

Aandacht voor produktiviteit : een methode en twee voorbeelden

Citation for published version (APA):

Tuijl, van, H. F. J. M., & Pritchard, R. D. (1994). Aandacht voor produktiviteit : een methode en twee voorbeelden. In J. W. Hoorn, J. Lentink, & H. Tuijl, van (editors), *Ontwerpen en veranderen van zorgprocessen : bedrijfskundig instrumentarium voor manager en professional* (blz. 105-130). De Tijdstroom.

Document status and date:

Gepubliceerd: 01/01/1994

Document Version:

Uitgevers PDF, ook bekend als Version of Record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.tue.nl/taverne

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

openaccess@tue.nl

providing details and we will investigate your claim.

7 Aandacht voor produktiviteit

Een methode en twee voorbeelden

Harrie van Tuijl en Bob Pritchard*

1 Inleiding

In alle bijdragen aan deze bundel worden methoden en technieken besproken die produktiviteitsverbetering in de gezondheidszorg ten doel hebben. Onder produktiviteit verstaan we effectiviteit en efficiency. De methode die in deze bijdrage centraal staat probeert produktiviteit te verbeteren door de aandacht van organisatiemedewerkers te richten op produktiviteit. Wat dragen mensen bij aan de produktiviteit van de organisatie? Produktiviteit wordt in deze bijdrage gezien vanuit die invalshoek: produktiviteit als een prestatie van mensen. Produktiviteit verbeteren wordt daarmee een kwestie van medewerkers motiveren, of nog beter: medewerkers de middelen geven zichzelf te motiveren. Ervan uitgaande dat het uiteindelijk de mensen in de organisatie zijn die doorslaggevend zijn voor het resultaat, is de vraag vervolgens waarin dan die cruciale bijdrage van mensen bestaat en hoe bevorderd kan worden dat ze hun aandacht en inspanning daarop richten. Dat is het centrale thema. We vatten dat samen onder de noemer prestatie-sturing.

Het is bijna een platitude erop te wijzen dat organisaties in de gezondheidszorg, precies zo als organisaties in het bedrijfsleven, onder druk staan. Een terugkerend motto luidt 'kosten reduceren en tegelijk de kwaliteit handhaven of liever nog verbeteren'. De stijgende kosten van de gezondheidszorg worden, terecht of onterecht, maar in ieder geval tot vervelens toe bij allerlei gelegenheden genoemd als de aanleiding bij uitstek om grondig na te denken over de kern van door gezondheidszorgorganisaties te leveren diensten en de wijze waarop die dienstverlening effectief en efficiënt gerealiseerd kan worden. Iedereen in de organisatie dient ervan doordrongen te worden dat hieraan een bijdrage moet worden geleverd. De vraag is kennelijk om kritisch naar het eigen proces te kijken, de essentie daarvan te bepalen, en na te gaan wat aan de uitvoering verbeterd kan worden. Een voorwaarde is de vereiste betrokkenheid hiervoor te bewerkstelligen, en hoe doe je dat dan?

Op allerlei gebieden is men in dit kader druk aan de slag, vaak onder de noemer van het brede begrip 'kwaliteit' (zie o.a. Algra 1992; Schaaf 1992; Visser e.a. 1992; ook het IZP-project kan in dit verband als voorbeeld worden genoemd). De wetgever tracht stimulerend op te treden met een Kwaliteitswet Zorginstellingen. De kans lijkt groot dat, in navolging van de industrie, certificering zijn intrede zal doen in de Nederlandse gezondheidszorg. Evenals dat voor de industrie geldt, kan ook voor de gezondheidszorg de vraag worden gesteld of certificering de oplos-

* Met dank aan ir. Kees van Dun, Hoofd Verplegingsdienst, St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg.

sing is voor het gestelde probleem.

Over de bruikbaarheid voor de gezondheidszorg van ISO 9004.2, de ISO-norm voor dienstverlenende organisaties, wordt in ieder geval verschillend gedacht (Idenburg 1992). Voor alle duidelijkheid: deze bijdrage gaat niet over certificering, niet over het opzetten van kwaliteitssystemen, niet over het formuleren van een integraal kwaliteitsbeleid noch over kwaliteitsverslaggeving. Wel over een methode om continu aandacht voor produktiviteit (lees: zowel kwaliteit als kosten als veiligheid, enz.) op de werkvloer op een samenhangende wijze te realiseren. Bij certificering van een van de bedrijven in de industrie waar met deze methode wordt gewerkt, bleek dat in de ogen van de certificerende organisatie een geweldig pluspunt.

Allereerst zal de methode worden besproken. Vervolgens wordt de toepassing van de methode geïllustreerd aan de hand van twee voorbeelden. Omdat de methode veel raakvlakken heeft met kwaliteitsmanagement wordt een aantal overeenkomsten en verschillen besproken met benaderingen op dat gebied.

2 PROMES, een methode voor prestatiesturing

De PROMES-methode (Pritchard 1990; Pritchard e.a. 1988; Pritchard e.a. 1989) kiest als vertrekpunt voor produktiviteitsverbetering de motivatie van organisatie-medewerkers. In een bijdrage aan de vorige bundel, *Sturing van Zorgprocessen* (Van Tuijl 1991), is ingegaan op de motivatietheoretische achtergronden van de methode, de kern van de methode zelf, de via de methode gerealiseerde produktiviteitsverbetering in organisaties buiten de gezondheidszorg, en een aantal toepassingsmogelijkheden van de methode in de gezondheidszorg. In de bijdrage aan deze bundel wordt de essentie van de methode kort samengevat en vervolgens wordt de methode geïllustreerd aan de hand van twee voorbeelden uit de gezondheidszorg. Het eerste voorbeeld betreft een prestatiesturingssysteem voor een kliniek voor borstkankeronderzoek in de Verenigde Staten. Dit voorbeeld is door de tweede auteur van deze bijdrage, samen met enkele medewerkers van de betreffende kliniek, uitgewerkt in het kader van onderzoek aangevraagd bij het National Cancer Institute (NCI). Het tweede voorbeeld is een prestatiesturingssysteem voor een willekeurige verpleegafdeling van een algemeen ziekenhuis, uitgewerkt door de eerste auteur op basis van ervaringen in eerder onderzoek opgedaan met verpleegafdelingen.

De vraag is, zoals gezegd: hoe kunnen organisatiemedewerkers worden gestimuleerd een zo goed mogelijke bijdrage te leveren aan het realiseren van de organisatiedoelen? Het antwoord op die vraag luidt: door hen de beschikking te geven over een regelkring waarmee zij zichzelf op het juiste spoor kunnen houden. Een regelkring heeft twee kernelementen: doelen en terugkoppeling. De doelen geven aan wat bereikt moet worden, de terugkoppeling vertelt in hoeverre men erin slaagt die doelen te realiseren. Discrepanties tussen doelen en terugkoppeling doen mensen op zoek gaan naar mogelijkheden om die discrepanties uit de weg te

ruimen en prestaties alsnog dichter in de buurt van de doelen te brengen. Dit gebeurt echter alleen indien sprake is van een geaccepteerde regelkring (zie figuur 7.1).

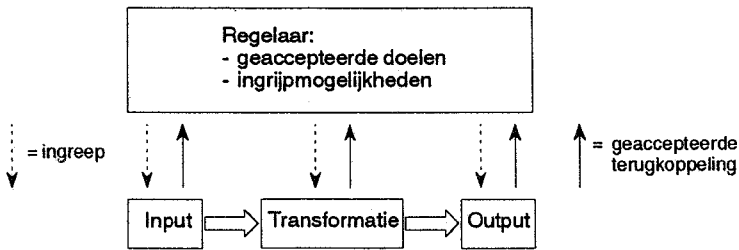


Fig. 7.1 De geaccepteerde regelkring: alleen afwijkingen tussen geaccepteerde terugkoppeling en geaccepteerde doelen leiden tot ingrepen van de regelaar gericht op doelrealisering

Dat wil zeggen een regelkring waarvan zowel de doelen als de terugkoppelinformatie geaccepteerd worden door de betreffende medewerkers: de doelen zijn eigen doelen die serieus worden nagestreefd; de terugkoppeling wordt gezien als juiste informatie over eigen prestaties. PROMES is een methode om geaccepteerde regelkringen te ontwikkelen.

De methode kan vanuit twee invalshoeken worden beschreven. De eerste is die van het resultaat: de regelkring ofwel het prestatiebesturingssysteem zelf. De tweede is die van het proces waarlangs het systeem tot stand komt en dat in belangrijke mate verantwoordelijk is voor de acceptatie van de regelkring. Beide invalshoeken worden hierna gevolgd, omdat beide essentiële elementen van de methode laten zien.

2.1 Het resultaat: de regelkring

De regelkring die wordt ontwikkeld in een PROMES-project bestaat uit vier onderdelen.

- 1 **Verantwoordelijkheidsgebieden.** Dit zijn algemene omschrijvingen van de hoofdtaken van een groep of afdeling. Elke organisatie-eenheid heeft tot taak (onderdelen van) produkten of diensten te leveren aan interne of externe klanten. Deze produkten of diensten moeten aan bepaalde kwaliteitseisen voldoen en op overeengekomen tijden geleverd worden. Met andere woorden, de groep moet effectief zijn. Tegelijk geldt dat produkten of diensten niet oneindig veel mogen kosten. Kortom, er moet efficiënt gewerkt worden. Vaak is tevens sprake van voorschriften die moeten worden nageleefd op het gebied van veiligheid, milieu en gezondheid. Met deze opsomming is aangegeven waar het

bij verantwoordelijkheidsgebieden om gaat: werk afleveren van goede kwaliteit, werk op tijd afleveren, verspilling voorkomen, zorgvuldig omgaan met produktiemiddelen (mensen inclusie). Vrijwel elke groep produceert een dergelijke lijst punten, wanneer hen wordt gevraagd wat hun belangrijkste verantwoordelijkheden zijn, 'waar zij voor staan'.

- 2 *Prestatie-indicatoren.* Prestatie-indicatoren zijn maten waaraan afgelezen kan worden hoe goed de groep of afdeling erin slaagt haar verantwoordelijkheden waar te maken. Omdat de indicatoren definiëren wat precies met de verantwoordelijkheidsgebieden wordt bedoeld, is de formulering van de indicatoren van het grootste belang; in vaktermen: de indicatoren zijn de operationele definities van de verantwoordelijkheidsgebieden. Wat bedoelen we met kwaliteit, hoe kan dat meetbaar worden gemaakt? Waaraan kunnen we zien of we goed of minder goed bezig zijn? Deze vraag is veelal moeilijker te beantwoorden dan de algemene vraag naar verantwoordelijkheidsgebieden. Veel groepen reageren dan ook met het commentaar: 'Ons werk valt niet te meten!'. De ervaring leert dat serieuze pogingen om verantwoordelijkheidsgebieden meetbaar te maken, slagen ook al kost dat soms de nodige inspanning.
- 3 *Prestatiewaarderingscurven.* Een wezenlijk nieuw element van PROMES, vergeleken met andere op kwaliteits- of produktiviteitsverbetering gerichte technieken, zijn de prestatiewaarderingscurven. Hiermee kunnen scores op de prestatie-indicatoren worden vertaald naar een nieuwe dimensie: waarde voor de organisatie. Door deze vertaalslag te maken voor elke prestatie-indicator wordt het mogelijk prestaties op alle indicatoren uit te drukken in dezelfde grootheid (waarde voor de organisatie). Daardoor worden prestaties op verschillende indicatoren optelbaar en kan in een score worden uitgedrukt wat de totaalprestatie over de afgelopen periode is geweest. In deze score is het relatieve belang van elke indicator verdisconteerd, omdat bij het ontwikkelen van de prestatiewaarderingscurven daarmee al rekening is gehouden. Hoe een en ander precies in zijn werk gaat wordt toegelicht in de later in deze bijdrage behandelde voorbeelden. Voor dit moment is een goed begrip van het algemene idee dat ten grondslag ligt aan de prestatiewaarderingscurven voldoende: via de curven wordt geëxpliciteerd hoe de betreffende groep of afdeling het beste kan bijdragen aan de realisering van de organisatiedoelen, namelijk door in keuzesituaties vooral aandacht te besteden aan die indicatoren die het belangrijkste zijn, c.q. de hoogste waardering krijgen.
- 4 *Terugkoppelrapport.* In het terugkoppelrapport komen alle hierboven genoemde elementen bij elkaar. Het rapport geeft informatie over indicator-scores en de bijbehorende waarderingscijfers. Deze laatste kunnen per verantwoordelijkheidsgebied en over alle verantwoordelijkheidsgebieden worden opgeteld. Zodoende wordt inzicht verkregen in de totaalprestatie en in de wijze waarop die is opgebouwd uit prestaties op deelgebieden. Tevens wordt zichtbaar in hoeverre geleverde prestaties overeenkomen met verwachte

prestaties.

Het terugkoppelrapport wordt in een terugkoppelbijeenkomst besproken door de leden van de betreffende groep of afdeling, samen met groepsleider of afdelingshoofd. Met andere woorden, de regelkring wordt in werking gesteld. De groep die verantwoordelijk is voor de in het rapport beschreven prestaties analyseert het rapport: waar scoren we hoog, waar minder hoog en waarom? Welke acties kunnen we ondernemen om in de komende periode een hoge score vast te houden en minder hoge scores te verbeteren? Op basis van de uitkomsten van deze analyses worden afspraken gemaakt, waaraan iedereen zich verbindt. Het terugkoppelrapport over de volgende periode laat zien in hoeverre deze afspraken hebben geleid tot het beoogde resultaat.

2.2 Het proces dat leidt tot een geaccepteerde regelkring

De twee voorbeelden die later in deze bijdrage worden gegeven, tonen aan dat het mogelijk is vanachter het bureau met enige veldkennis regelkringen te ontwerpen die aan een aantal eisen voldoen, maar niet aan de belangrijkste twee. Het is onduidelijk of de regelkringen die zo worden gemaakt valide zijn, want enige veldkennis betekent nog niet voldoende kennis van alle relevante factoren. Was die er wel geweest dan had dat tot hele andere keuzen van bijvoorbeeld prestatie-indicatoren kunnen leiden. De tweede eis waar zeer waarschijnlijk niet aan is voldaan, is nog belangrijker. Er is geen sprake van een door betrokkenen geaccepteerde regelkring, met alle gevolgen van dien: een grote kans dat de regelkring niet wordt begrepen en een nog grotere dat hij niet wordt gebruikt (zie bijvoorbeeld Kleingeld 1994). Om tot een valide en geaccepteerde regelkring te komen, wordt een participerende, bottom-up ontwikkelmethode gevolgd. Dit houdt in dat het systeem wordt ontworpen door een team bestaande uit (vertegenwoordigers van) de groep die ermee gaat werken, inclusief de groepsleider, en aangevuld met een procesbegeleider. Deze groep ontwikkelt het systeem in vier hierna te bespreken stappen, aan de hand van vier centrale vragen.

Stap 1. Wat zijn onze verantwoordelijkheden?

De eerste stap vraagt van de groep dat eerst zoveel mogelijk ideeën over mogelijke verantwoordelijkheidsgebieden worden gegenereerd en dat vervolgens een zorgvuldige keuze uit die ideeën wordt gemaakt aan de hand van de volgende criteria. Is dit echt onze verantwoordelijkheid of die van een andere groep of afdeling? Is er sprake van prestatievariatie op dit gebied en zo ja, zijn wij als groep de belangrijkste oorzaak van die variatie, of wordt die variatie veroorzaakt door anderen of door de omstandigheden? Als er geen prestatievariatie is, is het mogelijk niet zinvol het betreffende gebied mee te nemen, omdat geen bruikbare feedback verkregen wordt (altijd dezelfde informatie). Indien er wel sprake is van prestatievariatie, waardoor wordt deze dan vooral beïnvloed? Door de afdeling zelf, of door de omstandigheden, andere afdelingen, het weer enzovoort? Het resultaat

van de discussies die naar aanleiding van deze vragen ontstaan, is dat langzaam maar zeker een beeld ontstaat van de belangrijkste verantwoordelijkheidsgebieden van de groep. Aanvankelijk bestaan daar nogal wat meningsverschillen over, de argumenten die tijdens de discussie worden uitgewisseld zijn echter meestal voldoende om na verloop van tijd een lijst over te houden waar iedereen zich in kan vinden. Vaak gaat zo'n lijst vergezeld van een aantal voorwaarden of wensen: als we mogelijkheden krijgen om meer invloed uit te oefenen op prestaties op een bepaald gebied, accepteren we de verantwoordelijkheid voor dat gebied ook ten volle.

Stap 2. Hoe kan meetbaar worden gemaakt hoe goed wij onze verantwoordelijkheden waar maken?

Via dezelfde genereer/evalueer-procedure als bij stap 1, wordt nagedacht over prestatie-indicatoren. Prestatie-indicatoren zijn veel concreter dan verantwoordelijkheidsgebieden en de discussies worden dan ook in meer concrete termen gevoerd. Ook nu weer geldt dat onderhuidse meningsverschillen aan het licht komen en bespreekbaar worden. Alle mogelijke factoren komen aan de orde die het de groep moeilijk maken hoog te scoren op de voorgestelde indicatoren. Al deze factoren worden een voor een kritisch bekeken. Soms kunnen maatregelen worden genomen om de groep voldoende invloed op een indicator te geven, soms wordt een indicator eenvoudigweg afgevoerd, omdat hij niet aan de criteria voldoet. De criteria zijn in dit geval: beïnvloedbaarheid, validiteit, relevantie, *cost-effectiveness* en afwezigheid van negatieve lange-termijneffecten. Het resultaat is ook hier weer dat binnen de groep duidelijkheid en eensgezindheid ontstaat over waar het nu eigenlijk om gaat. Door de onderlinge discussie ontstaat betrokkenheid bij de ontwikkelde verantwoordelijkheidsgebieden en indicatoren. Men heeft immers in goed onderling overleg vastgesteld waar men voor staat. Ook nu weer zal een aantal wensen worden geformuleerd die de groep graag ingewilligd ziet om haar verantwoordelijkheden echt waar te kunnen maken. Deze worden meegenomen naar de afstemmingsbijeenkomst met het management.

Een tussenstap: een gezamenlijke formulering door groep en management van verantwoordelijkheidsgebieden en indicatoren.

De tussenstap bestaat erin dat het resultaat van de eerste twee stappen in een afstemmingsbijeenkomst wordt voorgelegd aan het management. De discussie die daaruit voortvloeit wordt op dezelfde wijze gevoerd als die binnen de groep: in termen van argumenten en tot men het met elkaar eens is (*discussion until consensus*). Dit afstemmingsproces leidt tot grotere of kleinere aanpassingen van het voorstel van de groep. Men kan iets over het hoofd hebben gezien waar het management zwaar aan tilt; men kan te minutieus te werk zijn gegaan en details willen meten die het management niet de moeite waard vindt (*cost-effectiveness criterium*). Het belangrijkste beoogde gevolg is ook hier weer dat er duidelijkheid en eensgezindheid ontstaat, nu in verticale zin, tussen groep en management. Dat

heeft veel voordelen. In tal van organisaties zijn communicatieproblemen tussen uitvoerenden en management aan de orde van de dag (Wissema e.a. 1988). Een helder, door beide groepen op dezelfde wijze geïnterpreteerd, begrippenkader dat betrekking heeft op de kerntaken van de groep maakt communicatie een stuk eenvoudiger. Bovendien wordt ook helder gemaakt waar de verantwoordelijkheden van de groep ophouden, c.q. waar de ondersteuning door het management begint. Men weet dus beter waar men elkaar over en weer op kan aanspreken.

Stap 3. Wat is het relatieve belang van elk van de ontwikkelde prestatie-indicatoren?

Tijdens de derde stap ordent de groep de indicatoren naar relatief belang en ontwikkelt per indicator een prestatiewaarderingscurve. Hoe dit in zijn werk gaat wordt in het vervolg van deze bijdrage besproken aan de hand van een concreet voorbeeld. Hier gaat het erom dat de groep door zich bezig te houden met de vraag naar het relatieve belang van prestaties op de verschillende indicatoren, oog krijgt voor het feit dat ze haar produktiviteit belangrijk kan beïnvloeden door de wijze waarop ze haar aandacht verdeelt over die indicatoren, c.q. de betreffende onderdelen van haar takenpakket.

Nog een tussenstap: consensus over prioriteiten.

Ook het resultaat van stap 3 wordt voorgelegd aan het management en kritisch besproken. Dit is in het algemeen voor het management moeilijker dan voor de groep. Er moeten nu immers eenduidige uitspraken worden gedaan over prioriteiten, c.q. het bedrijfsbeleid. Lang niet altijd is dat expliciet geformuleerd en nu moet dat wel gebeuren. Aan de hand van de voorzet van de groep worden management en groep gestimuleerd om tot helderheid te komen over wat voor het bedrijf erg belangrijk is, en wat iets minder belangrijk. Uiteraard is het management verantwoordelijk voor het beleid. Dat wordt ook op geen enkel moment tijdens het proces bestreden. Het management wordt wel gevraagd het beleid te expliciteren door ja of nee te zeggen tegen ideeën die de groep formuleert over prioriteiten, dan wel voorstellen te doen om de ideeën van de groep aan te passen. Dit betekent niet dat het beleid daarmee voor een lange periode gefixeerd zou zijn. Beleidswijzigingen kunnen zonder problemen worden verdisconteerd in het systeem door middel van een wijziging van de prestatiewaarderingscurven. Daarmee is de beleidswijziging voor iedereen onmiddellijk duidelijk en kan dienovereenkomstig worden gehandeld.

Het resultaat van dit tweede afstemmingsproces is weer duidelijkheid. Het management heeft duidelijk gemaakt waar de groep vooral aandacht aan moet besteden om de meest waardevolle bijdrage aan de organisatie te leveren. Verbeteringsvoorstellen die een groep (in een later stadium, als het systeem operationeel is) doet, kunnen onmiddellijk worden beoordeeld tegen de achtergrond van de prestatieverbetering die ze kunnen opleveren op belangrijke indicatoren.

De ervaring opgedaan in tal van projecten leert dat de intensieve interactie tussen

groep en management, uitgaande van voorstellen van de groep die serieuze aandacht krijgen, een belangrijke bijdrage levert aan de acceptatie van de ontwikkelde regelkring en de produktiviteitsverbeteringen die resulteren uit het daadwerkelijke gebruik daarvan.

Stap 4. Hoe moet het terugkoppelrapport eruit zien en hoe gaan we ermee om?

In de laatste ontwikkelstap wordt nagedacht over de vorm van het terugkoppelrapport, de frequentie van terugkoppeling, de personen die inzage krijgen in het rapport, en de manier waarop de groep met het terugkoppelrapport aan de slag gaat in het kader van zelfsturing. Ook deze stap kan tot intensieve interactie tussen groep en management leiden. Ook al voorziet de methode formeel niet in een afsluitende afstemmingsbijeenkomst met het management, toch doet men er goed aan in deze fase een aantal afspraken te maken die bevorderen dat het systeem echt als zelfstuuringsysteem voor de groep wordt gebruikt en niet als controlemiddel voor het management. Indien bij de start van het project geen afspraken zijn gemaakt over de voorwaarden waaronder het project wordt uitgevoerd, dan zal zich dat nu wreken. Er zullen zeker vragen worden gesteld over de gevolgen die de beschikbaarheid van het systeem, het werken met het systeem, en eventuele produktiviteitsverbeteringen voor de groep zullen hebben (bij voorbeeld: leidt efficiencyverhoging tot verlies van arbeidsplaatsen?). Het is duidelijk dat die vragen op een voor alle betrokkenen bevredigende wijze dienen te worden beantwoord, wil het project kunnen slagen. Een management dat zich niet aan de afspraken houdt zal het vertrouwen verliezen, met alle gevolgen van dien.

3 Twee voorbeelden

De beschrijving van PROMES wordt nu geconcretiseerd aan de hand van twee voorbeelden uit de gezondheidszorg. Alhoewel er inmiddels een reëel project in de gezondheidszorg is gestart, dat goede vorderingen maakt, betreft het hier nog fictieve voorbeelden, gebaseerd op ervaringen van de auteurs met de betreffende situaties. De bedoeling is te demonstreren hoe PROMES-regelkringen er in reële situaties in de gezondheidszorg uit zouden kunnen zien, c.q. tot wat voor discussies de ontwikkeling van deze regelkringen aanleiding zou kunnen geven.

3.1 Voorbeeld I De kliniek voor borstkankeronderzoek

Het eerste voorbeeld betreft een kliniek voor borstkankeronderzoek in de Verenigde Staten. In de kliniek worden mammografieën gemaakt, er wordt lichamelijk onderzoek verricht en er worden instructies voor het zelf uitvoeren van borst-onderzoek gegeven. Patiënten komen naar de kliniek via een verwijzing van de huisarts of op eigen initiatief. De mammografieën en de resultaten van het lichamelijk onderzoek worden bekeken door een radioloog. Wanneer geen bijzonderheden worden geconstateerd, wordt dat de patiënt schriftelijk meegedeeld. In het

andere geval wordt de patiënt geadviseerd contact op te nemen met de huisarts. Deze vraagt in zo'n geval de testuitslagen op bij de kliniek. Gebeurt dat niet, dan is dat voor de kliniek aanleiding de patiënt nog een keer te adviseren contact op te nemen met de huisarts. De doelgroep voor borstonderzoek bestaat vooral uit vrouwen in de leeftijd van 40 tot 70 jaar; men is wat restrictief bij vrouwen tussen de 35 en 40; men doet echter geen onderzoek bij vrouwen jonger dan 35, tenzij de huisarts daarom vraagt.

De regelkring

In tabel 7.1 staat het terugkoppelrapport van de kliniek voor borstkankeronderzoek weergegeven. In het rapport vinden we vier verantwoordelijkheidsgebieden en bij elk verantwoordelijkheidsgebied een aantal (2-4) prestatie-indicatoren. Voor elke indicator geldt als meetperiode een maand. Voor een goed begrip wordt de formulering van verantwoordelijkheidsgebieden en indicatoren hieronder in extenso weergegeven.

	Indicatorscore	Waarde
1. Adequaat aantal onderzoeken		
1.1 Aantal in leeftijd 40 - 70	325	+50
1.2 Aantal jonger dan 40	125	+30
Totaalscore onderzoeksefficiency		+80
2. Hoge kwaliteit onderzoek bij juiste personen		
2.1 Aantal jonger dan 35 zonder verwijzing	4	0
2.2 Aantal teruggestuurde mammografieën	0	+5
2.3 Aantal herhalingsbezoeken	50	25
2.4 Aantal herbezoeken t.g.v. fout	8	-40
Totaalscore onderzoekskwaliteit		-60
3. Instructies zelfonderzoek		
3.1 Aantal geïnstrueerden	280	+30
3.2 Percentage herhalingsbezoekers in staat tot zelfonderzoek	75%	+25
3.3 Percentage geïnstrueerden dat +10 knobbels ontdekt	5%	+10
3.4 Gemiddelde omvang zelf gevonden knobbels	1 cm	+15
Totaalscore instructie zelfonderzoek		+80
4. Effectief werken als kliniek		
4.1 Percentage met positieve uitslag dat niet naar huisarts gaat	20%	35
4.2 Aantal verkeerd opgeslagen dossiers	4	-50
4.3 Percentage onderbenutting capaciteit	24%	0
Totaalscore effectiviteit kliniek		-85
OVERALLSCORE:		+15

Tabel 7.1 Voorbeeld terugkoppelrapport kliniek borstkankeronderzoek (periode: juni 1992)

Verantwoordelijkheidsgebied 1: Een adequaat aantal borstonderzoeken uitvoeren.
 Indicator 1.1: Het aantal uitgevoerde onderzoeken bij patiënten uit de leeftijds-categorie 40-70 jaar.

Indicator 1.2: Het aantal uitgevoerde onderzoeken bij patiënten jonger dan 40 (d.w.z. tussen de 35 en 40, of jonger dan 35, maar dan verwezen door de huisarts).

Verantwoordelijkheidsgebied 2: Borstonderzoek van hoge kwaliteit uitvoeren bij patiënten uit de in aanmerking komende leeftijdscategorieën.

Indicator 2.1: Het aantal uitgevoerde onderzoeken bij patiënten jonger dan 35 die niet zijn verwezen door hun huisarts (negatieve indicator; dat wil zeggen: hoe hoger de score, des te slechter de prestatie).

Indicator 2.2: Het aantal vanwege hun slechte kwaliteit door de radioloog teruggestuurde mammografieën (negatieve indicator).

Indicator 2.3: Het aantal patiënten van 40 jaar of ouder dat zich meldt voor een jaarlijks herhalingsonderzoek.

Indicator 2.4: Het aantal patiënten dat voor een nieuw onderzoek wordt opgeroepen omdat er bij het oorspronkelijke onderzoek een fout is gemaakt (negatieve indicator).

Verantwoordelijkheidsgebied 3: Effectief en efficiënt uitvoeren van instructies voor zelfonderzoek.

Indicator 3.1: Het aantal patiënten dat aan de instructies voor zelfonderzoek heeft deelgenomen.

Indicator 3.2: Het percentage herhalingspatiënten (na 1 jaar) dat in staat is op juiste wijze een zelfonderzoek uit te voeren.

Indicator 3.3: Het percentage geïnstrueerde patiënten dat zich meldt met de mededeling borstknobbels te hebben geconstateerd.

Indicator 3.4: De gemiddelde omvang van de knobbels gevonden bij patiënten die de instructies hebben gevolgd (negatieve indicator).

Verantwoordelijkheidsgebied 4: Effectief werken als kliniek.

Indicator 4.1: Het percentage patiënten dat zich niet meldt bij de huisarts, terwijl er wel sprake is van positieve onderzoeksresultaten (negatieve indicator).

Indicator 4.2: Het aantal verkeerd opgeslagen patiëntendossiers (negatieve indicator).

Indicator 4.3: Percentage van de tijd dat onderzoek- en röntgenkamers niet in gebruik zijn (negatieve indicator; alleen te gebruiken wanneer sprake is van wachtlijsten).

Zoals gezegd gaat het hier om een hypothetisch voorbeeld. In de praktijk zullen sommige indicatoren vervangen moeten worden door andere en zullen nieuwe moeten worden toegevoegd om alle belangrijke aspecten van verantwoordelijkheidsgebieden goed in beeld te brengen. Een voorbeeld zou kunnen zijn een indicator die aangeeft hoe goed de kliniek erin slaagt vrouwen met een verhoogd

risico te stimuleren zich te laten onderzoeken.

Onder 'Indicatorscore' staat in tabel 7.1 weergegeven hoe de kliniek in de afgelopen periode op elk van de gekozen indicatoren heeft gescoord. Wat de waarde van die prestaties is, staat weergegeven in de kolom 'Waarde'. De scores in deze kolom zijn bepaald aan de hand van prestatiewaarderingscurven. Niet elke score op elke indicator vertegenwoordigt een zelfde waarde voor de kliniek. Hogere scores zijn in het algemeen (tenzij we te maken hebben met 'negatieve indicatoren') waardevoller dan lagere scores. De vraag is hoeveel waardevoller. En een nog belangrijkere vraag is of een hoge score op indicator x meer of minder waardevol is dan een hoge score op indicator y. Op deze vragen geven de prestatiewaarderingscurven antwoord. Een voorbeeld moge dit verduidelijken. Neem de eerste indicator bij verantwoordelijkheidsgebied 1: het aantal onderzoeken uitgevoerd bij patiënten uit de leeftijdscategorie 40-70 jaar. Stel dat het personeel van de kliniek vindt dat 350 van deze onderzoeken het beste is dat ze op maandbasis kunnen doen, en dat 150 de slechtste prestatie is die ze kunnen leveren, dan geven deze waarden de range weer waarbinnen prestaties kunnen fluctueren. Deze range staat in figuur 7.2 weergegeven op de horizontale as. Op de verticale as staat de waarde aangegeven die elke indicatorscore (weergegeven op de horizontale as) heeft voor de kliniek. Deze waarde varieert in dit geval van +100 tot -95. De indicatorscore met een waarde 0 op de verticale as representeert een prestatieniveau dat gekwalificeerd kan worden als 'niet goed, niet slecht'. In dit geval 300 onderzoeken per maand: een aan de verwachting beantwoordende invulling van 'adequaat aantal', geen bijzonder goede, maar ook geen bijzonder slechte prestatie.

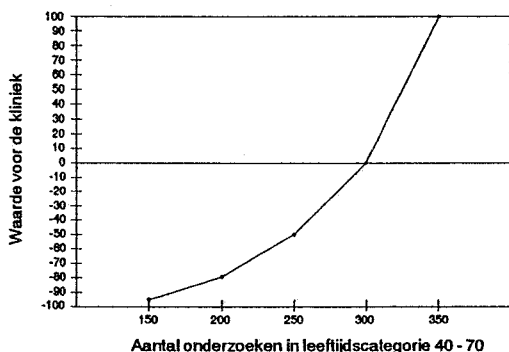


Fig. 7.2 Voorbeeld van een prestatiewaarderingscurve

Voor alle indicatoren wordt een dergelijke prestatiewaarderingscurve gemaakt. De procedure gaat als volgt in zijn werk. Eerst wordt de prestatierange van elke indicator bepaald, dat wil zeggen dat nagegaan wordt tussen welke maximum- en welke minimumscore prestaties variëren. Vervolgens worden de maxima geordend naar hun waarde. Het belangrijkste maximum krijgt de waarde +100, de

overige maxima worden uitgedrukt als percentage van +100. Vervolgens worden de minima geordend. Het belangrijkste minimum krijgt een negatieve waarde die correspondeert met wat de groep goedgevoelt (niet noodzakelijk -100 dus). De overige minima worden geordend en uitgedrukt als percentage van het laagste minimum. Vervolgens worden per indicator de nulpunten gekozen (de 'verwachte' prestatieniveaus). De laatste stap bestaat in het kiezen van de waarden die behoren bij de indicatorscores tussen maximum en nulpunt en tussen nulpunt en minimum.

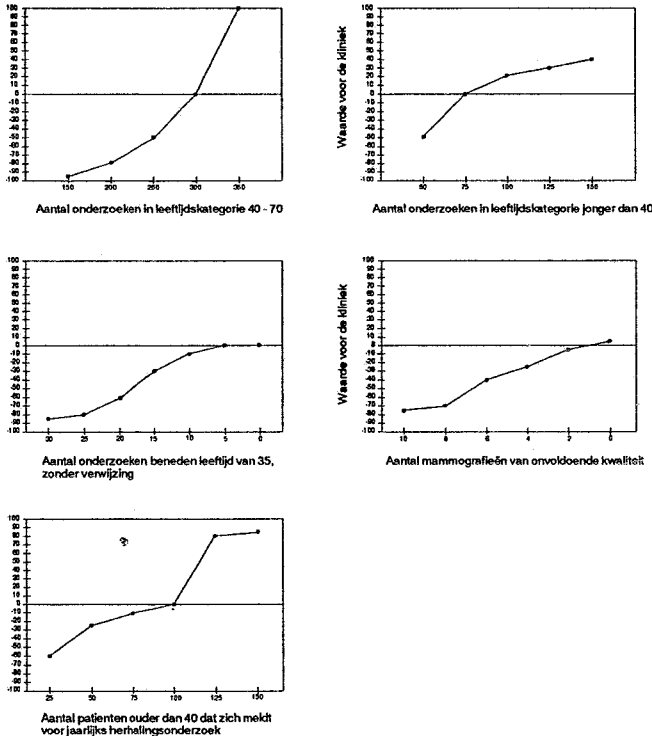


Fig. 7.3 Subset prestatiewaarderingscurven voor een kliniek voor borstkankeronderzoek

Een voorbeeld van een subset van uit deze procedure resulterende curven staat weergegeven in figuur 7.3. Wat opvalt is dat de curven verschillend van vorm zijn. Vooral aan de hellingshoek van de curve kan men zien hoe belangrijk de bijbehorende indicator is.

De tweede curve, die van indicator 1.2 (het aantal onderzoeken bij patiënten jonger dan 40 jaar) is niet zo steil als de eerste, behorend bij indicator 1.1 (het aantal onderzoeken in de leeftijdscategorie 40-70).

Hieruit kan worden afgeleid dat onderzoeken bij patiënten uit deze laatste leeftijdscategorie belangrijker, c.q. meer van waarde voor ofwel meer in lijn met de doelstelling van de kliniek zijn dan onderzoeken bij patiënten jonger dan 40 jaar. Hetzelfde ziet men door eenvoudig naar het absolute verschil te kijken tussen maximum en minimum. Voor de eerste indicator is dat 195 en voor de tweede 90. Hoe groter dit verschil des te belangrijker de indicator. Een toename van het aantal onderzoeken bij vrouwen in de leeftijd van 40-70 jaar leidt tot een grotere stijging van het aantal 'prestatiepunten' dan eenzelfde toename van het aantal onderzoeken bij vrouwen jonger dan 40. Het aantal onderzoeken bij vrouwen jonger dan 35 zonder verwijzing van de huisarts, dient zoveel mogelijk beperkt te worden. Dit vindt men weerspiegeld in de bijbehorende prestatiewaarderingscurve: een aantal tussen 0 en 5 is de 'verwachte' score; kennelijk is dit soort onderzoeken niet helemaal te voorkomen. Dat de kliniek er zeer restrictief mee moet omgaan, wordt weergegeven door de curve: zodra het aantal boven de 5 komt leidt dit tot negatieve 'prestatiepunten': de kliniek is niet goed bezig.

De volgende prestatiewaarderingscurve heeft betrekking op de kwaliteit van de mammografieën. De radioloog stuurt deze terug als de kwaliteit niet voldoende is. Verzoeken om nieuwe foto's die aanvullende informatie moeten verschaffen worden niet meegeteld bij deze indicator. Aan de curve kan men zien dat een nieuwe foto per maand ten gevolge van slechte kwaliteit correspondeert met het 'verwachte' (niet goed, niet slecht) niveau. Zodra het er meer worden, presteert de kliniek beneden de maat op dit gebied.

De laatste prestatiewaarderingscurve hoort bij de indicator 'Aantal patiënten dat zich meldt voor een (jaarlijks) herhalingsbezoek'. De achterliggende overweging hier is dat borstonderzoek goed is, maar dat herhaling, d.w.z. regelmatige controle, minstens even belangrijk is. De kliniek kan dit natuurlijk niet voor honderd procent beïnvloeden, maar ze kan wel stimulerend optreden en daardoor de kans vergroten dat patiënten zich na een eerste onderzoek blijven melden voor herhalingsonderzoek. Een en ander vindt zijn neerslag in de bijbehorende curve. De curven in figuur 7.3 zijn slechts voorbeelden van de verschillende soorten curven die in de onderhavige situatie denkbaar zouden zijn; een en ander naar analogie van bij actuele projecten in andere sectoren dan de gezondheidszorg gevonden curven. De achterliggende gedachtengang en de verschillende gebruiksmogelijkheden zijn echter aan de hand van deze voorbeelden goed te illustreren. Met behulp van de curven kan het relatieve belang van prestaties op deelgebieden goed zichtbaar worden gemaakt. Bovendien zijn de curven flexibeler dan gewichten die men aan indicatoren zou kunnen hechten om rekening te houden met relatief belang: dergelijke gewichten houden geen rekening met het feit dat er ook binnen eenzelfde indicator sprake kan zijn van verschillen in belang. De kliniek in het voorbeeld (zie de laatste curve in figuur 7.3) vindt een toename van 100 naar 125 herhalingsonderzoeken bij vrouwen ouder dan 40 jaar kennelijk van grotere waarde dan een even grote toename in een ander deel van de range, te weten van 75 naar 100.

Zodra de prestatiewaarderingscurven gereed zijn, kunnen terugkoppelrapporten worden gemaakt, mits men beschikt over de vereiste gegevens per indicator. Waar dat niet het geval is, zullen gegevensverzamelingsprocedures moeten worden opgezet. Soms kan worden volstaan met het aanpassen van informatie die toch al werd verzameld. Van belang is dat het terugkoppelrapport zo snel mogelijk na het verstrijken van de betreffende periode (in veel gevallen zal dat een maand zijn) ter beschikking wordt gesteld van de groep waarvan de prestaties in het rapport staan vermeld. De groep analyseert het rapport en komt met voorstellen voor produktiviteitsverbetering.

3.2 Voorbeeld II De verpleegafdeling

Het tweede voorbeeld dat we bespreken betreft een verpleegafdeling in een algemeen ziekenhuis. Er zijn grote verschillen tussen de omstandigheden waaronder verpleegafdelingen werken en de wijze waarop ze georganiseerd zijn (Van Tuijl & Bodt 1988). Dat betekent dat de keuze van verantwoordelijkheidsgebieden en prestatie-indicatoren van geval tot geval zal verschillen. Bij het hier gegeven voorbeeld is het uitgangspunt geweest reële situaties zo dicht mogelijk te benaderen. Ondanks dat zal in veel gevallen van een of meer indicatoren worden gezegd dat ze ongeschikt zijn, bijvoorbeeld omdat de afdeling te weinig invloed heeft op het betreffende gebied, of omdat de kosten van informatieverzameling niet opwegen tegen het verwachte voordeel van terugkoppeling.

De regelkring

Het terugkoppelrapport voor onze denkbeeldige afdeling zou eruit kunnen zien als weergegeven in tabel 7.2. Het rapport zou gemaakt kunnen zijn door een ontwikkelgroep bestaande uit een aantal verpleegkundigen, het afdelingshoofd en een procesbegeleider. Onderstaand volgt een weergave in extenso van de verantwoordelijkheidsgebieden en indicatoren uit het terugkoppelrapport.

Verantwoordelijkheidsgebied 1: Patiëntenzorg van goede kwaliteit realiseren, d.w.z. voorzien in alle *care*- en *cure*-behoeften van de patiënten op de afdeling.

Indicator 1.1: Percentage items van een meetinstrument voor zorgkwaliteit die de beoordeling 'voldoende' (of hoger) krijgen.

Verantwoordelijkheidsgebied 2: Tijdig verlenen van patiëntenzorg, d.w.z. patiëntenzorg dusdanig verlenen dat patiënten niet langer op de afdeling verblijven dan nodig is.

Indicator 2.1: Percentage patiënten dat wordt ontslagen op de in overleg tussen specialist en verpleging overeengekomen dag.

Verantwoordelijkheidsgebied 3: Efficiënt gebruik maken van verpleegkundige capaciteit, d.w.z. capaciteit zo veel mogelijk inzetten in overeenstemming met de

behoefte; en de ingezette capaciteit daadwerkelijk benutten voor verpleegkundige werkzaamheden.

Indicator 3.1: Percentage van de werktijd besteed aan *care, cure* en 'administratie'.

Indicator 3.2: Werkdrukvariatie, d.w.z. de variabiliteit van het verschil tussen aanwezige en benodigde verpleegkundige capaciteit.

Verantwoordelijkheidsgebied 4: Efficiënt gebruik maken van materialen, d.w.z. voorkomen van verspilling.

Indicator 4.1: Gemiddeld bedrag in guldens per patiënt besteed aan materialen.

Indicator 4.2: Materiaalvoorraadkosten, in guldens per bed.

Verantwoordelijkheidsgebied 5: Veiligheid bevorderen, d.w.z. de verpleegafdeling een veilige plaats laten zijn voor patiënten, staf en bezoek.

Indicator 5.1: Percentage veiligheidsvoorschriften nageleefd.

Indicator 5.2: Aantal fouten, ongevallen en bijna-ongevallen.

Verantwoordelijkheidsgebied 6: Zorgdragen voor goede communicatie, d.w.z. iedereen op de hoogte houden van wat hij moet weten in het kader van de verpleging en verzorging van de patiënten op de afdeling.

Indicator 6.1: Percentage patiëntendossiers dat voldoet aan de eisen.

Indicator 6.2: Percentage wachtoverdrachten correct uitgevoerd.

Verantwoordelijkheidsgebied 7: Kennis en vaardigheden op peil brengen en houden, d.w.z. de opleidingsverplichtingen van de afdeling effectief en efficiënt nakomen.

Indicator 7.1: Percentage instructies uitgevoerd volgens voorschrift (inhoud en werkwijze).

Indicator 7.2: Percentage geplande instructies dat ook daadwerkelijk wordt uitgevoerd.

Uit bovenstaande lijst valt af te leiden dat de afdeling twee producten voert, c.q. twee diensten levert: patiëntenzorg en opleiding. De afdeling weet zich verantwoordelijk voor de kwaliteit van deze diensten, voor een tijdige levering van deze diensten en voor een efficiënte levering (niet meer middelen inzetten dan nodig is). Een noodzakelijke voorwaarde om effectief en efficiënt te kunnen leveren, is een goede informatievoorziening; vandaar dat dit als apart verantwoordelijkheidsgebied is opgevoerd. Het zou weggelaten kunnen worden, omdat slechte informatievoorziening tot uiting zou komen in minder goede of minder efficiënte zorgverlening. Vanwege het ervaren belang kiest het 'ontwikkelteam' ervoor de kwaliteit van de informatievoorziening apart zichtbaar te maken. Hetzelfde geldt min of meer voor veiligheid: fouten en bijna-ongelukken zullen de zorgkwaliteit niet ten goede komen; aandacht voor veiligheid wordt echter dermate wenselijk

geacht dat dit ook apart zichtbaar wordt gemaakt.

Stap 1. Verantwoordelijkheidsgebieden

Bij het vaststellen van verantwoordelijkheidsgebieden gaat het primair om de vraag of een bepaald gebied inderdaad tot de verantwoordelijkheid van de afdeling behoort. De vraag naar beïnvloedingsmogelijkheden ligt onmiddellijk in het verlengde hiervan. Hier zullen de nodige discussies over gevoerd worden, bijvoorbeeld rond de autorisatie-problematiek: kun je verantwoordelijk zijn voor iets dat je niet mag, maar soms toch doet of moet doen? Andere vragen concentreren zich meer op praktische beperkingen. Het beeld van de verpleegafdeling die als een marionet met touwtjes vastzit aan andere disciplines en afdelingen is niet onbekend (Oostveen e.a. 1986). Vaak zal men het gevoel hebben eigenlijk niets te kunnen beïnvloeden. De houding van waaruit deze discussies worden gevoerd is erg belangrijk. Een groep kan zich erg terughoudend opstellen en alleen verantwoordelijkheid accepteren voor wat volledig beïnvloedbaar is. Een groep kan zich ook ondernemend opstellen en een actieve houding aannemen ten opzichte van de omgeving, dat wil zeggen haar beïnvloedingsmogelijkheden optimaal uitbouwen. De procesbegeleider dient hier voor een goed evenwicht te zorgen. Het is van belang dat een ontwikkelteam een verantwoordelijkheidsgebied niet lichtvaardig accepteert, maar dat doet vanuit de overtuiging substantieel invloed uit te kunnen oefenen op de prestaties op dat gebied. Van de andere kant leidt al te snel verwerpen van verantwoordelijkheden tot verlamming ('staat niet in mijn functie-omschrijving'). Er zullen altijd omstandigheden zijn die buiten de invloedssfeer van de afdeling vallen en die leiden tot een momentane stijging of daling van de prestaties. Als een dergelijke situatie zich vaak voordoet, waardoor een groep het gevoel krijgt speelbal te zijn van de omstandigheden, kan het een oplossing zijn om naast korte-termijngegevens ook gegevens over een wat langere termijn in het systeem op te nemen, bijvoorbeeld in de vorm van voortschrijdende gemiddelden. Deze laatste geven dan een zuiverder beeld van de 'echte' prestatie van de afdeling, omdat toevalsfactoren over de tijd uitgeschakeld worden. In veel gevallen (Van Tuijl e.a. 1990) is een dergelijke oplossing al voldoende om een groep tot het inzicht te brengen dat met hun gerechtvaardigde bezwaren op een acceptabele wijze rekening wordt gehouden.

Stap 2. Prestatie-indicatoren

De moeilijkste ontwikkelstap is het vinden van goede prestatie-indicatoren. Prestatie-indicatoren moeten aan een aantal eisen voldoen, waarvan de belangrijkste is dat ze het betreffende verantwoordelijkheidsgebied op een juiste wijze meetbaar maken: de indicatoren moeten precies die aspecten van een verantwoordelijkheidsgebied die de afdeling kan beïnvloeden in beeld brengen. Voor veel prestaties geldt dat ze de resultante zijn van zowel activiteiten van de betreffende groep, als gehanteerde technologie en structuur, als van omgevingsinvloeden. De kunst is om indicatoren te vinden die laatstgenoemde factoren zoveel mogelijk

uitsluiten, zodat de groepsbijdrage aan de prestatie van het totale systeem zo goed mogelijk in beeld wordt gebracht.

Om een voorbeeld te geven. De verpleegafdeling die we als uitgangspunt hebben gekozen, heeft vrijwel geen invloed op opnamebeslissingen. Vandaar dat verblijftijd van de patiënt op de afdeling niet als indicator is gekozen voor 'tijdige zorgverlening'. Deze tijd is te zeer afhankelijk van omvang en samenstelling van de patiëntenmix in een bepaalde periode. Gekozen is voor een indicator die een medische ontslagverwachting koppelt aan de verpleegkundige haalbaarheid daarvan (gebaseerd op een schatting van de werklust die de betreffende patiënt met zich meebrengt en kennis over de beschikbare capaciteit in de betreffende periode).

De eerste tussenstap: afstemming met het management.

Nadat verantwoordelijkheidsgebieden en indicatoren zijn ontwikkeld en het ontwikkelteam hierover consensus heeft bereikt (onderling en met de achterban), wordt het resultaat voorgelegd aan het management. In dit geval zal dat de leiding van de verplegingsdienst zijn. Niet ondenkbaar is, afhankelijk van de situatie ter plekke, dat een van de vaste specialisten van de afdeling meedenkt of dat vertegenwoordigers van andere disciplines waarmee de verpleegafdeling een leverancier/klant-relatie heeft, betrokken worden in het proces. De onderlinge afhankelijkheidsrelaties zijn hier bepalend. Men kan zich voorstellen dat de lijst verantwoordelijkheidsgebieden en indicatoren zoals hierboven geformuleerd, niet zonder meer acceptabel is, noch voor het management, noch voor de verpleegkundigen zelf (het punt van wensen, dan wel condities die vervuld moeten zijn, is hierboven al genoemd).

Een uitstapje naar de praktijk

Een punt waar het management van de verplegingsdienst bijvoorbeeld over zou kunnen vallen, is het ontbreken van een verantwoordelijkheidsgebied 'kwantiteit van productie' in de lijst verantwoordelijkheidsgebieden die ter goedkeuring wordt aangeboden. In feite werd dit commentaar ook geleverd door het hoofd van een verplegingsdienst met wie het terugkoppelrapport in tabel 7.2 werd besproken.

De redenering van dit diensthoofd verliep als volgt. Het klassieke hete hangijzer in verplegingsdiensten is werkdruk; de werkdruk wordt als hoog, maar vooral als erg variabel ervaren. Het inmiddels klassieke antwoord bestaat erin via werklustmeting een valide argumentatie op te bouwen voor het uitbreiden en/of herverdelen van de formatieplaatsen van de verpleegafdelingen. In het betreffende ziekenhuis werd deze aanpak eenmaal met succes toegepast. De tweede poging strandde op onwil aan directiezijde. Men achtte herhaalde uitbreiding van de formatie zowel onbetaalbaar als onbillijk tegenover diensten die hun aanvragen niet via werklustmeting konden onderbouwen. Dit leidde tot een fundamentele strategiewijziging van de verplegingsdienst. Tot dan toe was gewerkt vanuit een

uitsluitend kostengeoriënteerde benadering van de begroting. Dit veranderde in een primair opbrengstengeoriënteerde benadering: dienstverlening door de verpleging genereert opbrengsten voor het ziekenhuis. Dat betekent dat verzoeken om uitbreiding van de formatie ondersteund dienen te worden door een bijTabel

Periode: juni 1992	Indicatorscore	Waarde
1. Kwaliteit		
1.1 Percentage kwaliteitsitems	80%	+40
Totaalscore kwaliteit		+40
2. Tijdigheid		
2.1 Percentage tijdige ontslagen	75%	-20
Totaalscore tijdigheid		-20
3. Efficiency w.b. capaciteit		
3.1 Percentage tijd besteed aan verpleegkundige werkzaamheden	80%	0
3.2 Standaarddeviatie werkdruk	1.5	+10
Totaalscore efficiency capaciteit		10
4. Efficiency w.b. materialen		
4.1 Materiaalkosten per patiënt per dag	55,-	-10
4.2 Voorraadkosten per bed	220,-	-25
Totaalscore efficiency materialen		-35
5. Veiligheid		
5.1 Percentage voorschriften gevolgd	96%	+55
5.2 Aantal fona's	3	-45
Totaalscore veiligheid		+10
6. Communicatie/informatie		
6.1 Percentage dossiers correct	65%	-30
6.2 Percentage overdrachten correct	85%	+10
Totaalscore communicatie/info		-20
7. Opleiding		
7.1 Percentage voorschriften gevolgd	50%	-30
7.2 Percentage instructies gegeven	80%	+20
Totaalscore opleiding		-10
OVERALLSCORE:		-25

Tabel 7.2 Terugkoppelrapport verpleegafdeling (periode: juni 1992)

geleverde dekking in termen van opbrengsten. Toen dat inzicht eenmaal was doorbroken, werd productie-informatie zeer belangrijk. Hoeveel opnamen zijn er gerealiseerd, wat is het aantal gerealiseerde verpleegdagen? Een en ander leverde, voorzien van weegfactoren, omdat de ene soort opname, c.q. verpleegdag nu eenmaal meer inkomsten genereert dan de andere soort, informatie over de omzet van de verplegingsdienst. Het accent kwam te liggen op minimaal de omzet realiseren waar capaciteit voor beschikbaar is, in plaats van op het handhaven of uitbreiden van capaciteit als doel op zichzelf. Afdelingshoofden veranderden in ondernemers die zich verantwoordelijk wisten voor omzet. Omzetgegevens werden aan hen teruggekoppeld en deze stuurinformatie vormde een van hun beslissingsdimensies bij het maken van afspraken met de afdeling Opnameplanning over opnamen. Twee van de partijen voor wie die beslissingen van het grootste belang

zijn, specialisten en verpleegafdelingen, kwamen door deze verandering in benadering anders tegenover elkaar te staan. Voor beide werd het optimaal benutten van beschikbare capaciteiten een belangrijke doelstelling. Door een aantal structurele maatregelen die in een eerder stadium waren genomen (de reeds genoemde uitbreiding en herschikking van de formatie en de invoering van een uitgekende dienstroostersystematiek, die rekening houdt met periodieke en dagelijkse belastingspatronen) was een uitgangssituatie gecreëerd waarbinnen het nemen van opnamebeslissingen gericht op optimale capaciteitsbenutting ook mogelijk was.

Aan de hand van dit voorbeeld kan een aantal zaken worden geïllustreerd.

In de eerste plaats de effectiviteit van doelen stellen en terugkoppeling geven. Een aantal verpleegafdelingen slaagde erin een uitbreiding van de formatie te realiseren via een tevoren overeengekomen toename van het aantal opnamen.

In de tweede plaats blijkt het soms nodig structurele voorzieningen aan te brengen alvorens van een groep gevraagd mag worden een bepaalde verantwoordelijkheid op zich te nemen (er moeten voldoende reële beïnvloedingsmogelijkheden zijn c.q. reële blokkades moeten worden weggenomen). Bij het opstellen van de lijst verantwoordelijkheden in tabel 7.2 is de verpleegafdeling wat betreft kwantiteit van productie slechts verantwoordelijk gemaakt voor wat onder de gegeven omstandigheden (die nauwelijks te beïnvloeden waren) van haar gevraagd mocht worden (ontslagverwachtingen realiseren die rekening houden met die omstandigheden). Het nadeel van een dergelijke benadering is dat voorzover die omstandigheden voortvloeien uit organisatorische gebreken deze als gegeven worden geaccepteerd en de prikkel om daar iets aan te verbeteren wordt weggenomen.

In de derde plaats illustreert het voorbeeld het cruciale belang van open en eerlijke verticale communicatie tussen management en uitvoerende afdelingen, waarbij gedeelde opvattingen over wat beide partijen dienen bij te dragen aan het realiseren van de organisatiedoelen uitgangspunt is. Het management vraagt, maar maakt zich tegelijkertijd sterk om de condities te realiseren waaronder het gevraagde ook gerealiseerd kan worden. Er is uitdrukkelijk sprake van managementsupport, men doet wat men heeft beloofd!

In de vierde plaats illustreert het voorbeeld de noodzaak van een goede afstemming tussen afdelingsverantwoordelijkheden en organisatiedoelstellingen. Het genereren van opbrengsten op de beschreven manier werkt uiteraard alleen binnen een financieringskader dat de gekozen strategie honoreert. Tot op dit moment is dat het geval.

In het hierboven beschreven voorbeeld kwam het initiatief om opbrengstengericht te gaan werken van het management van de verplegingsdienst, dat tegelijk voor de benodigde randvoorwaarden had gezorgd. Het initiatief werd overgenomen door afdelingshoofden onder invloed van intensieve discussies, meten en terugkoppelen van omzetinformatie en het toekennen van simpele attenties aan afdelin-

gen die conform de gemaakte afspraken werkten. Het initiatief kan ook bij de afdelingen zelf liggen, wanneer een bottom-up procedure wordt gevolgd. In dat geval zullen afdelingen vragen om voorzieningen die nodig zijn om verantwoordelijkheden waar te maken. Cruciaal is dat management en uitvoerende afdelingen met elkaar in gesprek komen over de bijdrage die de uitvoerende afdelingen via hun primaire proces aan de organisatie dienen te leveren, en de ondersteuning die daarbij van het management mag worden verwacht. Tweerichtingsverkeer is een noodzakelijke voorwaarde, uitgaande van een gedeelde opvatting over gezamenlijke doelstellingen en eigen verantwoordelijkheden daarbinnen. De verantwoordelijkheden van het management richting uitvoerende afdelingen zullen vaak liggen in het vlak van het creëren van condities die nodig zijn om uitvoerende afdelingen hun werk te kunnen laten doen. Om echt verantwoordelijkheid te kunnen vragen, respectievelijk accepteren voor bijvoorbeeld het efficiënt benutten van verpleegkundige capaciteit, zullen mogelijkheden moeten worden gecreëerd voor een flexibele inzet van personeel. Dat kan nogal wat consequenties hebben met betrekking tot de arbeidsvoorwaarden. Een andere voorwaarde kan zijn dat roosters van andere afdelingen (bijvoorbeeld de OK) worden aangepast (zie bijvoorbeeld hoofdstuk 5), zodat de werklust die naar de verpleegafdeling gaat beter verdeeld wordt in de tijd. Iets dergelijks kan ook nodig zijn in de relatie met een functie-afdeling of een laboratorium: als met deze afdelingen goede afspraken te maken zijn, waardoor de klinische patiënt minder dan nu vaak het geval is als 'stopwerk' wordt gebruikt, kan dat een beter beheersbare werklust voor de verpleging betekenen. Hetzelfde geldt voor de relaties met civiele dienst (maaktijden), apotheek (medicijnen) en andere toeleverende afdelingen. Hoe meer omgevingsafdelingen betrokken zijn in dit spel, hoe lastiger het wordt een managementdelegatie samen te stellen die over deze voorwaarden met het ontwikkelteam kan praten.

Het kan een oplossing zijn te starten met een afstemminggesprek tussen ontwikkelteam en leiding van de verplegingsdienst. In dit gesprek kan in onderling overleg bepaald worden wat de daadwerkelijke invloed van andere afdelingen is op prestaties van de verpleegafdeling op de voorgestelde indicatoren. Als die invloed groot is, zijn er verschillende mogelijkheden om verder te gaan.

- Herformulering van de indicatoren op een zodanige manier dat alleen wat echt door de verpleegafdeling beïnvloedbaar is, gemeten wordt.
- De indicatoren ongewijzigd laten, ervan uitgaande dat de verpleegafdeling (informele) mogelijkheden heeft invloed uit te oefenen op het gedrag van andere afdelingen.
- Via apart overleg tussen de leiding van de verplegingsdienst en die van de overige afdelingen proberen te komen tot voor de verpleegafdeling acceptabele afspraken.
- Een prestatiebesturingssysteem ontwikkelen voor de omgevingsafdelingen en de betreffende indicatoren ook in die systemen opnemen, naar rato van de invloed die elke afdeling geacht wordt te hebben op elk van de betreffende

indicatoren.

Stap 3. Prestatiewaarderingscurven

Ook tijdens de derde stap, het ontwikkelen van prestatiewaarderingscurven, staan discussies in het horizontale vlak (de leden van het ontwikkelteam onderling en met hun achterban) en in het verticale vlak (ontwikkelteam en management) centraal. Tijdens discussies over prestatiewaarderingscurven wordt beleid geëxpliciteerd. Het ontwikkelteam komt met een eerste voorzet over wat men meer en wat men minder belangrijk vindt. Vanuit de invalshoek van de eigen professie zal waarschijnlijk een groot gewicht worden gehecht aan zorgkwaliteit, en men zal mogelijk geneigd zijn dit veel belangrijker te vinden dan het efficiënt omgaan met middelen. Vanuit de organisatie, leiding van de verplegingsdienst, zullen mogelijk andere afwegingen gemaakt worden: men ziet waarschijnlijk liever dat een extra patiënt geholpen wordt dan dat goede zorg verstrekt aan de al aanwezige patiënten nog verder wordt geperfectioneerd. Het is van groot belang dat deze discussie in termen van argumenten wordt gevoerd, hoe moeilijk ook. Hier komt een van de, overigens slechts graduele, verschillen tussen een profit en een non-profit (professionele) organisatie naar boven: in een profit organisatie berust de verantwoordelijkheid voor het beleid veel duidelijker primair bij het management. Het management bepaalt bijvoorbeeld in welk kwaliteitssegment van de markt men wil zitten. Men kan kiezen voor 'goed is voldoende, perfect liever niet'. In een non-profit organisatie werken de professionals vanuit de normen en waarden van hun professie, en dat kan hen op gespannen voet brengen met de organisatie die de middelen niet ter beschikking kan of wil stellen voor de eisen die de professional stelt (al dan niet namens de cliënt/patiënt). In profit organisaties werken overigens ook veel professionals die met exact hetzelfde probleem kampen: de kwaliteit die men vanuit de professie nastrevenswaardig vindt, kan afwijken van de wensen van de markt en/of de mogelijkheden van het bedrijf.

Het expliciet maken van afwegingen die men toch al dagelijks impliciet maakt, deze afwegingen ter discussie stellen en proberen tot consensus te komen, dat is de kern van wat gebeurt bij het ontwikkelen van prestatiewaarderingscurven. De ervaring leert dat dit een heilzaam proces is: er ontstaat duidelijkheid, frustraties waar iedereen mee zit komen boven tafel en worden bespreekbaar, men leert leven met de beperkingen die inherent zijn aan elke situatie (er moet altijd gekozen worden), men wordt het eens over de grote lijn. Dat laatste is uiteindelijk ook waar het om gaat: in plaats van individuen die allemaal hun eigen prioriteiten hanteren, is er nu een groep die redelijk eensgezind is over hoe er gekozen moet worden. Men gaat elkaar ook aanspreken op afwijkingen van gemaakte keuzen. Vervolgens voltrekt zich eenzelfde proces tussen groep (ontwikkelteam) en management. Regelmatig blijkt dat het management minstens evenveel problemen heeft met het aangeven van prioriteiten als de groep. Bovendien legt men zich niet altijd even graag vast op een bepaalde koers, liever behoudt men speelruimte (wat ook weleens betekent dat men het gewoon niet weet). Het ontwikkelen en bespreken

van prestatiewaarderingscurven is dus voor alle partijen een bijzonder nuttige exercitie, omdat wordt geëxpliciteerd wat echt belangrijk is voor het bedrijf. Voor illustraties verwijzen we korthedshalve naar het voorbeeld van de kliniek voor borstkankeronderzoek.

Stap 4. Het terugkoppelrapport

Het terugkoppelrapport uit tabel 7.2 dient als uitgangspunt voor een bespreking met de afdeling. Als er sprake is van werkoverleg dan kan het rapport goed dienen als vast agendapunt voor dat overleg. Hieronder wordt aangegeven tot wat voor constatering het rapport uit tabel 7.2 zou kunnen leiden. Van groot belang is dat dit constatering van de groep zelf zijn. Het kan dan ook nodig blijken dat besprekingen van het rapport een tijdlang worden begeleid door een procesbegeleider die ervoor zorgt dat de groep zelf tot een diagnose en tot afspraken over te ondernemen acties komt. De rol van de procesbegeleider dient zo snel mogelijk te worden overgenomen door het afdelingshoofd, maar dat kan pas zodra duidelijk is dat deze over de vereiste vaardigheden beschikt om met terugkoppel-informatie om te gaan. Een dirigistisch optredende leidinggevende met een '*management by exception*'-stijl (alleen oog voor afwijkingen/fouten) kan de bespreking van het terugkoppelrapport tot een straf maken in plaats van tot een plezierige uitdaging.

Bij een goede aanpak constateert de groep zelf dat de negatieve totaalscore aangeeft dat de afdeling in de betreffende periode iets lager scoort dan ze ook zelf vindt dat van haar verwacht mag worden. Positieve uitschieters zijn kwaliteit en het naleven van veiligheidsvoorschriften. Ondanks het vrijwel volledig naleven van de veiligheidsvoorschriften zijn er toch enkele bijna ongevallen geregistreerd. Deze verdienen een nadere analyse, die mogelijk kan leiden tot aanpassing van de voorschriften. Beter bijhouden van de patiëntendossiers en het aanhouden van minder uitbundige materiaalvoorraden zijn kennelijk potentiële actiepunten. De gegevens met betrekking tot opleiding wijzen in de richting dat men kennelijk wel probeert de geplande instructies te geven, maar dat het schort aan een goede voorbereiding daarvan. Vervolgens gaat de groep op zoek naar oorzaken van goede en minder goede prestaties: wat doen wij precies dat leidt tot deze scores? Een keuze uit een lijst van actiepunten kan vervolgens het beste gemaakt worden door nog eens goed naar de prestatiewaarderingscurven te kijken. Deze laten zien wat de opbrengst is in 'prestatiepunten' van een bepaalde prestatieverbetering op elke indicator. Door na te gaan op welke indicator de opbrengst van een prestatieverbetering het grootst is (in combinatie met de daarvoor benodigde inspanning) kan eenvoudig de meest voordelige keuze worden gemaakt.

4 PROMES en kwaliteitsmanagement, effectief verbeteren

In de inleiding werd al gewezen op de raakvlakken van de PROMES-methode met activiteiten die in de gezondheidszorg momenteel plaatsvinden onder het label

'kwaliteit'. Ter afsluiting van deze bijdrage brengen we deze raakvlakken wat nader in kaart. De ontwikkelingen rond kwaliteit in de gezondheidszorg in Nederland vertonen nogal wat overeenkomsten met die in de Verenigde Staten. Kijkend naar de industrie nemen veel organisaties in de gezondheidszorg in Amerika, gestimuleerd door de Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO), in de industrie toegepaste kwaliteitsbenaderingen ten voorbeeld. Er verschijnen veel publikaties waarin melding wordt gemaakt van toepassingen van Total Quality Management (TQM) of Continuous Quality Improvement (CQI). Ook in Nederland zoekt men voorbeelden in de industrie en worden verbeteractiviteiten opgezet aan de hand van bijvoorbeeld de kwaliteitscyclus van Deming (Schaaf 1992). Het onderwerp 'kwaliteit' is duidelijk aangeslagen en wordt terecht in een bedrijfskundige context geplaatst (Casparie e.a. 1992; Harteloh & Casparie 1991).

Het is ondoenlijk in het bestek van deze bijdrage ook maar een poging te wagen de verschillende benaderingen op het gebied van kwaliteit te beschrijven. Een systematische vergelijking van PROMES met TQM/CQI is dan ook niet mogelijk. Niettemin kunnen enkele algemene kanttekeningen worden gemaakt.

PROMES is gericht op het ontwikkelen van regelkringen die betrekking hebben op alle verantwoordelijkheden van een groep. Dit correspondeert meer met een brede dan met een enge interpretatie van 'kwaliteit'. Hetzelfde geldt voor veel kwaliteitsprojecten. Veel daarvan hebben evenzeer een efficiency- als een strikte kwaliteitsdoelstelling.

Productiviteit betekent in PROMES die elementen van effectiviteit en efficiency die door een bestaande organisatorische eenheid kunnen worden beïnvloed. Daarmee sluit deze methode zeer direct aan bij de gegeven organisatiestructuur. Binnen die structuur wordt door bestaande groepen een systeem ontwikkeld om hen tot de best mogelijke prestaties te brengen. Kwaliteitsprojecten worden meestal uitgevoerd door *quality teams* die ad hoc worden samengesteld en die werken aan het oplossen van speciale problemen, vaak met een afdelingsoverstijgend karakter. Vandaar dat *quality teams* in veel gevallen niet corresponderen met de 'staande organisatie', maar daar als 'hulporganisatie' aan zijn toegevoegd. Daarnaast vertrekken ze niet vanuit een integraal beeld van de totaal te leveren prestatie en expliciete uitspraken over wat daarbinnen meer en wat minder belangrijk is, maar vanuit de constatering dat zich op bepaalde punten problemen voordoen, die kennelijk belangrijk genoeg zijn om er een oplossing voor te gaan bedenken. Dit is dus een wat meer incidentele benadering, die mits goed gestuurd (zie voor een goed voorbeeld hoofdstuk 8), snel op onderdelen effect kan sorteren. De relatie tussen de incidenteel opgeloste problemen en de totaal te leveren prestatie blijft echter buiten beeld. PROMES werkt gestructureerd aan een compleet overzicht van verantwoordelijkheden en creert hierover consensus in het horizontale, maar ook in het verticale vlak. Daardoor ontstaat een gemeenschappelijk referentiekader, hetgeen bevorderlijk is voor effectieve en efficiënte communicatie, en er ontstaat

helderheid over het beleid en prioriteiten daarbinnen, hetgeen samenhangende besluitvorming over te nemen verbeteringsmaatregelen en daarvoor in te zetten middelen gemakkelijker maakt. Het kan wat langer duren, maar uiteindelijk ontstaat een coherent geheel.

Gegeven de grote onderlinge afhankelijkheid van de schakels in het zorgverleningsproces is de keuze van de groep die een prestatiebesturingssysteem gaat maken uitermate belangrijk. Kwaliteitsprojecten uitgevoerd in een situatie waarin onderling afhankelijke groepen eerst bij elkaar werden gebracht in een organisatorische eenheid, bleken daar veel voordeel van te hebben (Algra 1992). Hetzelfde zou ongetwijfeld gelden voor een PROMES-project.

De discussie welke benadering, PROMES of TQM/CQI, de beste zou zijn, is onvruchtbaar, alleen al vanwege het feit dat TQM/CQI een verzamelbegrip is. Beide hebben ongetwijfeld werkzame elementen in zich, getuige de positieve effecten die gemeld worden. Beide kunnen elkaar ongetwijfeld aanvullen; hieronder volgt een aantal voorbeelden.

TQM/CQI legt het accent op 'meten is weten'. PROMES spreekt eerder van 'weten is meten', daarmee accentuerend dat eerst zorgvuldig moet worden bepaald wat de moeite van het meten waard is, wat eigenlijk de essentie van de bijdrage, de verantwoordelijkheid van een groep is. TQM/CQI legt, voorzover beschrijvende statistiek uitgangspunt is, het accent op afwijkingen. PROMES maakt de totaal geleverde prestatie zichtbaar. Waar statistiek het communicatiemiddel is bij TQM/CQI, zijn dat bij PROMES de verantwoordelijkheidsgebieden, prestatie-indicatoren en prestatiewaarderingscurven.

De probleemoplossingstechnieken die in TQM/CQI een belangrijke rol spelen, kunnen in PROMES-feedback-bijeenkomsten prima worden benut. Daarenboven kent PROMES de *discussion until consensus*-methode om al argumenterend tot de juiste keuze van maatregelen ter verbetering van prestaties te komen en tot acceptatie van die keuze.

TQM/CQI streeft prestatieverbetering na via procesbeheersing in twee stappen: eerst stabiliseren en daarna structureel verbeteren. PROMES legt het accent op resultaatverbetering in twee stappen: eerst de aandacht richten op beschikbare effectieve taakstrategieën, vervolgens de aandacht richten op het ontwikkelen van meer effectieve of meer efficiënte taakstrategieën.

De informatie die wordt verstrekt in TQM/CQI-projecten waarin statistische procesbeheersing centraal staat, is van beslissingsondersteunende aard: er is wel of niet sprake van een afwijking die om een ingreep vraagt. De informatie die in een PROMES-project wordt verstrekt heeft betrekking op de mate waarin een geleverde prestatie overeenkomt met onderling vastgestelde ankers (positie op een schaal die loopt van 'minimum' via 'verwacht niveau' naar 'maximum'). Een veel gehoorde opvatting binnen TQM/CQI is dat niet met streefwaarden moet worden gewerkt, omdat het altijd beter kan. PROMES is gebaseerd op de empirisch zeer goed gefundeerde uitspraak dat specifieke, moeilijke maar wel haalbare doelen

veel sterker motiveren dan algemene 'doe zo goed mogelijk je best'-doelen. Nogmaals, de vraag naar de beste methode is niet interessant en kan ook op basis van de hier gegeven informatie niet beantwoord worden. Interessant is de vraag naar de bijdrage die geleverd kan worden aan de oplossing van problemen waar organisaties in de gezondheidszorg mee te kampen hebben. Die problemen liggen op het gebied van produktiviteit. Benaderingen om tot produktiviteitsverbetering te komen zullen in staat moeten zijn om typische 'lastige kenmerken' van organisaties in de gezondheidszorg het hoofd te bieden. Interdisciplinaire samenwerking is er daar een van. Het hanteerbaar maken van belangentegenstellingen is een ander voorbeeld. Tot keuzen komen bij moeilijke afwegingen is een derde. Maar ook: oplossingen bieden voor verschijnselen als 'stress', *burnout* en 'demotivatie'. Waar variatie in gerealiseerde produktiviteit wordt veroorzaakt door mensen, zal een aanpak gericht op produktiviteitsverbetering er in ieder geval in moeten slagen een werkomgeving te creëren 'in which people are excited about what they are doing' (Baukol 1991). Een gedragsgerichte benadering van produktiviteitsverbetering is daarvoor een voorwaarde.

Literatuur

- Algra, W., Functiegroep centraal in kwaliteitsbeleid. *Het Ziekenhuis* 16, (1992) pp. 766-768.
- Baukol, R.O., Empowering your people. *Healthcare Forum*, 34(1), (1991) pp. 61-62.
- Casparie, A.F. e.a. (red.), *Handboek Kwaliteit van Zorg*. Vuga, 's-Gravenhage 1992.
- Dun, K. van, Toetsbaar klantgericht werken. In: J.W. Hoorn, J.B.A. Lettink, H.F.J.M. van Tuijl, J.M.H. Vissers en G. de Vries (red.), *Ontwerpen en veranderen van zorgprocessen*. De Tijdstroom, Utrecht 1994.
- Harteloh, P.P.M. en A.F. Casparie, *Kwaliteit van zorg; van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Vuga/De Tijdstroom, Den Haag/Lochem 1991.
- Idenburg, P., Instellingen veel te happig op certificatie-stikker. *Het Ziekenhuis* 7, (1992), pp. 322-324.
- Kleingeld, P.A.M., *Designing performance management systems*. Academisch Proefschrift, Technische Universiteit Eindhoven (voorjaar 1994).
- Oostveen, C.A.G., G.F.Th. Ritzema, H.F.J.M. van Tuijl en J.H.I. Bodt, Ziekenhuis in beweging, wie past zich aan? *Het Ziekenhuis*, 15 (1986), pp. 153-157.
- Pritchard, R.D., *Measuring and improving organizational productivity, a practical guide*. Praeger, New York 1990.
- Pritchard, R.D., S.D. Jones, P.L. Roth, K.K. Stuebing en S.E. Ekeberg, The effects of feedback, goal setting and incentives on organizational productivity. *Journal of Applied Psychology, Monograph Series*, 73(2) (1988) pp. 337-358.
- Pritchard, R.D., S.D. Jones, P.L. Roth, K.K. Stuebing en S.E. Ekeberg, The

- evaluation of an integrated approach to measuring organizational productivity. *Personnel Psychology*, 42 (1989) pp. 69-115.
- Pritchard, R.D., S.D. Jones en F.E. Smith. *Increasing the frequency of breast screening through enhancing breast clinic productivity*. Research Proposal 285-42-0788.
- Schaaf, J.H., Kwaliteitsmanagement in ontwikkeling. *Het Ziekenhuis*, 1 (1992) pp. 15-19.
- Tuijl, H.F.J.M. van, Prestatiesturing: het effectief en efficiënt benutten van personele capaciteit. In: J.W. Hoorn e.a. (red.), *Sturing van zorgprocessen, bedrijfskundig instrumentarium voor de ziekenhuismanager*. De Tijdstroom, Lochem 1991.
- Tuijl, H.F.J.M. van en J.H.I. Bodt, Omgevingsonzekerheid en afdelingsorganisatie. In: J.W. Hoorn e.a. (red.), *Structurering en beheersing van zorgprocessen; bedrijfskundig instrumentarium voor de ziekenhuismanager*. De Tijdstroom, Lochem 1988.
- Tuijl, H.F.J.M. van, P.M. Janssen en J.A. Algera, *Gids voor Personeelsmanagement* 69(2) (1990), pp. 28-32.
- Visser, G., L. Claessens en J. de Bekker, Radboud maakt van kwaliteitszorg permanent 'hot item'. *Het Ziekenhuis* 19, (1992), pp. 963-966.
- Wissema, J.G., H.M. Messer en G.J. Wijers. *Angst voor veranderen? Een Mythe!* Van Gorcum, Assen/Maastricht 1988.