



Federatie
**Medisch
Specialisten**

TOKIO Optimum Traject

Praktische aandachtspunten & adviezen



COLOFON

Dit rapport is een uitgave van de Federatie Medisch Specialisten.
Het document is te downloaden via www.medischevervolgopleidingen.nl

Vragen

Heeft u vragen of opmerkingen over dit document? Meld u deze dan via opleiding@demedischspecialist.nl.

Redactie en vormgeving

Federatie Medisch Specialisten

Fotografie

Jonathan Vos

Copyright

© Federatie Medisch Specialisten, Oktober 2018

Alle opgenomen informatie is eigendom van de Federatie.

Overnemen van inhoud, geheel of gedeeltelijk is toegestaan mits met bronvermelding.

Vrijwaring

De Federatie heeft de grootst mogelijk zorg besteed aan de samenstelling van dit document. Desondanks accepteert de Federatie geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in de informatie, noch voor schade, overlast of ongemak dan wel andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van de informatie.

INHOUDSOPGAVE

1.	INLEIDING	4
2.	DE 10 STAPPEN VAN HET TOKIO OPTIMUM TRAJECT	5
	STAP 1: BEPAAL AFBAKENING / TOEPASSINGSGBIED	5
	STAP 2: ONTWERPEISEN	6
	STAP 3: ACTIVITEITEN /BESCHRIJVING HUIDIGE SITUATIE	6
	STAP 4: TOETSING HUIDIGE SITUATIE	7
	STAP 5: TAAKHERSCHIKKING EN FUNCTIONARISSEN	7
	STAP 6: ONTWIKKELEN SCENARIO'S	8
	STAP 7: BEOORDELEN SCENARIO'S EN SELECTIE	8
	STAP 8: VARIATIEMOGELIJKHEDEN	9
	STAP 9: PERSONELE EN FINANCIËLE CONSEQUENTIES	9
	STAP 10: KEUZE SCENARIO	9
3.	BLAUWDRIJK VOOR SCENARIO'S	11
4.	LESSONS LEARNED TOKIO OPTIMUM TRAJECT	15

01 Inleiding

In het Opleidingsakkoord van oktober 2013 zijn twee belangrijke maatregelen beschreven: verkorting van de opleiding op individuele basis en het terugschroeven van de instroom van aios. Eén van de gevolgen hiervan is dat er minder aios-uren overblijven voor het werk in de kliniek en aan de poort. Desondanks moeten de kwaliteit van de zorg en de opleiding uiteraard gewaarborgd blijven. Dit is een uitdaging die vraagt van instellingen dat ze nadenken over de optimale formatie op de werkvloer. Om instellingen hierbij te ondersteunen heeft de Federatie Medisch Specialisten het TOKIO Optimum Traject ontwikkeld.

Het TOKIO Optimum Traject is een methode om met alle betrokkenen (raad van bestuur, medische staf en/of MSB) tot een duurzame samenstelling van personeelsformatie te komen, waarbij de kwaliteit en continuïteit van zorg het uitgangspunt en het doel zijn. Een TOKIO traject is gebaseerd op twee cruciale uitgangspunten:

- De ene zorgprofessional is niet zonder consequenties voor kwaliteit, continuïteit en kosten te vervangen door een ander type zorgprofessional. In plaats van de ene professional te vervangen door de andere moet gekeken worden naar de afzonderlijke activiteiten die deze professional uitvoert, en hoe deze activiteiten te herschikken zijn.
- Kwaliteit van zorg wordt bepaald door de mate waarin de noodzakelijke activiteiten kunnen worden uitgevoerd door een daarvoor bekwame zorgprofessional met passende randvoorwaarden/supervisie.

Optimaal betekent hier dus: een goede kwaliteit van zorg neerzetten met een kosteneffectieve inzet van 'taakbekwame' zorgverleners. Het doel en de werkwijze van het TOKIO Optimum Traject is in een [animatie](#) weergegeven.

Onderdeel van het TOKIO Optimum Traject is het TOKIO Optimum Model. Dit is een online rekenmodel waarmee de formatieve en financiële consequenties van de personeelssamenstellingen berekend kunnen worden. Het model vergelijkt verschillende combinaties van in te zetten functionarissen, in relatie tot de gestelde kwaliteitseisen en de kosten.

Toepasbaarheid TOKIO Optimum Traject

Het TOKIO Optimum Traject wordt vaak toegepast voor het medisch domein, maar is ook toepasbaar in het verpleegkundig domein, ggz, 1e lijn, en verpleeghuiszorg. Omdat het model niet vooraf is ingevuld en/of gefixeerd, is een brede toepassing mogelijk. Dit rapport richt zich echter op de toepassing van het TOKIO Optimum Traject in het medisch domein.

02 De 10 stappen van het traject

Het TOKIO Optimum Traject bestaat uit een [tiental stappen](#), die in dit hoofdstuk kort worden toegelicht. Deze stappen zijn in detail uitgewerkt. Per stap wordt uitgelegd welke hoofdvraag beantwoord moet worden en welke stappen doorlopen moeten worden om tot deze beantwoording te komen.

STAP 1: BEPAAL AFBAKENING / TOEPASSINGSGBIED

Allereerst is het natuurlijk van belang een afbakening te maken van het project. Richt het TOKIO Traject zich enkel op een specifiek specialisme, op meerdere specialismen, het gehele ziekenhuis of zelfs over meerdere locaties danwel op bemensing van een regionaal zorgaanbod? Een instelling die werkt met het TOKIO Optimum Model bepaalt zelf welke knelpunten in de formatie urgent zijn en welke afdeling(-en) betrokken moeten zijn bij het vinden van oplossingen. Op basis daarvan wordt de 'eenheid' bepaald waarop het TOKIO Optimum Traject wordt gericht.

Aandachtspunten:

Complexe discussies moeten binnen afzienbare termijn tot conclusies leiden, zowel binnen een vakgroep, als tussen vakgroepen. Soms leidt een TOKIO Optimum Traject tot een herinrichting van de formatie die binnen de kaders van de eigen vakgroep te realiseren is. Vaak zal dat niet het geval zijn, omdat doelmatige formatie-oplossingen de enkele vakgroep overstijgen. Denk bijvoorbeeld aan 24/7 bemensing van de SEH, die alleen met meerdere afdelingen gezamenlijk is in te richten. Die scenario's vergen verdere afspraken tussen gremia in het ziekenhuis en kosten daardoor meer tijd om te realiseren. Het is daarom aan te raden om de opdracht tot het doorlopen van een TOKIO Traject te laten afgeven door de gremia die overstijgende oplossingen kunnen realiseren: het vakgroepsbestuur, de VMS of het MSB en de RvB gezamenlijk. Dat is in de regel ook het niveau waarop 'rechten uit het verleden' ter discussie gesteld kunnen worden vanuit het algemeen belang. Het verdient dus aanbeveling om een 'opdrachtgeverscommissie' in te stellen voor de duur van het project en daar tussentijds aan te rapporteren en uiteindelijk het rapport aan op te leveren.

Met het verstrekken van deze opdracht is het tevens aan te raden een **procesbegeleider** aan te stellen. Deze procesbegeleider is verantwoordelijk voor het organiseren van het proces en het betrekken van de juiste mensen bij het doorlopen van de stappen. De procesbegeleider verzamelt de benodigde bedrijfskundige informatie om het TOKIO Optimum Model mee te vullen, of besteedt dat uit bij functionarissen in het ziekenhuis. De procesbegeleider levert de doorgerekende scenario's op aan de eenheid en bereidt een keuze voor. De procesbegeleider kan tevens de projectleider zijn die een projectteam vormt met daarin de relevante uitvoerders van het project. In de regel werkt de procesbegeleider samen met bijvoorbeeld de decaan of directeur van het MSB om de bestuurlijke relaties rond het project met raad van bestuur en MSB-bestuur te waarborgen. Klik [hier](#) voor meer informatie over het profiel van de procesbegeleider.

STAP 2: ONTWERPEISEN

In deze stap is in kaart gebracht of er zich in de huidige en toekomstige situatie knelpunten voordoen die invloed hebben op de kwaliteit van zorg en/of de opleiding van het specifieke specialisme. Er is uitgevraagd waar de kwaliteit van zorg aan zou moeten voldoen en welke elementen belangrijk zijn in de opleiding; dit komt enerzijds voort uit wet- en regelgeving (zoals richtlijnen en specifieke besluiten van de medische vervolgoopleidingen) en anderzijds vanuit een intrinsieke wens van de betreffende vakgroep. Dit is vertaald naar ontwerpeisen, die in volgende stappen gebruikt worden als criteria om nieuw te ontwikkelen scenario's te toetsen.

Aandachtspunt:

Het is raadzaam uitvraag te doen bij functionarissen die de problematiek vanuit verschillende perspectieven bekijken; in ieder geval de medisch manager en op het moment dat het een specialisme betreft die tevens een medische vervolgoopleiding aanbiedt, dient ook de opleider aan tafel te zitten.

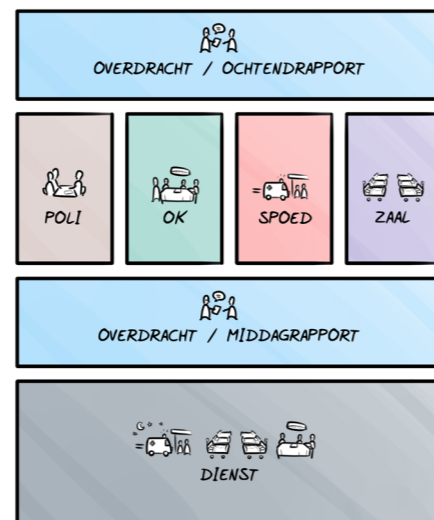
Spreek bovendien af wie de vakgroep binnen het project gaat vertegenwoordigen. Belangrijk is te benadrukken dat de vertegenwoordigers van de vakgroepen zélf verantwoordelijk zijn voor het verkrijgen van commitment van hun achterban. Het projectteam moet er van uit kunnen gaan dat de door de vertegenwoordiger aangeleverde informatie gedragen wordt door de gehele vakgroep. Geef indien nodig de vertegenwoordiger de tijd om resultaten/informatie te bespreken tijdens een vakgroepsvergadering.

STAP 3: ACTIVITEITEN /BESCHRIJVING HUIDIGE SITUATIE

In deze stap is gedetailleerd in kaart gebracht welke werkzaamheden in de 24-uurszorg (zie figuur) uitgevoerd worden en bij welke functionarissen die belegd zijn. Dit zowel voor de huidige situatie als voor een eventuele toekomstige situatie (indien er bijvoorbeeld sprake is van op stapel zijnde fusies of lateralisatie).

Welke werkzaamheden worden nu wél en niet meegenomen? Dat is afhankelijk van probleemstelling en de afbakening in stap 1. Vaak wordt er gekozen voor de werkzaamheden uitgevoerd door de medisch verlengde arm (assistenten(al dan niet in opleiding), PA en VS), omdat de probleemstelling voortvloeit uit de verminderde beschikbaarheid van assistenten in opleiding.

Voor het aggregatieniveau met betrekking tot de beschrijving van de werkzaamheden bestaat geen regel. Zijn 'taken' binnen een werkzaamheid verschillend overdraagbaar? Dan is het raadzaam deze tot op dat niveau te beschrijven.



Voorbeeld 1 (en wellicht niet naar waarheid):

De poli algemene interne geneeskunde en de poli hematologie worden beide door een aios interne geneeskunde uitgevoerd. De mogelijkheden voor het beschikbaar maken van de poli algemene interne geneeskunde zijn groter dan het beschikbaar maken van de poli hematologie, dat enkel door de MS overgenomen kan worden. In dit geval is het opdelen van de werkzaamheid poli in 'algemene interne' en 'hematologie' dus wenselijk.

Voorbeeld 2 (en wellicht niet naar waarheid):

Op de cathkamer worden pacemakers en intracardiale defibrillatoren (ICD's) geplaatst maar wordt ook elektrofysiologisch onderzoek uitgevoerd. Indien de beschikbaarheidsmogelijkheden van deze werkzaamheden hetzelfde zijn, kan de omschrijving van de werkzaamheid zich beperken tot cathkamer.

Soms blijkt (helaas) later dat het aggregatieniveau te hoog of juist te laag ligt.

Aandachtspunt:

Vaak weten assistenten (al dan niet in opleiding) sneller en beter welke functionaris op welk moment een specifieke werkzaamheid uitvoert. Ook de zorgwaarde en werkdruk is door assistenten goed in te schatten. Het is dus raadzaam deze informatie bij assistenten uit te vragen en ter controle voor te leggen bij de vakgroepsvertegenwoordiger. Ook is het raadzaam uit te vragen wat voor een type diensten door de functionarissen worden uitgevoerd; een onregelmatige dienst, een aanwezigheidsdienst of bereikbaarheidsdienst. Uit ervaring blijkt dat zeker het onderscheid tussen een onregelmatige dienst en een aanwezigheidsdienst lastig is. Voorbeeld; veelal geven assistenten aan een aanwezigheidsdienst te draaien terwijl dit in werkelijkheid een onregelmatige dienst betreft. De compensatie (in tijd en geld) hiervan is verschillend. Weet de assistent dit niet, bevestig dan iemand van HR.

STAP 4: TOETSING HUIDIGE SITUATIE

Indien alle ontwerpeisen zijn bepaald en de activiteiten in kaart zijn gebracht, wordt in stap 4 getoetst of de huidige en toekomstige situatie voldoet aan de gestelde eisen ten aanzien van kwaliteit van zorg en de opleiding. Het TOKIO Optimum Traject is een intensief traject; indien nu en in de toekomst met de huidige (en in de toekomst voorziene) formatie/teamsamenstelling de zorg volgens de gestelde kwaliteitseisen kan worden uitgevoerd is een TOKIO Traject wellicht overbodig. Als er echter in breed verband consensus is over dat de huidige situatie niet aan de eisen voldoet, draagt dat bij aan de motivatie om zaken te veranderen.

STAP 5: TAAKHERSCHIKKING EN FUNCTIONARISSEN

In stap 3 zijn de activiteiten beschreven én is aangegeven welke functionaris deze activiteiten gedurende 24 uur uitvoert. In deze stap worden deze activiteiten losgekoppeld van de betreffende functionaris, om zo per activiteit te kunnen kijken welke (andere) functionarissen deze allemaal uit zouden kunnen voeren. Een vertegenwoordiging van de betreffende vakgroep wordt gevraagd aan te geven welke functionarissen de werkzaamheden in de 24-uurs zorg kan uitvoeren, en onder welke condities en voorwaarden. Probeer de vertegenwoordigers te stimuleren zoveel mogelijk buiten de kaders van het eigen specialisme te denken. Vaak zijn meerdere functionarissen inzetbaar dan er in de huidige situatie binnen de muren van het eigen specialisme worden ingezet.

Aandachtspunt:

Medisch specialisten vinden dit een lastige stap; enerzijds omdat het niet eenvoudig is out of the box te denken en anderzijds omdat het excel (TOKIO Optimum Model, log in met gebruikersnaam 'demo' en wachtwoord 'demodemo') soms groot en onoverzichtelijk is. Enige toelichting of hulp is daarom gewenst. Het kan heel waardevol zijn om vertegenwoordigers van verschillende vakgroepen bij elkaar te zetten en te discussiëren over (ervaringen met) de verschillende inzetbaarheid van functionarissen. Als het aantal specialismen binnen het project te groot is (meer dan drie) is het verstandiger de vakgroepen individueel het taakherschikkingsformulier te laten invullen om vervolgens plenair de discrepanties tussen de vakgroepen te bespreken. Soms blijkt dat ervaring met een individuele functionaris (zoals PA, VS, Ziekenhuisarts of scribe) afstraalt op de verwachtingen van de inzetbaarheid van de betreffende beroepsgroep. Niet altijd is het beroepsprofiel en het onderscheid tussen verschillende beroepen ten aanzien van inzetbaarheid bij eenieder bekend. Maar ook de invloed die men kan hebben op de lokale inkleuring van een functie. Het kan dan ondersteunend zijn om die informatie voor betrokkenen beschikbaar te maken.

STAP 6: ONTWIKKELEN SCENARIO'S

Een scenario is een formatieve samenstelling bestaande uit de verdeling van functionarissen op werkzaamheden. De combinatie werkzaamheid en functionaris die in het taakherschikkingsformulier groen (werkzaamheid kan uitgevoerd worden door betreffende functionaris) of oranje (werkzaamheid kan onder voorwaarde uitgevoerd worden door functionaris) gemarkeerd is, vormen de puzzelstukjes om nieuwe scenario's te maken.

Aandachtspunt;

Maak reële scenario's. Scenario's waarbij de formatieve samenstelling onnodig wordt vergroot is geen scenario. Voorbeeld; in de ANW is een arts-assistent samen met een SEH-arts verantwoordelijk voor de patiënten van de MDL. Deze twee functionarissen kunnen alle werkzaamheden dekken en binnen een normale werkdruk. Het is dan onnodig om een regieverpleegkundige toe te voegen, enkel omdat deze een ondersteunende rol kan vervullen. Hetzelfde geldt voor het in de voorwacht zetten van een medisch specialist, alleen maar omdat uit het taakherschikkingsformulier blijkt dat hij deze werkzaamheid goed zou kunnen uitvoeren. In stap 7 zal blijken of deze formatieve samenstelling ook voldoet aan de gestelde ontwerpeisen.

STAP 7: BEOORDELEN SCENARIO'S EN SELECTIE

Ieder scenario wordt in stap 7 door de vakgroepsvertegenwoordiger getoetst aan de ontwerpeisen die in stap 2 zijn opgesteld. Op basis van deze beoordelingen wordt door het projectteam een selectie van drie tot vier scenario's gemaakt die in stap 8 meer in detail worden uitgewerkt en in het TOKIO Optimum Model worden ingevoerd.

Aandachtspunt:

Het TOKIO Optimum Model geeft ruimte voor de beoordelingen rood, groen en oranje. Het is natuurlijk mogelijk een eigen beoordelingskader op te stellen. Zeker indien de eenheid meer-

dere specialismen omvat, is het lastig om slechts met de beoordelingen rood, groen en oranje tot een selectie van 3 tot 4 scenario's te komen. Een rapportcijfer en een ranking van de ontwerpeisen kan dan een oplossing zijn. Indien de beoordelingen van de verschillende vakgroepen ver uiteen liggen, is het raadzaam een plenaire sessie te beleggen waarin de resultaten worden bediscussieerd en er gezamenlijke selectiekeuze plaatsvindt.

STAP 8: VARIATIEMOGELIJKHEDEN

In stap 7 zijn enkele scenario's geselecteerd die in stap 8 meer in detail moeten worden uitgewerkt. Wat zijn de werktijden precies? Wat voor een type dienst (onregelmatige dienst, aanwezigheidsdienst of bereikbaarheidsdienst) wordt toegepast? Is er sprake van compensatie? Welke dienstpercentages worden gehanteerd? Hoe efficiënt is een functionaris?

Aandachtspunt:

Het scenario moet passen binnen de cao-afspraken en arbeidstijdenwet. Laat een HR-functionaris het scenario beoordelen of het aan de wetgeving voldoet.

STAP 9: PERSONELE EN FINANCIËLE CONSEQUENTIES

De laatste stap onder de verantwoordelijkheid van de procesbegeleider en het projectteam is het berekenen van de personele en financiële consequenties van een scenario per 4 weken. Enerzijds worden de detailgegevens van de scenario's in de online applicatie ingevoerd, anderzijds de stamgegevens (informatie over bruto-/netto inzetbaarheid en uurloon) behorende bij de in te zetten functionarissen. Onder het kopje 'informatie' (klik [hier](#) met inlog gebruikersnaam 'demo' en wachtwoord 'demodemo') in het TOKIO Optimum Model staan instructievideo's die uitleg geven over het gebruik van het model.

Aandachtspunt:

De stamgegevens moeten vaak vanaf verschillende plekken worden aangeleverd. Het is verstandig vroegtijdig in het project de juiste mensen om deze informatie te vragen, anders kan dit (onnodig) voor vertraging zorgen.

STAP 10: KEUZE SCENARIO

De resultaten van het TOKIO Optimum Traject worden vastgelegd in een rapportage. De rapportage behorend bij het TOKIO Optimum Traject wordt vaak met vele gremia en personen binnen de instelling gedeeld. Ook met personen die niet actief betrokken zijn bij het project. Beschrijf in het rapport duidelijk wat de aanleiding is geweest om het TOKIO Optimum Traject te starten, voor welke afbakening is gekozen, wat het project precies behelst en welke stappen binnen het traject te onderscheiden zijn. Vervolgens worden de resultaten per stap weergegeven; zo wordt de lezer meegenomen in de discussies en keuzes die er tijdens het traject zijn gemaakt. De rapportage wordt afgesloten met een advies van het projectteam aan de opdrachtgever. De opdrachtgeverscommissie is verantwoordelijk voor de keuze. Uit de beoordeelde en doorgerekende scenario's kan de beslisser een goede keuze maken voor het herinrichten van het zorgproces.

Aandachtspunt:

Het TOKIO Model rekent de kosten van een betreffende scenario uit. Kosten worden vaak verward met bekostiging (wie gaat wat betalen?). Maak goed duidelijk dat het model de **kosten** van een scenario per 4 weken van de werkzaamheden die zijn ingevoerd uitrekent en dat afspraken over **bekostiging** buiten de scope van het project liggen.

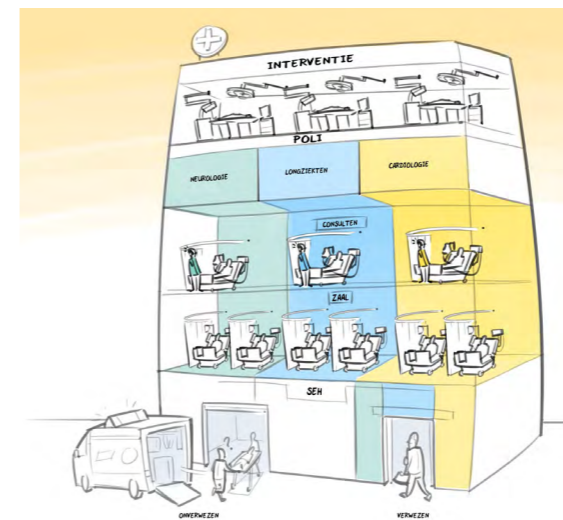
De ervaring leert, dat er pas een definitieve keuze gemaakt wordt als breed gedragen bekostigingsafspraken zijn gemaakt. Noteer gedurende het project signalen die van invloed kunnen zijn op de bekostigingsdiscussie (bijvoorbeeld 'rechten uit het verleden') en informeer gedurende het project regelmatig diegene die na afloop afspraken moet maken over de bekostiging. Indien u een hulpvraag heeft of graag gebruik wilt maken van ervaringen uit ziekenhuizen die het traject al doorlopen hebben, maak dan gebruik van reeds opgedane ervaring bij andere ziekenhuizen.

03 Blauwdruk voor scenario's

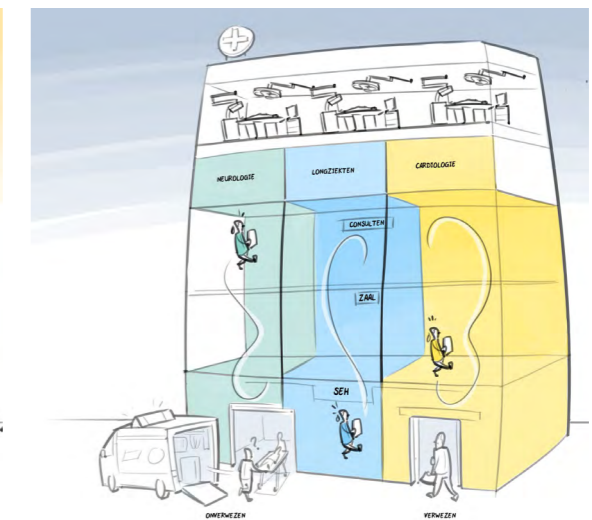
Grofmazig bestaat een ziekenhuis uit twee organisatieonderdelen ([zie ook de TOKIO-animatie](#)): het 'huis' en de 'poort'. Tot het huis behoren de polikliniek, de interventies en de kliniek (het beddenhuis). De werkzaamheden binnen de kliniek zijn zorg voor de klinische patiënt op zaal en consulten. Aan de poort van het ziekenhuis (de spoedeisende hulp) worden verwezen patiënten (ingestuurd voor een specifiek specialisme) en onverwezen patiënten (niet ingestuurd voor een specifiek specialisme) gezien.

DEDICATED OF ZIEKENHUISBREDE INRICHTING

Ziekenhuizen kunnen een verticale 'dedicated' inrichting van de patiëntenzorg hebben, een horizontale 'integrale' inrichting of een mix van beide. Bij een verticale inrichting van de patiëntenzorg is ieder specialisme verantwoordelijk voor haar eigen patiënten en voert de zorg uit met 'dedicated' functionarissen. Overdag is er vaak een functionaris belast met een specifieke werkzaamheid van het eigen specialisme (figuur 1) en in de avond-, nacht- en weekenddienst (ANW) is een specialisme specifieke assistent belast met zowel de werkzaamheden in de kliniek als aan de poort (figuur 2).

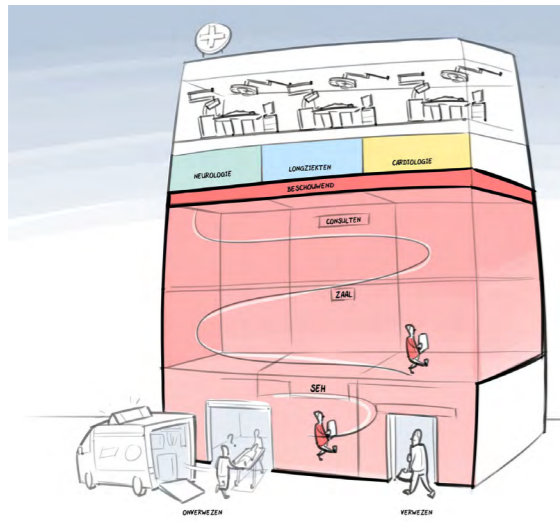


Figuur 1: Verticale (dedicated) inrichting van de patiëntenzorg gedurende de dag



Figuur 2: Verticale (dedicated) inrichting van de patiëntenzorg gedurende de ANW.

Bij een horizontale inrichting (ziekenhuis breed/ vakgroep overstijgend) is de patiëntenzorg niet specialisme specifiek ingericht, maar juist geclusterd op eenzelfde type werkzaamheid. Op de dag is deze ziekenhuisbrede aanpak vaak niet goed zichtbaar, omdat een functionaris belast is met één specifieke werkzaamheid binnen een specialisme. Het verschil is echter dat deze functionaris niet tot een specifiek specialisme behoort, maar tot een bredere inzetbare groep. In de ANW is deze integrale inzet van deze bredere inzetbare groep goed zichtbaar; de functionaris voert een type werkzaamheid voor meerdere specialismen uit.



Figuur 3: Horizontale (ziekenhuisbreed/ vakgroep overstijgend) inrichting van de patiëntenzorg gedurende de ANW.

Een goed voorbeeld hiervan is een anios beschouwend of een ziekenhuisarts. Een anios beschouwend werkt op de dag (roulerend) op bijvoorbeeld de afdeling longgeneeskunde of interne geneeskunde en is tijdens de ANW-dienst verantwoordelijk voor meerdere afdelingen zoals bijvoorbeeld de longgeneeskunde, de interne geneeskunde en de geriatrie. (figuur 3).

Een volledig dedicated inrichting of een geheel ziekenhuisbrede inrichting zijn twee uitersten. Er bestaan van allerlei variaties tussenin.

DIVERSITEIT SCENARIO'S

Bij het ontwikkelen van scenario's is een aantal punten van belang:

- Bij de ontwikkeling van scenario's is de inrichting van de ANW-dienst bepalend voor de inrichting van de dagdienst. Het is immers zo dat een functionaris niet 100% in de ANW-dienst ingezet kan worden, en dus ook op de dag werkzaamheden moet uitvoeren. Een ziekenhuisarts kan bijvoorbeeld niet enkel in de avond- en nacht ingezet worden, en zal overdag dus ook een werkzaamheid toebedeeld moeten krijgen (al dan niet specialismespecifiek). Het maximaal dienstpercentage (afkomstig uit de cao of eigenstandig gemaakte afspraken) bepaalt hoeveel de betreffende functionaris ook in de reguliere tijd ingezet wordt. Het uitgangspunt om een scenario te ontwerpen is dus ook de ANW-dienst, daarna volgt de dag.
- Functionarissen voeren in de ANW-dienst per definitie meerdere werkzaamheden uit (bijvoorbeeld zaal, consulten, interventies en SEH). Het is niet efficiënt om slechts één of enkele van deze werkzaamheden te herschikken naar een ander type functionaris. Het totale pakket aan werkzaamheden moet een dienst volwaardig vullen. Dit betekent dat indien ervoor gekozen wordt een deel van de werkzaamheden horizontaal in te richten (bijvoorbeeld de zaal en de consulten), het noodzakelijk is dit ook voor de SEH te doen.

Een voorbeeld;

Een aios longgeneeskunde is in de ANW-dienst verantwoordelijk voor de longpatiënten in de kliniek en op de SEH. Soms verricht hij enkele interventies samen met zijn supervisor / achterwacht. Tijdens het TOKIO Traject is uit de inventarisatie taakherschikking gebleken dat een ziekenhuisarts de werkzaamheden in de kliniek (zaal en consulten) goed zou kunnen uitvoeren. Indien een ziekenhuisarts in de ANW voor de kliniek wordt ingezet, blijft enkel de werkzaamheid SEH over. Enkel de longpatiënten op de SEH is geen volledige werkzaamheid voor de aios longgeneeskunde maar misschien slechts 30%. Een aios kan echter of wél of niet ingezet worden, er is geen middenweg. Dat betekent dat ook gekeken moet worden of de werkzaamheden voor de longgeneeskunde op de SEH herschikt kunnen worden.

- De efficiency van functionarissen is niet voor allen hetzelfde. Ervaring en routine hebben invloed. Zo werkt naar verwachting een chef de clinique vlotter dan een anios. Het is dan ook van belang om een inschatting te maken van deze efficiency voor het maken van een scenario. Soms is het verschil in efficiency duidelijk vanwege eerdere ervaring, soms is inschatten nodig (omdat er bijvoorbeeld geen ervaring is met een betreffende functionaris). Indien de efficiency onduidelijk is en ingeschat moet worden kan men een pilotperiode afspreken waar de efficiency gemeten wordt.

Uit eerder uitgevoerde TOKIO-trajecten blijkt dat het aantal functionarissen dat in een ANW-dienst ingezet kan worden, vanwege de verscheidenheid aan werkzaamheden beperkt is. Naast een takenpakket met meerdere werkzaamheden is het werk in een ANW-dienst vaak niet geprotocolleerd. Dat betekent dat het lastig is een PA of VS efficiënt in de nacht in te zetten; uitzonderingen natuurlijk daar gelaten. Denk dan bijvoorbeeld aan de inzet van een PA-verloskundige of een endoscopist. Overdag kan deze functionaris wél een bijdrage leveren: overdag is er sprake van één enkele werkzaamheid per functionaris en veelal geprotocolleerd werk onder supervisie.

Op basis van deze eerdere ervaring is het mogelijk een blauwdruk te maken van de ontwikkelde scenario's in de ANW-dienst. Deze zijn in te richten in een viertal hoofdrichtingen; een hoofdrichting bepaalt welke functionaris in de ANW verantwoordelijk is voor de voorwachtfunctie.

Hoofdinrichting	Type inrichting	Voorbeeld
Hoofdrichting 1: Medisch Specialist	Specialismespecifiek	Medisch specialist van specialisme a in de voorwacht en verantwoordelijk voor de werkzaamheden (zaal, consulten, SEH en interventies) van specialisme a.
	Vakgroepoverstijgend	Medisch specialist van specialisme a in de voorwacht en verantwoordelijk voor de werkzaamheden (zaal, consulten en SEH) van specialisme a, b en c. Voorbeeld; chef de clinique interne geneeskunde is in de voorwacht verantwoordelijk voor de patiënten van de interne geneeskunde, de longgeneeskunde en de klinische geriatrie. Er is een specialisme specifieke achterwacht ingericht.
Let op: Deze hoofdrichting is te combineren met de andere hoofdrichtingen		

Hoofdrichting	Type inrichting	Voorbeeld
Hoofdrichting 2: Arts-assistenten (AA)	Specialismespecifiek	Aios, anios of een combinatie van aios en anios (specialismespecifieke AA-poule) van specialisme a is in de voorwacht verantwoordelijk voor de werkzaamheden (zaal, consulten, en SEH) van specialisme a. Er is een specialismespecifieke achterwacht ingericht.
	Vakgroepoverstijgend	Aios, anios of een combinatie van aios en anios (specialismespecifieke AA-poule) van specialisme a is in de voorwacht verantwoordelijk voor de werkzaamheden (zaal, consulten, en SEH) van specialisme a en b. Er is een specialismespecifieke achterwacht ingericht.
	Geclusterde inzet	Aios, anios of een combinatie van aios en anios van specialisme a en b is in de voorwacht verantwoordelijk voor de werkzaamheden (zaal, consulten, en SEH) van specialisme a en b. Er is een specialismespecifieke achterwacht ingericht.
	Ziekenhuisbreed	Aios beschouwend of anios snijdend is in de voorwacht verantwoordelijk voor de werkzaamheden (zaal, consulten, en SEH) van specialisme a, b, c, d en e (etc). Er is een specialisme specifieke achterwacht ingericht.
Let op: Hoofdrichting 2 is te combineren met de andere hoofdrichtingen		

Hoofdrichting 3: Ziekenhuisarts	Vakgroepoverstijgend / ziekenhuisbreed	Een ziekenhuisarts is in de voorwacht verantwoordelijk voor de werkzaamheden zaal en consulten) van specialisme a en b (en zo verder). Er is een specialismespecifieke achterwacht ingericht
Let op: Hoofdrichting 3 'Ziekenhuisarts' altijd in combinatie met hoofdrichting 1, 2 of 4. De ziekenhuisarts is primair inzetbaar voor de werkzaamheden in de kliniek, voor een efficiënte scenario zal de SEH ook geschikt dienen te worden (tenzij er sprake is van een te hoge werkdruk).		

Hoofdrichting 4: SEH-arts	Vakgroepoverstijgend / ziekenhuisbreed	Een SEH-arts is in de voorwacht verantwoordelijk voor de werkzaamheden op de SEH van specialisme a en b (en zo verder). Er is een specialisme specifieke achterwacht ingericht.
Let op: Hoofdrichting 4 'SEH-arts' altijd in combinatie met hoofdrichting 1,2 of 3. De SEH is primair inzetbaar voor de werkzaamheden op de SEH, voor een efficiënte scenario zal de kliniek ook geschikt dienen te worden (tenzij er sprake is van te hoge werkdruk).		

Zoals eerder aangegeven, is de ANW bepalend voor de inrichting van de dagdienst. Immers, het dienstpercentage bepaald hoeveel van de tijd functionarissen op de dag worden ingezet. Nadat deze functionarissen in het scenario een plaats hebben gekregen is het mogelijk de overige werkzaamheden op de dag te herschikken op basis van het taakherschikkingsformulier.

04 Lessons learned

OMSCHRIJVING AFBAKENING IN HET PROJECT

Het TOKIO Optimum Model is een open model, dat betekent dat het vrij is om eigen gegevens in te voeren en dat er in het model geen vooraf 'vastgelegde' gegevens zijn. Dat komt omdat een instelling die werkt met het TOKIO Optimum Model zelf bepaalt welke knelpunten in de formatie urgent zijn en welke afdeling(-en) betrokken moeten zijn bij het vinden van oplossingen. Op basis daarvan wordt de 'eenheid' bepaald waarop het TOKIO Optimum Traject wordt gericht en de gegevens die voor deze eenheid van belang zijn. Een goede verslaglegging van de eenheid en de werkzaamheden is dus van belang; welk onderdeel is wel betrokken binnen het project en wat niet? Welke werkzaamheden zijn wel in het model verwerkt en welke niet?

AFWIJKING BENODIGD AANTAL FTE VERSUS HUIDIG AANTAL FTE

Het komt regelmatig voor dat het, door het TOKIO Optimum Model, berekende benodigde aantal fte afwijkt van het huidige aantal fte. Dat kan komen door:

- Dat het in het model ingevoerde huidig aantal fte niet correct is.
- Een discrepantie tussen de activiteiten en de ingevoerde activiteiten.
Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat door de vakgroepen is aangegeven dat er altijd 3 functionarissen poli doen (52 weken), terwijl er feitelijk een zomersluiting is van de poli. Of dat de functionaris in geval van afwezigheid door scholing niet wordt vervangen. Indien dit niet correct wordt ingevoerd, rekent het model dus een overschot aan werkzaamheden toe en zal het totaal aantal benodigde fte hoger zijn dan de werkelijkheid. In de ANW-dienst doen zich dit soort discrepanties niet tot nauwelijks voor. Deze werkzaamheden vinden 24/7 doorgang. Bovendien bestaat de mogelijkheid dat er activiteiten buiten beschouwing zijn gelaten omdat die niet overdraagbaar zijn of relevant voor de scope van het TOKIO Optimum Traject, maar die natuurlijk wel fte's vragen in de huidige bezetting.
- De bruto/netto berekening.
Iedere functionaris heeft een afspraak rondom de bruto uren inzet per week (bijvoorbeeld 36 uur). Deze betreffende functionaris is echter niet 36 uur per week inzetbaar; hij heeft recht op vakantie, scholing, Persoonlijk LevensfasenBudget (PLB) en kan daarnaast ook een keer ziek zijn.
- Door percentages te koppelen aan deze uitval wordt de bruto inzetbaarheid omgerekend naar netto inzetbaarheid; het aantal uren dat beschikbaar is voor de uitvoer van de in het model ingevulde werkzaamheden. Op het moment dat de uitval minder is dan aangegeven, bijvoorbeeld doordat aios minder tijd aan scholing besteden dan is aangegeven of dat PLB-uren niet gebruikt worden, is in werkelijkheid minder fte nodig dan dat het model toerekent.
- Overwerk.
Indien functionarissen meer uren maken dan opgegeven bij stamgegevens ontstaat er ook een discrepantie tussen de benodigde fte en het werkelijk aantal fte.

- Veel vakgroepen werken met een poule van aios en anios. Indien er bijvoorbeeld een ANW-dienst wordt uitgevoerd door een arts-assistent, kan dit in het ene geval een aios zijn en in het andere geval een anios. De verhouding die in het model worden gehanteerd, is op basis van het huidige aantal fte. Dit kan voor discrepanties zorgen, omdat in een enkel geval de verhouding in huidige aantal fte aios/anios niet leidend is, maar de op dat moment beschikbare functionarissen.

Algemeen geldt:

- Is er overall een groot verschil in fte, dus voor iedere vakgroep ongeveer hetzelfde procentuele verschil? Zo ja, dat zit het hem in de bruto-netto berekening
- Is er specialisme specifiek juist een groter verschil ten opzichte van andere specialismen, dan zal de discrepantie veroorzaakt worden door het niet juist ingeven van activiteiten.

INPUT VERSUS OUTPUT

De uitkomsten zijn gebaseerd op de input die de gebruiker eigenstandig in het model invoert. Met andere woorden; rubbish in is rubbish out. Vermeld dus altijd goed met welke stamgegevens is gerekend.



Federatie
**Medisch
Specialisten**

Federatie Medisch Specialisten

Domus Medica . Mercatorlaan 1200 . 3528 BL Utrecht . Postbus 20057 . 3502 LB Utrecht
Telefoon (030) 28 23 650 . Infodesk (030) 28 23 666 . www.demedischspecialist.nl