

AANBEVELINGEN TEN  
AANZIEN VAN DE PLANNING  
OM DE OORZAKEN VAN DE  
WERKDRIK TE VERMINDEREN  
OP DE FB DAGBEHANDELING  
VAN MST.

J. van Amersfort

L. M. A. Vankan

GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN  
April 2011 - Juli 2011

AANBEVELINGEN TEN AANZIEN VAN DE PLANNING OM DE OORZAKEN VAN DE  
WERKDRIK TE VERMINDEREN OP DE FB DAGBEHANDELING VAN MST.

*Onderzoek ter afronding van de bacheloropleiding Gezondheidswetenschappen aan de  
Universiteit Twente.*

**EXAMENCOMMISSIE:**

UNIVERSITEIT TWENTE

dr. ir. M.R.K. Mes

W.A.M. van Lent, Msc.

MEDISCH SPECTRUM TWENTE

L. Kroes, Msc.

W. Eekers

Joy van Amersfort                      s0205176  
Lara Vankan                                s0192031  
Studenten Gezondheidswetenschappen  
Faculteit Management en Bestuur  
Universiteit Twente, Enschede



**UNIVERSITEIT TWENTE.**

## Voorwoord

Dit onderzoek is de uitwerking van onze bacheloropdracht. Een opdracht om onze drie- jarige carrière als bachelorstudenten Gezondheidswetenschappen af te ronden. April jongstleden hebben wij het onszelf niet gemakkelijk gemaakt door niet te kiezen voor een bacheloropdracht die reeds beschikbaar was. Wij wilden graag een opdracht waar wij in de praktijk mee aan de slag konden op het gebied van procesoptimalisatie. Via via zijn wij bij MST terecht gekomen bij Leslie Kroes en Wilfred Eekers. Beiden hebben ons de afgelopen weken goed begeleid. Leslie, de tijd die je steeds voor ons nam heeft ervoor gezorgd dat wij beter gevormd zijn als toekomstige gezondheidswetenschapsters en heeft ons onderzoek een extra dimensie gegeven. Wilfred, om antwoord te geven op de vraag je die ons ooit stelde; nee, in Enschede klooiën jullie niet aan. De verpleegkundigen van de Fb dagbehandeling vormen een gezellig team dat weet waar ze mee bezig zijn en daar mag je terecht trots op zijn. Wij willen jullie graag alle twee bedanken voor de vrijheid en het vertrouwen dat wij van jullie hebben gekregen om met een frisse blik te kijken naar de Fb dagbehandeling. De verpleegkundigen, secretaresses, afdelingsassistenten en de nurse practitioner van de Fb dagbehandeling willen wij bedanken voor hun medewerking.

Om onze hoofdvraag te kunnen antwoorden hebben wij de, voor ons meest interessante, vakken van de afgelopen drie jaar kunnen toepassen. Hiervoor hebben wij als gezondheidswetenschapper mogen werken en daarmee een beter beeld van de praktijk gekregen. Wij willen daarvoor vooral alle personen die ons in andere ziekenhuizen te woord hebben gestaan bedanken.

Met voor ons twee vrijwel onbekende begeleiders vanuit Universiteit Twente, was het voor ons aftasten. De grote zelfstandigheid die we kregen werkte voor ons prettig en heeft er in onze ogen toe geleid dat we veel geleerd hebben. Meneer Mes, uw concrete feedback, snelle reacties en duidelijke antwoorden hebben ervoor gezorgd dat ons verslag een meer academische richting kreeg. Wij willen u dan ook hartelijk bedanken voor de manier waarop u uw taak als eerste begeleider vervuld heeft.

Mevrouw Van Lent, toen u aanvankelijk nee had gezegd om onze tweede begeleider te worden waren wij teleurgesteld. Gelukkig bent u van mening veranderd en zijn wij blij dat u uw ervaring, kennis en kunde met ons gedeeld heeft. Bedankt hiervoor.

De extra moeite die het ons gekost heeft om deze opdracht te vinden was meer dan de moeite waard en heeft ons een stap dichterbij ons doel gebracht.

Enschede, juli 2011

Joy van Amersfort en Lara Vankan

## Samenvatting

De Fb dagbehandeling is een dagbehandelingsafdeling in MST waar patiënten komen van de specialismen interne geneeskunde en maag darm lever ziekten. Van maandag tot en met vrijdag, tussen 8:15h en 17:15h worden patiënten behandeld.

Er is sprake van een toename van de vraag, het aantal patiënten dat komt voor een behandeling, terwijl de capaciteit gelijk blijft. De capaciteit bestaat uit behandelplaatsen en medewerkers. Er zijn zestien behandelplaatsen, waarvan 14 bedden en twee stoelen. In een van de kamers staan zeven stoelen waarvan er twee bestemd zijn als behandelplaats. De medewerkers bestaan uit twee secretaresses, twee afdelingsassistenten, elf verpleegkundigen, een verpleegkundige in opleiding en een nurse practitioner.

De gehanteerde hoofdvraag is: *Welke aanbevelingen kunnen er gedaan worden ten aanzien van de planning om de oorzaken van de werkdruk op de Fb dagbehandeling te verminderen?*

Er zijn verschillende deelvragen geformuleerd om de hoofdvraag te beantwoorden. Elke deelvraag heeft een eigen onderzoeksmethode, variërend van literatuuronderzoek tot observaties en interviews. Tevens zijn bezoeken gebracht aan enkele vergelijkbare ziekenhuizen.

Door de subjectieve aard van ervaren werkdruk kunnen de verpleegkundigen negatieve of positieve werkdruk ervaren. Er zijn verschillende oorzaken voor werkdruk op de Fb dagbehandeling. De meeste oorzaken liggen buiten het beïnvloedbare gebied van de verpleegkundigen. Deze oorzaken zijn vooral in te delen in het cluster *onvoldoende behandelkamers beschikbaar*. Dit komt vooral voor tussen 10:00h en 12:00h en kan gezien worden als piekbelasting. Gedurende deze tijd, wordt er gebruik gemaakt van extra capaciteit. Uit analyse blijkt dat bij een andere planning de extra capaciteit niet nodig is.

Om de werkdruk te verminderen worden enkele aanbevelingen gedaan. De belangrijkste zijn:

- Afspraken plannen vanaf 8:15h.
- Maximum aantal patiënten per tijdstip inplannen.
- Voorkeur van patiënten minder leidend bij het maken van de planning.
- In de planning bedden vrijhouden voor uitloop, ongeplande patiënten, complicaties en spoedgevallen.
- Plannen op basis van protocoltijd plus marge.
- Extra administratieve kracht aannemen die zich richt op de planning.
- Centrale registratie van reacties.

## Summary

The Fb day treatment is a hospital department in MST where patients come from the specialism's internal medicine and gastroenterology. Between 8:15h and 17:15h patients are treated. There is an increase of demand, the number of patients that comes for a treatment, while the capacity remains the same. The capacity consists of treatment places and employees. There are 16 treatment places of which 14 are beds and two are chairs. In one of the rooms there are seven chairs of which two are destined as treatment place. The employees consist of two secretaries, two department-assistants, 11 nurses, a nurse in training and a nurse practitioner.

The applied research question is: Which recommendations can be done with regard to the planning to reduce the causes of workload on the Fb day treatment?

Different sub questions are formulated to answer the research question. Each sub question has its own method, varying from literature research to observations and interviews. There also have been visits to several other comparable hospitals.

Because of the subjective nature of the perceived workload the nurses can experience positive or negative workload. There are different causes of workload on the Fb day treatment. Most causes lay outside of the influence able area of the nurses. These causes are mainly categorized in the cluster insufficient treatment rooms available. This occurs primarily between 10:00h and 12:00h and can be seen as peak load. During this time, extra capacity is used. From analysis is found that the use of extra capacity is unnecessary when another planning is used.

Several recommendations are made to reduce the workload. The most important are:

- Plan appointments from 8:15h.
- Plan a maximum number of patients per time.
- Patient preference should be less leading while planning.
- In the planning beds should be empty for delays, unplanned patients, complications and emergency cases.
- Planning based on protocol time plus a margin.
- Hire an extra administrative employee that focuses on the planning.
- Central registration of reactions on treatments.

## Inhoudsopgave

|                                                                                                               |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Inleiding</b>                                                                                           | <b>1</b>  |
| 1.1 Methodes van onderzoek                                                                                    | 2         |
| 1.1.1 Analyse van de Fb dagbehandeling                                                                        | 2         |
| 1.1.2 Analyse van de huidige planning op de Fb dagbehandeling                                                 | 3         |
| 1.1.3. Analyse van mogelijke oorzaken van werkdruk op de Fb dagbehandeling                                    | 3         |
| 1.1.3.1 Theoretisch kader                                                                                     | 4         |
| 1.1.3.2 Analyse van de perceptie van de medewerkers van de Fb dagbehandeling over de oorzaken van de werkdruk | 7         |
| 1.1.3.3 Analyse van historische data                                                                          | 7         |
| 1.1.4. Analyse van de dagbehandelingsafdeling in andere ziekenhuizen                                          | 9         |
| <b>2. De organisatie van de Fb dagbehandeling</b>                                                             | <b>10</b> |
| 2.1 Personeel en behandelplaatsen                                                                             | 10        |
| 2.2 Indeling                                                                                                  | 12        |
| 2.3 Behandelingen en verrichtingen                                                                            | 12        |
| 2.4 Samenvattend                                                                                              | 14        |
| <b>3. Planning op de Fb dagbehandeling</b>                                                                    | <b>15</b> |
| 3.1 Tijdsplanning                                                                                             | 15        |
| 3.2 Toewijzing                                                                                                | 17        |
| 3.3 Uitvoering                                                                                                | 17        |
| 3.4 Samenvattend                                                                                              | 20        |
| <b>4. Mogelijke oorzaken van werkdruk op de Fb dagbehandeling</b>                                             | <b>22</b> |
| 4.1 Perceptie van de medewerkers van de Fb dagbehandeling over (mogelijke oorzaken van) werkdruk              | 22        |
| 4.2 Werkdruk analyse op basis van historische data                                                            | 28        |
| 4.3 Samenvattend                                                                                              | 35        |
| <b>5. De dagbehandelingsafdeling in bezochte ziekenhuizen</b>                                                 | <b>36</b> |
| 5.1 Canisius Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen                                                                | 36        |
| 5.2 Nederlands Kanker Instituut te Amsterdam                                                                  | 38        |
| 5.3 Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam                                                                   | 40        |
| 5.4 Catharina ziekenhuis te Eindhoven                                                                         | 41        |
| 5.5 Overeenkomsten en verschillen bezochte ziekenhuizen                                                       | 43        |
| 5.6 Samenvattend                                                                                              | 45        |

|           |                                                             |           |
|-----------|-------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>6.</b> | <b>Conclusies en aanbevelingen.....</b>                     | <b>47</b> |
| 6.1       | Samenvatting met conclusies .....                           | 47        |
| 6.2       | Aanbevelingen .....                                         | 49        |
| <br>      |                                                             |           |
| <b>7.</b> | <b>Discussie .....</b>                                      | <b>52</b> |
| <br>      |                                                             |           |
| <b>8.</b> | <b>Literatuurlijst.....</b>                                 | <b>54</b> |
| <br>      |                                                             |           |
| <b>9.</b> | <b>Bijlagen.....</b>                                        | <b>56</b> |
| 9.1       | Bijlage 1: Logboek .....                                    | 56        |
| 9.2       | Bijlage 2: Zoekstrategie.....                               | 59        |
| 9.3       | Bijlage 3: Vragen en stellingen voor verpleegkundigen ..... | 61        |
| 9.4       | Bijlage 4: Bedbezetting op een willekeurige dag.....        | 66        |
| 9.5       | Bijlage 5: Doelen en vragen voor andere ziekenhuizen .....  | 67        |

## 1. Inleiding

Aanleiding voor dit onderzoek vormt de sterke toename van het aantal behandelingen in de afgelopen jaren op de dagbehandelingsafdeling van de interne geneeskunde en maag darm lever ziekten (MDL) binnen Medisch Spectrum Twente (MST). Dit onderzoek richt zich op de Fb dagbehandeling. 'Fb' verwijst naar de locatie binnen het ziekenhuis. Go et al. (1) geven voor dagbehandeling in *Dagbehandeling in Nederland* de volgende definitie: *"Dagbehandeling is een opname in een zorginstelling voor een diagnostische of therapeutische behandeling door een medisch specialist, waarbij ontslag op dezelfde dag plaatsvindt na een behandeling/ herstelperiode onder (para)medische begeleiding."* Hierbij kan de medisch specialist vaak alleen de opdracht gegeven hebben. Kernpunten van een dagbehandeling zijn: het zorgproces rondom de patiënt staat centraal en niet het specialisme of de afdeling, optimale planning en logistiek proces, goede informatievoorziening, continuïteit van zorg en duidelijkheid in behandel- en verpleegstructuur.

Uit berekeningen van de kwaliteitsfunctionaris van MST en het teamhoofd van de Fb dagbehandeling blijkt dat in theorie voldoende capaciteit en netto werkuren beschikbaar zijn om aan de vraag te kunnen voldoen (2). In de praktijk wordt echter druk ervaren op de capaciteit, welke bestaat uit personeel en behandelplaatsen, bedden en stoelen. Het personeel ervaart een toenemende werkdruk en het aantal patiënten dat per dag moet worden behandeld, neemt toe.

Het doel van dit onderzoek is met een frisse blik te kijken naar de Fb dagbehandeling om daarmee aanbevelingen te kunnen doen om de planning te verbeteren en daarmee het gevoel van de toegenomen werkdruk te verminderen. Om tot goede aanbevelingen te komen, zal dit onderzoek worden opgebouwd uit verschillende delen. Eerst zal een beschrijving plaatsvinden van de capaciteit en de capaciteitsbenutting op de afdeling. Zo kan in kaart gebracht worden hoe de huidige planning verloopt en waarom op deze wijze gepland wordt. Daarna komt het concept werkdruk aan bod. Naast een beschrijving van het begrip zal er gekeken worden naar mogelijke oorzaken die leiden tot (het gevoel van) een hogere werkdruk. Daarbij worden de ervaringen van het personeel meegenomen. Om aanbevelingen te kunnen doen ter verbetering van de werkwijze van de Fb dagbehandeling, zullen er bezoeken aan andere topklinische ziekenhuizen worden gebracht. Om het doel te bereiken is de volgende hoofdvraag geformuleerd:

*Welke aanbevelingen kunnen er gedaan worden ten aanzien van de planning om de oorzaken van de werkdruk op de Fb dagbehandeling te verminderen?*

Om de hoofdvraag te beantwoorden zal er gewerkt worden met verschillende deelvragen. Deze deelvragen hebben elk een andere onderzoeksmethode (zie paragraaf 1.1). De deelvragen zijn:

1. Hoe is de Fb dagbehandeling georganiseerd?
2. Hoe komt de planning op de Fb dagbehandeling tot stand?
3. Wat zijn op de Fb dagbehandeling de mogelijke oorzaken van werkdruk?
4. Hoe hebben andere ziekenhuizen de dagbehandelingsafdeling ingedeeld?



## **1.1 Methodes van onderzoek**

De verschillende onderzoeksmethodes zullen per deelvraag worden beschreven. In het begin van de onderzoeksperiode zal vooral de notitie, geschreven door de kwaliteitsfunctionaris, een belangrijke informatiebron zijn. Dit onderzoek gaat verder dan deze notitie. Van juli 2010 tot mei 2011 heeft de Fb dagbehandeling zelf een dataset gecreëerd. Deze zal voor het gehele onderzoek dienen als onderbouwing maar wordt voornamelijk gebruikt bij de beantwoording van de derde deelvraag.

Gedurende de onderzoeksperiode, zal de scope van het onderzoek zich beperken tot de Fb dagbehandeling en worden verhuis- en combinatie mogelijkheden met andere afdelingen buiten beschouwing gelaten (3).

### **1.1.1 Analyse van de Fb dagbehandeling**

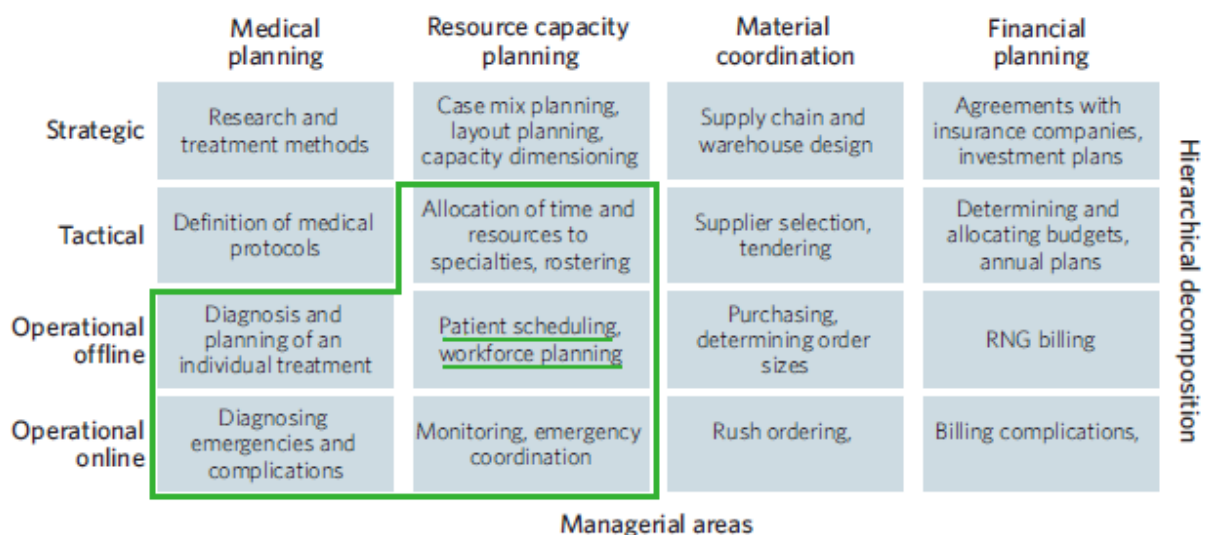
De onderzoeksperiode zal gestart worden met het maken van een duidelijke beschrijving van de afdeling om daarmee antwoord te vinden op de eerste deelvraag. Er wordt getracht om objectief te kijken. Om het probleem duidelijk te krijgen, hebben de onderzoekers vooraf gesproken met de kwaliteitsfunctionaris en het teamhoofd. De onderzoekers zullen verschillende bezoeken brengen aan de afdeling (zie bijlage 1). Tijdens deze bezoeken zullen zij op de Fb dagbehandeling aanwezig zijn en observeren. Observeren wordt door Maso en Smaling (4) beschreven als het systematisch, zorgvuldig en aandachtig gadeslaan van gedragingen waarin de onderzoekers zijn geïnteresseerd. Voor dit onderzoek gaan de onderzoekers met een neutrale blik kijken op de afdeling en maken kennis met het personeel, ze nemen een non-participerende rol in (5). Bij het observeren zal geprobeerd worden om zoveel mogelijk factoren die invloed hebben op de planning en op de werkdruk mee te nemen in de aantekeningen. Voor het maken van aantekeningen is geen richtlijn gehanteerd. Behandelingen van patiënten zullen niet worden geobserveerd. De wijze van behandeling is niet relevant voor dit onderzoek en observatie hiervan zou daarmee de privacy van patiënten schenden. Speciale aandacht zal er zijn voor de activiteiten die de medewerkers uitvoeren en voor de planning. Bij de activiteiten zal gekeken worden welke activiteiten op welk tijdstip plaatsvinden en er zal geprobeerd worden te achterhalen waarom deze activiteiten gedaan worden. De reden voor deze observatie is om te bekijken of er eventuele overbodige of dubbele handelingen gedaan worden. Naar de planning wordt gekeken om daarmee een duidelijk beeld te verkrijgen over hoe de planning tot stand komt en met welke factoren daarbij rekening gehouden wordt. Door te observeren kan er mogelijk beoordeeld worden of de planning die op papier gemaakt wordt, in de praktijk gehandhaafd wordt. De informatie die hierbij gewonnen wordt, zal gebruikt kunnen worden bij de beantwoording van de tweede deelvraag. Vragen en onduidelijkheden kunnen door medewerkers beantwoord worden. Zij weten waarom de onderzoekers op de afdeling aanwezig zijn.

### **1.1.2 Analyse van de huidige planning op de Fb dagbehandeling**

Om erachter te komen hoe de planning op de Fb dagbehandeling tot stand komt, zal er tijdens het observeren gesproken worden met de verpleegkundigen maar vooral met de secretaresse, omdat zij de planning maakt.

Hiervoor zijn vooraf geen vragen opgesteld. Zaken die nog onduidelijk blijven, kunnen later in een gesprek worden nagevraagd. Dit gesprek dient tevens als controle om te bekijken of de informatie juist geïnterpreteerd is.

De planning van de afspraken van de patiënten en de planning van de medewerkers is een van de onderdelen van *The framework for hospital planning and control* ontwikkeld door Van Houdenhoven et al. (6). De capaciteitsplanning op de Fb dagbehandeling wordt op korte termijn gepland en komt overeen met het managementgebied *Resource capacity planning*. Het gaat om de planning van resources op offline operationeel niveau (zie figuur 1), het inplannen van patiënten en van medewerkers. Op het offline operationeel niveau gaat het om planning op de korte termijn waarbij de te verwachte activiteiten worden opgenomen. Het tactische niveau erboven vormt de basis voor het offline operationeel niveau. Er zijn verschillende raakvlakken met de aangrenzende gebieden. Dit onderzoek richt zich op het offline operationeel en online operationeel niveau. Aan de hand van dit framework zal de totstandkoming van de planning op de Fb dagbehandeling worden toegelicht.



Figuur 1: The framework for hospital planning and control, Houdenhoven van, Wullink van, Hans, & Kazemier, 2007.

### 1.1.3 Analyse van mogelijke oorzaken van werkdruk op de Fb dagbehandeling

Om oorzaken van werkdruk te kunnen achterhalen, zal er eerst duidelijk gemaakt moeten worden wat er onder het concept werkdruk wordt verstaan. Daarna zullen de medewerkers hiernaar gevraagd worden. Met de term medewerkers wordt verwezen naar verpleegkundigen en de nurse practitioner die werkzaam zijn op de Fb dagbehandeling. De uitwerking van deze deelvraag zal bestaan uit verschillende delen. Eerst zal er een literatuurstudie gedaan worden om het concept werkdruk uit te leggen (zie bijlage 2 voor de zoekstrategie). Verder zal er gebruik gemaakt worden van catalogi van verschillende bibliotheken voor het vinden van relevante boeken. De informatie die hierbij verkregen wordt, vormt het theoretisch kader. De perceptie van de medewerkers van de Fb dagbehandeling zal apart behandeld worden. Daarna zullen de historische data geanalyseerd worden.

### 1.1.3.1 Theoretisch kader

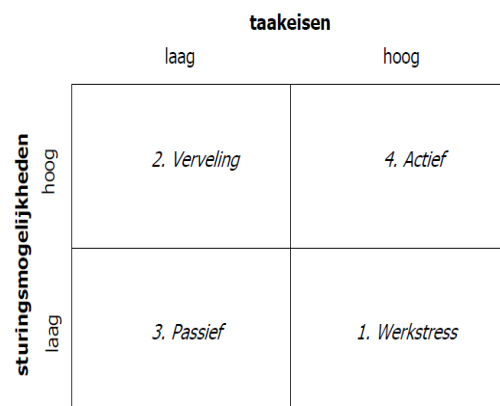
Het concept werkdruk hangt samen met het concept werklast. Volgens Kaaij en de Kruif (7) bestaat werkbelasting uit werkdruk en werklast, waarbij werkdruk de subjectieve kant beslaat en de werklast de objectieve kant. Werkdruk wordt ervaren door het personeel en kan bijvoorbeeld worden gemeten door in kaart te brengen op welke manier het personeel de werksituatie beleeft. Werklast is meetbaar door een werklastmeting, waarbij een inventarisatie van werkzaamheden en de benodigde en/of beschikbare tijd plaatsvindt. Een werklastmeting wordt in dit onderzoek niet uitgevoerd.

De definitie van werkdruk die in dit onderzoek zal worden gehanteerd, is de omschrijving van de Stichting van de Arbeid (2000).

*“Werkdruk is op zichzelf een neutraal begrip en behoeft niet bij voorbaat een negatieve bijklank te hebben. Veel mensen functioneren zelfs het beste als ze enige werkdruk ervaren. Maar het wordt problematisch wanneer a) werkdruk een zodanige vorm aanneemt, dat een werknemer niet meer kan voldoen aan de eisen die het werk stelt en b) de werknemer niets kan of mag ondernemen tegen de oorzaak/oorzaken daarvan. De eisen die het werk stelt, betreffen: de kwantiteit (te leveren hoeveelheid) van het werk, de kwaliteit van het werk en de tijd waarbinnen het werk moet zijn voltooid” (8).*



Figuur 2: Werkdruk balans.



Figuur 3: Demand and Control Model.

Werkdruk kan worden beschouwd als de balans (zie figuur 2) tussen de hoeveelheid werk (de werklast) dat gedaan moet worden binnen een bepaalde tijd, in verhouding tot het draagvermogen van de werknemer (de belastbaarheid). Bij neutrale werkdruk, is er sprake van een evenwichtssituatie. Van Rycken (9) stelt dat hulpverleners een hoge werkdruk ervaren als een van de belangrijkste bronnen van stress op het werk. Een positieve werkdruk heeft als gevolg dat de werknemer het werk als uitdagend ervaart en een hogere productiviteit heeft. Dit wordt onderschreven door het *Demand and Control Model* van Karasek (10). In de matrix in figuur 3 zijn twee aspecten van het werk te zien, enerzijds de hoogte van de taakeisen en anderzijds de eigen

ruimte voor sturingsmogelijkheden. Wanneer de werknemer een hoge mate van sturingsmogelijkheden heeft, gecombineerd met hoge taakeisen dan ontstaat er een *actieve* situatie waarin de werknemer het werk als uitdaging ervaart. Er wordt ruimte gecreëerd voor groei, ontwikkeling en uitdaging (10). Bij lage taakeisen en sturingsmogelijkheden ontstaat er een *passieve* en afwachtende houding.

Wanneer de taakeisen hoog zijn en er weinig sturingsmogelijkheden zijn, dan is er sprake van een situatie waarin werkstress kan ontstaan. Dit geldt ook in de situatie waarin er hoge sturingsmogelijkheden zijn in combinatie met lage taakeisen. De Rooij (11) stelt dat werkstress ontstaat door zowel over- als onderbelasting. Teveel werkstress wordt volgens de auteur gezien als de eerste fase van een langdurig proces dat via overspanning (fase twee) kan overgaan in een burn-out, de laatste fase. Bij overspanning is er sprake van vitale uitputting, waarbij er geen energie meer over is en de werknemer chronisch moe is. Ziekte is het gevolg van overspanning. Wanneer er niet juist op de signalen wordt gereageerd, dan bestaat er een groot risico dat men in de burn-out fase terecht komt. Bij een burn-out trekt de werknemer zich terug uit het werk als reactie op de stress en de spanning bij het uitoefenen van zijn werk (11).

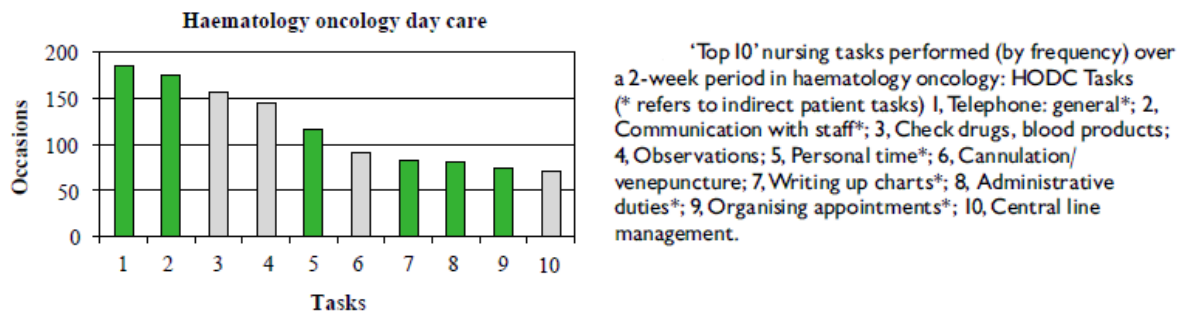
Van den Bent (12) maakt bij het begrip werkdruk onderscheid in werkdruk op verschillende niveaus: de individuele werknemer, het team en de organisatie. De auteur hanteert een model van moeten, mogen, willen en kunnen bij het ontstaan van werkdruk op de drie niveaus binnen een organisatie. Werkdruk gaat volgens Van den Bent over een verstoring van het evenwicht tussen moeten, mogen, willen en kunnen. In tabel 1 zijn de vier elementen van het evenwicht voor elk niveau overzichtelijk weergegeven. Dit onderzoek richt zich vooral op het niveau van de medewerker, waarbij interviews en vragenlijsten worden gebruikt om werkdruk in kaart te brengen (zie 1.1.3.2)

Tabel 1: Moeten, mogen, willen, kunnen door Van den Bent.

|        | Medewerker                                                               | Team                                                                                                                                                                    | Organisatie                                                                                                                                  |
|--------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Moeten | Het werk dat een medewerker moet uitvoeren: kwantitatief en kwalitatief. | Totaal aan werk dat het team moet verrichten en de verantwoordelijkheid die ervoor wordt gedragen. De klantvraag bestaat uit kwantitatieve, kwalitatieve en tijdseisen. | Kwantitatieve, kwalitatieve en tijdsaspecten van de vraag van de klanten en de eisen van stakeholders/shareholders.                          |
| Mogen  | De invloed die de medewerker heeft op het <i>moeten</i> .                | De mate van invloed op het <i>moeten</i> en om met de klantvraag om te gaan.                                                                                            | De mate van invloed op de klantvraag wordt bepaald door de context waarin de organisatie zich bevindt. Bijvoorbeeld de economische situatie. |

|        |                                                                                       |                                                                                              |                                                                          |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Willen | Wat wil de medewerker bereiken op het werk? Wat zijn de ambities en de betrokkenheid? | De doelstellingen: Hoeveel, van wat, op welke manier en wanneer?                             | Missie, visie en doelstellingen.                                         |
| Kunnen | Kennis, vaardigheden en tijd.                                                         | De capaciteiten van het team. Een optelsom van vaardigheden, ervaringen en beschikbare tijd. | Totale optelsom van vaardigheden, ervaringen en tijd van de medewerkers. |

Werkdruk is een thema dat binnen de gezondheidszorg veel aandacht heeft (gehad). Van Dam heeft in 1990 een artikel gepubliceerd over een longitudinale studie van 14 jaar, waarin de dagelijkse werkdruk van verpleegkundigen werd geobserveerd in het NKI- AVL (13). Ten tijde van het onderzoek zag men een toename van de werkbelasting van de oncologische verpleegkundige. De duur van de opname van de patiënt nam af, waardoor behandelingen niet meer gedaan werden in een polikliniek, maar op een dagbehandeling. Hiernaast werd de toename van de werkdruk toegeschreven aan de toename van de toxiciteit van de behandelingen. Patiënten ondervonden meer bijwerkingen en hadden meer begeleiding en zorg nodig. In 2010 hebben De Veer, Spreeuwenberg en Francke (14) in opdracht van NIVEL een rapport uitgebracht over de aantrekkelijkheid van het verpleegkundig en verzorgend beroep. In dit rapport wordt onder andere de werkdruk behandeld, de respons onder verpleegkundigen werkzaam in een ziekenhuis was 72% (123 personen). Uit deze studie blijkt dat de gemiddelde werkdruk tussen 2001 tot 2003 werd verminderd, maar deze trend is niet doorgezet. Vanaf 2005 is de gemiddelde werkdruk toegenomen. De Veer et al. (14) concluderen dat de daling van de tevredenheid over de werkdruk (deels) te maken heeft met de toenemende administratieve werkzaamheden. *“In 2003 was nog 54 procent het eens met de stelling dat de hoeveelheid tijd die besteed werd aan administratief werk redelijk was en dat cliënten daar niet onder te lijden hadden. Dit daalde via 46 procent in 2005, 38 procent in 2007, naar 33 procent in 2009”* (14). Blay et al. (15) hebben de werkdruk onder oncologie en hematologie verpleegkundigen onderzocht door de taken van de verpleegkundigen te observeren en te categoriseren in direct en indirect. Directe taken variëren van het leveren van basiszorg tot het uitvoeren van complexe handelingen. Indirecte taken zijn onder andere administratieve taken en het opmaken van de bedden. Er werd geobserveerd dat er ongeveer 2,5 keer zoveel tijd werd besteed aan indirecte taken. De frequentieverdeling van deze verschillende taken is in figuur 4 te zien (15). Ter illustratie zijn de indirecte taken groen gekleurd.



Figuur 4: Frequentieverdeling.

De auteurs concluderen dat meer dan 60% van de tijd van de verpleegkundigen op deze afdeling wordt besteed aan indirecte taken, waarvan administratieve taken een groot component is. De indirecte taken zijn essentieel wat de behandeling betreft, maar er wordt toch kritisch gekeken naar de effectiviteit.

#### 1.1.3.2 Analyse van de perceptie van de medewerkers van de Fb dagbehandeling over de oorzaken van de werkdruk

Omdat werkdruk een vrij subjectief begrip is, is het van belang om te weten wat de medewerkers van de Fb dagbehandeling zelf verstaan onder werkdruk. Daaraan gekoppeld is de vraag wanneer zij werkdruk ervaren, hoe zij die ervaren en wat zij zien als mogelijk oorzaken van de werkdruk op hun eigen afdeling. Om goed te luisteren naar de meningen en gevoelens van de verpleegkundigen, is er gekozen voor het houden van interviews. De interviews zullen individueel plaatsvinden met drie verpleegkundigen van de afdeling. De selectie van de drie verpleegkundigen is gebaseerd op de lengte van de periode waarin zij werkzaam zijn op de Fb dagbehandeling. Er wordt onderscheid gemaakt tussen lang, middellang en kort om een representatieve dwarsdoorsnede van de verpleegkundigen te verkrijgen. Daarbij wordt getracht een duidelijk signaal af te geven richting het personeel dat er ook naar hen geluisterd wordt. Tijdens het interview zal ook gebruik gemaakt worden van stellingen. Na het verwerken van de interviews, zal er een lijst worden opgesteld met de mogelijke oorzaken van die werkdruk. Deze lijst zal worden samengesteld uit oorzaken die genoemd zullen worden in het interview en uit zaken die de onderzoekers als mogelijke oorzaak zien. Deze lijst wordt schriftelijk uitgedeeld aan alle verpleegkundigen met de vraag of zij een top 10 rangschikking willen maken van de oorzaken die zij als meest werkdruk veroorzakend ervaren (zie bijlage 3). Zij hebben twee weken om deze te maken. Naast de rangorde zal er ook gebruik gemaakt worden van stellingen om de mening van verpleegkundigen duidelijker te krijgen.

#### 1.1.3.3. Analyse van historische data

Van juli 2010 tot mei 2011 heeft de Fb dagbehandeling zelf een dataset gecreëerd. Dagelijks werden er drie zaken per patiënt geregistreerd: wanneer deze een afspraak had, op welk tijdstip de patiënt de afdeling verliet en om welk type behandeling het ging. Er worden op de Fb dagbehandeling vele verschillende behandelingen gegeven, deze staan allen met behandel tijd in het computersysteem. Deze behandelingen zijn gegroepeerd

onder labels. De labels worden gebruikt in de dataset. Een voorbeeld van een label is medicatie transfusie. In de dataset staat niet gespecificeerd om welke vorm van medicatie het gaat. Met behulp van MS Excel zullen verschillende gegevens uit deze dataset geanalyseerd worden.

In de dataset zijn de afspraak en vertrektijden van de patiënten geregistreerd. Met behulp van deze gegevens zal herleid worden hoeveel patiënten er gemiddeld per dag op een bepaald tijdstip aanwezig zijn. Tegelijkertijd kan een koppeling gemaakt worden met bedbezetting. Bezettingsgraad is een percentage om de relatie tussen benutte capaciteit en beschikbare capaciteit uit te drukken (16).

Er zal dan kunnen worden vastgesteld of er meer patiënten worden ingepland dan dat er behandelplaatsen zijn. Voor een betere beeldvorming zal één willekeurig gekozen dag worden uitgewerkt. Voor deze dag zal een tabel gemaakt worden waarbij de bezetting van alle behandelplaatsen door patiënten zal worden weergegeven. In deze illustratie gebeurt de toedeling van een patiënt aan een bed willekeurig en is gebaseerd op beschikbaarheid van de behandelplaats. Ook zal de bezettingsgraad in procenten over deze dag berekend worden. Uit de tabel kan een grafische weergave volgen van de bedbezetting op deze specifieke dag. De willekeurig gekozen dag is waarschijnlijk niet representatief voor de gehele periode waarin data verzameld zijn. Deze tabel zal om deze reden worden weergegeven in bijlage 4.

Om het gemiddelde aantal aanwezige patiënten op de afdeling weer te geven, zal een andere grafiek gemaakt worden. Voor deze grafiek zal de afspraaktijd en vertrektijd met elkaar vergeleken worden. Nadat voor de gehele periode verschillen zijn gegenereerd met behulp van MS Excel, zal dit worden gedeeld door het aantal dagen dat er data geregistreerd zijn (177 dagen). De uitkomsten hiervan geven aan hoeveel patiënten er gemiddeld op een bepaald tijdstip aanwezig zijn op de afdeling. Hieruit kan ook een gemiddelde van de hele dag worden berekend. De gegevens zullen ook grafisch worden weergegeven.

Het aantal patiënten op één tijdstip kent over alle dagen verschillende aantallen. Om een goed beeld te krijgen van uitschieters, kan spreiding gebruikt worden. Bij een spreiding worden de waarden van één tijdstip met elkaar vergeleken. Het is niet mogelijk om op basis van de berekening van het gemiddelde automatisch de spreiding te berekenen. Wel is dit handmatig voor alle dagen mogelijk door voor elke dag het gemiddelde en de standaarddeviatie uit te rekenen. Er is daarom gekozen voor een selectie van 10 dagen om de spreiding van het aantal patiënten gedurende de dag, iedere 15 minuten, ter indicatie te berekenen. Voor een juiste representatie van 10 dagen, is er rekening gehouden met een aantal factoren:

- Uit iedere maand van de data verzameling (juli tot en met april), komt één dag.
- Alle werkdagen komen twee keer voor.
- Een week met een vrije dag, de week ervoor of de week erna, zijn uitgesloten.

Deze weken worden uitgesloten omdat de patiënten van de vrije dag op een andere dag behandeld moeten worden en dit verspreid wordt over de week voor en/of de week na de week met de vrije dag.

Uit de dagen, die na deze selectie nog overblijven, zullen 10 willekeurige dagen worden gekozen.

Om een figuur te generen waarin van deze 10 dagen de gemiddelden en standaarddeviatie per 15 minuten kan worden weergegeven, zullen verschillende stappen plaatsvinden:

- Van de 10 dagen zijn per 15 minuten het aantal aanwezige patiënten berekend.

- Per 15 minuten zijn het gemiddeld aantal aanwezige patiënten van deze 10 dagen berekend.
- Met behulp van MS Excel is per 15 minuten de standaarddeviatie uitgerekend.

Naast de standaarddeviatie is ook de range te berekenen. Dit is het verschil tussen het gemiddelde plus standaarddeviatie en het gemiddelde min standaarddeviatie. De range geeft daarmee het verschil in aantal patiënten per tijdstip.

Door middel van deze analyse kan er mogelijk worden vastgesteld of er sprake is van een piekbelasting. Het doel van deze analyse is om een relatie met werkdruk te achterhalen.

#### **1.1.4. Analyse van de dagbehandelingsafdeling in andere ziekenhuizen**

Door de werkwijze van andere ziekenhuizen te bekijken, kunnen nieuwe inzichten mogelijk leiden tot aanbevelingen. Er zal daarom contact gezocht worden met andere ziekenhuizen van Santeon. Santeon is een krachtenbundeling van verschillende topklinische ziekenhuizen waar ook MST deel van uit maakt (17). Er is gekozen voor Santeon ziekenhuizen, omdat dit vergelijkbare ziekenhuizen zijn. Een andere reden om te kiezen voor Santeon ziekenhuizen heeft te maken met de korte tijdsperiode van dit onderzoek. De contacten met de Santeon-partners zijn er al, dit zorgt voor tijdswinst. Er zullen bezoeken gebracht worden aan het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen, het Onze Lieve Vrouw Gasthuis te Amsterdam en het Catharina ziekenhuis te Eindhoven.

Ook is er de mogelijkheid om een bezoek te brengen aan het Nederlands Kanker Instituut – Antoni van Leeuwenhoek (NKI-AVL) ziekenhuis te Amsterdam. Dit laatste ziekenhuis maakt geen deel uit van de Santeon ziekenhuizen. Een onderzoek binnen een vergelijkbare dagbehandelingsafdeling van het NKI-AVL heeft geleid tot 24% groei van de behandelingen en bedbezetting, 12% toename van productiviteit van de medewerker en 81% reductie van overwerk (18).

Bij deze bezoeken is het hoofddoel erachter te komen hoe deze ziekenhuizen de planning op de dagbehandelingsafdeling tot stand laten komen en met welke factoren hierbij rekening gehouden wordt. Ter voorbereiding op deze bezoeken is vooraf een lijst met vragen en aandachtspunten opgesteld door de onderzoekers die als leidraad zal dienen. Deze lijst is terug te vinden in bijlage 5.

Ieder van bovenstaande deelvragen zal beantwoord worden in een apart hoofdstuk. Het antwoord op de hoofdvraag zal gegeven worden in het laatste hoofdstuk 'conclusies en aanbevelingen'. Het laatste gedeelte van dit onderzoek zal een discussie bevatten waarin de werkwijze kritisch zal worden belicht.



## **2. De organisatie van de Fb dagbehandeling**

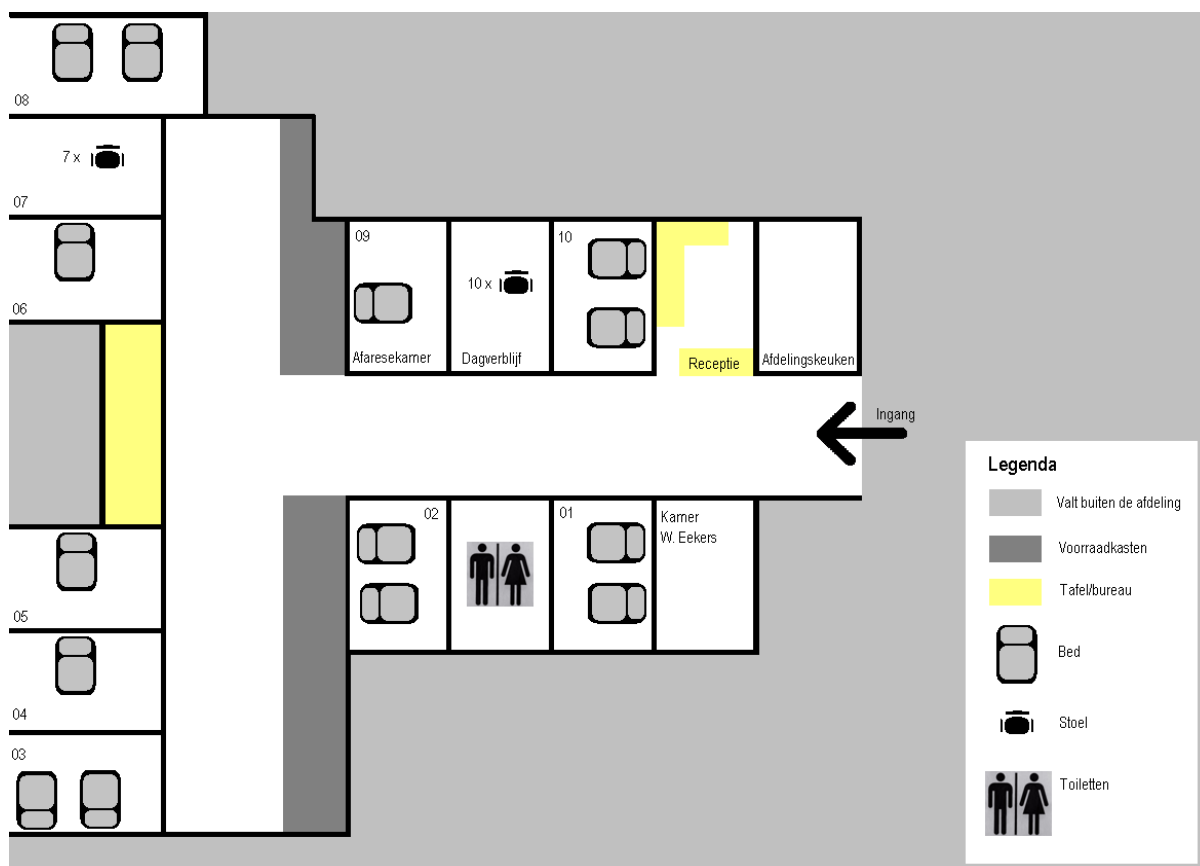
In dit hoofdstuk zal een beschrijving van de Fb dagbehandeling worden weergegeven. Kort zal achtergrondinformatie worden gegeven. Daarna zal de capaciteit beschreven worden met als doel in kaart te brengen op welke manier de Fb dagbehandeling is gestructureerd. De behandelingen die plaatsvinden, zullen kort toegelicht worden.

Om een breder beeld van de situatie te krijgen, wordt kort de geschiedenis van de afdeling en de cytostatica poli aangestipt. Tot drie jaar geleden werd de Fb dagbehandeling door meer specialismen als dagbehandelingsafdeling gebruikt. In de loop der jaren zijn verscheidene specialismen afgestoten in verband met capaciteitsproblemen. Destijds werd de afdeling vooral gebruikt om patiënten te ontvangen die een operatie ondergingen en om deze patiënten hierna weer op te vangen (3). Tegenwoordig wordt de afdeling gebruikt door twee specialismen, te weten interne geneeskunde en MDL. Vooral de patiënten van de interne geneeskunde maken vaak ook gebruik van de cytostatica poli. Deze is op een andere locatie in het ziekenhuis gevestigd. Met het oog op efficiëntie en patiëntvriendelijkheid is het wenselijk dat beide afdelingen bij elkaar komen te liggen waarbij de cytostatica poli zal verhuizen naar de gang waar ook de Fb dagbehandeling gevestigd is (3).

### **2.1 Personeel en behandelplaatsen**

De capaciteit omvat zowel het personeel als de behandelplaatsen die bestaan uit bedden en stoelen. De twee secretaresses, twee afdelingsassistenten, 11 verpleegkundigen, een verpleegkundige in opleiding en een nurse practitioner, vormen een team dat patiënten centraal stelt. De nurse practitioner is de supervisor (3) op de afdeling, wat betreft het medisch gebied. Voor de leiding en aansturing is er een teamhoofd. Zijn taak is vooral om de kwaliteit en veiligheid op de Fb dagbehandeling te waarborgen door middel van organisatie en coördinatie (19).

De afdeling heeft vijf kamers met twee bedden, drie kamers met één bed, een speciale kamer voor aferese patiënten met één bed en één kamer met zeven stoelen waarvan twee stoelen als behandelstoelen gerekend worden (zie figuur 5). De kamer voor aferese patiënten beschikt over speciale apparatuur, deze kamer kan ook gebruikt worden voor andere behandelingen. In de praktijk blijkt echter dat er meer stoelen als behandelplaats gebruikt worden, omdat er meer patiënten zijn. Dat alle zeven stoelen gelijktijdig gebruikt worden als behandelplaats is erg onwaarschijnlijk, omdat veel patiënten één of meer begeleiders meenemen. De afdeling heeft de beschikking over een zogenaamd dagverblijf, dit is de wachtruimte. Als het erg druk is, nemen patiënten die hun behandeling zittend kunnen ontvangen, ook hier plaats.



Figuur 5: Plattegrond van de Fb dagbehandeling.

De voorraden worden opgeslagen in kasten en rekken die in de gang staan. De kasten met medicatie zijn afgesloten wanneer de afdeling gesloten is. De overige kasten zijn door iedereen te openen.

Het personeel deelt een ruime afdelingskeuken met het personeel van andere afdelingen in dezelfde gang. Hierin wordt de afwas van de afdeling gedaan en vinden vergaderingen plaats. In deze afdelingskeuken van het personeel staan ook hun persoonlijke bezittingen.

Achter de receptie is een ruimte die gezien kan worden als het administratieve gedeelte van de afdeling. In deze ruimte worden de dossiers bewaard en liggen lege formulieren die ingevuld worden bij een behandeling. Voor de nurse practitioner liggen hier de laboratoriumuitslagen in mappen klaar. Deze worden klaargelegd door de secretaresse (20). In deze ruimte bevinden zich ook het planbord (zie hoofdstuk 3), de telefoon, het oplaadpunt van de piepers en drie computers.

De secretaresse heeft haar eigen computer, die zij gebruikt om haar werk te doen. Met deze computer worden de meeste afspraken gemaakt. De andere twee computers kunnen door de verpleegkundigen gebruikt worden, om bijvoorbeeld laboratoriumuitslagen en afspraken van patiënten te bekijken. In de praktijk komt het erop neer dat de nurse practitioner vooral één van de twee computers in gebruik heeft en de verpleegkundigen de andere computer delen.

De afdelingsassistente voorziet patiënten en hun begeleiders van eten en drinken. Zij verzorgt ook de afwas. De patiëntendossiers die zich elders in het ziekenhuis bevinden, haalt zij op.

## 2.2 Indeling

Er zal nu beschreven worden wanneer de capaciteit van de Fb dagbehandeling gebruikt wordt. De afdeling is alle werkdagen, behalve feestdagen, geopend tussen 7:30h en 18:00h. Tussen 8:15h en 17:15h worden officieel patiënten behandeld. De tijd tussen 7:30h en 8:15h wordt gebruikt om voor te bereiden. Tussen 8:15h en 17:15h zit 9 uur die de Fb dagbehandeling dagelijks per bed/behandelstoel kan gebruiken (2). Per werkdag zijn er zes verpleegkundigen aanwezig waarvan vier 's ochtends om 07:30h beginnen en twee om 9:30h. De verpleegkundigen die 's ochtends vroeg beginnen, werken tot 16:00h. De overige verpleegkundigen werken officieel tot 18:00h. Gedurende de dag start de verpleegkundige behandelingen, voert controles uit, verschoont bedden en neemt eventueel taken van de secretaresse en/of de afdelingsassistente over. Eén van de verpleegkundigen die om 09:30h begint, heeft 'stip'. Dat houdt in dat de secretaresse bij haar terecht kan voor medische vragen. Zij is het aanspreekpunt bij bijzonderheden. Het is de taak van de verpleegkundige met 'stip' om overzicht te houden en acute zaken op te lossen. 'Stip' is een taak die rouleert onder de verpleegkundigen.

## 2.3 Behandelingen en verrichtingen

Op de Fb dagbehandeling worden verschillende behandelingen en verrichtingen uitgevoerd. Daarbij is er een verschil te maken tussen behandelingen die wel gedeclareerd kunnen worden en verrichtingen die onderdeel zijn van een andere behandelcombinatie en daardoor niet gedeclareerd kunnen worden. De verrichtingen worden daardoor niet vastgelegd op de afdeling. Dit houdt in dat er geen zicht is op de hoeveelheid van deze verrichtingen en hun invloed op de capaciteit. De behandelingen die op de Fb dagbehandeling plaatsvinden, kunnen gedeclareerd worden als een M10. M10 is de code van declaratie voor de dagbehandeling (21). De verschillende behandelingen zijn op basis van het type behandeling gegroepeerd in labels. Als M10 zijn de volgende type behandelingen te declareren: MAB-infliximab, MAB na kuur cytopoli, MAB-overig, bloedtransfusie, pentamidine inhalatie, medicatie transfusie, lavage en ascites en leverpuncties. Omdat dit geen medisch onderzoek betreft, maar de aard van de behandeling wel de mogelijke tijd fluctuaties kan verklaren, zal er per type behandeling kort worden uitgelegd wat deze inhoudt en waarmee rekening dient te worden gehouden bij de planning.

Er worden verschillende soorten kuren op de Fb dagbehandeling toegediend die het immuunsysteem versterken. Deze worden afgekort als MAB. Er zijn drie soorten MAB therapieën die gedeclareerd kan worden: MAB-infliximab, MAB na kuur cytopoli en MAB-overig. Bij de MAB na kuur cytopoli komen de patiënten naar de Fb dagbehandeling, nadat ze op de cytostatica poli zijn geweest. De afspraak op de Fb dagbehandeling wordt dan aangepast aan de afspraak op de cytostatica poli. Vaak wordt er wel rekening gehouden met speling, maar als de behandeling op de cytostatica poli, om wat voor reden dan ook, uitloopt, heeft dit ook gevolgen voor de planning op de Fb dagbehandeling.

Bloedtransfusie houdt in dat de patiënt bloed krijgt toegediend. Voor de toediening van één zak bloed wordt anderhalf uur ingepland. Een pentamidine inhalatie is een antibioticum dat geïnhaled wordt. Deze behandeling

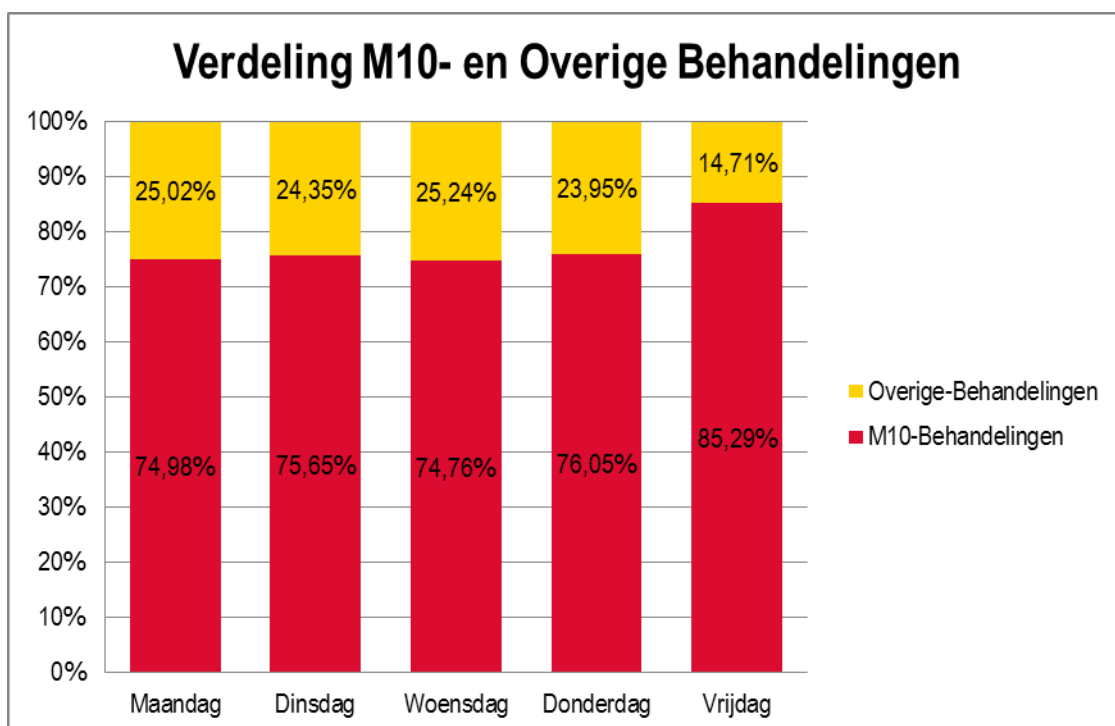
is schadelijk voor gezonde mensen. Daarom vindt deze behandeling aan het einde van de middag plaats.

Voordat de kamer voor een andere behandeling gebruikt kan worden moet deze gelucht worden.

Bij een medicatie transfusie wordt er een medicijn toegediend per infuus. Bij deze vorm van behandeling moet een patiënt vaak en regelmatig terugkomen.

Vanuit het specialisme MDL worden er op de Fb dagbehandeling lavage en ascites puncties uitgevoerd die gedeclareerd kunnen worden. Bij lavage worden darmen van patiënten gespoeld. Vaak krijgen patiënten hierna een colonoscopie, deze behandeling vindt plaats op de interne behandelpoli van het specialisme MDL, deze is op een andere afdeling gelegen. Het maken van een afspraak voor deze patiënten gebeurt in overleg met de afdeling die de colonoscopie uitvoert. Bij een ascites punctie is er sprake van vocht in de buik. Het is afhankelijk van de hoeveelheid vocht hoelang de behandeling duurt. Op de Fb dagbehandeling mag alleen de nurse practitioner deze handeling uitvoeren (22).

Naast de M10 behandelingen worden er ook overige behandelingen uitgevoerd. Deze overige behandelingen zijn verrichtingen, die niet gedeclareerd kunnen worden. Deze verrichtingen zijn: laboratoriumonderzoek, aderlating, beenmergpuncties, flushen of vaccinaties. Per dag bedraagt het gemiddelde aantal overige behandelingen 22,7%. Dit betekent dat bijna één vierde van de totale capaciteit op een dag uitgaat naar de overige behandelingen. In figuur 6 is de verdeling van de M10- en overige behandelingen te zien. De uitvoering van deze verrichtingen op de Fb dagbehandeling, dragen bij aan de toename van de druk op de capaciteit.



Figuur 6: Verdeling van de behandelingen.

Voor een aantal behandelingen maakt de apotheek dagelijks de medicatie. De Fb dagbehandeling is afhankelijk van de apotheek. Veel medicatie heeft de afdeling al op voorraad. Iedere dag faxt de secretaresse een lijst met

de patiënten voor de volgende dag naar de apotheek. Op deze lijst geeft zij met een 'A' aan welke patiënten medicatie nodig hebben. Daarna is er telefonisch contact tussen de secretaresse van de Fb dagbehandeling en de apotheek. Zij controleren dan samen of de apotheek voor iedere patiënt een recept ontvangen heeft. Op de dag van de afspraak van de patiënt wordt de medicatie bezorgd. Hoelang van te voren de medicatie wordt gebracht, hangt af van de houdbaarheid. Omdat sommige medicatie duur is, krijgt de apotheek pas bericht dat zij het medicijn kunnen maken als de patiënt op de Fb dagbehandeling aanwezig is.

## **2.4 Samenvattend**

De Fb dagbehandeling is een dagbehandelingsafdeling waar patiënten worden behandeld van de specialismen interne geneeskunde en MDL. Tot drie jaar geleden werden er ook patiënten van andere specialismen behandeld, maar deze zijn verdrongen door capaciteitsproblemen. In de huidige situatie wordt er druk uitgeoefend op de capaciteit door een groeiende toename van het aantal behandelingen en verrichtingen die worden uitgevoerd op de afdeling. Deze verrichtingen worden niet toegekend aan de Fb dagbehandeling. Het gemiddelde aantal van deze verrichtingen bedraagt per dag 22,7%. De capaciteit bestaat uit medewerkers en behandelplaatsen, bedden en stoelen. Er zijn elf verpleegkundigen, een nurse practitioner, twee secretaresses en een afdelingsassistente werkzaam. Op de afdeling bevinden zich 16 behandelplaatsen, waarvan 14 bedden (één bed voor aferese patiënten) en twee stoelen. De patiënten kunnen diverse behandelingen en verrichtingen ondergaan tussen 8:15h en 17:15h. De medicatie voor deze behandelingen wordt (dagelijks) geleverd door de apotheek.

### 3. Planning op de Fb dagbehandeling

In dit hoofdstuk zullen de drie onderdelen aan bod komen die beschrijven hoe de planning op de Fb dagbehandeling tot stand komt. Ten eerste de tijdsplanning, ten tweede de toewijzing en ten derde de uitvoering. Het framework van Houdenhoven et al. (6), zoals beschreven in de methode en weergegeven in figuur 1, zal worden toegepast bij de beschrijving. Naast de beschrijving is er ook een schematische weergave van deze stappen gemaakt (zie tabel 2). Het is voor dit onderzoek noodzakelijk om de totstandkoming van planning duidelijk in kaart te brengen opdat op deze wijze verbeteringen kunnen worden aangebracht. Om duidelijk te krijgen wat 'planning' is, zal dit kort worden toegelicht.

De planning is het formeel vastleggen van een gebeurtenis die in de toekomst op een bepaald moment zal plaatsvinden (5). Op de Fb dagbehandeling wordt er met de term 'planning' bedoeld op de toewijzing van patiënten aan een bepaalde tijdsperiode om een behandeling te ondergaan. Daarbij moet rekening gehouden worden met de beschikbare capaciteit en de soort behandeling. De behandeling bepaald de hoeveelheid tijd die uitgetrokken moet worden en welk type behandelplaats hiervoor nodig is. De planning kan gezien worden als capaciteitsplanning waarbij getracht wordt de capaciteit zo goed mogelijk te benutten. Zoals al vermeld, vinden de behandelingen plaats van maandag tot en met vrijdag tussen 8:15h en 17:15h.

#### 3.1 Tijdsplanning

Bij het maken van de planning, moet met een aantal factoren rekening worden gehouden. De tijdsplanning speelt zich af op offline operationeel niveau. Het gaat namelijk om het maken van afspraken. Dit wordt meestal gedaan door de secretaresse. Als zij niet op haar plaats zit, neemt een verpleegkundige haar taak over. Een afspraak wordt op verzoek van de arts of nurse practitioner gemaakt of wanneer de patiënt op de afdeling aanwezig is, vaak gaat het dan om een vervolgspraak. Wanneer de afspraak ingepland wordt, is afhankelijk van diverse factoren:

- Tijdsindicatie van de arts of nurse practitioner. Zij geven aan wanneer ze de patiënt weer willen zien of wanneer deze een (vervolg) behandeling nodig heeft.
- Voorkeur van de patiënt. Vaak kan de patiënt alleen op een bepaald tijdstip, maar nog vaker wil de patiënt vooral op een bepaald tijdstip. Redenen voor de patiënt om op een bepaald tijdstip te willen afspreken zijn erg divers. Zo kan het te maken hebben met andere afspraken waarvoor deze toch al naar het ziekenhuis moet, de dagindeling van de patiënt of het parkeerprobleem, waarbij het in de lunchpauze vaak erg druk is op de parkeerplaats en dit tijdstip daarom liever gemeden wordt (22).
- Afhankelijkheid van een andere afdeling. Bij bijvoorbeeld MAB na cytostatica of lavage is de afspraak op de Fb dagbehandeling afhankelijk van de afspraak op andere afdelingen.
- Het type behandeling.
  - o Enkele behandelingen geven een grotere kans op een reactie. Een reactie houdt in dat het lichaam negatief reageert op de medicatie. Het verloop van de behandeling is bij een reactie

onzeker en zorgt voor uitloop. De uitlooptijd kan verschillen per patiënt en kan soms uren duren (23-25).

- Vaak moet er een bepaalde tijdsperiode tussen de behandelingen zitten waarmee de vervolgspraak al vast komt te staan.
- Een beenmergpunctie mag maximaal 6 keer per dag plaatsvinden (20).
- Een lavage mag maximaal één keer per dag plaatsvinden.
- Toestand van de patiënt. De toestand van de patiënt kan er voor zorgen dat een afspraak verschoven moet worden.

Als bovenstaande factoren en vuistregels toegepast zijn, heeft de secretaresse met de ervaring die ze heeft een bepaalde vrijheid om de afspraken in te plannen. De functie van secretaresse wordt door twee personen vervuld. Beiden hoeven geen gelijk inzicht in de planning te hebben waardoor de efficiëntie in de planning kan verschillen.

De hoeveelheid tijd waarin een behandeling zou moeten plaatsvinden is vastgelegd in protocollen. In protocollen staat, op basis van wetenschappelijke literatuur, beschreven hoe zorg uitgevoerd dient te worden. Welke activiteiten op welk moment moeten plaatsvinden en hoeveel tijd per (onderdeel van de) behandeling wordt uitgetrokken (26). In MST wordt gebruik gemaakt van het Ziekenhuis Informatie Systeem X/Care. In dit computersysteem staan de tijden van de behandelingen, volgens het protocol, opgeslagen. Voor nieuwe behandelingen zijn de gegevens nog niet ingevoerd in het computersysteem. Dit maakt deze behandelingen lastig in te plannen. Als de secretaresse een afspraak wil maken, kan zij de tijd in de computer reserveren voor de patiënt. Het computersysteem kent de indeling van de kamers en het aantal behandelplaatsen per kamer. Het maximum aantal behandelplaatsen per kamer kan echter handmatig worden uitgeschakeld waardoor het personeel in staat is om in het computersysteem meer patiënten te plaatsen. Voor het inplannen van de afspraak krijgt de secretaresse een indicatie van de arts, nurse practitioner of de patiënt zelf. Aan de hand hiervan gaat zij een afspraak inplannen met behulp van het computersysteem.

Het computersysteem kent hiervoor verschillende schermen. Om de patiënt in te plannen zijn er twee opties. Bij beide schermen is er te zien welke patiënt in welke kamer verblijft en hoelang. De eerste optie is een scherm waarin deze gegevens met kleurtjes worden aangegeven. De tweede optie is een soort tabel waarin de gegevens zichtbaar zijn. Naast de tijd en datum, wordt ook aangegeven waarvoor de patiënt komt en bij welke arts de patiënt in behandeling is. Er kunnen eventueel opmerkingen worden toegevoegd en er kan worden aangegeven als er een speciale kamer nodig is (20). Ook de historie van de patiënt kan in de computer bekeken worden.

Als de patiënt een behandeltraject volgt dat bestaat uit meerdere behandelingen, plant de secretaresse zoveel mogelijk behandelingen vooraf in. De periode tussen de behandelingen is afhankelijk van het traject.

Voor afspraken die gemaakt worden op de korte termijn, binnen 5 werkdagen, raadpleegt de secretaresse het planbord (zie paragraaf 3.2).

Het komt regelmatig voor dat er meer patiënten staan ingepland dan dat er behandelplaatsen zijn. Een mogelijke verklaring die hiervoor op de afdeling genoemd werd is dat het soms niet anders mogelijk is. In een week waarin een feestdag valt en de afdeling gesloten is, zullen de patiënten van vijf werkdagen geholpen moeten worden in

vier werkdagen. Vaak is dit niet alleen de week van de feestdag maar ook de week ervoor of erna merkbaar. Dit heeft tot gevolg dat het drukker is op de afdeling.

### **3.2 Toewijzing**

Bij onderdeel twee van de planning, wordt de planning definitief gemaakt op het planbord (zie figuur 7). Het planbord is een groot plasticbord met gleufjes. Het bord is ingedeeld in 10 kolommen, twee per werkdag, één voor 's ochtends en één voor 's middags. Per kolom zijn de kamers weergegeven. In één oogopslag is de gehele afdeling te zien. De verpleegkundigen ervaren deze overzichtelijkheid als prettig.

Een week voor een bepaalde behandeldag wordt een lijst met patiëntengegevens, de afspraaktijd en type behandeling uitgeprint. Op deze lijst is nog niet aangegeven in welke kamer de patiënt behandeld zal worden. Dit wordt vastgelegd door middel van het planbord. Voor iedere afspraak wordt op basis van de gegevens van de lijst een kaartje geschreven. Daarbij heeft ieder soort behandeling een eigen kleur kaartje. Op het kaartje komt naast de naam ook het tijdstip van de afspraak te staan en eventuele bijzonderheden. De kaartjes worden geschreven door de verpleegkundigen of de verpleegkundige in opleiding, dit is een indirecte taak van de verpleegkundige. Het is de taak van de secretaresse om de kaartjes over het bord te verdelen. Het wordt echter vaker gedaan door de verpleegkundigen. Zij verdelen de kaartjes zo dat iedere patiënt in de juiste kamer terecht komt, met een bed of met een stoel, en op het juiste tijdstip. Als de patiënten op de juiste behandelplaats zijn ingepland op het planbord, worden de gegevens in de computer aangepast. Dit gebeurt door twee verpleegkundigen waarvan één bij het planbord staat en de ander achter de computer zit. De persoon bij het planbord geeft dan aan de verpleegkundige achter de computer door welke patiënt in welke kamer behandeld zal worden. De verpleegkundige achter de computer past de gegevens aan in het systeem.

Iedere namiddag wordt er voor de dag erna een definitieve lijst uitgeprint waarop staat wanneer welke patiënt komt, voor welke behandeling en in welke kamer deze staat ingepland. Deze lijst is de leidraad voor de secretaresse gedurende de dag.

### **3.3 Uitvoering**

Het derde onderdeel van de planning vindt plaats op online operationeel niveau. Dit onderdeel van de planning heeft te maken met de dagelijkse uitvoering van de planning en de problemen die daarbij kunnen optreden. Er zijn verschillende factoren die voor problemen kunnen zorgen, bijvoorbeeld bij een reactie. Een reactie vindt plaats als het lichaam van de patiënt negatief reageert op de stoffen die het binnen krijgt (23-25). Hoe lang een reactie duurt, is vooraf nooit te voorspellen. Wanneer er bij een patiënt een reactie plaatsvindt, moet er meteen worden gehandeld door een verpleegkundige en/of de nurse practitioner. Op deze manier kan uitloop ontstaan, omdat deze patiënt de behandelplaats bezet houdt. De verpleegkundige die 'stip' heeft, is ervoor verantwoordelijk dat deze problemen opgelost worden. Op de Fb dagbehandeling wordt dit opgelost door in het planbord patiënten te verschuiven van behandelplaats.





Figuur 7: Foto van het planbord.

Tabel 2: Grafische weergaven van drie onderdelen die doorlopen worden bij het maken van de planning.

De beslismomenten zijn onderstreept.

|             | Wanneer t.o.v. behandeling? | Welke medewerker?          | Wat?                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Patiënt?                              |
|-------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Onderdeel 1 | Enkele weken vooraf         | Secretaresse               | Behandelingsverzoek van arts                                                                                                                                                                                                                                                          | Patiënt krijgt datum en tijd afspraak |
|             |                             |                            | <div> <div>Vervolg afspraak</div> <div>Afspraak maken m.b.v. computer</div> <div><u>Afspraak wordt gemaakt o.b.v.:</u></div> <div>-Type behandeling</div> <div>-Patiënt voorkeur</div> <div>-Afspraken van patiënt op andere afdeling</div> <div>-Beschikbare capaciteit</div> </div> |                                       |
| Onderdeel 2 | Eén week vooraf             | Verpleegkundigen           | <div> <div>Kaartjes planbord schrijven</div> <div><u>Geschreven kaartjes in planbord</u></div> <div><u>toekennen aan behandelplaats</u></div> <div>Planning o.b.v. planbord aanpassen in computer</div> </div>                                                                        |                                       |
|             | Eén dag vooraf              | Secretaresse               | <div> <div>Lijst uitprinten met:</div> <div>-Patiëntgegevens</div> <div>-Behandelskamer</div> <div>-Type behandeling</div> </div>                                                                                                                                                     |                                       |
| Onderdeel 3 | Dag van de behandeling      | Verpleegkundige met 'stip' | <div> <div>Als planning niet gevolgd kan worden:</div> <div><u>behandelplaatsen patiënten</u></div> <div><u>verschuiven in planbord.</u></div> </div>                                                                                                                                 |                                       |

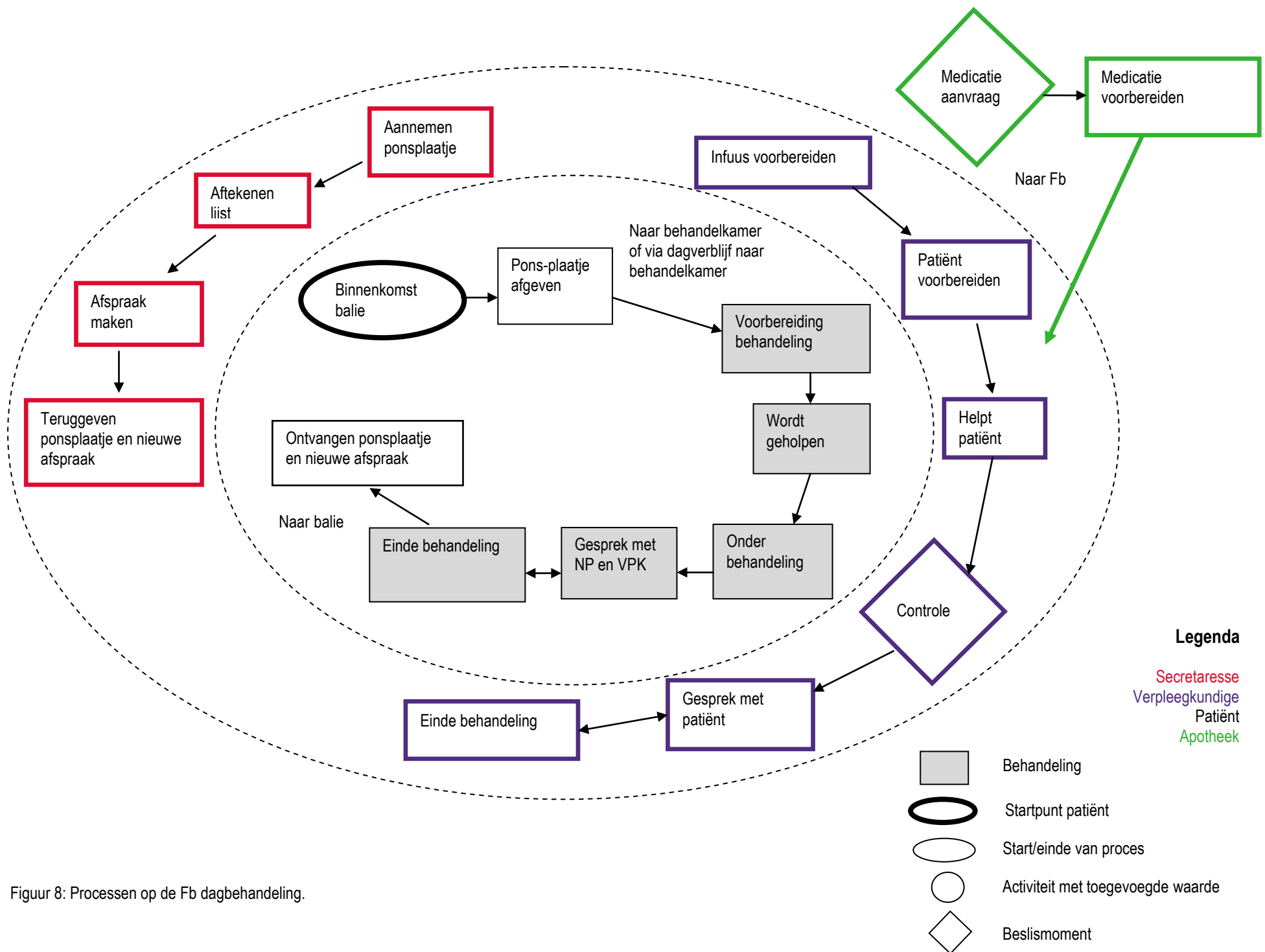
Het proces van de patiënt en de gerelateerde processen op de Fb dagbehandeling zijn weergegeven in figuur 8. In dit figuur zijn de processen in de binnenste gestippelde ovaal de processen die de patiënt doorloopt. De buitenste gestippelde ovaal geeft alle processen binnen de afdeling weer. Het startpunt van alle processen is de binnenkomst van de patiënt. Zodra de patiënt zich bij de receptie gemeld heeft, neemt de secretaresse het ponsplaatje in ontvangst en tekent de patiënt af op de lijst: zij zet met potlood een blauw stipje op het kaartje in het planbord. Voor de verpleegkundigen is dit het teken dat de patiënt aanwezig is.

De patiënt wordt naar een kamer verwezen of wordt gevraagd om in het dagverblijf plaats te nemen. Als de verpleegkundige naar de patiënt toe gaat, zet zij met een rood potlood ook een stipje op het kaartje. De meeste verpleegkundigen gaan, als ze niet bezig zijn, direct naar de patiënt toe als deze in de behandelkamer is, ongeacht het tijdstip van afspraak. De verpleegkundigen zijn in twee groepen verdeeld over de kamers, dit betekent drie verpleegkundigen per vijf behandelkamers. De rode stip is het teken voor de andere verpleegkundigen dat de patiënt behandeld wordt. Indien de medicatie al aanwezig is op de afdeling kan de behandeling worden gestart. Is dit niet het geval, zal de behandeling moeten wachten tot de medicatie arriveert vanuit de apotheek. Nadat de behandeling is gestart, vindt er controle plaats door de verpleegkundige. Het tijdstip van de controle is afhankelijk van de aangegeven tijd in de protocollen. Wanneer de patiënt aanwezig is op de afdeling voor een behandeling heeft deze een gesprek met de nurse practitioner en/of de verpleegkundige. Vervolgens keert de patiënt terug naar de balie, waar deze het ponsplaatje ontvangt en eventueel een nieuwe afspraak. Als de patiënt klaar is en de afdeling verlaten heeft, wordt het kaartje uit het planbord gehaald. Tot mei 2011 schreef de verpleegkundige op het kaartje het tijdstip dat de patiënt klaar was. De kaartjes met de afspraak- en vertrektijden, soort behandeling en de naam van de patiënt werden door het teamhoofd in een database ingevoerd.

### **3.4 Samenvattend**

De planning op de Fb dagbehandeling wordt gemaakt door de secretaresse. Bij het maken van de planning wordt rekening gehouden met een aantal factoren: het type behandeling (kans op een reactie en lengte van de behandeling), de patiënten voorkeur, combinatieafspraken met andere afdelingen en/of de toestand van de patiënt. Op basis van de beschikbare capaciteit en de voorgaande factoren wordt de afspraak vastgelegd in de computer. De definitieve toewijzing van kamers wordt gemaakt in het planbord.

Het proces wat de patiënt doorloopt begint op de dag en het tijdstip waarop deze arriveert op de afdeling en zich meldt bij de secretaresse. De secretaresse verwijst de patiënt naar het dagverblijf of de behandelkamer. Een van de verpleegkundigen, verantwoordelijk voor de behandelkamer, helpt de patiënt en controleert deze gedurende de behandeling. De patiënt heeft tevens een gesprek met de nurse practitioner en/of een verpleegkundige. Nadat de behandeling of verrichting is afgerond, ontvangt de patiënt bij de secretaresse een eventuele vervolgspraak.



Figuur 8: Processen op de Fb dagbehandeling.

## **4. Mogelijke oorzaken van werkdruk op de Fb dagbehandeling**

Zoals eerder vermeld bestaat de capaciteit van de Fb dagbehandeling uit 16 behandelplaatsen en 16 personeelsleden. De druk hierop wordt vergroot door de toename van het aantal behandelingen terwijl de grootte van de capaciteit gelijk blijft.

Het aantal dagbehandelingen voor zowel de interne geneeskunde als voor de MDL is de afgelopen jaren sterk toegenomen. Als het aantal dagbehandelingen van het eerste halfjaar van 2008 en 2009 vergeleken wordt met het eerste half jaar van 2010 is er sprake van een stijging van 20% per maand op de interne geneeskunde. Voor dezelfde vergelijking van de MDL is een stijging van 13,9% vast te stellen (2). Mede door de stijging van het aantal behandelingen is de werkdruk voor de medewerkers toegenomen.

De beantwoording van de deelvraag *‘Wat zijn op de Fb dagbehandeling de mogelijke oorzaken van werkdruk?’* zal in dit hoofdstuk bestaan uit twee delen, die overlap vertonen. In het eerste deel zullen de definities, opvattingen en ervaringen van het personeel worden toegelicht. In het tweede deel, zal de dataset die de Fb dagbehandeling gecreëerd heeft, kritisch bekeken worden met als doel een relatie tussen deze data en de werkdruk te achterhalen.

### **4.1 Perceptie van de medewerkers van de Fb dagbehandeling over (mogelijke oorzaken van) werkdruk**

De verpleegkundigen en het teamhoofd van de Fb dagbehandeling zien werkdruk over het algemeen als een neutraal begrip. Hoe de verpleegkundigen zich voelen bij het ervaren van werkdruk is terug te zien in hun definitie van werkdruk die zij geven in de interviews. Op het moment dat de verpleegkundigen werkdruk ervaren, hebben zij negatieve gevoelens. Wanneer er veel patiënten zijn, dan neemt de ervaren werkdruk toe. In een ander geval neemt de werkdruk toe, wanneer er veel ongeplande patiënten of gebeurtenissen plaatsvinden. Het moment waarop zij dit ervaren hangt samen met de planning (23-25, 27)

Wanneer de werklast op de Fb dagbehandeling hoog is, kan dit bijvoorbeeld te maken hebben met het groot aantal patiënten dat is ingepland om behandeld te worden. Ook andere factoren hebben invloed op de planning, zoals patiënten die te laat komen of dubbel ingeplande afspraken (9).

Uit de interviews kwam naar voren dat elk van de verpleegkundigen zich anders opstelt ten opzichte van werkdruk. Wanneer de verpleegkundige van tevoren weet dat er op een dag veel patiënten komen voor een behandeling, dan kan zij zich hierop instellen en zich voorbereiden. Dan heeft de hoeveelheid patiënten geen invloed op de ervaren werkdruk. Gebeurtenissen die buiten het beïnvloedbare gebied van de verpleegkundige liggen, en plaatsvinden op online operationeel niveau, zorgen voor een hoger ervaren werkdruk. Zoals ongeplande patiënten of een patiënt die een reactie krijgt. De werkdruk wordt ervaren in situaties waarin men snel of adequaat een oplossing moet vinden (23-25). De nurse practitioner sluit zich hierbij aan: wanneer er verschillende zaken aandacht vragen, kan een situatie onoverzichtelijk worden. De balans wordt dan terug gevonden met behulp van haar collega's, de verpleegkundigen (27). Daarnaast geldt dat de verpleegkundige het

als vervelend ervaart, wanneer zij geen tijd voor de patiënt kan nemen op drukke momenten (23-25). Hierin is het model van Van den Bent (12) te herkennen. De verpleegkundige *moet* alle patiënten behandelen. Zij *kan* niet aan alle patiënten evenveel tijd besteden maar zij *wil* dit wel.

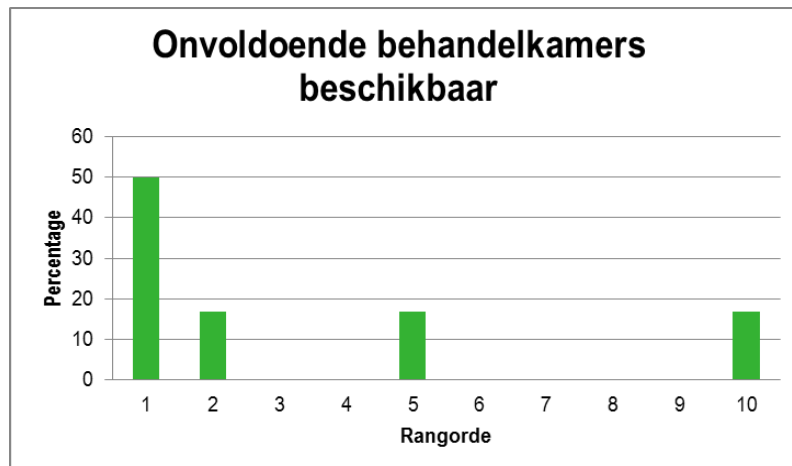
De verpleegkundigen die middellang en lang op de Fb dagbehandeling werken, vertelden tijdens de interviews dat er een geleidelijke toename aan administratieve taken is geweest (23-25). Zij hebben aangegeven dat de toename van administratieve taken heeft geleid tot een hogere werkdruk. Onder administratieve taken verstaan de verpleegkundigen het schrijven van rapportages, maken van nieuwe afspraken, het schrijven van een recept of opzoeken van patiëntgegevens (23-25). De administratieve taken van de nurse practitioner omvatten taken als laboratorium formulieren invullen, uitnodigingsbrieven versturen naar patiënten en opdrachten schrijven (27). Alle geïnterviewden gaven aan dat een toename aan gegevens die moeten worden vastgelegd per patiënt meer tijd vragen en dat deze tijd er vaak niet is. De tijd aan administratieve taken per patiënt wordt geschat van vijf tot vijftien minuten (23-25, 27).

De waardering van de mogelijke oorzaken van werkdruk door verpleegkundigen zal een rol spelen bij de aanbevelingen. Onder de verpleegkundigen van de afdeling is een lijst met 20 mogelijke oorzaken van werkdruk verspreid (zie bijlage 5), de respons was 54,5%. Aan hen is verzocht om een rangorde aan te brengen, door een top tien te maken van de oorzaken die werkdruk veroorzaken. De oorzaak die de meeste werkdruk veroorzaakt komt op de eerste plaats. De oorzaken die buiten de top 10 vielen, mochten worden vergeten. Zes oorzaken van werkdruk zijn hierdoor niet meegenomen in de rangorde van de verpleegkundigen, bijvoorbeeld het hebben van 'stip'. Dit wordt onderschreven door de uitkomsten van de interviews (23-25). De oorzaken die zijn gewaardeerd als oorzaak van werkdruk, zullen achtereenvolgens worden toegelicht. Voor de duidelijkheid, zijn de oorzaken in de tekst cursief en dik gedrukt. Indien er ook een cijfer achter de stelling staat, komt dit cijfer overeen met het cijfer in onderstaande lijst. In deze lijst zijn alleen de stellingen opgenomen die door de verpleegkundigen in de rangorde geplaatst zijn. Oorzaken die onderzocht zijn in de vorm van stellingen, zijn alleen cursief gedrukt.

- 1-      Onvoldoende behandelkamers beschikbaar
- 2-      Complicaties, bijvoorbeeld een dubbel ingepland bed
- 3-      Wachtende patiënten
- 4-      Ongeplande patiënten
- 5-      Wachten op medicatie afkomstig uit de apotheek
- 6-      Niet geplande afwezigheid secretaresse
- 7-      Niet geplande afwezigheid één of meer verpleegkundigen
- 8-      Niet geplande afwezigheid afdelingsassistente
- 9-      Niet geplande afwezigheid nurse practitioner
- 10-     Niet compleet of niet aanwezig dossier

- 11-. Afspraken die worden gemaakt op basis van de voorkeur van de patiënt, zonder rekening te houden met de planning van de rest van de dag
- 12-. Patiënten die vroeger of later komen dan de afgesproken tijd
- 13-. Schoonmaakster die werkzaam is op de afdeling wanneer er patiënten worden behandeld
- 14-. Negatieve reactie, overgevoeligheid voor de medicatie, van een patiënt.

De oorzaak **onvoldoende behandelkamers beschikbaar -1-** werd door alle respondenten als oorzaak van werkdruk gezien. In 50% van de gevallen werd dit als grootste oorzaak van werkdruk benoemd, zie figuur 9.



Figuur 9: Uitkomst rangorde van *oorzaak onvoldoende behandelkamers beschikbaar -1-*, waarbij 1 de grootste oorzaak van werkdruk is.

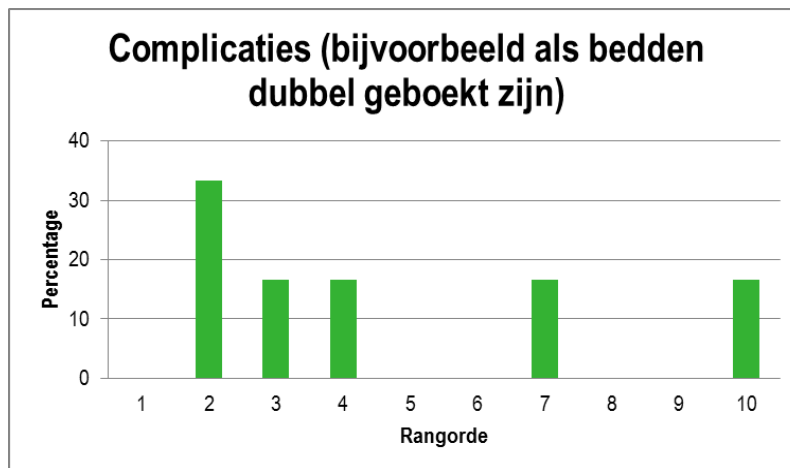
Voordat er aanbevelingen gedaan kunnen worden, is het van belang na te gaan in welke situaties er onvoldoende behandelkamers aanwezig zijn. De onderstaande situaties zijn tevens andere mogelijke oorzaken van werkdruk. Er kan worden gesteld dat de oorzaak **onvoldoende behandelkamers beschikbaar -1-** een cluster vormt met andere oorzaken van werkdruk uit de rangorde. Deze staan vermeld onder elke situatie waarin er onvoldoende behandelkamers kunnen zijn. Na de opsomming volgt een uitgebreidere analyse per oorzaak van werkdruk.

- Wanneer ongeplande patiënten moeten worden behandeld, zoals de spoedpatiënten of laboratorium patiënten.  
Gerelateerd aan de oorzaak ***patiënten waarvan 's ochtends duidelijk wordt dat ze ook behandeld moeten worden, de ongeplande patiënten -4-***.
- Wanneer er sprake is van uitloop van een behandeling, bijvoorbeeld door een reactie of wachttijd op medicatie.  
Gerelateerd aan de oorzaken ***negatieve reactie van een patiënt -14-*** en ***wachten op medicatie afkomstig uit de apotheek -5-***.
- Wanneer er zich problemen voordoen op het gebied van planning, zoals een dubbel ingepland bed, veel wachtende patiënten of wanneer er meer patiënten ingepland zijn dan er bedden zijn.

Gerelateerd aan de oorzaken **complicaties (bijvoorbeeld een dubbel ingepland bed) -2-** en **er zijn (veel) wachtende patiënten -3-**.

In de lijst met mogelijke oorzaken is niet gespecificeerd waarom de patiënten wachten, daar zijn verschillende redenen voor te geven. Bijvoorbeeld wanneer er meer patiënten ingepland zijn dan er capaciteit is.

De oorzaak **complicaties (bijvoorbeeld een dubbel ingepland bed)-1-** wordt door elke respondent genoemd als oorzaak van werkdruk. De waardering die zij eraan geven varieert, zie figuur 10.

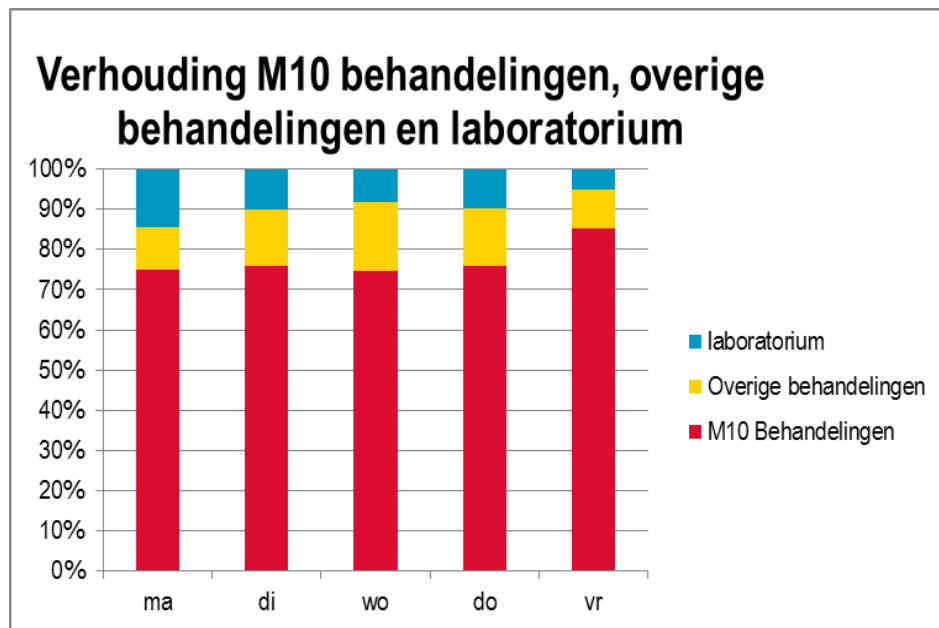


Figuur 10: Uitkomst rangorde van oorzaak **complicaties (bijvoorbeeld als bedden dubbel geboekt zijn) -2-**, waarbij 1 de grootste oorzaak van werkdruk is.

De oorzaak **wachtende patiënten -3-** wordt door 83,3% genoemd als oorzaak van werkdruk. De waarderingen vallen in de onderste helft, vijfde tot negende plaats. Hetzelfde geldt voor de oorzaak **ongeplande patiënten -4-**. Uit de interviews is gebleken dat de ongeplande patiënten van grote invloed waren op de werkdruk (23-25,27). De ongeplande patiënten zijn vooral spoedpatiënten en patiënten die voor de verrichting 'laboratoriumonderzoek' op de afdeling komen. Dit betekent dat bij de patiënten 's ochtends bloed geprikt wordt om hun bloedwaarden te bepalen. Bij het bloedprikken maken zij geen gebruik van een behandelplaats omdat het bloed wordt afgenomen in het dagverblijf of op de gang. Om 9:00h en om 10:00h komt hiervoor een medewerker van het laboratorium. Dit wordt uitgevoerd op de Fb dagbehandeling ter bescherming van deze patiëntengroep, omdat deze patiënten vaak een slechte weerstand hebben. Als er geen laboratorium medewerker is, neemt de verpleegkundigen van de Fb dagbehandeling bloed af deze patiënten. Vervolgens worden de bloedwaarden bepaald door het laboratorium. Voor deze resultaten is de Fb dagbehandeling afhankelijk van het laboratorium. De nurse practitioner beoordeelt de resultaten die uit het laboratorium komen en bepaalt op basis hiervan of de patiënt een behandeling moet ondergaan. Als de patiënt een behandeling moet ondergaan, is het van belang dat de behandeling zo snel mogelijk start in het kader van de gezondheid van de patiënt, patiënten comfort en het voorkomen van lange wachttijden. Voor deze ongeplande patiënten moet ook een behandelplaats beschikbaar zijn. In de praktijk blijkt dat er in de planning geen capaciteit vrij gehouden wordt voor deze patiënten. De beschikbare capaciteit wordt volledig ingepland met planbare patiënten. Dit zijn alle patiënten exclusief de



spoedpatiënten en laboratorium patiënten. In figuur 11 is de verhouding per dag te zien tussen de patiënten die ingepland staan voor een M10 behandeling, een overige behandeling of een laboratoriumonderzoek. Het gemiddelde percentage laboratorium patiënten per dag bedraagt 9,57%. Het grotere aandeel laboratoriumpatiënten op maandag is te verklaren door het voorafgaande weekend waarin patiënten niet behandeld worden en daarom moeten wachten op maandagochtend. Deze grotere groep op maandagochtend zorgt voor extra werkdruk bij de nurse practitioner die al deze patiënten moet beoordelen en te woord staan (27).



Figuur 11: Verhouding van aantallen M10 behandelingen, overige behandelingen en laboratorium in procenten per dag.

De eerder genoemde oorzaken binnen het cluster van **onvoldoende behandelkamers -1-** vertonen samenhang. Naast deze oorzaken van werkdruk, hebben de verpleegkundigen ook andere situaties gewaardeerd als werkdruk veroorzakend.

**Niet geplande afwezigheid van medewerkers -6-, -7-, -8-, -9-** draagt bij aan de werkdruk die wordt ervaren door de verpleegkundigen. Wanneer de secretaresse ongepland afwezig is, ervaart 83,3% van de respondenten werkdruk. Deze oorzaak wordt vrij hoog gewaardeerd: drie keer met een twee, één keer met een drie en één keer met een zeven. Elke dag is er een secretaresse aanwezig. In totaal zijn er twee secretaresses werkzaam, elk op andere dagen. Wanneer zij niet gepland afwezig is, worden haar taken overgenomen door de verpleegkundigen. De verpleegkundige voert deze taken extra uit in dezelfde werktijd.

Eén of meer verpleegkundigen die niet gepland afwezig zijn, zorgt bij twee respondenten voor de meeste werkdruk, voor twee andere respondenten komt deze oorzaak op de vierde en achtste plaats. Wanneer de afdelingsassistente of de nurse practitioner niet gepland afwezig is, dan is de ervaren werkdruk laag gewaardeerd: op de negende en tiende plaats. Eén van de respondenten merkte op dat de nurse practitioner in de ochtend veel taken heeft waardoor de patiënt vaak moet wachten. Dit was voor deze respondent een oorzaak van werkdruk die zij waardeerde met een vier.

Het team-niveau van Van den Bent is bij deze oorzaken van werkdruk terug te zien. Wanneer er sprake is van ongeplande afwezigheid van een medewerker *moet* het team meer werk verrichten. Dit is in contrast met wat het team *kan* doen omdat er minder medewerkers aanwezig zijn. Deze tegenstelling leidt tot werkdruk.

De oorzaak **wachten op medicatie -5-** wordt door 66,7% van de respondenten genoemd als oorzaak van werkdruk. Het wachten op medicatie wordt in de helft van de gevallen gewaardeerd op de derde plaats, de andere helft van de respondenten waardeert deze oorzaak lager, op een zesde en achtste plaats. Een evaluatie van de huidige afspraken of het maken van nieuwe afspraken met de apotheek zou kunnen leiden tot een reductie van de wachttijd op medicatie.

De oorzaak **niet compleet of ontbrekend dossier -10-** wordt door vijf respondenten verschillend beoordeeld in de hoogte van de veroorzaakte werkdruk, variërend van een derde tot een negende plaats. De dossiers bevinden zich vaak op een andere plaats in het ziekenhuis en worden opgehaald door de afdelingsassistente wanneer zij aanwezig is. Wanneer zij er niet is, wordt dit gedaan door verpleegkundigen aan het eind van de dag. Deze oorzaak heeft geen directe relatie tot de capaciteitsplanning. Een extra controle kan wellicht processen vloeiender laten verlopen. Omdat een dossier wordt gebruikt door meerdere afdelingen of personen, kan goede communicatie uitkomst bieden.

**Afspraken die worden gemaakt op basis van de voorkeur van de patiënt, zonder rekening te houden met de planning van de rest van de dag -11-** wordt door bijna alle respondenten ervaren als een oorzaak van werkdruk. Deze oorzaak wordt over het algemeen laag gewaardeerd, maar wordt onderschreven door de uitkomst van een van de stellingen die zijn voorgelegd. Alle respondenten waren het eens over de stelling: *ik vind dat de patiënt de afspraaktijd (gegeven door de afdeling) moet accepteren, waarbij geprobeerd wordt om rekening te houden met zijn of haar voorkeur*. Wanneer de voorkeur van de patiënt wordt meegenomen bij het maken van de afspraken, maar niet leidend is, kan er wellicht efficiënter worden gepland en kan negatieve werkdruk gereduceerd worden.

**Wanneer patiënten vroeger of later dan hun afspraaktijd aanwezig zijn -12-**, wordt door twee respondenten als werkdruk ervaren. Deze oorzaak komt op de derde en de achtste plaats. In de praktijk komt het voor dat er patiënten zijn die bijvoorbeeld een uur eerder naar de afdeling komen. Indien de behandelplaats beschikbaar is, wordt de patiënt geholpen en hoeft niet te wachten. Wachtende patiënten is een oorzaak van werkdruk die eerder is toegelicht. Er zijn veel factoren waardoor een patiënt te vroeg of te laat aankomt, bijvoorbeeld door het verkeer. Wanneer een patiënt te laat komt, kan dit leiden tot uitloop.

De helft van de respondenten ervaart werkdruk wanneer **de schoonmaakster aanwezig is op het moment dat er patiënten op de afdeling zijn -13-**. Deze oorzaak wordt geplaatst op de vijfde, zesde en achtste plaats. Bijna alle respondenten waren het eens met de stelling: *het zou beter zijn als de schoonmaakster haar werk zou doen*

*als er geen tot weinig patiënten op de afdeling aanwezig zijn. Wanneer er geen schoonmaakster aanwezig is tijdens de openingstijden, wordt werkdruk gereduceerd.*

## **4.2 Werkdruk analyse op basis van historische data**

Om de toename aan werkdruk te kunnen analyseren is er in juli 2010 op de Fb dagbehandeling gestart met het vastleggen van data. In de dataset is er onderscheid gemaakt tussen behandelingen (M10) en verrichtingen (overige behandelingen). De verschillende behandelingen en verrichtingen zijn toegewezen aan labels. Uitleg over het type behandeling per label is eerder toegelicht in hoofdstuk 2.

Om een beeld te krijgen over de bezettingsgraad, is één willekeurige dag schematisch uitgewerkt in bijlage 4. Om de bezettingsgraad te berekenen zijn naast de benutte aantal uren ook het beschikbare aantal uren noodzakelijk. Om het beschikbare aantal uren op de Fb dagbehandeling uit te rekenen, kan een relatief makkelijke som gemaakt worden: de afdeling is geopend tussen 8:15h en 17:15h, er zijn per dag negen uur beschikbaar. Er zijn 16 behandelplaatsen. Door het aantal uren te vermenigvuldigen met het aantal beschikbare behandelplaatsen komt het totaal van beschikbare uren op 144 uur per dag. Om de bezettingsgraad, in procenten, uit te rekenen moet er bekend zijn hoeveel uur er daadwerkelijk gebruikt zijn. Op de dag die is uitgewerkt als illustratie zijn dat 74,58 uur. Deze tijd is exclusief de wisseltijd tussen patiënten of bijvoorbeeld de tijd die nodig is om het bed te verschonen. Dit brengt de bezettingsgraad op 51,79%. Theoretisch zou dit betekenen dat ieder bed maar de halve dag bezet was en er op deze dag geen piekbelasting had hoeven zijn. In de uitwerking is echter te zien dat er tussen 10:00h en 12:15h meer patiënten behandeld werden dan dat er behandelplaatsen zijn. De Fb dagbehandeling heeft drie verschillende uitwijkmogelijkheden wanneer zij druk op de capaciteit ervaren:

- In de behandelkamers waar zeven stoelen aanwezig zijn, worden er meer dan twee stoelen als behandelplaats gebruikt.
- Patiënten ontvangen hun behandeling in het dagverblijf.
- De behandeling vindt plaats in een zaal elders in het ziekenhuis.

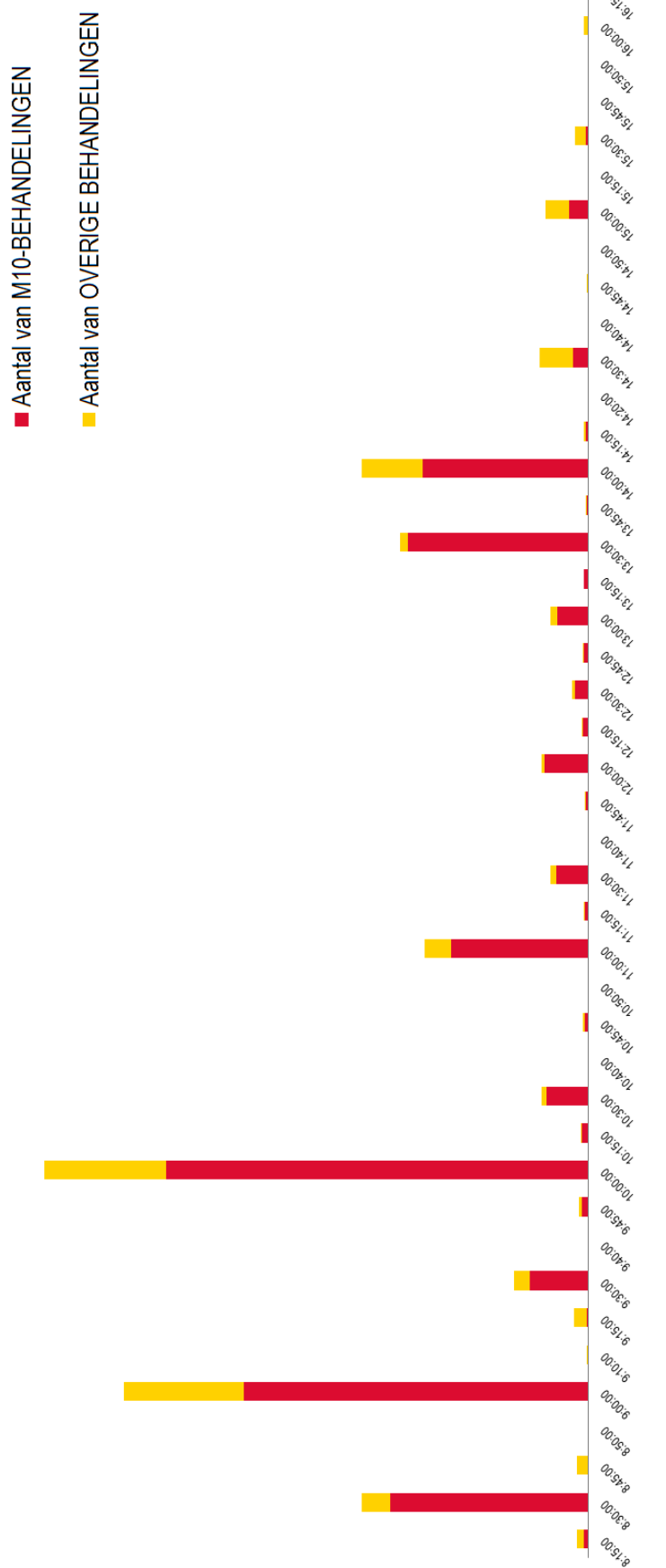
Een mogelijke verklaring voor deze piek aan patiënten kan liggen aan het tijdstip waarop de patiënt een afspraak had. De verdeling van de afspraaktijden is daarom nader bekeken.

In figuur 12 zijn het aantal patiënten per afspraaktijd weergegeven. Het gaat hier om totalen over de periode juli 2010 tot mei 2011. Het totaal aantal afspraken is weggelaten omdat met deze figuur duidelijk moet worden wat de verhouding is tussen de verschillende afspraaktijden gedurende de dag dat de Fb dagbehandeling geopend is. Voor deze verhouding is het totaal aantal afspraken niet van belang. Opvallend zijn de grote aantallen afspraken op de tijden 9:00h en 10:00h. De patiënten die komen voor 'laboratoriumonderzoek' zijn meegenomen in de overige behandelingen.

De spreiding van de afspraaktijden gedurende de dag is niet constant. Dit kan worden gezien als piekbelasting en draagt daarmee bij aan ervaren werkdruk. Daarnaast worden er maar weinig patiënten vanaf de openingstijd (8:15h) van de afdeling ingepland. De verklaring voor deze manier van plannen, waarbij patiënten vooral 's ochtends worden ingepland, is gebaseerd op van de verschillende factoren:

- Patiënten voorkeur. Patiënten hebben vaak een voorkeur voor hun afspraaktijd in verband met hun persoonlijke agenda of omdat zij deze tijd gewend zijn. Ook zijn er patiënten die een langere reistijd hebben en daarom een liever later op de ochtend een afspraak hebben.
- Mogelijke kans op een reactie. Behandelingen worden bij voorkeur 's ochtends ingepland omdat er bij een eventuele reactie vooraf niet bekend is hoelang deze duurt. Wanneer ondersteuning nodig is van andere afdelingen kan deze 's middags, in verband met sluitingstijd, niet geboden worden. Uit de interviews zijn de verpleegkundigen gevraagd een schatting te geven van de frequentie waarmee een reactie voorkomt. Zij schatten dit op ongeveer één keer in de week, maar zij gaven wel aan dat in principe elke behandeling een kans heeft op een reactie en het erg onvoorspelbaar is (23-25). De waardering van de oorzaak **een negatieve reactie van een patiënt -14-** is scheef verdeeld. Voor één respondent is deze oorzaak de grootste oorzaak van werkdruk. In de andere gevallen wordt dit lager gewaardeerd, tussen de vierde en zesde plaats. De frequentie van het voorkomen van een reactie bij een patiënt wordt niet centraal geregistreerd. Het wordt vermeld in het dossier van de patiënt. Om dit in kaart te brengen, zou een dossieronderzoek noodzakelijk zijn. Met een centrale registratie kan het aantal reacties en de reactie frequentie per type behandeling in beeld gebracht worden. Dit inzicht kan ertoe leiden dat de huidige manier van plannen niet gegrond is en dat bepaalde behandelingen ook 's middags kunnen worden ingepland.
- Laboratorium onderzoek. Zoals eerder toegelicht worden de laboratoriumpatiënten ingepland om 9:00h en om 10:00h.

## Patiënten per afspraaktijd (totaal van juli 2010 tot mei 2011)



Figuur 12: Verhouding van aantal patiënten per afspraak tijd in de periode juli 2010 – mei 2011.

Uit de historische data is op basis van de 'afspraken tijd', het tijdstip waarop de patiënt ingepland staat, niet vast te stellen hoelang de verschillende behandelingen duren. Het is daarom niet mogelijk om vast te stellen hoelang de patiënten op de afdeling aanwezig zijn. De tijdsduur die de patiënten op de afdeling aanwezig zijn, is vast te stellen door de afspraken tijd te vergelijken met de vertrektijd. Er wordt de aanname gedaan dat deze tijdsduur gelijk is aan de tijd dat de behandelplaats bezet gehouden wordt. In figuur 13 is te zien hoeveel patiënten er gemiddeld per 15 minuten op de afdeling aanwezig waren, in de periode juli 2010 – mei 2011. Het gemiddelde van het aantal patiënten dat tegelijkertijd op de afdeling was, bedraagt afgerond 11 patiënten. In figuur 13 is duidelijk te zien dat er tussen 10:00h en 12:15h meer behandelplaatsen nodig zijn dan dat er officieel op de afdeling aanwezig zijn. Er is hierbij op te merken dat om 10:00h laboratorium patiënten aanwezig zijn op de afdeling. Zij maken op dit tijdstip waarschijnlijk, geen gebruik van behandelplaatsen. Het gemiddelde percentage laboratorium patiënten per dag is 9,57%. In de grafiek is deze patiëntengroep wel meegenomen, maar heeft relatief weinig invloed op het aantal patiënten gedurende de dag.

Om alle patiënten te kunnen behandelen, worden er stoelen die extra in een behandelkamer staan als behandelplaats gebruikt; worden patiënten in het dagverblijf geholpen; wordt er bloed voor het laboratorium afgenomen op de gang of wordt er uitgeweken naar een kamer met twee bedden, die officieel een andere afdeling toebehoort. Deze ruimte dient echter vooraf te worden gereserveerd en kan daarmee niet gebruikt worden als de planning op online operationeel niveau moet worden aangepast. Het gebruik van deze extra capaciteit is door deze analyse theoretisch echter onnodig. Omdat de totale tijd van het aantal behandelingen en verrichtingen overeenkomt met de totale beschikbare capaciteit op de Fb dagbehandeling.

Het is op basis van de historische data niet mogelijk om erachter te komen of er sprake is van een afhankelijkheid tussen de tijdsduur van de behandeling en de afspraken tijd. Om dit te kunnen analyseren is er een behandeling nodig die zowel 's ochtends als 's middags uitgevoerd kan worden. Er zijn behandelingen die aan dit criterium voldoen, deze zijn niet bruikbaar voor een analyse omdat de verschillende behandelingen in de historische data gelabeld zijn. Door het toekennen van labels zijn de behandelingen gegroepeerd. Eén label in de historische dataset bevat daarmee gegevens van verschillende behandelingen. Deze verschillende behandelingen zijn niet af te lezen in de data en daardoor ook niet te vergelijken. Als ieder label één behandeling zou weergeven, zou nog steeds geen analyse mogelijk zijn tussen de tijdsduur van de behandeling en de afspraken tijd. Elke patiënt met dezelfde behandeling, hoeft namelijk niet dezelfde hoeveelheid medicatie te krijgen. De tijd waarin de patiënt de medicatie ontvangt, is vooraf vastgelegd in protocollen. Iemand die meer medicatie nodig heeft, heeft daarmee een langere behandel tijd.

Om dit te onderzoeken zou een dossieronderzoek noodzakelijk zijn. Op basis van de gegevens van het dossieronderzoek zou kunnen worden vastgesteld of er een relatie gelegd kan worden tussen de duur van de behandeling en de afspraken tijd. Het is onwaarschijnlijk dat hier een verband bestaat omdat de medicatie toegediend wordt op basis van de tijden die genoteerd staan in de protocollen.

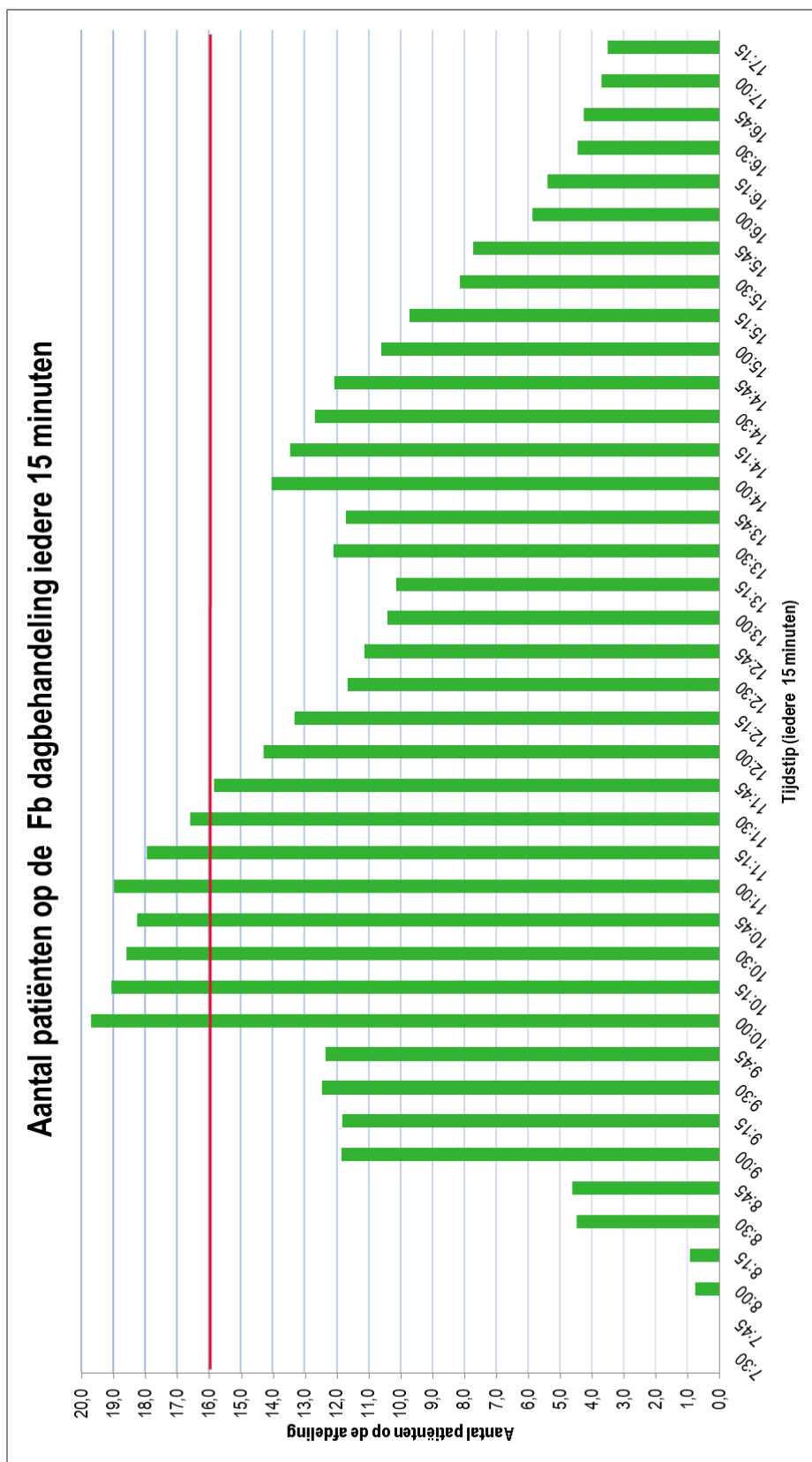
Door de spreiding in kaart te brengen (zie figuur 14), is het mogelijk om verschillen tussen het aantal patiënten dat gelijktijdig op de afdeling aanwezig weer te geven.

Er kan handmatig voor alle dagen de spreiding berekend worden. Er is daarom gekozen voor een selectie van 10 dagen (zie paragraaf 1.1.3) om de spreiding van het aantal patiënten gedurende de dag, iedere 15 minuten, te berekenen.

Van deze 10 dagen zijn de gemiddelden en standaarddeviatie per 15 minuten weergegeven in figuur 14.

Door een hoge standaarddeviatie kan het voorkomen dat bij gemiddelde capaciteitsbenutting, minder dan 16 behandelplaatsen, toch aanspraak gemaakt moet worden op de extra capaciteit. Bij een hoge overschrijding van deze 16 officiële behandelplaatsen kunnen er ernstige capaciteitsproblemen optreden. Dit kan tot gevolg hebben dat patiënten langer moeten wachten of dat de afspraak geannuleerd/verzet wordt. Dit zorgt voor een lager patiënten comfort en draagt indirect bij aan een verminderde kwaliteit van zorg. Op basis van deze gegevens kan ook de range berekend worden, deze is niet weergegeven in het figuur. De range is het verschil tussen het gemiddelde plus standaarddeviatie en het gemiddelde min standaarddeviatie. Deze geeft daarmee het verschil in aantal patiënten weer. Het gemiddelde van deze range bedraagt 6,63. Dat wil zeggen dat er per 15 minuten gemiddeld een schommeling van, afgerond, 7 patiënten is. Wanneer deze 7 patiënten vergeleken worden met de 16 officiële behandelplaatsen is dit een vrij hoog aantal. Dit heeft als gevolg dat er regelmatig meer plaatsen op de Fb dagbehandeling gebruikt worden dan deze 16 behandelplaatsen.

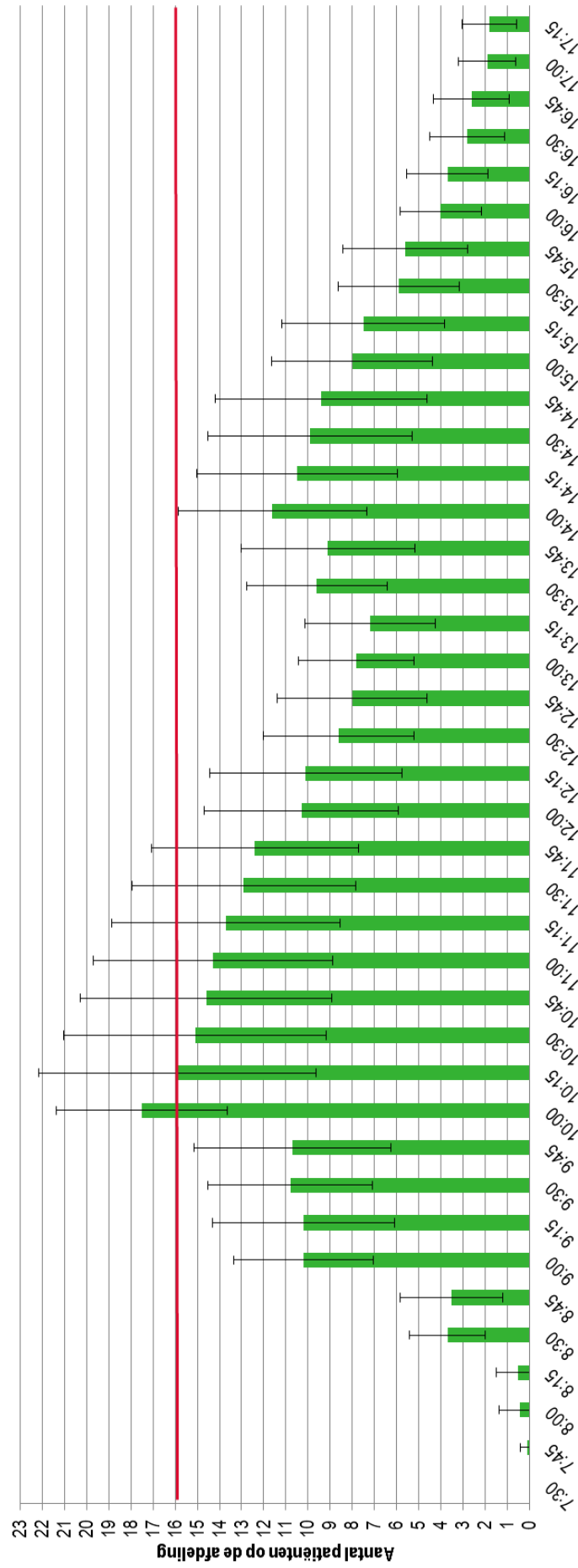
Hierbij is op te merken dat deze berekening gebaseerd is op 5,65% van de geregistreerde tijd (10 van de 177 dagen). Dit is de verklaring voor de lagere gemiddelden ten opzichte van figuur 13.



Figuur 13: Aantal patiënten op de Fb dagbehandeling iedere 15 minuten.  
De horizontale rode lijn geeft in figuur 13 het officiële maximum aantal behandelplaatsen weer.



### Gemiddeld aantal patiënten met standaarddeviatie op de Fb dagbehandeling (iedere 15 minuten)



Figuur 14: Gemiddeld aantal patiënten met standaarddeviatie op de Fb dagbehandeling iedere 15 minuten.

De horizontale rode lijn geeft in figuur 14 het officiële maximum aantal behandelplaatsen weer.

### **4.3 Samenvattend**

Werkdruk wordt gezien als een neutraal begrip. Het is een balans tussen werklast en belastbaarheid van de medewerker. De capaciteit op de afdeling blijft gelijk, terwijl het aanbod van patiënten toeneemt. Dit zorgt voor een toename van werkdruk van de medewerkers. Uit interviews, observaties, en de lijst met mogelijke oorzaken is gebleken dat er verschillende oorzaken te vinden zijn voor werkdruk. Niet elke oorzaak of situatie veroorzaakt evenveel werkdruk, maar veel oorzaken hangen samen. Samenvattend kan gesteld worden dat de gebeurtenissen die buiten het beïnvloedbare gebied van de verpleegkundige vallen, in de perceptie van de verpleegkundige, de meeste werkdruk veroorzaken. Er kan gedacht worden aan ongeplande patiënten (grotendeels patiënten die komen voor laboratoriumonderzoek), uitloop van een behandeling of afwezigheid van een collega. Reden voor onvoldoende behandelplaatsen, die ook vaak als oorzaak van werkdruk door de verpleegkundigen wordt genoemd, wordt op basis van de data analyse waarschijnlijk veroorzaakt door de huidige manier van plannen. Bij dit knelpunt in de planning zijn er op bepaalde momenten per dag meer patiënten op de afdeling aanwezig dan dat er behandelplaatsen zijn.

## **5. De dagbehandelingsafdeling in bezochte ziekenhuizen**

In dit hoofdstuk wordt er over elk bezocht ziekenhuis een verslag weergegeven. Bij de bezoeken is dezelfde vragenlijst als basis gebruikt (zie bijlage 5). De kennis opgedaan bij een bezocht ziekenhuis, is bij het volgende bezoek meegenomen. In de verslagen is geprobeerd om gelijke onderdelen te laten terugkeren. De verslagen zijn op sommige punten vrij uitgebreid en daarmee misschien minder relevant voor dit onderzoek. Toch is er bewust gekozen voor deze uitgebreide documentatie om op deze wijze het teamhoofd van de Fb dagbehandeling en de kwaliteitsfunctionaris te voorzien van zoveel mogelijk informatie over dagbehandelingsafdelingen in andere ziekenhuizen. De volgorde van verslagen is gelijk aan de volgorde van bezoeken. Na alle, op zich staande verslagen, volgt een deel waarin samenvattend overeenkomsten en verschillen worden opgesomd. Alles staat nog eens samengevat in een tabel.

### **5.1 Canisius Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen**

Op woensdag 1 juni werd een bezoek gebracht aan teamleiders van de dagbehandeling – kort verblijf, Caroline van Ieperen en Tineke Schaart, van het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) te Nijmegen. De dagbehandelingsafdeling, iedere dag geopend van 7:00h tot 19:00h, bestaat uit 23 bedden en heeft een bedbezetting van 200%. Dit houdt in dat een bed tweemaal daags bezet wordt. Per dag werkt er één secretaresse, één teamleider, één senior en zes verpleegkundigen. Een senior is een verpleegkundige die meer bevoegdheden heeft en andere taken en is daardoor maar deels ingedeeld voor medische taken. De verpleegkundigen maken werkdagen van 9 uur. Voor deze afdeling zijn ook 4 bedden beschikbaar op een dislocatie; een andere locatie in het ziekenhuis. Daarnaast is er een afdeling kort-verblijf/dagbehandeling waarvan 28 bedden kort klinisch zijn en 12 bedden dagbehandeling. De afdelingen zijn samen goed voor zeker 20.000 opnames per jaar. In totaal maken 11 specialismen gebruik van deze bedden.

De volledige planning loopt via de afdeling opname. Omdat er veel bedden zijn en een hoge bezetting wordt nagestreefd, is de planning erg belangrijk. De afdeling opname is een onafhankelijke afdeling die de planning maakt. Invoering van een onafhankelijke afdeling die zorgt voor de planning, zorgde enkele jaren geleden voor wat weerstand. Binnen het CWZ is hiervoor echter bewust gekozen, omdat mensen het liefst plannen in hun eigen voordeel. In het verleden, toen de verpleegkundigen zelf de planning maakten, planden ze de afspraken op de manier hoe het hen het beste uitkwam. Als er bijvoorbeeld een feestdag voor de deur stond, werd er de middag vooraf gaande aan de feestdag al vrijwel niets meer gepland omdat iedereen graag naar huis wilde. Nu zijn de verpleegkundigen er voornamelijk om zorg te leveren. De afdeling opname zorgt voor een grove planning. De fine-tuning vindt plaats op de afdeling door de senior. Die legt vast welke patiënt in welke kamer komt. Met uitgeprinte lijsten daarvan wordt iedere dag gewerkt. Bij de planning wordt ervan uitgegaan dat alles goed gaat. Als er zich een situatie voordoet waardoor de normale tijd, die staat voor een behandeling, erg uitloopt is het de

taak van de senior om hiervoor een oplossing te vinden. Vaak houdt dat in dat er geschoven moet worden met patiënten.

Voor het CWZ is het belangrijk een duidelijke visie te hebben omdat ze veel concurrentie ervaren van de andere ziekenhuizen in de omgeving. Het ziekenhuis is zichzelf sinds enkele jaren veel meer gaan beschouwen als een business maar de patiënten mogen dat niet zo voelen. Het CWZ kent daarom de slogan 'We kennen de patiënt als mens en we behandelen hem als naaste'. Voor het ziekenhuis zijn de wensen van de patiënt leidend maar het is geen wet van meden en perzen om aan die wensen te voldoen. Het is de taak van de verpleegkundige om ervoor te zorgen dat de patiënt veilig en vriendelijk geholpen wordt maar daarbij moet de verpleegkundige ervoor zorgen dat de processen goed door kunnen lopen. Om te zorgen dat die kwaliteit op peil blijft, worden verschillende methodes gebruikt. Binnen de dagbehandelingsafdelingen van het CWZ gelden tegenwoordig duidelijke regels en afspraken waar iedereen zich aan te houden heeft maar binnen die regels is iedereen erg vrij en wordt iedereen gestimuleerd om zich zelf te ontwikkelen. Een manier om te controleren of de kwaliteit op peil gehouden wordt is door middel van een interview met een patiënt waarbij het personeel van de afdeling aanwezig is maar alleen maar mag luisteren. Om de veiligheid te garanderen wordt er alleen maar gewerkt met behandelingen die opgenomen zijn in protocollen en wordt er veel aan scholing gedaan. Scholing voor zowel het medisch handelen als in de omgang met de patiënt.

De dagbehandelingsafdeling beschikt ook over een eigen roomservice. De roomservice is verantwoordelijk voor het verschonen van de bedden gedurende de dag en voorziet de patiënt van eten en drinken. Het eten en drinken wordt bereid in de eigen keuken op de afdeling. In de keuken staat de broodkar die ervoor zorgt dat de patiënten een ruime keuze hebben een koude maaltijd. Als een patiënt op de kamer is aangekomen, krijgt het personeel van de roomservice een seintje van de verpleegkundige. Het personeel van de roomservice gaat dan naar de patiënt toe. Omdat veel patiënten nuchter verwacht worden, krijgen zij in het ziekenhuis vaak pas hun ontbijt dat maakt dat er nauwelijks behoefte is aan een warme maaltijd. In principe krijgen de patiënten geen warm eten. De mogelijkheid tot het serveren van warme maaltijden is wel aanwezig. Bij de maaltijden wordt rekening gehouden met variatie en verschillende diëten.

De planning te laten uitvoeren door de onafhankelijke afdeling en duidelijke regels binnen de afdeling zijn de hoofdredenen van de hoge bezettingsgraad. Tevens is er sprake geweest van een andere denkwijze, waarbij er ontslaggericht wordt gewerkt. Dit houdt in dat men ervan uitgaat dat iedere behandeling goed verloopt, totdat er een complicatie optreedt. Op het moment dat er een complicatie optreedt, zoekt de senior hiervoor een oplossing.

## 5.2 Nederlands Kanker Instituut te Amsterdam

Er is een bezoek aan het Nederlands Kanker Instituut – Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (NKI-AVL) te Amsterdam gebracht op vrijdag 10 juni 2011. Teamleider Arthur Dernison heeft de situatie binnen het NKI toegelicht. De dagbehandelingsafdeling van het NKI bestaat uit 30 behandelplaatsen, waarvan 20 bedden en 10 stoelen. Naast de verpleegkundigen zijn er ook verpleegkundig specialisten, afdelingsassistenten en secretaresses op de afdeling werkzaam.

Per dag zijn er acht verpleegkundigen aan het bed werkzaam, waarvan 1 coördinator. De coördinator heeft de operationele leiding. Dit houdt in dat deze het aanspreekpunt is. Zes verpleegkundigen vervullen deze extra taak. In het NKI wordt er gewerkt met het EVV-systeem (Eerst Verantwoordelijk Verpleegkundige). Bij dit systeem wordt elke patiënt zoveel mogelijk gezien door twee dezelfde verpleegkundigen (iedere patiënt krijgt in principe twee EVV-ers). Dit systeem wordt meegenomen bij het maken van de planning.

Uit onderzoek op de afdeling is gebleken dat één verpleegkundige verantwoordelijk kan zijn voor drie bedden. Grofweg kan worden gesteld dat er een bed is voor de langliggers, een bed voor korte behandelingen en een bed voor de overige behandelingen. Omdat de coördinator extra taken uitvoert, is deze verantwoordelijk voor twee bedden.

Per dag wordt er gepland met 26 bedden. De overige bedden worden gebruikt voor spoed en uitloop.

Op de achturige werkdag ziet de verpleegkundige 8 tot 12 patiënten.

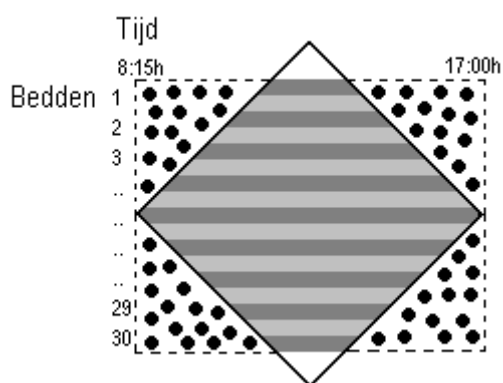
Overzicht van de verdeling van 30 bedden/stoelen per dag:

- 7 verpleegkundigen x 3 bedden = 21 bedden
- 1 coördinator x 2 bedden = 2 bedden
- 3 overbedden (Dit is 10% van het totale beddenaantal omdat uit ervaring gebleken is dat 10% van de patiënten uitvalt)
- 2 bedden uitloop
- 2 bedden spoed

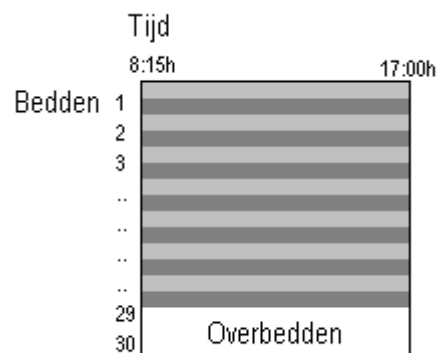
De planning wordt gedaan door de medisch secretaresse. Dit heeft als bezwaar dat zij niet over alle medische kennis beschikt en hulp nodig heeft op dit vlak. Hoewel er geen ideaal planningssysteem bestaat, is CS Dagbehandeling (van het bedrijf Chipsoft) een benadering. CS Dagbehandeling is een module binnen CS-EZIS dat het NKI mee ontwikkeld heeft voor de dagbehandelingsafdeling.

Om een afspraak te maken, moet er vanuit de arts een digitaal formulier worden ingevuld. Op deze manier wordt de afstand tussen de patiënt en de planner groter en ontstaan er geen grote wachtrijen aan de receptie. In dit formulier kan ook de voorkeur van de patiënt worden aangegeven. Service naar de patiënt toe is belangrijk, maar niet leidend.

De verdeling van het aantal patiënten binnen het NKI is veranderd. In figuur 15.1 en figuur 15.2 wordt het aantal patiënten in de oude en in de nieuwe situatie weergegeven. De ruit vormt de situatie in het verleden (zie figuur 15.1), het vierkant geeft de huidige situatie weer (zie figuur 15.2). Horizontaal is de tijd weergegeven, verticaal het aantal bedden. In het verleden waren er piekmomenten waarbij er meer patiënten waren dan bedden. Deze patiënten zijn de witte uitstekende driehoeken. Voor de huidige planning is geprobeerd om de ruit een kwartslag te draaien voor een betere benutting en daarmee uit te komen op figuur 15.2. Ook de werkdruk is beter verspreid over de dag. Tegenwoordig wordt per bed de dag ingepland (dit is geïllustreerd met de balken in figuur 15.2). De afspraken worden gepland vanaf 8:15h. Wanneer een patiënt niet om 8:15h wordt ingepland, dan heeft de verpleegkundige bijvoorbeeld 45 minuten onbenutte tijd, dit wordt weergegeven in figuur 15.1 met de zwarte stippen.



Figuur 15.1: Situatieschets oude patiënten verdeling.



Figuur 15.2: Situatieschets nieuwe patiënten verdeling.

Tevens kunnen er meerdere afspraken vooruit gepland worden, wanneer dit voor een kuur nodig is. Als er dan een afspraak uitvalt, dan is er minder te verzetten. De laatste patiënt in de ochtend wordt om 11:15h ingepland en de eerste patiënt in de middag om 13:30h.

De tijd die per patiënt wordt uitgetrokken bestaat uit 30 minuten opstarttijd (hierin wordt ook de tijd meegenomen voor het verschonen van de bedden) en tijd voor de behandeling volgens protocol. De afspraaktijd die de patiënten ontvangen is de tijd waarop het infuus aan moet. De patiënten dienen een bepaalde tijd van tevoren aanwezig te zijn, afhankelijk van waarden die gemeten moeten worden. De patiënten komen elk kwartier binnen, bijvoorbeeld: 8:15h, 8:30h en 8:45h.

Wanneer de patiënt zich meldt voor de afspraak, wordt in het computersysteem aangegeven door een kleurverandering dat deze aanwezig is. De patiënt neemt vervolgens plaats in de wachtruimte, voordat deze wordt opgehaald door de verpleegkundige.

Naast het EVV systeem, wordt er gewerkt met een maatjes-systeem: waarbij twee verpleegkundigen aan elkaar worden gekoppeld en elkaars patiënten lijst ontvangen. Dit betekent voor de lunchpauze dat de verpleegkundigen in twee groepen pauze hebben. Wanneer een groep met pauze is, heeft de groep die achterblijft per persoon maximaal 8 bedden.

Tijdens de lunch krijgen de patiënten brood aangeboden. Voor begeleiders is er geen lunch beschikbaar. Het wordt wel aangemoedigd om begeleiders mee te nemen, dit is onder andere voor de informatieverwerking. De afdelingsassistente verzorgt de lunch en is verantwoordelijk voor bestellingen, de bevoorrading van de kamers, statussen en de schoonmaak in verband met de cytostatica. Er is een apotheek aanwezig op de afdeling. Wat een erg groot voordeel is voor de dagbehandeling.

Op deze afdeling wordt veel gebruik gemaakt van onderzoek om de werkwijze te onderbouwen en verbeteren. Dit heeft tot goede resultaten geleid. Het NKI is tevens betrokken bij de ontwikkeling van een computer planningssysteem, wat ernaar streeft om in één oogopslag te zien hoe lang een bed bezet is.

### **5.3 Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam**

Op vrijdag 10 juni werd in Amsterdam ook de dagbehandelingsafdeling voor patiënten van de oncologie en de interne geneeskunde het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) bezocht.

Hans van den Butter, Seniorverpleegkundige B6- waarnemend afdelingsleider B6, had tijd om vragen te beantwoorden en om de afdeling, die een half jaar geleden in gebruik genomen werd, te laten zien.

De afdeling kan omschreven worden als grote ruimte waarbij de zeven behandelstoelen gescheiden kunnen worden door gordijnen. Er is één aparte behandelkamer waar een bed staat. Als patiënten niet in staat zijn om zittend hun behandeling te ontvangen, kunnen ze behandeld worden op de aangrenzende verpleegafdeling. In de grote ruimte staat ook een bank waar patiënten een andere houding kunnen aannemen, tv kunnen kijken of kunnen spelen op de spelcomputer. Voor wachtende patiënten is er een bank op de gang. Die wordt gebruikt als een patiënt te vroeg is en er nog geen behandelstoel vrij is. De dagbehandelingsafdeling is van maandag tot en met vrijdag geopend tussen 8:00h en 17:00h. Ieder dag zijn er twee verpleegkundigen werkzaam, op drukke dagen zijn dat er drie. Deze verpleegkundigen zijn ook werkzaam op de verpleegafdeling. Door middel van de personeelsplanning wordt bepaald welke verpleegkundige waar werkzaam is.

Voor medisch advies en medische beslissingen kunnen de artsen van de verpleegafdeling en de medisch specialisten van de poliklinieken geraadpleegd worden.

Bij de planning wordt er in het OLVG gewerkt met de computer. De planning wordt gemaakt in het Ziekenhuis Informatie Systeem xCare op de polikliniek. Ook de verpleegkundige op de dagbehandelingsafdeling gebruikt de computer om de dagelijkse planning te zien. Bij het maken van de planning wordt er met de volgende zaken rekening gehouden:

- Bij de planning wordt er geprobeerd om de patiënt zo snel mogelijk in te planning.
- Er wordt er rekening gehouden met de wensen van de patiënt en de noodzaak van de behandeling.

- De planning is (deels) afhankelijk van de aard van de behandeling. Een kuur heeft bijvoorbeeld vastgestelde periodes tussen de verschillende behandelingen.
- Behandelingen die kort duren, bijvoorbeeld port-a-cath, worden vooral aan het begin of einde van de dag ingepland.
- Er wordt niet gepland met het idee dat er een reactie kan optreden. Als er een reactie optreedt, kan deze opgevangen worden door de speling in de planning.
- Speling in de planning heeft twee hoofdredenen
  - o De extra tijd die een reactie kost kan worden opgevangen.
  - o De behandel tijden die in de protocollen staan, en tevens gebruikt worden als behandel tijd bij de planning, kunnen worden gecompenseerd. De tijden in de protocollen zijn vaak erg krap en bij deze tijden wordt er geen rekening gehouden met voor- en naspoelen.

Het dossier van de patiënt is wel op papier. Er wordt geprobeerd om het dossier de dag van te voren al op de afdeling te hebben. Dit heeft als doel dat de apotheek de medicatie, indien de aard van de medicatie dat toelaat, de dag van te voren al kan voorbereiden. Hiermee wil men bereiken dat de patiënt niet hoeft te wachten.

Er zijn nog andere maatregelen genomen die ertoe bijdragen dat de planning gehaald wordt en de patiënt niet hoeft te wachten.

- Om lab-waarden te bepalen, worden patiënten één dag van te voren geprikt. Erg vermoeide patiënten krijgen daarbij voorrang.
- De afspraaktijd van de patiënt wordt na elkaar gepland. Per tijdstip worden twee patiënten ingepland.
- Doordat de apotheek weet welke medicatie hoe laat nodig is, levert dit zelden wachttijd op.

Mocht het toch voorkomen dat een patiënt moet wachten. Is 10 minuten voor de meeste patiënten geen probleem. Vooral omdat er vrijwel nooit wachttijd is. Een idee dat er ligt maar nog niet uitgewerkt is, is om patiënten die langer moeten wachten bonnen aan te bieden voor het restaurant.

Een ander idee dat er ligt is om een bepaalde groep patiënten één avond per week te behandelen.

Deze relatief kleine en overzichtelijke afdeling kan over het algemeen goed voldoen aan de vraag. Met de verpleegafdeling ernaast is er altijd een uitwijk mogelijkheid. Door de samenwerking met de verpleegafdeling, poli en apotheek wordt geprobeerd om een planning te maken waarbij de patiënt zo min mogelijk hoeft te wachten en de verpleegkundigen iedereen goed, na elkaar kunnen behandelen.

## 5.4 Catharina ziekenhuis te Eindhoven

De oncologische dagbehandelingsafdeling van het Catharina Ziekenhuis te Eindhoven bestaat uit 16 behandelplaatsen waarvan 10 bedden en 6 stoelen. De afdeling is in januari 2011 in gebruik genomen en heeft een U-vorm. Van de 10 bedden wordt er één gereserveerd als 'overbed'. Uit ervaring blijkt dat één 'overbed' voldoende is voor de uitloop van patiënten.



De afdeling ontvangt patiënten tussen 8:00h en 17:30h. De verpleegkundigen werken 8 uur per dag en kunnen op 3 verschillende tijden starten: 7:15h, 8:15h of 8:45h. De diensten eindigen dan respectievelijk om 16:00h, 17:00h en 17.30h. Per werkdag hebben de verpleegkundigen 45 minuten pauze.

Per dag wordt er één verpleegkundige ingezet voor administratieve werkzaamheden en planning. Zij is ook aanspreekpunt van de dag binnen de unit. Deze taak wordt uitgevoerd door drie van de 10 verpleegkundigen die werkzaam zijn op de afdeling. Ook is er een verpleegkundige in opleiding waarmee het totaal op 11 verpleegkundigen komt. Enkele uren per week is er een secretaresse op de afdeling aanwezig. Zij houdt zich bezig met de financiële administratie met betrekking tot de Diagnose Behandel Combinatie (DBC).

Hoe de planning tot stand komt, kan beschreven worden in stappen. Het maken van de planning behoort ook tot de administratieve taken.

1. Afspraken worden gepland in Kurad. Een computerprogramma ontwikkeld met een verpleegkundige. Dit programma functioneert als een agenda voor polikliniek, apotheek, oncologische verpleegafdeling en dagbehandeling. In de Kurad agenda staan alle patiënten die behandeld worden op tijd ingepland met een gekoppeld toedieningschema als de behandeling is voorgeschreven door de arts.
2. De namen worden aan tijdstippen toegekend.
3. De patiënten worden op papier toegekend aan behandelplaatsen.
4. De bedverdeling wordt gemaakt waarbij 3 tot 4 behandelplaatsen aan één verpleegkundige worden toegewezen.

Bij het maken van de planning wordt rekening gehouden met bijzonderheden/wensen van de patiënt. Deze staan genoteerd in een aparte klapper op de afdeling. Naast de geprotocolleerde behandel tijd wordt er een marge van 30 minuten meegenomen in de planning. Deze 30 minuten vinden plaats na de behandeling en geven de verpleegkundige een adempauze en de tijd om op te ruimen. Een andere manier om de verpleegkundige rust te geven is het open laten van een behandelplaats. Deze tijd kan tevens gebruikt worden voor uitloop of spoedpatiënten. Er wordt gebruik gemaakt van een 'maatjes-systeem'. Dit houdt in dat twee verpleegkundigen per dag aan elkaar gekoppeld zijn, elkaar helpen bij problemen en elkaars patiënten overnemen in de pauze. In Eindhoven wordt er geen gebruik gemaakt van het EVV-systeem (Eerst Verantwoordelijk Verpleegkundige) omdat zij van mening zijn dat dit zorgt voor eenkennigheid beiderzijds.

Naast de patiënten planning wordt er iedere dag in de planning met nog meer zaken rekening gehouden.

- Van 15:15h – 15:30h wordt er ieder dag een korte evaluatie gehouden met de verpleegkundigen. Er wordt bekeken door wie, wanneer en waarom er druk ervaren is. Samen wordt er gesproken over de mogelijke oorzaken.
- Rond 15:30h wordt de laatste patiënt ingepland. Na 17:00h wordt geen behandeling meer gestart omdat er bij een eventuele reactie niet genoeg personeel aanwezig is.

- Rond 16:00h vindt er iedere dag overleg plaats met de apotheek. De apotheek heeft toegang tot het computerprogramma Kurad waarbij ze de patiënten planning kunnen inzien. Samen met de dagbehandeling wordt de planning besproken. Dit met betrekking tot de bereiding van de medicatie. Zodat de behandeling tijdig kan starten.

Om het bezoek bij de dagbehandeling zo voorspoedig mogelijk te laten verlopen heeft het Catharina ziekenhuis enkele gewoonten:

- Als de patiënt in het ziekenhuis aankomt, meldt deze zich bij de centrale receptie. De receptie kan in het computer systeem aanvinken dat de patiënt aanwezig is. De verpleegkundige kan deze informatie zien op de afdeling en de patiënt ophalen uit de wachtruimte.
- Koffie en thee is in de wachtruimte en op de afdeling voor patiënten en begeleiders beschikbaar. Als de patiënt op de afdeling behandeld wordt, wordt de 'eerste ronde' drinken uitgedeeld door de verpleegkundigen. De rest mogen ze zelf pakken.
- De lunch, bestaande uit brood en soep, wordt rond gebracht door een vrijwilliger. Deze is afkomstig van het vrijwilligersbureau in het ziekenhuis.
- De schoonmaakster komt na 17:30h als alle patiënten weg zijn. Zij is er verantwoordelijk voor dat de bedden volledig verschoond worden ( 1 keer per week) en dat de voorraad in de "verband" karren is aangevuld.
- Mocht er iets mis zijn gegaan in de planning en moet de patiënt langer wachten voordat deze behandeld kan worden, wordt dit aan de patiënt verteld.

Hoewel de afdeling pas verhuisd is en er bij de verhuizing en nieuwe inrichting veel gelet is op de wensen van zowel de patiënt als de verpleegkundige, zijn er nog altijd plannen voor de toekomst.

De wens bestaat bijvoorbeeld om een buffetkar op de afdeling te krijgen. Mocht de planning in de toekomst te vol worden, is het een idee om avonden of eventueel de zaterdag te organiseren waarop een bepaalde groep patiënten behandeld kan worden.

## 5.5 Overeenkomsten en verschillen bezochte ziekenhuizen

In dit laatste stuk van dit hoofdstuk, zal er geen eenduidig antwoord gegeven worden op de deel vraag *'Hoe hebben andere ziekenhuizen de dagbehandelingsafdeling ingedeeld?'* maar zal bestaan uit een opsomming van een aantal zaken dit zijn opvielen bij de bezoeken ten opzichte van de handelswijze van de Fb dagbehandeling in MST.

- Wie maakt de planning? Bij het Catharina ziekenhuis in Eindhoven is de verpleegkundige de planner. In Nijmegen zijn ze duidelijk van mening dat een verpleegkundige geen planner is. Daar is een aparte afdeling verantwoordelijk voor de planning. Het OLVG geeft ook de planning uithanden aan de polikliniek. Bij het NKL wordt er, net als in MST, gepland door de secretaresse. Dit wordt echter

backoffice gedaan waardoor er een afstand tussen de patiënt en de planner ontstaat. Het nadeel van een planner zonder medische kennis is dat deze scholing nodig heeft. Een eenduidige opvatting over wie de planning maakt is er niet.

- Verdeling van de bedden en het 'maatjes-systeem'. In Nijmegen worden, net als in MST, de verpleegkundigen verdeeld over twee gedeelten van de afdeling. Bij het NKI en het Catharina ziekenhuis worden de verpleegkundigen verdeeld over behandelplaatsen. Iedere dag krijgen de verpleegkundigen daar drie tot vier vaste behandelplaatsen toegewezen. In combinatie met deze verdeling wordt er in beide ziekenhuizen gewerkt met het 'maatjes-systeem'. Dit houdt in dat twee verpleegkundigen aan elkaar gekoppeld worden. Ze helpen elkaar bij problemen en nemen elkaars patiënten over in de pauze. Iedere dag heeft de verpleegkundige een ander maatje.
- Eerst Verantwoordelijk Verpleegkundige (EVV). Binnen het NKI wordt er gewerkt met een EVV. Dit betekent dat iedere patiënt twee verpleegkundigen krijgt toegewezen. Het voordeel hiervan is dat de situatie van de patiënt goed en volledig bekend is bij de toegekende verpleegkundigen. Voor de patiënt is het duidelijk wie het aanspreekpunt is. Voor de verpleegkundige kan het prettiger werken omdat deze het hele ziekte verloop van de patiënt mee maakt. Het Catharina ziekenhuis verwerpt de voordelen van een EVV. Zij geven aan dat dit zorgt voor eenkennigheid en bezitterigheid.
- Vrije bedden. Het NKI en het Catharina ziekenhuis plannen niet alle bedden iedere dag vol met patiënten. Ze werken met bedden voor uitloop en spoed. Het NKI heeft ook nog bedden voor extra geplande patiënten.
- Aantal patiënten per tijdstip. Zowel in het NKI, OLVG en het Catharina ziekenhuis worden de tijden dat de behandeling start gespreid. Daarbij worden in het OLVG ook 2 patiënten per tijdstip ingepland. In de regel kan er gezegd worden dat er in de ochtend 15 minuten zit tussen de verschillende behandelstijdstippen. De eerste behandelingen worden 's ochtends gepland vanaf het moment dat de afdeling open gaat.
- Behandeltijd. Zowel het NKI als het Catharina ziekenhuis plannen naast de geprotocolleerde behandeltijd nog extra tijd in. Deze tijd is er bijvoorbeeld om het bed te verschonen. Het OLVG lost dit op door speling.
- Tijdstip laatste afspraken. Alle ziekenhuizen hadden 's ochtends en 's middags een tijd waarbij de laatste patiënt werd ingepland. 's Ochtends om geen piekbelasting in de lunchpauze te hebben en 's middags om uitloop te beperken.
- Schoonmaakster. Bij geen van de bezochte ziekenhuizen wordt er schoongemaakt terwijl er patiënten op de afdeling aanwezig zijn.
- Bij de rondleidingen in de andere ziekenhuizen viel op dat vrijwel bij alle ziekenhuizen meer televisies voor de patiënten beschikbaar waren.

## 5.6 Samenvattend

De observaties gedaan tijdens de bezoeken aan andere ziekenhuizen zijn, inclusief de gegevens van de Fb dagbehandeling in MST, zijn samengevat weergegeven in tabel 3.

Tabel 3: Overzicht van alle bezochte ziekenhuizen inclusief MST.

|                                           |                                                         | <b>Canisius Wilhelmina<br/>Ziekenhuis -<br/>Nijmegen</b>          | <b>NKI – Amsterdam</b>                                 | <b>OLVG - Amsterdam</b>            | <b>Catharina ziekenhuis -<br/>Eindhoven</b>                    | <b>MST - Enschede</b>                                   |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Algemene gegevens over de afdeling</b> | <b>Specialismen</b>                                     | 11 specialismen                                                   | Oncologie                                              | Oncologie - Interne<br>geneeskunde | Oncologie                                                      | Interne geneeskunde -<br>MDL                            |
|                                           | <b>Aantal behandelplaatsen</b>                          | 23 bedden<br>4 bedden (dislocatie)                                | 20 bedden<br>10 stoelen                                | 7 stoelen                          | 10 bedden<br>6 stoelen                                         | 14 bedden<br>2 stoelen                                  |
|                                           | <b>Aantal verpleegkundigen<br/>per dag*</b>             | 6 verpleegkundigen<br>1 senior                                    | 7 verpleegkundigen<br>1 coördinator                    | 2 verpleegkundigen                 | 6 verpleegkundigen<br>1 senior                                 | 6 verpleegkundigen                                      |
|                                           | <b>Taak van ‘supervisor’</b>                            | Senior: mee<br>bevoegdheden en<br>andere (niet<br>medische) taken | Coördinator:<br>Operationele leiding,<br>aanspreekpunt | n.v.t.                             | Senior: administratieve<br>taken, aanspreekpunt<br>van de unit | Stip: Zij is het<br>aanspreekpunt bij<br>bijzonderheden |
|                                           | <b>Nurse practitioner</b>                               | Nee                                                               | Nee                                                    | Nee                                | Nee                                                            | Ja                                                      |
|                                           | <b>Aantal behandelplaatsen<br/>per verpleegkundigen</b> | Geen eenduidige<br>verdeling                                      | 3 bedden per<br>verpleegkundige                        | Geen eenduidige<br>verdeling       | 3 tot 4 behandelplaatsen                                       | Geen eenduidige<br>verdeling                            |
|                                           | <b>Openingstijden</b>                                   | 7:00h-19:00h                                                      | 8:00-17:30h                                            | 8:00h-17:00h                       | 8:00-17:30h                                                    | 8:15h-17:15h                                            |

|                                  |                                                                 |                            |                                        |                                           |                                                                   |                                         |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Gegevens over de planning</b> | <b>Planning maakt</b>                                           | Planningsafdeling          | Secretaresse backoffice                | Polikliniek                               | Senior                                                            | Secretaresse                            |
|                                  | <b>Planning wordt gemaakt m.b.v.</b>                            | MS Excel                   | CS-EZIS van Chipsoft                   | xCare                                     | Kurad, zelf ontworpen computerprogramma                           | xCare                                   |
|                                  | <b>'Maatjes-systeem'</b> **                                     | Nee                        | Ja                                     | Ja                                        | Ja                                                                | Nee                                     |
|                                  | <b>Eerst Verantwoordelijk Verpleegkundige</b>                   | Nee                        | Ja                                     | Nee                                       | Nee                                                               | Nee                                     |
|                                  | <b>Overbedden</b>                                               | 0                          | 3                                      | 0                                         | 1                                                                 | 0                                       |
|                                  | <b>Behandeltijd wordt gepland o.b.v.</b>                        | Volgens protocol           | Protocol tijd + 30 minuten opstarttijd | Protocol + ingebouwde speling             | Protocoltijd + 30 minuten tussen twee patiënten                   | Volgens protocol                        |
| <b>Overige gegevens</b>          | <b>Schoonmaakster komt</b>                                      | Als patiënten afwezig zijn | Als patiënten afwezig zijn             | Als patiënten afwezig zijn                | Als patiënten afwezig zijn                                        | Als patiënten aanwezig zijn             |
|                                  | <b>Drinken voor patiënten wordt verzorgd door</b>               | Roomservice                | Afdelingsassistente                    | Verpleegkundigen                          | Verpleegkundigen                                                  | Afdelingsassistente                     |
|                                  | <b>Warm eten</b>                                                | Nee                        | Nee                                    | Nee                                       | Nee                                                               | Ja                                      |
|                                  | <b>Maatregelen om tijdig leveringen van apotheek te krijgen</b> | N.v.t.                     | Apotheek is op de afdeling             | Apotheek weet hoe laat medicatie nodig is | Dagelijks overleg met apotheek + apotheek heeft toegang tot Kurad | Dagelijks dubbele controle met apotheek |

\*Indien 'supervisor' apart genoemd dan is dit een aparte taak die ervoor zorgt dat er door deze persoon minder medische taken verricht kunnen worden.

\*\*Met 'maatjes-systeem' wordt bedoeld dat bewust twee verpleegkundigen per dag aan elkaar gekoppeld, niet dat dit in onderling overleg gebeurt gedurende de dag.

## 6. Conclusies en aanbevelingen

In dit onderzoek is antwoord gezocht op de hoofdvraag:

*Welke aanbevelingen kunnen er gedaan worden ten aanzien van de planning om de oorzaken van de werkdruk op de Fb dagbehandeling te verminderen?*

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden zal er eerst een korte samenvatting worden weergegeven, op basis van de deelvragen, waarin ook conclusies getrokken worden. De bezoeken aan andere ziekenhuizen zijn niet meegenomen in de samenvatting. In de aanbevelingen die volgen, zijn de positieve werkwijzen van andere ziekenhuizen opgenomen.

### 6.1 Samenvatting met conclusies

De capaciteit van de Fb dagbehandeling bestaat uit medewerkers en behandelplaatsen. Elf verpleegkundigen, een nurse practitioner, twee secretaresses en twee afdelingsassistenten vormen het team. Per dag heeft één verpleegkundige 'stip'. Dit is een roulerende taak waarbij zij aanspreekpunt is bij bijzonderheden. Deze taak wordt, zoals blijkt uit de interviews en de ingevulde stellingen, niet ervaren als negatieve belasting. De behandelplaatsen bestaan uit 13 bedden, één bed voor aferese patiënten en één kamer met twee behandelstoelen. In de praktijk blijkt dat de overige vijf stoelen in deze kamer ook worden gebruikt als behandelplaats net als in het dagverblijf. Deze plaatsen worden gebruikt als er meer patiënten aanwezig zijn op de afdeling. Hiervan is voornamelijk sprake bij piekbelasting tussen 10:00h en 12:00h.

Er zijn verschillende oorzaken van onvoldoende behandelplaatsen te noemen. Een aantal oorzaken hangt samen met de planning. De totstandkoming van de planning op de Fb dagbehandeling bestaat uit drie onderdelen. Het eerste onderdeel van de planning, tijdsplanning, wordt doorgaans gedaan door de secretaresse wanneer de patiënt wordt doorverwezen door de specialist of nurse practitioner of wanneer er een vervolgspraak gemaakt moet worden. Bij het maken van een afspraak wordt rekening gehouden met verschillende factoren:

- het type behandeling (kans op een reactie en lengte van de behandeling),
- de patiënten voorkeur,
- combinatieafspraken met andere afdelingen en/of de toestand van de patiënt,
- beschikbare capaciteit.

De afspraak wordt gemaakt in het computersysteem. Dit speelt zich af op offline operationeel niveau. Bij het tweede onderdeel, de toewijzing, worden de afspraken definitief gemaakt door de toewijzing van een patiënt aan een kamer. Bij deze stap wordt gebruik gemaakt van het planbord. De afsprakenlijst in de computer wordt aangepast volgens de indeling op het planbord. De verpleegkundigen zijn gewend aan het planbord, gebruiken dit als leidraad en het is hun wens om het planbord te behouden. Het is dan ook geen aanbeveling om afstand te nemen van het planbord. Echter, het planningsproces is inefficiënt en leidt tot tijdsverlies omdat de planning twee keer wordt gemaakt. Het derde onderdeel, de uitvoering, vindt op online operationeel niveau plaats als zich een probleem voordoet en dit direct moet worden opgelost. De verpleegkundigen zoeken dan hiervoor een oplossing.

Formeel is dit de taak van de verpleegkundige met 'stip'. Op dit online operationeel niveau is een piekbelasting geconstateerd. Deze piekbelasting is onregelmatig en verschilt in zwaarte. Op deze momenten zijn er (te) veel patiënten en is er minder ruimte voor ongeplande patiënten. Op offline operationeel niveau kan deze piekbelasting worden beperkt. Er is nog ruimte voor verbetering voor de planning op offline operationeel niveau, de tijdplanning. Want door een goede aanpak van het eerste en tweede onderdeel, kunnen problemen bij het derde planningsonderdeel tot een minimum beperkt worden.

De balans tussen werklast en belastbaarheid van de medewerker wordt gezien als het neutrale begrip werkdruk. Volgens het *Demand en Control model* is er sprake van positieve werkdruk wanneer de medewerker de vrijheid heeft om eigen werk te sturen en te organiseren terwijl de eisen op dat moment hoog zijn. Er ontstaat werkstress als de sturingsmogelijkheden laag zijn. Door de subjectieve aard van ervaren werkdruk kunnen de verpleegkundigen negatieve of positieve werkdruk ervaren. Dit is afhankelijk van de manier waarop men het begrip werkdruk definieert en de beleving van het individu. Wanneer de verpleegkundige zich bijvoorbeeld voorbereid op een drukke dag, kan deze er goed mee omgaan. Tijdens de interviews werd niet de indruk gewekt dat er sprake is van constante en ernstige werkdruk. De Rooij (11) beschrijft het proces van het ontwikkelen van een burn-out in drie fasen, waarvan teveel werkstress de eerste fase is. Er zijn geen signalen geconstateerd die hierop duiden.

Uit dit onderzoek is te concluderen dat er verschillende oorzaken zijn voor werkdruk op de Fb dagbehandeling. De meeste oorzaken hangen samen en de hoogte van ervaren werkdruk is verschillend. Samenvattend kan gesteld worden dat de oorzaken waardoor de meeste werkdruk ervaren wordt, gebeurtenissen zijn die buiten het beïnvloedbare gebied van de verpleegkundige vallen.

Een toename van werkdruk wordt ervaren door een toename van behandelingen terwijl de capaciteit van de afdeling gelijk gebleven is. Ongeplande patiënten, grotendeels patiënten die komen voor laboratoriumonderzoek en diezelfde dag een behandeling nodig hebben, zijn slechts één onderdeel van de oorzaak *onvoldoende behandelkamers beschikbaar*, maar kan genoemd worden als een grote oorzaak van werkdruk. Het gemiddelde percentage laboratorium patiënten per dag bedraagt 9,57%.

De oorzaak *onvoldoende behandelkamers beschikbaar* is vooral op bepaalde tijdstippen een oorzaak van werkdruk. Door meer patiënten op de afdeling te hebben dan behandelplaatsen, ontstaat dit knelpunt. Dit knelpunt wordt, als gekeken wordt naar het model van Houdenhoven et al. (6) veroorzaakt op offline operationeel niveau en online operationeel niveau. Onvoldoende behandelkamers kunnen offline ontstaan door het inplannen van te veel patiënten op één tijdstip. Online kan zich dit knelpunt voordoen door bijvoorbeeld het optreden van een reactie.

Op de Fb dagbehandeling moet bij het maken van de planning met veel zaken rekening gehouden worden. Dat maakt het inplannen van patiënten lastiger. Door de manier van plannen aan te passen, kan de piekbelasting verminderd worden. Dit zal ertoe leiden dat de werkdruk gereduceerd kan worden en dat het gebruik van de extra capaciteit tot een minimum beperkt kan blijven.

## 6.2 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk zullen aanbevelingen gedaan worden ten aanzien van de planning om de oorzaken van werkdruk te verminderen. In dit onderzoek is werkdruk een middel om naar de planning te kijken. Daarbij speelt de perceptie van de medewerkers een belangrijke rol. Verpleegkundigen vinden het belangrijk om patiëntgerichte zorg te leveren. Zij geven aan dat ze niet altijd de aandacht en tijd hebben voor de individuele patiënt (25-27). Met de stelling *door werkdruk is de zorg minder patiëntgericht* is 83,3% van de respondenten het eens. De aanbevelingen zullen worden opgesomd, naast aanbevelingen die door middel van de planning de werkdruk kunnen verminderen, worden er ook aanbevelingen gedaan ten aanzien van opvallende zaken. Bij implementatie van aanbevelingen is communicatie een belangrijk onderdeel met zowel de verpleegkundigen als de patiënten. Voor een goede realisatie, is het wenselijk om vooral in de beginperiode evaluaties te houden.

- Inplannen van de afspraken. Afspraken worden voornamelijk gepland op basis van patiënten voorkeur. Dit leidt echter tot verlies van werktijd in de ochtend omdat de meeste afspraken vanaf 9:00h plaatsvinden, terwijl de afdeling geopend is vanaf 8:15h. Er wordt aanbevolen om afspraken te plannen vanaf de openingstijd. Daarbij kan rekening gehouden worden met patiënten voorkeur of reistijd, maar deze horen niet leidend te zijn.
  - o Maximaal aantal patiënten per tijdstip. Op de Fb dagbehandeling wordt geen rekening gehouden met een maximaal aantal patiënten per tijdstip, waardoor er soms wel negen patiënten gelijktijdig zijn ingepland. Wanneer er niet meer patiënten op één tijdstip worden ingepland dan dat er verpleegkundigen zijn, kan elke patiënt geholpen worden bij binnenkomst. Er zal dan sprake zijn van minder wachtende patiënten op de afdeling, een oorzaak van werkdruk.
  - o Afspraken vooruit plannen. Wanneer een patiënt de afdeling verlaat, ontvangt deze een eventuele vervolgspraak. Het kost minder tijd om in één keer alle afspraken voor een patiënt te plannen dan dat er na iedere behandeling een nieuwe afspraak moet worden gepland. Hiernaast kan de patiënt zijn persoonlijke agenda op de lange termijn aanpassen aan de afspraken en hoeven de afspraken niet aangepast te worden aan wisselende persoonlijke voorkeur per week.
  - o Backoffice plannen. Bij het plannen van afspraken backoffice, is er meer afstand tussen de planner en de patiënt. De patiënten voorkeur heeft minder directe invloed. De voorkeur van de patiënt kan dan schriftelijk worden aangegeven, waarmee rekening kan worden gehouden indien de planning het toelaat.
  - o Overbedden. In verschillende ziekenhuizen worden bewust overbedden ingepland. Op deze bedden worden geen patiënten gepland maar deze worden gebruikt voor uitloop, ongeplande patiënten, complicaties en spoedgevallen. Dit zijn de oorzaken waardoor de meeste werkdruk ervaren wordt en zodoende overbedden voor de Fb dagbehandeling aan te bevelen zijn. Echter, hoeveel procent van de bedbezetting wordt besteed aan uitloop, ongeplande patiënten,



complicaties en spoedgevallen is op basis van dit onderzoek niet vast te stellen. Een aanbeveling over de indeling van overbedden en behandelbedden is daarom niet te maken.

- Secretaresse. Op de Fb dagbehandeling is per dag één secretaresse werkzaam. Zij houdt de processen op de afdeling draaiende, in de praktijk betekent dit dat zij prioriteiten moet stellen. Wanneer de secretaresse niet aanwezig is of geen tijd heeft, wordt het werk overgenomen door de verpleegkundigen. Deze extra taken veroorzaken bij de verpleegkundigen werkdruk. Door een extra secretaresse aan te nemen kan de druk op de secretaresse verminderd worden en hoeven de verpleegkundigen geen taken over te nemen. Deze extra administratieve kracht zou ook ondersteuning aan de nurse practitioner kunnen bieden, die aangegeven heeft extra hulp te kunnen gebruiken. Wanneer zij extra hulp heeft, kan zij meer tijd besteden aan de patiënt wat ten goede zal komen aan de kwaliteit van de zorg.
  - Planning bijscholen. Geen van de secretaresses is een geschoolde planner. Door bijscholing kunnen oude gewoontes afgeleerd worden en kan er geleerd worden welke zaken wel en welke zaken niet noodzakelijk zijn om mee te nemen in een planning. Door extra aandacht hier aan te besteden, kan de planning efficiënter plaatsvinden.
- Behandeltijd. Op de Fb dagbehandeling zijn de behandeltijden gelijk aan de protocoltijden, zoals opgeslagen in de computer. De protocoltijd is de doorlooptijd, de tijd die nodig is om de medicatie toe te dienen. Bij drie van de bezochte ziekenhuizen met vergelijkbare afdelingen wordt er een marge bovenop deze protocoltijd ingepland. Deze marge vangt eventuele uitloop op en kan gebruikt worden om het bed te verschonen. De aanbeveling is om bij de planning een opstart marge en een uitloop marge in te plannen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan 15 minuten opstarttijd en 30 minuten uitlooptijd. Door de marge kan de verpleegkundige minder tijdsdruk ervaren en meer patiëntgerichte zorg leveren.
- Verdeling van verpleegkundigen over behandelplaatsen. Op de Fb dagbehandeling worden drie verpleegkundigen toegewezen aan vijf behandelkamers. Welke verpleegkundige naar welke patiënt gaat, wordt aangegeven door middel van stipjes op de kaartjes in het planbord. In verschillende bezochte ziekenhuizen is een verpleegkundige toegewezen aan een aantal behandelplaatsen. Eén verpleegkundige wordt toegewezen aan een aantal behandelplaatsen waarvoor zij verantwoordelijk is, dit werkt efficiënter omdat er dan geen rode stipjes op het planbord noodzakelijk zijn. Dit vermindert het aantal keren dat de verpleegkundige naar het planbord moet lopen.
  - 'Maatjes-systeem'. Drie van de vier bezochte ziekenhuizen werken met het 'maatjes-systeem', dit systeem wordt niet noodzakelijk aanbevolen maar is wellicht een idee wanneer men de verpleegkundigen wil verdelen over behandelplaatsen.
  - Eerst Verantwoordelijk Verpleegkundige. Voor de invoering van het Eerst Verantwoordelijk Verpleegkundige (EVV) zijn voor- en nadelen te noemen. De verpleegkundigen op de Fb dagbehandeling hebben een goede band met de patiënten. De invoering van het EVV systeem is niet noodzakelijk. Om inzicht te krijgen in de wenselijkheid van dit systeem zou er overleg met de verpleegkundigen moeten plaatsvinden.

- Centrale registratie van reacties. Een centrale registratie van reacties gebeurt momenteel niet op de Fb dagbehandeling. Deze registratie kan ervoor zorgen dat er inzichtelijk wordt bij welk type behandeling en wanneer een reactie plaatsvindt. Ook is het belangrijk in kaart te brengen in welke mate ondersteuning van andere afdelingen noodzakelijk is. Deze gegevens kunnen worden meegenomen bij het maken van de planning. De behandelingen met een grotere kans op een reactie en waarbij ondersteuning van andere afdelingen noodzakelijk is, kunnen dan beter 's ochtends ingepland worden.
- Behandelingsavonden. Om de druk op de capaciteit op te vangen kan er gedacht worden aan de avond openstelling van de Fb dagbehandeling op bepaalde dagen per week/per maand. Op deze avond zou bijvoorbeeld een bepaald type behandeling uitgevoerd kunnen worden of zou er gekozen kunnen worden voor een bepaalde patiëntengroep. Om een juiste type behandeling te kiezen, kunnen de gegevens van de centrale registratie gebruikt worden.
- Afspraken met apotheek. De wachttijd die ontstaat door het wachten op medicatie is een oorzaak van werkdruk. Door een evaluatie van de afspraken met de apotheek of door het maken van nieuwe afspraken, kan de wachttijd op medicatie worden verminderd.
- Afdelingsassistente. De afdelingsassistente voorziet patiënten en begeleiders van eten en drinken. Ook haalt zij dossiers op die zich op andere afdelingen in het ziekenhuis bevinden. De functie wordt door twee medewerkers vervuld. Zij zijn niet fulltime aanwezig op de afdeling en wanneer er geen afdelingsassistente aanwezig is, is dit een lichte oorzaak van werkdruk voor de verpleegkundigen, omdat zij haar taken dan overnemen. Er wordt aanbevolen om meer afdelingsassistenten aan te nemen zodat er iedere werkdag, gedurende de hele dag een assistente aanwezig is. Tevens zouden haar taken kunnen worden uitgebreid. Zij zou bijvoorbeeld kunnen helpen met het verschonen van bedden.
- Warme maaltijd. Op de Fb dagbehandeling krijgen zowel patiënten als begeleiders tussen de middag een warme maaltijd aangeboden. Het lijkt erop dat sommige patiënten en begeleiders om deze reden graag een afspraaktijd rond de lunch willen of langer op de afdeling blijven. De meningen van de respondenten over of het serveren van een warme maaltijd aan begeleiders loopt uiteen. Het serveren van een maaltijd aan begeleiders maakt de Fb dagbehandeling binnen de vergeleken ziekenhuizen uniek. Om de druk te verlichten op de afdelingsassistente en verpleegkundigen rond de lunchtijd, kan er overwogen worden om de warme maaltijden te vervangen door een broodkar.
- Schoonmaakster. De Fb dagbehandeling is de enige afdeling van de vergeleken ziekenhuizen waar de schoonmaakster overdag werkzaam is. Voor 50% van de respondenten zijn de werkzaamheden van de schoonmaakster tijdens de aanwezigheid van patiënten, een middelmatige oorzaak van werkdruk. Daarbij vindt 83,3% van de respondenten dat de schoonmaakster werkzaam zou moeten zijn wanneer er geen tot weinig patiënten op de afdeling aanwezig zijn. Aanbevolen wordt om de werktijden van de schoonmaakster, net als in andere ziekenhuizen, aan te passen aan de sluitingstijd van de afdeling.

## 7. Discussie

Ondanks de grote zorgvuldigheid zijn er enkele zaken die bekritiseerd en bediscussieerd kunnen worden.

De dataset die gemaakt is op de Fb dagbehandeling en voor dit onderzoek gebruikt is om gegevens te onderbouwen met cijfers kent enkele beperkingen.

- De tijden uit de dataset zijn niet volledig betrouwbaar omdat het hierbij gaat om afspraaktijd en de vertrektijd. De afspraaktijd is opgenomen zoals deze in het computersysteem staat. De vertrektijden werden genoteerd door de verpleegkundigen. Hoewel deze erg hun best deden is niet met zekerheid te zeggen dat deze tijden daadwerkelijk correct zijn. De vertrektijd kan bijvoorbeeld genoteerd zijn als de verpleegkundige klaar was met de patiënt, of wanneer de patiënt langs de receptie de afdeling verliet. Vooral op drukke momenten is de vertrektijd van de patiënten waarschijnlijk pas later genoteerd dan de daadwerkelijke vertrektijd. Om te kunnen beoordelen of de behandeltijd die gepland staat, overeenkomt met de behandeltijd die gebruikt wordt voor een behandeling is daardoor niet goed vast te stellen. Wel is goed vast te stellen op welke tijdstippen de patiënten ingepland worden. Bij de observaties is naar voren gekomen dat deze tijd slechts een richtlijn is.
- De behandelingen in de dataset zijn gegroepeerd onder labels. Dit is een logische stap geweest omdat er veel verschillende behandelingen uitgevoerd worden op de Fb dagbehandeling. De keuze voor deze indeling is echter niet nader toegelicht. Binnen ieder label is het lastig om een juiste vergelijking te maken. Dit kan worden uitgelegd aan de hand van het voorbeeld 'bloedtransfusie'. Bij de dataset is wel opgenomen voor wie en hoe laat de bloedtransfusie was maar niet de hoeveelheid bloed. Per zak bloed wordt er bijvoorbeeld 1,5 uur uitgetrokken. Maar als een patiënt met een bloedtransfusie in dit bestand staat opgenomen voor 2,75 uur is de vraag of dit een uitloop was of dat dit voorzien was omdat men wist dat de patiënt 2 zakken bloed nodig had.

De keuze voor de geïnterviewde verpleegkundigen is niet gerandomiseerd gebeurd maar vond plaats op basis van de tijd dat ze werken op de Fb dagbehandeling.

Over de lijst met mogelijke oorzaken voor werkdruk zijn enkele kritische noten te plaatsen.

- De respons was 54,5%. Dit betreft geen hoog aantal van respondenten (zes verpleegkundigen).
- De vragenlijsten zijn niet volledig volgens de aanwijzingen ingevuld. De opmerkingen die schriftelijk geplaatst waren zijn wel meegenomen in het onderzoek.
- Eén van de stellingen was door meerdere respondenten niet ingevuld. Een van de respondenten had erbij geschreven dat dit een onduidelijke stelling was. Er is de aanname gedaan dat de overige personen die deze stelling niet hebben ingevuld, deze stelling ook niet duidelijk vonden.

Bij figuur 13 kunnen enkele kanttekeningen geplaatst worden.

- Geanalyseerde tijden. De tijden (zowel afspraaktijd als vertrektijd) die gebruikt zijn bij de analyse, zijn alleen de tijden van iedere 15 minuten. De overige tijden, bijvoorbeeld als een behandeling duurde van 8:10h tot 8:20h, zijn niet meegenomen.

- Afspraaktijd. De tijden die genoteerd zijn, zijn de tijden waarop de patiënt de afspraak had en waarop de patiënt de afdeling verliet. De tijdsduur tussen deze beide tijdstippen geeft daarmee de duur dat de patiënt op de afdeling aanwezig is weer. Er is daardoor sprake van een aanname dat de duur die de patiënt op de afdeling aanwezig is, ook de duur is dat de patiënt behandeld wordt en daarmee een behandelplaats bezet houdt. De term bedbezetting is met de gegevens uit de dataset niet volledig te onderbouwen.

Bij figuur 14 kan een kanttekening geplaatst worden.

- Bij de selectie van de dagen voor het berekenen van de standaarddeviatie is rekening gehouden met representatieve werkdagen. Hoe de 10 dagen gekozen zijn, is uitgebreid beschreven. Er is hierbij geen sprake van een steekproef.

Ervaren werkdruk is een subjectief begrip en is moeilijk meetbaar.

- Er is in kaart gebracht op welke manier de verpleegkundigen de werksituatie beleven door middel van een vooraf opgestelde lijst met mogelijke oorzaken van werkdruk. Deze lijst is geformuleerd aan de hand van observaties en interviews. Het is geen gevalideerd meetinstrument.
- Uit literatuur is gebleken dat administratieve taken bijdragen aan de ervaring van werkdruk onder verpleegkundigen. Uit de interviews is gebleken dat er een toename is geweest van administratieve taken. In sommige gevallen werd hierdoor meer werkdruk ervaren. Administratieve taken zijn niet als zodanig opgenomen in de lijst met mogelijke oorzaken van werkdruk. Tegelijkertijd is deze oorzaak niet door de verpleegkundigen zelf genoemd. Wellicht veroorzaken administratieve taken lichte werkdruk, maar zijn er op de Fb dagbehandeling andere oorzaken die meer werkdruk veroorzaken.

De keuze van de ziekenhuizen is discutabel.

- De keuze voor Santeon ziekenhuizen is uitgelegd maar door voornamelijk te kiezen voor Santeon ziekenhuizen was er ook een beperkte keuze. Met een bezoek aan het NKI is de blik verruimd.
- Bij het bezoek aan het CWZ in Nijmegen werd er een niet-vergelijkbare afdeling bezocht. De keuze om deze afdeling te bezoeken is bewust gemaakt. De bedbezetting van 200% gaf de doorslaggevende reden om te bekijken hoe de aanpak op deze dagbehandelingsafdeling is.

## 8. Literatuurlijst

1. Go PMNYH, Rutten CLG, Grasveld- van Berckel MA, van Montfort APWP. Dagbehandeling in Nederland. Utrecht: Lemma bv; 2002.
2. Kroes L. Notitie: Capaciteitsplanning Fb Dagbehandeling. Enschede: Medisch Spectrum Twente, RVE Interne Geneeskunde/MDL, Dermatologie en Reumatologie; 2001.
3. Brinks R. Verzoek aan Raad van Bestuur: Verschuivingen Ariënsplein deel 2. Enschede: Medisch Spectrum Twente; 2011.
4. Maso I, Smaling A. Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie. Amsterdam: Boom, 2004.
5. Plochg T, Juttman RE, Klazinga NS, Mackenbach JP. Handboekgezondheidszorgonderzoek. Houten; Bohn Stafleu van Loghum; 2007.
6. Houdenhoven van M, Wullink van G, Hans EW, Kazemier G. A framework for Hospital Planning and Control. In: Healthcare Logistics: The Art of Balance. Proefschrift Rotterdam: Erasmus Universiteit; 2007. p.16-31.
7. Kraaij H, Kruif de F. Werkdruk en werkstress. Alphen aan den Rijn: Samsom; 1998.
8. Stichting van de Arbeid. Druk werk: ?! Omgaan met werkdruk en werkstress. Online brochure 2000. Beschikbaar via: [http://www.stvda.nl/~media/Files/Stvda/Brochures/2000\\_2009/2006/Brochure\\_20061000.ashx](http://www.stvda.nl/~media/Files/Stvda/Brochures/2000_2009/2006/Brochure_20061000.ashx)
9. Rycken van J. Werkdruk & Welzijn: maatschappelijke, organisatorische en persoonlijke oorzaken van werkdruk in de sector zorg en welzijn. Utrecht; SWP: 1997.
10. Instituut Werk en Stress. Werkdruk. 2008. Beschikbaar via <http://www.nisb.nl/beleidsinstrumenten/bravo-kompas/ontspanning/iwsinfoboekwerkdruk.pdf>
11. Rooij de L. Preventie ziekteverzuim, stress en burn-out. Soest: Uitgeverij Nelissen. 2004.
12. Bent van den A. Werkdruk in de hand. Een praktische aanpak voor managers. Zaltbommel: Thema, Uitgeverij van Schouten & Nelissen. 2004.
13. Dam van FSAM. A 14 year investigation into the workload of oncology nurses in the Netherlands Cancer Institute. Cancer Nursing 1990; 13(5): 303-307.

14. Veer de AJE, Spreeuwenberg P, Francke AL. NIVEL Rapport: De aantrekkelijkheid van het verpleegkundig en verzorgend beroep 2009, cijfers en trends. Utrecht: NIVEL; 2010.
15. Blay N, Cairns J, Chisholm J, O'Baugh J. Research into the workload and roles of oncology nurses within an outpatient oncology unit. *European Journal of Oncology Nursing* 2002; 6(1): 6-12.
16. Vries de G. Patiëntenlogisitek in ontwikkeling inzichten en toepassing. Utrecht: De Tijdstroom. 1993.
17. Santeon.nl [Internet]. Utrecht: Santeon.d.o. [Verkregen op 27 mei 2011]. Beschikbaar via: <http://www.santeon.nl/>
18. Lent van WA, Goedbloed N, Harten van WH. Improving the efficiency of a chemotherapy day unit: Applying a business approach to oncology. *European Journal of Cancer*. 2009, 45(5); 800-806.
19. Medisch Spectrum Twente. Functiebeschrijving: Teamhoofd. Versie 0.4. Enschede: datum onbekend.
20. Medisch Spectrum Twente. Functiebeschrijving: Medisch secretaresse van de Fb Dagbehandeling. Enschede: datum onbekend.
21. DBConderhoud. Model kostprijzen. DBC 2003. Versie 17. Utrecht: 2004.
22. Hazekamp K.[mondelinge toelichting]. Enschede: MST, 20 mei 2011.
23. Hermelink-Molkenboer M. Werkdruk op de Fb dagbehandeling [Interview]. Enschede: MST, 31 mei 2011.
24. Niks M. Werkdruk op de Fb dagbehandeling [Interview]. Enschede: MST, 31 mei 2011.
25. Barels R. Werkdruk op de Fb dagbehandeling [Interview]. Enschede: MST, 31 mei 2011.
26. Klijn E, Hesp S. Dagbehandeling in Ziekenhuizen. Utrecht: Lemma. 2003.
27. Duyts A. Werkdruk op de Fb dagbehandeling [Interview]. Enschede: MST, 17 juni 2011.

## 9. Bijlagen

### 9.1 Bijlage 1: Logboek

*Om beoordelaars een overzicht te geven over de bezoeken is er een kort logboek bijgehouden. Momenten waarop aan dit verslag gewerkt is, zijn niet meegenomen..*

| Wanneer?      | Waar?                  | Wie?<br>Joy van Amersfort = JvA<br>Lara Vankan = LV   | Wat?                                                                                                                                       |
|---------------|------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20 april 2011 | MST, Fb dagbehandeling | JvA & LV                                              | Observeren op de afdeling.                                                                                                                 |
| 26 april 2011 | MST, Fb dagbehandeling | JvA & LV                                              | Observeren op de afdeling.                                                                                                                 |
| 27 april 2011 | MST, Fb dagbehandeling | JvA & LV                                              | Observeren op de afdeling.                                                                                                                 |
| 29 april 2011 | UT                     | JvA & LV<br>dr. ir. M.R.K. Mes                        | Bespreken onderzoeksvoorstel met eerste begeleider.                                                                                        |
| 4 mei 2011    | UT                     | JvA & LV<br>dr. ir. M.R.K. Mes<br>W.A. van Lent, Msc. | Bespreken onderzoeksvoorstel met eerste en tweede begeleider en goedkeuring krijgen om verder te gaan.                                     |
| 4 mei 2011    | MST                    | JvA & LV<br>L. Kroes, Msc.<br>W. Eekers               | Bespreken onderzoeksvoorstel en om te vertellen wat besproken is met de eerste en tweede begeleider van de UT over het onderzoeksvoorstel. |
| 11 mei 2011   | MST                    | JvA & LV<br>L. Kroes, Msc.                            | Uitleg krijgen over de het bestand met verzamelde data.                                                                                    |
| 20 mei 2011   | MST, FB dagbehandeling | JvA & LV<br>Kim Hazekamp                              | Een gesprek met een verpleegkundige met als hoofddoel: Hoe komt de planning op de Fb dagbehandeling tot stand?                             |
| 25 mei 2011   | MST                    | JvA & LV                                              | Gesprek met W. Eekers om:                                                                                                                  |

|              |                                    |                                                  |                                                                                                                                                                                                          |
|--------------|------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|              |                                    | W. Eekers                                        | De interviewvragen te bespreken.<br>Te bepalen wie geïnterviewd zal worden en wanneer<br>De doelen/vragen voor de andere ziekenhuizen te bespreken.<br>Enkele vragen over de afdeling te kunnen stellen. |
| 31 mei 2011  | MST, FB dagbehandeling             | JvA & LV<br>Drie geïnterviewde verpleegkundigen. | Interview met verpleegkundigen: Maria Hermelink-Molkenboer, Monica Niks en Renate Barels.                                                                                                                |
| 1 juni 2011  | Nijmegen: CWZ                      | JvA & LV                                         | (Vraag)gesprek en rondleiding op de dagbehandeling van het CWZ te Nijmegen. Gesproken met Teamhoofden van de afdeling: Caroline van Ieperen en Tineke Schaart.                                           |
| 10 juni 2011 | Amsterdam;<br>NKI-AVL              | JvA & LV                                         | (Vraag)gesprek en rondleiding op de dagbehandeling van het NKI-AVL te Amsterdam. Gesproken met, teamleider van de dagbehandeling: Arthur Dernison.                                                       |
| 10 juni 2011 | Amsterdam;<br>OLVG                 | JvA & LV                                         | (Vraag)gesprek en rondleiding op de dagbehandeling van het OLVG te Amsterdam. Gesproken met seniorverpleegkundige B6- waarnemend afdelingsleider B6: Hans van den Butter.                                |
| 14 juni 2011 | UT                                 | JvA & LV<br>dr. ir. M.R.K. Mes                   | Voortgangsgesprek met eerste begeleider.                                                                                                                                                                 |
| 15 juni 2011 | MST                                | JvA & LV<br>L. Kroes, Msc.<br>W. Eekers          | Bespreken voortgang en vragenlijst voor verpleegkundigen.                                                                                                                                                |
| 16 juni 2011 | Eindhoven;<br>Catharina ziekenhuis | JvA & LV                                         | (Vraag)gesprek en rondleiding op de dagbehandeling van het Catharina ziekenhuis te Eindhoven. Gesproken met Senior Oncologische Dagbehandeling: Coby Verschuren.                                         |
| 17 juni 2011 | MST, FB dagbehandeling             | JvA & LV<br>Nurse practitioner geïnterviewd.     | Interview met nurse practitioner: Tineke Duyts.                                                                                                                                                          |
| 30 juni 2011 | MST                                | JvA & LV                                         | Bespreking verslag en overleg over conclusies en aanbevelingen.                                                                                                                                          |



|              |     |                                                       |                                                    |
|--------------|-----|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|              |     | L. Kroes, Msc.                                        |                                                    |
| 6 juli 2011  | UT  | JvA & LV<br>dr. ir. M.R.K. Mes<br>W.A. van Lent, Msc. | Voortgangsgesprek met eerste en tweede begeleider. |
| 8 juli 2011  | UT  | JvA & LV<br>dr. ir. M.R.K. Mes                        | Beslissingsmoment: wel of geen groenlicht.         |
| 14 juli 2011 | MST | JvA & LV<br>L. Kroes, Msc.<br>W. Eekers               | Bespreken van aanbevelingen.                       |

## 9.2 Bijlage 2: Zoekstrategie

*De beschreven zoekstrategie is gebruikt om een theoretisch kader te vormen bij het begrip werkdruk. De resultaten gevonden door middel van deze strategie zijn verwerkt in hoofdstuk 4 'Wat zien de medewerkers van de Fb dagbehandeling als oorzaak van de werkdruk?'.*

### Zoektermen

De zoektermen zijn erop gericht vergelijkbare of soortgelijke onderzoeken aan de bovengenoemde deelvraag te vinden. Eerst moet de deelvraag op een algemene manier worden geoperationaliseerd, voordat er zoektermen geformuleerd kunnen worden. De patiëntencategorie van de Fb dagbehandeling zijn voornamelijk oncologische en hematologische patiënten. Hieruit wordt het uitgangspunt voor de zoekstrategie: werkdruk op een oncologische/hematologische dagbehandelingsafdeling. Door deze termen te vertalen in het Engels zal er op een brede manier worden gezocht. De term dagbehandeling kan op verschillende manieren vertaald worden: day care, day treatment en outpatient.

Gebruikte zoektermen (gebruikt in verschillende combinaties):

- workload
- oncology
- hematology
- day care
- day treatment
- outpatient

### Gebruikte databases

Scencedirect is een database bestaande uit full text peer-reviewed artikelen en hoofdstukken uit boeken. Het is een veel gebruikte database voor het vinden van wetenschappelijke artikelen.

PubMed of PubMed Central, de Amerikaanse versie, is een database bestaande uit literatuur uit biomedische en *life sciences* tijdschriften.

Google Scholar is ook een manier om te zoeken naar wetenschappelijke literatuur. De rol van Google Scholar als database is aanvullend geweest.

Door af te gaan op de titels van de artikelen, is er een voorselectie gemaakt van potentieel relevante artikelen. Deze zijn vervolgens nader beoordeeld op relevantie door het lezen van het *abstract* gedeelte van de artikelen. Andere selectiecriteria zijn de beschikbaarheid van *full-text* artikel en de mate waarin het onderzoek de zoektermen beslaat. De zoekstrategie heeft zich niet beperkt tot een bepaalde periode.

### **Zoeken in de databases**

Via Sciencedirect is er gezocht met de zoektermen: 'workload, oncology, hematology, day, care'. Dit leverde 262 hits op. Door de selectiemethode toe te passen, bleek onder andere het artikel van Blay et al. 'Research into the workload and roles of oncology nurses within an outpatient oncology unit' relevant voor de deelvraag. Via de referentielijst van dit artikel zijn andere mogelijk relevante artikelen opgezocht. Bijvoorbeeld het artikel van Van Dam '14-year investigation into the workload of oncology nurses in the Netherlands Cancer Institute'. Dit artikel is opgezocht in de databases van Sciencedirect en Pubmed, maar er was geen full text versie beschikbaar, slechts een abstract. Door de titel van het artikel te gebruiken als zoekterm in Google Scholar, werd de full text versie van het artikel gevonden.

### **9.3 Bijlage 3: Vragen en stellingen voor verpleegkundigen**

*Na de interviews is er een lijst met mogelijke oorzaken van werkdruk opgesteld. Aan de verpleegkundigen is gevraagd om deze oorzaken te rangschikken. Om een beter beeld te krijgen over een bepaalde gang van zaken op de Fb dagbehandeling zijn er ook nog enkele stellingen toegevoegd.*

Beste verpleegkundige van de Fb dagbehandeling,

Zoals jullie wellicht al weten hebben wij interviews gehouden met een verpleegkundige die lang, middel lang en relatief kort op de afdeling werkt.

Naar aanleiding van openstaande vragen van onze kant, willen wij jullie verzoeken om deze vragenlijst in te vullen. Dit zal ongeveer 15 minuten duren.

Deze vragenlijst bestaat uit twee delen. Bij het eerste deel wordt er een lijst met mogelijke oorzaken van werkdruk gegeven. Graag zien wij hier een ranglijst ontstaan, waarbij de oorzaak op de eerste plaats de meeste werkdruk veroorzaakt. Bij het tweede deel worden er een aantal stellingen gegeven.

De formulieren mogen anoniem worden ingevuld.

Vul ze a.u.b. zo eerlijk mogelijk in zodat wij er ook echt iets mee kunnen en een bijdrage kunnen leveren aan de afdeling. De ingevulde vragenlijst kan gelegd worden in het postvakje bij het secretariaat.

Alvast bedankt!

Joy en Lara

### Vraag 1:

Onder werkdruk verstaan wij:

*Werkdruk is op zichzelf een neutraal begrip en behoeft niet bij voorbaat een negatieve bijklank te hebben. Veel mensen functioneren zelfs het beste als ze enige werkdruk ervaren. Maar het wordt problematisch wanneer a) werkdruk een zodanige vorm aanneemt, dat een werknemer niet meer kan voldoen aan de eisen die het werk stelt en b) de werknemer niets kan of mag ondernemen tegen de oorzaak/oorzaken daarvan. De eisen die het werk stelt, betreffen: de kwantiteit (te leveren hoeveelheid) van het werk, de kwaliteit van het werk en de tijd waarbinnen het werk moet zijn voltooid.*

Wij hebben een lijst opgesteld waarin oorzaken staan die mogelijk de werkdruk op de FB dagbehandeling verhogen en daarmee leiden tot een negatieve werkdruk. Wij willen je vragen om een top 10 te maken.

Maak de top 10 door de cijfers 1 t/m 10 te plaatsen op het stippelijntje voor de genoemde oorzaak. De oorzaak die de meeste werkdruk veroorzaakt komt op nummer 1. Een gedeelde plaats is niet toegestaan, er mogen dus niet twee oorzaken op de 1<sup>e</sup> plaats komen. De overige oorzaken die niet in je top 10 staan mag je vergeten.

- ... De patiënt komt vroeger/later dan de afgesproken tijd.
- ... Negatieve reactie, overgevoeligheid voor de medicatie, van een patiënt.
- ... Complicaties (bijvoorbeeld als bedden dubbel geboekt zijn).
- ... Patiënten waarvan 's ochtends duidelijk wordt dat ze ook behandeld moeten worden, de niet 'eigen' patiënten.
- ... Afspraken worden gepland op een moment dat de patiënt dat wil, daarbij wordt niet gekeken naar de planning van de rest van de dag.
- ... Wachten op medicatie afkomstig uit de apotheek.
- ... Er zijn (veel) wachtende patiënten op de afdeling aanwezig.
- ... Niet geplande afwezigheid van één of meerdere verpleegkundige (bijvoorbeeld door ziekte).
- ... Niet geplande afwezigheid van de afdelingsassistente (bijvoorbeeld door ziekte).
- ... Niet geplande afwezigheid van de nurse practitioner (bijvoorbeeld door ziekte).
- ... Niet geplande afwezigheid van de secretaresse (bijvoorbeeld door ziekte).
- ... Een behandeling van een patiënt wordt afgezegd, omdat deze bijvoorbeeld te ziek is.
- ... 'Stip' hebben zorgt voor hogere werkdruk.
- ... Pauze indeling; als anderen met pauze zijn, voel ik meer druk.
- ... Bijscholing in de vorm van het volgen van een cursus.
- ... Schoonmaakster die ook werkzaam is op de afdeling als de patiënten behandeld worden.
- ... Niet genoeg piepers aanwezig, daardoor moet ik beter opletten.
- ... Onvoldoende materiaal beschikbaar bijvoorbeeld infuussystemen.
- ... Onvoldoende behandelkamers beschikbaar.
- ... Het dossier van de patiënt is niet compleet.

Als er nog een andere reden is die voor jou werkdruk veroorzaakt/verhoogt en niet genoemd staat in het bovenstaande rijtje, willen we je vragen die hieronder op te schrijven.

.....

.....

.....

## Vraag 2:

We hebben enkele stellingen opgesteld. We willen je vragen om de beoordeling aan te kruisen die het meeste overeenkomt met je gevoel/mening. Per stelling mag er één beoordeling worden aangekruist.

Zo invullen:

☐

Fout gemaakt?→



Goede antwoord

☐

Het zou beter zijn als de schoonmaakster haar werk zou doen als er geen tot weinig patiënten op de afdeling aanwezig zijn.

☐ Geheel eens

☐ Tamelijk eens

☐ Tamelijk oneens

☐ Geheel oneens

Ik vind dat de patiënt de afspraaktijd (gegeven door de afdeling) moet accepteren, waarbij geprobeerd wordt om rekening te houden met zijn of haar voorkeur.

☐ Geheel eens

☐ Tamelijk eens

☐ Tamelijk oneens

☐ Geheel oneens

Als de planning van de Fb dagbehandeling gedaan zou worden door een andere afdeling, zou dat de werkdruk op onze afdeling verminderen.

☐ Geheel eens

☐ Tamelijk eens

☐ Tamelijk oneens

☐ Geheel oneens

Het hebben van 'stip' levert mij negatieve werkdruk op.

☐ Geheel eens

☐ Tamelijk eens

☐ Tamelijk oneens

☐ Geheel oneens

De aanwezigheid van een extra administratieve kracht zorgt ervoor dat ik meer tijd heb voor verpleegkundige taken.

☐ Geheel eens

☐ Tamelijk eens

☐ Tamelijk oneens

☐ Geheel oneens

Door werkdruk is de zorg minder patiëntgericht.

☐ Geheel eens

☐ Tamelijk eens

☐ Tamelijk oneens

☐ Geheel oneens

Op een drukke dag heb ik minder tijd om zorgvuldig mijn werk uit te voeren.

☐ Geheel eens

☐ Tamelijk eens

☐ Tamelijk oneens

☐ Geheel oneens

Het serveren van een warme maaltijd aan begeleiders hoort niet tot de dienstverlening van de Fb dagbehandeling.

☐ Geheel eens                      ☐ Tamelijk eens                      ☐ Tamelijk oneens                      ☐ Geheel oneens

Ik denk dat de afdeling erop vooruit gaat als er een broodkar komt en de warme maaltijden worden afgeschaft.

☐ Geheel eens                      ☐ Tamelijk eens                      ☐ Tamelijk oneens                      ☐ Geheel oneens

Heb je nog opmerkingen of ideeën voor ons? Noteer ze dan hier:

.....

.....

.....

.....

.....

Bedankt voor het invullen!

Graag inleveren in het postvakje bij het secretariaat uiterlijk op woensdag 29 juni.



## 9.4 Bijlage 4: Bedbezetting op een willekeurige dag

Een weergave van de bezetting van behandelplaatsen door patiënten op een willekeurige gekozen dag (15 april 2011).

| Behandelplaats | 8:00 | 8:15 | 8:30 | 8:45 | 9:00 | 9:15 | 9:30 | 9:45 | 10:00 | 10:15 | 10:30 | 10:45 | 11:00 | 11:15 | 11:30 | 11:45 | 12:00 | 12:15 | 12:30 | 12:45 | 13:00 | 13:15 | 13:30 | 13:45 | 14:00 | 14:15 | 14:30 | 14:45 | 15:00 | 15:15 | 15:30 | 15:45 | 16:00 | 16:15 | 16:30 | 16:45 | 17:00 | 17:15 |      |  |  |
|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|--|--|
| 1              |      |      | Pt C | Pt C | Pt C | Pt C | Pt C | Pt C | Pt C  | Pt C  | Pt C  | Pt C  | Pt W  | Pt W  | Pt W  | Pt W  | Pt W  | Pt W  |       |       |       |       |       | Pt Z  | Pt Z  | Pt Z  |       |       |       | Pt Af | Pt Af | Pt Af | Pt Af | Pt Af |       |       |       |       |      |  |  |
| 2              |      |      | Pt D | Pt D | Pt D | Pt D | Pt D | Pt D | Pt D  | Pt D  | Pt D  | Pt D  | Pt D  | Pt D  | Pt D  | Pt D  | Pt D  | Pt D  |       |       |       |       |       | Pt Aa | Pt Aa |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |      |  |  |
| 3              |      |      | Pt E | Pt E | Pt E | Pt E | Pt E | Pt E | Pt E  | Pt E  | Pt E  | Pt E  | Pt E  | Pt E  | Pt E  | Pt E  | Pt E  | Pt E  |       |       |       |       |       | Pt Ab | Pt Ab | Pt Ab | Pt Ab | Pt Ab | Pt Ab | Pt Ab | Pt Ab | Pt Ab | Pt Ab | Pt Ab | Pt Ab | Pt Ab |       |       |      |  |  |
| 4              |      |      | Pt F | Pt F | Pt F | Pt F | Pt F | Pt F | Pt F  | Pt F  | Pt F  | Pt F  | Pt F  | Pt F  | Pt F  | Pt F  | Pt F  | Pt F  |       |       |       |       |       |       |       | Pt Ac | Pt Ac | Pt Ac | Pt Ac | Pt Ac | Pt Ac | Pt Ac | Pt Ac | Pt Ac | Pt Ac |       |       |       |      |  |  |
| 5              |      |      | Pt G | Pt G | Pt G | Pt G | Pt G | Pt G | Pt G  | Pt G  | Pt G  | Pt G  | Pt G  | Pt G  | Pt G  | Pt G  | Pt G  | Pt G  | Pt G  | Pt G  |       |       |       |       |       | Pt Ad | Pt Ad | Pt Ad | Pt Ad | Pt Ad | Pt Ad | Pt Ad | Pt Ad | Pt Ad | Pt Ad | Pt Ad | Pt Ad | Pt Ad |      |  |  |
| 6              |      |      | Pt H | Pt H | Pt H | Pt H | Pt H | Pt H | Pt H  | Pt H  | Pt H  | Pt H  | Pt H  | Pt H  | Pt H  | Pt H  | Pt H  | Pt H  | Pt H  |       |       |       |       |       |       | Pt Ae | Pt Ae | Pt Ae |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |      |  |  |
| 7              |      |      |      |      |      |      | Pt N | Pt N | Pt N  | Pt N  | Pt N  | Pt N  | Pt N  | Pt N  | Pt N  | Pt N  | Pt N  | Pt N  | Pt N  | Pt N  | Pt N  | Pt N  | Pt N  | Pt N  | Pt N  | Pt N  | Pt N  | Pt N  | Pt N  | Pt N  | Pt N  | Pt N  | Pt N  | Pt N  |       |       |       |       |      |  |  |
| 8              |      |      | Pt B | Pt B | Pt B |      |      |      | Pt O  | Pt O  | Pt O  | Pt O  | Pt O  | Pt O  | Pt O  | Pt O  | Pt O  | Pt O  | Pt O  | Pt O  | Pt O  | Pt O  | Pt O  | Pt O  | Pt O  | Pt O  | Pt O  | Pt O  | Pt O  | Pt O  | Pt O  | Pt O  | Pt O  | Pt O  | Pt O  |       |       |       |      |  |  |
| 9              |      |      |      |      | Pt I | Pt I | Pt I |      |       | Pt U  | Pt U  | Pt U  | Pt U  | Pt U  | Pt U  | Pt U  | Pt U  | Pt U  | Pt U  | Pt U  | Pt U  | Pt U  | Pt U  | Pt U  | Pt U  | Pt U  | Pt U  | Pt U  | Pt U  | Pt U  | Pt U  | Pt U  | Pt U  | Pt U  | Pt U  | Pt U  | Pt U  | Pt U  | Pt U |  |  |
| 10             |      |      |      |      | Pt J | Pt J | Pt J | Pt J | Pt J  | Pt J  | Pt J  | Pt J  | Pt X  | Pt X  | Pt X  | Pt X  | Pt X  | Pt X  | Pt X  | Pt X  | Pt X  | Pt X  | Pt X  | Pt X  | Pt X  | Pt X  | Pt X  | Pt X  | Pt X  | Pt X  | Pt X  | Pt X  | Pt X  | Pt X  | Pt X  | Pt X  | Pt X  | Pt X  | Pt X |  |  |
| 11             |      |      |      |      | Pt K | Pt K | Pt K | Pt K | Pt K  | Pt K  | Pt K  | Pt K  | Pt K  | Pt K  |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |      |  |  |
| 12             |      |      |      |      | Pt L | Pt L | Pt L | Pt L | Pt L  | Pt L  | Pt L  | Pt L  |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |      |  |  |
| 13             |      |      |      |      | Pt M | Pt M | Pt M | Pt M | Pt M  | Pt M  | Pt M  | Pt M  | Pt M  | Pt M  | Pt M  | Pt M  | Pt M  | Pt M  | Pt M  | Pt M  | Pt M  | Pt M  | Pt M  | Pt M  | Pt M  | Pt M  | Pt M  | Pt M  | Pt M  | Pt M  | Pt M  | Pt M  | Pt M  | Pt M  | Pt M  | Pt M  | Pt M  | Pt M  | Pt M |  |  |
| 14             |      |      |      |      |      |      |      |      | Pt P  | Pt P  | Pt P  | Pt P  | Pt P  | Pt P  | Pt P  | Pt P  | Pt P  | Pt P  | Pt P  |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |      |  |  |
| 15             |      |      |      |      |      |      |      |      | Pt Q  | Pt Q  | Pt Q  | Pt Q  | Pt Q  | Pt Q  | Pt Q  | Pt Q  | Pt Q  | Pt Q  | Pt Q  |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |      |  |  |
| 16             |      |      |      |      |      |      |      |      | Pt R  | Pt R  | Pt R  | Pt R  | Pt R  | Pt R  | Pt R  |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |      |  |  |
| Dagverblijf    | Pt A | Pt A | Pt A | Pt A |      |      |      |      |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |      |  |  |
| Extra stoel    |      |      |      |      |      |      |      |      | Pt S  | Pt S  | Pt S  | Pt S  | Pt S  | Pt S  | Pt S  | Pt S  |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |      |  |  |
| Extra stoel    |      |      |      |      |      |      |      |      | Pt T  | Pt T  | Pt T  | Pt T  | Pt T  | Pt T  | Pt T  | Pt T  |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |      |  |  |
| Extra stoel    |      |      |      |      |      |      |      |      | Pt V  | Pt V  | Pt V  | Pt V  | Pt V  | Pt V  | Pt V  | Pt V  | Pt V  | Pt V  | Pt V  |       |       |       |       |       |       | Pt V  | Pt V  | Pt V  |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |      |  |  |

Voor de totstandkoming van de tabel zijn alle patiënten geanonimiseerd door ze een letter van het alfabet toe te wijzen. Daarna is er gekeken hoe laat de patiënt een afspraak had en hoe laat de patiënt weer vertrok. De tussenliggende tijd is in de tabel toegekend aan een behandelplaats. Voor de overzichtelijkheid is patiënt afgekort met 'Pt' en zijn alle momenten waarop een patiënt een bed bezet houdt, groen gekleurd. Naast de tabel is er ook een grafische weergave van de bedbezetting gemaakt. Deze is te zien in onderstaande grafiek.



## 9.5 Bijlage 5: Doelen en vragen voor andere ziekenhuizen

*Ter voorbereiding op deze bezoeken aan andere ziekenhuizen is vooraf deze lijst met vragen en aandachtspunten opgesteld. De vragenlijst zal als leidraad dienen.*

### **De afdeling.**

Hoe ziet de capaciteit eruit (behandelplaatsen/verpleegkundigen)?

Aantal verpleegkundigen, hoe zijn deze verdeeld over de dag?

Overig personeel (N.P./assistente).

Wat zijn de openingstijden van de afdeling?

Welke type behandelingen/ van welke specialismen komen er patiënten?

Vinden er ook behandelingen van de cytostatica poli plaats?

Bij toediening van medicatie die afhankelijk is van lab-waarden. Wanneer worden lab-waarden dan bepaald?

Wanneer wordt bepaald of een behandeling door gaat of niet?

In hoeverre is er samenwerking/ hoe is het contact met het laboratorium en de apotheek (afhankelijkheid?)

Zijn er afspraken met het laboratorium/apotheek m.b.t. leveringen? (i.v.m. de wachttijd van de patiënt)

Krijgen de patiënten koffie/thee aangeboden? / Is er tussen de middag een warme maaltijd?

Blijven patiënten hierdoor langer aanwezig dan noodzakelijk?

Wie verzorgt dit drinken/eten?

### **Planning en werkdruk.**

Wie maakt de planning?

Welk (computer)planningssysteem gebruiken zij?

Hoe is de tevredenheid?

Waar wordt met het maken van de planning rekening mee gehouden?

In hoeverre heeft de patiënt invloed op de planning? Hoe belangrijk zijn de wensen van de patiënt?

Hoe kijken zij naar de bezettingsgraad?

Zijn er bepaalde behandelingen die op de ochtend of middag worden gedaan?

Letten ze daarbij op de werkdruk?

Is er sprake van een piekbelasting?

Hoe is de drukte in verhouding tussen de ochtend en de middag?

Hoe worden (vrije) feestdagen (bijv. Hemelvaart) opgevangen?

Wat doen jullie als er meer patiënten geholpen willen worden op één dag dan dat jullie aankunnen?

Hoe worden de pauzes ingedeeld?

Wat gebruiken zij om per dag te zien welke patiënt, wanneer en waarvoor komt?

Klaagt het personeel wel eens over te hoge werkdruk?

Hoe worden patiënten geholpen die op een afwijkende tijd dan een afspraak tijd binnen komen?