

Arbeidsproductiviteit en Innovatieve kracht in de Zorg  
Bundeling van adviezen ter verhoging van de arbeidsproductiviteit en innovatieve kracht in de  
zorg van diverse organisaties actief in het veld

Adviezen uitgebracht op verzoek van:  
De Minister van Economische Zaken  
De Minister van Volksgezondheid, Welzijn & Sport

Adviezen gevraagd door:  
Interdepartementale Commissie Marktordening  
Werkgroep Arbeidsproductiviteit en Innovatieve kracht in de Zorg  
Voorzitter: de heer prof. dr. H.A. Keuzenkamp

Den Haag, 12 juni 2007

## INLEIDING

Tijdens het uitvoeren van onderzoeks- en implementatieprojecten in zorginstellingen zien organisatie- en adviesbureaus veel van de wijze waarop instellingen zijn georganiseerd en worden geleid, van de wijze waarop zorg aan patiënten en cliënten wordt verleend en van de wijze waarop medewerkers worden ondersteund in de uitvoering van hun taken. Zij komen in organisaties die goed draaien en waar medewerkers en cliënten c.q. familie tevreden zijn. Maar ze komen ook in organisaties waarin die zorg suboptimaal is georganiseerd en waar een aantal zaken aan de hand is die een efficiënte zorgverlening in de weg staan. Soms heeft dit te maken met externe factoren op bijvoorbeeld het terrein van wet- en regelgeving, soms heeft het te maken met interne factoren als (financiële) bedrijfsvoering, logistieke planning of de gebouwde omgeving die grenzen stellen aan de efficiëntie.

Belemmeringen in efficiënte zorgverlening zijn geen vaststaand gegeven. Bij een goede bedrijfsvoering en zorgverlening moet er een constante prikkel aanwezig zijn tot verbetering van prestaties en het doorvoeren van innovaties. Veel instellingen zijn dan ook actief en creatief in het bedenken van oplossingen en in een aantal gevallen zijn organisatie- en adviesbureaus hen daarbij van dienst (geweest).

De ministers van Economische Zaken en Volksgezondheid, Welzijn & Sport hebben deze bureaus uitgenodigd een korte beschrijving te geven van realistische oplossingen voor de (ervaren) knelpunten, dit in het kader van het onderzoek van de commissie "Keuzenkamp". Deze commissie heeft de taak om te onderzoeken op welke wijze VWS, zorgaanbieders en andere betrokken partijen een constructieve bijdrage kunnen leveren aan de verhoging van de arbeidsproductiviteit en innovatieve kracht in de zorg. De commissie is door het kabinet ingesteld omdat de stijgende zorgvraag gecombineerd met de gelijkblijvende omvang van de beroepsbevolking er toe zou kunnen leiden dat in 2025 ruim 22% van de beroepsbevolking in de zorg werkzaam dient te zien om aan de zorgbehoefte te kunnen voldoen. De commissie zal voor de zomer haar bevindingen aan het kabinet presenteren. In aanloop naar haar advies vraagt de commissie op verschillende manieren aandacht voor productiviteit in de zorg.

De commissie is van mening dat de inventarisaties dermate interessant zijn dat zij de bijdragen graag al voor het aanbieden van haar rapport onder uw aandacht wil brengen. Ieder bureau heeft vanuit zijn eigen specialisme geadviseerd, de één heeft zijn ideeën meer uitgewerkt dan de ander, de één zet in op conventionele ideeën, de ander op nieuwe technieken, etc. Al met al zijn alle bijdragen de moeite van het lezen meer dan waard. Om de bundel enigszins leesbaar te houden zijn de bijdragen ingekort tot de kernpunten.

### Achtergrond overzicht

Een werkgroep van de Interdepartementale Commissie Marktordering (ICM) onder voorzitterschap van prof. dr. H.A. Keuzenkamp buigt zich op verzoek van de ministeries van EZ en van VWS over de kansen voor meer arbeidsproductiviteit en betere innovatie in de zorg. De werkgroep moet onderzoeken hoe VWS, zorgaanbieders, instellingen en andere betrokken partijen op constructieve wijze aan kunnen bijdragen aan meer productiviteit en meer innovatief vermogen in de zorg.

De vraag naar zorg stijgt in de toekomst naar verwachting sterk. De groeiende vergrijzing en de ontwikkeling van de medische technologie leggen een steeds grotere druk op de beschikbare voorzieningen. De zorg legt een steeds groter beslag op de arbeidsmarkt. Nu al werken ruim één miljoen mensen in de zorg- en welzijnssector. Dat is 13 procent van de werkzame beroepsbevolking in Nederland. Doen we beleidsmatig niks dan zou, uitgaande van cijfers over de groei van het zorgvolume en de ontwikkeling van de potentiële beroepsbevolking, in 2025 zal 22 % van de beroepsbevolking in zorg en welzijn moeten

werken. Een dergelijk scenario heeft allerlei ongewenste gevolgen voor de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg. Andere sectoren kunnen met tekorten op de arbeidsmarkt te maken krijgen. De schaarste op de arbeidsmarkt leidt tot hogere lonen en die brengen de houdbaarheid van de zorg in het geding.

Het (kabinet) en het ministerie van VWS willen het niet zover laten komen. Daarom moet het “klassieke” beleid van onder meer het tegengaan van ziekteverzuim en behoud van werknemers dient met kracht worden voortgezet. De zorgvraag kan getemperd worden door meer aandacht voor preventie en zelfredzaamheid. Maar dat is nog steeds niet voldoende. Ook productiewinst is nodig. Dat kan door met “slimmer werken” het zorgaanbod efficiënter te organiseren in de zorg- en welzijnssector. Uiteraard mag dit niet leiden tot minder kwaliteit en een hogere werkdruk.

De ICM-werkgroep heeft als onderdeel van haar taakopdracht 18 adviesbureaus gevraagd de mogelijkheden voor grotere arbeidsproductiviteit en meer innovatie op een rij te zetten. De werkgroep vindt de adviezen van de bureaus zo creatief dat deze breder bekend moeten worden. Daarom heeft VWS de verschillende adviezen gebundeld in een handzaam overzicht dat u hierbij aantreft. De betreffende bureaus kunnen zich hierin vinden. Ieder bureau heeft vanuit zijn specialisme geadviseerd, het ene idee is meer uitgewerkt dan het andere, de ene keer gaat het om wat meer conventionele ideeën, de andere keer wordt gewag gemaakt van nieuwe(re) technieken. De samenvattingen zijn daardoor verschillend van aard; het overzicht laat deze verschillen intact.

## **Samenvatting**

Een overzicht samenvatten is natuurlijk een hachelijke zaak: je maakt een samenvatting van een samenvatting. Toch wordt een poging gewaagd enkele interessante en opvallende ideeën, observaties en concrete adviezen op een rij te zetten. Aan de ene kant geeft dit de lezer een idee van de inhoud, aan de andere kant is het een stimulans het rapport zelf te gaan lezen. De diverse ideeën zijn in een aantal thema's bij elkaar gebracht. Voorop staat wat burgers zelf kunnen doen, vervolgens komen de medewerkers en de leiding van instellingen aan bod en tot slot onderzoek en nieuwe technologie.

Van de 107 paragrafen in deze bundel gaan er:

- 12 over modernisering opleidingen en beroepsuitoefening
- 11 over het gebruik van technologie
- 8 over logistiek
- 8 over management
- 7 over zelfhulp, mantelzorg en sociale dienstverlening
- 5 over benchmarken
- 4 over winst en ondernemerschap
- 3 over competentie management

### 1. Activering klanten en mantelzorgers/Zelfzorg

Het rapport stelt vaak dat de zorgvrager (cliënt, zorggebruiker) veel taken van de zorgverlener kan vervullen. Dit vermindert de druk op de zorgprofessionals.

- Klanten kunnen naast klant ook medewerker kunnen zijn. Klant 1 kan voor klant 2 ook als medewerker worden ingezet. (BMC, 1.3, 7).
- Het voorbeeld van het thuisbankieren geeft aan dat veel patiënten in staat zijn om met ondersteuning van nieuwe technieken taken van de zorgverlener over te nemen.

Door nieuwe technologieën kunnen handelingen die voorheen door professionals moesten worden uitgevoerd nu door de meeste klanten zelf thuis worden gedaan. (Tranzo, 16.1) Het overdragen van productieactiviteiten van producent naar consument wordt ook wel prosumerism genoemd. Bepaalde therapeutische en diagnostische taken kunnen door de zorgvrager zelf worden vervuld. (Tranzo, 16.1)

- De groeiende groep van gezonde gepensioneerden met een goede pensioenvoorziening is een grote bron van mantelzorgers (NIZW, 10.5)
- Veel meer cliënten binnen instellingen eigen verantwoordelijkheid geven. Uit onderzoek blijkt dat in de intramurale zorg eerder teveel lichamelijke zorg wordt geleverd dan te weinig. Sociale ondersteuning aan medebewoners is motiverend en zingevend. Dit gebeurt nu nog zelden. (BMC, 1.3)

Doelgroepen kunnen ook slim van elkaar gebruik maken. Bijvoorbeeld door het integreren van ouderenhuisvesting en huisvesting voor gehandicapten aan de ene kant en huisvesting van studenten aan de andere kant. De studenten krijgen zo een rol in de niet-planbare zorg. Een ander voorbeeld is het integreren van kinderenopvang en ouderenzorg. De ouderen passen dan op de kinderen. (HHM, 5.6)

## 2. Vernieuwen opleidingen, beroepen

Een aantal bureaus bepleit het afleren van verouderde werkmethoden.

- “Professionals worden jaren getraind en eigenen zich gedrag aan. Dat is lang niet altijd *evidence based*, zeker niet het meest efficiënt.” (Prismant, 12.5)
- “Verpleegkundigen en verzorgenden verrichten voor een deel handelingen waarvan wetenschappelijk is aangetoond dat ze niet bijdragen aan een gewenste uitkomst. De productiviteit is te verhogen door deze handelingen achterwege te laten.” (LEVV, 9.1)

## 3. Bestuur

Veel opmerkingen gaan over bestuurders en hun kwaliteiten. Een staalkaart.

- “De geleidelijke introductie van een systeem van gereguleerde marktordering in de zorg vraagt om managers met andere competenties.” (NIZW, 10.6)
- “Je kan je afvragen of de zorgbestuurders wel voldoende creatief zijn om de arbeidsproductiviteit te verhogen. De meesten zijn niet geselecteerd om dit te voltrekken. Investeren in en ondersteunen van bestuurders die de arbeidsproductiviteits-verhogende kar moeten trekken is essentieel.” (Prismant, 12.9)
- “De zorg staat voor de opgave om te komen van taaksturing naar resultaatsturing. Veelal blijkt dat het middenmanagement onvoldoende in staat is de gewenste veranderingen te managen. Reden daarvoor is dat daar jaren niet in geïnvesteerd is, zodat essentiële managementvaardigheden bij veel managers (inclusief directies en raden van bestuur) onvoldoende ontwikkeld zijn. Dit is mede te wijten aan ons zorgsysteem waarin tot voor kort geen beroep op management-vaardigheden als besluitvaardigheid, strategisch inzicht, innovatie gedaan werd. De nadruk lag op beheren en beheersen en niet op ontwikkelen.” (TNO Arbeid, 15.1)

## 4. Ondernemerschap en management

Ondernemerschap en management krijgen veel aandacht. Ook hier komt de rol van de zorgbestuurders weer aan bod. Zij zijn vaak nog “het product” van het beheersbeleid van de afgelopen jaren. De vraag is of deze bestuurders in staat zijn om zich de competenties eigen te maken die horen bij het zorgbeleid anno 2005.

Instellingen die in financiële problemen zijn gekomen door mismanagement moeten niet meer de hand boven het hoofd gehouden worden. Ontmantelen en reorganiseren! Een bewindvoerder kan delen overdoen naar andere, wel goed presterende organisaties. (Regioplan/Griffioen, 13.1)

## 5. Gebruik van nieuwe technologieën

Veel paragrafen gaan over het gebruiken van nieuwe technologieën in de zorg. Een specifiek onderdeel daarbij is het verbeteren van de logistiek binnen en buiten instellingen. Dhr. Bakker wijst daar voor de ziekenhuissector al uitgebreid op in zijn rol als gezant van het programma Sneller Beter. De bureaus onderschrijven dit en dragen hebben diverse concrete oplossingen aan. Niet alleen voor de curatieve zorg maar ook voor de care-sector. Zorgbestuurders zijn nu aan zet om deze oplossingen te (laten) toepassen in hun organisaties.

Er moet een nieuwe versie komen van het rapport-Bakker die rekening houdt met de effecten van de wet- en regelgeving die nu in het parlement behandeld wordt. (TNO, 15.7)

Enige voorbeelden van praktische adviezen met betrekking tot nieuwe technologie.

- Men kan de tijd die verloren gaat aan de tijd- en handelingenregistratie in AWBZ-instellingen aanzienlijk bekorten door de slimme toepassing van nieuwe elektronische snufjes, zoals daar zijn “handhelds” en “palmtops”. (KPMG, 8.5)
- Via een gepersonaliseerd zorgloket, kunnen chronische patiënten zelf online receptverlenging aanvragen. (KPMG, 8.4)
- Via RFID (Radio Frequency Identification) weet men via een aangebracht chipje precies waar zich iets bevindt. Kan op veel manieren toegepast worden, bijvoorbeeld in de farmacieketen. (KPMG, 8.5)
- Tot slot is daar de robotica. Ontwikkeling en inzet in de zorg van robotica (toepassing in huishoudelijk werk). (NIZW, 10.1)

## 6. Prestaties vergelijken (benchmark-onderzoeken)

Veel van de bureaus zijn zelf betrokken (geweest) bij prestatievergelijkende onderzoeken (benchmark) in de zorgsector. De meeste vinden de uiteindelijke resultaten teleurstellend.

“Veeleer beperken de benchmarktrajecten zich tot het verzamelen van grote hoeveelheden cijfertjes. Dit betekent niet dat er automatisch bruikbare informatie wordt gegenereerd met deze benchmarks.” (Ecorys-NEI, 4.1)

Er moet prestatie meting op individueel niveau komen. “Wanneer prestatie meting op individueel niveau mogelijk is dan leent benchmarking zich uitstekend voor verhoging van de productiviteit van hulpverleners. Verschillen worden inzichtelijk; oorzaken van verschillen kunnen worden geanalyseerd; er ontstaan aangrijpingspunten om het functioneren van de individuele hulpverlener te verbeteren; er ontstaat inzicht welke organisatorische verbeteringen kunnen worden aangebracht.” (HHM, 5.2)

### **Tot slot**

Dit samenvattend overzicht is niet meer dan een (subjectieve) greep uit de rijk gevulde mand met ideeën die de bureaus hebben aangedragen. Het is beter dat u als lezer zelf uw eigen selectie maakt. Maak daarbij gebruik van de uitgebreide “index” en “inhoud”. Het ene advies sluit aan bij de werkgever, het andere gaat over wet- en regelgeving, systeemwerking, enzovoorts. Voor elk wat wils, in de positieve zin. Doe er uw voordeel mee!

## INDEX

- academische ziekenhuizen, 7
- administratieve last, 3, 17
- autonomie, 1
- AWBZ, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 27, 33
- benchmark, 5, 13
- benchmarking, 8, 7, 10, 11
- beroepen en opleidingen, 35
- best practices, 2, 28
- BPR, 2, 16
- bureaucratie, 6, 28
- Care, 4, 5
- chronische patiënten, 4, 16
- competenties, 7, 18, 19, 30, 35, 37, 38
- cultuur, 5, 29, 36
- DBC's, 3, 8, 11
- domotica, 3, 17, 18, 19
- eerste lijn, 4, 15
- efficiencywinst, 2, 27, 33
- focused factory, 5
- gehandicaptenzorg, 2, 11, 20, 30
- herstelketens, 34
- huisarts, 2, 3, 27
- huisartsen, 4, 5, 12, 26
- ICT, 3, 5, 6, 12, 15, 17, 18, 19, 20, 23, 27, 36, 38
- informatie, 8, 7, 9, 15, 17, 21, 22, 25, 36
- innovaties, 9, 10, 22, 39
- innovatieve kracht, 6, 34, 36
- ketenzorg, 2, 4
- maatschappelijke participatie, 2
- management, 1, 22, 24, 33, 37
- marktwerking, 9, 24, 33
- ouderen, 2, 12, 25, 26, 27, 31
- ouderenzorg, 2, 12, 13, 24, 25, 26
- overheid, 7, 8, 9, 15, 33
- planning, 1, 6, 8, 15, 16, 20, 22
- prestatie, 11, 17
- prestatiebeloning, 6, 11
- prestatiegerichte bekostiging, 1
- prestaties, 1, 11, 30
- preventie, 4, 24
- prikkel, 8, 23
- primaire proces, 3
- privatisering, 8
- proces, 7, 9, 16, 17, 34, 36
- processen, 2, 5, 16, 21, 22, 36
- professional, 2, 18
- professionals, 1, 4, 19, 22, 23, 26, 29, 31, 33
- prosumerism, 33
- protocollen, 1, 5
- publieke sector, 1
- rapport, 20, 28, 31, 32
- RFID, 6, 16
- schaal, 3, 9, 26, 39
- schaalvergroting, 7
- Sneller Beter, 8, 4, 28, 29, 30, 31
- specialist, 4, 10
- specialisten, 4, 5, 16, 22, 27
- sturing, 1, 35
- thuiszorg, 12, 17, 19, 20, 24, 25, 26
- tijdsbesteding, 1
- verantwoordelijkheid, 2, 23, 27
- vergrijzing, 2
- verpleeghuis, 10, 26
- verpleegkundige, 2, 4, 10, 21
- verpleegkundigen, 4, 17, 19, 33, 37
- verzuim, 1, 21, 25
- voorbeelden, 3, 9, 17, 23, 24
- wachtlijst, 2, 22
- werkdruk, 6, 21
- wet- en regelgeving, 3, 25
- winst, 9, 17, 21, 22, 28, 33
- WMO, 2
- zelfzorg, 4, 5
- ziekenhuis, 4, 7, 10, 12, 15, 16, 22, 23, 27, 36
- ziekteverzuim, 4, 6, 20, 37, 38
- zorgaanbieder, 2
- zorgaanbod, 3, 4, 5, 32
- zorgverzekeraars, 5, 33
- zorgvraag, 4, 17, 25, 26, 31, 32

# INHOUD

1	BMC.....	1
1.1	Sturing en leiderschap.....	1
1.2	Bedrijfsvoering.....	1
1.3	Sociale positie van (potentiële) zorgvragers.....	2
1.4	Logistiek.....	2
1.5	ICT.....	3
1.6	Schaalgrootte en netwerkvorming.....	3
1.7	Financiering, wet- en regelgeving.....	3
2	BMG.....	4
2.1	Stevige regie van VWS.....	4
2.2	Overige aanbevelingen.....	4
3	CAPGEMINI.....	5
3.1	Het begrip arbeidsproductiviteit.....	5
3.2	Optimaliseren van de uitvoering.....	5
3.3	Optimaliseren van de vraag.....	5
3.4	Optimaliseren van het aanbod.....	5
3.5	Verbeteren van de individuele motivatie van medewerkers.....	6
3.6	Aanpassen van de bedrijfscultuur van zorgorganisaties.....	6
4	ECORYS-NEI.....	7
4.1	Benchmarking.....	7
4.2	Capaciteitsplanning ziekenhuizen.....	7
4.3	Financieringssystematiek.....	8
4.4	Eigendomsrechten.....	8
4.5	Marktwerking.....	9
4.6	Deregulering.....	9
4.7	Innovaties.....	9
4.8	Substitutie behandelvormen en taken.....	10
5	HOEKSMa, HOMANS & MENTING.....	11
5.1	Invoering prestatiemeting individuele hulpverleners.....	11
5.2	Benchmarking van individuele hulpverleners.....	11
5.3	Invoering van prestatiebeloning van individuele hulpverleners.....	11
5.4	Optimaliseren van direct cliëntgebonden tijd van hulpverleners.....	12
5.5	Zelfhulp.....	12
5.6	Slim integreren van doelgroepen.....	12
5.7	Sociale dienstverlening.....	12
5.8	Gebruik van technologie.....	12
6	IVA.....	13
6.1	Benchmark doelmatigheid en kwaliteit.....	13
6.2	Zorgarrangementen.....	13
7	KITZ.....	14
8	KPMG.....	15
8.1	E-planning.....	15
8.2	Betrouwbare zorginformatie.....	15
8.3	Logistieke simulatiemodellen voor afdelingen in het ziekenhuis.....	16
8.4	Mijn.zorgloket.nl.....	16
8.5	RFID in de Zorg.....	16
9	LEVV.....	17
9.1	Efficiënte en effectieve zorgverlening.....	17
9.2	Preventie.....	17
9.3	De inzet van deskundigheid beter afstemmen op de zorgvraag.....	17
9.4	Toepassing van ICT.....	17
10	NIZW.....	18
10.1	Algemene aanbevelingen.....	18
10.2	Beroepenstructuur, competenties en competentie management.....	18
10.3	Verhogen van de arbeidsproductiviteit door technologie.....	19
10.4	Werken met richtlijnen in thuiszorg en kraamzorg.....	19

10.5	Mantelzorg en inzet van vrijwilligers in de zorg .....	19
10.6	Zelfstandig ondernemerschap en nieuwe professionals in de zorg .....	19
11	PRICEWATERHOUSECOOPERS.....	20
11.1	Verschillen in productiviteit en verklaringen daarvoor.....	20
11.2	Rethinking the European ICT agenda.....	20
12	PRISMANT .....	21
12.1	Inzet van personeel .....	21
12.2	De logistieke organisatie van het zorgproces en de zorgketen .....	21
12.3	Het doelmatig functioneren van bedrijfsonderdelen.....	22
12.4	Het coördineren van processen/ketens: ziekenhuisbrede logistiek .....	22
12.5	Gedrag van professionals .....	22
12.6	Communicatie tussen professionals.....	22
12.7	Communicatie met patiënten.....	23
12.8	Interne organisatie.....	23
12.9	Creativiteit zorgbestuurders .....	23
13	REGIOPLAN & GRIFFIOEN .....	24
13.1	Mismanagement.....	24
13.2	Eén promisse voor preventie.....	24
13.3	Eén algemene veiligheidsambtenaar .....	24
13.4	Concentreer de electieve zorg .....	25
13.5	Informatievoorziening voor verzuim- en reïntegratie.....	25
13.6	Ouderenzorg - Zorg voor psychogeriatrische patiënten.....	25
13.7	Logistiek van de zorgvraag - Intramuraal.....	25
13.8	Logistiek van de zorgvraag - Extramuraal.....	26
13.9	Onderscheid 1e en 2e lijn in ouderenzorg/verpleeghuiszorg.....	26
13.10	Psychologie en gerontologie in het verpleeghuis.....	26
13.11	Niet- opgeleide professionals voor gros van de zorgvragen.....	26
13.12	ICT .....	27
13.13	Verkeerde bedproblematiek .....	27
14	STICHTING STG/HMF .....	28
14.1	Versnelde invoering van arbeidsbesparende technologie .....	28
14.2	Taakherschikking en taaksubstitutie .....	28
14.3	Vermindering bureaucratie in de zorg .....	28
14.4	Stroomlijning zorgprocessen .....	28
15	TNO ARBEID.....	29
15.1	Managementvaardigheden.....	29
15.2	Leren van andere sectoren .....	29
15.3	Professionalisering HR functie .....	30
15.4	Gezant Strategisch Personeelsbeleid .....	30
15.5	Competentiemanagement .....	30
15.6	Semi-professionals.....	31
15.7	Rapport Bakker-II .....	31
16	TRANZO.....	33
16.1	Prosumerism .....	33
16.2	Call centers.....	33
16.3	Bedrijfsrisico professionals.....	33
17	TWYNSTRA & GUDDE .....	34
17.1	Van 'goede' oplossingen op niet passende plaatsen naar 'goede' oplossingen op 'goede' plaatsen! .....	34
17.2	'Tijdens de lunchpauze uw dochter knuffelen, heel flexibel!' .....	34
17.3	'Goede samenhang tussen opleiding en beroep, heel efficiënt!' .....	35
17.4	'Sommige taken niet meer doen, heel gewoon!' .....	35
17.5	'Van doelen naar afspraken, heel motiverend!' .....	35
17.6	'ICT ter ondersteuning van gestandaardiseerde processen, heel praktisch!' .....	35
17.7	'Met je handen eten, heel vanzelfsprekend!' .....	36
18	ZORGCONSULT .....	37
18.1	Samenwerking en ontkokering .....	37
18.2	Resultaatmanagement en Management Development.....	37
18.3	Competentiemanagement .....	37
18.4	Loopbaanontwikkeling voor verpleegkundigen en verzorgenden .....	37

18.5	Flexibilisering arbeidsvoorwaarden en -inzet .....	38
18.6	Versterking verbinding opleidingen en beroepspraktijk.....	38
18.7	Veranderkundige aanpak .....	39

---

# 1 BMC

## 1.1 Sturing en leiderschap

- 1 In zorginstellingen wordt veel 'gepolderd' en worstelt het management vaak met 'professionele autonomie'. Dit vergt veel overleg en komt de slagvaardigheid (en arbeidsproductiviteit) niet ten goede.
- 2 Leiderschap kan bijdragen aan de verhoging van de productiviteit. Leidinggevenden kunnen medewerkers laten excelleren. Gevolg kan zijn minder verzuim, meer arbeidsvreugde en toename productiviteit. Zie de creatiespiraal (F. Vijgh).
- 3 Veranderingen in de publieke sector (inclusief bevorderen van arbeidsproductiviteit) kunnen niet alleen worden gerealiseerd door systeemveranderingen, maar goede leiders zijn zeker zo belangrijk. Leiders kunnen contraproductieve en ineffektieve patronen doorbreken door een balans te vinden tussen enerzijds 'zachte' sturing (stimuleren, samenbrengen, verkennen en vernieuwen) en anderzijds 'harde' sturing (beheersen, regelen, presteren en koers bepalen) waarbij tegelijkertijd gezorgd wordt voor een goed evenwicht in de aandacht voor de interne organisatie en de externe omgeving. De stelling is dat er bij leidinggevenden vaak te weinig aandacht of kunde is voor de integratie van deze vier dimensies. Zie boek Verbindend leiderschap (H. Aardema, 2004).
- 4 In veel zorgorganisaties ontbreekt het (nog) vaak aan concrete sturing op prestaties. Wenselijk is dat in organisaties per discipline heldere afspraken worden gemaakt over de productieve (directe) en niet productieve (indirecte) uren per formatieplaats en dat dit vervolgens ook daadwerkelijk wordt benut bij planning, sturing en verantwoording. Deze benutting vindt vaak onvoldoende plaats of blijft steken op het organisatieniveau, terwijl uitvoerende teams hier veel voordeel (houvast) van kunnen hebben.

## 1.2 Bedrijfsvoering

- 5 In het verlengde van het voorgaande kan worden gesteld dat er binnen organisaties vaak sprake is van een grote kloof tussen inhoudelijke professionals en controllers (twee werelden). Wij hebben in de praktijk goede ervaringen om deze werelden dichter bij elkaar te brengen. Het effect hiervan is dat de inhoudelijke professionals ook meer zicht en grip krijgen op doelmatig werken.
- 6 Binnen organisaties wordt vaak nog te weinig aandacht besteed aan normering van tijdsbesteding voor activiteiten die leiden tot een product. Belangrijk is om dit in nauwe samenwerking met lijnmanagers en uitvoerenden in de organisatie verder te concretiseren. Dit is ook een must in het kader van een prestatiegerichte bekostiging.
- 7 Belangrijk is om waar mogelijk uitvoerenden beter te ondersteunen met protocollen en sjablonen. Erg veel tijd gaat verloren met bijvoorbeeld rapporteren. Praktische invulformulieren (al dan niet op computer) kunnen veel tijd besparen.
- 8 Een goede gezondheidszorg vinden wij het allerbelangrijkste. Het mag dus ook wat kosten. Hieraan zijn echter grenzen. Belangrijk is om in de zorguitvoering (en contact met cliënten) kritischer en explicieter te zijn bij het formuleren van te realiseren doelen en termijnen (doorlooptijden), waarbinnen deze doelen gerealiseerd moeten worden. Vaak wordt er te weinig gestuurd op doelrealisatie en doorlooptijden.
- 9 Voor zover mogelijk verdere benutting van vormen van arbeidsverdeling (verzorgende versus verpleegkundige, huisarts versus verpleegkundige, secretaresse versus professional et cetera). Op dit gebied is zeker nog efficiencywinst te boeken. Op dit

---

moment worden nog teveel laag complexe activiteiten verricht door te hoog opgeleiden.

- 10 Benchmarken is een goed instrument om arbeidsproductiviteit te bevorderen. Instellingen wordt een spiegel voorgehouden van hun prijs/kwaliteit verhouding. Het stimuleert de belangstelling voor doelmatigheid en de implementatie van best practices.

### **1.3 Sociale positie van (potentiële) zorgvragers**

- 11 De nieuwe ouderen zijn minder hulpbehoevend. Het zijn goed opgeleide ouderen die zeer goed in staat zijn tot community service. Bovendien is hun inkomen voor een belangrijk deel gewaarborgd (via pensioenen), waardoor de arbeid niet duur hoeft te zijn. Door de gezonde ouderen te stimuleren kunnen kosten worden gedrukt. Arbeidsparticipatie is een vorm van maatschappelijke participatie die in onze samenleving veel aanzien geniet en die intermenselijke contacten genereert. Zeker binnen het kader van de WMO liggen hier kansen (bijvoorbeeld met betrekking tot de functie ondersteunende begeleiding).
- 12 Ouderen met beperkte sociale contacten doen eerder een beroep op een verblijf in een zorginstelling dan ouderen die nog regelmatig aan het sociaal verkeer deelnemen. Met andere woorden door het stimuleren van maatschappelijke participatie kan een bijdrage geleverd worden aan het reduceren van de behoefte aan professionele zorg.
- 13 Door cliënten binnen de zorgvoorzieningen verantwoordelijkheid te geven, aan te spreken op en ruimte te geven voor hun mogelijkheden kan de intensiteit van de zorgbehoefte gereduceerd worden.
- 14 Uit onderzoek blijkt dat in de intramurale zorg eerder teveel lichamelijke zorg wordt geleverd dan te weinig (Becker, 2003; Kardol 2004). Daarnaast blijkt het geven van sociale ondersteuning aan medebewoners door veel ouderen als een motiverende en zingevende bezigheid wordt gezien, terwijl instellingen nog nauwelijks een appèl doen op die bereidheid.
- 15 Onder de chronische cliëntenpopulatie zal een grote vergrijzing plaatsvinden in de komende jaren. Dit betekent een groeiende groep long stay cliënten in de ouderenzorg, GGZ en gehandicaptenzorg. Een verdere vermaatschappelijking van deze zorg is een goed alternatief, zowel uit sociaal als financieel oogpunt.

### **1.4 Logistiek**

- 16 Processen sluiten vaak niet goed op elkaar aan, waardoor problemen ontstaan. Er zijn al diverse goede initiatieven geweest, maar ook voor de komende jaren blijft het herontwerpen van processen (BPR en dergelijke) relevant. Steeds nieuwe afspraken moeten maken en het aanwezig zijn van wachtlijsten kost veel extra inspanningen. Van belang is om processen meer rondom cliënten te organiseren.
- 17 Niet alleen binnen instellingen is meer aandacht nodig voor processen, maar ook tussen instellingen is dit essentieel (ketenzorg). Immers er zijn geen of nauwelijks zorgaanbieders die geen problemen aan de voor- en/of achterkant van hun voorziening ervaren met de doorstroming van cliënten.

---

## 1.5 ICT

- 18 Beter benutten van de mogelijkheden met ICT-technologie. Hierbij valt vooral te denken aan het invoeren van elektronisch patiëntendossier en uniek individueel patiëntnummer. Dit scheelt veel tijd bij overdrachtsmomenten en administratie.
- 19 Gebruik van domotica in woningen voor mensen met beperkingen kan verzorgenden veel werk besparen.
- 20 Triage in bijvoorbeeld de huisartsenzorg via e-mail. Patiënt beantwoordt via menu een aantal vragen en krijgt vervolgens advies van eigen huisarts. Arts en assistente kunnen op geplande tijdstippen vragen beantwoorden.

## 1.6 Schaalgrootte en netwerkvorming

- 21 Belangrijk is om de vraag naar zorg zoveel mogelijk te beperken. Het versterken van voorzieningen in de thuissituatie is hierbij van belang. Een goed voorbeeld hiervan is de Trynwalden filosofie (woon- en leefgemeenschappen in plaats van professionele zorg). Ook zijn er voorbeelden van een commercieel aanbod (bijvoorbeeld Bali, Indonesië) waar woningen te koop worden aangeboden, inclusief een zorgaanbod.
- 22 Het werken op een grotere schaal heeft een aantal voordelen maar echter ook zo zijn nadelen. Er zal in de nabije toekomst zeker op grote schaal gewerkt blijven worden. Hiervoor is het van belang te zoeken naar mogelijkheden om de daaruit voortkomende nadelen van arbeidsproductiviteit zoveel mogelijk te beperken (zie ook hieronder).
- 23 Het voorgaande betekent niet dat grootschalige organisaties moeten worden ontmanteld. Voordelen zitten wellicht vooral in de back office. Voor het primaire proces moet er wellicht wel meer gedacht worden aan kleinere uitvoeringsunits en/of horizontalisering. Waar de zorg nog steeds in kolommen is georganiseerd, is de maatschappelijke trend de ontwikkeling van een flexibel aanbod door kolommen heen. Veel bedrijven richten zich meer op hun core-business en gezamenlijk kan toch een goede match tussen vraag en aanbod ontstaan. Vergelijk dit met de gespecialiseerde bedrijfjes in de autobranche (glasreparateur, uitdeuker, bandenspecialzaak et cetera).

## 1.7 Financiering, wet- en regelgeving

- 24 Een knelpunt voor doelmatigheid wordt gevormd door onderdelen in de huidige wet- en regelgeving. Belemmeringen in flexibiliteit voor zorginstellingen is hierbij een belangrijk aandachtspunt. In het kader van het verhogen van de arbeidsproductiviteit is (maatschappelijke) ondernemersruimte voor zorginstellingen van groot belang.
- 25 Het onderscheiden van veel bekostigingseenheden ( DBC's ) kan enerzijds de flexibiliteit en dus de doelmatigheid bevorderen, maar anderzijds kan het in het kader van verantwoording ook een grote administratieve last veroorzaken waardoor positieve effecten verloren gaan.

---

## 2 BMG

### 2.1 Stevige regie van VWS

Men is toe aan stevige regie en een pressurecooker waar doelgericht aan resultaat wordt gewerkt in teamverband en met alle support die denkbaar is. Dat brengt bij professionals en managers nieuwe focus en elan, energie en ook nog resultaat. Die zelfde werkfilosofie zit in Sneller Beter pijler 3, maar nog niet in andere programma's zoals LAC Care. Het is de combinatie van evidence, pressure cooker, regie en aansturingstijl, in combinatie met implementatie en ondersteuning die het hem doet.

### 2.2 Overige aanbevelingen

- De beste manier om de productiviteit op te voeren is preventie: minder zieken te behandelen en minder ziekteverzuim bij zorgwerkers! Dat mes snijdt naar twee kanten.
- Verder indicatiestelling aanscherpen: relatie tussen zorgvraag en zorgaanbod inzichtelijk maken.
- Tenslotte: taken laten doen op het laagst aanvaardbare niveau van deskundigheid (verlaagt misschien niet het aantal medewerkers, maar wel de kosten).
- Verder is het belangrijk om de balans tussen productiviteit en arbeidssatisfactie te bewaken.
- Het centraal stellen van de patiënt dient te worden gebruikt om de zorg efficiënter te laten verlopen (bijvoorbeeld elektronische dossiers, waarbij chronische patiënten zelf controles (bloeddruk, cholesterol en suikergehalte) kunnen uitvoeren en invoeren in het dossier, waardoor zelfzorg wordt gestimuleerd en dat niet door professionals gedaan hoeft te worden).
- Het inzetten van specialistische verpleegkundigen (diabetes verpleegkundigen, etc.) die via taakdifferentiatie met name de tijdrovende taken van specialisten overnemen, zoals voorlichting etc, zodat de patiënt beter geïnformeerd naar de specialist gaat, waardoor het spreekuur van de specialist efficiënter kan verlopen.
- Betere afstemming tussen eerste lijn en tweede lijn, denk bijvoorbeeld aan het project Zorgdomein (software applicatie) waardoor huisartsen zelf diagnostische testen kunnen aanvragen en de patiënt pas later naar de specialist gaat. Sowieso is versterking van de eerste lijn belangrijk, omdat daardoor veel chronische patiënten niet meer naar het ziekenhuis hoeven.
- Maar dan komen we bij een element dat maar niet nationaal wordt opgepakt, de doorontwikkeling van transmurale ketenzorg waardoor zaken anders worden opgepakt. Dat is het laatste element ook dat ik u wil aanbevelen: de bestaande zaken beter doen lijkt zijn langste tijd te hebben gehad, het gaat er om een andere aanpak te ontwikkelen en de goede dingen te doen en minder goede dingen ook gewoon af te schaffen in plaats van door te laten bestaan en zo een ondraagbare stapeling van oud en nieuw te creëren.

Goede dingen doen, als dingen goed doen is uitgewerkt!

---

## 3 CAPGEMINI

### 3.1 Het begrip arbeidsproductiviteit

- Arbeidsproductiviteit in dienstverlening heeft de reputatie lastig meetbaar te zijn. De laatste jaren is op dit gebied belangrijke vooruitgang geboekt. Toch blijft het vaak moeizaam om goede metingen te verrichten.
- Het is belangrijk om het begrip arbeidsproductiviteit goed af te bakenen en helder te definiëren alvorens te beginnen met het opzetten of stimuleren van initiatieven ter verbetering ervan.

In deze presentatie hanteren we de driedeling procesinnovatie, individuele motivatie en bedrijfscultuur als aangrijpingspunten voor verbetering van de arbeidsproductiviteit. Deze kennen een sterke samenhang: wanneer niet aan de gewenste cultuur wordt gewerkt, zal het op de andere terreinen niet goed mogelijk zijn om optimaal te presteren. Andersom zijn procesinnovatie en individuele motivatie een hefboom voor cultuurverandering.

Hieronder volgen diverse suggesties voor de realisatie van procesinnovatie in de zorgsector.

### 3.2 Optimaliseren van de uitvoering

- Door herontwerp van zorgprocessen is de doelmatigheid met tientallen procenten te verbeteren.
- Introduceren van elementen van focused factory
- Outsourcing/shared services t.a.v. (primaire én secundaire) ondersteunende processen
- Veilig werken levert tevens een gigantische doelmatigheidsverbetering op
- Care sector: activeren van cliënten levert zowel verbetering levenskwaliteit op als minder beroep op professionele hulp

### 3.3 Optimaliseren van de vraag

- Verbetering van informatievoorziening over zorgaanbod en ziektebeelden, o.a. via internet. Tevens kanalisering van toestroom.
- Investeren in bevorderen van zelfzorg van vooral chronische patiëntencategorieën

### 3.4 Optimaliseren van het aanbod

- Delegeren van standaardwerk door huisartsen en specialisten. Is natuurlijk niet nieuw, maar kan nog veel meer, beter en krachtiger worden ingezet.
- Inzetten van meetinstrumenten: o.a. evalueren en herintroduceren van werklastonderzoek; benchmark.
- Verhogen van doelmatigheid door uitbreiding van de bedrijfstijd
- Toepassen mobiele applicaties in care en cure.
- Transmurale ICT. Onder meer door elektronisch medicatiedossier, elektronisch patiëntendossier, transmurale protocollen.
- Externe integratie. Afstemming financiële processen zorgverzekeraars en zorgaanbieders
- ICT-procesondersteuning in zorginstellingen (bijv. ERP, ordercommunicatie, EVS)
- RFID(radio frequency identification). Toe te passen bij o.a. medicatie-logistiek en dossierregistratie.
- Advanced planning en aanpalende slimme ICT. Zoals:

- 
- integrale capaciteitsplanning;
  - zelfregistratie en afspraken maken door patiënt;
  - expertsystemen bij voorschrijven of aanvragen onderzoek.

### **3.5 Verbeteren van de individuele motivatie van medewerkers**

- Aanpassen van de beloningssystematiek en invoeren van elementen van prestatiebeloning
- Verbetering van instroommogelijkheden voor tweede kans en herintreders
- Verder terugdringen van ziekteverzuim. Verschillende zorginstellingen vervullen hiervoor een voorbeeldfunctie.
- Vergroten van de inzetbaarheid van medewerkers

### **3.6 Aanpassen van de bedrijfscultuur van zorgorganisaties**

- Verbetering van het bedrijfsmatig denken. Niet alleen in de bedrijfsvoering, maar juist ook in de zorg. Onder andere door:
  - vergroten veranderingsbereidheid en innovatieve kracht
  - delegeren van verantwoordelijkheden en bevoegdheden
  - vermijden van bureaucratie
  - denken in toegevoegde waarde en productiviteit (resultaatgerichtheid)
  - over de (interne) muren heenkijken
  - verkleinen van de kloof tussen de werkdruk en de werklust

---

## 4 ECORYS-NEI

Deze notitie richt zich voornamelijk op de verbetering van de informatiepositie van de verschillende actoren in zorg: overheid, zorgaanbieders, verzekeraars en gebruikers. Deze laat in veel gevallen nog te wensen over.

### 4.1 Benchmarking

Benchmarking is een systeem van het identificeren en implementeren van de 'beste praktijk'. De gedachte achter benchmarking is eenvoudig. Zoek een instelling die, in termen van doelmatigheid (productiviteit), het beste is in wat jouw instelling doet en bestudeer hoe deze instelling dit realiseert. Maak op basis hiervan een plan ter bevordering van je eigen doelmatigheid, implementeer dit plan en evalueer na verloop van tijd de effecten hiervan.

De in Nederland geïnitieerde benchmarkingtrajecten voor de AWBZ-sector zijn hiervan een goede illustratie. De resultaten van dit initiatief zijn tot nu toe ronduit teleurstellend. Van belang is een goede interactie tussen het centrale orgaan (bijvoorbeeld ministerie van VWS) en de individuele instellingen. Het onderstrepen van de samenhang tussen theoretisch model en operationele instrumenten en het onderkennen van de wens en de noodzaak van veranderingen zijn essentieel voor het slagen voor implementatie van onderzoeksresultaten. Veeleer beperken de benchmarktrajecten zich tot het verzamelen van grote hoeveelheden cijfertjes. Dit betekent niet dat er automatisch bruikbare informatie wordt gegenereerd met deze benchmarks. Het ontwikkelen van peer groups en het houden van bijvoorbeeld rondetafelconferenties is nog zeer beperkt. Ook kan in dit verband worden gedacht aan het ontwikkelen van een kwaliteitskaart, zoals we die kennen in het voortgezet onderwijs.

Verder moet de nadruk op het leeraspect worden gelegd, wat kan de ene instelling van de andere instelling leren. De praktijk is vaak dat instellingen met slechte rapportcijfers zich aangevallen voelen en in de verdediging gaan i.p.v. verbeterpunten over te nemen.

### 4.2 Capaciteitsplanning ziekenhuizen

Uit de wetenschappelijke literatuur is al lang bekend dat de optimale grootte van een ziekenhuis, uit oogpunt van doelmatigheid, ergens tussen de 8.000 en 12.000 opnamen per jaar ligt. Veel Nederlandse ziekenhuizen komen hier ruim boven. Het proces van fusies in de afgelopen 30 jaar heeft hierin in belangrijke mate bijgedragen. Naar verwachting zal deze tendens zich nog wel even doorzetten. De productiviteit is hier geenszins mee gediend. Het is verder de vraag of er in de toekomst voldoende mogelijkheden zijn voor nieuwe aanbieders om toe te treden tot de markt. Als dit het geval is zou de verdergaande schaalvergroting eventueel een halt kunnen worden toegeroepen.

Academische ziekenhuizen nemen in de capaciteitsplanning een bijzonder positie in. Uit een aantal studies blijkt dat met name in deze ziekenhuizen sprake is van een lage productiviteit. De inefficiënties in deze ziekenhuizen zijn groot. Er zijn voldoende indicaties dat deze inefficiënties niet alleen een gevolg zijn van het inadequaat meten van de speciale functies. Het beperken van de capaciteit van academische ziekenhuizen verdient op zijn minst enige studie. In het bijzonder zou daarbij kunnen worden gedacht aan het ontnemen van de academische status van een van de twee academische ziekenhuizen in Amsterdam. Spreidingsargumenten kunnen hier geen rol spelen.

---

Diversificatie van het aanbod verdient ook zeker nadere aandacht. Diversificatie verwijst naar de verschillen in doelmatigheid door de mate van specialisatie of variatie in het aanbod. Specialisatievoordelen kunnen optreden door sterke standaardisering en professionaliteit in de behandeling. Denk bijvoorbeeld aan cataractstraten. Variatievoordelen treden op doordat bepaalde apparatuur (of personeel) in verschillende behandeling toepasbaar is en de kosten daarvan kunnen worden gedeeld.

#### **4.3 Financieringssystematiek**

De meeste financieringssystemen zijn kostengeoriënteerd. Dit betekent dat het geldbudget een vertaling is van de verwachte productie. De centrale vraag is tegen welke tarieven of budgetparameters deze conversie moet plaatsvinden. Onderzoek kan hieraan een bijdrage leveren. Wanneer deze tarieven zijn gebaseerd op de 'beste praktijk' bevat een dergelijk schema een sterk ingebouwde prikkel voor doelmatig gedrag. Overigens krijgt Nederland voor de ziekenhuizen een hybride systeem waarbij de financiering van een deel van de productie via regulering tot stand komt en een ander deel via de markt. De effecten hiervan zijn nog onduidelijk. Belangrijk in dit verband is welk deel tot het A-segment en welk deel tot het B-segment gaat behoren.

De invoering van de DBC-systematiek vormt een specifiek probleem. Hoewel de DBC-systematiek een enorme verbetering is ten opzichte van de oude systematiek, is het aantal onderscheiden DBC's buitensporig groot. Dit leidt voor ziekenhuizen, verzekeraars en overheid (CTG) tot een grote mate van ondoelmatigheid. Reductie van het aantal DBC's draagt bij aan een sterk verminderde regeldruk en administratieve lasten en komt de transparantie alleen maar ten goede.

#### **4.4 Eigendomsrechten**

Voorstanders van privatisering gaan ervan uit dat er bij private ondernemingen een ingebouwde prikkel bestaat om doelmatiger te werken. Echter ook in een geprivatiseerde situatie beïnvloeden regels over financiering, planning en kwaliteitseisen het economische gedrag. Deze beperkingen zijn waarschijnlijk doorslaggevend voor de doelmatigheid dan het eigendomsrecht.

Juridisch gezien kent Nederland in de zorg (bijna) alleen maar privaatrechtelijk rechtspersonen. De discussie richt zich vooral op de vraag in welke mate sprake moet zijn van winstgevendheid. Aangezien instellingen meer risico's zullen gaan dragen is het van belang financiële reserves op te bouwen. Enige winstgevendheid zal daarom essentieel zijn. Uit veel studies blijkt ook dat het onderscheid for-profit en not-for-profit niet van grote invloed is op de doelmatigheid. Extra onderzoek op dit aspect ligt dus niet voor de hand.

---

#### 4.5 Marktwerking

Uit de standaard economische theorie volgt dat meer concurrentie leidt tot doelmatiger gedrag. Concurrentie hoeft overigens niet altijd een grotere doelmatigheid tot gevolg hebben. In sommige situaties concurreren instellingen via de kwaliteit in plaats van via de prijzen. Indien deze kwaliteit zich vooral kenmerkt door luxe of franje dan is de doelmatigheid hier niet mee gediend.

Het succes van de introductie van marktwerking is afhankelijk van een aantal factoren. Bestaande marktmachten, de ondoorzichtigheid van de DBC-systematiek, de afbakening van het A- en B-segment zijn van wezenlijk belang voor het slagen. Het bestaan van economies of scope en daarmee van kruissubsidiëring tussen het A- en B-segment is zeer wel aanwezig. Oneerlijke concurrentie ligt op de loer. Het is van groot belang om de introductie van marktwerking goed te monitoren.

#### 4.6 Deregulering

Naast reguleringen over de capaciteit, financiering en marktwerking beschikt de overheid over nog tal van andere instrumenten. Er zijn voorbeelden van regulering van de kwaliteit van personeel en de dienstverlening. Aangezien iedere regel in principe de speelruimte van een producent beperkt heeft dit negatieve gevolgen voor de doelmatigheid. Daar staat tegenover dat de regulering de gelijkheid, de kwaliteit en de toegankelijkheid waarborgt. Bovendien kan de doelmatigheid van de sector als geheel wel worden bevorderd.

De huidige deregulering, met name in de sfeer van kapitaal, kan een belangrijke bijdrage leveren aan de doelmatigheid. Ook wijzigingen in deze sfeer zouden kunnen worden gemonitord. Het is niet uitgesloten dat in sommige situaties overcapaciteiten kunnen ontstaan.

#### 4.7 Innovaties

De verspreiding van nieuwe technologie hangt af van managementbeslissingen over nieuwe investeringen. Deze besluiten zijn sterk afhankelijk van de financierings-mogelijkheden van de voorziening en regulering. De centrale overheid is tot op zekere hoogte in staat de snelheid van innovaties te bevorderen door subsidiering, het verschaffen van kredietgaranties of door het opleggen van nieuwe standaards.

Eerdergenoemde aspecten van productiviteit kunnen slechts leiden tot een incidentele groei van de productiviteit. Als bijvoorbeeld de schaal van een instelling geoptimaliseerd is, dan is er verder geen winst meer te boeken. Dit geldt echter niet voor innovaties. Deze kunnen structureel op een hoger plan worden gebracht.

Ook hier kan de informatiepositie van actoren aanzienlijk worden verbeterd. Voor de overheid geldt de mogelijkheid om door facilitering (kenniskringen, platforms) en subsidies dit proces van verandering te beïnvloeden. Instellingen zelf hebben dringend behoefte aan goede voorbeelden en informatie (benchmarktrajecten).

---

#### **4.8 Substitutie behandelvormen en taken**

In het veld wordt veel geëxperimenteerd met het substitueren van behandelvormen. Hierbij kan gedacht worden aan patiënten die de nazorg in het verpleeghuis i.p.v. het ziekenhuis ontvangen, maar ook aan het overdragen van taken voorbehouden aan een verpleegkundige (Nurse Practitioner). Weinig is bekend over de doelmatigheid van dergelijke experimenten. De efficiëntie van dergelijke praktijken zou o.a. goed onderzocht kunnen worden met de eerder genoemde benchmarking of met een KBA. Ook uit de studie naar innovaties moet blijken wat eventuele drempels binnen een zorginstelling zijn. Het is natuurlijk ook goed mogelijk dat de drempels in het systeem zitten, bijvoorbeeld als de specialist wel gefinancierd is en de Nurse Practitioner niet.

---

## 5 HOEK SMA, HOMANS & MENTING

### 5.1 Invoering prestatie meting individuele hulpverleners

Het invoeren van prestatie meting van individuele hulpverleners is in de AWBZ (en welzijn) een nog vrijwel braakliggend terrein. In de zakelijke dienstverlening is dit een volledig geaccepteerd concept maar in zorg en welzijn heeft dit nog niet tot bloei kunnen komen. Onze ervaring is dat een getemporeerde invoering wel degelijk mogelijk is. Van belang is dat de prestatie adequaat is omschreven. Bijvoorbeeld niet: het aantal gerealiseerde consulten in een jaar, maar wel: het aantal, naar tevredenheid, geholpen cliënten in een jaar.

Het ideaal is dat de prestaties van hulpverleners staan omschreven in algemeen geaccepteerde cliëntgroepen met een nadere definiëring van de te leveren zorg. In de zorg is de ontwikkeling van dit soort begrippen in volle gang: DBC's in ziekenhuizen, DBC's in de GGZ, zorgarrangementen in de gehandicaptenzorg en de verzorgingshuizen/verpleeghuizen.

Invoering van prestatie meting van individuele hulpverleners maakt vervolgens toepassing van de twee navolgende instrumenten mogelijk:

- benchmarking van individuele hulpverleners;
- beloning van individuele hulpverleners op basis van geleverde prestaties (prestatiebeloning).

### 5.2 Benchmarking van individuele hulpverleners

Wanneer prestatie meting op individueel niveau mogelijk is dan leent benchmarking zich uitstekend voor verhoging van de productiviteit van hulpverleners. Verschillen worden inzichtelijk; oorzaken van verschillen kunnen worden geanalyseerd; er ontstaan aangrijpingspunten om het functioneren van de individuele hulpverlener te verbeteren; er ontstaat inzicht welke organisatorische verbeteringen kunnen worden aangebracht.

Wat betreft het benchmarken van individuele hulpverleners kan enerzijds naar het organisatorisch functioneren van hulpverleners worden gekeken maar ook naar het vakinhoudelijk functioneren (evidence based). Er zijn allerlei varianten in de mate van openbaarheid van benchmarkgegevens waarmee bij invoering van dit instrument zorgvuldig moet worden omgegaan.

### 5.3 Invoering van prestatiebeloning van individuele hulpverleners

Onder nader te specificeren voorwaarden is het mogelijk prestatiebeloning in te voeren bij individuele hulpverleners die in dienst zijn bij zorgaanbieders. De verwachting is dat dit de arbeidsproductiviteit zal verhogen.

Een voorbeeld waar deze verwachting op is gebaseerd is het enorme verschil in productiviteit van zelfstandig werkende hulpverleners in de GGZ en hun collega's die in loondienst zijn bij de grotere instellingen. Overigens geldt ook hier weer dat de basis niet moet zijn: 'zoveel mogelijk consulten maken' maar 'aantal, naar tevredenheid, geholpen cliënten'.

---

#### **5.4 Optimaliseren van direct cliëntgebonden tijd van hulpverleners**

Uit de vele tijdbestedingsonderzoeken die wij hebben uitgevoerd komen bij vergelijkbare organisaties/hulpverleners bijna altijd grote verschillen naar voren in de directe tijd die aan cliënten wordt besteed. Veel tijd gaat naar indirect cliëntgebonden tijd (tijd die de hulpverlener besteedt ten behoeve van de cliënt zonder dat de cliënt daarbij aanwezig is: verslaglegging/ rapportage of multidisciplinair overleg). Productiviteitsverbetering is hier zeker mogelijk.

Ook de indirecte tijdbesteding van hulpverleners (algemeen overleg, etc.) leent zich voor productiviteitsanalyse/-verbetering.

#### **5.5 Zelfhulp**

Het potentieel van allerlei vormen van zelfhulp is nog onvoldoende benut. Uit onderzoek is gebleken dat de 'ontlasting' van reguliere hulpverleners door middel van zelfhulp substantieel kan zijn.

#### **5.6 Slim integreren van doelgroepen**

Nader onderzocht kan worden de mogelijkheden om bepaalde doelgroepen in de maatschappij slimmer te integreren. Voorbeelden hiervan: integratie van ouderenhuisvesting en huisvesting van gehandicapten met de huisvesting van studenten (die dan bijvoorbeeld een rol krijgen in de niet-planbare zorg). Een nader voorbeeld is: de integratie van kinderopvang en welzijnswerk/ouderenzorg (ouderen die in plaats van dagbesteding een zinvolle rol krijgen bij de opvang van kinderen).

#### **5.7 Sociale dienstverlening**

Sociale dienstverlening is in Nederland politiek nog lang niet uitgekristalliseerd maar mochten daartoe plannen komen dan leent de AWBZ en het welzijn zich daar bij uitstek voor.

#### **5.8 Gebruik van technologie**

Dit instrument is evident. Technologie kan de zelfredzaamheid van cliënten verhogen waardoor het aantal cliënten dat een hulpverlener kan bedienen, toeneemt.

Hoewel 'evident' moet worden geconstateerd dat de huidige beschikbare technologie veel grootschaliger kan worden toegepast hetgeen zal leiden tot een verhoging van de arbeidsproductiviteit. Het is lastig om de oorzaak van die te lage inzet van technologie te doorbreken. Zo hebben wij voor de thuiszorg geconstateerd dat er technisch veel meer mogelijk is dan in de praktijk gebeurt. Daar bleek dat eerst een organisatorische impuls moest worden gegeven aan de samenwerking tussen huisartsen, thuiszorgorganisatie en ziekenhuis.

Er zijn ook de nodige technologieën die in directe zin de arbeidsproductiviteit van hulpverleners verhoogt. Bijvoorbeeld het gebruik van ICT om de administratieve belasting te verlagen.

---

## 6 IVA

### 6.1 Benchmark doelmatigheid en kwaliteit

In haar notitie beschrijft IVA een onderzoekssystematiek, die de volgende opbrengsten heeft:

- Het levert een benchmark op van alle instellingen in een sector naar financiële doelmatigheid.
- Er ontstaat inzicht in de diversiteit aan organisatievormen binnen een bepaalde sector/regio.
- Het levert empirische onderzoeksgegevens op over de kwaliteit van zorg in instellingen.

Het maakt het verband inzichtelijk tussen keuzes in de organisatie van het werk en het presteren van instellingen in termen van arbeidsproductiviteit, kwaliteit van bedrijfsvoering en kwaliteit van zorg.

Er ontstaat voor alle instellingen in een sector de mogelijkheid om zich te spiegelen aan de archetypen van organisatievormen. Elke instelling kan voor zichzelf bepalen welk archetype het beste past bij de eigen instelling en/of profijtelijker zou zijn. Vervolgens verkrijgt men voor het archetype inzicht in de mogelijke gevolgen voor arbeidsproductiviteit, doelmatigheid, kwaliteit van de bedrijfsvoering en de door de cliënt ervaren kwaliteit van het primair zorgproces.

### 6.2 Zorgarrangementen

In het project zorgarrangementen is een eerste aanzet gegeven voor de ontwikkeling van ouderensegmenten en bijpassende behoefteprofielen en zorgarrangementen. Ook is de structuur van het aanbieden van zorg in het onderzoek betrokken. Er is een structuur ontwikkeld waarmee zorg meer vraaggericht kan worden aangeboden. Bijkomend voordeel van een dergelijke aanpak is dat er minder aanbod is waar geen gebruik van wordt gemaakt. Op die manier levert dit ook een bijdrage tot efficiënter werken in de zorg.

Zie rapport: Luijkx, Katrien, Carolien de Blok, Piet van den Akker, Bert Meijboom (2004), Zorgarrangementen in de ouderenzorg. Vraagsturing in zorg en welzijn in Tilburg.

---

## 7 KITZ

De technologische vernieuwingen worden als een soort wondermiddel voorgesteld. De “hulpverlener vervangen door een beeldscherm” als antwoord op het te voorziene probleem van de stijgende zorgvraag.

Let wel KITZ is zeker niet van mening dat technologie geen oplossing zou kunnen bieden, maar KITZ is van mening dat niet gestart moet worden bij die organisaties maar juist bij het proces van zorgverlening oftewel daar waar de uiteindelijke hulpverlener de uiteindelijke eindgebruiker tegenkomt. Anders gezegd inzet van technologie moet zowel de uiteindelijke hulpverlener als de eindgebruiker ondersteunen in het directe onderlinge contact (zorgproces).

Hierbij is het van belang:

- Echt contact tussen de hulpverlener en eindgebruiker. Deze mensen moeten geen vreemden voor elkaar zijn en ook geen 10 verschillende per week. Een eindgebruiker begrijpt beter als een hulpverlener later komt, als zij deze persoon ook daadwerkelijk kent. Als technologie kan worden ingezet om dit te organiseren, zal dit een direct effect hebben op de zorgvraag en arbeidsproductiviteit.
- Het beter faciliteren van de mantelzorg door middel van technologie en het aanbieden van andere zorgdiensten.
- Via technologische middelen kennis op een dusdanige manier ontsluiten dat deze rechtstreeks is bedoeld voor de eindgebruiker en niet voor de organisatie of dienstverlener.
- Technologische innovatie inzetten om juist preventieve thema's te ondersteunen op het gebied van welzijn, wonen en zorg.
- Maatregelen stimuleren zodat het zorgproces uit haar afhankelijke en kwetsbare positie komt en meer geïntegreerd wordt in het welbevinden van de mens. Vanuit dit welbevinden kunnen dan ook andere diensten worden ingericht en andere financieringsstromen worden gevonden. Wij denken hierbij aan de volgende concepten:
  - eindgebruiker is naast klant ook medewerker en andersom;
  - de eindgebruiker is niet de vraag maar juist het aanbod;
  - iedere Nederlander is eindgebruiker;
  - “welbevindenfinanciering” als een soort “studiefinanciering” voor ouderen;
  - hulpmiddelen en/of hulpverlening een ander imago geven. (de rollator als kinderwagen)
- Planning niet baseren op de medewerker cq organisatie maar plannen vanuit het perspectief van de klant.
- De markt van welzijn, wonen en zorg ook echt gaan zien als groeimarkt als “batenpost” ipv deze benaderen als “kostenpost”.

---

## 8 KPMG

Hierna beschrijven wij kort enkele ideeën voor innovatieve inzet van ICT ter vergroting van de arbeidsproductiviteit

### 8.1 E-planning

Binnen ziekenhuizen is nogal wat tijd gemoeid met het plannen van afspraken met patiënten. Dit verloopt momenteel vrijwel geheel telefonisch. Voor een ziekenhuis met een omvang van 500 bedden gaat het op jaarbasis al gauw om 250.000 poliklinische afspraken (nog los van de niet-poliklinische afspraken). Bij een gemiddelde beltijd van 3 minuten is het totale beslag 5 fte. Dit loopt aanzienlijk op indien een patiënt op één dag naar meerdere afdelingen moet. De klant moet dan zelf vele telefoontjes plegen en ook eerder gemaakt afspraken verzetten.

Wij stellen voor een E-planningssysteem te ontwikkelen die het mogelijk maakt:

1. over afdelingen heen vanuit één centraal punt te plannen (indien bijvoorbeeld een patiënt aan de balie komt of belt);
2. de patiënt de mogelijkheid te bieden zelf voor inplanning te zorgen, via het internet. Dat kan ook goed, omdat zeer recent vanuit de overheid een nationale authenticatievoorziening is gelanceerd (DigID), waarmee alle burgers zich op een betrouwbare wijze kunnen identificeren en authenticeren. Deze service is gratis (geen financiële drempel).

Deze aanpak leidt tot een zeer grote besparing en daarmee een positieve bijdrage aan de arbeidsproductiviteit en een positieve bijdrage aan de behoefte van veel burgers (en patiënten) aan een stuk self service (en passende afspraken) en een betere bereikbaarheid.

### 8.2 Betrouwbare zorginformatie

De behoefte van patiënten aan betrouwbare informatie is sterk groeiende. Uit diverse onderzoeken blijkt dat patiënten steeds mondiger worden en zelf op zoek gaan naar relevante informatie omtrent hun klachten, ziektebeelden en dergelijke. Lang niet alle informatie is voldoende betrouwbaar. Dat is echter voor veel patiënten niet zichtbaar. Het gevolg van de mondiger burger dat het beslag op de zorg (met name eerste lijn) wordt vergroot: de patiënt laat zich met andere woorden niet zomaar afschepen. Hoe groter het onterechte intensieve beslag des te groter een negatieve bijdrage aan de arbeidsproductiviteit.

Hieraan kan tegemoet worden gekomen door een 'keurmerk' of 'zorgstempel' op te nemen op die websites die betrouwbare informatie verschaffen. Er zijn enkele internationale standaarden voorhanden. Wij stellen voor een onderzoek te doen naar de wijze waarop deze 'betrouwbaarheid van zorginformatie' via een dergelijke wijze kan worden vergroot, teneinde een onnodig beslag op de eerste en tweede lijns zorg terug te brengen.

'Tijd en activiteitenregistratie terwijl u werkt'

In het kader van de modernisering van de AWBZ is het van wezenlijk belang dat er een goede tijd- en handelingenregistratie wordt gevoerd door de AWBZ-instellingen. In de praktijk blijkt dit tijdrovend te zijn. Onze indrukken uit het veld zijn dat deze in een bandbreedte van 0,5 tot 1,5 uur per medewerker per week. Dit gaat allemaal ten koste van de arbeidsproductiviteit. Het is in de praktijk heel goed mogelijk om door de inzet van bijvoorbeeld elektronische 'hulpmiddelen' als handhelds en palmtops deze activiteiten direct

---

te registreren tijdens het werk. Hiermee kan op jaarbasis een erg interessante besparing worden gerealiseerd.

### **8.3 Logistieke simulatiemodellen voor afdelingen in het ziekenhuis**

De Nederlandse ziekenhuiszorg kent wachtlijsten. Deze wachtlijsten worden onder andere veroorzaakt door een verkeerde inschatting van de capaciteit en misplanning op afdelingen binnen het ziekenhuis. Om meer inzicht in de planning en de benodigde capaciteit op een ziekenhuisafdeling te krijgen is het mogelijk deze te simuleren. Op deze wijze kan snel en gericht inzicht worden verkregen in de mogelijkheden de arbeidsproductiviteit te verhogen.

### **8.4 Mijn.zorgloket.nl**

Veel onderzoeken wijzen uit dat nu reeds een substantieel deel van de kosten in de gezondheidszorg uitgaan naar chronische patiënten. In de komende jaren groeit dit aandeel naar ongeveer 50%. Het medicijngebruik onder deze groep is navenant hoog. Op jaarbasis leidt dit tot een enorme hoeveelheid receptverlengingen. Hiervoor moeten de verschillende zorgverleners gebeld worden (kost capaciteit) en moeten eerste en tweede lijns specialisten een verlengingsrecept uitschrijven (wat op zijn beurt eveneens weer veel capaciteit kost). Met een groeiend aandeel van chronische patiënten, neemt dit tijdsbeslag alleen maar toe.

Een van de manieren om dit op te vangen is door gebruik te maken van een gepersonaliseerd zorgloket (mijn.zorgloket.nl). De patiënt kan dan zelf online de prolongatie aanvragen, waarna deze elektronisch naar de betreffende apotheker wordt verzonden. Indien noodzakelijk kan ervoor gezorgd worden dat de verantwoordelijk arts zijn/haar goedkeuring tussentijds verleent. In die gevallen waarin dat niet nodig wordt, wordt hij/zij niet meer belast en hoeft de apotheek de gegevens niet meer in te voeren.

### **8.5 RFID in de Zorg**

Radio Frequency Identification (kortweg RFID) is een benaming voor een technische oplossing waarbij radiogolven uitgezonden worden door een piepkleine chip naar een ontvanger. Deze chip bevat een uniek nummer. Geplaatst op een object en in combinatie met een ontvanger, kan exact gelokaliseerd worden waar een object zich bevindt. Deze nieuwe techniek is veelbelovend, met name op het gebied van logistiek.

Toegepast in de zorg zien wij als KPMG een diversiteit aan toepassingen in de zorg. In de Verenigde Staten zijn op dit gebied reeds toepassingen voorhanden op het gebied van verbetering en verkorting van processen (BPR), versterken van de zorg voor patiënten, het productie en logistieke proces tussen in de farmacieketen (van producent tot patiënt) en ten aanzien van het medicijngebruik.

---

## 9 LEVV

### 9.1 Efficiënte en effectieve zorgverlening

Verpleegkundigen en verzorgenden verrichten voor een deel handelingen waarvan wetenschappelijk is aangetoond dat ze niet bijdragen aan een gewenste uitkomst. De productiviteit is te verhogen door deze handelingen achterwege te laten. Enkele voorbeelden van onnodige handelingen zijn het preoperatief scheren, het standaard bijhouden van een vochtbalans en standaard temperaturen.

### 9.2 Preventie

Door preventieve maatregelen kunnen situaties waarin intensieve zorgverlening vereist is, bijvoorbeeld complicaties, voorkomen worden. Zo levert het voorkomen van decubitus een besparing op voor de inzet van personeel. Het behandelen van decubitus is intensiever dan het voorkomen en vraagt dus om minder inzet van personeel. Daarbij voorkomt het het onnodig lijden van de patiënt. Ook de aandacht voor patiëntveiligheid draagt bij aan het voorkomen van complicaties.

### 9.3 De inzet van deskundigheid beter afstemmen op de zorgvraag

Er zou winst behaald kunnen worden door het slimmer inzetten van deskundigheden, zodanig dat met minder mensen meer gedaan kan worden. Dit betekent het gericht inzetten van deskundigheid, afgestemd op de zorgvraag. Dit kan met behulp van functiedifferentiatie en taakherschikking. Waarbij taakherschikking het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen is.

### 9.4 Toepassing van ICT

Door het toepassen van informatie- en communicatietechnologie valt de arbeidsproductiviteit te vergroten. Hiermee zijn bijvoorbeeld successen bereikt in de thuiszorg Utrecht. Mede door de inzet van techniek en het stroomlijnen van administratieve procedures zijn de netto inzetbare uren sterk verbeterd. Verder kan gedacht worden aan elektronische consulten, domotica, etc. Bij al deze ontwikkelingen is het van belang te zorgen voor een zeer goede aansluiting tussen beschikbare technieken en het primaire proces (zowel zorgverleners en zorgvragers). Het doel is een meer cliëntgerichte, doeltreffende en doelmatige zorgverlening.

Ook vinden wij het belangrijk om de effectiviteit van de zorg door verpleegkundigen en verzorgenden inzichtelijk te maken. Dit kan met prestatie-indicatoren. Deze leveren op verschillende zorgniveaus belangrijke informatie op (de patiënt, een afdeling een zorginstelling een beroepsgroep tot zelfs een nationaal systeem). De ontwikkeling van prestatie-indicatoren geeft ook stuurinformatie voor de inzet van personeel. Vooralsnog is er weinig inzicht in uitkomsten van zorg en de ontwikkelingen van indicatoren staat nog in de kinderschoenen. Het is overigens van belang om bij deze ontwikkeling de administratieve last zoveel mogelijk te beperken.

---

## 10 NIZW

### 10.1 Algemene aanbevelingen

In het algemeen kan de arbeidsproductiviteit in de zorgsector worden verhoogd door:

- Vervanging van menskracht door techniek, zoals monitoring en alarmering ( domotica , ICT ).
- Vermindering van niet direct productieve uren, bijvoorbeeld reistijd vervangen door telecommunicatie via videoverbinding.
- Méér mogelijkheden creëren voor zorg buiten intramurale voorzieningen. Zorg thuis en zorg in kleinschalige voorzieningen maken veel meer gebruik van mantelzorg en vrijwilligers en dat betekent een besparing op beroepskrachten.
- De demografische veroudering houdt ook in dat er een grote groep mensen aankomt die geen betaald werk meer verrichten. Een deel van hen is beschikbaar voor vrijwilligerswerk.
- Op iets langere termijn kan ook robotica ingezet worden. In robotica voor de zorg (bijvoorbeeld huishoudelijk werk) zou een specifiek ontwikkelprogramma zinvol zijn.
- Het terugdringen van 'waste' in het systeem door bijvoorbeeld reductie van het aantal fouten of veiligheidsrisico's waarvan het repareren veel menskracht kost (bijvoorbeeld medicatiefouten, infecties, decubitus , etc).
- Rationaliseren van werkprocessen door overbodige of weinig rendabele elementen uit het werkproces te halen (bijvoorbeeld indicatiestelling voor goedkope voorzieningen of voor aanvragen die nagenoeg altijd worden toegekend)

### 10.2 Beroepenstructuur, competenties en competentie management

De beroepenstructuur is een leidraad voor iedereen die werkt aan een betere beroepsuitoefening en bedrijfsvoering. Centraal staan de competenties waarover werknemers in de sector moeten beschikken om hun werk goed te kunnen doen. De beroepenstructuur helpt om greep te krijgen op vraagstukken die zich in dit kader voordoen, zowel op landelijk niveau als binnen de organisaties.

Het NIZW verbetert en onderhoudt de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt, ontwikkelt competentieprofielen, beschrijft trends in de beroepspraktijk en vertaalt deze in kwalificaties, verricht onderzoek naar de vraag naar en bestemming van schoolverlaters en verbetert de beroepspraktijkvorming.

In het kwaliteitsbeleid ligt de nadruk op het integreren van de perspectieven van cliënt, professional en organisatie in de reguliere bedrijfsvoering. Kwaliteit van de arbeid sluit aan bij de behoefte van diverse partijen in de sector zorg en welzijn om de toegankelijkheid van de zorg- en dienstverlening te verbeteren. Herschikking van taken binnen allerlei beroepen, professionalisering en competentieontwikkeling zijn in dit kader enkele belangrijke speerpunten. De insteek naar arbeidsproductiviteit wordt vooral ingegeven door de opmerking van Rosbeth Moss Kanter: "If it's no fun nobody is going to do any of this". Het thema arbeidsproductiviteit is volgens deze visie sterk verwant met onderwerpen als: zinvolheid van het werk (non routine), betrokkenheid, variatie, uitdaging, eigen invloed op verbeteringen. De positie van de medewerker is daarbij essentieel.

---

### **10.3 Verhogen van de arbeidsproductiviteit door technologie**

Duidelijk is dat de inzet van domotica en ICT de komende jaren zal leiden tot een substitutie van beroepskrachten door techniek op specifieke onderdelen van de zorg, zoals de (tele)communicatie met cliënten, monitoring en toezicht op afstand van cliënten en alarmeringsfuncties voor cliënten.

### **10.4 Werken met richtlijnen in thuiszorg en kraamzorg**

Door te werken met richtlijnen kunnen zorgorganisaties de kwaliteit van werken verbeteren, inzichtelijk en toetsbaar maken. Werken met richtlijnen draagt daarmee bij aan de verhoging van de arbeidsproductiviteit.

### **10.5 Mantelzorg en inzet van vrijwilligers in de zorg**

De vermaatschappelijking van de zorg komt onder andere tot uitdrukking in beleidstrajecten rond de modernisering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de voorgenomen invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Eén van de beoogde resultaten is een grotere inzet van vrijwilligers in de zorg. Om een betrouwbare partner voor de professionele zorg te kunnen zijn, wordt in het vrijwilligerswerk in de zorg de coördinatiefunctie steeds vaker door beroepskrachten ingevuld. De beroepskrachten in de zorg zullen steeds vaker gaan samenwerken met vrijwilligers in de zorg. Deze samenwerking stelt specifieke eisen aan de competenties van beroepskrachten. NIZW Zorg waarvan ook het Expertisecentrum Informele Zorg deel uitmaakt hebben in de afgelopen jaren verschillende activiteiten en projecten ontplooid gericht op de ondersteuning van mantelzorgers en de samenwerking tussen vrijwilligers en professionals in de zorg.

### **10.6 Zelfstandig ondernemerschap en nieuwe professionals in de zorg**

De geleidelijke introductie van een systeem van gereguleerde marktordening in de zorg vraagt om managers met andere competenties. Ook ontstaan er steeds meer particuliere ondernemers in de zorg, zoals privé-klinieken, franchisebedrijven zoals de Thomas-huizen voor verstandelijk gehandicapten, beroepskrachten die een eigen 'zorgbedrijf' beginnen voor mensen met een persoonsgebonden budget.

Naast nieuwe vormen van ondernemerschap houdt het NIZW zich ook bezig met nieuwe professionals zoals ouderenadviseurs, integrale medewerkers, liaison/ transfer verpleegkundigen, gespecialiseerd verpleegkundigen (bijv COPD) in triage situaties, en in de toekomst: nurse practitioners, etc. Hierdoor ontstaat met name horizontale mobiliteit. Deze ontwikkelingen zijn van invloed op de arbeidsproductiviteit. De arbeidssatisfactie lijkt goed te zijn wat mogelijk effect heeft op behoud van deze mensen voor het werkveld.

---

## 11 PRICEWATERHOUSECOOPERS

In deze brief willen wij graag uw aandacht vragen voor twee onderwerpen: de uitkomsten van de benchmarkonderzoeken in de AWBZ en het recentelijk door ons uitgebrachte rapport 'Rethinking the European ICT agenda' dat in opdracht van het ministerie van Economische Zaken is uitgevoerd.

### 11.1 Verschillen in productiviteit en verklaringen daarvoor

Wij zijn sinds 1998 betrokken bij het uitvoeren van multidimensionale benchmarkonderzoeken in drie van de vier AWBZ deelsectoren (verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en gehandicaptenzorg). In de benchmarkonderzoeken worden de doelmatigheid en kwaliteit van de zorg- en dienstverlening van instellingen separaat en in hun onderlinge samenhang vergeleken. Uit onze fact based research is gebleken dat de productiviteit van de uitvoerende medewerkers in de zorg een belangrijke parameter is voor de doelmatigheid van zorgaanbieders. Uit de benchmarkonderzoeken is tevens gebleken dat zorgaanbieders met vergelijkbare cliëntenpopulaties aanzienlijk kunnen verschillen in het gemiddeld aantal geleverde minuten zorg per dag.

In de benchmarkonderzoeken zijn ook verklaringen voor de verschillen in productiviteit tussen instellingen gevonden. In algemene zin geldt dat instellingen een hogere productiviteit realiseren wanneer:

- het ziekteverzuim laag is; hiermee valt een relatief grote productiviteitswinst te behalen; bij instellingen met een laag ziekteverzuim zijn de oordelen van de medewerkers over de coaching en begeleiding door leidinggevendenden gemiddeld hoger en is de betrokkenheid van het middenkader bij de werkvloer groter;
- de planning is geoptimaliseerd (gericht op het minimaliseren van reistijd in de extramurale zorg);
- er sprake is van een aanzienlijk aandeel (ongeveer 10%) van flexibel in te zetten medewerkers aangezien daarmee wordt voorkomen dat er op momenten waarop de vraag laag is sprake is van overcapaciteit;
- er instrumenten worden ingezet voor de organisatie van arbeid (zoals bijvoorbeeld taakrotatie);
- in de planning en roostering rekening gehouden wordt met werkbelasting van medewerkers en de roosters tijdig aangekondigd worden.

### 11.2 Rethinking the European ICT agenda

In maart 2000 is door de Europese Unie in Lissabon ('The Lisbon agenda') de ambitie geformuleerd om Europa te transformeren tot de meest competitieve en dynamische op kennis gebaseerde economie ter wereld. In dit perspectief hebben wij een onderzoek naar de Europese ICT agenda uitgevoerd. Daarbij is Europa vergeleken met India, Zuid-Korea, China, Japan en de Verenigde Staten. Een van de conclusies van het onderzoek is dat de ICT ontwikkelingen in Europa een nieuwe impuls nodig hebben om bij te blijven bij de genoemde referentielanden. In het rapport wordt de potentie van E-health voor de gezondheidszorg in relatie tot de arbeidsproductiviteit benoemd.

---

## 12 PRISMANT

### 12.1 Inzet van personeel

Het blijkt nog steeds mogelijk bij onderzoek naar werklast en roosterbeleid in de praktijk zonder veel problemen een winst te realiseren van meerdere fte's. Met name binnen ziekenhuizen bestaat bij ons het idee dat er 'lucht' in de formatie van verpleegkundige afdelingen zit, onder andere door het werken met achturige diensten, waardoor vaak midden op de dag een overformatie aanwezig is.

Dat leidt tot het volgende punt: er zou veel meer cliëntgericht geroosterd kunnen worden, waarbij een flexibeler personeelsinzet mogelijk is. Kennelijk is er binnen instellingen nog steeds te weinig druk op de ketel om daadwerkelijk op dit vlak winst te willen boeken.

Substitutie van functies (zowel binnen het medische domein als tussen het medische domein en aansluitende domeinen zoals verpleging en paramedische functies) begint gestalte te krijgen. Opvallend is dat uiteindelijk de winst vaak lijkt te gaan zitten in kwaliteitsverbetering en minder in productiviteitsverhoging.

Verzuimmanagement is een onderwerp wat langzamerhand wel aan aandacht wint. Wat blijft, is het gegeven dat het in veel instellingen niet de prioriteit van het topmanagement is, waardoor er te weinig wordt bereikt.

Het bestaande stelsel aan arbeidsvoorwaarden belemmert voor instellingen de mogelijkheid slim in te spelen op ontwikkelingen in de zorg. De verandering van het werktijdenbesluit biedt daarentegen wel aanknopingspunten, mits het uiteindelijk in de diverse CAO's niet wordt ingeperkt.

#### Oplossingsrichtingen

- Uitwerken van nieuwe zorgconcepten met name voor de V&V-sector; echter aansluitend kan mogelijk in nauw gelieerde sectoren eveneens gekeken worden of langs deze weg productiviteit te verhogen is;
- Benchmark van werklastcijfers over instellingen, om zodoende een kleinere bandbreedte in inzet van personeel over instellingen te verkrijgen.
- Ontwikkeling van stuurinstrumenten voor instellingen om bij grote afwijking in arbeidsproductiviteit ten opzichte van de norm c.q. het gemiddelde te komen tot een verhoging van de productiviteit.
- Verbreding van de mogelijkheden van substitutie met als inzet productiviteitsverhoging.
- Verbetering van de randvoorwaarden rond productiviteit, bijvoorbeeld op het gebied van verzuim en arbo. Ontwikkeling van een geïntegreerde aanpak van verzuim, werklast en werkdruk binnen instellingen komt nu eigenlijk niet voor: nu is vaak sprake van een fragmentarische aanpak.

### 12.2 De logistieke organisatie van het zorgproces en de zorgketen

Wat we zien is dat er binnen instellingen geen informatie is over de processen die klanten doorlopen, en dat deze processen niet gemonitord en gemanaged worden. Daarnaast zijn de processen niet bewust ontworpen, maar als vanzelf ontstaan in een tijdperk waarin vooral aanbodgestuurd georganiseerd werd.

Om hierop in te spelen heeft Prismant een aanpak ontwikkeld van patiëntengroep management. Dit houdt, bij voorbeeld voor een ziekenhuis, in dat binnen een specialisme:

- patiëntengroepen onderscheiden worden die gebruikt worden om de logistieke organisatie in te richten;
- processen en doelen voor service en benutting van capaciteiten worden geformuleerd;

- 
- specialisten ook medeverantwoordelijk worden voor processturing;
  - informatie beschikbaar komt om processen te monitoren.

De doelmatigheidswinst van deze aanpak is groot (verkorting doorlooptijd, minder herhaal consulten), maar het kost wel tijd om deze aanpak ziekenhuisbreed in te voeren.

### **12.3 Het doelmatig functioneren van bedrijfsonderdelen**

Meer directe winst is te behalen met verbetering van het doelmatig functioneren van units/afdelingen. De te behalen winst zit vooral in het realiseren van een hogere bezettingsgraad door een efficiëntere planning.

### **12.4 Het coördineren van processen/ketens: ziekenhuisbrede logistiek**

Het derde terrein waarop met logistiek meer arbeidsproductiviteit gerealiseerd kan worden, is de ziekenhuisbrede logistiek. Hierbij gaat het om het coördineren van alle ketens en units binnen de muren van het ziekenhuis. Belangrijk hierbij is ook om de onderlinge verbanden goed in de gaten te houden om verlies van capaciteit te voorkomen. Als bijvoorbeeld de beschikbaarheid van bedden niet is afgestemd op de operatiekamer capaciteit, kan het voorkomen dat er OK-tijd niet benut wordt. Als de capaciteit voor de polikliniek niet is afgestemd op die van de kliniek, stagneert de doorstroming en ontstaat er een wachtlijst of leegloop. Als de polikliniekcapaciteit niet is afgestemd op de capaciteit van onderzoeksafdelingen, ontstaat er een wachttijd en wordt de doorstroming negatief beïnvloed.

### **12.5 Gedrag van professionals**

De kern waar het allemaal om draait is het gedrag van professionals. Hierdoor is het zo moeilijk om op korte termijn de arbeidsproductiviteit in de zorg te vergroten. Professionals worden jaren getraind en eigenen zich gedrag aan. Dat is lang niet altijd evidence based, zeker niet het meest efficiënt. Door de intern gerichte culturen is er ook relatief weinig controle van buiten. Hoe kan het toch dat innovaties gemiddeld meer dan vijftien jaar erover doen om van de ene kant van ons kikkerlandje naar de andere kant te worden getransporteerd?

We zullen ons moeten richten op structurele veranderingen en dat betekent structureel investeren in een kwaliteits- en productiviteitscultuur. Dat betekent:

- het doorbreken van de politieke macht van professionals (lees specialisten)
- laten zien dat het beter kan
- professionals er op aan spreken wanneer zij achter blijven
- positieve reacties creëren bij professionals om hun schouders eronder te zetten en samen met anderen hun activiteiten door te lichten en met hun eigen ideeën te verbeteren

### **12.6 Communicatie tussen professionals**

Misschien een afgeleide van het vorige punt maar wel essentieel. Hier gaat het zo vaak mis. Communicatie is voor een belangrijk deel afspraken maken en plannen. Die afspraken blijken er dus vaak niet te zijn. En plannen is niet het sterkste punt van de zorg. Hier liggen ontzettend veel kansen op het vlak van ICT.

---

## 12.7 Communicatie met patiënten

Het voorlichten van patiënten via intelligente, op de patiëntgerichte websites zoals the Health Agency maakt, resulteert in patiënten die veel meer het gevoel van zelfcontrole hebben en veel minder beroep zullen doen op de zorg. Een groot manco op weg naar een efficiëntere zorg is de 'domme patiënt'. We kunnen weinig verwachten van eigen verantwoordelijkheid en actief gedrag op een gezondheidsmarkt na jarenlang alle beslissingen voor patiënten te hebben nemen. Hopelijk zal de komende jaren een actief participerende consumentengroep ontstaan die mede de zorg prikkelt tot vergroting van de arbeidsproductiviteit. Dit stimuleren met concrete voorbeelden zoals hierboven genoemd is essentieel.

## 12.8 Interne organisatie

Zie ook de bijdrage over zorglogistiek. Dit is in de zorg nog steeds hopeloos ouderwets georganiseerd. Chronische patiënten met alledaagse ziekten zoals Diabetes Mellitus, zwaar zieke kankerpatiënten en poliklinisch liesbreukherstel: we vinden het allemaal in dezelfde ziekenhuizen. Hetzelfde geldt voor GGZ, V&V etc. Echte efficiëntieslagen zullen alleen nog worden gemaakt wanneer de zorgorganisaties grondig op hun kop gaan. Van scratch af aan nadenken: wat kan waar hoe en door wie het best worden georganiseerd. Zonder aanzien des persoons of beroeps. Dan volgt een logische bundeling van activiteiten, al dan niet in een instelling, door een breed scala van hulpverleners. Met veel beroepsdifferentiatie. Arbeidsproductiviteitsverhoging kan alleen doordat mensen de dingen doen die ze goed kunnen, de dingen waarvoor ze zijn opgeleid en de dingen die niet door 'goedkopere krachten' kunnen worden gedaan. Waarom toch bij nieuwbouw altijd maar weer terug naar het bekende concept? Tijn Kool heeft hierover in 2001 een hoofdstuk over geschreven in de Kathedraal van Zorg van Guus Schrijvers: Het ziekenhuis van de toekomst.

## 12.9 Creativiteit zorgbestuurders

Natuurlijk heeft de WRR gelijk dat regels belemmerend kunnen werken. Ondernemend gedrag moet meer beloond worden. Dus een prikkel voor meer kwaliteit of volume voor dezelfde prijs of hetzelfde voor minder geld. Maar er zijn al veel mogelijkheden die bestuurders laten liggen. Je kan je afvragen of de zorgbestuurders wel voldoende creatief zijn om de arbeidsproductiviteit te verhogen. De meesten zijn niet geselecteerd om dit te voltrekken. Investeren in en ondersteunen van bestuurders die de arbeidsproductiviteitsverhogende kar moeten trekken is essentieel. Wij constateren dat dit eigenlijk voor alle terreinen geldt: logistiek, interne arbeidsproductiviteit en innovatie: zorg voor een goede bestuurscultuur: daar ligt de basis voor de verbetering!

---

## 13 REGIOPLAN & GRIFFIOEN

De notitie is als volgt opgebouwd. Allereerst schetsen we een aantal situaties die zich gezondheidszorg breed voordoen of kunnen voordoen. Vervolgens gaan we in op een aantal belemmeringen, dat zich specifiek in ziekenhuizen voordoet, geven we een idee voor de thuiszorg en sluiten we af met een aantal voorbeelden van oplossingen voor efficiëntieverbetering in de ouderenzorg.

### 13.1 Mismanagement

Steeds vaker komen instellingen als gevolg van mismanagement in de financiële problemen. Het gebeurt zo vaak, dat het CTG zelfs een regeling heeft gemaakt hoe hiermee om te moeten gaan. Aan de ene kant wordt gesproken over marktwerking in de zorg en aan de andere kant maakt men een vangnet. Nadeel van het vangnet is dat bestaande 'weeffouten' in de organisatie niet worden aangepakt. We zien dat instellingen bij herhaling in de problemen komen. De kern van het probleem is dat van dit beleid om een organisatie een andere naam te geven en in feite op de oude manier verder gegaan wordt, geen enkele stimulans uitgaat om zorg te dragen voor de continuïteit van een organisatie. Medewerkers behouden eenmaal ontvangen privileges en als regel vertrekt alleen de hoogste leiding. De oplossing zou zijn om dergelijke organisaties, net zoals in het bedrijfsleven gebruikelijk is, te ontmantelen en te reorganiseren. Er zou daarvoor een bewindvoerder moeten worden aangesteld die delen van de oude organisatie overdoet aan organisaties in de omgeving die bewezen hebben een goed beleid te voeren. Geef een baangarantie maar geen salarisgarantie aan medewerkers. Van zo'n beleid gaat een zeker afschrikking uit en 'weeffouten' worden aangepakt.

### 13.2 Eén promille voor preventie

Er zijn in het verleden veel financiën uitgegeven aan preventie met onduidelijke resultaten. Door het wegvallen van de Zorg op Maat regelingen en subsidieregelingen kunnen instellingen eigenlijk niet meer participeren in preventieprojecten. Het gaat in principe om weinig geld maar valt nu weg omdat alle gelden die een instelling ontvangt via de AWBZ individueel geormerkt zijn. Indien instellingen 1 promille krijgen in hun tarief met de eis te participeren in een project, zijn de kosten gedekt.

### 13.3 Eén algemene veiligheidsambtenaar

Een instelling voor gezondheidszorg heeft te maken met een grote schare verschillende veiligheidsregelingen en veiligheidsfunctionarissen die de regels controleren. De provinciale veiligheidsfunctionarissen controleren zwembadveiligheid, legionella en zwembadwaterkwaliteit. De brandweer stelt regels, de Inspectie voor Volksgezondheid stelt regels, instellingen hebben te maken met de Arbeidsinspectie, veelal ook nog met de preventieambtenaar van de politie, met ambtenaren van de politie/IND met betrekking tot verblijfsvergunning en een energiegebruikambtenaar. Hiermee gaat veel kost-bare tijd verloren van vooral het management van instellingen. Samenbundeling van deze functies in één algemene veiligheidsambtenaar, geeft op meer fronten binnen en buiten de gezondheidszorginstelling veel besparing en de kans dat regelingen op elkaar aansluiten wordt met een algemene veiligheidsambtenaar eveneens groter.

---

### **13.4 Concentreer de electieve zorg**

In Nederland is het gemeengoed dat alle electieve zorg in vrijwel alle algemene ziekenhuizen wordt geleverd. Dat is een zeer inefficiënte manier van organiseren. Voorbeeld: een gemiddelde orthopeed in Nederland doet per week zo'n 3 à 4 knie- of heupoperaties. In Amerika is die zorg veel meer geconcentreerd en doet 1 orthopeed tot wel 30 operaties in een week. Gevolg: efficiëntere inzet van middelen en een veel betere kwaliteit (immers: de handvaardigheid neemt sterk toe met het aantal verrichtingen). Kortom: concentreer de electieve zorg in maximaal 8 regionale behandelcentra waardoor met veel minder mensen veel meer behandelingen kunnen worden verricht.

### **13.5 Informatievoorziening voor verzuim- en reïntegratie**

In de sector thuiszorg is in het kader van het Convenant Arbeidsomstandigheden Thuiszorg (CAT) een project opgezet gerelateerd aan het thema reïntegratie. Het project houdt het volgende in: er verandert qua kennis op het terrein van wet- en regelgeving met betrekking tot ziekte, verzuim en veel en de veranderingen gaan in een hoog tempo. Voor veel thuiszorginstellingen is het lastig om alle ontwikkelingen goed te volgen. Daartoe heeft een zelfstandige organisatie een manier van werken ontwikkeld die middels de netwerkgedachte en kenniskringen thuiszorginstellingen en specifieke groepen medewerkers binnen deze instellingen (bijvoorbeeld P&O-ers), voorziet van actuele en juiste informatie op het terrein van reïntegratie. Door deze werkwijze kunnen instellingen snel inspelen op ontwikkelingen en deze vertalen naar hun eigen situatie. In veel gevallen kunnen zieke werknemers snel of sneller dan voorheen op een voor werkgever en werknemer gunstige wijze instromen in het werkproces waardoor ook dit arbeidspotentieel wordt benut. Deze werkwijze zou navolging kunnen vinden in andere sectoren, het voorstel is dan ook om deze werkwijze in andere sectoren toe te passen.

### **13.6 Ouderenzorg - Zorg voor psychogeriatrische patiënten**

In Kopenhagen is nu een project gerealiseerd waar veel dementerenden bij elkaar wonen en vrijwel zonder toezicht vrij kunnen rondlopen. Dat is gelukt dankzij een uitgekiend ontwerp van het complex, dat mensen eigenlijk steeds naar binnen "duwt". Dit zorg- en bouwconcept lijkt ons het onderzoeken waard in het kader van ideeën voor het bevorderen van efficiënte zorgverlening. Er hoeft immers minder personeel ingezet te worden om toezicht te houden. Een andere optie is het gebruik van GPS en stimulators zoals die nu ontwikkeld zijn of worden voor koeien. Daarmee zijn hekken in de weide niet langer nodig. Met zo'n oplossing kunnen dementerenden dwalen over een van tevoren afgebakend terrein. De vergelijking tussen koeien en dementerende ouderen klinkt wellicht bizar, maar in het licht van het verbeteren van efficiency in zorgverlening en het verhogen van arbeidsproductiviteit zou deze optie onderzocht en ontwikkeld kunnen worden.

### **13.7 Logistiek van de zorgvraag - Intramuraal**

In een intramurale setting voor ouderenzorg beginnen de diensten over het algemeen om 7 uur of 7.30 uur. Navraag naar gewenste tijd van opstaan leert dat de meeste bewoners zo vroeg niet willen opstaan. In verpleeghuizen blijkt de gewenste tijd rond 9 uur te liggen. In een verzorgingshuis bleek men het liefst tussen 8 en 9 op te staan. Roostering van medewerkers aangepast aan de wens van de cliënt betekent minder leegloop. Analoog hieraan kan een fysiotherapeut beter vanaf 11 uur met cliënten werken; gemiddeld genomen

---

is een oudere met beperkingen dan de ochtendstijfheid kwijt. Het zou aanbeveling verdienen dit idee op grotere schaal te implementeren en te onderzoeken.

### **13.8 Logistiek van de zorgvraag - Extramuraal**

Nu is er veel afstemmingsverlies tussen zorgverleners op elk terrein. Bij een wijkgerichte organisatie voor alle zorg- en welzijnsstructuren ontstaat er afstemmingswinst. Want je spreekt altijd met dezelfde mensen, leert elkaar kennen, krijgt inzicht in elkaars kennis en vaardigheden. Op een wijk van zo'n 10.000 inwoners is de menselijke maat dan terug (dat vereist investeren in de infrastructuur, ook als de bouwgrond duur is. Elders in de maatschappij wordt dat wel gedaan bijvoorbeeld in de olie-industrie. In de zorg ligt de link met de opbrengst minder hard, maar die is er wel degelijk). Het concept woonservicegebied op alle niveaus, van kind tot hoogbejaarde zou in de praktijk ingevoerd kunnen worden en geëvalueerd.

### **13.9 Onderscheid 1e en 2e lijn in ouderenzorg/verpleeghuiszorg**

Nu bieden huisartsen medische zorg aan ouderen, tenzij het verpleeghuispatiënten zijn. Gezien de beleidskeuze om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen zullen er meer ouderen buiten het verpleeghuis wonen met een verpleeghuiszorgvraag dan erin. Huisartsen zouden gezien deze ontwikkeling een ouderenaantekening moeten halen (de ontwikkelingen wat betreft opleiding verpleeghuisartsen gaan in die richting).

### **13.10 Psychologie en gerontologie in het verpleeghuis**

Medische zorg is voor 80% huisartsenzorg en voor 20% verpleeghuisartsenzorg. Het verpleeghuis is een specialistisch centrum voor revalidatie, complexe somatische 24-uurszorg, complexe psychogeriatrische zorg. Het medisch model kan dan ook op basis van de ervaringen in een aantal instellingen, prima vervangen worden door een model gericht op wonen, welzijn, privacy en een gedeelde sociale structuur. Dit model zou toegepast kunnen worden op brede schaal en begeleid door een evaluatieonderzoek

### **13.11 Niet- opgeleide professionals voor gros van de zorgvragen**

De meeste vraag naar zorg en diensten speelt zich af op het huis-, tuin- en keukenterrein. Deze vragen zouden ook door huis-, tuin- en keukenmedewerkers kunnen worden beantwoord. Daar hoeft men geen diploma voor te hebben, wel sociale vaardigheden en een dienstverlenende houding. Grofweg: huisvrouwen /moeders die een gezin runnen en hun vader en moeder verzorgen of verzorgd hebben. Dat zijn de mensen die een klein dienstverband erbij willen in de week, voor de sociale contacten, het erbij horen en een beetje eigen geld (in de 80-90-er jaren van de vorige eeuw kwamen deze vrouwen in dienst en werden door de thuiszorg zelf opgeleid). De alfa-hulpen hebben altijd heel goed gezorgd voor hun cliënt, omdat er een directe relatie werkgever/medewerker is. De belasting-technische voorzieningen handhaven en uitbreiden (als je tenminste meer vrouwen met een klein (gezins)inkomen aan het werk wilt hebben). De huis-, tuin- en keukenvragen zou je door één (wijkgericht) team kunnen laten afhandelen, hetgeen efficiencywinst oplevert. Dat vereist allround medewerkers (koken, poetsen, gras maaien); het biedt afwisseling in het werk (arbo) en het zorgt voor tevredenheid van klanten en minder gezichten. Verpleegkundig specialisten - verbonden aan dat eerstelijns gezondheidscentrum- zijn wijkgericht georganiseerd en

---

kunnen door medewerkers die in die wijk werkzaam zijn ingeschakeld worden. Bovenstaand ideeën zouden ook uitgetoetst kunnen worden in de praktijk

### **13.12 ICT**

Rechtstreeks contact cliënt-medewerker zou een efficiëntere inzet van personeel kunnen bewerkstelligen. Het experiment met de webcam bij cliënten van Sensire, gesponsord door Menzis is daar een voorbeeld van. Het is vast mogelijk om dat beeld op de mobiele telefoon van de medewerker te krijgen. Dan is er directe communicatie cliënt-medewerker. Vergelijkbaar met dect-telefoonsystemen die in een kantoor/instelling gebruikt worden waar spreek-luisterverbindingen met cliënten mee kunnen worden gemaakt, is dat ook te bedenken voor de 300 meter rond een multifunctioneel zorgcentrum/zorgpost. Snellere afhandeling en vraaggericht.

E-mail contact tussen verzorgenden(intramuraal) en huisarts. Verzorgenden – in de rol van zorgcoördinator - zijn de intermediair tussen cliënt en huisarts. Huisartsen zijn moeilijk bereikbaar. Vragen die vaak niet spoedeisend zijn zouden per e-mail rechtstreeks gesteld kunnen worden aan de huisarts. Dit leidt tot minder telefoonverkeer en huisartsenbezoek en betekent een efficiencywinst.

### **13.13 Verkeerde bedproblematiek**

Nu de gemeentelijke regie en verantwoordelijkheid (zeer waarschijnlijk) per 2006 wordt vormgegeven via de WMO zou de volgende stap zijn om de geldstroom tussen ziekenhuiszorg en AWBZ-zorg te stroomlijnen. In Zweden wordt de gezondheidszorg betaald uit de Inkomstenbelasting. De gemeente krijgt geld volgens bepaalde criteria. Er is ook bepaald op hoeveel inwoners en op welke afstand er een ziekenhuis moet zijn. Als een patiënt uitbehandeld is heeft de gemeente 5 dagen om te zorgen voor een alternatief. Als die 5 dagen overschreden worden moet de gemeente het bed betalen in het ziekenhuis. Indicatiestellers zijn bij de gemeente in dienst en door deze regeling is er in principe recht op zorg. De zorg is per wijk georganiseerd en lijnen zijn kort. Momenteel zit er in Zweden spanning op de capaciteit voor demente ouderen. Daarom worden 24 uurszorgcentra nu verbouwd tot groepswoningen voor dementerenden. Ook huur- en zorgovereenkomsten worden losgekoppeld van elkaar. Dit zou eveneens een oplossing kunnen zijn die geïmplementeerd en onderzocht zou kunnen worden in het licht van het verhogen van de efficiency van zorginstellingen.

---

## **14 STICHTING STG/HMF**

### **14.1 Versnelde invoering van arbeidsbesparende technologie**

Hierover zijn reeds vele studies verschenen. Een interessante recente studie is in dit verband "Zorgtechnologie. Kansen voor innovatie en gebruik". De hoofdauteur van dit rapport heeft een presentatie gegeven op de laatste plenaire bijeenkomst van Health Management Forum (HMF) over toekomst zorgtechnologie. Wij hebben bij die gelegenheid nagegaan waar kansrijke mogelijkheden zijn om tot arbeidsbesparing te komen.

### **14.2 Taakherschikking en taaksubstitutie**

Door systematische taakherschikking en taaksubstitutie binnen de gezondheidszorg valt nog veel winst te behalen. Mede op basis van het STG-rapport "Beroep op flexibiliteit" gaan wij met een aantal beroepscategorieën na welke onderdelen binnen bepaalde beroepsdomeinen door andere minder zwaar gekwalificeerde medewerkers kunnen worden overgenomen.

### **14.3 Vermindering bureaucratie in de zorg**

Op alle niveaus van de gezondheidszorg is sprake van een toename van bureaucratie. Naast de enorme kosten voor en tijdsinzet van zorgverleners tast dit ook de motivatie van veel zorgverleners aan. Gerichte initiatieven ter vermindering van bureaucratie zijn dringend noodzakelijk.

### **14.4 Stroomlijning zorgprocessen**

Hierover worden in allerlei rapportages, o.a. het rapport Sneller Beter, de nodige verstandige dingen gezegd. Nu komt het op systematische implementatie aan. Bundeling van initiatieven, leren van "best practices" is dringend noodzakelijk.

---

## 15 TNO ARBEID

Verhoging van de productiviteit in de zorg is onontkoombaar. Er is een aantal domeinen bekend waar wijzigingen doorgevoerd moeten worden om efficiënter te gaan werken. Vaak wordt verwezen naar de financiering van de zorg die belemmerend werkt en echte concurrentie in de weg staat. Daarover zullen wij in deze notitie geen verdere aanbevelingen doen. Snellere resultaten zullen mogelijk zijn als we vertrekken vanuit de directe invloedssfeer van een individuele zorginstelling. En daar zijn vele mogelijkheden.

### 15.1 Managementvaardigheden

De zorg staat voor de opgave om te komen van taaksturing naar resultaatsturing. Veelal blijkt dat het middenmanagement onvoldoende in staat is de gewenste veranderingen te managen. Reden daarvoor is dat daar jaren niet in geïnvesteerd is, zodat essentiële managementvaardigheden bij veel managers (inclusief directies en raden van bestuur) onvoldoende ontwikkeld zijn. Dit is mede te wijten aan ons zorgsysteem waarin tot voor kort geen beroep op managementvaardigheden als besluitvaardigheid, strategisch inzicht, innovatie gedaan werd. De nadruk lag op beheren en beheersen en niet op ontwikkelen. De ontwikkelingen in de zorg leiden hierdoor tot beslissingen binnen organisaties die gericht zijn op behouden wat men heeft omdat men hoopt om die manier de ontwikkeling aan zich voorbij te laten gaan. Vermijdings- en vluchtgedrag is aan de orde van de dag, met alle gevolgen van dien voor de effectiviteit van de organisatie en de zorgverlening. De cultuur van vele zorginstellingen, waarin de belangen en posities van vele professionals fel verdedigd worden, is op zijn zachts gezegd geen bevorderende factor. Hoe dichterbij de patiënt, hoe meer de focus ligt op het verlenen van kwalitatief hoogwaardige zorg en hoe minder men doordrongen is van de noodzaak tot productiviteitsverhoging. De balans moet gevonden worden.

### 15.2 Leren van andere sectoren

Het programma Sneller Beter toont aan dat de zorg kan leren van andere sectoren. Op het gebied van logistiek en veiligheid zijn de eerste resultaten al geboekt en het thema transparantie staat als één van de volgende op de rol. Wij onderschrijven de gedachte dat de zorg gebaat is bij inzichten uit andere branches. Ook werkwijzen en bewezen effectieve aanpakken voor organisatieverandering in andere sectoren kunnen de zorg behulpzaam zijn.

Rond 2000 stond een aantal chemische bedrijven voor een aantal vragen die nu ook zeer nadrukkelijk spelen in de zorg. Men moest komen tot een kostenreductie, er moest efficiënter gewerkt worden. De eerste gedachte was het aantal ploegen te verminderen. Daarnaast had men te maken met een verdergaande mate van automatisering. Vanuit strategische overwegingen werden plants geïntegreerd en werden controleruimtes samengevoegd. Één van de overkoepelende vragen was: doen we de goede dingen en doen we de goede dingen goed?

De chemische bedrijven zochten een methode die de aangehaalde vraagstukken meervoudig en integraal kon aanpakken. Een belangrijke vraag daarbij was hoe de medewerkers meegenomen konden worden in de veranderingen en hoe men de acceptatie zo hoog mogelijk kon krijgen.

---

Samen met een aantal bedrijven heeft TNO een ontwikkelmodel ontworpen en toegepast. Binnen één jaar lag het model er, gevuld met de taal en werkwijzen van de chemische industrie. Het model wordt nu twee tot drie jaar toegepast en de resultaten zijn zeer positief. Zo zelfs dat de deelnemers hebben aangegeven dat dit hét ontwikkelmodel zou moeten zijn voor de chemische industrie.

Graag zouden wij het model dat bewezen effectief is in de chemische industrie, samen met vier tot vijf zorginstellingen uit een branche of sector (ziekenhuizen, verpleging en verzorging of gehandicaptenzorg) doorontwikkelen tot een model dat voor de betreffende branche.

### **15.3 Professionalisering HR functie**

Naast de organisatieverandering en –verbetering zou er ons inziens ook nadrukkelijk aandacht moeten zijn voor het verder professionaliseren van de HR functie binnen de zorg. Wat hard gesteld kunnen we zeggen dat de afdelingen P&O veelal een beheersmatige taak hebben waar een meer ontwikkelende en ondersteunende rol wenselijk zou zijn. Ook voor de afdelingen P&O is het meer dan eens zoeken naar de rol binnen de organisatie. En niet alleen de HR functie zou verder geprofessionaliseerd moeten worden (de gewenste veranderingen zijn immers in zeer grote mate afhankelijk van het gevoerde HR beleid) ook het gevoerde HR beleid zou tegen het licht gehouden moeten worden.

### **15.4 Gezant Strategisch Personeelsbeleid**

Binnen het programma Sneller Beter zijn gezanten aangezocht om de zorg te laten leren van waardevolle inzichten uit andere sectoren. Op het gebied van logistiek en veiligheid zijn aansprekende rapporten verschenen. In het kader van de gewenste veranderingen geven deze rapporten veel inzicht in wat er moet veranderen, en gedeeltelijk ook hoe dat moet. Er is echter nog geen of beperkte aandacht voor de veranderkundige aanpak die de belangrijkste factor in de zorg, het personeel, meeneemt en “klaarstoomt” voor de gewenste veranderingen. Het hierboven beschreven ontwikkelmodel kan zorginstellingen in staat stellen met een grote mate van zelfstandigheid de vraagstukken aan te pakken. Aanhakend aan Sneller Beter is het aan te bevelen ook een “gezant” aan te stellen voor strategisch personeelsbeleid in de zorg. Ook op het gebied van personeel en personeelsbeleid kan de zorg leren van andere sectoren.

### **15.5 Competentiemanagement**

Net als in andere sectoren moet in de zorg voorkomen worden dat medewerkers taken verrichten die onder of boven hun competentieniveau liggen. Ook in het kader van resultaatgerichtheid is het noodzakelijk dat er optimaal gebruik gemaakt wordt van de aanwezige competenties. Laat de functies aansluiten bij de competenties van de medewerkers. Dat stimuleert medewerkers tot verdere ontwikkeling en motiveert tot het leveren van goede prestaties. Competentiemanagement en functiedifferentiatie zijn daarbij de sleutelbegrippen. Uiteraard moet hierbij wel goed gekeken worden naar de diverse regelingen en wetten die mogelijk belemmerend kunnen werken. Gedacht vanuit de rol en taak van uw Ministerie zou alleen al het in kaart brengen van die belemmeringen en mogelijk conflicterende regels een goede (eerste?) stap zijn.

---

## 15.6 Semi-professionals

Een ander initiatief om de productiviteit te verhogen is het Mobiliseren van (semi) professionals. Mensen die als mantelzorg van een familielid ervaring hebben opgedaan met informele zorgverlening, maar ook getrainde EHBO-ers, leden van Bedrijfshulpverlening en dergelijke kunnen worden ingeschakeld in een netwerk van hulpverleners. Zo worden meer mensen gefaciliteerd en gemobiliseerd. Ook kan er gewerkt worden met mobiele alarmering met opvolging door vrijwilligers. In dat geval hebben ouderen een apparaat waarmee zij van iedere gewenste plek (bos, Albert Heijn, kelder) een noodoproep kunnen doen als zij hulp nodig hebben. Via bemiddeling kan de oproep terechtkomen bij de dichtstbijzijnde “vrijwilliger”.

## 15.7 Rapport Bakker-II

Het rapport van Bakker, uitgebracht in het programma Sneller Beter redeneert puur in termen van de huidige situatie. Het is echter nodig om ook toekomstige ontwikkelingen te laten meewegen.

Zorgaanbod en zorgvraag in Nederland maken op dit moment grote ontwikkelingen door. Voorbeelden hiervan zijn:

- een grotere aandacht voor de patiënt (de patiënt als klant), in combinatie met demografische ontwikkelingen;
- ontwikkelingen in beleid, organisatie en wetenschap;
- een enorme toename in technologische mogelijkheden;
- snel stijgende kosten voor de gezondheidszorg en veranderende financieringsvormen;
- aandacht voor werkomstandigheden en beschikbaarheid van personeel;
- en natuurlijk een toenemende druk op de productiviteit.

Deze veelal maatschappelijke vraagstukken sturen en worden gestuurd door (direct en indirect) marktzoekstukken. Het is duidelijk dat aan de gezondheidszorg andere eisen gesteld (gaan) worden. Het idee is dat we op de grens staan van een paradigma shift, vergelijkbaar met die in de 60'er jaren van de vorige eeuw. Een integrale visie op de zorg en de veranderingen daarin, vanuit de verschillende kennisgebieden (medisch, organisatorisch, faciliteiten) ontbreekt echter nog voor een belangrijk deel. Zo'n visie is wel gewenst wanneer lange termijn beslissingen genomen moeten worden, zoals bijvoorbeeld gerelateerd aan de huisvesting en nieuwe organisatieconcepten. Misschien kunnen we hier spreken over “Bakker-2”.

Om aan bovenstaande probleemstelling tegemoet te komen moeten tenminste twee stappen gezet worden:

Stap 1. Het doel van deze stap is om een integrale visie te ontwikkelen op het gebied van de zorgverlening in Nederland (en Europa). Dit gebeurt in nauwe samenwerking met de belangrijke en relevante stakeholders en wordt uitgewerkt in scenario's. Op basis van deze visie wordt een projectplan ontwikkeld voor projecten om deze visie te realiseren.

Stap 2. Samen met geïnteresseerde partners wordt gewerkt aan een concrete uitwerking (realisatie) van de visie op meer specifieke ontwikkelingslijnen. Duidelijk is dat de ontwikkelde marktgedragen en –gedreven visie en de integrale aanpak daarbij van groot belang zijn. Projecten op specifieke onderdelen dienen alleen gestart te worden wanneer stakeholders zijn gevonden die hiertoe ook investeringen willen doen.

De overkoepelende vraag die beantwoord dient te worden is hoe de zorg zich zal ontwikkelen in de periode van nu tot 2025. Dit zal moeten gebeuren in de vorm van scenario's en omvat ontwikkelingen in zowel zorgvraag en zorgaanbod als in de facilitering daarvan. Hierbij kan de “houdbaarheid” van het rapport van Bakker worden meegenomen. Er zal een inschatting

---

gemaakt worden of het logistiek model op langere termijn nog zinvol is. De tweede vraag is vervolgens welke ontwikkelingen op de korte termijn noodzakelijk zijn om deze visie daadwerkelijk mogelijk te maken.

Bovenstaande levert deze integrale visie en geeft logische ontwikkelingslijnen aan waarlangs via een integrale aanpak nieuwe technologische ontwikkelingen, en organisatorische structuren dienen te worden gerealiseerd om het realiseren van deze visie mogelijk te maken.

---

## 16 TRANZO

### 16.1 Prosumerism

Onder prosumerism wordt verstaan het verleggen van productieactiviteiten van producent naar consument. Er zijn allerlei mogelijkheden om diagnostische en therapeutische taken te verleggen naar de zorgvrager - professionals krijgen dan een andere, meer begeleidende en interpreterende rol of hun werklast vermindert.

In de praktijk doen zich op diverse vlakken dit soort verschuivingen voort, tegen de weerstand van professionals in. Naast herverdeling van taken tussen medici, paramedici en verpleegkundigen kan dus ook een herverdeling van taken tussen zorgvragers en professionele aanbieders plaatsvinden.

Opvallend is dat de aanwezige dynamiek niet systematisch is geïnventariseerd, niet wordt doordacht op verdere verschuivingsmogelijkheden en geen plaats heeft in het beleid van overheid en zorgverzekeraars.

### 16.2 Call centers

Grote productiviteitsslagen kunnen worden gemaakt door patiëntenstromen te optimaliseren vanuit supply chain management principes. Zorgverzekeraars herkennen dit en penetreren in de ontwikkeling van de call centers, vanwege de mogelijkheden tot efficiëntere distributie van patiënten over typen zorgaanbieders.

Het overheidsbeleid richt zich met name op optimalisering van patiëntenstromen binnen organisaties en minder op de mogelijkheden om de winst in toeleveringsketens binnen te halen. Multisectorale zorgconcerns zien hier grote mogelijkheden en ontwikkelen hun eigen front-offices.

Het beeld op dit moment is dat er call centers komen voor toegang tot de acute zorg en daarnaast front-offices met een vergelijkbare functie voor toegang tot AWBZ-diensten. In de AWBZ worden de MEE's door de overheid gepositioneerd als front office ("toeleiding"). Het is echter duidelijk dat aanbieders zelf, door voorwaartse integratie, de toeleiding in handen trachten te krijgen. Bovendien beginnen sommige gemeenten hier initiatieven te ontwikkelen. De logica van deze ontwikkeling vloeit vooral voort uit strategische keuzes van aanbieders en verzekeraars onder condities van marktwerking (concurrentie op de beheersing van de toelevering). Het netto effect is afnemende efficiency doordat in de front offices en call centers en aanzienlijke beschikbaarheidsfunctie overeind moet worden gehouden. Beleid ter zake biedt hier kansen voor efficiencywinst, in termen van vermindering van overcapaciteit in de toeleiding en een optimale allocatie van zorgvragers over een gedifferentieerd aanbod.

### 16.3 Bedrijfsrisico professionals

In een studie van Cees v.d. Grift wordt betoogd dat aanzienlijke efficiencywinsten te behalen zijn door het bedrijfsrisico van het management van zorgorganisaties over te dragen aan de betrokken professionals. De implicatie is dat het wenselijk is in voorkomende gevallen professionals in zorgorganisaties tot eigenaar /grootaandeelhouder van die organisaties te maken.

<http://www.uvt.nl/faculteiten/fsw/departementen/tranzo/leergangen/scripties/>

---

## 17 TWYNSTRA & GUDDE

### 17.1 Van 'goede' oplossingen op niet passende plaatsen naar 'goede' oplossingen op 'goede' plaatsen!

De 'wereld' van de zorg heeft te maken met allerlei technologische, organisatorische en professionele ontwikkelingen. Deze ontwikkelingen kunnen enerzijds kansen bieden voor het verhogen van de arbeidsproductiviteit en de innovatieve kracht, maar anderzijds ook belemmerend zijn. Het is de mens eigen om ontwikkelingen snel te typeren als veranderingen en veranderingen worden vaak gezien als niet leuk of niet passend voor de eigen situatie.

Indien wij het werkveld, de wereld, vanuit een afstandje bekijken, valt op dat de wereld van de zorg(instellingen) grofweg in twee delen kan worden ingedeeld:

- zorgverlening vanuit een ondersteuningsnetwerk
- zorgverlening vanuit herstelketens.

Deze twee continenten kenmerken zich in een andere benadering van de cliënt.

Op het ene continent is een uiterste situatie denkbaar van volledige customer intimacy, waarbij de dienstverlening volledig op de wens van de cliënt wordt afgestemd. En op het andere continent is een uiterste situatie denkbaar van volledige operational excellence waarbij de dienstverlening tegen zo laag mogelijke kosten wordt gerealiseerd.

Het continent van het ondersteuningsnetwerk beweegt zich om de cliënt. De cliënt staat centraal; er is sprake van maatwerk. Bij deze vorm past vaak de meer sociale geneeskunde. In het continent van de herstelketens beweegt de cliënt langs het netwerk. Het proces staat centraal; er is sprake van standaardisering om de kosten minimaal te houden en een hoge efficiëntie te bereiken. Bij deze vorm past vaak de meer op interventie gerichte geneeskunde.

In onze schets van de 'wereld' hebben wij een zestal situaties beschreven waarin de oplossing op maat bij de situatie, de eigen wereld of het eigen continent, is beschreven.

### 17.2 'Tijdens de lunchpauze uw dochter knuffelen, heel flexibel!'

#### *Arbeidsvoorwaarden flexibiliseren*

Flexibilisering van arbeidsvoorwaarden biedt keuzemogelijkheid aan individuele medewerkers. Afgestemd op de privé-situatie kunnen medewerkers kiezen voor het (ver)kopen van vrije dagen en het huren van gemaksdiensten, zoals de stomerij of de Albert Hein op locatie. Ook de mogelijkheid van kinderopvang kan medewerkers ondersteunen in de afstemming van werk en privé. Een crèche op de werkplek bespaart tijd en levert flexibiliteit om dochter of zoon te halen en te brengen. Minder gestresste medewerkers en langere productieve werktijden betekent aandacht voor cliënten. Met andere woorden, service aan medewerkers biedt ruimte aan cliënten.

---

### **17.3 'Goede samenhang tussen opleiding en beroep, heel efficiënt!'**

#### *Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening*

In het perspectief van een steeds sneller veranderende gezondheidszorg dreigt de vertraging van kennisontwikkeling en het verlies van kostbare zorgprofessionals. In het verlengde hiervan staat de arbeidsproductiviteit in de zorgsector onder druk. De Stuurgroep MOBG kreeg de opdracht een samenhangend stelsel van beroepen en opleidingen in de zorg te ontwerpen en te implementeren, om zodoende de effectiviteit in opleiding en beroepsuitoefening te kunnen vergroten. Concrete aanleiding was het in meerdere onderzoeken geconstateerde gebrek aan inhoudelijke en organisatorische samenhang tussen beroepen en opleidingen en tussen opleidingen onderling. Daartoe is een uitgebreide verkenning gedaan naar de huidige stand van zaken (feiten, ontwikkelingen, initiatieven) op drie resultaatgebieden, te weten 'beroepen', 'opleidingen' en 'stelsel & sturing'. Deze verkenning naar de huidige stand van zaken vormde het raamwerk op grond waarvan de Stuurgroep haar interventiepositie heeft kunnen ontwikkelen. Het resultaat van de gezamenlijke inspanningen is een werkprogramma voor de lange- en kortetermijn.

### **17.4 'Sommige taken niet meer doen, heel gewoon!'**

#### *Herinrichten van werkprocessen*

In twee woongroepen van een instelling voor mensen met een verstandelijke handicap zijn met de begeleiders zelf de werkprocessen beschreven, geanalyseerd en gedefinieerd. Samen met de begeleiders is kritisch gekeken naar de huidige manieren van werken en zijn voorstellen geformuleerd om bepaalde werkzaamheden anders te doen. Bijvoorbeeld op een ander moment van de dag, niet iedere dag of zelfs helemaal niet meer. De andere manier van werken leverde na een paar weken al significante tijdswinst op en bovendien een rustiger gevoel bij medewerkers. Met andere woorden, de werkvloer (her)ontwerpt de werkprocessen wat tijdswinst en draagvlak oplevert.

### **17.5 'Van doelen naar afspraken, heel motiverend!'**

#### *Resultaatgericht werken*

Ontwikkelen naar een resultaatgerichte onderneming, gekenmerkt door heldere afspraken met en gerichte ontwikkeling van medewerkers is een wens van veel organisaties. Er is een bewezen relatie tussen medewerkerstevredenheid en arbeidsprestatie en onduidelijkheid leidt vaak tot ontevredenheid. Een zorginstelling maakte de vertaling van organisatiedoelen naar concrete resultaten samen met de leidinggevenden en medewerkers. Dit betekende SMART resultaten voor afdelingen en functies. Deze zijn doorvertaald naar competenties die benodigd zijn binnen functies om de afgesproken resultaten te kunnen realiseren. Resultaten en competenties vormen de handvatten om als leidinggevende en medewerker met elkaar in gesprek te komen en afspraken te maken, waarbij wederzijdse verwachtingen helder worden en ieder individu gericht (mee)werkt. Afspraken over de werkresultaten, de voortgang en de wijze van sturing zijn daarin belangrijk. De focus op resultaten gecombineerd met een gerichte(re) aanpak voor (persoonlijke) ontwikkeling leidt tot resultaat en de invulling van ambities.

### **17.6 'ICT ter ondersteuning van gestandaardiseerde processen, heel praktisch!'**

#### *Optimaliseren patiëntenlogistiek*

---

Een categoriaal ziekenhuis heeft een applicatie voor patiëntenlogistiek aangeschaft om de volgende doelstellingen te realiseren:

- een effectieve inrichting van de primaire processen vanuit een procesgerichte benadering waarop kwaliteitstoetsing goed te realiseren is
- een efficiënte inrichting van de primaire processen waarbij eenvoud en standaardisatie dienen als criteria en waarbij het maken van extra kosten alleen overwogen wordt indien de meerwaarde aantoonbaar is
- continue toegang tot betrouwbare informatie door eenmalige vastlegging van gegevens en het gebruiken van betrouwbare interfaces waarbij het bewaken van de integriteit van gegevens geautomatiseerd kan plaatsvinden.

In de business case wordt uitgegaan van realisatie van 25% van de genoemde besparingen en 100% van de genoemde kosten. Eén van de resultaten is bijvoorbeeld 10% productiviteitsverbetering voor alle betrokkenen in het OK-proces en daarmee komt ongeveer 500 uur meer OK-tijd beschikbaar.

### **17.7 'Met je handen eten, heel vanzelfsprekend!'**

#### *Managen van verwachtingen*

Marktwerving en vraagsturing zijn nieuwe drijvende krachten in de zorgsector. Vraagsturing wordt vaak eenzijdig opgevat als: de klant vraagt en wij moeten draaien. Met alle extra beslag die dat meebrengt op de toch al schaarse capaciteit. Je kunt echter ook klanten tevreden maken door 'onder de gangbare maat te presteren'. Als de McDonald's mensen blij maakt doordat ze met hun handen moeten eten, dan kan een zorgorganisatie daar wat van leren. Namelijk dat het essentieel is om de verwachtingen van je klanten goed te managen. Dat is een kwestie van een goede communicatiecampagne ('wat wij u wel en niet beloven') gecombineerd met juiste heldere strategische keuzes ('wat willen wij wel en niet voor welke klanten betekenen'). Keuzes die vervolgens consistent worden doorgevoerd in structuur, cultuur en werkprocessen. De vraag is niet of je klantgericht moet zijn, maar hoe je klantgericht wilt zijn. Het genuanceerd toepassen van inzichten van strategische marketing en branding blijkt zeer waardevol in de zorg, ook uit een oogpunt van arbeidsproductiviteit en innovatieve kracht.

---

## **18 ZORGCONSULT**

### **18.1 Samenwerking en ontkokering**

Op het terrein van samenwerking en ontkokering worden momenteel vele initiatieven ondernomen. Steeds meer zorgorganisaties zijn zich er van bewust dat een grondige herbezinning op het ontwerp van de zorgprocessen noodzakelijk is. Conventionele methoden en technieken worden in dat kader ter discussie gesteld om nieuwe (vormen van) zorgprocessen binnen en tussen zorgorganisaties te ontwerpen. Hierdoor worden de efficiency, de effectiviteit en de klanttevredenheid in de zorg(verlening) en de aansturing daarvan zichtbaar verhoogd, en is er in veel gevallen ook sprake van functieverrijking en worden de arbeidsomstandigheden voor medewerkers aantrekkelijker.

### **18.2 Resultaatmanagement en Management Development**

De kwaliteit van bedrijfsvoering en management binnen de zorgsector staan onder grote druk. Verbetering van de bedrijfsvoering en de ontwikkeling van het management dienen in onze optiek gezamenlijk ter hand te worden genomen en elkaar in de dagelijkse werkpraktijk te versterken. Wij hebben hiervoor een passende aanpak ontwikkeld, waarmee organisaties binnen een periode van twee tot drie jaar hun bedrijfsvoering en kwaliteit van management ingrijpend kunnen vernieuwen. In deze aanpak maakt het management een zichtbare shift in 'hulp- of zorgverlenend denken en handelen' naar 'professioneel bedrijfsmatig denken en handelen' en kunnen resultaatgerichte managementsystemen effectief worden ingevoerd.

### **18.3 Competentiemanagement**

In de afgelopen jaren is binnen de zorgsector een nieuw functiewaarderingsstelsel ingevoerd. Deze functiewaardering zegt vooral iets over de werkzaamheden die medewerkers verrichten en de financiële beloning die hier tegenover staat. Om aan dit beleid een kwalitatief vervolg te geven, is de invoering van competentie management van groot belang. Hiermee kan immers een beleid worden gerealiseerd waarin zichtbaar wordt geïnvesteerd in de professionele ontwikkeling van medewerkers. Aan dergelijke investeringen ontbreekt het in de sector sinds jaar en dag.

Ondersteund door een systeem van competentie management kunnen medewerkers gericht werken aan resultaten en de verdere ontwikkeling van hun competenties en wordt ondersteuning in de vorm van scholing, coaching en/of begeleiding daar direct op afgestemd. Hiermee worden verwachtingen helder geëxpliciteerd en wordt over- en ondervraging van medewerkers voorkomen. Competentie management biedt daarmee ook een effectief beleid in de strijd tegen ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

### **18.4 Loopbaanontwikkeling voor verpleegkundigen en verzorgenden**

Specifieke arbeidsmarktproblematiek in de zorg doet zich voor binnen de functiegroepen verpleegkundigen en verzorgenden. De huidige gehanteerde systemen van functiedifferentiatie sluiten niet meer aan op ontwikkelingen en vragen van deze tijd. Sterker nog: de huidige gehanteerde systemen staan een passende, horizontale

---

loopbaanontwikkeling in de weg en leiden, in onze optiek, tot een toename van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

Door invoering van een nieuw systeem van functiedifferentiatie dat enerzijds een verticale loopbaanontwikkeling op basis van professionele rijpheid biedt en (los daarvan) anderzijds horizontale loopbaanontwikkeling stuurt, kunnen arbeidsomstandigheden en arbeidssatisfactie enorm toenemen.

### **18.5 Flexibilisering arbeidsvoorwaarden en -inzet**

Flexibilisering van arbeidsvoorwaarden en -inzet is een belangrijk speerpunt voor vele zorgorganisaties. Medewerkers willen steeds meer maatwerkoplossingen, gebaseerd op hun persoonlijke omstandigheden. Het onderbrengen van deze thematiek in een innovatietraject kan de sector op dit punt snel vooruit helpen. In dat kader kennen wij enerzijds organisaties die al ver gevorderd zijn op dit punt en anderzijds veel organisaties die iets met dit thema willen. Een meer brede aanpak en ontwikkeling kunnen in onze optiek leiden tot een landelijk kader dat, met een uitstekende ICT-ondersteuning, in alle zorgorganisaties toepasbaar is.

### **18.6 Versterking verbinding opleidingen en beroepspraktijk**

Naast het werken aan de hiervoor genoemde thema's in zorgorganisaties is het van belang om aandacht te besteden aan het versterken van de verbinding tussen de competenties die van zorgprofessionals (op elk niveau) in de dagelijkse werkpraktijk worden gevraagd en de competenties die in zowel initiële als vervolgoopleidingen worden ontwikkeld. In onze optiek wordt in de huidige opleidingen de nadruk vrijwel volledig gelegd op de ontwikkeling van vakinhoudelijke competenties en ontbreekt een goed evenwicht met de ontwikkeling van competenties die in de dagelijkse werkpraktijk succes en/of falen kunnen betekenen. We denken dan vooral aan competenties op het intermenselijke vlak, bijvoorbeeld: (multi-disciplinair) samenwerkingsvermogen, resultaatgerichtheid, distantieregulatie, leervermogen en verandervermogen.

Met het oog op de toenemende complexiteit in de zorg en de samenwerking in de zorg is het van groot belang om fors in te zetten op de ontwikkeling van deze (meta)competenties voor zorgprofessionals. Hun persoonlijke effectiviteit, weerbaarheid en daarmee productiviteit, wordt hierdoor in de dagelijkse beroepsuitoefening enorm versterkt.

---

## 18.7 Veranderkundige aanpak

Zowel uit onze eigen ervaringen, als ook uit onderzoek en literatuur blijkt dat een deductieve aanpak van beleidsimplementaties in complexe, professionele organisaties slechts zelden leidt tot succes.

Wij pleiten daarom voor een inductieve veranderaanpak waarbij innovaties (eventueel op brede schaal) op lokaal organisatieniveau worden opgestart. Deze innovaties worden met elkaar in verband gebracht en in samenhang gecoördineerd. In een (virtueel) innovatiecentrum worden ervaringen uit de projecten uitgewisseld en leren de deelnemende organisaties van elkaar. De uitkomsten van succesvol geïmplementeerde innovaties kunnen vervolgens leiden tot verbreding van beleid en implementaties.

Zorg Consult Nederland is van mening dat de hiervoor geschetste aanpak een goed kader biedt waarbinnen resultaten worden gerealiseerd. Wij zijn tevens van mening dat deelnemende organisaties een duidelijke resultaatverplichting moeten aangaan die contractueel, tussen de deelnemende organisatie en de financier, wordt vastgelegd. Deze resultaatverplichting is direct gekoppeld aan de ondersteuning die de deelnemende organisatie krijgt. Niet nakomen van de contractueel overeengekomen afspraken, zou ons inziens moeten leiden tot een (terug)betalingsverplichting van de genoten ondersteuning.

In het contract tussen de deelnemende organisatie en de financier wordt tevens een inspanningsverplichting opgenomen die er toe leidt dat de deelnemende organisatie na afronding van het innovatietraject een aantal andere organisaties gaat ondersteunen bij het invoeren van de betreffende innovatie.

De hiervoor beschreven veranderkundige aanpak is gebaseerd op het direct realiseren van resultaten in zorgorganisaties. Een niet onbelangrijk bijkomend effect is dat de uitkomsten van succesvol geïmplementeerde verbeteringen en/of innovaties leiden tot nieuwe beleidsrichtingen en daarmee de interventiekracht van alle actoren in de zorg ondersteunen.