

Nederlandse ziekenhuizen werken efficiënter dan Duitse, blijkt uit een onderzoek van de Oostenrijkse bedrijfskundige en gezondheidswetenschapper Paul Arakelian. Goed nieuws dus voor Nederlandse ziekenhuizen. Al valt er volgens Arakelian nog veel te winnen, met name op het gebied van hostmanship. 'Er ligt een gouden toekomst voor efficiënte ziekenhuizen waar patiënten zich welkom voelen en het personeel zich gewaardeerd weet.'

Buitenland | Arnold Korporaal

De mythe van Duitse efficiency

Nederlandse ziekenhuizen efficiënter dan Duitse

Directe aanleiding voor Arakelian om een onderzoek te doen, was het verschijnen van een onderzoeksrapport 'Tel uit je winst: de Duitse Ziekenhuis NV als voorbeeld voor zorgvernieuwing', dat in 2003 was uitgevoerd door de Stichting voor Economisch Onderzoek in opdracht van de ING Bank Gezondheidszorg.

Arakelian: 'In dit onderzoek werd één ziekenhuis van het private Duitse zorgconcern Rhön-Klinikum vergeleken met het gemiddelde van vier Nederlandse ziekenhuizen. Een van de uitkomsten was dat private Duitse ziekenhuizen efficiënter en productiever zouden zijn dan Nederlandse ziekenhuizen. Sindsdien reizen er Nederlandse delegaties uit de zorgsector naar Duitsland om van deze 'efficiencytempels' te leren – op zich een positief streven. Alleen bevatte het onderzoek weinig kerncijfers. En de cijfers die erin stonden, waren vaak op ziekenhuisniveau; vergelijkingen per afdeling en per zorgprofiel stonden er nauwelijks in. Bovendien werden appels met peren vergeleken: in Nederland praat je bijvoorbeeld over een ziekenhuisopname na 24 uur, in Duitsland al na een paar uur. In mijn onderzoek wilde ik een model ontwikkelen waarmee je die verschillen opheft, zodat je de efficiency tussen Duitse en Nederlandse ziekenhuizen écht kunt vergelijken, zowel op ziekenhuis-, afdelings- als op zorgprofielniveau.'

Hoe meet je efficiency?

Als eerste stap in zijn onderzoek vergelijkt Arakelian de zorgsystemen van Duitsland met Nederland. Hij zet de financieringssystemen en algemene kerncijfers van beide landen naast elkaar. Kwantitatief zijn er verschillen: zo heeft Duitsland vijf keer zoveel inwoners en 22 keer zoveel ziekenhuizen als Nederland. Ook zijn de zorguitgaven per inwoner in Duitsland gemiddeld iets hoger, evenals de gemiddelde ligduur. Maar kwalitatief zijn de landen vrijwel identiek: 'Zaken als levensverwachting en kindersterfte zijn in beide landen ongeveer gelijk', relativeert Arakelian. 'Ziekenhuizen leveren dezelfde kwalitatieve outcome en dat was een belangrijke voorwaarde voor het onderzoek.'

De tweede stap was lastiger, want hoe definieer je het begrip 'efficiency' en hoe meet je dat? 'Het is eigenlijk onmogelijk te zeggen wanneer je voor 100% efficiënt bent', zegt Arakelian. 'Hiervoor ben ik uitgegaan van de veelgehoorde stelling: private Duitse for-profitziekenhuizen zijn efficiënter dan Nederlandse ziekenhuizen. Ik heb het Duitse ziekenhuis dus als optimum van efficiency gekozen, als meetlat voor efficiency. Daarna heb ik een efficiencyvergelijkingmodel opgesteld voor drie niveaus: ziekenhuisniveau, afdelingsniveau en zorgprofielniveau. Per niveau heb ik een aantal indicatoren gedefinieerd en de manier van meten vastgelegd. Op ziekenhuisniveau heb ik bijvoorbeeld dertien indicatoren gekozen, zoals de gemiddelde ligduur, het aantal opnames per arts of het aantal verplegend personeelsleden per aanwezig bed – indicatoren dus voor het ziekenhuis als totaal. Datzelfde heb ik op afdelingsniveau gedaan. Voor het zorgprofielniveau heb ik de processtappen vergeleken die komen kijken bij één bepaalde, medische ingreep.' Om de modellen te testen koos Arakelian voor het Rode Kruis

Ziekenhuis in Beverwijk, het Martini Ziekenhuis in Groningen en een Duits privaat ziekenhuis van een groot zorgconcern, dat na de onderzoeksresultaten van Arakelian niet met name genoemd wilde worden. Het Duitse ziekenhuis en het Martini Ziekenhuis zijn vergelijkbaar: het zijn beide academische opleidingsziekenhuizen en ze doen qua bedden, specialismen en behandelde ziektebeelden (de top-50 van de International Classification of Diseases) niet voor elkaar onder. Het kleinere Rode Kruis Ziekenhuis werd toegevoegd om te kijken of de grootte wellicht invloed heeft op de geleverde prestaties.

Appels met peren

'De grootste uitdaging in mijn onderzoek was het uniformeren van verschillende definities, zodat je appels niet meer met peren vergelijkt', zegt Arakelian. 'Neem de begrippen 'klinische opname', 'dagopname' en 'poliklinisch bezoek'. Een dagopname betekent in Nederland een behandeling van een patiënt van minimaal vier en maximaal 24 uur - dat is omgerekend één ligdag. In Duitsland bestaat een dagopname uit deelklinische ('teilstationär') en voorklinische ('vorstationär') patiënten. Deelklinische patiënten worden in Duitsland als één dagopname per kwartaal gerekend, ongeacht het aantal dagbehandelingen. Verder vallen voorklinische patiënten in Duitsland volgens de Nederlandse definitie onder poliklinische bezoeken. Die verschillen hebben natuurlijk grote invloed op de gemiddelde ligduur, de gemiddelde bedbezetting en het aantal verpleegdagen. Als je volgens de Duitse definitie rekent, zou de gemiddelde ligduur in het Martini Ziekenhuis dalen van 6,8 naar 4,8 dagen, omdat je dan rekening houdt met alle dagopnames.'

Ziekenhuisniveau

Nadat Arakelian de verschillende indicatoren had gelijkgesteld, konden de vergelijkingsmodellen in de praktijk worden getest. Op ziekenhuisniveau maakte hij gebruik van de zogenaamde simple ratio analysis, waarbij de Duitse efficiency op 100% is geïndexeerd (zie tabel 1). Alle uitkomsten boven de 100% zijn in het voordeel van de Nederlandse ziekenhuizen en onder de 100% in het nadeel.

Op het eerste gezicht lijkt er niets aan de hand. Zo is de gemiddelde bedbezetting van het Martini Ziekenhuis en het Duitse ziekenhuis bijna identiek. Maar als het Duitse ziekenhuis dezelfde ligduur zou hebben als het Martini Ziekenhuis (bij een onveranderde bedbezetting), dan zou het jaarlijks 5.200 klinische opnames meer kunnen doen; een toename van 25%! Bij een gelijk aantal klinische opnames en eenzelfde gemiddelde ligduur als het Martini Ziekenhuis, zou bij het Duitse ziekenhuis het aantal verpleegdagen dalen met 20% en de gemiddelde bedbezetting van 78% naar 63%. Deze berekening zou, wat betreft het aantal verpleegdagen per verplegend personeel, voordelig uitpakken voor de Nederlandse ziekenhuizen. Ander opmerkelijk feit: de indicator aantal klinische en dagklinische opnames per arts valt voor beide Nederlandse ziekenhuizen hoger uit dan voor het Duitse ziekenhuis. Dit cijfer moet men in een breder perspectief bekijken: meer dan 80% van de specialisten in de Nederlandse onderzoeksziekenhuizen houdt daarnaast namelijk poliklinische spreekuren. En dat zijn er veel, vergeleken met de Duitse ziekenhuizen. In Nederland moet een arts zijn aandacht dus verdelen tussen kliniek en polikliniek. Rekent men het aantal patiënten van poliklinische bezoeken erbij, dan zou een arts in het Martini

Ziekenhuis bijna acht keer zoveel patiënten hebben in vergelijking met Duitsland, en het Rode Kruis Ziekenhuis bijna tien keer zoveel.

Heupvervangings

Om het efficiëncymodel op zorgprofielniveau te testen, viel de keus op een heupvervangings. Een heupvervangings is een niet-acute, gestandaardiseerde ingreep, die is op te delen in verschillende procesdelen: diagnostiek, therapie en verpleging. In de Nederlandse ziekenhuizen waren de gegevens redelijk eenvoudig uit de computer te genereren. In het Duitse ziekenhuis moesten de benodigde gegevens handmatig uit de individuele patiëntendossiers worden gehaald. Tamelijk uniek is dat Arakelian voor zijn onderzoek toegang kreeg tot persoonlijke dossiers, uiteraard met inachtneming van de privacy.

In tabel 2 zijn de gegevens voor een gemiddelde heuppatiënt per ziekenhuis inzichtelijk gemaakt. Alle handelingen zijn vertaald naar euro's, zodat een reële vergelijking kon worden gemaakt. De meeste bedragen zijn gebaseerd op tarieven van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG), de huidige Nederlandse Zorgautoriteit.

Opmerkelijk

En zie de verschillen! In bijna elke processtap doen de Duitsers qua efficiency onder voor hun Nederlandse collega's. Met name de verschillen in OK-tijden en ligduur zijn zeer opvallend. De Duitsers hebben in de OK meer mensen nodig voor dezelfde ingreep en de ligduur is veel langer. Nederlandse zorgverzekeraars gingen in 2004 bij een totale heupvervangings uit van acht ligdagen, het Duitse ziekenhuis van achttien dagen. Daarbij opmerkt dat het Duitse DRG-systeem een onderscheid maakt in

Curriculum vitae Paul Arakelian

Paul Arakelian (40) is geboren en getogen in Oost-Tirol, Oostenrijk. In 1985 ging hij naar Wenen om geneeskunde en bedrijfswetenschappen te studeren. Aansluitend werkte hij een aantal jaren voor een gerenommeerd Amerikaans adviesbureau in diverse Europese landen. In verschillende functies hielp hij de operationele performance van grote industriële bedrijven te verbeteren.

Om privé-redenen verhuisde Arakelian in 1999 naar Nederland waar hij meerdere jaren voor een Nederlands adviesbureau grootschalige en langdurige verbeterprojecten bij bedrijven in industrie en dienstverlening heeft geleid.

De laatste jaren specialiseerde hij zich in het effectiever en efficiënter inrichten van organisaties in de curatieve gezondheidszorg. In het kader van een postdoctorale studie in de gezondheidswetenschappen deed hij vergelijkend onderzoek naar de efficiency van Duitse en Nederlandse ziekenhuizen.

Arakelian leidt inmiddels zijn eigen adviesbureau. P5COM richt zich in Europa op strategieanalyse en -implementatie, het verbeteren van bedrijfsprocessen bij middelgrote en grote organisaties en het laten groeien van mensen in deze organisaties door hun talenten en gedrevenheid te stimuleren. Zie ook: www.p5com.eu.



Beeld Henk Rougoor

Arakelian:

'Efficiënter werken betekent dat je

niet harder maar slimmer werkt.'

vier 'zwaartegraden' voor de totale heupvervangingsoperatie. De heupprothesen van het onderzoeksziekenhuis waren evenredig verdeeld over de twee lichtste zwaartegraadgroepen, waarvoor een gemiddelde norm van 18,3 geldt. Zelfs de norm van 18,3 dagen heeft het ziekenhuis met meer dan drie dagen overschreden. 'De langere ligduur geldt ook voor andere ingrepen', zegt Arakelian. 'Voor de vervanging van het kniegewricht is de Duitse norm 18,3 dagen; in Nederland 8,0 dagen. Bij chronische amandelenontsteking was de gemiddelde ligduur in het Duitse onderzoeksziekenhuis 7,7 dagen in 2004. In Nederlandse ziekenhuizen 1,1 respectievelijk 1,4 dagen. Bij een liesbreuk blijft de patiënt in het Duitse ziekenhuis gemiddeld 6,7 dagen, in de Nederlandse ziekenhuizen 2,2 dagen. En zo kan ik nog een tijd doorgaan.'

Oorzaken verschillen

Het onderzoek van Arakelian toont duidelijk aan dat de Nederlandse ziekenhuizen efficiënter werken dan hun Duitse vakgenoten: met minder mensen worden medische ingrepen voor minder geld sneller uitgevoerd. Het waarom van deze verschillen ligt niet binnen het onderzoeksveld, maar Arakelian kan wel enige oorzaken noemen. 'In het Duitse financieringssysteem worden bij een heupvervangingsoperatie minimaal achttien dagen vergoed en in het Nederlandse systeem acht dagen', stelt Arakelian. 'Dit is natuurlijk een geweldige financiële prikkel. Verder denk ik dat het samenspel tussen eerste lijn, polikliniek, medisch specialisten, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en extramurale zorginstellingen in Nederland beter functioneert en geregeld is. Met andere woorden: de zorgketen in Nederland werkt beter. In Duitsland wordt nu gesproken over geïntegreerde zorg en samenwerking. In Nederland zijn we daar al veel langer mee bezig.'

Benchmarken

Het model kan volgens Arakelian – en daar was zijn onderzoek mede voor bedoeld – ook door andere ziekenhuizen worden gebruikt. 'Vooral het model op zorgprofielniveau is voor ziekenhuizen een prima vergelijkingsmiddel', licht hij toe. 'Met dit model kan men benchmarken en van elkaar leren. Benchmarken gebeurt natuurlijk al bij de verrichtingen op de OK, maar

mijns inziens nog veel te weinig. Bijzonder prettig voor mij was het om te zien dat het Duitse ziekenhuis naar aanleiding van de – voor hen toch verrassende – uitkomsten meteen acties ondernam om procesverbeteringen te initiëren.'

Niet achteroverleunen

In tegenstelling tot de berichtgeving doen Nederlandse ziekenhuizen qua efficiency dus niet onder voor de Duitsers. Maar volgens Arakelian wil dat niet zeggen dat de Nederlandse ziekenhuiszorg achterover kan leunen, wil zij ook in de toekomst betaalbaar en aantrekkelijk blijven. 'Ik heb maandenlang onderzoek verricht in Nederlandse ziekenhuizen', licht Arakelian toe. 'Ik heb op diverse verpleegafdelingen en poliklinieken rondgelopen en talloze interviews gehouden met medisch specialisten, verpleegkundigen en leden van het management en de ondersteunende diensten. Aan de hand van observaties op de werkvloer en analyses van cijfermateriaal blijkt dat er nog volop ruimte is voor verbetering: soms loopt deze op tot 25% van de ingezette resources! Door verlies van informatie door talloze overdrachtsmomenten, onvolledige of niet beschikbare stuurinformatie, niet-adequate werkplanning, ineffectieve tijdsbesteding van leidinggevenden, onduidelijke taakverdeling tussen afdelingshoofden en teamleiders en denken in koninkrijkjes, ontstaat er leegloop en onnodig werk. Er kan dus efficiënter worden gewerkt.'

Nu is 'efficiency' voor veel organisaties een vies woord, omdat het meestal geassocieerd wordt met ontslagen en harder en sneller werken. Het heeft een negatieve lading. Ten onrechte, want efficiënter werken betekent dat je niet harder maar slimmer werkt. En daarin is genoeg ruimte voor verbetering.'

Grotere klanttevredenheid

Veel Nederlandse ziekenhuizen zullen vanwege de gereguleerde marktwerking de komende jaren nog efficiënter moeten leren werken, willen ze concurrerend blijven. Maar efficiency alleen is niet genoeg om klanten (patiënten, familie, huisartsen) en medewerkers tevreden te houden en te binden. Als grootste ergernissen noemt Arakelian het wachten en incorrecte bejegening.

Buitenland De mythe van Duitse efficiency

'Belangrijk voor organisaties is om vooral door de ogen van de klant naar zichzelf te kijken', zegt Arakelian. 'Zorg dat werknemers en klanten tevreden zijn. Een tevreden klant genereert gemiddeld drie potentiële klanten. Een ontevreden klant kost een organisatie gemiddeld elf potentiële klanten. Bovendien belasten ontevreden klanten een organisatie en demotiveren ze de medewerkers, wat weer zeer negatieve gevolgen heeft voor de efficiency van een organisatie.'

Arakelian vindt dat ziekenhuizen een efficiëntere werkmethode niet per definitie hoeven te vertalen in (gedwongen) ontslagen. Eventuele overcapaciteit zou kunnen worden ingezet op kwalitatieve verbeteringen, zoals meer veiligheid in de zorg en een grotere klanttevredenheid. 'Tijdens mijn onderzoek liep ik een dag mee op een chirurgische verpleegafdeling, waar een nieuwe patiënt aan een verpleegkundige om een telefoonkaart vroeg', vertelt Arakelian. 'Die liep vervolgens naar de afdelingsbalie waar de telefoonkaarten worden bewaard, maar de kaarten bleken op te zijn – een gevolg van een fout in het proces. De verpleegkundige besloot toen om naar de stafafdeling te lopen die deze kaarten distribueert. Deze actie kostte in totaal twintig minuten. De verpleegkundige wilde een tevreden patiënt. Vanuit efficiencyoogpunt was deze actie dus zeer kostbaar, maar niet vanuit de klanttevredenheid. Voor mij werd duidelijk dat het

een niet zonder het ander kan: als je alleen klantgericht bezig bent maar niet efficiënt werkt, red je het niet. Hetzelfde geldt voor een organisatie die weliswaar efficiënt werkt, maar waar klanten zich niet welkom voelen.'

Nuttige tips

Arakelian heeft geen snelle, kant-en-klare oplossingen voor wat Nederlandse ziekenhuizen nu moeten doen, al spreekt het concept hostmanship hem bijzonder aan. 'De Zweedse leiderschapautoriteit Jan Gunnarsson heeft dit concept uitgewerkt tot een filosofie', vervolgt Arakelian. 'Hostmanship is de kunst om mensen het gevoel te geven dat ze welkom zijn. Het is een buitengewoon geschikt concept om de beleving van klanten positief te beïnvloeden in een wereld waarin producten en diensten steeds meer op elkaar lijken, en een onderscheidende positie in te nemen. Het aardige is dat hostmanship niet alleen klanten als gasten beschouwt, maar ook de medewerkers van een organisatie: zij dienen immers de hostmanship van hun organisatie over te brengen. Maar de medewerkers kunnen dit het best in een efficiënte omgeving doen, waar processen, systemen en structuren vlekkeloos verlopen. In die zin kunnen hostmanship en efficiency niet zonder elkaar.' |



**Voor sommige ingrepen in uw
ziekenhuis is geen specialist nodig
maar een expert.***

*** www.ExpertNet.nl**

Via ExpertNet Ziekenhuis heeft u toegang tot een netwerk van insiders in de ziekenhuiswereld. Adviseurs, project-, fase- en interim-managers met uiteenlopende expertisegebieden. Zij vullen elkaar aan en bieden u

ondersteuning daar waar nodig. Samen met ExpertNet Ziekenhuis komt u tot duurzame organisatievernieuwing onder het motto: met eigen mensen naar eigen oplossingen. Meer info via telefoonnummer (020) 504 20 20.

een initiatief van FunctieMediair

ExpertNet Ziekenhuis