

STROOMMANAGEMENT IN ACUTE VLAAMSE ZIEKENHUIZEN

Aantal woorden: 18 591

Jolien Verlijsen

Stamnummer: 00602902

Promotor: Prof. dr. Paul Gemmel

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad Master in management en beleid in de gezondheidszorg

Academiejaar: 2016 – 2017



ABSTRACT

Doelstelling

Het doel van de masterproef is nagaan of er aan stroommanagement gedaan wordt in acute ziekenhuizen in Vlaanderen. Om dit te onderzoeken, wordt er eerst getracht om inzicht te verwerven in de problematiek met betrekking tot de doorstroming van patiënten en de instrumenten die gehanteerd kunnen worden om een efficiënte en effectieve doorstroming te bewerkstelligen. Daarnaast wordt ook gekeken of ziekenhuizen al dan niet een persoon aanstellen die verantwoordelijk is voor het beheren van de verschillende patiëntenstromen.

Onderzoeksmethode

Het betreft een kwalitatief exploratief onderzoek, waarbij de participanten gerekruteerd werden aan de hand van 'purposive sampling'. Bij tien personen in tien verschillende ziekenhuizen werden er semi-gestructureerde interviews afgenomen. De data uit deze interviews werden geanalyseerd met behulp van het softwarepakket 'NVivo 11'.

Onderzoeksresultaten

Er kunnen verschillende problemen en knelpunten waargenomen worden in de doorstroming van patiënten doorheen het gehele ziekenhuis. De instrumenten die gebruikt worden om de doorstroming van patiënten te bevorderen en de patiëntenstromen te beheren zijn een adequaat opname- en ontslagbeleid, bed management ondersteund door bed management systemen, het in kaart brengen van stromen en klinische paden. Vervolgens werd er niet in elk ziekenhuis iemand aangesteld om de patiëntenstromen te beheren.

Conclusie

Er is kennis verworven met betrekking tot hoe het beheren van patiëntenstromen in de praktijk gebeurt. Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat er in acute Vlaamse ziekenhuizen aan stroommanagement gedaan wordt.

Aantal woorden masterproef: 18 591 (exclusief bijlagen en bibliografie)

INHOUDSTAFEL

Abstract	2
Inhoudstafel	3
Woord vooraf	7
Inleiding	8
Deel I: literatuurstudie	10
1. Zoekstrategie.....	11
2. Patiëntenstroom.....	11
2.1. Combinatie van fysieke-, informatie- en beslissingsstroom.....	11
2.2. Patiëntendoorstroming.....	12
3. Problematiek patiëntendoorstroming.....	13
3.1. Opname en ontslag.....	13
3.2. Interdependent systeem.....	14
3.3. Bottlenecks.....	14
3.3.1. Grote knelpunten in het ziekenhuis.....	15
3.3.1.1. Spoeddienst.....	15
3.3.1.2. Intensieve zorgen.....	16
3.3.1.3. Operatiekwartier.....	17
3.3.2. Andere knelpunten in het ziekenhuis.....	18
3.4. Gevolgen problematiek patiëntendoorstroming.....	19
4. Management in ziekenhuizen.....	19
4.1. Management strategieën.....	19
4.2. Capaciteitsmanagement.....	21
4.2.1. Raamwerk voor productiebesturing.....	22
4.3. Stroommanagement.....	24
4.3.1. Denken in termen van stromen.....	24
4.4. Capaciteitsmanagement versus stroommanagement.....	24
5. Instrumenten om capaciteits- en stroommanagement te bewerkstelligen.....	26
5.1. Opnamebeleid.....	26
5.1.1. Opnameplanning.....	26

5.1.1.1. Soorten opnames.....	27
5.1.1.2. planning electieve en niet-electieve patiënten.....	27
5.1.1.3. Planning OK.....	28
5.1.2. Planningssysteem.....	29
5.2. Bed management.....	29
5.2.1. Niveaus bed management.....	29
5.2.2. Rol van bed management.....	31
5.2.3. Bed management systemen.....	32
5.3. Ontslagbeleid.....	34
5.3.1. Ontslagmanagement.....	34
5.3.2. Ontslagmanager.....	35
5.3.3. Vroegtijdige ontslagplanning.....	35
5.3.4. Ontslagrondes.....	36
5.3.5. Bed turnover proces.....	36
5.3.6. Discharge lounge.....	37
5.4. Flow mapping en klinische paden.....	37
5.4.1. Flow mapping.....	37
5.4.2. Klinische paden.....	38
5.4.2.1. Definitie.....	38
5.4.2.2. Doelstelling.....	38
5.4.2.3. Soorten klinische paden.....	38
5.4.2.4. Implementatie van klinische paden.....	39
6. Bed- of stroommanager.....	39
6.1. Differentiatie in terminologie.....	39
6.2. Profiel.....	40
7. Conclusie literatuur studie.....	41

Deel II: Empirische studie	43
8. Probleem- en doelstelling.....	44
9. Onderzoeksmethode.....	45
9.1. Kwalitatief exploratief onderzoek.....	45
9.2. Ethische overwegingen.....	45
9.3. Selectie participanten voor het onderzoek.....	46
9.4. Datacollectie.....	47
9.5. Data-analyse.....	49
10. Resultaten.....	49
10.1. (sub)vraag 1.....	50
10.1.1. Opname.....	50
10.1.2. Ontslag.....	51
10.1.3. Plaatsfactoren.....	52
10.1.4. Knelpunten in het ziekenhuis.....	53
10.2. (sub)vraag 2.....	54
10.2.1. Opnamebeleid.....	54
10.2.2. Bed management.....	57
10.2.3. Ontslagbeleid.....	57
10.2.4. Samenwerking.....	61
10.2.5. Klinische paden.....	61
10.2.6. Flow mapping.....	61
10.3. (sub)vraag 3.....	62
10.3.1. Benaming functie.....	62
10.3.2. Plaats binnen de organisatie.....	63
10.3.3. Vaardigheden.....	64
10.3.4. Bed management functie.....	65
11. Discussie, beperkingen en aanbevelingen.....	66
11.1. Discussie.....	66
11.1.1. (sub)vraag 1.....	66
11.1.2. (sub)vraag 2.....	68
11.1.3. (sub)vraag 3.....	71

11.2. Beperkingen van het onderzoek.....	74
11.3. Aanbevelingen voor verder onderzoek.....	75
12. Conclusie.....	76
Deel III: Literatuurlijst en bijlagen.....	77
Literatuurlijst.....	78
Bijlagen.....	86

WOORD VOORAF

Graag wens ik een aantal mensen te bedanken, omwille van hun hulp en aanmoediging bij het realiseren van deze masterproef.

Ik zou in eerste instantie mijn dank willen uitspreken aan mijn promotor, prof. dr. Paul Gemmel, voor de kans met betrekking tot het uitwerken van dit onderwerp. Zonder zijn begeleiding en kritische blik, kon ik deze masterproef niet tot een goed einde gebracht hebben.

Daarnaast wil ik alle medewerkers van de verschillende ziekenhuizen bedanken die hun toestemming en medewerking hebben gegeven voor het afnemen van de interviews. Dit onderzoek was zonder hun inspanningen niet mogelijk geweest.

Voorts wens ik mijn ouders te bedanken voor de opportuniteit die ze mij hebben gegeven om verder te kunnen studeren. Hun onvoorwaardelijke steun gaf mij steeds moed om door te gaan.

Tot slot, maar zeker niet op de laatste plaats, zou ik graag ook mijn vriend Robbe willen bedanken, die gedurende het hele traject voor de nodige liefde en motivatie gezorgd heeft.

Na een lange weg afgelegd te hebben, presenteer ik u met enige trots deze masterproef.

INLEIDING

De doorstroming van patiënten in gezondheidszorgorganisaties wint de laatste jaren enorm aan belang (Bhattacharjee & Ray, 2014). Het verzekeren van een efficiënt en veilig verloop van de patiëntenstromen doorheen het gehele ziekenhuis vormt een enorme uitdaging (de Silva, 2013). De patiëntenstromen worden vaak onvoldoende beheerd, met lange wachttijden en vertragingen, lange doorstroomtijden, 'bottlenecks', een laag niveau van productiviteit en een lage patiëntentevredenheid tot gevolg (Villa, Barbieri, & Lega, 2009). Vandaar dat het van belang is om te gaan kijken naar de manier waarop ziekenhuizen een efficiënte en effectieve doorstroming van patiënten proberen te bewerkstelligen. Bohmer & Ferlins (2006) geven aan dat de meeste ziekenhuizen zich nog in de fase van capaciteitsmanagement in plaats van stroommanagement bevinden. De bedoeling van dit onderzoek is om na te gaan of er in de acute ziekenhuizen in Vlaanderen reeds aan stroommanagement gedaan wordt. Dit onderzoek wordt geëxploreerd aan de hand van drie (sub)vragen. Er wordt in eerste instantie onderzocht of er problemen en knelpunten zijn met betrekking tot de doorstroming van patiënten. Vervolgens wordt er gekeken of er instrumenten gebruikt worden om de verschillende patiëntenstromen te beheren. Tenslotte wordt er nagegaan of er iemand verantwoordelijk gesteld wordt voor het beheren van de patiëntenstromen.

Dit onderzoek is kwalitatief exploratief van aard, aangezien er met het oog op het beantwoorden van de onderzoeksvraag, zoveel mogelijk informatie en kennis wenst verkregen te worden in verband met hoe het beheer van de verscheidene patiëntenstromen in de praktijk gebeurt. De gegevens hiervoor werden verzameld aan de hand van semi-gestructureerde interviews met personen die in ziekenhuizen instaan voor het beheren van de patiëntenstromen of personen wiens functie hier het meest bij aanleunt. Vervolgens werd de verzamelde data geanalyseerd met behulp van 'NVivo 11', een software programma voor een kwalitatieve data-analyse.

Het eerste deel van de masterproef betreft de literatuurstudie, waarin een overzicht gegeven wordt over wat reeds over het onderwerp in de literatuur geschreven is. In eerste

instantie volgt een korte beschrijving van de gebruikte zoekstrategie. Daarna wordt het begrip 'patiëntenstroom' gedefinieerd. Hierop volgend wordt de problematiek met betrekking tot de doorstroming van patiënten doorheen het gehele ziekenhuis geschetst. In het vierde stuk wordt het onderscheid geduid tussen het managen van de capaciteiten en het managen van de stromen. In het vijfde hoofdstuk worden de instrumenten aangehaald die ziekenhuizen kunnen hanteren om de doorstroming van de patiënten te bevorderen. In het daaropvolgend stuk wordt er getracht om een beschrijving te geven van de persoon die sommige ziekenhuizen aanstellen om de patiëntenstromen te beheren en de patiëntendoorstroming te bevorderen. Het laatste hoofdstuk omvat het besluit van de literatuurstudie.

Het tweede deel van de masterproef omvat het empirisch onderzoek. In dit onderdeel komt de probleem- en doelstelling van het onderzoek en de gebruikte onderzoeksmethode aan bod. Daarnaast worden de resultaten aan de hand van drie deelvragen weergegeven. In het daaropvolgend hoofdstuk worden deze bediscussieerd en vergeleken met de literatuurstudie. Vervolgens worden ook de beperkingen van de studie en aanbevelingen voor verder onderzoek beschreven. Als laatste wordt er in de conclusie een antwoord op de onderzoeksvraag geformuleerd.

Tot slot kan in deel drie de literatuurlijst en bijlagen teruggevonden worden.

Deel I: Literatuurstudie

1. Zoekstrategie

Via de studie van relevante literatuur werd er getracht om theoretische informatie en kennis te bekomen omtrent het onderwerp. Er werd in eerste instantie naar wetenschappelijke literatuur gezocht op volgende drie elektronische databanken: Pubmed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) en Web of Science. Tijdens het zoeken werd er steeds gebruik gemaakt van de booleaanse operatoren (AND en OR) en tekens zoals *. Diverse zoektermen werden gehanteerd, bijvoorbeeld: “bed manage*” OR “flow manage*” OR “capacity manage*” OR “patient flow coordinator*” AND problem* OR “patient flow” OR bottleneck* AND hospital* OR clinic* OR “health care”. Om de zoektocht te bevorderen, werd er ook gebruik gemaakt van filters zoals geïndexeerde termen en free text words. In de databank pubmed werd bijvoorbeeld gewerkt met ‘Medical Subject Headings (MeSH)’ en ‘text word’. De zoekfilter werd steeds ingesteld op Engelstalige publicaties, met een publicatiejaar van 2001 tot 2016. Er zijn ook relevante artikels die ouder zijn geïnccludeerd in de literatuurlijst, aangezien deze gevonden werden met behulp van de sneeuwbalmethode¹. Er werden daarnaast ook relevante boeken geraadpleegd (zie literatuurlijst).

2. Patiëntenstroom

2.1. Combinatie van fysieke-, informatie- en beslissingsstroom

Fysieke stroom

Wanneer er in de literatuur gesproken wordt over patiëntenstromen in de gezondheidszorgsetting, bedoelt men in eerste instantie het voortbewegen van patiënten doorheen het zorgproces (Drupsteen, van der Vaart, & van Donk, 2013). De verplaatsingen van materiaal en personeel in het proces maken ook deel uit van deze

¹ **Sneeuwbalmethode:** Men gaat op zoek naar andere relevante publicaties in de referentielijst van de reeds gevonden publicaties (Greenhalgh & Peacock, 2005).

fysieke component van de patiëntenstroom en bieden ondersteuning aan de primaire patiëntenprocessen (De Vries, 1993; Zhao & Lie, 2010).

Er zijn twee verschillende perspectieven om het voortbewegen van patiënten te bekijken:

‘Clinical’: De patiëntenstroom zal vanuit een klinisch perspectief aanzien worden als de progressie van de gezondheidsstatus van de patiënt doorheen het proces.

‘Operational’: De patiëntenstroom wordt vanuit een operationeel standpunt bekeken als het verplaatsen van patiënten doorheen verscheidene locaties in het gehele gezondheidszorgsysteem (Bhattacharjee & Ray, 2014).

Informatie- en beslissingsstroom

Daarnaast zijn er nog twee andere onderliggende componenten aan het begrip te onderscheiden. De patiëntenstroom bestaat ook uit alle informatie over de patiënt en gegevens over bedbezetting, wachttijden, enzovoort. De derde component is de stroom van de beslissingen die genomen dienen te worden en bepalen welk proces de patiënt zal doorlopen (Zhao & Lie, 2010).

2.2. Patiëntendoorstroming

De patiënt zal afhankelijk van de medische toestand, beslissingen van de arts, effect van behandeling(en) en verschillende knelpunten in het systeem verscheidene routes in het ziekenhuis doorkruisen (Bhattacharjee & Ray, 2014). Volgens Gemmel & Van Dierdonck (1999) zal de route of stroom van een patiënt afhangen van de mix aan dienstverlening. Een goede doorstroming, doorheen alle eenheden van het ziekenhuis, is iets dat in de praktijk zelden gerealiseerd wordt (Rechel, Wright, Barlow, & McKee, 2010). Er zijn immers vaak problemen met betrekking tot de doorstroming merkbaar.

3. Problematiek patiëntendoorstroming

3.1. Opname en ontslag

Opname

Het gebrek aan een adequate opnameplanning zal vaak een negatief effect hebben op het binnen- en doorstromen van de patiënt in het ziekenhuis. In de literatuur wordt gesproken over het 'dynamic patient admission scheduling problem' waarmee ziekenhuizen vaak geconfronteerd worden. Men dient verschillende patiënten aan bedden toe te wijzen gedurende een bepaalde tijdsperiode, waarbij men de kwaliteit zoals het comfort van de patiënt en de efficiëntie van de behandeling tracht te maximaliseren. Het maken van deze beslissingen vormt een complex gegeven (Demeester, Souffriau, De Causmaecker, & Vanden Berghe, 2009; Lusby, Schwierz, Range, & Larsen, 2016).

Ontslag

De vertragingen op het moment van ontslag kunnen volgens Black & Pearson (2002) aan individuele, organisationele en medische factoren toegeschreven worden. Toch zou een groot deel van de vertragingen door niet-medische redenen veroorzaakt worden (Shepperd et al., 2010). Het ontslag kan bijvoorbeeld vertraagd zijn omdat afdelingen de vrije bedden niet altijd naar waarheid doorgeven. Ze doen dit om de werkbelasting onder controle te houden, maar het kan ook gebeuren dat ze de bedden beschikbaar houden voor potentiële of te verwachten patiënten, waarvan de pathologie aansluit bij de afdeling. Op het ontslagmoment dienen patiënten ook vaak nog op de ontslagdocumenten of transport te wachten (Hernandez, Dinesh, & Mitchell, 2014). Wat in de literatuur steeds terugkomt, is dat er vaak een gebrek aan communicatie is tussen de verschillende actoren die betrokken zijn bij het ontslag. Ook een onduidelijke invulling van ieders rol en verantwoordelijkheid draagt hiertoe bij (Okoniewska et al., 2015).

3.2. Interdependent systeem

Om de doorstroming van patiënten te bevorderen, dient men alle diensten en afdelingen in het ziekenhuis als één geheel te beschouwen. Er moet een goede coördinatie en samenwerking zijn tussen de verscheidene diensten en afdelingen die de patiënten doorlopen. Nochtans blijkt dat de meeste departementen nog steeds in grote mate onafhankelijk van elkaar fungeren. Er is een gebrek aan integratie, terwijl dit net zo van belang is om als ziekenhuis als één systeem te functioneren. Het zorgt er immers voor dat de verschillende processtappen niet op elkaar afgestemd zijn en er discontinuïteit in de stroom is. Semi-autonome hospitalisatiediensten zijn vaak te veel toegespitst op het verbeteren van de eigen doorstroom (aantal patiënten die gezien kunnen worden of procedures per uur), zonder rekening te houden met het effect dat hun acties hebben op de performantie van de andere afdelingen en diensten. Dit vergroot vaak het probleem voor de andere diensten en afdelingen, met zogenaamde 'bottlenecks' tot gevolg (Mango & Shapiro, 2001; Haraden & Resar, 2004).

3.3. Bottlenecks

'Bottlenecks', ook wel knelpunten genoemd, verstoren een goede doorstroming van de patiënt in het ziekenhuis en vertragen het patiëntenproces (Mur-Veeman & Govers, 2011). Wanneer de capaciteit in het proces insufficiënt of inefficiënt gebruikt en beheerd wordt, kan er zich een 'bottleneck' voordoen (Mango & Shapiro, 2001). Het is een beperkende factor, die zodoende het tempo voor alle andere opeenvolgende activiteiten in het proces aangeeft (De Vries & Hiddema, 2001). Er kunnen twee soorten 'bottlenecks' onderscheiden worden. Enerzijds bestaan er incidentele knelpunten die tijdelijk van aard zijn, anderzijds kunnen er ook structurele knelpunten aanwezig zijn, welke zich eerder situeren in de structuur en capaciteiten van het ziekenhuis (Drupsteen, van der Vaart & van Donk, 2013).

3.3.1. Grote knelpunten in het ziekenhuis

De spoeddienst, de intensieve zorgen en het operatiekwartier (met bijbehorende pre- en postoperatieve afdelingen) worden in de literatuur vaak als grote knelpunten beschouwd. Ze maken gebruik van niet-uitwisselbare middelen en vormen belangrijke passagepunten voor veel patiënten die in het ziekenhuis opgenomen worden (Haraden & Resar, 2004; Tan, Elmekawy, Peng, & Wright, 2011).

3.3.1.1. Spoeddienst

Access block

‘Access blocking’ houdt in dat patiënten die gehospitaliseerd dienen te worden, op de spoeddienst gehouden of gebufferd worden tot wanneer een bed op die afdeling vrij komt (Howell et al., 2008). Spoeddiensten gaan vaak extra bedden in de gang plaatsen omdat men meer patiënten zou kunnen behandelen, wat de situatie voor de patiënt en afdelingen/diensten waar de patiënt geplaatst dient te worden, uiteindelijk vaak erger maakt (Haraden & Resar, 2004; Murphy, Barth, Carlton, Gleason, & Cannon, 2014). Vanaf welke tijdsperiode er sprake is van ‘access block’, verschilt naargelang de definitie (Forero et al., 2004).

Overcrowding

De Australasian College for Emergency Medicine (ACEM) definieert ‘Emergency department overcrowding’ als een situatie waarin het functioneren van de spoeddienst belemmerd wordt. Dit betekent dat de snelheid en kwaliteit van behandeling achteruit gaat, zelfs met een optimaal gebruik van de capaciteit. De voornaamste reden is dat er een te groot aantal patiënten op de spoeddienst aanwezig is, wat ervoor zorgt dat de beschikbare ruimte, middelen en personeel overbelast worden (ACEM, 2011). Sommige van deze patiënten worden geobserveerd of krijgen de eerste zorgen toegediend, andere zijn aan het wachten om gezien te worden door een arts of wachten om door te stromen naar een

hospitalisatie-eenheid. 'Access blocking' vormt de grootste oorzaak van 'overcrowding' op de spoeddienst (Richardson & Mountain, 2009).

Gevolgen van access block en overcrowding

'Access blocking' en bijgevolg ook 'overcrowding' vormen de grootste bedreiging voor de kwaliteit van zorg op de spoeddienst. Dit wordt geassocieerd met onder andere een langere wachttijd en verblijf op de spoed, te weinig verpleegkundigen in verhouding tot de stijging van het aantal patiënten en een verhoogd risico op het maken van medische fouten (Murphy et al., 2014).

'Access blocking' zorgt niet alleen op de spoeddienst voor de nodige problemen, maar heeft ook een impact op het doorstromen van patiënten naar verscheidene diensten en afdelingen van het ziekenhuis. De verhoogde vraag zorgt binnen radiologie en pathologie voor de nodige problemen inzake wachttijden en administratieve tekortkomingen. Ook de planning van het operatiekwartier komt in het gedrang. Eén van de grootste gevolgen van 'access block' is het omleiden van ziekenwagens, ook wel 'ambulance bypass' genoemd (Forero et al., 2011). Wanneer de maatregelen met betrekking tot 'access block' en 'overcrowding' onvoldoende blijken, zal men vaak tijdelijk de stroom waarlangs patiënten via de ziekenwagen binnengebracht worden verminderen of stopzetten (Adini, Cohen, Laor, & Israeli, 2011; Murphy et al., 2014).

De enorme druk om patiënten sneller naar intensieve zorgen, interne en heelkundige afdelingen te verplaatsen, kan ervoor zorgen dat ze naar 'outlier wards' gestuurd worden. Dit zijn afdelingen die niet in staat zijn om dezelfde gespecialiseerde zorg aan te bieden als de afdeling waar hij of zij effectief dient behandeld te worden. Er ontstaan dus vertragingen in de transfer van de patiënten naar alle betrokken diensten en afdelingen, wat uiteraard de nodige gevaren met zich meebrengt, met name een verhoogde morbiditeit en mortaliteit (Murphy et al., 2014).

3.3.1.2. Intensieve zorgen

Intensieve zorgen (IZ) is een afdeling waar hoogtechnologische en gespecialiseerde diensten aangeboden worden. De vraag naar deze intensieve zorg neemt steeds toe

(Williams, Leslie, Brearley, Leen, & O'Brien, 2010). De capaciteiten zijn echter schaars en kennen een hoge kostprijs. De kost voor een IZ-bed ligt bijvoorbeeld een stuk hoger dan een bed op andere afdelingen, vandaar dat er ook weinig in aantal zijn. Op een efficiënte manier omspringen met de bestaande IZ-bedden en een goede doorstroom van patiënten is zodoende sterk aangewezen (Lin, Chaboyer, & Wallis, 2009; Williams et al., 2010).

Zowel de instroom als de uitstroom van intensieve zorgen kan echter als een probleem ervaren worden. De IZ-afdeling ondervindt vaak een grote druk vanuit de spoeddienst of het operatiekwartier om nieuwe patiënten op te nemen. Deze 'strijd' om IZ-bedden kan ertoe leiden dat andere patiënten vroeger dan gepland ontslaan worden uit een IZ-bed. Een te vroeg ontslag, maar ook ontslag dat 's avonds of 's nachts plaatsvindt vanuit intensieve zorgen houdt een aantal gevaren in en wordt geassocieerd met bijkomende infecties en een toename van ziekte en sterfte (Lin et al., 2009). Wanneer patiënten daarentegen langer dan nodig op IZ gehouden worden, kan dit leiden tot 'IZ bed block'. Dit betekent dat alle bedden op IZ ingenomen zijn en hierdoor de toegang tot IZ geblokkeerd wordt voor patiënten die dringend intensieve zorg nodig hebben. Er treden vaak vertragingen bij het ontslag op IZ op, voornamelijk door het tekort aan bedden (of eenpersoonkamers) op de afdelingen waar de patiënten opgenomen dienen te worden. Verder is er soms een gebrek aan voldoende personeel voor het voorbereiden van de patiënt op de transfer, alsook voor het transport zelf. De uitstroom van patiënten kan ook beïnvloed worden door het feit dat de vaardigheden en expertise van het personeel op andere afdelingen niet ver genoeg reikt (Lin et al., 2009).

3.3.1.3. Operatiekwartier

Het operatiekwartier (OK) betekent een grote inkomstenbron voor het ziekenhuis, maar vormt tegelijkertijd ook een enorme kost met betrekking tot het personeel, dure apparatuur en faciliteiten (Pham & Klinkert, 2008). Het OK vormt, voor wat de chirurgische patiëntenstromen betreft, een belangrijk knooppunt voor de activiteiten in het ziekenhuis. Het OK is nauw verbonden met de apotheek, het patiëntentransport, alsook de interne afdelingen zoals o.a. de ontwaakzaal en intensieve zorgen. Er komen verschillende processen samen, met name de patiënten, materiaal- en informatieprocessen (Gemmel &

Bourgonjon, 2002). Het beheer van deze processen en het plannen van patiënten voor een operatie verloopt niet altijd vlekkeloos. Op het vlak van planning blijkt het toewijzen van OK-tijd een probleem. Dit betreft onder meer de verdeling van operatie-uren tussen electieve en spoedpatiënten en de onderlinge strijd tussen specialismen over de toegewezen tijd. Ook last-minute wijzigingen en correcte inschattingen van de duurtijd van operaties spelen een grote rol bij een optimale toewijzing. In de meeste gevallen wordt er in de operatieplanning niet gespecificeerd hoeveel en welke operaties uitgevoerd dienen te worden binnen de toegewezen tijd. Men kent zodoende een grote variatie in het aantal patiënten welke hiervoor dagelijks opgenomen wordt (Bekker & Koeleman, 2011).

De OK-planning heeft een invloed op alle afdelingen/diensten die betrokken zijn in de chirurgische patiëntenstroom (Roland, Martinelly, & Riane, 2006). Omdat men de capaciteit van het operatiekwartier maximaal wenst te benutten, gaat men bij het inplannen van patiënten voor een operatie vaak alleen rekening houden met de capaciteit van het operatiekwartier (Adan & Vissers, 2002). De opnameplanning en operatieplanning zijn bijgevolg niet altijd voldoende op elkaar afgestemd (Gemmel & Bourgonjon, 2002). Ook preoperatieve vertragingen en vertragingen met betrekking tot het ontslag op de postoperatieve afdelingen worden als vaak voorkomende problemen, die bijdragen tot een verminderde doorstroming, genoemd (Roland et al., 2006).

3.3.2. Andere knelpunten in het ziekenhuis

Er kan weliswaar ook sprake zijn van andere knelpunten, verschillend van voorgaande grote knooppunten, binnen het ziekenhuis. Zo halen De Vries & Hiddema (2001) voorbeelden aan waar de MRI-capaciteit voor de orthopedische patiëntenstroom een 'bottleneck' blijkt te zijn. Ook belangrijk om te vermelden, is dat medisch specialisten vaak de 'bottleneck'-capaciteit vormen (Vissers, Bertrand, & de Vries, 2001). Volgens de Kreuk, Winands, & Vissers (2004) is de beschikbaarheid van deze specialisten een knelpunt voor het efficiënt gebruik van de andere middelen in het ziekenhuis.

3.4. Gevolgen problematiek patiëntendoorstroming

De besproken problemen en knelpunten maken het moeilijk voor een patiënt om door te schuiven naar een volgende stap in zijn of haar proces. Dit leidt tot vertragingen, wachttijden en de gemiddelde verblijfsduur stijgt. Ze hebben ook een negatieve invloed op de kwaliteit van zorg en de tevredenheid van de patiënten en het personeel (Rechel et al., 2010; Tortorella, Ukanowicz, & Douglas-Ntagha, 2013). Het is dus belangrijk om de knelpunten zo snel mogelijk te identificeren en te reduceren of elimineren om een efficiënte en effectieve doorstroming te bewerkstelligen (Mur-Veeman & Govers, 2011).

4. Management in ziekenhuizen

4.1. Management strategieën

Tabel 1: op basis van Virginia Mason Medical Center (bron: Bohmer & Ferlins, 2006)

Fase	Aanpak van het ziekenhuis m.b.t. management	Voorbeelden van instrumenten voor verbeteren prestatie	Rol van de arts
1	Voorzien van middelen	Aanwerven van personeel Evaluatie en verwerving van technologieën Facturatie- en betalingssysteem	Onafhankelijk uitoefenen van de kunde binnen de organisatie
2	Capaciteitsmanagement	Roostering Planning	Onafhankelijk uitoefenen van de kunde binnen de organisatie
3	Stroommanagement	Klinische paden 'Flow mapping' Elektronische voorschriften	Ontwikkelen van fysische omgeving en klinische paden
4	Management van de klinische beslissingen	Protocollen 'Decision Support Systems'	Ontwikkelen van en updaten van klinische protocollen en regels voor beslissingen Management van patiëntenzorg bij uitzondering

Er kan een evolutie opgemerkt worden omtrent het beheersen van processen in ziekenhuizen. Bij het bespreken van de stadia kan een ontwikkeling van de rol van de arts

in het ziekenhuis en een integratie van klinische en management beslissingen waargenomen worden (Bohmer & Ferlins, 2006).

In de eerste twee fases werken de artsen als het ware onafhankelijk. Ze beschouwen het ziekenhuis als een werkplaats, waar allerlei middelen voor hen ter beschikking gesteld worden. In de derde en vierde fase is de arts actiever betrokken bij het vormgeven van de processen (Bohmer & Ferlins, 2006).

In de eerste fase zorgde het ziekenhuis ervoor dat er voldoende middelen voor de arts voorhanden waren, met name personeel, technologieën, betalingssysteem enz. Bij het capaciteitsmanagement ligt de nadruk echter op het goed benutten van deze middelen, onder meer met behulp van roostering en planning.

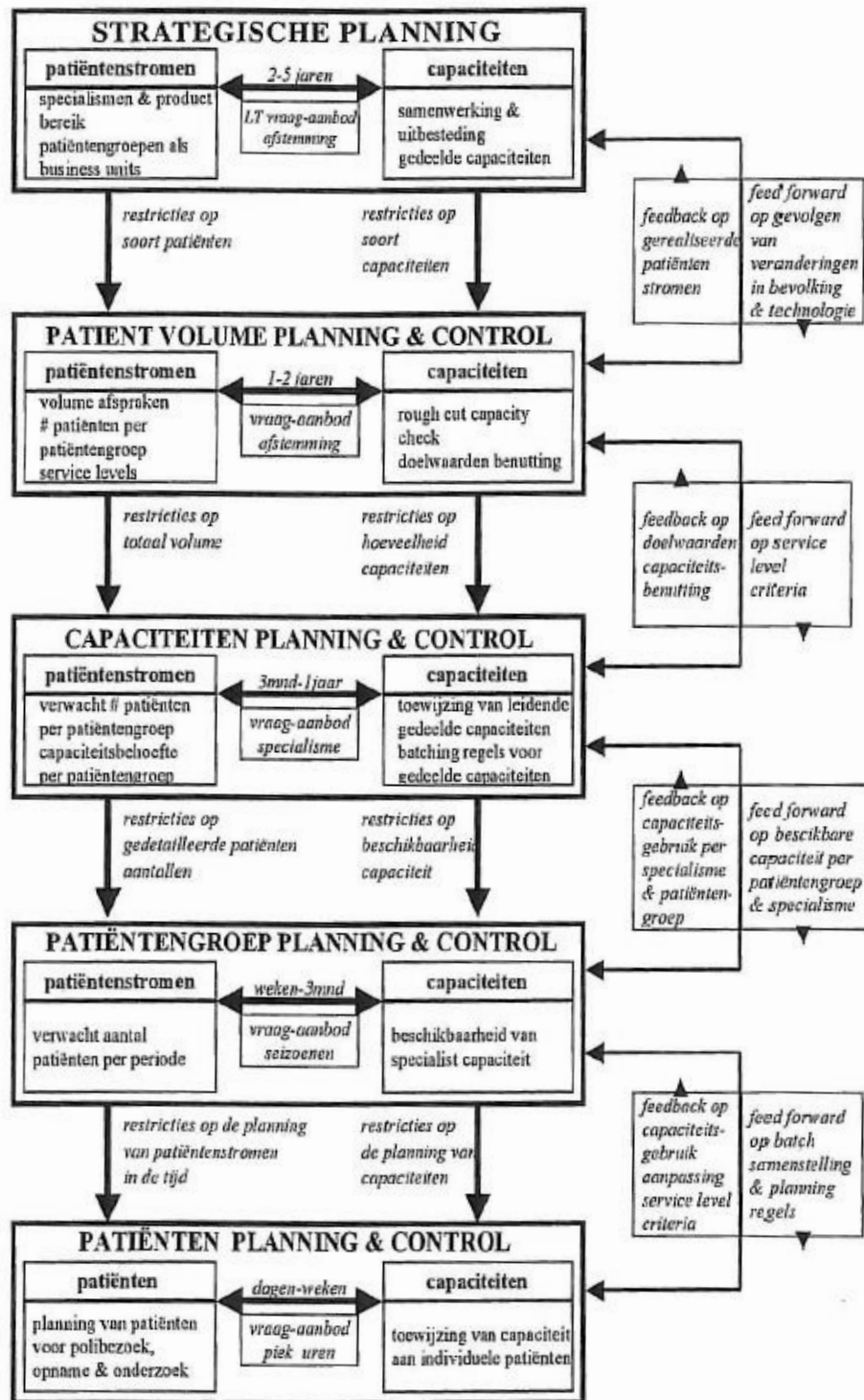
Op het niveau van stroommanagement ligt de focus eerder op de operationele processen die ervoor zorgen dat de patiënt, de noodzakelijke materialen/middelen en de adequate zorgverstrekker in de consultatiekamer aanwezig zijn, alsook de nodige klinische handelingen worden uitgevoerd. Men gaat in tegenstelling tot de tweede fase niet meer in capaciteiten denken, maar wel in termen van stromen. In de laatste fase beheert het ziekenhuis de medische beslissingen en klinische processen door middel van het systematisch gebruik van gestandaardiseerde protocollen en regels voor het nemen van beslissingen. Dit vereist dat de arts sterk betrokken moet zijn in het optimaliseren van deze processen aangezien hun klinische beslissing grotendeels zal bepalen hoe de stroom zal verlopen (Bohmer & Ferlins, 2006).

Volgens Bohmer & Ferlins (2006) zouden de meeste ziekenhuizen in de praktijk niet één bepaalde strategie toepassen voor het gehele ziekenhuis, maar kan deze van afdeling tot afdeling variëren. In het kader van de onderzoeksvraag wordt er enkel ingegaan op het verschil tussen capaciteitsmanagement en stroommanagement.

4.2. Capaciteitsmanagement

Het beheren van de capaciteiten doorheen het gehele ziekenhuis wordt vaak aanzien als een middel om de patiëntendoorstroming efficiënter te doen verlopen. Voorbeelden van capaciteiten zijn o.a. ruimtes, apparatuur, personeel en bedden. Door middel van capaciteitsmanagement proberen ziekenhuizen de vraag naar zorg en het aanbod van zorg op elkaar af te stemmen. Capaciteitsmanagement omvat twee belangrijke beslissingen, namelijk hoeveel capaciteit we beschikbaar moeten stellen en hoe we de bestaande capaciteit kunnen gebruiken. Met het oog op een optimale bezetting is het van belang om de beschikbare bronnen zo efficiënt mogelijk in te zetten. (de Silva, 2013; Rechel et al., 2010).

4.2.1. Raamwerk voor productiebesturing



Figuur 1: raamwerk voor productiebesturing van ziekenhuizen (bron: Vissers, Bertrand, & de Vries, 2001).

Visser, Bertrand, & de Vries (2001) ontwikkelden een raamwerk van hiërarchisch geordende beslissingen met betrekking tot de besturing van de ziekenhuisactiviteiten. De vijf niveaus trachten de vraag naar en het aanbod van zorg op elkaar af te stemmen. De verbindingen tussen de niveaus zijn belangrijk om een geïntegreerde totale aansturing tot stand te kunnen brengen. Ze stellen ook dat de praktijk van dit theoretisch raamwerk kan verschillen.

- 'Patient planning & control': Het aansturen van processen die voor het dagelijks managen van de patiëntengroep noodzakelijk zijn. Dit betreft bijvoorbeeld het plannen van patiënten voor de polikliniek, een onderzoek of opname. De capaciteiten gaan hier toegewezen worden aan individuele patiënten.
- 'Patient group planning & control': De belangrijkste taken van het management op dit niveau zijn de volgende: het vaststellen van de marktprestatie (patiëntenmix, urgentiecriteria, acceptabele wachttijden enz.), het verwerven van capaciteiten, patiëntenstroom beheersing en capaciteitsbenutting door de patiëntengroep. Met het beheersen van de patiëntenstroom bedoelt men dat er gecontroleerd wordt of de dagelijkse planning van patiënten overeenstemt met de doelstellingen en vereisten die opgemaakt zijn voor de totale patiëntengroep.
- 'Capacity planning & control': Er gebeurt een toewijzing van capaciteiten op basis van een gedetailleerde voorspelling van patiëntengroepen en specialismen. Bij capaciteiten maakt men een onderscheid tussen capaciteiten toegewezen aan een patiëntengroep en de capaciteiten die gedeeld dienen te worden binnen een specialisme.
- 'Patient volume planning & control': Het vaststellen van het aantal patiënten per patiëntengroep. Er worden afspraken gemaakt over de totale hoeveelheid output op jaarniveau en de capaciteit om deze aantallen te kunnen behandelen. Er gebeurt ook een afweging tussen het dienstverleningsniveau dat men hanteert en de efficiënte benutting van capaciteiten.

- 'Strategic planning': Dit maakt eigenlijk geen deel uit van productiebesturing, maar wordt wel vermeld in het raamwerk omwille van de relatie met beslissingen over productiebesturing. Men moet omgaan met de financieringsbeperkingen, wat zijn invloed heeft op de genomen beslissingen. Het gaat hier om beslissingen op lange termijn.

4.3. Stroommanagement

4.3.1. Denken in termen van stromen

De wachttijden die zich op verschillende plaatsen in het patiëntenproces manifesteren, werden vroeger steeds toegeschreven aan een tekort aan middelen. Na het bestuderen van deze wachttijden bleek dat het in veel gevallen niet gaat om een capaciteitsprobleem, maar wel een probleem met betrekking tot het beheren van de patiëntenstromen in het ziekenhuis (Haraden & Resar, 2004). Pas wanneer het beleid de focus van de organisatie verplaatst, van capaciteitsgestuurd naar procesgestuurd, doet men aan patiëntenstroom beheersing (De Vries & Hiddema, 2001).

4.4. Capaciteitsmanagement versus stroommanagement

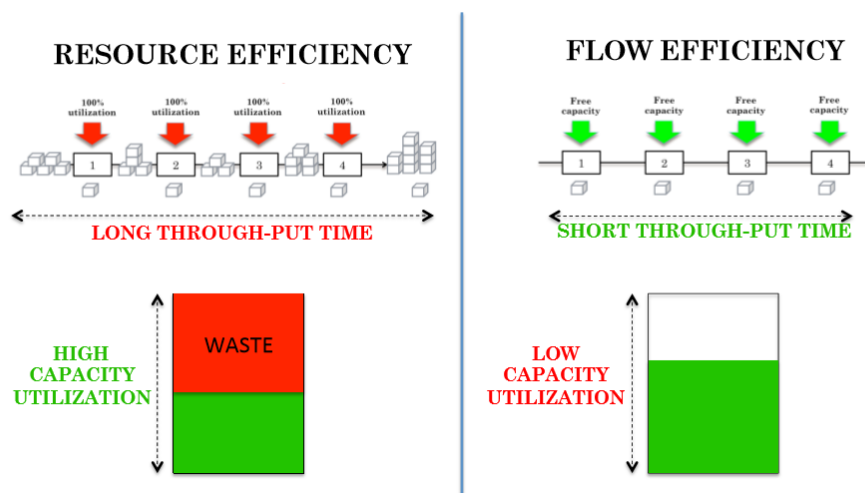
Resource efficiency en flow efficiency

Modig & Åhlström (2012) duiden het verschil tussen denken in capaciteiten en denken in stromen. Ze onderscheiden respectievelijk het streven naar 'resource efficiency' en 'flow efficiency'. 'Resource efficiency' verwijst naar het optimaal gebruik van de middelen in productie. Vandaag de dag zijn de meeste ziekenhuizen georganiseerd rond specifieke functies en bestaande middelen. Men wenst de operationele efficiëntie van middelen te optimaliseren door een grotere focus op de capaciteiten te leggen. Er wordt zodoende naar een maximaal gebruik van de capaciteiten gestreefd. 'Flow efficiency' daarentegen bekijkt en meet hoe vlot de patiënt de operationele processen doorloopt. Hier ligt de nadruk op de waarde toevoegende activiteiten voor de patiënt en staan de noden van de patiënt voorop,

maar heeft men ook aandacht voor de doorstroomtijd (Ahlstrom, 2004; Meyer Junior, Pascucci, & Murphy, 2012).

Efficiëntie paradox

Wanneer de focus ligt op het maximaliseren van de efficiëntie van een individuele capaciteit, zonder rekening te houden met de manier waarop deze capaciteit interageert met andere capaciteiten in het ziekenhuis, des te erger de efficiëntie van deze bepaalde capaciteit zal worden. In plaats van meer efficiënt te werken, wordt het systeem minder efficiënt en creëert het net veel verspillingen en verborgen inefficiënties. De nadruk leggen op het maximaliseren van de capaciteiten zou ook vanuit een klantenperspectief problematisch zijn. Dit wordt door Modig & Åhlström (2012) een efficiëntie paradox genoemd.



Figuur 2: This is lean: resolving the efficiency paradox (bron: Modig & Åhlström, 2012).

Om deze paradox te overwinnen suggereert de literatuur dat men moet proberen om de patiëntenstroom te optimaliseren en te focussen op het bereiken van een vlotte doorstroming van de patiënt doorheen alle processen in het ziekenhuis. Het optimaliseren van de capaciteiten staat tegenover het feit dat de patiënten zo vlot mogelijk door het ziekenhuis dienen te stromen (Modig & Åhlström, 2012). Bij een hoge bezettingsgraad is

er namelijk meestal sprake van wachttijden, alsook een verlenging van de doorstroomtijd en een grotere kans op knelpunten (Gemmel & Bourgonjon, 2002).

Zowel bij capaciteitsmanagement als bij stroommanagement gaat men de capaciteiten beheren, maar de focus verschilt. Elk ziekenhuis zal uiteindelijk een keuze moeten maken tussen 'resource efficiency' en 'flow efficiency'. Dit zijn immers twee verschillende objectieven. Men kan ze niet beiden voor 100% realiseren (Modig & Åhlström, 2012; Tay, 2016).

5. Instrumenten om capaciteits- en stroommanagement te bewerkstelligen

5.1. Opnamebeleid

5.1.1. Opnameplanning

De opnameplanning zorgt voor het plaatsen van individuele patiënten en regelt zodoende de instroom van het ziekenhuis, waarmee bepaald wordt wanneer welke patiënten opgenomen zullen worden (Kusters, 1988). Op die manier maakt men beslissingen over het aantal patiënten per specialiteit en de mix van patiënten die elke dag opgenomen worden (Adan & Vissers, 2002). Een opnameplanning is een proactief beleidsinstrument. Het is immers een belangrijke strategie om de zorgvraag en het aanbod van zorg op elkaar af te stemmen (Gemmel & Van Dierdonck, 1999). Deze planning maakt deel uit van de operationele processen en is te situeren op het niveau van 'patient planning & control' in het reeds besproken raamwerk van Vissers, Bertrand, & de Vries (2001).

Het plannen van opnames kan diverse en soms contrasterende doelstellingen hebben, gaande van een hoge bezetting van de beschikbare capaciteit, een vlotte doorstroom welke resulteert in een zo kort mogelijke verblijfsduur voor de patiënt tot een goede dienstverlening naar zowel patiënten als artsen toe (Gemmel & Van Dierdonck, 1999).

5.1.1.1. Soorten opnames

Er zijn verschillende mogelijkheden om als patiënt in het ziekenhuis opgenomen te worden. Bijgevolg zal ook het plannen van de opname van deze patiënten verschillend zijn. Men onderscheidt drie soorten opnames (Adan & Vissers, 2002; Pham & Klinkert, 2008):

- 'Emergency patient' of spoedgeval: Dit betreft een spoedopname, waarbij er onmiddellijk specialistische medische zorg verleend dient te worden.
- 'Outpatient' of niet-gehospitaliseerde patiënt: Een groot deel van deze patiënten wordt doorverwezen door de huisarts, maar kan ook op eigen initiatief of door een specialist gestuurd zijn. Ze vereisen geen ziekenhuisopname en verkrijgen ambulante zorg in de polikliniek of het dagziekenhuis. De ingrepen zijn meestal korter, minder complex en minder uiteenlopend dan bij gehospitaliseerde patiënten.
- 'Inpatient' of gehospitaliseerde patiënt: Deze patiënten vereisen een ziekenhuisopname. De opname kan zowel gepland als ongepland plaatsvinden (Adan & Vissers, 2002; Pham & Klinkert, 2008). Hieronder wordt dit verschil verder geduid.

5.1.1.2. Planning electieve en niet-electieve patiënten

Electieve patiënten

De niet-gehospitaliseerde en de gehospitaliseerde geplande patiënten worden in de literatuur ook wel electieve patiënten genoemd, aangezien deze geen onmiddellijke zorg vereisen (Vissers, Adan, & Dellaert, 2007).

De huidige opnameplanning van deze electieve patiënten wordt gedreven door het 'maximum resource use concept'. Dit betekent dat de beschikbare middelen maximaal ingezet worden met het oog op het behandelen van zoveel mogelijk patiënten. Wanneer gedurende een bepaalde tijdsperiode de dienstverlening niet tegemoetkomt aan de vraag, kunnen wachtlijsten met betrekking tot de opname van patiënten een oplossing bieden. Een wachtlijst vormt een noodzakelijke buffer met betrekking tot een efficiënte planning van electieve opnames en het efficiënt inzetten van de middelen (Vissers, Van Der Bij, & Kusters, 2001; Vissers et al., 2007).

Een alternatief concept met betrekking tot opnameplanning is 'booked admissions', waarbij de patiënt meteen een afspraak krijgt en de opnamedatum op voorhand gekend is (Vissers et al., 2007).

Een eerder extreem dienstverleningsconcept is het 'zero waiting time' principe. Elke patiënt wordt dan zonder enige vertraging behandeld, zelfs wanneer dit betekent dat er extra middelen ingezet moeten worden bij een volledige bezetting van het ziekenhuis. Dit komt de service ten goede, maar is op vlak van middelen dan weer enorm intensief. Het beste dienstverleningsconcept is volgens Vissers et al. (2007) een combinatie van deze methoden.

Niet-electieve patiënten

Onder niet-electieve patiënten vallen de spoedgevallen en gehospitaliseerde niet-geplande patiënten. Ze bevinden zich immers ofwel in een urgente ofwel in een noodsituatie, waarbij ze zo snel mogelijk opgenomen moeten worden (Vissers et al., 2007). Voor de manier waarop de opname van spoedpatiënten dient te gebeuren, verwijzen Gemmel & Van Dierdonck (1999) naar Smith-Daniels et al. (1988). Ze stellen dat ofwel een vooraf gedefinieerd aantal bedden uitsluitend voor spoedgevallen gereserveerd kan worden, ofwel bij het plannen van patiënten meteen rekening kan gehouden worden met de spoedpatiënten.

5.1.1.3. Planning OK

Bekker & Koeleman (2011) stellen dat de opnameplanning in grote mate beïnvloed wordt door de OK-planning. Met het oog op een vlotte doorstroming moet de operatieplanning idealiter via het opnameplan aan de bedplanning gekoppeld zijn. Op deze manier wordt de capaciteit aan bedden en de OK-capaciteit (operatieruimtes, operatieverpleegkundigen enz.) bij de opname van patiënten mee in beschouwing genomen. Men dient zodoende steeds op voorhand na te gaan of er op de ontwaakzaal en hospitalisatieafdelingen een bed beschikbaar is voor de patiënt na de ingreep (Gemmel & Bourgonjon, 2002).

5.1.2. Planningssysteem

Centraal versus decentraal

Gemmel & Van Dierdonck (1999) verwijzen voor een opsomming van diverse opnamesystemen naar Kusters (1988). Er kunnen dan ook twee uitersten onderscheiden worden, namelijk centrale en decentrale opnameplanning. Sommige ziekenhuizen maken gebruik van een centraal opnamesysteem. Hierbij maakt één persoon, een opnameplanner, de planning voor alle afdelingen. Een groot voordeel is dat centrale opnameplanners over een globaal overzicht beschikken (Kusters, 1988) en dat het duidelijk is wie de verantwoordelijkheid heeft en beslissingen maakt (de Vries & Hiddema, 2001). Volgens de Vries & Hiddema (2001) decentraliseren veel ziekenhuizen de opnamefunctie echter naar de afdelingen. Gemmel & Van Dierdonck (1999) hebben in de resultaten van hun studie evidentie gevonden dat opnameplanning centralisatie van beslissingen vereist. De verschillende klinische departementen delen verscheidene werkplaatsen, waardoor centralisatie belangrijk is om informatie over de verschillende patiëntenstromen te vergaren.

5.2. Bed management

5.2.1. Niveaus bed management

Het managen van bedden kan zich op verschillende niveaus situeren en krijgt daardoor een andere betekenis naargelang de context, vandaar het belang om in eerste instantie het begrip 'bed management' van naderbij te bekijken. Dit is overigens een toepassing van het kader voor productiebesturing, welke in het hoofdstuk omtrent capaciteitsmanagement reeds geïntroduceerd werd.

Volgens 'The Audit Commission for Local Authorities and the National Health Service in England and Wales' (1992) kunnen drie belangrijke componenten bij het managen van bedden onderscheiden worden, namelijk de bed management strategie, het tactisch bedbeleid en de dagdagelijkse beslissingen in verband met bedden. Deze componenten

situëren zich in een organisatie respectievelijk op het strategisch, structureel en operationeel niveau van management.

Strategisch management

Het doorgronden, bekrachtigen en ondersteunen van de bed management functie op executief niveau is voor ziekenhuizen van cruciaal belang (Proudlove, Boaden, & Jorgensen, 2007). De primaire taak is het bepalen van het aantal bedden voor elke klinische dienst in het ziekenhuis. Alhoewel strategisch denken betrekking heeft op het aansturen van de organisatie op lange termijn, blijkt de strategie met betrekking tot bed management meer en meer een korte termijn beslissing. Dit is voornamelijk te wijten aan het feit dat het elke dag afstemmen van de capaciteit aan bedden op de vraag naar bedden enige flexibiliteit vereist (The Audit Commission, 1992).

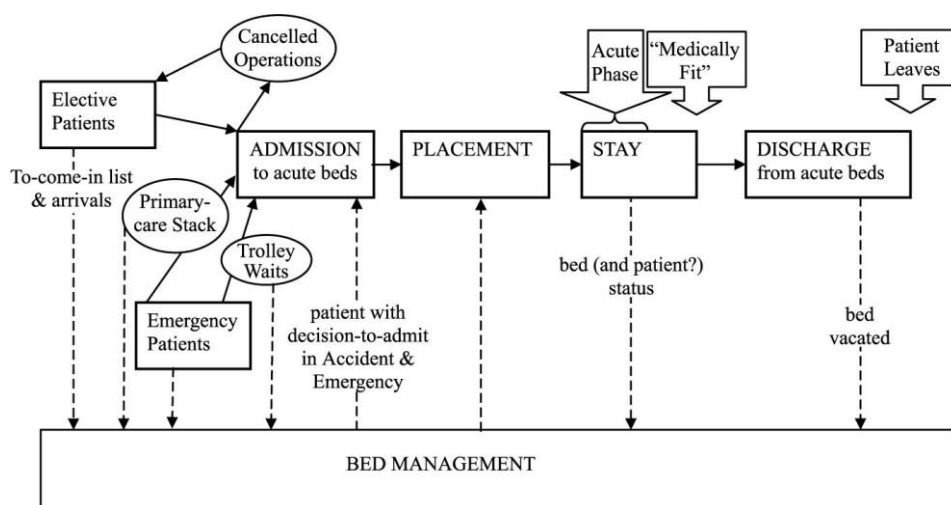
Structurerend management

Alle activiteiten die te maken hebben met het afstemmen, coördineren en organiseren van mensen en middelen om de strategische doelstellingen te bereiken. Men werkt samen met alle belanghebbenden in het ziekenhuis om richtlijnen, procedures en standaarden, met betrekking tot het managen van bedden, te creëren. Deze dienen opgemaakt te worden voor elk stadium in de patiëntenstroom (The Audit Commission, 1992).

Operationeel management

Alle activiteiten die te maken hebben met de sturing van de uitvoerende werkzaamheden. Dit betreft het maken van de dagdagelijkse beslissingen. Deze beslissingen worden door de artsen en verpleegkundigen van een afdeling genomen, binnen de context van de hierboven genoemde richtlijnen, procedures en standaarden (Proudlove et al., 2007; The Audit Commission, 1992).

5.2.2. Rol van bed management



Figuur 3: Conceptuele representatie van het traject van gehospitaliseerde patiënten en de rol van bed management (bron: Proudlove & Boaden, 2005).

De figuur geeft de relatie tussen bed management en het proces dat patiënten doorlopen weer, waarbij patiënten niet noodzakelijk alle fases moeten doorlopen. De lijnen in de figuur wijzen op de informatie over de status van de bedden tijdens het proces. Bed management is nauw betrokken in de opname, plaatsing, verblijf en ontslag van patiënten in het ziekenhuis en zorgt voor het:

- Afstemmen van het aanbod aan bedden op de vraag naar bedden. Enerzijds betekent dit het plaatsen van spoedgeval patiënten in geschikte bedden. Anderzijds omvat bed management ook het plaatsen van electieve patiënten, zodanig dat er voor de reeds geplande opnames bedden ter beschikking gesteld worden.

Bed management moet zorgen voor een balans tussen het gebruik van bedden door patiënten die in het ziekenhuis reeds verblijven en de nood aan bedden voor nieuwe patiënten die opgenomen dienen te worden (Howell et al., 2008). Men bouwt ook buffers in, een soort van reserve bedden, om te kunnen omgaan met de periode waarin het aanbod de vraag niet aan kan. Deze 'bed pool' bestaat uit medische en chirurgische bedden (Proudlove & Boaden, 2005).

- Coördineren van het voortbewegen van patiënten vanaf de anamnese of opname van patiënten tot de hospitalisatie eenheden.
- Coördineren van verschillende vormen van dienstverlening met betrekking tot het ontslag.

Volgens de literatuur wordt bed management in de praktijk voornamelijk gekarakteriseerd door het vinden van bedden en het blussen van brandjes wanneer er zich problemen voordoen. Men zou echter kunnen bijdragen tot het plannen van de capaciteit en het vermijden van crisissituaties of problemen (Howell et al., 2008).

Toewijzing van bedden

Aangezien het aantal beschikbare bedden in ziekenhuizen vaak schaars is, dient goed management er dan ook voor te zorgen dat in plaats van bedden toe te voegen, de bestaande middelen zo efficiënt mogelijk ingezet worden. Het toewijzen van bedden gebeurt pas op een adequate manier wanneer hierdoor de vereiste patiëntenzorg geleverd wordt, het gebruik van bedden gemaximaliseerd is en de patiëntenstroom goed beheerd wordt. Om een efficiënte toewijzing van bedden mogelijk te maken, baseert men zich op klinische informatie, informatie betreffende een ingreep/operatie, informatie omtrent de onderlinge afhankelijkheid tussen bepaalde afdelingen en real-time informatie over de patiënten, middelen en werkstromen (Howell et al., 2008). Bij het toewijzen wordt er ook zoveel mogelijk gelet op het type bed dat een patiënt nodig heeft. Aan het verzoek naar een bed zijn immers klinische (telemetrie bedden voor hartpatiënten, bedden voor de 'stroke unit' enz.) en niet-klinische attributen (bijv. een kamer met bepaalde voorziening voor comfort of éénpersoonskamer) geassocieerd (Thomas et al., 2013).

5.2.3. Bed management systemen

Belang beslissingsondersteunende bed management systemen

Kennis omtrent de status van ziekenhuisbedden vormt een continue uitdaging. Aangezien patiënten steeds het ziekenhuis binnen-, door- en uitstromen is de bedstatus een dynamisch gegeven. De visualisatie en transparantie met betrekking tot de lokalisatie van

patiënten en bedden in het ziekenhuis bevordert het proactief denken en het maken van beslissingen betreffende het bed management (Thomas et al., 2013). Voor ziekenhuizen is het dan ook van belang om over informatiesystemen te beschikken die een efficiënt en effectief bed management ondersteunen. Een elektronisch bed management systeem biedt een holistisch beeld van de capaciteit van het ziekenhuis en de vraag naar zorg waarop men deze moet afstemmen. Het systeem bevat belangrijke informatie over de patiënt die nodig is om hem of haar in een correct bed te plaatsen.

Op het gebied van soorten bed management systemen kan er een evolutie waargenomen worden, gaande van 'whiteboards' en 'beepers' om de communicatie te bevorderen tot meer moderne systemen bestaande uit geavanceerde computer software (Thomas et al., 2013).

Computergestuurde bed management systemen

De complexiteit van bed management bracht een grote vraag naar computergestuurde ondersteuning, bij het nemen van beslissingen, met zich mee. Er zijn tal van systemen die technologische ondersteuning kunnen geven (Schmidt, Geisler, & Spreckelsen, 2013).

De Advisory Board International (2010) stelt dat er drie kerncomponenten eigen zijn aan een 'intelligent' bed management systeem:

- 'Electronic bed board' of 'bed management dashboard'

Op het 'bed management dashboard' is een synthese terug te vinden van alle inputs, die ons mogelijk maakt om de beschikbaarheid van bedden te zien in het gehele ziekenhuis. Dit vergemakkelijkt de patiëntentoewijzing (Thomas et al., 2013).

- Notificatie wanneer het bed vrij is
- Notificatie na het schoonmaken van bedden

Het huishoudpersoneel geeft een melding wanneer een bed is schoongemaakt, zodanig dat het bed turnover proces een sneller verloop kent.

- Transfers opvolgen via 'tracking'

Het nagaan of een transfer werd uitgevoerd, gebeurt aan de hand van de data input van de logistieke medewerkers. Er bestaan tegenwoordig echter ook al systemen

waarbij de tracking werkt op basis van radiogestuurde zenders. Dergelijke systemen laten de gebruiker toe om in real time te raadplegen waar elk bed gelokaliseerd is, over welk specifiek bedtype het gaat en of dit bed beschikbaar is of opgemaakt wordt. (Nicholls & Young, 2007).

Real-time bed status updates zijn de sleutel tot het verkrijgen van een volledige meerwaarde van het systeem. Door updates omtrent transfers en schoonmaken van bedden te laten uitvoeren door bijvoorbeeld logistiek- en huishoudpersoneel kan men het probleem, dat het systeem niet tijdig wordt geüpdatet door verpleegkundigen op de afdeling, overwinnen.

Ondanks de vooruitgang en mogelijkheden binnen bed management systemen is de technologie geen oplossing voor alle problemen. Het systeem kan namelijk kostenintensief zijn en veel tijd en toewijding vergen om het succesvol te implementeren en gebruiken (Advisory Board International, 2010).

5.3. Ontslagbeleid

Hieronder volgt een oplistings van een aantal initiatieven met betrekking tot een adequaat ontslagbeleid.

5.3.1. Ontslagmanagement

Ontslagmanagement kan men op micro-, meso- en macroniveau situeren.

Microniveau

Het organiseren en coördineren van het ontslag speelt zich af op het niveau van de patiënt. Het betreft het screenen van risicopatiënten, analyseren van de noden, zorgdoelen vooropstellen, een ontslagplan op maat van de patiënt ontwerpen, uitvoeren, evalueren en bijwerken. Dit vraagt om een multidisciplinaire aanpak, waar de patiënt zelf actief bij betrokken is (Moons et al.,1999).

Mesoniveau

Ontslagmanagement is hier hoofdzakelijk gericht op de werking in het ziekenhuis. Het is belangrijk om een ziekenhuisbrede cultuur te creëren die de continuïteit van zorg bevordert. Het ontslag op een afdeling dient gestandaardiseerd te worden voor het gehele ziekenhuis. Men zal onder andere de kwaliteit van het ontslag op microniveau bevorderen en bewaken, beleidslijnen en procedures ter ondersteuning van het maken van beslissingen omtrent het ontslagproces opstellen (Moons et al., 2005).

Macroniveau

Om continuïteit van zorg te bewerkstelligen, is de interactie tussen het ziekenhuis en de extramurale sector van groot belang (Moons et al., 2005).

5.3.2. Ontslagmanager

Om de barrières met betrekking tot een goed ontslagbeleid weg te werken, is het belangrijk dat er iemand verantwoordelijk gesteld wordt voor het ontslag. Een ontslagcoördinator kan de ontslagplanning coördineren en opvolgen. Deze positie wordt vaak ingevuld door een ervaren verpleegkundige of sociaal werker (Okoniewska et al., 2015).

5.3.3. Vroegtijdige ontslagplanning

De voorbereiding van een patiënt op zijn of haar ontslag vormt een essentieel onderdeel van het zorgproces en dient reeds voor (bij geplande opnames) of op het moment van opname (bij ongeplande opnames) in het ziekenhuis van start te gaan (Okoniewska et al., 2015; de Silva, 2013). Er dient een vroegtijdige beoordeling en inventarisatie gemaakt te worden van de situatie van de patiënt en de ondersteuning vanuit zijn of haar omgeving (Vloet, Van Den Hof, & Martin, 2011). Het is de bedoeling dat de patiënt en omgeving ook tijdig geïnformeerd worden omtrent de ontslagdatum en het ontslagtijdstip (Rhudy, Holland, & Bowles, 2010). Binnen 24 tot 48 uur na opname kan de arts reeds een voorlopige ontslagdatum bepalen, die dan verder tijdens het proces opgevolgd en geëvalueerd kan worden (Vloet et al., 2011). Hiervoor zal waarschijnlijk een

gecentraliseerde planning en opnameplanner nodig zijn, zodanig dat alle ontslagen op elkaar afgestemd kunnen worden (Haraden & Resar, 2004).

Een vroegtijdige ontslagplanning zou volgens verschillende studies bijdragen tot een efficiënt en effectief ontslagbeleid, alsook zorgen voor een betere doorstroming van patiënten (Haraden & Resar, 2004; Khanna, Boyle, Good, & Lind, 2012; Okoniewska et al., 2015). Zo bevestigen bijvoorbeeld een aantal studies de voordelen en positieve resultaten van een vroegtijdige ontslagplanning met betrekking tot de problematiek op spoed (Khanna et al., 2012; Creemers & Lambrecht, 2011).

5.3.4. Ontslagrondes

Een korte dagelijkse onslagtour van de arts, ontslagplanner en ontslagcoördinator biedt een overzicht van de status van de patiënt en draagt bij tot het bekijken of de patiënt al dan niet klaar is voor ontslag (Okoniewska et al., 2015).

5.3.5. Bed turnover proces

Dit proces begint op het moment dat een patiënt naar een andere afdeling getransfereerd dient te worden of uit het ziekenhuis ontslaan wordt en eindigt wanneer het bed van deze patiënt opnieuw beschikbaar is voor de volgende patiënt. Het bed turnover proces bestaat uit vier cruciale stappen:

- Een accurate en snelle onslagnotificatie.
- Transfer van de patiënt uit de kamer.
- Inschakelen van de poetsdienst die de kamer in gereedheid brengt voor de nieuwe patiënt.
- Mededeling aan het onthaal van de afdeling dat de kamer klaar is voor gebruik.

Indien er in de eerste fase reeds vertraging optreedt, zal dit een effect hebben op het verder verloop van het ontslagproces, vandaar dat een goede timing hiervan op de afdelingen zeer belangrijk is (Tortorella et al., 2013).

5.3.6. Discharge lounge

Het creëren van een ontslagruimte zorgt ervoor dat patiënten tijdens het wachten in een rustige omgeving, waar al het nodige comfort aangeboden wordt, kunnen plaatsnemen. Op die manier kan het bed turnover proces reeds van start gaan en zijn deze bedden sneller beschikbaar voor nieuwe (acute) opnames (De Vries & Hiddema, 2001; Hernandez et al., 2014). Volgens Hernandez et al. (2014) moet er wel met een aantal componenten rekening gehouden worden bij het succesvol ontwerpen van deze lounge. Indien dit het geval is, kan de implementatie van een ontslaglounge een waardevol hulpmiddel betekenen voor een efficiënter ontslagproces.

5.4. Flow mapping en klinische paden

Zoals beschreven in '4.1. Management strategieën' zijn er een aantal instrumenten die specifiek voor stroommanagement kunnen gebruikt worden met het oog op het optimaliseren van de performantie.

5.4.1. Flow mapping

Een stroomdiagram kan gebruikt worden om stromen in kaart te brengen, waarbij processen schematisch voorgesteld worden. Dit is verschillend van een 'value stream map' (Jimmerson, 2009). Deze documenteert naast de verschillende stappen die deel uitmaken van een proces ook hoeveel wachttijd er tussen deze stappen zit. Men wil weten hoeveel tijd de patiënten (alsook het personeel) in het proces doorbrengen en of deze tijd al dan niet waardetoevoegend is. 'Flow mapping' vormt een handig hulpmiddel voor managers in ziekenhuizen, aangezien ze op deze manier een beeld krijgen van het totale patiëntenproces (Grabau, 2012).

5.4.2. Klinische paden

5.4.2.1. Definitie

Een klinisch pad of zorgpad wordt gedefinieerd als “een complexe interventie om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken, voor een specifieke groep van patiënten, gedurende een gedefinieerd tijds kader” (Netwerk Klinische Paden (NKP), 2011). Deze besluitvorming moet door een multidisciplinair en interprofessioneel team gebeuren. Ze reiken vaak tot buiten de muren van het ziekenhuis. Er dienen steeds doelstellingen en sleutelinterventies (interventies die de meeste invloed hebben op patiëntenresultaten), gebaseerd op wetenschappelijke evidentie, best practices en patiëntverwachtingen, in het pad opgenomen te worden (Sermeus & Vanhaecht, 2002; Kinsman, Rotter, James, Snow, & Willis, 2010).

5.4.2.2. Doelstelling

Het doel van deze paden is om de kwaliteit van de zorg in termen van patiëntveiligheid en patiënttevredenheid te bevorderen, alsook een efficiënte en effectieve zorg te bewerkstelligen (Vanhaecht, De Witte, & Sermeus, 2007).

5.4.2.3. Soorten klinische paden

Bij het beschrijven van klinische paden als een verzameling van methoden en hulpmiddelen kan een onderscheid gemaakt worden tussen gestandaardiseerde klinische paden en patiëntspecifieke klinische paden. De meest gebruikte zorgpaden zijn de gestandaardiseerde paden. Deze treden in werking bij patiëntengroepen waarvan het zorgproces in grote mate een voorspelbaar verloop kent. Patiëntspecifieke klinische paden hebben eerder betrekking op de individuele patiënt. Deze worden gebruikt wanneer zijn of haar behoeften zodanig verschillend zijn en het verloop van het proces op patiëntengroepniveau moeilijk in te schatten is (Sermeus & Vanhaecht, 2002).

5.4.2.4. Implementatie van klinische paden

Gebaseerd op onderzoeken en reviews van literatuur, stelt men dat bij een correct gebruik van klinische paden er een positief effect op de efficiëntie, organisatie en kwaliteit van de zorg merkbaar kan zijn. Een adequaat gebruik impliceert een uitwerking van de paden volgens de 7-fasenmethodiek. Na implementatie, vereisen deze ook een zorgvuldige evaluatie en continue opvolging. Het is echter wel van belang dat deze paden strategisch ondersteund worden en geïntegreerd zijn als concept binnen de organisatie (Aiken et al., 2012).

6. Bed- of stroommanager

Een aantal ziekenhuizen zijn volgens Proudlove & Boaden (2005) begonnen met het aanduiden van een persoon die zich specifiek bezighoudt met het verbeteren van de doorstroming van patiënten.

6.1. Differentiatie in terminologie

De functie die hier volgens Proudlove & Boaden (2005) het meest bij aansluit, wordt meestal bed management genoemd. De literatuur specificeert overigens niet altijd over welk niveau van bed management (zoals reeds eerder besproken) het gaat (Proudlove & Boaden, 2005; Proudlove et al., 2007).

De naam van de persoon die het bed management uitoefent, kan verschillend zijn. Er zijn verschillende benamingen in de literatuur terug te vinden. Proudlove et al. (2007) stellen dat door de grote rol die bed management kan spelen in de patiëntenstromen, sommige personen 'patient flow coördinator' of 'clinical site coördinator' genoemd worden. In het artikel van Coulombe & Rosow (2004) wordt een bedmanager gelijk gesteld aan een stroommanager.

6.2. Profiel

Na een review van de literatuur betreffende bed management, blijkt er geen eenduidig en rechtlijnig profiel te bestaan met betrekking tot de kennis, vaardigheden, persoonlijke eigenschappen enz. waaraan een bedmanager of stroommanager zou moeten voldoen (Coulombe & Rosow, 2004; Proudlove et al., 2007; Proudlove, Gordon, & Boaden, 2003).

Wat het takenpakket betreft, kunnen er ook nog bijkomende taken, naast diegene die reeds aangehaald zijn bij de rol van bed management, binnen de verantwoordelijkheid van de bedmanager vallen. De inhoud van de functie kan namelijk verschillen naargelang het ziekenhuis (Proudlove & Boaden, 2005).

De functie wordt meestal uitgeoefend door een ervaren verpleegkundige (Proudlove et al., 2003). Hij of zij moet echter wel getraind worden in de technische aspecten zoals het begrijpen van de dynamiek van patiëntenstromen en in de management technieken (Proudlove et al., 2007). Ook volgens Coulombe & Rosow (2004) dienen verpleegkundigen die een bed management functie vervullen over enige ervaring in management te beschikken. Men moet in staat zijn om kritisch te denken met betrekking tot het oplossen van problemen. Het is belangrijk dat ze enerzijds hun beslissingen goed kunnen overbrengen en argumenteren, maar anderzijds ook openstaan voor andere opties of alternatieven en hun beslissingen evalueren. Het ziekenhuispersoneel moet erop kunnen vertrouwen dat de bedmanager correct handelt in verschillende situaties, vandaar dat de persoon die deze functie uitoefent ook de nodige geloofwaardigheid in het ziekenhuis opgebouwd dient te hebben.

Een bedmanager of een stroommanager dient over de autonomie te beschikken om beslissingen te nemen in verband met waar een bepaalde patiënt geplaatst wordt en aan wie men prioriteit verleent (Coulombe & Rosow, 2004). Uit verschillende studies blijkt dat een klinische achtergrond essentieel is om de ernst van een situatie en de toestand van de patiënt in te schatten. Deze kennis en expertise komt van pas wanneer men patiënten, met een specifieke pathologie en waarvoor specialistische verpleegkundige en medische zorg vereist is, aan bedden op bepaalde afdelingen toewijst. De afdeling dient immers over

de middelen te beschikken die het meest aansluit bij de noden van de patiënt om zodoende de best aangepaste zorg te leveren (Coulombe & Rosow, 2004; Proudlove et al., 2003).

Desondanks het feit dat bedmanagers verantwoordelijk zijn voor grote delen van het traject dat een patiënt doorloopt, bezitten ze maar zelden de controle over het gehele proces. Het is dan ook een groot probleem dat er met betrekking tot het oplossen van de doorstromingsproblematiek geen persoon aangesteld wordt die een compleet overzicht heeft van de patiëntenstromen en verantwoordelijk is voor het managen ervan (Proudlove & Boarden, 2005).

Proudlove et al. (2007) vinden dat er nood is aan een raamwerk voor bed/patient flow management rollen en een duidelijke structuur.

7. Conclusie literatuurstudie

Het zo snel mogelijk behandelen van patiënten is essentieel in het aanbieden van veilige en kwalitatieve zorg. Het verzekeren dat patiënten vlot door het gezondheidszorgsysteem stromen maakt hier een belangrijk deel van uit (de Silva, 2013). In de praktijk komt dit echter weinig voor. In de literatuurstudie wordt de problematiek met betrekking tot de patiëntendoorstroming in het ziekenhuis uitgebreid besproken. Er kan een direct verband gelegd worden tussen het onvoldoende beheren van patiëntenstromen en deze problematiek, welke gepaard gaat met negatieve gevolgen voor het ziekenhuis zoals lange wachttijden en vertragingen, langere verblijfsduur, laag niveau van productiviteit en een lage patiëntentevredenheid (Villa et al., 2009; Drupsteen et al., 2013). Dit toont aan dat een efficiënt en effectief management van de patiëntenstromen van cruciaal belang is.

In de literatuurstudie kan gelezen worden welke hulpmiddelen ziekenhuizen kunnen inzetten om de doorstroming van patiënten te bevorderen. Hier werd ook beschreven dat een goed opname- en ontslagbeleid en bed management instrumenten zijn die kunnen aangewend worden om capaciteitsmanagement of stroommanagement te bewerkstelligen. Hiermee wordt bedoeld dat afhankelijk of de focus op de capaciteiten of

de stroom ligt, de manier waarop men het instrument gebruikt, zal verschillen. Enerzijds kan men maximaal inzetten op het optimaliseren van de capaciteiten, anderzijds kan hiermee geprobeerd worden om de doorstroomtijd zo kort mogelijk te houden en hierop de klemtoon te leggen. De meeste ziekenhuizen bevinden zich volgens Bohmer & Ferlins (2006) nog in de fase van capaciteitsmanagement in plaats van stroommanagement.

Er werd tevens getracht om inzicht te verwerven met betrekking tot de persoon die sommige ziekenhuizen aanduiden om de doorstroming van patiënten te bevorderen. Na het bestuderen van de literatuur kan afgeleid worden dat er heel wat onduidelijkheid heerst aangaande de benaming en rol van deze persoon. Er zijn verschillende namen terug te vinden. Zo worden de termen 'bedmanager' en 'stroommanager' door elkaar gebruikt, alsook worden deze functies soms gelijkgesteld aan elkaar. Volgens Proudlove et al. (2007) is dit te wijten aan de grote rol die bed management kan spelen in het beheren van de patiëntenstromen. Vandaar de keuze om in het empirisch onderzoek de participanten niet te gaan rekruteren op basis van hun functietitel. Er is daarnaast ook weinig concrete informatie terug te vinden omtrent de rol van deze persoon. Proudlove et al. (2007) concludeerden dat weinige onder hen effectief bedden managen, patiëntenstromen beheren of verantwoordelijk zijn voor meer dan een klein deel van het traject dat een patiënt doorloopt in het ziekenhuis. Het onderscheid tussen capaciteitsmanagement en stroommanagement toont echter aan dat denken in termen van bedden en denken in termen van stromen fundamenteel verschillend is. Bijgevolg is het dan ook niet vanzelfsprekend dat een bedmanager en een stroommanager identieke functies zijn. Er lijkt nood te zijn aan een duidelijk kader betreffende het beheer van de patiëntenstromen en wie hiervoor verantwoordelijk is.

In het hieropvolgend empirisch onderzoek wordt er gekeken naar hoe het beheer van de verschillende patiëntenstromen zich in de praktijk vertaalt.

Deel II: Empirische studie

8. Probleem- en doelstelling

De literatuurstudie biedt een duidelijk overzicht van de gehele problematiek met betrekking tot de doorstroming van patiënten in het ziekenhuis. Het verminderen en elimineren van zowel de problemen als knelpunten en de negatieve effecten die ze hebben op de patiënt en het ziekenhuis, is daarom ook van groot belang. Vandaar dat het belangrijk is om te kijken op welke manier de ziekenhuizen een efficiënte en effectieve doorstroming van patiënten proberen te bewerkstelligen.

Door middel van semi-gestructureerde interviews wordt getracht om inzicht te verkrijgen in hoe men in de praktijk de verschillende patiëntenstromen en de problemen met betrekking tot de doorstroming van de patiënten probeert de beheren. Met dit onderzoek wordt zodoende nagegaan of er in de acute ziekenhuizen in Vlaanderen aan stroommanagement gedaan wordt. Met behulp van onderstaande (sub)vragen zal er naar antwoorden gezocht worden op deze centrale onderzoeksvraag:

- Zijn er problemen en knelpunten merkbaar in de doorstroming van patiënten?
- Worden er instrumenten gebruikt om de patiëntenstromen te beheren?
- Is er iemand aangesteld die verantwoordelijk is voor het beheren van de patiëntenstromen?

Er werd bij het opstellen van de eerste (sub)vraag niet meteen vanuit gegaan dat de tien deelnemende ziekenhuizen geconfronteerd worden met een doorstromingsproblematiek. Ook werd het gebruik van instrumenten om de patiëntenstromen te beheren niet onmiddellijk beschouwd als een aangenomen gegeven. Tenslotte werd er bij het opstellen van de derde (sub)vraag niet onmiddellijk vanuit gegaan dat er een persoon verantwoordelijk gesteld is binnen het ziekenhuis met betrekking tot het beheren van de patiëntenstromen.

9. Onderzoeksmethode

9.1. Kwalitatief exploratief onderzoek

Met het oog op het beantwoorden van de onderzoeksvraag werd geopteerd voor een kwalitatief exploratief onderzoek. Kwalitatief onderzoek wordt onder andere gebruikt om bepaalde fenomenen of problemen beter te begrijpen, aan de hand van de kennis, ervaringen en meningen van participanten (Holloway & Wheeler, 2010; Polit & Beck, 2010). Een kwalitatief onderzoeksopzet is daarenboven volgens Decorte & Zaitch (2010) uitermate geschikt voor verkennend of exploratief onderzoek. Dit onderzoek is kwalitatief exploratief van aard, aangezien er nog relatief weinig over het onderzoeksobject geschreven en bekend is. De gesprekken met de participanten laten toe om zoveel mogelijk informatie en kennis te verwerven in verband met hoe het beheer van de diverse patiëntenstromen in de praktijk gebeurt. Hierdoor kan inzicht verkregen worden in of er aan stroommanagement gedaan wordt in de onderzochte ziekenhuizen.

9.2. Ethische overwegingen

De aanvraag tot goedkeuring van deze studie werd ingediend bij de Commissie voor Medische Ethiek van het UZ Gent. Op 8/05/2015 volgde het positief advies met betrekking tot de start van het onderzoek.

Voorafgaand aan het interview werd door alle participanten een informatiebrief en een schriftelijk toestemmingsformulier gelezen en ondertekend. Deze kunnen respectievelijk in bijlage 1 en 2 teruggevonden worden. Het doel van de studie werd voor het gesprek nogmaals kort geschetst, alsook werd het toestemmingsformulier samen overlopen. In het belang van de autonomie van de participant werd de nadruk gelegd op het feit dat hij of zij vrijwillig deelneemt en het interview mag stopzetten wanneer hij of zij dit wenst. Volgend op het akkoord om het gesprek op te nemen, werd ook nog eens vermeld dat de verzamelde data enkel gebruikt worden in het kader van het onderzoek. Om de privacy van de participanten te bewaren, werd ervoor gekozen om geen namen van participanten te vermelden.

9.3. Selectie participanten voor het onderzoek

De ziekenhuizen die deel uitmaken van het onderzoek werden bewust geselecteerd uit alle Vlaamse ziekenhuizen. De participanten in deze ziekenhuizen werden gekozen omwille van de informatie die ze mogelijk opleveren met het oog op het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Er werd specifiek gezocht naar personen die verantwoordelijk zijn voor het doorstromen van patiënten in het ziekenhuis. Er werd dus gebruik gemaakt van 'purposive sampling', waarbij participanten niet gekozen worden met het oog op generalisatie, maar op basis van specifieke kenmerken waarover ze beschikken (Polit & Beck, 2010; Decorte & Zaitch, 2010).

In eerste instantie werd er telefonisch contact opgenomen met de geselecteerde ziekenhuizen. Er werd uitgelegd met welke persoon er in het ziekenhuis contact wenste gelegd te worden. Er werd telkens gevraagd naar de persoon die in het ziekenhuis verantwoordelijk is voor het management van de patiëntendoorstroming of indien hiervoor geen persoon aangesteld was, diegene die hier het meest bij aanleunde. Het was niet voor alle ziekenhuizen meteen duidelijk welke persoon hiervoor het meest geschikt was. Nadat het eerste contact gelegd was en de bedoeling van het onderzoek kort geschetst werd, werd de interesse en vrijwillige deelname bevraagd. De informatiebrief werd via e-mail naar hen doorgestuurd, alsook verliepen de verdere afspraken met betrekking tot het interview via deze weg.

Met betrekking tot de bevraagde participanten dienen volgende twee opmerkingen gemaakt te worden. Enerzijds werd de functie zorgmanager door twee personen uitgeoefend. Tijdens het interview waren beide personen tegelijkertijd aanwezig en vulden ze de antwoorden van elkaar aan, afhankelijk van de patiëntenstromen waarvoor ze verantwoordelijk zijn. Anderzijds werd de functie dienstverantwoordelijke onthaal- en patiënteninschrijving ten tijde van het interview door niemand uitgeoefend. De participant die deelnam aan het onderzoek heeft deze functie als laatste bekleed.

In totaal werden er 12 ziekenhuizen gecontacteerd om mee te werken aan het onderzoek, waarvan 2 ziekenhuizen uiteindelijk besloten om niet deel te nemen. Organisatorische

moeilijkheden en herstructureringen maakten het voor één ziekenhuis niet mogelijk om te participeren. Van het ander ziekenhuis werd, na een interne bespreking, een negatief advies ontvangen aangaande hun medewerking aan het onderzoek.

Omwille van het tijdsintensieve karakter van deze interviews en de korte duur van dit onderzoek is het niet haalbaar om ziekenhuizen in alle provincies in Vlaanderen te bestuderen. Bij kwalitatief onderzoek wordt het aantal participanten bepaald door de informatie die nodig is met betrekking tot het doel van de studie, ook wel theoretische saturatie genoemd (Holloway & Wheeler, 2010). Het aantal participanten lag dan ook niet op voorhand vast. Uiteindelijk werden er 10 participanten in 10 verschillende ziekenhuizen geïnterviewd. Er kan gesteld worden dat, met het oog op de korte onderzoeksperiode, er voldoende informatie verzameld werd om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Tijdens de data-analyse werd nagegaan of er theoretische saturatie bereikt was. Er kwam naar het einde toe minder nieuwe informatie naar boven.

De studie strekt zich uit over twee provincies, namelijk Oost-Vlaanderen en Antwerpen. In Oost-Vlaanderen werd de stad Gent het startpunt. Geleidelijk aan werd het onderzoek uitgebreid naar de provincie Antwerpen. Het feit dat de studie zich beperkt tot twee provincies laat toe om binnen deze regio's te zoeken naar grote, middelgrote en kleine ziekenhuizen. Aangezien de studie zich toespitst op het beheren van patiëntenstromen in acute ziekenhuizen werden zowel algemene als universitaire ziekenhuizen uit deze regio's onderzocht. Psychiatrische en geriatrie ziekenhuizen werden omwille van deze reden dan ook geëxcludeerd. Op deze manier werd er getracht om enige variatie in de grootte en type van ziekenhuizen te verkrijgen. De grootte wordt weergegeven met behulp van het aantal erkende bedden die elk ziekenhuis telt. Bijlage 3 biedt een overzicht van het ziekenhuis waarin de participant tewerkgesteld is, het aantal erkende bedden en de functie van de geïnterviewde personen. De nummering van de participanten kan hier ook teruggevonden worden. De functie zorgmanager wordt door twee personen uitgeoefend.

9.4. Datacollectie

Het verzamelen van gegevens voor het onderzoek gebeurde aan de hand van interviews. Er zijn verschillende types van interviews, maar voor dit onderzoek was een semi-

gestructureerd interview het meest aangewezen. Deze methode van datacollectie wordt vaak gebruikt in kwalitatief exploratief onderzoek. Ze heeft immers tot doel om de gevoelens, percepties en gedachten van informanten, aan de hand van gesprekken, na te gaan (Al-Busaidi, 2008). Voor dit onderzoek vonden er tien individuele semi-gestructureerde interviews plaats in tien verschillende ziekenhuizen. Eén ziekenhuis vormde hierop een uitzondering, aangezien een bepaalde functie door twee personen gezamenlijk uitgeoefend werd. Hierdoor vond het interview gelijktijdig plaats met de beide personen. De setting werd telkens gekozen door de participant en vond steeds plaats in een vergaderzaal of zijn of haar bureel in het desbetreffend ziekenhuis.

Kenmerkend voor semi-gestructureerde interviews is dat er met een 'interview guide' gewerkt wordt. Deze gids omvat de thema's of vragen die tijdens het interview aan bod kunnen komen. De volgorde waarin de vragen gesteld worden, verschilt per participant en is afhankelijk van het verloop van het interview en op welke manier de vragen beantwoord worden (Holloway & Wheeler, 2010). De gids biedt een vorm van consistentie tussen de verschillende interviews, aangezien steeds dezelfde basisvragen aan bod komen (Al-Busaidi, 2008). De vragen werden opgesteld alvorens de dataverzameling van start ging. Ze werden geformuleerd op basis van de literatuurstudie en in overeenstemming met de onderzoeksvraag. De relevantie van bepaalde vragen werd tijdens de eerste interviews in twijfel getrokken. Geleidelijk aan werden deze vragen dan ook verwijderd uit de vooropgestelde vragen. In bijlage 4 kan de interviewgids teruggevonden worden.

Er werden geluidsopnames van de interviews gemaakt met behulp van een recorder. Op deze manier werd er geen belangrijke informatie vergeten en kan er tijdens het interview meer gefocust worden op wat de participant vertelt (Polit & Beck, 2010). Alvorens het interview van start ging, werd steeds toestemming gevraagd aan de participant betreffende het gebruik van de opnameapparatuur. Tijdens het interview werden er ook notities genomen om te kijken of alle nodige informatie bekomen werd. De duur van de interviews varieerde van 52 minuten tot 103 minuten.

9.5. Data-analyse

Eénmaal de datacollectie ten einde liep, werden de verzamelde gegevens verwerkt en geanalyseerd. Alle audiobestanden van de semi-gestructureerde interviews werden woordelijk uitgetypt. De getranscribeerde interviews werden nadien geanalyseerd met behulp van 'NVivo 11', een softwarepakket voor kwalitatieve data-analyse. Bij de analyse werd er gebruik gemaakt van codes. Coderen betekent dat er kernwoorden worden toegekend aan relevante woorden of tekstfragmenten door de onderzoeker (Mortelmans, 2013). Hierbij wordt er herhaaldelijk teruggekoppeld naar de data. De codering vond plaats in twee fases. In de eerste fase werd er open gecodeerd volgens de inductieve benadering, waarbij geen gebruik werd gemaakt van vooraf opgestelde hypothesen (Mortelmans, 2013). In tweede instantie werd er axiaal gecodeerd volgens de deductieve benadering, waarbij over de interviews heen verwacht werd om bepaalde concepten terug te vinden op basis van de literatuurstudie.

Aan de hand van deze codes werden er per (sub)vraag corresponderende thema's opgesteld. Deze thema's worden nader besproken in het hoofdstuk resultaten.

Om de validiteit te verhogen werd er gebruik gemaakt van 'member checking' bij alle participanten (responsgraad 60%), waarbij de getranscribeerde interviews werden voorgelegd om na te gaan of dit overeenkwam met de informatie die zij wensten weer te geven. Naast de audio-opnames werden er tijdens de interviews ook memo's gemaakt en werden de resultaten getoetst aan alle uittreksels uit interviews, door zowel de onderzoeker als een buitenstaander.

10. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten uitgebreid weergegeven. Dit gebeurt aan de hand van verzamelde gegevens uit de semi-gestructureerde interviews met de participanten, die geanalyseerd werden met behulp van 'NVivo 11'. Ter illustratie van de resultaten wordt er gebruik gemaakt van citaten van de participanten. Aan het eind van elk

citaat wordt verwezen naar de participant van wie het citaat afkomstig is. De lijst met participanten en bijbehorende nummering kan teruggevonden worden in bijlage 3. Om een antwoord te kunnen bieden op de onderzoeksvraag, worden de resultaten aan de hand van de drie vooropgestelde (sub)vragen één voor één besproken. Deze vragen werden steeds onderverdeeld in hiermee gepaard gaande relevante thema's. Er dient hierbij opgemerkt te worden dat er niet mag vanuit gegaan worden dat een bepaald thema niet van belang is voor een participant, wanneer dit niet vermeld wordt door hem of haar.

10.1. Zijn er problemen en knelpunten merkbaar in de doorstroming van patiënten?

10.1.1. Opname

Er werd door drie van de tien geïnterviewden meegedeeld dat de opname van patiënten soms een probleem vormt. Twee participanten gaven te kennen dat artsen de beslissing maken om een bepaalde patiënt op te nemen, zonder de dienst opnameplanning hieromtrent te consulteren. Ze vonden beiden dat er een gebrek aan communicatie is en er een betere afstemming zou moeten zijn:

“Management houdt in dat je echt op voorhand duidelijk gaat plannen en coördineren. Dat is hier nog te weinig aan de orde omdat de medewerkers van de inschrijvingen niet altijd volwaardig daarin betrokken en aanschouwd worden. Momenteel is het de arts die beslist dat die patiënt binnenkomt. Stel daar geen vragen over en zorg voor een bed. Dat is op dit moment nog te vaak de visie.” (P6)

Eén participant vond dat bepaalde administratieve taken bijdragen tot vertragingen in het opnameproces. Er werd vermeld dat deze taken echter op een vroeger tijdstip, voorafgaand aan het moment van opname, zouden kunnen plaatsvinden, wat een positief effect op de snelheid van opname zou kunnen hebben.

10.1.2. Ontslag

Negen participanten hebben expliciet aangegeven dat het ontslag van patiënten op afdelingen een probleem vormt met betrekking tot de doorstroming. De vertragingen op het moment van ontslag zijn volgens sommige participanten te wijten aan verschillende oorzaken.

Twee participanten deelden als reden mee dat sommige patiënten nog dienen te wachten op transport huiswaarts. Het wachten op de nodige ontslagdocumenten werd door één participant hiervan aangehaald als een reden voor het vertraagd ontslag.

“De belangrijkste belemmering voor een tijdig ontslag is dat de familie de patiënt niet kan komen afhalen omdat je hen te laat verwittigd hebt. Nog een andere belemmering is dat de documenten die nodig zijn bij een ontslag niet klaar zijn. De arts heeft de ontslagdocumenten niet klaargemaakt of de documenten voor de mutualiteit liggen niet gereed. Daar moet dus soms ook op gewacht worden.” (P2)

Ook een tekort aan informatie over de patiënt kan volgens dezelfde participant op het moment van ontslag voor problemen zorgen, bijvoorbeeld informatie omtrent de sociale situatie van de patiënt: *“...dan moet je de sociale dienst verwittigen, zodanig dat de sociale dienst onmiddellijk een oplossing kan zoeken. Als je dit niet op voorhand weet en op de dag van ontslag komen deze problemen pas naar voor, dan moet de patiënt vaak nog langer blijven.” (P2)*

Een andere participant gaf aan dat patiënten soms langer in het ziekenhuis moeten verblijven, omdat de resultaten van een onderzoek op zich laten wachten of omdat de patiënt eerst nog een maaltijd wenst te nuttigen: *“Ze hebben nog een bloedafname en dan hangt het van de resultaten af. Je hebt patiënten die graag zo vlug mogelijk naar huis gaan, andere patiënten willen dit niet. Ze willen nog blijven eten. Of ze hebben geen vervoer of hun familie kan maar om 17 uur komen. Dat zijn zaken die ervoor zorgen dat het ontslagbeleid wat opstroomt en alles in vertraging brengt.” (P3)*

Vier van de negen participanten die aangaven dat het ontslag een probleem vormt, vermeldde dat het ontslag van de patiënt niet altijd tijdig doorgegeven wordt door de afdelingen, waardoor er bedden op de desbetreffende afdelingen geblokkeerd worden. Dit heeft als gevolg dat er geen nieuwe opnames in deze bedden kunnen plaatsvinden. De participanten waren van mening dat dit enerzijds bewust gedaan wordt om de werkdruk te verlagen of anderzijds te wijten kan zijn aan de vergetelheid van de betrokken medewerkers:

“Als je een centraal systeem hebt, bepaal je de werkdruk op een afdeling. Op die manier wordt dat toch geïnterpreteerd door de verpleegkundigen. Dus als de werkdruk te hoog wordt, dan vinden ze zelf middeltjes uit om te kunnen bijsturen. Eén daarvan is, zeer kortzichtig maar menselijk om het te verstaan, dat ze het ontslag niet direct melden, want dan komt er onmiddellijk een nieuwe patiënt in. Daarom melden ze dit maar later.” (P1)

Bovendien werd het ontslag op interne afdelingen zeven keer vermeld als een probleem met betrekking tot de doorstroming van patiënten. Er werd niet altijd gespecificeerd welke interne afdelingen. In drie interviews kwam geriatrie naar voor. Eén participant hiervan haalde ook cardiologie en gastrologie aan.

10.1.3. Plaatsfactoren

Vier participanten waren van mening dat de doorstroming van patiënten negatief beïnvloed wordt door de manier waarop het ziekenhuis gebouwd is.

Volgens twee van de vier participanten viel het probleem te wijten aan hoe de afdelingen gelokaliseerd zijn ten opzichte van elkaar.

De twee overige participanten vonden dat de campusstructuur een belangrijke rol speelt in de doorstroming van patiënten. Er dient zodoende steeds rekening gehouden te worden met deze afstanden en de wachttijden die dit met zich meebrengt: *“Uw bereikbaarheid is wel belangrijk. Met ons twee campussen is dat wel soms een probleem, onze brugpatiënten noemen wij hen. Over de passerelle, dan weet je dat het een traject is van*

15 min., dus geef die geen 10 patiënten 's morgens tussen 8 en 9 uur, want dan gaan ze dat niet halen.” (P8)

10.1.4. Knelpunten in het ziekenhuis

Spoed

Negen van de tien geïnterviewden brachten het doorstromingsprobleem op de spoeddienst naar voor. ‘Access block’ en ‘overcrowding’ op de spoed waren terugkerende begrippen in de interviews met de participanten. Ze gaven aan dat de doorstroming van patiënten vanuit de spoed naar de afdelingen vaak belemmerd wordt, wat de nodige wachttijden met zich meebrengt.

“Spoedopname kan niet genoeg doorstromen. De patiënten blijven vaak op spoed staan omdat er boven geen bedden vrij zijn. Ze zitten daar vast, we krijgen dan ‘overcrowding’.” (P3)

“Het gebeurt maar al te vaak dat patiënten uren liggen te wachten op een arts in spoed omdat de arts niet beschikbaar is en nadien uren liggen te wachten vooraleer verder door te schuiven.” (P6)

Operatiekwartier

Zes geïnterviewden deelden uitdrukkelijk mee dat er zich problemen voordoen met betrekking tot het inplannen van operaties. Alle participanten gaven aan dat het probleem zich situeert in de afstemming van de OK-planning op de opnameplanning.

Twee van de zes participanten haalden aan dat het feit of er een bed beschikbaar is postoperatief niet in rekening gebracht wordt bij het plannen van de operatie.

“Ik vind het heel belangrijk en dat is momenteel niet zo, dat de OK-planning afgestemd is op de bedcapaciteit. Artsen plannen hun OK-tijd zo efficiënt mogelijk in, maar er wordt geen rekening gehouden met de beschikbare bedcapaciteit. Dat is ook niet op 1,2,3 te

realiseren. OK-schema's en OK-tijden zijn ook gekoppeld aan hun privétijden en consultatietijden.” (P1)

Vijf van de zes geïnterviewden vermeldde dat patiënten die ingepland zijn voor een operatie een standaard opname-uur toegekend krijgen, los van het uur van de operatie. Een voorbeeld ter verduidelijking: *“...het probleem is dat ze alle patiënten om 7 uur laten binnenkomen, ook al word je pas om 15 uur geopereerd.” (P3)* Dit brengt wachttijden met zich mee en heeft een negatief effect op de tevredenheid van de patiënt.

Intensieve zorgen (IZ)

Volgens drie participanten vormt IZ een knelpunt binnen het ziekenhuis. Twee hiervan vertelden dat het probleem zich voornamelijk in de uitstroom van IZ bevindt. Als reden hiervoor werd aangehaald dat er geen bedden beschikbaar waren op de afdeling waarnaar de patiënt diende te transfereren. Door de derde participant werd niet gespecificeerd waar het probleem zich op IZ situeert.

10.2. Worden er instrumenten gebruikt om de patiëntenstromen te beheren?

10.2.1. Opnamebeleid

Vooropname

Eén participant gaf aan dat ze over een pre-opnamebalie beschikken. Hiermee gaat de pre-opname en het pre-ontslag van start op het moment dat er een afspraak gemaakt wordt. Er wordt zodoende al informatie bevraagd vóór de effectieve opname, alsook bepaalde verpleegtechnische handelingen uitgevoerd:

“Er worden een aantal parameters genomen, er wordt een verpleegkundig dossier opgestart, medicatie wordt bevraagd, enz. Dat wordt allemaal vóór de opname gevraagd, om op het moment zelf (de dag van opname) een grote flow te hebben, zodat als de patiënt binnenkomt, hij klaar is om naar het OK te gaan.” (P1)

Vijf andere participanten wensen hiermee in de toekomst van start te gaan. Volgens drie van deze vijf participanten zou dit ervoor zorgen dat de patiënten vlotter behandeld kunnen worden, aangezien het uur van opname hierdoor beter afgestemd kan worden op het uur van de operatie.

Opnameplanning

Drie personen die geïnterviewd werden, wezen op het belang van een proactieve planning en het verwezenlijken van een goede spreiding van de opnames:

“De doelstelling is om, in samenwerking met de stafmedewerker capaciteitsmanagement, te komen tot een betere spreiding van de opnames om de huidige pieken en dalen af te vlakken.” (P9)

Drie participanten geven aan dat er bedden gereserveerd worden voor de patiënten die via spoed binnen komen. Dit wordt gedaan om de instroom via de spoeddienst vlotter te laten verlopen en continu een beschikbaarheid te hebben aan vrije bedden voor deze patiënten:

“Op elke afdeling wordt er voor spoedpatiënten vier bedden vrijgehouden voor eigen pathologie.” (P10)

Planning OK

Bij vijf van de tien participanten is de OK-planning gekoppeld aan de opnameplanning:

“We doen alle transfers, alle doorschuivingen, alle bedvoorzieningen voor acute en minder acute diensten en we stemmen dat af met de OK-planning. De OK-planning wordt decentraal ingeput door de artsen en mijn team van planners gaat deze blokken op bedden afstemmen.” (P8)

Eén van deze vijf participanten gaf als opmerking dat zowel de OK-planning als de opnameplanning sturend kan zijn, afhankelijk van de zorgvraag:

“De mogelijkheid tot OK-planning is echter sturend. Indien er plaats is op het OK, is het vinden van een bed 'bijkomstig'. In bijv. winterperiodes en periodes van griep epidemie kan het voorvallen dat de opnameplanning sturend wordt en een OK-patiënt verplaatst wordt, omdat er geen bed kan worden gegarandeerd in het beddenhuis.” (P4)

De andere helft van de participanten beschikt niet over een koppeling tussen de planning van het OK en de opnameplanning. Twee van deze participanten gaven aan dat ze graag een afstemming willen tussen de opnameplanning en OK-planning. Een andere participant haalde aan dat het OK in dit geval sturend is, omdat dit het duurste is, en er wel altijd een bed beschikbaar zal zijn.

Planningssysteem

Vier van de personen die geïnterviewd werden, hebben geantwoord dat ze over een volledig centrale opnameplanning beschikken. Volgens twee van deze vier participanten betreft het voordeel van een centrale planning het plannen volgens bepaalde regels of afspraken en het maken van objectieve beslissingen: *“Als je dat vanuit een centrale planning doet en liefst administratief, dan is dat veel objectiever. Je gaat veel meer naar die efficiëntie toe werken en je laat je veel minder leiden door de empathische gevoelens betreffende werkdruk.”* (P1)

Eén van de tien geïnterviewden zei dat ze een centrale opnameplanning hebben, met uitzondering van de dagkliniek. In de toekomst wenst het ziekenhuis de dagkliniek te integreren in de centrale opnameplanning.

Een andere geïnterviewde vertelde dat het ziekenhuis ook met een centrale opnameplanning werkte, maar hier was de uitzondering materniteit. Als reden hiervoor werd aangehaald dat deze opnames moeilijker te plannen zijn. Verder was er ook één geïnterviewde die aangaf over een centrale opnameplanning te beschikken, uitgezonderd de psychiatrische afdeling. Hier heeft men volgens de geïnterviewde vrijwillige opnames en heeft men geen zicht op wanneer de patiënten binnenkomen.

Daarnaast hebben twee van de tien geïnterviewden een decentrale opnameplanning met een centrale controle. Eén van deze twee geïnterviewden gaf als voordeel dat de afdelingen de planning in eigen handen hebben. Door de centrale controle kunnen deze beslissingen gevolgd worden en kan men indien nodig ingrijpen:

“Decentraal heb je het in eigen hand en heb je de vrijheid. Elk departement kan vrij plannen, maar wij bekijken dat wel. Het is eigenlijk een decentrale planning, met een heel grote centrale controle. We proberen die centrale controle te versterken, omdat we merken dat er soms iets fout loopt.” (P2)

Tenslotte werd door één geïnterviewde meegedeeld dat er gewerkt werd met een decentrale opnameplanning.

10.2.2. Bed management

Zeven participanten gaven te kennen dat ze aan bed management doen met behulp van een elektronisch bed management systeem. Twee participanten haalden aan dat men op die manier een globaal overzicht van de bedbezetting heeft. Eén van deze twee participanten voegde hieraan toe dat ook de planning en geplande ontslagen op elk moment kunnen geraadpleegd worden:

“Ik wil op een bepaald moment de bezetting op een afdeling kunnen zien. Ik wil de planning van een afdeling kunnen zien. Ik wil de geplande ontslagen kennen. Ik wil dat allemaal zo visueel mogelijk en aantrekkelijk voorstellen als planner, zodat ik over al die gegevens op een gestructureerde manier een overzicht heb.” (P1)

Drie participanten vertelden dat ze nog niet over een bed management systeem beschikken.

10.2.3. Ontslagbeleid

Ontslagmanager

Eén van de participanten heeft uitdrukkelijk meegedeeld dat er met een onslagmanager gewerkt wordt met betrekking tot het organiseren en coördineren van het ontslag van patiënten, maar niet voor alle specialismen:

“Voor sommige disciplines, geriatrie is daar een mooi voorbeeld van, wordt er met een onslagmanager gewerkt. Van bij het begin van de opname wordt er gekeken naar wanneer

de patiënt naar huis zou kunnen en wat we kunnen doen zodat hij of zij naar huis kan tegen die datum.” (P4)

Vroegtijdige ontslagplanning

Zes geïnterviewden brachten naar voor dat er reeds voor of op het moment van opname aandacht is voor het ontslag van de patiënt. Er wordt al gekeken naar wanneer de patiënt het ziekenhuis normaal gezien zal verlaten:

“We beginnen bij de opname van een patiënt al met een vermoedelijk ontslag. Bij het moment van inplannen hebben we al een aantal diagnoses of de reden van opname van de patiënt. Dan moeten we al een vermoedelijke dag van ontslag ingeven. Sommige patiënten staan er automatisch in. Daar hebben we dat ook al aan gekoppeld. Wanneer iemand binnenkomt voor een knie is dat 6 of 7 dagen en wordt dat automatisch gegenereerd.” (P7)

Deze geïnterviewde gaf hierbij aan dat deze vermoedelijke ontslagdatum bovendien dagelijks kan bijgestuurd worden: *“Je hebt een vermoedelijk ontslag dat van in het begin wordt gegenereerd en de verpleegkundigen kunnen dit elke dag bijsturen”.* (P7)

Ligduur

Zes van de tien participanten uitten dat ze actief bezig zijn met het opvolgen van de ligduur van patiënten, met het oog op het zo kort mogelijk houden van de doorstroomtijd van deze patiënten in het ziekenhuis. Vier participanten vertelden dat de ligdagen, met behulp van cijfermateriaal, besproken worden met de arts van die bepaalde discipline: *“Er wordt elke week gekeken naar wat de langblijvers zijn in het ziekenhuis, naar welke ligdagen er overschreden worden. De arts wordt dan hierover ook gecontacteerd.”* (P10)

Al deze participanten gaven aan dat ze het bekijken en opvolgen van de ligduur heel belangrijk vinden. Drie van de zeven participanten haalden daarnaast ook de verantwoorde ligdagen aan als reden om zich toe te leggen op de ligduur:

“Naar de toekomst toe is het de bedoeling om naar ontslagmanagement toe te werken. De vraag van de overheid naar de verantwoorde ligduur is toch iets dat meespeelt in een ziekenhuis.” (P3)

Eén participant die zich nog niet met de ligdagen bezig houdt, was van mening dat dit een belangrijke doelstelling is voor de toekomst.

Poetsdienst gericht op bespoedigen ontslag

Twee van de geïnterviewden heeft aangegeven dat ze werken met een poetsdienst, die specifiek ingezet wordt om zo snel mogelijk het bed in gereedheid te brengen voor een nieuwe patiënt:

“De patiënt wordt door de verpleegkundige elektronisch ontslaan en deze geeft aan de onderhoudsploeg een melding om het bed snel te laten reinigen. Dit is een aparte ploeg die niks anders doet dan vrijgekomen kamers opruimen en dit tot 22 u 's avonds. Dit bespoedigt het ontslagproces.” (P6)

Eén participant deelde mee dat er hierover een project werd opgestart, maar ze zich nog in een beginfase bevinden.

Drie participanten achtten het belangrijk om een dergelijke poetsdienst in de toekomst in het ziekenhuis in te voeren. Eén van de drie participanten gaf hiernaast ook het belang aan van een link tussen deze poetsdienst die instaat voor het ontslag en het bed management systeem:

“Wanneer je het ontslag ingeeft, zou er een automatisch signaal moeten gaan naar de kuisploeg. In het dashboard zou je dan moeten zien dat het een rood bed is die naar oranje gaat. Dit wil zeggen dat het bed vrij is, maar nog niet gekuist. Die speciale kuisploeg geeft een code in zodat men weet dat de poetsdienst daar is en dat het bed vrij zal zijn binnen het half uur. Op die manier weet de spoed dan dat er een bed vrijkomt. De poetsdienst geeft terug een code in wanneer ze gedaan heeft. Zo een systeem bestaat reeds en zou ik willen invoeren.” (P2)

Discharge lounge

Eén van de tien participanten vertelde dat het ziekenhuis reeds over een ontslag lounge beschikt en was van mening dat dit een handig hulpmiddel vormt met betrekking tot de doorstroming van patiënten: *“Wij hebben 3 jaar geleden een ontslag lounge opgericht. Moeilijk om aan te leren aan patiënten, maar in tijden van nood wordt er geduwd en gedaan.”* (P8)

Drie participanten gaven aan dat ze een ontslag lounge nuttig zouden vinden en hier in de toekomst graag over zouden beschikken.

“Wat we niet hebben en toch belangrijk zou zijn voor de doorstroming is een ontslag lounge. Je hebt zoveel redenen waarom een patiënt niet uit zijn kamer kan, ook al is zijn ontslag gekend.” (P1)

Andere initiatieven ontslagbeleid

Eén participant vermeldde dat ze het probleem met betrekking tot het achterhouden van bedden tegengaan door middel van het zorgen voor transparantie omtrent de bedbezetting doorheen het hele ziekenhuis:

“Dit scherm staat open voor iedereen. De ene hoofdverpleegkundige kan bij de andere gaan kijken. Spoed kan overal gaan kijken. Wij streven ook naar openheid. We doen dit net om te voorkomen dat iemand zegt dat ze geen bed hebben, terwijl je perfect ziet dat ze wel een bed vrij hebben.” (P7)

Een andere participant deelde mee dat ze bij een bepaalde bedbezetting met een ‘bed-voor-bed procedure’ werken, waarmee er getracht wordt om op de ligduur in te grijpen. Dit betekent dat wanneer de arts een patiënt wil opnemen via de spoedopname, er eerst binnen de eigen afdeling een patiënt zal moeten ontslaan worden. Als dit niet lukt, dient hij de patiënt door te sturen naar een ander ziekenhuis.

10.2.4. Samenwerking

Een goede samenwerking om een vlotte doorstroming van patiënten te bewerkstelligen werd door vier van de tien participanten aangehaald. Drie participanten vonden dat onderhandelen en een goede communicatie van belang is voor een goede samenwerking: *“Onderhandelen en communiceren is toch zeer belangrijk. Je onderhandelt zowel met artsen, maar ook met poetsvrouwen, met heel wat afdelingen en verschillende mensen.”*(P1)

10.2.5. Klinische paden

Acht van de tien participanten hebben geantwoord dat ze reeds gebruik maken van klinische paden. Er dient hier wel vermeld te worden dat deze klinische paden bij drie van de acht participanten enkel gebruikt worden voor specifieke patiëntengroepen: *“Ja, maar relatief beperkt. Niet voor alle pathologieën.”* (P9)

Drie participanten haalden aan dat men gebruik maakt van klinische paden in het kader van accreditering en het leveren van kwaliteitsvolle en veilige zorg. Eén participant bracht ook nog naar voor dat de paden opgevolgd dienen te worden:

“We zitten met een accreditering die verwacht dat je per jaar vijf ‘clinical guidelines’ uitwerkt, die je gaat meten en opvolgen. Ik zit ook mee in die werkgroep. Je vertrekt vanuit een ‘clinical guideline’ en je gaat kijken naar wat de ‘keypoints’ zijn daarin. Als we die goed krijgen, loopt het proces ook meestal vlotter.” (P7)

Eén participant had als opmerking meegegeven dat de voorbereiding en uitwerking van een goed klinisch pad veel tijd en werk vraagt.

10.2.6. Flow mapping

Alle geïnterviewden antwoordden dat de patiëntenstromen in kaart gebracht worden. Eén

geïnterviewde was van mening dat het gebruiken van stroomdiagrammen een meerwaarde betekent voor de organisatie.

Een andere geïnterviewde zei dat er door middel van stroomdiagrammen gekeken wordt naar welke stromen er in het ziekenhuis zijn en hoe deze beter kunnen verlopen. Werken vanuit de 'lean filosofie' met betrekking tot het uittekenen van de processen werd door een andere geïnterviewde aangehaald:

“We gaan meer vanuit de ‘lean filosofie’ naar die zaken kijken. We hebben een proces en dan gaan we dat uittekenen als dat nog niet gebeurd is. We hebben wel al van onze ‘flows’ een ‘flowchart’ uitgetekend. We kijken naar hoe een opname moet verlopen, hoe we een onderzoek moeten plannen, enz.” (P7)

10.3. Is er iemand aangesteld die verantwoordelijk is voor het beheren van de patiëntenstromen?

10.3.1. Benaming functie

Drie van de tien participanten worden opnameplanner genoemd. De functietitel van de zeven anderen was verschillend, namelijk opnamecoördinator, coordinator opname- en ontslagbeleid, dienstverantwoordelijke onthaal- en patiënteninschrijving, zorgmanager, diensthoofd inschrijvingen en onthaal, hoofd onthaal- en opnamecoördinatie en hoofd opnameplanning. Hieronder een overzicht ter verduidelijking:

Tabel 2: Functiebenaming participanten (Bron: interviews, 2017)

Functie	Aantal participanten
Dienstverantwoordelijke onthaal- en patiënteninschrijving	1
Coördinator opname- en ontslagbeleid	1
Opnameplanner	3
Zorgmanager	1
Diensthoofd inschrijvingen en onthaal	1
Hoofd onthaal- en opnamecoördinatie	1
Hoofd opnameplanning	1
Opnamecoördinator	1

10.3.2. Plaats binnen organisatie

Unieke functie

Zeven van de tien participanten deelden mee dat zij de enige zijn die deze functie uitoefenen. De overige drie hebben collega's die een identieke functie uitoefenen. Onderstaande tabel ter illustratie:

Tabel 3: Aantal personen die identieke functie uitoefenen (Bron: interviews, 2017)

Functie	Aantal personen die identieke functie uitoefenen
Dienstverantwoordelijke onthaal- en patiënteninschrijving	1
Coördinator opname- en ontslagbeleid	1
Opnameplanner	4
Opnameplanner	1
Zorgmanager	2
Diensthofid inschrijvingen en onthaal	1
Hoofd onthaal- en opnamecoördinatie	1
Hoofd opnameplanning	1
Opnameplanner	3
Opnamecoördinator	1

Niveau van management

Vier van de tien participanten hebben vermeld dat hun functie zich op operationeel vlak situeert:

“Soms worden er managers vrijgesteld om procedures te gaan opmaken en organisatiebreed te gaan denken, maar ik moet me voornamelijk met het operationele gaan bezighouden en ik heb niet de kans en de middelen om voortdurend in organisatie te gaan denken.” (P6)

Twee van de tien participanten vinden dat ze zich zowel op strategisch als structureel niveau bevinden. Twee andere participanten deelden mee dat hun functie zich op operationeel en structureel niveau situeert. Eén hiervan gaf aan dat het operationele gedeelte een eigen keuze was:

“Mijn functie is zowel operationeel als structureel. Ik kies om het operationele zelf te blijven leren kennen en mijn leidinggevende weet dat ik het operationele niet kan loslaten.” (P8)

De twee overige participanten waren van mening dat ze zich op alle drie niveaus van management bevinden:

“Ik vind dat je je eigenlijk op alle drie niveaus (operationeel, structureel, strategisch) moet situeren. Het staat niet los van elkaar. Dat hangt allemaal samen.” (P10)

Beslissingsbevoegdheid

Zes van de tien participanten bevinden zich in een positie waarbij ze over de bevoegdheid beschikken om een eindbeslissing te kunnen nemen. Twee van deze participanten gaven aan dat het van groot belang is dat de directie je de nodige ondersteuning biedt om de functie goed te kunnen uitoefenen en een goed beleid te hebben:

“Je moet de steun krijgen van bovenaf. Dit is heel cruciaal om een goed beleid te kunnen voeren en om deze job goed te kunnen uitoefenen.” (P2)

Vier van de tien participanten deelden mee dat ze niet over voldoende bevoegdheid beschikken om beslissingen te overstemmen. Twee van deze participanten haalden aan dat deze bevoegdheid een positief effect zou hebben op de werking binnen het ziekenhuis:

“Het zou goed zijn mocht er dan een persoon zijn die naar de afdeling stapt en de macht en tijd heeft om op tafel te slaan. Dat hebben wij niet. Wij hebben ook al gevraagd aan de directie of we mogen ingaan tegen een dokter, maar dat ligt natuurlijk gevoelig en gebeurt dus niet. Wij krijgen niet voldoende steun van de directie en wij hebben de macht niet om te kunnen doordrukken. In zo een functie heb je dat wel. Alles zou vlotter verlopen indien dit wel kon, zeker ook naar spoed toe.” (P3)

10.3.3. Vaardigheden

Netwerken

Zes van de tien participanten waren van mening dat goed kunnen netwerken van groot belang is bij het uitoefenen van de functie:

“Heel belangrijk is netwerken. Men moet je kennen. Iemand die je kent, daar maak je gemakkelijker tijd voor vrij.” (P2)

Klinische achtergrond

Twee participanten vonden het beschikken over een klinische achtergrond belangrijk bij het uitoefenen van de functie:

“Een bijkomende troef is wanneer je kennis hebt van de medische terminologie en/of ervaring in een ziekenhuisomgeving. Ik zou toch aanraden dat iemand in mijn functie toch een medische achtergrond heeft.” (P10)

Twee andere participanten waren van mening dat het niet hebben van een klinische achtergrond een voordeel was in hun functie. Eén participant zei dat het ervoor kan zorgen dat je niet in een ondergeschikte positie geplaatst wordt en dit minder bedreigend zou overkomen:

“Ik ken medisch of verpleegkundig niets. Ik zeg dat ook altijd. Ik bekijk het puur ‘flowmatig’, kijk vanuit mijn standpunt en de patiënt staat voorop. Dit komt ook minder bedreigend over dan als je als verpleegkundige naar een arts moet gaan. Dat blijft toch nog altijd een ondergeschikte positie. Mijn achtergrond is op dat vlak een voordeel.” (P7)

Door de andere participant werd als voordeel aangehaald dat een situatie hierdoor objectiever kan benaderd worden en men zich minder empathisch opstelt.

10.3.4. Bed management functie

Zes van de tien participanten gaven te kennen dat ze betrokken zijn in het managen van bedden en de coördinatie van het traject dat een patiënt aflegt:

“De opnamecoördinator zorgt en waakt, samen met de artsen en betrokken medewerkers, binnen en buiten het ziekenhuis voor de uitvoering van het opname- en transferbeleid in het ziekenhuis. De opnamecoördinator geeft leiding aan het team opnameplanners en werkt nauw samen met de directie, de hoofdverpleegkundigen en de artsen in functie van het opname- en transferbeleid.” (P10)

De overige vier participanten waren niet ten volle betrokken bij het managen van bedden en de coördinatie van het traject dat een patiënt aflegt binnen het ziekenhuis:

“Wij hebben in het ziekenhuis niemand die dit van het begin tot het einde opvolgt.” (P3)

Eén van deze participanten gaf hiervoor de grootte van het ziekenhuis als reden aan:

“In een groter ziekenhuis kan ik me dat wel voorstellen dat het nuttig zou zijn om een stroommanager of coördinator te hebben. Hier is het veel gemoedelijker.” (P5)

Eén andere participant die niet volledig over deze betrokkenheid beschikte, gaf aan dat de coördinatie omtrent het ontslagproces ontbrak:

“Er is geen ontslagbeleid. Alles gaat uit van de dokters op de afdelingen zelf. De dokter beslist wanneer zijn patiënt naar huis mag. Op de ontslagen hebben wij niet zoveel vat.” (P3)

11. Discussie, beperkingen en aanbevelingen

11.1. Discussie

In de discussie worden de resultaten betreffende de drie deelvragen en de hiermee gepaard gaande thema's uitgebreid besproken en teruggekoppeld naar de literatuurstudie.

11.1.1. Zijn er problemen en knelpunten merkbaar in de doorstroming van patiënten?

Voor wat het beantwoorden van de eerste (sub)vraag “Zijn er problemen en knelpunten merkbaar in de doorstroming van patiënten?” betreft, werd er bij de resultaten een onderscheid gemaakt tussen enerzijds de problemen en anderzijds de knelpunten die ervoor zorgen dat de doorstroming van patiënten in het ziekenhuis belemmerd wordt.

De literatuur stelt dat het gebrek aan een adequate opnameplanning vaak een negatief effect zal hebben op het binnen- en doorstromen van de patiënt (Demeester et al., 2009; Lusby et al., 2016). In de interviews wordt door een beperkt aantal participanten aangehaald dat de opnameplanning niet altijd goed verloopt. Er blijkt hier sprake te zijn van een gebrek aan communicatie tussen de artsen en de opnameplanning omtrent de

beslissing tot opname van patiënten. De opnameplanning wordt hier niet altijd overgecontacteerd. Er werd ook aangehaald dat wanneer bepaalde administratieve taken vóór de opname uitgevoerd zouden worden, dit de opname van patiënten zou bevorderen.

Shepperd et al. (2010) schrijven dat een groot deel van de vertragingen met betrekking tot het ontslag te wijten zijn aan redenen die niet medisch gerelateerd zijn.

Ook de participanten deelden enkele niet-medische redenen voor een vertraagd ontslag mee, namelijk het wachten op het transport naar huis, wachten op noodzakelijke formulieren en documenten, wachten op de resultaten van een onderzoek, tekort aan informatie over de patiënt en de wens van de patiënt om bijvoorbeeld eerst nog te eten. Vertragingen kunnen ook optreden omdat de afdelingen de vrije bedden niet meteen doorgeven (Hernandez, Dinesh, & Mitchell, 2014). Dit blijkt in bijna de helft van de bestudeerde ziekenhuizen een probleem. Dit zou men doen om de werkbelasting onder controle te houden, maar er werd ook aangehaald dat het achterhouden van deze bedden niet altijd intentioneel is.

'Access block' en 'overcrowding' zorgen ervoor dat bijna in alle ziekenhuizen de spoeddienst een groot knelpunt vormt. Ook in de literatuur wordt gewezen op het feit dat deze problematiek kenmerkend is voor de spoeddienst (Murphy et al., 2014). IZ was in een beperkt aantal gevallen een knelpunt. Het probleem situeert zich hier vooral in de uitstroom. Dit werd toegeschreven aan het tekort aan bedden op de afdeling waarnaar de patiënt vervoerd zou moeten worden. Lin et al. (2009) halen dit ook aan als één van de mogelijke redenen waardoor de uitstroom op IZ verhinderd kan worden.

Het operatiekwartier wordt door meer dan de helft van de participanten een knelpunt genoemd. Men wees op het feit dat de operatieplanning en de opnameplanning niet voldoende op elkaar afgestemd zijn. Er werd in sommige ziekenhuizen niet altijd rekening gehouden met het feit of er een bed postoperatief beschikbaar is. Ook Adan & Vissers (2002) spreken over het feit dat er bij het inplannen van patiënten voor een operatie vaak enkel rekening gehouden wordt met de capaciteit van het operatiekwartier. Gemmel & Bourgonjon (2002) zeggen ook dat de opnameplanning en operatieplanning niet altijd voldoende op elkaar afgestemd zijn. Uit de interviews is ook gebleken dat patiënten die ingepland zijn voor een operatie vaak een standaard opname-uur toegekend krijgen, dat

los staat van het uur van operatie. Dit vergroot de instroom, creëert extra wachttijden en doet de patiëntentevredenheid dalen.

Zowel in de resultaten als in de literatuur komen de opname en het ontslag als problemen naar voor en worden de spoeddienst, het OK en IZ als knelpunten omschreven. Uit het onderzoek blijkt dat ook plaatsfactoren een bepalende rol hebben in de doorstroming van patiënten, meer specifiek omvat dit de opstelling van de afdelingen in het ziekenhuis en de locatie van de verschillende gebouwen waaruit het ziekenhuis bestaat. We kunnen concluderen dat er problemen en knelpunten merkbaar zijn in de doorstroming van patiënten in de bestudeerde ziekenhuizen.

11.1.2. Worden er instrumenten gebruikt om de patiëntenstromen te beheren?

Met het oog op het inperken en elimineren van bovenstaande besproken problemen en knelpunten werd er gekeken naar de manier waarop ziekenhuizen de doorstroming van patiënten proberen bevorderen. Vandaar dat er naar een antwoord gezocht werd op volgende (sub)vraag: “Worden er instrumenten gebruikt om de patiëntendoorstroming te bevorderen?”.

In eerste instantie werd het opnamebeleid van de onderzochte ziekenhuizen onder de loep genomen. In de interviews kwam het belang van een vooropname aan bod. Eén ziekenhuis had dit reeds verwezenlijkt met behulp van een pre-opnamebalie. De helft van de ziekenhuizen haalden aan dat ze toekomstgerichte plannen hadden hieromtrent. Een adequate opnameplanning bleek volgens sommigen ook belangrijk om een goede spreiding van de opnames te bekomen. Voor de opname van niet-electieve patiënten werden er in een beperkt aantal ziekenhuizen bedden vrijgehouden. Dit sluit aan bij wat volgens Smith-Daniels et al. (1988) de manier is om de opname van spoedpatiënten uit te voeren. De Vries & Hiddema (2001) zeggen dat veel ziekenhuizen de opnamefunctie decentraliseren naar de afdelingen. Uit de resultaten blijkt dat het merendeel over een (bijna) volledige centrale opnameplanning beschikt. Centralisatie zou belangrijk zijn om informatie over de verschillende patiëntenstromen te vergaren (Gemmel & Van Dierdonck,

1999). In één ziekenhuis gebeurt de opnameplanning echter door de afdelingen. Er zijn ook wel ziekenhuizen die werken met een mix van beide systemen, waarbij er een decentrale opnameplanning is met een centraal controleorganisme. Hierbij schuilt het voordeel in de vrijheid die de afdelingen hebben met betrekking tot het plannen, weliswaar beperkt door middel van de centrale controle. De opnameplanning zou volgens Bekker & Koeleman (2011) in grote mate beïnvloed worden door de OK-planning. Dit blijkt ook uit de interviews. Het gebrek aan een afstemming tussen de planning van het OK en de opnameplanning werd reeds als knelpunt in de vorige (sub)vraag besproken. Met het oog op een vlotte doorstroming zou het ideaal zijn moest de operatieplanning via de opnameplanning aan de bedplanning gekoppeld zijn (Gemmel & Bourgonjon, 2002). In de helft van de ziekenhuizen is de OK-planning gekoppeld aan de opnameplanning. Daarnaast gaven een paar participanten aan dat ze in de toekomst graag een koppeling wensten tussen beiden.

De meeste ziekenhuizen werken met bed management systemen ter ondersteuning van het vinden en toewijzen van bedden. Een globaal overzicht van de bedbezetting en het continu kunnen raadplegen van opnames en ontslagen, werden als voordelen van deze systemen aangehaald. Het belang van bed management systemen werd ook in de literatuur geduid. Visualisatie en transparantie bevordert de beslissingen betreffende het managen van bedden (Thomas et al., 2013).

Er werden tal van initiatieven aangehaald met betrekking tot het voeren van een adequaat ontslagbeleid. Eén daarvan is het aanstellen van een poetsploeg die specifiek ingezet wordt om zo snel mogelijk de bedden in gereedheid te brengen voor nieuwe patiënten. Er zijn ziekenhuizen die daar nog niet over beschikken en hier in de toekomst extra aandacht aan wensen te besteden. Er werd gewezen op het belang van het bezitten van een bed management systeem dat gelinkt is aan deze poetsdienst. De Advisory Board International (2010) maakt eveneens melding van een systeem waarbij bijvoorbeeld het logistiek- en huishoudpersoneel updates doorgeeft betreffende de transfers en schoonmaken van bedden. Het 'bed turnover proces' kent hierdoor ook een sneller verloop (Tortorella et al., 2013).

Het aanstellen van een ontslagmanager komt niet echt uitgesproken naar voor in de interviews. In de literatuur werd er door Okoniewska et al. (2015) echter gewezen op het

voordeel van het gebruiken van een ontslagmanager met betrekking tot het coördineren en opvolgen van de ontslagplanning. Meer dan de helft van de ziekenhuizen doet aan vroegtijdige ontslagplanning. Er kan gesteld worden dat de ontslagplanning idealiter reeds van start gaat bij de planning tot opname. Het vermoedelijk ontslag kan steeds bijgestuurd moeten. Dit wordt ook door Okoniewska et al. (2015) en de Silva (2013) benadrukt. Volgens Hernandez et al. (2014) zou het implementeren van een 'discharge lounge' een waardevol middel zijn in het bewerkstelligen van een efficiënter ontslagproces. Toch werd er, op één ziekenhuis na, geen ontslag lounge voorzien in de bestudeerde ziekenhuizen. Er zijn wel een beperkt aantal participanten die vermeld hebben dat ze dit een nuttig middel zouden vinden. Er werden ook nieuwe initiatieven, met betrekking tot het ontslagbeleid, uit de interviews afgeleid. Het actief bekijken en opvolgen van de ligduur van patiënten wordt door meer dan de helft van de participanten naar voor geschoven als zeer actueel en belangrijk om de doorstroomtijden zo kort mogelijk te proberen houden. De verantwoorde ligdagen vormen volgens de participanten één van de redenen hiervoor. Het blijkt daarnaast ook een doelstelling voor de toekomst. Er kan volgens een participant ingegrepen worden op deze ligduur door met een 'bed-voor-bed procedure' te werken. Daarnaast zou het achterhouden van bedden op afdelingen mogelijk tegengegaan kunnen worden door een transparant beleid met betrekking tot de bedden op de afdelingen.

De literatuur stelt dat er goede coördinatie en samenwerking moet zijn tussen de verscheidene diensten en afdelingen, om op die manier de doorstroming van patiënten te bevorderen (Mango & Shapiro, 2001; Haraden & Resar, 2004). Een aantal participanten vonden dat een goede samenwerking nodig was om een vlotte doorstroming van patiënten te bewerkstelligen.

Bijna alle ziekenhuizen werken met klinische paden. In de meeste gevallen worden ze enkel voor specifieke patiëntengroepen gebruikt. Het belang van het opvolgen van deze paden werd aangehaald, alsook dat het uitwerken van goede klinische paden veel tijd en werk zou vereisen. Deze opmerkingen sluiten aan bij wat Aiken et al. (2012) schrijven over het adequaat gebruik van klinische paden. Dit betekent een uitwerking van de paden volgens de 7-fasenmethodiek en na implementatie dienen deze op zorgvuldige wijze geëvalueerd en voortdurend opgevolgd te worden. In sommige interviews werd ook meegedeeld dat het gebruik van klinische paden samenhangt met de accreditering. Op die

manier wenst men kwaliteit van zorg en veilige zorg aan te bieden. Klinische paden kunnen dan ook ingezet worden om de patiëntveiligheid en patiënttevredenheid te bevorderen (Vanhaecht et al., 2007).

Uit de resultaten blijkt dat er gebruik gemaakt wordt van stroomdiagrammen om de stromen in kaart te brengen. Op die manier kan er gekeken worden naar welke verbeteringen er dienen te gebeuren om de patiëntenstromen vlotter te laten verlopen. Ook de literatuur haalt 'flow mapping' aan als een waardevol instrument. Hier wordt echter ook het gebruik van 'value stream mapping' aangehaald (Jimmerson, 2009; Graban, 2012). In de interviews wordt hier niet over gesproken.

Er kan gesteld worden dat de bevindingen uit het onderzoek in grote mate overeenstemmen met de beschikbare literatuur hieromtrent. Er kwamen ook nieuwe hulpmiddelen naar voor waarmee men de doorstroming van patiënten in de ziekenhuizen wenst te bevorderen. Er kan na het bekijken van de resultaten opgemerkt worden dat er heel wat plannen zijn om bepaalde instrumenten in de toekomst te gebruiken en nieuwe projecten op te starten om de werking van reeds bestaande instrumenten te verbeteren. Momenteel worden er dus verschillende instrumenten gebruikt om de patiëntendoorstroming te bevorderen.

11.1.3. Is er iemand aangesteld die verantwoordelijk is voor het beheren van de patiëntenstromen?

Met de derde (sub)vraag "Is er iemand aangesteld die verantwoordelijk is voor het beheren van de patiëntenstromen?" wordt er nagegaan of er een persoon aangeduid wordt om aan de problematiek betreffende de patiëntendoorstroming tegemoet te komen en zich specifiek bezighoudt met het verbeteren van de doorstroming van patiënten.

De literatuur omschrijft dat de persoon die instaat voor het beheren van de patiëntenstromen een compleet overzicht dient te hebben over de patiëntenstromen en verantwoordelijk moet zijn voor het managen ervan (Proudlove & Boarden, 2005).

Uit de literatuur kan afgeleid worden dat bed management de functie is die het meest aansluit bij de persoon die zich specifiek bezighoudt met het verbeteren van de doorstroming van patiënten. De functie bed management is immers betrokken in de opname, de plaatsing, het verblijf en het ontslag van patiënten in het ziekenhuis. Deze functie zorgt voor het afstemmen van het aanbod aan bedden op de vraag naar bedden, alsook het coördineren van het voortbewegen van patiënten vanaf de anamnese of opname tot de hospitalisatie-eenheden. De bed management functie speelt ook een rol in het coördineren van verschillende vormen van dienstverlening met betrekking tot het ontslag (Proudlove & Boaden, 2005). Uit het onderzoek komt naar voor dat iets meer dan de helft van de participanten verantwoordelijk is voor het managen van bedden en voor de coördinatie van het traject dat een patiënt aflegt binnen het ziekenhuis. Deze participanten vervullen de functie die overeenstemt met de in de literatuur omschreven bed management functie.

Coulombe & Rosow (2004) beschrijven dat een bedmanager of stroommanager over de autonomie dient te beschikken om beslissingen te nemen in verband met waar men een bepaalde patiënt plaatst en aan wie men prioriteit verleent. Uit het onderzoek kan afgeleid worden dat het merendeel van de participanten over de beslissingsbevoegdheid beschikken om een eindbeslissing te kunnen nemen.

Uit het onderzoek blijkt dat de helft van de participanten zowel verantwoordelijk zijn voor het managen van bedden en de coördinatie van het traject dat een patiënt aflegt binnen het ziekenhuis, als over de beslissingsbevoegdheid beschikken om eindbeslissingen te nemen. Op basis van deze bevindingen wordt er gesteld dat deze personen aangesteld zijn voor het instaan van het beheren van de patiëntenstromen.

In de literatuur wordt beschreven dat een klinische achtergrond essentieel is bij het toewijzen van bedden aan patiënten (Coulombe & Rosow, 2004; Proudlove et al., 2003). Uit de interviews blijkt echter dat minder dan de helft van de participanten die aangesteld zijn voor het beheren van de patiëntenstromen van mening waren dat een klinische achtergrond van belang is bij het uitoefenen van de functie.

Het merendeel van de participanten, die aangesteld zijn voor het beheren van de patiëntenstromen, waren van mening dat goed netwerken van belang is bij het uitoefenen van de functie. In de literatuur is geen informatie terug te vinden hieromtrent.

In de literatuur wordt er niet gespecificeerd hoeveel personen er binnen het ziekenhuis aangesteld worden voor het beheren van de patiëntenstromen. Uit het onderzoek blijkt dat alle participanten die aangesteld zijn voor het beheren van de patiëntenstromen de functie alleen uitoefenen binnen het ziekenhuis.

Uit het onderzoek komt naar voor dat de functie van alle participanten die aangesteld zijn voor het beheren van de patiëntenstromen, zich situeert op meerdere niveaus van management. Bij elk van deze participanten werd het structureel niveau genoemd als één van de niveaus van management waarop de functie zich afspeelt. Er is hierover geen informatie terug te vinden in de literatuur.

Wat de benaming betreft van de functie van de persoon die ziekenhuizen aanstellen voor het beheren van patiëntenstromen, kunnen een aantal zaken opgemerkt worden. Volgens Proudlove et al. (2007) zijn er verschillende benamingen terug te vinden voor deze functie. Dit stemt overeen met het onderzoek, waar maar liefst alle participanten die instaan voor het beheer van de patiëntenstromen een verschillende benaming hadden. In de literatuur worden de termen bedmanager en stroommanager door elkaar gebruikt en soms zelfs gelijkgesteld aan elkaar (Proudlove et al., 2007; Coulomb & Rosow, 2004). Uit de interviews blijkt dat geen enkele participant de benaming bedmanager of stroommanager heeft.

Uit de bovenstaande bevindingen kan geconcludeerd worden dat er in de helft van de bestudeerde ziekenhuizen iemand aangesteld is die verantwoordelijk is voor het beheren van de patiëntenstromen. Er kan gesteld worden dat de functie zich situeert op meerdere niveaus van management en alleen wordt uitgeoefend binnen het ziekenhuis. Verder kan er meegegeven worden dat goed netwerken van belang is bij het uitoefenen van de functie en het hebben van een klinische achtergrond niet noodzakelijk is. Wat de benaming betreft, kunnen we stellen dat iemand die instaat voor het beheren van de patiëntenstromen, niet noodzakelijk bedmanager of stroommanager genoemd wordt.

11.2. Beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek brengt, naast een aantal nieuwe inzichten, ook een aantal beperkingen met zich mee:

Er werd geen gebruik gemaakt van datatriangulatie. Er werden, naast de semi-gestructureerde interviews, geen andere benaderingswijzen van het studieobject uitgevoerd. Op die manier zou kunnen nagegaan worden of er enige correspondentie was tussen de verkregen data.

Het betreft een kleinschalig onderzoek, waarbij er een beperking is in het aantal interviews. In overeenstemming met de theoretische saturatie werden er slechts tien participanten in tien verschillende ziekenhuizen bevraagd. De kans bestaat dat een groter aantal interviews een meerwaarde had kunnen betekenen.

De participanten werden geselecteerd op basis van 'purposive sampling'.

Er werd zowel schriftelijk als mondeling aan het ziekenhuis doorgegeven van welke persoon, in het kader van het beantwoorden van de onderzoeksvraag, er informatie zou verkregen worden. De personen werden op basis hiervan aangereikt door het ziekenhuis. Ondanks het bovenstaand feit, bestaat de kans dat de persoon in kwestie niet de meest geschikte persoon was binnen het ziekenhuis om mee te werken aan het onderzoek.

Wat de resultaten betreft, kan naar validiteit toe niet gegarandeerd worden dat exact dezelfde resultaten zouden bekomen worden, indien men opnieuw zou overgaan tot het afnemen van de interviews.

Er kan sprake zijn van een negatieve beïnvloeding van de resultaten van het onderzoek doordat de analyse van de gegevens door één persoon uitgevoerd werd. Om de validiteit van de interpretatie te verhogen, werden de resultaten wel getoetst door zowel de onderzoeker als een buitenstaander aan alle uittreksels uit de interviews. Verder werd er ook gebruik gemaakt van memo's en een 'member check'.

Ondanks dat er getracht werd om de vraagstelling objectief te laten verlopen, kan er niet uitgesloten worden dat er enige subjectiviteit ingeslopen is. Om dit tegen te gaan werd dan ook geprobeerd om alle vormen van subjectiviteit te excluderen uit de resultaten.

11.3 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Naar de toekomst toe kan het interessant zijn om dit onderzoek uit te breiden naar verschillende andere acute ziekenhuizen in Vlaanderen. De kans bestaat dat deze uitbreiding zorgt voor nieuwe inzichten. Het kan eveneens interessant zijn om een vervolgonderzoek te gaan uitvoeren bij dezelfde ziekenhuizen. Op die manier kan men kijken of de toekomstplannen, die door de participanten van het onderzoek werden aangehaald, reeds gerealiseerd werden. Een koppeling van kwalitatief onderzoek met een kwantitatief onderzoek zou ook interessant kunnen zijn. Het zou eventueel een mogelijkheid kunnen zijn om de verschillende instrumenten die worden ingezet om de doorstroming te bevorderen te gaan koppelen aan verschillende variabelen zoals de ligduur, wachttijden, enz.

12. Conclusie

Met het onderzoek werd er getracht om, aan de hand van drie (sub)vragen, een antwoord te formuleren op de onderzoeksvraag: “Wordt er aan stroommanagement gedaan in acute ziekenhuizen in Vlaanderen?”.

De bevindingen van het onderzoek tonen aan dat er effectief problemen en knelpunten merkbaar zijn in de doorstroming van patiënten in het ziekenhuis. Om een efficiënte en effectieve doorstroming te bewerkstelligen, is het dan ook van belang om deze problemen en knelpunten zo snel mogelijk te identificeren en te reduceren of elimineren.

Hiervoor is het aangewezen om gebruik te maken van enkele instrumenten, waarbij niet enkel aandacht dient geschonken te worden aan welk instrument, maar ook aan het efficiënt en effectief gebruik ervan. Het is gebleken dat een goed opname- en ontslagbeleid van cruciaal belang is met betrekking tot het beheren van de patiëntenstromen. Ook het efficiënt en effectief managen van de bedden aan de hand van bed management systemen vormt een belangrijk instrument. Daarnaast speelt het in kaart brengen van stromen en het gebruik van klinische paden een belangrijke rol met betrekking tot het verwerven van inzicht in deze patiëntenstromen en het beheren ervan.

Wat het aanstellen van een persoon, die instaat voor het beheren van de patiëntenstromen betreft, kunnen we concluderen dat er niet in elk van de bestudeerde ziekenhuizen iemand aangesteld is. Uit voorgaande bevindingen komt naar voor dat er in de helft van de ziekenhuizen, die participeerden aan het onderzoek, een persoon aangesteld is voor het beheren van de patiëntenstromen.

Uit het onderzoek kan afgeleid worden dat er in acute Vlaamse ziekenhuizen aan stroommanagement gedaan wordt. De toenemende aandacht voor de verantwoorde ligdagen en het bekijken van de patiëntenstromen vanuit het oogpunt van de patiënt, doet vermoeden dat deze managementstrategie zich in de toekomst meer en meer zal ontwikkelen binnen de acute Vlaamse ziekenhuizen.

Deel III: Literatuurlijst en bijlagen

Literatuurlijst

- Adan, I. en Vissers, J. (2002). Patient mix optimisation in hospital admission planning: a case study. *International Journal of Operations Management*, 22(4), 445-461.
- Adini, B., Cohen, R., Laor, D., & Israeli, A. (2011). Can patient flow be effectively controlled?. *Health Policy and Planning*, 26, 518-525.
- Ahlstrom, P. (2004). Lean service Operations: translating lean production principles to service operations. *International Journal of Services Technology and Management*, 5(5), 545-564.
- Al-Busaidi, Z. (2008). Qualitative research and its uses in health care. *Sultan Qaboos Univ. Med J.* 8(1). 11-19.
- Aiken, L.H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D.M., Busse, R., McKee, M., ...Knutley-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries. *Europe and the United States British Medical Journal*, 344, 1-14
- Bekker, R., & Koeleman, P.M. (2011). *Scheduling admissions and reducing variability in bed demand. Health Care Manag Sci*, 14(3): 237–249.
- Bhattacharjee, P., & Ray, P. K. (2014). Patient flow modelling and performance analysis of healthcare delivery processes in hospitals: A review and reections. *Computers & Industrial Engineering*, p. 0.
- Black, D., & Pearson, M. (2002). Average length of stay, delayed discharge, and hospital congestion. *BMJ*, 325, 610-611.

Bohmer, R.M.J., & Ferlins, E. (2006). Virginia Mason Medical Center. *Harvard Business School Case*, 606-044, 1-28.

Coulombe, K., & Rosow, E. (2004). The perfect match for throughput management: Clinical bed management and a patient-focused bed management dashboard. *Nurse Leader*, 2(5), 39-41.

Creemers, S., Lambrecht, M. (2011). Modeling a hospital queueing network. *Approach*, 154, 767-798.

Decorte, T., & Zaitch, D. (2010). *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie*. Leuven: Acco.

De Kreuk, A.C.C., Winands, E.M.M., & Vissers, J.M.H. (2004). Master scheduling of medical specialists. *BETA publicatie: working Papers*, 126.

De Silva, D. (2013). Improving patient flow across organizations and pathways. *The Health Foundation*, 1-39.

De Vries, G. (1993). *Evenwicht in zorgvraag en zorgaanbod*. Febo, Enschede.

De Vries, G., & Hidema, U.F. (2001). *Management van patiëntenstromen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Demeester, P., Souffriau, W., De Causmaecker, P., & Vanden Berghe, G.V. (2009). A hybrid tabu search algorithm for automatically assigning patients to beds. *Artificial Intelligence in Medicine*, 48(1), 61-70.

Drupsteen, J., van der Vaart, T., & van Donk, D. P. (2013). Integrative practices in hospitals and their impact on patient flow. *International Journal of Operations & Production Management*, 33(7), 912-933.

Forero, R., McCarthy, S., & Hullman, K. (2011). Access block and emergency department overcrowding. *Critical care*, 15(2), 216.

Forero, R., Mohsin, M., Bauman, A.E., Leraci, S., Young, L., ... Phung, H.N. (2004). Access Block in NSW Hospitals, 1999–2001: Does the definition matter? *Medical Journal of Australia*, 180(2), 67-70.

Gemmel, P., & Bourgonjon, F. (2002). *Het operatiekwartier: knooppunt of knelpunt?*. Diegem: Kluwer.

Gemmel, P., & Van Dierdonck, R. (1999). Admission scheduling in acute care hospitals: does the practice fit with the theory?. *International Journal of Operations and Production Management*, 19(9), 863-878.

Graban, M. (2012). *Lean Hospitals: Improving Quality, Patient Safety, and Employee Engagement*. Londen: CRC Press.

Haraden, C., & Resar, R. (2004). Patient flow in hospitals: Understanding and controlling it better. *Frontiers in Health Service Management*, 20(4), 3-15.

Harper, P. R., & Shahani, A. K. (2002). Modelling for the planning and management of bed capacities in hospitals. *The Journal of the Operational Research Society*, 53(1), 11-18.

Hernandez, N., Dinesh, J., & Mitchell, J. (2014). A reimagined discharge lounge as a way to an efficient discharge process. *BMJ Quality Improvement Reports*, 204(3), 1-4.

Het Netwerk Klinische Paden (<http://www.nkp.be>)

Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. West Sussex: Wiley-Blackwell.

Howell, E., Bessman, E., Kravet, S., Kolodner, K., Marshall, R., & Wright, S. (2008). Active bed management by hospitalists and emergency department throughput. *Annals of Internal Medicine*, 149(11), 804-810.

Jimmerson, C. (2009). *Value stream mapping fo healthcare made easy*. Boca Raton: CRC Press.

Khanna, S., Boyle, J., Good, N., & Lind, J. (2012). Unravelling relationships: Hospital occupancy levels, discharge timing and emergency department access block. *Emergency Medicine Australasia*, 24 (5), 510-517.

Kinsman, L., Rotter, T., James, E., Snow, P., & Willis, J. (2010). What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate. *BMJ Medicine*, 8(31), 1-3.

Kusters, R.J. (1988). Zoals beschreven in Gemmel, P., & Van Dierdonck, R. (1999). Admission scheduling in acute care hospitals: does the practice fit with the theory?. *International Journal of Operations and Production Management*, 19(9), 863-878.

Lin, F., Cahboyer, W., & Wallis, M. (2009). A literature review of organizational, individual and teamwork factors contributing to the ICU discharge process. *Australian Critical Care*, 22, 29-43.

Lusby, R.M., Schwierz, M., Range, T.M., & Larsen, J. (2016). *An adaptive large neighborhood search procedure applied to the dynamic patient admission scheduling problem*. *Artificial intelligence in medicine*, 74, 21-31.

Lying in Wait: The Use of Medical Bed in Acute Hospitals (1992). The Audit Commission, 1-75.

Mango, P., & Shapiro, L. (2001). Hospitals get serious about operations. *The Mc Kinsey Quarterly*, 2, 74-85.

Meyer Junior, V., Pascucci, L., & Murphy, J.P. (2012). Implementing Strategies in Complex Systems: Lessons from Brazilian Hospitals. *Brazilian Administration Review*, 9, 19-37.

Modig, N., & Åhlström, P. (2012). *This is lean: resolving the efficiency paradox*. Stockholm: Rheologica publishing.

Moons, P., Cnuts, R., Decat, W., Goeminne, N., Halans, J., Verbeke, R. (2005). Performantiemaatstaven voor ontslagmanagement: Een aanzet tot kwaliteitsmeting, *Acta Hospitalia*, 1, 51-64.

Moons, P., Steeman, E., Wouters, B., Indenkleef, S., Bollen, S., Manhaee, D. (1999). Effectiviteit van ontslagmanagement in de Belgische gezondheidszorg, Onderzoeksresultaten uit de algemene ziekenhuizen. *Acta Hospitalia*, 39, 45-56.

Mortelmans, D. (2013). Handboek Kwalitatieve onderzoeksmethoden. Leuven: Acco.

Murphy, S.O., Barth, B.E., Carlton, E.F., Gleason, M., & Cannon, C.M. (2014). Does an ED flow coordinator improve patient throughput?. *Journal of Emergency Nursing*, 40(6), 605-612.

Mur-Veeman, I., & Govers, M. (2011). Buffer management to solve bed-blocking in the Netherlands 2000–2010. Cooperation from an integrated care chain perspective as a key success factor for managing patient flows. *International Journal of Integrated Care*, 11,1-10.

Next-generation Capacity Management (2010). Advisory Board International, 1-80.

Nicholls, A.G., & Young, F.R. (2007). Innovative hospital bed management using spatial technology. *Spatial Science Queensland*, 2, 26-30.

Okoniewska, B., Santana, M.J., Groshaus, H., Stajkovic, S., Cowles, J., Chakrovorty, D., & Ghali, W.A. (2015). Barriers to discharge in an acute care medical teaching unit: a qualitative analysis of health providers' perceptions. *J Multidiscip Healthc*, 8, 83-89.

Pham, D., & Klinkert, A. (2008). Surgical case scheduling as a generalized job shop scheduling problem. *European Journal of Operational Research*, 185, 1011-1025.

Pollit, D.F., & Beck, C.T. (2010). Nursing research: appraising evidence for nursing practice. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Proudlove, N.C., & Boaden, R. (2005). Using operational information and information systems to improve in-patient flow in hospitals. *Journal of Health Organisation and Management*, 19(6), 466-477.

Proudlove, N.C., Boaden, R., Jorgensen, J. (2007). Developing bed managers: The why and the how. *Journal of Nursing Management*, 15, 34-42.

Proudlove, N.C., Gordon, K., Boaden, R. (2003). Can good bed management solve the overcrowding in accident and emergency departments? *Journal of Emergency Medicine*, 20, 149-155.

Rechel, B., Wright, S., Barlow, J., & McKee, M. (2010). Hospital capacity planning: from measuring stocks to modelling flows. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(8), 632–636.

Richardson, D. B., & Mountain, D. (2009). Myths versus facts in emergency department overcrowding and hospital access block. *Medical Journal of Australia*, 190(7), 369-374.

Rhudy, L.M., Holland, D.E., & Bowles, K.H. (2010). Illuminating hospital discharge planning: staff nurse decision making. *Appl Nurs Res*, 23(4), 198-206.

Roland, B., Martinelly, C.D., & Riane, F. (2006). Operating theatre optimization: a resource-constrained based solving approach. Chatholic University of Mons. 1-6.

Schmidt, R., Geisler, S., & Spreckelsen, C. (2013). Decision support for hospital bed management using adaptable individual length of stay estimations and shared resources. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13(1), 3.

Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2002). *Wat zijn klinische paden?*. Acta Hospitalia, 3, 5-11.

Shepperd, S., McClaran, J., Phillips, C.O., Lannin, N.A., Clemson, L.M., & McCluskey, A. (2010). Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database syst rev*, 313, 1-38.

Smith-Daniels, V., Schweikhart, S., & Smith-Daniels, D. (1988). Capacity management in health care services: review and future research directions. *Decision Sciences*, 19, 891-919.

Tan, Y., El Mekawy, T., Peng, Q., & Wright, B. (2011). Analysis of surgical patient flow at Winnipeg health sciences centre. *Proceedings Of The Canadian Engineering Education Association*, 8.

Tay, H.L. (2016). Lean improvement practices: lessons from healthcare service delivery chains. *IFAC-PapersOnLine*, 49(12), 1158-1163.

Thomas, B.G., Bollapragade, S., Akbay, K., Toledano, D., Katlic, P., Dulgeroglu, O., & Yang, D. (2013). Automated bed assignments in a complex and dynamic hospital environment. *Interfaces*. 43(5), 435-448.

Tortorella, F., Ukanowicz, D., & Douglas-Ntagha, P. (2013). Improving bed turnover time with a bed management system. *Journal of Nursing Administration*, 43 (1), 37–43.

Vanhaecht, K., De Witte, K., & Sermeus, W. (2007). *The impact of clinical pathways on the organisation of care processes* (PhD dissertation KULeuven), Katholieke Universiteit Leuven, Leuven.

Vloet, L., van den Hof, S., & Marttin, I. (2011), Ontslaggericht werken: winst voor patiënt en ziekenhuis. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, 6, 55-61.

Vissers, J. (1998). Health care management modelling: a process perspective. *Health Care Management Science*, 1(2), 77-85.

Vissers, J. M., Adan, I. J., & Dellaert, N. P. (2007). Developing a platform for comparison of hospital admission systems: An illustration. *European Journal of Operational Research*, 180 (3), 1290 – 1301.

Vissers, J. M., Bertrand J, W., & de Vries, G. (2001). A framework for production control in health care. *Production Planning & Control*, 12(6), 591-604.

Vissers, J.M.H., van der Bij, J.D. & Kusters, R.J. (2001). Towards decision support for waiting lists: an operations management view. *Health Care Management Science*, 2(2), 133-142.

Williams T.A., Leslie, G.D., Brearley, L., Leen, T., & O'Brien, K. (2010). Discharge delay, room for improvement?. *Aust Crit Care*, 23, 141-149.

Zhao, L., & Lie, B. (2010). Modeling and simulation of patient flow in hospitals for resource utilization. *Telemark University College*, 1-10.

Bijlagen

Bijlage 1: Informatiebrief

Informatiebrief De rol van stroommanagers of bedmanagers in ziekenhuizen

Beste,

Ik ben een student Master in het Management en beleid van de gezondheidszorg aan de Universiteit van Gent. In het kader van mijn masterproef voer ik een onderzoek uit naar de rol van stroommanagers of bedmanagers in ziekenhuizen, meer specifiek en zodoende ook mijn onderzoeksvraag: “Hoe dragen stroommanagers of bedmanagers bij tot een effectief stroommanagement?”

De bedoeling van dit onderzoek is voornamelijk meer informatie te verzamelen over de rol van de persoon die het gehele proces, van opname tot ontslag, in goede banen probeert te leiden. Over welke specifieke vaardigheden/competenties, opleiding/training, achtergrond en tools dient deze persoon te beschikken, alsook wat zijn de dagdagelijkse activiteiten die deel uitmaken van de job?

Met het oog op gegevensverzameling dient er één semi-gestructureerd interview afgenomen te worden. Er zal een geluidsopname gemaakt worden van het interview. Dit interview zal plaatsvinden op een tussen de verschillende betrokken partijen afgesproken tijdstip en locatie. Deze gegevens zullen anoniem verwerkt worden en gebruikt worden om een synthese te maken omtrent de kenmerken van een bedmanager of stroommanager en hun bijdrage tot een effectief stroommanagement. De geluidsopname zal na verwerking van de gegevens gewist worden.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan dit ziekenhuis. Deze goedkeuring moet hoegenaamd geen aanzet zijn tot uw deelname aan deze studie. U bent volkomen vrij om al dan niet deel te nemen. Uw deelname aan de studie brengt geen bijkomende kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

Alvast bedankt voor uw bereidwillige medewerking.

Met vriendelijke groeten,
Jolien Verlijsen (onderzoeker)
Prof. dr. Paul Gemmel (promotor en hoofdonderzoeker)

Bijlage 2: Toestemmingsformulier

Informed Consent

Ik ondergetekende,, verklaar hierbij dat ik, als participant aan een onderzoek in het kader van de masterproef van Jolien Verlijsen, studente Master in het management en beleid van de gezondheidszorg aan de Universiteit van Gent:

- (1) de informatiebrief heb gelezen, welke uitleg geeft over het doel en globale opzet van dit onderzoek.
- (2) steeds bijkomende informatie kan verkrijgen tijdens het onderzoek.
- (3) op de hoogte gebracht ben omtrent de methode die zal gebruikt worden voor gegevensverzameling, alsook aan de onderzoeker toestemming geef om een geluidsopname te maken van het interview.
- (4) geheel vrijwillig deelneem aan het onderzoek, maar de mogelijkheid behoud om op ieder ogenblik deze instemming in te trekken en het onderzoek stop te zetten.
- (5) toestemming geef aan de onderzoeker om de onderzoeksresultaten op een anonieme wijze te bewaren, te verwerken en te rapporteren.

Gelezen en goedgekeurd te(plaats) op (datum)

Handtekening van participant:

Bijlage 3: Tabel Participanten

Participant	Ziekenhuis	Erkende bedden	Functie
P1	AZ Sint-Lucas	787	Dienstverantwoordelijke onthaal- en patiënteninschrijving
P2	UZ Gent	1062	Coördinator opname- en ontslagbeleid
P3	ASZ Aalst	344	Opnameplanner
P4	OLV Aalst	622	Opnameplanner
P5	AZ Sint-Vincentius Deinze	170	Zorgmanager
P6	AZ Alma Eeklo	231	Diensthooft inschrijvingen en onthaal
P7	UZ Antwerpen	573	Hoofd onthaal- en opnamecoördinatie
P8	AZ Nikolaas	615	Hoofd opnameplanning
P9	AZ Sint-Maarten Mechelen	660	Opnameplanner
P10	AZ Monica	466	Opnamecoördinator

Cijfers afkomstig uit Informatiesteunpunt Zorg en gezondheid (bron: Agentschap Zorg en gezondheid , 2016)

Bijlage 4: Interviewgids

- Wat is de officiële benaming van uw functie?
- Vervult u deze functie alleen of zijn er een aantal mensen die deze of een soortgelijke functie uitoefenen binnen dit ziekenhuis?
- Op welk niveau van management situeert uw functie zich binnen de organisatie?
- Wat zijn de dagdagelijkse activiteiten die deel uitmaken van uw job?
- Welke vaardigheden en persoonlijke eigenschappen zijn van belang bij het uitoefenen van deze job?
- Zijn er problemen of knelpunten merkbaar met betrekking tot de doorstroming van patiënten in het ziekenhuis?
Zo ja, over welke problematiek gaat het?
- Werken de verschillende afdelingen/diensten samen om een goede doorstroming van patiënten te bewerkstelligen?
- Hoe verloopt het opnamebeleid in het ziekenhuis? Wat is uw rol hierin?
- Wordt er aan bed management gedaan met behulp van een elektronisch bed management systeem?
- Hoe verloopt het ontslagbeleid in het ziekenhuis? Wat is uw rol hierin?
- Op welke manier draagt u bij tot het beheren van de patiëntenstromen?

- Wat zijn de doelstellingen van het ziekenhuis met betrekking tot stroommanagement?
- Wordt er gebruik gemaakt van klinische paden?
- Worden de patiëntenstromen in kaart gebracht?