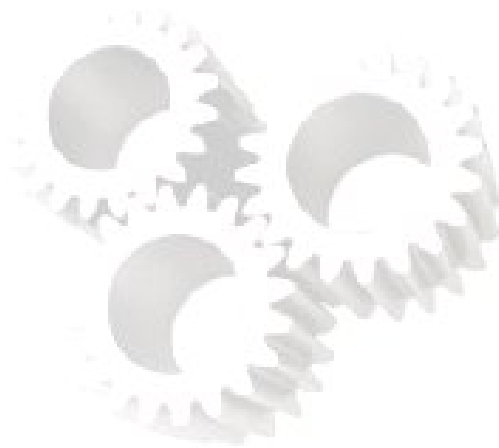


# Een logistiek perspectief op cliëntenstromen bij GGZ regio Breda



# Een logistiek perspectief op cliëntenstromen bij GGZ regio Breda



Afstudeerbegeleider: Prof. Dr. Ir. J. Vissers  
Afstudeermeelezer: Mr. Dr. M. Buijsen  
Studentmeelezer: M. Joosse

Jeffrey Mol (studentnr: 300043)  
Nieuwe Huizen 19A  
4811 TK Breda

Juni 2007

Erasmus MC - Erasmus Universiteit Rotterdam  
Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg  
Master Zorgmanagement 2006-2007

## Voorwoord

Deze scriptie vormt het sluitstuk van mijn opleiding tot Master of Science in Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit / Erasmus MC Rotterdam. Een fulltime studie naast een 32-urige werkweek is op zijn zachtst gezegd pittig te noemen. Ik had dit dan ook nooit gekund zonder de steun van vele mensen. In het algemeen wil ik mijn ouders, familie, vrienden en (ex-)collega's bedanken voor alle bewondering die ik kreeg, de *peptalks* en alle keren dat jullie het niet erg vonden als ik 'weer eens geen tijd had' om af te spreken.

Verder wil ik een ieder die heeft meegewerkt aan dit onderzoek bedanken. Ik noem hierbij expliciet Ed Jansen van GGZ regio Breda die mij enorm geholpen heeft bij de toegang tot en het vinden van kwantitatieve data uit de computersystemen.

Dan natuurlijk nog een aantal mensen in het bijzonder. Mijn studiegenoot Jasmijn Lammerse. Samen hebben we al verschillende opleidingen gedaan en dat is me alleen maar beter gaan bevallen. Onze ritjes op vrijdag naar Rotterdam zal ik zeker gaan missen, maar wie weet wat we samen nog gaan studeren in de toekomst.

Verder wil ik Prof. Dr. Ir. Jan Vissers bedanken. Ondanks 'al die titels' was je (ik mocht geen u zeggen) voor mij een heel benaderbare begeleider met humor en vol passie wat betreft de bedrijfskunde en in het bijzonder *Health Operations Management*. Marco Josse, als student meezeer, wil ik bedanken voor je feedback en zeker ook voor de gezellige bijeenkomsten ten tijde van de scriptiebegeleiding.

En dan als laatste en belangrijkste mijn vriendin Renée Roosdorp. Opmerkingen als 'ik zie de laatste tijd alleen je rug' (als ik achter mijn computer aan het studeren was) gaan nu voorlopig tot het verleden behoren. Zonder jou had me dit nooit gelukt, je hebt me ontzettend vaak gesteund in allerlei opzichten en ik hoop nu jij weer verder gaat studeren dat ik dat allemaal kan evenaren.

Iedereen nogmaals bedankt.

Juni 2007

Jeffrey Mol



## Samenvatting

.....

In dit onderzoek wordt onderzocht hoe het management van GGZ regio Breda de logistieke prestaties kan verbeteren van haar organisatie. Het onderzoek is gedaan bij ‘Zorgnetwerk volwassenen’, één van de vijf zorgnetwerken van GGZ regio Breda.

Het onderzoek is opgezet als *casestudy* en omvat een zowel kwalitatieve als kwantitatieve component. Er zijn interviews gehouden met zorgprofessionals en managers van Zorgnetwerk volwassenen. In eerste instantie zijn de cliëntenstromen binnen de verschillende locaties van het zorgnetwerk inzichtelijk gemaakt om de processen te analyseren. Daarnaast zijn er gegevens verzameld over de knelpunten die worden ervaren ten aanzien van de zorglogistieke processen. Door gebruik te maken van het datawarehouse van GGZ regio Breda zijn gegevens over de logistieke prestaties geanalyseerd. Deze kwalitatieve en kwantitatieve gegevens samen vormden de basis voor de conclusies en aanbevelingen.

Binnen Zorgnetwerk volwassenen worden processen op elke locatie verschillend georganiseerd. Voor logistieke productiebesturing is het echter belangrijk dat er helderheid bestaat over welke ‘producten’ er nu eigenlijk geleverd (kunnen) worden (productdefinities). Dit vormt de basis waarop bijvoorbeeld toewijzing van capaciteiten (zoals het aantal uren dat een behandelaar kan worden ingezet voor bepaalde activiteiten) mogelijk wordt.

Verder blijkt dat er veel onduidelijkheden zijn over welke cliënten zich aandienen bij GGZ regio Breda en op welke capaciteiten zij beslag gaan leggen. Het ontbreken van productdefinities versterkt dit probleem. De koppeling tussen vraag (van de cliëntgroep) en aanbod (van GGZ regio Breda in de vorm van behandeling en dus capaciteiten) ontbreekt.

Het ontbreken van een helder aanbod in combinatie met onvoldoende zicht op de vraag leidt tot een logistiek niet optimaal ingerichte organisatie. Een en ander wordt in de hand gewerkt door de huidige informatietechnologie die gebruikt wordt binnen GGZ regio Breda. Dit is niet optimaal ingericht om gegevens te genereren die vanuit logistiek perspectief van belang zijn.

Door het aanbod van Zorgnetwerk volwassenen in termen van processen voor klantengroepen te beschrijven en meer duidelijkheid te creëren in de vraag, ontstaat receptuur waarmee logistieke prestaties kunnen worden verbeterd. Ondersteuning in de vorm van goede ICT is hierbij van belang.



## Abstract

.....

In this study I have investigated how (health) logistic performances can be improved by the management of GGZ regio Breda. This study took place at 'Care-network adults' (Zorgnetwerk volwassenen), one out of five 'Care-networks' of GGZ regio Breda.

This study was designed as a case study and includes a qualitative and a quantitative component. Interviews were held with healthcare professionals and managers from 'Care-network adults'. At first, patient flows within the different locations from the 'Care-network' were distinguished to analyse the processes patients follow. Also data was collected about the bottlenecks which occurred in relation to health operations processes. By using the datawarehouse from GGZ regio Breda quantitative data about logistic performances was generated and analysed. Together these qualitative and quantitative data were the basis for formulating conclusions and recommendations.

Within 'Care-network adults', processes on each location were organised differently. When controlling production in a logistic way, it is important to make clear which product is delivered (or can be delivered) to the customer (product definitions). This is the basis for allocation of resources (like the number of hours of a provider for a certain activity) is made possible.

Furthermore, it is not clear which clients are referred to GGZ regio Breda and what type of resources they need. The absence of product definitions aggravates this problem. The linkage between demand (of the clients) and supply (from GGZ regio Breda in the form of treatment and thus capacity) is missing.

Missing a clear view of supply in combination with lacking insight in demand, leads to a non-optimized logistic equipped organisation. The currently used information technology systems aggravates these problems, because the systems are not equipped to generate data which are important in a logistic way.

By describing the supply-side of 'Carenetwork adults' in terms of iso-processes (similar processes of patients) and by clarifying the demand-side we have the formula to improve logistic performances. Support in the form of information technology in this context is important.



# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>7</b>
	1.1 Landelijke ontwikkelingen	7
	1.2 GGZ regio Breda	8
	1.3 Doelstelling	8
	1.4 Relevantie en opdrachtgever	9
	1.5 Onderzoeksvraag	10
<b>2</b>	<b>Zorglogistieke bedrijfsvoering</b>	<b>11</b>
	2.1 Inleiding	11
	2.2 Unit-, keten- en netwerklogistiek	12
	2.3 Capaciteiten	13
	2.4 Wachttijden	14
	2.5 Besturingsraamwerk	15
	2.6 Conceptueel model	18
<b>3</b>	<b>Onderzoeksvraag en –opzet</b>	<b>20</b>
	3.1 Designs en onderzoeksveld	20
	3.2 Dataverzameling- en analyse	20
	3.3 Rol van de onderzoeker	24
<b>4</b>	<b>Resultaten</b>	
	4.1 Stroomschema's	25
	4.1.1 Het proces	25
	4.1.2 Gevolgen gekozen organisatievorm	25
	4.2 Interviews	31
	4.3 Kwantitatieve analyse	36
	4.3.1 Instroom en uitstroom	36
	4.3.2 Doorstroom	37
	4.3.3 Wachttijden	40
	4.3.4 Wenselijke data	43
<b>5</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>45</b>
	5.1 Conclusies	45
	5.2 Aanbevelingen	47
<b>6</b>	<b>Discussie</b>	<b>50</b>
	<b>Literatuurlijst</b>	<b>52</b>
	<b>Lijst van afkortingen</b>	<b>54</b>
	<b>Bijlagen</b>	<b>55</b>



# 1 Inleiding

.....

In 2004 is door TPG Post de curatieve gezondheidszorg doorgelicht. Dit vanuit de specifieke logistieke deskundigheid van TPG. Eén van de belangrijke conclusies is dat er twee tot tweeëneenhalf miljard euro bespaard kan worden door de *patiëntenlogistiek* te verbeteren. Binnen drie tot vijf jaar zou dit te realiseren zijn (Bakker 2004).

In tijden waarin kostenbeheersing van de gezondheidszorg een belangrijk beleidspunt is van de overheid, lijkt het verbeteren van de patiëntenlogistiek dus een interessante optie. Bakker (2004) stelt verder dat door optimalisering van de logistiek het proces dat de patiënt doorloopt efficiënter wordt en veiliger: betere zorg voor minder geld. Hoe verhoudt zich dit tot de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)?

## 1.1 Landelijke ontwikkelingen

De GGZ sector is volop in beweging. Zo wordt de geneeskundige GGZ uit de AWBZ-bekostigingssystematiek gehaald per ingang van januari 2008. De volgende beweegredenen worden hiervoor door de overheid aangedragen: 'De overheveling van de geneeskundige GGZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) bevordert niet alleen de zorginhoudelijke samenhang in de curatieve zorg, maar kan op termijn ook leiden tot doelmatigheidswinst' (Ministerie van VWS 2006). Zorgverzekeraars zullen deze zorg dan ook direct gaan vergoeden en niet meer vanuit de landelijke financiële AWBZ voorziening die daarvoor is ingericht. Door onder andere deze maatregelen wordt marktwerking gestimuleerd, wat extra druk zet op GGZ-instellingen om behandelingen zo efficiënt mogelijk te laten verlopen.

Daarnaast is er een gestage groei waar te nemen in het aantal cliënten dat een beroep doet op de GGZ. In 2001 had de sector 535 duizend cliënten, eind 2005 was dit aantal 638 duizend. Een groei van 41% (GGZ Nederland 2006). De GGZ heeft deze groei vooral opgevangen door steeds meer ambulante en transmuraal te gaan werken en goedkopere vormen van zorg aan te bieden, zoals telefonische consultatie. Ook de door de overheid gestimuleerde fusiegolf die heeft plaatsgevonden binnen de GGZ stoelt voor een groot deel op doelmatigheidswinst die de overheid daarmee verwachtte te bereiken (Ministerie van VWS 1999). De fusies hebben in grote mate plaatsgevonden vanaf die periode. Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ'en), Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) en instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW) werden destijds veelal geïntegreerd binnen één instelling. In 1998 waren er nog 160



zelfstandige GGZ instellingen, in 2005 is dit aantal afgenomen tot 103 (GGZ Nederland 2006).

De overheid continueert het invoeren van prikkels om de doeltreffendheid en doelmatigheid van de GGZ te vergroten. Bakker (2004) geeft aan dat een oplossing mede zou kunnen liggen in het verbeteren van de patiëntenlogistiek. In deze inleiding zal dit onderwerp verder verkend worden, om uiteindelijk te komen tot een onderzoeksvraag binnen dit kennisgebied, toegespitst op een concrete situatie. In de volgende paragraaf wordt eerst de organisatie 'GGZ regio Breda' beschreven. Op het onderwerp patiëntenlogistiek wordt ingegaan in hoofdstuk 2.

## 1.2 GGZ regio Breda

GGZ regio Breda is een geïntegreerde GGZ instelling. Het heeft een primair werkgebied van 420 duizend inwoners en ruim 10 duizend cliënten per jaar. GGZ regio Breda is ontstaan uit de fusie van een APZ, een RIAGG, RIBW en Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KJP). Deze fusie heeft in 1999 plaatsgevonden. GGZ regio Breda omvat nu 28 locaties die allemaal liggen in de regio Breda.

De organisatie is momenteel in verandering. In 2004 is een nieuw strategisch beleidsplan geformuleerd (Focus en Ruimte 2004) waarin de organisatie wordt ingedeeld in vijf Zorgnetwerken (ZNW), respectievelijk: ZNW1 (Voordeur, aanmeld- en crisisdienst), ZNW2 (Jeugd), ZNW3 (Volwassenen), ZNW4 (Ouderen) en ZNW5 (Carea, care en reactivering). Een organigram is weergegeven in bijlage 1.

ZNW3 bestaat uit 2 Psychiatrische Centra (PC's) en een Psychotherapeutisch Centrum (PTC). De PC's zijn gelegen in Oosterhout (PC Noord) en Breda (PC Zuid), het PTC is eveneens gesitueerd in Breda, echter op een andere locatie. Een organigram is weergegeven in bijlage 2. Om een indruk te geven van de grootte van dit organisatieonderdeel; binnen ZNW3 werden in het jaar 2006, ongeveer 2129 nieuwe cliënten ingeschreven. De veranderingen die zijn ingezet door de Raad van Bestuur hadden diverse gronden. Een belangrijke reden was om de organisatie professioneler te laten werken (met 'focus'), vanuit de vraag van de cliënt en men vond het belangrijk goed ingericht te raken op de nieuwe financieringsstructuur (invoering DBC's en overheveling van de curatieve GGZ zorg) om de onderhandelingspositie met verzekeraars te behouden/versterken.

Binnen ZNW3 hebben de PC's een zeer divers zorgaanbod: (crisis-)opname, dag- en deeltijdbehandeling, ambulante behandeling en thuiszorg. Veel cliënten komen hier met (acute) psychiatrische problemen of ernstige psychosociale klachten. In de veranderplannen is ervoor gekozen om het principe van functionele afdelingen (zoals gesloten opname, deeltijdbehandeling enz.) zoveel mogelijk te verlaten en de zorg in te richten rondom





diagnosegroepen. Daar waar eerst binnen de PC's sprake was van bijvoorbeeld een gesloten opname afdeling, een open opname afdeling en een afdeling voor deeltijdbehandeling, wordt de organisatie nu ingedeeld in 'behandellijnen'. Het management en de professionals zijn druk doende met de implementatie van de volgende behandellijnen: Behandellijn Psychosegerelateerd (BL-A), Behandellijn Stemningsgerelateerd (BL-B), Behandellijn Reïntegratieve Behandeling (RIB) en voor PC Noord tevens de Behandellijn Crisis (BL-C). PC Zuid heeft het klinische gedeelte (open en gesloten) gescheiden van de behandellijnen, in de analyse zal hier uitgebreid op in worden gegaan. Op dit moment wordt in aparte werkgroepen gewerkt aan de opzet van de behandellijnen. Implementatie van de veranderende zorginhoud en werkwijze zal verder plaats vinden in 2007.

Het PTC loopt in het veranderproces achter op schema. Er is inmiddels wel een uitgewerkt veranderplan beschreven door het PTC. Het PTC biedt ambulante en deeltijdbehandeling aan. Intensiteit en frequentie van de behandelcontacten hangt af van de hulpvraag van de cliënt.

De locaties PC Noord, PC Zuid en het PTC werken in principe allemaal autonoom. Er zijn nauwelijks onderlinge stromen tussen de locaties (alleen bij bijvoorbeeld plaatsgebrek tussen PC Noord en PC Zuid, of in het geval van ernstige agressieve cliënten; deze gaan naar PC Zuid).

Dit als eerste verkenning van GGZ regio Breda waarin duidelijk is geworden dat GGZ regio Breda midden in een groot veranderingsproces zit, mede geïnitieerd door de veranderingen die middels overheidsbeleid op hen afkomen. Patiëntenlogistiek kan daarin veel opleveren, daarop wil ik mij richten in dit onderzoek.

### **1.3 Doelstelling**

De eerste doelstelling van dit onderzoek is te beschrijven hoe de patiëntenstromen lopen binnen ZNW3 en om inzicht te krijgen in de logistieke performance van dit zorgnetwerk. De belangrijkste knelpunten zullen vanuit deze beschrijving verder worden geanalyseerd om zo te komen tot de uiteindelijke doelstelling van dit onderzoek: het geven van gerichte aanbevelingen op het gebied van de zorglogistiek aan het management van het zorgnetwerk en/of aan de Raad van Bestuur.

### **1.4 Relevantie en opdrachtgever**

Vanuit het management van ZNW3 wordt aangegeven dat er op dit moment problemen zijn met de instroom, doorstroom en uitstroom van cliënten die behandeld worden binnen ZNW3. Het management heeft de vraag bij mij neergelegd dit nader te onderzoeken; zij zijn dan ook



opdrachtgever. Een overzicht van de patiëntenlogistieke stromen binnen ZNW3 ontbreekt bij GGZ regio Breda. Om zicht te krijgen op de knelpunten in deze stromen is het noodzakelijk om deze eerst te beschrijven, alvorens deze knelpunten te kunnen tackelen.

Het tackelen van deze knelpunten is voor GGZ regio Breda uitermate interessant in het licht van de landelijke ontwikkelingen op het gebied van de effectiviteit en efficiëntie die van hen gevraagd wordt vanuit de overheid en in het licht van de onderhandelingspositie met verzekeraars ten tijde van de overheveling van de curatieve GGZ uit de AWBZ naar de Zvw. Daarnaast kan de kwaliteit van de zorg toenemen door de zorg logistiek beter in te richten (Bakker 2004, Vissers & Beech 2005).

## 1.5 Onderzoeksvraag

De hoofdvraag die ik binnen dit onderzoek wil beantwoorden is:

'Hoe kan bij GGZ regio Breda binnen zorgnetwerk volwassenen - gebruikmakend van zorglogistieke concepten - de cliëntenstroom georganiseerd worden, zodat de logistieke performance van dit zorgnetwerk verbetert?'

De volgende deelvragen worden hierbij geformuleerd. Samen geven zij uiteindelijk antwoord op de hoofdvraag:

1. Hoe ziet op zorgnetwerkniveau de cliëntenstroom er uit (procesbeschrijving) en hoe groot zijn deze cliëntenstromen (aantallen)?
2. Hoe ziet de planning van de cliëntenstroom er uit?
3. Hoe lang zijn de wachttijden (aanmeld-, beoordelings- en behandelwachttijden) en doorlooptijden bij de verschillende units, waardoor ontstaan deze en hoe staan ze in verhouding tot de ingezette capaciteiten?
4. Welke bottlenecks zijn er met betrekking tot de cliëntenstroom te benoemen?
5. Welke aanbevelingen kunnen er worden gedaan om de logistieke performance te verbeteren?

In het volgende hoofdstuk komt eerst een algemene theoretische analyse van zorglogistieke bedrijfsvoering aan de orde. Dit mondt uit in een conceptueel model. In hoofdstuk drie wordt de methode van onderzoek besproken. In hoofdstuk vier komen de resultaten van het onderzoek aan de orde, gevolgd door conclusies en aanbevelingen in hoofdstuk vijf. Het rapport wordt afgerond met een discussie in hoofdstuk zes.



## 2 Zorglogistieke Bedrijfsvoering

### 2.1 Inleiding

In de internationale literatuur wordt over Health Operations Management gesproken wanneer men het over zorglogistieke bedrijfsvoering heeft. Vissers en Beech (2005) hanteren de volgende definitie:

“Health Operations Management can be defined as the analysis, design, planning, and control of all of the steps necessary to provide a service for a client”.

De logistiek vindt zijn oorsprong in industriële organisaties, maar concepten vanuit industriële organisaties naar de gezondheidszorg moeten in veel gevallen worden vertaald of bewerkt. Er bestaan namelijk grote verschillen tussen logistiek in algemene zin en *zorglogistiek*. In tabel 1 wordt het onderscheid tussen industrie en de gezondheidszorg inzichtelijk gemaakt.

Proceskenmerk	Industrie	Zorg
Object	Goederenstroom	Cliëntenstroom
Leverspecificaties eindproduct	Grotendeels bekend	Grotendeels onbekend
Productiemiddel	Bediende machines	Professionals
Financieel doel	Winst maken	Kosten beheersen
Buffers	Voorraden levertijden	Wachttijden en wachtlijsten
Marktwerking	Volledig	Beperkt

Tabel 1: Verschillen tussen zorgprocessen en industriële processen (Vissers & De Vries 2005)

Hiermee is niet gesteld dat logistieke concepten uit de industrie onbruikbaar zijn binnen de gezondheidszorg, maar dat wanneer we iets willen zeggen over logistiek in de gezondheidszorg met deze verschillen rekening moet worden gehouden. Goederenstromen zijn er bijvoorbeeld ook in de gezondheidszorg, maar deze zijn ondergeschikt aan stromen van cliënten. Goederen kunnen we opslaan en gebruiken wanneer nodig; cliënten niet. Concepten uit de industrie zijn dus niet één op één over te nemen door de gezondheidszorg. Naast een vergelijking tussen de logistiek in de industrie en zorg is het ook mogelijk verschillende vormen van logistiek te onderscheiden binnen de zorg. Er zijn drie verschillende benaderingen mogelijk, te weten: unitlogistiek, proces- of ketenlogistiek en netwerklogistiek.



## 2.2 Unit-, keten- en netwerklogistiek

### *Unitlogistiek*

Bij unitlogistiek ligt de focus op de totale stroom van de patiënten die een unit gebruiken en op het effect van deze stroom op het gebruik van capaciteiten (bijvoorbeeld het gebruik van tijd van de psychiater) en de werkdruk van het personeel (Vissers & Beech 2005). Een unit kan bijvoorbeeld een crisis opnameafdeling zijn. De hoeveelheid cliënten die kan worden opgenomen op deze afdeling wordt bepaald door de beschikbare capaciteit, bijvoorbeeld de beschikbare hoeveelheid bedden en het aantal formatieplaatsen voor verpleegkundigen. De prestatie van een unit kan worden afgemeten aan de hoeveelheid cliënten die zijn geholpen, de doorlooptijd van het proces binnen de afdeling, de tevredenheid van de patiënten over de service binnen de afdeling, de benutting van capaciteiten en de tevredenheid van de medewerkers over het werkklimaat en de sfeer (Vissers en De Vries 2005). Unitlogistiek is de basis voor het goed functioneren van een instelling en moet adequaat zijn opgezet om te komen tot de 'hogere' vormen van logistiek (ibid.).

### *Proces- of ketenlogistiek*

Bij een proces of ketenbenadering ligt het accent op het maximaliseren van het serviceniveau van patiënten die bij een bepaalde patiëntengroep behoren (Vissers & Beech 2005). Het verschil tussen proces of keten is gradueel (Vissers en De Vries 2005). Het gaat om het totale proces dat de patiënt doorloopt langs de verschillende units van bijvoorbeeld een psychiatrisch ziekenhuis. Er kan ook sprake zijn van een transmurale keten van verschillende instellingen die samenwerken in de zorg (een CVA-zorgketen is hier een voorbeeld van).

Bij proces of ketenlogistiek is er dus een beeld van de doelgroep. Hierdoor ontstaat er tevens een idee over welk proces een patiënt zou moeten/kunnen doorlopen (Vissers en De Vries 2005). In de GGZ zijn er bijvoorbeeld zorgprogramma's schizofrenie die vanaf het moment dat er een diagnose schizofrenie bij een cliënt wordt vermoed in werking treden en ook inzichtelijk maken van welke capaciteiten (units) gebruik gemaakt (zal) worden in het proces.

Verder valt op te merken dat er een verschuiving is opgetreden in het denken in de gezondheidszorg. In het verleden werden afzonderlijke processen georganiseerd. Bijvoorbeeld het intakeproces bij aanmelding in een PC, of het beschrijven van een opnameproces. In plaats van alle processen afzonderlijk in te richten, komt er een meer integrale planning van het proces. De behandeling van een bepaald ziektebeeld wordt beschreven en de route die een cliënt daarin doorloopt komt centraal te staan in plaats van de organisatie van afzonderlijke activiteiten, zoals bijvoorbeeld opname, intake enzovoorts.



Vaak geschiedt deze ordening op basis van diagnosegroepen, of op basis van het onderscheid wat bij DBC's wordt gemaakt. Vanuit logistiek perspectief is het belangrijk om iso-procesgroepen te onderscheiden (Vissers & Beech 2005). Daarmee wordt bedoeld dat de kenmerken van het proces leidend zijn voor de clustering van bepaalde cliëntencategorieën.

Zoals eerder werd gesteld, moet unitlogistiek éérst op orde zijn voordat men kan overgaan naar proceslogistiek. Maar door afzonderlijke processen in te richten bestaat er gevaar voor suboptimalisatie, omdat processen met elkaar verweven zijn. Hiervoor is een netwerklogistieke benadering nodig.

### *Netwerklogistiek*

Dit principe combineert het unit- en ketenperspectief. De logistiek gezien vanuit een netwerkbenadering maakt bijvoorbeeld inzichtelijk in hoeverre het serviceniveau wat wordt geleverd in de keten zich verhoudt tot het gebruik van capaciteiten in units (Vissers & Beech 2005). Als men voor een bepaalde keten het serviceniveau zal verhogen, zal dit zijn invloed hebben op andere ketens. Door een netwerklogistieke benadering te hanteren voorkomt men suboptimalisatie (Vissers en De Vries 2005).

Om ketens te beschrijven worden deze vaak visueel in kaart gebracht (procesbeschrijving). Wanneer het proces inzichtelijk is, wordt het mogelijk om verdere analyses te doen over bijvoorbeeld het gebruik van capaciteiten of wachttijden.

## **2.3 Capaciteiten**

Volgens Vissers & Beech (2005) worden met capaciteiten in de logistiek objecten bedoeld die gebruikt worden in het productieproces, maar die niet worden veranderd of geconsumeerd door productie. In de psychiatrie zijn dit bijvoorbeeld spreekkamers of bedden op een klinische afdeling. Ook personeel kan worden gezien als een capaciteitssoort. Capaciteiten kunnen worden verdeeld wat betreft hoeveelheid. Hiervan is bijvoorbeeld sprake wanneer een hoeveelheid bedden wordt toegekend aan een bepaalde unit/keten. Daarnaast kan er gekeken worden naar capaciteiten wat betreft de hoeveelheid productie die geleverd kan worden in een bepaalde tijdseenheid. Bijvoorbeeld hoeveel therapeutische gesprekken een psychiater op een dag kan doen met cliënt, zonder dat andere bezigheden in gevaar komen (cliëntenbesprekingen, administratie enz.). Het is ook mogelijk om een *rough-cut capacity check* uit te voeren. Aan de hand van de ingezette capaciteiten en met behulp van bijvoorbeeld normtijden voor activiteiten kan dan gekeken worden of vraag en aanbod met elkaar in evenwicht zijn.



Capaciteitssoorten zijn op verschillende wijzen te classificeren. Vissers en Beech (2005) maken het volgende onderscheid:

- Gedeelde en ongedeelde capaciteitssoorten. Een gedeelde capaciteitssoort in de psychiatrie zijn bijvoorbeeld spreekkamers die voor algemeen gebruik zijn van verschillende afdelingen. Een ongedeelde capaciteitssoort zou een spreekkamer zijn die specifiek is toegewezen voor een bepaalde patiëntengroep/persoon.
- Leidende en volgende capaciteitssoorten. Een leidende capaciteit genereert productie bij een volgende capaciteit. Wanneer bijvoorbeeld meer tijd voor intakes van cliënten wordt toegewezen, zal dit leiden tot vraag naar meer bedden capaciteit en/of behandeltime van psychologen en psychiaters.
- Bottleneck of niet-bottleneck. Een bottleneck capaciteit is de meest schaarse capaciteit die bepalend is voor het totale volume van productie. Een voorbeeld hiervan is het aantal bedden op een klinische afdeling.
- Continue of intermitterend beschikbare capaciteiten. Zo is bijvoorbeeld het doen van psychologische testen alleen mogelijk tijdens kantoortijden op werkdagen.
- Multifunctionele capaciteitssoort. Dit is een capaciteitssoort die door verschillende processen wordt gebruikt. Dit is bijvoorbeeld de tijd van een psychiater/psycholoog die wordt verdeeld over de patiëntengroepen die door hem/haar bediend worden. Deze capaciteitssoort wordt ook wel 'tijd van de specialist' genoemd.

Duidelijk wordt dat capaciteiten een grote invloed kunnen hebben op de productie die geleverd kan worden, zij vormen hier immers de 'grondstof' voor. In de volgende paragraaf komt het onderdeel 'wachtijden' naar voren, een belangrijk fenomeen in de gezondheidszorg.

## 2.4 Wachtijden

In paragraaf 2.1 kwam al aan de orde dat cliënten niet opgeslagen kunnen worden als een voorraad. De buffervorming die hiermee wordt beoogd is in de gezondheidszorg terug te vinden in de vorm van wachttijden en wachttijden (zie tabel 1). Bij acute zorg zorgen we voor grote buffers om in het grootste deel van de gevallen aan de vraag te kunnen voldoen. Zo wordt in de meeste psychiatrische instellingen een hoeveelheid acute opnamecapaciteit vrijgehouden om 24 uur per dag cliënten op te kunnen nemen. In het geval van electieve zorg kunnen er termijnen worden afgesproken die als aanvaardbaar worden geacht voor het wachten op die zorg.

Wachtijden zijn dus het gevolg van frictie tussen vraag en aanbod. In logistieke termen: de verwerkingssnelheid (ook wel 'doorlooptijd' genoemd) is minder groot dan de



snelheid van instroom van patiënten en cliënten. De beschikbare verwerkingscapaciteit is eindig (vanwege beperkte financiële middelen en arbeidspotentieel), terwijl de vraag naar zorg vrijwel oneindig is (Busch 2005). In de Nederlandse gezondheidszorg zijn de wachttijden de afgelopen jaren veel in het nieuws geweest, omdat deze door flinke toename als onaanvaardbaar werden beschouwd. Hiervoor zijn de Treeknormen in het leven geroepen; dit zijn wachttijden die als aanvaardbaar worden beschouwd voor het wachten op niet acute zorg. Een overzicht van de Treeknormen voor de geestelijke gezondheidszorg is weergegeven in bijlage 3.

In het brancherapport van het ministerie van VWS (Van 't Land, et al. 2005) wordt onderscheid gemaakt tussen de volgende wachttijden:

- Aanmeldingswachttijd. Dit is de wachttijd van aanmelding tot aan het eerste intakegesprek;
- Onderzoekswachttijd. Dit is de wachttijd van intake tot adviesgesprek;
- Behandelwachttijd. De tijd van adviesgesprek tot eerste behandelcontact.

Oplopende wachttijden kunnen diverse oorzaken hebben, zoals gebrek aan capaciteiten (personeel bijvoorbeeld). Wachttijden kunnen echter ook toenemen/ontstaan als gevolg van inefficiëntie in processen. Bij GGZ regio Breda is er volgens het management op dit moment sprake van lange wachttijden. Zowel voor de aanmeldings-, onderzoeks- en behandelwachttijd. Het is daarom interessant om te bekijken in hoeverre de inrichting van de processen hieraan bijdraagt.

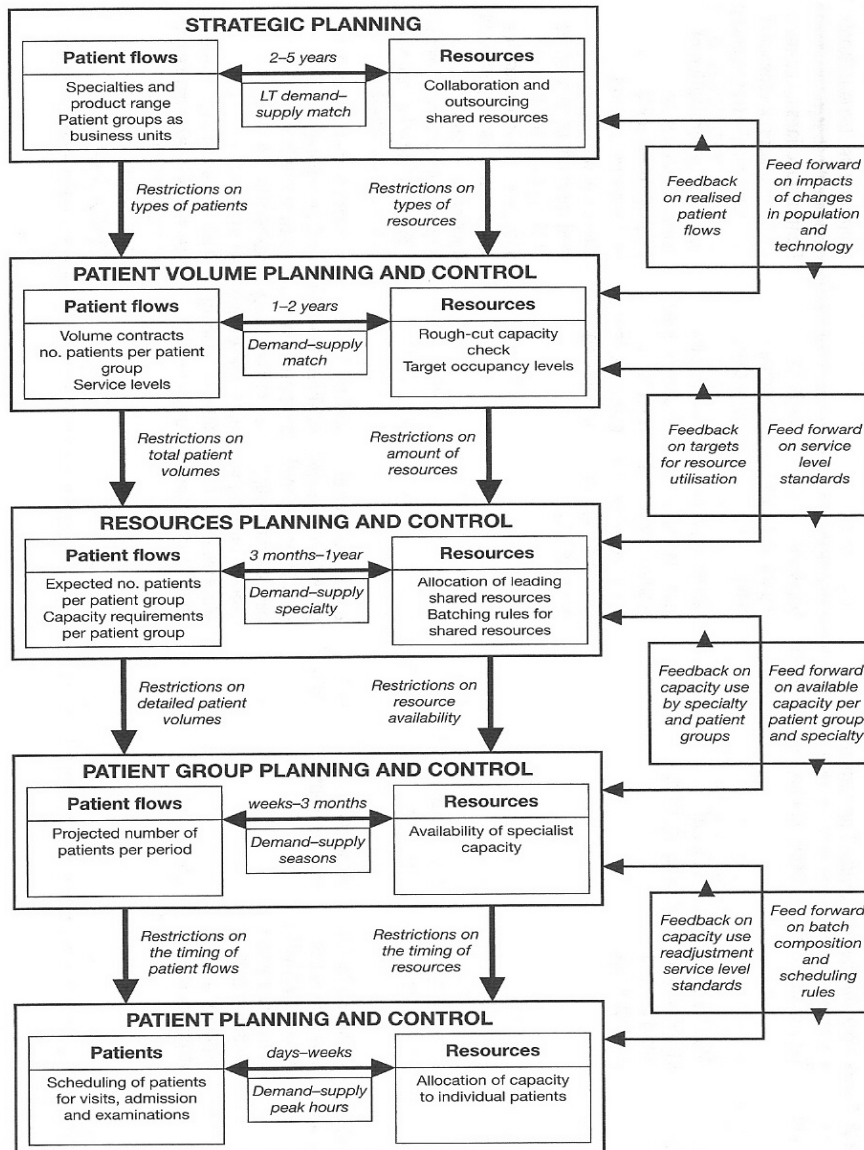
In de volgende paragraaf komt een besturingsraamwerk aan de orde voor productiebesturing van ziekenhuizen. In dit rapport wordt onder andere de positie van het onderzoek met behulp van het raamwerk vastgesteld.

## **2.5 Besturingsraamwerk**

Om patiëntenstromen en capaciteiten binnen ziekenhuizen inzichtelijk te maken is een productiebesturingsraamwerk ontwikkeld (zie figuur 1, volgende pagina). Vissers en Beech (2005) onderscheiden daarin vijf niveaus. Op ieder niveau moeten er beslissingen worden genomen, de beslissingsfocus ligt daarin steeds anders:

- Strategische planning: de reikwijdte van services, markten en productgroepen, lange termijn capaciteiten die nodig zijn, centraal gecoördineerde schaarse capaciteiten, service filosofie, focus van de service en efficiency niveau;
- Planning en beheersing van patiëntvolume: gecontracteerde productieafspraken en de hoeveelheid capaciteit die beschikbaar is voor patiëntengroepen en specialismen;





**Figuur 1:** Raamwerk voor productiebesturing (Vissers & Beech 2005)

- Planning en beheersing van de capaciteiten: gedeelde capaciteiten worden hier per tijdseenheid verdeeld, inclusief specialistentijd. Een gedetailleerd aantal van de verwachte patiënten per periode en regels voor het gebruik van capaciteiten;
- Planning en beheersing van patiëntengroepen: urgentie en serviceniveau worden hier afgewogen alsmede planningsrichtlijnen per patiëntengroep;
- Planning en beheersing van patiënten: inplannen van individuele patiënten, zoals in richtlijnen aangegeven van patiëntengroepen en de regels voor gebruik van capaciteiten op het niveau van de planning en beheersing van capaciteiten.





Hoewel het raamwerk in beginsel is ontwikkeld voor productiebesturing in algemene ziekenhuizen, kan het ook worden gebruikt voor andere typen instellingen waaronder de GGZ.

Het schema laat zich het makkelijkst uitleggen met een voorbeeld. Stel dat er op strategisch niveau wordt besloten om een klinische afdeling voor behandeling van cliënten met '*double trouble*' (zowel drugsproblematiek als psychiatrische problematiek) in te richten. Dit zorgt voor veranderingen op alle onderliggende niveaus. Zo zullen er op het niveau van planning en beheersing van het patiëntvolume bijvoorbeeld afspraken worden gemaakt met verzekeraars over deze productie-uitbreiding. Op het niveau van de planning en beheersing van capaciteiten zal er beddencapaciteit en formatieplaatsen moeten worden toegewezen aan deze afdeling. Op het niveau van beheersing en planning van patiëntengroepen wordt de feitelijke beschikbaarheid van toegewezen capaciteiten geregeld (Naar: De Vries & Hiddema 2001), zoals de dienstroosterplanning, de dagen waarop behandelaren aanwezig zijn enz. Ten slotte is er het niveau van de planning en beheersing van individuele patiënten. Dit is het niveau waarop bijvoorbeeld wordt bepaald welke cliënt er op welk tijdstip op het medicatiesprekeuur van de psychiater komt.

Op elk niveau is het belangrijk dat vraag en aanbod afgestemd wordt zodat de capaciteit is afgestemd op de patiëntenstroom. Daarnaast is er een gelaagdheid aangebracht door een tijdscomponent in te bouwen. De strategische beslissingen worden bijvoorbeeld genomen binnen een tijdsraming van 2-5 jaar. *Feed forward* processen zorgen voor kaderstellingen naar het ondergelegen niveau. *Feedback* processen zorgen voor informatie naar het bovengelegen niveau. Hierop kan bijstelling plaatsvinden. Om goed te kunnen besturen op elk niveau moet de koppeling tussen deze niveaus goed ontwikkeld zijn (De Vries & Hiddema 2001).

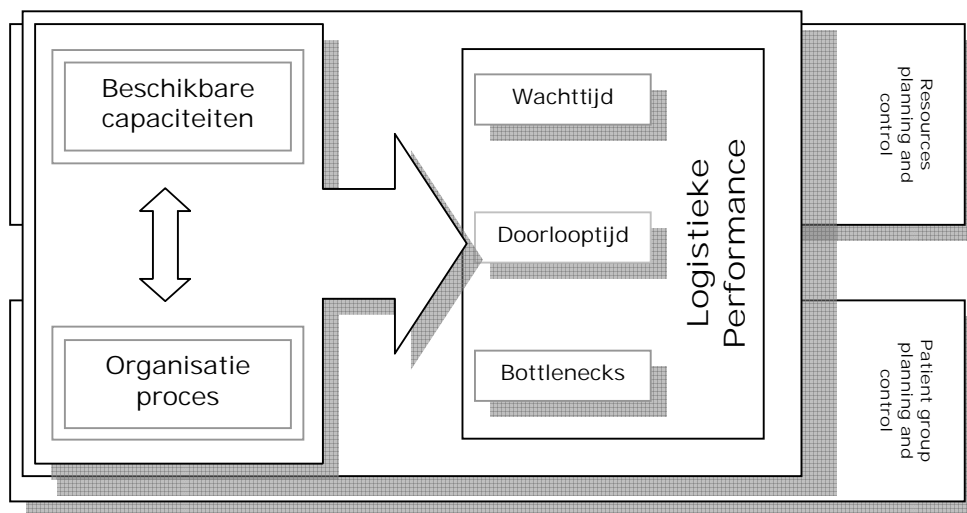
Er zijn enkele andere auteurs geweest die zich bezig hebben gehouden met het ontwikkelen van raamwerken op het gebied van de zorglogistiek. Vissers en Beech (2005) verwijzen hiervoor naar: Smith-Daniels et al. 1988; Butler et al. 1992; Fetter & Freeman 1986; Neuhauser 1972; Zelman & Parham 1990 en Rhyne & Jupp 1988). Het raamwerk dat in dit voorstel wordt gebruikt is het meest recent ontwikkelde raamwerk en is de resultante van onderzoek van diverse auteurs (zie: Vissers et al. 2001). Het is vanaf 1993 verder doorontwikkeld tot de huidige versie. Het is duidelijk een onderzoeksgebied dat nog volop in ontwikkeling is.



## 2.6 Conceptueel model

In de bespreking tot nu toe komt een aantal belangrijke concepten naar voren: zorglogistiek (en zorglogistieke bedrijfsvoering), capaciteiten, procesbeschrijving/patiëntenstromen, wachttijden, doorlooptijden en bottlenecks. In de doelstelling is omschreven dat dit onderzoek zich richt op de logistieke performance van ZNW3.

In figuur 2 zijn de concepten in onderlinge samenhang weergegeven. De verdere opzet van het onderzoek komt in het volgende hoofdstuk aan de orde. Hier wordt volstaan met een korte uitleg bij dit model.



**Figuur 2:** conceptueel model

De logistieke performance kan worden geanalyseerd door te kijken naar wachttijden en doorlooptijden. Het mag duidelijk zijn dat deze analyse een meer kwantificerend karakter heeft. Bottlenecks beïnvloeden de logistieke performance ook in grote mate, zij zijn vooral in het kwalitatieve deel van dit onderzoek bestudeerd. Capaciteiten zijn medebepalend voor het uiteindelijk geleverde productievolume en hebben in die zin een belangrijke relatie met de organisatie van het proces. Interessant is het hierbij te kijken naar de bottleneckcapaciteit omdat dit de meest schaarse capaciteit is en daarmee beperkend is voor het totale volume van productie. Onvoldoende capaciteiten zullen leiden tot langere wachttijden en doorlooptijden, daarmee is de relatie gelegd tussen de logistieke performance en capaciteiten. De manier waarop de processen zijn georganiseerd kan leiden tot bottlenecks die ook van invloed zijn op de logistieke performance. Om iets te kunnen zeggen over capaciteiten, bottlenecks, wachttijden en doorlooptijden is het noodzakelijk om eerst de processen binnen ZNW3 inzichtelijk te krijgen. Hiermee is de opbouw van figuur 2 beschreven.



Kijkend naar het raamwerk voor productiebesturing bevindt de voorgenomen analyse van al deze concepten zich op het niveau van *patiënt group planning & control* en *resources planning & control*. Dit is tevens aangegeven in het model omdat het de positie van analyse en onderzoek verduidelijkt.

De concepten zijn nu met elkaar in verband gebracht. In het volgende hoofdstuk komt de onderzoeksvraag aan de orde en de methode van onderzoek.





interviews met zorgprofessionals hebben er ook interviews plaatsgevonden met managers. In totaal zijn dit vijf respondenten. In de interviews met het management is het accent sterker gelegd op het planningsvraagstuk en op de inzet van de capaciteiten. In tabel 2 wordt weergegeven welke disciplines op welke locatie zijn geïnterviewd.

<b>PC Noord</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GZ-psycholoog</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manager Algemene Zaken PC Noord</li> </ul>
<b>PC Zuid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GZ-psycholoog, psychotherapeut</li> <li>• Psychiater</li> <li>• Psychiater/Hoofd Behandelzaken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manager Algemene Zaken PC Zuid</li> </ul>
<b>PTC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GZ-psycholoog, psychotherapeut, manager behandelzaken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manager Algemene Zaken PTC</li> </ul>
<b>Zorgnetwerk-management</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoofd Behandelzaken ZNW 3 / psychiater</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoofd Algemene zaken ZNW 3</li> </ul>

**Tabel 2:** overzicht geïnterviewde respondenten

Voor de verdeling wat betreft aantallen is vooral gekozen op basis van grootte van de locatie. PC Zuid is de grootste locatie van ZNW3. Van het PTC is het uitgewerkte veranderplan pas sinds korte tijd beschikbaar, omdat zij achterlopen in het verandertraject. Het was daarom belangrijk om de processen aldaar goed in kaart te brengen door middel van twee interviews. Er is bij het PTC uitgegaan van een inventarisatie van de nieuwe situatie zoals geschetst in het veranderplan.

Er zijn in alle gevallen zorgprofessionals geselecteerd die een (zelfstandige) bevoegdheid hebben om cliënten intern door te verwijzen (dan wel te indiceren) naar een organisatieonderdeel. Het is daardoor aannemelijk dat zij een goed overzicht hebben van de mogelijke trajecten die een cliënt kan doorlopen.

Respondenten werden via e-mail benaderd. Zorgprofessionals en managers werd om medewerking gevraagd door een e-mail te sturen die mede ondertekend was door het zorgnetwerkmanagement (opdrachtgever). Bij de benadering van respondenten is ervoor gezorgd dat er een gedegen dwarsdoorsnede van ZNW3 werd geselecteerd. Dat wil zeggen dat er vanuit de klinische en ambulante tak managers en behandelaren zijn geselecteerd.

De interviews zijn semi-gestructureerd opgezet aan de hand van topiclijsten en hebben individueel plaatsgevonden. De interviews zijn allemaal opgenomen op band en tijdens het gesprek zijn schriftelijke aantekeningen gemaakt. Vervolgens is de cliëntenstroom aan de hand van de interviews schematisch in kaart gebracht. Bij de uitwerking zijn in eerste instantie de aantekeningen gebruikt, bij onduidelijkheden zijn de banden van de interviews teruggeluisterd. In twee gevallen is, door blijvende onduidelijkheid, via e-mail om een nadere uitleg van een gegeven antwoord gevraagd. Er is een conceptversie van de cliëntenstroom



voorgelegd aan drie zorgprofessionals ('*member-check*') ter goedkeuring. Dit leverde geen aanpassingen op.

De andere topics, op het gebied van de knelpunten, het ontstaan van de wachtlijsten e.d., zijn beoordeeld door het terugluisteren van de tapes en het opnieuw maken van aantekeningen. Hierin is gezocht naar overeenkomsten in ervaren knelpunten om op deze wijze de belangrijkste knelpunten inzichtelijk te krijgen.

### *Documentanalyse*

Er zijn diverse documenten verzameld om (delen van) de cliëntenstroom inzichtelijk te maken (proces) en om in kaart te brengen hoe de planning op dit gebied verloopt. De implementatieplannen van het verandertraject zijn geanalyseerd. Daarnaast is er een werkdocument 'normtijden' gebruikt wat inzichtelijk maakt wat de normtijden voor behandelactiviteiten binnen ZNW3 zijn. Verder zijn er overzichten gebruikt van het aantal ingezette FTE's (full-time equivalenten) per unit. Er is tevens gebruik gemaakt van de nota 'intakeprocedure' en van jaarverslagen. Deze data werd met name als beeldvorming gebruikt en waar relevant in het licht van de onderzoeksvragen geanalyseerd en verwerkt in de resultaten.

## 3.2.2 Kwantitatieve component

### *Datawarehouse*

Voor de kwantitatieve component van dit onderzoek is gebruik gemaakt van het datawarehouse van GGZ regio Breda. Momenteel is er een zorgregistratiesysteem beschikbaar (Psygis), maar dit is met name ingericht op financiën en niet op zorg. Gedurende de looptijd van het onderzoek zou er een datawarehouse operationeel worden dat wél gericht is op zorginhoudelijke vraagstukken. De vragen die in dit onderzoek centraal stonden, bleken niet geschikt om te analyseren met het tot dan toe opgezette nieuwe datawarehouse, maar (zoveel mogelijk) uit Psygis te moeten worden gehaald. Gebleken is dat Psygis als registratiesysteem, maar met name de (door de organisatie) gekozen inrichting van dit systeem, niet geheel geschikt is om (alle) zorglogistieke vraagstukken mee te analyseren. Het was aanvankelijk de bedoeling om de grootte van de cliëntenstromen over alle units met behulp van het datawarehouse in kaart te brengen. Dit bleek echter niet mogelijk. Binnen de beperkingen van de mogelijkheden van het systeem is data gegenereerd. Er heeft dus uitdrukkelijke bijstelling van de dataverzameling plaatsgevonden binnen de kwantitatieve component van het onderzoek.

Het werken met Psygis in het kader van onderzoek is specialistisch van aard. Vanuit GGZ regio Breda heeft ondersteuning plaatsgevonden door een medewerker van de dienst



Planning, Control en Informatie en een gedetacheerde medewerker van Getronics Pinkroccade (leverancier Psygis).

Er zijn verschillende datasets gegenereerd. De meest belangrijke datasets zijn die van 'nieuwe inschrijvingen'<sup>1</sup> (N=2129) en 'uitschrijvingen'<sup>2</sup> (N=1625) binnen ZNW 3. In de datasets is door middel van 'vrije velden' een aantal kenmerken van de cliënt meegenomen. Er is gekozen om de kenmerken uit tabel 3 mee te nemen. Dit is vrij breed gehouden, later is er geselecteerd op relevantie voor dit onderzoek.

cliëntnummer	zorgvorm bij inschrijving	diagnose (alle assen)
aanmelddatum	datum 1 <sup>e</sup> face-to-face contact	datum laatste face-to-face contact
aanmeldklacht en urgentiecode	datum indicatiestelling	laatste organisatorische eenheid
soort verwijzer	datum 1 <sup>e</sup> behandelcontact	inschrijfduur
Inschrijfdatum	organisatorische eenheid	soort vervolgaanbieder

**Tabel 3:** parameters analysemodel

De datasets zijn geconverteerd naar een spreadsheet en middels Microsoft Excel konden hier diverse berekeningen mee worden gemaakt. Zo konden bijvoorbeeld de gemiddelde wachttijden met hulp van dit spreadsheet worden berekend.

Naast de 'vrije velden' kan het Psygis systeem ook standaardoverzichten genereren binnen het eigen programma. Hiervan is de gemiddelde inschrijfduur per Organisatorische Eenheid (OE) een voorbeeld, waarover in het hoofdstuk 'resultaten' meer.

Wat betreft de analyseperiode is gekozen voor 1 april 2006 tot en met 31 maart 2007. Door de organisatorische verandering, waarin er nieuwe afdelingen zijn ontstaan en alle namen van afdelingen zijn gewijzigd, zijn alle cliënten op 1 april 2006 overgezet naar nieuwe OE's. Dit bemoeilijkt de analyse; retrospectieve analyse van de uitschrijvingen wordt lastig omdat nauwelijks te achterhalen is welk traject de cliënten hebben doorlopen (Psygis herkent onder andere de 'oude' OE's niet meer).

De analyse van het datawarehouse werd ernstig belemmerd door beperkingen in (werk-)afspraken over registratie en zoals eerder gesteld de manier van inrichten van dit systeem. In de bespreking van de resultaten zal specifiek aandacht worden besteed aan de factoren waarmee rekening moet worden gehouden bij de interpretatie van de resultaten.

<sup>1</sup> Dit is inclusief de inschrijvingen via de Voordeur-, Aanmeld en Crisisdienst (VAC-team).

<sup>2</sup> Dit zijn alleen die cliënten die GGZ regio Breda via een Organisatorische Eenheid (OE) van Zorgnetwerk volwassenen hebben verlaten. Overplaatsingen naar andere zorgnetwerken zijn hier niet in verwerkt.



### 3.3 Rol van de onderzoeker

De auteur is tot 28 februari 2007 werkzaam geweest als senior-verpleegkundige op Behandellijn Crisis (Gesloten) van PC Noord. Onderzoek doen binnen instellingen waarin men zelf werkzaam is geweest kan nadelig zijn; er treedt gemakkelijk bias op. Het heeft echter ook voordelen; toegang tot data en respondenten is meestal beter mogelijk en sneller geregeld. De interviews en analyse van het datawarehouse hebben alle plaatsgevonden na beëindiging van het dienstverband. Door gebruik te maken van een onderzoekslogboek waarin afwegingen die ten tijde van dit onderzoek werden gemaakt op werden geschreven werd vertekening zoveel mogelijk ondervangen.





## 4 Resultaten

.....

In dit hoofdstuk komt de bespreking van de resultaten aan de orde. Eerst worden de processen zoals ze zijn georganiseerd besproken om vervolgens in te gaan op de resultaten vanuit de interviews. Als laatste zal de kwantitatieve data worden behandeld.

### 4.1 Stroomschema's

In bijlage 4 zijn de stroomschema's van de cliëntenstromen per locatie weergegeven. In tabel 4 en 5 worden de locaties op enkele kenmerken vergeleken. PC Noord en PC Zuid hebben een vergelijkbare functie. Zij bieden beide klinische, ambulante en deeltijdbehandeling aan mensen met ernstige psychiatrische en/of psychosociale problematiek. Indeling van cliënten vindt voornamelijk plaats op postcode (geografische indeling). Er zijn enkele kleine accentverschillen tussen PC Noord en Zuid die binnen dit onderzoek verder buiten beschouwing worden gelaten omdat zij meer inhoudelijk van aard zijn, dan van belang voor dit onderzoek.

Het PTC verzorgt de psychotherapeutische behandelingen voor het gehele verzorgingsgebied. Ook worden gerichte deeltijdbehandelingen en groepsaanbod aangeboden (ook gericht op bepaalde diagnoses). Binnen het PTC is er dus geen sprake van klinisch aanbod.

#### 4.1.1 Het proces

Als eerste worden de stroomschema's besproken en louter beoordeeld op procesmatige verschillen. In de volgende paragraaf komen ook meer inhoudelijk verschillen als gevolg van de gekozen manier van organiseren aan de orde. In tabel 4 zijn de procesmatige verschillen weergegeven. Deze worden vervolgens per kenmerk uitgebreid toegelicht.



Kenmerk:	Zorgnetwerk 3		
	PC Noord:	PC Zuid:	PTC:
Instroom altijd via Voordeur, Aanmeld en Crisisdienst ('VAC-team')	Niet	Niet	Wel
Intaketeam	Wel	Niet	Niet
Intake altijd multidisciplinair besproken	Wel	Wel	Niet
Klinische intake apart georganiseerd van intake in behandellijnen	Niet	Wel	N.v.t.
Mogelijkheid tot versnelde intake (doorstroomintake) geregeld in het proces	Wel	Wel	Niet
Informatie/probleemverheldering voor intake d.m.v. vragenlijst cliënt	Niet	Niet	Wel
Standaard psychiatrisch onderzoek (PSON)	Niet	Niet	Niet
Mate van standaardisatie behandeltraject en diagnosespecifiek aanbod	Nauwelijks	Nauwelijks	Redelijk
Karakter van de uitstroom	Divers	Divers	Bijna altijd naar huis

**Tabel 4:** verschillen en overeenkomsten cliëntenstromen

### Instroom

Opvallend is dat er veel zij-instroom mogelijkheden zijn op de PC's. Zo kunnen medewerkers van de Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) of andere organisatieonderdelen direct verwijzen naar de intaker van het PC. Dit zorgt voor een proces waarbij de intaker door veel verschillende 'stakeholders' benaderd kan worden, wat voor veel verstoringen kan zorgen van de werkzaamheden van de intaker.

### Intaketeam

PC Noord werkt met een intake team. PC Zuid en het PTC niet. Leden van het intake team zijn gemeenschappelijk verantwoordelijk voor de intakes die gedaan moeten worden. Op PC Zuid worden intakes direct door het Voordeur, Aanmeld en Crisisdienst team (VAC-team) toegewezen aan een behandel lijn; PC Noord doet eerst een intake en verwijst dan zelf door naar de behandel lijnen. Op het PTC zal in de toekomst de aanmelding samen met de vragenlijst beoordeeld worden door een intakecoördinator die gericht naar een behandelaar verwijst (aard van de problematiek en specialisatie van de behandelaar worden dan afgewogen).

### Intake altijd multidisciplinair besproken

Op de PC's worden alle intakes doorgesproken in ofwel de indicatiebespreking (PC Zuid) ofwel in het intakeoverleg (PC Noord). Daarna vindt de zorgtoewijzing plaats. Bij de besprekingen op de PC's is altijd een psychiater aanwezig. Op het PTC krijgen cliënten een intake door een behandelaar die in principe ook hoofdbehandelaar wordt. Direct daarna volgt



een adviesgesprek (vergelijkbaar met de zorgtoewijzing op de PC's). Op consultbasis, of na een eerste serie van behandelingen kan de behandelaar een psychiater consulteren.

### **Klinische intake apart georganiseerd**

De klinische intake wordt op PC Noord gedaan door de intaker van dienst. Ieder lid van het intake-team heeft op een vaste dag in de week intake-dienst. Er staan dan intakes gepland (reguliere intakes) en ook bijvoorbeeld alle adhoc vragen/spoedplaatsingen op de kliniek worden door de intake-dienst gedaan. Op PC Zuid wordt er onderscheid gemaakt tussen een functionaris die verantwoordelijk is voor de klinische intakes (ook roulerend) en tussen de reguliere intakes op de behandellijnen. Theoretisch gezien betekent dit dat er drie functionarissen tegelijkertijd bezig zouden kunnen zijn met een intake; op behandellijn stemmingsgerelateerd, op psychosegerelateerd en op de kliniek. Op PC Noord is er één functionaris die zich bezig houdt met alle aanmeldingen en intakes die zich op die dag aandienen of gepland staan.

### **Klinische intake apart van behandellijnen**

Op de PC's zijn er wegen gecreëerd om urgente gevallen voor te laten gaan. Dit in de vorm van een 'doorstroomintake'; medewerkers van het VAC-team kunnen cliënten op een vast tijdstip in de week plannen in de agenda van degene die op die dag intake-dienst heeft. Op deze manier wordt de wachtlijst voor intake omzeild. Op het PTC is hier geen sprake van; er mag vanuit worden gegaan dat cliënten daar dermate stabiel zijn dat men kan wachten op een reguliere intake. Verder schat de intakecoördinator de urgentie ook in en wordt een en ander in onderlinge afstemming geregeld.

### **Probleemverheldering voor intake**

Het PTC maakt gebruik van een vragenlijst voor cliënten. Op deze manier wordt een en ander op voorhand al in kaart gebracht. Voor de intake wordt deze vragenlijst teruggestuurd zodat bekend is welke problematiek er speelt. De PC's doen dit niet. Het VAC-team maakt bij aanmelding echter wel altijd een grove inschatting in de vorm van 'aanmeldklachten'. Er wordt bijvoorbeeld onderscheid gemaakt tussen stemmingsklachten en angstklachten.

### **Standaard psychiatrisch onderzoek**

Zowel de PC's als het PTC laten cliënten die zich aanmelden niet standaard onderzoeken door een psychiater. Dit gebeurt op indicatie van de intaker/behandelaar. Op de PC's is er echter wel altijd een psychiater betrokken bij de zorgtoewijzing (indicatiebespreking/intakeoverleg). Op het PTC is dit laatste niet altijd het geval. Een



behandelaar kán daar iemand inbrengen in het MDO na het intake- of adviesgesprek, maar dit is niet standaard het geval.

### **Standaardisatie en diagnosespecifiek aanbod**

Kijkend naar de stroomschema's van de PC's zien we een grove indeling naar diagnosegroepen in de vorm van de behandellijnen. Op het PTC wordt het onderscheid gemaakt tussen korte- en langdurige behandeling. Binnen het PTC wordt er echter gewerkt met richtlijnen voor de meeste van de behandelingen; deze richtlijnen bevatten eveneens overzichten van het aantal sessies (en de onderwerpen die per sessie globaal gezien aan de orde zouden moeten komen). Het PTC heeft onderliggend aan het weergegeven stroomschema's ook inzichtelijk hoe behandelingen bij een bepaalde diagnose (n.a.v. het adviesgesprek) verlopen. Het PTC neigt hiermee naar een bepaalde mate van standaardisatie. Op de PC's is dit niet het geval. Behandelingen worden individueel vormgegeven in de vorm van behandelplannen en de professionals vertalen de problematiek naar een geschikte behandelvorm. Er wordt zoveel mogelijk volgens wetenschappelijke beroepsspecifieke richtlijnen behandeld. Het ontbreekt aan fasering in behandelingen en heldere afspraken over het aandeel van iedere discipline in een bepaalde behandeling. Er is nauwelijks sprake van diagnosespecifiek aanbod. Dit is wel in ontwikkeling aldus de respondenten.

### **Karakter van de uitstroom**

De uitstroom op de PC's is erg divers. Een deel van de cliënten is aangewezen op chronisch psychiatrische zorg (uitstroom naar ZNW5). De uitstroom van het PTC is bijna altijd naar huis. In enkele gevallen moet naar een PC worden verwezen indien cliënten niet voldoende geholpen kunnen worden met psychotherapie. Dit maakt het mogelijk de uitstroom van het PTC beter te beheersen dan op de PC's.

#### **4.1.2 Gevolgen van de gekozen organisatievorm**

In deze paragraaf komt aan de orde wat de gevolgen zijn van de gekozen organisatievorm voor intake, behandeling en ontslag. Nu staat dus niet de organisatie van het proces centraal, maar de achterliggende gevolgen van keuzes die per locatie zijn gemaakt. Opnieuw worden locaties onderling vergeleken (zie tabel 5). Naast analyse van de stroomschema's wordt hier met name ook geput uit informatie uit de interviews.



Kenmerk:	Zorgnetwerk 3		
	PC Noord:	PC Zuid:	PTC:
Gerichte intake op diagnose/problematiek bij gespecialiseerde behandelaar	Niet/nauwelijks	Gedeeltelijk	Wel
Karakteristieken van de problematiek die behandeld wordt	Complex	Complex	Eenvoudiger, afgebakend
Mate van standaardisatie (zorgpaden, protocollaire behandeling enz.)	Nauwelijks	Nauwelijks	Sterk
Start, einde, frequentie en focus van behandeling helder	Niet	Niet	Wel
Overzicht van instroom geborgd in organisatorische opzet	Wel	Niet	Wel
Intaker wordt hoofdbehandelaar	Vaak niet	Vaak wel	In principe altijd
Gerichte verwijzing door VAC-team naar behandellijn	Niet	Wel	N.v.t.
Plaatsing kliniek apart georganiseerd van plaatsing behandellijnen	Niet	Wel	N.v.t.
Bekend wie met welke problematiek er op de wachtlijst voor intake/behandeling staat	Redelijk	Afhankelijk van welke wachtlijst	Redelijk/goed
Informatie verwijzer altijd bekend	Niet altijd	Niet altijd, maar wél screening voor gerichte verwijzing naar behandellijn door VAC	Niet altijd, maar vragenlijst cliënt wél

**Tabel 5:** verschillen en overeenkomsten cliëntenstromen

### Gebruik gerichte expertise behandelaar

Doordat op PC Noord gewerkt wordt met een intake team, wordt er geen/nauwelijks gebruik gemaakt van gerichte expertise van behandelaren. Op PC Zuid is dit wel het geval doordat er direct verwezen wordt naar de behandellijn. Op de behandellijnen werken behandelaren met meer expertise/feeling voor de stoornissen die onder de behandellijn vallen. Op het PTC wordt er nog specifiek gebruik gemaakt van expertise. Doordat psychotherapeuten vaardig zijn in verschillende behandelingen, wordt er naar aanleiding van de problematiek zeer gericht verwezen en op deze manier optimaal gebruik gemaakt van de expertise van behandelaren.

### Karakteristiek van behandelde problematiek

Zonder afbreuk te willen doen aan de complexiteit van de behandelde problematiek bij het PTC, kan gesteld worden dat de problematiek van cliënten op het PTC vaak beter afgebakend en te behandelen is dan op de PC's.



### **Mate van standaardisatie/focus in behandeling**

Het PTC heeft meer dan de PC's de behandelingen inzichtelijk gemaakt en gestandaardiseerd. Op de PC's verlopen behandelingen nauwelijks gestandaardiseerd. Dit maakt dat start, einde, frequentie en focus in de behandeling op de PC's minder helder zijn dan bij het PTC.

### **Overzicht van de instroom geborgd in opzet**

Door het instellen van een intake team, is er een groep medewerkers die het totale overzicht heeft op de instroom (PC Noord). Op het PTC is dit ook het geval omdat er gewerkt wordt met een intakecoördinator die alle nieuwe aanmeldingen verdeelt over de behandelaren. Op PC Zuid ontbreekt dit totale overzicht doordat er direct wordt verwezen naar de behandel lijnen. Alleen het VAC-team heeft inzicht in wat zij verwijzen. Zij hebben geen inzicht in de eerdergenoemde zij-instroom.

### **Intaker wordt hoofdbehandelaar**

Door de opzet van het intake team wordt de behandelaar die de intake doet vaak geen hoofdbehandelaar. Op PC Noord is deze kans groter en op het PTC, door de gerichte planning op expertise, kan de cliënt er bijna geheel van op aan dat zijn intaker ook de behandelaar wordt. Dit is efficiënter omdat er geen nieuwe kennismaking plaats hoeft te vinden bij de start van de behandeling; op PC Noord zal dit vaak wel het geval zijn.

### **Gerichte verwijzing naar behandel lijn**

De gerichte verwijzing van het VAC-team naar de behandel lijnen op PC Zuid verloopt naar tevredenheid. De gevolgen van deze manier van organiseren zijn al aan de orde gekomen; behandelaren hebben meer affiniteit/expertise, maar het overzicht van de instroom ontbreekt. Het scheelt géén stap in het proces. Het VAC-team verwijst op PC Noord in de algemene 'intake-agenda'. Op PC Zuid wordt er verwezen naar de specifieke 'intake-agenda' van de behandel lijn.

### **Plaatsing kliniek apart georganiseerd van behandel lijnen**

De plaatsing in de kliniek wordt losgetrokken van de intakes van de behandel lijnen op PC Zuid. Dit maakt dat de reguliere intakes in principe niet verstoord kunnen worden door acute opnames die nodig zijn in de kliniek ('acute' intake); dit is wel mogelijk op PC Noord.

### **Problematiek van wachtenden inzichtelijk**

Op PC Noord wordt ervoor gekozen om mensen zo snel mogelijk een intake te geven. Op deze manier is er zicht op de problematiek en welke zorgvorm nodig is voor de cliënt. Men



laat cliënten dan na de zorgtoewijzing wachten. Op PC Zuid wordt er ook getracht cliënten zo snel mogelijk een intake te geven. Er zijn echter grote wachtlijsten met name voor behandelijn stemmingsgerelateerd (op de wachtlijsten wordt in paragraaf 4.3.3 verder ingegaan). Uit de interviews komt naar voren dat er gewacht wordt met het doen van een intake omdat men de behandeling niet snel na de intake kan starten. De behandelaren stellen dat ze verantwoordelijk zijn voor de cliënt na de intake; deze verantwoordelijkheid willen ze niet dragen omdat de behandeling pas veel later gestart kan worden. Het gevolg hiervan is dat er geen goed beeld is van wie er met welke problematiek op de wachtlijst staat. De 'toekomstige vraag' is daarmee onbekend. Op het PTC wordt d.m.v. de vragenlijst de problematiek op voorhand beter in beeld gebracht zodat er zicht is op wie er op de wachtlijst staan.

### **Informatie verwijzer bekend**

De informatie van verwijzers is vaak niet beschikbaar ten tijde van het intakegesprek. Informatie van de huisarts (geschiedenis e.d.) ontbreekt. Het PTC heeft de vragenlijst van de cliënt die belangrijke informatie inventariseert. Verder zijn er wel urgentiescreeningen ten tijde van aanmelding bij het VAC-team (acuut: binnen 24 uur, subacuut: binnen twee weken, normaal: reguliere wachtlijst). Voor de verwijzing naar de behandelijnen op PC Zuid is een gerichte vragenlijst opgesteld; dit loopt over het algemeen naar ieders tevredenheid (cliënten worden meestal goed verwezen door het VAC-team).

Tot zover de analyse aan de hand van de procesbeschrijvingen. In de interviews is nog meer informatie verzameld. In de volgende paragraaf komt de analyse van de overige informatie uit de interviews aan de orde.

## **4.2 Interviews**

De interviews zijn in eerste instantie gebruikt om de processen die doorlopen worden te beschrijven. Daarnaast zijn er vragen gesteld over het gebruik van capaciteiten en over wacht- en doorlooptijden. In tabel 6 worden de belangrijkste problemen opgesomd zoals uit de interviews konden worden afgeleid. Hierna worden deze toegelicht.



Overzicht belangrijkste problemen vanuit interviews
• Administratieve last wordt als hoog ervaren;
• Onduidelijkheid in de administratieve organisatie (AO);
• Vervuiling informatie in het computersysteem;
• Focus in behandeling ontbreekt op de PC's. Zorginhoudelijke standaardisatie op PC's staat in de kinderschoenen;
• Er is sprake van 'eenstapslogistiek'. Doorstroom tussen units stagneert;
• Capaciteiten in 'nieuwe organisatie' niet op basis van vraag verdeeld;
• Tekort aan behandelaren;
• Uitstroom naar chronische zorg stagneert;
• Managementinformatie ontbreekt;

Tabel 6: hoofdproblemen uit interviews

## Administratieve last

*'Dan krijg ik een mail van de secretaresse waarin precies staat wat ik niet heb gedaan en nog moet doen, dan denk ik: doe het dan zelf en herinner mij later aan wat ik eventueel niet goed heb geregistreerd. Het sturen van die mail kost net zoveel tijd als het uitvoeren van die handeling.'*

De geïnterviewde zorgprofessionals geven aan erg veel tijd kwijt te zijn met administratieve handelingen, dit zet druk op de 'tijd van de specialist' (zie paragraaf 2.3). De ondersteuning op administratief vlak wordt als onvoldoende ervaren. Er wordt veel registratie gevraagd, maar deze registratie levert volgens de respondenten weinig op. Het management vraagt om rapportages die het systeem niet kan leveren en professionals krijgen bijvoorbeeld rapportages (zoals wachtlijstoverzichten te zien) die onmogelijk in overeenstemming zijn met de werkelijkheid. Deze factoren dragen niet bij aan de registratiebereidheid van medewerkers.

## Onduidelijkheid in administratieve organisatie / vervuiling computersysteem

Respondenten ervaren dat (administratieve) procedures en afspraken in veel gevallen niet helder zijn. Zo wordt er bijvoorbeeld vanuit gegaan dat een secretaresse een bepaalde handeling uitvoert, terwijl deze later niet uitgevoerd blijkt te zijn. Het herstellen van dit soort fouten vraagt erg veel tijd en zorgt mede voor foute (of geen) registratie in het computersysteem. De administratieve organisatie (AO) is niet sluitend; er zijn diverse casussen waarvoor geen duidelijke werkafspraken zijn gemaakt (wanneer iemand klinisch opgenomen is kan het bijvoorbeeld voorkomen dat de ambulante zorgtoewijzing ook open blijft staan; bij de interpretatie van het datawarehouse zorgt dit voor allerlei problemen en vertekende cijfers). Een van de grootste problemen vormt de wachtlijstregistratie binnen de AO; binnen ZNW3 worden verschillende procedures en afspraken gehanteerd. Dit probleem





is langer bekend en met hulp van de beleidsmedewerker AO wordt dit aangepakt. Op dit moment zijn de wachttijden zoals geleverd door het computersysteem onbetrouwbaar.

Na de organisatorische verandering zijn de namen van de organisatorische eenheden (OE's) veranderd. Hiervoor is een massale omzetting nodig geweest in het computersysteem van alle cliënten naar de OE's van de 'nieuwe' organisatie. Deze omzetting heeft ervoor gezorgd dat de informatie die geleverd kan worden door het computersysteem tijdelijk ernstig beperkt is. Naast deze vertekeningen zijn er vermoedens van de respondenten dat het computersysteem structurele bugs bevat.

### **Focus in behandeling ontbreekt op de PC's**

*'Een van de grootste problemen van deze GGZ is, dat we alle problemen van de cliënt op willen lossen. De focus in de behandeling ontbreekt. De afspraken bij de start van de behandeling zijn geen uitgangspunt. (...) We hebben ons ook nog niet ver ontwikkeld wat betreft zorgpaden en standaardbehandelingen. We zijn hier wel mee bezig.'*

Uit de interviews komt naar voren dat in behandelingen, zowel klinisch als poliklinisch, er nauwelijks sprake is van enige mate van standaardisatie. Het PTC vormt hierop de uitzondering zoals al aan de orde kwam bij de analyse van de stroomschema's. Op de PC's wordt de hulpvraag inzichtelijk gemaakt en wordt er gestart met behandeling. Afspraken over de inhoud van de behandeling worden vastgelegd in het behandelplan. Dit wordt voor iedere cliënt individueel gemaakt. Diagnosegerichte trajecten en diagnosegericht aanbod staan nog in de kinderschoenen.

De focus van de behandeling kan op den duur vertroebelen wat behandelingen erg lang maakt. Daarnaast wordt de frequentie van het aantal contacten per tijdperiode in het geval van ambulante behandeling, vaak aangepast aan de mogelijkheden die de behandelaar heeft. De frequentie kan daardoor soms erg laag liggen (bijv. 1 x per drie weken een gesprek) wat ervoor zorgt dat cliënten minder snel herstellen. *'Niet de vraag van de cliënt is dan leidend, maar de tijd die de behandelaar heeft'*, aldus een respondent. Verschillende respondenten noemen ook dat het hechtingsproces wat op gang komt tussen behandelaar en cliënt ervoor kan zorgen dat behandelingen langer duren dan aanvankelijk geïndiceerd; de focus raakt hierdoor uit de behandeling. Verder is er volgens respondenten weinig ervaring met kortdurende behandeling op de PC's.

Er is op dit moment veel aandacht voor de inhoudelijke ontwikkeling van de afdelingen. De veranderingen in de structuur (naar aanleiding van de organisatorische verandering) zijn geïmplementeerd en de teams concentreren zich nu op de inhoud. Zo zijn er per locatie afspraken gemaakt over het ontwikkelen van zorginhoud rondom een bepaalde diagnose (bijv. depressie). Normtijden en toegekende capaciteiten voor behandeling e.d.



vormen nog geen onderdeel van deze programma's. Dit biedt echter wel kansen wat betreft inrichting en sturing op logistieke kaders waarover later meer.

### **Eenstapslogistiek/stagnatie doorstroom**

*'Als iemand wordt opgenomen op de opnameafdeling en kan worden overgeplaatst, dan wordt hij op een lijst gezet van cliënten die in aanmerking komen voor overplaatsing. Op basis van urgentie, of de noodzaak tot het creëren van plaats op een afdeling worden cliënten overgeplaatst.'*

De doorstroom tussen units (van bijvoorbeeld klinische naar deeltijdbehandeling/ambulante behandeling) stagneert vaak volgens de respondenten. Vaak wordt er gewerkt met een lijst van cliënten die in aanmerking komen voor doorstroom naar een vervolguniteit en wordt hier door behandelaren (of intake team) een prioritering in gemaakt. Er is sprake van eenstapslogistiek; er wordt niet vooruit gepland, fasering in trajecten ontbreekt.

### **Capaciteitsverdeling onevenredig na organisatieverandering**

*'De verdeling van de capaciteit in de vorm van behandelaren [na de organisatieverandering] is onevenredig geweest blijkt achteraf. We dachten dat behandellijn stemmingsgerelateerd en psychose gerelateerd ongeveer evenveel FTE nodig hadden. Dit bleek niet zo te zijn.'*

De organisatorische verandering heeft voor een herschikking gezorgd van units en ook van capaciteiten. Omdat het PTC achter is gebleven in de organisatorische verandering (veranderplan is nu beschreven maar moet worden geïmplementeerd) wordt hier ingegaan op de PC's. Volgens de respondenten is op basis van globale berekeningen en consensus ervoor gekozen om de capaciteit (o.a. 'tijd specialist') tussen behandellijn psychosegerelateerd en behandellijn stemmingsgerelateerd nagenoeg gelijk te verdelen. Nu – maanden later na de start van de 'nieuwe organisatie' – blijkt deze inschatting niet in overeenstemming te zijn geweest met de werkelijkheid. Waar eerst de functie centraal stond (bijv. 'ambulante team', 'open opname' enz.) staat nu de diagnose meer centraal (bijv. 'stemmingsgerelateerde problematiek'). De grofmazige indeling in diagnosegroepen/clusters blijken beide om een andere capaciteitsbehoefte te vragen.

Volgens de respondenten is de vraag naar ambulante behandeling binnen behandellijn stemmingsgerelateerd bijvoorbeeld veel groter dan bij behandellijn psychosegerelateerd. Hiermee is onvoldoende rekening gehouden bij de capaciteitsverdeling; een gevolg van de migratie van functionele organisatie naar een meer procesgeoriënteerde organisatie. Concreet zorgt dit voor lange wachtlijsten voor ambulante



behandeling binnen de behandellijn stemmingsgerelateerde problematiek, hier wordt nader op ingegaan in paragraaf 4.3.3.

### **Tekort aan behandelaren**

Binnen ZNW3 is er sprake van een tekort aan psychiaters en behandelaren. Dit wordt door nagenoeg alle respondenten aangegeven. Dit tekort zou bovengenoemde problemen mede kunnen initiëren. Door het zorgnetwerkmanagement zijn analyses gemaakt van de capaciteiten en de vraag. Dit is op zorgnetwerkniveau gedaan (*rough-cut-capacity check* zie paragraaf 2.3). Aan de hand van normtijden (zie bijlage 5; intern werkdocument), die afgeleid zijn uit de DBC registratie, is berekend of de afgesproken productie te behalen is. Dit bleek volgens hun berekeningen zo te zijn.

### **Uitstroom chronische zorg stagneert**

*‘Sommige cliënten moeten maanden tot jaren wachten op een klinische plaats binnen ZNW5. Zij houden de opnamecapaciteit bezet op de afdelingen.’*

En:

*‘ZNW5 is te ambitieus geweest in hun plannen, het blijkt onmogelijk om op zo’n korte termijn alle care [chronische] cliënten over te nemen.’*

In de veranderplannen werd gesteld dat ZNW3 een curenetwerk is. ZNW5 verzorgt binnen de nieuwe organisatie de chronische zorg. Respondenten geven aan dat de uitstroom naar ZNW5 stagneert. Cliënten wachten te lang op klinische afdelingen op een plaats binnen ZNW5 (op PC Zuid wordt hiervoor tevens het ‘pensionhuis’ voor gebruikt). Dit legt beslag op de capaciteiten van ZNW3. Binnen ZNW3 zal er volgens een respondent gekeken moeten worden naar andere uitstroombmogelijkheden voor chronische cliënten dan louter ZNW5; ZNW5 kan niet aan de vraag voldoen. Het komt volgens de respondenten voor dat cliënten enkele jaren (intramuraal bij ZNW3) wachten op een klinische plaats binnen ZNW5.

### **Managementinformatie ontbreekt**

Verder komt met name bij het management naar voren dat er te beperkte stuurinformatie is. Hiermee wordt bedoeld dat er vanuit de stafdienst Planning, Control en Informatie (PCI) te weinig relevante gegevens aangeleverd kunnen worden. Vooral managers zeggen gerichter actie te kunnen ondernemen als informatie over bijvoorbeeld de bezetting, wachtlijsten en het aantal wekelijkse meldingen (bijv. gedifferentieerd naar a meldklacht) *real-time* voorhanden zou zijn. De informatie wordt nu als te financieel gericht ervaren.

Tijdens het onderzoek werd duidelijk dat wederzijds begrip en afstemming tussen management en stafdienst Planning, control en informatie (PCI) onvoldoende aanwezig is.



Het detailniveau van informatie wat vanuit het management gevraagd wordt is zeer lastig aan te leveren. Momenteel wordt er gewerkt aan een project managementinformatie door de stafdienst PCI.

### **4.3 Kwantitatieve analyse**

Om binnen dit onderzoek ook kwantitatieve data te betrekken is gebruik gemaakt van ondersteuning door de stafdienst PCI en de zorgadministratie. Er zijn overzichten gegenereerd uit het computersysteem Psygis. Zoals duidelijk is geworden zijn er veel problemen met de registratie. Daarnaast heeft er een grote omzetting plaatsgevonden naar nieuwe Organisatorische Eenheden (OE). Tijdens deze omzetting zijn bij Zorgnetwerk 3 veel cliënten in een 'algemene' organisatorische eenheid gezet. Deze OE bestaat niet in werkelijkheid en wordt gebruikt om mensen die zich hebben aangemeld in te plaatsen (omdat de definitieve OE nog niet duidelijk is). Echter is mede door de organisatorische verandering veel langer gebruik gemaakt van het 'wegschrijven' van cliënten in deze OE. Dit bemoeilijkt de kwantitatieve analyse in grote mate. Daarnaast zijn er verschillende werkwijzen in de registratie gehanteerd per locatie. De navolgende analyse moet dan ook met grote voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Er is voor gekozen om de analyse toch op te nemen, om een indruk te geven welke gegevens nodig zijn om processturing mogelijk en inzichtelijk te maken.

#### **4.3.1. Instroom en uitstroom**

Wanneer cliëntenprocessen centraal staan (zoals bijvoorbeeld de behandeling van een ernstige depressie), is het noodzakelijk om, wanneer men deze processen wil aansturen inzichtelijk te hebben hoe groot de instroom van dit type cliënt is (ofwel de vraag) zodat er gericht capaciteit (zoals onder andere tijd van een specialist) kan worden toegekend aan de behandeling van deze cliënt (aanbod). Voorwaarde om op deze manier processen te kunnen aansturen, is dat inzichtelijk wordt gemaakt wat deze cliënten volgens professionele standaarden en de mening van de beroepsgroep behoren te 'krijgen' binnen een behandeling. Er moet dus een bepaalde mate van organisatie van het behandelaanbod rondom een bepaalde diagnose zijn.

Wanneer dit behandelaanbod inzichtelijk is, moet er naar manieren worden gezocht om de stromen van cliënten te kunnen bewaken. Om processturing mogelijk te maken is het dus noodzakelijk om te weten hoeveel cliënten het Zorgnetwerk instromen, wat hun vraag is, hoe deze stromen zich verdelen over de verschillende units/capaciteiten en hoe deze cliënten het Zorgnetwerk verlaten.



Er is getracht om inzichtelijk te krijgen hoe groot in-, door- en uitstroom op dit moment zijn. Aanvankelijk was het de bedoeling om de procesbeschrijvingen (bijlage 4) te voorzien van getallen; op deze wijze wordt inzichtelijk welk beslag op dit moment wordt gelegd op welke unit. Deze gegevens bleek het huidige informatiesysteem van GGZ regio Breda niet aan te kunnen leveren. Het was wel mogelijk om de het totale aantal inschrijvingen (dat zijn de cliënten die geen behandeltraject hebben gekregen bij het VAC-team, maar direct zijn ingeschreven binnen ZNW3) per locatie in beeld te brengen. Ook het aantal uitschrijvingen (cliënten die dus vanuit ZNW3 worden ontslagen bij de GGZ, dus niet de overplaatsingen naar bijvoorbeeld ZNW5 zitten hierin) konden in beeld worden gebracht, zie tabel 7.

OE:	Aantal inschrijvingen:	Waarvan verwezen via ZNW 1 (voorkeur):	Aantal uitschrijvingen:
PC Noord	339	77	295
PC Zuid	496	185	506
PTC	1294	145	824
Zorgnetwerk volwassenen totaal	2129	407	1625

**Tabel 7:** totale in- en uitschrijvingen per locatie

Zoals uit de tabel is af te leiden is het aantal inschrijvingen groter dan het aantal uitschrijvingen, dit verschil valt deels te verklaren doordat het systeem alleen de uitschrijvingen registreert die plaatsvinden binnen zorgnetwerk volwassenen. Een betrouwbaar overzicht van in- en uitstroom ontbreekt.

#### 4.3.2 Doorstroom

Ook werd het mogelijk om in beeld te krijgen hoeveel mensen door het VAC-team (dus via Zorgnetwerk 1) werden verwezen naar een unit binnen ZNW3. Dit door de OE van inschrijving te vergelijken met de huidige OE. Het is mogelijk dat er tussentijds van OE veranderd is, dat is niet uit deze dataset te halen, maar het geeft in ieder geval een indruk van de grootte van de stromen die afkomstig zijn van het VAC-team. Verder is gekeken naar de stromen vanuit de fictieve afdelingen 'behandellijn algemeen' en 'PTC psychodiagnostiek'. Dit zijn namelijk de OE's waarin iemand wordt ingeschreven bij verwijzing op de OE. Door te zien hoe deze OE van inschrijving verschilt van de huidige OE kan een indruk worden gevormd van deze stromen. Zie tabel 8.

Wat opvalt is de relatief grotere stroom van de behandellijnen algemeen en het VAC-team, naar behandellijn stemmingsgerelateerd op beide PC's. Dit bekrachtigt hetgeen in de kwalitatieve interviews is gezegd over de onevenredige verdeling van capaciteiten over deze units omdat de vraag op behandellijn stemmingsgerelateerd veel groter is.



	Van VAC team <sup>3</sup> naar:	Van PC Noord behandellijn Algemeen naar:	Van PC Zuid behandellijn Algemeen naar:	Van PTC psychodiagnostiek naar:
PC Noord Behandellijn A (psychose gerelateerd klinisch en ambulant)	15	20	2	2
PC Noord behandellijn Algemeen (fictieve unit voor administratief gebruik)	22	107	0	4
PC Noord Behandellijn B (stemmingsgerelateerd klinisch en ambulant)	31	103	2	5
PC Noord crisisopname gesloten (klinisch)	9	2	0	1
PTC Psychodiagnostiek (PDIA)	39	0	5	233
PTC Kortdurende behandeling	45	0	8	366
PTC Psychotherapeutische deeltijd	6	0	0	56
PTC Langer durende psychotherapie	55	6	4	371
PC Zuid behandellijn A (psychose gerelateerd, voornamelijk ambulant)	39	0	33	4
PC Zuid behandellijn Algemeen (fictieve unit voor administratief gebruik)	55	0	96	7
PC Zuid behandellijn B (stemmingsgerelateerd, voornamelijk ambulant)	60	1	111	7
PC Zuid crisis gesloten 1 (klinisch)	11	0	3	
PC Zuid crisis gesloten 2 (klinisch)	13	0	2	1
PC Zuid crisis open 1 (klinisch)	4	0	0	2
PC Zuid crisis open 2 (klinisch)	1	0	0	0
<b>Totaal:</b>	<b>402</b>	<b>241</b>	<b>270</b>	<b>1060</b>

**Tabel 8:** aantal cliënten dat van een bepaalde unit naar een andere unit wordt verwezen

### *Gemiddelde inschrijfduur per OE per verstrekking*

In tabel 9 wordt een standaardoverzicht gegeven (de zogeheten PSY 170) van de gemiddelde inschrijfduur per verstrekking (bijvoorbeeld ambulante zorg, deeltijdbehandeling enz.) en per organisatorische eenheid (bijvoorbeeld PC Noord - behandellijn psychosegerelateerd). De tijdsperiode die geselecteerd is, is die van 1 april 2006 t/m 31 maart 2007 (voor de motivatie van deze keuze; zie paragraaf 3.2.2). Dat betekent dat de gemiddelde inschrijfduur per OE onmogelijk langer kan zijn dan 1 jaar omdat iedereen op 1 april 2006 een nieuwe OE heeft gekregen. Het geeft dus een globaal overzicht van de inschrijfduur per OE; het is niet mogelijk om hier te spreken van een doorlooptijd per OE. Dit zou wel mogelijk worden wanneer er over meerdere jaren gekeken zou worden en iedereen geregistreerd wordt op de OE waar de daadwerkelijke behandeling plaatsvindt. Tijdens de

<sup>3</sup> Het VAC-team werkt voor alle organisatieonderdelen en vormt de centrale 'voordeur', aanmeld- en crisisdienst van GGZ regio Breda. Vanuit deze functie kunnen zij direct aanmeldingen verwijzen naar de PC's, deze stromen worden in deze tabel weergegeven.



computermigratie zijn de meeste cliënten in de 'niet bestaande' behandellijn algemeen geplaatst. Dit verklaart de hoge inschrijfduur (in vergelijking met de andere OE's). Op PC Zuid zijn met ingang van januari 2007 cliënten overgeboekt naar de juiste OE (dus van behandellijn algemeen naar de OE die daadwerkelijk de zorg levert). Verder wordt op PC Noord binnen de behandellijnen ook klinisch aanbod georganiseerd; op PC Zuid is dit niet het geval (zij maken onderscheid tussen open en gesloten klinische behandeling, daar waar PC Noord gesloten crisisbehandeling aanbied en de overige klinische behandeling binnen behandellijn psychosegerelateerd en/of stemmingsgerelateerd wordt geboden). De gemiddelde inschrijfduur van 2 dagen voor behandellijn stemmingsgerelateerd (klinische verstrekking) op PC Zuid kan dan ook niet verklaard worden.

		Gemiddelde inschrijfduur per OE en verstrekking in dagen		
Verstrekking:		Ambulant regulier:	Klinische behandeling:	Deeltijdbehandeling:
OE:				
PC Noord behandellijn A (psychose gerelateerd, klinisch en ambulant)		46	42	53
PC Noord behandellijn Algemeen (fictieve unit voor administratief gebruik)		200	80	171
PC Noord behandellijn B (stemmingsgerelateerd, klinisch en ambulant)		34	12	42
PC Noord crisis gesloten		176	27	21
PC Zuid behandellijn A (psychose gerelateerd, voornamelijk ambulant)		76	n.v.t	52
PC Zuid behandellijn Algemeen (fictieve unit voor administratief gebruik)		176	62	168
PC Zuid behandellijn B (stemmingsgerelateerd, voornamelijk ambulant)		75	2	58
PC Zuid crisis gesloten 1 (klinisch)		272	28	35
PC Zuid crisis gesloten 2 (klinisch)		n.v.t.	22	24
PC Zuid crisis open 1 (klinisch)		n.v.t.	79	121
PC Zuid crisis open 2 (klinisch)		n.v.t.	47	14
PTC team Kortdurende behandeling (ambulant)		193	n.v.t.	n.v.t.
PTC team PD (ambulant)		209	n.v.t.	123
PTC team PT (ambulant)		232	n.v.t.	n.v.t.

**Tabel 9:** gemiddelde inschrijfduur per OE en verstrekking in dagen

De interpretatie van bovenstaande tabel dient dus met grote voorzichtigheid te gebeuren. Zo wordt dit overzicht vervuld door mensen die bijvoorbeeld klinisch wachten op een plaats binnen ZNW5. Al eerder kwam ter sprake dat er onduidelijkheden zijn met betrekking tot de registratie die tot een niet waarheidsgetrouw beeld kunnen leiden. Daarnaast is er de



genoemde computermigratie die bovenstaande tabel ernstig beïnvloedt. Wanneer deze factoren zouden worden weggenomen, wordt er een globale vergelijking mogelijk tussen de OE's wat betreft doorlooptijden. Deze vergelijking vindt dan plaats op een geaggregeerd niveau; voor een procesgeoriënteerde organisatie is er een groter detailniveau nodig om te kunnen sturen op o.a. doorlooptijden. Zo kunnen cliënten die het nu nog fictieve zorgprogramma 'depressie' volgen niet gedestilleerd worden uit dit overzicht. De stemmingsgerelateerde problematiek wordt (in de meeste gevallen) behandeld in behandellijn stemmingsgerelateerd maar de doorlooptijd voor dit fictieve zorgprogramma is niet te geven. Om te komen tot procesoriëntatie is er dus naast (behandel-)inhoud nog veel te ontwikkelen, ook wat betreft ondersteuning in de vorm van ICT.

### 4.3.3 Wachttijden

In onderstaande grafieken worden verschillende wachttijden weergegeven per locatie. Het betreft de gemiddelde wachttijd voor cliënten die zich hebben aangemeld in de periode van 1 april 2006 tot en met 31 maart 2007. Nog niet alle aangemelde cliënten hebben het gehele traject in die tijdsperiode doorlopen. Deze cliënten zijn niet betrokken in de analyse en worden vermeld als '*missing values*'. Verder zijn de zogeheten 'nevencliënten' weggelaten in dit overzicht. Nevencliënten zijn familieleden/omstanders van de cliënt die ook begeleid worden, zij hebben echter geen behandeling bij GGZ regio Breda, maar worden wel als productie gescoord vanwege bijvoorbeeld de tijd die hulpverleners kwijt zijn tijdens deze begeleiding. De wachtlijstregistratie van de nevencliënten verloopt niet goed; alle wachttijden zijn enorm hoog. Om deze reden zijn ze uit deze analyse gehaald (zie tabel 10). Het zou een wachtlijstoverzicht in grote mate kunnen vertekenen. Verder is opvallend dat er vaak 0 dagen wachttijd gescoord wordt tussen intake en indicatie en tussen indicatie en start behandeling. In werkelijkheid is dit niet mogelijk; het doet ernstig vermoeden dat hier ook onduidelijkheid is over afspraken met betrekking tot de registratie. Dit maakt dat de gegevens ten aanzien van wachttijden met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd.



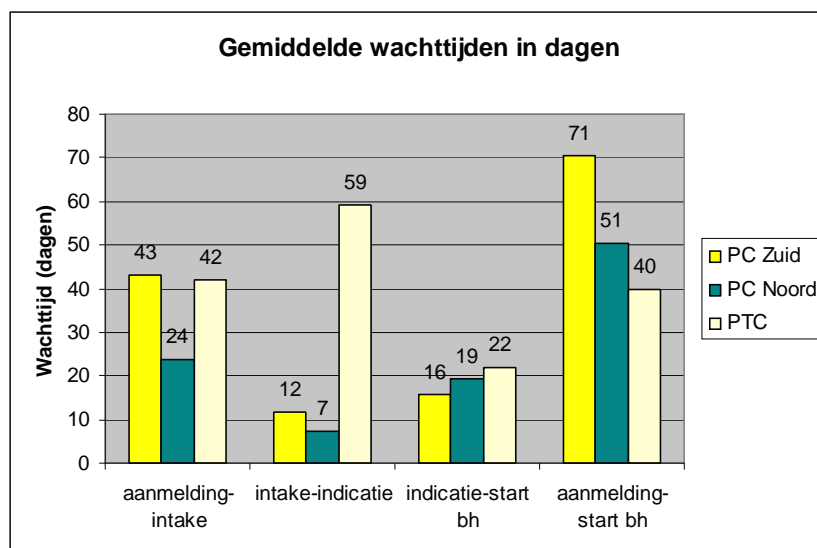


			Aanmeldings- wachtijd gemiddeld (in dagen)	Onderzoeks- wachtijd gemiddeld (in dagen)	Behandel- wachtijd gemiddeld (in dagen)	Wachtijd aanmelding tot start behandeling gemiddeld (in dagen)
<b>PC Zuid</b>			43	12	16	71
	<b>N:</b>	436				
	<b>Missing values:</b>	33				
	<b>Neven-cliënten:</b>	27				
<b>PC Noord</b>			24	7	19	51
	<b>N:</b>	319				
	<b>Missing values:</b>	15				
	<b>Neven-cliënten:</b>	5				
<b>PTC</b>			42	59	22	40
	<b>N:</b>	117 2				
	<b>Missing values:</b>	74				
	<b>Neven-cliënten:</b>	48				

**Tabel 10:** overzicht diverse wachttijden

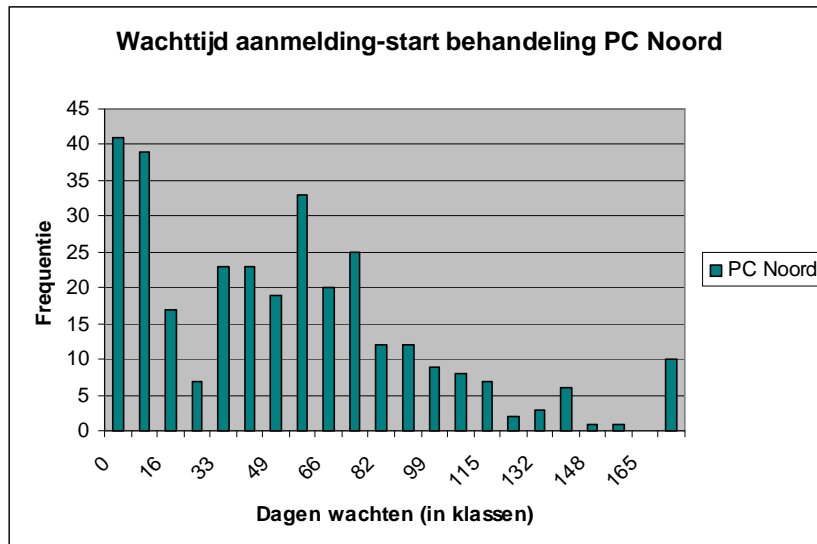
In grafiek 1 worden de wachttijden grafisch weergegeven. Naast de gemiddelde wachttijden is hier ook de data geanalyseerd met behulp van histogrammen (grafieken 2 t/m 4, volgende pagina).

Door een verdeling in klassen te maken is de frequentie van het aantal wachtenden in een bepaalde klasse berekend. Opvallend in grafieken 2 tot en met 4 is de grote spreiding. Boven de 186 dagen wachten is er sprake van een restcategorie. Op PC Zuid is deze restcategorie opvallend hoog. Verder valt op dat de laagste klassen (0 tot 8 en 8 tot 16) erg hoog scoren op de PC's. Reden hiervoor zijn waarschijnlijk ook afspraken rondom registratie.

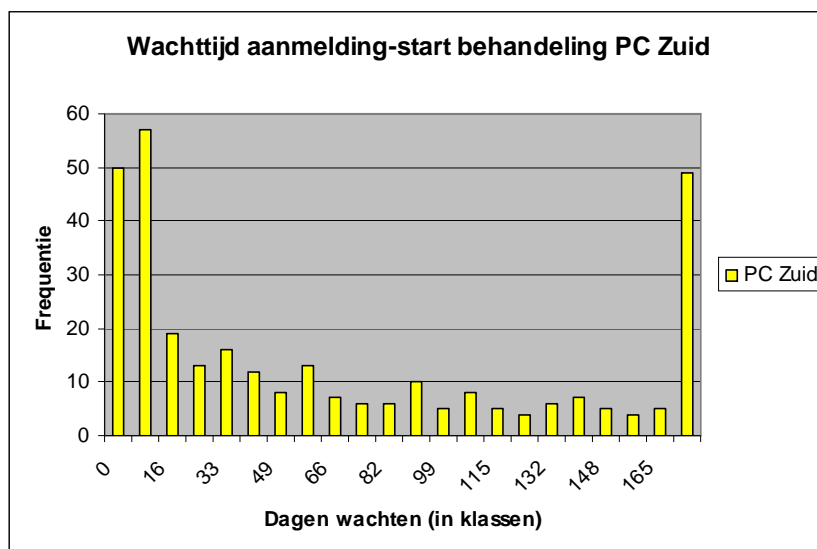


**Grafiek 1:** gemiddelde wachttijd in dagen

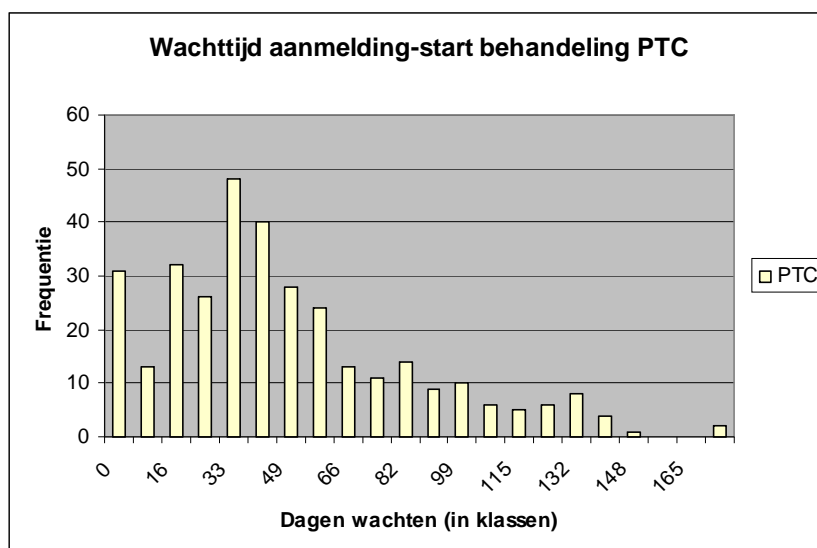




**Grafiek 2:** spreiding wachttijd aanmelding tot start behandeling in dagen PC Noord



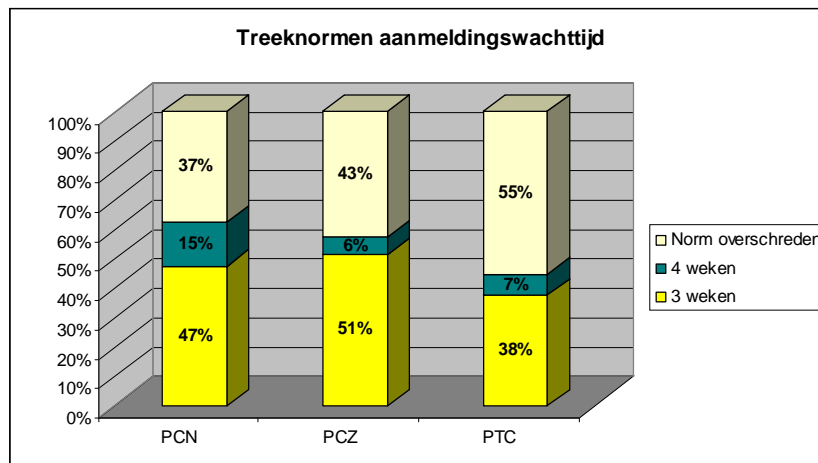
**Grafiek 3:** spreiding wachttijd aanmelding tot start behandeling in dagen PC Zuid



**Grafiek 4:** spreiding wachttijd aanmelding tot start behandeling in dagen PTC



Al met al laat met name PC Zuid een hoge score zien in de restcategorie. De gemiddelde wachttijden worden dus nadelig beïnvloed door deze restcategorie. Dit verklaart wellicht (deels) de hoge wachttijden bij PC Zuid ten opzichte van PC Noord. Op het PTC is met name de lange wachttijd tussen intake en indicatie opvallend, de zogeheten beoordelingswachttijd. De Treeknorm stelt maximaal 4 weken. PTC overschrijdt hier fors. Verder is duidelijk te zien dat de aanmeldingswachttijd (aanmelding tot intake) het grootst is. In grafiek 5 wordt berekend in hoeverre de Treeknormen voor aanmeldingswachttijd worden behaald door de verschillende locaties.



**Grafiek 5:** Treeknormen aanmeldingswachttijd

Volgens de Treeknormen zou elke cliënt binnen 4 weken geholpen moeten zijn. Uit de grafiek is af te lezen dat de normen op iedere locatie worden overschreden. Binnen drie weken zou reeds 80 procent van de cliënten een intake moeten hebben gekregen, de overige 20 procent binnen vier weken. Ook deze normen worden niet gehaald.

#### 4.3.4 Wenselijke data

Het is duidelijk geworden dat niet alle kwantitatieve data gegenereerd kon worden uit de computersystemen. Dit roept de vraag op welke data dit is en waarom het belangrijk is om deze data te hebben om de logistieke prestatie bij GGZ regio Breda inzichtelijk te krijgen.

Op unitniveau (de afdelingen en ook de ambulante units) is het wenselijk om zicht te hebben op aantallen cliënten wat betreft instroom, doorstroom en uitstroom per tijdseenheid. Door inzichtelijk te hebben hoeveel wachtenden er zijn voor een unit, de doorlooptijd (duur dat de cliënt onder de zorg van de unit valt) en de uitstroom per unit inzichtelijk te hebben (gemiddelden en spreiding), kunnen er allerlei berekeningen worden gemaakt. Bijvoorbeeld in de zin van bezettingsgraden, de hoeveelheid cliënten die kunnen worden verwerkt met de huidige gealloceerde capaciteit en wanneer deze capaciteit bijvoorbeeld veranderd wordt



kan er worden doorgerekend wat dit doet met bijvoorbeeld een wachtlijst. Met de huidige systemen is dit niet mogelijk; zoals duidelijk is geworden blijkt het al lastig om dit op hoofdlijnen voor het Zorgnetwerk weer te geven.

Uit de interviews kwam naar voren dat op dit moment vooral op basis van historische gegevens capaciteit wordt toegewezen aan units. Het is wel inzichtelijk hoeveel capaciteiten zijn toegekend aan een bepaalde unit (zo blijkt uit bijvoorbeeld gegevens die zijn aangeleverd over het aantal toegekende FTE per unit). Wanneer de vraagkant beter in beeld wordt gebracht kan deze toedeling plaatsvinden op basis van 'harde' data in plaats van op basis van historie. Het normtijdenoverzicht (bijlage 5) vormt een ruw instrument om capaciteitstoedeling mogelijk te maken. In hoofdstuk 5 zal nader worden ingegaan op gegevens die wenselijk zijn om optimale logistieke productiebesturing mogelijk te maken.



## 5 Conclusies en aanbevelingen

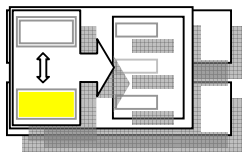
.....

Zoals in paragraaf 2.1 aan de orde kwam kan zorglogistieke bedrijfsvoering worden gedefinieerd als “(...) the analysis, design, planning, and control of all of the steps necessary to provide a service for a client” (Vissers & Beech 2005). In dit onderzoek werd met logistieke bril gekeken naar de huidige bedrijfsvoering bij GGZ regio Breda om te komen tot beantwoording van de probleemstelling:

*‘Hoe kan bij GGZ regio Breda binnen zorgnetwerk volwassenen - gebruikmakend van zorglogistieke concepten - de cliëntenstroom georganiseerd worden, zodat de logistieke performance van dit zorgnetwerk verbetert?’*

Op basis van de gevonden resultaten kunnen de volgende conclusies getrokken worden. Deze conclusies worden aan de hand van het opgestelde conceptuele model (paragraaf 2.6) geordend.

### 5.1 Conclusies

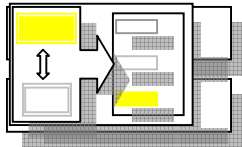


#### *Organisatie van het proces*

De verschillende locaties organiseren hun processen zeer verschillend. Achter elke manier van organiseren verschuilen zich verschillende voor- en nadelen. Voor logistieke productiebesturing is het belangrijk dat er helderheid bestaat - onder andere wat betreft benodigde capaciteit - over ‘producten’ die geleverd worden. Op het PTC zien we dit bijvoorbeeld terug in standaardisatie van behandelingen rondom bepaalde diagnoses (zowel aantal sessies als globale inhoud van deze sessies). Heldere productdefinities zorgen ervoor dat behandeltrajecten inzichtelijk zijn zodat de aanbodkant helder wordt gemaakt; gerichte capaciteitstoedeling wordt hiermee mogelijk.

Er zijn op dit moment ook onduidelijkheden aan de vraagkant (het aantal cliënten dat een beroep wil doen op GGZ regio Breda en hun kenmerken). Het is onvoldoende duidelijk wat de kenmerken zijn van de cliënten die zich aanmelden bij GGZ regio Breda en welk beslag zij gaan leggen op de capaciteiten (producten) die beschikbaar zijn. De manier van het organiseren van de intake hangt hier ook mee samen. Door lange wachttijden tussen aanmelding, intake- en adviesgesprek duurt het lang voordat de vraagkant helder in beeld is en of de zorgvraag beantwoord kan worden binnen GGZ regio Breda.



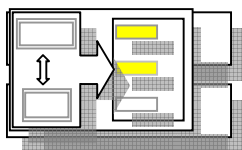


### *Beschikbare capaciteiten en bottleneckcapaciteit*

Op de PC's is niet in beeld gebracht welke capaciteiten (producten) de cliëntengroep, bijvoorbeeld volgens de professionele richtlijnen zou moeten krijgen. Daardoor is het niet mogelijk om toedeling van capaciteiten naar cliëntengroepen op te zetten; de koppeling tussen vraag (van de cliëntgroep) en aanbod (van GGZ regio Breda in de vorm van behandeling en dus capaciteiten) ontbreekt.

De 'tijd van de specialist' wordt nadelig beïnvloed door allerlei administratieve handelingen; dit wordt versterkt door onduidelijkheden in de administratieve organisatie (AO). De 'tijd van de behandelaar' (specialist) is in de meeste gevallen de bottleneckcapaciteit. Doordat niet in kaart wordt gebracht welke capaciteiten aan een bepaalde cliëntengroep worden toegekend, is het niet duidelijk hoeveel beslag er op capaciteiten wordt gelegd (in de aankomende periode, of gemiddeld over de afgelopen periode). Dit blijkt bijvoorbeeld uit de frequentie van behandelingen; deze kan bij grote drukte van de behandelaar lager komen te liggen (iemand krijg bijvoorbeeld in plaats van wekelijks, driewekelijks een gesprek).

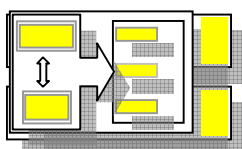
Binnen de huidige computerinformatiesystemen is het niet mogelijk om nadere capaciteitsanalyses te doen en hierop gericht actie te ondernemen.



### *Wachttijden en doorlooptijden*

De administratieve afspraken rondom onder andere wachttijdregistratie zijn niet sluitend. Uit de huidige gegevens kwam naar voren dat de wachttijden (voor zover ze betrouwbaar kunnen worden geacht) niet altijd binnen de Treeknormen vallen. Wachttijden op zichzelf duiden op frictie tussen vraag en aanbod.

Het was niet mogelijk om doorlooptijden te berekenen. De indruk uit de interviews is echter dat er veel te winnen is wat betreft doorlooptijd in behandelingen. Betrouwbare informatie over behandelduren en wachttijden kan niet aan cliënten worden verstrekt. Doordat er nauwelijks vooruit gepland wordt, is het moeilijk te zeggen wanneer bij aanmelding de daadwerkelijke behandeling zal starten en of er aan de toekomstige vraag kan worden voldaan.



### *Logistieke performance*

In het besturingsraamwerk van Vissers & Beech (2005) wordt onderscheid gemaakt tussen vijf niveaus. In dit onderzoek ligt de focus op het niveau van *patient group planning and control* en op het niveau van *resources planning and control* (zie paragraaf 2.5). Volgens Vissers en De Vries (College zorglogistiek, Master Zorgmanagement 2007) zijn deze niveaus vaak onderontwikkeld in instellingen. Zo wordt er vaak geen capaciteit toegekend aan specifieke groepen van cliënten die dezelfde



capaciteiten gebruiken en ontbreken productbeschrijvingen in de zin van wat cliënten geleverd krijgen bij een bepaalde vraag. De afstemming tussen deze niveaus ontbreekt vaak ook. Uit dit onderzoek blijkt dit ook.

Er is nauwelijks sprake van standaardisatie op de PC's (niveau *patient group planning and control*) en diagnosegericht aanbod is nog niet sterk ontwikkeld. Doordat met eenstapslogistiek wordt gewerkt is planning niet goed mogelijk. Er wordt niet gepland naar aanleiding van de mogelijk wisselende inzetbaarheid van capaciteiten (bijvoorbeeld vakanties van specialisten). De geschatte vraag (bijvoorbeeld voor de diagnose depressie – ernstig) is niet in beeld gebracht en ook niet de capaciteit die deze cliëntengroep daarmee vraagt. Hierop kan vervolgens geen verdeling gemaakt worden van de capaciteiten.

Ondanks dat dit onderzoek zich met name richtte op deze twee niveaus binnen het besturingsraamwerk zijn er veel aanwijzingen dat op het niveau van *patient planning and control* ook veel verbeterd kan worden (cliënten die laagfrequent behandeld worden zijn hier een voorbeeld van).

Kijkend vanuit een unit-, keten- en netwerklogistiek perspectief (Vissers & Beech 2005) is te concluderen dat ketenlogistiek nog in ontwikkeling is bij Zorgnetwerk Volwassenen van GGZ regio Breda. Vissers & Beech stellen dat voor hogere vormen van logistiek (keten- en netwerklogistiek) unitlogistiek eerst op orde moet zijn. Om logistieke prestaties te verbeteren binnen zorgnetwerk volwassenen, zal GGZ regio Breda eerst inzichtelijk moeten maken welke bijdrage elke unit levert – of gaat leveren – aan de (interne) keten. In de volgende paragraaf worden hiertoe aanbevelingen gedaan.

## 5.2 Aanbevelingen

### *Een blik in de mogelijke toekomst*

Om de logistieke performance van het zorgnetwerk te verbeteren kan omgekeerd geredeneerd worden. Stel dat de logistieke performance op een goede manier bestuurd kon worden, wat voor gegevens zouden we dan hebben en hoe zouden processen zijn ingericht?

### *Productontwikkeling*

Om de logistieke performance van ZNW3 te verbeteren is het noodzakelijk dat zorgproducten helder worden gedefinieerd en beschreven. De mate van detailniveau is hierbij van belang. Binnen bijvoorbeeld diagnostische clusters als stemmingsstoornissen, zal onderscheid gemaakt moeten worden naar aanleiding van bijvoorbeeld routine versus niet-routineprocessen enzovoorts. Het proces van de cliënt staat centraal. Processen die sterk op elkaar lijken kunnen worden gegroepeerd (in zogenaamde iso-procesgroepen). Ondanks



variatie zullen procespatronen altijd te herkennen zijn (Vissers & Beech 2005). De bijdrage van iedere unit aan een bepaald proces (product) moet helder in beeld zijn gebracht.

Door gedegen productbeschrijvingen (met o.a. beschrijvingen van de bijdragen van de units aan het product in de keten) wordt het mogelijk om capaciteitsberekeningen te maken en vraag en aanbod af te stemmen. Het vormt een basis voor het verbeteren van de logistieke performance.

Verder is het van belang om een 'proceseigenaar' aan te stellen (Vissers & Beech 2005). Door een functionaris verantwoordelijk te maken voor een bepaald product kunnen aspecten als bijvoorbeeld doorstroom e.d. worden bewaakt. Deze functionaris is verantwoordelijk voor het gehele proces, terwijl nu vaak het geval is dat ieder zijn/haar aandeel heeft in de behandeling, dit onderdeel uitvoert en de cliënt doorschuift naar de volgende 'schakel' in de behandeling. Units in de keten blijven zelf verantwoordelijk voor optimalisering van het eigen functioneren.

### *ICT*

Het succes van betrouwbare data vanuit ICT valt of staat met registratie door de individuele gebruiker. Het is belangrijk dat er meer duidelijkheid wordt geschapen in afspraken rondom registratie. Om op Zorgnetwerk niveau betrouwbare vergelijkingen te kunnen maken, moeten de registratieprocedures voor bijvoorbeeld wachttijden uniform zijn en zo ook uitgevoerd worden.

Naast het verbeteren van deze basale registratie is het aan te bevelen om in samenspraak met de Stafdienst PCI een managementinformatiesysteem in te richten wat relevante informatie kan genereren. Hiervoor is zeer intensieve samenwerking vereist. Informatie over wachttijden, doorlooptijden e.d. zou ideaaltypisch gezien per product (of per iso-proces en dus niet per unit) geleverd moeten kunnen worden om hier in logistieke zin op te kunnen sturen. Het is zeer de vraag of dit binnen het huidige systeem tot de mogelijkheden behoort.

### *Instroom, doorstroom en uitstroom*

Cliënten kunnen op zeer diverse wijze instromen in het zorgnetwerk. Wanneer heldere productdefinities gegeneerd zijn is het raadzaam om de manier waarop nu de intake is georganiseerd te heroverwegen. Doordat op drie locaties intakes worden gedaan op verschillende manieren ontbreekt een overzicht van de totale instroom en de karakteristieken hiervan. Door de intakes en het adviesgesprek te centraliseren kan er gericht verwezen worden naar producten (en wanneer bijvoorbeeld PC Noord en Zuid een zelfde product aanbieden kan er verwezen worden naar de locatie met de minste wachttijd).





De proceseigenaar is verantwoordelijk voor de processtromen (o.a. doorlooptijd) en zo nodig kan er extra capaciteit door het management worden toegekend wanneer doorstroom stagneert. Verder kan de doorstroom bewaakt worden met behulp van ICT en kan de proceseigenaar zo nodig gericht actie ondernemen.

Wat betreft uitstroom is het belangrijk inzichtelijk te krijgen wat het karakter is van de uitstroom (moet er bijvoorbeeld een ander product ontwikkeld worden voor bepaalde type cliënten die 'uit' het product vallen, of moet er een individuele behandeling plaatsvinden).

In tabel 11 wordt daadwerkelijk een blik genomen in de 'mogelijke' toekomst. Er wordt weergegeven welke gegevens voor 'Behandellijn psychosegerelateerd' (en het daarbinnen in dit geval reeds ontwikkelde product 'kortdurende ambulante behandeling') gewenst zijn om logistiek te kunnen sturen. Dit als voorbeeld van data die nodig is om logistieke productiebesturing mogelijk te maken.

		Behandellijn psychosegerelateerd			
Vraagzijde	Wachtenden behandellijn psychosegerelateerd	Toegewezen capaciteiten (vorm, aantal, tijdsperiode enz.) product 'kortdurende ambulante behandeling'		Aanbodzijde	
	Aantal wachtenden en wachttijden product 'Kortdurende ambulante behandeling'	Schommelingen in aanbod (vakanties e.d.)			
	Aantal aanmeldingen per tijdseenheid product 'Kortdurende ambulante behandeling' (gemiddelde en spreiding)	Normtijden product 'kortdurende ambulante behandeling'			
Proces	Doorlooptijd per unit product 'kortdurende ambulante behandeling' (gemiddelde en spreiding)	Bezettingsgraad toegekende capaciteiten		Proces	
	Uitstroom per tijdseenheid 'kortdurende ambulante behandeling' (gemiddelde en spreiding)				
	Karakter van de uitstroom 'kortdurende ambulante behandeling' (ander product, ontslag enz.)				

Tabel 11: Voorbeeld wenselijke gegevens en inrichting voor logistieke productiebesturing

Gegevens rondom vraag en aanbod moeten helder in beeld worden gebracht en verder zijn er gegevens nodig over de processen om deze te kunnen optimaliseren en/of bij te stellen. Door het aanbod van ZNW3 in termen van gelijksoortige processen te beschrijven en meer duidelijkheid te creëren in de vraag ontstaat het recept waarmee logistieke prestaties kunnen worden verbeterd. Ondersteuning in de vorm van goede ICT is hierbij van belang.



## 6 Discussie

---

Dit onderzoek valt uiteen in een kwalitatief en een kwantitatief onderdeel. Het was de bedoeling het kwantitatieve onderdeel van het onderzoek te gebruiken ter ondersteuning van het kwalitatieve gedeelte. Er hebben voorgesprekken plaatsgevonden met een medewerker van stafdienst PCI om inzichtelijk te krijgen in hoeverre er kwantitatieve informatie kon worden aangeleverd die relevant was in het kader van dit onderzoek. De beschikbare data bleek echter ernstig vertekend of kon maar deels gebruikt worden. Oorzaken hiervoor waren onder andere dat registratieafspraken aan de bron niet helder zijn en de inrichting en mogelijkheden van het computersysteem beperkt waren. De kwantitatieve dataverzameling en analyse is dan ook weinig ondersteunend geweest aan het kwalitatieve deel van dit onderzoek. Het heeft echter wel veel inzichten opgeleverd; inzichten in wat er aan informatie nodig is om cliëntenstromen in logistieke zin te kunnen analyseren en in welke richting GGZ regio Breda de ontwikkeling ten aanzien van het optimaliseren van de logistieke performance moet zoeken. De voorgesprekken hadden nog scherper gevoerd moeten worden om al in een eerder stadium de problemen bij het vergaren van deze kwantitatieve informatie in kaart te hebben. Er had dan wellicht voor een andere onderzoeksmethode gekozen kunnen worden (bijvoorbeeld dossieronderzoek, of een meting die opgezet had kunnen worden om kwantitatieve gegevens te verzamelen).

De interviews zijn allemaal opgenomen op band maar niet letterlijk uitgewerkt. Binnen kwalitatief onderzoek is dit wel gebruikelijk. Omdat het echter in eerste instantie ging om het opstellen van procesbeschrijvingen is dit niet problematisch. Wat betreft de analyse van knelpunten in de processen is ervoor gekozen om alle interviews terug te luisteren en aantekeningen te maken van de ervaren knelpunten/problemen met betrekking tot de logistieke processen; deze items zijn gebruikt als codes.

Er is met verschillende onderzoeksmethoden (interviews, documentenanalyse, kwantitatieve gegevensanalyse) gewerkt, ofwel er is methodentriangulatie toegepast (Cresswell 2003). Verder is er databronnentriangulatie toegepast door zowel managers als zorgprofessionals te interviewen. Datatriangulatie kreeg verder gestalte door gebruik te maken van zowel kwalitatieve als kwantitatieve data. *Peer debriefing* vond plaats door de inzet van een student meezeer en docent meezeer, in samenspraak met hen werden keuzes en hetgeen gerapporteerd werd steeds voorzien van kritisch commentaar. Door deze maatregelen vanuit verschillende invalshoeken is de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek verhoogd.



De onderzoeker is zelf tot 31 februari 2007 werkzaam geweest bij GGZ regio Breda. Het doen van onderzoek in de eigen werksetting kan gemakkelijk zorgen voor bias. Dataverzameling (zowel kwalitatief als kwantitatief) heeft plaatsgevonden na beëindiging van het dienstverband. De respondenten waren geen directe collega's van de onderzoeker (geweest), met uitzondering van de geïnterviewde GZ-psycholoog op PC Noord. Door het bijhouden van een onderzoekslogboek waarin gedachten en ideeën werden genoteerd is getracht bias zoveel mogelijk te voorkomen.

Dit onderzoek betreft een casestudie. Gezien de specifieke casus die is bestudeerd is generalisatie van de resultaten is niet mogelijk. Het is zeer aannemelijk dat meer GGZ instellingen zichzelf zullen herkennen wat betreft de geschetste situatie. Voor hen is het wel mogelijk om met behulp van de conclusies en aanbevelingen van dit onderzoek verder te gaan met het scheppen van voorwaarden voor de verbetering van de logistieke performance in hun instelling.

De theoretische analyse die binnen dit onderzoek heeft plaatsgevonden op het gebied van Zorglogistieke Bedrijfsvoering rust vooral op het werk van Vissers, Beech en De Vries. Zij zijn de voorlopers wat betreft onderzoek binnen dit kennisgebied. Dit maakt het nagenoeg onmogelijk om meningen en uitkomsten van onderzoek van diverse wetenschappers naast elkaar te bespreken, terwijl dit wel gebruikelijk is in wetenschappelijke scripties. Het geeft echter wel de mate van relevantie aan van kennisontwikkeling in dit onderzoeksgebied.

Verder onderzoek binnen GGZ regio Breda zou kunnen plaatsvinden naar de koppeling van capaciteiten naar/in de producten (zorgprogramma's) die momenteel worden opgezet. Hoeveel capaciteit moet worden ingezet (doelmatigheid versus servicekwaliteit)? Hoe bewaakt men de ingezette hoeveelheid capaciteit (en de servicekwaliteit)? In algemene zin zou er op het gebied van de zorglogistiek onderzoek kunnen plaatsvinden naar de implementatie van maatregelen ter verbetering van de logistieke performance. Het gaat hier met name om in welke volgorde maatregelen zouden moeten worden genomen. Verder zou onderzoek gedaan kunnen worden naar iso-procesgroepen die relevant maar vooral ook geschikt zijn voor de GGZ sector. Welke clustering van processen is nu geschikt voor logistieke productiebesturing en hoe zouden GGZ instellingen dit vorm kunnen geven?





(Ministerie van VWS). 1999. *Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg* [Internet]. 14-12-2006 (aangehaald op 14-12-2006). Bereikbaar op <http://www.ggzbeleid.nl/pdfggz/25424nr6.pdf>

Neuhauser, D. 1972. The hospital as a matrix organization. *Hospital Administration*. 17(4):8-25.

Rhyne, D.M. & D. Jupp. 1988. Health care requirements planning: a conceptual framework. *Health care management review*. 13(1):17-27.

Smith-Daniels, V.L., S.B. Schweikhart & D.E. Smith-Daniels. 1988. Capacity management in health services. *Decision Sciences*. 19:898-919.

Vissers, J. 1999. *Logistieke processen in zorgbedrijven*. In: Lapré, R. & Montfort, G. van. 'Bedrijfseconomie van de gezondheidszorg'. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom: 149-165.

Vissers, J. & R. Beech. 2005. *Health operations management: patient flow logistics in healthcare*. New York: Routledge.

Vissers, J. & G. de Vries. 2005. *Sleutelen aan zorgprocessen: een visie op zorglogistieke bedrijfsvoering*. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus MC, faculteit van de Erasmus Universiteit Rotterdam (Oratie).

Vissers, J., G. de Vries & J.W.M. Bertrand. 2001. Een raamwerk voor productiebesturing van een ziekenhuis, gebaseerd op logistieke patiëntengroepen. *Acta Hospitalia*. 2:33-51

Vries, G. de & U.F. Hiddema. 2001. *Management van patiëntenstromen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Zelman, W.N. & D.L. Parham. 1990. Strategic, operational, and marketing concerns of product-line management in health care. *Health care management review*. 15(1):29-35



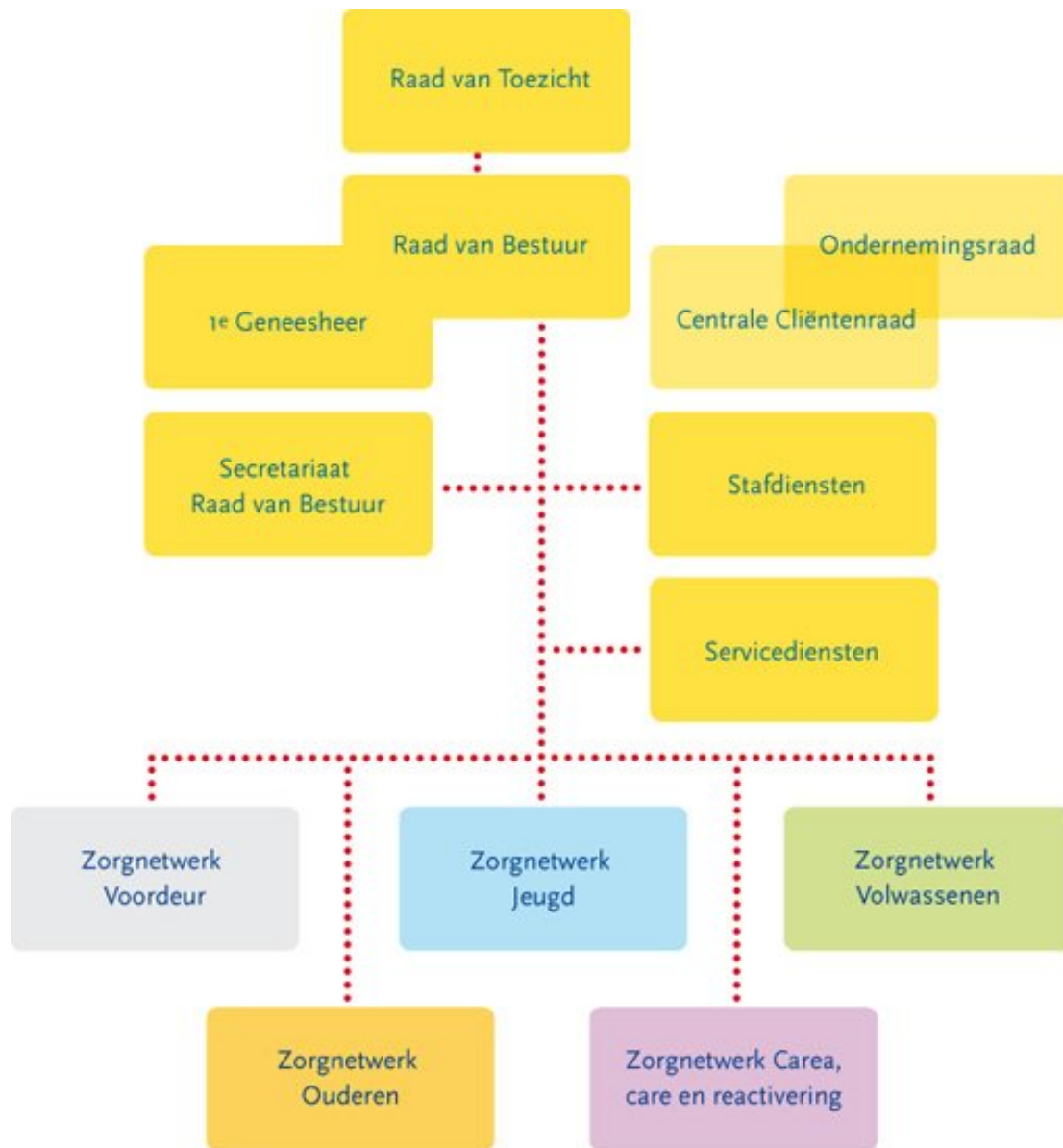
## Lijst van afkortingen

.....

<b>ZNW1</b>	Zorgnetwerk 1 (voorkeur, aanmeld- en crisisdienst)
<b>AO</b>	Administratieve organisatie
<b>APZ</b>	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
<b>AWBZ</b>	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
<b>BL-A</b>	Behandellijn psychosegerelateerd
<b>BL-B</b>	Behandellijn stemmingsgerelateerd
<b>BL-C</b>	Crisisbehandeling
<b>DBC</b>	Diagnose Behandelingscombinatie
<b>FTE</b>	Full-time equivalenten
<b>GGZ</b>	Geestelijke Gezondheids Zorg
<b>OE</b>	Organisatorische eenheid
<b>PAAZ</b>	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
<b>PC</b>	Psychiatrisch centrum
<b>PCI (stafdienst-)</b>	Stafdienst Planning Control en Informatie
<b>PTC</b>	Psychotherapeutisch centrum
<b>Riagg</b>	Regionaal instituut voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
<b>RIB</b>	Reïntegratieve behandeling
<b>RIBW</b>	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
<b>VAC-team</b>	Voorkeur, Aanmeld en Crisisdienst team
<b>ZNW2</b>	Zorgnetwerk 2 (jeugd)
<b>ZNW3</b>	Zorgnetwerk 3 (volwassenen)
<b>ZNW4</b>	Zorgnetwerk 4 (ouderen)
<b>ZNW5</b>	Zorgnetwerk 5 (carea, care en reactivering; chronische zorg)



## Bijlage 1 Organisatiestructuur GGZ regio Breda

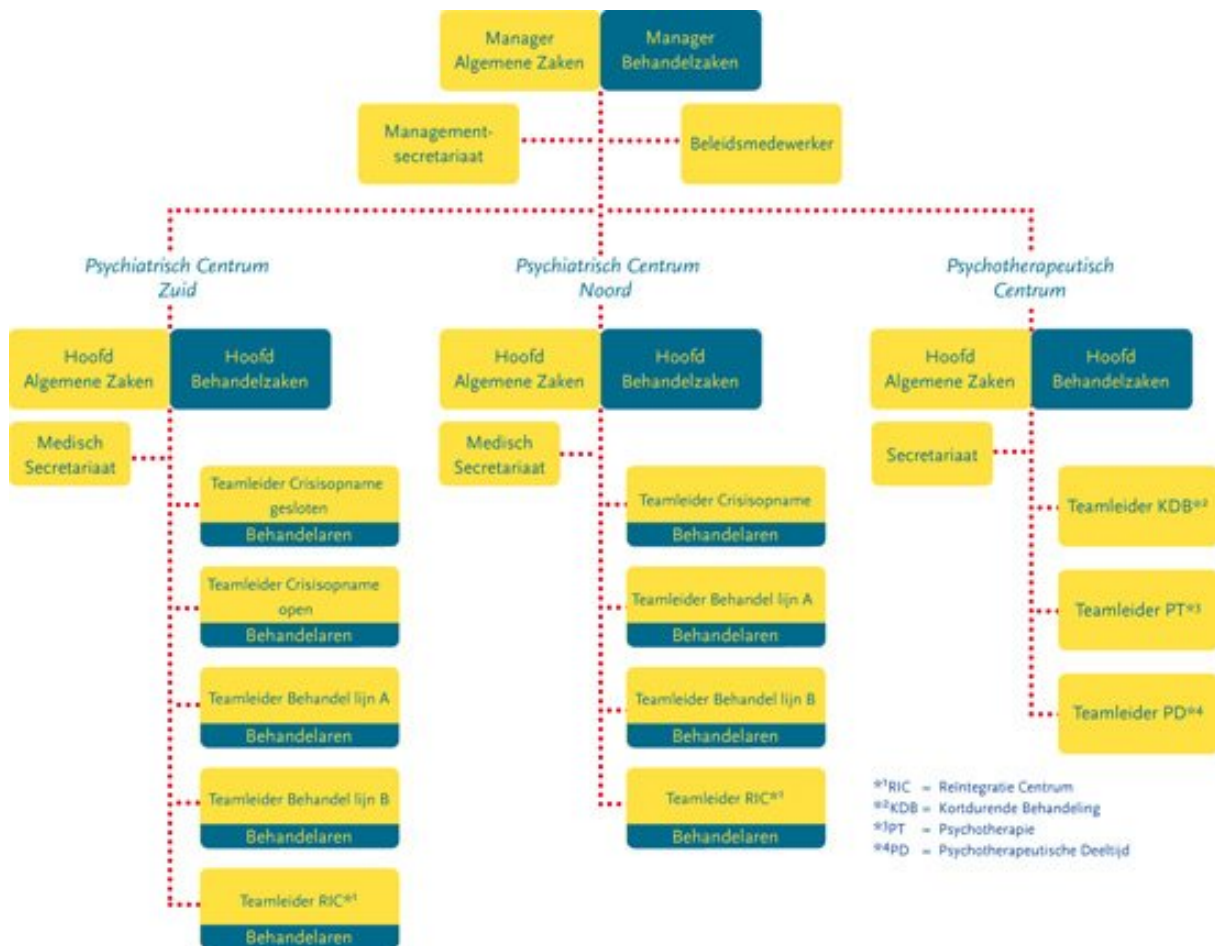


(Bron: GGZ regio Breda 2004)



## Bijlage 2 Organisatiestructuur zorgnetwerk volwassenen

.....



(Bron: GGZ regio Breda 2006)





## Bijlage 3 Treeknormen GGZ

.....

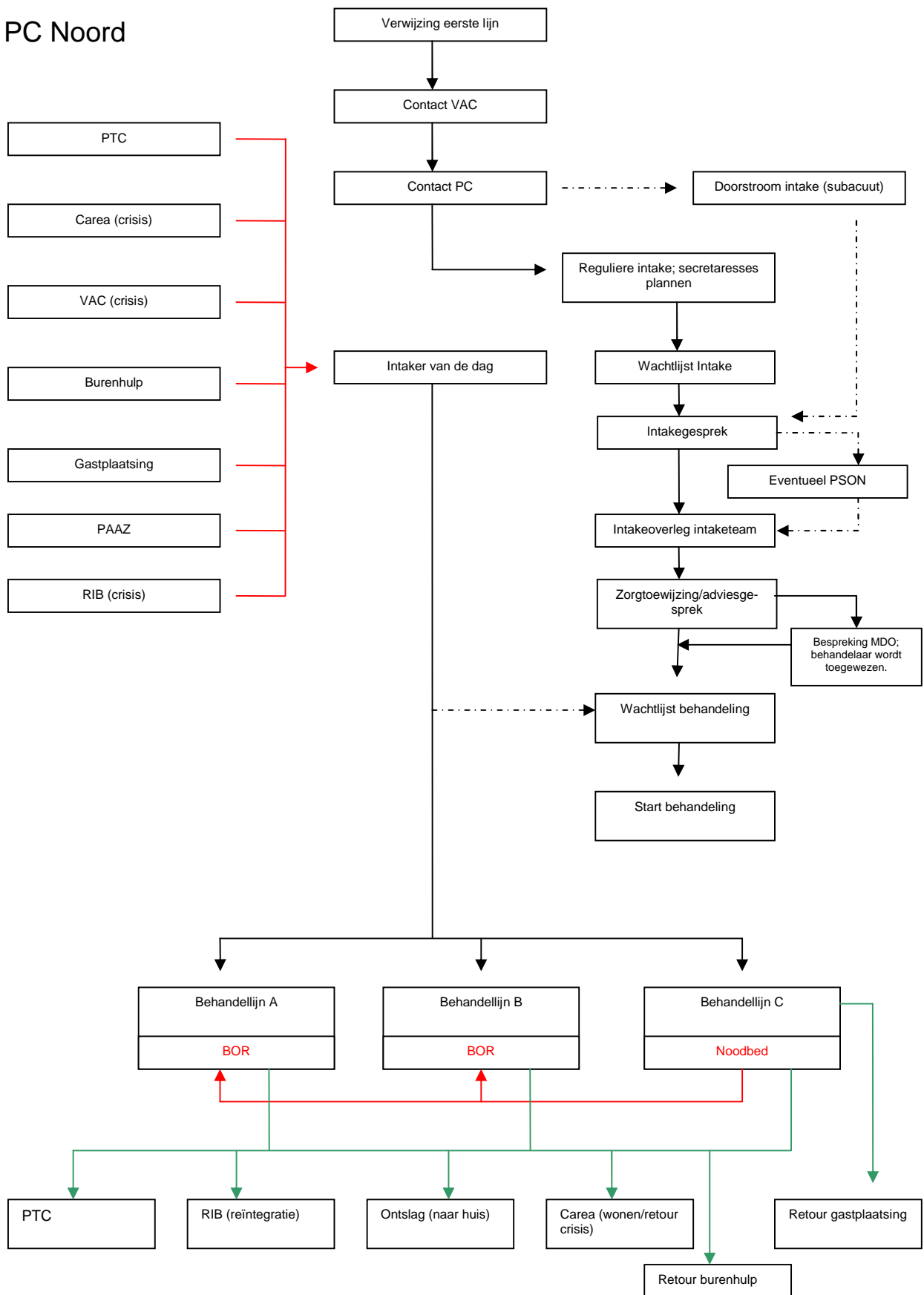
GGZ Treeknormen	
Aanmeldingswachttijd	4 weken 80% binnen 3 weken
Beoordelingswachttijd (onderzoekwachttijd)	3 weken 80% binnen 3 weken
Wachttijd voor extramurale behandeling (behandelwachttijd)	6 weken 80% binnen 4 weken
Wachttijd voor semimurale behandeling (behandelwachttijd)	6 weken 80% binnen 4 weken
Wachttijd voor intramurale behandeling (behandelwachttijd)	7 weken 80% binnen 5 weken
Wachttijd voor beschermd wonen (behandelwachttijd)	13 weken 80% binnen 8 weken

(Bron: Busch 2005)

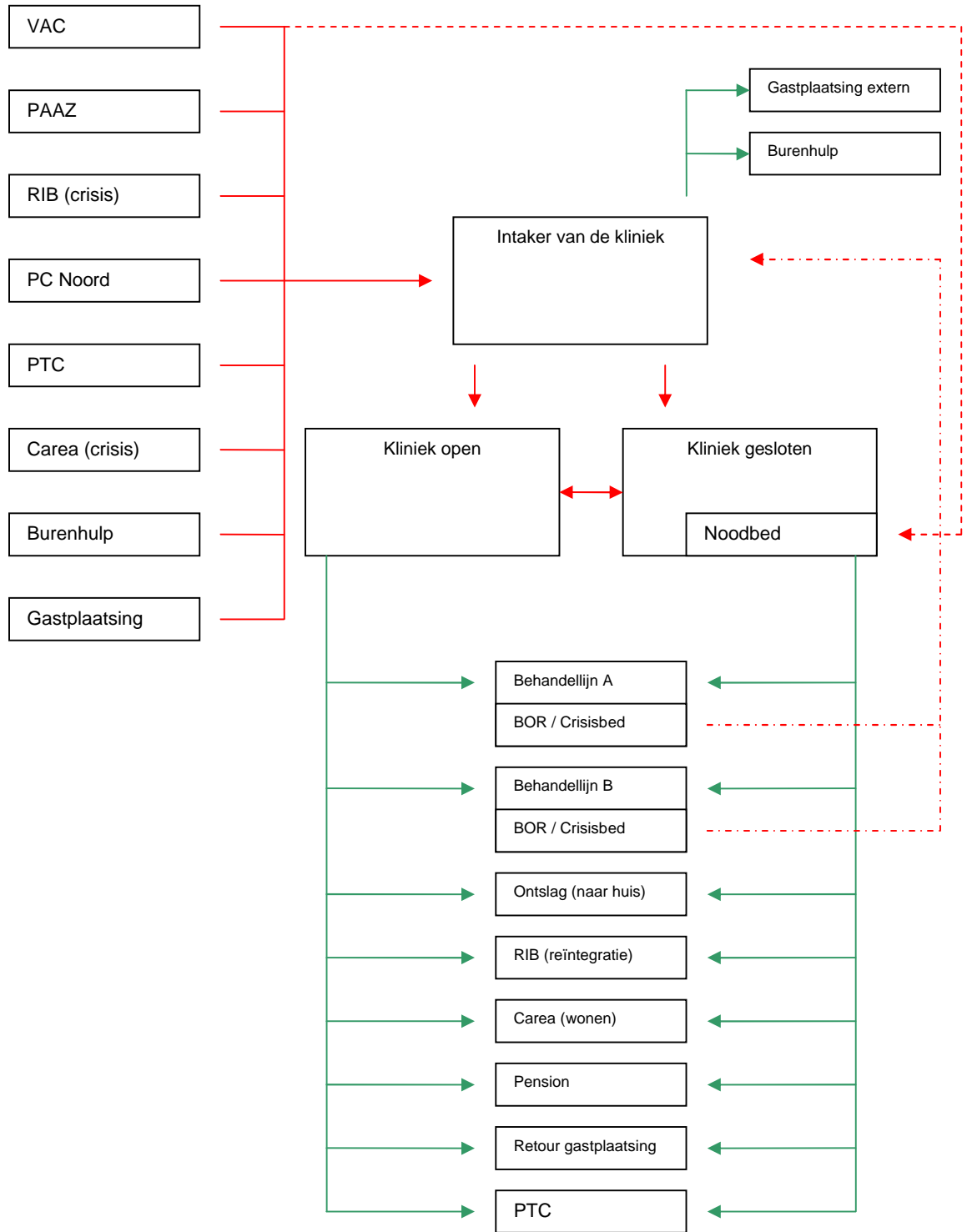


# Bijlage 4 Procesbeschrijvingen per locatie

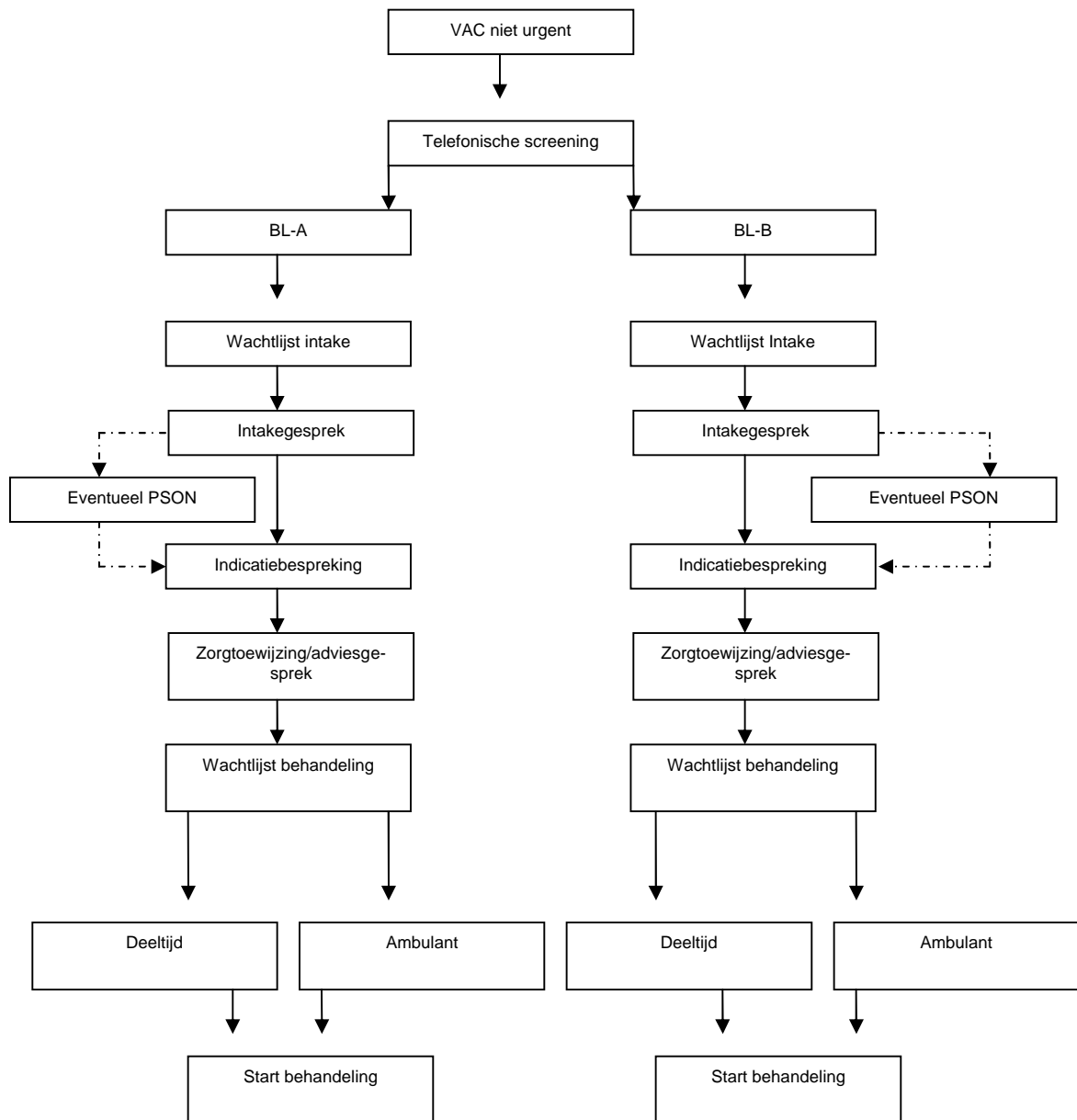
## PC Noord



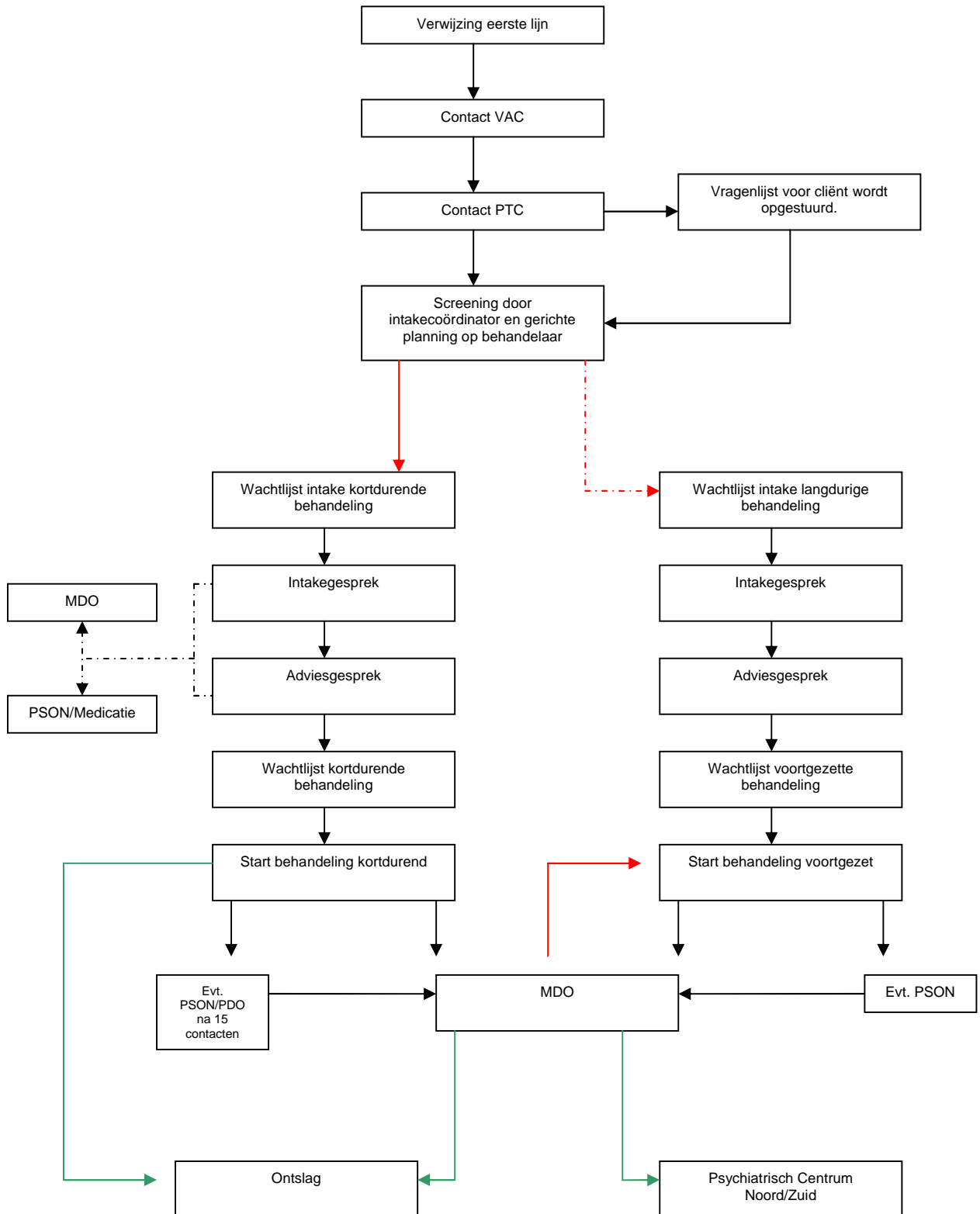
# PC Zuid



PC zuid (vervolg)



# PTC



## Bijlage 5 Normtijden Zorgnetwerk volwassenen

Let op: dit is een intern werkdocument (concept).

Product:	Normtijd per producttype				Normtijd per verrichtingcode			vastgestelde norm Zorgnetwerk Volwassenen			Afwijking
	Berekende norm directe tijd per producttype	Totaal aantal contacten Q2+Q3	Gemiddelde duur contact in minuten	Gemiddelde duur contact – 5% 0,75	Norm directe tijd afgerond	Norm indirecte tijd afgerond	Norm totale tijd (direct + indirect) 1	Norm directe tijd	Norm indirecte tijd	Norm totale tijd (direct + indirect)	Voorgestelde norm directe tijd t.o.v. berekende norm directe tijd per producttype (kolom 2)
ADVI	45							30	15	45	-33%
INTA	50	2433	55,64	52,86	50	15	65	60	30	90	20%
PSO1	135							120	60	180	-11%
PSO2	115							120	60	180	4%
PSO3	90							90	45	135	0%
PSON	50	790	69,83	66,34	65	20	85	45	25	70	-10%
PT2	70							45	15	60	-36%
PT3	60							45	15	60	-25%
PT4	50							45	15	60	-10%
PT5	50							45	15	60	-10%
PT6	50							45	15	60	-10%
PT7	55							45	15	60	-18%
PT8	60	6187	60,9	57,85	55	15	70	45	15	60	-25%
BEHA	45							45	15	60	0%
FARM	30							20	10	30	-33%
VAKC	70							-	-	-	
VAKO	165							-	-	-	
VAKP	65	23831	61,1	58,05	55	15	70	-	-	-	
CRBI	45	295	49,71	47,23	45	15	60	45	45	90	0%
CRBU	35	11	40,45	38,43	35	10	45	85	85	170	143%
PIT	-							90	30	120	
PZT	-	47	56,38	53,56	50	15	65	-	-	-	
PCT	-	2	45	42,75	40	10	50	-	-	-	
EMAI	15							15	5	20	0%
TEL	15	2101	19,99	18,99	15	5	20	15	5	20	0%

