

DE MYTHER VAN DE BEHEERSBAARHEID

Planningsdrift zit vermogen om snel te reageren danig in de weg

Meer plannen leidt tot meer efficiëntie, zo is de gedachte. Toch gaat dat voor ziekenhuizen niet op. De gezondheidstoestand van patiënten kan namelijk elk moment veranderen. Daarom moet niet de planning sturend zijn, maar de realiteit. Hoe complex die ook is.

MARC ROUPPE VAN DER VOORT
BART BERDEN
FRITS VAN MERODE

Iedereen is het erover eens dat de zorg efficiënter moet worden om tegemoet te komen aan de toenevende zorgbehoefte de komende jaren. Over de manier waarop dat te bereiken is, bestaat minder overeenstemming. Bij discussies daarover is een kloof ontstaan die de ontwikkeling van de zorg hindert. Enerzijds is er de roep tot meer doelmatigheid om tot kostenbeheersing te komen. Anderzijds roepen artsen op tot een vermindering van de bureaucratie, meer controle over de eigen werkdruk en bewegingsruimte die past bij de professionele verantwoordelijkheid. Om deze kloof te overbruggen, is het nodig ons te richten op dat wat de zorg van oudsher

zo krachtig maakt: de relatie tussen zorgverlener en patiënt en het vermogen om van daaruit direct op ontwikkelingen te kunnen reageren. Deze bijzondere kracht en de wijze waarop de zorg is voorbereid op het onverwachte noemen we het reactief vermogen van de zorg.¹

Tijdens het consult noemt de patiënt in een bijzin iets waarin de sleutel ligt tot wat er werkelijk aan de hand is. Elk moment kan er iets veranderen in de

Dit komt vooral tot uitdrukking in twee kenmerken van de huidige manier van plannen in zorgorganisaties: beschikbare capaciteiten worden lang voordat de zorgvraag zich voordoet vastgelegd én planning is een instrument om beschikbare capaciteiten te verdelen (in plaats van die optimaal in te zetten). Het doel van planning is verworden tot het van tevoren vastleggen van zaken. Dat de werkelijkheid anders is, lijkt daar-

Planning maakt het mogelijk om tijdig maatregelen te treffen

gezondheidstoestand van een opgenomen patiënt, wat direct vraagt om een reactie. Artsen zijn bijzonder alert voor dergelijke signalen, in staat om er meteen op in te spelen en indien nodig terstond actie te ondernemen. Hieruit blijkt een hoge mate van flexibiliteit om de werkzaamheden te laten bepalen door de situatie. Het is de kunst van het management om deze vaardigheid niet te willen beheersen, maar om een organisatie te ontwikkelen die op deze kracht voortbouwt.

AANBODGERICHT

Door de noodzaak tot kostenbeheersing is binnen zorgorganisaties een steeds grotere scheiding ontstaan tussen zij die de middelen nodig hebben (de zorgverleners) en zij die over omvang en verdeling ervan beslissen (beleidsmakers en managers). Ondanks dat veel organisaties zeggen dat ze de patiënt centraal stellen, wordt er steeds meer gestuurd vanuit het aanbod. Dit heeft alles te maken met het feit dat het beheersen van het aanbod makkelijker lijkt dan het voortdurend inspelen op de reële zorgvraag.

bij niet zo'n grote rol te spelen. Nu is planning onontkoombaar, maar bij de wijze waarop dit nu vaak gebeurt en in de toekomst dreigt te gaan, wordt geen gebruikgemaakt van de grote kracht van zorgverleners: het reageren op de echte stand van zaken.

SCHIJNWERKELIJKHEID

Planning maakt het mogelijk om tijdig maatregelen te treffen. Het vergt echter coördinatie en afstemming en voegt op zichzelf geen waarde toe: er wordt geen patiënt (direct) beter van. Om die reden zou je er dus zo min mogelijk tijd en geld aan willen besteden. De praktijk is echter anders. Zo laten metingen zien dat veel poliklinieken 20 tot 40 procent van de (soms een halfjaar vooruit) geplande afspraken verzetten, omdat het spreekuur tegen die tijd geen doorgang meer vindt.² Dat kan op jaarbasis voor één polikliniek meer dan 2000 brieven opleveren, inclusief veel telefoonverkeer, overleg et cetera. Ook door patiënten zelf wordt regelmatig een afspraak verzet of, erger nog, de patiënt komt helemaal niet opdagen. Alles opgeteld ontstaat het beeld dat

de kans groter is dat een afspraak wordt verzet dan dat die doorgaat.

De realiteit is dat we in de zorg veel te ver vooruit plannen. Die planning komt nooit uit, omdat de toekomst altijd anders is dan verwacht. Dat zou nog niet zo erg zijn als we het onszelf niet node-loos ingewikkeld maakten: we plannen alles vol, maken onderscheid tussen allerlei urgentiecategorieën en proberen rekening te houden met spoedzaken. Het blijkt niet te werken. De realiteit is dat plannen, maar vooral het corrigeren daarvan, veel energie kost en het vervolgens ook niet tot een goede afstemming tussen vraag en aanbod komt. We moeten dus minder plannen en ons meer laten leiden door de realiteit - en niet door de planning die haar eigen schijn-werkelijkheid schept.

BEZETTINGSGRAAD

Hoe meer onzekerheden, hoe minder zinvol planning is. Overmatig plannen maakt het moeilijk om onverwachte ontwikkelingen tijdig waar te nemen. De neiging ontstaat om signalen lang te negeren, totdat ze onvermijdelijk worden.³ Als gevolg van de wijze waarop we sturen op planning, moeten we door onzekerheden die zich nu eenmaal voordoen voortdurend op het laatste moment corrigeren. Doordat het ziekenhuis steeds complexer is geworden, lukt dat steeds slechter.

Zowel het ziekenhuis als de afdelingen hebben daar echter niet zo'n last van. Reden hiervoor is dat zaken die van belang zijn voor de patiënt, zoals een korte wacht- en doorstroomtijd, nauwelijks van invloed zijn op de beloning van het ziekenhuis. Bezettingsgraden zijn daarbij wel een belangrijke factor. Het is opmerkelijk dat slecht functionerende ziekenhuizen vaak wel hoge bezettingsgraden kennen. Dit komt doordat de bezettingsgraad een optelsom van de bezetting van zijn onderdelen is. De som zegt echter niets over de prestaties van het geheel. Beloning op basis van wacht- en doorstroomtijden zou daarom effectiever zijn, omdat prestaties dan de samenhang in de organisatie weer spiegelen.

BUFFERCAPACITEIT

Een en ander heeft ertoe geleid dat we zo flexibel als een loden deur zijn geworden. Zou het niet logisch zijn dat in een maand waarin meer patiënten vragen om een poliklinische consult er meer

sprekuren plaatsvinden en dat in de maand erna de bijbehorende OK's kunnen worden uitgevoerd? Om dat te realiseren, moeten we beter reageren op fluctuaties in de vraag. Dat impliceert dat met kleine fluctuaties wordt 'meebewogen', bijvoorbeeld door in iets drukkere perioden sprekkuren en OK's iets langer door te plannen. Grotere fluctuaties moeten echter vroegtijdig worden herkend. Reageren hierop kan bijvoorbeeld door te sturen op het percentage vrije ruimte in de spreekuuragenda over

buffercapaciteit is noodzakelijk om dergelijke flexibiliteit mogelijk te maken. De kunst is om die buffercapaciteit te kunnen aanwenden zodra het nodig is. Blijft de buffer leeg, dan kan de resterende tijd op andere wijze zinvol worden besteed. Uitgangspunt is en blijft de balans tussen planning en reactie.

Dergelijke werkwijzen zijn ook mogelijk op diagnostische afdelingen, OK's, de IC, klinieken et cetera. Zo zou bijvoorbeeld 60 procent van de snijtijd op jaarbasis over de snijdende specialis-

DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

De realiteit is dat het plannen in ziekenhuizen veel energie kost en dat het vervolgens niet komt tot een goede afstemming tussen vraag en aanbod.

de komende periode. Als dat onder een kritiek punt komt, moeten er afspraken zijn over hoe bijvoorbeeld over vier weken extra sprekkuren en OK-dagen kunnen worden gedraaid. Voor niet-snijdende specialismen is het mogelijk om over het hele jaar 15 procent extra spreekuurtijd in te plannen en voor elk spreekuur het laatste deel het laatst in te plannen. In rustige perioden is het dan eenvoudigweg eerder afgelopen. Welke vorm ook de voorkeur heeft, enige

men verdeeld kunnen worden; vervolgens is 20 procent te verdelen afhankelijk van de fluctuaties per periode en is de laatste 20 procent per twee weken ad hoc bruikbaar op basis van actuele ontwikkelingen.

HEILIGE HORIZON

Een interessante vraag is welke patiënten graag zo vroeg mogelijk de OK-datum wil meekrijgen, zodat ze tijdig het nodige kunnen regelen, en hoeveel >>

SAMENVATTING

- *Artsen hebben behoefte aan vrijheid van handelen. Vanuit de noodzaak tot kostenbeheersing is echter een eenzijdige nadruk ontstaan op plannen en beheersing.*
- *Het risico bestaat dat daarmee het kind met het badwater wordt weggegooid, te weten het vermogen om snel te kunnen reageren.*
- *Artsen moeten leren hoe ze door een betere planbaarheid van zorg efficiënter kunnen werken, zodanig dat ze beter kunnen reageren op niet-planbare zorgvragen.*
- *Zorg vergt een balans tussen planning en reactie. Om die balans te vinden wordt gepleit voor de introductie van het begrip 'reactief vermogen'.*
- *Er is meer kennis nodig over het reactief vermogen van ziekenhuizen, zodat de organisatie beter kan aansluiten bij kenmerken van de zorgbehoefte én de intuïtieve werkwijze van de zorgverlener.*

<< er juist de voorkeur aan geven om zo kort mogelijk van tevoren opgeroepen te worden, zodat ze minder lang nerveus hoeven te zijn. Met de tweede groep kunnen de laatste gaten op de OK op een patiëntgerichte wijze worden gevuld.

Als we beter kunnen reageren, scheppen we ook meer mogelijkheden voor patiëntgestuurde zorg.⁴ Zodra sommige patiëntengroepen bijvoorbeeld wordt geleerd om op eigen initiatief een vervolgspraak te maken, moeten ze als ze bellen ook snel terechtkunnen en op die afspraak kunnen vertrouwen. Dit betekent een stabiele korte toegangstijd, flexibiliteit om in drukke periodes

meer patiënten te kunnen zien en een heilige horizon van bijvoorbeeld vier of zes weken

gereageerd. Hiertoe is het nodig om het ingesleten patroon van wantrouwen en beheersing te doorbreken. De werkelijkheid laat zich immers niet reduceren tot het beheersmatig sturen op basis van cijfers en plannen.

Tegelijk moeten we erkennen dat we geen goede zorg kunnen leveren zolang we onze capaciteit los van de vraag plannen. We kunnen beter inspelen op de kenmerken van de zorg door bij elke situatie gevoel te krijgen voor de mate van onzekerheid en complexiteit. De bijbehorende balans tussen planning en reactie moeten we op basis daarvan te organiseren.

Overigens gaat het niet zozeer om het bereiken van die balans op een individuele afdeling, maar in de manier waarop dit voor elke afdeling samenhangt met alle andere afdelingen waar een patiënt mee te maken krijgt. Immers, dan pas

Organiseren vanuit planning én reactie

waarbinnen geen gesprekken worden afgezegd. Opvallend is dat onderzoek

laat zien dat dit niet alleen betere zorg en meer vertrouwen in het systeem oplevert, maar dat het aantal controleconsulten hierdoor ook sterk afneemt.⁵

LOSLATEN

Werkwijzen zoals hier beschreven, bieden voldoende zekerheid om te anticiperen en voldoende ruimte om te reageren. Organiseren gebeurt dan niet vanuit beheersing, maar vanuit planning én reactie. Dit vergt het loslaten van zekerheden en het bieden van beslissingsruimte, zodat snel kan worden

wordt het bereiken van een balans tussen planning en reactievermogen complex en nemen de onzekerheden toe.

Om te leren hoe dit goed is te organiseren, is meer inzicht nodig. Het St. Elisabeth Ziekenhuis doet samen met de Universiteit Maastricht onderzoek naar welke mate van 'reactief vermogen' de huidige zorg van ziekenhuizen vraagt, welke factoren de omvang ervan bepalen en welke strategieën ervoor kunnen zorgen dat de juiste mate van 'reactief vermogen' aanwezig is. Hiermee willen we een bijdrage leveren om efficiënt en flexibel te organiseren, zodoende dat de organisatie beter aansluit bij de behoeften van de patiënt en de werkwijze van de zorgverlener. ■

drs. M.B.V. Rouppe van der Voort,
manager Innovatie, St. Elisabeth Ziekenhuis

dr. H.J.J.M. Berden,
Raad van Bestuur, St. Elisabeth Ziekenhuis

prof. dr. G.G. van Merode,
hoogleraar Logistiek en Operations Management, Universiteit Maastricht

Correspondentieadres: m.rouppevandervoort@elisabeth.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Referenties

1. Van Merode GG. *Lessen uit de zorg: flexibiliteit en alertheid. Zorgvisie* 6a, juni 2004. 2. *Gemeten in diverse Doorbraakprojecten 'Werken zonder wachtlijst'. Meer informatie: Rouppe van der Voort MBV, Janssen SFMM, Minkman MMN, Schellekens WMLCM en Slot S. De balans opgemaakt. Medisch Contact, 2004; 59 (14): 546-9.* 3. Weick KE en Sutcliffe KM. *Managing the unexpected*, Jossey-Bass, San Francisco, 2001. 4. Kuper HH, Kruissen MWM, Sauerwald VAH, Rouppe van der Voort MBV, *De winst van gedeelde zorg, Medisch Contact, 2004; 59 (10), 370-2.* 5. Hewlett S, Mitchell K, Haynes J, Paine T, Korendowych E, Kirwan JR, *Patiënt-initiated follow-up for rheumatoid arthritis. British Society for Rheumatology, 2000, 990-7.*

De meeste referenties bij dit artikel zijn op de site aanklikbaar via:
www.medischcontact.nl/dezeweek.

