag bezet moet zijn. Eigenlijk zijn er zes extra bedden aan capaciteit gecreëerd. Eenmalig moesten er zeven formatieplaatsen bij gehaald worden.

Uiteindelijk heeft dit een besparing opgeleverd. Als de instroom naar de afdelingen 's avonds gewoon door gaat, redden ze het niet met de beperkte bezetting (drie man). Dan moet daar ook een extra fte bij en moet het extra personeel elders uit het ziekenhuis komen.

Het observatorium is een locale verbetering geweest voor ziekenhuis 2, maar kan niet worden gezien als best practice. Het observatorium komt ook in andere ziekenhuizen voor. Er lijkt sprake van een good practice.

Cardiologisch observatorium

Interessant is dat in ziekenhuis 1 recent is gestopt met het observatorium. Probleem daar was dat door de hoge mate van specialisatie het moeilijk was geschikte verpleegkundigen en specialisten te vinden voor het observatorium.

Ook de verpleegkundigen zijn in dat ziekenhuis gesubspecialiseerd. De patiënt ligt dan te lang op een plek waar hij niet goed in de gaten wordt gehouden. Momenteel zijn er plannen om een observatorium per specialisme te maken bij de SEH. Vooral om 's nachts de rust op de afdeling terug te brengen. Bij kleinere ziekenhuizen kan het ook beter, omdat die minder gespecialiseerd zijn, aldus de geïnterviewde van ziekenhuis 1.

Ook is er in ziekenhuis 1 een eerste hart poli. Het is een cardiologisch observatorium. Op dit moment is het nog niet 24 uur per dag, maar per oktober moet dat lukken. Financieel gezien is het haalbaar, omdat als het om het hart gaat, men altijd direct naar het ziekenhuis wil. Momenteel is de eerste hart poli die 24 uur per dag bereikbaar is een good idea.

Incontinentieproblemen afdeling

Incontinentie kan een groot probleem zijn. In Nederland is er een aantal standaard behandelingen om patiënten met incontinentieproblemen te helpen. Toch blijkt voor een kleine groep patiënten de reguliere behandelmethode niet te werken.

Ziekenhuis 2 onderscheidt zich met de incontinentiebehandeling. Het is uniek in Nederland. Het is een aparte training voor mensen die in bed plassen. Uit heel het land komen de uitbehandelde patiënten naar ziekenhuis 2 om een behandeling van vijf tot zeven dagen te volgen. Er wordt onderzocht of er geen lichamelijke oorzaken zijn. De mensen worden getraind om op een seintje naar het toilet te gaan. Doordat ze in groepen worden behandeld, gaat het allemaal een stuk beter. De patiënten zien dat zij niet de enige zijn en vinden steun aan elkaar. Het onderwerp wordt belangrijk gemaakt door er elke dag over te praten. Per jaar zijn er 150 patiënten. De ouders van de patiënten (vaak jonger dan 25) zijn bereid hier veel voor te betalen, omdat het vaak de laatste mogelijkheid is. Het idee is ontwikkeld door een incontinentieverpleegkundige uit het ziekenhuis, op basis van veel ervaring. Over de aparte aanpak heeft zij een boek over geschreven. Na een pilot in een kamp in Havelte is er een aparte afdeling hiervoor gekomen binnen het ziekenhuis. Ook is er een kenniscentrum waar urologen informatie kunnen vergaren.

Van de 'uitbehandelde' patiënten die op de afdeling komen, kan na behandeling 70% van zijn klachten worden afgeholpen.

Er is geen objectieve bron gevonden, die de mening van de geïnterviewde onderbouwt. Daardoor kan niet worden bepaald of sprake is van een best practice. Daarom is dit een mogelijke best practice.

Sport-medisch centrum

Een ander nieuw product dat ziekenhuis 2 aanbiedt, heeft te maken met het sport-medisch centrum. Dit centrum wordt steeds meer door externe partijen gebruikt, bijvoorbeeld voor keuringen of advies en begeleiding van trainingen. Zo wordt er een tussenvorm gecreëerd tussen revalidatiegeneeskunde en reguliere sportactiviteiten.

Op meer plaatsen in Nederland zijn sport-medische centra, daarom is het sport medisch centrum een good practice.

Samenvatting overige projecten

In ziekenhuis 2 is gestart met een observatorium om tijdens de nachtelijke uren de rust te bewaren op de afdeling. In ziekenhuis 1 er met het observatorium gestopt, omdat de verpleegkundigen te veel gesubspecialiseerd waren. Momenteel wordt daar gekeken naar een observatorium per specialisme. Een voorbeeld hiervan is de eerste hart poli die binnenkort 24 uur per dag beschikbaar moet zijn.

Bij de incontinentiebehandeling in ziekenhuis 2 kunnen patiënten terecht bij wie de standaard behandelingen geen effect hebben. De methode die in ziekenhuis 2 wordt toegepast is effectief. Het behandelen in groepen blijkt hier ook positief te werken.

Door het sport-medisch centrum in ziekenhuis 2 open te stellen voor externe partijen is een tussenvorm ontstaan tussen de revalidatiegeneeskunde en de reguliere sportactiviteiten.

7. Ontwikkelingen

Aan de hand van enkele interviewvragen zullen in dit hoofdstuk de mening van de geïnterviewden over enkele zaken aan bod komen. Er wordt begonnen met de belangrijkste sterke en zwakke punten van het Nederlandse zorgstelsel. Daarna wordt ingegaan op de uitdagingen en bedreigingen van het zorgstelsel. Vervolgens komt aan bod wat zij het belangrijkste onderdeel van de zorgketen vinden. Als laatste wordt ingegaan op de rol van de ziekenhuizen in de nabije toekomst.

Wat zijn de belangrijkste sterke en zwakke punten van het Nederlandse zorgstelsel?

Tijdens enkele interviews werd de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg genoemd als een sterk punt. Wat onder kwaliteit werd verstaan is meestal niet toegelicht. Vaak werd meteen een zwak punt van de zorg genoemd. Bij de interviews in ziekenhuis 1, 2 en 3 werden de bureaucratie, overregulering en regelgeving genoemd. De kritiek is, dat door de politiek steeds gezegd wordt, dat er minder regels komen. Ondertussen lijkt het aantal eerder toe dan af te nemen. De geïnterviewde van ziekenhuis 3 geeft aan dat er steeds meer mensen worden aangetrokken voor administratieve taken.

Door de geïnterviewde van ziekenhuis 4 werd gezegd, dat de Nederlandse zorg van kwalitatief behoorlijk niveau en innovatie gedreven is. De financieringskant werd als zwak punt genoemd. De geïnterviewde vindt dat de discussies nu te veel over geld gaan en waarschuwt voor het uit het oog verliezen van de belangen van de patiënt. Op het moment dat de overheid zich nog verder terugtrekt, is het mogelijk, dat niemand zich meer bekommert om bijvoorbeeld preventie. De geïnterviewde van ziekenhuis 3 is niet zo tevreden over de veranderingen in de financiering. De invoering van DBC's was voor het ziekenhuis het duurste project van de laatste paar jaar. Het heeft gezorgd voor een andere berekening van de financiering, maar het budget dat het ziekenhuis krijgt, is hetzelfde gebleven.

De geïnterviewde van ziekenhuis 2 vindt, dat Nederland nog steeds een zeer goed zorgstelsel heeft, maar hij ziet wel achteruitgang. Dit komt omdat de vraag en de mogelijkheden toenemen en de financiën dit niet bijhouden. Hij verwacht niet, dat met efficiëncymaatregelen nog veel winst te behalen zal zijn. Een gevolg daarvan is, dat er wachtlijsten blijven. Doordat steeds meer artsen parttime gaan werken, gaat ook een deel van de kwaliteit verloren. Hij vindt dat een ziekenhuis meer heeft aan één fulltime arts, dan aan drie parttimers, omdat de overdracht tijd kost, die artsen matig gemotiveerd en daarnaast nog duurder zijn ook.

Door de geïnterviewde in ziekenhuis 1 wordt gesignaleerd dat in de gezondheidszorg heel gemakkelijk vraag gecreëerd wordt. Een zwakte is, dat er veel geld wordt uitgegeven aan mensen die denken dat ze iets mankeren. De specialisten worden gedwongen om te onderzoeken, want een patiënt accepteert het niet, als er niets gedaan wordt. Is er niet onderzocht en blijkt er uiteindelijk toch iets aan de hand te zijn, dan kan de patiënt ook de specialist gaan aanklagen. Specialisten zijn daar bang voor.

Door de geïnterviewde van ziekenhuis 5 werd als sterk punt van het zorgstelsel genoemd, dat mensen bewuster worden van het feit waarom ze zorg afnemen. De verwachting is, dat als mensen een deel van de zorg zelf moeten betalen, dat zal leiden tot bewustwording. Mensen zullen zich beter bewust worden, dat zorg duur is. Door de geïnterviewde in ziekenhuis 5 wordt als een mogelijk nadeel gezien, dat mensen misschien op de verkeerde dingen gaan bezuinigen. Daarin zullen mensen een evenwicht moeten vinden.

Door ziekenhuis 6 werd bovendien opgemerkt, dat er soms te weinig vertrouwen is in organisaties. Zij vindt dat instellingen ook een intrinsieke motivatie hebben om dingen beter te willen doen. Concurrentie is daar niet voor nodig. Volgens haar, kan dat ook op andere manieren bereikt worden.

Samenvatting sterke en zwakke punten Nederlandse zorgstelsel

De meeste geïnterviewden noemen de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg als sterk punt. Een enkeling verwacht, dat de kwaliteit zal gaan dalen, omdat de technologische mogelijkheden toenemen, maar de financiële middelen niet even snel mee stijgen. Als zwakke punten van de gezondheidszorg worden de grote hoeveelheid regels en de financiering genoemd. Daarbij wordt er gemakkelijk vraag gecreëerd, waardoor er geld wordt uitgegeven aan mensen die enkel denken dat ze iets mankeren. Wellicht zal het vaker toepassen van eigen bijdragen ervoor zorgen, dat mensen bewuster worden van de kosten van gezondheidszorg.

Wat ziet u als de voornaamste uitdagingen en bedreigingen voor het Nederlandse zorgstelsel?

Door de geïnterviewden van ziekenhuis 1 wordt kwaliteit genoemd als belangrijkste uitdaging en de invoering van concurrentie duidelijk niet. Zij zien concurrentie in de gezondheidszorg als een heel slechte ontwikkeling. Onder kwaliteit wordt door hen verstaan het zorgen dat mensen snel en op doeltreffende wijze de zorg krijgen die ze nodig hebben. Onder de zorg valt dan niet alleen de medische handeling, maar ook de informatievoorziening en de nazorg.

De geïnterviewden in ziekenhuis 2 en 3 zijn bang dat er, door de ontwikkelingen een tweedeling in de zorg zal ontstaan. Het is mogelijk, dat de toegankelijkheid voor iedereen in het gedrang komt, als er bijvoorbeeld extra betaald moet worden voor de basiszorg. Opvallend is, dat door de geïnterviewde van ziekenhuis 4 de invoering van eigen bijdragen juist gezien werden als een goede ontwikkeling. Het zorgen dat mensen zich bewuster worden, dat zorg duur is, heeft in ziekenhuis 4 de overhand.

De geïnterviewde van ziekenhuis 2 is bang dat er spelers op de markt komen, die zich enkel richten op de eenvoudig te behandelen patiënten. Het eigen ziekenhuis zal dan alleen de complexe patiënten krijgen, of degenen die iets afwijken van het normale proces. Als gevolg daarvan zal het ziekenhuis te maken krijgen met hogere kosten dan die andere aanbieders. Zij verwacht, dat de minister met aanvullende regelgeving zal komen, als dit dreigt te gebeuren.

De geïnterviewde van ziekenhuis 5 vindt het geen goede ontwikkeling, als er afgerekend gaat worden op resultaten. Dan wordt ervoor gezorgd, dat die resultaten goed zijn. De prijs is afhankelijk van het product. Als een ziekenhuis een goedkoop product wil aanbieden, dan zal het zo min mogelijk risico in de onderneming moeten nemen. Omdat iedere behandeling geld kost, is het nog steeds het meest goedkoop, om een patiënt niet te behandelen. De geïnterviewde uit ziekenhuis 6 is ook bang dat er patiëntengroepen zullen ontstaan die geen enkel ziekenhuis wil behandelen.

De geïnterviewde van ziekenhuis 3 ziet als gevolg van de marktwerking, dat het ziekenhuis in een ander spanningsveld terecht is gekomen. De capaciteit van het ziekenhuis moet flexibeler ingezet kunnen gaan worden. Het moet aangeboden worden op het moment dat het nodig is, maar ook weer snel teruggetrokken worden, als het niet nodig is. Voor de gezondheidszorg is dat een nieuw fenomeen.

Een voordeel dat de geïnterviewde van ziekenhuis 4 ziet in de toename van marktwerking, is dat ziekenhuizen meer inzicht krijgen in hun eigen presteren. Daarnaast zullen ziekenhuizen inzien, dat wanneer ze het slim en handig aanpakken, geld kunnen verdienen. De verwachting is niet, dat ziektekostenverzekeraars erbij gebaat zijn, om ziekenhuizen tegen elkaar uit te spelen. De geïnterviewde van ziekenhuis 4 vindt, dat de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars er niet zijn, om elkaar dwars te zitten.

De verzekeraars moeten de ziekenhuizen sturen om efficiënt te werken en de bevolking moet door te kiezen ervoor zorgen dat de verzekeraars gestuurd worden. De verwachting is, dat die laatste sturing niet erg groot zal zijn. De klant zal niet snel zeggen tegen de verzekeraar dat hij gaat overstappen, als de verzekeraar iets niet wil doen. Daardoor zal de zorgverzekeraar de touwtjes nog meer in handen kunnen krijgen. De geïnterviewde van ziekenhuis 7 is ook bang dat de verzekeraars meer macht krijgen, dan de ziekenhuizen willen. Die angst wordt door de (aspirant-) huisartsen ook ervaren (www.zibb.nl/gezondheidszorg).

Samenvatting uitdagingen en bedreigingen zorgstelsel

Door de eigen bijdragen is het mogelijk, dat er een tweedeling in de gezondheidszorg ontstaat. Door sommigen wordt dit als bedreiging ervaren. Anderen benadrukken de voordelen van de bewustwording. Een andere bedreiging is, dat er aanbieders komen, die ervoor kiezen om enkel makkelijk te helpen patiënten te behandelen. Zij zullen de zware gevallen, of degenen die afwijken van de standaard over laten aan ziekenhuizen. Doordat ziekenhuizen op resultaten afgerekend zullen gaan worden, is zelfs mogelijk dat er patiëntengroepen compleet buiten de boot gaan vallen, omdat geen enkele instelling hen wil behandelen.

Het leveren van een goede kwaliteit zorg en het flexibeler kunnen aanbieden van de capaciteit, worden als uitdagingen voor de ziekenhuizen gezien. De toenemende macht van de zorgverzekeraars wordt door de ziekenhuizen, net als door de (aspirant-)huisartsen, als bedreigend ervaren. Anderen verwachten juist niet, dat de zorgverzekeraars de ziekenhuizen tegen elkaar zullen uitspelen.

Wat beschouwt u als het meest belangrijke onderdeel van de zorgketen voor de nabije toekomst?

Door veel geïnterviewden wordt aangegeven, dat het ziekenhuis niet de belangrijkste plaats in de zorgketen in neemt, of moet willen innemen. De geïnterviewde van ziekenhuis 1 geeft bijvoorbeeld aan, dat zij een schakel in de keten vormen en niet dé schakel in de keten zijn. Er wordt

geprobeerd om goede contacten te leggen en te onderhouden met huisartsen, thuiszorginstellingen, verpleeghuizen, maar ook met zorgverzekeraars. Het is belangrijk, dat het ziekenhuis niet verheven is boven de andere delen van de zorgketen en zich ook niet verheven boven de rest voelt of gedraagt. Het is geen bijzonder onderdeel van de keten, maar wel een essentieel onderdeel binnen de keten.

Ook de geïnterviewde van ziekenhuis 2 benadrukt dat het ene onderdeel van de keten niet belangrijker is dan het andere. Het draait om de afstemming rondom de patiënt en het maken van goede afspraken. Daarnaast wordt er van de patiënt ook verwacht, dat hij zelf dingen initieert en actie onderneemt. De zelfzorg moet dus gestimuleerd worden. Wellicht wordt het ook belangrijker om na ontslag meer informatie te geven, omdat de ligduur steeds korter wordt.

Samenvatting belangrijkste onderdeel zorgketen

Benadrukt wordt door verschillende geïnterviewden, dat het ziekenhuis niet het belangrijkste deel van de zorgketen is. Het is niet zo, dat het ene onderdeel van de keten belangrijker is, dan het andere. Overleggen om te komen tot afspraken om zo goed mogelijke zorg voor patiënten te leveren wordt het belangrijkste gevonden.

Wat zal de rol van ziekenhuizen binnen de zorgketen over vijf tot tien jaar zijn?

De geïnterviewden in ziekenhuis 1 verwachten, dat het ziekenhuis in de toekomst een heel klein radertje in de zorgketen zal worden. Het ziekenhuis zal nog meer richting de cure opschuiven. In het ziekenhuis zal alleen bekeken worden hoe – hightech – een probleem opgelost kan worden. De patiënt komt binnen, wordt gediagnosticeerd, behandeld en de patiënt gaat naar huis, of een verpleeg-, of verzorgingshuis. De verwachting is, dat het verzorgende deel bijna helemaal uit het ziekenhuis zal verdwijnen. De zorg in het ziekenhuis zal hotelmatiger worden. De verwachting is, dat met name de zorg in en om het eigen huis anders en beter georganiseerd zal worden. Daarnaast is het ook mogelijk, dat er naast ziekenhuizen zorghotels neergezet worden.

De rol van de ziekenhuizen zal volgens de geïnterviewde in ziekenhuis 2 in de toekomst meer op de medische behandeling gericht zijn en minder op de nazorg. Dit wordt niet als een slechte ontwikkeling gezien, maar dan moet de rest van de keten ook goed georganiseerd zijn. Zij verwacht dat het misschien zelfs mogelijk is om de ligduur bij een knieoperatie terug te brengen naar twee dagen. Alleen een patiënt kan niet al na twee dagen naar huis toe, die zal dan naar een andere instelling moeten, waar hij verder verzorgd wordt.

De geïnterviewde in ziekenhuis 3 verwacht dat het ziekenhuis een expertise- en behandelcentrum zal worden. Daarin moet het ziekenhuis zelf gaan aangeven wat het goed kan en wat het wil ontwikkelen en eventueel zal afstoten. Vanuit de eerste lijn zal meer de expertise uit het ziekenhuis aangewend en gebruikt gaan worden. Dat deel van de keten zal dus meer gaan samenwerken.

Over het afstoten hebben de geïnterviewden van ziekenhuis 4, 5 en 6 ook ideeën. De geïnterviewde van ziekenhuis 4 verwacht dat het aantal spoedeisende hulpen zich zal concentreren. In de toekomst zal dat nog maar op twintig of dertig plekken in Nederland worden aangeboden. In ziekenhuis 5 en 6 is de verwachting dat er keuzes gemaakt zullen worden. Doordat sommige behandelingen niet meer in het basispakket zitten, kan een ziekenhuis besluiten om die zorg dan af te stoten, of minder te gaan doen, of zich te gaan profileren op een bepaald product. De geïnterviewde in ziekenhuis 5 verwacht dat dan wordt geprobeerd om het als specialistisch bedrijfje in de markt te zetten. De geïnterviewde in ziekenhuis 6 denkt dat er ziekenhuizen komen met een bepaald basispakket met een expertise op een aantal deelproducten. De geïnterviewde van ziekenhuis 6 verwacht niet, dat het aantal ziekenhuizen zal afnemen, juist vanwege de spoedeisende hulp en het 'golden hour'. Het is niet mogelijk om de patiënten nog sneller naar de ziekenhuizen te krijgen.

Voor bepaalde behandelingen is een ziekenhuisopname noodzakelijk, maar dat zal zo veel mogelijk in dagbehandeling worden gedaan. Dat is een trend die al jaren te zien valt. Daarnaast verwacht de geïnterviewde van ziekenhuis 3, dat de zorg op afstand zal groeien. Voor sommige patiëntengroepen kan het een hulpmiddel zijn, bijvoorbeeld voor chronisch zieken, maar helemaal vervangend wordt het nooit. Binnen het ziekenhuis kan IT ervoor zorgen, dat de tijd die in administratie gestoken wordt gaat afnemen.

De geïnterviewde van ziekenhuis 4 verwacht dat de rol van IT binnen de ziekenhuizen zal toenemen. Het ziekenhuis zal meer dan nu een informatiefabriek worden. IT zal veel meer een hulpmiddel worden om de sturing te verbeteren. Een voorbeeld daarvan is het integreren van een EPD in het proces. Daarvoor moeten de processen heel goed beschreven worden. Dit zal ervoor zorgen dat de vraag naar bijvoorbeeld informatieanalisten, gegevensbeheerders en medewerkers administratieve organisatie zal toenemen. Daarnaast zal het gebruik van IT-hulpmiddelen zoals laptops en PDA's aan het bed van de patiënt toenemen.

Samenvatting rol ziekenhuis in zorgketen

De verwachting is, dat de ziekenhuizen zich steeds meer bezig zullen gaan houden met de medische handelingen en de verpleegkundige (na)zorg zullen overlaten aan thuiszorg, verpleeg-, of verzorgingshuizen. Als gevolg daarvan zullen de ligdagen in ziekenhuizen nog verder dalen en het aantal dagbehandelingen zal stijgen. Verder is het mogelijk, dat ziekenhuizen bepaalde behandelingen zullen gaan afstoten en zich gaan profileren op bepaalde, andere producten. Dit kan ook de vorm krijgen van een ziekenhuis dat een basispakket aan diensten aanbiedt, aangevuld met enkele specialisaties. Over de toekomst van de spoedeisende hulpafdelingen wordt van mening verschild. Een van de geïnterviewden, verwacht dat die zich verder zullen concentreren, terwijl een ander verwacht, dat het aantal constant zal blijven, omdat het voor traumapatiënten het beste is, als ze zo snel mogelijk in het ziekenhuis zijn. Daarnaast zal het gebruik van ICT verder toenemen.

8. Conclusies

In dit hoofdstuk zullen, op basis van de voorgaande hoofdstukken, conclusies worden getrokken. Doormiddel van interviews met middenmanagers in ziekenhuizen is er geprobeerd antwoord te vinden op de volgende centrale vraag: Welke best practices worden door middelmanagers in zorginstellingen herkend?

Er wordt begonnen met een algemene terugblik op de interviews. Vervolgens worden de best practices besproken en de resultaten van commentaar voorzien. Daarna worden de deelvragen behandeld. Tot slot komen de verwachte ontwikkelingen aan bod.

De informatie uit de interviews is geordend op basis van de onderzoeksvragen. Opvallend is, dat veel projecten in meerdere ziekenhuizen voorkomen. Veel projecten worden door de verschillende ziekenhuizen van elkaar overgenomen. Er is voor gekozen, om van de projecten die in meerdere interviews aan de orde kwamen, er één te bespreken. In totaal zijn tijdens de interviews 32 verschillende projecten aan de orde gekomen.

Per project is aangegeven of er sprake is van een good idea, good practice, of best practice. Daarnaast is een categorie mogelijke best practices toegevoegd. De projecten die nog niet ingevoerd zijn, maar wel een verbetering van de zorgpraktijk voorspellen, zijn beoordeeld als good idea. Voor veel andere projecten die al wel zijn ingevoerd geldt, dat er in dat ziekenhuis wel sprake is van een verbetering van de zorgverlening, maar, dat dit project niet voor ligt op de norm. Dan is er sprake van een good practice.

Uiteindelijk is alleen het 'COPD-project' als echte best practice beoordeeld. Alleen in dit geval was, volgens de in dit onderzoek gebruikte definitie, sprake van een objectief vastgestelde meest succesvolle manier van zorgverlening, die voldoende ver op de norm voor ligt.

Bij dit onderzoek is gebruik gemaakt van gestandaardiseerde interviews bestaande uit open vragen. Door deze manier van interviewen konden de middelmanagers eenvoudig hun mening geven over wat zij zien als best practices. Op het moment dat in meerdere ziekenhuizen dezelfde projecten gevonden worden, is het vrijwel niet mogelijk om objectief vast te stellen met welk project de beste resultaten worden behaald. Daarom is de categorie mogelijk best practices toegevoegd. Er is voor gekozen om een project een mogelijke best practice te noemen, als het project beter is dan een good practice, maar niet beoordeeld kon worden, of het om een best practice ging. Om toch te kunnen bepalen of een project geldt als een best practice is aanvullend onderzoek noodzakelijk. In dat onderzoek, zouden de resultaten van de projecten uit de verschillende ziekenhuizen gemeten en met elkaar vergeleken moeten worden.

	Good idea	Good practice	Mogelijke best practice	Best practice
Kostenreductie	0	3	2	0
Informatie-uitwisseling	2	3	1	0
Continuüm van zorg	0	2	1	1
Veiligheid	1	4	0	0
Wachttijden	0	1	1	0
Nieuwe producten en diensten	6	0	0	0
Overige	1	2	1	0

Tabel 1: overzicht aantal gevonden projecten in de verschillende categorieën.

Opvallend voor een onderzoek waarbij gevraagd is naar best practices, is het aantal projecten dat bij nadere beschouwing geen best practice blijkt te zijn. Op basis van de definitie die in dit onderzoek is gebruikt, komt tweedederde van de projecten niet in aanmerking voor de classificatie best practice. Tijdens sommige interviews werden projecten die als logische keuze, of lokale verbetering gezien worden, gepresenteerd als best practice.

Binnen de gezondheidszorg is er geen standaard voor wat een best practice is. Een goed voorbeeld daarvan vormen de observatoria. Door één van de geïnterviewden werd dit gepresenteerd als een best practice, terwijl er in een ander ziekenhuis voor gekozen was om hiermee op te houden. De toegevoegde waarde van een observatorium lijkt afhankelijk van de situatie in het ziekenhuis.

Over het geheel genomen is aantal gevonden verbeterprojecten tegen gevallen. Met name het aantal best practices is lager dan verwacht. Een verklaring voor dit lage aantal best practices kan liggen in de locatie van de gekozen ziekenhuizen. Er is gekozen voor het interviewen van middelmanagers in ziekenhuizen in het noordoosten van Nederland. Mogelijk zouden bij interviews in ziekenhuizen in andere delen van Nederland meer best practices naar voren zijn gekomen. Daar staat tegenover, dat interviews zijn gehouden in 10% van de Nederlandse ziekenhuizen en bij ziekenhuizen van verschillende grootte.

Doordat de geïnterviewden op middelmanagementniveau in de organisatie zitten, hebben zij minder overzicht over de gehele organisatie. Dit maakt het moeilijker om ieder project tot in detail te kennen. Het is zelfs mogelijk, dat vernieuwende projecten gemist zijn, omdat de geïnterviewde daar niet bij betrokken was. Terwijl als met zijn of haar collega van een andere afdeling gesproken was, dit project misschien wel aan de orde was gekomen. Dat kan ook een verklaring zijn voor het lage aantal gevonden best practices.

Tijdens de interviews was er duidelijk verschil te merken tussen de geïnterviewden. Sommigen waren opener, anderen namen een meer afwachterende positie in. Dit kan invloed gehad hebben op de mate waarin projecten naar voren kwamen. Geïnterviewden die open vertelden over een project, waar ze veel van af wisten, zorgden ervoor dat het ziekenhuis op het eerste gezicht vooruitstrevender leek. Bij nader inzien bleek, dat dit niet altijd persé het geval hoefde te zijn.

Naar aanleiding van de deelvragen, kwamen deze punten naar voren:

- Voor het beheersen van de kosten worden in de meeste ziekenhuizen geprobeerd om de personeelskosten terug te dringen door het centraal regelen van de personeelsinzet. Daarnaast wordt in enkele ziekenhuizen kosten bespaard door op grotere schaal de inkoop van goederen regionaal te regelen.
- Om de informatie-uitwisseling te verbeteren wordt het elektronisch patiëntendossier als een belangrijke schakel gezien.
- Voor het beter laten aansluiten van verschillende afdelingen in ziekenhuizen worden er per patiëntengroep klinische paden ontwikkeld. Daarbij worden de informatiestromen in kaart gebracht en op elkaar afgestemd.
- Veel van de geïnterviewden verwachten de veiligheid te verbeteren door te voldoen aan de NIAZ-normen. Verder wordt er aandacht besteed aan het terugdringen van aandoeningen ontstaan door het verblijf in het ziekenhuis.
- Door het wegwerken van de constante wachtlijsten en planmatiger te gaan werken wordt geprobeerd de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren. Door verruiming van de openingstijden proberen sommige ziekenhuizen beschikbaarheid en toegankelijkheid te vergroten.
- Ziekenhuizen proberen hun aanbod van diensten uit te breiden door het leveren van zorg die niet in het standaardpakket zit en het leveren van extra service, zowel binnen als buiten het ziekenhuis.

Veel van de projecten leken direct of indirect tot doel te hebben om de kosten van de zorgverlening terug te dringen, of lijken bedoeld om meer inkomsten voor het ziekenhuis te genereren. Hoewel de resultaten van de projecten tijdens de interviews niet vaak naar voren kwamen, lijken de meeste projecten hieraan te voldoen.

Op het gebied van communicatie wordt verwacht, dat in de toekomst nog verbetering mogelijk is. Hierbij gaat het niet alleen om de communicatie tussen instellingen, maar ook binnen instellingen. Door de inzet van ICT moet het mogelijk zijn om sneller en efficiënter te werken.

Over het geheel genomen zijn de middelmanagers niet erg positief over de toekomst van de ziekenhuiszorg. De kwaliteit is nu goed, maar de verwachting is dat die zal gaan dalen. Het toenemen van eigen bijdragen kan gaan zorgen voor een tweedeling, maar maakt het ook mogelijk, dat mensen zich er beter bewust van worden, dat de gezondheidszorg duur is. Daarbij moet afgewacht worden, of de consument de juiste keuzes zal maken.

Verder is de verwachting, dat de ziekenhuizen concurrentie zullen gaan ondervinden van aanbieders die zich enkel richten op standaard behandelingen en eenvoudig te behandelen patiënten. De ziekenhuizen zijn bang, dat zij vooral te maken zullen krijgen met de ernstigere patiënten en de daarbij horende hogere kosten. De angst bestaat, dat er patiëntengroepen komen, die geen enkel ziekenhuis zal willen behandelen. Er wordt wel verwacht, dat als dit dreigt te gebeuren, er aanvullende regelgeving zal komen, om dit tegen te gaan.

Sommige middelmanagers ervaren de toenemende macht van de zorgverzekeraars als bedreigend, terwijl anderen verwachten, dat de zorgverzekeraars de ziekenhuizen niet tegen elkaar zullen uitspelen. Het is op dit moment moeilijk om te beoordelen welke kant het op zal gaan. Binnen de zorgketen dichten de middelmanagers de ziekenhuizen een niet erg dominante rol toe. Er wordt vooral benadrukt dat overleg met andere partijen belangrijk is, zodat patiënten zo goed mogelijk geholpen worden. Daarbij verwachten zij, dat de patiënt steeds korter in het ziekenhuis zal verblijven, vaker in dagbehandeling geholpen zal worden en dat de nabehandeling en revalidatie steeds vaker in verpleeghuizen of in de thuissituatie plaats zal vinden.

Binnen de zorginstellingen zijn er altijd mensen gedreven om verbeteringen in het zorgproces waar te maken. De snelheid waarmee dit gebeurt en de manier waarop wordt mede bepaald door de ondersteuning vanuit het topmanagement. Het faciliteren van verbeteringen door het topmanagement kan voor het ziekenhuis het verschil maken tussen achter de muziek aan, of voor de muziek uit lopen.

Literatuurlijst

CBO (2002). *Het ontwikkelen van indicatoren op basis van Evidence Based richtlijnen*. druk 1. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications BV.

European Commission, Directorate-General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs (1999). *'Best practice': state of the art and perspectives in the EU for improving the effectiveness and efficiency of European health systems*, p. 107-115.

Inspectie voor de gezondheidszorg (2004). *Patiëntveiligheid, definitielijst*. Den Haag.

Louwes, A. (2001). Voedingstherapie op de intensive care. *Voeding Nu*. No. 6. 2001 p.6.

Jarrar, Y.F. & Zairi, M. (2000). "Internal transfer of best practice for performance excellence: a global survey". *Benchmarking: an international journal*. Vol 7. no. 4. 2000, pp 239-246.

Perleth, M., Jakubowski, E., Busse, R. (2001). What is 'best practice' in health care? State of the art and perspectives in improving the effectiveness and efficiency of the European health care systems. *Health Policy*. Vol 56. no. 3. 2001 pp. 235-250.

website CBO; informatie over de doorbraakprojecten van CBO voor het SnellerBeter project:
http://www.cbo.nl/product/doorbraak/folder20030902144742/article20030902145238/articleCBOextra_view.

website Gelderse Vallei Ziekenhuis:
<http://www.geldersevallei.nl/index.cfm?fuseaction=ShowFrames>, bekeken op 02-08-05.

website Igitur:
<http://igitur-archive.library.uu.nl/dissertations/2004-1108-122545/sam.pdf> , bekeken op 16-09-05

website Kies Beter.nl:
<http://www.kiesbeter.nl/ziekenhuizen/Filtering.aspx?pk=9084&pl=LEEWARDEN#>, bekeken op 03-08-05.

website Leids Congres Bureau:
http://www.leidscongresbureau.nl/congres/landelijke_studiedag_medicatieveiligheid_het_verbetere_n_van_voorschrijven_en_toedienen, bekeken op 20-8-2005.

website Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: <http://www.minvws.nl>.

website Medisch Spectrum Twente: <http://www.mstwente.nl/onzeorganisatie/>, bekeken op 02-08-05.

website Nederlands Instituut Accreditatie Ziekenhuizen; Noodzakelijke voorwaarden voor accreditatie 2005:
<http://www.niaz.nl/bestanden/Diversen/Noordzakelijke%20voorwaarden%202005.pdf>.

website Plantconsult; informatie over ketenzorg:
http://www.plantconsult.nl/diensten_content.html#ikz.

website Prismant; Jaarverslagen over 2004 van:

- Diaconessenhuis, Meppel
- Gelderse Vallei Ziekenhuis, Ede
- Gelre Ziekenhuizen, Apeldoorn
- Meander Medisch Centrum, Amersfoort
- Medisch Spectrum Twente, Enschede
- St. Jansdal ziekenhuis, Harderwijk
- Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen
- Ziekenhuisgroep Twente, Almelo
- Zorggroep Noorderbreedte, Leeuwarden

<http://www.jaarverslagen.prismant.nl/>

website medisch centrum VieCuri: http://www.viecuri.nl/download/Ziekenhuiskrant_2003_3.pdf, bekeken op 20-06-05.

website Zibb/gezondheidszorg; nieuwssite over de gezondheidszorg:
<http://www.zibb.nl/gezondheidszorg/zorgvisie/zoekinzibbdetail/asp/portalnaam/zorgvisie/artnr/937156/artsrtnr/882/knooppunt/664/index.html>, bekeken op 20-06-05.

website Worldmeditour.nl; Een intermediair voor medische- en ontspanningsreizen:
<http://www.worldmeditour.nl/wmt/wmtxs.php?l=nl&p=2&k=1>, bekeken op 16-09-05

website Ziekenhuis Groep Twente: <http://www.zgt.nl/>, bekeken op 02-08-05.

Zairi, M. & Whymark, J. (2000). "The transfer of best practices: how to build a culture of benchmarking and continuous learning – part 1". *Benchmarking: an international journal*. Vol 7. no. 1. 2000, pp 62-78.

Bijlage A Interviewvragen PricewaterhouseCoopers

Definitie vragen

1. De basiselementen van onze zorgketen zijn:
 - § Preventie
 - § Zelfzorg
 - § Thuiszorg
 - § Huisartsenzorg / 1e lijnszorg
 - § Ziekenhuisopname
 - § Dagbehandeling
 - § Langdurige verzorging
 - § Langdurige verpleging
 - § Zorg op afstand
2. Wat beschouwt u als het meest belangrijke onderdeel in de zorgketen voor de nabije toekomst?
3. Zullen al de voorgenoemde basiselementen van de zorgketen op de lange-termijn nog bestaan?
4. Wat zijn de meest belangrijke factoren die de veranderingen in ons zorgstelsel de komende jaren zullen beïnvloeden?
5. Wat voor type zorginstelling vertegenwoordigt u?
6. Hoe is de zorg in uw instelling georganiseerd?
 - § een publieke organisatie, met publieke financiering
 - § een private organisatie, met publieke financiering
 - § een private organisatie, met private financiering en commerciële zorg
 - § een combinatie van publieke en private organisatie en financiering
7. Welke rechtsvorm heeft uw organisatie?
8. Waarop richt ons zorgstelsel zich hoofdzakelijk in 2005?
 - § Een aanbodgericht systeem (centraal georiënteerd)
 - § Een vraaggericht systeem (klantgericht)
 - § Een procesgericht systeem (logistieke / klinische pathways)
9. Wat ziet u als de belangrijkste sterke/zwakke punten in het Nederlandse zorgstelsel?
10. Wat ziet u als de voornaamste uitdagingen en bedreigingen voor het Nederlandse zorgstelsel?
11. Wie heeft de komende jaren het voortouw in het doorvoeren van veranderingen in het zorgaanbod?
 - § Overheid
 - § Zorgverzekeraars
 - § Medisch specialisten
 - § Consumenten
 - § Werkgevers
 - § Anders, nl.
12. Wat zijn naar uw mening de grootste uitdagingen voor het verbeteren van het zorgaanbod in een omgeving waar de vraag verandert? [van aanbodsturing naar vraagsturing en marktwerking] Geef een cijfer van 1 tot 5, 1 = niet belangrijk; 5 = zeer belangrijk
 - § Kostenreductie
 - § Informatie-uitwisseling
 - § Continuïteit van zorg
 - § Veiligheid
 - § Wachttijden / toegankelijkheid
 - § Combinatie van diensten en producten
 - § Recrutement, beloning en vasthouden van personeel
 - § Anders, nl.
13. Wat is beter voor het bereiken van een goed en kosteneffectief zorgaanbod, een systeem gedreven door marktwerking of een publiek gefinancierd systeem?
14. Waarop richt onze overheid zich hoofdzakelijk om het zorgaanbod te veranderen?

Vragen over kostenreductie

15. Wat is uw mening over de kosteneffectiviteit van ons zorgaanbod?
- § Erg kosteneffectief
 - § Het is al kosteneffectief, maar er liggen mogelijkheden voor verbeteringen
 - § Efficiënt, maar niet gefocust op kosten
 - § Niet erg kosteneffectief
16. Wat zijn naar uw mening de meest realistische mogelijkheden om de kosten per behandeling (DRG, DBC's) te reduceren bijvoorbeeld:
- § Eerst begrijpen wat de werkelijke kosten zijn?
 - § Patiëntenlogistiek in het ziekenhuis?
 - § Managen van zorgprocessen?
 - § Arbeidskosten?
 - § Diagnosekosten?
 - § Kapitaalkosten?
 - § Kosten van medische materialen?
 - § Substitutie van werk naar IT?
17. Wat zijn de belangrijkste factoren die de stijging van kosten van ons zorgstelsel beïnvloeden?
- § Op macro niveau (nationaal)
 - § Op organisatie niveau (per zorgaanbieder)
 - § Op micro niveau (per patiënt)

Informatie-uitwisseling

18. Wat is het niveau van informatie-uitwisseling over zorg anno 2005?
- Faciliterend:
- § Uitwisseling email
 - § Registratie elektronisch patiëntendossier
- Procesveranderend:
- § Integrale ketenzorg / digitale diagnostiek
 - § E-behandeling, telematica
19. Wat zijn de belangrijkste factoren om informatie met patiënten te delen?
20. Bent u tevreden over het niveau waarop informatie wordt gedeeld met patiënten?
- § Tevreden
 - § Ziet mogelijkheden voor verandering
 - § Ontevreden
21. Via welke kanalen wordt informatie gedeeld met patiënten, op dit moment en gepland voor de komende drie jaar?
- § Financiële systemen
 - § Medische bibliotheken
 - § Elektronische diagnostiek
 - § Medisch dossier
 - § Informatie op het internet
 - § Patiëntspecifieke informatie
 - § Kwaliteitssystemen
 - § Medische standaarden en protocollen
22. Op welke manier(en) kan de informatie-uitwisseling tussen doctoren en andere zorgaanbieders verbeterd worden?

Continuüm van zorg

23. Wat is uw mening over het niveau waarop ketenzorg is georganiseerd voor de groepen patiënten?
24. Indien u ontevreden bent over het niveau van ketenzorg, wat ziet u als grootste obstakels?
25. Hoe hoog is het niveau van innovaties in de cure?
26. Wat zijn barrières om best practices te implementeren?
27. Wat voor soort verbeteringen verwacht u voor logistieke systemen (patiënt pathways) in het komende decennium?
 - § Acut
 - § Chronisch
 - § Electief
28. Een van de reacties van zorgaanbieders om een continuüm van zorg te creëren is samenwerking en fusering. Wat is uw mening hierover?

Veiligheid

29. Hoe tevreden bent u over de kwaliteit van de medische dienstverlening binnen uw organisatie?
30. Is er een nationaal accreditatiesysteem:
 - § Voor ziekenhuizen en andere zorgaanbieders?
 - § Voor veiligheid omtrent behandelen van patiënten?
31. Welke zaken kunnen verbeterd worden?

Wachttijden

32. Is er ook sprake van wachtlijsten voor de zorg? In Nederland; uw organisatie?
 - § In cure?
 - § In care?
33. Zo ja, wachtlijsten zijn een serieus probleem binnen de zorgsector. Wat doet de overheid aan regulering of het ontplooiën van initiatieven om barrières weg te nemen voor patiënten en wachtlijsten te reduceren?
34. Kent u voorbeelden van best practices waarin wachtlijsten daadwerkelijk zijn gereduceerd.
35. Is er binnen uw organisatie sprake van overcapaciteit in termen van:
 - § Medische apparatuur
 - § Bedden
 - § Diagnostische faciliteiten
 - § Medische staf

Mix van diensten en producten

36. Welke zorg wordt er vanuit uw organisatie verricht:
- § Alleen cure, gebaseerd op medische noodzaak
 - § Alleen care, gebaseerd op medische noodzaak
 - § Een combinatie van cure en care, voor zover gefinancierd wordt door zorgverzekeraars
 - § Een combinatie van cure en care, voor zover gefinancierd wordt door de rijksoverheid
 - § Een vrij aanbod van zorgproducten, zowel verzekerd als privaat gefinancierd
 - § Lifestyle producten
 - § Preventie
 - § Revalidatie
 - § Diagnostiek
 - § Abonnementsgebonden zorg
 - § Anders, nl...
37. Welke nieuwe dienstverlening zal uw organisatie de komende vijf jaar ontwikkelen
38. Zijn er binnen uw organisatie economische beperkingen om zorg te verlenen, bijvoorbeeld:
- § Om medische zorg te verdelen die verliesgevend is?
 - § Om op 24-uur basis acute zorg te verlenen?
 - § Om te investeren in nieuwe medische apparatuur?
 - § Om dure medicijnen voor te schrijven?
39. Wat is het totaal aantal ziekenhuizen in Nederland op dit moment?
40. Hoeveel ziekenhuizen verwacht u dat er over tien jaar zullen zijn?
41. Wat is de grootste factor die verandering zal bewerkstelligen het komende decennium?

Bijlage B Interviewvragen interviews middelmanagers

Inleidende vragen

1. Wat is uw functie binnen de organisatie?
2. Is uw functie afdelingoverstijgend?
3. Hoeveel lagen management zitten er boven u? en hoeveel eronder?
4. Merkt u dat er soms een verschil zit tussen de visie van het topmanagement en uw visie over de gang van zaken binnen de afdeling? En de gang van zaken in het ziekenhuis?

Definitie vragen

5. De basiselementen van onze zorgketen zijn:
 - a. Preventie
 - b. Zelfzorg
 - c. Thuiszorg
 - d. Huisartsenzorg / 1e lijnszorg
 - e. Ziekenhuisopname
 - f. Dagbehandeling
 - g. Langdurige verzorging
 - h. Langdurige verpleging
 - i. Zorg op afstand
6. Wat beschouwt u als het meest belangrijke onderdeel in de zorgketen voor de nabije toekomst?
7. Zullen al de voorgenoemde basiselementen van de zorgketen op de lange termijn nog bestaan?
8. Wat zijn de meest belangrijke factoren die de veranderingen in ons zorgstelsel de komende jaren zullen beïnvloeden.
9. Wat ziet u als de belangrijkste sterke/zwakke punten in het Nederlandse zorgstelsel?
10. Wat ziet u als de voornaamste uitdagingen en bedreigingen voor het Nederlandse zorgstelsel?
11. Wat zijn naar uw mening de grootste uitdagingen voor het verbeteren van het zorgaanbod in een omgeving waar de vraag verandert? [van aanbodsturing naar vraagsturing en marktwerking] Geef een cijfer van 1 tot 5, 1 = niet belangrijk; 5 = zeer belangrijk
 - a. Kostenreductie
 - b. Informatie-uitwisseling
 - c. Continuïteit van zorg
 - d. Veiligheid
 - e. Wachttijden / toegankelijkheid
 - f. Combinatie van diensten en producten
 - g. Recrutement, beloning en vasthouden van personeel
 - h. Anders, nl.
12. Wat is beter voor het bereiken van een goed en kosteneffectief zorgaanbod, een systeem gedreven door marktwerking of een publiek gefinancierd systeem?
13. Wat zal de rol van ziekenhuizen zijn binnen de zorgketen over 5 tot 10 jaar?
14. Hoe zal het productenaanbod er uit zien?
15. Wat is de grootste factor die verandering zal bewerkstellingen het komende decennium?

Vragen over kostenreductie

16. Wat is uw mening over de kosteneffectiviteit van uw afdeling?
 - a. Erg kosteneffectief
 - b. Het is al kosteneffectief, maar er liggen mogelijkheden voor verbeteringen
 - c. Efficiënt, maar niet gefocust op kosten
 - d. Niet erg kosteneffectief
17. Is uw afdeling kosten effectiever in vergelijking met andere afdelingen.
18. Hoe zit het met de kosteneffectiviteit van het zorgaanbod van uw afdeling in vergelijking andere ziekenhuizen?
19. Hebben recente veranderingen in de manier van werken gezorgd voor een hogere kosteneffectiviteit?
20. Wat zijn naar uw mening de meest realistische mogelijkheden om de kosten per behandeling te reduceren bijvoorbeeld:
 - a. Eerst begrijpen wat de werkelijke kosten zijn?
 - b. Patiëntenlogistiek in het ziekenhuis?
 - c. Managen van zorgprocessen?
 - d. Arbeidskosten?
 - e. Diagnosekosten?
 - f. Kapitaalkosten?
 - g. Kosten van medische materialen?
 - h. Substitutie van werk naar IT?
21. Waar is de laatste jaren het meest op bespaard binnen uw afdeling? Hoe is dit in gang gezet.

Informatie-uitwisseling

22. Bent u tevreden over het niveau waarop informatie wordt gedeeld met patiënten binnen uw afdeling?
 - a. Tevreden
 - b. Ziet mogelijkheden voor verandering, welke mogelijkheden?
 - c. Ontevreden
23. In hoeverre wordt digitale diagnostiek, E-behandeling en telematica toegepast bij het verlenen van zorg.
 - binnen uw afdeling
 - binnen het ziekenhuis
24. Op welke manier wordt er e-mail gebruikt voor contact met / tussen (personeel, patiënt en huisarts)
 - intern, tussen doctoren onderling op de afdeling / rest van ziekenhuis
 - extern, met patiënten, doctoren en andere zorgaanbieders.
25. Op welke manier(en) kan de informatie-uitwisseling tussen doctoren en andere zorgaanbieders verbeterd worden?
 - Intern, tussen doctoren onderling
 - extern, tussen andere doctoren en zorgaanbieders
26. Zijn er voorbeelden binnen het ziekenhuis waar de informatie uitwisseling bijzonder goed geregeld is in vergelijking met andere ziekenhuizen?

Continuüm van zorg

27. Welk traject volgen de patiënten voordat ze op uw afdeling bereiken.
28. Bent u tevreden over de manier waarop de overgangen tussen de verschillende afdelingen geregeld zijn.
29. Wat zou hier nog aan kunnen worden verbeterd.
30. Wat voor soort verbeteringen verwacht u voor logistieke systemen (patiënt pathways) in het komende 10 jaar voor uw afdeling. Verwacht u daarbij een verschil tussen:
 - a. Acuut
 - b. Chronisch
 - c. Electief
31. Waar gaan de patiënten naartoe als ze uw afdeling en het ziekenhuis verlaten.
32. Wat is uw mening over het niveau waarop ketenzorg is georganiseerd. (dus de samenwerking met andere zorginstellingen.
33. Indien u ontevreden bent over het niveau van ketenzorg, wat kan er verbeterd worden.
34. Welke barrières moesten worden overwonnen om best practices op het gebied van ketenzorg te implementeren.
35. Een van de reacties van zorgaanbieders om een keten van zorg te creëren is samenwerking en fusering. Wat is uw mening hierover?

Veiligheid

36. Hoe tevreden bent u over de kwaliteit van de medische dienstverlening binnen uw afdeling?
37. Welke maatregelen worden er genomen om de kwaliteit van zorg binnen uw afdeling te waarborgen en eventueel te verbeteren.
38. Zijn er de laatste tijd grote veranderingen geweest op het gebied van veiligheidsbeleid.
39. Vindt er van buitenaf ook controle plaats op de kwaliteit van zorg?
40. Welke zaken kunnen er worden verbeterd op het gebied van de veiligheid van patiëntenzorg?
41. Welke zaken op het gebied van veiligheid zijn goed geregeld in vergelijking met andere ziekenhuizen?

Wachttijden

42. Is er ook sprake van wachtlijsten voor de zorg van uw afdeling?
43. Wordt het werk binnen de afdeling hierdoor beïnvloed?
44. Hoe wordt er van boven uit de organisatie gekeken naar de problemen rondom wachtlijsten.
45. Kent u voorbeelden van best practices waarin wachtlijsten daadwerkelijk zijn gereduceerd.
46. Is er binnen uw afdeling sprake van overcapaciteit in termen van:
 - medische apparatuur
 - bedden
 - diagnostische faciliteiten
 - medische staf
47. Zijn er grote veranderingen geweest in de behandeltijd
48. Hoe is deze in vergelijking met andere ziekenhuizen?
49. Wanneer beter dan landelijke gemiddelde: wat is anders aan de manier van werken binnen de afdeling vergeleken met andere ziekenhuizen.
50. Als er sprake is van wachtlijsten: wachtlijsten zijn een serieus probleem binnen de zorgsector. Wat doet de overheid aan regulering of het ontplooiën van initiatieven om barrières weg te nemen voor patiënten en wachtlijsten te reduceren.

Mix van diensten en producten

51. Welke nieuwe diensten zal uw afdeling de komende vijf jaar ontwikkelen
52. Hoe wordt deze verandering doorgevoerd en wat betekent dit voor de organisatie
53. Zijn er binnen uw organisatie economische beperkingen om zorg te verlenen, bijvoorbeeld:
 - Om medische zorg te verdelen die verliesgevend is?
 - Om te investeren in nieuwe medische apparatuur?
 - Om dure medicijnen voor te schrijven?