



Patiëntenlogistiek heeft een zorg minder

STUREN OP ONTSLAG

Iedereen komt wel eens in het ziekenhuis voor een behandeling, een onderzoek of een bezoek aan een familielid. Als het om gezondheid gaat wil je zo snel mogelijk én goed geholpen worden. Hoe speelt het ziekenhuis dat klaar? Wat gebeurt er allemaal achter de schermen?

Door Jeroen de Groot

De zorg staat tegenwoordig sterk in de belangstelling. Kostenreducties moeten worden doorgevoerd, maar de kwaliteit van de zorg blijft voorop staan. Om dit voor elkaar te krijgen spelen processen een belangrijke rol. Steeds meer zorginstellingen ontdekken het procesdenken. Het Franciscus Ziekenhuis in Roosendaal heeft een optimalisatie doorgevoerd en de afdeling Patiëntenlogistiek ontpopte zich als spin in het web. We zijn te gast bij Renate Burgering, hoofd Patiëntenlogistiek. Zij legt uit hoe men uiteindelijk grip heeft gekregen op de logistieke bedrijfsvoering. Het primaire doel van een ziekenhuis is om goede zorg aan de patiënt te verlenen. Tegenwoordig worden ziekenhuizen gedwongen om een commercieel bedrijf te

worden. Het business model van een ziekenhuis is zeer complex, waarbij diverse belangrijke aspecten een rol spelen. Ten eerste wordt er vanuit de overheid een budget vastgesteld gebaseerd op het aantal 'erkende bedden'. Daarnaast zijn er productieafspraken met de zorgverzekeraars van wat wel of niet kan. Er wordt gewerkt met de zogenaamde DBC-codes: Diagnose Behandel Combinatie. Op basis van een diagnose wordt een koppeling gelegd naar de behandeling door middel van een DBC-code. Deze is vervolgens gerelateerd aan een vaststaand bedrag dat het ziekenhuis krijgt voor het volledige zorgtraject vanaf doorverwijzing door huisarts tot de laatste controle. Een aantal DBC's is vrij onderhandelbaar waardoor er marktwerking kan ontstaan. Het ziekenhuis heeft baat bij korte 'ligduur' en een optimale bezetting van de operatiekamers (de OK's).

Je krijgt immers een vaste vergoeding voor een patiënt naar aanleiding van een vastgestelde DBC. Ook al ligt een patiënt kort in het ziekenhuis, het bedrag blijft hetzelfde. Bij snel doorstromen kun je dus meer opnames doen en meer patiënten verwerken, waardoor de inkomsten hoger worden. Daarnaast verdien je meer aan een opname dan aan een 'ligdag'. Hierdoor is het dus van commercieel belang dat de processen rondom ligdagen efficiënt verlopen. "We sturen dus feitelijk op het ontslag van de patiënt. Uiteraard wel met behoud van de kwaliteit van de zorg. Daar mag nooit afbreuk aan worden gedaan".

Naast de processen die in het ziekenhuis zelf lopen, dienen deze ook afgestemd te zijn op processen van derden. Als bijvoorbeeld in een vervolgtraject de nazorg door de 'Thuiszorg' niet is ingeregeld, dan kan de patiënt niet naar huis en houdt hij daardoor langer een bed bezet.

Veranderen

Bij het doorvoeren van veranderingen in een ziekenhuis spelen meerdere krachtenvelden een rol. Ten eerste zijn er verschillende belangen, waardoor weerstand tegen verandering bestaat. Ten tweede is het moeilijk om iedereen op één lijn te krijgen – de maatschappen hebben ieder zo hun eigen bedrijfsvoering. Het zijn in feite allemaal kleine bedrijfjes die werken binnen het ziekenhuis. Ook moeten de processen die veranderen, blijven aansluiten op de processen die in andere afdelingen plaatsvinden. Soms vindt er zelfs een verschuiving van activiteiten plaats waardoor de organisatie ook anders moet worden ingericht.

Burgering: "Toen ik vijf jaar geleden kwam werken als hoofd van de afdeling Patiëntenlogistiek was ik enigszins geschokt: er werd gewoon nog gepland in een papieren agenda!" Er was geen overzicht; in een bureau-agenda werd genoteerd welke arts afwezig was. De OK werd decentraal gepland door de diverse afdelingen zelf. Het was een ongecontroleerde brij van activiteiten over de diverse afdelingen heen. Onder andere hierdoor kwam het regelmatig voor dat een dagdeel in een OK niet werd ingevuld. Een OK stond dan gewoon leeg. Ook de patiënten die ingepland stonden werden dan pas heel laat afgebeld met de mededeling dat de operatie niet door kon gaan. Vaak werd de OK pas drie dagen vooraf ingepland waardoor patiënten pas heel laat werden ingelicht over hun geplande operatie. Probleem was dat veel patiënten dat niet geregeld kregen op een zo korte termijn, hetgeen weer leidde tot extra afzeggingen door de patiënten. Kortom, een groeiende complexiteit die niet meer te handhaven was. De verschillende proces-

sen en processtappen waren niet aan elkaar gelinkt en zaken werden decentraal geregeld. Daarnaast was er totaal geen inzicht in bijvoorbeeld wachtlijsten. Iedereen deed zijn uiterste best, maar omdat iedereen zich op zijn eigen stukje concentreerde werd er niet gekeken naar de *overall performance*. De patiëntenlogistieke processen moesten beter gestructureerd worden.

De ziekenhuisleiding stelde dan ook als eerste een belangrijk doel: de logistieke stromen rondom patiënten moesten worden geoptimaliseerd. Het project 'Patiëntenlogistiek' werd opgestart met als beoogde doorlooptijd twee jaar. Het project zou vrijwel alle andere afdelingen en actoren in en om het ziekenhuis raken. Van OK tot patiënt, van polikliniek tot verpleegafdeling, etcetera.

Complexe planning

De afdeling Patiëntenlogistiek kwam hiermee in de spotlights te staan. Renate Burgering is hoofd van deze afdeling. Er werken in totaal 21 mensen (14 FTE) verdeeld over twee groepen: 'Bureau Planning en Opname' en 'Loket nazorg'. De afdeling neemt een centrale rol in bij het plannen en sturen van één van de belangrijkste primaire processen in het ziekenhuis. Het 'Loket Nazorg' richt zich op het moment ná ontslag uit het ziekenhuis. Ze regelen de nazorg, die zo mogelijk al wordt ingeregeld tijdens de opname. Bij een patiënt die bijvoorbeeld wordt opgenomen om een nieuwe heup te krijgen is vooraf duidelijk dat er gerevalideerd zal moeten worden. Er wordt direct revalidatie geregeld bij het revalidatiecentrum. Het kan ook zijn dat een patiënt na de ingreep niet voor zichzelf kan zorgen en tijdelijk in een verpleeghuis moet blijven. Ook dit wordt voorzien.

Binnen 'Bureau Planning en Opname' zijn er mensen die zich specifiek bezighouden met opname en een aparte groep die zich bezighoudt met planningsprocessen. Met name dit laatste vereist veel specifieke kennis. Er moet met heel veel dingen rekening worden gehouden.

Naam: Franciscus Ziekenhuis Roosendaal – afdeling patiëntenlogistiek
Branche: Gezondheidszorg
Typering: algemeen, perifeer ziekenhuis
Vestigingen: Roosendaal met daarnaast nog een extra polikliniek in Oudenbosch
Omvang ziekenhuis: 1400 medewerkers (1100 FTE); 472 erkende bedden
Omvang afdeling patiëntenlogistiek: 21 medewerkers (14 FTE)
Website: www.franciscusziekenhuis.nl

Heeft u reacties naar aanleiding van GRIP of wilt u uw mening delen, stuur dan graag een e-mail naar jeroen@processexpress.nl, ook als u een interessante case heeft van uw bedrijf of een bedrijf dat u kent op het gebied van GRIP, en graag wilt dat dit onder de aandacht komt.

Nadat een arts besloten heeft dat een patiënt opgenomen moet worden, meldt de patiënt zich bij de afdeling. De opname, de ingreep en het eventuele vervolgtraject worden ingepland. Dit ogenschijnlijk eenvoudige planningsproces dient met veel factoren rekening te houden. Om te beginnen de capaciteit van de OK, maar ook die van de chirurg. Vaak willen de meeste specialisten alleen 'eigen patiënten' opereren vanwege de 'patiënt/dokter-relatie'. Verder moet er rekening gehouden worden met de urgentie (de ene patiënt moet binnen een week, de ander komt op de wachtlijst). Welke specialisatie/maatschap heeft wanneer recht op welke OK? Is de patiënt al goedgekeurd door de anesthesioloog? Hoe is de beschikbaarheid van apparatuur en materiaal? Je kunt bijvoorbeeld niet een hele dag bepaalde gecompliceerde liesbreuken inplannen, want er is maar een beperkt aantal scopen en die moeten tussendoor gesteriliseerd worden. Verder kunnen er nog andere speciale wensen van specialisten of zelfs patiënten zijn. Tenslotte vormt de beddenscapaciteit een niet onbelangrijke parameter. Kortom, in een complex en dynamisch veld van ruim tien planningsparameters ziet de afdeling zich gesteld voor een uitdagende taak.

Processen leidend

Terug naar het project Patiëntenlogistiek dat in juli 2002 werd gestart. De doelstelling was om de kwaliteit van de patiëntenzorg te verbeteren alsmede het doorvoeren van structurele efficiency-verbeteringen in de opname- en OK-planning. Het was een groot opgezet project dat sterk gesteund werd door de directie en medische staf. Er werd gewerkt met een stuurgroep, een projectgroep en een aantal werkgroepen waarin medewerkers uit diverse niveaus vertegenwoordigd waren. Er werkten circa 30 medisch specialisten mee in het project van de in totaal 100 specialisten die in het gehele ziekenhuis werken. Zó belangrijk vond men het dus. "Dat is toch wel dé meesterzet geweest in het gehele project om zo'n grote afvaardiging specialisten direct mee te laten werken, omdat zij een zeer grote invloed hebben op de besluitvorming in het ziekenhuis", zegt Burgering.

Daarnaast werd een externe projectleider ingehuurd om het hele project te leiden. Dit vanuit het principe van 'vreemde ogen dwingen'. Een belangrijke beslissing die aan het begin van het project werd genomen bleek cruciaal: de processen zijn leidend. "We hebben ons in eerste instantie niet laten leiden door de (on)mogelijkheden van de ICT. Hierdoor konden we ons volop concentreren op de 'business' en hoe we het exact wilden hebben." Zo ging de projectgroep aan de slag. Er werd een volledige procesarchitectuur ingericht:

procesbeschrijvingen tot op het laagste niveau en koppelingen tussen processen in de keten. Bepaalde processtappen werd zo goed mogelijk gestandaardiseerd in termen van performance. Bijvoorbeeld voor alle ingrepen werd de benodigde OK-tijd vastgesteld, hetgeen de planner goed kan gebruiken. Al met al heeft het neerzetten van dit processen framework een cruciale rol gespeeld. De planning krijgt het nu voor elkaar om een soepele flow van processen op de werkvloer te genereren. "We hebben nu echt grip op de processen", stelt Burgering. Hierdoor is men tevens in staat om spoedzaken en andere verstoringen makkelijker het hoofd te bieden.

Vol trots vertelt Burgering dat haar afdeling de kwaliteitsprijs heeft gewonnen die jaarlijks door de raad van bestuur wordt uitgereikt. En terecht! Uiteindelijk is de bedbezetting in de afgelopen jaren flink toegenomen; er heeft een behoorlijke 'ligduurreductie' plaatsgevonden; de OK-bezetting is fors verbeterd en de artsen hebben minder afzeggingen van patiënten. Dit alles heeft tot gevolg dat er meer patiënten kunnen worden geholpen, patiënten minder lang in het ziekenhuis hoeven te verblijven en daarmee de kosten gereduceerd zijn, terwijl de inkomsten verbeteren. Daarnaast weet de patiënt nu veel eerder wanneer de operatie plaats gaat vinden en kan hij zijn privéleven daarop afstemmen. De wachttijden zijn verkort en de patiënt hoeft minder lang in het ziekenhuis te verblijven. Burgering: "Ik weet nog van vroeger toen ik een jaar of vier was en mijn vader geopereerd moest worden aan spataders. Hij werd er twee weken voor opgenomen in het ziekenhuis. Nu is het gewoon één dagopname. Alles móet en gaat ook sneller".

Begin 2007 werd aan het Franciscus Ziekenhuis het NIAZ-accreditatiebewijs uitgereikt. Dit is niet in de laatste plaats te danken aan de ontstane transparantie in de processen en de ontstane grip op de situatie. Dit kwaliteitskeurmerk van het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen staat voor een veilige en kwaliteitsbewuste organisatie. Het is hiermee het eerste ziekenhuis in West-Brabant dat deze accreditatie ontvangt. "Er zijn veel andere ziekenhuizen die interesse hebben in onze aanpak", besluit Burgering. "Wij zijn graag bereid ze te inspireren met dit procesdenken."

Jeroen de Groot

Drs. Jeroen de Groot (jeroen@processexpress.nl) is oprichter van Process Express en sinds 1996 werkzaam in het veld van BPM. Hij is tevens mede-oprichter en bestuurslid van BPM-Forum Nederland.

Met dank aan Christiaan Hol, senior consultant bij Process Express.