

ANNE-MIEKE OMTZIGT, VOORZITTER MEDISCHE STAF VAN HET FLEVOZIEKENHUIS: “WIJ WILLEN VAN SNELLER BETER NAAR SNELST BEST”

DANKZIJ SNELLER BETER IS IN TWEE JAAR TIJD DE AD-HOCCULTUUR VAN HET FLEVOZIEKENHUIS VERANDERD IN EEN VERBETERCULTUUR MET *LEAN* OFWEL SLIMMER DENKEN EN WERKEN ALS FILOSOFIE. ANNE-MIEKE OMTZIGT, VOORZITTER VAN DE MEDISCHE STAF: “WE KUNNEN NU SNELLER PROCESSEN HERINRICHTEN. DAT WAS ZONDER SNELLER BETER NIET GELUKT.”

TEKST INGRID ESSENBURG

Aanne-Mieke Omtzigt is sinds 2005 voorzitter van de medische staf van het Flevoziekenhuis in Almere. Een jaar eerder trad ze al toe tot het stafbestuur. Als gynaecoloog werkt ze nu zo'n 12,5 jaar in het ziekenhuis. Een ziekenhuis dat de afgelopen tien jaar met 50 procent is gegroeid en naar verwachting nog eens met 50 procent zal groeien in de komende tien jaar. Er werken nu om en nabij de 1500 mensen in het zorgbedrijf. Omtzigt vertelt dat ze het als voorzitter van de medische staf belangrijk vindt dat in het Flevoziekenhuis de medische staf een proactieve rol vervult als het gaat om de invulling van de zorg aan patiënten, waarbij de dokter eindverantwoordelijk is voor de zorg die geleverd wordt aan patiënten. Omtzigt: “Nog niet alle dokters zijn het met me eens, maar het zijn er wel steeds meer. Juist vanwege het belang dat we hechten aan deze proactieve rol willen we heel veel als medische staf, maar instrumenten om veranderingsprocessen vlot te regelen, misten we tot voor kort. We hadden een ad-hoccultuur met veel

intenties en plannen, maar borgen en afronden zaten er niet bij. Daarom wilden we graag deelnemen aan de Sneller Beterprojecten.”

PRIORITEITENSTELLING

Het toenmalige bestuur van het Flevoziekenhuis gaf toestemming voor deelname aan het Sneller Beterprogramma. Omtzigt: “Het bestuur werkte niet echt mee, maar zei wel: ‘doe maar’. Toen zijn we ervoor gegaan. Als stafbestuur maakten we eerst een selectie van projecten die voor de organisatie, ketenzorg en patiënt prioriteit hadden. Daarna zijn we hier dokters bij gaan zoeken, want we wilden dokters in de projectteams en het liefst als voorzitter. De reactie van hen viel me mee, want roepen dat je een kartrekkersrol wilt vervullen, is nog wat anders dan daadwerkelijk de rol van projectcoördinator, ambassadeur, regisseur en terugkoppelaar op je te nemen. Ja zeggen en ja doen. Daartussen zit verschil.”

In het begin ging het goed met dokters als kartrekkers voor de Sneller Beterprojecten, maar tijd voor projectcoördinatie vrijmaken, bleek toch lastig voor sommigen. Omtzigt legt uit waarom: “De vergadercultuur en bijeenkomsten plannen gaf voor een aantal dokters problemen in hun dagelijkse praktijkvoering. Zij konden de vereiste tijdinvestering praktisch gezien niet opbrengen. Anderen vonden de tijdinvestering sowieso

DE BEHOEFTE VAN DE PATIËNT IS ALTIJD HET VERTREKPOINT

teveel. Daarom hebben in een aantal Sneller Beterprojecten de betrokken dokters hun voorzitterschap verruild voor projectlidmaatschap en hebben verpleegkundigen of medewerkers van het Kwaliteitsinstituut de voorzittersrol overgenomen.”

GROOTSTE LEERMOMENT

Na een halfjaar Sneller Beter bleek al waar de hiaten in de organisatie van het Flevoziekenhuis zaten om kwaliteit neer te zetten. Het ziekenhuis ontbeerde een goede zorgadministratie die betrouwbaar verrichtingen registreert en stuur- en benchmarkgegevens. “Dat vond ik heel erg goed aan Sneller Beter. Het grootste leermoment van het Sneller Beterverhaal was de snelle diagnose van wat we misten om daadkrachtig met innovatie, kwaliteit en procesherinrichting bezig te zijn. Je wist het al wel in je onderbuikgevoel, maar Sneller Beter maakte het gevoel concreet. Er kwamen nieuwe mensen op nieuwe posten. En daarna gingen we werken aan de hiaten. Eerst met een interimbestuurder en later met het nieuwe bestuur (vanaf maart 2008, red.), dat in was voor Sneller Beter in de zin van het *lean*principe: kijk naar je proces en kijk naar wat je de volgende dag weer beter kunt doen voor de patiënt. Het is nooit klaar, want de patiënt, de maatschappij en de wet- en regelgeving veranderen. Dus je bent continu aan het verbeteren. We creëerden zelfbewustzijn bij het zorgpersoneel, zodat ze niet te snel zouden reageren op verbetertrajecten met ‘ik kan niet’ of ‘ik wil niet’.

Trainingen zijn gestart, waaronder de training hoe ga je om met veilig incidenten en grote calamiteiten melden, hoe aggregereer je deze informatie en hoe benoem je verbeterpunten? Ook is een kenniscentrum opgericht: VIKS, de Commissie voor Veiligheid, Innovatie, Kwaliteit en Service, waar kennis en ervaring centraal worden gebundeld én in de lijn worden uitgezet.” Omtzigt benadrukt dat VIKS niet zaligmakend is als geaggregeerde informatie in het centrum blijft hangen. Ze vervolgt: “Verder zijn ICT-instrumenten aangeschaft, waaronder het veiligheidsmanagementsysteem GreCom. We gaan nu op alle afdelingen het veilig incidenten melden invoeren. Dit wordt de spil of mischien wel het vliegwiel in de verbetercultuur. Samen continu cyclisch verbeteren is immers wat je wilt.”

CULTUURVERANDERING

Het Sneller Beterprogramma voorzag het Flevoziekenhuis van structuur in projectmanagement,

instrumenten voor het meten van processen, leermomenten voor doktoren en verpleegkundigen om kritisch te kijken naar hun eigen processen en rol daarin, en verplichte multidisciplinaire samenwerking tussen dokters, verpleegkundigen, polikliniekassistenten en patiënten. Omtzigt: “Er was geen vrijblijvendheid, maar verplichte samenwerking op de inhoud en wederzijdse kennismaking op het vlak van passie, betrokkenheid en wat eenieder drijft in de zorg. Daar vind je elkaar ook in de zorg.”

Inmiddels is een kleine cultuurverandering in het ziekenhuis waarneembaar. Mensen zijn proactiever geworden in het inrichten van hun eigen zorgprocessen. Dit geldt voor alle zorgniveaus. Het ziekenhuis stuurt bovendien niet meer uitsluitend op productie- en exploitatiecijfers, maar ook op onder meer kwaliteit, complicatiesregistratie, prestatie-indicatoren en patiëntenfeedback. Omtzigt: “De behoefte van de patiënt is altijd het vertrekpunt. Die geeft de input voor het heroverwegen van je processen.”

VLIEGWIEL

Het Sneller Beterprogramma houdt officieel op, maar het Flevoziekenhuis gaat door met Sneller Beter. Het heeft een plek in bestuursvergaderingen, in directieoverleg en op begrotingen. “Ook in de zorgclusters,” vult Omtzigt aan. Ze vervolgt: “De vakgroepvoorzitters van onder andere kno, interne chirurgie en alle andere vakgroepen worden continu bevraagd over hoe het gaat met de kwaliteit in de vakgroep, want de vakgroep is bij ons de resultaatverantwoordelijke eenheid voor kwaliteit. De vakgroep wordt als behandelcollectief gezien en zo houden de leden elkaar scherp. Er is een cultuur ontstaan van elkaar wederzijds aanspreken, in de trant van: ‘Hé makker, waar blijft je complicatiesregistratie?’ Door de reguliere bespreking van kwaliteit-sindicatoren kan niemand de dans ontspringen. Dit is wel pas van de laatste maanden. De laatste vier maanden ervaar ik dat we in het vliegwiel van Sneller Beter zitten. Het programma Sneller Beter stopt, maar wij gaan zeker door en blijven het ook zo noemen, want de structuur, de cultuur, de bestuurders en de leiders zijn erop ingericht. En de verantwoordelijkheden worden nu echt laag in de organisatie gelegd bij vakgroepvoorzitters en hoofden van poli’s en afdelingen als eindverantwoordelijke voor het zorgproces. Daar gaan we de komende maanden ook serieuzer op sturen. Veilig Incidenten Melden wordt nu ook uitgerold over het

hele ziekenhuis, omdat we hierin de spilfunctie zien voor onze verbetercultuur. De geesten zijn er rijp voor. Dit had ik twee jaar geleden, toen we begonnen met Sneller Beter, niet durven dromen.”

TRANSMURALE ZORG

Sneller Beter heeft hiaten in de organisatie van het Flevoziekenhuis blootgelegd. Omgekeerd constateert Omtzigt ook hiaten in het Sneller Beterprogramma: “Binnen Sneller Beter was helaas niet veel ruimte voor transmurale zorg. We hebben hier in Almere een heel aparte zorgstructuur die vijftien jaar geleden is opgezet, om zo veel mogelijk in de eerste lijn te doen. In zo’n 25 gezondheidscentra wordt al veel anderhalve lijnszorg gegeven. Die huisartsen doen veel kleine ingrepen en zijn bezig diabetes en COPD meer naar zich toe te trekken. Bij ons gaat dat goed, omdat circa 85 procent van de huisartsen onder één noemer, de Zorggroep Almere (ZGA), zit, waarmee wij nauwe banden en contacten hebben. In de opzet van de Sneller Beterprojecten zagen we dat transmuraal niet de bedoeling was. Dit zou voor een volgende keer wel aan te raden zijn. Naadloze ketenzorg is in ieders belang. Helaas staat ook de huidige financieringsstructuur met diagnosebehandelingscombinaties (DBC’s) de multidisciplinaire ketenzorg in de weg. Ik wil wel naar Den Haag om dit uit te leggen.”

Voor de toekomst staat op Omtzigt’s wensenlijst een financieringsstructuur die past bij de *lean*processen in de zorg. “Als je met DBC-Onderhoud of een andere partij de inhoud van je proces en de prijs kunt afstemmen, dan wordt het leuk, zinvol en motiverend. Dan kan de patiënt leiding zijn,” aldus Omtzigt.

BOTTLENECK

Omtzigt geeft een voorbeeld van een proces dat het ziekenhuis zojuist *lean* heeft gemaakt in het kader van Sneller Beter: de cytostaticadagbehandeling. Oorspronkelijk moest de patiënt twee keer in twee dagen op en neer naar het ziekenhuis. Op de ene dag moest een patiënt bloed komen prikken en werden de labuitslagen bekendgemaakt. De volgende dag kreeg de patiënt de kuur, mits de labuitslagen goed waren. Omtzigt: “Dit was belastend voor de zwaar zieke patiënt en we vroegen ons af of dit alles niet in één dag kon. Een interne *lean*specialist heeft voor ons het proces geanalyseerd en constateerde in gesprekken met het betrokken zorgpersoneel dat slechts in 10 procent van de gevallen de kuur niet gegeven kon worden doordat de bloedsuitslagen van de patiënt niet goed zijn. De *lean*expert heeft daarop als oplossing aangedragen: plan elf bedden in plaats van tien, want één kuur op de



Anne-Mieke Omtzigt staat in de dagbehandelingsruimte voor cytostaticoediening waar de processen *lean* zijn gemaakt

tien gaat niet door [ik begrijp de logica hiervan niet]. Mochten onverhoopt alle kuren doorgaan, dan vinden we voor de elfde wel weer een oplossing. Intussen was het wel drukker voor het zorgpersoneel, maar door kasten slim te verschuiven, hoefde er minder op en neer gelopen te worden, wat de extra drukte compenseerde. In anderhalve week is het proces geanalyseerd en verbeterd. Dit was zo’n eyeopener. Eigenlijk doe je een spoed-procasherinrichting. Dit kan nu, want we hebben op deze manier leren denken en zijn verandingsbereid geworden. Ik weet niet of we zover waren gekomen zonder Sneller Beter. *Lean* moet voor ons nu ook dé manier worden voor het herinrichten van processen en we willen er meer mensen in scholen en leren denken. *Lean* past namelijk bij onze cultuur, want we zijn goed in improviseren, snel schakelen en snelle actie, wat weer alles te maken heeft met onze snel groeiende organisatie, waaraan je je continu moet aanpassen. De bottleneck in het begin van Sneller Beter was dan ook de enorme administratieve belasting van heel gestructureerd projectmanagement. Daardoor zijn we ook dokters kwijtgeraakt. De terugrapportage hebben we nu vereenvoudigd en *lean* gemaakt. Door deze aanpassing zullen we meer mensen enthousiast krijgen voor veranderingen. Van Sneller Beter gaan we zo naar Snelst Best.”