



Management accounting & control:

HOE KUNNEN ZORGORGANISATIES HUN PRESTATIES DAADWERKELIJK VERBETEREN?

Hoewel zorgorganisaties steeds meer investeren in instrumenten als scorecards, is hun ervaring in de praktijk veelal dat de grip op de bedrijfsvoering juist afneemt. Zorgorganisaties kunnen effectief hun prestaties verbeteren door de prestatie meting meer betekenis te geven. Op basis van een evaluatie van vijf praktijkcasussen schetsen wij een meer resultaatgerichte, dynamische benadering waarmee resultaten daadwerkelijk kunnen worden verbeterd: een benadering die meer uitgaat van het primaire proces met de zorgverlening in de praktijk.



Edwin Kalbfleisch en Gérard Brockhoff:

Controlling in de zorg wijzigt in hoog tempo. Door de ingrijpende veranderingen in de sector en de financiële druk zien wij de rol van de controller steeds verder opschuiven naar die in het bedrijfsleven met een meer analytische, proactieve invalshoek. Hierbij spelen instrumenten als scorecards of cockpits een belangrijke rol, waarin aan de hand van prestatie-indicatoren wordt beoordeeld of een organisatie op koers ligt. Prestatiemeting heeft haar nut bewezen, maar veel zorgorganisaties die scorecards hebben ingevoerd blijken in de praktijk niet tot een concrete prestatieverbetering te komen. Het probleem is dat scorecards de prestaties wel inzichtelijk maken, maar geen concrete aanpak bieden voor *hoe* de resultaten ook te verbeteren. Doorgaans leiden de uitkomsten tot niet meer dan nieuwe plannen en soms zelfs nieuwe stafafdelingen die niet de essentie raken, terwijl in de praktijk het succes afhangt van het handelen van de leidinggevend en zorgprofessionals 'aan het bed'. Prestatieverbetering begint daarom pas zodra vanuit de visie en samenwerking betekenis wordt gegeven aan de scorecard: wat *betekenen* de uitkomsten van de prestatie-meting precies in onze organisatie?

Betekenisgeving in sociale processen is een van de hoofdthema's in het sociaal-constructivisme. Hierin geven mensen gaandeweg en iteratief samen betekenis aan hun omgeving en samenwerking en scheppen zij daarmee hun eigen werkelijkheid. Weick (1995) noemt deze interactie 'sense-making', waarin organisaties de uitkomst zijn van zingeving en handelingen van mensen die samenwerken als tegenhanger van de klassieke, rationele structuur- of ontwerpbenadering waarin de organisatie de uitkomst is van modellen en processen. Bij sense-making geven mensen betekenis door informatie uit hun omgeving te interpreteren, zich een beeld van de situatie te vormen en vervolgens daarnaar te handelen. Zonder deze betekenisgeving blijft prestatie-meting abstract: een prestatie-indicator kan een indicatie geven dat er iets aan de hand is, maar wát de oorzaak is valt niet af te lezen van de score-

Probleemstelling en onderzoeksvragen:

Meetinstrumenten als scorecards worden steeds vaker gebruikt, maar veel zorgorganisaties komen niet tot een concrete prestatieverbetering. De onderzoeksvraag is hoe zorgorganisaties effectief prestatieverbetering kunnen realiseren.

Onderzoeksmethode:

Het artikel is gebaseerd op een evaluatie van vijf praktijkcasussen waarin prestatieverbetering van zorgorganisaties centraal staat, ondersteund door een beknopt literatuuronderzoek.

Bevindingen:

Zorgorganisaties kunnen prestaties daadwerkelijk verbeteren door betekenis te geven aan meetinstrumenten als scorecards door het volgen van een meer resultaatgestuurde, dynamische verbetercyclus met de stappen monitoren, activeren, onderzoeken en intervensies.

Betekenis voor de financiële functie:

De voorgestelde verbetercyclus stelt controllers, en breder de financiële functie, in staat om proactief en doelgericht de resultaten van de organisatie te verbeteren.

Casus	Onderzoek	Interventie
Gehandicapteninstelling	Uit gesprekken met de teamleider en de verpleeghuisarts en uit het zorgplan blijkt dat een cliënt meer zorg nodig heeft dan de norm, wat verder wordt onderbouwd door de tijd voor de cliënt te registreren	Op basis van een subsidieregeling (meerzorg) wordt 32 uur boven de norm vergoed door het zorgkantoor
VVT-instelling met woonfunctie	Uit gesprekken met de teamleider en inspectie blijkt dat de kleinschalige locatie het niet mogelijk maakt om uit te komen met de standaardformatie door de indeling van de kamers op meer dan één verdieping	Er is uitgerekend wat de kosten zijn van de toezichtfunctie, waarmee de norm voor de locatie wordt verhoogd
GGZ-organisatie	Uit een nadere analyse blijkt dat door toenemende indirecte uren en absentie de productiviteit van drie onderdelen terugloopt waardoor de zorg niet langer kostendekkend kan worden verleend	Op basis van de analyse zijn de formatie en planning aangepast om de productiviteit te verbeteren
VVT-organisatie	Uit gesprekken met de roosteraar, P&O en de teamleider blijkt dat vier medewerkers met te grote contracten zijn ingeroosterd, waardoor gemiddeld acht uur per dag meer dan de normformatie wordt ingezet	De formatie wordt verminderd door overplaatsing naar een andere locatie en verlaging van contracturen
Thuiszorginstelling	Uit rapportages blijkt dat het frequent kortdurende ziekteverzuim leidt tot hogere personeelskosten en de teamleiders niet handelen volgens het verzuimprotocol om verzuim actief te benaderen	Op basis van een individuele aanpak zijn gerichte afspraken gemaakt met de betrokken medewerkers

Figuur 1. Vijf praktijkcasussen

card. Daarmee staat bij sense-making handelen centraler dan denken, want door te handelen ervaren mensen hoe iets werkt en dat leidt weer tot inzichten (Oss en Van 't Hek, 2014).

Een belangrijke verklaring waarom betekenisgeving aan prestatie-indicatoren lastig is, kan worden gevonden in het veelal gemaakte onderscheid tussen de 'systeemwereld' en de 'leefwereld' (Habermas, 1985). De systeemwereld bestaat uit de typische rollen van bestuurders, controllers en staf en is hiërarchisch ingericht, probleemgestuurd, risicomijdend en gebaseerd op planning en controles. De leefwereld gaat daarentegen over de leidinggevend en zorgprofessionals in de praktijk en kenmerkt zich als kleinschalig, persoonlijk en oplossingsgericht op basis van autonomie en vertrouwen. Belangrijk is om je

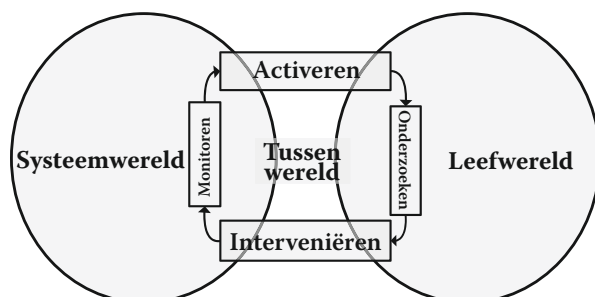
te realiseren dat de systeemwereld voortkomt uit de leefwereld, maar dat deze zich gaandeweg aan de leefwereld heeft opgedrongen wat heeft geleid tot differentiatie en specialisatie in zorgverlening en rationalisatie van samenwerking en werkwijzen. Daarmee wordt het systeem steeds meer gezien als logisch en noodzakelijk en verder ontkoppeld van de zingeving en gewoonten die juist voor de leefwereld van belang waren (Erikson en Weigard, 2003). Hierbij is het van belang om je te realiseren dat de systeem- en de leefwereld elkaar aanvullen, waarbij geen sprake is van 'goed' of 'slecht'. Integendeel, zij kunnen niet zonder elkaar. De systeemwereld levert per slot van rekening de instrumenten om inzicht te geven welke prestaties kunnen verbeteren en de leefwereld kan deze realiseren door deze betekenis te geven en de verbetering

door te voeren. Het is daarom belangrijk dat er een 'tussenruimte' is waar de systeem- en de leefwereld elkaar zien, horen, in gesprek gaan en gezamenlijk handelen mogelijk maken (Hundman, 2010).

Wij hebben een aanpak uitgewerkt om de systeem- en leefwereld in de tussenruimte met elkaar te verbinden gebaseerd op vijf casussen (figuur 1). Deze casuïstiek betrof een groep grote zorgorganisaties uit de VVT-, gehandicapten- en GGZ-sector. In elke casus was het probleem dat de werkelijke personeelskosten afweken van de planning. Vervolgens hebben we op basis van onderzoek in beeld gebracht wat in elke casus de oorzaken waren, welke interventie is gekozen, hoe deze is doorgevoerd en wat de resultaten waren. Deze analyse heeft geleid tot de uitgewerkte aanpak in dit artikel.

Uit de casussen komt naar voren dat de systeem- en leefwereld in de tussenruimte kunnen worden verbonden door het volgen van een meer resultaat-gestuurde, dynamische verbetercyclus met de stappen monitoren, activeren, onderzoeken en interveniëren (figuur 2). Deze benadering verschilt van de meer traditionele, statische 'plan-do-check-act'-cyclus (PDCA) die vaak in de zorgsector wordt gevolgd. Onze start is niet de planfase vanuit de systeemwereld, maar de continue monitoring van de zorgverlening aan cliënten in lijn met de visie van de organisatie. Het vervolgens activeren van de organisatie bij knelpunten is de gezamenlijke taak van de leidinggevende, zorgprofessional en controller.

Het onderzoek naar de achterliggende oorzaak van de prestatieafwijking en mogelijke oplossingen vindt vervolgens plaats in de leefwereld – de omgeving waar daadwerkelijk zorg wordt verleend. Hierbij is de verbetercyclus niet lineair, maar zoeken leidinggevend, zorgprofessionals en controllers samen en iteratief naar oplossingen vanuit de praktijk. De uitkomsten bepalen waar de actie moet



Figuur 2. Verbetercyclus in tussenruimte

‘De systeem- en de leefwereld vullen elkaar aan, waarbij geen sprake is van goed of slecht’

plaatsvinden: in de systeem- of de leefwereld. Eerst bespreken wij de vier stappen van de verbetercyclus, waarna wij de conclusies samenvatten

Stap 1: Monitoren

De verbetercyclus begint met het continu, integraal in de organisatie monitoren van de zorgverlening op basis van de maandelijkse of wekelijkse rapportage aan de hand van prestatie-indicatoren die bijvoorbeeld de kwaliteit, tevredenheid en productiviteit meten. Dit is bij uitstek het vakgebied van management control. Een voorbeeld van prestatie-meting is de ‘balanced scorecard’ (BSC) ontwikkeld door Kaplan en Norton (1992). De BSC maakt gebruik van zowel financiële als niet-financiële prestatemaatstaven en benadrukt de koppeling van de prestatiemeting aan de visie en strategie van de organisatie. Een belangrijke prestatemaatstaf voor bijvoorbeeld een ziekenhuis, thuiszorgorganisatie of GGZ-instelling is net als bij notarissen of ingenieurs de productiviteit van de medewerkers. Door een hogere productiviteit kunnen loonkosten worden verminderd. Bij het bepalen van de productiviteit worden de productieve uren afgezet tegen de beschikbare uren rekening houdend met opleidingen en verlof. Een lagere productiviteit dan genormeerd, of gebruikelijk is in de sector, vormt in dit geval het startpunt om te komen tot prestatieverbetering.

Naast het monitoren vanuit de systeemwereld met instrumenten als de BSC is het belangrijk om ook een vinger aan de pols te houden vanuit de leefwereld. Dit gebeurt door waarneming zoals door zorgprofessionals, wat in de eerste plaats een proces is waarbij zintuigen worden gebruikt. Daarnaast is waarnemen ook een mentaal proces: het zoeken naar patronen in de waarnemingen door bijvoorbeeld te combineren, isoleren en vergelijken. Waar-

‘Vaak zien we dat prestatie-indicatoren van maand tot maand sterk afwijken zonder dat iemand zich hier druk om maakt’

nemen is uitermate belangrijk voor het verkrijgen van inzicht in de werking van de organisatie (Van Es, 2009): de informatie uit de systeemwereld moet bevestigen wat al bekend is in de leefwereld. Observaties zijn direct beschikbaar, terwijl informatie uit de instrumenten altijd achterloopt. Zo is een lage productiviteit goed te meten en achteraf vast te stellen, maar natuurlijk ook gewoon zichtbaar in het planningrooster van de medewerkers of door op de

Bij een thuiszorgorganisatie blijkt uit de weekmonitor dat de productiviteit achterblijft. De leidinggevende activeert de planner en de controller om met elkaar te onderzoeken wat er aan de hand is. Dit doen ze door de uren van de thuiszorgmedewerkers gedurende een aantal perioden door te nemen en gesprekken met ze te voeren over hoe ze het werk organiseren. Uiteindelijk blijkt dat de lagere productiviteit is terug te voeren tot acht van de tachtig medewerkers van wie de productiviteit onder het verwachte niveau ligt. De teamleiders herkennen het beeld en zij werken samen met de controller de interventie uit met als doel de indirecte uren van deze groep te verlagen. In individuele gesprekken met de medewerkers worden samen afspraken gemaakt hoe de indirecte activiteiten kunnen worden teruggebracht zoals projecturen, vergaderingen en verzuim. Veel verbetering blijkt te kunnen worden geboekt door een andere taakverdeling en overleg-systematiek tussen de teams. Ook blijken uren niet goed geregistreerd. Met een langdurig zieke medewerker worden nieuwe afspraken over re-integratie gemaakt en een contract wordt niet verlengd.

werkvloer aanwezig te zijn en vast te stellen dat medewerkers stand-by staan, ziek zijn, vergaderen, een opleiding volgen of verlof hebben. Met deze waarneming kan een leidinggevende of zorgprofessional direct maatregelen nemen, terwijl een monitor veel eerder de fundamentele ontwikkeling in de organisatie laat zien die doorgaans de beste aanknopingspunten biedt voor structurele prestatieverbetering.

Stap 2: Activeren

Na de vaststelling van het prestatieprobleem is de vervolgstap om de leidinggevenden en professionals in de organisatie te activeren. Dit kunnen we duiden als een verschuiving van ‘stollen naar beweging’: wat gemeten, vastgelegd en gerapporteerd wordt, beweegt niet meer (Aardema, 2007). In de praktijk zien wij vaak een omkering van denken, waarbij het vullen van de rapportages over prestatie-indicatoren van middel tot doel is geworden. Hierdoor raken het probleem en de interpretatie verder uit beeld. Te vaak zien we dat prestatie-indicatoren van maand tot maand sterk afwijken zonder dat iemand zich hier druk om maakt. De activering is een primaire taak van de leidinggevenden en zorgprofessionals en start met het bewustzijn dat de zorgverlening achterblijft. Belangrijk is wel dat de betrokkenen in de positie zijn om te kunnen ingrijpen. Bij veel zorgorganisaties verlangt dit een beweging van ‘stafsturing’ naar ‘lijnsturing’ of zelfs ‘zelfsturing’ met een grotere autonomie van zorgverleners, waarbij controllers de leidinggevenden en zorgprofessionals kunnen ondersteunen. Dit betekent dat de leidinggevenden en professionals niet alleen de tijd nemen om zich de informatie vanuit de systeemwereld eigen te maken, maar ook het initiatief tot en de verantwoordelijkheid voor de verbetering van de zorgverlening nemen.

Daarvoor is het nodig oog te hebben voor wat er speelt in de organisatie. Leidinggevenden en professionals moeten voor prestatieverbetering het sys-

‘Kengetallen geven louter een indicatie van dat wat er speelt en bieden een handvat om het achterliggende knelpunt te onderzoeken’

teem niet als vaststaand beschouwen, maar juist samen met controlling bespreekbaar maken. Dit betekent een andere kijk op leren: leren betekent openheid en bespreekbaarheid zonder zaken naar elkaar te verhullen (Argyris, 2000). Dit vereist het tonen van moed en het nemen van tijd en dat leidt in de meeste organisaties tot weerstand: hoe groter de opgave om prestaties te verbeteren, hoe weerbarstiger doorgaans de praktijk. De bestaande reactie op afwijkingen van kengetallen is vaak een grotere beheersing. Belangrijk is juist om een omgeving te creëren waarin mensen durven te praten over wat zij belangrijk vinden en nodig hebben en welke ideeën er zijn. Een omgeving waar je moet ontrafelen en puzzelen met mensen uit de systeem- en leefwereld. Een ruimte om werkelijk te verbeteren waar bezieling, zingeving en aandacht vooropstaan. Wierdsma (1999) noemt dit de ‘plek der moeite’.

Stap 3: Onderzoeken

Na de activering van de organisatie volgt onderzoek om oplossingen te kunnen uitwerken: wat is de *reden* dat uitkomsten afwijken? Hierbij gaat het niet om de afwijkende prestatie-indicator zelf, maar om de handelingen in de praktijk, in de leefwereld, die hieraan ten grondslag liggen. De sleutel tot de oplossing ligt immers in het zorgproces zelf. Om tot de meest effectieve oplossing te komen, moet het onderzoek systematisch worden aangepakt. Bij het onderzoek moet worden voorkomen dat de betrokkenen hun eigen beelden hebben over wat er aan de hand is. Er is vaak sprake van reïficatie: de illusie dat zaken concreet lijken, maar dat in de realiteit niet zijn. Kengetallen geven daarom louter een indicatie van dat wat er speelt en bieden een handvat om het achterliggende knelpunt te onderzoeken. Dit is een belangrijke stap om te komen tot fundamentele prestatieverbetering die in de praktijk dikwijls wordt overgeslagen. Dit vraagt om een andere manier van kijken naar prestatie meting

vanuit de praktijk waar de zorg wordt verleend, naar waar de verbetering moet plaatsvinden. Ofwel, de leefwereld van de medewerkers die te maken hebben met de dagelijkse zorgverlening aan cliënten.

Zo kan de zorginzet bijvoorbeeld afwijken van de urennorm. Voor de meeste zorgorganisaties is dit de dagelijkse praktijk. De analyse begint bij de constatering van de afwijking die het kengetal ‘urenzet’ in de rapportage aangeeft. Dit biedt een goed aanknopingspunt om in de organisatie met de betrokkenen op onderzoek uit te gaan, want waar, hoeveel, door wie en waardoor het verschil bestaat wordt immers niet inzichtelijk vanuit de scorecard. Het is dus belangrijk dat leidinggevend en zorgprofessionals samen met de controller ‘uit de prestatie-indicator’ stappen en een goed beeld krijgen van de onderliggende oorzaken zoals de zorgzwaarte van cliënten, ongeplande zorg, het rooster en de roosterregels. Ook klopt de normering mogelijk niet als de vraag zich anders ontwikkelt. Onderzoek is daarom belangrijk, omdat anders onjuiste conclusies kunnen worden getrokken en mogelijk verkeerde interventies worden gedaan.

Stap 4: Intervenieren

Na het onderzoek volgt de interventie. Een interventie bestaat uit geplande veranderingsactiviteiten met als doel de effectiviteit van een organisatie te vergroten (De Caluwé en Vermaak, 2006). Het kan gaan om een activiteit zoals het veranderen van het rooster of de bezetting, of een combinatie van activiteiten. Interventies kunnen daarbij rationeel of pragmatisch zijn. Bij een rationele aanpak wordt er nauwkeurig opgeschreven wat er moet gebeuren en is het handelen welbewust en doelgericht. De organisatie heeft hierbij een ambitie voor ogen en stemt de middelen af op het bereiken van dat doel. Bij pragmatische interventies

wordt daarentegen gehandeld op basis van praktijkervaring. Taleb (2012) noemt dit 'streetwise' handelen. Kenmerken zijn knutselen, vuistregels en uitproberen wat werkt en wat niet. Pragmatische interventies hebben dus veel meer een experimenteel, praktisch karakter door het verbeteren van uitkomsten met behulp van 'trial and error' (Oss en Van 't Hek, 2014). De gedachte is dat er veel kennis bij de medewerkers aanwezig is die de sleutel zijn om te komen tot prestatieverbetering. Een voorbeeld is een dagrooster in de zorg te laten passen binnen daarvoor gestelde kaders door te experimenteren met de vraag van de klant of wellicht de procedure van plannen aan te passen. De eerste interventie is er een uit de leefwereld en de tweede uit de systeemwereld. We laten aan de hand van een praktijkcasus zien hoe de cyclus in de tussenruimte eruitziet.

Conclusies

Hoe kunnen zorgorganisaties hun prestaties verbeteren? Uit de onderzochte vijf casussen blijkt dat een daadwerkelijke verbetering een meer betekenisvolle verbetercyclus verlangt gericht op monitoring, activering, onderzoek en interventie. Dit betekent in plaats van een 'top-down', controlerende procesbenadering vanuit de staf een veel meer resultaatgestuurde, dynamische aanpak vanuit de visie van de organisatie samen met de leidinggevenden en zorgprofessionals om de juiste verbeteringen te identificeren en effectief te realiseren. Deze verschuiving vraagt om minder aandacht voor de instrumenten als scorecards en juist een grotere nadruk op het

primaire proces met de zorgondersteuning aan cliënten. En de rol van de controller? Deze benadering slaagt alleen wanneer de leidinggevenden en professionals nauw samenwerken met de controller om samen vanuit de visie van de organisatie duurzaam de zorgverlening te verbeteren. De rol van de controller is hierbij die van verbinder wat goed past in de brede ontwikkeling van de businesscontroller die verder reikt dan de traditionele financiële verslaglegging en rapportage (Maas, 2005).

Literatuur

- ~ Aardema, H., Control voor Leiders, *Overheidsmanagement*, 2007.
- ~ Argyris, C., *Managementadvies: Toegevoegde waarde voor uw organisatie*, Thema, 2000.
- ~ Caluwé, L. de, H. Vermaak, *Leren veranderen*, Vakmedianet, Deventer, 2006.
- ~ Erikson, E., en J. Weigard, *Understanding Habermas*, Continuum, 2003.
- ~ Es, R. van, *Veranderdiagnose*, Kluwer, Deventer, 2009.
- ~ Habermas, J., *The theory of communicative action: Volume 2 Lifeworld and system*, Beacon Press, 1985.
- ~ Hundman, R., *Weerbaarstig veranderen*, Eburon Uitgeverij, Delft, 2010.
- ~ Kaplan, R., en D. Norton, 'The balanced scorecard: Measures that drive performance', *Harvard Business Review*, 1992.
- ~ Maas, V.S., De rol van de controller in Nederland, *Management Control & Accounting*, vol. 9, nr. 5, 2005, p. 16-201.
- ~ Oss, L. van en J. van 't Hek, *Onderweg*, Vakmedianet, Deventer, 2014.
- ~ Taleb, N.N., *Antifragiel*, Uitgeverij Nieuwenzijds, Amsterdam, 2012.
- ~ Vermaak, H., *Plezier beleven aan taaiere vraagstukken*, Kluwer, Deventer, 2009.
- ~ Weick, K., *Sensemaking in Organizations*, Sage, 1995.
- ~ Wierdsma, A., *Co-creatie van verandering*, Eburon Uitgeverij, Delft, 1999.

Edwin Kalbfleisch RA MCM is senior manager adviesgroep zorg van Baker Tilly Berk. Drs. Gérard Brockhoff is strategieadviseur en partner bij Adstrat.