

Aad de Roo van Universiteit van Tilburg over BPM in zorg:

# VOORZICHTIG OPTIMISME

Aad de Roo moet er zelf af en toe om lachen als hij de ontwikkelingen in de Nederlandse zorg beschrijft en analyseert. De maatschappelijke onvrede over de prestaties van de zorg neemt almaar toe en overheid noch sector lijken bij machte om het beter te organiseren. Maar concludeer niet te snel, waarschuwt De Roo.

Door Robbert Hoeffnagel

**N**og afgezien van het feit dat dit soort mammoettankers nu eenmaal jaren – “een generatie”, verwacht De Roo zelf – nodig heeft om de koers te verleggen, ziet hij wel degelijk reden voor optimisme. “Het denken in zorgketens en -processen is er en de maatschappelijke druk om te veranderen wordt inmiddels heel duidelijk gevoeld.” Soms is aan de lach van Aad de Roo niet af te lezen of hij zich nu werkelijk vermaakt of dat hij toch een beetje als een boer met kiespijn het acteren van zijn branchegeenoten beziet en – zoals dat heet – ‘er het zijne van denkt’. De Roo is hoogleraar aan de Universiteit van Tilburg en bezet daar een leerstoel die luistert naar de naam Strategic Healthcare Management. Ook is hij actief bij het Erasmus Centrum voor Management Development in de Zorg (Erasmus CMDz) waar onder andere MBA’s worden aangeboden die zijn toegespitst op de zorgsector. In Tilburg is hij bovendien een van de drijvende krachten achter Tranzo, het wetenschappelijk centrum voor transformatie in zorg en welzijn. “In Tranzo zijn we een duurzame alliantie aangegaan met zorgaanbieders die op een gestructureerde manier aan innovatie willen doen”,

vertelt De Roo. “Binnen dit soort zorgbedrijven zijn allerlei mensen bezig met innovatie. Het idee achter Tranzo is: zet die mensen dan voor een langere tijd bij ons neer in een soort academische werkplaats waar zij onderzoek kunnen doen en met anderen kunnen samenwerken zodat nieuwe ideeën kunnen ontstaan.”

Het is heel duidelijk geen aanpak voor wat hij noemt *hit and run*-onderzoek. “We werken met een min of meer vaste bemanning en doen langdurig onderzoek waar gerust jaren overheen mag gaan. We maken afspraken met aanbieders in de zorg om gestructureerd onderzoek te doen voor een periode van vier jaar en die termijn kan stilzwijgend verlengd worden. Daarbij dekken we een breed onderzoeksterrein af, wat ons bij visitaties dan natuurlijk weer op een opmerking komt te staan dat ‘meer focus’ nodig is. Terwijl wij juist geloven dat een complexe branche als de zorg eerder gebaat is bij breed en vaak ook sterk uiteenlopend onderzoek.” In de zorg draait het momenteel veel om ketens. Met andere woorden: om zorgprocessen die de begrenzingen van individuele bedrijven of instellingen overschrijden. Met een gerust hart kunnen we stellen dat deze ketens lang niet altijd

goed functioneren, terwijl het positieve effect ervan ook nog niet erg duidelijk is. Dat laat zich goed verklaren, meent De Roo, al vindt hij tegelijkertijd dat we ons er niet bij moeten neerleggen. “Veel zorgaanbieders zijn inmiddels zelf groot en complex geworden, maar hebben grote moeite intern goede ketens neer te zetten. Hoe kunnen we dan verwachten dat dit in samenwerking met externe partners wel zou lukken?”

### Niet van de grond

Als we een stap terugzetten, dan ontstaat een beeld dat we van De Roo gerust merkwaardig mogen noemen. “De zorg bestond overwegend uit een hele reeks van zelfstandige partijen die ieder een zogeheten enkelvoudig portfolio kenden. We hadden dus aanbieders die zich met de gezinszorg bezig hielden, andere deden kraamzorg, we hadden kruisverenigingen, noem maar op. Zij waren gespecialiseerd in één type zorg. Tegelijkertijd zien we dat mensen die het ene type zorg nodig hebben, vaak ook behoefte hebben aan een ander soort zorgondersteuning. Daarvoor moest een zorgconsument dus iedere keer naar een ander loket, met alle problemen vandien. Een ketenaanpak kan dit oplossen door het verstrekken van deze zorg te integreren. Hierbij definieer je als aanbieders een aantal zorgprocessen die over de grenzen van meerdere aanbieders heenlopen. Op zich een logische gedachte, ware het niet dat deze ketens in de praktijk niet goed van de grond zijn gekomen.”

Dan krijgen we iets raars, meent De Roo. “Het lukt niet om die grensoverschrijdende ketens te realiseren. Men zag in de sector ook wel hoe dat kwam: het ontbrak aan een duidelijke ketenregie. Op dit onderwerp is veel gestudeerd, maar de kern van het verhaal is eigenlijk heel eenvoudig: alle partijen in een keten kunnen niet gezamenlijk de regie voeren. Daarvoor zijn de belangentegenstellingen vaak ook te groot. Ketenregie komt alleen goed van de grond als er sprake is van één partij die het heft in handen neemt en zo sterk of machtig is dat deze een stempel op de gehele keten kan zetten. Als je echter kiest voor een vorm die ik maar ‘regie door commissies’ zal noemen, dan is het mislukken van die aanpak eigenlijk al bij de start ingebouwd. En dat is dus ook precies wat er gaande is.”

Als reactie op dit niet van de grond komen, werd binnen de zorg een fusieproces op gang gebracht waarbij tal van schakels in de keten binnen een en hetzelfde bedrijf terecht kwamen. “Op zich logisch, want dan kan er een duidelijke commandostructuur worden gecreëerd waarin dus wel één partij de baas is: namelijk de directie van het nieuwe bedrijf dat uit de fusie is ontstaan. Maar kijk dan eens naar de logistieke ontwikkelingen in met name het bedrijfsleven. Daar zien we dat steeds vaker gewerkt wordt met supply chain management. Het succes van een supply chain zit vaak juist in het feit dat er sprake is van een netwerk van partners die een gezamenlijk belang hebben. Eigenlijk moeten we vaststellen dat de keuze om in de zorg voor fusies te gaan,

Foto: Harry Otto.



Aad de Roo: “De commandostructuur waarvoor we in de zorg gekozen hebben werkt vaak helemaal niet”.

waarbij op basis van hiërarchische structuren samenwerking en onderlinge afstemming wordt geregeld, feitelijk een stap terug is. Je kunt bovendien niet alles met een commandostructuur regelen. Eigenlijk ontkomen we niet aan een netwerkmodel, ware het niet dat we in de zorg juist de andere kant op gaan.”

### Gelijk maar niet gelijkwaardig

In een netwerk is iedereen in principe gelijk, maar niet per definitie altijd gelijkwaardig. Dit zou op papier grote machtsverschillen kunnen geven, maar dat wordt in een netwerk geregeld doordat alle schakels in het netwerk tegelijkertijd ook van elkaar afhankelijk zijn. Op die manier zit samenwerking en ketenregie dus als het ware in het model ingebakken. ▶

In de zorg is echter voor een andere aanpak gekozen: grote en in ieder geval op papier geïntegreerde concerns met een hiërarchisch model.

Toch moeten we inmiddels vaststellen dat het creëren van ketens ook binnen die grote zorgbedrijven niet goed is gelukt, stelt De Roo vast. Maar waarom niet? “Omdat die grote zorgconcerns helemaal geen geïntegreerde bedrijven zijn, maar veel meer losse netwerken van vaak min of meer zelfstandige activiteiten. We zitten dus met een ongelukkige mengvorm: een netwerk dat we proberen aan te sturen via een commandostructuur. Kijk, je kunt als thuiszorgbedrijf er wel voor kiezen om een splitsing aan te brengen tussen een front-office en een back-office, maar die front-office heeft alleen zin als het de medewerkers aan die balies wordt toegestaan om de in de back-office aanwezige zorgcapaciteit ook daadwerkelijk in te plannen en daarover afspraken te maken met bijvoorbeeld cliënten. Je moet de front-office niet terugbrengen tot een soort veredelde telefooncentrale, want dan heeft die hele splitsing geen zin. Maar dat is wel wat vaak gebeurt.”

Op papier zijn veel nieuwe zorgconcerns inmiddels al wel op een moderne manier gestructureerd, maar in de praktijk breekt men – ook intern – vaak nog niet door de traditionele autonomie van de voorheen zelfstandige bedrijfsonderdelen heen. Waar zit dat nu precies in? “Een belangrijk probleem is het feit dat er in de zorg niet zoiets als procesdenken bestaat. Iedere keer als ik mensen uit de zorg laat zien wat de voordelen van werken op basis van processen zijn, vindt men dat een enorme ‘eye opener’. Tegelijkertijd slaagt men er niet goed in om in het professionele denken de stap naar het procesdenken te maken.”

## Het realiseren van een elektronisch patiëntendossier is voor veel zorgbedrijven een grote worsteling

Met de term ‘professioneel denken’ verwijst De Roo naar een aanpak waarbij iedere zorgprofessional – een arts, een specialist – zijn eigen projecten start. “Enigszins overdreven gesteld: iedereen regelt alles zelf. Er wordt niet geanticipeerd op de vraag wat een patiënt met een bepaalde zorgbehoefte nodig heeft, men start op het moment dat die zorgbehoefte wordt vastgesteld simpelweg een nieuw project waarbij men zelf gaat bepalen wat vervolgens de stappen en de zorg zijn die de patiënt nodig heeft. Op zo’n manier valt er simpelweg niet op een goede manier te plannen. Kijk naar sommige specialisten die anno 2008 nog altijd weigeren om met een centraal afsprakenbureau mee te doen. Op die manier kunnen

vraag en aanbod natuurlijk nooit – als ware het een volwaardige supply chain – optimaal op elkaar afgestemd worden.”

### Rol van BPM

Een belangrijk bijkomend probleem is volgens De Roo het ontbreken van Customer Relationship Management. “Ik ken niet één zorginstelling die op een gestructureerde manier alle contacten met patiënten vastlegt. Of het elektronisch patiëntendossier (EPD) daarin verandering gaat brengen? Nee, want in een EPD liggen alleen de medische gegevens vast, het is geen patiëntvolgsysteem. Bovendien is het realiseren van een EPD voor veel zorgbedrijven al een grote worsteling. Laten we wel wezen: al jaren zijn partijen aan het strijden over technische standaarden en daar schiet geen patiënt wat mee op. Bovendien draait het bij veel partijen om angst: angst dat als men gegevens gaat delen een andere partij in de eigen bedrijfsvoering kan kijken. Maar dat is nu juist de kern van een supply chain en van een netwerkstructuur: andere partijen op een goed beveiligde manier toegang geven tot die informatie die zij nodig hebben om een optimale rol in de keten te spelen. Daar wordt je zelf als andere schakel in diezelfde keten immers ook weer beter van.

Als we in de zorg op die manier gaan samenwerken, zullen de voordelen op netwerkniveau enorm zijn. Daar is De Roo volledig van overtuigd. “Het ontbreekt in de meeste zorgbedrijven en bij managers echter aan het referentiekader om dit soort voordelen te zien en op waarde te schatten. Koppel nu eens het EPD aan een patiëntvolgsysteem. Het EPD is namelijk niet veel meer dan een statische weergave van de gezondheidssituatie van een patiënt. Maar er kan veel meer. Willen we een zorgproces op een fatsoenlijke manier kunnen aansturen, dan hebben we een database met klant- c.q. patiëntgegevens nodig. Op basis van die informatie kunnen we in veel gevallen de vraag naar zorg voorspellen en kunnen we dus ook het aanbod daarop afstemmen. Bovendien kunnen we dan antwoord geven op de vraag hoe dit het beste kan worden geregeld. Op die manier kunnen we ook een concept als ‘customer intimacy’ gaan gebruiken om werkelijk concurrentie in te bouwen. Want dat gebeurt in deze pseudo-markt helemaal niet.”

Wat is nu precies de rol van BPM in dit alles? “BPM is een oplossing voor de technische kant. Het helpt om de zorgprocessen technisch te ondersteunen. We gaan naar een vorm van procesdenken, waarbij allerlei schakels in en tussen zorgbedrijven steeds beter aan elkaar worden geknoopt. Dat zien we nu al steeds meer gebeuren. In het MBA-programma aan de Erasmus heeft bijvoorbeeld iemand een afstudeerproject gedaan waarbij simpelweg in een ziekenhuis is gemeten waar nu precies een aantal knelpunten in de patiëntenbehandeling op de interne afdeling zat. Gewoon door te meten, zoals dat bijvoorbeeld ook gebeurt als er in een bedrijf ergens een productie- of logistiek probleem ontstaat. Het is niets anders dan de ‘theory of constraints’

toepassen. Uit zo'n project komt een aantal bottlenecks naar voren, vaak op hele andere plaatsen dan je in eerste instantie misschien zou denken. Dat los je vervolgens op door te gaan onderhandelen: "als jullie op die plek in de keten nu eens iets meer capaciteit beschikbaar stellen, dan breng ik aan onze kant die-en-die veranderingen aan waardoor jullie weer sneller en makkelijker kunnen werken". Op die manier kon in dit ziekenhuis een aantal grote knelpunten worden opgelost. Ik bedoel maar te zeggen: die commandostructuur waarvoor we in de zorg gekozen hebben werkt vaak helemaal niet. Wat wel helpt is als de spelers in een netwerk van schakels met elkaar gaan onderhandelen, afspraken maken over een eenduidige regie en proberen de gehele supply chain te optimaliseren."

### Business process redesign

"Natuurlijk ontstaan dan weer elders nieuwe problemen, maar op deze manier kun je wel stap voor stap verbeteringen aanbrengen. En let wel: hiermee is ook direct duidelijk dat een ziekenhuis juridisch gezien dan misschien één entiteit mag zijn, functioneel bekeken is het toch eerst en vooral een reeks van netwerken van min of meer zelfstandige activiteiten. Doordat iedere keer nieuwe bottlenecks naar voren komen, net als bij filebestrijding zeg ik wel eens, lijkt het wellicht of deze aanpak van meten en onderhandelen niet werkt. Het alternatief is om als ziekenhuis alles in één keer aan te pakken. Dat levert echter een dusdanig groot transformatieproces op dat de mogelijkheid om dat te doen maar heel klein zal zijn."

Het project in het ziekenhuis van zijn oud-student is wat De Roo noemt 'een mooi voorbeeld van business process redesign'. "Er verandert in de zorg dus wel degelijk iets, al duurt het allemaal lang. Dat is ook niet zo vreemd, want veel werkgewoontes zijn diep verankerd in de cultuur, de machtsverhoudingen, de administratieve processen, de beloningsstructuren, noem maar op. In feite gaat het bij de succesvolle toepassing van het procesdenken om niets minder dan cultuurverandering, waarbij ook nog eens geldt dat de richting waarin we gaan voor velen niet duidelijk is. Er moet veel uitgetoet worden en dat kost allemaal tijd. Ik schat eerlijk gezegd dat er een generatie zorgmedewerkers – ofwel twintig jaar – overheen gaat voordat we helemaal over zijn op een nieuwe manier van werken."

Tegelijkertijd stelt De Roo: "De beer is echter wel degelijk los. Het logistiek denken is in de zorg – mede door het werk van de Plexus Group – echt aan het doorbreken. Kijk maar eens naar het nieuwe ziekenhuis dat in Sittard wordt gebouwd. Dat wordt geheel papierloos. Alles wat op papier binnenkomt – bijvoorbeeld een verwijsbriefje van de huisarts – wordt eerst gescand. De medewerkers hebben daarnaast uitgebreid de nieuwe werkprocessen in speciaal daarvoor ingerichte tenten kunnen beproeven. Alle werkprocessen worden vanuit SAP ondersteund. Dit ziekenhuis gaat een enorme uitstraling hebben."

### Bloed, zweet en tranen

"Of neem het Amphia Ziekenhuis in Breda. Daar heeft men patiëntengroepen logistiek gezien helemaal uit elkaar getrokken in onder andere urgent, acuut, electief en chronisch. Elk van deze vier patiëntgroepen vraagt namelijk om een ander behandelproces. We zien dus stap voor stap dat er steeds meer procesmatig wordt gewerkt. De komende tien jaar wordt dit hét thema in de zorg. De 'drivers' die hierbij een rol spelen, zijn heel duidelijk. De eerste is het feit dat de theoretische concepten om de bedrijfsvoering te verbeteren inmiddels zijn vertaald naar de zorg. Dat moest ook wel eerst gebeuren, aangezien de zorg alleen al door zijn financieringsstructuur toch heel anders in elkaar zit dan bijvoorbeeld de industrie. Daarnaast is er steeds meer maatschappelijke druk.

## De theoretische concepten om de bedrijfsvoering te verbeteren zijn inmiddels vertaald naar de zorg

We zijn met z'n allen gewoon ontevreden over de servicekwaliteit die in de zorg wordt geboden. Een derde aanjager is dat er slechts een beperkte hoeveelheid geld beschikbaar is. De aloude kaasschaaf helpt niet meer, dus moeten we het nu wel van redesign hebben. De belofte van het procesdenken is dat we op het gebied van zowel kosten, efficiency als servicekwaliteit een paar hele grote stappen kunnen zetten. Dat besef begint steeds meer in de zorg door te dringen."

De vraag is natuurlijk wel: hoe komen van A naar B? "In de zorg zitten we met een extra complicatie: er is geen sprake van een financiële keten. Als een huisarts een patiënt verwijst naar een specialist gaat er geen geld heen en weer. Dat is in het bedrijfsleven natuurlijk heel anders. Daar gaan producten downstream en gaat geld upstream. Met andere woorden: alle partijen in een keten zijn zowel wat de feitelijke werkzaamheden betreft als financieel aan elkaar gekoppeld. In de zorg wordt iedereen in de keten echter afzonderlijk betaald. Waar er in de industrie sprake is van een financiële prikkel om de keten efficiënter te laten werken, ontbreekt dat mechanisme dus in de zorgketen."

De Roo is optimistisch over de impact die het procesdenken op de zorgsector inmiddels al heeft en in de toekomst nog zal hebben. "Natuurlijk gaat het traag en natuurlijk willen we allemaal graag sneller. Tegelijkertijd zie ik echter dat er tal van initiatieven zijn ontstaan die laten zien dat we ons wel degelijk in de goede richting bewegen. Maar ik geef toe: het is een traject dat veel bloed, zweet en tranen vergt."

Robbert Hoeffnagel is freelance journalist.