

# Verlaging van kosten met verhoging van kwaliteit?

Miriam van Cleef

*Kosten verlagen met behoud van kwaliteit. Dit is slechts een van de vele voorbeelden van tegenstrijdige belangen waarmee zorginstellingen te maken hebben. Als voor die kostenverlaging bijvoorbeeld alleen de loonkosten worden verlaagd, kan de uitkomst van deze actie wel eens onverwacht slecht uitpakken. Beter is het daarom te denken in termen van processen. Verbeteringen realiseren is processen herinrichten. Het eerste in een serie van drie artikelen.*

Een ziekenhuis heeft te maken met tal van specialismen, een grote verscheidenheid aan afdelingen en daarmee een grote verscheidenheid aan belangen. Ziekenhuizen bevinden zich in een wereld waarin externe partijen steeds hogere eisen stellen aan de kwaliteit, veiligheid en efficiency, een wereld waarin de technologie een steeds dominantere rol speelt en een wereld waarin de regelgeving steeds opnieuw sterk verandert. Kortom een wereld waarin tal van verbeteringen en veranderingen gerealiseerd moeten worden.

De vraag is in hoeverre we in staat zijn om deze verbeteringen te realiseren en verankeren zodanig dat er een opwaartse spiraal ontstaat waarin verschillende aspecten (efficiency, kwaliteit et cetera) steeds op een hoger niveau komen.

## Tal van doelstellingen met ontoereikend resultaat?

Om te overleven in deze complexe wereld van externe en interne belangen bevat het jaarplan van een ziekenhuis (afdeling) tal van doelstellingen.

Doelstellingen die ogenschijnlijk zelfs tegenstrijdig aan elkaar zijn: een verlaging van de kosten in combinatie met een verhoging van de kwaliteit, een verhoging van de omzet met gelijkblijvende productiecapaciteit. Op een hoog abstractieniveau worden voor deze doelstellingen kaders geformuleerd: zo komt het niet zelden voor dat een kostenverlaging wordt vertaald naar een afbouw van personeel, evenredig verdeeld over de verschillende afdelingen (bijvoorbeeld uitgedrukt in een percentage van de loonkosten).

De vraag is nu wat de impact is van een dergelijke geïsoleerde actie is. Zolang er een overcapaciteit is op een afdeling, is een afname van personeel geen probleem: hier is sprake van het wegsnijden van vet.

Het wordt wel een probleem als er op korte termijn sprake

is van een productiegroei voor de betreffende afdeling c.q. geen vet meer aanwezig is. In dat geval zal de afdeling zelf naar een manier zoeken om met de beperkte capaciteit om te gaan: de acties die veelal als eerste worden stopgezet zijn die acties die niet meteen bijdragen aan het productieresultaat op dat moment. Dit leidt tot situaties waarin personeel geen tijd meer neemt om incidenten aan te kaarten of op te pakken met als gevolg dat patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg op termijn verminderen.

Voorgaande betekent dat slechts een beperkt deel (kostenverlaging) van de doelstellingen wordt gerealiseerd in het operationele proces terwijl op andere gebieden (bijvoorbeeld kwaliteit) sprake is van een achteruitgang.

Het gescheiden verwezenlijken van doelstellingen leidt vaak niet tot het gewenste effect.

## Tussenstap

Om het realiseren van de doelstellingen in het jaarplan te bevorderen is het van belang om de doelstellingen eerst te vertalen naar consequenties voor het operationele proces. Vervolgens kan worden ingeschat wat de consequenties zijn in termen van personeelsopbouw, geld, informatievoorziening en middelen. Deze extra tussenstap stelt ons in staat om inhoudelijk richting te geven aan de verandering.

Het dwingt tot het onderkennen van de samenhang van de verschillende doelstellingen en het kiezen van een integrale oplossing.

Het voorbeeld van kostenverlaging zou er als volgt kunnen uitzien: we gaan de kosten verlagen door de baliefunctie op de poliklinieken te optimaliseren: in plaats dat de patiënt zich meldt bij de balie kan hij zich melden bij een "zuil" door zijn/haar identiteitskaartje door een barcodelezer te halen. Een impactanalyse laat zien wat dit betekent voor perso-

neel (afbouw bij de poliklinieken), informatie (aanschaf extra apparatuur/programmatuur door de afdeling ICT) en financiën. Deze aanpak geeft duidelijk richting aan de verandering en biedt de mogelijkheid om op basis van een integrale impactanalyse een afgewogen ziekenhuisbesluit te nemen.



### **Een afdeling een koninkrijk?**

In het voorbeeld zien we dat een bezuiniging bij de ene afdeling (polikliniek) leidt tot een verhoging van kosten bij een andere afdeling (ICT afdeling).

Hierdoor wordt meteen duidelijk dat een afdelingsplan geen één op één vertaling is van het ziekenhuisplan is (niet iedereen heeft gelijke doelstellingen). Het afdelingsplan omvat die elementen die van toepassing zijn op die specifieke afdeling, waarbij de realisatie in afstemming met andere afdelingen moet plaatsvinden. Kortom: een afdeling is geen kleine onderneming op zich, het is een schakel in een groter geheel.

In de huidige praktijk komt het vaak voor dat een afdeling gericht is op het behalen van de eigen doelstellingen en niet altijd oog heeft voor de consequenties van haar handelen voor de andere afdelingen. Op het moment dat een SEH besluit om de anamnese te beperken tot het "urgente" gedeelte, heeft dit gevolgen voor de afdeling die de patiënt overneemt: die zal de anamnese verder moeten afronden.

Voorgaande vereist samenwerking in de keten: een samenwerking die niet alleen gericht is op het leren van elkaar en het verbeteren van de koppelpunten, maar een handelen vanuit het besef dat ze samen verantwoordelijk zijn voor het ketenproces. Het besef dat ze samen moeten toewerken naar een optimum.

Ook in dit kader biedt het denken in processen een meer-

waarde. Zodra inzicht verkregen is in het hele proces (van zorgvraag, levering, facturering t/m inning), kan ook duidelijk worden aangegeven op welke manier iedereen kan bijdragen aan het succesvol functioneren van het proces.

Het proces kan in deze ook gezien worden als een set van afspraken over de wijze van werken inclusief de werkverdeling over de afdelingen en medewerkers.

Dit impliceert tevens dat in de aansturing van de afdelingen het "procesdenken" ook een belangrijke rol speelt.

Een afdeling wordt dan niet alleen beoordeeld op het behalen van doelstellingen in de eigen afdeling, maar op de bijdrage in de keten ofwel een bijdrage in het ziekenhuisresultaat.

### **Verankeren van gerealiseerde verbeteringen?**

Bij het realiseren van een verandering (bijvoorbeeld: naleven hygiëneregels in het kader van patiëntveiligheid) is er vaak zoveel aandacht voor een specifiek aspect dat iedereen doordrongen is van het belang.

Zodra de aandacht verschuift naar een volgend aspect, lijkt verdere voortgang echter te stagneren. Het blijkt moeilijk om de aandacht vast te houden, met als gevolg dat het resultaat stabiliseert of erger nog: weer achteruitgaat.

Iedereen kent wel situaties waarin de kosten op het ene moment verlaagd worden en vervolgens, als gevolg van extra kwaliteitseisen, weer toenemen. Er ontstaat een golfbeweging waarin aandacht en resultaat hand in hand lijken te gaan. We gaan van hype naar hype: vandaag zijn het de kosten, morgen is patiëntveiligheid het belangrijkste onderwerp en overmorgen doorlooptijd.

Het is van belang dat eenmaal geboekte resultaten verankerd worden. Deze verankering is mogelijk door de wijzigingen op te nemen in het proces: in de set van afspraken die we met elkaar maken.

### **Enkele voorbeelden**

Stel dat we een verbetering realiseren in gastvrijheid op de poliklinieken door alle front office medewerkers op te leiden en bewust te maken van het belang van gastvrijheid.

Als naast de opleiding verder niets gebeurt, mag je ervan uitgaan dat hier slechts sprake is van een verbetering met een beperkte "houdbaarheid". Het verankeren vereist ook een of meerdere aanvullingen op processen:

- Bij aanname van een nieuwe medewerker is een introductieprogramma op het gebied van gastvrijheid opgenomen

- Periodiek worden alle medewerkers bijgeschoold op dit onderwerp
- Gastvrijheid wordt opgenomen in de evaluatie-formulieren van de patiënten en wordt bij de aansturing van de afdeling één van de indicatoren.

Stel dat we een bepaald verbruiksartikel hebben vervangen door een kwalitatief beter product (bijvoor een andere spuit ter voorkoming van prikincidenten). Hoe voorkomen we dat over een half jaar dit product weer vervangen wordt door een goedkoper product met minder kwaliteit? Mogelijke aanpassingen zijn:

- Evalueren van de verbeteringen: meet in hoeverre de vermeende verbeteringen ook daadwerkelijk gerealiseerd worden (met andere woorden: meet het aantal prikincidenten voor en na de in gebruik name van de nieuwe spuit)
- Verankeren van de verworven kennis in het selectieproces door steeds uit te gaan van een bestaand (evoluerend) pakket van eisen. Leg vast waarom gekozen is voor een bepaald product en wat de voordelen zijn (in termen van besparingen in het proces, verbetering in kwalitatieve zin)
- Zorg dat het selecteren van nieuwe middelen altijd in overeenstemming is met het proces en de daaraan gekoppelde doelstellingen.

Verankeren betekent dat het onderwerp, de verandering structureel voldoende in de belangstelling moet staan. Zorg na de intensieve aandacht in het begin (tijd van kinderziekten) voor een lagere structurele aandacht voor het thema. Een goede plek hiervoor is het proces: de plek waar iedereen kan vinden wat de actuele werkafspraken zijn.

### Het proces als fundament

Algemeen kan gesteld worden dat alle doelstellingen op het hoogste niveau pas gerealiseerd kunnen worden als deze geoperationaliseerd zijn: als ze deel uitmaken van het operationele werkproces. Elke medewerker in dit proces draagt bij aan de ziekenhuisdoelstellingen door conform het proces te werken: het proces waarin alle doelstellingen zijn opgenomen. Het proces kan gezien worden als het middel om de zorgen dat de medewerker effectief, efficiënt, veilig en professioneel werkt.

Het proces beschrijft het operationele proces van vandaag en geeft aan wat in de huidige situatie van iedereen verwacht wordt. Het is tevens het vertrekpunt om veranderingen door te voeren. Het realiseren van verbeteringen bestaat dan ook uit het herontwerpen van processen, het bepalen van de impact hiervan op personeel, informatie, geld en middelen, gevolgd door besluitvorming en als laatste het daadwerkelijk doorvoeren van de veranderingen.

In twee vervolgartikelen ga ik verder in op deze materie. Artikel 2 "Het procesmodel als bindend element" plaats het proces in de context: hoe ziet een procesmodel uit, waar kan het procesmodel ondersteuning bieden bij het realiseren van de doelstellingen van het ziekenhuis. Artikel 3 "Op weg naar een werkend procesmodel" beschrijft het te doorlopen pad. Hierin wordt aangegeven welke stappen nodig zijn om te komen tot een werkend procesmodel.

### Miriam Van Cleef (1960)

*Heeft na haar studie informatica ruim dertien jaar gewerkt in de ICT-sector. In deze periode heeft ze, naast tal van management-functies een breed scala aan activiteiten verricht waaronder coachen van projectmanagers bij het aansturen van ICT-projecten, adviseren van ontwerpers van informatiesystemen en gaf ze advies op het gebied van strategische informatieplanning. Daarna was ze ruim 7 jaren werkzaam binnen de Sales waar ze als manager belast was met het aansturen van verkoop-afdelingen inclusief het doorvoeren van significante veranderingen (cultuur, verkoopformules, bezuinigingen). In die periode is ze tevens incidenteel ingezet als crisismanager. Vanwege haar belangstelling voor verandermanagement is ze begin 2003 overgestapt naar de zorg. Behalve de aansturing van diverse specifieke zorgafdelingen en het doorvoeren van meerdere veranderingen, was ze namens het zorgmanagement betrokken bij de selectie van een nieuw ziekenhuis informatie systeem.*



Miriam Van Cleef