



Bacheloropdracht Jordy Kamphorst

Opnameplanning Gelre ziekenhuis Apeldoorn

Begeleider Gelre: Eelco Bredenhoff

Tweede begeleider Gelre: Nick Timmerman

Begeleider Universiteit Twente: Martijn Mes

21 augustus 2012

UNIVERSITEIT TWENTE.

Voorwoord

Deze bacheloropdracht is een opdracht ter afsluiting van de bachelor Technische Bedrijfskunde. Het is bedoeld om te kunnen ontdekken hoe de geleerde theorieën in de praktijk toegepast kunnen worden. Dit valt nog niet mee. Maar voor mij was deze opdracht meer dan dat. Ik heb er ook bewust voor gekozen om de opdracht binnen de zorg te doen. Ik zit er namelijk over te denken om na de bachelor de master Health Care Technology Management te gaan doen en dan is dat een mooie manier om eens 'rond te snuffelen' binnen de zorg. Daarom was ik ook heel blij met deze opdracht binnen het Gelre ziekenhuis Apeldoorn. Uiteindelijk zijn deze drie maanden voor een bevestiging geweest dat de zorg mij aantrekt, wat mij tot tevredenheid stemt. Mijn besluit voor de master Health Care Technology Management staat nu dan ook vast. Alleen wat dat betreft dus al een nuttige opdracht.

Daarnaast is de opdracht ook gewoon erg leerzaam geweest. Tijdens de theoretische vakken lijkt het allemaal wel heel simpel, maar om het toe te passen in de praktijk valt nog niet mee. Ik heb geleerd hoe met mensen binnen de organisatie om te gaan en hoe aan de benodigde informatie te komen. Het was lastig om met bepaalde problemen en kwesties om te gaan. Hierdoor heb ik mijn opzet en structuur van het verslag ook een aantal keer aangepast. Ook dit is uiteindelijk alleen maar goed, want onbewust leer je ook heel veel over het schrijven van een rapport. Erg leerzaam allemaal.

Ik wil Eelco Bredenhoff en Nick Timmerman bedanken voor de begeleiding vanuit het Gelre ziekenhuis Apeldoorn. Ze hebben wanneer nodig tijd voor me vrij gemaakt en me met de nodige goedbedoelde kritiek de goede kant op gestuurd. Tevens wil ik de medewerkers van Bureau Opname bedanken voor de tijd en moeite die ze er in hebben gestoken om mij wegwijs te maken in SAP.

Ik wil Martijn Mes bedanken voor de goede begeleiding vanuit de Universiteit Twente. Hij heeft me goed ondersteund in het schrijven van dit rapport. Vooral het hameren op de actieve schrijfstijl was en is erg nodig, want dit is niet zoals ik het gewend ben.

Al met al een nuttige, leerzame en leuke periode waarin ik veel te weten ben gekomen. Het heeft me geholpen ter afronding van de bachelorfase maar ook bij de introductie van de masterfase. Dus conclusie: tevreden over deze drie maanden!

Managementsamenvatting

Inleiding

Het doel van dit onderzoek is advies te leveren aan het Gelre ziekenhuis Apeldoorn wat betreft de opnameplanning. Er moet meer inzicht komen in de opnamecapaciteit/het benodigde aantal bedden. Dit inzicht is momenteel nog niet aanwezig, mede doordat er verschillende werkwijzen gehanteerd worden bij de snijdende en de beschouwende zorgeenheden. Een ontwerp voor het opnameplanningsproces waarbij de werkwijzen vergelijkbaar zijn is gewenst.

Methode

Om tot dit procesontwerp te komen zijn de volgende stappen doorlopen:

- Aan de hand van literatuur is opgesteld hoe een ontwerp van een opnameplanningsproces er uit hoort te zien.
- De opnameplanning binnen het Gelre is in kaart gebracht met behulp van de modelleernotatie BPMN.
- De verschillen tussen het gewenste ontwerp en het opnameplanningsproces binnen Gelre zijn geanalyseerd.
- Er is een procesontwerp ontworpen voor het Gelre waarbij de huidige situatie is vertaald naar hoe het gewenst is.
- Om dit procesontwerp te realiseren zijn er interventies gegeven, waarmee het haalbaar moet zijn.

Resultaten

Om de opnamecapaciteit binnen het Gelre beter inzichtelijk te maken is het noodzakelijk dat alle handelingen gedurende het gehele traject geregistreerd worden, er is een procesbewaker nodig. Binnen Gelre is deze aanwezig, namelijk in de vorm van het ziekenhuisinformatiesysteem SAP. Alleen hier wordt niet voldoende gebruik van gemaakt, vooral niet bij de beschouwende specialismen. Deze hanteren eigen methodes qua opnameplanning, veelal door middel van papierwerk. Hierdoor is het niet inzichtelijk en gaan er wel eens wat dingen fout. Er wordt bijvoorbeeld geen gebruik gemaakt van de wachtlijst binnen SAP bij de specialismen long, neurologie en interne geneeskunde. Hierdoor is niet overzichtelijk welke (hoeveelheid) patiënten er op een bepaalde termijn opgenomen moeten worden. Gevolg hiervan is dat er op die manier niet goed op kan worden ingespeeld bij het verdelen en benutten van de bedden in het ziekenhuis.

Er moet dus gebruik gemaakt worden van de wachtlijst en de lijst 'nieuwe patiënten' binnen SAP en wel bij elk specialisme. Hierdoor komt er binnen het Gelre een vergelijkbare werkwijze qua opnameplanning en wordt alles overzichtelijker. Doordat de arts niet meer zelf moet gaan inplannen, maar dit door een administratief medewerker laat doen, doet iedereen waarvoor hij/zij aangenomen is. Zo kunnen de capaciteiten het beste benut worden en kunnen de patiënten zo snel mogelijk geholpen worden, wat leidt tot een hogere tevredenheid van de patiënt. Om deze veranderingen goed te laten plaatsvinden is het gewenst dat er scholing plaatsvindt onder het aangaande personeel (de arts, de polikliniekmedewerkers en de medewerkers op de verpleegafdelingen).

Conclusie

Het blijkt dat de huidige opnameplanning binnen het Gelre geen procesbewaker heeft, of dat deze niet of nauwelijks gebruikt wordt. Hier moet verandering in komen en is dus ook verbetering mogelijk. SAP moet de procesbewaker zijn binnen het Gelre, zo dat er minder handelingen hoeven plaats te vinden en alles wordt geregistreerd. Aan de hand hiervan kunnen de patiënten duidelijker en sneller geholpen worden, wat ten goede komt van de patiënttevredenheid.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 Probleemintroductie	6
1.1 Gelre ziekenhuis Apeldoorn	6
1.1.1 Organisatiestructuur Gelre Apeldoorn	6
1.2 Probleemidentificatie.....	8
1.3 Doel onderzoek.....	9
1.4 Probleemstelling	9
1.5 Onderzoeksvragen	9
1.6 Structuur/methodologie verslag	10
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader	11
2.1 Algemene proces opname in een ziekenhuis.....	11
2.1.1 Proces in ziekenhuis	11
2.1.2 Opnameplanning	12
2.2 Eisen aan ontwerp opnameplanningsproces.....	13
2.3 Processen in kaart brengen	14
2.3.1 Business process mapping.....	14
2.3.2 Business process modeling.....	15
2.3.3 BPMN (Business Process Modeling Notation)	15
2.3.4 Gewenste ontwerp proces opnameplanning	16
Hoofdstuk 3 Huidige situatie.....	19
3.1 Opnameplanning snijdende zorgeenheden	19
3.1.1 Geplande afspraak	19
3.1.2 Spoedafspraak	22
3.2 Opnameplanning beschouwende zorgeenheden.....	24
3.2.1 Interne geneeskunde	24
3.2.2 Neurologie	26
3.2.3 Long.....	26
Hoofdstuk 4 Verschillen en gewenste situatie	27
4.1 Verschillen ontwerp opnameplanning Gelre ten opzichte van algemene ontwerp	27
4.2 Redenen verschillen en rechtvaardiging.....	28
4.2.1 Huisartsverzoek niet geregistreerd	28
4.2.2 Geen gebruik van wachtlijst	28
4.2.3 Datum opname vaststellen door arts	29
4.3 Gewenst ontwerp opnameplanning Gelre	29
Hoofdstuk 5 Interventies	32
5.1 Benodigde interventies	32
5.1.1 Huisartsverzoek niet geregistreerd	32
5.1.2 Geen gebruik van de wachtlijst	32
5.1.3 Datum opname vaststellen door arts	33
5.2 Effecten interventies.....	34
5.3 Realisatie interventies.....	34
5.3.1 Zorgdomein	34
5.3.2 Aanpassingen binnen SAP	34
5.3.3 Scholing.....	34
Hoofdstuk 6 Conclusie en aanbevelingen	35
6.1 Conclusie	35
6.1.1 Onderzoeksvragen	35
6.1.2 Probleemstelling.....	36
6.2 Aanbevelingen.....	36
Bronvermelding.....	37

Bijlagen	39
Bijlage 1 Tijdsplanning	40
Bijlage 2 Algemeen ontwerp processchema	41
Bijlage 3 Processchema Snijdende specialismen	42
Bijlage 4 Processchema Interne geneeskunde.....	43
Bijlage 5 Processchema Neurologie.....	44
Bijlage 6 Processchema Long	45
Bijlage 7 Gewenst ontwerp processchema Gelre	46
Bijlage 8 Stappenplan gebruik wachtlijst.....	47

Hoofdstuk 1 Probleemintroductie

Hoofdstuk 1 beschrijft het plan van aanpak voor het onderzoek naar de problemen die optreden bij de opnameplanning binnen het Gelre ziekenhuis in Apeldoorn. Eerst geven we een inleiding over het ziekenhuis en daarna de aanleiding van het onderzoek. In deze aanleiding is het probleem geïdentificeerd, met daarbij behorend het doel van het onderzoek en de probleemstelling. Ook beschrijft dit hoofdstuk de gebruikte structuur en methodologie met de daarbij behorende tijdsplanning.

1.1 Gelre ziekenhuis Apeldoorn

Gelre ziekenhuizen is ontstaan uit een fusie. In 1999 fuseerden het Ziekenhuiscentrum Apeldoorn (locaties Lukas en Juliana) en het Streekziekenhuis Het Spitaal in Zutphen. Samen vormen ze twee Gelre ziekenhuizen, één in Apeldoorn (op de locatie Lukas) en één in Zutphen. De Gelre ziekenhuizen zijn er op gericht om mensen te helpen. Dit blijkt uit de missie, waarin staat dat ze zorg willen verlenen die nodig is om van een ziekte te herstellen of de gevolgen daarvan te verlichten. Gelre ziekenhuizen wil voor haar patiënten niet het onontkoombare, maar het gewenste ziekenhuis zijn. Dit doen ze door voortdurend te streven naar verbetering en innovatie. Ook streven ze er naar om de mensen op een juiste manier tegemoet te treden, zodanig dat de patiënt zich op haar gemak voelt (Gelre missie, 2012).

Binnen de Gelre ziekenhuizen zijn er circa 3500 medewerkers (ruim 2400 in fte's) werkzaam, waaronder 190 medisch specialisten. Deze medewerkers zorgen er gezamenlijk voor dat er jaarlijks ruim 180,000 polikliniekbezoeken plaatsvinden en bijna 37,000 patiënten opgenomen worden. Hiervoor zijn er 925 bedden beschikbaar (Gelre kengetallen, 2012).

1.1.1 Organisatiestructuur Gelre Apeldoorn

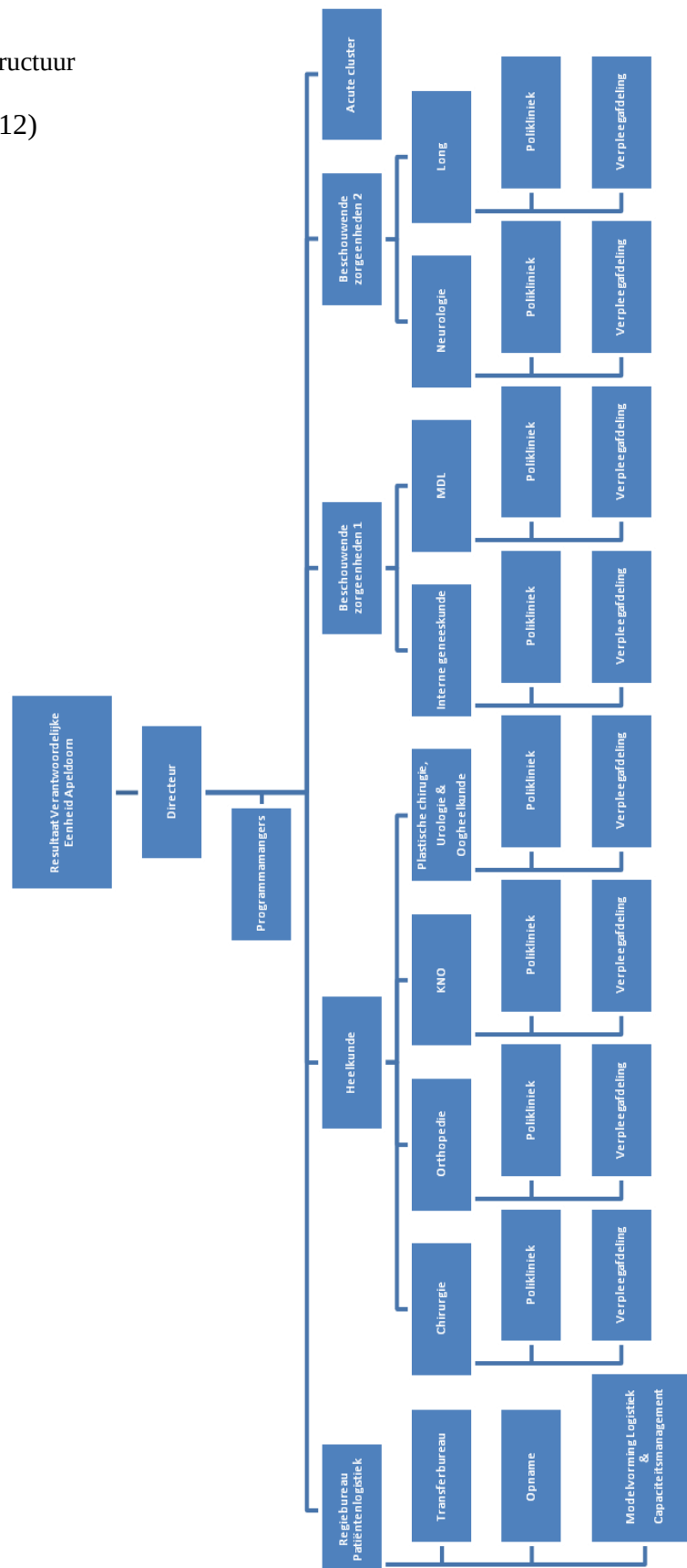
Om te laten zien waar dit onderzoek binnen het ziekenhuis plaatsvindt, beschrijven we de organisatiestructuur van het Gelre ziekenhuis in Apeldoorn. Zo wordt duidelijk met welke delen van het ziekenhuis dit onderzoek gemoeid is. Zie figuur 1.1 voor verduidelijking.

Het Gelre ziekenhuis in Apeldoorn valt onder Resultaat Verantwoordelijke Eenheid Apeldoorn. Hieraan hangen vier clusters, namelijk Regiebureau patiëntenlogistiek, Heelkunde, Beschouwende zorgseenheden 1, Beschouwende zorgseenheden 2 en Acute cluster (OK + SEH + IC). Het regiebureau patiëntenlogistiek bestaat onder andere uit het transferbureau, welke zorgt voor de transfers naar de vervolgzorg wanneer een patiënt uit het ziekenhuis wordt ontslagen. Bureau opname valt ook onder het regiebureau en is verantwoordelijk voor de opnameplanning voor het cluster Heelkunde. Daarnaast is het regiebureau patiëntenlogistiek verantwoordelijk voor de modelvorming logistiek en capaciteitsmanagement. Hieronder valt dit onderzoek.

De andere clusters zijn zorgverlenend. Onder elk cluster hangen verschillende zorgseenheden. Een zorgseenheid is een specialisme binnen het ziekenhuis. Zo hangen onder Heelkunde de snijdende zorgseenheden Chirurgie, Orthopedie, KNO (keel, neus en oor), Plastische chirurgie, Urologie en Oogheelkunde. Deze zorgseenheden zijn weer verder onderverdeeld in de polikliniek voor de contactmomenten met de patiënt en de verpleegafdelingen voor de opnames.

Onder het cluster Beschouwende zorgseenheden 1 hangt de zorgseenheid Interne Geneeskunde en de zorgseenheid MDL (maag, darm en lever) met hun bijbehorende poliklinieken en verpleegafdelingen. Onder het cluster Beschouwende zorgseenheden 2 hangt de zorgseenheid Neurologie en de zorgseenheid Long. Daarnaast bestaat er nog het Acute cluster voor de Operatiekamers, de Spoedeisende hulp en de Intensive Care.

Figuur 1.1 Organisatiestructuur
Gelre Apeldoorn
(Eelco Bredenhoff, 2012)



1.2 Probleemidentificatie

Om voor de in paragraaf 1.1 benoemde patiënten het gewenste ziekenhuis te zijn, vindt het Gelre dat het duidelijk moet zijn in wat een patiënt kan verwachten. Het Gelre vindt dat een patiënt moet weten wat er gaat gebeuren, door wie en op welke termijn, zodanig dat hij/zij weet hoe hij/zij geholpen gaat worden. Door het scheppen van duidelijkheid, willen ze op deze manier het gewenste ziekenhuis zijn.

Binnen het Gelre ziekenhuis in Apeldoorn gebeurt de opnameplanning aan de hand van verschillende methodes. De opnameplanning voor de snijdende zorgseenheden van het cluster Heelkunde wordt gedaan door de afdeling Opname van het regiebureau patiëntenlogistiek. Deze planning wordt gemaakt door gebruik te maken van het ziekenhuisinformatiesysteem SAP, dat sinds 2009 in het ziekenhuis gebruikt wordt (Eelco Bredenhoff, 2012). Dit systeem kan worden gebruikt om in te zien wat er gedaan is op het gebied van de opnameplanning. Dit is dan mogelijk, wanneer er bijvoorbeeld een OK-planning gemaakt moet worden of om de bedden capaciteit en de opname capaciteit inzichtelijk te maken.

Binnen het Gelre gebruiken niet alle zorgseenheden SAP om de opnames in te plannen (Eelco Bredenhoff, 2012). De beschouwende zorgseenheden hanteren grotendeels eigen methodes qua plannen. Voor de beschouwende zorgseenheden is er geen afdeling die de planning voor hen verricht, maar dit gebeurt op de polikliniek zelf. Doordat de zorgseenheden allemaal een eigen polikliniek hebben en ze zelf de opnameplanning beheren, ontstaan er verschillen tussen de wijze waarop patiënten worden ingepland. Deze zorgseenheden maken bijvoorbeeld geen gebruik van de functie Wachtlister van SAP (Eelco Bredenhoff, 2012). Op de wachtlijst van SAP is te zien hoeveel patiënten er op welke termijn moeten worden opgenomen. Wanneer er geen gebruik wordt gemaakt van de wachtlijst, is er geen inzicht in de benodigde capaciteit. Er is dan niet bekend hoeveel patiënten er nog ingepland moeten worden. De eigen gehanteerde methodes wijken af van de (binnen het ziekenhuis) gewenste werkwijze voor de opnameplanning met behulp van SAP, waarin dit wel inzichtelijk is.

Doordat bepaalde zorgseenheden, de snijdende zorgseenheden, wel gebruik maken van SAP en andere zorgseenheden (de beschouwende zorgseenheden) niet, is het niet mogelijk de opnameplanningen goed en overzichtelijk in kaart te brengen. Hierdoor kan er bijvoorbeeld geen goed overzicht gemaakt worden wat betreft het aantal bedden dat benodigd is op een verpleegafdeling. Hierdoor wordt het lastig om tijdens het beddenoverleg (elke dag om half 12) een goede verdeling van het aantal bedden over de verschillende verpleegafdelingen te maken. Dit kan als resultaat hebben dat er op een bepaalde verpleegafdeling een beddentekort is, terwijl een andere verpleegafdeling een overschot heeft. Ook is er dan geen inzicht in de opname capaciteit, zodat bekend is hoeveel patiënten er binnen een bepaalde termijn opgenomen kunnen worden.

1.3 Doel onderzoek

Doel van dit onderzoek is advies te leveren aan het Gelre ziekenhuis wat betreft de opnameplanning binnen de snijdende en beschouwende zorgseenheden en zodanig dat de manager patiëntenlogistiek meer inzicht krijgt in de opnamecapaciteit en het benodigde aantal bedden. Er moet worden aangegeven welke interventies er moeten plaatsvinden om het opnameplanningsproces binnen het Gelre ziekenhuis in Apeldoorn te verbeteren. Dit moet zodanig gebeuren dat de opnameplanningen van de beschouwende zorgseenheden (de specialismen long, neurologie en interne geneeskunde) aansluiten, bij de (binnen het ziekenhuis gewenste) methode die de snijdende zorgseenheden hanteren.

1.4 Probleemstelling

Om het doel van het onderzoek te behalen hebben we de volgende probleemstelling opgesteld:

‘Welk ontwerp voor het opnameplanningsproces leidt tot meer inzicht in de opnamecapaciteit en vergelijkbare werkwijzen qua opnameplanning van de snijdende zorgseenheden en de specialismen long, neurologie en interne geneeskunde binnen het Gelre ziekenhuis Apeldoorn?’

1.5 Onderzoeksvragen

Om tot een antwoord te komen op de probleemstelling en het doel van het onderzoek te behalen, hebben we de volgende onderzoeksvragen opgesteld:

Literatuuronderzoek opnameproces

1. Hoe ziet het algemene proces wat betreft een opname in een ziekenhuis eruit?
2. Wat zijn de eisen aan een ontwerp voor het opnameplanningsproces?
3. Hoe zijn processen in kaart te brengen?

Onderzoek opnameplanning Gelre

4. Hoe vindt de opnameplanning binnen het Gelre plaats?
 - Hoe vindt de opnameplanning bij de snijdende zorgseenheden binnen het Gelre plaats?
 - Hoe vindt de opnameplanning bij de beschouwende zorgseenheden binnen het Gelre plaats?

Analyse onderzoek

5. Wat zijn de verschillen die optreden qua ontwerp van het opnameplanningsproces bij de snijdende en beschouwende zorgseenheden ten opzichte van het algemene ontwerp, en wat zijn de redenen voor de verschillen?
6. Zijn de gegeven redenen gerechtvaardigd?
7. Hoe ziet het gewenste procesontwerp binnen het Gelre er uit?

Interventies

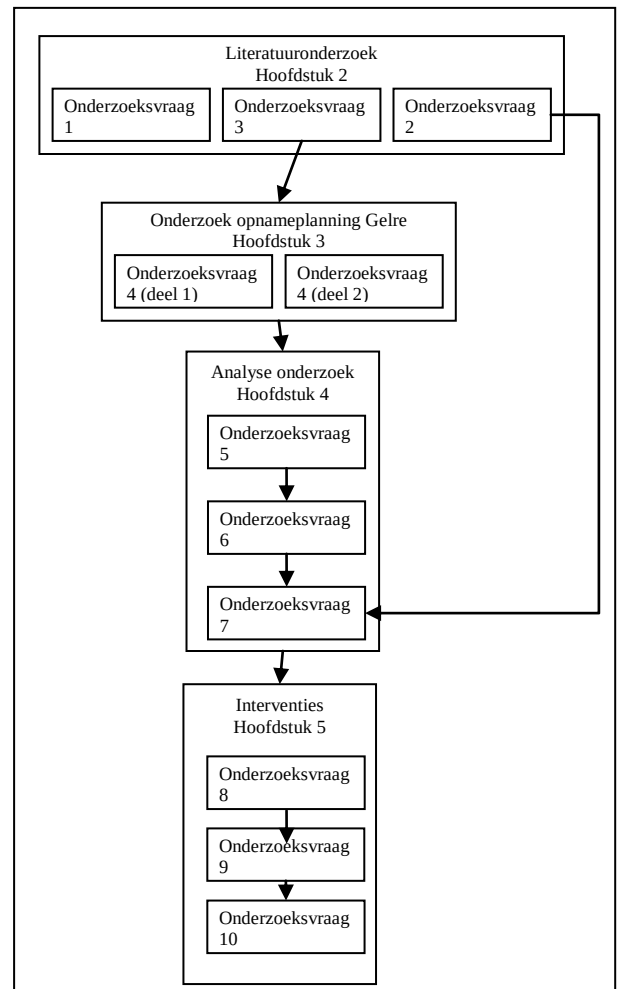
8. Welke interventies moeten er plaatsvinden om de opnameplanning binnen het Gelre te verbeteren?
9. Wat zijn de verwachte effecten van deze interventies?
10. Hoe zijn deze interventies binnen het Gelre te realiseren?

1.6 Structuur/methodologie verslag

Hoofdstuk 2 geeft de resultaten van het literatuuronderzoek weer. Aan de hand van literatuur wordt beschreven hoe het opnameproces wat betreft een opname van een patiënt verloopt. Ook worden de eisen aan het ontwerp van het opnameplanningsproces benoemd. Aan de hand van literatuur wordt uitgelegd hoe processen in kaart gebracht kunnen worden. Hiermee kunnen de processen binnen het Gelre ziekenhuis later vergeleken worden.

Hoofdstuk 3 beschrijft op welke manier de opnameplanning op respectievelijk de snijdende en de beschouwende zorgeenheden binnen het Gelre plaatsvindt. Deze informatie is verkregen door middel van interviews met opnameplanners en observaties van de procedure. Dit hoofdstuk is ingedeeld in twee deelvragen, één over de snijdende zorgeenheden en één over de beschouwende zorgeenheden. De desbetreffende informatie is met de in hoofdstuk 2 beschreven methode (onderzoeksvraag 3) in kaart gebracht, zodat ze overzichtelijk zijn.

Figuur 1.2



Hoofdstuk 4 beschrijft de analyse van de verschillen tussen de procedures van de beschreven specialismen. Eerst is er benoemd welke verschillen er zijn tussen de beschouwende en snijdende opnameplanningsprocessen en wat de redenen voor deze verschillen zijn, dit is gebeurd met behulp van de ingewonnen informatie bij de opnameplanning. De verschillen zijn onderzocht door een vergelijking te maken met de eisen aan het ontwerp uit hoofdstuk 2 (onderzoeksvraag 2). Dan is er beschreven of de gegeven redenen voor de verschillen wel gerechtvaardigd zijn. Bepaalde personen kunnen redenen geven die de verschillen in procedures niet rechtvaardigen, bijvoorbeeld dat iemand niet geschoold genoeg zou zijn. Hier kan namelijk iets aan gedaan worden, bijscholing. Aan de hand van deze verschillen met bijbehorende redenen is dan gekeken hoe het gewenste procesontwerp binnen het Gelre er dan uit zou moeten zien.

Nadat de gehele analyse is afgerond, beschrijft hoofdstuk 5 op welke manier de problemen kunnen worden opgelost. Hier is dus beschreven welke interventies er moeten plaatsvinden, zodanig dat de opnameplanning verbeterd kan worden en de beddencapaciteit inzichtelijk wordt. In de volgende onderzoeksvraag is beschreven wat de verwachte effecten van de interventies zijn. Hierna is benoemd wat er binnen het Gelre ziekenhuis in Apeldoorn moet gebeuren, zodanig dat de gegeven interventies op de gewenste manier geïmplementeerd kunnen worden.

We eindigen in hoofdstuk 6 met conclusies die we hebben getrokken uit het onderzoek, met de daarbij behorende laatste aanbevelingen.

De bijbehorende tijdsplanning die we gevolgd hebben is te zien in bijlage 1.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

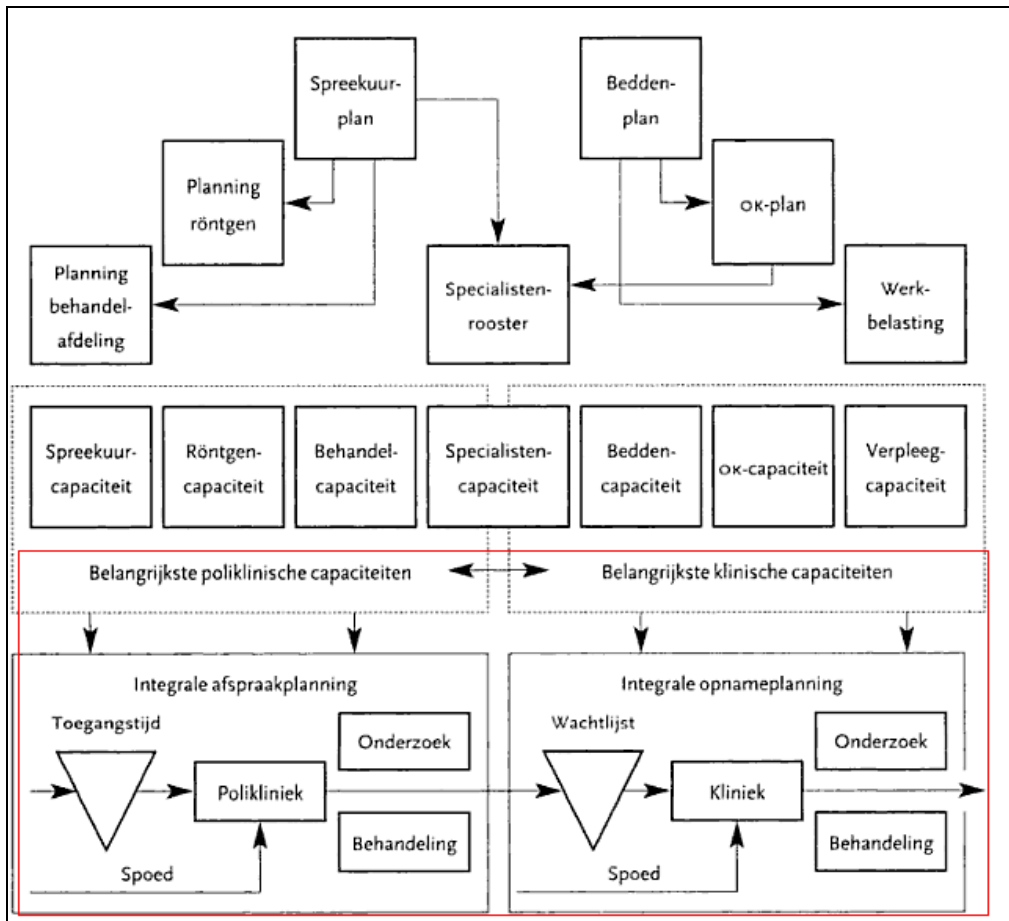
Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van het literatuuronderzoek. Aan de hand van literatuur is beschreven hoe het proces wat betreft een opname van een patiënt in een ziekenhuis is. Hiermee wordt uitgelegd hoe het opnameproces in het algemeen verloopt. Tevens is er beschreven wat de eisen zijn aan het ontwerp van het opnameplanningsproces en is er benoemd hoe processen in kaart gebracht kunnen worden.

2.1 Algemene proces opname in een ziekenhuis

Om het algemene proces van een opname in een ziekenhuis uit te leggen, kijken we eerst naar het proces zelf in een ziekenhuis. Hier is beschreven welke route een patiënt doorloopt wanneer hij/zij een ziekenhuis binnenkomt, tot het moment waarop hij/zij het ziekenhuis verlaat. Daarna is er beschreven welke functie de opnameplanning in dit proces heeft.

2.1.1 Proces in ziekenhuis

Het proces van een opname in een ziekenhuis is complex. Het proces verloopt zoals te zien is in het schema van Vissers (1999). Zie het gemarkeerde deel van figuur 2.1.



Figuur 2.1 Het ziekenhuis als productiesysteem (Vissers, 1999)

Een patiënt kan op twee manieren op de polikliniek komen. Dit is te zien in het vierkante blok *Integrale afspraakplanning*. Men kan door de huisarts verwezen worden (dan heeft men te maken met een *toegangstijd*) en men kan met *spoed* worden binnengebracht. Als een patiënt met spoed wordt binnengebracht op de spoedeisende hulp (SEH) is er geen wachttijd. Op de *polikliniek* vindt een spreekuur plaats. Hieruit komt of er een verdere behandeling nodig is of niet. Wanneer dit poliklinisch het geval is, wordt er op de polikliniek zelf *onderzoek* gedaan of vindt er een *behandeling* plaats. De patiënt wordt niet opgenomen.

Als een verdere klinische behandeling nodig is, moet de patiënt opgenomen worden. Dit is te zien in het vierkante blok *Integrale opnameplanning*. De patiënt wordt op een *wachtnlijst* gezet, waarna een behandeling en/of onderzoek gepland wordt. Het duurt vaak namelijk enige tijd voor behandeling mogelijk is. Een *spoedopnamepatiënt* wordt niet op de wachtnlijst gezet, maar wordt direct opgenomen. Op de kliniek vindt dan verder *onderzoek* en/of *behandeling* plaats, waarna de patiënt op de verpleegafdeling wordt opgenomen. Het kan om een dagopname gaan, zodat de patiënt dezelfde dag weer naar huis kan. Maar het kan ook om een meerdaagse opname gaan, de patiënt moet dan één of meerdere dagen overnachten voordat hij/zij naar huis kan.

2.1.2 Opnameplanning

Opnameplanning behoort tot de patiëntenlogistiek. Zoals van Merriënboer (2001) beschrijft in zijn thesis is patiëntenlogistiek van belang om de doorlooptijd van de patiënt te verkorten en zo de patiënt tevreden te stellen. Volgens Aartsen (2010) is het voor de patiëntenlogistiek belangrijk dat je inzicht hebt in de in- en uitstroom van de patiënt. Ze zegt dat het hiervoor van belang is dat je inzicht hebt in wachtnlijst/wachttijden binnen het ziekenhuis. Voor het inzicht in de wachtnlijst/wachttijden is het hebben van een goede opnameplanning belangrijk. Op die manier kunnen de capaciteiten binnen een ziekenhuis optimaal benut worden (Frank, 2006) en kan het proces efficiënt doorlopen worden. Dit onderzoek richt zich op de opnameplanning om zo meer inzicht te krijgen in de wachtnlijst/wachttijden.

Het opnameproces in het algemeen heeft te maken met capaciteitsproblemen, hetzelfde geldt dus ook voor een klinische opname. Er moeten genoeg bedden beschikbaar zijn, bij een eventuele operatie dient er een OK beschikbaar te zijn en de verpleeg- en specialistcapaciteit moeten op orde zijn. Al deze capaciteiten moeten op de juiste manier benut worden, om zo veel mogelijk patiënten zo snel mogelijk te kunnen helpen.

In paragraaf 2.1.1 is te zien dat als een patiënt opgenomen moet worden, men te maken heeft met de integrale opnameplanning. De integrale opnameplanning valt volgens Verhelst (2009) onder de operationele planning. Dit is de planning voor het eerstkomende aantal weken. Volgens Vissers moeten patiënten dan op een wachtnlijst komen te staan, zodat men zo snel mogelijk geholpen kan worden. Op de wachtnlijst worden dan patiënten geregistreerd die een aanvraag voor een opname indienden, maar die nog geen specifieke opnamedatum toegewezen hebben (Groot, 1993).

De tijd welke een patiënt moet wachten op opgenomen te worden in een ziekenhuis (tijdsduur van staan op de wachtnlijst) moet binnen aanvaardbare grenzen blijven (Kinsella, 2003). Patiënten willen graag niet lang op de wachtnlijst staan, de termijn tussen de oproep en opname mag niet te lang zijn en er moet een goede doorstroming in het ziekenhuis zijn (Hoorn et al, 1991). Er zijn streefnormen en maximale wachttijden opgesteld, deze zijn bepaald in de Treeknorm die sinds 2000 gehanteerd wordt. De normen zijn als volgt gedefinieerd (Treeknorm, 2012):

- Toegangstijd huisarts: 80 % < 2 werkdagen, maximaal 3 werkdagen
- Toegangstijd apotheek: 100 % binnen 1 werkdag
- Toegangstijd paramedische zorg: 100 % binnen 1 week
- Toegangstijd ziekenhuiszorg: 80 % binnen 3 weken, maximaal 4 weken
- Wachttijd diagnostiek/indicatiestelling: 80 % binnen 3 weken, maximaal 4 weken
- Wachttijd poliklinische behandeling: 80 % < 3 weken, maximaal 4 weken
- Wachttijd klinische behandeling: 80 % < 5 weken, maximaal 7 weken

Voor de opnameplanning is de onderste norm van belang. Een klinische behandeling (lees opname) dient dus binnen maximaal 7 weken plaats te vinden. Opnames worden dan ook vastgesteld aan de hand van prioriteitsregels. Deze zijn opgesteld door Vissers et al (2005). De urgenties van opnames worden als volgt ingedeeld: urgentiecode 1 (onmiddellijke opname), urgentiecode 2 (opname binnen één week), urgentiecode 3 (opname binnen drie weken) en urgentiecode 4 (opname wanneer capaciteit beschikbaar is).

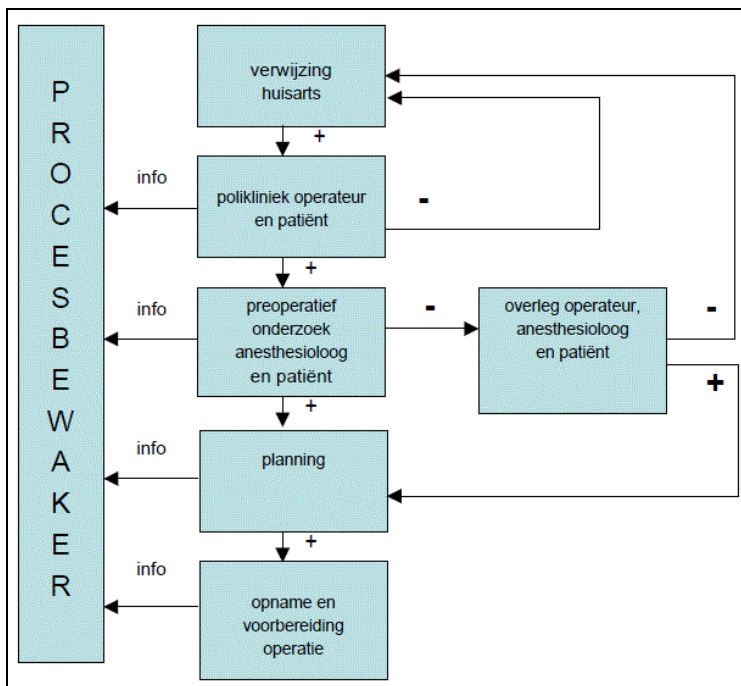
Aan de hand van deze prioriteitsregels wordt er geprobeerd de patiënten zo snel mogelijk te helpen, toch rekening houdend met de verschillende capaciteiten die beschikbaar zijn binnen het ziekenhuis. Patiënten worden op de wachtlijst gezet nadat bekeken is hoe de beste trade-off hier tussen gemaakt kan worden (Verhelst, 2009).

2.2 Eisen aan ontwerp opnameplanningsproces

Om het opnameplanningsproces goed te laten verlopen, moet het ontwerp aan een aantal eisen voldoen. De opnameplanning moet gecoördineerd verlopen (Kusters, 1988), vanwege het feit dat er verschillende poliklinieken, verpleegafdelingen en OK's zijn die allemaal verschillende capaciteitsrestricties hebben.

Om de opnameplanning gecoördineerd te laten verlopen is het belangrijk dat elke fase van het proces voor iedereen inzichtelijk is. Dan kan iedereen precies zien, in welke fase de patiënt zich bevindt of gaat bevinden. Ook alle benodigde informatie is dan inzichtelijk.

Voor de opname- en okplanning bestaat een ontwerp voor het opnameplanningsproces. Centraal in dit ontwerp is de procesbewaker waarin alle informatie inzichtelijk is (zie figuur 2.2). Het gaat hier dan om de patiëntinformatie, verschillende planningen van specialisten, spreekuren en de OK's. Ook is hier te zien hoeveel bedden er nog beschikbaar zijn zodat een opname vooruit in te plannen is. Dit is van belang om zo optimaal de verschillende capaciteiten te benutten. Om dit voor elkaar te krijgen is het gewenst om een ziekenhuisinformatiesysteem te hebben, die het gehele proces bewaakt. In dit ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS) wordt alle informatie opgeslagen.



Figuur 2.2 Structuur preoperatief traject en informatiestroom (Richtlijn Het Preoperatieve Traject, 2010)

In figuur 2.2 gaat het om het preoperatieve traject, dit is een opname waarbij een operatie nodig is. Dit geldt voor de snijdende specialismen. Van elke fase gedurende het traject wordt de informatie opgeslagen door de procesbewaker, het ziekenhuisinformatiesysteem. Op deze manier is informatie uit het verleden in te zien, maar ook informatie over ingeplande dingen in de toekomst.

Voor de beschouwende specialismen geldt hetzelfde, alleen zij hebben dus niet te maken met operaties. Er is dan ook geen preoperatieve onderzoek van de patiënt nodig en ook geen overleg tussen de operateur, anesthesioloog en de patiënt.

Een procesbewaker wordt voorgeschreven in de Richtlijn Het Preoperatieve Traject. Deze richtlijn is opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) en door de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH).

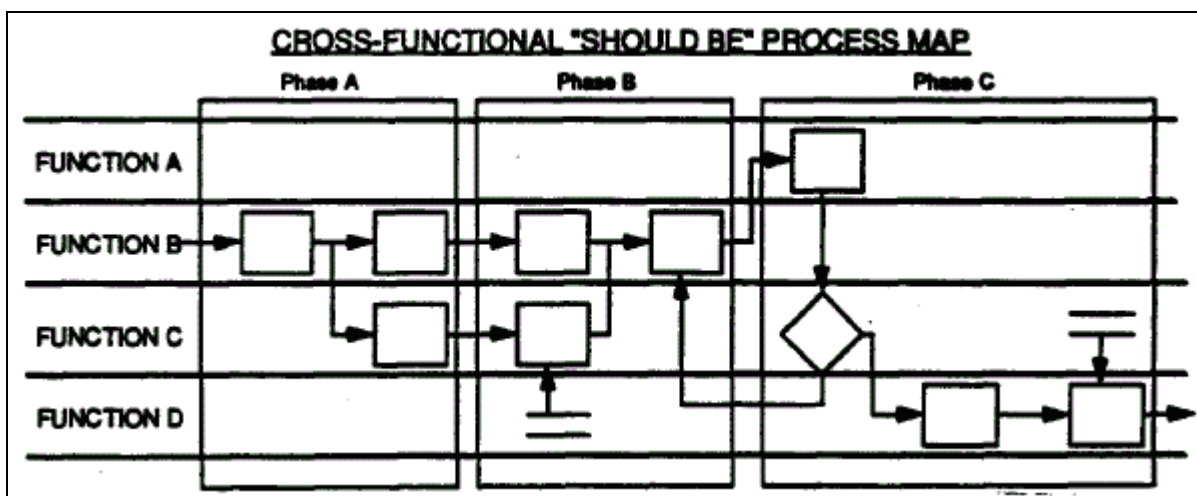
2.3 Processen in kaart brengen

Deze paragraaf beschrijft hoe processen in kaart gebracht kunnen worden. Uiteindelijk wordt er een gewenste methode gegeven die verder in dit onderzoek gebruikt zal worden.

2.3.1 Business process mapping

Processen kunnen in kaart gebracht worden met behulp van *business process mapping*. Process mapping is het identificeren, documenteren, analyseren van processen en het ontwerpen van verbeterde processen (Anjard, 1995). Een process map wordt gebruikt om het bedrijf te begrijpen en om de prestaties van processen te verbeteren.

Een process map beschrijft de verschillende fases in een proces en de verschillende functies (actoren) betrokken bij het proces. Zo komt er uiteindelijk een zogenoemd crossfunctionele process map uit, waar in te zien is door wie welke activiteiten waar precies worden uitgevoerd. Zie figuur 2.3.



Figuur 2.3 Process mapping (Anjard, 1995)

In figuur 2.3 is een proces te zien waarin meerdere functies een rol hebben. Deze functies voeren allemaal gedurende fases in het proces activiteiten uit (de vierkantjes) of ze nemen beslissingen (het ruitje).

2.3.2 Business process modeling

Om een crossfunctionele process map op te stellen, dient er gebruik gemaakt te worden van *business process modeling*. Met behulp van process modeling kan er een abstracte representatie gegeven worden van de actuele bedrijfsprocessen (Wang et al, 2006). Wang, Ding, Dong & Ren vergelijken verschillende business process modeling methodes.

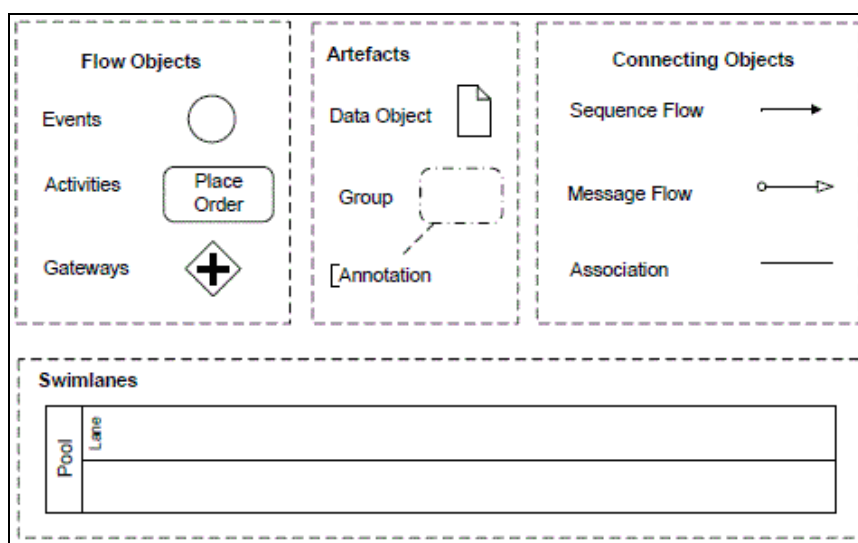
De auteurs geven aan dat de onderstaande zes methodes het meest gebruikt worden:

- BPEL4WS (Business Process Execution Language for Web Services)
- BPMN (Business Process Modeling Notation)
- UML (Unified Modeling Language)
- XDPL (XML Process Definition Language)
- Petri Net
- IDEF0 (Integration Definition Method) and IDEF3

Uiteindelijk geven de auteurs aan dat BPMN wordt gezien als de standaard notatie voor het modelleren van bedrijfsprocessen. Bij de ontwikkeling van deze notatie zijn op dat moment bestaande notaties herzien en beïnvloed, zodanig dat BPMN een verbeterde versie van de andere modelleernotaties is. Bij de rest van dit onderzoek zullen processen in kaart worden gebracht met behulp van de modelleernotatie BPMN (Business Process Modeling Notation).

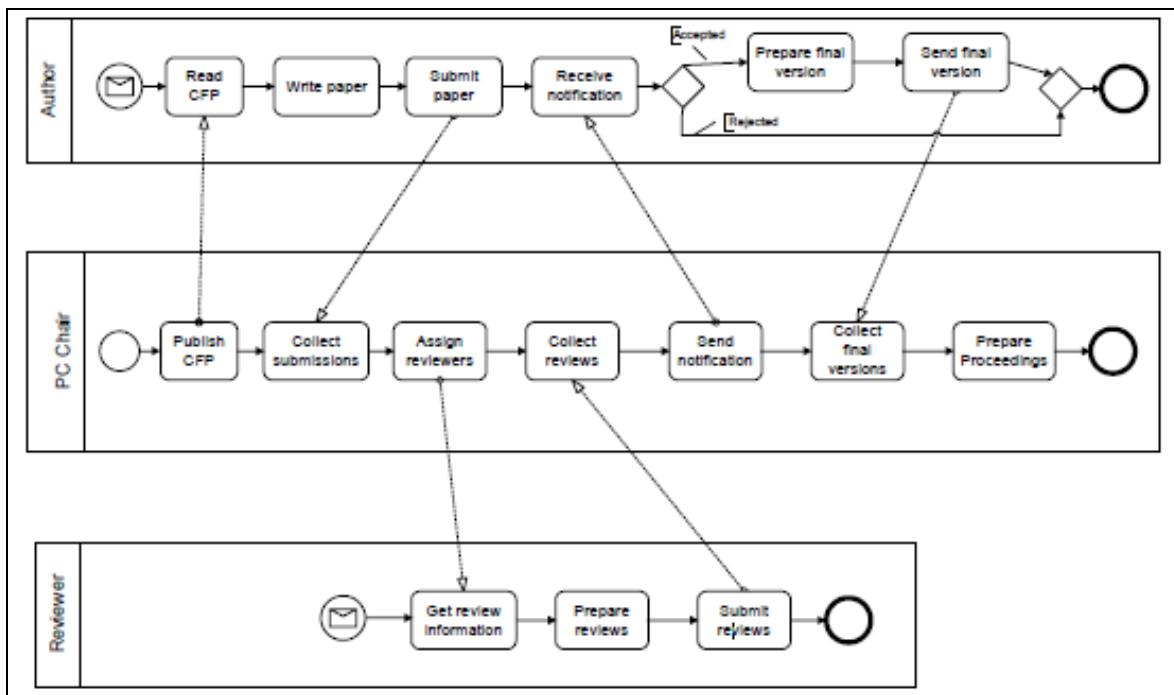
2.3.3 BPMN (Business Process Modeling Notation)

Sinds 2006 wordt BPMN geaccepteerd als de standaard notatie voor het modelleren van bedrijfsprocessen. In het boek Business Process Management (Weske, 2007) wordt beschreven dat de bedrijfsprocessen met behulp van BPMN worden uitgedrukt in bedrijfsprocesdiagrammen. Deze bedrijfsprocesdiagrammen zijn opgebouwd uit een aantal elementen. Deze elementen zijn te zien in figuur 2.4.



Figuur 2.4 Business Process Modeling Notation: elementen (Weske, 2007)

Met behulp van al deze elementen kan er een bedrijfsprocesdiagram worden opgesteld. Een voorbeeld hiervan is te zien in figuur 2.5.



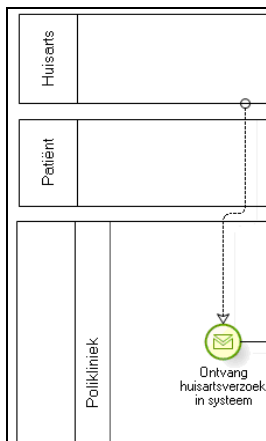
Figuur 2.5 Voorbeeld bedrijfsprocesdiagram (Weske, 2007)

In figuur 2.5 is een voorbeeld te zien van een bedrijfsprocesdiagram waarbij een redacteur (*PC Chair*) een paper aanvraagt (*Publish Call For Paper*). De auteur (*Author*) gaat dan de paper schrijven (*Write paper*), waarna hij/zij hem instuurt (*Submit paper*). Deze ingestuurde versie wordt beoordeeld door een beoordelaar (*Reviewer*). Deze beoordelaar bepaald of er nog verbeteringen mogelijk zijn (*Prepare reviews*). Als dit het geval is, wordt dit doorgegeven aan de auteur (*Submit reviews*). De auteur kan nu zijn uiteindelijke versie van de paper herzien en afmaken (*Prepare final version*). Als laatste wordt de paper dan verstuurd naar de aanvrager (*Send final version*), waarna het proces is afgerond.

2.3.4 Gewenste ontwerp proces opnameplanning

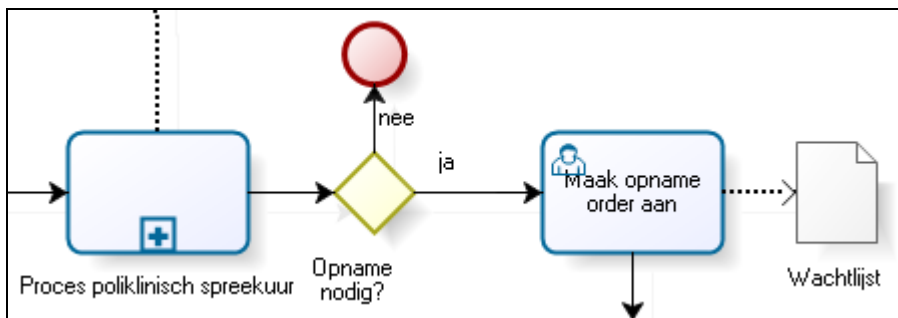
In het gewenste ontwerp van het proces wat betreft de opnameplanning, wordt elke verrichte handeling geregistreerd in een ziekenhuisinformatiesysteem. Zo is alles gedurende het gehele traject inzichtelijk voor iedereen die daar rechten toe heeft. Het systeem is de zogenoemde procesbewaker.

Een patiënt kan op twee manieren het traject binnenkomen, namelijk via een geplande afspraak of via de spoedeisende hulp. Als het om een geplande afspraak gaat, heeft de huisarts hiervoor een verzoek in gediend. Dit verzoek dient in het ziekenhuisinformatiesysteem opgeslagen te worden. Dit is te zien in figuur 2.6.



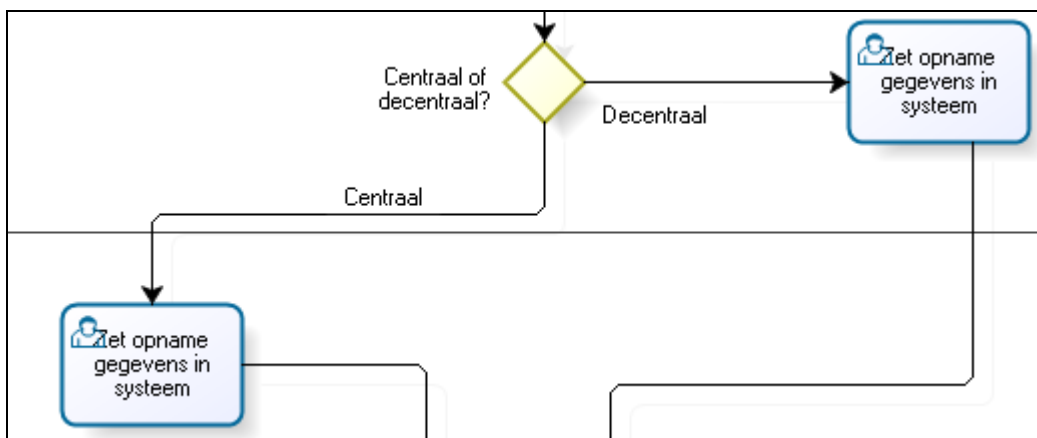
Figuur 2.6

Dan vindt er een poliklinisch spreekuur plaats, waarna er wordt bepaald of er een verdere behandeling nodig is. Wanneer dit het geval is, wordt er in het ziekenhuissysteem een opnameorder aangemaakt door de polikliniek. Hieruit volgt dat de patiënt op een wachtlijst komt te staan. Dit is te zien in figuur 2.7.



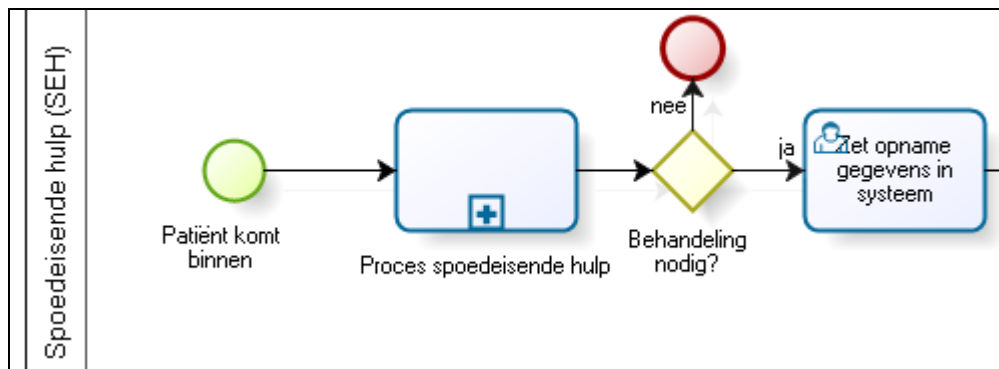
Figuur 2.7

Op basis van de wachtlijst wordt een planning voor de (behandeling en) opname gemaakt. Wanneer de opnameplanning centraal plaatsvindt wordt dit door een bureau opname gedaan. Als dit decentraal plaatsvindt, doen de verschillende specialismen het zelf op de polikliniek. Het gaan dan om zelfplannende poli's. Zelfplannende poli's zetten de opnamegegevens in het ziekenhuisinformatiesysteem, dit geldt hetzelfde voor bureau opname wanneer de opnameplanning centraal plaatsvindt. Dit is te zien in figuur 2.8.



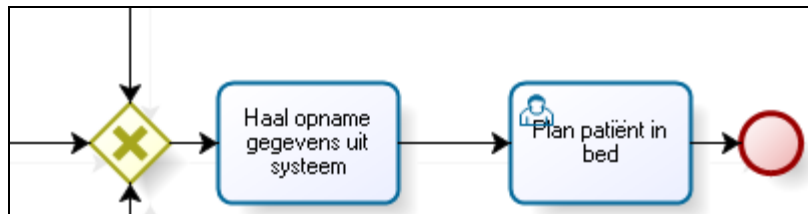
Figuur 2.8

Als het om een spoedopname gaat, komt de patiënt binnen op de spoedeisende hulp. Hier vindt dan de beoordeling plaats of er een behandeling nodig is van de patiënt. Als dit het geval is worden de opnamegegevens in het systeem ingevuld. Dit is te zien in figuur 2.9



Figuur 2.9

De verpleegafdeling kan nu op drie manieren zien wanneer een patiënt in een bed ingepland moet worden. Bij een geplande afspraak is dit te zien via de lijst 'nieuwe patiënten'. Bij een spoedafpraak is het in te zien doordat de SEH de patiënt overplaatst. Als de patiënt in een bed is geplaatst in het systeem, is de opnameplanning afgerond. Dit is te zien in figuur 2.10



Figuur 2.10

In bijlage 2 is het gehele algemene ontwerp van de opnameplanning te zien.

Hoofdstuk 3 Huidige situatie

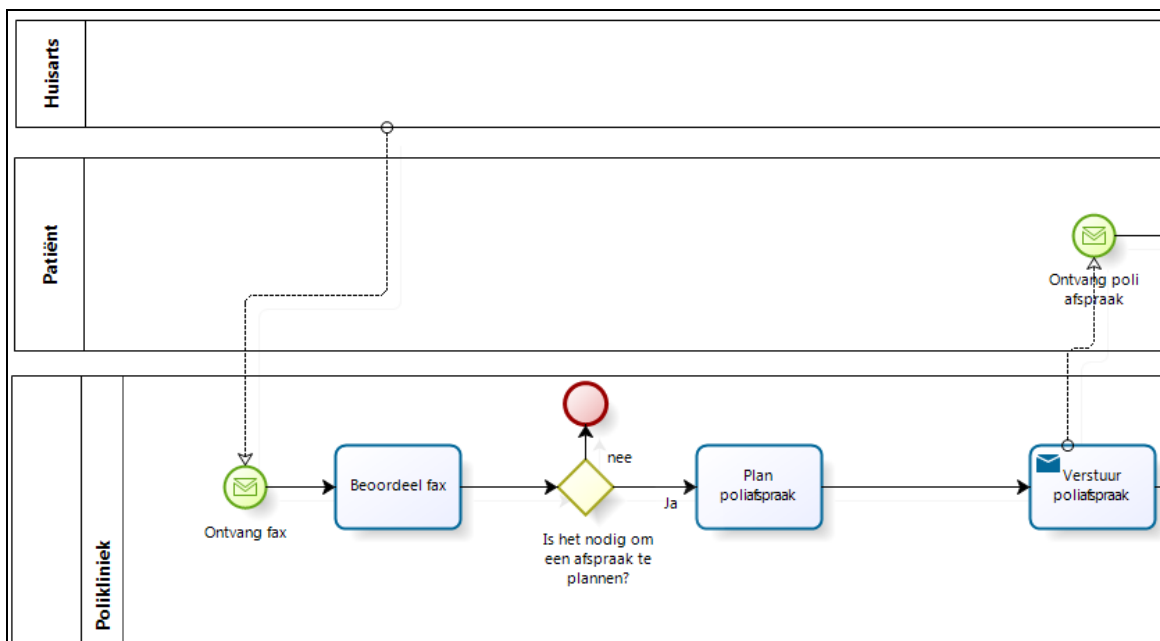
In dit hoofdstuk is beschreven hoe de opnameplanning op respectievelijk de snijdende en de beschouwende zorgeenheden binnen het Gelre plaatsvindt. Deze verschillende processen zijn in kaart gebracht aan de hand van de methode die in hoofdstuk 2 is beschreven. De gehele procesontwerpen staan in de bijlagen. Gedurende het hoofdstuk worden ze in kleine stukken uitgelegd.

3.1 Opnameplanning snijdende zorgeenheden

De patiënten die voor een snijdend specialisme (bijvoorbeeld orthopedie, chirurgie, KNO, oogheelkunde en urologie) in het Gelre ziekenhuis opgenomen moeten worden, kunnen het traject op twee manieren binnenkomen, namelijk via een geplande afspraak of via de spoedeisende hulp. Het gehele processchema is te zien in bijlage 3.

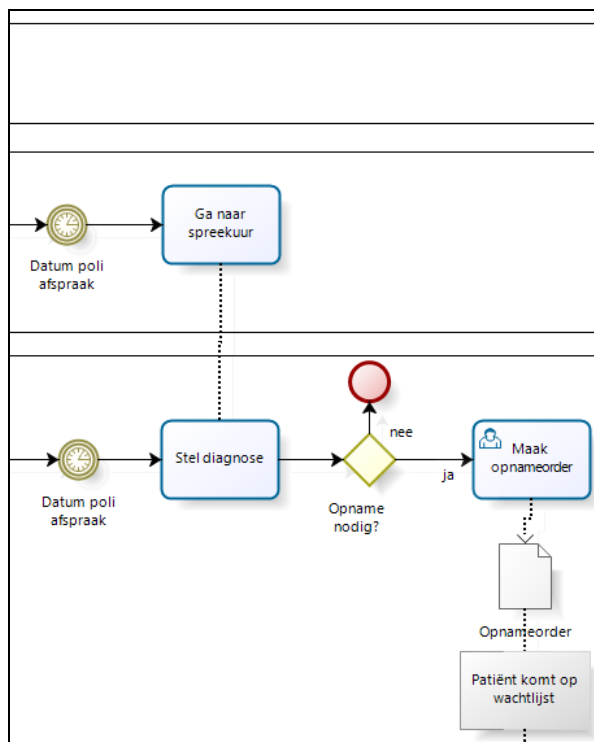
3.1.1 Geplande afspraak

Wanneer het een geplande afspraak betreft, is de patiënt door middel van een fax van de huisarts doorverwezen naar de polikliniek. De polikliniek beoordeelt deze fax en bepaald of het nodig is om een poliafspraak te plannen. Zo ja, dan wordt dit op de desbetreffende polikliniek ingepland en wordt de patiënt hiervan op de hoogte gebracht. Dit is te zien in figuur 3.1.



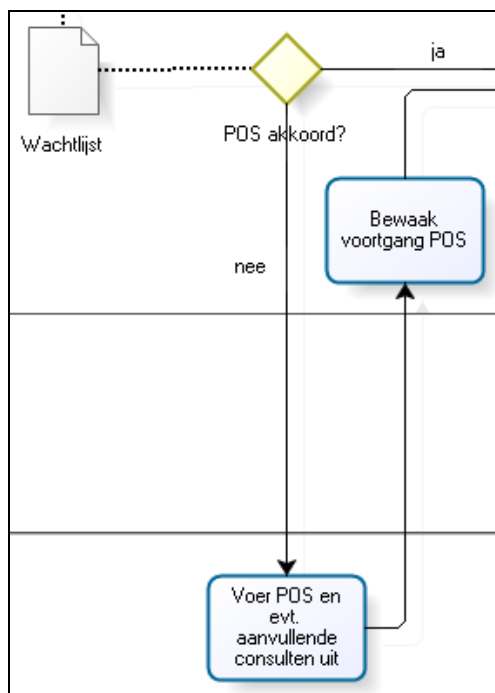
Figuur 3.1

De patiënt is nu op de hoogte en komt enige tijd later dan op spreekuur. Daar stelt de polikliniek een diagnose over de klacht en wordt er gekeken of er een verdere behandeling nodig is. Wanneer dit het geval is wordt er op de polikliniek een opnameorder aangemaakt binnen SAP. Als dit gebeurd is, komt de patiënt binnen SAP op de wachtlijst te staan. Dit is te zien in figuur 3.2.



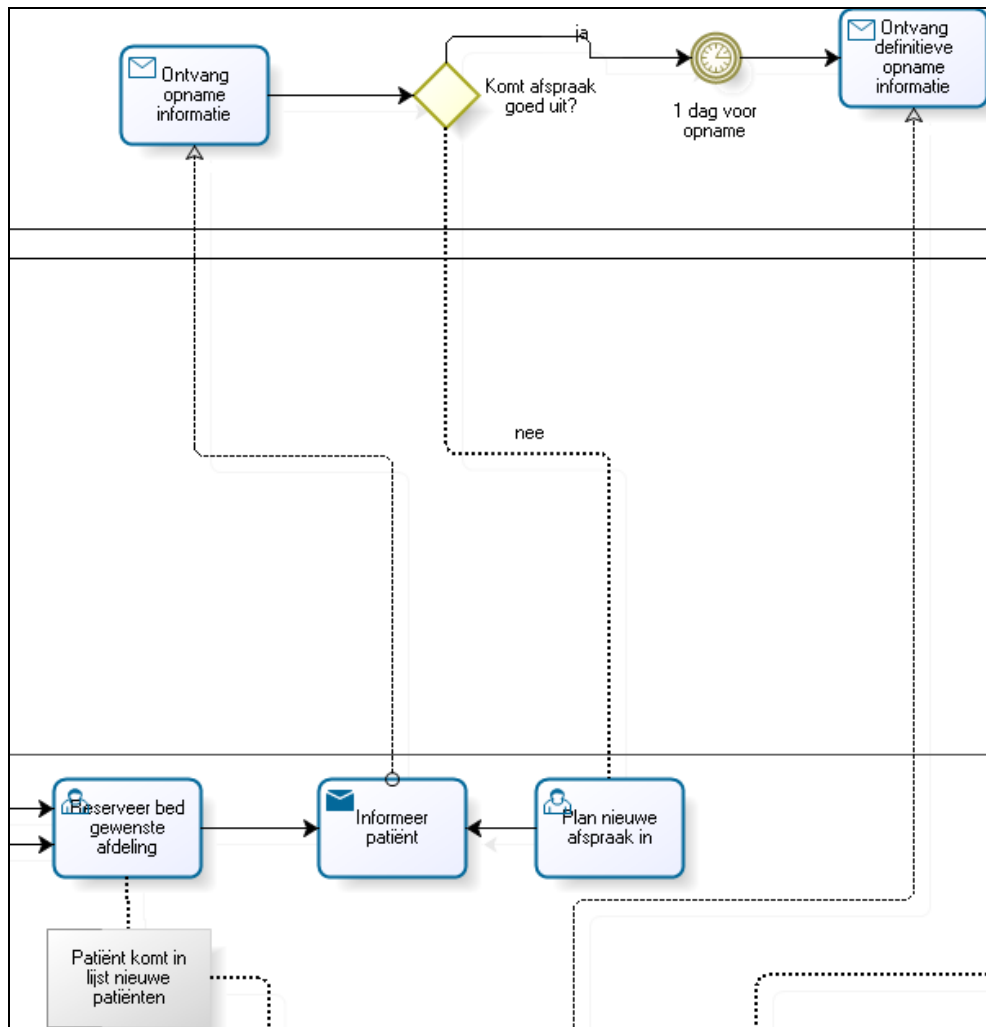
Figuur 3.2

Bureau Opname, dat de opnames voor de snijdende specialisten inplant, ziet nu op deze wachtlijst staan dat de patiënt ingepland dient te worden. Er wordt gekeken of de preoperatieve screening (POS, het onderzoek naar de fysieke gesteldheid van de patiënt) van de patiënt akkoord is, dit is te zien in de opnameorder. Zo nee, dan moet de patiënt deze nog ondergaan op de polikliniek anesthesiologie. Eventuele aanvullende consulten moeten ook nog worden ondergaan. Als de POS wel akkoord is, kan de patiënt ingepland worden. Bureau Opname plant ook zonder POS akkoord, maar dan wordt de voortgang van de screeningsuitslag bewaakt totdat deze wel voldoet. Dit is te zien in figuur 3.3.



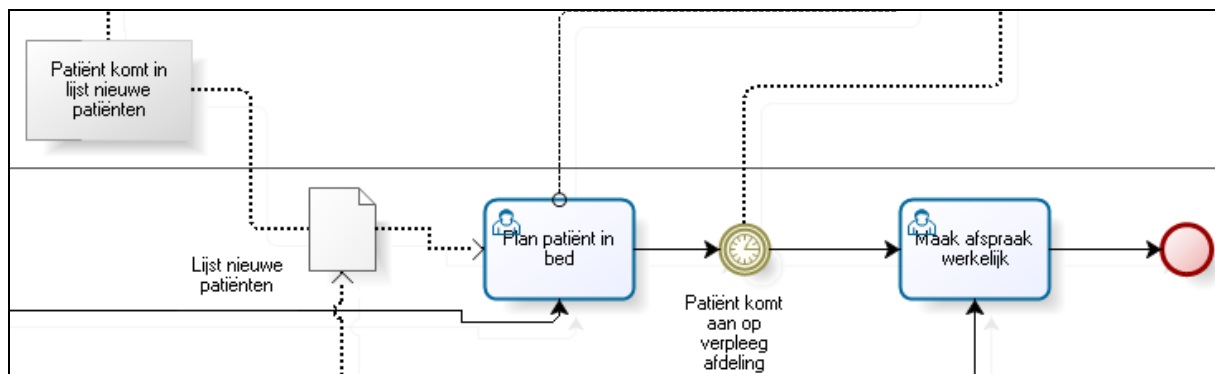
Figuur 3.3

Nadat de POS akkoord is, reserveert Bureau Opname dan binnen SAP een bed op de gewenste verpleegafdeling. De patiënt is dan in SAP te zien op de lijst 'nieuwe patiënten' van de desbetreffende verpleegafdeling. Bureau Opname informeert de patiënt over de opnameafspraak. Als de afspraak niet goed uitkomt, moet er opnieuw ingepland worden. Wanneer de afspraak wel uitkomt, krijgt de patiënt één dag voor de opname de definitieve opname informatie (bijvoorbeeld het tijdstip dat de patiënt op de afdeling wordt verwacht). Deze opname informatie krijgt de patiënt telefonisch door vanuit de verpleegafdeling of de patiënt moet zich melden op de verpleegafdeling voor een opnamegesprek. Dit is te zien in figuur 3.4.



Figuur 3.4

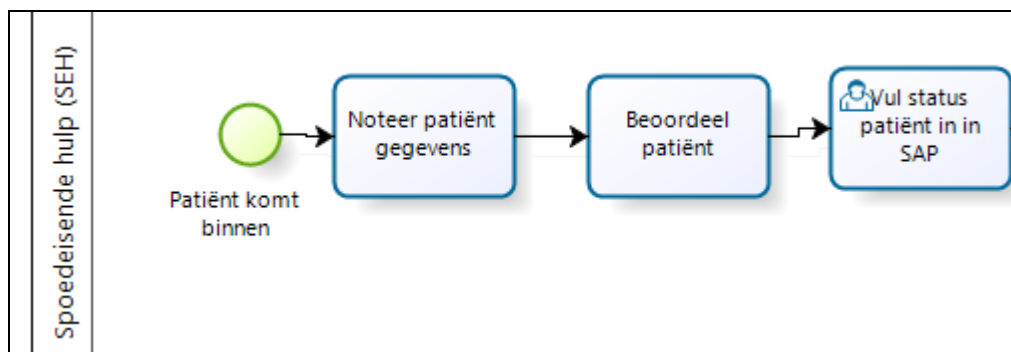
De verpleegafdeling ziet op de lijst 'nieuwe patiënten' dat er een patiënt op de verpleegafdeling opgenomen moet worden. Ze plannen deze patiënt dan in een bed. Wanneer de patiënt daadwerkelijk aankomt op de betreffende verpleegafdeling, wordt hier de opname werkelijk gemaakt. Op dat moment is de opnameplanning afgerond. Dit is te zien in figuur 3.5.



Figuur 3.5

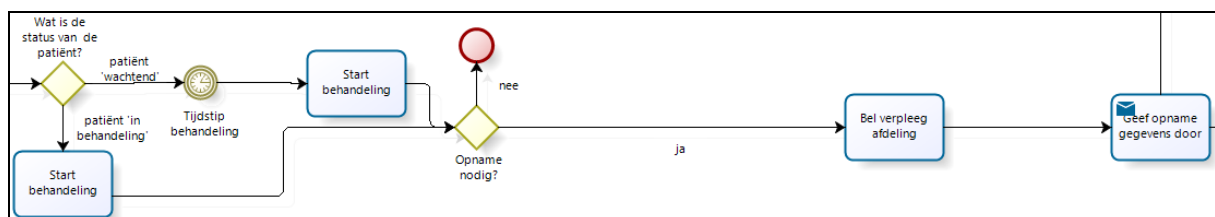
3.1.2 Spoedafpraak

De patiënt kan ook via de spoedeisende hulp het ziekenhuis binnenkomen. Dit kan ook door middel van een verwijzing van de huisarts, met eigen vervoer of met een ambulance. Op de SEH worden de patiëntgegevens genoteerd en wordt de patiënt beoordeeld. Het kan zijn dat de patiënt direct behandeld moet worden of dat er nog even gewacht kan worden. De status die de patiënt krijgt wordt ingevuld in SAP. Dit is te zien in figuur 3.6.



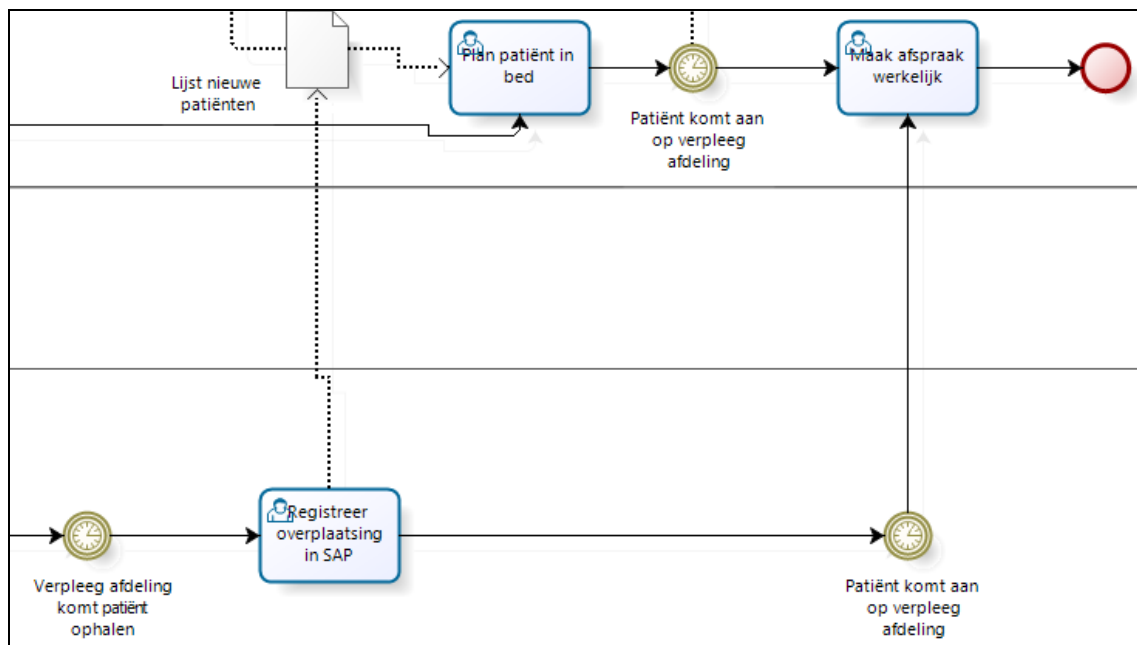
Figuur 3.6

Op de SEH kan er dan direct gestart worden met een behandeling, of de behandeling vindt na enige wachttijd plaats. Beide behandelingen vinden op de SEH plaats, waarna er daar wordt gekeken of er een opname nodig is. Als dit het geval is worden de opnamegegevens doorgegeven aan de verpleegafdeling, door middel van een telefoontje. Dit is te zien in figuur 3.7.



Figuur 3.7

Na de ontvangst van de opnamegegevens, komt de verpleegafdeling de patiënt ophalen van de SEH. Hier wordt de overplaatsing dan geregistreerd in SAP. De patiënt is dan op de verpleegafdeling te zien in de lijst nieuwe patiënten, hierna kan hij/zij in een bed gepland worden. Wanneer de patiënt dan daadwerkelijk aankomt op de verpleegafdeling, wordt hier de opname werkelijk gemaakt en is de opnameplanning afgerond. Dit is te zien in figuur 3.8.



Figuur 3.8

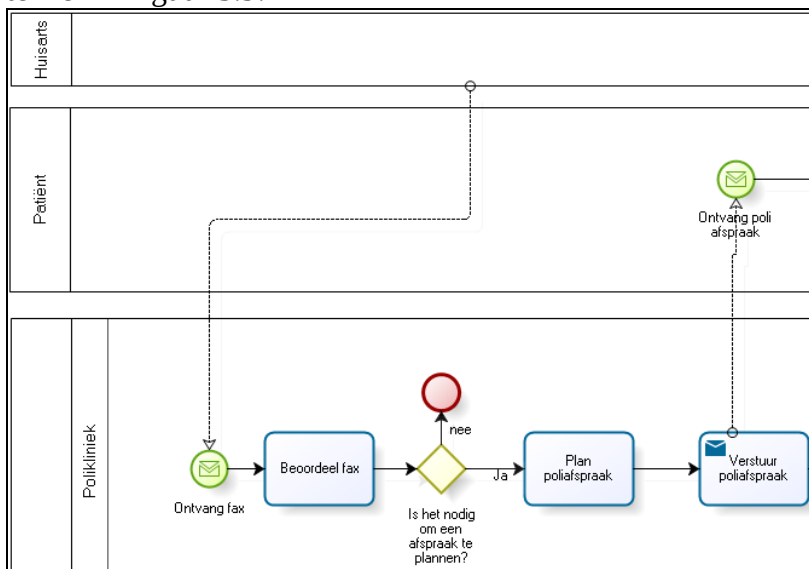
3.2 Opnameplanning beschouwende zorgeenheden

De patiënten die voor een beschouwend specialisme (bijvoorbeeld Interne geneeskunde, Neurologie en Long) in het Gelre opgenomen moeten worden, kunnen het traject eveneens op twee manieren binnenkomen, namelijk via een geplande afspraak of via de spoedeisende hulp.

3.2.1 Interne geneeskunde

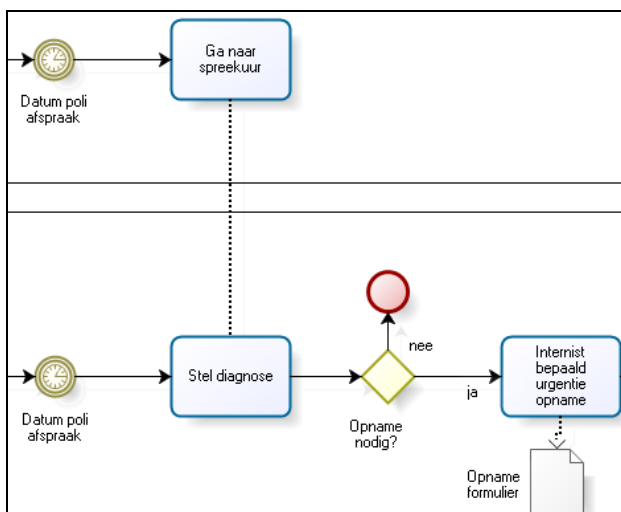
Het traject dat een patiënt van het specialisme Interne geneeskunde doorloopt als het via de spoedeisende hulp binnen komt is hetzelfde als bij de snijdende specialismen, zie paragraaf 3.1.2. Het gehele processchema is te zien in bijlage 4.

Als het gaat om een geplande afspraak wordt de patiënt doorverwezen naar de polikliniek Interne Geneeskunde, door middel van een fax van de huisarts. De polikliniek beoordeelt deze fax en bepaald of het nodig is om een poliafspraak te plannen. Zo ja, dan wordt dit op de desbetreffende polikliniek ingepland en wordt de patiënt hiervan op de hoogte gebracht. Dit is te zien in figuur 3.9.



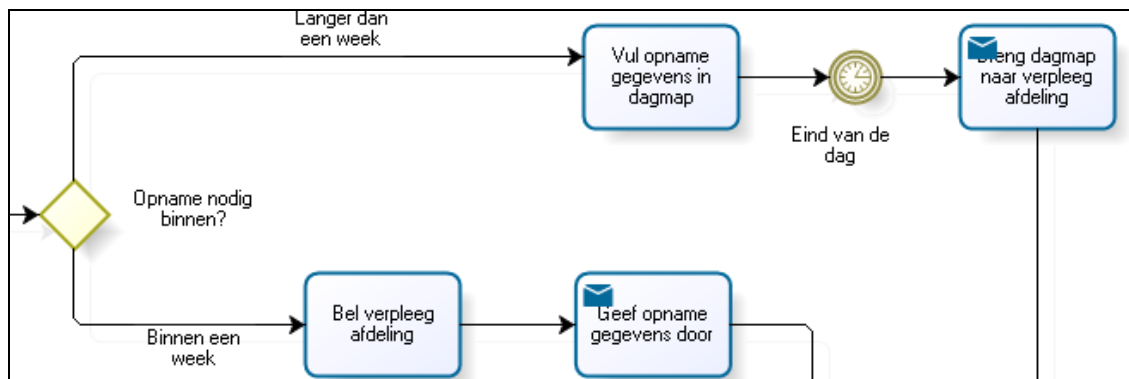
Figuur 3.9

Enige tijd later komt de patiënt dan op spreekuur. Daar stelt de polikliniek een diagnose over de klacht en wordt er gekeken of er een verdere behandeling nodig is. Tijdens het spreekuur bepaald de internist de urgentie van de opname. Dit wordt vermeld op een opnameformulier die de internist invult. Dit is te zien in figuur 3.10.



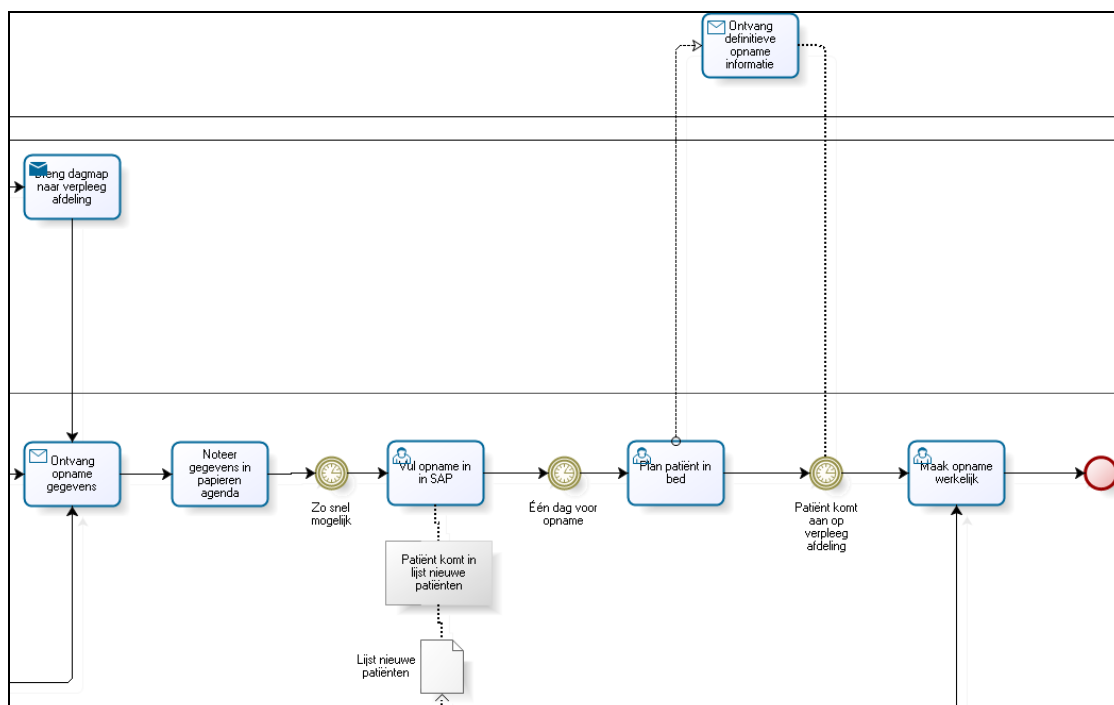
Figuur 3.10

Als de patiënt binnen een week opgenomen moet worden, dan wordt de verpleegafdeling gebeld op de opnamegegevens door te gaan. Als het om een opname gaat die plaatsvindt verder dan een week, worden de opnamegegevens in een dagmap gezet. Deze dagmap wordt elke dag naar de desbetreffende verpleegafdeling gebracht. Dit is te zien in figuur 3.11.



Figuur 3.11

De verpleegafdeling ontvangt zo de opnamegegevens en noteert deze in een papieren agenda. Zodra de afdelingssecreresse tijd heeft, wordt de opname in SAP ingevuld. De patiënt komt dan in de lijst 'nieuwe patiënten' terecht. Één dag voor de opname krijgt de patiënt dan in SAP een bed toegewezen. De patiënt krijgt dan ook zijn definitieve opname informatie te horen, dit gebeurt telefonisch vanuit de verpleegafdeling of via een opnamegesprek op de verpleegafdeling. Als de patiënt dan op het moment van opname aankomt op de verpleegafdeling, wordt de opname werkelijk gemaakt. Hierna is de opnameplanning afgerond. Dit is te zien in figuur 3.12.

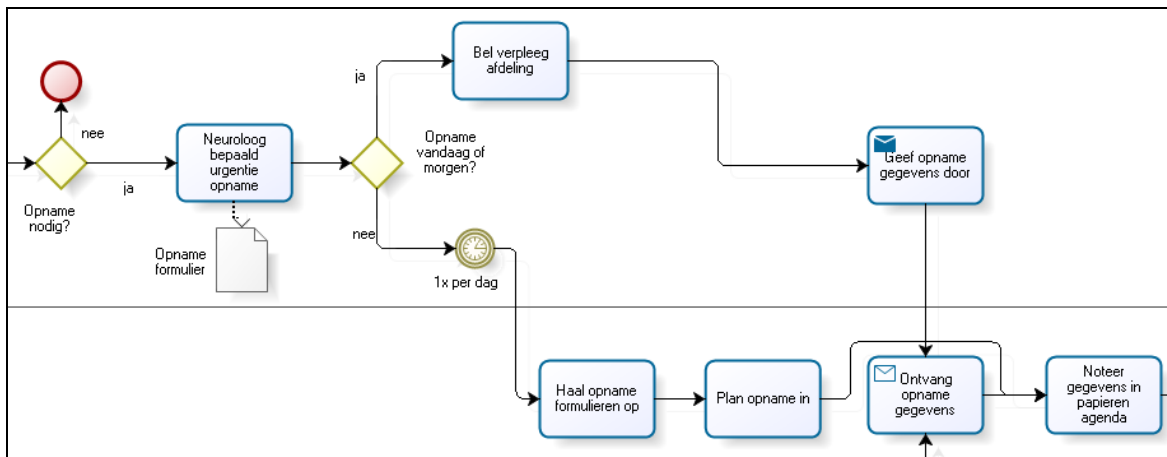


Figuur 3.12

3.2.2 Neurologie

Het traject wat een patiënt bij het specialisme Neurologie doorloopt, ziet er grotendeels hetzelfde uit als het traject wat een patiënt Interne geneeskunde doorloopt (zoals is beschreven in paragraaf 3.2.1). Het gehele processchema is te zien in bijlage 5.

Er zijn een aantal kleine verschillen. Hier gaat het bij de urgentie van een opname niet om het feit of de opname binnen een week moet plaats vinden of niet. Hier bepaald de neuroloog of de opname vandaag/morgen is of later. Wanneer de opname vandaag of morgen plaats moet vinden, wordt er gebeld naar de verpleegafdeling om de opnamegegevens door te geven. En wanneer de opname later plaats moet vinden, worden de opname gegevens door gegeven door middel van de opnameformulieren die elke dag worden opgehaald door de verpleegafdeling. Dit is te zien in figuur 3.13.

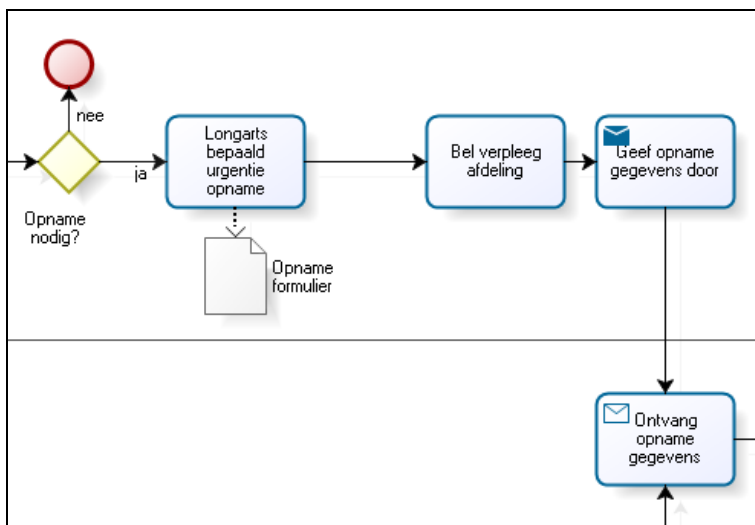


Figuur 3.13

3.2.3 Long

Het traject wat een patiënt bij het specialisme Long doorloopt, ziet er grotendeels hetzelfde uit als het traject wat een patiënt Interne geneeskunde doorloopt (zoals is beschreven in paragraaf 3.2.1). Het gehele processchema is te zien in bijlage 6.

Er is eigenlijk maar één verschil. De longarts bepaald hier de urgentie. Maar er bestaat geen verschil in het overbrengen van de opnamegegevens, naar aanleiding van de urgentie. Bij elke urgentie worden de opnamegegevens telefonisch doorgegeven. Dit is te zien in figuur 3.14.



Figuur 3.14

Hoofdstuk 4 Verschillen en gewenste situatie

Hoofdstuk 4 beschrijft wat de verschillen zijn van het ontwerp van het opnameplanningsproces bij de snijdende en beschouwende zorgeenheden ten opzichte van het algemene ontwerp. Er is benoemd wat de redenen voor deze verschillen zijn en of deze redenen zijn gerechtvaardigd. Als conclusie komt er uit dit hoofdstuk een gewenst ontwerp hoe het opnameplanningsproces binnen het Gelre zou moeten gaan.

4.1 Verschillen ontwerp opnameplanning Gelre ten opzichte van algemene ontwerp

De procesontwerpen van de opnameplanning binnen het Gelre wijken af van het algemene procesontwerp (zoals beschreven in paragraaf 2.4). Paragraaf 4.1 beschrijft per specialisme welke verschillen er zijn ten opzichte van het algemene ontwerp.

Snijdende specialismen

- Huisartsverzoek komt niet binnen in het ziekenhuisinformatiesysteem (SAP), maar door middel van fax die niet wordt geregistreerd.

Interne geneeskunde

- Huisartsverzoek komt niet binnen in het ziekenhuisinformatiesysteem (SAP), maar door middel van fax die niet wordt geregistreerd.
- Opnamegegevens van patiënt worden telefonisch of via dagmap doorgegeven aan verpleegafdeling. Deze gegevens worden dan in een papieren agenda genoteerd, waarna de opname zo snel mogelijk in SAP wordt geregistreerd. De opname wordt later geregistreerd, hier zitten meerdere handelingen tussen wat de kans op fouten groter maakt.
- Er wordt geen gebruik gemaakt van de wachtlijst.

Neurologie

- Huisartsverzoek komt niet binnen in het ziekenhuisinformatiesysteem (SAP), maar door middel van fax die niet wordt geregistreerd.
- Opnamegegevens van patiënt worden telefonisch of via de opnameformulieren doorgegeven aan verpleegafdeling. Deze gegevens worden dan in een papieren agenda genoteerd, waarna de opname zo snel mogelijk in SAP wordt geregistreerd. De opname wordt later geregistreerd, hier zitten meerdere handelingen tussen wat de kans op fouten groter maakt.
- Er wordt geen gebruik gemaakt van de wachtlijst.

Long

- Huisartsverzoek komt niet binnen in het ziekenhuisinformatiesysteem (SAP), maar door middel van fax die niet wordt geregistreerd
- Opnamegegevens van patiënt worden telefonisch doorgegeven aan verpleegafdeling. Deze gegevens worden dan in een papieren agenda genoteerd, waarna de opname zo snel mogelijk in SAP wordt geregistreerd. De opname wordt later geregistreerd, hier zitten meerdere handelingen tussen wat de kans op fouten groter maakt.
- Er wordt geen gebruik gemaakt van de wachtlijst.

4.2 Redenen verschillen en rechtvaardiging

De verschillen die er zijn tussen de opnameplanningsprocessen en het algemene procesontwerp hebben redenen. Deze redenen worden in deze paragraaf benoemd. Daarnaast beschrijft deze paragraaf ook of de redenen gerechtvaardigd zijn of niet.

4.2.1 Huisartsverzoek niet geregistreerd

Huisartsverzoeken aan de poliklinieken worden momenteel niet geregistreerd in SAP, maar komen alleen binnen via de fax. De reden hiervoor is dat de technologie nog niet in het ziekenhuis aanwezig is, om dit verzoek rechtstreeks in het systeem binnen te laten komen. Dit is een gerechtvaardigde reden (Willemijn Postma, 2012). Het Gelre is bezig met het instellen van Zorgdomein (Zorgdomein, 2012) zodat het huisartsverzoek rechtstreeks in het ziekenhuisinformatiesysteem binnenkomt en dus op deze manier wordt geregistreerd.

4.2.2 Geen gebruik van wachtlijst

Interne geneeskunde

Op de polikliniek Interne geneeskunde geeft men aan dat ze relatief weinig opnamen hebben. Ze hebben ook niet de kennis en vaardigheden om patiënten in SAP te zetten. Daarnaast geven ze aan dat ze geen rechten hebben om opnames aan te maken in SAP. Dat er relatief weinig opnamen zijn is een gerechtvaardigde reden, maar het ontbreken van de kennis en vaardigheden is dit niet. Iedereen kan namelijk bijleren en hier bijscholing voor krijgen. De reden van de rechten is ook niet gegrond, want men heeft wel rechten om een wachtlijst bij te houden binnen SAP. Dus kan er gewoon een wachtlijst bij worden gehouden binnen SAP.

Neurologie

Op de polikliniek Neurologie geeft men aan dat de opnames bij hen vaak acuut (direct) of binnen een paar dagen zijn. Op het moment dat de patiënt dan bij de polikliniek is, moet hij/zij direct de opnamegegevens doorkrijgen. Vandaar dat er telefonisch contact is tussen de polikliniek en de verpleegafdeling, dan heb je namelijk direct antwoord en kan dit gelijk worden doorgegeven aan de patiënt. Wanneer de opname eerst in SAP gezet zou worden, moet er eerst gewacht worden tot dat een medewerker op de verpleegafdeling dit ziet en afhandelt. Dan heb je dus niet gelijk antwoord, wat je door kan geven aan de patiënt. Het gaat hier dus om een gegronde reden dat het telefonisch gebeurd in plaats van met behulp van SAP.

Long

De reden die men op de polikliniek Long aangeeft voor het niet gebruiken van de wachtlijst is dezelfde als die van de polikliniek Neurologie, zoals hiervoor is beschreven. Ook hier gaat het om een gegronde reden.

Verpleegafdelingen

De verpleegafdelingen geven als reden van het niet gebruiken van de wachtlijst aan, dat ze meerdere verrichtingen zouden moeten doen wanneer ze gebruik van de wachtlijst willen maken. De patiënten moeten door hen dan eerst in de wachtlijst gezet worden, waarna het later in de lijst 'nieuwe patiënten' gezet moet worden. Zij moeten deze handelingen verrichten, omdat ze de opnamegegevens telefonisch of op papier doorkrijgen vanuit de polikliniek. Het gaat hier om een gegronde reden, want dit zijn onnodige handelingen.

4.2.3 Datum opname vaststellen door arts

Op de beschouwende specialismen (Interne geneeskunde, Neurologie en Long) bepaalt de arts momenteel een urgentie voor een opname, met vaak daar bijbehorend een opnamedatum. Dat de dienstdoende arts na een spreekuur bepaald of een opname nodig is, is natuurlijk gerechtvaardigd. Hij/zij is hiervoor opgeleid en is zo geïnstrueerd dat een goede diagnose wordt gesteld. Het is voor de arts uiteraard ook toegestaan voor deze opname een urgentie vast te stellen.

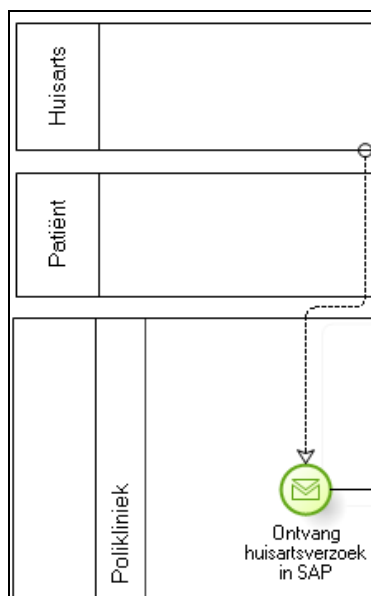
Alleen is het niet handig dat de arts een datum vast stelt, zonder dat hij/zij kijkt naar de bezetting op verpleegafdeling op de desbetreffende datum. Dit zou de arts wel kunnen inzien, als er gebruik wordt gemaakt van de wachtlijst. Dan kan hij filteren op het betreffende specialisme en is er direct in te zien hoeveel patiënten er opgenomen dienen te worden binnen een bepaalde tijdsperiode.

Maar dat de arts dit doet is niet noodzakelijk en kost hem alleen maar tijd. Hij/zij kan zijn tijd beter benutten door patiënten te onderzoeken en/of te behandelen. Dat de arts een datum vast moet stellen is geen gegronde reden, dit moet namelijk door een administratief medewerker op de polikliniek gebeuren.

4.3 Gewenst ontwerp opnameplanning Gelre

In het gewenste ontwerp van het proces wat betreft de opnameplanning in het Gelre, wordt elke verrichte handeling geregistreerd in SAP. De handelingen gedurende het traject blijven grotendeels hetzelfde, alleen het wordt geregistreerd. En er wordt door alle specialismen gebruik gemaakt van de wachtlijst binnen SAP. Zo is alles gedurende het gehele traject inzichtelijk voor iedereen die daar rechten toe heeft. SAP is de zogenoemde procesbewaker.

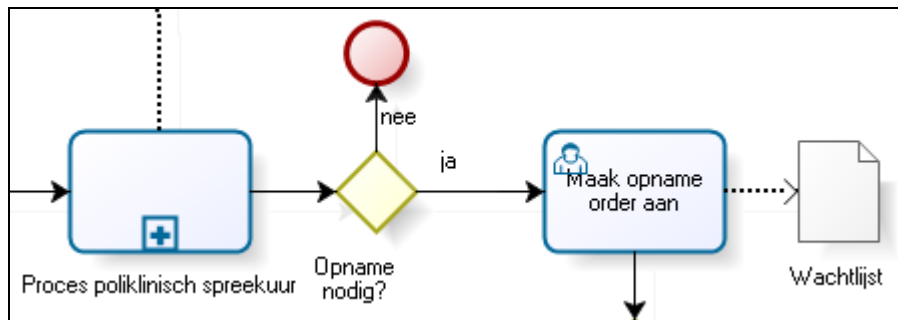
Een patiënt kan op twee manieren het traject binnenkomen, namelijk via een geplande afspraak of via de spoedeisende hulp. Als het om een geplande afspraak gaat, heeft de huisarts hiervoor een verzoek in gediend. Dit gebeurt via Zorgdomein en dit verzoek dient in SAP opgeslagen te worden. Dit is te zien in figuur 4.1.



Figuur 4.1

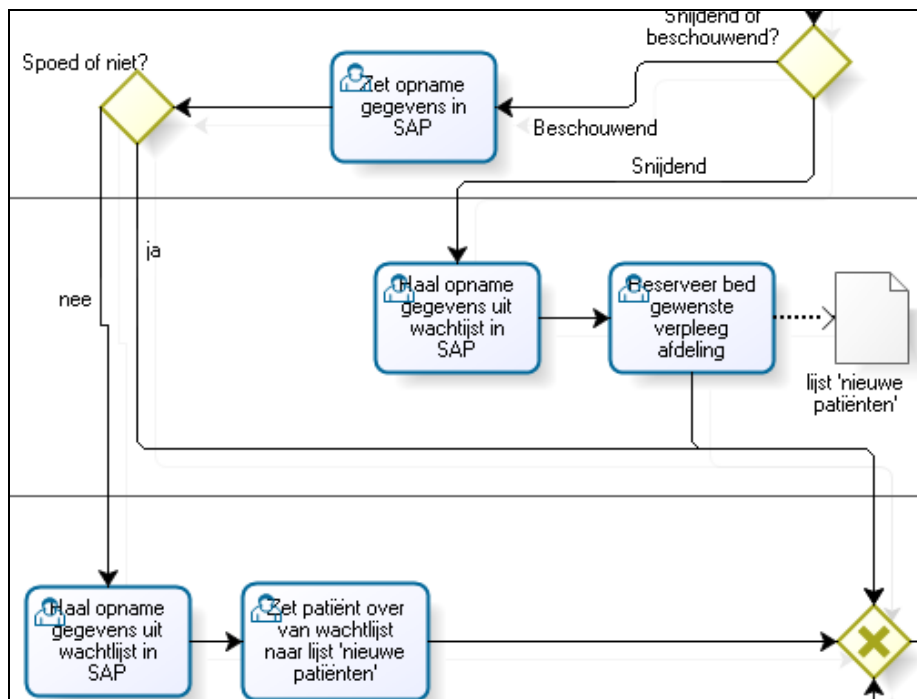
Dan vindt er een poliklinisch spreekuur plaats, waarna er wordt bepaald of er een verdere behandeling nodig is. Wanneer dit het geval is, wordt er in SAP een opnameorder aangemaakt

door de polikliniek. Hieruit volgt dat de patiënt op een wachtlijst komt te staan. Dit is te zien in figuur 4.2.



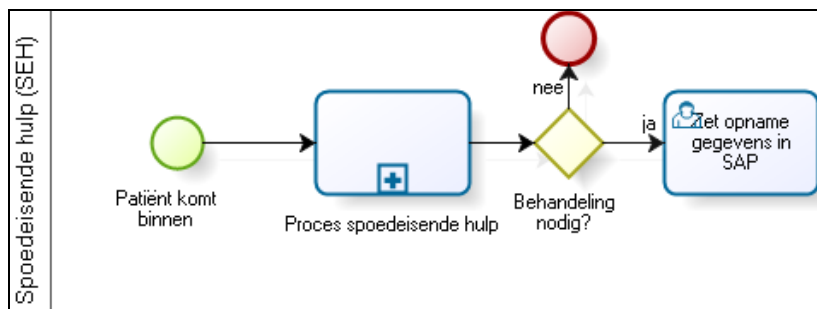
Figuur 4.2

Op basis van de wachtlijst wordt een planning voor de (behandeling en) opname gemaakt. Voor de snijdende specialismen wordt dit door Bureau Opname gedaan. Voor de beschouwende specialismen doen de verschillende specialismen het zelf op de polikliniek, hier worden de opname gegevens dan in SAP gezet. Bij de snijdende specialismen haalt Bureau Opname de opnamegegevens uit SAP, waarna er een bed op de gewenste verpleegafdeling wordt geregistreerd. De patiënt komt dan op de lijst 'nieuwe patiënten te staan. Als het om een beschouwend specialisme gaat, zit er een verschil tussen een spoedopname of niet. Bij een spoedopname wordt de patiënt direct op de lijst nieuwe patiënten gezet en anders komt de patiënt op de wachtlijst te staan. Dit is te zien in figuur 4.3.



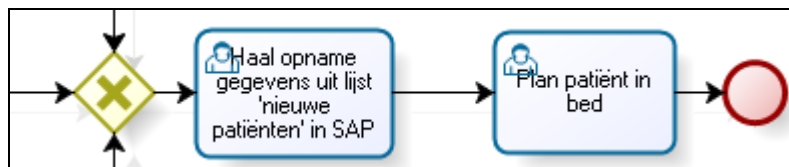
Figuur 4.3

Als het om een spoedopname via de SEH gaat, komt de patiënt binnen op de spoedeisende hulp. Hier vindt dan de beoordeling plaats of er een behandeling nodig is van de patiënt. Als dit het geval is worden de opnamegegevens in SAP ingevuld. Dit is te zien in figuur 4.4.



Figuur 4.4

De verpleegafdeling kan nu op drie manieren zien wanneer een patiënt in een bed ingepland moet worden. Bij een geplande afspraak is dit te zien via de lijst ‘nieuwe patiënten’. Bij een spoedafpraak is het in te zien doordat de SEH de patiënt overplaatst, waarna de patiënt ook in de lijst ‘nieuwe patiënten’ terechtkomt. Als de patiënt in een bed is geplaatst in het systeem, is de opnameplanning afgerond. Dit is te zien in figuur 4.5.



Figuur 4.5

Het gehele gewenste ontwerp van het opnameplanningsproces binnen het Gelre is te zien in bijlage 7.

Hoofdstuk 5 Interventies

Hoofdstuk 5 beschrijft welke interventies er moeten plaatsvinden, zodanig dat de opnameplanning verbeterd kan worden en de beddenscapaciteit beter inzichtelijk wordt. Ook beschrijft dit hoofdstuk welke effecten deze interventies hebben en hoe ze gerealiseerd kunnen worden binnen het Gelre.

5.1 Benodigde interventies

Paragraaf 5.1 beschrijft welke interventies er moeten plaatsvinden, zodanig dat de opnameplanning verbeterd kan worden en de beddenscapaciteit beter inzichtelijk wordt.

5.1.1 Huisartsverzoek niet geregistreerd

Het probleem dat het huisartsverzoek niet geregistreerd wordt, gaat binnen het Gelre verholpen worden door gebruik te gaan maken van Zorgdomein. Wanneer Zorgdomein is geïmplementeerd, komt het huisartsverzoek rechtstreeks binnen in het ziekenhuis-informatiesysteem (in het geval van Gelre, SAP) en wordt op deze manier dus geregistreerd. Naar verwachting wordt er in oktober 2012 gestart met Zorgdomein (Ankie van den Esschert, 2012).

5.1.2 Geen gebruik van de wachtlijst

Om meer inzicht te krijgen in de opnamecapaciteit/het benodigde aantal bedden is het nodig dat er gedurende het gehele proces de handelingen worden geregistreerd in het ziekenhuis-informatiesysteem (in het geval van Gelre, SAP). Om in te kunnen zien wanneer en in welke mate patiënten in de toekomst ingepland dienen te worden, is het gebruik van de wachtlijst binnen SAP noodzakelijk. Voor de beschouwende specialismen wordt dit nu niet gedaan, omdat het bij het merendeel van de opnames om een spoedopname gaat. Omdat er bij een spoedopname direct gegevens nodig zijn, wordt dit telefonisch afgehandeld. Hierdoor gaat alles nu via een papieren agenda en is er geen overzicht voor de rest van de organisatie.

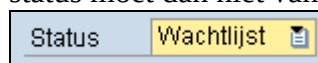
Spoed

Wanneer het om een spoedopname vanuit de SEH gaat, wordt de patiënt binnen SAP overgeplaatst als de patiënt naar de verpleegafdeling wordt gebracht. De patiënt verschijnt op dat moment in de lijst 'nieuwe patiënten' waarna hij/zij in een bed wordt geplaatst.

Maar als het op een spoedopname na een poliklinisch onderzoek gaat is er geen klinische overplaatsing mogelijk. De patiënt moet dan direct op de lijst 'nieuwe patiënten' gezet worden. Het heeft geen zin om deze patiënten eerst op de wachtlijst te zetten en daarna direct in de lijst 'nieuwe patiënten', want dit is een extra handeling. Een patiënt moet dan op de lijst 'nieuwe patiënten' gezet worden. Dit is te zien in bijlage 8.

Electief/Urgent

Wanneer het niet om een spoedpatiënt gaat, moet de patiënt op de wachtlijst te zetten. De status moet dan niet van Werkelijk naar  gezet worden, maar naar



. Op het moment dat er voor de status wachtlijst is gekozen, moet er een urgentie worden bepaald. Hier kan worden gekozen voor spoed, urgent of electief. Dit moet de dienstdoende arts doen.

5.1.3 Datum opname vaststellen door arts

De arts moet geen datum meer vaststellen, dit moet gebeuren door een administratief medewerker op de polikliniek. Het enige wat de arts moet doen is de urgentie bepalen (spoed, urgent of electief).

Om het inplannen van de opnames door de administratief overzichtelijker te maken, zijn er een aantal interventies nodig.

Allereerst moet de verwachte ligduur direct zichtbaar zijn in de wachtlijst. Zodat de administratief in één oogopslag kan zien wat de verwachting is hoelang de patiënt moet blijven. De opnameduur is hier geel gemarkeerd. De kolom 'duur' moet dus naar voren schuiven binnen de wachtlijst, zodanig dat het direct zichtbaar is. Zie figuur 5.6.

Wachtlijst									
WL	Medewerker/ZP	Prioriteit	Opn.dat WL	Patiënt	Geb. datum	Verrichtingen	Omschrijving verrichtingen	R	Opmerking
A_KNO	Bruntjes T.D. Dr.	Urgent (< 2w)	30.03.2012	[Patiëntnaam]	05.10.1985	32100	Endonasale sinus maxillaris operatie, bv		26/4 tel.cont.id: vakantie t/m 18/5 zomervakantie
A_KNO	Bentham P.P.G. Dr. van	Spoed (< 24h)	19.04.2012	[Patiëntnaam]	27.02.1978				
A_KNO	Bentham P.P.G. Dr. van			[Patiëntnaam]	27.02.1978				
A_KNO	Langenhuisen K.J.	Electief (>2w)	08.11.2010	[Patiëntnaam]	23.01.1962	32120, 32100	Endonasale sinus ethmoidalis operatie, Endonasale sinus maxill		1/3 Tel.cont.id: dhr heeft OK 4/3 geannuleerd km

Figuur 5.6

De administratief medewerker moet naast de wachtlijst ook de lijst nieuwe patiënten voor de betreffende afdeling openen. Zie figuur 5.7.

Verpleegafdeling A_A5 Van 28.06.2012 09:55 Met 20 Bezetting																		
Bld	Kamer	Bed	Patiënt R	Patiënt	Geb. datum	OpnDt	Diagnose	Beh. arts	Datum tot	Tijd tot	A	Opmerking	Spec. OE	DBC	DBC-code	Gebl. tot	Wld stat	BSN stat
	5.01	5.011								00:00:00								
	5.13	5.131								00:00:00								
	5.15	5.152								00:00:00								
	5.02	5.021								00:00:00						31.12.99		
	5.02	5.022								00:00:00						31.12.99		
	5.10	5.101								00:00:00								
	5.09	5.094								00:00:00								
	5.05	5.051								00:00:00								
	5.06	5.061								00:00:00								
	5.07	5.071								00:00:00						31.12.99		
	5.14	5.141								00:00:00								
	5.09	5.092								00:00:00								
	5.14	5.144								00:00:00								
	5.14	5.143								00:00:00								
	5.10	5.102	100020			16.02.1935	18.04.2012			31.12.99 24:00:00			A_NEU					
	5.12	5.121	100109			31.05.1937	24.04.2012			31.12.99 24:00:00			A_NEU		30.11.1111			
	5.09	5.091	100000			12.04.1928				31.12.99 24:00:00			A_NEU					
	5.07	5.072	100103			11.03.1958	26.04.2012			31.12.99 24:00:00			A_MD_L					
	5.15	5.153	100071			17.09.1936	27.04.2012			31.12.99 24:00:00			A_NEU		30.11.1111			
	5.01	5.013	100063			14.10.1925				31.12.99 24:00:00			A_MD_L		18.11.610			
	5.11	5.111	100016			07.03.1929	28.04.2012			31.12.99 24:00:00			A_NEU		30.11.1103			
	5.04	5.041	100081			23.12.1933	29.04.2012			31.12.99 24:00:00			A_MD_L					
	5.15	5.151	100044			27.01.1957				31.12.99 24:00:00			A_NEU		30.11.0102			
	5.14	5.142	100056			11.09.1919	30.04.2012			31.12.99 24:00:00			A_NEU		30.11.1112			
	5.03	5.031	100021			20.01.1945	01.05.2012			31.12.99 24:00:00			A_MD_L					
	5.09	5.094	100036			03.11.1939				31.12.99 24:00:00			A_MD_L					
Nieuwe patiënten A_A5 Van 28.06.2012 09:55 Met 17 Nieuwe patiënten																		
Nw. pat. op	S	Patiënt	Beh. OE	Kamer	Bed	Behandelend arts	Spec. OE	Diagnose	Bed	R	Opmerking	DBC	DBC-code					
07.05/14:00	P	1000814546		A_A5				A_MD_L										
07.05/14:15	P	1000403025		A_A5				A_LON										
08.05/10:00	P	1000460111		A_A5				A_MD_L			klinische ERCP							
08.05/13:30	P	1000949727		A_A5				A_MD_L			klinische coloscopie							
08.05/14:15	P	1000838465		A_A5				A_LON										
09.05/14:15	P	1000599345		A_A5				A_LON										

Figuur 5.7

De administratief medewerker kan zo zien hoeveel bedden er nog vrij zijn en hoeveel patiënten er al zijn ingepland om binnen te komen op deze verpleegafdeling. Zo kan de administratief medewerker inzien of er ruimte is om er een nieuwe patiënt bij in te plannen of dat het gewenst is naar een andere datum te kijken (wanneer dit mogelijk is qua behandeling).

5.2 Effecten interventies

De interventies zullen de volgende dingen verhelpen/verbeteren:

- Door de interventies is er tijdens dit beddenoverleg veel meer inzicht in de bezette bedden en het aantal bedden dat nog bezet gaat worden. Elke dag om half 12 vindt er een beddenoverleg plaats tussen de verschillende verpleegafdelingen. Hier wordt gekeken welke verpleegafdelingen bedden over hebben/tekort komen. Zo bestaat er de mogelijkheid om bedden die over zijn te verdelen over andere specialismen, zodanig dat de bedden capaciteit zo optimaal mogelijk benut kan worden. De voorzitter van het beddenoverleg heeft de bedden capaciteit inzichtelijk aan de hand van de interventies en kan dit gebruiken om tot compromissen te komen tussen de verpleegafdelingen.
- Aan de hand van de interventies is makkelijker in te zien, of er voldaan kan worden aan de Treeknorm die beschreven is in paragraaf 2.1.2. Klinische opnames dienen binnen zeven weken plaats te vinden, aan de hand van de wachtlijst is het mogelijk te kijken of dit gaat lukken voor de patiënten. In de wachtlijst staat wanneer een patiënt op de wachtlijst is geplaatst, dus is er ook bekend voor wanneer de patiënt opgenomen zou moeten worden om aan de Treeknorm te voldoen.
- De handelingen worden door de interventies merendeel geregistreerd binnen SAP. Hierdoor is er minder papierwerk nodig, waardoor er minder kans is op fouten en zoek raken van informatie. Ook is gewenste informatie dan door iedereen in te zien in SAP.
- Doordat de opnames nu geregistreerd worden binnen SAP, is ook de inzichtelijkheid van de risicogeveallen vergroot. Binnen SAP is er een kolom voor de risicogeveallen, waar in één opslag te zien is of de patiënt een speciale behandeling nodig heeft. Dit inzicht is belangrijk bij het inplannen van de opname. Bij papieren registratie wordt dit nog wel eens over het hoofd gezien, wat ten koste gaat van de patiëntveiligheid in het Gelre.

5.3 Realisatie interventies

In deze paragraaf is beschreven hoe de interventies uit paragraaf 5.1 gerealiseerd kunnen worden. Hier wordt duidelijk wat er moet gebeuren om tot een gewenste implementatie te komen.

5.3.1 Zorgdomein

De implementatie van Zorgdomein binnen het Gelre is al zijn werking, naar verwachting kan er oktober 2012 gebruik worden gemaakt van Zorgdomein. Het personeel wat hier mee te maken krijgt moet voor de start een cursus krijgen, om te weten hoe ze met zorgdomein om moeten gaan en wat de voordelen ervan zijn.

5.3.2 Aanpassingen binnen SAP

De aanpassingen binnen SAP moeten worden doorgevoerd. Dit moet in overleg gebeuren met het Functioneel Beheer. Zij kunnen dan bepalen of het mogelijk is om de verwachte ligduur direct in beeld te brengen binnen de wachtlijst.

5.3.3 Scholing

Om de interventies te realiseren is het belangrijk dat het betrokken personeel (personeel op de polikliniek, de arts en personeel op de verpleegafdeling) voldoende geschoold is, zodanig dat ze goed om kunnen gaan met SAP en eventuele aanpassingen daarbinnen.

Hoofdstuk 6 Conclusie en aanbevelingen

Hoofdstuk 6 beschrijft mijn conclusie over dit onderzoek en de aanbevelingen die ik doe naar eventuele verbetering van het onderzoek en aanvulling ten behoeve van verbetering van het opnameplanningsproces.

6.1 Conclusie

Conclusie is dat er binnen het Gelre ziekenhuis Apeldoorn genoeg te verbeteren valt in het ontwerp van het opnameplanningsproces. Dit is ondervonden door middel van het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Deze zullen kort beantwoord worden, waarna de probleemstelling is beantwoord.

6.1.1 Onderzoeksvragen

- *Hoe ziet het algemene proces wat betreft een opname in een ziekenhuis eruit?*

Een patiënt kan op twee manieren tot een opname komen. Allereerst via de geplande afspraak, via de polikliniek. Hier wordt een spreekuur gehouden waarna wordt bepaald dat de patiënt opgenomen moet worden. Er zit vaak wel een wachttijd tussen voordat de patiënt opgenomen kan worden. Maar het kan ook om een spoedpatiënt gaan, dan wordt de patiënt direct opgenomen zonder wachttijd.

- *Wat zijn de eisen aan een ontwerp van een opnameplanningsproces?*

Gedurende het gehele traject dient alle informatie en handelingen geregistreerd te worden. Dan is het ook door iedereen in te zien, wanneer nodig. Hiervoor is een ziekenhuisinformatie-systeem vereist, de zogenoemde procesbewaker.

- *Hoe kunnen processen in kaart gebracht worden?*

Processen worden in kaart gebracht aan de hand van *business process mapping*. Om een dergelijke process map op te stellen moet er gebruikt worden van een modelleernotatie, binnen dit project wordt er gebruik gemaakt van BPMN.

- *Hoe vindt de opnameplanning binnen het Gelre plaats?*

Bij de snijdende specialismen wordt er centraal gepland door Bureau Opname. Zij maken veelal gebruik van het ziekenhuisinformatiesysteem SAP, onder andere de wachtlijst en de lijst ‘nieuwe patiënten’. Bij de beschouwende specialismen wordt hier weinig tot geen gebruik van gemaakt. Hier gebeurt veel door middel van papierwerk en veel extra handelingen.

- *Wat zijn de verschillen die optreden qua ontwerp van het opnameplanningsproces bij de snijdende en beschouwende zorgeenheden ten opzichte van het algemene ontwerp, en wat zijn de redenen voor de verschillen?*

Het huisartsverzoek voor een spreekuur wordt niet geregistreerd in het ziekenhuisinformatiesysteem. Er wordt bij de beschouwende specialismen geen gebruik gemaakt van een wachtlijst en momenteel stelt de arts hier een datum van de opname vast.

- *Zijn de gegeven redenen gerechtvaardigd?*

Met de registratie van het huisartsverzoek is men binnen het Gelre al bezig, zorgdomein wordt ingesteld. Het niet gebruik maken van de wachtlijst is in zoverre gerechtvaardigd omdat er bij opnames bij de beschouwende specialismen vaak direct informatie noodzakelijk is en dit lukt niet met behulp van SAP. Maar er dient wel registratie plaats te vinden, dit gebeurt nu weinig tot niet. Dat de arts de datum van de opname vaststelt is niet gerechtvaardigd. Hij/zij behoort dit namelijk niet te doen, de arts moet alleen de urgentie bepalen.

- *Welke interventies moeten er plaatsvinden om de opnameplanning binnen het Gelre te verbeteren?*

Zorgdomein wordt gerealiseerd voor het registreren van het huisartsverzoek.

Er moet gebruik gemaakt worden van de wachtlijst en de lijst ‘nieuwe patiënten’. Bij een spoedopname moet de patiënt direct op de lijst ‘nieuwe patiënten’ van de verpleegafdeling gezet worden. En bij een electieve of urgente opname moet dit gebeuren via de wachtlijst.

De arts moet de urgentie bepalen van de opname, waarna een administratief medewerker een datum vaststelt.

- *Wat zijn de verwachte effecten van deze interventies?*

Aan de hand van deze interventies wordt gedurende het gehele traject alles geregistreerd en is alle benodigde informatie dus ook in te zien. Dit leidt tot minder papierwerk, dus minder kans op fouten en verlies van informatie. Alles wordt inzichtelijker, hierdoor zijn risicopatiënten makkelijker in kaart te brengen wat ten goede komt van de patiëntveiligheid. De wachtlijsten en lijsten ‘nieuwe patiënten’ kunnen worden gebruikt bij het beddenoverleg, waardoor de bedden capaciteit beter benut kan worden. Door al deze interventies zullen de patiënten beter en eerder geholpen kunnen worden, waardoor er ook makkelijker voldaan kan worden aan de Treeknormen.

- *Hoe kunnen deze interventies binnen het Gelre gerealiseerd worden?*

Zorgdomein wordt gerealiseerd voor het registreren van het huisartsverzoek, naar verwachting kan hier in oktober 2012 gebruik van gemaakt worden. De aanpassingen die binnen SAP moeten plaatsvinden, moet in overleg gebeuren met Functioneel Beheer. Daarnaast is het van belang dat het aangaande personeel (polikliniekmedewerkers, artsen en personeel op de verpleegafdelingen) op de juiste manier worden geschoold, zodanig dat ze goed met de interventies om kunnen gaan.

6.1.2 Probleemstelling

‘Welk ontwerp voor het opnameplanningsproces leidt tot meer inzicht in de opnamecapaciteit en vergelijkbare werkwijzen qua opnameplanning van de snijdende zorgeenheden en de specialismen long, neurologie en interne geneeskunde binnen het Gelre ziekenhuis Apeldoorn?’

Het ontwerp voor het opnameplanningsproces binnen het Gelre dat leidt tot meer inzicht in de opnamecapaciteit is grotendeels afhankelijk van SAP. SAP is de procesbewaker waar vanuit alle informatie op te vragen is. Er wordt gebruik gemaakt van de wachtlijst en de lijst ‘nieuwe patiënten’ binnen SAP bij alle specialismen. Hiervoor zullen de procedures bij de verschillende specialismen moeten veranderen. Dit moet gebeuren aan de hand van de in hoofdstuk 5 benoemde interventies. Op deze manier zullen de werkwijzen van de snijdende zorgeenheden en specialismen long, neurologie en interne geneeskunde meer vergelijkbaar zijn. Hierdoor wordt meer duidelijkheid geschept. Door het vergroten van het inzicht in de opnamecapaciteit zal deze capaciteit beter benut kunnen worden, waardoor patiënten minder lang hoeven te wachten voordat ze opgenomen kunnen worden. Dit zal tot meer patiënttevredenheid leiden, wat het uiteindelijke doel van het ziekenhuis is.

6.2 Aanbevelingen

Extra aanbevelingen ten behoeve van de verbetering van de opnameplanning zijn als volgt:

- Ordering prioriteiten beschouwende specialismen: We bevelen aan om een onderzoek te doen naar een eigen ordening van prioriteiten binnen de beschouwende specialismen. Om opnames te ordenen op basis van prioriteiten zoals het nu gebeurt (spoed: binnen 24 uur, urgent: binnen 2 weken, electief: na 2 weken) is niet effectief, omdat grotendeels alle opnames van de beschouwende specialismen spoed of urgent zijn. Alleen een ordening van prioriteiten (binnen 24 uur, binnen één week, binnen 2 weken) lijkt me effectiever, om nog meer inzicht binnen deze opnames te verkrijgen binnen de wachtlijst.
- Anders sorteren wachtlijst: Onderzoeken of het mogelijk is om binnen de wachtlijst te sorteren op datum opname met bijbehorende patiënt en dan alle aankomende afspraken voor deze patiënt onder elkaar te zetten. Dan hoeft diegene die de opnamegegevens doorgeeft aan de patiënt dit niet meerdere malen te doen, maar kan dit in één keer tegelijk.

Bronvermelding

Literatuur

Aartsen, E. (2010). Logistieke uitdaging of utopie: Het verbeteren van de patiëntenin- door- en uitstroom binnen de GGZ. Verkregen via Erasmus Universiteit Rotterdam.

Anjard, R.P. (1995). Process mapping: one of three, new, special quality tools for management, quality and all other professionals. In: Microelectronics Reliability, 36 (2), 223 – 225.

Frank, T. (2006). Optimale capaciteitsbenutting van de polikliniek. Verkregen via de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Groot, P.M.A. (1993). Admission scheduling in acute care hospitals. In: International Journal of Operations & Production Management, 863 – 878.

Hoom, J.W. et al (1991). *Structureren en beheersing van zorgprocessen*. Lochem: De Tijdstroom.

Kinsella, R. (2003). Acute hospital waiting lists: Analysis, Evaluation and recommendations. In: Irish Journal of Management, 79 – 104.

Kusters, R.J. (1988). Opnameplanning in ziekenhuizen. Verkregen via Universiteit Eindhoven.

Merriënboer van, H. (2001). Verbeteren van patiëntenlogistiek een logische keuze voor ziekenhuisorganisaties. Verkregen via Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie & Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (2010). Richtlijn Het preoperatieve traject. Utrecht.

Verhelst, A. (2009). Opnameplanning in ziekenhuizen: 10 jaar later. Verkregen via Universiteit Gent.

Vissers, J.M.H. (1999). Logistieke processen in zorgbedrijven. In: Elsevier/De Tijdstroom, 1999, 149-165.

Vissers et al. (2005). *Health operations management*. New York: Routledge.

Wang, W. et al (2006). A comparison of business process modelling methods. In: Service Operations and Logistics, and Informatics, 2006, 1136 – 1141.

Weske, M. (2007). *Business process management*. Berlijn: Springer.

Websites

Gelre kengetallen (2012)

http://www.gelreziekenhuizen.nl/Internet_Channel/46/Kengetallen.html

Gelre missie (2012) http://www.gelreziekenhuizen.nl/Internet_Channel/20178/Missie.html

Treeknorm (2012) www.treeknorm.nl

Zorgdomein (2012) www.zorgdomein.nl

Personen

Bredenhoff, E. (2012)

Esschert van den, A. (2012)

Postema, W. (2012)

Bijlagen

Bijlage 1 Tijdsplanning

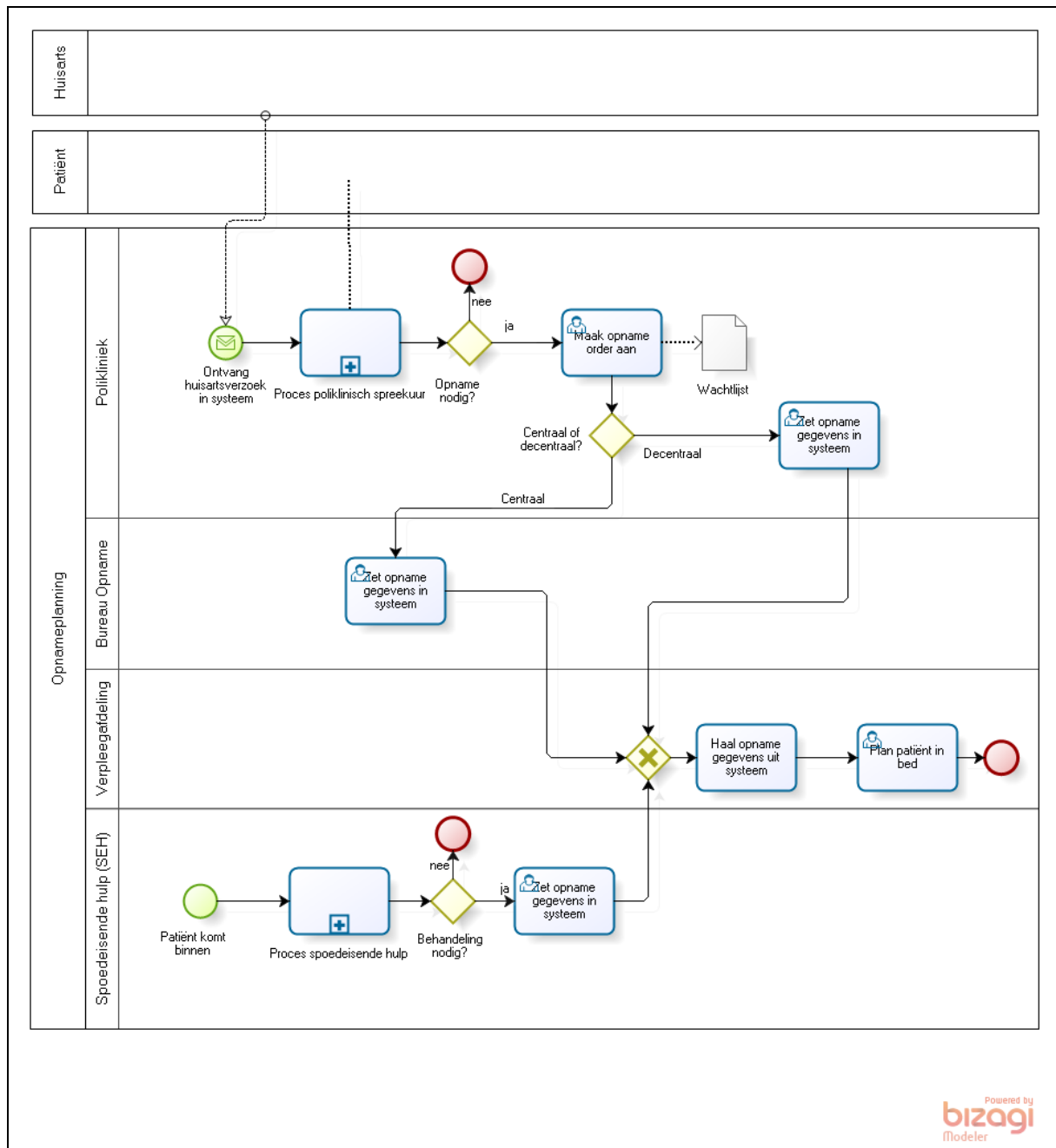
Planning

Onderzoeksdeel	Geplande tijd
Plan van aanpak	2 weken (Week 17 + Week 18)
Literatuuronderzoek (opname)processen	1,5 week (Week 19 + Halve week 20)
Onderzoek opnameplanning Gelre	2 weken (Halve week 20 + Week 21 + Halve week 22)
Analyse onderzoek	2,5 week (Halve week 22 + Week 23 + Week 24)
Interventies	1 week (Week 25)
Conclusies en aanbevelingen	0,5 week (Halve week 26)
Afronden en controleren rapport	0,5 week (Halve week 26)
Totaal	10 weken

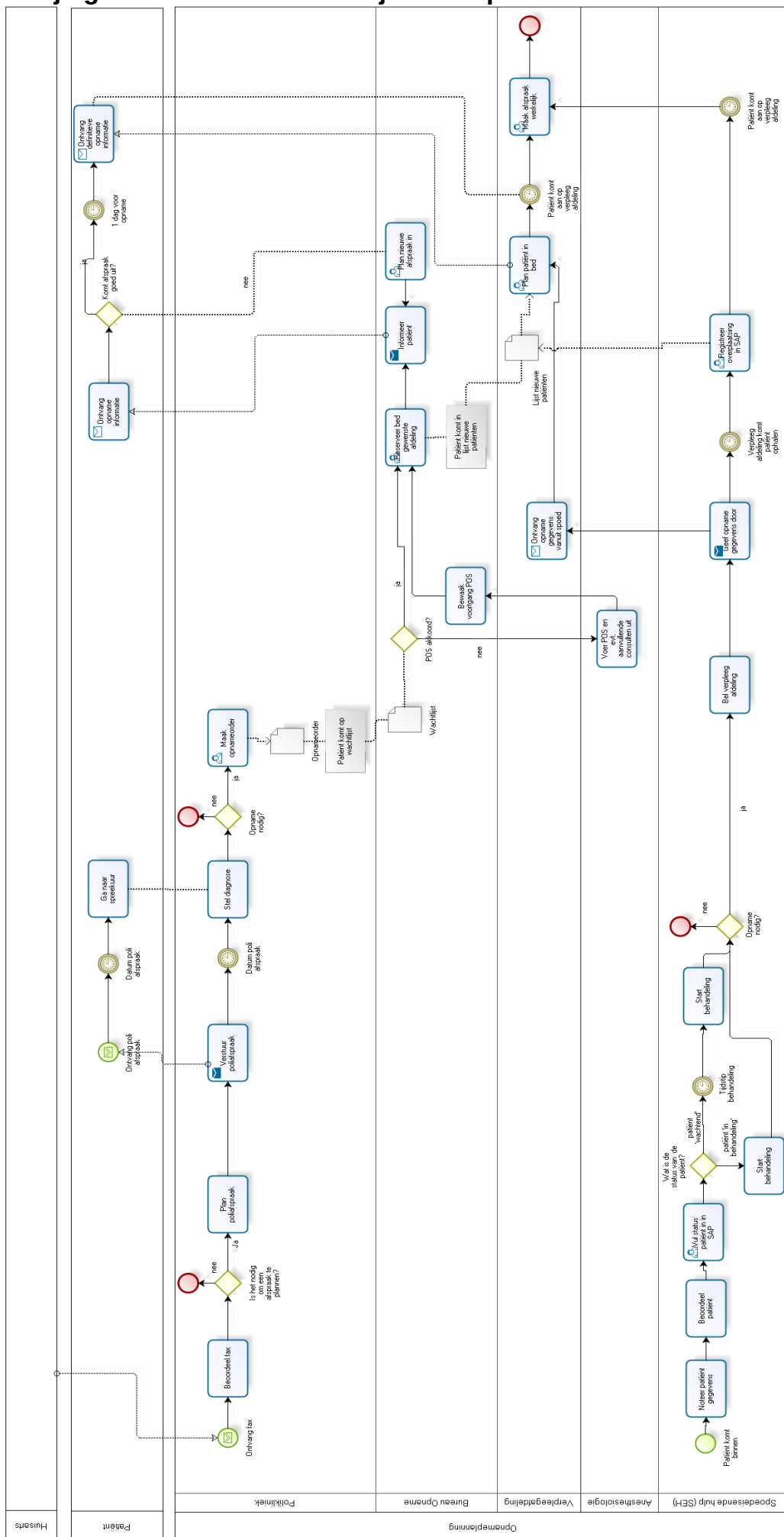
Werkelijk

Onderzoeksdeel	Werkelijke tijd
Plan van aanpak	2 weken (Week 17 + Week 18)
Literatuuronderzoek (opname)processen	1,5 week (Week 19 + Halve week 20)
Onderzoek opnameplanning Gelre	2 weken (Halve week 20 + Week 21 + Halve week 22)
Analyse onderzoek	3 week (Halve week 22 + Week 23 + Week 24 + Halve week 25))
Interventies	1,5 week (Halve week 25 + Week 26)
Conclusies en aanbevelingen	0,5 week (Halve week 27)
Afronden en controleren rapport	0,5 week (Halve week 27)
Totaal	11 weken

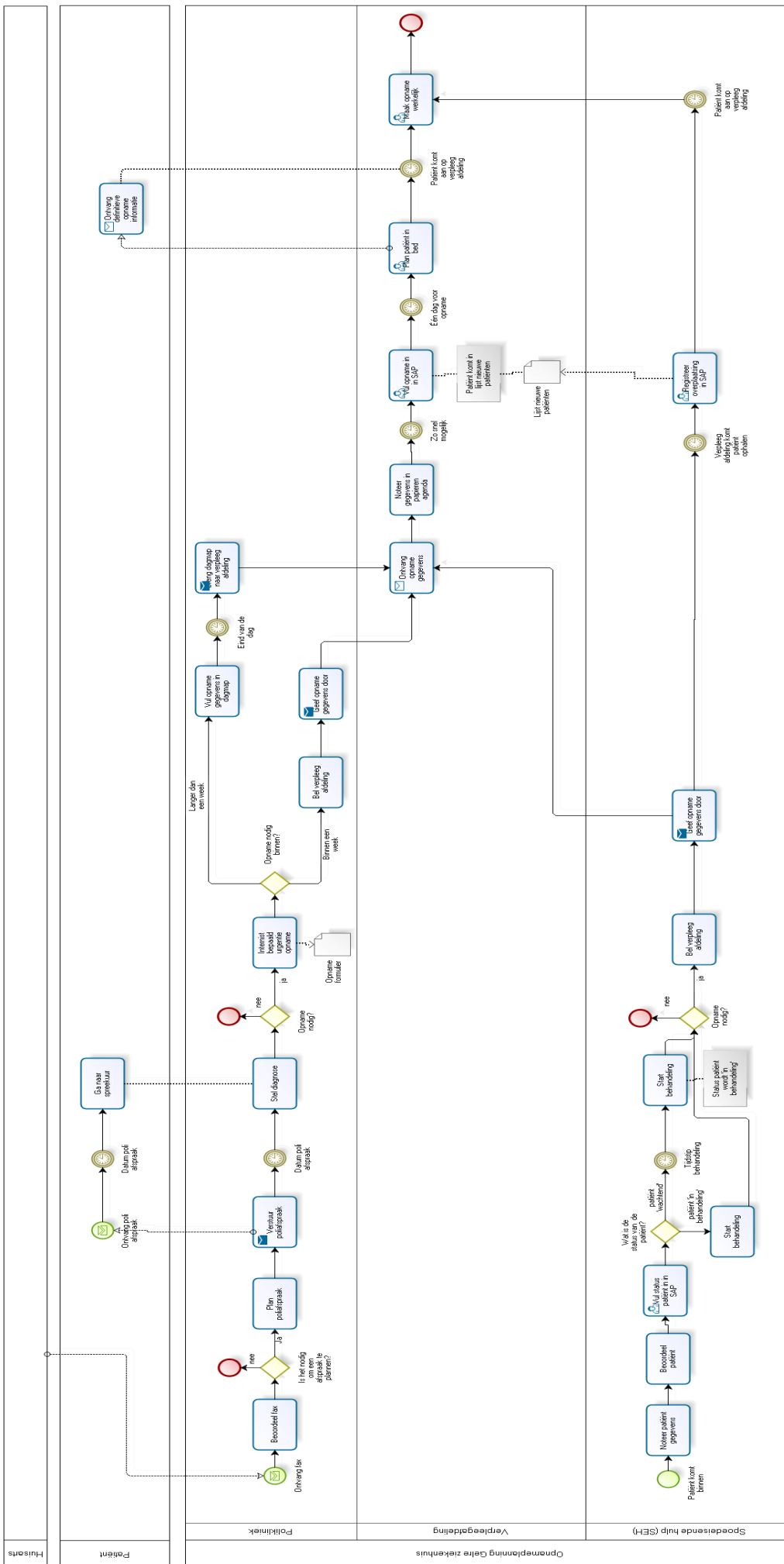
Bijlage 2 Algemeen ontwerp processchema



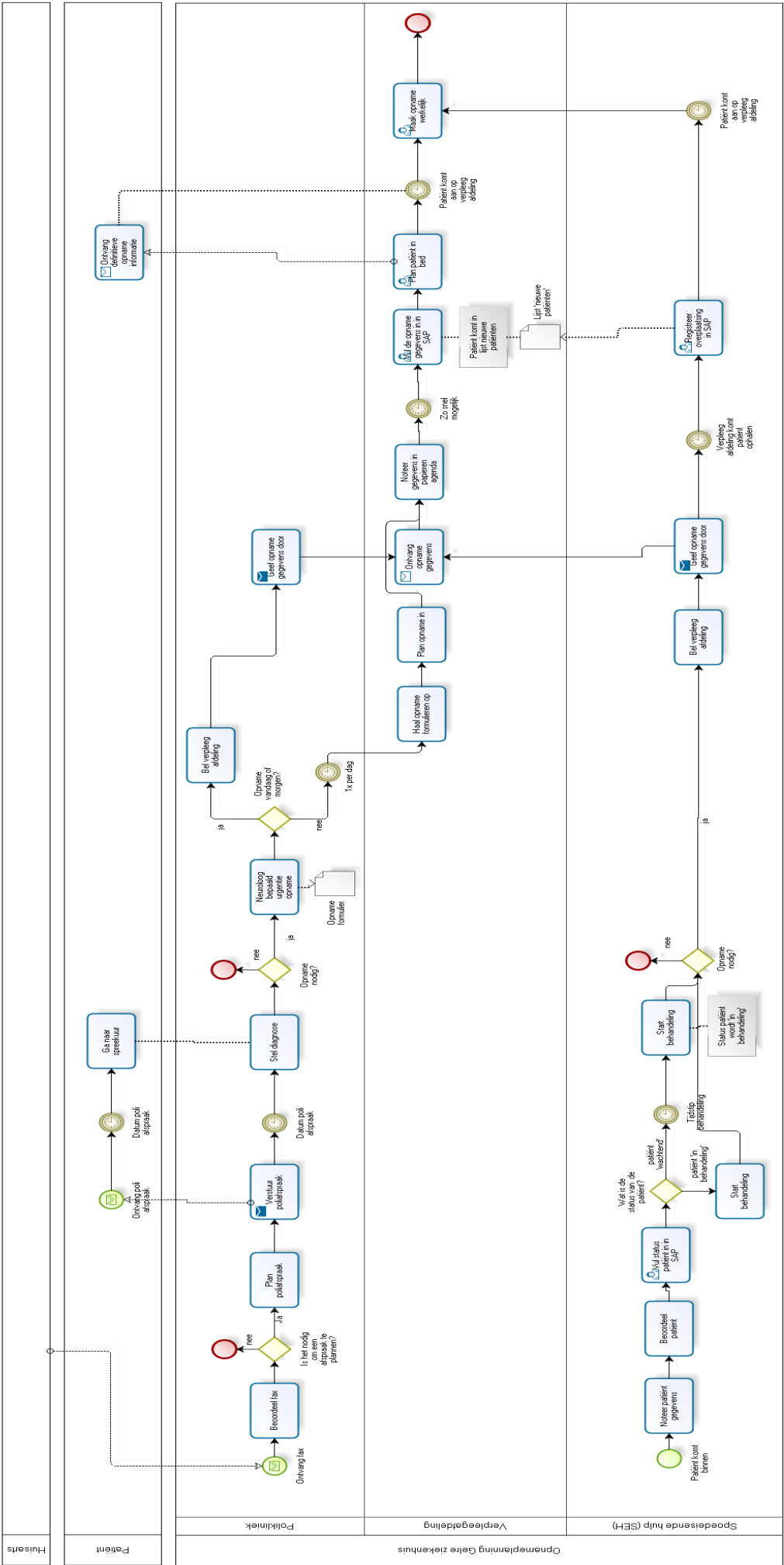
Powered by
bizagi
Modeler



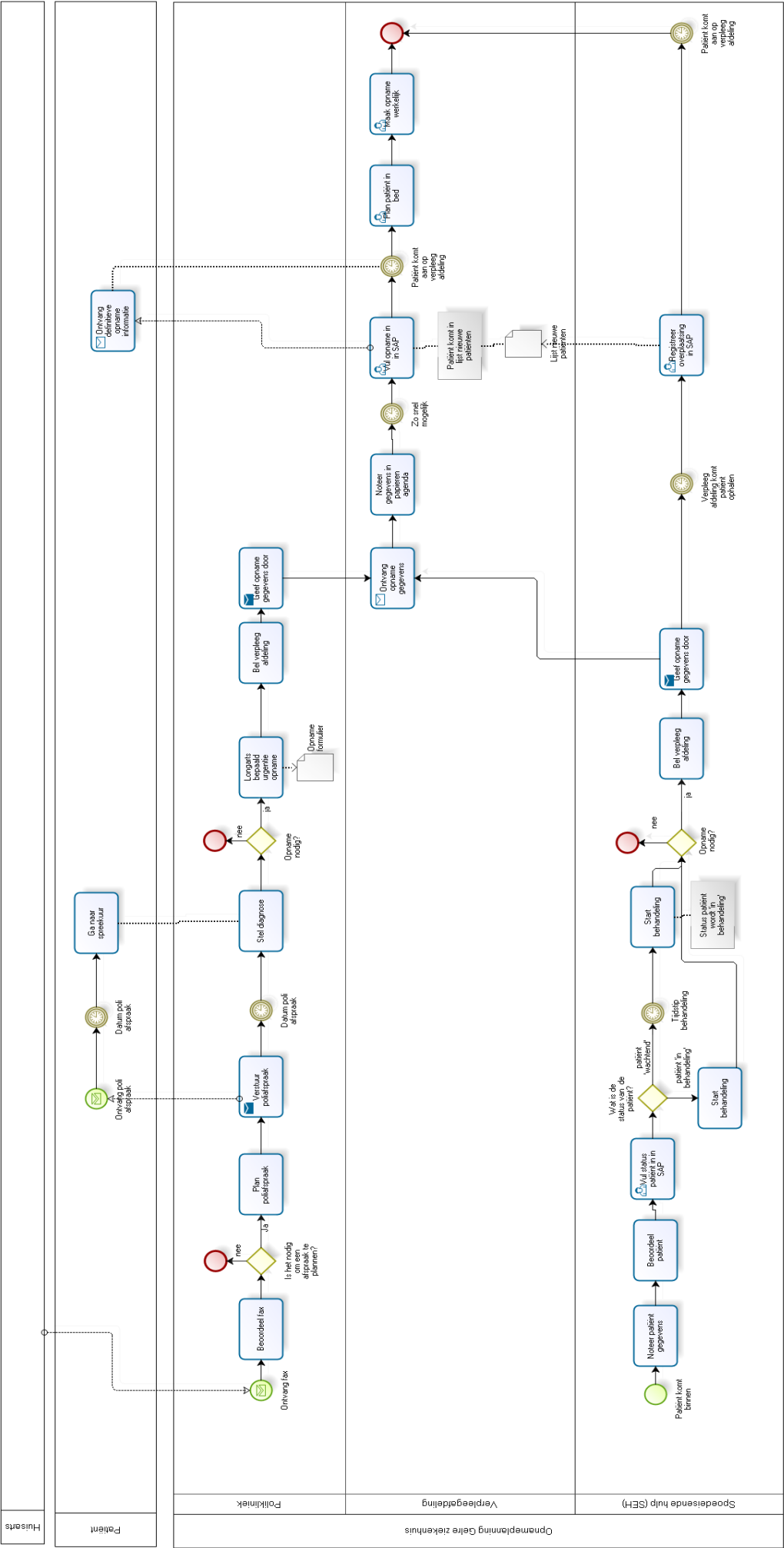
Bijlage 4 Processchema Interne geneeskunde



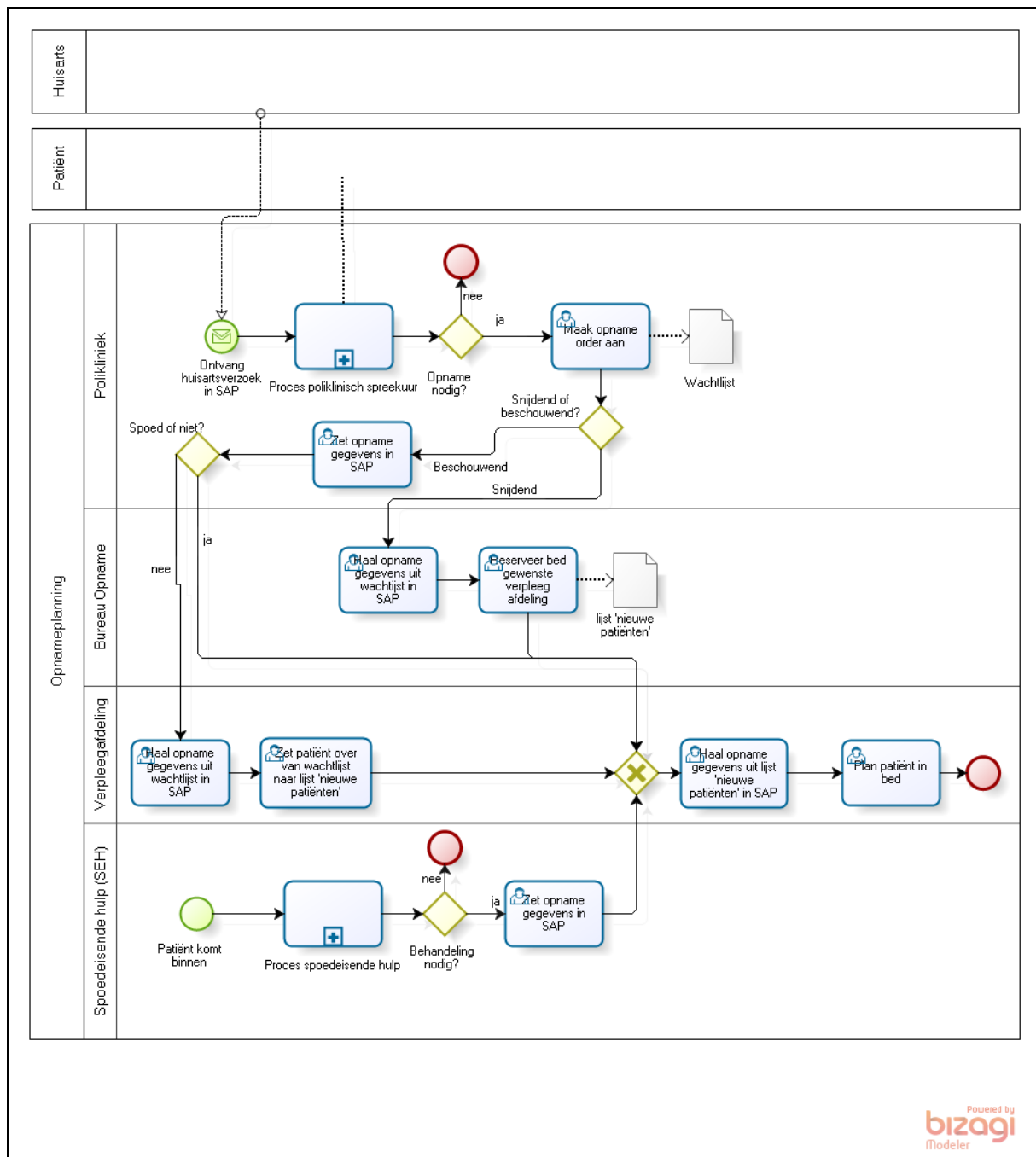
Bijlage 5 Processchema Neurologie



Bijlage 6 Processchema Long

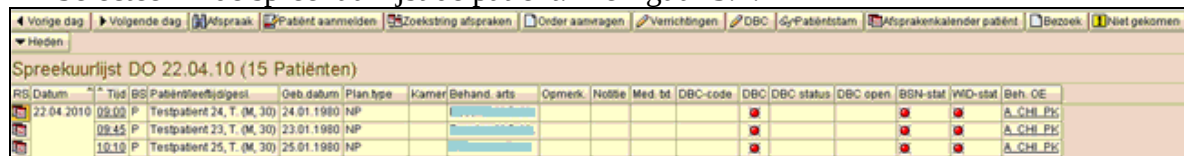


Bijlage 7 Gewenst ontwerp processchema Gelre



Bijlage 8 Stappenplan gebruik wachtlijst

- Selecteer in de spreekuurlijst de patiënt. Zie figuur 5.1.

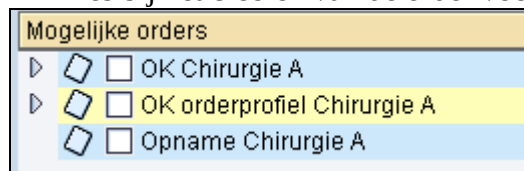


Spreekuurlijst DO 22.04.10 (15 Patiënten)

RS	Datum	Tijd	BS	Patiëntnaam/afdeling	Geb. datum	Plan type	Kamer	Behand. arts	Opmerk.	Notitie	Med. bt	DBC-code	DBC	DBC status	DBC open	BSN-stat	WID-stat	Beh. OE
	22.04.2010	09.00	P	Testpatient 24, T. (M, 30)	24.01.1980	NP												A_CHL_Pk
	09.45	P		Testpatient 23, T. (M, 30)	23.01.1980	NP												A_CHL_Pk
	10.15	P		Testpatient 25, T. (M, 30)	25.01.1980	NP												A_CHL_Pk

Figuur 5.1

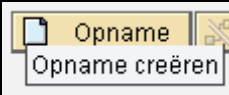
- Klik op Order aanvragen.
- Kies bij het creëren van de order voor Opname. Zie figuur 5.2.



Mogelijke orders

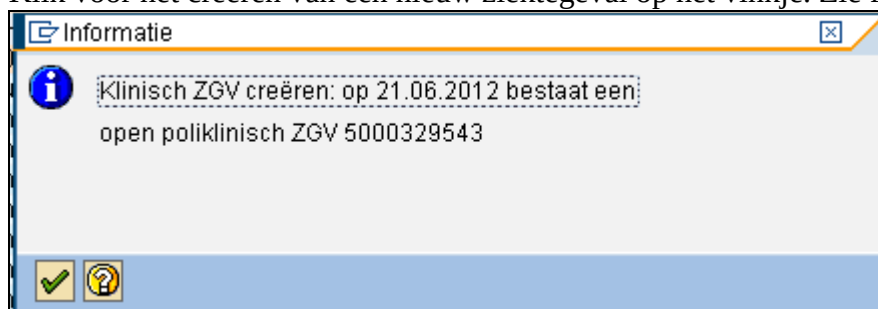
- ☐ OK Chirurgie A
- ☐ OK orderprofiel Chirurgie A
- ☐ Opname Chirurgie A

Figuur 5.2

- Klik op  voor het creëren van de opname. Zie figuur 5.3.

Figuur 5.3

- Klik nogmaals op Opname
- Klik voor het creëren van een nieuw ziektegeval op het vinkje. Zie figuur 5.4.



Informatie

i Klinisch ZGV creëren: op 21.06.2012 bestaat een open poliklinisch ZGV 5000329543

☒ ☐

Figuur 5.4

- Vul de benodigde opnamegegevens in. Zie figuur 5.5.

Opnamegegevens			
Soort ZGV	Klinisch		
Soort opname			
Datum	21.06.2012	Tijd	13:38:35
Status	Werkelijk		
Behandelcat.			
Geplande duur	Dag(en)		
Herkomst		Instelling	
Opmerking			
Oorspronkelijke toewijzing			
Verpl. OE	☒	Spec. OE	A CHI
Kamer		Bed	
		Chirurgie A	
			Status: Werkelijk
Behandelende artsen			
Opname-arts			
Beh. arts	☒	Ontslag arts	
Verwijsregistratie			
Type verwijzing			
Specialisme			
Ziekenhuis			
(Huis)arts			

Figuur 5.5

- Verander de status van de opnamegegevens van Werkelijk naar

Status	Gepland
--------	---------

.
- Klik op de knop  om de order op te slaan.