



Infomedic
Maurice van Elburg
Hoofdstraat 21
6994 AC De Steeg
maurice@infomedic.nl – 06-13916109
Website: www.infomedic.nl

Capaciteitsmanagement

V &V Intramuraal

Versie 2.0 – 7 januari 2014

[*infomedic*]

BETER MET MINDER
IN ZORG EN WELZIJN



Inleiding.....	2
Dankwoord.....	2
Uitgangspunten.....	3
Balans.....	3
Wat willen cliënten?.....	3
Wat willen medewerkers?.....	3
Reductie van verstoring.....	4
Basis op orde.....	4
De vraagkant.....	5
Zorgafspraken.....	5
Zorgarrangementen.....	5
Zorgpakketten.....	5
Stabiele en flexibele zorgpakketten.....	6
Activiteitenbegeleiding.....	7
De aanbodkant.....	8
Capaciteit van de locaties en productieafspraken.....	8
Inzetmix / normen ZZP.....	8
Productiviteit.....	9
Roosterboom.....	10
Basisrooster.....	11
Kwartaalrooster.....	11
Flexibele capaciteit.....	12
Vakantieplanning.....	12
De grootste verstoorder: ziekteverzuim.....	14
Inrichting van organisatie en proces.....	16
Manager/ leidinggevende.....	16
EVW.....	17
Planner/ bedrijfsbureau.....	17
Stuurwiel.....	18
Managementinformatie.....	19
Houd het doel voor ogen.....	19
Bijlage: Zorgafspraken nader beschouwd.....	20
Wat vastleggen inzake de zorgafspraken?.....	20
Onplanbare zorg en andere “vreemde eenden”.....	21

Inleiding

Capaciteitsmanagement is het afstemmen van de beschikbare capaciteit (medewerkers) op de zorgvraag (cliënten). De vraag dient leidend te zijn voor het aanbod. Het lijkt zo vanzelfsprekend...

De realiteit is “helaas” weerbarstig: de vraag fluctueert, de flexibiliteit in het aanbod wordt beperkt door eisen en wensen van medewerkers. Daarnaast zijn er op macroniveau de bekende ontwikkelingen, zoals het terugdringen van het volume (ZZP1 t/m 4) tegenover dubbele vergrijzing, personeelsschaarste, steeds krappere financiering, toenemende registratiedruk – mede vanuit wet- en regelgeving.

Veel zorgorganisaties zijn op zoek naar “best practices” die antwoord geven op deze uitdagingen: zij willen gebruik maken van wat andere zorgorganisaties al hebben bedacht en niet het wiel opnieuw uitvinden. Sleutelfunctionarissen van zorgorganisaties worden daarom overspoeld met cursussen, workshops en wat al niet meer op het terrein van capaciteitsmanagement. Deze zijn helaas vaak kostbaar en/of “hoog over” – ze blijven steken in generieke, theoretische modellen of wagenwijde open deuren.

Ik werk ruim 13 jaar in de sector VVT en ben diverse goede, praktische ideeën tegengekomen op het gebied van personeels- en cliëntplanning, cliëntlogistiek en andere zaken die samenhangen met capaciteitsmanagement. Ik verdien daar een fijne boterham mee. Het is mijn visie dat genoeg ook genoeg moet zijn. En dat wat met collectieve middelen is betaald (zorgorganisaties in de VVT worden voor 95%+ gefinancierd uit de AWBZ, ZVW en WMO) ook collectief moet worden aangewend. En het is mijn visie dat (kostbare) expertise voorzichtig en verstandig moet worden aangewend, namelijk voor die enkele specialistische onderdelen die te kostbaar zijn om in huis te halen.

Om die reden stel ik deze whitepaper gratis ter beschikking.¹ Het bevat een concept dat is “ontstaan” in de afgelopen 10 jaar en is een samenvoeging en onderlinge versterking van de ideeën uit de praktijk die bij tientallen zorgorganisaties hebben gewerkt. Ik ben ervan overtuigd dat zorgorganisaties hier grotendeels of zelfs volledig zelfstandig mee aan de slag kunnen. Het concept is namelijk geen theoretisch, wetenschappelijk model, maar een praktisch, handzaam model op basis van gezond verstand én theoretische, wetenschappelijke modellen. Kunt u hulp gebruiken? Dan weet u mij te vinden.

Geeft het concept antwoord op alle situaties en knelpunten? Natuurlijk niet. Het kan personeelsschaarste niet oplossen, maar geeft wel handvatten om de beschikbare capaciteit optimaal te benutten.

Zijn de inzichten spectaculair innovatief? Ik mag hopen van niet. Wat in mijn ogen de kracht van dit concept is, is dat “de cirkel rond” wordt gemaakt. Alles grijpt in elkaar en het maakt helder wat toch vaak “black-boxes” zijn, zeker voor het hogere management. En het laat zien hoe kan worden ingegrepen en gestuurd om de prestatie van de organisatie te verbeteren – op diverse terreinen (financieel, cliënttevredenheid, medewerkerstevredenheid).

Het is mijn overtuiging dat het concept dat in deze whitepaper wordt beschreven echt werkt en kan helpen; het is mijn wens dat de ideeën worden toegepast en leiden tot het echt realiseren van

“beter met minder” en “meer tijd voor zorg”

Maurice van Elburg
Infomedic

Dankwoord

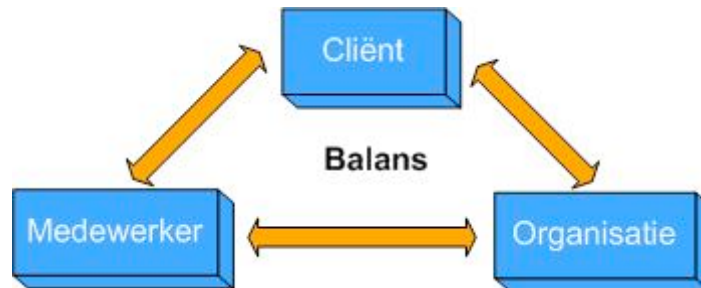
Dank aan de zorgorganisaties die als eerste geloofden in het concept: ZuidZorg (waar het concept voor het eerst concreet vorm kreeg), Careyn (voor de mogelijkheid tot het ontwikkelen van de extramurale instrumenten) en Evean (voor de mogelijkheid tot het ontwikkelen van de intramurale instrumenten) voor het vertrouwen en de mogelijkheid wat eerst theorie was in de praktijk toe te passen en te verfijnen. Tot slot zijn bij MagentaZorg de ideeën over het sturen op bruto en netto inzet tot rijpheid gekomen, gebaseerd op het concept “Jaarurensystematiek” dat daar wordt gehanteerd.

¹ Er is zo veel mogelijk gebruik gemaakt van vrij beschikbaar fotomateriaal, waarbij is getracht te achterhalen of beeldrecht van toepassing is. Indien toch gebruik gemaakt is van beschermd materiaal verzoeken wij u vriendelijk dit te melden, zodat wij de afbeelding kunnen vervangen door rechtenvrij materiaal.

Uitgangspunten

Balans

Als vraag en aanbod op elkaar moeten worden afgestemd, wordt er gezocht naar balans. Er zijn drie actoren met elk een eigen belang:



Alle zorgorganisaties streven naar (of zouden moeten streven naar):

- gegarandeerde kwaliteit van zorg
- hoge cliënttevredenheid
- hoge medewerkerstevredenheid
- hoge productiviteit (verhouding directe zorgverlening t.o.v. betaalluren)
- goede inzetmix (ingezet deskundigheidsniveau optimaal afgestemd op de zorgvraag)

Om dit streven richting te geven, moeten de doelstellingen rondom cliënt- en medewerkerstevredenheid worden vertaald naar concrete doelen.

We gaan uit van de mondige, niet gehospitaliseerde cliënt
We gaan uit van methodisch vraaggericht werken

Wat willen cliënten?

Ieder cliënttevredenheidsonderzoek laat een vergelijkbare top-10 zien, waarin vrijwel altijd terugkomen:

- zo min mogelijk medewerkers over de vloer/ aan hun lijf
- regelmaat in de zorgverlening ("weten waar ik aan toe ben")
- invloed op de zorgverlening (afspraken kunnen maken)
- een gegarandeerde kwaliteit van zorg
- de zorg waar hij/ zij recht op heeft/ nodig heeft

Dit leidt tot het uitgangspunt:

Met iedere cliënt worden zorgafspraken vastgelegd en wordt gemeten of we deze afspraken nakomen

Wat willen medewerkers?

Ook medewerkers hebben vaak dezelfde wensen en wordt (in relatie tot capaciteitsmanagement) vrijwel altijd genoemd:

- "leuk werk" (geen werk onder het niveau, zeker niet boven het niveau)
- tijdig weten waar men aan toe is ("wanneer moet ik werken?", "wanneer wordt mijn verlofaanvraag beoordeeld?")
- een reële werkdruk

M.b.t. de reële werkdruk: iedereen die gaat werken in de zorg, weet dat het 365 x 24 uur per jaar doorloopt. En dat er dus ook met Kerst en in de zomervakantie gewerkt moet worden. De lasten hiervan moeten wel eerlijk worden verdeeld. Het is regelmatig aan de orde dat er enkele medewerkers vaak of zelfs altijd vrij zijn op de leuke momenten, zich weten vrij te spelen van weekenddiensten, etc. Soms met een vaag beroep op een afspraak met een vorige leidinggevende, soms door handig manoeuvreren. Dit is waarschijnlijk een heel tevreden medewerker. Maar of de collega's zo tevreden zijn, is maar de vraag. Het uitgangspunt moet dus zijn:

Lusten en lasten eerlijk verdelen

Reductie van verstoring

De basis van capaciteitsmanagement is zorgen voor rust. Rust bij medewerkers en rust bij cliënten. Als we kijken naar het in balans brengen van vraag en aanbod, lijkt dat heel eenvoudig: er is een cliëntvraag en we zorgen ervoor dat de medewerker beschikbaar is als de cliënt de zorg wil. Klopt helemaal. Echter: de cliëntvraag is soms op wisselende momenten, de medewerker is soms ziek en er zijn allerlei andere verstoringen die dat eenvoudige vraagstuk ineens behoorlijk complex maken.

***Iedere hoeveelheid zorg kent een stabiele hoeveelheid zorg
Stabiele zorg is planbaar***

De hoeveelheid stabiele zorg verschilt tussen cliëntgroepen (revalidant versus de gemiddelde PG-cliënt), maar dat neemt niet weg dat er *altijd* wel een bepaalde hoeveelheid stabiele zorg aan te wijzen is. Al is het maar hulp bij het eten en drinken, wassen/douchen, aankleden of andere Algemene Dagelijkse Levensbehoeften (ADL).

Toch ervaren veel zorgverleners deze stabiliteit niet. De reden daarvoor is vaak heel eenvoudig:

Als stabiele en instabiele zorg niet apart worden georganiseerd, is alle zorg instabiel

Het instabiele deel verstoort immers het stabiele deel. De cliënt met een stabiele zorgvraag heeft "last" van de instabiele zorgvraag van een andere cliënt.

Dus: stabiele zorg moet anders worden georganiseerd dan instabiele zorg.

Basis op orde

ICT is niet meer weg te denken bij de verwerking van gegevens in zorgorganisaties. Berichtenverkeer tussen CIZ, zorgkantoor en zorgorganisaties verloopt via landelijke standaarden, inclusief het declaratieverkeer. En hoewel de roosters voor medewerkers lang niet altijd digitaal worden voorbereid of verspreid, verloopt salarisberekening en – betaling vrijwel altijd via een applicatie.

Hierbij wordt soms vooral gekeken naar de verwerking achteraf. Capaciteitsmanagement houdt echt sturen vooraf in. Dat stelt heel andere eisen aan de tijdstippen waarop gegevens moeten zijn verwerkt. In plaats dat iedere maand nog correcties kunnen worden aangebracht (voordat declaraties of loonstroken worden verstuurd), vraagt capaciteitsmanagement dat cliënt- en medewerkersgegevens *op ieder moment* ACCU zijn: Actueel, Correct, Compleet en Uniek.

Dat betekent dat de processen en werkwijzen hierop moeten zijn afgestemd. Als er bijvoorbeeld een aparte afdeling is die contractgegevens invoert, moet zijn geborgd dat nieuwe contracten of wijzigingen binnen een veel kortere tijd zijn verwerkt dan "voor de volgende salarisrun". Sterker: in plaats van tot een maand achteraf, moeten gegevens juist zo ver mogelijk *vooraf* beschikbaar zijn. Een medewerker die in dienst treedt, moet immers ook vooraf weten wanneer zij moet werken.

De basis op orde vraagt glasheldere afspraken over taken, doorlooptijden en normen.

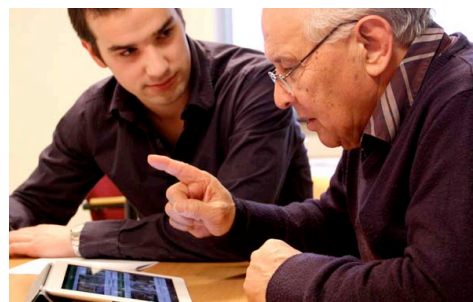
De praktijk wijst uit dat dit regelmatig een behoorlijke hobbel is, voor zowel grote als kleine zorgorganisaties, maar hij moet worden genomen.

De vraagkant

Zorgafspraken

Als we het aanbod willen afstemmen op de vraag (“vraaggericht werken”), moeten we uiteraard starten bij de vraagkant. Dat betekent dat “iemand” de vraag van cliënten moet inventariseren en vastleggen – wij gaan uit van een model waarbij een EVV (Eerst Verantwoordelijke Verpleegkundige of Verzorgende) dit doet. Dit gebeurt in eerste instantie bij de intake. Op basis van de indicatie wordt – in samenspraak met de cliënt (en/of belangenbehartigers) – vastgesteld welke zorg vanuit de zorgbehoefte moet worden geleverd. In het zorgleefplan wordt vastgelegd hoe de zorgdoelen worden vertaald naar activiteiten.

In de ideale situatie worden de activiteiten in het zorgleefplan digitaal vastgelegd (bijvoorbeeld met een iPad) en zijn ze daarmee ook beschikbaar om later in het werkproces te gebruiken. In de meeste gevallen is dat nog niet zo en moeten de zorgafspraken op papier worden vastgelegd. Het is van het grootste belang dat de zorgafspraken “gebundeld” worden en *niet* op het niveau van activiteiten (nogmaals!) hoeven te worden opgeschreven. Dus *geen* zorgafspraken als “douchebeurt”, “haren kammen”, etc., maar eenvoudig “ADL” of “Verzorging”.



In de praktijk blijkt het voldoende te zijn te werken met de zorgfuncties (Verpleging, Verzorging, Begeleiding en Behandeling) met enkele aanvullende producten die handig blijken te zijn om snel inzicht te hebben, zoals medicijnronde, een transfer van de kamer naar een andere plaats in of buiten het gebouw, etc. In de Bijlage: Zorgafspraken nader beschouwd wordt dit gedetailleerd uitgewerkt.

Zorgarrangementen

Met regelmaat ontstaat de neiging tot standaardiseren. Dit kan op gespannen voet staan met het uitgangspunt “vraaggericht werken”, dat juist uit gaat van zaken min of meer op maat maken in afstemming met de cliënt. Toch blijken er wel mogelijkheden te zijn bepaalde zaken makkelijker te maken door acceptabele vormen van standaardisatie. Er kan daarbij worden gesproken van de *basis* en een *variabel deel*. In de basis moet immers iedere cliënt eten en drinken krijgen, gewassen worden, etc. De mate van zelfredzaamheid daarbij kan worden bepaald in categorieën als “licht”, “middel” en “zwaar”.

Deze zorgarrangementen kunnen worden bepaald per ZZP en/of per doelgroep.

Zorgpakketten

Uiteraard is het de bedoeling dat de zorgafspraken die met de cliënt zijn gemaakt, ook worden nagekomen. De vraag is dan dus: hoe weten medewerkers welke zorgafspraken er zijn gemaakt? We verdelen deze informatie via zorgpakketten. Een zorgpakket is een gebundelde hoeveelheid zorgafspraken.

Zorgpakketten zijn uitdrukkelijk **niet bedoeld voor registratie**. Registratie is intramuraal niet nodig voor de verantwoording van productie. Er kunnen situaties zijn waarbij registratie noodzakelijk of zelfs verplicht is – zoals bij risicovolle en voorbehouden handelingen – maar dat staat los van capaciteitsmanagement en de hulpmiddelen die daarvoor worden gebruikt.

Hoe de zorgpakketten worden gebruikt, hangt in grote mate af van de organisatie op de werkvloer zelf. Algemeen kan gesteld worden: hoe hoger het deskundigheidsniveau, hoe minder leidend de zorgpakketten zijn. Er zijn zorgorganisaties waarbij bijvoorbeeld Helpenden elk een uitdraai van een zorgpakket krijgen en de zorg daarin leveren zoals beschreven op het zorgpakket. Er zijn andere zorgorganisaties waarbij een “dagcoördinator” aan de hand van de zorgpakketten de werkzaamheden verdeelt. Voor elke variant is wel iets te zeggen. Het blijft wel cruciaal dat geborgd is dat de zorg afspraken – bijvoorbeeld over het leveren van de zorg binnen de afgesproken bandbreedte (bijvoorbeeld: tussen 8.00 en 10.00 uur) – worden nagekomen en iedere cliënt dus de zorg krijgt die is afgesproken.

Er zijn twee belangrijke valkuilen m.b.t. de zorgpakketten:

Valkuil 1: het zorgpakket krijgt te weinig betekenis

In sommige gevallen is het werken met zorgpakketten zó vrijblijvend dat er eigenlijk geen verschil is met het werken zonder zorgpakketten. Medewerkers zijn zich onvoldoende bewust van het feit dat er zorgafspraken met de cliënt zijn gemaakt en dat de cliënt er dus (terecht!) van uit gaat dat deze zorgafspraken bekend zijn en worden nagekomen.

Valkuil 2: het zorgpakket wordt een loodlijst

Helemaal tegenover valkuil 1 staat de situatie waarbij medewerkers zich juist uitsluitend laten leiden door wat op hun uitdraai staat. Ze hebben daardoor geen oog voor wat er zo dagelijks gebeurt bij hun cliënten, op de afdeling. Deze medewerkers halen er voldoening uit precies te “halen” wat op het zorgpakket staat en behandelen het als een loodlijst.



zorgafspraken afzonderlijk worden georganiseerd.

Stabiele en flexibele zorgpakketten

Om te voorkomen dat instabiele zorg de zorgafspraken met cliënten met stabiele zorg verstoort, moeten deze twee

Het doel is stabiele zorg zo veel mogelijk te bundelen in stabiele zorgpakketten. Instabiele zorg (zoals kortdurende, sterk wisselende of onduidelijke zorgvraag) wordt in flexibele zorgpakketten georganiseerd. Nieuwe cliënten stromen in principe in flexibele zorgpakketten in.

Zoals bij alles binnen dit concept geldt ook hierbij: volg je gezond verstand

Kenmerken van stabiele zorgpakketten:

- vaste cliënten
- vaste lengte van routes, bijvoorbeeld: tussen de 190 en 240 minuten (in de ochtend) of tussen de 150 en 200 minuten (in de avond)
- zorg door zoveel mogelijk dezelfde medewerker(s)
- meervoudige zorgvragen zoveel mogelijk door 1 hulpverlener
- zorg zo vaak mogelijk op hetzelfde tijdstip

Kenmerken van flexibele zorgpakketten:

- geen chronische zorg
- kortdurende zorgvragen
- nog niet lang genoeg
- onduidelijke zorgvraag
- wisselende zorgvraag
- nieuwe cliënten stromen allemaal in via deze route

De manier van implementeren die het meest effect heeft gehad, is starten met een relatief eenvoudige opdracht: maak één stabiel zorgpakket. Daarmee wordt de eerste, mogelijk bescheiden winst geboekt: er is nu één deel van de zorgafspraken waarnaar alleen hoeft te worden omgekeken als daar een wijziging in optreedt. Dat kan uiteraard gebeuren – en Murphy's Law regelt wel dat deze wijziging natuurlijk direct na het opstellen van het eerste stabiele zorgpakket optreedt – maar aangezien de zorg stabiel is, is dat alleen bij een calamiteit (inclusief overlijden van een cliënt).

Deze bescheiden (tijd)winst moet vervolgens gebruikt worden om een tweede stabiele zorgpakket te maken, etc. Hoeveel stabiele zorgpakketten er kunnen worden gemaakt, hangt natuurlijk sterk af van de aard van de zorg op betreffende afdeling. Bij revalidatie zal dat weinig zijn, op een “normale” PG-afdeling zou minstens 70% van de zorgvraag in de ochtendpakketten uiteindelijk in stabiele zorgpakketten moeten kunnen worden georganiseerd – uiteraard afgestemd op de manier van werken waarvoor is gekozen (de hierboven genoemde valkuil de zorgpakketten als “loodlijst” te gebruiken).

Om te kunnen beoordelen of de zorgpakketten voldoen aan de gestelde criteria, moeten bovenstaande algemene criteria specifiek en meetbaar worden gemaakt. Bijvoorbeeld: hoeveel medewerkers mogen maximaal in een bepaalde periode bij een cliënt over de vloer komen?

Activiteitenbegeleiding

In de praktijk blijkt Activiteitenbegeleiding (AB) regelmatig afspraken te maken met cliënten zonder de EVV daarbij te betrekken of soms zelfs over te informeren. Aangezien de activiteiten die AB doet ook moeten voortvloeien uit het zorgleefplan dient goed bewaakt te worden dat die afstemming gestructureerd plaatsvindt. Bijvoorbeeld door AB te betrekken bij het stuurwieloverleg (zie verderop).



Het moet voor iedereen helder zijn dat de EVV eindverantwoordelijk is, ook voor de activiteiten die door AB worden georganiseerd en afgesproken met de cliënt.

De aanbodkant

Hoewel dit hoofdstuk de aanbodzijde belicht, wordt toch ook hier gestart vanuit de vraagzijde. De hoeveelheid personeel moet immers worden afgestemd op de zorgvraag. In dit hoofdstuk gaat het in eerste instantie echter niet over de individuele cliënten, maar wordt gekeken vanuit een geaggregeerd niveau en zoomen we steeds verder in (tot aan het niveau waarover het vorige hoofdstuk ging), waarbij wordt gestart met:

Capaciteit van de locaties en productieafspraken

Een voordeel van de intramurale setting tegenover de extramurale die maximaal moet worden benut, is het vaste gegeven van de fysieke capaciteit van elke locatie. Het aantal plaatsen in de toelating is immers het vaste kader waarmee gerekend kan en moet worden.

Bij grotere organisaties worden de productieafspraken vaak op een overkoepelend niveau gemaakt. Het is noodzakelijk deze afspraken door te vertalen naar iedere locatie, waarbij wordt bepaald:

- **Bezettingsgraad:** cliënten gaan op enig moment uit zorg – meestal door overlijden, bij revalidatie komt daar de groep bij die is uitbehandeld. Als er een hoge omloopsnelheid wordt verwacht en er geen of een kleine wachtlijst is, bestaat het (financiële) risico dat de periode tussen het uit zorg gaan van de ene cliënt en het in zorg nemen van de volgende cliënt langer is dan de 13 mutatiedagen. Als de organisatie beschikt over voldoende flexibele capaciteit (zie verderop) is het wenselijk afspraken te maken over de bezettingsgraad. De *werkelijke* bezettingsgraad ligt meestal rond de 98%. Maar omdat een tijdelijke, korte leegstand meestal niet leidt tot dermate veel ruimte voor medewerkers dat er een (flexibele) medewerker kan worden uitgeroosterd, kan vaak worden gerekend met een bezettingsgraad van 100%.
Bij bijzondere omstandigheden, zoals een verbouwing, is de bezettingsgraad uiteraard zeer relevant. Het is zeer belangrijk dat dergelijke zaken projectmatig worden aangevlogen, waarbij het element capaciteitsmanagement een prominente plaats krijgt. De scope dient nadrukkelijk reductie van onzekerheid (bij zowel cliënten als medewerkers) te omvatten; als hieraan onvoldoende aandacht wordt besteed, zoeken medewerkers elders zekerheid – binnen of buiten de eigen organisatie.
- **ZZP-mix:** veel belangrijker is dat afspraken worden gemaakt over de ZZP-mix per locatie. Als een locatie bijvoorbeeld beschikt over 100 plaatsen, moet worden vastgesteld hoeveel daarvan door cliënten met een specifieke ZZP worden bezet.
Het is van belang dat trends hierin worden bijgehouden, geanalyseerd en meegenomen in de ramingen voor de lange termijn.



Inzetmix / normen ZZP

Als is vastgesteld hoeveel cliënten met welke ZZP² in zorg zullen zijn in een volgend tijdvak (bijvoorbeeld een jaar), is de volgende stap te bepalen hoeveel zorg bij die cliëntpopulatie hoort. De totale hoeveelheid zorg per ZZP is door de NZa genormeerd. Hierover dienen twee zaken te worden opgemerkt:

1. De NZa gaf tot en met 2013 in het rekenmodel aan hoeveel zorg per zorgfunctie (VP, PV, etc.) is meegenomen – dit kan nog steeds als leidraad worden gehanteerd, maar is voor capaciteitsmanagement onvoldoende, omdat we zicht nodig hebben op hoeveel uren per medewerkersfunctie/ deskundigheid benodigd zijn (de inzetmix).
2. De normen van de NZa zijn *gemiddelden* en zijn gebruikt om een financieel kader op te stellen. De feitelijke zorgbehoefte van cliënten met een bepaalde ZZP kan sterk afwijken, uiteraard per cliënt, maar ook per afdeling, locatie of zelfs de hele organisatie.

² Hetzelfde geldt uiteraard voor DBC-gefinancierde zorg of nog andere financieringsstromen.

Het is dus noodzakelijk “eigen” normen te bepalen, waarbij per ZZP wordt bepaald hoeveel inzet *gemiddeld* wordt gevraagd per ZZP. Deze normen dienen periodiek (op zijn minst jaarlijks) te worden bijgesteld op basis van managementinformatie over de vastgelegde zorgafspraken. Uiteindelijk dient er een tabel te liggen die aangeeft hoeveel zorg door welke functie/ deskundigheid wordt geleverd per week:

ZZP	Helpende	Verzorgende	Verpleegkundige	AB
ZZP1	x uur	y uur	z uur	etc.
ZZP2				
ZZP3				
etc.				

Een aantrekkelijk alternatief hiervoor is om zowel te sturen op de benodigde formatie t.o.v. de beschikbare formatie als op de kosten van de beoogde inzet (de “roosterboom”, waarover later meer) ten opzichte van de beschikbare middelen.

Bij beide varianten is het noodzakelijk heldere afspraken te maken welke inzet in de zorg uit welk “potje” komt: waar wordt een eventuele planner uit betaald, de zorgmanager, uren van leerlingen, etc.? Het kan ook zijn – vooral in de kleinschalige setting – dat uren en financiën die tot andere componenten behoren worden “overgeheveld” naar de zorg, bijvoorbeeld uren Behandeling of Verblijf (facilitair), wanneer de taken worden uitgevoerd door de medewerkers in de zorg. Hoe dan ook: er moet glashelder zijn hoeveel tijd (of uiteindelijk formatie) mag worden ingezet en/of hoeveel financiële middelen beschikbaar zijn en wat daar allemaal uit betaald moet worden.



Nu hebben we zicht op hoeveel **netto** tijd we aan zorg zullen gaan leveren. Deze netto tijd is echter nog één grote bak aan uren, waarbij twee belangrijke vragen nog moeten worden beantwoord:

1. hoeveel **bruto formatie** moeten we nu – per functie/ deskundigheid – inzetten?
2. **wanneer** (op welk moment van de dag) moeten we deze capaciteit beschikbaar stellen?

Productiviteit

Om de stap te kunnen maken van netto tijd naar bruto formatie is het nodig de productiviteit van de verschillende functies te bepalen. Tussen de netto tijd en de bruto formatie zit alle tijd die wel uitbetaald moet worden, maar niet aan cliëntzorg wordt besteed. Sommige elementen daarvan vloeien voort uit de CAO (zoals verlof), andere dienen door de organisatie te worden vastgesteld. Dat kan normatief of op basis van managementinformatie, zoals bijvoorbeeld ziekteverzuim.

Het verdient aanbeveling alle betaalluren onder te verdelen in 3 categorieën:

1. Betaalluren die niet beschikbaar zijn op de werkvloer:
 - a. Verlof: houd hierbij rekening met de leeftijdsopbouw van medewerkers, omdat deze van invloed is op het percentage verlof – dit kan zelfs per functie verschillen
 - b. Verzuim
 - c. Opleidingen
2. Betaalluren die wel op de werkvloer beschikbaar zijn, maar niet voor zorgpakketten:
 - a. Werkoverleg, stuurwieloverleg, overleg met disciplines (los van cliëntbesprekingen), EVV-overleg, verpleegkundig overleg en andere vormen van structureel overleg
 - b. Functioneringsgesprekken
 - c. Aandachtsgebieden incl. de opleiding hiervoor en instructie aan andere medewerkers
 - d. Indirect cliëntgebonden tijd, zoals zorgdossier bijwerken, voorbereiding en deelname aan MDO, overleg met huisarts, praktijkondersteuner, verpleeghuisarts of wondconsulenten, overleg met familie en/of mantelzorgers
 - e. Begeleiden van leerlingen 1*)
 - f. Implementatie van richtlijnen

- g. ZI-meting
 - h. (Verpleegkundige) achterwacht
 - i. Coördinatie verpleegkundige zorg
3. De betaalluren die voor zorgpakketten beschikbaar zijn 2**):
- a. Direct cliëntgebonden zorg
 - b. Indirect cliëntgebonden tijd (bijvoorbeeld lezen en bijwerken dossier)
 - c. Niet cliëntgebonden tijd (zoals “lopen”)

1*) Het begeleiden van leerlingen vraagt niet alleen tijd buiten de zorgpakketten, maar drukt ook de productiviteit tijdens de zorgverlening. Dit varieert naar gelang de fase waarin de leerling in de opleiding is. Ook de productiviteit van de leerling neemt toe naarmate de leerling verder is in de opleiding.

2**) Het is van belang te normeren hoeveel zorg er in de zorgpakketten kan. Bij een Helpende zal dit veel meer zijn (bijvoorbeeld 95%) dan bij een EVV (bijvoorbeeld 83%). Dit is volledig afhankelijk van hoe het werk georganiseerd is.

Realistische, bruikbare productiviteitsnormen vragen goed inzicht in de praktijk op de werkvloer en helder beleid over indirecte zaken als opleiding, werkbegeleiding en overige taken van de verschillende functies.

Als de productiviteitsnormen zijn bepaald, kan ook worden bepaald hoeveel bruto formatie moet worden ingezet om de te verwachten zorg te kunnen leveren.

Roosterboom

Vanuit de gecontracteerde zorg en de productiviteitsnormen is helder **hoeveel** formatie beschikbaar is. De volgende stap is te bepalen **wanneer** deze formatie moet worden ingezet om enerzijds te voldoen aan de Normen Verantwoorde Zorg en anderzijds maximaal te kunnen voldoen aan de cliëntvraag.

De **roosterboom** is de vertaling van regelgeving (zoals Normen Verantwoorde Zorg) naar de benodigde beschikbaarheid van medewerkers met een specifieke deskundigheid/ niveau op een bepaalde hoeveelheid te leveren zorg. Het gaat in deze fase dus om diensten en deskundigheden, *niet* om specifieke medewerkers. De roosterboom is altijd “anoniem” (er worden geen specifieke medewerkers of namen genoemd). Uiteindelijk is de roosterboom de ideale dienstenstructuur. Uiteraard is het vanaf de start zelden of niet mogelijk direct deze ideale situatie te bereiken. Maar het is wel de richting waar op de langere termijn naar toe gewerkt moet worden, bijvoorbeeld bij het stellen van vacatures als medewerkers uit dienst gaan. Het verschil tussen de ideale en werkelijke situatie kan als frictie worden beschouwd.



Het is dus van belang hierbij vanaf de start uit te gaan van de *ideale situatie*, niet gehinderd door de beperkingen van afspraken die nu met medewerkers zijn gemaakt, de grootte van hun contracten, etc. De roosterboom is een ijkpunt, een ideaalplaatje, waar langzaam maar zeker naar toe gewerkt gaat worden. Dat kan een kwestie zijn van de lange termijn – als er grote verschillen zitten tussen de ideale contractmix die uit de roosterboom volgt en de huidige contractmix of als er veel vaste afspraken met medewerkers zijn die afwijken van wat idealiter wenselijk is. Maar soms blijkt de huidige situatie maar op kleine onderdelen af te wijken en kan dat in onderling overleg met medewerkers worden aangepast tot de ideale situatie.

In de praktijk blijkt het denken vanuit de “ideale situatie” heel lastig voor direct betrokkenen. Vaak wordt onbewust toch rekening gehouden met de dagelijkse praktijk – normaal gesproken natuurlijk heel goed!

Bij het opstellen van de roosterboom kan ervoor gekozen worden wel of geen rekening te houden met *alle* indirecte zaken. De diensten die in de roosterboom worden benoemd, moeten uiteindelijk worden “gebruteerd” en worden vergeleken met de bruto formatie die uit de productiviteitsnormen is gekomen. De sleutel die voor het “bruteren” wordt gehanteerd, is afhankelijk van wat wel en niet wordt meegenomen in de roosterboom. Stel dat bijvoorbeeld geen rekening wordt gehouden met allerlei overlegvormen in de roosterboom. Dan moeten deze worden meegenomen in de sleutel om te komen van de diensten in de roosterboom naar de bruto formatie.

Het is wel van het grootste belang dat helder is dat de diensten van de medewerkers die (in een latere fase) moeten worden ingeroosterd om deel te nemen aan die overlegvormen ook daadwerkelijk worden ingeroosterd. In mijn ogen heeft het grote voorkeur alleen verlof en verzuim uit te sluiten bij de roosterboom en alle overige zaken mee te nemen. In dat geval is het wel zaak dat degene die de roosterboom opstelt, goed voor ogen heeft dat met de diensten in de roosterboom *alles* moet worden uitgevoerd – directe cliëntzorg, indirect cliëntgebonden tijd en alle overige zaken die zijn meegenomen in de productiviteitsnormen.

Het moet vooraf heel duidelijk zijn wat wel en niet wordt meegenomen in de roosterboom. De roosterboom moet rekening houden met praktische zaken als “wanneer wordt teamoverleg gehouden?” en “op welke dag wordt het MDO gehouden?” Het kan natuurlijk ook uit de roosterboom blijken dat die afspraken moeten worden herzien!

De bruto formatie die voortvloeit uit de roosterboom moet overeenkomen of liggen binnen de bruto formatie die voortvloeide uit het loslaten van de productiviteitsnormen op de ZZP-mix. In de praktijk kan dit afwijken en moet worden geanalyseerd hoe de verschillen zijn ontstaan. Het vraagt meestal enkele “speelrondes” waarbij ofwel de normen of de roosterboom moet worden aangepast.

Nadat duidelijk is met welke bruto formatie gerekend gaat worden, kan wederom worden geanalyseerd wat het verschil is met de huidige formatie en kan worden vastgesteld op welke termijn de ideale situatie zou kunnen worden bereikt.

Basisrooster

Nu de ideale dienstenstructuur duidelijk is, kan de stap worden gemaakt om de *anonieme* diensten te gaan laten invullen door de medewerkers. Dit doen we in een *basisrooster*: de vertaling van alle vaste afspraken met medewerkers inzake werktijden, waarbij rekening wordt gehouden met aspecten als het aantal maximaal aaneengesloten dagen waarop mag worden gewerkt (inclusief avond- en nachtdiensten), etc. Bij medewerkers met contracten kleiner dan 24 tot 24 uur kan ook de afspraak worden gemaakt dat in het basisrooster staat wanneer deze medewerkers *niet* werken. Uiteraard moeten hierover wel duidelijke afspraken worden gemaakt. Het basisrooster is dus op naam gesteld. Wat er *niet* in is verwerkt, zijn verlofaanvragen.

Het is belangrijk dat de term “vaste afspraken” goed wordt gedefinieerd. Om te voorkomen dat medewerkers hierop contractuele aanspraken kunnen maken, is het soms beter te spreken van “basisafspraken”.

Bij het basisrooster is het van belang de balans te vinden tussen enerzijds de *garantie* dat er voldoende medewerkers beschikbaar zijn om te kunnen voldoen aan de cliëntvraag (en uiteraard de Normen Verantwoorde Zorg!) en anderzijds voldoende flexibiliteit te hebben om fluctuaties te kunnen opvangen.

Hoeveel diensten vanuit de roosterboom al in het basisrooster worden ingevuld, hangt daarom mede af van de flexibiliteit van de locatie. Als er een grote groep oproepkrachten is – die ook daadwerkelijk komen werken als ze worden opgeroepen! – is het risico om lager te zitten in het basisrooster kleiner dan wanneer dat niet het geval is. Hetzelfde is het geval als er medewerkers met een vast contract zijn die het niet erg vinden om niet voor alle contracturen vaste afspraken te hebben. In de ideale situatie wordt zo’n 80-85% van de diensten in de roosterboom vast afgesproken met medewerkers en in het basisrooster gezet.

Kwartaalrooster

In de praktijk vinden medewerkers het prettig als ze lang tevoren weten wanneer ze moeten werken en (vooral) wanneer ze vrij zijn. Door het basisrooster wordt daar al in hoge mate aan voldaan, maar daarin is het verlof nog niet verwerkt. Op basis van het basisrooster kan een kwartaalrooster worden opgesteld. Hoeveel diensten vanuit de



roosterboom hierin al op naam worden ingeroosterd hangt – net als bij het basisrooster – af van de flexibele capaciteit op de locatie. Het streven is 90-95% in te vullen.

Bij het opstellen van het kwartaalrooster kan worden bepaald welke verlofaanvragen kunnen worden gehonoreerd. Uitgangspunt is dat alle diensten in de roosterboom kunnen worden ingevuld. Als dat op bepaalde momenten risico loopt, moet worden bepaald welke medewerkers moeten werken en dus geen vrij kunnen hebben. Als de kwaliteit van zorg risico loopt, mag verlof worden geweigerd of zelfs ingetrokken. Dat is geen populaire maatregel, dus moet alleen in de uiterste situatie worden toegepast, maar de praktijk laat zien dat leidinggevenden soms verlof toekennen zonder de impact op de zorgverlening te weten. Dat moet zeker worden voorkomen.

Het streven is het kwartaalrooster uiterlijk 6 weken voor de start van de volgende roosterperiode te publiceren. Er kan gekozen worden voor het steeds roosteren van een volledig kwartaal of het werken met een **rollende horizon**. Dat betekent dat het rooster steeds voor 3 maanden vooraf gemaakt wordt, maar er elke maand een nieuwe maand (die van over 3 maanden) wordt gepubliceerd, dus het rooster van april in januari, mei in februari, etc. Het voordeel hiervan is dat medewerkers voortdurend voor de komende 3 maanden weten wanneer ze moeten werken, terwijl bij het publiceren van een heel kwartaal de medewerkers voor de eerste maand van het nieuwe kwartaal pas 6 weken vooraf weten wanneer ze moeten werken.

Het voordeel van per feitelijk kwartaal roosteren is dat kan worden aangesloten bij zaken waarop per kwartaal wordt gestuurd, zoals zaken die uit de CAO voortvloeien, zoals het saldo van compensatie-uren. Bij het opstellen van het (kwartaal)rooster moet immers worden geborgd dat medewerkers aan hun contracturen komen. Medewerkers die in eerdere maanden minder dan hun contract hebben gewerkt moeten extra worden ingeroosterd; degenen die te veel hebben gewerkt, moeten juist minder worden ingeroosterd.

Flexibele capaciteit

Bij het basisrooster en kwartaalrooster wordt een deel van de benodigde capaciteit “open” gelaten, niet ingeroosterd. Dit levert flexibiliteit op – waarbij over het nut daarvan boven al enkele kanttekeningen zijn geplaatst. Daarbij is de aanname gedaan dat op het moment dat de diensten echt gewerkt moeten worden, voldoende capaciteit beschikbaar is. Gegarandeerd, anders is er eenvoudig te weinig personeel op de werkvloer om de afgesproken zorg te verlenen. Dat betekent dus dat er flexibele capaciteit moet zijn.

Flexibele capaciteit kan uit meerdere onderdelen bestaan, waarvan de belangrijkste zijn:

1. medewerkers met een vast contract die het niet erg vinden dat een deel van hun contracturen nog niet is ingeroosterd – zij stemmen er dus mee in later dan bij het publiceren van het kwartaalrooster te horen wanneer ze moeten werken;
2. medewerkers die bereid zijn de ene week, maand of andere periode korter of langer te werken dan de andere – vooral als deze medewerkers bereid zijn in de vakantieperiodes meer/veel te werken, dienen ze te worden gekoesterd;
3. medewerkers met een min-max contract;
4. oproepkrachten – hierbij is een aandachtspunt dat er soms ook oproepkrachten zijn die uiteindelijk nooit kunnen als ze worden opgeroepen.

Vakantieplanning

De vakantieperiodes – en dan met name de zomervakantie en de kerstvakantie – zijn altijd en overal een uitdaging. Los van het recht dat medewerkers hebben op een aaneengesloten periode, speelt vaak mee (alle emancipatie ten spijt) dat de vakantieperiode van de echtgenoot leidend is en de echtgenote volgend. Meer nog dan bij het afhandelen van ‘gewone’ verlofaanvragen geldt voor de vakantieperiodes:

Problemen voorkomen door tijdig besluiten te nemen

Tijdig betekent voor de vakantieperiodes vaak minimaal een half jaar vooruit, want medewerkers willen hun vakantie natuurlijk tijdig boeken. Het best is twee datums vast te stellen waarop enerzijds de aanvragen moeten zijn ontvangen en anderzijds waarop wordt gecommuniceerd of de aanvraag kan worden gehonoreerd – bijvoorbeeld: 15 mei ontvangen en 15 juni gecommuniceerd over de periode vanaf 15 december en het half jaar daarna. En 1 november ontvangen en 1 december gecommuniceerd over de periode vanaf 1 mei en het half jaar daarna.

De aanvragen worden eerst beoordeeld op het effect op de noodzakelijke bezettingsgraad. Mocht bij het volledig honoreren van alle aanvragen een probleem ontstaan, kan met medewerkers worden overlegd welke mogelijkheden er zijn om te schuiven. Pas als er niet op basis van vrijwilligheid een goed vakantierooster kan worden gemaakt, moeten vervelende beslissingen worden genomen. Er zijn leidinggevendenden die het opstellen van het vakantierooster volledig overlaten aan medewerkers. Het is dan wel zaak te borgen dat het uitgangspunt van het goed verdelen van de lasten en de lusten gehandhaafd blijft en niet een paar “dominante” medewerkers (structureel) de krenten uit de pap krijgen.

De diensten in de roosterboom zijn wat minimaal noodzakelijk is om verantwoorde zorg te leveren. Hierin zit een klein beetje rek, omdat ook indirecte zaken binnen die diensten worden uitgevoerd, zoals bepaalde (interne of externe overlegvormen). Omdat de beschikbare capaciteit in de vakantieperiodes altijd lager zal zijn dan normaal moet alle beschikbare capaciteit beschikbaar zijn voor directe cliëntzorg en indirect cliëntgebonden taken. Dat betekent dus dat nóg kritischer dan normaal gesproken al moet worden gekeken naar indirecte zaken, alles wat niet strikt noodzakelijk is, moet worden uitgesteld tot buiten de vakantieperiodes. Hoe belangrijk projecten en andere kwaliteit verhogende zaken ook zijn: in de vakantieperiodes is het vaak roeien met te weinig riemen, dus moet alles wat niet echt nodig is om verantwoorde zorg te leveren worden laten vallen. De lijn moet dit beleidsmatig vaststellen, de staf moet zich daarnaar schikken.

Flexibiliteit en verlof spreiden

Maar waarschijnlijk is zelfs dit onvoldoende als niet structureel wordt gestuurd op zowel bruto uren als netto inzet. Een voorbeeld:

Stel dat er wekelijks 100 uur zorg moet worden geleverd. Er wordt gerekend met een bruto-productiviteit van 70%, dus is er bijna 143 uur bruto per week beschikbaar (bijna 4 fte). Stel dat hiervan 8% wordt ingevuld door oproepkrachten en min-max uren, dan zijn er dus ongeveer 132 uur bruto in vaste dienst. In een week dat niemand vrij neemt (februari?, november?) is er dus een *overcapaciteit* van 32 uur!

Een ander voorbeeld:

Stel dat je in de vakantieperiodes 30% verlof kan/moet geven. De vakantieperiodes zijn 6 (zomer) + 2 (kerst) + 2 (voorjaar) + 1 (herfst) = 11 weken met 30%. Gewogen houd je dan $728 (=52 \times 14\% \text{ verlof conform CAO}) - 330 (= 11 \times 30\% \text{ in de vakantieperiode}) = 398 / 41 (=52 - 11, \text{ de niet-vakantieweken}) = 9,7\% \text{ over}$. Anders gezegd: om geen problemen in de vakantieperiode te krijgen, moet worden gestimuleerd dat er op iedere willekeurige dag en week buiten de vakantieperiodes zo'n 10% verlof wordt opgenomen.

Bij medewerkers met een contract van 20 of 24 uur en hoger is het bijna niet mogelijk om het verlof te spreiden. Daar staat tegenover dat medewerkers met een kleiner contract vaak zo ‘handig’ schuiven met hun diensten dat ze voor een ‘vrije dag’ geen uren hoeven op te nemen. Dit maakt het probleem alleen maar groter.

We draaien het eens helemaal om: alle medewerkers hebben (conform CAO) het recht op 3 weken aaneengesloten verlof in de zomervakantie. Dat komt neer op 6%. Dan resteert er dus nog ongeveer 8% verlof dat in de rest van het jaar moet worden opgenomen, ofwel iets meer dan 2½% per kwartaal. Hier kan actief op gestuurd worden.

Bij medewerkers met een klein contract (kleiner dan 20 uur) kan bovendien worden gestuurd op de *netto* inzet. Er wordt vooral gekeken naar het aantal uren dat de medewerker diensten op de werkvloer draait. Ik licht dit toe aan de hand van een voorbeeld:

Een medewerker heeft een contract van 16 uur per week. Dat betekent dat iemand $52 \times 16 = 832$ uitbetaald krijgt. Van deze uren zijn $13,8\% = 115$ uur verlof uren. Deze medewerker is dus 717 uur per jaar op de werkvloer aanwezig (m.u.v. ziekte en scholing).

Gemiddeld is de medewerker dus niet 16 uur per week aanwezig, maar iets meer dan 13½ uur.



Het kan dus betekenen dat deze medewerker de ene week 32 uur werkt en de volgende week 0 uur. Uiteraard wordt zo veel mogelijk in overleg met elkaar bepaald en alles naar redelijkheid ingevuld, maar het gaat om het principe dat een contract van gemiddeld 16 uur per week, niet betekent dat een medewerker elke week 16 uur wordt ingeroosterd.

Omdat over een langere periode gekeken wordt, worden meeruren ook niet meer per maand uitbetaald, maar aan het einde van het jaar.

Uiteraard moet dit vooraf heel helder worden gecommuniceerd, ook al valt dit binnen alle wettelijke kaders en de CAO. Zonder uiterst zorgvuldige implementatie voelen medewerkers zich benadeeld. Als vooraf grondig is toegelicht waarom voor deze systematiek is gekozen en hoe het werkt, blijkt het vaak breed gedragen te worden door medewerkers.

De grootste verstoorder: ziekteverzuim

Het lijkt geen twijfel dat ziekteverzuim de grootste verstoorder is van al die zorgvuldig op de zorgvraag afgestemde capaciteit. Waren alle diensten keurig ingevuld en afgestemd op de zorgafspraken, wordt er iemand ziek!

Medewerkers geven vaak aan dat een ziekmelding van een collega hun werkdruk groter – en vaak te groot – maakt. De zorg loopt immers gewoon door en moet opeens met een persoon minder worden geleverd.

Hoewel niet tevoren kan worden voorspeld wie zich precies zal ziekmelden, kan wel worden “voorspeld” dat het aantal ziekmeldingen in maart hoger zal zijn dan in juli. Duidelijk is ook dat alleen de eerste dag of de eerste twee dagen de grootste verstoring geven. In die periode kan immers vervanging worden geregeld. En hoewel lang ziekteverzuim zeker aandacht vraagt, levert het geen verstoring meer op de werkvloer op – er wordt immers al niet meer gerekend op die medewerker. Maar wat met die eerste dag?

Kort verzuim kent minder onvoorspelbaarheid dan soms wordt gedacht

Het voorbeeld van de ziekmeldingen in maart en in juli is niet toevallig. Op basis van managementinformatie kan inzicht worden gegeven in het aandeel kort verzuim in het totale verzuimpercentage (voor zover dat nog niet bekend is). Als de curve van het verloop gedurende het jaar voor meerdere jaren wordt getekend blijkt die er vrijwel altijd min of meer hetzelfde uit te zien – niet verwonderlijk als rekening wordt gehouden met weersomstandigheden, weerstand, vakanties en andere factoren. Aspecten als de bekende “maandagochtendziekte” vragen uiteraard ook aandacht van het management, maar ook dit valt buiten de scope van capaciteitsmanagement.

Hoewel dus niet kan worden voorspeld *wie* zich precies ziek zal melden, kan wel *ongeveer* worden “voorspeld” *hoeveel* ziekmeldingen er zullen zijn. Hoe groter de groep medewerkers die wordt genomen, hoe beter die voorspelling uit zal komen – de wet van de grote getallen. Op de te verwachten ziekmeldingen kan dus worden geanticipeerd, door vooraf een medewerker (of meerdere, afhankelijk van de omvang van de groep medewerkers en het korte verzuim) in te roosteren om de dienst van de zieke medewerker in zijn geheel over te nemen.

Het is essentieel dat de volledige dienst van een zieke medewerker gegarandeerd wordt overgenomen.

Er kan vrij exact worden bepaald hoe groot de groep medewerkers moet zijn om zonder risico van een “bankzitter” in te roosteren. Als vuistregel blijkt dat bij een kort verzuim van 2% een medewerker veilig kan worden ingeroosterd op een groep van 50 tot 60 medewerkers. Mocht de groep medewerkers op één locatie te klein zijn, kan worden bekeken of er “vliegende keeps” kunnen worden gevonden die bereid zijn om op meerdere locaties te werken. Die medewerker weet dus *wel* dát zij moet werken, maar nog *niet* op welke locatie precies. Om het risico verder te beperken, is het verstandig altijd een wat hogere deskundigheid beschikbaar te hebben. Te hoog inzetten mag immers wel, te laag inzetten (qua deskundigheid) nooit.



Een uitwisseling tussen intramurale en extramurale medewerkers kan ook, maar dan blijkt in de praktijk vaak nog missionarisch werk op het terrein van cultuur en methodisch werken te moeten worden verricht – zelfs bij organisaties die hun zorgleefplan al hebben geharmoniseerd.

Er is een fundamenteel verschil tussen het organiseren van het opvangen van kort verzuim en flex(ibele) capaciteit. Het grote verschil is dat de medewerkers die het kort verzuim opvangen *vooraf zijn ingeroosterd*. Ze worden dus *niet* opgeroepen, ze weten al dat ze moeten werken, alleen nog niet waar (op welke locatie of in welk team). Er moet ook vooraf worden nagedacht over de vraag wat de betreffende medewerker gaat doen als er toevallig echt niemand ziek is binnen de groep waarvoor zij de vervanger zou zijn.

De praktijk wijst uit dat dit element door medewerkers als grootste meerwaarde wordt gezien van capaciteitsmanagement – het is zelfs een voorwaarde geweest in de recente CAO-onderhandelingen. Het organiseren is vrij eenvoudig, maar er blijken toch enkele valkuilen:

1. Regelmatig is er al een “flexpool” beschikbaar in de een of andere variant. Maar bij de opzet ervan is *oproepbaarheid* de sleutel geweest, niet *beschikbaarheid*.
2. Intramurale medewerkers voelen zich vaak sterk verbonden met de locatie waarvoor ze werken. Wat extramuraal veel vanzelfsprekender is (het ergens anders inspringen), is intramuraal soms een enorm vraagstuk.
3. Organisatorische positionering en verantwoordelijkheidsverdeling is soms een vraagstuk. Het omgaan met hiërarchische en functionele verantwoordelijkheid in deze situatie vraagt een hoge mate van professionaliteit.

Inrichting van organisatie en proces

Capaciteitsmanagement is een complex proces met veel spelers. De keten is zo sterk als de zwakste schakel. Het is van groot belang dat het proces gesloten is, goed beschreven en *geïmplementeerd*. Dat betekent dat iedere speler weet wat van haar wordt verwacht, beschikt over de competenties en vaardigheden die voor die rol nodig zijn en de benodigde instrumenten beschikbaar zijn.

Het is mijn ervaring dat implementatie hét ondergeschoven kindje is en vaak wordt gedacht “als we het hebben opgeschreven en verteld, dan zijn we er toch?”... Nou, nee! Implementeren van capaciteitsmanagement komt vaak neer op het veranderen van gedrag en cultuur en vraagt een “organische” benadering van verandermanagement. Enkele aandachtspunten:

Manager/ leidinggevende

De (resultaatverantwoordelijk) manager moet capaciteitsmanagement (uit)dragen. Het vraagt een bedrijfsmatige benadering van het zorgproces, zonder dat de menselijke maat uit het oog wordt verloren en er alleen maar naar cijfers wordt gekeken. De manager moet vooral spreken over het “waarom”: Waarom leggen we zorgafspraken vast? Waarom werken we met zorgpakketten? Waarom hebben we spelregels voor het rooster?

Dat impliceert ook dat de manager zich het concept grondig eigen heeft gemaakt. De praktijk wijst uit dat dit regelmatig veel tijd kost, vaak maanden, soms bijna een jaar. Het verdient aanbeveling de managers te ondersteunen door een vorm van coaching, zowel op vaardigheden als op gedrag.

»TIJD IS GELD«

ZEI DE MANAGER

»ZORG IS TIJD NEMEN«

ZEI DE ZORGVERLENER

Loesje

postbus 1045
6801 BA Arnhem www.loesje.nl

Managers moeten zich het concept *echt* eigen maken. Dat kost tijd.

Als een doel voor de organisatie is om “meer met minder” te doen in termen van personele inzet, komt dat er in de basis neer dat bepaalde medewerkers minder en/of op andere tijden worden ingezet en van sommige medewerkers misschien zelfs afscheid moet worden genomen. (NB: Met dat laatste moet uiteraard buitengewoon omzichtig worden omgegaan. Personeel is schaars en zal zowel relatief als absoluut nog schaarser worden. Met de macro-ontwikkelingen op het oog pleit ik voor de insteek meer zorg te leveren met dezelfde personele bezetting, tenzij de financiële en/of lokale omstandigheden (bijvoorbeeld geen groeipotentieel) geen andere keus rechtvaardigen dan een reorganisatie.) Veel managers in de zorg zijn echte (en goede) “people managers”. Zij weten medewerkers aan zich te binden door goed voor hen te zijn en rekening te houden met hun eisen en wensen. Dat is een groot goed. Maar het *kan* op gespannen voet staan met de uitgangspunten van capaciteitsmanagement.

Capaciteitsmanagement betekent ook minder leuke besluiten nemen.

Uiteindelijk is capaciteits*management* dus management. Managen is dingen doen die niet vanzelf gaan. Leuke dingen gaan vaak vanzelf. Het is dus aan de manager om dingen te doen die niet zo leuk zijn. Bijvoorbeeld vervelende besluiten nemen, zoals het weigeren van verlof of het aanpassen van werktijden. In de praktijk blijkt dat managers deze vervelende zaken graag “weg delegeren”. Daarmee worden degenen aan wie het wordt gedelegeerd vaak voor een onmogelijke taak gesteld, bijvoorbeeld omdat zij geen bevoegdheid hebben om bepaalde besluiten te nemen.

Medewerkers voelen feilloos aan of de manager het besluit uit de weg zal gaan of de lijn die is uitgezet tot het einde volgt. Als ze merken dat er “ruimte” is, dan weten ze die te vinden en in hun eigen belang aan te wenden. Soms ten koste van het belang van hun collega's of zelfs cliënten. Het is aan de manager de balans te vinden en te bewaken.



EVV

De EVV is primair verantwoordelijk voor de zorg aan haar cliënten. Het zijn zorgverleners in hart en nieren. En geen boekhouders. Maar de valkuil van de EVV is vaak dat *elke* vorm van vastlegging van gegevens wordt gezien als “boekhouden”. Als vaak zelfs wordt geconstateerd dat de zorgleefplannen onvolledig of niet actueel zijn, is duidelijk dat het actueel houden van de zorgafspraken ook continu gevaar loopt.

De EVV moet nauw worden betrokken om draagvlak te krijgen en hen te motiveren.

Net als voor de manager verdient het aanbeveling de EVV's te coachen, vooral op het “waarom”. Zodra zij doorhebben dat een juiste toepassing van capaciteitsmanagement daadwerkelijk kan bijdragen aan een hogere cliënttevredenheid én een “rechtvaardige” werkverdeling op de werkvloer, blijkt dat een aanvankelijke mogelijke weerstand kan omslaan in enthousiasme. Dat kan alleen door hen intensief te betrekken bij het proces, bijvoorbeeld het opstellen van de roosterbomen, de basisroosters, de spelregels rondom het opnemen van verlof, etc. Misschien dat ze er niet direct een rol in spelen en die informatie nodig hebben, het is mijn ervaring dat als de EVV's betrokken worden en zien wat er met “hun” informatie wordt gedaan, dit een enorme stimulans geeft en aanzienlijk meer draagvlak voor capaciteitsmanagement.

Planner/ bedrijfsbureau

Capaciteitsmanagement bestaat voor een groot deel uit plannen: medewerkersplanning (dienstroosters maken) en cliëntplanning (zorgpakketten maken). Cliëntplanning is – in tegenstelling tot de extramuraal wereld – zeker geen algemeen verschijnsel in de intramuraal wereld. De oorzaak spreekt voor zich: de extramuraal medewerker moet weten naar welke cliënt zij moet *reizen*, terwijl de intramuraal medewerker zich meldt op de locatie en daar alle cliënten aantreft.

Het maken van dienstroosters gebeurt vaak nog door een manager. In dit model gaan wij ervan uit dat de manager het kader aanlevert (in de vorm van roosterbomen en basisroosters) aan een andere partij die op basis daarvan (kwartaal)roosters maakt. Dit wordt vaak de planner, medewerker bedrijfsbureau of iets dergelijks genoemd. Het verdient voorkeur deze functie te combineren met de administratieve aspecten rondom cliëntregistratie, zoals het aan- en afmelden van cliënten, registreren van tijdelijke afwezigheid, en met de registratieve aspecten rondom medewerkersregistratie ten behoeve van de salarissen.

Plannen en roosteren is een vak.

Zeker als met alle aspecten binnen capaciteitsmanagement rekening moet worden gehouden, is het een complexe aangelegenheid met diverse dimensies en veel mutaties.

Toch wordt deze complexe en belangrijke taak regelmatig nog belegd bij medewerkers die vanwege welke oorzaak dan ook niet meer in de zorg kunnen werken, bijvoorbeeld door rugklachten. Hoewel het begrijpelijk is dat passend werk voor deze medewerkers wordt gezocht, is sterk de vraag of een rol in de planning wenselijk is. In mijn ervaring wordt in de regel niemand blij van de resultaten ervan: de medewerker zelf wordt niet gelukkig van de hele dag achter een scherm zitten, de medewerkers op de werkvloer klagen over gemaakte “fouten” en de personeel inzet voldoet niet aan de criteria vanuit capaciteitsmanagement.

In het opstellen van de dienstroosters en bijbehorende processen wordt het geld verdiend of verloren.

Ik sta soms versteld hoe makkelijk wordt omgegaan met deze rol in het proces. Er zijn niet heel veel punten in het proces waarop je echt geld kan verliezen of verdienen. Dit is zo'n punt: het punt waarop je personeel inzet – vrijwel altijd de grootste beïnvloedbare kostenpost – wordt bepaald!

Om die reden pleit ik voor een forse investering in deze functie. Stel een goede functiebeschrijving van de functie op, benoem heel concreet de competenties die worden gevraagd en bepaal op basis van het testen op die competenties welke medewerkers op deze plek thuishoren.

Stuurwiel

De drie bovengenoemde rollen moeten intensief samenwerken en communiceren om capaciteitsmanagement goed vorm te kunnen geven. Het is heel verstandig een vast moment in de week te kiezen waarop knelpunten en aandachtspunten kort worden doorgesproken: het stuurwiel. Het overleg moet alleen over afwijkingen gaan, zaken waarover een besluit moet worden genomen; het is niet de bedoeling alle cliënten en/ of medewerkers langs te lopen.



Vorbereiding van het stuurwiel is het halve werk. Als iedere deelnemer vanuit haar eigen rol even langsloopt over welke zaken even moet worden gesproken, blijkt een kwartier per week makkelijk te volstaan. Als het stuurwiel langer dan een kwartier duurt, moet er echt iets groots aan de hand zijn. Als het structureel langer dan een kwartier duurt, dan moet worden bekeken of iedereen haar eigen rol wel serieus neemt en voldoende voorbereiding doet.

De manager kan zich bijvoorbeeld voorbereiden op deze vragen:

1. zijn er cliënten waarbij te veel verschillende medewerkers komen?
2. zijn er cliënten waarmee zorgafspraken zijn gemaakt die boven de ZZP-norm uitkomen?
3. hoe verhoudt de inzet van medewerkers zich t.o.v. het budget (o.b.v. ZZP's)?
4. is de beschikbare capaciteit ook optimaal qua deskundigheidsmix?
5. zijn alle contractmutaties al verwerkt?
6. zijn er medewerkers met uren die nog gecompenseerd moeten worden?
7. zijn er medewerkers die nog extra moeten werken om minuren weg te werken?
8. is er een wachtlijst?

De EVV:

1. zijn alle wijzigingen in zorgafspraken gemeld aan het plan-/ bedrijfsbureau?
2. zijn er aanvragen gedaan voor wijzigingen in zorgpakketten die nog niet zijn verwerkt (of zijn er nieuwe aanvragen)?
3. zijn er nieuwe cliënten waarover informatie moet worden gegeven aan het plan-/ bedrijfsbureau?
4. zijn er wijzigingen bij bestaande cliënten waarover informatie moet worden gegeven aan het plan-/ bedrijfsbureau?
5. worden er knelpunten gezien m.b.t. de kwaliteit van zorg die samenhangen met de beschikbaarheid van medewerkers (met de benodigde deskundigheid, op het juiste moment)?

De planner/ medewerker bedrijfsbureau:

1. zijn er nog open zorgpakketten?
2. zijn er medewerkers aan wie nog geen zorgpakket is toegewezen?
3. zijn er aanvragen gedaan bij de flexpool en/ of uitzendbureaus waarop nog geen bevestiging is gekomen qua capaciteit?

Het stuurwiel moet leiden tot besluiten en acties

Aan het einde van het stuurwiel moet helder zijn wat wordt gedaan aan de geconstateerde knelpunten. De manager zorgt ervoor dat de deelnemers binnen twee werkdagen na het stuurwiel een actie- en besluitenlijst hebben ontvangen, waaraan zij helder kunnen afleiden wie wat wanneer doet. Deze actie- en besluitenlijst kan ook als leidraad voor het volgende overleg dienen, waarbij een ieder "eigen" knelpunten inbrengt zoals hierboven opgesomd.

Managementinformatie

Een bedrijfsmatige benadering als capaciteitsmanagement vraagt om sturen op cijfers. Dat betekent dat er adequate managementinformatie moet zijn. Op elk gewenst moment moet op zijn minst inzicht zijn in de volgende zaken:

1. aanwezige ZZP-mix en bijbehorende formatieve ruimte;
2. ingeroosterde capaciteit versus formatieve ruimte;
3. zorgafspraken versus ingeroosterde capaciteit (productiviteit) – per dagdeel (ochtend, middag, avond, nacht);
4. zorgafspraken versus vastgestelde normen (in totaliteit en per cliënt);
5. welke medewerkers onder en boven contract hebben gewerkt;
6. wachtlijstgegevens.

Van belang is dat deze informatie ook inzichtelijk is *voor de toekomst*. Sturen kan immers alleen vooraf. Als het stuurwiel bijvoorbeeld op donderdag wordt gehouden en er wordt voor de volgende week geconstateerd dat er te veel of te weinig medewerkers zijn ingeroosterd kan op dat moment nog worden ingegrepen. Bij een overschot aan personeel kan bijvoorbeeld worden bekeken welke medewerker kan compenseren of dat een vraag bij een uitzendbureau kan worden ingetrokken. Bij een tekort kan worden besloten wie alsnog wordt ingezet, etc. Het begint bij *inzicht*, vervolgens moeten er *besluiten worden genomen*.

Houd het doel voor ogen

Projecten of andere acties die de inzet van personeel betreffen, worden vaak gezien als een bezuinigingsactie. Capaciteitsmanagement streeft naar *balans* tussen de zorgvraag en personele inzet. Als de disbalans bestaat uit het inzetten van te veel personeel ten opzichte van de zorgvraag (én de bijbehorende ZZP's) dan *kan* een resultaat van capaciteitsmanagement zijn dat er een besparing wordt gerealiseerd door het terugbrengen van personele inzet.

Mijn ervaring is dat de disbalans is veel gevallen ook bestaat uit *te voorzichtig* zijn met het inzetten van medewerkers. Te weinig medewerkers op de werkvloer leidt tot te hoge werkdruk en de kwaliteit van zorg loopt terug.

De vorm van disbalans die ik het meest ben tegengekomen is een teveel aan personele inzet op het ene moment en een tekort op het volgende moment. Onderaan de streep *leek* alles onder controle (ook financieel), maar op het ene moment van de dag (vooral in de ochtenden) was het feitelijk onmogelijk voor de beschikbare medewerkers de afgesproken zorg te leveren, terwijl op het andere moment (de middagen) bijna net zo veel medewerkers werkten met ongeveer een derde aan zorgafspraken ten opzichte van de ochtend.

Het vraagt discipline en volharding om de gewenste balans te bereiken én behouden. Maar wanneer de balans is bereikt, ontstaat rust bij cliënten en medewerkers en worden de beoogde doelen bereikt: hoge kwaliteit van zorg, tevreden cliënten en tevreden medewerkers. Dit alles leidt tot een gezonde organisatie, ook financieel.

Bijlage: Zorgafspraken nader beschouwd

Als je afspraken maakt over de zorg met de cliënt, moet natuurlijk worden geborgd dat die afspraken ook worden nagekomen. Dat betekent dat de inzet van medewerkers hierop moet zijn afgestemd (voldoende capaciteit) en bij de verdeling van het werk op de werkvloer rekening wordt gehouden met de gemaakte afspraken (de zorg ook leveren op het juiste tijdstip!) – via de zorgpakketten.

Alleen de zorgafspraken vastleggen in het zorgleefplan is dus niet voldoende. Het zorgleefplan is de *basis*. De afspraken met de klant die in het zorgleefplan staan, moeten door de EVV worden vertaald in afspraken op basis waarvan de inzet van medewerkers en de werkverdeling juist kan plaatsvinden.

In de ideale situatie gebeurt dit digitaal. De EVV legt de afspraken in het zorgleefplan bijvoorbeeld vast via een iPad, waardoor ze in een systeem komen en kunnen worden hergebruikt bij het beoordelen welke medewerkers wanneer moeten werken en hoe de zorgpakketten moeten worden opgebouwd.

Als er nog geen digitaal zorgleefplan (of EPD/ECD) is, zullen de afspraken op papier moeten worden vastgelegd. Er moet een formulier worden ontwikkeld, waarop de zorgafspraken in het zorgleefplan worden “omgezet” naar informatie die voor het bovenstaande doel kan worden gebruikt.

Het gaat in alle gevallen over **structurele** afspraken die met de cliënt worden gemaakt. Dat is altijd bij de intake en vervolgens als er nieuwe structurele afspraken worden gemaakt.



De digitale variant heeft meerdere voordelen:

1. voorkomt dubbel werk voor de EVV (invullen in het zorgleefplan én op het formulier);
2. er kan direct worden berekend of de zorgafspraken nog wel binnen de normen van de ZZP liggen;
3. voorkomt dubbel werk van het overnemen van het formulier in het systeem;
4. andere soorten mutaties kunnen direct worden verwerkt (zoals het (tijdelijk) uit zorg melden).

Uiteraard moet in de digitale variant veel worden georganiseerd (zoals hoe de cliënt inzage heeft in het zorgleefplan), maar als er een EPD/ECD is, verdient het zeker aanbeveling te bekijken of de zorgafspraken digitaal kunnen worden vastgelegd.

Wat vastleggen inzake de zorgafspraken?

Er is een belangrijk verschil tussen het doel van het vastleggen van de zorgafspraken in het zorgleefplan en het vastleggen in het kader van capaciteitsmanagement. Een grote valkuil is dat er op detailniveau zaken worden vastgelegd voor capaciteitsmanagement. Anders gezegd: het detailniveau in het zorgleefplan is dieper dan waarnaar wij op zoek zijn. Binnen capaciteitsmanagement zijn vooral drie zaken van belang:

1. wanneer moet de zorg worden geleverd?
denk aan: vaste tijdstippen versus bandbreedtes en het aantal dagen per week;
2. hoe lang duurt het contactmoment (ongeveer)?
het gaat om het volledige contactmoment inclusief bijvoorbeeld het lezen van rapportages in het zorgleefplan – zorg in elk geval voor een afronding op bijvoorbeeld 5 minuten, om te voorkomen dat er “minutenlijsten” ontstaan die worden afgeraffeld;
3. welke (minimale) deskundigheid is hiervoor nodig?
let er ook op dat wordt vastgelegd dat de EVV minimaal eens per bepaalde periode zorg levert bij de cliënt –

de minimale deskundigheid betekent dus ook dat het contactmoment om planningstechnische of praktische redenen bij een hogere deskundigheid kan worden belegd (lager dan de minimale deskundigheid is uiteraard onverantwoord) – vaak ervoor dat contactmomenten niet worden “opgeknipt” vanuit de (overigens onjuiste) afweging dat het goedkoper zou zijn meer medewerkers bij de cliënt te laten komen.

Meer is niet nodig om vast te leggen.

Maar om te communiceren blijkt in de praktijk dat het handig is toch te werken met een “product” dat wordt geleverd. De omschrijving van dat product moet echter voorkomen dat wordt gestapt in de andere valkuil: de zorgafspraken voor capaciteitsmanagement mogen geen vervanging worden van wat in het zorgleefplan wordt vastgelegd.

Nogmaals: het zorgleefplan is leidend.

Het is daarom verstandig heel algemene productbeschrijvingen te hanteren, zoals ADL, PV of VP. Er zijn enkele uitzonderingen die kunnen worden gemaakt, omdat deze handig zijn bij het indelen van de zorg in de zorgpakketten. Deze geven specifieke informatie die handig zijn bij het indelen van de zorgpakketten of de werkverdeling op de werkvloer. Voorbeelden zijn:

- medicijnen ronddelen;
- toiletronde;
- transfer van de kamer naar een andere plaats;
- aspecten rondom voeding (maaltijd klaarzetten, etc.);
- huishoudelijke activiteiten.

Onplanbare zorg en andere “vreemde eenden”

Het lijkt tegenstrijdig: afspraken maken over onplanbare zorg. Toch weten medewerkers vaak maar al te goed dat de ene cliënt – om welke reden dan ook – meer onplanbare tijd vraagt dan de andere. Het is dus van belang toch enig zicht te hebben op deze component. Enerzijds omdat er wel capaciteit beschikbaar moet zijn om de onplanbare zorg te verlenen en anderzijds om te bewaken dat de cliënt nog wel de juiste ZZP heeft.

Het is daarom verstandig vanaf de intake al een standaard “product” op te nemen in de zorgafspraken dat alle onplanbare en overige zaken afdekt die niet in een zorgpakket thuis horen, zoals de post bezorgen, een praatje op de gang, etc. Er zou voor elke cliënt bijvoorbeeld 15 minuten per week kunnen worden opgenomen. Bij cliënten waarvan (na een tijdje) duidelijk is dat zij structureel meer onplanbare aandacht vragen, kan dat worden opgehoogd naarmate ze meer aandacht vragen.

Naast de directe cliëntzorg is er ook “indirect cliëntgebonden tijd”. Deze kan bestaan uit het voorbereiden van en bespreken tijdens een MDO, overleg met de huisarts, familie of mantelzorg en dat soort zaken. In de praktijk blijkt dit bij cliënten met een ZZP zonder Behandeling gemiddeld 1 uur per week te vergen op het niveau VIG (ongeacht de ZZP) en bij een ZZP met Behandeling komt daar zelfs een half uur per week voor een verpleegkundige bij. Het is belangrijk dit vast te leggen als een zorgafpraak en bij voorkeur in een middagpakket te zetten. Ook hierbij geldt dat als cliënten structureel meer tijd vragen voor deze zaken (bijvoorbeeld door de opstelling van de familie) dit wordt aangepast naar de realiteit.