

Verwijzingssystematiek van de Gelre Ziekenhuizen naar het RISO nader onderzocht



Karin Vijn

Verwijzingssystematiek van de Gelre Ziekenhuizen naar het RISO nader onderzocht

Een beschrijvende studie gericht op de communicatie van patiëntgegevens tussen de Gelre Ziekenhuizen en het RISO



Auteur: Karin Vijn

Begeleider Universiteit: dr. H.G.M. Oosterwijk

Opdrachtgever: RISO (Radiotherapeutisch Instituut Stedendriehoek en Omstreken)

Begeleiders RISO: M. Naezer (Hoofd Administratie)

&

K. Mondriaan (Hoofd Bedrijfsvoering)

Meelezer Universiteit: dr. J.S. Svensson

Collegejaar 2005-2006

Bachelor Algemene Gezondheidswetenschappen

Universiteit Twente

Januari 2007

Management Samenvatting

Het RISO, Radiotherapeutisch Instituut Stedendriehoek en Omstreken, is een zelfstandig radiotherapeutisch instituut dat (overwegend kwaadaardige) ziekten behandelt door middel van ioniserende straling. Het RISO is een derdelijnsinstelling gelegen in Deventer en krijgt zijn patiënten van specialisten uit omliggende ziekenhuizen. Dit onderzoek richt zich op de verwijzingen van de Gelre Ziekenhuizen te Apeldoorn met een inperking rond de aard van de aandoening: borstkanker.

Zodra op basis van onderzoeken in de Gelre Ziekenhuizen blijkt dat behandeling van radiotherapie een mogelijkheid is, bepalen de verwijzende specialisten en de radiotherapeuten van het RISO gezamenlijk tijdens de zogeheten oncologiebespreking of deze mogelijkheid ook gewenst is. Voor patiënten met borstkanker, die al een grote sociale, psychische en een fysieke belasting ondervinden, moet deze verwijzing soepel verlopen zodat de patiënt zich vloeiend kan bewegen in de zorgketen.

Onderzoeksresultaten, personalia en verzekeringsinformatie moeten worden opgevraagd bij de Gelre Ziekenhuizen zodat de radiotherapeut van het RISO een behandelingsplan kan vaststellen. Vaak worden deze gegevens niet tijdig of incompleet aangeleverd waardoor het RISO extra inspanningen moet leveren om de gegevens op te vragen bij de Gelre Ziekenhuizen en toe te zien op de volledigheid. Deze inefficiënte praktijk vraagt om verandering. Correct en tijdig verzamelen van patiëntgegevens is in het belang van de patiënt die tijdig geholpen moet worden, maar ook voor het RISO die haar taken op een efficiënte manier wil inrichten.

Voor oplossingen moet gekeken worden naar de inrichting van de informatiestromen tussen organisaties. De kwaliteit van de informatievoorziening staat centraal in dit onderzoek. De praktijk wordt beoordeeld aan de hand van het 'Viable System' van Stafford Beer. Stafford Beer hanteert een model dat een organisatie uitrust met optimale communicatielijnen. Aan de hand van deze theorie komen de volgende drie communicatielijnen naar voren:

- I) Directe communicatie tussen de Gelre Ziekenhuizen en het RISO waarin wordt besproken welke informatie noodzakelijk is voor de behandeling. De Gelre ziekenhuizen dragen zorg voor het verzamelen en verzenden. Het RISO zorgt voor ontvangst en controle.
- II) Het verzamelen, verzenden, ontvangen en controleren van de patiëntgegevens volgens het daarvoor bestemde protocol.
- III) Bij constatering dat gegevens onvolledig zijn actie ondernemen om het gegevenspakket compleet te maken.

In de praktijk draagt het huidige coördinatiemechanisme onvoldoende bij aan een goede afstemming van de primaire processen.

De primaire werkprocessen gericht op de verwijzing van een patiënt van de organisaties moeten op elkaar worden aangepast om vervolgens via een efficiënt coördinatiemechanisme de verwijzingen optimaal te laten verlopen. Het coördinatiemechanisme moet het verzamelen, versturen, ontvangen en controleren van de patiëntgegevens op een efficiënte manier op elkaar afstemmen, waarbij herhaald contact met de Gelre Ziekenhuizen niet gewenst is.

Oplossingen kunnen gezocht worden bij het inzetten van een nieuw efficiënt coördinatiemechanisme. Bij het inzetten van een nieuw coördinatiemechanisme kan gebruik gemaakt worden van ICT toepassingen, inzetten van een persoon die integraal toezicht houdt op de communicatie binnen de zorgketen en het vastleggen van afspraken tussen de Gelre Ziekenhuizen en het RISO in beleidsdocumenten.

Voorwoord

Met dit onderzoek bij het Radiotherapeutisch Instituut Stedendriehoek en Omstreken (RISO) wordt de bacheloropleiding van de studie Algemene Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente afgesloten. Tijdens dit onderzoek stond de communicatie van patiëntgegevens tussen het RISO en de Gelre Ziekenhuizen centraal. Zowel de doelmatigheid als de kwaliteit van de communicatie krijgen steeds meer aandacht binnen de gezondheidszorg. Door het efficiënt standaardiseren van de communicatie van de patiëntgegevens tussen het RISO en de Gelre Ziekenhuizen kunnen medewerkers van beide instellingen efficiënter werken, de patiënten eerder opgeroepen worden voor het eerste consult en wint de informatie aan betrouwbaarheid.

Het onderzoek is mede tot stand gekomen door de bereidwillige medewerking van de medewerkers van het RISO, Deventer Ziekenhuis en de Gelre Ziekenhuizen. Hierbij wil ik mijn dank uitspreken voor de kennis, tijd en openhartigheid tijdens de interviews. Mijn dank gaat bij het RISO uit naar de heer Althof, mw. Stenfert Kroese, mw. Naezer, mw. Merlijn en mw. Driesen. Ook wil ik de heer Takema van het Deventer Ziekenhuis bedanken voor het beantwoorden van de technische vragen. Op basis van deze informatie kon ik de situatie schetsen en de interviews afnemen bij de Gelre Ziekenhuizen. Bij de Gelre Ziekenhuizen gaat mijn dank uit naar mw. Ketel, mw. Saalmink, mw. de Jong, mw. Vehof, mw. Bijsterbosch, de heer van Velzen, de heer Folkersma en de heer Bouma voor de gesprekken waardoor ik inzicht heb gekregen in de mogelijkheden, kansen en belemmeringen van de situatie van de communicatie van patiëntgegevens.

Tot slot gaat mijn dank uit naar mevrouw Naezer voor de begeleiding op het RISO, mijn begeleider van de Universiteit de heer Oosterwijk en de heer Svensson voor de goede begeleiding, suggesties en opbouwende kritiek gedurende het onderzoek.

Januari 2007

Inhoudsopgave

Management Samenvatting	3
Voorwoord	5
1 Het Onderzoek	7
1.1 Context	7
1.2 Vraagstelling en onderzoeksvragen	9
1.3 Methode: Overwegingen en keuzes	10
2 Theoretisch kader	13
2.1 Het ‘Viable System’ van Stafford Beer	13
2.2 Toepassing van het ‘Viable System Model’ in de verwijzingssystematiek	15
3 Analyse van het verwijzingsproces	18
3.1 Huidige situatie	18
3.2 Op zoek naar oorzaken	22
4 Aanbevelingen	23
Literatuur	26
Bijlage Reflectieverslag	27

1 Het Onderzoek

1.1 Context

Het RISO, Radiotherapeutisch Instituut Stedendriehoek en Omstreken, is een zelfstandig radiotherapeutisch instituut dat (overwegend kwaadaardige) ziekten behandelt door middel van ioniserende straling. Radiotherapie kan in combinatie plaatsvinden met andere behandelingen die patiënten kunnen krijgen zoals chemotherapie en chirurgie (RISO, 2006). Radiotherapie wordt aan mensen gegeven als een curatieve behandeling¹, adjuvante behandeling² of als een palliatieve behandeling³ (KWF kankerbestrijding: Radiotherapie, 2004: 9). Bij radiotherapie vindt er een plaatselijke behandeling plaats van de tumor met als doel om de kankercellen te vernietigen. Patiënten die uitwendig worden bestraald zullen, bij een curatieve en adjuvante behandeling, meestal gedurende een paar weken, elke werkdag worden bestraald. Een bestralingbehandeling duurt gemiddeld een beperkt aantal minuten (KWF kankerbestrijding: Borstkanker, 2004: 26-27).

Aangezien het RISO een derdelijnsinstelling is, is ze afhankelijk van de verwijzingen van ziekenhuizen in de omliggende plaatsen (RISO, 2006). Deze verwijzingen vinden plaats door de specialisten die daar werkzaam zijn. Dit onderzoek richt zich op de verwijzingen van de Gelre Ziekenhuizen te Apeldoorn omdat deze verantwoordelijk zijn voor een grote patiëntenstroom naar het RISO. De Gelre Ziekenhuizen zijn net zoals het Deventer Ziekenhuis en de Saxenburgh Groep onderdeel van het verzorgingsgebied van het RISO (RISO, 2006).

Een tweede inperking van dit onderzoek vindt plaats rond de aard van de aandoening: borstkanker. Voor de aandoening borstkanker is gekozen om dat de prevalentie van borstkanker erg hoog is; een op de negen vrouwen wordt geconfronteerd met borstkanker (KWF kankerbestrijding: Borstkanker, 2004: 8). Mede is voor deze aandoening gekozen omdat bij borstkanker vaak voor bestraling als behandeling wordt gekozen, waardoor verwacht mag worden dat werkprocessen een relatief routinematig karakter hebben gekregen. Die verwachting wordt versterkt door de intense begeleiding van de mammacare-verpleegkundigen die hiervoor speciaal zijn opgeleid en deel uitmaken van de werkprocessen rondom de behandeling van borstkanker (KWF kankerbestrijding: Borstkanker, 2004: 60-61).

Voordat patiënten bij de RISO terecht komen voor bestraling, heeft de patiënt al enkele zorgstations in de zorgketen gepasseerd. Borstkanker kan geconstateerd worden bij een

¹ Een behandeling gegeven aan patiënten gericht op genezing van de ziekte.

² Een behandeling gegeven aan patiënten gericht op genezing van de ziekte maar toegevoegd voor of na een andere behandeling.

³ Een behandeling gegeven aan patiënten gericht op verminderen van de klachten omdat genezing niet meer mogelijk is.

bevolkingsonderzoek of gediagnosticeerd worden door de huisarts in het geval de patiënt met klachten zoals zichtbare en/of voelbare veranderingen naar de huisarts gaat (KWF kankerbestrijding: Borstkanker, 2004: 15).

De huisarts zal de patiënt verwijzen naar een speciale polikliniek binnen het ziekenhuis; de mammapoli. Bij de mammapoli komen alle patiënten die aandoeningen hebben aan het borstklieerweefsel. Hier bevinden zich gespecialiseerde verpleegkundigen om de patiënten op te vangen, te begeleiden en te verplegen, dat laatste wanneer er sprake is van een ingreep. (KWF kankerbestrijding: Borstkanker, 2004: 15-17). In het ziekenhuis worden vaak verschillende typen onderzoeken uitgevoerd zodat de specialist kan vaststellen om welke soort en vorm kanker het gaat en vervolgens bepalen welke behandeling het best passend is voor de patiënt. Radiotherapie kan naast chemotherapie, hormoontherapie of een chirurgische ingreep onderdeel zijn van deze behandeling (KWF Kankerbestrijding: Borstkanker, 2004-2005: 21).

Omdat niet alle ziekenhuizen beschikken over radiotherapeutische toestellen zullen patiënten soms worden doorverwezen naar radiotherapeutische instituten. Het radiotherapeutische instituut kan veelal worden gezien als een specialistische kliniek. De specialisten van het ziekenhuis bepalen samen met radiotherapeuten van het RISO tijdens een zogenaamde oncologiebespreking of een radiotherapeutische behandeling nodig is. Wordt besloten tot een behandeling met radiotherapie dan dienen de patiëntgegevens overgedragen te worden van de specialist naar de radiotherapeut van het RISO. Deze gegevens zijn vereist bij het stellen van het juiste behandelingsplan (Int. Medewerker afsprakenbureau, 2006). Er is sprake van gedeelde verantwoordelijkheid en wederzijdse afhankelijkheid wanneer het gaat om een juiste behandeling voor de patiënt.

De behandeling van borstkanker is een zwaar traject. Borstamputatie en chemotherapie komen beide veelvuldig voor en kunnen leiden tot fysieke gevolgen, psychische gevolgen en ook in sociale zin, onder andere voor het gezinssysteem van de patiënt, brengt het belastende gevolgen met zich mee. In dit opzicht is bestraling relatief laag belastend. De feitelijke behandeling duurt niet erg lang en de neveneffecten van de behandeling zijn minder ingrijpend dan bij chemotherapie (KWF Kankerbestrijding: Borstkanker, 2004-2005: 59-62).

De patiënt moet wel met regelmaat gedurende enkele weken elke werkdag naar het RISO om bestraald te worden. Dit kan wel erg ontwrichtend werken voor de dagelijkse regelmaat van de patiënt. Des te meer is het van belang dat de patiënt gelijk en op juiste wijze geholpen wordt; probleemloze communicatie van de patiëntgegevens is daarvoor een belangrijke voorwaarde. Wanneer de instellingen uit de eerste-, tweede- en derdelijn goed op elkaar zijn aangestemd spreken we van een integrale zorgketen (Boot en Knapen, 2003:358). Hierbij staat het perspectief van de patiënt centraal. Tegenwoordig wordt er veel aandacht besteed aan het optimaliseren van de zorgketen. Zo heeft KWF Kankerbestrijding (2006) normen opgenomen waarbinnen patiënten die acute, subacute en overige zorg nodig hebben, geholpen moeten

worden. Binnen het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is ook aandacht besteed aan normstelling voor wachttijden (Ministerie VWS, 2002). Hiervoor is doorloop tussen de beide instellingen ook van belang. Patiënten moeten zich vloeiend kunnen bewegen in de zorgketen en geen problemen ondervinden wanneer er meerdere zorgaanbieders bij de behandeling zijn betrokken.

RISO besteedt veel aandacht aan kwaliteit; ze wil goede radiotherapeutische zorg bieden aan patiënten (RISO, 2006). Voor het RISO betekent dat: klantgericht werken, hoge kwaliteit waarborgen en doelgericht samenwerken (RISO: Beleidsverklaring Kwaliteitszorg, 2006). Deze kwaliteitscriteria zijn ook van belang op de verwijzingen naar het RISO; patiëntgegevens dienen zonder problemen te worden aangeleverd.

Maar in de praktijk doen zich hier problemen voor. Onderzoeksresultaten, personalia en verzekeringsinformatie moeten worden opgevraagd bij meerdere afdelingen binnen het verwijzende ziekenhuis. Deze gegevens die vereist zijn bij het bepalen van het juiste behandelingsplan worden niet op tijd of onvolledig aangeleverd. (Int. Medeweker afsprakenbureau en Int. Hoofd administratie, 2006). Dit heeft tot gevolg dat de medewerkers van het afsprakenbureau, die verantwoordelijk zijn voor de aanwezigheid van de patiëntgegevens voor het eerste consult, extra inspanning moeten leveren om de gegevens op te vragen bij de Gelre Ziekenhuizen en toe te zien op de volledigheid ervan (RISO, procesbeschrijving patiëntenaanmelding, 2006).

Correct en tijdig verzamelen van patiëntgegevens is in het belang van de patiënt die tijdig geholpen moet worden, maar ook van het RISO die haar taken op een efficiënte manier wil inrichten.

1.2 Vraagstelling en onderzoeksvragen

Er is langzamerhand een praktijk gegroeid waarin het afsprakenbureau veel inspanningen moet leveren om de noodzakelijke patiëntgegevens te verzamelen voor het eerste consult. Dat leidt tot de volgende centrale vraagstelling:

Wat zijn de voornaamste oorzaken waardoor de communicatie van de patiëntgegevens tussen de verwijzende ziekenhuizen en het RISO moeizaam verloopt en langs welke wegen kan de communicatie van de patiëntgegevens efficiënter worden ingericht?

De centrale vraagstelling kan worden uitgewerkt naar de volgende deelvragen:

1. Wat is de relatie tussen de Gelre Ziekenhuizen en het RISO?

2. Welke communicatie tussen de Gelre Ziekenhuizen en het RISO vindt plaats in de huidige situatie vanaf de patiëntenaanmelding door de verwijzende specialist tot het oproepen van de patiënt voor het eerste consult door het afsprakenbureau (descriptief)?
3. Welke problemen worden ondervonden bij het opvragen van de patiëntgegevens en welke oorzaken liggen hieraan ten grondslag?
4. Welke pogingen en activiteiten zijn al ondernomen om de communicatie tussen de Gelre Ziekenhuizen en het RISO met betrekking tot de patiëntgegevens te verbeteren?
5. Hoe zou de communicatie tussen de Gelre Ziekenhuizen en het RISO vanaf de patiëntenaanmelding door de verwijzende specialist tot het oproepen van de patiënt voor het eerste consult door het afsprakenbureau op een efficiënte manier kunnen worden ingericht (prescriptief)?
6. Welke aanbevelingen kunnen aangedragen worden om de communicatie van patiëntgegevens tussen de Gelre Ziekenhuizen en het RISO te verbeteren?

Het onderzoek is beschrijvend van aard en richt zich op het uiteenzetten van de huidige (descriptief model) en gewenste (prescriptief model) situatie betreffende de verwijzingssystematiek tussen het verwijzende ziekenhuis en het RISO. Ter beantwoording van de vraag is dit onderzoek gericht op de verwijzingen betreffende borstkanker van het Gelre Ziekenhuizen naar het RISO. Het is de verwachting dat de bevindingen voorzichtig gegeneraliseerd worden naar de andere ziektebeelden en andere ziekenhuizen.

1.3 Methode: Overwegingen en keuzes

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is het werkproces onderworpen aan nader onderzoek. De te verklaren variabele 'de doelmatigheid van de communicatie van patiëntgegevens tussen de Gelre Ziekenhuizen en het RISO' staat centraal. Het onderzoek is opgezet als een case studie; gedurende tien werken zijn de werkprocessen met betrekking tot de communicatie van verwijzingen aan de hand van de volgende methoden geanalyseerd:

- 1) *Waarneming*; meegelopen op het afsprakenbureau waardoor een indruk kon worden verkregen van de problemen omtrent het opvragen van de patiëntgegevens.
- 2) *Documentatieonderzoek*; bestuderen van de protocollen die betrekking hebben op de verwijzingssystematiek tussen de Gelre Ziekenhuizen en het RISO

3) *Interviews*; afgenomen bij medische specialisten (chirurgen en een radiotherapeut), ondersteunend personeel (medische secretaresses en medewerkers afsprakenbureau), sturend personeel (hoofd medische administratie), mamma-care verpleegkundigen en een klinisch fysicus van de Gelre Ziekenhuizen en het RISO. Omdat er aanwijzingen waren dat het probleem kan worden opgelost door ICT zijn ook ICT managers en uitvoerders van het Deventer Ziekenhuis, RISO en de Gelre Ziekenhuizen geïnterviewd.

Interviews vonden plaats aan de hand van gestructureerde vragen, maar er is ook ruimte gelaten voor eigen inbreng van de respondenten. Immers, de kennis van respondenten over eventuele mogelijkheden, kansen en belemmeringen zijn van groot belang. Medische specialisten en ondersteunend personeel konden inzicht geven in de huidige verwijzingssystematiek en hun mening kenbaar maken over eventuele oplossingen voor het probleem. Tevens is bewust gekozen om het ondersteunende personeel te interviewen omdat eventuele veranderingen gevolgen zullen hebben voor hun dagelijkse werkzaamheden. Het sturende personeelslid en de klinisch fysicus konden inzicht geven in reeds ondernomen activiteiten door het management om de problemen aan te pakken. Mammacare-verpleegkundigen hadden voornamelijk een flankerende rol in dit onderzoek. ICT managers en uitvoerders konden aangeven welke technische en organisatorische mogelijkheden er waren om het probleem aan te pakken.

De interviews waren gericht op het doel van het onderzoek; het bewust maken van de problemen bij het RISO en het begin van het opzetten van een standaardproces voor de communicatie van patiëntgegevens.

Leeswijzer

Nadat de context van het probleem, de vraagstelling, de onderzoeksvragen en de methode van dit onderzoek is beschreven zal verder gegaan worden met het uitwerken van het theoretische kader in hoofdstuk 2. Hier zal eerst de theorie uiteengezet worden om vervolgens dit toe te passen op de verwijzingssystematiek van de Gelre Ziekenhuizen naar het RISO.

Daarna zal hoofdstuk 3 een analyse van het verwijzingsproces inhouden. Hier wordt ingegaan op de huidige situatie van verwijzen en worden oorzaken aangedragen.

Tot slot zullen in hoofdstuk 4 aanbevelingen worden gedaan om de huidige problemen aan te pakken.

2 Theoretisch kader

Om de patiëntgegevens tijdig en compleet te verkrijgen voor het eerste consult zonder extra inspanningen van het afsprakenbureau moet gekeken worden naar de inrichting van de informatiestromen in organisaties. Daarvoor is aansluiting gezocht in de literatuur.

Grundmeijer en van Weert (1992; 164) vonden dat met betrekking tot verwijzing van de eerste naar de tweede lijn, verwijsbrieven van huisartsen en specialisten vaak tekortschieten omdat ze vaak voorgeschiedenis van de patiënt en de resultaten van onderzoek missen. Engelsman en Geertsema (1994; 282) komen tot soortgelijke bevindingen en wijzen op tekortschietende anamnese en onderzoek. Het gaat te ver om deze conclusies over de eerste en tweede lijn communicatie zonder meer door te trekken naar de verwijzing van de tweede en derde lijn, maar het is duidelijk dat ook deze verwijzing niet probleemloos verloopt. Gegevens die vereist zijn worden niet op tijd en onvolledig aangeleverd, waardoor het afsprakenbureau overbelast wordt en de wachttijd voor het eerste consult onnodig lang is.

2.1 Het 'Viable System' van Stafford Beer

Aanknopingspunten voor de analyse en inrichting van informatiestromen tussen het RISO en de Gelre Ziekenhuizen is gevonden bij de 'Viable System' benadering van Stafford Beer (1985). Stafford Beer analyseert organisaties buiten de gebruikelijke grenzen en ziet organisaties als een geheel van eenheden die onderling samenhangen en samenwerken om zo een levensvatbaar systeem te vormen (Beer, 1985:1). Dit levensvatbare systeem kent een eigen stel van informatiestromen die van *essentieel* belang zijn voor het bestaan van de organisatie. In het geval de informatiestromen optimaal aanwezig zijn kunnen de juiste beslissing op de juiste plaats en tijd worden genomen in een organisatie. Het 'Viable System' kan zowel tussen organisaties als in een organisatie worden aangetroffen. De kern van het systeem bestaat onder andere uit een uitvoerende eenheid die het primaire proces van de organisatie verricht en in contact staat met de buitenwereld. Hieronder valt ook de managementlaag die direct toezicht heeft op de uitvoering. De meeste organisaties kennen een reeks van primaire processen die onderling met elkaar samenhangen en waar het management toezicht op heeft. In deze context introduceert Stafford Beer in zijn 'Viable System' *recursiviteit* (Beer, 1985:2-6). Binnen in de uitvoerende eenheid van het 'Viable System' kunnen zich meerdere 'Viable Systems' bevinden die de primaire processen van de organisatie voltooien. Ofwel activiteiten die zich op het laagste niveau binnen de organisatie bevinden, zijn onderdeel van een 'Viable System' dat weer is gelegen in een hoger gelegen 'Viable System' in de uitvoerende eenheid; het systeem herhaalt zich in verschillende niveau's. Het hoger gelegen niveau houdt toezicht op de uitvoering, neemt sturingsbeslissingen, draagt voor samenhang, bewaakt doelen en denkt na over het beleid. De informatiestromen zijn hier van essentieel belang om zowel de informatie-uitwisseling in het 'Viable System' als met de buitenwereld goed te laten verlopen. Het primaire proces staat in

contact met buitenwereld. De informatie die het primaire proces hieraan ontleend is in verschillende mate relevant (Beer, 1985:19-35). Zo zal tijdens een willekeurig consult informatie die relevant is voor de behandeling worden versterkt en informatie over bijvoorbeeld de sociale situatie van de patiënt die naar voren is gekomen tijdens kennismakingsgesprekken meer naar de achtergrond gedrukt worden. Met andere woorden kan men zeggen dat in het primaire proces de organisatiedoelen worden gerealiseerd. Stafford Beer noemt dit ook wel de ‘*implementatie*’ (Beer, 1985:1-18).

Het andere systeem dat Stafford Beer naast de uitvoerende eenheid onderscheidt, is de coördinatie van de activiteiten. Dit systeem zorgt voor het overleggen, onderhandelen en het afstemmen tussen de verschillende primaire processen. Goede communicatie tussen deze entiteiten is van belang zodat ze elkaar niet in de weg lopen, maar ook dat ze van elkaar kunnen leren en zo eventueel werkprocessen kunnen versterken. Voorbeelden van coördinatiemechanismen zijn vergaderingen, interne nieuwsbrieven, rapporten en protocollen.

In het ‘Viable System’ wordt toezicht gehouden en controle uitgeoefend. Deze functie is onderdeel van het management van de organisatie. Toezicht wordt door gestandaardiseerde berichtgeving van en naar de werkeenheden door het management uitgeoefend. De berichtgeving van het management naar de werkeenheden wordt ook wel de ‘auditlijn’ genoemd (Beer, 1985:86). In dit geval kunnen afwijkingen worden geconstateerd, waarna het management kan kijken. Maar de ‘auditlijn’ mag alleen in uitzonderingsgevallen gebruikt worden en niet met regelmaat.

Systeem	Bijbehorende communicatielijn
<i>Systeem I</i> Aanwezigheid en uitvoeren van de primaire werkprocessen.	<i>Communicatielijn I</i> Communicatie tussen de primaire werkprocessen.
<i>Systeem II</i> Coördineren van de primaire werkprocessen.	<i>Communicatielijn II</i> Gestandaardiseerde afstemming van primaire werkprocessen.
<i>Systeem III</i> Toezicht op correcte werking van de primaire werkprocessen. <i>Systeem III * (audit)</i> Indien nodig, aanvullende gegevens halen uit de primaire processen.	<i>Communicatielijn III</i> Controleren van correcte werking primaire werkprocessen door management.

Tabel 1: Theorie Stafford Beer (1985)

Naast de drie subsystemen die hierboven zijn beschreven bestaat het ‘Viable System’ uit nog twee subsystemen. Substelsysteem vier behandelt de relatie met de buitenwereld. Ze kijkt hier

naar relevante informatie, feedback over marktconditie, technologische veranderingen en andere factoren die van belang zijn voor het primaire proces; subsysteem een. Subsysteem vijf zet het beleid uit van de organisatie en waarborgt de identiteit van de organisatie. Deze twee subsystemen zijn minder relevant voor dit onderzoek en zullen daarom niet verder uitgewerkt worden (Beer, 1985).

2.2 Toepassing van het 'Viable System Model' in de verwijzingsystematiek

De verwijzingssystematiek van de Gelre Ziekenhuizen naar het RISO moet een 'Viable System' zijn, die centraal staat in de analyse. De verwijzingssystematiek, dat geen op zichzelf staand proces is, is gebaseerd op de primaire processen van de Gelre Ziekenhuizen en het RISO. Het begin van de verwijzingssystematiek is te vinden in de oncologiebespreking. Tijdens deze bespreking, waar de specialisten van de Gelre Ziekenhuizen en de radiotherapeuten van het RISO aanwezig zijn, wordt bepaald of een behandeling met radiotherapie zal plaatsvinden. Doordat de artsen veelal samen overeenkomen of de patiënt wel of niet behandeld wordt met radiotherapie ligt de verantwoordelijkheid tijdens de oncologiebespreking. Om de behandeling mogelijk te maken, ligt de uitvoering met betrekking tot verzameling en verzending van patiëntgegevens bij de Gelre Ziekenhuizen en het RISO. Er is sprake van wederzijdse afhankelijkheid; beide organisaties moeten hun aandeel leveren in dit proces. De Gelre Ziekenhuizen moeten de patiëntgegevens verzamelen, bundelen en verzenden opdat het RISO de gegevens controleert op volledigheid om zo een behandelingsplan te kunnen vaststellen.

Beide organisaties hebben primaire processen die onafhankelijk van elkaar zijn en waarin deze werkprocessen zijn vastgelegd. De Gelre Ziekenhuizen moeten de patiëntgegevens verzamelen en versturen en het RISO moet deze gegevens ontvangen en controleren. Beide primaire processen, die wel met elkaar te maken hebben, realiseren de organisatiedoelen; de implementatie. Daarnaast zorgt de coördinatiefunctie ervoor dat beide primaire processen in samenhang worden uitgevoerd. Deze afspraken zijn vastgelegd in protocollen zodat ze in enige mate worden gestandaardiseerd. De controlefunctie ligt bij het afsprakenbureau, gedelegeerd door het oncologieoverleg. Het afsprakenbureau werkt aan de hand van een protocol waarin de patiëntenaanmelding is geregeld. Ze moeten de patiëntgegevens verzamelen en controleren. Blijkt dat de gegevens niet tijdig of incompleet worden aangeleverd, dan onderneemt het afsprakenbureau actie in de richting van de ziekenhuizen. In beginsel zorgt de coördinatiefunctie er voor dat de informatie tussen de verwijzer, de Gelre Ziekenhuizen en de ontvanger, het RISO geregeld wordt door middel van een coördinatiemechanisme. Omdat dit mechanisme veelal tekort schiet, moet de 'auditlijn' worden gebruikt; het afsprakenbureau moet zelf de gegevens actief opvragen.

Dit leidt tot een drietal informatiestromen. De eerste is de directe communicatielijn tussen de primaire werkprocessen in de Gelre Ziekenhuizen en het RISO. De tweede is het coördineren van de verzending van patiëntgegevens door middel van een protocol. Het RISO beschikt over een protocol: procesbeschrijving betreffende patiëntaanmelding op het afsprakenbureau, waarin stapsgewijs staat beschreven welke stappen elke keer ondernomen moeten worden om over de patiëntgegevens te beschikken. Het toezicht op de uitvoering wordt verzorgd door het management (oncologieoverleg) en is ook gedelegeerd naar het afsprakenbureau. Controle op correctie uitvoering van de primaire processen is communicatielijn drie. Volgens de coördinatiefunctie moet in beginsel de patiëntgegevens worden verzameld, maar in uitzonderingsgevallen kan er gebruikt gemaakt worden van de auditlijn (communicatielijn 3). Maar daar moet sporadisch gebruik van worden gemaakt, omdat het enkel gebruikt mag worden in uitzonderingsgevallen. De auditlijn is in eerste instantie alleen bedoeld voor uitzonderingsgevallen die niet via het normale coördinatiemechanisme kunnen worden behandeld.

Systeem	Bijbehorende communicatielijn
<i>Systeem I Primaire werkprocessen</i> a) Verzamelen en verzenden van de patiëntgegevens door de Gelre Ziekenhuizen. b) Het ontvangen en controleren van de patiëntgegevens door het RISO.	<i>Communicatielijn I</i> Directe communicatie tussen de Gelre Ziekenhuizen en het RISO waarin wordt besproken welke informatie noodzakelijk is voor de behandeling. De Gelre ziekenhuizen dragen zorg voor het verzamelen en verzenden. Het RISO zorgt voor ontvangst en controle.
<i>Systeem II Coördinatie</i> Geprotocolleerde werkprocessen ten aanzien van de aanmelding van patiënten op het afsprakenbureau.	<i>Communicatielijn II</i> Het verzamelen, verzenden, ontvangen en controleren van de patiëntgegevens volgens het daarvoor bestemde protocol.
<i>Systeem III Monitoring</i> De oncologiebespreking (hierin zijn de artsen van zowel de Gelre Ziekenhuizen als het RISO vertegenwoordigd) ziet toe op de primaire werkprocessen die de voorwaarden scheppen voor een goede behandeling van patiënten.	<i>Communicatielijn III (zal verder ook wel auditlijn genoemd worden)</i> Bij constatering dat gegevens onvolledig zijn, actie ondernemen om het gegevenspakket compleet te maken.

Tabel 2: Toepassing theorie Stafford Beer op verwijzingssystematiek

Nu staat de volgende vraag centraal: zijn deze communicatielijnen aanwezig in de verwijzing van patiëntgegevens tussen de Gelre Ziekenhuizen en het RISO en worden de

communicatielijnen evenwichtig gebruikt? De aanleiding voor het onderzoek suggereert dat de doelmatigheid en doeltreffendheid van de huidige werkwijze niet optimaal is. Documentatieonderzoek zal gedaan worden om te kijken of de communicatielijnen aanwezig en in de interviews zal bekeken worden of ze op de juiste manier gebruikt worden.

3 Analyse van het verwijzingsproces

3.1 Huidige situatie

In de vorige twee hoofdstukken is zowel de context als het probleem en het theoretische kader geschetst. In dit hoofdstuk zullen beide hoofdstukken met elkaar gecombineerd worden; een drietal communicatielijnen die vereist zijn voor een doelmatige en efficiënte werkwijze in een organisatie wordt geanalyseerd om te kijken in welke mate deze aanwezig zijn en of er sprake is van een evenwichtige verdeling in de werkprocessen van de verwijzingssystematiek van de Gelre Ziekenhuizen naar het RISO.

Systeem I, de primaire werkprocessen gericht op de verwijzing van een patiënt is zowel aanwezig bij het RISO als de Gelre Ziekenhuizen. Beide realiseren het primaire proces rondom de werkprocessen van de verwijzing van de patiënt: het verzamelen en verzenden van de gegevens door de Gelre Ziekenhuizen en het in ontvangst nemen en controleren van de verwijzgegevens door het RISO. Deze primaire processen zijn vereist voor het uitzetten van een juist behandelplan door de radiotherapeuten van het RISO zodra tijdens de oncologiebespreking de beslissing is genomen dat een patiënt voor bestraling in aanmerking komt (Int. Medisch secretaresse en Int. Medewerker afsprakenbureau, 2006). Vervolgens worden gegevens wel vaak incompleet en niet tijdig verzonden naar het RISO. De primaire werkprocessen worden dus niet goed uitgevoerd.

De verantwoordelijkheid met betrekking tot de activiteiten die samenhangen bij de verwijzing ligt bij de oncologiebespreking. Het primaire proces van verzamelen en verzenden van de patiëntgegevens is door de oncologiebespreking gedelegeerd aan de medische secretaresses van de bijbehorende poli in de Gelre Ziekenhuizen. In het RISO is de bevoegdheid tot het in ontvangst nemen en controleren van de patiëntgegevens gedelegeerd aan het afsprakenbureau. Hier zien we de basis van een Viable System: twee primaire processen (één in de Gelre ziekenhuizen en één in het RISO) en een managementlaag (de oncologiebespreking) die uiteindelijk verantwoordelijk zijn voor de correcte verzending van patiëntgegevens (Int. Personeelsleden RISO en de Gelre Ziekenhuizen, 2006).

De relatie tussen de Gelre Ziekenhuizen met betrekking tot de verwijzingssystematiek is historisch gegroeid en niet vastgelegd in beleidsdocumenten (Int. Hoofd administratie, 2006). De Gelre Ziekenhuizen zien het RISO als een samenwerkingspartner om zo tot '*optimale kwaliteit, doorstroming en afstemming in de zorg te komen*' (Gelre Ziekenhuizen, 2006). Dit vindt het RISO ook belangrijk (RISO: beleidsverklaring kwaliteitszorg 2006 en beleidsplan 2005-2010).

In het geval besloten wordt dat een verwijzing noodzakelijk is, zullen de Gelre Ziekenhuizen op eigen initiatief of op verzoek van het RISO de patiëntgegevens verzamelen en

verzenden. Het verzamelen en versturen van de patiëntgegevens op eigen initiatief komt praktisch niet voor, op enkele uitzonderingen na. In dit geval, zullen enkel de op dat moment aanwezige patiëntgegevens worden verstuurd (Int. Medisch secretaresse, 2006). De huidige praktijk richt zich op het opvragen van de verwijzingsgegevens door het RISO, die na het verzamelen en het verzenden van de Gelre Ziekenhuizen, de gegevens ontvangt en controleert. In het geval de gegevens niet compleet of niet tijdig geleverd zijn zal een extra aanvraag ingediend worden, dat laatste vindt met zekere routine plaats (Int. Medewerker afsprakenbureau, 2006). De oncologiebespreking, die verantwoordelijk is voor beide processen en deze delegeert naar het uitvoerende niveau, voert hier geen toezicht op uit.

Het afstemmen van beide primaire processen is noodzakelijk voor het tijdig vaststellen van een juist behandelplan door de radiotherapeuten van het RISO. Het Viable System gaat er vanuit dat de werkprocessen optimaal op elkaar afgestemd moeten zijn en dat de communicatiestromen in evenwicht zijn. De coördinatie van de verzending van de patiëntgegevens vindt plaats door middel van een protocol: procesbeschrijving betreffende patiëntenaanmelding op het afsprakenbureau. Hier is sprake van een geïnstitutionaliseerde coördinatieactiviteit. In dit protocol zijn stapsgewijs werkprocessen vastgelegd die zowel de radiotherapeut als de medewerkers van het afsprakenbureau moeten ondernemen om de patiëntgegevens tijdig aanwezig te hebben voor het eerste consult (RISO: procesbeschrijving patiëntenaanmelding, 2006). Het gaat hier om een protocol die het RISO zonder medewerking van andere actoren heeft opgesteld.

<i>Gewenste situatie</i>	<i>Bestaande situatie</i>
Systeem I Directe communicatie tussen de Gelre Ziekenhuizen en het RISO waarin wordt besproken welke informatie noodzakelijk is voor de behandeling. De Gelre ziekenhuizen dragen zorg voor het verzamelen en verzenden. Het RISO zorgt voor ontvangst en controle.	Systeem I Het RISO neemt contact op met de Gelre Ziekenhuizen over welke patiëntgegevens ze nodig hebben. Vervolgens worden gegevens vaak incompleet en niet tijdig verzonden naar het RISO. De primaire werkprocessen worden dus niet goed uitgevoerd.
Systeem II Het verzamelen, verzenden, ontvangen en controleren van de patiëntgegevens verloopt gestandaardiseerd door gebruik te maken van het daarvoor bestemde protocol.	Systeem II Het huidige protocol, opgesteld door het RISO zorgt voor in inefficiënte gestandaardiseerde manier van werken. Gegevens worden niet tijdig of incompleet opgestuurd.

<i>Systeem III</i> In het uitzonderlijke geval aanvullende actie ondernemen om het gegevenspakket compleet te maken.	<i>Systeem III</i> Voortdurend blijkt dat de patiëntgegevens onvolledig zijn, waardoor er nog geen begin kan worden gemaakt met behandeling. Het RISO steekt extra energie in het achterhalen en complementeren van de gegevens.
--	--

Tabel 3: Gewenste situatie tegenover huidige situatie

Uit de tabel komt naar voren dat de huidige werksituatie problemen veroorzaakt. Het opvragen van de patiëntgegevens neemt, zoals eerder genoemd, veel tijd in beslag doordat de medewerkers van het afsprakenbureau verschillende afdelingen binnen de Gelre Ziekenhuizen moeten benaderen. Ook zijn de Gelre Ziekenhuizen vaak onbereikbaar en beschikt het RISO niet over een direct nummer van de betreffende maatschap (Int. Medewerkers afsprakenbureau, 2006).

Systeem III zou toezicht moeten houden op de activiteiten van de primaire processen (Systeem I) en op het adequaat functioneren van het coördinatiemechanisme (systeem II). Pas als blijkt dat zich daar problemen voordoen, kan er worden ingegrepen. Stafford Beer stelt dat deze communicatielijn, die in deze studie ook wel de auditlijn wordt genoemd, alleen sporadisch gebruikt mag worden voor uitzonderingsgevallen die niet via het normale coördinatiemechanisme kunnen worden behandeld. In de praktijk zien we dat het afsprakenbureau veelvuldig contact moet opnemen met de medische secretaresses van de Gelre Ziekenhuizen omdat gegevens al dan niet tijdig of incompleet worden toegestuurd. Deze controlefunctie is gedelegeerd door systeem III; de oncologiebespreking. Wanneer het afsprakenbureau concludeert dat de gegevens niet tijdig of incompleet zijn aangeleverd wordt de ‘auditlijn’ gebruikt. We kunnen daarmee stellen dat de mogelijkheden van systeem II onderbenut blijven waardoor communicatielijn III (de auditlijn) wordt overbelast. Hierdoor krijgt communicatielijn III het karakter van systeem II.

Hier geldt dat de oncologiebespreking die verantwoordelijk is voor de activiteiten die samenhangen met de verwijzingen, geen toezicht uitvoert op de praktijk en problemen aanpakt. Vanuit het RISO zijn in het verleden een tweetal pogingen ondernomen om de communicatie van de patiëntgegevens tussen de Gelre Ziekenhuizen en het RISO efficiënt te coördineren. De Gelre Ziekenhuizen waren onvoldoende op de hoogte van de problemen bij het RISO (Int. Personeelsleden Gelre Ziekenhuizen, 2006).

De eerste activiteit betreft bijeenkomsten die hebben plaatsgevonden met de bedoeling het automatiseren van de gegevensoverdracht tussen het RISO en de Gelre Ziekenhuizen. Tijdens deze bijeenkomsten stond het aftasten van de mogelijkheden centraal, werd de huidige situatie van de gegevensoverdracht tegenover een gewenste situatie gepresenteerd en stond het

uiteenzetten van de standpunten ten aanzien van automatisering centraal. Dit overleg vond plaats omdat er bij het RISO de behoefte ontstond aan een meer geautomatiseerde vorm van overdracht van de patiëntgegevens (Int. Klinisch fysicus, 2006). Hier zijn geen concrete resultaten uit naar voren gekomen en onderhandelingen zijn nog bezig.

De tweede activiteit betrof het verzenden van een brief vanuit het RISO waarbij de maatschappen van de verwijzende ziekenhuizen gevraagd werden om bij aanmelding van een patiënt de patiëntgegevens standaard mee te sturen. (Int. Hoofd administratie, 2006). Dit initiatief is genomen naar aanleiding van een analyse op het afsprakenbureau waaruit bleek dat het afsprakenbureau inefficiënt functioneert. Omdat weinig maatschappen reageerden heeft deze activiteit geen invloed gehad op de huidige praktijk.

Conclusie

Met betrekking tot de werkprocessen van de verwijzingssystematiek tussen de Gelre Ziekenhuizen en het RISO kunnen we zeggen dat de systemen en de communicatielijnen niet in goede orde aanwezig zijn.

Systeem I is nodig als voorwaarde voor een goede behandeling van patiënten. Het RISO neemt contact op met de Gelre Ziekenhuizen over welke patiëntgegevens ze nodig hebben. Dit systeem is aanwezig. Maar de patiëntgegevens worden vaak incompleet en niet tijdig verzonden naar het RISO. De primaire werkprocessen worden dus niet goed uitgevoerd.

Aangezien systeem II eenzijdig door het RISO is ingericht heeft er geen afstemming met de Gelre Ziekenhuizen plaatsgevonden. Tekortkomingen in systeem II leidt tot overmatig gebruik van de auditlijn. Volgens de theorie zou deze functie slechts sporadisch moeten worden ingezet, maar in de praktijk is hij zelfs opgenomen in de standaardwerkprocedure van systeem II. De specialisten van de Gelre Ziekenhuizen en de radiotherapeuten komen bij elkaar tijdens de oncologiebespreking om tot een gezamenlijke beslissing te komen over een behandeling om die vervolgens via de geïnstitutionaliseerde coördinatieactiviteit uit te voeren. De evenwichtigheid van deze communicatielijnen is niet in orde. Het verzamelen en verzenden van gegevens en het in ontvangst nemen en controleren op volledigheid verloopt verre van efficiënt. Nog té vaak moet het RISO extra actie ondernemen om ontbrekende gegevens bij elkaar te sprokkelen. Een efficiënt coördinatiemechanisme om de activiteiten van het RISO en de Gelre Ziekenhuizen op elkaar af te stemmen ontbreekt. Doordat de afstemming van de primaire processen van onvoldoende kwaliteit is moet het RISO zich extra inspannen om de noodzakelijke gegevens alsnog te verzamelen. Dat betekent dat de auditlijn, die volgens de theorie slechts spaarzaam gebruikt mag worden, voortdurend wordt overbelast.

3.2 Op zoek naar oorzaken

De huidige praktijk bij het RISO is historisch gegroeid en heeft zich in de loop van de jaren gestabiliseerd. Het ontstaan van deze praktijk kan enigszins verklaard worden. Het voornaamste is wellicht dat de Gelre Ziekenhuizen onvoldoende op de hoogte waren van de problematiek bij het RISO (int. Personeel Gelre Ziekenhuizen, 2006). De problemen bij het uitvoeren van activiteiten, gedelegeerd door de oncologiebespreking aan de medische secretaresses van de Gelre Ziekenhuizen en de medewerkers van het afsprakenbureau bij het RISO, is niet voldoende ter kennis gebracht aan eindverantwoordelijken (management) en uitvoerders en pakken de problemen niet aan. Eindverantwoordelijken en uitvoerders binnen het RISO hebben zich aan deze situatie aangepast en onvoldoende activiteiten ondernomen om de problemen op te lossen zodat de werkprocessen ingesleten patronen zijn geworden. Efficiëntie is daarmee geleidelijk weggelekt ten koste van het afsprakenbureau.

Dat mensen 'laag' in de organisatie vaak moeilijk veranderingen teweeg kunnen brengen kan hieraan bijgedragen hebben. Medische secretaresses die een verantwoordelijke rol hebben betreffende het opvragen en verzenden van patiëntgegevens en dagelijks geconfronteerd worden met de problematiek, hebben vaak beperkte mogelijkheden om een situatie te veranderen. De medewerkers hebben op eigen initiatief geprobeerd de problemen aan te pakken door te telefoneren met de Gelre Ziekenhuizen en hebben het gecommuniceerd met (leidinggevend) personeel binnen het RISO (Int. Medewerker Afsprakenbureau, 2006). Dit heeft geen concrete resultaten opgeleverd.

Daarnaast hebben het RISO en de Gelre Ziekenhuizen nooit initiatief genomen om de huidige relatie in een beleidsdocument vast te leggen of om een gezamenlijk coördinatiemechanisme in het leven te roepen (Int. Hoofd administratie, 2006). Het huidige coördinatiemechanisme, waarover het RISO beschikt, is zonder medewerking en weten van de Gelre Ziekenhuizen tot stand gekomen. Ook het feit dat de mammacare-verpleegkundige die eigenlijk een sterk intensieve rol heeft als begeleider van de patiënt door de zorgketen en dus op de hoogte moet zijn van alle problemen, geen weet heeft van de problematiek bij het RISO bewijst van slechte communicatie binnen de zorgketen (Int. Mammacare-verpleegkundige, 2006).

Tot slot zijn er, met uitzondering van een tweetal pogingen van het RISO, geen activiteiten ondernomen om de gegevensoverdracht tussen de Gelre Ziekenhuizen en het RISO te automatiseren. De mogelijkheden van ICT werden hier over het hoofd gezien terwijl deze juist een belangrijke schakel kunnen zijn in het efficiënt inrichten van de verwijzingssystematiek tussen het RISO en de Gelre Ziekenhuizen.

4 Aanbevelingen

In de voorgaande hoofdstukken is uiteengezet dat de werkprocessen met betrekking tot de verwijzingssystematiek tussen het RISO en de Gelre Ziekenhuizen inefficiënt zijn geregeld waardoor het afsprakenbureau hinder ondervindt. Onbereikbaarheid en het niet tijdig en incompleet ontvangen van patiëntgegevens behoren tot frustraties van de medewerkers van het afsprakenbureau.

Aangezien de evenwichtigheid van de communicatielijnen niet in orde is, kan de verandering in deze richting gezocht worden. Herinrichting van de communicatielijnen kan ertoe bijdragen dat de huidige praktijk veranderd kan worden en de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft. Het verzamelen en verzenden van gegevens en het in ontvangst nemen en controleren op volledigheid moet efficiënt verlopen. Ook moeten extra inspanningen van het RISO om de gegevens op tijd bij elkaar te sprokkelen verleden tijd zijn. Een nieuw efficiënt coördinatiemechanisme om de activiteiten van het RISO en de Gelre Ziekenhuizen om elkaar af te stemmen is cruciaal. Dit kan leiden tot een evenwichtiger verdeling van de communicatielijnen. Communicatielijn II zal in dit geval normaal kunnen functioneren waardoor communicatielijn III; de auditlijn alleen gebruikt wordt voor uitzonderingsgevallen zoals het 'Viable System' verondersteld. Als gevolg hiervan zal het verzamelen en verzenden van de gegevens door de medische secretaresses van de Gelre Ziekenhuizen en het verzamelen en controleren van de gegevens door de medewerkers van het afsprakenbureau efficiënt kunnen verlopen.

Bij het oriënteren op een nieuw coördinatiemechanisme zou men in eerste instantie, gezien het feit dat de Gelre Ziekenhuizen eigenlijk verantwoordelijk zijn voor een goede verwijzing naar het RISO, verwachten dat de Gelre Ziekenhuizen de patiëntgegevens in goede orde aanleveren. Maar deze theoretische wensbare situatie blijkt in de praktijk niet werkbaar te zijn. De Gelre Ziekenhuizen blijven in deze situatie, ongeacht van welke infrastructurele mogelijkheid gebruikt gemaakt wordt, alleen verantwoordelijk voor het aanleveren voor de verwijsgegevens. Het RISO blijft een afhankelijke positie innemen en de kwaliteit van de zorg kan niet optimaal gewaarborgd worden (Int. Medewerkers afsprakenbureau, 2006). Daarnaast neemt het opsturen van de gegevens door de medische administratie van de Gelre Ziekenhuizen veel tijd in beslag en worden enkel de op dat moment aanwezige patiëntgegevens meegestuurd. (Int. Medisch secretaresse, 2006). Tot slot hebben de Gelre Ziekenhuizen en het RISO te maken met een beperking van infrastructurele mogelijkheden. De Gelre Ziekenhuizen kan de patiëntgegevens niet via de mail versturen omdat deze nog niet veilig genoeg is voor het versturen van privacygevoelige informatie. Daarnaast sluit de systeemtaal van de Gelre

Ziekenhuizen niet aan bij die van het RISO waardoor bestanden niet gelezen kunnen worden bij het RISO of omgezet moeten worden (Int. Projectleider ICT, 2006). Dit coördinatiemechanisme zal nog niet optimaal kunnen werken.

Daarom moet bij het opzetten van een nieuw coördinatiemechanisme, dat de primaire werkprocessen van beide organisaties op een efficiënte manier op elkaar afstemt, alle mogelijkheden die ICT biedt bekeken worden. De werkprocessen gericht op de verwijzingen tussen het Deventer Ziekenhuis en het RISO worden ondersteund door ICT. Het RISO heeft door middel van een interne verbinding inzage in het elektronisch patiënten dossier (EPD) en kan op eigen initiatief de benodigde patiëntgegevens hieruit halen. Het RISO neemt hier een onafhankelijke positie in wat betreft het opvragen van de patiëntgegevens. Ongeacht het tijdstip van de dag kunnen patiëntgegevens opgevraagd worden. Het coördinatiemechanisme bestaat hier uit procesbeschrijvingen betreffende het gebruik van het EPD van het Deventer Ziekenhuis (RISO: Werkinstructie afspraken gebruik MCS-DZ, 2006). Dit zorgt voor een efficiënte inrichting van de werkprocessen van de verwijzingssystematiek tussen het Deventer Ziekenhuis en het RISO. Aangezien de Gelre Ziekenhuizen beschikken over een EPD met een tijdelijke VPN-verbinding waar stafleden met behulp van een 'token' toegang tot hebben, zal dit tot de mogelijkheden behoren. De radiotherapeuten van het RISO die buitenpoli houden in de Gelre Ziekenhuizen zijn staflid en het RISO wordt gezien als medebehandelaar. Bij dit coördinatiemechanisme wordt de druk bij de Gelre Ziekenhuizen verdeeld over meerdere instellingen en kan de kwaliteit van zorg beter gewaarborgd worden.

Systeem I, de primaire werkprocessen gericht op de verwijzing van een patiënt, zal in dit geval efficiënt verlopen door dit nieuwe coördinatiemechanisme. De medische secretaresses van de Gelre Ziekenhuizen verzamelen de gegevens in het EPD waar de medewerkers van afsprakenbureau van het RISO inzage in hebben. Systeem III; de oncologiebespreking houdt de feitelijke verantwoordelijkheid; de specialisten van de Gelre Ziekenhuizen delegeren de bevoegdheid om gegevens op te slaan en de radiotherapeuten van het RISO delegeren de bevoegdheid tot inzage van het EPD. Communicatielijn III kan nu sporadisch gebruikt worden voor aanvullende patiëntgegevens die een radiotherapeut wenst. Hierbij kan gedacht worden aan patiëntspecifieke informatie waarover de verwijzende specialist beschikt.

Bovenstaande aanbeveling gericht op het invoeren van een nieuw coördinatiemechanisme, kan door de Gelre Ziekenhuizen en het RISO ondersteund worden door aandacht te besteden aan de volgende factoren.

Zo kunnen beide organisaties, om tot betere kwaliteit in de zorgketen te komen, afspraken vastleggen in beleidsdocumenten/protocollen. Zowel de Gelre Ziekenhuizen als het RISO weten welke positie ze ten opzichte van elkaar innemen en wat van ze verwacht wordt. Communicatieproblemen kunnen op deze manier voorkomen worden. Bovendien kan een persoon aangewezen worden die controle houdt over de kwaliteit van de communicatie tussen

het RISO en de Gelre Ziekenhuizen. Zo kan bijvoorbeeld, de mammacare-verpleegkundige die nu al een intensieve begeleidende rol heeft van de patiënt door de zorgketen, dit in de gaten houden.

Ook kunnen ICT mogelijkheden in de toekomst meer bekeken worden. De werkprocessen kunnen met behulp van ICT toepassingen vaak nog efficiënter worden ingericht.

Als eenmaal getracht is de problemen tussen de Gelre Ziekenhuizen en het RISO op te lossen, is het aan te raden dat het RISO de problemen met de verwijzingssystematiek met de andere ziekenhuizen uit het verzorgingsgebied aanpakt. De Gelre Ziekenhuizen zijn immers wel verantwoordelijk voor een redelijke patiëntenstroom, maar het RISO krijgt daarnaast veel patiënten verwezen uit de andere ziekenhuizen (RISO, 2006).

Literatuur

- Beer, S (1985), *Diagnosing the system for organizations*, John Wiley & Sons
- Boot, J.M. en Knapen, M.H.J.M. (2001), *Handboek Nederlandse Gezondheidszorg*, Utrecht, Het Spectrum
- Engelsman, C. en Geertsema, A. (1994), *De kwaliteit van verwijzingen*, Groningen, van Denderen B.V.
- Gelre Ziekenhuizen (2006): www.gelreziekenhuizen.nl, 10-05-2006
- Grundmeijer, H en Weert, van H. (1992), *Patient, huisarts en internist, een beschrijvende studie en een kwaliteitsanalyse van verwijzingen naar de internist (Dissertation)*, Amsterdam: Universiteit van Amsterdam
- KWF Kankerbestrijding (2006), *Advies inzake wachttijdnormen in de kankerzorg*, Oisterwijk, van den Boogaard
- KWF Kankerbestrijding (2004-2005), *Borstkanker*, KWF Kankerbestrijding Informatieboekje
- Ministerie VWS (2002), *Inhaalslag Radiotherapie*, besluit ministerie VWS Den Haag
- RISO (2006): www.riso.ws, 24-04-2006
- RISO, *beleidsplan 2005/ 2010*
- RISO, *beleidsverklaring kwaliteitszorg 2006*
- RISO (2006), *Checklist werkzaamheden afsprakenbureau*
- RISO (2003), Notulen automatiseringsoverleg, 25-08-2003 en 12-12-2003
- RISO (2006), Procesbeschrijving behorende bij de patiëntenaanmelding op het afsprakenbureau
- RISO (2005), Verzonden brief, juni 2005
- RISO (2006), Werkinstructie afspraken gebruik MCS-DZ

Bijlage Reflectieverslag

Toen ik in het derde collegejaar te horen kreeg over de bacheloropdracht, vond ik het moeilijk voor te stellen wat er van mij verwacht werd. Ik had nog geen idee welke opdrachten ik leuk vond en waar ik een geschikte opdracht kon vinden. Snel ben ik begonnen met het oriënteren op mogelijke opdrachten. Na telefonisch contact met Karin Mondriaan, hoofd bedrijfsvoering van het RISO, kon ik al snel op gesprek komen en werd mijn onderzoek voorgedragen. Gelijk leek mij deze opdracht erg interessant en heb ik gesprekken gevoerd met docenten van de Universiteit. Eind december 2005 was voor mij al duidelijk dat ik mijn bacheloropdracht ging uitvoeren bij het RISO. Het zoeken van een begeleider heb ik wel als lastig ervaren. De eerste lichting van gezondheidswetenschappen, waar ik deel van uit maak, zijn namelijk nog relatief weinig in contact gekomen met docenten van de Universiteit die zich specifiek richten op de gezondheidszorg.

Nadat ik eenmaal mijn begeleider had gekozen, ben ik tijdens het vak Methodologie en Onderzoeksopzet begonnen met het opzetten van mijn onderzoeksopzet. Gedurende deze periode heb ik een bezoek gebracht aan het RISO en heb ik nadere informatie gekregen over het onderwerp en hebben we de opdracht enigszins geconcretiseerd. Op 24 april, mijn eerste dag bij het RISO, kwam ik er al snel achter dat mijn voorstel enige aanpassing behoeft. Gesprekken met betrokken werknemers konden mij heldere informatie geven over de huidige stand van zaken. Ook zag ik in dat mijn onderzoek beperkt moest worden zodat het uitvoerbaar bleef. Gesprekken met mijn begeleider van de Universiteit en van het RISO hebben hier aan bijgedragen. Daarnaast heb ik tijdens de individuele gesprekken met mijn begeleider van de Universiteit goede sturing gekregen. In het begin van mijn onderzoek vond ik deze begeleiding erg handig omdat ik nooit eerder zelfstandig een onderzoek heb uitgevoerd. Ook is het wennen om opeens in een organisatie een onderzoek uit te voeren. Alles is erg nieuw. Gelukkig voelde ik mij snel op mijn gemak en leerde ik mensen binnen de organisatie kennen.

Nadat eenmaal mijn onderzoeksopzet werd goedgekeurd moest ik de interviews plannen. Ik vond het lastig om de informanten te benaderen. Maar ze waren allemaal bereid mee te werken. Daarnaast had ik tijdens het uitvoeren van mijn onderzoek ook moeite om als onderzoeker in de praktijk te blijven staan. Vaak zag ik dat theoretisch wensbare situaties niet werkbaar waren in de praktijk. Ik vond het moeilijk om een uitgangspunt te kiezen.

Toen alle interviews afgerond waren kwam voor mijn idee het moeilijkste deel; het uitschrijven van mijn onderzoek in een scriptie. Vaak vond ik het moeilijk om mijn bevindingen juist te verwoorden in het verslag. Ik moest balans zien te vinden tussen het hedendaagse taalgebruik en het professionele taalgebruik. Ik ben ervan bewust dat mijn schrijfvvaardigheden niet zo goed zijn als de gemiddelde student. Omdat de zomervakantie eraan kwam heb ik

besloten om mijn gehele verslag uit te schrijven. Echter bleek dit achteraf geen goed besluit. Door minimale begeleiding tijdens deze periode, waarvoor ik overigens zelf heb gekozen, heb ik in plaats van een onderzoeksverslag een praktijkverslag geschreven. Zoals eerder genoemd kreeg ik tijdens mijn onderzoek vaker te maken met dit spanningsveld.

Bij het herschrijven van mijn scriptie ben ik wel goed begeleid. Ik heb er dan ook voor gekozen om elk hoofdstuk op te sturen naar mijn begeleider. Soms vond ik wel dat mijn begeleider teveel in detail trad en probeerde delen te herformuleren waardoor het voor mijn gevoel niet meer mijn verslag was. Het verwerken van commentaar dat gericht was op mijn schrijfstijl vond ik moeilijk te verwerken. Ik heb hier zo goed mogelijk een balans in proberen te vinden. Naar mijn mening heb ik zeker vooruitgang is geboekt met mijn manier van schrijven.

Ik heb ervaren dat het schrijven van een wetenschappelijke scriptie veel herstelwerk en geduld met zich meebrengt. Eerdere streefdata waren daarom ook niet helemaal realistisch.

Concluderend kun je zeggen dat ik een wetenschappelijk proces heb meegemaakt.