

De verdeling van patiënten in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo

Een onderzoek naar het aanbod en de verdeling van patiënten in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo, naar de capaciteitsplanning ten aanzien van bedden en personeel, en naar de invloed van seizoensgebonden veranderingen op de capaciteitsplanning.

11 oktober 2006

Eline M. Jeckmans

Universiteit Twente Enschede
Algemene Gezondheidswetenschappen

Begeleider: W.H. van Harten, STeHPS, Universiteit Twente Enschede
Meelezer: E. Bredenhoff, Universiteit Twente Enschede
Opdrachtgever: A.H.J. Klopper, Ziekenhuis Groep Twente, Twenteborg Ziekenhuis

De verdeling van patiënten in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo

Een onderzoek naar het aanbod en de verdeling van patiënten in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo, naar de capaciteitsplanning ten aanzien van bedden en personeel, en naar de invloed van seizoensgebonden veranderingen op de capaciteitsplanning.

11 oktober 2006

Eline M. Jeckmans
Korte Hengelosestraat 18A
7511 JB Enschede
Telefoonnummer: 06-24896524
E-mail: e.m.jeckmans@student.utwente.nl

Universiteit Twente Enschede
Algemene Gezondheidswetenschappen

Begeleider: W.H. van Harten, STeHPS, Universiteit Twente Enschede
Meelezer: E. Bredenhoff, Universiteit Twente Enschede
Opdrachtgever: A.H.J. Klopper, Ziekenhuis Groep Twente, Twenteborg Ziekenhuis

Voorwoord

Voor U ligt het eindverslag van mijn bacheloropdracht voor de opleiding Algemene Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente. Ik begon dit onderzoek met de onderzoeksvraag, *'Hoe gaat het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo in de personele planning om met seizoensgebonden veranderingen?'* Na nader onderzoek en interviews met afdelingshoofden, bleek de oorzaak van de (gevoelde) problemen niet zo zeer bij de vakantieplanning van het personeel te liggen, als wel in het 'misplaatsen' van patiënten. Doordat er in de vakantieperiodes, en voornamelijk in de zomermaanden, minder personeel aanwezig is en er minder capaciteit beschikbaar is (er worden bedden gesloten), doen de problemen zich echter sneller voor in deze periodes dan in de rest van het jaar. Na deze ontdekking ben ik met een frisse kijk naar het probleem gaan kijken en heb ik besloten het onderliggende probleem aan te pakken. Omdat ik me nu niet meer ging richten op vakantieplanning, maar op patiëntenstromen, heb ik hiervoor ook mijn onderzoeksvraag aangepast.

Er zijn een aantal mensen aan wie ik veel dank verschuldigd ben. Mijn dank gaat daarom uit naar iedereen die mij geholpen heeft bij het zoeken en uitvoeren van deze opdracht. In het bijzonder wil ik de mensen bedanken die mij hun ziekenhuis van binnen hebben laten zien, in de hoop dat ik daar wat nieuwe ideeën kon opdoen; Carolien Vinkesteyn, namens het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam; Mario Baltes, namens het Ziekenhuis Amstelland te Amstelveen en Leonie Nuijen, namens het Rode Kruis Ziekenhuis te Beverwijk.

Daarnaast zou ik graag de mensen willen bedanken die mij in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo wegwijs hebben gemaakt, Erna Schuitemaker, José Fridrichs, Patrick Verhoogt en uiteraard alle afdelingshoofden!

Als laatste, maar niet als minste, wil ik mijn begeleiders bedanken voor hun steun en adviezen, Wim van Harten, namens de Universiteit Twente; Hanneke Klopper, namens het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo en Eelco Bredenhoff, mee-lezer namens de Universiteit Twente.

Ik wens U veel leesplezier en ik hoop dat dit verslag een bijdrage kan leveren aan de toekomst.

Enschede, 11 oktober 2006

Eline M. Jeckmans

Student Algemene Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente te Enschede.

Management summary

Meer bedrijfskunde in de gezondheidszorg, dat is de trend van de afgelopen jaren. Dit houdt in dat ziekenhuizen en andere zorginstellingen steeds efficiënter gaan werken. Ook het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo is al een aantal jaren bezig met het veranderen van de ziekenhuisorganisatie, om een meer efficiënter ziekenhuis te worden. Er zijn een aantal dingen veranderd, zo heeft het ziekenhuis in de afgelopen jaren de bedbezetting in het ziekenhuis opgevoerd en wordt het ziekenhuis verbouwd. Tot op de dag van vandaag hebben zij, op het gebied van capaciteitsplanning ten aanzien van bedden en personeel, echter nog niet de gewenste resultaten behaald. Capaciteitsplanning in een ziekenhuis bestaat voornamelijk uit de planning van patiënten, bedden en personeel. Om een efficiëntere organisatie te worden, heeft het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo gevraagd het patiëntenaanbod, de gehanteerde capaciteitsplanning en de seizoensgebonden veranderingen van het ziekenhuis in kaart te brengen. In dit onderzoek zal daarom een antwoord worden gegeven op de onderzoeksvraag; *'Hoe ziet het patiëntenaanbod en de verdeling van patiënten er in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo uit, welke capaciteitsplanning (ten aanzien van bedden en personeel) wordt hiervoor gehanteerd en hoe gaat men om met seizoensgebonden veranderingen ten aanzien van capaciteitsplanning?'*

Methode

Om een antwoord te geven op de onderzoeksvraag delen we het onderzoek op in verschillende onderdelen. Allereerst verdiepen we ons in de literatuur, voor het tweede deel van het onderzoek onderzoeken we data over het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo in de periode januari 2003 tot en met april 2006. Voor het derde deel van het onderzoek zijn een aantal afdelingshoofden en 'good-practice' ziekenhuizen in Nederland geïnterviewd. De afdelingshoofden die geïnterviewd worden zijn werkzaam bij het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo. Het gaat hier om de afdelingshoofden van de afdelingen Dagverpleging, ICU, Gynaecologie, Cardiologie (CCU, EHH en 3 West), 3 Noord, 3 Oost, 3 Zuid, 4 West, 5 Noord, 5 West, 5 Zuid, 6 Noord, Kinderafdeling, Ambulatorium, Spoedeisende Hulp (SEH) en Opnamen. Voor de 'good-practice' ziekenhuizen zijn e-mails verzonden naar alle ziekenhuizen in Nederland (algemene ziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen en academische ziekenhuizen) die hun e-mail adres vermeld hadden op hun internetsite. In totaal zijn er 40 e-mails verzonden, met een responspercentage van 30%. Van de 12 ziekenhuizen die gereageerd hebben, waren 7 ziekenhuizen bereid mee te werken, uiteindelijk zijn twee interviews afgenomen en is er één vragenlijst is ingevuld. De ziekenhuizen die hebben meegewerkt zijn het Onze Lieve Vrouw Gasthuis te Amsterdam, het Ziekenhuis Amstelland te Amstelveen en het Rode Kruis Ziekenhuis te Beverwijk.

Resultaten

Uit dit onderzoek komt naar voren dat het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo een grillig patiëntenaanbod heeft, waar rekening mee gehouden moet worden bij het maken van een planning. Daarnaast blijkt dat het aanbod (spoed en electief) van patiënten in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo er anders uitziet dan de planning hiervan. Daarnaast is in de modellen te zien dat het merendeel van de specialismen (13 van de 18) een tekort aan capaciteit hebben, van de afdelingen hebben 6 van de 16 een tekort aan capaciteit. Er worden dagverplegingen geplaatst op reguliere verpleegafdelingen, doordat de afdeling dagverpleging een groot tekort heeft aan verpleegdagen (zie model 2). Verder is in dit hoofdstuk naar voren gekomen dat er een aantal verschillen zijn tussen de drie soorten afdelingen (interne afdelingen, chirurgische afdelingen en specialistische afdelingen) in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo.

Uit de interviews met de afdelingshoofden is naar voren gekomen dat alle afdelingshoofden op de hoogte zijn van het proces ten aanzien van de vakantieplanning, zij passen dit ook toe. Daarnaast is er in de OK-raad een afspraak gemaakt over de sluiting van OK's gedurende de vakantieperioden. Verder is uit de interviews gebleken dat de communicatie tussen afdelingshoofden nog wat te wensen overlaat, ook is er weinig

vertrouwen en veel achterdocht. Het probleem dat in bijna elk gesprek naar voren kwam was dat afdelingshoofden vaak patiënten van andere afdelingen behandelen. Het behandelen van andere patiënten dan men gewend is, zorgt voor extra werkdruk. Uit interviews met het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam, het Ziekenhuis Amstelland te Amstelveen en het Rode Kruis Ziekenhuis te Beverwijk zijn een aantal 'good-practices' naar voren gekomen. De andere ziekenhuizen maken bijvoorbeeld gebruik van een intern uitzendbureau, een kort-verblijfafdeling, een spoedafdeling of een strikt vakantiereglement.

Uit dit onderzoek is gebleken dat het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo inderdaad te maken heeft met seizoensgebonden veranderingen. Deze veranderingen zijn op verschillende manieren te verklaren, aan de ene kant door het patiëntenaanbod en aan de andere kant door het ziekenhuisbeleid. Door vakantieperioden neemt het patiëntenaanbod af. Verder neemt het ziekenhuis een aantal beslissingen gedurende deze vakantieperioden, waardoor het patiëntenaanbod kunstmatige omlaag gebracht wordt, zo sluit het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo OK's.

Aanbevelingen

Uit het onderzoek is gebleken dat veel specialismen en afdelingen een tekort hebben aan verpleegdagen. Om dit tekort weg te halen is moet de verdelingen van bedden worden herzien. Daarnaast is het instellen van een kort-verblijfafdeling, zoals het Ziekenhuis Amstelland te Amstelveen, een mogelijke optie om druk bij de reguliere verpleegafdelingen weg te halen. Het tweede advies is om het hele ziekenhuis in clusters op te delen. Een cluster is dan een groep afdelingen die veel op elkaar lijken. Om te voorkomen dat de patiënttevredenheid afneemt door het doorverwijzen van patiënten, is het derde advies het opstellen van een patiënten-indicatie-lijst. Het vierde advies gaat over het instellen van een soort 'Zotel-afdeling' in het ziekenhuis, zoals het Streekziekenhuis Midden-Twente te Hengelo deze heeft.

Verder is het van belang de samenwerking tussen afdelingshoofden te verbeteren. Om deze samenwerking te verbeteren, is het noodzakelijk de communicatie te verbeteren, dit is het vijfde advies. Het ochtendoverleg van de afdelingshoofden zorgt ervoor dat het eigen belang wordt nagestreefd, in plaats van het organisatiebelang. Het zesde advies is dan ook het instellen van een heldere taakverdeling, zodat er meer structuur wordt aangebracht in de verantwoordelijkheden. Daarnaast is het vakantiereglement van het Twenteborg Ziekenhuis erg verouderd. Het zevende advies is het opstellen van een nieuw vakantiereglement, zoals die van het Rode Kruis Ziekenhuis te Beverwijk.

Om beter om te kunnen gaan met seizoensgebonden veranderingen en om eventuele tekorten van personeel in onder andere deze perioden op te vangen, is het achtste en laatste advies het instellen van een verpleegkundige pool zoals in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam.

Vervolgonderzoek

Ondanks dat we in dit onderzoek een zo duidelijk mogelijk beeld hebben geprobeerd te schetsen, zijn er een aantal dingen niet of nauwelijks aan bod gekomen. Diagnostiserende afdelingen, zoals Röntgen en de Psychiatrische afdelingen, hebben we in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Daarnaast is dit onderzoek alleen gericht op de klinische kant van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo. Om de problemen van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo gedetailleerder en vollediger in kaart te brengen, is een vervolg onderzoek aan te raden. In een dergelijk vervolg onderzoek zou het interessant zijn de gegevens voor dit onderzoek per week weer te geven in plaats van per maand. Op deze manier worden de verschillen nog duidelijker weergegeven. Daarnaast is het ook van belang het onderzoek over een langere periode te laten plaatsvinden. Verder is het laatste advies een kijkje te nemen bij het UMC St. Radboud en het St. Elisabeth ziekenhuis, over de inzet van personeel.

Inhoud

Voorwoord	3
Management summary	4
Inleiding	7
Theoretisch kader en methodologie	9
Aanleiding	9
Onderzoeksvraag	10
Deelvragen bij de verschillende hoofdvragen	10
Methodologie	11
1. Resultaten	13
1.1 Gegevens	13
1.2 Aannames	13
1.3 Twenteborg Ziekenhuis te Almelo	13
1.4 Afdelingen Twenteborg Ziekenhuis te Almelo	15
1.5 Interne afdelingen versus chirurgische afdelingen	17
1.6 Conclusie	18
2. In gesprek met... ..	20
2.1 Capaciteitsplanning	20
2.2 Afdelingshoofden Twenteborg Ziekenhuis te Almelo	20
2.3 Good-practices	22
2.4 Verschillen Twenteborg Ziekenhuis te Almelo en de drie 'good-practice' ziekenhuizen	24
2.5 Conclusie	24
3. Seizoensgebonden veranderingen	26
3.1 Het patiëntenaanbod	26
3.2 Seizoensgebonden veranderingen	26
3.3 Conclusie	29
4. Conclusie	30
4.1 Deel conclusies	30
4.2 Conclusie	31
5 Aanbevelingen	33
5.1 Eerste hoofdvraag	33
5.2 Tweede hoofdvraag	34
5.3 Derde hoofdvraag	35
5.4 Vervolgonderzoek	36
Referenties	37
Appendices	39
Appendix I	40
Appendix II	43
Appendix III	44
Appendix IV	46
Appendix V	47
Appendix VI Reflectie verslag	50

Inleiding

Meer bedrijfskunde in de gezondheidszorg, dat is de trend van de afgelopen jaren. Dit houdt in dat ziekenhuizen en andere zorginstellingen steeds efficiënter gaan werken. De Intermediair (Van der Kwast 2005) voorspelde, dat door het invoeren van het nieuwe zorgstelsel in januari 2006, zorginstellingen min of meer gedwongen worden efficiënter te werken, immers meer efficiëntie betekent minder kosten voor de gezondheidszorg. Minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) speelt ook in op meer efficiëntie in de gezondheidszorg. Daarom heeft hij, in het kader van het project '*Sneller Beter*', in de afgelopen twee jaren een aantal voorzitters van het bedrijfsleven in de gelegenheid gesteld zich te verdiepen in de gezondheidszorg. Zo heeft de voorzitter van Shell in 2004 gekeken naar de veiligheid in de zorg, de voorzitter van TPG in 2005 naar de logistiek in de zorg en de voorzitter van KPN in 2006 naar innovatie en ICT in de zorg.

Ook het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo is al een aantal jaren bezig met het veranderen van de ziekenhuisorganisatie, om een efficiënter ziekenhuis te worden. In deze periode zijn er een aantal dingen veranderd, zo heeft het ziekenhuis in de afgelopen jaren de bedbezetting in het ziekenhuis opgevoerd en wordt het ziekenhuis verbouwd. Tot op de dag van vandaag hebben zij, op het gebied van capaciteitsplanning echter nog niet de gewenste resultaten behaalt. Capaciteitsplanning in een ziekenhuis bestaat voornamelijk uit de planning van patiënten, bedden en personeel. Het patiëntenaanbod van een ziekenhuis is doorgaans geen rechte lijn, een ziekenhuis heeft vaak te maken met pieken en dalen in het aanbod van patiënten. Harrison et. al. (2005) zijn in hun onderzoek naar bedbezettingen in een Australisch ziekenhuis tot de conclusie gekomen dat er naast dagelijkse en wekelijkse verschillen, ook seizoensgebonden verschillen zijn in het patiëntenaanbod. Met behulp van het Poisson proces¹ bleek dat er een stijging in het patiëntenaanbod is in de maanden juni en juli (de wintermaanden van Australië) en een daling in de maand december (de zomermaand van Australië). Het patiëntenaanbod van een ziekenhuis is verder nog afhankelijk van het zorggebied van het ziekenhuis, de productieafspraken tussen het ziekenhuis en de zorgaanbieder, de beschikbaarheid van personeel en de beschikbaarheid van bedden.

Ook de planning van bedden is afhankelijk van een aantal factoren, namelijk van het aantal beschikbare bedden, het ziekenhuisbudget, de beschikbaarheid van personeel en het aanbod en de zorgzwaarte van patiënten. Het aantal beschikbare bedden heeft te maken met het aantal officieel toegewezen bedden dat een ziekenhuis heeft en het gemiddelde bedbezettingspercentage. Het toewijzen van bedden aan een ziekenhuis of een afdeling brengt veel overwegingen met zich mee. Zo zorgt het toewijzen van bedden, zodat er net genoeg bedden zijn om piekperioden te dekken, volgens Harrison et. al. (2005), voor veel lege bedden de rest van de tijd. Het verminderen van bedden, zodat de gemiddelde bedbezetting omhoog gaat, zorgt volgens hen juist voor regelmatige overstromingen. Ook het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo heeft te maken met deze regelmatige overstromingen, nadat zij de gemiddelde bedbezetting heeft verhoogd in de afgelopen jaren. Om deze regelmatige overstromingen tegen te gaan, maar wel een hogere efficiëntie te bereiken, moet volgens Harrison et. al. de variëteit in het aantal bezette bedden gereduceerd worden. Op deze manier komen de piekperioden dichterbij het gemiddelde te liggen.

De planning van personeel, het derde onderdeel van ziekenhuis capaciteitsplanning is afhankelijk van onder andere ziekte, zwangerschap en vrije dagen. Daarnaast is het ook afhankelijk van het ziekenhuisbudget, patiëntenaanbod en, zoals Brard en Purnomo (2004, p. 316) zeggen, van de zorgzwaarte van patiënten. Zij stellen dat de moeilijkheid van het plannen niet ligt in het aantal patiënten, maar in de '*level of care*' dat elke

¹ Poisson verdeling is de kans dat precies n aankomsten in tijd T plaatsvinden. Stel het gemiddelde aantal aankomsten is drie per minuut ($\lambda = 3$) en je wilt weten wat de kans is dat er vijf aankomsten zijn in één minuut ($n = 5, T = 1$), dan betekent dit dat er 0,101% kans is dat er vijf aankomsten zijn in één minuut. (Chase et. al. 1998, pp. 173-174)

patiënt nodig heeft. In de afgelopen jaren is de verpleegduur sterk afgenomen (van gemiddeld 12 dagen naar gemiddeld 6 dagen), maar de zorgzwaarte is juist toegenomen. De ernstig zieken blijven in het ziekenhuis, terwijl de 'simpelere gevallen' naar huis mogen (Blank et. al. 1998, p. 38, Siferd et. al. 1991, p. 235). Ook de dubbele vergrijzing is een belangrijke factor. Er komen steeds meer hulpbehoevende en ouder wordende ouderen die verzorgd moeten worden, terwijl het verpleegkundige personeel zelf ook steeds ouder wordt (Nationaal Kompas Volksgezondheid 2005). Om flexibeler om te kunnen gaan met deze en eventuele plotselinge afwezigheid van personeel (bijvoorbeeld door ziekte of zwangerschap), kunnen pool verpleegkundigen aangesteld, deze pool verpleegkundigen zijn in dienst van het ziekenhuis, maar zijn niet toegewezen aan een bepaalde afdeling (Brard et. al. 2004, p. 316).

Om een efficiëntere organisatie te worden, heeft het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo gevraagd het patiëntenaanbod, de gehanteerde capaciteitsplanning en de seizoensgebonden veranderingen van het ziekenhuis in kaart te brengen. Op deze manier hoopt het ziekenhuis een beter beeld te krijgen van eventuele problemen en kunnen hier oplossingen voor gezocht worden. Zo kan het ziekenhuis ook in de toekomst beter concurreren met andere ziekenhuizen. In het eerste deel van dit onderzoek gaan we in op het theoretisch kader van het onderzoek en formuleren we een probleemstelling en de bijbehorende deelvragen. Ook zal hierin beschreven worden welke methodologie gehanteerd werd tijdens het onderzoek. In hoofdstuk 1 gaan we in op het patiëntenaanbod en de verdeling van patiënten in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo. In hoofdstuk 2 gaan we in op de capaciteitsplanning die het ziekenhuis hanteert ten aanzien van bedden en personeel. Hoofdstuk 3 gaat over seizoensgebonden veranderingen. In hoofdstuk 4 trekken we conclusies, waarna we in hoofdstuk 5 afsluiten met enkele aanbevelingen.

Theoretisch kader en methodologie

Aanleiding

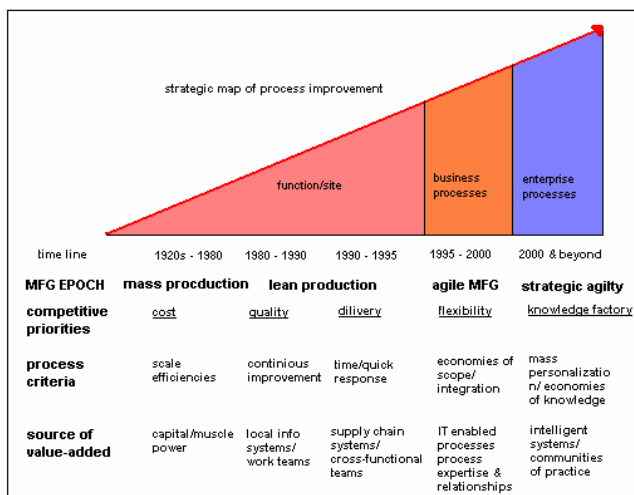
Zoals de eerste zin van de inleiding al aangeeft, neemt de bedrijfskunde een steeds grotere rol in de gezondheidszorg in. Ziekenhuizen moeten steeds efficiënter gaan werken, zo ook het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo. Het diensthoofd klinische zorg van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo is, samen met haar collegae, de afgelopen jaren bezig geweest meer bedrijfskunde in het ziekenhuis toe te passen, om het ziekenhuis efficiënter te maken. In deze jaren is er veel verbeterd, maar tot nu toe is, op planningsgebied, nog steeds niet het juiste resultaat behaald. Dit is dan ook de aanleiding voor de onderzoeksvraag;

'Hoe zien het patiëntenaanbod en de verdeling van patiënten er in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo uit, welke capaciteitsplanning (ten aanzien van bedden en personeel) wordt hiervoor gehanteerd en hoe gaat men om met seizoensgebonden veranderingen ten aanzien van de capaciteitsplanning?'

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is een algemeen schets van het ziekenhuis nodig. Het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo is een algemeen ziekenhuis met 440 bedden, ruim 1800 medewerkers en bijna 110 specialisten. In dit ziekenhuis zijn vrijwel alle medische specialismen aanwezig. Daarnaast verzorgt het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo opleidingen voor negen specialismen. Het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo is onderdeel van de Ziekenhuis Groep Twente (ZGT). In 1998 is de ZGT ontstaan uit een fusie tussen Twenteborg Ziekenhuis te Almelo, Streekziekenhuis Midden-Twente te Hengelo en Zorgservices Twente te Hengelo. Ondanks deze fusie zijn er veel verschillen tussen het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo en het Streekziekenhuis Midden-Twente in Hengelo. De fusie tussen deze ziekenhuizen vond plaats op bestuurlijk niveau. Dit houdt in dat de leiding van de ziekenhuizen gelijk is, maar de uitvoering sterk kan verschillen.

Omdat er in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo, zoals bij veel ziekenhuizen, steeds meer bedrijfskunde wordt toegepast, zullen we dit onderzoek ook vanuit een bedrijfskundige invalshoek benaderen. Een ziekenhuis is een organisatie, om meer precies te zijn een service organisatie. Elke service organisatie heeft te maken met een input, een throughput en een output. In een ziekenhuis gaat het voor de input om de patiënt. De dienst die het ziekenhuis levert, oftewel de behandeling, is de throughput van de organisatie. De capaciteit van het ziekenhuis is bepalend voor het aantal diensten dat geleverd kan worden, oftewel voor de hoeveelheid behandelingen die er plaats kunnen vinden. De output van het ziekenhuis is de behandelde patiënt.

Figuur 1: Historisch perspectief op proces verbetering. Bron: Chase et. al. (1998, p. 41)



Hoewel men steeds meer bedrijfskunde in de gezondheidszorg toepast, loopt de gezondheidszorg ongeveer 20 jaar achter op de bedrijfskunde zoals deze toegepast wordt in de bedrijfswereeld. In de gezondheidszorg zet men op dit moment de stap van massa productie naar lean productie (zie figuur 1). In plaats van concurrentie op het gebied van kosten (waar is de zorg het goedkoopst?), concurreren ziekenhuizen tegenwoordig op het gebied van kwaliteit (waar is de zorg kwalitatief het beste?). Door het invoeren van de nieuwe

basisverzekering, moedigt de overheid deze verandering aan. Ziekenhuizen moeten zich constant verbeteren om de beste kwaliteit zorg te kunnen leveren. Omdat de gezondheidszorg een zeer dynamische sector is, is het voor een ziekenhuis van belang zo flexibel mogelijk te zijn. Volgens de contingentietheorie van Lawrence & Lorsch (Jaffee 2001) en de contingentietheorie van Burns & Stalker (Jaffee 2001), worden organisaties, die opereren in een instabiele en onzekere omgeving, constant gedwongen zich aan te passen, wat een flexibel structuur vereist. Om deze flexibiliteit te kunnen toepassen in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo, gaan we in dit onderzoek eigenlijk twee stappen verder dan de gezondheidszorg op dit moment is. De gezondheidszorg houdt zich op dit moment bezig met de kwaliteit (lean production) en functie van het bedrijf. In dit onderzoek gaan we het probleem bekijken vanuit het 'business process'. Dit onderzoek zal zich voornamelijk richten op het flexibel inrichten van het ziekenhuis, waarbij ook de ICT ondersteuning kan bieden. De bedrijfskunde in de bedrijfswereld is inmiddels nog een stapje verder, bedrijven concurreren op dit moment vooral op het gebied van kennis (zie figuur 1).

In elke organisatie kunnen zich problemen voordoen. Deze problemen zijn te benaderen vanuit verschillende invalshoeken. Zo kun je een probleem benaderen vanuit de Human Resource Management (HRM). Op deze manier kijk je vooral naar het personeel, hoe functioneren afdelingshoofden, verpleegkundigen en artsen? Moeten zij hun werkwijze aanpassen? Moet het management sancties gaan opleggen voor gemaakte fouten? Daarnaast kun je ook vanuit een financiële kant naar een probleem kijken. Hoe kan het bijvoorbeeld dat de productie van het ziekenhuis niet op 100% ligt, dat is financieel gezien toch het beste? Kan het management misschien meer bedden sluiten? Een andere belangrijke invalshoek is de communicatie. Bordia et. al. (2004) stellen dat de manier waarop er in een organisatie gecommuniceerd wordt, bepalend is voor de mate waarin werknemers het gevoel hebben controle te hebben over veranderingen. Een gebrek aan dit gevoel van controle kan weer leiden tot stress en een verminderde werkkwaliteit. Is het dan voor de werknemers niet van belang dit communicatieprobleem op te lossen? Voor dit onderzoek kijken we naar al deze facetten van het te onderzoeken probleem.

Onderzoeksvraag

De aanleiding van het onderzoek leidt tot een onderzoeksvraag. In de vorige paragraaf is deze onderzoeksvraag al naar voren gekomen. In dit onderzoek brengen we het patiëntenaanbod en de verdeling van patiënten in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo in kaart. Daarnaast brengen we in kaart welke capaciteitsplanning ten aanzien van bedden en personeel in het Twenteborg Ziekenhuis wordt gehanteerd en brengen we in kaart hoe dit ziekenhuis omgaat met seizoensgebonden veranderingen ten aanzien van de capaciteitsplanning. Dit onderzoek is erop gericht deze onderwerpen in kaart te brengen, en niet zo zeer om een verklaring aan te dragen. Wel is gevraagd eventuele aanbevelingen voor verbeteringen te doen. We gaan dit onderzoek uitvoeren aan de hand van de onderzoeksvraag;

'Hoe zien het patiëntenaanbod en de verdeling van patiënten er in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo uit, welke capaciteitsplanning (ten aanzien van bedden en personeel) wordt hiervoor gehanteerd en hoe gaat men om met seizoensgebonden veranderingen ten aanzien van capaciteitsplanning?'

Deelvragen bij de verschillende hoofdvragen

De onderzoeksvraag zoals deze in de vorige paragraaf naar voren kwam, is in drie hoofdvragen in te delen; 1) *'Hoe zien het patiëntenaanbod en de verdeling van patiënten er in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo uit?'*, 2) *'Welke capaciteitsplanning (ten aanzien van bedden en personeel) wordt hiervoor gehanteerd?'* en 3) *'Hoe gaat men om met seizoensgebonden veranderingen ten aanzien van de capaciteitsplanning?'* Bij deze verschillende hoofdvragen horen een aantal deelvragen die in deze paragraaf behandeld worden.

De deelvragen die horen bij de eerste hoofdvraag, '*Hoe zien het patiëntenaanbod en de verdeling van patiënten er in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo uit?*' zijn;

- a) Hoe ziet het aanbod van patiënten van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo er gedurende de periode januari 2003 tot en met april 2006 uit?
- b) Hoe ziet de planning van het aanbod (spoed en electief) van patiënten in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo eruit voor de verschillende specialismen en afdelingen gedurende de periode januari 2006 tot en met april 2006?
- c) Hoe ziet het aanbod (spoed en electief) van patiënten in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo er werkelijk uit voor de verschillende specialismen en afdelingen gedurende de periode januari 2006 tot en met april 2006?
- d) Wat kan er verbeterd worden (ten aanzien van het verschil tussen de planning en de werkelijkheid van het patiëntenaanbod) en wat zijn aanbevelingen voor deze verbeterpunten?

De tweede hoofdvraag is; '*Welke capaciteitsplanning (ten aanzien van bedden en personeel) wordt hiervoor gehanteerd?*' De deelvragen die hierbij horen zijn;

- a) Welke capaciteitsplanning ten aanzien van bedden en personeel wordt hiervoor gehanteerd?
- b) Wat zijn de (gevoelde) problemen bij dit systeem?
- c) Hoe hebben andere ziekenhuizen dit geregeld?
- d) Wat kan er verbeterd worden (ten aanzien van de capaciteitsplanning) en wat zijn aanbevelingen voor deze verbeterpunten?

De deelvragen die bij de derde en laatste hoofdvraag horen; '*Hoe gaat men om met seizoensgebonden veranderingen ten aanzien van capaciteitsplanning?*' zijn;

- a) Hoe zien de seizoensgebonden veranderingen er in het patiëntenaanbod van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo uit en hoe zijn deze veranderingen te verklaren?
- b) Hoe speelt het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo, ten aanzien van de capaciteitsplanning (bedden en personeel), in op deze seizoensgebonden veranderingen?
- c) Wat kan er verbeterd worden (ten aanzien van de omgang met seizoensgebonden veranderingen) en wat zijn aanbevelingen voor deze verbeterpunten?

Methodologie

Indeling onderzoek

Om al deze deelvragen, en daarmee uiteindelijk de onderzoeksvraag, te kunnen beantwoorden delen we het onderzoek op in verschillende onderdelen². Allereerst verdiepen we ons in de literatuur. Op deze manier is te zien wat er over deze onderwerpen geschreven is, en hoe andere onderzoekers hierover denken. Daarnaast kunnen we hier een aantal vragen uithalen voor interviews met afdelingshoofden en een aantal 'good-practice' ziekenhuizen voor het derde deel van het onderzoek.

Het tweede deel van het onderzoek bestaat uit een data onderzoek over het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo in de periode januari 2003 tot en met april 2006. De data die in dit onderzoek zijn verwerkt, zijn afkomstig van de financieel beleidsadviseur van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo, Patrick Verhoogt, die de gegevens op zijn beurt heeft verkregen uit de Bedrijfsinformatievoorziening (BIV) van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo. Aan de hand van deze data kunnen we het patiëntenaanbod en de verdeling van patiënten in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo in kaart brengen. De gegevens spreken elkaar in sommige gevallen tegen. De, overigens zeer kleine, verschillen in aantallen zullen we in dit onderzoek over het hoofd zien, aangezien dit onderzoek

² Deze onderdelen zijn ook terug te vinden in de hoofdstukindeling van dit verslag.

uitgaat van een ruwe schatting. Omdat sommige gegevens alleen per jaar voor handen zijn, zijn deze gegevens voor dit onderzoek herrekent. Daarnaast zijn de beschikbare data per maand weergegeven, maar zoals een aantal onderzoekers in hun artikelen (Joskow 1980 en Brard et. al. 2004) aangaven, zouden deze gegevens eigenlijk per week weergegeven moeten worden om een beter beeld te kunnen geven van eventuele problemen.

Voor het derde deel van het onderzoek zijn een aantal afdelingshoofden en 'good-practice' ziekenhuizen in Nederland geïnterviewd. De afdelingshoofden die geïnterviewd zijn, zijn werkzaam bij het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo. In de volgende paragraaf wordt verder ingegaan op de verschillende afdelingshoofden. De 'best-practice' ziekenhuizen die aan dit onderzoek hebben meegewerkt worden ook in de volgende paragraaf verder omschreven. Om tot een aantal 'best -practice' ziekenhuizen te komen, zijn e-mails verzonden naar alle ziekenhuizen in Nederland (algemene ziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen en academische ziekenhuizen) die hun e-mail adres vermeld hadden op hun internetsite. Er zijn in totaal 40 e-mails verzonden, waarvan er 12 ziekenhuizen hebben gereageerd. Dit betekent dat de non-respons erg hoog was, namelijk 36. Het responspercentage komt dan uit op 30%. Van de 12 ziekenhuizen die gereageerd hebben, waren 7 ziekenhuizen bereid mee te werken. Tijdens het onderzoek waren vier ziekenhuizen op het laatste moment toch niet bereid mee te werken, waardoor er voor dit onderzoek uiteindelijk twee interviews zijn afgenomen en er één vragenlijst is ingevuld. De drie ziekenhuizen die hebben meegewerkt aan dit onderzoek zeggen allemaal geen 'best -practice' te zijn, maar wel een 'good-practice'.

Onderzoekspopulatie

Elk onderzoek heeft een onderzoekspopulatie, de onderzoekspopulatie voor dit onderzoek bestaat uit twee delen. Zoals hiervoor vermeld werden er voor dit onderzoek een aantal afdelingshoofden van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo geïnterviewd. Het gaat hier om de afdelingshoofden van de afdelingen Dagverpleging, ICU, Gynaecologie, Cardiologie (CCU, EHH en 3West), 3Noord, 3Oost, 3Zuid, 4West, 5Noord, 5West, 5Zuid, 6Noord, Kinderafdeling, Ambulatorium, Spoedeisende Hulp (SEH) en Opnamen.

De 'good-practice' ziekenhuizen die mee hebben gewerkt aan dit onderzoek zijn het Onze Lieve Vrouw Gasthuis te Amsterdam, het Ziekenhuis Amstelland te Amstelveen en het Rode Kruis Ziekenhuis te Beverwijk.

Voor het derde deel van het onderzoek, kijken we naar de data over de verschillende afdelingen van het TBA van januari 2003 tot en met april 2006³. In deze data staan het aantal opnamen, het aantal operaties en de bedbezettingspercentages van alle afdelingen. De afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH) en Opnamen laten we in dit deel van het onderzoek buiten beschouwing, omdat op deze afdelingen geen patiënten opgenomen en/of verdeeld worden.

³ Deze data werd door het ziekenhuis beschikbaar gesteld, data van voor januari 2003 werd niet beschikbaar gesteld. De reden dat de maanden januari 2006 tot en met april 2006 ook meegerekend zijn, is dat er in 2006 een nog hogere stijging te zien was in de gegevens dan in de jaren daarvoor. De trend is dan zeer waarschijnlijk, dat als er niks verandert, het patiëntenaanbod nog meer zal stijgen.

1. Resultaten

Dit hoofdstuk gaat over de resultaten van het onderzoek naar het patiëntenaanbod en de verdeling van patiënten in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo. Hier wordt dan ook een antwoord gegeven op de eerste hoofdvraag, *'Hoe zien het patiëntenaanbod en de verdeling van patiënten er in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo uit?'*.

1.1 Gegevens

Voor het ontwikkelen van de in dit hoofdstuk gebruikte modellen, zie Appendix I, is gebruik gemaakt van gegevens in de periode januari 2006 tot en met april 2006. De periode januari 2006 tot en met april 2006 is gemiddeld genomen de drukste periode van het jaar voor een ziekenhuis. De laatste twee maanden van het jaar (november en december) worden soms ten onrechte gezien als de drukste maanden van het jaar. Dit omdat aan het einde van het jaar de balans opgemaakt moet worden en er soms nog achterstallig administratie verwerkt moet worden.

1.2 Aannames

In dit onderzoek gaan we er vanuit dat men onder dagverpleging verstaat, dat een patiënt één dag verpleegd wordt. Bij het berekenen van bedbezettingspercentages is daarom geen rekening gehouden met het feit dat sommige patiënten al na 2 uur naar huis gaan en het bed daardoor voor een tweede keer die dag gebruikt kan worden. Ook gaan we er vanuit dat het aantal beschikbare bedden gedurende de periode januari 2006 tot en met april 2006 gelijk gebleven is. Dit betekent dat we geen rekening houden met eventuele beddensluitingen. Verder gaan we er ook vanuit dat er voldoende personeel aanwezig was gedurende deze periode en dat daardoor alle beschikbare bedden benut konden worden.

Daarnaast moeten wij ervan bewust zijn, dat elke afdeling een eigen beleid hanteert wat betreft productieafspraken, ontslag en opname van patiënten. In dit onderzoek worden deze buiten beschouwing gelaten, omdat we het probleem cijfermatig te benaderen, om een zo objectief mogelijk beeld te kunnen vormen.

1.3 Twenteborg Ziekenhuis te Almelo

1.3.1 Algemene informatie

Het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo heeft een tweetal regels opgesteld ten aanzien van de bedden capaciteit, namelijk de flexbedden en de leenbedprocedure. Op de afdeling chirurgie zijn zes flexbedden, deze bedden zijn flexibele bedden, die normaal gesloten zijn en pas open gaan als er een groter aanbod van patiënten is. De leenbedprocedure houdt in dat *'een bed een bed is'* (Hanneke Klopper). Dit zorgt ervoor dat een patiënt waarvoor op de toegewezen afdeling eigenlijk geen plaats meer is, toch opgenomen kan worden in het ziekenhuis (Cochran et. al. 2005, p. 35). De patiënt wordt dan, zoals Butler et. al. (1992, p. 670) zeggen, toegewezen naar een andere locatie.

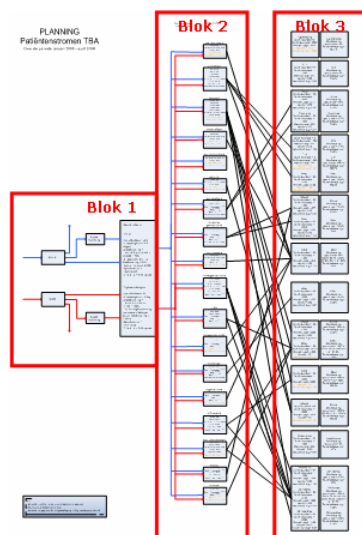
1.3.2 Aanbod van patiënten

In Appendix I zijn drie modellen opgenomen, we gebruiken deze modellen om een aantal gemaakte opmerkingen door afdelingshoofden (zie hoofdstuk 2) cijfermatig te onderbouwen. Het gevoel dat er veel patiënten doorverwezen worden naar andere afdelingen is één van deze opmerkingen. In deze paragraaf wordt een uitleg gegeven van deze drie modellen.

Model 1, Overzicht van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo (volgens toegewezen bedden)

Het eerste model (zie Appendix I) is een overzicht van het patiëntenaanbod en de verdeling van patiënten in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo zoals deze volgens de gemaakte planning zou moeten verlopen. Je zou het model kunnen verdelen in drie blokken, namelijk 1) de ingang van het ziekenhuis, 2) de specialismen van het ziekenhuis en 3) de afdelingen van het ziekenhuis (zie figuur 1).

Figuur 1: Model 1 (zie appendix I)



In het blokje van de ingang is een verdeling gemaakt tussen spoed en electieve patiënten. Ook zijn een aantal algemene gegevens van het ziekenhuis hierin opgenomen, zoals het aantal bedden en de bedbezetting. In het tweede blok zijn alle specialismen van het ziekenhuis weergegeven. Per specialisme is aangegeven hoeveel toegewezen bedden dit specialisme heeft en op welke afdeling, hoeveel verpleegdagen (dit is gelijk aan het aantal toegewezen bedden x aantal dagen in de periode januari tot en met april) er beschikbaar zijn, hoeveel er gebruikt zijn en wat het verschil daartussen is. Deze verpleegdagen gaan alleen over de klinische opnamen. De laatste regel gaat over het verschil in aantal beschikbare verpleegdagen en gebruikte verpleegdagen inclusief de dagopname. Aangezien er dagopname plaatsvindt op de afdelingen, moeten deze erbij gerekend worden. Tussen het tweede en derde blok zijn een aantal lijnen weergegeven. Deze lijnen geven de weg weer die patiënten afleggen binnen het ziekenhuis. In het derde blok zijn alle afdelingen van het ziekenhuis weergegeven.

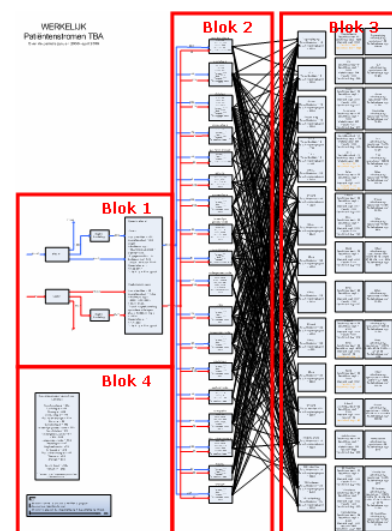
Per afdeling zijn er twee hokjes, in het eerste hokje staan het beschikbare aantal bedden, het beschikbare aantal verpleegdagen, het werkelijke aantal verpleegdagen en het verschil daartussen. Wederom gaan deze verpleegdagen alleen over de klinische opnamen, en in de laatste regel is het verschil in aantal beschikbare verpleegdagen en gebruikte verpleegdagen inclusief de dagopname weergegeven. In het tweede hokje van de afdelingen worden de totale bedbezetting van die afdeling en de bedbezetting van het specialisme op het aantal toegewezen bedden voor dat specialisme weergegeven.

Model 2, Overzicht van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo (jan 2006-apr 2006)

Het tweede model (zie Appendix I) is een overzicht van het patiëntenaanbod en de verdeling van patiënten in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo zoals deze werkelijk plaatsvond in de periode van januari 2006 tot en met april 2006. Je zou dit model kunnen verdelen in vier blokken, namelijk 1) de ingang van het ziekenhuis, 2) de specialismen van het ziekenhuis, 3) de afdelingen van het ziekenhuis en 4) dagverpleging (zie figuur 2).

In het eerste blok, de ingang, is wederom een verdeling gemaakt tussen spoed en electieve patiënten, maar dit maal met absolute aantallen. Ook zijn een aantal algemene gegevens van het ziekenhuis hierin opgenomen, zoals het aantal bedden en de bedbezetting. Het tweede blok gaat wederom over de specialismen. Per specialisme is het patiëntenaanbod gescheiden in spoed en electief. Daarnaast zijn wederom het aantal bedden dat dit specialisme op een afdeling toegewezen heeft gekregen opgenomen. Verder zijn ook de absolute aantallen opnamen, dagopnamen, de verpleegduur en de totale verpleegduur per specialisme weergegeven. Tussen het tweede en derde blok zijn een aantal lijnen weergegeven. Deze lijnen geven de weg weer die patiënten afleggen binnen het ziekenhuis. Het derde blok zijn de afdelingen van het ziekenhuis, dit blok bestaat voor elke afdeling uit drie

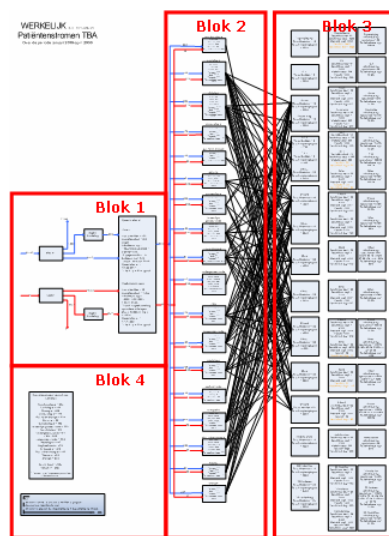
Figuur 2: Model 2 (zie appendix I)



hokjes. Het eerste hokje gaat over het totale aantal bedden en het totale aantal beschikbare verpleegdagen. Het tweede en derde hokje zijn overgenomen uit het derde blok van het eerste model, de afdelingen. In het tweede blokje staat het beschikbare aantal bedden, het beschikbare aantal verpleegdagen, het werkelijke aantal verpleegdagen en het verschil daartussen. Wederom gaan deze verpleegdagen alleen over de klinische opnamen, en in de laatste regel is het verschil in aantal beschikbare verpleegdagen en gebruikte verpleegdagen inclusief de dagopname weergegeven. In het derde hokje van de afdelingen worden de totale bedbezetting van die afdeling en de bedbezetting van het specialisme op het aantal toegewezen bedden voor dat specialisme weergegeven. Onder aan het model staat een vierde en laatste blok 'dagverpleging per specialisme (werkelijk)'. Hier wordt het aantal dagverplegingen per specialisme onder elkaar weergegeven, met onderaan de beschikbare capaciteit van de afdeling dagverpleging en het verschil hiertussen.

Model 3, Overzicht van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo (jan 2006-apr 2006, exclusief verklaarbare afdelingen)

Figuur 3: Model 3 (zie appendix I)



Dit model (zie Appendix I) is eigenlijk een kopie van het tweede model, maar dan zonder verklaarbare afdelingen. De verklaarbare afdelingen in dit model zijn de afdelingen Dagverpleging, ICU, Ambulatorium en de Kinderafdeling. Waarom zijn deze afdelingen nou verklaarbaar? De definitie die we in dit onderzoek hanteren voor een verklaarbare afdeling, is een afdeling waar het niet verwonderlijk is dat er meerdere specialismen opgenomen worden. Het gaat dan voornamelijk om afdelingen die geen toegewezen bedden hebben. Zo worden op de afdeling Dagverpleging in principe alle dagopnamen behandeld, dus van alle specialismen. Op de afdeling ICU komen patiënten die een zware operatie achter de rug hebben of er op een andere manier slecht aan toe zijn, ook dit kan gebeuren bij alle specialismen. De afdeling Ambulatorium is een afdeling waar uitslaap- en recovery bedden staan. De Kinderafdeling omvat alle specialismen die patiënten aangaan in de leeftijdscategorie van 0 tot 16 jaar. Het is voor deze vier afdelingen dan niet raar dat er verschillende specialismen naar doorverwezen worden.

Wat valt op in deze modellen?

Er zijn een aantal dingen die opvallen in deze modellen. Een uitgebreide analyse van de modellen is te lezen in de conclusie van dit hoofdstuk. Hieronder worden de meest opvallende dingen weergegeven.

- Uit model 1 is gebleken dat van de 18 specialismen meer dan de helft ($n=13$) een tekort heeft aan verpleegdagen in de periode januari 2006 tot en met april 2006.
- Uit model 1 is gebleken dat van de 14 afdelingen bijna de helft ($n=6$) een tekort heeft aan verpleegdagen in de periode januari 2006 tot en met april 2006.
- Uit model 2 is gebleken dat patiënten niet volgens de planning in het ziekenhuis worden opgenomen, maar in het hele ziekenhuis.

1.4 Afdelingen Twenteborg Ziekenhuis te Almelo

Het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo heeft 16 afdelingen, in deze paragraaf laten we de afdelingen SEH en Opnamen buiten beschouwing, omdat op deze afdelingen geen patiënten worden opgenomen. In tabel 1 worden de gegevens van de afdelingen van het Twenteborg Ziekenhuis Te Almelo weergegeven in tabelvorm. Uit de vorige paragraaf is al het een en ander over de verschillende afdelingen naar voren gekomen. Deze tabel geeft echter een overzichtelijker beeld als we de afdelingen onderling willen vergelijken.

In de eerste kolom van de tabel is de naam van de betreffende afdeling opgenomen. Het aantal beschikbare verpleegdagen van de betreffende afdeling is voor de periode januari 2006 tot en met april 2006 weergegeven in de tweede kolom. In de derde kolom staat het aantal verpleegdagen dat daadwerkelijk gebruikt is in deze periode. De vierde kolom geeft de totale bedbezetting van de afdeling weer (dit is gelijk aan (het aantal gebruikte verpleegdagen/het aantal beschikbare verpleegdagen)*100%⁴) en de laatste kolom geeft het percentage andere specialismen (specialismen die geen toegewezen bedden hebben op de betreffende afdelingen) weer.

Tabel 1: Gegevens afdelingen Twenteborg Ziekenhuis te Almelo (januari 2006 t/m april 2006)

<i>Afdeling</i>	<i>Beschikbaar verpleegdagen</i>	<i>Werkelijk verpleegdagen</i>	<i>Bedbezetting totaal</i>	<i>Percentage andere specialismen</i>
Dagverpleging	1800	3242	184,4%	100%
ICU	1080	814	75,4%	100%
Gynaecologie (kraam en wieg)	resp. 3120 en 1200	resp. 2444 en 923	resp. 81,2% en 76,9%	resp. 6,4% en 54,9%
Cardiologie (CCU, EHH en 3West)	resp. 720, 360 en 2400	resp. 501, 395 en 2455	resp. 78,8%, 109,7% en 102,5%.	resp. 5,1%, 0,5% en 3,1%
3Noord	4320	4077	95,3%	21,95%
3Oost	2640	2370	99%.	8,7%
3Zuid	4320	4040	96%.	6,7%
4West	3120	2727	88,2%.	4,3%
5Noord	4320	3689	85,8%.	2,6%
5West	4320	4320	100%	0,67%
5Zuid	3600	3681	103,5%.	1,58%
6Noord	3360	3342	101,3%.	0,88%
Kinderafdeling (box, bed en wieg)	resp. 1320, 2400 en 2880	resp. 1109, 1588 en 1468	resp. 85%, 78,2% en 51,1%	resp. 0,62%, 8,5% en 0,61%
Ambulatorium	1320	200	47%	100%

Uit de tabel is af te lezen dat alle afdelingen patiënten behandelden, die daar volgens de planning niet behandeld zouden moeten worden. Dit is, naast de vijfde kolom, ook te zien aan de verhouding tussen de bedbezettingen van de bedden die toegewezen zijn aan een bepaald specialisme en de totale bedbezetting van een afdeling. Is de bezetting van de toegewezen bedden hoog ten opzichte van de totale bedbezetting, dan worden er ook andere patiënten behandeld. Is er vrijwel geen verschil, of is de totale bedbezetting lager, dan worden er (bijna) alleen maar patiënten behandeld die daar volgens de planning ook behandeld zouden moeten worden. De afdelingen die in de vorige paragraaf gezien werden als verklaarbare afdelingen, zijn de afdelingen met 100% andere specialismen (zie kolom 5). Bij nader onderzoek, behoort de Kinderafdeling dus niet in dit

⁴ De gegevens komen uit de bestanden van Bedrijfsinformatievoorziening (BIV) van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo.

rijtje. Wat verder opvalt, is dat de afdeling 3Noord een hoog percentage heeft en afdeling 5West een zeer laag percentage andere specialisme (zie kolom 5).

1.5 Interne afdelingen versus chirurgische afdelingen

'Je hebt natuurlijk drie groepen; de interne kant en de chirurgische kant. Je hebt ook nog de specialistische afdelingen, deze blijven meestal buiten schot, die hebben zo'n eigen karakter, daar schermen ze ook mee. (Anoniem)' Zoals het citaat hiervoor al beschrijft, is het ziekenhuis gevoelsmatig in grofweg drie verschillende soorten afdelingen te verdelen, namelijk de interne afdelingen, de chirurgische afdelingen en de specialistische afdelingen. In deze paragraaf onderzoeken we of er ten aanzien van het patiëntenaanbod en de verdeling van patiënten verschillen zijn tussen deze drie groepen. De interne afdelingen zijn de afdelingen 3Noord, 3Oost, 3Zuid en 4West, de chirurgische afdelingen zijn de afdelingen 5Noord, 5West en 5Zuid, en de specialistische afdelingen zijn de overige afdelingen, namelijk de Dagverpleging, de ICU, Gynaecologie, Cardiologie, Geriatrie, de Kinderafdeling en het Ambulatorium. In tabel 2 staan deze afdelingen dan ook tegenover elkaar, daarnaast worden ook de gegevens voor het ziekenhuis ter vergelijking weergegeven.

In de eerste kolom van de tabel zijn de verschillende groepen opgenomen. In de tweede kolom is de beschikbaarheid van de betreffende groep weergegeven. Er staat in hoeveel bedden een groep heeft en wat de bijbehorende beschikbare verpleegdagen zijn in de periode januari 2006 tot en met april 2006. De derde kolom betreft het aantal verpleegdagen dat daadwerkelijk gebruikt is. De vierde kolom laat het verschil zien tussen de tweede en derde kolom van de tabel. Ook wordt hier gekeken naar het verschil tussen het beschikbare aantal verpleegdagen en gebruikte aantal verpleegdagen als de dagverpleging meegerekend wordt. De vijfde kolom laat de totale bedbezetting van een groep. De laatste kolom geeft een conclusie weer van de voorgaande vijf kolommen ⁵.

Tabel 2: Interne afdelingen versus chirurgische afdelingen, inclusief vergelijking met specialistische afdelingen (januari 2006 t/m april 2006)

Afdeling	Werkelijk	Gemiddelde bedbezetting	Percentage dagverpleging	Gemiddeld % ander specialisme
Interne afdelingen	13214 verpleegdagen	totaal: 91,76% toegewezen specialismen 78,8%	2,26%	10,41%
Chirurgische afdelingen	11678 verpleegdagen	totaal: 95,41% toegewezen specialismen 123,63%	0,66%	1,62%
Specialistische afdelingen	18481 verpleegdagen	totaal: 56,25% toegewezen specialismen 75,7%	5,55%	31,71% (8,96%, excl. afdelingen met 100% andere specialismen)
Twenteborg Ziekenhuis te Almelo	43373 verpleegdagen	totaal: 90,92% toegewezen specialismen 85,47%	3,23%	22,48% (7,94%, excl. afdelingen met 100% andere specialismen)

Er zijn een aantal verschillen tussen de drie soorten afdelingen naar voren gekomen in deze tabel, namelijk de grootte van de afdelingen, de bedbezettingen, de verhouding dagverpleging/opnamen en het percentage andere specialismen. De specialistische afdelingen hebben het meeste aantal bedden in het ziekenhuis (173),

⁵ De gegevens komen uit de bestanden van Bedrijfsinformatievoorziening (BIV) van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo. Voor dit figuur zijn een de gegevens van afdelingen bij elkaar opgeteld om zo tot de betreffende groepen te komen.

gevolgd door de interne afdelingen (120) en de chirurgische afdelingen (102). De chirurgische afdelingen hebben gemiddeld de hoogste totale bedbezetting (95,41%), gevolgd door de interne afdelingen (91,67%) en de specialistische afdelingen (56,25%). Op de interne afdelingen is de bedbezetting op de bedden die toegewezen zijn voor de interne specialismen 78,8%, voor de chirurgische afdelingen is dit 123,63% en op de specialistische afdelingen is dit 75,7%. Dit houdt in dat de interne afdelingen veel patiënten behandelen, die daar volgens de planning niet behandeld zouden moeten worden. De chirurgische afdelingen behandelen voornamelijk hun 'eigen' patiënten. De specialistische afdelingen hebben gemiddeld genomen het hoogste aantal dagverplegingen op de verpleegafdeling (5,55%), gevolgd door de interne afdelingen (2,26%) en de chirurgische afdelingen (0,66%). De interne afdelingen hebben gemiddeld genomen het meeste aantal andere specialismen op hun afdeling (10,41%), gevolgd door de specialistische afdelingen (8,96%) en de chirurgische afdelingen (1,62%).

1.6 Conclusie

In dit hoofdstuk werd een antwoord gegeven op de eerste hoofdvraag, *'Hoe zien het patiëntenaanbod en de verdeling van patiënten er in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo uit gedurende de periode januari tot en met april 2006?' en dan met name de deelvragen 'Hoe ziet de planning van het aanbod (spoed en electief) van patiënten in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo eruit voor de verschillende specialismen en afdelingen gedurende de periode januari 2006 tot en met april 2006?' en 'Hoe ziet het aanbod (spoed en electief) van patiënten in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo er werkelijk uit voor de verschillende specialismen en afdelingen gedurende de periode januari 2006 tot en met april 2006?'*.

De planning van het aanbod (spoed en electief) van patiënten in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo wordt weergegeven in model 1. In dit model is te zien dat het merendeel van de specialismen (n totaal=18) een tekort aan toegewezen verpleegdagen heeft (n=13). Wordt de dagverpleging uit deze gegevens gehaald, dan zijn er nog 8 specialismen die een tekort hebben. Daarnaast blijkt ook dat een deel van de afdelingen (n totaal=16) een tekort heeft aan het aantal beschikbare verpleegdagen (n=6). Wordt ook hier de dagverpleging uit deze gegevens gehaald, dan zijn er nog 4 afdelingen die een tekort hebben. Het algemene beeld dat dit eerste model geeft is dat de bedbezetting bij veel afdelingen (n=10) hoger is dan 85%. Voor sommige afdelingen is dit niet raar, zoals voor de afdeling Dagopname (daar kunnen twee patiënten per dag opgenomen worden op één bed), maar voor andere afdelingen kan dit problemen veroorzaken. Door hoge bedbezettingen vinden de doorverwijzingen naar andere afdelingen plaats. In een vakantieperiode, waar minder capaciteit is, zal een probleem als dit zich eerder voordoen. Daarnaast kunnen toekomstige ontwikkelingen, zoals steeds meer ouderen en minder kinderen, van grote invloed zijn op bedbezettingen van verschillende afdelingen. Het voorbeeld van meer ouderen zal ervoor zorgen dat de afdeling Geriatrie, dat op dit moment een gemiddelde bezetting heeft van 100,6%, nog voller komt te liggen.

Het werkelijke aanbod en de werkelijke verdeling van patiënten in het ziekenhuis werd weergegeven in model 2. Dit model is veel minder overzichtelijk dan het eerste model, wat duidelijk laat zien dat het ziekenhuis patiënten anders verdeeld dan vooraf gepland was. Het gevoelde probleem van de afdelingshoofden lijkt dus te kloppen. Daarnaast is uit dit model naar voren gekomen dat de verhouding spoed/electief verschilt per afdeling. Zeven van de zestien afdelingen hebben meer spoed patiënten dan electieve patiënten, dit kan een belangrijke factor zijn voor het gevoelde probleem van de afdelingshoofden. Verder is ook te zien, dat er meer dagbehandeling in het ziekenhuis plaatsvindt dan de afdeling Dagbehandeling aan capaciteit heeft. Dit zorgt ervoor dat dagbehandeling op verpleegafdelingen plaatsvindt.

Het derde model liet het tweede model zien, maar dan zonder verklaarbare afdelingen. Het weglaten van deze verklaarbare afdelingen laat een overzichtelijker model zien, maar het verklaart niet alles. Het model van de werkelijke verdeling van patiënten blijft sterk afwijken van de geplande verdeling.

Uit tabel 1 is naar voren gekomen dat van het totale aantal afdelingen (n=16) er 9 meer dan 5% van het totaal aan patiënten behandelen die daar volgens de planning niet zouden moeten liggen, waarvan er 2 meer dan 21%. Hiermee wordt het door de afdelingshoofden gevoelde probleem dat patiënten verspreid liggen door het hele ziekenhuis bevestigd.

In tabel 2 is te zien dat de verschillende groepen; chirurgische afdelingen, interne afdelingen en specialistische afdelingen, op een aantal punten verschillen. Zo verschillen zij in het aantal bedden (de interne groep is de grootste groep, de chirurgische groep de kleinste) en de verhouding dagverpleging ten op zichten van opnamen (specialistische afdelingen hebben gemiddeld genomen het meeste aantal dagverplegingen). Daarnaast is ook te zien dat de chirurgische groep het hoogste bedbezettingspercentage heeft (95,41%), gevolgd door de interne groep (91,67%) en de specialistische groep (56,25%). Uit de tabel blijkt ook dat interne afdelingen gemiddeld genomen veel patiënten behandelen die daar volgens de planning niet zouden moeten liggen (10,41% andere specialismen) en dat chirurgische afdelingen voornamelijk haar eigen patiënten behandelen (patiënten die daar volgens de planning ook zouden moeten liggen) (1,62% andere specialismen).

Over het algemeen is uit dit hoofdstuk gebleken dat er zeker nog ruimte is voor verbeteringen ten aanzien van de verdeling van patiënten binnen het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo.

2. In gesprek met...

Zoals eerder beschreven zijn er interviews afgenomen van de afdelingshoofden van het Twenteborg ziekenhuis te Almelo en een drietal 'good-practices'. De namen van de geïnterviewde afdelingshoofden zijn te vinden in Appendix II en een weergave van de gebruikte interviewlijsten is opgenomen in Appendix III. Voor dit onderzoek zijn drie verschillende interviewlijsten gemaakt, één voor de afdelingshoofden van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo, één voor het afdelingshoofd opnamen en één voor de 'good-practices'. De interviewlijst voor de afdelingshoofden vormt de basis van de twee andere interviewlijsten. Het interview met het hoofd Opnamen is gericht op de planning van patiënten, in plaats van de planning van personeel. Voor de 'good-practices' heb zijn een aantal algemene vragen over het ziekenhuis toegevoegd om een beter beeld van de organisatie te krijgen. In Appendix IV is een voorbeeld opgenomen van de grafieken die tijdens de interviews voorgelegd zijn aan de afdelingshoofden van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo. Deze grafieken laten onder andere het aantal opnamen en de productiecijfers van een afdeling zien. Met dit hoofdstuk wordt een antwoord gegeven op de tweede hoofdvraag; *'Welke capaciteitsplanning (ten aanzien van bedden en personeel) wordt hiervoor gehanteerd?'.*

2.1 Capaciteitsplanning

Voordat er een antwoord gegeven kan worden op de tweede hoofdvraag, is het van belang een definitie van capaciteitsplanning te formuleren. Capaciteitsplanning is eigenlijk niet meer dan het adequaat inzetten van middelen, dit wil zeggen het juiste middel op de juiste tijd op de juiste plaats (Déhora Consultancy 2006). Zoals in de inleiding valt te lezen, bestaat ziekenhuis capaciteitsplanning voornamelijk uit de planning van patiënten, bedden en personeel. Capaciteitsplanning van een ziekenhuis gaat dus om het adequaat inspelen op het aanbod van patiënten en het adequaat inzetten van bedden en personeel.

2.2 Afdelingshoofden Twenteborg Ziekenhuis te Almelo

2.2.1 Algemeen

Voor dit onderzoek zijn in totaal tien afdelingshoofden van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo geïnterviewd, een aantal hoofden is verantwoordelijk voor meerdere afdelingen. De hoofden van de afdelingen Dagverpleging, ICU, Kraamafdeling, CCU, EHH, 3West, 3Noord, 3Oost, 3Zuid, 4West, 4Zuid, 5Noord, 5West, 5Zuid, 6Noord, Ambulatorium, Kinderafdeling, SEH, OK en Opnamen (n=10) zijn geïnterviewd. De afdelingen hebben gemiddeld 41 verpleegkundigen (variërend van 29 tot 60) in dienst en hebben gemiddeld 31 bedden (variërend van 9 tot 55) per afdeling. Het hoofd van de afdeling opname heeft over sommige onderwerpen uitspraken gedaan, en over andere niet. Dit komt omdat het hoofd opnamen zelf niet te maken heeft met patiënten op een afdeling, maar wel met de planning ervan. Het aantal totale afdelingshoofden verschilt hierdoor per onderwerp (n=9 of n=10). In appendix III zijn de verschillende interviewlijsten opgenomen, hieruit is af te leiden wanneer het totaal 9 afdelingshoofden, of 10 afdelingshoofden is.

2.2.2 Vakantieplanning

Op de vraag, *'Welk personeel planningssysteem wordt er op dit moment gebruikt voor vakantieplanning in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo'* antwoorden de hoofden zeer verschillend. Sommige antwoorden dat er geen planningssysteem wordt gehanteerd (n=3), anderen antwoorden dat de planning wordt gebaseerd op de jaarurensystematiek⁶ (n=2), de beschikbaarheid van de OK's (n=2), de benodigde dagbezetting op een afdeling (n=1) of op basis van beddensluiting (n=1).

⁶ Jaar-urensystematiek houdt in dat werknemers een bepaald aantal uren per jaar meot werken, maar dat er verder geen strikte afspraken aan verbonden zijn. Zo kan een werknemer bijvoorbeeld in een vakantieperiode door blijven werken, om later in het jaar weg te kunnen.

De planningsprincipes die de afdelingen hanteren, verschillen sterk per afdeling. Op de afdeling Gynaecologie plant men aan de hand van OK-sluiting. Op de afdelingen Neurologie, Interne Geneeskunde en Geriatrie plant men aan de hand van beddensluitingen (of te wel de bedbezetting). De afdelingen Orthopaedie en Kindergeneeskunde plannen op basis van OK-productie en zetten indien nodig min-max'ers of stand-by verpleegkundigen in. De Spoedeisende Hulp, Intensive Care Unit en de afdeling Cardiologie kijken vooral naar de verdeling van zorg en bouwen een extra buffer in. De verdeling van zorg houdt in dat er overdag voor zes patiënten minimaal één verpleegkundige aanwezig moet zijn. Heb je 8 patiënten, dan moeten er minimaal twee verpleegkundigen aanwezig zijn. Voor de nacht- en ochtendiensten gelden er weer andere verhoudingen.

Deel je de afdelingen van het ziekenhuis in categorieën in, dan zie je drie categorieën, namelijk snijdende afdelingen, niet-snijdende afdelingen en spoedafhankelijke afdelingen. De snijdende afdelingen worden ook wel gezien als chirurgische afdelingen en plannen voornamelijk op de OK-productie, de niet-snijdende afdelingen, ook wel interne afdelingen, plannen op bedbezetting en de spoedafhankelijke afdelingen, ook wel specialistische afdelingen, vooral op de verdeling van zorg. Daarnaast is er nog een algemene systematiek, die rekening houdt met de regel *'een bed is een bed'* (Hanneke Klopper, zie paragraaf 1.3).

2.2.3 Planning afdeling Opnamen

Bij de afdeling Opnamen plant men de patiënten aan de hand van een aantal factoren. Allereerst is de OK leidend, dit wil zeggen dat de planning afhangt van de beschikbaarheid van een OK. Daarnaast gaat gepland voor spoed ten aanzien van de OK, *'als wij dat niet zouden doen, dan zou de OK overlopen. Dan zou vandaag de hele dag spoed zijn en daardoor zouden er morgen geen patiënten meer geholpen kunnen worden (Anoniem)'*. Verder wordt er ook nog rekening gehouden met de wensen van specialisten.

Op de afdeling Opnamen houdt men met het maken van de planning, zoals hiervoor vermeld, rekening met de beschikbaarheid van een OK. In de vakantieperiode, gaat de OK drie weken 25% dicht en tijdens de drie weken 'bouwwak' in de zomervakantie 50%. Daarnaast is er volgens het hoofd ook een verschil in patiëntenaanbod te zien in vakantieperiodes. Voor de beddensluiting hebben alle afdelingshoofden bij het hoofd Opnamen een briefje ingeleverd met daarop vermeld hoeveel bedden men in welke periode gaat sluiten. Het hoofd Opnamen heeft dit in één bestand gezet en verspreid over de afdelingshoofden.

2.2.4 Proces

Het proces dat wordt doorlopen, van aanvraag voor een vakantie door het personeel tot de bevestiging vanuit de procescoördinatoren, is voor alle tien afdelingshoofden duidelijk. Op 1 november beginnen de afdelingshoofden met het bepalen van het aantal te sluiten bedden in de vakantieperiodes en worden de aanvraagbriefjes voor vakanties uitgedeeld aan de verpleegkundigen. Deze aanvraagbriefjes moeten voor 1 december ingeleverd worden bij de procescoördinatoren. Een aantal afdelingshoofden is hier heel strikt in, lever je het te laat in, dan heb je pech (n=2). De procescoördinatoren maken vervolgens de planning, zodat op 1 januari duidelijk is wie wanneer vakantie heeft. Een afdelingshoofd wijkt hier een beetje van af en maakt gebruik van de *'empowerment'* van de verpleegkundigen. Deze verpleegkundigen kunnen op een lijst aangeven wanneer zij beschikbaar zijn. Deze lijst is opgesteld door het afdelingshoofd aan de hand van bepaalde criteria, en dient voor 15 december ingevuld te worden.

Op de vraag, *'Accepteert het personeel dit systeem?'* antwoordde elk afdelingshoofd (n=9) dat het personeel het niet altijd leuk vindt, om niet in de gewenste periode vakantie te krijgen, maar dat het personeel wel vaak bereid is zich aan te passen. Daarnaast gaven enkele afdelingshoofden (n=2) aan dat het al dan niet op vakantie zijn van medische specialisten niet van invloed is op de afdeling, tenzij de medisch specialisten allemaal tijdens de vakantie aanwezig zijn en de verpleegkundigen met vakantie.

2.2.5 Communicatie

De afdelingshoofden hebben elke twee weken een hoofdenoverleg en een zorgbreed overleg. In het hoofdenoverleg gaat het voornamelijk over beleidszaken die alle afdelingshoofden aangaan. In een zorgbreed overleg worden ook de afdelingshoofden van de rest van het ziekenhuis (voornamelijk de poliklinische afdelingen) betrokken. Naast deze tweewekelijkse overleggen, spreken de meeste afdelingshoofden elkaar ook elke ochtend. Tijdens deze ochtendontmoetingen houden zij zich voornamelijk bezig met het inventariseren van bedden en personeel, om eventuele knelpunten van de dag op te kunnen lossen. Wat opviel tijdens de gesprekken, is dat bijna iedereen van mening is dat de communicatie beter zou kunnen (n=8); *'Ik denk dat we in dat communiceren met elkaar, dat is heel gevaarlijk wat ik nu zeg, maar daar hebben we nog wel wat in te leren.* (Anoniem)' Daarnaast is een aantal van mening dat er niet voldoende vertrouwen is (n=5). Ook de duidelijkheid en transparantie van beslissingen zijn een probleem in de communicatie (n=3), *'Dus de uitgangspunten zijn wel helder, maar hoe ermee omgegaan wordt... dat zit in mensen.* (Anoniem)'

2.2.6 Problemen

Het grootste probleem dat naar voren kwam in de interviews is dat men zegt niet te weten hoe andere afdelingen in elkaar zitten (n=5). Hierdoor is er veel onbegrip als ze patiënten van andere afdelingen moeten behandelen onder het mom van de leenbedprocedure (zie paragraaf 1.3). Er gaan geruchten rond dat sommige afdelingen hun personeel soms 4 weken op vakantie sturen, terwijl andere afdelingen hun personeel maar 2,5 weken op vakantie kan sturen. Een van de afdelingshoofden merkte echter terecht de andere kant van het verhaal op. *'Als je ziet dat afdelingen buiten de pieken constant op 110 [% bedbezetting] zitten, wanneer moet ik ze dan wel vakantie geven. Dan kan ik mijn mensen ook geen vakantie geven, dus is het misschien wel logisch dat als er weinig geopereerd wordt, ik dan zoveel mogelijk mensen met vakantie stuur. Want daarna heb ik ze zoveel mogelijk terug.* (Anoniem)' Afdelingshoofden hierop aanspreken is ook lastig, want zoals een afdelingshoofd zei, heerst er geen cultuur van *'tender loving care'*. Wat hij hiermee bedoelt, is dat men geen dingen verzacht om mensen te sparen, maar dat ze soms zelfs het omgekeerde, heel straffend, zijn.

Daarnaast vragen drie afdelingshoofden zich af of er bij het maken van de planning, genoeg rekening gehouden wordt met eventuele ziekte/zwangerschap onder personeel (n=3). Een ander groot probleem dat naar voren kwam is achterdocht (n=4). *'Achterdocht speelt nog steeds, maar het is een gezamenlijk probleem. Als je dat niet aanpakt, is er dus geen openheid tussen afdelingshoofden. Er wordt niet rechtstreeks gepraat terwijl er wel elke 14 dagen overleg is!* (Anoniem)'

2.2.7 Wensen

De grootste wens die de afdelingshoofden hebben, is dat met dit onderzoek er eindelijk meer duidelijkheid (transparantie) komt ten aanzien van beddensluitingen op afdelingen en vakantieroosters van het personeel (n=10). Daarnaast zouden de meesten graag zien dat beddensluitingen centraal geregeld worden (n=7), *'doen we dat niet vanuit één locatie, dan komen we er niet uit.* (Anoniem)'. Een van de afdelingshoofden wil nog wel zelf inspraak hebben. Met inspraak wordt in dit geval bedoeld dat men zelf voorstellen kan indienen, maar de beslissing centraal genomen wordt (n=1).

2.3 Good-practices

2.3.1 Algemeen

Voor dit onderzoek zijn in totaal drie ziekenhuizen in Nederland geïnterviewd, de selectieprocedure staat beschreven in het theoretische kader. Het gaat om het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam, het Ziekenhuis Amstelland te Amstelveen en het Rode Kruis Ziekenhuis te Beverwijk (n=3). De ziekenhuizen hebben gemiddeld 394 bedden (variërend van 255 tot 550) per ziekenhuis, gemiddeld 1589 personeelsleden

(variërend van 718 tot 2800) per ziekenhuis en gemiddeld 89 medisch specialisten (variërend van 53 tot 125) per ziekenhuis. In tabel 3 is een overzicht in tabelvorm weergegeven.

Tabel 3: Overzicht per ziekenhuis.

	<i>TBA, Almelo</i>	<i>OLGV, Amsterdam</i>	<i>ZA, Amstelland</i>	<i>RKZ, Beverwijk</i>
Bedden	440	550	255	375
Personeelsleden	1800	2800	718	1250
Medisch specialisten	110	125	53	90

2.3.2 Vakantieplanning

Op de vraag, *'Welk personeel planningssysteem wordt er op dit moment gebruikt voor vakantieplanning in dit ziekenhuis'* antwoorden de ziekenhuizen zeer verschillend. Het bijzondere aan de vakantieplanning van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam is het FiP-bureau. Het FiP-bureau staat voor flexibel inzetbaar personeel en is een soort intern uitzendbureau. Onder het FiP-bureau vallen 20 FTE's aan verpleegkundigen, die in dienst zijn van het ziekenhuis. Al deze *'poolers'* (Vinkesteijn) hebben verschillende contracten en geven zelf aan welke diensten ze willen draaien. Het bijzonder van deze verpleegkundigenpool is, dat alle verpleegkundigen werkzaam zijn *'door het hele ziekenhuis en in elk specialisme. (Vinkesteijn)'* De verpleegkundigen worden ingezet op aanvraag van de afdelingen.

Het Ziekenhuis Amstelland heeft drie eigenschappen die voor een goede vakantieplanning van belang zijn. Ten eerste beschikt het Ziekenhuis Amstelland over een kort-verblijfafdeling, die zij in de zomer kunnen sluiten; *'Een kort-verblijfafdeling is een afdeling die van maandag tot en met vrijdag open is en verschillende specialismen kent. Als je die sluit, dan sluit je niet een afdeling waar 20 bedden orthopaedie zijn, maar sluit je een afdeling waar een orthopeed twee of drie bedden heeft. Op die manier nuanceer je het leed al wat. En de medewerkers op die afdeling verdelen we dan op andere afdelingen. (Baltes)'* Daarnaast heeft het ziekenhuis een spoedafdeling. Deze afdeling bestaat uit 6 bedden waar spoedpatiënten opgenomen worden, om vervolgens doorgeschoven te kunnen worden naar een van de verpleegafdelingen. Op deze manier is spoed voor de reguliere verpleegafdelingen geen spoed meer. Als laatste is het Ziekenhuis Amstelland zo ingericht dat de twee afdelingen, chirurgie en interne, kunnen fungeren als harmonica afdelingen. Door een extra deur te openen, worden beide afdelingen gecombineerd.

Het Rode Kruis Ziekenhuis te Beverwijk geeft aan dat het vakantiesysteem dat het Rode Kruis Ziekenhuis hanteert inflexibel is (afspraken zijn afspraken), met veel duidelijkheid voor iedereen en daardoor beheersbaar. Het ziekenhuis krimpt in de vakantieperioden in capaciteit, zij doet dit aan de hand van OK-sluiting. In vakantieperioden zijn er in totaal 4 van de 10 OK's geopend. *'Echter de neonatologie, de kinderafdeling, de verloskamers, de SEH, het brandwondencentrum, de CCU en de IC blijven op volle toeren draaien. (Nuijen)'*

2.3.3 Proces

Ook het proces dat wordt doorlopen verschilt per ziekenhuis. Het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam is bijvoorbeeld opgedeeld in een aantal units, neem bijvoorbeeld de unit Chirurgie. Hiertoe behoort alles wat met dit specialisme te maken heeft, van secretariaat tot verpleegafdeling. De vakantieplanning in dit ziekenhuis wordt per unit geregeld. Alle units in het OLVG doen aan een strikte vakantieplanning, *'eenmaal liever wat te weinig [vakantiedagen] weggegeven dan te veel. (Vinkesteijn)'*

Het Ziekenhuis Amstelland te Amstelveen over het proces van de vakantieplanning; *'Vakantie kun je nooit goed regelen, iemand wil altijd langer of op een andere tijd. Achteraf blijkt al jaren dat het wel goed gaat. (Baltes)'*

De vakantieplanning van het Rode Kruis Ziekenhuis te Beverwijk wordt per afdeling geregeld, is er niet genoeg personeel? Dan zorgt het Rode Kruis Ziekenhuis ervoor dat medewerkers extra gaan werken *'meer dan de contracturen'* (Nuijen), of dat er vakantie-, oproep- of uitzendkrachten worden ingezet. In Appendix V is de vakantieregeling van het ziekenhuis opgenomen.

2.3.4 Problemen

Alle drie ziekenhuizen geven aan dat er geen problemen zijn ten aanzien van de vakantieplanning in hun ziekenhuizen (n=3). Volgens Carolien Vinkesteyn, manager van het FiP-bureau, heeft het OLVG de vakantieplanning goed geregeld. *'Het probleem wat wij wel eens hebben is, dat we aan zo'n strakke vakantieplanning doen, dat er weinig productie is geweest gedurende de zomermaanden, dat ze eigenlijk onze poolers niet nodig hebben.'*

2.3.5 Wensen

Wensen ten aanzien van verbeteringen voor de vakantieplanning zijn er volgens de ziekenhuizen niet (n=3).

2.4 Verschillen Twenteborg Ziekenhuis te Almelo en de drie 'good-practice' ziekenhuizen

Er zijn een aantal grote verschillen tussen het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo en de drie 'good-practice' ziekenhuizen. Het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo heeft bijvoorbeeld wel een verpleegkundige pool, maar deze verpleegkundigen zijn niet in het hele ziekenhuis inzetbaar. Een verpleegkundige uit de pool van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo wordt toegewezen aan een afdeling voor een aantal maanden (Afdelingshoofd verpleegkundige pool). De verpleegkundige pool uit het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis bestaat uit verpleegkundigen die door het hele ziekenhuis inzetbaar zijn.

De verschillen tussen het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo en het Ziekenhuis Amstelland zijn nog groter. Het Ziekenhuis Amstelland heeft een kort-verblijfsafdeling, een spoedafdeling en twee harmonica afdelingen. Het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo heeft geen van deze afdelingen om beter in te kunnen spelen op seizoensgebonden veranderingen. De kort verblijven in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo vinden op normale verpleegafdelingen plaats. Deze afdelingen werken wel samen met het plaatsten van patiënten volgens de leenbedprocedure (zie paragraaf 1.3), maar er is geen sprake van een echte harmonica afdeling. Een spoedafdeling heeft het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo ook niet, spoed patiënten komen binnen via de Spoedeisende Hulp (SEH) en worden vervolgens opgenomen op de reguliere verpleegafdelingen. In het Ziekenhuis Amstelland blijven patiënten op de spoedafdeling tot bekend is wat er met ze aan de hand is, tot maximaal 24 uur na opname.

Het verschil tussen het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo en het Rode Kruis Ziekenhuis is niet zo groot. Het Rode Kruis Ziekenhuis werkt met een strikt vakantiereglement, waardoor zij de vakantieperioden plannen. Het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo heeft wel een vakantiereglement, maar deze is voor het laatst aangepast in februari 2000.

2.5 Conclusie

Dit hoofdstuk heeft een antwoord gegeven op de tweede hoofdvraag, *'Welke capaciteitsplanning (ten aanzien van bedden en personeel) wordt hiervoor [de verdeling van patiënten] gehanteerd?' en dan met name op de deelvragen, 'Welke capaciteitsplanning ten aanzien van bedden en personeel wordt hiervoor gehanteerd?', 'Wat zijn de (gevoelde) problemen bij dit systeem' en 'Hoe hebben andere ziekenhuizen dit geregeld?'*

In paragraaf 2.1 is een definitie van capaciteitsplanning weergegeven. Het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo werkt volgens de afdelingshoofden niet volgens één bepaald systeem. De afdelingshoofden bepalen zelf hoe zij personeel inplannen en hoeveel bedden zij sluiten en wanneer. Het is hierdoor onduidelijk welk planningssysteem er daadwerkelijk wordt gehanteerd. Daarnaast verschillen ook de planningsprincipes sterk per afdeling, wel heeft het ziekenhuis twee algemeen geldende planningsystematieken, namelijk een 'bed is een bed' en 'electief gaat voor spoed'. Daarnaast zijn er ook afspraken gemaakt over de beschikbaarheid van de OK. In de zomermaanden is deze gedurende drie weken 25% gesloten en drie weken 50%. Het proces dat doorlopen moet worden voor de aanvraag van vakantie is voor alle afdelingshoofden duidelijk. Het personeel is hier niet altijd tevreden over, maar is meestal wel bereid zich aan te passen en accepteert het systeem wel.

De (gevoelde) problemen onder de afdelingshoofden van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo (n=10) die tijdens de interviews naar voren kwamen⁷ was onder andere dat de communicatie beter kan (n=8), daarnaast is er volgens een aantal afdelingshoofden te weinig vertrouwen (n=5), te veel achterdocht (n=4) en te weinig transparantie over besluiten (n=3). Verder vond de helft van de afdelingshoofden (n=5) dat het onduidelijk is hoe andere afdelingen in elkaar zitten en wordt er te weinig rekening gehouden met eventuele ziekte of zwangerschap (n=3). De wensen die de afdelingshoofden hebben over de vakantieplanning dat het meer transparant en duidelijker moet worden. Daarnaast is het merendeel van mening dat de vakantieplanning centraal geregeld moet worden (n=7).

Ook de vraag, '*Hoe hebben andere ziekenhuizen dit geregeld?*' werd beantwoord in dit hoofdstuk. Het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam heeft het FiP-Bureau en zegt dat zij de vakantieplanning zo strak geregeld hebben, dat de poolers van het FiP-Bureau soms niet eens nodig zijn. Het Amstelland Ziekenhuis te Amstelveen heeft een kortverblijf afdeling die in de zomerperiode gesloten wordt, daarnaast heeft dit ziekenhuis een manier gevonden om spoed planbaar te maken door het invoeren van een spoedafdeling en fungeren de overige afdelingen als harmonica afdelingen. Het Rode Kruis Ziekenhuis te Beverwijk zegt dat zij een inflexibel reglement hebben dat zorgt voor duidelijkheid.

Er bestaan grote verschillen tussen het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo en de drie 'good-practice' ziekenhuizen. Het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo heeft geen FiP-bureau, geen kort-verblijfafdeling, geen spoedafdeling, geen harmonica afdeling en een verouderd vakantiereglement.

Over het algemeen is uit dit hoofdstuk gebleken dat er zeker nog ruimte is voor verbeteringen ten aanzien van de communicatie en planning (van onder andere personeel en patiënten) binnen het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo.

⁷ Afdelingshoofden konden hier meerdere problemen aangeven.

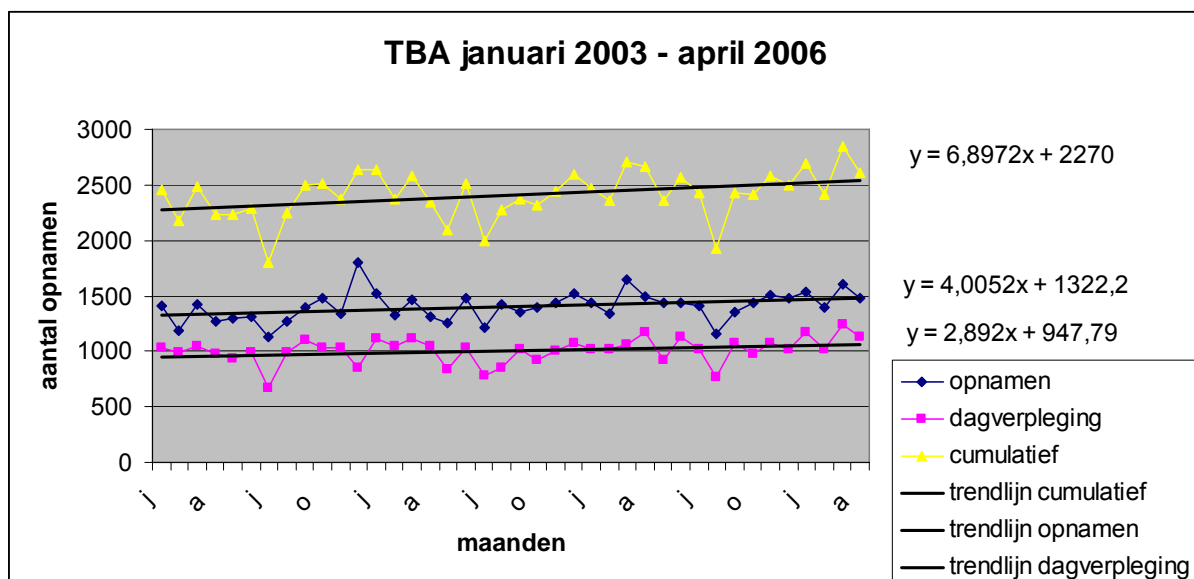
3. Seizoensgebonden veranderingen

Om de derde hoofdvraag; 'Hoe gaat men om met seizoensgebonden veranderingen ten aanzien van de capaciteitsplanning?' te kunnen beantwoorden is het van belang deze seizoensgebonden veranderingen eerst vast te stellen. Hiervoor wordt het aantal opnamen en het aantal dagverplegingen per maand weergegeven voor de periode januari 2003 tot en met april 2006. Daarnaast laat een jaargrafiek het gemiddelde aantal opnamen en het gemiddelde aantal dagverplegingen per maand zien.

3.1 Het patiëntenaanbod

Voordat de seizoensgebonden veranderingen in kaart gebracht kunnen worden, moet er eerst een overzicht gemaakt worden van het patiëntenaanbod van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo. In grafiek 1 zijn het aantal opnamen, het aantal dagopnamen en de bijbehorende trendlijnen van het aanbod van patiënten in de periode van januari 2003 tot en met april 2006 opgenomen. In dit figuur is te zien dat het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo te maken heeft met een grillige lijn van het aantal opnamen. In de afgelopen drie jaren heeft het ziekenhuis te maken gehad met hoge pieken en lage dalen in het patiëntenaanbod. Daarnaast is te zien dat zowel het aantal opnamen als het aantal dagverplegingen in de afgelopen drie jaren gestegen is. Voor zowel het aantal opnamen als voor het aantal dagverplegingen is dit een gemiddelde stijging van 3,6% per jaar gedurende deze periode (januari 2003 tot en met april 2006).

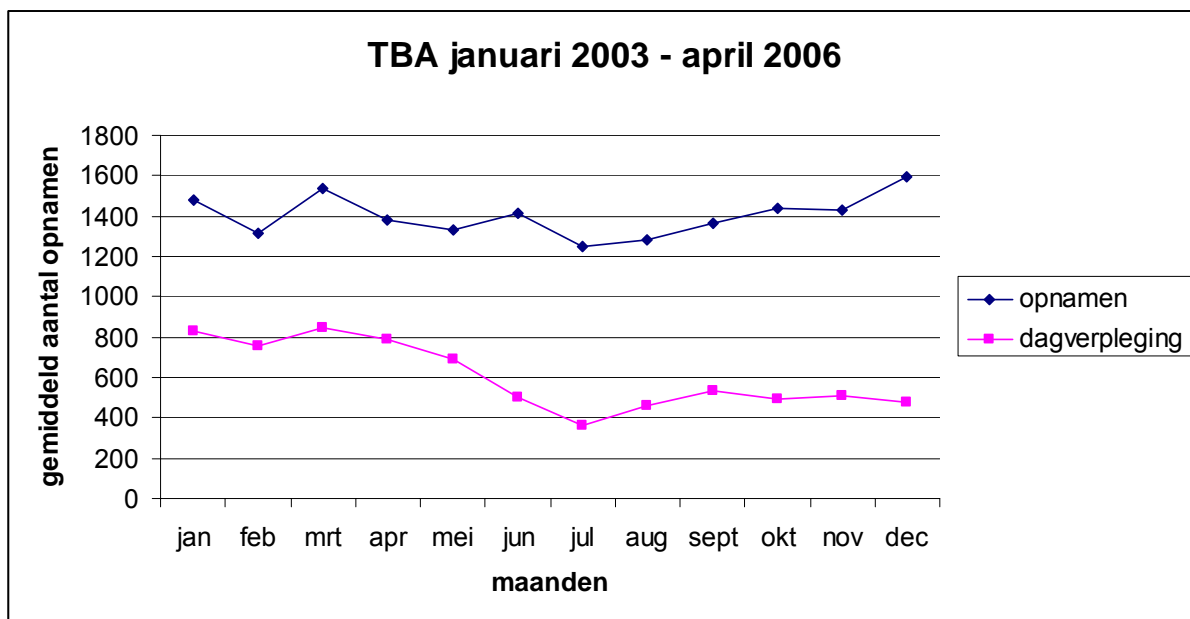
Grafiek 1: Aantal opnamen, dagverpleging en cumulatief van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo in de periode januari 2003 tot en met april 2006



3.2 Seizoensgebonden veranderingen

Om een duidelijker beeld te krijgen hoe die seizoensveranderingen zich in gedurende een jaar verspreiden, zien we in de volgende grafiek, grafiek 2, het gemiddelde van alle maanden gedurende de periode januari 2003 tot en met april 2006. In de maand februari daalt het aantal opnamen ten opzichte van januari en in maart stijgt dit aantal enorm, om vervolgens weer af te nemen tot en met mei. In juni is er weer een lichte stijging, die vervolgens uitmondt in een sterke daling in juli en augustus. Na deze maanden klimt het aantal opnamen licht, met een klein dalletje in november, en blijft deze stijgen tot en met december om in de maand januari van het volgende jaar weer te dalen.

Grafiek 2: Gemiddeld aantal opnamen en dagverpleging van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo in de periode januari 2003 t/m april 2006



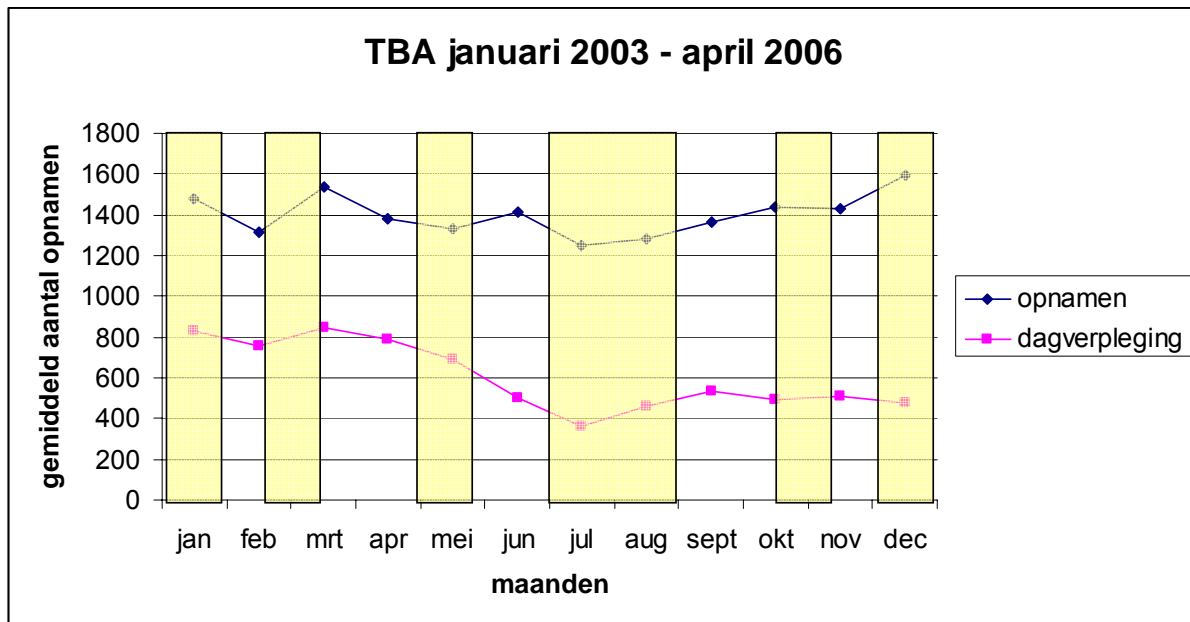
3.2.1 Verschil tussen piek en dal

De maand met het laagste aantal opnamen is augustus (1283 opnamen gemiddeld) en de maand met het hoogste aantal opnamen is december (1597 opnamen gemiddeld). Dit is een verschil van gemiddeld 314 opnamen, dit lijkt niet veel maar in percentages is dit verschil 24,5%. Voor de dagverpleging is de maand met het laagste aantal dagverplegingen juli (822 dagverpleging gemiddeld) en de maand met het hoogste aantal dagverplegingen is maart (1116 dagverpleging gemiddeld). Dit is een verschil van 384, in percentages is dit een verschil van 35,8%.

3.2.2 Verklaring seizoensgebonden veranderingen

Het verschil in het patiëntenaanbod van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo is te verklaren aan de hand van een aantal factoren. De eerste factor is de vakantieregeling van de Nederlandse overheid. Deze vakantieregeling houdt in dat er in een kalenderjaar vijf grote vakanties zijn voor het basis- en voortgezet onderwijs. Omdat in de vakantieperioden van het basisonderwijs meer mensen met vakantie gaan (ouders met jonge kinderen nemen bijvoorbeeld vaker vakantie in deze perioden dan ouders met oudere kinderen) en omdat het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo met de vakantieperioden van het basisonderwijs werkt, richten wij ons in dit onderzoek op deze vakantieperioden. De vakantieperioden zijn, de voorjaarsvakantie (in de maanden februari en maart, deze duurt 1 week), de meivakantie (in de maand mei, deze vakantie duurt 1 week), de zomervakantie (in de maanden juli en augustus, deze vakantie duurt 6 weken, waarvan 3 weken de zogenaamde 'bouwvak' zijn), de herfstvakantie (in de maand oktober of november, deze vakantie duurt 1 week) en de kerstvakantie (in de maanden december en januari, deze duurt 2 weken). Om een beter beeld te krijgen van de verdeling van deze vakantieperioden zijn in grafiek 3 de genoemde vakantieperioden over grafiek 2 gelegd.

Grafiek 3: Gemiddeld aantal opnamen en dagverpleging van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo in de periode januari 2003 t/m april 2006 met vastgestelde vakantieperiodes



In de vakantieperiodes gaan veel mensen uit het verzorgingsgebied van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo buiten dit verzorgingsgebied op vakantie. Hierdoor zijn er minder potentiële patiënten aanwezig en neemt het patiëntenaanbod af. Een andere factor is het aantal geplande patiënten. Patiënten die bijvoorbeeld een operatie moeten ondergaan, die een niet levensbedreigende of zeer hinderlijke aandoening hebben, zullen eerder geneigd zijn de operatie na een vakantie plaats te laten vinden. Dit geldt dan voornamelijk voor de zomerperiode. Hierdoor vinden veel van deze operaties vlak na een vakantieperiode plaats. Dit brengt ons dan tot factor drie, namelijk dat het aanbod van patiënten in de maanden na een vakantieperiode juist weer toeneemt. Verder kan administratieve vervuiling, zoals achterstallige administratie, ervoor zorgen dat de laatste maand van het jaar (december) een piek vertoont in het aanbod van patiënten. Het gaat hier dan om een kunstmatige verhoging.

3.2.3 Omgang met seizoensgebonden veranderingen

In de vorige twee paragrafen zijn de seizoensgebonden veranderingen vastgesteld en verklaard, maar hoe gaat het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo nu eigenlijk om met deze seizoensgebonden veranderingen? Het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo heeft een aantal afspraken gemaakt over de vijf vakantieperiodes. In de OK-Raad is afgesteld dat gedurende een vakantieperiode de OK voor 25% gesloten wordt, tijdens de drie weken bouwvak is dit 50%. Omdat een aantal afdelingen wat betreft het patiëntenaanbod afhankelijk zijn van de OK-productie worden er op deze afdelingen een aantal bedden gesloten in de vakantieperiodes. Afdelingen bepalen zelf hoeveel bedden ze wanneer gaan sluiten, mits de kwaliteit van zorg hier niet onderlijdt. De overige afdelingen sluiten ook bedden, dit voornamelijk zodat er minder personeel nodig is en zij op vakantie kunnen. Het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo geeft haar personeel namelijk bij voorkeur vakantie in een van de vakantieperiodes, omdat de productie van het ziekenhuis lager is in deze periodes.

Als we nu kijken naar de vakantieperiodes, aan de hand van figuur 3.3, dan vallen er een aantal dingen op. Ten eerste valt het op dat het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo in de voorjaarsvakantie OK's en bedden sluit, terwijl het aanbod van patiënten dan stijgt. Daarnaast valt op dat er ook in de kerstvakantie OK's en bedden gesloten worden, terwijl in deze periode het patiëntenaanbod het hoogste van het hele jaar is. Dat er in de overige vakanties, en in het bijzonder in de zomervakantie, OK's en bedden dicht gaan, levert volgens de

grafiek geen ernstige problemen op. Als deze gegevens per dag beschikbaar waren, dan zou dit een veel duidelijker beeld geven over waar het probleem nu precies zit. De gegevens zoals hier gebruikt geven een gemiddelde weer, waardoor er een ruw beeld geschetst wordt.

3.3 Conclusie

In dit hoofdstuk is een antwoord gegeven op een deel van de eerste hoofdvraag, *'Hoe zien het patiëntenaanbod en de verdeling van patiënten er in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo uit gedurende de periode januari tot en met april 2006?'* en dan met name de deelvraag, *'Hoe ziet het aanbod van patiënten van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo er gedurende de periode januari 2003 tot en met april 2006 uit?'*

Daarnaast is er in dit hoofdstuk een antwoord gegeven op de derde hoofdvraag, *'Hoe gaat men om met seizoensgebonden veranderingen ten aanzien van de capaciteitsplanning?'* en dan met name op de deelvragen, *'Hoe zien de seizoensgebonden veranderingen er in het patiëntenaanbod van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo uit en hoe zijn deze veranderingen te verklaren?'* en *'Hoe speelt het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo, ten aanzien van de capaciteitsplanning (bedden en personeel), in op deze seizoensgebonden veranderingen?'*.

Uit de gegevens blijkt dat het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo inderdaad te maken heeft met seizoensgebonden veranderingen. Voor het aantal opnamen zit er een kwart verschil tussen de maand met het meeste aantal opnamen (december) en met het minste aantal opnamen (augustus), voor de dagverpleging is dit verschil zelfs ruim een derde (meeste maart, minste juli). De verklaring voor deze verschillen is op te splitsen in twee kanten, aan de ene kant neemt het aantal patiënten in de vakantieperioden af. Mensen gaan voornamelijk in deze perioden op vakantie, waardoor het aantal mensen binnen het verzorgingsgebied van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo en daarmee het aantal potentiële patiënten afneemt. Daarnaast worden geplande operaties vaak uitgesteld tot na de zomerperioden, waardoor het aanbod van patiënten in die perioden weer toeneemt.

Aan de andere kant reguleert het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo het patiëntenaanbod ook enigszins. Doordat er een aantal afspraken gemaakt zijn (OK-reductie en beddensluiting) is er minder capaciteit beschikbaar. Geplande operaties worden door deze verminderde capaciteit ook vanuit het ziekenhuis vooruitgeschoven tot na een vakantieperiode. Daarnaast gaat het personeel voornamelijk in de vakantieperioden op vakantie, waardoor er nog minder capaciteit beschikbaar is. Door deze lagere capaciteit ligt de 'productie' van het ziekenhuis lager dan normaal en kunnen er minder patiënten opgenomen worden, hierdoor wordt het patiëntenaanbod kunstmatig laaggehouden tijdens vakantieperioden.

Wat wel opvalt, is dat ondanks (of misschien juist dankzij) deze gemaakte afspraken, het patiëntenaanbod in de kerst- en voorjaarsvakantie erg hoog is. Een verklaring hiervoor hebben we in dit onderzoek niet kunnen vinden wegens tijdgebrek, dit zou in een vervolg onderzoek verder uitgezocht moeten worden.

4. Conclusie

4.1 Deel conclusies

4.1.1 Eerste hoofdvraag

In de hoofdstukken 1 en 3 is antwoord gegeven op de eerste hoofdvraag, *'Hoe zien het patiëntenaanbod en de verdeling van patiënten er in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo uit gedurende de periode januari tot en met april 2006?* Uit gegevens, zoals weergegeven in hoofdstuk 3, blijkt dat het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo een grillig patiëntenaanbod heeft, waar rekening mee gehouden moet worden bij het maken van een planning. Uit hoofdstuk 1 blijkt onder andere dat het aanbod (spoed en electief) van patiënten in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo er anders uitziet dan de planning hiervan (gedurende de periode januari 2006 tot en met april 2006). Het is dan waarschijnlijk dat het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo geen, of te weinig, rekening houdt met dit grillige aanbod. Dit blijkt ook uit de ontworpen modellen (zie Appendix I). Hier is grafisch te zien wat de verschillen zijn tussen de planning en de werkelijke verdeling van patiënten binnen het ziekenhuis.

Daarnaast is in de modellen te zien dat het merendeel van de specialismen (13 van de 18) een tekort hebben aan verpleegdagen (gedurende de periode januari 2006 tot en met april 2006). Van de afdelingen hebben 6 van de 16 een tekort aan verpleegdagen, maar het ziekenhuis als geheel niet. Deze aantallen zijn inclusief dagbehandelingen. Er worden namelijk dagverplegingen geplaatst op reguliere verpleegafdelingen, doordat de afdeling dagverpleging een groot tekort heeft aan verpleegdagen (zie model 2). Verder is in dit hoofdstuk naar voren gekomen dat er een aantal verschillen zijn tussen de drie soorten afdelingen (interne afdelingen, chirurgische afdelingen en specialistische afdelingen) in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo. Het belangrijkste verschil is dat interne afdelingen gemiddeld genomen veel patiënten van andere afdelingen behandelen en dat chirurgische afdelingen voornamelijk haar eigen patiënten behandelen.

De conclusie van hoofdstuk 1 is dat het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo te maken heeft met een groot verschil tussen de planning van het aanbod (spoed en electief) van patiënten en de werkelijke verdeling hiervan.

4.1.2 Tweede hoofdvraag

In hoofdstuk 2 is een antwoord gegeven op de tweede hoofdvraag, *'Welke capaciteitsplanning (ten aanzien van bedden en personeel) wordt hiervoor [de verdeling van patiënten] gehanteerd?* Uit de interviews die zijn afgenomen met de afdelingshoofden blijkt dat er geen speciale capaciteitsplanning wordt gehanteerd. Wel worden een aantal algemene regels gebruikt, namelijk *'planning gaat voor spoed* [ten aanzien van de OK]' en *'een bed is een bed* [de leenbedprocedure]'. Voor de vakantieplanning is in februari 2000 een proces vastgesteld, alle afdelingshoofden zijn op de hoogte van dit proces en passen dit ook toe. Daarnaast is er in de OK-raad een afspraak gemaakt over de sluiting van OK's gedurende de vakantieperioden. In de vijf vakantieperioden die het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo hanteert, zijn de OK's voor 25% gesloten (tijdens de drie weken bouwvak is dit 50%). Verder is uit de interviews gebleken dat de communicatie tussen afdelingshoofden nog wat te wensen overlaat, ook is er weinig vertrouwen en veel achterdocht. Het probleem dat in bijna elk gesprek naar voren kwam was dat afdelingshoofden vaak patiënten van andere afdelingen behandelen. Het behandelen van andere patiënten dan men gewend is, zorgt dan voor extra werkdruk.

Uit interviews met een aantal 'good-practices' ziekenhuizen is naar voren gekomen dat deze ziekenhuizen bijvoorbeeld gebruik maken van een intern uitzendbureau, een kort-verblijfafdeling, een spoedafdeling of een strikt vakantiereglement.

De conclusie van het tweede hoofdstuk is dat er in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo geen duidelijke capaciteitsplanning (ten aanzien van bedden en personeel) wordt gehanteerd, maar dat hierover wel een aantal afspraken gemaakt zijn.

4.1.3 Derde hoofdvraag

In het derde hoofdstuk is een antwoord gegeven op de derde hoofdvraag, *'Hoe gaat men om met seizoensgebonden veranderingen ten aanzien van de capaciteitsplanning?'* Uit de gebruikte grafieken in dit hoofdstuk is gebleken dat het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo inderdaad te maken heeft met seizoensgebonden veranderingen. Zo is in de gegevens duidelijk te zien dat er voor het aantal opnamen een kwart verschil is tussen de maand met het meeste aantal opnamen (december) en met het minste aantal opnamen (augustus), voor de dagverpleging is dit verschil zelfs ruim een derde (meeste maart, minste juli). Deze veranderingen zijn op verschillende manieren te verklaren, aan de ene kant door het patiëntenaanbod en aan de andere kant door het ziekenhuisbeleid. Door vakantieperioden neemt het patiëntenaanbod af, mensen gaan immers op vakantie. Verder neemt het ziekenhuis een aantal beslissingen gedurende deze vakantieperioden, waardoor het patiëntenaanbod kunstmatige omlaag gebracht wordt. Voorbeelden hiervan zijn het sluiten van OK's, het sluiten van bedden en het op vakantie sturen van personeel. Door deze regulatie speelt het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo in op deze seizoensgebonden veranderingen, ten aanzien van bedden en personeel.

De conclusie van hoofdstuk 3 is dat het Twenteborg Ziekenhuis te maken heeft met seizoensgebonden veranderingen en dat men daarop inspeelt door verschillende afspraken, zoals het sluiten van OK's en bedden.

4.2 Conclusie

Het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo is al een aantal jaren bezig met het meer efficiënt maken van het ziekenhuis. In de afgelopen jaren is er veel veranderd, maar omdat het gewenste resultaat op het gebied van planning nog niet gerealiseerd was, is dit onderzoek opgezet. In dit onderzoek hebben we een antwoord gegeven op de onderzoeksvraag, *'Hoe zien het patiëntenaanbod en de verdeling van patiënten er in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo uit, welke capaciteitsplanning (ten aanzien van bedden en personeel) wordt hiervoor gehanteerd en hoe gaat men om met seizoensgebonden veranderingen ten aanzien van de capaciteitsplanning?'* In deze paragraaf zetten we de belangrijkste conclusies op een rijtje.

Het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo heeft te maken met een grillig aanbod van patiënten, waar in de planning rekening mee gehouden moet worden. Uit de ontworpen modellen is echter gebleken dat er een groot verschil bestaat tussen de planning van het aanbod van patiënten (spoed en electief) en de werkelijke verdeling hiervan. Uit afgenomen interviews met afdelingshoofden (n=10) van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo is gebleken dat het ziekenhuis geen eenduidige capaciteitsplanning, ten aanzien van bedden en personeel, hanteert. Er zijn wel een aantal algemene afspraken gemaakt, zoals de leenbedprocedure. Uit de gebruikte modellen is gebleken dat deze leenbedprocedure veelvuldig wordt toegepast, er worden immers veel patiënten op afdelingen behandeld die daar volgens de planning niet moeten liggen. Dit geeft, zoals uit de interviews naar voren is gekomen, een extra werkdruk voor het personeel op een afdeling.

Verder is ook gebleken dat de afdelingshoofden van mening zijn dat de communicatie onderling verbeterd kan worden, ook zeggen zij dat er sprake is van wantrouwen en achterdocht. De belangrijkste wensen van de afdelingshoofden zijn dat de vakantieplanning, en dan met name de beddensluiting, centraal geregeld wordt en dat er meer duidelijkheid (transparantie) komt ten aanzien van gemaakte besluiten.

Zoals eerder gezegd, heeft het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo te maken met een grillig aanbod van patiënten. Uit hoofdstuk 3 is gebleken dat in dit grillige aanbod seizoensgebonden veranderingen te ontdekken zijn. Het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo speelt op deze seizoensgebonden veranderingen in door OK's en bedden te sluiten in de vijf vakantieperioden en om personeel dan met vakantie te sturen.

Al met al kunnen we zeggen dat het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo rekening probeert te houden met seizoensgebonden veranderingen in het patiëntenaanbod en de verdeling van bedden en personeel, maar dat zij er (nog) niet in is geslaagd adequaat in te spelen op deze seizoensgebonden veranderingen. Dit is voornamelijk te zien aan de grote hoeveelheid patiënten dat doorverwezen wordt naar andere afdelingen.

5 Aanbevelingen

Uit dit onderzoek is gebleken dat het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo ten aanzien van de capaciteitsplanning probeert in te spelen op het aanbod van patiënten, maar dat dit niet altijd lukt. In deze paragraaf zullen we dan ook een aantal aanbevelingen voor verbeteringen doen. Deze paragraaf geeft daarmee een antwoord op laatste deelvragen van elke hoofdvraag, *'Wat kan er verbeterd worden (ten aanzien van het verschil tussen de planning en de werkelijkheid van het patiëntenaanbod) en wat zijn aanbevelingen voor deze verbeterpunten?', 'Wat kan er verbeterd worden (ten aanzien van de capaciteitsplanning) en wat zijn aanbevelingen voor deze verbeterpunten?' en 'Wat kan er verbeterd worden (ten aanzien van de omgang met seizoensgebonden veranderingen) en wat zijn aanbevelingen voor deze verbeterpunten?'*. Bij het bedenken van deze aanbevelingen is zoveel mogelijk rekening gehouden met het huidige financiële kader van het ziekenhuis. Dit wil zeggen dat de meeste aanbevelingen zonder al te veel extra financiële middelen te realiseren zijn.

5.1 Eerste hoofdvraag

De conclusie van hoofdstuk 1 was dat het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo te maken heeft met een groot verschil tussen de planning van het aanbod (spoed en electief) van patiënten en de werkelijke verdeling hiervan. Ik denk dat er veel efficiëntie te behalen is als de verdeling van bedden wordt herzien en overcapaciteit op verschillende afdelingen wordt weggenomen. Daarom worden de volgende adviezen gegeven.

- Veel specialismen en afdelingen hebben een tekort aan verpleegdagen, om dit tekort weg te halen is het verstandig de verdelingen van bedden te herzien. De afdeling Dagverpleging heeft bijvoorbeeld te weinig capaciteit, hierdoor worden er dagbehandelingen geplaatst op reguliere verpleegafdelingen. Als de capaciteit van de afdeling Dagverpleging wordt vergroot zijn er minder afdelingen die een tekort hebben aan verpleegdagen. Daarnaast zijn er een aantal afdelingen die volgens de gegevens te veel capaciteit hebben. Er zal gekeken moeten worden of deze afdelingen ook met een kleinere capaciteit kunnen werken. Bij het vergroten van de capaciteit op een afdeling kan een gevaar ontstaan, namelijk dat artsen nog meer gaan produceren (er is immers meer plek). Daarom is het instellen van een bepaalde marge een goed idee. Door het instellen van een marge kunnen bedden worden vrijgehouden voor onverwachte patiënten. Op deze manier kan de patiënt gewoon op de eigen afdeling worden opgenomen, zonder dat er andere patiënten verschoven moeten worden. De kosten en baten van het verdelen van capaciteit zal per afdeling bepaald moeten worden, omdat elke afdeling verschillend is. Daarnaast is het instellen van een kort-verblijfafdeling, zoals die in het Ziekenhuis Amstelland te Amstelveen, een mogelijke optie om druk bij de reguliere verpleegafdelingen weg te halen.
- De afdelingen in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo zijn min of meer geclusterd. Afdelingen die veel op elkaar lijken en dicht bij elkaar liggen (in het ziekenhuisgebouw), wisselen soms patiënten uit. Het tweede advies is om het hele ziekenhuis in een soort van clusters op te delen. Een cluster is dan een groep afdelingen die veel op elkaar lijken om de capaciteit uit te breiden. Op deze manier kunnen patiënten binnen een dergelijk cluster behandeld worden, weten de afdelingen wat voor patiënten zij kunnen verwachten en kan zelfs eventueel personeel uitgewisseld worden. Dit advies is dan ook voornamelijk gericht op de samenwerking tussen afdelingshoofden. Om samenwerking tussen afdelingshoofden te verbeteren, is het noodzakelijk de communicatie te verbeteren tussen deze afdelingshoofden. Dit advies zal in paragraaf 5.2 aan bod komen.
- Het doorverwijzen van patiënten kan alleen met niet ingewikkelde patiënten. Een patiënt die een ingewikkelde buikoperatie heeft ondergaan, is bijvoorbeeld niet goed te behandelen op een afdeling waar patiënten alleen gewassen worden. Er moet namelijk niet alleen rekening gehouden worden met

wonden, maar ook met eventuele inwendige problemen. Om te voorkomen dat de patiënttevredenheid afneemt door verkeerde zorg, is het derde advies het opstellen van een patiënten-indicatie-lijst. In een dergelijke lijst is te zien welke patiënt wel van de eigen afdeling kan om ruimte te maken voor andere patiënten, en welke patiënt niet. Omdat de kwaliteit van zorg dan niet afneemt, zal de patiënttevredenheid zeer waarschijnlijk ook niet afnemen.

- Het vierde advies gaat over het instellen van een soort 'Zotel-afdeling'. Het Streekziekenhuis Midden-Twente te Hengelo heeft een dergelijke afdeling. Op deze afdeling is het voor patiënten mogelijk zelfstandig uit bed te gaan, een boek te lezen, een filmpje te kijken of bijvoorbeeld in de tuin een drankje te nuttigen, terwijl er wel verpleegkundigen aanwezig zijn voor het geval zich enige problemen voordoen. Door het instellen van een afdeling als deze, wordt er meer plaats gemaakt voor andere patiënten op reguliere verpleegafdelingen. Op dit moment is er in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo een overloopafdeling voor patiënten met een verpleegindicatie. Deze patiënten kunnen eigenlijk niet meer behandeld worden in het ziekenhuis, maar moeten verpleegd worden in een verpleeginstelling. In dit advies gaat het echter meer om patiënten die wegens medische redenen het ziekenhuis nog niet mogen verlaten, maar al wel zelfstandig en mobiel zijn. Dit houdt in dat patiënten al zover zijn in hun herstelperiode dat zij geen continue zorg meer nodig hebben, maar wegens mogelijke complicaties nog wel in de gaten gehouden moeten worden. Dit advies kan theoretisch mogelijk voor winst zorgen, mits dit in combinatie met verdere capaciteitsreductie wordt toegepast.

5.2 Tweede hoofdvraag

De conclusie van het tweede hoofdstuk was dat er in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo geen duidelijke capaciteitsplanning (ten aanzien van bedden en personeel) wordt gehanteerd, maar dat hierover wel een aantal afspraken gemaakt zijn. De adviezen in deze paragraaf zullen gaan over de gemaakte afspraken en eventuele verbeteringen voor de capaciteitsplanning.

- In de vorige paragraaf kwam de samenwerking tussen afdelingshoofden aan bod. Om deze samenwerking te verbeteren, is het noodzakelijk de communicatie te verbeteren tussen de afdelingshoofden, dit is dan ook het vijfde advies. De afdelingshoofden spreken elkaar elke ochtend en daarnaast elke week in een hoofdenoverleg of een zorgbreed overleg. De kwantiteit van de onderlinge communicatie is wellicht wat te veel, terwijl de kwaliteit daarentegen te weinig is. Het merendeel van de afdelingshoofden hebben afzonderlijk van elkaar aangegeven dat de communicatie verbeterd moet worden. Ook gaven zij aan dat er te weinig vertrouwen en transparantie is ten aanzien van afspraken. Met behulp van trainingen kan de communicatie en het vertrouwen tussen afdelingshoofden weer hersteld worden. Daarnaast kan een cursus in computerprogramma's als Excel afdelingshoofden helpen beter te kijken naar de gegevens die zij beschikbaar hebben. Tijdens dit onderzoek is gebleken dat afdelingshoofden het idee hebben niks te weten van andere afdelingen, maar dat zij wel beschikken over de data van deze afdelingen.
- Omdat er geen duidelijke capaciteitsplanning ten aanzien van bedden en personeel wordt gehanteerd, heerst er enige onduidelijkheid onder afdelingshoofden. Dit wordt elke ochtend versterkt door het ochtendoverleg, immers elke ochtend wordt de gemaakte planning overhoop gehaald door een inventaris te maken van waar patiënten nog terecht kunnen. Het ochtendoverleg draagt niet bij aan een efficiënte planning. Door het ochtendoverleg wordt er vooral gehandeld aan de hand van het eigen belang van de afdelingshoofden, hierdoor zien zij het organisatiebelang over het hoofd. Het zesde advies is dan ook het instellen van een onderlinge taakverdeling, zodat er een structuur gevormd wordt dat helder is voor iedereen. Op deze manier weet iedereen wat zijn of haar verantwoordelijkheden zijn en kan het organisatiebelang weer centraal komen te staan.

- Elk hoofd plant op een andere manier, maar houdt wel rekening met een aantal gemaakte afspraken. Het vakantiereglement in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo is sinds februari 2000 niet meer herzien. Het zevende advies is dan ook een nieuw vakantiereglement op te stellen, zodat alle afdelingshoofden op dezelfde manier gaan plannen. Op deze manier is er ook meer transparantie, en zal het onderlinge vertrouwen waarschijnlijk weer toenemen. Uit dit onderzoek is ook naar voren gekomen dat er een aantal verschillen zijn tussen de soorten afdelingen (interne afdelingen, chirurgische afdelingen en specialistische afdelingen) in het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo, maar deze verschillen zijn niet zo groot dat er verschillende capaciteitsplanningen voor deze groepen gehanteerd moeten worden. De onderlinge strijd tussen deze groepen kan op deze manier ook deels weggenomen worden. Een voorbeeld van een dergelijk vakantiereglement is te vinden in Appendix V (het vakantiereglement van het Rode Kruis Ziekenhuis te Beverwijk).

5.3 Derde hoofdvraag

De conclusie van hoofdstuk 3 was dat het Twenteborg Ziekenhuis te maken heeft met seizoensgebonden veranderingen en dat men daarop inspeelt door middel van verschillende maatregelen, zoals het sluiten van OK's en bedden. Hoewel het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo inspeelt op de seizoensgebonden veranderingen waar zij mee te maken hebben, is uit dit onderzoek gebleken dat zij nog meer rekening moeten houden met deze veranderingen. In deze paragraaf zullen dan ook aanbevelingen gedaan worden om nog beter rekening te houden met veranderingen en dan voornamelijk met de plotselinge stijgingen in het patiëntenaanbod.

- Om eventuele tekorten van personeel in bepaalde perioden op te vangen, is het zevende advies het instellen van een verpleegkundige pool zoals in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam. Het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo beschikt op dit moment over een verpleegkundige pool (gedurende het gehele jaar), maar deze verpleegkundigen worden voor een bepaalde tijd toegewezen aan een afdeling. De verpleegkundigen van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam worden niet toegewezen aan een bepaalde afdeling, en zijn daardoor de ene week inzetbaar op de ene afdeling en de andere week op een andere afdeling. De verpleegkundige pool, zoals ik deze bedoel, zal gedurende het hele jaar beschikbaar moeten zijn voor het invallen bij langdurige ziekte of zwangerschap. Daarnaast zal deze pool in de vakantieperioden uitgebreid moeten worden (afdelingen die in vakantieperioden bijvoorbeeld een overcapaciteit hebben aan personeel, kunnen verpleegkundigen tijdelijk 'afstaan' aan de verpleegkundige pool), zodat het tijdelijke tekort van personeel adequaat kan worden opgevangen. Als deze verpleegkundige pool samen met het advies om de afdelingen te gaan clusteren worden toegepast, dan is het uitwisselen van verpleegkundigen tussen de afdelingen in een cluster ook makkelijker te realiseren. Siferd en Benton (1991) gaven in hun onderzoek naar de verdeling en planning van arbeidskrachten in het ziekenhuis aan hoe belangrijk pool verpleegkundigen kunnen zijn voor een ziekenhuis. Zij stellen dat deze verpleegkundigen zo vaak kunnen werken als zij nodig zijn, vaak een hoger loon ontvangen, maar geen 'benefits', waardoor de kosten voor het ziekenhuis om deze krachten in te huren omlaag gaan. Daarnaast bieden deze verpleegkundigen een hoge flexibiliteit doordat zij vaak bereid zijn te werken in vakantieperioden, op feestdagen en in weekenden en doordat zij snel inzetbaar zijn bij onverwachte stijging in aanbod.

5.4 Vervolgonderzoek

Ondanks dat we in dit onderzoek een zo duidelijk mogelijk beeld hebben proberen te schetsen, zijn er een aantal dingen niet of nauwelijks aan bod gekomen. Diagnostiserende afdelingen, zoals Röntgen en de Psychiatrische afdelingen, hebben we in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Het onderzoek zou anders te complex worden en niet haalbaar zijn in deze tijdsperiode. Daarnaast is dit onderzoek alleen gericht op de klinische kant van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo. Het onderzoeken van de poliklinische kant van dit ziekenhuis is een geheel nieuw onderzoek. Om de problemen van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo gedetailleerder en vollediger in kaart te brengen, is een vervolg onderzoek aan te raden. In een dergelijk vervolg onderzoek zou het interessant zijn de gegevens voor dit onderzoek per week weer te geven in plaats van per maand. Op deze manier worden de verschillen nog duidelijker weergegeven. Daarnaast is het ook van belang het onderzoek over een langere periode te laten plaatsvinden.

Tijdens het uitvoeren van dit onderzoek is een artikel voorbij gekomen die de moeite waard is te bestuderen. Vanwege de tijd die voor dit onderzoek stond, is dit niet meegenomen in dit onderzoek. Het laatste advies is dan ook een kijkje te nemen bij het UMC St. Radboud en het St. Elisabeth ziekenhuis. In het magazine ZorgVisie van maart 2006 staat een artikel over de inzet van personeel. In dit artikel, Slim rekenen voorkomt leegloop (Berrevoets et. al. 2006), wordt beschreven hoe je een ideaal personeelsbestand kunt creëren. In dit artikel wordt onder andere rekening gehouden met de toename van parttimers, verlof, ziekte en seizoensgebonden veranderingen.

Referenties

Berrevoets, L. en B. Berden (2006) Slim rekenen voorkomt leegloop. *ZorgVisie 2006 3, 14-15*

Blank, J.L.T. en E. Eggink en A.H.Q.M. Merkies (1998) *Tussen bed en budget, een empirisch onderzoek naar de doelmatigheid van algemene en academische ziekenhuizen in Nederland*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 138

Bordia, P. en E. Hobman en E. Jones en C. Gallois en V.J. Callan (2004) Uncertainty during organizational change: types, consequences, and management strategies. *Journal of Business and Psychology 2004 4, 507-532*

Brard, J.F. en H.W. Purnomo (2004) Short-term nurse scheduling in response to daily fluctuations in supply and demand. *Health Care Management Science 2005 8, 315-324*

Butler, T. en K.R. Karwan en J.R. Sweigart (1992) Multi-level strategic evaluation of hospital plans and decisions. *The Journal of the Operational Research Society 1992 7, 665-675*

Chase, R. B. en N.J. Aquilano en F.R. Jacobs (1998) *Production and operations management, manufacturing and services (eighth edition, international edition)*. USA: Irwin/McGraw-Hill, 41, 145, 169-179, 776-778

Cochran, J.K. en A. Bharti (2005) Stochastic bed balancing of an obstetrics hospital. *Health Care Management Science 2006 9, 31-45*

Déhora Consultancy (2006)

<http://www.plannersacademy.nl/iframe/rolpersoneelsplanner.html>

Harrison, G.W. en A. Shafer en M. MacKay (2005) Modelling variability in hospital bed occupancy. *Health Care Management Science 2005 8, 325-334*

Jaffee, D (2001) *Organization theory: tension and change*. USA: McGraw-Hill, 210-214

Joskow, P.L. (1980) The effects of competition and regulation on hospital bed supply and the reservation quality of the hospital. *The Bell Journal of Economics 1980 2, 421-447*

Kwast, P. van der (2005) Acht vragen over de nieuwe zorgverzekering. *Intermediair* 25 oktober 2005,
<http://www.intermediair.nl/artikel.jsp?id=185764>

Nationaal Kompas Volksgezondheid (2005) Vergrijzing. *Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)*,
http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o3023n21018.html

Siferd, S.P. en W.C. Benton (1991) Workforce staffing and scheduling: hospital nursing specific models.
European Journal of Operational Research 1992 60, 233-246

Sneller Beter (2005)
<http://www.snellerbeter.nl/databank/voorbeeld/item/136/>

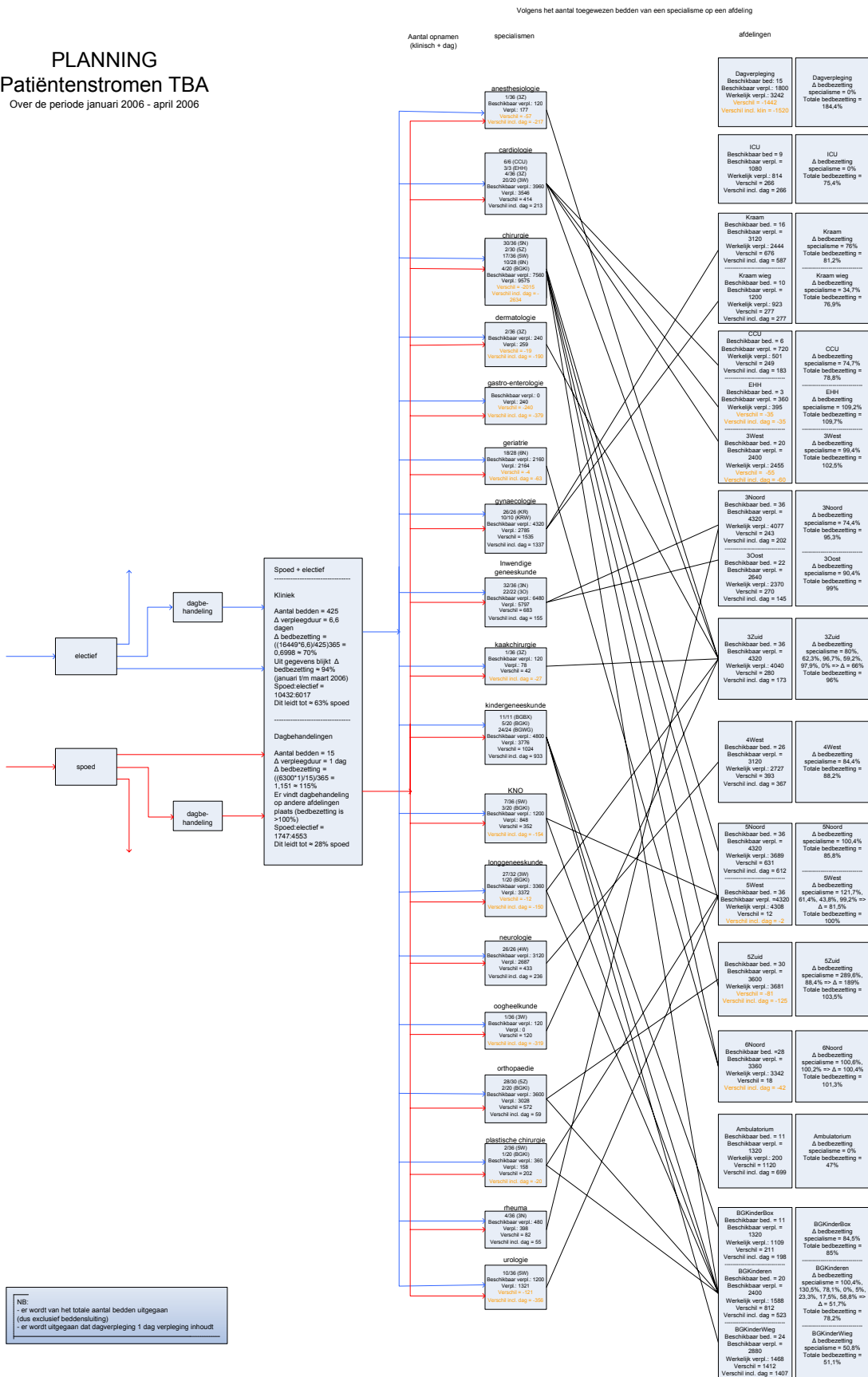
Ziekenhuis Groep Twente, over de ZGT (2006)
<http://www.zgt.nl/>

Appendices

Appendix I

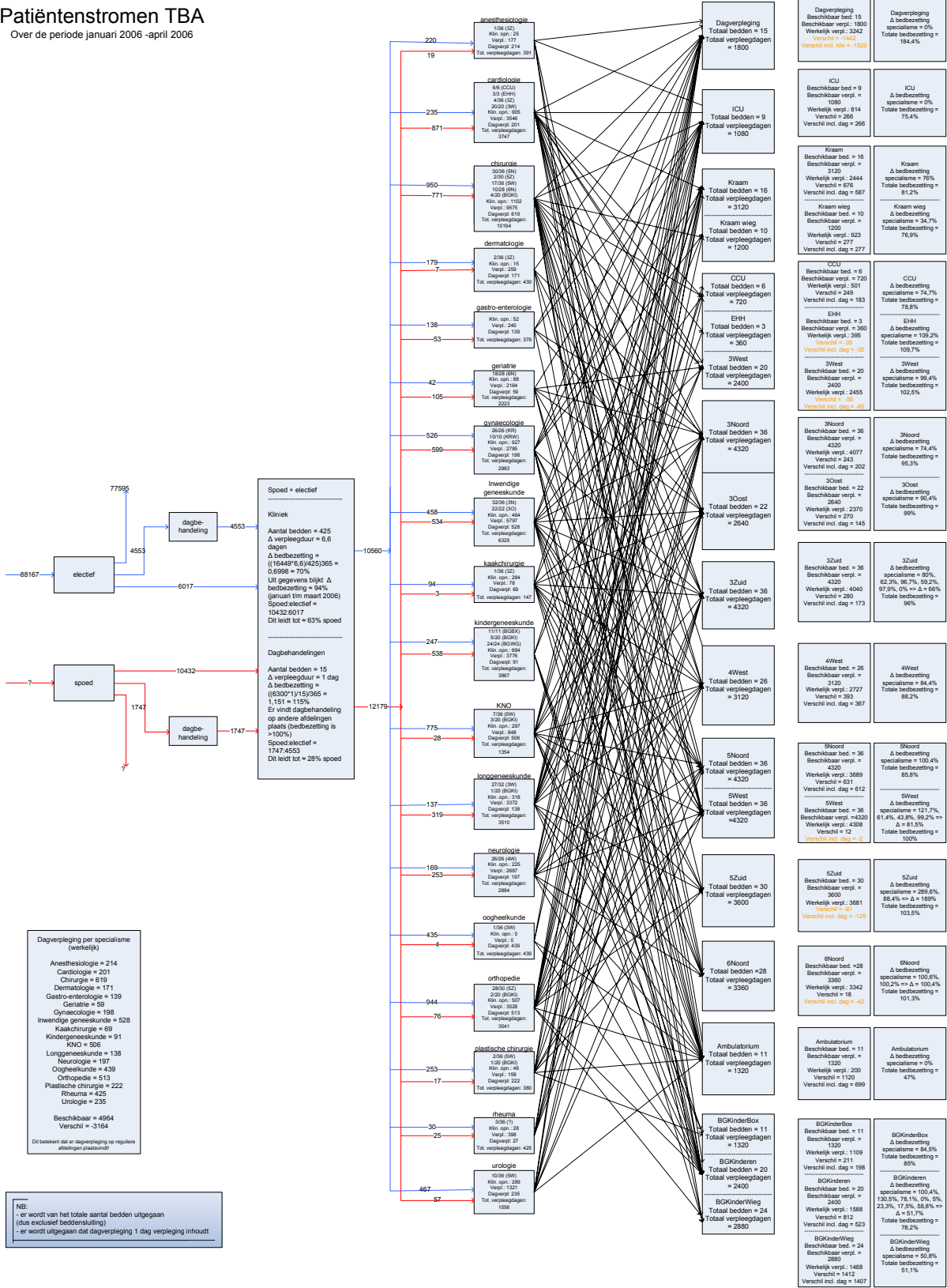
Overzicht van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo (volgens toegewezen bedden)

PLANNING Patiëntenstromen TBA Over de periode januari 2006 - april 2006



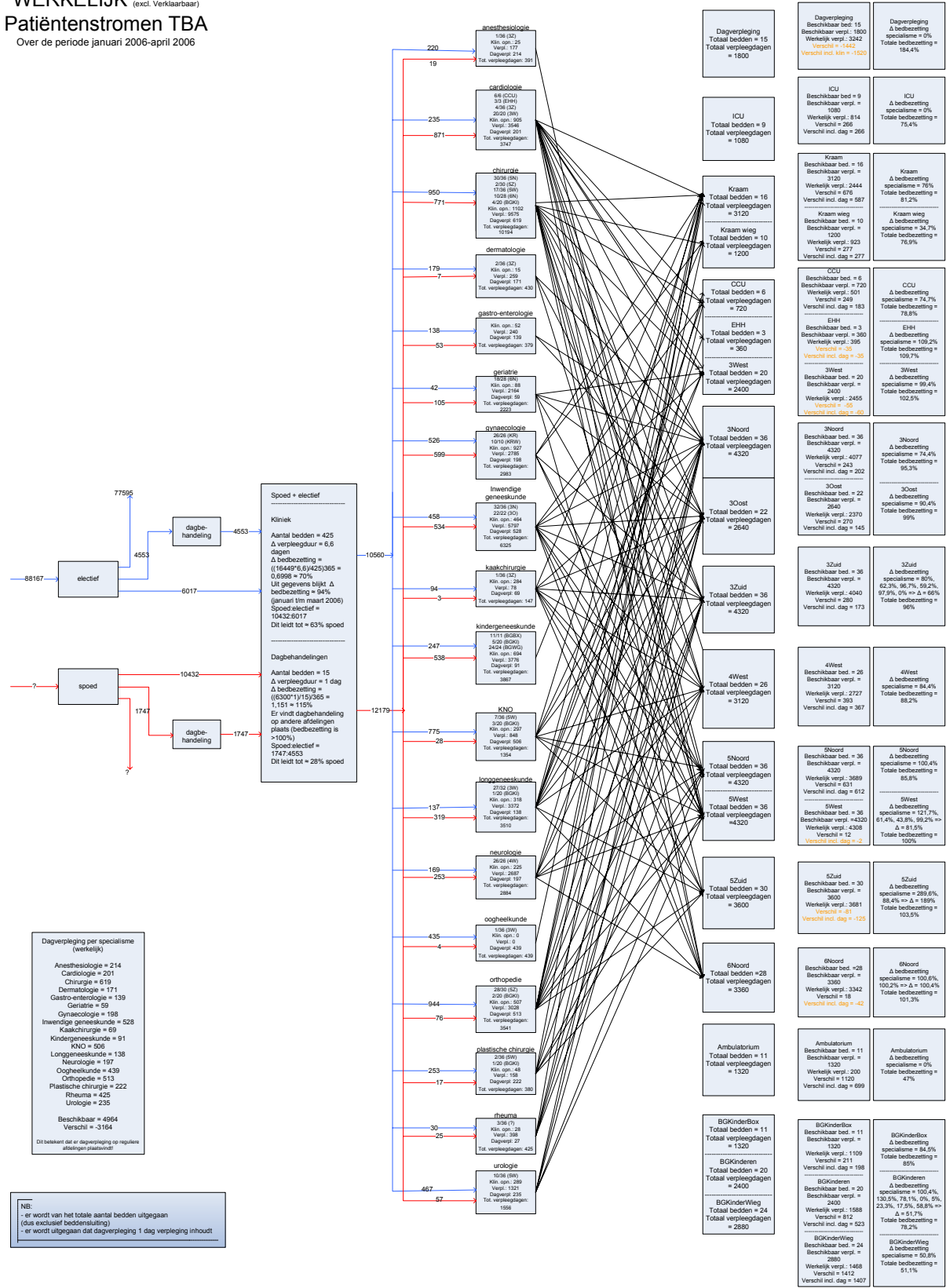
Overzicht van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo (januari 2006 t/m april 2006)

WERKELIJK Patiëntenstromen TBA Over de periode januari 2006 -april 2006



Overzicht van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo (januari 2006 t/m april 2006, exclusief verklaarbare afdelingen)

WERKELIJK (excl. Verklaarbaar) Patiëntenstromen TBA Over de periode januari 2006-april 2006



Appendix II

Overzicht afdelingshoofden Twenteborg Ziekenhuis te Almelo

<i>Afdeling</i>	<i>Specialisme</i>	<i>Afdelingshoofd</i>
Dagverpleging	Dagverpleging	Cor Niens
ICU	Intensive Care Unit	Harrie Verheij
Kraamafdeling	Gynaecologie	Arlette Drost
CCU	Cardiac Care Unit	Martin Leferink
EHH	Eerste Hart Hulp	Martin Leferink
3West	Cardiologie	Martin Leferink
3Noord	Interne geneeskunde	Agnes Maas
3Oost	Interne geneeskunde	Agnes Maas
3Zuid	Longgeneeskunde	Martin Leferink
4West	Neurologie	Annie Kedde
4Zuid	Hemodialyse	Ronnie van der Riet
5Noord	Chirurgie	Ans Detert Oude Weme (normaal Jan Willem Kuiper)
5West	Chirurgie	Ans Detert Oude Weme (normaal Jan Willem Kuiper)
5Zuid	Orthopaedie	Thijs Jansen
6Noord	Geriatric en Diabetische Voet	Theo Hendriksen (nu Ans Detert Oude Weme ad interim)
Ambulatorium	Ambulatorium	Cor Niens
Kinderafdeling	Kindergeneeskunde	Ans Detert Oude Weme (nu Theo Hendriksen ad interim)
SEH	Spoedeisende Hulp	Harrie Verheij
OK	Operatiekamers	Cor Niens
Opname	Opname	Ronnie van der Riet

Appendix III

Wat vinden jullie ervan? (Interview afdelingshoofden)

Algemeen:

- Van welke afdeling bent U op dit moment afdelingshoofd?
- Hoe groot is Uw afdeling?
 - * Hoeveel bedden heeft U?
 - * Hoeveel verplegend personeel heeft U in dienst, vast en variabel?
 - ~ hoeveel FTE heeft Uw afdeling?
 - * Hoeveel bedden gebruikt U?
 - ~ Is dit aantal constant?
 - > Zo ja, hoe komt dat?
 - > Zo nee, wanneer wijkt dit aantal af? ^ Waarom wijkt dit aantal juist dan af?

Vakantieplanning:

- Welk personeel planningssysteem wordt er op dit moment gebruikt voor vakantieplanning in het TBA?
 - * Welk proces wordt er schematisch doorlopen? (Stap voor stap doornemen wat er gebeurt, welke beslissingen genomen worden, door wie deze beslissingen genomen worden etc.)
 - ~ Op basis van welke principes maakt U de planning?
 - * Welke regels ten aanzien van personele planning worden vanuit de organisatie opgelegd?
 - ~ Heeft U last van deze regels vanuit de organisatie?
 - * Accepteert het personeel dit systeem?
 - ~ Accepteert het verplegend personeel de verantwoordelijke?
 - ~ Houdt het verplegend personeel zich aan de gemaakte afspraken?
 - ~ Zijn er knelpunten te noemen voor het verplegend personeel bij dit systeem?
 - ~ Accepteert de medisch specialist de verantwoordelijke?
 - ~ Houdt de medisch specialist zich aan de gemaakte afspraken?
 - ~ Zijn er knelpunten te noemen voor de medisch specialisten bij dit systeem?
 - * Hoe verloopt de onderlinge communicatie tussen afdelingshoofden?
 - ~ Hoe vaak hebben afdelingshoofden contactmomenten per maand?
 - > Spreken afdelingshoofden elkaar ook buiten deze contactmomenten?
 - ^ Zo ja, hoe, wanneer, waarom?
 - ^ Zo nee, waarom niet?
 - ~ Verloopt de onderlinge communicatie tussen afdelingshoofden goed?
 - ~ Zijn er knelpunten te noemen bij deze manier van communiceren?
 - ~ Verloopt de communicatie over vakantieplanning tussen afdelingshoofden ook via deze weg?
 - * Als een afdeling te weinig capaciteit heeft om haar patiënten aan te kunnen, helpt U deze afdeling dan?
 - ~ Zo ja, welke afdeling? > Waarom juist deze afdeling? > En op welke manier?
 - ~ Zo nee, waarom niet?
 - * Als Uw afdeling te weinig capaciteit heeft om haar patiënten aan te kunnen, wordt U dan door andere afdelingen geholpen?
 - ~ Zo ja, door welke afdeling? > Waarom juist deze afdeling? > En op welke manier?
 - ~ Zo nee, waarom niet?
 - * Wat vindt U van dit systeem?
 - ~ Wat vindt U goed aan dit systeem?
 - ~ Wat zou U graag anders willen zien? (Waarom?)

Wat vindt U ervan? (Interview afdelingshoofd opname)

Algemeen:

- Van welke afdeling bent U op dit moment afdelingshoofd?
 - * Hoe groot is Uw afdeling?
 - ~ Hoeveel personeel heeft U in dienst?
 - ~ Hoeveel FTE heeft Uw afdeling?

Planning:

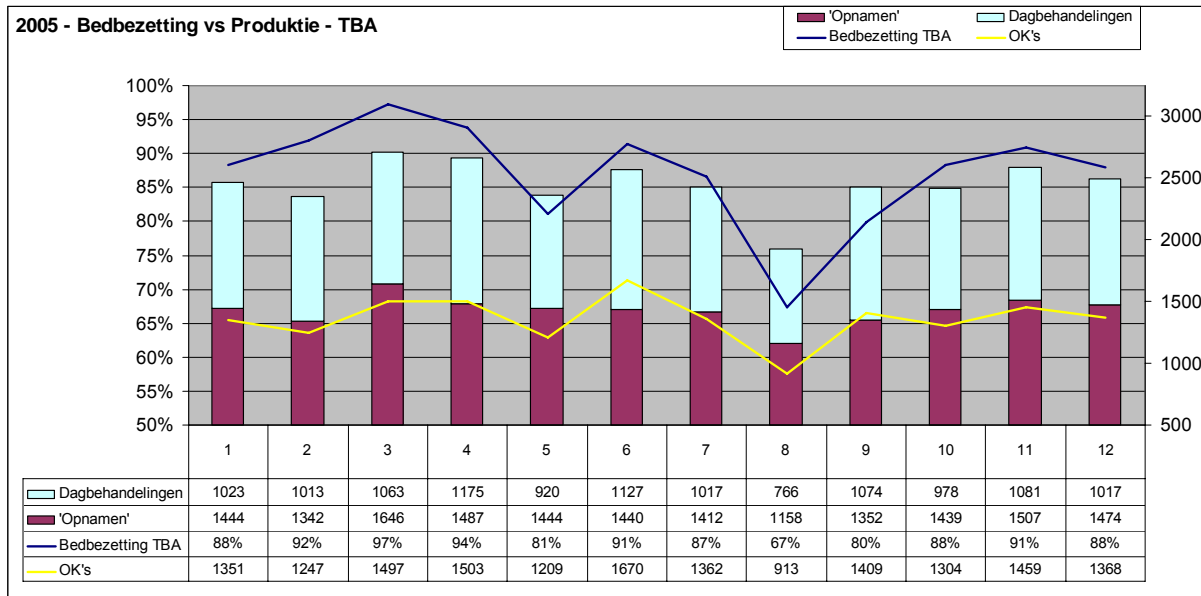
- Hoe plant U?
 - * Welk proces wordt er schematisch doorlopen? (Ik heb hier een administratief schema, kunnen we misschien even doorlopen)
 - ~ Met welke factoren dient U rekening te houden bij het plannen van patiënten?
 - > Urgentie patiënt?
 - > Bedcapaciteit?
 - > Personeelscapaciteit?
 - > Aanwezigheid medisch specialisten?
 - ~ Welke regels ten aanzien van patiënten planning worden vanuit de organisatie opgelegd?
 - > Heeft U last van deze regels vanuit de organisatie?
 - * Houdt U rekening met vakantieperioden?
 - ~ Zo ja, waarom? > Hoe houdt U rekening met vakantieperioden?
 - ~ Zo nee, waarom niet?
- Hoe verloopt de onderlinge communicatie tussen afdelingshoofden?
 - * Hoe vaak hebben afdelingshoofden contactmomenten per maand?
 - ~ Spreken afdelingshoofden elkaar ook buiten deze contactmomenten?
 - > Zo ja, hoe, wanneer, waarom?
 - > Zo nee, waarom niet?
 - ~ Verloopt de onderlinge communicatie tussen afdelingshoofden goed?
 - ~ Zijn er knelpunten te noemen bij deze manier van communiceren?
 - ~ Verloopt de communicatie over vakantieplanning tussen afdelingshoofden ook via deze weg?
- Wat vindt U van het huidige planningssysteem?
 - * Wat vindt U goed aan dit systeem?
 - * Wat zou U anders willen zien? (Waarom?)

Vragenlijst Good-practice

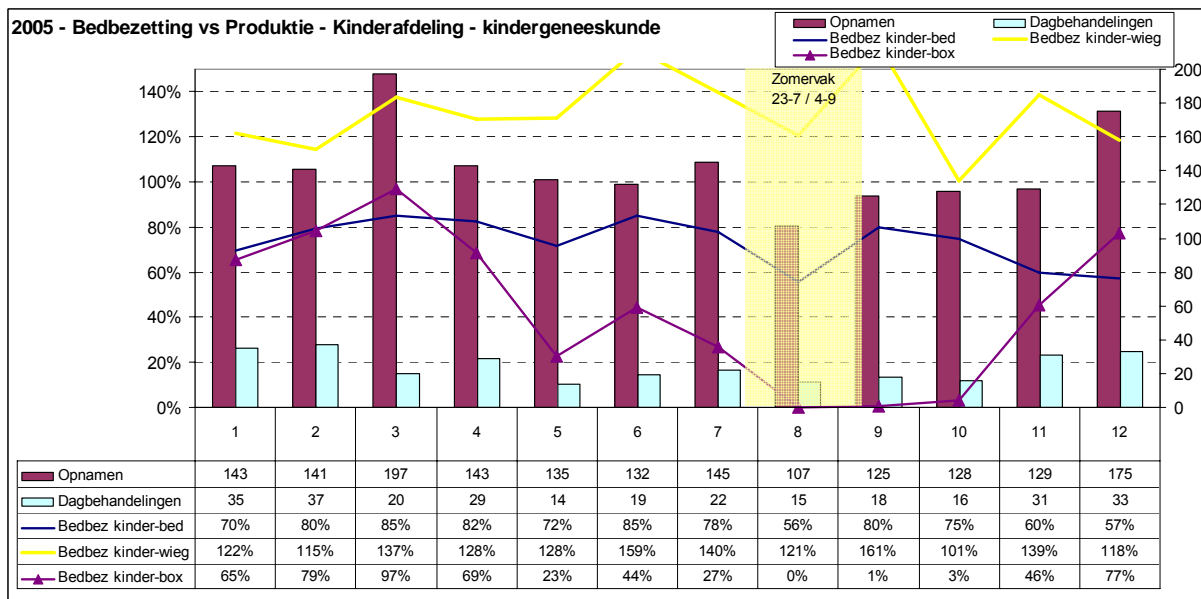
- 1) In welk ziekenhuis bent U werkzaam?
 - * Wat is Uw functie?
 - * Hoe groot is het ziekenhuis?
 - ~ Hoeveel bedden heeft het ziekenhuis?
 - ~ Hoeveel personeel heeft het ziekenhuis?
 - ~ Hoeveel medisch specialisten heeft het ziekenhuis?
- 2) Wat zijn de huidige randvoorwaarden omtrent de personele vakantieplanning van het ziekenhuis?
 - * Wat is de kritische capaciteit van het ziekenhuis?
 - ~ Waar kan het ziekenhuis absoluut niet zonder?
 - ~ Waar hangt de personele vakantieplanning vanaf?
 - * Welke regels ten aanzien van personele planning worden vanuit de organisatie opgelegd?
- 3) Welk personeel planningssysteem wordt er op dit moment gebruikt voor vakantieplanning?
 - * Wordt personele planning uniform bepaald of ligt het bij de afdelingen zelf?
 - * Welk proces wordt er schematisch doorlopen? (Stap voor stap doornemen wat er gebeurt, welke beslissingen genomen worden, door wie deze beslissingen genomen worden etc.)
 - * Accepteert het personeel dit systeem?
 - ~ Accepteert het personeel de verantwoordelijke?
 - ~ Werkt het personeel mee? (Houdt het personeel zich aan de gemaakte afspraken?)
 - ~ Zijn er knelpunten te noemen voor het personeel bij dit systeem? (Welke?)
 - * Wat vindt U van dit systeem?
 - ~ Wat vindt U goed aan dit systeem?
 - ~ Wat zou U graag anders willen zien? (Waarom?)
- 4) Heeft U nog op- of aanmerkingen?

Appendix IV

Overzicht van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo in 2005



Voorbeeld van een afdelingsoverzicht



Appendix V

Vakantieregeling Rode Kruis Ziekenhuis

Deze vakantieregeling is gebaseerd op hoofdstuk XIII Vakantie en verlof van de CAO ziekenhuizen 2004 – 2005 en houdt rekening met hoofdstuk VI Arbeidsduur en werktijden.

Algemeen

Deze vakantieregeling geldt voor iedere medewerker.

Bij het toekennen van vakantie moet worden gestreefd naar een evenwicht tussen enerzijds de belangen van de individuele werknemer en anderzijds de belangen van de gehele afdeling en / of het cluster. Behalve de continuïteit en kwaliteit van de patiëntenzorg en de dienstverlening worden hieronder ook verstaan de belangen van de overige werknemers. Deze afweging wordt gemaakt door de direct leidinggevende / clustermanager onder eindverantwoording van de directie.

Artikel 1 soorten vakantie

Deze regeling heeft betrekking op de volgende soorten vakantie-uren zoals vermeld in artikel 13.1 lid 2 t/m 4.

- Basisaantal: 166 uren per kalenderjaar voor iedere medewerker
- Basisaantal 55-plussers: voor degene die gebruik maken van de regeling als bedoeld in artikel 6.14 (55+ regeling) en artikel 6.15 (leeftijdsggericht personeelsbeleid bij 55 jaar en ouder) van de CAO – ziekenhuizen bedraagt het aantal vakantie-uren 184 per jaar.
- Extra vakantie-uren op grond van leeftijd:
 - Jeugduren, tot het jaar waarin de leeftijd van 21 jaar wordt bereikt: 14,4 uur
 - Vergrijzingsuren:
 - Vanaf het jaar waarin de leeftijd van 45 wordt bereikt: 14,4 uur
 - Vanaf het jaar waarin de leeftijd van 50 wordt bereikt: 28,8 uur
 - Vanaf het jaar waarin de leeftijd van 55 wordt bereikt: 57,6 uur
 - Vanaf het jaar waarin de leeftijd van 60 wordt bereikt: 72 uur

De bovengenoemde uren aantallen gelden naar evenredigheid voor de medewerker met een arbeidsuur die afwijkt van de voltijdsnorm (36 uur per week)

Tot vakantie-uren worden niet meegerekend: andere dan genoemde vormen van betaald (of onbetaald) vrij zijn die zijn ingepland in een periode die 'vakantie' heet.

Het vakantierecht over enig kalenderjaar dient in principe in dat jaar te zijn genoten.
(artikel 13.1.7 lid 1 van de CAO-ziekenhuizen)

Artikel 2 vakantiespreiding

Aan deze regeling ligt vakantiespreiding ten grondslag.

1. Het jaar kent 3 perioden:
 - Voorjaarsperiode januari tot en met april
 - Zomerperiode mei tot en met september
 - Najaarsperiode oktober tot en met december
2. De medewerker dient zijn vakantie gespreid op te nemen:
 - Voorjaarsperiode ten minste 36 uur, al dan niet in een aangesloten periode (parttimers naar rato)
 - zomerperiode de medewerker kan aanspraak maken op drie weken aaneengesloten verlof met inbegrip van de weekends daaraan voorafgaand en daarop aansluitend
 - najaarsperiode de overige vakantie-uren, al dan niet aaneengesloten.
3. De individuele medewerker kan worden vrijgesteld van de verplichting in de voorjaarsperiode vakantie op te nemen indien van het totale vakantierecht op zijn afdeling of in zijn team ten minste 20% spontaan in de voorjaarsperiode wordt opgenomen.
4. Indien bovenstaande van toepassing is, beperkt de vakantiespreiding van betrokkene zich tot twee perioden.
5. Voor leerling-verpleegkundigen geldt bovendien:
 - Vakantie-uren opgebouwd tijdens een leer-werkperiode op een bepaalde afdeling moeten in beginsel binnen deze periode worden opgenomen.
 - Bij een niet-geplande tussentijdse wisseling van afdeling behoudt de leerling het recht op de reeds geplande, door de leidinggevende schriftelijk toegekende, vakantieperiode.
 - Aanvraag voor vakantie dient te geschieden op de afdeling waar de leerling, volgens de planning, werkzaam zal zijn. Het afdelingshoofd is verantwoordelijk voor de afhandeling van deze aanvraagprocedure.
 - Vakantie-uren mogen niet tijdens de les- of stagedagen worden opgenomen.

6. Voor arts-assistenten (AIOS en ANIOS) geldt dat vakantie-uren worden opgenomen in overleg met de specialisten / opleiders.

Artikel 3 aanvraagperiodes

Voor elk van de drie vakantieperiodes geldt voor het aanvragen van vakantie een startdatum en een sluitingsdatum. De bedoeling van deze aanvraagperiodes is om op basis van actuele wensen en mogelijkheden met overzicht te kunnen plannen en zo voor alle medewerkers gelijke kansen op vakantietoestemming te creëren.

Periode	Startdatum	sluitingsdatum
Voorjaarsperiode	1 september	1 oktober
Zomerperiode	1 december	1 januari
Najaarsperiode	1 mei	1 juni

Artikel 4 antwoordtermijn

1. De wet (art. 7:638 BW) schrijft voor dat vakantie door de medewerker schriftelijk wordt aangevraagd en dat de werkgever twee weken na ontvangst van het verzoek schriftelijk dient te reageren. Omwille van een verantwoorde bedrijfsvoering en om ieder medewerker gelijke kans op vakantietoekenning te bieden, hanteert het RKZ een aanvraagperiode waarbinnen schriftelijke aanvragen kunnen worden gedaan. De aanvragen zijn uiterlijk binnen 14 dagen na sluitingsdatum beantwoord. De aanvraag- en antwoordtermijn komt dus op het volgende neer: vakanties worden vanaf de startdatum tot uiterlijk de sluitingsdatum schriftelijk bij de leidinggevende aangevraagd. Deze dient de aanvraag zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen twee weken na sluitingsdatum te beantwoorden.
2. de direct leidinggevende stelt de tijdstippen van aanvang en einde van de vakantie vast overeenkomstig de wensen van de werknemer. De direct leidinggevende mag van deze wensen afwijken indien de belangen van de afdeling zich hiertoe verzetten.
3. het tussentijds ruilen of wijzigen van eenmaal toegekende vakantie is in beginsel mogelijk, maar dan uitsluitend in overleg met de direct leidinggevende.

Artikel 5 verplichte vakantiedagen

In overleg met de ondernemingsraad kan de werkgever beslissen dat voor één of meer groepen van medewerkers twee werkdagen als verplichte vakantiedagen worden aangewezen (zie artikel 13.1.6 van de CAO-ziekenhuizen). Deze beslissing wordt vóór 1 februari bekend gemaakt.

Artikel 6 deelregelingen

Voor de praktische uitvoering van deze vakantie-regeling kunnen per afdeling of cluster nader schriftelijke afspraken worden gemaakt: deelregelingen. Deze deelregelingen mogen niet in strijd zijn met de algemene vakantie-regeling. Deelregelingen komen tijdig ter inzage van de betrokken werknemers en de ondernemingsraad.

Artikel 7 niet meedoen met regeling

1. Wie na de sluitingsdatum een vakantieaanvraag indient neemt het risico dat zijn aanvraag niet gehonoreerd kan worden.
2. Wie geen vakantieaanvraag indient, stemt ermee in dat hem een vakantieperiode toegewezen wordt. Toewijzing gebeurt door de direct leidinggevende.
3. De toegewezen vakantie valt in het lopende kalenderjaar. Indien dit niet of niet in voldoende mate mogelijk is, valt de toegewezen vakantie vóór 1 maart in het volgende kalenderjaar.

Artikel 8 goede registratie

1. De leidinggevende is verantwoordelijk voor de juiste planning en een overzichtelijke en sluitende registratie van toegekende, genoten en nog openstaande vakantie-uren van de medewerkers van zijn afdeling of aandachtsgebied.
2. De medewerker werkt mee aan een goede registratie, zoals hierboven genoemd, door zelf daarop toezicht te houden. Hij houdt tevens zijn eigen administratie bij.

NB Voor sommige afdelingen of functies is een vakantiekaart in gebruik. Hierop kan aantekening worden gehouden.

Artikel 9 vakantie-uren overschrijven

Het overschrijven van vakantie-uren naar het volgende kalenderjaar is in principe niet toegestaan. Hierop zijn twee uitzonderingen:

1. De medewerker houdt, ondanks pogingen dit te voorkomen, aan het einde van het kalenderjaar vakantie-uren over. Deze in het belang van de instelling niet opgenomen vakantie-uren, worden naar het volgende jaar overgeschreven. De medewerker dient de naar het volgende jaar overgeschreven vakantie-uren naar eigen keuze, doch uiterlijk voor 1 maart, op te nemen.

2. De medewerker wil doelbewust een aantal vakantie-uren overschrijven om in het volgende jaar een langere vakantieperiode te kunnen genieten dan mogelijk zou zijn met het vakantierecht van dat jaar. Slechts in bijzondere gevallen is dit mogelijk. Een verzoek hiertoe dient de medewerker schriftelijk en omkleed met redenen, tijdig in te dienen bij zijn leidinggevende. In een dergelijke situatie mag het aantal over te schrijven vakantie-uren niet meer zijn dan 72 en mag de langdurige afwezigheid geen stagnatie in het werk veroorzaken, noch het inzetten van tijdelijk personeel tot gevolg hebben.

Artikel 10 ziekte en vakantie

Bij ziekte tijdens vakantie behoudt de medewerker het recht op de vakantie-uren die niet zijn genoten, indien hij zich houdt aan het protocol ziekteverzuim en herstel.

Artikel 11 ontslag en vakantie

1. De medewerker die met ontslag gaat, mag er niet bij voorbaat van uitgaan dat hij zijn resterende vakantie-uren kan opnemen onmiddellijk voorafgaand aan de ontslagdatum. De resterende vakantie wordt, in overleg met de direct leidinggevende of clustermanager zoveel mogelijk tijdens de opzegtermijn en wellicht onmiddellijk voorafgaand aan de ontslagdatum opgenomen.
2. Indien dit, omwille van het dienstbelang niet lukt of geheel lukt, worden de resterende vakantie-uren aan het einde van het dienstverband uitbetaald.

Artikel 12 afwijkende aanvragen

Vakantiewensen die naar duur en / of periode wezenlijk afwijken van het gestelde in artikel 2 en / of strijdig met het principe van vakantiespreiding, dienen als verzoek, schriftelijk en met redenen omkleed, tijdig te worden ingediend bij de clustermanager.

Artikel 13 verschil van mening

Bij verschil van mening over hantering of interpretatie van enig artikel uit de vakantieregeling, wordt het meningsverschil voorgelegd aan de manager personeel en organisatie, betrokkenen gehoord hebbende, advies uit aan de directie. De directie doet een bindende uitspraak.

Artikel 14 flexibele toepassing

Onder voorwaarde dat rekening wordt gehouden met het afdelingsbelang, kan in goed overleg tussen de medewerker en de betrokken clustermanager van deze regeling worden afgeweken.

De ondernemingsraad heeft op 20 mei 2003 met deze vakantieregeling ingestemd. De tekst van deze regeling is in december 2004 aangepast aan de lopende CAO-ziekenhuis

Appendix VI Reflectie verslag

In januari 2006 ben ik begonnen met het zoeken naar een bacheloropdracht, op het moment van het zoeken zat ik voor mijn minor in Engeland. Ik heb een aantal instellingen gemaild en gebeld, Tactus verslavingszorg, Mediant, het SMT en het MST. Uiteindelijk kreeg ik via via een e-mailadres van Hanneke Klopper van het Twenteborg Ziekenhuis te Almelo (TBA). Toen ik terug kwam uit Engeland, ben ik daar naartoe gegaan voor een oriënterend gesprek. Ik had me niet echt voorbereid op dit gesprek, omdat ik verwachtte dat ik alleen zou kijken of er überhaupt iets te doen zou zijn voor mij. Toen mevrouw Klopper zei, je gaat hier hoe dan ook weg met een opdracht, heb ik ook niet meer verder gekeken naar een opdracht. Het reilen en zeilen van een ziekenhuis vond ik wel interessant, daarom heb ik uiteindelijk gekozen voor de opdracht seizoensgebonden veranderingen en personele planning. De andere opdracht die mevrouw Klopper voor mij had, kwaliteitsindicatoren van ziekenhuizen, vond ik te theoretisch, ik wou de organisatie in. Na dit gesprek ontving ik de vraag of ik bij een hoofdenoverleg aanwezig wilde zijn. Tijdens dit overleg in februari over vakantieplanning bleek dat het probleem heel erg leeft onder personeel, dat gaf mij motivatie er iets mee te doen. Op dit moment vond ik het nog wel lastig om me precies voor te stellen wat voor opdracht ik zou gaan doen. Na een aantal gesprekken met mevrouw Klopper en meneer Van Harten kreeg de opdracht iets meer vorm. Voor het vak VVO ben ik begonnen met het schrijven van een voorstel. Ik wist niet precies wat er van mij werd verwacht en kwam later tot de conclusie dat er veel literatuur in verwerkt moest worden. Ik had weinig ervaring met zoeken naar artikelen, dus dat heb ik mezelf gedurende deze bacheloropdracht aangeleerd. Het zoeken naar geschikte literatuur kostte mij erg veel moeite, het zoeken naar literatuur in alle databasen die beschikbaar zijn is lastig. Hoe beoordeel je bijvoorbeeld welke literatuur wel en welke niet academisch verantwoord is? Daarnaast is informatie over Nederlandse ziekenhuizen vrij lastig te verkrijgen, daarom heb ik vooral veel informatie over ziekenhuizen in Amerika gebruikt. Ook was het merendeel van de gevonden literatuur van voor 1990, recente artikelen zijn lastig te vinden. Ik heb later in het onderzoek geleerd waar ik bepaalde informatie wel en niet kan vinden, wat voor soort artikelen er beschikbaar zijn en hoe je het beste op zoek kunt gaan naar onderwerpen (zoektermen en dergelijke).

Gedurende het onderzoek kreeg ik de gelegenheid gebruik te maken van een werkplek in het ziekenhuis. Op deze manier kreeg ik een indruk van het ziekenhuis als organisatie. Ook kon ik een beroep doen op de secretaresses van mevrouw Klopper. Zij hebben voor mij de afspraken gemaakt met de afdelingshoofden. Daarnaast kreeg ik een rondleiding in het hele ziekenhuis voordat ik deze interviews heb afgenomen. In het begin ging ik regelmatig naar het ziekenhuis om daar aan de slag te gaan. Er liepen op dat moment nog twee andere mensen stage, waardoor de werkplekken schaars waren. Omdat ik het uitwerken van interviews en dergelijk ook thuis kon, ben ik later steeds meer thuis gaan werken. Op 12 april had ik mijn eerste afspraak met meneer Van Harten, ik kreeg daar feedback op mijn onderzoeksvoorstel. Het voorstel heb ik vervolgens nog meerdere malen aangepast, voordat ik ben begonnen met mijn onderzoek. Ik heb in het begin veel tijd gestoken in het verbeteren van mijn onderzoeksvoorstel. Hoewel ik van mening ben dat je eerst een goed onderzoeksvoorstel moet hebben voordat je een goed onderzoek kunt uitvoeren, denk ik dat ik hier te veel tijd aan heb besteed. Uiteindelijk heb ik relatief weinig van mijn onderzoeksvoorstel gebruikt, maar ben ik wel veel tijd kwijt geweest. Hierdoor liep ik meteen in het begin al veel vertraging op. Ook heb ik de interviewlijsten verschillende keren moeten aanpassen. Het maken van de interviewlijsten kostte veel meer tijd dan ik vooraf nodig dacht te hebben. Dit heeft mede te maken met het feit dat ik verkeerde literatuur had gebruikt voor het opstellen van een interviewlijst. Ik had meteen een boekje over interviewlijsten moeten doornemen, maar ben begonnen met het boek leren communiceren. Ik had nog nooit echt een interviewlijst gemaakt, behalve wat vragen op papier zetten voor een interview. Mijn interviewlijsten waren hierdoor niet zo goed en moesten dus vaak aangepast worden. Hierdoor liep ik ook vertraging op, ik moest immers eerst de interviewlijsten af hebben voor ik interviews kon plannen. Maar de afdelingshoofden waren zo druk dat ik pas twee weken later kon beginnen. Ik had in mijn planning te weinig rekening gehouden met de agenda's van andere mensen. Na het maken van de interviewlijsten heb ik een gesprek gehad met Patrick Verhoogt, financieel beleidsadviseur, over de patiëntenstromen in het ziekenhuis. Hij was dit net allemaal in kaart aan het brengen en wou mij graag helpen bij het verkrijgen van informatie. Ik ben hem hier heel dankbaar voor, maar helaas had hij geen informatie over afdelingen zelf. Deze heb ik uiteindelijk via één van de afdelingshoofden gekregen. Meneer Verhoogt en ik zijn een aantal keren bij elkaar gekomen om naar de data te kijken, ze in grafieken in kaart te brengen en te bepalen wat het nu betekende. De data die ik uiteindelijk van de afdelingen heb gekregen, heb ik vervolgens zelf geanalyseerd. Ik ben tijdens dit onderzoek tot de conclusie gekomen dat data op verschillende plekken in een organisatie, ook verschillend kunnen zijn. Dit was in het begin wel verwarrend, maar later kwam ik tot de conclusie dat voor mijn onderzoek alleen een ruwe schets noodzakelijk was.

Begin mei ben ik op zoek gegaan naar best practice ziekenhuizen, wat best lastig was. Ik heb een aantal e-mails gestuurd naar ziekenhuizen waarvan e-mail adressen op internet aanwezig waren. Misschien was het versturen van e-mails niet de beste manier voor het verkrijgen van informatie, want ik kreeg veel negatieve reacties. Gelukkig zaten er ook een aantal positieve reacties tussen, die ik vervolgens heb bezocht. Vooral het interview en de rondleiding in het Ziekenhuis Amstelland was erg leuk en leerzaam. Eind mei ben ik ook begonnen met het afnemen van interviews in het ziekenhuis, de afdelingshoofden. Ik vond het erg lastig om interviews af te nemen, omdat ik het gevoel had dat ik niet genoeg kennis had van de organisatie en theorie. Hierdoor kreeg ik vaak het gevoel dat ik overschaduwde werd door de geïnterviewde. In dit onderzoek ben ik tot de conclusie gekomen dat het goed uitvoeren van een interview vooral afhankelijk is van een goede voorbereiding. In een volgend onderzoek zal ik hier dan ook erg op letten. Een goede voorbereiding is immers echt het halve werk. Verder heb ik geleerd ik wat assertiever moet zijn in een gesprek. Ik heb nogal de neiging (gehad) om me te laten overschaduwen door de geïnterviewde. Iets wat een interviewer eigenlijk niet mag overkomen. Ik heb geleerd dat ik meer van mezelf moet laten zien, en me niet moet laten overschaduwen door anderen. Dit is ook het geval tijdens gesprekken die ik heb gevoerd met meneer Van Harten en mevrouw Klopper. Bij meneer Bredenhoff heb ik meer van mezelf kunnen laten zien. Het uitwerken van de interviews heeft me ook erg veel tijd gekost. De interviews duurden gemiddeld één uur, het uitwerken ervan drie uur. Dit omdat ik dingen letterlijk op papier wou hebben voor eventuele citaten. Achteraf had ik beter het bandje kunnen beluisteren en de belangrijkste dingen, eventuele citaten en gegevens, moeten noteren.

Mijn laatste dag in het ziekenhuis was op 30 juni, hierna ben ik er een weekje tussen uit gegaan. Ik zag de opdracht niet meer zitten, omdat ik alleen nog maar bezig was met het uitwerken van interviews en het doorspitten van data. Ik heb na mijn laatste dag besloten dat ik er een paar weekjes tussen uit zou gaan voor vakantie. Na deze vakantieperiode, ben ik begonnen met het schrijven van het verslag. Ik had dit eigenlijk al veel eerder moeten doen, toen ik aan het wachten was op het eerste interview bijvoorbeeld. Zoals ik hiervoor al beschreef ben ik in de eerste paar weken vooral bezig geweest met het aanpassen van mijn onderzoeksvoorstel. Ik had beter kunnen beginnen aan het schrijven van mijn verslag en delen laten controleren door mijn begeleiders. Als ik eerder was begonnen met schrijven, was ik waarschijnlijk ook eerder tot de conclusie gekomen dat het probleem waar ik naar keek, niet het eigenlijke probleem was. Pas toen ik na een korte break opnieuw naar het probleem keek, kwam ik tot deze conclusie. Ik ben toen meteen begonnen, maar liep al snel weer vast. Omdat het vakantieperiode was, naïef als ik misschien was, dacht ik dat de medewerkers van de UT ook vrij zouden hebben tijdens deze periode. Hierdoor ben ik niet meteen naar mijn begeleiders gestapt om te zeggen dat ik mijn onderzoeksrichting wou wijzigen. Omdat ik er allen niet uit kwam ben ik met mijn vader om tafel gaan zitten. We hebben toen samen naar de gegevens gekeken die ik voor me had liggen (ik had inmiddels 13 bestanden met gegevens van verschillende afdelingen). Aan de hand hiervan ben ik de gegevens gaan ordenen, waardoor ik tot het gebruikte model kwam. Ik heb hiervoor wel het onderzoek op een andere manier benaderd dan in eerste instantie afgesproken. Omdat ik op een gegeven moment bezig was met het schrijven van mijn verslag en het zo snel ging, was mijn verslag af voordat het nieuwe college jaar begon. Ik heb dit opgestuurd naar alle begeleiders, die ervan waren geschrokken dat ik opeens een ander onderzoek had gedaan dan vooraf gepland en afgesproken. Ik heb een groot risico genomen toen ik het verslag in een keer inleverde, waardoor mijn begeleiders een beetje geschokt waren. In het vervolg kan ik beter gewoon meteen aangeven dat ik het onderzoek misschien wil wijzigen en dit in overleg doen met mijn begeleiders. Mijn conceptverslag liet ook veel te wensen over, waardoor ik opnieuw ben begonnen en een nieuw conceptverslag ben gaan schrijven. Hierin heb ik het commentaar van meneer Van Harten en meneer Bredenhoff verwerkt. Tijdens mijn opleiding is er, mijns inziens, te weinig aandacht geschonken aan hoe je een goed, academisch verslag moet schrijven. Dankzij het uitgebreide commentaar op mijn eerste conceptverslag heb ik nu een verslag kunnen schrijven dat wel aan de eisen voldoet. Voor het schrijven van het verslag ben ik op zoek gegaan naar literatuur en theorieën. In mijn eerste conceptverslag had ik een theorie staan van de wachttijntheorie. Omdat ik deze theorie gebruikt heb als richtlijn voor het maken van het model, ging ik ervan uit dat dat de theorie was voor mijn onderzoek. Uit de reacties van mijn begeleiders, en na even verder nadenken van mijzelf, kwam ik tot de conclusie dat dat niet de theorie is waar mijn onderzoek op gebaseerd is. Daarom heb ik dat uit mijn nieuwe conceptverslag gehaald. Als laatste heb ik geleerd, dat als er problemen zijn, ik niet moet aarzelen en gewoon moet vragen, aan zowel de opdrachtgever als de begeleiders. Ik heb dit op sommige punten niet zo handig aangepakt, omdat ik me niet altijd op mijn gemak heb gevoeld. Ik ben in de vakantie ook een tijdje gestopt met de opdracht. Ik zag het niet meer zitten en wilde niet meer verder, hierna ben ik een andere richting ingeslagen. Iets wat min of meer buiten deze opdracht staat, maar wel van invloed is geweest, is dat ik even niet meer wist wat ik wel of niet wilde met mijn studie en mijn toekomst. Ook moest ik nog twee bachelorvakken halen, waardoor het niet duidelijk was of ik mijn bachelorcolloquium mocht houden. Hierdoor werd mijn motivatie om de bacheloropdracht binnen de gestelde tijd af te ronden ook minder. Het OER is in september 2006 aangepast,

zodat ik nu, ondanks dat ik nog twee vakken open heb staan, mijn bacheloropdracht toch kan afronden. Dit heeft mij weer motivatie gegeven door te gaan met de opdracht en het uiteindelijk af te ronden. Mijn onderzoek heeft uiteindelijk langer geduurd dan van te voren gepland was. Door het veranderen van mijn onderzoeksrichting heb ik de opdracht groter gemaakt dan de bedoeling was. Ook hierdoor heb ik mij niet kunnen houden aan de tijd die voor een bacheloropdracht staat. De verhouding verricht werk ten opzichte van de tijd is wel goed. Hiermee wil ik zeggen dat ik denk dat als ik mij aan de originele opdracht had gehouden, ik mijn opdracht wel binnen 10 tot 12 weken had kunnen afronden. In het vervolg ga ik tijdig in gesprek met mijn begeleider, om uitloop te voorkomen. Op 27 september had ik dan eindelijk mijn conceptverslag af, deze werd goedgekeurd (op een paar kleine aanpassingen na). Op 20 oktober mag ik mijn bachelorcolloquium houden. De presentatie hiervoor had ik al op 27 september af, omdat ik op 5 oktober een presentatie had moeten houden in het TBA, wat wegens omstandigheden niet door kon gaan.

Mijn professioneel functioneren tijdens deze opdracht is volgens mij voldoende geweest, op het gebied van de aanpak van de opdracht, de zelfstandigheid en wetenschappelijk gezien. Ten aanzien van de aanpak van de opdracht kan worden opgemerkt, dat het vinden van een geschikte theoretische kader voor het onderwerp van het onderzoek erg lastig was. Toen eenmaal bekend was welke richting het onderzoek op ging, was het eenvoudiger literatuur te vinden, maar dit was al in een later stadium. Ik denk wel dat ik beter eerder had kunnen beginnen met het maken van een inhoudsopgave, een kapstok voor het verslag. Op deze manier was ik er eerder achter gekomen dat ik een ander probleem moest gaan onderzoeken om het huidige probleem op te kunnen lossen. Daarnaast zou ik de volgende keer meer rekening houden met het afwijken van de planning. In een onderzoek waar je afhankelijk bent van andere mensen, is het exact volgen van een planning lastig. Een planning zou dan meer flexibel ingericht moeten worden. Ook het houden van een interview zal ik de volgende keer professioneler aanpakken. Dit is een groot leermoment geweest voor mij. Ten aanzien van de zelfstandigheid kan worden gezegd dat ik tijdens dit onderzoek behoorlijk zelfstandig gewerkt heb, en op sommige punten te zelfstandig. Uiteindelijk ben ik redelijk tevreden over de ondersteuning van de examinatoren. In het begin had ik het idee dat ik zomaar in het diepe werd gegooid en dat ik geen idee had waar ik aan begonnen was. Omdat ik aan het begin van de opdracht erg terughoudend en misschien ook wel verlegen was, heb ik in het begin niet veel durven vragen over hoe ik het nu allemaal moest aanpakken. De laatste paar weken gingen wat dat betreft een stuk beter, ik ben in de zomer namelijk begonnen met het werken aan mijzelf (assertiever worden en meer van mezelf laten zien). Dit is ook deels de reden (naast de hiervoor genoemde redenen) dat ik niet meteen naar de examinatoren ben gestapt op het moment dat ik het niet meer zag zitten en mijn opdracht wou omgooien. Ik ben wel heel tevreden over de terugkoppeling die ik van de examinatoren ontving over het eerste conceptverslag. In eerste instantie was ik wel geschrokken van de hoeveelheid commentaar, maar ik wist dat het stuk niet van academisch niveau was. Gelukkig heb ik aan de hand van het commentaar beter leren schrijven en denk ik dat ik op dit moment een goed verslag heb liggen. Ten aanzien van de wetenschappelijkheid van het onderzoek, ben ik minder tevreden. Ik heb weinig gebruik kunnen maken van theorieën, waardoor dit onderzoek een beperkte theoretisch kader heeft. Dit onderzoek is dan ook meer gebaseerd op bevindingen van afdelingshoofden en data van het ziekenhuis, dan op wetenschappelijke kennis. Verder vond ik het lastig goede onderzoeksvragen te maken voor het onderzoek. De volgende keer zal ik daar nog meer aandacht aan besteden zodat ik niet op het laatste moment nog een onderzoeksvraag moet veranderen.

<i>Sterktes</i>	<i>Zwaktes</i>	<i>Leerpunten</i>
Zelfstandigheid tijdens onderzoek	Zelfstandigheid tijdens onderzoek	Bij eventuele problemen eerder beroep doen op begeleiders.
Hulp vragen bij externe hulpbronnen (vader)	Lang wachten met hulp vragen	Door beroep te doen op externe hulpbronnen kan het zijn dat je snel afwijkt van wetenschappelijk onderzoek.
Onderzoek tot in detail	Eerder beginnen met schriftelijk vastleggen	In plaats van alles tot in detail eerst willen uitzoeken, meteen beginnen met het schrijven.
Communicatie met betrokkenen	Interviewgesprekken	De communicatie met betrokkenen verliep goed, maar het afnemen van interviews moet beter. Ik moet assertiever worden en minder over me heen laten lopen in gesprekken.
Schrijven van verslag	Schrijven van verslag	Het schrijven van het verslag ging heel goed, maar het academisch schrijven was lastiger. Ik heb geleerd hoe ik academisch moet schrijven, en dat ging met enige hulp (via commentaar) goed.