

# Bedrijfsvoering OK-complexen

Het project Benchmarking OK is de afgelopen jaren uitgegroeid tot een volwassen samenwerking tussen de acht UMC's in Nederland.

Tekst: E. Veen-Berkx, projectleider en onderzoeker Benchmarking OK UMC's; S.L.W. Schoch, themadirecteur Spoed, Perioperatief en Intensief Erasmus MC; prof. dr. G. Kazemier, chirurg en hoogleraar Hepatobiliare Chirurgie en Transplantatie VUmc

**B**enchmarking in de gezondheidszorg is een trend. Een aantal benchmarktrajecten is in de loop der jaren structureel van aard geworden, een aantal is gesneuveld. Het project Benchmarking OK is inmiddels acht jaar aan de gang. Is het gelukt de doelstelling te halen: een goede benchmark te organiseren en verbeterprocessen op gang te krijgen en te houden? In 2004 startten Mark van Houdenhoven en Geert Kazemier het project Benchmarking OK binnen de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). In dit project wordt door alle operatiekamercomplexen binnen de NFU samengewerkt. Het doel was en is om van elkaar te leren door het onderling vergelijken van kwantitatieve en kwalitatieve prestaties van die OK-complexen en zo te komen tot verbeteringen en vergroting van doelmatigheid.<sup>1</sup> Na ruim acht jaar vragen wij ons af: wat zijn de resultaten en wat zouden andere organisatieonderdelen in de curatieve zorg kunnen leren van deze benchmark? Om geen appels met peren te vergelijken is het van belang dat gebruik wordt gemaakt van eenduidige definities van uitkomsten en prestaties. Van Houdenhoven schreef in 2006 in *Medisch Contact*: 'Goed vergelijken is echter alleen mogelijk als de deelnemers dezelfde taal spreken, dat wil zeggen met een eenduidig registratiesysteem werken waarmee de relevante momenten in het OK-proces ondubbelzinnig worden gedefinieerd.' Hiertoe werd het model 'Tijdregistratie OK' ontwikkeld. In dit model zijn eenduidige definities van alle relevante registratiemomenten in het OK-proces vastgelegd en vastgesteld.<sup>2</sup> Sinds 2005 worden data uit de verschillende operatieregistratiesystemen van de acht UMC's ieder kwartaal opgeslagen in een database. Het model 'Tijdregistratie OK' en de daarop gebaseerde prestatie-indicatoren zijn eenduidig, compleet, relatief eenvoudig en voor iedereen die op een OK werkt herkenbaar. De benchmarkdatabase is omvangrijk en bevat inmiddels meer dan een miljoen datarecords, om precies te zijn: 1.017.525 OK-zittingen en 298.999 OK-dagen. De prestatie-indicatoren maken inzichtelijk hoe met de uitgedeelde OK-tijd wordt omgegaan. Een OK-dag wordt onder andere geëvalueerd met de 'nettobenutting': het percentage van de bedrijfstijd dat een patiënt aanwezig is op de OK. De onbenutte OK-tijd wordt vervolgens verklaard door 'late start', 'wisseltijd' en 'vroeg einde leegstand'. De uitloop is niet meegenomen in de benutting.

## LEREN VAN ELKAAR

Verbeteringen in de bedrijfsvoering werden pas een aantal jaar na de start van het project Benchmarking OK duidelijk zichtbaar in de cijfers. Dit kwam doordat de eerste jaren de focus lag op het beschrijven van de systeemkenmerken van de acht UMC's en het ontwikkelen van een gezamenlijke taal om onderlinge uitwisseling van informatie zonder spraakverwarring te laten verlopen. Hiermee werden vertrouwen en een veilig leer-klimaat gecreëerd. De laatste jaren kon het leerproces pas echt op gang komen.

## LATE START

Leermogelijkheden komen vooral naar voren uit de prestatie-indicatoren die de onbenutte OK-tijd verklaren. Bijvoorbeeld de verschillen in 'late start', een indicator om de aanvang van de OK-dag te beoordelen. De 'late start' is de tijd tussen de officiële start van de bedrijfstijd op een OK (doorgaans 8.00 uur) en de aankomst van de eerste patiënt op die OK. Te laat starten bleek regelmatig voor te komen. Een analyse van de verschillen in de duur van late start in minuten en de frequentie uitgedrukt in aantal per OK-dag, aangevuld met een studiemiddag over dit onderwerp, heeft verschillende verbeterstrategieën opgeleverd om late start te reduceren. Bijvoorbeeld de afspraak met de IC omtrent mogelijkheden om tijdelijk een overbed te creëren. Of de afspraak met de IC dat de OK niet altijd meer hoeft te wachten met het opstarten van het programma totdat een IC-bed is vrijgegeven. Het verlagen van het aantal en de duur van late starts op de OK bleek een direct positief effect te hebben op de benutting van beschikbare OK-tijd in een aantal UMC's, en daarmee op het verbeteren van de efficiency.

## IMPLEMENTATIE RICHTLIJNEN

Op kwalitatief niveau is geleerd van elkaars plannen van aanpak over het implementeren van richtlijnen ontwikkeld naar aanleiding van het traject Toezicht Operatief Proces (TOP) van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De time-outprocedure, de stopmomenten in het preoperatieve traject en de dubbelcheck bij het klaarmaken en toedienen van parenteralia zijn daarbij aan de orde geweest. Er worden formats uitgewisseld

# gebaat bij benchmarking

(bijvoorbeeld time-outprocedureposters) zodat niet steeds opnieuw het wiel uitgevonden hoeft te worden en alleen nog lokale aanpassingen nodig zijn.

## OK-PLANNING

Waar eveneens veel aandacht voor is, en wat druk bezochte studiebijeenkomsten oplevert, is OK-planning. Het plannen van OK's is een ingewikkeld proces. Als een planning niet realistisch is, kan dit nadelige gevolgen hebben voor de patiënt, doordat een operatie kort van tevoren moet worden afgezegd, maar ook voor het ziekenhuis. De OK-afdeling is de duurste plek van het ziekenhuis en een suboptimale benutting van die faciliteit heeft dus aanzienlijke financiële consequenties. Optimaliseren van het gebruik van OK's door het reduceren van de planningsafwijking – waarmee het verschil tussen de geplande en gerealiseerde OK-zittingsduur wordt bedoeld – kan leiden tot minder afzeggingen, minder uitloop en minder onverwachte leegstand aan het einde van de dag.

Kennis over de aanpak van projecten ter vermindering van de planningsafwijking werd succesvol met elkaar gedeeld, evenals spelregels waar snijdend specialisten zich aan moeten houden in relatie tot OK-planning. Een goed voorbeeld is het verplicht plannen met historische zittingstijden die per snijdend specialist na tien ingrepen opnieuw worden berekend.

## SUCCEFACTOREN

Deze benchmark laat zien dat de operationele bedrijfsvoering van afdelingen gebaat is bij benchmarking. Hieraan liggen twee succesfactoren ten grondslag: kenmerken en werkmethoden beschrijven alvorens uitkomsten te vergelijken, en leren van elkaar actief stimuleren.

## NADRUK OP KENMERKEN EN WERKMETHODEN ALVORENS UITKOMSTEN TE VERGELIJKEN

Vanaf het eerste uur is de OK-benchmark gericht op leren van elkaar. Daarmee is ingezet op het ontwikkelen van een langetermijnonoriëntatie. De intentie om op lange termijn van elkaar te leren zorgde voor wederzijds vertrouwen. Essentieel in onze benchmark is dat eerst de kenmerken en werkprocessen van de organisaties werden beschreven. Pas wanneer kenmerken bekend zijn, kunnen prestatie-indicatoren worden ontwikkeld die vergelijkbaar zijn en zinvol om te vergelijken. Op deze manier kunnen de deelnemers zich herkennen in de uitkomsten van de indicatoren en wordt leren mogelijk. Het beschrijven van kenmerken en werkprocessen leverde direct al enkele opvallende resultaten en genoeg gespreksstof op. Tijdens de bespreking van het werkproces gedurende de avond, de nacht en het

weekend bleken bijvoorbeeld interessante verschillen in inzet van dienstploegen. Het verschil zat vooral in het aantal mensen dat wordt ingezet in de nacht. Voor de kwaliteit van zorg is het belangrijk om met voldoende mensen alle specialismen te kunnen bedienen en om de beschikbaarheid bij acute spoed te kunnen garanderen. Ook voor het kostenaspect speelt de afweziging mee om ófwel mensen in huis te hebben, ófwel hen op te roepen. Het verschil in aantal mensen ingezet tijdens de nacht is gedeeltelijk te verklaren doordat een aantal UMC's bestaat uit meerdere fysiek gescheiden locaties die elk verantwoordelijk zijn voor hun eigen spoedopvang. Voor het andere deel hebben de OK's naar aanleiding van de verschillen nog eens kritisch naar zichzelf en de alternatieven gekeken, waarna veranderingen zijn aangebracht in de inzet gedurende de nacht.

## LEREN VAN ELKAAR ACTIEF STIMULEREN

Het project Benchmarking OK is de afgelopen jaren uitgegroeid tot een volwassen samenwerking tussen de UMC's. Met behulp van het meetinstrumentarium is het de laatste jaren mogelijk om de logistiek en bedrijfsvoering van operatiekamers te meten en te vergelijken. Hiernaast worden gezamenlijk diverse deelprojecten op het gebied van logistiek, kwaliteit en patiëntveiligheid verzorgd. Sinds 2006 wordt ieder jaar een congres georganiseerd. Met elke keer meer dan 200 deelnemers en tientallen presentaties uit alle UMC's zijn de congressen steeds een succes. Sinds 2010 nemen ook de operatieafdelingen van algemene en topklinische ziekenhuizen deel aan het congres. Hiernaast worden tweemaandelijks op een kleinschaliger niveau (gemiddeld 25 tot 30 deelnemers vanuit alle UMC's) interactieve studiemiddagen rondom een specifiek thema georganiseerd. Benchmarken is veel meer dan het vergelijken van data. Het ontdekken van de verhalen achter de cijfers brengt nieuwe inzichten, en zo kan de bedrijfsvoering van de zorg beter en efficiënter worden georganiseerd. ■

## VOETNOTEN

1. Hoorn A van, Wendt I. *Benchmarking: een kwestie van leren. De resultaten van drie jaar Benchmarking OK*. Houten, 2008.
2. Houdenhoven M van. 'Eenduidige tijdregistratie operatiekamers'. Definitie-systeem maakt vergelijking werkprocessen mogelijk. *Medisch Contact* 2006; 61(2):52-54.

Met dank aan alle leden van de stuurgroep en kerngroep Benchmarking OK met vertegenwoordigingen uit het AMC, azM, Erasmus MC, LUMC, UMCG, UMC St Radboud, UMCU en VUmc.