



**Capaciteitsmanagement
is een dynamisch proces**

KALCIO
HEALTHCARE

Inhoud

Inhoudsopgave

Inhoud	2
Samenvatting	3
Inleiding	4
Zorgvraag en -aanbod	5
Factoren van invloed op de balans	5
Evolutie capaciteitsmanagement	6
Late 20 ^e eeuw	6
2000-2010	6
2010-2020	7
2020-2040	7
De drie niveaus van management	9
Strategische vraagstukken	9
Tactische vraagstukken	9
Operationele vraagstukken.....	9
Invloeden op plannen binnen het ziekenhuis	10
Randvoorwaarden voor succesvol capaciteitsmanagement	11
Analyseren	12
Modelleren.....	12
Executeren	12
KALCIO Healthcare.....	13

heeft verwijderd: 11

Samenvatting

Capaciteitsmanagement in ziekenhuizen richt zich op de afstemming tussen zorgvraag en -aanbod, met als doel de juiste zorg op het juiste moment en de juiste plek te bieden. Dit proces wordt steeds uitdagender door de groeiende zorgvraag, personeelstekorten en complexere zorgbehoeften, onder andere door vergrijzing en co-morbiditeit.

Evolutie van capaciteitsmanagement

Van de late 20e eeuw tot heden heeft capaciteitsmanagement aanzienlijke veranderingen ondergaan. Aanvankelijk draaide het voornamelijk om beddenbeheer, maar technologische innovaties zoals elektronische patiëntendossiers (EPD) en Lean Management hebben het proces verbeterd. In de laatste decennia kwamen hospital control centers op, waarmee vraag en aanbod binnen ziekenhuizen centraal werden gemonitord. Het gebruik van data-analyse en prognoses wordt steeds belangrijker. Door innovaties zoals telehealth en zelfroosteren wordt flexibiliteit in capaciteit vergroot.

Drie niveaus van management

Capaciteitsmanagement speelt zich af op strategisch, tactisch en operationeel niveau:

1. Strategisch niveau: Lange termijn vraagstukken, zoals investeringen in apparatuur, worden op ziekenhuisniveau besproken.
2. Tactisch niveau: Middellange termijnplanning betreft afdelingen, bijvoorbeeld roosters en blokken voor operatiekamers.
3. Operationeel niveau: De dagelijkse uitvoering, zoals het aanpassen van planningen bij ziekte, richt zich op flexibiliteit.

Invloeden op planning

Plannen kan centraal of decentraal worden uitgevoerd. Centraal plannen biedt meer transparantie, terwijl decentraal plannen de praktijkkennis benut. Planning wordt steeds meer gebaseerd op aanbod om te voorkomen dat werkdruk en teleurstellingen ontstaan.

Randvoorwaarden voor succes

Succesvol capaciteitsmanagement vereist vaardigheden zoals analytisch inzicht, procesbegeleiding en organisatiesensitiviteit. Het proces wordt opgezet in drie fasen:

1. Analyseren: Begrip ontwikkelen van de organisatie en de huidige situatie.
2. Modelleren: Inefficiënties identificeren en verbeteracties formuleren.
3. Executeren: Het verbeterplan implementeren en resultaten monitoren via kritieke prestatie-indicatoren (KPI's).

Capaciteitsmanagement blijft een dynamisch proces dat beïnvloed wordt door externe factoren zoals technologische vooruitgang en veranderende patiëntbehoeften. Door continu te innoveren en evalueren, kunnen ziekenhuizen efficiënter omgaan met schaarse middelen en een betere balans vinden tussen vraag en aanbod.

Inleiding

Capaciteitsmanagement gaat om de afstemming tussen het aanbod van zorg op de zorgvraag, iets waar ziekenhuizen doorlopend mee bezig zijn. Het is dus de koppeling tussen het aantal medewerkers dat een bepaald type zorg kan leveren op basis van hun vaardigheden en bevoegdheden en de specifieke zorgvraag op dat moment. Om een goede aansluiting tussen zorgvraag en aanbod te kunnen bewerkstelligen is het van belang dat er vooruitgekeken wordt en een inschatting wordt gemaakt van de grootte van de zorgvraag en de beschikbare mankracht. Deze afstemming wordt uitdagender met de toename van de wachttijden en het tekort aan personeel in de zorg.

Om een goed begrip te krijgen van wat capaciteitsmanagement is, waarom het van belang is en hoe capaciteitsmanagement goed ingericht kan worden, moet eerst duidelijk worden hoe de balans tussen zorgvraag- en aanbod werkt en verschuift. Daarnaast is het zinvol om de achtergrond van capaciteitsmanagement te kennen om met deze kennis vooruit te kunnen kijken op zowel strategisch, tactisch als operationeel niveau.

In deze whitepaper wordt ingegaan op de balans tussen zorgvraag- en aanbod, de evolutie van capaciteitsmanagement van laat vorige eeuw tot 2040, we bespreken de verschillende niveaus van capaciteitsmanagement binnen een organisatie en sluiten af met de randvoorwaarden voor succesvol capaciteitsmanagement.



Figuur 1: Niveaus

Zorgvraag en -aanbod

Capaciteitsmanagement is het optimaal afstemmen tussen vraag en aanbod. In de zorg gaat dit onder andere over de zorgvraag en het beschikbare, juist-gekwalificeerd personeel. Daarnaast hebben bedden en de juiste specialisaties ook invloed op het zorgaanbod. Dit wordt in de zorg vaak aangeduid met: de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment. Ondanks dat deze aanduiding een streven is voor de ziekenhuiszorg, is dit moeilijk te evenaren. De zorgvraag is groot, blijft stijgen en wordt complexer, daartegenover stijgt het aantal zorgmedewerkers minder hard en is er een afname van het aantal mensen dat een beroep in de zorg kiest¹².

Factoren van invloed op de balans

De afname van het zorgpersoneel heeft veel verschillende oorzaken en komt primair door een natuurlijke uitstroom uit de zorg wat beïnvloed wordt door levensfase. Voorbeelden hierbij zijn het behalen van een pensioengerechtigde leeftijd, of een veranderde thuissituatie waardoor fulltime werken minder haalbaar is. Naast de natuurlijke uitstroom is er nog een factor die invloed heeft op het aantal beschikbare zorgmedewerkers voor een zorgvraag. De zorg wordt steeds complexer door o.a. co-morbiditeit wat vraagt om betere samenwerking, coördinatie en een patiëntgerichte benadering, waarbij zowel specialisten als generalisten een rol spelen. Het zorgproces in is Nederland complex, waaronder het juist aanvragen. Verzekeren dat de patiënt met zorgvraag het juiste pad beloopt en langs de juiste specialisaties gaat is van belang om verspilling in het zorgproces te voorkomen. Verspillingen tegengaan is noodzakelijk om de zorgkosten niet verder te doen laten stijgen.

Aan de aanvraagzijde is te zien dat de toenemende vergrijzing invloed heeft op de balans. Door de vergrijzing zijn er niet alleen méér zorgvragen, maar ook andere leeftijd gerelateerde zorgvragen. Daarnaast neemt de diagnostisering/behandeling van deze patiëntencategorie (ouderen) ook meer tijd in beslag. De ziektebeelden zijn vaak complex met meerdere aandoeningen of kwalen, waarbij vaak gecombineerde behandelstrategieën van toepassing zijn. Ook hebben de ontwikkelingen op het gebied van zorg geresulteerd in meer behandelingen voor ziektebeelden waar vroeger geen behandeling voor mogelijk was. Dit zorgt voor extra groei aan de aanvragende kant van de (ziekenhuis) zorg.



Figuur 2: Balans zorgvraag- en aanbod

¹ RIVM (2017). RIVM verkent toekomstige ontwikkelingen in zorgvraag, bredere determinanten van gezondheid en technologie. [RIVM verkent toekomstige ontwikkelingen in zorgvraag, bredere determinanten van gezondheid en technologie | RIVM](#)

² CBS (2023). Mobiliteit van werknemers; AZW (breed), instroom, uitstroom, saldo, regio.

[StatLine - Mobiliteit van werknemers; AZW \(breed\), instroom, uitstroom, saldo, regio \(cbs.nl\)](#)

Evolutie capaciteitsmanagement

Om capaciteitsmanagement goed te begrijpen is het belangrijk om te weten hoe capaciteitsmanagement zich heeft ontwikkeld in de afgelopen jaren (Figuur 3). Daarbij is het goed om te realiseren dat niet iedere zorgorganisatie even ver is en er dus herkenning kan zijn bij verschillende stadia. Daarnaast is het belangrijk om te beseffen dat regelmatige evaluatie en flexibiliteit nodig is. Capaciteitsmanagement is een dynamisch proces wat continu bijgestuurd moet worden door invloeden vanuit de omgeving en generatieverschillen.

Late 20^e eeuw

In de late 20^e eeuw ging het bij capaciteitsmanagement vooral om beddenmanagement waarbij de zorgvraag gekoppeld wordt aan het aantal bedden. De overheid had veel invloed op het aanbod en de capaciteit van ziekenhuisvoorzieningen door het erkenningsysteem voor instellingen als eenheid, bedden capaciteit en het aantal specialistenplaatsen. De maximale personeelsomvang per afdeling werd gebaseerd op de verwachte productie van een afdeling en dit werd vastgesteld door een vast salarisbedrag voor personele kosten per afdeling in te stellen. Dankzij technologische ontwikkelingen is de ligduur van patiënten aanzienlijk verkort en worden er meer handelingen uitgevoerd³. Informatiesystemen spelen echter nog een beperkte rol bij het ondersteunen van capaciteitsplanning⁴. Capaciteitsmanagement speelde zich meer binnen de afdeling af dan op grotere schaal.

2000-2010

De beddenverdeling tussen afdelingen speelde nog een grote rol en werd nog erg beheerst door verworven rechten van vroeger. Om inzicht te krijgen in het aantal benodigde bedden was de werklust een goede indicator. De werklust werd bepaald door de zorgvraag (gerealiseerde instroom en weigeringen) en de gemiddelde ligduur. Wanneer hier een berekening op werd gedaan kon inzichtelijk worden hoe de beddenverdeling het beste kon zijn op basis van de patiëntvraag. Ondanks dat er een kwantitatief middel is, speelde verworven recht van afdelingen nog een grote rol⁵.

Verder werden in deze periode klinische paden ontwikkeld voor een aantal behandelingen om een standaard in procedures te creëren. Hierdoor werd de benodigde capaciteit ook inzichtelijker⁶. Daarop volgde het ontstaan van diagnose behandel combinaties (DBC's) die de transparantie aan zorgaanbod moesten vergroten waardoor o.a. de zorgcapaciteit en zorgvraag beter op elkaar afgestemd konden worden⁷.

Een technologische bijdrage aan capaciteitsmanagement was het ontwikkelen van het elektronisch patiëntendossier (EPD). Het EPD fungeert als een verzameling van relevante informatie die door middel van ICT-middelen benaderd kunnen worden en beschikbaar zijn voor de juiste personen die betrokken zijn bij de zorgverlening. Door in gebruik name van het EPD konden meerdere knelpunten inzichtelijk worden

³ Blank, J.L.T., Eggink, E. & Merckies, A.H.Q.M. (1998). Tussen bed en budget: een empirisch onderzoek naar de doelmatigheid van algemene en academische ziekenhuizen in Nederland. Elsevier, ISBN 90-5749-119-2. [Tussen bed en budget \(scp.nl\)](#)

⁴ Branger, P.J., Paalvast, E.M.R.M., Voorhoeve, J.C. & van Hee, K.M. (1997). Informatisering in de gezondheidszorg een toekomstverkenning. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. [439572.pdf \(oapen.org\)](#)

⁵ De Bruin, A.M., Nijman, B.C., Caljouw, M.F., Visser, M.C. & Koole, G.M. (2007). De grootte van zorgenheden: een logistieke benadering. VU medisch centrum.

⁶ Hans, E.W., van Houdenhoven, M., Hulshof, P.J.H. (2012). A Framework for Healthcare Planning and Control. In: Hall, R. (eds) Handbook of Healthcare System Scheduling. International Series in Operations Research & Management Science, vol 168. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-1734-7_12

⁷ Putter, K. & Frissen, P.H.A. (2006). Zorg om vernieuwing. Universiteit van Tilburg.

waaronder een gebrek aan capaciteit. Hierdoor was er meer ruimte om in te spelen op capaciteit⁸. Wat verder bijdroeg was de introductie van Lean Management in de ziekenhuizen. Dankzij Lean Management werd inzicht vergaard in de verspillingen in de processen omtrent capaciteitsmanagement en efficiëntie bevorderd⁹.

2010-2020

In de jaren 2010 tot 2020 werd er meer focus geplaatst op capaciteitsmanagement binnen de ziekenhuizen. De balans tussen vraag en aanbod kwam steeds meer uit evenwicht en de toename in ingewikkelde diagnostiek en de vergrijzing van de samenleving zorgde voor een heldere boodschap: capaciteitsmanagement is van groot belang. Een eerste stap die werd gezet richting betere capaciteitsmanagement is het opzetten van hospital control centers (HCC). HCC's bundelen data over vraag en aanbod van capaciteitsmanagement in het ziekenhuis. In HCC's hangen grote schermen met real time data en de ruimte dient als een ontmoetingsplek voor verschillende expertises¹⁰. Echter, door het opzetten van een aparte entiteit in een ziekenhuisorganisatie resulteerde dit in extra overleggen en stakeholders. Deze extra afstemmingsmomenten zorgen voor meer bureaucratie en vertragen het beslissingsstelsel. Uiteindelijk droeg het bij aan het complexer worden van een al complexe ziekenhuisorganisatie.

Daarnaast kreeg de patiëntenzorg buiten het ziekenhuis meer aandacht. Mede door ervoor te zorgen dat bedden sneller vrij kwamen en om de eigen deelname aan gezondheidsverbetering van de patiënt te vergroten op afstand¹¹. Door de COVID-19 pandemie is de ontwikkeling van telehealth en op afstand monitoren versneld waardoor dit proces verder kon ontwikkelen¹².

2020-2040

Rooster programma's voor de personele planning worden steeds meer doorontwikkeld terwijl er ook een steeds grotere focus komt te liggen op verwachtingsmanagement. Aanvullende programma's proberen gegevens en trends te analyseren om prognoses te kunnen doen voor de bepaalde periodes, op deze manier kan het roosterproces optimaal worden ingericht.

Er ontstaat een verschuiving van vraag gestuurd naar aanbod gestuurd werken. Door in plaats van eerst afspraken en behandelingen in te plannen en kamers op te zetten, wordt in steeds meer ziekenhuizen eerst gekeken naar wat er is aan capaciteit. Dit komt deels door de tekorten op de werkvloer en de hoger wordende werkdruk. Om niet achter de feiten aan te lopen is er noodzaak om naar andere manieren van roosteren te kijken. Een mogelijke wijze waarop het roosteren wordt gepoogd in te richten is het samen- en/of zelfroosteren. Door zelf te roosteren wordt er meer regie aan de werknemer gegeven wat weer eigen kansen en risico's met zich meebrengt. Voor dit proces moet van tevoren worden aangegeven hoe veel capaciteit er nodig is, dit legt de focus weer op vraag gestuurde capaciteitsmanagement in plaats van aanbod gestuurd.

⁸ Zwetsloot-Schonk, J. H. M. (2003). De wonderlijke wereld van ICT in de zorg. Faculty of Medicine / Leiden University Medical Center (LUMC), Leiden University. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/4495>

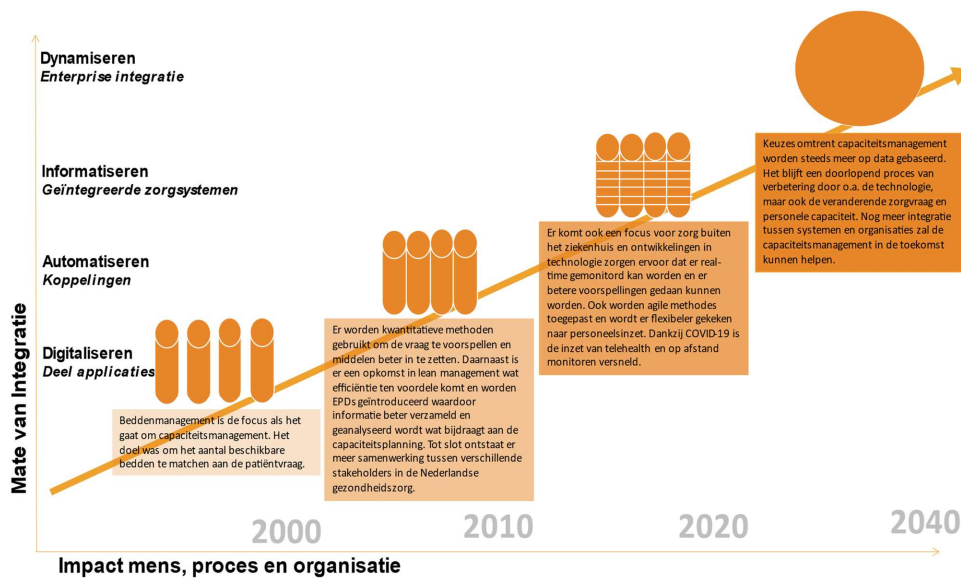
⁹ Trip, A. & Does, R. (2008). Lean Six Sigma blijkt het ideale middel om betere zorg te krijgen tegen lagere kosten. *Kwaliteit in bedrijf*, 24(5), 6-9.

¹⁰ Bremmers, S. Centraal **Sturen** op Capaciteit. *Zorgvisie* 49, 54-55 (2019). <https://doi.org/10.1007/s41187-019-0056-9>

¹¹ Timmer, S. (2010). *eHealth in de Praktijk: handreiking voor iedereen die wil kennismaken of starten met ehealth*. Bohn Stafleu van Loghum, ISBN 9789031391264

¹² Meurs, M., Keuper, J., Sankatsing, V., Batenburg, R., van Tuyl, L. (2020). De rol van e-health in de organisatie van zorg op afstand in coronatijd. Nivel. [Nivel.pdf \(nell.eu\)](#)

De bovengenoemde acties hebben allemaal als doel om een betere patiënt- en personeelsplanning te vormen. Via deze stappen wordt de patiënt maximaal ondersteunt in zijn/haar planproces en wordt de werkdruk op de afdeling beheersbaar voor de werknemer. Door te kijken hoe anders geroosterd kan worden en hiermee te experimenteren proberen ziekenhuizen efficiënter met capaciteit om te gaan. Het blijft een continu proces wat beïnvloed wordt door meerdere factoren zoals zorgvraag, personeel, demografische kenmerken en technologische ontwikkelingen.



Figuur 3: Evolutie model zorg informatisering 2008, K.A. Loerts, KALCIO Healthcare

De drie niveaus van management

Capaciteitsmanagement in het ziekenhuis wordt op verschillende niveaus uitgevoerd. Ieder niveau heeft zijn eigen vraagstukken voor dit thema¹³.

Strategische vraagstukken

Strategische vraagstukken hebben een lange planhorizon en vereisen vaak grote investeringen zoals de aanschaf van een MRI en bijkomende verbouwkosten etc. Strategische vraagstukken worden behandeld op ziekenhuisniveau en hebben een looptijd van 3 tot 5 jaar. Vaak wordt de lange termijnplanning gebaseerd op ervaringen, historische data en soms analytische informatie. Het gaat om beslissingen die invloed hebben op de hele organisatie zoals bijvoorbeeld welke plansoftware gebruikt gaat worden.

Tactische vraagstukken

Tactische vraagstukken gaan over personele planning (min.-max. beschikbaarheid) of blokplanningen voor operatiekamers. Dit speelt zich af op afdelingsniveau en komt voort uit de strategie van de organisatie. Het gaat om een middellange termijn tussen de 3 maanden en 3 jaar. Op afdelingsniveau wordt de planning gebaseerd op beschikbare middelen en gemiddelde vraag die in een bepaalde periode geldt¹⁴. Er is altijd een reguliere capaciteit die aangeeft wat de benodigde middelen zijn om de productie te dienen. Deze reguliere capaciteit kan op- en afgeschaald worden afhankelijk van het seizoen, vakantie, feestdagen, congressen of een verwachte kleinere/grotere stroom patiënten gerelateerd aan een andere reden dan eerder genoemd.

Operationele vraagstukken

Operationele vraagstukken gaan over het praktisch uitvoeren van tactische beslissingen. Op dit niveau is er weinig flexibiliteit aangezien de middelen (personeel, machines, ruimtes) al bepaald zijn. Het gaat bijvoorbeeld over het inplannen van personeel en inplannen van behandelingen/operaties/onderzoeken, tussen de 3 maanden tot het huidige moment. Bij de korte termijn gaat het om de ad hoc zaken. Hoe gaan we om met ziekte en lossen we dit op? Het programma staat immers al open. Of moeten we patiënten afbellen omdat er simpelweg niet meer personeel is? Gevolg is dat de patiënten weer op een ander moment ingepland moeten worden terwijl er lange wachtlijsten zijn. Dit geeft weer extra druk bij de administratie die de patiënten inplant. De korte termijn keuzes kunnen veel impact hebben.

Voorbeeld

Van tevoren zijn er afspraken over de minimale beschikbaarheid van bepaalde onderzoeken op de radiologie. Deze afspraken zijn tussen verschillende afdelingen en externe partijen gemaakt. Er moet bijvoorbeeld elke dag plaats zijn voor 16 spoed patiënten op de CT. Op basis van deze minimale beschikbaarheid in de programma's kan een minimale beschikbaarheid voor personeel worden ingesteld. Naast deze minimale beschikbaarheid wordt er extra gepland zodat ook reguliere afspraken ingepland kunnen worden. Echter, doordat dit maanden van tevoren wordt gedaan wijzigt er nog veel binnen deze planning. Personeel wordt ziek, gaat weg, maar er komt ook nieuw personeel bij dat eerst nog boventallig ingewerkt moet worden. Bijsturen op de personele planning om de onderzoeken door te laten gaan gebeurt tot op de dag zelf.

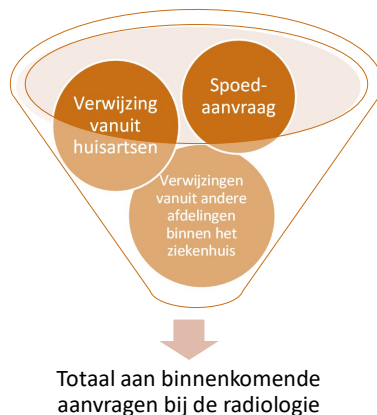
¹⁴ Munavalli, J.R., Boersma, H.J., Rao, S.V., van Merode, G.G. (2021). Real-Time Capacity Management and Patient Flow Optimization in Hospitals Using AI Methods. In: Masmoudi, M., Jarboui, B., Siarry, P. (eds) Artificial Intelligence and Data Mining in Healthcare. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-45240-7_3

Invloeden op plannen binnen het ziekenhuis

Plannen kan centraal of decentraal gebeuren. Door centraal te plannen is er meer transparantie in het planproces. Er is een duidelijker overzicht over de capaciteit tussen afdelingen. Echter, bij decentraal plannen is er juist kennis over wat er precies op de afdeling gebeurt wat bij ad hoc wijzigingen een voordeel oplevert.

Daarnaast wordt de planning nu vaak gebaseerd op de vraag en niet op het aanbod. De kans bestaat dat er te veel zorg ingepland wordt waar niet genoeg personeel, materialen, ruimte en/of apparatuur beschikbaar voor is. Dit kan resulteren in teleurstelling, frustratie en wanhoop aan de vraag kant en hogere werkdruk en daardoor verminderde werkplezier aan de aanbodkant. Voor duurzame inzetbaarheid van personeel is werkplezier en een beheersbare werkdruk van groot belang. Als gevolg hiervan wordt nu meer gekeken naar wat aangeboden kan worden en hierop wordt vraag ingepland. Vooraf wordt dan misschien minder vraag ingepland, echter wordt er achteraf minder afgebeld. Op deze manier is de vraag en aanbod realistischer op elkaar afgestemd.

Om aanbod leidend te laten zijn in het capaciteitsproces zijn goede afspraken met alle aangaande afdelingen van belang. Vraag komt vaak via meerdere wegen binnen zoals te zien is op onderstaande afbeelding (Figuur 4). Een overzicht behouden van wat voor aanvragen binnenkomen en wie welke aanvragen doet is van belang. Hiermee kan ook worden bijgestuurd in capaciteitsmanagement. Wanneer de capaciteitsverdeling wordt aanpast op een afdeling heeft dit ook gevolgen voor de andere afdelingen en die moeten zich hierop aan kunnen passen om zelf een lopend proces te behouden.



Figuur 4: Verschillende aanvragers bij de radiologie

Wat van belang is, is om vooral ook te kijken naar de trends. Met de snelheid waarop digitale innovaties plaatsvinden en de groter wordende zeggenschap van patiënten, is er een aanzienlijke kans dat over enkele

jaren patiënten ook steeds meer invloed hebben op het inplannen van afspraken bij zorgprofessionals. Zij zullen zich dan bij de groep aanvragers voegen.

Randvoorwaarden voor succesvol capaciteitsmanagement

Box 1. Vaardigheden

- ⇒ Inhoudelijke kennis van zorglogistiek en capaciteitsmanagement
- ⇒ Knelpunten analyseren
- ⇒ Procesbegeleiding
- ⇒ Veranderkunde
- ⇒ Cijfermatig en analytisch inzicht
- ⇒ Organisatiesensitief
- ⇒ Visualiseren
- ⇒ Organisatiesensitiviteit

Verspillingen kunnen klein zijn, maar grote effecten hebben. Een voorbeeld is het inplannen van MRI onderzoeken. Voor het inplannen van deze onderzoeken worden verschillende spoelen gebruikt, maar bij het inplannen van afspraken kan hiermee rekening houden door onderzoeken die eenzelfde type spoel hebben, achter elkaar te plannen. Hiermee bespaar je tussen de onderzoeken door tijd en kunnen de onderzoeken beter op elkaar aansluiten. Om deze verbeterpunten te herkennen is het belangrijk om over bepaalde vaardigheden te beschikken. In Box 1 zijn deze opgesomd.

Om capaciteit nu aan te pakken worden vaak ook vele overleggen ingepland, en aparte organen geïnstalleerd om te onderzoeken hoe het capaciteitsvraagstuk efficiënt aangepakt kan worden. Echter, de vele overleggen die ingepland worden, kunnen juist het tegenovergestelde effect hebben. Deze afspraken kunnen een vorm van tijdsverspilling zijn. Dit kan zichtbaar gemaakt worden door Lean naar de processen te kijken en verspillingen te identificeren in capaciteitsmanagement van een bepaalde organisatie.

Door te analyseren hoe de organisatie nu in elkaar zit en te ontdekken waar de verspillingen zitten, kan er gekeken worden naar een toekomstsituatie waarin tijd en middelen efficiënter worden ingezet. Dit draagt bij aan een betere focus op werkplezier, kwaliteit van zorg en patiënttevredenheid. Het gaat hierbij niet om alleen de digitale hulpmiddelen, maar vooral ook naar de menselijke aspecten van dit proces. Daarnaast kunnen ook stuur indicatoren worden ingezet die snel aangegeven wanneer er specifieke aanpak nodig is. Deze aanpak gaat in drie fases: analyseren, modelleren en executeren (Figuur 5).

Met opmerkingen [Ev1]: Kwaliteit van zorg?

Met opmerkingen [CL2R1]: Yes!

Analyseren

Allereerst is het van belang om binnen een organisatie eerst te begrijpen hoe de grotere organisatie in elkaar zit. Organisatiesensitiviteit is hier dus een belangrijke vaardigheid. Er zijn verschillende werkwijzen om een organisatie te leren kennen waarbij het opzoeken van de achtergrondinformatie, denk aan de missie en visie, een eerste stap is. Wanneer duidelijk is hoe een organisatie in elkaar zit, is de volgende stap om de benodigde informatie te verzamelen over het capaciteitsvraagstuk. Ook hiervoor zijn verschillende technieken mogelijk zoals 5x waarom, interviews en observatie. Daarnaast kan je hiervoor ook gebruik maken van Kaizen waarin je op een intensieve manier binnen een kortere periode diep ingaat op een vraagstuk. De verzamelde informatie kan vervolgens worden gestructureerd in een flowchart.

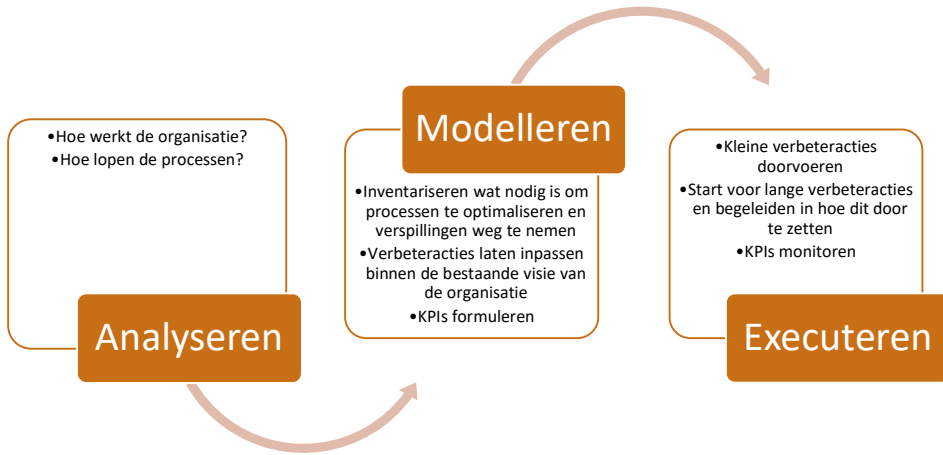
Modelleren

Nadat de verzamelde informatie gestructureerd is begint de volgende fase, het modelleren. Bij het modelleren worden verspillingen en inefficiënties uit de informatie gefilterd. Voor de gefilterde verspillingen en inefficiënties moeten uitgangspunten geformuleerd worden, die je in context moet plaatsen. Uitgangspunten zijn anders voor personele dan patiënten planning. Een uitgangspunt waaraan je zou kunnen denken bij patiënten planning kan zijn 'first time right'. Bij personele planning kan dit zijn 'inplannen van overcapaciteit'. Hierna kan er nagedacht worden over het verbeterplan dat bestaat uit mogelijk meerdere verbeteracties. Deze verbeteracties kunnen bestaan uit het laaghangende fruit, de korte en snelle verbeteracties, of uit verbeteracties die meer tijd en planning nodig hebben. Het formuleren van een verbeterplan met bijbehorende acties is een proces waar goed over nagedacht moet worden. Alleen met een goede basis kan een succesvol resultaat worden behaald. Tot slot moet er ook nagedacht worden over kritieke prestatie-indicatoren (KPIs) om de effecten van de verbeteracties te meten en bij te sturen indien nodig.

Executeren

Na het opstellen van het verbeterplan en de acties is het tijd om deze uit te voeren. De korte termijn verbeteracties kunnen direct uitgevoerd worden. Voor de lange termijn verbeteracties is het van belang om bij de start een goede begeleiding te geven. De voortgang kan gemonitord worden aan de hand van de KPIs.

Wanneer een verbeteractie is doorgevoerd is dit niet het einde van het traject. Procesverbetering is een continu proces. Wanneer je de laatste fase doorlopen hebt ga je terug naar de analyse fase om te kijken voor de volgende optimalisatiemogelijkheden in de capaciteitsplanning. Verder is het wel belangrijk om bij het einde van de verbeteracties, de successen te vieren.



Figuur 5: Aanpak van capaciteitsvraagstukken

KALCIO Healthcare

Bij KALCIO Healthcare werken wij vanuit onze kernwaarden strategisch transformeren, samen voor het beste resultaat en toegewijd en flexibel. Met onze werkwijze focussen wij op technologie, mens en proces om zo een positieve bijdrage te leveren aan de toegankelijkheid, effectiviteit, en kwaliteit van de gezondheidszorg.

Wil je tips om jouw capaciteitsmanagement te optimaliseren? Neem dan contact met ons op via info@kalcio.nl