

Productiviteit in de gezondheidszorg : een gedragsgerichte benadering

Citation for published version (APA):

Tuijl, van, H. F. J. M., & Pritchard, R. D. (1993). *Productiviteit in de gezondheidszorg : een gedragsgerichte benadering*. Technische Universiteit Eindhoven.

Document status and date:

Gepubliceerd: 01/01/1993

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.

PRODUCTIVITEIT IN DE GEZONDHEIDSZORG,

een gedragsgerichte benadering

H.F.J.M. van Tuijl

Eindhoven University of technology

R.D. Pritchard

Texas A&M University

ARW-02-TUE

**Department of Industrial Engineering
and Management Science**

Eindhoven University of Technology

P.O. Box 513

5600 MB Eindhoven

The Netherlands

Concept-tekst van het hoofdstuk "Aandacht voor productiviteit", te
verschijnen in: J.W. Hoorn e.a. (Red.) Sturing van zorgprocessen,
effectief veranderen (Voorjaar 1993).

AANDACHT VOOR PRODUCTIVITEIT:

een methode en twee voorbeelden

Harrie van Tuijl & Bob Pritchard

In alle bijdragen aan deze bundel worden methoden en technieken besproken die productiviteitsverbetering in de gezondheidszorg ten doel hebben. De methode die in deze bijdrage centraal staat probeert productiviteit te verbeteren door de aandacht van organisatiemedewerkers te richten op productiviteit. Productiviteit wordt primair gezien als een prestatie van mensen. Productiviteit verbeteren wordt daarmee een kwestie van medewerkers motiveren, of nog beter: medewerkers de middelen geven zichzelf te motiveren. De boodschap is eigenlijk eenvoudigweg dat het uiteindelijk de mensen in de organisatie zijn die het zullen moeten doen. Wat moeten ze dan doen en hoe krijgen we ze zover? Dat is het centrale thema. Allereerst zal ingegaan worden op de genoemde methode. Vervolgens worden raakvlakken met verwante benaderingen, met name op het gebied van kwaliteitsmanagement, besproken. Tot slot wordt een aantal conclusies en aanbevelingen geformuleerd met betrekking tot de bijdrage van de gedragsgerichte benadering aan de oplossing van het vraagstuk, productiviteitsverbetering in de gezondheidszorg.

ProMES, een methode voor het meten en verbeteren van productiviteit.

De methode, ProMES, kiest als vertrekpunt voor productiviteitsverbetering de motivatie van organisatiemedewerkers. In een bijdrage aan de vorige bundel, 'Sturing van Zorgprocessen (Hoom e.a., 1991), is ingegaan op de motivatiethoretische achtergronden van de methode, de kern van de methode zelf, de via de methode gerealiseerde productiviteitsverbetering in organisaties buiten de gezondheidszorg, en een aantal toepassingsmogelijkheden van de methode binnen 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 ProMES-systeem voor een kliniek voor borstkankeronderzoek in de USA. 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 ProMES-systeem voor een

willekeurige verpleegafdeling van een algemeen ziekenhuis, uitgewerkt door de eerste auteur op basis van ervaringen in eerder onderzoek opgedaan met verpleegafdelingen. Beide voorbeelden zijn becommentarieerd door enkele deskundigen uit het veld. Hun commentaar wordt per voorbeeld besproken.

De door Pritchard e.a. (1988,1989) ontwikkelde methode ProMES kiest als vertrekpunt voor productiviteitsverbetering de 'human resources' van de organisatie: hoe kunnen organisatiemedewerkers worden gestimuleerd om 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 dichterbij de doelen te brengen. Dit gebeurt echter alleen maar als sprake is van een geaccepteerde regelkring (zie Figuur 1). 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.

ProMES 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 ProMES duidelijk maken.

- Het resultaat: de regelkring.

De regelkring die wordt ontwikkeld in een ProMES-project bestaat uit een viertal onderdelen:

1. Verantwoordelijkheidsgebieden. Dit zijn algemene omschrijvingen van de hoofdtaken van een groep of afdeling. Elke organisatie-eenheid heeft tot taak (onderdelen van) producten of diensten te leveren aan interne of externe klanten. Deze producten 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, met zorg omgaan met produktiemiddelen (mensen en milieu inclusief). 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. Prestatiewaarderingskurven.

Een wezenlijk nieuw element van ProMES, vergeleken met andere op kwaliteits- of produktiviteitsverbetering gerichte technieken, zijn de prestatiewaarderingskurven. Met deze kunnen score's op de prestatie-indicatoren worden vertaald naar een nieuwe dimensie: waarde voor de organisatie. Door deze vertaalslag te maken voor elke prestatie-indikator wordt het mogelijk prestaties op alle indicatoren uit te drukken in dezelfde grootte (waarde voor de organisatie). Daardoor worden prestaties op verschillende indicatoren optelbaar en kan in één score worden uitgedrukt wat de totaalprestatie over de afgelopen periode is geweest. In deze score is het relatieve belang van elke indikator verdisconteerd, omdat bij het ontwikkelen van de prestatiewaarderingskurven daarmee al rekening is gehouden. Hoe een en ander precies in zijn werk gaat wordt toegelicht in de verderop in deze bijdrage behandelde voorbeelden. Voor dit moment is een goed begrip van het algemene idee dat ten grondslag ligt aan de prestatiewaarderingskurven voldoende: via de kurven wordt geëxpliciteerd hoe de betreffende groep of

afdeling het beste kan bijdragen aan de realisering van de organisatiedoelen, namelijk door in keuzesituaties met name 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 indicatorscore's 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 bestaande verwachtingen dienaangaande.

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 score's te verbeteren? Op basis van de uitkomsten van deze analyse's worden afspraken gemaakt, waaraan iedereen zich committeert. Het terugkoppelrapport over de volgende periode laat zien in hoeverre deze afspraken hebben geleid tot het beoogde resultaat.

- Het proces dat leidt tot een geaccepteerde regelkring.

De twee illustraties die hierna worden gegeven tonen aan dat het mogelijk is vanachter het bureau met enige veldkennis regelkringen te ontwerpen die aan een aantal eisen voldoen. 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 keuzes van bij voorbeeld 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. Om tot een valide en geaccepteerde regelkring te komen hanteert ProMES een participatieve, bottom-up ontwikkelmethode. 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 stappen, aan de hand van vier centrale vragen:

1. wat zijn onze verantwoordelijkheden?
2. hoe kan meetbaar worden gemaakt hoe goed wij onze verantwoordelijkheden waar maken?
3. wat is het relatieve belang van elk van de ontwikkelde prestatie-indicatoren?
4. hoe moet het terugkoppelrapport er uitzien?

Met name de eerste twee stappen vragen van de groep dat eerst zoveel mogelijk ideeën worden gegenereerd en dat vervolgens een zorgvuldige keuze uit die ideeën wordt gemaakt. Dat wil zeggen dat de groep in het geval van stap 1 eerst zoveel mogelijk verantwoordelijkheidsgebieden bedenkt en vervolgens de ontwikkelde lijst kritisch beoordeelt aan de hand van de volgende criteria. Is dit echt onze verantwoordelijkheid of eerder 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 met name beïnvloed? Door de afdeling zelf, of door de omstandigheden, andere afdelingen, het weer, enz.? 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. Vervolgens wordt nagedacht over prestatie-indicatoren. Dat proces verloopt op een vergelijkbare manier. Er zijn overigens wel verschillen. 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 termijn effecten. Het resultaat is ook hier weer dat binnen de groep duidelijkheid en eensgezindheid ontstaat over waar het nu eigenlijk om gaat. Ook nu weer zal een aantal wensen worden geformuleerd die de groep graag ingewilligd ziet om haar verantwoordelijkheden echt waar te kunnen maken. Deze leveren discussiestof voor de afstemmingsbijeenkomst met het management. Door de onderlinge discussie ontstaat commitment aan de ontwikkelde verantwoordelijkheidsgebieden en indicatoren. Men heeft immers in goed onderling overleg vastgesteld waar men voor staat.

Een tussenstap, waarop reeds werd gedoeld, bestaat erin dat het resultaat van de eerste twee stappen 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), etc.. Het belangrijkste eindresultaat 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, 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.

Tijdens de derde stap ordent de groep de indicatoren naar relatief belang en ontwikkelt per indikator een prestatiewaarderingskurve. Ook het resultaat van deze stap wordt voorgelegd aan het management en kritisch besproken. Deze stap 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 erg expliciet geformuleerd en beide groepen worden gestimuleerd om daarover na te denken. Uiteraard is het management verantwoordelijk voor het beleid. Dat wordt ook absoluut niet bestreden. Het management wordt wel gevraagd 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. Het resultaat van dit tweede afstemmingsproces is weer duidelijkheid. Het management heeft duidelijk gemaakt waar de groep met name aandacht aan moet besteden om de meest waardevolle bijdrage aan de organisatie te leveren. Verbeteringsvoorstellen die een groep doet kunnen onmiddellijk worden beoordeeld tegen de achtergrond van de prestatieverbetering die ze kunnen opleveren op belangrijke indicatoren. Het is dit bottom-up/top-down ontwikkel- en afstemmingsproces dat met name verantwoordelijk lijkt voor de acceptatie van de ontwikkelde regelkring en de productiviteitsverbeteringen die resulteren uit het daadwerkelijke gebruik daarvan.

Ook de laatste ontwikkelstap waarin nagedacht wordt 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, leidt tot intensieve interactie tussen groep en management. In deze fase doet men er goed aan 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.

Twee voorbeelden.

Hierna worden twee voorbeelden beschreven van toepassingen van ProMES in de gezondheidszorg. Beide voorbeelden zijn niet tot stand gekomen via een normaal ProMES-ontwikkelingsproces, maar 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 dergelijke regelkringen aanleiding zou kunnen geven.

De kliniek voor borstkankeronderzoek.

- Situatiebeschrijving.

Het eerste voorbeeld betreft een kliniek voor borstkankeronderzoek in de USA. In de kliniek worden mammografieën gemaakt, lichamelijk onderzoek verricht en instructies voor het zelf uitvoeren van borstsonderzoek gegeven. Patienten komen naar de kliniek via een verwijzing van de huisarts of op eigen initiatief. De mammografieën en de resultaten van het lichamelijk onderzoek worden bestudeerd door een radioloog. De patient wordt schriftelijk op de hoogte gesteld van de uitslag van de screening. Is niets bijzonders geconstateerd, dan

wordt de patient 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 om de patient nog een keer te adviseren contact op te nemen met de huisarts. De doelgroep voor borstonderzoek bestaat met name uit vrouwen in de leeftijd van 40 tot 70 jaar; men is wat restrictief bij vrouwen tussen de 40 en 35; men doet echter geen onderzoek bij vrouwen jonger dan 35, tenzij de huisarts daarom vraagt.

- De ProMES-regelkring.

In Tabel I staat het terugkoppelrapport weergegeven gemaakt door een fictieve groep vertegenwoordigers uit het personeel van de kliniek. Zo'n groep zou achtereenvolgens de vier hierboven beschreven stappen hebben doorlopen. De resultaten van elke stap zijn terug te vinden in het terugkoppelrapport. Ze worden hieronder kort toegelicht.

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

Verantwoordelijkheidsgebied 1: Een adequaat aantal borstonderzoeken uitvoeren.

Indikator 1.1: Het aantal uitgevoerde onderzoeken bij patienten uit de leeftijdskategorie 40 - 70 jaar.

Indikator 1.2: Het aantal uitgevoerde onderzoeken bij patienten 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 patienten uit de in aanmerking komende leeftijdskategorieën.

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

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

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

Indikator 2.4: Het aantal patienten dat voor een nieuw onderzoek wordt opgeroepen omdat er bij het oorspronkelijke onderzoek een fout is gemaakt (negatieve indikator).

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

Indikator 3.1: Het aantal patienten dat aan de instructies voor zelfonderzoek heeft deelgenomen.

Indikator 3.2: Het percentage van de herhalingspatienten (na 1 jaar) dat in staat is op juiste wijze een zelfonderzoek uit te voeren.

Indikator 3.3: Het percentage geïnstrueerde patienten dat zich meldt met de mededeling borstknobbels te hebben gekonstateerd.

Indikator 3.4: De gemiddelde omvang van de knobbels gevonden bij patienten die de instructies hebben gevolgd (negatieve indikator).

Verantwoordelijkheidsgebied 4: Effectief werken als kliniek.

Indikator 4.1: Het percentage patienten dat zich niet meldt bij de huisarts, terwijl er wel sprake is van positieve onderzoekresultaten (negatieve indikator).

Indikator 4.2: Het aantal verkeerd opgeslagen patientendossiers (negatieve indikator).

Indikator 4.3: Percentage van de tijd dat onderzoek- en rontgenkamers niet in gebruik zijn (negatieve indikator; 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 indikator die aangeeft hoe goed de kliniek erin slaagt vrouwen met een verhoogd risico te stimuleren zich te laten onderzoeken.

Onder 'Indikatorscore' staat in Tabel I 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 score's in deze kolom zijn bepaald aan de hand van prestatiewaarderingskurven. Niet elke score op elke indikator is even waardevol voor de kliniek. Hogere score's zijn in het algemeen (tenzij we te maken hebben met 'negatieve indicatoren') waardevoller dan lagere score's. De vraag is hoeveel waardevoller. En een nog belangrijkere vraag is of een hoge score op indikator i meer of minder waardevol is dan een hoge score op indikator j. Op deze vragen geven de

prestatiewaarderingskurven antwoord. Een voorbeeld ter verduidelijking. Neem de eerste indicator bij verantwoordelijkheidsgebied 1: het aantal onderzoeken uitgevoerd bij patienten uit de leeftijdskategorie 40 - 70 jaar. Stel dat het personeel van de kliniek vindt dat 350 van deze onderzoeken het beste is wat 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 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 prestatienivo dat gekwalificeerd kan worden als 'niet goed, niet slecht'. In dit geval 300 onderzoeken per maand: een aan de verwachting beantwoordende invulling van "adekwaat aantal", geen bijzonder goede, maar ook geen bijzonder slechte prestatie.

Voor alle indicatoren wordt een prestatiewaarderingskurve gemaakt. De procedure gaat als volgt in zijn werk. Eerst wordt de prestatierange van elke indicator bepaald (maximum prestatie en minimum prestatie). 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 het beste correspondeert met wat de groep goeddunkt (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" prestatienivo's). De laatste stap bestaat in het kiezen van de waarden die behoren bij de indicatorscore's tussen maximum en nulpunt en tussen nulpunt en minimum. Een voorbeeld van een subset van uit deze procedure resulterende kurven staat weergegeven in Figuur 3. Wat opvalt is dat de kurven verschillend van vorm zijn. Met name aan de hellingshoek van de kurve kan men zien hoe belangrijk de bijbehorende indicator is. De tweede kurve, die van indicator 1.2, t.w. het aantal onderzoeken bij patienten jonger dan 40 jaar, is niet zo stijl als de eerste, behorend bij indicator 1.1, t.w. het aantal onderzoeken in de leeftijdskategorie 40 - 70. Hieruit kan worden afgeleid dat onderzoeken bij patienten uit deze laatste leeftijdskategorie belangrijker, c.q. meer van waarde voor ofwel meer in lijn met de doelstelling van de kliniek zijn dan onderzoeken bij patienten 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, c.q. hoe beter

deze weergeeft waar de kliniek met name verantwoordelijk voor is. 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 terug in de bijbehorende

prestatiewaardingskurve: een aantal tussen 0 en 5 is de "verwachte" score, kennelijk niet helemaal te voorkomen. Dat de kliniek er zeer restrictief mee moet omgaan wordt weergegeven door de kurve: zodra het aantal boven de 5 komt leidt dit tot negatieve 'prestatiepunten': de kliniek is niet goed bezig.

De volgende prestatiewaardingskurve 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 indikator. Aan de kurve kan men zien dat één nieuwe foto per maand ten gevolge van slechte kwaliteit correspondeert met het "verwachte" (niet goed, niet slecht) nivo. Zodra het er meer worden presteert de kliniek beneden verwachting op dit gebied.

De laatste prestatiewaardingskurve hoort bij de indikator "Aantal patiënten dat zich meldt voor een (jaarlijks) herhalingsbezoek". De achterliggende overweging hier is dat borstonderzoek goed is, maar dat herhaling hiervan, d.w.z. regelmatige controle, minstens even belangrijk is. De kliniek kan dit natuurlijk niet voor 100% 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 kurve.

De kurven in Figuur 3 zijn slechts voorbeelden van de verschillende soorten kurven die in de onderhavige situatie denkbaar zouden zijn; een en ander naar analogie van in actuele ProMES-projecten in andere sectoren dan de gezondheidszorg gevonden kurven. De achterliggende gedachtengang en de verschillende gebruiksmogelijkheden zijn echter aan de hand van deze voorbeelden goed te illustreren. Met behulp van de kurven kan het relatieve belang van prestaties op deelgebieden goed zichtbaar worden gemaakt.

Bovendien zijn de kurven flexibeler dan gewichten die men aan indicatoren zou kunnen hechten om rekening te houden met relatief belang: dergelijke gewichten houden echter geen rekening met het feit dat er ook binnen eenzelfde indikator sprake kan zijn van verschillen in belang. De kliniek in het voorbeeld (zie kurve 5 in Figuur 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, t.w. van 75 naar 100.

Zodra de prestatiewaarderingskurven gereed zijn kunnen terugkoppelrapporten worden aangemaakt, mits men beschikt over de vereiste gegevens per indikator. Waar dat niet het geval is zullen gegevensverzamelingsprocedure's 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 ter beschikking wordt gesteld van de eenheid waarvan de prestaties worden weergegeven. Deze eenheid analyseert het rapport en komt met voorstellen voor productiviteitsverbetering.

De verpleegafdeling.

Het tweede voorbeeld dat we bespreken betreft een verpleegafdeling in een algemeen ziekenhuis. Het terugkoppelrapport voor zo'n afdeling zou eruit kunnen zien als weergegeven in Tabel II.

Een ontwikkelgroep, bestaande uit een aantal verpleegkundigen, het afdelingshoofd en een procesbegeleider, zou de volgende verantwoordelijkheidsgebieden en prestatie-indicatoren ontwikkeld kunnen hebben.

Verantwoordelijkheidsgebied 1: Patientenzorg van goede kwaliteit realiseren, d.w.z. voorzien in alle 'care'- en 'cure'-behoeften van de patienten op de afdeling.

Indikator 1.1: Percentage items van een instrument voor zorgkwaliteit die voldoen aan de gestelde eisen.

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

Indikator 2.1: Percentage patienten dat wordt ontslagen op de 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.

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

Indikator 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.

Indikator 4.1: Gemiddeld bedrag in guldens per patient besteed aan materialen.

Indikator 4.2: Materiaalvoorraadkosten, in guldens per bed.

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

Indikator 5.1: Percentage veiligheidsvoorschriften nageleefd.

Indikator 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 of zij moet weten in het kader van de verpleging en verzorging van de patienten op de afdeling.

Indikator 6.1: Percentage patientendossiers dat voldoet aan de eisen.

Indikator 6.2: Percentage wacht-overdrachten correct uitgevoerd.

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

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

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

Uit de genoemde verantwoordelijkheidsgebieden valt af te leiden dat de afdeling twee produkten voert, c.q. twee diensten levert: patientenzorg 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; aparte aandacht voor veiligheid wordt echter dermate wenselijk geacht dat dit ook apart zichtbaar wordt gemaakt.

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, bij voorbeeld rond de autorisatie-problematiek: kun je verantwoordelijk zijn voor iets wat 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 touwtje's vastzit aan andere discipline's en afdelingen is niet onbekend (zie: Oostveen e.a., 1986). Vaak zal men het gevoel hebben eigenlijk niets te kunnen beïnvloeden. De instelling waarmee 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 termijn gegevens ook gegevens over een wat langere termijn in het systeem op te nemen, bij voorbeeld 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 uitmiddelen. In veel gevallen 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.

De moeilijkste stap bij het ontwikkelen van een ProMES-systeem 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 prestatie-indicatoren geldt dat de prestaties die gemeten worden de resultante zijn van zowel de betreffende groep, als gehanteerde technologie, omgevingsinvloeden, e.d.; de kunst is om indicatoren te vinden die laatstgenoemde factoren zoveel mogelijk uitsluiten.

De verpleegafdeling die we als voorbeeld hebben gekozen heeft vrijwel geen invloed op opnamebeslissingen. Vandaar dat het aantal per tijdsperiode 'verwerkte' patienten niet als indikator is gekozen voor 'tijdige zorgverlening'. Dit aantal is te zeer afhankelijk van de patientenmix in een bepaalde periode. Gekozen is voor een indikator die een medische ontslagverwachting koppelt aan de verpleegkundige haalbaarheid daarvan (gebaseerd op een schatting van de werklast die de betreffende patient met zich meebrengt en kennis over de beschikbare capaciteit in de betreffende periode).

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 discipline's waarmee de verpleegafdeling een leverancier-klant relatie heeft betrokken worden in het proces. De organisatiestructuur waarin wordt gewerkt is 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 punt waar het management van de verplegingsdienst bij voorbeeld over zou kunnen vallen is het ontbreken van een verantwoordelijkheidsgebied 'kwantiteit van produktie' in de lijst verantwoordelijkheidsgebieden die ter goedkeuring wordt aangeboden. In feite werd dit commentaar ook geleverd door een Hoofd Verplegingsdienst met wie het terugkoppelrapport in Tabel II werd besproken. De door een in zijn eigen dienst effectief gebleken aanpak ondersteunde redenering van dit diensthoofd verliep als volgt. Het klassieke topic in verplegingsdiensten is werkdruk; de werkdruk wordt als hoog, maar vooral als erg variabel ervaren. Het inmiddels klassieke antwoord bestaat erin via

werklastmeting 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 éénmaal 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 werklastmeting 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 bijgeleverde dekking in termen van opbrengsten. Zodra dat inzicht doorbrak werd produktie-informatie zeer belangrijk. Hoeveel opnamen worden er gerealiseerd, wat is het aantal gerealiseerde verpleegdagen? Een en ander levert, voorzien van weegfactoren, omdat de ene soort opname, c.q. verpleegdagen 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 weten voor omzet. Omzetgegevens werden aan hen teruggekoppeld en deze stuurinformatie vormde één van hun beslissingsdimensies bij het maken van afspraken met de afdeling Opnameplanning over opnames. 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. Beide streven naar een optimale benutting van beschikbare capaciteiten. 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 uitgekiende dienstroostersystematiek, die rekening houdt met periodieke en dagelijkse belastingspatronen) was een uitgangssituatie gekreëerd waarbinnen het nemen van opnamebeslissingen gericht op fijnafstemming in het kader van optimale capaciteitsbenutting ook mogelijk was.

Dit voorbeeld illustreert een aantal zaken. 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 blokkade's moeten worden weggenomen). Bij het opstellen van de lijst verantwoordelijkheden in Tabel II 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 management support, men doet wat men heeft beloofd! In de vierde plaats illustreert het voorbeeld de noodzaak van een goede afstemming tussen afdelingsverantwoordelijkheden en organisatiebeleid/-doelstellingen. 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, 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 afdelingen 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, vertrekkend vanuit 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 bij voorbeeld het efficiënt benutten van verpleegkundige capaciteit, zullen mogelijkheden moeten worden gecreëerd voor een flexibele inzet van personeel. Dat kan arbeidsvoorwaardelijk nogal wat consequenties hebben. Een andere voorwaarde kan zijn dat roosters van andere afdelingen (bij voorbeeld het OK-rooster) worden aangepast zodat de werklast die naar de verpleegafdeling gaat beter verdeeld wordt in de tijd. Iets dergelijks kan ook nodig zijn in de relatie met functie-afdeling of laboratorium: als met deze afdelingen goede afspraken te maken zijn, waardoor de klinische patient minder dan nu vaak het geval is als 'stopwerk' wordt gebruikt, kan dat een beter beheersbare werklast voor de verpleging betekenen. Hetzelfde geldt voor de relaties met civiele dienst (maaltijden), apotheek (medicijnen) en andere toeleverende afdelingen. Hoe meer omgevingsafdelingen betrokken zijn in dit spel, hoe lastiger het wordt om een managementdelegatie samen te stellen die over deze voorwaarden met het ontwikkelteam kan praten. De meest pragmatische oplossing is om te starten met een afstemmingsgesprek 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 beïnvloedbaar is door de verpleegafdeling gemeten wordt.
- De indicatoren ongewijzigd laten, ervan uitgaande dat de verpleegafdeling (informele) mogelijkheden heeft om invloed uit te oefenen op het gedrag van de 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 ProMES-systeem 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.

Ook tijdens de derde stap, het ontwikkelen van prestatiewaarderingskurven, 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 prestatiewaarderingskurven wordt beleid geëxpliciteerd. Het ontwikkelteam komt met een eerste voorzet ten aanzien van 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 bij voorbeeld 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 exakt 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 sowieso 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 prestatiewaarderingskurven. De ervaring leert dat dit een heilzaam proces is: er ontstaat duidelijkheid, frustraties waar iedereen mee zit komen op 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 prestatiewaardingskurven 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.

Het terugkoppelrapport uit Tabel II dient als uitgangspunt voor een bespreking met de afdeling. Als er sprake is van werkoverleg dan is het rapport uitstekend geschikt als terugkerend agendapunt daarvoor. Een bespreking van het rapport uit Tabel II kan tot de hierna genoemde konstateringen leiden. Van groot belang is dat dit konstateringen zijn van de groep zelf. 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 terugkoppelinformatie 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 overall 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 patientendossiers en het aanhouden van minder uitbundige materiaalvoorraden zijn kennelijk potentiële aktiepunten. 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 score's? Een keuze uit een lijst van aktiepunten kan vervolgens het beste gemaakt worden door nog eens goed naar de prestatiewaardingskurven te kijken. Deze laten zien wat de opbrengst is in 'prestatiepunten' van een bepaalde prestatieverbetering op elke indikator. Daarna te gaan op welke indikator de opbrengst van een prestatieverbetering het

grootst is (in combinatie met de daarvoor benodigde inspanning) kan eenvoudig de meest voordelige keuze worden gemaakt.

ProMES en kwaliteitsmanagement, effectief verbeteren.

Organisaties in de gezondheidszorg staan onder druk. Een terugkerend motto luidt "kosten reduceren en tegelijk de kwaliteit handhaven of liever nog verbeteren". De stijgende kosten van de gezondheidszorg worden, terecht of ten onrechte, maar in ieder geval tot vervelens toe in talloze publikaties 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 wat er verbeterd kan worden en hoe het vereiste commitment hieraan kan worden bewerkstelligd. 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), daar toegepaste kwaliteitsbenaderingen ten voorbeeld. Met name in de Angelsaksische literatuur verschijnen veel publikaties waarin melding wordt gemaakt van toepassingen van TQM (Total Quality Management) of CQI (Continuous Quality Improvement), maar ook in Nederland is het label kwaliteit aangeslagen (Harteloh en Casparie, 1991). Omdat de in deze bijdrage besproken methode voor productiviteitsverbetering, ProMES, onmiskenbaar raakvlakken heeft met kwaliteitsbenaderingen wordt hier kort ingegaan op ervaringen met TQM/CQI in de gezondheidszorg, en op overeenkomsten en verschillen van deze benaderingen met ProMES.

TQM en CQI zijn verzamelbegrippen waarachter een groot aantal methoden, technieken en instrumenten voor kwaliteitsverbetering schuil gaat. Behalve dat is meestal sprake van meer of minder duidelijk geëxpliciteerde opvattingen over de wijze waarop mensen in organisaties tot kwaliteitsverbetering te brengen zijn. De term kwaliteit wordt daarbij soms in enge en soms in zeer ruime betekenis gebruikt. Dat wil zeggen dat het kan gaan om de mate waarin een dienst of produkt aan gestelde eisen voldoet, maar ook om productiviteitsverbetering in algemene zin. In het laatste geval horen ook zaken als doorlooptijdverkorting, wachttijdreductie, en het realiseren van afgesproken aanvangstijden van operaties tot de beoogde effecten. Er wordt dan ook onder de noemer TQM/CQI melding gemaakt van, reële of beoogde, *effecten* op het gebied van

kostenreductie, kwaliteitsverbetering (gemeten aan de hand van indicatoren als aantal klachten, aantal fouten, patiënttevredenheid, servicegraad, en kwaliteitsbewustzijn) en productiviteitsverbetering (gemeten aan de hand van een zeer groot scala van indicatoren, variërend van marktaandeel en 'return on investment' tot verloop en verzuim van medewerkers). Hoe kunnen deze effecten bewerkstelligd worden? Men kan hier een onderscheid maken naar ingrepen in strikte zin en naar de implementatie daarvan.

Veel van de genoemde *ingrepen* betreffen structuurwijzigingen, veranderingen in werkwijzen of aanpassingen van werkstijlen. Op het gebied van structuurwijzigingen worden genoemd: invoering van autonome groepen, 'empowerment' van personeel, kwaliteitskringen, interdisciplinaire teams, cross functioneel management van programma's voor specifieke groepen patiënten, decentralisatie van patiëntenzorg, intensivering van communicatie en samenwerking tussen ziekenhuispersoneel, artsen en patiënten, en herinrichting van processen. Onder de noemer 'werkwijzen' kan een groot aantal instrumenten en technieken worden genoemd die kunnen worden ingezet in een cyclus van verbeteractiviteiten. Technieken op het gebied van probleemdiagnose, variërend van patiëntenenquêtes tot kwantitatieve (statistische) en kwalitatieve beschrijvingstechnieken. In het kader van 'meten is weten' worden allerlei registraties opgezet (bij voorbeeld 'cost of quality worksheets', 'quality review documents', etc.). Veelal is het de bedoeling dat deze registraties als uitgangspunt dienen voor probleemoplossingsprocessen. Een voorbeeld is een ziekenhuis dat op basis van een patiënttevredenheidsonderzoek constateerde dat het slecht scoorde op pijnbestrijding. Intensivering van activiteiten op dit gebied leidde er in korte tijd toe dat pijnbestrijding in patiënttevredenheidsonderzoek opschoof van een van de slechtst naar een van de best scorende onderwerpen. Effecten van verbeteractiviteiten worden teruggemeld via zogenaamde 'storyboards'. Sommige instellingen beoordelen jaarlijks systematisch de effectiviteit van hun kwaliteitsverbeteringsprogramma's. Een derde te onderscheiden groep betreft aanpassingen van 'werkstijlen'. Men realiseert zich dat meetinstrumenten en probleemoplossingsmethodieken alleen niet voldoende zijn. Men moet ook met die instrumenten kunnen omgaan en anderen kunnen stimuleren hetzelfde te doen. Leiderschaps- of managementstijlen dienen te veranderen van 'command and control' naar faciliterend ('executives should be teachers, coaches and facilitators to their staff'). Tenslotte moet het ook duidelijk zijn wat de dominante waarden van de organisatie zijn waarop verbeteractiviteiten dienen te zijn gericht: 'quality driven' in plaats van 'cost driven'; de echte behoeften van de patiënt centraal stellen in plaats van de

veronderstelde behoeften vanuit het perspectief van een van de betrokken discipline's.

Van de laatste groep ingrepen is het maar een kleine stap naar de *veranderkundige aanpak* die nodig is om een en ander te laten slagen. Hier worden vier punten genoemd, die in hun uitwerking soms wat overlap hebben met reeds genoemde. Ten eerste is er sprake van kritische succes-voorwaarden. Er moet een verandernoodzaak zijn, maar die noodzaak mag weer niet zo urgent zijn dat alleen acute ingrepen de organisatie levensvatbaar kunnen houden. Situaties waarin sprake is van forse inkrumping van de formatie of een groot verloop zijn als vertrekpunt minder geschikt. Men moet geduld hebben, volhardend zijn; kortom kwaliteitsverbetering is geen kwestie van 'quick fixes'. Er moet een bereidheid zijn nieuwe dingen te proberen. Hoe meer de heersende stijl van leidinggeven aansluit bij de hierboven genoemde (faciliterend in plaats van dirigerend) des te beter is je vertrekpositie. Hetzelfde geldt voor horizontale relaties: er dient bereidheid te zijn tot samenwerking en ondersteuning in die gevallen waar problemen de grenzen van individuele functies en afdelingen overstijgen. Respekt voor elkaars waarde als persoon is van belang. Er moet duidelijkheid zijn over de vraag wie definiëert wat kwaliteit is, dit zou een gezamenlijke bevoegdheid van managers en professionals moeten zijn. Om een aantal redenen achten sommige auteurs de situatie in ziekenhuizen een geschikt vertrekpunt voor kwaliteitsverbeteringsprojecten: het opleidingsnivo is er hoog, professionals hebben als zodanig al een soort ingebouwde behoefte aan kwaliteit en zijn gewend zorgvuldig volgens systematische procedures te werk te gaan, en er staat een zekere druk op de organisatie om te veranderen.

De resterende drie punten hebben betrekking op de vraag wie er betrokken moeten worden bij kwaliteitsverbeteringsprojecten, wat voor een structuur ervoor nodig is en via wat voor processen een en ander ondersteund moet worden.

De overheersende mening lijkt te zijn dat alle partijen betrokken moeten zijn in het proces: uitvoerenden en leidinggevenden, artsen, ziekenhuismedewerkers en patiënten. Met name over de betrokkenheid van artsen worden de nodige opmerkingen gemaakt, variërend van 'vroegtijdig betrekken' tot 'een leidende rol in het proces laten spelen'. Hetzelfde geldt voor andere professionals: kwaliteitsverbetering moet gedragen worden door hen die direct verantwoordelijk zijn voor het primaire proces. Daarnaast is steun vanuit alle leidinggevende niveaus onontbeerlijk, van afdelingshoofden tot directie, medische staf bestuur en ziekenhuisbestuur.

De benodigde structuur voor kwaliteitsverbetering correspondeert met wat wordt gemeld over betrokkenen. Er zijn overkoepelende stuurgroepen nodig en uitvoerende werkgroepen. De eerste zetten het beleid uit, verschaffen middelen en evalueren de bereikte resultaten. De tweede voeren het beleid uit met behulp van de hierboven beschreven methoden en technieken. De stuurgroepen opereren onder fraaie namen als 'total quality improvement council' of 'hospital quality assessment committee'. De werkgroepen worden betiteld als 'quality improvement teams', 'key process teams', en dergelijke.

Tenslotte wordt een aantal ondersteunende processen genoemd. Veel aandacht krijgt training en opleiding. Om te kunnen functioneren in kwaliteitsverbeteringsteams is enerzijds kwaliteitsbewustzijn nodig en anderzijds dient men over de nodige kennis en vaardigheden te beschikken, m.n. op het gebied van het diagnosticeren en oplossen van problemen in groepsverband. Omdat TQM/CQI een 'data driven' benadering is ligt een zwaar accent op meten: het ontwikkelen van indicatoren voor kwaliteit en het systematisch verzamelen van gegevens. Voor het stimuleren van de teams geldt: informeren, resultaten documenteren, prestaties erkennen en honoreren. Voor het totale proces geldt: probeer de balans te vinden tussen verandering en continuïteit.

Bovenstaande opsomming doet geen recht aan alles wat er gebeurt op het gebied van TQM/CQI in de gezondheidszorg. Een systematische vergelijking van ProMES met TQM/CQI is aan de hand van het bovenstaande 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'. Productiviteit betekent in ProMES die elementen van effectiviteit en efficiëntie die door een groep kunnen worden beïnvloed. Daarmee sluit ProMES zeer direkt aan bij de gegeven organisatiestructuur. Binnen die structuur wordt door bestaande groepen een systeem ontwikkeld om hen tot zo goed mogelijke prestaties te brengen. Dit is een belangrijk verschilpunt met 'quality teams'. Dit zijn in veel gevallen ad hoc samengestelde groepen, die werken aan het oplossen van afzonderlijke problemen. 'Quality teams' corresponderen dus in veel gevallen niet met de 'staande organisatie', maar zijn daar als 'hulporganisatie' aan 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 konstatering 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 lossere benadering, die, mits goed aangestuurd, snel op onderdelen effect kan sorteren. ProMES werkt gestructureerd aan een compleet overzicht van verantwoordelijkheden en creëert 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.

Uit bovenstaande beschrijvingen van TQM/CQI en ProMES blijkt dat er veel overeenkomsten en ook nogal wat verschillen bestaan tussen deze benaderingen. De discussie welke benadering de beste zou zijn is onvruchtbaar. Beide hebben ongetwijfeld werkzame elementen in zich, getuige de positieve effecten die gemeld worden. Beide kunnen elkaar ongetwijfeld aanvullen. Om een paar voorbeelden te noemen. 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 prestatiewaarderingskurven. De probleemoplossingstechnieken van TQM/CQI kunnen in ProMES-feedbackbijeenkomsten prima worden benut. Daarbij 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

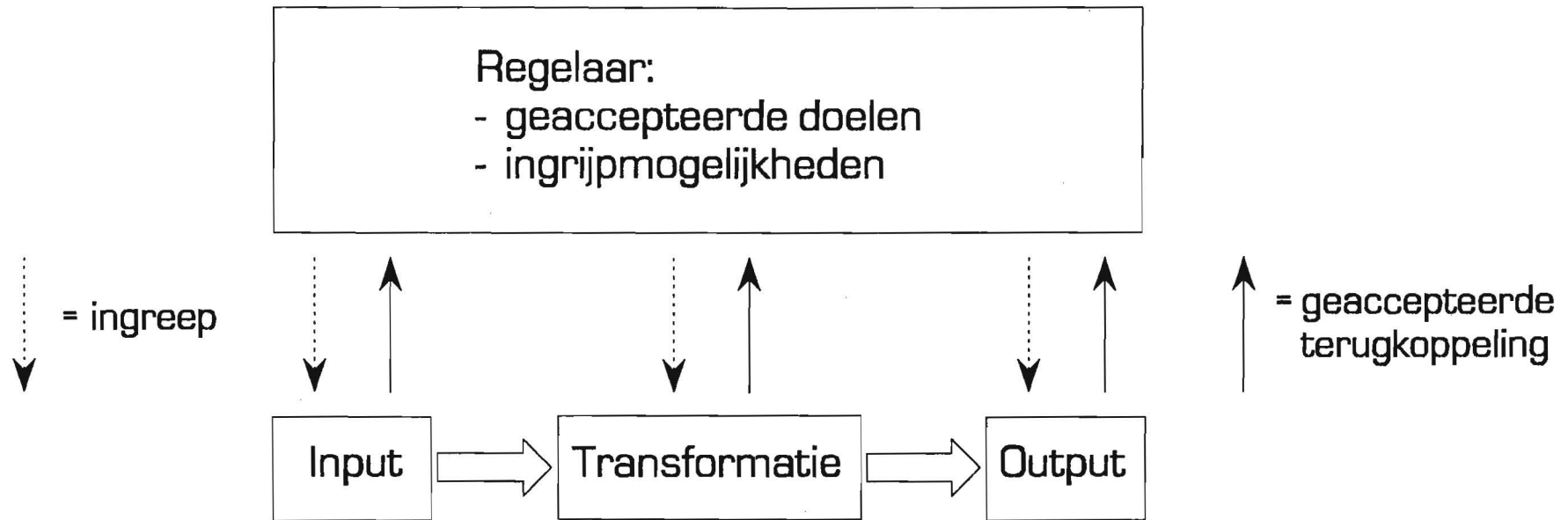
onderling vastgestelde ankers (positie op een schaal die loopt van 'minimum' via 'verwacht nivo' naar 'maximum'). Een veel gehoorde opvatting binnen TQM/CQI is dat niet met streefwaarden moet worden gewerkt, omdat het altijd beter kan. ProMES is gebaseerd op de empirisch zeer goed gefundeerde uitspraak 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 productiviteit. Benaderingen om tot productiviteitsverbetering 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 één van. Het hanteerbaar maken van belangentegenstellingen is een ander voorbeeld. Tot keuze's komen bij moeilijke afwegingen is een derde. Maar ook: oplossingen bieden voor verschijnselen als 'stress', 'burnout' en demotivatie. Waar variatie in gerealiseerde productiviteit wordt veroorzaakt door mensen zal een aanpak gericht op productiviteitsverbetering 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 productiviteitsverbetering is daarvoor een voorwaarde.

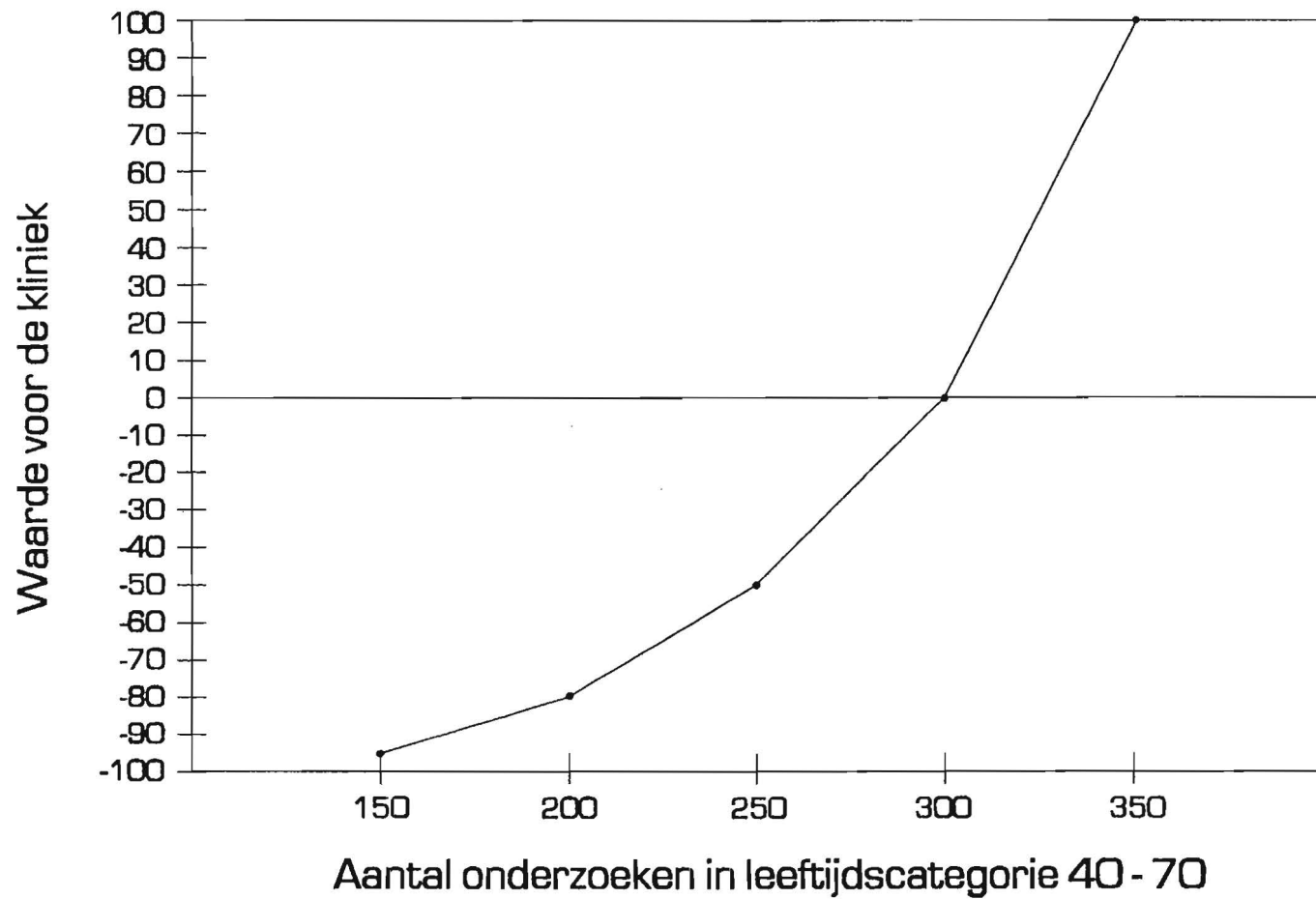
Literatuur

- Baukol, R.O. Empowering your people. Healthcare Forum, 1991,34(1),61-62.
- Dun, K. van. Toetsbaar klantgericht werken. Deze bundel.
- Harteloh, P.P.M. en Casparie, A.F.. Kwaliteit van zorg; van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak. Den Haag-Lochem: Vuga-De Tijdstroom, 1991.
- 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), 153-157.
- Pritchard, R.D. Measuring and improving organizational productivity, a practical guide. New York: Praeger, 1990.

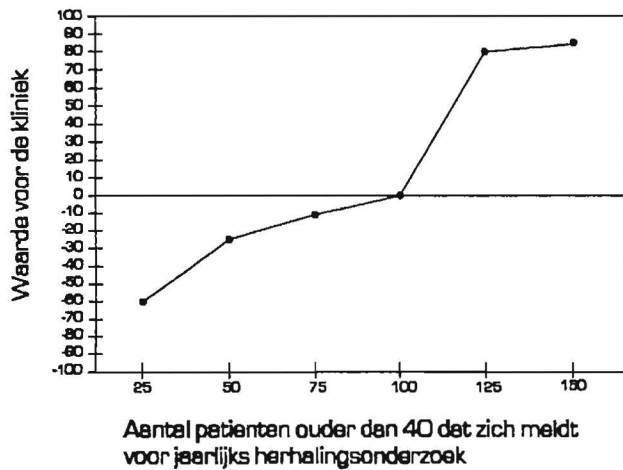
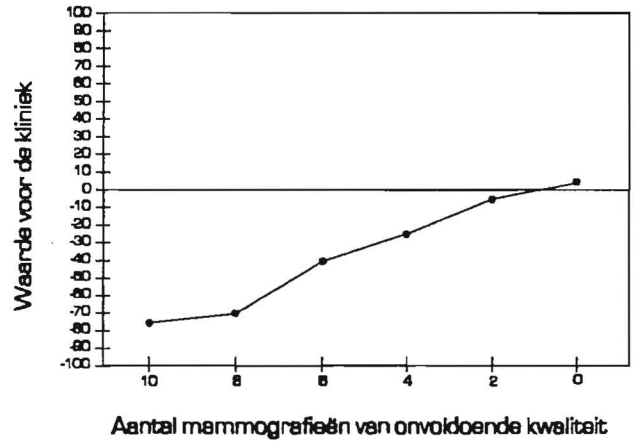
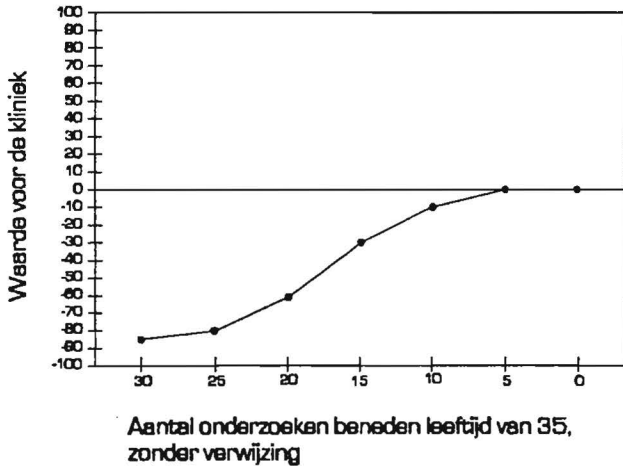
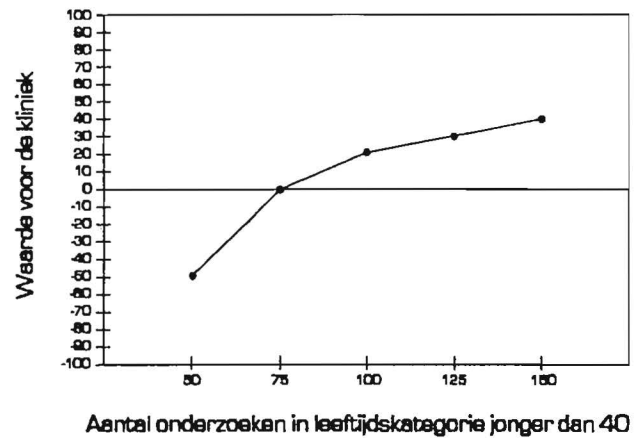
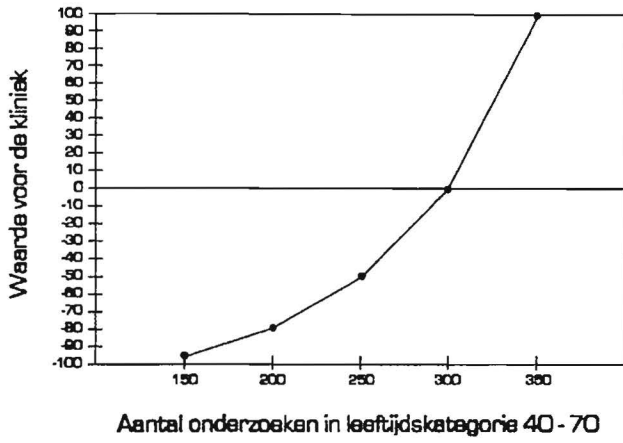
- Pritchard, R.D., S.D. Jones, F.E. Smith. Increasing the frequency of breast screening through enhancing breast clinic productivity. NCI Research Proposal 285-42-0788.
- Tuijl, H.F.J.M. van, Prestatiesturing: het effectief en efficiënt benutten van personele capaciteit. In: J.W. Hoom e.a. (Red.) Sturing van zorgprocessen, bedrijfskundig instrumentarium voor de ziekenhuismanager. Lochem: De Tijdstroom, 1991.
- Wissema, J.G., H.M. Messer en G.J. Wijers. Angst voor veranderen? Een Mythe! Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1988.



Figuur 1: De geaccepteerde regelkring: alleen afwijkingen tussen geaccepteerde terugkoppeling en geaccepteerde doelen leiden tot ingrepen van de regelaar gericht op doelrealisering



Figuur 2: Voorbeeld van een prestatie-waarderingskurve



Figuur 3: Subset prestatie-waarderingskurven voor een kliniek voor borstkankeronderzoek

TABEL I:
 VOORBEELD TERUGKOPPELRAPPORT KLINIEK
 BORSTKANKERONDERZOEK

Periode: juni 1992

	Indikatorscore	Waarde
1. Adekwaat aantal onderzoeken		
1.1 Aantal in leeftijd 40 - 70	325	+50
1.2 Aantal jonger dan 40	125	+30
Totaalscore onderzoekefficiency		+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 onderzoekkwaliteit		-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 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 II
 TERUGKOPPELRAPPORT VERPLEEGAFDELING

Periode: juni 1992

	Indikatorscore	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 patient per dag	f 55,-	-10
4.2 Voorraadkosten per bed	f 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
 TOTAALSCORE OVERALL	 -25	