

“Even geduld A.U.B...”

Patiëntenlogistiek Polikliniek Sector Oncologie

Tim Bouterse & Hermen Joostens



Universitair Medisch Centrum Groningen
Sector Oncologie

Hanzehogeschool Groningen
Technische Bedrijfskunde



Groningen, 16 april 2009

“Even geduld A.U.B....”

Patiëntenlogistiek polikliniek sector Oncologie

Groningen, april 2009

Auteur

Studentnummer

Afstudeerscriptie in het kader van

Opdrachtgever

Begeleiders

Begeleider UMCG

Tim Bouterse & Hermen Joostens
280064 & 265589

Technische Bedrijfskunde
Hanzehogeschool Groningen

mw. G. Bosma, sectorondersteuning
Sector D - Oncologie

D.P. Huijter
Technische Bedrijfskunde
Hanzehogeschool Groningen

mw. L. Evers, functioneel- & gegevensbeheer
Ondersteunende Diensten

ISBN 978-90-8827-042-0
NUR 800 bedrijfskunde algemeen
Trefw Patiëntenlogistiek, optimalisatie, zorg, oncologie

Omslag: Wenckebach Instituut, Universitair Medisch Centrum Groningen

© 2009 Studentenbureau UMCG / afstuderen Publicaties Groningen, Nederland.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd in Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Voorwoord

Voor u ligt het adviesrapport getiteld “Even geduld A.U.B”. Dit rapport geschreven ter verbetering van de patiëntenlogistiek op de polikliniek van de sector Oncologie in het Universitair Medisch Centrum te Groningen (UMCG). Dit rapport is geschreven in het kader van ons afstuderen op de opleiding Technische Bedrijfskunde aan de Hanzehogeschool te Groningen. Het is geschreven voor het bedrijfsbureau van sector D - Oncologie van het Universitair Medisch Centrum te Groningen.

Vanaf de eerste dag zijn wij met enthousiasme begonnen aan het onderzoek voor dit adviesrapport. Bij de start van het onderzoek hadden wij dezelfde doelstelling als een LLS-project dat parallel aan ons onderzoek gestart was. Het LSS-project is destijds echter niet verder gegaan waardoor wij onze eigen koers konden gaan bepalen. Het is ons gelukt om knelpunten te definiëren die nog niet ontdekt waren en waar in sommige gevallen al wel vermoedens van bestonden. Dit heeft veel inzicht gegeven in het proces en geeft aanleiding tot verbeteringen.

Tijdens het afstuderen hebben wij het zeer prettig, uitdagend en interessant gevonden om bij het UMCG te mogen onderzoeken. Zo hebben wij drie weken lang op de polikliniek doorgebracht om mensen uitleg te geven over de enquêteformulieren. Wij leerden sommige patiënten zelfs een klein beetje kennen en er was dan ook ruimte voor grappen en plezier. Naast deze weken dat we aan het meten waren, was het ook interessant om mee te mogen kijken in ‘keuken’ van het ziekenhuis. Zo hebben wij niet alleen meer vakkennis verkregen, maar is onze medische kennis en terminologie ook flink uitgebreid.

Bij dezen willen wij graag van de gelegenheid gebruik maken om de mensen te bedanken die een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van dit

adviesrapport. In bijzonder willen wij Lous Evers en Grietha Bosma bedanken voor het begeleiden van ons afstuderen.

Prof. dr. Roodenbrug, prof. dr. Kluin en dr. Hiltermann voor hun kritische blik en openheid. Flora van Hilten met haar zorgadministratieve medewerkers voor de medewerking aan ons onderzoek. Daarnaast drs. D.P. Huijjer voor de begeleiding vanuit de Hanzehogeschool Groningen.

Groningen, mei 2009
Tim Bouterse & Hermen Joostens

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	1
1 INLEIDING	3
1.1 AANLEIDING	4
1.2 DOELSTELLING	4
1.3 PROBLEEMSTELLING	4
1.4 AFBAKENING	4
1.5 OPBOUW VAN HET RAPPORT	4
2 DE ORGANISATIE.....	7
2.1 HET UMCG	7
2.2 GESCHIEDENIS.....	7
2.3 ONCOLOGIE BINNEN DE ORGANISATIE	7
3 ONDERZOEKSOPZET	9
3.1 HET PROCES.....	9
3.2 DE OMGEVING	9
3.3 THEORIE.....	9
3.3.1 Onderzoeksmodel & Conceptueel model	9
3.3.2 Verwoording van het onderzoeksmodel	9
3.3.3 Conceptueel model.....	9
3.4 METHODEN.....	12
4 PROBLEEMANALYSE PATIËNTTEVREDENHEID.....	13
4.1 GAP-MODEL.....	13
4.1.1 Verschil waargenomen verwachtingen en werkelijke verwachting van de patiënt (Gap 1)	13
4.1.2 Verschil kwaliteit specificaties UMCG en de verwachtingen van het management (Gap 2).....	13
4.1.3 Kwaliteitspecificaties.....	13
4.1.3 Verschil geleverde dienst en specificaties van de geleverde dienst (Gap 3)	14
4.1.4 Verschil kwaliteit van de geleverde dienst en Uitingen van de te leveren dienst (Gap 4).....	14
4.1.5 Verschil Verwachtingen van de afnemer en Percepties van de afnemer (Gap 5)	15
4.2 CONCLUSIE	15
5 HET POLIKLINISCHE PROCES (BESTUURD SYSTEEM).....	17
5.1 PROCES INRICHTING	17
5.1.1 Poliprocen IAOP/ILOP/IHMP.....	17
5.1.2 Poliprocen KGAP	18

5.1.3 Poliproses Hoofd/Hals (MDS)	18
5.2 RESULTATEN UIT TIJDMETINGEN	20
5.2.1 Opzet van metingen	20
5.2.2 Proces specificaties	20
5.2.3 De doorlooptijd	20
5.2.4 De tijd van afspraak	22
5.2.5 De aankomst tijd	23
5.2.6 Duur van het bezoek aan de arts	24
5.3 DE HUIDIGE CAPACITEIT	25
5.3.1 Conclusies	26
5.4 DUBBELBOEKINGEN	26
5.4.1 Conclusie	27
5.5 SPOEDKARAKTER	27
5.5.1 Conclusie	27
6 ZORGADMINISTRATIE & BEDRIJFSBUREAU (BESTUREND ORGAAN)	29
6.1 HUIDIGE ORGANIGRAM	29
6.1.2 Verschil Polikliniek Oncologie en Kaakchirurgie & Orthodontie	29
6.1.3 De coördinator zorgadministratie	29
6.1.4 Het hoofd zorgadministratie	29
6.1.5 Gewenste organigram	30
6.1.6 Conclusie	30
6.2 BETROKKEN FUNCTIES	32
6.2.1 Zorgadministratie medewerker	32
6.2.2 Laborant/Labmedewerker	32
6.2.3 Medicus	32
6.2.4 Geneticus	32
6.2.5 Conclusie	32
7 EXTERNE ONTWIKKELINGEN	33
7.1 NIEUW AMBULANT ONCOLOGISCH CENTRUM	33
7.1.1 Ligging	33
7.1.2 Capaciteit	33
7.1.3 Infrastructuur	34
7.2 INVOERING BURGER SERVICE NUMMER (BSN) & ELEKTRONISCH PATIËNTEN DOSSIER (EPD)	34
7.3 INFORMATIE- EN COMMUNICATIETECHNOLOGIE (ICT)	34
8 KNELPUNTENBESCHRIJVING	37
8.1 POLIKLINISCH PROCES (BESTUURD SYSTEEM)	37
8.2 BESTUREND ORGAAN	38
8.3 EXTERNE ONTWIKKELINGEN	39
8.4 CONCLUSIE	39
9 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	41

9.1 CONCLUSIES	41
9.2 AANBEVELINGEN	42
9.3 ANTWOORDEN OP ONDERZOEKSVRAGEN	43
9.3.1 Besturend orgaan / Zorgadministratie & Bedrijfsbureau	43
9.3.2 Bestuurd systeem / Poliklinische proces.....	43
9.3.3 Patiënttevredenheid.....	43
9.3.4 Externe ontwikkelingen	44
10. IMPLEMENTATIE.....	45
10.1 PLANNING.....	45
10.2 INFORMEREN.....	46
10.3 CAPACITEIT	46
10.4 ZORGADMINISTRATIE & ONDERSTEUNENDE STAF	46
10.5 OVERIGEN.....	47
LITERATUURLIJST	49

BIJLAGEN

A TOTAL QUALITY MANAGEMENT	51
B MEETFORMULIEREN.....	55
C GAP-MODEL.....	56
D VERKLARENDE WOORDENLIJST.....	57
E STATISTISCHE PROCES CONTROLE PER PROCESSTAP.....	58
F VISGRAATDIAGRAM.....	68
G CAPACITEIT	69
H UITLOOP OP SPREKUREN	70
I WORSTCASE BEPALING 2008.....	88
J DUBBELBOEKINGEN 2008.....	91
K ORGANIGRAM SECTOR ONCOLOGIE	92
L PLATTEGROND UMCG	93
M OPMERKINGEN PATIËNTEN METINGEN.....	94
N STATISTISCHE ONDERBOUWING.....	96
O ONDERZOEKSPROCES.....	99
P TAAKOMSCHRIJVING COÖRDINATOR- EN HOOFD ZORGADMINISTRATIE	100

Samenvatting

Dit adviesrapport is geschreven in opdracht van de sector Oncologie. Uit onderzoeken naar patiënttevredenheid blijkt dat er binnen deze sector ontevredenheid is over de verloop van de planning. Op basis van dit gegeven is het onderzoek uitgevoerd naar de patiëntenlogistiek binnen de sector Oncologie.

Doel

Het onderzoek heeft als doel het optimaliseren van het patiëntenlogistieke poliklinische proces ten behoeve van de klanttevredenheid in de sector Oncologie. Deze geoptimaliseerde processen worden meegenomen naar het nieuw op te zetten AOC.

De vijf betrokken poliklinische processen betreffen Hematologie (IHMP), Longoncologie (ILOP), Interne Algemene Oncologie (IAOP), Hoofd-Hals Oncologie (HHO) en Klinische Oncologische Genetica (KGAP). Naast het spreken met betrokken artsen en medewerkers is besloten om metingen in de processen uit te voeren waarbij de doorlooptijden inzichtelijk werden gemaakt. Bij IAOP en HHO zijn geen metingen verricht. Bij IAOP werd er vanuit de afdeling aangegeven dat men dit voor de patiënten niet wensten. Het proces van de HHO is vooraf geobserveerd en is een overzichtelijk proces. De aantallen metingen bij KGAP zijn niet representatief, wel geven de observaties voldoende informatie.

Conclusies

- Het proces van KGAP proces verloopt zonder grote variatie in behandelduur en wachttijden.
- Het proces van de HHO verloopt zonder grote variatie in behandelduur en wachttijden. Echter is er qua ligging een grote verandering, dit zorgt voor langere looptijd naar het AOC.
- Patiënten IHMP en ILOP melden zich later dan de opgegeven tijd in het ziekenhuis.

- De spreekuren van de artsen kennen grote uitlopen en verkortingen op de ingeplande tijd. Dit bewijst dat de vooraf ingeplande tijdsduur van de bezoeken niet representatief zijn voor de werkelijkheid.
- De patiënten van de IHMP worden in 51% en bij ILOP in 67% van de gevallen niet binnen 15 minuten na de afgesproken tijd opgeroepen. Dit staat haaks op de kwaliteitscriteria van het UMCG.
- In IHMP behandelt 18% langer dan van tevoren wordt aangegeven, bij ILOP is dit 46%.
- Het aantal patiënten wat in een lopende week nog wordt ingeboekt is hoog. Gemiddeld is dit 17%.
- Het blijkt dat het aantal dubbelboekingen in de planning varieert van 7% tot 14%.

Aanbevelingen

- Artsen moeten hun telefonische bereikbaarheid clusteren zodat men tijdens consulten niet wordt gestoord.
- In de planning dient meer rekening te worden gehouden met de behandelduur van het soort patiënt (N/C/B/G).
- De patiënt moet zich direct bij de prikpoli kunnen melden om te laten bloedprikken.
- Aan de zorgadministratie t.b.v. de planning verschillende bevoegdheidsniveaus toekennen.
- Uit hoofde van functie is het verstandig een hoofd zorgadministratie/manager aan te stellen.
- Een blokkade in het midden van de planning om de uitloop op te vangen.
- De patiënt moet in de brief beter ingelicht worden over afspraken, invloeden op reistijd en uitlopen.
- Van te voren moet in de planning staan wanneer een AIOS of nurse practitioner patiënten kan zien.
- De planning beter verspreid worden over de week om piekmomenten kleiner te maken.

- Duidelijk inzicht in capaciteit is nodig, hiervoor moeten de ingeplande tijden representatief worden.
- Gratis aanbieden van voorzieningen voor koffie, thee etc.
- Voorziening voor patiënten die zich terug willen trekken wegens medisch of psychische redenen.
- Voor HHO patiënten moet tijdens het MDS capaciteit voor de “UMCG-taxi” beschikbaar zijn.

Tot slot

Deze onderzoeksresultaten zijn aanleiding voor het instellen van een flexibelere planning waarbij er op basis van patiëntgegevens en artsinformatie een reële tijdsduur voor een polikliniekbezoek ingepland moet worden.

Daarnaast moet het poliklinische proces op managementniveau sturing krijgen waardoor tactisch en strategisch managementbeleid kan worden opgezet en geborgd. Om in de toekomst in sector Oncologie continu te blijven verbeteren is een kwaliteitssysteem noodzakelijk.

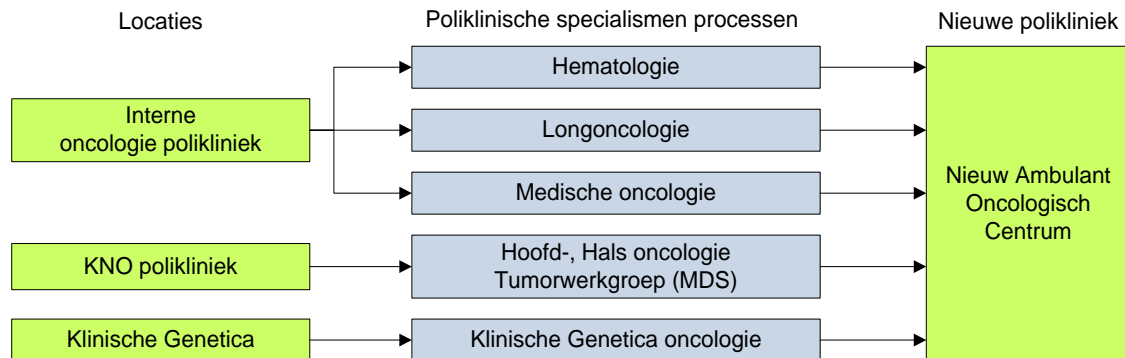
1 Inleiding

Binnen het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) worden patiënten behandeld met oncologische aandoeningen. Deze patiënten vinden hun weg in het UMCG bij de verschillende sectoren en poliklinieken. Het UMCG streeft echter voortdurend naar optimalisatie van de patiëntenzorg en wil de patiënt centraal stellen bij de uitvoering van alle werkzaamheden. Om deze reden is door het UMCG besloten de oncologische zorg te centreren in een oncologisch centrum: de sector Oncologie.

“De sector Oncologie van het UMCG wil een vooraanstaand oncologisch centrum in Nederland zijn. De sector wordt gekenmerkt door een integrale benadering van de zorg voor de patiënt met kanker. Dit wordt gerealiseerd door integratie van patiëntenzorg, onderzoek, opleiding en onderwijs op het gebied van de oncologie. De sector verkrijgt als centrum een meerwaarde door de inbedding in de academische setting van het UMCG en de Rijksuniversiteit Groningen.

De sector maakt zo ook optimaal gebruik van de inbreng van alle relevante kennis en kunde vanuit niet-oncologisch georiënteerde disciplines en groepen; alle deelgebieden van Hematologie maken integraal onderdeel uit van de sector Oncologie. Er heerst op alle terreinen een gezonde drang naar innovatie en een grote ontvankelijkheid voor kwaliteitsverhogende impulsen en ideeën.”¹

In het AOC gaan vijf poliklinische specialismen (Medische Oncologie, Longoncologie, Hematologie, het Multidisciplinaire spreekuur (MDS) van Hoofd-Hals Oncologie en Klinische Genetica Oncologie) zich vestigen. In het onderstaande schema (figuur 1) is aangegeven waar de betreffende poliklinische specialismen momenteel gehuisvest zijn. Deze vijf poliklinische specialismen gaan zich vestigen in het nieuwe AOC.



Figuur 1: Samengaan naar het AOC

¹Bron: Ontwikkelingsplan sector_D oncologie, 2006

1.1 Aanleiding

De opdrachtgever van het onderzoek geeft te kennen dat er vanuit de organisatie en vanuit de patiënten signalen komen waarin wordt aangegeven dat men ontevreden is over de opvolging van afspraken binnen de sector Oncologie. De opvolging van de planning verloopt niet zoals voorgeschreven. Vanuit de reorganisatie en het daaruit ontstaan van het AOC heeft de sector de wens om de processen rondom de patiëntenlogistiek te optimaliseren. De verwachting en tevredenheid van de patiënten is in hoofdstuk 4 Probleemanalyse patiënttevredenheid nader uitgelicht.

1.2 Doelstelling

Bereiken dat er op 8 april 2009 knelpunten zijn gedefinieerd in de poliklinische processen van sector Oncologie. Vervolgens zullen op basis van deze knelpunten aanbevelingen worden gegeven om de huidige processen te optimaliseren ten behoeve van de patiënttevredenheid. Deze geoptimaliseerde processen worden meegenomen naar het nieuw op te zetten AOC en daar waar nodig zullen er veranderingen plaatsvinden.

1.3 Probleemstelling

Er dient antwoord gegeven te worden op de volgende hoofdvraag: "Hoe is het poliklinische proces van de patiëntenlogistiek te optimaliseren ten behoeve van de patiënttevredenheid in de sector Oncologie?"

1.4 Afbakening

De patiëntenlogistiek dient te worden geanalyseerd. Het onderzoek moet antwoord geven op de hoofd- en deelvragen. Het onderzoek wordt alleen verricht onder de nieuwe patiënten (N) en de herhalingsconsulten (C). De kuur patiënten (B) zijn in een aanvullend onderzoek separaat onderzocht, deze worden niet meegenomen in dit onderzoek. Wel worden de resultaten van dit aanvullend onderzoek gebruikt als achtergrondinformatie. Voor het Multidisciplinair Spreekuur (MDS) van Hoofd-Hals Oncologie (HHO) is het niet benodigd de tijden te meten. Het MDS is een laatste stap in de diagnostiek die nieuwe patiënten van HHO op de eerste dag in het ziekenhuis ondergaan. Observatie en interviews zijn hier bronnen van informatie gezien de kleine omvang van het MDS proces wat in de sector Oncologie plaats vindt. De conclusies en aanbevelingen worden gegeven over het huidige proces en zullen uiteindelijk meegenomen worden naar het nieuw Ambulant Oncologisch Centrum.

1.5 Opbouw van het rapport

Het rapport schetst in hoofdstuk 2 de opzet van de organisatie en de plaats van de opdrachtgever sector Oncologie in de totale organisatie van het UMCG. In hoofdstuk 3 wordt beschreven hoe het onderzoek theoretisch en methodisch is opgezet. Vervolgens wordt beschreven in welke omgeving het onderzoek heeft plaatsgevonden. In hoofdstuk 4 wordt de patiënttevredenheid geanalyseerd door middel van het Gap-Model. Dit is tevens de analyse die aangeeft aan welke kwaliteitsspecificaties het UMCG moet voldoen om de patiënttevredenheid te verhogen. Deze gegevens worden gebruikt om te bepalen welke onderdelen van het poliklinische proces verbeterd moeten worden. Op basis van de gegevens uit hoofdstuk 5 wordt het huidige proces van sector Oncologie beschreven en worden de resultaten uit het onderzoek weergegeven.

Vervolgens wordt in hoofdstuk 6 het besturend orgaan van het poliklinische proces geanalyseerd met de daarbij betrokken functies. Op het bovenstaande proces hebben externe ontwikkelingen invloed. Deze ontwikkelingen worden beschreven in Hoofdstuk 7. Hier komen tevens de verschillen tussen de huidige sector Oncologie en het nieuwe op te zetten AOC aan bod.

Uit de resultaten van de hoofdstukken worden knelpunten gedefinieerd welke in hoofdstuk 8 worden beschreven. Op basis van deze knelpunten worden conclusies getrokken en aanbevelingen gegeven.

2 De organisatie

2.1 Het UMCG

Het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) is een van de grootste ziekenhuizen in Nederland en een van de grootste werkgevers in het Noorden van het land, gelegen in de binnenstad van Groningen. In feite is het UMCG een stad in een stad waar dagelijks ongeveer duizend patiënten opgenomen zijn en waar meer dan 9.000 mensen samenwerken aan zorg, onderzoek, opleiding en onderwijs. Jaarlijks zijn er ruim 31.000 opnames, komen er ongeveer 32.000 patiënten op de Centrale Spoedopvang en studeren er ongeveer 3.400 studenten².

2.2 Geschiedenis

Hieronder staat de geschiedenis van het UMCG uitgeschreven tot aan het nieuw AOC. Eerst als opsomming tot het begin van de reorganisatie in 2005. Daarna een beschrijving van de geschiedenis van UMCG en het AOC.

- *Het Nosocomium Academicum*
1615 Academisch onderwijs mogelijk
11 November 1779 opening ziekenhuis Nosocomium
- *Het Algemeen Provinciaal Stads- en Academisch Ziekenhuis*
1903 Opening APSAZ (Algemeen Provinciaal Stads- en Academisch Ziekenhuis)
- *Het Academisch Ziekenhuis Groningen*
1 Juli 1971 Naamsverandering APSAZ naar AZG 1997 officiële opening van nieuwbouw

Het Universitair Medisch Centrum Groningen

Door de steeds grotere samenhang tussen academisch onderwijs, medisch-wetenschappelijk onderzoek, patiëntenzorg en de opleiding tot medisch specialist was de samenvoeging van het AZG en de Faculteit der Medische Wetenschappen noodzakelijk. Noodzakelijk om met gezamenlijk beleid te kunnen investeren in de toekomst. De samenvoeging werd op 13 januari 2005 officieel bekrachtigd. Ook kreeg de nieuwe organisatie een nieuwe naam: Universitair Medisch Centrum Groningen.

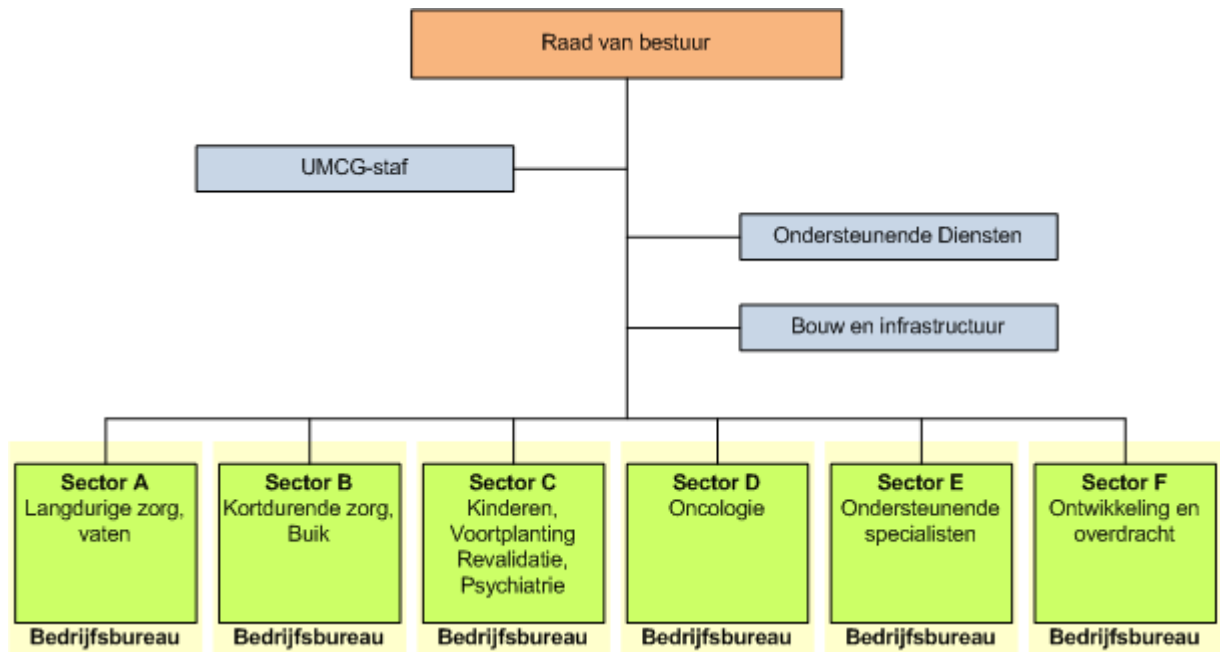
Het nieuw Ambulant Oncologisch Centrum

Binnen het UMCG streeft men naar grotere samenhang, daardoor is de bouw van het nieuw AOC een feit. In 2007 is begonnen aan het reorganiseren van de sector Oncologie, het AOC is hier uit voortgevloeid. Tevens is Oncologie onderhevig aan een grote stijging van het aantal patiënten; op dit moment een toename van 6% per jaar. Om deze stijging aan te kunnen is het van belang een Oncologisch centrum op te zetten die de groei en medische ambities kan ondersteunen.

2.3 Oncologie binnen de organisatie

De oncologische zorg betreft de hele zorgketen: ambulante zorg, klinische zorg, nazorg en thuiszorg. De patiëntenzorg-activiteiten richten zich daarbinnen op alle relevante aspecten: preventieve, curatieve zorg, revalidatie en palliatieve zorg. De sector Oncologie (figuur 2) beschikt over een infrastructuur waarbij moderne faciliteiten beschikbaar zijn voor onderwijs, opleiding en onderzoek. Door de toenemende diagnostische en therapeutische mogelijkheden is samenwerking tussen verschillende medische en niet-medische disciplines een absolute voorwaarde voor een optimale kwaliteit van zorg.

² Bron: <http://www.umcg.nl>



Figuur 1: Organogram UMCG

Die samenwerking wordt georganiseerd en gefaciliteerd vanuit de sector Oncologie. De sector levert zo iedere patiënt met kanker kwalitatief hoogwaardige zorg, op basis van inhoudelijke deskundigheid en een logistische organisatie. De sector Oncologie wil de processen zoals deze nu opgezet zijn analyseren en mogelijk verbeteren om tot een nog betere zorgverlening te komen.

Binnen de sector Oncologie wordt dit onderzoek uitgevoerd. In het volgende hoofdstuk is te lezen wat de opzet van het onderzoek is om het poliklinische proces binnen deze sector te optimaliseren.

3 Onderzoeksofzet

In dit hoofdstuk wordt uiteen gezet op welke wijze het onderzoek is opgezet en wordt beschreven welke theorieën en methodes zijn gebruikt binnen het onderzoek.

3.1 Het proces

Het onderzoek kende bij aanvang enkele fasen in het proces, deze fasen zijn in bijlage O weergegeven.

3.2 De omgeving

Het onderzoek is in opdracht van de sector Oncologie van het UMCG uitgevoerd. De opdracht is aangeboden via het Wenckebach Instituut. Dit instituut verzorgt de opleidingstrajecten binnen het UMCG. De opdrachtgever is het hoofd van het bedrijfsbureau welke de sector Oncologie ondersteunt. Binnen deze sector komt vanuit het management een sterke behoefte aan kwaliteitsverbeteringen ten behoeve van de patiënttevredenheid. Vanuit het bedrijfsbureau wordt ondersteuning aan kwaliteitsverbetering onderzoek dan ook voluit ondersteunt. Deze vraag komt echter niet van de medische lijn van de organisatie waardoor er geen cultuur heerst waarin alle medewerkers zich betrokken voelen bij kwaliteitsverbeteringen.

3.3 Theorie

Om het onderzoek een gefundeerde basis te geven is een onderzoeksmodel opgesteld. Om een onderzoeksmodel uit te kunnen voeren zijn verschillende theorieën en

methodes nodig. Deze staan onder het onderzoeksmodel in figuur 3 beschreven.

3.3.1 Onderzoeksmodel & Conceptueel model

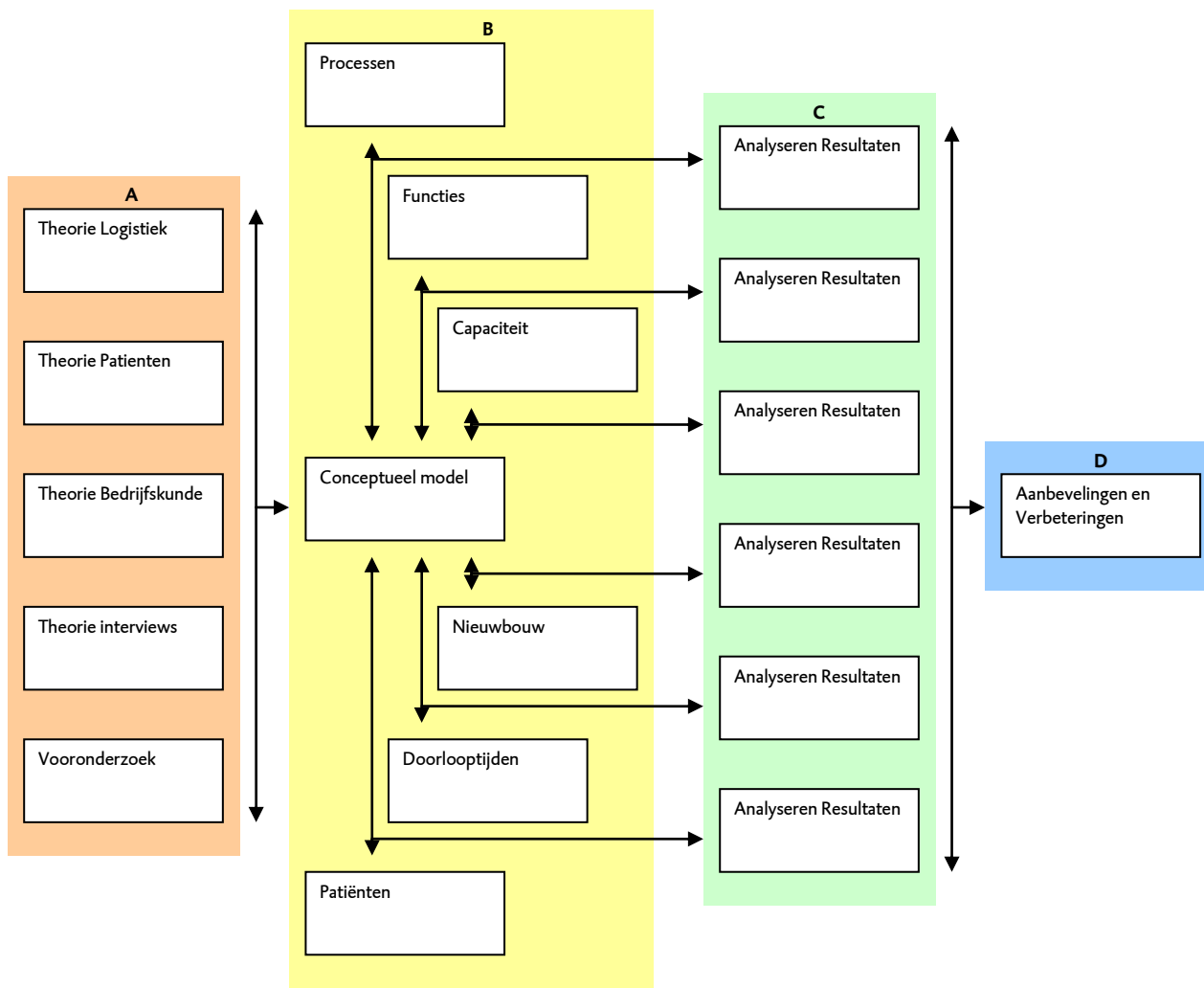
Het onderzoeksmodel en het conceptueel model zijn respectievelijk weergegeven in figuur 3 & 4.

3.3.2 Verwoording van het onderzoeksmodel

Door bestudering van theorieën van logistiek, bedrijfskunde, patiënten, interviews en vooronderzoeken die plaats hebben gevonden rondom het onderwerp patiëntenlogistiek, is een lijst opgesteld met oorzaken en achtergronden die in het conceptueel model worden weergegeven (A). Deze zal als basis dienen voor het onderzoeken van de onderzoeksonderwerpen (B): processen, functies, capaciteit, nieuwbouw, doorlooptijd en patiënt binnen de huidige vijf poliklinische processen. Uit de analyse van processen, doorlooptijd en capaciteit komen gegevens die gebruikt worden voor berekeningen. Vanuit functies, nieuwbouw en patiënt komt informatie die invloed kunnen hebben op de berekeningen (C). Door het analyseren van de resultaten, wat inhoudt een optimale balans vinden tussen de onderzoeksonderwerpen, resulteert dit in uiteindelijke aanbevelingen ter verbetering van de patiëntenlogistiek (D).

3.3.3 Conceptueel model

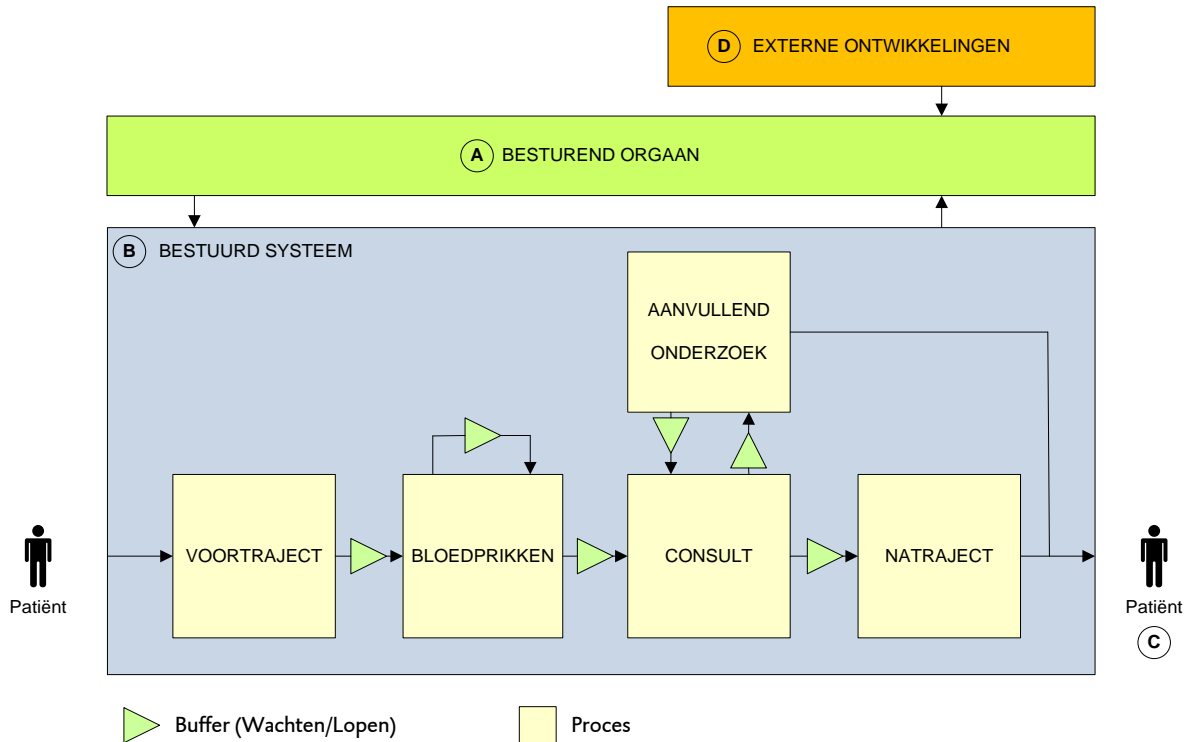
In het theoretische kader wordt de werkelijke situatie naast de theorie gelegd om verbanden te vinden en te definiëren op welke gebieden er onderzocht gaat worden. Het onderzoek is gefocust op het optimaliseren van processen ten behoeve van de patiënttevredenheid. Om de wensen en behoeften van de patiënt inzichtelijk te maken wordt het Gap-Model gebruikt. Dit model vertelt aan welke kwaliteit



Figuur 3: Onderzoeksmodel

de organisatie moet voldoen om in de behoeften (wensen en verwachtingen van dienstverlening) van de patiënt te voorzien. De uitkomsten van het Gap-Model leveren

onderzoeksrichtingen op welke, door middel van de theorieën en methoden uit Total Quality Management (TQM), worden geanalyseerd.



Figuur 4: Conceptueel model

TQM is een breed geaccepteerd kwaliteitssysteem voor het verbeteren van de kwaliteit van diensten en producten. Er is gekozen voor TQM omdat hierbij de tevredenheid van de klant (patiënt) centraal staat en het levert daarbij theorieën en methoden om processen te optimaliseren. In bijlage A wordt de TQM theorie nader toegelicht en aangegeven welke onderdelen er gebruikt worden. Het conceptuele model levert onderzoeksrichtingen aan. De onderzoeksrichtingen worden beantwoord met de daarvoor beschikbare theorieën en methoden vanuit TQM. In figuur 4 is het conceptuele model weergegeven.

Vanuit dit conceptuele model zijn onderzoeksrichtingen bepaald. De gedefinieerde onderzoeksrichtingen zijn; Besturend Orgaan (A), Bestuurd Systeem (B), Patiënt (C) en Externe ontwikkelingen. Een patiënt (C) komt binnen in het voortraject en doorloopt het proces tot en met het natraject. Als een patiënt niet direct door kan naar een volgend proces zal deze in de buffer komen. Deze processen maken deel uit van het bestuurd systeem (B). Dit bestuurd systeem wordt bestuurd door het besturend orgaan (A). Het besturend orgaan stuurt het bestuurd systeem aan met eventuele invloeden van externe ontwikkelingen (D).

Per onderzoeksrichting zijn deelvragen opgesteld om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden.

Deelvragen per onderzoeksrichting

A) Besturend orgaan / zorgadministratie & bedrijfsbureau

- Dient het anders opzetten van functies van medewerkers binnen de betrokken poliklinische processen tot verbetering van de patiëntenlogistiek?

B) Bestuurd systeem / poliklinische proces

- Op welke wijze zijn de processen binnen de vijf betrokken poliklinische processen indien nodig op een andere wijze in te richten zodat dit ten behoeve komt van de verbetering van de patiëntenlogistiek?
- Op welke wijze heeft de capaciteit van de nieuwe polikliniek invloed op het proces omtrent de patiëntenlogistiek?

- Welke invloeden hebben de doorlooptijden op het proces van de patiëntenlogistiek?

C) Patiënttevredenheid

- Wat is de invloed van de patiënt op het patiëntenlogistieke proces?
- Welke verwachting heeft de patiënt?

D) Externe ontwikkelingen

- Welke invloed heeft de nieuwbouw van de polikliniek op het proces van de patiëntenlogistiek?
- Welke invloeden hebben toekomstige ontwikkelingen op het patiëntenlogistieke proces?

3.4 Methoden

Om antwoorden te krijgen op de gestelde hoofdvraag en deelvragen worden verschillende methoden gebruikt. De methoden zijn in de onderstaande lijst weergegeven.

- Interviews
- Artsen
- Zorgadministratie
- Bedrijfsbureau
- Databaseanalyse
- Enquête tijdsmetingen met vragenlijst (bijlage B)
- Deskresearch:
 - Informatie uit UMCG database (bloedtijden en patiëntgegevens)
 - Patiënttevredenheid onderzoeken
 - UMCG intranet
- Fieldresearch:
 - Best in Practice (Orthodontie / Kaakchirurgie)
 - Poliklinieken analyseren (TQM)
 - Observatie poliklinieken (Aanwezigheid)

Het onderzoek wil de patiënttevredenheid omtrent de patiëntenlogistiek verbeteren. Om het onderzoek te starten is eerst de tevredenheid van de patiënt benodigd als leidraad voor het verbeteren van de kwaliteit. In hoofdstuk 4 wordt de patiënttevredenheid in beeld gebracht.

4 Probleemanalyse patiënttevredenheid

Met het oog op kwaliteitsverbeteringen voor de patiëntenlogistiek voor de sector Oncologie is het van belang te weten aan welke kwaliteitseisen men moet voldoen. Om een juiste maatstaf te hebben waar de huidige kwaliteit aan gemeten kan worden is het van belang dat de verwachtingen van de patiënt in kaart worden gebracht. Een manier om de patiënttevredenheid in kaart te brengen is door het gebruik van het Gap-Model. Het model is een hulpmiddel om te achterhalen in hoeverre de ervaringen van de patiënt overeenstemmen met de verwachtingen. Voor de input voor deze analyse zijn volgende patiënttevredenheid onderzoeken geraadpleegd:

- Patiënttevredenheid enquête ILOP september 2008, UMCG
- Rapportage KPAZ-Parrelelonderzoek Patiënttevredenheid 2007 (Afdeling Hematologie – Septemer 2008), UMCG.
- Plan van aanpak Klanttevredenheid (UMCG PvA_klanttevredenheid.pdf), UMCG intranet

4.1 Gap-Model

In bijlage C is het Gap-Model opgenomen. De verschillende gaps vanuit het model worden in de subparagrafen besproken.

4.1.1 Verschil waargenomen verwachtingen en werkelijke verwachting van de patiënt (Gap 1)

1. Een patiënt wil vertrouwen kunnen stellen in zijn behandelaars.
2. Een patiënt wil persoonlijk bejegend worden.
3. Een patiënt wil een duidelijk beeld hebben van wat hem te wachten staat.
4. Een patiënt wil dat afspraak ook afspraak is.
5. Een patiënt wil merken dat zijn zorgverleners goed op de hoogte zijn van zijn situatie.

6. Een patiënt wil dat zijn huisarts vlot op de hoogte wordt gesteld van de bevindingen in het UMCG.

De verwachtingen die gedestilleerd zijn uit de Longoncologie en Hematologie enquêtes komen overeen met de verwachtingen die het management van het UMCG heeft. De patiënt wil goed en tijdig ingelicht worden over zijn status, dit moet tijdig, juist en volledig gecommuniceerd worden naar betrokkenen. De patiënt verwacht op tijd opgeroepen te worden of tenminste ingelicht te worden over eventuele uitloop. De patiënt wil goed contact met polikliniekmedewerkers en artsen en als laatste punt wil de patiënt vertrouwen in de arts kunnen hebben als het gaat om medische hulp.

4.1.2 Verschil kwaliteit specificaties UMCG en de verwachtingen van het management (Gap 2)

De kwaliteitsspecificaties zijn door het Raad van Bestuur als patiënttevredenheidscriteria geformuleerd en dekken de verwachtingen die er worden gemaakt over patiënttevredenheid. Deze zijn opgesteld om ervoor te zorgen dat de medewerkers in de primaire zorg er in de praktijk mee aan de slag kunnen. De criteria zijn gebaseerd op diverse bronnen van informatie. Dit zijn: Citaten van patiënten in interviews en enquêtes. Criteria voor goede zorg van de NPCF. Vuistregels zoals deze al worden gehanteerd op enkele afdelingen.

4.1.3 Kwaliteitspecificaties³

- De wachttijd voor een poliklinische afspraak is maximaal 15 minuten. Een langere wachttijd wordt altijd uitgelegd.

³ Plan van aanpak Klanttevredenheid (UMCG PvA_klanttevrededeheid.pdf), UMCG intranet

- De huisarts wordt binnen twee weken geïnformeerd over de patiënt en bij een spoedpatiënt nog dezelfde dag.
- De toegangstijd voor een eerste polikliniekbezoek is maximaal drie weken.
- De functie van iedere UMCG medewerker (waarmee de patiënt contact heeft) is herkenbaar.
- Afspraak is afspraak. Wanneer dat een keer niet lukt, dan wordt er alles aangedaan om een goede en snelle oplossing te vinden.
- Een (poli)kliniek is goed bereikbaar en toegankelijk.
- De patiënt is goed geïnformeerd voorafgaand aan het eerste polikliniekbezoek. De informatie bestaat op zijn minst uit een afspraakbevestiging, een adequate routebeschrijving, informatie over de polikliniek en informatie over het UMCG.
- Bij een opname heeft de patiënt één vast aanspreekpunt.
- Er wordt aan de patiënt altijd toestemming gevraagd voor een behandeling.
- Tijdens een gesprek is er voor de patiënt voldoende tijd voor het stellen van vragen.
- Een patiënt is goed geïnformeerd over waar deze terecht kan met vragen na ontslag of polikliniekbezoek.
- Bij het maken van afspraken wordt rekening gehouden met de wensen en behoeften van de patiënt.
- Bij ontslag worden gemaakte afspraken en mondeling gegeven informatie schriftelijk en in begrijpelijke taal meegegeven aan de patiënt.
- Een polikliniek is telefonisch goed bereikbaar.
- Medewerkers dragen schone bedrijfskleding en/of correcte kleding.
- Een patiënt hoeft alleen zijn verhaal opnieuw te vertellen wanneer dat echt noodzakelijk is.
- Een patiënt wordt persoonlijk en met respect bejegend.

4.1.3 Verschil geleverde dienst en specificaties van de geleverde dienst (Gap 3)

Uit de patienttevredenheidsenquête van Longoncologie en Hematologie kwam naar voren dat de patiënten een hoge

waardering geven aan de persoonlijke aandacht van de arts, de deskundigheid van de artsen en de mate waarin de polikliniekmedewerkers patiënten helpen. Echter zijn er verschillende onderdelen die te maken hebben met informatieoverdracht van de ene naar de andere persoon, onderzoek geeft aan dat de tevredenheid hierover lager uitvalt.

De uitkomst met betrekking tot de logistiek levert een verwacht beeld. Bij de openvraag, in zowel de longziekten als hematologie enquête, naar verbetervoorstellen werd aangegeven dat de wachttijden tussen bloedprikken en het artsbezoek te lang duurde en dat daar wat aan gedaan moest worden. Op de vraag: 'Als u het voor het zeggen had wat zou u dan zeker willen veranderen op de polikliniek?' geeft de patiënt van longziekten en hematologie dan ook aan dat ze de wachttijd willen veranderen.

Dan zijn er nog twee relevantie uitkomsten die in de Longoncologie-enquête naar voren komen. Aangegeven wordt dat 33% van de patiënten die langer van 15 min moesten wachten dit ook daadwerkelijke te horen kreeg. Dit is niet conform de bovengenoemde kwaliteitsspecificaties. Ook is er gevraagd naar de duur van de wachttijden wat resulteerde in het volgende: '6% procent: ≤ tien minuten; 51 %procent: tussen de 10 en 30 minuten; 31 % tussen de 30 minuten en een uur; 11 % ≥ een uur'⁴

Uit deze gegevens kan geconcludeerd worden dat 42% te laat is opgeroepen en dat er waarschijnlijk maar 33% is ingelicht over de wachttijd. Die patiënt is ontevreden over de wachttijd en de informatie inlichting voor een polikliniek bezoek.

4.1.4 Verschil kwaliteit van de geleverde dienst en Uitingen van de te leveren dienst (Gap 4)

Het UMCG is een zorginstelling die geen reclame maakt. Wel is mond-tot-mond reclame een belangrijke factor.

⁴ Bron: Patienttevredenheid enquête longziekten

Vanwege dit feit is gevraagd aan de patiënt of deze de polikliniek Longoncologie zou aanbevelen aan vrienden of kennissen. Van alle patiënten longziekten gaf 97% aan de polikliniek aan te bevelen.

4.1.5 Verschil Verwachtingen van de afnemer en Percepties van de afnemer (Gap 5)

Het management van het UMCG en sector Oncologie weten wat de verwachtingen van de patiënt zijn. Hier wordt ook herhaaldelijk onderzoek naar gedaan. Echter zijn er drie onderdelen waarop het UMCG niet goed scoort. Dit heeft te maken met informatie uitwisseling tussen personen en de uitloop op de spreekuren. Dit houdt in dat niet voldaan wordt aan de volgende drie verwachtingen van de patiënt:

- Een patiënt wil een duidelijk beeld hebben van wat hem te wachten staat.
- Een patiënt wil dat afspraak ook afspraak is.
- Een patiënt wil merken dat zijn zorgverleners goed op de hoogte zijn van zijn situatie.

Patiënten worden niet op tijd ingelicht en worden, in 42% van de zelf aangegeven gevallen, te laat gezien door de behandelend arts. Belangrijk punt hierbij is dat de patiënten het blijven aangeven het fijn vinden om te merken dat de arts wel de tijd neemt voor zijn patiënten. Deze verwachting is belangrijk en moet behouden worden. Om de wachttijden weg te nemen moet het poliklinische proces worden geanalyseerd. Dit is nodig om de knelpunten te definiëren. Hierbij is het ook belangrijk om te kijken welke functionaris verantwoordelijk is voor de inlichting van de patiënt.

4.2 Conclusie

Naast ontevredenheid over de wachttijden en het niet inzichtelijk zijn van het spreekuurverloop is er ontevredenheid over de communicatie van artsen onderling. Door de Inspectie voor de Gezondheidszorg is

hier eind 2008 onderzoek naar verricht. Het resultaat⁵ van dit onderzoek is dat de artsen zich er meer van bewust moeten zijn dat zij maar één schakel vormen in de totale behandeling. Het officiële rapport hiervan is in maart 2009 opgeleverd. Op basis van dit rapport worden deze klachten van de patiënten ook binnen het UMCG nader geanalyseerd en het ziekenhuis is verplicht om voor 1 juni een coördinator communicatie aan te stellen welke de communicatie in de zorgketen van kankerpatiënten moet verbeteren.

In het kader van de opdracht ligt de focus van dit adviesrapport op de patiëntenlogistiek. Om de patiëntenlogistiek te verbeteren met als doel de patiënttevredenheid te verhogen moeten de poliklinische processen worden geanalyseerd. In het volgende hoofdstuk wordt het poliklinische proces beschreven met de resultaten die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen. De volgende twee gaps uit Gap 5 moeten worden weggenomen in dit adviesrapport:

Gap A: Een patiënt wil een duidelijk beeld hebben van wat hem te wachten staat.

Gap B: Een patiënt wil dat afspraak ook afspraak is. Bij de conclusies en aanbevelingen wordt aangegeven welke aanbevelingen deze gaps zullen wegnemen.

⁵ 'Zorgketen kankerpatiënten moet verbeteren', Inspectie voor de Volksgezondheid, bron: <http://www.igz.nl/publicaties/rapporten/1772323/zorgketen-kankerpatienten>

5 Het poliklinische proces (bestuurd systeem)

De processen van de betrokken specialismen zijn in dit hoofdstuk geanalyseerd. Na de analyse van de processen zijn de resultaten van de meting in deze processen geanalyseerd, daarbij is gebruik gemaakt van tools uit TOM (zie bijlage A). Op basis van de knelpunten uit de analyse worden oorzaken en gevolgen worden gedefinieerd met behulp van de Ishikawa⁶ tool.

5.1 Proces inrichting

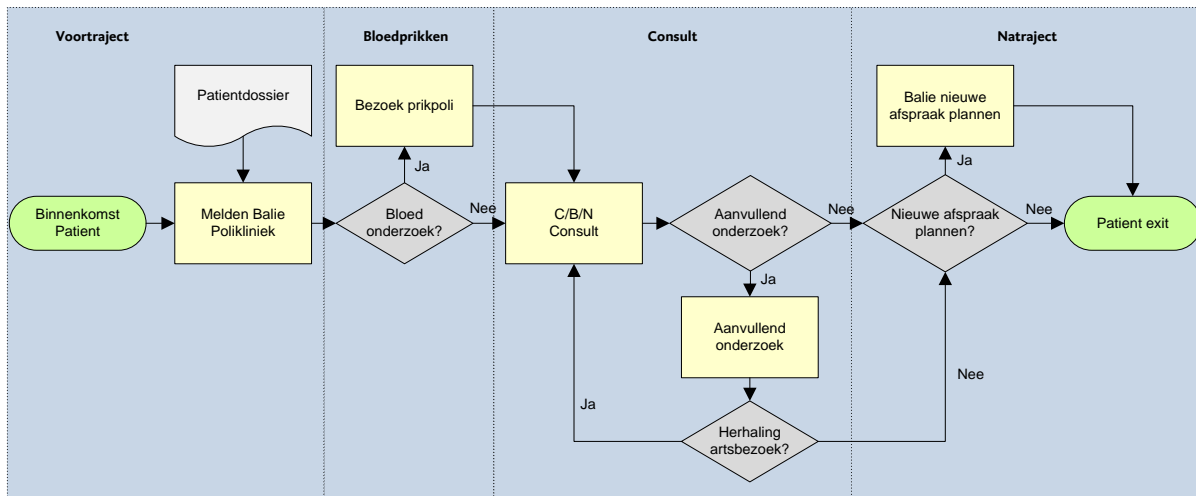
De processen zijn verdeeld over drie fysiek gescheiden poliklinieken. IAOP, ILOP en IHMP zijn op dezelfde polikliniek gevestigd. Het MDS van HHO en de KGAP zijn

separaat gehuisvest. Deze laatste twee hebben een afwijkend proces. In de onderstaande tekst worden de procesinrichtingen besproken.

5.1.1 Poliproces IAOP/ILOP/IHMP

Melden balie polikliniek

De patiënt meldt zich aan de balie. De gegevens van de patiënt worden gecontroleerd en/of aangevuld met actuele informatie. De patiënten welke vooraf aan het artsbezoek bloed moeten laten prikken ontvangen een orderbrief voor de prikpoli. De patiënten die vanuit de Oncologie bloed laten prikken krijgen voorrang bij de prikpoli zodat de uitslag op tijd beschikbaar is vóór aanvang van het artsbezoek. Een patiënt neemt direct in de wachtkamer



Figuur 5: Poliproces IAOP/ILOP/IHMP

⁶ Oorzaak-gevolg theorie

plaats als er geen bloed hoeft te worden geprikt.
Betrokken functies: medewerkers zorgadministratie

Bezoek prikpoli

De patiënt meldt zich aan de balie en overhandigd de orderbrief. De patiënt neemt plaats in de wachtkamer en wacht op de oproep. Na enkele minuten wordt de patiënt opgeroepen en wordt bloed afgenomen. Vervolgens kan de patiënt terug naar de polikliniek Oncologie.

Betrokken functies: medewerkers zorgadministratie, laborant

Bezoek aan arts (consult)

De arts roept de patiënt op. Deze wordt ontvangen in de spreekonderzoekkamer (SOK) en wordt gezien door de arts. Bij een nieuwe patiënt wordt een anamnese afgenomen. Er vindt eventueel lichamelijk onderzoek plaats en de arts beslist of er aanvullend onderzoek benodigd is. Waar nodig vindt dit plaats buiten de polikliniek. De arts werkt hierna het patiëntendossier bij. Bij een nieuwe patiënt wordt de diagnose vastgesteld en een behandelplan opgesteld. De arts geeft aan of en wanneer er een vervolgspraak gepland moet worden. De patiënt verlaat de spreekonderzoekkamer.

Betrokken functies: arts

Aanvullend onderzoek

De arts beslist tijdens het consult of aanvullend onderzoek⁷ nodig is. In bijzondere gevallen komt de patiënt na het aanvullend onderzoek terug op de polikliniek voor een tweede consult.

Betrokken functies: medewerkers zorgadministratie

Balie nieuwe afspraak plannen

De arts maakt kenbaar of en wanneer een vervolg afspraak gepland moet worden en dit wordt met de patiënt direct ingepland. De medewerkers van de zorgadministratie plannen vervolgens de benodigde afspraken. Op de

⁷ Aanvullend onderzoek vindt elders in het ziekenhuis plaats en kan bijvoorbeeld bestaan uit; ECG (hartritmefilm), röntgenfoto, bloedonderzoek, etc.

programmamap wordt genoteerd wat aangevraagd is. Het bezoek is hiermee afgerond.

Betrokken functies: arts, medewerkers zorgadministratie

5.1.2 Poliproces KGAP

Melden balie polikliniek

De patiënt meldt zich aan de balie. De gegevens van de patiënt worden gecontroleerd en/of aangevuld met actuele informatie. De patiënt neemt plaats in de wachtkamer.

Betrokken functies: Zorgadministratie medewerker

Bezoek aan arts (consult)

De patiënt gaat de SOK in en wordt gezien door de arts. Dit houdt in dat bij de eerste afspraak de arts informatie aan de patiënt geeft/vraagt over de familie en erfelijke ziektes. Bij een eindgesprek worden de uitkomsten van de onderzoeken gegeven door de arts. De patiënt verlaat hierna de SOK.

Betrokken functies: arts, klinisch geneticus

Bezoek prikpoli

De patiënt meldt zich bij de prikpoli en levert de orderbrief in. Vervolgens wordt de patiënt aangemeld en kan plaatsnemen in de wachtkamer van de prikpoli. Dan wordt de patiënt opgeroepen en wordt er bloed afgenomen, vervolgens vertrekt de patiënt. Een vervolgspraak ontvangt de patiënt per brief thuis.

Betrokken functies: medewerkers zorgadministratie, laborant

5.1.3 Poliproces Hoofd/Hals (MDS)

Melden balie polikliniek

De processtappen van het MDS van de HHO zijn een laatste stap in het proces welke nieuwe patiënten doorlopen waarvan waarschijnlijk is dat er kanker is geconstateerd in het hoofd-hals gebied. De diagnostiek die benodigd is om deze waarschijnlijkheid te onderzoeken vindt 's ochtends plaats op de poliklinieken van de Kaakchirurgie en KNO. De laatste stap in het proces valt onder de sector Oncologie; het MDS. De patiënten ontvangen een richttijd waarop zij zich moeten melden bij

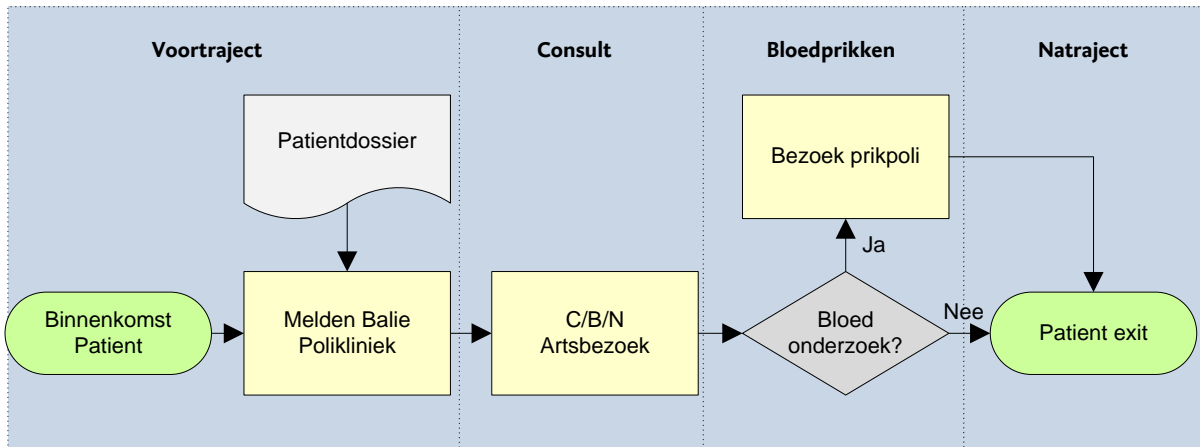
het MDS en worden door de oncologiecoördinator opgevangen in de wachtkamer.
 Betrokken functies: medewerkers zorgadministratie, oncologiecoördinator

Multidisciplinair spreekuur (MDS)

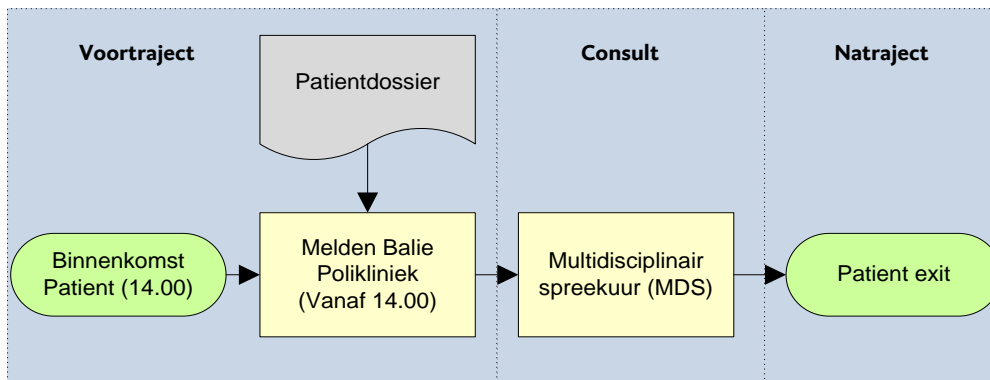
De patiënten worden behandeld op volgorde van melden en worden kort gezien door verschillende specialismen

tegelijktijd. Vervolgens vertrekt de patiënt uit de spreekkamer en stemmen de artsen onderling de diagnose af. Aansluitend wordt de patiënt ingelicht over het bepaalde behandelplan.

Betrokken functies: artsen, zorgadministratie medewerkers, oncologiecoördinator



Figuur 6: Poliproces KGAP



Figuur 7: Poliproces Hoofd/Hals (MDS)

5.2 Resultaten uit timingmetingen

In deze paragraaf komen de resultaten uit de metingen aan bod. Er worden eerst specificaties van het proces weergegeven. Vervolgens worden de resultaten gepresenteerd. Tijdens dit onderzoek zijn geen metingen voor het MDS van de HHO verricht. Dit komt omdat tijdens observaties is geconstateerd dat het proces gecontroleerd verloopt, gezien de kleine omvang van het proces zijn metingen niet nodig.

5.2.1 Opzet van metingen

De metingen hebben plaatsgevonden in de onderzoeksfase en zijn uitgevoerd in de drie laatste weken van januari 2009. De patiënten is gevraagd per onderdeel in het bezoekproces vast te leggen op welk tijdstip dit plaats vond. Tijdens de metingen is het onderzoeksteam aanwezig geweest op de polikliniek. Het directe contact met de patiënt was een waardevolle opzet. Dit gaf inzicht in situatie van de polikliniek en patiënt. Het informele contact met de patiënt leverde informele informatie op.

5.2.2 Proces specificaties

Het plannen van de patiënten gebeurt in een planningsysteem. Het planningsysteem levert de planning voor de artsen. Het plannen gebeurt op basis van standaard vastgestelde gegevens, zie tabel 2.

Specialisme / soort bezoek	Bezoekduur	Vooraf melden prikpoli
IHMP / Nieuwe patiënt (N)	30 min	30 min
IHMP / Herhalingsconsult (Controle/Behandeling)	15 min	30 min
ILOP / Nieuwe patiënt (N)	40 min	60 min
ILOP / Herhalingsconsult (Controle/Behandeling)	20 min	60 min

Tabel 1: Soorten bezoek per specialisme

Op basis van het type bezoek (N/C/B) en specialisme wordt een duur van een artsbezoek ingepland. Is bloedprikken

benodigd voor een bezoek dan moet de patiënt zich eerder melden. De tijd staat aangegeven in de derde kolom. Deze gegevens zijn door de metingen getoetst aan de werkelijkheid.

5.2.3 De doorlooptijd

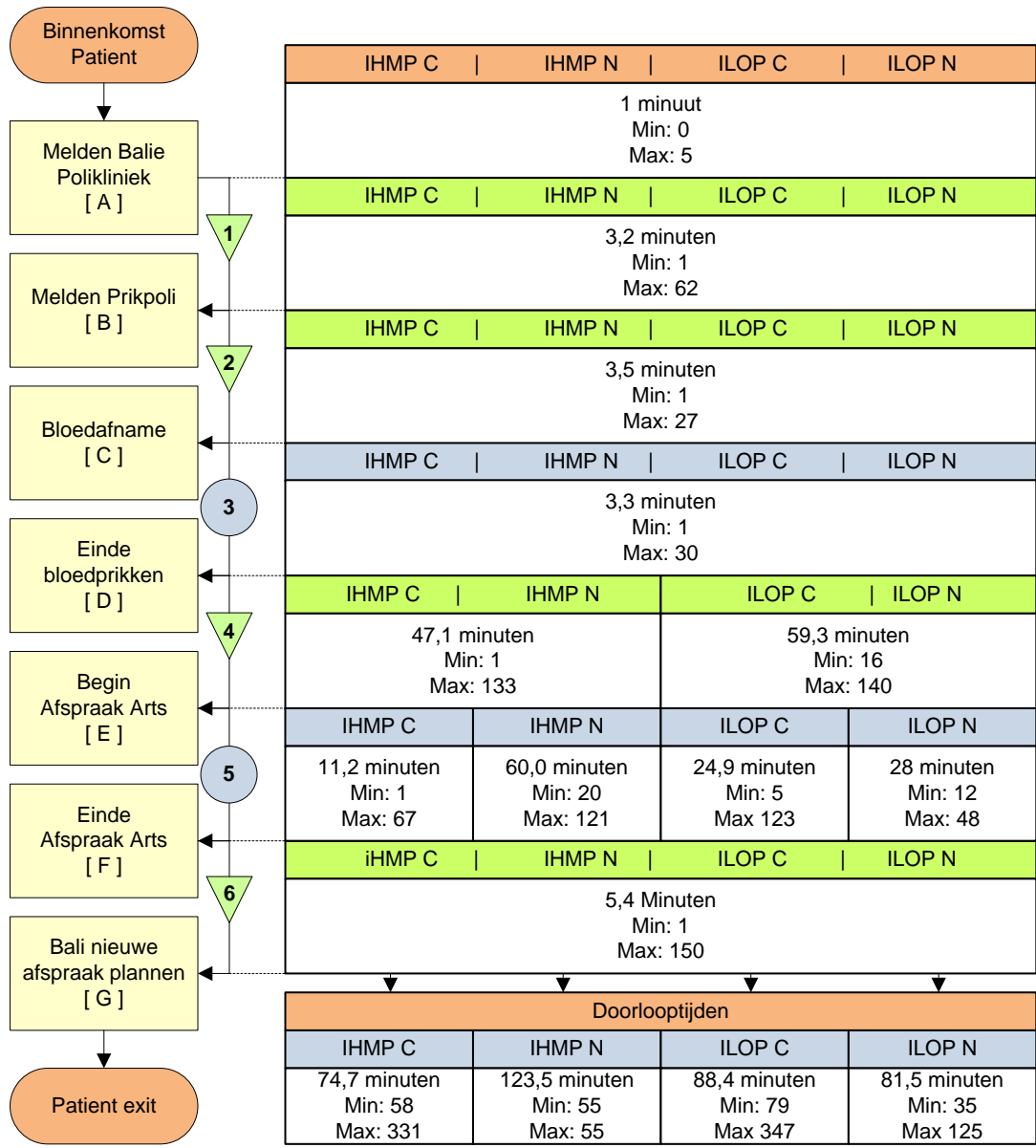
De doorlooptijd geeft de tijd weer wat de totale tijd is die een patiënt benodigd heeft om het gehele proces te doorlopen. Per processtap is dit in figuur 6 weergegeven. Van iedere stap in het proces is de mediaan gegeven samen met de minimale en maximale meetwaarde. De proces specificaties worden getoetst aan de hand van de waarden die gemeten zijn.

De tabel met doorlooptijden is weergegeven in figuur 8.

Conclusie

De tijd vanaf het melden bij de balie op de polikliniek tot aan einde bloedprikken verloopt snel. Vanaf einde bloedprikken tot begin afspraak arts ontstaat er een wachttijd. Dit wordt mede veroorzaakt doordat IHMP patiënten 30 minuten en ILOP 60 minuten voor de afspraak van de arts aanwezig moeten zijn. Echter zouden deze wachttijden bij IHMP op 19 min moeten liggen en bij ILOP op 49 min. Bij IHMP moeten ze gemiddeld 28 minuten langer wachten en bij ILOP 10 minuten. Tevens is er veel variatie in de duur van deze wachttijden. De uitschieters komen vaker voor dan in het statistische proces is toegestaan⁸. Hierover wordt in de volgende paragrafen geschreven. De laatste stap om een nieuwe afspraak te plannen levert verder ook geen problemen op. Eén uitloop op een dag kan ervoor zorgen dat de rest van de patiënten uitloopt. Ook al wordt er volgens normale doorlooptijd behandeld dan kan het proces alsnog verstoord verlopen. Het is dus van belang te onderzoeken hoe het proces zo in te richten is dat de uitlopen worden opgevangen of voorkomen worden.

⁸ De SPC's van deze processtappen zijn opgenomen in bijlage O Statistische Proces Controles. De statische onderbouwing is opgenomen in bijlage N.



Figuur 8: Doorlooptijden

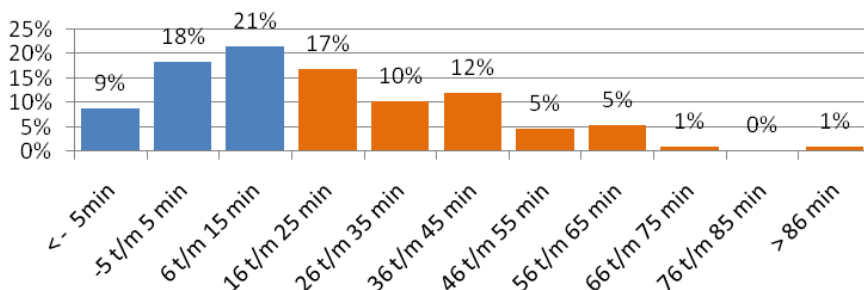
5.2.4 De tijd van afspraak

Binnen het UMCG is een wachttijd op het spreekuur van vijftien minuten een acceptabel gegeven. In deze paragraaf wordt per specialisme de wachttijd geanalyseerd. In de meetweken is gelet op de inlichting van de patiënten als het spreekuur uitliep. Er bestaat geen beleid op het informeren van de patiënt bij uitloop. Een proactieve zorgadministratief medewerker attendeert de patiënt bij het melden bij de balie op de uitloop van de arts. Dit is meer uitzondering van regel. De ILOP enquête laat zien dat in 33% van de gevallen de patiënt wel wordt ingelicht over de wachttijd.

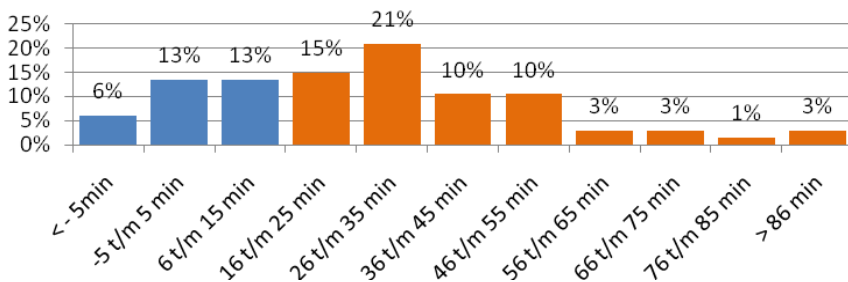
Bij IHMP is te zien dat 73% en bij ILOP in 81% van de gevallen de patiënt niet binnen vijf minuten wordt opgeroepen op de geplande afspraaktijd. Zelfs moet bij IHMP 51% en bij ILOP 67% van de patiënten langer wachten dan 15 minuten.

Conclusie

De uitlopen op spreekuren zijn beduidend langer dan de afgesproken norm. Een aanzienlijk deel van de afspraken die gepland staan worden structureel niet behaald en er wordt niet aan de patiënt verteld hoelang de wachttijd is



Figuur 9: Wachttijd IHMP



Figuur 10: Wachttijd ILOP

5.2.5 De aankomst tijd

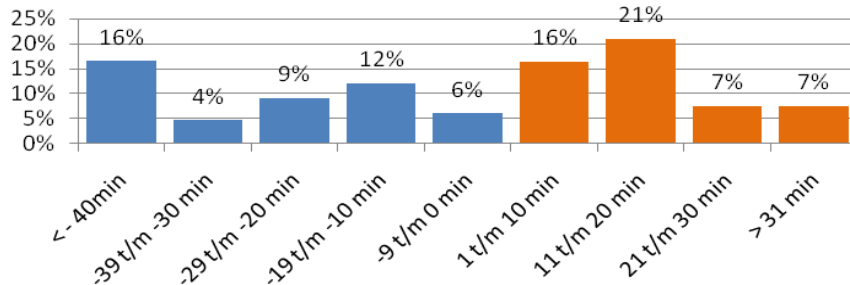
Een deel van de patiënten is volgens de metingen niet op tijd op de polikliniek. Dit gegeven is fataal voor de planning als er nog bloed moet worden geprikt. In de onderstaande histogrammen (figuur 9 / 10) wordt aangegeven of de patiënt al dan niet op tijd zich meldt op de polikliniek. Daarbij wordt er vanuit gegaan dat de ILOP patiënten zich 60 minuten voor de afspraak van de arts moeten melden. Voor IHMP is dit 30 minuten.

Bij IHMP komt 41% te laat op de polikliniek, bij ILOP is dit 47%. Dit betekent dat als een patiënt vooraf bloed moet laten prikken de uitslagen hiervan bij aanvang van het

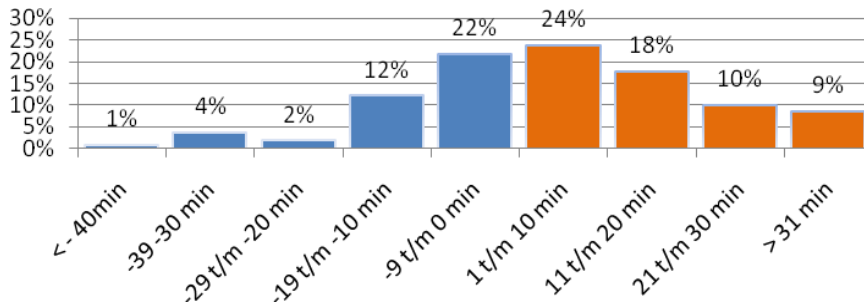
bezoek niet aanwezig kunnen zijn. Dit resulteert in een directe uitloop. Als een patiënt geen bloed hoeft te laten prikken heeft het te laat komen ook direct invloed.

Conclusie

Een aanzienlijke groep patiënten – van 41% tot 47% per specialisme - meldt zich later op de polikliniek. Tijdens het contact met de patiënt bleken hier verschillende redenen voor te zijn. De verkeersdruk en het op piekmomenten niet beschikbaar zijn van parkeerplaatsen heeft hier invloed op. Ook komen patiënten later omdat ze weten dat 'het spreekuur vaak uitloopt', zo wordt gesteld.



Figuur 11: Meldtijd patiënt voor aanvang bezoek (IHMP)



Figuur 12: Meldtijd patiënt voor aanvang bezoek (ILOP)

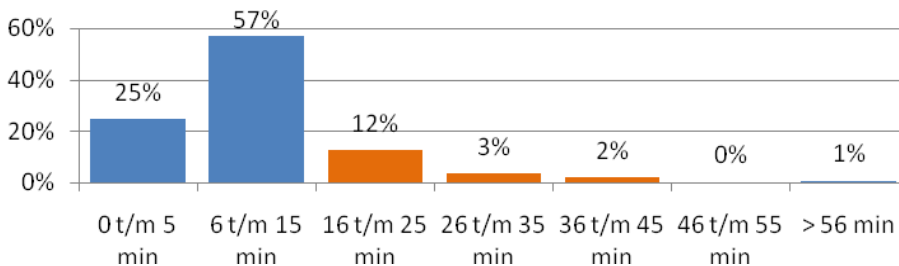
Daarnaast zijn de patiënten zich er niet altijd van bewust dat het bepalen van een bloeduitslag de tijd vergt die daarvoor staat aangegeven. Patiënten ervaren het als 'gedaan binnen enkele minuten', terwijl daarop volgend het labcentrum nog een uitslag van het bloed moet bepalen alvorens een artsbezoek kan starten.

Patiënten van IHMP en ILOP die bloed moeten prikken en voor 8.30 uur ingepland staan kunnen niet op tijd geholpen worden. De polikliniek opent om 8:00 uur waarna de patiënt eerst een orderbrief moet ontvangen van de zorgadministratie waarmee de patiënt zich kan melden op bij de prikpoli. Deze bloedwaarden zijn niet voor 8.30 uur bekend. Dit houdt in dat er uitloop op de planning ontstaat in het begin van de dag. Bij ILOP is gekozen om nieuwe patiënten in de ochtend te zien omdat deze vooraf geen uitslag van het bloed benodigd hebben. Dit is echter niet altijd mogelijk omdat er niet elke dag nieuwe patiënten zijn. Daarnaast wordt de regel niet consequent toegepast.

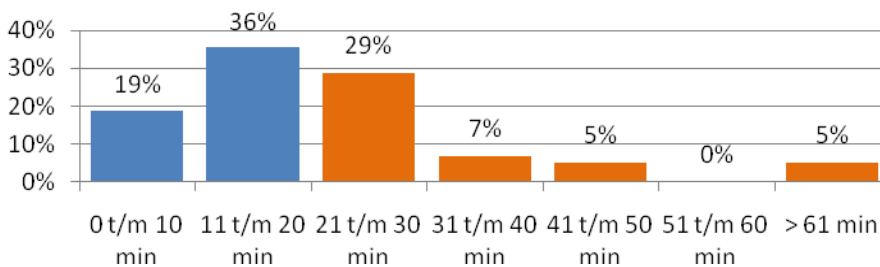
5.2.6 Duur van het bezoek aan de arts

De patiënt die voor een afspraak komt moet binnen de geplande tijd worden behandeld. Op het moment dat de duur van een bezoek uitloopt betekent dit dat deze tijd ingehaald moet worden of zorgt voor uitloop het spreekuur. Wordt de patiënt korter behandeld dan wordt er tijd terug gewonnen op de planning of kunnen andere artstaken worden gedaan. De resultaten zijn in de onderstaande histogrammen opgenomen. In bijlage E staan de SPC's van deze meetwaarden weergegeven.

Bij IHMP is te zien dat de consulttijden veel variatie hebben. Bij de herhalingsconsulten wordt 75% binnen de 15 minuten behandeld die er voor staat gepland. Zelfs 25% wordt eerder behandeld dan 6 minuten. Het proces is niet volgens de planning. Het overgrote deel wordt sneller behandeld dan staat ingepland.



Figuur 13: Duur herhalingsconsult IHMP



Figuur 14: Duur herhalingsconsult ILOP

Bij ILOP is te zien dat de consulttijden veel variatie hebben. Echter wordt hier 48% van de herhalingsconsulten binnen de 20 minuten behandeld en dat in 52% van alle gevallen het langer duurt dan gepland. Voor ILOP wordt er te weinig tijd ingepland voor patiënten.

Conclusie

De gegevens geven een beeld van de werkelijke consulttijden. Volgens de SPC (bijlage E) is het duidelijk dat het proces niet in controle is. Er is teveel variatie binnen de tijden en er zijn grote uitschieters. Oorzaken van deze problemen zijn dat er verschillen zijn tussen complexiteit van patiënt, werkwijze van de arts en de ervaring die de arts heeft. Dit zijn drie oorzaken die rechtstreeks invloed hebben op de verschillende consulttijden. Een feit is dat de planning niet gevolgd kan worden als deze tijden verschillen, de planning zal hierdoor uitlopen. Er moet inzicht komen in de consulttijden en de eigenschappen van uitschieters om meer naar de werkelijkheid te plannen.

5.3 De Huidige capaciteit

De verschillende specialismen hebben ieder een bepaald aantal kamers en artsen per week gereserveerd om polikliniek te draaien. In het onderstaande schema zijn de bezettingen van de specialismen ILOP, IHMP en IAOP opgenomen. Per dagdeel (ochtend of middag) staat aangegeven welk aantal kamers er per specialisme beschikbaar zijn. Een dagdeel bestaat uit 3,5 uur (210 min.). In de onderstaande overzichten is per specialisme berekend wat de theoretische behandelcapaciteit per dag is. Met deze theoretische behandelcapaciteit is een vergelijking gemaakt met de worstcase⁹ per dag uit 2008.

⁹ De worstcase per dag is berekend op basis van de drukste dag uit 2008. Zie bijlage G voor de onderbouwing van de worstcase.

ILOP	MA	DI	WO	DO	VR	Week totaal
Ochtend	4	0	4	2	3	13
Middag	1	0	1	0	1	3
Totaal	5	0	5	2	4	16
Huidige capaciteit (min)	1050	0	1050	420	840	3360
Worstcase (min)	620	0	700	360	700	2380
Worstcase t.o.v. Huidig	59%	0%	67%	86%	83%	71%

Tabel 2: Capaciteit ILOP

In tabel 3 is te zien dat er op maandag vijf dagdelen polikliniek beschikbaar zijn voor het specialisme ILOP. Dit resulteert in 1050 beschikbare planningminuten. De worstcase meldt dat de drukste maandag uit 2008 een theoretisch geplande bezetting van 620 minuten had en een theoretische bezetting van 59%. Gemiddeld gezien over de week is de theoretische bezetting 71%. De huidige manier van plannen in combinatie met de huidige beschikbare capaciteit zou op basis van deze gegevens theoretisch goed moeten verlopen. Dat de praktijk anders uitwijst bewijst dat de tijdsduur welke gereserveerd wordt voor een behandeling niet correspondeert met het werkelijke verloop.

IHMP	MA	DI	WO	DO	VR	Week totaal
Ochtend	1	0	4	5	3	13
Middag	4	4	0	0	1	9
Totaal	5	4	4	5	4	22
Huidige capaciteit (min)	1050	840	840	1050	840	4620
Worstcase (min)	885	1020	1515	1245	855	5520
Worstcase t.o.v. Huidig	84%	121%	180%	119%	102%	119%

Tabel 3: Capaciteit IHMP

Bij de IHMP is in tabel 4 zichtbaar dat de theoretisch beschikbare capaciteit niet geschikt is om aan de worstcase vraag te voldoen. Met uitzondering van de maandag is de capaciteit per dag niet toereikend om aan de vraag te voldoen. De theoretische overbezetting per week komt uit op 19%.

De praktijk (zie paragraaf 5.2.6) leert dat IHMP een goede doorstroom kent, oftewel de geplande tijdsduur van de behandeling van de patiënt wordt in de meeste gevallen gehaald of duurt zelfs korter. De oorzaak van de hoge worstcase zijn het hoge aantal dubbelplanningen welke bij dit specialisme voorkomen. Als de planning aangeeft dat er twee bezoeken van 15 minuten staan geboekt om 12:00 uur en beide patiënten worden bijvoorbeeld 10 minuten geholpen dan is de praktische bezetting 20 minuten, de theoretische bezetting daarin tegen 30 minuten. Zie ook paragraaf 5.4 Dubbelboekingen. IHMP kan in theorie dus niet voldoen aan de geplande vraag, in de praktijk lukt dit echter wel.

IAOP	MA	DI	WO	DO	VR	Week totaal
Ochtend	5	6	0	0	4	15
Middag	0	0	5	5	1	11
Totaal	5	6	5	5	5	26
Huidige capaciteit (min)	1050	1260	1050	1050	1050	5460
Worstcase (min)	960	945	795	660	1095	4455
Worstcase t.o.v. Huidig	91%	75%	76%	63%	104%	82%

Tabel 4: Capaciteit IAOP

De IAOP is qua capaciteitsvergelijking vergelijkbaar met de ILOP. Er is voldoende capaciteit om aan de worstcase te voldoen. De IAOP heeft niet deelgenomen aan de meting naar de doorlooptijden. De relatie tussen theorie en praktijk kan daarom niet gelegd worden.

5.3.1 Conclusies

De bovenstaande capaciteitsberekening stelt dat de ILOP en de IAOP in theorie voldoende capaciteit hebben om aan de geplande worstcase te voldoen. De praktijk (paragraaf 5.2.6) laat zien dat dit niet het geval is bij de ILOP. De gereserveerde geplande tijd voldoet niet in de praktijk. IHMP kan in theorie niet het worstcase scenario aan, terwijl de praktijk (paragraaf 5.2.6) IHMP geen extreme uitlopen op behandel tijden kent. De oorzaak van de grote theoretische vraag wordt veroorzaakt door twee factoren;

1. De patiënt wordt korter geholpen dan staat gepland (er is meer tijd gepland dan nodig is)
2. 14% van de afspraken voor IHMP betreffen dubbelboekingen (zie volgende paragraaf).

5.4 Dubbelboekingen

Bij het inplannen van de patiënten in het planningssysteem worden er patiënten in bepaalde gevallen dubbel ingeboekt. Dit houdt in dat er op eenzelfde tijdstip twee of meerdere patiënten staan ingeboekt. De oorzaken hiervan zijn divers;

Een patiënt moet op korte termijn terug worden gezien en op de dagen dat dit zou moeten geschieden is de behandelend arts volledig bezet.

Een patiënt ondergaat een behandeling op het dagcentrum en moet vooraf worden gezien door een arts zodat deze kan bepalen of de patiënt voldoende in staat is om de behandeling te laten plaats vinden. De zorgadministratie van het dagcentrum plant deze patiënten naast de poliklinische bezoekers in waardoor er een dubbele agenda ontstaat.

Een arts werkt gemiddeld sneller dan de geplande tijd en vraagt de administratie dubbel te plannen zodat er geen inzet tijd van de arts verloren gaat.

Het aantal spoedkarakter van de planning is hoog.

Gemiddeld 17% van de afspraken in een week worden in de week zelf nog geboekt. Zie paragraaf 5.5 Spoedkarakter.

Dubbelboekingen verstoren het proces en dit heeft twee belangrijke factoren;

De behandelend arts loopt achter de feiten aan aangezien er één patiënt tegelijk kan worden geholpen

Bij een dubbelplanning van twee patiënten is er altijd één patiënt welke zit te wachten op opvolging

Over het jaar 2008 zijn de dubbelboekingen geanalyseerd.

Er is per specialisme en per arts gekeken op welke tijdstippen meer dan één patiënt stond ingeboekt. De resultaten hiervan zijn in bijlage J Dubbelboekingen opgenomen.

De tabel in de bijlage geeft weer hoe vaak dubbelboekingen voorkomen per specialisme. Op de tweede regel staat het specialisme ILOP. Het aantal keer dat een dubbelboeking van twee patiënten tegelijk voorkomt is 301 keer. In totaal zijn hierbij dus 602 behandelmomenten bij betrokken waarvan de helft (bij een dubbelboeking van twee afspraken kan er maar één op tijd worden geholpen) hinder ondervindt. In dit geval ook 301 behandelingen. Bij de ILOP is er in 2008 gemiddeld 10% dubbel geboekt. Voor de specialismen IHMP en IAOP betreffen dit respectievelijk 14% en 7%.

5.4.1 Conclusie

Een deel van de patiënten kan in elk geval niet op tijd worden geholpen aangezien deze dubbel in de planning staan ingeboekt. Bij het streven naar minder wachttijd voor de patiënt dienen deze dubbelboekingen te worden voorkomen. Gezien de aard van het proces zal het zeker voor blijven komen dat er incidenteel een dubbelboeking benodigd is. De percentages van mate waarin de dubbelboekingen momenteel voorkomen zijn echter te groot om incidenteel te noemen.

5.5 Spoedkarakter

In de vorige paragraaf werden de dubbelboekingen in de planning besproken. Eén van de redenen van het ontstaan van dubbelboekingen is dat wanneer blijkt dat patiënten op korte termijn (met spoed) opnieuw gezien moeten worden hier geen ruimte voor bestaat in de planning. In deze paragraaf wordt het spoedkarakter van de planning in beeld gebracht.

Van de drie specialismen ILOP, IHMP en IAOP zijn in de weken 7, 8 en 9 van 2009 bijgehouden wanneer een afspraak met een patiënt in het systeem wordt ingeboekt. In tabel 7 is dit weergegeven.

Om tot deze cijfers te komen is er op de vrijdag vooraf aan de bovengenoemde weken een totaal export gedaan van

alle ingeboekte afspraken voor de week daarop. In het geval van ILOP week 7 betrof dit 47 afspraken. Op de maandag nadat de betreffende week stonden er 68 afspraken in het systeem. Dit resulteert in een absoluut verschil van 21. Relatief aan het aantal afspraken welke achteraf totaal in de week hebben plaats gevonden is dit 31%. Gemiddeld over alle specialismen is het spoedkarakter 17%.

Specialisme	Week	Vooraf	Achteraf	Vershil	Relatief aan vooraf	Relatief aan achteraf
ILOP	7	47	68	21	45%	31%
	8	50	69	19	38%	28%
	9	35	46	11	31%	24%
IHMP	7	178	209	31	17%	15%
	8	207	227	20	10%	9%
	9	166	189	23	14%	12%
IAOP	7	162	202	40	25%	20%
	8	131	168	37	28%	22%
	9	112	138	26	23%	19%
		1088	1316	228	21%	17%

Tabel 5: Spoedkarakter per specialisme

5.5.1 Conclusie

Op basis van de bovenstaande gegevens wordt de conclusie worden getrokken dat als de planning van een bepaalde week vol gepland staat voordat de week is gestart er gemiddeld nog een aanbod van 17% extra afspraken komt welke in dezelfde capaciteit geholpen moeten worden. Gezien de grootte van het spoedkarakter dient hier rekening mee gehouden te worden bij het inplannen

van patiënten. Als er blokkades¹⁰ beschikbaar zijn in de planning om spoedpatiënten op te vangen dan kan op basis van deze cijfers gesteld worden dat het aanbod er altijd zal zijn.

¹⁰ Een blokkade is een gereserveerd deel van de planning. Per blokkade kan ingesteld worden wanneer deze gebruikt mag gaan worden. Om het spoedkarakter op te vangen kan bijvoorbeeld ingesteld worden dat een blokkade op een werkdag twee dagen van te voren wordt vrijgegeven.

6 Zorgadministratie & bedrijfsbureau (besturend orgaan)

In de organigram (bijlage K) is weergegeven wat het besturend orgaan is van de polikliniek Oncologie. Het besturend orgaan bestaat op dit moment uit de sectordirecteur met binnen zijn sector de medische afdelingen en de zorgfaciliteiten: de verpleegafdelingen, het dagcentrum, de polikliniek en het bedrijfsbureau. In deze sector zijn er medisch hoofden van de afdelingen verantwoordelijk voor de medische lijnen in het organigram. Vanuit sector A Longziekten is de Longoncologie afdeling gehuisvest onder sector Oncologie en maakt deze gebruik van de bovengenoemde zorgfaciliteiten.

6.1 Huidige organigram

De administratieve poliklinische processen worden aangestuurd door de coördinator zorgadministratie en de verpleegkundige zorgprocessen door de hoofd verpleegkundige. Onder de coördinator zorgadministratie vallen de zorgadministratieve medewerkers (zie paragraaf 6.2) en onder de hoofd verpleegkundige vallen de verpleegkundigen. In de scope van dit onderzoek wordt er gekeken naar de poliklinische processen waar de zorgadministratie uitvoerend voor verantwoordelijk is.

In bijlage K is het organigram van de sector Oncologie opgenomen.

6.1.2 Verschil Polikliniek Oncologie en Kaakchirurgie & Orthodontie

Tijdens het onderzoek heeft het onderzoeksteam op de poliklinieken Kaakchirurgie en Orthodontie het poliklinische proces geobserveerd. In het volgende schema zijn de verschillen weergegeven tussen de polikliniek

Oncologie en de poliklinieken Kaakchirurgie en Orthodontie.

Polikliniek Oncologie	Polikliniek Kaakchirurgie
Geen Hoofd zorgadministratie	Wel hoofd zorgadministratie
Leidinggevende zorgadministratie is coördinator zorgadministratie	Leidinggevende zorgadministratie is hoofd zorgadministratie
Geen kwaliteitssysteem	Wel een kwaliteitssysteem
Geen signaleringscultuur	Wel signaleringscultuur

Tabel 6: Verschil tussen poliklinieken

In de volgende paragrafen wordt het verschil tussen hoofd zorgadministratie en coördinator zorgadministratie aangegeven om verschillen in leidinggevende taakomschrijving weer te geven.

6.1.3 De coördinator zorgadministratie

Deze functie richt zich vooral op het coördineren van de uitvoerende zorgadministratie en is dan ook dagelijks aanwezig op de polikliniek om de voortgang te bewaken en mee te helpen bij zorgadministratieve processen. De coördinator is zowel uitvoerend als leidinggevende. De taakomschrijving van de coördinator zorgadministratie staat bijlage P.

6.1.4 Het hoofd zorgadministratie

Het hoofd zorgadministratie richt zich meer op het management en het aansturen van de gehele zorgadministratie. Het is van belang dat er volgens beleid wordt gewerkt, knelpunten worden gerapporteerd naar het management en medewerkers. Het hoofd zorgadministratie is dus verantwoordelijk voor communicatie naar boven en naar onder in de hiërarchie. Deze functie is niet uitvoerend maar leidinggevend over de

zorgadministratie. De taakomschrijving van hoofd zorgadministratie staat beschreven in bijlage P.

6.1.5 Gewenste organigram

Uit bovenstaande gegevens blijkt dat het hoofd zorgadministratie meer leidinggevend is dan de coördinator zorgadministratie. Vooral de planning van medewerkers en de feedback is van belang als het gaat om het functioneren van de zorgadministratieve medewerkers¹¹. Het terugkoppelen naar het management is tevens noodzakelijk om het vastgestelde beleid te kunnen voeren, te kunnen adviseren over te volgen lijnen en om knelpunten op te kunnen lossen. In figuur 13 is in de organigram van sector Oncologie de functie hoofd zorgadministratie rood gearceerd.

6.1.6 Conclusie

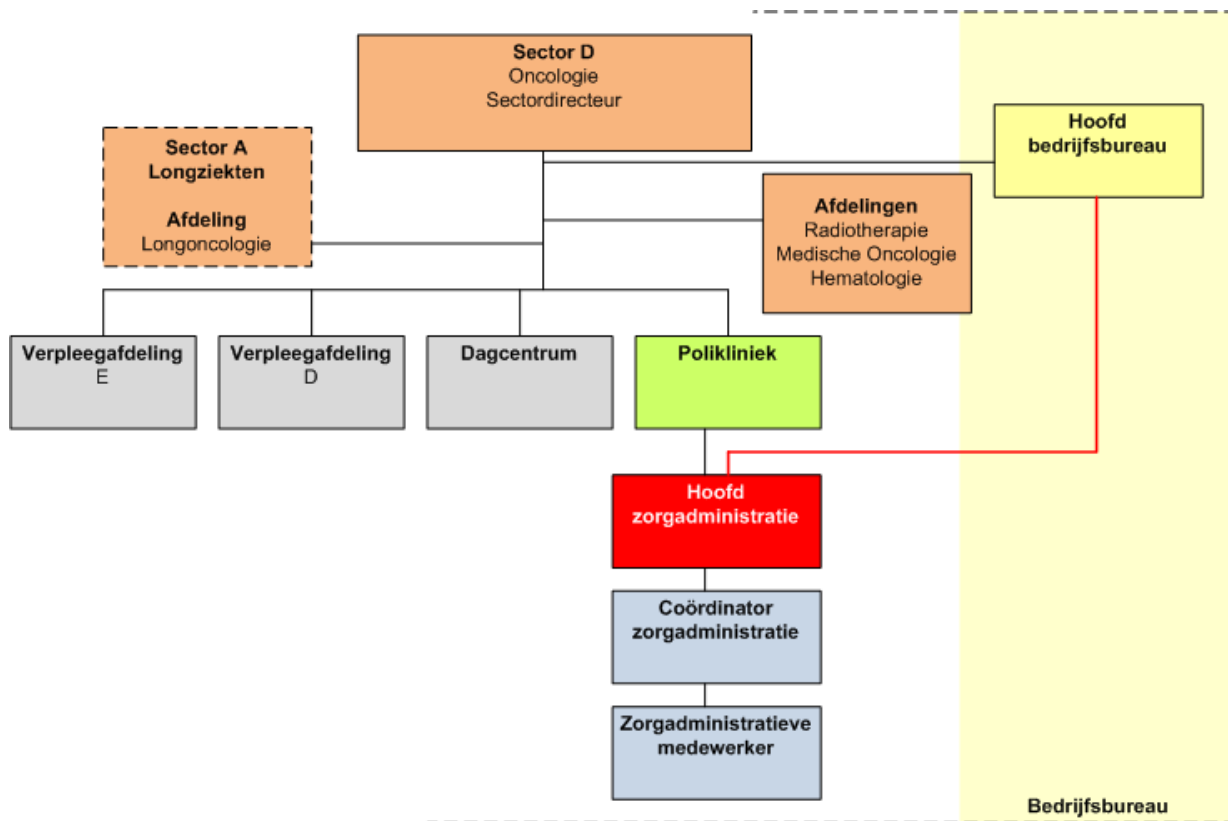
Bij de sector Oncologie is geen hoofd zorgadministratie aanwezig die zorgt voor terugkoppeling voor wat betreft beleid, wet- en regelgeving naar het management en naar medewerkers. De terugkoppeling die de coördinator zorgadministratie aan management en medewerkers geeft is uit hoofde van de functie meer operationeel en ad hoc van aard.

In de huidige situatie wordt aan de coördinator zorgadministratie leiding gegeven door het hoofd bedrijfsbureau. De terugkoppeling door de coördinator aan de leidinggevende betreffende de bedrijfsvoering van de polikliniek is op het niveau van de functie coördinator. Dit betekent dat er een lacune is op het gebied van informatievoorziening, advies en terugkoppeling aan het hoofd bedrijfsbureau op een hoger niveau. Dit heeft als gevolg dat knelpunten in het proces niet op tijd gesignaleerd worden en de kwaliteit niet gehandhaafd blijft of verbeterd wordt. Het is aan te bevelen dat in sector Oncologie de coördinator zorgadministratie doorgroeit naar de functie hoofd zorgadministratie of dat er een

functie wordt ingesteld boven de coördinator zorgadministratie en welke leiding geeft aan de gehele zorgadministratie.

Een ander gegeven is dat het kwaliteitssysteem bij de polikliniek Kaakchirurgie ervoor zorgt dat er een cultuur heerst waar fouten in het proces gesignaleerd mogen worden. Dit is onderdeel van het gebruikte kwaliteitssysteem en zorgt voor een open communicatie. Hierdoor worden knelpunten sneller gesignaleerd en opgelost. Tevens zijn in het proces verschillende functies betrokken, deze staan weergegeven in de volgende paragraaf met daarbij als conclusie de knelpunten aangegeven.

¹¹ Zie 'Onderweg naar Morgen? – Competentieonderzoek zorgadministratie', Riemkje Haisma, paragraaf 7.2.6 competenties zorgadministratie



Figuur 15: Organigram gewenste situatie

6.2 Betrokken functies

Dit zijn de taken die de betreffende functie behoort uit te voeren en noodzakelijk zijn voor het verloop van een poliklinisch spreekuur. Echter zijn ook operationalisatie taken uit te voeren, deze vergeet men sneller en zorgen uiteindelijk voor verslechtering van de patiënttevredenheid.

6.2.1 Zorgadministratie medewerker

Taken	Operationalisatie taken
Plannen polibezoek	Patiënt tevreden houden
Vorbereiden poli	Patiënt hulp aanbieden
Ontvangen patiënt	Patiënt inlichten over veranderingen
Afhandelen polibezoek	Contact en informatie overdracht met behandelend arts
Nazorg polibezoek	

Tabel 7: Taken zorgadministratieve medewerker

6.2.2 Laborant/Labmedewerker

Taken	Operationalisatie taken
Orderbrief aanmelden	Patiënt geruststellen bij prikken
Navragen of het de juiste patiënt is	
Bloedprikken	
Stickers op buisjes plakken	
Bloed naar labcentrum sturen	

Tabel 8: Taken laborant

6.2.3 Medicus

Taken	Operationalisatie taken
Behandelen/informeren patiënt	Patiënt gerust stellen
Afwikkelen correspondentie	Psychologische hulp
	Persoonlijke benadering
	Patiënt inlichten over veranderingen
	Contact en informatie overdracht met zorg administratieve medewerkers

Tabel 9: Taken Medicus

6.2.4 Geneticus

Taken	Operationalisatie taken
Behandelen/informeren patiënt	Patiënt gerust stellen
Afwikkelen correspondentie	Psychologische hulp
	Persoonlijke benadering
	Patiënt inlichten over veranderingen
	Contact en informatie overdracht met zorg administratieve medewerkers

Tabel 10: Taken Geneticus

6.2.5 Conclusie

De formele taken worden uitgevoerd door de functies. Bij de operationalisatie taken wordt echter vaak niet gedacht aan het inlichten van de patiënt over veranderingen die zich in het proces voordoen. Dit is de taak van de zorg administratie medewerker of die van de behandelende arts. Voor het behouden van de kwaliteit en patiënttevredenheid is dit wel noodzakelijk. Vanwege het feit dat artsen eigen patiënten hebben is het van belang dat de zorgadministratie hiermee bekend is. Het plannen gaat mis als de zorgadministratieve medewerker te weinig weet over patiënten van artsen¹². Het is belangrijk dat er een goede communicatie is tussen behandelend arts en de zorgadministratie als het gaat om het plannen van een poli bezoek. Bij het ontbreken van deze kennis en ervaring zal het vaker gebeuren dat de planning niet goed op elkaar af is gestemd en ontstaat uitlopen.

¹² Zie rapport 'Onderweg naar Morgen – Competentieonderzoek zorgadministratie' paragraaf 4.4.2 Rol zorgadministratie

7 Externe ontwikkelingen

In dit hoofdstuk worden de ontwikkelingen besproken welke plaats vinden in het UMCG en betrekking hebben tot de sector Oncologie. Een belangrijk item daarbij is de nieuwbouw van het AOC. Daarnaast lopen er verschillende projecten welke invloed hebben op de toekomst van het patiëntlogistieke proces in de sector Oncologie.

7.1 Nieuw Ambulant Oncologisch Centrum

Zoals aangegeven in de inleiding van dit rapport wordt er door de sector Oncologie een AOC opgezet om de samenhang binnen de sector te vergroten. In dit hoofdstuk wordt uiteen gezet welke veranderingen er optreden bij het verhuizen van de betrokken poliklinische processen naar dit AOC.

Het AOC wordt gebouwd op het terrein van het UMCG. In bijlage L is een plattegrond opgenomen van het UMCG met daarop aangegeven de locatie van de nieuwbouw.

Zodra de nieuwbouw van het AOC gereed is verhuizen de vijf poliklinische processen naar de nieuwe locatie. Procesinhoudelijk verandert er niets bij het overplaatsen van de processen. Wat echter wel verandert is de ligging van het centrum binnen in het ziekenhuis. Hierover wordt geschreven in paragraaf 7.1.1 Ligging. Bij het betrekken van de nieuwbouw is er een wijziging in de capaciteit. De capaciteit van de nieuwbouw wordt besproken in paragraaf 7.1.2.

7.1.1 Ligging

Voor vier van de vijf specialismen heeft dit geen invloed omdat bij de verhuizing de totale loopafstand binnen het ziekenhuis niet verandert. De nieuwe polikliniek ligt

praktisch naast de polikliniek waar nu gebruik van wordt gemaakt. De afstand die de patiënten voor het MDS van de HHO moeten afleggen verandert wel.

Zoals in het rapport staat geschreven is het MDS een laatste stap in de dagbehandeling van de bezoekende patiënten. Deze patiënten worden 's ochtends op de poliklinieken van de kaakchirurgie en KNO gezien voor diagnostiek. De laatste stap in het proces van deze patiënten is een bezoek aan het MDS. Tot op heden vindt dit plaats op de polikliniek van de KNO. Bij de verhuizing van het MDS naar het nieuw AOC dienen de patiënten zich te melden aan de andere kant van het ziekenhuis. De afstand die de patiënten moeten afleggen wordt vergroot met ca. 300 meter. De patiënten zijn in de regel zwak en / of oud. Het verplaatsen over een dusdanig grote afstand is daarbij moeizaam.

De communicatie tussen de diagnostiek welke vooraf aan het MDS plaats vindt en de opvang bij het MDS moet op elkaar afgestemd worden. De interne taxidienst in het UMCG moet op de donderdagmiddag waarop dat plaats vindt rekening houden met extra aanvragen.

7.1.2 Capaciteit

Het AOC biedt aan de specialismen extra behandelruimte. De specialismen hebben allen mogen aangeven hoeveel kamers zij wensten in het nieuw AOC. Het AOC biedt 16 behandelkamers, één gespreksruimte en één grote kamer voor het MDS. Gezien de capaciteitsberekening van de huidige situatie (zie paragraaf 5.3) zijn extra kamers in theorie niet benodigd. Toch hebben de specialismen extra behandelruimte aangevraagd. De tabellen uit paragraaf 5.3 zijn in bijlage G Capaciteit voorzien van de gevraagde capaciteit in het nieuw AOC.

In deze tabellen is te zien dat ILOP en IAOP de drukste dag uit 2008 (worstcase) aan zouden moeten kunnen en dan IHMP flinke ondercapaciteit heeft. Echter zijn er veel uitlopen in het proces en behandeld IHMP veel sneller dan aangegeven staat in de planning waardoor ze het wel redden de patiënten te zien op één dag (paragraaf 5.2.6). Dat de specialismen in theorie wel voldoen aan de benodigde capaciteit betekent dat de ingeplande tijdsduren van de planning niet corresponderen met de werkelijkheid.

7.1.3 Infrastructuur

Een veel gehoorde klacht van zowel medewerkers als patiënten is de infrastructuur rondom het ziekenhuis. Het UMCG is gelokaliseerd tegen de binnenstad van Groningen aan. Daardoor is het op gezette tijden druk op de weg waardoor het UMCG lastig is te bereiken. Daarbij is de huidige parkeer capaciteit onvoldoende op piekmomenten. Dit blijkt uit opmerkingen over infrastructuur van patiënten die deel hebben genomen aan metingen voor dit onderzoek (bijlage M). Uit paragraaf 5.2.5 blijkt ook dat de patiënten zich later dan gepland op de polikliniek melden. Eén van de oorzaken is de infrastructuur rondom het UMCG. Tot en met 15 maart 2009 hadden de medewerkers van het UMCG de mogelijkheid om te parkeren op het Bodenterrein achter het ziekenhuis. Deze is vervallen waardoor de drukte op de overgebleven plaatsen is toegenomen.

Er zijn twee mogelijkheden waarop patiënten meer geattendeerd moeten worden; Naast de hoofdparkeergarage onder het ziekenhuis is er ook een Parkeergarage Noord. Deze heeft een ingang aan de Antonius Deusinglaan. Het bestaan hiervan is bij het gros van de patiënten niet bekend. Aangezien deze parkeergarage nagenoeg onder het nieuw AOC ligt dienen patiënten hier meer op gewezen te worden om de bereikbaarheid te vergroten Op 800 meter afstand van het ziekenhuis is aan het Boterdiep in Groningen een grote parkeergarage geopend. Patiënten die capabel zijn om een kleine afstand te lopen

kunnen hiervan ook gebruik maken. Ook hierop moet meer gewezen worden in de communicatie.

7.2 Invoering Burger Service Nummer (BSN) & Elektronisch Patiënten Dossier (EPD)

Landelijk is bekend gemaakt dat er binnen de Nederlandse zorginstellingen gewerkt gaat worden met EPD. Daarmee beschikken de zorgaanbieders tijd- en plaatsonafhankelijk over actuele medische gegevens. Met de invoering van het EPD zijn ziekenhuizen vanaf juni 2009 verplicht om patiënten te registreren op basis van burgerservicenummer. Het registreren van de patiënt op basis van burgerservicenummer vereist een andere manier van werken bij de incheck van de patiënt. Momenteel worden de patiënten decentraal in het ziekenhuis ingecheckt bij het specialisme waar de behandeling plaats gaat vinden. Het UMCG heeft op 2 april 2009 besloten alle patiënten via een centrale meldbalie in te schrijven bij het eerste bezoek aan het ziekenhuis. Daarbij wordt de lastendruk op de poliklinieken verlaagd en neemt de kans op foutieve invoer af. De patiënt dient zich eenmalig bij het eerste bezoek aan het ziekenhuis te melden aan bij de centrale ingang van het ziekenhuis. Deze ontwikkeling geeft een lastenvermindering op de zorgadministratie omdat het invoeren van een nieuwe patiënt extra tijd vergt voor de zorgadministratieve medewerkers.

7.3 Informatie- en communicatietechnologie (ICT)

Zoals in elke organisatie blijft ook de ICT in het UMCG doorontwikkelen. De sector Oncologie heeft een aantal ICT projecten waar onderzoek naar wordt gedaan. In de onderstaande lijst is aangegeven welke projecten het betreft en welke invloed dit op de patiënt heeft.

Project	Relatie met patiënt
Scannen / papierloos werken	Een project wat UMCG breed stap-voor-stap wordt ingevoerd. Het voordeel voor de patiënt is dat zijn of haar dossier volledig digitaal wordt en overal inzichtelijk is in het ziekenhuis. Een dossier hoeft niet meer voorbereid (opgezocht) te worden
Patientbegeleidingssysteem	Een elektronisch systeem waarbij de patiënt een barcode laat scannen. Daarbij is de patiënt tijdens de behandeling te volgen en is inzichtelijk waar en of de patiënt überhaupt aanwezig is.
Draadloos internet (overal info beschikbaar)	Het AOC wordt uitgebreid met een draadloze internet verbinding. Daarmee is het voor de wachtende bezoekers mogelijk om met de hedendaagse techniek een verbinding met internet te kunnen maken.
Draadloze telefonie/sms i.v.m. bereikbaarheid patiënten, zorgverleners	Informatie uit het meldsysteem voor patiënten kan worden gecommuniceerd via telefonie of sms. Bijvoorbeeld de uitloop van een bepaalde arts kan via een tekstbericht worden verzonden zodat de patiënt zich vrijer kan bewegen door het ziekenhuis.
PC voorzieningen patiënten (voor anamnese)	Op de polikliniek computers beschikbaar stellen waar de patiënt gebruik van kan maken tijdens het wachten op de polikliniek. Hiermee kan ook informatie over een type ziekte worden opgezocht.

Tabel 11: Projecten Informatie- en communicatietechnologie

Om de bovengenoemde ontwikkelingen te onderzoeken heeft de sector werkgroepen ingezet om de haalbaarheid en implementatie te onderzoeken. Bij de nieuwbouw van het AOC zijn deze zaken makkelijker mee te nemen bij het definitief inrichten van het gebouw. Dit is een groot voordeel ten opzichte van het implementeren van nieuwe ontwikkelingen in de bestaande situatie.

7.4 Conclusie

Uit dit hoofdstuk is op te maken dat er nog externe ontwikkelingen zijn die invloed gaan hebben op het poliklinische proces. Zo is voor HHO het multidisciplinair spreekuur van belang dat de minder mobiele patiënten naar het OAC gebracht kunnen worden. Qua capaciteit is in theorie geen extra capaciteit benodigd voor ILOP en IAOP en wel voor IHMP. Het is belangrijk dat de ingeplande tijden dichterbij de realiteit komen zodat de capaciteit beter te bepalen valt en de planning beter verloopt. De invoering van het burgerservicenummer zorgt voor een andere manier van invoeren voor de patiënt, dit heeft invloed hebben op de zorgadministratie. Het burgerservicenummer is ook een doorontwikkeling net als

de ICT projecten welke moeten zorgen voor een snellere communicatie van gegevens.

Het ICT project waarmee een elektronisch meld- en oproepsysteem voor de patiënt wordt geïmplementeerd bevat elementen om de patiënten continue te meten in het proces. Dit levert managementinformatie op over de doorloop van de patiënt in het proces. Op basis van deze gegevens is continue verbetering mogelijk doordat het proces constant wordt gemonitord.

8 Knelpuntenbeschrijving

In hoofdstuk 5 is beschreven hoe de processen binnen de poliklinieken verlopen. In dit hoofdstuk worden de knelpunten gedefinieerd welke uit onderzoek naar voren zijn gekomen (zie bijlage F visgraatdiagram). De knelpunten worden besproken volgens de indeling van het conceptueel model; externe ontwikkelingen, besturend orgaan en bestuurd systeem (poliklinisch proces).

8.1 Poliklinisch proces (bestuurd systeem)

Het bestuurd systeem is het poliklinische proces waar de patiënt zich in begeeft. Uit de vorige hoofdstukken zijn de onderstaande knelpunten gedefinieerd. Per knelpunt is een verduidelijking gegeven.

Knelpunt	Uitleg
Patiënt komt te laat	Een patiënt die te laat komt verstoort het spreekuur direct
Storing labcentrum	Bij een (technische) storing op het labcentrum worden de bloeduitslagen vertraagd opgeleverd. Dit heeft direct invloed op het verloop van de planning.
Piekmoment bloedafname prikpoli	Op piekmomenten is het aanbod van de patiënten uit het gehele ziekenhuis groot. De patiënten die vanuit de sector Oncologie hebben voorrang d.m.v. een spoedaanduiding. Het risico op vertraging is groter bij een piek op de prikpoli.
Prikken patiënt moeizaam	Wanneer er bij een patiënt moeizaam bloed geprikt kan worden wordt het afgenomen bloed vertraagd aan het labcentrum aangeleverd. Daardoor worden de bloedwaarden later opgeleverd en dit heet direct invloed op de planning.
Wachttijd voor balie polikliniek	Er ontstaat een wachttijd van enkele minuten wanneer meerdere patiënten staan te wachten. Moet een patiënt bloedprikken dan is deze wachttijd nadelig voor het verloop. Het opleveren van een bloeduitslag kost tijd, wanneer dit vertraagd start worden de bloedwaarden later opgeleverd.
Onverwachte constatering	Bij het constateren van metastasen ¹³ of een andere vorm van ernstige berichtgeving heeft de patiënt tijd nodig om van emoties bij te komen en heeft daarbij vaak de behoefte aan extra informatie over de vervolgbehandeling.
Patiënt valt onder studie	De palliatieve patiënten die in de eindfase van hun behandeling vallen nemen deel aan een studie waarin ze worden gevolgd met als doel om daar als academisch ziekenhuis lering uit te trekken. Deze studiepatiënten vragen meer tijd dan een standaard herhalingsconsult.
Complexiteit van patiënt	De complexiteit van de patiënt heeft directe invloed op de tijdsduur van het consult. Een patiënt die wordt doorverwezen voor bv. een Second Opinion vraagt een uitgebreide behandeling wat kan resulteren in uitloop van de geplande tijd.
Nazorg door arts	Zie 'onverwachte constatering'
Bekwaamheid arts	Artsen hebben verschillende kennisniveaus en handelen op basis van persoonlijkheid op verschillende wijzen een spreekuur af. Sommige artsen zijn lang van stof, anderen niet. Oncologen in opleiding hebben supervisie tijd nodig, deze wordt ad hoc gegeven door andere artsen. Deze tussenkomsten zijn ongepland en hebben derhalve directe invloed op het verloop van de planning.
Niet of vertraagd opleveren bloeduitslag	Het gros van de patiënten heeft een uitslag van het bloedprikken nodig welke tijdens het consult geanalyseerd moet worden. Het niet of vertraagd opleveren van deze uitslag heeft in deze gevallen directe invloed op het

¹³ Metastasen: Uitzaaingen van kwaadaardige gezwellen.

	verloop van de planning.
Verstoring van consult	Tijdens de consulten is een arts op zijn pieper bereikbaar en moet hierop reageren. Echter zorgt dit vaak voor verstoring van het spreekuur.
Informatie en psychosociale hulp behoefte van patiënt tijdens consult	De patiënt kan een informatiebehoefte hebben tijdens het consult. Dit moet door een arts worden gegeven. Heeft een patiënt een grote behoefte aan informatie dan kan de geplande tijd voor het consult worden overschreden. Daarbij is er directe invloed op de planning. Een geëmotioneerde patiënt kan aanspraak doen op de psychosociale zorg welke binnen de sector actief is.
Slechte mobiliteit patiënt	Door verzwakking of ouderdom kan een patiënt zich niet of moeizaam door het ziekenhuis bewegen. Het UMCG heeft voor het vervoer tussen de poliklinieken een interne taxidienst beschikbaar. Deze taxidienst kan een wachttijd hebben.
Documenten t.b.v. het spreekuur niet voorbereid	De zorgadministratie is verantwoordelijk voor het voorbereiden van de documentatie (spreekuurlijst, orderbrief, programmamap) welke benodigd is voor het poliklinische spreekuur. Als één van deze documenten ontbreekt is de informatie om het proces succesvol te laten verlopen niet aanwezig en stooft dit direct op het verloop van de planning.

8.2 Besturend orgaan

Het besturend orgaan bevat het beleid van de organisatie en bespreekt de betrokken functies bij het proces. De knelpunten uit het besturend orgaan zijn in de onderstaande tabel opgenomen.

38

Knelpunt	Uitleg
Standaard tijdsduren consulten	De verschillende typen consulten hebben per specialisme een standaard tijdsduur waarop gepland wordt (zie paragraaf 5.3.2)
Specialist afhankelijk	De speekuren verlopen per specialist verschillend. Iedere specialist heeft een andere persoonlijkheid en uiteraard manier van behandelen.
Spoedkarakter (zie paragraaf 5.5)	Het aanbod van afspraken is hoog. Als de planning dagen van tevoren vol zit en het aanbod van patiënten welke gezien moet worden groot blijft, resulteert dit in een overvraag van de beschikbare capaciteit.
Geen buffer aanwezig	Een buffer in het plansysteem is in te zetten om eventuele uitlopen of last-minute afspraken op het spreekuur op te vangen. Een buffer vangt het spoedkarakter op.
Dubbelplanning dagcentrum en zorgadministratie	De zorgadministratie heeft als taak de planning voor het poliklinische spreekuur te vullen. Als een patiënt voor een behandeling op het dagcentrum moet komen dient deze vooraf gezien te worden door een arts. Deze momenten vinden door het poliklinische proces plaats op gereserveerde behandelconsultmomenten. Als deze plaatsen vol zitten wordt er dubbel in de planning geboekt. Zie par. 5.4.
Hoofd zorgadministratie/ Manager	Bij sector Oncologie bestaat geen hoofd zorgadministratie welke zorgt voor terugkoppeling van beleid, wet- en regelgeving etc. naar het management en medewerkers. De terugkoppeling die op dit moment vanuit de coördinator zorgadministratie aan het management en de medewerkers wordt gegeven is uit hoofde van de functie meer operationeel en ad hoc van aard.

Tabel 13: Knelpunten besturend orgaan

8.3 Externe ontwikkelingen

Met externe ontwikkelingen worden de externe factoren besproken welke een directe of indirecte invloed op het besturend hebben.

Knelpunt	Uitleg
Parkeergelegenheid	Op piekmomenten is het moeilijk om rondom het UMCG een parkeerplaats te vinden. Dit werd veelal door de patiënten aangegeven. Patiënten komen hierdoor te laat in het ziekenhuis. De exacte tijden hiervan zijn niet bekend.
Verkeersdrukte	Evenals de parkeergelegenheid heeft de ligging van het ziekenhuis nabij belangrijke verkeersaders van de stad Groningen gevolgen voor de bereikbaarheid. In de spits is het ziekenhuis slecht bereikbaar en hierdoor voor de patiënten lastiger te bereiken. Dit zijn externe signalen die tijdens de metingen werden gehoord.
Ligging	De wijziging van locatie heeft voor het MDS van de HHO nadelige gevolgen. Het MDS vindt niet meer plaats voor in het ziekenhuis op de KNO polikliniek maar in het nieuw AOC. De (vaak zwakke) patiënt dient een grotere afstand te overbruggen.

Tabel 14: Knelpunten externe ontwikkelingen

8.4 Conclusie

De knelpunten beschrijven de kritieke punten in de processen. Op basis van de genoemde knelpunten zijn in hoofdstuk 9 conclusies en aanbevelingen geschreven. Hoofdstuk 10 beschrijft op welke wijze de organisatie de genoemde aanbevelingen kan implementeren.

9 Conclusies en aanbevelingen

In het vorige hoofdstuk zijn de knelpunten gedefinieerd welke na aanleiding van het onderzoek zijn gevonden. Op basis van deze knelpunten worden in dit hoofdstuk conclusies getrokken en aanbevelingen gegeven. De conclusies en aanbevelingen geven antwoord op de gestelde hoofdvraag: "Hoe is het poliklinische proces van de patiëntenlogistiek te optimaliseren ten behoeve van de patiënttevredenheid in de sector Oncologie?"

9.1 Conclusies

Polikliniek bezoek

1. De artsen zien de patiënten op dit moment op naam, en dienen per geval te beslissen of een polikliniek bezoek kan worden uitbesteed aan een assistent of nurse practitioner.
2. De patiënten waar recidief wordt geconstateerd vergen veel tijd gezien de vele onderzoeken die voltooid moeten worden.

Planning

3. Er wordt geen rekening gehouden met individuele eigenschappen van een arts en/of een patiënt.
4. De polikliniek opent de deuren om 8:00 uur 's ochtends. Patiënten die tussen 8 en half 9 gepland staan kunnen niet op tijd behandeld worden omdat de bloedsuitslagen niet op tijd aangeleverd kunnen worden.
5. De patiënten melden zich later dan de geplande tijd. Dit zijn 41% tot 48% van alle patiënten.
6. De dubbelplanning is fataal voor het behouden van de planning en is een grote ergernis onder de artsen.
7. Het aantal dubbelboekingen in de planning hoog is. Dit varieert van 7% voor IAOP, 10% voor ILOP tot 14% voor de IHMP.

8. Het aantal patiënten wat in een lopende week nog wordt ingeboekt is hoog. Gemiddeld is dit 17% van de behandelde patiënten in een week over de specialismen IAOP, IHMP en ILOP.

Capaciteit

9. ILOP kan – bij beschikbaarheid en beschikbare behandelruimte – een beroep doen op een AIOS/nurse practitioner om een patiënt over te nemen.
10. De theoretische capaciteit in de huidige situatie is voldoende voor ILOP en IAOP, echter heeft IHMP een tekort aan theoretische capaciteit.
11. Capaciteit is niet goed te bepalen omdat de duur van de verschillende polibezoeken niet representatief is voor de werkelijkheid.

Besturend orgaan

12. Coördinator zorgadministratie is huidige leidinggevende.
13. Samenwerking van artsen en zorgadministratie van belang.
14. Geen kwaliteitssysteem.

Overigen

15. Artsen zijn via het piepersysteem bereikbaar tijdens de spreekuren. Hierdoor wordt het consult regelmatig verstoord.
16. Op drukke tijden in de spits en op piekmomenten in het ziekenhuis is het UMCG lastig te bereiken en is het aanbod van parkeerplaatsen klein.
17. Patiënten moeten betalen voor koffie, thee etc.
18. Patiënten hebben geen voorziening om zich terug te trekken wegens medische of psychische redenen.

9.2 Aanbevelingen

Op basis van de gestelde conclusies in paragraaf 9.1 zijn aanbevelingen gemaakt. Deze staan verdeeld in zes groepen: planning, informeren, capaciteit, zorgadministratie & bedrijfsbureau en overigen. Uit de conclusie van hoofdstuk 4 Probleemanalyse wordt Gap B weggenomen door de aanbevelingen in 9.2.1 Planning en Gap A door 9.2.2 informeren.

Planning

1. Door in de planning met meer rekening te houden dan alleen met de soorten N/C/B/G-bezoeken worden de uitlopen op consulttijden verlaagd.
 - a. De kankersoorten hodgkin / non/hodgkin vragen standaard meer tijd bij de Hematologie. Plan voor dit type patiënt 45 minuten in.
 - b. Bij ILOP loopt het merendeel van de patiënten in een onderzoek (trial) gezien de status van hun ziekte. Deze patiënten vragen altijd meer dan 20 minuten per consult en hier is eenvoudig op te plannen. Eventueel voorbereidend werk, zoals een CT scan opvragen, kan een assistent uitvoeren.
 - c. Er moet meer tijd voor 'second opinion' patiënten ingepland (45 a 60 min).
 - d. Plan de nieuwe patiënten voornamelijk in de ochtend in. Bij deze patiënten is het niet nodig om bloed te laten prikken vooraf aan het bezoek.
 - e. Op het statusformulier aangeven hoe lang het volgend consult van de patiënt waarschijnlijk gaat duren (zorgadministratie moet variërend in duur van consult kunnen plannen).
 - f. De patiënten die men ziet vooraf aan een chemokuur hebben geen grote variatie in consulttijd en lopen 'vlot' door. Tijd hiervan inschatten en inplannen.
2. De patiënt dient zich direct bij de prikpoli te kunnen melden om bloed te laten prikken. Men hoeft de orderbrief hoeft niet eerst op de polikliniek op te halen.

3. Aan de zorgadministratie ten behoeve van de planning verschillende bevoegdheden toekennen. Hier is een functie als een roosterbeheerder een optie.
4. Een blokkade/belemmering in het midden van de planning om de uitloop op te vangen.

Informeren

5. De patiënt in de brief beter inlichten over afspraken, eventuele invloeden op reistijd.
6. De patiënt beter attenderen op het tijdstip dat men zich uiterlijk bij de prikpoli moet melden.
7. Men moet beter vermelden dat het UMCG lastig te bereiken kan zijn.
8. Men moet attenderen op de drukte in Parkeergarage Zuid en dat er ook een Parkeergarage Noord is.
9. Patiënt dient inzicht te krijgen in het verloop van het spreekuur (Meld en oproep systeem).
10. Men moet patiënten inlichten wanneer het consult 15 minuten of langer uitloopt.

Capaciteit

11. Van te voren moet in de planning staan wanneer een AIOS of nurse practitioner patiënten kan zien.
12. De planning beter verspreiden over de week om piekmomenten kleiner te maken.
13. Om een duidelijk inzicht te krijgen in de benodigde capaciteit, moeten in te plannen tijden representatief zijn voor de werkelijkheid.

Zorgadministratie & bedrijfsbureau

14. Samenwerking tussen artsen en zorgadministratie is een pre voor planning.
15. Uit hoofde van de functie is het verstandig een hoofd zorgadministratie/manager aan te stellen.
16. Invoeren van kwaliteitssysteem om proces continu te verbeteren en te controleren.

Overige

17. Artsen moeten hun telefonische bereikbaarheid clusteren zodat deze niet op piekmomenten of tijdens een consult worden gestoord.
18. Gratis aanbieden van voorzieningen als koffie, thee e.d.
19. Voorziening voor patiënten die zich terug willen trekken wegens medisch of psychische redenen.

9.3 Antwoorden op onderzoeksvragen

De hoofdstukken in dit rapport geven antwoord op de onderzoeksvragen. Hieronder per vraag een samenvatting.

9.3.1 Besturend orgaan / Zorgadministratie & Bedrijfsbureau

Dient het anders opzetten van functies van medewerkers binnen de betrokken poliklinische processen tot verbetering van de patiëntenlogistiek?

Ja, door bevoegdheden toe te kennen aan de plannende zorgadministratieve medewerkers. Dit om ervoor te zorgen dat alleen competente medewerkers kunnen plannen. En het aanstellen van een hoofd zorgadministratie/manager polikliniek om het poliklinische proces dagelijks aan te sturen en helikopterview heeft.

9.3.2 Bestuurd systeem / Poliklinische proces

Op welke wijze zijn de processen binnen de vijf betrokken poliklinische processen indien nodig op een andere wijze in te richten zodat dit ten behoeve komt van de verbetering van de patiëntenlogistiek?

Door de patiënt niet eerst naar de balie van de polikliniek te laten gaan, maar rechtstreeks naar de prikpolikliniek. Dit scheelt gemiddeld volgens de doorlooptijd 10 minuten waardoor patiënten makkelijker op tijd bloed kunnen laten prikken. Hierna kan de patiënten tijdens het wachten op de bloeuitslagen zich melden bij de polikliniek.

Op welke wijze heeft de capaciteit van de nieuwe polikliniek invloed op het proces omtrent de patiëntenlogistiek?

Vanwege het feit dat het lijkt alsof er te weinig capaciteit is wordt er gevraagd om extra spreekonderzoekkamers. De theoretische huidige capaciteit is bij ILOP en IAOP voldoende terwijl deze bij IHMP juist te weinig is. Hierdoor kunnen ILOP en IAOP het zich meer veroorloven om uit te lopen per spreekuur dan IHMP.

Welke invloeden hebben de doorlooptijden op het proces van de patiëntenlogistiek?

Eén uitloop op een dag kan ervoor zorgen dat de rest van de patiënten voor de hele dag uitlopen. Uitlopen op spreekuren moeten voorkomen worden, daarbij is het belangrijk blokkades in te bouwen, ervoor te zorgen dat arts en patiënt niet te laat komen en moeten de in te plannen tijden representatief zijn voor de werkelijkheid. Tevens moet de bloed oplevertijd bekend zijn. Dit vergt in de toekomst nader onderzoek.

9.3.3 Patiënttevredenheid

Wat is de invloed van de patiënt op het patiëntenlogistieke proces?

Als de patiënt te laat komt, slecht te prikken is, slechte mobiliteit heeft of wegens medisch of psychische redenen het moeilijk heeft, kan dit invloed hebben op de doorlooptijd van het patiëntenlogistieke proces.

Welke verwachting heeft de patiënt?

Uit onderzoek is gebleken dat er niet voldaan wordt aan de dik gedrukte verwachtingen. Een patiënt wil:

- vertrouwen kunnen stellen in zijn behandelaars.
- persoonlijk bejegend worden.
- **een duidelijk beeld van wat hem te wachten staat.**
- **dat afspraak ook afspraak is.**
- **merken dat zijn zorgverleners goed op de hoogte zijn van zijn situatie.**
- dat zijn huisarts vlot op de hoogte wordt gesteld van de bevindingen in het UMCG.

9.3.4 Externe ontwikkelingen

Welke invloeden heeft de nieuwbouw van de polikliniek op het proces van de patiëntenlogistiek?

De nieuwbouw komt dichtbij parkeergarage Noord te liggen en ligt dichtbij het AOC. De ligging zal tevens een negatief effect hebben op HHO (MDS), deze patiënten moeten (ca. 300 verder lopen). De KGAP patiënten moeten prikken bij prikpoli tegenover AOC en als laatste zal er voor ILOP, IHMP (IHMD & IHMT) en IAOP weinig veranderen.

Welke invloeden hebben toekomstige ontwikkelingen op het patiëntenlogistieke proces?

Door invoeren van elektronisch meld- en oproepsysteem worden gegevens sneller verwerkt. Hier zal het EPD en BSN aan mee helpen en zorgen voor minder fouten.

10. Implementatie

In dit hoofdstuk worden stappen beschreven die nodig zijn om de aanbevelingen te implementeren in de organisatie. Er wordt in dit hoofdstuk verwezen naar de genummerde aanbevelingen in hoofdstuk 9.2. Bij de implementatie wordt geschetst wie verantwoordelijk is voor uitvoering van de genoemde aanbevelingen. Daarbij is aangegeven wanneer de implementatie kan starten en hoeveel tijd dit bij benadering vergt. Per aanbeveling dient het bedrijfsbureau van de sector Oncologie een detailplanning te stellen.

10.1 Planning

De aanbevelingen gegeven ter optimalisatie van de planning zijn te implementeren doormiddel van aanpassingen in de planningssoftware en het opstellen van planningsregels op de zorgadministratie. In de onderstaande tabel is beschreven op welke wijze de implementatie per aanbeveling dient plaats te vinden.

Aanbeveling	Implementeren op afdeling / betrokkenen	Verantwoordelijke/ Uitvoerende	Wanneer starten?	Implementatie Duur
1	Zorgadministratie / artsen	Bedrijfsbureau	Mei 2009	2 maand
	De aanbevelingen 1.1 t/m 1.6 zijn de stappen in het proces welke tot navolging van aanbeveling 1 komt. Dit betreffen planningsregels welke door het bedrijfsbureau via de coördinator zorgadministratie als regel moet worden afgesproken. De regels voor het inplannen van patiënten moet worden vastgelegd in een werkinstructie.			
2	Zorgadministratie / prikpoli	Bedrijfsbureau / labcentrum	Mei 2009	2 maand
	Bij de implementatie van aanbeveling 2 zijn twee afdelingen betrokken. De zorgadministratie en het labcentrum. De order om een patiënt bloed te laten prikken moet door de zorgadministratie van de polikliniek in het ordersysteem worden gezet. Deze lijst met orders moet bij de balie van de prikpoli opvraagbaar zijn.			
3	Zorgadministratie	Bedrijfsbureau	Mei 2009	1 maand
	De rechten die de medewerkers van de zorgadministratie krijgen dienen te worden bepaald en te worden toegekend aan het gebruikersaccount van de betreffende medewerkers. De medewerkers met de meeste rechten zijn de beslissende factoren in het geval van bijvoorbeeld dubbelplannen.			
4	Zorgadministratie	Bedrijfsbureau	Mei 2009	1 maand
	Het opnemen van een blokkade in de agenda en de manier van inplannen daarop dient afgesproken te worden met de betrokken medewerkers (zorgadministratie en artsen). De verantwoordelijkheid hiervan ligt bij het bedrijfsbureau.			

Tabel 15: Implementatie verbeteringen planning

10.2 Informeren

Aanbeveling	Implementeren op afdeling / betrokkenen	Verantwoordelijke/ Uitvoerende	Wanneer starten?	Implementatie Duur
5	Zorgadministratie	Bedrijfsbureau	Mei 2009	2 weken
	De geclusterde aanbevelingen 5.1 t/m 5.3 dienen op korte termijn te worden opgenomen. Dit betreffen relatief eenvoudige aanpassingen waarop de patiënt beter geïnformeerd wordt. Daarnaast dient beleid te worden opgesteld dat de patiënt proactief (aanbeveling 5.4/5.5) wordt benaderd wanneer er uitloop van spreekuur plaats vindt.			

Tabel 16: Implementatie verbeteringen informeren

10.3 Capaciteit

Aanbeveling	Implementeren op afdeling / betrokkenen	Verantwoordelijke/ Uitvoerende	Wanneer starten?	Implementatie Duur
6	Artsen	Bedrijfsbureau	Mei 2009	1 maand
	De artsen dienen deze aanbeveling samen met de assistenten en nurse practitioners in werking te zetten.			
7	Zorgadministratie	Bedrijfsbureau	Mei 2009	6 maand
	Het verplaatsen en/of uitbreiden van poliklinische spreekuren moet in samenspraak met de verantwoordelijken van de specialismen en de zorgadministratie gebeuren.			
8	Polikliniek	Bedrijfsbureau	Maart 2010	4 maand
	De doorlooptijden van de processen dienen continu te worden gemeten om de werkelijke doorlooptijden van de bezoekmomenten meer te plannen naar de werkelijkheid. Bij de bouw van het AOC dient de sector een elektronisch meld- en oproepsysteem te implementeren waardoor de doorlooptijden in het proces direct worden bewaard in het automatiseringssysteem.			

Tabel 17: Planning invoeren capaciteit

10.4 Zorgadministratie & ondersteunende staf

Aanbeveling	Implementeren op afdeling / betrokkenen	Verantwoordelijke/ Uitvoerende	Wanneer starten?	Implementatie Duur
9 - 11	Zorgadministratie / polikliniek	Bedrijfsbureau	Sep 2009	5 maand
	De functie hoofd zorgadministratie of manager polikliniek moet worden vervuld.			

Tabel 18: Implementatie verbeteringen zorgadministratie & ondersteunende staf

10.5 Overigen

Aanbeveling	Implementeren op afdeling / betrokkenen	Verantwoordelijke/ Uitvoerende	Wanneer starten?	Implementatie Duur
12	Polikliniek	Bedrijfsbureau	Mei 2009	2 week
	De polikliniek dient gratis koffie/thee etc. te verstrekken. De patiënten worden verplicht in bepaalde gevallen te wachten op bijvoorbeeld een bloedsuikerslag. Het aanbieden hiervan is een service naar de patiënt.			
13	Polikliniek	Bedrijfsbureau	Mei 2009	1 maand
	Tezamen met aanbeveling 7 beschikbaar stellen van ruimte waarin de patiënt kan bijkomen van emoties. Verspreiden van de capaciteit van de polikliniek levert ruimte in aanbod van behandelkamers waardoor een patiënt na een gesprek kan blijven zitten terwijl de arts verder werkt in een overige beschikbare ruimte.			

Tabel 19: Implementatie verbeteringen overige

Literatuurlijst

Boeken

- Krajewski, L.J. en Ritzman L.P.; “Operations Management – Processes and Value Chains”, Zeventh Edition
- Baarda, D.B. en de Goede, M.P.M.; “Basisboek Methoden en Technieken – Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek”, 3e herziene druk, Groningen/Houten, 2001
- Van der Bij, H., Broekhuis, M. en Gieskes, J.; “Kwaliteitsmanagement in beweging – Van blauwdruk naar contingenties en dynamiek”, 2e herziene druk, Kluwer – Deventer 2001/2004
- J.M. Buhrman ; “Basisboek statistiek”, 1ste druk , Noordhoff uitgevers, Oktober 1996
- P.M. Kempen en J.A. Keizer; “Advieskunde voor praktijkstages – Organisatieverandering als leerproces”, Tweede druk, Wolters-Noordhoff – Groningen, Mei 2000
- Prof. dr. ing. T.W. Hardjono, Ing R.J.M. Bakker; “Management van processen - identificeren, beheersen en vernieuwen”, Kluwer/INK, 2e druk 2004, ISBN 90 140 9607 0
- E.Pascoe-Samson; “Organisatie, besturing en informatie”, Kluwer bedrijfsinformatie,2e druk 2000, ISBN 90 267 2801 8
- Documenten
- Haisma, R.; Onderweg naar morgen (Competentie onderzoek zorgadministratie), Groningen, 6 Juni 2006
- Patiënttevredenheid enquête Longoncologie, september 2008, UMCG
- Patiënttevredenheid enquête Hematologie, KPAZ-Parrelelonderzoek Patiënttevredenheid Afdeling Hematologie – Septemer 2008, UMCG.
- Plan van aanpak Klanttevredenheid (UMCG PvA_klanttevredenheid.pdf), UMCG intranet
- Visie document sector Oncologie UMCG
- Sector Oncologie UMCG ontwikkelingsplan, Oktober 2006
- Mw. J van Enk, MB; Mw. Drs. A.V.M. van Etten, Een gestroomlijnd polikliniek proces
- Handboek, Invoering en gebruik Burgerservicenummer (BSN) in de zorg.
- Mari Anne Duits; “Is’t joe noar ’t zin?” Patiënttevredenheidonderzoek op de afdeling KNO/Hoofd-Halsoncologie UMC, Mei 2007 – Leek.

Websites

- <http://www.umcg.nl>
- <http://www.burgerservicenummer.nl>
- Intranet UMCG (niet extern bereikbaar)
- <http://www.wisfaq.nl>

Bijlage A - Total Quality Management

Omdat TQM raakvlakken als klanttevredenheid, continue verbetering en betrokkenheid van medewerkers heeft worden de desbetreffende onderdelen uit deze theorie gebruikt om de processen, doorlooptijden en capaciteitsbenutting in kaart te brengen. De kernbegrippen binnen TQM zijn:

- Verhogen van de klanttevredenheid;
- Verhogen van kwaliteit van goederen en diensten
- Verminderen van de uitval en verlagen van voorraden; dus kostenverlaging;
- Verhogen van productiviteit;
- Verkorten van de ontwikkeltijd van een product;

- Verminderen van onderhanden zijnde werk;
- Vergroten van flexibiliteit in het tegemoet komen aan de marktvrage;
- Verbeteren van de service aan klanten;
- Beter benutting van menselijk potentieel.

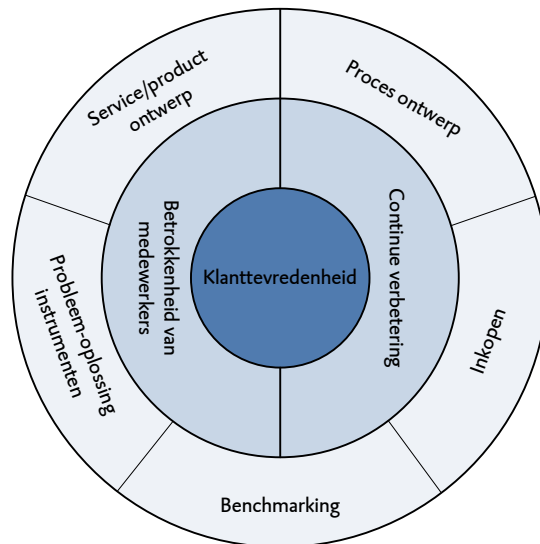
Deze kernbegrippen zijn terug te vinden het TQM-wheel. Het adviesrapport geeft een advies op basis van het conceptueel model welke analyses gebruikt van TQM. In het volgende figuur staan de aandachtspunten die bij TQM van toepassing zijn.

:

TQM-Wheel

Hieronder staan de onderdelen van TQM die raakvlak hebben met een onderdeel van het conceptueel model (A,B,C,D):

- A** Dienst/product ontwerp, continue verbetering
- B** Proces ontwerp, probleem-oplossings instrumenten, betrokkenheid van medewerkers
- C** Klanttevredenheid
- D** Benchmarking, Inkopen



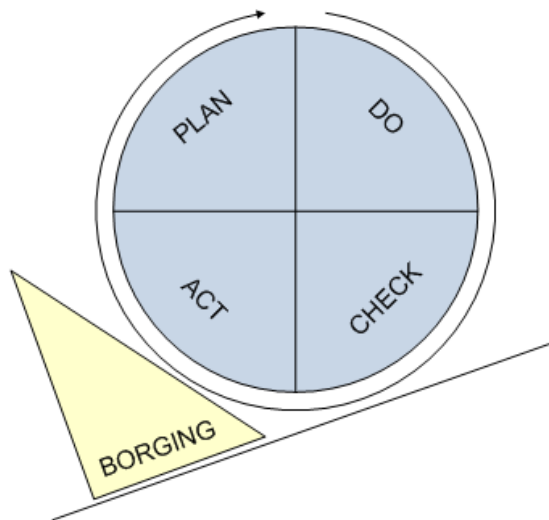
Hieronder zal aangegeven worden wat de relevanties van de TQM onderdelen zijn voor ons onderzoek.

Dienst en product ontwerp

Bij dienst- en productontwerp wordt er gekeken of er mogelijk verbeteringen aan te brengen zijn op de service die er nu gegeven wordt. Dit houdt in dat er zo mogelijk verbeteringen komen voor de polikliniek Sector D met het oog op de dienstverlening.

Continue verbetering

Bij continue verbetering wordt gewerkt met de Deming-circel. Deze staat voor het behouden en verbeteren van de kwaliteit. Intern wordt bij het UMCG ook deze theorie gebruikt voor het behouden en verbeteren van de kwaliteit. De cirkel beschrijft vier activiteiten die op alle organisaties van toepassing zijn. In een cyclus kunnen die zorgen voor een betere kwaliteit. De vier activiteiten zijn:
Deming-circel



- PLAN : Opstellen van een plan voor de uitvoering van processen en vaststellen van normen en concrete

doelstellingen. Hier wordt duidelijk gemaakt wat er onderzocht moet worden.

- DO : Voer de geplande processen uit. Hier wordt het onderzoek uitgevoerd.
- CHECK : Controleer de processen op de uitvoering en registreer afwijkingen op de norm. Meet de beoogde resultaten. Hier worden de analyses op de onderzoeksresultaten uitgevoerd.
- ACT : Evalueer afwijkingen en resultaten en neem actie. Herontwerp de processen indien nodig voordat deze opnieuw worden uitgevoerd. Hier worden de aanbevelingen aangegeven en eventueel geïmplementeerd.

Proces ontwerp

Bij het aanbrengen van verbeteringen voor het proces van de poliklinieken is het belangrijk dat er duidelijk wordt vastgelegd waar het proces aan moet voldoen. Belangrijk is dat, als er een verbetering in het proces benodigd dient te zien, hier gekeken wordt naar het inrichten van het proces met oog op de materialen en samenhang tussen subprocessen, mate van klantcontact, flexibiliteit van de medewerkers, grootte van capaciteit en in welke mate (deels of volledig) het proces zich binnen de organisatie afspeelt.

Probleem-oplossings instrumenten

Om het proces van de polikliniek te kunnen meten en analyseren zijn er verschillende instrumenten benodigd uit de TQM en Deming-circel theorie. De volgende middelen en meetinstrumenten liggen daaraan ten grondslag: Flowchart

Een flowchart geeft het proces in detail weer, daarin vindt men de taken, de procedures, de alternatieven, de beslissingspunten en de feedbacksystemen. Er dienen wel een aantal stappen gerespecteerd te worden: het onderwerp moet worden geïdentificeerd, begin- en eindpunten moeten worden vastgelegd, de taken worden onderverdeeld in subtaken, die laatste worden dan in de flowchart gebracht. Deze methode komt zeer goed van pas bij het in kaart brengen van het poliklinische proces.

Pareto chart

Op de horizontale as staan de factoren in afnemende mate van frequentie in de vorm van een bar chart. Op de twee verticale assen staan links de frequenties (zoals in een histogram) en rechts de cumulatieve percentages van die frequentie. Daaruit kan men afleiden dat “problemen” meerder oorzaken kunnen hebben en welke daarvan dienen opgelost te worden. Deze chart is geschikt om een groot aantal data te ordenen en er op een vlugge manier conclusies uit te trekken. Deze methode kan gebruikt worden om te zien hoeveel patiënten te laat zijn of in hoeveel van de gevallen het spreekuur uitloopt.

Histogram

Een histogram is de grafische weergave van de frequentieverdeling in klassen gegroepede data, afkomstig uit een continue kansverdeling. Op de horizontale as wordt de omvang van een bepaald verschijnsel uit het proces weergegeven en op de verticale as de frequentie van dit verschijnsel. Hier kan in aangegeven worden hoeveel patiënten bijvoorbeeld tussen de 10 en 20 minuten moeten wachten.

Oorzaak-gevolg-diagram

Het oorzaak-gevolg-diagram is ook bekend onder de benaming visgraat-diagram (fish-bone diagram) of Ishikawa diagram. Bij TQM elke link tussen kwaliteit en klant, kwaliteit en input, kwaliteit en methodes en kwaliteit en processen van groot belang bij de totstandkoming van een product of dienst.

Dit soort diagram, ontwikkeld door Karou Ishikawa, brengt meteen de oorzaak van een kwaliteitsprobleem aan de orde. Op de graat vindt men het kwaliteitsprobleem, op de zijgraten de mogelijke oorzaken, zoals de mens, de omgeving, het materiaal, de methodes en de procedures. Al naargelang het bedrijf kunnen die categorieën verschillen.

Statistic proces controle

Bij deze methode, ook SPC genoemd, wordt kwaliteit in elke proces gestuurd. Het is zowel een toolkit als een strategie. SPC is een statistische procedure die veel gebruik

maakt van control charts. Dit zijn grafieken waarin de meetgegevens weergegeven worden met uiterste waarden en gemiddelden. Doormiddel van het analyseren van de meetgegevens kan gezien worden waar gegevens uitschieten. Op basis hiervan kan gekeken worden wat de oorzaak in een proces is wat zorgt voor deze uitschieters. Bij dit onderzoek betekent dit dat er gezien kan worden waar in het proces er uitloop ontstaat. Hier kan dan op ingegaan worden.

Betrokkenheid van medewerkers

Bij een TQM benadering is de betrokkenheid van medewerkers een van de belangrijkste elementen. Dit betekent dat er een organisatie cultuur heerst waarin alle medewerkers weten wat een kwaliteitssysteem is en willen streven naar een continue verbetering van de organisatie. Hierbij is het belangrijk dat het teamverband wordt aangemoedigd. Dit is namelijk noodzakelijk voor het verkrijgen van informatie en het navolgen van een kwaliteitssysteem. Dit gegeven zal gebruikt worden in het onderzoek om medewerkers bij het project te betrekken zodat er voldoende informatie geraadpleegd worden. De cultuur die in het UMCG is niet de cultuur van TQM. Het wordt dan ook niet gebruik om in te voeren, maar als lijddraad om medewerkers in het proces te betrekken. In de aanbevelingen kan dit punt terugkomen als hier opvallende gegevens naar voren komen.

Klanttevredenheid

Dit is het tweede belangrijkste element van TQM. Om aan kwaliteit te kunnen voldoen moet men weten wat kwaliteit is. Kwaliteit kan alleen gemeten worden als het bijvoorbeeld naast specificaties van een product of klant kan worden gelegd. Bij dit onderzoek is het van belang dat de dienst voldoet aan de wensen/eisen die de klant stelt. Voor de invulling van deze gegevens worden verschillende patiëntenonderzoeken geraadpleegd en wordt er tijdens de meetweken contact gemaakt met de patiënt. Om erachter te komen wat de klanttevredenheid is gebruiken wij het GAP-Model (Zie figuur x).

Benchmarking

Bij dit element wordt het proces vergeleken met een ander gelijksoortig proces. Dit kan gebruikt worden om verschillen in het proces op te sporen om te verbeteren. Deze methode zal worden gebruikt om de 'Best-in-practice' te vergelijken met het poliklinische proces van sector D. De 'Best in practise' die gebruikt wordt is de afdeling Orthodontie. Deze hebben een zeer gestroomlijnd proces.

Inkopen

In de theorie van TOM moet bij dit element gelet worden op de inkopen benodigd zijn voor het proces. Gelet wordt daarbij op de prijs, kwaliteit en levering. De benodigheden die van medische aard ingekocht moeten worden vallen buiten het kader van dit onderzoek. Echter zal dit onderwerp alleen naar voren komen als het inkopen benodigd blijken te zijn in het poliklinische proces.

Bijlage B - Meetformulieren

Meetformulier onderzoek patiëntenlogistiek

Op het onderstaande formulier vragen wij u om tijdstippen te noteren van de verschillende stappen binnen uw bezoek. Bij iedere balie staat een klokje met een oranje onderkant. Wij verzoeken u vriendelijk het tijdstip van deze klokjes te gebruiken. Zie de achterkant van het klembord voor verdere uitleg.

Invullen door zorgadministratie	
Code specialist:	_____
Rechtsoms:	_____
Datum:	_____
<input type="checkbox"/> ILOP	<input type="checkbox"/> IHMP

Aankomst polikliniek (invullen door zorgadministratie)

①

Tijdstip geplande afspraak			→	Tijdstip melden balie		
UUR	:	MIN		UUR	:	MIN
	:				:	

Bloedonderzoek / prikpoli (Alleen invullen als u zich moet melden bij de prikpoli)

②

Tijdstip melden prikpoli			→	Start bloedprikken			→	Bloedprikken klaar		
UUR	:	MIN		UUR	:	MIN		UUR	:	MIN
	:				:				:	

Controle specialist

③

Begin afspraak arts			→	Eind afspraak arts		
UUR	:	MIN		UUR	:	MIN
	:				:	

Plannen vervolgspraak

④

Tijdstip plannen bezoek afspraak		
UUR	:	MIN
	:	

Aanvullend onderzoek (foto, echo, bloedprikken)

EXTRA →

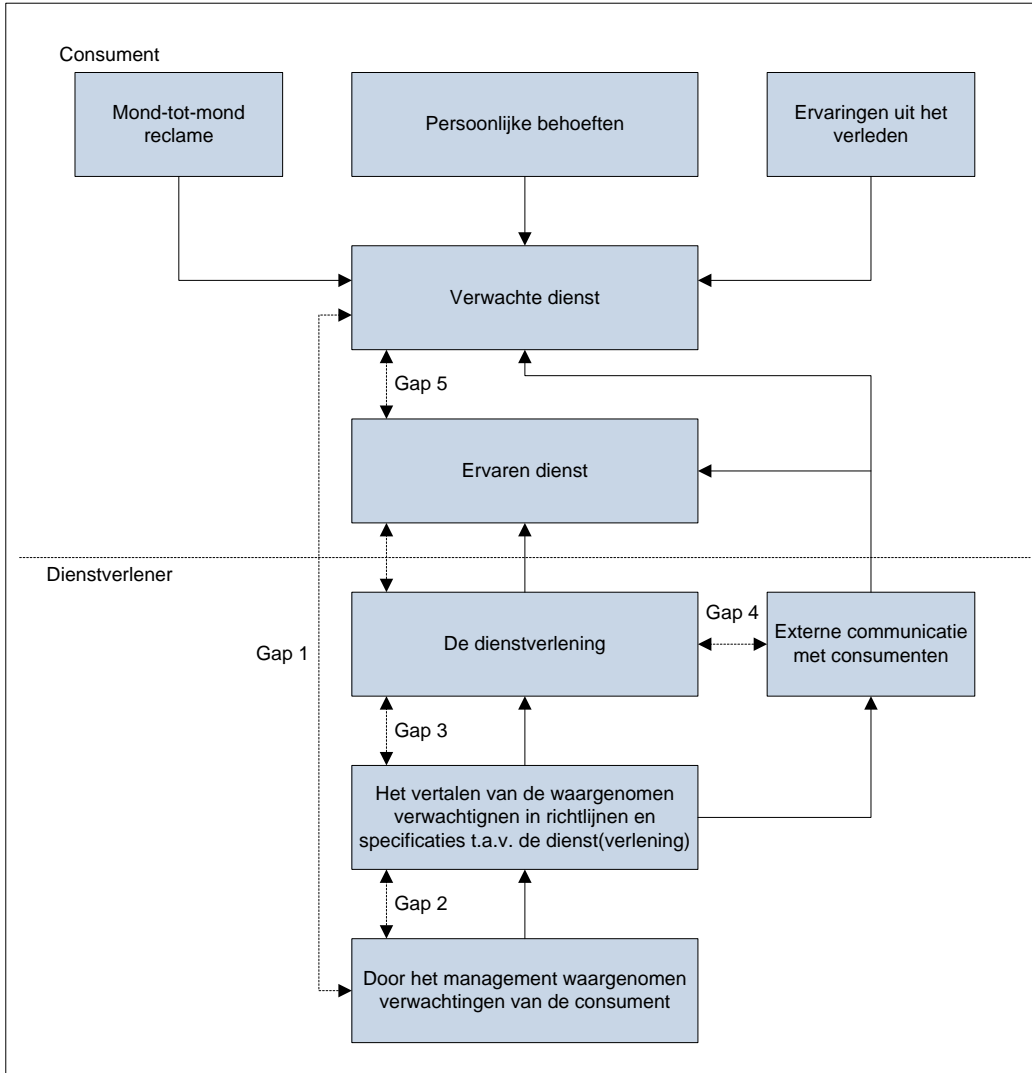
Naar welk aanvullend onderzoek bent u verwezen?			→	Tijdstip aanvullend onderzoek gereed			→	Tijdstip tweede oproep		
<input type="checkbox"/> Röntgenafdeling				UUR	:	MIN		UUR	:	MIN
<input type="checkbox"/> ECG					:				:	
<input type="checkbox"/> Bloedonderzoek					:				:	

Als u eventuele opmerkingen heeft stellen wij het zeer op prijs als u die hier vermeldt:

Hartelijk bedankt voor uw medewerking! Het formulier kan in afloop van uw bezoek worden ingeleverd bij de balie van de polikliniek.



Bijlage C - Gap-Model

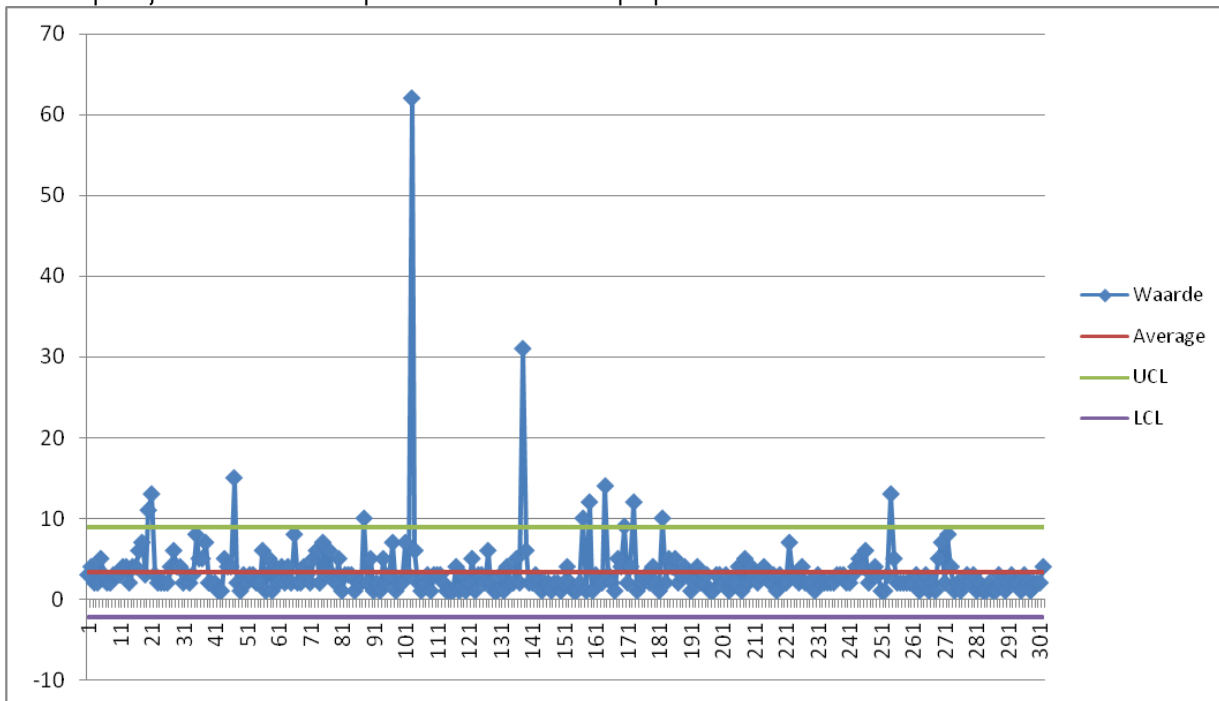


Bijlage D - Verklarende woordenlijst

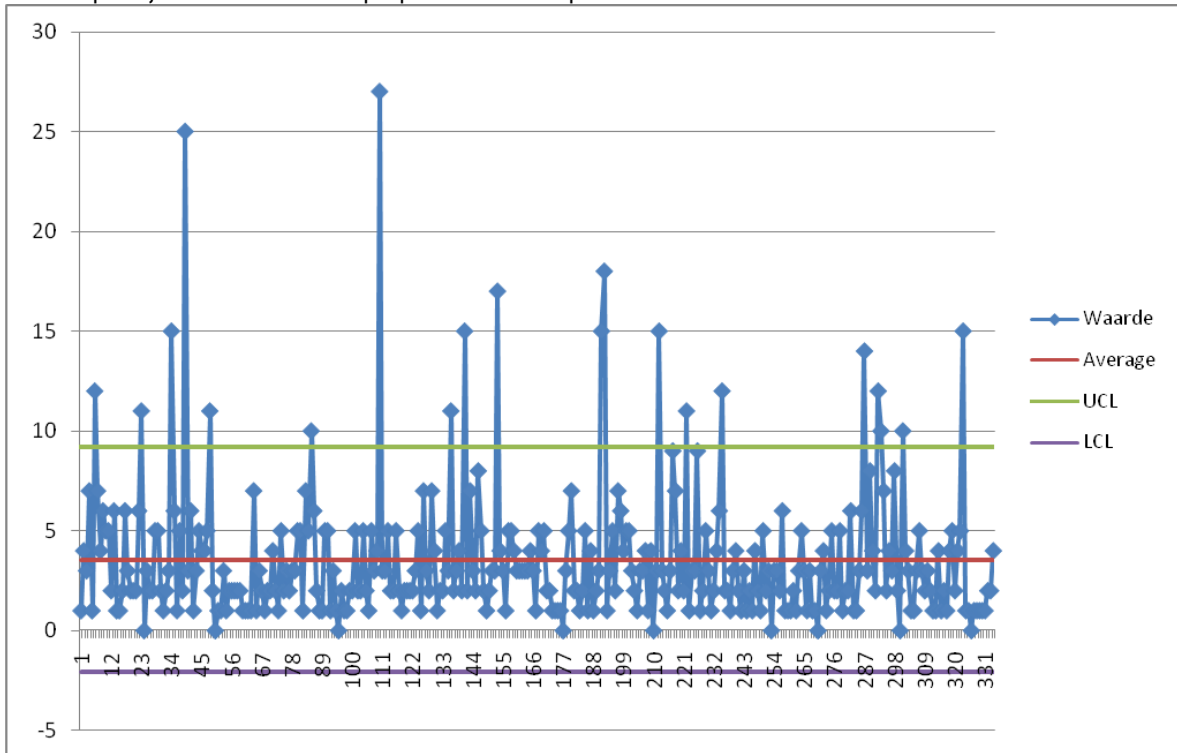
Term/afkorting	Omschrijving
Anamnese	Wat een patiënt m.b.t. de voorgeschiedenis en relevante omstandigheden van zijn ziekte aan de dokter vertelt
AIOS	Arts In opleiding
AOC	Ambulant Oncologisch Centrum
Besturend orgaan	Ondersteunende staf, zorgadministratie
Bestuurd systeem	Het poliklinisch proces
BSN	Burgerservice nummer
DBC	Diagnosebehandelingscombinatie: code in de gezondheidszorg, beschrijft het geheel van een geleverd zorgproduct b
EPD	Elektronisch patiëntendossier
Gap-Model	Model voor het meten van kwaliteit van diensten en het definiëren van kloven tussen verwachting en uitvoering
Geplande wachttijd	Vooraf geplande wachttijd tussen bepaalde processtappen. Zoals wachten op het uitvoeren van een bloedonderzoek
HHO	Hoofd-Hals Oncologie
IAOP	Interne Algemene Oncologie Poli
IHMP	Interne Hematologie Poli
ILOP	Interne Longoncologie Poli
KGAP	Klinische Genetica Poli
KNO	Keel-, Neus- en Oorspecialisme
MDS	Multidisciplinair Spreekuur
Nurse practitioner	Verpleegkundig specialist (verlengde arm van de arts)
Oncologie	Oncologie is de medische studie en behandeling van kanker
Ongeplande wachttijd	Tijdverschil tussen een geplande aanvang van een bepaalde stap in het proces en de daadwerkelijke aanvang
Programmamap	Map waarin het patiëntendossier wordt opgenomen en welke informatie bevat van alle afspraken
SPC	Statistische Proces Controle: een theorie uit de Total Quality Methodiek waarin het verloop van processen kan worden gemeten. Deze theorie signaleert bepaalde trends en out-of-control waarden in een proces.
TQM	Total Quality Management: theorie gericht op voortdurende verbetering van algemene bedrijfsprestaties waarbij de focus ligt op het voldoen aan klanteisen
UMCG	Universitair Medisch Centrum Groningen
Zorgadministratie	Ondersteunende medewerkers op een medische afdeling, dragen zorg voor o.a. plannen, organiseren en coördineren afspraken, eerste contact naar patiënt, invoeren verrichtingen en administratieve handelingen rondom (DBC)

BIJLAGE E - Statistische Procees Controle per processtap

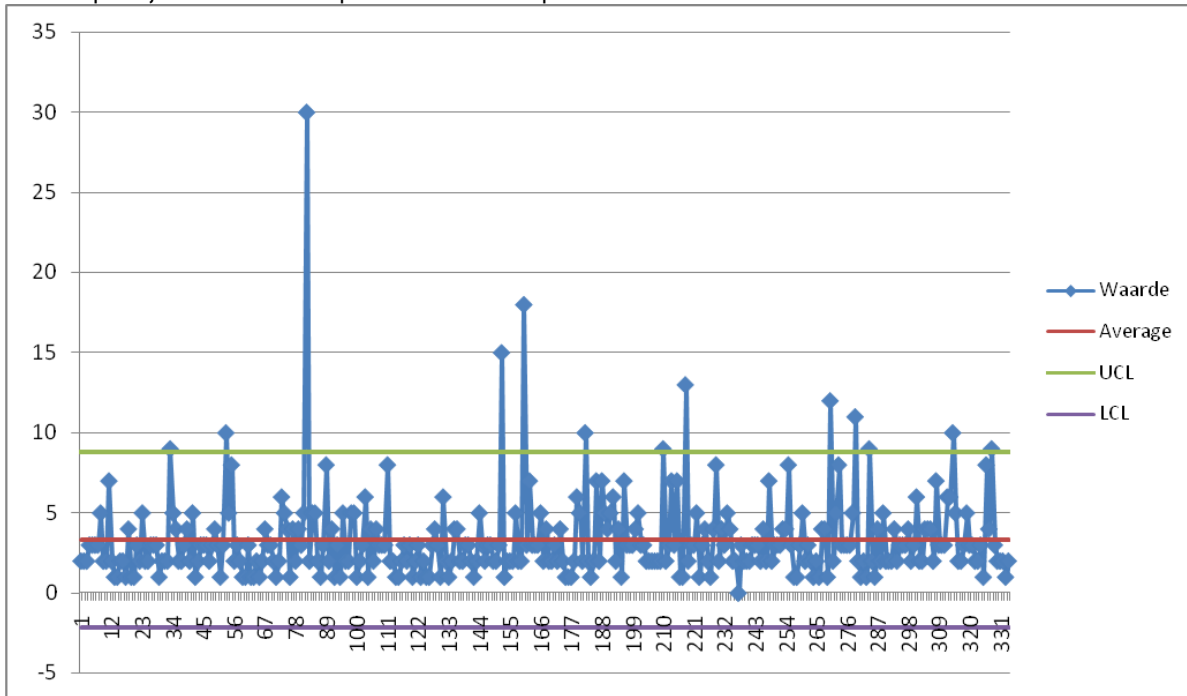
Processtap 1: Tijd tussen melden balie polikliniek en melden balie prikpoli



Processtap 2: Tijd tussen melden balie prikpoli en start bloedprikken

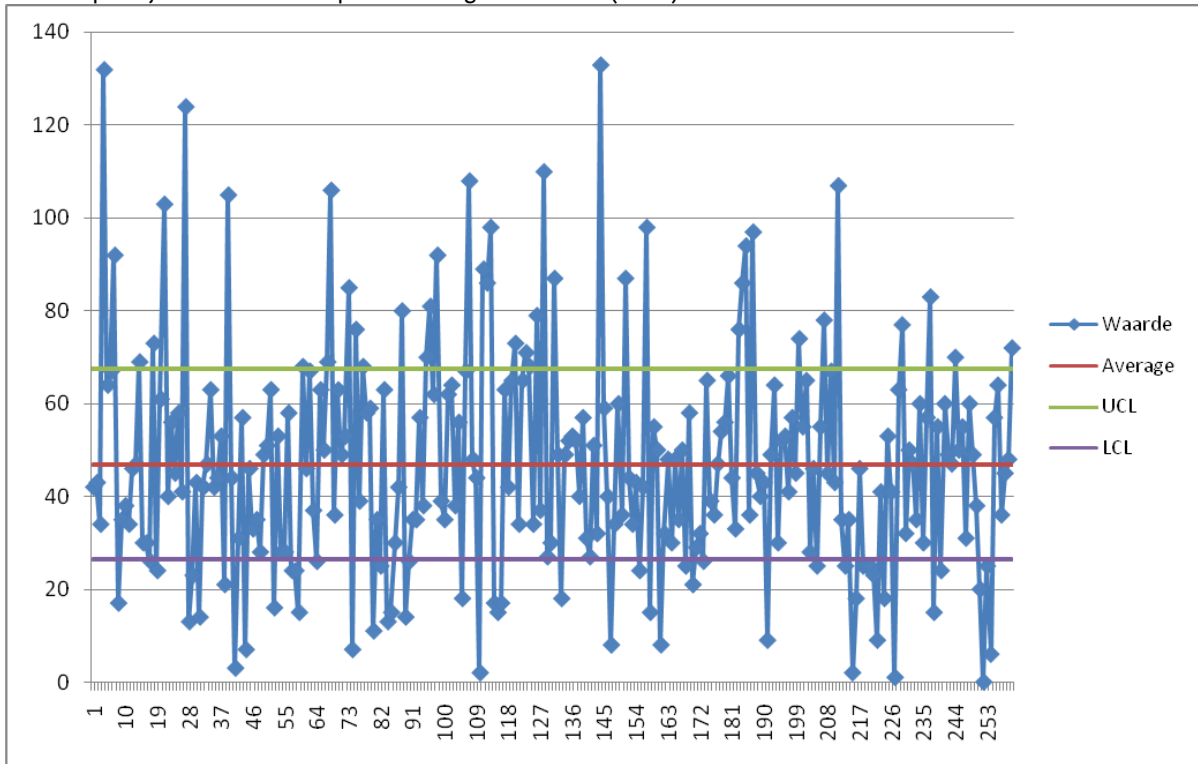


Processtap 3: Tijd tussen start bloedprikken en eind bloedprikken

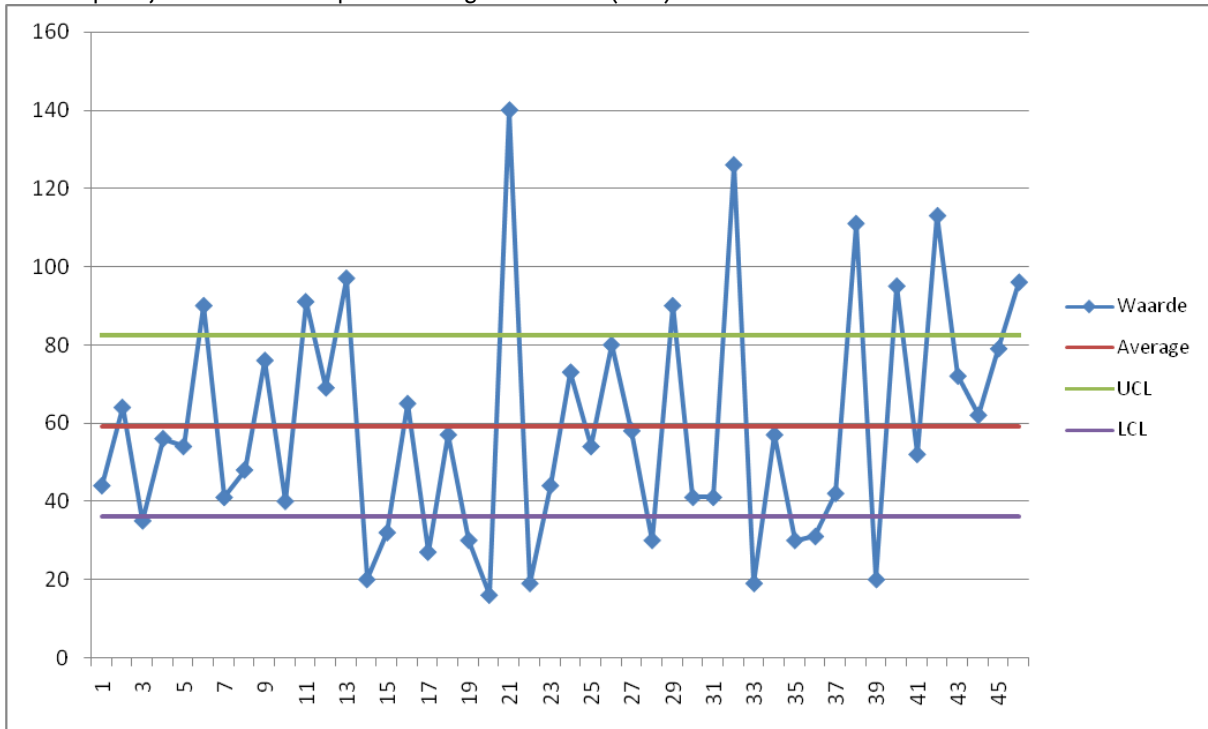


60

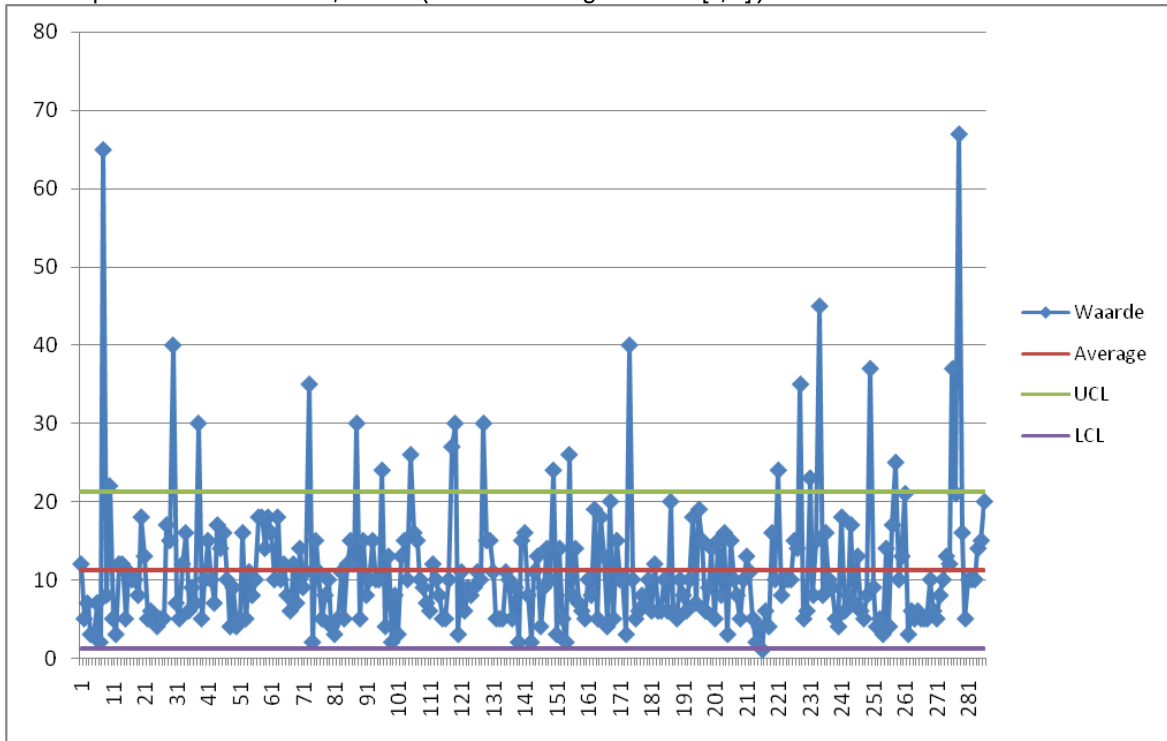
Processtap 4: Tijd tussen eind bloedprikken en begin bezoek arts (IHMP)



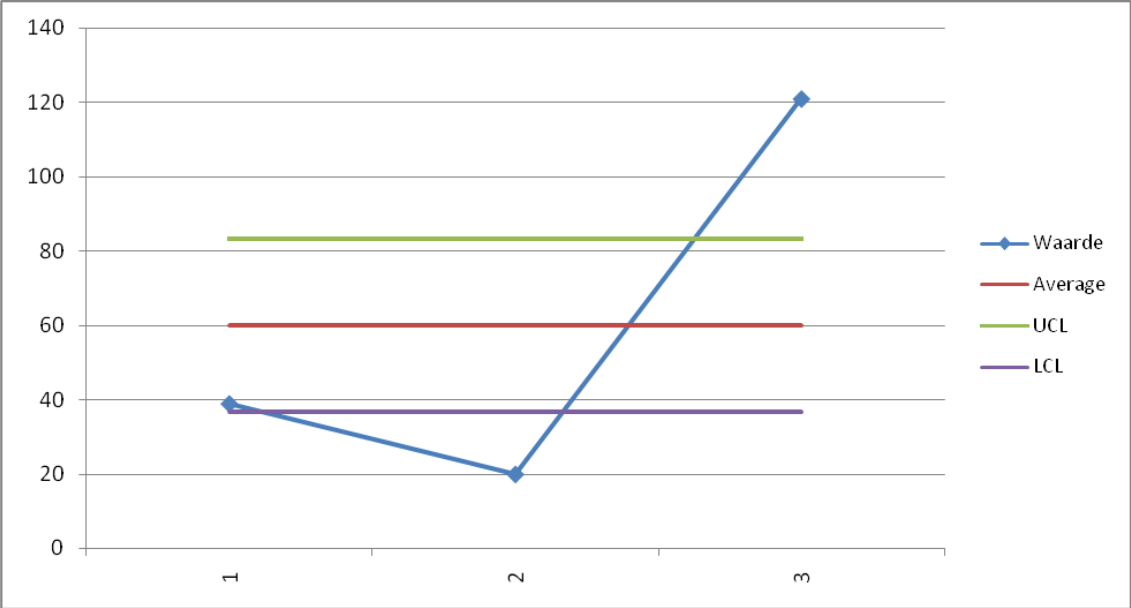
Processtap 4: Tijd tussen eind bloedprikken en begin bezoek arts (ILOP)



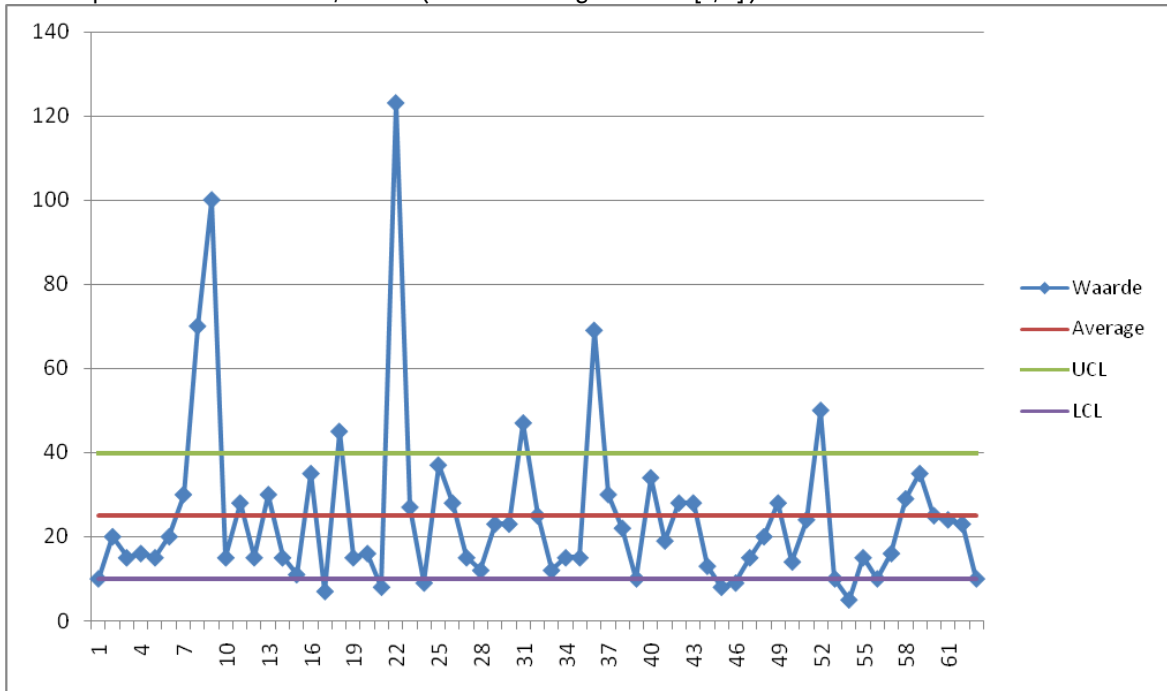
Processtap 5: Duur bezoek aan arts / consult (IHMP – Herhalingsconsulten [B/C])



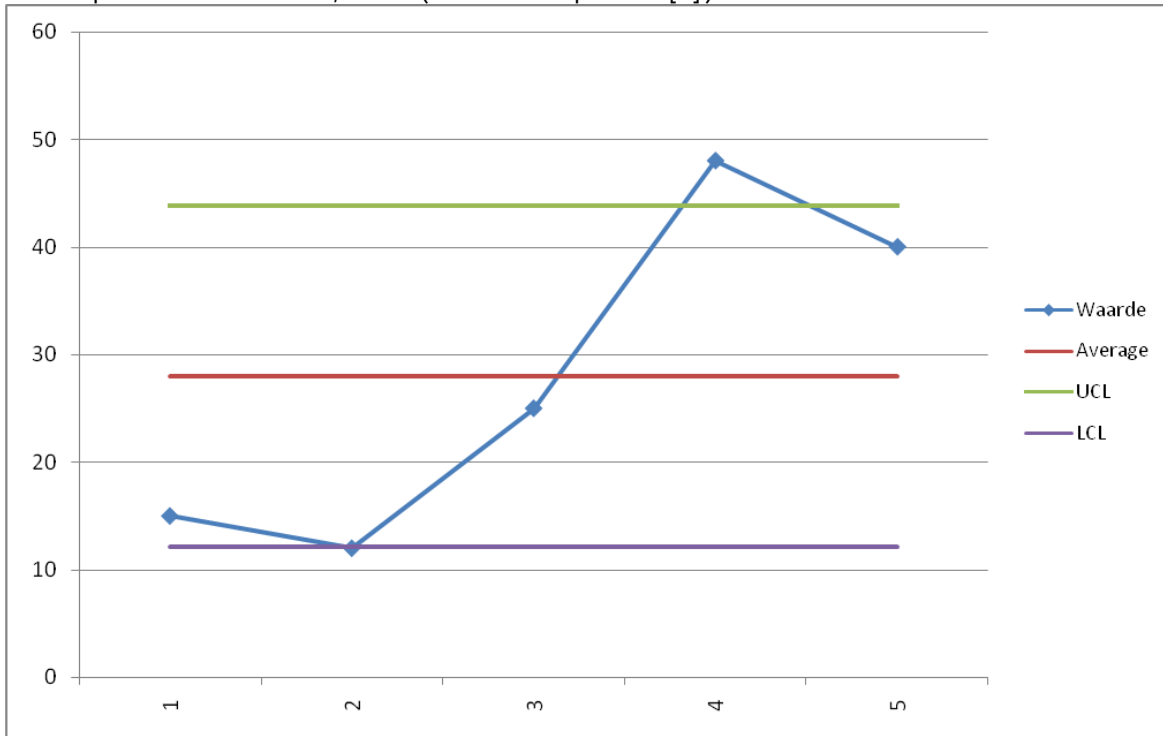
Processtap 5: Duur bezoek aan arts / consult (IHMP – Nieuwe patiënten [N])



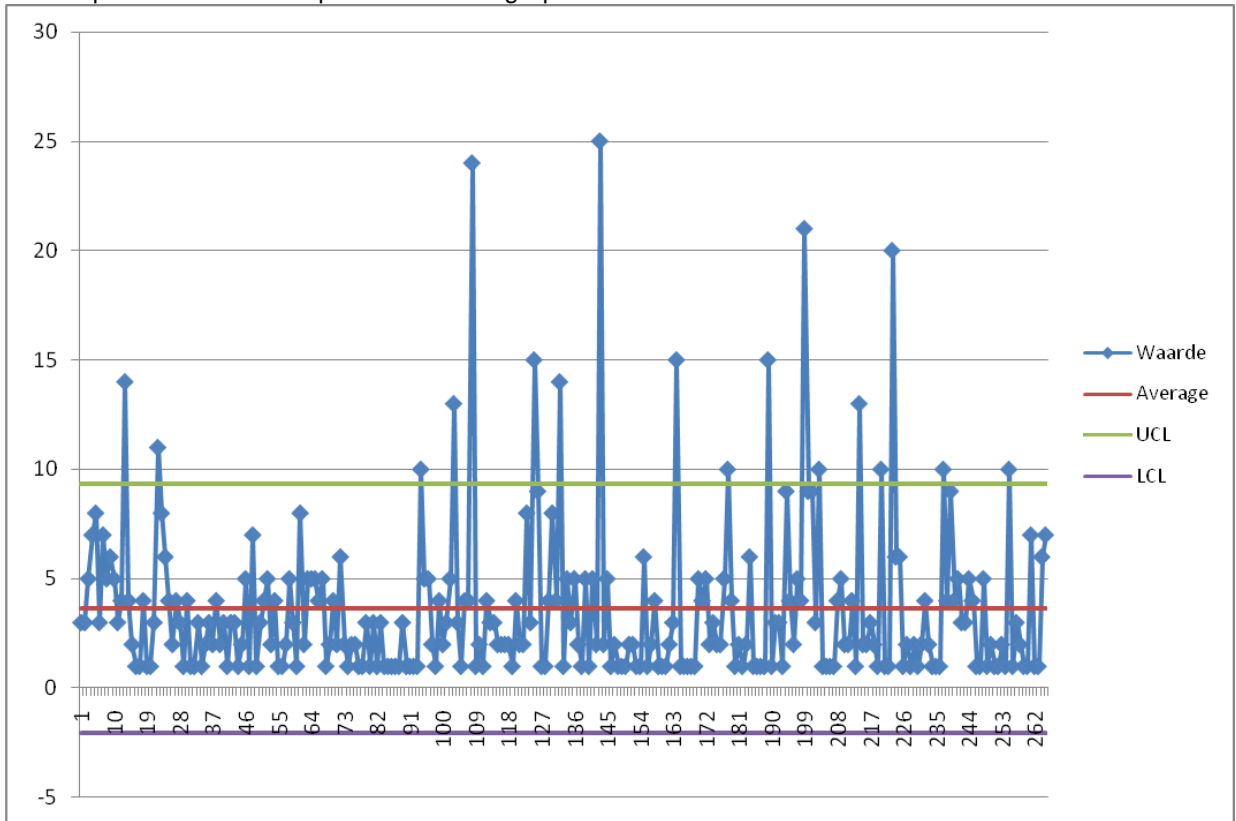
Processtap 5: Duur bezoek aan arts / consult (ILOP – Herhalingsconsulten [B/C])



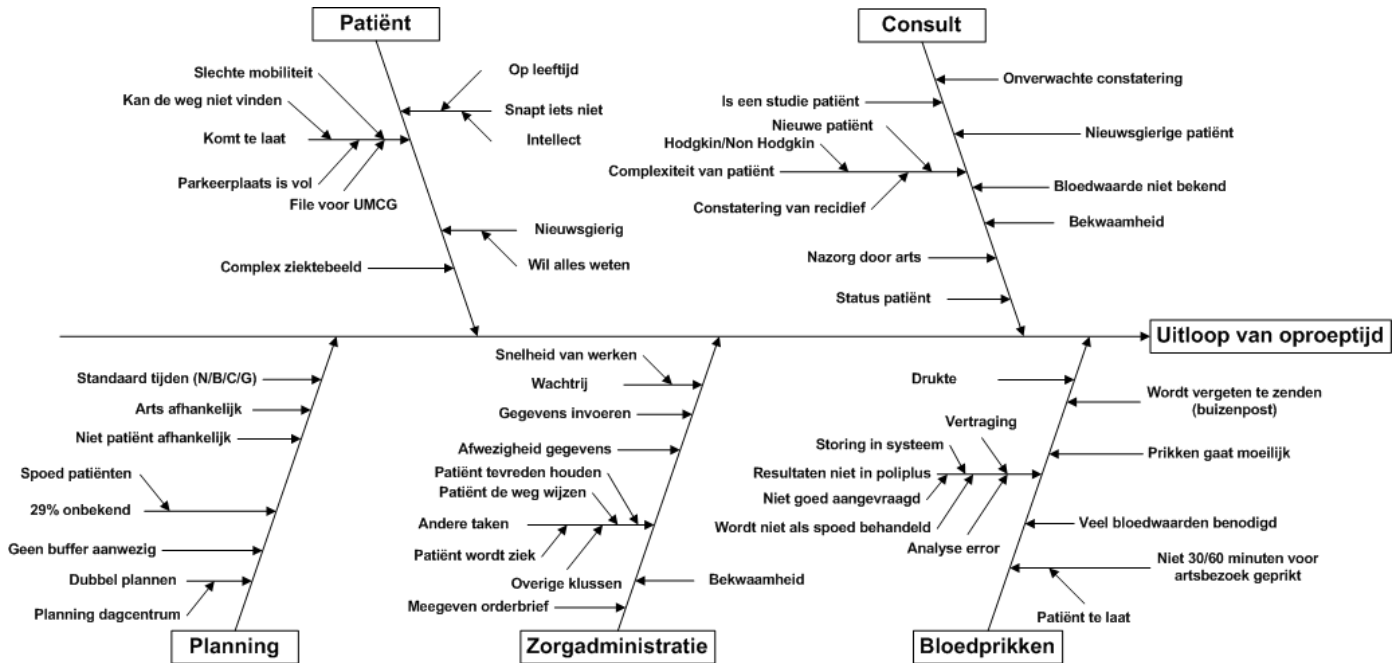
Processtap 5: Duur bezoek aan arts / consult (ILOP – Nieuwe patiënten [N])



Processtap 6: Eind bezoek arts en plannen balie vervolgspraak



Bijlage F - Visgraatdiagram



Bijlage G - Capaciteit

ILOP (gevraagd)	MA	DI	WO	DO	VR	Week totaal
Ochtend	5	0	5	2	5	17
Middag	1	0	1	0	1	3
Totaal	6	0	6	2	6	20
Gevraagde capaciteit (min)	1260	0	1260	420	1260	4200
Worst-case (min)	620	0	700	360	700	2380
Verschil	49%	0%	56%	86%	56%	57%

Tabel G6

IHMP (gevraagd)	MA	DI	WO	DO	VR	Week totaal
Ochtend	4	0	4	5	4	17
Middag	4	5	0	0	0	9
Totaal	8	5	4	5	4	26
Gevraagde capaciteit (min)	1680	1050	840	1050	840	5460
Worst-case (min)	885	1020	1515	1245	855	5520
Verschil	53%	97%	180%	119%	102%	101%

Tabel G7

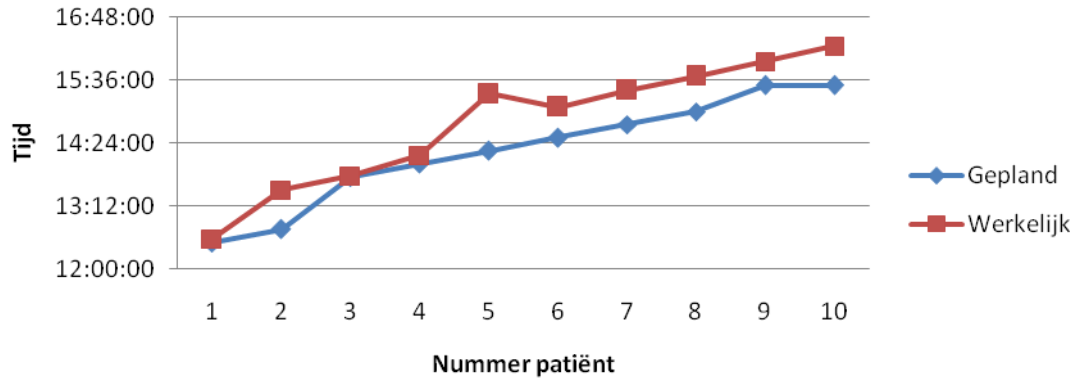
IAOP (gevraagd)	MA	DI	WO	DO	VR	Week totaal
Ochtend	6	6	0	0	6	18
Middag	0	0	6	6	0	12
Totaal	6	6	6	6	6	30
Gevraagde capaciteit (min)	1260	1260	1260	1260	1260	6300
Worst-case (min)	960	945	795	660	1095	4455
Verschil	76%	75%	63%	52%	87%	71%

Tabel G8

Bijlage H - Uitloop op spreekuren

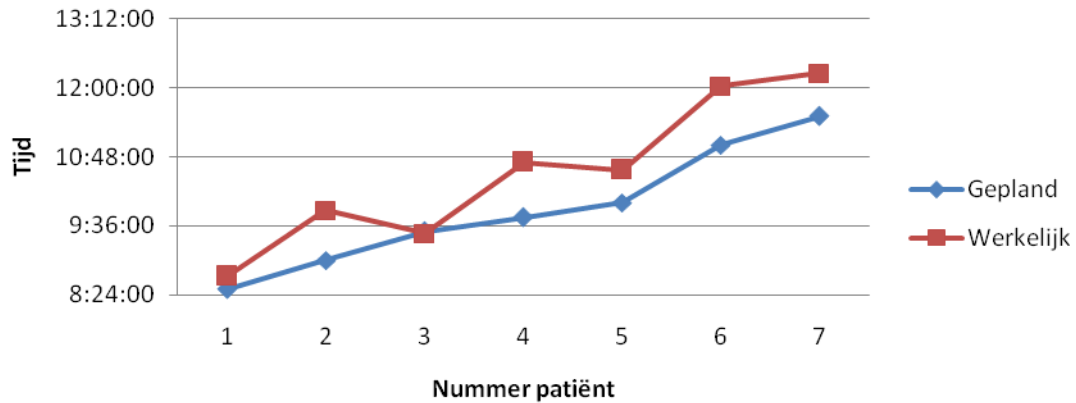
IHMP

Specialist 116 12-01-2009

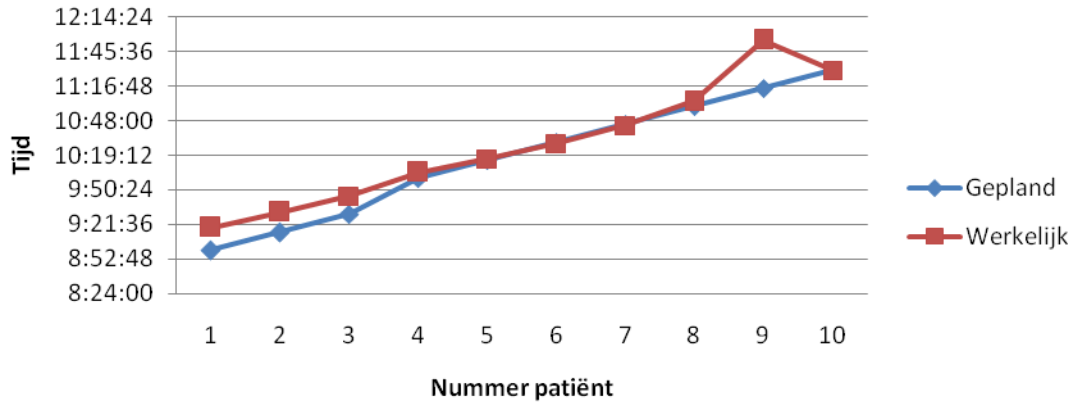


70

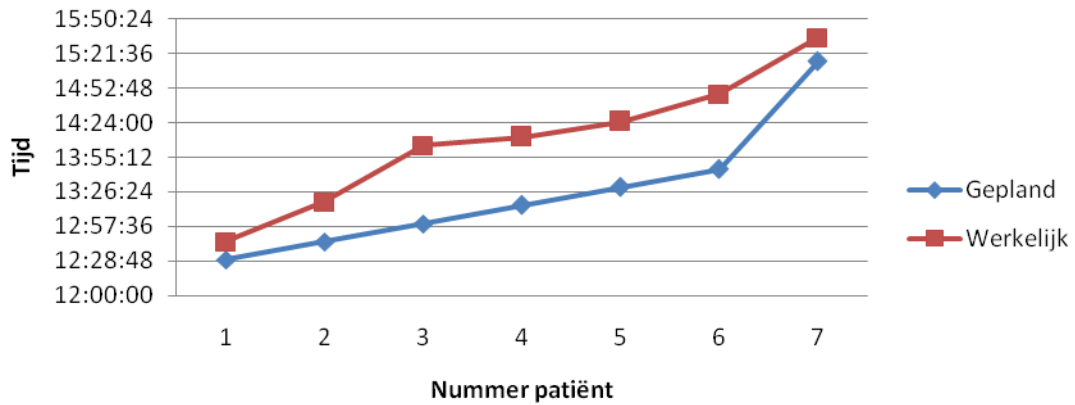
Specialist 116 21-01-2009



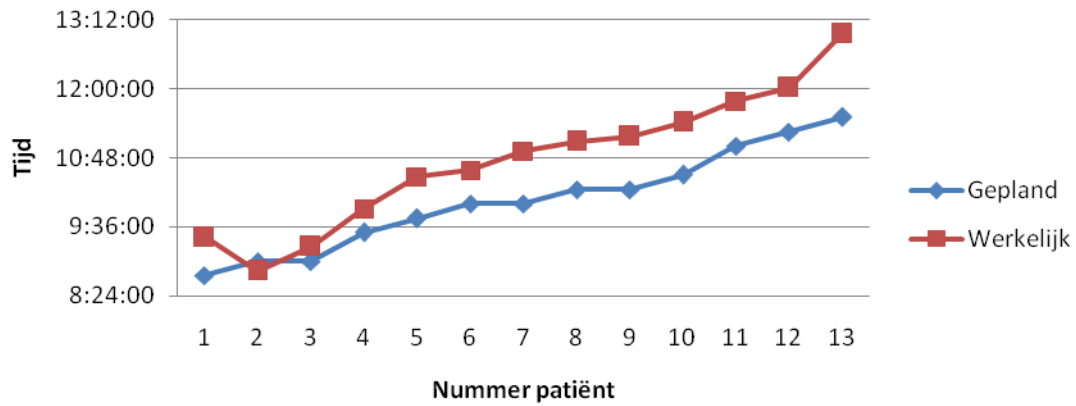
Specialist 116 22-01-2009



Specialist 116 26-01-2009

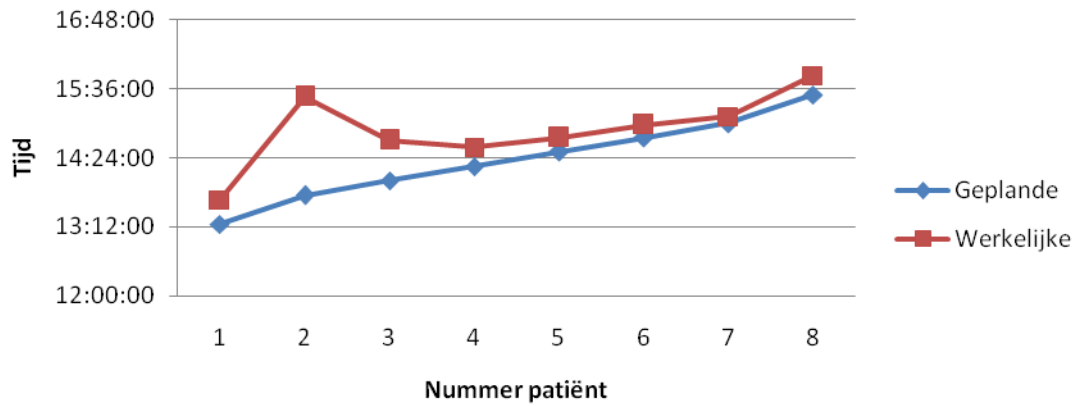


Specialist 116 28-01-2009

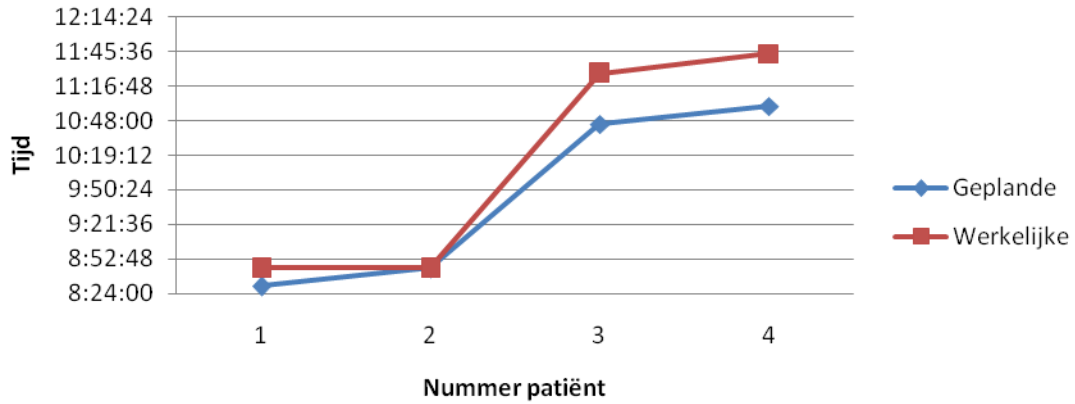


72

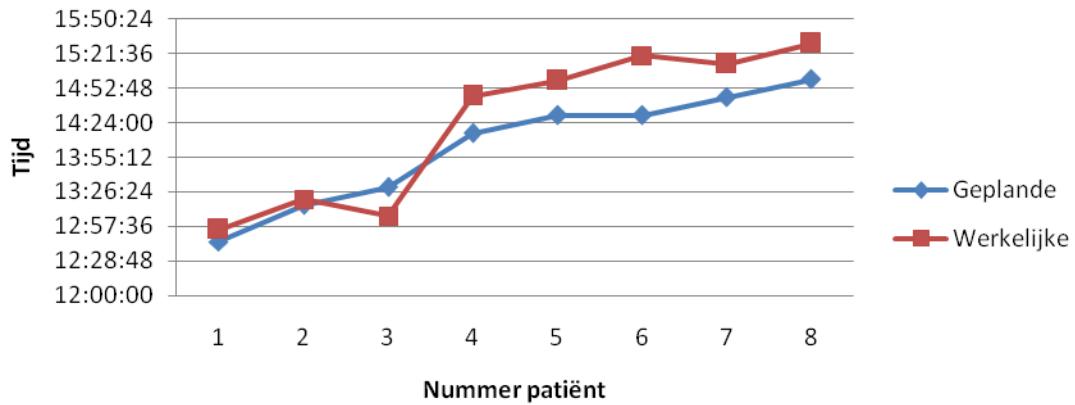
Specialist 95 13-01-2009



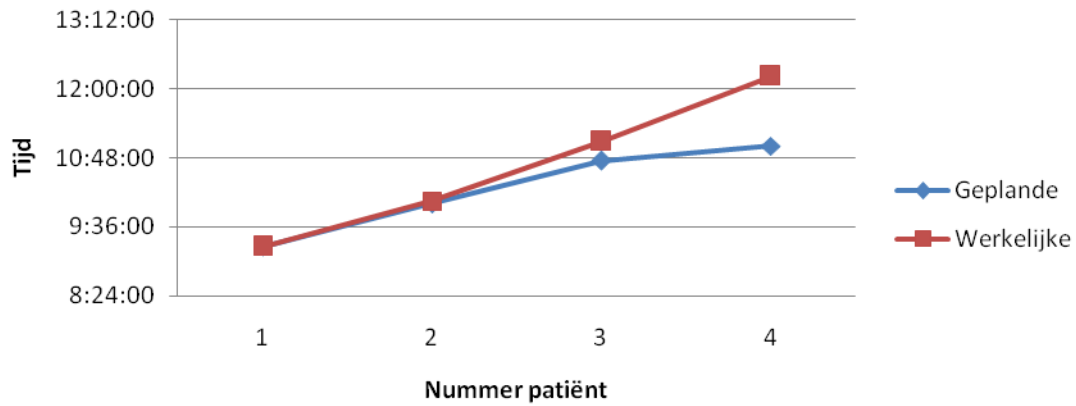
Specialist 95 16-01-2009



Specialist 95 20-01-2009

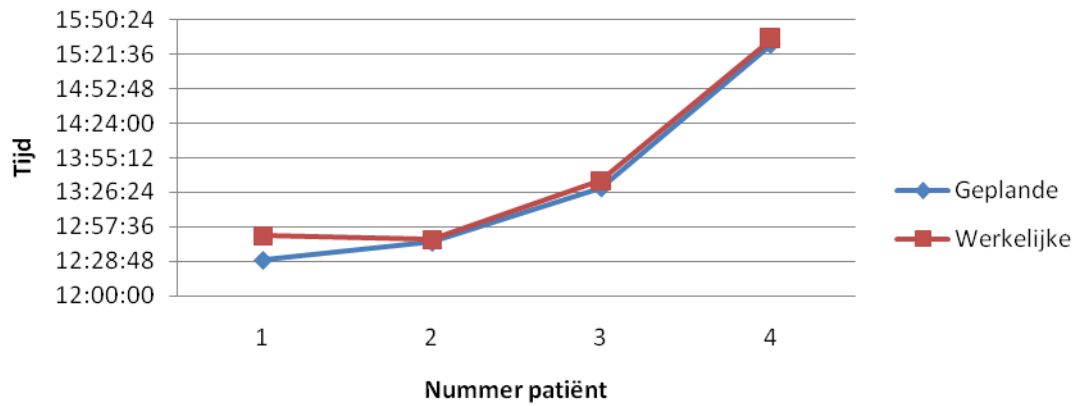


Specialist 95 23-01-2009

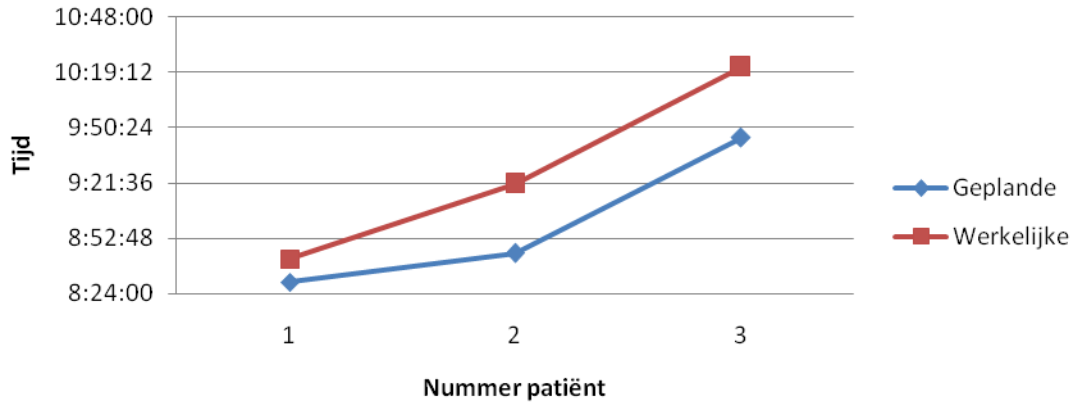


74

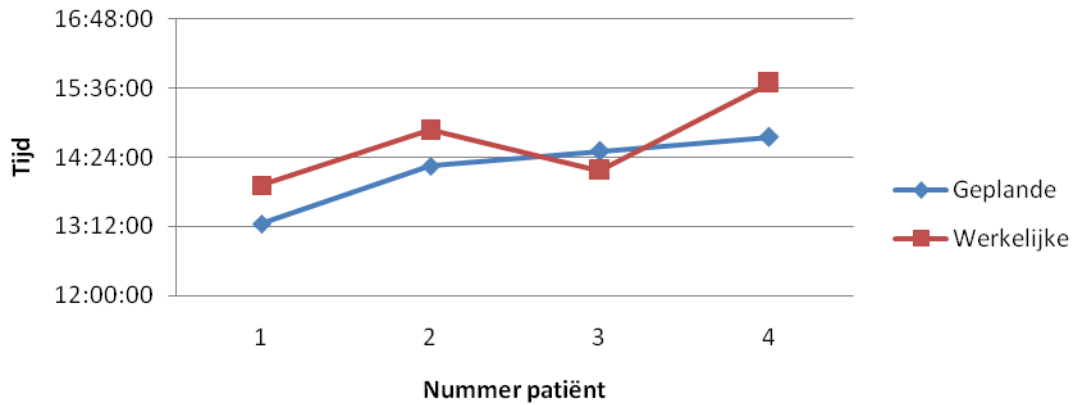
Specialist 95 27-01-2009



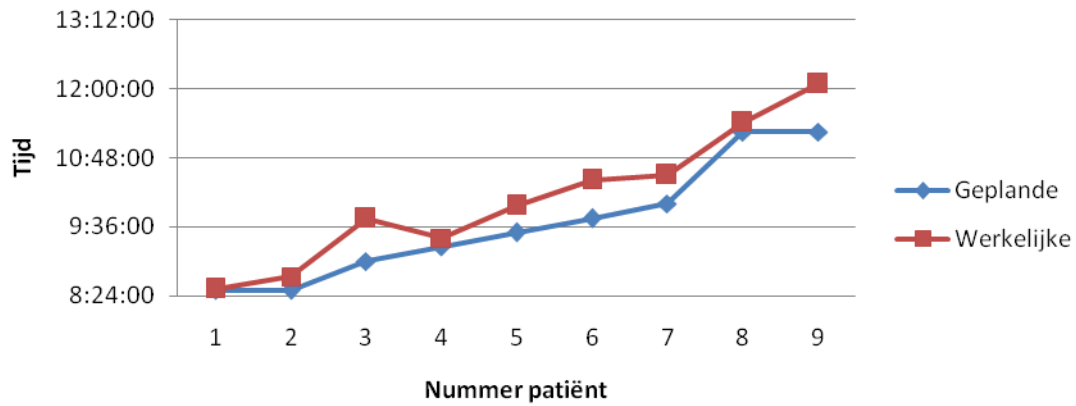
Specialist 95 30-01-2009



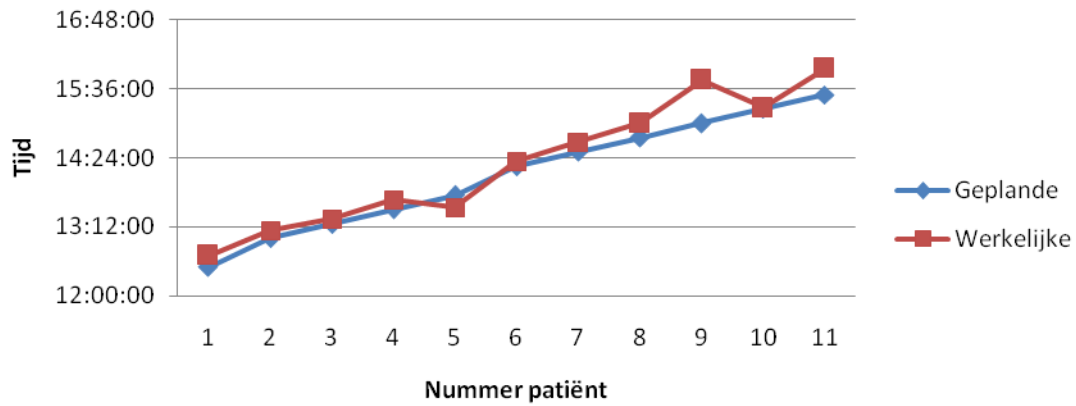
Specialist 96 13-01-2009



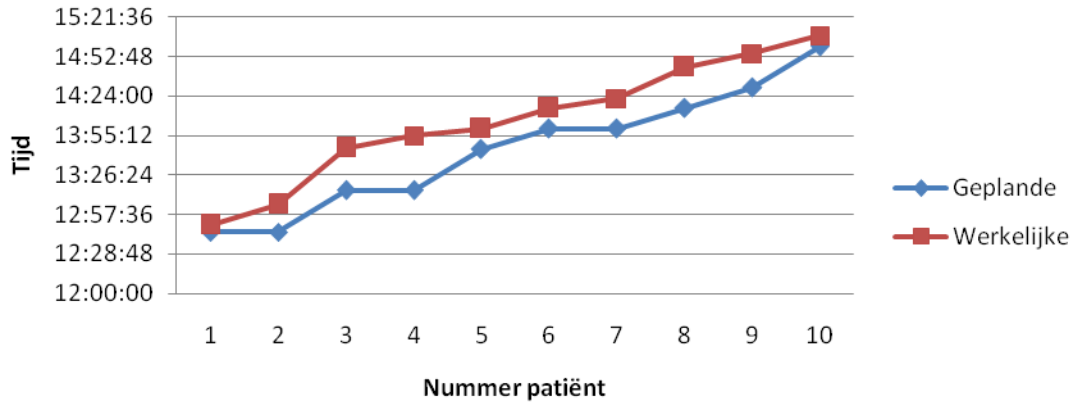
Specialist 96 15-01-2009



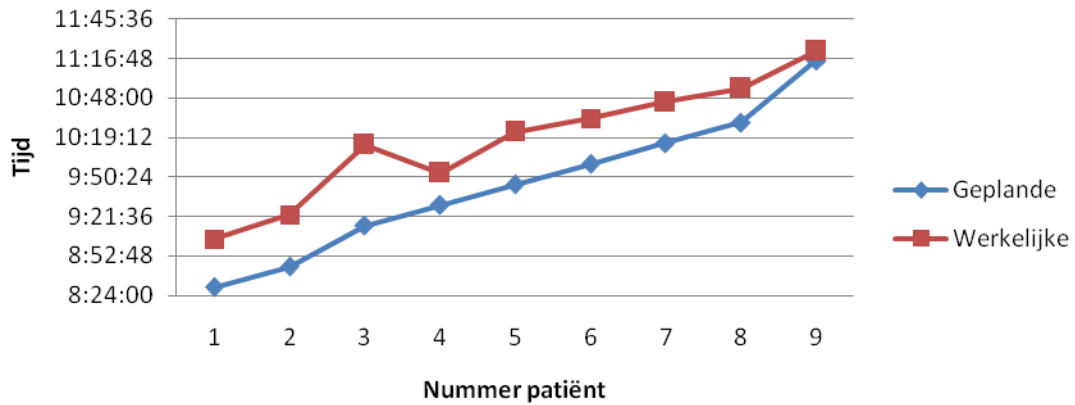
Specialist 96 20-01-2009



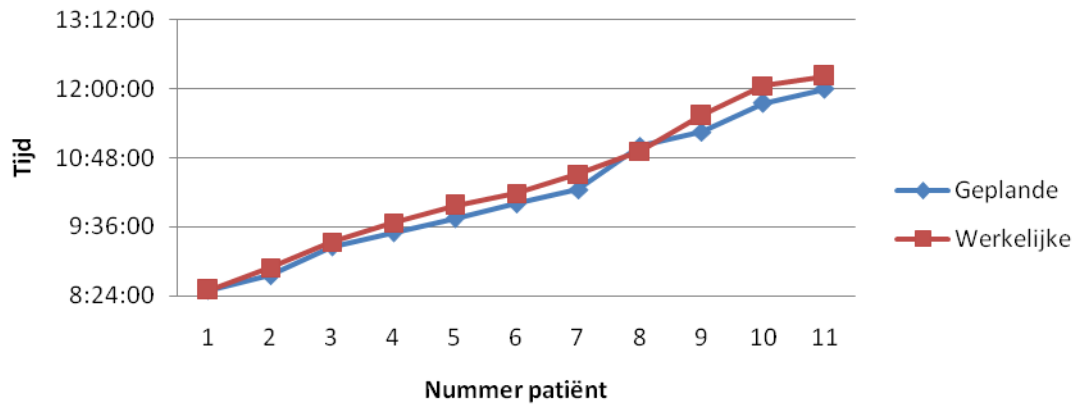
Specialist 96 27-01-2009



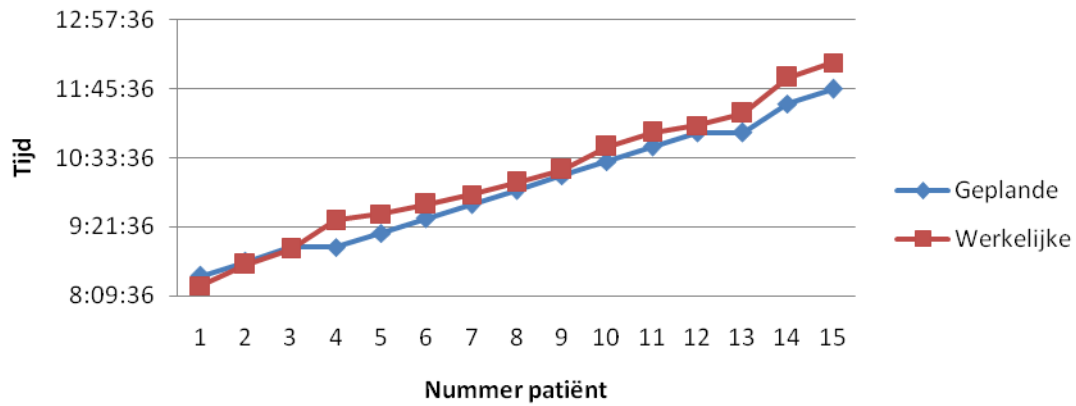
Specialist 96 29-01-2009



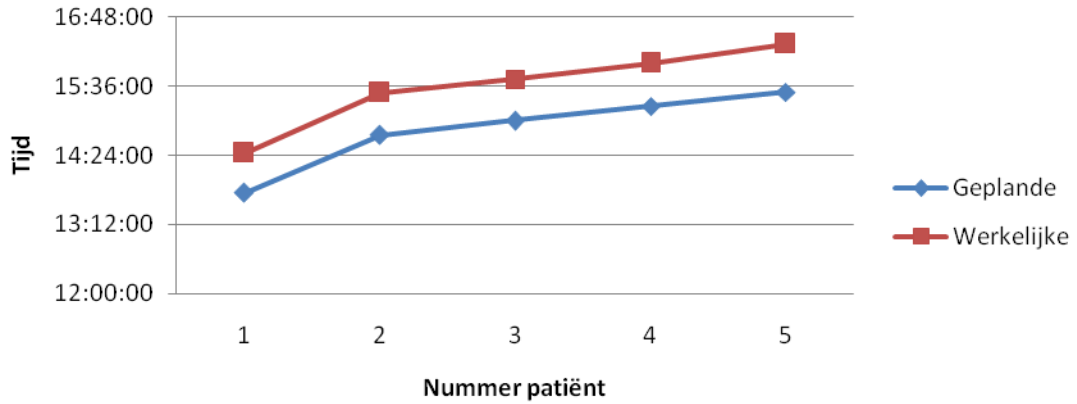
Specialist 98 15-01-2009



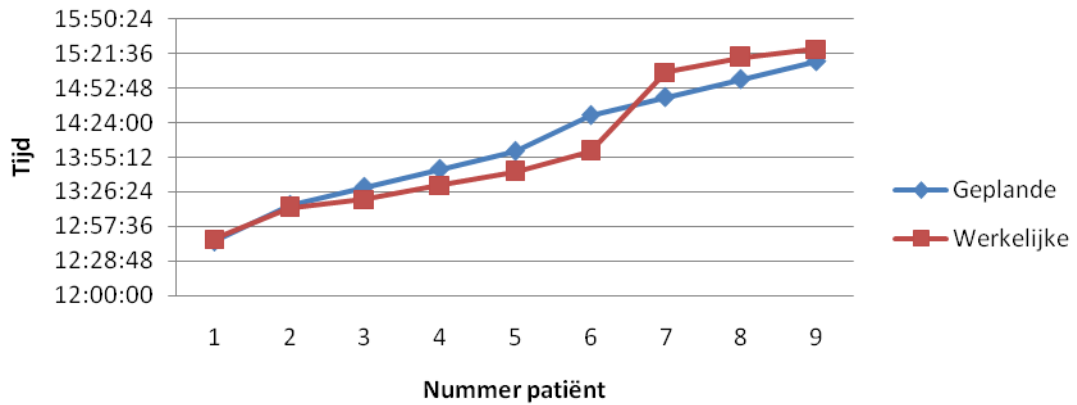
Specialist 98 29-01-2009



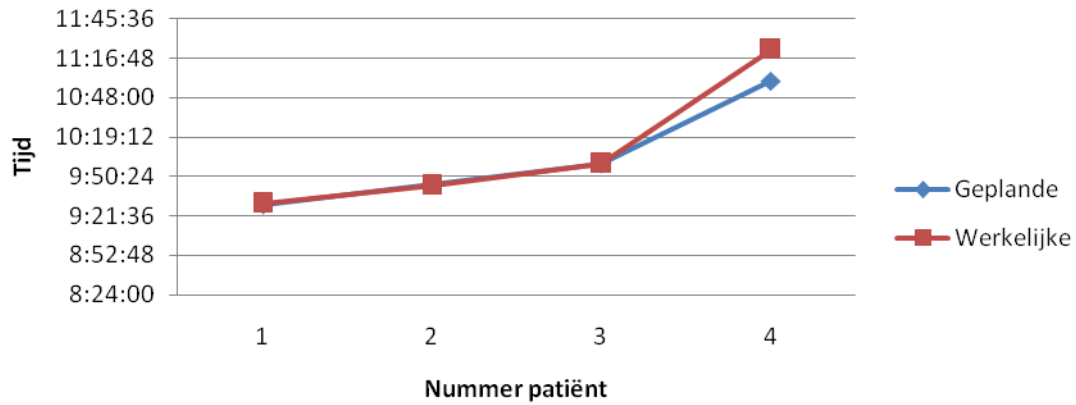
Specialist 113 12-01-2009



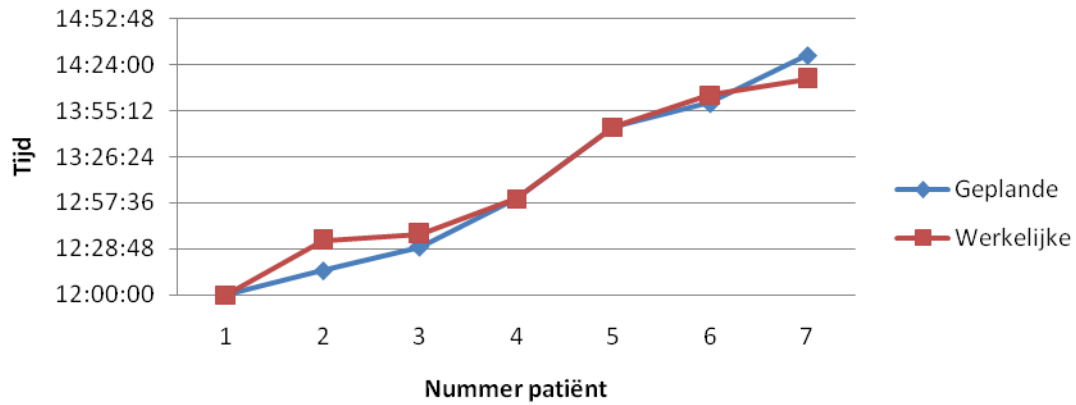
Specialist 113 26-01-2009



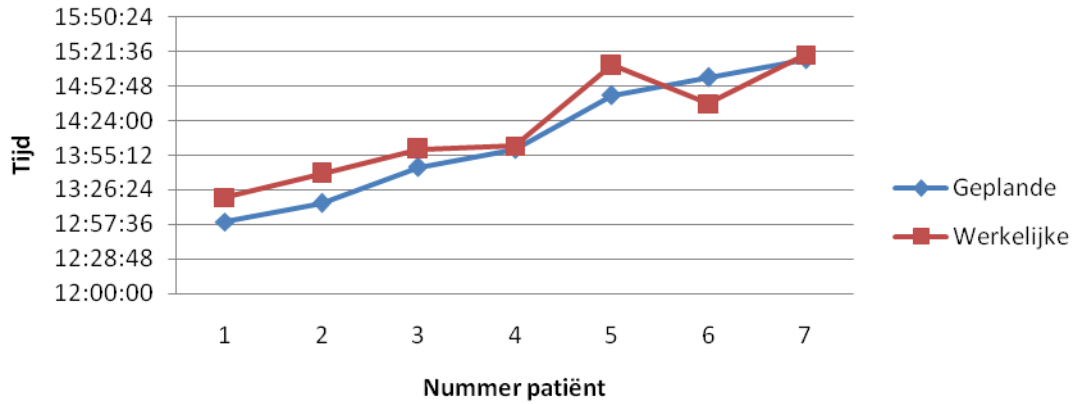
Specialist 113 28-01-2009



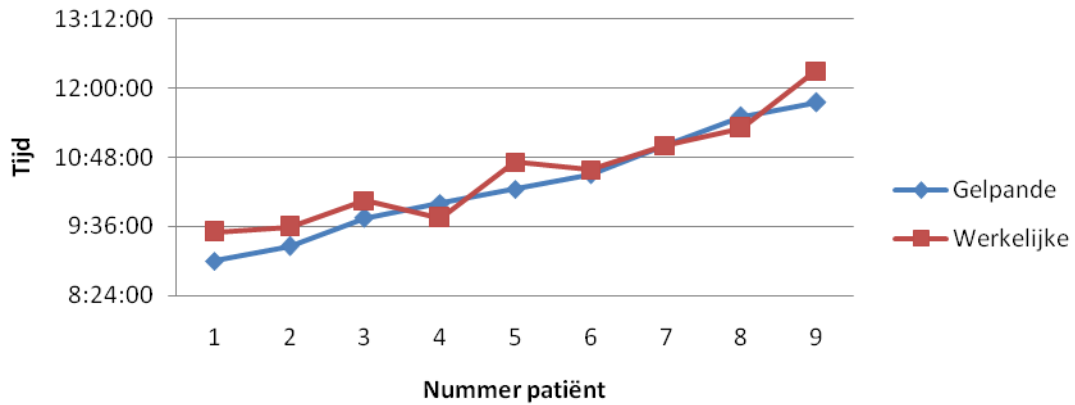
Specialist 93 15-01-2009



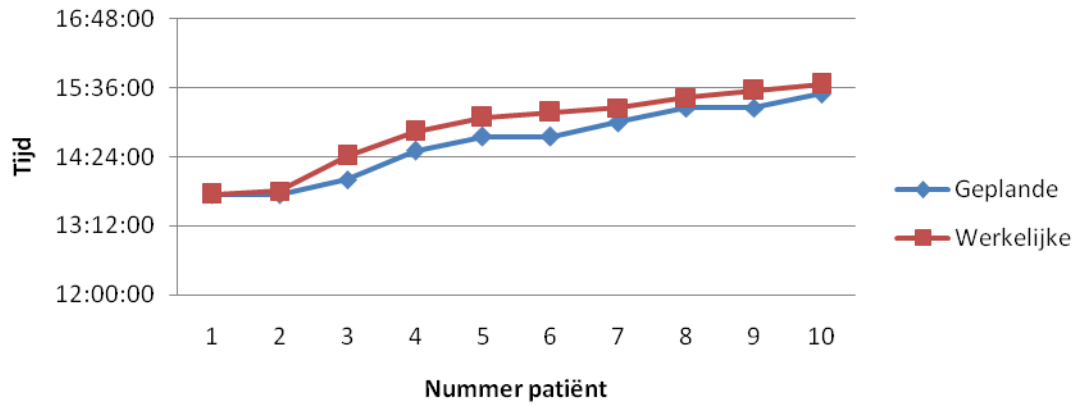
Specialist 93 20-01-2009



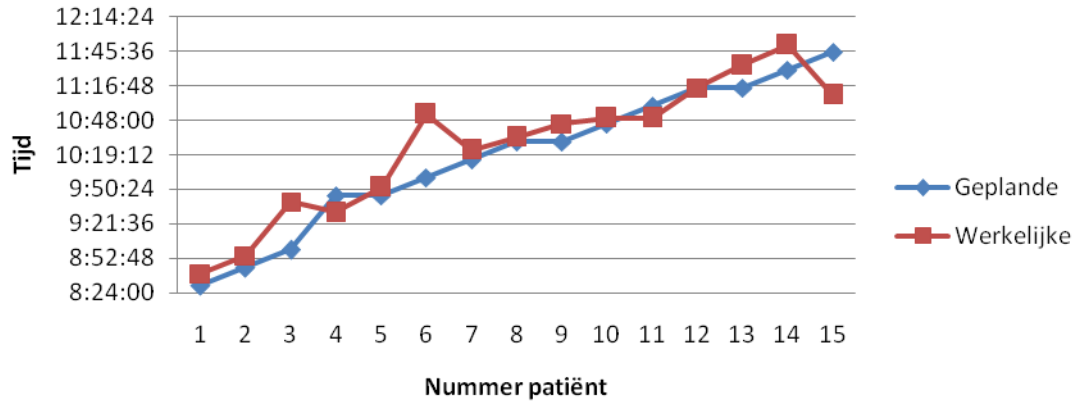
Specialist 93 23-01-2009



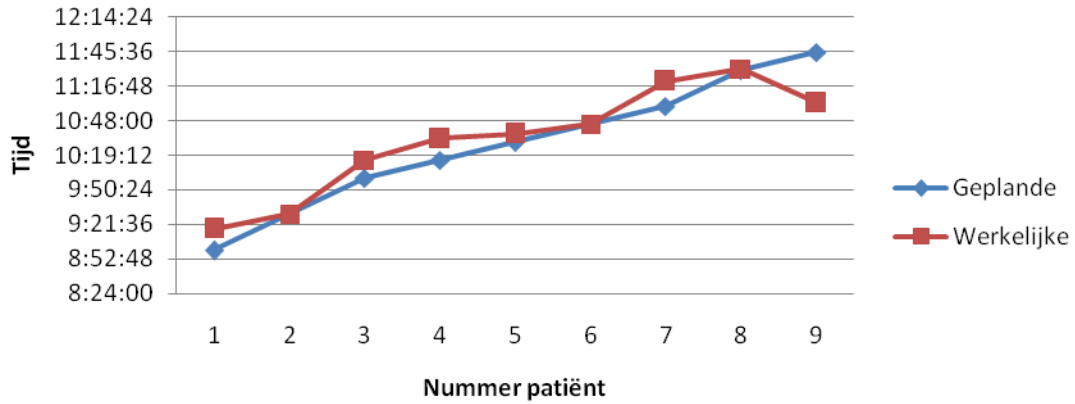
Specialist 93 27-01-2009



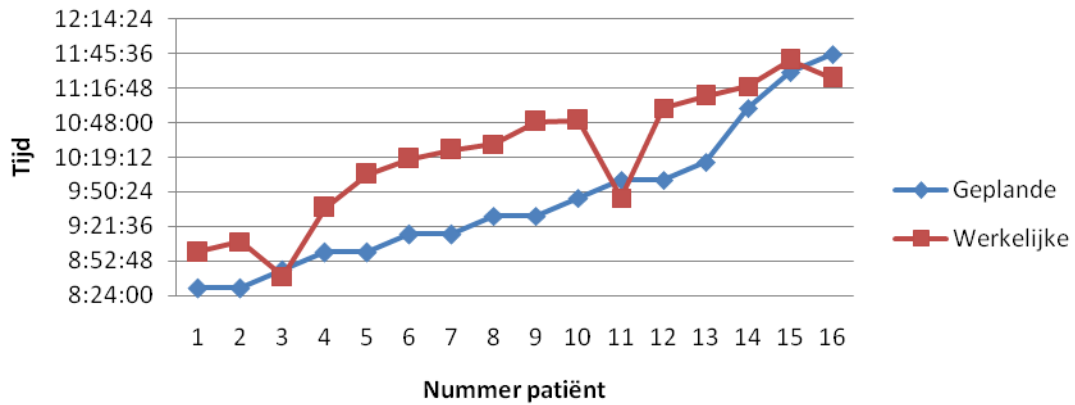
Specialist 93 30-01-2009



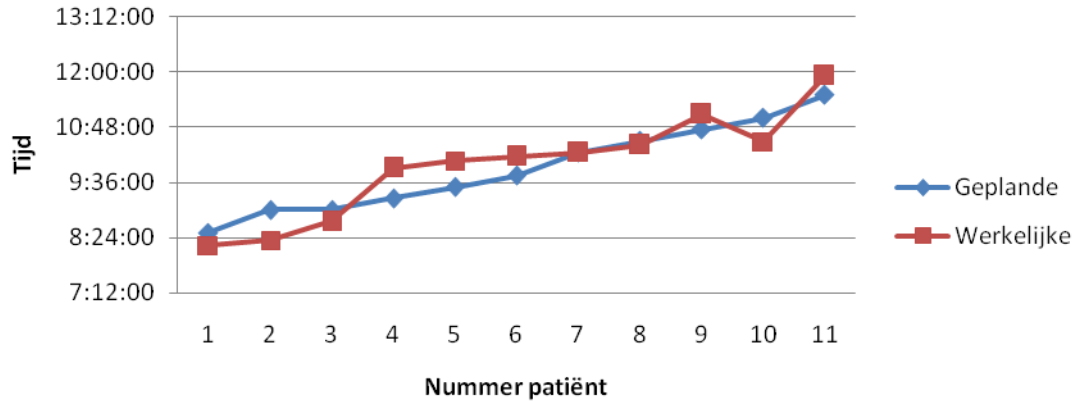
Specialist 108 15-01-2009



Specialist 108 22-01-2009



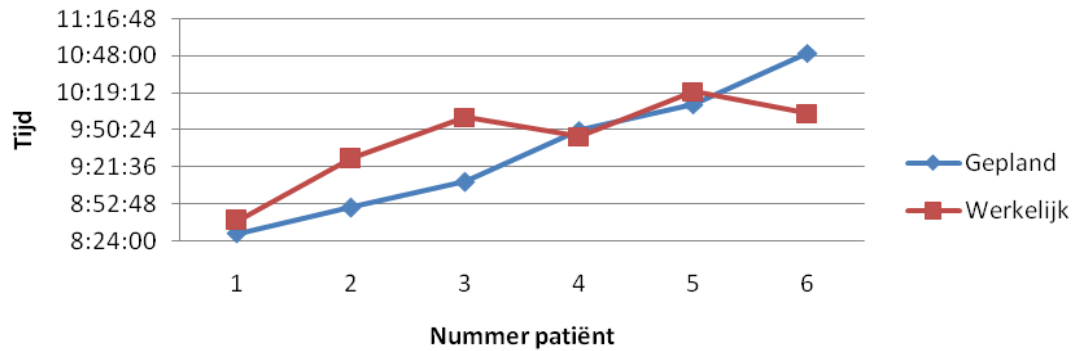
Specialist 108 29-01-2009



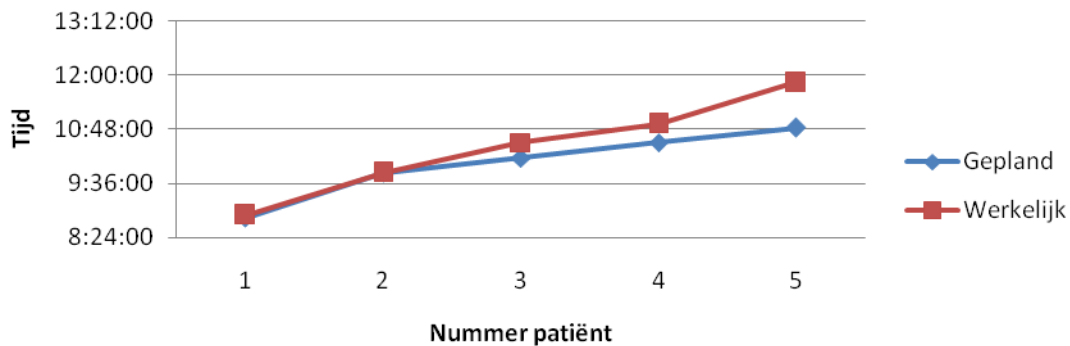
ILOP

84

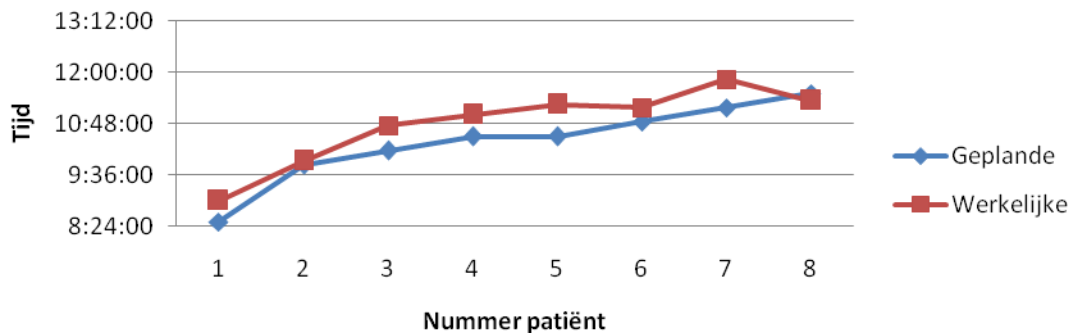
1. Geplande en werkelijk tijd oproep door 107



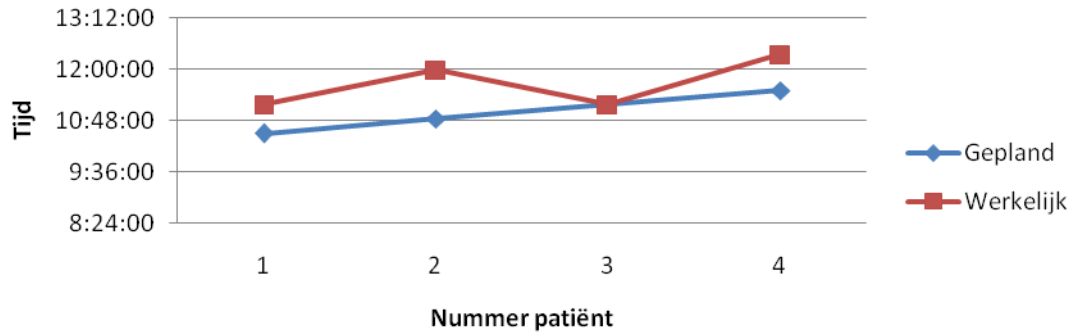
2. Geplande en werkelijk tijd oproep door 107



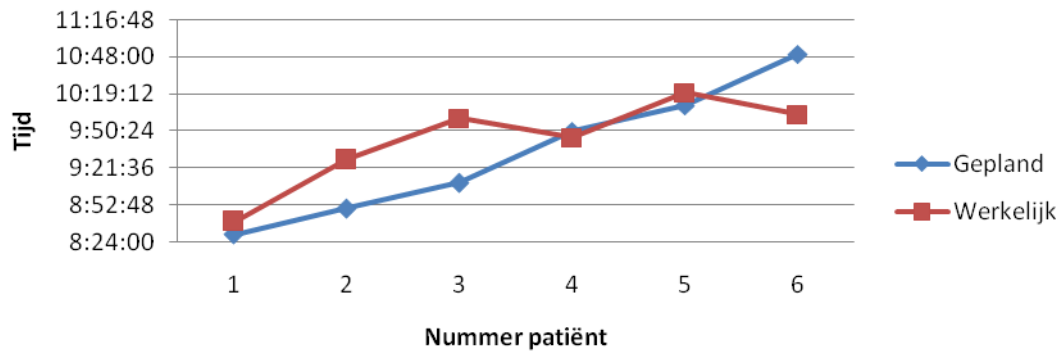
1. Geplande en werkelijk tijd oproep door 106



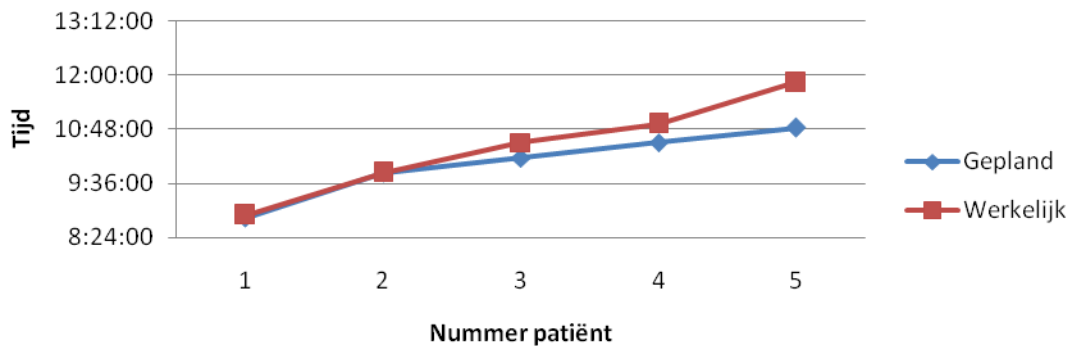
2. Geplande en werkelijk tijd oproep door 106



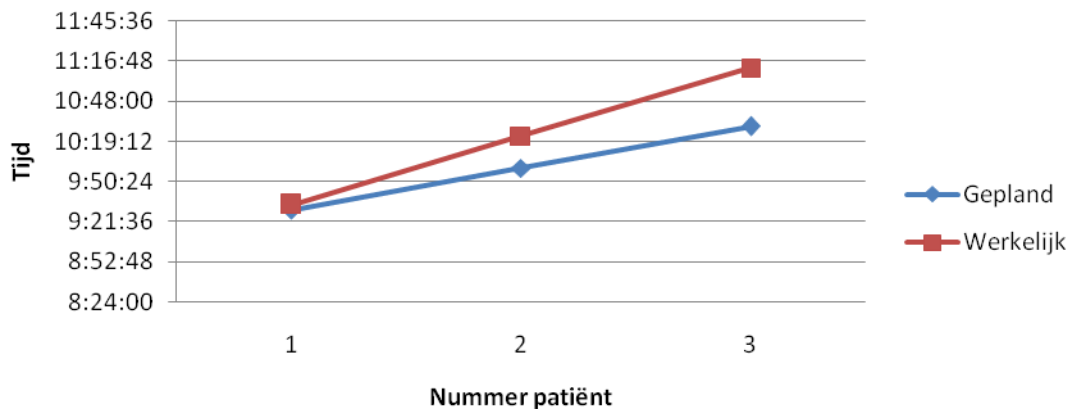
1. Geplande en werkelijk tijd oproep door 107



2. Geplande en werkelijk tijd oproep door 107



Geplande en werkelijk tijd oproep door 114



Bijlage I - Worstcase bepaling 2008

Voor de capaciteit berekeningen hebben we de drukste dag van elk specialisme uitgezocht om hiervan de worstcase te bepalen. Deze is berekend door de tijden die per patiënt per specialisme ingepland staan. Het aantal patiënten dat op de worstcase dag aanwezig waren zijn maal de tijd dat ingepland voor deze patiënten stond gedaan. Hieruit vloeit de tijd die benodigd was voor alle patiënten op die dag.

Hieronder staan de tijden van het soort patiënt weergegeven. Voor artsen in opleiding (AIO) wordt meer tijd ingepland.

ILOP	Tijd in minuten
B	20
N	40 (AIO =60)
C	20
G	20

IHMP	Tijd in minuten
B	15
N	30 (AIO = 45)
C	15
G	15

IAOP	Tijd in minuten
B	15
N	30 (AIO = 45)
C	15
G	15

Hiernaast en op de volgende pagina's staan de bepalingen van de worstcase. Dit is de drukste dag van de vijf drukste dagen. Hier wordt aangeven dat de worstcase geen

uitschieter is, maar een maximum van de hoogste vijf waarden qua duur.

Worst-case Maandag per specialisme

qsel_DuurPerSpec_Week				
Specialisme	WeekNr	DagNaam	SomVanDuur	Patienten
ILOP	42	MA	620	29
ILOP	17	MA	600	24
ILOP	35	MA	560	24
ILOP	39	MA	540	26
ILOP	18	MA	540	25

qsel_DuurPerSpec_Week				
Specialisme	WeekNr	DagNaam	SomVanDuur	Patienten
IHMP	22	MA	885	58
IHMP	21	MA	870	57
IHMP	45	MA	855	54
IHMP	4	MA	840	55
IHMP	19	MA	810	51

qsel_DuurPerSpec_Week				
Specialisme	WeekNr	DagNaam	SomVanDuur	Patienten
IAOP	12	MA	960	63
IAOP	51	MA	915	53
IAOP	17	MA	900	55
IAOP	32	MA	855	51
IAOP	21	MA	855	54

Worstcase Dinsdag per specialisme

qsel_DuurPerSpec_Week				
Specialisme	WeekNr	DagNaam	SomVanDuur	Patienten
ILOP	52	DI	20	1

Voor ilop maar 1 meetwaarde. Hier wordt normaal niet gewerkt.

qsel_DuurPerSpec_Week				
Specialisme	WeekNr	DagNaam	SomVanDuur	Patienten
IHMP	29	DI	1020	62
IHMP	51	DI	945	59
IHMP	26	DI	930	60
IHMP	40	DI	930	60
IHMP	16	DI	915	60

qsel_DuurPerSpec_Week				
Specialisme	WeekNr	DagNaam	SomVanDuur	Patienten
IAOP	50	DI	945	59
IAOP	42	DI	930	58
IAOP	47	DI	930	58
IAOP	20	DI	915	58
IAOP	41	DI	870	57

Worstcase Woensdag per specialisme

qsel_DuurPerSpec_Week				
Specialisme	WeekNr	DagNaam	SomVanDuur	Patienten
ILOP	1	WO	700	34
ILOP	22	WO	680	30
ILOP	7	WO	660	29
ILOP	20	WO	620	31
ILOP	31	WO	620	29

qsel_DuurPerSpec_Week				
Specialisme	WeekNr	DagNaam	SomVanDuur	Patienten
IHMP	44	WO	1440	82
IHMP	49	WO	1110	66
IHMP	47	WO	1095	65
IHMP	48	WO	1065	64
IHMP	20	WO	1020	65

qsel_DuurPerSpec_Week				
Specialisme	WeekNr	DagNaam	SomVanDuur	Patienten
IAOP	41	WO	795	52
IAOP	22	WO	795	50
IAOP	47	WO	780	47
IAOP	51	WO	750	45
IAOP	12	WO	690	41

Worstcase Donderdag per specialisme

qsel_DuurPerSpec_Week				
Specialisme	WeekNr	DagNaam	SomVanDuur	Patienten
ILOP	17	DO	360	15
ILOP	41	DO	300	11
ILOP	11	DO	280	12
ILOP	20	DO	280	12
ILOP	25	DO	240	11

qsel_DuurPerSpec_Week				
Specialisme	WeekNr	DagNaam	SomVanDuur	Patienten
IHMP	22	DO	1245	82
IHMP	19	DO	1095	68
IHMP	29	DO	1035	62
IHMP	39	DO	1035	67
IHMP	47	DO	1005	66

qsel_DuurPerSpec_Week				
Specialisme	WeekNr	DagNaam	SomVanDuur	Patienten
IAOP	21	VR	1095	67
IAOP	16	VR	1020	66
IAOP	13	VR	1005	64
IAOP	3	VR	930	59
IAOP	24	VR	915	57

qsel_DuurPerSpec_Week				
Specialisme	WeekNr	DagNaam	SomVanDuur	Patienten
IAOP	5	DO	660	40
IAOP	17	DO	585	32
IAOP	8	DO	555	34
IAOP	4	DO	540	30
IAOP	37	DO	525	33

90 |

Worstcase Vrijdag per specialisme

qsel_DuurPerSpec_Week				
Specialisme	WeekNr	DagNaam	SomVanDuur	Patienten
ILOP	51	VR	680	28
ILOP	16	VR	420	19
ILOP	46	VR	400	15
ILOP	30	VR	400	16
ILOP	1	VR	380	18

qsel_DuurPerSpec_Week				
Specialisme	WeekNr	DagNaam	SomVanDuur	Patienten
IHMP	41	VR	855	56
IHMP	39	VR	810	51
IHMP	20	VR	690	43
IHMP	35	VR	675	44
IHMP	45	VR	675	42

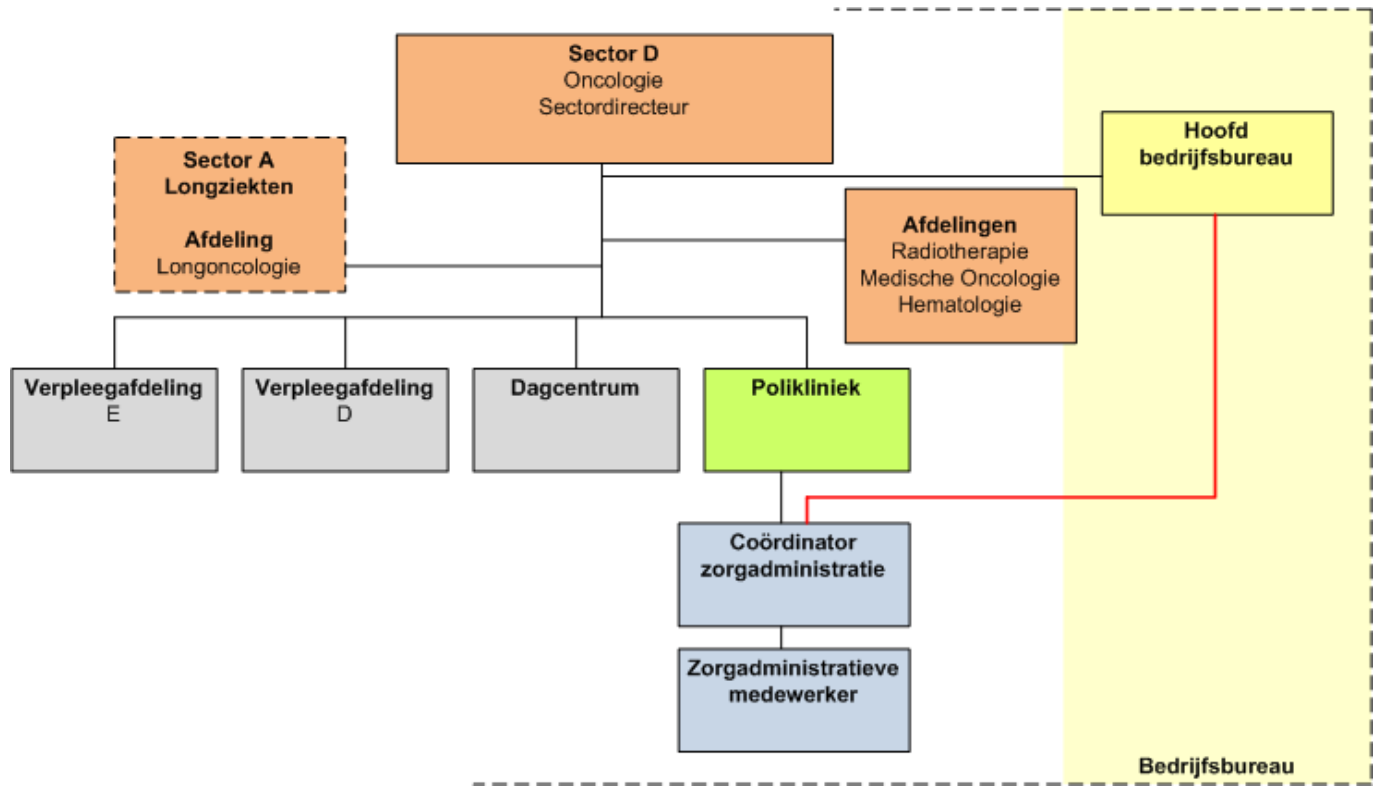
Bijlage J - Dubbelboekingen 2008

Het is een dubbelboeking als twee of meer patiënten op dezelfde tijd ingepland staan.

Specialisme	Aantal patiënten tegelijk	Hoe vaak komt dit voor?	Aantal overboekingen	Totaal dubbel afspraken	Totaal bezoeken momenten jaar	Percentage van totaal
ILOP	2	301	301	317	3053	10%
	3	8	16			
IHMP	2	1305	1305	1488	10383	14%
	3	81	162			
	4	7	21			
IAOP	2	606	606	642	8881	7%
	3	18	36			

Bijlage K - Organigram sector Oncologie

92



Bedrijfsbureau

Bijlage L - Plattegrond UMCG

Poliklinieken



Bijlage M - Opmerkingen patiënten metingen

Opmerkingen met betrekking tot bloedwaarden en prikpoli

- Bloedbeeld nog niet bekend
- Bloedbeeld was niet op tijd binnen.
- Het ging er snel i.v.m. het feit dat er weinig mensen (patienten) waren om bloed te prikken.
- Bloedbeeld nog niet bekend
- Bloedprikken op INDC
- Het bloedprikken duurde wat langer omdat ik moeilijk te prikken ben en het dus niet echt wou.
- Patient was al geprikt voor het melden.
- Wachten op bloedsuiker vóór onderzoek!
- Bloedwaarden niet bekend bij start artsbezoek.
- Nog een keer terug bij specialist ivm uitslag bloedonderzoek.
- Mevr. heeft vorige week al bloed laten prikken.
- Omdat ik in het ziekenhuis werk, laat ik meestal (99%) de woensdag (luchttijd) al prikken. Dit scheelt me donderdags de wachttijd vooraf. (Het prikbriefje had ik bij de vorige afspraak al meegekregen). Deze keer was ik de woensdag, gisteren dus, verhinderd).
- Chemo. Prikken geen succes.
- Wachten op uitslag bloed voor artsbezoek.
- Bloedsuiker was niet op tijd klaar, daarom half uur wachten.
- Patiënt had al bloed laten prikken.
- Bloedprikken niet van toepassing. Patiënt wordt eerste gezien door de arts.
- Bloed 10.31 tot 10.37 Röntgenafdeling 10.40 tot 11.12
- Punt 2: problemen met prikken, ader gaf te weinig bloed. Na een aantal minuten een andere ader gepakt welke wel voldoende bloed gaf."
- Labuitslagen was iets mis meegegaan, daarom tweede oproep zo laat

- DINSDAG 20/1/09 zonder afspraak naar prikpoli. Aankomst 08.15u Klaar 08.18u! Supersnel!
- Computers bij prikpoli hadden tijdelijke storing. Vandaar wachten op bloedprikken later begonnen.

Wachttijd

- 13.47 afspraak wordt overgenomen door andere arts, 14.10 opgeroepen door hem. Melding gekregen.
- Om 0900 longfunctieonderzoek (zou één uur duren)
- Een half uur later dan gepland bij een controle is normaal.
- Langste wachttijd ooit op de hematologie was 1,5 uur! Onderlinge communicatie is helaas beneden pijl. Dit heb ik afgelopen jaren helaas vaak mee moeten maken.
- Niet volgens afspraak geholpen (Zie boven).
- Tijden van de afspraken worden niet goed op elkaar afgestemd, zit veel te veel tijd tussen.
- Plan: Afspraak 13.00 - Geholpen 13.07
- Deze gang van zaken niet representatief voor normaal. Duurt vaak langer!
- Vind het onbegrijpelijk en onacceptabel dat er om 9.15 uur al een uur uitgelopen wordt. Dit is niet de eerste keer, slechte planning van de afspraken.
- De wachttijd tussen prik en zien specialist is lang. Dit heeft m.i. na (20jaar Hematologie) te maken met planning en gereserveerde tijd voor een consult.

Infrastructuur

- Telaar binnengekomen ivm drukte op de weg en in de parkeergarage
- Parkeergarage altijd vol! De lift ivm rolstoel duurt vaak erg lang, ook af en toe defect. Liften zijn te klein en er is te weinig plaats voor een rolstoel.
- Wij moeten minimaal 4 uur heen en terug rijden, wij vinden het heel prettig dat jullie zoveel mogelijk proberen te combineren! Top!

- Het parkeren is soms heel slecht. Vandaag hebben we een uur verloren en waren dus heel erg laat.
- Als eerste was ik zelf ruim 20 min te laat vanwege de ongewone grote verkeersdrukte. Ik kom hier nu ruim 11 jaar en ben zeer tevreden over de gang van zaken.
- Parkeerplaatsen invaliden altijd (vaak) bezet door mensen zonder invalidenkaart. Wordt niets aan gedaan.
- Complimenten
- Zeer tevreden
- Lekker vlot vandaag
- Complimenten voor zo'n groot ziekenhuis. Hoe goed alles loopt (afspraken en onderzoeken)
- Prima behandelingen
- Ik vind het niet erg om op de specialist te wachten, ik vind het ook fijn dat hij de tijd voor mij neemt.
- Alleen positief
- Perfect
- Ik vind dit een zeer prettig en vriendelijk ziekenhuis.
- Alles goed en snel!
- Als regelmatige patient van de poli zijn wachttijden van 1,5 uur geen uitzondering. Prima zaak dat hier aandacht voor is en dat dit voor dergelijke wachttijden iets oplevert. Dank u.
- KG - 22/1/09 Specialist nam goed de tijd, geen gehaast, fijn! En zeer vriendelijk, zeer belangrijk.
- Dokter de Wolf neemt alle tijd voor je. Als het dan wat uitloopt heb ik daar geen enkel probleem mee. (een geweldig specialist hematoloog)
- Groetjes Karina Buirs
- Arts neemt uitgebreid de tijd, wachten is dan niet zo erg.
- Ik ben ruim 8 jaar patiënt bij Dr Deanen en vindt de contacten en behandelingen altijd zeer correct en vriendelijk. Ik heb er veel begrip voor als je soms iets moet wachten. Daar zijn ook redenen voor.

Opmerkingen over meetformulier

- Wat is een 'neetformulier'? Dit stond namelijk in de brief die ik thuisgestuurd kreeg.
- 9,48 wachtkamer hematologie - 1015 Arts NB. In brief stond 'neetformulier' -> luizenonderzoek?

Overig

- Aanvullend onderzoek: Neuroloog
- Was om 0900 op de rontgen.
- Herafspraak via de post.
- Er staan geen oranje klokjes op de Fonteinstraat 6 (rontgen) [red: Klopt, hebben we ook niet.]
- Vooronderzoek, ipv aanvullend.
- Aanvullend: longfunctie.
- Tussendoor iov de arts. (Geen geplande afspraak)
- NB. Prikpoli -> Spoed.
- Infuus met antistoffen gepland op dagbehandeling. Direct geholpen. Na afloop dagbehandeling afspraak om 14:00uur gepland.
- Geen afspraak. Tussendoor na beenmerg iov arts.
- Chemo
- Aanvullend onderzoek: Bloedtransfusie.
- Na bezoek Heametoloog direct door naar het dagverblijf voor 14 daagse chemo, waar ik direct geholpen wordt.
- Rontgen voor bezoek aan de arts
- Moest wachten op trombose dienst voor afspraak arts

Bijlage N - Statistische onderbouwing

Steekproefgrootte

$$\max \text{fout } a = z \times \sqrt{\frac{p \times (1-p)}{n}}$$

Bij een maximale fout percentage a van 5%, bij p is de afwijking het grootst bij 50% en de z waarde is 1,96 bij een betrouwbaarheid van 95%. Dan krijgen we de volgende steekproefgrootte.

$$5 = 1,96 \times \sqrt{\frac{50 \times 50}{n}}$$

$$5^2 = 1,96^2 \times \frac{50 \times 50}{n}$$

$$n = \frac{1,96^2 \times 50^2}{5^2} = 384,2 = 385$$

In totaal zijn er 410 patiënten gemeten en dat zijn er 25 meer dan vooraf berekend was.

Statistiek metingen		
	Aantal	Percentage
Aantal totaal	410	100,0%

Per specialisme		
	Aantal	Percentage
Geen toekenning	40	9,8%
ILOP	68	16,6%
IHMP	291	71,0%
KGAP	11	2,7%

Betrouwbaarheidsinterval van gemiddelden van doorlooptijden

Het betrouwbaarheidsinterval geeft aan tussen welke minimale en maximale waarde het gemiddelde met 95% zekerheid ligt. Dit is het gemiddelde van de steekproefpopulatie. Met behulp van de T-verdeling zijn de z-waarden gevonden.

$$\text{Betrouwbaarheidsinterval} = \text{Gemiddelde } x \pm z \times \frac{s}{\sqrt{n}}$$

Melden balie -> Melden Prikpoli

$$Ax = 3,20 \pm 1,96 \times \frac{4,339}{\sqrt{316}} = 0,478$$

$$\text{Betrouwbaarheidsinterval} = >3,20 - 0,478 \text{ en } < 3,20 + 0,478$$

Melden Prikpoli -> Start bloedprikken

$$Bx = 3,55 \pm 1,96 \times \frac{3,399}{\sqrt{344}} = 0,329$$

$$\text{Betrouwbaarheidsinterval} = >3,55 - 0,329 \text{ en } < 3,55 + 0,329$$

Start bloedprikken -> Bloedprikken Klaar

$$Cx = 3,34 \pm 1,96 \times \frac{2,677}{\sqrt{344}} = 0,283$$

$$\text{Betrouwbaarheidsinterval} = >3,34 - 0,283 \text{ en } < 3,34 + 0,283$$

Bloedprikken Klaar -> Begin Afspraak Arts

$$D1x = 47,12 \pm 1,96 \times \frac{24}{\sqrt{259}} = 2,924$$

$$\text{Betrouwbaarheidsinterval} = >47,12 - 2,924 \text{ en } < 47,12 + 2,924$$

$$D2x = 59,28 \pm 2,02 \times \frac{30}{\sqrt{46}} = 8,935$$

$$\text{Betrouwbaarheidsinterval} = >59,28 - 8,935 \text{ en } < 59,28 + 8,935$$

Begin Afspraak Arts -> Eind Afspraak Arts

$$E1x = 11,22 \pm 1,96 \times \frac{8,5}{\sqrt{286}} = 0,985$$

Betrouwbaarheidsinterval = >11,22 - 0,985 en < 11,22+0,985

$$E2x = 60 \pm 3,18 \times \frac{43,83}{\sqrt{3}} = 80,47$$

Betrouwbaarheidsinterval = >60 - 80,47 en < 60+80,47

$$E3x = 24,92 \pm 2,01 \times \frac{20,50}{63} = 5,19$$

Betrouwbaarheidsinterval = >24,92 - 5,19 en < 24,92+5,19

$$E4x = 28 \pm 2,57 \times \frac{13,98}{\sqrt{5}} = 16,0\text{€}$$

Betrouwbaarheidsinterval = >28 - 16,06 en < 28+16,06

Eind Afspraak Arts -> Plannen vervolgspraak

$$Fx = 5,4 \pm 1,96 \times \frac{14,68}{\sqrt{270}} = 1,751$$

Betrouwbaarheidsinterval = >5,4 - 1,751 en < 5,4+1,751

Gegevens voor A Melden balie -> Melden Prikpoli

Gemiddelde	3,2
Mediaan	2
Min	0
Max	62
Aantal	316
Modus	2
Kwartiel	62
Standaarddeviatie	4,339631166
Interval	0,478472927

Gemiddelde	3,549
Mediaan	3
Min	0
Max	27
Aantal	344
Standaarddeviatie	3,399
Interval	0,359

Gegevens voor C Start bloedprikken -> Bloedprikken Klaar

Mediaan	3
Min	0
Max	30
Aantal	344
Standaarddeviatie	2,677
Interval	0,283

97

Gegevens voor D Bloedprikken Klaar -> Begin Afspraak Arts

IHMP (D1)		ILOP (D2)	
Gemiddelde	47,11583	Gemiddelde	59,28261
Mediaan	45	Mediaan	55
Min	1	Min	16
Max	133	Max	140
Aantal	259	Aantal	46
Standaarddeviatie	24,00953	Standaarddeviatie	30,00845
Interval	2,924031	Interval	8,67187

Gegevens voor E Begin Afspraak Arts -> Einde Afspraak Arts

IHMP C/B		IHMB N	
Gemiddelde	60	Gemiddelde	11,22
Mediaan	39	Mediaan	10
Min	20	Min	1
Max	121	Max	67
Aantal	3	Aantal	286
Standaarddeviatie	43,83	Standaarddeviatie	8,5
		Interval	0,985

ILOP B/C		ILOP N	
Gemiddelde	24,92063	Gemiddelde	28
Mediaan	20	Mediaan	25
Min	5	Min	12
Max	123	Max	48
Aantal	63	Aantal	5
Standaarddeviatie	20,5011	Standaarddeviatie	13,98571

98

Gegevens voor F Eind Afspraak Arts -> Plannen vervolgspraak

Gemiddelde	5,407407407
Mediaan	2
Min	1
Max	150
Aantal	270
Standaarddeviatie	14,6852389
Interval	1,751649562

Bijlage O - Onderzoeksproces

Wat	Van	Tot	Beschrijving
Definitiefase	13-10-2008	17-12-2008	De definitiefase is gebruikt om de organisatie in beeld te krijgen. De processen zijn bekeken en gedefinieerd. Middels gesprekken met de opdrachtgever en andere belanghebbenden, raadplegen van documentatie omtrent de organisatie is het onderzoek bepaald.
Onderzoeksfase	18-12-2008	30-01-2009	Tijdens de onderzoeksfase is de informatievraag (beschreven in hoofdstuk 1 Inleiding) beantwoord. Het proces is geanalyseerd doormiddel van de theorieën en methodes welke in hoofdstuk 3.2 (Theorie en methoden) beschreven staan.
Verwerkingsfase	02-02-2009	03-03-2009	De gegevens verkregen uit de onderzoeksfase zijn in de verwerkingsfase geanalyseerd en uitgewerkt. Op basis van deze informatie werd het proces inzichtelijk en zijn gesprekken gevoerd met betrokkenen van het proces om de voorlopige resultaten te bespreken. Tezamen met deze informatie is er gestart met het opzetten van het uiteindelijke adviesrapport.
Afrondingsfase	04-03-2009	31-03-2009	De informatie verkregen uit de vorige fasen is in deze periode samengevoegd en heeft geleid tot dit adviesrapport. Er is gestreefd naar een eenduidig helder advies op basis van de verschillende informatiebronnen die gebruikt zijn.

Bijlage P - Taakomschrijving coördinator- en hoofd zorgadministratie

Taakomschrijving coördinator zorgadministratie

Werkzaamheden en werkwijze van de eigen medewerkers zijn zoveel mogelijk afgestemd op de wensen van de patiënt
Werkzaamheden en werkwijze van de eigen medewerkers zijn afgestemd op de werkzaamheden en werkwijze van relevante anderen binnen de organisatie
Het hoofd signaleert relevante knelpunten vanuit het eigen werkgebied en koppelt deze tijdig terug aan alle bij het zorgproces betrokken medewerkers
Het hoofd fungeert als expert t.a.v. zorgadministratie binnen het eigen onderdeel
Eigen medewerkers houden zich aan de gestelde procedures, werkwijzen en richtlijnen
Het hoofd maakt werkbare conceptprocedures en richtlijnen en legt deze ter besluitvorming voor aan leidinggevende
Het hoofd fungeert als aanspreekpunt en is goed toegankelijk voor eigen personeel, afdelingsstaf en andere medewerkers in het UMCG die vragen of klachten hebben betreffende de zorgadministratie van het eigen onderdeel
De voortgang in het werk van de eigen medewerkers is goed
De kwaliteit van het door het eigen onderdeel geleverde werk is goed
Het hoofd lost knelpunten in het werkproces doeltreffend op

100 |

Taakomschrijving hoofd zorgadministratie

De continuïteit van het werk is gegarandeerd
Signalering en terugkoppeling van relevante knelpunten binnen het eigen werkgebied aan het management vindt tijdig en adequaat plaats
Het werk vindt plaats conform door (afdelings)management gesteld beleid
Het hoofd levert een bijdrage aan het tijdig en op juiste wijze vertalen van nieuw beleid naar consequenties en activiteiten van het eigen onderdeel, zoals opleidingsplannen, verandering in werkwijze etc.
De werkzaamheden/taken en daarvoor geldende normen zijn voor alle medewerkers duidelijk
De werkzaamheden vinden plaats conform richtlijnen, procedures en afspraken
De communicatie- en overlegstructuur binnen de eigen werkorganisatie is goed
Het gedrag en de deskundigheid van de medewerkers sluiten aan bij het werkaanbod
De werkzaamheden en werkwijze van de eigen medewerkers is afgestemd op die van relevante anderen binnen de organisatie
Het hoofd analyseert gegevens m.b.t. ziekte, verloop etc. en onderneemt tijdig de juiste actie
Het hoofd geeft tijdig en duidelijk feedback aan medewerkers, zowel bij zeer gewenst als bij ongewenst gedrag
Het hoofd is goed toegankelijk voor eigen personeel en andere medewerkers in het UMCG die vragen of klachten hebben betreffende de zorgadministratie van de afdeling