

Boston Consultancy Group het ontbreken van een overkoepelende organisatie voor de Zweedse registraties, waardoor de continuïteit, financiering, en vergelijkbaarheid van de verschillende audits soms te wensen overlaten. DICA biedt bij ons een geschikt platform, waarop registraties breed en eenduidig verder kunnen worden uitgerold.

Kostenbeheersing

Hoe dan ook is het in direct belang van de overheid en verzekeraars om breed opgezette nationale registraties te faciliteren en mede te bekostigen, want de kwaliteit van de zorg gaat ermee omhoog en de kosten omlaag. En niet zomaar... Als we het Zweedse voorbeeld volgen, kan volgens de Boston Consultancy Group de ziekenhuizorg in Nederland per jaar naar schatting 2,3 euro miljard goedkoper worden. In 2020 zouden hiermee de totale kosten bij ongewijzigde groei 10% lager kunnen liggen. Met de huidige economische tegenwind lijkt het systematisch meten van kwaliteitsinformatie in de hele Nederlandse

gezondheidszorg onvermijdelijk om de sterk stijgende zorgkosten binnen de perken te houden.

Het verschil

In Zweden zijn er geen private zorgverzekeraars die de rol van regisseur van de zorg door de politiek krijgen toebedeeld. Bezuinigingen en hervormingen worden bij ons via de verzekeraars op de agenda gezet, terwijl in Zweden de overheid hiervoor verantwoordelijkheid draagt. Er is geen vorm van marktwerking, en geen systeem met een financiële prikkel om meer verrichtingen te doen. Er is geen selectieve zorginkoop, maar een van overheidswege gecoördineerd streven naar concentratie van complexe zorg. Openbaarheid van uitkomsten van de ziekenhuizen geeft inzicht bij de verzekeraars en patiënten. Zolang de verzekeraars dit toelaten, biedt dit inzicht ook een gerichtere keuzevrijheid voor de patiënt. Dit kan in Nederland mogelijk tot een verschuiving van patiëntenstromen leiden, wat in Zweden door de organisatie per regio niet mogelijk is. <<

Bronnen

1. Zorg voor Waarde. The Boston Consultancy Group. Sept 2011.
2. Sweden Health system review. European observator on health systems and policies. Helth Systems in Transition. Vol. 14. No 5. 2012.

Transparantie – benchmarking OK

Benchmarking maakt prestaties op de OK transparant

Chirurgen zijn bezig met transparantie, maar OK-afdelingen ook. De operatiekamercomplexen van de acht UMC's zijn op eigen initiatief in 2004 het project Benchmarking Operatiekamers binnen de NFU gestart. Na acht jaar wordt de balans opgemaakt. Waarom is de club nog steeds bij elkaar en wat heeft het opgeleverd?



E. van Veen-Berkx, projectleider Benchmarking OK
NFU, e.berkx@erasmusmc.nl
prof. dr. G. Kazemier, voorzitter hoofdredactie
NTvH

Naast de uitkomsten van zorg is er in toenemende mate belangstelling voor ziekenhuisprestaties in algemene zin. Project Benchmarking OK's is daar een onderdeel van. Het doel van het project 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 doelmatigheid te vergroten¹. De kosten van het project worden gedragen door de acht UMC's gezamenlijk. >>

1 Hoorn A van, Wendt I. Benchmarking: een kwestie van leren. De resultaten van drie jaar Benchmarking OK. Houten 2008.

Goed vergelijken is alleen mogelijk als de partners in het proces elkaar vertrouwen. In het begin is veel aandacht besteed aan het opbouwen van een vertrouwensrelatie tussen de verantwoordelijken van OK-complexen binnen de UMC's. Bij aanvang van het project waren alle data geanonimiseerd; pas later werd op naam gerapporteerd. Pas toen was het benoemen van 'best practices' mogelijk. Daarnaast is aandacht besteed aan het opzetten van een tijdregistratiesysteem waarmee alle relevante momenten in het OK-proces ondubbelzinnig worden gedefinieerd: het model 'Tijdregistratie OK'². In dit model zijn eenduidige definities van alle relevante registratiemomenten in het OK-proces vastgelegd. Daarna werden de verschillen in kenmerken en werkprocessen van de verschillende UMC's beschreven. Vervolgens werden prestatie-indicatoren ontwikkeld die onderling vergelijken mogelijk maken (zie tabel 1).

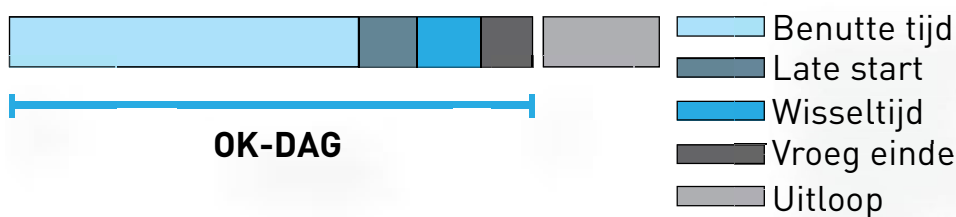
in een gezamenlijke database. Deze database bevat inmiddels gegevens over 289.961 OK-dagen en 988.387 OK-zittingen. De benchmark levert stuurinformatie op voor verschillende doelgroepen. Er is een maandelijkse analyserapportage voor alle UMC's gezamenlijk, maar ook een specifieke rapportage per UMC. Verdiepingslagen zijn mogelijk per locatie (klinisch of dagbehandeling), per snijdend specialisme, per operatiekamer en ook per operatieve ingreep. De afgelopen jaren is in de praktijk gebleken dat deze benchmarkinformatie gebruikt wordt voor interne sturing, zowel door het OK-management als door de snijdend specialisten. Tevens blijkt dat de benchmarkanalyses als input dienen voor de gesprekken op strategisch en tactisch niveau tussen de OK-afdelingen en de snijdend specialisten, een manier om discussiepunten in deze klantrelatie te objectiveren met behulp van data.

Tabel 1: Set van kenmerken en prestatie-indicatoren

Kenmerken	Prestatie-indicatoren
beschikbare OK-dagen	benutting excl. wisseltijd (netto)
aantal zittingen	benutting incl. (norm) wisseltijd (bruto)
totale zittingsduur	wisseltijd
type patiënt (electief/niet electief)	vroege start
startmoment van zittingen (bedrijfstijd, avond, nacht of weekend)	late start
zittingstijden, chirurgische tijden, in- en uitleidingstijden	vroeg einde leegstand
	uitloop
	gemiddelde en absolute planningsafwijking
	aantal zittingen in de nacht

De prestatie-indicatoren laten zien hoe in de verschillende UMC's met de uitgedeelde OK-tijd wordt omgegaan. Figuur 1 toont de samenhang tussen die indicatoren. Een OK-dag wordt in het geheel geëvalueerd met de netto benutting: het percentage van de bedrijfstijd dat een patiënt aanwezig is op OK (de zittingstijd). De onbenutte OK-tijd wordt vervolgens verklaard door 'late start', 'wisseltijd' en 'vroeg einde leegstand' en gezamenlijk is deze tijd gelijk aan de uitgegeven tijd. Hiernaast zijn de planningsafwijking en het aantal zittingen gedurende de avond, nacht en het weekend toegevoegd. Vanaf 2005 worden data uit de verschillende bronregistratiesystemen van alle UMC's ieder kwartaal opgeslagen

De verschillen tussen de UMC's in nettobenutting van OK-tijd lijken misschien niet zo groot (figuur 2), maar bij aanvang van het project was er tussen de hoogste en laagste mediane benutting toch bijna 10% verschil. Met name bleken er aanzienlijke verschillen te bestaan in oorzaken waarom OK-tijd onbenut blijft, zoals bijvoorbeeld de verschillen in 'late start'. 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 naar de verschillen in de duur en de frequentie van 'late start' heeft meerdere verbeterstrategieën om 'late start' te reduceren opgeleverd.



Figuur 1: Samenhang tussen prestatie-indicatoren Benchmarking OK¹

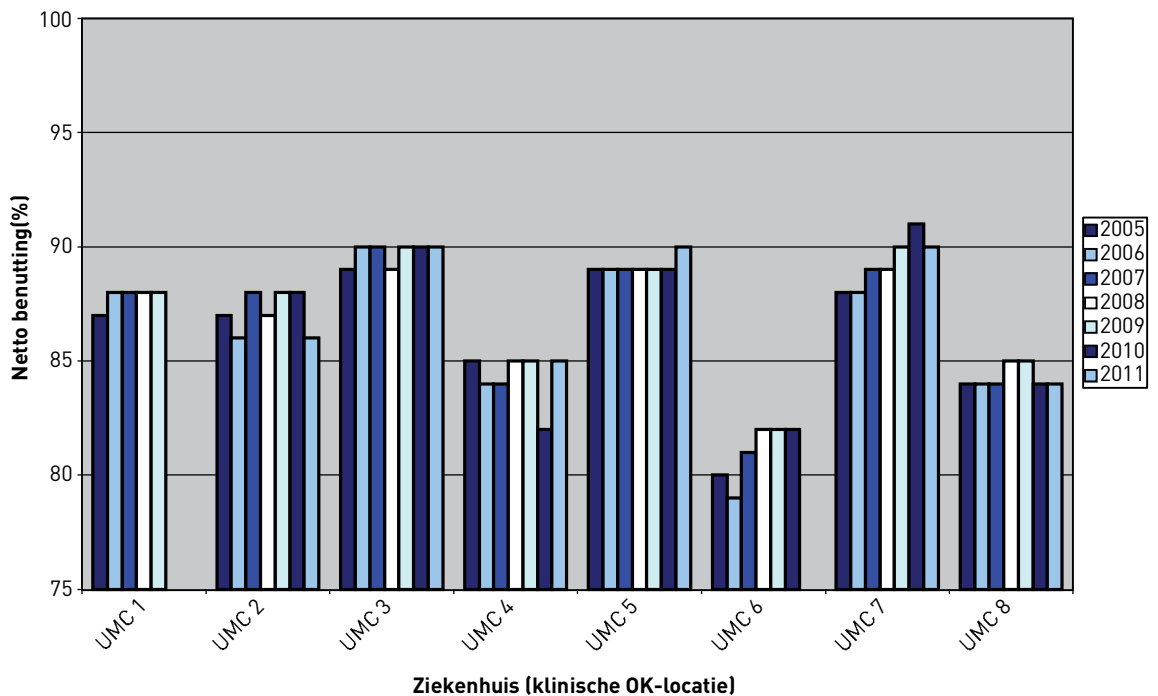
² Houdenhoven M van. Eenduidige tijdregistratie operatiekamers. Definitiesysteem maakt vergelijking werkprocessen mogelijk. Medisch Contact 2006; 61 (2): 52-54.

Implementeren van deze strategieën in specifieke UMC's die meer dan andere met dit probleem kampen, bleek mogelijk en succesvol, en dit had direct een positief effect op de benutting van OK-tijd in die centra.

Naast het reduceren van 'late start' is er binnen het project steeds aandacht geweest voor OK-planning. Als een planning niet realistisch is, kan dit nadelige gevolgen

door anesthesietijd. Het structureel niet inplannen van deze tijd leidt tot veel onverwachte uitloop. Het blijkt overigens dat centra die een efficiënt werkende Holding en PACU hebben, procentueel minder OK-tijd verliezen door in- en uitleiden.

Lopende het project is er naast kwantitatieve uitkomsten van het organiseren van zorg op de OK, ook met succes aandacht geweest voor meer kwalitatieve



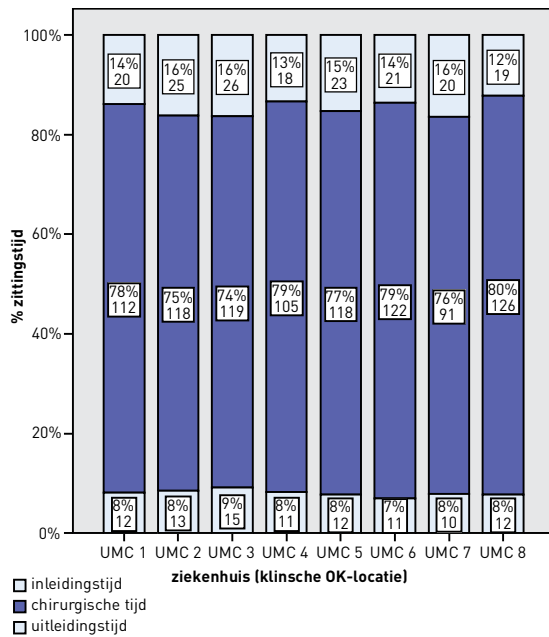
Figuur 2: Mediaan netto benutting (%) per UMC 2005 - 2011, Bron: Database Benchmarking OK UMC's

N.B. In verband met de overgang naar een nieuw IT-systeem is data van UMC 1 tot en met 2009 beschikbaar en van UMC 6 tot en met 2010

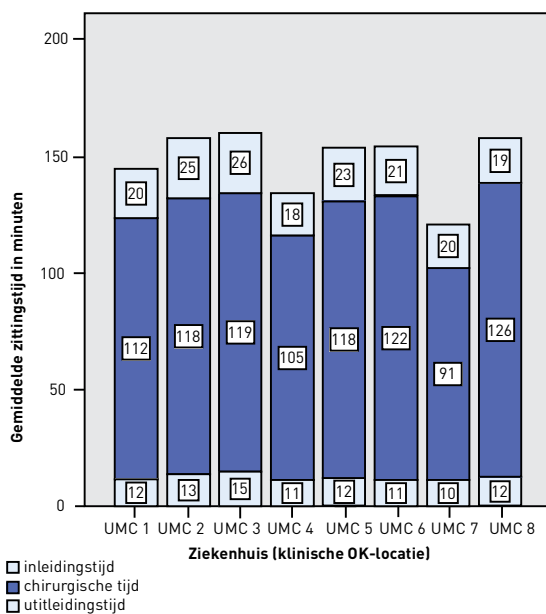
hebben voor zowel de patiënt (als een operatie kort van tevoren wordt afgezegd) als voor het ziekenhuis (suboptimale benutting van dure en schaarse OK-tijd). Kennis over de aanpak van trajecten ter vermindering van de planningsafwijking wordt met elkaar gedeeld, evenals concrete spelregels waar snijdend specialisten zich aan moeten houden tijdens het plannen van hun ingrepen. Het reduceren van de planningsafwijking leidt tot minder afzeggingen, minder uitloop en minder vroeg einde leegstand van OK's. Een goed voorbeeld is het plannen op basis van historische zittingstijden die per snijdend specialist na tien ingrepen opnieuw worden berekend. Nog lang niet alle UMC's maken hier gebruik van. Tijdens studiemiddagen bleek veel behoefte om van elkaars ervaringen met dit soort specifieke planningsmethoden te leren. Ook het reëel inplannen van anesthesietijd (in- en uitleiding) als onderdeel van de zittingstijd, blijkt van groot belang om de voorspelbaarheid van een reële zittingsduur toe te laten nemen. Structureel blijkt 20% of meer van de totale zittingstijd ingenomen te worden

aspecten. Verschillende aspecten van patiëntveiligheid en patiënt- en medewerkertevredenheid zijn daarbij aan bod gekomen. Ook hier heeft het bij elkaar in de keuken kijken, geleid tot aantoonbare verbeteringen.

Transparantie over prestaties kan helpen om tot verbeteringen te komen; niet alleen tot verbeteringen in de chirurgische zorg voor patiënten, maar ook tot optimaliseren van de processen daar omheen. Een van de succesfactoren van dit benchmarkproject is ons inziens de keuze voor het zelfstandig opzetten van een eigen benchmark voor de OK's van de UMC's. Hiermee werd duidelijk gekozen dit niet over te laten aan een extern bureau, of een vergelijking te maken met niet-universitaire ziekenhuizen. Belangrijk argument hiervoor was dat een kleine groep deelnemers gemakkelijker een vertrouwde situatie oplevert waarin open over uitkomsten, sterke en zwakke punten gesproken kan worden. Het investeren in de relatie tussen de deelnemers is hierbij cruciaal geweest. >>



Figuur 3: Verhouding (%) zittingstijd onderverdeeld naar inleidingstijd, chirurgische tijd en uitleidingstijd per UMC 2005 - 2011.
Bron: Database Benchmarking OK UMC's



Figuur 4: Gemiddelde zittingstijd in minuten per UMC 2005 - 2011.
Bron: Database Benchmarking OK UMC's

Met dank aan: dr. R. Balm, vaatchirurg, AMC; drs. M.P. Massaro, logistiek manager OK, AMC; drs. D.C.C. Cornelisse, bedrijfsleider OK, AMC; drs. I. Ter Laak, adjunct-directeur RVE operatieve geneeskunde, MUMC; H.J. Ackermans, manager OK, MUMC; drs. J. Bezstarosti, anesthesioloog/hoofd OK, Erasmus MC; prof.dr. R.C.M. Pelger, afdelingshoofd Urologie, LUMC; I. Krooneman-Smits MBA, manager OK, UMCG; dr. P. Meyer, anesthesioloog/medisch coördinator OK, UMCG; prof.dr. H.G. Gooszen, afdelingshoofd OK, UMCN; M. van Dijk-Jager, tactisch manager OK, UMCN; E. van Teeffelen-Boonen, tactisch manager OK, UMCN; prof.dr. W.F. Buhre, anesthesioloog/voorzitter Divisie Vitale Functies, UMCU; prof.dr. C.J. Kalkman, anesthesioloog, UMCU; drs. S. Papenhuijzen-de Wit, beleidsmedewerker, UMCU; dr.ir. E.W. Hans, universitair hoofddocent, Universiteit Twente; prof.dr.ir. J.J. Krabbendam, Universiteit Twente; drs. M.F. Caljouw, manager bedrijfsvoering, VUMc; dr. D.P. Veerman, anesthesioloog/medisch hoofd OK, VUMc; K.H. Aij MBA, hoofd OK, VUMc; ir. J.N. Nathan MBA, voormalig voorzitter projectgroep Benchmarking OK; ir. A.F. van Hoorn, procesmanager UMCU en voormalig projectleider Benchmarking OK UMC's; ir. I. Wendt, stafadviseur MC Haaglanden en voormalig projectleider Benchmarking OK UMC's. ◀◀