

Normering als instrument voor processturing

MEET- EN REGELTECHNIEK IN DE ZORGLOGISTIEK



G. de Vries

Prof. dr. ir. G. de Vries is hoogleraar zorglogistieke bedrijfsvoering bij het Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van het Erasmus MC / Erasmus Universiteit Rotterdam en partner bij DamhuisEls-houtVerschure organisatieadviseurs.

Als je processen wilt beheersen, heb je normen nodig; als processen onbeheersbaar mogen zijn, heb je geen normen nodig. De rationaliteit van deze stellingen wordt in dit artikel nader verkend, toegespitst op de vraag hoe je vanuit een zorglogistieke benadering zorgprocessen *kunt* besturen, in de context van de normen waarop je de processen *moet* besturen. Het gaat daarbij niet om zorginhoudelijke normen, zoals richtlijnen en protocollen voor de uitvoering van processen, maar om de twee doeldomeinen waarop de zorglogistieke bedrijfsvoering zich richt: enerzijds doelmatige capaciteitsbenutting, anderzijds servicekwaliteit in termen van wacht- en doorlooptijden voor de cliënt. Normering blijkt daarin zowel objectieve als subjectieve elementen te kennen. Het stuurveld in de zorgsector wordt nader verkend. Vervolgens komen het sturingsvraagstuk binnen de zorginstelling en de rol van normen bij sturing aan de orde. Afgesloten wordt met de managementimplicaties.

Het stuurveld verkend

Zorginstellingen, als een van de actoren in het maatschappelijk veld, worden in toenemende mate geconfronteerd met standaards en normen die andere actoren opstellen. Die normen kunnen van boven af vooraf worden opgelegd, of de instelling wordt achteraf de maat genomen op basis van toetsing aan een set van criteria en de score daarop. Deze verschijnselen in de ‘bovenstroom’ vinden hun wortels in een onderstroom van toenemende maatschappelijke druk op maatschappelijke ondernemingen om op transparante wijze verantwoording af te leggen over de prestaties die ze leveren met gebruik van publiek gefinancierde middelen. Relevante actoren in dit verband zijn onder meer de overheid, de Inspectie Gezondheidszorg, de zorgverzekeraars en patiënten(organisaties). De overheid stuurt met wetgeving, onder meer met betrekking tot kwaliteit, het zorgverzekeringsstelsel en bekostiging. De inspectie heeft een basisset met indicatoren ontwikkeld waarmee ziekenhuizen de maat wordt genomen (IGZ, 2005); ook zorgconsumenten kunnen deze criteria hanteren bij het vergelijken van ziekenhuizen (zie bijvoorbeeld www.kiesbeter.nl). Deze indicatoren zijn vooral inhoudelijk van aard en blijven hier buiten beschouwing. De zorgverzekeraars stellen belang in de prijs-kwaliteitverhouding en toetsen op productievolume, op doelma-

tigheid en kwaliteit. In de stroom van opkomende marktwerking zijn ook de cliënten zelf, of vertegenwoordigende organisaties als patiëntenverenigingen, in toenemende mate een partij om rekening mee te houden. De brede trend naar de ontwikkeling van vraagsturing illustreert dit. De media dragen op hun beurt bij aan transparantie van prestaties, onder meer door het jaarlijks publiceren van ranglijsten. De onderliggende criteria tussen de verschillende ranglijsten variëren nogal, en daarmee ook de *ranking* van ziekenhuizen op de diverse lijstjes. Een belangrijke ‘publieke’ variabele in zorglogistieke zin zijn de wacht- en toegangstijden. Door per specialisme de wachttijden te kunnen vergelijken, zou hiervan een regulerend mechanisme moeten uitgaan. De toegangstijd tot opname is een van de eerste variabelen die aldus publiekelijk zichtbaar werd, via teletekst al eind jaren negentig; nog voordat internet op grote schaal beschikbaar was als informatiebron.

Kader 1.

In het landelijke veld zijn in 2000 de zogenaamde Treeknormen ontwikkeld. De maximale toegangstijden voor niet-acute geneeskundige zorg zijn de volgende:

Ziekenhuizen / specialist en RIAGG: maximaal 4 weken

Diagnostiek / indicatiestelling: maximaal 4 weken

Poliklinische behandeling: maximaal 6 weken

Opname: maximaal 7 weken

Vanuit vraag- of patiëntzijde worden ook andere normen geformuleerd. Een op basis van onderzoek in opdracht van KWF kankerbestrijding ingestelde werkgroep van de Signaleringscommissie kanker komt tot de conclusie dat deze wachttijden niet toereikend zijn voor een levensbedreigende ziekte als kanker: ‘Zo moet een patiënt na doorverwijzing door de huisarts binnen vijf dagen bij een specialist terecht kunnen. Er moet binnen tien werkdagen daarna tot de behandeling zijn besloten. Die behandeling moet vervolgens binnen vijftien werkdagen daarna zijn gestart.’ (KWF Kankerbestrijding, 2006).

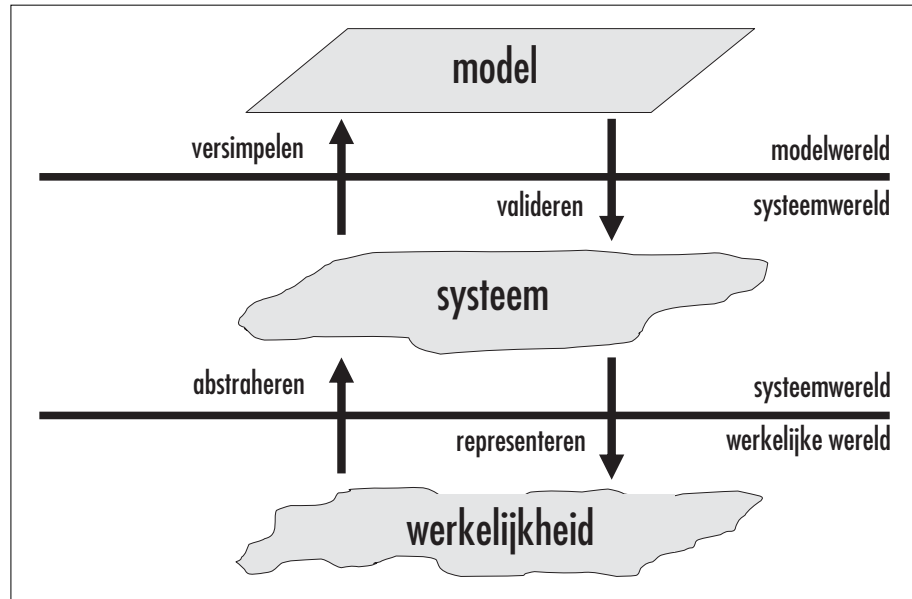
Zorgorganisaties worden in toenemende mate genormeerd door de buitenwereld. Daarnaast stellen ze zelf normen op voor de prestaties die ze willen leveren. Dat vraagt van organisaties stuurmanskunst om de processen zo te laten verlopen dat aan de gestelde normen wordt voldaan. Deze sturingsvraag wordt vanuit een bedrijfskundige optiek nader verkend.

1. Een systeembenadering voor het sturingsvraagstuk

Vanuit een bedrijfskundige systeembenadering wordt onderscheid gemaakt naar een te besturen systeem en een besturend orgaan (De Leeuw, 1974). Om het sturingsvraagstuk nader te analyseren, kan een ‘model’ van het ‘systeem’ worden gemaakt.

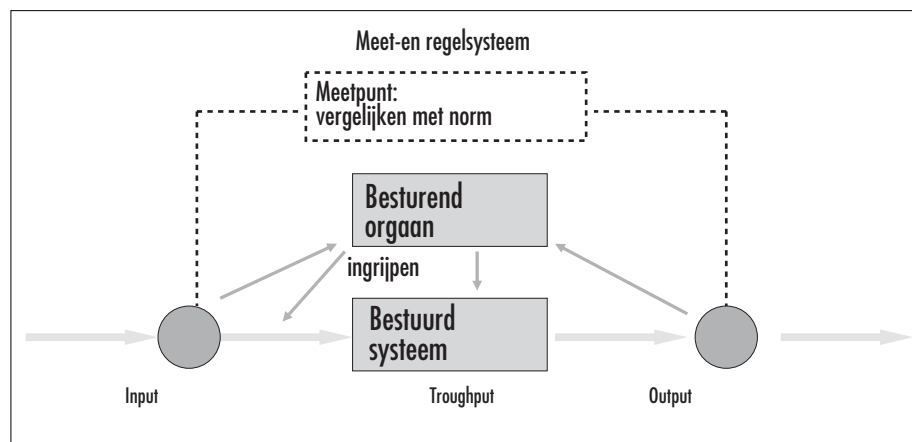
Een model is een vereenvoudigde weergave van een systeem; een systeem is een beschrijving van de werkelijkheid. Een model van een systeem wordt altijd gemaakt vanuit een bepaald doel. Bijvoorbeeld om inzicht te krijgen in de doorlooptijd van processen, of in de taakverdelingsstructuur, omdat er op dit gebied een probleem is opgetreden. In de context van dit artikel gaat het om sturing van zorgprocessen in zorgorganisaties. In het model van het systeem worden die ele-

Figuur 1.
Model, systeem en
werkelijkheid (Vissers
en De Vries, 2005)



menten en relaties meegenomen die een rol spelen in het probleem en de oplossing ervan. In termen van systeembenadering wordt het model beperkt tot een of meer subsystemen en een of meer aspectsystemen (Vissers en De Vries, 2005).

Figuur 2.
Normen vanuit bedrijfs-
kundige optiek (ontleend
aan De Leeuw)



Het kunnen meten is van essentieel belang om te kunnen toetsen of de prestaties binnen de range liggen van de geldende normen.

Feitelijk gaat het hier om toepassing van cybernetica, een begrip dat een halve eeuw geleden werd geïntroduceerd door de wiskundige Norbert Wiener. Cybernetica is de wetenschap die zich bezighoudt met controle van en communicatie binnen biologische en mechanische systemen. Het principe van terugkoppeling werd in de techniek al langer toegepast, maar Wiener was de eerste die expliciet de informatie betrok op de werking van een terugkoppelingslus.

Op grond van meetinformatie wordt bepaald of ingegrepen moet worden. Als er bijvoorbeeld te weinig personeel is door plotselinge ziektemeldingen, dan moet er iets gebeuren, bijvoorbeeld een beroep doen op een flexpool of een uitzendbureau. Als een operatie uitloopt, moet ingeschat worden wat de consequenties zijn voor de daaropvolgende operaties. Anders gaat het wellicht mis op de plek waar de transacties of transformaties plaatsvinden. Om te kunnen sturen, moet je niet alleen meten aan de achterdeur, maar ook aan de voordeur: weten wat er in gaat. Op grond van stuurinformatie kan het besturend orgaan ingrijpen aan inputzijde en/of in het proces zelf. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen ‘voorwaartskoppeling’ (*feed forward*) en terugkoppeling (*feedback*), waarbij twee ‘stuurregels’ kunnen worden geformuleerd:

1. probeer zo goed mogelijk te plannen en te voorspellen om al op voorhand de goede input in het systeem te brengen (voorwaartskoppeling);
2. zorg voor een snelle reactietijd om te kunnen ingrijpen als de output buiten het genormeerde doeldomein komt (terugkoppeling en *system responsiveness*).

Niet alleen de planning is sturend (zie 1), maar ook de realiteit (zie 2) (Roupe van der Voort et al., 2006). Vooral de tweede stuurregel brengt de dynamiek in het systeem. Juist daar waar systemen zich niet deterministisch en mechanistisch gedragen, maar onderhevig zijn aan tal van interne en externe verstoringen, is een snelle reactietijd van belang: afwijkingen van de norm direct signaleren en snel ingrijpen, om processen binnen nauwe grenzen te kunnen beheersen. Anderzijds moet ook niet meer dynamiek in het systeem worden gebracht dan nodig is. Dat kan uiterst nerveuze systeemreacties ten gevolge hebben. Anders gezegd: het verbeteren van de planbaarheid (van de voorwaartskoppeling) en voorspelbaarheid en daarmee het reduceren van de regelbehoefte gaan vooraf aan het vergroten van de (feedback-) regelcapaciteit. Daarom is het bijvoorbeeld van belang om te beschikken over een databank met gemiddelden en spreiding van alle soorten operaties om tot een goede planning van een operatieprogramma te komen.

Organisaties zijn complexe systemen. Het volstaat niet om één besturend orgaan te creëren op één te besturen systeem. Om de complexiteit hanteerbaar te maken, wordt onderscheid gemaakt naar niveaus van sturing. In de bedrijfskundige logistieke benadering wordt dit decompositie van het besturingsvraagstuk genoemd, van geaggregeerd (een heel ziekenhuis) tot detailniveau (een individuele patiënt). Het onderscheid naar niveaus van sturing komt in de volgende paragraaf aan de orde. Eerst worden de stuurinstrumenten nader verkend.

Organisaties zetten drie soorten instrumenten in om te kunnen sturen in de zin zoals eerder aangegeven: de operationele processen zodanig beïnvloeden dat het werkelijke resultaat overeenkomt met het beoogde doelresultaat. Die instrumenten zijn:

- sturen met bevoegdheden;
- sturen met bedrijfssystemen, zoals financiële systemen, informatiesystemen, logistieke systemen, HRM-systemen, kennissystemen;
- sturen met competenties.

In de onderstroom is nog de cultuur te onderscheiden, die in voortdurende interactie staat met deze drie variabelen.

Kader 2.

Sturen als cyclisch proces:

- doelgerichte beïnvloeding = voorwaartskoppeling (feed forward)
- toetsen op normen = meetsystemen
- meetresultaat gebruiken voor maatregelen om bij te sturen = terugkoppeling (feedback)
- het feedbackprincipe wordt met verschillende benamingen door allerlei disciplines gehanteerd:
 - > ingenieurs noemen het meet- en regeltechniek
 - > controllers noemen het planning & control
 - > gedragswetenschappers spreken over feedback geven op gedrag
 - > (organisatie)ontwikkelaars noemen het learning loops, met onderscheid naar single en double loop learning
 - > biologen noemen het organische systemen (ons lichaam zit vol met meet- en regeltechniek).

Sturing verloopt altijd cyclisch: het effect van iedere interventie wordt weer gemeten en kan de basis zijn voor een volgende interventie.

Gemeenschappelijk in de benadering zijn de cybernetische principes: het voortdurende proces van signaleren en ingrijpen op basis van een onderliggend stelsel van normen die in een bepaalde balans met elkaar moeten zijn. Deze normen zijn niet altijd expliciet en rationeel van aard. Ook emotionele en impliciete normen zijn drijfveren van gedrag dat gericht is op beïnvloeding. Juist in een ingewikkeld stelsel van actoren zoals zorginstellingen dat kennen, is van belang om zicht te hebben op deze drijfveren. In het bijzonder drijfveren en belangen van professionals moeten worden onderkend en meegenomen in de 'modellering', om niet het risico te lopen dat bij terugvertaling van model naar werkelijkheid essentiële aspecten over het hoofd zijn gezien. Met name als het 'management' met procesbeheersing van zorgprocessen aan de slag gaat, is achterdocht een begrijpelijke reactie van de zorgverlenende professionals die zich de natuurlijke proceseigenaren voelen, en bovendien formeel een belangrijke inhoudelijke verantwoordelijkheid dragen.

In de terminologie van Mintzberg wordt een ziekenhuis doorgaans een professionele bureaucratie genoemd, maar vanuit een andere modelbenadering kan ook worden gesteld dat een ziekenhuis een politieke arena is. Een bekend verschijnsel in politiek ingewikkelde krachtenvelden, gekenmerkt door actoren met verschillende belangen, is het risico van manipuleren van meetgegevens. Bekende voorbeelden zijn de discussies over de toelaatbare geluidshinder van Schiphol, waarbij in het debat het meetinstrument soms meer aandacht krijgt dan de normen zelf: 'er wordt op de verkeerde plek gemeten'. Of de punctualiteit bij de NS: gaat het om op tijd vertrekken, of om de vertraging bij aankomst? Een geaccepteerd meetinstrumentarium, met daarin vastgelegd wat, hoe vaak en op welke wijze gemeten wordt, is onderdeel van het geheel van sturing.

Samengevat zijn essentiële elementen van sturing:

- het bepalen van de doelgrootheid, het object van sturing. Hiermee wordt tevens bepaald welke variabelen wel en niet in de systeem- of modelbenadering worden meegenomen (afbeelding van de werkelijkheid);
- het bepalen van de normen: de grenzen waarbinnen de doelgrootheid zich

moet bewegen. Daarbuiten wordt een ‘regelgrens’ overschreden en moet worden ingegrepen;

- het bepalen van de stuurmaatregelen: welke interventies zijn er om het systeem te beïnvloeden, aan inputzijde en/of in het proces zelf;
- het regelen van de bevoegdheid tot sturing: wie mag ingrijpen;
- het kennen van de effecten van stuurmaatregelen op de doelvariabele.

In het voorbeeld van de Treeknormen (kader 1) zijn de eerste twee elementen benoemd: de doelgrootte (=wachtijd) en de normen- of regelgrenzen, in dit geval zijn maxima geformuleerd voor de verschillende soorten wachttijden. Aan de andere drie elementen is daarmee nog geen vorm gegeven. Aspecten die daarbij van belang zijn, komen hierna aan de orde.

2. Hiërarchie in sturing

Vanuit het sturingsvraagstuk in de context van zorgorganisaties zijn twee soorten van hiërarchie te onderscheiden:

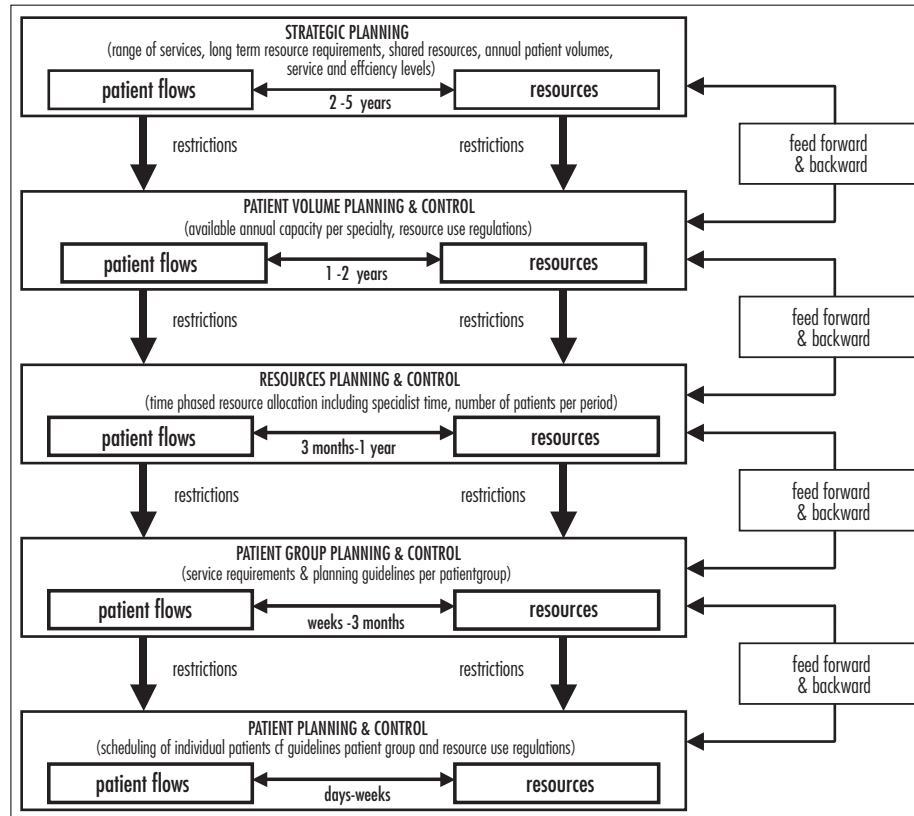
- de hiërarchie van bevoegdheden binnen de organisatie, de zogenaamde verticale structurering, zichtbaar in het aantal managementlagen in de organisatie en te beschrijven in een managementcharter. Het regelen van de bevoegdheid tot sturing is genoemd als een noodzakelijk element;
- de hiërarchie van sturingsniveaus; essentieel is hierbij het onderscheid naar de *time span of control*: de tijdhorizon waarop beslissingen betrekking hebben die op de te onderscheiden niveaus worden genomen. Deze hiërarchie is veel minder zichtbaar en in zorgorganisaties doorgaans nog weinig expliciet ontwikkeld.

Het vraagstuk van de verticale structurering komt hier niet verder aan de orde; daarvoor kan worden verwezen naar organisatiekundige literatuur. Voor het tweede vraagstuk, onderscheid naar sturingsniveaus, is vanuit een logistieke benadering een besturingsraamwerk ontwikkeld specifiek voor de zorg, dat hier kort zal worden toegelicht (De Vries, Bertrand en Vissers, 1999; Vissers, Bertrand en De Vries, 2001).

Het raamwerk is ontwikkeld om zorginstellingen te helpen bij het beoordelen van effecten van beslissingen. Het raamwerk bevat verschillende niveaus waarop afstemming van vraag en aanbod moet plaatsvinden om de logistiek als bedrijf goed op orde te hebben (Vissers en De Vries, 2005). Beslissingen op een lager niveau zorgen voor de dagelijkse afstemming. Beslissingen op een hoger niveau zorgen ervoor dat de condities worden geschapen om processen op operationeel niveau soepel te laten verlopen.

De beslissingsfuncties kunnen worden weergegeven zoals afgebeeld in figuur 4. De verbindingen tussen de niveaus zijn van wezenlijk belang; ze komen tot uiting in de voorwaarts- en terugkoppelingen tussen de verschillende niveaus. Het raamwerk geeft inzicht in waar de zwakke plekken zitten en waar methodische versterking nodig is. Vooral het middengebied is methodisch zwak ontwikkeld.

Figuur 3.
 Raamwerk voor productiebesturing in ziekenhuizen (Visser, Bertrand en De Vries, 2001)



Guus de Vries

Figuur 4.
 Besturingsraamwerk

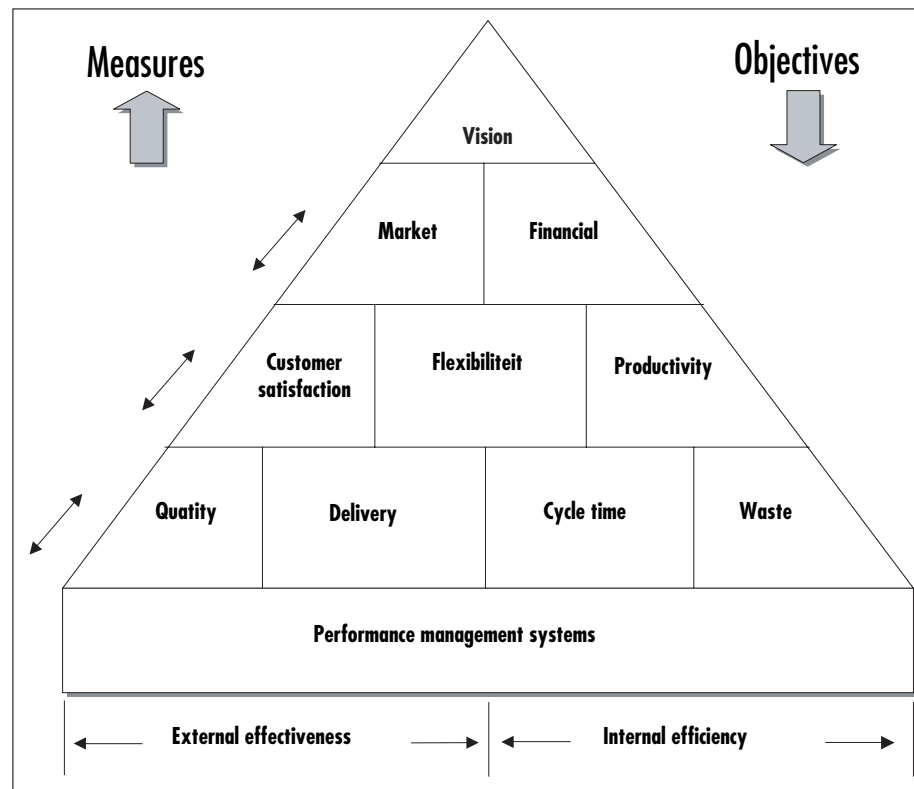
	besturingsniveau	beslissingsfuncties
5	strategische planning	markten en productgroepen langere termijn capaciteitsbehoefte (de) centrale capaciteiten besturingsfilosofie (servicelevels, benutting)
4	patiëntvolume planning & control	contracten capaciteit per specialisme
3	capaciteiten planning & control	toewijzen capaciteiten aan specialismen en patiëntengroepen regels voor capaciteitsinzet
2	patiëntengroep planning & control	criteria voor service patiëntengroep planningsregels patiëntengroep
1	patiënten planning & control	planning individuele patiënten op geleide van criteria patiëntengroep en regels capaciteitsinzet

Daar waar een industrieel bedrijf via een centraal bedrijfsbureau de vertaalslag maakt van orders naar een productieplanning, kent een ziekenhuis een veelheid aan planningsbureaus die delen van de planning van processen van klanten rege-

len, veelal onafhankelijk van elkaar. Bovendien is dit ook het terrein waarop ‘slag wordt geleverd’ om de schaarse capaciteiten.

Het besturingsraamwerk zegt op zich niets over waar de besturing zich op moet richten, wat de doelgrootheden en bijbehorende normen zijn. Wel geeft het twee duidelijke invalshoeken aan die ook beide object van sturing zijn: de procesinvalshoek (*patient flows*, vraagzijde) en de capaciteitsinvalshoek (*resources*, aanbodzijde). Deze twee resultaatgebieden zijn terug te vinden onder de noemers ‘externe effectiviteit’ en ‘interne doelmatigheid’ in de zogenaamde *Performance pyramid* (Lynch en Cross, 1992).

Figuur 5.
Performance pyramid
(Lynch en Cross, 1992)



Externe effectiviteit heeft betrekking op vraaggerelateerde variabelen als klanttevredenheid, kwaliteit, levertijd en leverbetrouwbaarheid. Interne doelmatigheid heeft betrekking op aanbodgerelateerde variabelen als productiviteit, (productie)cyclustijd en verspilling of leegloop. Sturing heeft betrekking op beide resultaatgebieden aan vraag- en aanbodzijde. Anders gezegd: vraag- én aanbodsturing, en niet (zoals op dit moment veel gepredikt): van aanbod- naar vraagsturing. De doelstelling op beide resultaatgebieden worden steeds specifiek, mede als gevolg van toenemende externe én interne eisen aan de kwaliteit van de logistieke dienstverlening (wacht- en doorlooptijden) en doelmatige benutting van dure capaciteiten (zoals personeel, operatiecomplex, intensive care, röntgenafdeling).

Doorlooptijd en capaciteitsbenutting zijn strijdig met elkaar; mathematisch is aantoonbaar dat bij een hoge capaciteitsbenutting de wachttijden exponentieel oplopen. Deze strijdigheid laat zich vertalen in een opgave voor het management die op alle niveaus van het besturingsraamwerk terugkomt: het bepalen van de *trade-off* tussen service voor de klant en doelmatigheid van het productieapparaat. Variabelen die hierop van invloed zijn, zijn enerzijds proceskenmerken, met name in termen van urgentie, uitstelbaarheid en planbaarheid, en anderzijds beleidskeuzes: waar wil je je op profileren? Voor bepaalde patiëntencategorieën kan worden gekozen voor een snelle doorstroming. Om dat te kunnen realiseren, moet voor het gehele traject tijdig capaciteit beschikbaar zijn. Dit vraagt een integrale logistieke benadering voor het gehele patiëntproces, in plaats van ad-hoc-planning en de kenmerkende ‘eenstapslogistiek’ waar steeds slechts één station vooruit wordt gepland. Vanuit de capaciteitsinvalshoek is direct de vraag aan de orde of deze patiëntcategorieën dan voorrang krijgen boven andere, daar waar het schaarse capaciteiten betreft die vanwege hun bottleneckkarakter direct invloed hebben op de doorlooptijd (zoals operatiekamers en MRI-capaciteit) van deze én andere patiëntcategorieën.

TWEE VOORBEEDEN TER ILLUSTRATIE

De problematiek van sturing en normstelling wordt geïllustreerd aan de hand van twee cases: de verpleegkundige werklust en het operatiecomplex.

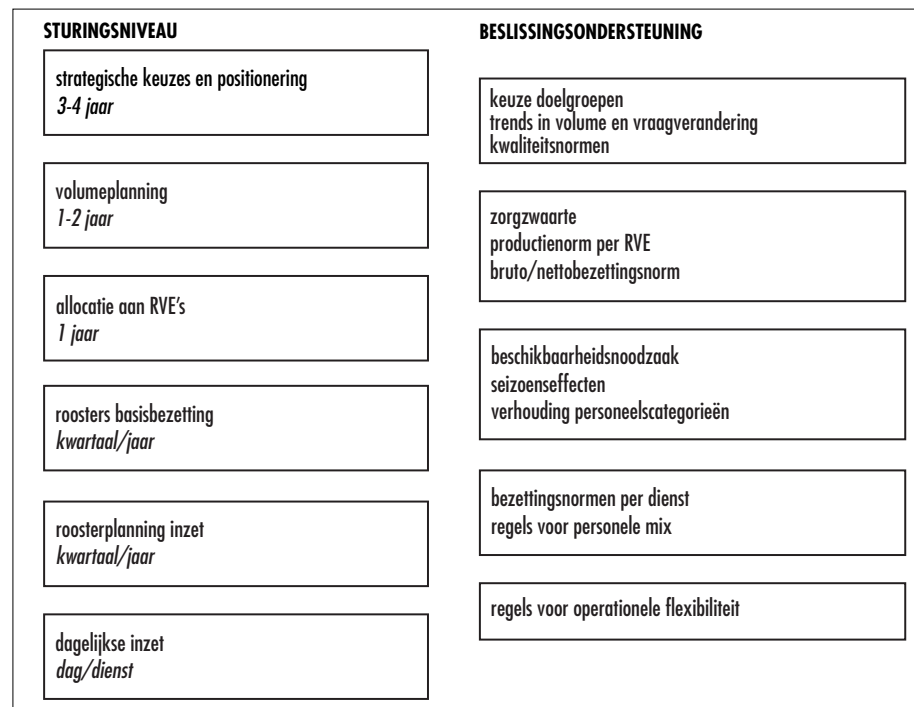
Voorbeeld 1: verpleegkundige werklust

Bij sturing van verpleegkundige werklust is vooral de normstelling een heikel punt: wat is de werkdruk die een verpleegkundige aankan en in hoeverre is die objectief meetbaar? De subjectieve beleving is hier een factor van belang die niet verwaarloosd mag worden. Tegelijk manifesteert zich ook hier de politieke arena: de ‘partij’ die aandringt op een systematiek van werklustmeting, wordt vaak gedreven door verwachtingen over de uitkomst. Als de verpleging het zelf vraagt, hoopt zij aan te tonen dat er een structureel te hoge werkdruk of een tekort aan verpleegkundigen is. Als het initiatief vanuit de directie komt, is het vaak andersom: men verwacht met een instrument te kunnen aantonen dat het efficiënter – met minder personeel – kan. Als dan een werklustonderzoek wordt gehouden waarbij aandacht wordt besteed aan zowel de objectief classificeerbare werklust als aan de subjectieve beleving van werkdruk, sturen de uitkomsten vaak weer de toon van de discussie en de opvattingen. Metingen die duiden op een te hoge werklust of werkdruk, worden door de directie nogal eens opzijgeschoven als ‘te subjectief’ (dus manipuleerbaar). Dit illustreert de eerdere opmerkingen over het belang van een vooraf geaccepteerd meetinstrument. Voor de verpleegkundige werklust en werkdruk betekent dit overigens dat bij de normstelling wel degelijk rekening wordt gehouden met de belevingscomponent: het systeem wordt geïkt door een vergelijking van de objectieve gegevens met de opvattingen van de verpleging zelf over de beleefde werkdruk en de geleverde kwaliteit. Het resultaat is bijvoorbeeld dat een werkdruk van 80-120 procent als werkbaar wordt gezien. Er zit een zekere controle in door interne (vergelijking

van verpleegafdelingen binnen een ziekenhuis) en externe benchmarking (vergelijking tussen ziekenhuizen). Als verpleegafdelingen uit de toon vallen met hun acceptabele-werkdrukrange, zijn er vaak andere factoren die de beleving beïnvloeden dan de verpleegkundige zorg aan opgenomen patiënten sec. De metingen zijn dan ook een signalering van andere verschijnselen (zie eerdere opmerkingen over het model als reductie van de werkelijkheid, en over het 'lerend' omgaan met feedback). Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat de werkdrukbeleving van verpleegkundigen mede wordt bepaald door de mate waarin zij zelf invloed hebben op hun 'omgeving' zoals de operatieafdeling, de röntgenafdeling en visitelopende artsen (De Vries, 1984; Bodt, 1995).

De doelgrootheid 'verpleegkundige werkdruk' laat zich meten op operationeel niveau; in termen van tijdhorizon betreft het een (dag/avond/nacht)dienst. Als het gaat om het vraagstuk van personeelsplanning volstaat sturing op dit niveau niet, maar is er sprake van samenhangende sturingsniveaus. Het raamwerk voor productiebesturing laat zich vertalen in een sturingsraamwerk voor personeelsplanning (zie figuur 6).

Figuur 6.
Sturingsraamwerk personeelsplanning



Voorwaarden om tot effectieve sturing bij personeelsplanning te komen, zijn dan:

- het onderscheiden van de beslissingen op de verschillende sturingsniveaus;
- het ontwikkelen van normen en meetgegevens voor de beslissingsondersteuning;
- het verbinden van de sturingsniveaus via voorwaarts- en terugkoppeling.

Het vaststellen van de personele formatie, de grootste kostenpost in zorginstellingen, is een van de meest wezenlijke beslissingen in het begrotingsproces. Vaak

wordt een extern opgelegde productiviteitskorting 1:1 doorvertaald naar een taakstelling voor formatiereductie op afdelingsniveau. De beslissingsondersteuning moet echter niet alleen van boven af, maar ook van onderop komen: wat waren en zijn de patronen van werklust en personeelsbezetting aan de basis, de fluctuaties daarin op de verschillende tijdhorizonnen (dag, week, seizoen), de relaties met de normstelling, et cetera. Op die manier kan meer nuancering in normering en processturing tot op afdelingsniveau worden aangebracht. Dit soort informatieverzameling en daarop gebaseerde beslissingsonderbouw worden vaak wel expliciet gehanteerd als er een concrete aanleiding is, zoals nieuwbouw van een ziekenhuis, waarbij in een andere setting en op een andere schaalgrootte wordt gewerkt, maar nog te weinig als onderdeel van de reguliere bedrijfsvoering.

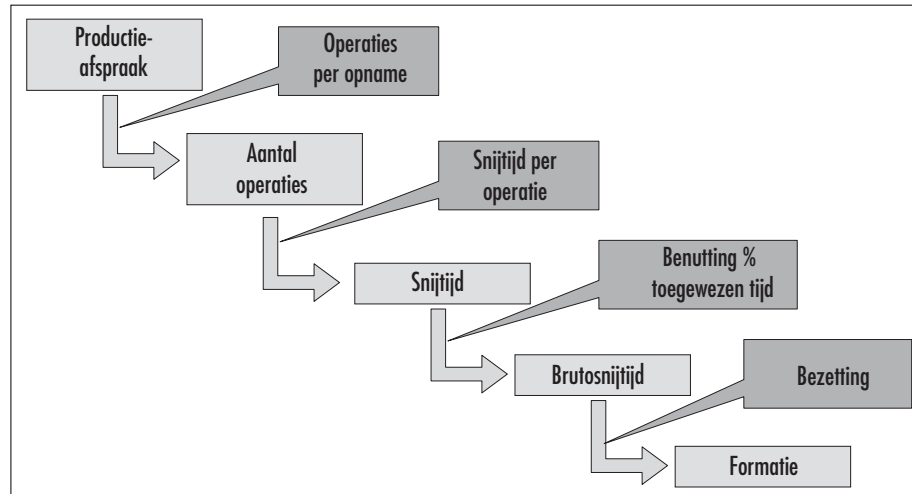
Voorbeeld 2: Operatiecomplex

Het tweede voorbeeld betreft de logistieke sturing van het operatiecomplex. Het operatiecomplex bestaat uit een aantal operatiekamers en is een 'gedeelde' capaciteit: operatiekamertijd wordt gealloceerd aan specialisten en binnen de toegewezen tijd worden operaties gepland. De benutting van de toegewezen tijd is hier een belangrijke doelvariabele, waarbij een expliciete norm wordt gehanteerd, bijvoorbeeld 85 procent. De discussie over objectieve versus subjectieve normstelling speelt hier niet: via tijdregistratie kan op objectieve of rationele wijze de score op de norm worden vastgesteld. Juist hier kan het belang van het onderscheid naar én het koppelen van sturingsniveaus worden geïllustreerd. Het gemeten resultaat, in termen van benutting van toegewezen tijd, is niet alleen van belang voor operationele sturing en eventuele bijstelling in het dagprogramma, maar moet ook worden doorgekoppeld naar het hogere niveau waar beslissingen worden genomen over toewijzing van operatiecapaciteit aan specialisten en het opstellen van sessieroosters. Een structurele over- of onderbenutting is een signaal voor herverdeling van capaciteit (aanbodzijde) of om te sturen op een andere mix van patiëntgroepen (vraagzijde). In de praktijk is deze koppeling niet vanzelfsprekend aanwezig en wordt nog vaak onvoldoende 'doorgerekend' door de niveaus heen. Bijvoorbeeld op strategisch niveau wordt een beslissing genomen over uitbreiding van een maatschap orthopedie met een orthopedisch chirurg, zonder dat alle consequenties in beeld worden gebracht voor de onderliggende sturingsniveaus. Het laat zich raden dat zich daar vervolgens allerlei fricties manifesteren. Hetzelfde geldt als productieafspraken met verzekeraars niet worden doorvertaald naar de lagere sturingsniveaus.

In analogie met het voorbeeld van personeelsplanning geldt ook hier dat een onderbouw van de benodigde personele formatie de resultante is van het doorlopen van de sturingsniveaus vanaf het niveau waarop productieafspraken worden gemaakt.

Een aantal parameters, zoals aantallen operaties per opname per specialisme en gemiddelde of spreiding van snijtijd per operatie worden bekend verondersteld. Hoewel het ogenschijnlijk om redelijk basale productieparameters gaat, blijken ziekenhuizen nogal te variëren in de mate waarin deze informatie beschikbaar is

Figuur 7.
Van OK-productie naar
sessieformatie



in een bruikbaar format én ook daadwerkelijk wordt benut. Het percentage van 85 procent werd genoemd als een norm voor de OK-bezettingsgraad die vrij algemeen wordt gehanteerd. Als rekening wordt gehouden met proceskenmerken, in het bijzonder met betrekking tot planbaarheid en voorspelbaarheid van de operatieduur, kan hier een nuancering en differentiatie worden toegepast. Voor operaties die een hoge mate van standaardisatie en een lage mate van variatie in de operatieduur kennen, kan de norm hoger worden gezet, bijvoorbeeld op 95 procent. Ook hier geldt dat de informatie over de feitelijke realisatie vanaf het operationele niveau weer moet worden teruggekoppeld naar de hogere sturingsniveaus, zodat de beslissingsondersteunende informatie steeds meer verrijkt wordt met praktijkgegevens over proceskenmerken.

3. Managementimplicaties

Het toepassen van de meet- en regelprincipes vraagt een bepaalde kijk op de eigen organisatie. Dat vraagt van managers om anders te kijken naar hun eigen werkelijkheid: een kijk vanuit een systeembenadering waarbij proceskenmerken, doelgrootheden, beslissingsondersteunende informatie en onderscheid naar sturingsniveaus expliciet worden gehanteerd. Het grootste risico van anders kijken is een gezichtsveldreductie: de manager kijkt nog slechts naar de meters op zijn dashboard en beschouwt dat als de echte werkelijkheid. Alle dashboardsystemen dragen het risico in zich van een vervreemding van de werkelijkheid. Het gaat om de goede balans tussen feeling houden met wat er werkelijk speelt en aan de goede knoppen draaien om diezelfde werkelijkheid te beïnvloeden. In de zorgsector bestaat de neiging om processen als onvoorspelbaar en lastig planbaar te beschouwen; iedere cliënt of patiënt is immers uniek. Dat laatste staat geenszins ter discussie, maar dat betekent niet dat ieder zorgproces dat een patiënt of cliënt doorloopt, als een uniek proces moet worden beschouwd. Van de zorgverleners wordt een attitude verwacht om iedere klant zo persoonlijk mogelijk te benade-

ren en recht te doen aan de individuele vraag. Van managers wordt verwacht dat zij hun bedrijfsprocessen *in control* hebben; zij zullen juist gericht zijn op standaardisatie en beheersbaarheid. Dit potentiële spanningsveld vraagt een gezamenlijke zoektocht van de verschillende actoren en gezamenlijke binding op de kernwaarden van het zorgbedrijf. Die kernwaarden zijn enerzijds zacht als het gaat om visie en klantwaarden, anderzijds hard als het gaat om de bedrijfsvoering. Dit artikel is geen pleidooi om het gezichtsveld te vernauwen tot de harde en meetbare aspecten van bedrijfsvoering. Juist waar het zich onderscheiden in de markt een steeds belangrijkere opgave wordt, tegen de achtergrond van opkomende marktwerking in de gezondheidszorg (zie bijvoorbeeld Damhuis et al., 2005), gaat het om zowel de harde als de zachte, meer belevingsgerichte aspecten. Ook klantwaarden als respect, vertrouwen en deskundigheid moeten idealiter *in control* zijn, en vragen dus om toetsing, feedback en (bij)sturing.

Eenzijds ligt er een opdracht om de managementondersteunende beslissingsinformatie te verbeteren, anderzijds de opdracht om meetresultaten te durven hanteren en daar consequenties aan te verbinden. In praktijk blijkt het laatste soms lastiger dan het eerste, zeker als consequenties het karakter hebben van impopulaire maatregelen. In de context van de genoemde voorbeelden: het is niet moeilijk om de werklust te meten, maar het verbinden van consequenties daaraan in termen van herallocatie van formatie tussen afdelingen kan worden beleefd als een beloning voor goed of een sanctie voor slecht gedrag. Hetzelfde geldt voor herallocatie van operatietijd aan specialismen. Dit spel leren spelen is een belangrijke managementcompetentie. Het argument van 'moeilijk meetbaar' is zelden terecht en kan wijzen op een onderliggend gevoel dat hiermee te maken heeft. Het meetbaar maken kan bijdragen aan ontmythologisering van het beeld van 'moeilijke en onvoorspelbare' processen. Het verbinden van consequenties aan meetresultaten kan bijdragen aan transparantie van besluitvormingsprocessen, gericht op verbetering van zowel de harde als de zachte waarden in de bedrijfsvoering.

Literatuur

- Bodt, J.H.I. – *De werkorganisatie van verpleegafdelingen. Een onderzoek naar de relatie tussen afdelingsomgeving en afdelingsstructuur.* – Proefschrift TU Eindhoven, 1995
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) – *Het resultaat telt 2005. Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg.* – 2006
- Leeuw, A.C.J. de – *Systeemleer en Organiseerkunde.* – Leiden : Stenfert Kroese bv, 1974
- Lynch, R.L., en K.F. Cross – *Measure up! Yardsticks for Continuous Improvement.* – Oxford : Blackwell Publishers, 1992

- Roupe van der Voort, M.B.V., H.J.J.M. Berden, en G.G. van Merode – De mythe van de beheersbaarheid. Planningsdrift zit vermogen om snel te reageren danig in de weg. – In: *Medisch Contact* 61 (2006) 37 p. 1444-6
- Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. – *Advies inzake wachttijdnormen in de kankerzorg*. – KWF Kankerbestrijding, 2006
- Vissers, J.M.H., en G. de Vries. – *Sleutelen aan zorgprocessen ; Een visie op zorglogistieke bedrijfsvoering*. – Oratie Erasmus Universiteit Rotterdam. – 2005
- Vissers, J.M.H., J.W.M. Bertrand, en G. de Vries – A framework for production control in health care organisations. – In: *Production Planning and Control* 12 (2001) 6, p. 591-604
- Vries, G. de, J.W.M. Bertrand, en J.M.H. Vissers – Design requirements for health care production control systems. – In: *Production Planning and Control* 6 (1999) 10, p. 559-569
- Vries, G. de. – *Evenwicht in zorgvraag en zorgaanbod ; besturing van de afstemming op verpleegafdelingen*. – Academisch proefschrift, TU Eindhoven. – 1984
www.kiesbeter.nl (vermeldt onder meer prestatie-indicatoren waarop zorginstellingen kunnen worden vergeleken).