

# **“Voorkomen is beter dan genezen”**

**Een besturingsmodel voor medisch facilitaire afdelingen in ziekenhuizen**

Deel 2 – de parameters in het model

## Voorwoord

*Dit is het tweede deel van het artikel over een besturingsmodel voor medische decentrale eenheden. In het eerste deel worden het model en de verantwoordelijkheden van de partijen binnen het model beschreven. Het tweede deel gaat over de parameters, of prestatie-indicatoren, die binnen het model een rol spelen om het proces te sturen.*

## Verantwoordelijkheid en parameters

De kunst van het definiëren van parameters ligt in het juist stellen van de voorwaarden waar de parameter aan moet voldoen:

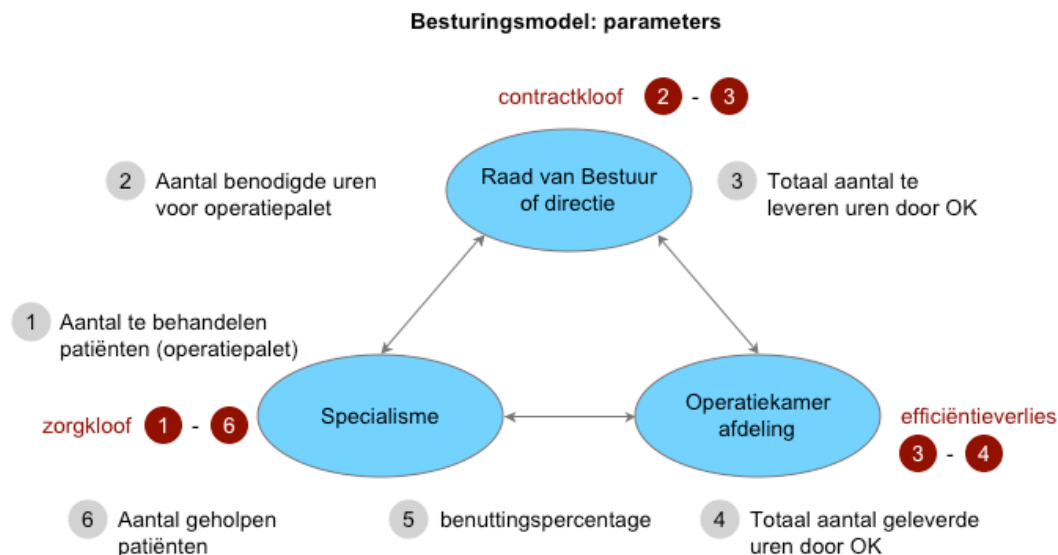
- Aansluiten bij de verantwoordelijkheid;
- Transparant zijn: eenduidig gedefinieerd;
- Beïnvloedbaar door de partij aan wie de parameter is toegewezen;
- In samenhang met de andere parameters een transparant beeld geven van het gehele proces;

Met name het derde punt is een punt waar vaak tegen gezondigd wordt. Wanneer een parameter of indicator onderdelen bevat die een stuk van het proces weergeven dat niet beïnvloed kan worden zal men nooit de verantwoording nemen voor de waarde van de parameter: strategisch gedrag is het gevolg wat vaak resulteert in een verslechtering van het proces.

Het vierde punt is lastig, het aantal parameters moet klein genoeg zijn om overzichtelijk te blijven en groot genoeg om een gesloten systeem weer te geven waardoor helder is wat het eindresultaat is van beslissingen die aan het begin van een jaarlijkse budgetcyclus worden genomen.

## De parameters in het model

In het model worden per partij de volgende parameters onderscheiden.



### Specialisme

- Het aantal te behandelen patiënten en het bijbehorende operatiepalet conform de afspraken die met de ziektekostenverzekeraars zijn gemaakt.
- Het aantal daadwerkelijk behandelde patiënten aan het eind van de cyclus.

Het verschil tussen deze twee parameters wordt de “zorgkloof” genoemd.

Raad van Bestuur of Directie

- Totaal budget toe te wijzen uren aan specialisme op de OK (operatiepalet \* gemiddelde duur van ingrepen in het palet + opslag voor onzekerheid)
- Totaal budget OK (aantal door OK te leveren uren \* personeelkosten + materiaalbudget + budget voor verkoeveruren)

Het verschil tussen deze twee parameters wordt de “contractkloof” genoemd.

Wanneer de financiering van de OK via de specialismen plaatsvindt zal binnen het budget van het specialisme deze berekening moeten plaatsvinden. De Raad van Bestuur of Directie blijft verantwoordelijk voor een juiste allocatie.

OK

- Totaal aantal te leveren OK uren
- Totaal aantal geleverde OK uren

Het verschil tussen deze twee parameters wordt het efficiëntieverlies genoemd.

Op basis van deze parameters kunnen een aantal cruciale prestatie-indicatoren berekend worden die gedurende het jaar gemeten kunnen worden zodat bijsturing kan plaatsvinden. Drie daarvan hebben de revue al gepasseerd:

- Contractkloof
- Efficiëntieverlies
- Zorgkloof

Daarnaast zijn de volgende indicatoren van belang:

- Normwaarde benutting OK
- Benutting OK

## Normering van de OK benutting

De enige zekerheid die men op een Ok heeft is dat een ingreep nooit precies zo lang duurt als van tevoren ingeschat is. Deze onvoorspelbaarheid is inherent aan het zorgproces en resulteert in onderbenutting of overwerk van het OK personeel. Door duidelijke regels te stellen aan de planning kan dit van dag tot dag zo veel mogelijk vermeden worden, maar voor de strategische jaarplanning zal een bepaalde mate van onzekerheid verdisconteerd moeten worden in het budget om structurele uitloop te voorkomen.

Op basis van het voorgenomen operatiepalet kan op basis van historische cijfers berekend worden per ingreep uit het palet wat de historische gemiddelde duur is en wat de mate van spreiding is. Door een berekening kan worden uitgerekend wat bij een vast te stellen mate van zekerheid het aantal benodigde uren is om het operatiepalet uit te kunnen voeren.

Dit betekent dat een bekend deel van de onderbenutting of uitloop in het budget is verdisconteerd, dit vormt de ‘slack’ in het proces die garandeert dat het aantal voorgenomen ingrepen ook daadwerkelijk uitgevoerd kunnen worden, zonder de OK te over- of onderbudgetteren.

De normwaarde voor de OK benutting van een specialisme kan dan berekend worden door de ingrepen van het operatiepalet te vermenigvuldigen met de gemiddelde duur en te delen op het totaal aantal ter beschikbaar te stellen uren, inclusief de opslag voor onzekerheid. Hoe minder voorspelbaar de duur van de ingrepen in het operatiepalet zijn hoe lager de normwaarde is.

De daadwerkelijke benutting kan dan worden berekend door het daadwerkelijk aantal gebruikte uren (de totale OK sessietijd per ingreep) te delen op het daadwerkelijk aantal beschikbaar gestelde uren. Hoe dichter het benuttingscijfer ligt tegen de normwaarde hoe beter.

## Geplande en ongeplande ingrepen

Het model is met name toegespitst op het managen van geplande ingrepen. Het merkwaardige fenomeen doet zich voor dat acute operaties in volume van jaar tot jaar zeer voorspelbaar zijn. De verklaring is vrij eenvoudig: de capaciteit voor acute opvang enerzijds en het aanbod anderzijds bepaalt in de praktijk vaak wat als acuut aangemerkt wordt. Een simpele allocatie van budget voor opvang van ongeplande operaties is voldoende om deze categorie van ingrepen te sturen en de uitputting van dit budget kan gewoon van jaar tot jaar gevolgd worden.

Waar afspraken over geplande ingrepen te sturen zijn, is dat voor acute ingrepen uiteraard wat lastiger. De regionale functie van het ziekenhuis bepaalt in hoge mate het aanbod van acute patiënten.

Hoe de opvang van acute ingrepen wordt verwerkt in het dag- of avondprogramma van een OK is aan de OK organisatie, het model doet daar geen enkele uitspraak over want voor de omvang van de capaciteit maakt het niet uit.

## De indicator en de nuance

Achter ieder indicator ligt natuurlijk de weerbarstige werkelijkheid van de alledaagse communicatie tussen mensen, fysieke problemen, veranderende inzichten en afspraken en 3.000 verschillende verklaringen waarom het benuttingscijfer is zoals het is.

Het model beoogt niet een exacte representatie te zijn van die complexe werkelijkheid maar juist een handvat te bieden om die complexe alledaagse werkelijkheid aan te sturen, waarbij iedere partij een duidelijke verantwoordelijkheid krijgt en de ruimte en middelen om die verantwoordelijkheid in te vullen. Een medisch facilitaire afdeling maakt nu eenmaal onderdeel uit van de totale logistieke zorgketen en het afstemmen van capaciteiten in de keten is nu precies de uitdaging waar ziekenhuizen in tijden van maatschappelijke druk tot efficiëntie in de zorg voor staan. Om die capaciteiten af te stemmen moet inzichtelijk zijn welke parameters de capaciteitsomvang bepalen en waar in het proces de capaciteit wel of niet goed benut wordt. En dat is nu precies wat dit model beoogt te ondersteunen.

*Wilt u naar aanleiding van dit artikel meer weten of van gedachten willen wisselen of een reactie willen geven, dan kunt u contact opnemen met Martijn ten Napel op het e-mailadres [info@clupconsultants.nl](mailto:info@clupconsultants.nl)*