

Dit is een rubriek waarbij directeuren in de zorg vertellen over actuele thema's die ze bezighoudt.

IN ZE-MAGAZINE 02 MARKTWERKING MET EEN BUDGETTAIR KADER ■ DE TOEKOMST VAN PRODUCTFINANCIERING ■ ZORG MET EEN PRIJSKAARTJE ■ KAPITAALLASTEN VAN ZORGINSTELLINGEN ■ DE WAARDE VAN LEVENSDUURVERLENGING ■ CONSUMENT ALS LEIDMOTIEF ■ MET ZORG ONTWIKKELEN ■ DE TOEKOMST VAN PRODUCTFINANCIERING ■ **VERSCIJNT 1 MAART 2008**

**ZE**  
ACTUEEL

VOOR EXECUTIVES  
IN DE ZORG

02

HOE REDUCEREN  
ZORG-  
INSTELLINGEN  
NO SHOW?

03

ICT  
ONDERSTEUNT  
ONVOLDOENDE  
WERKWIJZE ZORG

04

'MEET KPI'S  
AAN DE HAND  
VAN RELATIEVE  
NORMEN'

02/08

## 'MEET KPI'S AAN DE HAND VAN RELATIEVE NORMEN'

Directeur Frida van den Maagdenberg van het UMC Utrecht:

Verzand niet in eindeloze discussies over absolute normen voor key prestatie-indicatoren (kpi's). Dat is een waste of energy. Vergelijk daartegen in relatieve zin de prestaties tussen afdelingen', adviseert Frida van den Maagdenberg, directeur informatievoorziening en financiering van het UMC Utrecht. Ze studeerde af in slavische talen. Daarna bemande ze leidinggevende posities binnen diverse Nederlandse universiteiten, zoals directeur van de economische faculteit aan de universiteit in Tilburg en directeur onderzoek aan de universiteit in Utrecht. Met de overstap naar het UMC Utrecht kreeg haar werk, naast de haar vertrouwde dimensies onderwijs en onderzoek, een derde dimensie: de patiëntenzorg. Ze ging bij het UMC Utrecht eerst aan de slag als secretaris van de Raad van Bestuur. Na drie jaar verruilde ze deze baan voor haar huidige functie, die ze inmiddels drie jaar uitoefent. Van den Maagdenberg ervaart een 'fantastische dynamiek' in haar functie, vertelt ze in haar kantoor: 'De samenleving kijkt heftiger over mijn schouder medan in mijn universitaire loopbaan. Toen is mijn werk ook een stuk zakelijker geworden.'

### Vraagstukken

Eén van haar huidige uitdagingen is het nieuwe bekostigingensysteem in de zorg. Van den Maagdenberg: 'Dit systeem differentieert niet naar zorgzwaarte en bijzondere ziektegevallen, zoals een liesbreuk bij een patiënt met hartklachten en diabetes waarvoor een dagbehandeling niet volstaat. Het is interessant om te onderzoeken hoe je met dergelijke systeemhiaten kunt omgaan.' Naast het nieuwe bekostigingensysteem heeft Van den Maagdenberg ook te 'stellen' met het wegvallen van een deel van de onderzoeksfinanciering. Het Ministerie van OCW heeft dit deel - dat oorspronkelijk was toebedeeld aan universiteiten - ondergebracht bij het NWO (Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek). 'We bekijken nu hoe we onze onderzoekers kunnen stimuleren plannen in te dienen, zodat we

via het NWO toch dezelfde gelden als voorheen kunnen binnen krijgen', aldus Van den Maagdenberg. Andere actuele managementvraagstukken waarmee zij en haar divisie zich bezighouden, zijn de manifestatie van het UMC Utrecht in een competitieve wereld en de wijze waarop projecten kunnen worden geadmistreerd.

### Dilemma

Per kwartaal brengt de divisie de prestaties van het concern in kaart met behulp van een zogenoemde balanced score card. 'Die moet je er grafisch lekker uit laten zien', adviseert Van den Maagdenberg. Maandelijks produceert de afdeling een exception-rapportage waarbij alleen de prestaties van vooraf geselecteerde divisies zijn gevolgd. Van den Maagdenberg: 'Een dilemma blijft het grote aantal kpi's.' Ze noemt er tussen en lippen een paar: citatie-analyse, ziekteverzuim, patiënttevredenheid, telefonische bereikbaarheid, studentenaantallen. Ze vervolgt: 'Wanneer je echter alleen kpi's als financieel resultaat en productie meet, kom je uitsluitend iets te weten over de continuïteit van je bedrijf. Wil je weten hoe goed je het doet, dan moet je processen meten. Bovendien hoeft je niet alle kpi's maandelijks te monitoren. Zo schrijven studenten zich maar één keer per jaar in en verandert hun aantal maandelijks vrijwel niet.' Oeverloze discussies over absolute normen voor kpi's vindt Van den Maagdenberg energieverpilling. Ze geeft een voorbeeld van hoe het anders kan: 'Tijdens het meten van onze telefonische bereikbaarheid hebben we divisies onderling vergeleken. Bij de ene divisie bleek slechts vier telefonische ingangen. Een andere divisie had er wel twintig. Dit levert automatisch een discussie op of je met zoveel klantelingen wel een goede telefonische bereikbaarheid kunt realiseren.'

### Stijgende lijn

Eén keer per twee jaar wordt een betrokkenheids- en tevredenheidsonderzoek onder medewerkers

van het UMC Utrecht verricht. Onderzocht wordt de tevredenheid over leidinggevend, werktijden, arbeidsomstandigheden, eigen werk, ontplooiingskansen en Raad van Bestuur. Van den Maagdenberg: 'De laatste drie keer lieten deze onderzoeken een stijgende lijn zien. Bijzonder trots ben ik op de direct leidinggevend binnen mijn directie. Zij scoorden binnen het UMC Utrecht het hoogst in tevredenheid over hun leidinggevende kwaliteiten. Ze zijn enorm belangrijk voor het aansturen van hun mensen. Daarom selecteren en coachen we ze goed, biedt het UMC Utrecht ze een mooi trainingsprogramma en betrekken we ze bij discussies.'

### Tevredenheid

In onderstaande tabel staan enkele uitkomsten van het tevredenheidsonderzoek onder de medewerkers binnen de directie Informatievoorziening en Financiën van Frida van den Maagdenberg. De relatieve positie geeft de tevredenheidsgraad aan in vergelijking met die van andere divisies binnen het UMC Utrecht. 1 is de hoogste positie, 18 de laagste. De tevredenheidsscore over de kwaliteit van UMC Utrecht is laag uitgevallen vanwege veel 'weet niet'-antwoorden. Bij de tevredenheidsscore over eigen werk moet worden opgemerkt dat de verschillen in percentages tussen divisies klein zijn. ■

Dimensies	Relatieve positie
Directe leiding	1
Personeelsbeleid	2
Werkbelasting	2
Leiding divisiedirectie	3
Leiding UMC Utrecht	3
Beleid en doelstellingen	4
Betrokkenheid bij UMC Utrecht	4
Organisatie afdeling	7
Kwaliteit UMC Utrecht	15
Eigen werk	17

## EZ GEEFT FORSE GELDINJECTIE AAN ZORGINNOVATIE

Binnen tien jaar: verdubbeling R&D bedrijven

Het Ministerie van Economische Zaken investeert de komende vier jaar 30 miljoen euro in het innovatieprogramma life sciences en gezondheid (LS&G). Nederland moet met behulp van dit programma een internationale hot spot worden waar gezondheidsgerelateerde life sciences-bedrijven goed kunnen werken en groeien. EZ beoogt met het innovatieprogramma een verdubbeling van het aantal R&D georiënteerde bedrijven van 150 naar 300 binnen tien jaar, een verdubbeling van de omzet van de LS&G-sector van 15 miljard euro naar 30 miljard euro binnen tien jaar en meer producten in de klinische pijplijn van onderzoek naar patiënt. Kansen ziet EZ vooral op het gebied van personalized medicine, preventieve diagnostiek en regeneratieve geneeskunde.

### Acties

Voor de belangrijkste knelpunten binnen de LS&G-sector, heeft EZ drie actielijnen geformuleerd. De eerste actielijn gaat over kapitaal voor ontwikkelingsprojecten. Voor Europese life sciences bedrijven is het vaak moeilijk om in de groeifase, waarbij nieuwe productconcepten de klinische onderzoeksfase ingaan, financiering te vinden. In deze actielijn pleit het EZ daarom voor een risicodragend krediet. 'Dit krediet moet de hefboom zijn om bedrijven in deze fase mede

door een venture capitalist gefinancierd te laten worden', aldus EZ. De tweede actielijn betreft het stimuleren van de (internationale) samenwerking. Hierbij gaat het om ondersteuning bij (internationale) samenwerkingsprojecten en bij facility sharing van bijzondere apparatuur of productiefaciliteiten. Daarnaast vallen netwerkevenementen die R&D-samenwerking stimuleren onder deze actielijn. De derde actielijn focust op alle randvoorwaarden om innovaties tot stand te laten komen en te optimaliseren, zoals voldoende gekwalificeerd personeel, variërend van MBO tot WO-niveau.

### Resultaat

Vanwege de internationaal toenemende vergrijzing zal volgens het ministerie de vraag naar nieuwe medische producten toenemen en hiermee samenhangend ook de kostenbeheersing van de gezondheidszorg. EZ verwacht dat door het wegnemen van knelpunten onderzoeksresultaten ook daadwerkelijk zullen leiden tot nieuwe effectieve producten en diensten voor de patiënt, zoals innovatieve geneesmiddelen, behandelmethodes en diagnostische tests/apparatuur. Ook zal hierdoor de Nederlandse life sciences sector groeien. Al met al moeten de actielijnen een betere kwaliteit van leven en een meer kosteneffectieve gezondheidszorg opleveren. ■



## GGZ-WERKNEMERS WILLEN MEER COACHING

Werknemers binnen de geestelijke gezondheids- en verslavingszorg zijn tevreden. Dit blijkt uit een benchmarkrapportage van Efectory waaraan 20.000 werknemers van 45 instellingen afgelopen jaar hebben meegewerkt. Begin dit jaar presenteerde het onderzoeksbureau de resultaten. Met een score van 7.2 scoren ggz-werknemers net hoger dan het landelijk gemiddelde van 7.1. De bevlogen werknemers worden vooral gedreven door de inhoud van hun werk. Ze scoren ook op samenwerking positief. Als verbeterpunten noemen ze coachende eigenschappen van hun leidinggevend en de kwaliteit van facilitaire voorzieningen, zoals goed functionerende koffiezetapparaten. ■

## EC BANG VOOR REACTIES LIBERALISERING ZORG

De Europese Commissie is haar belofte om eind 2007 nieuwe voorstellen te publiceren voor verdere liberalisering van de gezondheidszorg niet nagekomen, constateert Europarlementslid Kartika Liotard. Volgens haar is de Commissie bang voor de reacties op deze voorstellen zolang het nieuwe hervormingsverdrag nog niet overal is goedgekeurd. Zij wil dat de Commissie openheid van zaken geeft. ■

## BEVEILIGING 'MEDICIJNKAST' ONTOEREIKEND

Verpleegkundigen spelen massaal voor eigen dokter, blijkt uit een steekproef onder 224 bezoekers van de website www.bijzijn.nl, het branchemedium voor werknemers in de zorg. Bijna één op de drie verpleegkundigen en verzorgenden neemt wel eens medicijnen, zoals pijnstillers en slaappillen, van het werk mee naar huis. ■

Deze rubriek legt elke maand een actueel vraagstuk voor aan diverse ziekenhuizen. Dit keer is de rondvraag: hoe reduceren zorginstellingen no show?

**H**et Havenziekenhuis in Rotterdam is dit jaar begonnen met een automatische telefonische herinneringsdienst voor gemaakte afspraken. Op dit moment komt gemiddeld vijf procent van de patiënten van dit ziekenhuis niet opdagen wat resulteert in extra kosten en een langere wachtlijst. Met de nieuwe service weet het ziekenhuis op tijd welke plekken vrijkomen. Deze kan zij vervolgens gebruiken voor de behandeling van urgente patiënten. Wat doen andere zorginstellingen aan no show?

**Saskia de Ree, woordvoerder van het Slingeland Ziekenhuis in Doetinchem:** 'Wij hebben geen automatische telefonische herinneringsdienst voor gemaakte afspraken, maar orthopediepatiënten kunnen vanaf 17 januari wel via internet met specialisten afspraken maken, wijzigen en annuleren. Voor de zomer willen we deze internetdienst aanbieden aan patiënten van al onze poliklinieken, in totaal 17. Hiermee beogen we vooral een verbetering van de service aan onze patiënten en het minimaliseren van de no show. Wij zijn de eerste in onze regio met deze internetservice, maar niet het eerste zie-

## HOE REDUCEREN ZORGINSTELLINGEN NO SHOW?

kenhuis. Het St Jansdal Ziekenhuis in Harderwijk en het Flevoziekenhuis in Almere zijn ons al voorgegaan.

**Annemarie Buntsma, woordvoerder van het Flevoziekenhuis in Almere:** 'Wij werken nu drie jaar met @-pointment, een systeem waarmee patiënten online niet spoedeisende afspraken met specialisten kunnen maken, wijzigen en annuleren. Bij online gemaakte afspreken is onze no show nagenoeg tot nul gereduceerd. Dit is ook niet zo verwonderlijk, want thuis kan een patiënt achter zijn computer in alle rust bekijken welke datum en tijd hem het beste uitkomt. Aan de telefoon zegt een patiënt misschien wel te snel 'ja' op een datum die een balie medewerker van het ziekenhuis voorstelt. Het @-pointment systeem zijn we nu aan het uitbouwen. Daarmee kunnen we de kwaliteit van de zorg op een hoger plan tillen. Om een voorbeeld te geven: iemand die veel last heeft van snurken, kan via internet een afspraak maken met een KNO-arts. Vervolgens krijgt hij per mail een vragenlijst toegestuurd, zodat hij zich samen met zijn partner, die immers het meeste ervaart van

het snurken, goed kan voorbereiden op de afspraak. De specialist kan zo snel to the point komen. Bovendien hoeft de patiënt niet voor een tweede keer voor onderzoek naar het ziekenhuis te komen, want die afspraak komt na het bezoek aan de specialist. Dit bevordert zowel de efficiency als kwaliteit van zorg.'

**Suzanne Bruijstens, woordvoerder van het Jeroen Bosch Ziekenhuis in Den Bosch:** 'Wij hebben geen ziekenhuisbreed systeem waarmee we patiënten herinneren aan hun afspraak. Wel zijn we bezig met de selectie van een systeem voor zorglogistiek en het elektronisch patiëntendossier. Daarbij wordt gekeken naar de mogelijkheid patiënten vanuit huis via de digitale weg afspraken te laten maken, omdat uit onderzoek is gebleken dat dit de no show reduceert. Het streven is dit systeem in te voeren wanneer we de nieuwbouw betrekken in 2011. Onze afdeling Radiologie stuurt wel herinneringen naar onze patiënten, maar doet dit voornamelijk om ze voor te bereiden, zodat ze weten hoe hun onderzoek verloopt. De datum en tijd van de afspraak wordt wel nog een keer bevestigd in de herinneringsbrief.'

### WETENSCHAP

## GEWETENSVOLLE KEUZES VERGEN CIJFERS

**V**oor gewetensvolle keuzes in de zorg moeten kosten en baten van gezondheidszorg worden uitgedrukt in cijfers, meent hoogleraar Gezondheidseconomie Peter Kooreman aan de Universiteit van Tilburg. De gezondheidszorg moet zich afvragen hoeveel ze wil betalen voor het redden van een mensenleven. Wil de zorg voor €600.000 een te vroeg geboren baby redden of voor dit bedrag 6.000 mensen met een HIV-besmetting een jaar lang voorzien van AIDS-remmers? Voor een juiste afweging moeten niet alleen objectieve, maar ook subjectieve maatstaven worden gehanteerd. Een objectieve maatstaf kan de sterftekans na een hartoperatie zijn. Een voorbeeld van een subjectieve maatstaf is de mening van patiënten en/of familieleden bij bijvoorbeeld de bepaling van de kwaliteit van leven van chronisch zieke patiënten. Volgens Kooreman moet ook de consument beter worden geïnformeerd over risico's, zodat hij betere keuzes kan maken over onder meer het afsluiten van een aanvullende nabestaandenverzekering.



## ICT ONDERSTEUNT ONVOLDOENDE WERKWIJZE ZORG

### GGZ Nederland formuleert eisen voor EPD

**G**GGZ Nederland gaat een programma van eisen opstellen voor het elektronisch patiëntendossier (EPD in de GGZ). 'Dit is nodig, omdat de bestaande ICT-pakketten de gebruikelijke werkwijze van onze lidinstellingen met zorgpaden niet afdoende ondersteunen', vertelt Jaap Schrieke, beleidsmedewerker informatiebeleid bij GGZ Nederland. 'Onze cliënten proberen bij ICT-leveranciers iets gedaan te krijgen, maar dit lukt niet of er hangt een flink prijskaartje aan. De markt zit op slot', constateert Schrieke. Als brancheorganisatie wil GGZ met het formuleren van eisen iets aan deze penibele situatie doen.

### NIEUWS IN HET KORT

→ **Het Weerter Sint Jans Gasthuis gaat aandelen uitgeven aan commerciële investeerders.** Het streekziekenhuis heeft een extern kapitaal van tien tot twintig miljoen euro nodig om zelfstandig te kunnen voortbestaan. Directeur Henri Janssen verwacht dankzij duurzame investeerders de komende jaren vijf procent winstgroei te realiseren. Critici vrezen dat grootaandeelhouders het voor het zeggen gaan krijgen in ziekenhuizen. De OR moet de plannen nog goedkeuren.

→ **Europees Commissaris Neeli Kroes wil dat Europa betere en goedkopere medicijnen krijgt.** Volgens de EU is te weinig concurrentie op de medicijnmarkt, maken fabrikanten geheime marktafspraken en wordt de introductie van goedkopere medicijnen bewust vertraagd.

Schrieke geeft een aantal voorbeelden van de geformuleerde eisen: 'Zo moet na het stellen van een diagnose automatisch het zorgpad worden uitgestippeld en bijvoorbeeld twaalf behandelingen bij de psychiater in de agenda worden gezet. Ook moet het EPD een overzicht kunnen genereren waarmee je kunt zien bij welke patiënten deze week iets moet gebeuren. Verder moet er een koppeling komen tussen het EPD en de behandelingen via internet. Je wilt immers niet alle gegevens overtuiken. Bovendien moet het EPD managementinformatie kunnen genereren voor bijvoorbeeld het verbeteren van zorgverlening.'

→ **Gyneacologen moeten 24-uurs diensten gaan draaien, omdat 's nachts een kwart meer baby's sterven dan overdag, menen gyneacologen Gerard Visser van het Universitair Medisch Centrum Utrecht en Eric Steegers van het Erasmus MC.** De hogere babysterfte vindt namelijk plaats in de uren dat gyneacologen niet aanwezig zijn.

→ **Het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam maakte onlangs bekend dat het ziekenhuis al haar 45 vrijwilligers vervangt voor betaalde krachten.** Vrijwilligers vangen bijvoorbeeld bezoekers en patiënten op bij de ingang van het ziekenhuis. Dit gebeurt niet altijd professioneel, terwijl bezoekers en patiënten op deze plek wel de eerste indruk krijgt van het ziekenhuis.

### Strategische verkenning

GGZ Nederland hoopt dat bestaande en nieuwe ICT-leveranciers op het eisenpakket gaan inspelen met oplossingen. Intussen onderzoekt ze met hulp van een nog te selecteren adviesbureau de mogelijkheden tot gemeenschappelijk gebruik van het programma van eisen, variërend van bijvoorbeeld het gezamenlijk met andere zorginstellingen aanbesteden tot het gebruik van één centraal EPD. In juli verwacht Schrieke de eerste uitkomsten van de strategische verkenning.



## FUSIE PSYCHISCHE EN LICHAAMELIJKE ZORG

**S**tichting Buitenamstel Geestgronden en het VU medisch centrum zijn een samenwerkingsovereenkomst aangegaan met het doel de zorg voor (psychiatrische) patiënten te verbeteren. 'Zo'n 40 procent van de mensen met lichamelijke klachten heeft namelijk vaak ook psychische problemen. Aan de andere kant hebben psychiatrisch patiënten vaak lichamelijke klachten die onbehandeld blijven', licht het VU medisch centrum toe. Door de samenwerking tussen beide zorginstellingen komt er meer samenhang tussen psychische en somatische gezondheidszorg. Tussen 2010 en 2012 volgt naar verwachting de volledige juridische fusie tussen beide instellingen.

geving. De onderzoekers constateerden opmerkelijke verschillen tussen mannen en vrouwen. Vragen over het aanpassen van werktijden en conflicten op het werk bleken voorspellend voor toekomstig verzuim van vrouwen, terwijl voor mannen fysiek inspannend werk en een chronische ziekte of handicap van de partner voorspellend bleken te zijn.

## LANGDURIG ZIEKTEVERZUIM VOORSPELBAAR

**D**e Universiteit van Maastricht heeft samen met Achmea en ABN Amro onderzocht welke signalen werknemers afgeven die risico lopen op langdurig ziekteverzuim. 12.000 werknemers van ABN Amro zijn hiervoor onderzocht. Uitkomst van het onderzoek is dat het te voorspellen is of iemand langdurig ziek wordt, aan de hand van de zogenoemde Balansmeter, een vragenlijst die bestaat uit 34 vragen over arbeidsverleden, mentale gezondheid en werkom-