

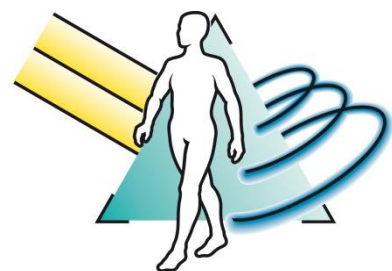
KNELPUNTENANALYSE PREOPERATIEF PROCES MEDISCH SPECTRUM TWENTE

HET DIRECT MEEGEVEN VAN EEN OPERATIEDATUM: EEN OPERATIE OP ZICH

BACHELOROPDRACHT
SORAYA DEKKER
KIRSTEN SPENKELINK
GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN
UNIVERSITEIT TWENTE

18 AUGUSTUS 2014

UNIVERSITY OF TWENTE.



S. Dekker

Student Gezondheidswetenschappen, Universiteit Twente

Studentnummer s1244280

K.T. Spenkelink

Student Gezondheidswetenschappen, Universiteit Twente

Studentnummer s1255126

Interne begeleider: I.M.H. Vliegen

School of Management and Governance

Department Industrial Engineering and Business Information Systems

Universiteit Twente

Externe begeleider: I.B.W. de Vries-Blanken

Projectleider Capaciteitsmanagement

Medisch Spectrum Twente

VOORWOORD

Voor u ligt het verslag dat als afsluiting van onze bachelor Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente dient. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Medisch Spectrum Twente.

Allereerst bedanken wij onze begeleidster van de Universiteit Twente, Ingrid Vliegen, voor het vinden van een geschikte opdracht en voor de tijd die zij vrij heeft gemaakt voor het ondersteunen en begeleiden van onze bacheloropdracht. Wij hebben u als een zeer prettige begeleidster ervaren. Ook danken wij onze begeleidster van het Medisch Spectrum Twente, Irma de Vries, voor de kans die wij hebben gekregen om een onderzoek in de praktijk uit te voeren en voor haar enthousiasme dat ons uit onze bachelordip heeft gehaald.

In het bijzonder bedanken wij de planningsmedewerkers van het Medisch Spectrum Twente voor de tijd die zij voor ons vrij hebben gemaakt om ons meermaals te woord te staan en al onze vragen over het preoperatief proces te beantwoorden. Zonder jullie bijdrage hadden wij nooit de resultaten voor dit onderzoek kunnen verkrijgen. Daarnaast willen wij ook de medewerkers van de preoperatieve screening danken voor het beantwoorden van onze vragen en hun medewerking bij het afnemen van de vragenlijst onder de patiënten.

Edith Kerkhof bedanken wij voor alle informatie die zij ons met veel enthousiasme heeft verteld. Ook Gea Siekmans danken wij voor het inzicht dat zij ons heeft gegeven in het preoperatief proces van het Medisch Spectrum Twente.

Tot slot bedanken wij de medewerkers van het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen en het Martini Ziekenhuis te Groningen voor de medewerking aan de benchmark die is uitgevoerd voor dit onderzoek. Zij hebben ons een nieuwe kijk op het preoperatief proces gegeven.

Wij wensen u veel plezier bij het lezen van ons verslag.

Soraya Dekker & Kirsten Spenkelink

Enschede – 18 augustus 2014

SAMENVATTING

- Inleiding** Binnen de verschillende componenten van het preoperatief proces van het Medisch Spectrum Twente bevinden zich verschillende knelpunten die dit proces beïnvloeden. Er wordt verwacht dat een aantal van deze knelpunten bijdragen aan de ineffectiviteit van het preoperatief proces, namelijk het niet direct kunnen verstrekken van een operatiedatum aan een patiënt. Welke knelpunten dit zijn is echter niet duidelijk maar wel erg belangrijk voor het MST, aangezien zij de patiëntvriendelijkheid willen verbeteren. Om deze reden is er een knelpuntenanalyse uitgevoerd binnen het preoperatief proces van het Medisch Spectrum Twente.
- Methode** Er is een explorerend kwalitatief onderzoek uitgevoerd binnen het preoperatief proces van het Medisch Spectrum Twente. De resultaten van het onderzoek zijn verzameld door middel van gesprekken en interviews met medewerkers en observaties van het preoperatief proces binnen het Medisch Spectrum Twente. Daarnaast is er een benchmark uitgevoerd onder het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis en Martini Ziekenhuis en is er een vragenlijst afgenomen onder patiënten.
- Resultaten** Uit de interviews en observaties is gebleken dat zich binnen de componenten polikliniek, medicatieverificatie, preoperatieve screening en verpleegkundige van het huidige preoperatief proces geen knelpunten voordoen. De zestien knelpunten die gevonden zijn doen zich voor in het planningsproces. Het MST verwacht dat het direct na het POS-akkoord meegeven van een operatiedatum er toe leidt dat de patiënt tevredener zal zijn en dat het mogelijk is om de nazorg beter te regelen, waardoor de kwaliteit van zorg verbeterd wordt en de capaciteit van het MST beter benut wordt. Hoe het MST dit precies vorm wil geven, is bij het MST echter niet bekend. Uit de vragenlijst patiëntinlichting is gebleken dat de voorkeuren van de patiënt niet afhankelijk zijn van leeftijd en/of geslacht. Ook is gebleken dat patiënten bij overname door een collega van de behandelend specialist en over de wachtlijsten voor de desbetreffende operatie goed geïnformeerd willen worden. Daarnaast is gebleken dat meer dan de helft van de patiënten tevredener zal zijn wanneer het MST besluit om direct na het verlaten van de POS een operatiedatum mee te geven. Uit de benchmark is gebleken dat de volgorde van het preoperatief proces niet voor elk ziekenhuis hetzelfde is. Daarnaast is ook de procedure rondom de anesthesie en verpleegkundige in het preoperatieve proces van de verschillende ziekenhuizen verschillend.

Conclusie Uit het onderzoek is gebleken dat er zich binnen de verschillende componenten in het huidige preoperatief proces van het Medisch Spectrum Twente zestien knelpunten voordoen waardoor het niet mogelijk is om de patiënten direct na het POS-akkoord een operatiedatum mee te geven. Deze knelpunten zijn allen gevonden op het offline operationeel niveau en kunnen worden onderverdeeld in de categorieën capaciteit, cultuur en documentatie en richtlijnen. Hoewel de knelpunten gevonden zijn op het offline operationeel niveau, is gebleken dat niet elke oplossing op dit niveau te vinden is. Aanbevolen wordt dan ook om stappen te zetten op een hoger hiërarchisch niveau, namelijk het tactische en/of strategische niveau.

INHOUDSOPGAVE

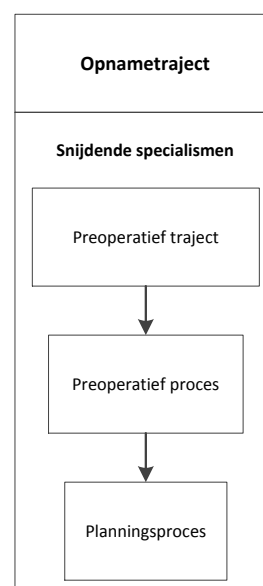
Voorwoord	i
Samenvatting.....	ii
1. Inleiding	1
2. Literatuur	4
2.1 Het preoperatief traject	4
2.2 Functiestroomdiagram	5
2.3 Benchmarking.....	7
2.4 Steekproefgrootte	8
2.5 Reproduceerbaarheid.....	9
2.6 Raamwerk voor planning en beheersing.....	10
3. Methode	12
3.1 Onderzoeksoort	12
3.2 Dataverzameling.....	12
3.3 Data-analyse	14
3.4 Resultaatverwerking en conclusievorming	15
4. Huidige situatie.....	16
4.1 Polikliniek	16
4.2 Medicatieverificatie.....	17
4.3 Preoperatieve screening.....	17
4.4 Verpleegkundige.....	18
4.5 Bureau Opname	19
4.6 Decentrale planning door medisch secretaresse	30
4.7 Conclusie	35
5. Gewenste situatie.....	36
5.1 Gewenste situatie MST.....	36
5.2 Gewenste situatie patiënten	37
5.3 Conclusie	41
6. Benchmark.....	42
6.1 Benchmark Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis.....	42
6.2 Benchmark Martini Ziekenhuis.....	46
6.3 Conclusie benchmark	50

7. Conclusie en aanbevelingen	51
7.1 Gewenste situatie.....	51
7.2 Preoperatief proces.....	52
7.3 Eindconclusie.....	57
8. Discussie	59
Literatuurlijst	61
Verklarende woordenlijst.....	63
Bijlage 1: Benchmarking-processtappen.....	65
Bijlage 2: Interviewleidraad teamhoofd Bureau Opname / POS.....	66
Bijlage 3: Interviewleidraad planningscoördinator patiëntenplanning	67
Bijlage 4: Interviewleidraad preoperatieve screening	68
Bijlage 5: Interviewleidraad planningsmedewerker.....	69
Bijlage 6: Interviewleidraad Martini- / Canisius Wilhelmina Ziekenhuis.....	70
Bijlage 7: Vragenlijst patiëntinlichting.....	72
Bijlage 8: Stroomdiagram preoperatief proces MST	73
Bijlage 9: Overzicht knelpunten	74
Bijlage 10: Resultaten vragenlijst patiëntinlichting.....	75
Bijlage 11: Stroomdiagram preoperatief proces CWZ.....	76
Bijlage 12: Afspakenkaart Canisius Wilhelmina Ziekenhuis	77
Bijlage 13: Stroomdiagram preoperatief proces MZH	78

1. INLEIDING

Het Medisch Spectrum Twente (MST) is één van de 28 topklinische ziekenhuizen in Nederland (1) met locaties in Enschede, Oldenzaal en twee buitenpoliklinieken in Haaksbergen en Losser (2). De komende jaren ligt voor het MST de focus op de bouw van het nieuwe ziekenhuis en ligt de prioriteit bij het voortdurend werken aan verbetering van zowel de zorgprocessen als het economisch resultaat (3). Eén van de zorgprocessen waarin het MST een mogelijkheid tot verbetering ziet is het opnametraject. Voor een schematisch overzicht van het opnametraject zie figuur 1. Jaarlijks worden er in het Medisch Spectrum Twente ruim 34.000 patiënten opgenomen (4).

Binnen het opnametraject wordt onderscheid gemaakt tussen snijdende en beschouwende specialismen. De snijdende specialismen maken in eerste instantie gebruik van de operatiekamers (OK's) in het OK-complex, waar de beschouwende specialismen dit niet doen. (5) Voor het opnametraject van de snijdende specialismen, ook wel het preoperatief traject, betekent dit dat er voor de patiënt een operatie op een specifieke datum gepland moet worden. Op dit moment is het binnen het MST nog niet mogelijk deze operatiedatum direct aan de patiënt mee te geven. Dit leidt tot ontevredenheid bij zowel het management van het MST als bij de medewerkers die betrokken zijn bij het preoperatief traject. Daarnaast verwacht het MST dat het niet direct meegeven van een operatiedatum ook tot ontevredenheid leidt bij de patiënt en zijn betrokkenen.



Figuur 1: opnametraject

Voor de patiënt is het geen probleem om te wachten op een operatie, mits de operatiedatum tijdig bekend is (6). Het ontbreken van de operatiedatum is echter niet patiëntvriendelijk, wat leidt tot verminderde patiënttevredenheid. Daarnaast leidt het ontbreken van een operatiedatum tot problemen met het plannen van de nazorg in de thuissituatie. Doordat de operatiedatum vaak pas één week van te voren aan de patiënt bekend wordt gemaakt, is er voor de patiënt en zijn naasten (te) weinig tijd om de nazorg en andere relevante zaken te regelen. Hierdoor verblijft de patiënt onnodig lang in het ziekenhuis. Gevolg hiervan is dat de kwaliteit van zorg in het geding komt, aangezien het ziekenhuis niet de mogelijkheid heeft om de geschikte nazorg aan de patiënt te leveren.

Het onnodig lange verblijf in het ziekenhuis leidt volgens het MST niet enkel tot ontevredenheid bij de patiënt en zijn betrokkenen, maar volgens het management ook tot inefficiëntie binnen het MST. Doordat de bedden onnodig lang bezet worden gehouden kan de capaciteit immers niet volledig

benut worden, wat tot onnodige kosten leidt. Een andere oorzaak van inefficiëntie doet zich voor in het planningsproces. Het planningsproces omvat het inplannen van een patiënt voor een operatie door een planningsmedewerker. De inefficiëntie die zich in het planningsproces voordoet bestaat onder andere uit voortdurend binnenkomende telefoonoproepen van patiënten die benieuwd zijn of de operatiedatum al bekend is. Hierdoor worden de medewerkers die betrokken zijn bij het planningsproces constant gestoord in hun werkzaamheden. Gevolg hiervan is dat deze werkzaamheden vertraging oplopen.

Het preoperatief traject is een complex geheel waar veel componenten bij betrokken zijn (7). Globaal gezien zijn er vijf componenten in het preoperatief traject van belang voor het meegeven van een operatiedatum aan de patiënt. Samen worden deze componenten in dit onderzoek gedefinieerd als het preoperatief proces. Het preoperatief proces begint wanneer een specialist besluit om een patiënt aan te melden voor een operatie. Dit gebeurt op de polikliniek. Vervolgens wordt de patiënt indien deze medicatie gebruikt doorverwezen naar de medicatieverificatie. Wanneer dit niet het geval is wordt de patiënt doorverwezen naar de preoperatieve screening (POS). Indien het gaat om een klinische opname bezoekt de patiënt na de POS de verpleegkundige. Deze verpleegkundige houdt zich bezig met het informeren van de patiënt met betrekking tot de klinische opname. Wanneer de gezondheid van de patiënt toereikend is, wordt de patiënt gepland voor de operatie. Afhankelijk of het specialisme centraal of decentraal wordt gepland, gebeurt dit door een medewerker van Bureau Opname of een medisch secretaresse.

Binnen de verschillende componenten van het preoperatief proces bevinden zich verschillende knelpunten die dit proces beïnvloeden. Er wordt verwacht dat een aantal van deze knelpunten bijdragen aan de ineffectiviteit van het preoperatief proces, namelijk het niet direct kunnen verstrekken van een operatiedatum aan een patiënt. Welke knelpunten dit zijn is echter niet duidelijk maar wel erg belangrijk voor het MST, aangezien zij de patiëntvriendelijkheid willen verbeteren. Om deze knelpunten in kaart te brengen en aanbevelingen te kunnen geven over mogelijke verbeteringen, zodat er wel direct een operatiedatum aan de patiënt mee kan worden gegeven, wordt de volgende onderzoeksvraag beantwoord:

Welke knelpunten binnen de verschillende componenten van het preoperatief proces van het Medisch Spectrum Twente zorgen er voor dat het niet mogelijk is om direct een operatiedatum aan de patiënt te verstrekken en hoe kan dit verbeterd worden?

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- I. Hoe is het huidige preoperatief proces van het Medisch Spectrum Twente vormgegeven?
- II. Wat is de gewenste situatie met betrekking tot het preoperatief proces voor zowel het Medisch Spectrum Twente als de patiënt?
- III. Hoe is het preoperatief proces van ziekenhuizen die wel direct een operatiedatum aan de patiënt kunnen verstrekken vormgegeven?

Om de deelvragen te kunnen beantwoorden kan er gebruikt worden gemaakt van verscheidene methoden. In hoofdstuk 2 wordt op basis van literatuur een keuze gemaakt voor de methoden. Hoofdstuk 3 gaat in op de aanpak van het onderzoek. De resultaten van de eerste deelvraag worden in hoofdstuk 4 behandeld. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de resultaten van de tweede deelvraag. De resultaten van de derde deelvraag worden behandeld in hoofdstuk 6. Vervolgens worden in hoofdstuk 7 de conclusies rondom de knelpunten getrokken en worden waar mogelijk aanbevelingen gegeven zodat uiteindelijk een algemene conclusie kan worden gegeven en de hoofdvraag van dit onderzoek beantwoord kan worden. Tot slot zal in hoofdstuk 8 aandacht worden geschonken aan de betrouwbaarheid van het onderzoek, de mogelijke verbeterpunten en eventueel vervolgonderzoek.

2. LITERATUUR

Om het probleem van het MST te analyseren wordt er gebruik gemaakt van de Algemeen Bedrijfskundige Probleemaanpak (ABP) van Heerkens (2012). De ABP maakt onderscheid tussen twee soorten problemen, namelijk een kennisprobleem en een handelingsprobleem. Een kennisprobleem wordt door Heerkens als volgt omschreven: “Een kennisprobleem is een beschrijving van de onderzoekspopulatie, de variabelen en, als het nodig is, de relaties die onderzocht worden”. Een handelingsprobleem wordt door Heerkens als volgt gedefinieerd: “Een handelingsprobleem is een door de probleemhebber waargenomen discrepantie tussen de norm en de realiteit”. (8) De norm van het MST is het direct na het POS-akkoord meegeven van een operatiedatum aan de patiënt. In de huidige situatie, de realiteit, is dit echter nog niet mogelijk. Het niet direct mee kunnen geven van een operatiedatum wordt dan ook gezien als een handelingsprobleem.

Door het feit dat het probleem een handelingsprobleem is, en in elke situatie dus verschilt, is er geringe literatuur beschikbaar met betrekking tot het probleem dat zich in het MST voordoet. Wel is er literatuur beschikbaar over waar de problemen worden verwacht, namelijk in het preoperatief traject. Het preoperatief traject wordt in dit hoofdstuk dan ook als eerst toegelicht. Vervolgens worden er methoden benoemd die gebruikt worden om het preoperatief proces binnen het MST te analyseren. Op welke wijze deze methoden toegepast worden, wordt in hoofdstuk 3 toegelicht.

2.1 HET PREOPERATIEF TRAJECT

Het operatieve proces kan binnen een ziekenhuis worden gezien als een kernactiviteit en wordt door de IGZ gedefinieerd als: “het geheel van handelingen dat nodig is om een probleem bij een patiënt operatief te behandelen”. Het operatieve proces loopt vanaf het moment van verwijzing door de huisarts, de Spoed Eisende Hulp (SEH) of een ander ziekenhuis tot en met het ontslag uit een tweedelijns instelling van de gezondheidszorg. Het operatieve proces wordt door de IGZ onderverdeeld in drie trajecten (9):

- Het preoperatief traject: “de verwijzing, het chirurgische spreekuur met diagnose- en indicatiestelling voor operatie, het preoperatieve spreekuur met de risicobeoordeling door de anesthesiologie, eventuele andere specialismen en verpleegkunde, de planning op OK en opnamebureau, de feitelijke opname, de voorbereiding op OK op de verpleegafdeling inclusief het transport tot aan de operatiedeur.”

- Het operatief traject: “de voorbereiding op de OK van apparatuur, instrumenten en medicatie, de ontvangst van de patiënt op de OK-afdeling en op de operatiekamer, de inleiding en onderhouden van anesthesie, de operatie zelf, de uitleiding, de registraties en verslagleggingen en de overdracht naar de uitslaapkamer.”
- Het postoperatief traject: “de ontvangst en controle op de recovery (soms IC), de daarop volgende overdracht naar de verpleegafdeling met controles, verzorging, informatie aan patiënt, het ontslag van de afdeling, eventueel de poliklinische controle en tenslotte het ontslag uit behandeling.”

Om een operatiedatum mee te geven aan de patiënt moet de patiënt binnen het operatieve proces deelnemen aan het preoperatief traject. Het preoperatief traject kan op verschillende wijzen worden ingericht. Een ziekenhuis mag de inrichting van het preoperatief traject zelf bepalen. Hierdoor komt het voor dat ziekenhuizen niet zijn meegegroeid en/of meegroeien met de steeds complexer wordende zorg. Dit kan gevolgen hebben voor zowel de veiligheid, effectiviteit en patiëntgerichtheid van de zorg. (9) Voor het MST is bij het direct meegeven van een operatiedatum voornamelijk de patiëntvriendelijkheid bij het verlenen van zorg van belang.

2.2 FUNCTIESTROOMDIAGRAM

Voor het visualiseren van een proces en de relatie tussen de stappen in een proces wordt er gebruik gemaakt van stroomdiagrammen. Stroomdiagrammen maken het mogelijk om processen te identificeren, documenteren, analyseren en verbeteren. (10)

Om binnen een stroomdiagram aan te geven wat de relatie is tussen een bedrijfsproces en de organisatorische of functionele eenheden, zoals afdelingen, die verantwoordelijk zijn voor de stappen in het proces, kan er gebruik worden gemaakt van een functiestroomdiagram. Kenmerkend voor een functiestroomdiagram is dat de stappen in het proces in een zwembaan worden geplaatst voor de functionele eenheid die verantwoordelijk is voor deze stappen. Het gebruik van zwembanen zorgt voor overzicht in het functiestroomdiagram en maakt duidelijk welke stappen in het proces onder welke functionele eenheid vallen. (11)

Functiestroomdiagrammen worden samengesteld door middel van verschillende symbolen. De symbolen zijn verdeeld over vijf categorieën (12):

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1. Proces / Functie symbolen | 4. Bestand en informatieopslag symbolen |
| 2. Vertakking en richting symbolen | 5. Gegevensverwerking symbolen |
| 3. Input en output symbolen | |

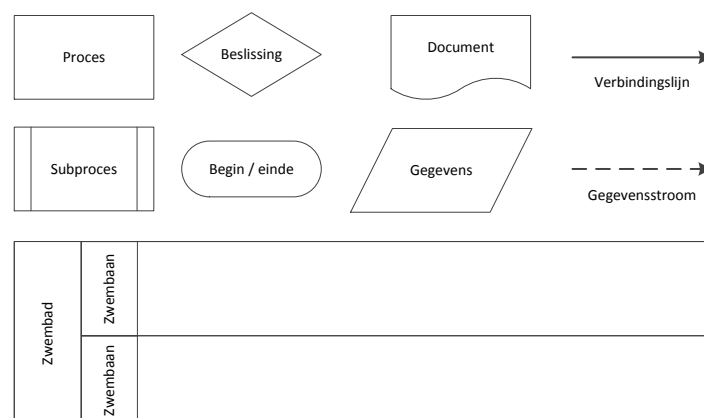
Uit deze vijf categorieën zijn door Microsoft zes basissymbolen geselecteerd die het meest gebruikt worden bij het maken van een functiestroomdiagram. Voor een schematisch overzicht van deze symbolen zie figuur 2. De betekenis van deze zes symbolen is (13):

- Proces: dit symbool vertegenwoordigt een stap in een proces.
- Beslissing: dit symbool geeft het punt weer waarop er een beslissing moet worden genomen in het proces. Deze beslissing beïnvloedt het verloop van het proces.
- Document: dit symbool vertegenwoordigt een stap die in een document resulteert.
- Subproces: dit symbool wordt gebruikt voor een verzameling stappen in een proces die samen een subprocess vormen dat ergens anders is gedefinieerd.
- Begin/einde: dit symbool geeft de eerste en/of laatste stap van een proces weer.
- Gegevens: dit symbool geeft aan dat informatie vanaf buiten het proces binnenkomt of dat de informatie het proces verlaat.

Naast deze zes basissymbolen wordt er bij een functiestroomdiagram gebruik gemaakt van verbindingslijnen. Deze lijnen geven de richting van een proces weer.

Een tekortkoming van de functiestroomdiagram is dat er geen mogelijkheid bestaat om door middel van de verbindingslijn onderscheid te maken in de richting en in een gegevensstroom. Een techniek waarbij het wel mogelijk is om een gegevensstroom weer te geven is de Business Process Modeling Notation (BPMN) (14). Deze techniek maakt het door middel van gestippelde lijnen mogelijk om gegevensstromen weer te geven. Omdat er verwacht wordt dat er binnen dit onderzoek veel gebruik wordt gemaakt van gegevensstromen, zal de mogelijkheid om gegevensstromen weer te geven, in de functiestroomdiagram worden geïntegreerd.

Tevens wordt voor een schematisch overzicht van de zwembanen, de verbindingslijn en de gegevensstroom verwezen naar figuur 2.



Figuur 2: schematisch overzicht symbolen functiestroomdiagram

2.3 BENCHMARKING

In de literatuur zijn verschillende benchmark modellen beschikbaar. Een benchmark model dat in de praktijk veel gebruikt wordt is dat van Camp (1989). Camp hanteert bij zijn model de volgende definitie voor benchmarking (15):

“Benchmarking is systematisch onderzoek naar de prestaties en de onderliggende processen en methoden van één of meer leidende referentie-organisaties op een bepaald gebied, en de vergelijking van de eigen prestaties en werkmethoden met deze “best practice”, met het doel om de eigen prestaties te plaatsen en te verbeteren.”

Binnen de benchmark worden er vijf verschillende fasen onderscheiden. Het benchmarkingsproces begint met de planningsfase, gaat verder met de analyse, planconstructie, actie en bereikt uiteindelijk de fase van volgroeiheid. (16) Deze fasen zullen worden toegelicht en zijn tevens schematisch te vinden in bijlage 1. Van de Voort en de Vries (1993) merken onder andere bij het benchmark model van Camp op dat voordat wordt begonnen aan de planningsfase, er een zogenaamde fase nul moet worden uitgevoerd. Hierbij moet de organisatie zich afvragen wat zij met de benchmarking willen bereiken. (17)

FASE 1: PLANNING

De planningsfase van het benchmark model heeft als doel om inzicht te krijgen in het te onderzoeken proces en bestaat uit drie stappen. De eerste stap die genomen wordt is het bepalen waarop de benchmarking toegepast moet worden. Vervolgens wordt bepaald met wie of wat vergeleken zal worden. In de laatste stap van de planningsfase wordt bepaald hoe de gegevens verzameld worden om ze vervolgens te gaan verzamelen. (16)

FASE 2: ANALYSE

Wanneer de planningsfase is voltooid wordt begonnen met de analysefase. In de analysefase worden de verzamelde gegevens geanalyseerd. Deze fase bestaat uit twee stappen. Allereerst wordt de kloof tussen de methoden en de prestaties in kaart gebracht. Dit wordt gedaan door middel van een vergelijking van de eigen prestatie-indicatoren en de prestatie-indicatoren van de benchmarking-partners. Wanneer de kloof inzichtelijk is gemaakt wordt in de volgende stap het toekomstige prestatieniveau bepaald. (16)

FASE 3: PLANCONSTRUCTIE

Tijdens de derde fase van het benchmark model wordt er een plan geconstrueerd om de bevindingen van de benchmark te kunnen implementeren in de organisatie. In de eerste stap van de planconstructiefase draait het om het verkrijgen van acceptatie van de benchmarking bevindingen door de organisatie. Dit is noodzakelijk om de implementatie van de veranderingen binnen de organisatie succesvol te laten verlopen. Vervolgens worden in de tweede stap gezamenlijk functionele doelen opgesteld, zodat iedereen zich ervan bewust is dat de organisatie zichzelf op deze wijze kan verbeteren. (16)

FASE 4: ACTIE

De doelen die in de vorige fase zijn opgesteld worden in de actiefase omgezet in praktische maatregelen. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in drie stappen. In de eerste stap worden de actieplannen hiervoor opgezet. In de volgende stap worden deze actieplannen geïmplementeerd en wordt de voortgang continu gemonitord. Tot slot worden de benchmarks opnieuw getoetst aan verdere ontwikkelingen. (16)

FASE 5: VOLGROEIDHEID

De laatste fase van het benchmark model, de volgroeidheid, is bereikt wanneer de beste werkmethoden zijn opgenomen in de bedrijfsprocessen van de organisatie (16).

2.4 STEEKPROEFGROOTTE

Voor het verkrijgen van feiten en meningen uit een bepaalde doelgroep worden er verschillende soorten methoden gebruikt. Eén van de methoden die gebruikt wordt is de vragenlijst. Om de feiten en meningen uit een bepaalde doelgroep te verkrijgen kan er voor gekozen worden om de gehele doelpopulatie te onderwerpen aan het onderzoek. De doelpopulatie is echter in veel gevallen te omvangrijk, waardoor het onmogelijk is om alle objecten uit de doelpopulatie te benaderen. Daarnaast kan ook een beperking in financiële middelen en/of tijd het onmogelijk maken om de gehele doelpopulatie aan de vragenlijst te onderwerpen. Wanneer de doelpopulatie te omvangrijk is, de financiële middelen beperkt zijn en/of tijd het onmogelijk maakt om de gehele doelpopulatie aan de vragenlijst te onderwerpen, wordt er voor gekozen om een selectie uit de desbetreffende doelpopulatie te nemen, de zogenoemde steekproef. (18)

Wanneer er gekozen wordt voor een steekproef behoort deze aan twee eisen te voldoen. De eerste eis die aan een steekproef wordt gesteld houdt in dat de respondenten van de steekproef representatief moeten zijn. Dit wordt bereikt door een duidelijke omschrijving, en

daarmee een afbakening, van de respondenten te geven. De tweede eis die aan een steekproef wordt gesteld betreft de grootte van de steekproef, ook wel de steekproefgrootte. De steekproefgrootte moet een bepaalde grootte hebben, zodat er statistisch relevante verbanden en verschillen kunnen worden gevonden. Om aan de tweede eis van een steekproef te voldoen kan er middels een formule een minimale steekproefgrootte worden berekend. (18-20) In formule:

$$n \geq \frac{N \times z^2 \times p(1-p)}{z^2 \times p(1-p) + (N-1) \times F^2}$$

waarbij:

- n Het aantal respondenten dat nodig is voor de steekproef
- z De standaardafwijking die hoort bij een bepaald betrouwbaarheidsinterval
- N De grootte van de doelpopulatie
- p De kans dat een respondent een bepaald antwoord geeft
- F De foutmarge. De foutmarge geeft de maximale te verwachten afstand tussen de resultaten op basis van de steekproef en die voor de gehele doelpopulatie

De uitkomst van de formule geeft vervolgens aan hoeveel respondenten er geworven moeten worden om een geldige conclusie te kunnen trekken uit de vragenlijst.

2.5 REPRODUCEERBAARHEID

Er zijn diverse maten beschikbaar om reproduceerbaarheid te kwantificeren. Voor het kwantificeren van de reproduceerbaarheid wordt er in de literatuur onderscheid gemaakt tussen twee overeenstemmingsmaten, het percentage overeenstemming en Cohen's kappa. (21) Beide overeenstemmingsmaten geven de proportie van de gevallen aan waarin twee beoordelaars het eens zijn over de categorisering van objecten en deze toewijzen aan dezelfde categorie (22). Het percentage overeenstemming corrigeert echter niet voor toeval, waar Cohen's kappa dit wel doet. Cohen's kappa (κ) is een statistische variabele die ontwikkeld is om overeenstemming tussen beoordelaars te meten, rekening houdend met de mate van toevallige overeenstemming. (23, 24) Cohen's kappa wordt als volgt in formule uitgedrukt (25):

$$\kappa = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e}$$

waarbij P_o het waargenomen overeenstemmingspercentage is en P_e het op grond van toeval verwachte overeenstemmingspercentage (25).

Wanneer κ positief is, geeft dit aan dat de beoordelaars vaker met elkaar in overeenstemming zijn dan op basis van toeval verwacht mag worden. Een κ van 0 geeft aan dat de mate van overeenstemming tussen beoordelaars gelijk is aan het kansniveau. Wanneer κ een negatieve waarde aanneemt betekent dit dat de beoordelaars minder vaak met elkaar in overeenstemming zijn dan op basis van toeval verwacht kan worden. Wanneer er totaal geen overeenstemming is tussen de beoordelaars neemt κ een waarde van -1 aan. (22) Landis en Koch (1997) hanteren bij Cohen's kappa richtlijnen met betrekking tot de overeenstemming tussen beoordelaars (26). Deze richtlijnen zijn te vinden in tabel 1.

κ	Interpretatie
<0.00	Slecht
0.00 - 0.20	Gering
0.21 - 0.40	Matig
0.41 - 0.60	Redelijk
0.61 - 0.80	Voldoende tot goed
0.81 - 1.00	Bijna perfect

Tabel 1: Kappa richtlijnen (Landis en Koch, 1997)

2.6 RAAMWERK VOOR PLANNING EN BEHEERSING

In de literatuur zijn meerdere raamwerken te vinden voor planning en beheersing in de gezondheidszorg. Deze raamwerken omvatten echter niet alle belangrijke planning- en beheersingsproblemen. Zij focussen zich bijvoorbeeld enkel op één managementgebied. Hans, Van Houdenhoven & Hulshof (2012) hebben een raamwerk ontwikkeld dat rekening houdt met vier hiërarchische niveaus en vier managementgebieden die toegepast kunnen worden op elke afdeling binnen een gezondheidsinstelling en op de gezondheidsinstelling als geheel. (27)

HIËRARCHISCH ONDERSCHIED

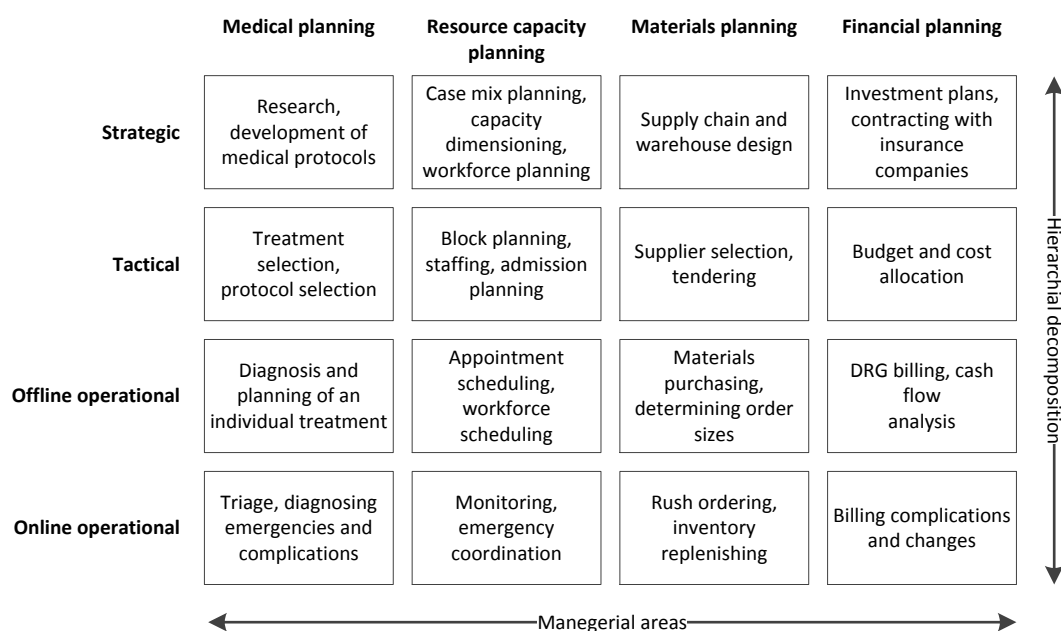
De vier hiërarchische niveaus die Hans, Van Houdenhoven & Hulshof (2012) onderscheiden zijn het strategisch niveau, het tactisch niveau, het offline operationeel niveau en het online operationeel niveau. De strategische planning kent een lange tijdshorizon en richt zich op het maken van structurele beslissingen zoals het ontwikkelen en implementeren van nieuwe medische protocollen. De tactische planning houdt zich bezig met de inrichting van de bedrijfsvoering en de uitvoering van het zorgleveringsproces op middellange termijn. Hierbij kan gedacht worden aan de blok planning van de OK. Operationele planning gaat over korte termijn beslissingen gerelateerd aan de uitvoering van het zorgleveringsproces. Bij offline operationele planning is deze uitvoering van te voren planbaar. Het gaat om het coördineren van activiteiten met betrekking tot de (electieve) zorgvraag. Een voorbeeld van offline operationele planning is het inplannen van afspraken. Bij online operationele planning is er sprake van reacties op onvoorziene processen, zoals spoedgevallen. (27)

MANAGEMENTGEBIEDEN

De managementgebieden die Hans, Van Houdenhoven & Hulshof (2012) benoemen zijn medische planning, capaciteitsplanning, materiaalplanning en financiële planning. De medische planning gaat over het maken van beslissingen door het klinisch personeel over bijvoorbeeld medische protocollen, (nieuwe) behandelingen en diagnoses. De capaciteitsplanning richt zich onder andere op het plannen en monitoren van duurzame middelen, zoals operatiekamers en bedden. De materiaalplanning richt zich daarentegen op de niet-duurzame middelen, zoals protheses en verband. Wanneer het gaat om hoe een organisatie de kosten en opbrengsten moet managen om bepaalde doelen te bereiken spreekt men van de financiële planning. Hierbij kan gedacht worden aan het maken van afspraken met zorgverzekeraars. (27)

RAAMWERK

Wanneer de hiërarchische niveaus en de managementgebieden samen worden gevoegd ontstaat er een raamwerk. De inhoud van het raamwerk varieert afhankelijk van de context (27). In figuur 3 wordt de inhoud van een algemeen ziekenhuis weergegeven, waar ook het MST mee vergeleken kan worden.



Figuur 3: Toepassingsvoorbeeld van het raamwerk (27)

In het onderzoek wordt onderzocht welke knelpunten er binnen het preoperatief proces van het MST voor zorgen dat de patiënt niet direct een operatiedatum mee krijgt. Het onderzoek bevindt zich in de capaciteitsplanning aangezien patiënten ingepland moeten worden en een operatiedatum toegewezen moeten krijgen. Daarnaast gaat het voornamelijk om het op korte termijn inplannen van electieve patiënten, waardoor dit proces zich op het offline operationele niveau bevindt.

3. METHODE

Het MST wil verbetering zien in de effectiviteit van de zorgprocessen. Binnen het preoperatief proces ziet het MST hier mogelijkheden voor. Zo zou het MST graag zien dat patiënten direct een operatiedatum wordt toegewezen nadat de patiënt door de anesthesioloog POS-akkoord is gegeven voor de operatie. In de huidige situatie is dit door onbekende knelpunten echter nog niet mogelijk. Om deze knelpunten binnen het preoperatief proces van het MST inzichtelijk te maken wordt er een onderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek wordt stapsgewijs uitgevoerd aan de hand van de ABP. De ABP maakt het door middel van zeven stappen mogelijk om verschillen tussen de huidige en de gewenste situatie aan te geven en te veranderen. (8) Voor dit onderzoek worden de eerste vier stappen van de ABP doorlopen, de probleemidentificatie tot het formuleren van alternatieven.

3.1 ONDERZOEKSSOORT

Er wordt een explorerend kwalitatief onderzoek uitgevoerd binnen het preoperatief proces van het MST. Bij dit explorerende onderzoek ligt de nadruk op het inzichtelijk maken van de knelpunten die er aan bij dragen dat het MST op dit moment nog niet direct een operatiedatum aan de patiënt kan meegeven. Daarnaast worden er op basis van dit onderzoek aanbevelingen gegeven over mogelijke oplossingen voor de knelpunten die zich voordoen in het preoperatief proces.

3.2 DATAVERZAMELING

De gegevens voor dit onderzoek worden op een kwalitatieve wijze verkregen door middel van gesprekken en interviews met medewerkers van het peroperatief proces. Ook wordt het preoperatief proces van het MST waar mogelijk geobserveerd. Aan de hand van de gegevens worden de huidige en de gewenste situatie van het preoperatief proces van het MST in kaart gebracht. Daarnaast wordt er een benchmark uitgevoerd in ziekenhuizen waar wel direct een operatiedatum aan de patiënt mee kan worden gegeven. De benchmark wordt uitgevoerd om aanbevelingen te geven die het MST kunnen helpen bij het direct verstrekken van een operatiedatum. Tot slot wordt er onder patiënten een vragenlijst afgenomen om de voorkeuren van de patiënt in kaart te brengen, zodat ook het patiëntperspectief aan bod komt. Mogelijk kan het MST de resultaten hiervan gebruiken bij het maken van beslissingen omtrent het direct meegeven van de operatiedatum aan de patiënt. De verschillende manieren van dataverzameling worden in onderstaande subparagrafen toegelicht.

3.2.1 INTERVIEWS EN OBSERVATIES

Er wordt begonnen met een oriënterend interview met het teamhoofd Bureau Opname/POS en de Planningscoördinator Patiëntplanning van het MST om inzicht te krijgen in de globale organisatie van het preoperatief proces. Hierbij wordt ingegaan op de verschillende componenten binnen het preoperatief proces van het MST. De interviewleidraden voor het interview met het teamhoofd Bureau Opname/POS en de Planningscoördinator Patiëntplanning zijn respectievelijk te vinden in bijlage 2 en 3.

Aan de hand van de verkregen data uit de interviews met het teamhoofd Bureau Opname/POS en de Planningscoördinator Patiëntplanning van het MST worden semi-gestructureerde interviews opgesteld. Deze interviews worden afgenomen onder de medewerkers van de POS en de planningsmedewerkers. Er is gekozen voor semi-gestructureerde diepte-interviews om een volledig beeld te kunnen schetsen van zowel de huidige als de gewenste situatie. De semi-gestructureerde diepte-interviews bieden naast de mogelijkheid om specifieke onderwerpen aan te snijden, ook de mogelijkheid voor geïnterviewden om zelf onderwerpen aan te dragen of op bepaalde onderwerpen dieper in te gaan (28, 29). Uitgangspunt hierbij is dat de respondent zoveel mogelijk de ruimte krijgt om in eigen bewoording de vragen te beantwoorden. Bij semi-gestructureerde diepte-interviews kunnen diverse gesprekstechnieken worden toegepast (30). Gesprekstechnieken die onder andere gebruikt worden zijn topiclijsten, het stellen van open vragen en doorvragen. De interviewleidraden voor de semi-gestructureerde interviews met de medewerkers van de POS en de planningsmedewerkers zijn respectievelijk te vinden in bijlage 4 en 5.

3.2.2 BENCHMARK

Om het MST aanbevelingen te geven over mogelijke aanpassingen die zij kunnen doen in de huidige situatie, zodat ze wel direct een operatiedatum mee kunnen geven aan de patiënt, wordt er tevens een benchmark uitgevoerd. Deze benchmark wordt uitgevoerd in het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) te Nijmegen en in het Martini Ziekenhuis (MZH) te Groningen. Het CWZ en het MZH zijn net als het MST onderdeel van de nationale ziekenhuisgroep Santeon (31). Van beide ziekenhuizen is bekend dat zij wel in staat zijn om direct een operatiedatum aan de patiënt te verstrekken. Bij het selecteren van het CWZ en het MZH uit de nationale ziekenhuisgroep Santeon is voor de vergelijkbaarheid voornamelijk gekeken naar het aantal opnamen. In 2012 waren dit er voor het MST 34.194. Voor het CWZ en MZH waren dit respectievelijk 31.563 en 33.644 opnamen. (31)

In de ziekenhuizen die gebruikt worden voor de benchmark wordt een semi-gestructureerd diepte-interview afgenomen met een planningsmedewerker en het teamhoofd patiëntenplanning. Het benchmark model van Camp (1989) wordt bij de benchmark als richtlijn gebruikt. De

interviewleidraad voor de benchmark is te vinden in bijlage 6. Het eerste gedeelte van de interviewleidraad, vraag 1 tot en met 4, is er op gericht het proces in de ziekenhuizen in kaart te brengen met het idee dat het proces van de desbetreffende ziekenhuizen wellicht een beter proces is dan dat van het MST. Het tweede deel van de interviewleidraad, vraag 5 tot en met 9, gaat specifiek in op de knelpunten die binnen het MST zijn gevonden. Dit heeft als doel om mogelijke oplossingen te verkrijgen voor de knelpunten die binnen het MST gevonden zijn.

3.2.3. VRAGENLIJST PATIËNTINLICHTING

Hoewel de doelpopulatie van het MST het gehele verzorgingsgebied betreft, is er vanwege tijdsgebrek gekozen voor een doelpopulatie van 50. Dit is gelijk aan het gemiddeld aantal patiënten dat op één dag de POS bezoekt. Op de POS worden dan ook 50 exemplaren van de vragenlijst neergelegd. Bij een doelpopulatie van 50 patiënten moet bij een betrouwbaarheidsinterval van 95% en een foutmarge van 10% de steekproefgrootte volgens de eerder genoemde literatuur bestaan uit minimaal 33 respondenten.

De vragenlijst patiëntinlichting heeft betrekking op het inlichten van patiënten over de operatiedatum en de daarbij behorende termijn. Het doel van de vragenlijst is om het MST een beeld te geven van wat voor de patiënt de gewenste situatie is met betrekking tot onder andere de wenselijke termijn waarbinnen de operatiedatum bekend moet zijn. Andere onderwerpen die aan bod komen in de vragenlijst zijn het door specialisten onderling overnemen van patiënten en de behoefte om hierbij een kennismakingsgesprek met de overnemende specialist te hebben. De vragenlijst patiëntinlichting is te vinden in bijlage 7.

3.3 DATA-ANALYSE

Voor het analyseren van de data wordt er gebruik gemaakt van het 6-stappenplan van Plochg, Juttman & Klazinga (2007). Dit stappenplan biedt de mogelijkheid om de data-analyse op een systematische wijze uit te voeren (30).

Bij het kwalitatieve onderzoek is het gebruikelijk geluidsopnames van het gesprek te maken. Na afloop worden deze woordelijk uitgetypt, beter bekend als transcriptie. (30) De transcripties van de afgenomen interviews worden vervolgens geanalyseerd in MAXQDA. Deze software wordt gebruikt bij het systematiseren, ordenen en inzichtelijk en toegankelijk maken van kwalitatieve data (30). Vervolgens wordt er een globaal overzicht van het onderzoeksmateriaal gemaakt, waarna de gedetailleerde analyse plaatsvindt (30). De gedetailleerde analyse wordt gedaan door middel van het labelen van stukken onderzoeksmateriaal, ook wel open codering. Na het afronden van deze stap wordt er over gegaan op axiaal coderen. Bij axiaal coderen worden de codes die opgesteld zijn bij het

open coderen gegroepeerd tot categorieën die dezelfde kenmerken vertonen. Aansluitend wordt aan de hand van selectieve codering verdere structuur aangebracht in de afzonderlijke hoofd- en subcodes die zijn ontstaan tijdens het open en axiaal coderen. (32) Om de reproduceerbaarheid van de codering te kwantificeren wordt Cohen's kappa bepaald (22, 23). Cohen's kappa wordt op basis van de resultaten van twee onafhankelijke coderingsprocessen berekend.

De gegevens uit de vragenlijst die af is genomen onder de patiënten zullen worden geanalyseerd met behulp van SPSS. Met het analyseren van de vragenlijst wordt rekening gehouden met zowel het geslacht als de leeftijd van de patiënten. De patiënten worden verdeeld in de leeftijdscategorieën jonger dan 55 jaar en 55 jaar en ouder. De grens is op 55 jaar gesteld, zodat er gekeken kan worden of de voorkeuren van volwassenen en ouderen van elkaar verschillen. Volgens het Zorginstituut Nederland kunnen personen van 55 jaar of ouder geclassificeerd worden als oudere (33). Om te kijken of er een significant verschil bestaat tussen de voorkeuren van mannen en vrouwen en de voorkeuren van patiënten in de leeftijdscategorieën jonger dan 55 en 55 jaar en ouder, wordt er voor de vragen 1 t/m 4, 6 en 7 een chi-kwadraattoets uitgevoerd. Voor vraag 5 wordt er een t-toets uitgevoerd.

3.4 RESULTAATVERWERKING EN CONCLUSIEVORMING

Aan de hand van de verzamelde data wordt er een beschrijving en een functiestroomdiagram gemaakt van het huidige preoperatief proces binnen het MST. Daarnaast wordt op basis van de benchmark met het CWZ en het MZH een beschrijving en een functiestroomdiagram gemaakt van de situatie in de desbetreffende ziekenhuizen. Ook het idee van zowel het MST als de patiënt over de gewenste situatie wordt beschreven. Tot slot zullen er conclusies rondom de knelpunten worden getrokken en worden waar mogelijk aanbevelingen gegeven zodat uiteindelijk een eindconclusie kan worden gegeven en de hoofdvraag van dit onderzoek beantwoord kan worden.

4. HUIDIGE SITUATIE

In dit hoofdstuk wordt het huidige preoperatief proces van het MST, en daarmee de eerste deelvraag, besproken. Het preoperatief proces wordt globaal onderverdeeld in drie componenten: de polikliniek, de POS en Bureau Opname/medisch secretaresse. Deze componenten moeten door iedere patiënt worden doorlopen. Daarnaast bevinden zich in het proces nog twee optionele componenten: de medicatieverificatie en de verpleegkundige. Deze twee componenten worden enkel door de patiënt doorlopen als dit noodzakelijk is. Wanneer er zich knelpunten in een component voordoen, worden deze bij de desbetreffende component toegelicht. Daarnaast wordt het component Bureau Opname specifiek uitgelegd, aangezien de handelswijze van de verschillende specialismen onderling verschilt. Voor een stroomdiagram van het preoperatief proces voor de centraal geplande specialismen zie bijlage 8. Naast de specialismen die centraal door Bureau Opname worden gepland zijn er ook specialismen die de planning in eigen beheer hebben, de zogenaamde decentraal geplande specialismen. Bij deze specialismen worden de patiënten gepland door de medisch secretaresse. De decentraal geplande specialismen worden in paragraaf 4.6 toegelicht.

4.1 POLIKLINIEK

De patiënt kan op drie manieren op de polikliniek terecht komen: via de huisarts, via de SEH of via een doorverwijzing vanuit een ander ziekenhuis. Op de polikliniek wordt de patiënt door de specialist gezien voor een consult. De patiënt wordt hierbij zorgvuldig onderzocht en indien nodig aangemeld voor een operatie. Aan de hand van de resultaten van het onderzoek bepaalt de specialist de ASA score. De ASA score is een classificatie opgesteld door de American Society of Anesthesiologists. Deze classificatie geeft een inschatting van de lichamelijke toestand van de patiënt voorafgaand aan de operatie door middel van vijf classificaties. Een hogere classificatie geeft een hogere morbiditeit en mortaliteit weer. (34) De specialist voert alle gegevens over de gezondheid van de patiënt, de duur van de operatie en de operatiecode in in DSV, de Digitale Status Voering. De specialist geeft hierbij aan of de operatie door een collega specialist mag worden uitgevoerd of dat de patiënt alleen door de specialist zelf geholpen mag worden. De patiënt ontvangt vervolgens van de medisch secretaresse een brief met daarin alle informatie omtrent de operatie en de daarbij behorende procedure. Daarnaast ontvangt de patiënt informatiefolders over de desbetreffende operatie.

Binnen deze component doet zich een knelpunt voor bij het invoeren van de operatiecodes en de daarbij behorende tijdsduur. Vaak wordt er door de specialist enkel een omschrijving gegeven van de operatie. In geval van een standaardoperatie is het voor de medewerkers van Bureau Opname

relatief makkelijk om de juiste operatiecode bij de desbetreffende operatie te vinden. Echter bij ingewikkeldere of samengestelde operaties komt het voor dat de medewerkers van Bureau Opname lang aan het zoeken zijn naar de juiste code, wat veel tijd in beslag neemt. Daarnaast komt het zelfs voor dat de verkeerde code in ORSuite wordt ingevoerd. Dit kan als gevolg hebben dat operaties geannuleerd of verschoven moeten worden. De decentraal geplande specialismen werken niet met operatiecodes.

4.2 MEDICATIEVERIFICATIE

De volgende component die in het proces doorlopen kan worden is de medicatieverificatie. Deze component wordt enkel doorlopen wanneer de patiënt medicatie gebruikt die mogelijk van invloed kan zijn op het verloop van de operatie en het daarbij behorende herstel. Op de medicatieverificatie wordt het medicatiegebruik van de patiënt door een apothekersassistente in kaart gebracht en worden aanbevelingen gegeven over eventuele aanpassingen in het medicatiegebruik gedurende de operatieperiode. De gegevens die tijdens het consult met de apothekersassistente van de medicatieverificatie verzameld worden, worden als bijlage toegevoegd aan de status van de patiënt.

4.3 PREOPERATIEVE SCREENING

Wanneer de patiënt bij de POS komt wordt een screening uitgevoerd. Deze screening heeft als doel een inschatting te maken van de algemene gezondheidstoestand en het operatierisico van de patiënt. Allereerst moet de patiënt hiervoor twee vragenlijsten invullen met betrekking tot de eigen conditie. De uitslag van deze twee vragenlijsten geven de VAQ-score en daarmee de globale gezondheidstoestand van de patiënt weer. Tijdens het invullen van de vragenlijsten wordt door een medewerker van de POS de status van de patiënt geprint en klaargemaakt. De door de specialist vastgestelde ASA score en de aard van de operatie bepalen welke track de patiënt op de POS zal doorlopen. Wanneer echter uit de VAQ-score en het patiëntendossier blijkt dat de gezondheidstoestand niet overeen komt met de ASA-score die de specialist heeft ingevoerd, kan door de POS medewerker worden besloten om de patiënt aan de andere track toe te wijzen.

De twee tracks die doorlopen kunnen worden op de POS zijn de Fast Track en de Intensive Track. Wanneer de gezondheidstoestand goed is ($ASA < 3$) en de operatie minder ingrijpend is, wordt de patiënt in de Fast Track ingedeeld. De patiënt wordt dan op de POS gezien door een anesthesiemedewerker en indien de patiënt dit wenst ook door de anesthesioloog. De anesthesiemedewerker neemt de anamnese door en voert hier verscheidene tests uit. Er wordt onder andere gekeken naar de tensie, het gewicht en de lengte. Verder wordt er geluisterd naar het hart en de longen en geeft de anesthesiemedewerker uitleg over de anesthesiemethoden. De

gegevens die door de anesthesiemedewerker worden verzameld worden ingevoerd in het programma MetaVision.

Wanneer de gezondheidstoestand minder goed ($ASA \geq 3$) is en/of de operatie relatief ingrijpend is, doorloopt de patiënt de Intensive Track. De patiënt wordt in dat geval op de POS gezien door een doktersassistent, waarna de anesthesioloog altijd nog een screening uitvoert. De doktersassistent neemt net als de anesthesiemedewerker de anamnese door en voert dezelfde tests uit, maar maakt ook een ECG en neemt bloed af. De anesthesiemethoden worden uitgelegd door de anesthesioloog. De gegevens die door zowel de doktersassistent als de anesthesioloog worden verzameld, worden ingevoerd in het programma MetaVision.

Wanneer tijdens de anamnese of de tests uitgevoerd door de anesthesiemedewerker of doktersassistent afwijkingen of bijzonderheden worden gevonden wordt de patiënt, voordat er akkoord wordt gegeven door de anesthesioloog, doorverwezen naar de huisarts of een specialist in het ziekenhuis voor aanvullend onderzoek. Hier kunnen enkele weken over heen gaan. Wanneer alle benodigde gegevens over de gezondheidstoestand van de patiënt bekend zijn, inclusief de gegevens van het aanvullend onderzoek, en de gezondheid van de patiënt toereikend is, sluit de anesthesiemedewerker of de anesthesioloog een 'informed consent' met de patiënt af. De patiënt geeft dan toestemming voor de behandeling, nadat de anesthesiemedewerker of de anesthesioloog de patiënt op een duidelijke, volledige en inzichtelijke wijze heeft geïnformeerd over de operatie. De anesthesioloog geeft hierna POS-akkoord voor de operatie. Na het POS-akkoord worden de aangevulde gegevens geprint en aan de status toegevoegd. De status van de patiënt wordt vervolgens klaargelegd voor de verpleegkundige of Bureau Opname.

Binnen deze component doen zich weinig tot geen knelpunten voor die het bemoeilijken om direct een operatiedatum mee te geven aan de patiënt. Wel blijkt dat het invullen van de digitale dossiers niet altijd nauwkeurig of volledig gebeurt. Er worden soms schriftelijke aanvullingen toegevoegd in het papieren dossier, waardoor mogelijk belangrijke informatie mist in het digitale dossier.

4.4 VERPLEEGKUNDIGE

De volgende component die in het preoperatief proces kan worden doorlopen is de verpleegkundige. Dit is wederom een optioneel component. De verpleegkundige bevindt zich op dezelfde polikliniek als de POS, maar is geen onderdeel van de POS. De patiënt komt enkel voor een intake bij de verpleegkundige wanneer het gaat om een operatie met een klinische opname. Bij een klinische opname verblijft de patiënt langer dan één dag op de verpleegafdeling. Tijdens de intake wordt de

status van de patiënt er door de verpleegkundige bij gepakt en wordt er informatie gegeven over het verblijf en de zorg op de verpleegafdeling. De status van de patiënt wordt vervolgens weer aangevuld en op de POS neergelegd, waarna deze wordt opgehaald door een medewerker van Bureau Opname.

Hoewel niet elke patiënt langs de verpleegkundige hoeft, is dit wel een component waar vertraging op kan lopen bij het direct meegeven van een operatiedatum aan de patiënt. In principe kan de patiënt op inloop naar de verpleegkundige. Echter is de verpleegkundige vaak erg druk, waardoor er een afspraak moet worden gepland met de verpleegkundige. Voor de patiëntvriendelijkheid wordt deze afspraak gelijk gepland met de afspraak voor de POS. De patiënt zou de datum hierdoor in principe na het verlaten van de POS kunnen ontvangen. Echter doordat de patiënt soms erg lang moet wachten op deze gecombineerde afspraak, ontvangen zij deze datum wel later dan de patiënten die niet hoeven te wachten op de verpleegkundige.

4.5 BUREAU OPNAME

De laatste component van het preoperatief proces van de centraal geplande specialismen is Bureau Opname. Bureau Opname is de afdeling die zich bezig houdt met het inplannen van operaties voor de snijdende specialismen. Bij Bureau Opname zijn dertien medewerkers werkzaam. Zij zijn verdeeld over de verschillende specialismen die centraal worden gepland. Dit houdt in dat de planning van de patiënten door de medewerkers van Bureau Opname geregeld wordt. De specialismen die binnen Bureau Opname centraal gepland worden zijn algemene chirurgie, gynaecologie, keel-, neus- en oorheelkunde (KNO-heelkunde), oogheelkunde, orthopedie, plastische chirurgie en urologie.

INPLANNEN VAN DE PATIËNT

Eén van de medewerkers van Bureau Opname haalt, afhankelijk van de drukte, een aantal keer per dag de statussen van de patiënt op bij de POS, om deze vervolgens te verdelen onder de verschillende specialismen binnen Bureau Opname. De statussen bevatten gegevens met betrekking tot de patiënt. Deze gegevens worden onder andere ingevuld door de specialist, de anesthesiemedewerker, de doktersassistent, de anesthesioloog en indien van toepassing de medicatieverificatie en de verpleegkundige.

De medewerkers van Bureau Opname moeten wachten met het op planbaar zetten van de patiënt op de wachtlijst in xCare totdat de status op de POS akkoord is gegeven en de gegevens uit de status door een medewerker van Bureau Opname in xCare zijn verwerkt. Wanneer de medewerkers van Bureau Opname de patiënten gaan plannen, wordt er gekeken naar de wachtlijst in xCare. Op deze wachtlijst kunnen de medewerkers ook de urgentie van de patiënt zien. De patiënten die als planbaar staan aangegeven kunnen ingepland worden. Een patiënt wordt als planbaar aangegeven door

middel van de letter P in het systeem. De statussen van de planbare patiënten worden tijdelijk opgeborgen omdat bij het inplannen van de patiënten de status verder niet wordt gebruikt. Patiënten waarvan de status nog niet is verwerkt in xCare, staan nog niet op planbaar en worden in het programma aangegeven met de letter S, wat staat voor start onderzoek-activiteiten.

De patiënten worden ingepland in het programma ORSuite. In dit programma staat de planning waarin wordt weergegeven welke specialist, op welk moment en in welke OK opereert. Deze planning wordt de specialistenplanning genoemd. Deze gegevens worden in ORSuite geïmporteerd vanuit BLOKplan, wat door de medisch secretaresse wordt gebruikt om de beschikbaarheid van de specialisten in te vullen. Deze specialistenplanning moet door de medisch secretaresse voor minimaal zes weken ingevoerd worden. Er kan dan door de medewerkers van Bureau Opname zes weken vooruit worden gepland. Wanneer de medewerker ziet dat de OK niet volledig gevuld kan worden door weinig vraag naar de operaties van het desbetreffende specialisme, behoort deze de OK-tijd terug te geven. Andere specialismen kunnen de OK-tijd op zich nemen om bijvoorbeeld wachtlijsten weg te werken.

Naast de beschikbaarheid van de specialisten en ruimte in de OK moeten medewerkers van Bureau Opname onder andere rekening houden met planregels. Deze planregels bevatten onder andere regels met betrekking tot het aantal toegestane operaties van eenzelfde aard, benodigde instrumentaria, beeldvormende materialen, beschikbaarheid van IC-bedden en andere voorkeuren van de specialisten. Een andere factor waar de medewerkers van Bureau Opname rekening mee moeten houden is spoed. Binnen het operatieprogramma moet de medewerker beslissen of en hoe er plek vrij wordt gelaten voor spoed. Daarnaast moet ook rekening worden gehouden met combi-OK's. Dit zijn OK's waarbij er meerdere specialisten, al dan niet van verschillende specialismen, tegelijkertijd aan één of meerdere ingrepen op één OK werken. Bij het inplannen van een combi-OK moet de medewerker rekening houden met het vrijplannen van de specialist die op dat moment ingeroosterd staat voor poliklinische spreekuren.

VOORLOPIGE OPERATIEDATUM

Wanneer met alle voorwaarden rekening is gehouden kan de medewerker van Bureau Opname de patiënten voorlopig in ORSuite plannen. De patiënt die een voorlopige datum toegewezen heeft gekregen wordt in xCare met de letter V van voorlopig gepland aangegeven. De operatie staat dan onder voorbehoud gepland. Hoeveel weken voor de operatie deze voorlopige datum telefonisch wordt doorgegeven aan de patiënt is afhankelijk van het specialisme. Voor een overzicht van het gemiddeld aantal weken tussen het verstrekken van de voorlopige operatiedatum en de operatie zie tabel 2.

Specialisme	Weken	Specialisme	Weken
Algemene chirurgie	1	Neurochirurgie	< 1
Bijzondere tandheelkunde	2	Oogheelkunde	1
Gynaecologie	3-4	Orthopedie	< 1
Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie	*	Plastische chirurgie	2
KNO-heelkunde	3-4	Urologie	4-6

Tabel 2: Overzicht gemiddeld aantal weken tussen verstrekken voorlopige operatiedatum en de operatie

* Specialisme is in staat om direct een operatiedatum mee te geven aan de patiënt.

DEFINITIEVE OPERATIEDATUM

Nadat de patiënten voorlopig voor een operatie zijn ingepland door de medewerker van Bureau Opname, moet het operatieprogramma goed worden gekeurd tijdens het dinsdagmorgenoverleg. Tijdens het dinsdagmorgenoverleg wordt er een uitdraai gemaakt van alle operatieprogramma's die voor de week erna zijn gemaakt. De dagcoördinator van de OK bekijkt of de programma's goed lopen en bekijkt of voor elke operatie de juiste benodigdheden op de OK aanwezig zijn. Wanneer dit niet het geval is kan het zijn dat patiënten van het operatieprogramma af moeten worden gehaald of verplaatst moeten worden. Ook bekijkt de dagcoördinator hoeveel IC-patiënten er gepland staan en of er voldoende IC-bedden voor de geplande IC-patiënten beschikbaar zijn. Nadat het operatieprogramma is aangepast en goedgekeurd door de dagcoördinator kan de definitieve operatiedatum aan de patiënten worden doorgegeven. De definitieve operatiedatum, in het systeem aangegeven met de letter D van definitief gepland, wordt na het dinsdagmiddagoverleg door de medewerker van Bureau Opname in ieder geval schriftelijk, en waar nodig telefonisch, aan de patiënt kenbaar gemaakt. De medewerker van Bureau Opname maakt een ponsplaatje en brengt deze vervolgens samen met de status naar de desbetreffende verpleegafdeling.

4.5.1 ALGEMENE CHIRURGIE

Het specialisme algemene chirurgie is een specialisme dat bestaat uit drie subspecialismen. De subspecialismen die worden onderscheiden zijn traumatologie, vaatchirurgie en oncologie. Op Bureau Opname zijn twee medewerkers werkzaam voor het specialisme algemene chirurgie. Voor zowel het inplannen van de relatief makkelijke als de moeilijke ingrepen geldt dat de medewerker van algemene chirurgie beschikking moet hebben over de status van de patiënt. Vanuit de POS komt het echter voor dat door aanvullende onderzoeken, en de daarbij behorende wachttijden, de status van de patiënt niet POS-akkoord wordt gegeven. De medewerker wacht voor het grootste gedeelte met het inplannen van de patiënten totdat er een POS-akkoord is, wat vertraging op kan leveren in het meegeven van een operatiedatum aan de patiënt. In dit geval ontvangt de patiënt de operatiedatum dus later. In sommige gevallen plant de medewerker van algemene chirurgie vanwege de urgentie zonder status, en daarmee zonder POS-akkoord.

De patiënten met een relatief makkelijke operatie kunnen doorgaans snel een operatiedatum ontvangen omdat bijna alle operaties door elke specialist gedaan kunnen worden en overgenomen mogen worden. De datum zou dan binnen een termijn van drie weken voor de operatie aan de patiënt kunnen worden doorgegeven. Er zijn binnen de algemene chirurgie echter verscheidene knelpunten waarom dit nog niet wordt gedaan of dit nog niet mogelijk is. Eén van de knelpunten is dat de medewerkers van Bureau Opname het niet patiëntvriendelijk vinden een patiënt van de operatieplanning te halen, en om die reden af te bellen, wanneer de patiënt al bekend is met de operatiedatum. De medewerkers van Bureau Opname kiezen er dan ook voor om niet direct een operatiedatum aan de patiënt te verstrekken. Dit afbellen kan verschillende oorzaken hebben. Zo kan het zijn dat uit het dinsdagmorgenoverleg blijkt dat de totaal beschikbare OK-tijd ontoereikend is voor de geplande operaties. Een ander knelpunt dat er voor zorgt dat de operatiedatum nog niet wordt verstrekt aan de patiënt is de onvoorspelbaarheid van spoed. Deze onvoorspelbaarheid zorgt ervoor dat de OK-capaciteit niet ver van te voren volledig vol kan worden gepland. Immers moet er ruimte in het operatieprogramma vrij worden gehouden voor mogelijke spoed. Wanneer de OK-capaciteit op dat moment volledig in gebruik is, zullen electieve patiënten van het operatieprogramma moeten worden gehaald.

Het knelpunt spoed veroorzaakt niet enkel bij de relatief makkelijke ingrepen problemen, maar ook bij de ingewikkelde ingrepen. Bij de ingewikkelde ingrepen zijn er echter nog meer knelpunten waarom niet direct een operatiedatum aan de patiënt mee wordt gegeven. Zo kan het zijn dat er voor een bepaalde operatie een combi-OK gepland moet worden. Bij het tegelijkertijd inplannen van de specialisten ervaart de medewerker van algemene chirurgie problemen met het vrijplannen van de specialist die op dat moment ingeroosterd staat voor poliklinische spreekuren. Het plannen van een combi-OK kan om deze reden een aantal dagen op zich laten wachten.

Algemene chirurgie is één van de specialismen die hinder ondervindt van het feit dat de operatiecode bij aanmelding van de patiënt niet door de specialist wordt ingevoerd, maar er enkel een omschrijving van de operatie wordt genoemd. Hierdoor kan de medewerker veel tijd kwijt zijn aan het zoeken van de bij de operatie passende code. Omdat de juiste code niet direct gevonden kan worden, zal de patiënt bij het direct meegeven van een operatiedatum langer in het ziekenhuis op de operatiedatum moeten wachten dan wanneer de code direct beschikbaar is. Dit wordt niet als patiëntvriendelijk gezien. Daarnaast ondervinden de medewerkers hinder van het feit dat de specialisten niet altijd de specialistenplanning aanleveren en/of zich niet aan de specialistenplanning in BLOKplan houden. Als specialisten zich niet houden aan de specialistenplanning is het mogelijk dat

sommige operaties toch niet door kunnen gaan en de patiënt af moet worden gebeld. Dit is wederom een reden voor de medewerkers van Bureau Opname om niet direct een operatiedatum mee te geven aan de patiënt.

Door al deze knelpunten is het voor het specialisme algemene chirurgie op dit moment enkel mogelijk om de operatiedatum een week voor de operatie aan de patiënt door te geven. Binnen de algemene chirurgie zijn er twee groepen patiënten die over het algemeen niet hoeven te wijken voor de knelpunten die zich voordoen. Dat zijn enerzijds oncologische patiënten, die onder andere door worden verwezen vanaf het Centrum voor mammacare. Deze patiënten moeten binnen vijf weken geholpen worden en gezien de emotioneel zware operatie, wordt de operatiedatum bij het verlaten van het Centrum voor mammacare direct aan de patiënt verstrekt en wordt deze vervolgens niet meer gewijzigd. Anderzijds hoeven de patiënten die ingepland zijn voor de ingrepen die standaard als blok in ORSuite staan niet te wijken voor de knelpunten die zich voordoen. Binnen de algemene chirurgie worden deze standaard blokken voor onder meer carotis-operaties, leveroperaties, thoractomie, lobectomie en een whipple vastgezet in het operatieprogramma. Wanneer de patiënt op één van deze blokken gepland staat, is het onwaarschijnlijk dat de datum nog gewijzigd wordt.

4.5.2 GYNAECOLOGIE

Gynaecologie is het specialisme dat onder andere de tweedelijns verloskundige zorg en de gynaecologische zorg omvat. Hoewel het specialisme beschikt over een poliklinische operatiekamer (POK) in het Vrouw Kind Centrum, maakt het specialisme ook gebruik van het algemene OK-complex. Voor de operaties die uitgevoerd worden op het algemene complex wordt de planning gemaakt door twee medewerkers van Bureau Opname.

Wanneer de medewerker een patiënt gaat inplannen wordt hierbij niet altijd gewacht op het POS-akkoord. Reden die hiervoor gegeven wordt is de mogelijkheid om vooruit te kunnen werken. Dit vooruit werken is binnen het specialisme gynaecologie mogelijk omdat er op hele korte termijn weinig spoed in hoeft te worden gepland. Hierdoor is het voor de gynaecologie mogelijk om de patiënten drie à vier weken voor de operatie onder voorbehoud een operatiedatum door te bellen. Ondanks dat het specialisme relatief weinig spoed kent is het wel noodzakelijk om hier rekening mee te houden in het operatieprogramma. Het volplannen van de OK-capaciteit is om deze reden niet mogelijk. Daarnaast moet er bij het plannen van patiënten rekening mee worden gehouden dat oncologische patiënten binnen vijf weken geholpen moeten worden. Voor deze patiënten moet er plek in het operatieprogramma vrij worden gehouden. Wanneer deze oncologische patiënten telefonisch door de specialist worden aangemeld voor een operatie kan de medewerker van Bureau

Opname vaak direct een operatiedatum onder voorbehoud doorgeven. Wanneer oncologische patiënten op de wachtlijst komen worden zij dezelfde dag alsnog ingepland en ingelicht over de operatiedatum. Ook patiënten voor een keizersnede hebben altijd voorrang, omdat deze patiënten binnen een korte termijn geholpen moeten worden. De specialist geeft tijdens het spreekuur aan dat de medisch secretaresse de medewerker voor Bureau Opname moet bellen voor een datum. Wanneer de medewerker van Bureau Opname de datum aan de medisch secretaresse heeft doorgegeven neemt deze de overige zaken op zich, zoals het definitief oproepen van de patiënt. Voor spoedkeizersneden wordt in het electieve operatieprogramma aan het eind van de dag een blok van een uur vrijgehouden. De nog niet gevulde plekken in het operatieprogramma worden opgevuld vanuit de wachtlijst.

Om de wachtlijst zo kort mogelijk te houden worden er onder de specialisten soms patiënten uitgewisseld. De specialist geeft op de polikliniek aan de patiënt aan dat de operatie mogelijk wordt overgenomen door een collega specialist, mits de patiënt daarmee akkoord gaat. Er wordt enkel een kennismakingsgesprek met de nieuwe specialist gepland wanneer de patiënt aangeeft hier behoefte aan te hebben.

Naast de algemene handelingen waarmee de medewerker van Bureau Opname te maken heeft, komen er ook bij gynaecologie knelpunten voor die er voor zorgen dat de patiënt niet na het POS-akkoord met een operatiedatum naar huis kan. Net als algemene chirurgie heeft ook gynaecologie te maken met combi-OK's. De medewerker van gynaecologie ervaart bij het tegelijkertijd inplannen van de specialisten op een combi-OK niet echt problemen. Het is echter wel zo dat ook voor de gynaecologie geldt dat er een dag overheen kan gaan voordat de patiënt de operatiedatum zou kunnen ontvangen.

Binnen de gynaecologie zijn de specialisten bezig met het vernieuwen van de lijst met operatiecodes. De huidige codes zijn verouderd en kunnen in sommige opzichten wat aanvulling of aanpassing gebruiken. Daarnaast komt het vaak voor dat de gynaecologen enkel een omschrijving van de operatie aanleveren in het programma DSV. Hierdoor verloopt het inplannen van een patiënt niet zoals gewenst, aangezien de juiste code gezocht moet worden door de medewerker van gynaecologie. Het zoeken van de juiste operatiecode zorgt er op dit moment niet voor dat het moeilijk is om een patiënt in te plannen, echter leidt het wel tot tijdsverlies. Dit staat het direct meegeven van een operatiedatum mogelijk in de weg, omdat het niet patiëntvriendelijk zou zijn om de patiënt om deze reden in het ziekenhuis te moeten laten wachten op de operatiedatum.

4.5.3 KNO-HEELKUNDE

KNO-heelkunde is het specialisme binnen het MST dat zich bezig houdt met aandoeningen aan de keel, neus en oren. Het operatieprogramma wordt gemaakt door twee medewerkers van Bureau Opname. Sinds kort is de maatschap van KNO-heelkunde relatief goed georganiseerd wat betreft de mogelijkheid tot het meegeven van de operatiedatum. Hiervoor zijn meerdere redenen te geven.

Allereerst is KNO-heelkunde een specialisme dat weinig spoed kent. Spoed is bij dit specialisme vrijwel geen storende factor voor het direct meegeven van een operatiedatum aan de patiënt. Daarnaast behandelt KNO-heelkunde relatief veel gezonde patiënten doordat een groot aantal van deze patiënten kinderen zijn. Voor het plannen van de patiënten wacht Bureau Opname niet op het POS-akkoord, zodat er vooruit kan worden gewerkt. Zij gaan er van uit dat het POS-akkoord voor de operatiedatum rond is aangezien de medewerker kan zien wanneer de afspraak op de POS plaats zal vinden. Patiënten van de KNO-Heelkunde gaan in tegenstelling tot patiënten van andere specialismen op afspraak naar de POS en niet direct na het verlaten van de polikliniek.

Binnen het specialisme KNO-heelkunde zijn acht specialisten werkzaam. De specialistenplanning is gemiddeld drie maand van te voren bekend. Wanneer er bij één van de specialismen OK-tijd overblijft, kunnen de specialisten deze OK-tijd onderling overnemen. Voor het overnemen van de OK-tijd moet de medewerker van Bureau Opname contact opnemen met de medisch secretaresse om het poliklinische spreekuur van de overnemende specialist te laten blokkeren en om voor de andere specialist een extra spreekuur in te lassen. Dit gebeurt doorgaans drie weken van tevoren, zodat het aantal patiënten dat voor het spreekuur afgezegd moet worden beperkt blijft. Daarnaast kunnen de specialisten binnen KNO-heelkunde vrijwel alle operaties van elkaar overnemen, mits er een kennismakingsgesprek met de patiënt plaatsvindt. Dit kennismakingsgesprek wordt waar mogelijk op de dag van de POS-afspraak gepland. Doordat specialisten binnen de KNO-Heelkunde operaties van elkaar over kunnen nemen, kunnen de wachtlijsten in balans worden gehouden, waardoor het makkelijker wordt om direct een operatiedatum mee te geven. Ook wat betreft de operatiecodes hebben de specialisten binnen KNO-heelkunde stappen gezet. Waar eerder de operatiecodes misten, staan deze nu vrijwel altijd goed in DSV. Hierdoor hoeft de medewerker van Bureau Opname niet langer te zoeken naar de bij de operatie horende code.

Binnen KNO-heelkunde worden geen grote knelpunten gevonden met betrekking tot het direct meegeven van de operatiedatum aan de patiënt. Wanneer een patiënt vandaag op de wachtlijst komt is het in theorie mogelijk om direct de datum aan de patiënt mee te geven. De datum wordt aan de oncologische patiënten dan ook zo spoedig mogelijk meegegeven. De medewerker van Bureau Opname hanteert voor de overige operaties echter een termijn van drie tot vier weken om

de voorlopige operatiedatum aan de patiënt telefonisch te verstrekken. Dit wordt gedaan omdat er gezien de lange periode die er tussen het verstrekken van de operatiedatum en de operatie zit, er altijd nog spoed tussen kan komen. Er wordt bij de KNO-heelkunde om deze reden dan ook geen meerwaarde gezien in het direct verstrekken van de operatiedatum.

4.5.4 OOGHEELKUNDE

Het specialisme oogheelkunde, dat zich bezig houdt met oogandoeningen, bevindt zich binnen het MST op twee locaties. De meeste operaties vinden poliklinisch plaats in Oldenzaal. Deze poliklinische operaties worden door de medisch secretaresse van oogheelkunde ingepland. Wanneer de patiënten niet in aanmerkingen komen voor druppelverdoving of de operatie niet onder druppelverdoving uit kan worden gevoerd, worden de patiënten voor het algemene OK-complex in Enschede ingepland door één van de drie medewerkers van Bureau Opname.

Het specialisme oogheelkunde heeft twee dagen per maand beschikking over een OK en heeft een toereikende wachtlijst om het operatieprogramma tijdig te kunnen vullen. Het specialisme kent weinig spoed en voert doorgaans operaties van dezelfde aard uit. Daarnaast plant het specialisme oogheelkunde zonder POS-akkoord. In dit opzicht kan er dus direct een operatiedatum worden meegegeven. Echter is het zo dat de wachtlijst voor sommige operaties op dit moment zo lang is dat de wachtlijst langer is dan de specialistenplanning reikt. De wachtlijst is op dit moment voor sommige operaties zo lang omdat er maar twee dagen per maand geopereerd kan worden. Hierdoor is het voor sommige operaties enkel mogelijk om te plannen voor zo ver de specialistenplanning beschikbaar is. De specialistenplanning is voor de oogheelkunde voor zes tot acht weken bekend.

Ondanks dat het mogelijk zou moeten zijn om de voorlopige datum zes tot acht weken voor aanvang van de operatie aan de patiënt door te geven, gebeurt dit tot op heden nog niet. Dit komt door het feit dat de oogartsen goedkeuring moeten geven voor het operatieprogramma dat is opgesteld door Bureau Opname. Bij het goedkeuren van de patiëntenplanning door de oogartsen worden echter vaak problemen ervaren. Deze ontstaan onder andere door het feit dat een oogarts de patiënt van een collega niet wil overnemen uit angst voor moeilijkheden. De richtlijn binnen het MST is echter dat de oogartsen patiënten van elkaar overnemen om de wachtlijsten zo beperkt mogelijk te houden. Een ander probleem dat ontstaat bij het akkoord geven van het operatieprogramma is dat de planning volgens de oogarts te vol zit en aangepast moet worden. Mede door de angst voor moeilijkheden en de te volle planning wordt de goedkeuring voor het programma vaak pas een week voor aanvang van de operatie gegeven. Nadat de specialist goedkeuring heeft gegeven voor het operatieprogramma wordt het niet nogmaals tijdens het dinsdagmorgenoverleg gecontroleerd.

4.5.5 ORTHOPEDIE

Orthopedie is het vakgebied dat zich bezighoudt met het behandelen van aandoeningen aan het gehele steun- en bewegingsapparaat. Orthopedie is een specialisme dat veel te maken heeft met pieken en dalen in de patiëntenstroom. Op Bureau Opname werken vier medewerkers aan de planning van orthopedische patiënten.

Orthopedie is één van de specialismen die in principe wacht met het plannen van de patiënt totdat de status POS-akkoord is. Wanneer er op de POS vertraging ontstaat is het voor de medewerkers op Bureau Opname niet toegestaan de operatiedatum al voor de patiënt vast te stellen. De patiënt kan de datum pas na het POS-akkoord ontvangen. Uitzonderingen hierop zijn de patiënten die op verzoek van de specialist direct een operatiedatum moeten krijgen. Deze operatiedatum wordt echter wel altijd onder voorbehoud meegegeven, omdat ook deze patiënten POS-akkoord moeten zijn op de dag van de operatie.

Een aantal jaar geleden heeft orthopedie stappen gezet in het direct meegeven van de operatiedatum aan de patiënt. Door het vastzetten van operatieblokken in het operatieprogramma kon een patiënt direct in worden gepland op het eerst volgende moment dat er voor de desbetreffende operatie een blok in het programma vrij was. Het grootste knelpunt bij dit systeem was een te korte wachtlijst voor bepaalde operaties. De te korte wachtlijst voor operatie X zorgde ervoor dat blokken voor operatie X niet opgevuld konden worden terwijl de blokken voor operatie Y met een relatief lange wachtlijst en in verhouding een beperkt aantal blokken direct gevuld waren. Logischerwijs zouden er door de lengte van de wachtlijst meer operaties Y ingepland moeten worden. Dit was echter niet mogelijk aangezien deze blokken gereserveerd waren voor operatie X. Om deze reden is het specialisme weer overgestapt op de centraal gehanteerde wijze van plannen.

Orthopedie kent bij de centraal gehanteerde wijze van plannen echter ook een aantal knelpunten. Eén van deze knelpunten is spoed. Orthopedie is een specialisme dat relatief veel te maken heeft met spoed, maar heeft geen spoed-OK om deze spoed op te vangen. In het operatieprogramma moet daardoor vaak geschoven worden om deze spoed op een juiste wijze in te plannen. Binnen de orthopedie vinden de medewerkers van Bureau Opname het niet patiëntvriendelijk om patiënten die al opgeroepen zijn nog weer af te moeten bellen of te moeten verplaatsen voor spoed. Om deze reden hanteert de orthopedie een termijn van zes dagen voor de operatie om de operatiedatum zowel schriftelijk als telefonisch aan de patiënt door te geven. Tijdens het telefonisch oproepen zal de medewerker van orthopedie de status van de patiënt nogmaals controleren. Wanneer de patiënt binnen zeven tot veertien dagen voor de geplande operatiedatum belt voor de operatiedatum krijgt deze onder voorbehoud de operatiedatum te horen.

Een ander knelpunt dat zich voordoet bij de orthopedie is dat de operatiecodes missen. Voor de standaardoperaties zijn de codes gemakkelijk te vinden. Echter voor de ingewikkeldere operaties is het zo dat de medewerker van Bureau Opname soms lang aan het zoeken is voordat de juiste code gevonden is. Omdat de juiste code niet direct gevonden kan worden, zal de patiënt bij het direct meegeven van een operatiedatum langer op de operatiedatum moeten wachten dan wanneer de code direct beschikbaar is. Dit wordt niet als patiëntvriendelijk gezien.

Tot slot is er een knelpunt dat niet door de orthopedie wordt ervaren, maar hier wel veroorzaakt wordt. Bij de orthopedie zijn de wachtlijsten op dit moment erg kort, waardoor de aan de orthopedie toegewezen OK-tijd vaak nauwelijks opgevuld kan worden. Het specialisme orthopedie is terughoudend met het teruggeven van OK-tijd uit angst deze permanent kwijt te raken. Hiervoor is het voor specialisten met een lange wachtlijst niet mogelijk om deze OK-tijd over te nemen.

4.5.6 PLASTISCHE CHIRURGIE

Plastische chirurgie is het specialisme dat zich bezig houdt met het verzorgen van de plastische-, reconstructieve-, hand- en polschirurgie. De maatschap van plastische chirurgie is werkzaam in drie ziekenhuizen verdeeld over vijf verschillende locaties. De planning voor dit specialisme wordt op Bureau Opname verzorgd door drie medewerkers.

De vier plastisch chirurgen hebben elk één dag in de week een OK. Doordat de specialisten onderling nauwelijks patiënten van elkaar overnemen, lopen de wachtlijsten per specialist aanzienlijk uiteen. De gemiddelde wachtlijst is langer dan een half jaar. Aangezien de officiële termijn voor het aanleveren van de specialistenplanning zes weken is, is het voor de patiënten die op een wachtlijst staan die langer is dan zes weken onmogelijk om direct een operatiedatum te plannen. Doordat het specialisme plastische chirurgie zich niet altijd aan deze officiële termijn houdt, komt het zelfs voor dat wachtlijsten die korter zijn dan zes weken niet weg gepland kunnen worden. Oplossing voor het verkorten van de gemiddelde wachtlijsten is overname van de operaties door een collega specialist.

Als specialisten operaties van elkaar over willen nemen, moet er altijd een kennismakingsgesprek gepland worden. Voor de kennismakingsgesprekken en de overname van de desbetreffende operatie hebben de specialisten vrijwel geen tijd in verband met verplichtingen op andere locaties. Dit, in combinatie met verschillende operatietechnieken die de specialisten hanteren, is dan ook de reden dat er nauwelijks operaties van elkaar over worden genomen. Ook het overnemen van OK-tijd van andere specialismen is vanwege de verplichtingen op andere locaties meestal niet mogelijk. Om dezelfde reden is het voor de medewerkers van Bureau Opname lastig een combi-OK te plannen in samenwerking met een ander specialisme.

Over het algemeen probeert de medewerker van Bureau Opname de operatiedatum twee weken voor de operatie aan de patiënt door te geven. Binnen deze twee weken moeten de patiënten echter vaak weer af worden gebeld. Dit wordt onder andere veroorzaakt door de volle roosters van de specialisten én het missen van een spoed-OK, waardoor de electieve operaties moeten wijken voor spoed. Zo heeft bijvoorbeeld peesletsel, wat relatief veel voorkomt binnen de plastische chirurgie en snel behandeld moet worden, voorrang. Wanneer dit het geval is moeten electieve patiënten afgebeld worden.

Naast deze knelpunten zijn er nog twee knelpunten gevonden. Zo kan de medewerker van Bureau Opname niet altijd wachten op het POS-akkoord, aangezien sommige spoedgevallen binnen een bepaalde periode gepland moeten worden. De datum voor de operatie wordt dan onder voorbehoud gepland. Wanneer er vanaf de POS niet op tijd een akkoord is, wordt de operatie alsnog verplaatst. Daarnaast missen ook bij plastische chirurgie de operatiecodes. Omdat de juiste code niet direct gevonden kan worden, zal de patiënt bij het direct meegeven van een operatiedatum langer op de operatiedatum moeten wachten dan wanneer de code direct beschikbaar is. Dit wordt niet als patiëntvriendelijk gezien.

4.5.7 UROLOGIE

Urologie is het specialisme dat zich bezighoudt met aandoeningen van de nieren, urineleiders, blaas, prostaat, plasbuis en mannelijke geslachtsorganen en is in het MST gevestigd in het Vrouw Kind Centrum. Urologie wordt op Bureau Opname door twee medewerkers gepland.

Urologie is een specialisme met relatief weinig spoed. Onder andere oncologische patiënten en patiënten met urineretentie vormen dit relatief kleine aantal spoedpatiënten. Voor de spoedoperaties worden voor twee tot drie weken plekken vrij gehouden, waardoor het mogelijk is om direct een operatiedatum mee te geven. Op het moment van het dinsdagmorgenoverleg, een week voor de operaties, moeten de plekken echter gevuld zijn. Wanneer er in die week alsnog spoedoperaties tussen komen, moeten de patiënten die op dat moment gepland staan alsnog van het operatieprogramma af gehaald worden. De specialist neemt hier dan een beslissing over.

De medewerker van Bureau Opname plant vrijwel alle operaties zonder op het POS-akkoord te wachten zodat er vooruit kan worden gewerkt en spoedpatiënten een datum onder voorbehoud mee kunnen krijgen. Wanneer er een POS-akkoord is, belt de medewerker de patiënt voor een voorlopige datum. Dit gebeurt gemiddeld een maand tot anderhalve maand voor de operatie. Doordat de voorlopige operatieplanning ruim van te voren bekend is kan er gekeken worden of een uroloog OK-

tijd overhoudt. Er wordt dan eventueel OK-tijd afgestaan aan een andere uroloog, zodat de gemiddelde wachtlijsten beperkt kunnen worden gehouden.

Urologie heeft geen lange wachtlijsten. Lange gemiddelde wachtlijsten worden onder andere voorkomen door het feit dat specialisten operaties van elkaar over kunnen en willen nemen. Hier hoeft geen kennismakingsgesprek met de patiënt voor plaats te vinden aangezien de specialist tijdens het consult aangeeft dat de operatie door een collega kan worden overgenomen. Operaties waar wel lange wachtlijsten voor staan zijn kinderoperaties die worden uitgevoerd door een uroloog van het MST in combinatie met een specialist uit bijvoorbeeld het ziekenhuis in Almelo of Groningen. Deze operaties zijn voor de medewerker van Bureau Opname lastiger te plannen omdat met meerdere specialisten rekening moet worden gehouden. Hoewel de specialistenplanning bij urologie altijd op tijd is, zorgt de lengte van de wachtlijst voor deze operatie er voor dat de wachtlijst soms langer is dan de zes weken waarover de specialistenplanning reikt. Er kan dan niet vooruit gepland worden. De operatiedatum wordt onder andere om deze redenen niet direct aan de patiënt meegegeven.

Tot slot kent ook urologie het probleem met betrekking tot het missen van de operatiecodes. Naast het feit dat de medewerker van Bureau Opname veel tijd kwijt is aan het zoeken van de juiste code bij de desbetreffende operatie. Dit staat het direct meegeven van een operatiedatum mogelijk in de weg, omdat het niet patiëntvriendelijk zou zijn om de patiënt om deze reden in het ziekenhuis te moeten laten wachten op de operatiedatum.

4.6 DECENTRALE PLANNING DOOR MEDISCH SECRETARESSE

De specialismen bijzondere tandheelkunde, Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie en neurochirurgie worden decentraal gepland. Hieronder verstaat men dat het inplannen van de patiënten geregeld wordt door de medisch secretaresse van het desbetreffende specialisme. Bureau Opname verzorgt voor deze specialismen enkel de communicatie met de patiënt omtrent de definitieve operatiedatum. Dit doen de medewerkers van Bureau Opname door middel van een brief.

4.6.1 BIJZONDERE TANDHEELKUNDE

Bijzondere Tandheelkunde biedt tandheelkundige hulp aan patiënten die niet (meer) door de eigen tandarts kunnen worden behandeld. Het gaat vaak om patiënten met een extreme angst voor de tandarts of een lichamelijke en/of verstandelijke beperking. De bijzondere tandheelkunde is gevestigd in Enschede en Oldenzaal. In Oldenzaal worden enkel poliklinische behandelingen uitgevoerd. In Enschede worden zowel poliklinische als klinische behandelingen uitgevoerd.

Wanneer de patiënt door de huisarts, tandarts of door een andere specialist wordt doorverwezen naar de bijzondere tandheelkunde, komt er bij de medisch secretaresse een brief binnen. Aan de hand van deze brief plant de medisch secretaresse vervolgens de patiënt in bij één van de specialisten om op consult te komen in Oldenzaal. Tijdens het consult blijkt of de patiënt een operatie onder narcose moet ondergaan. Wanneer dit het geval is moet de patiënt akkoord geven voor het toepassen van de narcose. De patiënt wordt vervolgens door de specialist digitaal via DSV aangemeld bij de POS in Enschede, waarna de POS de patiënt oproept voor een afspraak.

Wanneer de patiënt POS-akkoord wordt verklaard wordt de status door de POS geprint en met de post verstuurd naar de locatie in Oldenzaal. De status wordt hier tijdelijk opgeborgen. Tien tot veertien dagen voor de nieuwe operatieweek bekijkt de medisch secretaresse welke patiënten er gepland kunnen worden op het operatieprogramma van de behandelend specialist. De wachtlijsten per specialist worden door de medisch secretaresse in een Excel-sheet bijgehouden. De medisch secretaresse belt aan de hand van de wachtlijst en urgentie de patiënten op om een operatiedatum voor te stellen. Wanneer de patiënt akkoord gaat wordt de operatie definitief in ORSuite gepland. De patiënt krijgt de definitieve operatiedatum de volgende dag schriftelijk bevestigd. De status van de patiënt wordt tijdig voor de opname in een koffer door een medewerker van het MST meegenomen naar Enschede.

De voornaamste reden dat de operatiedatum niet direct aan de patiënt mee wordt gegeven is dat de medisch secretaresse laat begint met het plannen van de patiënt. Dit wordt voornamelijk gedaan omdat de medisch secretaresse bang is dat de patiënt alsnog afgebeld moet worden. Echter wordt het niet direct meegeven van een operatiedatum aan de patiënt bij de bijzondere tandheelkunde niet als een probleem ervaren. Dit wordt veroorzaakt door het feit dat veel angstige patiënten de operatiedatum pas zo laat mogelijk willen weten. Wanneer patiënten toch eerder dan tien tot veertien dagen voor hun operatie de datum willen weten, wordt er aan de patiënt duidelijk gemaakt dat de operatiedatum nog niet bekend is. Er wordt geen informatie gegeven over wachtlijsten, hoewel deze, doordat de specialisten gemiddeld één keer in de maand opereren, behoorlijk oplopen.

Wanneer er gebruik wordt gemaakt van een combi-OK overlegt de medisch secretaresse van de bijzondere tandheelkunde altijd met de medisch secretaresse van het andere specialisme. Zij zijn dan samen verantwoordelijk voor het inplannen van de specialisten en het blokkeren van de spreekuren. Daarnaast moeten zij in ORSuite aangeven wie de behoeften verzorgd.

Bij het specialisme bijzondere tandheelkunde wordt er geen omschrijving van de uit te voeren operatie door de specialist ingevoerd. De specialist vult enkel de operatietijd in. Daarnaast worden de benodigdheden voor de operatie niet door de OK geregeld, maar door een eigen assistente op de OK klaargelegd. Verder is het opmerkelijk dat de operaties onderling in principe niet door specialisten over worden genomen, terwijl zij wel over dezelfde vaardigheden beschikken. Wanneer operaties door collega-specialisten overgenomen worden, kunnen wachtlijsten wellicht weggewerkt worden, waardoor de gemiddelde wachtlijst afneemt.

Tot slot kent het specialisme bijzondere tandheelkunde vrijwel geen spoed- en/of oncologie patiënten. Het kleine aantal oncologiepatiënten dat zich voordoet binnen het specialisme bijzondere tandheelkunde wordt doorverwezen naar het specialisme Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie.

4.6.2 MONDZIEKTEN, KAAK- EN AANGEZICHTSCHIRURGIE

Het specialisme Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie houdt zich bezig met aandoeningen aan het kaak- en aangezichtsskelet en richt zich daarbij op zowel de harde als de weke aangezichtsheefsels. Voor het specialisme Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie zijn acht medisch secretaresses werkzaam, waarvan er zich twee bezighouden met het operatieprogramma.

Op het moment dat de specialist tijdens het spreekuur besluit dat de patiënt een operatie moet ondergaan, vult de specialist gegevens over de patiënt en de operatie in in DSV. Er wordt door de specialist een omschrijving van de operatie gegeven. Een operatiecode wordt niet gebruikt. De medisch secretaresse werkt echter ook niet met deze code, waardoor deze niet gemist wordt. De specialist kan daarnaast ook in DSV aangeven of eventuele bijzondere benodigdheden op de OK aanwezig moeten zijn. De medisch secretaresse is dan verantwoordelijk voor het regelen van deze benodigdheden. Tevens kan de specialist aangeven of de operatie door de specialist zelf moet worden uitgevoerd of dat deze mag worden overgenomen door een collega-specialist. Wanneer de operatie over wordt genomen door een collega-specialist, wordt dit altijd aan de patiënt bekend gemaakt. Indien de patiënt met de specialist wenst kennis te maken, wordt er een kennismakingsgesprek gepland.

Tijdens het consult zal de aanwezige verpleegkundige in een map een voorlopige operatiedatum plannen in overleg met zowel de patiënt als de specialist. In deze map bevindt zich een papieren specialistenplanning. De specialistenplanning is voor minimaal de komende drie maanden bekend. Wanneer het de verpleegkundige niet lukt de operatie te plannen, zal deze de medisch secretaresse vragen om hulp. Voor de meeste patiënten geldt dan ook dat zij tijdens het consult al hun voorlopige

operatiedatum ontvangen. Hierbij wordt meestal mondeling aangegeven dat het om een voorlopige operatiedatum gaat. Patiënten die altijd direct een operatiedatum ontvangen zijn de oncologische patiënten. Deze moeten binnen een aantal weken geholpen worden. Voor de oncologische patiënten wordt tijd in het operatieprogramma vrijgehouden.

De patiënten die niet direct een operatiedatum meekrijgen zijn over het algemeen patiënten die geopereerd moeten worden in combinatie met een ander specialisme. Het tegelijkertijd inplannen van specialisten voor de desbetreffende operatie wordt als lastig ervaren. Dit zorgt er dan ook voor dat het een aantal dagen kan duren voordat de operatie gepland is. Nadat de operatiedatum is afgestemd met het andere specialisme wordt de operatiedatum door de medisch secretaresse telefonisch aan de patiënt doorgegeven.

Het specialisme Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie heeft op dit moment te maken met relatief veel reductie van de OK-tijd. Dit houdt in dat aan het specialisme toegewezen OK-tijd alsnog wordt teruggenomen. Het komt voor dat op deze OK-tijd al wel patiënten gepland stonden. Deze patiënten moeten dan allen van het operatieprogramma worden gehaald en opnieuw ingepland worden. Aangezien er rekening mee moet worden gehouden dat deze patiënten als eerst weer gepland moeten worden, is het soms niet mogelijk om nieuwe patiënten direct een operatiedatum mee te geven. Ook de patiënten die opnieuw ingepland moeten worden ontvangen niet altijd direct een nieuwe operatiedatum.

Voor het inplannen van de voorlopige operatiedatum wordt er niet gewacht op het POS-akkoord. Op het moment dat de medisch secretaresse het voorlopige operatieprogramma in ORSuite zet, en daarmee definitief maakt, wordt er echter wel altijd gecontroleerd of de patiënt POS-akkoord is. Wanneer dit niet het geval is zal de patiënt nog niet definitief in ORSuite gepland worden. Het operatieprogramma in ORSuite wordt tijdens het dinsdagmorgenoverleg voor de week erop gecontroleerd en goedgekeurd. Voor het specialisme Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie is het vrijwel nooit nodig het operatieprogramma aan te passen. Na de goedkeuring op het dinsdagmorgenoverleg geeft een medewerker van Bureau Opname de definitieve datum en de tijd dat de patiënt in het ziekenhuis wordt verwacht zowel telefonisch als schriftelijk door aan de patiënt.

De gegevens die verzameld worden tijdens het consult worden in een papieren status op de polikliniek opgeborgen. Een dag voor de operatie worden de statussen samen met recepten en voorlichtingsformulieren voor de specialist klaargelegd, zodat deze ze mee kan nemen naar de OK.

Het specialisme heeft te maken met lange wachtlijsten. De gemiddelde wachtlijst betreft een aantal maanden. Doordat de specialistenplanning al voor een lange tijd bekend is, leveren de lange wachtlijsten geen problemen op met het inplannen van de patiënten. De lange wachtlijsten zijn enkel vervelend voor de patiënt, aangezien deze lang op de operatie moet wachten.

Het specialisme Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie heeft niet veel te maken met spoed. Er wordt voor deze patiënten dan ook geen tijd vrijgehouden in het operatieprogramma. Wanneer er een spoedpatiënt gepland moet worden, moet er een electieve patiënt van het operatieprogramma gehaald worden. Wanneer dit kort voor de operatie is, zal de patiënt gebeld worden. Wanneer de periode tot aan de operatie nog wat langer is, wordt er een brief naar de patiënt gestuurd. Het afzeggen van de patiënt wordt niet als patiëntvriendelijk ervaren, hoewel de medisch secretaresses wel begrijpen dat er in de huidige situatie soms geen andere oplossing is. Er wordt geprobeerd patiënten die af worden gezegd altijd direct een nieuwe datum mee te geven.

4.6.3 NEUROCHIRURGIE

Neurochirurgie is toegespitst op het behandelen van afwijkingen van het zenuwstelsel door middel van een operatieve benadering. De polikliniek neurochirurgie van het MST vervult een regiofunctie, wat inhoudt dat alle patiënten uit Twente en omstreken voor behandeling door een neurochirurg naar Enschede komen. Bij de neurochirurgie zijn er zes medisch secretaresses werkzaam die zich onder andere bezig houden met het inplannen van patiënten. Daarnaast hebben enkele specialisten hun operatieprogramma in eigen beheer.

Wanneer de patiënt op het spreekuur komt, bepaalt de specialist of de patiënt geopereerd moet worden. Wanneer dit het geval is voert de specialist de gegevens van de patiënt en de aanmelding van de operatie in in DSV. Daarnaast vult de specialist een POS-formulier in. De patiënt wordt vervolgens doorverwezen naar de balie op de polikliniek, waar de patiënt wordt ingeschreven voor de wachtlijst door de medisch secretaresse. De wachtlijst, een planbord aan de muur in het kantoor van de medisch secretaresses, wordt handmatig bijgehouden.

De medisch secretaresse begint pas met het inplannen van een patiënt op het moment dat de patiënt een POS-akkoord heeft ontvangen en zijn gezondheid toereikend is. Wanneer een patiënt planbaar is plant de medisch secretaresse de patiënt in in ORSuite. De patiënt wordt dan vanaf de wachtlijst op het planbord verplaatst naar de weekplanning op het planbord. Verder houdt de medisch secretaresse bij het plannen rekening met de volgorde van de wachtlijst. Uitzondering hierop zijn de spoedpatiënten, op de wachtlijst gemarkeerd met een rood stickertje. Zij moeten eerder worden gepland dan de patiënten op de normale wachtlijsten.

Bij het specialisme neurochirurgie doen zich echter veel spoedpatiënten voor. Dit is dan ook de reden dat het specialisme op dit moment nog niet direct een voorlopige operatiedatum aan de patiënt verstrekt. Spoedpatiënten gaan altijd voor. De medisch secretaresses willen vanwege spoed liever geen electieve patiënten afbellen, mede omdat er niet direct een nieuwe operatiedatum aan de patiënt verstrekt kan worden. Om zo min mogelijk electieve patiënten af te bellen wordt het operatieprogramma van week tot week gemaakt door de medisch secretaresses. Wanneer het operatieprogramma rond is geeft de medisch secretaresse aan een medewerker van Bureau Opname aan dat de patiënten opgeroepen moeten worden. De operatiedatum wordt drie tot vier dagen voor de operatie telefonisch door een medewerker van Bureau Opname aan de patiënt bekend gemaakt.

De neurochirurgen nemen onderling in principe geen patiënten van elkaar over, enkel wanneer er sprake is van spoed. Wel is het zo dat sommige neurochirurgen een gezamenlijke wachtlijst hebben voor een bepaalde operatie. Dit wordt gedaan om de gemiddelde wachtlijst zo kort mogelijk te houden. Momenteel hebben de wachtlijsten een lengte van gemiddeld 8-9 weken.

4.7 CONCLUSIE

Uit de analyse van de huidige situatie wordt geconcludeerd dat er zich verscheidene knelpunten voordoen in het preoperatief proces van het MST die er voor zorgen dat er niet direct na het POS-akkoord een operatiedatum mee kan worden gegeven aan de patiënt. In totaal zijn er bij zowel het centraal als het decentraal plannen van patiënten zestien knelpunten gevonden. De gevonden knelpunten doen zich allen voor op offline operationeel niveau, maar moeten hoogstwaarschijnlijk op een ander hiërarchisch niveau binnen het MST opgelost worden. De knelpunten worden onderverdeeld in drie categorieën. De categorieën die onderscheiden worden zijn capaciteit, cultuur en documentatie en richtlijnen. Voor een schematisch overzicht van de knelpunten verdeeld over deze categorieën zie bijlage 9.

5. GEWENSTE SITUATIE

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de voor het MST gewenste gang van zaken wat betreft het preoperatief proces, en daarmee het meegeven van een operatiedatum aan de patiënt. Voor het MST staat patiëntvriendelijkheid hierbij centraal, maar ook wordt er rekening gehouden met de benutting van de capaciteit. Daarnaast wordt er ingegaan op de patiëntvoorkeuren met betrekking tot het preoperatief proces. Hiervoor worden de resultaten van de vragenlijst patiëntinlichting behandeld. Tot slot zal er een conclusie worden getrokken rondom de gewenste situatie voor zowel het MST als de patiënten.

5.1 GEWENSTE SITUATIE MST

Het MST is van mening dat het ziekenhuis voor de patiënt de slechtste plek is om te verblijven wanneer dit niet medisch noodzakelijk is. Daarnaast zorgt het lange verblijf van de patiënt in het ziekenhuis voor onnodige bezetting van een bed, waardoor de capaciteit niet volledig benut kan worden. Om deze redenen is het noodzakelijk dat de patiënt na de operatie zo spoedig mogelijk naar huis of naar een zorginstelling gaat om te revalideren. In de ultieme situatie willen de specialisten dan ook geen patiënten meer opnemen waarvoor de nazorg nog niet geregeld is. Om dit gedeeltelijk waar te kunnen maken zou de nazorg voor de patiënt al grotendeels geregeld moeten zijn op het moment dat de patiënt voor de operatie opgenomen wordt in het ziekenhuis. Het MST heeft aangegeven dat de ultieme situatie waarschijnlijk niet geheel haalbaar is, maar om de nazorg voor de patiënt beter te organiseren wil het MST wel stappen ondernemen.

Eén van de stappen die het MST wil ondernemen is het samenvoegen van POS-verpleegkundigen en de transferverpleegkundigen tot één groep. De transferverpleegkundige, werkzaam op het Transferpunt in het MST, is op dit moment degene die verantwoordelijk is voor het regelen van nazorg voor zowel poliklinische als klinische patiënten. Om de kennis over de nazorg te integreren in het begin van het preoperatief traject en om meer flexibiliteit te creëren, wil het MST de POS-verpleegkundige en de transferverpleegkundige laten rouleren binnen elkaars afdelingen.

Om het nazorgtraject beter te kunnen voorspellen is het verder van belang dat de operatiedatum bekend is. De operatiedatum in combinatie met de doorlooptijd van de patiënt in het ziekenhuis geeft een redelijk goede indicatie van de vraag naar nazorg. Dit, in combinatie met patiëntvriendelijkheid, is dan ook de reden dat het MST 70-80% van het totaal aantal patiënten na het POS-akkoord een operatiedatum mee wil geven. Hierbij wordt voorkeur gegeven aan het one-stop-shop principe waarbij het voor de patiënt mogelijk is om op één dag zowel naar de polikliniek,

de medicatieverificatie, de POS, de verpleegkundige als Bureau Opname/medisch secretaresse te gaan om hier de operatiedatum te ontvangen. De operatiedatum wordt meegegeven op het moment dat er een POS-akkoord is. In de gewenste situatie wordt er meer vooruit gewerkt, waardoor dingen op het laatste moment niet meer geregeld hoeven te worden.

5.2 GEWENSTE SITUATIE PATIËNTEN

Voor het verkrijgen van inzicht met betrekking tot de voorkeuren van de patiënten is de vragenlijst patiëntinlichting afgenomen. De voorkeuren van de patiënten worden hieronder per vraag toegelicht. Hierbij worden de frequenties in absolute getallen en in percentages gegeven. Vervolgens wordt doormiddel van toetsing bepaald of de resultaten uit de vragenlijst afhankelijk zijn van leeftijd en/of geslacht. De toetsen die hierbij gebruikt worden zijn de chi-kwadraattoets en de t-toets. Of de voorkeuren van de patiënten overtuigend genoeg zijn om op basis hiervan actie te ondernemen, wordt gezien de subjectiviteit door het MST zelf bepaald. Een overzicht van de frequenties in absolute getallen en in percentages is te vinden in bijlage 10.

5.2.1 FREQUENTIES

De vragenlijst bestaande uit zeven vragen is ingevuld door 35 patiënten, waarvan 15 (42,9%) mannen en 20 (57,1%) vrouwen. De leeftijd van de patiënten varieert van 14 tot 77 jaar. 65,7% van de patiënten is jonger dan 55 jaar. 34,3% van de patiënten is 55 jaar of ouder.

VRAAG 1

Zou u er bezwaar tegen hebben als uw operatie, zonder dat u hierover geïnformeerd wordt, overgenomen wordt door een collega van uw huidige specialist?

12 (34,3%) patiënten geven aan dat zij er geen bezwaar tegen hebben wanneer de operatie over wordt genomen door een collega van de huidige specialist zonder dat zij hierover geïnformeerd worden. Van de patiënten die de vraag met nee beantwoorden zijn er 6 van het mannelijke geslacht en 6 van het vrouwelijke geslacht. 8 van de 12 patiënten bevinden zich in de leeftijdscategorie jonger dan 55 jaar. De overige 4 patiënten zijn 55 jaar of ouder.

23 (65,7%) patiënten geven aan dat zij er wel bezwaar tegen zouden hebben wanneer hun operatie overgenomen zou worden door een collega van de huidige specialist zonder dat zij hierover geïnformeerd worden. In deze groep van 23 patiënten bevinden zich 9 mannen en 14 vrouwen. Verder bevat deze groep 15 patiënten jonger dan 55 jaar en 8 patiënten van 55 jaar of ouder.

VRAAG 2

Zou u er bezwaar tegen hebben als uw operatie overgenomen wordt door een collega van uw huidige specialist, wanneer u hierover geïnformeerd wordt?

Vraag 2 wordt door 10 mannen en 16 vrouwen, in totaal 26 (74,3%) patiënten, beantwoord met nee. Van deze 26 patiënten vallen 16 patiënten in de leeftijdscategorie jonger dan 55 jaar en 10 patiënten vallen in de leeftijdscategorie 55 jaar of ouder.

9 (25,7%) patiënten geven aan dat zij er wel bezwaar tegen hebben wanneer de operatie over wordt genomen door een collega van de huidige specialist, zelfs wanneer zij hierover geïnformeerd worden. Van deze 9 patiënten zijn er 5 patiënten toe te wijzen aan het mannelijke geslacht en 4 patiënten aan het vrouwelijke geslacht. Daarnaast bevinden zich 7 patiënten in de leeftijdscategorie jonger dan 55 jaar en 2 in de leeftijdscategorie 55 jaar of ouder.

VRAAG 3

Wanneer uw operatie overgenomen zou worden en u wordt hierover ingelicht, zou u dan behoefte hebben aan een kennismakingsgesprek met de specialist die u zal opereren?

De derde vraag uit de vragenlijst patiëntinlichting is door 34 van de 35 respondenten ingevuld. Bij deze vraag geven 8 (22,9%) patiënten aan dat zij geen behoefte hebben aan een kennismakingsgesprek met de opererend specialist wanneer deze de operatie overneemt van de huidige specialist. 2 mannen en 6 vrouwen geven aan dat zij geen behoefte hebben aan een kennismakingsgesprek. Van de in totaal 8 patiënten zijn er 6 patiënten jonger dan 55 en 2 patiënten 55 jaar of ouder.

Tegenover de 8 patiënten die deze vraag met nee beantwoorden, staan 26 (74,3%) patiënten die aangeven wel behoefte te hebben aan een kennismakingsgesprek met de opererend specialist die de operatie overneemt. Het verschil in voorkeur tussen het mannelijke en vrouwelijke geslacht is minimaal, namelijk 12 mannen tegenover 14 vrouwen. Van deze 26 patiënten zijn er 17 jonger dan 55 jaar en 9 patiënten 55 jaar of ouder.

VRAAG 4

Vindt u het vervelend dat u na het verlaten van de preoperatieve screening niet direct een operatiedatum meekrijgt?

In totaal 15 (42,9%) patiënten, 8 mannen en 7 vrouwen, geven aan dat zij het niet vervelend vinden dat zij na het verlaten van de preoperatieve screening niet direct een operatiedatum meekrijgen.

Binnen de groep patiënten die deze vraag met nee beantwoorden vallen 10 patiënten in de leeftijdscategorie jonger dan 55 jaar en 5 patiënten in de leeftijdscategorie 55 jaar of ouder.

20 (57,1%) patiënten geven echter aan dat zij dit wel als vervelend ervaren. 7 mannen geven aan dat zij het liefst direct na het verlaten van de POS een operatiedatum ontvangen tegenover 13 vrouwen. Van deze groep zijn er 13 patiënten jonger dan 55 en 7 patiënten 55 jaar of ouder.

VRAAG 5

Stel u krijgt niet direct uw operatiedatum mee bij het verlaten van de preoperatieve screening, wat vindt u dan een acceptabele termijn om alsnog uw operatiedatum te ontvangen?

34 patiënten hebben bovenstaande vraag ingevuld. Hieruit blijkt dat de voorkeur uiteenloopt van 0 tot 6 weken voor het ontvangen van een operatiedatum na het bezoek aan de POS. De gemiddelde termijn die patiënten accepteren om de operatiedatum alsnog te ontvangen is 1,59 weken met een standaarddeviatie van 1,17 weken.

Wanneer hierbij onderscheid wordt gemaakt tussen mannen en vrouwen blijkt dat het gemiddelde voor mannen ligt op 2,04 weken met een standaarddeviatie van 1,56. Voor vrouwen ligt het gemiddelde op 1,28 weken met een standaarddeviatie van 0,678.

Als er een onderscheid wordt gemaakt tussen de leeftijdscategorieën blijkt dat het gemiddelde voor de leeftijdscategorie jonger dan 55 ligt op 1,68 met een standaarddeviatie van 0,91. Het gemiddelde voor de leeftijdscategorie van 55 jaar of ouder is 1,42 met een standaarddeviatie van 1,58.

VRAAG 6

Wanneer er een lange wachtlijst bestaat voor uw operatie, zou u hierover dan geïnformeerd willen worden?

Uit de vragenlijst blijkt dat 14 mannen en 20 vrouwen, in totaal 34 (97,1%) patiënten, geïnformeerd willen worden over de lengte van de wachtlijst. 22 patiënten die graag over de lengte van de wachtlijst geïnformeerd willen worden zijn jonger dan 55 jaar. De overige 12 patiënten die graag geïnformeerd willen worden over de lengte van de wachtlijst is 55 jaar of ouder.

Slechts 1 (2,9%) patiënt geeft aan geen behoefte te hebben aan een indicatie van de wachtlijst. Dit betreft een mannelijke patiënt jonger dan 55 jaar.

VRAAG 7

Maak een keuze uit onderstaande scenario's:

Scenario 1: Ik ontvang liever eerder (± 1 maand voor de operatie) mijn voorlopige operatiedatum met een groter risico dat de operatiedatum nog gewijzigd moet worden.

Scenario 2: Ik ontvang liever later (± 1 week voor de operatie) mijn voorlopige operatiedatum met een kleiner risico dat de operatiedatum nog gewijzigd moet worden.

19 (54,3%) patiënten geven de voorkeur aan scenario 1. Het gaat hier om 9 mannen en 10 vrouwen. Van deze 19 patiënten vallen er 14 patiënten in leeftijdscategorie jonger dan 55 en 5 patiënten vallen in de leeftijdscategorie 55 jaar of ouder.

Van de 35 patiënten die de vragenlijst hebben ingevuld geven 16 (45,7%) patiënten aan voorkeur te geven aan scenario 2. 6 mannen en 10 vrouwen geven aan dat zij de operatiedatum liever later ontvangen zodat er een kleiner risico is dat de operatiedatum alsnog gewijzigd moet worden. Van de patiënten die hier voorkeur aan geven zijn er 9 patiënten jonger dan 55 jaar en 7 patiënten 55 jaar of ouder.

5.2.2 TOETSING

Om te bepalen of de gegeven antwoorden afhankelijk zijn van het geslacht en de leeftijd van de patiënten is er een chi-kwadraattoets uitgevoerd voor de vragen 1 tot en met 4, 6 en 7. Voor vraag 5 is een t-toets uitgevoerd.

Uit tabel 3 blijkt dat voor de vragen 1 tot en met 4, 6 en 7 er geen statistisch significant verband bestaat tussen de gegeven antwoorden en het geslacht en de leeftijd van de patiënten. De Pearson chi-kwadraat waarden bevinden zich immers allen boven de 0,05, wat betekent dat er geen significant verschil is gevonden tussen de antwoorden die zijn gegeven door de mannen en de vrouwen. Ook wanneer er gekeken wordt naar de relatie tussen de gegeven antwoorden en de leeftijd van de patiënten kan er niet gesproken worden van een significant verschil.

Vraag	Pearson chi-kwadraat geslacht	Pearson chi-kwadraat leeftijd
1	0,537	0,932
2	0,372	0,376
3	0,288	0,611
4	0,278	0,918
6	0,241	0,464
7	0,557	0,279

Tabel 3: Resultaten van de chi-kwadraattoets

Uit de t-toets blijkt dat er ook voor vraag 5 geen statistisch significant verband bestaat tussen de gegeven antwoorden en het geslacht en de leeftijd van de patiënten. Wanneer er gekeken wordt of er een verschil in gemiddelde is voor mannen of vrouwen, wordt een overschrijdingskans van 0,106 gevonden. Als er gekeken wordt naar het verschil in gemiddelde voor de leeftijdscategorieën, wordt er een overschrijdingskans van 0,536 gevonden. Een overschrijdingskans groter dan 0,05 geeft aan dat er geen verschil is tussen de gemiddelden van beide groepen.

5.3 CONCLUSIE

Geconcludeerd wordt dat voor zowel het MST als de patiënt geldt dat ze er belang bij hebben dat de huidige situatie aangepast wordt. De stappen die het MST wil ondernemen dragen hier mogelijk aan bij. Deze stappen zijn echter nog niet voldoende vormgegeven om een gedetailleerde gewenste situatie voor het MST te schetsen. Wel is het aannemelijk dat wanneer het MST meer in het belang van de patiënt en de capaciteit wil gaan denken het nodig is om meer vooruit te gaan werken. Hierdoor is het mogelijk om de nazorg beter te regelen, waardoor de kwaliteit van zorg verbeterd wordt en de capaciteit van het MST beter benut wordt.

Uit de analyse van de vragenlijst patiëntvoorlichting blijkt dat voorkeuren van de patiënt niet afhankelijk zijn van leeftijd en/of geslacht. Ook blijkt op basis van de vragenlijst dat patiënten bij overname door een collega van de behandelend specialist en over de wachtlijsten voor de desbetreffende operatie goed geïnformeerd willen worden. Daarnaast blijkt uit de vragenlijst patiëntvoorlichting dat meer dan de helft van de patiënten tevredener zal zijn wanneer het MST besluit om direct na het verlaten van de POS een operatiedatum mee te geven.

6. BENCHMARK

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de uitgevoerde benchmark in het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis en Martini Ziekenhuis weergegeven. Voor het CWZ en het MZH is het voor een groot aantal gevallen mogelijk om direct een operatiedatum aan de patiënt mee te geven. De benchmark heeft in beide ziekenhuizen plaatsgevonden onder de centraal geplande specialismen. Hiervoor is gekozen vanwege de beperkte tijd om medewerkers te interviewen. Er wordt dan ook niet ingegaan op de decentraal geplande specialismen. Per ziekenhuis wordt eerst een overzicht gegeven van het preoperatief proces dat zij binnen hun ziekenhuis hanteren. Vervolgens wordt er gedetailleerder ingegaan op het proces dat zich afspeelt op de afdeling die zich bezighoudt met inplannen van de patiënten.

6.1 BENCHMARK CANISIUS-WILHELMINA ZIEKENHUIS

Het CWZ te Nijmegen is één van de 28 topklinische opleidingsziekenhuizen in Nederland (1). Binnen het CWZ worden chirurgie-heelkunde, gynaecologie, oogheelkunde en plastische chirurgie centraal op de afdeling opname- en patiëntenplanning gepland. De overige specialismen worden decentraal gepland. Elke medewerker op de afdeling opname- en patiëntenplanning heeft de capaciteit en kennis om twee specialismen te plannen, waarbij één van de specialismen als hoofdspecialisme kan worden gezien. Voor een stroomdiagram van het preoperatief proces van het CWZ zie bijlage 11.

6.1.1 HET PREOPERATIEF PROCES

Het preoperatief proces van het CWZ start wanneer de patiënt door de huisarts of vanaf de SEH is doorverwezen naar de polikliniek. De patiënten die op de polikliniek komen worden automatisch geregistreerd in MIRADOR. Dit is het elektronisch patiëntendossier dat het CWZ gebruikt voor het vastleggen van gegevens die verzameld en gebruikt worden door verschillende medewerkers in het preoperatief proces. Niet alle gegevens zijn voor elke medewerker inzichtelijk. Enkel de gegevens die van belang zijn bij het uitvoeren van de werkzaamheden worden beschikbaar gesteld.

Wanneer de specialist tijdens het consult besluit dat de patiënt een operatie moet ondergaan wordt de patiënt als planbaar in MIRADOR gezet. De specialist vult in MIRADOR onder andere in wie de operateur mag zijn, wat de geplande operatie inhoudt, wat de bijbehorende operatiecode is, wat de tijdsduur van de operatie is, wat de verwachte verblijfsduur van de patiënt in het ziekenhuis is, wat de mate van prioriteit is en wat de operatiezijde is. Vanaf dat moment kan de medewerker van de afdeling opname- en patiëntenplanning, zonder akkoord van de anesthesioloog, een operatiedatum gaan vastleggen voor de patiënt. Op de polikliniek worden enkele informatiefolders met betrekking

tot de operatie door de doktersassistent aan de patiënt verstrekt. Nadat het proces op de polikliniek is afgerond wordt de patiënt naar de afdeling opname- en patiëntenplanning doorverwezen.

Wanneer de patiënt arriveert en zich meldt aan de balie van de afdeling opname- en patiëntenplanning wordt deze door de baliemedewerker gevraagd naar voorkeuren omtrent de opererend specialist en de operatiedatum. Dit houdt in dat de baliemedewerker vraagt of de patiënt het erg vindt om door een andere specialist geopereerd te worden en of er rekening moet worden gehouden met bijvoorbeeld werk en/of vakantie bij het plannen van de operatiedatum. De voorkeuren worden in MIRADOR ingevoerd. De patiënt wordt verzocht te wachten in de wachtkamer terwijl de medewerker van de afdeling opname- en patiëntenplanning in het kantoor achter de balie vanuit MIRADOR de operatie plant. Wanneer de patiënt niet wenst te wachten op de operatiedatum, kan deze beslissen alvast verder te gaan in het preoperatief proces door zich te melden bij de polikliniek anesthesiologie of naar huis te gaan en de datum telefonisch te ontvangen. In dit laatste geval zal er een afspraak voor de anesthesie en de verpleegkundige moeten worden gemaakt. Als de patiënt wel wenst te wachten zal de baliemedewerker, wanneer de operatie gepland is in het operatieprogramma, de voorlopige operatiedatum aan de patiënt doorgeven. Deze voorlopige afspraak wordt geregistreerd op de afsprakenkaart van het desbetreffende specialisme. Deze kaart wordt aan de patiënt meegegeven. Voor een voorbeeld zie bijlage 12. Na het ontvangen van de datum loopt de patiënt door naar het inloopspreekuur van de polikliniek anesthesiologie.

Wanneer de patiënt zich meldt bij de balie van de polikliniek anesthesiologie krijgt de patiënt te horen of er voldoende ruimte is in het inloopspreekuur. Als dit niet het geval is wordt er een combinatieafspraak gemaakt voor de anesthesie en de verpleegkundige die later in het proces volgen. Wanneer de patiënt bij de polikliniek anesthesiologie terecht kan vult deze eerst een vragenlijst en een medicijnlijst in. Vervolgens wordt de patiënt door een doktersassistent opgeroepen om de gegevens te controleren en de vragenlijst en medicijnlijst door te nemen. Tevens wordt de medische voorgeschiedenis van de patiënt doorgenomen en wordt de bloeddruk gemeten. Daarna heeft de patiënt een gesprek met de anesthesioloog. De anesthesioloog controleert nogmaals de gegevens en geeft uitleg over de anesthesiemethode die tijdens de operatie wordt toegepast. De anesthesioloog voert ook een kort lichamelijk onderzoek uit. Wanneer aanvullend onderzoek vereist is geeft de anesthesioloog dit aan. Wanneer alle onderzoeken zijn afgerond en de gezondheid van de patiënt toereikend is geeft de anesthesioloog akkoord voor de operatie. De gegevens die op de polikliniek anesthesiologie worden verzameld worden in MIRADOR ingevoerd. Nadat de patiënt de polikliniek anesthesiologie heeft verlaten, moet deze nog langs de verpleegkundige.

Binnen het CWZ heeft elk specialisme een eigen verpleegkundige die de intake voor de verpleegafdeling doet. Er wordt informatie gegeven over bloedverdunningsmedicatie, wondverzorging, fysiotherapie, thuiszorg en andere relevante zaken die bij de voor- en nazorg van een operatie komen kijken. Vaak hebben de medewerkers van de afdeling opname- en patiëntenplanning de voorlopige operatiedatum op dit moment al ingevoerd in MIRADOR en is deze zichtbaar voor de verpleegkundige. De verpleegkundige vertelt dan dat de operatiedatum onder voorbehoud bekend is en kan dan iets gedetailleerder vertellen wanneer er gestopt moet worden met bepaalde medicatie en voor welke periode thuiszorg moet worden geregeld. De informatie wordt voor de patiënt op deze manier minder abstract en is daardoor makkelijker te begrijpen. Wanneer de medewerker van de afdeling opname- en patiëntenplanning de voorlopige operatiedatum nog niet vast heeft kunnen stellen, komt het voor dat de verpleegkundige later telefonisch of schriftelijk nog informatie aan de patiënt verstrekt. De gegevens die de verpleegkundige verzameld worden in MIRADOR gezet. Nadat de patiënt bij de verpleegkundige is geweest gaat deze naar huis.

6.1.2 AFDELING OPNAME- EN PATIËNTENPLANNING

De afdeling opname- en patiëntenplanning verzorgt het inplannen van de patiënten voor een operatie. Om een patiënt in te plannen kijkt de medewerker in het programma MIRADOR welke patiënten voor die dag als planbaar staan weergegeven. De medewerker klikt vervolgens op de patiënt waardoor het patiëntendossier wordt geopend in MIRADOR. In dit programma gaat de medewerker vervolgens naar de OK planning. Hierin kan de medewerker in alle OK's kijken. Er wordt dan bekeken op welke OK's er nog tijd vrij is. Dit wordt weergegeven met percentages. Wanneer de medewerker de overgebleven OK-tijd van een specifieke specialist wil zien, kunnen er voorkeuren aan worden gegeven. De patiënt wordt dan op de vrije OK-tijd ingepland. Hierbij moet de medewerker rekening houden met standaard planregels die vastgelegd zijn omtrent OK planning. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan niet meer dan een bepaald aantal operaties van dezelfde aard op één dag of een speciale OK voor een specifieke operatie. De patiënten die op een specifieke dag binnen komen op de polikliniek worden diezelfde dag nog gepland in de OK planning. De operatiedatum wordt direct aan de patiënt meegegeven. Het gaat hier om een voorlopige operatiedatum aangezien deze altijd nog kan worden gewijzigd in verband met spoed, calamiteiten en/of het ontbreken van het akkoord van de anesthesioloog. Mocht het voorkomen dat de patiënt toch op een andere datum geopereerd moet worden, dan zal er telefonisch contact met de patiënt plaatsvinden om de operatie af te zeggen. De medewerker van de afdeling opname- en patiëntenplanning geeft de patiënt waar mogelijk direct een nieuwe operatiedatum mee. Het is onwaarschijnlijk dat de operatiedatum van deze patiënt nogmaals gewijzigd wordt.

De medewerker van de afdeling opname- en patiëntenplanning plant de patiënt voorlopig, zonder dat er een anesthesieakkoord is. Voordat de patiënt definitief wordt gepland zal er wel een anesthesieakkoord moeten zijn. Een week voordat de definitieve OK planning wordt vastgesteld, kijkt de medewerker van de afdeling opname- en patiëntenplanning of er een anesthesieakkoord is of dat er nog een afspraak met de anesthesioloog gepland staat. Wanneer dit niet het geval is neemt de medewerker contact op met de polikliniek anesthesiologie zodat het anesthesieakkoord alsnog op tijd geregeld wordt. Het komt nauwelijks voor dat als gevolg van het missen van het anesthesieakkoord de operatie niet door kan gaan.

Twee weken voordat de definitieve OK planning tijdens het dinsdagmiddagoverleg wordt goedgekeurd, controleert de OK de tot dan toe voorgestelde OK planning. Daarnaast komt er tussen deze twee weken en het dinsdagmiddagoverleg een specialist kijken bij de afdeling opname- en patiëntenplanning of de voorlopige OK planning van het desbetreffende specialisme globaal gezien klopt. Voordat de definitieve OK planning wordt vastgesteld wordt deze dus al tweemaal nagekeken. Op dinsdagmiddag om 12:30 uur moet de volledige OK planning definitief gevuld zijn. Vanaf dat moment kan er niet meer geschoven worden in de OK planning. De medewerker van de afdeling opname- en patiëntenplanning belt de patiënt één à twee werkdagen voor de operatie tussen 10:00 uur en 14:00 uur over het tijdstip dat de patiënt in het ziekenhuis aanwezig moet zijn.

In het CWZ komt het nauwelijks voor dat de wachtlijsten langer zijn dan de specialistenplanning. Hierdoor is het vrijwel altijd mogelijk de patiënt direct een operatiedatum mee te geven. Wanneer er onverhoopt toch een wachtlijst is die langer is dan de specialistenplanning, de patiënt aangeeft pas later geopereerd te willen worden of men tijdens het plannen tegen het eind van de specialistenplanning aan loopt, komt het voor dat de patiënt niet direct een operatiedatum ontvangt. De medewerker laat de patiënt dan weten dat deze nog niet direct gepland kan worden, waarna de patiënt in een aparte map geregistreerd wordt. Wanneer de nieuwe specialistenplanning bekend is, worden de patiënten uit deze map als eerst ingepland en krijgen zij ook meteen een operatiedatum.

Aan de hand van de operatiecode die de specialist in heeft gevoerd in MIRADOR komen bij de Centrale Sterilisatie Afdeling (CSA) automatisch de juiste gegevens binnen over de benodigdheden voor de operatie. Wanneer er extra benodigdheden nodig zijn kan de specialist dit invoeren in MIRADOR. Deze benodigdheden worden dan door de CSA op de OK klaargelegd. Wanneer speciale apparatuur nodig is waar maar een beperkte hoeveelheid beschikbaar van is moet de medewerker van de afdeling opname- en patiëntenplanning het OK-complex bellen om de apparatuur te reserveren. Wanneer de apparatuur niet meer beschikbaar is, moet de operatie gepland worden op een moment dat de apparatuur wel beschikbaar is.

Het plannen van combi-OK's en grote operaties is onder andere door de beschikbaarheid van zowel de instrumenten als de specialisten ook lastig binnen het CWZ. Het is voor hen echter wel mogelijk om ook deze operatiedata vrij snel alsnog aan de patiënt door te bellen. Hierbij moet gedacht worden aan een periode van één à twee dagen. Wanneer dergelijke OK's gepland moeten worden helpt vaak een collega van de afdeling opname- en patiëntenplanning bij het plannen.

Binnen het CWZ komt het vrijwel niet voor dat patiënten van de electieve OK planning af worden gehaald als gevolg van spoed of oncologie. Het CWZ vangt spoed en oncologie op door middel van een spoed-OK en vrije ruimte aan het eind van de OK dag. Hoeveel ruimte er vrij wordt gehouden is afhankelijk van het specialisme. Zo houdt heekunde in totaal 120 minuten vrij en gynaecologie 100 minuten. Op deze plekken kan spoed of oncologie gepland worden. Wanneer de plekken niet met spoed of oncologie gevuld worden, heeft het CWZ altijd een invallijst met patiënten achter de hand die een dag van tevoren opgeroepen kunnen worden voor een operatie. De patiënt kan zich opgeven voor deze lijst bij de baliemedewerker van de afdeling opname- en patiëntenplanning. Een andere mogelijkheid is om de ruimte op de OK te vullen met patiënten die al in het ziekenhuis zijn opgenomen en geopereerd moeten worden. Op deze manier komt het nauwelijks voor dat de OK's niet volledig gevuld zijn.

De medewerkers van de afdeling opname- en patiëntenplanning zien het als patiëntvriendelijk dat de patiënt direct met een operatiedatum naar huis gaat, of deze in ieder geval zo spoedig mogelijk ontvangt. Daarnaast ervaren zij het ook als voordeel dat de operatiedatum afgestemd wordt op de behoeften van de patiënt, waardoor er minder patiënten de operatie afzeggen. Een ander voordeel van het direct meegeven van de operatiedatum is dat de medewerker van de afdeling opname- en patiëntenplanning de planning van de patiënten van die dag volledig afrondt. Er hoeft, mits alles goed verloopt, niet meer naar gekeken te worden. Er blijven op deze manier geen openstaande taken over.

6.2 BENCHMARK MARTINI ZIEKENHUIS

Het MZH te Groningen is net als het CWZ één van de 28 topklinische opleidingsziekenhuizen in Nederland (1). Binnen het MZH worden de specialismen gynaecologie, heekunde, orthopedie, plastische chirurgie en urologie centraal op de afdeling Opnameplanning gepland. Elke medewerker van de afdeling Opnameplanning is verantwoordelijk voor één van deze specialismen. De overige specialismen worden decentraal gepland. Voor een stroomdiagram van het preoperatief proces van het MZH zie bijlage 13.

6.2.1 HET PREOPERATIEF PROCES

Wanneer de patiënt door de huisarts of vanaf de SEH wordt doorverwezen naar de polikliniek van het MZH wordt de patiënt hier automatisch geregistreerd in ChipSoft. Voor het vastleggen van de gegevens wordt binnen het MZH in het hele preoperatieve traject gebruik gemaakt van dit ziekenhuisinformatiesysteem. Binnen ChipSoft bestaat de mogelijkheid om bepaalde gegevens inzichtelijk te maken voor medewerkers die ook daadwerkelijk toegang nodig hebben tot deze gegevens bij het uitvoeren van hun werkzaamheden.

Wanneer de specialist tijdens het consult besluit dat de patiënt een operatie moet ondergaan, plaatst deze de patiënt op de elektronische wachtlijst. In ChipSoft geeft de specialist onder andere aan of de operatie uitgevoerd moet worden door de specialist zelf of dat deze overgenomen mag worden door een collega uit de maatschap of een arts in opleiding tot specialist (AIOS). Daarnaast geeft de specialist aan of er afgeweken moet worden van de standaard tijdsduur van de operatie en welke code er bij de operatie hoort. Verder is er voor de specialist een mogelijkheid om opmerkingen te plaatsen. Door de medisch secretaresse worden er op de polikliniek enkele informatiefolders met betrekking tot de operatie aan de patiënt verstrekt.

Nadat de patiënt de polikliniek heeft verlaten loopt deze door naar het inloopsprek uur van de Opnameplanning in de centrale hal waar een medewerker van de afdeling Opnameplanning zit. De medewerker maakt hier een afspraak voor het preoperatieve spreekuur (POS) met de patiënt en indien de wachtlijsten het toelaten wordt een voorlopige operatiedatum gepland en meegegeven. Hierbij wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met persoonlijke wensen van de patiënt, bijvoorbeeld vakantieplannen en werk. Wanneer de voorlopige operatiedatum nog niet mee kan worden gegeven wordt de patiënt naderhand thuis gebeld. Er wordt bij het vaststellen van de operatiedatum duidelijk aangegeven dat de patiënt niet meer van deze datum kan afwijken, aangezien er een bed, een operatiekamer en een operatieteam voor de patiënt zijn gereserveerd. De datum is echter wel onder voorbehoud, omdat het kan zijn dat het MZH de operatie alsnog moet verplaatsen vanwege spoed of andere calamiteiten. Wanneer de operatiedatum niet direct aan de patiënt mee kan worden gegeven, bijvoorbeeld door te lange wachtlijsten of voorkeuren van de patiënt, wordt er in ieder geval een indicatie van de wachtlijst gegeven.

Wanneer de patiënt op de geplande afspraak voor het POS in het MZH komt, gaat deze allereerst naar de polikliniek anesthesiologie. Hier vult de patiënt een vragenlijst in. Wanneer de patiënt de vragenlijst heeft voltooid loopt deze door naar de medicatieverificatie. Hier stelt de apothekersassistente samen met de patiënt het daadwerkelijke medicijngebruik vast. Ook bespreekt de apothekersassistent met de patiënt of de patiënt bepaalde allergieën heeft. Vervolgens wordt de

patiënt gezien door de anesthesioloog of de anesthesiemedewerker. Deze voert een kort lichamelijk onderzoek uit, waarbij onder andere wordt gekeken naar de bloeddruk, het gewicht en de lengte van de patiënt. Vervolgens bepaalt de anesthesioloog of de anesthesiemedewerker in overleg met de patiënt welke anesthesiemethode gebruikt wordt. Waar nodig wordt extra onderzoek verricht naar het hart en/of de longen en wordt de patiënt nog door verwezen naar het bloedafnamelaboratorium voor een bloedonderzoek. Wanneer de algehele gezondheidstoestand van de patiënt in kaart is gebracht en de gezondheid van de patiënt toereikend is, geeft de anesthesioloog goedkeuring voor de operatie.

Nadat de patiënt door de anesthesioloog of de anesthesiemedewerker is gezien, wordt deze doorverwezen naar de intakeverpleegkundige. De intakeverpleegkundige bespreekt met de patiënt hoe deze zich kan voorbereiden op de ziekenhuisopname en de daarbij behorende operatie en de periode daarna. Nadat de patiënt bij de intakeverpleegkundige is geweest gaat deze naar huis.

6.2.2 AFDELING OPNAMEPLANNING

Wanneer de medewerker van de afdeling Opnameplanning de wachtlijst uit ChipSoft haalt kijkt de medewerker hoe urgent de operatie van de patiënt is. Vervolgens bekijkt de medewerker in ChipSoft welke specialisten beschikbaar zijn. De medewerker plant vervolgens de patiënt van de wachtlijst onder voorbehoud in in het operatieprogramma van de aanvragende specialist, in het rooster van diens collega's of in het rooster van een arts in opleiding tot specialist. Voor het inplannen van de patiënt hoeft niet gewacht te worden op het akkoord van de anesthesioloog.

Wanneer de operatie over mag worden genomen door een specialist in opleiding is het voor de medewerkers van de afdeling Opnameplanning vaak al mogelijk een operatiedatum mee te geven. Deze datum staat dan voor 95% vast, omdat de AIOS vaak nog geen andere bevoegdheden en verplichtingen heeft. Daarnaast plannen zij ook direct de oncologische patiënten in en geven hen direct een operatiedatum mee. Ook een reeks operaties van dezelfde aard, de zogenoemde straatjes, worden direct ingepland. De patiënten krijgen voor deze operaties direct een operatiedatum mee.

Binnen het MZH wordt er in het operatieprogramma tijd vrij gehouden voor spoedoperaties en oncologische patiënten. Wanneer deze OK-tijd tien tot twaalf dagen voor de nieuwe operatieweek nog niet is opgevuld, worden electieve patiënten in deze tijd gepland. In principe worden er in deze periode van tien tot twaalf dagen geen patiënten meer afgebeld. Echter kan het zijn dat de medewerker van de afdeling Opnameplanning de patiënt door onvoorziene omstandigheden, zoals ziekte van de specialist, toch af moet bellen. De medewerker geeft de patiënt, waar mogelijk, dan direct een nieuwe datum mee. Wanneer direct een nieuwe datum aan de patiënt mee kan worden

gegeven wordt dit afbellen meestal niet als onprettig ervaren door de medewerker. Daarnaast wordt er in ChipSoft een aantekening gemaakt dat de operatiedatum van de patiënt niet nogmaals verplaatst mag worden. Nadat het operatieprogramma tijdens het OK overleg is goedgekeurd door het OK-complex worden de patiënten tien tot twaalf dagen van tevoren telefonisch of schriftelijk opgeroepen. De patiënten worden hierna niet meer door de medewerkers van de Afdeling Opnameplanning afgebeld vanwege spoed.

Wanneer er zich binnen de periode van tien tot twaalf dagen toch spoed voordoet, neemt het OK-complex contact op met de patiënt. Het OK-complex beheerst het spoedprogramma. Voor dit spoedprogramma is een gehele OK vrijgeroosterd, de spoed-OK. Daarnaast wordt er op de OK waar een traumachirurg geroosterd staat voor een termijn van twee à drie dagen capaciteit vrijgehouden om spoed op te vangen. Verder wordt resttijd aan het eind van een OK waar mogelijk gebruikt om spoed op te vangen.

Binnen de afdeling Opnameplanning wordt voor bepaalde operaties met OK-blokken gewerkt. Dit houdt in dat is vastgesteld welke operatie er in het blok moet plaatsvinden. Op deze blokken worden patiënten direct ingepland en wordt direct een operatiedatum aan de patiënt doorgegeven. Wanneer deze blokken tien tot twaalf dagen voor de operatiedatum nog niet gevuld zijn door een patiënt met een desbetreffende operatie kan er binnen ChipSoft geselecteerd worden welke patiënten hebben aangegeven eerder opgeroepen te willen worden wanneer er onverhoopt plek vrij komt. De medewerker plant dan een week van tevoren één van deze patiënten op de plek van het blok in of het blok wordt vrijhouden voor spoed.

Binnen het MZH moeten de planningsmedewerkers van afdeling Opname rekening houden met de specialistenplanning. Deze hoort doorgaans zes weken van tevoren bekend te worden gemaakt. De medewerkers kunnen de patiënten in deze zes weken gaan inplannen. Wanneer de wachtlijsten langer dan deze zes weken zijn, is het voor de medewerkers van de afdeling Opname niet mogelijk een operatiedatum aan de patiënt mee te geven. Een manier om de gemiddelde wachtlijsten te verkorten is het over laten nemen van de operatie door een collega-specialist. Dit gebeurt altijd in overleg met de patiënt. Afhankelijk van het specialisme wordt er een kennismakingsgesprek gepland met de patiënt. Hier moet rekening mee worden gehouden tijdens het plannen.

Voor het MZH is het niet mogelijk om voor de combi-OK's direct een operatiedatum mee te geven. Er wordt dan aan de patiënt duidelijk gemaakt dat het even kan duren voordat de operatiedatum bekend is. Binnen het MZH wordt er vanuit gegaan dat wanneer de patiënt volledige informatie ontvangt, deze tevredener en minder snel ongeduldig is.

6.3 CONCLUSIE BENCHMARK

Uit de benchmark is gebleken dat de volgorde van het preoperatief proces niet voor elk ziekenhuis hetzelfde is. Zo hebben het CWZ en het MZH ervoor gekozen om de patiënten vanuit de polikliniek respectievelijk door te verwijzen naar de afdeling opname- en patiëntenplanning of naar de afdeling Opnameplanning. Hier wordt zonder dat er akkoord is gegeven door de anesthesioloog een operatiedatum aan de patiënt meegegeven.

Daarnaast is ook de procedure rondom de anesthesie en verpleegkundige in het preoperatieve proces van de verschillende ziekenhuizen verschillend. Binnen het CWZ hanteert men hiervoor het zogenaamde one-stop-shop principe waarbij het voor de patiënt mogelijk is om op één dag zowel naar de polikliniek, de afdeling opname- en patiëntenplanning, de polikliniek anesthesie en de verpleegkundige te gaan. Bij het MZH wordt er na het verlaten van de polikliniek op het inloopspreekuur van de Opnameplanning een datum vastgesteld voor een afspraak bij zowel het preoperatief spreekuur als bij de verpleegkundige. Hier moet de patiënt voor terugkomen.

Naast bovenstaande conclusies worden uit de benchmark ook conclusies getrokken omtrent mogelijke oplossingen voor de knelpunten die zich voordoen binnen het MST. Deze worden toegelicht in hoofdstuk 7.

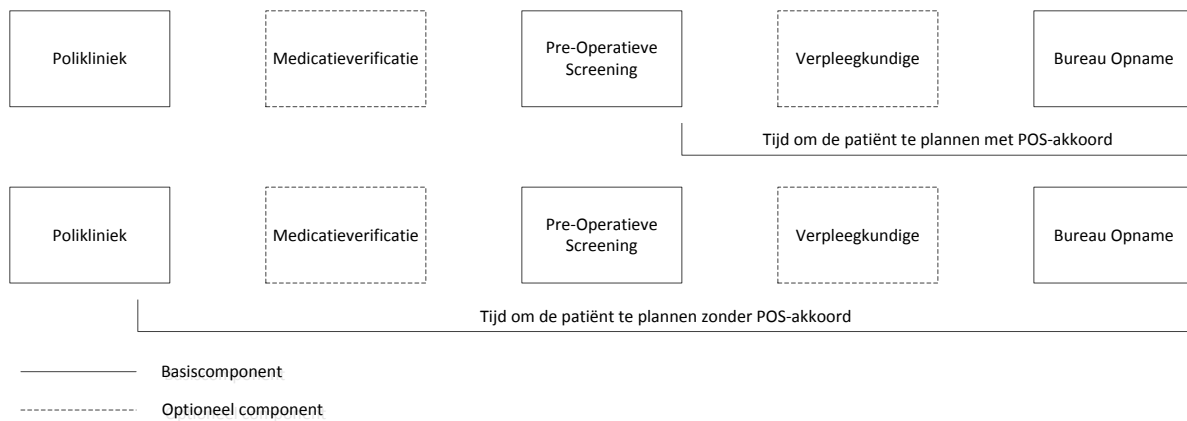
7. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk worden allereerst conclusies rondom de gewenste situatie met betrekking tot het preoperatief proces van zowel het MST als van de patiënt getrokken. Ook worden hierover aanbevelingen gegeven aan het MST, zodat zij het huidige proces meer op de gewenste situatie kunnen laten lijken. Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat er zich in het preoperatief proces van het MST een aantal knelpunten voordoen die het direct meegeven van een operatiedatum aan de patiënt in de weg staan. Conclusies over mogelijke knelpunten worden per component van het preoperatief proces toegelicht. Daarnaast wordt gedetailleerder ingegaan op de knelpunten in het planningsproces. Reden hiervoor is het grote aantal gevonden knelpunten dat in het planningsproces is gevonden. Voor de knelpunten in het planningsproces worden per categorie conclusies en aanbevelingen gegeven. Tot slot wordt de eindconclusie gevormd.

7.1 GEWENSTE SITUATIE

7.1.1 MEDISCH SPECTRUM TWENTE

In de huidige situatie kan het MST naar eigen idee niet voldoen aan de patiëntvriendelijkheid zoals zij dit willen uitdragen, omdat het MST op dit moment nog niet direct een operatiedatum aan de patiënt meegeeft. Het MST wil om de patiëntvriendelijkheid te verbeteren het one-stop-shop principe invoeren en 70-80% van het totaal aantal patiënten na het POS-akkoord een operatiedatum meegeven. Dit zou betekenen dat de medewerker pas kan beginnen met het plannen van een operatiedatum van de patiënt wanneer het POS-akkoord rond is. Uit de benchmark is gebleken dat wanneer er niet wordt gewacht op het POS-akkoord, de medewerker eerder kan beginnen met het inplannen van de patiënt en hierdoor eerder de datum mee kan geven. Volgens het CWZ komt het niet tot nauwelijks voor dat de geplande operatiedatum moet worden verplaatst als gevolg van het niet hebben van POS-akkoord voor de operatie. Wanneer het MST het one-stop-shop principe wil invoeren wordt dan ook aanbevolen om niet meer te wachten op het POS-akkoord bij het inplannen van de patiënt, maar alvast te beginnen met plannen van de patiënt op het moment dat deze door de specialist wordt aangemeld voor de operatie. Dit zorgt voor meer plantijd. Voor een schematische weergave van het verschil in plantijd zie figuur 4. De definitie van het direct meegeven van een operatiedatum moet hiervoor verschuiven van het direct meegeven van de operatiedatum na het POS-akkoord naar het direct meegeven van de operatiedatum op de dag dat de patiënt het ziekenhuis bezoekt voor het consult op de polikliniek. Het plannen zonder POS-akkoord maakt dat het one-stop-shop principe efficiënter wordt. De patiënt hoeft minder lang in het ziekenhuis te wachten op de operatiedatum doordat deze al eerder in het preoperatief proces gepland wordt.



Figuur 4: Verschil in plantijd met en zonder POS-akkoord

7.1.2 PATIËNTEN

Uit de vragenlijst patiëntinlichting blijkt dat patiënten er geen bezwaar tegen hebben dat hun operatie over wordt genomen door een collega van de behandelend specialist, mits zij hierover goed geïnformeerd worden. De patiënt vindt het hierbij belangrijk om inzicht te krijgen in de overnemend specialist. Hierbij kan gedacht worden aan een kennismakingsgesprek of uitgebreide informatie op bijvoorbeeld de website van het MST. Hoewel uit de vragenlijst blijkt dat patiënten liever direct na het verlaten van de POS een operatiedatum ontvangen, blijkt daarnaast dat patiënten die niet direct een operatiedatum ontvangen $\pm 1,59$ weken (11-12 dagen) een acceptabele termijn vinden om de operatiedatum alsnog te ontvangen. Wanneer het vanwege lange wachtlijsten niet mogelijk is om direct een operatiedatum aan de patiënt te verstrekken, ontvangen vrijwel alle patiënten graag een indicatie van de lengte van de wachtlijst.

Voor de uitkomsten van de vragenlijst patiëntvoorkeuren is geen significant verschil gevonden tussen de voorkeuren van mannen en vrouwen en de voorkeuren van patiënten in de leeftijdscategorieën jonger dan 55 en 55 jaar en ouder. Er wordt op basis van deze vragenlijst dan ook aanbevolen aan het MST om geen onderscheid te maken naar leeftijd en/of geslacht.

7.2 PREOPERATIEF PROCES

7.2.1 POLIKLINIEK, MEDICATIEVERIFICATIE, POS & VERPLEEGKUNDIGE

Uit het onderzoek blijkt dat er zich binnen de componenten polikliniek, medicatieverificatie, POS en verpleegkundige geen knelpunten voordoen die er aan bijdragen dat het MST op dit moment nog niet direct na het POS-akkoord een operatiedatum aan de patiënt kan verstrekken. Wel is gebleken dat wanneer deze definitie van het direct meegeven van een operatiedatum wordt gehanteerd sommige patiënten die nog aanvullend onderzoek nodig hebben langer op hun operatiedatum moeten wachten dan patiënten die geen aanvullend onderzoek nodig hebben. Bij het hanteren van de aanbevolen definitie zal dit verschijnsel niet meer optreden.

7.2.2 PLANNINGSPROCES

CATEGORIE CAPACITEIT

Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat er binnen het MST op het moment met betrekking tot de planning geen eenduidige richtlijn is over de omgang met spoed- en oncologiepatiënten. Dit blijkt uit het feit dat electieve patiënten nog niet direct in het operatieprogramma gepland worden, omdat de planningsmedewerkers er op deze manier van verzekerd zijn dat de tussenkomst van spoed- en oncologiepatiënten vrijwel geen reden vormt voor het afzeggen van electieve patiënten. Voor het direct meegeven van een operatiedatum aan de patiënt is dit echter geen geschikte wijze om te plannen. Om dit te verbeteren kan het MST kijken hoe er met spoed en oncologische patiënten om kan worden gegaan. Hierbij kan het MST een voorbeeld nemen aan de handelswijze van het CWZ en het MZH. Zo kan het MST overwegen om anders gebruik te maken van de spoed-OK, tijd vrij te houden aan het eind van de OK-dag en gebruik te maken van resttijd. Gevolg van deze handelswijzen kan resulteren in leegstand van de OK. Deze leegstand zou echter opgelost dan wel verminderd kunnen worden door de leegstand een dag van tevoren op te vullen door het introduceren van een invallijst. Bij het introduceren van een invallijst kan het MST een voorbeeld nemen aan zowel het CWZ als het MZH. Om meer inzicht te krijgen in de omgang met spoed wordt het MST daarnaast aangeraden om literatuur rondom de omgang met spoed te raadplegen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het artikel van Wullink, Van der Lans, Van Houdenhoven, Hans, Hurink & Kazemier (2006) (35).

Daarnaast wordt uit het onderzoek geconcludeerd dat het MST wellicht onvoldoende aandacht heeft geschonken aan de tactische planning voor de OK's. Dit blijkt uit een aantal samenhangende knelpunten binnen de categorie capaciteit, namelijk lange wachtlijsten, te weinig OK-tijd en beperkte beschikbaarheid van specialisten. Allereerst hebben sommige specialismen binnen het MST te maken met lange wachtlijsten, waardoor het direct meegeven van de operatiedatum aan de patiënt wordt bemoeilijkt. Deze lange wachtlijsten ontstaan onder andere door te weinig OK-tijd. Dit knelpunt kan het MST oplossen door niet langer de tactische specialismenplanning te maken op basis van een historische verdeling maar door bij het verdelen van de OK's over de specialismen rekening te houden met de daadwerkelijke patiëntenstroom. Op basis van de daadwerkelijke patiëntenstroom zullen sommige specialismen meer of minder OK-tijd toegewezen krijgen dan nu het geval is. Het accepteren van meer toegewezen OK-tijd is echter niet voor elk specialisme mogelijk, doordat sommige specialisten op meerdere locaties verantwoordelijkheden hebben. Voor deze specialismen wordt aanbevolen om (tijdelijk) een extra specialist in dienst te nemen, zodat er meer OK-tijd kan worden geaccepteerd en de gemiddelde wachtlijsten verkort kunnen worden. Wanneer de wachtlijsten zodanig verkort zijn dat deze passen binnen de specialistenplanning, kan dit eraan

bijdragen om direct een operatiedatum aan de patiënt mee te geven. Naast bovenstaande aanbevelingen zijn er ook in de literatuur aanbevelingen te vinden die ingaan op de problematiek rond de tactische planning in ziekenhuizen. Hierbij kan gedacht worden aan het artikel van Van Oostrum, Van Houdenhoven, Hurink, Hans & Wullink (2006) (36). Mochten de aanbevelingen er niet voor zorgen dat de wachtlijsten de gewenste lengte krijgen, dan wordt er op basis van de vragenlijst aanbevolen om de patiënten een indicatie van de wachtlijst te geven.

Het laatste knelpunt wat gevonden is binnen de categorie capaciteit is het tegelijkertijd in plannen van specialisten voor een combi-OK. Waar de oorzaak van dit knelpunt zich precies bevindt is echter niet duidelijk geworden gedurende het onderzoek. Dit knelpunt wordt ook binnen het CWZ en MZH ervaren. In beide ziekenhuizen is het voor de medewerkers niet mogelijk om direct een operatiedatum mee te geven. Wel bleek uit de benchmark dat het CWZ eerder dan het MST een operatiedatum meegeeft wanneer het een combi-OK betreft. Er wordt verwacht dat dit mogelijk is door een andere omgang met de capaciteit.

CATEGORIE CULTUUR

Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat een groot aantal van de medewerkers het principe van patiëntvriendelijkheid, zoals het MST dit wil uitdragen, op een onjuiste wijze interpreteert. Hoewel onder de medewerkers heerst dat het afbellen van patiënten in geval van spoed en/of calamiteiten niet patiëntvriendelijk is, bewijst de benchmark het tegendeel. Uit de benchmark blijkt dat het afbellen door patiënten geaccepteerd wordt onder bepaalde voorwaarden. Zo moet het voor de patiënt duidelijk zijn dat het gaat om een voorlopige operatiedatum, moet bij het afbellen worden vermeldt waarom de operatie wordt afgezegd en moet waar mogelijk direct een nieuwe operatiedatum meegegeven worden. Het MST wordt dan ook aanbevolen om afsprakenkaarten te introduceren waarop duidelijk wordt benadrukt dat het om een voorlopige operatiedatum gaat die gewijzigd wordt in geval van spoed of calamiteiten. Door deze inlichting moet het voor de medewerkers geen probleem meer zijn om patiënten in geval van spoed of calamiteiten af te bellen en kan dit door een hoger managementniveau gemakkelijker opgelegd worden. Daarnaast moet ook bij het verstrekken van de voorlopige operatiedatum benadrukt worden dat patiënten niet meer kunnen afwijken van de operatiedatum aangezien er een bed, een operatiekamer en een operatieteam voor de patiënt zijn gereserveerd. Hierbij kan het MST een voorbeeld nemen aan het MZH.

Naast dat uit het onderzoek blijkt dat medewerkers het afbellen van patiënten niet als patiëntvriendelijk ervaren, blijkt ook dat een aantal werknemers geen meerwaarde ziet in het direct verstrekken van de operatiedatum aan de patiënt. Het wordt het MST aanbevolen de medewerkers

vanaf een hoger managementniveau te duidelijk maken dat het direct meegeven van een operatiedatum de nieuwe werkwijze wordt. Volgens het MST draagt het direct meegeven van een operatiedatum aan de patiënt bij aan de patiëntvriendelijkheid en heeft dus zeker wel een meerwaarde.

Het laatste knelpunt dat in het onderzoek binnen de categorie cultuur is gevonden is dat er onder de specialismen angst heerst voor het permanent verliezen van toegewezen OK-tijd. Deze specialismen geven geen OK-tijd terug wanneer er tijd over blijft, waardoor het voor het MST bemoeilijkt wordt om een betere tactische specialismenplanning op te stellen. Hoewel dit knelpunt dus ook onder de categorie capaciteit behoort, wordt het bij de categorie cultuur ingedeeld, omdat op dit moment de angst van de specialismen de oorzaak is voor het feit dat de OK-tijd niet teruggegeven wordt. Het MST wordt nogmaals aanbevolen om op tactisch niveau naar de specialismenplanning te kijken, zodat er niet onnodig veel OK-tijd aan een specialisme toe wordt gekend en de capaciteit beter benut kan worden.

CATEGORIE DOCUMENTATIE EN RICHTLIJNEN

Uit het onderzoek blijkt dat er zich binnen het MST een aantal knelpunten voordoen die vallen onder de categorie documentatie en richtlijnen. Voor een deel van deze knelpunten lijkt de oorzaak te liggen in het ontbreken en/of het niet naleven van richtlijnen die binnen het MST worden gehanteerd. De richtlijnen lijken momenteel onderhevig aan de interpretatie van de medewerker. Het MST wordt om deze reden aanbevolen om deze richtlijnen waar nodig zodanig om te zetten naar regelgeving, dat er geen ruimte meer is voor de interpretatie van de medewerker. Wanneer de regelgeving dan niet nageleefd wordt, kan het MST daar consequenties aan verbinden.

Als eerste wordt het aan het MST aanbevolen om regelgeving op te stellen waarin het voor de medewerkers duidelijk wordt dat het direct meegeven van een voorlopige operatiedatum aan de patiënt de nieuwe werkwijze wordt. Op deze wijze worden specialismen die op dit moment nog geen voorlopige operatiedatum meegeven, verplicht om dit waar mogelijk alsnog te gaan doen. Voor het doorvoeren van deze regelgeving en de acceptatie hiervan, kan het MST gebruik maken van de theorie van Lewin (1951) (37).

Ook zal er regelgeving met betrekking tot het invoeren van de operatiecode door de specialist moeten worden ingevoerd. Op het moment worden de operatiecodes vaak niet door de specialist in DSV ingevoerd. Hierdoor moet de planningsmedewerker de operatiecode bij de omschrijving van de operatie zoeken. Dit is een tijdrovend proces, waardoor het werk van de planningsmedewerker, en daarmee het meegeven van de operatiedatum aan de patiënt, wordt vertraagd. Daarnaast wordt de

verantwoordelijkheid van de specialist om de operatiecode in te voeren nu onterecht bij de planningsmedewerker gelegd. Om de problematiek rondom de operatiecodes op te lossen wordt aanbevolen elk specialisme een lijst te laten opstellen met alle operaties die in een door het MST te bepalen periode zijn uitgevoerd. Aan deze operaties moet vervolgens een definitieve code worden gegeven. Wanneer deze lijst compleet is, kan het MST de specialisten opleggen de operatiecode in te voeren. De planningsmedewerker is hierdoor niet langer verantwoordelijk voor het invullen van de operatiecode en wordt om deze reden niet meer gehinderd om de operatiedatum sneller aan de patiënt mee te geven.

Een andere conclusie die wordt getrokken uit het onderzoek is dat de specialistenplanning op tactisch niveau niet altijd zes weken van tevoren wordt aangeleverd. Hierdoor is het voor de planningsmedewerkers onmogelijk om verder vooruit te kunnen werken dan dat de specialistenplanning beschikbaar is. Het wordt het MST aanbevolen om met betrekking tot het aanleveren van de specialistenplanning op tactisch niveau duidelijke regelgeving op te stellen, zodat er door de planningsmedewerkers voor minimaal zes weken vooruit kan worden gewerkt. Daarnaast is uit het onderzoek gebleken dat het voor het specialisme Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie mogelijk is de specialistenplanning zelfs voor minimaal drie maanden aan te leveren. In principe zou het MST er voor kunnen kiezen om de termijn van de specialistenplanning te vergroten naar minimaal drie maanden. Om dit te bereiken kan het MST een voorbeeld nemen aan het specialisme Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie binnen de eigen organisatie.

Verder blijkt uit het onderzoek dat de operatiedatum niet direct aan de patiënt verstrekt wordt, omdat enkele specialisten zich niet altijd aan de specialistenplanning houden en de kans daardoor bestaat dat de patiënt af moet worden gebeld. De planningsmedewerkers vinden het niet patiëntvriendelijk om patiënten om dergelijke redenen af te moeten bellen. Het wordt aanbevolen dat het MST met regelgeving duidelijk maakt dat er enkel van de specialistenplanning op offline operationeel niveau kan worden afgeweken wanneer er sprake is van overmacht of er door de specialist zelf vervanging is geregeld. Hoewel dit niet het verschil maakt tussen het wel of niet direct meegeven van een operatiedatum, neemt het wel een reden voor de planningsmedewerkers weg om de patiënt onnodig af te bellen.

Op dit moment lijkt er onder specialisten van het MST weerstand te zijn tegen het onderling overnemen van patiënten. Het MST wordt aanbevolen om met regelgeving duidelijk te maken dat specialisten in principe altijd patiënten over moeten nemen wanneer zij over de juiste vaardigheden en capaciteiten beschikken. Door het overnemen van patiënten kan het MST de gemiddelde wachtlijsten zodanig verkorten dat deze passen binnen de specialistenplanning en het mogelijk wordt

om direct een operatiedatum aan de patiënt mee te geven. Uit de vragenlijst is gebleken dat patiënten over het algemeen geen bezwaar hebben tegen overname van de operatie door een collega-specialist, mits zij hierover tijdens het consult ingelicht worden. Het wordt het MST op basis van de vragenlijst aanbevolen om patiënten de mogelijkheid te geven tot een kennismakingsgesprek of patiënten de mogelijkheid te bieden om op bijvoorbeeld de website informatie over de specialist in te zien.

Wellicht overbodig om nogmaals te benoemen, maar wel onderdeel van de categorie documentatie en richtlijnen, is het plannen met POS-akkoord. De huidige richtlijn is erop gericht dat de planningsmedewerkers wachten met het plannen van de patiënt tot er POS-akkoord is. Het wordt het MST aanbevolen om deze richtlijn om te zetten in een richtlijn waarmee toestemming wordt gegeven om te plannen zonder POS-akkoord.

De laatste conclusie die uit het onderzoek wordt getrokken binnen de categorie documentatie en richtlijnen heeft betrekking op het ziekenhuisinformatiesysteem. Geconcludeerd wordt dat de programma's die op dit moment het ziekenhuisinformatiesysteem vormen samen niet voldoen aan de wensen van het MST. Dit wordt onder andere veroorzaakt doordat de programma's niet of niet goed met elkaar communiceren en gegevens voor een groot aantal medewerkers onnodig inzichtelijk zijn. Het invoeren van één nieuw ziekenhuisinformatiesysteem leidt niet enkel tot minder fouten in de communicatie, maar volgens de benchmark ook tot een verbeterde beveiliging van de patiëntgegevens. Het is echter bekend dat het MST begin 2016 verhuist naar het nieuwe ziekenhuis en tegelijkertijd overstapt op een nieuw ziekenhuisinformatiesysteem. Om deze reden worden verder geen aanbevelingen gedaan met betrekking tot het ziekenhuisinformatiesysteem.

7.3 EINDCONCLUSIE

Het onderzoek had als doelstelling het beantwoorden van de onderzoeksvraag, namelijk:

Welke knelpunten binnen de verschillende componenten van het preoperatief proces van het Medisch Spectrum Twente zorgen er voor dat het niet mogelijk is om direct een operatiedatum aan de patiënt te verstrekken en hoe kan dit verbeterd worden?

Uit het onderzoek is gebleken dat er zich binnen de verschillende componenten in het huidige preoperatief proces van het MST zestien knelpunten voordoen waardoor het niet mogelijk is om de patiënten direct na het POS-akkoord een operatiedatum mee te geven. Deze knelpunten zijn allen gevonden op het offline operationeel niveau en kunnen worden onderverdeeld in de categorieën capaciteit, cultuur en documentatie en richtlijnen. Hoewel de knelpunten gevonden zijn op het

offline operationeel niveau, is gebleken dat niet elke oplossing op dit niveau te vinden is. Aanbevolen wordt dan ook om stappen te zetten op een hoger hiërarchisch niveau, namelijk het tactische en/of strategische niveau.

In dit hoofdstuk zijn een aantal aanbevelingen gegeven die mogelijk bij kunnen dragen aan het wegnemen van de knelpunten binnen het preoperatief proces van het MST. De aanbevelingen zijn onder andere gebaseerd op de vragenlijst patiëntinlichting en de benchmark uitgevoerd in het CWZ en MZH. Mogelijk zorgt het wegnemen van de knelpunten op basis van deze aanbevelingen ervoor dat het MST in staat is om direct een operatiedatum te verstrekken aan de patiënt wanneer de aanbevolen definitie van het direct meegeven van een operatiedatum gehanteerd wordt. Wel moet hierbij opgemerkt worden dat het wegnemen van één of enkele knelpunten waarschijnlijk niet tot het gewenste resultaat voor het MST leidt, aangezien de knelpunten onderling samen hangen. Het gewenste resultaat wordt hoogstwaarschijnlijk alleen behaald wanneer alle knelpunten aangepakt worden.

8. DISCUSSIE

Het uitgevoerde onderzoek wordt in dit hoofdstuk kritisch beoordeeld. Allereerst wordt ingegaan op de reproduceerbaarheid van de codering. Vervolgens wordt er kritisch gekeken naar de resultaten die verkregen zijn uit de interviews, de benchmark en de vragenlijst patiëntvoorlichting.

REPRODUCEERBAARHEID CODERING

Om de reproduceerbaarheid van de codering die gebruikt is bij het verwerken van de interviews te kwantificeren is Cohen's kappa berekend. Uit de berekening is gebleken dat de kappa een waarde van 0.851 aanneemt. Volgens Landis en Koch (1997) wordt deze waarde geclassificeerd als bijna perfect.

DATA-ANALYSE INTERVIEWS

Bij de resultaten moet er in acht worden genomen dat het om een handelingsprobleem gaat, waardoor de data voornamelijk verzameld is onder de medewerkers van het MST, CWZ en MZH. Hierbij kan getwijfeld worden aan de betrouwbaarheid van de verkregen informatie, aangezien er voor de medewerkers persoonlijke overwegingen mee kunnen spelen moet rekening worden gehouden met de subjectiviteit van de resultaten.

BENCHMARK

Bij de benchmark moet worden opgemerkt dat er vanwege beperkte tijd tijdens het bezoek aan de desbetreffende ziekenhuizen enkel is ingegaan op het preoperatief proces van de centraal geplande specialismen. Hierdoor is wellicht relevante informatie verloren gegaan. Daarnaast moet bij de resultaten die uit de benchmark verkregen zijn opgemerkt worden dat er wellicht sprake is van windowdressing. Hierbij wordt de situatie rooskleuriger voorgedaan dan dat de situatie in werkelijkheid is.

VRAGENLIJST PATIËNTVOORLICHTING

De vragenlijst patiëntvoorlichting is na de resultaatverzameling onder de medewerkers van het MST, het CWZ en het MZH opgesteld, zodat voorkeuren van de patiënten meegenomen konden worden in de uiteindelijke conclusie en aanbevelingen. De toevoeging van de voorkeuren van de patiënten komt de beantwoording van de onderzoeksvraag ten goede, doordat er een bredere kijk op het probleem wordt geboden. Doordat de vragenlijst patiëntvoorlichting echter pas later in het onderzoek geïntegreerd is, was er een beperkte tijd voor het verzamelen van de resultaten. Vanwege de korte tijdsduur en de verwachting dat het om deze reden moeilijk zou zijn om voldoende respondenten te benaderen, is besloten om de foutmarge te vergroten naar 10%. Voor de vragenlijst patiëntvoorlichting moest op basis van een 95% betrouwbaarheidsinterval met een foutmarge van

10% een steekproef getrokken worden van minimaal 33 respondenten. Met een uiteindelijke respons van 35 patiënten wordt gesteld dat de resultaten op basis van deze gegevens betrouwbaar zijn. Het is echter gebruikelijk om een foutmarge van 5% te hanteren. Om betrouwbaardere conclusies te kunnen trekken rondom patiëntvoorkeuren wordt er dan ook vervolgonderzoek geadviseerd onder een grotere respondentengroep, waarbij een foutmarge van 5% wordt gehanteerd. Ook wordt hierbij aanbevolen om in de vragenlijst onderscheid te maken in specialismen, zodat er specifieke aanbevelingen per specialisme kunnen worden gedaan.

MONITORING EN AANPASSINGEN

Er wordt verwacht dat het gewenste resultaat wordt behaald wanneer alle knelpunten aangepakt worden volgens de in hoofdstuk 7 gegeven aanbevelingen. Aangezien het monitoren van het veranderingsproces buiten de scope van het onderzoek valt, is het nodig om het veranderingsproces nauw te monitoren en aanpassingen door te voeren waar nodig.

LITERATUURLIJST

1. [Vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen](#). Overzicht STZ-ziekenhuizen n.d. [cited 2014 13-06]. Available from: <http://www.stz.nl/interactieve-kaart.html>.
2. [Medisch Spectrum Twente](#). Onze organisatie n.d. [cited 2014 13-06]. Available from: <https://www.mst.nl/onzeorganisatie/>.
3. [Medisch Spectrum Twente](#). Jaarimpressie 2012. 2013. p. 13.
4. [Stichting Medisch Spectrum Twente](#). Jaarrekening 2012. 2013. p. 41.
5. [Kortbeek N](#). De interactie tussen de OK en de IC. Amsterdam 2006. p. 11.
6. [Frankel S, Coast J, Baker T, Collins C](#). Booked admissions as a replacement for waiting lists in the new NHS. BMJ: British Medical Journal. 1991;303:1257.
7. [Merriënboer V](#). Plannen heeft Toekomst. 2001. p. 3.
8. [Heerkens JMG, Winden A](#). Geen probleem: een aanpak voor alle bedrijfskundige vragen en mysteries. Nieuwegein: Van Winden Communicatie; 2012. 144 p.
9. [Inspectie voor de Gezondheidszorg](#). Preoperatief traject ontbeert multidisciplinaire en gestandaardiseerde aanpak en teamvorming Den Haag 2007. 56 p.
10. [Rijksuniversiteit Groningen](#). Flowcharts n.d. [cited 2014 23-06]. Available from: <http://www.let.rug.nl/~nerbonne/teach/grafisch/flowcharts/>.
11. [Microsoft Office](#). Een functiestroomdiagram maken 2010 [cited 2014 01-07]. Available from: <http://office.microsoft.com/nl-be/visio-help/een-functiestroomdiagram-maken-HP010357078.aspx>.
12. [Koenen B](#). Stroomdiagram symbolen 2012 [cited 2014 23-06]. Available from: <http://www.tuxx.nl/stroomdiagram/symbolen/uitleg/>.
13. [Microsoft Office](#). Een basisstroomdiagram maken 2010 [cited 2014 23-06]. Available from: <http://office.microsoft.com/nl-nl/visio-help/een-basisstroomdiagram-maken-HA010357088.aspx>.
14. [Wang W, Ding H, Dong J, Ren C](#). A comparison of business process modeling methods. Service Operations and Logistics, and Informatics. 2006:1136-41.
15. [Camp RC](#). Benchmarking: the search for industry best practices that lead to superior performance. Michigan: Quality Press; 1989. 299 p.
16. [Camp RC](#). Benchmarking : het zoeken naar de beste werkmethode die leiden tot superieure prestaties. Deventer: Kluwer; 1992.
17. [Van de Voort LPF, de Vries J](#). Eenvoudig Concept, Moeilijke Uitvoering. Kwaliteit in bedrijf. 1993;5:20-5.
18. [Van der Zee F](#). Kennisverwerving in de empirische wetenschappen: de methodologie van wetenschappelijk onderzoek: Boeken over Methoden van Onderzoek voor het Onderwijs en andere Organisaties; 2010.
19. [van Houwelingen JC, Stijnen T, van Strik R](#). Inleiding tot de medische statistiek: Elsevier gezondheidzorg; 2000.

20. [Twisk JWR](#). Inleiding in de toegepaste biostatistiek: Elsevier Gezondheidszorg; 2010.
21. [Bouter LM, van Dongen MCJM, Zielhuis GA](#). Epidemiologisch onderzoek. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2010. p. 318.
22. [Eggen TJHM, Sanders PF](#). Psychometrie in de praktijk. Arnhem: Cito Instituut voor Toetsontwikkeling; 1993. 536 p.
23. [Cohen J](#). A Coefficient of Agreement for Nominal Scales. Educational and Psychological Measurement. 1960;20.
24. [Veldhuyzen van Zanten SJO, Hijdra A](#). Onderzoek naar variatie tussen waarnemers met behulp van kappa. Ned Tijdschr Geneesk. 1988;132:199-202.
25. [Pols J, Bosveld HEP](#). Beoordelaarsbetrouwbaarheid (niet) meten met behulp van Cohen's kappa. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs. 2003;22:229-34.
26. [Landis JR, Koch GG](#). The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977;33:159-74.
27. [Hans EW, Van Houdenhoven M, Hulshof PJH](#). A framework for healthcare planning and control. Handbook of Healthcare System Scheduling. 2012:303-20.
28. [Britten N](#). Qualitative interviews in medical research. BMJ: British Medical Journal. 1995;311:251.
29. [Segal DL, Hersen M](#). Diagnostic Interviewing. New York: Springer; 2009. 209 p.
30. [Plochg T, Juttman RE, Klazinga NS](#). Handboek Gezondheidszorgonderzoek. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2007. 380 p.
31. [Santeon](#). Santeon ziekenhuizen n.d. [cited 2014 01-07]. Available from: <http://santeon.nl/wat-is-santeon/santeon-ziekenhuizen>.
32. [Boeije HR](#). Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen. Amsterdam: Boom onderwijs; 2005. 179 p.
33. [Chorus AMJ, Berenboom RJM, Hofstetter H, Stadlander MC](#). Indicatie van de zorgvraag 2030: prognoses van functioneren en chronische aandoeningen Leiden2014 [cited 2014 09-07]. Available from: <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/rubrieken/beroepen-en-opleidingen/1403-indicatie-van-de-zorgvraag>
34. [Jüngen IJD, Sesink EM](#). Algemene gezondheidszorg: Bohn Stafleu van Loghum.
35. [Wullink G, Lans vdM, Houdenhoven vM, Hans E, Hurink J, Kazemier G](#). Eén spoed-OK is géén spoed-OK. In: Houdenhoven vM, Hoorn vAF, Kalkman CJ, Kazemier G, editors. Benchmarking OK - Leren van elkaar. Baarn/Leusden: Springer Verlag; 2006. p. 165 - 72.
36. [van Oostrum JM, Van Houdenhoven M, Hurink JL, Hans EW, Wullink G, Kazemier G](#). A master surgical scheduling approach for cyclic scheduling in operating room departments. OR spectrum. 2008;30(2):355-74.
37. [Schein EH](#). Kurt Lewin's change theory in the field and in the classroom: Notes toward a model of managed learning. Systems Practice. 1996;9(1):27-47.

VERKLARENDE WOORDENLIJST

Acuut:	de patiënt heeft een hoge urgentie en moet op dezelfde dag nog geopereerd worden.
Combi-OK:	OK's waarbij er meerdere specialisten, al dan niet van verschillende specialismen, tegelijkertijd aan één of meerdere ingrepen op één OK werken.
Direct meegeven van een operatiedatum aan de patiënt (aanbeveling):	de operatiedatum wordt verstrekt op de dag dat de patiënt het ziekenhuis bezoekt voor het consult op de polikliniek.
Direct meegeven van een operatiedatum aan de patiënt (MST):	de operatiedatum wordt verstrekt op het moment dat er een POS-akkoord is af gegeven door de anesthesioloog.
Electief:	de patiënt heeft een lage urgentie en wordt voor de operatie opgeroepen volgens de wachtlijst.
OK-tijd:	de tijd dat een bepaald specialisme krijgt toegewezen op een OK.
Operatieprogramma:	planning van de operaties die uitgevoerd worden op de OK.
Opnametraject:	proces dat de opname van patiënten van zowel de beschouwende als de snijdende specialismen omvat.
Planningsmedewerker:	medewerker van Bureau Opname of een medisch secretaresse.
Planningsproces:	het inplannen van een patiënt voor een operatie door een planningsmedewerker.
Preoperatief proces:	wordt gevormd door de componenten polikliniek, medicatieverificatie, preoperatieve screening, verpleegkundige en de planning.

Preoperatief traject:	de verwijzing, het chirurgische spreekuur met diagnose- en indicatiestelling voor operatie, het preoperatieve spreekuur met de risicobeoordeling door de anesthesiologie, eventuele andere specialisten en verpleegkunde, de planning op OK en opnamebureau, de feitelijke opname, de voorbereiding op OK op de verpleegafdeling inclusief het transport tot aan de operatiedeur (9).
Specialismenplanning:	de planning waarin wordt weergegeven welke dagen elk specialisme de beschikking over de OK heeft.
Specialistenplanning:	de planning waarin wordt weergegeven welke specialist, op welk moment en in welke OK opereert.
Spoed:	de patiënt heeft een middelhoge urgentie en hoeft niet op dezelfde dag geopereerd te worden, maar wel binnen een aantal weken.
Verpleegkundige:	De verpleegkundige houdt zich bezig met het informeren van de patiënt met betrekking tot de klinische opname. De verpleegkundige bevindt zich op dezelfde polikliniek als de POS, maar is geen onderdeel van de POS.

BIJLAGE 1: BENCHMARKING-PROCESSTAPPEN

Planning	1. Bepaal waarop benchmarking moet worden toegepast
	2. Identificeer concurrerende bedrijven
	3. Bepaal de methode van verzamelen van gegevens en voer deze uit
Analyse	4. Bepaal de huidige kloof tussen de methoden en de prestaties
	5. Bepaal toekomstige prestatieniveaus
Planconstructie	6. Maak de benchmarking-bevindingen bekend en zorg voor acceptatie ervan
	7. Stel functionele doelen op
Actie	8. Ontwikkel actieplannen
	9. Implementeer specifieke acties en controleer de voortgang
	10. Toets de benchmarks opnieuw aan verdere ontwikkelingen
Volgroeidheid	• Positie van leiderschap verworven • Praktijkvoorbeelden volledig geïntegreerd in de werkprocessen

Benchmarking-processtappen volgens Camp (1989)

BIJLAGE 2: INTERVIEWLEIDRAAD TEAMHOOFD BUREAU OPNAME / POS

Nr.	Vraag
	Voor onze bachelor opdracht vanuit de Universiteit Twente zijn wij bezig met een onderzoek voor het Medisch Spectrum Twente. Het MST wil verbetering zien in de effectiviteit van de zorgprocessen. Binnen het preoperatief proces zien zij hier mogelijkheden voor. Zo zouden zij graag zien dat patiënten direct een operatiedatum wordt toegewezen. In de huidige situatie is dit door onbekende factoren echter nog niet mogelijk. Door dit interview proberen wij meer inzicht te krijgen in het preoperatief proces en de knelpunten die zich hierin voordoen.
1	Zou u in het kort uw functie kunnen omschrijven?
2	Zou u kunnen omschrijven wat de route is die een patiënt (fysiek) aflegt tijdens het preoperatief proces?
3	Zou u kunnen omschrijven welke stappen er in het preoperatief proces ondernomen moeten worden?
4	Zou u per component kunnen omschrijven welke stappen worden ondernomen?

BIJLAGE 3: INTERVIEWLEIDRAAD PLANNINGSCOÖRDINATOR PATIËNTENPLANNING

Nr.	Vraag
	Voor onze bachelor opdracht vanuit de Universiteit Twente zijn wij bezig met een onderzoek voor het Medisch Spectrum Twente. Het MST wil verbetering zien in de effectiviteit van de zorgprocessen. Binnen het preoperatief proces zien zij hier mogelijkheden voor. Zo zouden zij graag zien dat patiënten direct een operatiedatum wordt toegewezen. In de huidige situatie is dit door onbekende factoren echter nog niet mogelijk. Door dit interview proberen wij meer inzicht te krijgen in het preoperatief proces en de knelpunten die zich hierin voordoen.
1	Zou u in het kort uw functie kunnen omschrijven?
2	Zou u kunnen omschrijven welke stappen er in het preoperatief proces ondernomen moeten worden?
3	Ondervindt u hinder van het feit dat er niet direct een operatiedatum mee kan worden gegeven?
4	Welke factoren leiden er toe dat er geen operatiedatum mee kan worden gegeven?
5	Welke oplossingen zijn al aangedragen om tot de ideale situatie te komen?
6	Wat leidde er toe dat deze oplossingen niet de ideale situatie creëerden?

BIJLAGE 4: INTERVIEWLEIDRAAD PREOPERATIEVE SCREENING

Nr.	Vraag
	Voor onze bachelor opdracht vanuit de Universiteit Twente zijn wij bezig met een onderzoek voor het Medisch Spectrum Twente. Het MST wil verbetering zien in de effectiviteit van de zorgprocessen. Binnen het preoperatief proces zien zij hier mogelijkheden voor. Zo zouden zij graag zien dat patiënten direct een operatiedatum wordt toegewezen. In de huidige situatie is dit door onbekende factoren echter nog niet mogelijk. Door dit interview proberen wij meer inzicht te krijgen in het preoperatief proces en de knelpunten die zich hierin voordoen.
1a	Zou u in het kort uw functie kunnen omschrijven?
1b	Welke taken voert u binnen uw functie uit?
2	Hoe ziet het ideale preoperatief proces er uit?
3a	Kunt u de handelingen die op de POS worden ondernomen, zodat de patiënt over kan worden gedragen aan Bureau Opname/medisch secretaresse, zo gedetailleerd mogelijk kunnen omschrijven?
3b	Welke handelingen worden er naast de handelingen op de POS verricht, zodat de patiënt over kan worden gedragen aan Bureau Opname/medisch secretaresse?
3c	Hoe vaak vindt er een overdracht van patiënten plaats van de POS naar Bureau Opname/medisch secretaresse?
4	Welke problemen ervaart u als gevolg van het niet direct kunnen verstrekken van een operatiedatum?
5	Wat denkt u dat er nog voor nodig is om direct een operatiedatum aan de patiënt te verstrekken?

BIJLAGE 5: INTERVIEWLEIDRAAD PLANNINGSMEDEWERKER

Nr.	Vraag
	Voor onze bachelor opdracht vanuit de Universiteit Twente zijn wij bezig met een onderzoek voor het Medisch Spectrum Twente. Het MST wil verbetering zien in de effectiviteit van de zorgprocessen. Binnen het preoperatief proces zien zij hier mogelijkheden voor. Zo zouden zij graag zien dat patiënten direct een operatiedatum wordt toegewezen. In de huidige situatie is dit door onbekende factoren echter nog niet mogelijk. Door dit interview proberen wij meer inzicht te krijgen in het preoperatief proces en de knelpunten die zich hierin voordoen.
1a	Zou u in het kort uw functie kunnen omschrijven?
1b	Welke taken voert u binnen uw functie uit?
2a	Hoe ziet het ideale preoperatief proces er uit?
2b	Waardoor is het niet mogelijk om het preoperatief proces op de ideale manier uit te voeren?
3a	Zou u het planningsproces op van begin tot eind gedetailleerd kunnen omschrijven?
3b	Welke afdelingen zijn bij dit planningsproces betrokken?
3c	Welke actoren zijn bij dit planningsproces betrokken?
3d	Welke input komt er voort van de afdelingen/actoren die bijdragen aan het planningsproces?
4	Welke input ontbreekt of is lastig te verkrijgen in de huidige situatie om de operatiedatum van de patiënt direct te kunnen plannen?
5a	Op welke wijze verstrekt u de operatiedatum aan de patiënt?
5b	Hoeveel tijd voor de operatie krijgt de patiënt bericht?
6	Welke gevolgen brengt het met zich mee dat de patiënt in de huidige situatie niet direct een operatiedatum ontvangt?
7	Wat denkt u dat er nog voor nodig is om direct een operatiedatum aan de patiënt te verstrekken?

BIJLAGE 6: INTERVIEWLEIDRAAD MARTINI- / CANISIUS WILHELMINA ZIEKENHUIS

Nr.	Vraag
	Voor onze bachelor opdracht vanuit de Universiteit Twente zijn wij bezig met een onderzoek voor het Medisch Spectrum Twente. Het MST wil verbetering zien in de effectiviteit van de zorgprocessen. Binnen het preoperatief proces zien zij hier mogelijkheden voor. Zo zouden zij graag zien dat patiënten direct een operatiedatum wordt toegewezen. In de huidige situatie is dit door onbekende factoren echter nog niet mogelijk. Door deze benchmark proberen wij meer inzicht te krijgen in het preoperatief proces van andere ziekenhuizen om meer inzicht te krijgen in de knelpunten en om aanbevelingen te kunnen geven aan het MST.
1a	Zou u in het kort uw functie kunnen omschrijven?
1b	Welke taken voert u binnen uw functie uit?
2	Zou u het preoperatief proces van begin tot eind kunnen omschrijven?
3a	Zou u het proces op de preoperatieve screening van begin tot eind gedetailleerd kunnen omschrijven?
3b	Welke afdelingen/actoren zijn bij dit proces op de preoperatieve screening betrokken?
3c	Welke input verkrijgt u van de afdelingen/actoren die bijdragen aan het proces op de preoperatieve screening?
4a	Zou u het planningsproces op de afdeling Opnameplanning van begin tot eind gedetailleerd kunnen omschrijven?
4b	Welke afdelingen/actoren zijn bij dit planningsproces op de afdeling Opnameplanning betrokken?
4c	Welke input verkrijgt u van de afdelingen/actoren die bijdragen aan het planningsproces?
5a	Voor welke specialismen is het op dit moment mogelijk om een operatiedatum mee te geven?
5b	Kunt u een reden geven waarom het voor sommige specialismen wel mogelijk is om een operatiedatum mee te geven en voor anderen niet?
6a	Is het voor jullie mogelijk om voor de specialismen met relatief veel spoed direct een operatiedatum aan de patiënt mee te geven? (Binnen het MST zijn er een aantal specialismen die relatief veel met spoed-patiënten te maken hebben. Gevolg hiervan is dat er altijd geschoven moet worden in de planning en het daardoor niet mogelijk is om direct een operatiedatum aan de patiënt te verstrekken.)
6b	Zo ja, hoe houdt u hiermee rekening in de planning?
7a	Wordt er binnen het Martini Ziekenhuis/Canisius Wilhelmina Ziekenhuis gewerkt met combi-

OK's? (Binnen het MST wordt er soms gewerkt met combi-OK's. Dit houdt in dat er meerdere specialisten, al dan niet binnen hetzelfde specialisme, op één operatiekamer werken.

Medewerkers geven hierbij aan dat het lastig is om meerdere specialisten op dezelfde tijd te plannen, onder andere door spreekuren.)

- 7b Zo ja, als u een patiënt krijgt die in een combi-OK moet worden geholpen, is het dan mogelijk om direct een operatiedatum aan de patiënt mee te geven?
- 7c Zo ja, op welke wijze wordt in de planning rekening gehouden met het inplannen van twee specialisten op één OK?
- 8a Werken de planners in het Martini Ziekenhuis/Canisius Wilhelmina Ziekenhuis met planregels? (Binnen het MST werkt men met planregels. Op dit moment zitten veel planregels in het hoofd van de medewerkers. Hierdoor is het niet mogelijk om de planning van een ander specialisme over te nemen.)
- 8b Zo ja, hoe zijn deze georganiseerd?
- 8c Draagt dit bij aan de mogelijkheid om direct een operatiedatum aan de patiënt te kunnen verstrekken?
- 9a Is het binnen het Martini Ziekenhuis/Canisius Wilhelmina Ziekenhuis mogelijk om ondanks lange wachtlijsten een operatiedatum mee te geven? (Binnen het MST is het door te lange wachtlijsten soms niet mogelijk direct een operatiedatum aan de patiënt mee te geven.)
- 9b Zo ja, op welke manier is dit georganiseerd?
- 9c Nemen specialisten binnen het Martini Ziekenhuis/Canisius Wilhelmina Ziekenhuis patiënten van elkaar over om de wachtlijsten te verkorten?



UNIVERSITY OF TWENTE.

Geachte patiënt,

Wij zijn vanuit de Universiteit Twente bezig met een onderzoek binnen het Medisch Spectrum Twente. Binnen dit onderzoek wordt er gekeken naar de mogelijkheden om direct een operatiedatum aan de patiënt mee te geven. Hiermee wordt bedoeld direct na het verlaten van de preoperatieve screening. Wij willen u vragen om onderstaande vragenlijst volledig en naar eerlijkheid in te vullen. Er bestaan geen goede of foute antwoorden. De vragenlijst bestaat uit zeven vragen en zal ongeveer 5 minuten van uw tijd in beslag nemen. U kunt uw antwoord aanvinken in het juiste vakje of uw antwoord op de daarvoor bestemde lijn zetten. Er is bij elke vraag maar één antwoord mogelijk. De door u opgegeven antwoorden zullen op basis van volledige anonimiteit worden verwerkt en alleen voor dit onderzoek gebruikt worden.

Geslacht: ☐ man ☐ vrouw

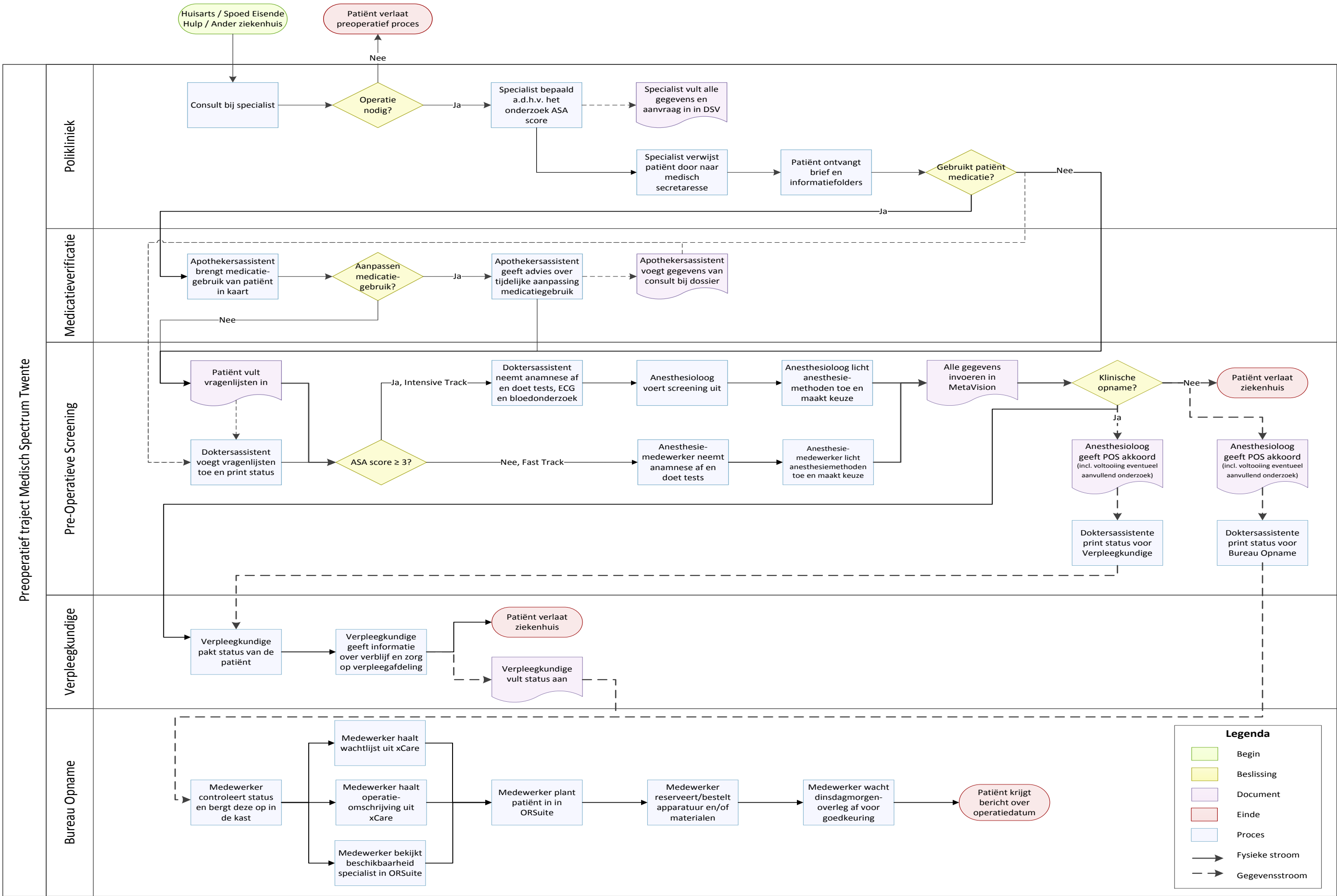
Leeftijd: _____ jaar

1. Zou u er bezwaar tegen hebben als uw operatie, zonder dat u hierover geïnformeerd wordt, ☐ Ja ☐ Nee overgenomen wordt door een collega van uw huidige specialist?
2. Zou u er bezwaar tegen hebben als uw operatie overgenomen wordt door een collega van uw huidige specialist, wanneer u hierover geïnformeerd wordt? ☐ Ja ☐ Nee
3. Wanneer uw operatie overgenomen zou worden en u wordt hierover ingelicht, zou u dan ☐ Ja ☐ Nee behoefte hebben aan een kennismakingsgesprek met de specialist die u zal opereren?
4. Vindt u het vervelend dat u na het verlaten van de preoperatieve screening niet direct een ☐ Ja ☐ Nee operatiedatum meekrijgt?
5. Stel u krijgt niet direct uw operatiedatum mee bij het verlaten van de preoperatieve screening, wat vindt u dan een acceptabele termijn om alsnog uw operatiedatum te ontvangen? _____ weken
6. Wanneer er een lange wachtlijst bestaat voor uw operatie, zou u hierover dan geïnformeerd ☐ Ja ☐ Nee willen worden?
7. Maak een keuze uit onderstaande scenario's:
 - ☐ Ik ontvang liever eerder ($\pm$ 1 maand voor de operatie) mijn voorlopige operatiedatum met een groter risico dat de operatiedatum nog gewijzigd moet worden.
 - ☐ Ik ontvang liever later ($\pm$ 1 week voor de operatie) mijn voorlopige operatiedatum met een kleiner risico dat de operatiedatum nog gewijzigd moet worden.

Heeft u nog overige opmerkingen en/of suggesties? _____

Dit is het einde van de vragenlijst. Bedankt voor uw medewerking.

BIJLAGE 8: STROOMDIAGRAM PREOPERATIEF PROCES MST



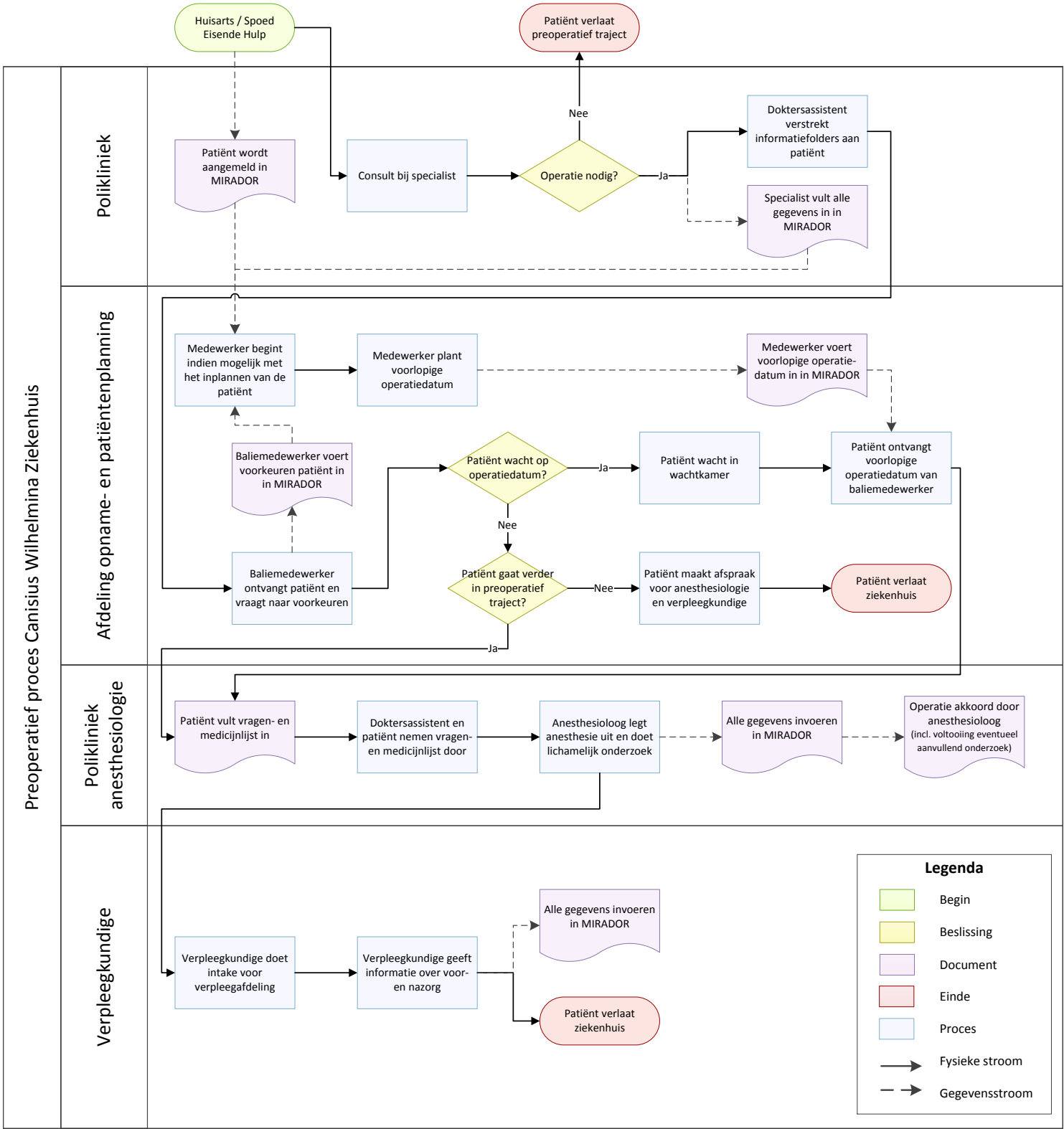
BIJLAGE 9: OVERZICHT KNELPUNTEN

	Centraal geplande specialismen							Decentraal geplande specialismen		
	Algemene Chirurgie	Gynaecologie	KNO-Heelkunde	Oogheelkunde	Orthopedie	Plastische chirurgie	Urologie	Bijzondere tandheelkunde	Kaakchirurgie	Neurochirurgie
Capaciteit										
Beperkte beschikbaarheid specialisten						x				
Omgang met oncologie	x	x				x	x			
Omgang met spoed	x		x		x	x				x
Tegelijkertijd inplannen specialisten voor combi-OK	x	x				x	x		x	
Wachlijsten langer dan zes weken				x		x	x	x		x
Weinig OK-tijd				x		x		x	x	
Cultuur										
Afbellen wordt niet als patiëntvriendelijk ervaren	x				x					x
Het verstrekken van een operatiedatum wordt niet ervaren als een meerwaarde			x					x		
Angst permanent verliezen toegewezen OK-tijd					x					
Documentatie en richtlijnen										
Compleet ziekenhuisinformatiesysteem ontbreekt	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Operatiecodes ontbreken	x	x			x	x	x			
Plannen met POS-akkoord	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Specialisten wijken af van specialistenplanning	x									
Specialisten nemen onderling geen patiënten van elkaar over				x		x		x		x
Specialistenplanning niet voor zes weken aangeleverd	x					x				
Geen voorlopige operatiedatum zonder goedkeuring operatieprogramma door specialist				x						
Aantal gevonden knelpunten	9	5	4	6	6	11	6	6	4	6

BIJLAGE 10: RESULTATEN VRAGENLIJST PATIËNTINLICHTING

	Vraag						
	1	2	3	4	5	6	7
Aantal respondenten	35	35	35	35	34	35	35
Aantal ja-antwoorden	23	9	26	20	-	34	-
Aantal ja-antwoorden (%)	65,7	25,7	74,3	57,1	-	97,1	-
Aantal mannen	9	5	12	7	-	14	-
Aantal mannen (%)	25,7	14,3	34,3	20,0	-	40,0	-
Aantal vrouwen	14	4	14	13	-	20	-
Aantal vrouwen (%)	40,0	11,4	40,0	37,1	-	57,1	-
Leeftijd < 55	15	7	17	13	-	22	-
Leeftijd < 55 (%)	42,9	20,0	48,6	37,1	-	62,9	-
Leeftijd ≥ 55	8	2	9	7	-	12	-
Leeftijd ≥ 55 (%)	22,9	5,7	25,7	20,0	-	34,3	-
Aantal nee-antwoorden	12	26	8	15	-	1	-
Aantal nee-antwoorden (%)	34,3	74,3	22,9	42,9	-	2,9	-
Aantal mannen	6	10	2	8	-	1	-
Aantal mannen (%)	17,1	28,6	5,7	22,9	-	2,9	-
Aantal vrouwen	6	16	6	7	-	0	-
Aantal vrouwen (%)	17,1	45,7	17,1	20,0	-	0,0	-
Leeftijd < 55	8	16	6	10	-	1	-
Leeftijd < 55 (%)	22,9	45,7	17,1	28,6	-	2,9	-
Leeftijd ≥ 55	4	10	2	5	-	0	-
Leeftijd ≥ 55 (%)	11,4	28,6	5,7	14,3	-	0,0	-
Gemiddeld aantal weken totaal	-	-	-	-	1,59	-	-
Mannen	-	-	-	-	2,04	-	-
Vrouwen	-	-	-	-	1,28	-	-
Leeftijd < 55	-	-	-	-	1,68	-	-
Leeftijd ≥ 55	-	-	-	-	1,42	-	-
Aantal scenario 1	-	-	-	-	-	-	19
Aantal scenario 1 (%)	-	-	-	-	-	-	54,3
Aantal mannen	-	-	-	-	-	-	9
Aantal mannen (%)	-	-	-	-	-	-	25,7
Aantal vrouwen	-	-	-	-	-	-	10
Aantal vrouwen (%)	-	-	-	-	-	-	28,6
Leeftijd < 55	-	-	-	-	-	-	14
Leeftijd < 55 (%)	-	-	-	-	-	-	40,0
Leeftijd ≥ 55	-	-	-	-	-	-	5
Leeftijd ≥ 55 (%)	-	-	-	-	-	-	14,3
Aantal scenario 2	-	-	-	-	-	-	16
Aantal scenario 2 (%)	-	-	-	-	-	-	45,7
Aantal mannen	-	-	-	-	-	-	6
Aantal mannen (%)	-	-	-	-	-	-	17,1
Aantal vrouwen	-	-	-	-	-	-	10
Aantal vrouwen (%)	-	-	-	-	-	-	28,6
Leeftijd < 55	-	-	-	-	-	-	9
Leeftijd < 55 (%)	-	-	-	-	-	-	25,7
Leeftijd ≥ 55	-	-	-	-	-	-	7
Leeftijd ≥ 55 (%)	-	-	-	-	-	-	20,0

BIJLAGE 11: STROOMDIAGRAM PREOPERATIEF PROCES CWZ





Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis

Afspraak OK-planning gynaecologie (024) 365 71 33

<i>Afspraak OK-planning</i>	<i>Dag:</i>	<i>Datum:</i>	<i>Tijd:</i>	<i>Afdeling:</i>
ECG:				B26
Polikliniek anesthesiologie:				B02
Verpleegkundig spreekuur:				B56
Planning belt u één werkdag van tevoren tussen 10.00 en 14.00 uur over het tijdstip dat u aanwezig moet zijn.				
Opnamedatum:				
Operatiedatum:				

Bel bij verhindering van opname- en/of operatiedatum: (024) 365 71 33 (van 8.00 uur tot 17.00 uur)

Deze operatiedatum kan alleen doorgaan als de anesthesioloog akkoord is.

De datum kan veranderen bij spoed of calamiteiten.

Afdeling Opname- en patiëntenplanning (B02-09)

BIJLAGE 13: STROOMDIAGRAM PREOPERATIEF PROCES MZH

