Checklist

performation
improving healthcare

Meer grip op de OK-planning

in jouw zorgorganisatie

Inleiding

Beschikbare tijd op een operatiecomplex is schaarser dan ooit. Aan de ene kant is sprake van een overschot aan vraag vanuit patiënten, aan de andere kant kampen we met een tekort aan capaciteit op het OK-complex; met name door personeelstekort. Door corona zijn de wachtlijsten alleen maar langer geworden, maar ook daarvoor bestond al het probleem van meer vraag naar OK-tijd dan beschikbaar was.

Idealiter zet je elke beschikbare en kostbare minuut maximaal efficiënt in. Daarnaast wil je niet structureel meer plannen dan je daadwerkelijk kunt realiseren. Zeker in een tijd waarin OK-personeel schaars is, wil je een onnodig hoge werkdruk vermijden door te volle programma's. Tegelijkertijd bestaat het risico van te voorzichtig plannen, met als gevolg dat een operatiekamer al vanaf drie uur 's middags leeg staat.

De ultieme uitdaging is om een reële en betrouwbare te planning maken die zorgt voor een voorspelbaar verloop van de dag en een stabiele uitstroom richting de kliniek. Want een efficiënt proces op de OK krijg je alleen als alle schakels in de keten op elkaar zijn afgestemd, zodat de in-, door en uitstroom optimaal verlopen. Hiervoor is leren van het verleden cruciaal, net als met elkaar bijsturen waar nodig. Maar hoe richt je zo'n proces in? Er zijn een drietal stappen te identificeren, waarin we jou meenemen.

Stap 1:
Realistische planning

In de meeste ziekenhuizen wordt de te verwachten operatieduur bepaald door de operateur. Deze opgegeven tijd wordt getoetst aan de gemiddelde tijd die deze operateur volgens het elektronisch patiënten dossier (EPD) in het verleden nodig had voor dezelfde ingreep. Het OK-management of de planner past deze schatting zo nodig aan. Deze manier van inschatten van een operatieduur brengt een aantal valkuilen met zich mee:

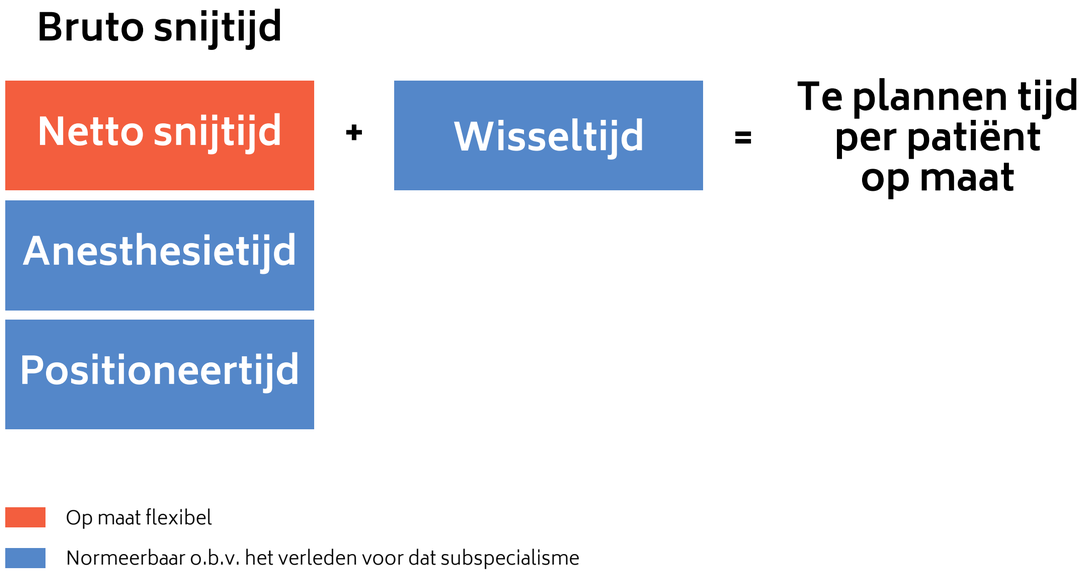
1. Het is niet altijd duidelijk afgesproken of de operateur een netto of een bruto snijtijd opgeeft. Zit de tijd voor de anesthesie en het positioneren erbij of niet?
2. Een operateur weet vaak nog niet welke vorm van anesthesie de patiënt kiest, omdat het gesprek met de anesthesist nog moet plaatsvinden.
3. Het is niet altijd inzichtelijk of in de opgegeven operatieduur de wisseltijd is opgenomen.
4. Een inschatting op basis van de laatste 10 of 20 vergelijkbare ingrepen is erg foutgevoelig.

Binnen het vakgebied als handchirurg is bijvoorbeeld een operatie voor Dupuytren (koetsiershand) bij elke patiënt anders. Het kan gaan om één vinger of vier vingers, een kleine streng in de handpalm of om een uitgebreide streng met een vinger die volledig kromgetrokken is. En om patiënten die nog niet eerder geopereerd zijn of die al vijf eerdere ingrepen hebben gehad in die hand. De operatieduur heeft bij deze diagnose een spreiding van 20 minuten tot wel 120 minuten. Werken met een gemiddelde brengt het risico van te veel of te weinig tijd plannen met zich mee.

Uit data die wordt bijgehouden in EPD's, kunnen we veel informatie halen die helpt het planproces te optimaliseren. Een operatieduur wordt bepaald door meerdere factoren, deze zijn over het algemeen redelijk goed in te schatten. De enige niet te normeren tijd is de netto snijtijd. Deze is immers direct afhankelijk van de patiënt die tegenover je zit op de poli. Is een patiënt jong of oud, al eerder geopereerd of niet, gespierd of niet gespierd, heeft de patiënt een lage of hoge BMI? Alle andere factoren die een operatieduur bepalen, zijn op basis van het verleden te normeren. Een belangrijke factor is de tijd die nodig is voor anesthesie. Deze is vaak onvoldoende meegenomen, maar heeft een grote invloed op de totale operatieduur.

De anesthesietijd is te normeren en wordt bepaald door de setting in je ziekenhuis. Wordt bijvoorbeeld de ruggenprik op de operatiekamer gezet, dan heeft dit invloed op je te plannen bruto snijtijd. Ook het voorbereiden van een patiënt wat betreft monitoring bij een hoogrisico-operatie speelt een rol. Als voor een grote vaatoperatie extra tijd nodig is om iemand op te lijnen, dan kun je dit meenemen in de planning. Ditzelfde geldt voor de tijd die nodig is om een patiënt goed op de operatietafel te positioneren. Voor de meeste operaties is dit gewoon in rugligging, maar voor bijvoorbeeld een schouderoperatie kan het 15-20 minuten extra duren.

Tenslotte is het inplannen van een realistische wisseltijd ook een terugkerend punt van discussie. Ook deze is te normeren op basis van loopafstand tussen holding en operatiekamer. Om een zo realistisch mogelijke planning te maken, is normering van operatietijden op subspecialisme niveau belangrijk. Deze normtijden zijn vervolgens gemakkelijk toe te passen door de planners, wanneer ze in een planningstool staan.



Figuur 1: Samenstelling van de te plannen operatieduur op maat en basis voor een planningstool

Stap 2:
Inzicht in en sturing van de operationele flow op een OK-complex

Afspraken op basis van normen voor de manier waarop we plannen en een operatiedag indelen vormen geen garantie voor succes. Gek genoeg wordt een operatiedag nog veel gedreven door emotie. Quotes zoals '*We lopen altijd uit*' of '*die chirurg schat altijd zijn operatietijden verkeerd in*' komen dagelijks voorbij, maar leiden niet tot verbeteracties en dragen niet bij aan een betere werksfeer en samenwerking.

Om deze cultuur te veranderen is het nodig om inzicht te krijgen in hoe een OK-dag verloopt. Dit geeft input voor het wekelijks planoverleg, dat in de meeste ziekenhuizen plaatsvindt. Met behulp van een dashboard krijg je als OK-team inzicht in zaken die (structureel) afwijken van de norm, zodat je als team mogelijke oorzaken kunt bespreken. Veel hiervan zijn incidenteel, maar er zijn ook voldoende oplosbare gebeurtenissen die het verloop van een dag negatief beïnvloeden. Soms klopt een werkwijze niet. Patiënten worden bijvoorbeeld structureel te laat besteld, waardoor de afdeling ze te laat komt brengen. Inzicht hebben in elkaars proces is dus essentieel. Zoals in dit geval: wat moet de afdeling allemaal doen om de patiënt voor te bereiden. In andere gevallen is de norm die met elkaar is afgesproken soms gewoonweg niet haalbaar en dient deze te worden bijgesteld.

Leestip: Een goed OK-schema levert optimale zorg

Een OK-schema maken is alles behalve eenvoudig. Het is een uitdagende puzzel en het vraagt overzicht en flexibiliteit om de puzzelstukjes goed op z'n plek te krijgen en te houden. Alle ziekenhuizen streven daarnaar, want een OK-schema heeft invloed op diverse aspecten van de organisatie.

Naar de blog ⟶

Een veelvoorkomende afwijking van de norm is te laat starten met een operatie. In de meeste ziekenhuizen is het de afspraak dat om 8:00 uur een operatie start. Als nu blijkt dat dit structureel pas om 8:15 uur is, dan is de eerste stap om in kaart brengen hoe dit komt. Het kan zijn dat een anesthesist twee kamers draait en het onmogelijk is dat deze twee kamers allebei om 8:00 uur starten. Het kan ook zijn dat het team logistiek nog niet alles op orde heeft om 8:00 uur te beginnen of dat een afdeling de patiënten nog niet op tijd klaar heeft.

Alles bij elkaar geeft voldoende gespreksstof en nodigt uit om te zoeken naar een oplossing. Te laat starten betekent namelijk in de regel dat je programma uitloopt. In de praktijk zien we dat we jarenlang tegen dezelfde knelpunten aanlopen, zonder dat dit tot een structurele oplossing leidt. Een OK-dashboard is essentieel voor operationele sturing van het OK-complex en helpt bij het continu leren en verbeteren van je processen.

Figuur 2: Een voorbeeld van KPI's die een dashboard vormen voor een OK-complex is bijgevoegd. Deze data worden in de meest gebruikte EPD's al bijgehouden.

Start OK-dag	Wieltje in – norm
Start OK-dag	Start snijtijd – norm
Tijd anesthesie	Einde inleiding – begin inleiding (indien van toepassing)
Tijd positioneren	Start snijtijd – einde inleiding
Ligduur op OK voor aanvang ingreep	Start snijtijd – wieltje in
Netto snijtijd	Einde snijtijd – start snijtijd
Uitleiding	Einde uitleiding – start uitleiding
Ligduur op OK na einde snijtijd	Wieltje uit – einde snijtijd
Wisseltijd	Wieltje in pt 2 – wieltje uit pt 1
Einde OK-dag	Laatste pt wieltje uit – norm

Kijktip: Opstellen van capaciteit- en formatiejaarplannen

De productiebegroting, de capaciteitsbegroting en de financiële begroting worden in zieken-huizen grotendeels onafhankelijk van elkaar opgesteld, terwijl deze sterk aan elkaar verbonden zijn. Dez video laat zien hoe het ziekenhuis tot een optimale toewijziging van capaciteit en formatie in jaarplannen komt.

Naar de video ⟶

Stap 3: Strategische, tactische en operationele sturing van je OK-complex

De laatste (en in sommige opzichten eigenlijke de eerste) stap bij het hebben van grip op je OK-planning, is het maken van een goede blauwdruk, zónder dat deze in beton gegoten is.

In veel ziekenhuizen wordt aan het einde van een jaar de blauwdruk gemaakt van de verdeling van de OK-sessies voor het nieuwe jaar. Vaak wordt dan al rekening gehouden met de geplande reductieweken die over het algemeen vast staan. Zelden zie je grote wijzigingen in de verdeling over de week en is het schema vergelijkbaar met het schema van voorgaande jaren. Operateurs zijn immers gewend aan hun operatiedag en de poli-indeling is afgestemd op de weekindeling van het OK-complex. In de ideale setting is het weekschema van het OK-complex ook afgestemd op het aantal beschikbare bedden. Met het oog op een efficiënte personeelsplanning op de afdeling, streef je naar een schema met een zo verdeeld mogelijke bedbezetting over de week.

Figuur 3 geeft een overzicht van het proces van de OK-planning. De basis voor de OK-planning wordt bepaald door je strategisch jaarplan.

- Wat zijn onze speerpunten?
- Wat is de productie die we willen bereiken volgend jaar?
- Hoe is dit verdeeld over de vakgroepen?
- En welke capaciteit hoort hierbij?

De antwoorden op die vragen bepalen vervolgens je blauwdruk. Dit proces vormt de basis voor strategisch sturen. Op basis van de afgesproken reductieweken en de beschikbaarheid van operatiekamers, bedden en personeel wordt een ideale weekindeling gemaakt. Vaak stopt het proces hier. Gedurende het jaar zijn er echter factoren en incidenten die om bijsturing vragen.

Deze operationele (bij)sturing doe je op basis van de inzichten uit het OK-dashboard, zoals hierboven beschreven. In het geval van een statische OK-sturing blijft het weekschema stabiel en wordt geanticipeerd op personeelstekort door bijvoorbeeld het tijdelijk sluiten van een operatiekamer.

Ook de afwezigheid van operateurs kan leiden tot een tijdelijke aanpassing van het operatieschema. Denk bijvoorbeeld aan een wisseling van operateurs of specialismes of zelfs sluiting van een sessie. In de ideale situatie toets je tussendoor of het nodig is om op basis van tactische redenen bij te sturen. Een voorbeeld hiervan is een specialisme dat de sessies niet vol krijgt, en een ander specialisme met een lange wachtlijst.

Een extra dimensie binnen tactisch sturen is het flexibel sturen van je operatieplanning. Hiermee zet je een deel van je operatieprogramma vast en de rest bestaat uit flexibele sessies. Deze zijn bijvoorbeeld beschikbaar voor oncologische ingrepen, of voor een specialisme met een toenemende wachtlijst. Ook kun je de flexibele sessies gebruiken om bij personeelskrapte de druk te verlagen en deze sessies dicht te zetten, zonder dat dit direct invloed heeft op je statische sessies. Het inplannen van een flexibele schil zorgt ervoor dat je beter kunt anticiperen op veranderingen in de instroom en typen patiënten, wijzigingen in beschikbaarheid van personeel en om vakgroepen waar ruimte zit om het productieprofiel beter in te zetten.

Figuur 3: Strategisch en operationeel sturen en plannen

Samenvatting

Beter grip op de planning van je operatieprogramma's en personeel is iets wat momenteel actueler lijkt dan ooit. Het is belangrijk om dit meer op basis van feiten te doen en minder op basis van emotie. Grip op je planning heeft een aantal voordelen:

1. Een werkdag die verloopt zoals gepland, geeft rust in je team en is bevorderend is voor het werkplezier.
2. Een goede indeling van je OK-schema draagt bij aan een optimale verdeling van de werkdruk. Niet alleen op het OK-complex, maar ook op de verpleegafdeling. Deze twee zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.
3. Door het inbouwen van een flexibele schil krijg je ruimte om beter te anticiperen op vraag en aanbod. Zo voorkom je dat personeel aanwezig is waar geen werk voor beschikbaar is én dat operaties op het laatste moment af moeten worden gezegd.
4. En dat heeft weer een positief effect op de toegankelijkheid én de kwaliteit van zorg voor de patiënt.

>>

Meer informatie

Het personeelstekort in de zorg is niet eenvoudig op te lossen. Wel is het mogelijk om creatief en efficiënt om te gaan met de beschikbare capaciteiten zodat de OK-planning zoveel mogelijk door gaan lopen. Ik hoop dat deze checklist een mooie handreiking voor je is. Heb je behoefte om hierover verder te praten?

Neem contact met mij op:

Mariëtta Bertleff
Consultant in de zorg en hand en pols chirurg

E m.bertleff@performation.com

W Performation.com/capaciteitsmanagement

performation
improving healthcare

Over Performation

Performation biedt zorgaanbieders slimme oplossingen om grip te krijgen op processen. Samen werken we aan een betere toekomst voor de patiënt. Wij doen dit met kennis en expertise, innovatieve technologieën en hart voor de zorg.

Contact
Performation
Sweelincklaan 1
3723 JA Bilthoven
Nederland
Tel.: +31 (0)30 233 38 72
www.performation.com