

Logistieke uitdaging of utopie:

Het verbeteren van de patiëntenin- door- en uitstroom binnen de GGZ



Student: Elise Aartsen
Studentnummer: 326359
Plaats/datum: Utrecht, 24 september 2010
Universiteit: Erasmus Universiteit Rotterdam
Faculteit: Beleid en Management Gezondheidszorg
Master: Zorgmanagement
Externe instelling: Altrecht Geestelijke Gezondheidszorg,
Utrecht, Divisie Willem Arntsz
Begeleider: Prof.Dr.Ir. G. de Vries, (iBMG)
Meelezer: Dr. J.E.C.M. Aarts, (iBMG)

Voorwoord

Deze afstudeerthesis is voor mij het slotstuk van de Master zorgmanagement. De uitvoerfase van dit onderzoek bevindt zich niet alleen wat betreft de tijdsplanning tussen de periode dat ik alle theoretische vakken aan de universiteit heb kunnen volgen en mijn loopbaancarrière na mijn studie, tevens bevindt het zich qua inhoud tussen de theorie en praktijk in. Voor dit onderzoek is mij de mogelijkheid geboden om wetenschappelijke bedrijfskundige modellen en theorieën die ik tijdens mijn studie heb behandeld, toe te kunnen passen in de praktijk.

Ik heb elke stap van dit onderzoek als een enorme uitdaging ervaren en vond het intrigerend om te zien hoe weerbarstig deze praktijk kan zijn. Voordat ik aan de uitvoerfase van het onderzoek begon, had ik heel sterk voor ogen hoe ik het allemaal aan zou willen pakken. En bij elke stap die ik nam, werd ik hier echter minder zeker van. Ik heb kunnen ervaren hoe belangrijk het is om flexibel om te gaan met kennis daar de uitwerking ervan in elke specifieke situatie aangepast dient te worden. Tijdens het onderzoek stonden de binnen Altrecht ervaren problemen met de patiëntenin-, door- en uitstroom binnen de acute opnameafdelingen centraal. Onder andere door mijn ervaring als hulpverlener binnen Altrecht, was ik me van de enorme relevantie van dit onderwerp bewust. Ik hoop dan ook van harte, hiermee een bijdrage te hebben geleverd aan het creëren van meer zicht op de wachtlijst/wachttijd problematiek en het aandragen van oplossingen hierbij.

Ik wil hierbij als eerste mijn afstudeerbegeleider Guus de Vries bedanken voor zijn professionele begeleiding en zijn voorspellende blik; zo vertelde hij mij van te voren tegen welke 'problemen' ik waarschijnlijk aan zou gaan lopen tijdens het onderzoek, waarvan ik later ook heb kunnen bevestigen dat ik hier daadwerkelijk mee te maken heb gekregen. Jos Aarts wil ik daarnaast bedanken voor het compleet maken van de begeleiding vanuit de universiteit door zijn rol als mee-lezer.

De directie van de divisie Willem Arntsz wil ik bedanken daar ik binnen Altrecht de ruimte heb gekregen dit onderzoek uit te voeren en ik op weg ben geholpen met de probleemstelling van het onderzoek. De afdelings- en teammanagers wil ik bedanken aangezien zij mij in meer gedetailleerd niveau op weg hebben geholpen. Ik wil graag alle hulpverleners bedanken die ondanks hun altijd strakke tijdsplanningen, ruimte hebben vrijgemaakt om door mij geïnterviewd te worden en hierbij open en uitgebreid over hun ervaringen hebben gesproken. Tevens wil ik de controller binnen Altrecht, Esther Vermeulen, bedanken voor haar geduld bij het mij wegwijs maken in de verscheidende informatiesystemen binnen Altrecht en haar kennis aangaande de financiële structuren binnen Altrecht. Tot slot wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor hun belangstelling en steun. Speciale dank gaat hierbij uit naar mijn moeder voor het lezen en nakijken van vrijwel mijn gehele scriptie. Deze afstudeerscriptie heeft mijn enthousiasme over de patiëntenlogistiek alleen maar doen vergroten!.

Samenvatting

Doel onderzoek: Binnen de acute opnameafdelingen (unit A, B & C) van Altrecht, Divisie Willem Arntsz, wordt een steeds grotere druk op de bedden capaciteit ervaren. Dit komt tot uitdrukking in de frequentie van patiënten die wachten op in-, door- en uitstroom en de lengte van wachttijden aan zowel de voor- als achterdeur. Dit onderzoek heeft tot doel meer zicht te krijgen op deze wachtlijst/wachttijdproblematiek. **Methode:** Aan de hand van bedrijfskundige wetenschappelijke literatuur is een conceptueel model opgesteld dat als leidraad heeft gediend voor de uitvoerfase van dit onderzoek. De volgende stappen zijn hiervoor doorlopen:

- Er is in kaart gebracht van welke klinische en ambulante afdelingen patiënten voor opname afkomstig zijn en naar welke vervolgvoorzieningen ze na opname doorstromen.
- Door medewerkers is getracht de patiëntengroep van de verschillende opnameafdelingen aan de hand van bepaalde proceskenmerken onder te verdelen in meer homogene patiëntengroepen.
- De door de medewerkers ervaren belemmeringen in de patiëntendoorstroom zijn besproken aan de hand van een bestaand stroomschema.
- Bedden capaciteitsinformatie is gegenereerd voor het eerste kwartaal van 2010.
- Er is gekeken of in het jaar 2009 maand/seizoensfluctuaties zijn te onderscheiden voor de instroom op de acute opnameafdelingen.
- De gemiddelde opnametijd van de patiënten van de verschillende afdelingen is berekend van het eerste kwartaal van 2010.
- De oorzaken van de relatief lange opnameduur van de patiënten die hier meer dan één standaarddeviatie vanaf hebben geweken is nader onderzocht.

Bovenstaande stappen zijn zowel kwalitatief onderzocht in de vorm van interviews met de medewerkers als kwantitatief aan de hand van data die onder andere gegenereerd zijn uit de informatiesystemen binnen Altrecht. **Resultaten:** De meeste medewerkers van de acute opnameafdelingen geven aan een patiënt bij binnenkomst tot meer 'homogene' groepen te kunnen indelen wanneer de geplande opnameduur als uitgangspunt genomen wordt. De geplande opnameduur zou ingeschat kunnen worden op basis van een aantal 'voorspellers' waarvan nader onderzoek zou moeten uitwijzen of deze daadwerkelijk als significante voorspellers gezien kunnen worden. Tussen 2007 en 2009 zijn bij de verschillende afdelingen geen maand/seizoensfluctuaties bij de instroom te onderscheiden. Uit de verschillende kwantitatieve en kwalitatieve stappen die doorlopen zijn in het onderzoek komen aanwijzingen naar voren dat patiënten regelmatig langer opgenomen worden dan zorginhoudelijk gezien noodzakelijk is doordat richtlijnen ontbreken of niet strikt genoeg nageleefd worden, er niet genoeg op ontslagdatum gestuurd wordt en de sturing/samenwerking op afdelingsoverstijgend niveau niet toereikend is. Verbetering in de wachtlijst/wachttijdproblematiek zou bereikt kunnen worden door de patiëntenstroom beter te gaan sturen aan de hand van geplande ontslagdata. Tevens zouden striktere richtlijnen opgesteld dienen te worden en/of er meer op toegezien worden dat deze nageleefd worden. Tot slot zou samenwerking op afdelingsoverstijgend niveau gestimuleerd moeten worden zowel binnen als buiten Altrecht.

Summary

Objective: In the acute care units of Altrecht (unit A, B and C), division Willem Arntsz, an increasing pressure is experienced on the capacity of beds. Consequently, there is a growing amount of patients waiting for in-, through- and outflow. The objective of this study is to gain more insight into these waitinglistproblems. **Methods:** Based on scientific research, a conceptual model has been developed which gave direction to the executive stage of this study. First, has been mapped out a review concerning the former clinical and ambulant departments from where patients were referred to, as well as the follow-up departments after the patients were discharged from the former departments. Second, efforts have been made to divide the patient group in more homogenous patient groups. The perceived barriers in patient flow are discussed with the employees by the assistance of an already existing flowchart and from the first quarter of the year the bed capacity information has been generated. Concerning to the bed capacity, the occupancy rate of a bed is actually occupied, has been calculated as well. In 2009 finally, a calculation has been made to investigate whether there are significant month/seasons fluctuations concerning the patients-inflow. For the first quarter of 2010, the average duration a patient was admitted to a unit has been calculated after which the reasons why some patients deviate more than one standard deviation from this average, were further investigated. The above steps are qualitative explored by interviewing employees after which these results are supported by/invalidated by quantitative results. **Results:** Most employees from the acute care-units declare that while looking to the planned length of stay of patients, it is possible to subdivide the patients in more homogeneous patient groups. This could be calculated by the predictive value of some predictors from where ongoing research has to prove the significant value of those factors. Between 2007 and 2009, no significant month/seasons fluctuations have been found concerning the patients inflow on a yearly base. Both quantitative and qualitative results indicate that on a regularly base, patients are admitted longer than is necessary on pure healthcare reasons, since there is a lack of directives, a lack of collaboration which exceeds the unit borders, and employees do not give sufficient efforts to succeed patient-outflow. Improvements could be reached when there will be worked with planned discharge dates. More guidance rules have to be developed and more supervision concerning the compliance with those rules is necessary. Finally, more cooperation exceeding the unit level has to be stimulated, between the several departments of Altrecht as well as between Altrecht and other organizations.

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	6
1.1 Maatschappelijke/ wetenschappelijke relevantie en doelstelling	6
1.2 Probleemanalyse, hoofdvraag en deelvragen	8
2. Theoretisch kader.....	11
2.1 Relevante concepten voor de uitvoering van het onderzoek.....	11
2.2 Wetenschappelijk onderbouwing voor de opbouw van het onderzoek	16
2.2.1 Zicht krijgen op de wachtlijst/wachttijd problematiek	16
2.2.2 Analyse van het probleemgebied.....	19
2.2.3 Advies voor interventies	21
2.3 Het conceptuele model.....	23
3. Methoden van onderzoek.....	25
3.1 Onderzoeksdesign	25
3.2 Instelling.....	25
3.3 Respondenten.....	25
3.4 Dataverzameling en analyse	26
3.4.1 Afbakening van het onderzoeksgebied.....	26
3.4.2 Onderverdeling van de patiëntengroep in 'homogene' patiëntengroepen.....	26
3.4.3 Het opstellen van stroomschema's.....	27
3.4.4.Het opstellen van capaciteitstabellen.....	27
3.4.5 Patiënten in-door en uitstroom.....	28
3.4.6 Aanwezigheid financiële prikkels voor het bevorderen patiëntenstroom.....	28
4. Resultaten	30
4.1 Zicht krijgen op de wachtlijst/wachttijd problematiek	30
4.1.1 Afbakening van onderzoeksgebied, weergave van de patiëntenstromen	30
4.1.2 Onderverdeling van de patiëntengroep in 'homogene' patiëntengroepen.....	32
4.1.3 Het opstellen/bespreken van stroomschema's.....	39
4.1.4 Het opstellen van capaciteitstabellen bedden.....	40
4.1.5 Patiënten stromen.....	42
4.1.6 Financiering binnen Altrecht, divisie Willem Arntsz (gebaseerd op een interview met de controller van divisie Willem Arntsz)	45
4.2 Analyse van de wachttijd/wachtlijst problematiek.....	46
4.3 Advies voor interventies	49
5. Discussie	52
5.1 Bespreking resultaten in vergelijking met voorgaand wetenschappelijk onderzoek	52
5.2 Sterke/ minder sterke kanten van het onderzoek.....	54
6. Essentie van de problematiek	56
7. Aanbevelingen	57
Referentielijst.....	59
Bijlagen.....	62

1. Inleiding

Bij de geestelijke gezondheidszorginstelling Altrecht kunnen mensen met psychische problemen terecht voor specialistische hulpverlening en consultatie (Altrecht In Druk, 2008). Binnen één van de divisies van Altrecht, Willem Arntsz, wordt specialistische zorg geboden (behandeling, rehabilitatie en maatschappelijke ondersteuning) aan mensen met een psychiatrische stoornis. Binnen de acute opnameafdelingen van deze divisie wordt een steeds grotere druk op de bedden capaciteit ervaren. Dit heeft tot gevolg dat op de verschillende opnameafdelingen regelmatig patiënten wachten om opgenomen en doorgeplaatst te worden wat tot uitdrukking komt in wachttijden aan zowel de voor- als achterdeur. Ook doet de situatie zich dikwijls voor dat stappen in het zorgproces voor de patiënten onnodig laat doorlopen worden, zoals het opstellen van crisis- of behandelplannen. Er kunnen drie acute opnameafdelingen onderscheiden worden; unit A, een acute opnameafdeling waarbij patiënten in principe binnen 24 uur opgenomen dienen te worden, unit B, een gesloten afdeling voor vervolgbehandeling en unit C, een open behandelafdeling. In dit onderzoek wordt getracht meer zicht te krijgen op de patiëntenstromen en het capaciteitsgebruik van deze afdelingen. Omdat nog niet bekend is waar de wachttijd/wachttijdproblemen precies veroorzaakt worden, zal dit onderzoek in eerste instantie tot doel hebben om meer zicht te krijgen op de situatie. Een scherper inzicht in patiëntenstromen kan tot een betere inzet van productiemiddelen leiden. Dit kan vervolgens weer ten goede komen aan de kwaliteit van het zorgproces in termen van patiëntensatisfactie en doelmatigheid (De Vries en Hiddema, 2001; Terhürne, 2003). Er zal onderbouwd door wetenschappelijke literatuur een conceptueel model opgesteld worden aan de hand waarvan getracht zal worden meer zicht te krijgen op de situatie. Wanneer tijdens de onderzoeksfase factoren naar voren komen die mogelijk kunnen bijdragen aan het veroorzaken of het in stand houden van de bovengenoemde problemen dan zal hier verder op worden ingegaan. Aan de hand van bedrijfskundige theorieën zal vervolgens een advies uitgebracht worden over hoe een reductie in wachttijd of reductie van de frequentie van het aantal wachtenden bereikt zou kunnen worden. Allereerst zullen de maatschappelijke/wetenschappelijke relevantie en doelstelling van het onderzoek besproken worden. Vervolgens zal het theoretische kader uiteengezet worden waarin aan de hand van wetenschappelijke literatuur onderbouwd en verantwoord zal worden op welke manier de beschrijvings-, analyse- en adviesfase ingericht gaat worden. Hierna zullen de methoden van het onderzoek beschreven worden, gevolgd door de weergave van de resultaten. Tot slot zal tot een discussie, conclusie en aanbevelingen gekomen worden.

1.1 Maatschappelijke/ wetenschappelijke relevantie en doelstelling

De afgelopen jaren is de gezondheidszorg in Nederland sterk in beweging gekomen. Zowel demografische factoren als invloedrijke spelers binnen de gezondheidszorg kunnen hier verantwoordelijk voor worden gezien. Zo is een stijgende zorgvraag door vergrijzing en een toenemende invloed van de marktwerking in de zorgsector op te merken (Goudswaard, 2009; Schut, 2007). Tussen de overheid en de Nederlandse vereniging voor ziekenhuizen is een

prestatiecontract tot stand gekomen met het doel binnen zorginstellingen meer productie te leveren bij 1% reductie van het budget. Ook poogt de Inspectie van de Gezondheidszorg de kwaliteit van zorg meer transparant en meetbaar te maken door de ontwikkeling van indicatoren (IGZ, 2006). Deze ontwikkelingen hebben toenemende druk op de capaciteit van de zorg tot gevolg, terwijl de overheid het budget juist steeds kleiner tracht te maken (Schaepkens, 2004).

Door deze toenemende druk op de gezondheidszorg en de cruciale rol van de gezondheidszorg voor de maatschappij, zou verwacht kunnen worden dat vele ontwikkelingen gaande zijn met betrekking tot onderzoek naar innovatie en de verbeteringen van processen in de gezondheidszorg. Echter, wat betreft het herontwerpen van zorgprocessen binnen de Nederlandse gezondheidszorg is slechts mondjesmaat onderzoek gedaan. Van de stukken die gepubliceerd zijn is het bewijs niet sterk en zijn de resultaten nauwelijks generaliseerbaar (Elkhuizen et al., 2006). Vooral met betrekking tot onderzoek naar patiëntenlogistiek valt nog veel verbetering te behalen. De ontwikkelingen naar meer marktwerking in de zorg vragen immers om een kritische analyse van zorgprocessen en hierop volgende aanpassingen (Vissers & De Vries, 2005). Om de doelmatigheid van zorg te bevorderen zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit, kan zodoende een grote rol weggelegd worden voor logistiek management.

Wanneer naar de logistieke ontwikkelingen in de gezondheidszorg gekeken wordt, valt een trend te onderscheiden om wetenschappelijke bedrijfskundige theorieën uit de industrie te vertalen naar de gezondheidszorg. Zorginstellingen kunnen immers ook als een bedrijf gezien worden, mits rekening wordt gehouden met de specifieke kenmerken van deze instellingen (Vissers & De Vries, 2005). De toepassing van bedrijfskundige theorieën wordt in ziekenhuizen steeds meer geaccepteerd mede door de gebleken bruikbaarheid door projecten als Sneller Beter 3 (Dückers et al., 2006). Dit project is opgezet met de ambitie de doelmatigheid in de zorg te verbeteren door de deskundigheid uit het bedrijfsleven te vertalen naar de zorgsector (logistiek door TPG, patiëntveiligheid door de Shell, verantwoording over de kwaliteit van zorg door Aegon). Dergelijke initiatieven zouden tevens in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) bruikbaar kunnen zijn waar door invoering van de vrije marktwerking, de noodzaak tot doelmatige bedrijfsvoering steeds groter wordt. Wanneer een GGZ instelling het zorgproces beter inricht, kan dit een sterkere onderhandelingspositie met de zorgverzekeraars tot gevolg hebben. Ondanks de relevantie van logistiek management voor de GGZ, beperkt wetenschappelijke literatuur aangaande dit onderwerp zich voornamelijk tot beschrijvend en beschouwend onderzoek (Lenssen, 2005; Vissers et al., 2006). In dit onderzoek wordt getracht een stap verder te gaan door meer zicht te krijgen op hoe wetenschappelijke bedrijfskundige theorieën bruikbaar kunnen zijn bij het oplossen van logistieke problemen binnen de GGZ.

Het doel van dit onderzoek is:

'inzicht te krijgen in de huidige situatie binnen de acute opnameafdelingen van Altrecht (Divisie Willem Arntsz) met betrekking tot de patiëntenin-, door- en uitstroom en het bedden capaciteiten gebruik. Vervolgens dient een advies uitgebracht te worden over hoe een reductie in wachttijd of reductie van de frequentie van het aantal wachtenden aan de voor- en achterdeur, bereikt zou kunnen worden op het sturingsniveau patiëntengroep planning & control' (zie voor uitleg van sturingsniveaus, het theoretische kader paragraaf 2.1).

Wanneer wachttijden niet te voorkomen zijn, dient het zorgproces inhoudelijk in ieder geval zo ingericht te worden dat taken als het opstellen van behandelplannen niet onnodig lang uitgesteld worden. Het verminderen van de wachttijd/aantal wachtenden zal moeten leiden tot een betere service naar de patiënt toe over de verschillende afdelingen heen. Daarnaast zal het voor de afzonderlijke afdelingen ook positieve gevolgen met zich mee kunnen brengen daar patiënten niet meer onnodig lang 'dure' bedden bezet houden. Over de financiële aspecten aangaande de patiëntenin-, door- en uitstroom zal in paragraaf 2.1 verder uitgeweid worden.

1.2 Probleemanalyse, hoofdvraag en deelvragen

Gezien het grote aantal patiënten dat bij Altrecht in behandeling is (24.500 op 31 december 2008) kan Altrecht als cruciale zorginstelling gezien worden binnen de regio Utrecht. De symptomen van de toenemende druk op de bedden capaciteit binnen de acute opnameafdelingen zijn zichtbaar op de werkvloer zonder dat het duidelijk is waar 'de ziekte' zich bevindt. Met betrekking tot de patiëntendoorstroming worden problemen ondervonden wanneer patiënten op wachtlijsten geplaatst worden voordat ze kunnen instromen of wanneer ze nog op de acute opnameafdelingen verblijven terwijl de intensiteit van de zorgvraag het al (lang) toe laat om naar een vervolgvoorziening doorgestuurd te worden. Ook doet de situatie zich regelmatig voor dat stappen in het zorgproces onnodig laat doorlopen worden, zoals het opstellen van een behandel- of crisisinterventieplan. Omdat er momenteel nog niet veel zicht is op de problematiek zal in eerste instantie getracht worden meer helderheid te krijgen over de situatie aan de hand van het conceptueel model dat opgesteld zal worden in het theoretische kader.

Onderzoeksvraag:

Hoe kan op de acute opnameafdelingen van Altrecht, Divisie Willem Arntsz, de patiëntenin-, door- en uitstroom zo ingericht/gestuurd worden dat het een reductie in wachttijd/ frequentie van het aantal wachtende patiënten tot gevolg heeft op het niveau patiëntengroep planning & control?

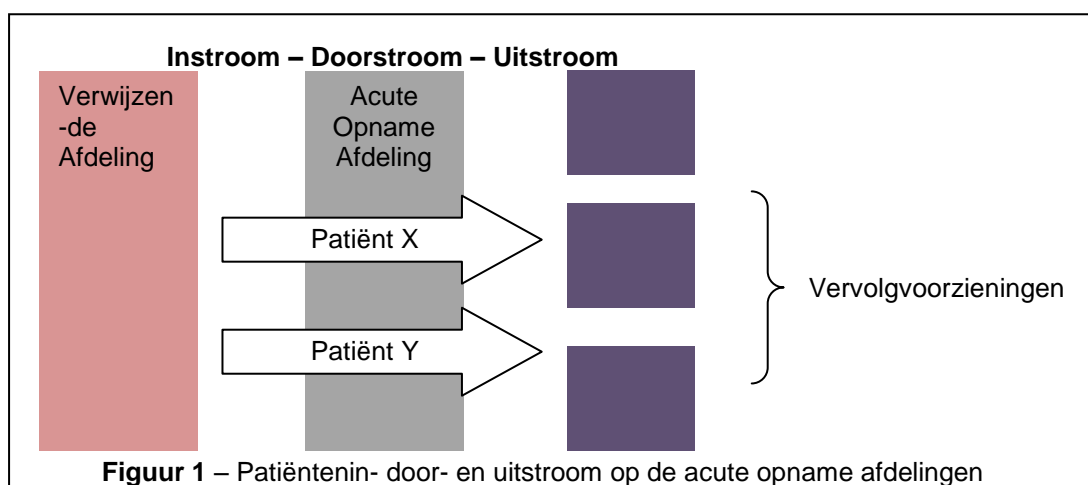
Deelvragen:

Beschrijvingsfase

1) Hoe ziet de aanbod/capaciteitenkant (capaciteitenbenutting bedden) van de acute opnameafdelingen van de divisie Willem Arntsz eruit ten opzichte van de vraag/patiëntenkant in de vorm van patronen van instroom, doorstroom/ligduur en uitstroom?

- 1.a) Van welke afdelingen (klinisch en ambulant) zijn patiënten afkomstig voor de opname en naar welke vervolgvoorzieningen stromen ze na opname weer door?
- 1.b) Is het mogelijk om de totale patiëntengroep binnen de verschillende acute opnameafdelingen onder te verdelen in meer 'homogene' patiëntengroepen?
- 1.c) Welke belemmeringen in de patiëntenin-, door- en uitstroom kunnen door de medewerkers benoemd worden wanneer naar het bestaande stroomschema (opgesteld voor de HKZ-certificering, bijlage 1) gekeken wordt?
 - Is het mogelijk meer specifieke stroomschema's op te stellen voor verschillende patiëntengroepen?
 - Hoe en door wie wordt bepaald of een patiënt toe is aan een volgende stap in het zorgproces?
 - Zijn binnen de stroomschema's stappen te onderscheiden waarbij problemen worden ondervonden met betrekking tot de in-, door- en uitstroom?
- 1.d) Zijn er aanwijzingen te vinden dat problemen ondervonden worden met de bezettingsgraden van de verschillende capaciteiten?
 - Hoe wordt de capaciteit 'bedden' benut en zijn er nog andere capaciteiten te onderscheiden waarop veel druk wordt ervaren?
 - Welk percentage van de patiënten die 'officieel' een bed benutten, overnacht daadwerkelijk op unit A, B en C?
- 1.e) Wat valt op te merken als gekeken wordt naar data/gegevens aangaande de patiëntenin-, door- en uitstroom?
 - Wat is de gemiddelde opnameduur van de patiëntengroep op unit A, B en C?
 - Zijn er wanneer naar de patiënteninstroom van de drie acute opnameafdelingen (van 2007 tot en met 2009) gekeken wordt maand/seizoensfluctuaties te onderscheiden?
 - Welke worden door de medewerkers als oorzaken genoemd voor de lange opnameduur van de groep patiënten (lang verblijvers) die meer dan 1 standaarddeviatie van de gemiddelde opnameduur afwijken in de zin dat ze langer zijn opgenomen geweest?
 - Onderscheidt de groep 'lang verblijvers' zich ten opzichte van de rest van de patiëntengroep wanneer naar diagnostische kenmerken gekeken wordt?
 - Wat zijn de gemiddelde wachttijden voor vervolgvoorzieningen en hoe worden deze wachttijden/wachttijden ervaren door de medewerkers?

- Zijn binnen Altrecht financiële prikkels te onderscheiden die een efficiënte patiëntendoorstrom in de hand werken?



Analyse/adviesfase

2. Welke globale probleemgebieden zijn binnen de acute opnameafdelingen te onderscheiden met betrekking tot de patientenin-, door- en uitstroom?
3. Hoe kan met inachtneming van de huidige capaciteiten gerealiseerd worden dat de patiënten op de acute opnameafdelingen zowel op tijd opgenomen worden (binnen de opnamenormen) als weer op tijd uitstromen (zonder verkeerde beddagen)?

2. Theoretisch kader

Alvorens de wetenschappelijke modellen/theorieën besproken worden die als handvatten zullen dienen voor de uitvoerfase van het onderzoek zullen een aantal concepten uiteengezet worden die voor het uitvoeren van dit onderzoek relevant zijn.

2.1 Relevante concepten voor de uitvoerfase van het onderzoek

Ketenlogistiek versus Unitlogistiek

Wanneer de focus binnen een organisatie te veel ligt op het maximaal benutten van de capaciteiten binnen een afdeling (unit) kan dit ten koste gaan van de service die geleverd dient te worden aan patiëntengroepen die zich tussen verschillende afdelingen verplaatsen (Vissers & Beech, 2005). In gezondheidszorginstellingen kan een onderverdeling worden gemaakt in drie vormen van logistiek management.

1. Bij Unitlogistiek wordt er naar gestreefd om met de beschikbare capaciteit een maximale prestatie binnen een unit te behalen. De doelmatigheid van de unit wordt op deze manier bovengeschild aan de service die geleverd dient te worden aan verschillende patiëntengroepen die zich zowel binnen als buiten de unit verplaatsen.
2. Bij Ketenlogistiek staat het leveren van een zo hoog mogelijke service aan een specifieke patiëntengroep centraal. De service voor een patiëntengroep wordt dan bovengeschild aan de benutting van de capaciteiten van afzonderlijke units.
3. Netwerklogistiek kan als combinatie gezien worden van de principes van unit en ketenlogistiek. Hierbij ligt de focus op zowel de doelmatigheid van de afzonderlijke units als op de te leveren service aan patiëntengroepen (Vissers & Beech, 2005).

Om de patiëntendoorstroming beter in te kunnen richten binnen Altrecht is het van belang dat de service die aan de patiënten geleverd dient te worden als uitgangspunt genomen wordt. De te leveren service aan de patiëntengroepen zal bovengeschild moeten worden aan de doelmatigheid van de afzonderlijke afdelingen. Hierdoor zal binnen Altrecht de focus moeten liggen op keten- en netwerklogistiek.

Sturingsniveaus

Dit onderzoek heeft als doel de wachttijden/ aantal wachtende patiënten van de acute opnameafdelingen te reduceren. Wachttijden kunnen ontstaan wanneer zorgvraag en aanbod niet goed op elkaar aansluiten (Prismant, 2000). Deze disbalans tussen zorgvraag en aanbod kan op verschillende niveaus in de organisatie veroorzaakt/in stand gehouden worden. Om de wachttijstproblematiek te kunnen verminderen is het van belang scherp te krijgen op welk niveau deze problemen zich met name voordoen. Vanuit dit niveau komt dan immers de coördinatiebehoefte voort van waaruit veranderingen op gang gebracht dienen te worden. Voor zorginstellingen is een raamwerk van verschillende sturingsniveaus ontwikkeld dat als hulpmiddel gezien kan worden om dit niveau te bepalen (Vissers et al., 2001). Er worden vijf sturingsniveaus onderscheiden die in onderstaande tabel worden toegelicht. Voor

het onderscheid tussen sturingsniveaus wordt de tijdsspanne waarop beslissingen betrekking hebben en de soort beslissingen die genomen dienen te worden als uitgangspunt genomen.

	<i>Niveau</i>	<i>Duur</i>	<i>Beslissingsfunctie</i>
1	Strategische planning	2 – 5 jaren	Lange termijn capaciteitsbehoefte, wat is het toekomstplan
2	Patiënt volume planning en control	1 – 2 jaren	Hoeveelheid beschikbare capaciteit op jaarniveau (productieafpraak)
3	Capaciteiten planning en control	3 maanden – 1 jaar	Toewijzing van capaciteit in de tijd aan specialisten. Regels capaciteitsinzet
4	Patiënten groep planning en control	weken – 3 maanden	Planningsregels per patiëntengroep op beschikbare capaciteit. Criteria voor service patiëntgroep
5	Patiënt planning en control	dagen – weken	Planning van individuele patiënten (wie wordt wanneer en door wie behandeld)

Tabel 1 – Raamwerk voor productiebesturing van zorginstellingen

Om als organisatie logistiek goed in elkaar te zitten, is het noodzakelijk dat op elk van de vijf sturingsniveaus een juiste afstemming plaats vindt tussen vraag en aanbod (Visser en De Vries, 2005). De verschillende niveaus oefenen allen een invloed uit op elkaar. Beslissingen op het operationele niveau (niveau 5) bijvoorbeeld, zijn van invloed op de dagelijkse gang van zaken in een organisatie. Voordat hier alles goed functioneert, moeten op de hogere niveaus de juiste condities geschapen worden. Immers, beslissingen op een hoger niveau hebben effect op de processen op operationeel niveau (De Vries, 2007). Het besturingsraamwerk kan gezien worden als referentiekader wat indiceert vanuit waar wat in gang gezet moet worden om als organisatie logistiek gezien goed te functioneren. Er kunnen echter geen pasklare oplossingen van afgeleid worden of motieven voor de noodzaak van verandering van een organisatie. Dit zou voort moeten vloeien uit bijvoorbeeld een strategische analyse en/of de doelstellingen die een organisatie zich gesteld heeft.

Gezien dit onderzoek gericht is op beter inrichten van de patiëntendoorstroom van de acute opnameafdelingen, zal het sturingsniveau 'patiëntengroep planning en control' als uitgangspunt genomen worden. Dit omdat de focus komt te liggen op de te verlenen service aan een patiëntengroep en niet op het zo goed mogelijk benutten van de capaciteiten van de afdelingen waarvoor het planningsniveau, capaciteiten planning en niveau meer van toepassing is. De tijdsspanne van weken tot en met drie maanden zal als uitgangspunt genomen worden. Uiteraard is het tevens van belang de andere sturingsniveaus bij het onderzoek te betrekken. De hogere planningsniveaus vormen immers kaders die uitwerking hebben op de lagere planningsniveaus.

Capaciteiten

Bij de analyse en het in kaart brengen van de patiëntenin-, door- en uitstroom van de acute opnameafdelingen zal de focus liggen op de bedden capaciteit aangezien hier de meeste capaciteitsproblemen worden ondervonden. Wanneer tijdens het onderzoek capaciteiten naar voren komen die mogelijk ook van invloed zijn op de probleemstelling, dan worden deze alsnog bij het onderzoek betrokken. Tijdens dit onderzoek zullen de huidige capaciteiten als vaststaand gezien worden. Dit kan dus als randvoorwaarde gezien worden waarbinnen het onderzoek uitgevoerd dient te worden.

Treeknormen

Wanneer in dit onderzoek bepaald wordt of wachttijden acceptabel zijn of niet zullen de door zorgaanbieders en zorgverzekeraars opgestelde treeknormen als uitgangspunt genomen worden. Volgens deze normen dient voor acute zorg binnen 24 uur zorg verleend te worden. Unit A, B en C worden binnen Altrecht alle drie als acute opnameafdelingen gezien. Echter, wanneer nader naar de opnamenormen die binnen Altrecht gesteld zijn, gekeken wordt, valt op te merken dat alleen bij unit A de norm bestaat om binnen 24 uur een patiënt met een acute zorgnoodzaak op te nemen. Echter er valt ook een patiëntenstroom te onderscheiden binnen unit A die via een wachtlijst geplaatst wordt. Voor unit B en C zijn die opnametijdnormen respectievelijk 3 en 6 maanden. Onderstaand zijn de treeknormen weergegeven die van toepassing zijn op unit B en C. Onder aanmeldingswachttijd wordt de tijd tussen aanmelding en eerste intake verstaan. Met beoordelingswachttijd wordt de tijd tussen het moment na het eerste intakegesprek en de start van de daadwerkelijke behandeling aangeduid. De wachttijden voor behandeling gelden vanaf het moment dat een behandeling geïndiceerd wordt tot het moment dat de behandeling daadwerkelijk start. De behandeling op unit B en C kan als intramurale behandeling gezien worden.

GGZ	Treeknorm
<i>Aanmeldingswachttijd</i>	4 weken
<i>Beoordelingswachttijd</i>	4 weken
<i>Extramurale behandeling</i>	6 weken
<i>Semimurale behandeling</i>	6 weken
<i>Intramurale behandeling</i>	7 weken
<i>Beschermd wonen</i>	13 weken

Tabel 2 – Treeknormen GGZ niet acute zorg (Bron RIVM)

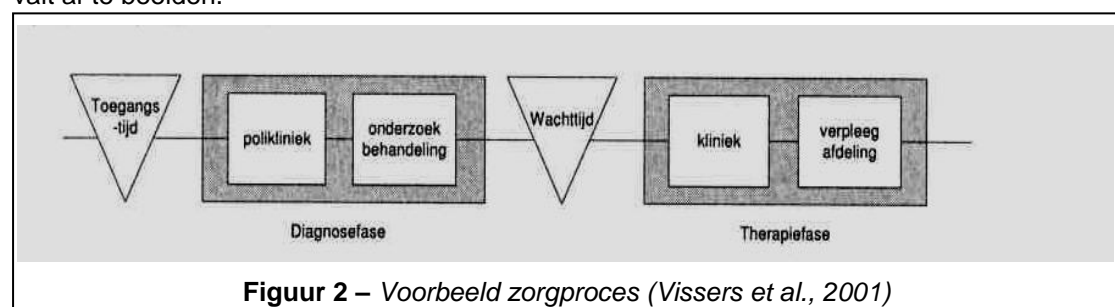
Iso proces benadering

Om als organisatie logistiek goed in elkaar te zitten is het ordenen van de klantvraag en daaraan gerelateerde processen een belangrijke les die uit de industrie geleerd kan worden (Vissers & De Vries, 2005). Voor het optimaliseren van service aan patiënten kan dan ook het opdelen van patiënten in homogene patiëntengroepen een grote rol spelen (Vissers & Beech, 2005). Het werken met homogene patiëntengroepen kan er toe bijdragen dat zorgprocessen beter te plannen zijn doordat een homogene groep ongeveer dezelfde capaciteiten benut wat tot gevolg heeft dat de complexiteit en variatie afneemt (De Vries et al., 2009, Vissers en de Vries 2005). Deze homogeniteit heeft betrekking op de marktperformance (acceptabele wachttijden criteria en urgentiecriteria) en het productieproces (Van Merode et al., 2002). In dit onderzoek zal dan ook getracht worden de acute opname patiëntengroep onder te verdelen in homogene patiëntengroepen. In de praktijk kan het onderscheid in homogene groepen op verschillende momenten binnen het behandel beloop gemaakt worden. Bij bepaalde patiëntengroepen zal dit bij binnenkomst al vrij snel mogelijk zijn. Bijvoorbeeld als een patiënt naar een ziekenhuis wordt doorverwezen met de diagnose heupfractuur en al vrij snel het beloop van het zorgproces uitgestippeld kan worden en de benodigde middelen bepaald kunnen worden. Wanneer een patiënt binnenkomt op de acute opnameafdeling zal er wanneer sprake is van 'echte' acute zorg, in eerste instantie getracht worden de

levensbedreigende situatie weg te nemen. Vervolgens zal wanneer de diagnose door de verwijzende instantie nog niet duidelijk is gemaakt de meestal minder goed te voorspellen diagnostische fase doorlopen worden. Dit wordt doorgaans gevolgd door de meer voorspelbare therapeutische fase waarin het veelal makkelijker zal worden een patiënt tot een homogene patiëntengroep in te delen.

Zorgprocessen

Voor dit onderzoek naar patiëntenstromen zal herhaaldelijk gesproken worden over zorgprocessen. Hiervoor is het noodzakelijk om de definitie van een zorgproces scherp te krijgen. Verschillende professies kijken met een andere bril naar zorgprocessen. Artsen hebben de neiging om zorgprocessen te zien in de vorm van een medische beslisboom terwijl de patiënt het als een verzameling bezoeken aan professionals beschouwt (Vissers & de Vries, 2005). Omdat in dit onderzoek de nadruk ligt op het logistieke perspectief zullen zorgprocessen vanuit de bedrijfskundige invalshoek bekeken worden. Hierbij is het van belang dat naar de beweringsstappen, capaciteiten, duur van bewerkingen en doorlooptijden gekeken wordt. In figuur 2 is een voorbeeld weergegeven van hoe een zorgproces visueel valt af te beelden.



Wachttijden

In dit onderzoek zal er verscheidene keren over wachttijden gesproken worden. Hiervoor is het van belang om scherp te krijgen tussen welke verschillende vormen van wachttijden onderscheid gemaakt kan worden. Met *loketwachttijd* wordt de tijd bedoeld wanneer iemand als het ware 'in de rij' moet wachten voor zijn of haar beurt. Met *perronwachttijd* wordt de tijd bedoeld wanneer op een volgende 'ronde' gewacht moet worden. Voorbeelden hiervan zijn het spreekuur van een ziekenhuis of het operatierooster van een specialist die op vaste momenten gepland zijn. Tot slot kan er gesproken worden van *stapelwachttijd* wanneer een activiteit pas gestart kan worden wanneer er genoeg mensen zijn die hier interesse in hebben. Een voorbeeld hiervan is een therapiegroep die pas gestart kan worden als er genoeg aanmeldingen zijn (Vries et. al., 2001).

Er zijn drie logistieke vormen te onderscheiden waar zich problemen met betrekking tot wachtlijsten/wachttijden voor kunnen doen (Sinnema & Boonen, 2007):

1. Voordeurlogistiek
2. Doorstroomlogistiek
3. Achterdeurlogistiek

Onder voordeurlogistiek wordt het managen van vraag en aanbod bij de ingang van een instelling/organisatie verstaan. Er dient hierbij nagedacht te worden over de hoeveelheid in te zetten personeel om in de zorgbehoeftes van patiënten te kunnen voldoen. De centrale vraag is hierbij of bij het bepalen van het zorgaanbod het bestaande aanbod als uitgangspunt genomen moet worden of juist de individuele zorgvraag. Met doorstroomlogistiek wordt de beweging van de patiënten door de afdelingen heen aangeduid waarbij twee wachtfasen zijn te onderscheiden; de beoordelingswachtfase waarbij een patiënt na een eerste gesprek moet wachten op een indicatie en de behandelwachtfase waar een patiënt na indicatiestelling moet wachten op het eerste behandelcontact. Onder achterdeurlogistiek wordt het managen van de patiëntenuitstroom verstaan. Wachttijden kunnen hierbij ontstaan doordat patiënten onnodig lang in behandeling worden gehouden of wanneer er een te beperkte samenwerking is op afdelingsoverstijgend niveau.

Financiering in de geestelijke gezondheidszorg

Verscheidene overhevelingen hebben plaatsgevonden binnen de financieringsstructuur van de geestelijke gezondheidszorg. Vanaf 1 februari 2008 is alle extramurale (geneeskundige) geestelijke gezondheidszorg en de eerste 365 dagen intramurale zorg van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (ZVW). Het gevolg van deze overheveling is dat zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn geworden voor zowel de inkoop als betaling van deze zorg. Zorgaanbieders dienen naast de contacten met de zorgkantoren die de AWBZ gelden beheren, nu ook te onderhandelen met zorgverzekeraars (Klink, 2008). Daarnaast is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning in het leven geroepen waar onder andere de Welzijnswet, de Wet voorzieningen gehandicapten en de huishoudelijke verzorging uit de AWBZ onder zijn gebracht. De gemeenten financieren hiervoor de toeleiding tot hulp in het kader van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (Ministerie VWS, 2007). De bedragen hiervoor komen voort uit een onderhandelingsproces tussen de gemeenten en zorgaanbieders. De manier waarop de te vergoeden kosten binnen de tweedelijnszorg (die onder de Zorgverzekeringswet valt) worden berekend, is daarnaast gewijzigd. De handelingen met betrekking tot zorg worden nu gefinancierd door middel van de DBC-systematiek, de Diagnose-Behandelcombinatie. Een DBC kan als weergave gezien worden van alle verrichtingen die uitgevoerd dienen te worden voor een patiënt gedurende een vastgestelde periode. Er wordt een DBC voor een patiënt afgesloten wanneer de behandeling na 365 dagen overgeheveld wordt na de AWBZ wat via het zorgkantoor gaat lopen en het aantal verrichtingen als uitgangspunt genomen wordt. De betreffende zorginstelling kan dit vervolgens declareren bij zorgverzekeraars. Dit gebeurt aan de hand van zorgzwaartepakketten (zzp's), waarvoor de indicatie-aanvraag verloopt via het Centrum Indicatiestelling Zorg.

2.2 Wetenschappelijk onderbouwing voor de opbouw van het onderzoek

Om meer zicht te krijgen op de wachtlijst/wachttijd problematiek binnen de acute opnameafdelingen zullen de onderstaande stappen doorlopen worden. De stappen zullen eerst uiteengezet en onderbouwd worden aan de hand van wetenschappelijke literatuur. Vervolgens zullen ze als handvatten dienen voor de uitvoerfase van het onderzoek.

- 1) Zicht krijgen op de wachtlijst/wachttijd problematiek
- 2) Analyse van de probleemgebieden aan de hand van onderzoeksdata
- 3) Advies voor interventies

2.2.1 Zicht krijgen op de wachtlijst/wachttijdproblematiek

Om zicht te kunnen krijgen op de situatie zal in eerste instantie de patiëntenin- door en uitstroom op de acute opnameafdelingen in kaart gebracht moeten worden. Hierbij zal aan de hand van bedrijfskundige principes getracht worden om de probleemsituatie scherp te krijgen. Deze principes zijn omschreven door Vissers & De Vries (2005) en Vissers & Beech (2005) en zullen hieronder worden toegelicht.

Waarnemen van de situatie met behulp van de systeembenadering

De Nederlandse zorginstellingen zijn van oudsher functioneel georganiseerd, wat inhoudt dat zorgprocessen zo ingericht worden dat functionele afdelingen (poliklinieken, OK, diagnostiek afdelingen) als uitgangspunt genomen worden (Vos, et al., 2008). Op deze manier ligt de nadruk op het zo efficiënt mogelijk inrichten van afdelingen (units), waarbij gestreefd wordt naar een zo maximaal mogelijke productie tegen minimaal capaciteitsverlies. Het belang van een goed functionerende unit wordt op deze manier bovengeschild aan het belang van goedlopende zorgprocessen voor individuele patiënten over afdelingsgrenzen heen. Dit kan gezien worden als de in paragraaf 2.1 beschreven unitlogistiek. Bij een procesgerichte benadering wordt de service die geleverd dient te worden aan een patiënt weer bovengeschild aan dat van het functioneren van een unit. Er dient hierbij gekeken te worden naar het totale zorgproces (systeem) over de afdelingen heen zodat geen suboptimalisatie optreedt; 'winst die behaald wordt binnen een onderdeel van de organisatie (de unit) kan ten koste gaan van verliezen elders (de patiënt)' (Vissers en De Vries, 2005). Dit kan gezien worden als de in paragraaf 2.1 omschreven keten- en netwerklogistiek. Voor de kwaliteit van zorg voor een patiënt is het daarvoor van belang om vanuit de systeembenadering naar zorgprocessen te kijken. Een systeembenadering kan dus opgevat worden als het kijken naar de organisatie door een 'systeembril'. De organisatie wordt in eerste instantie als uitgangspunt genomen waarna verder ingezoomd wordt op een bepaald gebied door de benoeming van subsystemen (Vissers & De Vries, 2005). Afdelingen kunnen hierbij gezien worden als een subsysteem, opgebouwd uit verschillende elementen. Voor onderzoek naar de patiënten in- door- en uitstroom is het van belang om zicht te krijgen op vanaf welke ambulante en klinische afdelingen patiënten doorverwezen worden naar unit A, B en C en waar de patiënten vervolgens naar toe uitstromen. De terminologie van de

systeembenadering zal in de rest van het onderzoek beperkt blijven om onnodige complexiteit te voorkomen.

Wanneer de patiëntenstromen in kaart gebracht zijn, kan bepaald worden hoe groot de impact is van eventuele wachtlijsten/wachttijden die voor de acute opnameafdelingen zelf en de vervolgvoorzieningen ervaren worden. Wanneer er bijvoorbeeld voor een vervolgvoorziening lange wachttijden bestaan maar er nauwelijks patiënten naar toe doorverwezen worden dan zou het met de impact van dit probleem mee kunnen vallen. Andersom geldt dat wanneer er relatief veel patiënten naar een vervolgvoorziening doorgestuurd worden waar lichte problemen ondervonden worden, de impact toch erg groot kan zijn. Daarnaast is het bij de afbakening van het onderzoeksgebied van belang om onderscheid te maken tussen de uitstroom van de acute opnameafdelingen naar klinische vervolgvoorzieningen of ambulante vervolgvoorzieningen. Wanneer een patiënt langer opgenomen wordt op een klinische opnameafdeling omdat er nog geen ambulante vervolgvoorzieningen beschikbaar zijn, kan dit als grote verspilling van de klinische capaciteit gezien worden. Op divisieniveau zou dan overwogen kunnen worden om meer capaciteit in te zetten op de ambulante afdelingen daar in verhouding meer capaciteit vrij zou kunnen komen op de klinische afdelingen dan dat er geïnvesteerd zou worden aan capaciteit op de ambulante voorzieningen. Tot slot kan door afbakening van het onderzoeksgebied helder worden in hoeverre de sturing van de acute opnameafdelingen binnen Altrecht in samenhang moet gebeuren met externe zorginstellingen, buiten Altrecht. Wanneer bijvoorbeeld blijkt dat het overgrote deel van de patiënten van andere voorzieningen buiten Altrecht afkomstig is en het grootse deel ook weer hierna toe zal uitstromen dan zal de wachtlijstproblematiek van Altrecht zelf in grote mate onderhevig zijn aan de invloed van externe instellingen.

Patiëntengroep opdelen in meer homogene patiëntengroepen

Om zorgprocessen beter te plannen en coördineren kan het opdelen van een patiëntengroep in meerdere homogene patiëntengroepen een bijdrage leveren. Dit opdelen in homogene groepen kan bereikt worden door onderscheid te maken aan de hand van bepaalde kenmerken van de zorgprocessen (Vissers & Beech, 2005). Voor dit onderzoek zal getracht worden de patiëntengroep van de acute opnameafdelingen in homogene patiëntengroepen onder te verdelen aan de hand van de volgende proceskenmerken:

<i>Proceskenmerk</i>	<i>Omschrijving</i>	<i>Voorbeeld</i>
Planbaarheid & voorspelbaarheid	Zorgverlening waarvoor een afspraak gemaakt kan worden is beter te plannen dan acute zorg waarvoor direct zorgverlening vereist is. Hoe meer variatie te onderscheiden is binnen zorgprocessen (bijvoorbeeld keuze uit meerdere handelingen om globaal het zelfde resultaat te verkrijgen, en de verschillende routes in een zorgproces die een patiënt kan doorlopen), hoe minder voorspelbaar de zorgprocessen zijn.	Onderscheid in patiëntengroepen waarbij het zorgproces goed te voorspellen/plannen valt en patiëntengroepen waar dit minder het geval zal zijn en relatief een grotere buffer aan resources en capaciteiten ingezet zou moeten worden.

Urgentie	Binnen zorgprocessen kan er onderscheid gemaakt worden in de urgentie van de zorgvraag (acute of geen acute zorgvraag). Dit is van invloed is op de prioriteiten die gesteld dienen te worden bij de inzet van resources.	Onderscheid in een urgente patiëntengroep waarvoor altijd een buffer aan resources dient te bestaan en een minder urgente patiëntengroep die tijdelijk op een wachtlijst geplaatst kan worden.
Duur	De duur van een zorgproces is in grote mate bepalend voor de hoeveelheid resources waarop beslag wordt gelegd. Er zit een groot verschil tussen kleine eenmalige medische ingrepen en bijvoorbeeld een chronisch proces waarbij geen eindpunt valt te bepalen.	Onderscheid in een patiëntengroep waarbij ingeschat kan worden dat de duur van het zorgproces relatief kort zal zijn en patiëntengroepen waarvoor dit relatief lang zal zijn.
Complexiteit	De complexiteit van een zorgproces wordt bepaald door de hoeveelheid activiteiten, de betrokkenheid van disciplines en de mate waarbij sprake is van ketenzorg (meerdere stappen in het zorgproces).	Op basis hiervan kan een patiëntengroep ingedeeld worden in groepen waarbij in meerdere/mindere mate sprake is van complexe zorgprocessen.
Volume	De grootte van het volume is bepalend voor welke hulpmiddelen bij een zorgproces ingezet moeten worden en hoe planbaar het zorgproces is.	Als het volume van bepaalde (onderdelen van) zorgprocessen groot is, dan kan er voor gekozen worden om deze zorg in batches te leveren.
Ontkoppelpunten	Binnen zorgprocessen zijn er ontkoppelpunten te onderscheiden tussen de stabilisatie, diagnostische en therapeutische fase.	De diagnostische fase is veelal minder voorspelbaar dan de therapeutische fase.
Shared resources	Hoe meer capaciteiten gedeeld moeten worden tijdens een zorgproces, hoe lastiger het proces te organiseren is.	Er kunnen patiëntengroepen onderscheiden worden die beslag leggen op eigen specifieke capaciteiten waardoor het relevant zou kunnen zijn de zorg logistiek gezien apart te organiseren.
Flexibiliteit	Met flexibiliteit wordt bedoeld in welke mate productiesystemen kunnen inspelen op veranderingen. Wanneer er een verschil is tussen vraag en aanbod is er flexibiliteit in bijvoorbeeld de vorm van een buffer nodig om dit op te kunnen vangen.	Er kan onderscheid gemaakt worden in technische flexibiliteit (capaciteiten kunnen op meerdere manieren worden ingezet), economische flexibiliteit (wanneer een capaciteit op een andere manier aangewend wordt, leidt dit niet tot extra kosten) en medewerkerflexibiliteit (wanneer medewerkers door kennis en motivatie flexibel inzetbaar zijn).

Tabel 3 – Proceskenmerken (Vissers & Beech, 2005).

Zicht krijgen op de zorgprocessen door stroomschema's, capaciteits- en doorlooptijdtabellen

Van een voedingsbodem voor verandering kan slechts sprake zijn wanneer er zicht is op de probleemsituatie (Vissers & De Vries, 2005). Om dit zicht te kunnen verkrijgen is het noodzakelijk dat een aantal stappen doorlopen worden zoals beschreven is door Vissers en De Vries (2005). Deze stappen zullen kort besproken worden en zullen doorlopen worden in dit onderzoek.

- De verschillende stappen waaruit de zorgprocessen zijn opgebouwd dienen in kaart gebracht te worden. Vervolgens kan gekeken worden waar belemmeringen zich voordoen binnen deze processen.
- Er dient bekend te zijn op welke capaciteitssoorten beslag wordt gelegd en hoeveel capaciteit hiermee gemoeid is. Hierdoor zou helder kunnen worden of er capaciteiten zijn waarbij de bezettingsgraad te hoog of te laag is.
- Het is van belang om te weten wat de gemiddelde opnameduur is van patiënten op bepaalde afdelingen. Deze gemiddelde opnameduur zou vergeleken kunnen worden met de normen die gelden aangaande deze opnameduur. Tevens zou gekeken kunnen worden naar de groep patiënten die hier in een bepaalde mate van afwijkt.

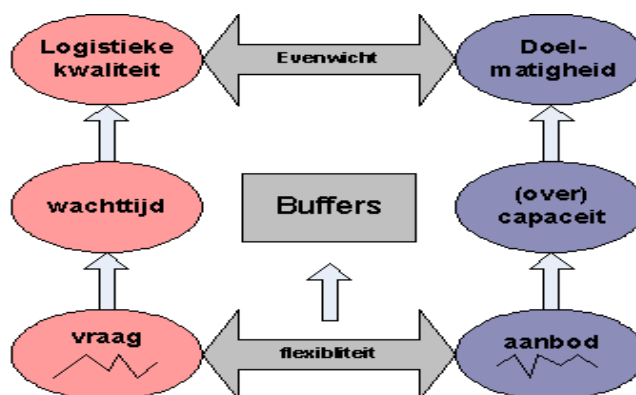
2.2.2 Analyse van het probleemgebied

Waar op te sturen

Voor de analyse van het probleemgebied is het van belang te kijken naar wat in gang gezet zou moeten worden om de discrepantie tussen de 'ideale' situatie met betrekking tot wachtlijsten/wachttijden en de huidige situatie te verkleinen. Hiervoor dient eerst helder te worden hoe deze ideale situatie er uit zou moeten zien, met andere woorden 'waar op gestuurd' zou moeten worden. Voor het scherp krijgen hiervan, kunnen er lessen geleerd worden vanuit de industriële sector (Visser en de Vries, 2005). Een greep uit deze lessen zal hieronder besproken worden waarna duidelijk moet worden waar binnen de acute opnameafdelingen op gestuurd zou moeten worden.

Balans tussen zorgvraag en aanbod:

In de probleemanalyse is het raamwerk van verschillende sturingsniveaus besproken waarbij het voor zorginstellingen cruciaal is om op elk niveau tot een balans te komen tussen de zorgvraag en aanbod (Vissers et al., 2001). Het recept voor het efficiënt inrichten van patiëntenstromen ligt dan ook bij het creëren van evenwicht tussen deze vraag en het aanbod waar op gestuurd zou moeten worden.



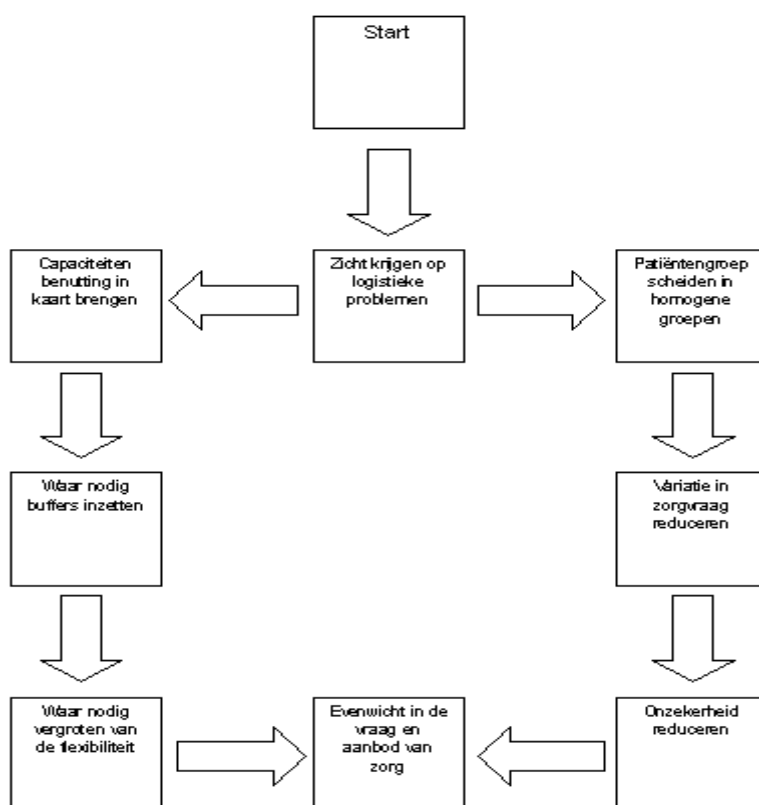
Figuur 3 – Evenwichtige organisatiestructuur (Elkhuizen, 2010)

Zoals er op bovenstaande afbeelding te zien is, is om vraag en aanbod soepel op elkaar te laten aansluiten een bepaalde mate van flexibiliteit nodig. Hier moet echter wel een goed

evenwicht in gevonden worden zodat de doelmatigheid aan de aanbodkant en de logistieke kwaliteit aan de vraagkant beide van een dergelijk hoog niveau zijn.

Een tweede les die uit de industriële sector geleerd kan worden gaat over *hoe* beter tot een balans gekomen kan worden tussen zorgvraag en aanbod. Het ordenen van de klantvraag in homogene groepen kan hiervoor als een ‘hulpmiddel’ gezien worden. Zorgprocessen zouden door de opdeling in homogene groepen beter gecoördineerd en gepland kunnen worden waardoor een betere balans tussen vraag en aanbod bereikt zou kunnen worden (dit is tevens in de probleemanalyse besproken). Variatie in zorgvraag leidt immers tot onzekerheid en deze onzekerheid kan er toe leiden dat zorgprocessen moeilijk te voorspellen en te plannen zijn. Deze variatie zou derhalve verminderd kunnen worden door het scheiden van processen in homogene groepen.

Een andere les uit de industriële sector om tot een betere balans tussen vraag en aanbod te komen is om buffers aan de vraag- en/of aanbodkant in te bouwen. Aan de vraagkant kunnen hiervoor buffers in de vorm van wachttijden worden ingezet en aan de aanbodkant in de vorm van beschikbare capaciteit. De aanwezigheid van wachtlijsten/wachttijden hoeft niet per definitie als disfunctioneel gezien worden maar heeft als doel als buffer te fungeren wanneer er onzekerheid bestaat aangaande de hoeveelheid zorgvraag. Hierdoor neemt de flexibiliteit toe wat een positieve uitwerking kan hebben op de balans tussen vraag en aanbod. Hoe de toepassing van deze twee ‘lessen’ uit de industriële sector kan leiden tot een beter balans tussen vraag- en aanbod, wordt weergegeven in onderstaande afbeelding:



Figuur 4 – Manier om wachttijden/frequentie van wachtende patiënten te reduceren

2.2.3 Advies voor interventies

Zoals in bovenstaande figuur duidelijk is geworden, kan een betere balans tussen vraag en aanbod onder andere bereikt worden door een patiëntengroep onder te verdelen in homogene patiëntengroepen en buffers in te bouwen in zowel de vraag- als aanbodzijde.

Onzekerheid verkleinen door patiëntengroepen onder te verdelen in homogene groepen

Wanneer in fase 1 'zicht krijgen op het logistieke vraagstuk' blijkt dat de patiëntengroep in homogene patiëntengroepen valt onder te verdelen, zal de planning hierop aangepast moeten worden. De totale patiëntengroep dient opgedeeld te worden in deze meer homogene groepen waarna voor elke groep op een specifieke wijze de inrichting van de zorgprocessen georganiseerd kan worden.

Buffers inbouwen aan de vraag- en/of aanbodzijde

Omdat de vraag naar zorg onvoorspelbaar is, is het voor zorginstellingen lastig om het zorgaanbod vlekkeloos op de zorgvraag te laten aansluiten. Flexibiliteit is dan nodig als een buffer om schommelingen in de vraag te kunnen opvangen (Vissers, Bertrand en de Vries, 2001; Vissers en de Vries, 2005). In de industriële sector is het mogelijk om een buffer aan de aanbodkant in te bouwen in de vorm van voorraden. In de zorgsector is dit echter niet mogelijk omdat er geen voorraad 'zorg' opgeslagen kan worden (Vissers en de Vries, 2005). Buffers in de zorgsector kunnen aan de vraagkant in de vorm van wachttijden bestaan en in de aanbodkant in de vorm van capaciteiten (Vissers en de Vries, 2005). Wanneer er te veel buffervorming aan de vraagkant is, kan dit ten koste gaan van de kwaliteit van de service die aan de patiënten geleverd dient te worden. Wanneer er te veel buffervorming aan de aanbodkant is, kan dit ondoelmatigheid tot gevolg hebben door een lage bezettingsgraad. Er dient getracht te worden de juiste balans te vinden tussen de twee vormen van buffers (Vissers, Bertrand, en de Vries, 2001; Vissers, en de Vries, 2005). Omdat dit onderzoek gericht is op de acute opnameafdelingen moet er rekening gehouden worden met de beperkte mogelijkheid tot buffervorming aan de vraagkant aangezien voor acute zorg een opnameplicht bestaat. Hierbij dient onderscheid gemaakt te worden tussen de verschillende afdelingen. Op unit A geldt voor de acute zorgvraag dat patiënten binnen 24 uur opgenomen dienen te worden. Echter er is ook een stroom patiënten te onderscheiden waarvoor de zorgvraag minder acuut is en die wel op een wachtlijst komt te staan. Voor zowel unit B als C geldt dat er wachttijden bestaan waarvoor het zodoende wel mogelijk is om buffers in te bouwen aan de vraagkant.

Bedrijfsproces-verbeteringsmethodes

Er zijn verschillende industriële methoden te onderscheiden die in de gezondheidszorg toegepast kunnen worden om zorgprocessen zo in te richten dat de patiëntenzorg verbeterd wordt (Young et al. 2004). Bij leanmanagement ligt de focus op het creëren van waarde en het reduceren van verspilling waarbij onnodige stappen in een proces geschrapt dienen te worden. Hierbij wordt er gestreefd naar continue verbetering door onder andere het uitvoeren van probleemanalyses en verbeterprojecten op decentraal niveau. Six sigma kan als een

managementmethode gezien worden met het doel prestaties te verbeteren door middel van het identificeren van tekortkomingen. Er worden definities opgesteld van gewenste resultaten en er wordt bepaald in hoeverre daar van afgeweken mag worden in de vorm van standaarddeviaties. Zorgprocessen worden vervolgens aan de hand van statistische procescontrole gecontroleerd en bijgesteld. Bij de Theory of Constraints (TOC) wordt door middel van het opheffen van een bottleneck in een logistiek proces getracht de doorlooptijd te verkorten. Het achterliggende idee hierbij is dat een systeem zo sterk is als de zwakste schakel. Wanneer naar zorgprocessen wordt gekeken betekent dit dat de maximale prestatie bepaald wordt door de capaciteit van de bottleneck. Hierdoor is het cruciaal om de capaciteit van de bottleneck efficiënter te benutten waarna de doorstroom verbeterd kan worden (Goldrath, 2007; Young et al, 2004).

Bovenstaande principes kunnen niet zonder meer worden gebruikt voor het oplossen van logistieke problemen in elke context. Of een methode bruikbaar is, is afhankelijk van het productietype waarop het productieproces van toepassing is. Dit hangt af van het volume van het product, de variëteit van de producten en de stabiliteit van de omgeving. De verschillende vormen van zorg die geleverd worden binnen de acute zorg kunnen gekarakteriseerd worden als laag in volume, met een hoge variëteit en een instabiele omgeving met betrekking tot (1) de producttypes, (2) de zorgvraag, en/of (3) de belasting per afdeling. Dit sluit exact aan bij de kenmerken van het productietype waar TOC op toegepast kan worden. Zie voor nadere toelichting tabel 3.

<i>Productie type</i>	<i>Focused improvement</i>	<i>Besturingstelsel</i>	<i>Triviale Naam</i>
<i>Hoog volume Weinig variëteit</i>	Beperk ruimte tussen stations	Tussenruimte beperken	Lopende band
<i>Hoog volume Gemiddelde variëteit Stabiele omgeving</i>	Beperk voorraad tussen stations	KANBAN SMED	Lean Six sigma
<i>Laag volume Hoge variëteit Instabiele omgeving</i>	Beperk tijdsbuffer	MRP Buffer management	TOC

*Single Minute Exchange of Die (SMED), methode uit de lean manufacturingfilosofie

** methode om "pull-based planning and control toe te passen

*** Manufacturing resources planning, integrale productie besturing

Tabel 4 – Kenmerken van verschillende stromingen in de logistiek (Goldratt et al., 2007)

Toepassing van theory of constraints in de gezondheidszorg

De bedrijfsproces-verbeteringsmethode, theory of constraints kan als een succesvolle methode gezien worden binnen de gezondheidszorg om doorlooptijden te verkorten (Dettmer, 1997). Met behulp van software kan geregistreerd en gemeten worden wanneer binnen zorgprocessen sprake is van uitloop in de geplande opnametijd van een patiënt. Binnen de gezondheidszorg wordt onder andere gewerkt met de software-applicatie 'Jonah' van het Britse bedrijf QFI Consulting. Er wordt in dit programma in plaats van te werken aan de hand van een strikte trajectplanning op een voorgenomen ontslagdatum gestuurd. Het systeem is hierbij verantwoordelijk voor het bijhouden van de te resteren buffertijd als het percentage van een maximale verblijfsduur. Deze informatie kan gebruikt worden om taken te prioriteren. Elke

hulpverlener kan daardoor op de hoogte worden gebracht van welke patiënt de prioriteit heeft om behandeld te worden om te voorkomen dat de afdeling te laat wordt verlaten (Ede, 2010).

Een ander principe van de theory of constrains is om de 'bottle neck' op te sporen en vervolgens opheffen. Hiervoor dienen de volgende stappen doorlopen te worden (Borghuis, 2007):

1) Aan de hand van een registratiesysteem wordt bepaald wat op een bepaald moment als belangrijkste oorzaak gezien kan worden voor het overschrijden van ligtijd/behandeltijd. Wanneer een patiënt wordt opgenomen, bepaalt een zorgverlener een verwachte ontslagdatum waarna er alles aan gedaan wordt om deze datum te halen. Wanneer dit niet lukt, wordt de oorzaak van tijdsoverschrijding getracht te achterhalen en wordt dit geregistreerd. Wanneer dit van een bepaalde groep patiënten bijgehouden wordt, kan zo de meest voorkomende oorzaak achterhaald worden zoals bijvoorbeeld het niet beschikbaar zijn van een vervolgvoorziening.

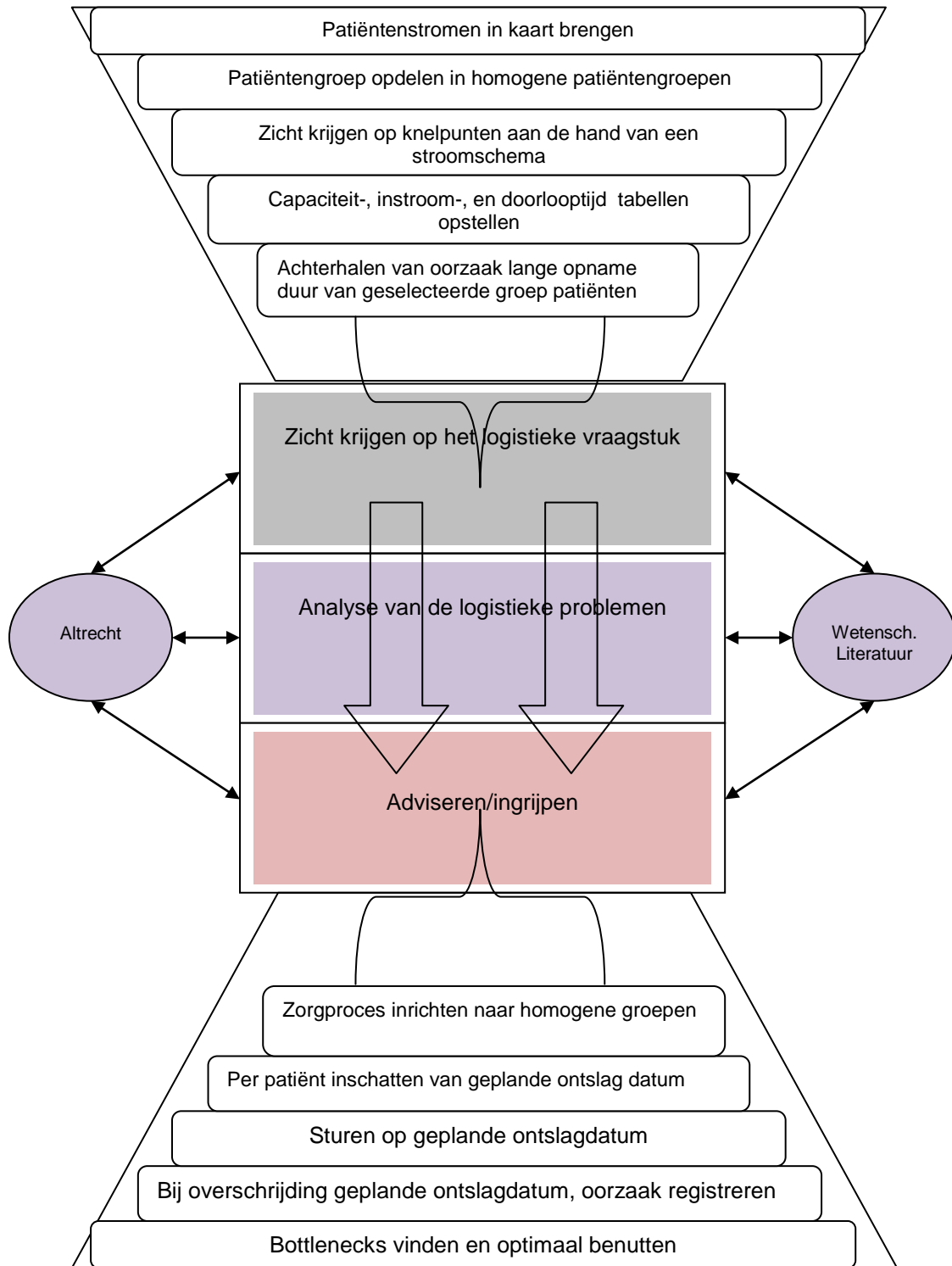
2) Wanneer de 'bottleneck' geïdentificeerd is, dient van alles in gang gezet te worden om deze op te heffen. Dit kan bijvoorbeeld bereikt worden door bepaalde werk- of afstemmingsprocessen aan te passen zonder dat daarbij de inzet van extra capaciteit noodzakelijk is.

3) Op het moment dat een bottleneck opgeheven wordt ontstaat ergens anders automatisch een nieuwe bottleneck. Hierdoor is het van belang om continu met procesverbetering bezig te zijn.

Als voorbeeld van het succesvol uitvoeren van deze methode binnen de gezondheidszorg is de toepassing van TOC in het St. Antonius Ziekenhuis waarbij op twee afdelingen de opnameduur flink bekort is (Borghuis, 2007).

2.3 Het conceptuele model

In het onderstaande model wordt visueel weergegeven welke stappen doorlopen dienen te worden voor dit onderzoek om zicht te krijgen op het logistieke vraagstuk. Tevens wordt weergegeven welke stappen doorlopen dienen te worden om in te kunnen grijpen.



Figuur 5 – Conceptueel model

3. Methoden van onderzoek

3.1 Onderzoeksdesign

Aangezien in dit onderzoek slechts enkele onderzoekselementen zijn opgenomen, laat het zich typeren als een casestudy (Segers, 1999). Daarnaast kan het gezien worden als probleemoplossend onderzoek daar een diepgaande analyse van het probleem (de wachtlijst/wachttijd problematiek) noodzakelijk is om de ervaren problemen voor zowel de patiënt als de organisatie in beschouwing te kunnen nemen (De Leeuw, 1996). De uitvoering van het onderzoek laat zich van te voren niet in detail omschrijven waardoor gaandeweg nog beslissingen gemaakt dienen te worden aangaande de concrete invulling van het onderzoek. Dit maakt het dat het onderzoek een exploratief karakter heeft. Tot slot zijn zowel kwalitatieve (onder andere de interviewgegevens) als kwantitatieve aspecten (onder andere de capaciteiten- en patiënteninstroomtabellen) te onderscheiden. Door van meerdere bronnen voor dataverzameling gebruik te maken (triangulatie), kan de validiteit van het onderzoek gecontroleerd, gewaarborgd en vergroot worden (Devers, 1991). Dit kan op zijn beurt de contentvaliditeit vergroten. Immers, hoe meer bronnen van informatie er naar de zelfde richting wijzen, hoe groter de zekerheid is dat wat gemeten is een accurate weergave is van de 'realiteit' (Lawshe, 1975). Bovendien wordt de relevantie van het onderzoek voor de organisatie (Altrecht) vergroot wanneer de informatie uit de data-analyse overeenkomt met de ervaringen van de medewerkers op de werkvloer. Dit kan tevens tot gevolg hebben dat de motivatie onder medewerkers voor verandering vergroot wordt.

3.2 Instelling

Gezien het grote aantal patiënten dat bij Altrecht in behandeling is (24.500 op 31 december 2008) kan Altrecht als cruciale zorginstelling gezien worden binnen de regio Utrecht. Altrecht kan opgedeeld worden in zes onderdelen, die zich elk richten op een specifieke doelgroep en/of op een specifieke problematiek. Dit onderzoek is gericht op de divisie Willem Arntsz, waar specialistische zorg geboden wordt aan mensen met een psychiatrische stoornis. In onderstaande tabel worden de kenmerken van deze afdelingen weergegeven.

<i>Unit</i>	<i>Unit A</i>	<i>Unit B</i>	<i>Unit C</i>
<i>Type afdeling</i>	Acute opname & crisisinterventie	Gesloten vervolgbehandeling	Open behandel Unit
<i>Aantal bedden.</i>	14	16	24
<i>Reden opname</i>	Ernstige psych. problematiek	Behandeling na crisis	Psychiatrische problematiek
<i>Doel opname</i>	Acuut herstel en stabilisatie	Stabilisatie psych. stoornis	Voorbereiding vervolg voorz.
<i>Duur opname</i>	Zo kort mogelijk	1 tot 3 maanden	1 tot 6 maanden

Tabel 5 – Kenmerken acute opnameafdelingen Altrecht, Divisie Willem Arntsz

3.3 Respondenten

De kwantitatieve aspecten van het onderzoek zullen kwalitatief ondersteund worden aan de hand van interviews met hulpverleners en managers. Bij de selectie van de geïnterviewde medewerkers zal gelet worden op de diversiteit aan functies en zal getracht worden een goede balans te verkrijgen tussen het verzamelen van relevante informatie en de belasting van de afdelingen. Er zullen in totaal 15 interviews afgenomen worden bij: 7 verpleegkundigen (van elke acute opname afdeling tenminste 2 verpleegkundigen), 3 teammanagers (van unit, A, B en C), 1 afdelingsmanager (Van unit A, B en C), de centrale

opname coördinator van de acute psychiatrie, 2 afdelingspsychiaters, 1 acute opname manager en 1 avond- nacht- en weekend (ANW)hoofd, die eindverantwoordelijke is over de hele divisie buiten kantoor tijden om. De interviews zullen afgenomen worden aan de hand van een topiclijst (bijlage 1) daar de medewerkers de ruimte dienen te krijgen om hun ervaringen/inzichten te bespreken zonder de relevantie tot het onderzoek uit het oog te verliezen. Tijdens de interviews zal er genotuleerd worden wat vervolgens uitgetypt zal worden.

3.4 Dataverzameling en analyse

3.4.1 Afbakening van het onderzoeksgebied

Kwantitatief/kwalitatief

Zowel de belangrijkste verwijzers voor de voordeur als de belangrijkste vervolgvoorzieningen na de achterdeur zullen in kaart gebracht worden. Van alle patiënten die zijn opgenomen tussen 1 januari 2009 tot en met 31 december 2009 op unit A, B en C zal met behulp van het informatiesysteem Psygis achterhaald worden vanuit welke klinische of ambulante behandellocaties de patiënten zijn doorverwezen en waar ze na opname vervolgens naar toe doorstromen. Deze resultaten zullen met de medewerkers besproken worden waarbij nagegaan wordt of er opvallendheden zijn op te merken.

3.4.2 Onderverdeling van de patiëntengroep in 'homogene' patiëntengroepen

Kwalitatieve analyse

Er zullen interviews bij de verschillende hulpverleners/managers afgenomen worden waarbij de proceskenmerken die in het theoretische kader (paragraaf 2.2.1) omschreven zijn, besproken zullen worden.

Factoren om patiënten in homogene groepen op te delen	
<i>Proceskenmerken</i>	<i>Settingsafhankelijke factoren</i>
Planbaarheid/Voorspelbaarheid	Diagnose
Urgentie	Alcohol/drugs gebruik
Duur	Aanwezigheid/draagkracht systeem
Volume	Huisvesting
Ontkoppelpunten	Somatische gesteldheid
Shared resources	Financiën
Flexibiliteit	Diagnose

Tabel 6 – Factoren aan de hand waarvan de patiëntengroep opgedeeld kan worden

Aan de hand hiervan zal getracht worden om de totale patiëntengroep onder te verdelen in meerdere homogene patiëntengroepen. Voorafgaand aan het onderzoek is in overleg met de afdelingsmanager van unit A, B en C besloten de focus hierbij te leggen op het proceskenmerk opnameduur. Er zullen tevens settingsafhankelijke factoren besproken worden die met de afdelingsmanager zijn opgesteld aan de hand waarvan de opnameduur van de patiënten binnen de acute opnameafdelingen ingeschat zou kunnen worden. Zie voor meer informatie tabel 6.

Kwantitatieve analyse

Voorafgaand aan het onderzoek is met de afdelingsmanager besloten de focus te leggen op het proceskenmerk 'duur van zorgprocessen'. Om te bepalen aan de hand van welke factoren de totale patiëntengroep onderverdeeld kan worden in 'homogene' patiëntengroepen wanneer de geplande opnameduur als uitgangspunt genomen wordt, zal een analyse uitgevoerd worden met informatie uit het informatie systeem Psygis. Gekeken zal worden of onderscheid gemaakt kan worden tussen twee groepen; de groep patiënten die meer dan één standaarddeviatie van de gemiddelde opnameduur afwijkt (in de zin dat ze langer zijn opgenomen) op unit A, B en C en de restgroep patiënten. Deze eerste groep patiënten zal in de rest van het onderzoek 'lang verblijvers' genoemd worden en de tweede groep de 'rest groep'. Er zal gekeken worden naar de patiënten die tussen januari en maart 2010 binnen unit A, B en C zijn uitgestroomd. Aangezien op groepsniveau beperkte informatie voorhanden is, zal de focus komen te liggen op de bruikbare informatie die wel op te vragen is; informatie aangaande de diagnose van een patiënt. Gekeken zal worden naar de specifieke diagnose maar ook zal het onderscheid gemaakt worden tussen as 1, psychiatrische problematiek en as 2, persoonlijkheidsproblematiek.

3.4.3 Het opstellen van stroomschema's

Kwalitatief

Het stroomschema dat voor de HKZ-certificering is opgesteld (bijlage 1) zal besproken worden met verschillende medewerkers waarbij gekeken wordt of meer specifieke stroomschema's opgesteld kunnen worden voor verschillende patiëntengroepen. Er zal daarnaast besproken worden welke stappen in het stroomschema relatief traag doorlopen worden. Ook zal besproken worden wie bepaalt wanneer een patiënt toe is aan de volgende stap en hoe dit wordt bepaald.

3.4.4 Het opstellen van capaciteitstabellen

Kwantitatief

Van de maanden januari 2010 t/m juni 2010 zullen capaciteitstabellen opgesteld worden waarbij gekeken wordt naar de bezettingsgraad van de bedden, het gemiddelde aantal opnames, het gemiddelde aantal wachtenden op instroming en het gemiddelde aantal wachtenden op doorplaatsing. Hierbij zal tevens gekeken worden naar de daadwerkelijke beddenbezetting van patiënten van het eerste kwartaal van 2010 op de drie afdelingen. Van elke opgenomen patiënt binnen de acute opnameafdelingen wordt elke dag de aanwezigheid geregistreerd om ongeveer 6 uur 's ochtends. Op deze manier kan een inschatting gemaakt worden van hoe vaak patiënten 's nachts een bed bezet houden. Er kan globaal vanuit worden gegaan dat hoe zwaarder de zorgvraag van een patiënt is, hoe vaker deze patiënt 's nachts aanwezig is. Wanneer de zorgvraag minder intensief is, zal een patiënt vaker extramuraal kunnen overnachten. Verwacht wordt dan ook dat het aanwezigheidspercentage op unit A behoorlijk hoog zal liggen in vergelijking met unit C aangezien de afdeling bedoeld is voor mensen die een levensbedreigende situatie voor zichzelf of anderen zijn. Wanneer blijkt dat patiënten bijvoorbeeld 's nachts weer naar huis gaan, kan dit als een aanwijzing

gezien worden dat de zorgvraag eigenlijk minder intensief is dan op unit A verwacht kan worden.

Kwalitatief

Tijdens de interviews met de medewerkers zal nader ingegaan worden op eventuele onder/over bezetting van andere capaciteiten dan de bedden capaciteit. Tot slot zullen de datagegevens die bij het berekenen van het aan/afwezigheidspercentage van patiënten naar boven zijn gekomen, besproken worden met de medewerkers van de verschillende opnameafdelingen om te verifiëren of de meetgegevens overeenkomen met de ervaren aan/afwezigheid van patiënten.

3.4.5 Patiënten in-door en uitstroom

Bij het onderzoek zal getracht worden meer zicht krijgen op de patiëntenin-, door- en uitstroom. De focus zal vooral komen te liggen op ligduur (verkorting) dat een essentieel onderdeel van in-, door en uitstroom is. Wel dient in ogenschouw gehouden te worden dat dit niet alle aspecten van de patiënten in-, door- en uitstroom omvat.

Kwantitatieve fase

Allereerst zal aan de hand van de Chi-Square toets nagegaan worden of er met betrekking tot de patiënteninstroom seizoens/maandfluctuaties zijn te onderscheiden in de periode januari 2007 tot en met december 2010. Vervolgens zal gekeken worden naar de geregistreerde wachttijden van patiënten van de acute opnameafdelingen die in de periode januari 2010 tot en met juni 2010 op wachtlijsten zijn geplaatst voor vervolgvoorzieningen. Hier opvolgend zal in Psygis van het eerste kwartaal van 2010 de gemiddelde doorlooptijd berekend worden van de patiënten van unit A, B en C. De standaarddeviatie zal hiervan berekend worden waarna de groep patiënten geselecteerd wordt die meer dan één standaarddeviatie van de gemiddelde opnameduur afweek (in de zin dat ze langer zijn opgenomen).

Kwalitatieve fase

De patiënten van de acute opnameafdelingen die in de periode januari 2010 tot en met maart 2010 zijn uitgestroomd en meer dan één standaarddeviatie van de gemiddelde opnameduur zijn afgeweken (in de zin dat ze langer zijn opgenomen geweest) zullen besproken worden met medewerkers. Er zal hierbij onderscheid gemaakt worden tussen zorginhoudelijke en niet zorginhoudelijke redenen voor de relatief lange opnameduur. Ook zal er besproken worden over welke vervolgvoorzieningen de medewerkers het idee hebben dat er lange wachttijden bestaan.

3.4.6 Aanwezigheid financiële prikkels inzake patiëntendoorstroming

Voor dit onderzoek is het relevant scherp te krijgen welke financiële prikkels bestaan binnen Altrecht om de wachtlijst/wachttijd problematiek te verbeteren. Wanneer blijkt dat de wachttijden/wachtlijsten gereduceerd kunnen worden maar als Altrecht hier financieel gezien

geen positieve of zelf negatieve consequenties van ondervindt, dan zal hier nog eens extra kritisch naar gekeken moeten worden. Om hier meer zicht op te krijgen zal een gesprek worden aangegaan met de controller van de divisie Willen Arntsz. Dit gesprek zal vervolgens uitgetypt en weer teruggekoppeld worden aan de controller waarbij de mogelijkheid tot het geven van feedback gegeven wordt.

4. Resultaten

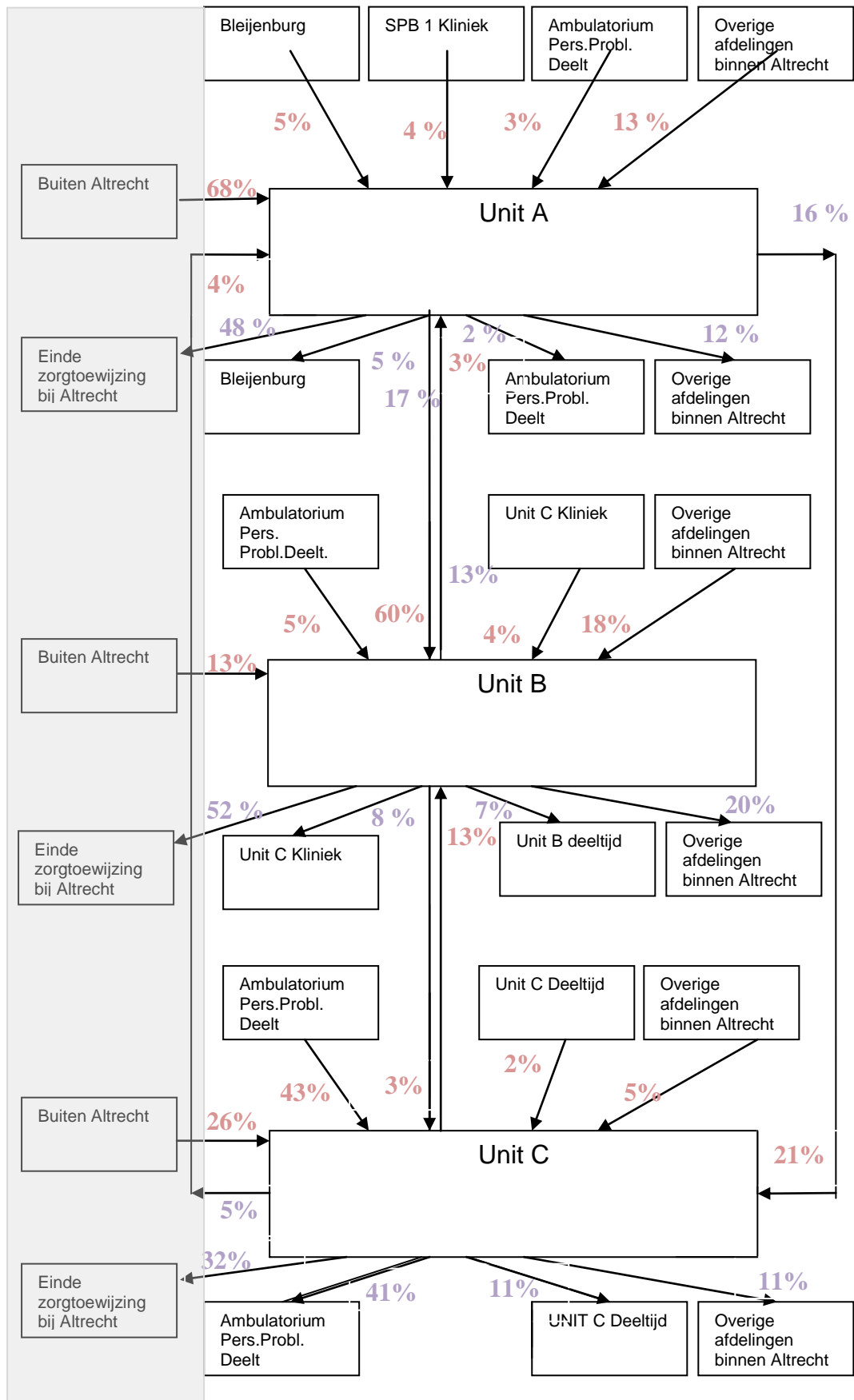
Voor deze resultatensectie zijn de verschillende stappen doorlopen die in het theoretische kader uiteengezet zijn. Met betrekking tot de fase 'zicht krijgen op de wachtlijst/wachttijd problematiek' is als eerste stap het onderzoeksgebied afgebakend door een weergave te geven van de afdelingen (klinisch en ambulante) waar de patiënten voor de opname op unit A, B en C in behandeling zijn geweest en waar ze na opname weer naartoe zijn doorgestroomd. Als tweede stap is gekeken of de medewerkers van de acute opnameafdelingen een onderverdeling kunnen maken van de gehele patiëntengroep op de acute opnameafdelingen in verschillende homogene patiëntengroepen aan de hand van de proceskenmerken die genoemd zijn in het theoretische kader in paragraaf 2.2.1. Als derde stap hebben de medewerkers van de acute opnameafdelingen tijdens de interviews aan de hand van een bestaand stroomschema aangegeven welke knelpunten op de verschillende afdelingen met betrekking tot de patiëntendoorstroom ervaren worden. Als vierde zijn capaciteitstabellen opgesteld waarin onder andere de bezettingsgraad van de bedden is berekend. Als laatste stap is getracht meer zicht te krijgen op de patiëntenin-, door- en uitstroom door na te gaan of er met betrekking tot de patiënteninstroom seizoen/maand fluctuaties over de jaren heen zijn te onderscheiden. De gemiddelde opnametijd is vervolgens berekend voor de verschillende opnameafdelingen waarna er per afdeling een groep patiënten geselecteerd is die meer dan één standaarddeviatie langer opgenomen is geweest dan dit gemiddelde. De oorzaken voor de relatief lange opnameduur van deze geselecteerde groep patiënten is getracht te achterhalen aan de hand van interviews met de medewerkers. Tevens zijn de wachtlijsten voor doorstroom vanuit de acute opnameafdelingen weergegeven en is getracht te verifiëren of de medewerkers de geregistreerde wachtlijsten als goede afspiegeling zien voor de daadwerkelijke wachtlijstproblematiek. Voor de fase 'analyse van de logistieke problemen' zijn de problemen met betrekking tot de patiëntenin-, door- en uitstroom die naar boven zijn gekomen in de eerste fase met elkaar geïntegreerd tot een aantal probleemgebieden. Voor de fase 'advies voor interventies' is een advies gegeven over hoe binnen Altrecht ingegrepen kan worden om de wachtlijstproblematiek te verminderen.

4.1 Zicht krijgen op de wachtlijst/wachttijd problematiek

4.1.1 Afbakening van onderzoeksgebied, weergave van de patiëntenstromen

Voor de afbakening van het onderzoeksgebied is van alle patiënten die zijn opgenomen tussen 1 januari 2009 tot en met 31 december 2009 op unit A, B en C met behulp van het informatiesysteem Psygis achterhaald vanuit welke klinische of ambulante behandellocaties ze zijn doorverwezen en waar ze na opname vervolgens naar toe zijn doorgestroomd. Van patiënten die voor de opname nog niet bij Altrecht in behandeling waren of die naar een vervolgvoorziening buiten Altrecht zijn doorgestroomd, viel deze informatie niet te achterhalen. Deze groep patiënten wordt aangeduid met de categorie 'buiten Altrecht'.

- *Kwantitatieve fase*



Figuur 6 – Weergave patiëntenstromen acute opnameafdelingen over het jaar 2009

Voor unit A is in bovenstaande afbeelding weergegeven dat het grootste gedeelte van de patiënten (68%) dat opgenomen is geweest nog niet eerder bij Altrecht in behandeling is geweest. Een klein percentage van de instroom is afkomstig van unit B (3%), unit C (4%) en van de overige afdelingen binnen Altrecht (13%). Bij een groot percentage van de patiënten (48%) stopt de zorgtoewijzing binnen Altrecht na behandeling op unit A. 17% van de patiënten stroomt door naar unit B, 16% naar unit C, 5% naar Bleyenburg en 12% naar de andere afdelingen binnen Altrecht.

Wanneer naar de instroom op unit B gekeken wordt, valt op te merken dat het grootste gedeelte van de patiëntengroep (60%) afkomstig is van unit A, een kleiner deel afkomstig is van andere afdelingen binnen Altrecht (27%) en 13% afkomstig is van afdelingen buiten Altrecht. Met betrekking tot de uitstroom, valt af te lezen dat een groot deel van de patiënten doorstroomt naar vervolgvoorzieningen buiten Altrecht (52%). 13% stroomt door naar unit A, 8% naar unit C en 20% naar de overige afdelingen binnen Altrecht. Tot slot blijft 7% in deeltijdbehandeling bij unit B.

De grootste groep patiënten die binnenkomt op unit C is afkomstig van het ambulatorium (43%) en stroomt daar na opname ook weer naar toe door (41%). Daarnaast is 21% van de totale patiëntenpopulatie afkomstig van unit A en 26% buiten Altrecht. Voor 32% van de patiënten heeft de opname op unit C een einde van de zorgtoewijzing tot gevolg. 11% gaat over op de deeltijdbehandeling op unit C, 11% komt op andere vervolgvoorzieningen binnen Altrecht terecht en 5% wordt weer opgenomen op unit A.

Kwalitatieve analyse

Volgens de medewerkers van de acute opnameafdelingen kan het als opvallend gezien worden dat unit C in de praktijk slechts 1% minder patiënten van unit A opneemt dan unit B, aangezien unit B binnen Altrecht als de vervolgvoorziening van unit A wordt gezien. Daarnaast wordt het als opvallend gezien dat na de opname bij een dergelijke grote groep patiënten van unit A en B een einde van de zorgtoewijzing volgt. Hier zal bij de analysefase nader op worden ingegaan.

4.1.2 Onderverdeling van de patiëntengroep in 'homogene' patiëntengroepen

Voor deze onderzoeksfase is tijdens de interviews met de medewerkers getracht om de totale patiëntengroep onder te verdelen in meer homogene groepen aan de hand van onderstaande proceskenmerken die in het theoretische kader besproken zijn. Zoals in de methodesectie besproken is, is na een gesprek met de afdelingsmanager van unit A, B en C besloten de focus te leggen op het proceskenmerk 'duur van de zorgprocessen'.

- *Kwalitatieve analyse*

Aan de hand van de onderstaande proceskenmerken zou in theorie een heterogene patiëntengroep ingedeeld kunnen worden in meer homogene patiëntengroepen. De toepasbaarheid om aan de hand van deze kenmerken de patiëntengroep van de acute

opnameafdelingen in op te delen, is met de medewerkers van de acute opnameafdelingen besproken, zie onderstaande tabel 7:

Proceskenmerk	Toepassing op de patiëntenpopulatie van unit A, B & C
<i>Planbaarheid/ voorspelbaarheid</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Er is met name sprake van acute zorg die vrijwel niet te plannen valt. - Voor de invulling van zorgprocessen is veel variatie te onderscheiden (bijvoorbeeld de keuze uit meerdere handelingen om globaal hetzelfde resultaat te verkrijgen, het verschil in duur van de handelingen en de verschillende routes in een zorgproces die een patiënt kan doorlopen) wat de voorspelbaarheid verkleint. - De voorspelbaarheid blijft beperkt doordat duidelijke richtlijnen ontbreken om zorgprocessen te standaardiseren. Afhankelijk van de hulpverlener worden stappen doorlopen om de situatie van de patiënten te verbeteren. <p>Conclusie: Aangezien volgens de medewerkers de inhoud van vrijwel alle zorgprocessen moeilijk te voorspellen valt, lijkt het voor dit onderzoek geen geschikt criterium om patiëntengroepen op te onderscheiden.</p>
<i>Urgentie</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Er kan onderscheid gemaakt worden in de mate van acute toestand waarmee een patiënt opgenomen wordt. Hoe acuter de zorgvraag, hoe hoger de urgentie. Dit wordt bepaald aan de hand van het gevaarcriterium. Dit houdt in dat als iemand een gevaar voor zichzelf of anderen vormt direct opgenomen dient te worden. <p>Conclusie: Voor het grootste gedeelte van de patiënten op unit A valt de zorg als acuut te karakteriseren. Voor de zorg op unit B en C is dit in mindere mate het geval. Aangezien de mate van urgentie per afdeling vrij homogeen is, lijkt dit geen geschikt criterium om patiëntengroepen op te onderscheiden</p>
<i>Duur</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Voor de meeste patiënten is er sprake van een chronisch zorgproces waarvoor van te voren lastig een eindpunt valt te bepalen. Wel valt volgens de medewerkers het eindpunt van de behandeling op de <u>betreffende afdeling</u> globaal in te schatten. <p>Conclusie: De medewerkers geven aan dat er met betrekking tot de opnameduur een aantal voorspellers zijn te onderscheiden aan de hand waarvan de opnameduur van patiënten voorspeld kan worden.</p>
<i>Complexiteit</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Met betrekking tot de complexiteit van zorgprocessen kan er onderscheid gemaakt worden in de mate waarin er sprake is van comorbiditeit bij patiënten en welke een andere probleemgebieden te onderscheiden zijn (bijvoorbeeld, zwakbegaafdheid, problemen met het systeem, medicatie resistentie etc.). - Bij veelal de grootste groep patiënten is sprake van een hoge mate van complexiteit. De comorbiditeit binnen de patiëntenpopulatie is hoog en vele probleemgebieden zijn voor patiënten met elkaar verweven. - Bij een kleine groep patiënten is er sprake van een eenduidige diagnose en slechts een of enkele probleemgebieden. Bijvoorbeeld als een patiënt een eenmalige psychose heeft, zonder dat er sprake is van verdere probleemgebieden. <p>Conclusie: Lage complexiteit lijkt binnen de zorgprocessen nauwelijks voor te komen waardoor complexiteit geen geschikt kenmerk lijkt om de patiëntengroep op te onderscheiden.</p>
<i>Volume</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Er is sprake van een in die mate heterogene patiëntenpopulatie met lastig te structureren productiestappen dat het leveren van productie in batches volgens de medewerkers in de meeste gevallen niet mogelijk zal zijn. <p>Conclusie: Door de hoge mate van heterogeniteit in de patiëntenpopulatie lijkt volume geen geschikt proceskenmerk om de patiëntengroep op te onderscheiden.</p>
<i>Ontkoppelpunten</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Er kan onderscheid gemaakt worden tussen de stabilisatiefase, waarbij de levensbedreigende situatie voor een patiënt en/of omgeving weggenomen dient te worden, de diagnostiek- en behandelfase. De stabilisatiefase en diagnostische fase zijn hierbij minder goed voorspelbaar dan de behandelfase.

	<p>Conclusie: Bij de inrichting van zorgprocessen kan het relevant zijn om deze ontkoppelpunten in ogenschouw te nemen daar in de verschillende fases in een andere mate sprake is van voorspelbaarheid.</p>
<i>Shared resources</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Elke afdeling heeft zijn eigen personeel aan zich verbonden. - Er zijn capaciteiten waar de gehele afdeling beslag op legt zoals de verpleegkundigen en psychiaters. - Er zijn capaciteiten die voor een selectieve groep patiënten bestemd zijn zoals separeercellen voor patiënten die op bepaalde momenten een fysiek gevaar voor zichzelf of anderen vormen, de activiteitenbegeleider voor patiënten die in een relatief ver gevorderde fase van hun behandeling zitten en de psycholoog voor patiënten waarvoor intelligentie/cognitief onderzoek noodzakelijk is. <p>Conclusie: Daar van te voren vaak niet bekend is welke patiënten beroep gaan doen op bepaalde capaciteiten lijkt dit niet een geschikt criterium om de patiëntengroep in op te delen.</p>
<i>Flexibiliteit</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Met betrekking tot medewerkerflexibiliteit kan gesteld worden dat de hulpverleners verbonden zijn aan een specifieke afdeling en daar inzetbaar zijn voor de gehele patiëntenpopulatie. <p>Conclusie: Flexibiliteit wordt door de medewerkers niet als een proceskenmerk gezien waarop de totale patiëntengroep opgesplitst zou kunnen worden in meerdere homogene patiëntengroepen daar er bij de zorgprocessen van elke patiënt globaal gezien in dezelfde mate sprake is van flexibiliteit.</p>

Tabel 7 – Proceskenmerken toegepast op de pat. populatie van de acute opnameafdelingen

Uit de bespreking van het merendeel van bovenstaande proceskenmerken komt informatie naar voren welke in die mate versplinterd is dat het lastig is om als uitgangspunt te nemen om patiënten bij binnenkomst (of na de diagnostische fase) op onder te verdelen. Waar echter wel nader op ingezoomd kan worden, is het proceskenmerk 'duur van de zorgprocessen'.

Factor	Soort voorspeller
Opnamegeschiedenis	Lengte van opnameduur in verleden als voorspeller voor huidige opnameduur
Diagnose persoonlijkheidsstoornis	Voorspeller voor kortere opnameduur op unit A & B, op unit C voor langere opameduur
Diagnose schizofrenie	Voorspeller voor langere opameduur
Comorbiditeit	Voorspeller voor langere opameduur
Onverzekerd /illegaal	Voorspeller voor langere opameduur
Lange aanloop voor opname	Voorspeller voor langere opameduur
Wachtrijen bij vervolgvoorziening	Voorspeller voor langere opameduur
Therapie/medicatie resistentie	Voorspeller voor langere opameduur
Complexe Alcohol/drugs problematiek	Voorspeller voor langere opameduur
Aanwezigheid van huisvesting	Voorspeller voor kortere opameduur
Aanwezigheid adequaat steunsysteem	Voorspeller voor kortere opameduur
Aanwezigheid van ziekteinzicht	Voorspeller voor kortere opameduur

Tabel 8 – Door medewerkers genoemde voorspellers voor opnameduur (Zie ook tabel 6)

Wanneer de voorspelbaarheid van opnameduur als uitgangspunt genomen wordt, geven medewerkers aan de patiëntengroep aan de hand van een aantal 'voorspellers' onder te kunnen verdelen in verschillende groepen. Deze voorspellers zijn ook benoemd als settings

afhankelijke factoren in tabel 6. Deze voorspellers zijn in willekeurige volgorde weergegeven in bovenstaande tabel. Een onderverdeling in deze groepen zou er toe kunnen bijdragen dat zorgprocessen beter te plannen en structureren vallen.

- *Kwantitatieve data-analyse*

Om de voorspellende waarde van de factor 'diagnose' (in de voorgaande alinea besproken) voor opnameduur te testen zijn in de informatiesystemen Psygis en Altris de patiëntengroepen 'lang verblijvers' (waarvan de opnameduur tenminste één standaarddeviatie boven het gemiddelde ligt) en de 'rest groep' vergeleken op diagnostische kenmerken. De patiënten die in de periode januari 2010 tot en met maart 2010 uit de afdelingen zijn uitgestroomd zijn in de analyse meegenomen.

Unit A

Totale groep (N=81), (gem. opnameduur=16 dagen), (S=17)				
Restgroep (N=69), (gem. opnameduur=10 dagen), (S=9)				
<i>Diagnose</i>	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>	<i>Gem. opnameduur</i>	<i>Standaarddeviatie</i>
Schizofrenie/psychotische stoornis	27	39	13	10
Onbekend	16	23	8	4
Bipolaire stoornis	7	10	10	11
Persoonlijkheidsstoornis NAO	6	9	11	6
Borderline persoonlijkheidsstoornis	5	7	8	8
Depressieve stoornis	3	4	13	12
Verslavingsproblematiek	2	3	19	11
Anorexia nervosa	1	1	7	-
Stemmingsstoornis NAO	1	1	10	-
Aanpassingsstoornis	1	1	14	-
Lang verblijvers (N= 12), (gem. opnameduur=49), (S=13)				
<i>Diagnose</i>	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>	<i>Gem. opnameduur</i>	<i>Standaarddeviatie</i>
Schizofrenie/psychotische stoornis	10	84	51	14
Autistische stoornis	1	8	35	-
Aanpassingsstoornis	1	8	43	-

Tabel 9 – Vergelijking van de 'lang verblijvers' en 'rest groep' op diagnose, unit A

Uit bovenstaande tabel valt op te merken dat de diagnose schizofrene/psychotische stoornis bij de 'lang verblijvers' procentueel gezien veel vaker voorkomt dan bij de 'rest groep' het geval is namelijk 84% tegenover 39%. Echter wanneer naar de groep patiënten met een schizofrene/psychotische stoornis in zijn geheel gekeken wordt, valt op te merken dat 'slechts' 10 van de 37 patiënten in de groep 'lang verblijvers' valt. De relatief kleine steekproef bij de groep 'lang verblijvers' moet bij deze resultaten echter wel in ogenschouw genomen worden (N=12) evenals het aantal patiënten waarvan de diagnose niet bekend is (N=16).

Uit onderstaande tabel valt af te lezen dat de groep 'lang verblijvers' voor 100% bestaat uit patiënten die een hoofddiagnose op as 1 toebedeeld hebben gekregen. Bij de 'rest groep' ligt dit percentage op 61%.

Totale groep (N= 81), (gem. opnameduur=16 dagen), (S=17)				
Rest groep (N=69), (gem. opnameduur=10), (S=9)				
<i>Hoofddiagnose</i>	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>	<i>Gem. opnameduur</i>	<i>Standaarddeviatie</i>
As I	42	61	12	9
As II	11	16	10	7
Onbekend	16	23	5	4
Lang verblijvers (N=12), (gem. opnameduur=49 dagen), (S=13)				
<i>Hoofddiagnose</i>	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>	<i>Gem. opnameduur</i>	<i>Standaarddeviatie</i>
As I	12	100	49	13
As II	0	0	-	-

Tabel 10 – Vergelijking van de ‘lang verblijvers’ en ‘rest groep’ op hoofddiagnose, unit A

Unit B

Totale groep (N= 24), (gem. opnameduur=85 dagen), (S=96)				
Restgroep (N=17), (gem. opnameduur=30 dagen), (S= 27)				
<i>Diagnose</i>	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>	<i>Gem. opnameduur</i>	<i>Standaarddeviatie</i>
Schizofrenie/psychotische stoornis	9	53	32	27
Onbekend	3	17	15	18
Misbruik van cannabis	1	6	11	-
Dysthyme stoornis	1	6	15	-
Aanpassingsstoornis	1	6	32	-
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	1	6	89	-
NAO	1	6	6	-
Bipolaire stoornis	1	6	26	-
Lang verblijvers (N=7), (gem. opnameduur=218), (S=63)				
<i>Diagnose</i>	<i>Aantal</i>	<i>percentage</i>	<i>Gem. opnameduur</i>	<i>Standaarddeviatie</i>
Schizofrenie/psychotische stoornis	4	57	169	15
Onbekend	2	29	283	16
Bipolair	1	14	165	-

Tabel 11 – Vergelijking van de ‘lang verblijvers’ en ‘rest groep’ op diagnose, unit B

Uit tabel 11 valt af te lezen dat de percentages van patiënten met een schizofrene/psychotische stoornis tussen beide groepen niet veel verschillen. Echter wanneer nader naar de data gekeken wordt, valt op te merken dat in aantallen slechts van één patiënt in de groep ‘lang verblijvers’ een andere diagnose is gesteld dan die van een schizofrene/psychotische stoornis. Van twee andere patiënten is de diagnose onbekend. De patiëntengroep van de ‘rest groep’ valt als een meer heterogene groep te karakteriseren maar dit kan ook het gevolg zijn van het grotere patiënten aantal.

Uit tabel 12 komt naar voren dat het percentage van patiënten met een hoofddiagnose op as I respectievelijk 76% en 71% bedraagt in beide groepen en dus niet

veel afwijkt. Wel moet hierbij rekening gehouden worden met het percentage van de 'lang verblijvers', dat fors omlaag gehaald wordt door de twee patiënten waarvan de diagnose niet bekend is.

Totale groep (N= 24), (gem. opnameduur=85 dagen), (S=96)				
Restgroep (N=17), (gem. opnameduur=30 dagen), (S=26,61)				
<i>Hoofddiagnose</i>	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>	<i>Gem. opnameduur</i>	<i>Standaarddeviatie</i>
As I	13	76	37	28
As II	1	6	15	-
Onbekend	3	18	15	15
Lang verblijvers (N=7), (gem. opnameduur= 218 dagen), (S=63)				
<i>Hoofddiagnose</i>	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>	<i>Gem. opnameduur</i>	<i>Standaarddeviatie</i>
As I	5	71	182	8
Onbekend	2	29	310	22

Tabel 12 – Vergelijking van de 'lang blijvers' en 'rest groep' op hoofddiagnose, unit B

Unit C

Totale groep (N=44), (gem. opnameduur=45 dagen), (S=57)				
Restgroep (N=37), (gem. opnameduur=24 dagen), (S=27)				
<i>Diagnose</i>	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>	<i>Gem. opnameduur</i>	<i>Standaardafw.</i>
Depressieve stoornis	9	24	23	27
Persoonlijkheidsstoornis NAO	10	27	19	32
Onbekend	7	19	22	27
Schizofrenie/psychotische stoornis	6	17	37	24
Borderline	2	5	9	11
Aanpassingsstoornis	2	5	37	36
Bipolaire stoornis	1	3	10	
Lang verblijvers (N= 7), (gem. opnameduur=159), (S=34)				
<i>Diagnose</i>	<i>Aantal</i>	<i>percentage</i>	<i>Gem. opnameduur</i>	<i>Standaardafw.</i>
Schizofrenie/psychotische stoornis	4	58	148	66
Depressieve stoornis	1	14	129	-
Anorexia nervosa	1	14	192	-
Onbekend	1	14	196	-

Tabel 13 – Vergelijking van de 'lang blijvers' en 'rest groep' op diagnose, unit C

Uit tabel 13 valt af te lezen dat de groep 'lang verblijvers' procentueel gezien meer patiënten met een schizofrenie/psychotische stoornis bevat dan de 'restgroep', namelijk 58% tegenover 17%. De grootste groep patiënten (24%) van de 'restgroep' heeft de diagnose van een depressieve stoornis toebedeeld gekregen.

Uit tabel 14 valt af te lezen dat bij de patiënten in de groep 'lang verblijvers' voornamelijk sprake is van as 1 problematiek. Bij de 'rest groep' is dit percentage kleiner en

maakt de patiëntengroep met de hoofddiagnose as II problematiek tevens een groot deel uit van de patiëntenpopulatie.

Totale groep (N= 44), (gem. opnameduur=45 dagen), (S=57)				
Restgroep (N=37), (gem. opnameduur=24 dagen), (S=27)				
<i>Hoofddiagnose</i>	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>	<i>Gem. opnameduur</i>	<i>Standaarddeviatie</i>
As I	18	49	28	25
As II	12	32	17	29
Onbekend	7	19	22	27
Lang verblijvers (N= 7), (gem. opnameduur=159), (S=34)				
<i>Hoofddiagnose</i>	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>	<i>Gem. opnameduur</i>	<i>Standaarddeviatie</i>
As I	6	86	152	33
Onbekend	1	14	196	-

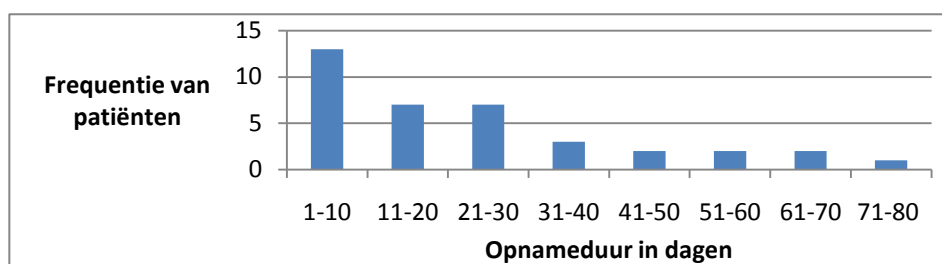
Tabel 14 – Vergelijking van de ‘lang blijvers’ en ‘rest groep’ op hoofddiagnose, unit C

Samengevat kan gesteld worden dat binnen de groep ‘lang verblijvers’ op alle drie de units voornamelijk patiënten zijn opgenomen met een schizofrene/psychotische stoornis en de hoofddiagnose op as I. Voor de ‘rest groep’ is dit procentueel gezien opvallend minder het geval. Op unit A en B wordt dit het sterkst waargenomen. Echter, wanneer naar de patiëntengroep met een schizofrene/psychotische stoornis als geheel gekeken wordt, valt op te merken dat in aantallen gezien een groot deel van deze groep ook onder de ‘rest groep’ valt. Het hebben van een schizofrene/psychotische stoornis kan dus niet als voorspeller gezien worden voor een lange opnameduur; het hebben van een andere stoornis dan schizofrenie kan als een voorspeller gezien worden voor een relatief kortere opnameduur. Doordat veel patiënten met een schizofrene/psychotische stoornis zich in zowel de groep ‘lang verblijvers’ als in de ‘rest groep’ bevinden, kan een grote spreiding in opnameduur verwacht worden. Bij berekening hiervan blijkt dit inderdaad zo te zijn (zie tabel 15).

<i>Unit</i>	<i>Gem opnameduur van alle patiënten met een schizofrene stoornis</i>	<i>Standaarddeviatie</i>
<i>Unit A</i>	23	20
<i>Unit B</i>	79	76
<i>Unit C</i>	81,5	63

Tabel 15 – Gem. opnameduur en standaardafwijking van pat. met een schizofrene stoornis

Wanneer de gemiddelde opnameduur van deze patiënten op unit A nader bekeken wordt, valt op te merken dat de meeste patiënten tussen de één en tien dagen opgenomen zijn geweest en de frequentie van het aantal patiënten geleidelijk afneemt naarmate de opnameduur langer wordt. Zie hiervoor onderstaande grafiek. Voor unit B en C lijkt de opnameduur in een frequentietabel vrij random te zijn (zie hiervoor bijlage 2).



Grafiek 1 – Frequentietabel van opname duur patiënten met schizofrene stoornis unit A

Wanneer naar de patiëntengroepen in zijn geheel wordt gekeken (dus de restgroep + lang verblijvers), valt op te merken dat op unit A en B relatief veel minder patiënten met een as II problematiek opgenomen worden dan op unit C.

4.1.3 Het opstellen/bespreken van stroomschema's

- *Kwalitatieve analyse*

Voor de Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector (HKZ) certificering is een stroomschema opgesteld voor het behandelverloop van de patiënten op de acute opname afdelingen (zie bijlage 1). Na de interviews met de hulpverleners/managers binnen de acute opnameafdelingen is duidelijk geworden dat deze weergave lastig gespecificeerd kan worden in meer specifieke stroomschema's voor verschillende patiëntengroepen. Het schema is volgens de medewerkers al in die mate gedetailleerd dat het specificeren ervan zou leiden tot een schema dat er voor elke individuele patiënt anders uit zou zien. Dit omdat de patiëntenpopulatie binnen de acute opnameafdelingen als erg heterogeen gezien kan worden. Tijdens de interviews is er daarom voor gekozen om in plaats van het bestaande schema specifieker te maken voor verschillende groepen, er nader in gegaan zal worden op mogelijke knelpunten die ervaren worden bij de stappen in het al bestaande stroomschema.

Unit	Door de medewerkers ervaren knelpunten bij de patiënten doorstroom
A	<ul style="list-style-type: none"> - De opnamecriteria vóór de voordeur zijn niet scherp genoeg geformuleerd daar het af en toe voorkomt dat patiënten opgenomen worden die niet in een toestand van acute crisis verkeren. Dit gaat volgens de medewerkers om +/- 10% van de patiënten, die niet via de centrale opnamecoördinator binnenkomen maar veelal door ambulante instellingen worden doorverwezen. - Er is een noodregeling van kracht* met het nadeel dat wanneer patiënten in eerste instantie opgenomen zijn buiten hun regio ze uiteindelijk toch overgeplaatst dienen te worden naar hun eigen regio. Hierbij kan het zich voordoen dat de patiënt gedurende enkele weken zou moeten wachten voordat de behandeling daadwerkelijk gestart kan worden Volgens de medewerkers zou dit om +/- 5% van de patiënten gaan. - Regels dat de verwijzer bepaalt waar de patiënt naar toe doorverwezen wordt, worden vaak niet nageleefd; patiënten worden soms direct geweigerd door de potentiële opnameafdeling of wanneer de regels op deze manier niet omzeild kunnen worden, met redenen waar de verwijzers zelf hun twijfels over hebben. - De psychologische diagnostiekfase kan lang op zich laten wachten wanneer bijvoorbeeld niet direct een psycholoog beschikbaar is. Ook wanneer voor patiënten het vermoeden bestaat dat ze verstandelijk beperkt zijn en dit uitgebreid onderzocht dient te worden, kan dit enkele weken duren. - Bij de uitstroom worden met name problemen ondervonden door de wachtlijstproblematiek bij

	<p>vervolgvoorzieningen en bij doorstroom naar ambulante vervolgvorzieningen aangezien men daar huiverig zou staan tegenover opname van patiënten van de acute opnameafdelingen vanwege een te hoge inschatting van de zorgvraag.</p>
B	<ul style="list-style-type: none"> - Patiënten worden regelmatig langer op unit B opgenomen dan volgens de zorgvraag noodzakelijk zou zijn. Volgens de medewerkers kan dit als gevolg gezien worden van de lange wachttijden die voor de vervolgvorzieningen gelden. Ook kan hier toe besloten worden wanneer het voor de patiënten beter lijkt, langer op unit B te verblijven gezien een verandering van setting onrust en omschakeltijd voor de patiënt met zich mee kan brengen. - Met betrekking tot de uitstroom worden vooral problemen ondervonden door de lange wachttijden voor de vervolgvorzieningen voor onder andere ouderen en verstandelijk beperkten
C	<ul style="list-style-type: none"> - Door zorginhoudelijke redenen kan de fase waarin het behandelplan opgesteld dient te worden (en eventueel persoonlijkheidsonderzoek uitgevoerd moet worden) relatief lang duren. Dit kan nog eens verlengt kan worden wanneer gewacht moet worden op de inwerkijd van medicatie. - Met betrekking tot de uitstroom worden er problemen ondervonden in de vorm van wachttijden voor beschermde vervolg woonvoorzieningen voor patiënten.

* Er is een noodregeling van kracht tussen zes verschillende acute opnameafdelingen die voorschrijft dat verspreid over de afdelingen altijd twee 'noodbedden' beschikbaar moeten zijn voor acute opnames. Hierbij is de beschikbaarheid van een bed doorslaggevend bij plaatsing van een patiënt en niet de regio van de afdelingen.

Tabel 16 – Door medewerkers ervaren knelpunten in de patiënten doorstroom

4.1.4 Het opstellen van capaciteitstabellen bedden

- *Kwantitatieve analyse*

	<i>Maand</i>	<i>Bezettingsgraad</i>	<i>Gem. aant. Opnames per week</i>	<i>Gem. aant. Wachtende op instroom</i>	<i>Gem. aant. wachtende op doorplaatsing per week</i>
Unit A 14 bedden	Januari	95%	6,33	8,67	onbekend
	Februari	102%	5,5	4	2
	Maart	100%	5,4	5,8	0,6
	April	98%	5,33	1,67	0
	Mei	91%	4,8	5,4	0
	Juni	100%	6	3,25	0
	Gemiddelde	98%	5,56	4,49	0,52
Unit B 16 bedden	Januari	100%	1,5	3,5	4,75
	Februari	103%	1,25	3,5	4,25
	Maart	100%	3,2	3,6	2,4
	April	100%	1,33	2,33	2
	Mei	100%	1,6	3	2
	Juni	103%	1,75	3,75	2,5
	Gemiddelde	101%	1,77	3,28	2,98
Unit C 24 bedden	Januari	96%	2,33	3,67	onbekend
	Februari	98%	2,25	1,25	6,25
	Maart	98%	2,6	2,2	4,6
	April	94%	1	1	3
	Mei	91%	1,2	2,8	2,6
	Juni	88%	2	3,00	1,25
	Gemiddelde	94%	1,89	2,32	3,54

Tabel 17 – Capaciteit informatie bedden, unit A, B en C

De bezettingsgraad van met name unit A en B ligt behoorlijk hoog. Vooral voor unit A, een acute opnameafdeling, kan dit als verwonderlijk gezien worden aangezien wanneer er patiënten opgenomen dienen te worden deze noodzaak vaak zo groot is dat continu een buffer verwacht zou worden. De 'noodbedden regeling' dient hierbij echter in ogenschouw genomen worden. Zoals bovenstaand al omschreven is bestaat er tussen zes acute opnameafdelingen (in Utrecht, Zeist, Nieuwegein & Woerden) de regeling dat over de afdelingen verspreid continu twee 'noodbedden' beschikbaar dienen te zijn voor acute opnames. Op deze manier kan de buffervorming uitgespreid worden over meerdere afdelingen en is voor unit A afzonderlijk een continue buffer niet noodzakelijk. Dat de bezettingsgraad van bijvoorbeeld unit B zo hoog is, valt waarschijnlijk te verklaren doordat er continu een wachtlijst is. Als een bed vrij komt, kan dit meteen opgevuld worden door een patiënt van de wachtlijst. Voor unit C geldt dat het aantal wachtende patiënten op instroom kleiner is dan het aantal wachtende patiënten op uitstroom. In theorie zou het betekenen dat wanneer de wachttijden bij de uitstroom weggenomen zouden worden automatisch de wachttijden met instroom zouden verdwijnen.

Aan/afwezigheid patiënten 's nachts

Om te kunnen achterhalen in hoeverre de patiënten daadwerkelijk overnachten in de beschikbare bedden is in het informatiesysteem Psygis informatie opgevraagd over de aan/afwezigheid van alle patiënten die in de periode januari 2010 tot en met maart 2010 zijn opgenomen. Wanneer een patiënt 's nachts aanwezig is, wordt dit door verpleegkundigen op invullijsten genoteerd als 'aanwezig', anders als 'afwezig'. Vervolgens wordt dit door het secretariaat in het informatiesysteem Psygis geregistreerd.

<i>Unit</i>	<i>Percentage aanwezig</i>
Unit A	73,16%
Unit B	48,37%
Unit C	61,47

Tabel 18 – Gem. nachtaanwezigheidspercentage van de patiënten van de acute

opnameafdeling

- *Kwalitatieve gegevens*

De medewerkers van unit A geven aan dat het aanwezigheidspercentage van deze unit vermoedelijk niet correct geregistreerd wordt. Als ruwe schatting wordt genoemd dat gemiddeld twee van de veertien patiënten niet op de afdeling overnachten. Dat het aanwezigheidspercentage van unit B lager ligt dan unit C, wordt door medewerkers als opvallend gezien daar unit B een gesloten en C een open behandelafdeling is en er derhalve een lager percentage verwacht kan worden op unit C dan op unit B.

4.1.5 Patiënten stromen

- *Kwantitatieve analyse*

Patiënteninstroom op jaarbasis

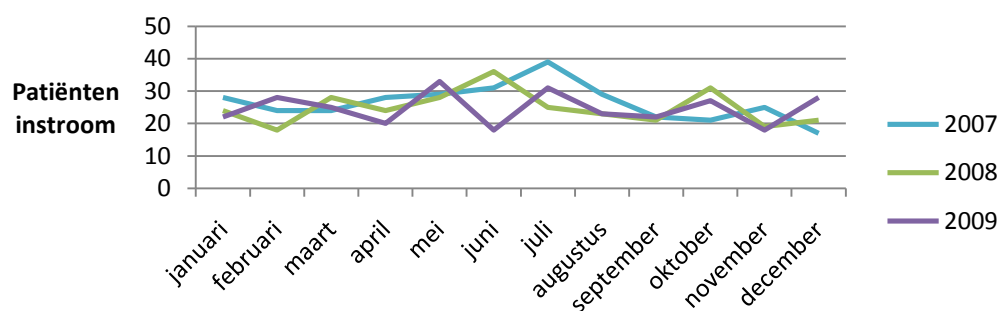
Uit onderstaande tabel valt op te merken dat de instroom per jaar voor unit A gedurende 2007 tot en met 2009 fluctueert tussen de 1% en 6%. Bij unit B is de patiënten instroom van 2007 tot 2008 met 10% toegenomen wat vervolgens tussen 2008 en 2009 gelijk is gebleven. Bij unit C is tussen 2007 en 2008 een enorme stijging op te merken van 90%. Dit terwijl het aantal beschikbare bedden niet groter is geworden. Bij nadere opvraag van informatie blijkt dit het resultaat te zijn van een afname in de gemiddelde opnameduur van 73 dagen in 2007 naar 44 dagen in 2008 te gaan. In 2009 valt een lichte daling van 7% op te merken.

UNIT A	2007	2008	2009	2010	UNIT B	2007	2008	2009	2010	UNIT C	2007	2008	2009	2010
januari	28	24	22	29	januari	10	12	9	5	januari	11	17	12	13
februari	24	18	28	23	februari	7	6	13	7	februari	6	20	22	19
maart	24	28	25	30	maart	7	6	7	14	Maart	10	24	18	23
april	28	24	20	31	april	5	6	5	8	April	14	18	20	22
mei	29	28	33	23	mei	7	7	4	7	Mei	14	14	13	16
juni	31	36	18		juni	8	9	3		Juni	6	22	15	
juli	39	25	31		juli	6	9	11		Juli	12	27	31	
augustus	29	23	23		augustus	7	7	5		augustus	11	15	19	
september	22	21	22		september	5	6	7		september	8	18	27	
oktober	21	31	27		oktober	2	9	7		oktober	10	23	16	
november	25	19	18		november	6	4	7		november	17	22	17	
december	17	21	28		december	6	3	6		december	7	20	13	
Totaal	317	298	295		Totaal	76	84	84		Totaal	126	240	223	

Tabel 19 – Totale instroom in patiënten in aantallen per unit

Seizoensfluctuaties

- *Unit A*



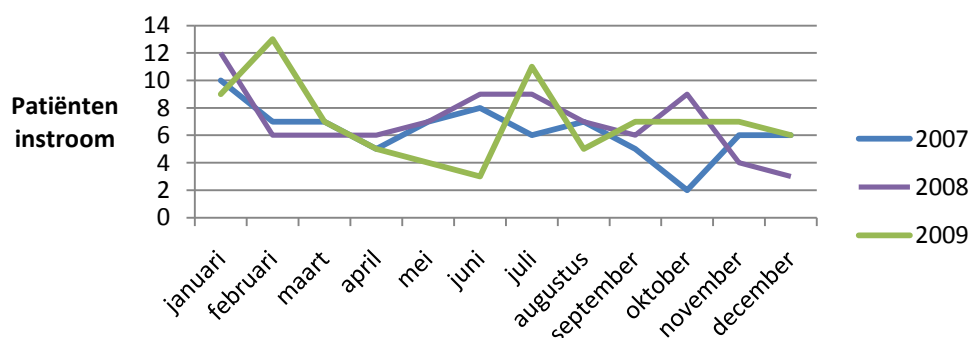
Grafiek 2 – Patiënteninstroom unit A

Wanneer er naar de patiënteninstroom gekeken wordt in grafiek 1 valt over de periode januari 2007 t/m december 2009 in unit A een piek waar te nemen in de maanden mei, juni en juli. De maand juni 2009 is hierop een uitzondering daar 18 patiënten opgenomen worden, in vergelijking met respectievelijk 33 en 31 in de maand ervoor en erna. In de maanden augustus en september is een daling waar te nemen in het aantal opnames. Echter uit de

Chi-Square toets (bijlage 3) komt naar voren dat er geen significante maand/seizoensfluctuaties zijn te onderscheiden.

- *Unit B*

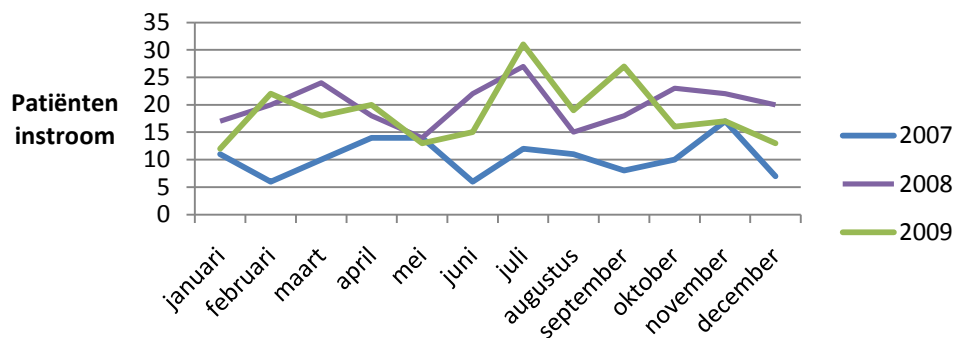
In onderstaande grafiek valt af te lezen dat in de periode januari 2007 t/m december 2009, het aantal opnames op unit B in de maand januari relatief hoog is. In de maanden maart en april is een dalende trend waar te nemen, die in de maand juni en juli stijgt om vervolgens in augustus en september weer te dalen. Uit de Chi-Square toets (bijlage 3) komt naar voren dat er geen significante maand/seizoensfluctuaties zijn te onderscheiden.



Grafiek 3 – Patiënteninstroom unit B

- *Unit C*

Bij unit C valt een enorme stijging van het aantal opnames waar te nemen wanneer 2007 vergeleken wordt met 2008 en 2009. Wanneer de patiënteninstroom van het jaar 2008 en 2009 vergeleken worden valt een consistente trend te onderscheiden. In januari is het aantal opnames relatief laag, dit stijgt tot februari/maart en daalt vervolgens totdat in juli weer een piek valt op te merken. In augustus is een dalende trend waar te nemen, waarna dit in september/oktober weer stijgt. Na oktober daalt dit weer. Uit de Chi-Square toets blijkt dat geen significante maand/seizoensfluctuaties zijn te onderscheiden (Zie bijlage 3).



Grafiek 4 – Patiënten instroom unit C

Gemiddelde doorlooptijd

De gemiddelde opnametijd van de patiënten van de verschillende opnameafdelingen over de periode 01-01-2010 t/m 31-03-2010 zijn weergegeven in tabel 20. Strikte normen aangaande

de gemiddelde opnametijd ontbreken binnen unit A. Wel wordt gesteld dat binnen unit A gestreefd wordt naar een zo kort mogelijke opnameduur (kliniek beheerselement folder unit A, Manual Master Altrecht 2010). Wat expliciet onder een zo kort mogelijke opnametijd wordt bedoeld, is echter niet duidelijk. Voor unit B wordt een gemiddelde opnametijd tussen de 4-12 weken als acceptabel genoemd, voor unit C is dit 4 tot 24 weken (www.altrecht.nl). Wanneer dit in ogenschouw wordt genomen kan het als opvallend gezien worden dat de gemiddelde opnameduur van unit C in de onderzoeksperiode lager ligt dan die van unit B.

Klinische Uitstroom				
Afdeling	<i>Aantal patiënten</i>	<i>Aantal dagen</i>	<i>Gemiddeld aant. dagen</i>	<i>Standaard-deviatie</i>
Unit A	83	1390	16	17
Unit B	24	2034	85	96
Unit C	44	2035	45	57

Tabel 20 – Klinische uitstroom jan 2010 t/m maart 2010

Wachttijden vervolgvoorzieningen

In onderstaande tabel zijn de gemiddelde wachttijden weergegeven over de periode 1 januari 2010 t/m juni 2010 voor de uitstroom van patiënten van de acute opnameafdelingen naar vervolgfafdelingen. Over de maand januari ontbreken data voor zowel unit A als C.

Unit A		
Afdeling	<i>Aantal patiënten</i>	<i>Gemiddelde wachttijd in dagen</i>
Unit B	2	21
Unit C	1	7
UMCU	1	7
Psychiatrie & Verslaving	1	7

Tabel 21 – Wachttijden voor vervolgvoorzieningen van unit A

Unit B		
Afdeling	<i>Aantal patiënten</i>	<i>Gemiddelde wachttijd in dagen</i>
Clarenburg	3	28
Psychiatrie & Gedrag	3	63
SBWU*	2	63
Psychiatrie & Verslaving	1	48
Unit C	1	7

Tabel 22 – Wachttijden voor vervolgvoorzieningen van unit B

Unit C		
Afdeling	<i>Aantal patiënten</i>	<i>Gemiddelde wachttijd in dagen</i>
Dakloos	4	70
SBWU*	2	21
Bleyenburger	3	10,5
De Kei	1	21
Marienburg	1	112

Tabel 23 – Wachttijden voor vervolgvoorzieningen van unit C *= Instelling buiten Altrecht

De treeknormen voor intramurale behandeling schrijven voor dat een wachttijd van 49 dagen niet overschreden dient te worden. Voor de afdelingen Psychiatrie & Gedrag (3 patiënten) en Marienburg (1 patiënt) wordt dit overschreden met 63 dagen & 112 dagen. Daarnaast zijn er op unit C, 4 dakloze patiënten opgenomen geweest die gemiddeld 70 dagen hebben moeten wachten om uit te kunnen stromen.

- *Kwalitatieve analyse*

Patiënten die langer dan één standaarddeviatie van de gemiddelde opnameduur afweken in de periode januari 2010 tot en met maart 2010 zijn besproken tijdens interviews met

medewerkers van de verschillende afdelingen. Zie onderstaande tabel met de door de medewerkers genoemde oorzaken voor de relatief lange opnameduur.

Afdeling	Volgens medewerkers beknopte reden voor lange opnameduur
Unit A N=12	Patiënt 1: Ontbreken van passende woonvoorziening Patiënt 2: De patiënt was illegaal en onverzekerd, doorplaatsing vanuit unit A had sneller gekund Patiënt 3: Er is te lang gewacht op de goedkeuring van niet meewerkende familieleden voor overplaatsing Patiënt 4: De patiënt had een klacht ingediend bij bewindvoering* en had eerder naar unit B doorgestuurd kunnen worden Patiënt 5: Door de lange wachttijden voor unit B is de patiënt uiteindelijk op unit C opgenomen Patiënt 6: Andere patiënten kregen steeds voorrang op de patiënt voor opname op unit B Patiënt 7 t/m 12: De redenen voor lange opnameduur zijn allen zorginhoudelijk van aard
Unit B N=7	Patiënt 1: Lange wachttijd voor de afdeling Psychiatrie en Gedrag Patiënt 2 Lange wachttijd voor de afdeling Psychiatrie en Verslaving Patiënt 3 t/m 7 : Zorginhoudelijke redenen voor de lange opnameduur
Unit C N=7	Patiënt 1 & 2: Ontbreken van woonruimte om naar terug te keren Patiënt 3 t/m 7: Er zijn zorginhoudelijke redenen te onderscheiden voor de lange opnameduur

* financiële belangenbehartiger van personen die hier zelf niet toe in staat zijn.

Tabel 24 – Door medewerkers benoemde hoofdoorzaak voor relatief lange opnameduur

Wachttijden

Wanneer tijdens de interviews het onderwerp wachttijden aangesneden wordt, komt andere informatie naar voren dan uit de wachttijdregistratie op te maken is. De wachttijden voor unit B en C lijken in het registratieoverzicht nog te overzien. Echter, hulpverleners geven aan sommige patiënten bij voorbaat niet op de wachtlijsten te plaatsen door de te verwachten wachttijd en er voor te kiezen om patiënten zelf te blijven behandelen of door te verwijzen naar een alternatieve afdeling. Over unit B wordt aangegeven dat het regelmatig voor komt dat patiënten daar behandeld worden terwijl afgaande op de zorgvraag een minder intensieve behandelafdeling zou voldoen. De wachttijden voor vervolgfafdelingen maar ook zorginhoudelijke aspecten kunnen hier als oorzaak voor worden gezien. Wanneer een patiënt naar een andere afdeling gaat, dienen weer nieuwe stappen doorlopen te worden en moet er tijd voor de patiënt ingecalculeerd worden om te wennen aan de nieuwe setting. Er wordt dan overwogen of de positieve gevolgen van overplaatsing wel opwegen tegen de nadelen. Zie voor een overzicht van deze door de medewerkers genoemde vervolgfafdelingen waarvoor een te lange wachttijd zou bestaan, bijlage 4.

4.1.6 Financiering binnen Altrecht, divisie Willem Arntsz (gebaseerd op een interview met de controller van divisie Willem Arntsz, het stuk is naar de controller teruggekoppeld).

Alvorens voor Altrecht een nieuw jaar aanbreekt, worden productieafspraken gemaakt met de zorgverzekeraars. De kosten voor het verblijf en behandeling van patiënten die onder de Zorgverzekeringswet vallen, worden achteraf vergoed. Hiervoor wordt de daadwerkelijke productie in ogenschouw genomen en niet een van te voren geplande productie. Dit houdt in dat wanneer een patiënt op een meer intensieve afdeling dan noodzakelijk is, is opgenomen, dit toch gefinancierd wordt op basis van de afgesproken bedprijs. Door de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg dient Altrecht in de toekomst over te gaan op DBC

financiering waarbij de ingeschatte tijd en diagnose voor een patiënt als uitgangspunt wordt genomen voor de financiering in plaats van de daadwerkelijke verrichtingen. Deze overgang zou tot meer prikkels voor doelmatigheid moeten leiden. In het huidige financieringssysteem wordt aan het eind van het jaar nagegaan of de productiegrenzen niet overschreden zijn. Wanneer er meer geproduceerd is dan afgesproken, dan wordt dit niet vergoed tenzij (er) andere zorginstellingen zijn die onder geproduceerd hebben (en tevens afspraken met dezelfde zorgverzekeraar hebben) en dit met elkaar gecompenseerd kan worden. Wanneer patiënten langer dan een jaar opgenomen zijn, worden de zorgkosten vergoed aan de hand van de zorgzwaartepakketten (ZZP). Hiervoor wordt een patiënt tot een bepaalde categorie ondergebracht waarvoor een vast budget beschikbaar komt om de zorg te bekostigen. Het budget is gekoppeld aan een patiënt in tegenstelling tot de financiering die onder de ZVW valt, waarbij de bedden worden gefinancierd. Als een patiënt onderverdeeld is in een relatief 'laag' zorgzwaarte pakket categorie maar wel op een intensieve afdeling is opgenomen, dan wordt dit niet in zijn geheel vergoed. Op deze manier zijn er dus wel financiële prikkels te onderscheiden voor patiënten waarvoor de zorg middels ZZP gefinancierd wordt.

Daarnaast is het zo dat het voor een gezondheidszorginstelling cruciaal is om een goede reputatie te hebben bij de zorgverzekeraars, die immers verantwoordelijk zijn voor zowel de inkoop als financiering van deze zorg. Als zorginstelling is het hierbij steeds belangrijker om aan te kunnen tonen dat de kwaliteit van zorg van een bepaald hoog niveau is en patiënten vooruitgang boeken in hun behandelproces. Dit kan tevens als prikkel gezien worden om wachttijden/wachtlijsten zo klein mogelijk te houden.

4.2 Analyse van de wachttijd/wachtlIJstproblematiek

Symptomen van de problemen met betrekking tot wachtlIJsten/wachttijden

Resultaten afkomstig van verschillende onderdelen van dit onderzoek wijzen hetzelfde uit; verscheidene patiënten zijn opgenomen op de acute opnameafdelingen terwijl dit niet goed aansluit op het ziektebeeld en intensiteit van de gevraagde zorg van de patiënt. In de interviews met medewerkers van de acute opnameafdelingen wordt aangegeven dat het regelmatig voorkomt dat patiënten met name later doorverwezen worden naar vervolgvoorzieningen dan zorginhoudelijk gezien mogelijk is. Deze kwalitatieve interviewgegevens worden op de volgende manieren 'kwantitatief' ondersteund:

Uit de weergave van patiëntenstromen (zie afbeelding 6) valt op te merken dat na de opname bij een grote groep patiënten van unit A en B een beëindiging van de zorgtoewijzing volgt. Tijdens de interviews wordt door de medewerkers aangegeven dat het zorginhoudelijk inderdaad regelmatig haalbaar is om bij patiënten de verantwoordelijkheid voor de zorgtoewijzing binnen Altrecht direct te beëindigen en bijvoorbeeld over te dragen aan de huisarts. Echter het percentage van de patiënten waarbij dit meteen na de uitstroom te verwachten valt, staat volgens hen niet in verhouding met de resultaten van dit onderzoek, waaruit blijkt dat voor 48% van de patiënten die uitstromen uit unit A een einde van de zorgtoewijzing binnen Altrecht volgt. Als bij patiënten deze zorgtoewijzing beëindigd wordt,

kan een ver gevorderde mate van herstel van de problematiek verwacht worden. Medewerkers schatten in dat in die groep van 48% van de patiënten ook redelijk wat patiënten zullen zitten waarvoor de zorgvraag het waarschijnlijk al eerder toe had gelaten naar een vervolgvoorziening doorverwezen te worden.

Een andere 'kwantitatieve' ondersteuning van de bevindingen dat patiënten later doorverwezen worden dan zorginhoudelijk gezien noodzakelijk is, komt tevens voort uit het informatiesysteem Psygis. Bij het opvragen van het aanwezigheidspercentage over de periode januari 2010 t/m maart 2010 wordt duidelijk dat gemiddeld van 73% van de patiënten op unit A geregistreerd wordt dat ze hier daadwerkelijk overnachten. Echter, medewerkers geven aan dat dit percentage waarschijnlijk niet correct is maar dat gemiddeld 2 van de 14 patiënten niet op de afdeling overnachten. Er wordt aangegeven dat dit als indicatie gezien kan worden dat de zorgvraag van bepaalde patiënten wellicht minder zwaar is dan dat op unit A aan zorg geboden wordt. Wat tevens opvallend is, is dat het aanwezigheidspercentage op unit B lager is dan dat op unit C. Unit B wordt immers als een gesloten behandelunit omschreven en unit C als een open afdeling. Dit zou volgens de medewerkers als een aanwijzing gezien kunnen worden dat patiënten op unit B, langer dan zorginhoudelijk gezien noodzakelijk is, worden opgenomen.

Dat patiënten niet altijd op de 'juiste' plaats opgenomen worden, komt tevens tot uitdrukking in de wachtlijst/wachttijdproblematiek bij zowel de in- als doorstroom. Met betrekking tot de instroom is voor de periode januari tot en met juni 2010 het aantal wachtenden per week op unit A, B en C gemiddeld respectievelijk 4,49, 3,28 en 2,23 patiënten. Dit zijn dus patiënten die eigenlijk op de acute opnameafdelingen opgenomen behoren te zijn maar zich nog op andere afdelingen bevinden. Met betrekking tot de uitstroom valt uit de wachttijdregistratie af te lezen dat er continu patiënten wachten om doorverwezen te worden. Uit de registratielijsten van het eerste halfjaar van 2010 valt af te lezen dat dit voor unit A, B en C respectievelijk om 3%, 12% en 7,5% van de totale opgenomen patiëntenpopulatie gaat. De treeknormen schrijven voor dat voor intramurale behandeling een wachttijd van 49 dagen niet overschreden dient te worden. Voor de afdelingen Psychiatrie & Gedrag (3 patiënten) en Marienburg (1 patiënt) wordt dit overschreden met 63 dagen en 112 dagen. De daadwerkelijke vraag naar bepaalde vervolgvoorzieningen komt volgens de hulpverleners echter niet correct tot uitdrukking in de wachttijden/wachtlijsten daar verschillende patiënten bij voorbaat niet op de wachtlijsten geplaatst worden omdat bekend is dat voor bepaalde afdelingen te lange wachttijden bestaan. Voor de uitstroom van patiënten van unit A naar B bijvoorbeeld werd in het eerste kwartaal van 2010 een gemiddelde wachttijd van 21 dagen gemeten. Dit is in principe een wachttijd die nog ruim binnen de treeknormen van 48 dagen valt. Uit de interviews met medewerkers komt echter naar voren dat de ervaren wachttijd voor unit B als drempel gezien wordt om patiënten überhaupt op de wachtlijst te plaatsen waardoor dit niet correct in de wachtlijstregistratie tot uitdrukking komt. Wanneer gekeken wordt naar de grootte van de patiëntenstroom van unit A naar B valt op te merken

dat deze vrij groot is, (16% van de patiënten van unit A stroomt door naar unit B), wat de impact van de wachttijdproblemen kan doen vergroten.

Tot slot komt bij de afbakening van het onderzoeksgebied naar voren dat patiënten niet altijd op 'de afdeling van eerste keus' opgenomen zijn. De patiëntenstroom die zich van unit A naar C verplaatst, is bijna even groot als de groep patiënten die zich van unit A naar B verplaatst. Dit kan volgens de medewerkers van de acute opnameafdelingen als opvallend gezien worden daar binnen Altrecht unit B als de vervolgvoorziening van unit A gezien wordt en unit C in de praktijk maar 1 % minder patiënten van unit A opneemt. Het doorverwijzen naar unit C is alleen mogelijk als de zorgvraag van een patiënt niet zo intensief meer is dat deze uitsluitend op een gesloten afdeling dient te verblijven. Het kan zich door de doorstroomproblemen naar unit B voordoen dat patiënten zo (onnodig) lang op unit A opgenomen blijven dat de zorgvraag van een patiënt het inmiddels al toelaat naar unit C doorverwezen te worden.

Oorzaken van de wachttijd/wachtlIJst problematiek en in stand houdende factoren

Uit de interviews met de medewerkers komen verschillende aanwijzingen naar voren dat de sturing van de patiëntenstromen op afdelingsoverstijgend niveau niet toereikend is. Dit komt tot uitdrukking in regels die niet nageleefd worden en strikte richtlijnen die überhaupt ontbreken zowel binnen de acute opnameafdelingen als ook daarbuiten.

De medewerkers op de afdelingen geven aan zich verantwoordelijk te voelen voor de patiënten op hun eigen afdelingen en amper prikkels te ervaren om over 'de grenzen' van de afdeling te kijken. Ze stellen vooral te kijken naar wat voor de individuele patiënten in hun ogen het beste lijkt en daarbij de totale patiëntenpopulatie in zijn geheel buiten beschouwing te laten. Er wordt dan bijvoorbeeld gekozen patiënten langer op te nemen dan zorginhoudelijk gezien noodzakelijk is daar overplaatsing belemmeringen in de vorm van wachttijden/omschakeltijden voor de patiënten met zich mee zal brengen. Vooral tussen de verschillende afdelingen worden problemen ondervonden; de opnamecriteria voor unit A zijn niet scherp geformuleerd, de richtlijnen met betrekking tot patiënten die buiten hun regio opgenomen zijn, worden niet strikt gevolgd en regels dat de verwijzer de vervolgafdeling bepaalt, worden niet goed nageleefd. Tevens valt op te merken als er naar de individuele opnametijden gekeken wordt, dat de spreiding van de opnameduur op de verschillende afdelingen behoorlijk groot is en er flinke uitschieters zijn te onderscheiden. De groep patiënten die de gemiddelde opnameduur met meer dan één standaarddeviatie overschrijdt, heeft een grote impact op de beschikbare (bedden)capaciteit. Bij de bespreking van oorzaken van de lange opnameduur van de geselecteerde groep patiënten is naar voren gekomen dat dit deels veroorzaakt wordt door zorginhoudelijke aspecten maar deels ook door niet zorginhoudelijke belemmeringen. WachtlIJsten voor vervolgvoorzieningen, de afwezigheid van een eigen woonvoorziening, het onverzekerd/illegaal zijn en de afwezigheid van een adequaat steunsysteem komen als oorzaken voor de relatief lange opnameduur naar voren.

Daarnaast wordt door de medewerkers aangegeven dat te weinig op een ontslagdatum gestuurd wordt.

Dat richtlijnen niet goed worden nageleefd, valt tevens op te merken wanneer er gekeken wordt naar de doorstroom naar ambulante afdelingen. Ondanks dat uit de wachttijdregistratie geen wachttijden naar voren komen voor ambulante afdelingen is tijdens de interviews met verpleegkundigen van de verschillende afdelingen herhaaldelijk genoemd dat problemen ondervonden worden bij de doorstroom hier naartoe. Dit zou volgens hen veroorzaakt worden doordat ambulante afdelingen te voorzichtig zouden staan tegenover opname van patiënten van de acute opnameafdelingen. Dit zou als reden gezien kunnen worden waarom patiënten klinisch langer opgenomen worden dan zorginhoudelijk gezien noodzakelijk is, wat verspilling van de klinische capaciteit tot gevolg kan hebben.

Tot slot valt de beperkte sturing/coördinatie over de afdelingsgrenzen heen op te merken wanneer een patiënt zich tussen de verschillende afdelingen heen verplaatst en herhaaldelijk dezelfde stappen in het stroomschema doorloopt van 'intake, onderzoek en diagnostiek'. In bepaalde situaties zal het vermoedelijk efficiënter zijn om delen van dit proces over te slaan.

Overige interne oorzaken

Tot slot zijn er nog enkele interne factoren te benoemen die de patiëntenin-, door- en uitstroom belemmeren. Er wordt aangegeven dat op unit A regelmatig lang op psychologisch onderzoek gewacht zou moeten worden als het gaat om bijvoorbeeld intelligentietesten. Verder is bij de procesomschrijving naar voren gekomen dat op unit C, één keer in de maand een behandelplanbespreking plaats vindt waar besloten kan worden of patiënten doorgeplaatst kunnen worden of niet. Wanneer het ziektebeeld van een patiënt net na een behandelplanbespreking het toelaat doorverwezen te worden naar een vervolgafdeling, dan zou een patiënt voor overplaatsing moeten wachten tot de volgende behandelplanbespreking.

4.3 Advies voor interventies

In het theoretische kader zijn de onderstaande principes besproken aan de hand waarvan ingegrepen zou kunnen worden om de patiëntenin-door en uitstroom te bevorderen. De toepasbaarheid van deze principes op het huidige onderzoek zal onderstaand besproken worden.

Onzekerheid verkleinen door patiëntengroepen onder te verdelen in homogene groepen

Wanneer een patiëntengroep op basis van proceskenmerken opgedeeld kan worden in meerdere homogene patiëntengroepen vallen de patiëntenstromen (op afdelingsoverstijgend niveau) beter te coördineren/sturen en zouden zorgprocessen beter gestructureerd en gepland kunnen worden (De Vries et al., 2009). Na de bespreking van de proceskenmerken (voorspelbaarheid, urgentie, duur, volume, ontkoppelpunten, shared resources en flexibiliteit) uit het theoretische kader met de medewerkers, blijkt dat de meeste geïnterviewde medewerkers van mening zijn de patiëntengroep op te kunnen delen in meerdere homogene

groepen wanneer het proceskenmerk 'duur van de zorgprocessen' als uitgangspunt genomen wordt. Er worden door de medewerkers verscheidene factoren genoemd die mogelijk de opnameduur zouden kunnen voorspellen (zie tabel 6). Deze voorspellers zijn echter niet statistisch getoetst aangezien uit de informatiesystemen op groepsniveau niet valt te achterhalen van welke factoren bij individuele patiënten sprake is. Of een patiënt bijvoorbeeld een woonvoorziening heeft en/of een goed netwerk, valt niet te achterhalen op groepsniveau. Hiervoor zal van elke patiënt afzonderlijk in de informatiesystemen gezocht moeten worden en dan nog is het de vraag of deze factoren adequaat te achterhalen zijn. Omdat een van de genoemde voorspellers voor opnameduur, de diagnose van een patiënt, wel op groepsniveau te achterhalen is, is dit wel nader onderzocht. Hierbij is duidelijk geworden dat de groep 'lang verblijvers' voor het overgrote deel bestaat uit patiënten met een schizofrene/psychotische stoornis of in ieder geval de aanwezigheid van een as 1 problematiek. Echter wanneer naar de aantallen van de gehele patiëntengroep met een schizofrene/psychotische stoornis gekeken wordt, komen deze patiënten vaker in de restgroep voor. Wel kan gesteld worden dat als een patiënt een persoonlijkheidsstoornis heeft, het niet aannemelijk is dat deze patiënt uiteindelijk tot de groep 'lang verblijvers' zal behoren.

Een manier om de voorspellende waarde van de door de medewerkers genoemde factoren in te schatten is door te verifiëren of deze factoren overeenkomen met de redenen die door de medewerkers tijdens de interviews worden genoemd voor de relatief lange opnameduur voor de geselecteerde groep 'lang verblijvers'. In deze interviews wordt van een totaal van 26 patiënten, bij vier patiënten wachtlijsten voor vervolgvoorzieningen als hoofdoorzaak voor de lange opnameduur genoemd, voor twee patiënten de afwezigheid van een eigen woonverblijf, bij één patiënt het onverzekerd/illegaal zijn en bij één patiënt de afwezigheid van een adequaat steunsysteem. Tevens wordt door de medewerkers aangegeven dat patiënten regelmatig langer opgenomen worden dan zorginhoudelijk gezien noodzakelijk is aangezien er ingeschat wordt dat de patiënten dan bijna uitbehandeld zijn en het niet 'de moeite meer waard is' om ze naar een andere afdeling door te sturen.

Wanneer bovenstaande factoren in ogenschouw worden genomen zou er aan de hand van de factoren in tabel 6 in combinatie met de kennis en ervaring van hulpverleners een inschatting van de lengte van opnameduur gemaakt kunnen worden bij binnenkomst of na de stabilisatiefase van elke patiënt op de acute opnameafdelingen. Patiënten zouden zo in homogene groepen met betrekking tot opnameduur ingedeeld kunnen worden waarna de zorgprocessen beter gepland/gecoördineerd zouden kunnen worden. Op deze manier zou beter op ontslagdatum gestuurd kunnen worden. Zie voor een uitwerking hiervan bijlage 5.

Buffers inbouwen aan de vraag- en/of aanbodzijde

Wanneer de mogelijkheid tot extra buffervorming nader bekeken wordt (in de vorm van wachtlijsten), kan er gesteld worden dat er voor alle drie de acute opnameafdelingen voordurend al wachtlijsten/tijden bestaan waarvan medewerkers aangeven dat zowel de patiënten als de afdelingen al in die mate hinder ondervinden dat verhoging van de wachtlijsten niet wenselijk lijkt. Daarnaast is momenteel nog niet duidelijk of de treeknormen

voor opname op unit A, B en C verschreden worden of niet. Bij het overwegen van extra buffervorming aan de aanbodzijde (in de vorm van extra capaciteit) kan gesteld worden dat er veel druk op de bedden capaciteit staat (de bezettingsgraad van alle drie de afdelingen ligt tussen de 94% en 100%). Een hoge bezettingsgraad verhoogt de doelmatigheid maar kan ten koste gaan van de service die geleverd dient te worden aan patiënten (Vissers et al., 2001). Echter daar de wachttijden nog binnen de treeknormen vallen en de bestaande capaciteit als randvoorwaarde genoemd wordt voor dit onderzoek, behoort het uitbreiden hiervan niet tot de mogelijkheden. Om de service voor patiënten te kunnen verhogen zou daarom beter gekeken kunnen worden naar de mogelijkheden om capaciteiten op een andere manier in te zetten. Op divisieniveau zou besloten kunnen worden over te gaan tot extra capaciteitsinzet op de ambulante afdelingen daar dan in verhouding meer capaciteit vrij zou kunnen komen op de klinische afdelingen dan dat geïnvesteerd zou worden aan capaciteit op de ambulante voorzieningen. Uiteraard zou dit samen moeten gaan met afspraken met deze ambulante afdelingen daar bekend is dat vanuit de ambulante afdelingen een drempel bestaat om patiënten van de acute opnameafdelingen te laten doorstromen.

Bedrijfsproces-verbeteringsmethodes

Om de kwaliteit van zorg te waarborgen is het cruciaal om het belang van de patiënt bovengeschiedt te houden aan het belang van de afzonderlijke afdelingen (Vissers en De Vries, 2005). Binnen de acute opnameafdelingen van Altrecht lijkt het belang van goed functionerende afzonderlijke afdelingen bovengeschiedt te zijn aan het belang van goedlopende zorgprocessen voor individuele patiënten over de verschillende afdelingen heen. Zoals in het theoretische kader besproken is, is het om de kwaliteit van de zorg voor de patiënten te kunnen waarborgen, noodzakelijk om de zorgprocessen zo in te richten dat er sprake is van keten- en/of netwerklogistiek (en de systeembenadering toegepast wordt). De medewerkers op de afdelingen hebben vooral zicht op de patiënten die op dat moment opgenomen zijn en hebben een grote mate van beslissingsvrijheid om te bepalen of een patiënt overgeplaatst kan worden of juist niet. Het kan voor een patiënt beter lijken om wat langer op een afdeling opgenomen te worden dan zorginhoudelijk noodzakelijk is, daar de patiënt dan niet opnieuw hoeft te wennen aan een nieuwe afdeling. Waar te weinig rekening mee wordt gehouden, is dat een patiënt de plaats bezet kan houden van een patiënt die een dergelijke intensiviteit aan zorg op dat moment wel echt nodig heeft.

Om deze problematiek tegen te gaan zou meer op ontslagdatum gestuurd moeten worden door te werken aan de hand van de bedrijfsproces-verbeteringsmethode, theory of constraints (Dettmer, 1997). Zoals in het theoretische kader uiteen is gezet, zou er op een voorgenomen ontslagdatum gestuurd moeten worden waarbij de resterende buffertijd in de gaten gehouden dient te worden. Omdat een gemiddelde opnameduur echter niet veelzeggend is voor een specifieke patiënt zou gewerkt kunnen worden met geplande ontslagdata (zie voor meer informatie bijlage 5). Aan de hand hiervan kunnen prioriteiten gesteld worden waarbij hulpverleners alles in het werk dienen te stellen om te voorkomen dat patiënten langer dan noodzakelijk is hun plaats op de afdeling bezet houden (Ede, 2010).

5. Discussie

5.1 Bespreking resultaten in vergelijking met voorgaand wetenschappelijk onderzoek

Op landelijk niveau is binnen de verzorgende en verplegende sector de afgelopen jaren een daling in de wachtlijsten/tijden op te merken (Mos & van Vlaardingen, 2003). Echter, patiënten binnen de GGZ moeten gemiddeld nog steeds langer wachten op in-, door- en uitstroom dan vanuit zorgverzekeraars geredeneerd redelijk lijkt (GGZ Nederland, 2008). De wachtlijst/wachttijdproblematiek binnen de GGZ lijkt dus een onderwerp waar veel aandacht naar uit zou moeten gaan. Desondanks bestaan er binnen de GGZ nauwelijks concrete voorbeeldprojecten die bij kunnen dragen aan het vinden van oplossingen voor deze problematiek (Sinnema & Boonen, 2007).

Wachtlijsten ontstaan wanneer zorgvraag en aanbod niet goed op elkaar aansluiten. Met andere woorden; de snelheid van de vraag naar instroom van patiënten gaat sneller dan de verwerkingssnelheid. Er is maar een beperkte verwerkingscapaciteit (vanwege onder andere het beperkt aantal bedden) terwijl de vraag naar zorg vrijwel oneindig is. De oorzaak achterhalen voor het ontstaan van deze wachtlijsten kan erg complex zijn daar vele factoren in ogenschouw genomen dienen te worden. Ten aanzien van het ontstaan van wachtlijsten/wachttijden en de onderlinge relaties hierin zijn de factoren vaak niet even inzichtelijk en voorspelbaar. In een studie van Prismant (2000) zijn factoren die van invloed zijn op het veroorzaken van wachtlijsten nader onderzocht waarbij onderscheid wordt gemaakt in vijf domeinen die invloed kunnen uitoefenen op de wachtlijsten en wachttijden en die toegepast kunnen worden op dit onderzoek.

Domein	Soort invloed op wachtlijsten/wachttijden
<i>Financieel- budgettair</i>	Door een beperkt financieel budget en een doorgaans grotere vraag naar zorg dan beschikbaar budget hiervoor oefent dit domein invloed uit op wachtlijstproblematiek.
<i>Arbeidsmarkt</i>	Invloed wordt uitgeoefend op wachtlijsten door onder andere een tekort/ de beschikbaarheid van voldoende geschikt personeel.
<i>Zorginhoudelijk</i>	Invloed wordt uitgeoefend door de aanwezigheid van/ het ontbreken van beschikbare behandelingsmogelijkheden, medische technieken en indicatiestelling.
<i>Zorgvraag</i>	Invloed wordt uitgeoefend door demografische en epidemiologische ontwikkelingen en factoren als het aantal andere concurrerende aanbieders.
<i>Organisatorisch</i>	Door de inzet van capaciteiten en de planning van de zorgprocessen wordt invloed uitgeoefend op wachtlijstproblematiek.

Tabel 25 – Domeinen die invloed uitoefenen op de wachtlijstproblematiek (Prismant, 2000)

De eerste vier domeinen oefenen op macro niveau invloed uit op organisaties, het laatste 'organisatorische' domein op micro niveau. Wanneer dit toegepast wordt op de situatie bij Altrecht kan gesteld worden dat Altrecht 'slechts' invloed uit kan oefenen op micro niveau en dus het organisatorische domein. Volgens onderzoek van Kroonen (1997) zou om problemen in het organisatorische domein tegen te gaan, er gekeken kunnen worden naar de mogelijkheden tot capaciteitsuitbreiding en/of een betere logistieke planning. In het onderzoek van Prismant (2000) wordt gesteld dat om een logistieke planning binnen instellingen goed te laten verlopen het tevens van belang is de geldende richtlijnen/normen aan te scherpen en/of

te vernieuwen. Daarnaast wordt gesteld dat het van belang is stil te staan bij het gegeven dat de patiëntenstromen niet in isolement bestaan met de andere interne en externe voorzieningen. Deze aanbevelingen komen in grote mate overeen met de resultaten/aanbevelingen van dit onderzoek. Zie voor de toepassing van de andere 4 domeinen, bijlage 6.

Wanneer de resultaten van dit onderzoek vergeleken worden met de enkele andere onderzoeksresultaten aangaande wachtlijstproblematiek, valt op te merken dat er zowel overeenkomsten als verschillen zijn te onderscheiden. Het lijkt aannemelijk dat deze verschillen te verklaren zijn door het gegeven dat de bestaande onderzoeken met name gericht zijn op ambulante afdelingen binnen de GGZ in plaats van de klinische setting waar dit onderzoek op gericht is. Daarnaast heeft elke instelling zijn eigen specifieke kenmerken waardoor de generaliseerbaarheid van onderzoeksresultaten beperkt blijft. In het onderzoek van Laeven et al., (2000) bijvoorbeeld dat gericht is op ambulante afdelingen wordt het schuiven van de inzet van capaciteiten binnen teams en/of zorgcircuits als oplossing aangedragen voor wachtlijst/wachttijdproblematiek. Deze oplossing zal echter niet werken binnen de acute opnameafdelingen daar niet het beschikbare personeel maar de bedden capaciteit als 'bottleneck' gezien kan worden. Daarnaast is er binnen dit onderzoek op alle acute opnameafdelingen sprake van overbezetting waardoor een onderlinge verschuiving in capaciteiten op dit niveau niet haalbaar lijkt. In hetzelfde onderzoek van Laeven (2000) wordt een verschuiving tussen intramurale en ambulante capaciteit en een scherpere indicatiestelling genoemd om bij te dragen aan het verminderen van wachtlijst/wachttijdproblematiek. Dit ligt wel op één lijn met de resultaten van dit onderzoek waar naar voren is gekomen dat patiënten onnodig lang klinisch opgenomen worden terwijl een ambulante behandeling in sommige gevallen tevens als mogelijkheid gezien kan worden. Als oplossing hiervoor is dan ook het extra inzetten van ambulante capaciteit genoemd, waardoor in verhouding meer klinische capaciteit vrij zou komen dan dat er aan ambulante capaciteit geïnvesteerd zou worden. Met betrekking tot indicatiestelling is in dit onderzoek tevens naar voren gekomen dat patiënten aan de voordeur van unit A niet altijd even goed geïndiceerd worden. Een scherpere indicatiestelling is dan ook als oplossing aangedragen voor dit probleem.

In het huidige onderzoek zijn als essentiële problemen voor de wachtlijsten/tijden naar voren gekomen dat binnen de acute opnameafdelingen niet genoeg op afdelingsoverstijgend niveau en geplande ontslagdatum gestuurd wordt. Ook worden coördinatie en samenwerkingsproblemen genoemd tussen verschillende afdelingen wat waarschijnlijk door het ontbreken of niet goed naleven van richtlijnen/normen veroorzaakt wordt. Als oplossing hiervoor wordt het beter naleven of invoeren van richtlijnen en een striktere sturing van patiëntenstromen door het invoeren van een geplande ontslagdatum genoemd. Deze principes komen in de studie van Sinnema en Boonen (2007) ook ter sprake om de patiëntendoorstroom te verbeteren. Een ander principe uit het onderzoek van Sinnema en Boonen wat ook van toepassing is op dit onderzoek is dat fluctuaties in aanbod

geminimaliseerd dienen te worden door onder andere taakdelegatie van artsen/specialisten/psychologen naar doktersassistenten of sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Als advies wordt in dit onderzoek tevens genoemd dat bijvoorbeeld verpleegkundigen bijgeschoold zouden kunnen worden om intelligentietesten of andere psychologische testen af te nemen bij patiënten die anders op de beschikbaarheid van een psycholoog dienen te wachten.

Andere principes uit de studie van Sinnema en Boonen die genoemd worden voor het verminderen van de wachtlijstproblematiek lijken minder van toepassing op de klinische afdelingen van dit onderzoek. Dit zijn principes als het reduceren van de herhaalfactor (patiënten alleen laten terugkomen bij klachten en niet ter controle) en patiënten zo snel mogelijk ambulante te ontvangen wanneer hier vraag naar is. Dit is bij deze studie niet van toepassing daar het onderzoek niet gericht is op ambulante afdelingen.

Uit bovenstaande bespreking van de onderzoekresultaten valt op te maken dat onderzoek naar wachttijdreductie binnen de GGZ schaars is en dat deze instellingsspecifieke resultaten niet altijd even makkelijk generaliseerbaar zijn.

5.2 Sterke/ minder sterke kanten van het onderzoek

De interviews met de medewerkers hebben als fundering gediend voor het onderzoek van waaruit de resultaten ondersteund/ontkracht zijn aan de hand van meer kwantitatief onderzoek. Met betrekking tot de generaliseerbaarheid van het onderzoek naar andere settings moet in ogenschouw genomen worden dat het een casestudy betreft. In het onderzoek wordt een werkwijze omschreven die als voorbeeld kan dienen voor andere afdelingen/instellingen om de oorsprong van problematiek met betrekking tot patiënten in- door- en uitstroom te achterhalen. Het conceptuele model van dit onderzoek dient hierbij als een kader gezien te worden waarbinnen in elke specifieke organisatie omgevingsafhankelijke beslissingen gemaakt dienen te worden en de daarbij horende stappen doorlopen dienen te worden. Zoals bij elke studie het geval is, zijn in dit onderzoek sterke en minder sterke punten te onderscheiden.

Allereerst kan als positief punt genoemd worden dat het onderzoek bijdraagt aan het leveren van informatie over een onderwerp waar bijzonder weinig onderzoek naar verricht is; het vinden van oplossingen voor wachtlijst/wachttijdproblematiek. Daarnaast is het onderzoek zo specifiek op de acute opnameafdelingen binnen Altrecht gericht, dat het veel praktische waarde voor Altrecht oplevert. Het onderzoek heeft een erg brede scope daar veel verschillende aspecten in ogenschouw zijn genomen. Er is sprake van triangulatie waar door het gebruik van verschillende bronnen voor dataverzameling de validiteit van het onderzoek vergroot is. De 'werkvloer' is betrokken bij het onderzoek wat de motivatie voor verandering zou kunnen doen vergroten. Voor het onderzoek is gelet op de bijdragen van medewerkers met een diversiteit aan functies.

Als minder sterke kant kan opgemerkt worden dat door de brede opzet van het onderzoek de diepgang van het onderzoek beperkt is gebleven. Er zijn verscheidene

aanwijzingen voor de oorsprong van de probleemgebieden die de wachtlijst/wachttijd problemen hebben veroorzaakt al dan niet in stand hebben gehouden. Voor echte 'harde' resultaten zal echter vervolgonderzoek noodzakelijk zijn. Het onderzoek kan getypeerd worden als een casestudie die in combinatie met de specifieke setting waarin het onderzoek uitgevoerd is de generaliseerbaarheid bemoeilijkt. Het onderzoek is voor een groot deel gebaseerd op de mening en inzichten van medewerkers wat tot een bepaalde hoogte ondersteund is met kwantitatieve gegevens. Er moet echter rekening gehouden worden met het gegeven dat bij de medewerkers sprake kan zijn van 'blinde vlekken' en dat ze niet altijd even objectief zullen zijn. Er wordt bijvoorbeeld door de medewerkers aangegeven dat er vooral in gebieden tussen de afdelingen problemen ondervonden worden. Dit zou deels naar voren kunnen zijn gekomen daar medewerkers de neiging hebben niet te kritisch te zijn over hun eigen afdeling.

6. Essentie van de problematiek

Binnen de acute opnameafdelingen van Altrecht, Divisie Willem Arntsz, wordt een steeds grotere druk op de bedden capaciteit ervaren wat tot uitdrukking komt in de aanwezigheid van wachtlijsten en wachttijden. Dit onderzoek heeft tot doel meer zicht te krijgen op deze problematiek aan de hand van het conceptuele model dat in het theoretische kader uiteengezet is. Uit verschillende stappen die doorlopen zijn in het onderzoek komen aanwijzingen naar voren dat verscheidene patiënten langer opgenomen worden dan zorginhoudelijk gezien noodzakelijk is doordat richtlijnen ontbreken of niet strikt genoeg nageleefd worden, er niet genoeg op ontslagdatum gestuurd wordt en de sturing/samenwerking op afdelingsoverstijgend niveau niet toereikend is. Verbetering in de wachtlijst/wachttijdproblematiek zou bereikt kunnen worden door de patiëntenstroom beter te gaan sturen aan de hand van geplande ontslagdata. Tevens zouden er striktere richtlijnen opgesteld moeten worden en/of er meer op toegezien moeten worden dat deze nageleefd worden. Tot slot zou samenwerking op afdelingsoverstijgend niveau gestimuleerd moeten worden zowel binnen als buiten Altrecht.

7. Aanbevelingen

Opstellen van richtlijnen/normen of de naleving van bestaande normen/richtlijnen verbeteren

Uit bovenstaande informatie komen aanwijzingen naar voren dat er binnen Altrecht niet genoeg op afdelingsoverstijgend niveau gestuurd wordt door onder andere het ontbreken van richtlijnen en normen en/of het naleven hiervan. Een voor de hand liggende oplossing voor dit probleem zou zijn dat er meer richtlijnen zouden moeten komen en/of hier meer op gestuurd zou moeten worden. Er zou bijvoorbeeld een checklist gemaakt kunnen worden van factoren waar een patiënt aan zal moeten voldoen om doorverwezen te worden. Wanneer dit bereikt wordt, zal een patiënt direct doorverwezen moeten worden. Voor unit A is binnen Altrecht de norm gesteld dat er gestuurd zou moeten worden naar een zo kort mogelijke opnametijd. Echter normen aangaande de duur van een zo kort mogelijke opname tijd, ontbreken. Het ontwikkelen van duidelijke normen aangaande de opnameduur zou er toe kunnen bijdragen dat er vergelijkingen met de norm van andere acute opnameafdelingen binnen de GGZ gemaakt kan worden. Dan zou er meer zicht kunnen komen op hoe de gemiddelde doorlooptijd binnen Altrecht zich verhoudt tot andere vergelijkbare afdelingen. Voor alle drie de opnameafdelingen geldt dat wanneer meer duidelijke normen bestaan voor hoelang een patiënt gemiddeld opgenomen dient te worden hier makkelijker op gestuurd zou kunnen worden. Echter strikte richtlijnen of normen opstellen is een complexe aangelegenheid. Er zijn teams van experts voor nodig uit verschillende disciplines om dit te kunnen bewerkstelligen (Trimbos Instituut, 2008). In dit onderzoek zullen hier dan ook geen concrete aanbevelingen voor gedaan worden.

Samenwerking in de keten

Om de wachtlijst/wachttijdproblematiek te kunnen verminderen is het cruciaal om samen te werken met externe zorginstellingen. Ongeveer de helft (48%) van de patiënten vanuit unit A, 52% van de patiënten vanuit unit B en 32% van de patiënten vanuit unit C stromen door naar externe voorzieningen. De externe instroom is voor unit A, B en C respectievelijk, 68%, 13% en 26%. Hieruit kan opgemaakt worden dat de sturing van de patiëntenstromen vanuit de acute opnameafdelingen binnen Altrecht in samenhang moet gebeuren met externe zorginstellingen buiten Altrecht..

Vanuit de resultatensectie kunnen de volgende concrete aanbevelingen afgeleid worden:

Aanbeveling	Omschrijving
Patiëntenstroom sturen op afd. overstijgend niveau aan de hand van TOC	Vanaf het moment dat een patiënt binnenkomt, zou op geplande ontslagdatum gestuurd moeten worden. Bij uitloop hiervan, zouden de oorzaken hiervan geregistreerd moeten worden waarna mogelijke bottlenecks opgespoord en opgeheven kunnen worden.
Eerdere communicatie naar vervolgfafdelingen	Door met een geplande ontslag datum te werken zouden vervolgfafdelingen ook al eerder op de hoogte gebracht kunnen worden van een geplande overplaatsing.
Gebruik checklist voor het plannen van ontslagdatum	Voor het inschatten van een geplande ontslagdatum zou een checklist als hulpmiddel gebruikt kunnen worden (bijlage 5).

Toetsing checklist	Bovenstaande checklist zal getoetst moeten worden. Er zou gekeken kunnen worden bij een aantal patiënten wat voor een schatting met betrekking tot opnameduur gemaakt kan worden. Vervolgens zal gekeken moeten worden of de checklist bijdraagt aan het hebben van voorspellende waarde. Wanneer blijkt dat de factoren daadwerkelijk voorspellend zijn, kan hier meer op gestuurd worden.
Onderscheid in 'bekende' en 'nieuwe' patiënten	Er zou onderscheid gemaakt kunnen worden in een groep 'bekende patiënten' die al eerder in behandeling zijn geweest en 'nieuwe' patiënten waarover slechts minimale informatie beschikbaar is. Voor bekende patiënten zou het zorgproces anders ingericht kunnen worden daar bepaalde stappen (intake, diagnose etc.) al bekend zijn.
Onderdelen behandeling sneller starten	Bij een stakende doorstroom dienen zorgprocessen inhoudelijk in ieder geval zo ingericht te worden dat taken als het opstellen van behandelplannen niet onnodig lang uitgesteld worden. Om dit te kunnen bewerkstelligen zouden er eventueel ook richtlijnen voor opgesteld dienen te worden.
Betrekken van zorginhoudelijk aspecten	Voor de patiëntendoorstroom, zou er tevens naar zorginhoudelijke aspecten gekeken kunnen worden die de doorstroom belemmeren.
Registratie van vervolgafdeling van 'eerste keus'	De medewerkers stellen dat de huidige wachtlijstregistratie geen accurate afspiegeling is van de werkelijke wachtlijstproblematiek daar afdelingen verscheidene patiënten überhaupt niet op de wachtlijst zetten bij de verwachting van te lange wachttijden. Afdelingen zouden de eerste keus voor een afdeling van een patiënt voor doorstroom moeten registreren en dit vergelijken met de daadwerkelijke vervolgvoorziening.
Wachttijd registratie op individueel niveau	In de registratielijsten wordt nu bijgehouden op groepsniveau hoeveel patiënten er in-, door- en uitstromen. Op individueel niveau zou hier ook naar gekeken moeten worden om uitschieters te registreren en monitoren.
Overslaan van stappen in zorgproces voor bekende patiënten	Wanneer patiënten zich frequent tussen afdelingen verplaatsen, kan er voor gekozen worden bepaalde stappen uit het stroomschema van 'intake, onderzoek, diagnostiek' over te slaan.
Frequentie behandelplan bespreking verhogen	Op unit C zou overwogen kunnen worden of de frequentie van de behandelplan besprekingen niet verhoogd zou kunnen worden daar het momenteel 1 keer in de maand plaats vindt waardoor er sprake is van 'perron wachttijd'.
Bijscholing verpleegkundigen	Unit A verpleegkundigen zouden bijgeschoold kunnen worden zodat ze ook intelligentietesten kunnen afnemen in het geval er geen psycholoog beschikbaar is.
Controle van de correctheid van het uitvoeren van de aanwezigheidsregistratie	Tijdens de interviews met de medewerkers van de acute opnameafdelingen komen aanwijzingen naar voren dat de aanwezigheidsregistratie van patiënten in Psygis niet correct plaatsvindt. Er zou nader onderzocht moeten worden waar deze problemen veroorzaakt worden.
Extra capaciteit inzet bij ambulante afdelingen	Door extra capaciteit in te zetten op de ambulante afdelingen zou in verhouding meer capaciteit vrij moeten komen op de klinische afdelingen dan dat er aan capaciteit geïnvesteerd zou worden. Dit, omdat patiënten sneller naar de ambulante afdelingen kunnen doorstromen wat momenteel nog belemmerd wordt door wachttijden.. Uiteraard dient dit in samenhang te gaan met afspraken met deze ambulante afdelingen.

Tabel 27 – Concrete aanbevelingen

Referentielijst

Altrecht In Druk. (2008). Publieksversie jaardocument. Beschikbaar op: http://www.altrecht.nl/Externebestanden/Overigen/Documenten/Altrecht_in_Druk_2008_def.pdf.

Borghuis, T.L. (2007). Vertragingen te lijf. *Medisch contact*, 33/34;1366-1369.

De Leeuw, A..C.J. (1996). *Bedrijfskundige methodologie:management van onderzoek*.

Dettmer, H.W. (1997). Goldratt's theory of constraints: a systems approach to continuous improvement.

Devers, K.J. (1999). How will we know "good" qualitative research when we see it? Beginning the dialogue in health services research. *Health Services Research*, 34(5) Part II;1155-1187.

Dückers, M., De Bruijn, M. & Wagner, C. (2006). Evaluatie Sneller Beter pijler 3, De implementatie van verbeterprojecten in de eerste acht ziekenhuizen, NIVEL.

Ede, J. (2010). Snellere behandeling patiënt na buffermanagement. Beschikbaar op: http://www.procesverbeteren.nl/TOC/ToC_Antonius_ziekenhuis.php.

Elkhuizen, S.G. (2010). College Unitlogistiek. Erasmus Universiteit Rotterdam, faculteit beleid en management gezondheidzorg.

Elkhuizen, S.G, Limburg, M., Bakker, P.J.M. & Klazinga, N.S. (2006). Evidence-based re-engineering: re-engineering the evidence. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19 (6); 477-499.

Goldrath, E.(2007) Het Doel, herziene editie. Spectrum ISBN-13: 9789027453372. (origineel: The Goal. (1986)). Cox, J., Goldratt, E.M. (1986). *The goal: a process of ongoing improvement*. (Great Barrington, MA):North River Press. ISBN 0-88427-061-0.

Goudswaard, K. (2009). 'Inspelen op vergrijzing'. AE Consultancy, 1-8.

GGZ Nederland (2008). Wachtlijsten in ggz-instellingen op 1 januari 2008.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2006). Het resultaat telt 2005. Prestatie indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg.

Klink, A. (2008). Brief van minister Klink aan de Tweede Kamer d.d. 21 mei 2008.

Kroonen A. (1997). Wachlijsten in ziekenhuizen; waar zit het probleem? *Gezondheidszorg & Management*, 4; 4-10.

Laeven, A.M.W., Hulst, B.L. van, Mathijssen, S.W. & Eijk, W. van. (1999). *Het wachtlijstfonds*. Utrecht: Prismant, 2000.

Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4); 563-575.

Lenssen, P. (2005). Naar verbetering van het totale behandelproces. *Prismant magazine*, 20; 15-16.

Merode van, F., Molema, H., en Goldschmidt, H. (2004). Gum and six sigma approaches positioned as deterministic tools in quality target engineering. *Accreditation and Quality Assurance: Journal for Quality*, 10; 32-36.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en sport. (2007). Overheveling geestelijke gezondheidszorg. Beschikbaar op: <http://www.minvws.nl/dossiers/overheveling-ggz/>.

Mos, J. & van Vlaardingen, F. (2003). Verdiepingsmonitor, Wachtlijst Verpleging en Verzorging. *College voor zorgverzekeringen*. Beschikbaar op: www.cvz.nl.

Prismant (2000). *Gezondheidszorg in Tel 2001*. Editie 8. Utrecht: Prismant.

Schaepkens, F. (2004). Mechanismen die het nieuwe stelsel bedreigen; afwenteling en de kosten van onderhandeling. *MCA, tijdschrift voor organisaties in control*, 8; 2-11.

Schut, F.T. (2003). De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg, *Oratie, Erasmus Universiteit Rotterdam*.

Segers, J.E.H.J. (1999). De gevalstudie. Methoden voor de maatschappijwetenschappen. *Assen, Van Gorkum*; 339-366.

Sinnema, H. & Boonen, M (2007). Doorstroom in de keten. Samengebracht voor het project LAK-Borging door het Trimbos-instituut. Beschikbaar op: www.trimbos.nl/verbeterdezorg.

Terhürne, H. (2003). *Process Mapping: Een praktische methodiek voor een heldere kijk op businessprocessen*. Deventer: Kluwer.

Trimbos Instituut (2008). Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Trimbos-instituut, Utrecht (art. no.: AF0806).

Vissers, M.H. & De Vries, G. (2005). Sleutelen aan zorg processen, Een visie op zorglogistieke bedrijfsvoering. Rede uitgesproken bij aanvaarding van het ambt van hoogleraars Zorglogistieke Bedrijfsvoering bij het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van het Erasmus MC te Rotterdam, 01 april 2005.

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

Vissers, J. and R. Beech (eds.) (2005). Health Operations Management. Routledge Series on Health Management (eds.M. Berg, R. Huijsman, D. Hunter, J. Øvretveit). Routledge.

Vissers, J., Roosenschoon, B.J. van der Eijk, J.& de Veen, H. (2006). Patiëntendoorstroming in een ggz-instelling. *Zorgmagazine*.

Vos, L., Dückers, M., Bruijn, M. de, Wagner, C., Groenewegen, P., Merode, F. van. (2008). Naar een procesgestuurd ziekenhuis: beoogde effecten van een logistiek verbeterprogramma. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 86(4); 207-215.

Vries de, G (2007). Normering als instrument voor processturing, Meet- en regeltechniek in de zorglogistiek. *M&O*, 2; 22-35.

Vries de, J., Hummel, H., De Meer, J.P. & Otter, R. (2009). Integrale oncologische zorgpaden: opzet en toepassing. Van Gorcum.

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

Young, T., Brailsford, S., Connell, C., Davies, R., Harper, P. & Klein, J.H. (2004). Using industrial processes to improve patient care. *BMJ*, 328:162-164.

Bijlagen

- Bijlage 1: Topiclijst interviews met daarin opgenomen, het stroomschema HKZ
- Bijlage 2: Frequentietabellen voor de opnameduur van patiënten met een schizofrene psychotische stoornis van unit B en C
- Bijlage 3: Resultaten van de Chi-square toetsen, unit A, B en C
- Bijlage 4: Afdelingen waarvoor de wachtlijst als drempel gezien wordt om er überhaupt patiënten naar toe door te verwijzen
- Bijlage 5: Model aan de hand waarvan de opnameduur van patiënten ingeschat zou kunnen worden
- Bijlage 6: Macro domeinen (Prismant, 2000) die invloed uit oefenen op de wachtlijstproblematiek binnen Altrecht

Bijlage 1 – Topiclijst interviews met daarin opgenomen, het stroomschema HKZ

Topiclijst interview medewerkers unit A, B & C.

Unit:
Naam:
Functie:
Aantal jaar in dienst:
Uren per week werkzaam:

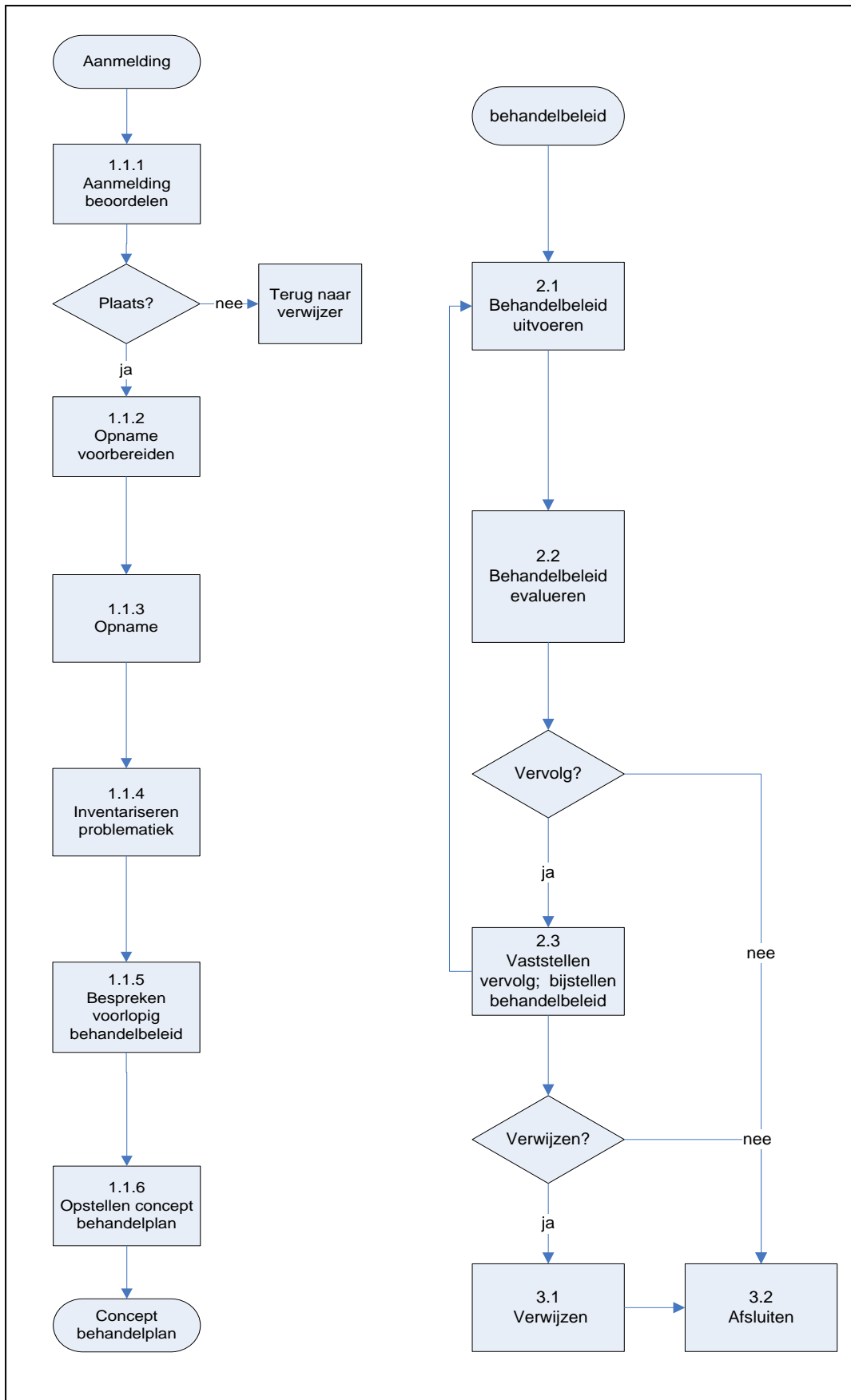
Patiëntengroepen opdelen in homogene patiëntengroepen

Valt de totale patiëntengroep op te delen in verschillende subgroepen wanneer er gekeken wordt naar de volgende proceskenmerken:

- Planbaarheid/Voorspelbaarheid
 - Urgentie
 - Duur
 - Volume
 - Ontkoppelpunten
 - Shared resources
 - Flexibiliteit
-
- Zijn er voorspellende factoren te onderscheiden voor hoe lang een patiënt opgenomen gaat worden?
 - Kunnen de volgende factoren als voorspellend gezien worden voor de opname duur?
 - Diagnose
 - Alcohol/drugs gebruik
 - Aanwezigheid/draagkracht systeem
 - Huisvesting
 - Somatische gesteldheid
 - Financiën

Opstellen stroomschema's

- Wanneer er gekeken wordt naar afbeelding 1, zijn er dan meer gedetailleerde stappen te onderscheiden op het niveau van bepaalde patiëntengroepen? Hierbij zal onderscheid gemaakt worden in de aanmeldfase en behandel/evaluatie fase.



Figuur 1 – Zorgproces acute opname units, Manual Master Altrecht 2010

- Zijn er binnen de verschillende fasen, stappen te onderscheiden waar relatief lang op gewacht moet worden? Zo ja, waar zou dit door kunnen komen?
- Hoe wordt bepaald of een patiënt toe is aan de volgende stap?
- Wie bepaalt of een patiënt toe is aan de volgende stap?

Capaciteiten

- Zijn er buiten de bedden capaciteiten ook nog andere capaciteiten te onderscheiden die als bottleneck gezien kunnen worden? (bijvoorbeeld bepaalde ruimtes)
- Wanneer er gekeken wordt naar de capaciteit van de hulpverleners zijn er dan nog hulpverlenersgroepen te onderscheiden waar veel druk op staat? (waar mogelijk een tekort aan is). Zie tabel 1.

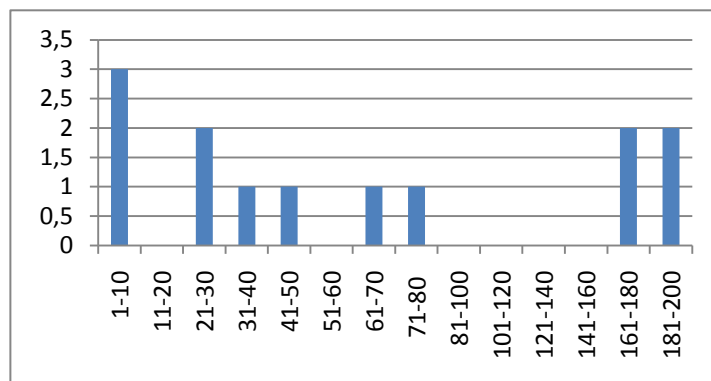
Unit A	Unit B	Unit C
Verpleegkundigen	Psychiater	Psychiater
Activiteitenbegeleiders	Psychiater in opleiding	Psychiater in opleiding
Psychiater	Verpleegkundigen	Arts niet in opleiding
psychiaters in opleiding (2)	Leerling-verpleegkundigen	Verpleegkundigen
Maatschappelijk werker	Maatschappelijk werker	Klinisch psychologe/ psychotherapeute
Psychomotore therapeut	Psychomotore therapeut	Systeemtherapeute,
Teammanager	Activiteitenbegeleiders	Maatschappelijk werker (2)
Gastheer	Teammanager	Psychomotore therapeut
	Overige disciplines op aanvraag	Activiteitenbegeleider.

Tabel 1 – Hulpverleners acute opname units

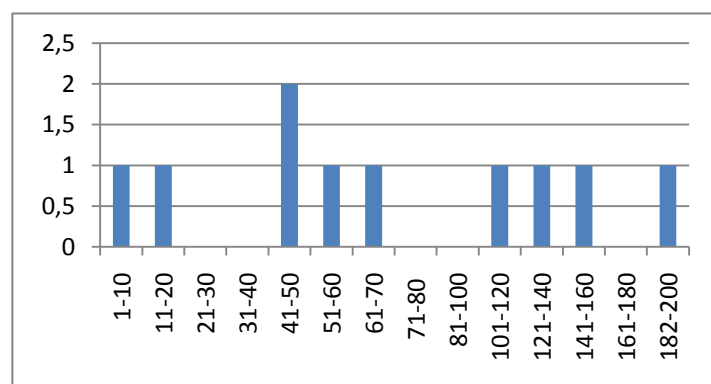
Doorlooptijd

- Zijn er momenteel patiënten langer opgenomen dan je voor de betreffende patiënt (c.q. patiëntengroep) zou verwachten?
- De doorlooptijd van de patiënten die in de periode januari t/m maart 2010 meer dan 1 standaarddeviatie van het gemiddelde afweken, zullen besproken worden. Op individueel niveau zal er getracht worden de reden te achterhalen waarom dit zo was (bijvoorbeeld stond de patiënt op een wachtlijst of was het ziektebeeld van de patiënt nog in die mate heftig dat overplaatsing nog niet mogelijk was?).
- Patiënten die momenteel nog opgenomen zijn en meer dan 1 standaarddeviatie van de gemiddelde doorlooptijd afwijken, zullen op dezelfde manier besproken worden.
- Per vervolg afdeling/locatie zal kort besproken worden hoe de patiëntenstromen verlopen. Zijn er bijvoorbeeld vervolgplaatsen te onderscheiden waar er relatief lange wachttijden voor zijn?
- Heeft de hulpverlener zelf nog suggesties hoe de doorlooptijd verbeterd zou kunnen worden?

Bijlage 2 – *Frequentietabellen voor de opnameduur van patiënten met een schizofrene psychotische stoornis van unit B en C*



Grafiek 1 – *Frequentietabel van opname duur patiënten unit B*



Grafiek 2 – *Frequentietabel van opname duur patiënten unit C*

Bijlage 3 – *Resultaten van de Chi-square toetsen, unit A, B en C*

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,516 ^a	22	,551
Likelihood Ratio	20,829	22	,531
Linear-by-Linear Association	,650	1	,420
N of Valid Cases	910		

a=0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20,10.

Tabel 1 – Uitkomsten van de Chi-Square test unit A voor maandfluctuaties

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,196 ^a	6	,519
Likelihood Ratio	5,171	6	,522
Linear-by-Linear Association	1,019	1	,313
N of Valid Cases	910		

a= 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 66,78.)

Tabel 2 - Uitkomsten van de Chi-Square test unit A voor seizoensfluctuaties

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,068 ^a	22	,812
Likelihood Ratio	17,395	22	,741
Linear-by-Linear Association	,133	1	,715
N of Valid Cases	244		

a. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,67.

Tabel 3 – Uitkomsten van de Chi-square test unit B voor maandfluctuaties

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,838 ^a	6	,336
Likelihood Ratio	6,877	6	,332
Linear-by-Linear Association	,181	1	,670
N of Valid Cases	244		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,51.

Tabel 14 – Uitkomsten van de Chi-square test unit B seizoensfluctuaties

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,180 ^a	22	,392
Likelihood Ratio	22,891	22	,408
Linear-by-Linear Association	,032	1	,858
N of Valid Cases	591		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,53.

Tabel 5 – Uitkomsten van de Chi-square test unit C voor maandfluctuaties

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,753 ^a	6	,576
Likelihood Ratio	6,789	6	,571
Linear-by-Linear Association	1,100	1	,078
N of Valid Cases	591		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 28,99.

Tabel 6 – Uitkomsten van de Chi-square test unit C voor seizoensfluctuaties

Bijlage 4 – Afdelingen waarvoor de wachtlijst als drempel gezien wordt om er überhaupt patiënten naar toe door te verwijzen

Afdeling	Wachttijden voor
Unit A	<ul style="list-style-type: none"> - De Wier - Den Eik - Unit B - Unit C - Psychiatrie en verslaving - Psychiatrie en gedrag - Regionale instelling Beschermd wonen*
Unit B	<ul style="list-style-type: none"> - Psychiatrie en verslaving - Psychiatrie en gedrag - Clarenburg - Bleyenburg - Wier - De Kei - Den Eik - Ambulatorium
Unit C	<ul style="list-style-type: none"> - Ambulatorium - ACT - Leger Des Heils* - Wegloophuis* - Stichting beschermd wonen*

Tabel 1 – Afdelingen waarvoor de wachtlijst als drempel gezien wordt om er überhaupt patiënten naar toe door te verwijzen

Bijlage 5 – Model aan de hand waarvan de opnameduur van patiënten ingeschat zou kunnen worden

Bij de tweede aanbeveling in de aanbevelingssectie wordt gesproken over een checklist die in deze bijlage besproken zal worden. In de resultatensectie zijn factoren weergegeven waarvan de medewerkers op de acute opname afdelingen hebben aangegeven dat ze als voorspellers gezien kunnen worden voor de lengte van de opnameduur van patiënten. Deze factoren zouden gebruikt kunnen worden om bij elke patiënt bij binnenkomst een inschatting te maken van de geplande opnameduur wat een betere planning en coördinatie van de patiëntenstromen tot gevolg zou kunnen hebben. Echter, van deze factoren is niet significant aangetoond dat ze een voorspellende waarde hebben voor de opnameduur. Daarnaast oefent niet elke factor even veel invloed uit op de voorspelde opnameduur en kan de samenhang tussen de verschillende factoren erg complex zijn. De factoren kunnen dus 'slechts' als checklist gezien worden voor de hulpverleners om met hun eigen inzicht als uitgangspunt de opnameduur in te kunnen schatten. Onderstaand zal een voorbeeld gegeven worden van hoe een dergelijke checklist eruit zou kunnen zien.

Factor	Toelichting
<i>Opname geschiedenis*</i>	(Gem.) opnameduur als voorspeller
<i>Comorbiditeit</i>	Eenvoudige versus zeer complexe diagnose
<i>Diagnose schizofrenie</i>	Aanwezigheid van diagnose schizofrenie en vervolgens wel/niet complex
<i>Onverzekerd /illegaal</i>	Vooraf een probleem bij ambulante uitstroom
<i>Aanloop voor opname</i>	Veelal hoe langer, hoe slechter de prognose
<i>Wachtrijen bij vervolgvoorziening</i>	Zo ja ernst van wachttijden inschatten/ zijn er alternatieven?
<i>Therapie/medicatie resistentie</i>	Inschatten in welke mate dit voor problemen gaat zorgen
<i>Complexe Alcohol/drugs problematiek</i>	Verwevenheid van problematiek van belang
<i>Aanwezigheid van huisvesting</i>	Zo nee, kan dit in een redelijk termijn geregeld worden?
<i>Diagnose persoonlijkheidsstoornis</i>	Voor unit A & B betekent dit zsm doorstromen.
<i>Aanwezigheid adequaat steunsysteem</i>	Hoe beter het steun systeem hoe beter de prognose
<i>Ziekte inzicht</i>	Zo niet, zorgt dit ook voor problemen?

*= Wanneer dit niet bekend is dient hiervoor een schatting gemaakt te worden

Tabel 1 – Model om opnameduur te kunnen voorspellen

Te verwachten valt dat de factoren bij elke patiënt in een andere mate meegewogen worden in het eindoordeel. De ene keer kan bijvoorbeeld medicatieresistentie er toe leiden dat een patiënt in die mate 'ziek' blijft dat doorplaatsing op de korte termijn niet mogelijk is. Een andere keer zal het wellicht tot minder problemen leiden wanneer een patiënt bijvoorbeeld nauwelijks medicatie gebruikt en tevens goed baat heeft bij therapie. Iemand die op elke factor zo scoort dat een korte opnametijd verwacht zou worden maar geen huisvesting heeft, kan alsnog de voorspelling krijgen relatief lang opgenomen te worden. De hulpverleners dienen over elke afzonderlijke factor na te denken in welke mate het invloed zal uitoefenen op de opnameduur en of het de geplande opnameduur zal doen verlengen of verkorten. Van elke factor is in de resultatensectie aangegeven in welke richting verwacht wordt dat het de geplande opnameduur zal beïnvloeden. Voor de factor persoonlijkheidsstoornis is het

afdelingsafhankelijk in welke richting het de geplande opnameduur zal beïnvloeden. Wanneer patiënten op unit A en B een persoonlijkheidsstoornis hebben kan dit als voorspeller gezien worden voor een korte opnameduur daar de afdeling niet voor dergelijke problematiek ingericht is. Voor unit C echter geldt dat er wel vele patiënten zijn opgenomen met een persoonlijkheidsproblematiek en zegt dit dus minder over de voorspelde lengte van opnameduur. De lijst dient dus puur als checklist gezien te worden.

Bijlage 6 – Macro domeinen (Prismant, 2000) die invloed uit oefenen op de wachtlijstproblematiek binnen Altrecht

het financieel- budgettaire domein invloed uitoefent door de geldende budgettaire beperkingen voor capaciteitsuitbreiding. Daarnaast worden door het huidige financieringssysteem de afdelingen nauwelijks financieel geprikkeld om de patiëntenstromen efficiënt in te richten. Wanneer patiënten die onder de DBC financiering vallen onnodig lang op een afdeling opgenomen worden, wordt dat door de zorgverzekeraars alsnog vergoed en ondervinden afdelingen hier nauwelijks negatieve financiële consequenties van. Met het oog op de toekomstige veranderingen in het financieringsstelsel, zal dit echter wel gaan gebeuren. Daardoor zal het steeds belangrijker worden om wanneer doorplaatsing van patiënten zorginhoudelijk gezien mogelijk is, dit ook daadwerkelijk in gang te zetten. Op het financiële domein kan echter binnen Altrecht lastig invloed uitgeoefend worden daar budgettaire beperkingen veelal van bovenaf opgelegd worden. Wanneer er gekeken wordt naar de invloed van het arbeidsmarkt domein kan gesteld worden dat ondanks dat tijdens de interviews naar voren is gekomen dat de werkdruk hoog is onder de hulpverleners van de acute opnameafdelingen, dit niet als een belemmerende factor gezien kan worden voor de patiëntendoorstroom. De beddenscapaciteit is bepalend of een patiënt opgenomen wordt of niet onafhankelijk van de bezetting van personeel. Aangaande het zorginhoudelijke domein bestaan er aanwijzingen dat er door een niet toereikende indicatiestelling regelmatig patiënten binnenkomen op unit A die eigenlijk op een minder intensieve afdeling opgenomen zouden kunnen worden. Hiervoor zou een scherpere indicatiestelling een goede oplossing kunnen zijn. Het ligt verder buiten de scope van dit onderzoek om dieper in te gaan op zorginhoudelijke aspecten met betrekking tot de patiëntendoorstroom. Aangaande het zorgvraag domein, kan gesteld worden dat door met name de vergrijzing de samenstelling van de patiëntenpopulatie is veranderd. Tijdens de interviews is herhaaldelijk genoemd dat vervolgvoorzieningen voor deze ouderengroep lastig te vinden zijn. In onderstaande tabel is weergegeven hoe groot de toename in het aantal opgenomen ouderen is binnen de acute opnameafdelingen. Het gaat hierbij om alle acute zorgvraag waarbij patiënten binnen 24 uur opgenomen dienen te worden, dus verspreid over de afdelingen Utrecht, Woerden, Zeist en Nieuwegein.

Instroom acute opname afdelingen

Jaar	Instroom aantal ouderen (65+)
2007	58
2008	59
2009	119

Tabel 1 – Instroom van ouderen op de acute opname afdelingen binnen Altrecht

Om belemmeringen in dit domein tegen te gaan, zou een herverdeling van vraag over aanbod als oplossing gezien kunnen worden. Een voorwaarde hiervoor is echter wel dat geschoven zou moeten worden binnen het bestaande aanbod. Echter hiervoor zouden er zowel

afdelingen met onder- als met overbezetting moeten zijn. Op zowel unit A, B en C geldt dat er sprake is van overbezetting waardoor onderlinge verschuivingen binnen de acute opnameafdelingen dus niet tot de mogelijkheden behoort. Daarnaast kunnen patiënten niet zonder meer naar andere afdelingen doorverwezen worden aangezien elke afdeling ingericht is voor een specifieke patiëntengroep.