

ZORGLOGISTIEK DEFINITIEF OP DE KAART

Na dertig jaar langzaam
uit de kinderschoenen



WOORD: GUUS DE VRIES BEELD: MARIANA KRIMPF

Waar liggen de wortels van de zorglogistiek? Net als bij de uitvinding van de boekdrukkunst kun je daarover twisten. Algemeen wordt aangenomen dat het Gutenberg is, maar wij hebben toch maar mooi een standbeeld van Laurens Janszoon Coster in Haarlem staan. Zorglogistiek is geen uitvinding, maar een ontwikkeling die ooit ergens begon en voorlopig nog door zal gaan. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de manier waarop het denken over logistieke concepten in de zorg zich in de loop der tijd heeft ontwikkeld. Het artikel eindigt met een beschrijving van de huidige stand van zaken. Conclusie: op diverse fronten wordt goed geïnvesteerd in de toekomst!

In Nederland is een parallel te zien tussen de ontwikkeling van bedrijfskunde als ‘nieuw’ vakgebied en de toepassing van bedrijfskunde in zorgorganisaties. De TU Eindhoven is de bakermat van het onderzoek naar toepassing van logistieke concepten in de zorg. Daar startte eind jaren zestig van de vorige eeuw de eerste integrale vijfjarige universitaire opleiding bedrijfskunde. Al vrij snel ontstond een onderzoeksgroep, het Ziekenhuis Research Project (ZRP), die zich richtte op de vraag in hoeverre bedrijfskundige modellen en concep-

ten vanuit de industriële omgeving konden worden vertaald naar toepasbaarheid in een zorgorganisatie, dan wel op de vraag of voor die sector specifieke modellen en concepten ontwikkeld moesten worden. In de jaren zeventig en tachtig lag het accent daarbij sterk op de ziekenhuizen. De belangrijkste bijdragen in het ZRP kwamen vanuit de disciplines organisatiekunde en operations research.

Zo werd het ‘themo-model’ ontwikkeld, een model voor teamverpleging dat geïnspireerd was op de Zweedse auto-in-

dustrie, die een omslag had gemaakt van een functionele productieorganisatie naar productverantwoordelijke teams. Typische onderwerpen uit die tijd waren onder meer opnameplanning, wachttijden op de polikliniek, dienstrooster- en leerlingplanning en OK-planning. Een substantieel deel van de afgestudeerde bedrijfskundigen vond een werkplek in de zorg en zij hebben een belangrijke functie gehad als kwartiermakers voor het bedrijfskundig denken in de zorg. In de tweede helft van de jaren tachtig ontstond spontaan wat ik nu het ‘Eindhovens schrijverscollectief’ noem, dat het SBOG oprichtte (Stichting Bedrijfskundig Onderzoek Gezondheidszorg)¹.

De term logistiek kwam toen overigens nog niet voor; in de industrie ging het over planning en voorraadbeheersing. Logistiek werd vooral geassocieerd met transport en vervoer, ofwel distributielogistiek (‘physical distribution’).

Introductie patiëntenlogistiek

In de jaren tachtig ontwikkelde het industriële logistieke vakgebied zich snel; Toyota was een van de toonaangevende bedrijven die zich sterk richtte op het implementeren van logistieke concepten. Rond 1990 kreeg ook de gezondheidszorg hiervoor belangstelling, zij het dat de aandacht in eerste instantie uitging naar de goederenlogistiek: inkoop, voorraadbeheer, distributie, opslag van goederen, waaronder ook medische hulpmiddelen en geneesmiddelen. In de productie-sector is de besturing van de materiaalstroom in het fabricageproces essentieel; dat is immers het primaire proces. Echter in de zorgsector bestaat het primaire proces niet uit goederenstromen, maar uit patiëntenstromen en zorgprocessen. Om te benadrukken dat logistiek primair het primaire proces betreft, werd toen de term ‘patiëntenlogistiek’ geïntroduceerd om het verschil met de goederenlogistiek aan te geven. Ook hier kun je weer de discussie voeren wie de term heeft uitgevonden. Ik zelf houd het wederom op de Eindhovense school. De toenemende belangstelling werd ook opgemerkt door de VLM, de Vereniging Logistiek Management. Begin jaren negentig mocht ik zitting nemen in de Ontwikkelingsraad van de VLM; de leden waren afkomstig uit verschillende sectoren, waar de zorg er één van was, en wisselden met elkaar relevante kennis en ontwikkelingen uit. Dat resulteerde uiteindelijk in het eerste ‘echte’ boek over patiëntenlogistiek, uitgegeven onder auspiciën van de VLM: ‘Patiëntenlogistiek in ontwikkeling; inzichten en toepassingen’ (De Vries, 1993). In hetzelfde jaar werd ik benoemd als deeltijdhoogleraar op een nieuwe leerstoel aan de TUE: bedrijfskunde in de gezondheidszorg.

Parallel aan de toenemende aandacht voor logistiek kwamen kwaliteitszorg en kwaliteitsmanagement hoog op de agenda in de zorgsector te staan. De aandacht voor kwaliteit overvleugelde die voor logistiek omdat het thema aangejaagd werd en zijn verankering kreeg in de volle breedte van de zorgsector: ook overheid, zorgverzekeraars en de (wetenschappelijke) beroepsverenigingen. De jaren negentig kende een aantal zogenaamde ‘Leidschendam conferenties’; één

van de ankerpunten werd uiteindelijk de kwaliteitswet Zorginstellingen, die na een lange aanloop uiteindelijk werd aangenomen.

Toenemende aandacht zorglogistiek

Inmiddels was TU Eindhoven al lang niet meer uniek met zijn opleiding bedrijfskunde; die was op de meeste universiteiten te volgen. Als het gaat om beleids- en managementvraagstukken in de gezondheidszorg hadden de universiteiten van Maastricht en Rotterdam een opleiding in het leven geroepen die daar geheel op gericht was. Met name Rotterdam speelde en speelt een belangrijke rol op het gebied van kwaliteitszorg in de gezondheidszorg, vanuit zowel een zorginhoudelijke als bedrijfskundige optiek (zie bijvoorbeeld het boek van Harteloh en Casparie: ‘Kwaliteit van zorg; van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak’). Vanaf de eeuwwisseling lijkt de aandacht voor zorglogistiek weer toe te nemen. Die aandacht is mede ingegeven door de toenemende noodzaak om grip te krijgen op het primaire proces, zowel om redenen van serviceverlening aan cliënten die steeds mondiger worden en snelle doorlooptijden

“De aandacht voor zorglogistiek is mede ingegeven door de toenemende noodzaak om grip te krijgen op het primaire proces”

en korte wachttijden willen, als om redenen van efficiënte bedrijfsvoering. Twee universiteiten geven het vakgebied een wetenschappelijke verankering:

- Frits van Merode wordt in Maastricht benoemd als bijzonder hoogleraar logistiek en operationeel management in de zorg. Titel oratie: Planning en reactie in zorglogistiek, 19 april 2002;
- Jan Vissers en Guus de Vries worden in Rotterdam samen benoemd (voor 0,4 resp. 0,2 fte) als hoogleraar Zorglogistieke Bedrijfsvoering. Titel oratie: Sleutelen aan zorgprocessen; een visie op zorglogistieke bedrijfsvoering, 1 april 2005.

Vrijwel alle zorginstellingen hebben als beleidsopgave in hun strategieplannen staan dat ze zich willen ontwikkelen van een aanbod- naar een vraaggestuurde organisatie. In dat

transformatieproces spelen zowel kwaliteit als logistiek een rol, zodat integratie van beide in toenemende mate zichtbaar wordt. Vanuit het kwaliteitsdenken wordt de klant centraal gesteld en zal een organisatie moeten voldoen aan de verwachtingen van de klant. De logistiek richt zich op inrichting en sturing van de voortbrengingsprocessen in de organisatie, die op hetzelfde doel gericht moeten zijn: wat geleverd wordt moet voldoen aan specificaties met betrekking tot wat (inhoud), hoe (bejegening) en wanneer (wachtijd, doorlooptijd, levertijd). Naast de oriëntatie op de klant is de oriëntatie op een doelmatige bedrijfsvoering van belang.

Stroomversnelling

Twee ontwikkelingen hebben de afgelopen jaren een stevige impuls aan de verankering van het logistieke gedachtegoed in het veld gegeven:

- Het TPG-rapport 'Het kan écht; betere zorg voor minder geld' (2004)
- Het Sneller Beter pijler 3 programma.

Het TPG-rapport, in 2004 uitgebracht onder verantwoordelijkheid van Peter Bakker, TPG-topman en één van de 'gezanten' van ex-minister Hoogervorst, roept nogal gemengde reacties op. De meest kenmerkende reactie van de onwilligen en ongelovigen is 'patiënten zijn geen postpakketjes'; anders gezegd: ze roepen en vinden van alles, maar ze snappen niks van onze business; waar halen ze de euvele moed vandaan! (ook wel het 'not invented here' syndroom genoemd). De berekende besparingen en onderliggende aannames zijn in het rapport inderdaad nauwelijks onderbouwd. Toch heeft het rapport een functie, al was het maar dat de aandacht voor logistiek toch weer hoger op de agenda komt en de zorgsector door een gezant van buiten even wakker wordt geschud. De redeneerlijnen in het rapport zijn logistiek consistent: streef naar verdere standaardisatie van zorgprocessen, en schakel in je bedrijfsvoering om van push naar pull. Met andere woorden: ga uit van de klantvraag en plan de klantorders in op basis van de vraagspecificatie in plaats van: benut je capaciteiten goed en plan ze vol met klantvragen die op de stapel liggen te wachten tot ze aan de beurt zijn. Het principe daarvan sluit overigens naadloos aan op de transformatie van een aanbod- naar vraaggestuurde zorgsector.

Een tweede versneller is het Sneller Beter pijler 3 programma voor ziekenhuizen. Naast zorglogistiek en kwaliteit is ook veiligheid daarbij een thema. De benadering is sterk gebaseerd op het best practice- en het doorbraakdenken. Gehanteerde aanpakken zijn onder meer het werken zonder wacht-

lijsten voor poliklinieken en PHI: proces herinrichting. Voor praktijkervaringen en achtergrondinformatie over de methodiek van aanpak kan worden verwezen naar de bijdragen van Croonen/Smulders en Bal. Naast de ziekenhuizen die officieel in het SB-programma participeren hebben veel ziekenhuizen een eigen aanpak ontwikkeld, met soms variaties op de naamgeving (zoals Duidelijk Beter, of Beter Sneller). Het Sneller Beter programma is specifiek ziekenhuisgericht. De GGZ kent het LAK: Landelijk Actieprogramma Kwaliteit voor GGZ en verslavingszorg, dat loopt van 2005 tot 2008. Binnen het LAK wordt ook aandacht geschonken aan zorglogistiek; door het iBMG van de Erasmus Universiteit is een voorstudie verricht naar de stand van zaken hieromtrent.

Stand van zaken

Op het niveau van aanpakken en instrumentarium is inmiddels een rijk arsenaal aan beschikbaar. Figuur 1 geeft een overzicht van bewezen logistieke verbeterprincipes bij het optimaliseren van zorgpaden.

Voor een overzicht van de huidige stand van zaken rond de zorglogistiek wordt als kapstok gehanteerd het onderscheid naar logistiek, te weten unitlogistiek en ketenlogistiek, waarbij ketens zowel intramuraal als transmuraal kunnen zijn (zie figuur 2). Dit onderscheid is ook terug te vinden in het boek van Vissers & Beech (ed.) ('Health Operations Management; patient flow logistics in health care. Routledge, 2005'), dat naar mijn mening de state-of-the-art van het vakgebied beschrijft. Het boek is onderverdeeld naar concepten (waaronder unit- en ketenlogistiek) en cases waarin toepassingen beschreven zijn.

De combinatie van unit- en ketenlogistiek wordt netwerklogistiek genoemd, waarbij het verkrijgen van een optimale combinatie van doelmatig capaciteitsgebruik en serviceniveau een belangrijke doelstelling vormt.

Het toepassen van zorglogistieke concepten in de cure sector kent een langere geschiedenis dan in de care sector, zeker als het de intramurale care betreft. Een uitzondering hierop vormt de thuiszorg, waar het primaire proces een heel ander karakter kent omdat niet de patiënt/cliënt zich verplaatst maar de thuiszorgmedewerker. Optimalisatie van transportlogistiek voor de medewerker speelt daarbij een rol. Overigens leidt de trend van deconcentratie en extramuralisering er toe dat ouderenzorg en gehandicaptenzorg steeds meer kenmerken van zorg aan huis krijgen; waar de cliënt dan woont is van ondergeschikt belang: waar de cliënt is met een zorgvraag, zal zorg geleverd moeten worden.


PLEXUSINTERIM



i www.plexus-interim.nl
t +31 (0)20-462 66 99

MANAGERS IN DE ZORG

Toepassen bewezen logistieke verbeterprincipes

Herontwerpen van de uitvoering	Vormgeven van de vraag	Afstemmen aanbod op vraag
<ol style="list-style-type: none"> 1. Protocolleer een standaardiseer 2. Voer taken parallel uit (one-stop shopping) 3. Gebruik verschillende soorten processen voor verschillende soorten vragen/cliënten(triage) 4. Beperk het aantal overgangen 5. Synchroniseer deelprocessen in de tijd 6. Maak gebruik van 'trekkracht' in plaats van 'duwkracht' (anticiperen) 7. Breng de uitvoering van processtappen fysiek dicht bij elkaar 8. Automatiseer processtappen 9. Laat mensen zien dat ze deel uitmaken van hetzelfde systeem 10. Zorg voor meer kleinere werkstations die hetzelfde werk doen (i.p.v. één grote) 11. Behaal kwaliteits- en schaalvoordelen door concentratie m.b.t. tijd, locatie en personen (specialisatie) 12. Zorg dat specialisten hun tijd meer kunnen gebruiken voor het gespecialiseerde werk 13. Koppel stappen die niet perse verbonden zijn aan het proces los (en voer deze eerder of later uit) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verwijder stappen die niet of slechts af en toe nodig zijn (bv. niet zinvolle autorisaties of controles) 2. Voeg functionele wachttijd toe 3. Combineren van vragen (groepsconsulten) 4. Herformuleer de vraag opdat deze binnen een standaardproduct past (verwijzing huisarts met decision support) 5. Pas triage toe 6. Ga niet in op zorgvragen waar geen effectieve zorg kan worden verleend 7. Schakel anderen in om een deel van de zorg te verlenen (nurse practitioners) 8. Anticipeer op te verwachten vragen 9. Promoot en faciliteer zelfzorg 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Voorspel toekomstige vraag o.b.v. ervaring 2. Probeer fluctuaties in de vraag te verminderen 3. Anticipeer op niet te voorkomen pieken in de vraag 4. Verwijder bottlenecks uit het systeem 5. Werk achterstallig werk (wachtrijen) regelmatig weg door tijdelijke uitbreiding capaciteit 6. Zoek evenwicht tussen centrale en decentrale capaciteit 7. Heb 'nood'plannen beschikbaar om met onverwachte vertragingen om te gaan 

Figuur 1: Overzicht van bewezen logistieke verbeterprincipes bij het optimaliseren van zorgpaden

Unitlogistiek

Optimale capaciteitsbenutting is primair van belang voor de 'dure' capaciteiten. De OK is waarschijnlijk de meest geanalyseerde en wetenschappelijk onderzochte unit, waar de planning steeds geavanceerder wordt en steeds meer relevante planningsinformatie beschikbaar is. De toewijzing van tijdsblokken aan snijdende specialismen krijgt een steeds betere onderbouwing, de feitelijke benutting wordt steeds beter gemonitord. Zowel in de algemene als academische ziekenhuizen heeft benchmarkonderzoek plaatsgevonden, zodat zicht ontstaat op de best practices. Ook de kliniek is veelvuldig object van onderzoek geweest; aanvankelijk met veel aandacht voor bedbezetting, al snel gevolgd door de personele component: verpleegkundige werklust, formatiebepaling en

personeelsplanning. De personele component is doorgaans een schaarsere capaciteit dan de bedden capaciteit en dus vaak de bottleneck. Met de voortschrijdende verkorting van de verpleegduur neemt het belang van snelle turn-over en optimale bedbezetting weer toe. Daarnaast kunnen andere units worden genoemd, zoals IC/CCU, radiologie, laboratoria en de spreekuurplanning op de poliklinieken.

Ook in de care sector is benutting van de bedden capaciteit van belang; de bedbezetting ligt hier hoger dan in ziekenhuizen als gevolg van een langere ligduur en een lage turn-over. Maar de trend van verblijf naar doorstroom is ook hier zichtbaar, zij het met een grote variatie in cliëntgroepen; chronisch verblijf geldt immers voor een groot deel van de populatie. Het belang van efficiënte personeelsinzet is vanzelfsprekend ook

hier groot. Dat geldt in toenemende mate ook voor de extramurale/ambulante dienstverlening waar steeds meer zorgorganisaties expliciete productiviteitsnormen hanteren voor hun ambulante werkers; de directe productiviteit (contacturen) blijkt vaak niet boven de 50% te komen en daar wordt een verbeterdoelstelling op geformuleerd.

Ketenlogistiek

Ketenlogistiek kan nader worden onderscheiden in interne en externe/transmurale ketens. De primaire insteek is hier niet een productie-eenheid, maar het traject dat een patiënt/cliëntgroep doorloopt. Een actuele ontwikkeling die nog jaren zal doorgaan is de ontwikkeling van zorgpaden c.q. zorgprogramma's. Kenmerken daarbij zijn focus op een klantgroep en standaardisatie. Belangwekkend hierbij is dat de verantwoordelijke professionals, dus de inhoudsdeskundigen, ook (en terecht) degenen zijn die het inhoudelijk ontwerp maken en zich eigenaar voelen. De toegevoegde waarde van de logistieke invalshoek is de expliciete toevoeging van de capaciteitseffecten, kwalitatief en kwantitatief, en normering van de doorlooptijden; beide voor het gehele traject. In de praktijk blijken deze toevoegingen lang niet altijd geëxpliciteerd, dus er valt nog veel werk te doen.

De focus op klantgroepen komt duidelijk naar voren in succesrijke voorbeelden waarbij ook de taal verandert: de caracatstraat, de galblaasexpress, het prostaatplein, de mama poli. Ook in GGZ verschuift de oriëntatie van behandeling en duur naar stoornis/leefomgeving gericht, zoals eetstoornissen, verslavingszorg, multiprobleem-gezinnen. De transmurale ketenlogistiek verbindt de cure en care, omdat de keten zich laat opknippen in verschillende fases

zoals acute opvang, behandeling, herstel, zorg. Herkenbare voorbeelden zijn de CVA-keten, waar veel studies naar zijn verricht en congressen aan gewijd, en de COPD-keten en palliatieve zorg. Nieuwe zorgvormen als 'zorghotels' doen hier hun intrede als overloop voor de ziekenhuispatiënt die geen directe medische zorg meer behoeft.

De verbinding tussen unit- en ketenlogistiek leidt tot netwerklogistiek, met een dubbele doelstelling: optimalisering van capaciteitsbenutting en logistieke serviceverlening aan de klant. Deze op zich strijdige doelstellingen kunnen uitstekend hand in hand gaan in een zogenaamde 'focused factory' die volledig is toegerust voor een specifieke klantgroep die een bepaalde homogeniteit kent in vraag- en proceskarakteristieken. De eerste winst ligt bij de 'logistiek gemakkelijke' klantgroepen, die een hoge mate van planbaarheid en voorspelbaarheid kennen, in combinatie met niet al te ingewikkelde netwerkrelaties met de 'shared resources' (de OK, de radiologie, de IC) in het ziekenhuis. Juist in die categorie zien we de ZBC's ontstaan. Een voorbeeld in de care sector, c.q. de gehandicaptenzorg, is de 'grensoverschrijdende' optimalisatie door verbeterde afstemming van wonen en dagbesteding; enerzijds logistiek aan elkaar geklonken via de gemeenschappelijke cliënten en geïntegreerde zorgplannen, anderzijds principieel naar leefdoelgebied gescheiden.

Uitdagingen en ontwikkelstrategieën

Een zichtbare ontwikkelingslijn is de volgende: eerst de units op orde (efficiency), dan verbetering van zorgketens te beginnen bij goed te markeren klantgroepen (service). Vervolgens komt het netwerkperspectief in beeld, maar dient zich ook een andere vraag aan. De successen van procesherinrichting en doorlooptijdverbetering hebben betrekking op een afgebakend segment van de totale patiënten/cliënten populatie. Het opdoen van ervaring met pilots en vervolgens de uitrol daarvan naar andere klantgroepen is een beproefde aanpak die ook bij Sneller Beter wordt gehanteerd. Het dilemma dat zich voordoet is: hoe lang ga je door met uitrol naar de volgende suboptimalisatie, en wanneer breekt het moment aan voor een integrale, organisatiebrede logistieke benadering? Dat vraagt een fundamentele heroriëntatie op de logistieke grondvormen van de organisatie. Zorgorganisaties zijn mede zo complex door hun huidige organisatievorm, waarbij nog weinig ordening naar kenmerken van klantvragen en processen zichtbaar is. De grote kanteling die veel ziekenhuizen achter de rug hebben, resulteerde in een ordening naar clusters (of divisies) van verwante specialismen. Anders gezegd: een ordening op aanbodkenmerken en niet op vraagkenmerken. Iedere kanteling is een antwoord op een coördinatieprobleem, maar leidt ook tot een nieuwe verkoking in de structuur die weer nieuwe coördinatievragen oproept. Dat hindert vooral die processen die dwars door de gekozen structuren heengaan; het proceseigenschap is dan niet in de structuur geborgd zodat allerlei afhankelijkheden ontstaan. Een nieuwe ordeningsvorm is die van het driestromenland die door een aantal ziekenhuizen ook

De TU Eindhoven wordt door velen gezien als de bakermat van het onderzoek naar logistieke concepten voor de zorgsector. In de loop der jaren is een aantal zorglogistiek gerelateerde proefschriften verschenen, gebaseerd op onderzoek dat aan de TU Eindhoven is verricht. Een overzicht:

- J.A. Verwey. Verpleging in beweging. De stabiliteit in de personele bezetting van verpleegafdelingen in algemene ziekenhuizen en de opleidingen tot verpleegkundige (1981).
- J.A. Blanjaar. Patient Scheduling in Radiodiagnostic Department (1984).
- G. de Vries. Evenwicht in zorgvraag en zorgaanbod; besturing van de afstemming op verpleegafdelingen (1984).
- R.J. Kusters. Opnameplanning in Ziekenhuizen (1988).
- P.M.A. Groot. Decision Support for Admission Planning under Multiple Resource Constraints (1993).
- J.M.H. Vissers. Patient Flow based Allocation of Hospital Resources (1994).
- R.E. Wulff. Het ontwerpen van ziekenhuisorganisaties. Een onderzoek naar de organisatiestructuur van het algemene ziekenhuis (1996).

als leidraad voor (ver)nieuwbouw wordt gekozen: een indeling naar acute, electieve en chronische patiënten. Deze ordening is gebaseerd op karakteristieken van het zorgproces, en daarmee meer vraag- dan aanbod gericht.

Ook de caresector zal zich meer gaan richten op processturing. Dat de 'units' op orde moeten zijn in termen van efficiency en productiviteit is een voorwaarde die vervuld moet worden en voorlopig nog aandacht zal vragen. Rond specifieke klantgroepen ontstaan keten- en netwerkconfiguraties waarin meerdere zorgaanbieders hun bijdrage leveren (zoals kinder- en jeugdzorg en autismentetwerken).

Een duidelijk zichtbare trend is de toename van co-morbiditeit, mede als gevolg van vergrijzing, met als effect dat een steeds groter aantal patiënten bij meer dan één specialisme in behandeling is. De coördinatie van deze patiëntenstromen en processen is ingewikkeld en vaak energievretend, omdat je dwars door barrières (lees: de specialisme gerelateerde clusters) heen moet (als je al weet dat 'jouw' klant ook elders in de organisatie shopt). ICT en EPD worden vaak gezien als oplossing voor dit probleem; het is zeker een oplossing voor de patiëntgebonden informatievoorziening, maar het lost de spanning tussen procesgericht willen sturen door gevestigde structuren heen niet op. Ook hier ontstaan nieuwe vormen voor te onderscheiden patiëntgroepen, zoals een vaatcentrum en een geïntegreerd oncologisch centrum. De zorgorganisatie van de toekomst zal een pluriforme verschijnings-vorm kennen, met een efficiënt 'bulk' bedrijf voor de routinematige high-volume processen, met centra die optimaal zijn geëquipeerd voor specifieke, al dan niet multidisciplinaire patiëntengroepen, en shops-in-the-shops voor specialistische vragen. Dat betekent een ontwikkeling naar een netwerkorganisatie, waarin niet de structuur en de 'management'domeinen leidend zijn, maar de klantprocessen. Anders gezegd: van positioneel naar transactioneel organiseren. Het regelen van het grensverkeer is belangrijker dan het beheer van de eigen unit. Iedere schakel in het proces is gericht op het bieden van toegevoegde waarde in het klantproces. Dat geldt zowel voor organisatorische eenheden als voor de afzonderlijke disciplines.

In het logistieke sturingsconcept is in de praktijk vaak een gat waarneembaar tussen het strategisch en operationeel niveau. Logistieke problemen manifesteren zich weliswaar op operationeel niveau, de oplossing voor het probleem zal zelden alleen op het operationeel niveau worden gevonden. Als op structureel niveau sprake is van een disbalans tussen vraag en aanbod, los je dat op operationeel niveau nimmer op en blijven goede resultaten te sterk afhankelijk van adhocatie en improvisatievermogen. Juist op dat middenniveau gaat het om de balans tussen enerzijds de capaciteitsconfiguratie en anderzijds de patiëntgroepen die daarop een beroep doen. Een snelle ontwikkeling naar decentraal plannen zonder een check op deze structurele balans, is vragen om moeilijkheden; het probleem wordt niet opgelost maar verschoven. Uiteraard moet die balans ook worden gecreëerd bij de ontwikkeling naar een netwerkconfiguratie.

Unitlogistiek	Ketenlogistiek
<p>Richt zich op de optimale bedrijfsvoering van een productie eenheid.</p> <p>Elementen van analyse en verbetering zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - onderscheid naar capaciteitssoorten (personeel, ruimtes, apparatuur) - kenmerken van de capaciteitssoorten (al dan niet gedeelde capaciteiten, (dis)continue beschikbaarheid) - toewijzing, planning van de inzet en optimale benutting van de capaciteitssoorten (geen leegstand en/of onderbenutting) - reguleren van in-, door- en uitstroom binnen de werkeenheden, afgestemd op de beschikbare capaciteit. 	<p>Richt zich op de optimale procesgang van een klant door de keten.</p> <p>Elementen van analyse en verbetering zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - onderscheid naar de schakels c.q. werkstations in de keten - detecteren van de bottleneck in de keten - onderzoeken van vraag- en proceskenmerken op complexiteit, planbaarheid en voorspelbaarheid - aanbrenge van ontkoppelpunten in de keten - integrale ketenplanning voor de patiënt, over de werkstations heen, dan wel plannen tot het eerstvolgende ontkoppelpunt (pull in plaats van push, ofwel integraal in plaats van eenstapslogistiek).

Figuur 2: De verschillen tussen unitlogistiek en ketenlogistiek

Tenslotte nog iets over de ontwikkeling van logistieke kennis. Inmiddels hebben diverse universiteiten onderzoeksprogramma's lopen en leiden zij studenten op in zorglogistieke kennis en vaardigheden. Het is verheugend te constateren dat de NVZ het initiatief genomen heeft om samen met de VLM een masterclass patiënten- en zorglogistiek op te zetten. De eerste pilot heeft inmiddels gedraaid. Conclusie: op diverse fronten wordt goed geïnvesteerd in de toekomst! ■

Over de auteur: Prof. Dr. Ir. Guus de Vries, partner DamhuisElshoutVerschure organisatieadviseurs, hoogleraar zorglogistieke bedrijfsvoering, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Erasmus MC/Erasmus Universiteit.

1 Het Eindhovense schrijverscollectief c.q. SBOG bestaat uit Jan Willem Hoorn, Johan Lettink, Harrie van Tuijl, Jan Vissers en Guus de Vries. Het zette inmiddels vijf boeken in de markt: Structureren en beheersing van zorgprocessen (1988), Sturing van zorgprocessen (1991), Ontwerpen en veranderen van zorgprocessen (1994), Effecten van bedrijfskundige interventies op zorgprocessen (1998), Gezondheidszorg onder druk. Vitaliserende spanning in het middengebied van organisaties, een bedrijfskundige benadering (2006)