

[W.H. van Harten](#) [E.W. Hans](#) [W.A.M. van Lent](#)

09 februari 2010 8 minuten leestijd

## Aanpak efficiency te ondoordacht

 2 reacties

Ziekenhuizen lijken per toeval een verbetermethode te kiezen

*Om de efficiency in een ziekenhuis te vergroten wordt steeds vaker gebruikgemaakt van bedrijfskundige methoden en operations management-technieken. Wat daarover wordt gerapporteerd, zijn vooral successtory's. Terwijl het bewijs voor het effect nogal mager is.*

De invoering van marktelementen in de ziekenhuiszorg heeft als belangrijk motief het stimuleren van efficiency. Dit vanuit het inzicht dat een combinatie van de inhoudelijke kwaliteit met organisatieverbetering de meeste kans op structurele verbetering biedt.<sup>1</sup> Over de methoden en technieken die hiervoor worden toegepast lezen we regelmatig in Medisch Contact en andere bladen zoals het International Journal for Quality and Safety.<sup>2-4</sup> Maar vrijwel uitsluitend worden succesverhalen gerapporteerd. Ook publicaties over bijvoorbeeld doorbraakprojecten en Sneller Beter lijken aan een gebrek aan zelfkritiek te lijden.<sup>5</sup>

### Wervende consultant

De in ziekenhuizen toegepaste methoden variëren van eenvoudige voorbeelden van verbeterprojecten en projectmanagement (vaak wordt daarbij de plan-do-check-actcyclus toegepast) tot meer fancy technieken zoals de Six Sigma methodiek. In artikelen wordt zelden een argumentatie gegeven waarom voor de toegepaste techniek is gekozen, noch waarom deze de optimale benadering voor het voorliggende probleem of doelstelling leek. Veelal heeft het er de schijn van dat toevallige factoren of een wervende consultant, die zich techniek X of Y heeft eigen gemaakt, meer bepalend zijn voor deze keuzes dan bewijs voor effectiviteit in vergelijkbare situaties of een degelijke interne afweging.

In de algemene bedrijfskundige literatuur en recent ook in een publicatie over de introductie van kwaliteitssystemen in ziekenhuizen komt het begrip 'contingentie' naar voren.<sup>6</sup> Gekeken moet worden naar de fit tussen probleem, organisatie en bedrijfskundige methodiek om tot een goede oplossing te

komen. Het is zeker in grotere organisaties onwaarschijnlijk dat slechts één methode voor alle problemen een panacee is. Ook de kenmerken van de organisatie (zoals eerdere ervaring met kwaliteit of complexe verbeterprojecten), de aard van de problemen/uitdagingen waar de organisatie voor gesteld is en specifieke leiderschapskenmerken, moeten worden meegewogen in de keuze voor het instrumentarium.

Onze ervaring is dat het dogmatisch en geforceerd opleggen ('uitrollen') van één methodiek aan een ziekenhuisorganisatie met veel zelfstandig werkende professionals, eerder tot weerstand (of pseudocoöperatie) leidt dan tot succesvolle (decentrale) slagvaardigheid. Bij diverse projecten worden resultaten van 20 à 30 procent efficiencyverbetering gemeld. Zelden wordt echter met controleorganisaties gewerkt of iets gezegd over absolute prestatieniveaus die haalbaar zouden kunnen zijn, omdat men in een nulmeting veelal de eigen situatie als vanzelfsprekend uitgangspunt hanteert.<sup>7</sup> Er is echter een aanzienlijke kans dat 25 procent verbetering van een lousy performance, nog steeds een betrekkelijk lousy performance is.

Daarom is het noodzakelijk dat tijdschriften geen rapporten klakkeloos overnemen, maar een degelijke onderbouwing eisen.

### **Simulatietechnieken**

Simulatietechnieken proberen door middel van wiskundige technieken en modellen (zorg)processen te optimaliseren. Veelal worden daarbij computersimulatieprogramma's gebruikt die afkomstig zijn uit de wiskundige beslisplanning (Operations Research), die verschillende interventies voor processen of afdelingen en verschillende scenario's nabootsen om verbetermogelijkheden op het spoor te komen.

Literatuuronderzoek naar bewezen effect van daadwerkelijk uitgevoerde interventies naar aanleiding van simulaties levert weinig op; deels omdat het type tijdschrift waarin de studies worden gepubliceerd een sterk accent legt op de wiskundige modellen.<sup>8</sup> Zelden wordt gerapporteerd of er een interventie is ingevoerd en welk effect dit had. Hoezeer in theorie plausibel, een goede kosten-batenafweging ten aanzien van de inzet van deze techniek is nu niet mogelijk en over optimale voorwaarden voor implementatie van de voorkeursinterventie valt niet veel te zeggen.

### **Theory of Constraints**

De Theory of Constraints gaat ervan uit dat er in elk proces essentiële knelpunten zijn. De oplossing daarvan zal voor het gehele proces tot efficiencyverbetering leiden.

Afkomstig uit een productieomgeving lijkt de achterliggende theorie qua toepasbaarheid voor de ziekenhuiszorg niet erg plausibel. Opheffen van de meest urgente knelpunten in zorgprocessen klinkt sympathiek en zal als er echt maar één bottleneck is, tot resultaat leiden. Maar in de regel zijn processen complex, zijn meerdere afdelingen betrokken en is er samenhang tussen knelpunten. Als alle knelpunten worden opgepakt is er sprake van procesherontwerp; als men het tot enkele (de theoretische gewenste) constraints beperkt, is voorspelbaar dat elders nieuwe constraints optreden, zodat de betrokken adviseurs gedurende langere tijd van werk verzekerd blijven.

### **Werken zonder Wachtlijst**

Het principe achter Werken zonder Wachtlijst is dat wachtlijsten vaak stabiel zijn en door een continue aanvulling van dezelfde omvang blijven. Een eenmalige inhaalactie brengt de wachttijd bijna terug tot nul en vanwege de stabiele inflow zal dit te handhaven zijn. De aannames (een stabiel reservoir aan patiënten, stabiele toevoer en blijvende open access) zijn eigenlijk alleen in vrijstaande specialistenpraktijken in de Verenigde Staten getoetst. Aannemelijk is dat dit alleen en blijvend werkt in situaties waar een incidentele verstoring voor het probleem heeft gezorgd of als tegelijk met de inhaalslag een capaciteitsverruiming downstream wordt aangebracht. Bovendien wordt geen rekening gehouden met het aanzuigende effect van de afwezigheid van een wachtrij.

### **Six Sigma**

Met behulp van statistische procesbeheersing en -verbetering volgens de DMAIC -methode (Define-Measure-Analyse-Improve-Control) worden problemen systematisch inzichtelijk gemaakt en verbeterd. Zesmaal Sigma (standaarddeviatie) ten opzichte van de huidige gemiddelde prestatie betekent maximaal presteren of vrijwel geen fouten. Bij de invoering is een uitgebreide – kostbare – training nodig die medewerkers tot een green- en black-belt status brengt; onder leiding van deze belts worden de verbeterprojecten uitgevoerd. In deze aanpak zitten twee elementen die op gespannen voet kunnen staan met de zorg: de vrijwel 100 procent betrouwbaarheid die in medische processen zelden te realiseren is en de hiërarchische belt-kwalificatie die zeker in de egalitaire Nederlandse professionele organisatie moeilijk zal landen. Als men goed weet aan te sluiten bij de lokale cultuur of de afdelingen openstaan voor een hiërarchische, strak gestuurde, statistische benadering van organisatieverbetering, kan dit succesvol zijn. Uit de VS is ons geen vergelijkend onderzoek naar deze aanpak bekend en in Nederland beperken publicaties zich voornamelijk tot ondersteunende/serviceafdelingen.

### **Benchmarking**

Bij benchmarking wordt gezocht naar best practices in andere organisaties, die vervolgens worden

'vertaald' naar en toegepast in de eigen situatie. Benchmarking is ook bruikbaar voor het vaststellen van haalbare prestatieniveaus. De term benchmarking is echter inflatiegevoelig: elke vorm van vergelijking kan hier inmiddels onder vallen, van simpele indicatorvergelijking tot grondige vergelijkingen met een mix van kwalitatieve en kwantitatieve methoden.

### **Ontwikkeling van zorgpaden**

Een zorgpad beschrijft (herontwerpt) het multidisciplinaire traject dat een patiënt doorloopt in diagnostiek, (voorbereiding op) behandeling en nazorg. Doel is het leveren van kwalitatieve en efficiënte zorg, door een systematische aanpak van procesverbetering, tot voor kort veelal redesign genoemd. Over zorgpaden is veel gepubliceerd, maar de exacte relatie tussen aspecten van het procesontwerp en efficiency is meestal onduidelijk.

### **Lean management**

De filosofie achter lean management is afkomstig uit de auto-industrie (Toyota) en zet het elimineren van verspillingen, het toepassen van verschillende technieken ter verbetering van de kwaliteit van het proces en de toegevoegde waarde voor de klant centraal. Het bedenken en uitvoeren van de verbeteringen vindt plaats op de werkvloer. Waardetoevoeging, reductie van verspilling (waste), directe observatie en continu verbeteren zijn kernbegrippen. Het kost tientallen jaren om de benadering tot in de haarvaten van een organisatie te laten doordringen; succesverhalen op basis van een project van een jaar zijn daarom niet erg geloofwaardig en kunnen nauwelijks een organisatiebrede invoering representeren. In de literatuur vonden wij wel 24 technieken die onder LM worden geschaard. Dat geeft de methode een toolbox-karakter en biedt kansen voor adaptatie aan de zorgomgeving.

### **Onderbouwing nodig**

De hoge eisen die aan evidence voor nieuwe medische interventies worden gesteld staan in schril contrast met de evenzeer kostbare, maar nauwelijks wetenschappelijk onderbouwde managementinterventies. Momenteel is een goede kosten-batenafweging niet mogelijk en over optimale voorwaarden voor implementatie van de gekozen interventie valt weinig te zeggen.

Er is dringend behoefte aan een theoretische onderbouwing, gebaseerd op empirisch onderzoek, van de contingentie en effectiviteit van de gekozen methodiek.

Behalve bij de Universiteit Twente zijn er bijvoorbeeld bij het VUmc en het iBMG-Rotterdam groepen actief die een brug proberen te slaan tussen operations management en het functioneren van zorginstellingen.<sup>9</sup> De toegevoegde waarde van methoden voor organisatieverbetering wordt te

gemakkelijk geclaimd. Het is van groot belang hier kritisch tegenover te staan. Ook moet in samenwerking met het veld aan een betere onderbouwing voor diverse methoden worden gewerkt. Het gebrek daaraan maakt in zorgorganisaties de kans op het uitvinden van het 'eigen bedrijfskundige wiel' onacceptabel groot.

De grote variatie aan combinaties van organisatieontwikkeling, type problematiek en beschikbare methoden vraagt om een maatoplossing. Benaderingen die een continue verbetercultuur benadrukken en ruimte overlaten voor eigen invulling, zoals lean management, lijken daarom vooralsnog het meeste perspectief te bieden; bovendien zijn ze ook lang vol te houden. En dat is van groot belang, omdat invoering in grote organisaties jaren duurt.

prof. dr. W.H. van Harten, hoogleraar Kwaliteitsmanagement van zorgtechnologie, faculteit Management & Bestuur, Universiteit Twente, lid raad van bestuur Nederlands Kanker Instituut - Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, lid van het bestuur van de NVZ, vereniging van ziekenhuizen

dr. ir. E.W. Hans, UHD Operations Management en Procesoptimalisatie in de Zorg, Center for Healthcare Operations Improvement & Research, Universiteit Twente

ir. W.A.M. van Lent, projectmedewerker Nederlands Kanker Instituut - Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis

Correspondentieadres: [w.v.harten@nki.nl](mailto:w.v.harten@nki.nl);

c.c.: [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

Geen belangenverstrengeling gemeld.

### ***Samenvatting***

- *Steeds vaker worden bedrijfskundige methoden gebruikt voor de verbetering van de organisatie van ziekenhuizen.*
- *Op basis waarvan voor een bepaalde methodiek wordt gekozen is vaak onduidelijk: de keuze lijkt een toevallige of modieuze.*
- *Publicaties richten zich veelal op casuïstiek en kenmerken zich door een simpele of slechte methodologische insteek.*

- *Nader onderzoek naar de inzet van het meest passende bedrijfskundige instrumentarium bij de specifieke omstandigheden van zorgorganisaties is hard nodig.*

## Referenties

1. [www.ihl.org](http://www.ihl.org), laatst geraadpleegd op 22 sept. 2009.
2. Borghuis TL c.s., Vertragingen te lijf. Medisch Contact 2007; 33/34: 1366-69.
3. Ede J van, Een patiënt is geen auto. Medisch Contact 2008; 20: 849-51.
4. Elkhuizen SG, Das SF, Bakker PJM, Hontelez JAM, Using computer simulation to reduce access time for outpatient departments. Qual. Saf. Health Care 2007; 16: 382-6.
5. Dückers MLA, Changing hospital care. Evaluation of a multi-layered organisational development and quality improvement programme. Proefschrift, 2009.
6. Kunkel S, Rosenqvist U, Westerling R, Implementation strategies influence structure, process and outcomes of quality systems: an empirical study of hospital departments in Sweden. Qual. Saf Health Care 2009; 18: 49-54.
7. Young TP, McClean SI, A critical look at Lean Thinking in healthcare. Qual Saf Health Care 2008; 17: 382-6.
8. Vissers J, Brailsford S, The story of ORAHS – A European perspective on OR in Health. Plenary presentation at the Leuven 2009 conference of the EURO Working Group on Operational Research Applied to Health Services (ORAHS).
9. <http://www.chor.utwente.nl>.



📷 Wervende consultants zijn soms bepalender voor de methodiekkeuze dan bewijs voor effectiviteit. beeld: iStockphoto