



Bekijk een interview met Melissa De Regge voor Actua-Zorg op www.youtube.com/zorgneticuro

RUIMTE VOOR MEER EFFICIËNTIE IN VOORSPELBARE ZORG

Goede cultuur en gestroomlijnde processen leiden tot meer kwaliteit met minder middelen

Ziekenhuizen moeten een onderscheid maken tussen voorspelbare en onvoorspelbare zorg. Dat kan immers leiden tot grote efficiëntiewinsten: met minder personeel kan je betere resultaten bereiken. Het is een van de verrassende bevindingen uit het doctoraatsonderzoek van Melissa De Regge. “Er is nog veel ruimte om ziekenhuisprocessen te optimaliseren.”

Melissa De Regge werkte dertien jaar als verpleegkundige intensieve zorgen in het UZ Gent. Daar ontdekte ze haar interesse voor onderzoek, toen ze kon meewerken aan een studie over reanimatie. Van het een kwam het ander en toen ze de kans kreeg om een assistentschap aan de universiteit op te nemen, halftijds voor onderzoek en halftijds als assistent-docente, greep ze die met

beide handen. Na vier jaar onderzoek verdedigde ze onlangs met glans haar doctoraat in de Toegepaste Economische Wetenschappen.

“Op de dienst intensieve zorgen had ik voldoende het onderscheid gezien tussen voorspelbare en onvoorspelbare zorg. Als iemand met een hartinfarct binnenkomt, weet elke zorgverlener meteen wat hij moet doen: medicatie, onderzoeken... Alles verloopt rimpelloos. Komt er echter een patiënt binnen met endocarditis (een ontsteking van de hartzak), dan is de situatie helemaal anders. Endocarditis kan meerdere oorzaken hebben en afhankelijk van de ziektekiemen en de graad van de aantasting, moet je een behandeling starten. Er gaat veel meer onzekerheid mee gepaard. De zorg is hier

onvoorspelbaar. Zo zie je dat eenzelfde team van zorgverleners – artsen en verpleegkundigen – op eenzelfde locatie en met hetzelfde materiaal op twee totaal verschillende manieren moeten kunnen werken.”

Opvallende verschillen

“Mijn onderzoek bestond uit verschillende luiken. In een eerste luik ben ik in de literatuur gaan zoeken of ziekenhuizen die zich specialiseren op één aandoening of op één behandeling een betere *outcome* kunnen voorleggen. Dergelijke gespecialiseerde ziekenhuizen, die bijvoorbeeld alleen cataractoperaties doen, vind je voornamelijk in de Verenigde Staten. Alle studies zijn eensluidend: die hypergespecialiseerde ziekenhuizen boeken geen opmerkelijk

Melissa De Regge: “Ik heb aan vijf Gentse ziekenhuizen de toelating gevraagd om ter plekke een aantal cataractoperaties bij te wonen. De twee best scorende ziekenhuizen van de vijf doen het beter met minder personeel. Ja, het mag met zoveel woorden gezegd worden: te veel personeel creëert inefficiëntie.”

betere resultaten. Dat is een verrassende bevinding. Bovendien is er een negatief effect op de algemene ziekenhuizen in de buurt, onder andere omdat die hypergespecialiseerde centra aan *cherry picking* doen en voornamelijk aandoeningen met een lagere *severity* (complexiteit, ernst, gevaar) behandelen. Artsen in algemene ziekenhuizen hebben die basisingrepen nodig om vaardigheden aan te leren: wie onvoldoende de kans krijgt om de basisingrepen onder de knie te krijgen, krijgt ook niet de kans om door te groeien naar meer complexe ingrepen”, stelt Melissa De Regge.

“In een tweede luik van mijn onderzoek analyseerde ik de database van vier Belgische ziekenhuizen, samen meer dan 150.000 patiënten, naar variatie in ligduur per ziektegroep. Redenerend dat aandoeningen die altijd dezelfde ligduur hebben voorspelbaar zijn. Dat bleek het geval voor 60% van de pathologieën. De voorspelbare pathologieën zijn meestal die ziektes waarover we al veel weten en waarvan de behandeling sterk *evidence based* en gestandaardiseerd is. Vreemd genoeg vertonen de vier ziekenhuizen verschillen in welke pathologieën voorspelbaar zijn en welke niet. Een keizer-snede is bijvoorbeeld in een bepaald ziekenhuis heel voorspelbaar, met een ligduur van overwegend een zestal dagen. In de andere ziekenhuizen schommelde de ligduur echter van zes tot elf dagen. Toch wel opvallend.”

Processen en cultuur

“In een volgend luik van mijn onderzoek heb ik mij geconcentreerd op één typisch voorspelbare ingreep, met name cataract. Ik heb eerst een grote hoeveelheid patiëntendossiers onderzocht van één Gents ziekenhuis. Daaruit kwamen vrij grote verschillen aan het licht, onder meer in aantal onderzoeken en in wachttijden. Ik wou weten hoe die verschillen te verklaren waren. Daarom heb ik aan vijf Gentse ziekenhuizen (AZ Jan Palfijn, AZ St-Lucas Gent, UZ Gent en twee campussen van AZ Maria Middelares) de toelating gevraagd om ter plekke een aantal operaties bij te wonen. Zo kwam aan het licht dat er nogal wat verschillen zijn in procesaanpak.”

“In sommige ziekenhuizen gebeuren de cataractingrepen in een eigen, specifieke operatiezaal, met een aparte inkom voor deze patiënten en een gestroomlijnd zorgpad met een arts die werkt met zijn eigen OK-verpleegkundige. Vaak doet de arts er de ene cataractoperatie na de andere, zonder andere ingrepen tussendoor. In dergelijke settings ligt het volume patiënten hoger, is de doorlooptijd per patiënt lager, scoort de kwaliteit hoger en wordt er met minder personeel gewerkt. In andere ziekenhuizen gaat het er enigszins anders aan toe. Daar vinden de cataractoperaties plaats in een operatiezaal waar ook andere kleine ingrepen gebeuren, is er meer personeel aanwezig, gebeuren vaker meer onderzoeken en wordt sneller gekozen voor algemene anesthesie, hoewel dat voor een cataractingreep helemaal niet hoeft. Het is een kwestie van processen, maar duidelijk ook van cultuur.”

Gewenste en ongewenste variatie

“De ziekenhuizen met minder gestroomlijnde processen zijn er zich trouwens van bewust dat hun cultuur niet tot de grootste efficiëntie leidt. De twee best scorende ziekenhuizen van de vijf doen het beter met minder personeel. Ja, het mag met zoveel woorden gezegd worden: te veel personeel creëert inefficiëntie. De verschillen in doorlooptijd zijn bijvoorbeeld erg groot. De betere ziekenhuizen volstaan met 35 minuten operatietijd voor cataract, andere ziekenhuizen doen er gemiddeld 43 of zelfs 61 minuten over.”

“Ik weet zeker dat we die bevindingen voor cataract kunnen doortrekken naar andere ingrepen en behandelingen. We moeten een verschil maken tussen gewenste en ongewenste variatie. Gewenste variatie kan bijvoorbeeld zijn dat een chirurg wat meer tijd neemt om een patiënt op zijn gemak te stellen. Je kunt ook verschillen hebben in de ernst: een knieprothese bij een jongeman van 25 jaar is anders dan bij iemand van 65 jaar met artrose. De ene tumor is ook gemakkelijker bereikbaar dan de andere. Maar dat soort variatie kan je inplannen.

Ongewenste variatie, zoals het onnodig verlengen van de operatietijd door het niet aanwezig zijn van het juiste materiaal, technische defecten etc. moet vermeden worden.”

Ziekenhuisfinanciering als hefboom

“De resultaten van mijn onderzoek kunnen gelinkt worden aan de nieuwe ziekenhuisfinanciering die in de steigers staat. Minister De Block maakt een onderscheid tussen laagvariabele, middelvariabele en hoogvariabele zorg. De laagvariabele zorg komt overeen met de voorspelbare zorg. Hiervoor een vast forfait toekennen, lijkt me goed verdeelbaar. Het zal minder efficiënte ziekenhuizen aanzetten om hun processen en hun cultuur bij te sturen. Financiële hefboomen hiervoor lijken me verantwoord, omdat we zo tegelijk een aantal overbodige onderzoeken of technieken, zoals volledige verdoving bij cataract, kunnen ontmoedigen. Efficiënter werken voor deze voorspelbare processen zal ook een positieve invloed hebben op de hoogvariabele zorg. Hier zijn meer flexibiliteit, middelen en personeel nodig, die dankzij de efficiëntie in de voorspelbare processen vrijkomen.”

“De artsen reageren trouwens positief op mijn onderzoek en de resultaten ervan. Zij beseffen dat er bijgestuurd moet worden. Ze beseffen ook dat ze moeten leren van elkaar. Ik ben in de vijf ziekenhuizen operaties gaan bijwonen. ‘Dat zouden wij eigenlijk ook eens moeten doen’, zeiden veel artsen. Dat vond ik mooi.”

“Soms moeten gewoontes en tradities in vraag gesteld worden”, zegt Melissa De Regge. “In één ziekenhuis moeten cataractpatiënten bijvoorbeeld allemaal nuchter binnenkomen. Waarom? We weten dat dit niet nodig is en dat het vaak lastig is voor de ietwat oudere patiënten. Bovendien, als ze niet nuchter aankomen, dan zal ook de verleiding om onnodig tot volledige verdoving over te gaan afnemen. Een patiënt met angst of stress moet je niet helpen met volledige narcose, maar met goede informatie.”