

MASTER

ZuidZorg, locatie Eindhoven

"op weg naar een prestatiegerichte zorginstelling"

Schonewille, M.

Award date:
2005

[Link to publication](#)

Disclaimer

This document contains a student thesis (bachelor's or master's), as authored by a student at Eindhoven University of Technology. Student theses are made available in the TU/e repository upon obtaining the required degree. The grade received is not published on the document as presented in the repository. The required complexity or quality of research of student theses may vary by program, and the required minimum study period may vary in duration.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Bijlagen bij:
ZuidZorg, Locatie Eindhoven
*“Op weg naar een prestatiegerichte
zorginstelling”*

**NIET
UITLEENBAAR**

Datum: 15-11-2005
Begeleider: Dr. Ir. P.A. M. Kleingeld
Tweede begeleider: Dr. H.F.J.M. van Tuijl
Afstudeerder: Michiel Schonewille

Organisatie: ZuidZorg
Opdrachtgever: Drs. G.M. Boon
Begeleider: Dhr. G. van Bakel
Begeleider: Ir. N. Sabir

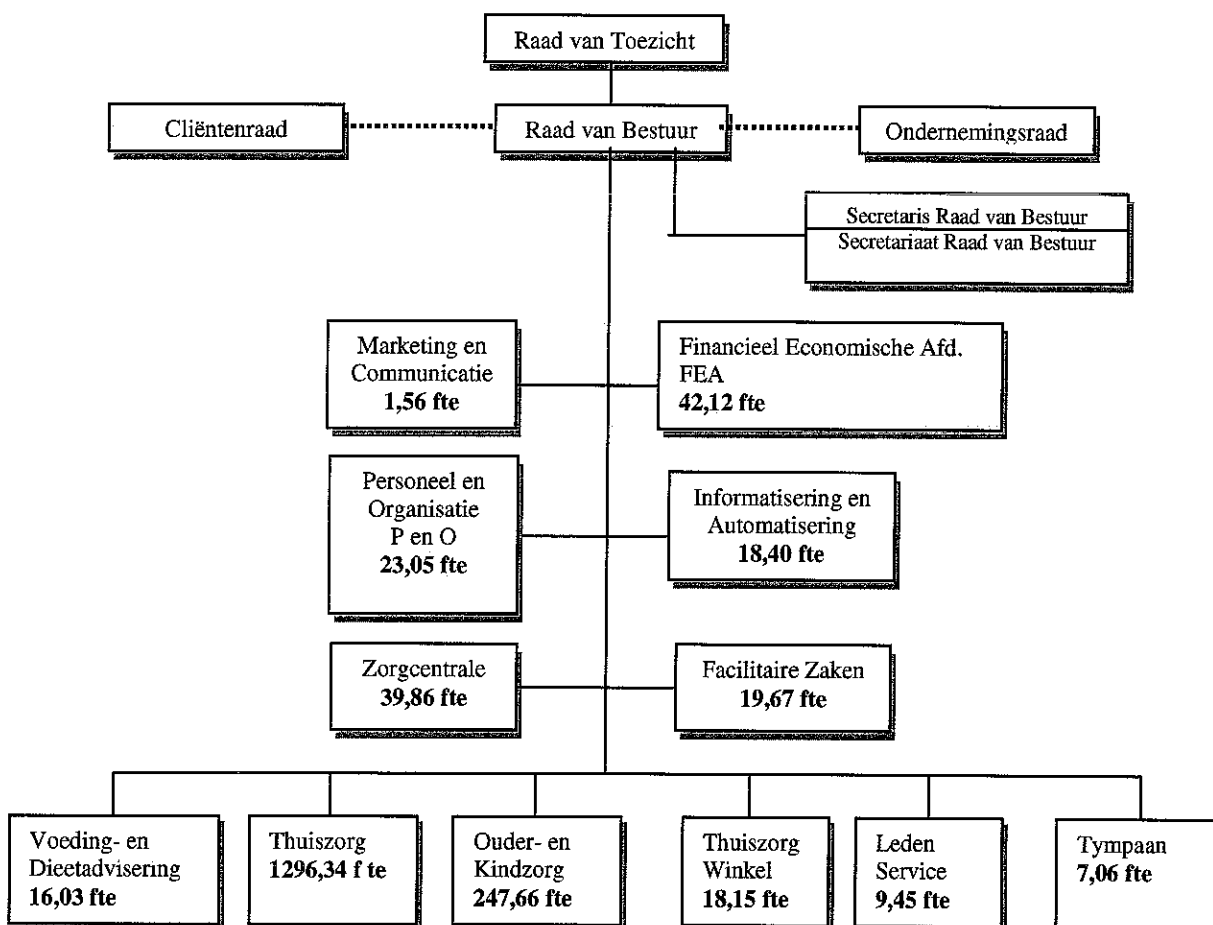
Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	1
<u>Bijlagen bij hoofdstuk 1</u>	
Bijlage 1. Organisatiebeschrijving.....	2
Bijlage 2. Definiëren van Business Units.....	5
Bijlage 3. Processen Thuiszorg.....	7
Bijlage 4. Zorgfuncties gekoppeld aan het deskundigheidsniveau.....	13
Bijlage 5. AWBZ en WMO.....	14
Bijlage 6. Veranderingen in de wetgeving.....	15
Bijlage 7. Gevolgen van de (wets)veranderingen voor de organisatie.....	16
Bijlage 8: gemaakte uren per periode per zorgfunctie.....	19
<u>Bijlage bij hoofdstuk 2</u>	
Bijlage 9. Ishikawa diagram.....	20
<u>Bijlagen bij hoofdstuk 3</u>	
Bijlage 10. Prestatiewaarderingscurven.....	21
Bijlage 11. Feedbackrapport voor een Thorax Intensive Care Unit.....	23
Bijlage 12. Raamwerk voor productiebeheersing [Vissers <i>et al.</i> 2001].....	24
<u>Bijlagen bij hoofdstuk 4</u>	
Bijlage 13. Uitleg en formules voor het scheiden of combineren van zorgfuncties.....	25
Bijlage 14. Productiecijfers ZuidZorg.....	29
Bijlage 15. Vraag en capaciteit Kronehoef.....	30
Bijlage 16. Voorstel Teamindeling Kronehoef.....	37
Bijlage 17. Uitwerking condities planningssysteem.....	38
<u>Bijlagen bij hoofdstuk 5</u>	
Bijlage 18. Hand-out verantwoordelijkheidsgebieden.....	40
Bijlage 19. Hand-out prestatie indicatoren.....	42
Bijlage 20. Samenvattingen bijeenkomsten.....	43
Bijlage 21. Operationele definities van prestatie indicatoren.....	54
Bijlage 22. Ontwikkelingstraject prestatie indicatoren.....	61
Bijlage 23. Gemaakte Excel programma's voor ProMES.....	63
<u>Bijlage bij hoofdstuk 7</u>	
Bijlage 24. Cascade model.....	65

Bijlage 1. Organisatiebeschrijving

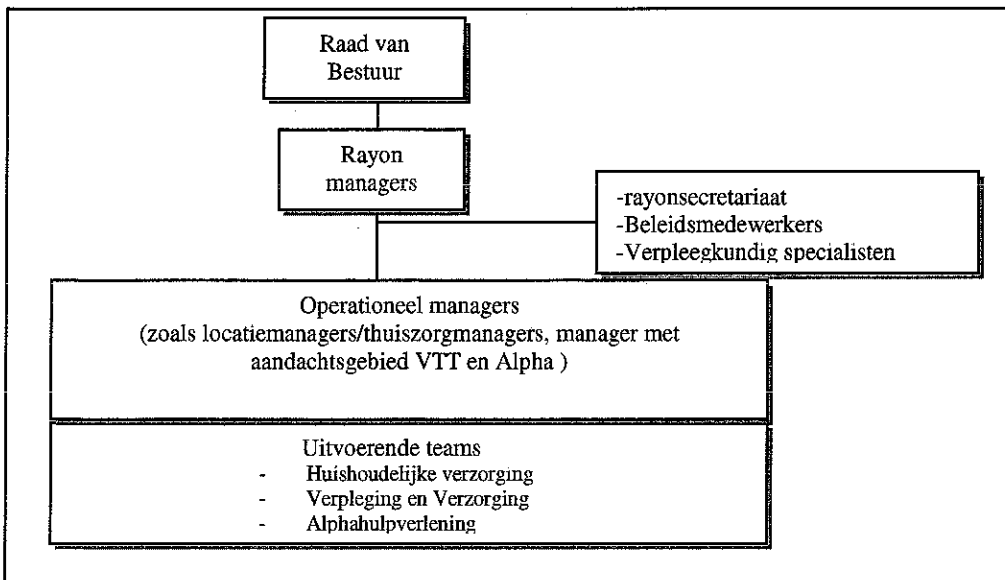
Per 1 juli 2003 zijn de Stichting Thuiszorg Kempenstreek en de Stichting Thuiszorg Eindhoven en de Stichting Gezondheid Service Thuiszorg Kempenstreek bestuurlijk gefuseerd. Daarna is er een nieuwe beheerstichting opgericht onder de tijdelijke naam, Stichting Thuiszorg Eindhoven - Kempenstreek, welke de beide stichtingen bestuurt. Samen vormen deze stichtingen een personele unie en dus een economische eenheid, met één gezamenlijke Raad van Toezicht en Raad van Bestuur. Reden voor deze tussenstap in het fusie/integratieproces is onder andere de dynamiek in de thuiszorgmarkt en de beoogde zorgvuldigheid in het integratietraject.

ZuidZorg is het resultaat van de fusie tussen de thuiszorg instanties Eindhoven en Kempenstreek. De beide organisaties zijn gefuseerd per 1 januari 2005, echter het fusietraject is gestart op 1 januari 2003. De daadwerkelijke fusering van processen en systemen moet aan het einde van 2005 gerealiseerd zijn. Hieronder is de voorgenoemde organisatiestructuur van ZuidZorg weergegeven en specifiek is afdeling de thuiszorg hieruit nader toegelicht.



Figuur 1 Organisatiestructuur ZuidZorg

De Thuiszorg zal in deze opdeling verder worden opgedeeld, aangezien de omvang niet door één manager te managen is. De thuiszorg zal twee directeuren krijgen die binnen de thuiszorg de segmenten chronisch zieken, terminale cliënten en zelfstandige senioren in twee regio's gaan managen.



Figuur 2 Organogram thuiszorg

De thuiszorg zorgt voor 80% van de inkomsten van ZuidZorg. De thuiszorg is opgedeeld in twee functies, huishoudelijke verzorging en verzorging en verpleging. Deze functies zijn onderverdeeld in drie rayons voor Eindhoven en drie rayons voor Kempenstreek, per rayon worden er meerdere wijkcentrums onderscheiden. Deze wijze van indelen komt voort uit de huidige werkwijze van ZuidZorg.

Nu de organisatie kort is besproken zal er worden ingegaan op de missie, visie en strategie voor ZuidZorg. Deze onderwerpen zullen kort belicht worden en dienen alleen ter informatie.

Missie

De missie geeft de doelstelling van de organisatie weer. De missie kan op de volgende manier worden geformuleerd voor ZuidZorg.

De nieuwe thuiszorgorganisatie richt zich vanuit haar maatschappelijke verantwoordelijkheid, op het leveren van zorg- en dienstverlening, waar nodig en gewenst op een grensverleggende wijze, aan mensen in alle fasen van hun leven, in hun directe woon- en leefomgeving. Op basis van behoeften en wensen bieden wij zorg, servicediensten en preventieve activiteiten die gericht zijn op het bevorderen van gezondheid en welzijn in het algemeen. Onze zorg- en dienstverlening is er op gericht dat de cliënt de regie over het eigen leven behoudt dan wel opnieuw verkrijgt.

Visie

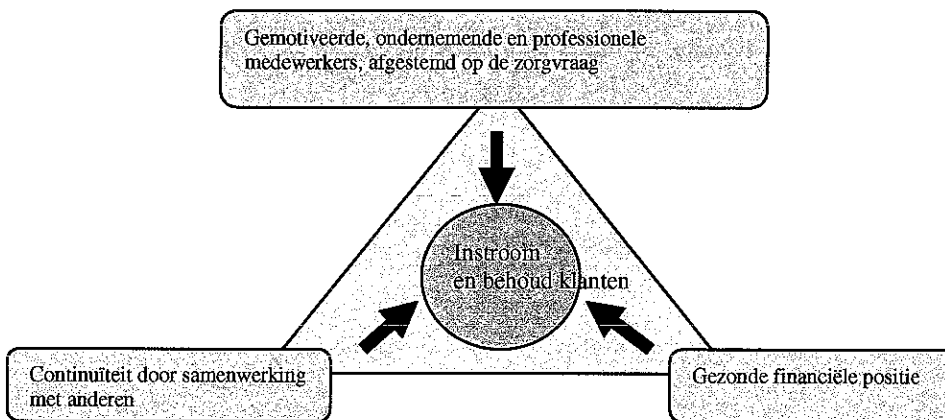
De visie geeft weer op welke wijze de organisatie de doelstelling die in de missie staat verwoord, wil verwezenlijken. Daarmee geeft het in feite de agenda voor de nieuwe organisatie. De visie kan op de volgende manier worden weergegeven.

- de vragen van de cliënt en diens naaste omgeving vormen het uitgangspunt van ons professioneel handelen;
- wij zijn de meest cliënt(vraag)gerichte, slagvaardige en betrouwbare aanbieder van diensten, op het gebied van zorg en welzijn, in relatie tot zelfstandig wonen;
- onze organisatie is doelmatig ingericht en kent een efficiënte bedrijfsvoering, gericht op resultaten ten behoeve van de cliënt en continuïteit van de organisatie;
- door uit te gaan van "klein binnen groot", integreren we de voordelen van grootschaligheid in de organisatie en lokale gerichtheid in de uitvoering van de zorg. Onze toegankelijkheid en herkenbaarheid staan daarin centraal;
- de medewerkers vormen het hart van de organisatie. Zij zijn deskundig, integer en veranderingsbereid. De waarde van de medewerkers als "bron" van kennis - vormt de basis voor het Human Resource Management;
- medewerkers onderschrijven de organisatiedoelen en dragen deze uit;
- wij zijn een goede werkgever;

- wij streven waar mogelijk naar samenwerking en bij voorkeur naar het samen met (keten)partners aanbieden van diensten en producten.

Strategische doelen

De missie is min of meer abstract en beschrijft in algemene termen waar de organisatie voor staat. De strategische doelen bevatten een vertaling van de missie en de visie en zijn specifiek geformuleerd. Voor Thuiszorg Eindhoven – Kempenstreek zijn de volgende strategische doelen geformuleerd. Ieder van de strategische doelen is gericht op één van de vier resultaatgebieden van het INK managementmodel. Hieronder zijn de strategische doelen van de organisatie in beeld gebracht.



Figuur 3 Strategische doelen ingericht volgens het INK model

Bijlage 2. Definiëren van Business Units

Binnen ZuidZorg is er gekozen om een nieuw beleid per 1 april 2006 te gaan hanteren. Een beleid waarbij producten op de markt worden afgestemd en organisatorisch ingedeeld. Dit wordt ook wel product-markt combinaties genoemd. Product-markt combinaties staan beter bekend als business units.

Ook Vissers *et al.* (1999) beschrijven dat het opstellen van business units in de zorg één van de eerste stappen is om de complexiteit van de zorg te reduceren. Als naar de verdeling van verschillende soorten zorg wordt gekeken binnen ZuidZorg dan kan de thuiszorg worden opgesplitst in huishoudelijke verzorging en verzorging & verpleging. Ongeveer 70% van de uren worden besteed aan huishoudelijke werkzaamheden. Huishoudelijke verzorging is vaak langdurig van aard en hierdoor goed planbaar. Dit zal in de nieuwe organisatie vallen onder de BU huishoudelijke hulpverlening en zal centraal worden aangestuurd.

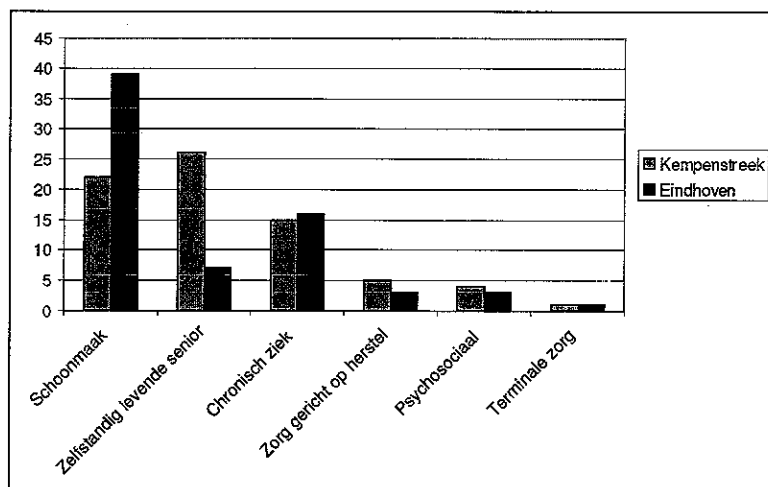
30% van de uren worden besteed aan persoonlijke verzorging en verpleging. Persoonlijke verzorging en verpleging zijn complexer van aard. Bij het bepalen van een business unit indeling moet er aan een aantal criteria worden voldaan volgens De Vries *et al.* (1999).

- Er moet een duidelijke relatie zijn met de middelen
- Er moeten voldoende cliënten binnen de grenzen vallen
- Het moet duidelijk zijn welk opleidingsniveau aanwezig moet zijn

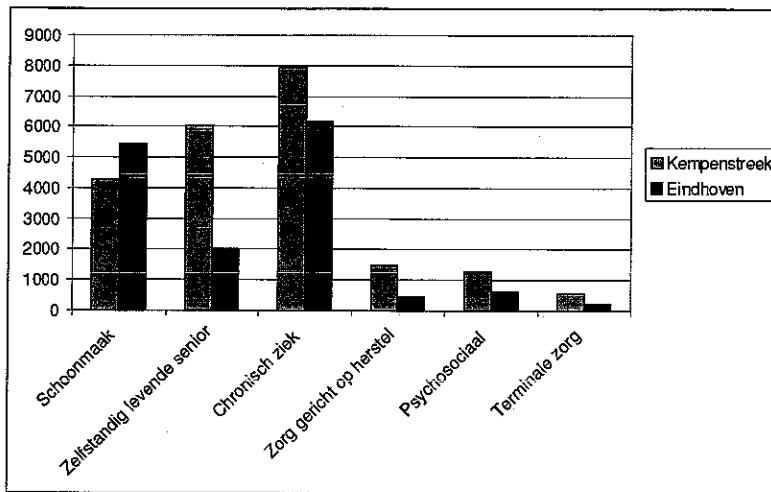
De volgende business unit structuur is gekozen die voldoet aan de bovenstaande criteria. De verdeling van cliënten en zorgminuten over de business unit structuur staan in figuur 4 en 5.

- Chronisch zieken
- Zelfstandig levende senior
- Terminale cliënten
- Zorg gericht op herstel
- Psychosociaal
- Huishoudelijke hulpverlening

Organisatorisch is ervoor gekozen om “zorg gericht op herstel” en “psychosociaal” centraal te organiseren en aan te sturen. Binnen “zorg gericht op herstel” zijn de cliënten vanuit de ziekenhuizen opgenomen die voor een korte periode zorg nodig hebben. De reden voor deze BU is flexibiliteit vanuit ZuidZorg om in te spelen op de wensen van de ziekenhuizen. Beide business units vergen specifiek opgeleide verpleegkundigen. Een bijkomend voordeel van deze indeling is het verkleinen van het aantal verstoringen in het primaire proces. Figuur 6 geeft schematisch de indeling van de Thuiszorg weer.

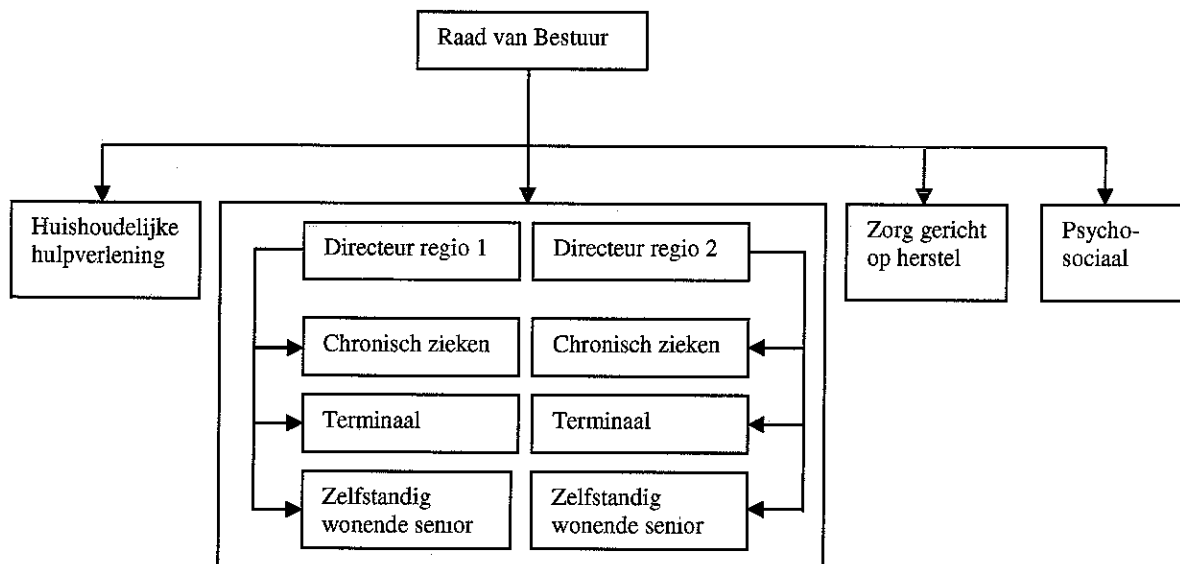


Figuur 4 Verdeling aantal nieuwe cliënten per periode



Figuur 5 Verdeling nieuwe zorgminuten per periode

Als naar de business unit verdeling wordt gekeken, dan kan de grootte van de business unit worden aangegeven in aantal nieuwe cliënten, figuur 7, en het aantal nieuwe zorgminuten, figuur 8. Hieruit blijkt dat de business unit schoonmaak de grootste business unit is in aantal nieuwe cliënten. Echter de business unit chronisch zieken is de grootste business unit qua zorgminuten. Voor de business unit schoonmaak geldt dat huishoudelijke verzorging de enige taak is die wordt uitgevoerd. Voor de andere business units is dit een mengeling van taken.



Figuur 6 Organisatorische weergave van de business unit indeling

Als de nieuwe structuur in beschouwing wordt genomen dan ligt de grootste uitdaging en winst voor ZuidZorg om het decentrale segment te structureren, omdat dit segment aan de minste veranderingen onderhevig is. Tevens is de complexiteit van het zorgproces hier het grootst is. De scope van het afstudeerproject zal zich om deze redenen gaan richten op dit segment.

De belangrijkste partijen waar de afdeling Thuiszorg intern mee samenwerkt, zijn het Meldpunt en de Administratie. Het Meldpunt is verantwoordelijk voor de binnenkomst en verspreiding van de indicaties en voor de bereikbare dienst in het weekend en de avonduren. Veranderingen in het zorgproces worden tijdens deze uren in de avond en het weekend centraal gecoördineerd. Deze keuze is uit kostenoverwegingen gemaakt. De Administratie voert wijzigingen in met betrekking tot de cliëntgegevens en houdt de productie-uren en de personeelsuren bij.

Bijlage 3. Processen Thuiszorg

Het meldpunt

Het meldpunt is het start punt van het zorgproces. In de nieuwe organisatie zal de taakverdeling waarschijnlijk gescheiden worden en worden verdeeld tussen het meldpunt en de zorgcentrale. De taken binnen de zorgcentrale zijn het afhandelen van telefonische vragen, het reageren en afhandelen van alarmeringen via Tempaan of Viedome (elektronisch alarmeringssysteem voor de thuiszorg), uit uitvoeren van de functie bereikbare dienst en het coördineren van de oproepool. Het meldpunt zal waarschijnlijk alle taken met betrekking tot de indicatiestelling en toewijzing op zich gaan nemen.

Het proces

Het meldpunt zal in deze context in de huidige situatie beschouwd worden. Deze afdeling is verantwoordelijk voor het starten van het zorgproces. De nieuwe indicatie wordt van het netwerk (Zorg Match Online) gehaald. Hierna start het proces van de zorg toewijzen. Als laatste handeling wordt de taak, de map met daarin de indicatiestelling en cliënt gegevens gestuurd naar het wijkgebouw. De processtappen worden weergegeven in figuur 7.

Tijdsproces

De tijd die mag verstrijken tussen het ontvangen van een indicatie tot aan het verzenden van "nieuwe indicatie" mag 4 uur zitten. Bij het wijkcentrum mag er de volgende tijd verstrijken. Bij het ontvangen van een reguliere indicatie tot aan het beoordelen van capaciteit mag 24 uur verstrijken. Bij het ontvangen van een indicatie voor terminale zorg tot vaststellen capaciteit mag geen tijd verstrijken. En bij het ontvangen van een spoed indicatie mag er 4 uur over gedaan worden totdat vastgesteld moet zijn of er wel of geen capaciteit voor vrij is. Bij de laatste twee gevallen wordt er eerst gebeld door het meldpunt om de capaciteit te achterhalen en melding te maken van een spoedgeval.

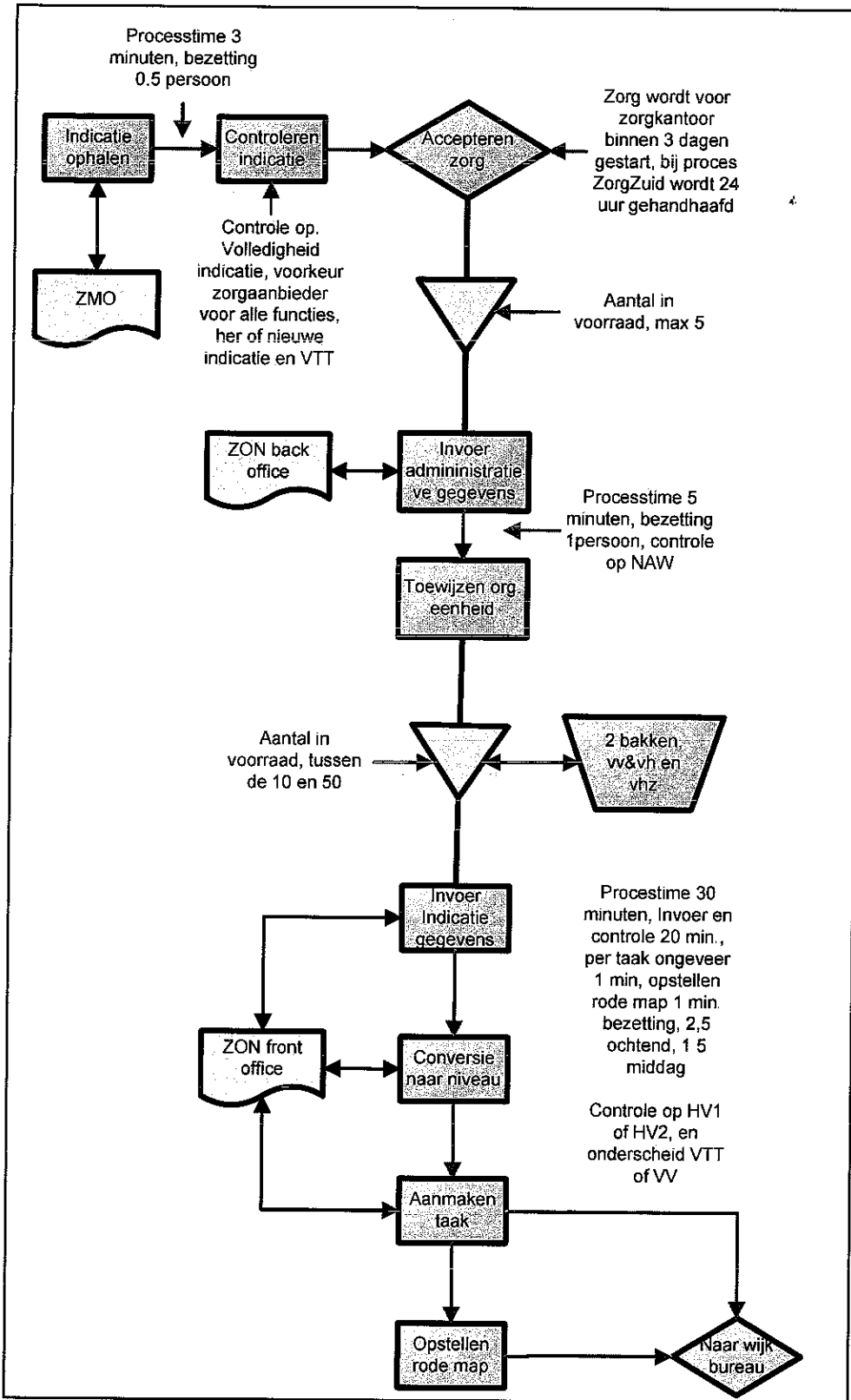
Spoed zorg

Bij het proces van spoedzorg is er nog geen indicatiestelling van het CIZ binnen. De zorgaanvraag wordt meteen in behandeling genomen en zowel telefonisch als per fax wordt de informatie naar de wijkgebouwen verstuurd. De zorg wordt dan meteen ingepland. De indicatiestelling wordt achteraf geregeld door het meldpunt. Er moet echter wel een toezegging vanuit het CIZ komen om een indicatie te verlenen.

Bijtaken

Het meldpunt verricht een aantal bijtaken. Deze taken zorgen vaak voor verstoringen in het proces. Ze hebben het nadelige gevolg dat bij drukte deze bijtaken ook in drukte toenemen. In de nieuwe structuur zullen deze taken niet langer meer behoren tot de taken van het meldpunt. De taken zijn als volgt te formuleren.

- Telefonisch vragen beantwoorden die niet door de telefonisten beantwoord kunnen worden.
- Onderhouden contact met de ziekenhuizen (telefonisch)
- Tussen 17:00 en 18:00 uur bereikbare dienst
- Na zessen telefonische doorschakeling naar thuisadres
- Telefonisten voor het VTT & Diabetes team
- Projecten, nieuwe heup & knie, aanmelding & verwerking



Figuur 7 Processtappen bij het meldpunt voor een reguliere aanvraag

Knelpunten

Bij het meldpunt zijn een aantal knelpunten zichtbaar. Niet alle knelpunten zullen behandeld worden alleen de knelpunten die gevolgen hebben op de kwaliteit van de werkzaamheden.

Fouten in data verzendingen tussen CIZ, CZ en Zuidzorg.

Sommige zorgaanvragen komen nooit aan bij Zuidzorg. Deze cliënten ontvangen hierdoor niet de zorg die ze nodig hebben. Dit heeft grote problemen tot gevolg. (Denk aan verwaarlozing, verergering ziektebeeld cliënt)

De data van Zuidzorg is niet "schoon".

Dit heeft een aantal consequenties. Ten eerste is het is niet duidelijk welke cliënt zorg krijgt en welke cliënt geen zorg krijgt. Fouten van derden (zie hierboven) kunnen niet herkend worden in het systeem. Ten tweede, cliënten krijgen zorg waarvoor ze niet zijn geïndiceerd. Dit heeft als consequentie dat deze zorg niet vergoed wordt door het zorgkantoor. Dit type fout komt bijna niet meer voor. Ten derde is er geen controle op de werkzaamheden mogelijk en kan de zorg moeilijk worden aangestuurd in de avonden en weekenden.

Vragen van verzekerden over de startdatum van het zorgproces.

Dit geeft veel extra werk en kan een vicieuze cirkel creëren. Door drukte wordt er meer gebeld, hierdoor neemt de drukte verder toe, samen met de hoeveelheid nog te verrichten werk. Hierdoor neemt de stapel in de bak toe, dit leidt tot nog niet ingevoerde verzekerden, die bellen, maar niet getraceerd kunnen worden.

Het handmatig overzetten van klantinformatie van ZMO naar backoffice en het handmatig invoeren van de indicatiestelling in frontoffice

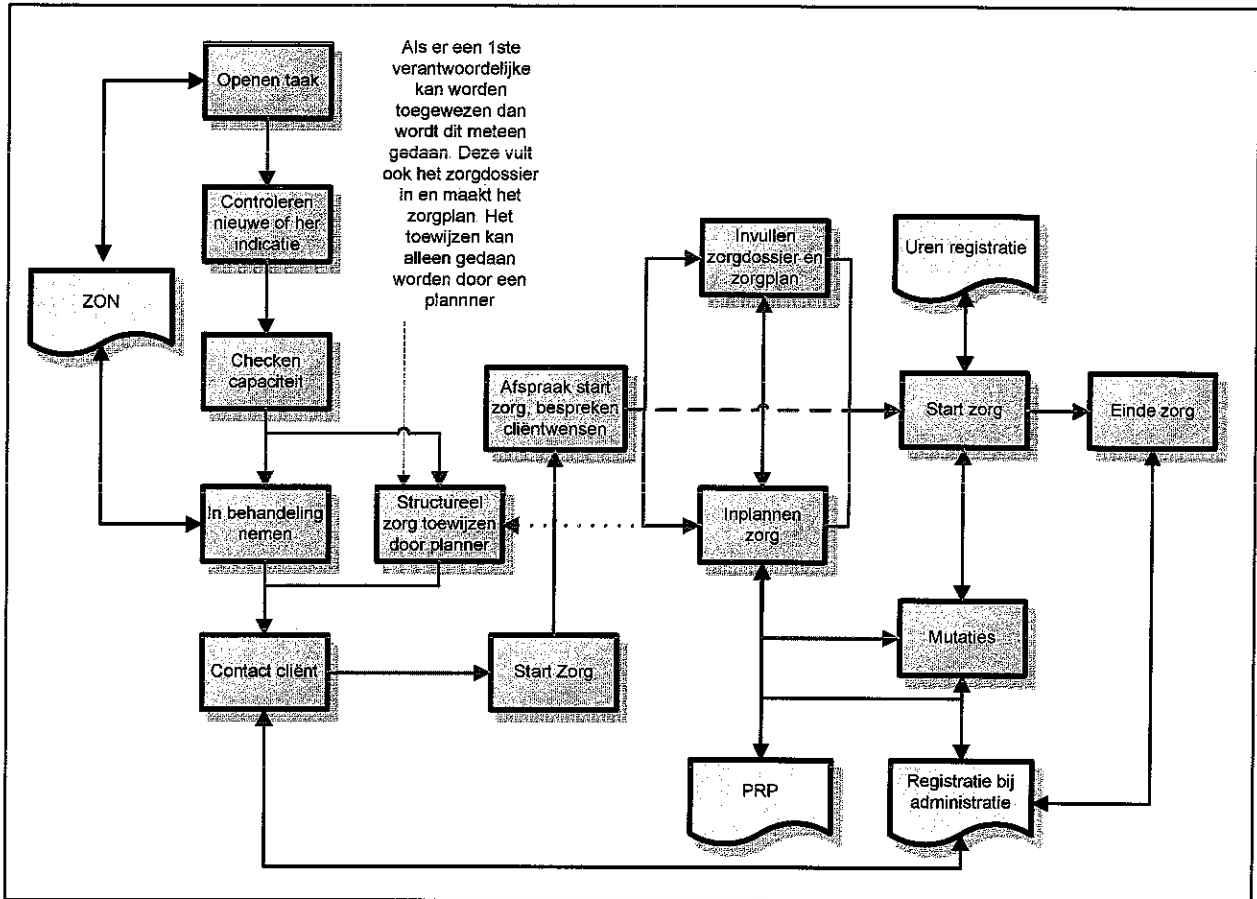
Dit proces zorgt voor veel extra werk. Per week gaat er ongeveer 20 minuten per nieuwe indicatiestelling verloren.

Dubbele informatiestroom.

De taak gaat of per fax of mail naar het wijkcentrum, waarna het zorgdossier per post wordt nagestuurd. Deze dubbele stroom van informatie creëert onduidelijkheid bij het wijkcentrum. Er kan namelijk niet achterhaalt worden of het proces van zorg al is toegewezen aan een verantwoordelijke, dit wordt pas duidelijk wanneer de gegevens opnieuw worden ingevoerd. Binnen een wijkcentrum zijn er namelijk meerdere verantwoordelijken. Het is niet altijd duidelijk of de zorg voor een klant al is opgestart.

Het wijkgebouw

Vanuit het wijkgebouw wordt de zorg gestart en wordt de zorg verleend. In Eindhoven wordt onderscheid gemaakt tussen drie segmenten, namelijk Tongelre, Strijp/gestel en Woensel. Deze drie regio's zijn weer onderverdeeld in wijken. De reden van deze onderverdeling is om het proces van managen te vereenvoudigen en om de reistijd tussen cliënten te beperken. Hieronder is schematisch weergegeven hoe het proces verloopt bij het toewijzen van nieuwe en bestaande cliënten.



Figuur 8 Proces wijkcentrum

Het vereenvoudigde proces ziet er als volgt uit, Eerst komen de taken binnen, dan worden deze taken verwerkt al dan niet met het toewijzen van een 1^{ste} verantwoordelijke. Daarna wordt de zorg structureel ingepland en uitgevoerd. Het zorgproces is nog wel aan mutaties onderhevig. Tijdens de uitvoering kan de cliënttijd, cliëntsituatie en kunnen de cliëntgegevens veranderen. Ook de zorgverlening is aan mutaties onderhevig. Deze mutaties zijn verstoringen in het werkproces, zoals ziekte en spoedzorg. Door deze verstoringen moet de planning regelmatig aangepast worden. Dit maakt het werkproces op een wijklocatie onrustig

Gesignaleerde knelpunten

- Mailtjes, faxen en dossier worden soms dubbel ingepland op wijkcentrum
- Indicatiestelling wordt handmatig opnieuw ingevoerd in PRP, dit kost gemiddeld 10 minuten en gebeurt gemiddeld 5-6 keer in de week
- Indicatiebewerkingen in ZON, gebeurt 5-6 keer en kost gemiddeld 15 minuten tijd
- Beschikbaarheid van capaciteit is moeilijk te achterhalen
- De personeelsmix is onvoldoende afgestemd op de vraag
- Mutaties worden niet altijd doorgegeven en worden achteraf doorgevoerd
- Mutaties in de planning, gemiddeld 30 per dag door de week en 15 per dag in het weekend. De tijdsduur voor het inplannen kost gemiddeld 1 minuut. Te verwachten is dat de mutaties meer tijd in beslag nemen, in de ordergrootte van 3 minuten.
- Mutaties in NAW gegevens en indicatie, 1-2 keer per week 5 minuten
- Wisseling van klanten worden niet doorgegeven, hierdoor niet inzichtelijk
- Extra klantinteracties worden zelfstandig gepland, maar er is weinig zicht op de zaak

- Ziekte zorgt voor grote verstoring (verzuim gem. tussen de 7-12 %)
- Zorg heeft een piek in de ochtend tussen 8 en 9, tussen 9-11 uitloop zorg
- Ongeveer 50% van de vraag vindt plaats voor 10 uur
- Ongeveer 35% van de vraag vindt plaats tussen 10 en 12 uur
- Ongeveer 15% van de vraag vindt plaats tussen 13 en 17 uur
- Secundaire taken vinden soms tijdens spijstijden plaats
- Zorg start vaak pas rond 8:30 bij de klant (half uur verlies in piek)
- Door wisseling klanten continuïteit één persoon weg
- Veel storingen in het administratieve proces door vele telefoontjes, verstoring zorgt voor een toename van de werkdruk met een factor 2 tot 3

Deze knelpunten hebben enkele gevolgen. Deze gevolgen zijn onder te verdelen in gevolgen door het automatiseringssysteem en gevolgen door het planningssysteem.

Gevolgen door automatiseringsproblematiek

- Onduidelijke informatiestroom leidt tot dubbelwerk en fouten
- Capaciteitsverlies door handmatige invoer
- Verstoringen in het werkproces zorgen voor een toename in fouten
- Verstoringen in het werkproces zorgen voor een toename in tijd
- Huidige geleverde zorg bij een cliënt is moeilijk traceerbaar, behalve via automatisering, na inleveren werkbrieven

Gevolgen door planningsproblematiek

- Cliënt moeilijk in te delen door onoverzichtelijkheid planning
- Personeelsmix is niet afgestemd op de zorgvraag. Hierdoor moet zorg door hogere niveaus verleend worden.
- Tijdens de piek geen maximale bezetting
- Cliënten moeten wachten op start zorg
- Cliënten weten niet wanneer ze geholpen worden
- Geen continuïteit zorg

Ter illustratie van de problematiek van het planningssysteem is hieronder in tabel 1 aangegeven hoe de vraag op een bepaalde dag eruit zag en hoe de capaciteit is verspreid. Dit leidt tot een lage productiviteit van werknemers.

Tabel 1 Eenmalige meting op maandag 21-2-05

	Team 1	Team 2	Team 3	Totaal	% van Totaal	Productiviteit
Zorg in min.	895	920	695	2510	52	91
Zorg in min	775	620	320	1715	35,5	62
Zorg in min	75	370	160	605	12,5	25
Totaal	1745	1910	1175	4830	100	61
	Cap. Pers.	Cap. Pers.	Cap. Pers.			
Ochtend	9	6	8	23		
Middag	4	3	3	10		

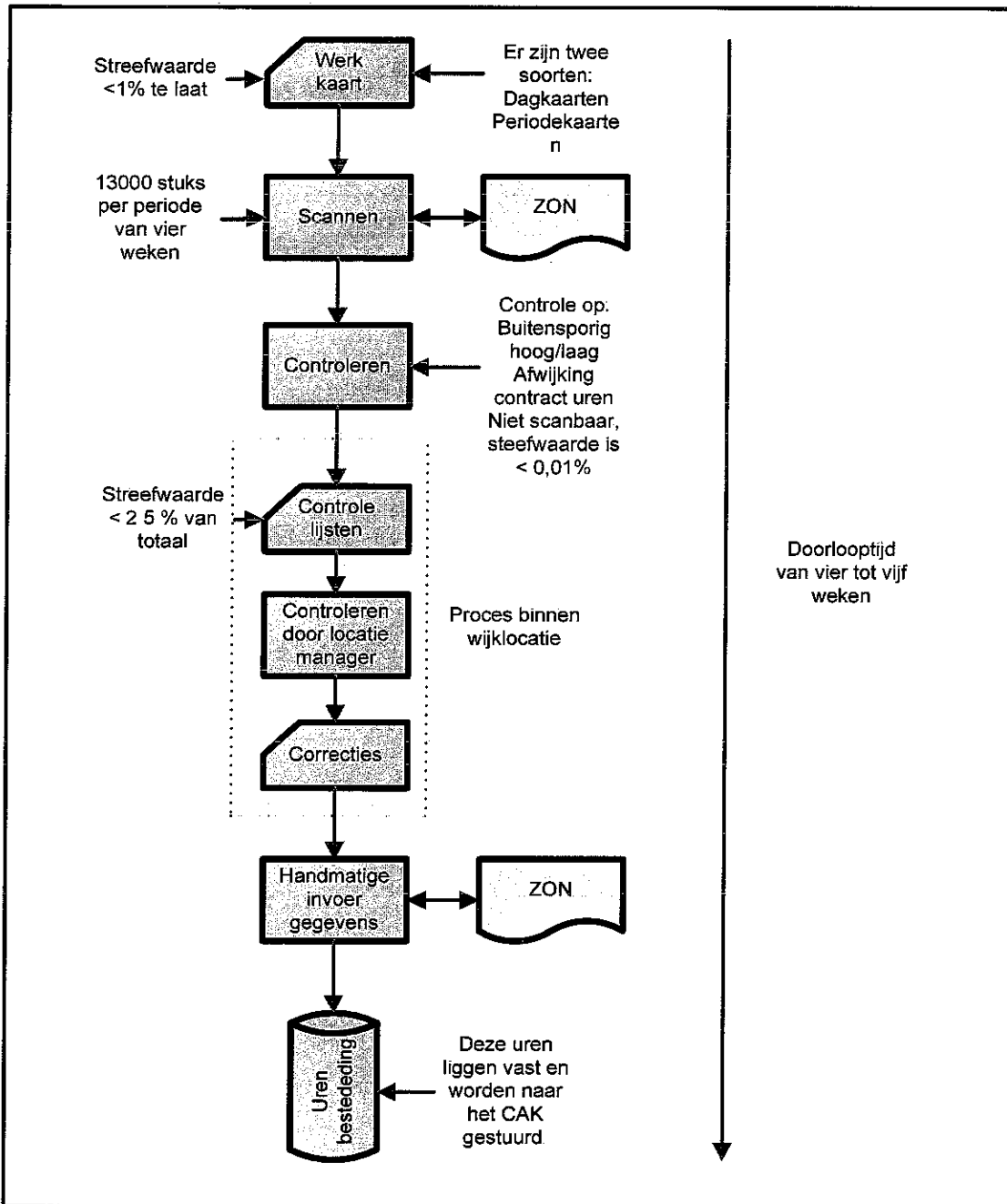
Proces uren administratie

Uren administratie is een deeltaak van de afdeling FEA. Per periode (vierwekelijks) worden de werkkaarten (PRP kaarten) centraal voor de regio Eindhoven verzameld. Deze werkkaarten worden automatisch gescand. Knelpunten die hierbij aan de orde zijn:

- De werkkaarten zijn niet compleet in aantal
- De werkkaarten zijn incorrect ingevuld

Na het scannen wordt de informatie gecontroleerd. Vanuit deze informatie worden er controlelijsten opgesteld met geconstateerde afwijkingen. Deze controlelijsten worden op de wijklocaties gecontroleerd. Echter zijn de middelen om te controleren erg beperkt. De gecorrigeerde lijsten worden na deze stap teruggestuurd en worden ingevoerd in het systeem.

De informatie vanuit deze PRP kaarten worden hierna gebruikt voor salariering en urendeclaratie aan het CAK. Dit wordt schematisch weergegeven in figuur 9.



Figuur 9 Procesbeschrijving uren administratie



Bijlage 4. Zorgfuncties gekoppeld aan het deskundigheidsniveau

Tabel 2 Zorgfunctie, prestatie en bevoegdheid deskundigheidsniveau

Product/functie	Prestatie	Code	Activiteiten (NB: de zelflijst is niet uitsluitend)	Registratiedoor
Huishoudelijke verzorging	HV-1 Alphahulp	7	<ul style="list-style-type: none"> Boodschappen doen Maaltijden bereiden / verwarmen Huishoudelijk werk (opruimen en schoonmaken) Wassen kleding en linnengoed 	Alphahulp
	HV-2 Huishoudelijke verzorging	6	<p>Idem als hierboven, plus</p> <ul style="list-style-type: none"> Anderen (kinderen) helpen met zelfzorg Client helpen bij dagelijkse organisatie van huishouden Psychosociale begeleiding (stimuleren / ondersteunen cliënt) Advies en voorlichting gericht op huishoudelijk verzorging 	Thuishulp A Verzorgingshulp B Verzorgende C - D WZV - VIW - WV
Persoonlijke verzorging	PV-1 Persoonlijke verzorging	20	<ul style="list-style-type: none"> ADL-zorg: wassen, kleden, bewegen, toiletgang Begeleiden, assisteren en toezicht bij nuttigen maaltijd en drinken Algemene persoonlijke zorg: haren verzorgen, gebitsverzorging etc. Advies en voorlichting gericht op persoonlijke verzorging 	Verzorgingshulp B WZV - VIW - WV
	PV-1 extra Persoonlijke verzorging extra	21	<p>Activiteiten gelijk aan PV-1</p> <p>Client heeft indicatie voor PV met leveringsvoorwaarde voor onplanbare zorg</p>	Verzorgingshulp B Verzorgende C - D WZV - VIW - WV
Verpleging	VP-1 Verpleging	12	<ul style="list-style-type: none"> Verpleegtechnisch handelen Controle lichaamsfunctie Wond- en stomaverzorging Ondersteuning bij uitscheiding Medicijnen klaarzetten en toedienen Oefenen met persoon om zelf injecties te geven Verpleegkundige begeleiding bij omgaan ziekte Advies, instructie en voorlichting bij ziekte en gezondheid 	Verzorgingshulp B Verzorgende C - D WZV - VIW - WV
	VP-1 extra Verpleging extra	22	<p>Activiteiten gelijk aan VP-1</p> <p>Client heeft indicatie voor VP met leveringsvoorwaarde voor onplanbare zorg</p>	Verzorgingshulp B Verzorgende C - D WZV - VIW - WV
	VP-2 Gespecialiseerde verpleging	19	<ul style="list-style-type: none"> Gespecialiseerde verpleegkundige handelingen: o.a. intraveneuze Specifieke instructie en voorlichting 	VTT VIW WV
	VP-1V Verpleging: Advies, instructie en voorlichting	44	<ul style="list-style-type: none"> Consulten voor chronisch zieken en cliënten met langdurige beperkingen 	Gespecialiseerde verpleegkundigen
Ondersteunende begeleiding	OB-1 Begeleiding	24	<ul style="list-style-type: none"> Begeleiden bij beperkte vaardigheden (hulp bij dagelijkse bezigheden regelen, Sturing tav organisatie van huishouding of persoonlijke zorg (niet het Begeleiden bij integratie in de samenleving en sociale participatie. Respijtzorg (tijdelijk de zorg van mantelzorg overnemen) 	Verzorgende C - D Verzorgende E WZV VIW WV
	OB-1 extra Begeleiding extra	23	<p>Activiteiten gelijk aan OB-1</p> <p>Client heeft indicatie voor OB met leveringsvoorwaarde voor onplanbare zorg</p>	Verzorgende C - D Verzorgende E WZV - VIW - WV
Activerende begeleiding	AB-1 Activerende thuiszorg	8	<ul style="list-style-type: none"> Methodische gedragsbeïnvloeding en oefenen vaardigheden ter versterking Helpen structureren en organiseren ontregelde huishouding (waaronder Psychosociale begeleiding (praktische training vaardigheden en leren omgaan 	Verzorgende C - D Verzorgende E
Preventie	AV preventie	13	<ul style="list-style-type: none"> Preventie programma's 	VIW - WV

Bijlage 5. AWBZ en WMO

Als de omgeving waarin de organisatie verkeerd beschouwd wordt, dan valt het aspect wet- en regelgeving meteen op. De laatste twee jaar zijn er enkele aangrijpende veranderingen geweest in de wet- en regelgeving door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Deze veranderingen hebben ook een zichtbaar resultaat op de financiële situatie van ZuidZorg. Enkele belangrijke veranderingen met de gevolgen voor ZuidZorg zijn te vinden in bijlage 5. De twee wetten die de grootste impact hebben op ZuidZorg zijn de wetten Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).

AWBZ

Iedere Nederlander is via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verzekerd voor zorg en begeleiding bij langdurige ziekte, handicap of ouderdom. Om in aanmerking te komen voor voorzieningen uit de AWBZ is een indicatiebesluit van een indicatieorgaan van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) nodig (vroeger Regionaal Indicatie Orgaan, RIO). Mensen kunnen een indicatie krijgen voor één of meerdere functies: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf. (bron: www.minvws.nl)

WMO

In 2006 komt er een nieuwe wet, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). De Welzijnswet, de Wet voorzieningen gehandicapten en delen uit de AWBZ gaan er op den duur in op.

De bedoeling van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning is dat mensen zo veel mogelijk voor zichzelf en elkaar zorgen. Op dit moment kijken mensen soms iets te snel naar de overheid. Als het iemand niet lukt om zelf ondersteuning te regelen, kunnen ze bij de gemeente terecht. De gemeente kan dan een vrijwilligersorganisatie of een professionele organisatie inschakelen voor de nodige ondersteuning. De gemeente wordt met de WMO verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning. Elke gemeente mag zelf bepalen hoe ze de maatschappelijke ondersteuning organiseren. De gemeente heeft immers beter zicht op de plaatselijke situatie dan de rijksoverheid. De gemeente weet welke organisaties ingeschakeld kunnen worden en aan welke voorzieningen burgers behoefte hebben.

Nu kan iedere Nederlander (ongeacht het salaris) huishulp inschakelen op kosten van de staat. Dat wordt met de invoering van de WMO in 2006 anders. Huishoudelijke verzorging is dan geen wettelijk verzekerd recht meer. Mensen die hun verzorging, zoals schoonmaakhulp, zelf kunnen betalen of organiseren moeten dat ook zelf doen. Als iemand niet in staat is om de nodige ondersteuning zelf te betalen, schiet de gemeente te hulp. Alleen zwaar gehandicapten en chronisch zieken hebben na de invoering van de WMO nog een vanzelfsprekend recht op huishoudelijke verzorging uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. (bron: www.minvws.nl)

Bijlage 6. Veranderingen in de wetgeving

Tabel 3 Selectie cruciale wetsveranderingen en gevolgen

Wetsveranderingen	Gevolgen
01-01-2003 – Persoonsgebonden Budget (PGB) wordt vernieuwd.	Hoogte PGB is afhankelijk van indicatiestelling en kan over de gehele breedte van de AWBZ regeling worden gebruikt.
01-04-2003 – Modernisering van de AWBZ, functionele indicatiestelling van kracht	AWBZ wordt hierdoor transparanter en beter meetbaar. Er zijn geen gevolgen voor de omzet.
01-10-2003 – Verstrakking indicatiestelling	Voornamelijk voor huishoudelijke verzorging zijn de gevolgen zichtbaar, doordat minder mensen in aanmerking kunnen komen voor huishoudelijke zorg. Voor de complete zorg is er een daling te zien in het aantal uur verleende zorg.
01-01-2004 – Functie vertaalschema	Dit schema heeft ervoor gezorgd dat onder andere meer huishoudelijke zorg wordt toegewezen naar Alpha zorgverlening. Het schema moet ervoor zorgen dat de indicatiestelling objectief gebeurt.
01-01-2004 – Invoer eigenbijdrage voor zorg AWBZ	Afmeldingen van huishoudelijke zorg stijgt en tevens het aantal verlagingen in uren zorg daalt. Duidelijk zichtbaar na het eerste kwartaal, wanneer de eerste rekeningen binnen komen.
01-03-2004 – Invoer van budgetplafonds	Maximaal budget wordt vastgesteld voor het gehele jaar.
01-08-2004 – Onderhandelingsakkoord, onder andere afspraak om 1.25% meer productie per jaar te realiseren voor hetzelfde budget.	Bij de aanbesteding van de zorg moet meer zorg worden geleverd voor hetzelfde budget. De omzet zal dus dalen.
01-09-2004 – Afschaffing contracteerplicht	De zorgkantoren mogen zelfstandig de duur van het contract bepalen tot een maximum van vijf jaar. Hierdoor wordt de concurrentie tussen zorgaanbieders verhoogd.
01-01-2005 – Centralisering RIO	Geen gevolg voor ZuidZorg, de indicatiekantoren bestaan nog steeds regionaal.
01-04-2005 – Automatisering zorgverlening moet rond zijn	<i>Veel extra invoer van gegevens om aan norm te voldoen. Processen en systemen liggen achter op schema.</i>
01-01-2006 – Invoer Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)	Huishoudelijke verzorging wordt overgeheveld en wordt nog verder beperkt. Minder mensen komen in aanmerkingen en het budget daalt. Zie verder uitleg WMO.
01-01-2006 – Afschaffing PGB oude stijl	Geen gevolg voor ZuidZorg

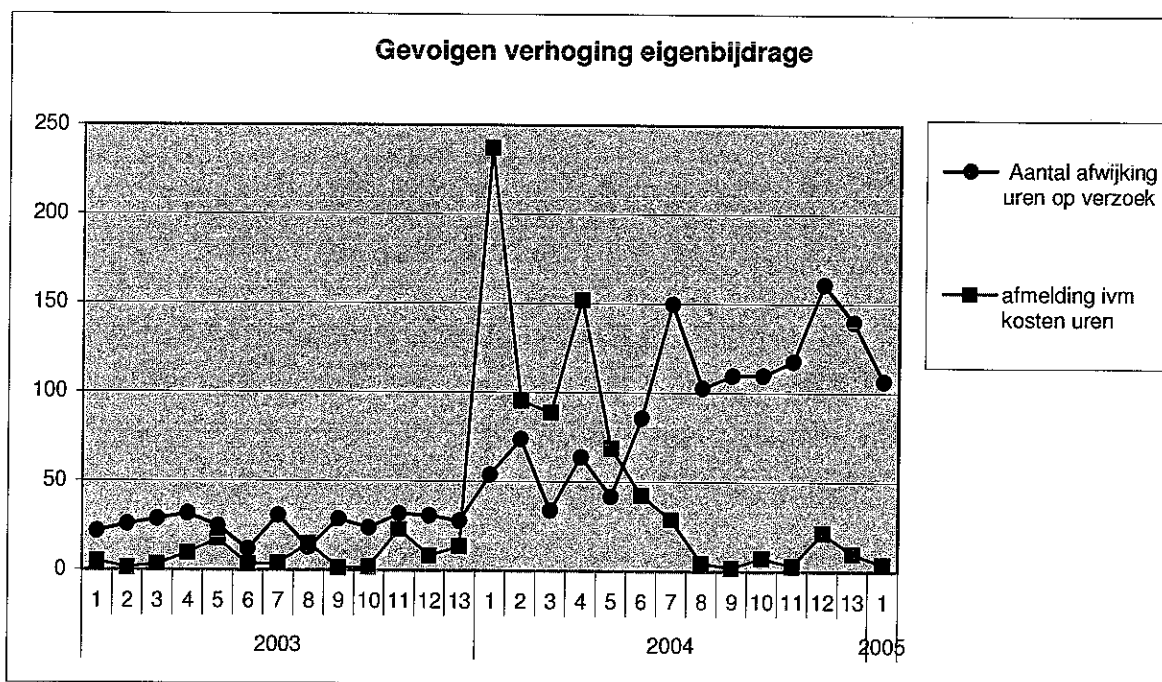
Als de veranderingen worden beschouwd kan de visie van het Ministerie van VWS worden achterhaald. Niet het transparant krijgen van de gezondheidszorg was de doelstelling, maar het bezuinigen op de gezondheidszorg. Transparantie en het meetbaar maken van de gezondheidszorg waren het middel om dit doel te bereiken. Daarnaast zorgt dit middel in combinatie met de doelstelling bezuiniging ervoor dat gezondheidsinstellingen meer gericht en doelmatig moeten gaan werken.

Bijlage 7. Gevolgen van de (wets)veranderingen voor de organisatie

Door de veranderingen in de wetgeving zijn er een aantal gevolgen zichtbaar.

- Toename in het aantal afmeldingen van zorg i.v.m. kosten voor huishoudelijke zorg
- Toename in afwijkingen op geïndiceerde uren op verzoek van klanten voor huishoudelijke zorg
- Afname in de totale vraag naar zorg voor huishoudelijke zorg
- Afname in de totale geïndiceerde minuten zorg voor de verschillende zorgfuncties ZuidZorg breed

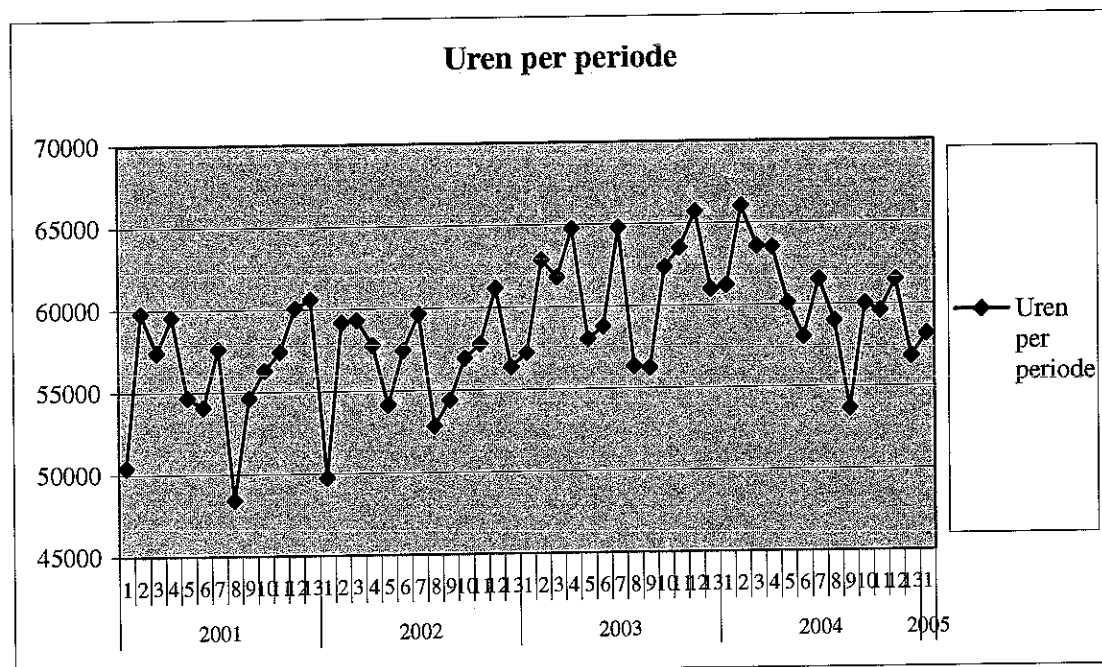
De gevolgen van de verhoging van de eigenbijdrage zijn weergegeven in de hier onderstaande figuur. De verhoging van de eigenbijdrage heeft tot gevolg dat minder mensen zorg willen, doordat ze dit financieel niet kunnen of willen opbrengen. Deze afname zal structureel van aard zijn tot de bodem is bereikt. Hierna zal de zorgvraag weer gaan stijgen door de verdere vergrijzing. Verder valt op dat het aantal afmeldingen i.v.m. kosten in 2004 een piek heeft tot na de zomer. Dit valt te verklaren door de eerste reactie op de invoering van de eigenbijdrage op 1 januari 2004 en door de reactie van cliënten op het moment dat de eerste rekeningen betaald moeten worden (na het eerste kwartaal). Hierna neemt het aantal wijzigingen in uren significant toe. Dit valt te verklaren door de gevolgen van de eigenbijdrage op de financiële situatie van mensen die deze zorg nodig hebben, maar niet kunnen betalen. Hierdoor laten ze het aantal uren aanpassen. Verwacht wordt dat het aantal uur daadwerkelijk geleverde zorg een stuk lager zal zijn en blijven dan het aantal uur geïndiceerde zorg.



Figuur 10 Gevolgen zorgvraag door verhoging eigenbijdrage

Deze gevolgen van de eigenbijdrage zijn hoofdzakelijk voor huishoudelijke hulpverlening en Alpha hulpverlening (zelfstandige huishoudelijke hulpverlening).

Door de verschillende gevolgen van de verstrakking van de wet- en regelgeving door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is de totale vraag afgenomen in combinatie met een afname in de totaal geïndiceerde minuten zorg per zorgfunctie. Hierdoor is de trend van de groeiende vraag naar zorg onderbroken. In plaats van een jaarlijkse stijging van ZuidZorg van rond de 2 tot 2,5 procent is er nu een daling zichtbaar van 1% in 2004 en een verwachte daling van ruim 5% in 2005 voor het totale aantal uren verleende zorg. De begroting voor 2005 laat een daling zien van 5 miljoen ten opzichte van de 72 miljoen euro in 2004. Te verwachten is dat de zorgvraag zich na 2005 zal stabiliseren. De onderstaande figuur geeft het verloop van uren weer van geleverde zorg van de afgelopen 4 jaar.

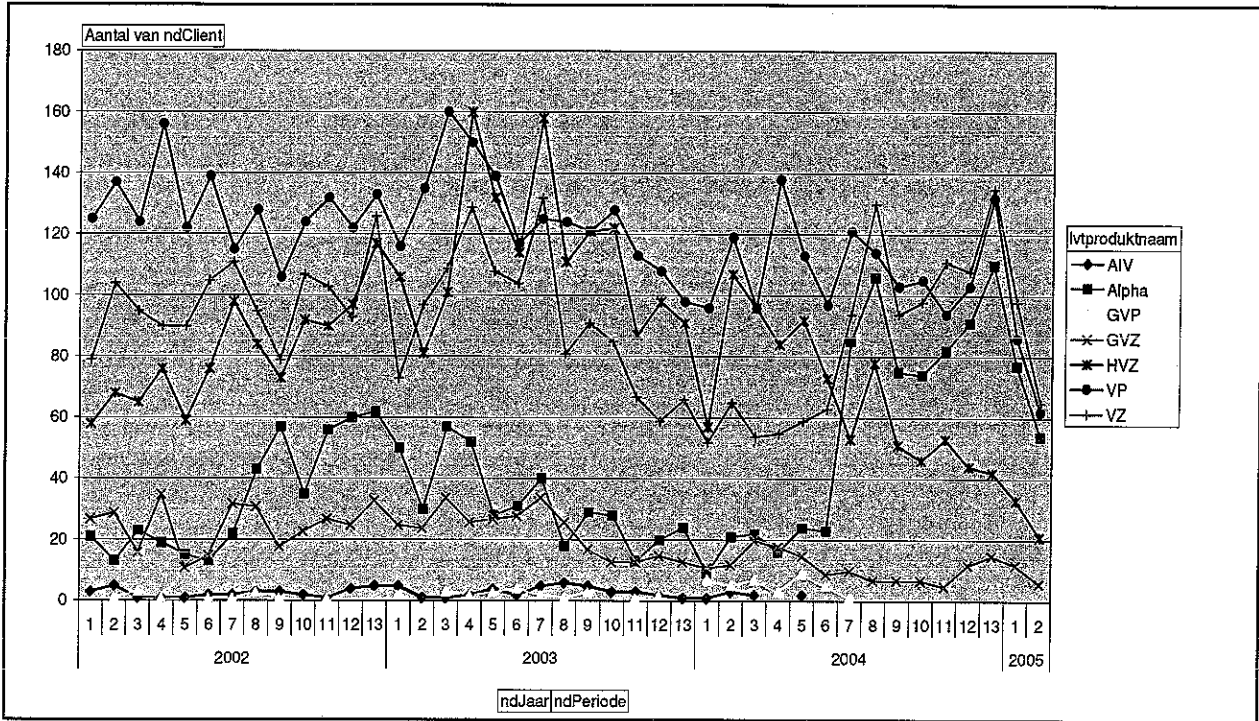


Figuur 11 Uren verleende zorg per periode

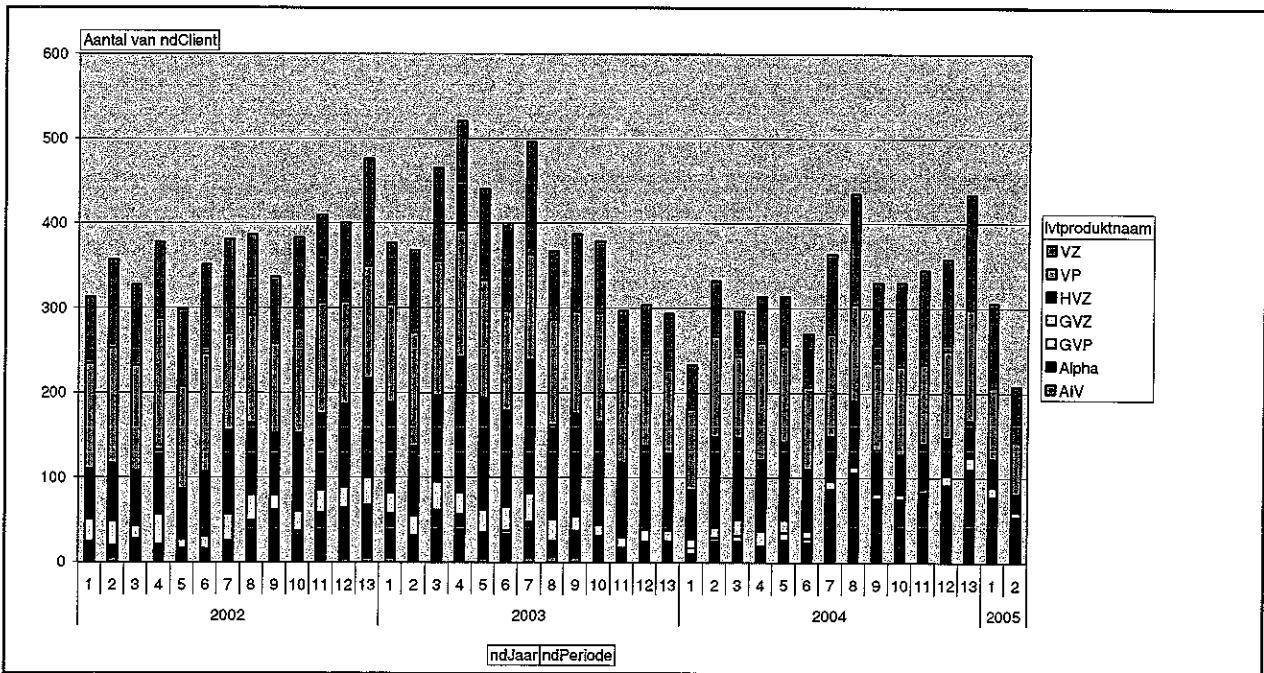
De daling van geleverde zorg in uren is te verwijten aan de sterke daling in uren van de huishoudelijke verzorging. Het wordt verwacht dat deze trend zichtbaar zal doorzetten en het is niet duidelijk op welk niveau deze trend zal stabiliseren. In de bijlage van dit document zijn de urenverdeling voor de drie segmenten opgenomen.

Om inzicht te krijgen in de gevolgen van de verandering voor het aantal nieuwe (her)indicaties geeft figuur 12 en 13 een duidelijk beeld. In deze figuren wordt niet het aantal nieuwe (her)indicaties gemeten, maar het aantal nieuwe taken per cliënt wordt gemeten.

Een cliënt kan meerdere taken geïndiceerd krijgen naar gelang het functieniveau van de taak. Er worden 10 verschillende functieniveaus onderscheiden, waarvoor een cliënt een indicatiestelling kan krijgen. Binnen elk functieniveau worden tevens vier tot negen klassen onderscheiden, die de bandbreedte of duur in minuten weergeven voor de geïndiceerde zorg. ZuidZorg kan vijf functieniveaus leveren.



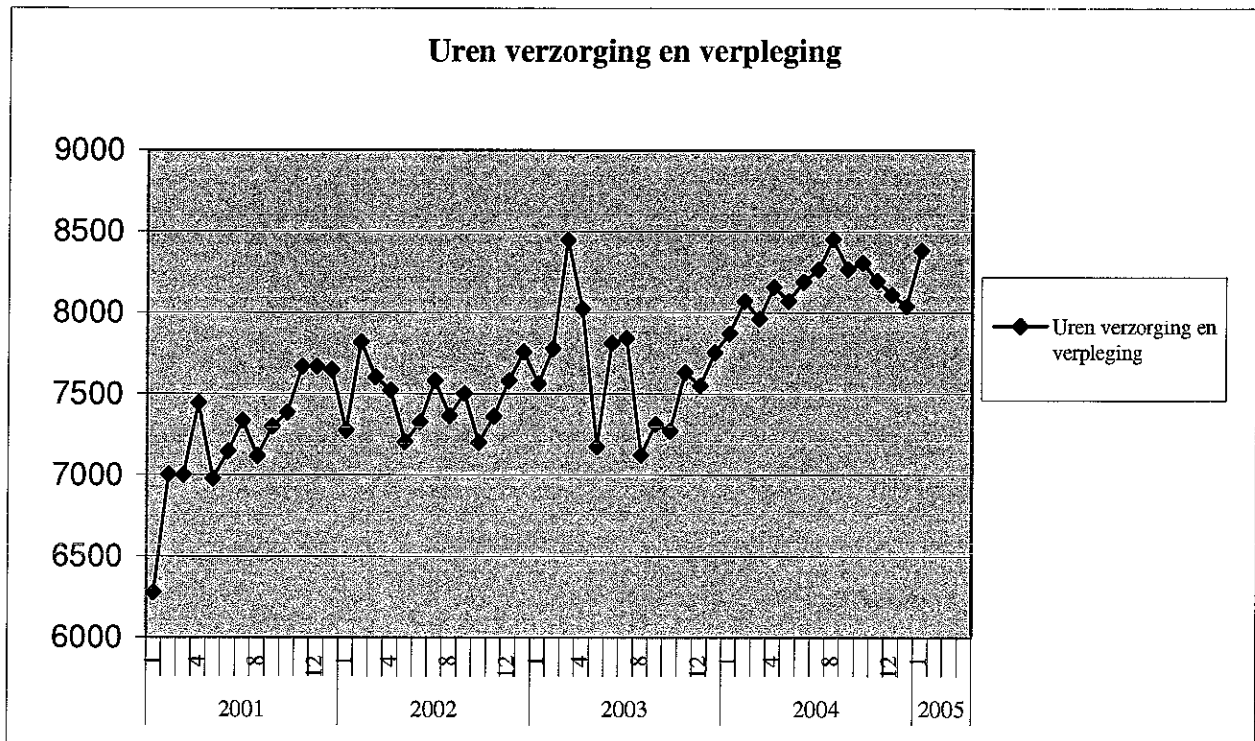
Figuur 12 Verloop nieuwe indicaties voor ZuidZorg Eindhoven



Figuur 13 Overzicht totaal aantal nieuwe indicatie per periode voor ZuidZorg Eindhoven

Als naar figuur 12 wordt gekeken dan valt de daling van de zorgverlening op voor elke soort zorg na 2003. Dit komt door de verstrakking van de indicatiestelling. Daarnaast is zichtbaar dat huishoudelijke verzorging structureel is afgenomen. Voornamelijk figuur 13 maakt dit goed zichtbaar. Dit komt doordat minder mensen nu in aanmerking kunnen komen voor deze soort zorg. Er is duidelijk een daling te zien in de zorgvraag, maar het lijkt erop dat de zorgvraag weer aan het herstellen is.

Bijlage 8: gemaakte uren per periode per zorgfunctie



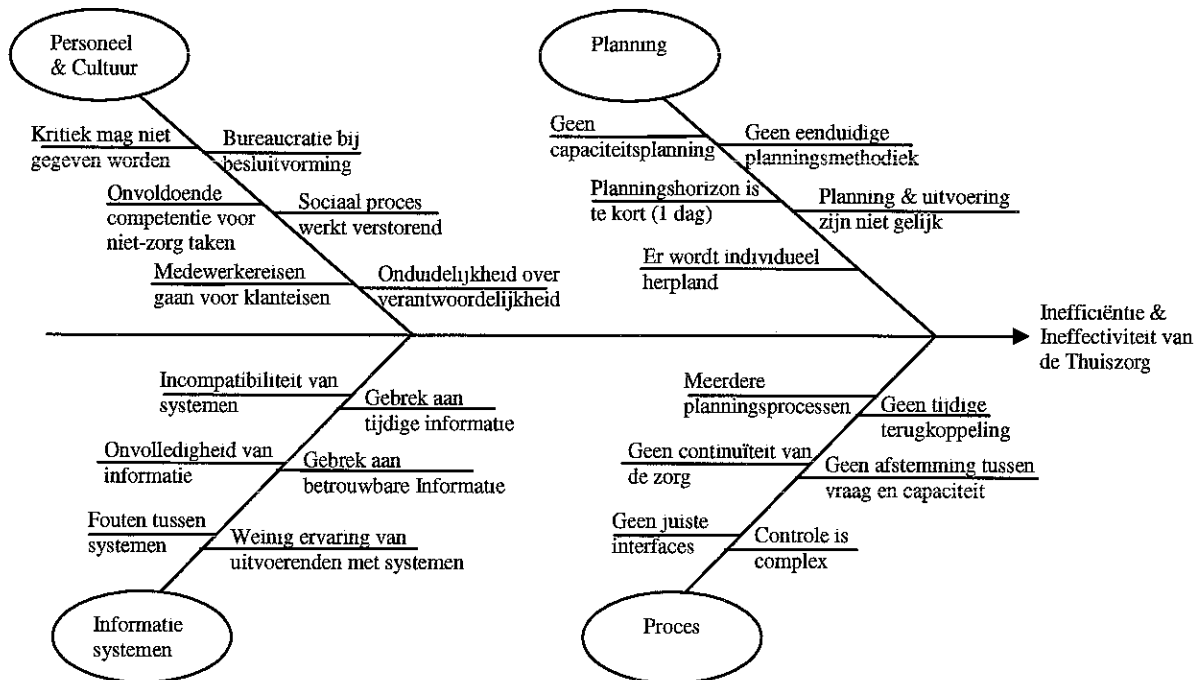
Figuur 14 Aantal geleverde uren verzorging en verpleging

Trend grafieken

Voor de figuur 14 geldt dat er een stijgende trend zichtbaar is. Er is een stijging in uren gerealiseerd van 7%. Door de vergrijzing en de noodzakelijkheid van deze zorg wordt verwacht dat deze trend zal doorzetten met een groei van ongeveer 5% per jaar. Dit maakt verzorging en verpleging een groeiend product voor ZuidZorg met toekomst perspectief.

Bijlage 9. Ishikawa diagram

Het proces van ZuidZorg Eindhoven verloopt nog niet soepel. Enkele kleine maar ook grote knelpunten verstoren de werkzaamheden van de Thuiszorg. Schematisch zijn deze knelpunten weergegeven in het Ishikawa diagram van figuur 15. Het Ishikawa diagram geeft een overzicht van de knelpunten



Figuur 15 Ishikawa diagram voor het zorgproces van verpleging en verzorging

De knelpunten bij personeel en cultuur zijn afgeleid uit 16 interviews met medewerkers. Uit deze interviews is gebleken dat medewerkers in grote mate de problematiek veroorzaken. Doordat er geen enkel inzicht is in de daadwerkelijke problematiek kan er niet worden ingegrepen in het werkproces op een consistente wijze. De gevolgen hiervan zijn dat medewerkers niet verantwoordelijk gehouden kunnen worden. De bureaucratie en het niet verantwoordelijk voelen resulteren in een situatie waar verandering erg moeilijk verloopt.

Een ander knelpunt is de competentie van enkele medewerkers. De medewerkers zijn uitermate geschikt voor de zorgverlening, maar het niet beheersen van andere processen zoals plannen en roosteren zorgt voor problematiek. De zichtbare gevolgen zijn een te korte planningshorizon en een slechte communicatiestructuur.

De knelpunten bij planning zijn afgeleid uit interviews met 4 planners en 3 locatiemanagers. Het belangrijkste knelpunt is al kort genoemd, namelijk een te korte planningshorizon. Daarnaast is er geen afstemming tussen capaciteit en zorgvraag. Dit zorgt voor chaotisch verloop van de werkdag. Waarbij dagen soms grote overbezetting kennen en soms grote onderbezetting.

Naast deze problemen wordt er ook nog onderling afspraken verwisseld. Hierdoor is de uitvoering ongelijk aan de planning en dit zorgt voor afstemmingsproblemen wanneer cliënten over de zorgverlening bellen.

De knelpunten bij informatie systemen zijn specifiek af te leiden uit 2 interviews met medewerkers van de afdeling I/A en uit 2 interviews met de manager van de financieel economische afdeling. De problematiek die wordt veroorzaakt door de ondersteunende systemen mag niet onderschat worden. Het is zeker dat deze systemen zorgen voor een grote toename van de werkdruk van het primaire proces. Het is onduidelijk over welk percentage productiviteitsverlies dit gaat.

De knelpunten die onder het werkproces staan zijn af te leiden uit alle interviews. Deze knelpunten zijn een opsomming van de bovenstaande knelpunten. Hierdoor verloopt het werkproces ad-hac en is niet te beheersen of te controleren.

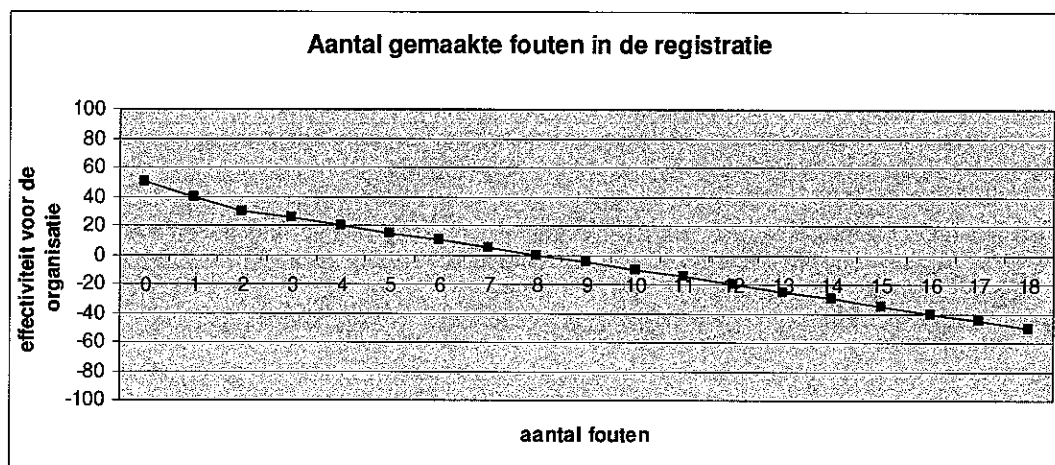
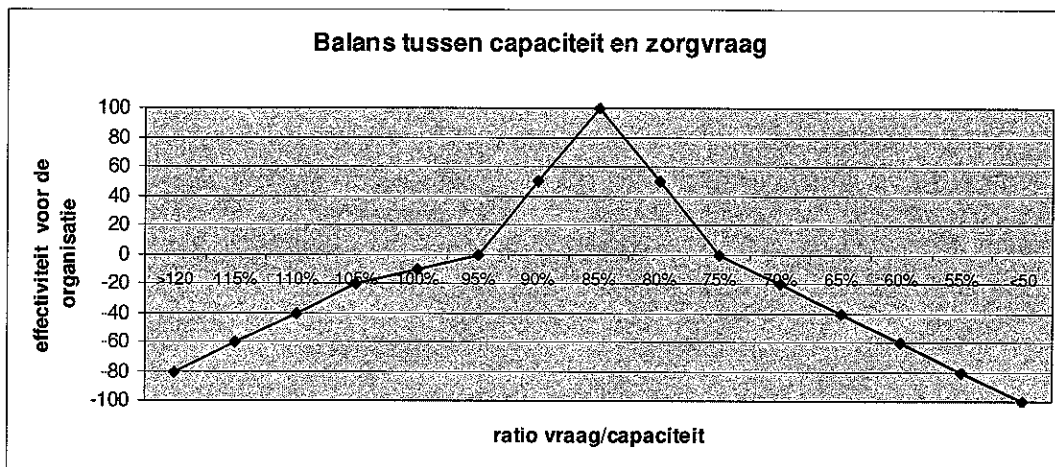
Bijlage 10. Prestatiewaarderingscurven

Een prestatiewaarderingscurve is een grafische representatie van de effectiviteit van een PI voor de organisatie. In deze bijlage zijn twee prestatiewaarderingscurven opgenomen die dienen als voorbeeld. Op de horizontale as wordt de score van de medewerker op een prestatie aangegeven. In het eerste voorbeeld is deze score uitgedrukt in een percentage en in het tweede voorbeeld in aantallen. Op de verticale as wordt aangegeven tot welke score een prestatie leidt voor de effectiviteit van de organisatie. In het eerste voorbeeld kan een maximale score van 100 en een minimale score van -100 behaald worden. In het tweede voorbeeld kan een maximale score van 50 en een minimale score van -50 behaald worden. Hiermee wordt de prioriteit van de prestatie indicator helder. De eerste indicator weegt 2 keer zo zwaar mee dan de tweede prestatie indicator.

Door het uitdrukken van de prestatie in een effectiviteitswaarde kunnen prestatie indicatoren met elkaar vergeleken worden die anders niet met elkaar vergeleken konden worden. Een score uitgedrukt in een percentage kan namelijk niet vergeleken worden in eerste instantie met een score in aantallen. Het vergelijken van percentages met percentages heeft ook geen zin, aangezien er twee verschillende prestaties worden gemeten. Het uitdrukken van de score op een prestatie indicator in een effectiviteitswaarde voor de organisatie biedt dus uitkomst.

De waarde 0 voor de effectiviteit voor de organisatie wordt aan de prestatie op de indicator gekoppeld die niet als goed en niet als slecht wordt gewaardeerd. In het tweede voorbeeld wordt 8 gemaakte fouten gezien als niet goed, maar ook niet slecht en krijgt dus de score 0.

Daarnaast hoeven de grafieken geen rechte lijnen te zijn. Dit biedt meer mogelijkheden om de score op een juiste manier te vertalen naar een effectiviteitscore voor de organisatie. Voorbeeld één geeft dit duidelijk weer.



Het ontwerpen van prestatiewaarderingscurven gebeurt aan de hand van enkele stappen.

- Bepalen van prioriteit tussen VG. Het belangrijkste VG moet het zwaarst wegen voor de totaalscore van het ProMES systeem.
- Bepalen afhankelijkheid en prioriteit tussen PI. Om tot een relatief belang te kunnen komen moet achterhaald worden welke gevolgen een verbetering van een score op een PI heeft op de effectiviteit van de organisatie. De PI die het effectiefst is voor de organisatie krijgt een maximale waarde (+100) in het ProMES systeem. Andersom geldt dit voor een verslechtering van prestaties. De PI die het effectiefst scoort op een verslechtering van de organisatie krijgt een maximale negatieve waarde op de y-as (-100).
- Het opstellen van een bereik per prestatie indicator. Er wordt aangegeven wat de minimale score en wat de maximale score is op een PI.
- Het opstellen van prestatiewaarderingscurven. Het bereik van elke PI wordt in deze laatste stap gekoppeld aan de maximale en minimale score die behaald kan worden op de PI. Door deze koppeling te leggen worden er prestatiewaarderingscurven opgesteld.

Als laatste moeten de prestatiewaarderingscurven omgezet worden in een automatisch systeem, waarbij de meetgegevens door middel van de prestatiewaarderingscurven worden vertaald naar een ProMES score. Het koppelen van deze scores in één document wordt het feedbackrapport genoemd. Deze koppeling is maar een deel van het feedbackrapport.

Bijlage 11. Feedbackrapport voor een Thorax Intensive Care Unit

Verantwoordelijkheidsgebieden en prestatie indicatoren	Indicatiescore	ProMES effectiviteitscore
I. Productie		
1.1 procentuele benutting bedden capaciteit	83%	+70
1.2 # onnodige ligdagen	3	0
II. Efficiëntie		
2.1 patiëntgebonden kosten (gecorrigeerd voor last)	+3	+36
2.2 percentage vernietigd bloed	5.6%	-11
2.3 aantal laboratoriumbepalingen (gecorrigeerd voor last)	-2	-21
2.4 procentuele budget(onder)overschrijding	3%	-4
III Afstemming last en capaciteit		
3.1 gedurende dagdiensten	58%	+12
3.2 gedurende avonddiensten	39%	-25
3.3 gedurende nachtdiensten	39%	-15
IV. Kwaliteit		
4.1 percentage lijn infecties	1.5%	0
4.2 verpleegkundige zorgkwaliteit	74.4%	-3
4.3 medisch zorgkwaliteit	73.6%	-5
4.4 # te vroeg overgeplaatste patiënten	1	0
4.5 # niet tijdig gerealiseerde overplaatsingen	1	0
ProMES totaalscore		+34
Percentage van maximum haalbare score		10%

Bijlage 12. Raamwerk voor productiebeheersing [Visser *et al.* 2001]

Framework level	Type of decision	Decision makers	Horizon	Decisions regarding patient flows	Decisions regarding resources	Control functions
Strategic Planning	What is the range of services offered? (markets & product range)	Hospital management	2-5 years	Catchment area Market & target groups Specialties & product range Patient groups as business units	Investment of resources Shared resources Collaboration Outsourcing	Horizontal: coordination of demand and supply Vertical: feedback on realised vs. target patient flows Feed forward: consequences of changes in population on technology boundaries for patient flow volumes and aggregate resource requirements Target hospital resource utilization rates and target service levels
Patient Volumes Planning & Control	What will be the development of hospital activities in the next year? (volumes & capacity requirements)	Hospital management	1-2 years	Annual number of patients per patient group Service level per patient group Production volume agreements with healthcare insurers	Indication required capacities per patient group Target occupancy levels for leading and non-leading resources	Horizontal: coordination demand-supply Vertical: feedback on targets of resource utilisation Feed forward on service level standards
Resource Planning & Control	How are resources allocated to specialties and patient group? (time-phased allocation)	Production unit manager & specialty	1 year – 3 months	Expected number of patients per patient group & specialty Detailed capacity requirements per patient group	Allocation of leading shared resources to specialties & patient groups Batching rules for leading shared resources	Horizontal: coordination demand-supply per product group Vertical: feedback on aggregate capacity use by patient groups Feed forward on available capacity per patient group
Patient Group Planning & Control	How is specialist-time scheduled at patient group level? (time-phased allocation)	Patient group management & specialty	3 months- weeks	Projected number of patients per period (seasonal influences)	Availability of capacity	Horizontal: coordination demand-supply (seasonality) Vertical: feedback regarding capacity allocated versus capacity used per patient group Readjustment of service level standards Feed forward on batch composition and scheduling rules
Patient Planning & Control	Which patient is treated when? (operational planning)	Specialist & Officers & Patients	Weeks- days	Scheduling of patients	Allocation of capacity to individual patients	Horizontal: coordination demand-supply (peak hours) Vertical: feedback regarding performance on service level standards, capacity utilization per patient group

Bijlage 13. Uitleg en formules voor het scheiden of combineren van zorgfuncties

Deze bijlage behandelt het proces dat heeft geleid tot het opstellen van 2 formules. Deze formules zijn opgesteld om te achterhalen of juist het scheiden van zorgfuncties of het combineren van zorgfuncties efficiënt is. Het scheiden van zorgfuncties kan efficiënt zijn door het inzetten van het juiste (goedkoper) deskundigheidsniveau. Het combineren van zorgfuncties kan efficiënt zijn om reistijd te besparen. Deze twee vragen komen voort uit het project Prestatie Gericht Registreren (PGR) en het ontwikkeltraject van ProMES.

Het project PGR heeft onder andere als doel om de zorg op prestaties te registreren en te sturen. Het registreren is verplicht gesteld door de overheid, het sturen dient om de financiële positie van ZuidZorg te bewaken in verband met prestatiegerichte bekostiging. Met sturen wordt bedoeld dat de realisatie van de zorgverlening per cliënt wordt gecontroleerd. Controle in het kader van PGR dient plaats te vinden op de volgende aspecten:

- Registratie op geïndiceerde prestatie(s)
- Registratie binnen bandbreedte per prestatie
- Geldigheidstermijn per prestatie

Kortom, houdt ZuidZorg zich bij de uitvoering van de zorgverlening aan het afgegeven indicatiebesluit. Daarnaast dient ZuidZorg in het kader van PGB (persoonsgebonden budget) het in te zetten deskundigheidsniveau te bewaken. Optimaliseren van de inzet in het kader van PGR is complex vanwege de vele sturingsvariabelen die hierbij een rol spelen:

- Minimaal in te zetten deskundigheidsniveau per prestatie
- Tijdsvolgordelijkheid binnen prestatie (tussen activiteiten) en tussen prestaties (bijvoorbeeld eerst douchen voor wondverzorging)
- Omvang en frequentie geïndiceerde prestatie (zorgmoment en verdeling over dag/week)
- Complexiteit zorgvraag
- Gemiddelde vaste kostenbijdrage per deskundigheidsniveau
- Productiviteit per deskundigheidsniveau
- Beschikbaarheid per deskundigheidsniveau
- Zo min mogelijk verschillende medewerkers over de vloer
- Bijzondere matchingscriteria: huisdieren, roken, vervoersmiddel, voorkeur/afkeur medewerker
- Reisafstanden/reistijd
- Etc.

Voor het inzetten van het juiste niveau is er een voorstel ingediend om een efficiencymix model in te voeren. De bedoeling van dit model is om de zorgvraag naar prestatie te kunnen scheiden per cliënt, zodat de zorg door het juiste deskundigheidsniveau bij de cliënt kan worden geleverd. De reden voor het opzetten van dit model is de zakelijke afweging om kosten te besparen, doordat er een goedkoper deskundigheidsniveau kan worden ingezet (veronderstellende dat een goedkoper deskundigheidsniveau qua loonkosten leidt tot een lagere kostprijs) en om informatie te verkrijgen over de accuraatheid van de huidige personeelsmix.

De analyse is uitgevoerd om te achterhalen welke optie voor ZuidZorg het interessantst is. De twee opties zijn:

1. Het scheiden van zorgfuncties bij één cliënt
2. Het combineren van zorgmomenten

Scheiden van zorgfuncties

Het nadeel van het scheiden van zorgfuncties lijkt in eerste instantie alleen het verlies aan continuïteit van de zorgverlening door zo min mogelijk personen. Werkelijk zijn er nog een aantal andere nadelen te benoemen:

1. De planning wordt uitermate complex, doordat de uitvoering van prestaties afhankelijk zijn
2. De invoer van deze methodiek resulteert in een daling van de productiviteit van het team
3. De tijdsduur van de zorgmomenten zijn nooit groot genoeg om efficiënter te werk te gaan

Ad 1) Planning

Wanneer zorg afhankelijkheid kent, moet de zorg vaak op een bepaalde volgorde geleverd worden. Hierdoor is het noodzakelijk wanneer de prestatie wordt uiteengetrokken dat er rekening moet worden gehouden met de volgorde van de zorg. Hierdoor wordt het planningsvraagstuk zo complex de huidige systematiek van het handmatige

plannen door de planner in een team niet aan deze eis kan voldoen. Indien één deskundigheidsniveau of één medewerker per cliënt wordt ingezet, wordt de planning niet meer complex dan de huidige planning.

Ad 2) Daling productiviteit

Doordat de volgorde van zorgverlening bij een cliënt belangrijk is wordt er leegloop gecreëerd voor de zorgverlening op het hoogste niveau. Deze leegloop wordt veroorzaakt door wachttijden om de zorg op het juiste tijdstip te verlenen. Leegloop betekent direct een verlaging van de productiviteit.

Daarnaast is een te verwachten resultaat dat er meer reistijd zal zijn, door meer zorgmomenten per medewerker. Dit zorgt voor een verlaging van de productiviteit. Door de huidige overcapaciteit binnen ZuidZorg zal dit waarschijnlijk alleen gevoeld worden in een toename van de werkdruk. Dit zal wel een impact hebben op de medewerkertevredenheid, er wordt namelijk minder zorg verleent, maar je hebt het wel drukker!

Ad 3) Tijdsduur

Een formule kan worden opgezet om te bepalen wanneer het efficiënt is (zorgmoment lang genoeg is) om een ander deskundigheidsniveau in te zetten. In deze formule is alleen rekening gehouden met een toename van de reistijd. Leegloop of aansluitend plannen zijn buiten beschouwing gelaten.

In de formule wordt de integrale kostprijs per deskundigheidsniveau gebruikt. De integrale kostprijs wordt berekend aan de hand van de directe personeelskosten, het doorberekenen van de indirecte personeelskosten en de overhead kosten. Deze kostprijs wordt per deskundigheidsniveau vermenigvuldigd met een productiviteitsfactor. Het resultaat is een integrale kostprijs per deskundigheidsniveau uitgedrukt in euro's per uur. De verschillen tussen de kosten per deskundigheidsniveau worden dus versterkt door de productiviteit van elk deskundigheidsniveau.

Bij het bepalen van een break-even point wordt alleen gekeken naar de inefficiëntie die door extra reistijd wordt verkregen. Het break-even point dient niet om exact te berekenen of het inzetten van meerdere medewerkers interessant is, maar dient om aan te tonen dat het scheiden van zorgfuncties op het gebied van verzorging en verpleging verstandig is.

Formule 1 Analyse break-even point voor het opdelen van functies/producten

$\text{Break-even point} = \frac{(1/12 I_{ki} + 1/12 I_{kj})}{(I_{kj} - I_{ki})}$	4.1
<p>Waarbij:</p> <p>I_k is de integrale kostprijs uitgedrukt in euro's voor deskundigheidsniveau i tot en met j waarbij geldt dat $I_{kj} > I_{ki}$</p> <p>Constante in de formule is $1/12$. Dit is de gemiddelde reistijd tussen twee zorgmomenten</p>	

Voor de huidige situatie geldt dat het scheiden van functies kosten efficiënter is wanneer het zorgmoment qua duur groter is dan het breakeven punt van de zorgduur. Het breakeven punt is voor de huidige situatie gelijk aan 1.1 uur per zorgmoment wanneer niveau 3 de handeling overneemt en 2.75 uur per zorgmoment wanneer verpleegkundige in de wijk de zorg overneemt van wijkverpleegkundige. Echter speelt ook de afhankelijkheid van zorgfuncties en kwaliteit een belangrijke rol bij het besluiten om zorgfuncties te scheiden. De conclusie is dat het scheiden van zorgfuncties niet efficiënt is.

Om te verklaren waarom het scheiden van zorgfuncties inefficiënt is moet er naar de integrale kostprijs gekeken worden. De verschillen in kosten per medewerker zijn erg klein, maximaal 6 euro tussen een WZV en WV. De verschillen in kostprijs van een medewerker worden versterkt door de productiviteitscore en zouden dus nog kunnen worden verlaagd naar ongeveer 4 euro. Hiermee is een van de belangrijkste argumenten, het opdelen van prestaties naar deskundigheidsniveaus op basis van een kosten overweging, nauwelijks relevant. Juist het opdelen van activiteiten binnen prestaties zorgt voor meer kosten door de toename in reistijd. Hoe groot deze toename in kosten is door meer reistijd wordt in formule 2 berekend. Tabellen 4 tot en met 6 geven de integrale kostprijs weer.

Tabel 4 Integrale kostprijs WZV

Productiviteit WZV	Kostprijs	Gecorrigeerde kostprijs	Integrale kostprijs
47,00%	€ 18,64	39,66	54,27
48,00%	€ 18,64	38,83	53,44
49,00%	€ 18,64	38,04	52,65
50,00%	€ 18,64	37,28	51,89
51,00%	€ 18,64	36,55	51,16
52,00%	€ 18,64	35,85	50,46
53,00%	€ 18,64	35,17	49,78
54,00%	€ 18,64	34,52	49,13
55,00%	€ 18,64	33,89	48,50
56,00%	€ 18,64	33,29	47,90
57,00%	€ 18,64	32,70	47,31
58,00%	€ 18,64	32,14	46,75
59,00%	€ 18,64	31,59	46,20
60,00%	€ 18,64	31,07	45,68

Tabel 5 Integrale kostprijs VIW

Productiviteit	Kostprijs	Gecorrigeerde kostprijs	Integrale kostprijs
47,00%	€ 19,47	41,43	57,57
48,00%	€ 19,47	40,56	56,70
49,00%	€ 19,47	38,04	54,18
50,00%	€ 19,47	38,94	55,08
51,00%	€ 19,47	38,18	54,32
52,00%	€ 19,47	37,44	53,58
53,00%	€ 19,47	36,74	52,88
54,00%	€ 19,47	36,06	52,20
55,00%	€ 19,47	35,40	51,54
56,00%	€ 19,47	34,77	50,91
57,00%	€ 19,47	34,16	50,30
58,00%	€ 19,47	33,57	49,71
59,00%	€ 19,47	33,00	49,14
60,00%	€ 19,47	32,45	48,59

Tabel 6 Integrale kostprijs WV

Productiviteit	Kostprijs	Gecorrigeerde kostprijs	Integrale kostprijs
47,00%	€ 20,22	43,02	59,55
48,00%	€ 20,22	42,13	58,66
49,00%	€ 20,22	41,27	57,80
50,00%	€ 20,22	40,44	56,97
51,00%	€ 20,22	39,65	56,18
52,00%	€ 20,22	38,88	55,41
53,00%	€ 20,22	38,15	54,68
54,00%	€ 20,22	37,44	53,97
55,00%	€ 20,22	36,76	53,29
56,00%	€ 20,22	36,11	52,64
57,00%	€ 20,22	35,47	52,00
58,00%	€ 20,22	34,86	51,39
59,00%	€ 20,22	34,27	50,80
60,00%	€ 20,22	33,70	50,23

Vanuit deze tabellen kan een belangrijke conclusie worden getrokken. Namelijk het nut van activiteiten binnen prestaties scheiden wordt verminderd naarmate de productiviteit van elk niveau stijgt. Bij een productiviteit van 60% voor elk niveau is het verschil in kostprijs ongeveer vier euro (zie tabel 4 en 6).

Administratief biedt het project PGR zeker voordelen. Op basis van deze informatie kan per wijklocatie bepaald worden wat de optimale personeelsmix is.

De conclusie over het project PGR is dat het project niet gericht moet zijn op het opdelen van zorgfuncties bij cliënten, maar gericht moet zijn op de administratieve handeling. Dit betekent dat het project PGR gericht moet zijn op het behalen van de administratieve eisen en voordelen met als voorwaarde dat de uitvoering minimaal belast wordt.

Combineren zorgmomenten

Op basis van formule 1 kan een algoritme worden opgesteld waarmee de efficiëntie van de zorgverlening kan worden berekend. Het algoritme kan gebruikt worden in een combinatie met een Nearest Neighborhood algoritme. Dit algoritme bepaalt de dichtstbijzijnde zorgvraag voor het volgende zorgmoment voor de structurele planning, rekeninghoudend met enkele voorwaarden. Hiermee kan een suboptimale route berekend worden die efficiënter is dan een handmatige oplossing.

Voor elke cliënt binnen verzorging en verpleging moet de hoogste geleverde zorgfunctie worden vastgesteld. Hierna moet voor elke cliënt de plaats op een raster of route programma worden ingevuld om de afstand tussen verschillende cliënten te bepalen. Tevens moet worden ingevuld wanneer de zorg moet worden verleend. Het algoritme dient dus met tijdsvolgorde en afstand rekening te houden. Daarna kan het onderstaande algoritme gebruikt worden.

Formule 2 Een algoritme

Min (reistijd) $\sum x_{ij} * t_{ijz}$

Waarbij:

x_{ij} staat voor medewerker x_i voor deskundigheidsniveau j .

t_{ij} staat voor de reistijd voor medewerker i op deskundigheidsniveau j voor zorgvraag z

Capaciteitsrestrictie: \sum zorgvraag op deskundigheidsniveau $j < \sum$ capaciteit deskundigheidsniveau j

Volledigheidsrestrictie: $\text{Max } z = \sum z_i$

x_1 . Dan bepalen afstand zorgfunctie met de inzet juist deskundigheidsniveau

x_2 . Dan bepalen minimum afstand tussen 2 zorgmoment, waarbij geldt deskundigheidsniveau \geq zorgfunctie

Bepalen wat afstand-tijd ratio is op basis van gemiddelde snelheid

$$\text{Reistijd (uur)} > \text{zorgmoment (uur)} * \frac{Ik(x_2) - Ik(x_1)}{Ik(x_1)} \quad 4.2$$

Reistijd $>$ uitkomst, dan inzetten dichtstbijzijnde verpleegkundige

Reistijd = of $<$ uitkomst, dan inzetten juist deskundigheidsniveau

Voorwaarde:

Min deskundigheidsniveau zorgfunctie = of $>$ ingezet deskundigheidsniveau per zorgfunctie

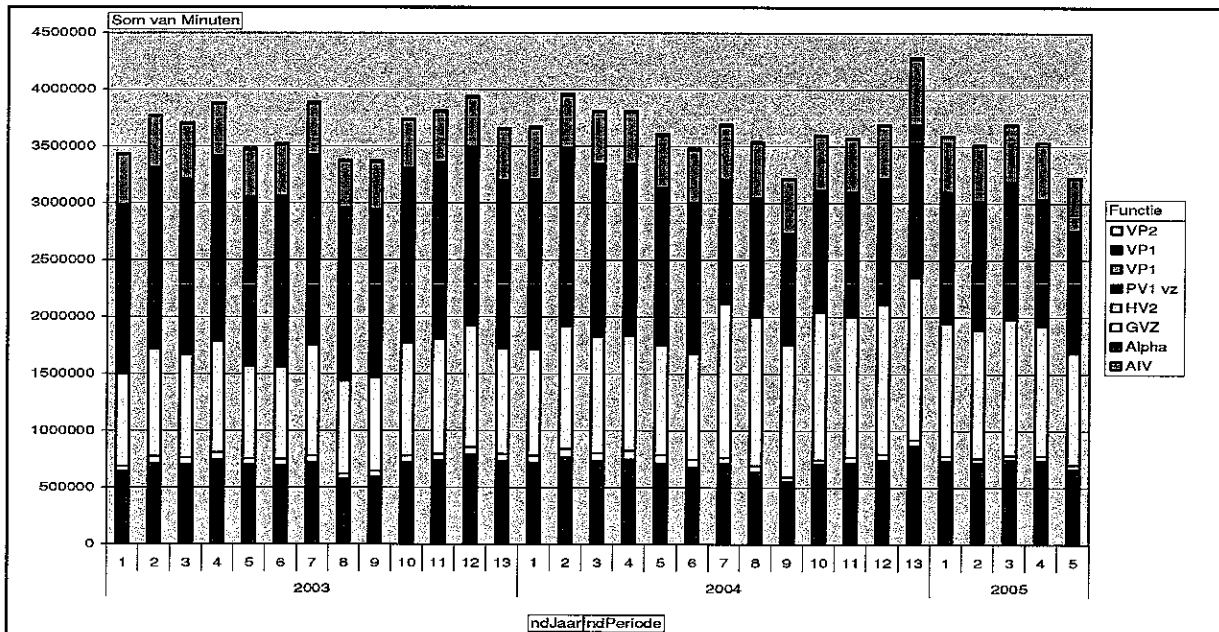
Wanneer dit algoritme wordt gebruikt tijdens de reguliere zorg zou de continuïteit van de zorgverlening door dezelfde medewerker in gevaar komen. Per nieuwe zorgvraag moet gekeken worden in hoeverre het structurele rooster kan blijven bestaan. De mate waarin continuïteit behouden moet blijven bepaald de speelruimte om tot een optimale situatie te kunnen komen.

Bijlage 14. Productiecijfers ZuidZorg

In deze bijlage zijn de productiegegevens opgenomen die gebruikt zijn bij het bepalen van de seizoensinvloeden in hoofdstuk 4. De productiecijfers komen uit het ZON systeem van ZuidZorg.

Tabel 7 Productiecijfers

Som van Minuten		Functie									Eindtotaal
ndJaar	ndPeriode	AIV	Alpha	GVZ	HV2	PV1 vz	VP1	VP1	VP2		
2003	1	6185	634275	43725	810930	1491811	437335		11130	3435391	
	2	8245	702600	61340	942345	1599090	445945		13110	3772675	
	3	9250	690285	60405	909110	1541760	484570	135	13490	3709005	
	4	9980	731475	65725	977975	1628742	456830		15080	3885807	
	5	7330	689670	55120	814823	1491635	409650		13855	3482083	
	6	6660	687855	54675	809760	1506452	446950		15825	3528177	
	7	8800	714000	53610	971920	1677680	445165		17460	3888635	
	8	5925	569970	43130	817700	1523005	405255		16975	3381960	
	9	7625	586170	48435	820960	1480120	415520		16160	3374990	
	10	6540	711270	59675	990700	1543410	416760		13735	3742090	
	11	7565	728925	56395	1005870	1561235	437860		13700	3811550	
	12	10300	777045	63940	1070335	1579630	427295	100	16525	3945170	
	13	8190	727455	57760	927940	1479940	443500		14725	3659510	
Totaal 2003		102595	8950995	723935	11870368	20104510	5672635	235	191770	47617043	
2004	1	10155	708900	62150	933660	1495680	447475		15725	3673745	
	2	11015	751950	76220	1080505	1568890	459155	10	14935	3962680	
	3	14815	720990	68415	1021465	1526390	449105	30	14945	3816155	
	4	21000	726030	74575	1011325	1510750	452300		17195	3813175	
	5	14855	698730	73955	965410	1384705	452515	105	17460	3607735	
	6	14030	661335	70295	924730	1335900	460935		16865	3484090	
	7	15430	692160	54190	1353930	1095990	465890		14960	3692550	
	8	12835	623175	53845	1309055	1045640	480445		15660	3540655	
	9	14335	535710	42885	1160910	984075	468787		14155	3220857	
	10	13235	691320	39545	1293230	1077050	471770	20	16670	3602840	
	11	16385	702315	46835	1235950	1098025	464295		14630	3578435	
	12	17270	725880	48965	1313220	1111765	461510		15075	3693685	
	13	16990	851475	50530	1427310	1344840	574785		19435	4285365	
Totaal 2004		192350	9089970	762405	15030700	16579700	6108967	165	207710	47971967	
2005	1	14920	719370	43370	1166395	1155635	480405		14070	3594165	
	2	15700	703875	38610	1125625	1142325	476440		14345	3516920	
	3	15885	728505	40385	1192300	1216745	487835		13535	3695190	
	4	18330	720465	39010	1143160	1121505	468905		20910	3532285	
	5	14430	649155	36260	984440	1077920	454660		11985	3228850	
Totaal 2005		79265	3521370	197635	5611920	5714130	2368245		74845	17567410	
Eindtotaal		374210	21562335	1683975	32512988	42398340	14149847	400	474325	113156420	



Figuur 16 Productiecijfers

Bijlage 15. Vraag en capaciteit Kronehoef

In deze bijlage wordt het verzamelde cijfermateriaal van de case studie op de wijklocatie Kronehoef gegeven. Data is verzameld vanaf week 22. Waarschijnlijk zullen de productiegegevens en capaciteitsgegevens dagelijks bijgehouden worden. Week 29 en 30 missen in verband met een vakantieperiode.

Tabellen 8 tot en met 13 geven de vraagcijfers en capaciteitscijfers voor team 1,2 en 3 voor zowel verzorging als verpleging. Tabel 14 geeft het totale overzicht voor Kronehoef.

Tabellen 8 Vraag en capaciteitsgegevens verzorging team 1 (week 24 t/m 37)

Vraag	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	Gem	Min	Max	Spreiding	Standev
Ma < 10:00	595	555	580	635	650	595	665	425	550	580	615	555	583	425	665	240	62
Ma > 10:00	405	485	385	400	460	360	290	255	410	390	410	420	389	255	485	230	64
Ma > 12:00	70	40	50	60	50	100	100	100	45	25	120	50	68	25	120	95	30
Di < 10:00	655	515	545	655	645	655	655	635	590	640	725	645	630	515	725	210	56
Di > 10:00	505	425	495	365	455	465	465	305	415	405	440	425	430	305	505	200	55
Di > 12:00	45	60	40	60	50	95	85	60	95	100	70	75	70	40	100	60	21
Woe < 10:00	535	535	585	580	595	590	570	515	515	605	520	520	555	515	605	90	35
Woe > 10:00	280	330	285	350	320	290	290	210	300	405	340	340	312	210	405	195	48
Woe > 12:00	100	75	150	100	100	100	100	100	100	100	175	115	110	75	175	100	27
Do < 10:00	715	690	690	690	680	655	655	635	635	715	585	585	661	585	715	130	44
Do > 10:00	380	340	405	405	465	370	370	310	330	300	340	340	363	300	465	165	46
Do > 12:00	75	90	90	100	0	100	100	100	100	100	120	120	91	0	120	120	31
Vrij < 10:00	490	490	540	570	455	585	585	510	510	570	530	530	530	455	585	130	42
Vrij > 10:00	400	450	450	470	460	410	410	330	360	350	370	370	403	330	470	140	47
Vrij > 12:00	80	55	70	80	50	100	100	55	55	65	55	55	68	50	100	50	18

Capaciteit	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	Gem	Min	Max	Spreiding	Standev
Ma < 10:00	300	400	400	500	425	425	325	425	425	500	525	425	423	300	525	225	66
Ma > 10:00	300	400	475	500	375	375	375	375	375	450	450	350	400	300	500	200	57
Ma > 12:00	200	200	200	200	0	0	0	200	200	0	400	200	150	0	400	400	124
Di < 10:00	400	600	500	600	625	625	525	525	625	700	525	525	565	400	700	300	79
Di > 10:00	400	600	550	575	550	550	500	450	525	650	450	450	521	400	650	250	73
Di > 12:00	0	0	0	0	0	200	200	200	200	200	0	0	83	0	200	200	103
Woe < 10:00	500	700	700	700	625	625	525	525	625	700	525	625	615	500	700	200	78
Woe > 10:00	500	700	700	525	300	500	500	300	350	450	300	475	467	300	700	400	139
Woe > 12:00	400	400	400	400	200	100	200	400	400	400	200	200	308	100	400	300	116
Do < 10:00	400	500	600	600	525	525	525	425	525	500	425	525	506	400	600	200	63
Do > 10:00	400	500	700	575	450	400	450	350	450	450	350	450	460	350	700	350	97
Do > 12:00	200	200	200	200	0	50	200	200	200	200	200	200	171	0	200	200	69
Vrij < 10:00	300	300	400	425	350	450	325	425	425	550	525	425	408	300	550	250	80
Vrij > 10:00	300	300	450	375	250	350	200	300	300	400	450	300	331	200	450	250	76
Vrij > 12:00	200	200	200	200	0	200	200	200	200	200	200	200	183	0	200	200	58

Vraag	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	Gem	Min	Max	Spreiding	Standev
Ma < 12:00	1000	1040	965	1035	1110	955	955	680	960	970	1025	975	973	680	1110	430	103
Di < 12:00	1160	940	1040	1020	1100	1120	1120	940	1005	1045	1165	1070	1060	940	1165	225	76
Woe < 12:00	815	865	870	930	915	880	860	725	815	1010	860	860	867	725	1010	285	69
Do < 12:00	1095	1030	1095	1095	1145	1025	1025	945	965	1015	925	925	1024	925	1145	220	73
Vrij < 12:00	890	940	990	1040	915	995	995	840	870	920	900	900	933	840	1040	200	60

Tabellen 9 Vraag en capaciteitsgegevens verpleging team 1 (week 24 t/m 37)

Vraag	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	Gem	Min	Max	Spreiding	Standev
Ma < 10:00	315	365	350	325	465	455	360	530	305	350	235	485	378	235	530	295	87
Ma > 10:00	335	400	470	400	395	460	410	450	305	345	220	280	373	220	470	250	77
Ma > 12:00	75	85	65	65	100	315	115	225	100	100	120	55	118	55	315	260	76
Di < 10:00	320	235	275	300	340	305	315	255	235	269	220	290	280	220	340	120	38
Di > 10:00	160	145	130	205	235	200	190	110	125	155	60	105	152	60	235	175	50
Di > 12:00	50	60	50	60	120	100	100	100	100	105	70	80	83	50	120	70	24
Woe < 10:00	385	385	405	400	590	435	465	355	345	400	500	490	430	345	590	245	71
Woe > 10:00	290	290	315	260	305	260	260	275	170	220	200	200	254	170	315	145	46
Woe > 12:00	100	80	185	135	255	250	370	175	315	135	180	120	192	80	370	290	89
Do < 10:00	295	190	220	235	295	295	295	245	245	215	315	315	263	190	315	125	43
Do > 10:00	165	265	265	255	230	305	305	260	260	280	230	230	254	165	305	140	38
Do > 12:00	75	95	95	125	265	205	205	170	170	170	120	120	151	75	265	190	56
Vrij < 10:00	390	455	440	460	665	470	470	350	350	415	445	445	446	350	665	315	81
Vrij > 10:00	285	285	310	255	340	250	250	230	230	310	210	210	264	210	340	130	42
Vrij > 12:00	80	100	75	95	135	105	105	100	100	100	60	60	93	60	135	75	21

Capaciteit	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	Gem	Min	Max	Spreiding	Standev
Ma < 10:00	500	600	300	200	100	400	400	500	100	200	100	300	308	100	600	500	173
Ma > 10:00	500	600	300	200	100	400	400	500	100	200	100	300	308	100	600	500	173
Ma > 12:00	800	200	400	200	200	400	400	200	0	0	200	400	283	0	800	800	217
Di < 10:00	300	300	300	100	200	300	300	300	100	200	100	200	225	100	300	200	87
Di > 10:00	300	300	300	100	200	300	300	300	100	200	100	200	225	100	300	200	87
Di > 12:00	600	600	400	200	400	400	600	400	0	400	200	200	367	0	600	600	187
Woe < 10:00	700	500	500	450	450	400	600	450	250	150	450	250	429	150	700	550	153
Woe > 10:00	700	500	300	375	375	300	450	300	200	100	300	225	344	100	700	600	156
Woe > 12:00	800	400	200	0	200	400	600	400	200	0	300	200	308	0	800	800	231
Do < 10:00	500	500	400	300	300	300	500	300	200	100	500	500	367	100	500	400	137
Do > 10:00	500	500	400	300	300	300	500	300	200	100	500	500	367	100	500	400	137
Do > 12:00	400	200	200	200	400	200	200	0	200	0	200	200	200	0	400	400	121
Vrij < 10:00	450	500	500	400	400	400	400	350	300	300	350	350	392	300	500	200	67
Vrij > 10:00	500	500	500	350	350	350	400	400	300	300	400	400	396	300	500	200	72
Vrij > 12:00	800	800	600	400	400	600	800	400	400	600	450	600	571	400	800	400	163

Vraag	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	Gem	Min	Max	Spreiding	Standev
Ma < 12:00	650	765	820	725	860	915	770	980	610	695	455	765	751	455	980	525	141
Di < 12:00	480	380	405	505	575	505	505	365	360	424	280	395	432	280	575	295	83
Woe < 12:00	675	675	720	660	895	695	725	630	515	620	700	690	683	515	895	380	87
Do < 12:00	460	455	485	490	525	600	600	505	505	495	545	545	518	455	600	145	48
Vrij < 12:00	675	740	750	715	1005	720	720	580	580	725	655	655	710	580	1005	425	109

Tabellen 10 Vraag en capaciteitsgegevens verzorging team 2 (week 24 t/m 37)

Vraag	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	Gem	Min	Max	Spreiding	Standev
Ma < 10:00	660	675	675	600	590	475	625	680	795	785	635	785	665	475	795	320	93
Ma > 10:00	520	570	615	685	625	205	570	265	420	460	450	510	491	205	685	480	143
Ma > 12:00	140	110	100	150	100	100	100	90	100	380	260	300	161	90	380	290	97
Di < 10:00	465	570	630	630	625	545	545	555	600	600	505	670	578	465	670	205	59
Di > 10:00	155	205	290	360	300	180	180	190	195	240	200	240	228	155	360	205	61
Di > 12:00	135	110	100	100	100	100	100	100	100	100	200	120	114	100	200	100	29
Woe < 10:00	360	330	330	300	310	400	370	255	370	390	390	430	353	255	430	175	49
Woe > 10:00	135	180	245	315	255	200	200	130	220	280	260	260	223	130	315	185	57
Woe > 12:00	75	50	50	50	0	95	95	100	100	100	110	110	78	0	110	110	34
Do < 10:00	520	565	565	610	635	550	600	575	575	670	625	665	596	520	670	150	46
Do > 10:00	255	340	425	495	435	375	375	395	395	475	510	480	413	255	510	255	73
Do > 12:00	110	110	100	100	100	100	100	100	100	145	145	109	100	145	45	17	
Vrij < 10:00	645	440	720	425	605	470	560	465	555	520	610	560	548	425	720	295	89
Vrij > 10:00	300	205	275	345	405	260	260	280	400	210	350	230	293	205	405	200	68
Vrij > 12:00	110	100	80	80	0	100	100	100	100	150	135	135	99	0	150	150	38

Capaciteit	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	Gem	Min	Max	Spreiding	Standev
Ma < 10:00	500	300	525	525	500	325	325	425	725	525	425	525	469	300	725	425	118
Ma > 10:00	500	400	575	625	500	350	350	450	800	600	500	550	517	350	800	450	127
Ma > 12:00	100	250	350	300	325	300	300	350	350	200	0	200	252	0	350	350	110
Di < 10:00	500	450	525	525	500	425	425	525	625	525	425	525	498	425	625	200	59
Di > 10:00	500	450	400	425	350	275	275	375	450	350	450	375	390	275	500	225	70
Di > 12:00	200	200	200	200	200	0	0	0	200	200	200	200	150	0	200	200	90
Woe < 10:00	300	300	300	300	300	100	100	100	400	300	200	200	242	100	400	300	100
Woe > 10:00	300	300	300	300	300	100	100	100	400	300	150	200	238	100	400	300	103
Woe > 12:00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Do < 10:00	500	500	625	625	500	425	425	525	725	525	525	525	535	425	725	300	86
Do > 10:00	500	550	700	700	550	450	450	550	750	550	550	550	571	450	750	300	96
Do > 12:00	100	100	125	100	125	125	125	150	150	0	0	0	92	0	150	150	58
Vrij < 10:00	400	200	525	325	400	225	325	325	425	325	425	325	352	200	525	325	89
Vrij > 10:00	400	250	550	350	475	250	375	350	450	350	450	350	383	250	550	300	88
Vrij > 12:00	0	0	50	50	50	200	200	200	200	200	200	200	129	0	200	200	89

Vraag	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	Gem	Min	Max	Spreiding	Standev
Ma < 12:00	1180	1245	1290	1285	1215	680	1195	945	1215	1245	1085	1295	1156	680	1295	615	180
Di < 12:00	620	775	920	990	925	725	725	745	795	840	705	910	806	620	990	370	111
Woe < 12:00	495	510	575	615	565	600	570	385	590	670	650	690	576	385	690	305	84
Do < 12:00	775	905	990	1105	1070	925	975	970	970	1145	1135	1145	1009	775	1145	370	114
Vrij < 12:00	945	645	995	770	1010	730	820	745	955	730	960	790	841	645	1010	365	125

Tabellen 11 Vraag en capaciteitsgegevens verpleging team 2 (week 24 t/m 37)

Vraag	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	Gem	Min	Max	Spreiding	Standev
Ma < 10:00	225	235	305	260	260	190	275	390	240	245	385	265	273	190	390	200	60
Ma > 10:00	60	120	90	90	175	320	185	335	200	240	275	365	205	60	365	305	104
Ma > 12:00	140	150	150	185	335	225	355	190	400	225	260	300	243	140	400	260	87
Di < 10:00	375	365	395	360	360	380	380	320	275	270	410	300	349	270	410	140	47
Di > 10:00	30	105	155	200	245	260	260	340	285	310	460	355	250	30	460	430	116
Di > 12:00	135	160	130	145	165	165	165	285	275	130	200	120	173	120	285	165	55
Woe < 10:00	225	235	295	245	340	305	335	240	250	265	265	265	272	225	340	115	38
Woe > 10:00	205	265	265	310	350	375	330	355	405	360	425	425	339	205	425	220	68
Woe > 12:00	75	50	50	65	135	100	100	175	140	110	110	110	102	50	175	125	38
Do < 10:00	250	290	340	245	300	265	265	275	275	170	195	195	255	170	340	170	49
Do > 10:00	110	165	140	140	165	145	145	100	100	80	125	155	131	80	165	85	28
Do > 12:00	110	110	100	115	135	255	255	185	185	180	145	145	160	100	255	155	53
Vrij < 10:00	365	375	395	370	365	310	310	265	265	235	305	305	322	235	395	160	51
Vrij > 10:00	140	165	230	230	330	355	355	375	375	455	525	525	338	140	525	385	128
Vrij > 12:00	110	100	80	95	205	175	175	220	220	155	135	135	150	80	220	140	49

Capaciteit	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	Gem	Min	Max	Spreiding	Standev
Ma < 10:00	100	200	200	300	300	200	200	400	300	400	400	300	275	100	400	300	97
Ma > 10:00	100	200	200	300	300	200	200	400	300	400	400	300	275	100	400	300	97
Ma > 12:00	200	0	400	400	200	0	200	100	400	400	600	200	258	0	600	600	183
Di < 10:00	500	100	500	400	500	400	400	400	600	500	600	400	442	100	600	500	131
Di > 10:00	500	100	375	400	325	300	300	300	600	350	450	300	358	100	600	500	124
Di > 12:00	0	0	200	200	200	200	200	200	400	200	400	0	183	0	400	400	134
Woe < 10:00	300	200	200	300	300	300	300	300	300	400	500	300	308	200	500	300	79
Woe > 10:00	300	200	200	300	300	300	300	300	300	400	500	300	308	200	500	300	79
Woe > 12:00	200	200	200	200	400	400	400	600	600	400	500	400	375	200	600	400	148
Do < 10:00	500	200	400	400	300	300	300	400	400	200	200	300	325	200	500	300	97
Do > 10:00	500	200	400	400	300	300	300	400	400	200	200	300	325	200	500	300	97
Do > 12:00	0	0	400	400	200	400	200	400	600	200	200	200	267	0	600	600	178
Vrij < 10:00	400	200	300	350	350	300	350	400	400	400	250	400	342	200	400	200	67
Vrij > 10:00	400	200	300	400	400	300	350	400	400	400	250	400	350	200	400	200	71
Vrij > 12:00	200	200	200	650	400	200	200	400	400	400	200	200	304	200	650	450	145

Vraag	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	Gem	Min	Max	Spreiding	Standev
Ma < 12:00	285	355	395	350	435	510	460	725	440	485	660	630	478	285	725	440	134
Di < 12:00	405	470	550	560	605	640	640	660	560	580	870	655	600	405	870	465	114
Woe < 12:00	430	500	560	555	690	680	665	595	655	625	690	690	611	430	690	260	85
Do < 12:00	360	455	480	385	465	410	410	375	375	250	320	350	386	250	480	230	65
Vrij < 12:00	505	540	625	600	695	665	665	640	640	690	830	830	660	505	830	325	97

Tabellen 12 Vraag en capaciteitsgegevens verzorging team 3 (week 24 t/m 37)

Vraag	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	Gem	Min	Max	Spreiding	Standev
Ma < 10:00	395	310	295	290	310	475	365	340	380	435	380	310	357	290	475	185	59
Ma > 10:00	225	235	265	235	300	470	405	250	425	395	435	435	340	225	470	245	95
Ma > 12:00	70	80	80	60	60	0	30	20	30	70	100	65	55	0	100	100	29
Di < 10:00	320	290	275	270	330	280	325	245	380	380	285	330	309	245	380	135	43
Di > 10:00	205	205	230	185	230	230	230	115	235	195	165	225	204	115	235	120	36
Di > 12:00	110	50	100	100	85	100	100	50	100	100	75	100	89	50	110	60	20
Woe < 10:00	190	180	225	220	245	230	240	115	250	300	265	265	227	115	300	185	48
Woe > 10:00	30	35	60	30	80	130	175	75	195	165	135	135	104	30	195	165	59
Woe > 12:00	100	20	55	25	0	0	0	40	25	50	90	90	41	0	100	100	36
Do < 10:00	315	335	365	435	400	455	470	435	505	525	470	490	433	315	525	210	67
Do > 10:00	150	150	130	130	145	200	200	195	195	165	185	185	169	130	200	70	27
Do > 12:00	45	0	60	50	0	0	0	20	20	65	60	60	32	0	65	65	27
Vrij < 10:00	350	475	315	310	370	350	460	345	405	375	315	315	365	310	475	165	56
Vrij > 10:00	175	220	175	145	170	200	445	235	235	235	235	235	225	145	445	300	76
Vrij > 12:00	40	0	60	40	0	0	0	50	50	15	50	50	30	0	60	60	24

Capaciteit	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	Gem	Min	Max	Spreiding	Standev
Ma < 10:00	300	500	400	400	500	400	300	300	300	400	500	400	392	300	500	200	79
Ma > 10:00	300	500	450	300	350	300	300	200	300	300	525	300	344	200	525	325	97
Ma > 12:00	0	150	150	200	150	0	0	200	200	200	200	200	138	0	200	200	86
Di < 10:00	300	450	325	325	425	225	200	200	200	225	425	325	302	200	450	250	94
Di > 10:00	300	450	350	350	450	25	200	200	200	250	350	350	290	25	450	425	121
Di > 12:00	200	150	200	250	150	50	0	0	0	50	400	250	142	0	400	400	126
Woe < 10:00	200	200	100	100	200	300	200	100	200	400	300	300	217	100	400	300	94
Woe > 10:00	200	200	125	125	225	300	225	100	200	450	325	325	233	100	450	350	101
Woe > 12:00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	200	200	200	50	0	200	200	90
Do < 10:00	300	450	325	325	425	325	300	200	100	525	425	300	333	100	525	425	114
Do > 10:00	300	400	350	350	450	325	300	200	100	525	425	325	338	100	525	425	112
Do > 12:00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	200	200	0	33	0	200	200	78
Vrij < 10:00	200	350	225	325	325	425	300	300	300	725	425	525	369	200	725	525	143
Vrij > 10:00	200	300	225	325	325	425	300	300	300	725	425	525	365	200	725	525	144
Vrij > 12:00	0	0	0	0	0	0	0	200	200	200	200	400	100	0	400	400	135

Vraag	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	Gem	Min	Max	Spreiding	Standev
Ma < 12:00	620	545	560	525	610	945	770	590	805	830	815	745	697	525	945	420	138
Di < 12:00	525	495	505	455	560	510	555	360	615	575	450	555	513	360	615	255	68
Woe < 12:00	220	215	285	250	325	360	415	190	445	465	400	400	331	190	465	275	97
Do < 12:00	465	485	495	565	545	655	670	630	700	690	655	675	603	465	700	235	86
Vrij < 12:00	525	695	490	455	540	550	905	580	640	610	550	550	591	455	905	450	118

Tabellen 13 Vraag en capaciteitsgegevens verpleging team 3 (week 24 t/m 37)

Vraag	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	Gem	Min	Max	Spreiding	Standev
Ma < 10:00	380	380	380	360	385	315	325	225	295	320	450	400	351	225	450	225	59
Ma > 10:00	235	235	235	260	235	340	245	205	340	305	330	230	266	205	340	135	49
Ma > 12:00	70	70	85	60	100	0	130	100	100	100	105	65	82	0	130	130	33
Di < 10:00	335	335	385	270	450	405	405	390	255	235	350	220	336	220	450	230	75
Di > 10:00	285	290	350	265	215	275	275	355	310	220	405	300	295	215	405	190	55
Di > 12:00	115	165	160	115	150	135	135	50	150	140	75	100	124	50	165	115	35
Woe < 10:00	360	365	385	345	310	335	325	235	325	340	325	325	331	235	385	150	37
Woe > 10:00	200	165	180	195	160	195	185	140	250	160	185	185	183	140	250	110	27
Woe > 12:00	100	195	100	65	165	95	85	100	100	100	90	90	107	65	195	130	36
Do < 10:00	460	450	455	435	460	335	335	275	275	285	260	270	358	260	460	200	86
Do > 10:00	250	225	270	170	195	290	290	335	335	235	305	305	267	170	335	165	53
Do > 12:00	50	85	65	65	155	105	105	100	100	100	65	65	88	50	155	105	29
Vrij < 10:00	380	225	380	315	300	335	325	345	335	295	315	315	322	225	380	155	41
Vrij > 10:00	200	100	190	220	190	250	250	285	285	250	285	285	233	100	285	185	56
Vrij > 12:00	40	100	60	50	110	85	85	50	50	100	50	50	69	40	110	70	25

Capaciteit	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	Gem	Min	Max	Spreiding	Standev
Ma < 10:00	500	500	400	400	600	300	400	400	600	400	300	400	433	300	600	300	98
Ma > 10:00	500	500	300	400	450	300	300	400	400	300	225	300	365	225	500	275	89
Ma > 12:00	600	200	200	400	400	0	200	400	200	400	200	400	300	0	600	600	160
Di < 10:00	300	400	400	300	400	200	400	400	400	200	300	400	342	200	400	200	79
Di > 10:00	300	400	400	300	400	200	400	400	400	200	300	400	342	200	400	200	79
Di > 12:00	200	200	600	600	200	0	0	200	400	200	200	400	267	0	600	600	197
Woe < 10:00	250	300	200	200	300	200	200	500	400	200	200	200	263	200	500	300	98
Woe > 10:00	300	300	200	200	300	200	200	500	400	200	200	200	267	200	500	300	98
Woe > 12:00	400	200	0	0	400	0	200	400	200	100	200	200	192	0	400	400	151
Do < 10:00	400	400	300	200	400	300	200	400	500	300	100	300	317	100	500	400	111
Do > 10:00	400	400	300	200	400	300	200	400	500	300	100	300	317	100	500	400	111
Do > 12:00	200	400	200	0	200	200	0	200	0	0	0	200	133	0	400	400	130
Vrij < 10:00	200	200	200	0	200	200	300	500	400	200	100	300	233	0	500	500	130
Vrij > 10:00	200	200	200	0	200	200	300	500	400	200	100	300	233	0	500	500	130
Vrij > 12:00	200	200	200	0	200	0	0	0	200	0	0	200	100	0	200	200	104

Vraag	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	Gem	Min	Max	Spreiding	Standev
Ma < 12:00	615	615	615	620	620	655	570	430	635	625	780	630	618	430	780	350	77
Di < 12:00	620	625	735	535	665	680	680	745	565	455	755	520	632	455	755	300	96
Woe < 12:00	560	530	565	540	470	530	510	375	575	500	510	510	515	375	575	200	53
Do < 12:00	710	675	725	605	655	625	625	610	610	520	565	575	625	520	725	205	59
Vrij < 12:00	580	325	570	535	490	585	575	630	620	545	600	600	555	325	630	305	82

Conclusie cijfermateriaal tabellen 8 tot en met 13

De gegevens zijn in de periode van week 24 tot en met week 37 verzameld. Deze periode betrof de vakantieperiode. Hierdoor kan niet met zekerheid worden aangegeven dat de verzamelde data representatief is voor het gehele jaar. Tevens moet worden opgemerkt dat de meting alleen de locatie Kronehoef betreft. In de hoofdttekst wordt de aanname gemaakt dat deze gegevens representatief zijn voor ZuidZorg Eindhoven. Deze representativiteit is niet gecontroleerd.

Bij het meten van de capaciteit is alleen die capaciteit gemeten die direct in te zetten is voor de curatieve zorgvraag. Omdat een medewerker geen 100% curatieve zorg kan leveren is hiermee rekening gehouden in de berekening van capaciteit. Voor de berekening van capaciteit is aangenomen dat een medewerker 50 minuten zorg kan leveren in een uur.

Ook het werkoverleg is uit de capaciteitsberekening gehouden. Team 1 overlegt op woensdag, Team 2 overlegt op dinsdag en Team 3 overlegt op maandag. Per medewerker worden er 30 minuten ingehouden van de werktijd voor het overleg in de ochtend.

Tabellen 14 Totaal overzicht vraag en capaciteitsgegevens (week 24 t/m 37)

Vraag	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	Gem	Min	Max	Spreiding	Standev
Ma < 10:00	2570	2520	2585	2470	2660	2505	2615	2590	2565	2715	2700	2800	2608	2470	2800	330	95,86
Ma > 10:00	1780	2045	2060	2070	2190	2155	2105	1760	2100	2135	2120	2240	2063	1760	2240	480	147,64
Ma > 12:00	565	535	530	580	745	740	830	725	775	900	965	835	727	530	965	435	146,22
Di < 10:00	2470	2410	2505	2485	2750	2570	2625	2400	2335	2394	2495	2455	2491	2335	2750	415	113,56
Di > 10:00	1340	1375	1650	1580	1680	1610	1600	1415	1565	1525	1730	1650	1560	1340	1730	390	123,91
Di > 12:00	590	605	580	580	670	695	685	645	820	675	690	595	653	580	820	240	69,53
Woe < 10:00	2055	2030	2225	2090	2390	2295	2305	1715	2055	2300	2265	2295	2168	1715	2390	675	187,39
Woe > 10:00	1140	1265	1350	1460	1470	1450	1440	1185	1540	1590	1545	1545	1415	1140	1590	450	148,39
Woe > 12:00	550	470	590	440	655	640	750	690	780	595	755	635	629	440	780	340	107,78
Do < 10:00	2555	2520	2635	2650	2770	2555	2620	2440	2510	2580	2450	2520	2567	2440	2770	330	92,18
Do > 10:00	1310	1485	1635	1595	1635	1685	1685	1595	1615	1535	1695	1695	1597	1310	1695	385	111,47
Do > 12:00	465	490	510	555	655	765	765	675	675	715	655	655	632	465	765	300	102,88
Vrij < 10:00	2620	2460	2790	2450	2760	2520	2710	2280	2420	2410	2520	2470	2534	2280	2790	510	155,18
Vrij > 10:00	1500	1425	1630	1665	1895	1725	1970	1735	1885	1810	1975	1855	1756	1425	1975	550	176,61
Vrij > 12:00	460	445	425	440	500	565	565	575	575	585	485	485	509	425	585	160	60,53

Capaciteit	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	Gem	Min	Max	Spreiding	Standev
Ma < 10:00	2200	2500	2225	2325	2425	2050	1950	2450	2450	2425	2250	2350	2300	1950	2500	550	171,23
Ma > 10:00	2200	2600	2300	2325	2075	1925	1925	2325	2275	2250	2200	2100	2208	1925	2600	675	187,18
Ma > 12:00	1900	1000	1700	1700	1275	700	1100	1450	1350	1200	1600	1600	1381	700	1900	1200	344,62
Di < 10:00	2300	2300	2550	2250	2650	2175	2250	2350	2550	2350	2375	2375	2373	2175	2650	475	141,61
Di > 10:00	2300	2300	2375	2150	2275	1650	1975	2025	2275	2000	2100	2075	2125	1650	2375	725	201,42
Di > 12:00	1200	1150	1600	1450	1150	850	1000	1000	1200	1250	1400	1050	1192	850	1600	750	211,95
Woe < 10:00	2250	2200	2000	2050	2175	1925	1925	1975	1975	2175	2150	2175	2073	1875	2250	375	129,01
Woe > 10:00	2300	2200	1825	1825	1800	1700	1775	1600	1850	1900	1775	1725	1856	1600	2300	700	200,60
Woe > 12:00	1800	1200	800	600	1200	900	1400	1800	1400	1100	1400	1200	1233	600	1800	1200	362,65
Do < 10:00	2600	2550	2650	2450	2450	2175	2250	2250	2450	2150	2175	2450	2383	2150	2650	500	175,92
Do > 10:00	2600	2550	2850	2525	2450	2075	2200	2200	2400	2125	2125	2425	2377	2075	2850	775	236,32
Do > 12:00	900	900	1125	900	925	975	725	950	1150	600	800	800	896	600	1150	550	154,42
Vrij < 10:00	1950	1750	2150	1825	2025	2000	2000	2300	2250	2500	2075	2325	2096	1750	2500	750	217,90
Vrij > 10:00	2000	1750	2225	1800	2000	1875	1925	2250	2150	2375	2075	2275	2058	1750	2375	625	200,09
Vrij > 12:00	1400	1400	1250	1300	1050	1200	1400	1400	1600	1600	1250	1800	1388	1050	1800	750	203,52

	Gemiddelde vraag (in zorgminuten)	Gemiddelde capaciteit (in zorgminuten)	Vershil capaciteit/vraag (uitgedrukt in personen)
Ma < 12:00	4671	4508	0,81
Ma > 12:00	727	1381	3,27
Di < 12:00	4051	4498	2,23
Di > 12:00	653	1192	2,70
Woe < 12:00	3583	3929	1,73
Woe > 12:00	629	1233	3,02
Do < 12:00	4164	4760	2,98
Do > 12:00	632	896	1,32
Vrij < 12:00	4290	4154	0,68
Vrij > 12:00	509	1388	4,39

Vraag	Gemiddelde	Minimum	Maximum	Spreiding	Standev
Ma < 12:00	4671	4350	5040	690	205
Ma > 12:00	727	530	965	435	146
Di < 12:00	4051	3785	4430	645	204
Di > 12:00	653	580	820	240	70
Woe < 12:00	3583	2900	3890	990	308
Woe > 12:00	629	440	780	340	108
Do < 12:00	4164	3865	4405	540	148
Do > 12:00	632	465	765	300	103
Vrij < 12:00	4290	3885	4680	795	243
Vrij > 12:00	509	425	585	160	61

Capaciteit	Gemiddelde	Minimum	Maximum	Spreiding	Standev
Ma < 12:00	4508	3875	5100	1225	319
Ma > 12:00	1381	700	1900	1200	330
Di < 12:00	4498	3825	4925	1100	299
Di > 12:00	1192	850	1600	750	203
Woe < 12:00	3929	3575	4550	975	292
Woe > 12:00	1233	600	1800	1200	347
Do < 12:00	4760	4250	5500	1250	392
Do > 12:00	896	600	1150	550	148
Vrij < 12:00	4154	3500	4875	1375	396
Vrij > 12:00	1388	1050	1800	750	195

Bijlage 16. Voorstel Teamindeling Kronehoef

Tabel 15 Vraag en teambezetting per dagdeel

dagdeel	Max vraag	Aantal medewerkers	Minimaal compenseren
Ma	5040	26	1
Ma middag	965	6	1
Di	4430	24	2
Di middag	820	6	2
Wo	3890	20	1
Wo middag	780	6	2
Do	4405	23	1
Do middag	765	6	2
Vr	4680	24	1
Vr middag	585	6	3

Tabel 16 Teambezetting

	Team 1		
	N3	N4/5	Opstarten
Ma < 12:00	5	4	
Ma > 12:00	1	1	
Di < 12:00	5	3	
Di > 12:00	1	1	
Woe < 12:00	4	4	
Woe > 12:00	1	1	2
Do < 12:00	5	3	
Do > 12:00	1	1	
Vrij < 12:00	5	4	
Vrij > 12:00	1	1	2

	Team 2		
	N3	N4/5	Opstarten
Ma < 12:00	6	3	
Ma > 12:00	1	1	
Di < 12:00	5	4	
Di > 12:00	1	1	2
Woe < 12:00	3	3	
Woe > 12:00	1	1	
Do < 12:00	5	3	
Do > 12:00	1	1	
Vrij < 12:00	5	4	
Vrij > 12:00	1	1	2

	Team 3		
	N3	N4/5	Opstarten
Ma < 12:00	4	4	
Ma > 12:00	1	1	2
Di < 12:00	4	3	
Di > 12:00	1	1	
Woe < 12:00	3	3	
Woe > 12:00	1	1	
Do < 12:00	4	3	
Do > 12:00	1	1	2
Vrij < 12:00	3	3	
Vrij > 12:00	1	1	

Bijlage 17. Uitwerking condities planningsysteem

Berekening conditie 1

De capaciteit moet gelijk zijn aan de gemiddelde zorgvraag plus de tijd die nodig is voor overige werkzaamheden. Met overige werkzaamheden wordt bedoeld:

- de werk overleggen
- het planningsproces
- evaluaties & opstarten zorg
- reistijd en administratietijd

Voor reistijd en administratietijd wordt een standaard norm gehandhaafd. Deze norm is 200 minuten curatieve zorg op 240 minuten werktijd. De norm voor de curatieve zorg is 0,83 of 83% van de tijd.

Om de capaciteit te berekenen moet eerst de gemiddelde zorgvraag per week bekend zijn uitgedrukt in uren. Op basis van de gemiddelde zorgvraag kan het aantal fte (1 fte staat voor 36 uur per week, 1872 uur op jaarbasis) berekend worden die nodig is voor de curatieve zorg.

$$\text{aantal fte (week)} = \frac{\text{Gemiddelde zorgvraag (uren/week)}}{36 \text{ uur}}$$

Op basis van het aantal fte (week) kan het aantal fte (week) inclusief reistijd en administratietijd berekend worden.

$$\text{aantal fte (week) inclusief reistijd en administratietijd} = \frac{\text{aantal fte (week)}}{0,83}$$

Naast de curatieve zorg moet ook tijd worden ingepland om te plannen en te roosteren en om werkoverleg te voeren. Deze tijd kan ook in fte worden uitgedrukt.

$$\text{Aantal fte voor plannen en werkoverleg (uur)} = \frac{\text{Benodigde tijd voor plannen en werkoverleg (uur)}}{36 \text{ uur}}$$

Met behulp van deze drie formules kan berekend worden hoeveel fte er gemiddeld wekelijks noodzakelijk is om aan de zorgvraag te voldoen. In de berekening wordt nog geen rekening gehouden met ziekteverzuim of vakantiedagen.

De capaciteit die extra ingebouwd moet worden voor het opnemen van vakantiedagen is gelijk aan 14,9 procent. Mocht ZuidZorg ervoor kiezen om vakantiekrachten in te zetten dan neemt dit percentage af. Het ziekteverzuimpercentage ligt ongeveer rond de 7 of 8 procent. Zonder vakantiekrachten zou de volgende formule gebruikt kunnen worden om de werkelijke benodigde wekelijkse fte's te berekenen

$$\text{Totaal aantal fte's} = \frac{\text{Totaal fte's}}{0,78}$$

Dit totaal aantal fte's is gebaseerd op gemiddelde vraag en het verspreid opnemen van vakantiedagen. In werkelijkheid wordt vakantie opgenomen tijdens bepaalde perioden, zoals de zomerperiode. Daarom kent de vakantietijd een aantal piekmomenten. Om de piekbezetting in deze periode te berekenen kan de volgende regel worden gehanteerd. Door het totaal aantal fte te delen door de vakantieperiode en te vermenigvuldigen met het maximaal aantal weken dat een medewerker vrij mag nemen wordt de piekbezetting berekend.

Na het berekenen van de piekbezetting kan deze vergeleken worden met de gemiddelde bezetting. Het verschil kan het beste worden gedekt met het inhuren van vakantiekrachten. Een vakantiekracht is namelijk 25,5 procent duurder, maar kostenefficiënter dan het aannemen van een vaste kracht.

Voor ZuidZorg bestaat het aantal vakantieweken uit de zomerperiode (14 weken) de herfstvakantie (2 weken), kerstvakantie (2 weken), carnavalsvakantie (1 week) en meivakantie (2 weken). In totaal zijn er voor ZuidZorg 21 weken te onderscheiden die gezien kunnen worden als piekmomenten voor het opnemen van vakantiedagen.

De externe capaciteit kan het beste berekend worden voor de zomerperiode. Tijdens deze periode mag een werknemer 3 weken vakantie opnemen. Met de onderstaande formule wordt de capaciteit berekend.

$$\text{Extra capaciteit} = \frac{\text{Vakantieperiode (weken)} * \text{Aantal op te nemen weken per medewerker}}{\text{Totaal fte's}}$$

Met behulp van deze gegevens kan het verschil tussen normale capaciteit en de extra capaciteit door de vakantie worden berekend. Dit verschil moet opgevangen worden door vakantiekrachten. Een vakantiekracht is namelijk maar 25 procent duurder. Aangezien de vakantieperiode niet gelijk is aan 75 procent van alle werkdagen zijn vakantiekrachten goedkoper dan vaste krachten op jaarbasis.

$$\text{Verschil in fte} = \frac{\text{Totaal fte's} + \text{Extra capaciteit}}{0,93 \text{ (ziekte)}} - \text{Totaal aantal fte's}$$

Het aantal vakantiekrachten kan op deze wijze bepaald worden. Echter klopt deze aanpak niet helemaal. Het geeft een schatting van de noodzakelijke capaciteit en vakantiekrachten. Na het vaststellen van de vakantiekrachten moet wel het totaal aantal fte's herberekend worden. Doordat medewerkers tijdens piekmomenten vakantie opnemen hoeft niet de gehele 14,9 procent doorberekend worden voor een normale week. Met behulp van de onderstaande formules kan totale capaciteit berekend worden.

$$\% \text{ vakantiedagen} = 14,9 - \frac{\text{Capaciteit vakantiekrachten (fte)}}{\text{Totaal fte's}} * 100\%$$

Hierna moet de formule om het totaal aantal fte's te bereken opnieuw berekend worden met de nieuwe gegevens.

Berekening conditie 2

Om aan deze conditie te kunnen voldoen moet de vraag naar een bepaald deskundigheidsniveau bekend zijn. Deze vraag moet omgezet worden in een percentage van de totale vraag. Aan de hand van dit percentage moet het aantal fte worden verdeeld berekent onder conditie 1.

Berekening conditie 3

Om aan deze conditie te voldoen moet in een programma de zorgvraag worden bijgehouden. Per week kan de gemiddelde zorgvraag worden berekend voor elk dagdeel. Teven kan de standaarddeviatie worden vastgesteld voor de totale vraag per dagdeel. Door de capaciteit per team te vergroten met 1,5 de standaarddeviatie kan de maximale vraag voor 4 weken vooruit voorspeld worden. Op basis van de verzamelde gegevens blijkt dat de vraag nooit buiten de berekende spreiding valt voor de geanalyseerde periode.

Berekening conditie 5

Afstemming per dagdeel per team betekent dat elk team aan de normwaarde voor capaciteit moet voldoen. De normwaarde is in de berekening voor conditie 1 vastgesteld op 0,83. De onderstaande formule kan per team per dagdeel worden gebruikt.

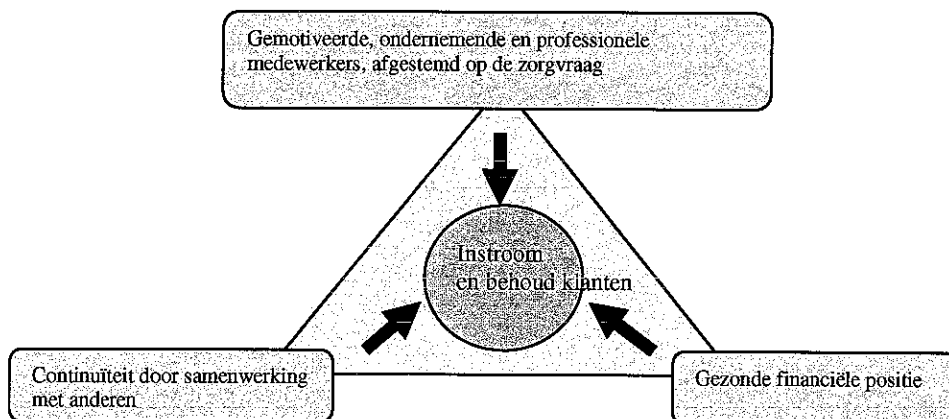
$$0,83 = \frac{\text{Zorgvraag}}{\text{Capaciteit}}$$

Bijlage 18. Hand-out verantwoordelijkheidsgebieden

Mededeling

1. Op intranet is een projectmap aangemaakt. Klik op projecten en daarna op het ProMES project. De pagina luidt: <http://websrv/ste/promes/default.aspx>
2. Er komt een ProMES map in het wijkcentrum te liggen die als logboek dient voor het project.
3. In de werkeenheden komt een punt ProMES op de agenda voor het bespreken van de voortgang. Tevens wordt er geïnformeerd in de werkeenheden hoe ieder betrokken wil worden bij het project door de voorzitter of een lid van het projectteam. Dit zal besproken worden tijdens de eerste meeting.

Organisatie doelstellingen



Enkele vragen die bij de strategie van ZuidZorg gesteld kunnen worden zijn:

1. Wat betekent elke doelstelling?
2. Wat bedoelt de organisatie hiermee en wat wil de organisatie hiermee bereiken?
3. Wat betekenen ze voor de werkzaamheden van Kronehoef?
4. Wat betekenen ze voor de uitvoering van je eigen taken?

Verantwoordelijkheidsgebied

Wat is een verantwoordelijkheidsgebied? In de eerste groepsbijeenkomsten met het ProMES projectteam zal hier niet alleen antwoord op worden gegeven, maar ook inhoud aan worden gegeven.

Een verantwoordelijkheidsgebied draagt bij aan de organisatie doelstellingen. Het moet een globale term zijn die je invloed van je werk op de doelen van de organisatie verwoord. Belangrijk is dat de verantwoordelijkheidsgebieden je werkzaamheden afdekken, dat ze volledig zijn.

Definitie

Verantwoordelijkheidsgebieden zijn gedefinieerd als de essentiële bijdragen die een werkeenheden moet leveren aan de organisatie. De eenheid stelt vast waar zij voor staat en waar zij verantwoordelijk voor is.

Aanpak**Vragen:**

1. Wat zijn de doelen (formeel en informeel) van de organisatie?
2. Wat dragen wij bij aan de doelen van de organisatie?
3. Hoe dragen we bij aan de doelen van de organisatie?
4. Waarom bestaan wij als wijklocatie Kronehoef?

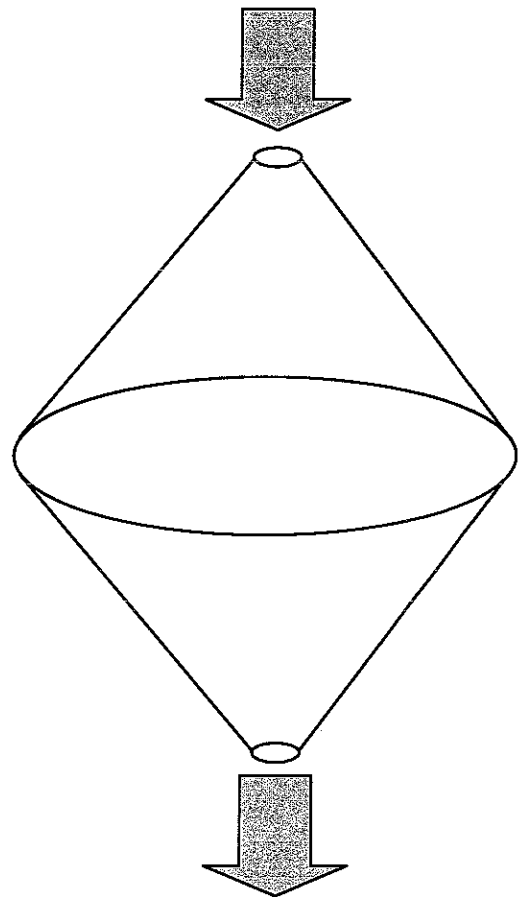
Criteria:

1. Is het wel een verantwoordelijkheidsgebied?
2. Is het onze verantwoordelijkheid of die van een ander?
3. Kan de eenheid invloed uitoefenen op het gebied?
4. Is het gebied relevant en behoort het tot de kern van de taken van Kronehoef?
5. Is de set compleet?

Evaluatie:

1. Als de groep de verantwoordelijkheid neemt voor alle verantwoordelijkheidsgebieden dan moet dit voordeel opleveren voor de organisatie. En wel zo dat elke doelstelling wordt behaald.

Brainstorm sessie

Lijst met gedefinieerde
verantwoordelijkheidsgebieden

Bijlage 19. Hand-out prestatie indicatoren

Criteria prestatie indicatoren

Voor het opstellen van prestatie indicatoren zijn er enkele criteria opgesteld die ervoor moeten zorgen dat de prestatie indicatoren geaccepteerd kunnen worden. Als eerste is het belangrijk dat de prestatie indicator meetbaar (meetbaarheid) is, dat de score kan variëren door de tijd heen (variabiliteit) en dat de indicator een betrouwbare indicatie geeft van de prestatie van het team op een bepaald verantwoordelijkheidsgebied (validiteit).

Ook voor het PromES systeem zijn er enkele criteria opgesteld die ervoor moeten zorgen dat de prestatie indicatoren zo gekozen worden dat het systeem door iedereen binnen Kronehoef in ieder geval geaccepteerd zal worden. Deze criteria zijn hieronder opgesteld.

- Geheel beïnvloedbaar. Het team moet de indicator zelf kunnen beïnvloeden en wel geheel. Dit betekent dat er geen invloed van buitenaf mag zijn die het resultaat op een indicator kan veranderen.
- De meetgegevens per indicator moeten kloppend en relevant zijn. Wanneer de meetgegevens niet kloppend of relevant zijn kan de feedback moeilijk gegeven worden.
- De indicator moet kosteneffectief zijn. De waarde van het terugkoppelen van de indicatoren dient groter te zijn dan de kosten die gemaakt moeten worden om de prestaties van de indicatoren te meten.
- Uiteindelijk moeten alle prestatie indicatoren elk verantwoordelijkheidsgebied volledig dekken, waarbij geldt dat er maximaal 15 indicatoren mogen zijn. Om goede en gerichte feedback te kunnen geven is het belangrijk dat het aantal indicatoren beperkt blijft. Anders wordt het systeem te complex en maakt het de situatie alleen maar warriger.
- Flexibiliteit! Tijdens de derde bijeenkomst is besloten om per verantwoordelijkheidsgebied stil te staan bij flexibiliteit. Er is besloten dat flexibiliteit moet terugkomen bij enkele verantwoordelijkheidsgebieden.

Naast deze criteria is het ook belangrijk dat het ontwikkelteam stil staat bij het gebruiksgemak van het systeem. Het ontwikkelde systeem moet begrijpbaar zijn voor iedereen. Dit betekent duidelijke definities en duidelijke indicatoren. Daarnaast is het belangrijk dat de gekozen indicatoren geen lange termijn risico's met zich meebrengen. Lange termijn risico's van indicatoren worden veroorzaakt door suboptimalisatie. Suboptimalisatie is het verbeteren van één of een aantal prestaties, waarbij de rest wordt verwaarloosd. Het gevolg is een verslechtering van de huidige situatie. Volledigheid van het systeem moet dit risico voorkomen.

Bijlage 20. Samenvattingen bijeenkomsten

Bijeenkomst 1

Gemaakte afspraken vooraf:

- Op de agenda wordt per werkeenheid ProMES aan de agenda toegevoegd. Verantwoordelijk hiervoor zijn Dries, Ilse en Bram & Marja.
- Documentatie wordt via de postvakken of de bijeenkomsten verspreid, minimaal een week van te voren en wordt opgenomen in de ProMES Klapper op het wijkgebouw.

Op de agenda stonden 3 belangrijke punten:

1. Bespreken organisatie doelstellingen
2. Brainstorm verantwoordelijkheden
3. Opstellen lijst met verantwoordelijkheidsgebieden

1) Vanuit de organisatiedoelstelling, *gemotiveerde, ondernemende en professionele medewerkers, afgestemd op de zorgvraag* zijn de volgende doelen voor Kronehoef genoemd.

- Zorgen dat het juiste niveau wordt ingezet op de zorgvraag. Dit is niet alleen financieel beter voor de organisatie, maar zorgt ook voor meer tevredenheid bij de medewerkers zelf.
- Kwaliteit van de zorg waarborgen door het onderhouden van de kennis, scholing, stimulatie om bij te scholen en stimulatie van zelfontplooiing

Kritische opmerkingen over de organisatiedoelen waren:

- Doelen zijn contrasterend, productie als doel heeft negatieve gevolgen op kwaliteit. (voorbeelden, afschaffing van het overleg door productienormen)
- Productie halen en steeds meer administratieve handelingen moeten doen is een paradox.

Over de *“gezonde financiële positie”*, de tweede doelstelling van de organisatie, is de volgende maatstaf genoemd voor Kronehoef.

- % a-tijd

Kritische opmerkingen over de organisatiedoelen waren:

- “Ander werk” wordt ondergewaardeerd door de organisatie. Het is al erg genoeg dat “ander werk” niet meer door de overheid wordt vergoed. Maar we zijn het erover eens dat “ander werk” wel kan bijdragen aan de productiviteit van het team!
- Als je iets goed doet krijg je geen bevestiging of je het goed doet. Het werk is warrig en prestaties zijn niet goed zichtbaar.

De overige twee doelstellingen zijn niet uitvoerend besproken. Overige punten die aan de orde zijn gekomen tijdens de discussie zijn hieronder kort samengevat.

Er is onvrede bij het team over de manier hoe het management communiceert. Het team voelt zich afhankelijk van de besluiten van het management, maar zien vaak niet het nut van ieder besluit. Dit komt omdat het team niet betrokken wordt. Daarnaast zijn veel veranderingen ad hoc en zijn niet of onvoldoende beoordeeld of ze relevant zijn. Veranderingen zijn vaak maar van korte duur en worden gezien als verstorend.

Zelfsturing heeft een negatieve klank, het betekent meer werk ernaast en minder tijd voor de zorg. De zorg heeft zeker de hoogste prioriteit. De zorgverlening heeft te lijden onder de warrigheid van het werk. Voornamelijk problemen op het gebied van communicatie zorgen nu voor verlies aan kwaliteit. Om toch de zorg te verlenen werken de medewerkers individualistisch, iets waar ze zelf niet achterstaan, maar het moet.

2) De onderstaande verantwoordelijkheden zijn opgesteld in de brainstormsessie.

- Bewust zijn van productiviteit
- Kwaliteit van de zorg
- Kwalitatief hoogstaande zorg verlenen
- Kwaliteit
- Tevreden klanten door kwalitatief goede zorg
- Cliënttevredenheid

- Functiegericht werken
- CIZ indicatie uitvoeren en evalueren
- Gemotiveerde werknemers
- Stabiliteit (stabiele planning)
- Efficiëntie van de zorgverlening
- Klantgericht met korte lijntjes
- Klantgericht werken m.b.v. goede professionaliteit
- Productiviteit
- Gevraagd en ongevraagd advies geven over het primaire proces

3) De bovenstaande lijst is onderverdeeld door de projectgroep in een aantal verantwoordelijkheidsgebieden. Deze verantwoordelijkheidsgebieden zijn als huiswerkopdracht meegegeven. Het resultaat staat hieronder. Ieder zal een van deze mogelijke verantwoordelijkheidsgebieden uitwerken en in de volgende bijeenkomst bespreken.

Resultaat

- Cliënttevredenheid (Yvonne)
- Medewerkertevredenheid (Marianne)
- Kwaliteit van de zorg (Marja)
- Stabiliteit van de zorgverlening (Ilse)
- Productie (Bram)
- Efficiëntie van de zorg (Wim)
- Collegialiteit (Dries)

Bijeenkomst 2

Algemeen

- Het ProMES team was in zijn geheel compleet bij deze tweede bijeenkomst.
- Bij deze tweede bijeenkomst waren verder geen bijzonderheden.
- De vijfde bijeenkomst is gepland op woensdag 27 juli van 13:00 tot 15:00 uur

Kern

Voorafgaand aan de meeting is door ieder een verantwoordelijkheidsgebied uitgewerkt. Per persoon zijn de onderstaande gebieden besproken.

Verantwoordelijkheidsgebied productiviteit

Productiviteit is het product van efficiëntie en effectiviteit. Met efficiëntie wordt bedoeld om met zo min mogelijk middelen het werk te verrichten. Met effectiviteit wordt bedoeld het behalen van je doelen. Hieruit volgt dat productiviteit staat voor het behalen van je doelen met zo min mogelijk middelen.

Het doel van ProMES is het verbeteren van de productiviteit door je prestaties te meten en hierover feedback te geven, waardoor je wordt gestimuleerd om je doelen te behalen.

Omdat er doelen worden gesteld voor elk verantwoordelijkheidsgebied ter bevordering van de effectiviteit van ProMES is er besloten om efficiëntie (van de zorg) als verantwoordelijkheidsgebied te benoemen. De volgende definitie is bedacht door de groep.

Efficiëntie is. met het minimum aan middelen het maximale resultaat bereiken.

Enkele doelen die hierbij bedacht zijn voor Kronehoef zijn:

- Binnen de werkeenheid zo goed mogelijk het werk verdelen
- Capaciteit afstemmen op de vraag
- Goede communicatielijnen naar het CIZ voor het verlengen of uitbreiden van indicaties
- Je eigen structurele planning managen

Verantwoordelijkheidsgebied cliënttevredenheid

De cliënt geeft aan tevreden te zijn over de geleverde zorg door team Kronehoef. Een voorwaarde hierbij is dat de wens en de haalbaarheid van de te leveren zorg met elkaar in balans zijn.

Stabiliteit van planning & uitvoering

Na discussie zijn we overeengekomen dat stabiliteit betekent dat vraag en aanwezige capaciteit met elkaar in balans zijn.

Belangrijke opmerkingen hierbij zijn:

- Stabiliteit betekent dat je flexibel moet zijn
- Administratie zorgt voor instabiliteit, doordat productienormen wel moeten worden gehaald
- Onder stabiliteit wordt ook verstaan stabiliteit van één wijze van uitvoeren van zorgprocessen

Stabiliteit van planning & uitvoering staat voor het in balans zijn van vraag met de aanwezige capaciteit.

Voor stabiliteit van planning & uitvoering is de bovenstaande definitie gekozen. Kritische opmerkingen bij dit verantwoordelijkheidsgebied waren:

- Het verantwoordelijkheidsgebied is onvoldoende beïnvloedbaar
- We moeten eerst middelen hebben voordat we invloed kunnen uitoefenen
- Hoe kan de meting betrouwbaar zijn, zodat je er verantwoordelijk voor kunt zijn?

Collegialiteit

Onder collegialiteit wordt verstaan: samen de door ons toebedeelde taken uitvoeren.

Enkele doelen daarbij zijn:

- Plezier in je werk
- Dezelfde taal spreken
- Wederkerigheid, iets voor elkaar over hebben

Collegialiteit is echter moeilijk meetbaar, maar wel relevant voor het werk in de zorg. Door enquêtes zou het mogelijk zijn om toch metingen te verrichten. Om te bepalen hoe collegialiteit te beïnvloeden is, zal aan collegialiteit in de volgende bijeenkomst aandacht worden besteedt.

Medewerkertevredenheid

Medewerkertevredenheid geeft aan hoe tevreden een medewerker is over haar of zijn eigenwerkzaamheden binnen het team Kronehoef.

Enkele belangrijke criteria die genoemd zijn:

- Medezeggenschap van de medewerkers
- Eenduidige communicatie voor de gehele organisatie
- Meer overleg momenten

Uit het gesprek bleek dat medewerkers moeilijk verantwoordelijk te houden zijn over hun eigen tevredenheid. Medewerkertevredenheid is een resultaat van de werkzaamheden en de omgeving waarin een medewerker werkt. Om deze reden zal het geen verantwoordelijkheidsgebied zijn.

Belangrijke opmerkingen tijdens de discussie over medewerkertevredenheid waren:

- Er is te veel ruis in de communicatielijnen
- Hoe verantwoordelijk voelt ieder zich over hun eigen communicatie? (communicatie zal in de volgende meeting worden besproken als mogelijk verantwoordelijkheidsgebied)
- Er zijn heel veel verschillende communicatielijnen beschikbaar voor dezelfde boodschap, welke moet gebruikt worden?
- Een vorm van communicatie is het organisatorische overleg, maar hier is amper meer tijd voor, wat betekent dit voor de communicatie voor het team Kronehoef?

Kwaliteit

Kwaliteit is ten eerste gericht op de geleverde kwaliteit van de zorg aan de cliënt. Daarnaast is het team (medewerker) ook verantwoordelijk voor de kwaliteit van het team (zichzelf). Kwaliteit zal worden besproken tijdens de volgende bijeenkomst.

Bijeenkomst 3

Algemeen

- Yvonne en Bram waren niet aanwezig, omdat ze op vakantie zijn.
- Bij deze 3^{de} bijeenkomst waren verder geen bijzonderheden.
- De 6^{de} bijeenkomst is nog niet gepland

Kern

Voor elke verantwoordelijkheidsgebied zal in een blok de definitie gegeven worden. Op- of aanmerkingen zullen in de tekst verwerkt worden.

Collegialiteit: samen de door ons toebedeelde taken uitvoeren op basis van wederkerigheid en gelijkwaardigheid.

Collegialiteit wordt de drijfveer genoemd welke de zaak draaiende houdt. Het verantwoordelijkheidsgebied voldoet aan elke criteria. Collegialiteit zal bekeken worden vanuit twee invalshoeken.

1. Een persoonlijke invalshoek
2. Een werk gerelateerde invalshoek

Kwaliteit van de zorg en zorgverlening: voor de cliënt optimale zorg leveren door de inzet van het juiste deskundigheidsniveau en met de juiste houding van de verzorgende/verpleegkundige.

Een kritische opmerking bij kwaliteit is dat dit verantwoordelijkheidsgebied sterk beïnvloed kan worden door factoren die buiten de verantwoordelijkheid van Kronehoef liggen. Belangrijk is dat hiermee rekening wordt gehouden bij het bepalen van prestatie indicatoren

Communicatie: op een eenduidige wijze en op een doelmatige wijze informatie uitwisselen

Bij communicatie is er besloten om drie verschillende niveaus van communicatie onder één noemer te parkeren. Tijdens het opstellen van prestatie indicatoren zal communicatie nog kritisch beschouwd worden. De drie gebieden onder communicatie zijn:

1. Communicatie binnen Kronehoef
2. Communicatie met anderen binnen de organisatie
3. Communicatie met de 1^{ste} en 2^{de} lijn

Communicatie wordt gezien als één van de belangrijkste aspecten van het werk binnen Kronehoef. Een aspect waar veel problemen bij te benoemen zijn, zoals het foutief ontvangen van informatie, het ontvangen van niet relevante informatie, etc.

Flexibiliteit: niet gekozen als verantwoordelijkheidsgebied

De reden waarom flexibiliteit niet gekozen is als verantwoordelijkheidsgebied is omdat er geen indicatoren te bedenken zijn die alleen onder het gebied flexibiliteit kunnen vallen. Er is voor gekozen om flexibiliteit te beschouwen bij het opstellen van prestatie indicatoren per verantwoordelijkheidsgebied. Zodoende zal flexibiliteit wel worden meegenomen binnen het PROMES systeem.

Registratie: verantwoording van je werkzaamheden

Registratie is naderhand toegevoegd als mogelijk verantwoordelijkheidsgebied. Het voldoet aan elke criteria, maar wordt niet gezien als kern van het werk. Registratie wordt meer gezien als noodzaak. Het is wel duidelijk dat het wel een verantwoordelijkheidsgebied is.

Bijeenkomst 4

Algemeen

- Bram en Yvonne waren afwezig in verband met vakantie
- Datums volgende bijeenkomsten zijn:
 - o Woensdag 27 juli van 13:00 tot 15:00 uur
 - o Woensdag 3 augustus van 13:30 tot 15:30 uur
 - o Maandag 15 augustus van 13:30 tot 15.30 uur

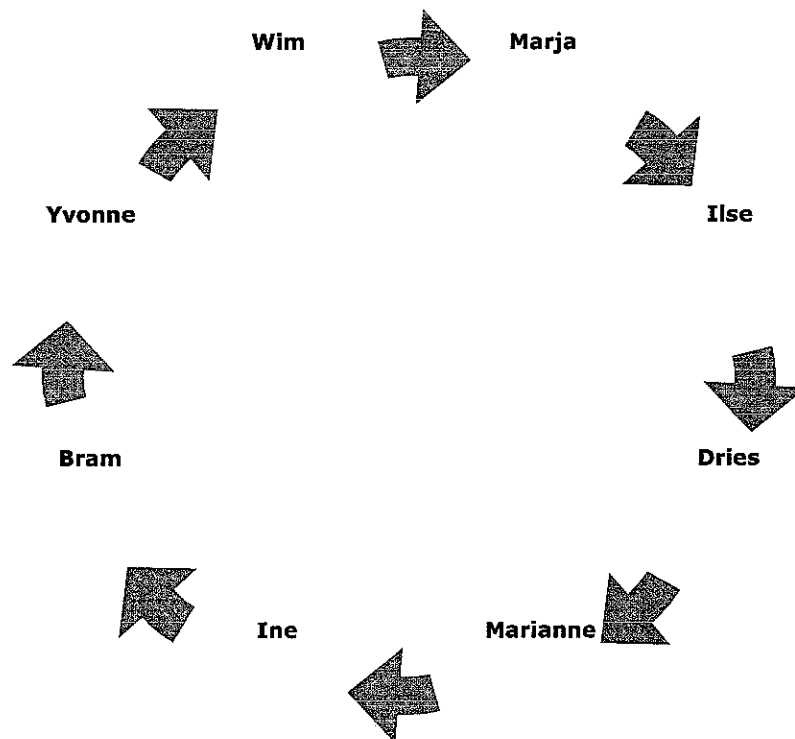
- Woensdag 31 augustus van 13:30 tot 15:30 uur
- Woensdag 7 september van 13:30 tot 15:30 uur
- Er is besloten om Ans de taak van Dries over te laten nemen bij afwezigheid van Dries

De volgende besluiten zijn genomen. Bij agenda punt vier is besloten om in plaats van een brainstormsessie in de werkeenheden een afstemmingsbijeenkomst te houden. De volgende punten zullen worden besproken tijdens deze afstemmingsbijeenkomst met de overige medewerkers.

- De ProMES methodiek en de resultaten (verantwoordelijkheidsgebieden)
- De verantwoordelijkheidsgebieden zullen worden besproken en beoordeeld op relevantie, volledigheid en of ze dekkend zijn.

De gekozen aanpak (agenda punt 5 en 6) is het laten rouleren van de verantwoordelijkheidsgebieden per projectgroepmedewerker. Deze roulatie dient als brainstorm waarbij je twee dagen de tijd hebt per gebied om je prestatie indicator toe te voegen. Op de volgende pagina wordt het roulatie schema en de opdracht verder verduidelijkt. Deze is ook toegevoegd in de ProMES klapper.

Roulatie schema



Voor elk verantwoordelijkheidsgebied is er een map opgesteld (zoals deze) waarin de door jullie bedachte prestatie indicatoren (PI) kunnen worden ingevuld. De bedoeling is dat deze mappen gaan rouleren. Na ontvangst van de map heb je twee dagen de tijd om je ideeën toe te voegen om daarna de map door te geven aan de persoon na jou (zie het roulatie schema). Wanneer je een map krijgt streep dan je naam door in het bovenstaande schema. Hierdoor weten we wie welke verantwoordelijkheidsgebieden heeft gehad!

Ter verduidelijking van de opdracht. Het is de bedoeling dat je prestatie indicatoren gaat bedenken die voldoen aan de besproken criteria van de afgelopen bijeenkomst. Wat is een prestatie indicator? Een prestatie indicator geeft aan **wat** je gaat meten. Dit is niet hetzelfde als wat de **norm** is waarop je gaat meten. Bij elke prestatie indicator heb je drie regels om aan te geven wat je met een indicator bedoelt en, wanneer je dit al kan aangeven, hoe je de indicator zou kunnen meten.

Een voorbeeld hierbij is, zoals genoemd in de bijeenkomst, het aantal fouten dat gemaakt wordt bij de registratie. De prestatie indicator is: het aantal fouten in de registratie. De verduidelijking hierbij is: door ieder wordt er wel eens fouten gemaakt in de registratie. Dit zorgt voor tijdsverlies en een hoop frustratie. Het aantal fouten is door

ons geheel te beïnvloeden en de gegevens kunnen worden gemeten door Loes. Let op, de norm wordt hier niet genoemd! Dit is nu nog niet de bedoeling.

Bijeenkomst 5

Algemeen

- Wim en Dries waren niet aanwezig omdat ze nog met vakantie zijn
- Klaaske was niet aanwezig omdat ze ziek is.
- In de werkeenheden zijn de verantwoordelijkheidsgebieden besproken. Hieruit zijn een aantal punten uit gekomen die zijn toegevoegd aan de agenda.

Kern

In de tussentijd zijn de verantwoordelijkheidsgebieden ingevuld met enkele prestatie indicatoren. Efficiëntie als verantwoordelijkheidsgebied is besproken tijdens deze bijeenkomst.

Voornamelijk de communicatie tijdens het huidige werkproces wordt beschouwd als inefficiënt. Er zijn suggesties om het maatjessysteem weer in te voeren. Om zo de communicatie te verbeteren.

Iets wat als een probleem wordt gezien is het huidige telefoon verkeer en de faxen. Hoe moet hiermee omgegaan worden? Voorstellen zijn om een faxenmap neer te leggen met tabbladen voor elke dag van de week. Als faxen met binnen een week afgetekend worden en weggegooid worden dan wordt deze fout gemeld. Daarnaast wordt de faxenmap soms fout gebruikt en worden er boodschappen in achtergelaten. Deze ballast moet volgens het team eruit.

Verder is er gesproken over de overlegmomenten. Het team vindt het jammer dat er maar zo weinig zijn, ook al zijn ze in contrast met de huidige strategie van ZuidZorg. Daarom is gesuggereerd om beter de agenda te bewaken. Tevens wordt gesuggereerd dat organisatorische mededelingen misschien beter op een bord kunnen worden aangegeven zodat ze niet in de bijeenkomsten hoeven te worden besproken.

Tevens wordt de doorstroom van zorg naar niveau 2 gezien als een bottleneck. Vaak wordt nee gezegd tegen deze doorstroom. Dit is een probleem wat door Wim met het management van de huishoudelijke verzorging moet worden besproken.

Prestatie indicatoren

Het aantal fouten in de faxenmap. Dit zou mogelijk een prestatie indicator kunnen zijn om de efficiëntie van het communicatie proces te meten.

De inzet van het juiste deskundigheidsniveau op de zorgvraag. Dit kan worden gemeten door het percentage weer te geven van de zorg uitgevoerd door het juiste deskundigheidsniveau.

De capaciteit ten opzichte van de vraag. Op dit moment kan deze indicator nog moeilijk beïnvloed worden. De capaciteit kan gemeten worden als afwijking van de gevraagde zorg. Er kan dan een bandbreedte worden opgesteld waar de planners en de roosteraars samen met het team verantwoordelijk voor zijn om de bezetting op te stellen.

Extra agenda punt

In team 1 en 3 zijn er enkele opmerkingen gemaakt over ProMES. Op dit moment wordt gemist de verantwoordelijkheid hoe je om moet gaan met de zorg. Tevens het sociale aspect vinden de teams onderbelicht.

Daarnaast is aangegeven dat het belangrijk is om een afstemmingsbijeenkomst te houden met de teams, zodat ProMES meer gaat leven. Op dit moment leeft het namelijk eerder negatief.

Als toevoeging aan de verantwoordelijkheidsgebieden is genoemd dat voor de definitie van efficiëntie minimaal vervangen moet worden door de beschikbare middelen. En het verantwoordelijkheids gebied stabiliteit van planning & uitvoering kan beter herschreven worden als planning & roostering met de definitie: stabiliteit van planning & uitvoering waarbij de vraag en aanbod zo goed mogelijk met elkaar in balans zijn.

Bijeenkomst 6

Algemeen

- Wim was niet aanwezig, omdat hij nog met vakantie is.
- Klaaske was niet aanwezig, omdat ze ziek is. Er zal vervanging voor haar worden geregeld.

Kern

Het werkproces van verzorgenden en verpleegkundigen verloopt al geruime tijd niet probleemloos. De knelpunten die ze ondervinden worden nog eens versterkt door de vakantie. Ook het management is hier van op de hoogte en nogmaals op de hoogte van gebracht. Afsproken is met de PromES groep om deze problematiek links te laten liggen en ervoor te zorgen dat er enkele motiverende prestatie indicatoren komen. Het idee hierachter is dat de motiverende werking en het goed kiezen van een prestatie indicator kunnen bijdragen aan het efficiënter werken binnen je team.

Over punt 5 van de agenda is afgesproken om een drietal afstemmingsbijeenkomsten te houden op 29, 30 en 1 september tussen 12:30 en 13:30 uur. Hiervoor is gekozen om het draagvlak van heel Kronehoef te vergroten. Besloten is dat dit een elementaire stap is richting acceptatie en ook cruciaal is om die stap op dit moment ook te nemen.

Prestatie Indicatoren

Uit de brainstorm zijn enkele prestatie indicatoren geformuleerd, namelijk:

1. Aantal klachten van cliënten

Het aantal klachten die binnen komen moeten in een klachtenadministratie worden opgeslagen. Terugkoppeling over de hoeveelheid klachten per categorie moet inzicht verschaffen in de geleverde kwaliteit.

Een kritische noot. Klachten kunnen via meerdere wegen aangegeven worden. Om een realistisch overzicht te krijgen, moeten alle klachten centraal beheerd worden. Dit moet bij ieder bekend zijn en moet worden nageleefd.

2. De procentuele afstemming tussen de minuten beschikbaar personeel en de vraag uitgedrukt in zorgminuten

Uit het rooster en de planning kunnen deze gegevens achterhaald worden. Hierbij kan gemeten worden hoe vaak de capaciteit afwijkt van de vraag. Een score kan worden toegekend aan de afwijking, zodat de prestatie kan worden gemeten op basis van een totaal score per week per team. Het verbeteren van de score zorgt voor een efficiënter werkproces, resulterend in een hogere productiviteit. Deze indicator is grotendeels te beïnvloeden door de teams. De zorgvraag kan wel verstorend werken.

3. Het percentage zorg uitgevoerd door het juiste deskundigheidsniveau

Deze indicator is uitstekend meetbaar nadat het project Prestatie Gericht Registreren is uitgevoerd. De indicator kan gemeten worden op individueel, team, locatie of organisatie niveau. Het verbeteren van de score resulteert in een hogere geleverde kwaliteit van de zorg en dus meer cliënttevredenheid. De beïnvloedbaarheid van de indicator is redelijk groot. Het team kan zelf de bezetting regelen. Een score van 70% zou naar verwachting gehaald kunnen worden.

4. Het percentage zorg uitgevoerd door de eerste of tweede verantwoordelijke

Deze informatie kan uit het ZON systeem worden gehaald. Het verbeteren van deze prestatie resulteert in een verbetering van de continuïteit van de zorg in persoon. Een van de doelstellingen van de organisatie. De indicator is beïnvloedbaar tot zekere mate. De invloed van planners en het team is zodanig dat deze score in de tijd kan verbeteren, totdat de score niet meer zelf te beïnvloeden is. Dit komt doordat de personeelsmix vastligt.

5. Het niet overschrijden van het maximaal aantal compensatie uren

Controle over het aantal uur boven contract is belangrijk om de kosten van personeel te beperken, en de werkdruk te managen. Het laten compenseren op rustige tijden stimuleert de efficiëntie en direct de productiviteit. Een belangrijke subdoelstelling van ZuidZorg.

6. Het minimaliseren van het aantal kilometers te reizen

Door het minimaliseren van de afstand tussen zorgmomenten wordt de reistijd gereduceerd. Onder de huidige werkomstandigheden is deze indicator niet of nauwelijks te beïnvloeden. Het managen van je eigen structurele planning zou wel een positief effect kunnen hebben op het minimaliseren van reistijd.

Voorstel procesverbeteringen

Twee voorstellen ter verbetering van het werkproces zijn tijdens deze bijeenkomst naar voren gekomen.

De eerste is om zorghandelingen bij 1 persoon te combineren, zodat reistijd kan worden bespaard. Daarnaast is het idee geopperd om zorg beter te verdelen gelet op de reistijd. Onder de huidige omstandigheden is het moeilijk om dit te realiseren, omdat er geen overzicht is.

Het tweede voorstel was om zorg op te starten en te evalueren door een aantal niveau 5 verpleegkundigen. Dit zorgt voor minder verstoringen voor het werkproces van anderen, waardoor de zorg efficiënter kan worden uitgevoerd. Daarbij komt kijken dat de cliëntsituatie beter bewaakt wordt en de kwaliteit en cliënttevredenheid positief worden beïnvloed.

Bijeenkomst 7

Algemeen

- Wim was niet aanwezig, omdat een PGR bijeenkomst gelijktijd plaats vond.
- Bram was niet aanwezig, hiervoor is geen reden opgegeven.
- Ilse was pas later aanwezig door de invoer van nieuwe telefoons
- Marianne was afwezig i.v.m. een vakantie
- ProMES bijeenkomst 9 staat op 14 september tussen 13:30-15:30 gepland
- ProMES bijeenkomst 10 staat op 21 september tussen 13:30-15:30 gepland
- De afstemmingsbijeenkomst staat op 23 september tussen 13:30 en 17:00 gepland in kamer 110 op de LSB

Kern

Punt 6 van de agenda is langdurig besproken door de groep. Voornamelijk door de onduidelijkheid over de betekenis van elke verbetering. Over het eerste punt zijn de volgende zaken in overeenstemming met iedereen van de projectgroep. Het juist opstarten en evalueren van zorg is belangrijk voor de kwaliteit van de zorg. Het is belangrijk dat de cliëntgegevens zo volledig mogelijk voorhanden zijn bij het opstarten. Wie de zorg moet opstarten is nog steeds een discussiepunt. De 1^{ste} verantwoordelijke dient nu de zorg op te starten. Echter is de 1^{ste} verantwoordelijke niet altijd meteen bekend. Dit zorgt voor tijdsverlies bij de overdracht van de zorg (van de opstarter naar de 1^{ste} verantwoordelijke). Er is nog geen overeenstemming over hoe dit punt in de toekomst verbeterd kan worden.

Over punt twee van agenda punt 6 is wel overeenstemming bereikt. Het zelfplannen in de teams moet zo spoedig mogelijk worden gerealiseerd. Dit zorgt voor een grotere invloed op bijna elke indicator die geformuleerd is. Op dit moment is beïnvloedbaarheid van indicatoren nog een hekel punt.

Het laatste punt van de agenda, punt 6, is ook goedgekeurd door de projectgroep. Na overleg met Loes kan er afgesproken worden hoe de faxenmap zo effectief mogelijk kan worden gerealiseerd.

Daarnaast is er een ander verbetervoorstel genoemd. Het vaststellen van een dagcoördinator. Iemand die problemen omtrent zorg en communicatie ter plekke verhelpt en zorgt voor een goede afstemming tussen de teams en bereikbaarheid van het wijkgebouw. Dit punt zal meegenomen worden met de andere verbetervoorstellen.

Punt 7 van de agenda is kort besproken. Het is nog steeds onduidelijk wat de mening van ieder is over de compleetheid en beïnvloedbaarheid van de set indicatoren onder efficiëntie en kwaliteit.

Er is een korte brainstorm gehouden over collegialiteit, punt 8 van de agenda. De onderstaande prestatie indicatoren zijn geformuleerd.

1. Het meten van de onrust in de ochtend tussen de teams. Er kan gemeten worden hoeveel boodschappen, faxen etc. in het begin van de ochtend achtergelaten worden. Wim kan per ochtend een score geven over alle teams heen.
2. De totaalscore van ProMES kan gemeten worden. Een verbetering in deze totaalscore geeft een verbeterd werkproces weer. Dit betekent indirect een verbetering van de collegialiteit. Als ware wordt hiermee gesuggereerd dat collegialiteit een voorwaarde is voor het verbeteren van de werkprocessen en de zorgverlening.
3. Als laatste indicator is er voorgesteld om een enquête per kwartaal te houden om collegialiteit meetbaar te maken binnen de teams.

Collegialiteit zal in de volgende bijeenkomst nog besproken worden.

Tijdtechnisch is het laatste agenda punt niet meer gehaald.

Bijeenkomst 8

Algemeen

- Ine was niet aanwezig i.v.m. vakantie
- ProMES bijeenkomst 10 staat op 21 september tussen 13:30-15:30 gepland
- De afstemmingsbijeenkomst staat op 23 september tussen 13:30 en 17:00 gepland in kamer 110 op de LSB

Bijeenkomst 7 (toevoeging)

De notulen van de laatste bijeenkomst, bijeenkomst 6 waren onvolledig. Tijdens deze bijeenkomst is afgesproken dat verzorgenden en verpleegkundigen een klachtenbrief kunnen meenemen (deze moet nog ontwikkeld worden). Een klachtenbrief bevordert de herkenbaarheid, uit de professionaliteit van de organisatie en verlaagt de drempel tot het indienen van een klacht.

Kern

De bijeenkomst is gestart met het bespreken van de betrokkenheid van de overige medewerkers. Een korte samenvatting hierover wordt hieronder gegeven.

Sommige medewerkers hadden meer inspraak verwacht in het ProMES project. Er werd verwacht dat ieder zijn of haar mening kon uiten binnen dit project. Deze mogelijkheid is niet geboden, noch was het opgenomen in de projectplanning. Omdat ProMES niet eenvoudig is om te doorgronden is besloten om het team te betrekken nadat de afstemmingsbijeenkomst is geweest over de prestatie indicatoren en verantwoordelijkheidsgebieden met het management. Na deze bijeenkomst kan een complete set met verantwoordelijkheidsgebieden en prestatie indicatoren worden opgesteld. Omdat de set compleet is, is het makkelijker om te begrijpen wat ProMES betekent. Juist dit inzicht biedt de mogelijkheid voor de overige werknemers om hun kritiek te uiten. De afspraak met de projectgroep is gemaakt om na 23 september enkele inschrijfmiddagen te regelen waarin het ProMES systeem zal worden gediscussieerd per verantwoordelijkheidsgebied.

Punt 4 van de agenda is besproken. Hieruit kwam voort dat collegialiteit als voorwaarde wordt gezien voor het kunnen verbeteren van de werkprocessen. De indicator, het meten van de onrust in de ochtend en middag van de teams, zal gemeten worden onder het verantwoordelijkheidsgebied kwaliteit. Dries stelt een lijst op, die als checklist kan worden gebruikt om deze indicator te meten.

Er is besloten om collegialiteit als verantwoordelijkheidsgebied te houden, om zodoende wel volledig te blijven. Onder collegialiteit zal 1 indicator hangen, namelijk een enquête over de collegialiteit. Deze kan per kwartaal of halfjaar worden afgenomen en moet nog ontwikkeld worden.

Tijdens het bespreken van het verantwoordelijkheidsgebied collegialiteit kwam naar voren dat mutaties niet altijd noodzakelijk zijn. Wat een mutatie is en of het gemeten moet worden binnen ProMES zal bij het verantwoordelijkheidsgebied planning en roostering worden besproken.

Uit de brainstorm over registratie zijn de volgende prestatie indicatoren gekomen.

1. Het aantal fouten in de registratie (C-kaarten, PRP-lijsten en de paardenstaart)
2. Het percentage op tijd ingeleverde werkkaarten per team

Deze indicatoren kunnen op dit moment al geaccepteerd worden. Verzorgenden en verpleegkundigen kunnen zelf deze indicator geheel beïnvloeden. Het beter presteren zorgt direct voor efficiëntie winst voor zowel administratie als de medewerker zelf.

Na de brainstormsessie over registratie zijn ook enkele mogelijke prestatie indicatoren voor een ander verantwoordelijkheidsgebied kort besproken, namelijk de correctheid van de structurele planning en de bandbreedte per cliënt zullen nog besproken worden tijdens de brainstorm over planning en roostering.

Bijeenkomst 9

Algemeen

- De projectgroep was compleet.
- De afstemmingsbijeenkomst staat op 23 september tussen 13:30 en 17:00 gepland in kamer 110 op de LSB

Kern

Zijn de indicatoren onder kwaliteit compleet? Deze vraag is bij de vorige bijeenkomst als huiswerk meegegeven aan de ProMES groep.

Tijdens de discussie over kwaliteit kwamen enkele aspecten naar voren die tot kwaliteit van zorg gerekend kunnen worden. Het belangrijkste aspect is het zorgdossier. Hierin staat onder andere aangegeven welke zorg moet worden geleverd en wanneer wie is langs geweest. Het zorgdossier behoort tot de kern van de zorgverlening. Hieronder worden puntsgewijs enkele mogelijke indicatoren gegeven.

- Het percentage compleet ingevulde zorgdossiers.

Uit een voorgaand project is er een scorelijst ontwikkeld die bijhoudt hoe volledig een zorgdossier is ingevuld. Een zorgdossier is cruciaal voor de kwaliteit van zorg. Zonder dit dossier zou een verzorgende of verpleegkundige niet weten hoe en welke zorg exact geleverd moet worden. Vanuit een privacy oogpunt mogen deze gegevens alleen bij de cliënt thuis lggen.

Enkele uitspraken tijdens de discussie zijn in deze samenvatting opgenomen, omdat ze de verschillen in opvattingen helder weergeven. De opvatting heerst, je moet blind kunnen varen op het zorgdossier. Maar tevens wordt ook gezegd, ik kijk haast nooit in het zorgdossier, ik lever gewoon de zorg waarvoor ik kom. Hoe het zorgdossier moet worden gebruikt en hoe belangrijk het bijhouden van het zorgdossier is, is niet gelijk voor iedere medewerker van Kronehoef.

Als op dit moment het aantal compleet ingevulde zorgdossiers zou worden gemeten, zou het aantal hoogst waarschijnlijk nul zijn. De ProMES groep is van mening dat het belangrijker is om het gebruik eerst te stimuleren en hierna de kwaliteit pas te gaan meten.

Om het gebruik te stimuleren is deze indicator benoemd. De indicator meet in hoeverre het zorgplan compleet is ingevuld. In eerste instantie zal de nadruk komen te liggen op de velden personalia, anamnese en het zorgplan. Op basis van een nog te bepalen eindscore voor de compleetheid dient deze indicator tijdens evaluaties gemeten te worden. Compleetheid kan als percentage worden aangegeven. Het streven is om op de lange termijn 100% te behalen. Mocht dit lukken dan zal waarschijnlijk de keuze worden gemaakt om op basis van kwaliteit het zorgdossier te gaan meten.

- Het percentage kwalitatief compleet ingevulde zorgdossiers

De kwaliteit van het zorgdossier kan tevens gemeten worden aan de hand van de al opgestelde checklist. Echter zijn de zorgdossiers op dit moment zo incompleet dat kwaliteit in de ogen van de groep op dit moment nog niet haalbaar is.

Het kwalitatief goed opstellen van een zorgdossier moet gaandeweg door iedere medewerker aangeleerd worden. Hier is tijd voor nodig. Op dit moment zou deze indicator demotiverend werken, aangezien een goede score niet haalbaar is.

- Onrust in de ochtend en middag

Deze indicator is bij de voorgaande bijeenkomst van collegialiteit naar kwaliteit verschoven. Tijdens deze bijeenkomst is gesuggereerd dat deze indicator geen belangrijke prestatie indicator is en dat deze prestatie indicator misschien beter onder communicatie kan vallen. Wat er moet gebeuren met deze indicator is nog niet helder en zal daarom nog verder besproken moeten worden.

Communicatie

Ook communicatie is kort besproken tijdens een discussie na de discussie over kwaliteit. De perceptie heerst dat communicatie, net zoals collegialiteit, een voorwaarde is voor de werkzaamheden van iedere medewerker. Om deze reden wordt het ook als moeilijk ervaren om prestatie indicatoren op te stellen die alleen onder communicatie vallen.

Door de projectgroep is gezegd dat communicatie en collegialiteit als ware de normen en waarden representeren van de medewerkers. Iedereen weet hoe je elkaar moet behandelen, alleen niet iedereen behandeld blijkbaar elkaar zoals het zou moeten. Deze opmerking geeft duidelijk weer hoe belangrijk collegialiteit en communicatie zijn, maar tevens geeft deze opmerking ook weer hoe moeilijk deze verantwoordelijkheden meetbaar zijn.

Een andere opmerking was dat het werk van verzorgenden en verpleegkundigen zeer individualistisch is, maar dat de afhankelijkheid van taken juist zeer groot is. Juist voor deze afhankelijkheid is een goede communicatie cruciaal. Communicatie en collegialiteit zullen daarom nog nader besproken worden.

Bijeenkomst 10 was de afstemmingsbijeenkomst met het management

Bijeenkomst 11

Algemeen

- Marianne, Ine en Yvonne waren niet aanwezig

Kern

De meningen over de afstemmingsbijeenkomst met het management kunnen als volgt kort worden samengevat. Het ontwikkelteam vond het management niet enthousiast over het ontwikkelde prestatie-meetsysteem. Tevens vonden ze het management ook niet afwijzend ten opzichte van het ontwikkelde systeem. De openheid en eerlijkheid van het ontwikkelteam werd niet op gelijke wijze door het management beantwoord. Dit laatste punt werd zeer duidelijk toen het ging over evaluaties die niet worden uitgevoerd en het ophogen van cliënttijd met 5 minuten. Het management reageerde verbaast over de gang van zaken. De discussie was te veel gericht op het verdedigen van de huidige gang van zaken door het ontwikkelteam en niet op het oplossen van de bestaande problematiek. Het oplossen van problematiek werd te veel naar Wim door geschoven.

Een kritiek punt op de facilitator van de bijeenkomst is dat vooraf onvoldoende de rol van Wim is verduidelijkt, namelijk dat hij een deelnemer van het ontwikkelteam is. De procesbewaking is deels verstoord, omdat vooraf bij een deel van het management geen tijd vrij was om het doel en het proces voor te bespreken.

Het management heeft zich nog niet uitgesproken over het daadwerkelijk invoeren van het prestatie-meetsysteem. Naar hun mening moet het invoeren eerst concreet worden uitgewerkt. Daarna wordt pas besloten om voor de invoer ook daadwerkelijk capaciteit vrij te maken. Als het aan het ontwikkelteam ligt dan wordt het prestatie-meetsysteem zo snel mogelijk ingevoerd. De conclusie is dat het prestatie-meetsysteem eerst verder moet worden uitgewerkt, voordat het ingevoerd mag worden.

Verder ontwikkelen indicatoren

Door het ontwikkelteam is besloten om 13 indicatoren verder te ontwikkelen. En de uitontwikkelde indicatoren op **woensdag 2 november** met de ProMES groep te bespreken.

Wat betreft de randvoorwaarde om ProMES in te voeren, namelijk de beïnvloedbaarheid. Dit wordt op dit moment aangepakt door het veranderen van de planningsmethodiek. De planning het roosteren wordt naar de teams verplaatst.

Projectplan

Bijeenkomst 12 zal gericht worden op de prioriteit en de afhankelijkheid van de prestatie indicatoren. Bijeenkomst 13 zal ingaan op hoe indicatoren gemeten kunnen worden en welke norm per PI gehandhaafd kan worden.

Conclusie

Door het management is weinig vertrouwen geuit in het ontwikkelteam en de invloed van het prestatie-meetsysteem op het verbeteren van de huidige werkprocessen en prestaties. Om deze invloed te verduidelijken zal door het ontwikkelteam de afhankelijkheid, prioriteit en invloed van prestatie indicatoren verder uitgewerkt worden.

Bijlage 21. Operationele definities van prestatie indicatoren

Deze bijlage beschrijft hoe een prestatie indicator wordt gemeten. Per prestatie indicator wordt een formule opgesteld die het meetproces weergeeft. De terugkoppelperiode t is voor alle prestatie indicatoren vastgesteld op 1 week. Voor elke prestatie indicator geldt dat de indicator wordt teruggekoppeld per team. Metingen kunnen wel op medewerkerniveau worden uitgevoerd.

Doordat de terugkoppelperiode en de eenheid (team) vaststaat voor alle prestatie indicatoren heeft dit wel een gevolg voor de kracht en validiteit van de feedback. Sommige indicatoren zullen heel geleidelijk veranderen, zoals het percentage correcte structurele planningen. Voor cliënttevredenheid wordt verwacht dat de korte meetperiode resulteert in een grote getoonde variatie in de score. Aanbevolen wordt om cliënttevredenheid per periode terug te koppelen.

1. Gemiddelde van het % compleetheid van de gemeten zorgdossiers

Het gemiddelde percentage compleetheid uitgedrukt in procenten van de zorgdossiers tijdens terugkoppelperiode $t =$

$$\sum_{n=i}^x \frac{\text{Evaluatie}_{ij}}{X_j}$$

waarbij:

Evaluatie_{ij} = Score in % evaluatie i voor team j ($j = 1, 2, 3$)

X_j = totaal aantal evaluaties voor team j ($j = 1, 2, 3$)

$t = \text{Pr oMES terugkoppelperiode}$

De keuze is gemaakt om per team de zorg te evalueren. Een medewerker wordt hierdoor niet gestimuleerd om het zorgdossier voor een ander team bij te houden. Dit kan tot gevolg hebben medewerkers alleen de cliënten van het team goed helpen. Echter wordt dit niet verwacht door de groep. Daarnaast wordt cliëntenzorg in een andere regio leveren sterk geminimaliseerd na het implementeren van de aanbevelingen uit paragraaf 4.5.

Het proces om deze indicator te meten verloopt als volgt. De medewerker die de evaluatie verricht, vult aan de hand van het procedure formulier de score van de evaluatie in. Op basis van deze checklist wordt door de administratieve medewerker nagegaan of het zorgdossier compleet of incompleet was. Deze score wordt uitgedrukt in een percentage volgens een nog op te stellen procedure. Een voorbeeld voor een score op deze indicator is: het zorgdossier is voor 80% compleet ingevuld. Aan het einde van de week worden deze evaluatie formulieren verzameld per team door de administratieve medewerker. Op basis van de formule kan de gemiddelde score voor evaluaties per team worden berekend. Op basis van de nog op te stellen prestatiewaarderingcurve kan deze score worden uitgedrukt in een score voor de effectiviteit van de organisatie.

2a. % tijdig opgestarte zorgvragen met een volledig aanwezige indicatie per periode

Tijdige zorgopstarten tijdens terugkoppelperiode t met alle mogelijke gegevens =

$$\frac{\sum_{n=i}^x \text{Tijdig}_i}{X} \times 100\%$$

waarbij:

Tijdig_i = De zorgaanvraag die tijdig en met volledige indicatie is opgestart

X = totaal aantal zorgopstarten

$t = \text{Pr oMES terugkoppelperiode}$

Deze prestatie indicator meet of de gegevens voor het opstarten van de zorg aanwezig waren. De meting van deze indicator wordt uitgevoerd door de medewerker. De medewerker vult een checklist in tijdens het opstarten van de zorg. De volgende punten komen op deze checklist voor:

1. De informatie van de zorgaanvraag was compleet
2. De indicatie sluit aan bij de cliëntsituatie
3. Het complexiteitsmeetinstrument is ingevuld
4. Het deskundigheidsniveau is bepaald op
5. Het zorgplan is ingevuld op basis van de behoefte van de cliënt
6. De bandbreedte wordt zo volledig mogelijk benut

Op basis van de ingevulde checklist kan ook prestatie indicator 2b worden berekend. De checklist wordt wederom bij de administratieve medewerker ingeleverd. Voor formule 2a wordt de tijdigheid van de informatie berekend door de score op vraag 1 te meten. Deze score kan variëren tussen op tijd en niet op tijd. Tijdige informatie krijgt de waarde 1 en niet tijdige informatie de waarde 0. Door te delen door het totaal aantal zorg opstarten kan het percentage zorg opstarten berekend worden, waarvoor de gegevens tijdig aanwezig waren.

Door de administratieve medewerker kunnen de zorg opstarten, waarvoor geldt dat ze correct en volledig zijn uitgevoerd worden gescheiden van de zorg opstarten die niet voldoen aan deze norm. Door het aantal correct opgestarte zorgvragen te delen door het totaal aantal zorg opstarten kan een score voor deze indicator worden berekend.

2b. % correct opgestarte zorgvragen per periode

<p><i>Correcte zorgopstarten (%) tijdens terugkoppelperiode t =</i></p> $\frac{\sum_{n=i}^x \text{Correct}_i}{X} \times 100\%$ <p>waarbij:</p> <p><i>Correct_i = De correct opgestarte zorgaanvraag</i></p> <p><i>X = totaal aantal zorgopstarten</i></p> <p><i>t = Pr oMES terugkoppelperiode</i></p> <p><i>if : aantal onafgevinkte hokjes in de checklist ≥ 1</i></p> <p><i>then : Correct_i = 0</i></p> <p><i>else : Correct_i = 1</i></p>
--

3. % zorg uitgevoerd door de eerste of tweede verantwoordelijke

Deze prestatie indicator meet of de zorg door de 1^{ste} of 2^{de} verantwoordelijke is uitgevoerd. In principe zou de zorg altijd door de 1^{ste} of 2^{de} verantwoordelijke moeten worden uitgevoerd. In werkelijkheid is dit door de zorgvraag en door de werktijden van medewerkers niet mogelijk. Cliënten kunnen namelijk zorg doordeweeks, in het weekend, 's avonds of 's nachts krijgen. Het is praktisch onmogelijk om deze zorg door 2 medewerkers te leveren. Het grootste gedeelte van de cliënten heeft echter alleen zorg doordeweeks nodig en kan zodoende wel door 2 medewerkers geholpen worden.

De prestatie indicator moet automatisch gegenereerd worden. Het systeem PRP moet hierdoor waarschijnlijk worden aangepast. Een hoge score op deze indicator betekent dat medewerkers zich flexibel aanpassen aan de zorgvraag. Des te hoger de score des te beter medewerkers rekening houden met de cliënteneisen. Hieruit volgt dat een hoge score aangeeft dat de mentaliteit aan het veranderen is en zorg meer cliëntgericht wordt geleverd.

Uit het tweejaarlijkse onderzoek naar cliënttevredenheid blijkt dat deze indicator een bepalende invloed heeft op de cliënttevredenheid. Een hoge score op deze prestatie indicator betekent namelijk ook dat cliënten vaak dezelfde medewerker te zien krijgen. Het vaak zien van dezelfde medewerker is voor de cliënt zeer belangrijk, aangezien de cliënt een band met de medewerker opbouwt.

Percentage zorg uitgevoerd door de 1ste of 2de verantwoordelijke tijdens $t =$

$$\frac{\sum_{i=1}^z v_{ik} + \sum_{j=1}^z v_{jk}}{\sum_{k=1}^k z_k} \times 100\%$$

waarbij:

$v_i =$ het aantal zorgmomenten i door de eerste verantwoordelijke

$v_j =$ het aantal zorgmomenten j door de tweede verantwoordelijke

$z_k =$ het zorgmoment k

$t =$ Pr oMES terugkoppelperiode

if : v behorende bij $z_k = v_i$

then : $v_i = 1$

else : $v_i = 0$

f : v behorende bij $z_k = v_j$

then : $v_j = 1$

else : $v_j = 0$

4. % op tijd geëvalueerde zorgvragen

% op tijd geëvalueerde zorgvragen tijdens $t =$

$$\frac{\sum_{i=1}^X e_i}{X} \times 100\%$$

waarbij:

$e_i =$ tijdig geëvalueerde zorgvraag i

$X =$ totaal aantal evaluaties

$t =$ Pr oMES terugkoppelperiode

if : datum evaluatie in zorgplan - 5 dagen \leq datum $e_i \leq$ datum evaluatie in zorgplan + 5 dagen

then : $e_i = 1$

else : $e_i = 0$

ZuidZorg hanteert een vaste norm voor evaluaties. De eerste evaluatie vindt na 3 weken plaats, de tweede evaluatie na 3 maanden en daarna kan afhankelijk van de cliëntsituatie de zorg per kwartaal, half jaar of jaar worden geëvalueerd. Duidelijk is dat evaluaties belangrijk zijn. Ze meten hoe goed de zorg bij een cliënt is verleend. Daarnaast kan per evaluatie de zorg worden bijgesteld, zodat de cliënt beter geholpen wordt.

Om deze reden is deze prestatie indicator door de groep opgesteld. De prestatie indicator meet of een evaluatie tijdig is. Als richtlijn is afgesproken dat een evaluatie binnen een termijn van 10 dagen moet worden uitgevoerd. Deze tijd is gekozen om de speling te hebben om een evaluatie goed in te kunnen plannen. Het streven van het team is 100% tijdige evaluaties. Door het invoeren van een evaluatelijst kan automatisch de score van deze prestatie indicator gemeten worden met de daarvoor opgestelde formule.

5. Het gemiddeld aantal vergeten boodschappen, cliënten of producten

Het gemiddeld aantal vergeten boodschappen, cliënten of producten per dag tijdens t =

$$\frac{\sum_{i=1}^5 b_i}{5}$$

waarbij:

b_i = het aantal vergeten boodschappen etc. op dag i

t = Pr oMES terugkoppelperiode

Deze prestatie indicator zal voor een korte periode worden gemeten. Onduidelijk is of de indicator daadwerkelijk per team gemeten kan worden. Het is wel het streven om per team de onrust te meten en per team terugkoppeling te geven over deze onrust.

6. De procentuele afstemming tussen de minuten beschikbaar personeel en de vraag uitgedrukt in zorgminuten

De procentuele afstemming tussen de minuten beschikbaar personeel en de vraag uitgedrukt in zorgminuten tijdens t =

$$\frac{\sum_{k=0}^k \left(\frac{c_{jk}}{v_{jk}} \right)}{k} \times 100\%$$

waarbij:

c_{ijk} = de capaciteit van team j ($j=1,2,3$) tijdens dagdeel k

v_{ijk} = de vraag voor team j ($j=1,2,3$) tijdens dagdeel k

k = dagdeel in de week (ochtend of middag)

t = Pr oMES terugkoppelperiode

Prestatie indicator 6 is de belangrijkste indicator die er tussen zit. Het meet de afstemming tussen capaciteit en zorgvraag. Voor deze indicator is een excel programma ontwikkeld waarin vooraf de structurele vraag naar zorg voor elk team wordt opgenomen. Achteraf worden de gegevens over de beschikbare capaciteit per team voor de curatieve zorg toegevoegd. Met deze gegevens kan berekend worden aan de hand van deze formule in hoeverre het team erin is geslaagd om flexibel de beschikbare capaciteit in te zetten om de norm van 83% te behalen.

Door het verbeteren van de score op deze prestatie indicator zorgt het team niet alleen voor voldoende capaciteit voor de curatieve zorgverlening, maar ook dat cliënten door de eigen medewerkers geholpen kunnen worden. Door deze afhankelijkheid met andere prestatie indicatoren is deze prestatie indicator de belangrijkste voorwaarde om te kunnen presteren op de Pr oMES indicatoren.

7a. Aantal gemaakte overuren per team

Aantal gemaakte overuren per team tijdens $t =$

$$\frac{\sum_{i=0}^x u_{ij}}{t}$$

waarbij:

u_{ij} = het aantal gemaakte overuren per medewerker i voor team j ($j = 1, 2, 3$)

x = totaal aantal medewerkers

t = Pr oMES terugkoppelperiode in dagen

Prestatie indicator 7 meet het aantal gemaakte overuren per medewerker per team. Het bijhouden van de overuren wordt nu al gedaan door de administratieve medewerker. Het maken van overuren kan een noodzaak zijn wanneer teams te maken hebben met ondercapaciteit. Zolang ondercapaciteit niet structureel is kan deze worden opgevangen door het overwerken van medewerkers.

Deze indicator meet de flexibiliteit om capaciteit af te stemmen op de zorgvraag. Tevens maakt deze indicator duidelijk welke medewerkers structureel overuren maken. Het team kan met behulp van deze gegevens ingrijpen om zodoende capaciteit beter in balans te brengen met de zorgvraag. Er moet een procesverantwoordelijke worden geselecteerd om zowel 7a als 7b te meten. Op dit moment houdt de administratieve medewerker het aantal overuren per medewerker bij.

7b. % overuren dat wordt gecompenseerd zonder de normverhouding te verstoren

% overuren dat wordt gecompenseerd tijdens t zonder onder de normverhouding te kunnen komen =

$$\frac{\sum_{k=1}^t \sum_{i=0}^{C_t} c_{ijk}}{C_t} \times 100\%$$

waarbij

c_{ijk} = gecompenseerd uur i van team j ($j = 1, 2, 3$) tijdens dagdeel k

C_t = Totaal aantal compensaties(uur)

t = Pr oMES terugkoppelperiode

if: $\frac{c_{jk}}{v_{jk}} \leq 0,8$

for c_{ijk}

then: $c_{ijk} = 0$

else: $c_{ijk} = 1$

waarbij:

c_{jk} = de capaciteit i van team j tijdens dagdeel k

v_{jk} = de vraag i voor team j tijdens dagdeel k

Binnen teams worden vaak mc (meeruren compensatie) uren opgenomen. Deze uren worden gemaakt door meer uren te maken dan dat er contracturen zijn. Onder de huidige omstandigheden worden deze uren opgenomen op de dagen die wenselijk zijn voor de medewerker. Het opnemen van mc uren heeft grote gevolgen op de bezetting van het team. Om deze reden meet deze prestatie indicator het % correct opgenomen mc uren.

Het correct aantal gecompenseerde uren wordt gemeten door de dagelijks te meten of gecompenseerd wordt en of aan de voorwaarde (norm van 83%) wordt voldaan. De formule dient om het aantal correct gecompenseerde uren als percentage van het aantal gecompenseerde uren weer te geven. De streefwaarde voor deze prestatie indicator is 100%.

Door aan te geven hoe medewerkers op een collegiale wijze overuren kunnen opnemen worden medewerkers gestimuleerd om meer rekening te houden met het team. Het meten van het aantal correct opgenomen overuren wordt gedaan door per dag de zorgvraag in uren te vergelijken met de bezetting in uren. Wanneer meer uren zijn opgenomen dan er aan bezetting moet is dan is er op een incorrecte wijze gecompenseerd.

8. % correcte structurele planningen

$$\% \text{ correcte structurele planningen tijdens } t = \frac{\sum_{k=1}^k \sum_{i=0}^x s_{ijk}}{x_{jk}} \times 100\%$$

waarbij:

s_{ijk} = de structurele planning van medewerker i voor dagdeel k van team j ($j = 1, 2, 3$)

x_{jk} = Totaal aantal medewerkers van team j per dagdeel k

t = Pr oMES terugkoppelperiode

if : $\frac{\text{arbeidsuren tijdens } k}{12/9} \leq s_{ijk} \text{ voor } k \leq \frac{\text{arbeidsuren tijdens } k}{12/11}$

then : $s_{ijk} = 1$

else : $s_{ijk} = 0$

Een correcte structurele planning zal in eerste instantie alleen gemeten worden door de hoeveelheid zorg een medewerker voor 10 uur, na tien uur en in de middag heeft. Het is belangrijk dat er een goede balans is in de structurele planning. Dit zorgt namelijk voor rust binnen de teams en behoud van je eigen cliënten.

Een "1" wordt toegekend aan de structurele planning van een medewerker wanneer zijn/haar planning kloppend is met het minimum en maximum aantal minuten zorg dat die medewerker per dagdeel mag hebben. Een "0" wordt toegekend wanneer dit niet het geval is. De bedoeling is dat deze prestatie indicator automatisch wordt gemeten door het PRP systeem met behulp van de bovenstaande formule.

9. % op tijd ingeleverde lijsten

Iedere week moeten registratie lijsten worden ingeleverd. Per team kan worden bepaald hoeveel % van deze lijsten te laat ingeleverd zijn. Lijsten die niet voor vrijdagmiddag van dezelfde week zijn ingeleverd zijn te laat en krijgen een "1". Door het totale aantal lijsten te verminderen met het aantal te late lijsten en te delen door het totaal kan per team berekend worden hoeveel procent van de ingeleverde lijsten op tijd waren. Het streven is 100% voor elk team.

De lijsten worden verzameld door de administratief medewerker en worden door deze medewerker beoordeeld als te laat of op tijd.

% op tijd ingeleverde lijsten tijdens $t =$

$$\frac{\sum_{i=0}^{Lt} (Lt_j - l_{ij})}{Lt_j} \times 100\%$$

l_{ij} = lijst i die tijdig is ingeleverd voor team j ($j=1,2,3$)

Lt_j = Totaal aantal ingeleverde lijsten voor team j ($j=1,2,3$)

t = Pr oMES terugkoppelperiod

if: l_{ij} is ingeleverd voor vrijdagmiddag

then: $l_{ij}=1$

else: $l_{ij}=0$

10. Het aantal fouten in de registratie per team

Het aantal fouten in de registratie per team tijdens $t =$

$$\sum_{x=1}^x \sum_{i=1}^i f_{xij}$$

waarbij:

f_{xij} = fout x gemaakt door medewerker i van team j ($j=1,2,3$)

t = Pr oMES terugkoppelperiode

In een ontworpen excel programma kunnen de soort en het aantal fouten per medewerker per team worden bijgehouden. Door het aantal fouten op te tellen per team kan het aantal fouten per team per week achterhaald worden. Op basis van een nog op te stellen normering kan het aantal fouten worden omgezet in een score voor de effectiviteit van de organisatie.

11. Het aantal klachten van cliënten voor elk team

Het aantal klachten van cliënten voor elk team tijdens $t =$

$$\sum_{x=1}^x k_{xj}$$

waarbij:

k_{xj} = klacht x voor team j ($j=1,2,3$)

t = Pr oMES terugkoppelperiode

Dit is waarschijnlijk de enige prestatie indicator waarvoor de terugkoppelperiode van 1 week waarschijnlijk te kort is. Het is nog onbekend hoeveel klachten er wekelijks zijn en of er wekelijks onder dezelfde omstandigheden even veel klachten zijn. De instroom van klachten ligt buiten de invloed van medewerkers. De indicator is gekozen om te meten of beter presteren op de andere prestatie indicatoren daadwerkelijk leidt tot minder klachten. Door de groep wordt verwacht dat het aantal klachten afhankelijk is van de cliënttevredenheid en dat beter presteren op de bovenstaande indicatoren leidt tot meer tevreden cliënten.

Of deze aannames kloppend zijn moet voortkomen uit de metingen. De verwachting is dat eenmalig het aantal klachten zal gaan toenemen, omdat de drempel om een klacht in te sturen voor de cliënt wordt verlaagd. Dit is een voordeel voor ZuidZorg, want het geeft een beter beeld wat ZuidZorg in de toekomst nog moet veranderen.

Bijlage 22. Ontwikkelingstraject prestatie indicatoren

De bestaande indicatoren zijn gekozen uit 18 al geselecteerde prestatie indicatoren. Naast deze prestatie indicatoren zijn ook enkele andere indicatoren genoemd. Alleen deze 18 hebben de eindlijst in eerste instantie behaald. Op dit moment telt de lijst nog 13 prestatie indicatoren in een iets andere volgorde. Deze bijlage behandelt het proces om tot deze 13 indicatoren te komen. Hieronder staat de tabel met verantwoordelijkheidsgebieden en prestatie indicatoren. Eerst zullen de 5 prestatie indicatoren besproken worden die niet zijn gekozen. Daarna zal de huidige indeling ten opzichte van deze indeling behandeld worden.

Tabel 17 Prestatie indicatoren per verantwoordelijkheidsgebied

Verantwoordelijkheidsgebied	Prestatie indicator	
Efficiëntie van de zorgverlening	1. De procentuele afstemming tussen de minuten beschikbaar personeel en de vraag uitgedrukt in zorgminuten	
	2a. Aantal gemaakte overuren per team	
	2b. % overuren dat correct wordt gecompenseerd (compensatie wanneer er overbezetting is)	
	3. % reistijd ten opzichte van de productieve tijd	
Kwaliteit van de zorgverlening	4. Gemiddelde van het % compleetheid van de gemeten zorgdossiers	
	5a. % tijdig opgestarte zorgvragen met een volledig aanwezige indicatie per periode	
	5. % correct opgestarte zorgvragen per periode	
	6. % zorg uitgevoerd door het juiste deskundigheidsniveau	
	7. % op tijd geëvalueerde zorgvragen	
	8. % zorg uitgevoerd door de eerste of tweede verantwoordelijke	
	9. Het aantal vergeten boodschappen, cliënten of producten per dag	
	Planning en roostering	10. % correcte structurele plannings
		11. % benutte bandbreedte
12. Het aantal overbodige mutaties in de planning		
Registratie	13. Het aantal fouten in de registratie per team	
	14. % op tijd ingeleverde lijsten	
Cliënttevredenheid	15. Het aantal klachten van cliënten per week voor elk team	
	16. % van de cliënten waar de continuïteit goed is per week	

3. % reistijd ten opzichte van de productieve tijd

Het percentage reistijd ten opzichte van de productieve tijd is gekozen als maatstaf voor de efficiëntie van het reizen. Deze indicator is gekozen, omdat reistijd een van de belangrijkste aspecten is van inefficiëntie. De indicator is een aantal maal aangepast, omdat de indicator niet in meetbaar was. De bedoeling van de indicator is om medewerkers te motiveren om afstand tussen cliënten te minimaliseren. Dat de prestatie indicator slecht te beïnvloeden en te meten is blijkt al uit het aantal maal dat deze indicator is veranderd en is besproken.

Tijdens de afstemmingsbijeenkomst is besloten om deze indicator op dit moment niet te gaan meten. Als de indicator wel gemeten zou worden zou niet bepaald kunnen worden of de score acceptabel is of niet. Ook zou het team niks aan de terugkoppeling hebben. Dit komt omdat het team niet de prestatie indicator kan beïnvloeden.

Voor de toekomst geldt wel dat een wijklocatie in de toekomst inefficiënte tijd moet minimaliseren. Dat betekent dat ook reistijd geminimaliseerd moet worden. Door de complexiteit van het zorgproces houdt dit in dat het opstellen van cliëntenroutes geautomatiseerd moet worden om daadwerkelijk afstand te kunnen minimaliseren.

6. % zorg uitgevoerd door het juiste deskundigheidsniveau

Het juiste deskundigheidsniveau wordt door het ontwikkelteam gedefinieerd als de zorgfunctie die op één zorgmoment wordt uitgevoerd, waarbij de zorgfunctie die door het CIZ is vastgesteld overeenkomt met het deskundigheidsniveau van de medewerker die deze zorg mag leveren. Wanneer meerdere functies tegelijk kunnen worden geleverd geldt dat de zorgfunctie met het hoogste deskundigheidsniveau leidend is.

De prestatie indicator is na het project PGR goed meetbaar alleen niet valide. PGR meet alleen de prestatie. Dit houdt in dat bij cliënten waar meerdere prestaties moeten worden geleverd de kans groot is dat het verkeerde deskundigheidsniveau wordt ingezet voor één van die prestaties. Om toch het deskundigheidsniveau te meten is besloten om bij het opstarten van zorg het deskundigheidsniveau vast te stellen en dat als leidraad te gebruiken. Hiermee wordt niet helemaal deze prestatie indicator gemeten.

De indicator is om twee redenen niet gekozen. De eerste reden is dat de prestatie indicator niet valide te meten is. De tweede reden is dat de indicator onvoldoende beïnvloedbaar is. Dit komt omdat de score op deze prestatie indicator wordt bepaald door de personeelsmix van Kronehoef. De personeelsmix bepaald in hoeverre het juiste deskundigheidsniveau kan worden ingezet.

De personeelsmix is de verantwoordelijkheid van de locatiemanager. In paragraaf 4.5 wordt aangegeven hoe de locatiemanager de personeelsmix kan beheersen.

11. % benutte bandbreedte

Voor ZuidZorg is het belangrijk dat de omzet zo hoog mogelijk is. Het benutten van de bandbreedte, het aantal beschikbare zorgminuten per cliëntfunctie, bepaalt de realisatie van de omzet per cliënt. Een medewerker kan de bandbreedte beter benutten door invloed op het aantal zorgmomenten uit te oefenen en in sommige gevallen de indicatie te verhogen. Het is duidelijk geworden dat de cliënt en het CIZ een grote invloed hebben op deze prestatie indicator. Dit bevordert niet de validiteit en de beïnvloedbaarheid van de prestatie indicator.

Tevens heeft de capaciteit van een wijklocatie een invloed op het kunnen benutten van de bandbreedte. Er is een goede bezetting nodig om bandbreedtes daadwerkelijk te kunnen gebruiken. Daarnaast is inzicht nodig in hoe de bandbreedte goed gebruikt kan worden. Evaluaties van zorg spelen hierin een belangrijke rol.

Door de groep is besloten om de bandbreedte niet apart te gaan meten en te gaan terugkoppelen. Wanneer evaluaties goed en tijdig worden uitgevoerd kan worden bekeken om alsnog deze indicator te gaan meten. Op dit moment kan de groep nog onvoldoende invloed op deze indicator uitoefenen.

12. % correcte mutaties in de planning

Deze prestatie indicator zegt niet zozeer iets over het aantal mutaties, maar voornamelijk iets over de noodzaak van iedere mutatie. Het blijkt zeer complex om te bepalen wat een correcte mutatie is. Tevens verwacht de groep dat deze indicator een negatief effect heeft op het aantal correcte mutaties. Het kan ervoor zorgen dat medewerkers niet meer durven te muteren.

16. % van de cliënten waar de continuïteit goed is per week

Deze indicator is sterk afhankelijk van de score op de prestatie indicator het % zorg geleverd door de 1^{ste} of 2^{de} verantwoordelijke. Het ontwikkelteam heeft ervoor gekozen om deze prestatie indicator niet meer apart te vermelden.

Bijlage 23. Gemaakte Excel programma's voor ProMES

Deze bijlage geeft een overzicht van de opgestelde programma's die zijn ontwikkeld voor het meten van enkele prestatie indicatoren. De eerste meting is de afstemming tussen zorgvraag en capaciteit. In het onderstaande overzicht kan de capaciteit en de vraag per team ingevuld worden. Deze gegevens worden doorberekend naar een ProMES score en naar een totaal overzicht. Ook de gegevens voor de vraagvoorspelling kunnen hieruit worden gehaald.

Jaar	Week	Dag	<10 uur	10 uur -> 12 uur	Middag	Bezetting ochtend	Bezetting middag	Vrijdag voorname	ProMES score	ProMES score totaal
2005	36 ma		2700	2120	965	5460	1920	0,88	60	-30
2005	36 di		2495	1730	690	5550	1640	0,76	50	-60
2005	36 wo		2305	1590	595	4920	1540	0,79	50	-60
2005	36 do		2645	1705	550	4920	960	0,88	60	-30
2005	36 vr		2715	1995	525	4890	1500	0,96	-20	-60
2005	36 za		1375	1180	265	2640	240	0,97	-20	-60
2005	36 zo		1345	1130	265	2640	240	0,94	-10	-60
2005	37 ma		2615	2220	985	5145	1680	0,94	-10	-30
2005	37 di		2435	1575	620	4845	720	0,93	100	90
2005	37 wo		2265	1315	610	3975	720	0,90	20	100
2005	37 do		2470	1675	760	5940	960	0,70	-20	50
2005	37 vr		2475	1875	840	4860	1440	0,90	50	-30
2005	37 za		1255	1040	260	2640	240	0,87	90	-60
2005	37 zo		1255	1100	260	2640	240	0,89	50	-60
2005	38 ma		2800	2370	815	6285	2565	0,82	100	-60
2005	38 di		2575	1570	830	5445	720	1,15	50	-60
2005	38 wo		2385	1700	820	4590	960	0,89	60	100
2005	38 do		2700	1955	1175	5910	1350	0,79	50	70
2005	38 vr		2650	1835	690	4290	960	1,05	-30	-10
2005	38 za		1255	1040	260	2640	240	0,87	90	-60
2005	38 zo		1255	1100	260	2640	240	0,89	50	-60

Het tweede bestand is de klachtenadministratie. Voor een klacht hoeft alleen het cliëntnummer en de naam ingevuld te worden samen met een voornaam van de medewerker of een team nr. De rest wordt automatisch bijgehouden. De klacht zelf heeft ook een code. Er worden vijf soorten klachten onderscheiden. Mocht de klacht afwijken dan kan in de toelichting kort de afwijkende informatie worden genoteerd. Per week kan daarna een uitdraai worden gemaakt waarin het aantal klachten per team worden weergegeven.

Klachten administratie

Jaar	Week	Clientnaam	Clientnr	Code	Voornaam	Achternaam	Team	Toelichting
------	------	------------	----------	------	----------	------------	------	-------------

Weeknummer	34	totaal	team	1	2	3	Kronehoef
Foutcode	1	0		0	0	0	0
Foutcode	2	0		0	0	0	0
Foutcode	3	0		0	0	0	0
Foutcode	4	0		0	0	0	0
Foutcode	5	0		0	0	0	0
Controle		0	0	0	0	0	0

Voor de registratie is een soort gelijke excel sheet opgesteld. Ook hierin kan de fout en de medewerker worden genoteerd. Tevens kan ook hiervoor per week een overzicht automatisch gegenereerd worden. Deze gegevens worden automatisch omgezet in een grafische representatie, zodat de informatie toegankelijker is voor de teams.

Administratie fouten in de registratie

Jaar	Week	Code	Voornaam	Achternaam	Team	Toelichting

Jaar / week	2005	34	totaal	team	1	2	3
Foutcode	1	0		0	0	0	0
Foutcode	2	0		0	0	0	0
Foutcode	3	0		0	0	0	0
Foutcode	4	0		0	0	0	0
Foutcode	5	0		0	0	0	0
Controle		0	0	0	0	0	0

Bijlage 24. Cascade model

Om doelen consistent te vertalen naar de verschillende organisatieniveaus is het verstandig om gebruik te maken van een cascade model. De Haas, Algera, Van Tuijl (2000) behandelen dit model, waar de doelen op alle organisatieniveaus met elkaar samenhangen en consistent met elkaar zijn. Het cascade model maakt de relatie tussen prestatie indicatoren inzichtelijk. De manier waarop consistente doelen behaald kunnen worden benoemen zij strategische dialoog. Strategische dialoog betekent dat afdelingen en hiërarchische lagen in de organisatie doelen met elkaar moeten afstemmen. Tussen verschillende lagen wordt dit ook wel verticale doelconsistentie genoemd. Tussen afdelingen binnen eenzelfde laag wordt dit ook wel horizontale doelconsistentie genoemd. Afstemming gebeurt door middel van afstemmingsbijeenkomsten, waarbij de grondgedachte "discussie tot consensus" achter ProMES een leidend principe zou moeten zijn. Het resultaat is een organisatie waarin de medewerkers eensgezind zijn over de geformuleerde doelstellingen. Een voorbeeld van een cascade model is hieronder gegeven.

