

“No one is as good as all of us”

Zorglogistieke bedrijfsvoering in de ggz



Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Inleiding.....	5
1.1 Strategisch kader	5
1.2 Overzicht sector ggz.....	6
1.3 De Parnassia Groep	6
1.4 Politiek: overheidsbeleid voor de ggz	8
1.5 Economisch: financiering van de ggz	9
1.6 Sociaal-cultureel: de klanten en de ggz-markt	10
1.7 Technologie: inhoud én techniek in de ggz.....	11
1.8 Hoe speelt de Parnassia Groep in op deze ontwikkelingen?	12
1.9 Samenvatting	14
1.10 Opzet van de scriptie	14
1.11 Leeswijzer	16
2. Bedrijfskundige inbedding van zorglogistiek	17
2.1 Operationele sturingssystemen in de industrie.....	17
2.2 Van de industrie naar dienstverlening.....	18
2.3 Een algemene theorie van dienstverlening.....	18
2.4 Van dienstverlening naar zorgverlening	19
2.5 De gezondheidszorg als specifieke vorm van dienstverlening.....	20
2.6 Van algemene gezondheidszorg naar ggz	21
2.7 Samenvatting.....	22
3. Zorglogistieke bedrijfsvoering	24
3.1 Typen van logistiek	24
3.2 Logistieke grondvormen	24
3.3 Capaciteits- en productiesturing.....	25
3.4 Management van patiëntengroepen.....	25
3.5 Concepten voor zorglogistieke bedrijfsvoering	26
3.5.1 Het klantconcept in de zorg.....	26
3.5.2 Het productconcept in de zorg	26
3.5.3 Het procesconcept in de zorg	27
3.5.4 Serviceconcept	27
3.6 Kenmerken van zorgprocessen.....	29
3.7 Planbaarheid van zorgprocessen	30
3.8 Samenvatting.....	31
4. Benaderingswijzen in de zorglogistieke bedrijfsvoering	32
4.1 Productieplanning in algemene ziekenhuizen	32
4.2 De Plexus group-benadering	35
4.3 Klinische paden	37
4.4 Focused Factory	39
4.5 Managed clinical network	41
4.6 Het LEAN principe	41
4.7 Samenvatting.....	42

5. De zorglogistieke bedrijfsvoering in de ggz	43
5.1 Afstemming van activiteiten in de zorgketen.....	43
5.2 Keuze van het logistieke model	44
5.3 Inrichting van het logistieke model.....	45
5.4 Sturingsmiddelen voor het logistieke model.....	46
5.5 Samenvatting.....	48
6. Van theorie naar praktijk: het zorgaanbod in het logistieke model.....	49
6.1 Analyse van de waardeketen	49
6.2 Inkomende logistiek	49
6.3 Operaties.....	51
6.4 Uitgaande logistiek.....	54
6.5 Samenvatting huidige logistiek	55
7. Van theorie naar praktijk: de zorgvraag in het logistieke model.....	56
7.1 Variatie in zorgprocessen	56
7.2 Zorgprogramma's en zorgpaden in de ggz.....	58
7.2.1 Principes van zorgpaden.....	59
7.2.2 Doelen van zorgpaden.....	59
7.2.3 Inhoud zorgpaden.....	60
7.3 Uitwerking zorgpaden	60
7.3.1 Zorgpaden voor cognitieve stoornissen.....	62
7.3.2 Zorgpaden voor stemmingsstoornissen.....	64
7.4 Toewijzing aan zorgpaden	66
7.5 Samenvatting.....	67
8. Resultaat: toepassing van het zorglogistieke model.....	68
8.1 Opzet van een pilot.....	68
8.2 Meting van de resultaten	68
8.3 Resultaten	69
8.3.1 Kwantitatieve resultaten	69
8.3.2 Kwalitatieve resultaten	71
8.4 Resultaten van onze zorgpaden	72
8.5 Samenvatting.....	73
9. Implementatie van het zorglogistieke model	74
9.1 Gevolgen voor medewerkers.....	74
9.2 Processen.....	75
9.3 Organisatie	75
9.4 Systemen	76
9.5 Samenvatting.....	76
10. Samenvatting en beschouwing	77
Geraadpleegde bronnen.....	80

Voorwoord

Het blijft typisch: een voorwoord als laatste schrijven. Dan is er al een heleboel energie, denkwerk en inspanning gaan zitten in componeren van de tekst van deze scriptie. Ik heb ergens gelezen dat logistiek het voeren van oorlog is. Als dat waar is, verkeren we in de ggz in een permanente staat van oorlog. Zo dramatisch is het nu ook weer niet. Wel is duidelijk dat er in de afgelopen twee jaar veel veranderd is in de ggz. Naast een stelselwijziging die voor de gehele gezondheidszorg van toepassing is, hebben we ook in de ggz te maken met toenemende marktwerking en concurrentie. In een dergelijke omgeving is het de uitdaging aan bestaande zorgaanbieders om de zorg zo effectief en efficiënt mogelijk te leveren. Dat vraagt er om dat we onze bekende en ingeslepen patronen van werken onder de loep nemen en ons de vraag stellen of we daar de ‘oorlog’ mee kunnen winnen. Mijn overtuiging is dat dát niet het geval is. De ervaring leert dat monopolisten met het invoeren van marktwerking op zoek moeten naar nieuwe markten en nieuwe werkwijzen. Ik heb dat gezien en ervaren nadat in 1989 KPN van een staatsbedrijf over ging naar een verzelfstandigd bedrijf. De tien jaar die daar op volgden waren een tombola aan reorganisaties, cultuur- en structuurveranderingen, technologische ontwikkelingen en lopen langs de afgrond. En het waren ook jaren van nieuwe kansen want mobiele telefonie en UMTS toepassingen waren weggelegd voor slechts een kleine groep gebruikers en aanbieders. Inmiddels is dat gemeengoed geworden, er zijn vele aanbieders en we verwachten van allemaal dezelfde kwaliteit tegen hele lage kosten.

De vraag is in hoeverre de verzelfstandiging van KPN, of welk ander bedrijf dan ook, het voorland is van de gezondheidszorg. Naar mijn idee is dit een absoluut denkbaar scenario. De ‘post’ en de ‘telefoon’ waren toch van ons, net zoals de gezondheidszorg ‘van ons’ is? Echter een andere ordening van een sector brengt ook andere principes en spelregels met zich mee. En dat betekent meestal efficiënter werken, in ons geval meer patiënten helpen tegen lagere kosten. Een typisch managementprobleem!

En hoe los je dat nu op? Heb ik iets gehad aan mijn ervaringen bij KPN en de déjà vú-achtige belevingen bij de discussies over de ggz? Daar hebben we het in de afgelopen twee jaar veel over gehad in de opleiding MBA-H. Een sluitend antwoord is niet te geven, voor iedere sector en instelling ligt dat weer anders. Ik ben er wel van overtuigd dat we de oplossing moeten zoeken in het optimaliseren van de werkprocessen in de ggz. Om die reden heb ik in deze scriptie een oplossingsrichting aan willen geven voor de divisie Psychiatrie Parnassia en die zoek ik in zorglogistieke bedrijfsvoering. Ook al is de gezondheidszorg is een specifieke tak van sport in de dienstverlening en is die van ‘ons’, de rol van de klant die tot voor kort een ondergeschikte rol speelde zal ingrijpend veranderen. Voor mij is duidelijk dat daar een fundamentele verandering in zal optreden en dat we daar terdege rekening mee moeten houden. Kunnen we die uitdaging aan gaan?

Dat brengt me op de titel van deze scriptie: “No one is as good as all of us”. Een uitspraak van Ray Kroc, baas van Mc Donalds, verwijzend naar de kracht van de eigen medewerkers en de eigen organisatie. Daar moet je in geloven en op vertrouwen om je doel te bereiken! Ook in een sterk veranderende omgeving. En wat de foto op de voorkant betreft: ik heb in deze opleiding veel geleerd over “*levelen en snorkelen*”, maar ook dat ieder verhaal een staartje heeft. Daar gaat deze scriptie over.

Jos Brinkmann, maart 2007

1. Inleiding

In de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (ggz) is sprake van een aantal ingrijpende veranderingen. Zo wordt een belangrijk deel van de ggz overgeheveld van het eerste naar het tweede compartiment en de WMO, de DBC-systematiek verandert de financieringsstructuur van opbrengsten-maximalisatie naar kosten-minimalisatie, marktwerking doet haar intrede in de ggz en vastgoed wordt een strategisch vraagstuk voor alle ggz-organisaties. Daarnaast is er een sterke ontwikkeling in de richting van specialisatie in de ggz, wordt gestreefd naar een samenhangend zorgaanbod (van aanbodgestuurd naar vraaggestuurd) en veranderen ggz-instellingen in toenemende mate in de richting van een patiënt- en procesgerichte organisaties. Een belangrijke drijfveer achter deze ontwikkelingen is de zorg betaalbaar te houden. Groei binnen de ggz kan alleen nog worden gerealiseerd door een verhoging van de doelmatigheid binnen de huidige financiële kaders.

Ik ben met name benieuwd naar het strategisch vraagstuk en de mogelijkheden om de doelmatigheid in de ggz te verbeteren. Vooral het invoeren van logistieke systemen om de zorgprocessen te besturen zijn de komende jaren van invloed. Logistiek binnen de ggz wordt al langer toegepast, echter veelal weinig systematisch. Bovendien zijn veel toepassingen gericht op afgebakende patiëntengroepen en daarvoor ingerichte afdelingen (bijv. depressie, angst). Bij de grootste groep ggz-patiënten is echter sprake van een bonte verzameling ziektegevallen, waar planbaarheid en voorspelbaarheid moeilijk toepasbaar is.

Een tweede reden om zorglogistiek als onderwerp van deze scriptie te nemen is dat de sector ggz kan worden gezien als een specialistische vorm van gezondheidszorg. Zo bezien kan de vraag of zorglogistiek management, en in het bijzonder patiëntenlogistiek in de ggz, een kansrijke exercitie is, bevestigend worden beantwoord. Toch zijn er in de literatuur weinig sectorspecifieke aanknopingspunten te vinden. We hebben enkele vooral beschrijvende en beschouwende artikelen aangetroffen. Empirisch materiaal ontbreekt nagenoeg volledig evenals wetenschappelijk onderzoek naar zorglogistiek in de ggz. In de ggz is veel geschreven over zorgprogramma's. Hierin staat echter de inhoud van de programma's voorop, de logistieke component ervan blijft veelal onderbelicht.

1.1 Strategisch kader

De bovengenoemde ontwikkelingen hebben gevolgen voor de strategische besluitvorming in ggz-organisaties. Immers de vraagstukken hebben betrekking op een langere termijn perspectief en de positionering van de organisatie ten opzichte van andere ggz-aanbieders. Ze hebben bovendien implicaties voor de afbakening van het eigen werkterrein en het afstemmen van de activiteiten op de omgeving ('strategic fit' en 'strategic stretch'). Om de ontwikkelingen in een conceptueel kader te plaatsen maak ik gebruik van drie dimensies die Johnson & Scholes (2005) in strategisch management onderscheiden:

1. Strategische analyse (hfst 1)
2. Strategische keuzes (hfst 2-5)
3. Implementatie en uitvoering (hfst 6-10)

De strategische analyse werk ik verder uit in dit eerste hoofdstuk. Na een typering van de ggz-sector en de Parnassia Groep wordt nagegaan welke toekomstige trends van invloed zijn op een ggz-organisatie, in dit geval de Parnassia Groep. Een methode om die omgevingsfactoren te analyseren is de PESTel-methode. Hierin worden Politieke, Economische, Sociaal-culturele

en Technologische factoren die de organisatie kunnen beïnvloeden beschreven. We laten de milieu-technische en juridische analyse achterwege omdat deze van relatief geringe invloed zijn op de later te formuleren vraagstelling.

1.2 Overzicht sector ggz

Traditioneel vonden we in de ggz-sector de Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen, de RIAGGen, de Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen, de RIBWen, instellingen voor verslavingszorg en specialistische instellingen. In de jaren 90 heeft een eerste fusiegolf geleid tot grote regionale instellingen. Belangrijkste reden hiervan was dat onder dwang van de overheid een beddenreductie plaats vond en de EVI-procedure (exploitatie verlagende investeringen) werd toegepast. Deze regionale instellingen zijn op zoek gegaan naar nieuwe ordeningsprincipes voor de eigen organisatie. Daarbij is doorgaans gedacht in zorgcircuits of een regionale ordening van de zorg (m.n. bij grotere geografische spreiding). Gangbaar is de onderverdeling in een jeugdcircuit, een ouderencircuit en een volwassenencircuit (kortdurende en langdurige zorg). Een tweede fusiegolf heeft rond en na de eeuwwisseling plaatsgevonden waarbij door instellingen is ingesprongen op veranderingen in de zorg en de mogelijkheden benutten voor een verdergaande specialisatie. De motieven voor deze fusiegolf zijn tweeledig: overlevingsmotief (m.n. voor kleinere instellingen) en een marktstrategisch perspectief.

Momenteel worden vier domeinen onderscheiden waar de ggz zich op richt (GGZ Nederland, 2004).

1. Het domein openbare orde: de crisisdiensten, dwangbehandeling.
2. De curatieve psychiatrie: hier geldt echter dat wanneer het beste wordt geleverd dat bekend of verkrijgbaar is, “genezing” lang niet altijd mogelijk is.
3. Hulpverlening bij relatief eenvoudige psychische klachten: eerstelijns zorg.
4. De bevordering van de kwaliteit van leven voor de patiënten met chronische problemen (schizofrenie en bipolaire stoornis). Kernproblemen voor dit domein zijn de relatieve verwaarlozing van deze groep en het gegeven dat de wensen van de patiënt vaak afwijken van de standaarden die door hulpverleners, familie en omgeving worden gehanteerd.

1.3 De Parnassia Groep

De Parnassia Groep is in 1999 van start gegaan als Parnassia psycho-medisch centrum, een concern voor geestelijke gezondheidszorg (ggz). De Parnassia Groep levert haar zorg onder drie merken (Parnassia, PsyQ en Brijder verslavingszorg) vanuit de volgende missie.

De Parnassia Groep wil door het verlenen van psycho-medische zorg bijdragen aan de kwaliteit van leven van haar patiënten en aan de kwaliteit van de samenleving.

Wij doen dat met een ongeëvenaard breed, samenhangend pakket van gespecialiseerde zorgprogramma's. Daarin combineren wij uitstekende kwaliteit en betaalbaarheid.

De sleutel hiertoe zijn betrokken en resultaatgerichte medewerkers die trots zijn op hun werk en onze kernwaarden 'open, deskundig, respectvol' uitdragen.

Vanaf 2006 is de Parnassia Groep een organisatie met vijf doelgroepgerichte zorgdivisies, ondersteund door twee serviceverlenende divisies:

Psychiatrie Parnassia

Biedt behandeling en begeleiding van veelal chronische psychische aandoeningen. De zorg van beide onderdelen die de divisie vormen, Volwassenenpsychiatrie en Ouderenpsychiatrie, is voor een belangrijk deel ambulant en opnamevoorkomend en vertoont daardoor op het vlak

van zorginhoud en –organisatie veel overeenkomsten. De divisie is sterk gericht op samenwerking met partners in de regio Den Haag. De netwerken zijn voor een belangrijk deel ‘doelgroepspecifiek’.

Forensische en Intensieve Zorg Parnassia

Behandeling van patiënten met een justitiële titel en/of met complexe/meervoudige psychiatrische/verslavingsproblematiek. Zorg wordt hoofdzakelijk intramuraal geleverd, tevens begeleiding bij de terugkeer naar de maatschappij of naar minder intensieve zorgvormen.

Wonen met Zorg Parnassia

Biedt woonzorgvoorzieningen met intensieve psychiatrische begeleiding, behandeling en verpleeghuiszorg. Voornamelijk intramurale zorg gekoppeld aan de geboden woonvoorziening. Er wordt langdurige intensieve tot zeer intensieve gespecialiseerde zorg geboden.

Brijder Verslavingszorg

Verleent zorg bij verslaving aan verslavende middelen (alcohol, drugs en medicijnen) en bij leefstijlproblemen (gokken of internet). Zorg is klinisch waar nodig, deeltijd en ambulant waar mogelijk. Samenwerking met tal van organisaties en (gemeentelijke) overheden. Supraregionaal werkzaam in de regio Zuid-Holland en Noord-Holland. Daardoor uiteenlopende plaatselijke netwerken.

PsyQ

Levert gespecialiseerde op genezing gerichte psycho-medische zorg in acht gecertificeerde programma's. De divisie PsyQ wordt één van de franchisenemers van PsyQ Nederland, waarvan de Parnassia Groep met enkele collega-instellingen aandeelhouder is. Doel van PsyQ Nederland is om een landelijk dekkend aanbod te realiseren.

Zorgservice

Maakt de psycho-medische zorg van de Parnassia Groep dag en nacht bereikbaar, beschikbaar en toegankelijk voor burgers, patiënten en professionals binnen en buiten de organisatie.

Service Centrum

Legt zich toe op het ondersteunen van het bedrijfsbeleid en de zorgprocessen binnen de drie merken van de Parnassia Groep op het gebied van personeelszaken, opleiding en onderzoek, automatisering en informatisering, financiën en control en facilitaire dienstverlening.

Enkele kengetallen van de Parnassia Groep:

De Parnassia Groep behandelde in 2006 44.408 patiënten. Daarnaast zijn er nog eens 5.000 cliënten die gebruik hebben gemaakt van de diensten van de afdeling preventie. Deze zijn niet bij de Parnassia Groep ingeschreven als patiënt.

- in 2006 zijn 21.429 nieuwe patiënten ingeschreven en 15.168 uitgeschreven (verschil door fusie met Brijder)
- 89% van de zorg van de Parnassia Groep wordt poliklinisch gegeven, 9% klinisch en 2% betreft deeltijdzorg
- totaal heeft de Parnassia Groep 1387 bedden, verdeeld over de zorgverlenende divisies
- patiënten geven de Parnassia Groep gemiddeld een 7,5 als rapportcijfer voor de ontvangen zorg. In 2004 was dat een 7,3 en in 2003 een 7,2.

- Medewerkers geven de Parnassia Groep als werkgever gemiddeld een 7,0 in 2006 en 2005. In 2004 was dat een 6,8 en in 2002 een 6,3.
- Ziekteverzuim bij de Parnassia Groep in 2006 bedraagt 4,3% (in 2005 4,5% en in 2004 5,7%).

1.4 Politiek: overheidsbeleid voor de ggz

De overheid heeft rollen als toezichthouder op de kwaliteit en als waarborger van de toegankelijkheid van de zorg. Daarnaast is de overheid verantwoordelijk voor de betaalbaarheid van de zorg. De betaalbaarheid van de zorg is een onderwerp dat vanuit de overheid veel aandacht krijgt. De invoering van marktwerking, wijzigingen in de financiering van de zorg en kostenverlaging door verhoging van de doelmatigheid zijn onderwerpen die hoog op de agenda staan.

De betaalbaarheid kan naar het oordeel van de overheid positief beïnvloed worden door een aantal factoren:

- Stelselherziening en modernisering van de AWBZ, waarmee prikkels tot doelmatigheid worden ingebouwd (o.a. marktwerking door invoering Diagnose Behandel Combinaties, prijsafspraken tussen verzekeraars en zorgverleners);
- Verhogen van de doelmatigheid: de verwachting is dat verbetering van de logistiek tot meer productiviteitswinst (van 20 tot 25%) kan leiden dan technologische innovatie;
- Vraagsturing: de uitvoering van preventieve activiteiten met een gedragsverandering leidt tot ziektereductie en daarmee tot een verminderde zorgvraag;
- Zelfmanagement door de patiënt: hulpvragen door de patiënt worden beter geformuleerd en door de toepassing van patiënteneducatie is het mogelijk om een verbetering van de zelfzorg en een vergroting van eigen ziekte inzicht te verkrijgen. Het hoofddoel is om het welzijn van patiënten te verhogen, maar het neveneffect is dat doelmatigheidswinsten en kostenbesparingen optreden;
- Toepassing van eigen bijdragen en het verkleinen van verzekerde pakketten;
- Het verminderen van de administratieve lasten.

Mede doordat er in de afgelopen jaren meer zorg geleverd is aan patiënten, zijn de kosten voor de AWBZ fors gestegen (van 14 miljard in 2000 naar 20,5 miljard in 2005, een stijging van 32%). Om deze ontwikkelingen binnen de AWBZ te stabiliseren heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) met de brancheorganisaties van de thuiszorg (LVT, BTN), de verpleging en verzorging (Arcares), de gehandicaptenzorg (VGN) en de geestelijke gezondheidszorg (GGZN) een convenant afgesproken. De kern van deze afspraak is dat de zorgaanbieders meewerken aan de noodzakelijke structuurveranderingen in de AWBZ (WMO, de modernisering AWBZ, overheveling van de ggz naar de basisverzekering) en een belangrijke bijdrage leveren door de komende jaren jaarlijks een gemiddelde intensivering van de productie van 1,25% te leveren. Dit betekent dat meer patiënten van zorg worden voorzien voor hetzelfde geld. Groei door doelmatigheid betekent dat de prijs per eenheid product daalt en dat de opbrengst hiervan beschikbaar komt voor productiestijging. Als tegenprestatie is door het ministerie van VWS de garantie gegeven voor het behoud voor meerdere jaren (tot en met 2007) van het uitgavenkader van de AWBZ, zoals dat vastgelegd is in het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Tijdens de looptijd van het convenant zal ook de bekostiging van de ggz veranderen van het huidige Functiegerichte Budgetteringssysteem naar een systeem op basis van Diagnose Behandeling Combinaties (Ross-van Dorp, 25 augustus 2004).

In de *'Beleidsagenda 2004: Keuzes voor een houdbare en beter presterende zorg'* van het VWS wordt aangegeven dat de zorg in Nederland toegankelijk, solidair, betaalbaar en doelmatig moet zijn. Om de zorg betaalbaar te houden worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Meer eigen verantwoordelijkheid van de burgers;
- Vernieuwen van het zorgstelsel: meer verantwoordelijkheid aanbieders en verzekeraars. Dit is inmiddels vorm gegeven door het afschaffen van de contracterplicht (juli 2004), de invoering van de DBC's (januari 2008) en de invoering van een nieuwe zorgverzekeringswet (januari 2006);
- Minder regels en administratieve lasten;
- Meer zorg leveren – wachttijden terugdringen.

1.5 Economisch: financiering van de ggz

De ggz-sector wordt gefinancierd middels een systeem van Functiegerichte Budgettering (FB systematiek). Dit systeem is niet opgezet vanuit een vraagsturing (op basis van bijv. voorkomen van aandoeningen, demografische gegevens), maar op basis van beperkte overheidsuitgaven. Doordat jaarlijks een zeer beperkte groei van de kosten van de gezondheidszorg mogelijk is, heeft de sector te maken met bezuinigingen en krappe budgetten, hetgeen zich vertaald heeft in wachttijden, tekorten aan huisartsen en medisch specialisten, tekort aan verpleegkundigen.

De zorgproducten worden gefinancierd door middel van tarieven (vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg). In onderhandeling met de zorgverzekeraars wordt het jaarlijkse budget van een ggz-instelling bepaald, op basis van een afgesproken productie. De Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) regelt de manier waarop tarieven en prestatiebeschrijvingen tot stand komen

Het zorgstelsel bevindt zich momenteel in een overgang van prijsregulering naar gereguleerde marktwerking. Een belangrijke stap hierin is de invoering van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) in de ggz met ingang van 1 januari 2008, waarbij vanaf 1 januari 2006 reeds in DBC's wordt geregistreerd, maar wordt verrekend op basis van de oude financieringssysteematiek.

De invoering van de vrije marktwerking verhoogt de noodzaak van een doelmatige bedrijfsvoering in ggz-instellingen. Immers, dit kan leiden tot een lagere kostprijs van de producten, verlaging van de wachttijden en doorstroomtijden en daardoor zal het mogelijk zijn om een betere onderhandelingspositie te hebben met de zorgverzekeraars. De DBC-registratie geeft een ggz-organisatie meer inzicht in de kosten van een behandeling. De aanname is dat door de bedrijfsvoering aan te passen doelmatiger zorg geleverd kan worden. Om de doelmatigheid in de zorg te verbeteren heeft Minister Hoogervorst van VWS o.a. een aantal deskundigen uit het bedrijfsleven gevraagd om vanuit hun specifieke deskundigheid (logistiek door TPG, veiligheid door de Shell, verantwoording over de kwaliteit van zorg door Aegon) de zorgsector onder de loep te nemen (Project Sneller Beter, 2004-2008).

Ontwikkelingen op het gebied van de Financiering

- De financierbaarheid van de ggz zal de komende jaren onder druk blijven staan: enerzijds neemt het bewustzijn voor het belang van geestelijke gezondheid toe in de samenleving, anderzijds staat de ggz onder druk om de resultaten echt hard te maken, omdat anders de maatschappelijke bereidheid om er geld aan uit te geven afneemt. Dat betekent dat steeds duidelijk gemaakt moet worden wat het werk in de ggz behelst en - nog belangrijker - wat het oplevert.

- In de ggz neemt het aandeel van commercieel opererende spelers flink toe. De commerciële benadering kenmerkt zich door agressieve concurrentie met korte terugverdiëntijden en sturen op hoge rendementen.
Voor bestaande aanbieders de uitdaging om daar met een samenhangend aanbod, bewezen kwaliteit en effectiviteit, tegen een toch scherpe prijs tegenover zetten. Op basis van grondige marktanalyse zullen de huidige aanbieders voor 'vechtmarkten' wellicht als optie moeten overwegen concurrentie op prijs d.m.v. een 'B-merk'.
- Er zullen forse verschuivingen optreden in financieringsstromen. Een groot deel van de ggz wordt in 2007-2008 overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Alleen de langer durende ggz blijft in de AWBZ achter (> 1 jaar intramuraal) en worden gefinancierd middels ZZP's. Sommige functies worden waarschijnlijk ondergebracht in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), deze zorg wordt door de gemeente ingekocht. De forensische psychiatrie komt onder aansturing van het Ministerie van Justitie. Aanbieders krijgen door deze stelselwijzigingen in alle 'compartimenten' te maken krijgen met nieuwe spelregels en nieuwe spelers, concurrentie en lagere prijzen.

1.6 Sociaal-cultureel: de klanten en de ggz-markt

Hieronder schetsen we een globaal beeld van de ontwikkelingen waarmee de sector ggz en de Parnassia Groep als geheel te maken heeft. Hierop baseert de Parnassia Groep haar externe strategie voor de komende jaren (Bedrijfsplan Slimmer werken, Parnassia Groep 2006). Allereerst is het van belang te weten wie de belangrijkste partijen zijn waarmee de sector ggz en de Parnassia Groep te maken hebben.

Klanten

Uiteindelijk gaat het er in het professionele handelen altijd om dat de patiënt er beter van wordt. Vanaf haar ontstaan is de Parnassia Groep er altijd op gericht geweest om de vraag en de behoeften van de individuele patiënt centraal te stellen. In een marktgerichte omgeving moet beseft worden dat niet alleen de patiënten de klanten zijn. Er zijn drie groepen klanten te onderscheiden:

- patiënten (soms ook familie of andere directbetrokkenen)
- verwijzers (zoals huisartsen, bedrijfsartsen en politie)
- financiers (zoals zorgkantoor, verzekeraars, justitie en gemeentes).

Concurrenten en collega's

Lange tijd was het zo dat andere zorginstellingen en instanties alleen samenwerkingspartners waren, maar door de marktwerking die de afgelopen jaren is geïntroduceerd heeft ook concurrentie haar intrede gedaan. Dat betekent een nieuwe dynamiek. Soms zullen zorgaanbieders samenwerken om de beste zorg te kunnen leveren. In een ander geval zullen ze elkaars concurrenten zijn.

Andere 'spelbepalers'

Wat marktwerking in de zorg exact betekent weet niemand precies. Tot op heden gaat het vooral om marktprikkels, maar aangezien gezondheidszorg een groot goed is zal de overheid altijd een aanzienlijke invloed willen blijven uitoefenen. Diverse instanties en organisaties spelen een rol bij het reguleren van de markt en daar zullen ggz-instellingen en de Parnassia Groep nadrukkelijk rekening mee moeten houden.

De uitdaging voor de Parnassia Groep is om de kansen die de marktwerking biedt te pakken, en er tegelijkertijd rekening mee te houden dat de gezondheidszorg nooit een volledig vrije

markt zal worden. Voor de komende twee tot vijf jaar zijn de volgende ontwikkelingen in de ggz-markt te voorzien.

Demografische ontwikkelingen

- Toenemende vergrijzing zal de komende decennia de vraag naar zorg aanzienlijk doen toenemen, en daarmee de druk op de beschikbare overheids- en verzekeringsmiddelen. Eén gevolg daarvan is dat er meer patiënten moeten worden behandeld tegen minder kosten. Dat kan door innovatie, toepassing logistieke principes en ‘slimmer werken’.
- Doordat er voor de zorg aan het groeiende aantal ouderen relatief minder jongeren beschikbaar zijn zal de arbeidsmarkt onder spanning komen te staan. Het is voor ggz-instellingen en de Parnassia Groep zaak om door een aantrekkelijk personeelsbeleid een aantrekkelijk werkgever blijven.
- Het deel van de bevolking dat van allochtone afkomst is zal verder toenemen, en daarmee de noodzaak voor de gezondheidszorg om beter aan te sluiten bij hun specifieke kenmerken en zorgbehoeften.

Marktpositie, concurrentie en samenwerking

- Door toenemende concurrentie, privatisering, toenemende invloed van de patiënten en de schaalvergroting komt marktwerking geleidelijk aan meer op gang. Het aantal fusies en overnames en het aantal nieuwe aanbieders neemt fors toe. Er ontstaan grote zorgconcerns met toenemende omvang en internationale samenwerkingsverbanden / allianties.

Internationalisering

- Er ontstaan internationale allianties en internationale spelers vestigen zich op de Nederlandse markt en nemen marktaandeel af. Omgekeerd geldt hetzelfde: Nederlandse spelers begeven zich op de Europese markt. Dit biedt zowel kansen als bedreigingen voor ggz-aanbieders.

Transparantie, positie patiënten en zorgaanbieders

- De prestaties van de zorgaanbieders zullen periodiek publiek worden gemaakt. Zoals er al een kwaliteits-top 100 van ziekenhuizen is, zo zal die er ook van ggz-instellingen komen.
- De positie van de patiënten wordt relatief sterker, maar blijft nog wel achter bij die van de zorgverzekeraars en verwijzers. Een uitzondering hierop zijn de collectiviteiten (werkgevers, vakbonden, (patiënten)verenigingen etc). Het aandeel van de collectieve verzekeringen neemt fors toe. De collectiviteiten hebben een belangrijke rol in de contractering tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Zorgaanbieders richten zich in toenemende mate rechtstreeks tot de collectiviteiten.

1.7 Technologie: inhoud én techniek in de ggz

Technologie in de ggz bestaat uit zowel zorginhoudelijke ontwikkelingen als ‘puur’ technische ontwikkelingen. De ontwikkelingen zijn als volgt weer te geven:

Zorginhoudelijke ontwikkelingen

- Er zal steeds meer sprake zijn van gespecialiseerde zorg in omschreven programma’s die zijn onderbouwd door behandelrichtlijnen en (wetenschappelijk) onderzoek. Het aantonen van de effecten van behandelingen neemt een steeds grotere plaats in. Immers: patiënten en financiers willen terecht weten wat de behandeling oplevert. Dat betekent dat de bereikte effecten van behandeling moeten worden aangetoond.

- De tendens dat een toenemend aantal werkende mensen met een burnout te maken krijgt, en de noodzaak van reïntegratie versterken de vraag naar behandeling van arbeidsgelateerde problematiek.
- Het besef neemt toe dat voor veel psychisch gehandicapten en verslaafde mensen een stabiele woonomgeving met deskundige woonbegeleiding van levensbelang is. Om deze reden zal een aanzienlijke uitbreidingen van woonvoorzieningen voor ggz patiënten noodzakelijk zijn .
- In de ggz neemt het aandeel van biologische psychiatrie en psychologie fors toe: medicatie, biofeedback, genmanipulatie etc. komen steeds meer voor in het therapieaanbod.

Technologische ontwikkelingen:

- Informatie- en communicatietechnologie zal in behandelingen brede toepassing gaan krijgen (e-health).
- De ontwikkeling van EPD zal verder gestalte krijgen en de communicatie tussen zorgaanbieders bevorderen.
- Klanten zullen in toenemende mate gebruik maken van ICT-toepassingen om zich te oriënteren op zorgaanbieders.
- Marktwerving zal via ICT verder gestalte krijgen (vgl zorgdomein en zorgmarkt).

1.8 Hoe speelt de Parnassia Groep in op deze ontwikkelingen?

In bovenstaande is beknopt per onderwerp aangegeven wat de ontwikkelingen voor de Parnassia Groep betekenen. Hieronder bundelen we de visie van de Parnassia Groep in vijf begrippen, die onlosmakelijk met elkaar samenhangen:

- klantgedreven kwaliteit
- specialisatie
- vernieuwing / innovatie van zorg
- kostenreductie
- schaalgrootte / groei

Klantgedreven kwaliteit

Klantgedreven werken betekent dat de Parnassia Groep zich permanent laat leiden door inzicht in de vraag van en onze reputatie bij de klanten.

Natuurlijk speelt de kwaliteit van zorg hier een dominante rol. Allereerst gaat het dan om functionele kwaliteit: is de behandeling effectief, werkt het? Deze ‘functionele’ kwaliteit van de behandeling is echter voor de individuele consument vooraf niet en ook achteraf nauwelijks te vergelijken met die van andere aanbieders.

Daarom moet langs allerlei wegen vertrouwen worden opgebouwd in de kwaliteit en betrouwbaarheid van de Parnassia Groep en van wat zij levert. Dat vertrouwen, door de naam en faam van merken, is wat potentiële *patiënten* zoeken. *Financiers* willen harder bewijs van de claim dat er goede zorg tegen een redelijke prijs wordt geleverd, anders komen goedkopere alternatieven in beeld. Voor *verwijzers* gelden beide argumenten voor vertrouwen.

Kwaliteit omvat echter meer dan bewijsbare effectiviteit. Ook de wijze waarop de zorg beschikbaar gesteld wordt: bereikbaarheid, beschikbaarheid, toegankelijkheid, duidelijkheid, betrouwbaarheid, bejegening, gebouwen en andere fysieke uitingsvormen, de communicatietoon, al dit soort service-dimensies bepalen mede de kwaliteit en de kwaliteitsbeleving van de klant, en dus het succes van onze organisatie op de toekomstige

zorgmarkt. Deze dimensies worden vertaald in 'serviceconcepten' die passen bij de klant die wordt bediend.

Kwaliteit vraagt specialisatie

De ontwikkelingen in de wetenschap en in de praktijk van de zorg staan niet stil. Op allerlei terreinen, ook in de ggz, worden steeds betere manieren ontwikkeld om specifieke aandoeningen gericht te behandelen.

Buiten de eerste lijn geldt dat zorgverleners zich in toenemende mate specialiseren. Door grote aantallen patiënten met dezelfde of vergelijkbare aandoeningen te behandelen worden professionals op hun gebied steeds deskundiger en vaardiger. Kortom: specialisatie kan de kwaliteit en de effectiviteit van de behandeling aanmerkelijk bevorderen. Doordat steeds meer bekend wordt welke behandelingen goede resultaten hebben, vragen patiënten, verwijzers en verzekeraars ook steeds meer naar specialistische programma's die bewezen effectief zijn.

Specialisatie vraagt innovatie

Toenemende specialisatie gaat hand in hand met het ontwikkelen van steeds betere methoden en technieken. Die zijn deels het werk van wetenschappelijke instellingen, en van industrieën die nieuwe apparatuur en medicijnen ontwikkelen. Een belangrijke deel van zorgvernieuwingen echter wordt, veelal in samenwerking met hen, tot stand gebracht binnen ggz-organisaties, waar gedreven professionals steeds zoeken naar manieren om hun patiënten nog effectiever te kunnen behandelen. Om die reden zal de komende jaren geld vrij gemaakt moeten worden voor wetenschappelijk onderzoek, innovatie en opleiding.

De zorg moet beter én goedkoper

In ons land bestaat een breed gedeelde wens om de zorg door specialisatie en innovatie kwalitatief beter te maken. Maar tegelijkertijd moet het ook echt goedkoper. Immers, prognoses wijzen uit dat de zorg bij ongewijzigd beleid onbetaalbaar wordt, door toenemende vergrijzing en steeds complexere zorgvraag. Om de zorg en de verzekeringspremies betaalbaar te houden zal er dus een neerwaartse druk op de kosten ontstaan.

Verzekeraars zullen met die aanbieders contracten afsluiten die er het best in slagen goede zorg te leveren tegen een scherpe prijs. Aanbieders zullen genooddaakt zijn om daarin uit te blinken ten opzichte van hun concurrenten. Binnen de Parnassia Groep betekent dit dat alle divisies aandacht besteden aan het ontwikkelen van zorgpaden om daarmee de efficiëntie van hun zorgprocessen te verbeteren.

Schaalvergroting

In tal van bedrijfstakken zien we schaalvergroting. Of het nu gaat om de telecomsector, de detailhandel of de vrijetijdsbranche; overal wordt schaal als noodzaak gezien voor constante kwaliteit en productvernieuwing, en tegelijkertijd voor een concurrerend prijsniveau. En om (financiële) risico's te kunnen spreiden.

Dat is ook de reden waarom ook in de zorgsector een krachtenbundeling plaats vindt, zowel aan de kant van zorgverzekeraars als aan de kant van zorgaanbieders. Ook voor verzekeraars geldt het principe dat een groot volume hen in staat stelt de verzekerde een zo aantrekkelijk mogelijke polis en goede service te bieden tegen een concurrerende premie. Zowel verzekeraars als zorgaanbieders willen een zo sterk mogelijke positie ten opzichte van elkaar innemen bij de onderhandelingen. Inmiddels hebben de vier grootste verzekeraars 90% van de markt in handen! Een bijzonder voordeel van een grote aanbieder is dat deze supraregionale of zelfs landelijke dekking kan bieden. De op steeds grotere schaal opererende verzekeraars zullen graag met hen een contract afsluiten, om aan zoveel mogelijk van hun verzekerden tegelijk een bewezen effectief programma te kunnen bieden van een goede,

gestandaardiseerde kwaliteit. Ook kan een grote aanbieder de toegankelijkheid zorg beter garanderen.

Het bovenstaande betekent dat de Parnassia Groep zal inzetten op:

- verdergaande specialisatie
- verbeteren en vernieuwen van de zorg, gericht op hogere kwaliteit tegen lagere kosten
- reductie van vooral de indirecte kosten
- groei / schaalvergroting.

1.9 Samenvatting

Kijkend naar de ontwikkelingen in de gezondheidszorg en de ggz in het bijzonder kan worden vastgesteld dat de wijziging van het zorgstelsel met ingang van 1 januari 2006 leidt tot een paradigma-shift in de sector. Voorheen vaststaande kaders zijn fundamenteel gewijzigd en in de nabije toekomst zullen veranderingen op de drie deelmarkten in de ggz: klantenmarkt, arbeidsmarkt en geldmarkt, zich verder doorzetten. Dat betekent dat organisaties in de gezondheidszorg fundamentele strategische keuzes moeten maken voor de inzet van steeds beperkter middelen en efficiënter moeten gaan werken. Eén van de manieren om daar invulling aan te geven ligt op het terrein van de logistieke inrichting van zorgprocessen. De reden dat logistiek aan de strategische doelen kan bijdragen en de Parnassia Groep zich daarmee van andere instellingen kan onderscheiden is meervoudig:

- Tussen instellingen in de ggz zal niet de kwaliteit van zorg doorslaggevend zijn maar vooral onderscheidend wordt de manier waarop de zorg wordt geleverd (serviceaspecten als snelheid, toegankelijkheid en doorstroom).
- Patiënten willen zorg vooral in of nabij de eigen omgeving ontvangen. De mate waarin aan deze wens tegemoet kan worden gekomen en dat goed georganiseerd gebeurt leidt tot onderscheid tussen instellingen.
- Zorglogistieke bedrijfsvoering zal een belangrijke rol gaan vervullen bij het efficiënt leveren van zorg.
- Logistiek is voor iedere organisatie maatwerk en is voor andere instellingen een moeilijk te kopiëren bedrijfsconcept.
- Een goede zorglogistieke bedrijfsvoering draagt er toe bij dat klanten (patiënten, verwijzers en financiers) met hun vragen blijven terugkomen bij de Parnassia Groep.

1.10 Opzet van de scriptie

Vraagstelling

Op basis van de strategische analyse en ervaringen in zowel de sector gezondheidszorg als de industriële sector mag worden verwacht dat zorglogistieke bedrijfsvoering een positieve bijdrage kan leveren aan de doelmatigheid in de ggz. Ik wil in deze eindscriprie onderzoeken in hoeverre een verbetering van de doelmatigheid in de zorg mogelijk is door toepassing van zorglogistieke principes. Met behulp van een logistiek model voor capaciteitsmanagement ga ik na in hoeverre dit model kan worden gebruikt voor het afstemmen van de vraag van patiëntengroepen enerzijds en anderzijds het volledig benutten van de productiecapaciteit in de divisie Psychiatrie Parnassia.

De onderzoeksvragen in deze scriptie luiden als volgt:

1. In welke mate kan de divisie Psychiatrie Parnassia met behulp van zorglogistieke bedrijfsvoering een optimale match tussen indicatie en beschikbare capaciteit realiseren?
2. Welke onderdelen binnen de divisie Psychiatrie Parnassia zijn daarvoor het meest geschikt?
3. Welke richtlijnen zijn te geven voor de invoering van zorglogistieke bedrijfsvoering in de divisie Psychiatrie Parnassia?

Methode

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen heb ik gebruik gemaakt van verschillende methoden die te kenmerken zijn als een exploratief onderzoek. Naast een uitvoerige literatuurstudie is een aantal gesprekken gevoerd met personen en organisaties die zich nadrukkelijk met zorglogistiek en planning van zorg bezig houden. Specifiek is hier te noemen:

- Interviews met sleutelfiguren en netwerkpartners uit de V&V sector, ggz-instellingen en overheid;
- Deelname aan congressen en bijeenkomsten over zorglogistiek;
- Lezen van boeken, artikelen en oraties over het specifieke thema van zorglogistieke bedrijfsvoering;
- Het raadplegen van internetsites over dit specifieke thema.

Op basis van de resultaten van de literatuurstudie en interviews is een analyse gemaakt van voorhanden data in het registratiesysteem van de Parnassia Groep (Corvu) om te komen tot een indeling van patiëntengroepen en de capaciteitsplanning van de zorg voor deze groepen.

Scope

Deze scriptie richt zich op de toepassing van zorglogistieke bedrijfsvoering in de ggz. Het doel is om voor de divisie Psychiatrie Parnassia te komen tot een praktisch model dat toegevoegde waarde biedt door middel van actieve sturing en het anticiperen op veranderingen in de zorgvraag en het zorgaanbod. Het te verwachten resultaat daarvan is een verbetering van de service aan klanten, een stijging van de kwaliteit van de geboden zorg en een verbetering in de bezettingsgraad en daarmee de doelmatigheid. Uitgangspunt bij de toepassing van een zorglogistiek model is dat er een goede verhouding en een optimale match wordt bereikt tussen service naar patiënten en efficiëntie van de zorg.

Na een brede theoretische oriëntatie op de zorglogistieke bedrijfsvoering in de ggz wordt de focus versmalt naar de divisie Psychiatrie van de Parnassia Groep en daarbinnen op de ambulante afdelingen van de doelgroep ouderen. De reden voor deze versmalling is tweeledig: enerzijds om puur praktische redenen vanwege de brede doelgroepen binnen de divisie Psychiatrie. Anderzijds vanwege het volume van de doelgroep: het merendeel van de patiënten bij de doelgroep ouderen is ambulant in behandeling (85%).

1.11 Leeswijzer

Theoretisch kader

In deze scriptie wordt gebruikt gemaakt van het conceptueel model voor strategisch management van Johnson & Scholes (2005). Daarin worden onderscheiden een strategische analyse, strategische keuzes en de uitvoering van de strategie. Om met de analyse te beginnen is in dit eerste hoofdstuk een overzicht geschetst van de sector ggz en de Parnassia Groep. Daarin is een analyse gemaakt van de ontwikkelingen in deelmarkten binnen de ggz en hoe door de Parnassia Groep op deze ontwikkelingen wordt ingespeeld. Na deze macro-analyse in de sector ggz wordt in hoofdstuk 2 ingegaan op de bedrijfskundige inbedding van zorglogistiek. In drie stappen wordt een vertaling gemaakt van industrie naar dienstverlening, van dienstverlening naar de algemene gezondheidszorg en ten derde van algemene gezondheidszorg naar de ggz. Vervolgens worden in hoofdstuk 3 en 4 de zorglogistieke bedrijfsvoering nader uitgewerkt aan de hand van een aantal theoretische concepten en verschillende benaderingswijzen van zorglogistieke bedrijfsvoering, zoals die op dit moment in de Nederlandse gezondheidszorg worden toegepast. Tot slot wordt het theoretisch kader in hoofdstuk 5 afgerond met een model van zorglogistieke bedrijfsvoering dat toepasbaar is in de ggz, de strategische keuze.

Praktisch kader

De vertaalslag van het theoretisch kader naar de praktijk (het micro-kader) vindt plaats in de uitwerking van het logistieke model voor de doelgroep ouderen in de divisie Psychiatrie. Aan de hand van een analyse van de waardeketen voor de ambulante ouderenpsychiatrie wordt in hoofdstuk 6 een aantal conclusies getrokken over de huidige logistiek. Op grond van deze conclusies worden in hoofdstuk 7 zorgpaden voor twee patiëntengroepen in de ouderenpsychiatrie uitgewerkt en nader beschreven wat de zorglogistieke mogelijkheden hier van zijn. Vervolgens worden de eerste ervaringen met een pilot van de toepassing van het zorglogistieke model in één van de ambulante afdelingen in de ouderenpsychiatrie beschreven in hoofdstuk 8. Tot slot volgt in hoofdstuk 9 een aantal aandachtspunten voor de implementatie van het zorglogistieke model in de ggz.

2. Bedrijfskundige inbedding van zorglogistiek

De bedrijfskunde ziet een organisatie als een complex geheel van mens, techniek en organisatie, waarin processen worden uitgevoerd om een gezamenlijk doel te bereiken. In zijn ontwerp- en toepassingsgerichte aanpak integreert de bedrijfskundige inbreng vanuit andere disciplines.

In deze twee definities liggen enkele elementen besloten waarmee een bedrijfskundige benadering kan worden getypeerd:

- Een systeembenadering voor het beschrijven van het onderwerp van onderzoek;
- De focus op het primaire proces als aangrijpingspunt voor verandering;
- Het ontwerpen van een nieuwe organisatie rondom het proces van de klant;
- Het onderbouwen van effecten van de voorgestelde verandering d.m.v. een model;
- Het implementeren van de verandering in de praktijk.

Wij gebruiken deze onderdelen om het onderwerp van de zorglogistieke bedrijfsvoering nader uit te werken en het logistieke model vorm te geven. De relatief jonge belangstelling voor het onderwerp van de logistieke bedrijfsvoering in de zorgsector roept de vraag op of ervaringen uit andere sectoren kunnen worden gebruikt bij het inrichten van een zorglogistiek model. Met andere woorden: kan de zorg leren van logistieke besturingsconcepten uit de industrie? De beoordeling daarvan dient plaats te vinden op basis van een definitie van zorglogistiek bedrijfsvoering. Wij volgen hierin Visser en Beech (2005):

Zorglogistieke bedrijfsvoering kan worden gedefinieerd als de analyse, het ontwerp, de planning en controle van alle stappen die noodzakelijk zijn om diensten aan patiënten te leveren.

2.1 Operationele sturingssystemen in de industrie

Logistiek vindt zijn wetenschappelijke oorsprong in het vakgebied operations management. De logistieke benadering richt zich vooral op de stromen in een productie- of dienstverleningsproces, met andere woorden: op de keten van activiteiten die voor de levering van een product of dienst nodig is. Operations management houdt zich ook bezig met de inrichting van de activiteiten zelf.

In het kader van de vraagstelling van deze scriptie hebben we de mogelijke waarde van drie hoofdbenaderingen uit de industriële besturing onderzocht en nagegaan is in hoeverre deze toepasbaar zijn in de zorgsector. Het gaat hier om de materials requirement planning (MRP), the just in time benadering (JIT), en de optimized production technology (OPT).

De basisfilosofie van de drie systemen is relatief simpel: MRP analyseert de werkprocessen, het nodige materieel en plant daarna hiërarchisch. JIT streeft ernaar de vereiste producten te leveren, op de juiste tijd, en in de gewenste hoeveelheid; niet minder maar vooral niet meer dan dat. JIT is gericht op het elimineren van verspilling en het gebruikmaken van de volledige vermogens van de werkers. OPT streeft er naar goede werkroosters te maken door het identificeren van bottlenecks en non-bottlenecks.

Zowel OPT als MRP kunnen worden gezien als nogal Tayloristische benaderingen. Uit voorgaande blijkt dat JIT er met name op het gebied van mensgerichtheid positief uitspringt.

Volgens Bertrand e.a. (1993) ligt de bruikbaarheid van de JIT-benadering in de gezondheidszorg vooral in het inzicht dat in complexe productiesituaties niet alleen gekeken moet worden naar de productieplanning, maar tevens gezocht moet worden naar een zodanige organisatorische ordening dat de complexiteit gereduceerd wordt en de coördinatie- en besturingsbehoefte afneemt.

De genoemde industriële sturingssystemen zijn niet direct toepasbaar op de gezondheidszorg, daarvoor dient een vertaling naar de zorgsector plaats te vinden. Om van een productieomgeving door te redeneren naar de geestelijke gezondheidszorg moeten tenminste drie tussenstappen worden gezet:

1. de eerste van industriële productie naar dienstverlening;
2. een tweede van dienstverlening naar zorgverlening;
3. ten derde van zorgverlening in het algemeen naar geestelijke gezondheidszorg.

2.2 Van de industrie naar dienstverlening

In deze paragraaf wordt kort ingegaan op de verschillen tussen producten en diensten. Deze zijn aanzienlijk (zie tabel 1).

Tabel 1 Onderscheid tussen producten en diensten

Product	Dienst
Tastbaar	Niet tastbaar
Overdracht van eigendom	Geen overdracht van eigendom
Herverkoop mogelijk	Herverkoop onmogelijk
Bestaat al voor de verkoop	Bestaat niet voor de verkoop
Kan worden opgeslagen	Geen opslag
Productie gaat vooraf aan gebruik	Gelijktijdige productie en consumptie
Productie en gebruik op verschillende plaatsen	Productie en gebruik op dezelfde plaats
Kan vervoerd worden	Kan niet vervoerd worden
De verkoper produceert	De koper is medeproducent
Contact tussen producent en klant mogelijk	Meestal is direct contact noodzakelijk
Export mogelijk	Export onmogelijk
Afdelingen verkoop en productie	Scheiding verkoop en productie onmogelijk

Het meest wezenlijke verschil is wel dat de cliënt bij dienstverlening in hoge mate bij het proces betrokken is, en als het ware medeproducent is. Dat maakt de uitwerking van de handelingsinstructies in de dienstverlening anders dan we uit de eerder beschreven besturingssystemen uit de industrie. Door de rol van de klant als medeproducent wordt een onzekerheidselement ingevoerd dat de standaardisatie van processen, en dus het effectief toepassen van operationeel management bemoeilijkt. Bepalend is de mate waarin de klant zelf interactief in het proces deelneemt en dit mede beïnvloedt. De logistieke sturing zal moeten inspelen op de wensen van de klant, met name op het gebied van de serviceaspecten, waar levertijd en doorlooptijd van belang zijn.

2.3 Een algemene theorie van dienstverlening

Het onderscheid dat we in de vorige paragraaf hebben gemaakt tussen producten en diensten geeft dit op een aantal belangrijke aspecten weer. Er is sprake van een onderscheid dat zou gelden voor alle vormen van dienstverlening. In een helder overzicht van Sampsom en Froehle (2005) wordt stelling genomen dat er geen algemene theorie bestaat over wat dienstverlening is, doorgaans wordt vooral beschreven wat het *niet* is. Door de auteurs wordt een algemene theorie van dienstverlening uitgewerkt, de *unified services theory* (UST). In dit descriptieve concept wordt als belangrijkste kenmerk van dienstverlening gezien dat klanten

fungeren als onderdeel van alle service processen. Productieprocessen zijn niet direct afhankelijk van de input van klanten, daar zijn klanten juist meer betrokken bij de output.

In de UST wordt dienstverlening omschreven als processen waar de klant een significante bijdrage levert aan het productieproces. Dit tweezijdige karakter is kenmerkend voor dienstverlening. De input van klanten kan variëren en er zijn drie vormen te onderscheiden:

- Input van de klant zelf: de dienst kan niet geleverd worden als (de input van) de klant niet aanwezig is. Dit is kenmerkend voor de gezondheidszorg in het algemeen en de ggz in het bijzonder.
- Eigendommen: de aanwezigheid van tastbare eigendommen maken het mogelijk dat de dienstverlening kan worden geleverd (bijv. een servicebeurt voor een auto)
- Informatie van klanten: de dienst kan alleen worden geleverd als de klant informatie levert (bijv. belastingteruggave kan alleen als de klant zijn financiële gegevens aanlevert).

Op basis van bovenstaande indeling kunnen dienstverleningsprocessen worden onderscheiden op basis van 'ontkoppelpunten', die de overgang naar een volgende fase van het dienstverleningsproces vormen. Met name het verschil tussen de input waarbij de klant zelf aanwezig moet zijn om de diensten te kunnen verlenen en diensten die kunnen worden geleverd op basis van tastbare objecten en informatie van klanten biedt de mogelijkheid om onderscheid aan te brengen in dienstverleningsprocessen en de organisatie daarvan.

Met behulp van de UST-theorie van Sampson en Koehler is een verdere verdieping aan te brengen in de kenmerken van de dienstverlening t.o.v. de industrie. Het tweezijdige karakter van de processen in de dienstverlening uit zich in kenmerken van het leveringsproces:

- Het leveringsproces in de industrie is veelal een keten van activiteiten, in de dienstverlening is sprake van een hub-achtige situatie (de dienstverlener fungeert als tussenstation voor de klant voor andere leveranciers);
- In dienstverlening is de keten van activiteiten vaak kort vanwege de directe interactie met de klant;
- Er is een verschil in de manier waarop dienstverleners toeleveranciers die ook klant zijn benaderen dan de manier waarop toeleveranciers worden benaderd die geen klant zijn;
- De organisatie van dienstverlening moet zodanig zijn dat rekening wordt gehouden met de stochastische kenmerken van de input van klanten (incomplete documenten, onvoorbereide klanten, onrealistische verwachtingen van dienstverlening etc.).

2.4 Van dienstverlening naar zorgverlening

Een tweede stap die we moeten zetten in de ontwikkeling van een zorglogistiek model is er een van dienstverlening in het algemeen naar zorgverlening. Immers McDonalds, Hilton, Universiteiten, Academische ziekenhuizen en de Parnassia Groep: allemaal dienstverlening. De diensten en leveringsprocessen verschillen echter onderling zo sterk dat nadere segmentering nodig is om tot preciezere invulling van een zorglogistiek model te komen.

Door Meijboom (2005) is een model ontwikkeld dat rekening houdt met de invloed van de klant op het dienstverleningsproces. Het gaat hierbij met name om de specificiteit van de vraag van de klant. Naarmate de vraag specifiekere wordt, is de invloed van de klant op het dienstverleningsproces groter. In de gezondheidszorg kan sprake zijn van standaard zorgmodulen die worden geleverd (voorbeelden: standaard heupoperaties, cataractstraten enz.). Naarmate de vraag van de klant specifiekere wordt, is er in toenemende mate sprake van maatwerk en is de invloed van de klant op het dienstverleningsproces groter. Er kan zelfs sprake zijn van unieke levering (bijv. crisisdienst, acute opnames).

Schmenner (1998) beschrijft een matrix van dienstverleningsprocessen, waarin hij twee variabelen gebruikt, de mate van contact en maatwerk enerzijds, en de arbeidsintensiteit anderzijds. Deze variabelen leiden tot verschillende logistieke modellen per deelsegment.

Tabel 2 Dienstverleningsprocessen naar arbeidsintensiteit en maatwerk

	Confectie	Maatwerk
Lage arbeidsintensiteit	Dienstenfabriek: hotel	Dienstenwinkel: ziekenhuis
Hoge arbeidsintensiteit	Massadienstverlening: school	Professionele diensten: arts

Bij een lage arbeidsintensiteit gaat veel aandacht uit naar automatisering en kapitaalinvesteringen. Bovendien is het de uitdaging voor het management om de vraag te beheersen, om pieken en dalen te voorkomen, en om de levering van diensten te plannen. Bij een hoge arbeidsintensiteit is er veel aandacht voor Human Resources Management en personele vraagstukken. Vaak zal er sprake zijn van deconcentratie, met de bijbehorende sturingsproblemen.

Waar maatwerk wordt geleverd moet het management zich richten op het beheersen van kosten, het hoog houden van kwaliteit, het beheersen van de interactie met de cliënt en het verminderen van de turnover van de meest vaardige medewerkers. Een platte hiërarchie met vrij losse relaties tussen leiding en werknemers is kenmerkend voor dienstverleningsprocessen met maatwerk (Weggeman, 2000).

De gezondheidszorg wordt gekenmerkt door veel contact en door veel maatwerk, en veelal ook door hoge arbeidsintensiteit. Uit deze positie in de dienstenmatrix volgt dat de operationele managementbenadering zijn beperkingen heeft in de gezondheidszorg, en dat men altijd enorm met de factor mens rekening dient te houden. In de zorgsector is immers bij uitstek sprake van “mensenprocessen”: voor en door mensen. Een belangrijk mee bepalend kenmerk van de gezondheidszorg is de veelheid aan actoren met hun eigen opvattingen, belangen en doelen.

2.5 De gezondheidszorg als specifieke vorm van dienstverlening

De beperkingen van operationeel en logistiek management, ook in de industriële sector hebben veel te maken met de factor mens, als producent en als cliënt. Daarnaast is er nog een aantal wezenlijke verschillen tussen productieorganisaties en instellingen in de gezondheidszorg, die te ordenen zijn naar de kenmerken van de processen in beide sectoren. Tabel 3 geeft een overzicht van belangrijke verschillen in de proceskarakteristieken tussen productieorganisaties en zorgorganisaties (Vissers, 1999).

Tabel 3 Onderscheid in proceskenmerken tussen industrie en zorg

Proceskenmerk	Industrie	Zorg
Primair object logistiek	Goederenstroom	Patiëntenstroom
Leverspecificaties	Volledig	Ontbreken grotendeels
Betrokkenheid klant	Output	Input
Productiemiddelen	Machine als productiemiddel	Patiënt en Professionals als productiemiddel
Buffers	Voorraden	Wachttijden
Financiële doelstellingen	Winst maken als doel	Kosten beperken binnen budget
Marktwerving	Volledig	Zeer beperkt

Volgens Christopher (1998) is er in de productiesector sprake van een klantenservice-explosie. In de gezondheidszorg is er wel een sterkere oriëntatie op betere dienstverlening en op vraagsturing, maar deze heeft zeker geen “explosief” karakter. Er is zelfs sprake van een paradoxaal beeld. Van alle sectoren is de directe interactie met de klant het meest intensief in de zorgsector, terwijl juist in die sector de klant zelf nauwelijks aan het stuur zit. Een grote rol hierbij speelt het ontbreken van de prikkel van de marktwerving, en de monopoliepositie van de meeste zorgaanbieders. De markt in de gezondheidszorg fungeert niet als een echte markt van vraag en aanbod, maar is er één van aanbodsturing en vraagbeheersing. In een dergelijke omgeving is concurrentievoordeel, één van de prikkels voor logistiek denken, geen belangrijke stuwende kracht. Door de schaarste in het aanbod is de gezondheidszorg een verkopersmarkt en is de klant nog lang geen koning.

Het overheidsstreven om hier via gereguleerde marktwerving verandering in aan te brengen legt meer nadruk op de logistieke sturing in zorgorganisaties. Als aangrijpingspunt hiervoor is niet de kwaliteit van zorg, immers iedere patiënt verwacht state-of-the-art behandeld te worden. Het onderscheid zal vooral naar voren komen in de serviceaspecten van de zorgverlening. Hierbij zal er meer nadruk komen te liggen op het daadwerkelijk inspelen op de wensen van de klant en de daaraan gekoppelde serviceconcept van instellingen in de gezondheidszorg. Belangrijk daarbij is een juiste inschatting te maken van de aspecten plaats, tijd en gemak in de zorgverlening.

2.6 Van algemene gezondheidszorg naar ggz

De ggz-sector kan worden gezien als een specialistische vorm van gezondheidszorg. De hiervoor genoemde proceskenmerken van de algemene gezondheidszorg gelden ook voor de ggz. Daar kan echter aan worden toegevoegd dat de ggz lange tijd is ingedeeld in zowel cure als care. Bij deze laatste ligt de nadruk op langdurig zorgafhankelijke patiënten, terwijl bij de cure de nadruk ligt op curatieve gezondheidszorg. Zorginhoudelijk is een indeling in doelgroepen al lange tijd het uitgangspunt voor de manier waarop de ggz is georganiseerd. Belangrijkste onderscheidende factor is de intensiteit van de benodigde zorg om de psychische stoornissen te kunnen wegnemen, de zorgzwaarte. De zorgzwaarte kan zo ernstig zijn dat mensen geen ziekte-inzicht meer hebben en onder dwang worden opgenomen. Deze groep patiënten vergt extra bescherming, tegen zichzelf, maar ook tegen besluiten die door anderen over hen worden genomen en waar ze het niet mee eens zijn. Daarnaast speelt ook de leeftijd waarop men psychische klachten krijgt een belangrijke rol. Jeugdigen en ouderen hebben specifieke zorgbehoeften die een eigen zorgnetwerk noodzakelijk maken. De laatste jaren wordt de ggz ingedeeld naar vier domeinen: openbare orde, curatieve ggz, hulpverlening en zorg die gericht is op verbetering van de kwaliteit van leven (zie hfst 1). Naar zorgintensiteit is er een groot verschil tussen deze domeinen, variërend van enkelvoudige klachten tot meervoudige, sterk verweven problemen op meerdere leefgebieden. Om een beeld te schetsen van de laatste groep gaat het vaak om de volgende problemen:

- Aanwezigheid van een psychiatrische stoornis;

- Tegelijkertijd aanwezigheid van meerdere problemen op andere leefterreinen (somaïsch én sociaal);
- Vaak leidend tot problemen om in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien (sociale contacten, zelfverzorging, huisvesting, inkomen enz);
- Gebrek aan mogelijkheden om problemen zelf op te lossen;
- Afwezigheid van een adequate hulpvraag (patiënten worden al dan niet onder druk doorverwezen).

Bovenstaande houdt in dat patiënten met eenzelfde (medische) diagnose vaak geheel verschillende behandelroutes kunnen doorlopen. Dat betekent een grote variatie in behandelprocessen waarbij ook de keuze en voorkeuren van patiënten de inhoud van het behandelproces mee bepalen. Echter met inachtneming van de aanwezigheid van een sterke persoonlijke component, is ook het aantal behandelingen in de ggz beperkt. Er kan tenminste een onderscheid worden gemaakt tussen de specificatie fase (onderzoek, diagnostiek en advies) en de behandelfase (leveren van zorg). Waarschijnlijk is het ook mogelijk om in deze fasen een nadere specificatie aan te brengen (Joosten et al, 2006).

2.7 Samenvatting

In dit hoofdstuk hebben we in drie stappen een vertaalslag gemaakt van de industriële sturingssystemen naar de gezondheidszorg en de ggz als specifieke dienstensector.

Samengevat is op basis van voorgaande paragrafen de ggz als specifieke sector aan te merken:

- In de gezondheidszorg is directe input van de patiënt vereist, anders kan de dienst niet worden geleverd. In de gezondheidszorg is de klant ‘grondstof’ voor de productie, in de industriële sector is de klant veelal betrokken bij de output van het productieproces;
- In de gezondheidszorg staat primair de patiëntenstroom centraal in de werkprocessen en is de goederenstroom van secundair belang. In de industriële sector staat de goederenstroom centraal;
- In de gezondheidszorg zijn de specificaties van het eindproduct vaak subjectief en vaag. In de industrie zijn deze vaak vooraf volledig bekend;
- In de gezondheidszorg bestaan de kerndisciplines uit hoogwaardige professionals die zowel eisen hebben aan de geleverde service als zelf deel uitmaken van het proces van serviceverlening. In de industriële sector maken machines een wezenlijk deel uit van het productieproces;
- In de gezondheidszorg is vaak sprake van een delicate “balance of power” tussen verschillende belangengroeperingen (management, specialisten, verpleegkundigen, paramedici) die ieder hun opvattingen hebben over het eindproduct. In de industrie is sprake van een strakke hiërarchie;
- Gezondheidszorg is geen product dat opgeslagen kan worden, een instelling is een op professionals georiënteerde serviceorganisatie;
- In de gezondheidszorg staat winst maken (nog) niet op de voorgrond, het gaat vooral om het beperken van de kosten zodat binnen het budget wordt gehandeld. In de industrie is winst maken een primaire doelstelling;
- De marktwerking in de gezondheidszorg staat nog in de kinderschoenen. Vanaf 2005 is er sprake van een gereguleerde marktwerking met veel invloed vanuit de overheid en diens uitvoeringsorganen. In de industrie is sprake van volledige marktwerking met beperkte overheidsinvloed.

Een belangrijke conclusie is dat de operations management benadering in de dienstensector, en zeker in de gezondheidszorg, voor een ingewikkelder opgave staat dan in de industriële

sector. Zorgprocessen hebben een dermate specifiek karakter dat een specifiek logistiek sturingsinstrumentarium ontwikkeld dient te worden. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van de logistieke principes uit de industrie, maar zal telkens een vertaalslag naar de gezondheidszorg en naar de ggz moeten worden gemaakt.

Echter, niet alle kenmerken van processen in de gezondheidszorg zijn uniek. Ook al is de zorg voor mensen niet altijd vergelijkbaar met een industrieel proces, de toepassing van de logistieke principes lijkt vooral van belang te zijn naarmate de dienst wordt geleverd waarbij (de input van) de klant aanwezig is.

3. Zorglogistieke bedrijfsvoering

Visser en Beech (2005) typeren een zorginstelling als een kluwen van afhankelijkheden tussen o.a. mensen en capaciteiten, fysieke capaciteiten en afhankelijkheden in de planning. Om deze kluwen te ontrafelen maken ze onderscheid in een aantal onderdelen die kenmerkend zijn voor zorglogistieke bedrijfsvoering.

3.1 Typen van logistiek

In organisaties voor gezondheidszorg kan een onderscheid worden gemaakt tussen een drietal typen van logistiek:

- Unitlogistiek: de logistiek van een individuele afdeling (polikliniek, verpleegafdeling, O.K.-complex). De focus ligt hierbij sterk op de doelmatigheid;
- Ketenlogistiek: hierbij gaat het om de coördinatie van de stappen die verricht moeten worden om de zorg voor een bepaalde doelgroep van patiënten goed te organiseren (proceslogistiek). Bekende vormen zijn de transmurale ketens, maar ook binnen een zorgorganisatie kunnen ketens worden onderscheiden. De focus ligt hierbij op de service aan de klant;
- Netwerklogistiek: hierin worden beide voorgaande vormen van logistiek (unit en keten) geïntegreerd. Dat biedt de mogelijkheid om de sterke punten van beide benaderingen te combineren: doelmatigheid én service.

3.2 Logistieke grondvormen

Een logistieke grondvorm verwijst naar een hoofdstructuur voor de wijze waarop de productie in een bedrijf wordt georganiseerd, en waarbinnen optimalisering van bedrijfsprocessen plaats vindt. De logistieke grondvorm zou idealiter uitdrukking moeten geven aan de besturingsfilosofie van de organisatie. De Mayo Clinics bijvoorbeeld hebben als filosofie dat men binnen één dag alle diagnostiek rond wil hebben, ook voor multidisciplinaire problemen. Logistieke grondvormen kennen een verschillende focus. Voorbeelden zijn o.a.

- Circuitindeling (jeugd, volwassenen, ouderen) → focus is leeftijdsspecifiek;
- Zorgzwaarte (low, medium, high care) → focus is de werklast van de verpleging;
- Geografische ordening naar regio's → aanbod organiseren naar waar de klant woont;
- Clusters van specialismen → herkenbaarheid voor de patiënt;
- Urgentie (acuut, electief, chronisch) → voorspelbaarheid van de zorg.

Kremer (1993) ziet in de ziekenhuissituatie de mogelijkheid gebruik te maken van het begrip "logistieke grondvorm". Een grondvorm bestaat uit een specifiek patroon van na elkaar of parallel geschakelde bewerkingsfuncties. Iedere onderscheiden grondvorm heeft een eigen patroon van routes en een beperkt aantal en soort interacties. Voor een onderscheid tussen de soorten bewerkingsfuncties is uit de productiebesturing de differentiatie tussen make-to-order en make-to-stock bruikbaar. Bij make-to-stock situaties is er sprake van een vooraf bekend productieproces. Bij make-to-order is het productieproces niet vooraf bekend, maar wordt dat pas gaandeweg het traject duidelijk. Make-to-order situaties doen zich in de eerste fasen van het klantcontact in de ggz voor, dus in de aanvraagfase of de diagnostische fase kenmerkend in deze fasen is nl. dat er een behoorlijke mate van onzekerheid en onvoorspelbaarheid is over het eindresultaat. In deze fase zal dus vooral op klantorders en niet op planning moeten worden gestuurd. Anders is dat bij de uitvoering van standaard zorgprogramma's, daarin is een hoge mate van voorspelbaarheid en standaardisatie mogelijk. In de logistieke grondvorm binnen de ggz is één van de belangrijke ontkoppelpunten het

afronden van de diagnostische fase en de overgang naar de behandelfase (in zorgprogramma's).

3.3 Capaciteits- en productiesturing

Een slimme keuze van de logistieke grondvorm voorkomt veel problemen van planning en coördinatie. Om processen voor klanten goed te laten verlopen, is het noodzakelijk om de activiteiten die hiervoor nodig zijn goed te coördineren. Welke coördinatiebehoefte vloeit voort uit deze processen? Wat moet er allemaal geregeld worden om de processen te laten verlopen zoals dat afgesproken is naar klanten?

Om instellingen te helpen bij het beoordelen van deze effecten van beslissingen in de productieorganisatie, is een raamwerk voor productiebesturing van zorginstellingen ontwikkeld (Visser, De Vries en Bertrand, 2001). Dit raamwerk kent een vijftal niveaus die in onderstaande tabel worden toegelicht.

Tabel 4 Raamwerk voor productiebesturing van zorginstellingen

	Niveau	Duur	Beslissingsfunctie
1	Strategische planning	2 - 5 jaar	Lange termijn capaciteitsbehoefte, wat is toekomstplan
2	Hoofdplanning patiëntstromen	1 – 2 jaar	Hoeveelheid beschikbare capaciteit op jaarniveau (productieafpraak)
3	Capaciteitstoewijzing	Maanden – jaar	Toewijzing van capaciteit in de tijd aan specialisten. Gedetailleerd aantal patiënten per periode
4	Capaciteitsroostering	Weken – maanden	Planningsregels per patiëntengroep op beschikbare capaciteit
5	Operationele planning	Dagen – weken	Planning van individuele patiënten (wie wordt wanneer en door wie behandeld)

Het raamwerk bevat verschillende niveaus waarop afstemming van vraag en aanbod moet plaats vinden om de logistiek als organisatie goed op orde te hebben. Beslissingen op een lager niveau zorgen voor de dagelijkse afstemming. Beslissingen op een hoger niveau zorgen ervoor dat er condities worden geschapen om processen op operationeel niveau soepel te laten verlopen.

Het besturingsraamwerk dient vooral als een referentiekader. Het geeft wel aan wat moet gebeuren om een zorginstelling qua logistiek op orde te hebben, maar niet hoe. Evenmin gaat het in op de vraag waarom de instelling zijn logistieke prestaties zou moeten verbeteren. Beantwoording van die vraag komt voort uit een strategische analyse en de doelen die de instelling zich gesteld heeft. Ondanks dat het raamwerk niet direct uitgaat van de vraag van de patiënt, is de getoonde gelaagdheid interessant voor zorginstellingen. Het besturingsraamwerk vervult vooral een spiegelfunctie voor de ontwikkeling van logistiek in een zorginstelling. Waar zitten de zwakke plekken? Waar is methodisch versterking nodig?

In het volgende hoofdstuk wordt deze benadering verder uitgewerkt.

3.4 Management van patiëntengroepen

Een zeer belangrijke uitdaging voor ontwikkeling van het logistieke denken bevindt zich op het niveau van de operationele planning. Op dit niveau gaat het erom verschillende patiëntengroepen te managen die allemaal met hun eigen karakteristieken en hun eigen eisen voor urgentie het proces doorlopen. Bij de ene groep die een hoge mate van urgentie en onzekerheid kent en bijvoorbeeld een weinig voorspelbaar verloop van het proces, zal men

een andere vorm van besturing moeten toepassen dan bij een patiëntengroep met een lagere mate van urgentie en een redelijk goed voorspelbaar proces. Dat is een forse opgave want dat vereist dat men afwegingen moet maken tussen verschillende patiëntengroepen en dat optimalisatie van het totaal tot andere keuzes kan leiden per patiëntengroep. En dat is juist waaraan patiëntenlogistiek kan bijdragen: het afwegen van service en doelmatigheid per patiëntengroep maar ook tussen patiëntengroepen.

Op het niveau van de patiëntengroep ligt ook nog een andere opgave voor de ontwikkeling van logistiek: het procesmanagement. Wie checkt regelmatig of patiëntengroep gebonden processen nog lopen zoals ze afgesproken zijn? Wie neemt het initiatief om een uit de hand gelopen proces weer bij te sturen? Wie heeft de regie in de keten? Professionals hebben hierin een belangrijke rol. Essentieel is echter dat zorgprofessionals verantwoordelijkheid hiervoor dragen. Natuurlijk met ondersteuning vanuit managers. De zorgprofessional ziet in het primaire proces dagelijks patiënten in verschillende stadia van de keten. Hij of zij krijgt dagelijks signalen waar het goed of fout loopt. Met een relatief kleine inspanning is daarmee een professional in staat om deze rol als procesmanager in te vullen op het niveau van de patiëntengroep. Onze overtuiging is dat deze vorm van medeverantwoordelijkheid voor de organisatie van het primair proces een veel natuurlijkere vorm van management participatie door professionals is dan het meebesturen van afdelingen.

3.5 Concepten voor zorglogistieke bedrijfsvoering

Concepten zijn middelen om naar de werkelijkheid te kijken. In alle sectoren, zeker ook in de gezondheidszorg, gaat het om drie basale concepten: klanten, producten en processen. In de gezondheidszorg bestaat over deze concepten lang niet altijd duidelijk beeld. Dat wordt mede veroorzaakt doordat vraagsturing (klanten), outputfinanciering (producten) en procesdenken (zorgprocessen) volop in ontwikkeling en aan verandering onderhevig zijn. Om die reden is het van belang deze concepten nader onder de loep te nemen.

3.5.1 Het klantconcept in de zorg

Het klantconcept in de zorg is niet eenvoudig en nog niet zo sterk ingevuld als in andere sectoren. Er is sprake van een meervoudig klantsysteem en we hebben te maken met een complexe klantdefinitie. Dat wordt veroorzaakt doordat de vragen van klanten heel verschillend kunnen zijn. In een aantal gevallen is er sprake van een rechttoe-rechtaan vraag, nl. een directe vertaling naar aanbod (“ik heb last van pijn en wil daar medicatie tegen”). Bij veel vragen moet echter eerst worden vastgesteld wat de diagnose is voordat er aan een behandeling kan worden begonnen (“Ik heb last van depressieve buien en ben doorverwezen door de huisarts om vast te stellen wat er aan de hand is”). Ten slotte kennen we de acute zorgvraag als derde type klantvraag. Hierbij is de klantvraag tevoren niet bekend en moet eerste hulp worden verleend. Na de acute zorgfase vindt vervolgbehandeling plaats.

3.5.2 Het productconcept in de zorg

Een product is een fysiek/tastbaar product dat als antwoord op de klantvraag wordt geleverd, of – in geval van een dienst – het geheel aan dienstverlening als antwoord vanuit het bedrijf op de vraag van de klant. Producttypering in de zorg is zeer actueel. De diagnose behandeling combinatie (DBC) als middel voor producttypering is inmiddels geïntroduceerd in de ziekenhuissector en de ggz. Maar ook in de verpleeg- en verzorgingssector en de gehandicaptenzorg is het denken in termen van producten al ver gevorderd (ZZP's). In de ziekenhuizen en ggz werden voorheen niet de eindproducten benoemd, maar de tussenproducten: een bezoek aan de polikliniek, een onderzoek, een verpleegdag, etc. Fetter c.s. (Fetter, 1983) hebben in 1983 al het Diagnosis Related Group (DRG) systeem

geïntroduceerd, eerst als intern systeem voor kostentoerekening, later als een middel voor de financiering van de zorg. Zowel bij DBC's als bij DRG's gaat het om het vastleggen van alle activiteiten (klinisch en poliklinisch) die worden verricht om aan de klantvraag te voldoen. Probleem daarbij is dat klantvragen moeilijk te classificeren zijn, eenduidig te koppelen zijn aan een aanbod. Er kan een aanzienlijk verschil optreden tussen de klantvragen. Bij minder duidelijke klantvragen kan de voorlopige diagnose behoorlijk verschillen van de uiteindelijke diagnose. Met de DBC-systematiek is wordt het product in de zorg (nu vaak nog een 'black box') inzichtelijk gemaakt. Immers, tussen de typering van de klantvraag en het product zit een proces dat de klantvraag omzet in activiteiten en verrichtingen.

3.5.3 Het procesconcept in de zorg

Een proces is een serie van bewerkingen die moeten worden uitgevoerd om de vraag van de klant te beantwoorden en uiteindelijk het product op te leveren dat voldoet aan de specificaties die vooraf zijn gesteld. Dit impliceert dat specificaties van het eindproduct bekend zijn, de bewerkingen die moeten worden uitgevoerd bekend zijn, de duur van de bewerkingen bekend is en de volgorde waarin de bewerkingen moeten worden uitgevoerd. Vanuit deze achtergrond kijkend naar het procesconcept in de zorg, kunnen we een aantal zaken constateren. Zoals we eerder zagen komt het in de zorg vaak voor dat goede eindspecificaties van het te leveren product ontbreken. Een andere constatering is dat er weinig of geen procesbeschrijvingen voor de meest belangrijke producten zijn. Een procesbeschrijving is in dit verband iets anders dan een productomschrijving. Het feit dat procesomschrijvingen ontbreken, heeft te maken met de huidige wijze van plannen en werken: niet de processen worden georganiseerd maar de activiteiten: spreekuur houden in de polikliniek, dagactiviteiten organiseren, therapiegroepen begeleiden, etc. Niet het proces van de klant wordt gepland maar de volgende stap (eenstapsplanning). Dit heeft alles te maken met het gegeven dat het procesdenken in de zorg nog niet zo ver ontwikkeld is. Professionals vormen de kerndiscipline binnen het proces en nemen de belangrijkste beslissingen daarin. Er is echter niemand die naar het totale proces voor de klant kijkt: de procesregie ontbreekt. De medicus regisseert wel het medisch besluitvormingsproces maar slechts in beperkte mate het klantproces. Om tot een procesgestuurde organisatie van de zorg te komen moeten klantprocessen voor alle betrokkenen helder zijn, en een gemeenschappelijke basis vormen voor de afzonderlijke bijdrage aan de keten.

3.5.4 Serviceconcept

Een uitwerking van de bovenstaande concepten komt samen in een serviceconcept van een organisatie. Daartoe zal eerst een keuze moeten worden gemaakt welke strategische richting een organisatie wil volgen. Michael Porter (1985) onderscheidt drie generieke concurrentie strategieën, te weten kostenleiderschap, differentiatie en focusstrategie. Met een strategie van kostenleiderschap streeft een organisatie naar het minimaliseren van de kosten van de aangeboden producten/diensten. Met een differentiatiestrategie streeft een organisatie naar het maximaliseren van de waargenomen waarde van de aangeboden producten/diensten. En met een focusstrategie richt een organisatie zich op het optimaal bedienen van een beperkte groep klanten/afnemers. Treacy en Wiersema (1995) onderscheiden drie soorten klantwaarden:

1. uitmuntende bedrijfsvoering;
2. toonaangevende kwaliteit;
3. uitzonderlijk maatwerk.

Beide benaderingen hangen nauw samen met elkaar, zoals de volgende tabel laat zien.

Tabel 5 Samenhang tussen de concurrentie strategieën van Porter en Treacy&Wiersema

Porter (1985)	Treacy & Wiersema (1995)
1. Kostenleiderschap (efficiency)	1. Operational excellence (uitmuntende bedrijfsvoering)
2. Differentiatie (beste in z'n soort)	2. Product leadership (toonaangevende kwaliteit)
3. Focus (maatwerk)	3. Customer intimacy (uitzonderlijk maatwerk)

Van belang is dat een organisatie zich hooguit op twee van de drie klantwaarden kan richten (Oldenkamp, 2004) om succesvol te zijn in zijn strategie. Een organisatie die zich richt op alle drie de klantwaarden zal op geen enkele van die waarden kunnen excelleren en raakt zagezegd 'stuck in the middle'.

Sampson en Koehler (2006) benadrukken dat het van belang is om bij de keuze van een strategie en serviceconcept ook de inputs van klanten te betrekken. Die bestaan enerzijds uit verwachtingen over de dienstverlening en anderzijds uit concrete bijdrage van de klant aan het proces van dienstverlening. Een grote variatie aan klant-inputs sluit niet aan op een strategie van kostenleiderschap. Immers, de voordelen van een leercurve-effect, schaalvoordelen en eenheid in activiteiten wordt door de variatie in inputs teniet gedaan.

De Parnassia Groep kan zich, zeker gezien de marktwerking in de zorg, slechts op een beperkt aantal activiteiten richten. Hoe meer kernactiviteiten een organisatie definieert, hoe meer de aandacht en energie moet worden verdeeld (Johnson & Scholes, 2005). De strategie van de Parnassia Groep is gericht op het focussen op psycho-medische zorg voor de volgende kernactiviteiten:

- Preventie van psychische aandoeningen en verslaving;
- Diagnostiek;
- Psychiatrische behandeling voor mensen met psychiatrische aandoeningen en/of verslaving;
- Psychiatrische verpleeghuiszorg;
- Gespecialiseerde activiteiten voor onze doelgroepen gericht op maatschappelijke integratie.

Andere zorgfuncties worden alleen uitgevoerd wanneer deze noodzakelijk zijn voor het succesvol uitvoeren van de kernactiviteiten én wanneer deze functies niet beter door een andere aanbieder kunnen worden aangeboden.

Vertaald naar de strategie van de Parnassia Groep richt deze zich op bovenstaande vormen van psycho-medische zorg en wil zij zich niet onderscheiden met goedkope zorgproducten. De basis van de huidige marketing- en concurrentiestrategie van alle divisies is gelegen in differentiatie. Gezien vanuit de totale gezondheidszorg past de Parnassia Groep ook de focusstrategie toe, aangezien we ons slechts richten op psycho-medische zorg.

Pas de laatste jaren is het in de GGZ door de doorgevoerde schaalvergroting gelukt om voorheen algemene, generieke zorgprogramma's om te zetten in specialistische programma's. Om deze specialisatiestrategie te kunnen doorvoeren moet elk specialistisch zorgprogramma over voldoende schaal en omvang beschikken om de continuïteit te kunnen garanderen om met recht specialist genoemd te kunnen worden. Immers, daarvoor is nodig dat het specialistisch team hetzelfde werk steeds weer en daardoor steeds beter en met meer deskundigheid gaat toepassen. Veel specialistische zorgprogramma's zijn op dit moment te

klein van omvang en daardoor kwetsbaar. Daartoe moeten de specialistische zorgprogramma's in omvang toenemen. Om die reden zijn de programma's ondergebracht in divisies met ieder een herkenbaar werkterrein en een eigen serviceconcept.

Het serviceconcept dat we binnen de divisie Psychiatrie Parnassia neerzetten is regionale ketenzorg met als kernbelofte:

“Betrokken zorgprofessionals die patiënten helpen zo goed mogelijk maatschappelijk te functioneren”.

De klantwaarden die dit concept ‘vullen’ zijn:

- *Samen*: ketenzorg, samenwerken, binden, teamwork;
- *Deskundig*: effectief, professioneel, ervaren, best practice, modern;
- *Actief*: snel, resultaatgericht, daadkrachtig, initiatief, ambitieus;
- *Duurzaam*: continuïteit, betrouwbaar, betekenisvol, opbouwend, zekerheid, veilig.

De vertaling van deze concepten naar beloften aan de klant is opgenomen in het marketingplan van de divisie Psychiatrie Parnassia en wordt hier niet verder uitgewerkt.

3.6 Kenmerken van zorgprocessen

Niet alle processen in de gezondheidszorg zijn identiek. Vanuit het gezichtsveld van de logistiek is het van belang de kenmerken en variatie van zorgprocessen die zich binnen de sector voordoen goed te doorgronden. Te noemen zijn de volgende kenmerken (Visser, 2005):

1. **Planbaarheid**: een belangrijk onderscheid is de mate waarin resources in het proces gepland kunnen worden of niet. Acute hulpverlening is moeilijk planbaar en moet aanwezig zijn, of die nu gebruikt wordt of niet ('brandweer-functie'). Dit beperkt in hoge mate de flexibiliteit van dit type zorg. De electieve zorg is vaak goed planbaar en kan efficiënt worden ingezet.
2. **Urgentie**: zowel bij acute als electieve zorg moeten prioriteiten worden gesteld omtrent de inzet van resources. Deze situatie doet zich vooral voor als verschillende groepen patiënten aanspraak willen maken op dezelfde resources. Voorrang geven aan de ene groep patiënten betekent wachten voor een andere groep.
3. **Duur van het zorgproces**: de inzet van resources voor kortdurende zorgprocessen (bijv. wratten verwijderen) kan aanzienlijk verschillen van langerdurende of zelfs chronische processen. Bij deze laatste is er geen duidelijk gedefinieerd eindpunt en dus ook onzekerheid over de inzet van mens en middelen.
4. **Complexiteit**: de complexiteit van een zorgproces beïnvloedt de mate waarin kan ontwerp en planning mogelijk is. Een proces kan zeer complex worden door verschillende diagnostische activiteiten, inzet van meerdere disciplines in het proces en de mate waarin meerdere partijen bij de zorg zijn betrokken (ketenzorg).
5. **Voorspelbaarheid**: De voorspelbaarheid wordt minder indien er sprake is van veel variatie in het proces (bijv. meerdere handelingen, duur van de handelingen en de route die een patiënt doorloopt). Hierdoor is de flexibiliteit in dit type processen minder groot dan bij de beter voorspelbare processen. De voorspelbaarheid is een van de belangrijkste factoren om in acht te nemen bij het ontwerp van zorgprocessen.
6. **Overige aspecten**:
 - a. **Volume**: een groter volume bepaald mede de inzet van mogelijke resources en de planning van het zorgproces. Een kort proces in combinatie met een hoge

voorspelbaarheid en een groot volume leent zich bij uitstek voor een bepaald type logistiek organisatie (bijv. cataract-straat)

- b. Ontkoppelpunten: van belang is te bepalen waar in het zorgproces sprake is van ontkoppelpunten. Hiervan is vaak sprake tussen diagnostische en therapeutische fase. Op het moment dat de diagnose helder is, wordt het behandeltraject beter voorspelbaar
- c. Shared resources: de mate waarin mens en middelen moeten worden gedeeld en kan leiden tot bottlenecks in het zorgproces, bepaald de mate waarin het proces meer of minder gemakkelijk te organiseren is.

In de onderstaande tabel geven wij een schematisch overzicht van deze kenmerken voor de werkgebieden en deelmarkten in de ggz.

Tabel 6 Logistieke kenmerken van de werkgebieden in de ggz

Karakteristiek van het zorgproces	Openbare orde	Curatieve psychiatrie	Hulp	Kwaliteit van leven
	Acute zorg	Niet acute behandelbare ziekten	Niet acute behandelbare ziekten	Chronische zorg
Planbaarheid	-	+	+	+
Urgentie	+	-	-	-
Duur	-	+/-	-	+
Complexiteit	+	+/-	+/-	-
Voorspelbaarheid	-	+	+	+
Overige aspecten				
a. Volume	-	+	+	+
b. Ontkoppelpunten	+	+	+	-
c. Shared resources	+	+	-	+

Verklaring tekens:

+ = in hoge mate kenmerkend voor dit werkgebied

+/- = redelijk kenmerkend voor dit werkgebied

- = niet kenmerkend voor dit werkgebied

3.7 Planbaarheid van zorgprocessen

Zorgprocessen in de gezondheidszorg hebben in belangrijke mate een voorspelbaar karakter. Uit verschillende studies blijkt dat 60%-80% van de totale zorg qua vraag en procesverloop voorspelbaar is (De Jong, 2005). Dit maakt het mogelijk om patiëntengroepen met overeenkomstige behandel- en proceskenmerken te groeperen in zorgpaden. Deze zorgpaden kunnen worden gezien als logistieke profielen van de patiënten groep. Voor een zorgpad is het mogelijk de zorgvraag, het procesverloop en de benodigde capaciteit te definiëren. Op basis daarvan kunnen concepten uit de zorglogistieke bedrijfsvoering worden toegepast om patiëntstromen planbaar en beheersbaar te houden. Planbaarheid moet worden gezien als een kritische randvoorwaarde voor het beheersen en sturen van zorgprocessen.

De huidige discussies over zorgpaden gaan voor een belangrijk deel, en terecht, over de inhoud van deze paden. Het succes van zorgpaden zal echter eveneens sterk afhankelijk zijn van de mate waarin zorginstellingen er in slagen de planbaarheid van de zorgprocessen en de inzet van capaciteiten te vergroten. Naar schatting 25% tot 35% van de bestede tijd van de medewerkers in algemene ziekenhuizen hangt direct samen met verstoringen die plaatsvinden en werkzaamheden om dit op te lossen. Spoedgevallen, verschuiven van afspraken, ziekte van medewerkers, uitval van systemen zorgen er voor dat in de praktijk het gevoel bestaat dat de zorg onvoorspelbaar is. Door het reduceren van deze verstoringen via elimineren,

standaardiseren en tijdig signaleren, kunnen zorgprocessen beter worden beheerst en neemt de planbaarheid toe.

Plannen moet worden gezien als een dynamisch proces, waarbij gestreefd wordt vraag en aanbod zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Indien de planbaarheid kan worden vergroot vertaalt zich dit in een betere kwaliteit van zorg, meer doelmatigheid en een hoger efficiëntie. In dat opzicht is niet alleen de inhoudelijke ontwikkeling via zorgpaden maar ook de focus op planbare zorg de sleutel naar een kwalitatief betere en meer doelmatige en efficiënte zorg.

3.8 Samenvatting

In dit hoofdstuk is de zorglogistieke bedrijfsvoering nader uitgewerkt aan de hand van een aantal hiervoor geldende concepten en uitgangspunten. Daarin is een onderscheid gemaakt tussen typen van logistiek en logistieke grondvormen. Het belang van het indelen van patiëntengroepen voor met name de operationele planning is uitgewerkt, evenals een aantal concepten voor logistieke bedrijfsvoering. Vervolgens is ingegaan op kenmerken van zorgprocessen en met name de voorspelbaarheid en planbaarheid van deze processen. Deze laatste kenmerken zijn van belang voor de het matchen van de vraag van patiënten en de logistieke besturing van zorgprocessen i.c. de inzet van capaciteit.

4. Benaderingswijzen in de zorglogistieke bedrijfsvoering

De volgende paragrafen gaan kort in op verschillende benaderingen van patiëntenlogistiek zoals die in de Nederlandse gezondheidszorg worden toegepast.

4.1 Productieplanning in algemene ziekenhuizen

Deze paragraaf is gebaseerd op werk van Vissers (1993, 1999, 2000) en op het tot nu toe enige Nederlandse boek over het onderwerp “Patiëntenlogistiek in ontwikkeling” van De Vries e.a. (1993). De weergegeven benadering is die van de faculteit Technische Bedrijfskunde van de TU Eindhoven.

Criteria voor optimale dienstverlening

In de benadering van Vissers (1999) verwijst patiëntenlogistiek naar de operationele beheersing van de keten van activiteiten die plaatsvinden in het kader van het proces van zorgverlening aan een patiënt. Patiëntenlogistiek legt de nadruk op de dagelijkse planning en gaat uit van het primaire proces. Capaciteitsmanagement richt zich op hogere niveaus van planning. Vanuit deze twee niveaus van sturing moet een optimale dienstverlening gefaciliteerd worden, die aan twee criteria moeten voldoen:

1. flexibiliteit. Er moet zowel op afspraak (geplande) zorg geleverd kunnen worden, als snelle of onmiddellijke zorg (niet gepland). Om het niet geplande toch planbaar te maken is het nodig om ruimte in de roosters of planning te maken, of moet er overcapaciteit beschikbaar zijn.
2. betrouwbaarheid: wachttijden moeten zo kort mogelijk worden gehouden. Afspraken over wachttijden moeten worden nageleefd.

Naast inhoudelijke kwaliteit en een goede bejegening zijn flexibiliteit en betrouwbaarheid de belangrijkste toetsstenen voor de kwaliteit van geboden zorg. Het proces van zorgverlening komt, evenals in de andere vormen van dienstverlening tot stand in directe wisselwerking tussen patiënt en zorgverlener. Dit heeft consequenties voor de voorspelbaarheid van het zorgproces. De mate van voorspelbaarheid van het beloop van de ziekte, van het gedrag en de gezondheidstoestand van de patiënt, de verschillen in werkwijze en werktempo kunnen leiden tot grote variaties in zorgprocessen.

Middelen en capaciteiten

De dienstverlening in een ziekenhuis komt tot stand door de inzet van middelen en capaciteiten. Middelen worden verbruikt. Capaciteiten worden gebruikt, en zijn opnieuw inzetbaar. Onder capaciteiten in de algemene gezondheidszorg verstaan we operatiekamers, verpleegkundigen, specialisten, bedden, enzovoorts. Vissers onderscheidt beschikbare capaciteit, inzetbare capaciteit, en benutte capaciteit. De benutte capaciteit wordt veelal weergegeven in het percentage van de bezettingsgraad.

Voor analyse van capaciteitsgebruik zijn de volgende capaciteitssoorten van belang.

- Bottleneck-capaciteit: de capaciteit die het eerste op is (theory of constraints);
- Gedeelde capaciteit: capaciteit wordt gedeeld wanneer verschillende productielijnen gebruik maken van de desbetreffende capaciteitssoorten;
- (Dis)continue beschikbaarheid;
- Initiërende / volgende capaciteitssoorten: een capaciteitssoort is initiërend als productie op deze capaciteitssoort tot gevolg heeft dat ook op andere capaciteitssoorten productie gegenereerd wordt.

Om greep te krijgen op de capaciteitsbenutting is het zinvol de zogenaamde sleutel capaciteitssoorten te onderscheiden: dit zijn capaciteitssoorten die óf schaars zijn, óf duur, óf gedeeld moeten worden. In ziekenhuizen zijn dit bijvoorbeeld operatiekamers, verpleegafdelingen, polikliniekcapaciteiten zoals spreekkamers en personeel, diagnostische capaciteit, behandelcapaciteit op afdelingen zoals fysiotherapie, en specialistcapaciteit. In de ggz kan de eerste bottleneckcapaciteit de separeerunit zijn, omdat dat de meest schaarse capaciteit is. Wanneer er voldoende separeers zijn, kan het beddenplan van de gesloten opnamekliniek de bottleneck blijken, en daarna weer de werklast van de verpleegkundigen. Wanneer er schaarste aan personeel ontstaat vormt de werklast de bottleneckcapaciteit, en daarna pas de hoeveelheid separeers. De inzet van capaciteiten heeft grote consequenties voor de patiëntenstroom in een ziekenhuis.

De patiënten hebben in de regel met meerdere capaciteiten te maken, dus veranderingen in één van deze capaciteiten, in één onderdeel van het ziekenhuis of zorgproces, kan leiden tot domino-effecten, en tot suboptimalisatie.

Afdelingsplanning of productie-eenheidsbeheersing (production unit control) richt zich op de afstemming tussen patiëntenstromen en capaciteiten binnen één afdeling tussen twee opeenvolgende punten. Patiëntenstroombeheersing (goods flow control) richt zich op de afstemming tussen patiëntenstromen en capaciteiten over afdelingen heen. Uitgaande van de doelstellingen over productievolume en gewenst niveau van service, moet de patiëntenstroombeheersing de afdelingen aansturen wanneer wat geproduceerd moet worden.

Productiebesturing

De procesgang van de patiënt kent doorgaans niet één proceseigenaar. Veel van de zorgprocessen zijn zo ingewikkeld, en vragen de inzet van zoveel verschillende partijen dat het zorgproces moet worden opgedeeld in fasen. Deze fasen worden van elkaar gescheiden door “ontkoppelpunten”. Volgens Vissers (1999) worden deze ontkoppelpunten om verschillende redenen gehanteerd:

- Verschil in benodigde capaciteiten voor en na het ontkoppelpunt;
- Verschillen in capaciteitsflexibiliteit: een hoog bezette en weinig flexibele capaciteitssoort wordt vaak voorafgegaan en gevolgd door een ontkoppelpunt ter bescherming tegen variatie in het aangeboden werk;
- Verschil in onzekerheid: als niet zeker is of een bepaalde fase in een proces wordt doorlopen worden daarvoor ontkoppelpunten aangebracht.

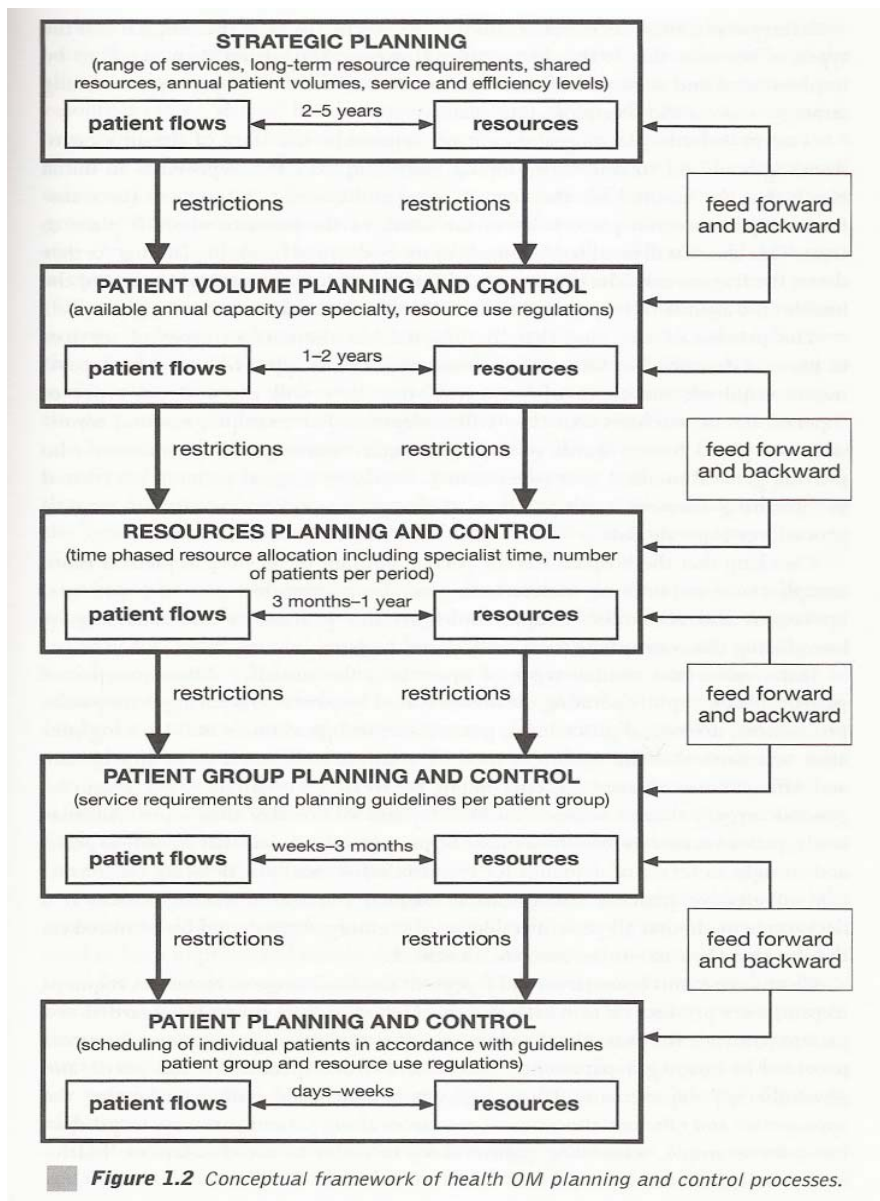
In de benadering van Vissers kan de echo worden gehoord van de MRP-stromingen uit de productiebesturing. Het gaat hier namelijk om een hiërarchisch planningssysteem waarin masterplanning ontvouwd wordt in deelactiviteiten. De jaarlijkse productieafspraken met de zorgverzekeraar leiden tot een masterplanning van de verrichtingen, zoals opnames, verpleegdagen en polikliniekbezoeken.

De noodzaak van onderlinge afstemming tussen de capaciteitssoorten maakt dat het proces van planning een iteratief karakter krijgt. Ook zijn er uitstralingseffecten naar andere onderdelen van de zorgketen. Vissers verzucht: “het mag dan ook duidelijk zijn dat veel ziekenhuizen moeite hebben deze planningsopgave naar behoren uit te voeren” (Vissers; 1999).

Het opknippen van deze fasen in het productieproces, noemt Vissers ‘horizontale decompositie’. In zijn hiërarchische benadering zit veel iteratie en interactie. Deze speelt zich niet alleen op een horizontaal niveau af. Visser spreekt over verticale decompositie wanneer hij het besturingsvraagstuk opknipt naar verschillende niveaus van aggregatie. Hij hanteert

hier het principe van de meerdere planningsniveaus om het besturingsvraagstuk grijpbaar te maken.

Figuur 1 Raamwerk voor productiesturing



Vissers onderscheidt:

1. Strategische planning: wat gaat het ziekenhuis in de toekomst doen (2 tot 5 jaar);
2. Patiëntenstroom hoofdplanning: welke productie gaat het ziekenhuis leveren (1 tot 2 jaar);
3. Capaciteitstoewijzing: hoe worden specialismen verdeeld (maanden tot 1 jaar);
4. Capaciteitsroostering: hoe worden de capaciteiten geroosterd (weken tot maanden);
5. Operationele planning: wie wordt wanneer door wie behandeld (dagen tot weken).

Voor een goede productiebesturing in een ziekenhuis zijn de vijf niveaus van analyse nodig. Volgens Vissers zijn er voor de niveaus van hoofdplanning van de patiëntenstroom, van capaciteitstoewijzing en van capaciteitsroostering nog maar weinig instrumenten ontwikkeld. Dit heeft tot gevolg dat de relatie tussen het strategische en operationele deel in de organisatie vaak uiterst losjes is, met de navenante geringe beïnvloedingsmogelijkheden vanuit de top. De

toepassingen van patiëntenlogistiek richten zich veelal op unitniveau, wat in de regel tot een betere capaciteitsbenutting leidt (zie bijvoorbeeld: Hoofdwijk; 2000). Een meer op ketenlogistiek gerichte benadering heeft een positief effect op doorlooptijden. Vissers (2001) heeft ervaren dat door een benadering op unitniveau het risico ontstaat dat de ketenkwaliteit tekort gaat schieten. Een eenzijdige ketenbenadering leidt juist vaak tot suboptimale capaciteitsbenutting.

Als voorbeeld noemt hij dat wie goede service wil leveren een groot risico loopt capaciteit slecht te benutten. Hij neemt afstand van het analyseren van het zorgproces van één beperkte afgebakende groep: volgens hem kan het eruit lichten van één zorgproces makkelijk tot suboptimale benutting van de capaciteit leiden. De juiste heuristiek voor het aanpakken van logistieke problemen is volgens Vissers het integraal beschrijven van het zorgproces met zijn capaciteiten en processen en dit omzetten in een integraal capaciteitsplan. Het aanpakken van een geïsoleerd knelpunt en daar logistieke oplossingen voor ontwerpen leidt in zijn ervaring tot een herhaling van conventionele zetten en zo tot beperkte resultaten.

Durlinger (2000) komt tot een overeenkomstige conclusie: de meeste logistieke modellen gaan volgens hem uit van teveel planning en besturing vanuit het bestaande. Hij gaat nog een stap verder door erop te wijzen dat een teveel aan planning en besturing vanuit intramurale settings te weinig aandacht geeft aan ontwerp en inrichting van het zorgproces zelf. We zullen zien dat men in de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen verder is met het ketendenken dan in de ziekenhuizen.

4.2 De Plexus group-benadering

De benadering die Maljers (1998) en zijn Plexus group hebben van patiëntenlogistiek laat zich niet eenvoudig in één raamwerk plaatsen. De opvatting hier is dat patiëntenlogistiek nog volop in ontwikkeling is, en dat het nog te vroeg is om een selectie te maken in theorieën. Aspecten uit de industriële logistiek die in Plexus-benadering terugkomen zijn de precieze beschrijving van het werkproces en het terugkoppelen van informatie. Hij onderstreept de noodzaak om vóór het in gang zetten van veranderingen helderheid over doelstellingen te formuleren.

Eén van de uitgangspunten in de Plexus-benadering is dat er bottom-up gewerkt moet worden. Deze benadering heeft bijvoorbeeld ook als resultaat dat het helder definiëren en vastleggen van verantwoordelijkheden van medewerkers als logistieke ingreep wordt opgevat.

Veel aandacht gaat uit naar de basis die moet worden gelegd voordat logistieke sturingsinstrumenten kunnen worden toegepast. Zoals gezegd is het formuleren van doelstellingen een voorwaarde vooraf. Aan deze doelstellingen worden de volgende eisen gesteld:

- De doelen moeten kwantificeerbaar zijn;
- De doelen moeten herleidbaar zijn tot verantwoordelijkheden en / of instrumenten: individuele personen moeten zich met een doelstelling kunnen associëren;
- Doelen moeten praktisch zijn: cijfermateriaal moet eenvoudig te verkrijgen zijn en voor iedereen herkenbaar.

Bij het verwezenlijken van de doelstellingen zijn de hoekstenen in de Plexus benadering:

1. Complexiteitsreductie en differentiatie

Niet iedere patiënt behoeft eenzelfde benadering. Door te differentiëren wordt afgestapt van het idee waarin een ziekenhuis een 'one size fits all' benadering volgt. In deze benadering wordt geen onderscheid gemaakt tussen bijvoorbeeld ernstige kankerpatiënten en

controlepatiënten. Er wordt voor iedere patiënt evenveel tijd ingeroosterd, gewerkt met hetzelfde personeel, in dezelfde omgeving en sfeer en vaak is er weinig afstemming tussen afdelingen. Om te komen tot differentiatie wordt de zorg ingedeeld op twee dimensies:

- De mate van voorspelbaarheid (hoog/laag);
- De mate van medische complexiteit (hoog/laag).

Op basis van deze differentiatie kan een indeling in patiëntengroepen worden gemaakt, die elk de eigen specifieke zorg behoeven.

2. UVI: uniformiteit, verantwoordelijkheid, en informatieoverdracht.

In de uniformiteit herkennen we het logistieke principe van de complexiteitsreductie. De sterke nadruk op verantwoordelijkheid is verklaarbaar uit de noodzaak om professionals te motiveren over de grenzen van hun vak heen te kijken en het proces van de klant primair te stellen en daar ook naar te handelen. De nadruk op een goede informatieoverdracht is een hoeksteen in elke logistieke benadering.

Opvallend is overigens dat bepaalde trends uit de zorg ter discussie worden gesteld: een voorbeeld is het elektronisch patiëntendossier (EPD), dat volgens de Plexus group een wat overgewaardeerde informatiedrager is. Een EPD leidt al snel tot een overvloed aan informatie, waar bijvoorbeeld huisartsen helemaal niet op zitten te wachten. Een ander voorbeeld van aandacht voor gedoseerde informatieoverdracht is de aanbeveling de hoeveelheid deelnemers aan patiëntenoverlegsituaties in de intramurale psychiatrie drastisch te verminderen. Ook de structurering van de rapportage rond de patiënt kan tot een enorme reductie van loze communicatie leiden. Plexus adviseert de ordening van de informatie rond drie thema's:

1. Doelsymptomen: waarom is patiënt eigenlijk opgenomen?
2. Begeleidende symptomen: wat is er nog meer aan de hand dat behandeling vraagt?
3. Overige zorg: wat is er nog meer met patiënt aan de hand dat zorg vraagt of ontslag belemmert?

Het concentreren van de discussie op de doelsymptomen heeft in een aantal praktijksituaties tot sterk verkorte opnametijden geleid. Een voorbeeld van het naar voren trekken in de zorgketen van informatie is het expliciteren van bestaande informatie in het Leidse verwijzersproject. Het sleutelen aan informatievoorziening is dus één van de kernactiviteiten van de Plexus group.

Een tweede kernactiviteit is het segmenteren van de vraag in de vorm van het maken van patiëntengroepen. Plexus onderscheidt vraagcategorisering en aanbodcategorisering. De ontwikkeling van de vraagcategorisering komt tot uitdrukking in het Leidse verwijzersproject en Zorgdomein. Voorbeelden van aanbodcategorisering zien we in de geestelijke gezondheidszorg bij de ontwikkeling van zorgprogramma's en zorgpaden.

3. Logistieke vertaling

Voor de vertaling van bovenstaande naar zorglogistieke principes kan grofweg een onderscheid worden gemaakt naar de mate van consensus over de uitkomst (Balestra, 2003). Indien deze 'hoog' is bepaalt het volume van de patiëntenstroom het bijpassende instrumentarium. Bij een laag volume ligt de nadruk op doel- en begeleidende symptomen, bij een hoog volume op zorgpaden.

De Plexus group heeft een eenvoudig strategisch kader en gaat hiermee praktisch aan de slag. Maljers (1998) stelt dat er eerder een overmaat dan een tekort aan mogelijke instrumenten is. Het kwantificeerbaar, herleidbaar en praktisch formuleren van doelstellingen leidt als vanzelf tot instrumenten die de zorglogistiek ondersteunen.

4.3 Klinische paden

Een klinisch pad wordt gedefinieerd als “een verzameling van methoden en hulpmiddelen om de leden van het multidisciplinair team op elkaar af te stemmen en afspraken te maken voor een specifieke patiëntenpopulatie. Het is een concretisering van een zorgprogramma met als doel kwalitatieve en efficiënte zorgverlening te verzekeren” (Netwerk Klinische Paden, 2001). Klinische paden zijn ontsproten uit planningsmethoden die in de jaren '50 in de industrie zijn ontwikkeld. Voorbeelden zijn de Critical Path Method (CPM) en de Program Evaluation and Review Technique (PERT).

Het eerste gebruik in de gezondheidszorg vinden we in de jaren '70. Het is pas op het einde van de jaren '80 (Zander & Bower, 2000) dat de methodologie wat meer ingang vindt in de gezondheidszorg. Voorbeelden hiervan zijn de accenten op interdisciplinaire samenwerking, evidence-based medicine, het gebruik van klinische indicatoren e.d. Inmiddels is het gebruik van klinische paden actueel. De term wordt veelvuldig gehanteerd, echter ook voor verschillende doeleinden. Deze zijn te onderscheiden in: het klinisch pad als concept, proces, methode en product.

1. Klinische paden als concept

Klinische paden veronderstellen een patiëntgerichte visie. Alhoewel deze visie veelal wordt beleden, is de praktijk vaak anders. Veel gezondheidszorginstellingen zijn duaal en gefragmenteerd gestructureerd waarbij er weinig systematische communicatie is tussen bedrijfsvoering en zorgprofessionals. De doelstellingen van de organisatie zijn vaak bepaald door het aanbod: goede capaciteitsbenutting, een batig financieel saldo, marktaandeel. Vraag- of patiëntgerichte doelstellingen zoals tevreden patiënten, goede kwaliteit van zorg, vlotte service komen slechts mondjesmaat voor in de operationele kengetallen van een ziekenhuisorganisatie.

Sermeus & Vleugels (2001) pleiten voor de service-line ziekenhuisorganisatie die de patiënt als uitgangspunt neemt voor structurering van de ziekenhuisorganisatie. De klinische processen vormen het centrale uitgangspunt, waar de organisatieprocessen ingericht worden. Kenschetsend is hierbij dat het klinisch proces vanuit het perspectief van de patiënt wordt gezien en zich dus niet beperkt tot de activiteit van de een of enkele professionals. Klinische paden zijn geen synoniem voor een patiëntgerichte organisatie. Ze zijn een hulpmiddel. Een patiëntgerichte visie is echter noodzakelijk om te slagen. Wanneer eigen professioneel of organisatiebelang de overhand heeft op het patiëntenbelang, dan heeft een klinisch pad weinig nut en weinig slaagkansen.

2. Klinische paden als proces

Alhoewel op het internet klinische paden te koop worden aangeboden, is de waarde hiervan erg beperkt. Het proces om een klinisch pad zelf te ontwikkelen, wordt door de betrokkenen als even belangrijk (of vaak zelfs als belangrijker) ervaren als het product dat hieruit resulteert. De ontwikkeling van een klinisch pad vraagt teamwerk waarbij de patiëntenpopulatie wordt afgebakend, het team wordt samengesteld, de huidige praktijk wordt bediscussieerd en nieuwe voorstellen ter verbetering worden aangebracht.

Het systematisch doorlopen van het proces voor de ontwikkeling van klinische paden zoals bijvoorbeeld beschreven in het 30 stappenplan (Vanhaecht et.al., 2002) is daarom erg belangrijk om een succesvolle implementatie te verzekeren. Het belang van dit proces is trouwens één van de basisredenen dat de implementatie van praktijkrichtlijnen vaak zo moeilijk verloopt. Alleen het feit dat de effectiviteit van een interventie bewezen is betekent

niet dat deze richtlijn zonder meer zal worden opgevolgd. Voorbeelden hiervan zijn o.a. de multidisciplinaire richtlijnen die worden ontwikkeld in de ggz.

3. Klinisch pad als methode

Zoals in de inleiding is aangegeven, is een klinisch pad een verzameling van methoden en hulpmiddelen. Daar waar zorgprogramma's een antwoord trachten te geven op de "wat"-vraag, beantwoorden klinische paden in de eerste plaats de "hoe"-vraag. Zorgprogramma's zijn datgene dat door ziekenhuizen en de groep van medewerkers aan patiënten of potentiële patiënten wordt aangeboden: diagnostiek en behandeling van depressies, een kliniek voor acute psychiatrie, screening op dementie e.d. Het klinische pad bevat de uitwerking van alle activiteiten die direct of indirect bij de uitvoering van de patiëntenzorg worden betrokken.

Klinische paden maken gebruik verschillende methoden om de zorg te beheersen. Centraal in deze keuze is *de mate van voorspelbaarheid* waarin het probleem, de diagnostiek of de behandeling zich voltrekt. Op basis van de mate van voorspelbaarheid wordt er een drietal methoden onderscheiden:

- *Gestandaardiseerde klinische paden* worden gebruikt voor een goed voorspelbaar zorgproces op niveau van een patiëntengroep. Voorbeelden hiervan in de ggz zijn de behandeling van een depressie als gevolg van rouw, angststoornissen en de ECT behandeling. Bij deze klinische paden is het verloop in grote mate voorspelbaar. De interventies en doelstellingen worden gestandaardiseerd op niveau van de patiëntenpopulatie.
- De tweede methode zijn *patiëntspecifieke klinische paden (customized)*. Hierbij wordt het klinische pad niet uitgeschreven op niveau van de patiëntengroep, maar wel op het niveau van de individuele patiënt. Een dergelijk klinisch pad is aangewezen wanneer de zorg op niveau van de groep onvoorspelbaar is, maar dit niet is voor een individuele patiënt wanneer zijn verschillende noden en behoeften concreet in rekening worden gebracht. Een voorbeeld van zo'n klinisch pad is het herstel na een acute psychose. Op het niveau van de patiëntengroep is de omvang van de psychose, de functionele stoornissen, de mogelijkheden voor herstel moeilijk in te schatten. Dit betekent dat in de eerste weken een uitvoerige multidisciplinaire diagnostiek wordt uitgevoerd. Dat kan deels via een gestandaardiseerd klinisch pad. Op basis van deze resultaten kan het verdere herstel in een patiëntspecifiek klinisch pad ingericht worden. De bouwstenen voor dergelijk pad kunnen worden gestandaardiseerd, elke patiënt doorloopt echter zijn eigen klinisch pad.
- Naast gestandaardiseerde en patiëntspecifieke klinische paden, is *case-management* een derde methode. Patiëntenpopulaties die een weinig of onvoorspelbaar verloop hebben, komen hiervoor in aanmerking. Voorbeelden hiervan zijn patiënten die via spoedopname zijn opgenomen met een ernstige, weinig voorspelbare stoornis, patiënten die niet-routinematig op een acute afdeling verblijven, e.d. Dagelijks interdisciplinair overleg is hiervoor noodzakelijk. Voor deze populaties is case-management aangewezen. Case-management richt zich hierbij op de afstemming van het team voor een specifieke moeilijk voorspelbare patiëntenpopulatie. De taak van deze case-manager wordt door Zander en Bower (2000) omschreven als "a living and breathing clinical pathway". Deze persoon coördineert de zorg voor een specifieke patiënt.

De groep van gestandaardiseerde klinische paden wordt op 60% van de patiëntenpopulaties geschat. De patiëntspecifieke klinische paden en case management worden beide op 20% geschat (Sermeus & Vanhaecht, 2002).

4. Klinisch pad als product

In de toepassing van klinische paden zijn verschillende producten te onderscheiden:

a. Het modelpad (Model Pathway):

Dit wordt ontwikkeld voor een specifieke groep van patiënten. Op basis van een ideaal/verwacht klinisch verloop wordt de organisatie van de zorg uitgetekend: wie doet wat wanneer, de beslissingsmomenten, de aanvragen en voorschriften, de informatie enz. De basis voor model pathways zijn de inzichten uit evidence based medicine, klinische ervaring, patiëntenverwachtingen, mogelijkheden en beperkingen van de eigen organisatie. In de literatuur zijn het deze model pathways die worden gepubliceerd.

b. Het patiëntenpad (Assigned Pathway):

Dit is de toepassing van een model pathway voor een individuele patiënt. In een model pathway is bijvoorbeeld aangegeven dat bij opname x of y moet gebeuren. In het assigned pathway is de opnamedag een concrete dag in de week waarop x of y al dan niet gebeurt. Dit vraagt dat het model wordt aangepast aan concrete omstandigheden en situaties. In het model pathway kunnen enkele standaardactiviteiten worden voorzien (bijvoorbeeld een reeks van standaardonderzoeken). De timing kan worden aangepast in functie van de individuele voorkeur en mogelijkheden van de patiënt of de haalbaarheid binnen de organisatie.

c. Het patiëntentraject (Completed Pathway):

Dit is het traject dat de patiënt reël heeft doorlopen. Dit kan iets sneller of trager gebeuren dan voorafgaand verwacht in het modelpad. De vooropgestelde klinische outcomes zijn al dan niet gerealiseerd. Er zijn veel of weinig afwijkingen ten aanzien van het oorspronkelijke pad vastgesteld en gedocumenteerd. Het grote verschilpunt met de huidige werkwijze is dat niet gestart wordt met een blanco dossier maar dat het verwachte verloop van de zorg wordt vastgelegd. Dit maakt het mogelijk dat een instelling en een behandelend team zich organiseert op wat komen gaat. Een tweede verschilpunt met de huidige manier van werken is dat nu uitgebreid de klinische vaststellingen en beslissingen worden gedocumenteerd. Het klinische pad beperkt zich tot de beslispunten die de interdisciplinaire samenwerking en organisatie van de zorg zullen bepalen.

d. Resultaten van klinische Paden:

Het resultaat van een klinisch pad en afwijkingen daarvan kan worden beoordeeld aan de hand van vooraf geselecteerde indicatoren. Walburg et al (2001) stellen voor om vier indicatoren uit te werken in een ggz-uitkomsten kwadrant. Op basis hiervan kan men uitspraken doen over de kwaliteit van het behandelproces (klinische indicatoren, kwaliteit van leven, waardering van klanten en kosten). Vanhaecht et.al., 2002 werken in hun 'Klinisch Pad Kompas' vijf soorten indicatoren uit: klinische indicatoren, service-indicatoren, teamindicatoren, procesindicatoren en financiële indicatoren.

Samenvattend kan worden gezegd dat een klinisch pad de uitwerking bevat van alle activiteiten die direct of indirect bij de uitvoering van de patiëntenzorg worden betrokken. Het is een geheel plan om voor een bepaalde patiëntenpopulatie met een totaalbenadering vanuit alle betrokken professionals zorg te verlenen. Hierbij ligt de nadruk zowel op het proces als op de gebruikte methoden. Klinische paden zijn niet voor alle patiënten en zorgsituaties in dezelfde mate bruikbaar. Een hoog volume en een sterke mate van voorspelbaarheid zijn belangrijke voorwaarden om een klinisch pad te kunnen uitwerken.

4.4 Focused Factory

In de *focused factories* komen kwaliteit en efficiëntie samen. De essentie van Focused factories ligt in de manier waarop verschillende resources worden gecoördineerd om de vooraf gedefinieerde resultaten te bereiken. Hoe groter de variatie in producten, diensten of prestaties, hoe meer variatie voor komt in de inzet van resources en operationele handelingen.

Derhalve is ook meer coördinatie noodzakelijk. Een belangrijk kenmerk van de focused factories is het leercurve effect (Johnson & Scholes, 2005). Naarmate de variatie in producten, diensten of prestaties beperkt is, is er een groter leercurve effect. Immers, dezelfde handelingen worden vaker uitgevoerd evenals de interactie met dezelfde type patiënten. Overigens is de leercurve mede afhankelijk van het gebruik van technologie in het proces (Bertrand en De Vries, 2005). Tegenover dit leercurve effect staat het zgn. ‘vergeet-effect’. Naarmate processen vaak worden onderbroken en er geen duidelijke focus bestaat in het werkproces, vermindert de efficiency van dit type processen dramatisch. De auteurs noemen dit het concept van ‘cost of variety’: hogere kosten, lager leereffect, meer communicatie en meer inzet van overhead.

De essentie van focused factory-concept is niet identiek aan specialisatie. Specialisatie is weliswaar ook gebaseerd op het leercurve-effect maar verwijst naar functionele specialisatie. Dat wil zeggen het uitvoeren van een specialistische functie op een zeer efficiënte manier. Specialisatie kan worden toegepast in een focused factory. In deze laatste worden resources echter zodanig ingezet dat het optimaal leveren van diensten of producten gerealiseerd wordt. De kern zit dus in de coördinatie van (verschillende) resources om het gewenste eindresultaat te bereiken.

Samen met de coördinatie is kenmerkend voor focused factories is het principe van de homogeniteit. Er is sprake van een specifieke groep patiënten waarbij het totale proces van dienstverlening wordt gecoördineerd. Een belangrijk onderscheid in het proces dat patiënten doorlopen is het onderscheid tussen diagnose en therapie. De diagnostische fase kenmerkt zich door meer variatie in resources en minder voorspelbaarheid van het proces. Om die reden is het principe van de focused factory beter toepasbaar in de fase van therapie. Focused factories zijn succesvol gebleken in de volgende situaties:

- Voorspelbaar proces: hoge mate van standaardisatie;
- Weinig variatie in het behandelproces: complexiteit is beperkt;
- Vergelijkbare eisen aan kwaliteit en service;
- Homogeniteit in vereiste resources;
- Specialisatie in werkzaamheden;
- Weinig flexibiliteit gevraagd.

Bekende voorbeelden van focused factories zijn de cataractstraat, de Summerset hospital voor hartchirurgie in Kaapstad, Zuid Afrika, het Shouldice Hernia Centre in Toronto voor inguinale hernia operaties en de kliniek voor obstetrische fistels in Addis Abeba. De term *focused factory* komt van Professor Wickham Skinner van de Harvard Business School (1985). Eén van zijn uitspraken was dat *simplicity, repetition, experience, and homogeneity of tasks breed competence*. Kenmerkend voor de *focused factories* zijn de grote aantallen patiënten, niet te overtreffen behandelresultaten, grote tevredenheid van patiënten en lage kosten. Het Shouldice Hernia Centre afficheert zich met de McDonalds approach: *what works for hamburgers works for hernias*. Elke chirurg doet 600 – 800 hernia-operaties per jaar. De operaties nemen vaak niet meer dan een half uur tot drie kwartier in beslag (elders circa 90 minuten), kosten \$ 954,- (elders \$ 2.000,- tot 4.000,-) per stuk en de kans op recidief is 1%, elders tot 10% (Gawande, 2002; Birkmeyer et al, 2003). Feit is wel dat *focused factories* vooral in de markt staan voor veel voorkomende met de beschikbare technologie eenvoudig op te lossen medische problemen bij patiënten in overigens goede conditie. Interessant is de ontwikkeling van focused factories voor groepen kankerpatiënten. Deze groep is niet echt homogeen en veel verschillende resources zijn noodzakelijk gedurende de behandeling. De

homogeniteit wordt echter gevonden in de sociale en psychologische begeleiding van deze patiëntengroep die specifieke eisen stellen aan personeel.

De vraag dringt zich op waarom dit principe niet op meerdere plaatsen en meerdere terreinen in de gezondheidszorg wordt toegepast. Op dit moment is het grootste deel van processen in ziekenhuizen onvoldoende transparant en gedefinieerd om ze te analyseren in termen van homogeniteit. Er is met andere woorden een gebrek aan informatie over de processen die bepaalde groepen patiënten doorlopen om het principe van de *focused factory* toe te passen. Het is echter reëel te verwachten dat deze benadering sterk opgeld zal doen vanwege o.a. de nadruk op efficiency, kwaliteitsvragen en toepassing van ICT. In dat opzicht biedt de DBC registratie veel aanvullende informatie.

4.5 Managed clinical network

De principes die naar voren komen in de *focused factories* komen ook naar voren in de complexe ziekenhuisomgeving met risicovolle operaties. Het *managed clinical network* voor complexe zorg verdeeld over verschillende ziekenhuizen en professionals is de tegenhanger van de *focused factory* voor eenvoudige zorg. Ook in de complexe zorg hebben patiënten een grotere kans om te overleven als ze worden geopereerd door een chirurg die de operatie vaak doet. De hedendaagse chirurg werkt in teamverband en is voor zijn resultaten erg afhankelijk van vele anderen in het ziekenhuis. Birkmeyer *et al* (2002) onderzochten in welke mate verschillen tussen ziekenhuizen met betrekking tot de sterfte na een bepaalde operatie kan worden verklaard door ervaring (i.e. patiëntenaantallen) van de individuele chirurg. Bij ingrepen die weinig vragen van de beschikbare voorzieningen in een ziekenhuis (zoals een intensive care) worden verschillen tussen ziekenhuizen in postoperatieve sterfte geheel bepaald door de individuele ervaring van de daarin werkzame chirurgen. Daartegenover staan ingrepen waarbij er na de operatie grote risico's bestaan op overlijden aan complicaties. Hiervoor moet een beroep worden gedaan op een grote verscheidenheid aan specialisten en paramedici. Dan wordt de invloed van de ervaring van de chirurgen kwantitatief (d.w.z. op het percentage patiënten dat overlijdt) minder belangrijk.

Het model van het *managed clinical network* is interessant voor de regio's van bijvoorbeeld de integrale kankercentra. Het maakt de samenwerking minder vrijblijvend dan deze nu is, bevordert de inzet van schaarse expertise door centralisatie van behandelingen en legt de nadruk op partnerships tussen ziekenhuizen.

4.6 Het LEAN principle

De benaderingen die in de voorgaande paragrafen zijn beschreven bevatten alle één of meer onderdelen van de LEAN-benadering zoals beschreven door Womack en Jones (2006). Het LEAN principle is toegepast in de Engelse gezondheidszorg met opmerkelijke resultaten ('*LEAN thinking for the NHS*', Jones, 2006). De aanpak die wordt gevolgd binnen de LEAN benadering is gebaseerd op de strategie die door Toyota is ontwikkeld. Toyota is succesvol omdat het zijn kernprocessen op een briljante manier organiseert. De werkzaamheden worden op de juiste manier, in de juiste volgorde en op het juiste moment uitgevoerd om waarde voor de klant te creëren. In essentie bestaat de Toyota aanpak uit vijf onderdelen:

1. Lever de *waarde* waaraan klanten werkelijk behoefte hebben;
2. Breng van elk product de *waardestroom* in kaart ('*value stream mapping*'). Schrap elke stap die geen waarde toevoegt voor de klant;
3. Organiseer de resterende stappen in een *gestroomlijnd proces*. Voorkom wachttijden en buffers, om de responstijd van de organisatie te verkorten en de klant soepel en snel door het proces te leiden;

4. Laat de klant waarde aan het bedrijf *onttrekken (pull)* en stem daar de capaciteit op af. Draai de bestaande push-methoden van organisaties met lange wachttijden om;
5. Wanneer waarde, waardeestroom, flow en pull gerealiseerd zijn, begin dan helemaal opnieuw en streef naar *perfectie* in de toegevoegde waarde voor de klanten.

De LEAN benadering is gebaseerd op drie opeenvolgende stappen: doelen formuleren, processen organiseren en dan mensen toevoegen. Het succes van de aanpak zit in de briljante kernprocessen en het schrappen van de niet waarde toevoegende activiteiten in zowel primaire als ondersteunende processen. Interessant in de aanpak is de focus op de werkprocessen. Het gaat niet primair om, reorganiseren, kostenreductie of productiviteitsverbetering. Echter door de focus op de kernprocessen te richten en deze af te meten aan de toegevoegde waarde voor de klant, worden deze effecten uiteindelijk wel bereikt. LEAN is geen benadering voor korte termijn successen. Het vraagt een strategische investering van een organisatie op langere termijn en moet vooral lokaal en op maat worden uitgevoerd. De resultaten in de NHS zijn bemoedigend:

- Verbetering van kwaliteit (vermindering fouten, verbeterde klanttevredenheid en daling sterfte);
- Hoger betrokkenheid professionals bij het werk;
- Door optimaliseren van processen wordt de uitvoering gekenmerkt door 'in één keer goed' (kostenreductie);
- Professionals lossen problemen zelf op;
- Disfunctionele medewerkers, ondersteuning, informatie en systemen komen aan het licht.

4.7 Samenvatting

In het voorgaande heb ik een aantal benaderingswijzen van zorglogistieke bedrijfsvoering in de gezondheidszorg op en rij gezet. Opvallend is dat nagenoeg al deze benaderingen voortkomen uit de praktijk van algemene ziekenhuizen. Over andere sectoren (m.n. de AWBZ sectoren) is aanzienlijk minder bekend en zeker minder gepubliceerd. In het meest uitgebreide boek over zorglogistiek management (Vissers en Beech, 2005), gaan 14 cases over algemene ziekenhuizen. Slechts 1 gevalsbeschrijving gaat specifiek over de ouderenzorg.

In essentie kan worden gesteld dat iedere benadering zich richt op één of enkele aspecten van de zorglogistieke bedrijfsvoering. Samengevat ziet dat er als volgt uit:

- Capaciteitsplanning: richt zich op afstemming van de vraag en de inzet van capaciteiten;
- Plexus group: richt zich op de doelen en reductie van complexiteit in het zorgproces;
- Klinische paden: vooral vanuit de zorginhoud opgezet in combinatie met de voorspelbaarheid van de vraag;
- Focused factory: specialistische inzet van mens en middelen voor homogene patiëntengroepen;
- Managed clinical network: specialistische inzet van mens en middelen voor complexe zorg;
- LEAN-principle: doelen formuleren, processen organiseren en dan mensen toevoegen.

Indien we zorglogistieke bedrijfsvoering opvatten als een manier om dienstverlening te optimaliseren, dan kunnen op basis van de UST (zie hfst 2) de dienstverleningsprocessen worden onderscheiden op basis van 'ontkoppelpunten'. Met name het verschil tussen de input waarbij de klant zelf aanwezig moet zijn om de diensten te kunnen verlenen en diensten die kunnen worden geleverd op basis van tastbare objecten en informatie van klanten biedt de mogelijkheid om onderscheid aan te brengen in dienstverleningsprocessen en de organisatie daarvan. Deze betrokkenheid van de patiënt in het proces van dienstverlening verklaart voor een belangrijk deel de verschillende benaderingswijzen in zorglogistieke bedrijfsvoering.

5. De zorglogistieke bedrijfsvoering in de ggz

De sector ggz is een specialistische vorm van gezondheidszorg. Om die reden kan de vraag of zorglogistiek management, en in het bijzonder patiëntenlogistiek in de ggz, een kansrijke exercitie is bevestigend worden beantwoord. Toch zijn er in de literatuur weinig sectorspecifieke aanknopingspunten te vinden. Voorbeelden van beschrijvingen die betrekking hebben op zorglogistieke bedrijfsvoering in de ggz zijn: Veen, 2001, Lenssen, 2005, Vissers et al, 2006. Het betreft hier beschrijvende en beschouwende artikelen. Empirisch materiaal ontbreekt nagenoeg volledig evenals wetenschappelijk onderzoek. Alleen Balestra et al (2003) werken een onderzoek met de circuitwijzer uit in de ouderenpsychiatrie. In de ggz is veel geschreven over zorgprogramma's. Hierin staat echter de inhoud van de programma's voorop, de logistieke component ervan blijft veelal onderbelicht.

In de inleiding is reeds aangegeven dat we op zoek zijn naar de praktische toepassing van logistieke principes voor de afstemming de vraag van verschillende patiëntengroepen enerzijds en anderzijds het volledig benutten van de productiecapaciteit. Binnen de divisie Psychiatrie is, m.n. bij de ambulante afdelingen voor ouderen, een vooronderzoek verricht naar de huidige zorglogistiek. In de huidige situatie kunnen de volgende knelpunten geconstateerd:

- Er zijn grote verschillen in de planning van patiënten;
- De zorg die wordt geboden is veelal *aanbod* gestuurd;
- De cliëntrouting is vooraf onbekend;
- De huidige werkwijze garandeert geen goede match tussen vraag en aanbod op lange termijn;
- De huidige werkwijze biedt een grote mate van flexibiliteit;
- Er zijn veel rapportages beschikbaar, maar geven ze de juiste en benodigde informatie weer?

Om tegemoet te komen aan deze knelpunten en de klanten beter te bedienen biedt capaciteitsmanagement de mogelijkheid om de besturing van de zorgprocessen en daarmee de afstemming van vraag en aanbod beter te regelen.

5.1 Afstemming van activiteiten in de zorgketen

De waardeketen-analyse, een theoretisch bedrijfskundig kader van Porter (1985), is een middel om in de toegevoegde waarde voor klanten de sterktes en zwaktes op te sporen, zowel binnen de eigen organisatie als in de koppelingen daarbuiten. Het gaat daarbij om de beschikbaarheid, aanwending en beheersing van de middelen in de primaire en ondersteunende activiteiten. We bekijken het model van Porter uitdrukkelijk vanuit de waarden van de klant. In het geval van de divisie Psychiatrie zijn de volgende klantengroepen te benoemen:

- patiënten en relaties van patiënten;
- huisartsen;
- overige verwijzers (o.a. algemene ziekenhuizen, V&V-sector en andere ggz-onderdelen).

Een analyse van de waardeketen voor de ambulante ouderenzorg in de divisie Psychiatrie heeft plaatsgevonden in één van de MBA-H opdrachten (waardeketen-analyse). De belangrijkste conclusie uit deze analyse is dat een verbetering mogelijk is van de match tussen de indicatie van de patiënt en de capaciteit van het huidige aanbod.

Om dat te bereiken zijn keuzes noodzakelijk op de volgende onderdelen (Visser, 2005):

1. Type logistiek: van unit- of afdelingslogistiek naar proceslogistiek (managen en monitoren van proces)
2. Logistieke grondvorm: van circuitlogistiek naar logistiek voor (homogene) patiëntengroepen, waarbij het klant-order-ontkoppel-punt later in het proces wordt gelegd.
3. Besturingsraamwerk: een herontwerp biedt de mogelijkheid om op alle niveaus de activiteiten te coördineren en te besturen. Met name de ICT-ondersteuning is cruciaal, zowel in de planning (psysis) als in de monitoring (Corvus = datawarehouse-systeem) op de kritische succesfactoren.
4. Patiëntengroepen: processen worden georganiseerd rondom de zorgvraag vanuit (homogene) doelgroepen. Hierdoor is verdergaande specialisatie mogelijk en worden zorgprocessen beter planbaar gemaakt.

5.2 Keuze van het logistieke model

Op dit moment is er binnen de divisie Psychiatrie sprake van een logistieke grondvorm die is gebaseerd op circuit- en afdelingslogistiek. Voor de verandering naar een procesgerichte logistiek van (homogene) patiëntengroepen wordt aansluiting gezocht bij het raamwerk voor productiesturing van Visser en Beech (2005). In dit logistieke model (zie ook hfst 4, figuur 1) wordt gekeken naar de verschillende niveaus waarop afstemming en planning moet plaats vinden om de zorglogistieke bedrijfsvoering in de divisie Psychiatrie goed op orde te hebben. De reden om voor het raamwerk voor productiesturing te kiezen is dat binnen de divisie Psychiatrie grote verschillen bestaan in de planningswijze van de zorg voor patiënten. Veelal is de zorg *aanbod gestuurd*. De agenda van behandelaren, dus het zorgaanbod, is leidend in de planning en biedt veel flexibiliteit aan behandelaren. Er is echter sprake van éénstapsplanning, mede omdat de patiëntrouting vooraf onbekend is en er op diverse momenten in de zorgverlening besluiten worden genomen ten aanzien van vervolgstappen. Dit geldt voor zowel de volledige ambulante zorg alsook de “schakelmomenten” tussen ambulante en klinische zorg.

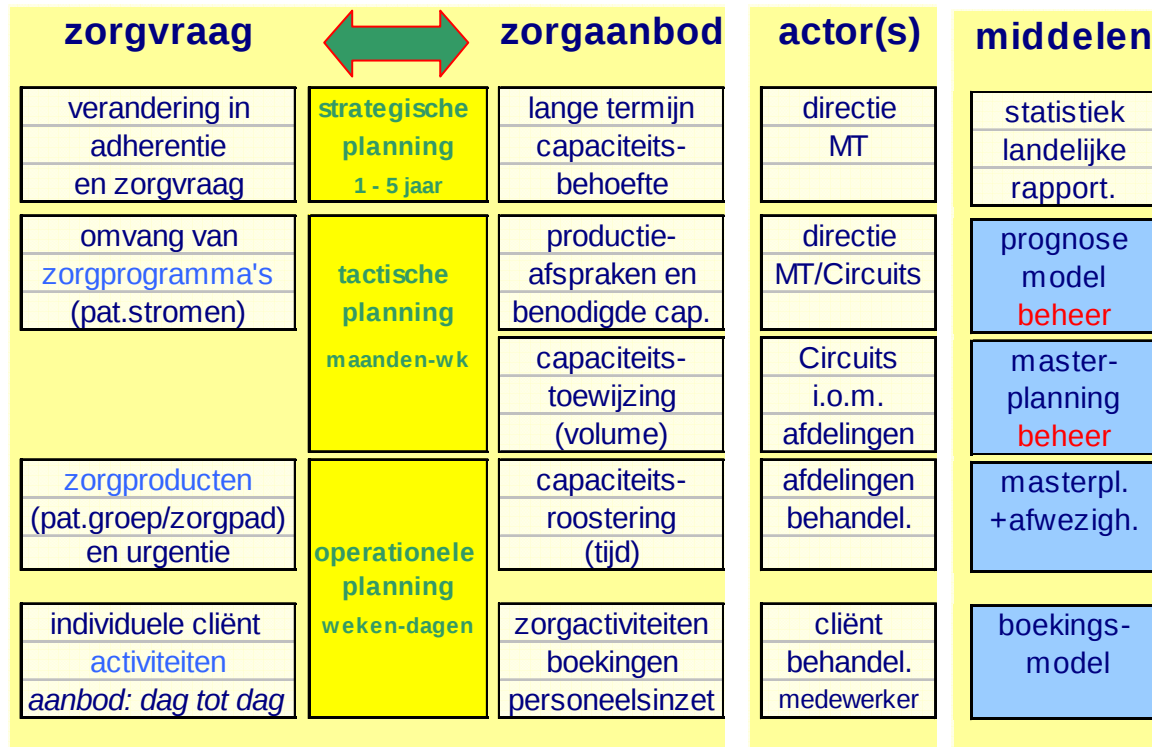
De divisie Psychiatrie bevindt zich momenteel in een veranderingstraject en wijzigt van een functionele naar een procesgerichte organisatie. Daarmee verandert het *type logistiek* van de huidige unit- en ketenlogistiek naar een netwerklogistiek. De *logistieke grondvorm* wijzigt eveneens. Om deze omslag te maken dient ook de organisatie van de divisie Psychiatrie te worden ingericht rondom zorgprogramma's en moeten er (mogelijke) zorgpaden worden gedefinieerd. Door deze standaardisering van zorg wordt efficiënter omgegaan met het zorgaanbod en wordt kritisch gekeken naar de inhoud en kwaliteit van de diverse zorgproducten. In de toekomst is het streven om de zorgpaden bij de aanvang van de behandeling, zo veel als mogelijk, in één keer te boeken. Dit vraagt om een integrale planningsaanpak en betekent een lange termijn planning in plaats van een éénstapsplanning. Deze integrale wijze van planning zal moeten leiden tot een hogere leveringsbetrouwbaarheid van de zorg waardoor de kwaliteit en service van de zorg toeneemt en tevens een efficiënter aanbod gerealiseerd wordt.

Kortom: Een goede patiëntenlogistiek in de divisie Psychiatrie vraagt om het ontwikkelen van zorgpaden waarin een heldere samenhang van zorgproducten een hoogwaardige kwaliteit van zorg garandeert. Daarnaast is een nieuwe aanpak noodzakelijk op het gebied van capaciteitsplanning. Hieronder kan verstaan worden een nieuwe planningsmethodiek en de aanpassing van bijbehorende ICT.

5.3 Inrichting van het logistieke model

In het logistieke model worden beslissingen ten aanzien van beheersing van capaciteit op drie niveaus onderscheiden: strategische, tactische en operationele beslissingen. Naast deze gelaagdheid onderscheidt het model een aantal planningsniveaus waarin beslissingen genomen moeten worden die op verschillende tijdsperspectieven betrekking hebben. Beslissingen die worden genomen op de langere termijn, zijn kaderstellend voor beslissingen op de kortere termijn (van hoog naar laag). Tevens vindt er een terugkoppeling plaats op elk niveau naar het bovenliggende niveau (van laag naar hoog).

Figuur 2 Logistiek model: raamwerk voor productiebesturing divisie Psychiatrie



Het raamwerk voor productiebesturing moet worden gezien als zorglogistieke planningkader. De gelaagdheid in de planning van dit logistieke model bestaat uit drie onderdelen:

Strategische planning

De strategische planning bepaalt welke patiëntenstromen en –groepen (dus zorgprogramma's en –producten) onderscheiden worden binnen de Parnassia Groep. Deze patiëntengroepen zijn ingedeeld in businessunits die ieder hun eigen zorgprogramma's kennen. De beslissingen op dit niveau beslaan een periode van 2 tot 5 jaar.

Tactische planning

Op het niveau van patiëntenvolume planning en besturing (omvang van zorgprogramma's) worden productieafspraken gemaakt met de zorgverzekeraars. Per zorgprogramma worden kaders gesteld voor de te behalen productie (in aantallen en niet alleen in geld uitgedrukt!), het capaciteitsverbruik, de beschikbare capaciteit en de (gewenste) wachtlijst. Op basis van deze planning wordt een grove afstemming gerealiseerd tussen de zorgvraag en het zorgaanbod. Beslissingen over patiëntenvolume worden in de Parnassia Groep doorgaans genomen over een periode van 1 jaar.

De capaciteitstoewijzing houdt in dat beslissingen worden genomen over de verdeling van capaciteiten over specialismen en patiëntengroepen (producten). Deze beslissingen worden eveneens jaarlijks genomen in de vorm van een formatieplaatsenplan per afdeling/zorgprogramma. Per patiëntengroep wordt gekeken welke en hoeveel capaciteit(en) er nodig zijn om het aantal afgesproken patiënten te kunnen behandelen.

Operationele planning

Op het niveau van patiëntengroepplanning (productplanning) worden de capaciteiten per groep/product geroosterd. Hierbij wordt rekening gehouden met fluctuaties in de zorgvraag. Beslissingen op dit niveau liggen op een tijdshorizon tussen 1 week en 3 maanden.

Op het niveau van de individuele patiënt worden de dagelijkse activiteiten uitgevoerd en wordt dagelijks de personele inzet bepaald. Dit vindt plaats aan de hand van boekingen in de agenda.

5.4 Sturingsmiddelen voor het logistieke model

Om het management te ondersteunen in het nemen van zowel strategische, tactische als operationele beslissingen, is binnen de Parnassia Groep een aantal sturingsmiddelen ontworpen. Deze middelen worden hieronder kort beschreven.

Prognosemodel

Het prognosemodel is een actueel overzicht van de productie per zorgprogramma, gespecificeerd in de verschillende producten. Het belangrijkste verschil met de huidige Management Informatie Set (MIS) is dat ook de te verwachten productie op de korte termijn wordt getoond. In het prognosemodel worden per maand de volgende gegevens getoond:

- Prognose: de begroting in vastgestelde aantallen producten. Het gaat hier om een berekend model dat voor een jaar wordt vastgesteld. In de formule om de prognose te berekenen moet rekening worden gehouden met de productie van vorig jaar, de seizoensinvloed, verwachte personele groei, etcetera. De prognose is dus meer dan de jaarbegroting gedeeld door 12 (huidige MIS);
- Aantal te verwachten behandelingen: hier wordt voor de komende 6 maanden het aantal in de psygis agenda gereserveerde producten getoond. Voor de overige maanden wordt het begrootte aantal getoond;
- Realisatie: de werkelijke hoeveelheid gerealiseerde producten.

Masterplanning

De masterplanning is een vaststaand schematisch overzicht waarin de activiteiten van de behandelaren per dagdeel zijn opgenomen. Activiteiten moeten zoveel mogelijk aansluiten en mogen niet interfereren. De masterplanning is het resultaat van het zo doelmatig mogelijk inroosteren van de toegewezen capaciteit per behandelaar. Het overzicht wordt eenmalig vastgesteld en kan daarna (mits 6 maanden van tevoren aangevraagd) worden gewijzigd.

Kenmerken van de masterplanning:

- De planning heeft minimaal zes maanden geldigheid;
- Zo min mogelijk mutaties;
- Wijzigingen zes maanden vooraf doorgeven.

Figuur 3 illustratie masterplanning

behandelaar	mamo	mami	dimo	dimi	womo	womi
SPV A	spreekuur	groen	intake	intake	BalieD	BalieD
PsycholoogA	spreekuur	spr.u.	onderz.	overl.	onderz.	-
PsychiaterA	stand-by	onderz.	spr.u.	stand-	spr.u.	spr.u.
PsychiaterB	spreekuur	huisb.	stand-by	groen	groen	huisbez.
SPV C	intake	spr.u.	BalieD	BalieD	groen	spr.u.
Maatsch.wk	huisbez.	kliniek	-	-	groen	groen
Arts	kliniek	kliniek	kliniek	overl.	-	-
Enz.						

Er zal een afzonderlijke masterplanning per afdeling/zorgprogramma worden ontwikkeld. Voorafgaand aan het opstellen van de masterplanning moet eerst een aantal spelregels worden vastgesteld. Voorbeelden van spelregels:

- Administratie tijd inplannen: wel/niet/hoeveel/hoelang;
- Werktijden per behandelaar vaststellen;
- Overlegmomenten/vergaderingen;
- Hoe om te gaan met no shows en overboeken;
- Vaststellen van de zorgpaden waarin bijvoorbeeld het aantal D311 contacten kan worden ingepland.

Boekingsmodel

Het boekingsmodel is een gedetailleerde invulling van de masterplanning per behandelaar. Het doel is om zeker te stellen dat de verwachte planning en productieafspraken per medewerker worden gerealiseerd. Het boekingsmodel kan worden gezien als een vaststaande agenda volgens standaarden: per dagdeel worden X aantal activiteiten Y, met een tijdsduur Z, ingepland.

Figuur 4 illustratie van een boekingsmodel

mw-er	ma	di	wo
8.30	consult D311	intake	consult D311
9.10	consult D311		consult D311
9.50	consult D311		consult D311
10.30	consult D311	intake	baliedienst
11.10	consult D311		
11.50	consult D311		
12.30			
13.00	groep	intake	
14.00			
14.30			
15.00		BO's	
15.30		BO's	
16.00		BO's	

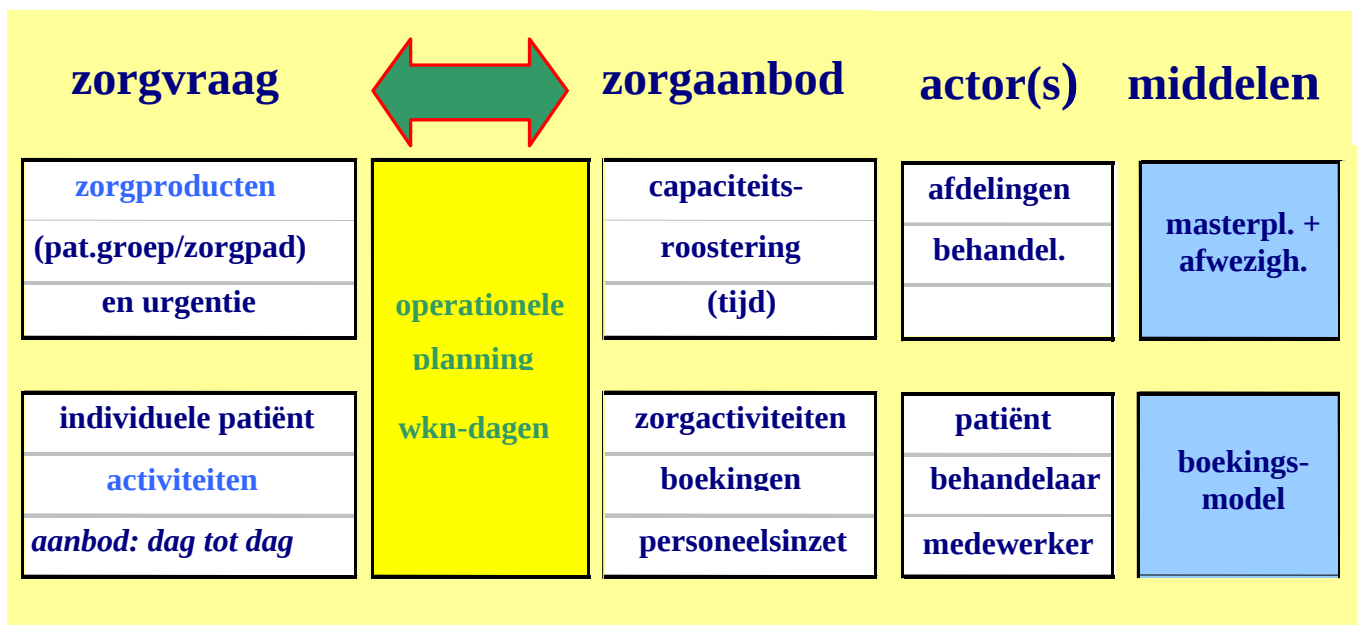
Het boekingsmodel wordt ingevuld door de leidinggevende van een zorgprogramma.

5.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk is het logistiek model voor de divisie Psychiatrie uitgewerkt aan de hand van het raamwerk voor productiebesturing. Door het ontwikkelen van een aantal sturingsmiddelen (prognosemodel, masterplanning en het boekingsmodel) kunnen management en medewerkers worden ondersteund in logistieke beslissingen t.a.v. capaciteitsbeheer en planning. Op deze manier kan een meer pro-actieve sturing plaatsvinden op de input van de patiënt (zorgvraag) en de output van de geleverde zorg (productie).

In de volgende hoofdstukken van deze scriptie maak ik de overstap van het theoretisch kader van zorglogistieke bedrijfsvoering naar de toepassing van het zorglogistieke model in de praktijk van de divisie Psychiatrie. Ik richt me daarbij vooral op de *operationele planning* uit het raamwerk voor productiebesturing en de daarbij horende sturingsmiddelen, waarbij in hoofdstuk 6 de aanbodkant van het model in kaart wordt gebracht aan de hand van een analyse van de huidige waardeketen. In hoofdstuk 7 breng ik de vraagkant in beeld aan de hand van zorgpaden voor enkele patiëntengroepen. In hoofdstuk 8 passen we het logistieke model toe op één van de afdelingen in de divisie Psychiatrie en hoofdstuk 9 bevat aandachtspunten voor de implementatie van dit model.

Figuur 5 Toepassingsgebied logistieke model in deze scriptie



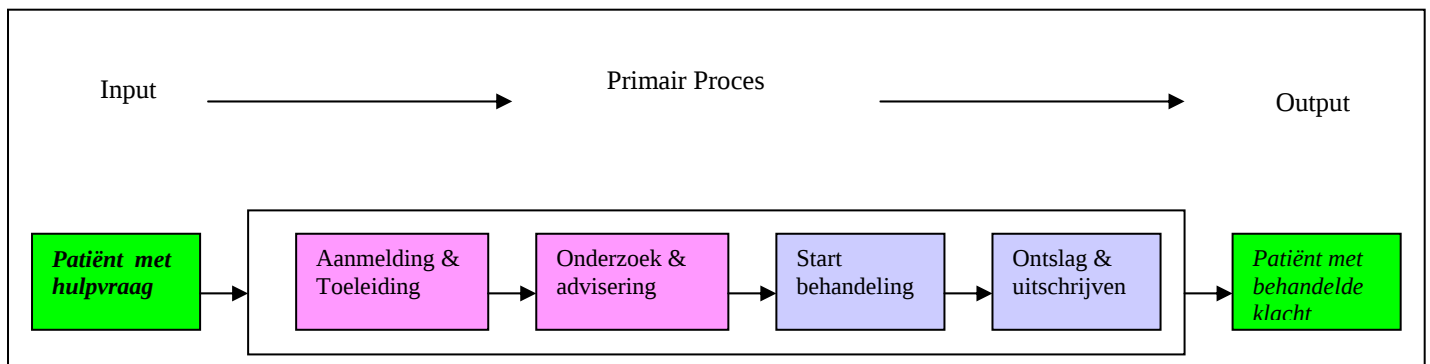
6. Van theorie naar praktijk: het zorgaanbod in het logistieke model

In dit hoofdstuk zal een deel van het logistieke model dat in hoofdstuk 5 is beschreven nader worden uitgewerkt aan de hand van drie primaire activiteiten uit het waardeketenmodel van Porter (1985) en wordt getoetst of het mogelijk is om een herontwerp voor de ambulante ouderenpsychiatrie te maken op basis van een indeling in patiëntengroepen. Daarvoor zal zoveel mogelijk gebruik worden gemaakt van voorhanden cijfermateriaal. De reden om voor de ambulante ouderenpsychiatrie te kiezen is dat het merendeel van onze patiënten ambulant wordt behandeld (89%). Van de overige is 7% klinisch en 4% deeltijd.

6.1 Analyse van de waardeketen

De waardeketen of het zorgproces voor de ambulante ouderenpsychiatrie in de divisie Psychiatrie ziet er op hoofdlijnen als volgt uit:

Figuur 6 Hoofdprocessen waardeketen ouderenpsychiatrie

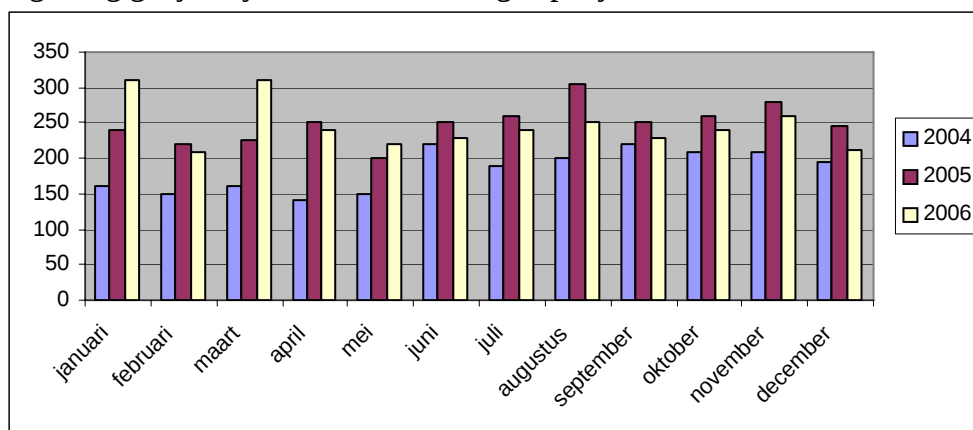


In het model van Porter wordt onderscheid gemaakt in drie primaire activiteiten:

- Inkomende logistiek
- Operaties
- Uitgaande logistiek

6.2 Inkomende logistiek

Aanmeldingen vinden plaats bij de centrale aanmelding en toeleiding (CAT) van de Parnassia Groep. Het aantal aanmeldingen van ouderen in de divisie Psychiatrie is in 2005 en 2006 nagenoeg gelijk, bijna 3000 aanmeldingen per jaar.



De verwijzingen naar de divisie Psychiatrie vinden in het merendeel van de gevallen plaats door de huisarts (65%), door algemene ziekenhuizen (9%) en V&V instellingen (5%). De resterende verwijzingen komen via overige verwijzers binnen (o.a. politie) of via interne verwijzingen. Van het aantal aanmeldingen is ongeveer eenderde man en tweederde vrouw. Dat is een stabiel gegeven over de jaren heen. Ruim 85% is 65 jaar of ouder. Opmerkelijk is de toename in de leeftijd 66-75 jaar (van 20% in 2004 naar 25% in 2006, ruim 150 patiënten méér).

De verwijzing kan zowel intern als extern zijn. De externe verwijzingen worden via de Centrale Aanmelding en Toeleiding van Parnassia naar de ambulante afdelingen gestuurd. De interne verwijzingen worden via de mailbox van het afdelingssecretariaat aangemeld. De uitgeschreven patiënten die opnieuw hulp nodig hebben komen weer via de CAT op een afdeling terecht. Vanuit de CAT vindt verwijzing naar een ambulante afdeling plaats op basis van de postcode (subregionale indeling in 4 ambulante centra).

Per week worden ongeveer 60 patiënten aangemeld. Per ambulant centrum is dit gemiddeld 15 per week. Bovenstaande grafiek laat zien dat er niet echt sprake is van een duidelijk patroon in de aanmeldingen op maandbasis (bijv. een seizoenspatroon). Voor de planning betekent dit dat flexibel ingespeeld moet kunnen worden op de aanmeldingen.

De belangrijkste aanmeldklachten in 2006 zijn de volgende:

- Cognitieve stoornissen (n=1481, = 49,9%)
- Stemmingsklachten (n=542, = 18,3%)
- Psychotische klachten (n=133, = 4,5%)
- Angstklachten (n=131, = 4,4%)
- Gedragsklachten (n=101, = 3,4%)
- Geen klacht bij patiënt, hulp bij anderen (n=206, = 6,9%)
- Overige klachten (n=372, = 12,5%)

Deze percentages komen nagenoeg overeen met de gegevens van 2004 en 2005, dus redelijk stabiel.

Tussen de ambulante afdelingen komen verschillen voor in aantallen aangemelde patiënten. De tabel geeft een overzicht van de nieuwe en hernieuwde contacten in 2005 en 2006 per afdeling.

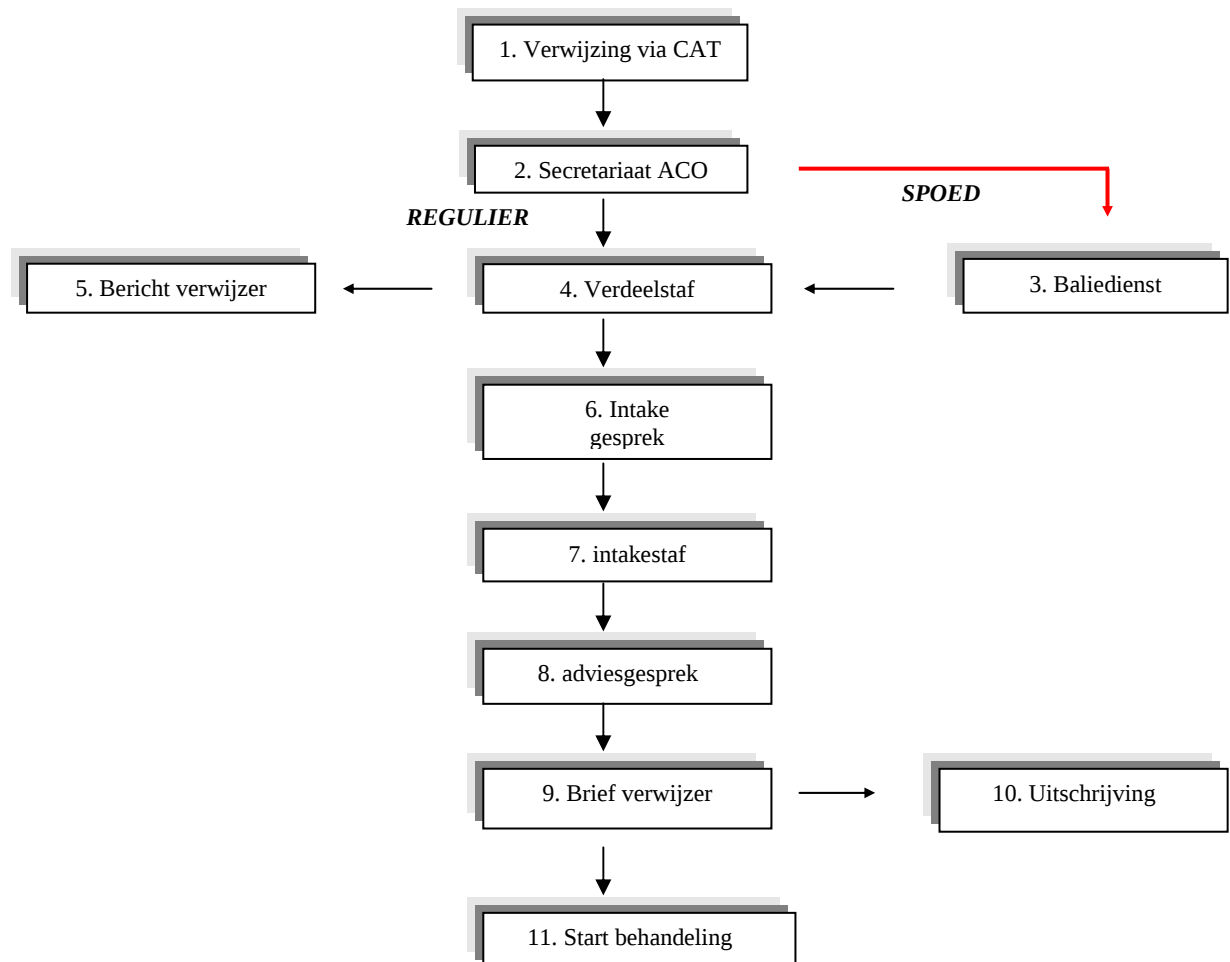
Tabel 7 Aantal nieuwe en hernieuwde contacten

(her)nieuwd contact	West	Zuid	Noord	HR	totaal
2005	615	741	581	911	2848
2006	577	693	549	888	2707

Op basis van het aantal aanmeldingen van ouderen bij de divisie Psychiatrie en de aard van de aanmeldklachten is er alle reden om in potentie gunstige effecten van zorglogistiek te verwachten.

6.3 Operaties

Het proces van aanmelding& toeleiding tot aan de start van de behandeling laat zich in de volgende stappen weergeven die in de huidige situatie voor iedere patiënt worden gevolgd :



1. Verdeling aanmeldingen

Iedere dag worden de intake's verdeeld aan de medewerkers die intakes bij patiënten afnemen. De verdeling vindt plaats op basis van de vraag van de patiënt en de beschikbare capaciteit bij medewerkers. Bij de verdeling wordt nagegaan of de medische verwijsgegevens compleet zijn. Voor alle patiënten is het gewenst dat er gegevens zijn over recent labonderzoek, relevante specialisten brieven en een uitdraai uit het journaal van de huisarts. Voor de patiënten met PG problematiek is het noodzakelijk dat er recente labgegevens bekend zijn (zie PG protocol).

Bij het ontbreken van bovengenoemde gegevens gaat er een standaard brief naar de verwijzer waarin het belang van deze informatie uitwisseling wordt toegelicht. Hiervan wordt een aantekening gemaakt in het EPD / niet productie gebonden rapportage.

2. Crisis/spoed

Indien een patiënt, al dan niet bekend bij een ambulant centrum ouderenpsychiatrie (ACO), in crisis raakt, is het aan de baliedienst om de situatie te beoordelen en hier zonodig actie op te ondernemen. Het aantal crisiscontacten per jaar varieert.

Tabel 8 Crisiscontacten ambulante afdelingen ouderen

crisiscontacten ACO's	West	Zuid	Noord	HR	totaal
2004	473	559	284	455	1771
2005	654	675	283	704	2316
2006	413	381	281	662	1738

3. Bericht aan verwijzer

Na de verdeling en acceptatie door de intaker, gaat er een standaard bericht naar de verwijzer, waarin staat dat de aanmelding is ontvangen, wie de intake zal afnemen, hoeveel tijd de intakeprocedure in beslag zal nemen en op welke termijn de verwijzer nader bericht kan verwachten over de eerste bevindingen. Deze informatie wordt door de verdeelstaf aangeleverd op het secretariaat, die de brief verwerkt en verzendt.

Door zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn normen opgesteld voor aanvaardbare wachttijden. Er zijn normen per wachtfase opgesteld (Treeknormen):

- Aanmelding: De periode tussen de aanmelding en het 1e intakegesprek (norm: < 4 weken, 80% < 3 weken);
- Intake: de periode van de intake. Deze periode eindigt als de indicatie is gesteld en de behandeling kan gaan starten (norm: < 4 weken, 80% < 3 weken);
- Behandeling: De periode tussen het einde intake en start behandeling (norm: < 6 weken, 80% < 4 weken).

Uit de gegevens van de afgelopen drie jaar blijkt dat het de ambulante afdelingen steeds beter lukt om de Treeknorm voor aanmelding te halen. In 2004 werd 74% binnen 4 weken gezien, in 2005 82% en in 2006 is dat 85%. Geconcludeerd moet echter worden dat 15% te lang moet wachten op het eerste contact na aanmelding.

Tabel 9 Wachttijden ambulante afdelingen ouderen

Wachttijden ambulant fase A Treeknormen	2004		2005		2006	
	abs	%	abs	%	abs	%
binnen 3 weken	1309	61%	1541	71%	1779	77%
3-4 weken	274	13%	233	11%	193	8%
4-8 weken	429	20%	287	13%	240	10%
8-12 weken	89	4%	67	3%	49	2%
> 12 weken	58	3%	49	2%	46	2%
totaal	2159	100%	2177	100%	2307	100%

4. Intakegesprek en aanvullend onderzoek

Zodra de intaker de gegevens van de verdeelstaf heeft ontvangen, maakt hij/zij telefonisch een afspraak met de patiënt. Vervolgens vraagt de intaker het secretariaat deze afspraak schriftelijk te bevestigen d.m.v. een standaard uitnodigingsbrief inclusief routebeschrijving.

De intaker laat de verdeelstaf dezelfde dag of uiterlijk één werkdag na ontvangst van de aanmeldgegevens wanneer de afspraak met de patiënt is gepland. Op basis van de gegevens die verkregen zijn van de verdeelstaf wordt de intake afgenomen door de intaker volgens het format dat in het EPD staat. Het intakegesprek vindt plaats op het bureau, tenzij er indicaties (zoals verminderde mobiliteit) zijn voor een huisbezoek.

Als er sprake is van PG problematiek wordt standaard een CST-test afgenomen om cognitieve problemen vast te stellen. Na het eerste intakegesprek vindt zowel bij PG problematiek als bij psychiatrische problematiek overleg plaats met de sociaal geriater respectievelijk psychiater over de bevindingen. Vervolgens wordt er een afspraak gemaakt door de intaker voor een consult bij de sociaal geriater/psychiater voor de medische diagnostiek. Intaker zorgt dat het intakeverslag tijdig beschikbaar is zodat de sociaal geriater/psychiater deze informatie kan meenemen in haar beoordeling. Afhankelijk van de eerste inventarisatie van de intaker en de sociaal geriater/psychiater kunnen er andere disciplines betrokken worden. Indien er ook sprake is van systeemproblematiek kan er een consult systeemtherapeut worden gepland. Ook kan een psycholoog aanvullend onderzoek doen m.b.v. vragenlijsten (naar de cognities en eventueel de persoonlijkheid).

Alle afspraken met patiënten worden mondeling afgesproken en schriftelijk bevestigd middels een brief of middels een afsprakenkaart. Het intakeverslag wordt geschreven door de intaker. De bevindingen van de sociaal geriater en de overige betrokken disciplines worden genoteerd bij “aanvullend onderzoek” zodat deze informatie beschikbaar is voor de intakestaf.

5. Diagnostiek en behandelplan

De bespreking van de intake en het aanvullend onderzoek voor de PG en psychiatrische problematiek vindt plaats op vaste tijdstippen. De deelnemers aan de intakestaf ontvangen van het secretariaat een week voor de bespreking de intakeverslagen. Tijdens de bespreking worden de DSM-IV diagnoses en het behandelplan vastgesteld.

Als blijkt dat de patiënt niet optimaal onderzocht of behandeld kan worden op een ambulante afdeling dan kan de intakestaf het advies geven de patiënt door te verwijzen. Indien de patiënt in zorg blijft op de ambulante afdeling dan zal deze na twee maanden opnieuw besproken worden in de multidisciplinaire behandelplanbespreking.

Het resultaat in deze fase is dat er een diagnose wordt gesteld. Verdeeld over alle ambulante afdelingen komen de volgende diagnoses voor. Grofweg kan een onderscheid worden gemaakt in PG en psychiatrie. De categorie nevenpatiënten heeft te maken met het inschrijven van systeemleden (familie, mantelzorg) bij PG-problematiek. Deze is sterk afgenomen de laatste jaren. Het invullen van diagnoses lijkt eveneens beter te gaan, er is altijd nog een groep in onderzoek.

Tabel 10 *Diagnoses ambulante afdelingen ouderen*

Diagnoses Ouderen	2004		2005		2006		verschil
Ambulante afdelingen (totaal)	abs	%	abs	%	abs	%	2004-2006
Cognitieve stoornissen	2.471	32,1%	2.340	33,2%	2.510	34,1%	39
Bijkomende codes (nevenpatiënten)	1.863	24,2%	1.409	20,0%	883	12,0%	-980
Stemmingsstoornissen	1.045	13,6%	1.174	16,6%	1.385	18,8%	340
Andere condities klinische aandacht	478	6,2%	360	5,1%	508	6,9%	30
Psychotische stoornissen/schizofrenie	348	4,5%	426	6,0%	503	6,8%	155
Angststoornissen	172	2,2%	200	2,8%	274	3,7%	102
Pers. Stoornissen/aanpass st.	289	3,8%	330	4,7%	471	6,4%	182
Middelen gerelateerd	114	1,5%	124	1,8%	191	2,6%	77
Niet ingevuld	530	6,9%	382	5,4%	341	4,6%	-189
Overige diagnose	392	5,1%	309	4,4%	303	4,1%	-89
Totaal	7.702	100%	7.054	100%	7.370	100%	-332

6. Adviesgesprek

Het adviesgesprek vindt binnen 1 week na het bepalen van de diagnose en het behandelplan plaats. In het adviesgesprek wordt het behandelplan besproken en indien akkoord door beide partijen ondertekend.

Indien de patiënt niet akkoord gaat met het voorgestelde beleid, worden de wensen van de patiënt geïnventariseerd en teruggekoppeld in de intakestaf, waarna het gewijzigde behandelplan opnieuw met de patiënt wordt besproken.

In het adviesgesprek wordt ook gevraagd of de patiënt akkoord gaat met berichtgeving aan de verwijzer en/of huisarts. Hiervan wordt een aantekening gemaakt in het dossier, bij het verslag van het adviesgesprek.

7. Brief aan verwijzer

Het secretariaat draait de brief voor de verwijzer volgens format Electronisch Patiënten Dossier (EPD) uit en geeft deze ter correctie aan de intaker. Deze brengt de eventuele correcties aan en levert de brief weer in op het secretariaat. Indien de brief volledig is, wordt deze door de intaker en de eindverantwoordelijke arts ondertekend en door het secretariaat verzonden.

8. Start behandeling

Indien een patiënt nog wel een hulpvraag heeft vindt de behandeling plaats op basis van het advies en behandelplan in een van de specialistische zorgprogramma's van de afdelingen.

No Shows

Een belangrijke beperkende factor voor een optimale inzet van personeel is het aantal no shows tijdens de behandeling. In totaal gaat het bij de ambulante afdelingen voor ouderen om 10% van alle afspraken waarbij er sprake is van no show. Onderstaande tabel laat zien dat deze het meest voorkomen bij behandelcontacten en psychotherapie-contacten.

Tabel 11 No show contacten ambulante afdelingen ouderen

% No Shows	West	Zuid	Noord	HR	totaal
Intake	5,35	5,91	7,04	6,02	6,08
Crisis	0,66	1,33	0,88	0,58	0,86
Onderzoek	5,8	2,43	10,74	8,23	6,8
Behandeling	27,65	39,42	30,04	5,90	25,75
Telefonisch	3,08	1,86	0,34	0,18	1,37
Psychotherapie	33,33	15,79	25	10,61	21,18
Totaal	10,40%	15,30%	9,20%	5,10%	10%

6.4 Uitgaande logistiek

Indien een patiënt geen hulpvraag meer heeft, kan de patiënt na bespreking in de intakevergadering weer worden uitgeschreven. Indien er sprake is van enkelvoudige PG-problematiek wordt de patiënt overgedragen aan een case-manager van de V&V sector en valt deze daarmee buiten de verantwoordelijkheid van de Parnassia Groep. De patiënt wordt vervolgens uitgeschreven. De groep patiënten die snel wordt uitgeschreven is relatief groot. In 2006 is ontvangt 40% van de patiënten 5 contacten of minder. Bij de overige, ingeschreven patiënten vindt de start van de behandeling plaats.

6.5 Samenvatting huidige logistiek

De analyse van de waardeketen leidt tot de volgende bevindingen:

1. Op basis van het aantal aanmeldingen van ouderen bij de divisie Psychiatrie en de aard van de aanmeldklachten is er alle reden om in potentie gunstige effecten van zorglogistiek te verwachten.
2. Het aantal aanmeldingen is de laatste jaren redelijk stabiel. Er zijn echter aanzienlijke verschillen per maand te constateren variërend van 210 tot 310 aanmeldingen per maand. Dit stelt eisen aan het flexibel kunnen inspelen op het aantal aanmeldingen per maand en de inzet van personeel hier voor.
3. Het aantal crisiscontacten laat wisselingen door de jaren heen zien. Er moet in de planning rekening worden gehouden met ongeveer 1 crisiscontact per dag (gemiddeld 280 per jaar).
4. De wachttijden voor aanmelding worden steeds beter gehaald in de afgelopen jaren (Treeknorm A). Echter 15% van de patiënten moet te lang wachten op een eerste contact na aanmelding.
5. Over onze 'interne wachttijden' is weinig bekend. Onduidelijk is hoe lang de exacte wachttijden zijn voor intake en behandeling (Treeknormen B en C)
6. Het percentage no shows bedraagt 10% van alle contacten, voornamelijk behandelcontacten en psychotherapie.
7. De groep patiënten die snel wordt uitgeschreven is relatief groot. In 2006 ontvangt 40% van de patiënten 5 contacten of minder
8. Er bestaat geen duidelijk beeld over het verloop van behandeltrajecten (zorgpaden) van verschillende patiëntengroepen.

Met deze kenmerken van de waardeketen dient rekening te worden gehouden bij de operationele productiebesturing van de ambulante afdelingen ouderen.

7. Van theorie naar praktijk: de zorgvraag in het logistieke model

In paragraaf 2.4 is reeds beschreven dat een belangrijke uitdaging in de toepassing van het zorglogistieke model bestaat uit het managen van verschillende patiëntengroepen. In het logistiek model wordt er van uitgegaan dat aan de vraagkant een onderscheid te maken is naar te onderscheiden patiëntengroepen die gekenmerkt worden door verschillende karakteristieken en die een eigen logistieke planning vereisen.

Een aantal voorwaarden wordt gesteld voor de definiëring van patiëntengroepen. De omvang moet voldoende groot zijn, zodat capaciteit kan worden toegewezen aan de patiëntengroep en kan worden gecoördineerd. Daarnaast is het aantal variaties in het behandeltraject binnen een groep beperkt, de groep heeft een hoge mate van voorspelbaarheid in het (medische) capaciteitsbeslag. Dit betekent ook dat patiënten binnen de groep eenzelfde medische urgentie hebben. In paragraaf 3.6 hebben we een overzicht gegeven van een aantal karakteristieken die variatie in zorgprocessen veroorzaken, waarmee in het zorglogistiek model rekening moet worden gehouden. We analyseren deze variatie in zorgprocessen voor de ambulante afdelingen voor ouderen in de divisie Psychiatrie om vervolgens de zorgpaden voor enkele patiëntengroepen uit te werken.

7.1 Variatie in zorgprocessen

Diagnose

Een indeling naar diagnoses kan zinvol zijn om de activiteiten die moeten worden verricht in te delen. Fetter (1983) maakte een indeling in Diagnoses Related Groups en tegenwoordig kenen we in de ggz de Diagnose Behandeling Combinaties (DBC). Met behulp van deze registratie kan worden bepaald welke activiteiten zijn verricht voor welk type diagnosegroepen. Een nadeel is dat in de ggz de DBC's pas vanaf 1 januari 2006 zijn ingevoerd en slechts bepaalde productgroepen zijn gedefinieerd (met name de korter durende behandelingen).

Om die reden volgen we een andere manier van indelen van de diagnosegroepen. Binnen de divisie Psychiatrie kan voor de doelgroep ouderen grofweg onderscheid worden gemaakt in psychogeriatrische- en psychiatrische problematiek. Indien we deze indeling volgen dan komen voor de ambulante afdelingen de volgende diagnosegroepen naar voren. Met deze indeling is 84% van de patiënten in te delen naar diagnose. De categorie overige diagnoses is divers van aard.

Tabel 12 *Diagnoses bij ambulante afdelingen ouderen*

Diagnoses ouderen Ambulante afdelingen (totaal)	2004 Abs	%	2005 abs	%	2006 abs	%	verschil 2004-2006
Cognitieve stoornissen	2.471	47%	2.340	44%	2.510	41%	39
Stemmingsstoornissen	1.045	20%	1.174	22%	1.385	23%	340
Psychotische stoornissen/schizofrenie	348	7%	426	8%	503	8%	155
Angststoornissen	172	3%	200	4%	274	4%	102
Pers. Stoornissen/aanpass st.	289	5%	330	6%	471	8%	182
Overige diagnoses	984	19%	793	15%	1003	16%	19
Totaal	5.309	100%	5.263	100%	6.146	100%	837

Volume

Uit bovenstaande tabel is af te leiden dat het volume op het niveau van alle ambulante afdelingen voldoende groot lijkt te zijn voor de toepassing van het logistieke model. Indien we echter kijken naar de afzonderlijke afdelingen is met de name de diagnosegroep angststoornissen relatief klein. De reden om deze toch te onderscheiden is dat er een flinke toename in deze diagnosegroep te zien is. De reden dat de groep cognitieve stoornissen nauwelijks groeit heeft te maken met een beleidsmatige keuze om vanaf 2005 patiënten uit deze groep sneller over te dragen aan de V&V sector.

Planbaarheid en urgentie

Het onderscheid tussen acute hulpverlening en electieve zorg is hier van belang. Interrupties in de electieve zorg door acute situaties betekent dat het reguliere proces van diagnosticeren en behandelen wordt verstoord. Om dat in de ambulante afdelingen op te vangen wordt gewerkt met een baliedienst die alle crisiscontacten afhandelt. In de meeste gevallen is dit een SPV die dit zelf af kan handelen. In ongeveer de helft van de gevallen wordt een beroep gedaan op een arts. De meeste crisiscontacten komen voor bij patiënten met cognitieve stoornissen.

Duur van het zorgproces

De duur van de behandeling kan sterk variëren. In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van het aantal poliklinische contacten op jaarbasis per patiënt. Opvallend daar in is dat 40% van de patiënten 1-5 contacten ontvangt op jaarbasis. Dat vraagt om een andere logistiek benadering dan de groep patiënten die op jaarbasis 40 of meer contacten ontvangt.

Tabel 13 Aantal contacten ambulante patiënten ouderen

Aantal contacten per patiënt	2004 abs	%	2005 abs	%	2006 abs	%	verschil 2004-2005	verschil 2004-2006	verschil 2005-2006
1-2 contacten	2.279	30%	1.813	25%	1.353	20%	-466	-926	-460
3-5 contacten	1.911	25%	1.609	22%	1.383	20%	-302	-528	-226
6-10 contacten	1.571	21%	1.568	21%	1.478	22%	-3	-93	-90
11-20 contacten	1.155	15%	1.227	17%	1.237	18%	72	82	10
21-30 contacten	296	4%	363	5%	490	7%	67	194	127
31-40 contacten	124	2%	245	3%	265	4%	121	141	20
41-60 contacten	95	1%	191	3%	291	4%	96	196	100
61-80 contacten	53	1%	161	2%	157	2%	108	104	-4
81-120 contacten	48	1%	107	1%	109	2%	59	61	2
121-200 contacten	19	0%	80	1%	77	1%	61	58	-3
201-300 contacten	3	0%	12	0%	14	0%	9	11	2
totaal	7.554	100%	7.376	100%	6.855	100%	-178	-699	-521

Complexiteit

De complexiteit wordt bepaald door verschillende diagnostische activiteiten (standaard of niet), de inzet van meerdere disciplines en de mate waarin meerdere partijen bij de zorg betrokken zijn. Globaal zou een indeling gemaakt kunnen worden in laag, midden en hoog complex. Daarbij is laag complex de toepassing van standaard diagnostiek en behandeling en is bij hoog complex sprake van een grotere diversiteit aan activiteiten. Daarnaast is van belang of andere specialismen worden betrokken bij diagnostiek en behandeling. In dat geval moet in de planning en (logistieke) coördinatie rekening worden gehouden met de beschikbare capaciteit van andere specialismen. Tot slot is van belang of er

sprake is van een cyclisch karakter in de activiteiten, bijv. een halfjaarlijkse beoordeling van de patiënt door een arts of een vaste reeks afspraken bij een psychotherapeut.

Voorspelbaarheid

De voorspelbaarheid is van belang in verband met het aantal handelingen dat moet worden verricht. Onderscheid kan worden gemaakt naar:

- Aantal behandelingen/contacten;
- Behandelduur;
- Routing van patiënten.

We werken dit onderdeel nader uit in paragraaf 7.2

Ontkoppelpunten

Hiermee wordt bedoeld een punt in de behandeling dat de overgang naar een volgende fase van het dienstverleningsproces vormt. Na een ontkoppelpunt treedt een mogelijk nieuwe onderverdeling van activiteiten op, bijv. aanvragen nieuwe diagnostiek, behandeling, klinische opname e.d. Ontkoppelpunten voor de doelgroep ouderen zijn o.a. het adviesgesprek na onderzoek en diagnostiek. Een ander ontkoppelpunt is bijv. de behandelplanbespreking van een patiënt die langdurig in zorg is.

Shared resources

Dit betreft de mate waarin mens en middelen moeten worden gedeeld. Met name bij schaarse resources treden bottlenecks op in het zorgproces. In de ggz gaat het dan vooral over de inzet van schaars voorhanden specialistische kennis van artsen, psychologen en psychotherapeuten. Ook in dit geval moet in de planning en (logistieke) coördinatie rekening worden gehouden met de beschikbare capaciteit van deze disciplines.

Samengevat wordt de variatie in en daarmee de voorspelbaarheid van zorgprocessen bij de ambulante afdelingen voor ouderen beïnvloedt door:

aanmeldklachten en diagnose (complexiteit zorgvraag: psychogeriatric en psychiatrie)

- urgentie van de zorgvraag: van invloed op de planbaarheid
- behandelduur: aantal behandelingen/contacten
- fasering en routing in de behandeling: onderzoek, behandeling, ontslag
- inzet van disciplines op basis van de zorgvraag

7.2 Zorgprogramma's en zorgpaden in de ggz

In paragraaf 4.3 heb ik klinische paden gedefiniëerd en de achtergrond ervan beschreven. Binnen de Parnassia Groep staan klinische paden bekend als zorgpaden, om die reden hanteer ik deze term in het vervolg. In een helder overzicht maakt Joosten (2006) een onderscheid tussen zorgprogramma's en zorgpaden naar specificatie en levering van zorg. In zorgprogramma's staat datgene beschreven dat door een ggz-instelling en de groep van medewerkers aan patiënten of potentiële patiënten wordt aangeboden: diagnostiek en behandeling van depressies, een kliniek voor acute psychiatrie, screening op dementie e.d. Zorgpaden vormen de concrete uitwerking van de zorg die wordt geleverd aan een bepaalde patiëntengroep. Het bevat de uitwerking van de opeenvolgende activiteiten die direct of indirect bij de uitvoering van de patiëntenzorg worden betrokken.

In de ggz wordt al langere tijd aan zorgprogramma's gewerkt (COPS, 1997, Salari, 1998, Verburg, 1999, Salari en Plaisier, 2000, Verburg, 2001). De presentatie is veelal dat voor een omschreven doelgroep de hulpvraag en specifieke diagnostiek wordt beschreven. Daarnaast

worden doelen voor de zorg en mogelijke activiteiten benoemd, evenals de randvoorwaarden waaronder de zorg wordt geleverd. Op deze manier wordt vanuit de vraag en de problematiek van de patiënt een ordening aangebracht in een passend zorgaanbod.

De vertaling van zorgprogramma's naar concrete zorgpaden is voor de ggz relatief nieuw. De laatste jaren staan o.a de verregaande standaardisering van het behandelproces, het resultaat dat met de behandeling wordt bereikt en de kostprijs van het gehele behandeltraject in toenemende mate in de belangstelling. Zorgpaden bieden de mogelijkheid om inzicht te verstrekken in deze onderwerpen.

7.2.1 Principes van zorgpaden

Zorgpaden maken gebruik verschillende methoden om de zorg te beheersen. Centraal in deze keuze is de mate van voorspelbaarheid waarin het probleem, de diagnostiek of de behandeling zich voltrekt. Op basis van de mate van voorspelbaarheid wordt er een drietal methoden onderscheiden:

1. Gestandaardiseerde zorgpaden: een goed voorspelbaar zorgproces op niveau van een patiëntengroep. De interventies en doelstellingen worden gestandaardiseerd op niveau van de patiëntenpopulatie (60%).
2. Patiëntspecifieke klinische paden (customized): het zorgpad is niet uitgeschreven op niveau van de patiëntengroep, maar op het niveau van de individuele patiënt (20%).
3. Case-management: patiëntengroepen die een weinig of niet voorspelbaar verloop hebben, komen hiervoor in aanmerking. Case-management richt zich hierbij op de afstemming van het team voor een specifieke moeilijk voorspelbare patiëntenpopulatie (20%).

In de gestandaardiseerde zorgpaden kan veel profijt worden gehaald uit de zorglogistiek vanwege de hoge mate van voorspelbaarheid. Er hoeft in dit geval niet voor iedere patiënt bedacht te worden wat, gezien de zorgvraag, de meest aangewezen behandeling is. Daarnaast kan in deze zorgpaden direct worden gestart met de meest aangewezen behandeling (matched care) en kan verantwoording worden afgelegd naar patiënten over de resultaten van de behandeling.

Het ontwikkelen van gestandaardiseerde zorgpaden is echter niet eenvoudig. Dat geldt zelfs voor sterk afgebakende patiëntengroepen in de ggz omdat de evidentie voor effectiviteit van behandeling niet bij alle zorgprogramma's in zelfde mate is ontwikkeld en omdat de grenzen tussen doelgroepen en (deel)behandelingen binnen programma's niet eenduidig is. Daarnaast wordt dit in de ggz bemoeilijkt doordat :

- Niet alleen de diagnose het probleem vormt maar er veelal ook sprake is van bijkomende problemen op andere gebieden (huisvesting, werk, schulden enz);
- Veelal multidisciplinair gewerkt moet worden en dat extra overleg vereist;
- Patiënten zich vaak niet zelf aanmelden maar door anderen, al dan niet onder druk, worden doorverwezen.

Ondanks deze complicerende factoren is er ook in de ggz structuur aan te brengen tussen de vraag van de patiënt en het zorgaanbod dat daar op volgt.

7.2.2 Doelen van zorgpaden

De doelen van zorgpaden zijn samen te vatten in verbeteringen op drie terreinen:

a. Service:

Patiënten weten waar ze aan toe zijn: hoe lang duurt behandeling, wanneer zijn de afspraken met een behandelaar, wat is mogelijk vervolg etc. Er wordt geen onnodig beslag op de patiënt

gelegd, doordat in de werkwijze deze niet iedere keer opnieuw zijn verhaal hoeft te vertellen en de patiënt bij doorverwijzingen niet telkens ‘achteraan de rij mag aansluiten’.

b. Kwaliteit

Patiënten ontvangen direct de zorg die noodzakelijk is (matched care) en het gehele behandeltraject ligt eenduidig vast. Hierdoor is het mogelijk om beste manier van zorg te realiseren.

c. Doelmatigheid

Door standaardisatie van het zorgproces is een afname te verwachten van het uitvragen van de patiënt en het vastleggen van informatie bij de intake en is sprake van een betere planbaarheid van behandelafspraken.

Daarnaast kunnen zorgpaden dienen als een belangrijk strategisch instrument voor verschillende stakeholders in de ggz:

- Voor patiënten en verwijzers: het serviceconcept is cruciaal voor het aantrekken en het behouden patiënten: zorgpaden maken het realiseren hiervan gemakkelijker;
- Voor eigen medewerkers: Kwaliteit staat voorop en de tijd voor patiëntenzorg neemt toe;
- Voor financiers: aantoonbaar maken van beheersbaarheid van kwaliteit en kosten: zorgpaden vergroten grip op beide.

7.2.3 Inhoud zorgpaden

De voorgaande principes en doelen zijn te vertalen in onderdelen waar gestandaardiseerde zorgpaden uit zouden moeten bestaan. Algemeen kan worden gesteld dat in een dergelijk zorgpad het volgende is vastgelegd:

- Het behandeldoel en beoogde resultaat;
- Het aantal contacten en de maximale duur;
- De behandelaar(s) per contact;
- In meer of mindere mate van detail: de activiteiten per contact;
- De evaluatiemomenten;
- De administratieve eisen;
- Duur zorgpad en het vervolg.

Op basis van deze gegevens kan de planning van activiteiten plaatsvinden aan de hand van het eerder geschetste logistieke model. De match tussen de vraag van de patiënt en het zorgaanbod wordt gemaakt tussen het ontwerp van de zorgpaden (inhoud) en de beheersing van de capaciteit (logistiek). We werken hieronder ter illustratie en vanwege het doel van deze scriptie voor twee doelgroepen die veel voorkomen bij ouderen in de divisie Psychiatrie, de zorgpaden nader uit: cognitieve stoornissen en stemmingsstoornissen. Dat zal op hoofdlijnen gebeuren, de detailuitwerking is in bewerking in de divisie Psychiatrie.

7.3 Uitwerking zorgpaden

Voor de ontwikkeling van de zorgpaden zijn verschillende methoden toepasbaar. Wij kiezen er voor om dat via twee wegen te doen: enerzijds de analyse van data op grond van historische werkwijze en anderzijds gezamenlijk met professionals de zorgpaden te ontwikkelen. Dit proces is momenteel volop gaande en we geven hier de gegevens van de historische werkwijze weer.

Aantal contacten en duur

Op basis van de historische gegevens is bekend dat er patiënten zijn die zeer weinig contacten met hulpverleners hebben en dat er patiënten zijn die juist heel veel contact hebben met hulpverleners. In paragraaf 7.2 hebben we weergegeven dat in 2006 40% van de patiënten vijf of minder contacten heeft gehad met hulpverleners en dat 9% meer dan 40 contacten heeft gehad. Het ligt voor de hand om aan te nemen dat de zorg die deze patiënten hebben ontvangen inhoudelijk verschilt en als zodanig ook in verschillende zorgpaden is onder te brengen.

De spreiding van het aantal contacten is vanuit logistiek oogpunt interessant. Het maakt voor de planning en de voorspelbaarheid van het hulpverleningsproces nogal verschil uit of kan worden volstaan met drie contacten of een reeks van 10 psychotherapie-contacten moet worden ingepland. Wat de duur van de contacten betreft: deze kennen een maximale duur die is bepaald door de Nza (Ctg). De basis voor de tijdsindeling vormen de onderzoeken naar de tijdbesteding in de ambulante zorg door HHM (1997, 2001). Zo staat voor ene behandel/begeleidingscontact een directe tijd van 30 minuten en 15 minuten voor indirecte tijd (registratie enz).

Voor de analyse kijken we naar de verleende zorg van de ambulante afdelingen voor ouderen in de divisie Psychiatrie. We maken een analyse van het aantal contacten dat heeft plaatsgevonden, de aard van de contacten en de inzet van disciplines daarbij. Deze analyse wordt verderop uitgewerkt.

Behandelaars per contact

Aan de hand van de activiteiten kan een nadere analyse worden gemaakt van de ingezette disciplines. Algemeen kan worden opgemerkt dat bijvoorbeeld psychotherapie en het voorschrijven van medicatie behandelopties zijn die duidelijk gebonden zijn aan een bepaalde discipline: psycholoog, psychotherapeut of arts. Psycho-educatie kan door meerdere disciplines gegeven worden maar zal in de praktijk vooral door behandelaren en SPV/ambulant verpleegkundigen worden gegeven. Bij de behandeling van cognitieve stoornissen en stemmingsstoornissen, vooral bij ouderen, zijn echter meerdere disciplines van belang.

Op basis van deze gegevens kan een eerste indeling worden gemaakt van de zorgpaden. We kiezen daarvoor de indeling naar ernst van de situatie van de patiënt: licht, matig, ernstig. In de praktijk kan het ook relevant zijn om de indeling te maken aan de hand van een enkelvoudige of meervoudige zorgvraag. Een enkelvoudige zorgvraag betekent een vraag om behandeling van een psychiatrisch toestandsbeeld al dan niet in combinatie met complexe psychosociale problematiek. Meervoudige zorgvraag betekent dat er meerdere vragen om begeleiding zijn, die zich op meerdere terreinen bevinden waarbij naast de psychiatrische vraag, vragen geformuleerd worden bijv. op gedragsmatig, lichamelijk of maatschappelijk gebied. Voor het herstel of de stabilisatie van het psychiatrisch toestandsbeeld is begeleiding en/of coördinatie op deze gebieden, naast de behandeling van het beeld zelf, van groot belang. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de rehabilitatie-methode, waarbij voor het welbevinden van de patiënt aandacht voor meerdere levensterreinen cruciaal is.

Activiteiten per contact

Met de registratie van contacten in de ggz wordt tevens in globale termen de daaraan gekoppelde activiteiten weergegeven. Van ieder contact is omschreven welke activiteiten daar onder kunnen vallen en door wie deze mogen worden uitgevoerd (Zie administratieve

richtlijnen cliëntregistratie, 2006). In de DBC-systematiek is hier een verdergaande verfijning in aangebracht, waardoor nauwkeuriger kan worden bepaald welke activiteiten door hulpverleners worden uitgevoerd.

De evaluatiemomenten

Gedurende de behandeling vinden regelmatig evaluaties plaats in de vorm van behandelplanbesprekingen. In zorgpaden kunnen deze vooraf worden gedefinieerd (bijv na 5 face-to-face contacten of ieder half jaar een onderzoek door een arts). Door deze systematisch in te plannen kan ook in de agenda van behandelaren worden aangegeven wanneer evaluaties of bepaalde activiteiten die daar mee samenhangen moet plaatsvinden.

De administratieve eisen

Door de Nza is bepaald dat van ieder contact verslag wordt gedaan in het elektronisch dossier van de patiënt. Er ontbreken echter richtlijnen waaraan deze registratie exact moet voldoen, waardoor hierin nogal veel variatie kan voorkomen. Standaardisatie van de administratieve richtlijnen voorkomt onnodige of dubbele registraties.

Duur zorgpad en het vervolg

Door de duur van zorgpaden te begrenzen wordt een duidelijk begin en eindpunt in de behandeling gemarkeerd. Ervaringen in klinische settings tonen aan dat behandelaren vrij nauwkeurig weten in te schatten hoe lang de duur van een behandeling (in dit geval opname) zal zijn. Actieve sturing hierop heeft aangetoond dat de opnameduur van patiënten kan worden teruggebracht. Eenzelfde benadering is mogelijk in de ambulante behandelsetting met behulp van zorgpaden.

7.3.1 Zorgpaden voor cognitieve stoornissen

Het zorgprogramma geriatrie is gericht op patiënten met geheugenklachten en andere cognitieve dysfuncties, al dan niet gecombineerd met psychische of lichamelijke klachten. Een bijkomend probleem is dat bij ouderen een relatief geringe verstoring in een van de drie elementen van de geriatische trias, psyche, somatiek en sociaal leven, grote gevolgen kan hebben voor het (psychisch) evenwicht.

Doel van het programma:

Optimaliseren cognitie, psychisch, somatisch en sociaal evenwicht; het verbeteren van het algemeen functioneren van de patiënt en het optimaliseren van het steunsysteem. Einddoel is het hervinden van een acceptabel evenwicht voor de oudere zelf en de direct betrokkenen (zorgprogramma geriatrie, divisie Psychiatrie, 2006).

Deze algemene doelstelling is op basis van de analyse die is uitgevoerd op historische gegevens te vertalen in aantallen contacten per patiënt in 2006.

Tabel 14 Analyse van aantal contacten per patiënt in 2006

Cognitieve stoornissen	Aantal Patiënten	%	Aantal contacten	%	gemiddeld contacten
a. licht (1- 5)	466	24%	1434	5%	3,08
b. matig (6-10)	556	29%	4331	14%	7,79
c. ernstig (11-20)	524	27%	7624	25%	14,55
d. zwaar (21-40)	236	12%	6486	21%	27,48
e. langdurig (>40)	128	7%	10589	35%	82,73
Totaal	1910	100%	30464	100%	15,95

Een analyse van het type contacten levert het volgende beeld op voor patiënten met cognitieve stoornissen.

Tabel 15 Analyse van het gemiddeld aantal contacten per patiënt en de verrichtte activiteiten

cognitieve stoornis Type contact	licht 1-5	matig 6-10	Ernstig 11-20	zwaar 21-40	langdurend > 40
Crisiscontact	0,11	0,19	0,37	0,69	1,88
Zorgcoördinatie	0,38	0,84	1,73	3,69	10,22
Bespreking en verslag	0,41	1,70	3,81	6,12	20,70
Intake & screening	1,02	2,17	3,21	3,24	3,13
Psych onderzoek + NPO	0,12	0,46	0,65	1,19	2,04
Behandeling	0,96	2,21	4,62	11,33	39,68
Medicatie	0,00	0,03	0,05	0,16	0,26
Paramedisch	0,00	0,00	0,05	0,14	4,12
Totaal	3,00	7,60	14,49	26,55	82,02

Uit de samenstelling van het type contacten en de activiteiten is een verschuiving zichtbaar in de uitgevoerde zorg. In het begin van de behandeling ligt bij cognitieve stoornissen veel nadruk op onderzoek en screening, later krijgen zorgcoördinatie, behandeling en de inzet van paramedische disciplines meer nadruk. De inzet van disciplines wijzigt met de aard van de activiteiten. Dit is van invloed op de planning van disciplines en het type activiteiten. De zorgpaden voor patiënten met cognitieve stoornissen kunnen als volgt worden ingedeeld.

Tabel 16 illustratie zorgpaden voor cognitieve stoornissen

Zorgpaden cognitieve stoornissen Ambulant						
Naam & kleur zorgpad	Aantal contacten	Activiteiten	Verplichte toevoegingen	Optionele toevoegingen	Discipline	Duur en evaluatie
1. Licht	1-5	Basonderzoek Beknopte screening	Geen		SPV	3 mnd
2. Matig	6-10	Basonderzoek Screening - geheugen - sociaal - lichamelijk - gedragsproblemen Kortdurende behandeling	Geen	Systeem Medicatie	SPV Sociaal geriater Psycholoog	6 mnd
3. Ernstig	11-20	Specifieke medische diagnostiek Aanvullend onderzoek Zelfredzaamheid	Medisch specialistisch onderzoek (MRI, neurologie, internist)	Systeem Medicatie Paramedisch	SPV Sociaal geriater Psycholoog Medisch specialisten	8 mnd
4. Zwaar	21-40	Behandeling van - gedragsproblemen - somatiek - systeemproblemen -	Medicatie Gedragstherapie	Systeem Structurering Dagbehandeling Paramedisch	SPV Sociaal geriater Psycholoog Medisch specialisten	12 mnd
5. Langdurig	> 40	Behandeling van effecten stoornis - gedragsproblemen - ADL/HDL			Verpleging SPV Psycholoog	> 1 jaar

7.3.2 Zorgpaden voor stemmingsstoornissen

Doel van het programma

Het doel van het zorgprogramma is om ouderen met een stemmingsstoornis, maar ook risicogroepen en mantelzorgers zo optimaal mogelijk te behandelen en te begeleiden voor de (omgang met) de genoemde stoornis. Daartoe ondernemen we de volgende activiteiten: behandeling en rehabilitatie, preventie, consultatie en scholing (zorgprogramma stemmingsstoornissen divisie Psychiatrie, 2006).

Deze algemene doelstelling is op basis van de analyse die is uitgevoerd op historische gegevens te vertalen in aantallen contacten per patiënt in 2006.

Tabel 17 Analyse van aantal contacten per patiënt in 2006

Stemmingsstoornissen	aantal patiënten	%	aantal contacten	%	gemiddeld contacten
a. licht (1- 5)	121	11%	384	1%	3,17
b. matig (6-10)	148	13%	1200	2%	8,11
c. ernstig (11-20)	279	24%	4242	8%	15,20
d. zwaar (21-40)	250	22%	7320	14%	29,28
e. zeer zwaar (41-80)	176	15%	9970	18%	56,65
e. langdurig (>80)	349	30%	40914	76%	117,23
Totaal	1147	100%	54.060	100%	20,95

Een analyse van het type contacten levert het volgende beeld op voor patiënten met stemmingsstoornissen.

Tabel 18 Analyse van het gemiddeld aantal contacten per patiënt en de verrichtte activiteiten

Stemmingsstoornis	licht	matig	ernstig	zwaar	zeer zwaar	langdurend
Type contact						
Crisiscontact	0,04	0,08	0,17	0,50	0,92	1,70
Zorgcoördinatie	0,15	0,42	1,07	2,14	3,92	9,20
Bespreking en verslag	0,45	1,53	2,47	5,19	9,67	28,00
Intake & screening	0,57	1,60	1,58	1,64	2,50	5,20
Psych onderzoek + NPO	0,44	0,61	1,20	1,54	1,83	6,70
Behandeling	1,43	4,12	7,97	16,93	29,17	77,90
Psychotherapie	0,02	0,17	0,18	0,68	2,83	7,30
Medicatie	0,05	0,04	0,17	0,19	0,75	8,00
ECT/lichttherapie	0,00	0,00	0,00	0,10	0,00	0,70
Paramedisch	0,00	0,00	0,00	0,14	4,17	0,00
Totaal	3,15	8,57	14,81	29,06	55,75	144,70

Uit de samenstelling van het type contacten en de activiteiten is net als bij cognitieve stoornissen een verschuiving zichtbaar in de uitgevoerde zorg. Daarnaast is duidelijk te zien dat het type activiteiten en de inzet van disciplines daarbij verschilt van de inzet bij patiënten met cognitieve stoornissen (bijv. psychotherapie en ECT/lichttherapie). Op basis van de voorgaande indeling kunnen zorgpaden voor stemmingsstoornissen als volgt worden ingedeeld.

Tabel 19 illustratie zorgpaden voor stemmingsstoornissen

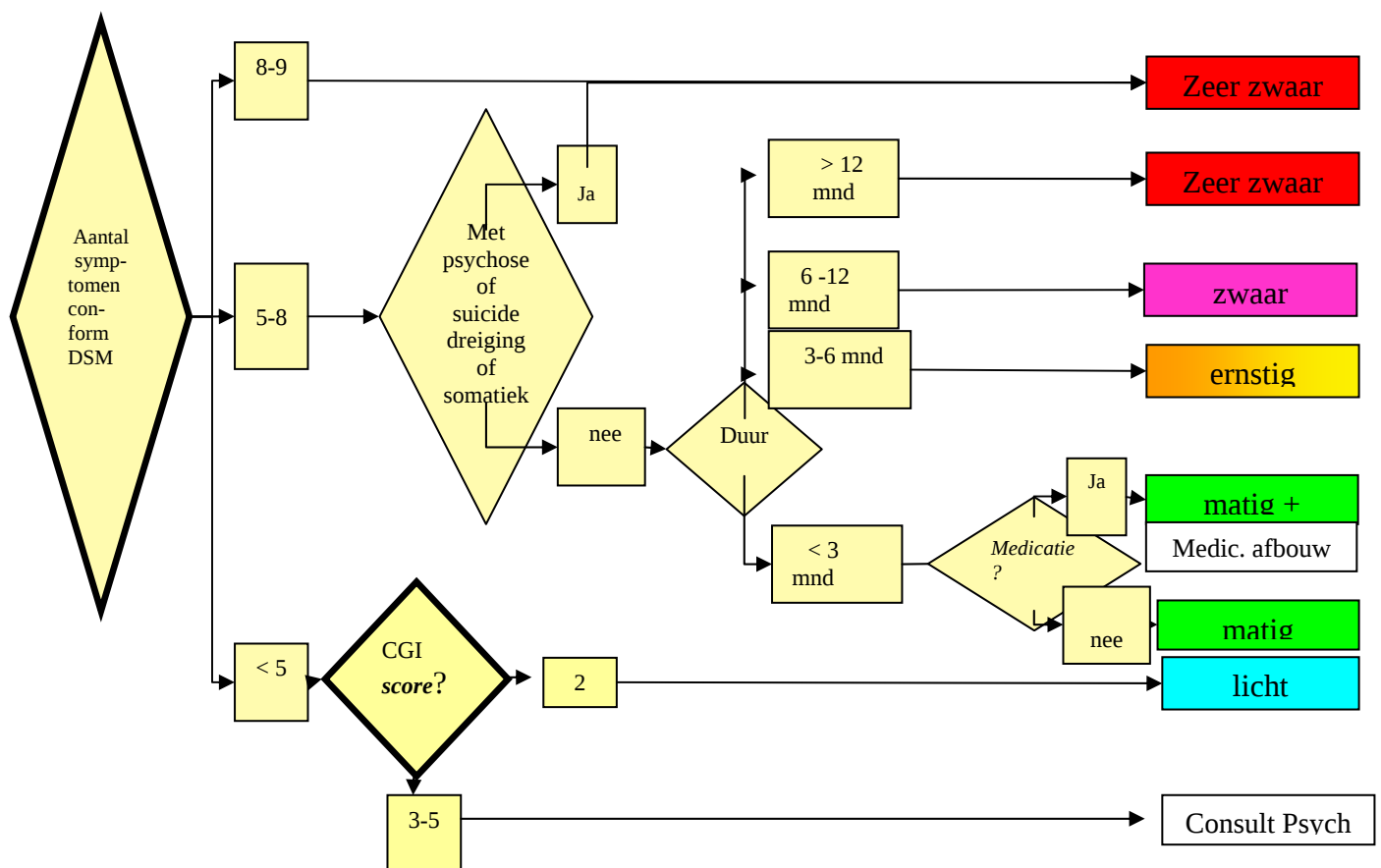
Zorgpaden Stemmingsstoornissen Ambulant						
Naam & kleur zorgpad	Aantal contacten	Activiteiten	Verplichte toevoegingen	Optionele toevoegingen	Discipline	Duur en evaluatie
1. Licht	1-5	Steunende begeleiding en probleemoplossende therapie			SPV	2 mnd
2. Matig	6-10	Kortdurende geprotocolleerde psychotherapie	Somatische screening		SPV Psycholoog Psychotherapeut	3 mnd
3. Ernstig	11-20	Groepstherapie met IPT of CGT Individueel contact behandelaar	Somatische screening NPO	Sociale vaardigheden 'Running'	SPV Psycholoog Psychotherapeut arts	4 mnd
4. Zwaar	21-40	Individuele therapie IPT of CGT	Medicatie Ondersteuning SPV/MW enz Psycho-educatie	crisisplan	SPV/MW Psycholoog Psychotherapeut psychiater	6 mnd
5. Zeer zwaar	40-80	Specialistisch groepsprogramma Individuele therapie Medicatie	Systeem Psycho-educatie Crisisplan	Biologisch (licht, ECT)	SPV/MW Psycholoog Psychotherapeut psychiater	6-12 mnd
6. Langdurig	> 80	Medicatie en individuele therapie Ondersteuning Zorgcoördinatie Crisisplan	Systeemstructurering PAZT		PAZT Psychiater	> 12 mnd

7.4 Toewijzing aan zorgpaden

We hebben voor twee zorgprogramma's de inhoud van zorgpaden geïllustreerd. De volgende stap is dat ook de processen die leiden tot toewijzing aan een zorgpad moeten worden gedefinieerd. Een dergelijke beslissing kan worden genomen op basis van evidentie (evidence based) en op basis van praktijkervaring (practice based). Bij deze besluitvorming kan op basis van een beslisboom worden bepaald in welk zorgpad een patiëntvraag thuis hoort.

Een voorbeeld van een dergelijke beslisboom voor de zorgpaden van stemmingsstoornissen wordt onderstaand weergegeven. Deze dient ter illustratie van het zorgprogramma stemmingsstoornissen voor ouderen.

Figuur 7 illustratie beslisboom stemmingsstoornissen ambulant



7.5 Samenvatting

De meest bepalende factoren voor de toepassing van het logistieke model voor de divisie Psychiatrie bestaat enerzijds uit de karakteristieken van het zorgproces (o.a. urgentie, voorspelbaarheid en planbaarheid) en de vertaling daarvan in het logistieke model. Anderzijds wordt de toepassing sterk bepaald door de inhoudelijke invulling van de zorg op basis van de vraag van de patiënt. In dit hoofdstuk zijn ter illustratie voor twee doelgroepen zorgpaden uitgewerkt op basis van historische gegevens. Deze zorgpaden hebben een generiek karakter voor een patiëntengroep (standaardisatie), op individueel niveau zal daarin nog variatie kunnen voorkomen (maatwerk). De zorgpaden bieden de mogelijkheid voor een optimaal capaciteitsgebruik door standaardisering van zorg. In het volgende hoofdstuk wordt de toepassing van het logistieke model bij een van de ambulante afdelingen van ouderen uitgewerkt.

8. Resultaat: toepassing van het zorglogistieke model

In hoofdstuk 5 hebben we het logistieke model ingericht en een aantal sturingsmiddelen uitgewerkt. In hoofdstuk 6 hebben we het logistieke model verder ingevuld aan de hand van gegevens die samenhangen met het waardeketenmodel van Porter en vervolgens in hoofdstuk 7 een indeling gemaakt van herkenbare patiëntengroepen en behandeltrajecten geïllustreerd in zorgpaden. Concreet zijn daarmee drie instrumenten ontwikkeld voor zorglogistieke bedrijfsvoering in de divisie Psychiatrie:

- Een raamwerk voor productiebesturing (strategisch);
- Een model voor capaciteitsplanning (operationeel);
- Zorgpaden voor patiëntengroepen (zorginhoud).

De centrale gedachte achter dit instrumentarium is sterk gebaseerd op de LEAN-benadering: zodanig inrichten van het zorgproces dat dit maximaal waarde toevoegt voor de patiënt.

In dit hoofdstuk gaan we na wat het resultaat is van de toepassing van het operationele deel van het logistieke model in de divisie Psychiatrie Parnassia.

8.1 Opzet van een pilot

Voor de toepassing van het onderdeel capaciteitsplanning in het logistieke model wordt exploratief een pilot uitgevoerd in een van de ambulante afdeling ouderen in de divisie die loopt van 1 januari t/m 1 mei 2007. Doel hiervan is dat de afdeling wordt ondersteund in logistieke beslissingen ten aanzien van capaciteitsbeheer en planning op operationeel niveau.

Door het ontwikkelen van enkele sturingsmiddelen (prognosemodel, masterplanning en boekingsmodel) kan er een pro-actieve sturing plaatsvinden op vraag waarmee een patiënt is aangemeld en de inzet van medewerkers op basis van deze vraag. Op operationeel niveau worden maandelijks prognoses gemaakt ten aanzien van de te verwachten vraag-, productie- en aanbodontwikkelingen. Het maken van deze productieprognoses is mogelijk, doordat de zorg wordt gestandaardiseerd en op de langere termijn wordt ingepland.

In de pilot is de aandacht specifiek gericht op de intakefase van patiënten. In grote lijnen komt het er op neer dat na de aanmelding van een patiënt contact met hem/haar of diens verwijzer wordt opgenomen door de verdeelstaf bij de ambulante afdeling. In dit eerste telefonische contact wordt een aantal zaken nader uitgevraagd (urgentie, we/geen huisbezoek en aard van de problematiek). In geval van spoed en hoge urgentie handelt de baliedienst de aanvraag af. Is er sprake van electieve zorg dan vindt op grond van deze informatie verdeling plaats naar de groep medewerkers die intakes uitvoert en wordt een vaste reeks van 5 gesprekken en onderzoeken ingepland. Het laatste contact bestaat uit een adviesgesprek en leidt tot een behandelplan indien verdere behandeling noodzakelijk is dan wel tot ontslag als de vraag van de patiënt is beantwoord.

8.2 Meting van de resultaten

Voorafgaand aan de start van de pilot is een nulmeting gehouden. In mei en in september 2007 zal een tussentijdse evaluatie worden gehouden, volgens dezelfde parameters. Op de andere ambulante afdelingen wordt eenzelfde nulmeting en tussentijdse evaluaties op dezelfde manier uitgevoerd.

Vastgestelde parameters:

1. Wachtijd intake periode jan – april 2007
2. Wachtijd behandeling periode jan – april 2007
3. Aantal wachtenden intake periode jan – april 2007
4. Aantal wachtenden behandeling periode jan – april 2007
5. Gerealiseerde productie versus begrote productie periode jan – april 2007
6. Ziekteverzuim periode jan – april 2007
7. Percentage No Shows periode jan – april 2007
8. Steekproef nemen van de agenda van enkele behandelmedewerkers met als doel het vaststellen van de productiegraad; hoeveel procent van de beschikbare tijd wordt besteed aan het maken van productie.
9. Interviews houden met de behandelmedewerkers (parameter uitsluitend voor de tussentijdse evaluatie)

8.3 Resultaten

De gepresenteerde resultaten op bovenstaande parameters zijn voorlopig en geven slechts een indicatie van het verloop van de pilot gedurende de eerste twee maanden (januari en februari 2007). De gegevens hebben betrekking op het proces van aanmelding tot en met het adviesgesprek en ik vergelijk deze met dezelfde periode in voorgaande jaren.

8.3.1 Kwantitatieve resultaten

Bij de hier gepresenteerde resultaten gaat het steeds om kalenderdagen, niet om werkdagen. Bovendien willen we vooraf reeds opmerken dat het slechts een zeer korte meetperiode betreft die we hier in beeld brengen.

Tabel 20 Overzicht aantal aanmeldingen

Aantal aanmeldingen	2004	2005	2006	2007
Januari	27	29	46	52
Februari	17	17	22	44
Gemiddeld aantal aanmeldingen	22	23	34	48

Gemiddeld zijn er in deze periode 12 aanmeldingen per week, in 2006 was dat gemiddeld 8 aanmeldingen per week. Er is een duidelijke toename te zien van het aantal aanmeldingen per maand in de periode 2004-2007.

Wachtijd intake

Tabel 21 Wachtijd van aanmelding tot intake

Wachtijd aanmelding – intake	Jan 06	Jan 07	Febr 06	Febr 07
Gemiddelde duur	10 dagen	12,6 dagen	12,5 dagen	13 dagen
Kortste duur	0 dagen	0 dagen	0 dagen	0 dagen
Langste duur	42 dagen	27 dagen	31 dagen	34 dagen

De wachtijd van aanmelding tot intake in de maand januari laat een duidelijk verschil zien tussen 2006 en 2007, in februari is dit verschil aanzienlijk kleiner. Voor deze parameter zijn meer gegevens nodig (langere periode) om tot conclusies te komen.

Aantal wachtenden intake en behandeling

Op dit moment bestaan er geen wachtlijsten voor intake of behandeling.

Gerealiseerde vs begrote productie

Aantal intakecontacten

Het aantal intakecontacten is in de periode 2004-2007 duidelijk toegenomen. Dit hangt samen met het toegenomen aantal aanmeldingen en het structureel inplannen van de intakecontacten.

Tabel 22 *Overzicht aantal intakecontacten*

Aantal intakecontacten	2004	2005	2006	2007
Januari	67	120	136	188
Februari	59	85	158	179
Gemiddeld aantal intakecontacten	63	103	147	184

Er zijn in januari en februari 2007 meer intakecontacten verwerkt zonder er meer personeel is ingezet en zonder dat de werkdruk omhoog is gegaan bij de intakekers. De werkdruk bij het secretariaat is wel toegenomen.

Aantal telefonische contacten

Bij de telefonische contacten zien we een soortgelijk patroon als bij de intakecontacten, er is een toename zichtbaar over de jaren heen.

Tabel 23 *Overzicht aantal telefonische contacten*

Aantal telefonische contacten	2004	2005	2006	2007
Januari	188	201	173	228
Februari	99	128	122	153
Gemiddeld aantal telefonische contacten	144	165	148	191

Duur van het proces aanmelding t/m adviesgesprek

Tabel 24 *Duur van het proces aanmelding t/m adviesgesprek*

Aanmelding tot advies	2006	2007 (t/m februari)
Gemiddelde duur	48 dagen	30 dagen
Kortste duur	15 dagen	14 dagen
Langste duur	90 dagen	35 dagen

Een voorzichtige interpretatie van deze gegevens is dat de gemiddelde duur van aanmelding t/m adviesgesprek terugloopt omdat de langdurende intake-trajecten worden bekort door een structurele planning van de afspraken voor dit deel van het proces.

No shows

Uit gegevens van de no shows bij intake is bekend dat dit ongeveer 10% bedraagt. In de eerste periode van de pilot (t/m februari 2007) zijn 3 afspraken afgezegd, hetgeen neerkomt op een no show percentage van 5%.

Huisbezoeken

Om een indruk te krijgen van het aantal afgelegde huisbezoeken is gekeken naar de gegevens voor een toeslag buiten de instelling (een indicator voor huisbezoek). Uit deze gegevens blijkt dat in de eerste maanden van 2007 minder huisbezoeken worden afgelegd. Het gaat hier om de cijfers van de gehele afdeling, ze geven een beeld van de ontwikkeling op dit vlak.

Tabel 25 Overzicht aantal huisbezoeken

Aantal huisbezoeken	2004	2005	2006	2007
Januari	384	504	670	636
Februari	399	485	616	564
Gemiddeld aantal huisbezoeken	392	495	643	600

Ten opzichte van een vergelijkbare periode in 2006 is er een afname zichtbaar van het aantal huisbezoeken. Het streven is om meer bezoeken ‘op kantoor’ te plannen.

Ziekteverzuim

Ik heb ziekteverzuim opgenomen als parameter omdat die een (beperkte) indruk kan geven van de werkdruk bij medewerkers. Ten opzichte van 2006 zijn er in de eerste twee maanden van 2007 geen grote verschillen waarneembaar.

Tabel 26 Ziekteverzuim tijdens de pilot

Ziekteverzuim	2006	2007 (t/m februari)
Januari	5,8%	4,3%
Februari	2,5%	3,1%

8.3.2 Kwalitatieve resultaten

De kwalitatieve resultaten zijn verkregen uit indrukken van planners en boekers en twee evaluaties met de medewerkers van de afdeling.

Voordelen van de pilot

- Er is heel snel contact met patiënt door de verdeelstaf. Onjuiste verwijzingen worden er op deze manier vroegtijdig uitgehaald.
- Regelwerkzaamheden worden afgehandeld door de verdeelstaf, niet door hulpverleners.
- Door snel telefonisch contact wordt veel meer informatie uitgevraagd bij patiënt, kinderen, echtgenoot of huisarts/thuiszorg. Deze informatie wordt vastgelegd in het EPD.
- Patiënten en verwijzers waarderen het positief dat er zo snel contact is.
- De verdeelstaf weet exact wat de intakecapaciteit is. Dit is inzichtelijk in de elektronische agenda van de afdeling.
- Doordat de planner de afspraken maakt ziet deze ook wat logistiek handig is (bijv. plannen van artsenbezoek en intakebespreking).
- Er vinden meer bureaucontacten plaats dan voorheen en minder huisbezoeken. Kinderen zijn vaak bereid om met hun ouders naar de afdeling te komen.
- Het grootste voordeel voor de verdeling is dat er zicht bestaat op welke processen er gaande zijn. Zo wordt er door het gericht bellen met verwijzers en verzorgingshuizen in een vroeg stadium ‘gefilterd’ in de aanmeldstroom. Op deze manier wordt van deze patiënten vroeg in het proces al bepaald dat wij de intake niet gaan doen:
 - vraag naar diagnostiek terwijl de diagnostiek al was afgerond

- vraag om de diagnostiek terwijl patiënt in verzorgingshuis zit, dus hij valt dan onder substitutie
- niet een ieder hoeft 2 keer gezien te worden voor een intake.
- door het bellen hebben wij veel contact met verwijzers, thuiszorg, verzorgingshuizen. Dat is goed voor de acquisitie (positief neveneffect).

Nadelen van de pilot

- Een aantal medewerkers vindt het vervelend dat hun agenda wordt beheerd (ze kunnen het zelf sneller plannen)
- De tijd tussen het volgende gesprek is te kort. Hierdoor wordt het een race tegen de klok en dit gaat ten koste van de kwaliteit.
- Sommige intakekers leggen het liefst zelf het eerste contact. Hierdoor bepalen zij welke info er nog meer nodig is.
- Indien de 1^e afspraak niet door gaat vervalt de hele reeks van geplande afspraken. Het kost extra inspanning deze weer opnieuw in te plannen.
- Er wordt gewerkt met een elektronische agenda i.p.v. de papieren agenda (mogelijke oplossing is de token)

8.4 Resultaten van onze zorgpaden

Met bovenstaande gegevens kunnen nog geen uitspraken worden gedaan over het feitelijk verloop van de logistiek van de zorgprocessen voor verschillende doelgroepen. Daarvoor zijn de aantallen nog te klein. Om een eerste indruk te geven van de toewijzing aan zorgpaden voor psycho-geriatrie (cognitieve stoornissen) en psychiatrie (vrnl. stemmingsstoornissen) dient de volgende tabel.

Tabel 27 Toewijzing aan zorgpaden

Zorgpaden	Psychogeriatric	Psychiatrie
Licht	2	8
Matig	8	0
Ernstig	18	25
Zwaar	0	0
Zeer zwaar	0	4
Langdurig	0	0
Totaal	28	37

Bovenstaande tabel over de resultaten van de toepassing van het operationele deel van het logistieke model zegt nog weinig over de inhoudelijke kwaliteit van de uitvoering van deze processen. Daarvoor is aanvullende informatie noodzakelijk. Wij willen deze, analoog aan Walburg (2001) en Vanhaecht (2002), koppelen aan de volgende gegevens per zorgpad:

- professionele uitkomstmaten (CGI en GAF-score);
- tevredenheid van patiënten (satisfactie-onderzoek);
- kosten van de processen respectievelijk kosten per patiënt.

Op basis van de combinatie van deze gegevens kunnen we daadwerkelijk uitspraken doen over de kwaliteit van het behandelproces en de mate waarin dit waarde toevoegt voor onze klanten (patiënten, verwijzers en financiers)

Dit is een volgende stap in de toepassing van het logistieke model waarbij de inzet van alle professionals noodzakelijk is. Op basis van professionele inzichten en analyse van de huidige werkwijze zullen zorgpaden en uitkomstmaten nader worden geconcretiseerd.

8.5 Samenvatting

In deze scriptie zijn drie instrumenten ontwikkeld voor zorglogistieke bedrijfsvoering in de divisie Psychiatrie:

- Een raamwerk voor productiebesturing (strategisch);
- Een model voor capaciteitsplanning (operationeel);
- Zorgpaden voor patiëntengroepen (zorginhoud).

Hierboven zijn de resultaten van een pilot met capaciteitsplanning en zorgpaden op één van de ambulante afdelingen van de divisie Psychiatrie weergegeven. Weliswaar is er sprake van een korte periode, de resultaten zijn bemoedigend. Op basis van de kwantitatieve gegevens kunnen we slechts zeer voorzichtig zijn met de interpretatie. Duidelijk lijkt wel de inkorting van de gehele intakefase, zonder dat dit tot een toename van de werkdruk bij medewerkers leidt en zonder dat extra personeel wordt ingezet. Echter kwalitatief zijn nu reeds verbeteringen te constateren. Met name door de snelle contacten met verwijzers en de matching van de vraag van de patiënt met het aanbod van de afdeling. Door deze manier van werken te volgen krijgen we goed zicht op de processen die er gaande zijn rondom de intakeprocedure. Zowel intern als extern. Dit levert een schat aan waardevolle informatie op om verbeteringen te bewerkstelligen en te implementeren.

Bij het formuleren van de te bereiken doelstellingen voor het logistieke model is nadrukkelijk gekeken naar de eerder genoemde knelpunten in de huidige logistiek van de divisie Psychiatrie (zie hfst 5 en paragraaf 6.5). Op basis daarvan is een onderscheid gemaakt in resultaten voor de patiënt en resultaten voor de organisatie. Deze zijn op basis van de huidige ervaringen als volgt weer te geven

Resultaten voor de patiënt:

- Meer patiëntgerichte zorg, in plaats van aanbod gestuurde zorg. “Uw vraag is onze zorg”;
- Vooraf vastgelegde behandelroutes, waarbij de match tussen de benodigde zorg en de te leveren zorg gegarandeerd is;
- Een grote leveringsbetrouwbaarheid van zorg;
- Een snellere doorlooptijd indien dit medisch wenselijk is;
- Minder mutaties in afspraken door de zorgaanbieder;
- Duidelijkheid omtrent verwachtingen en inhoud zorg gedurende het hele traject.

Resultaten voor de organisatie:

- Rust bij medewerkers door voorspelbaarheid en evenwichtige planning (realistische caseload!);
- Voorspelbaarheid van zorgvraag, productie en zorgaanbodontwikkelingen wordt vergroot;
- Oorzaken van afwijkingen in de productie worden inzichtelijk waardoor een objectieve sturing mogelijk wordt;
- Sturen op formatie is snel mogelijk, omdat de te leveren zorgcapaciteit inzichtelijk is;
- Meer grip op de productieketen (doorlooptijden en wachttijden);
- Het voortijdig matchen van zorgaanbod en zorgvraagontwikkeling;
- Hogere bezettingsgraden resulterend in een productiestijging;
- Ondersteuning leidinggevenden vanuit centrale planning in het bewaken en behalen van productie.

9. Implementatie van het zorglogistieke model

De invoering van een zorglogistiek model in combinatie met zorgpaden heeft verstrekkende gevolgen voor een ggz-organisatie. Naast de algemene dimensies van veranderingsprocessen (zie hiervoor o.a. Kotter, 1997 en Moen & Ansems, 2004), is een aantal specifieke aandachtsgebieden te benoemen bij het onderwerp zorglogistieke bedrijfsvoering. Interessant om naar te verwijzen in dit verband is de scriptie van H. de Veen (2001), waarin een logistiek gereedschapskist voor de ggz wordt beschreven. Echter naast een technologische invulling van zorglogistiek, dient rekening gehouden te worden met de kenmerken van een professionele organisatie in de ggz. Immers een groot deel van de activiteiten in de ggz is gebaseerd op mensenwerk. Ik kom op basis van onze ervaringen tot een nadere concretisering op de volgende gebieden:

- Medewerkers
- Processen
- Organisatie
- Systemen

9.1 Gevolgen voor medewerkers

De invoering van een zorglogistiek model en zorgpaden heeft directe gevolgen voor de betrokken medewerkers die de zorg aan patiënten leveren. In onderstaande tabel hebben we een aantal wijzigingen op een rij gezet die de transitie in de tijd aangeven.

NU	STRAKS
Zelf afspraak plannen	Centrale agendavoering
Eigen baas over agenda	Afspraken over agenda-indeling
Met patiënt behandeldoel en -resultaat vaststellen	Behandeldoel en resultaat zijn al gedefinieerd
Zelf bepalen wanneer behandeling afloopt	Het ligt vast wanneer behandeling afloopt
Verantwoorden waarom de behandeling eindigt	Verantwoorden waarom de behandeling moet doorgaan

Uitgangspunt bij de geïntroduceerde veranderingen is dat de inhoud van de zorg leidend is. Echter zowel vanuit de inhoud als vanuit de bedrijfsvoering kunnen de gevolgen als volgt worden weergegeven:

- De deur van de behandelkamer wordt verder geopend;
- Er bestaan geen ‘heilige huisjes’ meer als het gaat om de beste behandeling aan patiënten te bieden;
- Uit de ervaringen tot nu toe blijkt dat de beleving van de werkdruk verbetert, doordat minder tijd besteed hoeft te worden aan registratie, overleg en agendabeheer;
- De medewerkers worden verantwoordelijk gemaakt, voor kosten én kwaliteit. Zij worden daar op aangesproken worden, door patiënt, collega en leidinggevende!
- De prestatie-indicatoren worden geïndividualiseerd in aansprekende termen voor professionals (Bijvoorbeeld het percentage tijd besteed aan patiënten i.p.v. bezettingsgraad).

Betrokkenheid en verantwoordelijkheid professionals

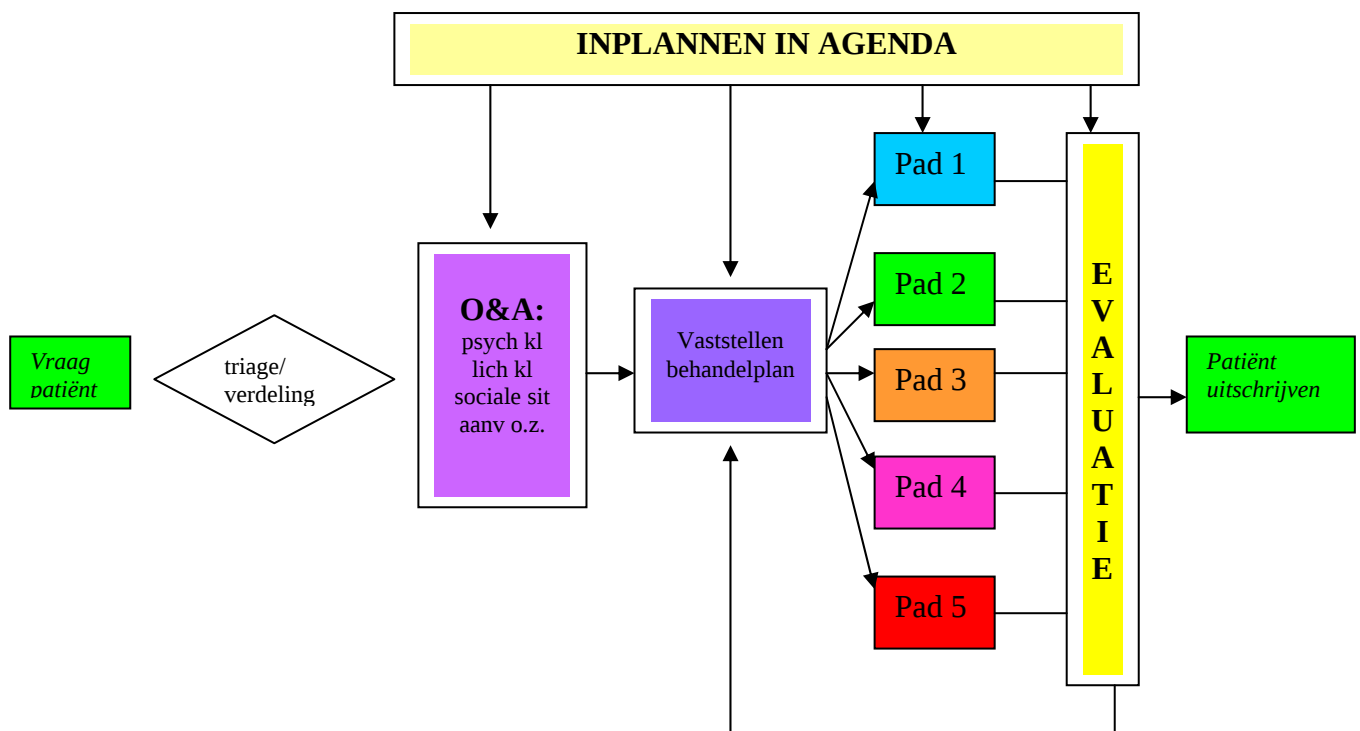
Management en groep medewerkers van programma bepalen inhoud van de zorgpaden en vragenbomen. Dat vraagt om een bottom-up benadering met aandacht voor:

- Meting onder medewerkers en terugkoppeling meetresultaten aan alle medewerkers;

- Medewerkers om feedback vragen over ontworpen zorgpaden en hulpmiddelen, en er iets mee doen;
- Resultaten door invoering zorgpaden expliciet maken en terugkoppelen;
- Onderhouden en verbeteren zorgpaden op basis van ervaringen en input medewerkers.

9.2 Processen

Op grond van het ontwerp van het logistieke model in combinatie met inhoudelijke zorgpaden leidt tot een nieuw ontwerp van de zorgprocessen. Dat ziet er als volgt uit:



Aan het procesontwerp liggen de volgende uitgangspunten ten grondslag:

1. onderlinge afstemming van in het behandeltraject te onderscheiden stappen die de cliënt volgtijdelijk doorloopt;
2. afhankelijk van triage (acuut, urgent en electief) en de aard van het ziektebeeld, varieert de doorlooptijd van de processtappen;
3. Patiënten classificeren en bepalen van patiëntenstromen (= *het behandeltraject van een groep patiënten met vergelijkbare behandelingskenmerken*).
 - medische en niet-medische kenmerken;
 - variatie in de zorgvraag;
 - volgorde van fasen;
 - voorspelbaarheid van traject;
 - grootte van de groep;
 - medische urgentie.

9.3 Organisatie

De positie en inhoud van intake-proces en evaluatie krijgen een andere plaats en functie in de organisatie.

- Intake: triage, geen anamnese meer (die vindt in een later stadium plaats);
- Evaluatie: beoordelen resultaat op basis van tevoren geformuleerde activiteiten en resultaten;

Capaciteitsplanning en –beheer

- Plannings- en boekingstaken beleggen bij een aparte functionaris en concentreren vanwege schaalvoordelen;
- Centrale agendavoering, maar zorgpaden stellen hele andere eisen aan werkwijze en inrichting van de agenda van behandelaars;
- Het optimaliseren van de bezetting van capaciteiten is een complex spel, dat kennis en vaardigheid bij planners vereist (i.c. opleiding en training).

Administratieve organisatie

- Procesbeschrijvingen (A.O.) administratie en behandelaars moeten kraakhelder zijn;
- Aanwijzingen in zorgpaden van de volgende reeks activiteiten;
- Taken, Verantwoordelijkheden en Bevoegdheden van iedere medewerker zijn helder;
- Competenties van medewerkers in kaart brengen om gericht te plannen.

Managementsturing, planning & control

- Prestatiemeting op niveau van zorgprogramma, zorgpad en individuele behandelaars;
- Toetsingskader voor doelstellingen, producten en instrumenten.

9.4 Systemen

Geautomatiseerde systemen zijn onontbeerlijk bij de ondersteuning van zorglogistieke bedrijfsvoering. Zo is een planningsmodule gewenst om de planning te faciliteren en kan een systeem de relevante managementinformatie en prestatie-indicatoren genereren. Om zorgpaden adequaat te ondersteunen kan in het systeem voor behandelaars relevante informatie over het zorgpad genereren (bijv. volgnummer van de afspraak, melding voor het afnemen van een vragenlijst, controle op medicatie enz.).

Algemeen kunnen de volgende systeemeisen worden geformuleerd:

- Weergeven van zorgzwaarte en diagnosekenmerk als cliënttypering;
- differentiatie van toegangstijd per patiëntenstroom;
- bezettingsoverzicht naar beschikbare capaciteit;
- patiënten inplannen op beschikbare zorgcapaciteiten;
- agenda's naar patiëntenstromen en behandelaren;
- autorisatie voor agendaplanning en roostering.

9.5 Samenvatting

Om de implementatie van het zorglogistieke model en zorgpaden succesvol te laten verlopen zijn de volgende adviezen te geven:

- Centrale planning: op divisieniveau voor optimalisatie van capaciteitstoewijzing.
- Decentrale planning: op afdelingsniveau voor optimalisatie van capaciteitsgebruik en flexibiliteit.
- Acute en urgente vraag aparte toegang (voorselectie en triage).
- Gefaseerd vrijgeven van capaciteit.
- Prognosemodel invoeren om de voorspelbaarheid van productie te vergroten.
- Integrale planning i.p.v. éénstapsplanning.
- Masterplanning en boekingsmodel als sturingsmiddelen invoeren.
- Standaardiseren van zorg en bepalen doorlooptijd van zorgpaden.
- Tijd voor 'no-shows' gebruiken voor administratie.

10. Samenvatting en beschouwing

In de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (ggz) is sprake van een aantal ingrijpende veranderingen: overheveling van het eerste naar het tweede compartiment, invoering van de WMO, introductie van de DBC-systematiek, marktwerking en concurrentie tussen zorgaanbieders en vastgoedbeheer wijzigt ingrijpend.

Een belangrijke drijfveer achter deze ontwikkelingen is de betaalbaarheid van de zorg. Doelmatigheid, bij gelijkblijvende kwaliteit en toegankelijkheid, is voor alle zorginstellingen een strategisch vraagstuk in de komende jaren.

Deze scriptie gaat over het toepassen van zorglogistieke bedrijfsvoering en de bijdrage die daarvan mag worden verwacht aan het verbeteren van de doelmatigheid in de ggz. De ervaringen met zorglogistieke bedrijfsvoering in de ggz zijn, althans in de literatuur en op basis van gehouden interviews, beperkt. De noodzaak om ook op logistiek terrein aanpassingen in de ggz door te voeren neemt echter de komende jaren verder toe. Ggz-instellingen staan immers onder aanzienlijke druk om hun capaciteiten efficiënt te gebruiken en hun klantgerichtheid te verbeteren. De afweging tussen efficiënt capaciteitsgebruik en doorlooptijdbeheersing wordt in toenemende mate een expliciet besturingsvraagstuk, terwijl dat in andere sectoren reeds langer gemeengoed is.

Gegeven deze ontwikkelingen luiden de onderzoeksvragen in deze scriptie als volgt:

1. In welke mate kan de divisie Psychiatrie Parnassia met behulp van zorglogistieke bedrijfsvoering een optimale match tussen indicatie en beschikbare capaciteit realiseren?
2. Welke onderdelen binnen de divisie Psychiatrie Parnassia zijn daarvoor het meest geschikt?
3. Welke richtlijnen zijn te geven voor de invoering van zorglogistieke bedrijfsvoering in de divisie Psychiatrie Parnassia?

Om antwoord te geven op deze vragen gebruiken we als conceptueel model het strategisch managementmodel van Johnson & Scholes (2005), waarin drie dimensies worden onderscheiden: strategische analyse, strategische keuze en implementatie. Na een omgevingsanalyse van de ggz en de mogelijkheden voor zorglogistieke bedrijfsvoering in deze sector maken we een keuze voor een zorglogistiek model. Vervolgens worden ter illustratie zorgpaden voor enkele patiëntengroepen uitgewerkt om de match tussen indicatie en capaciteit vorm te geven. Het ontwikkelde logistieke model wordt op operationeel niveau toegepast in een pilot op een van de ambulante afdelingen voor ouderen in de divisie Psychiatrie, hetgeen leidt tot een aantal specifieke aandachtspunten bij de implementatie.

1. Optimale match tussen indicatie en capaciteit

Op grond van de analyses in deze scriptie is de vraag of zorglogistieke bedrijfsvoering in de vorm van capaciteitsmanagement kan leiden tot een optimale match tussen indicatie van de patiënt en de beschikbare capaciteit positief te beantwoorden. Daarbij moet echter wel met een aantal specifieke kenmerken van het werkterrein van de divisie Psychiatrie rekening worden gehouden. Kenmerkend voor de vraag van patiënten is dat er doorgaans geen eenduidige vraag bestaat. Er is sprake van problematiek die is verweven op meerdere leefgebieden en waarbij de inbreng van de patiënt cruciaal is voor de planbaarheid en het verloop van het zorgproces. Om deze reden heeft één van de centrale vraagstukken in deze scriptie betrekking op de mate waarin zorgprocessen stuurbaar en planbaar zijn voor

verschillende patiëntengroepen in de ggz. Gezien de aard van de sector is een focused factory benadering, met een hoge mate van voorspelbaarheid en weinig variatie in de vraag van patiënten, niet direct toepasbaar. De combinatie van zorgpaden en een model voor capaciteitsplanning leidt er echter toe dat structuur kan worden aangebracht in verschillende zorgprocessen en de voorspelbaarheid daarvan kan worden vergroot. Dat is juist waaraan zorglogistiek kan bijdragen: het afwegen van service, kwaliteit en doelmatigheid per patiëntengroep maar ook tussen patiëntengroepen.

2. Welke onderdelen zijn het meest geschikt?

De toepassing van zorglogistieke bedrijfsvoering gaat vooral over het oplossen van problemen in de planning en coördinatie van zorg. Dat is een dagelijks vraagstuk en om die reden hebben we een algemeen zorglogistiek model als uitgangspunt genomen. Dat hebben we vertaald naar de specifieke situatie van de divisie Psychiatrie en we hebben daar een aantal sturingsinstrumenten bij ontwikkeld. De toepassing daarvan hebben we laten zien in de operationele planning omdat daarin verschillende patiëntengroepen met allemaal hun eigen karakteristieken en hun eigen eisen voor urgentie het primair proces doorlopen. Kenmerkend voor de ggz is dat zich een grote spreiding in problematiek voor doet en er voortdurend een sterke persoonlijke component in de hulpverlening een rol speelt. Alleen een diagnose leidt niet tot een enkelvoudige opeenvolging van behandelactiviteiten. Die moeten altijd in een bredere context worden geplaatst. Dit leidt er toe dat er sprake is van een grote mate van onvoorspelbaarheid en veel variatie in het primaire proces. Eén van de manieren om de variatie in zorgprocessen te managen is de toepassing van zorgpaden. In het ideale geval is er sprake van causale relaties tussen de opeenvolgende processtappen in een zorgpad met een grote mate van voorspelbaarheid. Daar is in de ggz zeker niet altijd sprake van. We hebben echter in deze scriptie laten zien dat binnen de ggz patiëntengroepen te onderscheiden zijn waarvoor zorgpaden ontwikkeld kunnen worden. Om processen voor patiënten goed te laten verlopen, is het noodzakelijk om de activiteiten die voor de uitvoering van de zorgpaden nodig zijn goed te plannen en te coördineren. Dat kan efficiënt en effectief plaatsvinden met behulp van het ontwikkelde operationele deel van het zorglogistieke model. Op die manier kan inhoudelijk worden gegarandeerd dat de best mogelijke zorg wordt geleverd en dat deze met een hoog service-niveau wordt geleverd.

Voor de toepassing van zowel zorgpaden als een model voor capaciteitsplanning lijkt om dit moment vooral de electieve zorg in de ggz het meest aangewezen. Die treffen we vooral aan in de ambulante afdelingen van de divisie Psychiatrie. Dat is primair het toepassingsgebied vanwege het hoge volume, de voorspelbaarheid van de vraag en de consensus over de uitkomst van de behandeling. Voor klinische afdelingen ligt het circuitwijzer model van Plexus, met doel- en begeleidend symptomen meer voor de hand vanwege het lagere volume.

In de toekomst wordt (een gedeelte van) het gehele behandeltraject ingeboekt, nadat de diagnose en het bijbehorende zorgpad is vastgesteld. Afhankelijk van de voorspelbaarheid van de patiëntengroep kan het behandeltraject geheel worden gepland of globaal worden gereserveerd. Om het integrale planningssysteem te kunnen integreren in de praktijk zal een bepaalde mate van flexibiliteit moeten worden kunnen gegarandeerd. Zo zal er rekening gehouden moeten worden gehouden veranderingen in de beschikbaarheid van capaciteit, zoals plotselinge afwezigheid van een behandelaar of uitval van apparatuur. Ook kan een verandering van behandelwijze, op verzoek van de behandelaar, een andere inzet van capaciteit vragen. Ons uitgangspunt is dat ongeveer 60% van de patiëntenpopulatie volgens standaardprocedures kan worden behandeld. De overige 40% zal een afwijkend behandeltraject doorlopen.

3. Richtlijnen voor de invoering van zorglogistieke bedrijfsvoering

Zorglogistieke bedrijfsvoering is een jonge loot aan de tak van de besturing van zorginstellingen. De ervaringen die er in de ggz mee zijn opgedaan, zijn beperkt. Naar verwachting zal dat in rap tempo veranderen. De invoering raakt een organisatie op meerdere terreinen en dat vereist dat zorglogistiek een onderdeel op de strategische agenda. In hoofdstuk 9 hebben we een aantal terreinen beschreven die specifieke aandacht behoeven:

- **Medewerkers:** professionals zijn te enthousiasmeren voor inhoudelijke van hun vakgebied. Het creëren van rust voor de eigen beroepsuitoefening in combinatie met de inhoudelijke ontwikkeling van bijvoorbeeld zorgpaden, levert betrokkenheid op en meerwaarde voor de klant en professional. Onze ervaring is dat daar graag een deel van de professionele autonomie voor wordt verruimd.
- **Processen:** invoering van zorglogistiek begint met de vraag wat er gepland en gecoördineerd moet worden. Als het doel en de inhoud van de zorg is bepaald, komt de vraag aan de orde hoe deze het best geleverd kan worden. Dan gaat het over processen en de inrichting daarvan. We hebben uitgewerkt uit welke logistieke kenmerken zorgprocessen bestaan en op welke manier daar in de zorgverlening rekening mee kan worden gehouden (par 3.6). Tot slot komt bij de implementatie de vraag aan de orde wie welke activiteiten gaat ondernemen. Dat vraagt inzicht in competenties van de eigen medewerkers om tot een optimale inzet te komen. Deze beschrijving is mede gebaseerd op het LEAN-principe (doelen formuleren, processen organiseren en mensen toevoegen), dat zich ook uitstekend leent voor implementatie in de ggz.
- **Organisatie:** Dit sluit nauw aan op het voorgaande onderwerp en gaat vooral over de inrichting van de organisatie (structuur, coördinatie en overleg).
- **ICT:** geautomatiseerde systemen kunnen het logistieke zorgproces enorm ondersteunen. Het helpt als er tot in detail kan worden gepland en informatie kan worden geleverd.

Naast de inhoudelijke ontwikkeling van zorgpaden zal de divisie Psychiatrie moeten investeren in de ontwikkeling van het logistiek denken. Zorgpaden bieden de mogelijkheid voor een optimaal capaciteitsgebruik door standaardisering van zorg. Verder zal ook het vraagstuk van de capaciteitsverdeling en planning onderdeel gaan uitmaken van de ondersteunende besturingsprocessen.

Tot slot

Naar mijn overtuiging zal tussen instellingen in de ggz niet de kwaliteit van zorg doorslaggevend zijn maar vooral onderscheidend wordt de manier waarop de zorg wordt geleverd (serviceaspecten als snelheid, toegankelijkheid en doorstroom). Daaraan kan zorglogistiek bedrijfsvoering een belangrijke bijdrage leveren. Wij hebben in een beperkte pilot gezien hoe knelpunten in de huidige logistiek met behulp van capaciteitsplanning kunnen worden opgelost en dat daarmee zowel de toegevoegde waarde voor de klant als de kwaliteit van zorg toeneemt. Bovendien lijkt het er sterk op dat ook de doelmatigheid wordt bevorderd. Dat zijn bemoedigende resultaten die ons er toe verleiden om op het logistieke pad door te gaan.

Geraadpleegde bronnen

Literatuur

- Ansoff, H.I. and R. Brandenburg. *A language for organizational design, parts I and II*. Management Science, August 1971.
- Balestra, W. en J. Wiersma, Zorgen over de circuitafstemming? Verzorg eerst de eigen schakel! Plexus medical group, 2003.
- Berg, M. (ed.). *Health Information Management*. Routledge Health Management Series (eds. M. Berg, R. Huijsman, D. Hunter, J. Øvretveit). Routledge, 2004.
- Bertrand, J.W.M. en G. de Vries. *Logistieke concepten en inzichten voor de ziekenhuisorganisatie*. In: G. de Vries (red.), *Patiëntenlogistiek in ontwikkeling. Inzichten en toepassingen*. De Tijdstroom, Utrecht 1993.
- Birkmeyer JD, Stukel TA, Siewers AE, Goodney PP, Wennberg DE, Lucas FL. Surgeon volume and operative mortality in the United States. *N Engl J Med* 2003; 349: 2117-2127. [pubmed]
- Burger M.P.M. Het belang van patiënten aantallen voor kwaliteit van zorg
- Christopher, M.: Logistics and supply chain management. Strategies for reducing cost and improving service. Financial Times Prentice Hall, 1998.
- COPS (1997). GGZ programma's, dat doe je zo. Utrecht, GGZ Nederland
- De krachten gebundeld. Ambities van de ggz.. Visiedocument GGZ Nederland, 2004
- Fetter, R. B. (1983) *The new ICD-9-CM diagnosis-related groups classification scheme*. HCFA Pub. No. 03167. Health Care Financing Administration. Washington: U.S. Government Printing Office.
- Fetter, R.B., A. Averill, a.o. (1984) *Ambulatory Visit Groups: A Framework for Measuring Productivity in Ambulatory Care*. Health Services Research, 19, 415-437.
- Gawande A. Complicaties. Amsterdam: Arbeiderspers, 2002: 47-59. [Arbeiderspers]
- Grinten, T.E.D. van der. *Sturing door de vraag & sturing van de vraag*. Kanttekeningen bij vraagsturing in de gezondheidszorg. Beleid & Maatschappij, 27 (2000) nr.4, blz. 249-255.
- Johnson G, Scholes K. Exploring corporate strategy. Cambridge: University Press., 2005
- Jones, D.T. en A. Mitchell. Lean thinking for the NHS. Lean Enterprise Academy, London, 2006.
- Jong, de M. Planbaarheid van zorgprocessen. Planbare zorg als randvoorwaarde voor patiëntenlogistiek. Dehora Consultancy groep, 2005. (www.dehora.nl/iframe/plannenalspecialisme.html)
- Joosten, T.C.M., I.B.M. Bongers en B.R. Meijboom. Care programmes and Integrated Care Pathways. To be published 2007.
- Kotter, J.P. (1997). Leiderschap bij verandering. Academic Sevice, Schoonhoven.
- Kroc, R. *Grinding It Out*. Autobiography McDonald's chairman (1903-1984).
- Kremer, P.G.T.M., Verandering van logistieke grondvormen. In: G. de Vries, *Patiëntenlogistiek in ontwikkeling*, De Tijdstroom, 1993.
- Lenssen, P. Naar verbetering van het totale behandelproces. Prismant magazine, nr 20, juni 2005, pp. 15-16.

- Maljers, J.F., Patiëntenlogistiek: de praktische uitwerking van zorgproducten? Uit: Handboek sturen met zorgproducten, 1998.
- Merode, G.G. van. S. Groothuis and A. Hasman. *Enterprise resource planning for hospitals*. International Journal of Medical Informatics. Vol. 73, issue 6, 30 June 2004, pp. 493-501.
- Meijboom, B. Presentatie logistiek opleiding MHBA, 2005.
- Mintzberg, H. *The Structuring of Organizations*. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1979.
- Moen, J. En P. Ansems (2004). Brevet van leiderschap. Reflectie op de eigen managementstijl. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen.
- Oldenkamp, J.H. & Boersma, S.K.Th. (2004). Kennismanagement als bindmiddel. *IT Monitor*, nr. 2, blz. 8-10.
- Pennewaard, K. Wachten – een zorg. Onderzoek naar de doelmatigheid van verwijzingen naar het ziekenhuis. Scriptie MHBA, april 2005.
- Porter, M.E. (1985). *Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*. New York: The Free Press.
- Porter, M.E. & E.Olmsted Teisberg (2006). Redefining health care. Creating value-based competition on results. Boston, Harvard business school press.
- Ross-Van Dorp, Convenant AWBZ, Kamerstuk, 26-8-2004
- Salari, M.A.T. (1998). GGZ in multifunctionele eenheden. Utrecht, GGZ Nederland.
- Salari, M.A.T. en A.J. Plaisier (2000). Zorgprogramma's voor de ouderenzorg. Utrecht, GGZ Nederland.
- Sampson, S.E. and G.M. Froehle. Foundations and implications of a proposed Unified Services Theory. *Productions and operations management*, vol. 15, no 2, 2006, p 329-343.
- Sermeus, W. & Vleugels, A. *Patiëntgestuurde organisatie*, Kluwer: Reeks Management in de Gezondheidszorg, 2002.
- Sermeus, W. & Vanhaecht, K. (2002). Wat zijn klinische paden ? in Themanummer Acta Hospitalia: Patiëntgestuurde zorg in de praktijk. Acta Hospitalia, 3, 5-11.
- Sermeus, W., Giebens, Y., Vanhaecht, K., De Witte, K., Haspeslagh, M., Vleugels, A. Het Vlaams-Nederlands Netwerk Klinische Paden in Themanummer Acta Hospitalia: Patiëntgestuurde zorg in de praktijk. Acta Hospitalia, 2002, 3, 29-39.
- Schmenner, R.W., Plant and Service Tours in Operations Management. Prentice Hall, New Jersey, 1997.
- Skinner W. The focused factory. Harvard Business Review 1974; May-June: 113-120. [Harvard Business Review]
- Sneller Beter 3. www.snellerbeter.nl.
- TPG. *Het kan écht: betere zorg voor minder geld. Sneller Beter – De logistiek in de zorg*. Eindrapportage TPG, 7 juni 2004.
- Treacy, M. & Wiersema, F. (1995). *The Discipline of Market Leaders: Choose Your Customers, Narrow Your Focus, Dominate Your Market*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- Vanhaecht, K., Sermeus, W., Vleugels, A., Peeters, G. Ontwikkeling en gebruik van klinische paden (clinical pathways) in de gezondheidszorg. Tijdschrift voor Geneeskunde 2002, 58, nr. 23, 1542-1552.

Veen, H.H.W. Voor zorg-op-maat naar Taylor? Patiëntenlogistiek in de geestelijke gezondheidszorg. Scriptie MHBA, april 2001.

Verburg, H. (1999). Preventie in programma's. Utrecht, GGZ Nederland.

Verschoor, F. Bedrijfsplan Slimmer werken 2007-2008, Parnassia Groep, 2006.

Vissers, J. *Patiënt Flow Based Allocation of Hospital Resources*. Proefschrift Technische Universiteit Eindhoven, Faculteit Technische Bedrijfskunde. Febo Enschede 1994.

Vissers, J.M.H. *Logistieke processen in zorgbedrijven*. In: Lapré R. en G. van Montfort, *Bedrijfseconomie van de Gezondheidszorg*. Elsevier/De Tijdstroom, Maarssen 1999, pp. 149-165.

Vissers, J.M.H., J.W.M. Bertrand and G. de Vries. *A framework for production control in health care organisations*. *Production Planning and Control*, 2001, Vol. 12, no. 6, 591-604.

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

Vissers, J.M.H. en G. de Vries. Sleutelen aan zorgprocessen. Een visie op zorglogistieke bedrijfsvoering. Inaugurele rede Erasmus Universiteit 1 april 2005.

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

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

Vries, G. de. *Evenwicht in zorgvraag en zorgaanbod; besturing van de afstemming op verpleegafdelingen*. Academisch proefschrift, TU Eindhoven, 1984.

Vries, G. de. *Hoe de bedrijfskunde de gezondheidszorg beter maakt*. Intreerede Technische Universiteit Eindhoven, faculteit Technische Bedrijfskunde, 1994.

Vries, G. de, J.W.M. Bertrand and J.M.H. Vissers. *Design requirements for health care production control systems*. *Production Planning and Control*, 1999, Vol. 10, no. 6, 559-569.

Walburg, J.A. en Brinkmann, J. (red). *Kwaliteit is geen toeval. De praktijk van de kwaliteitszorg in de ggz*. Utrecht, 2001.

Weggeman, M., Kennismanagement: de praktijk. Scriptum, Schiedam, 2000.

Womack, J.P. en D.T. Jones. *Handboek Lean Solutions*. Business contact, Amsterdam, 2006

Zander, K. & Bower, K. *Implementing systems for managing care*. The Center for Case Management, 2000, Boston.

Gesprekken

E. Mulder, directeur Aveant

L. Sevenhoven, stafmedewerker zorgpad-ontwikkeling PsyQ

M. Padberg, manager depressie ambulant PsyQ

T. Joosten, medewerkers kwaliteit GGZ Eindhoven

M. van Alderwegen, directeur Zorgcompagnie

L. Wever, Ministerie VWS

Stuurgroep logistiek divisie Psychiatrie