

Van strategische visie tot operationele afspraken

Verzamelde inzichten van 10 ziekenhuizen over het plan- en roosterproces



Maartje van de Vrugt, Amsterdam UMC

Arjan van Hoorn, UMC Utrecht (UMCU)

Arnoud van der Zalm en Saskia Vertregt, HagaZiekenhuis

Bart van den Acker en Daan de Jong, RadboudUMC

Lars Tiemessen, Rijnstate

Marjon Koeken, Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ)

Richard Boucherie, Aleida Braaksma en Gréanne Leeftink, kenniscentrum CHOIR Universiteit Twente

Rob Oudenhoven, Laurentius Ziekenhuis

Saskia Busscher en Michel Kats, Ziekenhuisgroep Twente (ZGT)

Tjibbe Hoogstins, Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG),

Toni Mulder, Martini Ziekenhuis

Voorwoord

Regelmatig verschijnt er in de media een artikel over het toenemende capaciteitstekort in de zorg. Begin 2022 schreef de NOS bijvoorbeeld: “in 2031 zal het tekort aan zorgpersoneel naar verwachting oplopen naar 135.000 werknemers” ([NOS 20 januari 2022](#)). Efficiënt benutten van resources is actueel, omdat ziekenhuizen hun medewerkers niet willen overbelasten en hun patiënten zo goed mogelijk willen helpen, maar tegelijkertijd als organisatie financieel gezond willen zijn. De Coronapandemie heeft het tekort aan personeel versterkt doordat een deel van het zorgpersoneel kampt met long-Covidklachten en niet kan terugkeren in hun eigen werk. In 2022 gaf een kwart van de jonge artsen aan last te hebben van burn-outklachten ([Skipr, 3 oktober 2022](#)). Dit percentage was niet eerder zo hoog en steeg in twee jaar tijd met 10 procentpunten.

Gedegen integraal capaciteitsmanagement kan in ziekenhuizen bijdragen aan een betere capaciteitsbenutting zonder dat het personeel daar harder voor hoeft te werken. Bovendien kan een ziekenhuis door goede capaciteitsplanning beter sturen op het leveren van de juiste zorg en het verminderen van toegangstijden. Integraal capaciteitsmanagement is daarom niet alleen waardevol voor zorgverleners, maar ook voor patiënten en de financiën. In een financieel gezonde organisatie is er meer ruimte is voor persoonlijke ontwikkeling en innovatie, wat weer ten goede komt aan de zorgverleners en patiënten.

Sinds enkele jaren wisselen ziekenhuizen kennis uit op het gebied van capaciteit en logistiek op initiatief van vakgroep [CHOIR \(Center for Healthcare Operations Improvement and Research\)](#) van de Universiteit Twente. Dit *CHOIR netwerk* komt ongeveer om de maand online bij elkaar om van elkaar te leren. Tijdens één van deze sessies besloten we om kennis te gaan delen over het proces van plannen en roosteren. Al gauw ontstond de behoefte om een gemeenschappelijke terminologie te definiëren en om alle kennis gestructureerd vast te leggen. Deze publicatie is het resultaat.

Dit document is een bundeling van de ervaringen die alle co-auteurs in hun ziekenhuizen opgedaan hebben. Deze ervaringen zijn deels gestoeld op de wetenschappelijke inzichten van CHOIR, maar ook deels op ons eigen ‘boeren verstand’, inzicht en creativiteit. We kiezen ervoor om het document niet formeel uit te laten geven, omdat we niet de indruk willen wekken dat deze publicatie de universele waarheid voor alle ziekenhuizen is. We zijn ons ervan bewust dat ieder ziekenhuis haar eigen bestuur, cultuur en werkwijze heeft. Desalniettemin zijn er basisprincipes waar ieder ziekenhuis van kan profiteren, die we in deze publicatie samengebracht hebben. Als auteurs willen we de optie houden om aanvullingen en aanscherpingen te doen wanneer we door voortschrijdend inzicht dat nodig achten; de nieuwste versie van dit document kunt u altijd terugvinden op de website van CHOIR. Mocht u bij het lezen van dit document vragen hebben en/of contact willen opnemen met de co-auteurs, kan dat het beste via onze groep op LinkedIn: www.linkedin.com/groups/1587437.

Mocht u willen deelnemen aan het CHOIR netwerk, kunt u het beste contact opnemen met eemcs-choir@utwente.nl. Alle ziekenhuizen kunnen in principe deelnemen aan het netwerk, maar er zijn twee voorwaarden voor deelname:

1. Een ziekenhuis kan alleen deelnemen aan het netwerk wanneer het ziekenhuis bij iedere netwerkbijeenkomst vertegenwoordigd is.

-
2. Een ziekenhuis kan alleen deelnemen wanneer het kennis en ervaringen 'vrij mag delen' met de andere ziekenhuizen. (Dit is belangrijk wanneer ziekenhuizen elkaars directe concurrent zijn in een regio of voor een aandachtsgebied.)

Om een idee te krijgen van de onderwerpen die aan bod komen, kunt u altijd deelnemen aan één van de [webinars van CHOIR](#). Wellicht zien we u in een volgende bijeenkomst, voor nu veel inspiratie gewenst met het lezen van dit stuk!

Eerste versie online beschikbaar: 14 oktober 2022

Samenvatting

In dit document identificeren en definiëren we de verschillende stappen in het plan- en roosterproces in ziekenhuizen. Hierbij ligt onze focus op resources/zorgverleners die geplande afspraken maken met patiënten, zoals poliklinische consulten, onderzoeken en behandelingen op functieafdelingen of operaties op de OK. Met een goed ingericht proces kunnen ziekenhuizen de stap maken van aanbodgericht naar vraaggericht werken, wat voor de patiënt leidt tot kortere toegangs- en wachttijden, voor medewerkers tot betere benutting van agenda's en beter gebalanceerde werkdruk, en op ziekenhuisniveau tot meer controle over de productie.

Om uiteindelijk te komen tot een afspraak tussen patiënt en zorgverlener, doorlopen de verschillende afdelingen van een ziekenhuis veel stappen. In de introductie hieronder definiëren we begrippen voor alle stappen van het proces zodat we één gemeenschappelijke taal spreken. De belangrijkste definities in dit document staan hieronder.

- Plannen: vaststellen van het benodigde aantal taken, en de hoeveelheid capaciteit per specialisme/taak om gewenste doelstellingen te halen.
- Roosteren: toewijzen van specifieke resources (bijvoorbeeld specialist of behandelkamer) aan specifieke taken.
- Boeken: een patiënt boeken op een specifieke datum en tijd in het rooster van een resource.

In dit document verduidelijken we alle processtappen, waarbij we zo veel mogelijk voorbeelden uit onze eigen ziekenhuizen gebruiken.

Een nieuw plan- en roosterproces implementeren in een ziekenhuis gaat niet vanzelf. Naast het duidelijk onderscheiden van bovenstaande stappen is het van belang om in dit proces afspraken te maken over de personen die betrokken zijn bij het proces. Met een duidelijke rolverdeling wordt helder wie welke taak in het proces uitvoert, en welke eisen er gesteld worden aan de medewerkers die deze rol vervullen. In onze ervaring is het nuttig om taken in enkele rollen te centraliseren, dus niet te veel verschillende rollen te definiëren. Op deze manier gaat de communicatie over zo min mogelijk rollen (en dus verschillende medewerkers) en kunnen betrokkenen de juiste kennis en vaardigheden opbouwen. Dit wordt in het derde hoofdstuk toegelicht.

Inhoud

| | |
|---|----|
| Voorwoord | 2 |
| Samenvatting..... | 4 |
| 1 Inhoud | 5 |
| 1 Introductie..... | 6 |
| 1.1 Enkele definities | 6 |
| 1.2 Overzicht plan- en roosterproces..... | 8 |
| 2 Toelichting per deelaspect plan- en roosterproces | 11 |
| 2.1 Visie ziekenhuis | 11 |
| 2.2 Van visie naar productieplan en begroting | 12 |
| 2.3 Basisplanning..... | 16 |
| 2.4 Basisrooster..... | 20 |
| 2.5 Van basisplanning naar periodeplanning en perioderooster | 21 |
| 2.6 Muteren en openen van spreekuren of (OK-)sessies | 26 |
| 2.7 Boeken | 27 |
| 2.8 Realisatie registreren en monitoring..... | 29 |
| 3 Implementatie | 31 |
| 4 Conclusie | 33 |
| 5 Dankwoord..... | 33 |
| 6 Bijlage: De Agendarasters en/of OK-blauwdrukken | 34 |
| 6.1 Verdeling van beschikbare OK-capaciteit specialisme naar specialist | 34 |

1 Introductie

Dit document biedt een overzicht van ervaringen omtrent het plan- en roosterproces van zorgverleners/resources die afspraken maken met patiënten, van ziekenhuizen binnen het CHOIR Netwerk Zorglogistiek. Door het plan- en roosterproces goed in te richten kunnen ziekenhuizen de stap maken van aanbodgericht naar vraaggericht werken. Kenmerken van aanbodgericht werken die je in ziekenhuizen nog regelmatig tegenkomt, zijn bijvoorbeeld:

- Op strategisch niveau een basisrooster dat historisch gegroeid is en niet is afgestemd op het ambitieplan.
- Op tactisch niveau wordt er gedurende het jaar niet bijgestuurd op basis van monitoring.
- Op operationeel niveau leidt de afwezigheid van een arts tot het annuleren van een spreekuur in plaats van het verplaatsen of waarnemen (door een andere arts) ervan.

Een vraaggericht plan- en roosterproces leidt voor de patiënt tot kortere toegangs- en wachttijden, voor medewerkers tot betere benutting van agenda's en beter gebalanceerde werkdruk, en op ziekenhuisniveau tot meer controle over de productie.

Het document begint met een overzicht van het plan- en roosterproces en een toelichting daarop. Daarna worden één voor één de verschillende deelaspecten van het plan- en roosterproces toegelicht. Deze toelichtingen zijn generiek geschreven, maar zijn soms aangevuld met specifieke voorbeelden vanuit verschillende huizen. Het generiek gedeelte beschrijft wat de stap inhoudt, de voorbeelden beschrijven zaken als verantwoordelijkheden, termijnen en gebruikte systemen.

1.1 Enkele definities

De definities hieronder zijn gegroepeerd om de leesbaarheid te vergroten.

1.1.1 Activiteiten

- **Plannen:** vaststellen van het benodigde aantal taken, en de hoeveelheid capaciteit per specialisme/taak om gewenste doelstellingen te halen.
- **Roosteren:** toewijzen van specifieke resource (bijvoorbeeld specialist of behandelkamer) aan specifieke taken.
- **Boeken:** een patiënt boeken op een specifieke datum en tijd in het rooster van een resource.

1.1.2 Tijdsperiodes

- **Cyclus:** lengte van een repeterende rooster of een repeterende planning, bijvoorbeeld één of twee weken.
- **Periode:** één cyclus of meerdere cycli vormen samen één periode. Voor elke periode opnieuw worden planning en rooster (na een conceptversie) definitief gemaakt.
- **Planhorizon:** maximale periode waarbinnen de benodigde hoeveelheid capaciteit wordt vastgesteld.
- **Roosterhorizon:** maximale periode waarvoor de beschikbaarheid van artsen of spreekuurhouders en eventueel andere resources, bekend is en vast staat.

-
- **Boekhorizon:** maximale periode waarvoor het rooster van een resource open is gezet om patiënten te boeken.
 - **Toegangstijd:** de tijd tussen het aanvragen van een afspraak (maken van de order) en de datum van de afspraak. Tijdens de toegangstijd is de patiënt dus niet in het ziekenhuis.
 - **Wachttijd:** de tijd tussen de geplande en gerealiseerde starttijd van een afspraak. Tijdens de wachttijd is de patiënt (bij fysieke afspraken) wél in het ziekenhuis.

1.1.3 Bruto/netto planning en rooster

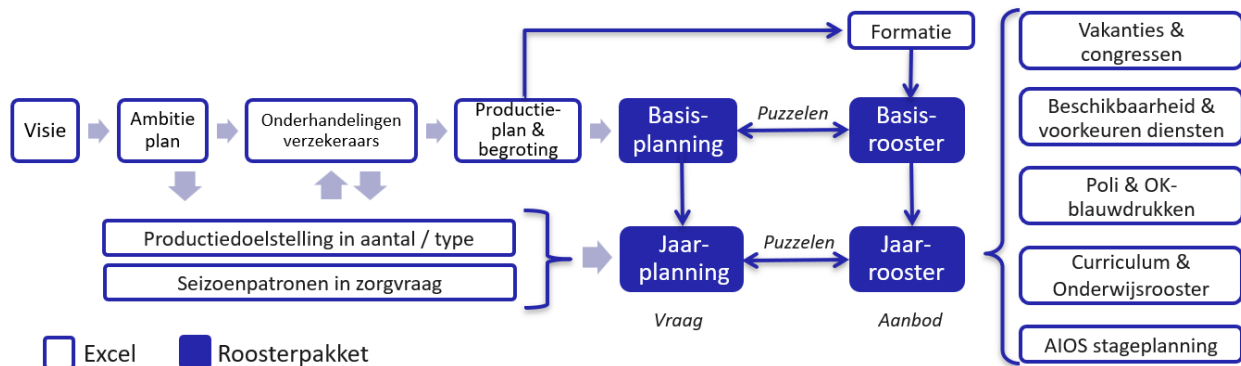
- **Basisplanning:** repeterende planning voor één cyclus die per specialisme/taak weergeeft welke capaciteit bruto (dus zonder afwezigheid zoals vakanties) nodig is om het productieplan en begroting te realiseren.
De basisplanning is bijvoorbeeld een standaard weekpatroon, eventueel met een aangepaste versie voor reductieweken. Een basisplanning bevat alle taken die een specialisme moet realiseren. Dit omvat zowel klinische taken, als OK's en poliklinische taken, plus eventueel onderwijs en onderzoek.
- **Basisrooster:** het repeterende (bruto) rooster voor één cyclus dat je krijgt als je de taken uit de basisplanning toewijst aan individuele zorgverleners waarbij je rekening houdt met vaste vrije dagen.
- **Jaarplanning:** Een jaarplanning bevat voor iedere week het aantal taken dat je als vakgroep in die week wilt uitvoeren. De jaarplanning vergelijk je met je productieplan en begroting en vormt een doelstelling aan de roosteraar om te realiseren.
- **Jaarrooster:** een rooster waarin je het basisrooster repeterend uitrolt over alle weken, waarbij je rekening houdt met de al beschikbare informatie over bijvoorbeeld reductieweken, vakanties en congressen. In je jaarrooster staat dus je voorlopige netto capaciteit.

1.1.4 Van concept naar definitief

- **Periodeplan:** definitief plan voor een specifieke periode rekening houdend met actuele toegangs- en wachttijden en afwezigheid. Dit plan bevat de definitieve netto capaciteit.
- **Perioderooster:** het periodeplan wordt omgezet naar een rooster waarin specifieke resources definitief toegekend worden aan het plan.

1.2 Overzicht plan- en roosterproces

Het plan- en roosterproces delen we op in een proces op jaarbasis en een proces per periode. Hieronder wordt eerst de hoofdlijn van het plan- en roosterproces op jaarbasis beschreven. Daarna volgt per deelaspect een nadere toelichting op de hoofdlijnen. Hierna volgt hetzelfde voor het proces per periode. In de volgende hoofdstukken staat een uitgebreide toelichting op iedere stap van het hele proces.



Figuur 1 Het plan- en roosterproces op jaarbasis. De kleuren geven aan welke onderdelen van het proces de potentie hebben om in een roosterpakket uit te werken.

Elk ziekenhuis is anders, desondanks is er wel in generieke zin een plan- en roosterproces te benoemen. Een plan- en roosterproces omvat al die activiteiten die ervoor zorgen dat een patiënt op het juiste tijdstip gezien kan worden, door één of meer zorgverlener(s) in een ruimte in het ziekenhuis met de benodigde middelen. Doel hierbij is tweeledig:

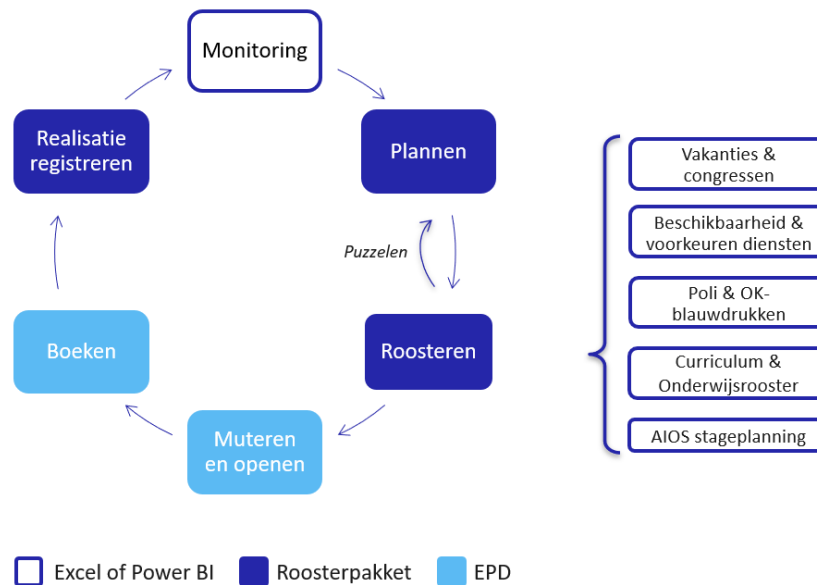
- Het zo goed mogelijk vervullen van de zorgvraag die patiënten hebben.
- Het op efficiënte wijze gebruikmaken van de resources die deze zorg moeten leveren.

Als onderdeel van de jaarlijkse plannings- en control cyclus en in lijn met de **visie** (soms ook strategie genoemd) van het ziekenhuis, wordt een **ambitieplan** (begroting) opgesteld met de begrote aantallen (volume) zorgproducten (DBC's, OVP's en add-ons) en de hiervoor benodigde capaciteit en kosten.

Na onderhandelingen met de zorgverzekeraars wordt het jaarplan omgezet in een definitieve **begroting**, waarin de afgesproken activiteiten, benodigde **formatie** en kosten zijn opgenomen.

Specialismen stellen vervolgens een **basisplanning** en **basisrooster** op, waar in een repeterende cyclus de afgesproken activiteiten (zorgvraag) en capaciteit (zorgaanbod) op elkaar zijn afgestemd. In een **jaarplanning** en **jaarrooster** worden de basisplanning en het basisrooster ingetekend in alle weken van het komende jaar, rekening houdend met de op dat moment beschikbare informatie over bijvoorbeeld seizoenspatronen en afwezigheid. Een jaarplanning en -rooster worden zo gemaakt dat de gemaakte productieafspraken kunnen worden gerealiseerd. Een basisplanning/-rooster bevat meer taken dan het gemiddelde van het jaartotaal zodat de reductie door vakanties/afwezigheden niet leidt tot onderproductie.

Een concept jaarplanning/-rooster wordt opgedeeld in perioden. Per periode (bijvoorbeeld trimester/kwartaal/maand/week) vindt afstemming plaats tussen planning (gewenste aantal taken) en rooster (beschikbaarheid en inzet op taken) op basis van monitoring van de actuele realisatie. Daarmee wordt op tactisch niveau de jaarplanning omgezet naar een periodeplan, rekening houdend met toegangs- en wachttijden, seizoenspatronen in de vraag, vakantie en congressen, et cetera. Met de stap **plannen** wordt het bepalen van de benodigde taken per dagdeel om productiedoelstelling te halen bedoeld.



Figuur 2 Het plan- en roosterproces per periode. De kleuren geven aan welke onderdelen van het proces de potentie hebben om in een roosterpakket of in Excel/Power BI uit te werken.

De stap **roosteren** resulteert in een actueel perioderooster waarin de benodigde activiteiten (spreekurschema's, OK-sessies, et cetera) toegewezen worden aan personen en kamers.

De operationele planning omvat het daadwerkelijk afstemmen van de benodigde en beschikbare capaciteit, middels het verwerken van het definitieve rooster in het EPD (**openen en/of muteren spreken**) en het **boeken** van patiënten op een consult, onderzoek of opname in het EPD.

De **realisatie** van de activiteiten en inzet van resources wordt vastgelegd (**registreren**) ten behoeve van onder andere de salarisuitbetaling en verantwoording. Door middel van monitoring van het aantal geplande en gerealiseerde taken en afspraaktypen versus de doelstelling (**monitoring**) worden planning en roosters waar nodig aangepast. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat er in een periode afgeweken wordt van het standaard sjabloon voor een spreekuur, zodat er meer/minder capaciteit komt voor bepaalde afspraaktypes. Deze cyclus wordt regelmatig doorlopen als een ziekenhuis sterk vraag-gestuurd werkt. In een volwassen plan- en roosterproces ontstaan meerdere feedback-loops, als onderdeel van een continu verbeterproces tussen de stappen in het proces; vanuit monitoring ontstaat feedback op boeken, vanuit boeken op de periodeplanning, vanuit periodeplanning op de basisplanning, etc.

Samenvatting van de belangrijkste termen:

- Een **plan** gaat over een **aantal**, bijvoorbeeld het aantal spreekuren per jaar/week, en kan gezien worden als opdracht aan de roosteraar om deze in te roosteren.
- Een **rooster** gaat over resources/**personen**: welke resource/wie voert de geplande taak uit.
- Een **basisplanning/-rooster** is een cyclus (bijvoorbeeld een week) die de **bruto** capaciteit bevat.
- Een **jaarplan/-rooster** bevat de basis uitgerold over het hele jaar, dus de **voorlopige netto** capaciteit (bruto – afwezigheden = netto).
- Een **periodeplan/-rooster** is op basis van de laatste inzichten uit de monitoring. Het in het plan vastgestelde benodigd aantal taken verwerkt de roosteraar in een rooster wat leidt tot een **definitieve netto** capaciteit.

2 Toelichting per deelaspect plan- en roosterproces

Hieronder volgt per deelaspect een nadere toelichting op de hoofdlijnen van het plan- en roosterproces binnen een afdeling. Een afdeling opereert niet geheel zelfstandig, maar binnen de context van het ziekenhuis. Daarom zijn sectie 1 en 2 gericht op het ziekenhuis als geheel. Dit als inleiding op het plan- en roosterproces van een individuele afdeling/specialisme.

2.1 Visie ziekenhuis

De Raad van Bestuur (RvB) van ieder ziekenhuis is verantwoordelijk voor het opstellen van een visie (en missie) van het ziekenhuis. Deze visie is wat het ziekenhuis onderscheidend maakt van andere ziekenhuizen, zodat zowel nieuwe patiënten als nieuwe medewerkers voor het ziekenhuis zullen kiezen. Soms is dit op basis van concurrentie tussen ziekenhuizen, maar vaak zorgt de visie er juist voor dat ziekenhuizen kunnen samenwerken, omdat ze zo verschillen in focus dat ze elkaar kunnen versterken. Een visie kan bestaan uit de focus op bepaalde patiëntengroepen, zoals een gespecialiseerde borstkankerkliniek of een cardiologisch centrum. Daarnaast bevat een visiedocument vaak informatie over de manier waarop de zorg geleverd wordt (bijvoorbeeld volgens het 'waarde-gedreven zorg' principe) of de gewenste kwaliteit van zorg.

Een visie voor een ziekenhuis wordt vaak vastgesteld voor meerdere jaren, omdat het realiseren van gefocuste zorg kostbaar is en vaak lang duurt. Een ziekenhuis kan een patiëntengroep niet afstoten zonder de vervangende zorg te regelen bij andere ziekenhuizen. Hierin spelen de beschikbaarheid van de zorg voor zowel patiënten als de geneeskundeopleiding een belangrijke rol. Bovendien kunnen personeelsleden boventallig worden met het afstoten van patiëntengroepen en is er dus een gedegen plan nodig voor de uitstroom en/of herplaatsing van personeel. Aan de andere kant kan een ziekenhuis ook proberen nieuwe patiëntengroepen aan te trekken. Typisch moet het ziekenhuis hiervoor nieuw personeel werven dat gespecialiseerd is in de nieuwe patiëntengroep. De patiënten uit de nieuwe groep kunnen bij hun zorgverlener blijven en op deze manier 'meeverhuizen' met de zorgverlener. Vaak moet het ziekenhuis echter veel investeren in het bekendmaken dat de nieuwe patiëntengroep onderdeel is geworden van de casemix van het ziekenhuis, niet alleen bij patiënten zelf maar ook bij verwijzers.

Voor het opstellen van duidelijke productieplannen is het hebben van een scherp geformuleerde visie belangrijk. Voor een goede visie is veel contact tussen de RvB en de (hoofden van) specialismen noodzakelijk, omdat de specialismen doorgaans veel beter op de hoogte zijn van de ontwikkelingen binnen hun vakgebieden. De afspraken met verzekeraars zijn vaak een 'bulk-afpraak', waarin de verschillende patiëntengroepen niet duidelijk te onderscheiden zijn, waardoor de noodzaak van een duidelijke visie hiervoor ontbreekt. Aan de andere kant dwingen zorgverzekeraars steeds meer ziekenhuizen om bepaalde zorg af te stoten, bijvoorbeeld wanneer alle academische ziekenhuizen de tweedelijnszorg moeten afstoten.

Op basis van een meerjarenvisie stellen veel Raden van Bestuur jaarlijks een 'kaderbrief' op. In een kaderbrief staan vaak aandachtspunten die de visie verder aanscherpen of -vullen. Met deze aandachtspunten kunnen medewerkers bepalen aan welke taken ze de meeste tijd besteden. Daarnaast bevat een kaderbrief vaak de belangrijkste prestatie-indicatoren voor het aankomende jaar, met bijbehorende doelwaarden voor de indicatoren.

Een visiedocument van een ziekenhuis kan ook impact hebben op de beschikbare capaciteit van een ziekenhuis. Soms is deze impact expliciet: wanneer bijvoorbeeld een patiëntengroep aangetrokken gaat worden, moet daarvoor ook capaciteit komen. Soms is de impact wat meer indirect: als een ziekenhuis bijvoorbeeld zegt te willen focussen op verbeteren van een bepaalde indicator, of op het behalen van een bepaald kwaliteitskeurmerk, betekent het vaak dat er op dat gebied geïnvesteerd moet worden. Als deze investeringen budgetneutraal gedaan moeten worden, moet er capaciteit van andere delen van de organisatie weggehaald worden. In sommige visiedocumenten staat ook een paragraaf over de financiële meerjarenplannen van het ziekenhuis, die natuurlijk ook een grote impact op de beschikbare capaciteit in een ziekenhuis kunnen hebben.

2.2 Van visie naar productieplan en begroting

In deze sectie bespreken we de stappen om van een visie van het ziekenhuis te komen tot een definitieve begroting en definitief productieplan

2.2.1 Ambitieplan

Vanuit de visie van het ziekenhuis wordt door de RvB, Capaciteitsmanagement en financiën een ambitieplan opgesteld voor één jaar of enkele jaren vooruit. Met een ambitieplan wordt de totale zorgproductie voor het volgende jaar bedoeld, uitgedrukt in volume per zorgproduct. Dit plan wordt opgesteld op basis van historische productiedata waarin de (verwachte) ontwikkelingen en/of veranderingen voor het komende jaar meegenomen worden. De volgende zaken die invloed kunnen hebben op de productie dienen hierbij in elk geval bekeken te worden:

- Ontwikkeling van de zorgvraag in de regio.
- Productieontwikkeling over de jaren binnen het ziekenhuis.
- Uitbreiding of reductie van het aantal artsen, verpleegkundig specialisten (VS) en physician assistants (PA).
- (Technologische) investeringen die leiden tot een veranderde manier van werken.
- (Financiële) beleidskeuzes ten aanzien van het type zorg dat geleverd wordt.
- Ontwikkelingen in de ziekenhuizen in de omgeving.

Voor het productievolume opgenomen in het ambitieplan wordt een, nog niet gedetailleerde, capaciteitsraming gemaakt om te bepalen of de ambities haalbaar zijn gezien de beschikbare poliklinische, OK en klinische capaciteit.

Op basis van bovengenoemde gegevens kan een inschatting gemaakt worden van de verwachte zorgproductie voor het komende jaar.

2.2.2 Conceptbegroting

Het ambitieplan wordt opgesteld door de RvB, capaciteitsmanagement en de financiële afdeling, zodat gelijktijdig een conceptbegroting gemaakt kan worden. In deze begroting worden de inkomsten en uitgaven doorgerekend welke voortvloeien uit het ambitieplan en vindt toetsing plaats met het Financieel Meerjaren Beleidsplan (FMP).

Aan het te verwachten productievolume wordt een geïndexeerde verkoopprijs en daarmee omzet gekoppeld, gebaseerd op marktontwikkelingen.

Voor wat betreft de uitgaven in de begroting bestaat het grootste deel uit personele kosten van zowel ondersteunend personeel als artsen. Deze kosten dienen in verhouding te staan met de inkomsten. Een bij de capaciteitsraming passende formatieberekening is dan ook van belang.

2.2.3 Formatie

Op basis van de capaciteitsraming wordt, aan de hand van afgesproken normen¹, de benodigde formatie van zowel artsen als ondersteuning berekend. Voor het bepalen van de benodigde (en te begroten) formatie is het van belang dat gerekend wordt met het aantal beschikbare werkuren van de artsen en medewerkers. Hiervoor wordt gerekend met een zogenaamde bruto-netto factor waarbij het aantal contracturen (bruto) omgerekend wordt naar het daadwerkelijk aantal beschikbare uren (netto). Ziekenhuizen kunnen verschillende methoden hanteren om deze netto uren te bepalen, maar er moet in elk geval rekening worden gehouden met de volgende aspecten:

- Vakantiedagen.
- Studieverlof.
- Ziekteverzuim.
- Inzet voor indirecte taken.

Deze berekende formatie wordt vervolgens opgenomen in de conceptbegroting en wordt doorgerekend in termen van loonkosten.

Wanneer de conceptbegroting niet het gewenste resultaat (conform visie en FMP) laat zien dient deze, samen met het ambitieplan, net zolang bijgesteld te worden totdat deze goedkeuring heeft. Dit laatste is enorm belangrijk, omdat veel financiële en capaciteitsproblemen op tactisch en operationeel niveau voorkomen kunnen worden door op strategisch niveau de productie, capaciteit, (personele) middelen en omzet op elkaar af te stemmen.

¹ Voor meer informatie zie het boek *Capaciteitsplanning in de Zorg* (2^e druk, 2021), B. Berden, L. Berrevoets, F. van Merode en W. Winasti (editors), bijvoorbeeld hoofdstuk 9.

Berekening inzetbare uren

Eén jaar met 52 weken van 45 uren: 2.340 uren per jaar
Minus 10 studieverlofdagen - 90 uren per jaar

Feestdagen 2019 - 54 uren per jaar

| | | |
|----------------|-------------|----------|
| Nieuwjaarsdag | 1 januari | 9 uur |
| 2e paasdag | 22 april | 9 uur |
| Koningsdag | 27 april | zaterdag |
| Hemelvaartsdag | 30 mei | 9 uur |
| 2e pinksterdag | 10 juni | 9 uur |
| 1e kerstdag | 25 december | 9 uur |
| 2e kerstdag | 26 december | 9 uur |

Subtotaal 1 2.196 uren per jaar

Ziekteverzuim in 2018 van medisch specialisten (Bijv. 2,7 %)
Ziekteverlof (excl. Zwangerschapsverlof) - 59 uren per jaar

Subtotaal 2 2.137 uren per jaar

Minus 24 verlofdagen (24 maal 9 uren) - 216 uren per jaar

Minus 6 verlofdagen vanwege behalen van de productieafspraken - 54 uren per jaar

Inzetbare uren 1.867 uren per jaar

PM: De AMS-regeling gaat uit van 30 vakantiedagen, de CAO van de UMC's van 24 vakantiedagen plus een opslag van 6 dagen indien de afgesproken productie wordt gehaald. Daarnaast is in deze calculatie uitgegaan van het maximum van 10 studieverlofdagen.

Bron: Uren naar behoren (2006), geactualiseerd voor 2019. Leo Berrevoets, Adviesgroep Procesverbetering en Implementatie, Radboudumc

2.2.4 Onderhandelingen verzekeraars

De conceptbegroting is het vertrekpunt voor de onderhandelingen met verzekeraars. De productievolumes worden vertaald in offertes per verzekeraar en bij de prijzen wordt rekening gehouden met de indexering die is toegepast in de conceptbegroting. In de onderhandelingen staan het totale volume, de onderliggende casemix en de prijs op de agenda. Aanpassingen op deze onderdelen kunnen direct invloed hebben op de begroting en dus ook op de benodigde capaciteit en (personele) middelen.

2.2.5 Definitieve begroting en productieplan

Het resultaat van de onderhandelingen dient verwerkt te worden in de begroting. Hiermee wordt allereerst een definitief productieplan opgesteld waarin de totale zorgproductie wordt opgenomen. De benodigde capaciteit zal opnieuw doorgerekend moeten worden aan de hand van dit productieplan.

Op basis van de benodigde capaciteit wordt een nieuw formatieplan met bijbehorende (loon)kosten en dus een nieuwe begroting bepaald. Dit betekent dat in de definitieve begroting de productie, capaciteit en financiën op elkaar afgestemd zijn. Deze begroting wordt door de Raad van Bestuur, de Medische Staf en de overige gremia gedragen en wordt voorgelegd aan de Raad van Toezicht.

Bovenstaande stappen hebben betrekking op het ziekenhuis als geheel. Maar uiteraard stellen afzonderlijke afdelingen een visie en jaarplannen vast, in lijn met de visie van het ziekenhuis. Hieruit volgt dan ook een begroting en productieplan per afdeling. Deze wordt dan gebruikt om een basisplanning op te stellen.

2.3 Basisplanning

Op basis van het vastgestelde productieplan kunnen de afzonderlijke afdelingen/specialismen een basisplanning maken. Een basisplanning is een 'aanwezigheidsrooster', waarin staat hoeveel zorgverleners iedere tijdsperiode (gemiddeld) aanwezig moeten zijn en hoeveel van welke taken zij dan 'in de basis' uitvoeren. Het doel van een basisplanning is het afstemmen van de afgesproken zorgactiviteiten (de zorgvraag) en de capaciteit (het zorgaanbod) op elkaar, zodat de productieafspraken gerealiseerd kunnen worden.

Belangrijke input voor de basisplanning is de capaciteitsbehoefte per patiëntengroep. Met capaciteitsbehoefte wordt bijvoorbeeld het aantal uren OK, liguren en poli-afspraken per patiëntengroep bedoeld. Deze gegevens zijn vaak al nodig voor een kostprijsberekening voor verzekeraars. Met deze input wordt voor iedere patiëntengroep het productieplan omgerekend naar het benodigde aantal OK-zittingen, bedden en spreekuren per periode.

Naast het productieplan en de capaciteitsbehoefte zijn ook de geplande afwezigheid van zorgverleners en seizoensinvloeden in de zorgvraag belangrijke input voor de basisplanning.

Wanneer veel zorgverleners een vakantie of congres willen in de zomerperiode en ook minder patiënten vragen om een afspraak in de zomer, is het verstandig om in de zomermaanden minder spreekuren, OK's en opnames te plannen. Door deze reductieperiodes moet er in de overige weken meer productie gedaan worden om de jaardoelstelling te halen. Dan kan dus niet volstaan worden met een gemiddelde weekproductie (jaarproductie gedeeld door 52 weken).

Bij het maken van een basisplanning moet ook rekening gehouden worden met andere afdelingen in het ziekenhuis. Zo moet de reductieperiode op een kliniek met vooral chirurgische patiënten afgestemd worden op de reductieperiode van de OK. Dit afstemmen betekent niet automatisch dat de perioden gelijk moeten zijn; wanneer de patiënten gemiddeld een week postoperatief opgenomen zijn, kan de kliniek dus pas een week later dan de OK starten met reduceren. Afstemmen kan ook betekenen dat er juist een minimum aantal bedden wél opengehouden wordt, bijvoorbeeld wanneer er geen reductie in de zorgvraag verwacht wordt in een vakantieperiode.

De basisplanning van de verschillende schakels in de zorgketen (Poli/SEH – OK/Functieafdelingen – Beddenhuis) leidt voor elk specialisme tot een overkoepelende basisplanning. Deze geeft de gevraagde inzet weer. Uit de verschillende schema's kan een patroon wordt gedestilleerd zodat voor het specialisme als geheel een repeterende basisplanning kan worden opgesteld. Elke week of bijvoorbeeld even/oneven week ziet er in de basis hetzelfde uit: op maandag 3 OK's en 6 spreekuren, op dinsdag 4 OK's, 4 spreekuren en 1 multidisciplinair overleg (MDO) et cetera.

Voorbeeld: Van basisplanning op jaarniveau naar basisplanning op weekniveau

Om de basisplanning om te zetten naar een basisplanning op weekniveau nemen we de productie-realisatie van het vorige jaar als uitgangspunt. De afgesproken productie vertaald in hanteerbare parameters (hier EPB's en herhaalbezoeken) is het uitgangspunt van de berekening. Eventueel kunnen er vervolgens doelstellingen geformuleerd worden in de trant van 'we willen de herhaalbezoeken met 5% verminderen', of er kunnen werkafspraken worden gewijzigd als 'we verlengen de spreekuren met 15 minuten'.

Met genoemde gegevens berekenen we de hoeveelheid tijd die de capaciteit beschikbaar moet zijn. Als we het aantal productieweken kennen (b.v.: 52 weken per jaar - 1 week verlies door feestdagen - 8 weken vakantie en congres arts = 43 productieweken) dan kunnen we vaststellen hoeveel capaciteitseenheden (hier spreekuren) er gemiddeld per week moeten zijn en hoeveel productie er per eenheid moet worden gedaan.

Voorbeeld: Van basisplanning op jaarniveau naar basisplanning op weekniveau (2)

Voorbeeld

| Berekening productiecapaciteit polikliniek | | | | Specialisme | | | | | | | | |
|--|---------|--------------|----------------|-----------------------------|-------------------------------|---------|--------------|----------------|-------------------------------------|-----|-----|-----|
| Realisatie productie 2018 | | | | | Begrote productie 2019 | | | | | | | |
| Productie | op poli | op SEH | tot | | Productie | op poli | op SEH | tot | | | | |
| EPB | 2000 | 200 | 2200 | < Productie 2,3% > | EPB | 1950 | 200 | 2150 | | | | |
| HH | 4200 | | 4200 | < Lagere hhfact 5,0% > | HH | 3900 | | 3900 | | | | |
| Hhfact | | | 1,91 | | Hhfact | | | 1,81 | | | | |
| Spreekuurdagdelen | | | | | Spreekuurdagdelen | | | | per week bij werkweken/ jaar | | | |
| Specialist | n | tijd/n (min) | tot tijd (min) | | Specialist | n | tijd/n (min) | tot tijd (min) | Specialist | 43 | 47 | 51 |
| Dagdeel A | 240 | 180 | 43200 | < Langer spreekuur? > | Dagdeel A | 208 | 195 | 40560 | Dagdeel A | 4,8 | 4,4 | 4,1 |
| Dagdeel B | 240 | 180 | 43200 | | Dagdeel B | 208 | 195 | 40560 | Dagdeel B | 4,8 | 4,4 | 4,1 |
| EPB | 1600 | 30 | 48000 | | EPB | 1560 | 30 | 46800 | EPB | 36 | 33 | 31 |
| HH | 2400 | 15 | 36000 | | HH | 2150 | 15 | 32250 | HH | 50 | 46 | 42 |
| Onbenut | | 2,8% | 2400 | | Onbenut | | 2,6% | 2070 | | | | |
| Arts-Ass | | | | | Arts-Ass | | | | Arts-Ass | | | |
| Dagdeel A | 60 | 180 | 10800 | < langer spreekuur > | Dagdeel A | 52 | 195 | 10140 | Dagdeel A | 1,2 | 1,1 | 1,0 |
| Dagdeel B | 60 | 180 | 10800 | < langer spreekuur > | Dagdeel B | 52 | 195 | 10140 | Dagdeel B | 1,2 | 1,1 | 1,0 |
| EPB | 400 | 30 | 12000 | | EPB | 390 | 30 | 11700 | EPB | 9 | 8 | 8 |
| HH | 600 | 15 | 9000 | | HH | 550 | 15 | 8250 | HH | 13 | 12 | 11 |
| Onbenut | | 2,8% | 600 | | Onbenut | | 1,6% | 330 | | | | |
| Totalen | | | | < minder spreekuren 12,5% > | Totalen | | | | | | | |
| Tot Dagdelen | 702 | | 126360 | | Tot Dagdelen | 614 | | 119730 | | | | |
| EPB | 2000 | < in orde | 60000 | | EPB | 1950 | < in orde | 58500 | | | | |
| HH | 4200 | < in orde | 63000 | | HH | 3900 | < in orde | 58500 | | | | |
| Verh EPB-HH | 100-191 | 2,7% | 3360 | | Verh EPB-HH | 100-181 | 2,3% | 2730 | | | | |

Het concept van een basisplanning is toepasbaar in meerdere schakels van een keten

Voor een polikliniek is in het productieplan aangegeven hoeveel nieuwe patiënten er van iedere patiëntengroep (bijvoorbeeld een bepaalde diagnose) gezien moeten worden in een jaar. Met de (op historische data gebaseerde) herhaalfactor kunnen we bepalen hoeveel nieuwe en herhaalconsulten er moeten zijn. Vervolgens maken we een blauwdruk van één spreekuur en bepalen we hoeveel spreekuren er nodig zijn voor de totale productie. Gegeven de productie- en reductieweken spreiden we deze spreekuren zo gelijkmatig mogelijk uit over het jaar. Deze spreekuren corresponderen met een aantal artsen dat de spreekuren moet draaien, waarmee we een basisplanning verkregen hebben.

Op een vergelijkbare manier maken we ook een basisplanning voor OK en kliniek. Deze planning is voor de OK gebaseerd op het aantal zittingen, de toegewezen OK-sessies en de gewenste vulling van een sessie (benuttingsgraad). Voor de kliniek bestaat de basisplanning voor artsen uit de gewenste aanwezigheid op de kliniek (t.b.v. supervisie), waarbij mogelijk meerdere artsen ingezet worden wanneer er relatief veel bedden geopend zijn. De gewenste aanwezigheid van verpleegkundigen hangt sterker samen met de geopende bedden en wordt o.a. bepaald met de 'verpleegkundige ratio'; het aantal patiënten dat één verpleegkundige gemiddeld kan verzorgen.

2.4 Basisrooster

De basisplanning resulteert in een repeterend schema, zoals beschreven in de vorige sectie. Zodra de slag gemaakt wordt naar wie die (zorg)taken gaat uitvoeren, spreken we over een rooster. En net als een planning kent ook het rooster een basispatroon; een repeterend schema over één of meerdere weken waarin per arts en weekdag(deel) de vaste taken en parttime dagen staan. Ook hier geldt: in de basis weet ieder teamlid waar hij/zij aan toe is, welke taken op welke dagen staan ingeroosterd.

Naast directe zorgtaken zoals spreekuur op de poli of operaties op OK, zijn er ook indirecte zorgtaken of tijd voor onderzoek, opleiding (artsen), onderwijs (studenten geneeskunde) of managementtaken. Indirecte zorgtaken zijn veelal teamtaken (iemand uit het team is op OK of beschikbaar voor consultatie in de kliniek of op de spoedeisende hulp, aanwezig bij MDO, et cetera) maar ook individuele taken, zoals voorbereiden of uitwerken van poliafspraken. Ook kunnen teamoverleggen een vaste plek krijgen in het rooster.

Juist omdat het basisrooster het ritme van het team bepaalt, is dit een relevant stuurinstrument op tactisch niveau. Het basisrooster kan veel gemak of juist veel gedoe opleveren voor zowel het werkplezier als de capaciteitsinzet. Het bepaalt bijvoorbeeld of collega's die dezelfde patiëntengroep behandelen eenvoudig momenten van afstemming kunnen vinden of dat altijd de een óf de ander een vaste taak uitvoert/afwezig is. Ook zijn er bijvoorbeeld taken die per week verdeeld worden (hele week klinieksupervisie) terwijl op parttimedagen dan een geschikte achterwacht nodig is (iemand met gelijke expertise). Daarnaast is het belangrijk om de beschikbaarheid af te stemmen voor alle weekdagen, omdat bijvoorbeeld woensdag- of vrijdag(middag) geliefde dagen zijn om vrij te hebben.

Artsen, elk met eigen parttime dagen, komen en gaan; regelmatig vinden kleine of grote wijzigingen plaats in de basisplanning voor OK of poli. Al met al is het zinvol om periodiek stil te staan bij dit basisrooster en optimalisatieslagen hierin door te voeren.

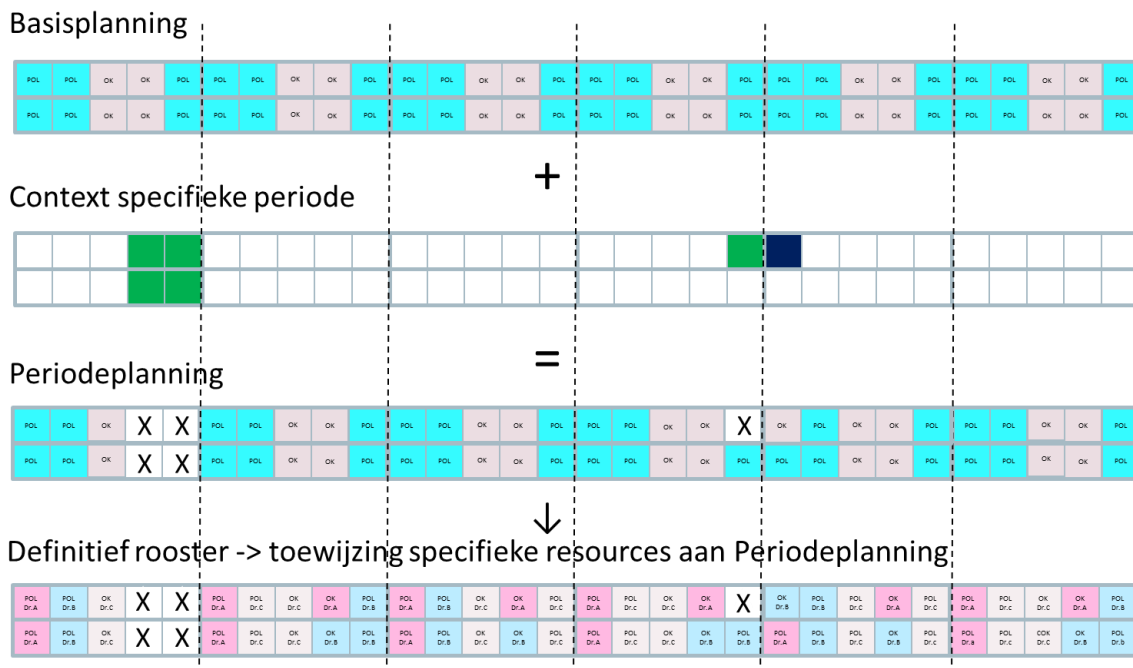
2.5 Van basisplanning naar periodeplanning en perioderooster

De periodeplanning wordt elke periode gemaakt. Hierin wordt op tactisch niveau de basisplanning omgezet naar een plan voor een specifieke periode.

Hierbij dient onder andere rekening te worden gehouden met:

- Vastgestelde normen met betrekking tot toegangs- en wachttijden en volumes.
- Seizoenspatronen.
- (Geplande) reductie als gevolg van onderhoud, vakanties en congressen.
- Minimale en maximale gewenste capaciteit per tijdseenheid.
- Opleidingseisen; aantal aanwezige AIOS per periode en de bijbehorende supervisetaken.

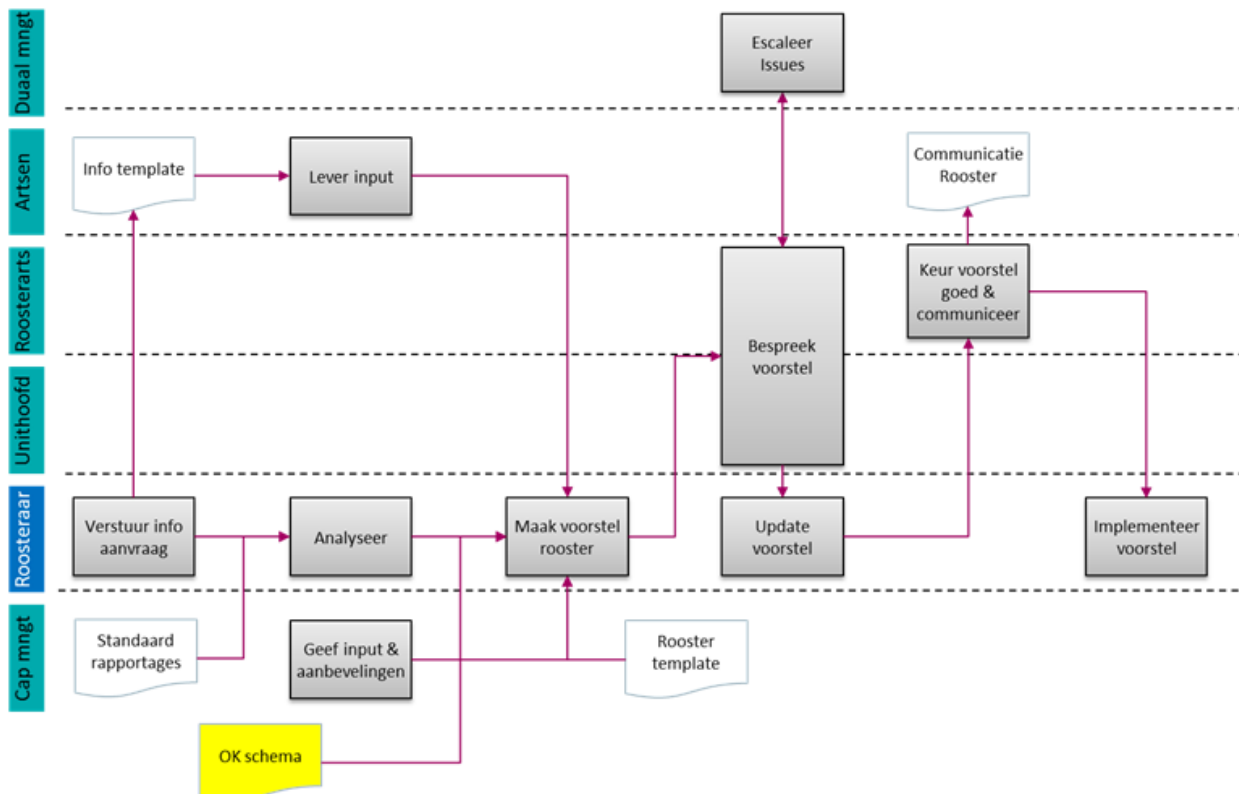
Volgens een vastgestelde cyclus wordt in het Tactisch Planningsoverleg (TPO) de **periodeplanning** voor de komende roosterhorizon geactualiseerd naar aanleiding van ontwikkelingen in de zorgvraag, realisatie van de productie, toegangs- en wachttijden en grove omvang van de beschikbaarheid van personeel. De actuele periodeplanning representeert de haalbaar geachte zorgvraag: de benodigde activiteiten om aan de vraag of de productiedoelstelling te voldoen.



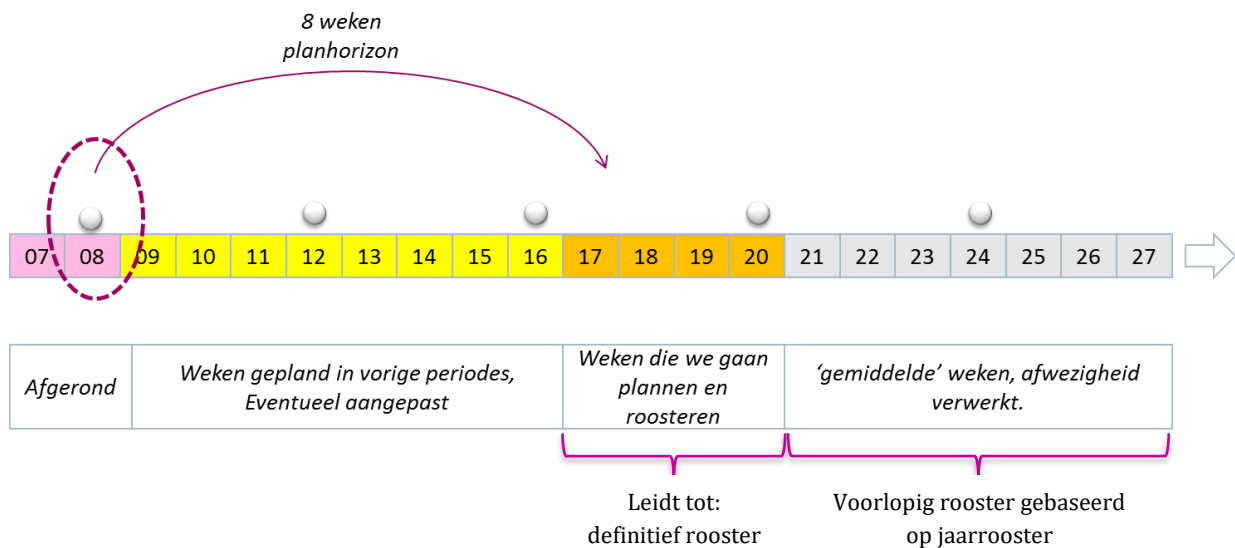
De inzichten uit het TPO zijn ook aanleiding om verlofaanvragen (niet) goed te keuren. Daarmee wordt de beschikbaarheid per dag per persoon bekend. Onder het beschikbare personeel moeten vervolgens de benodigde taken verdeeld worden. Het goed vullen van het perioderooster is een randvoorwaarde voor het verkrijgen van 'rust' in de organisatie; als we ver van tevoren weten wat er gebeurt kunnen we daar in termen van capaciteit en planning (blokkades) rekening mee houden. Dit houdt in dat er op voorhand afspraken gemaakt moeten zijn over minimale bezetting en over minimale bezetting van subspecialismen.

De periodeplanning en het perioderooster leggen samen de opdracht voor de roosteraar vast: rooster de specifiek benodigde resources (personen en ruimtes) passend binnen de gegeven randvoorwaarden als beschikbaarheid en competenties. Dit resulteert in een actueel **perioderooster** waarin de benodigde resources zijn geroosterd en vastgelegd in tijd en ruimte bij de specifieke activiteiten (spreekurschema's, OK-toewijzing, et cetera).

Onderstaande flowchart geeft een voorbeeld van de verschillende stappen die doorlopen worden om de uit te geven weken van de roosterhorizon te roosteren. De roosteraar analyseert alle gegevens, zoals plan versus realisatie en ontwikkelingen in de vraag aan de hand van standaardrapportages die door capaciteitsmanagement (CM) zijn ontwikkeld. Ook levert CM input op basis van ziekenhuisbrede analyses en geeft aanbevelingen voor aanpassingen aan het rooster. De roosteraar maakt een voorstel voor het rooster van de uit te geven weken. Dit wordt vervolgens besproken en eventueel aangepast.



Ziekenhuizen hanteren verschillende roosterhorizonten en plancycli. Hieronder is een roosterhorizon van 8-12 weken afgebeeld, waarbij in een 4-wekelijks cyclus er vier weken in de toekomst worden gepland.



Het eindproduct van deze stap is een rooster waarin voor iedere arts staat wanneer de arts welke taak (poli/OK/kliniek/onderzoek) doet. Het rooster is dus zeer bepalend voor alle resources en is een heel gevoelig onderwerp, want het gaat over wat artsen doen, welke taken ze uitvoeren. Niet alle artsen zijn gewend om volledige openheid te geven van wat ze doen.

We maken onderscheid in horizon (termijn *tot*) en periode (termijn *van*). Zowel een horizon en periode kunnen gebruikt worden voor zowel het plannen, roosteren als boeken. Een planperiode zijn de weken/maanden waarover keuzes worden gemaakt tijdens het plannen. Deze periode kan bijvoorbeeld bestaan uit 4 weken (zoals in het voorbeeld hierboven) of een heel trimester. De planperiode wordt voorafgegaan door een planhorizon van in dit voorbeeld 8 weken, want de planhorizon is de termijn tot de start van de planperiode.

De boekingshorizon zijn de weken/maanden waarin de agenda's van de resources open staan om patiënten op te boeken. Omdat de definitieve roosters van de resources tijdens de planhorizon niet meer mogen veranderen, zijn de planhorizon en de boekingshorizon vaak aan elkaar gelijk.

Input voor perioderooster: AIOS stageplanning

De planning van AIOS vraagt meestal om speciale aandacht in de artsenplanning. In de meeste gevallen doorloopt de AIOS namelijk een opleidings- of stageschema, dat voor aaneengesloten periodes van enkele weken tot enkele maanden voorschrijft dat de AIOS op een bepaald aandachtsgebied of een bepaalde patiëntencategorie moet worden ingeroosterd. In feite sorteert zo'n opleidingschema dus voor op het definitieve rooster. Als voorbeeld: een KNO-opleidingschema kan dicteren dat een AIOS in de periode jan-apr op het Rhinologie (neus)-spreekuur moet worden ingepland, en van mei-augustus op het Otologie (oor)-spreekuur.

Er kan natuurlijk soms worden afgeweken als de bedrijfsvoering dit vereist, maar vaak is er een minimaal percentage gesteld van dagen/dagdelen waarop de AIOS daadwerkelijk op zijn/haar stage moet worden ingeroosterd. Belangrijk om te constateren is dat dit voor een stukje inflexibiliteit zorgt, die door de roosteraar moet worden opgevangen met de inzet van bijvoorbeeld stafleden. Ook komt het regelmatig voor dat opleidingschema's van meerdere AIOS' binnen een vakgroep niet mooi samenvallen, waardoor in bepaalde maanden meerdere AIOS' dezelfde stage moeten doorlopen, terwijl in een andere maand geen enkele AIOS op diezelfde stage is ingepland.

Meestal is het startpunt voor elke AIOS een standaard schema met een bepaalde volgorde van stages. Het is weinig zinvol om aan het begin van de opleiding van een nieuwe AIOS al te proberen zijn of haar stageschema te optimaliseren en proberen uit te lijnen met alle assistenten die al in opleiding zijn. Hiervoor zijn er eenvoudigweg te veel wijzigingen en onzekerheden die de zorgvuldig uitgestippelde schema's weer overhoop gooien. Denk hierbij aan zwangerschapsverloven, langdurige ziektes, uitval van AIOS, van fulltime naar parttime gaan, et cetera.

Wat wel zinvol is, is om regelmatig het stageschema te evalueren, en daarbij te kijken naar een termijn iets voorbij het periodeplan, zo'n 3 tot 6 maanden vooruit. Er kan dan bijvoorbeeld gekeken worden of er in bepaalde periodes te veel AIOS' gelijktijdig in dezelfde stage gepland zijn en of dit beter kan worden verdeeld door bijvoorbeeld stages om te ruilen. Het is dus belangrijk om vanuit de opleidingsgroep helder te hebben waar er al dan niet harde voorwaarden zijn voor de volgorde waarin stages moeten worden doorlopen.

Tot slot dient er in veel gevallen supervisie te zijn voor de AIOS. Ook hiervoor geldt dat het zinvol kan zijn om alvast over het periodeplan heen te kijken naar de verwachte beschikbaarheid van stafleden voor supervisie en of dit mogelijk de supervisie-behoefte vanuit het stageschema gaat frustreren. Vanwege de eisen die door opleidingen en opleiders aan het stagerooster en de stageinvulling wordt gesteld, is het vaak moeilijk om nog bij te sturen wanneer een AIOS eenmaal aan een stage begonnen is.

Input voor perioderooster: Curriculum & Onderwijsrooster

Studenten geneeskunde krijgen onderwijs van artsen uit de praktijk. Met name in de Universitair Medische Centra hebben artsen dus een extra taakgebied. De algemene term 'onderwijs geven' valt uiteen in onder andere het voorbereiden en geven van hoor- en werkcolleges, het afnemen van examens en begeleiden van coassistenten. Dit zijn taken op operationeel niveau waar een arts(assistent) voor geroosterd wordt. In de totale onderwijsplanning zijn daarnaast, zoals overal, ook het tactische en strategische niveau te onderscheiden.

De inrichting van het curriculum bijvoorbeeld, is een typisch geval van strategische planning. Hoe zit de opleiding Geneeskunde (of aanverwante opleidingen zoals Biomedische Wetenschappen waar artsen docent zijn) in elkaar? In welke blokken delen we de studie op, hoe lang duurt elk blok en wat is een logische inhoudelijke volgorde van de blokken? Het curriculum staat voor meerdere jaren vast, zie onderstaand een voorbeeld, en biedt op hoofdlijnen een inschatting van de jaarlijks gevraagde capaciteit voor onderwijs. Op dit strategische niveau is het van belang om die inschatting mee te nemen in de formatieberekening van elk specialisme afzonderlijk.

Per blok zijn er meerdere docenten/artsen uit meerdere disciplines nodig. Daarom kent elk blok een blokcoördinator, een arts die verantwoordelijk is voor de inhoud en organisatie van een blok. Samen met collega-docenten evalueert deze arts periodiek de opbouw van het blok en voert waar nodig wijzigingen door in overleg met het bureau onderwijszaken (dat onder andere de zalen roostert). Om roosterconflicten te voorkomen worden in deze fase de onderwijsmomenten zo veel mogelijk afgestemd op de basisroosters van de betrokken artsen/docenten. Dit valt onder het tactisch planniveau.

Zodra de strategische en tactische planning vaststaat (curriculum en gewenste blokopbouw) gaan het onderwijsbureau, onderwijscoördinatoren en roosteraars aan de slag met de operationele planning. Dit leidt tot roosters die zijn afgestemd op de beschikbaarheid van zalen (die door veel opleidingen gebruikt worden) en artsen uit verschillende specialismen.

Voor artsen is het mooi en uitdagend om bij te kunnen dragen aan het onderwijs van medisch studenten, maar het moet wel in de agenda's passen. En wat prevaleert wanneer onderwijs ingeroosterd staat op een polidag?

Indien vooraf bekend is dat onderwijs gegeven wordt, kunnen poli's nog geblokkeerd worden of OK-sessies aan een collega worden toegewezen voordat hier patiënten op geboekt staan. Om te voorkomen dat in de operationele planningsfase conflicten in de agenda's ontstaan, met negatieve consequenties voor patiënten, studenten of collega's, zijn drie zaken cruciaal:

- het afstemmen van de horizon voor definitieve roosters voor onderwijs en zorg;
- voorafgaand daaraan het zo vroeg mogelijk delen van (concept)planningen;
- het bewaren van overzicht (in één systeem) op alle taken en afwezigheden (voor onderwijs) van artsen.

Dat ook het onderwijsrooster een puzzel is met vele restricties en vele belanghebbenden uit verschillende onderdelen van het ziekenhuis mag eufemistisch een organisatorische uitdaging genoemd worden.

2.6 Muteren en openen van spreekuren of (OK-)sessies

Zodra de basisplanning en het basisrooster bekend zijn, kunnen de spreekuren of sessies worden ingericht in het EPD. Na het vrijgeven van de periodeplanning en het perioderooster kunnen de spreekuren en OK-sessies worden opengesteld voor het boeken van patiënten, als alle randvoorwaardelijke resources zijn ingepland.

Het inrichten van spreekuren in een EPD betekent een standaard patroon voor OK of poli klaarzetten, zodat dit patroon eenvoudig gekopieerd kan worden voor meerdere weken. Voor een poli is zo'n standaard patroon bijvoorbeeld dat er iedere ochtend eerst vier plekken voor nieuwe patiënten beschikbaar zijn, en daarna nog tien plekken voor controle patiënten en vijf telefonische consulten. Na het inrichten van een spreekuur is het nog niet mogelijk om patiënten te boeken, dat kan pas zodra een spreekuur (automatisch o.b.v. een vaste boekhorizon) opengesteld wordt.

De beslissing hoe een standaard spreekuur (of OK-sessie) wordt opgebouwd, wordt normaal gesproken al genomen tijdens het maken van een basisplanning. De opbouw kan ook verschillen tussen de specialismen, of zelfs per patiëntengroep, bijvoorbeeld omdat er verschillen zijn in de herhaalfactor voor verschillende patiëntengroepen of omdat er in meer/mindere mate capaciteit vrij gehouden moet worden voor spoedpatiënten.

2.6.1 Boekhorizon

Pas zodra de perioderoosters beschikbaar zijn, weten we hoeveel capaciteit er beschikbaar is in de komende roosterhorizon. Dit betekent dat de boekingshorizon altijd kleiner moet zijn dan de roosterhorizon, zodat we niet het risico lopen om geboekte patiënten af te moeten zeggen doordat niet alle benodigde resources beschikbaar zijn. Een andere voorwaarde om patiënten niet te hoeven afzeggen, is dat zorgverleners in principe geen vrije dagen meer mogen opnemen zodra de boekingshorizon is ingegaan. Specialismen kunnen natuurlijk wel beslissen dat het toegestaan is om taken van elkaar over te nemen om verlof op kortere termijn mogelijk te maken.

2.6.2 Flexsessies

Sommige ziekenhuizen maken gebruik van flexsessies in het perioderooster. Dit betekent dat er wel een arts ingeroosterd is, maar nog niet bekend is aan welke activiteit deze arts toegewezen wordt. Op kortere termijn kan besloten worden om de arts bijvoorbeeld aan de OK toe te wijzen, wanneer het specialisme een extra OK-sessie toegewezen gekregen heeft. Deze extra sessies of spreekuren moeten vervolgens ook ingericht en geopend worden in het EPD.

2.6.3 Muteren

Tijdens het Tactisch Planoverleg kan bijvoorbeeld voor een specifieke poli blijken dat de toegangstijd aan het oplopen is. In overleg met de artsen kan dan besloten worden om nog niet geboekte plekken om te zetten naar plekken voor nieuwe patiënten; dit noemen we het **muteren** van een spreekuur. Sommige specialismen kiezen ervoor om voor dit soort situaties een heel spreekuur flexibel in te zetten, waarop bijvoorbeeld alleen patiënten geboekt mogen worden zodra de toegangstijd boven een bepaalde norm komt. Een andere optie is om ruim spoedplekken in het spreekuur in te bouwen, en om deze plekken vrij te laten vallen voor niet-spoed patiënten als ze nog niet gevuld zijn binnen een bepaalde termijn.

2.7 Boeken

Als een spreekuur of sessie is opengesteld en dus alle noodzakelijke resources aanwezig zijn, kunnen de patiënten worden geboekt op dat betreffende spreekuur of die sessie. Vaak zijn er allerlei boekingsregels en uitzonderingen voor spreekuren of sessies en/of hebben patiënten op dezelfde dag afspraken bij meerdere afdelingen nodig, waardoor het boeken van patiënten erg ingewikkeld kan worden. Wanneer een spreekuur op inloop georganiseerd wordt, is het boeken van patiënten (grotendeels) overbodig. De medewerkers die patiënten boeken, worden meestal 'patiëntplanners' genoemd; ondanks het verschil tussen 'plannen' en 'boeken' zullen we in dit document de term patiëntplanner gebruiken.

2.7.1 Kennisintensief

Het boeken van patiënten is een tijdrovende en soms kennisintensieve klus. Veel specialismen hebben een hele lijst met boekingsregels, zoals 'nieuwe patiënten alleen aan het begin van een spreekuur', wat het aantal mogelijke plekken voor een specifieke patiënt enorm beperkt. Bij sommige afdelingen verschillen deze regels ook nog per arts, waardoor het lang duurt voordat een nieuwe medewerker zelfstandig patiënten kan boeken. Het EPD kan hierbij ondersteunen doordat er bij het inrichten van spreekuren veel regels 'ingebouwd' kunnen worden. Desondanks vraagt dit ook maatwerk en dan is kennis van al deze regels essentieel omdat het nodig kan zijn van de regels af te wijken om goede resultaten 'te boeken'. Ter illustratie: in Amsterdam UMC is er een afdeling waar de inwerkperiode voor nieuwe patiëntplanners zeven maanden was, voornamelijk om alle tientallen regels en uitzonderingen per individuele arts te leren kennen.

Ook het boeken van patiënten die zogenoemde combinatieafspraken nodig hebben, bij meerdere spreekuren/afdelingen op één dag een afspraak, kost doorgaans veel overleg voordat een patiënt geboekt kan worden. Daarnaast zijn patiëntplanners vaak veel tijd kwijt met het verzetten van afspraken, zowel op verzoek van artsen als van patiënten. Op verzoek van artsen verzetten gebeurt het vaakst in ziekenhuizen waar de boekingshorizon groter is dan de roosterhorizon.

2.7.2 (De)centrale (poli)klinische planners

Veel ziekenhuizen hebben het boeken van patiënten decentraal georganiseerd, per specialisme en/of per afdeling apart. Het voordeel van decentraal patiënten boeken is dat de patiëntplanners de artsen waarvoor ze patiënten inboeken vaak persoonlijk kennen en makkelijk kunnen overleggen wanneer bijvoorbeeld een OK-aanvraag onduidelijk is. Een groot voordeel van centrale patiëntplanners is dat (combinatie-)afspraken voor alle afdelingen door dezelfde patiëntplanner geboekt kunnen worden, zodat het overzicht beter te bewaken is. Sommige ziekenhuizen hebben centrale patiëntplanners voor klinische opnames en decentrale voor poliklinische zorg. Het voordeel van centrale opnameplanning is dat over de hele kliniek het overzicht bewaakt wordt zodat voor het hele ziekenhuis de bedbezetting in balans gehouden kan worden, ook bij het accommoderen van acute opnames.

2.7.3 Afwegen van verschillende belangen

Patiëntplanners balanceren tussen het tevreden houden van artsen/spreekuurhouders en patiënten en het efficiënt uitvoeren van hun taken. Een arts kan bijvoorbeeld willen dat de meest ingewikkelde patiënt als eerste op een OK-sessie geboekt moet worden, terwijl die specifieke patiënt van ver moet

komen en liefst later op de dag zou willen en de OK niet wil dat sessies starten met de langstdurende operatie.

Efficiëntie komt vaak in het geding wanneer patiëntplanners luisteren naar de wensen van artsen en patiënten, waardoor er bijvoorbeeld gaten in een poli-agenda vallen die te klein zijn om een andere patiënt op te boeken. Het boeken van patiënten kan soms eenvoudiger en efficiënter gemaakt worden door een blauwdruk/sjabloon te gebruiken voor bijvoorbeeld OK-sessies of spreekuren. Zo'n blauwdruk schrijft voor welk patiënttype op welk moment geboekt mag worden, zodat de kans op inefficiënte boekingen kleiner wordt. Het risico van blauwdrukken is dat capaciteit ongebruikt blijft, omdat deze vrij gehouden wordt voor specifieke patiënten waar toevallig minder instroom van kan zijn. Een andere optie kan bijvoorbeeld zijn om afspraakplekken van patiënten die Radiologie nodig hebben, in de agendajablonen voor de verschillende specialismen te verspreiden over de hele dag om piekdruk bij Radiologie te vermijden. Er bestaan tegenwoordig ook opleidingen voor patiëntplanners, waarmee de algemene ervaring is dat het boeken van patiënten efficiënter wordt.

2.7.4 Alternatieven voor het boeken van patiënten

Patiëntplanners worden (zo goed als) overbodig wanneer patiënten op inloop gezien worden. Het inloop-concept wordt in sommige ziekenhuizen toegepast voor bijvoorbeeld het maken van CT-scans. Hiermee voorkom je leegstand door no-shows en kunnen patiënten op dezelfde dag nog gezien worden. Radiologische onderzoeken en gipskamers zijn vaak geschikt voor inloop, maar sommige spreekuren kunnen ook geschikt zijn. Wanneer een patiënt toevallig op een druk moment komt of sowieso niet wil wachten, kan de optie tot het maken van een afspraak aangeboden worden. Deze afspraken moeten dan wel op de voor inloop rustige momenten gepland worden. Ook wanneer patiënten meerdere afspraken op één dag nodig hebben, kan een poli overwegen om alleen de eerste afspraak te boeken en de rest van de afspraken op inloop te doen. Wanneer een individuele afspraak vaak kort is, loont het om te onderzoeken of inloop een optie is.

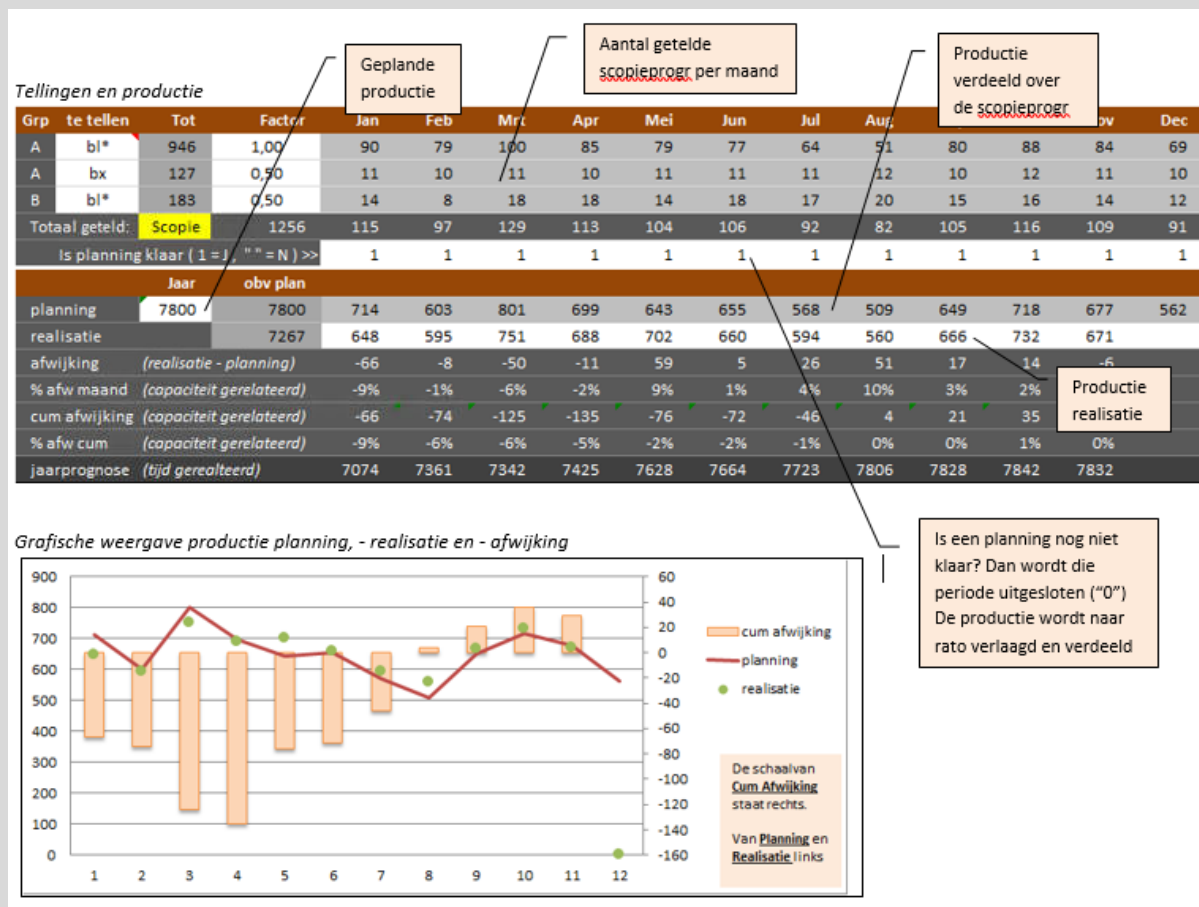
Steeds meer ziekenhuizen kunnen faciliteren dat patiënten zelf, digitaal, hun afspraak kunnen boeken. Ook door deze ontwikkeling zijn er minder patiëntplanners nodig. Wanneer patiënten zelf kunnen boeken, is het van essentieel belang om de juiste plekken in de agenda's open te stellen voor deze patiënt, die zowel geschikt zijn voor deze patiënt als een efficiënte agenda voor de arts betekenen. Bovenstaande maakt duidelijk dat deze op het oog simpele ontwikkeling "als het voor een hotel of vliegtuig kan..." niet enkel een ICT-vraagstuk is.

2.8 Realisatie registreren en monitoring

De realisatie van de productie en inzet van resources wordt vastgelegd ten behoeve van onder andere de salarisbetaling en verantwoording. Informatie over de realisatie kan worden gebruikt om op strategisch en tactisch niveau het plan- en roosterproces te optimaliseren. Door monitoring kan een ziekenhuis op strategisch niveau haar visie of plan-/roosterbeleid aanpassen en op tactisch niveau kunnen de roosters en agenda's van een afdeling geoptimaliseerd worden.

Voorbeeld monitoring

Voor het monitoren van de productie kan bijvoorbeeld het rooster van de artsen worden gebruikt. In deze roosters staat veelal welke activiteiten zij verrichten (poli, OK, onderzoek). Als we de gerealiseerde en geplande activiteiten tellen dan kunnen we berekenen/voorspellen wat de realisatie over een jaar gaat worden. In onderstaand voorbeeld is dit in een tabel en grafiek weergegeven (hier wordt de planning op maand- i.p.v. weekniveau weergegeven).



Het voorbeeld in het grijze kader rekent met de dit jaar gerealiseerde productie (van de reeds voorbij maanden). De productie per spreekuur van het voorgaande jaar kan gebruikt worden als richtlijn en controle en bij de uitrol van een jaarrooster. Niet elke (groep) arts(en) doet in dezelfde capaciteit dezelfde productie, ook niet binnen een medisch specialisme. Voor een grove berekening van de benodigde capaciteit of voorspelling van een resultaat kan je met grove data werken

(bijvoorbeeld maandgegevens en weinig verschillende soorten spreekuren gebruiken). Als de analyse gedetailleerder moet zijn, dan moet de data ook preciezer zijn. Onderscheid maken tussen verschillende soorten spreekuren en/of de waarden per week gebruiken is dan geschikter.

Ver vooruit plannen zorgt vaak voor demping van variantie en/of vroegtijdig signaleren van te verwachten problemen. Door demping van variantie wordt de capaciteitsbenutting beter, terwijl tegelijkertijd het werkplezier toeneemt door minder pieken en dalen in de werkdruk. De huidige ervaringen van het Haga Ziekenhuis leert hen dat een goed gepland rooster (wie werkt wanneer en doet wat) een goede voorspelling geeft voor de verwachte productie.

In onze ervaring hebben managers/TPOs/mensen met 'het stuur in handen' de neiging om "fors" te sturen: bij een tekort direct programma's erbij, of meer patiënten per programma. Echter, veel problemen worden juist veroorzaakt door verkeerd sturen. Ons advies hierin is: ga eerst op zoek naar eventuele verklaringen en de juistheid van de gegevens en stuur met mate, maar wel steeds vroegtijdig. Achter afwijkingen zit bijna altijd een verhaal. Maandelijks bespreken brengt deze informatie snel op tafel, zodat er indien nodig rekening mee gehouden kan worden in het plannen en roosteren. Wanneer er moet worden bijgestuurd, zorg er voor dat:

- je stuurt op weekcijfers (i.p.v. maandcijfers, want iedere maand heeft een ander aantal werkdagen),
- data heel kort na afloop van de periode beschikbaar zijn en je die direct beschikbaar stelt voor alle betrokkenen (transparantie),
- je het aantal parameters waarop je stuurt beperkt,
- je een heel jaar vooruit gepland hebt, zodat je de grote lijnen kunt zien.

In het hele proces van visie naar het boeken van patiënten staan veel zaken vast of zijn voorspelbaar. Maak eventueel een "fictieve" planning, of bouw verschillende scenario's zodat er een boven- en ondergrens aan de verwachting ontstaat.

3 Implementatie

Het maken van goede roosters is een vak, waarvoor speciale opleidingen bestaan. Regelmatig zien we dat de roosters nog met de hand gemaakt worden, soms zelfs nog op papier. Tegenwoordig is ook ondersteuning met software mogelijk, waardoor het maken van de roosters meestal sneller en beter gaat. Software kan immers ondersteunen door automatisch te controleren op arbeidstijden en vaste vrije dagen. Daarnaast bestaan er softwarepakketten die automatisch een voorstel kunnen doen voor een rooster, gebaseerd op alle harde en zachte voorwaarden die de roosteraar in het programma kan toevoegen.

Het is belangrijk dat het hele ziekenhuis in een vergelijkbaar ritme zit qua planning en roostering, zodat de roosters waar nodig op elkaar af gestemd kunnen worden. Denk hierbij aan het onderling afstemmen van de reductieperiodes op de OK en in snijdende klinieken. Onderling afstemmen van de roosters is ook belangrijk wanneer bij patiëntgroepen meer dan één specialisme betrokken is, maar bijvoorbeeld ook als patiënten voor een bepaald spreekuur altijd eerst langs Radiologie of Bloedafname moeten. Daarnaast gebeurt het soms dat veel artsen naar hetzelfde congres gaan, en zou je in zo'n week bijvoorbeeld de spreekkamers aan een ander specialisme kunnen geven, of de ondersteuning op de poli ook uit kunnen roosteren.

Wanneer de plannings- en roosterprocessen in een ziekenhuis goed georganiseerd zijn, kost het roosteren en boeken veel minder tijd. Een volwassen roosterproces kenmerkt zich door:

- Compacte communicatielijnen tussen zowel artsen en de roosteraar als tussen roosteraars en de patiëntplanners.
- Gecentraliseerde taakverdeling zodat roostertaken en -verantwoordelijkheden zoveel mogelijk bij één persoon/team liggen. Wanneer meerdere zorgverleners verantwoordelijk zijn voor deelroosters (gefragmenteerde taakverdeling), kan niemand het totaal overzien.
- Duidelijke deadlines, bijvoorbeeld voor het aanvragen van vakantie.
- Duidelijke roostercriteria met harde (bijvoorbeeld minimale bezetting) en zachte voorwaarden, zodat duidelijk is wanneer het rooster 'goed' is.
- Het roosteren is belegd bij getrainde roosteraars die in staat zijn om afwegingen en resultaten transparant te delen en goed overweg kunnen met de software die voor het roosteren gebruikt wordt.
- Het gebruik van een multi-resource planningstool, zodat er één plek is voor alle invoer en waarmee snel in alle dimensies de beschikbaarheid/knelpunten per resources zichtbaar is. Taken zoals een spreekuur (1), kennen uitvoerders/artsen (2) op een dagdeel/tijdstip (3) in een bepaalde spreekkamer (4). Een rooster is pas compleet als de puzzel op alle vier de dimensies klopt. Vier dimensies passen niet meer (eenvoudig) in Excel.

Wanneer een ziekenhuis de roosterprocessen naar een volwassen niveau wil brengen, is het belangrijk om Proces, Pakket en Personen in balans te hebben tijdens de transitie naar de nieuwe werkwijze. Deze driehoek moet samen, in hetzelfde tempo, naar volwassenheid groeien/veranderen. Om de verandering te laten slagen, is het hebben van Personen met de juiste achtergrondkennis essentieel. Hiermee worden zowel personen met een roosteropleiding bedoeld, als mensen met inhoudelijke kennis van de voorwaarden van een goed rooster. Het (rooster)Proces moet goed

ingericht zijn om soepel te lopen, wat bijvoorbeeld vereist dat er een gewenst proces is uitgetekend en gecommuniceerd naar alle roosteraars en betrokkenen.

Het hebben van een goed roosterpakket (software) is eigenlijk *nice to have*, Excel kan ook. Maar een roosterpakket heeft als groot voordeel dat het afdwingt dat je roosterproces precies zo loopt als ontworpen. Immers, je kunt personen zonder roosteropleiding toegangsrechten tot het pakket weigeren en automatisch het pakket zo instellen dat informatie op de juiste frequentie met andere onderdelen van het ziekenhuis gedeeld wordt. In een volwassen roosterproces wordt er een multi-resource rooster gemaakt, waarin niet alleen de zorgverlener maar ook bijvoorbeeld de spreekkamer geroosterd wordt.

In ziekenhuizen worden roosters voor artsen, spreekkamers en andere resources nog vaak in losse Excelbestanden gemaakt. Artsen hebben vaak veel verschillende taken, waarvan de roosters mogelijk ook over meerdere Excel-bestanden verspreid zijn. Een goed softwarepakket kan multi-resource planning faciliteren, wat betekent dat het de mogelijkheid biedt om een werkplek, persoon, dagdeel en taak te plannen of roosteren op een overzichtelijke manier, in één programma. Door het vastleggen van alle harde eisen aan roosters en alle zachte voorwaarden die roosters fijn maken voor de zorgverleners, kan een softwarepakket signaleren bij roosterconflicten en bij gebruik van een roosteralgoritme (automaat) ook vaak betere roosters genereren dan handmatig mogelijk is.

4 Conclusie

Op basis van de verzamelde kennis en ervaring van de deelnemende ziekenhuizen aan het CHOIR-netwerk, identificeren we in dit document alle stappen van een strategische visie van een ziekenhuis tot het boeken van patiënten bij een zorgverlener op een specifieke datum en tijd. We definiëren de belangrijkste termen van het plan- en roosterproces voor zorgverleners, met name *plannen*, *roosteren* en *boeken*. Iedere stap in het proces lichten we toe, geïllustreerd door onze ervaringen. Tot slot geven we advies over hoe een ziekenhuis de stap kan maken naar een volwassen plan- en roosterproces, waarbij de balans tussen proces, persoon en pakket belangrijk is.

Met een goed ingericht plan- en roosterproces kunnen ziekenhuizen de stap maken van aanbodgericht naar vraaggericht werken, wat voor de patiënt leidt tot kortere toegangs- en wachttijden, voor medewerkers tot betere benutting van agenda's en beter gebalanceerde werkdruk, en op ziekenhuisniveau tot meer controle over de productie en dus financiën. Meer algemeen geldt ook: gedegen integraal capaciteitsmanagement kan in ziekenhuizen bijdragen aan een betere capaciteitsbenutting zonder dat het personeel daar harder voor hoeft te werken.

Het CHOIR-netwerk heeft tijdens het afronden van dit document al een volgend thema opgepakt om kennis en ervaringen over uit te wisselen: maturiteit van Integraal Capaciteitsmanagement in ziekenhuizen. Samen verkennen we in welke mate ziekenhuizen volwassen zijn op de deelgebieden (systeem, performance, mensen, organisatie, methoden en data) en wat er nodig is geweest voor de 'volwassen' ziekenhuizen om op dat niveau te komen. Houd de CHOIR-website en webinars in de gaten om ook van deze opgedane kennis te profiteren, of neem deel aan het netwerk om actief bij te dragen aan de kennisuitwisseling!

5 Dankwoord

Het CHOIR-netwerk had niet bestaan zonder het initiatief vanuit CHOIR, dus veel dank zijn wij verschuldigd aan Richard Boucherie, Erwin Hans, Aleida Braaksma en Gréanne Maan-Leeftink. Dit document is ontstaan in vele (online) sessies met ieder vele deelnemers. De discussies die we in deze sessies gehad hebben, hebben het document gevormd en aangescherpt tot wat het nu is. Daarom zijn we alle deelnemers van het netwerk enorm dankbaar, en in het bijzonder de mensen die op onze auteurslijst staan en de deelnemers die in discussies hebben bijgedragen: Dagmar Wikkerink (Orthopedisch Centrum Oost-Nederland), Franziska Ebert (Jeroen Bosch Ziekenhuis), Laura Ooms (Ziekenhuisgroep Twente), Marleen Sommers (Jeroen Bosch Ziekenhuis), Peer Goudswaard (UMCG) en Vincent van Ham (Rode Kruis Ziekenhuis).

6 Bijlage: De Agendarasters en/of OK-blauwdrukken

In deze bijlage bespreken we een aantal methoden om van de beschikbare OK-capaciteit van het ziekenhuis te komen tot een OK-rooster per specialisme. De OK-roosters zijn belangrijke input voor de perioderoosters van snijdende specialismen.

Een eenvoudige methode is om de bestaande verdeling van de OK-capaciteit naar specialismen te continueren en daar mogelijk aanpassingen op door te voeren. Het voordeel van deze methode is dat alle partijen er vanuit historie op ingesteld zijn, waardoor de beperkte verandering overzichtelijk blijft (artsen-/poli-roosters maar ook ondersteuners als dagverpleging/kliniek/beeldvorming/fysio et cetera). Een aanpassing op deze methode kan lastig zijn zodra er sprake is van krapte, want dat betekent dat op het moment dat een specialisme een OK-sessie extra nodig heeft, dit bij een ander specialisme eraf gehaald moet worden. Ook kan het zijn dat er te weinig flexibiliteit is om mee te kunnen bewegen met de zorgvraagontwikkeling.

De tweede methode om te komen tot een verdeling is om de OK-wachlijsten leidend te laten zijn en aansluiting te houden met de zorgvraag. Dit kan middels de actuele wachtlijst, dan wel op basis van een prognose van de wachtlijstontwikkeling (gezien roosters minimaal 3 maanden van tevoren moeten worden bepaald voor het personeel). De uitdaging in deze variant betreft het bepalen van een acceptabel wachtlijstniveau/wachttijd per specialisme. Ook kan dit in theorie zorgen voor schommelingen van meer en minder sessies per specialisme wanneer de actuele of verwachte wachtlijst niet in lijn ligt met de verdeelde capaciteit. De mate van variatie kan ook een aandachtspunt zijn voor alle partijen om zich op aan te passen (artsen-/poli-rooster en ondersteuners). Risico bij deze methode is een 'jojo-effect'; specialismen die veel poli doen, krijgen een langere wachtlijst voor OK en doen een periode daarop meer OK en minder poli om de wachtlijsten weer weg te werken, en deze cyclus herhaalt zich.

De derde methode is om de beschikbare OK-capaciteit te verdelen op basis van interne of externe productieafspraken. Hoewel de huidige financiering van de DBC-systematiek niet in uitvoerjaren maar in DBC-openingsjaren is geregeld, geeft dit geen harde relatie. In het eerste kwartaal van het jaar opereer je immers voor zowel het voorgaande DBC-jaar als huidige DBC-jaar. Er kan wel gesteld worden dat indien een specialisme minder OK-tijd heeft dan verwacht, het aannemelijk is dat de wachtlijsten oplopen.

Naast deze methoden kan er ook nog gebruik gemaakt worden van 'nog niet vooraf toegewezen sessies' (flexsessies) in verschillende vormen. Door deze in het basisrooster in te bouwen kan dit extra bijsturingmogelijkheden geven voor bijvoorbeeld hoge wachtlijsten of compensatie van OK-sessies aan specialismen i.v.m. incidenten.

6.1 Verdeling van beschikbare OK-capaciteit specialisme naar specialist

Als het aantal OK-sessies voor een specialisme voor een bepaalde periode duidelijk is, dan is de vervolgstap om dit aantal sessies te verdelen naar specialist. Daarvoor zijn de mogelijkheden waarop de verdeling gebaseerd kan worden:

- Historische verdeling

-
- Gelijk aantal OK's per specialist (of naar rato van bijvoorbeeld fte)
 - Op basis van poli - OK factor
 - Huidige of prognose van wachtlijst
 - Casemix

Voorbeeld: OK-blauwdruk verdeling bij Rijnstate

Rijnstate heeft twee varianten inzake de OK-verdeling: een basisrooster/blauwdruk en de flexsessies. Het doel van het basisrooster bij Rijnstate is om te zorgen dat de OK-wachtlijst stabiel blijft, dan wel het probleem bij iedereen even groot is. De berekening van benodigde OK-capaciteit volgt vanuit de beoogde productie-/interne afspraak per jaar, per locatie. Dit wordt voor alle specialismen uitgerekend en afgezet tegen de capaciteit van de OK dat jaar (-/-flexsessies) en verdeeld naar rato. Daarmee krijgt iedereen een gelijk deel van zijn doelstelling. Om tot een tweewekelijks rooster te komen worden de reductieweken als gegeven beschouwd (specialisme Y met 1 OK per dag...) Deze worden in mindering gebracht op het reeds toegekende aantal OK-sessies om tot het benodigde gemiddelde aantal OK-sessies per week te komen (regulier).

Het doel van de flexsessies is om op de werkvoorraden bij te sturen. De flexsessies worden verdeeld op basis van de afwijking tussen de 'verwachte' werkvoorraad (instroom/uitstroom die periode) versus het 'gewenste' niveau. Dit niveau is aan te passen in overleg. Het specialisme met de grootste afwijking (1e in de ranking) krijgt het benodigd aantal sessies om gelijk te komen aan de 2e in de ranking, vervolgens krijgen nummer 1 en 2 het benodigd aantal sessies om op de 3e plek in de ranking te komen et cetera.

De verdeling van specialisme naar specialist wordt decentraal ingeregeld.