

Zicht op efficiënte zorg...



...begint bij een goede capaciteitsplanning

WHITEPAPER

Capaciteits- en patiëntenplanning  
in zorgnetwerken

JOHAN LIEVESTRO

# INHOUD

## **Samenvatting**

## **Capaciteitsmanagement**

- 1. Plannen van zorgcapaciteit: nieuwe inzichten**
- 2. Prestatiebekosting: op naar professionele en zakelijke zorg**
- 3. Capaciteitsplanning, de eerste winsten geïncasseerd**
- 4. De patiëntenstroom de baas**
- 5. De noodzaak van integraal capaciteitsmanagement**
- 6. Van snel en toegankelijk overzicht naar handige app**
- 7. Samenwerkende ziekenhuizen en maatschappen: optimale synergie**

## **Geraadpleegde bronnen**

## SAMENVATTING

Al jaren worden ziekenhuizen gedwongen met minder geld betere zorg te leveren. De in januari 2015 ingevoerde prestatiebekostiging legt daar een extra inspanning bovenop.

Ziekenhuizen moeten hun zorgcapaciteit betalen uit de opbrengst, die zij genereren uit hun prestaties. De kwaliteitseisen blijven onveranderd hoog. Volgens een benchmark van accountantsbureau BDO bevindt een vijfde van de Nederlandse ziekenhuizen zich echter in een precare financiële positie. Solvabiliteit, vermogen en liquiditeit staan onder druk.

Deze ontwikkeling brengt vanuit kosten oogpunt de noodzaak tot het beheersen van de capaciteit en het werken op basis van een capaciteitsplanning indringend in beeld. Ongebruikte zorgcapaciteit is immers pure kapitaalvernietiging. Dat prikkelt ziekenhuizen de zorg rond de patiënt nog kosteneffectiever te organiseren, onder meer door niet alleen aandacht te schenken aan het verkorten van de doorlooptijd van behandelingen en de toegangstijden hiertoe, maar ook door meer inzicht te verkrijgen in de gemaakte zorgkosten. Vanuit tactisch en strategisch oogpunt wordt efficiënt plannen van zorgcapaciteit van groot belang. Voor de maatschappen in het ziekenhuis betekent dit dat men de bedrijfsvoering nog efficiënter in zal moeten richten. De integrale planning en sturing van capaciteit staat voortaan bovenaan de agenda van de raad van bestuur, de medische staf en de maatschappen van het ziekenhuis.

## Capaciteitsmanagement

*Om ziekenhuizen 'fit for the future' te krijgen zijn interventies nodig ten aanzien van de huidige zorglogistiek. Dankzij innovatieve planningssystemen kunnen ziekenhuizen hun zorgprocessen efficiënter en goedkoper maken en zijn zij in staat hun zorgcapaciteit op operationeel, tactisch en strategisch niveau te plannen. Het ziekenhuis is een organisch geheel, waarin de processen in de verschillende zorgketens, de beschikbare kennis en mensen op het juiste moment moeten 'matchen'.*

Zaak is het ziekenhuisproces zodanig in te richten dat de samenhang tussen de verschillende disciplines in de zorgketen wordt versterkt. De eindverantwoordelijkheid voor het efficiënt plannen en aansturen van zorgprocessen in ziekenhuizen ligt nadrukkelijk bij de raad van bestuur. Een belangrijke voorwaarde om de voordelen van integraal plannen te incasseren is het instellen van capaciteitsmanagement, verantwoordelijk voor de totale zorglogistiek op het operationele niveau van het ziekenhuis met directe zeggenschap en coördinatie over alle afdelingen en medische disciplines.

### **Versnelling en efficiencyslag**

Om de zorglogistiek een versnelling en een efficiencyslag te geven, zullen ziekenhuizen 'zorglogistieke plancodes' moeten gebruiken voor hun medische handelingen. Aan de hand van deze plancodes is de zorgcapaciteit beter te plannen en te sturen. Als er van elke patiënt op de wachtlijst een plancode is, heeft het capaciteitscentrum direct inzicht in de inhoud van de wachtlijst en de impact hiervan op de zorgprocessen.

### **Van overzicht naar app.**

Moderne ICT stelt medici, bestuurders en managers van een ziekenhuis in staat snel toegang tot sturingsinformatie te hebben. Op één beeldscherm kunnen zij zien hoe het ervoor staat met de planningsen resultaten van de tal van zorgafdelingen. Zo kan men de capaciteitsplanning en aansturing van zorgprocessen verbeteren. Informatie over doorlooptijden en toegangstijden van ziekenhuizen komt binnen afzienbare tijd - dynamisch en actueel - in de Cloud beschikbaar. Via een mobiele app. kan de patiënt straks alle informatie vinden over bij welke arts hij het best terecht kan.

## Plannen van zorgcapaciteit: nieuwe inzichten

### HOOFDSTUK

1

*Ziekenhuizen hadden in het verleden grote moeite met het plannen van hun patiëntenstromen. In eerste instantie werd er op de operatiekamer (OK) gepland en de verzorging van patiënten na hun operatie in het ziekenhuis verliep willekeurig. Dat bleek een weinig efficiënte wijze om de stroom van jaarlijks duizenden patiënten op te vangen.*

*Veel patiënten komen bovendien naar het ziekenhuis zonder dat een operatie nodig is. Ziekenhuizen willen de combinatie van OK's en beddenhuis beter kunnen plannen. Het plannen van een OK in een ziekenhuis is redelijk eenvoudig, maar daarna wordt het moeilijker. Wanneer gaat de patiënt immers weer naar huis?*

Zoiets plannen blijkt een complex spel, omdat ziekenhuizen het tijdstip van het ontslag van de patiënt alvast willen bepalen, voordat deze in het ziekenhuis is. In de afgelopen decennia zijn met de eerste planningsystemen, die op de Nederlandse markt werden geïntroduceerd, veel statistieken verzameld en is er volop in ziekenhuizen gemeten. Daaruit blijkt dat van 85% van de patiënten heel goed te



bepalen is, wanneer zij weer naar huis gaan. Honderd procent benutting van de bedden op de verpleegafdeling is niet haalbaar. Het doel van 85% is de na te streven ambitie. Wat ook geldt voor de benutting van bijvoorbeeld de OK-capaciteit. Op basis van andere meetgegevens is duidelijk geworden dat aan het eind van het jaar van de beschikbare OK-capaciteit doorsnee gezien nog geen 65% is gebruikt. Met name OK-capaciteit is kostbaar voor een ziekenhuis. Echter, ook de integrale afstemming tussen polikliniek, OK en beddenafdeling is essentieel.

### Drie niveaus van planning

Bij een capaciteitsplanning zijn drie niveaus te onderscheiden: operationeel, tactisch en strategisch. Beide laatste niveaus krijgen in de zorg nog steeds weinig aandacht. Waar een fietsenfabriek heel goed weet hoeveel damesfietsen er volgend jaar van de productielijn zullen rollen, opereert een ziekenhuis nog lang niet op basis van dat soort prognoses. In de eerste fase van de operationele ingreep en de fasen daarna komen veel verstoringen voor in het ziekenhuisproces. In de operationele fase is daar dan niets meer aan te doen. Als bijvoorbeeld een week eerder blijkt dat een chirurg de donderdag erop helemaal niet kan werken, omdat er iets fout is gegaan in de roosterplanning, dan zit er niets anders op dan patiënten af te zeggen en opnieuw in te gaan plannen. Intussen heeft de verpleegafdeling te maken met pieken en dalen, hollen en stilstaan.

### **Niet gestelde vragen**

Hoe kan men ervoor zorgen dat de zorgcapaciteit van het ziekenhuis optimaal is en hoe bereidt men zich voor op de opvang van patiënten volgend jaar? Hoeveel specialisten, verpleegkundigen, OK's, apparatuur, behandelkamers op de poli, bedden en teams op de verpleegafdelingen zijn er nodig en voor hoeveel uren? Allemaal vragen die niet worden gesteld.

Per jaar werd vastgesteld hoeveel uur er per medische discipline nodig was, maar niet hoe dat aantal uren in de loop van het jaar besteed ging worden, laat staan gedurende het jaar te monitoren hoe de capaciteit was benut. Er werd geen informatie verzameld, welke inzicht kon geven in het verbeteren van de planning van het zorgproces door het jaar heen.

Pas de laatste jaren is daar meer aandacht voor gekomen. Dankzij de inzichten die de planningssoftware heeft opgeleverd, zijn ziekenhuizen onder meer naar een substantieel kleiner aantal operatiekamers teruggegaan. In absolute getallen wordt er met een kleiner aantal OK's een grotere productie gedraaid, hetgeen tot substantiële besparingen heeft geleid.



## Prestatiebekosting: op naar professionele en zakelijke zorg

HOOFDSTUK

2

*Ziekenhuizen hebben een dwingende reden om tempo te maken met een adequate capaciteitsplanning. De financieringssystematiek van ziekenhuizen is per 1 januari 2015 gewijzigd. Vanaf die datum geldt het model van volledige bekostiging per prestatie. Ziekenhuizen hebben de afgelopen drie jaar nog kunnen leunen op de transitiebaton die zij ontvingen om mogelijk omzetverlies te compenseren.*

*Nu het systeem van prestatiebekostiging definitief is ingevoerd, is dat voorbij. Oogmerk hiervan is de kwaliteit en het kostenbewustzijn in de zorgsector te vergroten. Zorginstellingen krijgen geen vaste budgetten meer, maar ontvangen voortaan een bedrag voor de zorg die zij daadwerkelijk aan patiënten hebben geleverd. De integrale prestatiebekostiging moet ziekenhuizen prikkelen om de zorg rond de patiënt beter te organiseren. Zo moeten zij aandacht hebben voor het verkorten van de doorlooptijd van hun behandelingen en meer inzicht verkrijgen in de gemaakte zorgkosten. Tegelijkertijd verwacht het kabinet dat zij de kwaliteit van de zorg scherp in de gaten zullen houden.*

### Financiële druk

De financiële druk op de ziekenhuizen in ons land is groot, ondanks de positieve resultaten over 2013. Dat hebben de accountants van Ernst & Young in de Barometer Nederlandse Gezondheidszorg 2014 voor ziekenhuizen geconcludeerd. Deze druk wordt veroorzaakt door de invoering van de prestatiebekostiging, naast de financiële consequenties van een nieuw declaratiesysteem en scherpere contractering door de zorgverzekeraars. Volgens de medio februari 2015 verschenen benchmark van BDO bevindt een vijfde van de circa negentig Nederlandse ziekenhuizen zich in een precare financiële positie. Ook al hebben ziekenhuizen gemiddeld genomen hun financiële positie verbeterd, zij blijven sterk afhankelijk van zorgverzekeraars en banken. Aldus de constatering van het accountantsbureau solvabiliteit, vermogen en liquiditeit staan onder druk.

### Belangrijke stimulans

Deze ontwikkeling brengt vanuit kostenooipunt de noodzaak tot het beheersen van de capaciteit en het werken op basis van een capaciteitsplanning indringend in beeld. Budgetten kunnen niet langer aan niet-gebruikte capaciteit worden besteed. Dat is een belangrijke stimulans om het zorgproces beter en efficiënter te plannen en niet langer uitsluitend naar het operationele niveau te kijken, maar ook naar het tactisch en strategisch niveau. Om de nieuwe uitdaging op te vangen zullen ziekenhuizen vergaande verbeteringen door moeten voeren. Vanuit tactisch en strategisch oogpunt wordt efficiënt plannen van zorgcapaciteit van groot belang. Dit onderwerp komt daarmee nadrukkelijk op de agenda van de raad van bestuur, de medische staf en de maatschappen van het ziekenhuis te staan. Zij zijn het nieuwe podium voor de integrale capaciteitsplanning van zorgprocessen. Voor een betere prestatie van het ziekenhuis is het dan ook van cruciaal belang de duur en intensiteit van de onderdelen van het zorgproces – OK, poli en verpleegafdeling, maar ook onderzoek en diagnostiek – optimaal op elkaar af te stemmen en het benutten van de capaciteit integraal te plannen. Het bepalen daarvan begint op het hoogste niveau bij de raad van bestuur: wat zijn de afspraken? Wat zijn de productie- en kostendoelen? Wat is de benodigde zorgcapaciteit op de korte en lange termijn en hoe blijven we binnen de financiële kaders? Zijn de strategische doelen bepaald, dan is het zaak daar vervolgens de organisatie op in te richten.

## Capaciteitsplanning, de eerste winsten geïncasseerd

### HOOFDSTUK

3

*Het EPD/ZIS (elektronisch patiëntendossier/ziekenhuis-informatiesysteem) is een bron van stuurinformatie voor de capaciteitsplanning van een ziekenhuis. Deze systemen zijn puur bedoeld voor de registratie van het medisch en verpleegkundig handelen rondom de patiënt in de operationele fase van de zorgverlening. Zij missen de echte intelligentie voor het monitoren, plannen en aansturen van zorgprocessen.*

*De planningen die tot nu toe werden gemaakt, bestonden uit Excel-sheets. Deze informatie actueel houden vergde veel discipline en was zeer bewerkelijk. Vaak werd dit werk door één medewerker gedaan. Was deze medewerker afwezig, dan was men het overzicht kwijt.*

Om deze functie (van monitoren, plannen en aansturen) goed in te vullen, te borgen en voor alle zorgmedewerkers toegankelijk te maken, kan de ziekenhuisorganisatie voorzien worden in een laag van planningssystemen boven het EPD/ZIS-niveau. Vergeleken met de doorgaans hoge investeringen van tientallen miljoenen euro's in een EPD of ZIS zijn met deze planningssystemen beduidend minder kosten gemoeid, terwijl de meerwaarde groot is. Deze systemen worden toegepast voor onder meer de polikliniek, de OK, de verpleegafdeling en de artsen zelf (die immers rouleren tussen OK's en poli's), de behandelkamers op de poliklinieken en de verpleegafdelingen. De eenvoudig te bedienen planningssystemen verschaffen ziekenhuizen snel inzicht in hoeverre de zorgcapaciteit in het verleden is benut. Ook wordt vooruitgekeken naar hoeveel OK-uren een specialist bijvoorbeeld nodig heeft en hoe men deze moet invullen. Hiervoor worden de gegevens uit het EPD/ZIS gebruikt. De planningssystemen zijn gekoppeld aan het EPD/ZIS en kunnen daar alle bruikbare informatie uit halen. Op deze manier is een adequate en optimale capaciteitsplanning mogelijk. Men weet namelijk wie er, hoeveel capaciteit, wanneer nodig heeft om de patiëntenstromen zo goed mogelijk door het logistieke proces van het ziekenhuis te geleiden.

### Substantiële kostenbesparingen

Voor ziekenhuizen is het van belang grip te krijgen op de overbodige capaciteit. De planningssystemen stellen hen daartoe in staat. De eerste ervaringen hebben er bijvoorbeeld toe geleid dat ziekenhuizen doorsnee gezien een vijfde tot een vierde van de OK's kan reduceren, dankzij een betere capaciteitsbenutting. Voor sommige specialisten is dat een cultuurschok. Een specialist is erg gewend aan de situatie dat hij recht heeft op een OK. Een betere benutting van de OK's vergt daarnaast draagvlak voor een efficiëntere manier van werken. Op het moment dat de capaciteitsbenutting van OK's eenmaal wordt gemeten, resulteert dat ook in een lager aantal teruggaven. Medisch specialisten geven operaties over aan collega's in plaats van operaties niet door te laten gaan. Dat resulteert er mede in dat het ziekenhuis de OK-capaciteit voor de toekomst naar beneden kan bijstellen. Een andere wezenlijke cultuurverandering vindt plaats, doordat een patiënt in zijn hele zorgproces niet meer door slechts één specialist wordt geholpen. Met het oog op een efficiënte planning kan de patiënt ook bij andere specialisten terecht. Feit blijft dat de patiënt geholpen wordt door de arts van zijn keuze, mocht hij daarop aandringen.

Ziekenhuizen maken in verschillende mate gebruik van planningssystemen. Er is nog veel winst te behalen. De ambitieniveaus zullen de komende jaren ongetwijfeld bij alle ziekenhuizen naar boven worden opgeschroefd.



## De patiëntenstroom de baas

### HOOFDSTUK

4

*In ziekenhuizen die hoofdzakelijk plannen op hun OK-capaciteit ontstaat het volgende beeld. De bedden op de verpleegafdeling staan op maandagochtend leeg, de afdeling loopt in de loop van de week vol met een piek op woensdag en loopt op vrijdag weer leeg. Het aantal aanwezige bedden is vastgesteld om de piek op te vangen. De 'kunst' is de grote variabiliteit in de week te dempen, zodat er op maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag meer en op woensdag juist minder patiënten zullen zijn. Het streven is met 80% van de bedden capaciteit toe te kunnen. Hoe doe je dat?*

*Er zijn grofweg drie stromen patiënten die het ziekenhuis ingaan. Dat is de stroom acute patiënten die niet direct of zelfs helemaal niet geopereerd worden. Van deze stroom patiënten is op basis van meetgegevens exact bekend hoe groot zij het hele jaar door is. De tweede stroom zijn de chronische patiënten die regelmatig voor behandeling terugkomen in het ziekenhuis. Dat zijn onder meer de patiënten van wie bekend is, dat ze bij een griep epidemie naar het ziekenhuis komen, bijvoorbeeld omdat zij een chronische longaandoening hebben. In een bepaalde periode van het jaar is bekend dat hier bedden- en personele capaciteit voor moet zijn.*

Tot slot is er de stroom *electieve* patiënten van wie zeker is dat ze geopereerd worden. Deze laatste stroom is uitstekend te plannen, maar veroorzaakt de grootste verstoring van het ziekenhuisproces. Waarom? De *electieve* patiënten worden voor de OK ingepland, maar er wordt niet goed gelet op wat de impact hiervan is op hun verdere verblijf in het ziekenhuis, onder meer bij de poli's. Dat is bijvoorbeeld te verhelpen door in de keten een consistente balans aan te brengen tussen nieuwe en herhaalconsulten op de poli en vervolgens op de OK. Als een ziekenhuis niet goed stuurt op de poli, mondt dat uit in pieken en dalen van de opvang van de stroom *electieve* patiënten. Als er bijvoorbeeld gedurende een aantal weken alleen maar nieuwe patiënten worden ontvangen, ontstaat vanzelf een piek in het proces bij de OK's en later in het beddenhuis. Bij uitsluitend herhaalconsulten, waarbij de patiënt veelal de operatie al achter de rug heeft, ontstaan juist lege OK's en valt het daar stil (verspilling). Een goede inventarisatie van het aantal patiënten bij de poli geeft inzicht in de zorgcapaciteit die straks elders in het ziekenhuis nodig is. Over orthopedie-patiënten zeggen de statistieken bijvoorbeeld dat de helft van hen in de OK belandt, dus voor één of meerdere dagen moeten worden opgenomen in het ziekenhuis. Het ziekenhuis kan met dit soort statistieken zijn voordeel doen.

Zo zijn er nog meer 'planningsaspecten'. Op de OK's moet er bijvoorbeeld een balans zijn tussen het aantal dagopnames en het aantal klinische opnames (vaak meerdere dagen), zodat de instroom van patiënten naar de verpleegafdelingen gelijkmatig over alle dagen van de week wordt verdeeld. Chronische patiënten moeten daarnaast vaak over een langere periode terugkomen ter controle. Om ook hier pieken te voorkomen, is het raadzaam afspraken uit te smeren over de maanden rond het noodzakelijke controletijdstip. Al deze handelingen liggen voor de hand, maar zorgprocessen zijn op dit moment zo rigide van opzet dat deze flexibiliteit er niet is. Dat is het perpetuum mobile dat de zorg moet doorbreken.

## **Toegangstijd en doorlooptijd**

Belangrijk voor de patiënt is te weten wat de doorlooptijd van zijn proces is. Daar is hij/zij meer bij gebaat dan het kennen van de toegangstijd tot de poli, de tijd tot de opname en later ook nog eens de toegangstijd tot het herhaalconsult. Liever wordt hij/zij als patiënt in één beweging door het hele proces heen geleid. Dat is allemaal te plannen, zonder dat de patiënt hoeft te wachten. Een ziekenhuis kan weten welke soort patiënten het kan verwachten.



## De noodzaak van integraal capaciteitsmanagement

HOOFDSTUK

5

*De nieuwe werkwijze van capaciteitsplanning heeft niet alleen te maken met uitgekiende softwaretools voor planning, maar zonder uitzondering tevens met cultuuromslag en organisatieverandering. De mindset rond de organisatie van zorgprocessen moet om. Ziekenhuizen en zorgprofessionals dienen meer integraal te denken. Het ziekenhuis moet worden benaderd als een organisch geheel, waarin alle processen in de keten onverbreekbaar met elkaar samenhangen. De consulten, onderzoeken en behandelingen in de poli's, de operaties in de OK's en de ligduur op de verpleegafdelingen staan in nauw verband met elkaar. Ze zijn onderling verweven door logische medische relaties en door logistieke patiëntenstromen. Langzaamaan raakt de ziekenhuissector rijp voor deze integrale aanpak. De eerste ziekenhuizen zijn hiermee begonnen.*

In de ziekenhuisorganisatie is de komst van een coördinatiefunctie nodig, die de capaciteitsplanning onder zijn hoede neemt en stuurt met mandaat van de raad van bestuur. Dit capaciteitscentrum is verantwoordelijk voor de totale zorglogistiek op het operationele niveau van het ziekenhuis en heeft directe zeggenschap over de verschillende onderdelen van het ziekenhuis, zoals de OK, de poli en het beddenhuis. Met een dergelijke functie kan men de capaciteitsplanning op operationeel, tactisch en strategisch niveau behartigen.

### Productcatalogus en plancode

Zoals aangegeven is het voor een efficiënte planning zinvol als artsen hun ingrepen en behandelingen gaan coderen. Het opstellen van een productcatalogus met 'plancodes' zal de zorglogistiek een versnelling en een efficiëncyslag geven. Niet langer gaat het bijvoorbeeld om een knieoperatie, maar om 'knie-06-links'. Aan de hand van deze plancodes – eventueel verwijzend naar bestaande coderingen, zoals DOT voor de zorgproducten uit de diagnose behandel combinaties (DBC's) of het internationale diagnosestelsel ICD10 – is de zorgcapaciteit beter te plannen. De zorgstappen zijn gedetailleerd afgesproken. Ook wordt een koppeling met het tactisch en strategisch planniveau gemaakt. Uit de plancode rolt automatisch een bed reservering voor de tijdsduur die met de betreffende behandeling gemoeid is. Dankzij de koppeling van de verschillende niveaus kan worden vastgesteld of het ziekenhuis met het aantal medische handelingen op koers ligt volgens afspraken met zorgverzekeraars, of dat het moet bijsturen. Ook aanverwante handelingen worden beter afgestemd. Mocht er bijvoorbeeld een röntgenfoto nodig zijn, dan is dat precies bekend en hoeft de röntgenafdeling niet onbepaald open te zijn. Dankzij de productcatalogus kan de planning beter worden voorbereid. Als er van elke patiënt op de wachtlijst een productcode is, heeft de capaciteitsmanager meteen inzicht in de inhoud van de wachtlijst en de impact hiervan op het ziekenhuisproces.

### Totaal ander opnameproces

Ook de opname van patiënten ziet er heel anders uit. Daar waar de opnameafdeling bij binnenkomst van de patiënt vroeger een plekje op de OK zou zoeken bij de betreffende arts, zoekt zij nu een tijdslot op de OK waarin de ingreep die deze patiënt nodig heeft is gereserveerd met vervolgens een automatisch gekoppelde bed reservering op de verpleegafdeling. Dat is niet per definitie de snelste werkwijze, maar is wel de oplossing die op dat moment het best in het ziekenhuisproces past.

## Van snel en toegankelijk overzicht naar handige app.

HOOFDSTUK

6

*Het EPD/ZIS en de erboven liggende laag van planningssystemen bevatten enorm veel data. Moderne informatie- en communicatietechnologie verschaft de mogelijkheid van datamining en het snel toegankelijk presenteren van gegevens. Ziekenhuizen kunnen sneller over belangrijke sturingsinformatie beschikken en daar sneller op bijsturen. Hierdoor kunnen ze planning en aansturing van zorgprocessen verbeteren en de aanwezige capaciteit optimaal benutten. Zo is er een tool beschikbaar waarmee medisch specialisten, bestuurders en managers die zijn belast met de volledige patiëntenstroom, op één beeldscherm kunnen zien welke resultaten de planningen van de verschillende afdelingen die dag hebben opgeleverd. In één oogopslag kunnen zij nagaan of de balans juist is van de vulling van de afdelingen en of er niet te veel of te weinig personeel is ingezet.*

Al deze informatie is geïntegreerd in een overzichtelijk 'dashboard'. In de moderne hectiek van het ziekenhuis hebben medisch specialisten, managers en bestuurders niets meer aan een rapport met een brij aan informatie. Ze moeten zo dicht mogelijk op het proces van de zorgprofessionals op de werkvloer zitten en zo snel mogelijk kunnen anticiperen. Onmisbaar is de eenvoud van een groen of rood licht, signalen die direct aangeven waar bijsturen vereist is. Met deze innovatieve ICT-oplossing krijgen ziekenhuizen van dag tot dag inzicht in de resultaten in de keten op de poliklinieken, de OK's, de overige behandelafdelingen en de verpleging op de beddenafdeling (in termen van soorten, aantallen, omzet en opbrengsten). In een drietal ziekenhuizen is een dergelijk dashboard inmiddels in gebruik.

### Dynamisch en actueel

Patiënten hebben verschillende wensen. De één wil zo snel mogelijk weten wat er aan de hand is en evenzo snel weer gezond zijn. In welk ziekenhuis is de doorlooptijd het kortst? Daar wil hij/zij worden geholpen. Een ander wil geholpen worden door de beste dokter. Waar hij/zij best wel een maand langer voor wil wachten. Een derde patiënt wil van zijn zorgverzekeraar weten bij welk ziekenhuis deze de scherpste contracten heeft gesloten, zodat hij/zij tegen de laagst mogelijke eigen bijdrage geholpen gaat worden. Op de websites van ziekenhuizen staat doorgaans per medische discipline een toegangstijd tot de polikliniek genoemd. In de regel is dat een vaste periode. In werkelijkheid wisselt de toegangstijd tot de poli voortdurend, maar voor een ziekenhuis is het ondoenlijk om dat telkens op de website aan te moeten passen. Idealiter zou er op de website van het ziekenhuis een dynamische verbinding moeten zijn met het planningssysteem dat de actuele toegangstijd tot de poli kent. In feite is zo iets makkelijk te realiseren in de vorm van een app. voor tablet of smartphone, die de patiënt door het hierboven geschetste keuzeprocessus loodst. De informatie over het capaciteitsmanagement van ziekenhuizen komt binnen afzienbare tijd beschikbaar in de Cloud. Op zijn/haar smartphone of tablet kan de patiënt zien waar hij/zij het snelst geholpen wordt of het beste. Via de website 'zorgkaart.nl' kan de patiënt alle informatie vinden over bij welke arts hij/zij het best terecht kan. Omdat men zich met de naam van zijn/haar zorgverzekeraar aanmeldt, krijgt hij/zij daarnaast het voor hem/haar in financiële zin meest aantrekkelijke ziekenhuis voor zijn/haar operatie aangereikt. Van de app. kan men na de behandeling digitaal zelf een review geven van zijn/haar ervaringen met de arts en het ziekenhuis. Daar kunnen weer andere patiënten hun voordeel mee doen.

## Samenwerkende ziekenhuizen en maatschappen: optimale synergie

HOOFDSTUK

7

*Ziekenhuizen staan voor grote financiële keuzes. Zij willen de zorg die zij bieden blijven ontwikkelen en toch goedkoper worden. Een voor de hand liggende optie is dat ziekenhuizen steeds meer gaan samenwerken, op zoek naar de synergievoordelen door schaalgrootte. Daar kunnen zij, ook vanuit het oogpunt van capaciteitsplanning, de vruchten van plukken. Voorwaarde is wel dat zoveel mogelijk ziekenhuizen meedoen.*

*Over het EPD/ZIS van de ziekenhuizen heen is het mogelijk, ongeacht om welke leverancier het gaat, een netwerk van capaciteitsplanning te leggen. De gegevens uit de informatiesystemen van de ziekenhuizen, die beschikbaar zijn via een beveiligde Cloudomgeving, worden gekoppeld met de bovenliggende planningssoftware.*

Als ziekenhuizen op een slimme manier gaan samenwerken en goed inzicht geven in hun integrale capaciteitsbenutting, kunnen zij veel geld besparen, onder meer doordat ze samen bijvoorbeeld flink op hun OK-capaciteit kunnen bezuinigen. Geschat wordt dat ziekenhuizen zo met substantieel minder capaciteit op hun poliklinieken, OK's en verpleegafdelingen uit kunnen. Deze besparing kan miljoenen euro's opleveren. Ook hier is een cultuuromslag vereist, doch deze ontwikkeling is onvermijdelijk in de toekomst.

### Oplossing voor meerlocatie-maatschappen

Een illustratief voorbeeld betreft een regionale maatschap van medisch specialisten die in meerdere ziekenhuizen werkzaam is. De specialisten werken bijvoorbeeld in drie ziekenhuizen op vijf locaties. In de Cloud is een directe koppeling tussen de agenda's van de artsen en de planningsystemen van de OK's en poliklinieken van de verschillende ziekenhuislocaties gemaakt. Op deze wijze is in te zien wat iedere arts waar aan het doen is en bovendien is duidelijk waar welke arts nog tijd beschikbaar heeft. In de productieafspraken staat vermeld hoeveel uren de artsen jaarlijks in welke locatie moeten draaien. Op die manier kan de juiste en meest efficiënte planning van chirurgische operaties en poliklinische sessies in de verschillende ziekenhuizen worden gemaakt. De gegevens zijn weer gekoppeld met het EPD/ZIS van het ziekenhuis. Op die manier is het onmogelijk, wat nu nog vaak het geval is, dat de arts op één en dezelfde dag op hetzelfde tijdstip op meerdere locaties tegelijk ingepland staat. Zo kan een arts bijvoorbeeld hebben gemaaild dat hij met verlof is, maar dat er is verzuimd dat aan de OK-planning door te geven. In de Cloud-oplossing is zoiets onmogelijk.

## Geraadpleegde bronnen

- Vernieuwing in de zorg – Anders Plannen, Beter Presteren, Liestro (website en achtergrond-document), februari 2015, (<http://www.liestro.nl>).

- 2015: Jaar van de Waarheid – Nog 20% van de ziekenhuizen in de gevarenzone, BDO-Benchmark ziekenhuizen 2015, [www.bdo.nl/zorg](http://www.bdo.nl/zorg), februari 2015,

(<http://www.bdo.nl/nl/publicaties/documents/bdo-benchmark-ziekenhuizen-2015-web.pdf>).

- Barometer Nederlandse Gezondheidszorg 2014 – Alle financiële kengetallen, inclusief stresstest, Ernst & Young, oktober 2014, (<http://www.ey.com/NL/nl/Industries/Netherlands-sectors/Healthcare/EY-barometer-nederlandse-gezondheidszorg-2014---introdactie>).