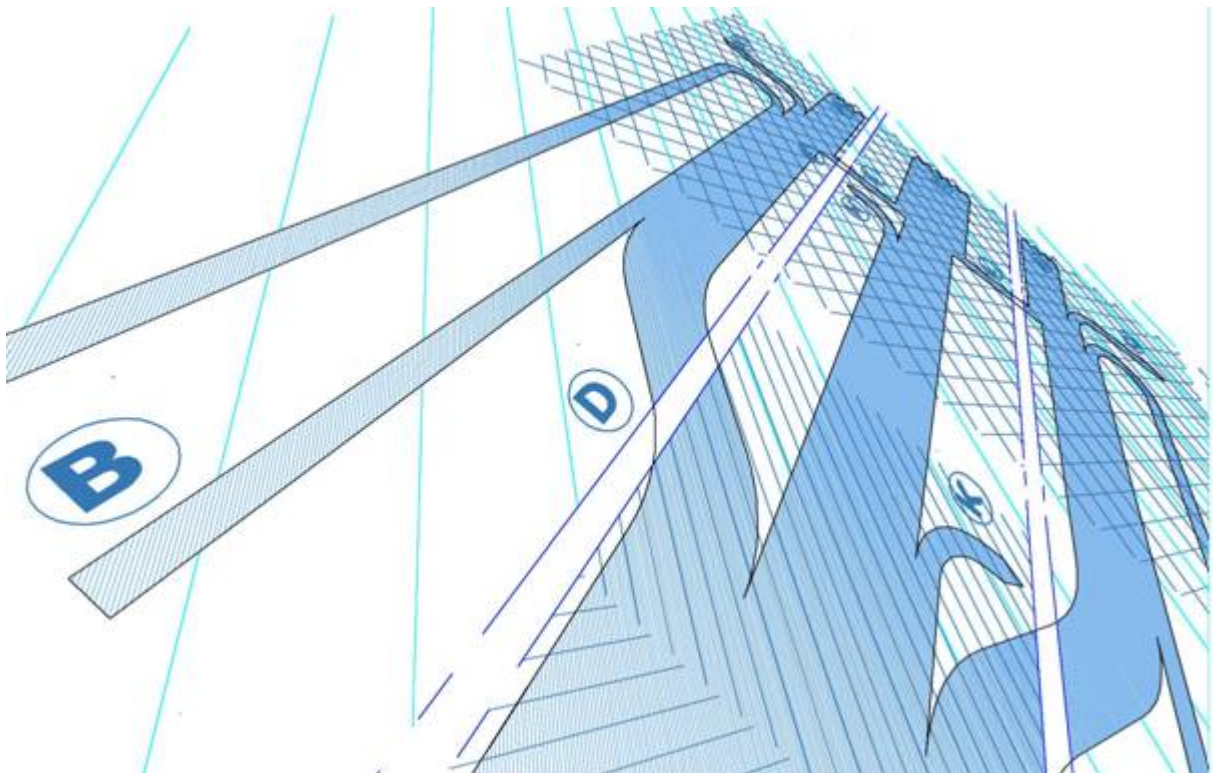


`PASSING MESSAGE AND PEOPLE`

LOGISTIEK en ORGANISATIE

VAN OVERDRACHT OP DE INTERFACES

TUSSEN DE EENHEDEN VAN BOUMAN GGZ



**AFSTUDEERSCRIPTIE LOGISTIEK
MASTER BELEID MANAGEMENT GEZONDHEIDSZORG (BMG)**

ERASMUSUNIVERSITEIT ROTTERDAM, JUNI 2006

Z.D. WOLDHUIS 293233

Afstudeerbegeleider: Prof. Dr. Ir. J.M.H. Vissers
Meelezer: Dr. H.J.M. Finkenflugel

VOORWOORD

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting - Summary

Inleiding

- 1 Bouman GGZ, de context van dit onderzoek**
 - 1.1 De relevantie van onderzoek naar logistieke processen in de gezondheidszorg
 - 1.2 Aanleiding voor onderzoek binnen Bouman GGZ
 - 1.3 De organisatie Bouman GGZ

- 2 Onderzoek logistiek en organisatie**
 - 2.1 Probleemstelling en onderzoeksvragen
 - 2.2 Onderzoeksopbouw
 - 2.3 Methoden van dataverzameling
 - 2.4 Validiteit
 - 2.5 Betrouwbaarheid
 - 2.6 Geldigheid

- 3. Theoretische perspectieven**
 - 3.1 Het ontstaan van het begrip logistiek
 - 3.2 Van bedrijfslogistiek naar patiëntenlogistiek
 - 3.3 Denken in logistieke processen
 - 3.4 Productiebesturing en elementen van integrale logistiek in de gezondheidszorg
 - 3.5 Het besturingsraamwerk van Vissers, de Vries en Bertrand
 - 3.6 Informatievoorziening in het kader van productiesturing

- 4. Resultaten en analyse van het onderzoek binnen Bouman GGZ**
 - 4.1 De onderzoeksdomeinen van de web-based vragenlijst en de interviews
 - 4.2 Resultaten en analyse: van theorie naar praktijk

- 5. Conceptueel model interfaces**
 - 5.1 Conceptueel model interfaces
 - 5.2 Conceptueel model interfaces toegepast op Bouman GGZ

- 6 Onderzoek Bouman GGZ**
 - 6.1 Conclusies en aanbevelingen

Literatuurlijst

SAMENVATTING

SUMMARY

INLEIDING

Dit rapport `Passing message and people` is het resultaat van een onderzoek naar overdracht van informatie en patiënten binnen Bouman GGZ. Het onderzoek werd uitgevoerd van februari tot mei 2006 door S. Woldhuis in het kader van een afstudeerproject Master Beleid Management Gezondheidszorg en werd begeleid door Prof. Dr. Vissers van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Dit rapport beschrijft de knelpunten van de overdracht van informatie en patiënten op de interfaces (ontkoppelpunten) binnen Bouman GGZ en hoe deze met logistieke ingrepen kunnen worden opgelost.

Aanleiding

De huidige zorg binnen Bouman GGZ kenmerkt zich door éénstapslogistiek dat wil zeggen dat voor elke patiënt iedere logistieke stap apart wordt georganiseerd. De behandelaar duwt bij iedere nieuwe aanmelding de patiënt als het ware door het systeem heen (push-model). Bouman GGZ wil onderzoeken of het mogelijk is om de zorg voor patiënten te clusteren, waarbij de route voor de patiënt van tevoren al vast ligt. Daarvoor moeten behandeltracés ontwikkeld worden waarbij de stappen in de behandelroute gepland zijn waardoor alle aandacht naar de zorg zelf kan uitgaan en niet naar het organiseren daarvan (pull-systeem). Om dit te realiseren zijn adequate randvoorwaarden noodzakelijk die het mogelijk maken om de patiëntenoverdracht en het informatieverkeer goed te laten verlopen binnen deze tracés, in het bijzonder daar waar ontkoppelpunten/overdrachten plaatsvinden. Daarom is dit onderzoek gericht op het in kaart brengen van de knelpunten van de huidige ontkoppelpunten (interfaces) in de behandelroute. Daarbij wordt zowel gekeken naar de wijze waarop vraag en aanbod gemanaged worden en tevens naar hoe de informatieoverdracht tussen de professionals plaatsvindt en in hoeverre de verantwoordelijkheden van de manager en de professional duidelijk en op elkaar afgestemd zijn.

Inhoud

In dit rapport wordt allereerst de organisatie en de context waarbinnen het onderzoek plaatsvindt kort beschreven. Daarna worden een aantal gezaghebbende auteurs op het gebied van de logistiek besproken en worden er een aantal auteurs uitgelicht. Na een beschrijving van de methoden en technieken die zijn gebruikt voor de dataverzameling, volgt een analyse van de interviews en vragenlijsten die zijn afgenomen bij verschillende lijnfunctionarissen en professionals binnen Bouman GGZ. Deze analyse van de praktijk is gerelateerd aan zowel theoretische perspectieven vanuit de logistiek als ook de organisatiwetenschap. Na de conclusies worden aanbevelingen gedaan om te komen tot een succesvolle implementatie van een verbeterde patiëntenlogistieke inrichting op de interfaces.

Doel

Doel van dit rapport is om inzicht te geven in de bottlenecks op de interfaces en hoe het proces met betrekking tot de overdracht vervolgens geoptimaliseerd kan worden met behulp van logistieke principes. De aanbevelingen die voortvloeien uit dit onderzoek kunnen gebruikt worden bij het verdere ontwerp en implementatieproces van de toekomstige behandeltracés.

HOOFDSTUK 1

CONTEXT VAN HET ONDERZOEK

- 1 **Bouman GGZ, de context van dit onderzoek**
- 1.1 **De relevantie van onderzoek naar logistieke processen in de gezondheidszorg**
- 1.2 **Aanleiding voor onderzoek binnen Bouman GGZ**
- 1.3 **De organisatie Bouman GGZ**

1.1 De relevantie van onderzoek naar logistieke processen in de gezondheidszorg

Zorgorganisaties zijn pas sinds kort zover dat ze het traject dat patiënten binnen hun organisatie doorlopen zien als een organisatorisch vraagstuk. Meestal zijn organisaties georganiseerd rond afdelingen die draaien om de professionals of om het zorgprogramma. De sturingsvragen en de organisatorische kanten van het logistieke proces zijn vaak onderbelicht gebleven. Door de marktwerking worden economische criteria echter steeds belangrijker en door de concurrentie tussen de instellingen gaat de servicegerichtheid van de organisatie in de toekomst een grotere rol spelen. Wanneer een organisatie haar zorglogistieke proces in beeld heeft en goed heeft ingericht kan het proces stuurbaar worden gemaakt. Daardoor kan zij betere prestaties leveren op het gebied van de klantgerichtheid, doelmatigheid en kwaliteit van de organisatie. In het bedrijfsleven nemen logistieke processen dan ook al langer een centrale plaats in. Kennis over logistiek is vanwege de specifieke karakteristieken van de gezondheidszorg echter niet zonder meer van het bedrijfsleven naar de gezondheidszorg te kopiëren. In dit onderzoek is beschreven hoe verschillende auteurs naar dit vraagstuk kijken vanuit de (patiënten)logistiek en de organisatiewetenschap en wordt duidelijk waar wellicht de nodige aanpassingen nodig zijn om logistiek in de zorginstellingen te kunnen optimaliseren. Centraal in dit onderzoek staat een GGZ organisatie in Rotterdam die zorg verleent aan patiënten met psychiatrische en verslavingsproblematiek.

1.2 Aanleiding voor onderzoek binnen Bouman GGZ

Bouman GGZ is een organisatie voor psychiatrische patiënten met verslavingsproblematiek in Rotterdam. Omdat de organisatie als gevolg van het nieuwe zorgstelsel meer vergeleken gaat worden met andere zorgaanbieders op prijs en kwaliteit, wil zij op een andere manier omgaan met processen in de organisatie. De organisatie onderzoekt daarom momenteel of er behandeltracés ontwikkeld kunnen worden (standaard routes voor de behandeling van bepaalde combinaties van ziektebeelden), om de kwaliteit van zorg en de doorstroming van patiënten te bevorderen. Bij het ontwerpen van de behandeltracés wil Bouman GGZ gebruik maken van logistieke principes. Daarmee wil zij proberen de behandeltracés te beschrijven in processtappen en bepalen in welke volgorde tracés moeten worden doorlopen. Daarnaast wil zij zicht krijgen op de hoeveelheid capaciteiten die ingezet moeten worden en bepalen welke soort capaciteit (discipline) nodig is op het juiste moment en de juiste plaats. Vanwege de complexiteit van de problematiek van de patiëntenpopulatie en de vele locaties en afdelingen waar de hulp wordt geboden, vinden er veel overdrachten plaats. Om de huidige overdracht

tussen de verschillende afdelingen en directies te analyseren vanuit logistieke denkaders heeft men BMG van het Erasmus MC gevraagd hier in de vorm van een afstudeerproject onderzoek naar te doen. Met de resultaten van dit onderzoek hoopt Bouman GGZ aanknopingspunten te krijgen om haar logistieke inrichting in de toekomst te verbeteren.

1.3 Bouman GGZ

Bouman GGZ richt zich op volwassen patiënten met psychiatrische en verslavingsproblematiek. Zij legt meer dan voorheen het accent op het bio-medische model als conceptueel kader voor haar behandelingen van verslavingsproblematiek van psychiatrische patiënten. Zij sluit daarmee aan bij recent wetenschappelijk onderzoek dat aantoont dat verslaving een (chronische) ziekte is, die soms tot onomkeerbare veranderingen in de hersenen leidt en waarbij co-morbiditeit meestal een belangrijke rol speelt. Hoewel er een correlatie is tussen erfelijke eigenschappen en verslavingsproblematiek, bepalen de omgevingsfactoren en de individuele kwetsbaarheid het ontstaan en het beloop van de ziekte. De gevolgen van middelengebruik kunnen dan ook per persoon verschillen en kunnen uitmonden in een ziekte (verslaving) met een voortschrijdende aantasting van de algemene gezondheid.

Afhankelijk van de ernst van het ziektebeeld, waarbij men kijkt naar de lichamelijke en psychiatrische co-morbiditeit, probeert men binnen Bouman GGZ zoveel mogelijk een appél te doen op de eigen verantwoordelijkheid en het gezonde deel van het functioneren van de patiënt. In de behandeling probeert men waar mogelijk de autonomie van de patiënt te herstellen. Wanneer sprake is van structurele tekorten richt de behandeling zich op het voorkomen van verdere beperkingen door de leefomgeving op basis van deze tekorten van de patiënt in te richten. Soms betekent dit dat een deel van de autonomie van de patiënt wordt overgenomen, bijvoorbeeld door een beschermde woonomgeving met intensieve begeleiding aan te bieden. Wanneer een patiënt bij Bouman GGZ in behandeling komt, is de kans erg groot dat hij binnen de instelling te maken krijgt met andere teams, afdelingen, clusters of directies. Tijdens de behandeling vinden er namelijk regelmatig overdrachten plaats naar andere afdelingen of andere directies binnen Bouman GGZ. Daarnaast proberen zij daar waar mogelijk samen te werken met andere hulpverlenende en dienstverlenende instellingen en wordt de patiënt wanneer dit nodig is overgedragen aan een andere instelling.

Vanaf januari 2006 bestaat Bouman GGZ uit drie directies conform het behandelproces dat is opgedeeld in drie fasen (screening en diagnostiek, behandeling en langdurige behandeling).

1. Directie Poliklinische en Outreachende zorg (POZ)
2. Directie Intramurale en Semimurale Zorg (ISZ)
3. Directie Langdurige Zorg (LZ)

De Raad van bestuur heeft dit jaar de directies opnieuw ingericht resulterend in de vorming van totaal 10 clusters binnen de drie directies. Elk cluster bestaat uit verschillende afdelingen die weer zijn onderverdeeld in verschillende teams verspreid over verschillende locaties in Rotterdam, Dordrecht en Capelle aan de IJssel. In de toekomst wil men binnen elke directie een Bureau Patiëntenlogistiek & Registratie vormen om de interne logistiek en de planning te verbeteren. De afdeling Preventie zal geplaatst worden binnen de directie Poliklinische en Outreachende Zorg en er

wordt een Paramedische Dienst binnen de directie Intra- & Semimurale Zorg ontwikkeld. Daarnaast wordt er een algemene staf ingericht binnen de drie directies.

Met deze nieuwe structuur hoopt zij haar imago te verbeteren voor de patiënten, opdrachtgevers, medewerkers, etc. Hierna volgt een korte beschrijving van de drie directies met een schematische weergave van de daarbij behorende clusters, afdelingen, teams en aantal FTE's per locatie.

Directie Poliklinische en Outreachende zorg (POZ)

In deze Directie stromen alle patiënten binnen (centrale aanmelding) die daarna voor een deel weer doorstromen naar andere directies van Bouman GGZ. De patiënten worden aangemeld via verwijzing van externe verwijzers of melden zichzelf aan met een hulpvraag. Binnen deze Directie wordt de eerste informatie verzameld over de patiënt en zijn of haar problematiek en wordt met behulp van diagnostiek bepaald welke stoornissen de patiënt heeft en wat het ontwikkelingsperspectief is van de patiënt. Vervolgens moet worden bepaald welke behandeling noodzakelijk is en of de behandeling binnen de eigen Directie beschikbaar is. Zo niet, dan moet de patiënt worden overgedragen naar andere Directies binnen Bouman GGZ of naar een externe organisatie. De Directie Poliklinische en Outreachende zorg is ingericht voor kortdurende ambulante behandeling of bemoezorg in een extramurale setting.

Cluster	Capaciteit	Aantal FTE	Aantal locaties
Poliklinieken Rotterdam		57	2
Regionale Poliklinieken		45	3
Verslavingsreclassering		52	2
Outreachende Zorg		100	9

Tabel 1.1 Totaaloverzicht Directie Poliklinische en Outreachende zorg (POZ)

Directie Intramurale en Semimurale Zorg (ISZ)

Deze Directie biedt semimurale zorg en intramurale zorg aan patiënten die zijn verwezen door de directie Poliklinische en Outreachende zorg (POZ). Daarnaast wordt een deel van de nieuwe opnames aangemeld door externe verwijzers wanneer daarover met de behandelendverantwoordelijke van de kliniek overeenstemming is bereikt. Deze directie heeft een eigen Bureau Opname en Ontslag voor de eigen clusters waar centraal door interne en externe verwijzers moet worden aangemeld.

De patiënten worden binnen deze directie behandeld totdat het perspectief duidelijk is en er geen toegevoegde waarde aan de patiënt meer kan worden geboden. Er volgt dan ontslag naar een andere directie binnen Bouman GGZ of de patiënt gaat terug naar de oorspronkelijke externe verwijzer.

Cluster	Capaciteit	Aantal FTE	Aantal locaties
Detox & Diagnostiek	66 bedden	53	3
Klinische behandeling 1	103	86	1
Klinische behandeling 2	71 bedden + 24 stoelen	57	3

Tabel 1.2 Totaaloverzicht Directie Intramurale en Semimurale Zorg (ISZ)

Directie Langdurige Zorg (LZ)

Instream naar deze directie komt voor het belangrijkste deel uit de andere directies van Bouman GGZ en deels ook via externe verwijzers. Het gaat dan vrijwel altijd om patiënten die al eerder bij Bouman in behandeling zijn geweest en een indicatie hebben voor Langdurige Zorg. Wanneer er een tijdelijke terugval is van patiënten, kan er een beroep worden gedaan op de directie ISZ (klinische interventies). Na een korte opname kan de patiënt weer worden overgedragen aan de directie Langdurige Zorg.

Cluster	Capaciteit	Aantal FTE	Aantal locaties
Behandeling en begeleiding		49	4
Wonen, werk & activering I en II		107	15

Tabel 1.3 Totaaloverzicht Directie Intramurale en Semimurale Zorg (ISZ)

HOOFDSTUK 2

ONDERZOEK LOGISTIEK & ORGANISATIE

- 2 Onderzoek logistiek en organisatie**
- 2.1 Probleemstelling en onderzoeksvragen**
- 2.2 Onderzoeksopbouw**
- 2.3 Methoden van dataverzameling**
- 2.4 Validiteit**
- 2.5 Betrouwbaarheid**
- 2.6 Geldigheid**

2.1 Probleemstelling en onderzoeksvragen

Dit onderzoek richt zich op de volgende probleemstelling:

Welke aanpassingen in de zorglogistieke organisatie van Bouman GGZ kunnen er op basis van logistieke en de organisatiethoretische overwegingen worden voorgesteld om de interne overdracht, de doorstroming van patiënten en de samenwerking tussen de interfaces te verbeteren.

Om deze probleemstelling te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Wat zijn de huidige problemen op de interfaces in Bouman GGZ die de overdracht van patiënten bemoeilijken?
2. Wat zijn de consequenties op het gebied van logistiek en organisatie voor Bouman GGZ wanneer zij gaan werken met behandeltracés?
 - Is de huidige overdracht van patiënten en informatie voldoende procesgestuurd ingericht om te kunnen werken met behandeltracés?
 - Zijn er aanpassingen noodzakelijk in de organisatie van de primaire en ondersteunende activiteiten om de overdracht van informatie en patiënten tussen de interfaces te verbeteren?
3. Welke eisen stelt dat aan de organisatie en welke consequenties heeft dit voor de professionals en de lijnmanagers?
4. Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan op operationeel, tactisch en strategisch niveau, om de logistieke planning en de samenwerking in het licht van procesgestuurd werken te verbeteren?

2.2 Onderzoeksopbouw

Fase 1. Opzet van het onderzoeksdesign

Het gaat hier om een kwalitatief praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek gecombineerd met een kwantitatief naonderzoek, gericht op een specifiek probleem binnen Bouman GGZ. Het onderzoek heeft een descriptief en prescriptief karakter. De knelpunten van de huidige processen zijn in kaart gebracht met behulp van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden. Na analyse worden met gebruik van wetenschappelijke inzichten over logistiek en organisatiewetenschap aanbevelingen gedaan voor logistieke verbeteringen in de organisatie. In het onderzoek is gebruik gemaakt van datatriangulatie om de interne validiteit en de betrouwbaarheid van zowel de data als de conclusies van het onderzoek te vergroten.

Om te komen tot een specificatie van de onderzoeksvraag en de ontwikkeling van de deelvragen ten behoeve van fase 2, is er in eerste instantie een tweetal gesprekken gevoerd met het hoofd van de afdeling Research & Development. Op basis van de beschreven literatuur in hoofdstuk 3 en interne rapporten van de organisatie is de uiteindelijke onderzoeksvraag geformuleerd. Het doel van de onderzoeksvraag was inzicht te krijgen in mogelijke knelpunten op de interfaces tijdens overdrachten binnen Bouman GGZ. Op basis van een korte oriëntatie in de organisatie waarbij diverse afdelingen zijn bezocht, zijn de deelvragen voor dit onderzoek geformuleerd. Vervolgens is een vragenlijst ontwikkeld voor de semi-gestructureerde interviews, die zijn afgenomen bij in totaal twaalf respondenten (lijnmanagers en professionals). Dit materiaal is als richtlijn gebruikt voor het ontwikkelen van de web-based vragenlijst die aangeboden zou worden aan 65 medewerkers, professionals en managers, verdeeld over de drie Directies van Bouman GGZ. Nadat de Raad van Bestuur de digitale vragenlijst had gezien, had men de indruk dat hiermee mogelijk te hoge verwachtingen zouden worden gewekt bij de professionals en de lijnmanagers ten aanzien van verbeteringen in de logistieke organisatie. De Raad van Bestuur heeft daarom tijdens de uitvoering van het onderzoek deze 65 respondenten teruggebracht tot de 12 respondenten die al hadden meegewerkt aan het kwalitatieve deel van het onderzoek.

Fase 2. Ontwikkeling en uitvoering van het kwalitatief onderzoek

Om de knelpunten tijdens de overdracht van de ene afdeling of Directie naar de andere afdeling of Directie binnen Bouman GGZ te onderzoeken, is in dit onderzoek gebruik gemaakt van een semi-gestructureerde vragenlijst en een web-based vragenlijst die ontwikkeld zijn vanuit het theoretisch bedrijfskundig kader van Porter (1985). Voor de ontwikkeling van een semi-gestructureerde vragenlijst en de web-based vragenlijst is gebruik gemaakt van literatuur uit de logistiek en de organisatiewetenschap, zijn verschillende locaties bezocht van Bouman GGZ en zijn er oriënterende gesprekken gevoerd met medewerkers van verschillende afdelingen. De exploratieve gesprekken in de oriëntatiefase hadden tot doel de vragenlijst voor het interview te ontwikkelen. Het semi-gestructureerde interview valt volgens Galtung (1967) onder een verbale, mondelinge reactievorm, in een formele ongestructureerde situatie. Met dit laatste bedoelt hij dat de stimuli (de vragen) systematisch zijn en de reactie (antwoorden) onsystematisch. Bij een semi-gestructureerd interview is er bij het registreren kans op vertekening van de antwoorden. Deze manier van onderzoek levert echter een schat aan informatie op en biedt de mogelijkheid om direct in te springen op wat gezegd wordt en door te vragen wanneer het antwoord niet volledig is. Om de kans op vertekening zo klein mogelijk te houden en de objectiviteit te vergroten is er een interviewsituatie gecreëerd die voor alle respondenten nagenoeg gelijk was. Elke respondent is vooraf benaderd en heeft een korte instructie ontvangen waarin uitleg gegeven werd over het onderzoek en wat de respondent kon

verwachten. Na twee pilot-interviews waarin de vragen getest en aangevuld zijn, zijn er 12 diepte-interviews afgenomen bij zes lijnmanagers en zes professionals. De interviews duurden alle 1 uur en waren vooral bedoeld om een scherp beeld te vormen van de wijze waarop de verschillende groepen gesprekspartners de primaire en ondersteunende activiteiten met betrekking tot logistiek op de interfaces van de organisatie ervoeren. Naast de beeldvorming waren ook verwachtingen, wensen en eisen die de gesprekspartners ten aanzien van deze onderwerpen hadden onderwerp van gesprek. Zowel de primaire als de ondersteunende activiteiten van Bouman GGZ zijn daarbij getoetst aan de hand van de begrippen verantwoordelijkheid en vrijblijvendheid. Het kwalitatieve onderzoek is vooral gebruikt om meer inzicht te krijgen in de huidige logistieke organisatie van Bouman GGZ rondom de interfaces en de opvattingen en visies van de professionals en de lijnmanagers daarover. Daarna is het kwantitatieve naonderzoek gedaan bij dezelfde groep respondenten om ook cijfers te genereren ter onderbouwing van de interviews en als basis voor statistische analyses.

Het model van Porter (1985) dat gebruikt is voor het ontwikkelen van de vragen voor dit onderzoek, noemt men de Value Chain (waardeketen) en wordt vaak gebruikt in profit-organisaties. Dit model is gekozen omdat dit model de activiteiten beschrijft die een organisatie verricht en in verband brengt met de concurrentiepositie die zij inneemt. Voor dienstverlenende non-profitorganisaties zijn er in deze keten enige aanpassingen nodig geweest, omdat de waardetoevoeging niet alleen plaatsvindt in de interactie tussen de dienstverlener en de patiënt, maar ook door de toegankelijkheid en de service van de organisatie. Vanuit het integraal perspectief van de klant worden in dit model de primaire activiteiten en de ondersteunende activiteiten benoemd die grotendeels gerelateerd kunnen worden aan de logistieke kenmerken van de organisatie. De primaire activiteiten hebben vooral betrekking op de diensten die aan de klant zijn verleend. Dit zijn de inkomende logistiek, de productie, de uitgaande logistiek, marketing en verkoop en de service. De ondersteunende activiteiten zijn vooral om de primaire activiteiten te kunnen realiseren en zorgen o.a. voor de middelen en de technologie. Dit zijn de infrastructuur, HRM, technologie en inkoop. De onderdelen marketing en verkoop en inkoop zijn in dit onderzoek niet meegenomen, omdat deze elementen te weinig gerelateerd zijn aan de logistieke organisatie en het functioneren van overdrachten tussen interfaces.

Fase 3. Ontwikkeling en uitvoering van de kwantitatieve web-based vragenlijst

Om de betrouwbaarheid van de kwalitatieve analyse te vergroten en de resultaten statistisch te onderbouwen is er parallel aan de interviews, een web-based vragenlijst ontwikkeld waarmee de kwantitatieve gegevens zijn verzameld. Daarvoor is gebruik gemaakt van specifieke software van Amplex waarmee het mogelijk is een web-based vragenlijst te bouwen en een kwalitatief onderzoek kwantitatief uit te voeren. Net als voor de interviews is ook voor het ontwikkelen van de inhoud van de vragenlijst gebruik gemaakt van het theoretisch bedrijfskundig kader van Porter (1985). De kwantitatieve web-based vragenlijst is vier weken na het afnemen van de interviews via e-mail aan de respondenten aangeboden. In deze vragenlijst is gebruik gemaakt van een groot aantal verschillende vraagsoorten om de gewenste informatie van de lijnmanagers en de professionals te verzamelen. Bij het opzetten van de vragenlijst is gebruik gemaakt van een routingstructuur (skips), waarbij de respondent automatisch naar de juiste vervolgvraag werd gestuurd. Daarmee was het mogelijk om correcte beantwoording af te dwingen en non-response van vragen zoveel mogelijk te vermijden. Omdat de onderzoeksgroep is beperkt tot 12 respondenten in plaats van alle

oorspronkelijke 65 (alle managers en professionals binnen Bouman GGZ), is in de software gebruik gemaakt van de onderstaande steekproef standaard-afwijking als spreidingsmaat:

$$s = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}{n-1}}$$

Formule 2.1 Standaarddeviatie bij steekproeven

Fase 4. Interpretatie van gegevens en ontwikkelen van aanbevelingen

De analyse van verzamelde data is gedaan op grond van constante vergelijking. De data- en analysefase zijn steeds afgewisseld en met behulp van codering uiteengerafeld. Vanuit de verzamelde data zijn bepaalde wetmatigheden en patronen gezocht en is er structuur aangebracht in het onderzoeksmateriaal met behulp van een bepaalde onderzoeksstrategie van Maso & Smaling (1987). Zij hebben een toepassing van inductie gemaakt in hun onderzoeksstrategie, die als volgt loopt:

1. *Incubatie*; men maakt een theoretisch kader op grond van literatuur en men stelt hypothesen en veronderstellingen op.
2. *Confrontatie*; men stelt het theoretisch kader tegenover de praktijk; de informatie uit de eerste dataverzameling wordt naast de ontwikkelde theorie gelegd. Dan gaat men kijken of het theoretisch kader wel klopt, of dat het misschien aangepast moet worden.
3. *Generatie*; men zoekt naar bewijs om de stellingen, hypothesen en veronderstellingen te kunnen verwerpen, omdat als dat niet te vinden is, de stelling sterker staat dan wanneer men bewijs vindt om het te ondersteunen.
4. *Afsluiting*; men geeft een (voorlopig) antwoord op de onderzoeksvragen.

Het voordeel van deze methode is dat daar waar onvoldoende kwantitatieve gegevens aanwezig zijn, er toch een beeld van de werkelijkheid gegeven kan worden door de medewerkers in de dagelijkse praktijk. Dit was noodzakelijk omdat het patiëntenregistratie systeem van Bouman GGZ (User) te weinig informatie gaf over de aard van de behandeling, de begeleiding en de hulploopbaan van patiënten. Dit registratiesysteem richt zich vooral op boekhoudkundige parameters en weerspiegelt onvoldoende het verloop van de feitelijke zorg. Daardoor waren de verschillende wachttijden, doorlooptijden en de relatie tot de capaciteiten niet te herleiden. Een uitgebreid dossieronderzoek zou deze gegevens wel beter naar voren kunnen brengen. Echter uit de oriënterende gesprekken bleek dat juist de registratie door hulpverleners en het adequaat bijhouden van dossiers in de praktijk niet altijd conform de afspraken gebeurt. Er is daarom gekozen voor de afname van semi-gestructureerde interviews aangevuld met een digitale vragenlijst waardoor er verschillende perspectieven van lijnmanagers en professionals zowel kwalitatief als kwantitatief verzameld zijn over de huidige overdracht op de interfaces tussen de verschillende eenheden van Bouman GGZ.

Omdat de gevolgde werkwijze bij het onderzoek ook bezien dient te worden vanuit het perspectief van validiteit, betrouwbaarheid en geldigheid, volgt in de onderstaande paragrafen een beschrijving van de wijze waarop de onderzoeker in dit onderzoek hiermee rekening heeft gehouden. Daarin wordt duidelijk dat dit onderzoek gezien de beperkte omvang en beperkte tijd waarin het moest worden afgerond een aantal methodologische

bepkeringen (niet op validiteit geteste vragenlijst) en een aantal onzekerheden heeft (bijvoorbeeld het ontbreken van een aantal kwantitatieve gegevens over de werkelijke doorstroomtijden).

2.3 Methoden van dataverzameling

Methoden van dataverzameling	Voordelen	Nadelen
KWANTITATIEF WEB-BASED VRAGENLIJST	<ul style="list-style-type: none"> • Mogelijkheid tot relatief veel open antwoorden • Routing mogelijk • Mogelijkheid tot visuals • Snelle verwerking • Respondent heeft tijd om na te denken (is ook nadeel) • Relatief goedkoop • Kan gedurende langere tijd worden ingezet • Respondent kan enquête op zelf gekozen tijdstip en in eigen tempo invullen • Grip op non respons door routing en skips in vragenlijst • Grote respondentengroep mogelijk 	<ul style="list-style-type: none"> • Compacte vragenlijst • Respondent heeft tijd om na te denken (is ook voordeel) • Geen mogelijkheid tot doorvragen • Begeleiding van de respondent is niet mogelijk • Alleen mogelijk onder internetgebruikers
KWALITATIEF SEMI-GESTRUCTUREERD INTERVIEW	<ul style="list-style-type: none"> • De mogelijkheid om toonmateriaal te gebruiken • De mogelijkheid om vrijuit te spreken zonder restricties van gesloten, systematische vragen • Veel ruimte voor individuele reacties • Zowel ruimte voor kennisvragen als voor attitudes en motivatie • Gevoelige onderwerpen kunnen besproken worden 	<ul style="list-style-type: none"> • Geen groepsinteractie • Neemt meer tijd in beslag dan groeps gesprekken
COMBINATIE KWALITATIEF EN KWANTITATIEF IN DIT ONDERZOEK	<ul style="list-style-type: none"> • Representatief • Vergroot betrouwbaarheid • Draagvlak voor invullen van uitgebreide digitale vragenlijst 	

2.4 Validiteit

De kwalitatieve onderzoeksmethode is bedoeld om de bestaande situatie, via het onderzoek, zo goed mogelijk weer te geven (Baarda, 2001). De mate waarin de onderzoeksgegevens de werkelijkheid representeren en daarmee inderdaad datgene meten wat gemeten moet worden, noemt Baarda (2001) de validiteit. Ten aanzien van de validiteit kan er een onderscheid gemaakt worden tussen de interne, de externe en de inhoudsvaliditeit.

Interne validiteit

Smaling (1987) verstaat onder interne validiteit, de validiteit binnen een onderzoeksproject en de analyse die tot de onderzoeksconclusies geleid hebben. Het gaat hier om de mate waarin de verzamelde gegevens, de resultaten en de conclusies in de verschillende fasen van een onderzoek overeenkomen met de werkelijkheid waaraan ze ontleend zijn. De mate waarin de onderzoeksresultaten en conclusies toepasbaar zijn op andere situaties en/of personen, wordt aangeduid met externe validiteit of generaliseerbaarheid (Smaling, 1987). De betrouwbaarheid en interne validiteit zijn voorwaarden voor generaliseerbaarheid. Daarenboven is het van belang, dat de onderzochte situaties of personen representatief zijn voor het desbetreffende werkveld.

In dit onderzoek is geprobeerd om de interne validiteit te verhogen door de interviews door één en dezelfde onderzoeker af te laten nemen en uit te werken. Daarnaast hebben de respondenten een digitale vragenlijst ingevuld waarbij vragen grotendeels overeenkwamen met de vragen in het interview. Beide data zijn uiteindelijk weer vergeleken met elkaar. Naast dit kwalitatieve materiaal is voor de onderbouwing gebruik gemaakt van enkele bestaande kwantitatieve gegevens uit Bouman GGZ (datatriangulatie).

Wat betreft de interne validiteit is er een aantal problemen te noemen. Het onderzoek was kleinschalig gezien de wens van de Raad van Bestuur om een beperkt aantal medewerkers te benaderen die bovendien verdeeld waren over verschillende functies (lijnfunctionarissen en professionals). Daardoor zijn niet het oorspronkelijke aantal respondenten (in totaal 65 respondenten bestaande uit alle professionals en lijnmanagers) benaderd in dit onderzoek. Verder was er niet bepaald sprake van *ceteris-paribus* waardoor de probleemstelling niet geïsoleerd onderzocht kan worden. Voorafgaande aan de start van het onderzoek had de Raad van Bestuur van Bouman GGZ recentelijk een verandering in de organisatie ingezet. Voor een aantal medewerkers waren er daardoor een aantal fundamentele onzekerheden in de organisatie ontstaan omdat de invulling van de structuur, de functies en de werkplekken slechts op hoofdlijnen bekend was. Gezien de resultaten van het onderzoek lijkt dit overigens een beperkte invloed te hebben gehad op het aantal sociaal wenselijke antwoorden. Ook bij de digitale vragenlijst zijn er problemen met betrekking tot de validiteit. Er was in de literatuur geen vragenlijst te vinden die goed aansloot bij de onderzoeksvraag in deze setting. Daarom is gekozen voor de ontwikkeling van een specifieke vragenlijst ten behoeve van het beantwoorden van de probleemstelling. De vragenlijst is in relatief korte tijd ontwikkeld, waardoor de validiteit van de vragenlijst niet is geanalyseerd aan de hand van een factoranalyse. Er is wel gebruik gemaakt van dezelfde domeinen uit Porters Value Chain die ook tijdens de interviews zijn gebruikt en de antwoorden van de interviews en de web-based vragenlijst zijn met elkaar in overeenstemming.

Voor de inhoudsvaliditeit was het van belang om met de geformuleerde vragen voor het interview en de web-based vragenlijst de probleemstelling in voldoende mate te kunnen beantwoorden. Daarvoor is er eerst een pre-testvragenlijst ontwikkeld die diverse malen door derden is beoordeeld en bijgesteld. Er zijn een tweetal pilot-interviews afgenomen

voorafgaande aan de vaststelling en afname van de definitieve vragenlijsten om te voorkomen dat er uiteenlopende betekenissen aan begrippen werden gegeven. Ook tijdens de interviews is regelmatig uitleg gegeven en getoetst bij de respondenten of zij de juiste betekenissen gaven aan de gehanteerde logistieke begrippen. Daardoor is de inhoudsvaliditeit in dit onderzoek voldoende gewaarborgd.

Externe validiteit

In deze studie wordt generaliseerbaarheid van de resultaten niet (primair) nagestreefd. Wel kan gesteld worden dat de onderzoeksresultaten relevantie hebben voor GGZ organisaties met een vergelijkbare of grotere omvang en grondvorm als in dit onderzoek. Daarnaast is het is goed mogelijk om het onderzoek te herhalen binnen Bouman GGZ of andere GGZ organisaties waarbij het is aan te bevelen om een groter aantal respondenten de vragenlijst te laten invullen zoals oorspronkelijk in dit onderzoek ook de bedoeling was waardoor de betrouwbaarheid toeneemt. De web-based vragenlijst leent zich tevens goed voor benchmarking tussen verschillende GGZ organisaties. De vragenlijst en de methode voor dataverzameling kunnen goed door derden gebruikt worden.

2.5 Betrouwbaarheid en methoden van dataverzameling

Onder betrouwbaarheid wordt verstaan "(virtuele) herhaalbaarheid van het onderzoeksproces langs ongeveer dezelfde weg als oorspronkelijk werd gevolgd" (Van IJzendoorn & Miedema, 1986). Bij kwalitatief onderzoek wordt in plaats van "herhaalbaarheid" de term "intersubjectieve navolgbaarheid" gehanteerd: de lezer dient het onderzoek te kunnen "volgen" en "beoordelen" (Van IJzendoorn & Miedema, 1986). In dit onderzoek kan er een onderscheid worden gemaakt tussen de interne betrouwbaarheid (de mate van overeenstemming tussen de onderzoekers) en externe betrouwbaarheid (de mate van explicitering van de gevolgde werkwijze).

Interne betrouwbaarheid

Omdat een kwalitatieve onderzoeksmethode ertoe bij kan dragen dat de werkelijkheid slechts in geringe mate wordt geabstraheerd (Maso & Smaling, 1987) is in dit onderzoek gebruik gemaakt van verschillende methoden van dataverzameling die in dit hoofdstuk worden toegelicht. Met methode van data-triangulatie, waarbij gebruik gemaakt van verschillende methoden van materiaalverzameling (in dit onderzoek interviews en digitale vragenlijsten), kan men de betrouwbaarheid van het onderzoek verhogen. Daarnaast zijn bestaande documenten uit de organisatie geselecteerd op aanwezige kwantitatieve gegevens (management informatie over het aantal ingeschreven patiënten naar primaire problematiek, capaciteiten per afdeling, aantal wachtenden, patiëntenstroom, wachttijden, etc). Centraal in dit onderzoek stonden echter de kwalitatieve gegevens en de kwantitatieve gegevens die verzameld werden door afname van 12 semi-gestructureerde interviews en een digitale vragenlijst afgenomen en ingevuld door 12 respondenten. Omdat er geen verschillen waren te zien in de resultaten van de interviews en de resultaten van de vragenlijsten en er geen toevallige of onsystematische vertekeningen in de informatie aanwezig waren, kan geconcludeerd worden dat de interne betrouwbaarheid van dit onderzoek groot is. Bij een herhaling van het onderzoek zal hetzelfde resultaat worden gehaald. Om de effecten van de onderzoeker (status, onuitgesproken of vermeende verwachtingen en dergelijke op de respondent) die kunnen leiden tot sociaal wenselijk gedrag te voorkomen, heeft de onderzoeker geprobeerd om zoveel mogelijk alert te zijn op sociaal wenselijk gedrag en zich onthouden van inhoudelijk commentaar tijdens de interviews.

Daarbij is telkens benadrukt dat het gaat om de visie en de ervaringen van de respondent en benadrukt dat de gegevens primair waren bedoeld voor BMG doeleinden en de ruwe gegevens (de dataverzameling) eigendom blijven van de onderzoeker. Om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen zijn de gegevens in het onderzoeksverslag geanonimiseerd.

Externe betrouwbaarheid

Janssens (1985) doet een drietal suggesties ter verhoging van de externe betrouwbaarheid van een onderzoek: het expliciteren van (voor)theoretische inzichten; het nauwkeurig beschrijven van de (selectie van) informanten, situaties en condities; en het verschaffen van methodisch-technische informatie. In dit onderzoek is door een uitvoerige beschrijving van bovenstaande suggesties geprobeerd om de gevolgde werkwijze bij het onderzoek zo controleerbaar mogelijk te maken.

2.6 Geldigheid

Naast de betrouwbaarheid is ook de geldigheid bij een vragenlijst van groot belang. De termen interne en externe geldigheid zijn geïntroduceerd door Campbell. De interne geldigheid betreft de geldigheid van te trekken conclusies over causale relaties. Daarbij kijkt men onder andere naar de samenhang van de variabelen X en Y, de effecten van X op Y of de werkelijke veranderingen van Y. Om dergelijke conclusies te trekken moet er volgens Campbell aan tenminste drie voorwaarden worden voldaan:

- Begripsvaliditeit: de begrippen moeten betrouwbaar zijn en valide gemeten
- Conclusie validiteit: er moeten geen andere conclusies of verklaringen plausibel zijn
- Significantie: er moet sprake zijn van statistische samenhang waarbij de uitkomsten niet mogen berusten op toeval.

De geldigheid is in dit onderzoek relevant omdat dit gaat over de interpretatie van de vragen. Daarbij is het van belang dat de interviewer en de respondent elkaar begrijpen en over hetzelfde spreken. Om de begripsvaliditeit te verhogen zijn er tijdens de semi-gestructureerde interviews de belangrijkste begrippen waarnaar gevraagd werd voorafgaande aan de semi-gestructureerde vragen toegelicht. Om onjuiste interpretatie te voorkomen zijn begrippen als interfaces, grondvormen, unitlogistiek et cetera, niet gebruikt tijdens de interviews of in de vragenlijsten, maar zijn voor de respondentengroep afgeleiden daarvan gebruikt die deze begrippen konden toetsen. Tijdens de gesprekken is daarnaast telkens getoetst of de vragen en begrippen juist werden begrepen en waar nodig is toelichting gegeven om misverstanden over begripsvorming en gebruik daarvan te voorkomen. De vragen voor de digitale vragenlijst zijn getest in de pilotfase en bijgesteld waar nodig met betrekking tot de eenduidigheid van de interpretatie van begrippen.

De significantie van dit onderzoek is goed omdat er sprake is van een statistische samenhang en de resultaten van het onderzoek niet berusten op toeval. Daarmee kan geconcludeerd worden dat er in dit onderzoek sprake is van voldoende geldigheid

HOOFDSTUK 3 THEORETISCHE PERSPECTIEVEN

- 3. Theoretische perspectieven
- 3.1 Het ontstaan van het begrip logistiek
- 3.2 Van bedrijfslogistiek naar patiëntenlogistiek
- 3.3 Denken in logistieke processen
- 3.4 Productiebesturing en elementen van integrale logistiek in de gezondheidszorg
- 3.5 Het besturingsraamwerk van Vissers, de Vries en Bertrand
- 3.6 Informatievoorziening in het kader van productiesturing

3.1 Het ontstaan van het begrip logistiek

Dit hoofdstuk laat zien dat het concept logistiek niet sectorafhankelijk is en vele toepassingen kent ook binnen de gezondheidszorg. Aan de hand van een aantal sleutelbegrippen worden kenmerken en toepassingen van logistiek in de patiëntenzorg toegelicht en wordt duidelijk hoe logistieke principes toegepast kunnen worden in de zorgsector. Daarbij komen ondermeer aan de orde: het ontstaan van logistiek in de zorg, toepassing van logistieke principes uit de profitsector in de zorgsector, verschillen en overeenkomsten tussen unitlogistiek, ketenlogistiek en netwerklogistiek, en wordt vanuit het een besturingsraamwerk (Vissers, De Vries en Bertrand, 2001) toegelicht op welke wijze vraag en aanbod in de zorg op elkaar kunnen worden afgestemd.

Het woord logistiek werd voor het eerst gebruikt door de Frans Zwitserse militaire theoreticus baron Antoine Henri de Jomini (1779-1869). In de militaire betekenis van het woord houdt het begrip logistiek het volgende in: “alle voorbereidingen en handelingen die nodig zijn om de troepen op de meest doeltreffende wijze van goederen en voorraden te voorzien en onder de gunstigste omstandigheden te doen strijden” (Van Dale, 1984). Veel principes uit de militaire logistiek werden later in het bedrijfsleven gebruikt omdat men ontdekte dat een goed doordachte logistiek mede een voorwaarde is voor een succesvol opererend bedrijf (Van Goor et al., 1998).

Schroeders (2000) definieert logistiek als *“Planning, design and control of the flow of information and materials along the supply chain in order to meet customer requirements in an efficient manner, now and in the future”*. Deze definitie is ontstaan in productiebedrijven waar soms middelen vastzaten in voorraad waardoor de langdurige interne levertijden een ernstige belemmering vormden voor de bedrijfsresultaten. Hier ligt de nadruk vooral op het materiaalbeheer.

In de jaren tachtig werden er vanuit de bedrijfskunde suggesties gedaan om de inrichting van de primaire processen in ziekenhuizen te verbeteren zoals het plannen van capaciteiten en het beheersen van de wachtlijsten om de zorg betaalbaar te houden. In die periode ontstond het begrip patiëntenlogistiek. Patiëntenlogistiek verwijst naar de operationele beheersing van de keten van activiteiten die plaatsvinden in het kader van het proces van zorgverlening aan een patiënt. Men gaat uit van de zorgvraag van de patiënt waarbij de zorgactiviteiten zodanig worden georganiseerd dat er wordt voldaan aan kwaliteitseisen en er zo doelmatig mogelijk wordt omgegaan met beschikbare capaciteiten zoals personeel, ruimte en apparatuur (Vissers, 2001). Bij

patiëntenlogistiek gaat het om een soepele doorstroming van patiënten alsook om een doelmatige benutting van capaciteiten (De Vries, 1993).

3.2 Van bedrijfslogistiek naar patiëntenlogistiek

Patiëntenlogistiek is als gevolg van verschillende maatschappelijke ontwikkelingen een belangrijk thema in de zorgsector geworden. In eerste instantie binnen de ziekenhuizen, maar ook steeds vaker in de thuiszorg en de Geestelijke Gezondheid Zorg. Dit is grotendeels het gevolg van externe maatschappelijke incentives zoals de invoering trajectfinanciering per 2005 in de ziekenhuizen en per 2008 in de GGZ (Diagnose Behandel Combinaties) is geïntroduceerd. Daarnaast zie je in diverse zorgsectoren een toename van het gebruik van kwaliteitsmodellen waarmee accreditatie en certificatie behaald kunnen worden waarmee men zich hoopt te onderscheiden van andere organisaties. Maar met name leidt de toenemende marktwerking in de gezondheidszorg tot veranderingen waardoor de logistieke organisatie meer dan voorheen een belangrijke rol gaat spelen. Organisaties moeten steeds vaker verantwoording afleggen als maatschappelijk ondernemer en ontstaat er een toenemende druk op de doelmatigheid van de behandelingen en het leveren van verantwoorde en aantoonbare kwaliteit. Ook de individualisering en emancipatie van de burger/patiënt (een keuze willen maken) speelt een belangrijke rol. De patiënt wil meer servicegerichte zorg. Hij of zij wil invloed op hoe, wat, wie, waar en wanneer er zorg wordt geleverd en accepteert geen lange of onduidelijke wachttijden en wachttijden meer. Door de toegankelijkheid van informatie via internet kan de patiënt of de zorgverzekeraar met weinig inspanningen organisaties met elkaar vergelijken en een keuze maken op grond van verschillende indicatoren en uitkomstenmetingen. Ook in de media wordt steeds meer aandacht besteed aan de kwaliteit van de zorg waarmee zij een grote invloed kan hebben op het imago van de organisatie. Het gevolg van deze maatschappelijke ontwikkelingen is dat er in deze sector ook intern een toenemende aandacht is voor doelmatigheid, transparantie en kostenbeperking en dat organisaties de patiënt meer centraal gaan stellen (van aanbod naar vraaggestuurd) en het proces daaromheen willen inrichten.

Van Merode (2002) maakt in zijn oratie duidelijk dat je een zorginstelling niet zonder meer kunt vergelijken met een gewoon bedrijf. Zorginstellingen moeten zich conformeren aan sterk normatieve bepalingen over de manier waarop de zorg moet worden aangeboden. Ook moeten zij voortdurend beschikbaar zijn en hebben te maken met vraagstukken rond leven en dood. Met betrekking tot de logistieke en operationele managementproblemen zijn er volgens Van Merode wel overeenkomsten te zien. Bijvoorbeeld de productiesturing, zoals beschreven in het raamwerk van Vissers, de Vries en Bertrand (2001), waarbij men een systeem ontwerpt om buffers/voorraden (wachttijden) en doorstroomtijden te beperken om een maximale output te realiseren binnen een bepaald budget. In beide sectoren sprake van capaciteitssturing waarbij vraag en aanbod zo optimaal mogelijk op elkaar moeten worden afgestemd om disfunctionele wachttijden of onbenutte capaciteiten te voorkomen. De efficiëntie (ofwel doelmatigheid) van een organisatieonderdeel, die de waarde bepaald van de opgeofferde middelen (input) per eenheid output, is zowel in profitsector alsook in de non-profit sector van belang. Voor beiden geldt: hoe hoger de efficiëntie, des te lager de kosten per prestatie-eenheid. Dus ook het actief sturen op efficiëntie (Groot en van Helden, 2003) geldt voor beide sectoren. Hoewel het vaak nog onduidelijk is welke zorgactiviteiten zich wel en welke segmenten zich niet lenen voor standaardisatie, zijn er ook in de zorgsector mogelijkheden voor "produktiestraten" voor homogene groepen en zie je deze momenteel in bescheiden aantal binnen de gezondheidszorg ontstaan.

Bakker (2004) beweert in het rapport *Sneller Beter*, "Betere zorg voor minder geld" dat er door het stroomlijnen van productieprocessen (standaardisatie en optimalisatie) in de gezondheidszorg een efficiencywinst van 20 tot 25 procent behaald kan worden. Om deze te verwachten efficiency winst in de zorg door de logistieke herinrichting te onderbouwen beschrijft hij een aantal kernprincipes van logistiek die niet alleen van toepassing zijn in het bedrijfsleven maar die volgens Bakker ook van toepassing zijn in de zorgsector:

- In een logistiek proces is de beloofde doorlooptijd bepalend voor de planning van capaciteit
- De uitvoering van ieder proces wordt formeel gedocumenteerd en doorgesproken met de betrokkenen
- Het meten van de feitelijke prestatie van een proces is de basis voor verbetering
- Zonder meting is geen effectieve sturing mogelijk
- Inzet van capaciteit gebeurt op basis van vraagvoorspelling en normatieve productiviteit
- Normatieve productiviteit is altijd in beweging; namelijk omhoog, omdat er continue druk op het proces moet zijn om tot verbetering te komen
- Kwaliteitsverbetering en kostenreductie gaan hand in hand
- Inzicht in kosten en opbrengsten heeft prioriteit in een onoverzichtelijke situatie
- Continue productiviteitsverbetering wordt bereikt door middel van prikkels in het aansturingmodel.

Op basis van een logistieke analyse stelt Bakker dat er in de zorg een aantal logistieke problemen zijn. Er is sprake van een ontmoedigend push-systeem met onduidelijke doorlooptijden en er ontbreken positieve prikkels voor verbetering. Hij adviseert om een pullsysteem te implementeren waarin de patiënt centraal staat. Dit leidt volgens Bakker tot een groot aantal verbeteringen zoals een betere service door het aanbieden van meer behandelactiviteiten op dezelfde dag, het beperken van onnodige wachttijden, betere informatie aan de patiënt zodat deze weet waar hij aan toe is, etc. Om deze doelstellingen werkelijk te kunnen realiseren formuleert Bakker de onderstaande logistieke randvoorwaarden:

1. Deel patiënten in naar voorspelbaarheid van de behandeling.

Een eerste stap naar efficiënter werken is het clusteren van patiënten in termen van de aard van de zorg die zij nodig hebben. Door standaardisatie en maatwerk te onderscheiden creëer je differentiatie in het proces en kunnen er segmenten gedefinieerd worden van min of meer homogene groepen patiënten. Standaardisatie houdt in dat werkzaamheden op basis van 'best practice' worden uitgevoerd en steeds verder worden geoptimaliseerd. De best practice is de, op basis van empirische feiten gekozen, optimale mix van cure, care en farmacotherapeutische zorg. Uiteraard worden kwaliteit en doelmatigheid daarbij in balans gebracht. Om gestandaardiseerd te kunnen werken dienen de processen zorgvuldig te worden omschreven in processchema's en werkinstructies. Belangrijk hierbij is dat de mensen die het werk uiteindelijk uitvoeren, dit ook in procedures en werkinstructies vastleggen. Door het gedetailleerd vastleggen van de werkzaamheden is de haalbare doorlooptijd en de daarvoor benodigde capaciteit goed vast te stellen.

2. Zorg voor goede planning op basis van doorlooptijd

De zorgvraag is beter planbaar dan meestal wordt gedacht. In het aanbod van werk zijn vele behandelingen voorspelbaar in de tijd, zowel in termen van de benodigde processtappen als het aantal behandelingen. Het aantal behandelingen is op basis van ervaringscijfers vaak

goed te voorspellen. Dit alles geeft de mogelijkheid om te komen tot gestroomlijnde, efficiënte processen waarvan de doorlooptijd in hoge mate voorspelbaar is.

3. Stel hoge eisen aan meting, registratie en informatievoorziening

Om processen effectief te kunnen inrichten en sturen is tijdige en juiste procesinformatie cruciaal. Als er geen inzicht is in welke zorgmix (cure-farma-care) voor een specifieke diagnose het meest effectief én het meest doelmatig is, dan is het onmogelijk om tot een overeengekomen 'beste aanpak' te komen. Het sturen zonder de juiste informatie kan zelfs tot ongunstige effecten leiden. De tijdigheid van de informatievoorziening is nu vaak onvoldoende. Het is daarom belangrijk dat kritische prestatie-indicatoren worden ontwikkeld om zowel de kwaliteit van het proces (bv. doorlooptijd per processtap), alsook de kwaliteit van het eindresultaat van het proces (bv. aantal herstelde patiënten, complicaties) te meten.

4. Dwing instellingen tot het leveren van informatie

In de gezondheidszorg, waar ruim 12 miljard euro per jaar omgaat, is sprake van een gebrek aan transparantie in kosten en opbrengsten. Men heeft weinig inzicht in de relatie tussen geleverde diensten en de daaraan gerelateerde kosten terwijl de kosten jaarlijks stijgen en er grote urgentie is om deze kosten te beheersen. Het ontbreken of het niet tijdig beschikbaar hebben van deze informatie bemoeilijkt een effectieve sturing op bedrijfsmatig en op procesniveau. Bakker stelt voor om een kleine selectie van ziekenhuizen door te lichten om zicht te krijgen op de geleverde diensten en totaalkosten. Aan het leveren van tijdige, accurate en juiste stuurinformatie zouden andere aanbieders zich moeten conformeren zodat de kostenontwikkeling beter beheersbaar wordt.

5. Maak duidelijk wie de leiding heeft in de keten

Anders dan in de profitsector zijn er in de zorgsector vaak geen eenduidige beslissingsbevoegdheden en ontbreekt een strikte rolverdeling waardoor het moeilijker is om gecoördineerd richting te geven aan de keten en om verbeteringen te realiseren. Wanneer men werkt met een pullsysteem zijn heldere beslissingslijnen een vereiste. Er kan alleen worden bijgestuurd wanneer ieders verantwoordelijkheden en bevoegdheden duidelijk zijn geformuleerd, de prestatie wordt gemeten en wanneer de deelnemers op deze prestaties worden aangesproken en beloond. Medewerkers moeten daarvoor inzicht hebben in de werking van de keten. Wanneer afspraken of verantwoordelijkheden niet worden nagekomen moeten daaraan consequenties worden gekoppeld.

6. Bouw positieve prikkels in

Om alle partijen in de zorgsector hun rol goed te laten spelen in een pullsysteem, zijn positieve prikkels noodzakelijk waarbij verbetering beloond wordt en stilstand wordt afgestraft. Bakker stelt voor om deze positieve prikkels op een budgetneutrale manier te realiseren. Daarvoor moet de overheid als budgetverstrekker haar beleid dusdanig vormgeven dat men ook op lokaal niveau wordt aanmoedigd tot kostenbeheersing. Hij noemt als optie de mogelijkheid om de quotering van het aantal verrichtingen per instelling achterwege te laten en alleen een maximale adviesprijs vast te stellen. In dit model is het aan de verzekeraars, als inkoper van zorg en vertegenwoordiger van de patiënten, om de zorg optimaal in te kopen. Daarbij kunnen zij gezondheidszorginstellingen die voorzien in een betere prijs/kwaliteit verhouding belonen door bij hen meer verrichtingen in te kopen. Een instelling die goede kwaliteit tegen een betere prijs levert, trekt zo meer verrichtingen naar zich toe. Dit dwingt de instellingen die hun prijs/kwaliteit verhouding minder goed op orde hebben tot verbetering.

Er is echter ook veel kritiek op het rapport van Bakker omdat het besturen van processen in een zorginstelling niet in alle opzichten te vergelijken is met een industrieel bedrijf. De logistiek in de zorgsector heeft volgens onder andere Vissers, de Vries, Bertrand (2001) en Van Merode (2001), typische kenmerken en verschilt op bepaalde punten van een industrieel bedrijf. In het volgende schema wordt een overzicht gegeven van de door hen gesignaleerde verschillen:

Kenmerken	Industrie	Zorg
Object	Goederenstroom	Patiëntenstroom
Eindproduct en specificaties over de oplevering	Grotendeels bekend	Ontbreken grotendeels
Productie-middel	(Bediende) Machine	Gespecialiseerd personeel
Product	Standaardisatie	Verscheidenheid in klachten en behandelvormen
Buffers	Voorraden	Capaciteiten of wachtrijen en wachttijden
Planning	Goed voorspelbaar	Veel onzekerheid
Financieel doel	Winst maken	Kosten beheersen
Fluctuaties in de vraag	Bij producten is het mogelijk om vooruit te werken door middel van voorraadvoering	Vooruitwerken onmogelijk bij diensten en dienstverlening
Organisatiestructuur (Mintzberg)	Voornamelijk lijn, staf en hiërarchische structuur	Professionele bureaucratie
Kosten zijn vooral	Materiele kosten	Personeelskosten
Marktwerving	Volledig	Zeer beperkt

Tabel 3.1 Vergelijking Industrie versus Zorg

Op basis van bovenstaande verschillen geven de auteurs aan dat de logistieke inrichting van de zorg anders is dan de industrie. De bewering die Bakker doet in zijn TPG rapport dat 70-80% van de zorg gestandaardiseerd zou kunnen worden gaat volgens Vissers, de Vries en Van Merode niet op omdat zorgprocessen zo specifiek karakter hebben dat een specifieke

sturingsinstrumentarium noodzakelijk is om vraag en aanbod met elkaar in balans te brengen. Zij bepleiten specifieke planningsmethodieken passend bij het type zorgvraag. Het ziekenhuis (maar ook de GGZ) wordt volgens hen gekenmerkt door kriskrasstromen. Deze complexiteit vraagt om coördinatie van patiëntenstromen en inzet van reserve capaciteit, anders dan in de industrie. Vissers en de Vries zien "Push voor complexity and pull for simplicity" als uitgangspunt voor productiesturing in de zorg. Daarnaast benadrukken zij het belang van flexibiliteit en mobiliteit van schaarse capaciteiten. Vanwege de complexiteit van het product (de behandeling van de patiënt) zijn er vaak verschillende typen capaciteiten nodig om de patiënt te behandelen. Als gevolg van schaarste is het echter te kostbaar en vaak ook onmogelijk om op alle afdelingen iedere benodigde combinatie op de afdelingen operationeel te houden. Verplaatsing van de capaciteit is dan noodzakelijk. Dat vraagt om flexibele inzet van het personeel. Deze flexibele inzet heeft niet alleen consequenties voor de verplaatsing, maar ook voor het team waarin men werkt en het type patiënt dat wordt behandeld (Van Merode, 2001). Dit betekent een enorme verandering voor zowel het kijken, bewegen en samenwerken binnen de organisatie voor zowel de manager als de professional.

3.3 Denken in logistieke processen

Vrijwel alles wat rondom ons heen gebeurt, is als een proces te analyseren. Vanuit de logistieke en organisatie wetenschap zijn er verschillende definities beschreven van het begrip proces die kort samengevat een proces definiëren als een *staat* die in de tijd verloopt volgens een aantal wetmatigheden. Wanneer men efficiënter en effectiever wil produceren is het noodzakelijk om de manier waarop het primaire proces is georganiseerd te analyseren. Om de elementen van een proces specifiek in beeld te brengen worden hier verschillende auteurs toegelicht ten behoeve van het theoretische perspectief van dit onderzoek.

Dorr (2002) ziet een proces als een verzameling onderling samenhangende middelen en activiteiten die invoer omzetten in uitvoer. Het zijn een aantal activiteiten in een logische volgorde, gericht op het doelbewust totstandkomen van een product of een dienst voor een (interne) klant. Hij geeft aan dat er in de organisatie vaak op meerdere plaatsen aan hetzelfde proces wordt gewerkt terwijl men dit onderling niet van elkaar weet. Afhankelijk van de invalshoek gaat het dan om procesbeheersing, kostenbeperving, empowerment, certificering, logistieke verbetering of kwaliteitsverbetering. De organisatie moet volgens Dorr een bewuste keuze maken om te bepalen via welke invalshoek zij de processen wil sturen en beheersen. Hij beschrijft in zijn boek: "Presteren met processen", een tool om dit te kunnen uitvoeren en noemt dit procesmanagement. Procesmanagement beschrijft de stappen die genomen moeten worden om te kunnen presteren met processen. Stapsgewijs beschrijft hij hoe je procesmanagement werkzaam kunt maken in de organisatie. Dit begint met het bepalen van een visie. Daarna worden processen geïdentificeerd en wordt een format bepaald om deze processen te beschrijven. Na de procesbeschrijving worden de processen geïmplementeerd, in de praktijk getoetst en tijdens de prestaties bijgesteld. Met procesmanagement heeft de organisatie een tool om routines zichtbaar en toegankelijk voor verbetering te maken wat kan leiden tot efficiencyverhoging. Het voordeel van deze methode is dat het gebruikt kan worden vanuit ieder willekeurig perspectief, zowel vanuit logistiekperspectief, kwaliteitsperspectief, kostenperspectief, et cetera.

Wanneer een organisatie procesmanagement wil toepassen, dan is de eerste stap het vaststellen en beschrijven van de processen in een logische samenhang. Dorr (2002) beschrijft echter niet hoe je in een professionele bureaucratie de professionals kunt betrekken bij deze exercitie en hoe men om kan gaan met conflicterende belangen tussen deze perspectieven. Juist de wijze waarop je dit moet aanpakken is volgens Weggeman (De Caluwé, Kor, Weggeman, Wijnen, 2002) en Walburg (2003), en anderen essentieel wil je veranderingsprocessen laten slagen. Zij geven aan dat voor een veranderingsproces (ook het implementeren van logistieke veranderingen) meer nodig is dan aangepaste structuren en benadrukken dat professionals daar vanaf het begin intensief bij betrokken moeten worden.

Balogun & Hope Hailey (2004) ondersteunen het belang van de wijze waarop de implementatie wordt vormgegeven om veranderingen in de organisatie structureel aan te kunnen brengen zoals Weggeman en Walburg aangeven. Volgens Balogun & Hope Hailey is er geen standaard recept waarmee je een verandering kunt uitrollen, maar is een contextspecifieke aanpak noodzakelijk. In hun boek *Exploring Strategic Change* wordt zowel belang gehecht aan de planning als aan de culturele aspecten. Het vraagt om veranderingen van mensen en hun gedrag. Zij onderscheiden in een veranderingsproces drie fases: de huidige situatie, de overgangssituatie en de toekomstige situatie. Volgens Balogun & Hope Hailey krijgt de tweede fase vaak te weinig aandacht. Er wordt wel een planning gemaakt voor de verandering, maar er is weinig aandacht voor het managen van het veranderingsproces zelf.

Davenport (1993) onderschrijft het belang van het beschrijven van processen in de organisatie. Hij heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de omschrijving van het begrip proces en de ontwikkeling van Business Proces Redesign. Hij ziet een proces als een specifieke ordening van activiteiten die tijd en plaats overschrijdend zijn met een afgebakend begin, een einde en duidelijk gespecificeerde inputs en outputs. Kenmerkend voor processen is, dat zij (interne of externe) klanten hebben en dat zij (organisatorische) afdelingsgrenzen overschrijden. Hoewel steeds meer organisaties hun processen gekanteld hebben en van aanbod-georiënteerd meer vraag-georiënteerd zijn, zal men in de toekomst volgens Davenport meer het accent gaan leggen op kennisontwikkeling en kennisgerichtheid. Met kennis is het mogelijk om een belangrijk concurrentievoordeel behalen. Een voorwaarde voor deze ontwikkelingen is dat de organisatie goed haar eigen processen kent, daar zicht op heeft en deze ook geïntegreerd toepast. Hij doelt daarmee op integratie van informatiesystemen, bedrijfsprocessen en de ondernemingsstrategie waarbij de mens (medewerker) centraal staat. Als een van deze gebieden onderbelicht blijft, is de implementatie in een onderneming volgens Davenport gedoemd te mislukken.

De huidige processen in organisaties zijn momenteel vaak te langzaam, te duur en te weinig doelgericht. Volgens Davenport werken organisaties niet gedisciplineerd genoeg aan procesontwikkeling. Bovendien hebben organisaties volgens Davenport onvoldoende duidelijk begrip van de marktbehoefte. Daardoor maken zij nauwelijks gebruik van de mogelijkheden van de moderne technologie en van informatie, organisatie en menselijke vermogens. Om voldoende ingericht te zijn voor deze ontwikkelingen is er behoefte aan veranderingsprogramma's met effectieve procesinformatie, zijn er procesgeoriënteerde mensen nodig, moeten er procesgedreven managementsystemen komen en op processen gebaseerde organisatiestructuren ontwikkeld worden. Op de korte termijn betekent dit dat men zich ten doel moet stellen om nieuwe processen en organisatiestructuren te ontwerpen

en inzichtelijk te maken. Op de middellange termijn vragen nieuwe ervaringen en nieuwe managementsystemen de aandacht. De meeste tijd vergt de verandering van de informatiesystemen en de organisatieculturen. Dat zijn de strategische aspecten van het veranderingsproces.

Volgens Davenport moeten de processen radicaal veranderen, maar kan het veranderingsproces zelf beter in stappen dan in één keer radicaal worden uitgevoerd. Omdat er vaak sprake is van complexe processen moet allereerst de actuele situatie geanalyseerd worden waarbij de daarin aan te brengen verbeteringen worden geformuleerd. In het te veranderen proces moeten visie en de daarop gebaseerde ondernemingsdoelen helder zijn en duidelijk zichtbaar. Hij noemt vijf randvoorwaarden die nodig zijn om procesontwikkeling te realiseren: kwaliteiten van de aanwezige mensen, voldoende mogelijkheden van beschikbare technologieën, potentie tot veranderen door het management, een reëel tijdspad (jaren, en geen maanden) en financiële middelen voor ontwerp en invoering van de nieuwe processen.

Porter (1985) beschrijft het proces als een structuur waarbinnen de organisatie doet wat nodig is om waarde voor haar klanten te creëren. Het is volgens Porter noodzakelijk om op een systematische manier alle activiteiten die een organisatie uitvoert te onderzoeken. In 1985 introduceert hij de waardeketen (Value Chain) als managementtool voor het systematisch onderzoeken van activiteiten en interacties met derden en benadrukt daarbij het belang van processen in het kader van concurrentievoordeel (competitive advantage). De waardeketen is een procesmatige redenering. De essentie van het denken in waardeketens voor de organisatie is de identificatie van handelingen die nodig zijn om de kernactiviteiten goed uit te voeren. Deze kernactiviteiten zijn volgens Porter de interne logistiek, productie (verwerking), externe logistiek, marketing, verkoop en service. Bij een nadere analyse van een proces moet voor de afzonderlijke activiteiten worden vastgesteld of die vanuit de optiek van de klant een toegevoegde waarde heeft. Aan de hand van instrumenten die de tevredenheid van de klant over de uitkomsten meten kan de organisatie proberen om concurrerend blijven. Daarvoor moet zij op de verschillende fasen in de waardeketen waarde weten toe te voegen.

Vissers & de Vries (2001) geven aan dat het denken in processen en procesgericht organiseren binnen de gezondheidszorg nog nauwelijks is ontwikkeld. "Verschillende betrokkenen hebben allemaal een ander beeld van het zorgproces. In eerste instantie is het de taak van de bedrijfskundige om een blackbox te openen en ervoor te zorgen dat er een gemeenschappelijk en eenduidig beeld van het proces ontstaat. Dit laatste is volgens Vissers een voorwaarde voor de introductie van procesgericht denken. Momenteel worden in de zorg niet de processen georganiseerd, maar de medische activiteiten, zoals het spreekuur, de operatie, etc. Er is niemand die naar het totale proces van de klant kijkt. Pas wanneer er eenduidigheid bestaat over wat het proces precies is, kan deze volgende horde worden genomen", aldus Vissers over zorglogistiek tijdens het IndustriaCongres 2005. Vissers en de Vries (2005) voorspellen echter dat de logistieke ontwikkelingen en dus het denken in processen in de zorgsector een enorme vlucht zal nemen.

Vanuit het logistieke perspectief beschrijven zij de logistieke processen als opeenvolgende patiëntgerelateerde bewerkingen die nodig zijn voor de klantvraag. Een analyse van het primaire proces en de organisatie is volgens hen nodig om uitspraken te kunnen doen over de herordening van processen. Daarbij moet worden gekeken naar de capaciteiten en de

capaciteitssoorten die ingezet worden om het volume van de verschillende behandelonderdelen te kunnen bedienen. Als belangrijkste capaciteitssoort noemen zij de bottleneck capaciteit. Dit is de capaciteit waardoor de productie niet kan worden opgevoerd.

Om een optimale aanwending van beschikbare capaciteiten te kunnen plannen moet er onderscheid worden gemaakt in capaciteiten die continue (altijd beschikbaar) of discontinue (op bepaalde tijden) beschikbaar zijn. Omdat het behandelproces in fasen verloopt, maken zij ook onderscheid tussen initiërende (wanneer deze productie gegenereerd voor een volgende capaciteitssoort) en volgende capaciteitssoorten. Omdat capaciteiten niet altijd op het gevraagde tijdstip beschikbaar zijn of als er onvoorziene wijzigingen zijn in het verloop van het proces geven zij het belang aan van begrippen als afstemming, beheersing, flexibiliteit en toewijzing van capaciteiten in relatie tot het behandelproces. Dit beschrijven zij in het door Vissers, de Vries en Bertrand (2001) ontwikkelde raamwerk voor productiebesturing (zie ook paragraaf 3.5). Het doel van de logistieke structuur die zij voorstellen in hun raamwerk is om de processen zo goed mogelijk te laten verlopen. Daarbij sluiten zij aan op de vraag van de patiënt, kijken zij naar doelmatigheid, professionele verantwoording en flexibiliteit. Om helderheid te krijgen over de variaties in de procesgang en de onderliggende beslisboom adviseren zij om grafisch weer te geven wat de procesfasen zijn die men kan onderscheiden. Bijvoorbeeld wat de processtappen per fase zijn en welke activiteiten er plaatsvinden binnen per processtap. Daarbij moeten vooral de hoofdlijnen worden gevolgd van het logistieke proces waarbij relaties moeten worden gelegd met capaciteiten. Zij adviseren niet teveel in details te vervallen omdat dit niet ten goede komt aan het overzicht en het in beeld brengen van de onderlinge relaties binnen de procesgang.

Vissers en de Vries noemen verschillende karakteristieken van het proces waarmee men rekening dient te houden om te komen tot een keuze voor een logistieke inrichting:

- spoed of planbaar
- urgentie (laag/middel/hoog)
- kort, langdurig of chronisch
- complexiteit (diagnostiek, consultatie, mono/multi disciplinair, cyclisch (herhaling binnen het proces))
- voorspelbaarheid van het aantal behandelingen, behandelduur en routing (voorspellen welke stappen moet je nemen in welke volgorde, waar de beslismomenten zijn, waar je stappen kunt overslaan, duur en doorlooptijd van de stappen en benodigde capaciteiten)
- volume (percentage hoog, middel en laag)
- ontkoppelpunten
- shared resources (gedeelde bronnen en capaciteiten)
- bottleneck: knelpunt in capaciteit

3.4 Productiebesturing en elementen van integrale logistiek in de gezondheidszorg

Productiebesturing in ziekenhuizen of ziekenhuislogistiek kan vergeleken worden met productiebesturing in de industrie en gedefinieerd worden als het ontwerpen, plannen, invoeren en beheersen van patiëntenstromen en zorgactiviteiten binnen een zorgsysteem (Bertrand et al, 1990). Met deze productiebesturing kan er een op de patiënt afgestemde leveringsflexibiliteit (op afspraak of acuut) en leverbetrouwbaarheid (wachttijd) worden

gerealiseerd in het kader van goede service en dienstverlening. Daarnaast is het met deze logistieke elementen mogelijk om de output en de throughput van patiënten te maximaliseren binnen een vastgesteld budget (Groot et al, 1995).

Bij het doorlichten van de logistiek in een organisatie wordt gebruik gemaakt van een systematisch raamwerk. Dat raamwerk wordt ook wel het logistieke concept genoemd. Het kan gebruikt worden om de logistieke functies in de organisatie anders in te richten en repeterend bij te sturen. Vaak ontwerpt men een logistiek raamwerk wanneer men ontevreden is over de actuele situatie van de interne en of externe logistieke prestaties van de organisatie. Op basis van een logistiek raamwerk kan het management gefundeerde besluiten nemen over de allocatie van mensen en middelen. Daarmee hebben zij een inzichtelijke systematiek in handen om de logistieke prestaties van de organisatie te verbeteren. Er is sprake van een logistiek raamwerk wanneer er op een samenhangende manier beslissingen worden genomen over de vier elementen: de grondvorm, het besturingssysteem, het informatiesysteem en de personele organisatie. (Van Goor et al, 1998) De concrete invulling van deze vier elementen van het logistieke concept zijn bepalend voor de logistieke prestatie van een organisatie. Met behulp van logistieke prestatie-indicatoren is het vervolgens mogelijk om de kwaliteit van het door de onderneming gehanteerde logistieke concept te toetsen. Hierna worden allereerst de vier elementen van het logistieke concept beschreven en vervolgens het besturingsraamwerk voor de gezondheidszorg van Vissers en de Vries (2001) toegelicht.

Element 1: De grondvorm

De grondvorm legt de structuur van de patiëntenstroom vast. Hiermee probeert men complexe organisaties te vereenvoudigen en de structuur van de fysieke patiëntenstroom (of goederenstroom) in beeld te brengen. Daarbij moet vooral duidelijk worden waar de primaire processen worden uitgevoerd en welke bottlenecks (knelpunten) daarin te zien zijn. Met de grondvorm is het mogelijk om zichtbaar te maken waar de breuklijnen liggen tussen de verschillende bedrijfsonderdelen. Er kan dan onderscheiden worden waar het niet stroomt (dat is de plek waar de wachttijden zijn) en waar gemeenschappelijke processen bestaan (mogelijkheden voor gedeelde capaciteiten) (Van Goor et al, 1998). Door Hoekstra en Romme (1993) worden binnen de bedrijfslogistiek de volgende soorten grondvormen onderscheiden: de pijplijn, de keten, gemeenschappelijke bron, convergentie, divergentie en netwerk. In de patiëntenlogistiek worden door Vissers, Bertrand en de Vries (2001) drie essentiële grondvormen onderscheiden:

Unitlogistiek:

Een unit kenmerkt zich door het verrichten van een bepaald type handelingen van dezelfde soort die ten dienste kan staan van (verschillende) patiëntengroepen. Unitlogistiek is gericht op het leveren van een maximale prestatie met de beschikbare capaciteit van de betreffende unit. Belangrijke aandachtspunten voor het managen van een unit zijn: goede service aan patiënten en specialisten, goede benutting van de beschikbare capaciteit, en niet te veel schommelingen in de werklast van medewerkers. De manager is voortdurend op zoek naar verbetering van deze punten. Het accent van unitlogistiek ligt vooral op doelmatigheid en minder op service. Het realiseren van de werkzaamheden houdt in dat men de benodigde capaciteiten, materialen en bewerkingsinformatie die binnen de unit aanwezig zijn, bij elkaar brengt. De capaciteiten waarover de unit beschikt zijn te onderscheiden in gedeelde en ongedeelde capaciteiten, initiërende en volgende capaciteiten. Er moet rekening worden

gehouden met de beschikbaarheid van deze capaciteiten en beoordeeld of deze continue of discontinue aanwezig zijn. Binnen de aanwezige capaciteitssoorten is van belang te onderzoeken waar de bottlenecks zich voordoen omdat deze bepalend zijn voor de maximale productiecapaciteit.

Het kunnen realiseren van een optimale benutting van capaciteiten, is afhankelijk van de verhoudingen tussen de toegewezen (totale hoeveelheid) capaciteiten, de beschikbare (inzetbare) capaciteit en de gebruikte (benutte) capaciteit van een unit. Om vervolgens de prestaties van een unit te kunnen meten moet men kijken naar de hoeveelheid patiënten die zijn geholpen en moet sprake zijn van een normale doorlooptijd en een stabiele benutting van de afdeling waardoor pieken en dalen worden voorkomen. Wanneer sprake is van een hoge benutting wordt een maximale productie gerealiseerd, is er een minimaal capaciteitsverlies en wordt er doelmatig gewerkt. Unitlogistiek is de meest eenvoudige grondvorm die zich richt op het primaire proces en capaciteitssturing binnen een eenheid. Deze grondvorm is de basis voor een goed functionerende instelling en vormt tevens de basis voor elke andere vorm van logistiek in de instelling. Omdat processen en afdelingen elkaar opvolgen en afhankelijk van elkaar zijn heeft de logistiek van een unit altijd invloed op haar omgeving. Daarom is een acceptabel niveau van unitlogistiek een voorwaarde voor "hogere" vormen van logistiek die hierna zijn beschreven.

Ketenlogistiek:

Een keten is een serie van bewerkingen om de vraag van de cliënt te beantwoorden. Er zijn interne ketens binnen de eigen organisatie en externe ketens die ook een relatie hebben met onderdelen buiten de organisatie. De ketenlogistiek, ook wel proceslogistiek genoemd, is vooral gericht op het zorgproces van een bepaalde patiëntengroep. Deze groep stroomt door verschillende afdelingen heen. Daarbij krijgt de patiënt te maken met urgentie, doorlooptijd en wachttijd. De logistieke inrichting is erop gericht om de doorlooptijd te minimaliseren en de service aan de klant zo optimaal mogelijk te maken. De ketenlogistiek moet ondersteunend zijn voor de coördinatie van ongelijksoortige activiteiten die voor het proces wat de patiënt doorloopt nodig zijn en die door verschillende units worden geleverd. De planning per stap zoals in een unit is in een keten integraal gepland binnen het gehele proces. Met ketenlogistiek worden processen vanuit verschillende units centraal aangestuurd en systematisch gemonitord en gemanaged, waardoor er zo min mogelijk tijd en inhoud verloren gaat. Doordat er gebruikt gemaakt wordt van een centrale sturing worden de ontkoppelpunten in het proces zo goed mogelijk opgevangen. Bijvoorbeeld na een overdracht van de ene unit naar de andere unit, waarbij er een wisseling plaatsvindt van de operationele verantwoordelijkheid en er gewisseld wordt van regime.

Voor de inrichting van de logistiek binnen een keten is het noodzakelijk om onderscheid te maken tussen planbare en niet planbare zorg waar veel variatie nodig is. Een methode om dit te reguleren is de focused factory methode (Skinner 1974). Bij de focused factory methode wordt in de organisatie van de zorg een duidelijk onderscheid gemaakt tussen homogene groep patiënten en de heterogene restgroep. Mensen, middelen, technologie en procedures worden volgens deze methode beschikbaar gesteld om een (homogeen) eindproduct te maken waarbij de processen die worden doorlopen en de inzet van de capaciteiten op specifieke momenten redelijk goed voorspelbaar zijn. In de gezondheidszorg zie je hier voorbeelden van in de vorm van klinische paden, Diagnose Behandel Combinaties en productiestraten zoals een cataractstraat of een mammapoli. Bij deze groepen is sprake van een "pull" strategie waarbij er vanuit de gewenste eindsituatie de zorgketen wordt

gepland. Daarnaast is een heterogene complexe “restgroep” onvermijdelijk waarbij er altijd een overcapaciteit gepland moet worden omdat de vraag niet voorspelbaar en planbaar is (zoals bij de acute zorg). De verhouding tussen deze twee groepen binnen de organisatie is qua grootte vaak afhankelijk van het type zorg wat men levert. Bij perifere zorg is de groep die in aanmerking komt voor planbare zorg vaak groter dan bij de topklinische zorg omdat daar de zorg vanwege de pluriforme en complexe patiënten soorten moeilijker planbaar is. Het is op verschillende manieren mogelijk om op basis van overeenkomsten patiënten in te delen in homogene groepen. Bijvoorbeeld op basis van homogeniteit in kosten, zoals de DBC-typing van de producten van een ziekenhuis of GGZ instelling, of in de vorm van een klinisch pad op basis van een medische beslissboom het proces van de patiëntengroep wordt beschreven of op basis van de marktprestatie of op basis van gebruik van vergelijkbare capaciteiten en procesgang. Vanuit het perspectief van de patiëntenlogistiek worden patiënten groepen vanuit de overeenkomst in planningskarakteristieken ingericht waarbij wordt gelet op planbaarheid, voorspelbaarheid en procesrouting. Daarbij worden de hoofdlijnen van het logistieke proces gevolgd en wordt er bij elke stap een relatie gelegd met de beschikbare capaciteiten.

Bij ketenlogistiek is er meer risico van suboptimalisatie omdat er meer afhankelijkheden tussen de verschillende onderdelen geregistreerd moeten worden. Goede planning vooral belangrijk bij gedeelde capaciteiten (shared resources) met beperkte omvang (schaarste) omdat daar vaak de bottlenecks ontstaan. Door de verschillende units binnen de keten ontstaan er meer kansen op fluctuaties in het aanbod waardoor er als negatief effect ook fluctuatie in de vraag kan ontstaan. Deze fluctuaties zijn te reduceren door homogene patiëntgroepen te organiseren met voorspelbare zorgpaden en daarnaast door voldoende flexibiliteit aan te brengen. Flexibiliteit kan gecreëerd worden door middel van shared resources en slimme prioriteitsregels in de planning waarbij de leidende capaciteit voor de volgende capaciteit gaat en het onvoorspelbare beter voorspelbaar wordt gemaakt. Zo organiseer je in spoedeisende zorg relatief gezien evenveel fluctuaties als bij een electief programma. Omdat een overall planning binnen een keten niet haalbaar is, moet er binnen de ketenlogistiek op een slimme lokale wijze worden gepland. De focus worden gelegd op de “bottleneck(s)” waarbij men zich moet realiseren dat overcapaciteit bij niet planbare zorg onontkoombaar is. Om zo optimaal de keten te kunnen besturen moeten er op centraal niveau lokale verrekenregels worden bepaald (zie ook besturingsraamwerk van Vissers, De Vries en Bertrand, 2001). Daarbij is het essentieel om de bezetting niet te maximaliseren (stimuleert lang verblijf), maar de minimale doorlooptijden en minimale weigeringen tussen units te realiseren. Lokale units en afdelingen moeten daarvoor de juiste stimulans krijgen waarbij prikkels met perverse effecten voorkomen moeten worden (zoals het afrekenen op bedbezetting van eigen unit, zonder daarbij normen van doorstroom te hanteren).

Bij de analyse van een keten zijn de doorlooptijd, de verschillende vormen van wachttijd en de looptijd van belang. Met de doorlooptijd wordt de som van de bewerkingen en de wachttijden (al dan niet functioneel) bedoeld. De tijd die in een wachtrij wordt doorgebracht is de wachttijd. In de wachttijd theorie (Van Goor et al, 1998) wordt onderscheid gemaakt tussen een vijftal verschillende soorten wachttijden:

- Loketwachttijd:* dit is de wachttijd die optreedt als een patiënt moet wachten omdat het loket bezig is met het afhandelen van een andere patiënt.
- Perronwachttijd:* dit is een wachttijd die optreedt als een patiënt moet wachten op capaciteit die slechts periodiek beschikbaar is, zoals bijvoorbeeld een

- spreekuur voor een bepaalde patiëntengroep. In tegenstelling tot de loketwachtijd is de capaciteit hier dus niet continue beschikbaar.
- Touringcarwachtijd:* (Completeringswachtijd), dit is de wachtijd die een product moet wachten omdat de zaak nog niet compleet is, bijvoorbeeld omdat een bepaald onderdeel nog niet aanwezig is voor een specifieke operatie. In de zorgsector spreken we daarnaast ook van een hersteltijd. Dit is een functionele vorm van wachtijd die nodig is om te herstellen bijvoorbeeld tijdens een Detoxopname of de tijd die de patiënt moet overbruggen wanneer er gestart is met farmacotherapie en er antidepressiva is voorgeschreven waarbij de werking van het middel een aantal weken op zich laat wachten.
- Stapelwachtijd:* dit is de tijd die verstrijkt wanneer men pas start wanneer er voldoende orders beschikbaar zijn of de batch vol is. Bijvoorbeeld patiënten die wachten op groepsbehandeling die pas gaat starten bij een minimaal aantal deelnemers.
- Drempelwachtijd:* dit is wachtijd die ontstaat omdat het uit te voeren werk vervelend is en te lang blijft liggen. Bijvoorbeeld de ontslagbrieven na de afronding van een behandeling.

Bij ketenlogistiek is ook de coördinatie tussen de verschillende onderdelen binnen de keten van belang. Dit aspect wordt later in dit hoofdstuk uitgebreider beschreven bij de personele organisatie, het derde element van het logistieke concept.

Netwerklogistiek:

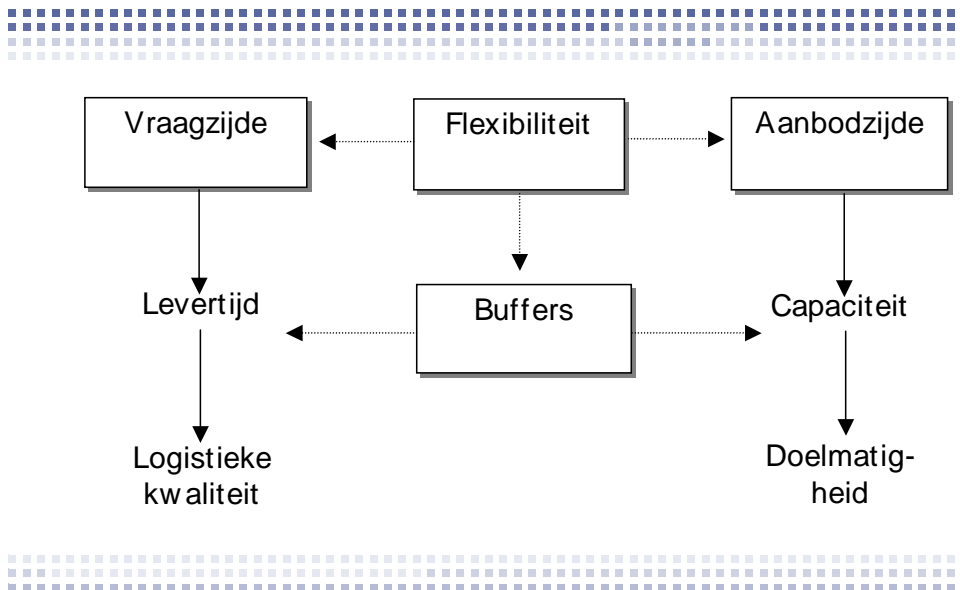
Netwerklogistiek is een combinatie van unit en ketenlogistiek. Losse eenheden worden aan elkaar gekoppeld door middel van ketens. Netwerklogistiek is een strak georganiseerd zorgproces dat binnen de gestelde normen en richtlijnen is samenhangende keten in staat is om effectieve en efficiënte output en patiëntuitkomsten genereren als uitkomst van de samenwerking tussen verschillende organisaties. De logistiek van zorgketens is nog niet zo sterk ontwikkeld. Het accent van de ontwikkeling zorgketens ligt momenteel vooral op de inhoudelijke invalshoek waarbij de interne logistiek per unit in de keten domineert. Er is soms al wel afstemming van operationele onderdelen maar vaak nog geen afstemming op tactisch niveau. De samenwerking is in de meeste situaties te vrijblijvend en er ontbreken gegevens en normen als basis voor een adequate logistieke planning. Voor een optimale netwerklogistiek is centrale regievoering ten aanzien van de afstemming binnen de keten noodzakelijk. Daarvoor moeten tegengestelde belangen van partners in de keten door financiering en andere incentives overbrugd worden. Een belangrijk argument voor netwerklogistiek (ook wel supply chain management genoemd) is vooral de lagere kosten vanwege betere doorstroom naar goedkopere aanbieders in combinatie met een goede service aan de patiënt

vanwege het optimale proces en overdracht tussen verschillende organisaties

Element 2: Het besturingssysteem:

De primaire processen worden vanuit de logistiek aangestuurd en bewaakt door middel van processturing, hierbij zijn twee hoofdprincipes van belang (De Vries en Hiddema, 2001)

1. er moet evenwicht zijn tussen vraag en aanbod
2. er moet evenwicht zijn tussen vraag en onzekerheid



Figuur 3.2 Blokschema hoofdprincipes van processturing

Vraag en aanbod zijn vaak niet precies op elkaar afgestemd in de zorg. Processen variëren vaak in voorspelbaarheid en planbaarheid. Naarmate de variatie vermindert, wordt de voorspelbaarheid beter. Wanneer er meer onzekerheid is, bijvoorbeeld bij spoedeisende hulp, is er meer flexibiliteit nodig om de zorg te kunnen leveren. Om met de fluctuaties zo optimaal te kunnen omgaan zijn buffers nodig. Dankzij buffers ontstaat er speelruimte in de sturing van het proces. Buffers zoals voorraden die in de industrie worden gebruikt werken echter niet in de gezondheidszorg. Maar de factor tijd kan wel worden gebruikt als buffer in de gezondheidszorg in de vorm van wachttijden.

Bij vraagsturing kan de organisatie het interne proces goed beïnvloeden door capaciteiten beschikbaar te stellen. De wachttijden zoals de toegangstijd en de doorlooptijd worden gebruikt als buffer aan de aanbodzijde waardoor de doelmatigheid vergroot wordt, maar de service onder druk komt te staan. Met buffers aan de vraagzijde is het mogelijk om te sturen op efficiency, productiviteit en kostenbeheersing. Bij aanbodsturing heeft de klant meer mogelijkheden om het proces te beïnvloeden. Capaciteiten kunnen worden ingezet als buffer voor het opvangen van pieken en dalen waardoor de service voorop staat maar de

doelmatigheid afneemt. Naast de buffervorming is ook batching een manier om een doelmatige benutting van de capaciteiten te realiseren. Daarbij wordt een serie patiënten geholpen met vergelijkbare vraagomvang door eenzelfde capaciteit binnen een batch zodat men wisseltijden kan vermijden (Vissers, De Vries en Bertrand, 2001).

De wijze waarop de processen worden aangestuurd is afhankelijk van de keuzes die op strategisch niveau worden gemaakt. In het raamwerk van Vissers, De Vries en Bertrand (2001) wordt duidelijk hoe de verschillende niveau's van planning met elkaar samenhangen en hoe de twee grondprincipes gerelateerd zijn aan de verschillende planningsniveau's.

Element 3: Het informatiesysteem

Logistieke beheersing is niet mogelijk zonder een adequaat informatiesysteem, met name wanneer er sprake is van een complexe portfolio binnen een grotere organisatie. Binnen de GGZ sector wordt Informatie Technologie nog op beperkte schaal toegepast en is nog weinig ontwikkeld en ingevoerd. Veel organisaties zijn functiegericht ingericht in plaats van procesgericht (De Vries en Hiddema, 2001) en werken bijvoorbeeld nog met papieren dossiers, afspraken worden handmatig en per afspraak gepland en managementinformatie wordt vaak met moeite ontcijferd uit een bulk van gegevens. Informatiesystemen kunnen echter een belangrijke bijdrage leveren aan verbeterde uitkomsten van zorgprocessen en de dagelijkse werkprocessen ondersteunen. Daarvoor is een duidelijke visie nodig op hoe werkprocessen eruit moeten zien (bijvoorbeeld procesgericht), moet men slim standaardiseren door aan te sluiten bij daadwerkelijke werkprocessen en alleen daar standaardiseren waar taken gedelegeerd worden. In de huidige praktijk is zichtbaar dat informatiesystemen niet worden gezien als sleutel tot verandering. Organisaties hebben vaak een korte termijn focus en de kennis en betrokkenheid van het management ten aanzien van ICT is vaak onvoldoende.

Een goed passende informatie en technologiestrategie ontwerpen voor de organisatie is bovendien niet eenvoudig en vraagt juist een actieve rol van zowel het bestuur als ook van de uitvoerende professionals omdat de gebruiker centraal moet staan. Hoewel er ook aanpassingen kunnen worden aangebracht in bestaande systemen, zijn deze vaak ongeschikt voor organisatieveranderingen en is implementatie van nieuwe geïntegreerde logistieke beheersingsmodellen niet mogelijk. Vanwege gebrek aan kennis over de mogelijkheden gebrek aan een gedegen kosten-batenanalyse, kiezen organisaties vaak voor een korte termijn oplossingen door wat extra software in te kopen waardoor de logistieke beheersing secundair wordt ingevoerd bovenop de bestaande systemen. Daardoor krijgt de logistiek wel meer aandacht maar niet de werkelijke meerwaarde die een logistieke beheersing geeft wanneer een adequaat informatiesysteem primair zou worden gesteld.

De transformatie van een functiegerichte organisatie naar een procesgerichte organisatie vereist niet alleen een verandering van het primaire proces, maar vooral ook van de ondersteunende en besturingsprocessen. Zoals de planning en de reservering van de beschikbare productiecapaciteit. De huidige processen zijn doorgaans functioneel georiënteerd (apart voor poli, kliniek, functieonderzoek), wat doorgaans leidt tot suboptimalisatie. De gevolgen zijn: lange wachttijden tussen de diverse onderdelen van het behandelproces, herhalingsonderzoeken na overdrachten binnen de units, etc. Door heroriëntatie op het primaire proces kan de bedrijfsvoering met behulp van Informatie Technologie worden verbeterd. Dit vraagt een omslag in het denken van aanbod gericht naar

vraaggericht en naar nieuwe manieren van organiseren van de zorg zoals beschreven zijn in dit hoofdstuk in de paragraaf over elementen van het logistieke proces.

Element 4: De (personele) organisatie en coördinatie

Wanneer er sprake is van keten of netwerklogistiek moet de vraag worden beantwoord hoe er een efficiënte coördinatie gerealiseerd moet worden tussen logistiek en andere functies in de organisatie. (Visser en Van Goor, 2004) Raakvlakken tussen functionele gebieden en logistiek zijn bijvoorbeeld de inkoop (in de gezondheidszorg het personeelsbeleid); de productie (voor en nadelen van het zorgaanbod: breed assortiment, specifieke segmenten, topklinische zorg, gerelateerd aan de logistieke inrichting); de bedrijfseconomie (inzet van kapitaal, gerichtheid op winst of kostenefficiëntie); marketing (imago en profilering van de organisatie op de markt). Logistieke coördinatie heeft betrekking op ketens. Vissers en de Vries geven aan dat het belangrijk is om erachter te komen welk type coördinatie je moet gebruiken om de vraag en het aanbod in de keten goed op elkaar af te stemmen. Daarbij moet binnen de keten prioriteiten worden gesteld en afwegingen gemaakt tussen service en doelmatigheid. Deze keuzes moeten op strategisch niveau worden bepaald. De bijsturing van de bottlenecks worden geregeld op verschillende niveau's (zie ook het raamwerk van Vissers, De Vries en Bertrand, 2001) met behulp van verschillende coördinatiemechanismen. Vissers en de Vries noemen drie vormen van coördinatiemechanismen binnen de ketenlogistiek:

Operationele coördinatie:

Operationele coördinatie gaat over de vraag wat je precies moet regelen per patiënt wanneer de organisatie binnenkomt. Daarbij moeten zoveel mogelijk onderdelen op elkaar worden afgestemd. Zoals bijvoorbeeld het eerste bezoek combineren met onderzoek maar ook afstemming tussen het ontslag en de nazorg, etc.

Structurele coördinatie:

Hier wordt de hoeveelheid capaciteit per unit vastgesteld en wordt bepaald hoeveel capaciteit er gereserveerd moet worden voor spoedeisende zorg en "witte vlekken" (flexibele uren). Hier moet de afweging worden gemaakt tussen de servicegraad en de bezettingsgraad van de capaciteiten.

Coördinatie op ketenniveau:

In de keten moet men afstemmen welke capaciteiten er nodig zijn om als keten de doelen te behalen die gesteld zijn met betrekking tot de service en de doelmatigheid. Daarbij wordt gekeken naar de capaciteit per unit, de balans tussen de toegewezen capaciteiten aan de units en de servicegraad voor de gehele keten.

3.5 Het besturingsraamwerk van Vissers, De Vries en Bertrand

Op basis van de elementen die zijn beschreven in paragraaf 3.4 is er door Vissers, De Vries en Bertrand (2001) een raamwerk ontwikkeld om tot een samenhangende sturing van patiëntenstromen en capaciteitsplanning te komen. Naast dit raamwerk voor productiebesturing zijn er door een beperkt aantal auteurs andere modellen voor de gezondheidszorg ontwikkeld. Omdat deze minder brede toepassingsmogelijkheden hebben en vaak niet uit een geïntegreerd raamwerk bestaan wordt in dit onderzoek vooral het

raamwerk van Vissers, De Vries en Bertrand (2001) beschreven. Om een indruk te geven van andere mogelijkheden en de daarbij behorende beperkingen worden voorafgaande aan de beschrijving van dit raamwerk een aantal auteurs kort toegelicht.

Fetter en Freeman (1986) waren de eerste auteurs die aantoonde dat het mogelijk was om productlijn management in ziekenhuizen te ontwikkelen, waarbij DRG's (DBC's) als uitgangspunt gebruikt moesten worden. Dit concept van productlijn management is onder andere verder uitgewerkt door Rhyne en Jupp (1998) die daarbij kijken naar de toepassing ervan op operatie management. Deze Diagnose Behandel Combinaties zijn goed bruikbaar als ordeningsprincipe voor de markt en voor de kostprijsberekeningen van behandelingen binnen zowel de ziekenhuizen als andere zorgaanbieders, maar geven in vergelijking met het model van Vissers en de Vries onvoldoende ondersteuning voor het managen van de verschillende niveau's van planning in relatie tot de vraag en het aanbod binnen deze niveau's. Smits-Daniels, Sweikhart en Smith-Daniels (1998) hebben in hun onderzoek naar capaciteitsmanagement in de gezondheidszorg een onderscheid gemaakt tussen de besluitvorming met betrekking tot de aanwending van (hulp)bronnen en de besluitvorming met betrekking tot de verdeling van deze (hulp)bronnen, maar hebben geen raamwerk ontwikkeld op basis waarvan verschillende problemen in relatie tot elkaar begrepen en aangepakt kunnen worden. Butler, Karwan en Sweigart (1992) hebben een benaderingsmodel voor ziekenhuisplanning ontwikkeld dat wel rekening houdt met verschillende planningsniveau's maar zich vooral op de strategische planning (de lange termijn planning) richt binnen het ziekenhuis en andere elementen buiten beschouwing laat.

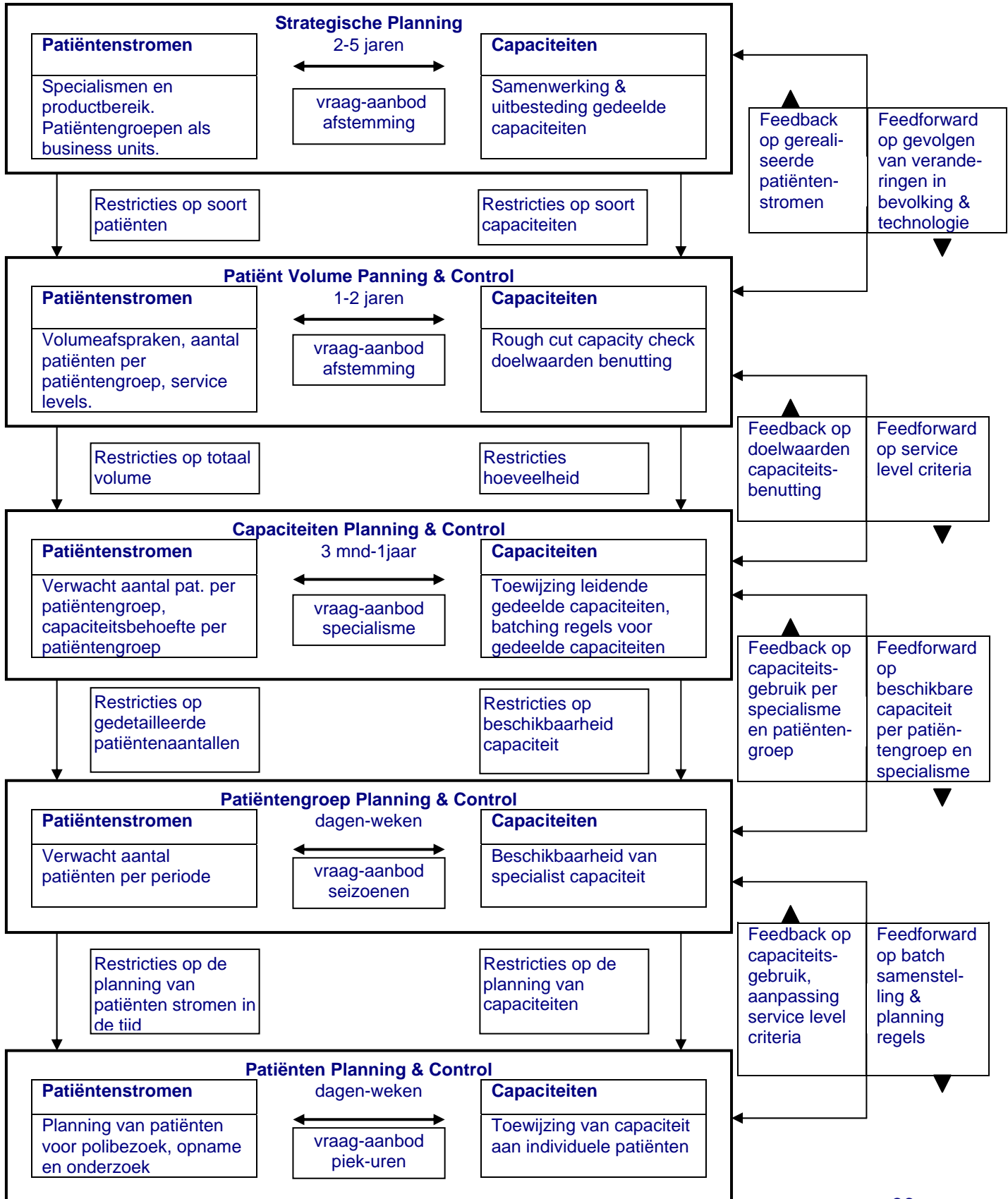
Omdat het proces van de patiënt grotendeels wordt bepaald door criteria en inschattingen die de professional maakt is het niet mogelijk om standaard concepten van productiebesturing die in de industrie worden gebruikt toe te passen (zoals MRP (Manufacturing Resource Planning), JIT (Just In Time) en OPT (Optimized Production Technology)). Voor een zorginstelling is het echter ook essentieel om zicht te hebben op de benutting van middelen en capaciteiten. Men wil om de kosten te kunnen hanteren en de afspraken met financiers en de patiënten te kunnen nakomen de mogelijkheid hebben om invloed uit te oefenen op de productiesturing. Zowel voorafgaande aan de behandeling en bijsturen waar nodig tijdens het behandelproces.

Vissers, de Vries en Bertrand (2001) hebben een raamwerk voor productiesturing ontwikkeld wat gebruikt kan worden door het management om invloed uit te kunnen oefenen op de feitelijke besturing die door de professionals gebeurt.

Dit besturingsmodel waarmee men tot een samenhangende sturing van patiëntenstromen en capaciteitsplanning kan komen, is erop gericht om het aanbod zo goed mogelijk af te stemmen op de vraag waarbij het serviceniveau bewaakt wordt en de productieafspraken op jaarniveau kunnen worden gerealiseerd. Om de principes van productiesturing in deze benadering te kunnen gebruiken moeten patiënten gegroepeerd worden naar overeenkomst (homogeen) in proces. Bepalend bij deze groepering zijn de kenmerken van de operationele processen die patiënten doorlopen en de capaciteiten die ten behoeve van deze processen worden ingezet. Het raamwerk laat zien dat er een horizontaal controlemechanisme nodig is om de patiëntenstroom en de capaciteiten op elkaar af te stemmen. Daarnaast zijn er verticale controlemechanismen nodig die de doelwaarden voor de lagere niveau's vaststellen (voorwaartskoppeling) en die controleren of de activiteiten zich ontwikkelen binnen de kaders die op hoger niveau werden vastgesteld (terugkoppeling).

In het raamwerk worden vijf verschillende niveaus van besluitvorming die allen samenhangen met de afstemming van patiëntenstromen en de daarbij behorende capaciteiten. Het operationele niveau van een patiëntengroep vormt van deze vijf niveau's de basis. Op ieder niveau geldt dat vraag en aanbod op elkaar afgestemd moeten zijn. Met behulp van dit raamwerk is het mogelijk om te bepalen wat het management kan doen om de productie te optimaliseren (alloceren, beschikken, inzetten, benutten), zonder dat zij voorschrijven hoe dit gedaan moet worden door de professional.

Figuur raamwerk voor productiebesturing van ziekenhuizen



Figuur 3.3 Raamwerk voor productiesturing in de Gezondheidszorg

De te onderscheiden productieniveau's in dit besturingsraamwerk (Vissers, 2001):

Strategische planning:

In het strategisch beleid van de organisatie wordt *de lange termijn planning bepaald en worden beslissingen genomen over het gewenste beleid*. Dit komt vaak tot uitdrukking in de visie en de doelen die zijn vastgesteld ten aanzien van doelmatigheid en serviceverlening. Op dit niveau worden de jaarlijks te verwachten patiëntvolumes afgesproken en worden de benodigde functies en capaciteiten, de efficiency levels en de targets bepaald. Dit niveau behoort in wezen niet tot het domein van logistiek management maar heeft wel een directe impact op het logistieke management op de korte termijn, omdat de onderliggende niveau's afhankelijk zijn van de afspraken die op dit niveau in de organisatie worden gemaakt.

Volume planning en controle:

Op dit niveau wordt de *beschikbare jaarlijkse capaciteit* voor de specialisten en patiëntengroepen bepaald. Hier worden de werkelijke productieafspraken gemaakt en worden eventuele budgetkortingen of verhogingen afgesproken met de zorgverzekeraars. Op dit niveau moet men weten waar buffers nodig zijn in de vorm van wachttijden of capaciteiten om tot de gewenste doorlooptijd te komen per patiëntengroep. Het management moet bijvoorbeeld beslissingen nemen over de inzet van kritische capaciteiten (bottlenecks) en bepalen hoe deze verdeeld moeten worden over de verschillende specialisten. Hier ligt de focus op het behalen van de afgesproken productie.

Resources planning en controle:

Op dit niveau moet men inzicht hebben in het aantal capaciteiten wat nodig is per patiëntengroep voor de periode van een jaar omdat hier de beslissingen worden genomen over *de toewijzing van de capaciteiten* aan functies en specialisten. Bijvoorbeeld de poliklinische capaciteit, het aantal bedden, de omvang van de capaciteiten in de langdurige zorg, etc. Hier moet men rekening houden met de beschikbare tijd van specialisten en laag en hoogseizoen in productie. Dit vereist soms een horizontale contractering zodat schaarse capaciteiten flexibel kunnen worden ingezet ten behoeve van de doelmatigheid en de service van de organisatie. Ook moet hier de verdeling plaatsvinden van de gedeelde capaciteiten en welke onderdelen leidend en volgend zijn in het proces.

Patiëntengroep planning en controle:

Om de capaciteitstoewijzing optimaal in te zetten, is het noodzakelijk dat de toegewezen capaciteit ook optimaal wordt benut. Op dit niveau wordt *de feitelijke beschikbaarheid van de toegewezen capaciteiten geregeld*. Hier gaat het erom de verschillende patiëntengroepen te managen die allemaal hun eigen karakteristieken en eigen eisen ten aanzien van urgentie hebben en het proces doorlopen. Afhankelijk van de voorspelbaarheid moet hier een keuze worden gemaakt voor de besturingsvorm waarbij per patiëntengroep een afweging moet worden gemaakt tussen service en doelmatigheid. Op dit niveau kan er via de capaciteitsroostering structureel pieken en dalen in de werkbelasting worden aangestuurd. Daarbij is niet alleen het seizoen of de vakantieplanning van belang, maar ook het weekpatroon en de effecten van de inzet van de initiërende capaciteit op de volgende

capaciteit zijn van belang. Wanneer er bijvoorbeeld tijdens vakanties vervanging is van de verpleegkundigen op een kliniek, maar geen vervanging van de psycholoog of psychiater, dan kan een wachttijd ontstaan voor de afname van psychologisch en psychiatrisch onderzoek van nieuw opgenomen patiënten. Wanneer sprake is van piekbelasting van de ene capaciteit en bezettingsverlies bij de andere capaciteit moeten maatregelen worden genomen.

De dienstroosters zijn een belangrijke bepalende factor voor de feitelijke beschikbaarheid waardoor tijdig de vakanties, de congressen en symposia bekend moeten zijn op optimaal en geïntegreerd te kunnen plannen op basis van de feitelijke beschikbaarheid. Daarnaast ligt er ook een andere opgave voor de ontwikkeling van logistiek: het procesmanagement. Daarin hebben de professionals volgens Vissers en de Vries een belangrijke rol (oratie: sleutelen aan zorgprocessen). Zij moeten checken of patiëntengroep gebonden processen nog verlopen zoals afgesproken en moeten het initiatief nemen om een uit de hand gelopen proces bij te sturen. Daarnaast moet worden bepaald wie de regie in de keten heeft. Als deze rol goed wordt opgepakt en wordt verankerd in een vorm van bedrijfsvoering kun je bouwen aan logistiek. Als de rol van procesmanager op het niveau van de patiëntengroep door de zorgprofessional niet wordt opgepakt, dan zijn vernieuwingen zoals doorbraakprojecten en doorstroomprojecten gedoemd te mislukken op de langere termijn.

Patiënt planning en controle:

Dit is de planning op het niveau van de individuele patiënt en de individuele behandelaar: wie wordt er wanneer en door wie behandeld? De manier waarop gepland kan worden is bepaald op basis van planningsregels per patiëntengroep en op basis van regels voor capaciteitsgebruik per capaciteitssoort. Binnen de geplande roosters worden bijvoorbeeld patiënten ingepland op basis van de gemiddelde consultduur. Wanneer er piek en dalpatronen zijn kan dit veroorzaakt worden door ziekte of andere planningsproblemen op dit niveau. Wanneer er sprake is van een structureel probleem, dan is dat vaak het gevolg van tekortkomingen in een hoger planningsniveau (Patiëntengroep planning en controle). Het is een belangrijke taak voor de manager om op dit niveau de productieafspraken te monitoren. Wanneer er problemen gesignaleerd worden moet dit worden teruggekoppeld aan de hogere planningsniveaus om problemen op de langere termijn te voorkomen.

De hiervoor beschreven productieniveaus worden binnen dit besturingsraamwerk zowel top-down als bottom-up gehanteerd om de consequenties voor de onderliggende of bovenliggende niveaus goed te kunnen managen. Meestal kunnen de problemen die zich voordoen op een bepaald niveau worden opgelost door acties te ondernemen vanuit het niveau wat daarboven zit.

In de praktijk blijkt een koppeling tussen deze besturingsniveaus echter slecht ontwikkeld te zijn volgens de Vries. Er is vaak een kloof tussen het niveau waar de productieafspraken worden gemaakt en het niveau waar de werkelijke productie wordt gemaakt en daar waar de sturing werkelijk zou moeten plaatsvinden.

3.6 Informatievoorziening in het kader van productiesturing

Om een effectief samenhangende besturing op alle niveaus te realiseren is een adequate informatievoorziening volgens de Vries een absolute voorwaarde. Dit hoofdstuk wordt daarom afgesloten met een aantal afsluitende opmerkingen met betrekking de rol van

informatievoorziening voor de verschillende resultaatsgebieden (kwantiteit, kwaliteit, kosten en tijdsaspecten) die een relatie hebben met processturing in de gezondheidszorg.

Als reactie op de vraag van de financiers (zorgverzekeraars) zijn er in het verleden binnen de gezondheidszorg vooral kwalitatieve registratie gegevens geregistreerd. Zoals het aantal verrichtingen, het aantal klinische opnamen, het aantal polikliniekbezoeken etc. Koppeling tussen de kosten en verrichtingen was met de bestaande registratie systemen niet mogelijk. Door de introductie van de trajectfinanciering (DBC's) worden er nu softwareprogramma's ontwikkeld door verschillende aanbieders die erop gericht zijn om wel een relatie te leggen tussen de verrichtingen en de kosten. Ook krijgt de kwalitatieve informatie steeds meer aandacht door de introductie van de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de WGBO. Ook de zorgverzekeraar houdt steeds meer rekening met kwaliteitsnormen en certificeringen zoals de HKZ in haar aanbestedingstrajecten. Hoewel een tijdsgebonden parameter als de duur van een opname in het verleden wel is geregistreerd door instellingen en de instellingen inmiddels meer zicht hebben op de samenstelling, de omvang en de duur van de wachttijden, is het resultaatsgebied -tijd - volgens de Vries vaak zeer slecht ontwikkeld. Wat volgens De Vries ontbreekt, is het inzicht in de totale doorlooptijd van een patiënt gebonden proces binnen een organisatie of van de totale zorgketen over de organisatie heen. Zolang bepaalde patiënten categorieën niet nader worden geanalyseerd kan er niet effectief op processen worden gestuurd in logistieke zin. Dat wil zeggen, sturen op wachttijden en doorlooptijden.

Wanneer men de factor tijd als resultaatsgebied wil beschouwen als onderdeel voor een effectieve processturing, moet dit tot uiting komen in de informatiesystemen. De Vries benadrukt daarbij het belang van twee soorten informatie die volgens hem een conditio sine qua non zijn voor effectieve processturing: (De Vries en Hiddema, 2001)

1. Informatie ten behoeve van de inhoudelijke processturing

Om een volledige processturing op het niveau van de patiënt te kunnen bieden moet er zowel inhoudelijke informatie als ook logistieke informatie aanwezig zijn. Bij de inhoudelijke processturing moet gedacht worden aan alle relevante informatie betreffende de behandeling van de patiënt die verzameld en overgedragen moet worden, bijvoorbeeld door gebruik te maken van een elektronisch patiëntendossier. Daarnaast moeten er normtijden ontwikkeld worden voor de doorlooptijden van de verschillende procesfasen. Deze logistieke gegevens moeten aan de werkelijkheid getoetst worden omdat een EPD anders te statisch wordt en slechts beperkte stuurinformatie biedt.

2. Informatie ten behoeve van de beslissingsondersteunende informatie

Hier gaat het om geaggregeerde informatie die gekoppeld is aan de verschillende besturingsniveau's en die betrekking moet hebben op:

- de aanbodzijde, zoals potentiële en beschikbare productiecapaciteit en de feitelijke benutting daarvan;
- de vraagzijde, zoals de ontwikkeling van wachtlijsten, verandering van patronen, seizoenseffecten, verhouding tussen acute en planbare zorgvragen;
- de mate waarin er een goede afstemming is tussen vraag en aanbod wat je terug ziet in een goede afstemming tussen doorlooptijd en capaciteitsbenutting en het evenwicht tussen servicekwaliteit en doelmatigheid.

In dit theoretische hoofdstuk zijn verschillende logistieke thema's aan de orde geweest die relevant waren om de huidige problemen van de overdracht op de interfaces van Bouman GGZ te kunnen onderzoeken en de doelmatigheid en servicegerichtheid van de organisatie te kunnen beoordelen. In het volgende hoofdstuk worden de resultaten weergegeven van de interviews en de web-based vragenlijst die zijn afgenomen. In het hoofdstuk daarna wordt duidelijk wat de consequenties zijn op het gebied van logistiek en organisatie voor Bouman GGZ wanneer zij gaan werken met behandeltracés en welke aanpassingen nodig zijn om te voorkomen dat er bottlenecks ontstaan rondom de ontkoppelpunten in het proces. In dit laatste hoofdstuk wordt ook beschreven welke aanpassingen er op basis van logistieke en de organisatiethoretische overwegingen worden voorgesteld om de interne overdracht, de doorstroming van patiënten en de samenwerking tussen afdelingen van Bouman GGZ te verbeteren in het licht van procesgestuurd werken.

HOOFDSTUK 4

RESULTATEN EN ANALYSE

ONDERZOEK LOGISTIEK & ORGANISATIE

- 4. Resultaten en analyse van het onderzoek binnen Bouman GGZ
- 4.1 De onderzoeksdomeinen van de web-based vragenlijst en de interviews
- 4.2 Resultaten en analyse: van theorie naar praktijk

4.1 De onderzoeksdomeinen in de web-based vragenlijst en de interviews

De informatie in dit onderzoek is verzameld door middel van interviews en een web-based vragenlijst. Met behulp van deze web-based vragenlijst is het mogelijk de kracht van de logistieke organisatie te bepalen van dat betreffende moment. Met de eerste afname kan men een nul-meting uitvoeren, zoals in dit onderzoek binnen Bouman GGZ. Deze meting kan vervolgens herhaald worden na een jaar of meerdere jaren om de ontwikkeling te toetsen op de verschillende domeinen binnen de organisatie. Met deze vragenlijst is het ook mogelijk om een benchmark uit te voeren tussen meerdere organisaties binnen de GGZ. In de analyse van de resultaten wordt ook gekeken naar de verantwoordelijkheid versus vrijblijvendheid van de professionals en de lijnmanagers ten aanzien van de verschillende onderzoeksdomeinen. Zowel de primaire activiteiten als de ondersteunende activiteiten zijn onderzocht met behulp van vragen die specifiek ontwikkeld zijn om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag en de deelvragen van dit onderzoek. Hierna volgt een overzicht van deze domeinen met een korte beschrijving van de interpretatie daarvan binnen de GGZ – sector.

	Inkomende logistiek	Productie	Uitgaande logistiek	Marketing & verkoop	Service
Primaire activiteiten <i>verantwoordelijkheid</i> <i>vrijblijvendheid</i>	Verwijzingen (intern en extern) Intakeprocedure Diagnostiek Wachttijden	Vraag/aanbod Behandeling Patiëntenstroom Processen Samenwerking Afspraken in relatie tot de factor tijd	Informatie-overdracht Overdracht van patiënten Normering	n.v.t. in dit onderzoek	Informatie zorgproces/inhoud Toegangstijden Wachttijden Behandeltijd Doorlooptijd
	Infrastructuur	HRM	Technologie	Inkoop	
Ondersteunende activiteiten <i>Verantwoordelijkheid</i> <i>vrijblijvendheid</i>	Operationele planning Capaciteitsbeheersing Roostering/agendering Verantwoordelijkheden	Werving, ontwikkeling, behouden en bezetting van personeel Beloningsstructuur	Proces en productverbetering Kennis en tacit knowledge Ondersteunende middelen	n.v.t. in dit onderzoek	

Figuur 4.1 Domeinen van onderzoek ontleend aan de Value Chain van Porter

Inkomende logistiek

Onderwerpen: Urgentiecriteriën, wachttijden (voorafgaande aan eerste contact en gedurende de behandeling zoals doorlooptijden, (dis)functionele wachttijden, wachtlijsten (inzichtelijkheid), indicatiestellingen, intake van nieuwe patiënten (eenduidigheid in afname en doelstelling), onderzoekprocessen (eenduidigheid en de duur), de toegang van nieuwe patiënten en informatievoorziening.

Productie

Onderwerpen: Afspraken over verantwoordelijkheden tijdens het behandelproces, afstemming tussen de verschillende betrokken disciplines, toegankelijkheid van informatie, overdracht van informatie en patiënten, de intake van nieuwe patiënten, verslaglegging, toewijzen van patiënten aan hulpverleners.

Uitgaande logistiek

Onderwerpen: Normtijden voor overdracht, protocollen voor informatieoverdracht, inzichtelijkheid over afgeronde diagnostiek, resultaten van afgeronde behandeling en doelen voor vervolgbehandeling, doelmatigheid van overdrachten.

Service

Onderwerpen: De zorgverlening, de nazorg, de bereikbaarheid van de organisatie, de contacten met verwijzers, de doorlooptijden, inzichtelijkheid over wachttijden en behandelvormen voor patiënten en interne en externe verwijzers, meetbaarheid van doelstellingen en resultaten, openingstijden, informatieverstrekking.

Infrastructuur

Onderwerpen: Capaciteitsbeheersing: productieafspraken, afspraken over tijdspad en routing van behandelproces, afstemming van vraag en aanbod, benutting van capaciteiten, besturen van de productie. Planning: Inzet van disciplines, verdeling van verantwoordelijkheden m.b.t. doorlooptijden, zicht op de omvang van de patiëntengroepen, samenhang in planning en inzet van capaciteiten, planning van het behandelproces. Verantwoordelijkheden: Afspraken tussen professional en lijnmanager, logistieke taken van lijnmanager en professional, verantwoordelijkheid t.a.v. informatie en patiëntenoverdracht van manager en professional

HRM

Onderwerpen: Kennismanagement ten aanzien van behandeling en logistieke organisatie, flexibiliteit, inzetbaarheid, verdeling van verantwoordelijkheden en betrokkenheid van professionals en lijnmanagers bij de ontwikkeling van logistieke organisatie, samenwerking tussen afdelingen, gedeelde waarden en normen.

Technologie

Onderwerpen: Systematische gegevensverzameling, ICT ondersteuning, Informatievoorziening en overdracht van informatie, Elektronisch Patiënten Dossier, etc.

Zorglogistiek algemeen (extra toegevoegd domein in het kader van dit onderzoek)

Verantwoordelijkheidsgevoel en betrokkenheid van de professional en de manager ten aanzien van het zorglogistieke proces van de organisatie en hun verwachtingen van een zorglogistieke herinrichting binnen de organisatie.

4.2 Resultaten en analyse

In deze paragraaf wordt per domein een zwakte analyse en een sterkte analyse gegeven van de resultaten uit het onderzoek binnen de Directie Langdurige zorg (LZ), de Directie Poliklinische en Outreachende zorg (POZ) en de Directie Intramurale en Semimurale zorg (ISZ) van Bouman GGZ. Daarbij worden tevens de specifieke verschillen of juist overeenkomsten genoemd tussen de professionals en de lijnmanagers. In de bijlage vind u de vragenlijst en de rapportage met de ruwe gegevens, de gemiddelden en de standaarddeviaties. In de rapportage is te zien dat er 100% respons was op de web-based vragenlijst die is verzonden naar 12 respondenten. Van de maximaal 1114 vragen die door de respondenten dienden te worden beantwoord, zijn er 1104 vragen daadwerkelijk beantwoord is er 10 keer een vraag overgeslagen of is er geen antwoord gegeven op een totaal van 92 vragen per vragenlijst.

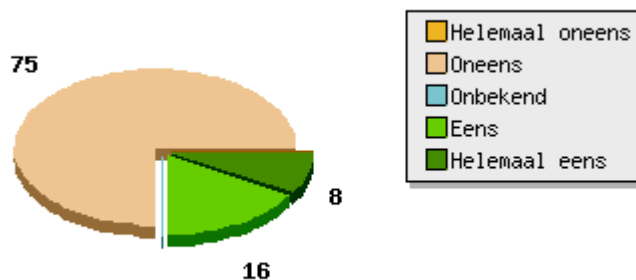
Inkomende logistiek

“Als je nou kijkt naar hoe we het zouden willen, dan zeggen we nou we hebben een voorkeur met poliklinieken, outreachende teams die gaan vinden en binden, het diagnostiseren, doorleiden naar klinische behandeling en daarna naar langdurige zorg. Dat is een beetje het ideaal typische plaatje voor langere termijn bij patiënten. Ik moet, als ik zou willen plannen op mijn instroom, enigszins kunnen voorspellen wat is nou mijn instroom. Dat kan ik op geen enkele manier. In User kan ik een wachtlijst bekijken, daar staat een hele lijst op, alleen dat zegt me helemaal niets. Want dat zijn namen van patiënten zonder verwijzer daarbij, die kunnen dus door iedereen op de wachtlijst geplaatst zijn en dus weet ik niet waar de patiënt dan zit, ik weet ook niet wat er mee aan de hand is. Dus ik kan ook moeilijk zeggen van dan moet hij in die plek geplaatst worden of dan moeten we dat aan zorg gaan regelen”, aldus een lijnmanager.

Zwakte analyse

Op de Langdurige Zorgafdelingen (LZ) is er geen zicht op het aantal wachtende patiënten en ontbreken er afspraken over normtijden ten aanzien van de wachttijd voorafgaande aan een eerste gesprek of een opname. Binnen de directie waar alle patiënten binnen stromen, de Intramurale en Semimurale Zorg (ISZ), is het bij de meeste respondenten onbekend of er zicht is op de wachttijden voorafgaande aan het eerste gesprek. Alle directies geven aan dat er geen afspraken zijn over de minimale en maximale wachttijden van de afdelingen. Alleen de Directie Poliklinische en Outreachende Zorg geeft aan dat zij redelijk zicht hebben op de aanmeldingsvraag van de verwijzer of van de zichzelf aanmeldende patiënt. De andere afdelingen geven aan dat deze informatie bij aanmelding meestal ontbreekt. Zowel de interne als de externe verwijzers hebben volgens de respondenten onvoldoende kennis van de indicaties en behandelmogelijkheden op de verschillende afdelingen van alle directies. De informatie die de interne en de externe verwijzers aanleveren is volgens alle respondenten van alle directies onvoldoende om de behandeling te vervolgen.

Oordeel over deze stelling van alle respondenten



De interne verwijzers hebben voldoende kennis van de behandelmogelijkheden op onze afdeling.

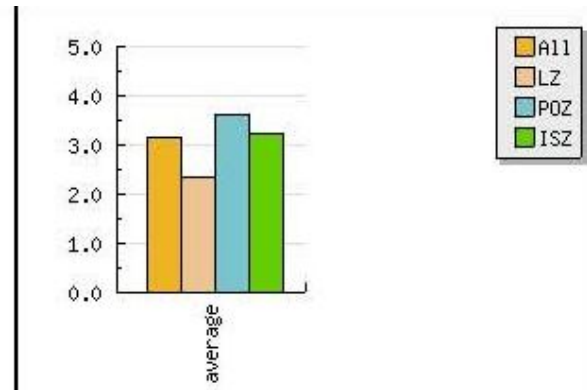
*Figuur 4.1 In deze piegraph is zichtbaar dat 75 % van de respondenten aan geeft dat interne verwijzers binnen Bouman GGZ onvoldoende kennis hebben van de behandelmogelijkheden van andere afdelingen.
Sterkte analyse*

“In plaats van daar waar het vroeger agogen waren, wordt nu de intake gedaan door verpleegkundigen. Er kijkt altijd een arts naar de patiënt en er wordt standaard een bloed en laboratoriumonderzoek gedaan. Er worden voor de intake vaste vragenlijsten gebruikt en het is duidelijk wanneer er een arts of een psychiater wordt ingezet, dat zijn allemaal werkwijzen die vast liggen”, aldus een professional.

Bij alle directies is er goed zicht op de urgentie van de aanmelding en zowel de interne als de externe verwijzer kan op basis van de urgentie de aanmelding bespoedigen. De intake wordt afgenomen op uniforme wijze en volgens een vast protocol. Na de overdracht van de Directie Poliklinische en Outreachende Zorg (POZ) wordt er meestal niet opnieuw een intake afgenomen of diagnostiek gedaan op de opnemende Directies Langdurige Zorg (LZ) en Intramurale en Semimurale Zorg (ISZ).

Hieronder is aangegeven op een schaal van 1-5 hoeveel zicht de verschillende Directies hebben op het aantal wachtende patiënten. All staat voor de gemiddelde score van alle afdelingen. (1= helemaal oneens 2 = oneens 3 = onbekend 4 = eens 5= helemaal eens).

Er is zicht op het aantal wachtende patiënten op uw afdeling voorafgaande aan het eerste gesprek.



Figuur 4.2 In deze bargraph is zichtbaar dat de Directie Langdurige Zorg het minste zicht heeft op het aantal wachtende patiënten en hoewel de andere Directies iets beter zicht hebben hierop scoren zij beiden nog steeds laag, namelijk onder de 4.

Professionals versus lijnmanagers

Zowel de professionals als de lijnmanagers verschillen qua opvatting niet opvallend ten aanzien van de verschillende aspecten van de inkomende logistiek. Opvallend is dat de professionals minder zicht hebben op het aantal wachtenden op de wachtlijst dan de lijnmanagers en zij vinden het minder inzichtelijk dan de lijnmanagers wanneer de patiënt precies is aangemeld. Ook hebben zij minder zicht op de urgentie van de wachtenden. Er is geen verschil te zien tussen de antwoorden tijdens de interviews en de scores van de vragenlijsten.

Productie

“Nee, men denkt veel meer in: wij sluiten nu je behandeling af en de rest pakt het maar op. Men denkt niet wij continueren de behandeling, dat gaat iemand anders wel doen, maar ik geef daar nu al richting aan. Dat moet men daar gaan doen. Dat is wat wij eigenlijk vragen aan de kliniek. Daar is men nog niet goed in. Dus dat is ook voor wat betreft een stuk informatieoverdracht. (...)

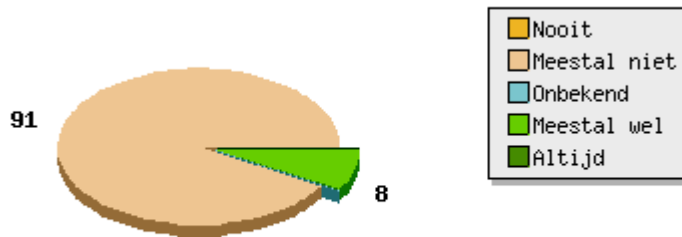
Ik denk dat het met cultuur te maken heeft van ik doe mijn ding en jij doet jouw ding. Ja met hoe serieus neem je het geheel van de behandeling en ben je bereid om over je eigen heen te stappen. Naar de toekomst te kijken. Ik kan me ook voorstellen dat prestatiedruk daar een element in is. Iedereen wordt afgerekend op datgene wat hij doet. Afgerekend klinkt wat zwaar maar daar richt je je op. Dat wordt op een gegeven moment ook onderdeel van de cultuur. Ik richt mij daarop en dat wil ik zo goed mogelijk doen en ja wat de ander doet maakt dan wat minder uit.

Wij zien hetzelfde binnen langdurige zorg. Wij zeggen van dat die behandeling, dat wonen en dat werken dat moet een geïntegreerd geheel zijn. Wij hebben daarin enerzijds een poliklinisch capaciteitstekort, behandelaars hebben onvoldoende tijd om behandeling uit te voeren en regie te voeren op het totaal van de behandeling; dus de patiënt regelmatig te zien en de steunsystemen zoals ze dat noemen te ondersteunen in hoe ze dat dan moeten doen. (...). Daar moet je iets gezamenlijk in vinden en dat is heel lastig, ja dat is zoeken van wat doe je dan bij zo'n patiënt want standaardantwoorden hebben we daar niet op. Maar dan heb je tijd nodig om te overleggen en dat is heel lastig om elkaar te vinden”, aldus een professional.

Zwakke analyse

De acute, klinische en langdurige zorg is volgens alle respondenten onvoldoende op elkaar afgestemd. De Directie Langdurige Zorg en de Directie Poliklinische en Outreachende zorg (POZ) vinden de patiënteninformatie door de verwijzende afdelingen onvoldoende duidelijk vastgelegd en niet direct toegankelijk. Volgens de meeste afdelingen wordt het behandelplan dat is ontwikkeld door de initiërende afdeling door de volgende afdelingen niet overgenomen om verder uit te voeren. Er wordt over het algemeen niet gewerkt met een eenduidige verslaglegging volgens richtlijnen tijdens het verloop van de behandeling. Het moment waarop de informatie wordt overgedragen als een patiënt naar een andere afdeling wordt overgeplaatst is volgens alle respondenten vaak te laat. Over de vrijblijvendheid van de afspraken over de uitvoering van de behandeling door de professionals wordt binnen de directies verschillend gedacht. Men vindt dat de behandelaar teveel is gericht op zijn eigen vakgebied en te weinig gericht op het totale behandelproces.

Totaaloordeel van alle respondenten over de inhoudelijke afstemming tussen de acute, klinische, poliklinische en langdurige zorg afdelingen (LZ, POZ, ISZ)



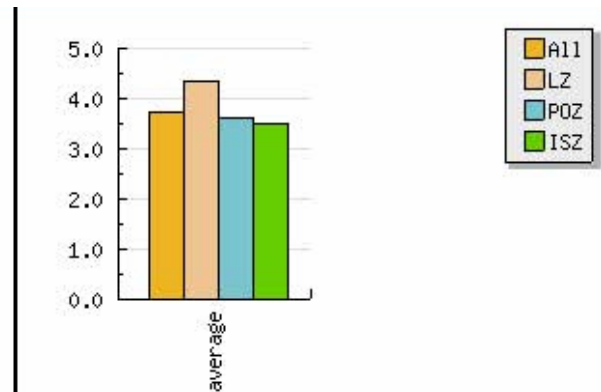
Figuur 4.3 91% van alle respondenten geven hierboven aan dat de acute, klinische, poliklinische en langdurige zorg afdelingen inhoudelijk meestal niet goed op elkaar zijn afgestemd.

Sterkte analyse

Het is meestal wel te traceren waar iemand behandeld wordt en door wie, al moeten daarvoor vaak de nodige inspanningen worden verricht omdat deze gegevens niet systematisch en op één plaats worden verzameld. Iedere discipline weet over het algemeen goed waar hij zijn verslag in het dossier moet opschrijven.

Hieronder een voorbeeld op een schaal van 1-5 (1= nooit 2 = meestal niet 3 = onbekend 4 = meestal wel 5= altijd).

Iedere discipline weet waar hij zijn verslag in het dossier moet opschrijven.



Figuur 4.4 Binnen alle directies weet iedere disciplines meestal wel waar zij de verslaglegging in het dossier moeten vastleggen. Bij de Directie Langdurige Zorg is men hier het beste van op de hoogte.

Professionals versus lijnmanagers

De lijnmanagers denken vaker dat de afspraken tussen professionals vrijblijvend zijn dan de professionals zelf.

Uitgaande logistiek

“Er zijn geen vaste afspraken te maken over tijden waarop de patiënt wordt overgenomen op een andere afdeling. Patiënten gaan van de polikliniek naar de kliniek en weer terug omdat zij bijvoorbeeld een Detox nodig hebben. De behandelaar kan nu niet met zekerheid aangeven aan de patiënt wanneer hij wordt opgenomen. Nee ze moeten nu eerst op een wachtlijst geplaatst worden en wachten tot ze worden opgeroepen. Patiënt-onvriendelijk, behandelaren-onvriendelijk en ja het is eigenlijk heel inefficiënt. Andersom, op de inhoud gebeuren daar ook niet de goede dingen in. De poli verwijst altijd met een duidelijke vraag, maar het is de vraag of de kliniek die gaat beantwoorden of zijn eigen vragen gaat stellen. En dat geldt ook andersom hoor. Dan komt er weer een patiënt terug naar de polikliniek en ook dan is het weer de vraag of de polikliniek de vraag van de kliniek oppakt of zijn eigen ding weer gaat maken. Dus in die zin is er echt heel veel te winnen in de logistiek”, aldus een lijnmanager.

“De cultuur is vaak ook een probleem, de blik gaat vaak niet verder dan het eigen pand. Hulpverleners vinden vaak de overdracht naar een ander lastig, terwijl het voor de route van de patiënt beter zou zijn wanneer deze zou worden overgedragen. Daardoor blijven sommige patiënten soms te lang op een afdeling en stagneert de doorstroom”, aldus een lijnmanager.

Zwakke analyse

De Directie Langdurige Zorg en de Directie Poliklinische en Outreachende zorg (POZ) hanteren geen normen over de doorlooptijd en de toegangstijd op de afdeling. De Directie Intramurale en Semimurale Zorg (ISZ) geeft aan wel normen te hanteren maar uit de interviews blijkt dat niemand precies weet wat deze normtijden zijn en wie deze normtijden in de gaten houdt. Binnen alle directies vind men dat er onvoldoende gestuurd wordt op de doorlooptijden van de patiënt. Er is meestal geen zicht op het aantal overdrachtmomenten in het totale behandeltraject. Er is onvoldoende afstemming bij een gelijktijdige of een opvolgende activiteit. Men gebruikt geen eenduidig protocol voor de inhoud van de overdracht van patiënten binnen de organisatie. De informatie die men ontvangt bij een overdracht over de diagnose, de interventies die zijn gebruikt tijdens de behandeling en de doelen van de behandeling voor de toekomst, zijn niet duidelijk omschreven. De algehele beoordeling die de directies geven aan de patiënten en informatie overdracht is onvoldoende doelmatig.

Sterkte analyse

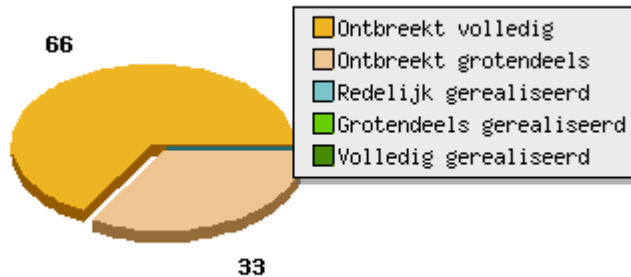
Bij alle directies geeft men aan dat er voldoende zicht is op de verschillende processtappen tijdens een behandeling, hoewel deze vaak niet zijn vastgelegd. Er is een organisatiebreed format aanwezig voor de ontslagbrief en deze wordt regelmatig gebruikt.

Professionals versus lijnmanagers

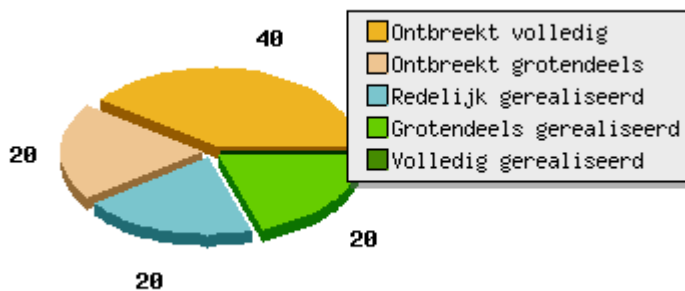
Er zijn nauwelijks visieverschillen waar te nemen tussen de professionals en de managers ten aanzien van de uitgaande logistiek.

Per directie wordt aangegeven of er normtijden zijn vastgesteld voor de maximale termijn waarbinnen de patiënt wordt overgedragen naar een volgende behandelafdeling.

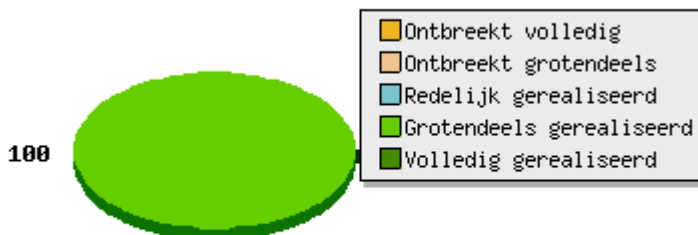
Directie Langdurige Zorg (LZ)



Directie Poliklinische en Outreachende Zorg (POZ)



Directie Intramurale en Semimurale Zorg (ISZ)



Figuur 4.5 66% van de respondenten die werkzaam zijn in de Directie Langdurige zorg geven aan dat er geen normtijden zijn vastgesteld voor de maximale termijn waarbinnen een patiënt binnen deze Directie wordt overgedragen naar een andere afdeling. In de Directie Poliklinische en Langdurige zorg zijn grote verschillen te zien tussen de verschillende afdelingen binnen deze Directie. De Directie Poliklinische zorg zijn op bijna alle afdelingen normtijden vastgesteld voor de maximale termijn waarbinnen de patiënt wordt overgedragen naar een volgende behandelafdeling.

Service

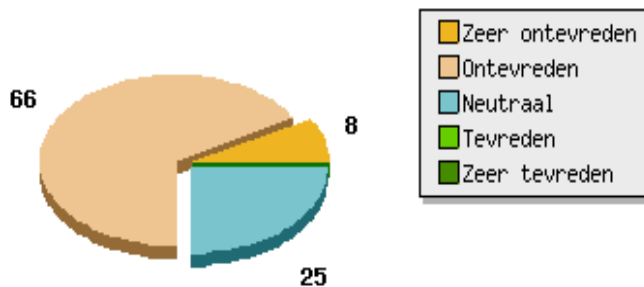
"Of de verslavingszorg een imagoprobleem heeft weet ik niet. In Bouman wel, maar ik weet niet of dat algemeen zo is. Geen flauw idee hoe een gemiddelde arts/assistent of andere professional over Bouman denkt. Het is meer van het netwerk dat je dingen hoort, ja dat is niet positief.

Je hoort iets van dat Bouman gericht is op binnen halen van geld. Dat Bouman niet coöperatief is; per definitie negatief formuleert als andere organisaties wat van hen vraagt of financiers wat van hen vragen; dat ze altijd een eigenzinnige mening hebben over hoe het anders zou moeten. En op zich prima, maar het imago van Bouman is niet goed. Ze zijn geen gewilde samenwerkingspartner", aldus een lijnmanager.

Zwakte analyse

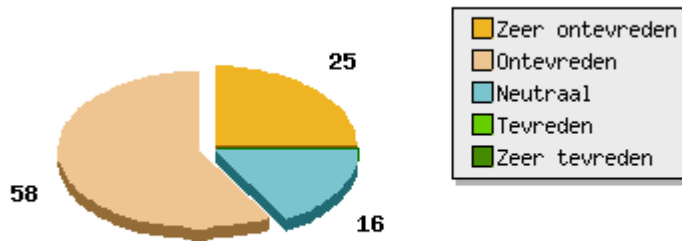
Zowel de managers als de professionals zijn ontevreden tot zeer ontevreden over de service aan de patiënt en de interne en de externe verwijzer. Vaak kan er geen informatie worden gegeven aan de patiënt over de datum van overplaatsing of wie zijn nieuwe behandelaar gaat worden na de overdracht. Men geeft aan dat er aan de patiënt vaak geen goed beeld gegeven kan worden over de inhoud van zijn vervolgbehandeling. Het is volgens de respondenten voor de patiënt ook niet inzichtelijk wat hij van de behandeling en het totale proces kan verwachten. Bijvoorbeeld wat gebeurt er in de behandeling, op welk moment, met wie en waar dat is onduidelijk voor de patiënt zowel voorafgaande als tijdens een behandeling. De resultaten van de behandeling worden zelden gemeten. Bij de overdracht ontbreekt vaak de informatieverstrekking over de behandelinhoud, de doelen waaraan gewerkt is en waaraan gewerkt gaat worden. Ook het tijdspad over de behandeling (de doorlooptijd) ontbreekt. De wachttijden zijn voor patiënten en verwijzers niet inzichtelijk. De openingstijden sluiten met name binnen de Directie Poliklinische en Outreachende zorg (POZ) maar gedeeltelijk aan bij de wensen van de patiënt.

Totaaloordeel van alle respondenten over de inzichtelijkheid van wachttijden gedurende de behandeling (LZ, POZ, ISZ)



Figuur 4.6. Een groot aantal respondenten is ontevreden over de inzichtelijkheid van de wachttijden en 25% heeft daar geen zicht of onthoudt zich van een uitspraak hierover.

Totaaloordeel van alle respondenten over de inzichtelijkheid van het totale behandelproces (LZ, POZ, ISZ)



Figuur 4.7 25 % van de respondenten is zeer ontevreden over de inzichtelijkheid van het behandelproces en 58% geeft aan ontevreden te zijn hierover.

Sterkte analyse

Uit de interviews blijkt dat Directie Outreachende zorg (POZ) binnen kantoor tijden actief naar de zorgmijdende en zorgbehoevende patiënten toegaat (outreaching). Daarnaast worden zorgmijdende patiënten met een busdienst opgehaald vanaf een verzamelpunt in Rotterdam voor de opvang op de Opaalweg. De opvang zelf zou graag meerdere opstapplaatsen hebben in de stad om de service nog verder te verhogen. Hoewel het niet in de interviews wordt genoemd, heeft Bouman GGZ een duidelijk productenboek waarmee men een beeld krijgt van de mogelijkheden van behandeling van verschillende afdelingen binnen Bouman. In dit productenboek is geen procesinformatie opgenomen en het is niet zichtbaar hoe deze producten eventueel kunnen samenhangen binnen een totale behandelroute. Het boek is vooral geschikt voor verwijzers en niet zo toegankelijk voor patiënten.

Professionals versus lijnmanagers

Professionals en managers vinden het serviceniveau binnen de organisatie onvoldoende.

		All	lijnfunctie	professional
De huidige tijd die de patiënten doorlopen vanaf het eerste gesprek op mijn afdeling tot de overplaatsing naar een andere afdeling (doorlooptijd).	average	2.33	2.50	2.00
	standard deviation (n - 1)	0.78	0.76	0.82
	num data	12.00	8.00	4.00
	no answer	0.00	0.00	0.00
De toegankelijkheid van de informatie over wachttijden in onze organisatie (van de verschillende afdelingen).	average	2.00	2.25	1.50
	standard deviation (n - 1)	0.85	0.89	0.58
	num data	12.00	8.00	4.00
	no answer	0.00	0.00	0.00
De inzichtelijkheid van het totale behandelproces (wat gebeurt er, met wie, wanneer en waar).	average	1.92	1.88	2.00
	standard deviation (n - 1)	0.67	0.64	0.82
	num data	12.00	8.00	4.00
	no answer	0.00	0.00	0.00

Tabel 4.8 Detail uit ruwe scorelijst over serviceniveau

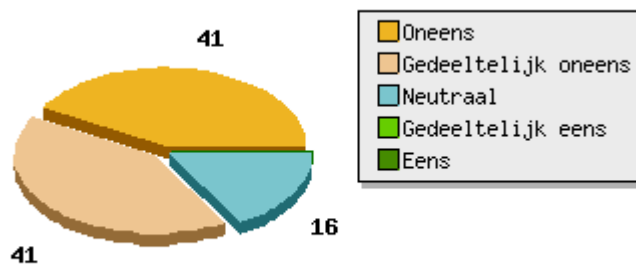
Infrastructuur : capaciteiten, planning en verantwoordelijkheden

“Zij werken natuurlijk via caseload en zoals je weet is werken met professionals een tak van sport op zich. Hier in het team staat het groepsbelang heel erg voorop: wat is goed voor de afdeling. (...) Het afdelingsbelang staat hier centraal. En wat je natuurlijk hebt met professionals die hier invliegen die hebben een eigen caseload. En die kijken wat is goed voor mijn patiënt. En dat wil wel eens botsen met ons. (...) Daarnaast is er een gebrek aan erkenning van elkaars professie, tussen de manager en de professionals, maar ook binnen die groepen onderling. Daarnaast is het natuurlijk zo dat de professionals werken op kantoor tijden en wij hebben nou juist een groep in huis vooral in de avonden en de nachten en in de weekenden hulp nodig hebben. Dus dat is lastig”, aldus een lijnmanager.

Zwakke analyse

Er zijn geen afspraken over de te leveren productie (volume en inhoud) per medewerker. De agendaplanning wordt niet centraal geregeld, met uitzondering van de Directie Poliklinische en Outreachende zorg (POZ) waar dit gedeeltelijk wel gebeurt. Binnen Bouman ontbreekt een samenhangende planning van opname, behandeling en ontslag per patiënt.

Totaaloordeel van alle respondenten over de stelling: Er is een samenhangende planning van opname behandeling en ontslag per patiënt binnen de organisatie (LZ, POZ, ISZ)



Figuur 4.9 Een grote meerderheid van de respondenten (80%) vindt dat er een samenhangende planning ontbreekt ten aanzien van opname en ontslag binnen de organisatie

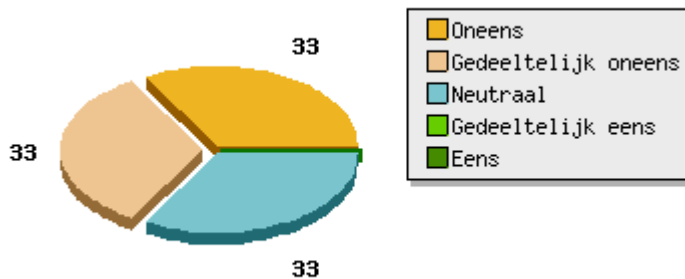
Er is binnen de Directies Poliklinische en Outreachende zorg (POZ) en Intramurale en Semimurale Zorg (ISZ) gedeeltelijk zicht op de capaciteiten die nodig zijn om de productie te realiseren en de kwaliteitsdoelen te bereiken. Binnen de Directie Langdurige Zorg heeft men het minste zicht op deze benodigde capaciteiten. De roosterplanning is binnen deze directie echter wel enigszins afgestemd op de pieken en dalen in de productie. Bij de andere twee directies ontbreekt deze afstemming meestal. Bij alle drie Directies worden er geen afspraken gemaakt over het tijdspad van de behandeling waarbinnen de professionals de gestelde taken moeten afronden.

Er zijn een aantal verschillen tussen de Directies ten aanzien van de infrastructuur. Na de intake is het bij de Directie Intramurale en Semimurale zorg (ISZ) duidelijk hoe de vervolgbehandeling eruit gaat zien en welke disciplines daarbij ingezet moeten worden.

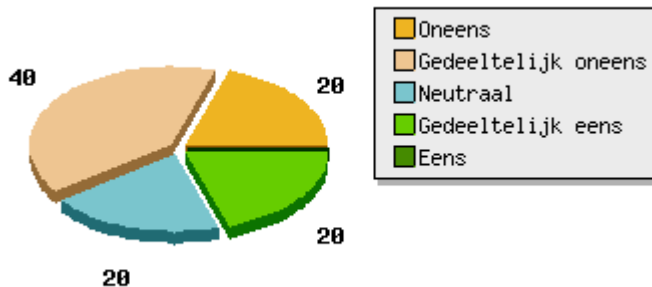
Directie Langdurige zorg (LZ) en Directie Poliklinische en Outreachende zorg (POZ) hebben daar onvoldoende zicht op. Bij deze laatste twee Directies is het onduidelijk en niet beschreven wie er verantwoordelijk is voor de doorlooptijd van de behandeling. De Directie Intramurale en Semimurale zorg (ISZ) heeft deze verantwoordelijkheden wel beschreven, maar in de praktijk, zo blijkt uit de interviews, is het niet altijd duidelijk wie deze verantwoordelijkheid werkelijk heeft. Men heeft binnen deze Directie (ISZ) redelijk zicht op de omvang van de te onderscheiden patiëntengroepen, dit zicht ontbreekt vooralsnog bij de andere twee Directies (LZ en POZ).

Per directie wordt aangegeven of het duidelijk is hoe de vervolgbehandeling eruit gaat zien en welke disciplines daarbij ingezet moeten worden.

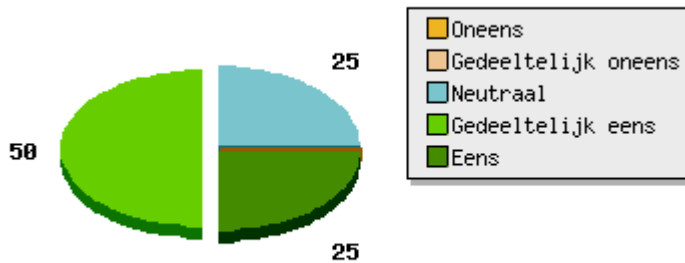
Directie Langdurige Zorg (LZ)



Directie Poliklinische en Outreachende Zorg (POZ)



Directie Intramurale en Semimurale Zorg (ISZ)



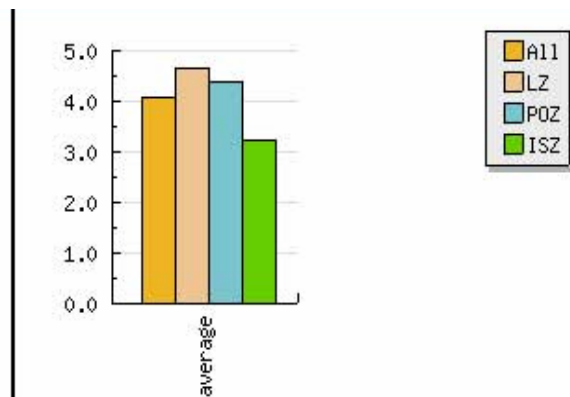
Figuur 4.10 Bij de Directie Langdurige Zorg heeft men het minste zicht op de vervolgbehandeling en de disciplines die daarbij ingezet moeten worden. Bij de Directie Poliklinische en Outreachende zorg, waar de meeste patiënten van de organisatie instromen en uitstromen vindt 60% dat zij geen weinig zicht hebben op de vervolgbehandeling en welke disciplines daarbij ingezet moeten worden. De Directie Intramurale en Semimurale Zorg heeft hier voor een belangrijk deel wel goed zicht op.

Sterkte analyse

De meeste respondenten geven aan dat meer dan 70% van de zorg op de afdelingen voor een belangrijk deel planbaar is. De Directie Intramurale en Semimurale zorg (ISZ) is het hier slechts voor een klein deel mee eens. De Directie Poliklinische en Outreachende zorg (POZ) geeft aan dat de zorg die zij bieden voor een belangrijk gedeelte goed voorspelbaar is. De Directie Langdurige zorg (LZ) geeft aan dat 70% van de door hen geleverde zorg zeker voorspelbaar is. Daar vindt men ook de zorgvraag van de patiënt goed voorspelbaar. Bij de Directie Intramurale en Semimurale zorg (ISZ) is de zorgvraag van de patiënt slechts voor een gedeelte voorspelbaar en bij de Directie Poliklinische en Outreachende zorg (POZ) geeft men aan dat de zorgvraag slechts enigszins te voorspellen is.

Hieronder een voorbeeld op een schaal van 1-5 (1= oneens 2 = gedeeltelijk oneens 3 = neutraal 4= gedeeltelijk eens 5 = eens).

Meer dan 70% van de zorgverlening binnen de afdeling is planbaar.



Figuur 4.11 Alle Directies geven in deze bargraph aan (4=eens) dat zij voor een belangrijk deel de indruk hebben dat meer dan 70% van de zorg planbaar is. De Directie Intramurale en Semimurale Zorg, waarvan men juist zou verwachten dat dit goed planbare zorg betreft, twijfelen hierover juist het meest en scoren net iets boven neutraal.

Professionals versus lijnmanagers

Zowel de professionals als de lijnmanagers zeggen te weinig invloed te hebben op de logistieke taken en doelstellingen waarvoor zij verantwoordelijk zijn. Men noemt als knelpunt dat er vaak belangenverstremelingen zijn tussen de professional en de lijnmanager. Deze belangen hebben bijvoorbeeld te maken met respectievelijk het belang van de zorg voor de individuele patiënt versus het belang van de organisatie om de Treeknormen van de wachttijden te kunnen garanderen. De verantwoordelijkheden van de zowel de professionals als ook de lijnmanagers voor logistieke taken op de afdelingen zijn voor beiden vaak niet duidelijk. Men ervaart de verantwoordelijkheden met betrekking tot de elementen die samenhangen met de overdracht (inhoud, tijdspad, planning, wachttijden, etc) momenteel als te vrijblijvend.

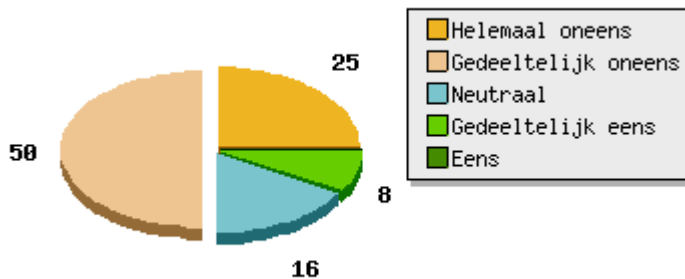
HRM

“Het is in de praktijk heel complex. Er zou eigenlijk meer overleg moeten zijn tussen de professional en de manager, dat is hier twee, drie keer gebeurd, maar dat is te willekeurig. (.....) Ik kan mijn dag ook slecht structureren. Dat komt niet omdat ik dat niet wil, maar door een tekort aan personeel. Dat heb ik wel aangevraagd maar het is mij niet duidelijk waarom als ik extra personeel nodig heb voor de behandeling dat wordt afgewezen. De manager zegt gewoon nee en legt niets uit of ik hoor er niets meer van. (.....) Het is hier niet duidelijk wie waarvoor precies verantwoordelijk is. Dat is ook heel lastig, als de manager bijvoorbeeld de medewerkers niet aanspreekt, want ik heb geen tijd voor het aansturen van het team. En dat mis ik, dat ik de medewerkers meer zou willen aansturen of in betere samenwerking met de manager. (...) Er is een groot verloop onder de artsen vanwege de specialisatie wensen van de artsen die daarvoor binnen de organisatie te weinig mogelijkheden hebben”, aldus een professional.

Zwakte analyse

Bij de medewerkers ontbreken volgens met name de Directie Intramurale en Semimurale zorg (ISZ) gedeelde waarden en normen en een vergelijkbare professionele attitude over hoe men omgaat met patiënten. Deze waarneming wordt zowel door de professionals als de lijnmanagers ondersteund. De samenwerking tussen de afdelingen is op operationeel niveau per patiënt afhankelijk van de betrokken professional maar onvoldoende in de structuur van de organisatie verankerd. Zowel de professionals als de lijnmanagers ervaren onvoldoende ondersteuning en begeleiding tijdens veranderingsprocessen binnen de organisatie. Professionals en lijnmanagers geven aan dat medewerkers onvoldoende worden betrokken bij het ontwikkelen van het logistieke behandelproces.

Totaaloordeel van alle respondenten over de stelling: Er wordt goed samengewerkt met de andere afdelingen binnen de organisatie (LZ, POZ, ISZ)



Figuur 4.12 Over het algemeen vinden alle Directies dat er onvoldoende samenwerking is tussen de verschillende afdelingen binnen de organisatie. 8% geeft aan dat er wel goed wordt samengewerkt.

Sterkte analyse

Medewerkers worden actief uitgenodigd om knelpunten tijdens de overdracht te melden aan hun leidinggevende, bijvoorbeeld wanneer de patiënt over gaat naar een andere afdeling of Directie. Uit de interviews blijkt dat de meeste managers de organisatie ontwikkelingsgericht vinden. De professionals geven aan dat de organisatie dit wellicht nastreeft en dat er in topprofessionals ook wel geïnvesteerd wordt, maar dat de lager opgeleide medewerkers weinig opleidingsmogelijkheden hebben.

Professionals versus lijnmanagers.

Zowel de professionals als de lijnmanagers vinden dat de lijnmanagers op dit moment onvoldoende toegerust zijn om de logistieke taken naar behoren uit te voeren.

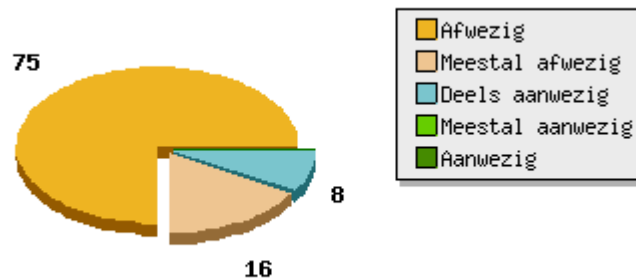
Technologie

“Kijk je hebt natuurlijk ook een elektronisch patiënt dossier, dat wordt nu nauwelijks gebruikt. Daarmee zou je heel veel tijd kunnen winnen. En dan denk ik wel dat je ook heel veel kan tackelen. Op het moment dat het een kwestie is van dat al het personeel getraind is. Dan gaat er als een patiënt vertrekt een druk op de knop en het elektronische patiënten dossier zorgt ervoor dat het bij de vervolgfdeling is, die dan onze bevindingen en bij wijze van spreken medicatie veranderingen kan inzien, dat kan allemaal”, aldus een professional.

Zwakke analyse

Er ontbreekt een systematische gegevensverzameling binnen alle directies over de momenten van overdracht tijdens de gehele behandeling van de patiënt. Er is wel een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) aanwezig in de procesondersteunende software (User), maar er wordt niet gewerkt met een EPD en men weet niet of de inhoud van dit EPD is toegespitst op de organisatie. Men ervaart de huidige ICT toepassingen binnen de organisatie als onvoldoende toereikend om de logistieke taken optimaal te kunnen uitvoeren.

Totaalscore van alle respondenten of er binnen de Directies wordt gewerkt met het Elektronisch Patiënten Dossier (LZ, POZ, ISZ)



Figuur 4.13 Er wordt niet (16%) of meestal niet (75%) met een Elektronisch Patiënten Dossier gewerkt in de organisatie. 8% weet niet of er met een EPD wordt gewerkt.

Sterkte analyse

Er is zowel bij de managers als de professionals geen weerstand tegen ICT toepassingen binnen de zorgverlening en zorgorganisatie, zij staan hier juist erg open voor en zijn ook bereid om te investeren in eigen kennisontwikkeling op dit gebied.

Professionals versus lijnmanagers

Er ontbreken organisatiebrede intervisiebijeenkomsten voor lijnmanagers en voor professionals zijn deze beperkt aanwezig. Het beeld dat de professionals hebben over de overlegmogelijkheden en de intervisiemogelijkheden van lijnmanagers komt niet overeen met datgene wat de lijnmanagers aangeven. De professional denkt dat de lijnmanagers regelmatig overleg hebben om beleid af te stemmen terwijl de lijnmanagers aangeven dit onvoldoende of in beperkte mate te hebben. Ook denkt de professional dat de manager de

mogelijkheid heeft tot intervisiebijeenkomsten, terwijl de lijnmanagers aangeven deze mogelijkheden niet te hebben binnen de organisatie. Zowel de professionals als ook de lijnmanagers vinden dat er onvoldoende management development trainingen voor zowel de professionals als de lijnmanagers zijn.

Zorglogistiek algemeen

“Als je nou drie belangrijkste knelpunten moet noemen met betrekking tot logistiek binnen Bouman, dan is dat ten eerste het gebrek aan een gemeenschappelijk referentiekader. Het is noodzakelijk dat je met zijn allen toch dezelfde denkrichting hebt. Ten tweede dat je je daarbij realiseert dat het om patiënten gaat en niet om nummers, aantallen, maar dat je iets zoekt wat maakt dat die patiënten mensen worden en dat maakt dat je moet gaan communiceren over wat er aan de hand is en wat er moet. Dat heeft alles te maken met informatie. Zijn we op de hoogte van elkaars werk, weten we elkaar snel te vinden, hebben we voldoende kennis in huis en hoe combineren we kennis. Ik kan me voorstellen dat als je specialist bent op het één dat je niet precies weet en kunt weten wat een andere specialist doet, daar ben je specialist voor en daar heb je ook heel veel nodig. Je moet de kennis weten te combineren. Dus het zoeken naar die integrale behandelplannen dat vind ik van eminent belang. En ten derde denk ik aan de ondersteunende tools verbeteren, zoals User, waardoor de processen inzichtelijker worden. Dat zijn voor mij de drie belangrijkste punten, en misschien ook wel cultuur.”

“Het gaat hier om logistiek, maar je zou ook naar de communicatie kant moeten kijken, naar de marketing kant ook voor de interne organisatie. Net als in de Albert Heijn moeten we weten welke producten we als instelling in huis hebben, want als ze dat niet begrijpen gaat het voortdurend fout. Dan kan je nog zo ’n mooi logistieksysteem hebben”, aldus twee lijnmanagers

Zwakke analyse

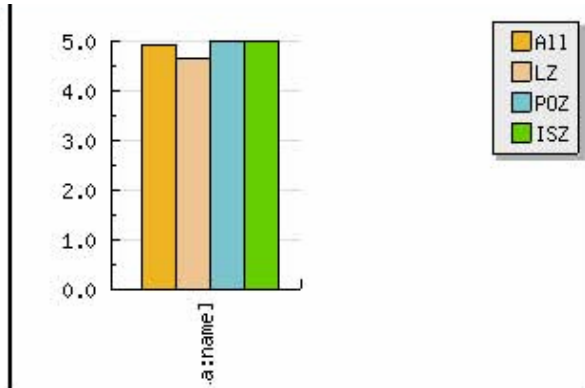
Gemiddeld genomen beoordelen de professionals en de lijnmanagers van de drie Directies de logistieke organisatie van de primaire en de ondersteunende domeinen binnen Bouman GGZ als onvoldoende toereikend (de inkomende logistiek, productie processen, uitgaande logistiek, service, infrastructuur, HRM en de technologie).

Sterkte analyse

Zowel de lijnmanagers als de professionals voelen zich mede-verantwoordelijk voor de problemen op andere afdelingen. Zij willen graag meewerken aan het verbeteren van de logistiek binnen de organisatie. Men is er van overtuigd dat logistieke interventies kunnen bijdragen aan een verbetering van de service en de efficiëntie binnen Bouman GGZ. Zowel de professional als de lijnmanagers denken dat de overdracht van informatie, patiënten en de planning van de afspraken beter kan

Hieronder een voorbeeld op een schaal van 1-5 (1= oneens 2 = gedeeltelijk oneens 3 = neutraal 4= gedeeltelijk eens 5= eens)

Ik denk dat logistieke interventies absoluut een bijdrage kunnen leveren aan de verbetering van de service en de efficiëntie binnen onze organisatie.

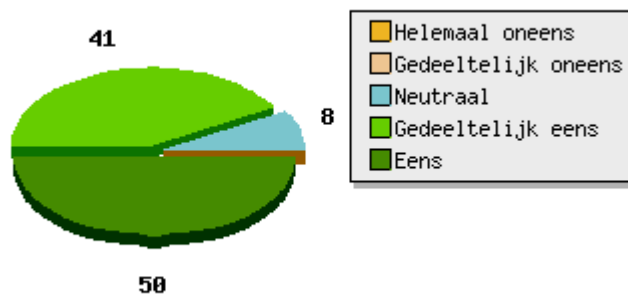


Figuur 4.14 Alle respondenten zijn het erover eens dat logistieke interventies absoluut een bijdrage kunnen leveren aan de verbetering van de service en de efficiëntie binnen de organisatie.

Professionals versus lijnmanagers

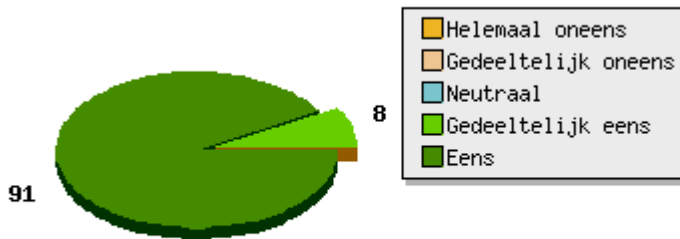
De lijnmanagers zijn het gedeeltelijk oneens met de stelling dat zorglogistiek alleen een taak en een verantwoordelijkheid van managers is. De professionals zijn het met deze stelling helemaal oneens. Beiden vinden het noodzakelijk dat de professionals betrokken worden bij de herinrichting van de logistieke processen. Zowel de professionals als de lijnmanagers denken dat er op hoofdlijnen van de behandelingen meer standaardisatie mogelijk is dan momenteel het geval is in de organisatie.

Totaalbeoordeling van alle respondenten op de vraag of er meer standaardisatie van behandelingen mogelijk is dan momenteel binnen Bouman GGZ (LZ, POZ en ISZ)



Figuur 4.15 Over het algemeen vinden alle Directies dat er onvoldoende samenwerking is tussen de verschillende afdelingen binnen de organisatie. 8% geeft aan dat er wel goed wordt samengewerkt.

Totaalbeoordeling van alle respondenten van de stelling of zij graag willen meewerken aan het verbeteren van de logistiek binnen de organisatie (LZ, POZ en ISZ)



Figuur 4.16 Zowel de professionals als de lijnmanagers van alle Directies willen graag meewerken aan het verbeteren van de logistiek binnen Bouman GGZ

Om de resultaten van het onderzoek op een abstract niveau te weergeven binnen de interfaces van de organisatie is er een conceptueel model interfaces door de onderzoeker ontwikkeld en toegepast op Bouman GGZ. Het model is een schematische weergave van de Directie Langdurige zorg (LZ), Directie Poliklinische en Outreachende zorg (POZ) en de Directie Intramurale en Semimurale Zorg (ISZ) en illustreert waar de interfaces binnen deze Directies zich bevinden. In het volgende hoofdstuk wordt het begrip interface nader toegelicht en worden de resultaten van het onderzoek gerelateerd aan de interfaces. Daarbij worden aanbevelingen gedaan op operationeel, tactisch en strategisch niveau, om de logistieke planning en de samenwerking in het licht van procesgestuurd werken te verbeteren.

HOOFDSTUK 5

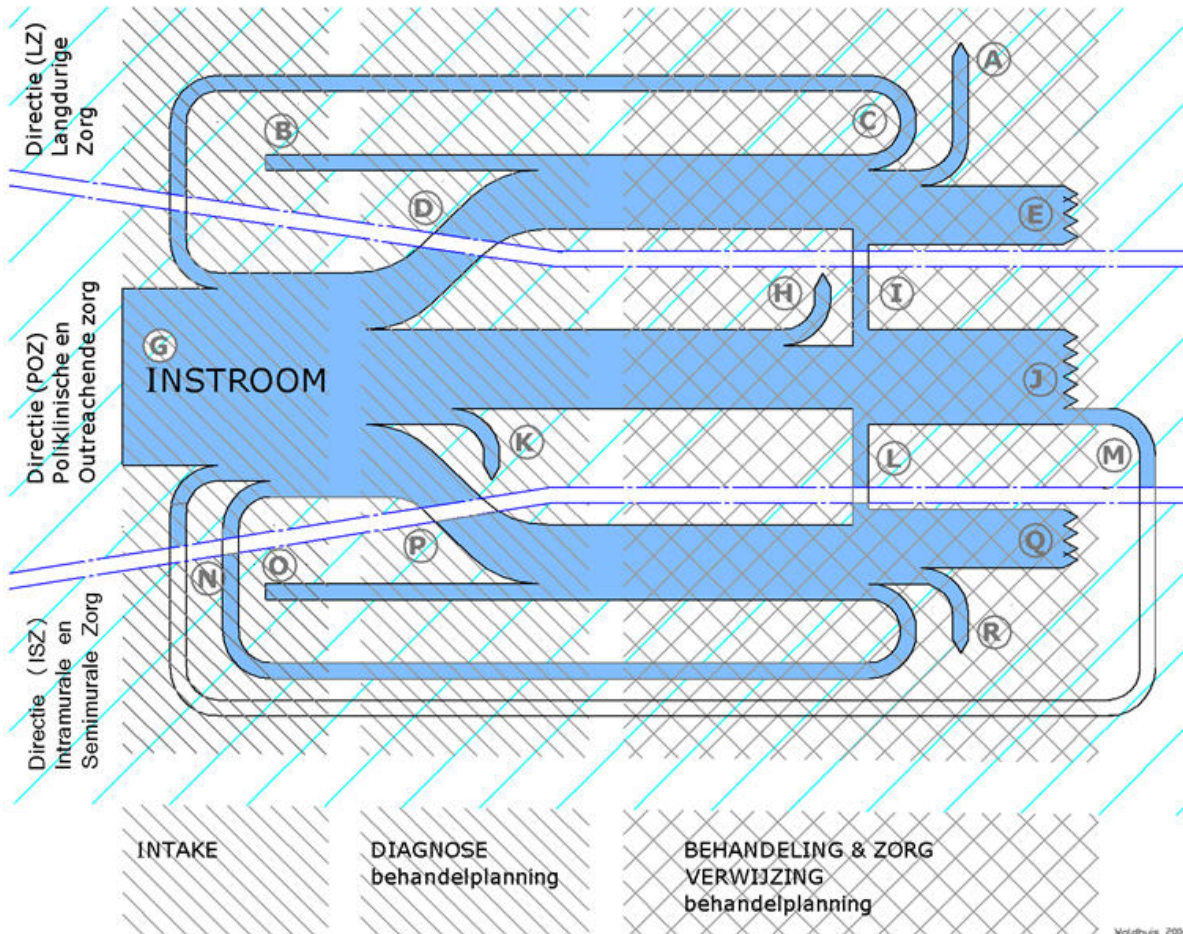
CONCEPTUEEL MODEL INTERFACES

- 5. Conceptueel model interfaces
- 5.1 Conceptueel model interfaces
- 5.2 Conceptueel model interfaces toegepast op Bouman GGZ

5.1 Conceptueel model interfaces

Het conceptueel model interfaces is door de onderzoeker ontwikkeld en vervolgens toegepast op Bouman GGZ om zich op een abstract niveau te kunnen oriënteren en het overzicht te behouden over de patiënten distributie en de procesraakvlakken. Aan de hand van het in kaart gebrachte proces is het mogelijk geweest om de resultaten te kunnen interpreteren van dit onderzoek naar de zorglogistieke organisatie van Bouman GGZ. Het model is een schematische weergave van de drie Directies: Directie Langdurige zorg (LZ), Directie Poliklinische en Outreachende zorg (POZ) en de Directie Intramuraal en Semimurale Zorg (ISZ). Het model illustreert waar de interfaces binnen deze Directies zich bevinden. Het begrip interface wordt in dit model gebruikt als een organisatiebegrip en verwijst naar de raakvlakken tussen afdelingen of Directies die met elkaar verbonden zijn via patiëntprocessen (klantprocessen). Dat betekent dat er zich ook interfaces voordoen binnen deze Directies, omdat ook binnen één Directie overdrachten plaatsvinden van de ene naar de andere afdeling. Met dit model kan men tussen de Directies onderscheiden waar de transitiepunten liggen (daar waar een overgang is, dat hoeven niet perse wachttijden te zijn) en waar gemeenschappelijke processen bestaan die op elkaar aansluiten en mogelijkheden voor gedeelde capaciteiten. Bij het ontwikkelen van de behandeltracés, waarbij het patiëntenproces over Directiegrenzen verloopt, is het van essentieel belang dat men rekening houdt met de principes en voorwaarden zoals deze in dit hoofdstuk zijn beschreven. Met behulp van deze principes en voorwaarden kan men de stromen van informatieoverdracht en patiëntenoverdracht alsook de planning van capaciteiten en patiënten optimaliseren.

5.2 Conceptueel model interfaces toegepast op Bouman GGZ

PATIENTEN STROOMDIAGRAM MET INTERFACES

Bovenstaand model maakt duidelijk dat er gedurende het behandelproces sprake is van wederzijdse afhankelijkheden binnen Bouman GGZ tussen de Directie Langdurige zorg (LZ), Directie Poliklinische en Outreachende zorg (POZ) en de Directie Intramurale en Semimurale Zorg (ISZ). Per directie is in dit model aangegeven waar de interfaces zich voordoen. Deze interfaces zijn aangeduid met een hoofdletter.

G, B, O Externe Instroom

De externe instroom is qua volume het grootst bij de Directie Poliklinische en Outreachende Zorg (POZ) en binnen deze Directie is ook de diversiteit van het type zorgvraag het grootst. Dit is van belang bij het ontwerpen van de tracés. Vanuit deze Directie ontstaan de meeste verwijzingen naar de andere twee Directies. De Directie

Langdurige Zorg (LZ) en Directie Intramurale en Semimurale Zorg (ISZ) ontvangen relatief gezien vaker specifieke aanmeldingen voor het behandelaanbod binnen de eigen Directie en zijn tevens afhankelijker van de interne instroom met name vanuit de Directie Poliklinische en Outreachende Zorg (POZ). Omdat er een onderproductie is binnen de Directie Langdurige Zorg (LZ) en er een overload bestaat aan patiënten met langdurige ambulante contacten binnen de Directie Poliklinische Outreachende Zorg (POZ), is het een optie om onderling te bespreken of de indicatiecriteria en het behandelaanbod van de Directie Langdurige Zorg (LZ) aangepast kunnen worden zodat de capaciteiten beter worden benut en de productie van Bouman als geheel kan worden verbeterd. Na het inzichtelijk maken van de wachttijden dient er een betere afstemming komen van vraag en aanbod verdeeld over de drie Directies. Om deze afstemming te realiseren is buffervorming nodig. Men kan per Directie of bij voorkeur in overleg met elkaar bepalen of deze buffers aan de aanbodzijde (komt ten goede aan de service kwaliteit) of aan de vraagzijde (komt ten goede aan de doelmatigheid) moeten plaatsvinden.

Met de lijnmanagers dienen op deze interfaces afspraken worden gemaakt over normen en regels met betrekking tot wachttijden voorafgaande aan het eerste gesprek en normtijden waarbinnen de patiënt een diagnose en een behandelaanbod kan verwachten. De lijnmanagers dienen er vervolgens voor te zorgen dat er evenwicht is tussen flexibiliteit en onzekerheid. In het bijzonder dient men met de professionals samen organisatiebreed overeenstemming te bereiken over welke zorg planbaar is en hiervoor plannings-systematieken te ontwikkelen die tussen alle Directies op elkaar zijn afgestemd.

Hoewel de professionals aangeven goed zicht te hebben op de verschillende processtappen tijdens een behandeling zijn deze nog niet vastgelegd en dat is voor het ontwerpen van een tracé noodzakelijk. Daarnaast dienden de professionals inzichtelijk te maken welke indicaties er gelden voor het specifieke behandelaanbod (tracé) wat aan de verschillende patiënten categorieën kan worden aangeboden zodat de patiënt op de juiste plek en aan de juiste persoon binnen de organisatie wordt gekoppeld. Voor het bepalen van de Diagnose Behandel Combinatie, het behandelplan en het behandeltracé wat de patiënt krijgt aangeboden, dient een gekwalificeerde pool van professionals geformeerd te worden om per patiënt een behandelplan te ontwikkelen dat leidend is tijdens het te doorlopen tracé. Voor het bieden van de beste kwaliteit en service is het raadzaam een team indicatiestellingen te formeren met professionals vanuit alle Directies die voldoende diagnostisch gekwalificeerd zijn en zicht hebben op het totaalaanbod binnen Bouman GGZ.

D, P Doorstroom in begin van het zorgtraject vanuit de Directie Poliklinische Outreachende Zorg (POZ) naar de Directie Langdurige Zorg (LZ) en de Directie Intramurale en Semimurale Zorg (ISZ)

Hier dienen de professionals en de lijnmanagers duidelijke afspraken te maken over de kwaliteit en de inhoud van de informatieoverdracht voor een optimale aansluiting op het te vervolgen tracé van de patiënt binnen de volgende Directie. De normen met betrekking tot de timing van de aanmelding naar een andere directie en de wachttijd voorafgaande aan de overname van de patiënt moeten op Directieniveau worden vastgesteld. Op alle interfaces geldt dat er daarbij een goede match tussen kwaliteit en doelmatigheid moet zijn die de professionals en de lijnmanagers met elkaar realiseren. Deze match kan alleen worden gehanteerd als er beleidsmatige en operationele doelen zijn vastgesteld met betrekking tot de kwaliteit en de doelmatigheid en de planbaarheid. Deze dienen door de

professionals en de lijnmanagers van alle Directies in samenwerking met elkaar ontwikkeld te worden. Aan deze normen kunnen prestatie-indicatoren worden gekoppeld. Prestatie-indicatoren zijn meetbare grootheden die een organisatie in staat stellen om de geleverde prestatie te relateren aan een tevoren vastgestelde norm. Prestatie-indicatoren/normen zijn noodzakelijk bij de planning van logistieke activiteiten, kostprijsberekening, het vaststellen van de objectieve productiviteit (efficiency), het bepalen van de optimale werkmethoden, het afwegen van de onderlinge systeemalternatieven en het meten van resultaten.

Voor de interne verwijzers, de Directie Poliklinische en Outreachende Zorg (POZ) moet duidelijker worden welke informatie zij dienen aan te leveren voorafgaande aan de overdracht naar de andere Directies. De professionals kunnen voorschrijven wat zij nodig hebben van de verwijzende Directie Poliklinische en Outreachende Zorg (POZ), voorafgaande aan het eerste gesprek wat zij gaan voeren als zij de behandeling overnemen binnen het tracé. De behandel-eindverantwoordelijke dient er op toe te zien dat deze afspraken in de praktijk worden nageleefd en kan daarop worden aangesproken.

A, H, K, R Externe verwijzing tijdens of na afronding van het behandelproces

Het is van belang om met de partners in de keten buiten Bouman GGZ normtijden en criteria voor een inhoudelijke overdracht af te spreken om het afgeronde aanbod van Bouman GGZ af te stemmen op degenen die de vervolgzorg gaan bieden. Tussen de lijnmanagers en de professionals kunnen deze netwerkcontacten worden verdeeld, zolang maar duidelijk is wie welke partners in de keten in portefeuille heeft en er duidelijk is tot op welke hoogte er afspraken over samenwerking mogen worden gemaakt.

Omdat de professional beslist over het ontslag van de patiënt, is het niet logisch dat alleen de lijnmanager verantwoordelijk is voor de uitstroom op de afdeling. Over de verdeling van deze verantwoordelijkheden moet op Directieniveau afspraken worden gemaakt. Omdat drugs een langdurige verandering teweeg kan brengen in het beloningssysteem in de hersenen, valt er een aanzienlijk percentage patiënten na afronden van de behandeling weer terug in middelenmisbruik. Daarom is het van belang dat de behandelaar die de patiënt dan opnieuw in behandeling krijgt weet welke stappen hij of zij als eerste moet ondernemen om risico op toenemend gebruik te verminderen. Uit het onderzoek blijkt dat er voor de ontslagbrief een organisatiebreed format aanwezig is dat ook wordt gebruikt. Het moet ook duidelijk worden wie er op toe te zien dat alle onderdelen van dit format zijn ingevuld en of er is beschreven welke acties er ondernomen moeten worden bij een eventuele terugval van de patiënt en tot wie of waar de patiënt of de verwijzer zich dan vervolgens moet wenden. K staat voor een externe doorverwijzing na een eerste diagnose. Er blijkt dan geen indicatie voor behandeling binnen Bouman GGZ te zijn. A, H en R zijn gerichte externe doorverwijzingen tijdens de behandeling of na afronding van de behandeling binnen Bouman GGZ.

Bij A, H en R dient men zich af te vragen of patiënten die tijdelijk of definitief extern worden overgedragen, na verloop weer terug kunnen komen binnen Bouman GGZ. Er dienen afspraken te komen over de vraag of er capaciteit binnen Bouman gereserveerd of aangehouden moet worden. Bijvoorbeeld een patiënt die naar een RIBW voorziening gaat en daar opnieuw middelen gaat misbruiken waardoor de patiënt uit deze voorziening wordt gezet en weer heraangemeld bij Bouman GGZ.

C, M, N Interne instroom (her-indicatie bij terugval of onjuiste diagnose tijdens behandeltraject of ambulante zorg als vervolg op klinische zorg)

Op deze interfaces moet voor alle interne verwijzers duidelijker worden welke informatie zij dienen aan te leveren voorafgaande aan de overdracht naar een andere Directie en binnen welk tijdsbestek de informatie aanwezig moet zijn om de behandeling zo goed mogelijk te kunnen vervolgen. De lijnmanagers moeten erop toezien dat deze afspraken worden nagekomen en zo nodig actie ondernemen om de service aan professionals te verbeteren.

I, L, Doorstroom na afronden van behandeling naar volgende Directie

Afdelingen kunnen een verwijzing rechtstreeks naar een andere afdeling kortsluiten. In het model gebeurt dat via de as I L. Op dit niveau moet men de afspraken coördineren. De lijnmanagers moeten ervoor zorgen dat zij tijdig de informatie leveren aan het regelbureau of planningsbureau zodat ook vanuit de andere Directies daarop geanticipeerd kan worden. Wanneer er op het operationele niveau knelpunten ontstaan, is het van belang dat dit door de lijnmanagers op Directieniveau wordt besproken om te bepalen waar in de organisatie eventueel actie moet worden ondernomen. De professionals dienen te zorgen voor een systematische overdracht van patiënten informatie waarbij duidelijk is welke diagnostiek en behandelingen er tot op heden zijn gedaan, wat de bevindingen zijn tot dat moment en wat de doelen voor de toekomst zijn waaraan de volgende behandelaar verder kan werken. Deze informatie moet gebaseerd zijn op concrete feiten en nauwgezet (duidelijk, niet vaag) beschreven en via een vaste structuur (nog nader te bepalen) overgedragen. In het dossier moet zichtbaar zijn hoe men vanuit een hypothese stap voor stap tot verdere ontwikkeling van het behandelplan is gekomen, zodat dit inzichtelijk blijft voor de volgende behandelaar en deze daarop naadloos kan aansluiten.

E, J, Q Afronding van proces voor (na)zorg buiten de organisatie

Dit is het eindpunt van de zorgvraag en de zorgketen. Hier worden regels worden afgesproken voor overdracht en eindrapportage naar de huisarts.

Hoewel sprake is van een complexe organisatie met veel onderlinge afhankelijkheden en raakvlakken, is met dit model zichtbaar dat er veel winst in het logistieke proces te behalen is, waarmee Bouman GGZ tot verbetering van haar logistieke prestaties kan komen. Juist omdat het huidige proces en de interfaces binnen de organisatie voor de professionals en de lijnmanagers niet inzichtelijk zijn en zij zich willen inzetten voor het verbeteren van de logistieke organisatie, is er veel potentieel aanwezig voor het behalen van winst. Dit model biedt Bouman GGZ oriëntatie en aanknopingspunten voor het aanbrengen van concrete verbeteringen in de logistieke organisatie van Bouman GGZ op de verschillende interfaces.

HOOFDSTUK 6 CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

6 Conclusie en aanbevelingen

6.1 Conclusies en aanbevelingen

Dit onderzoek heeft zich gericht op de volgende probleemstelling:

Welke aanpassingen in de zorglogistieke organisatie van Bouman GGZ kunnen er op basis van logistieke en de organisatietheoretische overwegingen worden voorgesteld om de interne overdracht, de doorstroming van patiënten en de samenwerking tussen de interfaces te verbeteren.

Met behulp van de onderstaande deelvragen is deze probleemstelling beantwoord. .

1. Wat zijn de huidige problemen op de interfaces in Bouman GGZ die de overdracht van de patiënten en informatie bemoeilijken?

Zowel de professionals als de lijnmanagers hebben onvoldoende zicht op het aantal interfaces binnen de organisatie. Ook ontbreken binnen de Directies afspraken over de randvoorwaarden om de overdracht van patiënten en informatie op deze interfaces optimaal te kunnen laten verlopen. De inhoudelijke afstemming tussen de Directies is op dit punt onvoldoende. Er ontbreken normerende afspraken over de tijd, de inhoud, de vorm en de toegankelijkheid van patiëntenoverdracht en informatieoverdracht. Men heeft onvoldoende zicht op de duur van de verschillende wachttijden of doorstroomtijden van patiënten. Er is binnen de verschillende Directies onvoldoende kennis aanwezig van de verschillende interne behandelmogelijkheden binnen Bouman GGZ waardoor de indicatiestelling voorafgaande aan de behandeling niet efficiënt verloopt. Daardoor ontbreekt er vaak een goede aansluiting na een overdracht op een vervolgbehandeling. Daarnaast is er beperkt zicht op het totale behandelproces van een patiënt en is er niemand verantwoordelijk voor het verloop van het gehele behandeltraject van de patiënt, terwijl dat proces regelmatig door alle Directies heen loopt. Men focust zich vooral op de zorg binnen de eigen unit, afdeling of Directie. De logistieke en inhoudelijke zorg is daardoor vooral georganiseerd op unit-niveau.

De samenwerking tussen de verschillende afdelingen en Directies is onvoldoende in de structuur van de organisatie verankerd waardoor de overdracht van patiënten en informatie niet systematisch en voldoende eenduidig verloopt. Met betrekking tot de planning van capaciteiten ontbreken er integrale systemen die ervoor zorgen dat het behandelproces in de tijd patiëntvriendelijk verloopt en die tevens de kosten kunnen beperken doordat capaciteiten over alle Directies heen op elkaar worden afgestemd. Men houdt daardoor onvoldoende rekening met het afstemmen van initiërende en volgende activiteiten waardoor de overdracht van zowel patiënten als informatie onvoldoende kosteneffectief, onvoldoende servicegericht en onvoldoende doelmatig is. De huidige logistieke organisatie van de zorg binnen alle Directies kenmerkt zich door éénstapslogistiek waardoor een integrale processturing op het niveau van de patiënt of patiëntenroute ontbreekt en een efficiënte en effectieve overdracht van informatie en patiënten bemoeilijkt wordt.

2. Wat zijn de consequenties op het gebied van logistiek en organisatie voor Bouman GGZ wanneer zij gaan werken met behandeltracés?

- Is de huidige overdracht van patiënten en informatie voldoende procesgestuurd ingericht om te kunnen werken met behandeltracés?
- Zijn er aanpassingen noodzakelijk in de organisatie van de primaire en ondersteunende activiteiten om de overdracht van informatie en patiënten tussen de interfaces te verbeteren

De huidige overdracht van patiënten en informatie binnen Bouman is onvoldoende procesgestuurd ingericht om te kunnen werken met behandeltracés. Er zijn aanpassingen nodig in zowel de primaire activiteiten (inkomende logistiek; productieprocessen; uitgaande logistiek; service) als ook de ondersteunende activiteiten (infrastructuur met capaciteitsbeheersing planning en verantwoordelijkheden; HRM beleid; technologie). Om dit systematisch te kunnen doen kan men gebruik maken van de analyse van de resultaten uit dit onderzoek en het conceptueel model interfaces wat in dit onderzoek is ontwikkeld voor Bouman GGZ. Wanneer Bouman GGZ gaat werken met behandeltracés, dient er voorafgaande aan de implementatie een integrale processturing ontwikkeld te worden op het niveau van de patiënt of patiëntroute. Daarvoor kan men gebruik maken van het raamwerk van Vissers, De Vries en Bertrand (2001) in combinatie met het theoretische hoofdstuk van dit onderzoek. Voor het besturen van de gegevens en het kunnen plannen en afstemmen van capaciteiten tussen alle Directies dient men gebruik te maken van principes van ketenlogistiek of Supply Chain Management. Daarvoor zijn vooral investeringen nodig op het gebied van de infrastructuur, de technologie en bijscholing in het procesgericht denken.

3. Welke eisen stelt dat aan de organisatie en welke consequenties heeft dit voor de professionals en de lijnmanagers?

1. *Uitdagingen voor de Lijnmanagers*
2. *Uitdagingen voor de Professionals*

1. *Uitdagingen voor de Lijnmanagers*

Het management dient zich meer te verdiepen in het primaire proces en daarbij ten dienste staan aan het werk van professionals. Een goede interne dienstverlening is een voorwaarde voor goede zorg aan de patiënt. Het is de rol en de taak van het management, van het afdelingshoofd tot en met de Raad van Bestuur, om het primaire proces te ondersteunen en om de taken van de professionals te faciliteren. Een ondersteunende managementrol kan ervoor zorgen dat professionals optimaal hun werk doen. Daarvoor is het nodig dat de lijnmanagers beter zicht krijgen op het primaire proces en dat zij de professionals meer betrekken bij de gewenste inrichting van de logistieke organisatie van Bouman GGZ. Door een verbeterde samenwerking is het mogelijk om de overdracht van informatie en patiënten binnen de behandeltracés in de toekomst optimaal aan te sturen en waar nodig bij te sturen.

De lijnmanagers dienen vanuit de Raad van Bestuur meer ondersteuning te krijgen op het gebied van kennisontwikkeling van logistieke organisatieprincipes en productiesturing. Alleen dan worden zij in staat gesteld om ook werkelijk de logistieke verantwoordelijkheden

naar behoren te kunnen uitvoeren wanneer men besluit om over te gaan naar een procesgestuurde organisatie.

2. Uitdagingen voor de Professionals

De professionals dienen de te onderscheiden patiëntencategorieën inzichtelijk te maken en moeten de planbare zorg zoveel mogelijk in beeld brengen, omdat er vandaaruit effectief op processen kan worden gestuurd.

Bij het onderscheiden van patiëntencategorieën is het van belang die onderscheid niet te baseren op het ziektebeeld, maar dienen de karakteristieken van het logistieke proces maatgevend te zijn voor een logistieke inrichting. Bij het samenstellen van homogene categorieën moet men rekening houden met de volgende karakteristieken:

- spoed of planbaar
- urgentie (laag/middel/hog)
- kort, langdurig of chronisch
- complexiteit (diagnostiek, consultatie, mono/multi disciplinair, cyclisch)
- voorspelbaarheid van het aantal behandelingen, behandelduur en routing (voorspellen welke stappen je moet nemen in welke volgorde, waar de beslismomenten zijn, waar je stappen kunt overslaan, duur en doorlooptijd van de stappen en benodigde capaciteiten)
- volume (percentage hoog, middel en laag)
- waar kunnen shared resources worden ingezet (gedeelde capaciteiten)

Op basis van bovenstaande karakteristieken kan men patiëntencategorieën indelen waarmee er effectief gestuurd kan worden op wachttijden en doorlooptijden. Om de planning binnen de tracés optimaal te laten verlopen moet de indicatiestelling en het behandelplan vanaf de start van de behandeling leidend zijn voor het vervolgtraject. Daarnaast moeten de professionals zoveel mogelijk uniformering aanbrengen in de verslaglegging en meewerken aan het ontwikkelen van een voor Bouman GGZ geschikt Elektronisch Patiënten Dossier waarin de patiënteninformatie wordt opgeslagen en toegankelijk is voor diegenen die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de patiëntenzorg. De kwaliteitsontwikkeling en de kwaliteitstoetsing hiervan is een taak van de behandelendverantwoordelijken.

4. Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan op operationeel, tactisch en strategisch niveau, om de logistieke planning en de samenwerking in het licht van procesgestuurd werken te verbeteren?

In hoofdstuk 5 is al uitgebreid besproken hoe met behulp van het conceptueel model interfaces knelpunten kunnen worden gesignaleerd op basis waarvan verbeteringen kunnen worden aangebracht. Hieronder volgen nog een aantal concrete aanbevelingen.

- 1. Werken aan een samenhangende sturing van de organisatie*
- 2. Investeren in ICT*
- 3. Verbetering van het planningssysteem door regelbureau*
- 4. Bepalen en vastleggen van verantwoordelijkheden*

1. Werken aan een samenhangende sturing van de organisatie

Wanneer men over wil gaan naar een procesgerichte organisatie en een zorglogistieke bedrijfsvoering staan niet de activiteiten, afdeling of de Directie centraal, maar de processen die daar doorheen lopen. Er dient dan een samenhangende sturing te komen van patiëntenstromen, capaciteitenplanning en procestriggers. Om deze sturing te laten aansluiten op de vraag en het aanbod binnen de organisatie, kan men gebruik maken van het raamwerk van Vissers, de Vries en Bertrand (2001). Met behulp van dit raamwerk is het mogelijk om vast te stellen op welk niveau er beslissingen moeten worden genomen binnen de organisatie die bepalend zijn voor de onderliggende niveau's en vice versa. Dit vereist van de Raad van Bestuur een duidelijke visie op de logistieke organisatie en besluitvaardigheid om binnen het strategische beleid van Bouman GGZ een focus te bepalen ten aanzien van de afstemming tussen de vraag en het geformuleerde aanbod. Met deze focus geeft men ook aan welke optimalisatie leidend is, bijvoorbeeld de kosteneffectiviteit of servicegerichtheid en welke uitzonderingen men ziet op deze prioriteiten. Op basis van deze focus dienen de beleidskeuzes en de operationalisaties hiervan bepaald te worden op de onderliggende niveau's van het raamwerk. De optimalisatie van de planbare zorg en de clustering van homogene groepen heeft grote gevolgen voor de inrichting van de organisatie en overschrijdt de Directiegrenzen. De Raad van Bestuur heeft daarom een taak bij de discussie over de planbare zorg omdat hier keuzes uit voortkomen die alleen goed te maken zijn op een strategisch niveau.

Vanuit logistieke basisprincipes die werkzaam zijn binnen de gezondheidszorg moet de organisatie zo worden heringericht dat de processturing centraal staat. Daarvoor is meer zicht nodig op de huidige behandelprocessen en patiëntencategorieën binnen de drie Directies van Bouman GGZ. Daarnaast is het nodig om beter zicht te krijgen op de waarde die de patiënten en de interne en externe verwijzers hechten aan verschillende aspecten van het product binnen de verschillende stappen van het gebruikersproces. Gesprekken en afspraken met interne en externe stakeholders (ook patiënten) bieden kansen om de in dit onderzoek naar voren gekomen gebieden waarop innovatie mogelijk is verder te concretiseren.

2. Investeren in ICT

Logistieke beheersing is niet mogelijk zonder een adequaat informatiesysteem, vooral wanneer er sprake is van een complexe portfolio binnen een grotere organisatie zoals Bouman GGZ. Wanneer Bouman GGZ een transformatie wenst van een functiegerichte organisatie naar een procesgerichte organisatie vereist dit niet alleen een verandering van haar primaire proces, maar vooral ook van haar ondersteunende en besturingsprocessen. Door heroriëntatie op het primaire proces kan de bedrijfsvoering met behulp van ICT worden verbeterd. Om de informatieoverdracht binnen Bouman GGZ te verbeteren dient er systematisch informatie te worden verzameld over de behandeling van de patiënt, anders komt men niet tot een effectieve processturing op het patiëntniveau. In het informatiesysteem dat gerelateerd is aan de individuele patiënt is meer uniformiteit en toegankelijkheid van informatie noodzakelijk om het service niveau aan de patiënt en de externe en interne verwijzers te verbeteren. De ontwikkeling van een Elektronisch Patiënten Dossier waarin alle relevante informatie over de patiënt, de diagnose en de behandeling beschikbaar is, kan daarbij erg behulpzaam zijn. Om tot een volledige processturing c.q. triggering op het niveau van de patiënt te komen, zal niet alleen de inhoudelijke informatie beschikbaar moeten zijn maar ook de logistieke.

Dat betekent dat er normen ontwikkeld moeten worden voor de doorlooptijden van de verschillende procesfasen en dat de werkelijkheid aan deze normen getoetst moeten worden. Voor een goede overdracht van patiënten is er daarnaast beslissingsondersteunende informatie nodig waarmee er een goede afstemming tussen vraag en aanbod gerealiseerd kan worden en een gewenst evenwicht tussen servicekwaliteit en doelmatigheid kan ontstaan. Met behulp van daarvoor ontwikkelde softwareprogramma's kan er zicht komen op de totale doorlooptijd van een patiëntgebonden proces binnen de verschillende directies en de totale organisatie. Daarnaast kan een informatiesysteem een belangrijke bijdrage leveren aan de sleutel tot verandering binnen Bouman GGZ. Daarvoor is echter een lange termijn focus nodig en betrokkenheid van het management en Raad van Bestuur om weloverwogen te investeren in ICT en opleidingen.

Bijvoorbeeld opleiding van decentrale ICT medewerkers die voor de verschillende afdelingen rapporten en schermen kunnen genereren. Deze rapportage helpt de medewerkers op de werkvloer bij het ontwikkelen van een organisatiebreed inzicht in de productie en de planbaarheid van de te verrichten werkzaamheden.

3. Verbetering van het planningsstelsel door Bureau Patiëntenlogistiek & Registratie

Om de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten optimaal te reguleren is het de vraag of het verstandig is dat de organisatie aparte planningsbureaus wil oprichten, omdat het gezien het aantal interfaces en interne overdrachten noodzakelijk is om het behandeltraject zo goed mogelijk af te stemmen op de capaciteiten van de drie Directies en deze waar nodig ook flexibel in te kunnen zetten. Wanneer de organisatie wil vasthouden aan drie aparte planningsbureaus, per Directie een bureau, is er tevens een overall planningsstelsel nodig om gegevens op elkaar af te kunnen stemmen en te integreren. Anders zijn er bij de drie verschillende planningsbureau's onvoldoende incentives om werkelijk gericht te zijn op het tracé van de patiënt dat door alle Directies heen loopt en speelt de eigen focus van de Directie een te grote rol. Men kan er wel voor kiezen dat de decentrale planning vooral op het operationele niveau ondersteuning biedt aan de afdelingen binnen de Directies en dat er daarnaast nog een dwingende overall planning centraal wordt gestuurd wat zich richt op de ketenlogistiek. Men kan ook kiezen voor één regelbureau of planningsbureau in plaats van drie. Dat is efficiënt, servicegericht en kosteneffectief. Als een planningsstelsel goed geautomatiseerd en repeterend werkt, dan werkt dat Directiegrens overschrijdend en heeft een eigen planningsbureau per Directie geen extra logistieke meerwaarde. In de ICT praktijk van de gezondheidszorg heeft men te maken met verschillende databehoeften vanwege de diversiteit van specialismen met een eigen specifieke scope. Het is daarom raadzaam om zoveel mogelijk decentraal schermen en rapportages te kunnen produceren en het stelselbeheer en de geautomatiseerde logistieke processen te centraliseren. Dan heb je korte lijnen voor de terugkoppeling naar de verschillende afdelingen en belanghebbenden en een integraal overzicht van alle Directies van Bouman GGZ

Op het niveau van de Raad van Bestuur dient men te bepalen wat het intelligentieniveau van de software moet zijn van het regelbureau dat de gegevens gaat besturen die de organisatie noodzakelijk acht. Ook dient men te bepalen waar het accent moet liggen: op de service of op de kosteneffectiviteit. Op het niveau van de Directies kunnen vervolgens

de normen worden bepaald voor de wachttijden en doorstroomtijden en kwaliteitseisen waaraan de informatie-, en patiëntenoverdracht binnen alle Directies moeten voldoen.

4. Bepalen en vastleggen van verantwoordelijkheden

Met betrekking tot de verantwoordelijkheden tussen de professionals en de lijnmanagers moeten er duidelijke afspraken komen over wie er verantwoordelijk is voor de verschillende aspecten die te maken hebben met overdrachten op de interfaces. Bijvoorbeeld wie er verantwoordelijk is voor het nakomen van de afgesproken normtijden, wie er op de hoogte moet worden gebracht als een proces stagneert, wie vervolgens de planning aanpast, welke relevante betrokkenen ingelicht moeten worden bij knelpunten of verstoringen etc. Voor het beschrijven van de processen met de daarbij behorende verantwoordelijkheden kan men gebruik maken van de GGZ normen uit de Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ). De te behalen resultaten die voortvloeien uit deze verantwoordelijkheden kunnen worden vastgelegd in managementcontracten en overeenkomsten met behandel verantwoordelijken. Tussen de het planningsbureau en de lijn kunnen afspraken worden gemaakt over prestatie indicatoren die voor beide partijen bindend zijn. Het verloop van bovenstaande processen (inhoud en logistiek) kan door de Directies worden gerapporteerd aan de Raad van Bestuur. Op basis van de geleverde informatie wordt de Raad van Bestuur in staat gesteld om daar waar zij dit noodzakelijk achten het beleid bij te stellen. Voor het ontwikkelen van een gemeenschappelijke visie en kennis van een procesgerichte organisatie en wat daar zoals vanuit de verschillende functies bij komt kijken, is het aan te raden om een Management Development traject aan te bieden voor zowel lijnmanagers als professionals.

Tot slot

Er is voldoende potentie en draagvlak binnen Bouman GGZ om logistieke verbeteringen in de organisatie aan te brengen. Er ontbreken voorsnog de vereiste randvoorwaarden zoals voldoende kennis van logistiek bij de aanwezige mensen en voldoende technologische middelen om verbeteringen te realiseren. Door te investeren in kennisontwikkeling en door ICT beschikbaar te stellen die zowel aan de professional als managers ondersteuning biedt, heeft de organisatie meer mogelijkheden om werkelijk procesmatig behandeltracés te sturen.

De professionals en de lijnmanagers moeten de ruimte krijgen voor het ontwerpen en invoeren van de nieuwe processen over een periode van een aantal jaren. Voor het ontwikkelen van nieuwe trajecten in de vorm van behandeltracés is het van belang dat de professionals en de managers nauw samenwerken en samen inventariseren wat de wensen en eisen van (interne en externe) klanten zijn om deze te kunnen verwerken in de procesgang. Zowel een meerderheid van de professionals als een meerderheid van de lijnmanagers hebben in dit onderzoek aangegeven dat 70% van de zorg die Bouman GGZ biedt planbaar is en dat een groot deel van de zorgvraag voorspelbaar is. Bovendien zijn alle lijnmanagers en alle professionals die hebben deelgenomen aan dit onderzoek ervan overtuigd dat een logistieke herinrichting ten goede zal komen aan de verbetering van informatie en patiëntenoverdracht op de interfaces van Bouman GGZ. Bij de logistieke herinrichting en de ontwikkeling van de tracés willen zij graag actief betrokken worden. Als de Raad van Bestuur bovenstaande randvoorwaarden honoreert, biedt dit goede aanknopingspunten voor Bouman GGZ om de gewenste behandeltracés binnen een aantal jaren te realiseren.

Literatuurlijst

- Baarda, D.B., Goede de. M.P.M. & Teunissen (2001) L. Basisboek Kwalitatief Onderzoek. *'Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek'*. Groningen: Wolters-Noordhoff bv.
- Baarda, D.B., Goede de. M.P.M. & Kalmijn (2000) M. Basisboek Enquêteeren en gestructureerd interviewen. *'Praktische handleiding voor het maken van een vragenlijst en het voorbereiden en afnemen van gestructureerde interviews'*. Groningen: Wolters-Noordhoff bv.
- Bakker, P. (2004) *Het kan écht. Betere zorg voor minder geld. Sneller Beter – De logistiek in de zorg*. Eindrapportage TPG.
- Balogun, J., Hope Hailey, V. (2004) *Exploring Strategic Change*. Second edition. FT Prentice Hall International UK Limited.
- Bertrand, J.W.M. , J.C. Wortmann & J. Wijngaard. (1990) *Production Control: A Structural and Design Oriented Approach*, Elsevier, Amsterdam.
- Butler, T.W., K. R. Karwan & J.R. Sweigart. (1992) Multi-level strategic evaluation of hospital plans and decisions. *Journal of the Operational Research Society*, 43(7), pp. 665-75.
- Caluwé, L. de, Kor, R., Weggeman, M. & Wijnen, (2002) G. *Essenties van organiseren, managen en veranderen*. Scriptum, Schiedam.
- Cresswell, J.W. (2003) *Research design. Quantitative and mixed methods approaches. A qualitative purpose statement pag. 88- 90*. London:Sage.
- Davenport, T.H. (1993) *Process Innovation: Reengineering work through information technology*. Boston: Harvard.
- Dorr, D.C. (2002) *Presteren met processen*. Kluwer, Deventer.
- Fetter, R.B. & J. L. Freeman, (1986) Diagnosis Related Groups: Product Line Management within Hospitals, *Academy of Management Review*. Vol 11, 1, pp. 41-54.
- Galtung, J. (1967) *Theorie en Methods of Social Research*. Columbia University Press, New York.
- Goor A.R. van, Monhemius W., Wortmann, J.C. (red.) (1998) *PolyLogistiek zakboekje*. Koninklijke PBNA Polyzakboekjes. Arnhem.
- Goor, A.R. van en H.M. Visser (2004) *Werken met logistiek*. Vierde druk. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Groot en Van Helden (2003) *Financieel management van non-profit organisaties*, vierde druk. Groningen: Stenfert Kroese.
- Hoekstra, Sj. en J.H.J.M. Romme (1993) *Op weg naar logistieke structuren*. Deventer: Kluwer.

Hutjes, J.M. & Buuren van. J.A. (1992) *De gevalstudie, strategie van kwalitatief onderzoek*. Meppel: Boom / Open Un.iversiteit.

Meurs, P.L. (1997) *De keerzijde van reorganiseren: ervaringen uit de gezondheidszorg*. In: Permanente herstructurering in maatschappelijke sectoren, edited by P. de Jong, A. F.A. Kortsen and I.M.A.M. Propper. Den Haag: VUGA.

Kanters, H. (1999) *Functiedifferentiatie, formatieopbouw en strategische personeelsplanning*. In: Dijk, J.K. van , Pool, J. (red.). *Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg, deel 1: Arbeidsmarkt, personeelsvoorziening en arbeidsvoorwaarden*, Bohn, Stafleu van Loghum, Houten.

Maso, I., Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek*. Praktijk en theorie. Amsterdam: Boom.

Merode, F. van. (2001) *Economisch management van logistieke processen*. In: Lapré, R. & Montfort, G. van. (red), *Bedrijfseconomie van de gezondheidszorg*. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen.

Merode, G.G. van (2002) *Planning en reactie in zorglogistiek*, oratie, Maastricht.

Merode, G.G. van, Groothuis, S., Schoenmakers, M., Boersma, H.H. (2002) *Simulation studies and the alignment of interests*, Health Care Management Science. Vol. 5, p. 97-102.

Merode, G.G. van, Raak, A. van (red.) (2001). *Beheersing in de zorg: leerboek over beheersingsvraagstukken binnen zorginstellingen en zorgketens*, Elsevier gezondheidszorg, Maarssen.

Mintzberg H. (1979) *The Structuring of Organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
Nijdam, B. Buuren H. Van (1999) *Statistiek voor de sociale wetenschappen: Deel 1 Beschrijvende Statistiek*. Wolters-Noordhof, Groningen.

Porter, M. (1985) *Competitive Advantage: Creating an Sustaining Superior performance*. New York: The Free Press.

Rhyne, D.M. and Jupp, D. (1998) *Health care requirements planning: A conceptual framework*. *Health Care Management Review*, 13 (1), 17-27.

Roth, A.V., Dierdonck, R. van. (1995) *Hospital Resource Planning: Concepts, Feasibility, and Framework*. *Production and Operations Management*, Vol. 4, no. 1. pp. 2-29.

Schroeders R.G. (2000), *Operations Management. Contemporary concepts and cases*. Mac Graw-Hill.

Skinner, W. (1974) *The focused factory*. *Harvard Bussiness Review*, May-June.

Smaling, A. (1987). *Methodologische objectiviteit en kwalitatief onderzoek*. Lisse: Swets en Zeitlinger.

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

Trimbos instituut, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction. 2005 [Internet] Project Internationalisering Eelda: 'Appraisal Tool for Qualitative Studies'.

Tuijl, H.F.J.M. van & Bodt, J.H.I. (1988) *Omgevingonzekerheid en afdelingsorganisatie*. In: Hoorn, J.W., Lettink, J.B.A., Tuijl, H.F.J.M. van, Vissers, J.M.H., Vries, G. de (red.). Structurering en beheersing van zorgprocessen. Lochem: De Tijdstroom.

Vissers, J.M.H. & Beech R. (eds) (2005). *Health Operations Management. Patient flow logistics in health care*. Routledge, London and New York.

Vissers, J.M.H. (2001) *Logistieke processen in zorgbedrijven*. In: Lapré, R. & Montfort, G. van. (red), *Bedrijfseconomie van de gezondheidszorg*, Maarssen.

Vissers, J. en De Vries G. (2005) *Sleutelen aan zorgprocessen*. Oratie.

Vries, G. de (1993) *Patiëntenlogistiek in ontwikkeling*. De Tijdstroom.

Vries, G. de & Hiddema, U.F. (2001) *Management van patiëntenstromen*. Medicus en management no 3. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/ Diegem.

Walburg, J.A. (2003) *Uitkomstenmanagement in de gezondheidszorg*. Het opbouwen van lerende teams in zorgorganisaties. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen.

Van IJzendoorn, M.H & Miedema, S. (1986) De kwaliteit van kwalitatief onderzoek *Pedagogische Stuijen* 63, pp.499-505.

PATIENTEN STROOMDIAGRAM MET INTERFACES

