

Formatie, productie en productiviteit

In de Verenigde Staten gelooft men heilig in het sturen op productiviteit als middel om kosten te besparen. De gedachte is dat per periode de productie en de personele inzet die daarbij hoort kritisch tegen elkaar wordt afgezet. De vraag die er achter ligt is natuurlijk: gebruiken wij niet teveel menskracht om het werk in ons ziekenhuis c.q. op onze afdeling gedaan te krijgen? Deze vraag leeft niet alleen in de Verenigde Staten maar ook hier. Veel adviestrajecten zoomen op de één of andere manier in op dit vraagstuk.

In de VS wordt in veel ziekenhuizen de zogenaamde ACE-systematiek gebruikt (Achieving the Competitive Edge). In Nederland komen en gaan verschillende rekenmethodieken die lastiger voet aan de grond krijgen dan het ACE-model in Amerika. In Nederland is men toch veel minder gewend het productieproces in een ziekenhuis in een model te stoppen. Veel argumenten worden aangevoerd; 'wij hebben een bijzondere patiëntenpopulatie' is daarvan de meest gehoorde.

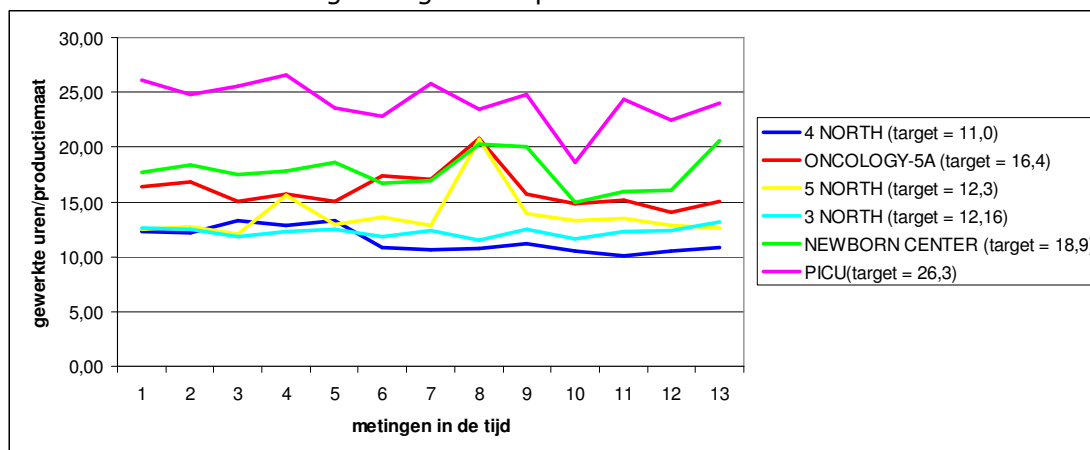
Nu is het logisch dat het ene ziekenhuis niet zomaar met het andere ziekenhuis kan worden vergeleken. Echter, de massa van een onderzoeksgroep laat wel zinnige vergelijkingen van één ziekenhuis tegenover een goed geselecteerde benchmarkgroep toe.

Hoe het ook zij; elk productiviteitsmodel gaat uit van hetzelfde principe: meet productie en ingezette menskracht en doe vervolgens uitspraken over de productiviteit. Om discussies zoals hierboven aangegeven te vermijden, is het al een goed startpunt om een afdeling eens met zichzelf te vergelijken in een overzicht in de tijd.

Niet iedere afdeling heeft daarbij dezelfde productiemaat. Voor een laboratorium is het bijvoorbeeld niet zo zinvol om te spreken over polikliniekbezoeken maar zal men liever het aantal labbepalingen als productiemaat nemen. Voor een verpleegafdeling is het aantal verpleegdagen uitermate geschikt en voor een polikliniekafdeling zal men juist wél het best kunnen kijken naar het aantal polikliniekbezoeken. Is er eenmaal een geaccepteerde productiemaat gekozen, dan kan deze worden afgezet tegen de ingezette formatie.

En dit lijkt makkelijker gezegd dan gedaan. Want waar kunnen productiegegevens en formatiegegevens vandaan worden gehaald? Niet altijd worden deze gegevens op een eenduidige manier geadministreerd. Daarnaast, wil het op te zetten model daadwerkelijk stuurinformatie leveren, dan is het bovendien aantrekkelijk als alle informatie tijdig (liefst real time) beschikbaar zou zijn. Gelukkig is het langzamerhand zo, dat in ziekenhuizen zowel voor productiegegevens als voor personele gegevens goede registratiesystemen beschikbaar zijn. Idealiter worden deze gekoppeld in een analysemodule waaruit de productiviteit volgt.

In dit voorbeeld wordt stilgestaan bij een eenvoudige analyse waarbij gewerkte uren en aantallen verpleegdagen op een aantal afdelingen in Excel zijn verzameld op een aantal momenten in de tijd. Die Excel tabel levert de volgende grafiek op:



Voor een zestal verpleegafdelingen zijn de productiviteitsratio's in de tijd weergegeven. In de legenda staat de target die elke afdeling zichzelf heeft gesteld. De productiviteitsratio's worden gevormd door het aantal gewerkte uren op een afdeling te delen door (in dit geval) het aantal verpleegdagen.

Zoals het aantal gewerkte uren uit het personeelsinformatiesysteem kan worden gehaald, kunnen bijvoorbeeld ook bijbehorende salariskosten uit het systeem worden gehaald. Dit biedt mogelijkheden om ook een ratio: salariskosten per verpleegdag te maken. En de vergelijking van deze ratio met de target biedt direct handvatten om productiviteit in financiële termen uit te drukken. Natuurlijk moet men hier voorzichtig mee zijn. Was er een speciale aanleiding waarom een ratio een afwijking laat zien van de target, hoe zit het met ziekte? Maar deze systematiek biedt in ieder geval handvatten om het productieproces op een afdeling kwantitatief te beoordelen.