



Sneller Beter draaiboek

'De OK oké'

++++→
Sneller Beter

Publieksversie 0 - december 2007

INHOUDSOPGAVE

1. Het Sneller Beter draaiboek	2
1.1 Het programma Sneller Beter	2
1.2 OK oké	2
1.3 Vragen?	2
2. Achtergrond	3
3. Doelstelling	4
3.1 Verbetergebieden	4
4. Projectorganisatie van het ziekenhuis	7
4.1 Samenstelling verbeterteam	7
4.2 Doelen stellen en basismeting	8
4.3 Te organiseren activiteiten in het ziekenhuis	9
5. Businesscase	10
6. Succesfactoren	11
7. Datamanagement	12
7.1 Meten van de voortgang	12
7.2 Advies bij inrichten datamanagement	13
8. Samenhang met andere verbetertrajecten	14
8.1 Patiëntenparticipatie	14
8.2 Postoperatieve wondinfecties (POWI)	15
8.3 Procesherinrichting	15
8.4 Werken Zonder Wachtlijst	15
9. Informatie	17
9.1 Website	17
9.2 Sneller Beter ziekenhuizen	17
Bijlage 1. Interventies	18
Bijlage 2. Voorbeeld businesscase OK oké	20



In de afgelopen jaren is in de Sneller Beter ziekenhuizen veel kennis en ervaring opgedaan met verbeterprojecten op de gebieden veiligheid en logistiek. Om de kennis en ervaring voor alle ziekenhuizen en instellingen in Nederland beschikbaar te maken, zijn er publieksversies ontwikkeld van de draaiboeken waarmee de Sneller Beter ziekenhuizen hebben gewerkt. De publieksversie van het Sneller Beter draaiboek OK oké geeft een goede eerste indruk van wat er allemaal bij komt kijken om een verbeterproject Medicatieveiligheid volgens het concept Sneller Beter op te zetten. In 2008 worden de Sneller Beter draaiboeken op basis van evaluatie en ervaringen van de afgelopen jaren verder doorontwikkeld en bijgesteld.

1.1 Het programma Sneller Beter

Het Sneller Beter programma in de Nederlandse ziekenhuizen, een landelijk verbeterprogramma voor de kwaliteit van zorg, loopt in drie rondes van acht ziekenhuizen in de periode 2004-2008. In totaal spannen 24 ziekenhuizen (20% van de Nederlandse ziekenhuizen) zich in om op de gebieden veiligheid en logistiek in twee jaar tijd aanzienlijke kwaliteitsverbeteringen te realiseren voor zowel patiënten als zorgverleners. De laatste groep van acht ziekenhuizen is in oktober 2006 van start gegaan en eindigt in oktober 2008.

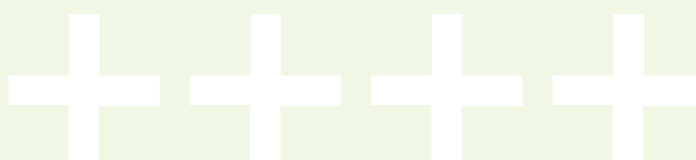
Het programma Sneller Beter is een gezamenlijk initiatief van het ministerie van VWS, NVZ vereniging van ziekenhuizen, de Orde van Medisch Specialisten en de Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden. ZonMw is in opdracht van het ministerie van VWS verantwoordelijk voor pijler 3 van het Sneller Beter programma. De 24 ziekenhuizen worden in de uitvoering van het Sneller Beter project ondersteund door het Consortium Sneller Beter pijler 3. Dit consortium bestaat uit het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg en de Orde van Medisch Specialisten.

1.2 OK oké

Het OK oké project is één van de logistieke verbeterprojecten binnen Sneller Beter. Voor het OK oké project geldt dat het verbeterproject zich richt op het verbeteren van de kwaliteit van zorg op de OK. Kwaliteit betekent: effectiviteit, veiligheid, tijdigheid, patiëntgerichtheid en doelmatigheid. Binnen het Sneller Beter programma staat doelmatigheidswinst in het OK oké project sterk voorop, maar daarnaast gaat het ook om de andere aspecten van kwaliteit en wel zo dat deze aspecten in onderlinge balans aanzienlijk worden verbeterd (bijvoorbeeld geen doelmatigheidswinst ten koste van veiligheid).

1.3 Vragen?

Heeft u vragen over de Sneller Beter projecten en/of wilt u een project OK oké in uw zorginstelling opstarten, dan kunt u contact opnemen met de programmaleiding van Sneller Beter pijler 3 telefoon (030) 28 43 992 of via e-mail snellerbeter@cbo.nl.

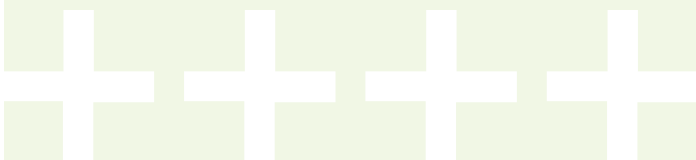


2. ACHTERGROND

Ongeveer een kwart van de patiënten brengt tijdens zijn verblijf aan het ziekenhuis een bezoek aan de OK. De OK is daarmee een belangrijk onderdeel van de zorgprocessen die zich in het ziekenhuis afspelen. Om de doorstroom in de zorgprocessen goed te laten verlopen, is het van groot belang dat het traject op de OK vloeiend verloopt. Het Sneller Beter project OK oké richt zich op een doelmatigheidsverbetering op de OK.

Naast doelmatigheidsverbetering zijn er door het verbeteren van de organisatie en planning op operatiekamers ten aanzien van spoedregulatie, aantal afgezegde operaties en doorstroomtijd verbeteringen te realiseren. Daarnaast is het bij kwaliteitsprojecten altijd belangrijk dat het werk er voor alle betrokkenen aantrekkelijker op wordt. Bij OK oké gaat het om het werk van chirurgen, anesthesisten, OK-assistenten, anesthesiemedewerkers en leidinggevenden.

Gezien het feit dat de productiviteit moet worden verbeterd en de complexiteit van de operatiekamers (veel gebruikersgroepen, grote diversiteit aan taken, verantwoordelijkheden en beslissingsbevoegdheden) wordt bij een verbeterproject OK oké een actieve rol/bijdrage verwacht van de Raad van Bestuur (RvB).



3. DOELSTELLING

De oorspronkelijke centrale doelstelling voor het project OK oké is:

Toename van de OK-productiviteit met 30%

De definitie van productiviteit van het OK-complex is de productie per FTE OK-personeel. Hierbij wordt onder productie verstaan: het aantal ingrepen, het aantal ingreepminuten (correctie voor de ingreepduur) of productieopbrengsten (in Euro's) per week. FTE OK-personeel is het personeel wat onder het OK-budget valt. Dit is te splitsen in productie per OK-assistent, productie per anesthesiemedewerker en productie per overig personeel.

Het ziekenhuis kan de doelstelling behalen door het toepassen van onderstaande mogelijkheden:

1. Meer productie in de tijd dat personeel op de OK aanwezig is, door optimalisatie van de planning en de werkwijze op het OK-complex (meer tijd toewijzen aan operaties, sessies goed vullen, opstellen spoedprocedure, werkprocessen op ingreepniveau optimaliseren). Voorwaarde hiervoor is voldoende patiëntenaanbod.
2. Verhogen productieopbrengsten bij bestaand productievolume. Dit kan door het niet meer uitvoeren van niet renderende DBC's, het specialiseren in enkele ingrepen of door minder productie in de dienst te draaien. Voorwaarde hiervoor is voldoende specifiek patiëntenaanbod.
3. Bij onvoldoende patiëntenaanbod, of te weinig ruimte om tot de gewenste productie te komen: zelfde of meer productie realiseren met minder capaciteit.

Uit de ervaringen van de Sneller Beter ziekenhuizen blijkt dat de meeste OK oké verbeterteams de hoofddoelstelling van 30% productiviteitswinst niet binnen de looptijd van het project weten te realiseren. De praktijk leert dat het OK oké project een complex project is. Deze complexiteit heeft een grote invloed op het realiseren van de doelstelling. Op basis van de ervaringen van de Sneller Beter ziekenhuizen is de doelstelling van het project aangepast tot een meer haalbare doelstelling, te weten:

Binnen de looptijd van het project (2 jaar) heeft de OK op minimaal twee indicatoren minimaal 25% aantoonbare verbetering bereikt.

Dit betreffen de volgende indicatoren: (1) ingrepen per FTE OK-personeel, (2) ingreepminuten per FTE OK-personeel, (3) percentage toegewezen tijd van de beschikbare tijd, (4) percentage benutting van de toegewezen tijd, (5) gemiddelde uitloop per sessie, (6) gemiddelde leegstand aan het eind van een sessie, (7) aantal overuren, (8) percentage ingrepen in de nacht of (9) percentage afgezegde operaties.

3.1 Verbetergebieden

De mogelijkheden die het ziekenhuis kan toepassen om de doelstelling van productiviteitswinst te realiseren kunnen worden vertaald naar zes verbetergebieden. De keuze voor deze verbetergebieden zijn voortgekomen uit de praktijkervaringen van betrokken experts, literatuur en de basisset prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen van de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ). Hieronder worden de zes verbetergebieden kort toegelicht.

1) Toewijzen capaciteit

Doelstelling is een procedure op te stellen over de wijze waarop toewijzing van OK capaciteit aan specialismen plaatsvindt. Door afspraken te maken over de toewijzing en door deze periodiek te evalueren en indien nodig bij te stellen, worden prikkels ingebouwd om zo efficiënt mogelijk gebruik te maken van de beschikbare OK capaciteit.

2) Spoedregulatie

Doelstelling is het minimaliseren van het aantal operaties in de avond- en nachturen, door uitstelbare spoed in het dagprogramma uit te voeren. Uitgangspunt hierbij is een minimale verstoring van het electieve programma, hetgeen betekent dat in het dagprogramma voldoende ruimte moet worden gereserveerd. Spoed in de avond en nacht geeft reducties overdag, is duurder en leidt tot slechtere uitkomsten voor de patiënt. Spoed tijdens kantooruren brengt, wanneer hiervoor geen tijd gereserveerd is, onrust in het reguliere programma. Dit leidt tot afzeggingen van electieve patiënten en kost uiteindelijk meer tijd ook binnen het reguliere programma.

3) Verminderen van het aantal afgezegde operaties

Afzeggingen vormen een groot ongemak voor patiënten, want ze hebben vaak allerlei maatregelen moeten nemen om geopereerd te worden. Daarbij hebben patiënten naar het moment van operatie toegeleefd. Vanuit het oogpunt van OK-benutting leiden late afzeggingen vaak tot leegstand van de operatiekamer. Een afzegging kan een gevolg zijn van patiëntgebonden oorzaken (bijvoorbeeld no show, patiënt is ziek), oorzaken in de preoperatieve voorbereiding of organisatorische oorzaken (te krappe planning, uitloop eerdere operaties, tussenkomst van spoedpatiënten, niet beschikbaar zijn van middelen/materialen of (IC)-bedden). Het aantal afgezegde operaties is ook één van de IGZ prestatie-indicatoren uit de basisset voor 2007.

4) Plannen van operaties

Door een goede planning van de operaties, kan de benutting van de beschikbare OK-capaciteit worden geoptimaliseerd. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan het plannen van ingrepen op basis van historische reële zittingstijden, het werken met doorloopprogramma's zodat het programma niet verstoord wordt door pauzes of waar mogelijk het minimaliseren van omsteltijden door bijvoorbeeld met straten te werken.

5) Doorstroming in de keten

Wachten is vervelend en leidt tot vele ongemakken. Ongewild wachten op een operatie kan van grote invloed zijn op de beleving van de patiënt en het genezingsproces. Voor de organisatie betekent een wachtlijst vaak extra werk, bijvoorbeeld extra telefoonverkeer met patiënten en extra werk om de wachtlijst te beheren.

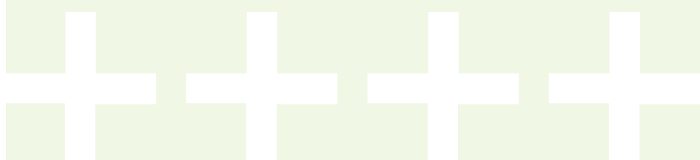
Door een goede afstemming binnen de keten kan de doorstroomtijd worden verbeterd.

Denk hierbij aan het goed organiseren van de preoperatieve screening, de afstemming met beddenhuis en IC en de afstemming over transfers en nazorg.

6) Inzet van middelen en materialen

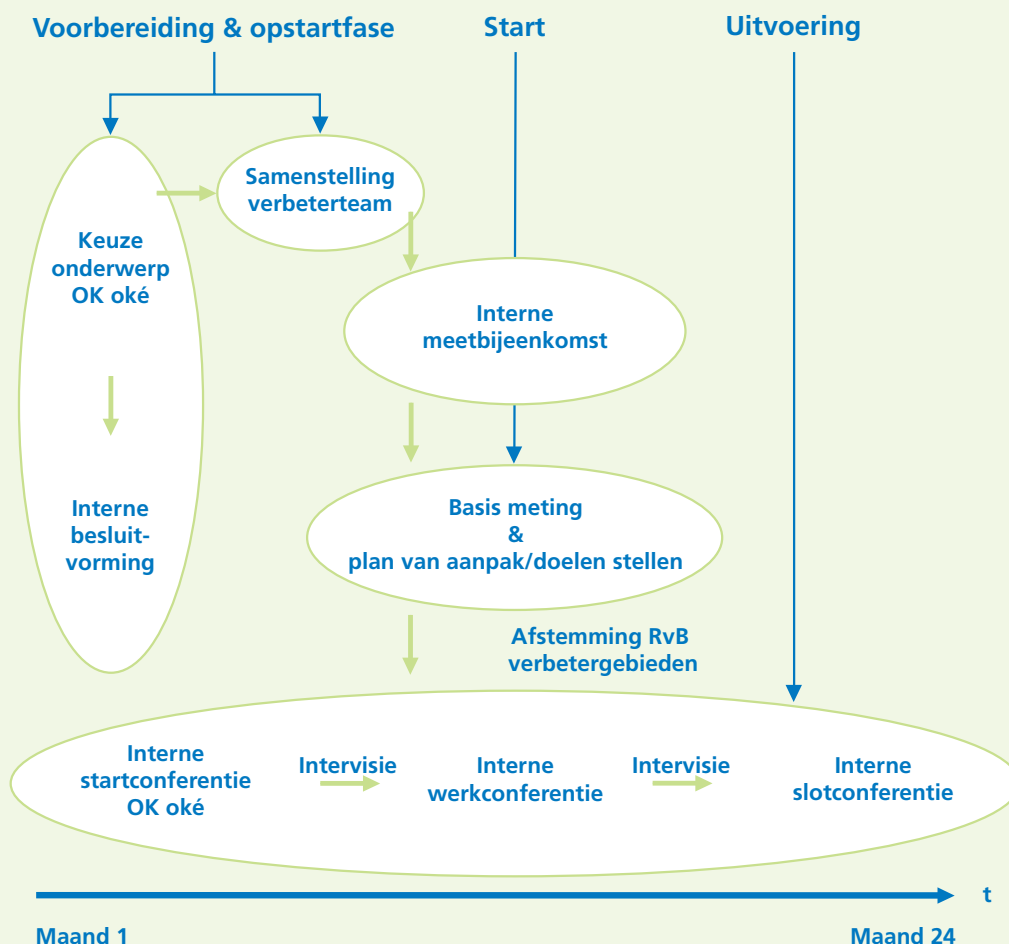
Indien een operatie gepland is, maar deze wordt afgezegd bijvoorbeeld omdat de benodigde netten met materialen ontbreekt, is het belangrijk ervoor te zorgen dat voldoende materialen aanwezig zijn om de geplande operatie toch doorgang te kunnen laten vinden. Het is ook mogelijk juist bij de planning al rekening te houden met de benodigde materialen voor een bepaalde ingreep.

Elk projectteam voert bij aanvang van het project een basismeting uit in een periode die weinig vakanties kent (bijvoorbeeld 1e kwartaal van het jaar). De resultaten van deze meting vormen het uitgangspunt van het project. Op basis hiervan wordt in overleg met het projectteam en de Raad van Bestuur, prioriteiten gesteld en vastgesteld waar de belangrijkste verbetergebieden liggen om de productiviteitswinst te kunnen realiseren. Op basis van deze keuzen stelt elk team zijn eigen SMART (specifiek, meetbaar, appellerend, resultaatsgericht en tijdig) doelstellingen voor het project op.



4. PROJECTORGANISATIE IN HET ZIEKENHUIS

Het project OK oké heeft een looptijd van 2 jaar. In deze periode worden verschillende bijeenkomsten gepland voor de verbeterteam van de OK. Het project is op te delen in een aantal fases: de voorbereiding en opstartfase, de start en de uitvoeringsfase. Zie hiervoor het schema 1.



Schema 1.

4.1 Samenstelling verbeterteam

De voorbereiding en opstartfase kenmerken zich door de voorbereidingen die intern in het ziekenhuis getroffen worden. Dit gebeurt vaak door de leiding en beleidsmedewerkers, in nauw overleg met de medisch specialist en eventueel met externe ondersteuning. Allereerst wordt er een verbeterteam samengesteld bestaande uit:

- vertegenwoordiger hoger management;
- hoofd OK;
- vertegenwoordiging van medisch specialist(en);
- vertegenwoordiging van anaesthesiologen;
- hoofd planning;
- teamleider/vertegenwoordiger van OK-assistenten;
- teamleider vertegenwoordiger van anaesthesiemedewerkers;
- kwaliteitsfunctionaris;
- ICT medewerker/OK secretariaat (minimaal in de diagnosefase).

De ervaring leert dat voor een goede ondersteuning vanuit de stafafdeling (bijv. kwaliteitsmedewerker) op een halve dag per week gerekend moet worden voor de duur van het project. De tijdsinvestering van deze persoon zal bij de voorbereiding en opstartfase én de uiteindelijke start van het project mogelijk meer tijd vragen dan later tijdens het project.

4.2 Doelen stellen en basismeting

Tijdens een interne meetbijeenkomst worden door de teamleden van het verbeterteam de uit te voeren metingen (zie dataverzameling/indicatoren) vastgesteld. De ervaring leert dat de personen die de meettaken op zich nemen, dit als onderdeel kunnen uitvoeren van de dagelijkse werkzaamheden. Het verwerken van de gegevens neemt ongeveer twee uur in de week in beslag. Deze indicatie is wel afhankelijk van de mate waarin de ICT binnen het ziekenhuis ondersteuning kan bieden. Het is aan te bevelen voor de basismeting een periode te kiezen waarin weinig vakanties vallen.

Bij de start van de eerste groep Sneller Beter ziekenhuizen was het idee de metingen van de eerste drie maanden als nulmeting te beschouwen. Het effect van het project zou gemeten worden aan de hand van de vervolgmetingen. In de praktijk is gebleken, met name door de vakantieplanning, dat dit niet de juiste wijze is waarop een betrouwbaar effect van het project wordt gemeten. Voor de andere groepen Sneller Beter ziekenhuizen is besloten het effect van het project OK oké te meten aan de hand van dezelfde periode van twee opeenvolgende jaren.

De Raad van Bestuur, het hoger management en het verbeterteam formuleren ambities en doelstelling en bespreken de uitkomsten van de nulmeting. Ook nemen zij een strategisch besluit over de wijze waarop de winst wordt gerealiseerd en wat er met de behaalde winst wordt gedaan. Dit kan leiden tot een 'contract' tussen de Raad van Bestuur en het OK-team. Ook worden in deze fase inhoudelijke doelen en balansmaten geformuleerd.

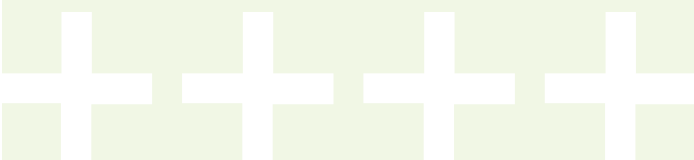
Het verbeterteam beschrijft in een plan van aanpak interventies om de geformuleerde doelstellingen te bereiken en voert deze interventies uit middels de Doorbraakmethodiek. Deze interventies liggen op een aantal verbetergebieden:

1. toewijzen van capaciteit;
2. omgaan met spoed;
3. verminderen van afgezegde operaties;
4. plannen van operaties;
5. doorstroming in de keten;
6. inzet van middelen en materialen.

In bijlage 1 is een verdere uitwerking gegeven van de interventies, daarbij zijn de interventies op de verbetergebieden 'omgaan met spoed', 'verminderen afgezegde operaties' en 'plannen van operaties' samen gevoegd onder kopje: 'benutting van de OK'.

4.3 Te organiseren activiteiten in het ziekenhuis

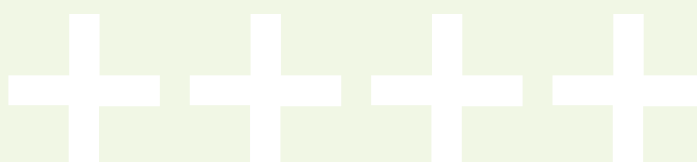
De uitvoerende fase kenmerkt zich door de activiteiten die het team onderneemt om de verbeteractiviteiten in te voeren. Voor een succesvol project is het noodzakelijk dat het gehele verbeterteam gedurende de projectduur aan de geplande werkconferenties (zie ook schema 1) deelneemt. Het is aan te bevelen tijdens de interne startconferentie een expert uit te nodigen die het team uit het ziekenhuis kan enthousiasmeren en van tips en tricks kan voorzien. Bijvoorbeeld een expert uit een ziekenhuis dat het OK oké project met succes heeft gedraaid. Tijdens de werkconferenties is het belangrijk een combinatie te maken tussen theorie en praktijk.



Ook komen de ervaringen uit het eigen ziekenhuis op de werkconferenties aan de orde, en wordt er met het team gewerkt aan de in te zetten acties en de planning daarvan. Naast de werkconferenties is het belangrijk een aantal middagen te organiseren voor twee of drie teamleden die zich verder verdiepen in de logistieke concepten (In schema 1 worden zijn deze middagen weergegeven als intervisie. Gedurende de uitvoerfase wordt voortdurend gemeten. Dezelfde meetperiode in het tweede jaar wordt vergeleken met de periode van het eerste jaar om te beoordelen of de ingezette interventies effect hebben.

De meeste OK's hebben een groot aantal medewerkers en gebruikersgroepen, die wisselend op de OK aanwezig zijn. Dit stelt hoge eisen aan de communicatie over het project. Goede communicatie over de doelen, uitkomsten van de diagnosefase, in te voeren interventies en de voortgang van het project is belangrijk.

Het is van belang dat de teams in samenwerking met de afdeling communicatie een communicatieplan maken, waarbij zoveel mogelijk gebruik gemaakt wordt van bestaande communicatiekanalen (OK-/ziekenhuis-magazines, intranet, reguliere overlegvormen etc.). Het ziekenhuis bekijkt of de bestaande communicatiekanalen voldoende mogelijkheden bieden of dat extra activiteiten nodig zijn. Hierbij kan gedacht worden aan bijeenkomsten voor alle medewerkers en gebruikers over de doelen van het project, de uitkomsten van de diagnosefase en/of complexe interventies.



5. BUSINESSCASE

Een aantal Sneller Beter ziekenhuizen heeft door het opstellen van een businesscase meer inzicht gekregen in de kosten en opbrengsten die de OK oké met zich meebrengt.

Een businesscase is een instrument om de relatie tussen kwaliteit en kosten/baten van een project of organisatie in kaart te brengen. Daarbij worden verschillende invalshoeken meegenomen: de patiënt, het ziekenhuis, de medisch specialist, de medewerker/verpleegkundige, de zorgverzekeraar.

Leatherman, Berwick en Lewin hebben een onderscheid gemaakt tussen een:

- Social case: het voordeel voor de individuele patiënt of voor de maatschappij van verbeterde gezondheid, los van kosten;
- Economic case: verrekende financiële voordelen overstijgen de berekende kosten, of deze nu door patiënten, werkgevers of verzekeraars betaald worden;
- Businesscase: degene die de investering doet krijgt ook de daadwerkelijke return on investment.

Hoewel de businesscase ook niet-financiële 'winst' inzichtelijk dient te maken¹, moet er voor het ziekenhuis dus ook een kostenreductie en/of inkomstenstijging gerealiseerd worden. Wanneer de nulmeting compleet is kan een financiële doorrekening worden gemaakt.

Alleen in het geval van een afname van de materiële kosten is de return on investment direct hard te maken. In alle andere gevallen is het verzilveren van de winst afhankelijk van benodigde managementinterventies. Verbeteren van de benutting van de OK capaciteit wordt pas financieel interessant als de vrijgevallen capaciteit wordt gebruikt om meer ingrepen te doen of als overtollig personeel weggesaneerd wordt. Desalniettemin is het van groot belang voor de borging van de resultaten om de mogelijke winst inzichtelijk te maken voor het management en creatief na te denken over mogelijkheden om deze te verzilveren. Daardoor wordt het belang van de OK oké als strategie voor de organisatie goed duidelijk.

In bijlage 2 wordt een voorbeeld gegeven van een businesscase voor een OK-oké project.

¹ Ook niet-financiële 'winst', zoals meer tijd voor onderzoek, verminderde werkdruk, of meer tijd voor patiënten die dit nodig hebben, kunnen door een organisatie als belangrijke 'return on investment' worden aangewezen, liefst wel in combinatie met financiële winst.



6. SUCCESFACTOREN

Uit evaluaties van Nederlandse Doorbraakprojecten blijkt dat er, naast een gevoel van trots bij de teams over de bereikte resultaten, ook waardering is voor de Doorbraakmethode. Zowel elementen uit de methode, als kenmerken van het/de eigen team/organisatie dragen bij aan het succes van een Doorbraak. De belangrijkste succesfactoren staan hieronder aangegeven:

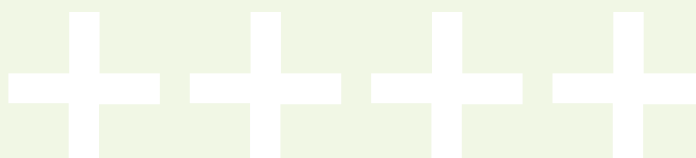
- Goed OK registratiesysteem;
- Betrokkenheid van het (lijn)management en de Raad van Bestuur is van doorslaand belang voor zowel de uitvoering van het project alsmede voor het vasthouden van de resultaten.

Kenmerken teams

- Een goed samengesteld multidisciplinair team;
- Onderlinge samenwerking team en betrokken projectleider (bij voorkeur een specialist);
- Enthousiasme van specialisten; specialisten in the lead; (als projectleider en ambassadeur);
- Continuïteit in het team;
- Ervaring in kwaliteitsverbetering;
- Ondersteuning van een procesbegeleider (kwaliteitsmedewerker/stafmedewerker) die ervaring heeft met kwaliteitsprojecten, verandermanagement en omgaan met weerstand en die de juiste interne lijnen weet te leggen richting RvB en andere organisatieonderdelen.

Doorbraakmethode

- Meten is weten;
- Formeren multidisciplinair team;
- Smart doelen stellen;
- Analyseren van knelpunten en huidige zorg;
- Snelle verbetercycli met interventies (geen papierwerk, maar actie);
- Ervaringen uitwisselen met teams uit andere ziekenhuizen;
- Experts uit het veld die als ervaringsdeskundigen kunnen optreden.



7. DATAMANAGEMENT

Eén van de belangrijkste succesfactoren voor het slagen en borgen van een verbeterproject, is dat er rond het projectonderwerp een structuur en cultuur van resultaatmanagement ontstaat. Het ziekenhuis wil transparant zijn over de inspanningen en resultaten. Dit kan door een adequate aanpak van datamanagement.

Om tot datamanagement te komen zijn de volgende stappen nodig:

- Benoemen en uitwerken van de lijst indicatoren die in het project vereist zijn;
- Specificeren van de indicatoren en de daarbij behorende databronnen;
- Vaststellen van de informatie- en rapportagebehoeften op de diverse niveaus in uw ziekenhuis (wat?, naar wie?, in welk format?, met welke frequentie?, feedback- en feedforward-methodieken?);
- Programma van eisen voor het ontwerp van datamanagement: dataregistratie, dataretrieval, databewerking, benodigde ICT, rapportagemethodiek;
- Het operationeel maken van het datamanagementsysteem;
- Dagelijkse operationele uitvoering (inclusief bemensing).

Bij het OK oké project spelen metingen een belangrijke rol, immers op basis van deze metingen worden de doelstellingen vastgesteld en wordt beoordeeld of de ingezette interventies het gewenste effect hebben.

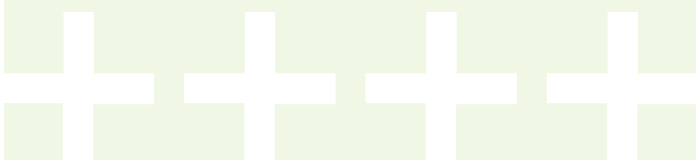
De verbeterteams van de OK oké verzamelen informatie ten aanzien van de volgende centrale indicatoren:

1. ingrepen per FTE OK-personeel;
2. ingreepminuten per FTE OK-personeel;
3. percentage toegewezen tijd van de beschikbare tijd;
4. percentage benutting van de toegewezen tijd;
5. gemiddelde uitloop per sessie;
6. gemiddelde leegstand aan het eind van een sessie;
7. aantal overuren;
8. percentage ingrepen in de nacht;
9. percentage afgezegde operaties.

7.1 Meten van de voortgang

De verbeterteams stellen een meetplan op om de veranderingsprocessen te monitoren en de opbrengst van de interventies in beeld te brengen. Indien ziekenhuisspecifieke verbeteronderwerpen zijn gekozen welke niet te monitoren zijn met behulp van bovenstaande indicatorenset, kan het verbeterteam ervoor kiezen aanvullende metingen uit te voeren.

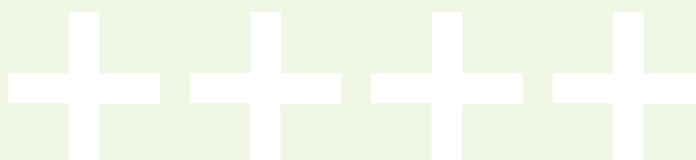
Een goed OK-data registratiesysteem is van essentieel belang, zeker voor de borging van de behaalde resultaten. Indien geen geautomatiseerd registratiesysteem aanwezig is moeten de indicatoren handmatig worden geregistreerd en wordt het ziekenhuis dringend geadviseerd een OK-registratiesysteem te implementeren. Het oriënteren op en kiezen voor een registratiesysteem is een proces dat veel tijd en energie van de afdeling vraagt en heeft daarmee gevolgen voor het verbeterproject. De bereidheid om handmatig te registreren totdat een geautomatiseerd registratiesysteem aanwezig is, is voorwaarde voor het project.



Het is aan te bevelen de meetgegevens gedurende het gehele project te verzamelen. Voor de analyse van de meetgegevens is in de praktijk is gebleken, met name door de vakantieplanning, dat de juiste wijze waarop een betrouwbaar effect van het project wordt gemeten als twee gelijke periodes van opeenvolgende jaren met elkaar vergeleken worden.

7.2 Advies bij inrichten datamanagement

Voor advisering over de inrichting van datamanagement rondom het Sneller Beter project OK oké in uw ziekenhuis, kunt u contact opnemen met de programmaleiding Sneller Beter pijler 3 telefoon (030) 28 43 992 of via e-mail snellerbeter@cbo.nl.



8. SAMENHANG MET ANDERE VERBETERTRAJECTEN

8.1 Patiëntenparticipatie

Eén van de hoofddoelen van het programma Sneller Beter is om de zorg voor patiënten aantoonbaar te verbeteren. Het onderwerp 'patiëntenparticipatie' is daarvan een integraal onderdeel. De werkdefinitie van patiëntenparticipatie binnen kwaliteitsverbetering is 'het benutten van de unieke ervaringsdeskundigheid van patiënten, met als doel de kwaliteit en de implementatie van activiteiten op het gebied van kwaliteitsverbetering te verhogen'.

Belangrijk is de zorg aan te laten sluiten op de wensen en behoeften van patiënten en hun naasten. Dit is mogelijk door patiënten hun eigen rol te geven in de organisatie van de zorg en door gebruik te maken van hun kennis en ervaring bij het verbeteren van de zorg. Specifiek aan deze kennis en ervaring is onder meer dat patiënten:

- Vanuit een ander perspectief kijken naar de organisatie van zorg. Patiënten kijken per definitie over de muren van zorgvoorzieningen heen omdat zij het totale zorgproces doorlopen;
- Samenwerking kunnen bevorderen, waar individuele hulpverleners dit niet als hun verantwoordelijkheid beschouw(d)en;
- Andere wensen/behoeften kunnen hebben dan een instelling/zorgverlener verwacht;
- Dagelijkse consequenties van keuzes in de zorg ervaren.

Vragen over patiëntgerichtheid die belangrijk zijn om als verbeterteam te beantwoorden zijn:

- Weet het team wat de patiënt wil? (wens/verwachting en behoefte/prioriteit);
- Kan de patiënt ons helpen met hoe het beter kan?;
- Kan bij het verlenen van deze zorg, de patiënt als partner worden betrokken?;
- Hoe beoordeelt de patiënt de gerealiseerde verandering?

Patiëntenparticipatie binnen OK oké

Bij patiëntenparticipatie kan het zowel gaan om de betrokkenheid bij besluiten van individuen als om vertegenwoordigers van groepen (al dan niet georganiseerd). Het doel van patiëntenparticipatie binnen het project OK oké is:

1. Het bedenken van mogelijke logistieke interventies die kunnen aansluiten bij voorkeuren en wensen van patiënten. Bijvoorbeeld door in overleg met de patiënt de OK-datum vast te stellen. Dit kan bijdragen tot een vermindering van het aantal afzeggingen van geplande operaties en het levert ook een belangrijke bijdrage aan de verbetering van de tevredenheid van de patiënt.
2. Het meten van mogelijke effecten voor de patiënt op veranderingen in de logistieke organisatie van de OK. Bijvoorbeeld door een betere planning van opname en ontslag waardoor de ligduur kan verminderen of het verbeteren van de afsprakenplanning en het effect daarvan op de 'no shows'.

Simple rules

Patiëntenparticipatie is een middel om patiëntgericht te kunnen werken. Een aantal basisregels om patiëntgerichtheid binnen het project OK oké toe te passen zijn daarbij van belang.

Het gaat daarbij om de volgende regels:

- Betrek het patiëntenperspectief vanaf het begin in het project;
- Ga op zoek naar een goede patiënt in je projectteam;
- Denk niet te snel dat het voor uw onderwerp niet relevant is;
- Dé patiënt bestaat niet (individualiseer zorg en varieer);
- Familie is ook patiënt;
- Patiënten zijn eigenlijk mensen met zorgen en wensen.

Methoden

Bij het beantwoorden van elke vraag kan naar een geschikte methode worden gezocht die past bij het onderwerp en het team. Om de wensen en mening van patiënten boven tafel te krijgen en eerder genoemde doelen te bereiken zijn de volgende methoden vooral geschikt om met de patiënten in gesprek te gaan.

Focusgroep

Een focusgroep is een groepsgesprek met zes tot acht patiënten die ervaring hebben in het zorgproces. Zij voeren een discussie over hun ideeën, ervaringen, wensen & behoeften onder leiding van een gespreksleider. Zij worden expliciet gevraagd naar hun mening over eventuele veranderingen op de OK. Het gesprek wordt uitgewerkt, zodat hier ook in een later stadium nog eens naar kan worden gekeken en alle betrokkenen dit kunnen lezen.

Spiegelgesprek

Een spiegelgesprek bestaat uit een groepsgesprek met patiënten waarbij professionals als toehoorder aanwezig zijn. In dit geval zal het gesprek gericht zijn op de ervaringen van patiënten op de OK en met name de logistiek en organisatie. Aansluitend aan het spiegelgesprek kunnen professionals de verbeterpunten benoemen die zij mee willen nemen.

Workshop tijdens de werkconferentie

Het projectteam patiëntenparticipatie zal over de instrumenten een workshop geven tijdens één van de werkconferenties van het project OK oké. In uw ziekenhuis kunt u ook informatie opvragen bij de projectleider patiëntenparticipatie van uw ziekenhuis en overleggen over de toepassing. Deze projectleider heeft zowel het draaiboek patiëntenparticipatie als een handboek patiëntenparticipatie tot zijn of haar beschikking. In dit handboek zijn de diverse methodes van patiëntenparticipatie nader beschreven. Binnen het onderdeel patiëntenparticipatie in Sneller Beter wordt een aantal trainingen aangeboden voor het toepassen van instrumenten en een training voor patiënten die aan werkgroepen of commissies deelnemen. Voor meer informatie zie ook het Sneller Beter draaiboek *Patiëntenparticipatie*.

8.2 Postoperatieve wondinfecties (POWI)

Zowel het OK oké project als het project Postoperatieve wondinfecties (POWI) vinden plaats op de OK van het ziekenhuis. In beide projectteams zullen zowel de leidinggevende op de OK als medewerkers van de OK zitting nemen. Ook de looptijd van beide projecten is twee jaar. De verbeteronderwerpen van dit project zijn echter verschillend van aard (veiligheid en logistiek). Daarom is ervoor gekozen om binnen het Sneller Beter programma deze onderwerpen te agenderen als twee aparte verbeterprojecten. Voor meer informatie zie ook het Sneller Beter draaiboek *POWI*.

8.3 Procesherinrichting

Procesherinrichting: in beide zorgprocessen PHI (tumoren en electieve ingrepen) is de OK één van de processtappen. Als er in het ziekenhuis een project PHI is of wordt opgestart dan is het belangrijk consequent op projectniveau af te stemmen. In het ziekenhuis vindt deze afstemming plaats tussen de projectleiders van de genoemde zorgprocessen en de projectleider uit het verbeterteam. Voor meer informatie zie ook het Sneller Beter draaiboek *PHI*.

8.4 Werken Zonder Wachtlijst

Het Werken Zonder Wachtlijst project speelt zich af op de polikliniek. Wanneer een snijdend specialisme een Werken Zonder Wachtlijst project op de polikliniek uitvoert en op een gegeven moment een inhaalslag gaat maken door de wachtlijsten weg te werken, zal dit een (tijdelijke) toename in productie betekenen. Dit kan een extra belasting voor de OK bewerkstellingen, immers de wachtlijst voor OK neemt dan toe. Hierover kunnen op voorhand afspraken gemaakt worden, bijvoorbeeld door de OK tijd die terug wordt gegeven door anderen toe te kennen aan dit specialisme. Voor meer informatie zie ook het Sneller Beter draaiboek *WZW*.

9. INFORMATIE

Voor meer informatie over dit draaiboek kunt u contact opnemen met het Consortium Sneller Beter pijler 3.

Sneller Beter pijler 3
t.a.v. het secretariaat
Postbus 20064
3502 LB Utrecht
Telefoon (030) 28 43 992
snellerbeter3@cbo.nl

9.1 Website

Het programma Sneller Beter is een gezamenlijk initiatief van het ministerie van VWS, de NVZ vereniging van ziekenhuizen, de Orde van Medisch Specialisten en de Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden. ZonMw is in opdracht van het ministerie van VWS verantwoordelijk voor het verbeterprogramma in de Sneller Beter ziekenhuizen.

De 24 ziekenhuizen worden ondersteund en begeleid door het Consortium Sneller Beter pijler 3. Deze partijen hebben de afgelopen jaren een website onderhouden met waardevolle informatie, kennis en ervaring. U kunt deze informatie vinden op www.snellerbeter.nl. Daarnaast kunt ook terecht bij www.cbo.nl/product/snellerbeter

9.2 Sneller Beter ziekenhuizen

In totaal hebben 24 Sneller Beter ziekenhuizen meegedaan aan het programma. De kennis en kunde die zij hebben opgedaan, worden zoveel mogelijk gebundeld. Het kan echter zijn dat een persoonlijk contact met een Sneller Beter ziekenhuis u de informatie geeft die u nodig heeft. Voor contactpersonen kunt u contact opnemen met het secretariaat van Sneller Beter pijler 3.



De Sneller Beter ziekenhuizen 24 ziekenhuizen - 3 tranches

Tranche I (2004 - 2006)

Atrium Medisch Centrum
Jeroen Bosch Ziekenhuis
Groene Hart Ziekenhuis
Meander Medisch Centrum
St. Elisabeth ziekenhuis
TweeSteden ziekenhuis
VU medisch centrum
Westfries Gasthuis

Heerlen
's-Hertogenbosch
Gouda
Amersfoort
Tilburg
Tilburg
Amsterdam
Hoorn

Tranche II (2005 - 2007)

Amphia Ziekenhuis
Diaconessenhuis
IJsselland ziekenhuis
Scheper Ziekenhuis
St. Lucas ziekenhuis
Zaans Medisch Centrum
Ziekenhuis Bernhoven
Ziekenhuis St. Jansdal

Breda/Oosterhout
Leiden
Capelle aan de IJssel
Emmen
Winschoten
Zaandam
Oss/Veghel
Harderwijk

Tranche III (2006 - 2008)

Elkerliek Ziekenhuis
Erasmus MC
Flevoziekenhuis
Gemini Ziekenhuis
Maasziekenhuis Pantein
Refaja ziekenhuis
St. Lucas Andreas Ziekenhuis
Viecuri Medisch Centrum

Helmond/Deurne
Rotterdam
Almere
Den Helder
Boxmeer
Stadskanaal
Amsterdam
Venlo/Venray

Deze bijlage beschrijft kort een aantal bewezen interventies om de hoofddoelstelling te bereiken.

1. Toewijzen van capaciteit

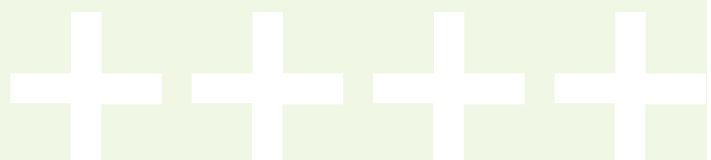
- Capaciteit toewijzen op basis van productieafspraken, fluctuaties over het jaar bezettingspercentages en toegangstijden. Periodiek (bijvoorbeeld 4 maal per jaar) vindt evaluatie en eventueel bijstelling plaats;
- Capaciteit toewijzen aan een specialisme (en niet aan een specialist);
- Als een vaste snijder afwezig is tijd eerst beschikbaar stellen binnen het eigen specialisme, vervolgens geven aan andere specialismen met lange wachtlijsten of andere urgenties;
- OK-rooster minimaal zes weken vooruit definitief maken, inclusief aanwezigheid van de specialist;
- Specialist vrijplannen voor spoedoperaties op vaste tijden;
- Een deel van de capaciteit vrijhouden als buffer voor specialist/specialisme die/dat lange wachtlijst heeft (en efficiënt werkt).

2. Benutting van de OK

- OK duur plannen op basis van reële historische zittingstijden (OK in - OK uit, bij voorbeeld de laatste 10 vergelijkbare ingrepen). Hierbij rekening houden met verschillen in snijtijd tussen snijders, verschillen tussen anaesthesisten, assistenten (in opleiding) en ervaring van het OK-team;
- Operaties zodanig plannen dat minimale omstellingen nodig zijn;
- Zorgen dat de programma's die uitgegeven worden afgestemd zijn op de vraag, zodat er enerzijds geen tijd verloren gaat maar anderzijds geen gaten in OK=programma's bestaan;
- Bepaalde operaties door bepaalde specialisten laten uitvoeren;
- Geen wisseling van specialisme en specialist tijdens de dag (bij voorkeur opereert één specialist de hele dag. Anders goede afspraken maken over aflossing);
- Pauzes mogen het OK programma niet verstoren: werken met doorloopprogramma's;
- Wisseltijden reduceren (patiënt tijdig bestellen, goede afspraken met schoonmaak, verstandig plaatsen en verwijderen apparatuur, overdracht structureren);
- Duidelijke begin- en eindtijden van sessies afpreken met de planners, snijders en OK-personeel;
- Voorbereiden van de patiënt op de ingreep zo veel mogelijk buiten de operatiekamer (bijvoorbeeld in een holding of recovery).

3. Minimaliseren spoed buiten reguliere werktijden

- Opstellen spoedprocedures: wat is spoed, strak definiëren van spoed, semispoed in programma plannen;
- Voldoende capaciteit reserveren voor spoed: witte vlekken planning (aan het eind van het programma) of aparte spoedkamer (berekenen hoeveel tijd voor spoed gereserveerd moet worden);
- Arts en anaesthesist beschikbaar houden voor spoed als hiervoor tijd wordt ingepland.



4. Afstemming binnen de keten

- Pre-operatief onderzoek (bijvoorbeeld middels een inlooppoli waar patiënt direct aansluitend op de poli de screening kan ondergaan) zo vroeg mogelijk in het zorgproces samen met de patiënt;
- Spreiden van grote operaties over de week;
- Afstemmen OK planning met IC en beddenhuis, waarbij een gepland bed een vol bed is;
- Flexibel toewijzen en gebruiken van bedden, shortstay, dagbehandeling (gezamenlijke buffer);
- Nazorg, transfer activiteiten vroeg inzetten;
- Patiënten zelf mede de regie geven over de planning van hun eigen operatie door de operatie te plannen meteen volgend op de indicatiestelling van de snijdend specialist.

5. Verder

- Zorg voor voldoende spullen (materialen, apparatuur) en knullen op het juiste tijdstip op de juiste plek;
- Goede communicatie voor en tijdens de OK is belangrijk.



BIJLAGE 2. VOORBEELD BUSINESSCASE OK OKÉ

Dit is een geanonimiseerd voorbeeld van een van de deelnemende Sneller Beter ziekenhuizen. Hieronder wordt het ziekenhuis, het Hoogervorst Ziekenhuis genoemd. Het betreffende ziekenhuis heeft hierbij gebruik gemaakt van het format business case van het Groene Hart Ziekenhuis te Gouda.

Projectdoelstellingen

Doel: Binnen twee jaar is er een structurele efficiëntiewinst van 30% ten opzichte van de nulmeting januari 2006

Subdoelen

- Per 1 september 2006 is er een locatiespecifieke planmethodiek waarbij een flexibilisering van de aan specialisten toegewezen OK-tijd, op basis van 85% (op basis van gegevens Plexus benchmark) benutting, centraal staat;
- vermindering van afgezegde patiënten van 1,5 % tot <1/2 % van het totale aantal behandelde patiënten te beoordelen op 1 januari 2007 over het gehele jaar 2006. (Dit is een IGZ prestatie-indicator);
- invoeren holdingprincipe per 1 mei 2006;
- Aanpassen starttijden OK per 1 juni 2006;
- In november 2006 zijn de medewerkers en specialisten uitvoerig betrokken en geïnformeerd over de vernieuwde werkwijze, is OK oké bespreekbaar gemaakt op ieder werkoverleg en denken de medewerkers via het OK-forum mee over mogelijke interventies;
- Onderzoek naar effecten doorloopp programma's per 1 december 2006;
- In kaart brengen mogelijkheden OK 'straten' voor 1 december 2006.

In het onderstaande schema zijn per invalshoek de voor- en nadelen van het OK Oké project weergegeven.

	Patiënt	Ziekenhuis	Medisch Specialist	Medewerkers	Financiers	Overig
Patiëntgerichtheid	1. Doordat de OK-tijd beter benut wordt, kan de doorstroomtijd tot start behandeling c.q. operatie verkort worden					
Veiligheid	1. Geen directe relatie met patiëntveiligheid					
Tijdigheid	1. Wachtlijstreductie binnen de bestaande treeknormen per specialisme 2. Wachtijd verkorting tussen eerste polikliniekbezoek en operatiedatum					



Efficiency	1. Geen directe gevolgen
Effectiviteit	1. Geen directe gevolgen
Overig	1. Het percentage afgezegde operaties binnen 24 uur, waarvan het ziekenhuis de veroorzaker is, wordt terug gebracht van 1.5% tot <0.5%.

Ziekenhuis Imago & concurrentiepositie

Patiënt	Ziekenhuis	Medisch Specialist	Medewerkers	Financiers	Overig
Behandeling	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wachlijstreductie binnen de bestaande treeknormen per specialisme of daaronder indien de capaciteit dat toelaat. 2. Wachtijd verkorting tussen eerste polikliniekbezoek en operatiedatum. Hierdoor verbetert de concurrentie positie van het ziekenhuis ten opzichte van andere instellingen. 				
Patiënttevreedenheid	<ol style="list-style-type: none"> 1. Door vermindering van het aantal afgezegde operaties, waarvan het ziekenhuis de veroorzaker is, zal de patiënttevredenheid toenemen. 2. Door een betere doorstroom tot start behandeling c.q. OK zal de patiënttevredenheid toenemen. 				
Uitstraling	<ol style="list-style-type: none"> 1. Het feit dat het Hoogervorst ziekenhuis is uitverkoren tot een SBP3 ziekenhuis, zal een positief effect hebben op de uitstraling en prestige. 2. Het Hoogervorst ziekenhuis: daar wordt je snel geholpen! 				
Overig	1. Doordat de behaalde capaciteitswinst omgezet kan worden in meerproductie, zal het Hoogervorst ziekenhuis een groter adherentie gebied kunnen verzorgen.				



Ziekenhuis Financieel

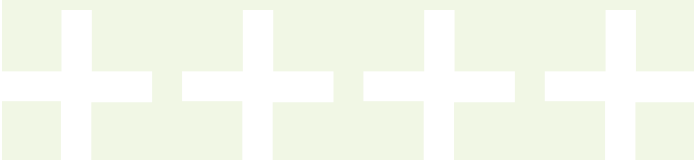
Productie	<p>Scenario 1</p> <p>Als de doelstellingen gehaald kunnen worden, met in acht name van een aantal randvoorwaarden (benutting OK 85% (op basis van de gegevens plexus benchmark), kan substitutie volledig worden ingevuld en elk specialisme zich kan schikken in het flexibiliseringmodel, dan betekent dit het volgende:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aantal ingrepen kan met 1600 stijgen (14%) 2. Aantal dagbehandelingen, zie opmerkingen onder punt 1 3. Specifieke productieparameters kunnen omhoog bijvoorbeeld aantal heup- en knieoperaties (alleen de orthopedie zou al kunnen stijgen met meer dan 400 operaties) <p>Scenario 2</p> <p>Bovenstaande gaat uit van substitutie maar als dit niet mogelijk is dan zal de OK haar capaciteit moeten verlagen. In het ultieme scenario waarbij helemaal geen substitutie mogelijk is betekent dat een reductie van 6,25 OK-sessies per week. Een eerste berekening levert dan een besparing op van 3,25 fte aan operatie-assistenten en anesthesiemedewerkers (-/ 150.000 euro)</p>
Personeel	<p>In geval van scenario 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aantal FTE met bijbehorende FWG schaal zal niet stijgen. De productie stijging valt binnen hetzelfde OK-schema. 2. Aantal overuren zal stabiel blijven 3. Ziekteverzuim zou kunnen stijgen door werkdruk verhoging. Meer doen binnen dezelfde tijd. 4. Opleiding en scholing blijven zoals het nu is. 5. Extern advies of Personeel niet in Loondienst zal tot een minimum worden beperkt. <p>In geval van scenario 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aantal FTE met bijbehorende FWG schaal zal met 3,25 fte afnemen. De productie blijft op niveau 2006 en de capaciteit wordt verminderd. 2. Aantal overuren zal stabiel blijven 3. Ziekteverzuim zou kunnen stijgen door werkdruk verhoging. Hetzelfde doen binnen minder tijd. 4. Opleiding en scholing blijven zoals het nu is. 5. Extern advies of Personeel niet in Loondienst zal tot een minimum worden beperkt.
Investeringen	<p>De volgende investeringen zijn nodig:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ICT: een nieuw softwareprogramma op de OK waardoor inzichtelijk wordt wat de verborgen capaciteit op de OK daadwerkelijk is. Hierbij worden de gemaakte productieafspraken vertaald in reële OK tijd. Leegstand door o.a. afzeggingen en reducties worden voor iedereen inzichtelijk gemaakt. Kosten 65.000 euro 2. Bouw: aanpassen entree OK voor zowel de holdingfunctie, de recovery-functie in combinatie met de IC en de 'sludercarousel' van de KNO. (Kosten pm) 3. Apparatuur: bewakingsmonitoren op de holding OK (120.000 euro)



Exploitatie	<p>Wat zijn de gevolgen van het project voor:</p> <p>In geval van scenario 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stijging materiele lasten met minimaal 14% (afhankelijk van het soort ingreep). In de huidige patiëntenmix verhouding betekent dat > 0,5 miljoen euro. 2. Benodigde medicatie zal navenant mee stijgen. Momenteel betekent dat > 50.000 euro. <p>In geval van scenario 2 zal er een besparing plaatsvinden op de personele kosten zoals genoemd onder financieel</p>
-------------	--

Medisch Specialist

	Patiënt	Ziekenhuis	Medisch Specialist	Medewerkers	Financiers	Overig
Motivatie	<p>In geval van scenario 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Door efficiënter te opereren kunnen er meer patiënten in dezelfde tijd zodat het inkomen zal stijgen. 2. Door verlaging van de toegangstijd zal ook de concurrentiepositie toenemen. <p>In geval van scenario 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Doordat er extra tijd ontstaat, kan men deze invullen voor andere zaken zoals vrije tijd, studie, opleiding, managementtaken etc. 					
Specialisme	<ol style="list-style-type: none"> 1. De herverdeling van OK tijd brengt ook een ander werkrooster voor de specialisten met zich mee. Dit zal niet door elke maatschap georganiseerd kunnen worden (afhankelijk van het aantal maatschapsleden). 					
Financieel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zie punt 1 motivatie. 					
Overig	Overig					



Medewerkers

Patiënt	Ziekenhuis	Medisch Specialist	Medewerkers	Financiers	Overig
Motivatie	In geval van scenario 1&2: 1. Toename van de administratieve last doordat er meer parameters wordt geregistreerd (per-operatief) 2. Vollere OK programma's waardoor minder leegloop (balans tussen hoge werkdruk en niets te doen hebben moet in evenwicht zijn) 3. Andere manier van werken, bijvoorbeeld met aflostteams 4. Hogere werkdruk door efficiënter te werken kan leiden tot verzuim				
Zorg	Geen directe consequenties				
Opleiding	1. Zelfsturing van OK-teams bij doorloop programma's. Deze taak kan bij de senior operatie-assistent worden weggelegd (zie FPP OK).				
Overig					

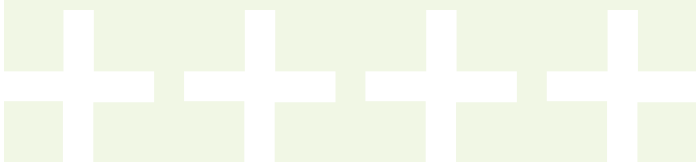
Financiers

Patiënt	Ziekenhuis	Medisch Specialist	Medewerkers	Financiers	Overig
Beperking schadelast	1. De kostprijs per ingreep zal dalen 2. Positief effect op de DBC prijs dus concurrentie positie 3. Kortere wachttijd voor de cliënten en minder afzeggingen				
Overig					



Overig

Patiënt	Ziekenhuis	Medisch Specialist	Medewerkers	Financiers	Overig
Betrokkene	<ol style="list-style-type: none">1. Zoals reeds gezegd: algemene stijging van materiele uitgaven door substitutie in geval van scenario 12. Er dient goede afstemming te komen in de keten; beddencapaciteit, röntgen beschikbaarheid, et cetera. Hier wordt in de loop van het project (2de jaar) verder naar gekeken.				



Verdeling van harde financiële voor- en nadelen en verzilveringsplan

In de business case is naar voren gekomen welke harde en zachte financiële voordelen naar verwachting behaald worden met het project. Indien van toepassing, is eveneens naar voren gekomen welke partijen als direct gevolg van het project een toename van de kosten hebben.

Deze informatie resulteert in de volgende verdeling van de harde en zachte financiële voor- en nadelen en het bijbehorende verzilveringsplan, waarin aangegeven wordt welke aanvullende actie nodig is om de zachte voordelen van het project te realiseren. Gezien de ontwikkelingen gedurende de eerste vier maanden van dit jaar lijkt het reëel om aan te nemen dat scenario 2 (zoals boven geschetst) van toepassing is.

Voor-/nadeel	Aantal patiënten	Kostprijs (euro's)	Maximaal financieel voor-/nadeel (euro's)	Direct te verzilveren zonder aanvullende actie	Alleen te verzilveren na aanvullende actie	Actielijst	Partij	Controle-instrument	Bij winsten: Bestemming Bij kosten: Ten laste van...
Inzicht in sessie verdeling, bezetting & leegstand	Huidig productie niveau 2006		Investering: 65.000 euro voor software programma BLOKplan Maximaal voordeel: -/- 3,25 fte OK personeel: -/- 600.000 euro		In de begrotingsronde 2007: Inleveren 0.32 fte operatie-assistent FWG50 -/- 16.250 euro		OK manager in overleg met RvB & F&C	Begroting 2007	MOD OK
Benutting toegewezen OK-tijd 85% en sluiting capaciteit	Huidige productie niveau 2006	24.000 euro personele kosten per sessie per jaar	Voordeel: maximaal 37.500 euro personele lasten		Detacheren 'boventalig' personeel, of via natuurlijk laten afvloeien	Voorbereiden eenduidige plan-methodiek	Projectteam	Benuttings % specialismen uit BLOKplan bijsturing-maatregelen.	MOD OK en afgestemde
Verbeteren logistiek	Huidige productie niveau 2006		Verbouwing entree OK en inrichten 'slude'straat. Apparatuur holding: 120.000			Holding bouwkundig verbeteren op OK LD	Projectteam		MOD OK

Sneller Beter Draaiboeken

- Werken Zonder Wachtijst (WZW)
- Postoperatieve Wondinfecties (POWI)
- Medicatieveiligheid
- OK oké
- Veilig Incidenten Melden (VIM)
- Patiëntenparticipatie
- Decubitus
- Procesinrichting (PHI)
- Professionele Kwaliteit
- Leiderschap & Organisatieontwikkeling (L&O)

Dit Sneller Beter draaiboek is een uitgave van het Consortium Sneller Beter pijler 3, dat bestaat uit het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg en de Orde van Medisch Specialisten.

Ontwerp en lay-out: Berkhout Grafische Ontwerpen BNO, Harmelen

++++
Sneller Beter

Sneller Beter pijler 3
Postbus 20064
3502 LB Utrecht
Telefoon (030) 28 43 992
E-mail snellerbeter3@cbo.nl
www.snellerbeter.nl



Orde van Medisch Specialisten