

**PRESTATIEMETING IN DE VERPLEEG- EN
VERZORGINGSSECTOR**

VRAAGSTUKKEN OMTRENT DE FUNCTIONALITEIT VAN
HET 'TOETSINGSKADER VOOR VERANTWOORDE ZORG'

Delft, augustus 2007

Drs. M. Post



PRESTATIEMETING IN DE VERPLEEG- EN
VERZORGINGSSECTOR
VRAAGSTUKKEN OMTRENT DE FUNCTIONALITEIT VAN HET
'TOETSINGSKADER VOOR VERANTWOORDE ZORG'

Drs. Manon Post

Afstudeerscriptie Bestuurskunde

Master Beleid en Politiek

Erasmus Universiteit Rotterdam- Faculteit der Sociale Wetenschappen

Begeleid door Dr. Henk Klaassen

Tweede lezer Dr. Kim Putters

augustus 2007

VOORWOORD

“Making a decision was only the beginning of things. When someone makes a decision, he is really diving into a strong current that will carry him to places he had never dreamed of when he first made the decision”.
Paulo Coelho, (1988). The Alchemist.

Wie een paar jaar geleden tegen mij had gezegd dat ik op dit moment het voorwoord aan het schrijven zou zijn voor een scriptie Bestuurskunde, had ik vreemd aangekeken en wellicht voor gek verklaard. Na mijn studie Bewegingswetenschappen dacht ik wel uitgestudeerd te zijn. Het was tijd voor het combineren van mijn passie met een werkend leven.

Maar het kan soms allemaal anders lopen dan bedacht, soms plezierig, soms niet. En ziehier, de scriptie voor mijn studie Bestuurskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam ligt voor u. Een onderzoek naar prestatiemeting in de verpleeg- en verzorgingssector is het geworden. De beslissing om Bestuurskunde te gaan studeren heeft mij, zoals bovenstaand citaat al aangeeft, naar mooie nieuwe plekken en uitdagingen geleid waar ik het bestaan eerst niet eens van wist. Prestatiemeting in de zorgsector is er daar één van.

Hoewel ik de scriptie in mijn eentje geschreven heb, zijn er vele mensen en organisaties die ik dankbaar ben voor hun hulp en inzet. Zonder hen was het niet mogelijk geweest deze scriptie te schrijven. Allereerst wil ik alle mensen en instanties uit de sector zelf bedanken. De gesprekken waren altijd leerzaam en het enthousiasme van de gesprekspartners zeker inspirerend. Ik hoop met deze scriptie iets terug te kunnen geven aan jullie sector.

Deze scriptie heeft vorm gekregen tijdens mijn stagetijd bij Berenschot Procesmanagement. Ik wil dan ook Bill van Mil bedanken voor het aanreiken van dit mooie onderwerp. Daarnaast wil ik Maarten Noordink bedanken voor de nodige, altijd zeer scherpe, opmerkingen. Marieke de Wal: goed om zeer directe feedback te krijgen, ook buiten mijn normale denkpatroon!

Cruciaal in een scriptieproces is de begeleider. Het was als het ware een gok Henk Klaassen als begeleider te vragen, want we kenden elkaar nog niet. Die gok heeft wat mij betreft zeer goed uitgekapt, en ik ben Henk zeer dankbaar voor de goede gesprekken over prestatiemeting in de verkeer- en vervoer, herstel, verpleeg- en verzorgingssector. Kritische vragen bleven nooit uit, en dat maakte het tot een prettige samenwerking. Graag wil ik ook Kim Putters bedanken voor het vrijmaken van tijd voor mijn scriptie.

Een tweede studie lokt vaak vragen uit als was de eerste studie dan geen goede keuze enz. Ik ben de mensen om mij heen dankbaar dat ze die vragen niet (al te vaak) gesteld hebben, en altijd benieuwd waren naar mijn verhalen over Bestuurskunde. Als laatste wil ik graag Wim bedanken. Niet voor je bijdrage aan deze scriptie, maar omdat je er altijd voor mij bent.

Manon,

Delft, augustus 2007

INHOUD

Blz.

VOORWOORD	I
1. INLEIDING.....	1
1.1 AANLEIDING	1
1.2 DOELSTELLING.....	3
1.3 RELEVANTIE ONDERZOEK: MAATSCHAPPELIJK EN WETENSCHAPPELIJK	3
1.4 METHODOLOGISCHE OPZET	4
1.5 LEESWIJZER.....	6
2. OPKOMST PRESTATIEMETING IN DE PUBLIEKE SECTOR.....	7
2.1 INLEIDING	7
2.2 NPM: TERUGDRINGEN UITGAVEN, VERHOGEN EFFICIENTIE EN EFFECTIVITEIT	7
2.3 OPKOMST PRESTATIEMANAGEMENT IN HET BUITENLAND	8
2.4 OPKOMST PRESTATIEMANAGEMENT NEDERLAND: BBI- PROJECT EN VBTB.....	8
2.5 TOENAME PRESTATIEMETING IN DE ZORGSECTOR: NIEUWE ZORGSTELSEL.....	9
2.6 CONCLUSIE	11
3. FUNCTIONALITEIT PRESTATIEMETING IN DE ZORGSECTOR EN KERNWAARDEN IN DE ZORG	12
3.1 INLEIDING	12
3.2 PRESTATIEMETING EN PRESTATIE-INDICATOREN	12
3.3 FUNCTIONALITEIT PRESTATIEMETING IN DE ZORGSECTOR: STURING EN VERANTWOORDING.....	14
3.4 SUCCESFACTOREN PRESTATIEMETING	14
3.5 KERNWAARDEN IN DE ZORG	16
3.6 SAMENVATTEND.....	20
4. BEINVLOEDING FUNCTIONALITEIT PRESTATIEMEETSISTEEM.....	21
4.1 INLEIDING	21
4.2 OMSTANDIGHEDEN DIE INVLOED HEBBEN OP MATE VAN OPTREDEN ONGEWENSTE GEDRAGSREACTIES.....	21
4.3 CONCEPTUEEL KADER	23
4.4 TOETSING CONCEPTUEEL KADER IN INTERVIEWS	25
4.5 SAMENVATTEND	27
5. HET PRESTATIEMEETSISTEEM IN DE V&V-SECTOR: TOETSINGSKADER VOOR VERANTWOORDE ZORG.....	29
5.1 INLEIDING	29

5.2	VISIEDOCUMENT V&V-SECTOR EN BEOOGDE FUNCTIONALITEIT.....	29
5.3	ONTWIKKELING PRESTATIE-INDICATOREN	30
5.4	UITGANGSPUNTEN BIJ DE INDICATORENSET.....	31
5.5	DE INDICATORENSET: DRIE LAGEN EN DRIE THEMA'S	33
5.6	STURINGSMODEL: MEETINSTRUMENTEN EN ROLVERDELING	34
5.7	CONCLUSIE	37
6.	FUNCTIONALITEIT TOETSINGSKADER VERANTWOORDE ZORG: RESULTATEN INTERVIEWS.....	38
6.1	INLEIDING	38
6.2	ONTWERPPROCES TOETSINGSKADER	38
6.3	ORDENING KERNWAARDEN	40
6.4	HERKENNING WAARDEN GESPREKSPARTNERS IN TOETSINGSKADER.....	42
6.5	GEWENSTE EN ONGEWENSTE GEDRAGSREACTIES	44
6.6	FUNCTIONALITEIT TOETSINGSKADER VOOR GESPREKSPARTNERS	45
6.7	GOEDE PUNTEN/PROBLEMEN TOETSINGSKADER.....	47
6.8	VERBETERMOGELIJKHEDEN VOLGENS DE GESPREKSPARTNERS	49
6.9	SAMENVATTEND	51
7.	ANALYSE: TOETSING CONCEPTUEEL KADER.....	52
7.1	INLEIDING	52
7.2	FUNCTIONALITEIT	52
7.3	TOTSTANDKOMINGSPROCES: KERNWAARDEN VOLDOENDE GEBORGD?	54
7.4	VERKLARING MATE GEDRAGSREACTIES.....	56
7.5	VERKLARING BEOOGDE EN DOOR GESPREKSPARTNERS AANGEGEVEN FUNCTIONALITEIT	60
7.6	MOGELIJKE VERBETERRICHTINGEN	62
7.7	UITLEIDEND	63
8.	CONCLUSIES	64
8.1	INLEIDING	64
8.2	BEANTWOORDING DEELVRAGEN.....	64
8.3	BEANTWOORDING CENTRALE VRAAG.....	66
8.4	REFLECTIE EN DISCUSSIE.....	67
8.5	RELEVANTIE HUIDIG EN TOEKOMSTIG ONDERZOEK	70
9.	LITERATUURLIJST	72
	BIJLAGE A: INTERVIEWKADER	75

1. INLEIDING

1.1 AANLEIDING

Het maken van prestatieafspraken en het gebruik van prestatiemeetinstrumenten in de zorgsector is sterk toegenomen. Zo informeren de ziekenhuizen het publiek al enige jaren over hun prestaties. Zij doen dat aan de hand van een set prestatie-indicatoren die opgesteld is door zowel de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) als de koepels van medisch specialisten en ziekenhuizen zelf. Aan alle ziekenhuizen is einde 2003 gevraagd hun prestaties op het gebied van patiëntveiligheid en effectiviteit openbaar te maken op bijvoorbeeld hun website en/of via hun jaarrapporten (Meijerink et al., 2003). Dat ook de media prestatie meting in de zorgsector heeft opgepakt, blijkt uit de lijsten van best presterende ziekenhuizen in kranten en tijdschriften. Sprekende voorbeelden zijn de AD Ziekenhuis Top 100 en de 'Beste Ziekenhuizen' lijsten van Elsevier. In deze lijsten worden ziekenhuizen op bepaalde kwaliteitsaspecten beoordeeld zodat er uiteindelijk een rangorde van ziekenhuizen gemaakt kan worden. Ook kunnen consumenten al weer enige tijd op de website *www.kiesbeter.nl* de kwaliteit van zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar vergelijken.

Met de opkomst van New Public Management (NPM) in de jaren '80 is de nadruk binnen de publieke sector meer op doeltreffendheid en doelmatigheid komen te liggen. Binnen verschillende publieke sectoren, maar ook zeker binnen de zorgsector, is er meer aandacht gekomen voor dienstverlening die doeltreffender, doelmatiger en transparanter moet zijn. In de zorgsector betekent dit dat de zorg beter moet, goedkoper en het moet voor iedereen zichtbaar worden wat de kwaliteit van de zorg is die door een zorgaanbieder wordt aangeboden. Om de prestaties in de publieke sector te kunnen meten zijn er met de opkomst van bovengenoemde NPM-gedachte allerlei technieken uit de private sector overgenomen. Een voorbeeld van zo'n techniek is prestatie meting aan de hand van prestatie-indicatoren en het maken van prestatieafspraken.

Prestatie meting kan meerdere functies vervullen, maar basaal kunnen twee hoofd-functies voor prestatie meting in de zorgsector worden onderscheiden: sturing en (externe) verantwoording (Expertise Centrum, 2004). Zo heeft de leiding van zorg-organisaties meer sturingsmogelijkheden als ze de prestaties van hun organisatie beter weten, en kan de overheid de zorgsector ook beter aansturen als de geleverde prestaties bekend zijn. Maar ook kan men met behulp van prestatie meting meer beargumenteerd verantwoording afleggen naar de buitenwereld. Naast deze twee hoofd-functies betekent prestatie meting ook dat politici meer mogelijkheden hebben de prestaties van publieke organisaties te meten en te evalueren. Het ontwikkelen en hanteren van het juiste systeem van prestatie meting kan dus veel betekenen voor de zorgsector in termen van sturing en verantwoording.

Toch heeft onderzoek (De Bruijn, 2001) naar de werking van prestatie meting in de publieke sector ook uitgewezen dat er niet louter positieve zaken aan prestatie meting verbonden zijn. Globaal zijn er twee grote risico's te benoemen. Ten eerste kan de zoektocht naar het 'gouden' getal resulteren in prestatie-indicatoren die: te smal

zijn. De indicator dekt maar een deel van de werkelijkheid. Te plat zijn: achter het kengetal gaat een veel ingewikkeldere werkelijkheid schuil. Te statisch zijn: de indicator beweegt niet mee met dynamiek van politiek en bestuur. Een prikkel zijn voor pervers gedrag: als een kengetal belangrijk is en onvoldoende presteren belangrijke impact kan hebben voor de desbetreffende partij, kunnen er prikkels ontstaan om getallen op te poetsen of anders te gaan registreren. Het tweede belangrijke en grote risico bestaat eruit dat een prestatie-indicator niet acceptabel is voor de andere spelers in het (maatschappelijke) veld en daarom niet op draagvlak kan rekenen.

Nu is er, net als in andere delen van de zorgsector, ook voor de Verpleeg- en Verzorgingssector (V&V-sector) de afgelopen jaren een systeem ontworpen dat prestatiemeting mogelijk maakt. Dit systeem heeft de naam *'Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg'* gekregen. Vanaf volgend jaar is het de bedoeling dat van alle instellingen in Nederland in deze sector de kwaliteit van zorg gemeten wordt aan de hand van het Toetsingskader. Begin dit jaar is een pilotproject met dit systeem bij honderd instellingen afgerond. Met de invoering van dit prestatie-meetsysteem spelen er vraagstukken omtrent de functionaliteit van het prestatie-meetsysteem. Doen de twee grote risico's die de Bruijn (2001) benoemd zich met dit systeem voor, en welke invloed heeft dit op de functionaliteit van het Toetsingskader? Zo geven partijen uit de sector aan nu vaak te moeten kiezen tussen helemaal geen informatie krijgen over prestaties of met informatie werken waarvan zij niet goed weten in te schatten of deze gegevens juist zijn. Ze geven aan dan voor de laatste optie te kiezen. Dit soort waarnemingen roept vragen op over de werking en functionaliteit van het systeem.

Voorals ook als prestatiemeting gebruikt wordt om organisaties (budgettair) af te rekenen zijn er ongewenste gedragsreacties te verwachten (De Bruijn, 2001). Bij afrekening is het belang van de prestatiemeting zo hoog, dat het belangrijker geacht kan worden om goed op de prestatie-indicatoren te scoren dan de daadwerkelijk geleverde prestaties weer te geven. Ook de WRR stelt dat bij gebruik van prestatiemeting voor financiële prikkels dit kan resulteren in een sfeer van wederzijds wantrouwen tussen toezichthouder/overheid en de uitvoerende organisaties (SER, 2005). Een van de uitgangspunten van het prestatie-meetsysteem in de V&V-sector bestaat er juist uit om af te rekenen aan de hand van de gemeten prestaties. Dit is bijvoorbeeld terug te zien in het uitgangspunt dat zorgkantoren (of andere partijen) zich in hun contractering, daar waar het gaat over geleverde kwaliteit, primair door deze prestaties zouden moeten gaan leiden. Maar ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zal beoordelen of de instellingen voldoende kwaliteit hebben, zo niet dan komen zij met sancties. Dit uitgangspunt maakt de vraag relevant in welke mate er in de V&V-sector niet alleen gewenste, maar ook ongewenste gedragsreacties, als gevolg van de invoering van het Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg optreden.

Want het gevolg van deze ongewenste gedragsreacties bestaat eruit dat de juistheid van de weergegeven prestaties onzeker is. Het risico bij te weinig borging van de juistheid van de gegevens is dat de prestaties die gemeten worden met de prestatie-indicatoren geen juist beeld van de werkelijkheid weergeven. Een daarmee samenhangend risico is dat de actoren die conclusies trekken op basis van de verstrekte gegevens niet genoeg van de mate van juistheid van de gegevens afweten,

en op basis daarvan verkeerde conclusies trekken. Zo kunnen zij aan de hand van de uitkomsten van een prestatie meting, die door ongewenste gedragsreacties beïnvloed is, besluiten te gaan sturen op verbetering van bepaalde kwaliteitsaspecten terwijl andere kwaliteitsaspecten in werkelijkheid urgenter verbetering nodig hebben. De vraag is dan wat de functionaliteit, in termen van sturing en verantwoording, is van zo'n prestatie meet systeem.

1.2 DOELSTELLING

De doelstelling van dit onderzoek is het specificeren van de functionaliteit, in termen van sturing en verantwoording, van het prestatie meet systeem voor de V&V-sector, het verklaren van deze functionaliteit en het geven van oplossingsrichtingen waarmee deze functionaliteit verhoogd kan worden.

De centrale vraag in dit onderzoek luidt dan ook:

Wat betekent het ontwikkelde prestatie meet systeem 'Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg' voor de V&V-sector in termen van sturings- en verantwoordingsmogelijkheden, hoe kan deze functionaliteit verklaard worden en welke oplossingsrichtingen kunnen er gegeven worden om de functionaliteit van dit systeem te verhogen?

Deelvragen die tot beantwoording van de centrale vraag moeten leiden zijn:

- *Wat wordt er in de literatuur aangegeven zijnde de functionaliteit, in termen van sturing en verantwoording, van prestatie meet systemen in de publieke sector, respectievelijk de zorgsector?*
- *Welke omstandigheden worden er in de literatuur aangegeven die de functionaliteit van zo'n prestatie meet systeem beïnvloeden?*
- *Welke gedragsreacties roept het prestatie meet systeem in de V&V-sector op?*
- *Hoe beoordelen diverse actoren in de V&V-sector de functionaliteit van het prestatie meet systeem?*
- *Hoe is deze beoordeling van de functionaliteit door de verschillende actoren te verklaren?*
- *Welke oplossingrichtingen zijn aan te geven zodat de functionaliteit van het prestatie meet systeem in de V&V-sector verhoogd kan worden?*

1.3 RELEVANTIE ONDERZOEK: MAATSCHAPPELIJK EN WETENSCHAPPELIJK

De V&V-sector is een sector waar in de historie al vele veranderingen in hebben plaatsgevonden. Zo is de sector ontstaan vanuit particuliere initiatieven, heeft de rijksoverheid de verantwoordelijkheid voor de zorgsector op zich genomen in de jaren '70 en is er de laatste jaren meer nadruk komen te liggen op marktwerking

(Van Hout, 2007). De toenemende vergrijzing en daarbijbehorende hoogoplopende zorgkosten voor de ouderen maakt dat er wat aan de betaalbaarheid van de zorg gedaan moet worden. Ervoor is gekozen dit onder andere met toegenomen marktwerking mogelijk proberen te maken. De inzet op marktwerking maakt het echter wel noodzakelijk inzicht te behouden in de kwaliteit van zorg die de instellingen leveren. Zowel voor de consumenten als voor de overheid. Het Toetsingskader voor Verantwoorde zorg moet onder andere hierin voorzien. Met dit onderzoek kan het duidelijker worden of het Toetsingskader inderdaad deze mogelijkheden biedt, en waar nog verbetermogelijkheden zijn. Zo wordt er met zoveel mogelijk partijen uit de sector zelf besproken of zij van mening zijn dat er bijvoorbeeld op een juiste manier verantwoording afgelegd wordt. Want het is noodzakelijk dat er bij de partijen in de sector met het Toetsingskader voldoende draagvlak bestaat voor het prestatie-meetsysteem. Noodzakelijk om de functies van het Toetsingskader tot hun recht te laten komen. Met een goedwerkend Toetsingskader kunnen de toezichthoudende partijen ervoor zorgen dat de kwaliteit van zorg voor onze ouderen beter gegarandeerd wordt, en daarnaast ook op aandachtspunten verbeterd wordt.

Daarbij wordt er tot op heden bij evaluatie van prestatie-meetsystemen vaak ingegaan op de effectiviteit van dit instrument in de zin of sectoren of organisaties goed (financieel) aangestuurd en gecontroleerd kunnen worden met behulp van de prestatie-meting. Ook evaluaties van de technische kwaliteit van de prestatie-indicatoren zijn veelvoorkomend. Maar naast deze vormen van effectiviteit, wil deze studie er ook op ingaan hoe de effectiviteit van zo'n prestatiesysteem verhoogd kan worden in relatie tot de heersende waarden in de sector. De veronderstelling daarbij is dat deze waarden belangrijk zijn bij het bewaren van het noodzakelijke draagvlak van de partijen in de sector.

Er vindt momenteel veel wetenschappelijk onderzoek plaats naar hybride, maatschappelijke organisaties (Brandsen, Van de Donk & Kenis, 2006; In 't Veld, 2005 en Van Hout, 2007). Het onderzoek richt zich daarbij er vaak op hoe zulke organisaties gemanaged dienen te worden. Hoe moeten de organisaties zich staande houden in een wereld waarin zij verantwoording moeten afleggen en moeten omgaan met eisen van zowel markt, overheid als gemeenschap? In deze scriptie wordt onderzocht of en hoe de functionaliteit van een prestatie-meetsysteem beïnvloed wordt door deze verschillende waarden die er in de V&V-sector zijn. Relevant omdat in prestatie-meetsystemen ook zeker bepaalde waarden uitgedrukt worden, en mogelijk andere waarden minder sterk. Door de insteek van dit onderzoek kan er een bijdrage geleverd worden aan de kennis over hybride, maatschappelijke organisaties in combinatie met prestatie-meting. Want deze scriptie heeft als onderwerp de V&V-sector, maar ook op diverse andere sectoren kunnen de uitkomsten van dit onderzoek van toepassing zijn. Het gaat daarbij om sectoren waarin hybride, maatschappelijk organisaties een rol spelen. Te denken valt aan de ziekenhuissector, maar ook sectoren buiten de zorg zoals de onderwijssector en de woningbouwsector.

1.4 METHODOLOGISCHE OPZET

De onderzoeksvraag van deze studie bestaat uit verschillende delen. Het eerste deel is beschrijvend, met beantwoording van dit deel moet duidelijk worden welke functionaliteit, in termen van sturing en verantwoording, het prestatie-meetsys-

teem heeft voor de V&V-sector. Het tweede deel van de vraag is verklarend van aard, met de beantwoording van dit deel van de vraag zal gepoogd worden de beoordeling van de functionaliteit te verklaren. Het laatste en derde deel van de onderzoeksvraag is meer ontwerpend/adviserend van aard. Wil dit deel van de onderzoeksvraag beantwoord worden, dan is het noodzakelijk oplossingsrichtingen te geven waarmee de functionaliteit van het prestatie-meetsysteem verhoogd kan worden. Een gevolg van deze verschillende aard van de verschillende onderzoeksdelen is dat er verschillende onderzoekstypen, -methoden en -instrumenten zullen worden ingezet om tot beantwoording van de gehele onderzoeksvraag te kunnen komen.

1.4.1 Onderzoeksbenadering

Voor de eerste twee delen van de onderzoeksvraag geldt dat deze studie een verklaring wil geven waarom het prestatie-meetsysteem bepaalde gedragsreacties oproept en daarmee de functionaliteit van het systeem beïnvloedt. Daarbij zal de complexe, bestuurlijke praktijk van prestatie-meting in de V&V-sector zich moeilijk laten onderzoeken aan de hand van een louter empirisch-analytisch onderzoeksmodel met onafhankelijke en afhankelijke variabelen. Daarom zal er binnen deze studie ook voor een deel de nadruk liggen op het begrijpen van de problemen met de functionaliteit, en dus ook voor een deel met een hermeneutisch-interpretatieve onderzoeksbenadering gewerkt worden. Een combinatie van een empirisch-analytische en hermeneutisch-interpretatieve onderzoeksbenadering is daarom te onderscheiden in deze studie (Katholieke Universiteit Leuven, 2007). Daarnaast is het derde en laatste deel van de onderzoeksvraag vooral ontwerpend van aard. Hierbij hoort een onderzoeksbenadering die meer toepassingsgericht is en waarbij het accent meer ligt op de praktische rationaliteit dan op de wetenschappelijke rationaliteit (Hakvoort, 1995). Dit onderzoek zou dan kennis op moeten leveren waarmee een in de praktijk van het openbaar bestuur ervaren probleem naar tevredenheid van de probleemhebbers wordt opgelost. De rol van bestuurskundige in dit soort onderzoek is dan die van beleid- en organisatieadviseur (Rutgers, 2004).

1.4.2 Onderzoeksmethoden en -technieken

In deze studie zal er onderzoek gedaan worden naar een mogelijk als problematisch ervaren situatie door de betrokkenen. In dit soort onderzoek is het gebruikelijk informatie over het als probleem ervaren verschijnsel te verzamelen. Uiteindelijk zal er een diagnose gesteld worden wat er aan de hand is en waardoor deze situatie veroorzaakt is, dus welke problemen met betrekking tot de functionaliteit van prestatiegegevens worden er aangegeven door de betrokkenen en hoe kunnen deze verklaard worden. Aan de hand van de gestelde diagnose zullen in het laatste deel van het onderzoek oplossingsrichtingen worden aangedragen. In de analogie van diagnose zal dit dan de therapie voor de beschreven problematiek zijn.

Bij het verzamelen van informatie om zowel de diagnose te stellen als de oplossingsarrangementen op te stellen zal er gebruik gemaakt worden van verschillende onderzoekstechnieken. Verkennende interviews leiden tot een afgebakende probleemstelling en interviewkader. Deze interviews vinden plaats met personen uit de V&V-sector, maar bijvoorbeeld ook met personen uit de ziekenhuissector. Voor de beantwoording wat de functionaliteit van het prestatie-meetsysteem in termen van sturing en verantwoording is en hoe dit te verklaren is, zal er zowel document-

analyse als een interviewronde plaatsvinden. Gezien het feit dat er vele actoren betrokken zijn bij prestatiemeting in de V&V-sector, en zij wellicht verschillende percepties met betrekking tot de functionaliteit hebben, is het belangrijk dat er tijdens deze interviewronde met actoren uit de verschillende invalshoeken gesproken wordt. Zowel percepties van professionals van de V&V-instellingen zelf en hun beroepsorganisaties, als van verzekeraars, cliëntenraden, inspecteurs en het ministerie van VWS zijn van belang. Ook bij het opstellen van oplossingsarrangementen zijn de technieken die gehanteerd worden documentanalyse en interviews. De documenten en interviews zullen geanalyseerd worden om te onderzoeken welke oplossingsrichtingen er in documenten en tijdens de interviews aangegeven worden, ook in andere delen van de zorgsector. Vervolgens kan dan bekeken worden welke toepasbaar zouden kunnen zijn in de V&V-sector.

1.5 LEESWIJZER

In het volgende, tweede, hoofdstuk zal de opkomst van prestatiemeting in de publieke sector in het algemeen, en in de zorgsector besproken worden. De mogelijke functionaliteit van prestatiemeting in de zorgsector is vervolgens het onderwerp in het derde hoofdstuk. Daarbij worden ook de verschillende kernwaarden die aanwezig zijn in de V&V-sector besproken. In hoofdstuk vier krijgt vervolgens het conceptueel kader van dit onderzoek vorm. Tevens zal aan het einde van dit hoofdstuk operationalisatie van de diverse begrippen uit het conceptueel kader plaatsvinden. In hoofdstuk vijf is het Toetsingskader voor Verantwoorde zorg het onderwerp van bespreking, waarbij er een uitgebreide beschrijving van dit prestatie-meetsysteem wordt gegeven. De resultaten van de interviews met de diverse gesprekspartners staan in hoofdstuk zes centraal. Analyse van deze resultaten vindt dan vervolgens in het zevende hoofdstuk plaats, waarna in het laatste hoofdstuk conclusies getrokken zullen worden met de centrale vraag van dit onderzoek als leidraad. Als laatste zal er gediscussieerd en gereflecteerd worden op de uitvoering en de uitkomsten van dit onderzoek.

2. OPKOMST PRESTATIEMETING IN DE PUBLIEKE SECTOR

2.1 INLEIDING

In de Nederlandse publieke sector spelen marktwerking, vraagsturing en maatschappelijk ondernemen een steeds grotere rol. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan de openbaar vervoersector, de onderwijssector en de zorgsector. Met de toegenomen marktwerking in deze sectoren is er ook steeds sterkere vraag naar prestatiegegevens van de organisaties die in deze sectoren het publieke belang dienen. Politici, ambtenaren, maar ook cliënten willen graag inzicht in de prestaties die geleverd worden. De politici en ambtenaren willen door middel van de prestatiemeting grip kunnen houden op de uitvoering van publieke diensten, ze willen mogelijkheden om te kunnen sturen. Voor de cliënten betekent meer informatie over prestaties dat ze beter keuzes kunnen maken bij welke organisatie zij de publieke dienst willen afnemen. Uit cijfers blijkt dan ook dat overheden tegenwoordig meer aandacht, tijd en geld aan prestatiemeting en evaluatie besteden dan ooit (Van Thiel & Leeuw, 2003). Er zou niet langer op input en inspanningen gestuurd moeten worden, maar op resultaten en output. Ook voldoen de voornamelijk kwalitatieve beschrijvingen van de resultaten niet meer, er is een roep om 'harde' kwantitatieve gegevens.

2.2 NPM: TERUGDRINGEN UITGAVEN, VERHOGEN EFFICIENTIE EN EFFECTIVITEIT

Wereldwijde competitie, marktliberalisatie, ontwikkelingen in de informatietechnologie en de trend om verantwoordelijkheden steeds lager in de organisatie te leggen zijn oorzaken van belangrijke veranderingen in zowel de gehele samenleving, als voor veranderingen in overheidsorganisaties (De Waal & Kerklaan, 2002). In de laatste twintig jaar van de vorige eeuw zijn publieke sectoren in ontwikkelde landen bijvoorbeeld veranderd van rigide intern gerichte organisaties, naar meer extern, bijvoorbeeld naar de burger toe, gerichte organisaties. Een beweging die aan deze veranderingen verbonden is, is de al in de inleiding genoemde NPM beweging (Van Thiel & Leeuw, 2003). Het doel dat de invoerders van NPM hadden was zowel het terugdringen van uitgaven in de publieke sector als wel het meer efficiënt en effectief laten zijn van overheidsorganisaties. Om overheidsorganisaties meer efficiënt en effectief te laten functioneren werden verschillende technieken uit de private sector geïntroduceerd in de publieke sector. Met het invoeren van NPM worden feitelijk sturings- en beheersingsmechanismen uit het private domein in de publieke sector geïntroduceerd (Pollitt, 2003). Het resultaat is een combinatie van twee voorheen gescheiden werelden (Bordewijk & Klaassen, 2000). Bij de ingevoerde mechanismen valt te denken aan marktmechanismen zoals privatisering, uitbesteding en uitvoerende diensten overhevelen naar quasi-autonome organisaties (quango's)(Van Thiel & Leeuw, 2003).

Thema's die karakteristiek zijn voor de NPM-gedachte kunnen als volgt omschreven worden (Bordewijk & Klaassen, 2000, p.19):

- Opsplitsing van de publieke sector in zoveel mogelijk resultaatverantwoordelijke eenheden (organisatie rondom producten)

- Contractmanagement, zo mogelijk in een competitieve omgeving
- Nadruk op managementstijlen zoals die in de private sector voorkomen
- Meer nadruk op zuinigheid en discipline bij gebruik van schaarse middelen
- Meer nadruk op duidelijke, aan personen toegewezen verantwoordelijkheden in het management van de organisatie
- Duidelijk kwantificeerbare standaards en prestatie-indicatoren
- Controle via outputs

Ook in een van de belangrijkste publicaties op het gebied van NPM, die van Osborne en Gaebler uit 1992, blijkt duidelijk dat een “bedrijfsmatige cultuur met een sterke oriëntatie op output volgens hen het devies is voor de nieuwe overheid” (Bordewijk & Klaassen, 2000).

2.3 OPKOMST PRESTATIEMANAGEMENT IN HET BUITENLAND

Naast bovenstaande beweging vonden er in de jaren '90 ook belangrijke ontwikkelingen plaats op het gebied van prestatie management in Amerika en Groot-Brittannië (De Waal & Kerklaan, 2002). Zo werd er in 1993 een wet in Amerika ingevoerd die alle federal departments en agencies verplichtte per najaar 1997 een strategisch vijfjarenplan op te stellen. Deze wet staat bekend als de Government Performance and Results Act (GPRA). De wet houdt in dat het strategisch plan voor elk van de vijf jaren waar het betrekking op had een performance plan met daarin meetbare effecten (outcomes) moet bevatten. Deze meetbare effecten dienden vanaf het jaar 1999 gerapporteerd te worden. De performance plannen bevatten dus zowel objectieve, kwantificeerbare en meetbare doelen als wel prestatie-indicatoren. Naar aanleiding van de meting op de prestatie-indicatoren bevat de rapportage verdere analyses van de prestaties en voorstellen voor verdere acties, zoals bijvoorbeeld aanpassingen van bepaalde prestatiedoelen.

Ook in Groot-Brittannië is er een soortgelijk programma opgestart. Dit is het Best Value programma, waaraan alle Britse gemeenten per 1 april 2000 moeten meedoen (De Waal & Kerklaan, 2002). Ook in dit programma speelt prestatie management een belangrijke rol, het is erop gericht de prestaties van de overheid te meten, beheersen en verbeteren. Net als bij het GPRA-programma in Amerika, is het doel van dit Britse programma het prestatie management zodanig te verbeteren dat de burgers daadwerkelijk een verbetering van de dienstverlening ervaren. Beide programma's blijken goede resultaten te boeken. Verschillende wetenschappers concluderen dan ook dat als men continue verbetering wil bereiken prestatie managementsystemen belangrijk zijn (Zeppou & Sotirakou, 2002; De Waal & Kerklaan, 2002). Er kan gezegd worden dat prestatie management door velen omarmd is als de techniek aan de hand waarvan men de organisationele effectiviteit van de publieke sector wil verhogen.

2.4 OPKOMST PRESTATIEMANAGEMENT NEDERLAND: BBI-PROJECT EN VBTB

Ook binnen Nederland is er met prestatie management veel ervaring opgedaan. Twee belangrijke initiatieven binnen de Nederlandse publieke sector vormen het

Beleids- en Beheersinstrumentarium project (BBI) en het programma Van Beleidsbegroting Tot Beleidsverantwoording (VBTB). Het BBI-project is van 1989 tot 1995 uitgevoerd en kan gezien worden als de reactie van de Nederlandse overheid op de opkomst van de NPM-gedachte. Het project had als doelstelling het opleveren van aanbevelingen en instructies voor de invoering van nieuwe instrumenten ter verbetering van de planning- en controlcyclus bij zowel gemeenten als provincies. Hoewel sommige aspecten van prestatie management nog niet genoeg aandacht kregen in het BBI-project, zoals bijvoorbeeld het meetbaar maken van beleidsdoelstellingen, kan het wel als een stap in de richting van betere sturing en beheersing door middel van prestatie management binnen Nederland gezien worden (De Waal & Kerklaan, 2002).

Het VBTB programma is in 1999 geïntroduceerd met voornamelijk het doel de Nederlandse overheidsorganisaties transparanter te maken. Dit doel werd nagestreefd met inzet van prestatie management. Binnen het prestatie managementsysteem van het VBTB-programma zijn de belangrijkste aspecten: het expliciet maken van doelen, prestaties en middelen, integratie van de beleids- en begrotingscyclus, integratie van financiële en niet-financiële informatie, verbetering van de informatiewaarde en de toegankelijkheid van de begrotings- en verantwoordingsstukken. Belangrijk is het uitgangspunt dat de begroting niet langer gericht is op de input maar op het behalen van beleidsdoelstellingen. De input moet gekoppeld worden aan de doelstellingen en de verwachte en uiteindelijk geleverde prestaties. Het uiteindelijke doel van het VBTB-programma bestaat eruit dat de prestaties van de overheid verbeteren door de toepassing van prestatie management (De Waal & Kerklaan, 2002).

Naast verbetering van prestaties van de overheid is er nog een ander aspect waarmee de opkomst van prestatie management in de publieke sector te maken heeft. Volgens de NPM-gedachte is het beter de beleidsontwikkeling en beleidsuitvoering te scheiden. Deze scheiding is mogelijk door middel van contracten tussen de overheid en de beleidsuitvoerende organisatie. Deze contracten geven dan weer wat de beleidsuitvoerende instantie voor prestaties moeten leveren tegen welke vergoeding. De prestaties worden bepaald aan de hand van opgestelde prestatie-indicatoren. Door deze werkvorm vindt er dus ook een verschuiving plaats van inputgericht management naar prestatiegericht management (Van Thiel & Leeuw, 2003). Met het scheiden van beleidsontwikkeling en beleidsuitvoering wordt het steeds belangrijker geacht te kunnen meten hoe de beleidsuitvoerende instanties, die steeds meer verantwoordelijkheid hebben gekregen, presteren. Door toepassing van prestatie management kan de transparantie worden vergroot en kunnen de organisaties beter onderbouwd verantwoording afleggen (De Waal & Kerklaan, 2002). Gezien de ontwikkeling in de samenleving dat burgers steeds mondiger worden en de overheid om verantwoording vragen met betrekking tot het besteden van financiële middelen, is de opkomst van prestatie meting binnen de publieke sector logischerwijs te verklaren.

2.5 TOENAME PRESTATIEMETING IN DE ZORGSECTOR: NIEUWE ZORGSTELSEL

Ook binnen de zorgsector is prestatie meting explosief toegenomen. Verschillende oorzaken zijn hiervoor aan te wijzen. Oorspronkelijk is de Nederlandse zorgsector

ontstaan vanuit particuliere initiatieven en gebaseerd op religieuze overwegingen. Voor de ontzuiling financierde de overheid dan ook dit verzuilde systeem. Na de ontzuiling konden de zorginstellingen ook zorg aanbieden aan groepen die zij voorheen niet konden bereiken. Daarnaast groeide het zorgaanbod door de snelle ontwikkelingen in de geneeskunde zeer snel. Door de veranderde markt en het groeiende zorgaanbod rezen de kosten van de zorg de pan uit. De rijksoverheid heeft vanaf dit moment de verantwoordelijkheid op zich genomen om strengere regels aan zorg en financiën te stellen. Maar vanaf het eind van de jaren '80 van de vorige eeuw kwamen er nieuwe zorgen omtrent de betaalbaarheid van de zorg in de toekomst. De toenemende vergrijzing, maar ook ontwikkelingen als de individualisering en groeiende assertiviteit van de patiënt (en omgeving) zijn redenen om de betaalbaarheid van het dan werkende zorgstelsel in twijfel te trekken (Van Hout & Putters, 2006).

2.5.1 Verzakelijking zorgsector

Uiteindelijk hebben deze zorgen geleid tot de verandering per 1 januari 2006 van het zorgstelsel in Nederland. In dit nieuwe stelsel worden de zorgorganisaties steeds meer beschouwd als maatschappelijke ondernemingen, marktwerking is hét thema in dit stelsel. Het zorgsysteem ondergaat daarmee een omslag van een centraal aanbodgestuurd systeem naar een decentraal vraaggericht stelsel. De overheid is niet langer de direct sturende regelgever, maar veel meer een kadersteller en toezichthouder. De overheid stuurt veel meer op afstand binnen het nieuwe zorgstelsel. Op afstand wil de overheid diverse publieke belangen die in de zorg aanwezig zijn bewaken. Publieke belangen die van groot belang zijn in de zorgsector zijn kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid/kostenbeheersing (Ministerie VWS, 2002; Van Hout & Putters, 2006).

Zorginstellingen zijn in het nieuwe stelsel dus veel meer ondernemingen geworden die principes uit de private sector toepassen. Hierbij valt te denken aan principes als bedrijfsmatiger werken, innovatie nastreven en klantgericht werken. De gevolgen voor de zorgorganisaties houden onder andere in dat er een verzakelijking van de sector heeft plaatsgevonden, de doelen en de daarbij behorende prestatie-eisen moeten expliciet gemaakt worden. De overheid wil de marktpartijen meer de ruimte geven. Maar hiermee is ook verbonden de plicht voor deze marktpartijen om informatie over de door hen geleverde prestaties beschikbaar te stellen (Ministerie VWS, 2002).

2.5.2 Prestatiemeting in zorgsector complex en meervoudig

Met deze verplichting tot transparantie is het van belang dat zorgorganisaties onderdeel van een netwerk zijn met vele verschillende actoren, dit heeft met de meervoudigheid van hun omgeving te maken. Zo moeten de zorgorganisaties verantwoording afleggen aan zowel de overheid, verzekeraars, patiënten, beroepsgroepen, media, lokale politiek en een keten van toezichthouders (Van Hout & Putters, 2006). Deze verschillende actoren hebben veelal ook verschillende criteria aan de hand waarvan zij de kwaliteit en prestaties van zorginstellingen beoordelen. Dit alles leidt ertoe dat prestatiemeting in de zorg complex en meervoudig is. Ondanks deze complexiteit doet prestatiemeting steeds meer haar intrede in de zorgsector. De al eerder genoemde voorbeelden die laten zien dat prestatiemeting haar intrede

heeft gedaan in de zorgsector zijn bijvoorbeeld de ontwikkeling dat verzekeraars ziekenhuizen of andere zorginstellingen (zoals V&V-instellingen) op kwaliteit wil contracteren of honoreren, of de ontwikkeling dat de overheid de kwaliteit en veiligheid van de zorg publiek zichtbaar wil maken op bijvoorbeeld websites.

De nadruk is daarbij komen te liggen op het zichtbaar en meetbaar maken van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Dit wordt dan gedaan aan de hand van prestatie-indicatoren. Het creëren van een transparantere vorm van publieke verantwoording en het stimuleren van kwaliteitsverbetering door betere sturingsinformatie van de zorgprofessionals zijn de twee hoofddoelen van deze prestatiemeting (Centrum voor ethiek en gezondheid, 2006). Extern en intern toezicht worden gecombineerd met deze twee hoofddoelen van prestatiemeting in de zorg. Een extern toezichthouder als de IGZ kan haar werk doen doordat zij de resultaten van de prestatiemeting krijgt. Maar het verkrijgen van interne stuurinformatie staat ook de interne toezichthouders, zoals raden van toezicht, toe de kwaliteit van zorg te controleren. In het oude zorgstelsel was daarentegen het kwaliteitsbeleid vooral op zelfregulering gebaseerd.

2.6 CONCLUSIE

Geconcludeerd kan worden dat er binnen het kwaliteitsbeleid in de zorgsector een belangrijke verandering heeft plaatsgevonden. Prestatiemeting moet ervoor zorgen dat er betere informatie is om op kwaliteit te kunnen sturen. Daarnaast spelen ook het beheersen van de uitgaven en de mogelijkheid om verantwoording af te kunnen leggen een rol bij het opkomen van prestatiemeting in de zorgsector. In het volgende hoofdstuk zal uiteengezet worden wat de functionaliteit, in termen van sturing en verantwoording, van prestatiemeting in de zorgsector kan zijn.

3. FUNCTIONALITEIT PRESTATIEMETING IN DE ZORGSECTOR EN KERNWAARDEN IN DE ZORG

3.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk zal uiteengezet worden wat er in deze studie verstaan wordt onder prestatiemeting en prestatie-indicatoren en wat de functionaliteit van prestatie-meetsystemen in de zorgsector kan zijn. Gezien de doelstelling van deze studie om de beoordeling van de functionaliteit van het prestatie-meetsysteem te verklaren is het ook van belang de verschillende kernwaarden die aanwezig zijn in de zorgsector te bespreken. In dit hoofdstuk zal uiteengezet worden dat deze kernwaarden de basis vormen van de verschillende gewenste en ongewenste gedragsreacties die optreden bij het invoeren en hanteren van een prestatie-meetsysteem.

3.2 PRESTATIEMETING EN PRESTATIE-INDICATOREN

3.2.1 Definitie prestatiemeting

Prestatiemeting in de publieke sector kan verschillend gedefinieerd worden, in deze studie zal de definitie van De Bruijn (2001) gehanteerd worden. Prestatiemeting houdt dan in: “Een overheidsorganisatie formuleert beoogde prestaties en geeft aan hoe deze prestaties kunnen worden gemeten door prestatie-indicatoren te definiëren. Vervolgens kan, nadat de organisatie haar inspanningen heeft verricht, duidelijk worden gemaakt of de beoogde prestaties zijn gerealiseerd en wat deze hebben gekost” (De Bruijn, 2001, p.16).

Hierbij merkt de Bruijn op dat effecten van de overheidsinterventies vaak moeilijk meetbaar zijn. Dit wordt veroorzaakt door het feit dat vele prestaties van organisaties in de publieke sector meervoudig zijn en samen met andere partijen tot stand komen. Bovendien duurt het vaak erg lang voordat effecten van overheidsinterventies zichtbaar zijn. Het uiteindelijke maatschappelijke effect van een interventie, de outcome, is daardoor vaak niet of moeilijk te meten. Daarentegen zijn de meer directere effecten, output, vaak beter meetbaar.

3.2.2 Definitie en soorten prestatie-indicatoren

Zoals gezegd vormen prestatie-indicatoren onderdeel van een prestatie-meetsysteem. In deze studie wordt de volgende definitie van een prestatie-indicator gehanteerd: “Een indicator is een meetbaar aspect van de geleverde zorg waarvan op basis van wetenschappelijk onderzoek is aangetoond of door middel van consensus tussen experts aannemelijk is gemaakt, dat het een aanwijzing geeft over de kwaliteit van die zorg” (Centrum voor ethiek en gezondheid, 2006). Hierbij heeft een prestatie-indicator een signalerende functie, en doet het geen absolute uitspraak over hoe goed of slecht de kwaliteit van zorg is.

Het is gebruikelijk een onderscheid te maken tussen verschillende soorten prestatie-indicatoren. In de zorgliteratuur heeft men het dan vaak over de volgende drie soorten indicatoren: procesindicatoren, structuurindicatoren en uitkomstindicato-

ren. Procesindicatoren betreffen dan het handelen van zorgverleners, structuurindicatoren de organisatie van en voorwaarden voor een goede zorgverlening en uitkomstindicatoren betreffen de effecten die met de zorg bij patiënten worden bewerkstelligd (Centrum voor ethiek en gezondheid, 2006; Toetsingskader voor Verantwoorde zorg, 2005). Nu de definities van prestatiemeting en prestatie-indicatoren gegeven zijn kan er in de volgende paragraaf op de vraag wat de functionaliteit van prestatiemeting in de zorgsector is worden ingegaan.

3.2.3 Eisen aan validiteit en betrouwbaarheid.....

Bij het gebruik van prestatie-indicatoren en prestatiegegevens wil men genoeg onderbouwing hebben om er vanuit te kunnen gaan dat prestatiemetingen op basis van de indicatoren een reëel inzicht geven in de kwaliteit van de geleverde zorg. Daarbij moeten de prestatiegegevens voldoen aan eisen die meer in het algemeen gesteld worden aan meetinstrumenten. Meetinstrumenten moeten valide en betrouwbaar zijn, dit betekent dat ze meten wat ze beogen te meten en dat ze dit op een consistente, reproduceerbare manier doe. Betrouwbaarheid betekent volgens Wollersheim et al. (2007) onder andere dat er kleine variatie is als verschillende personen de prestatie-indicatoren gebruiken en dat deze personen zelf consistent zijn in het meten. Om dit te bereiken is het noodzakelijk dat de prestatie-indicatoren op een strakke en goed gedefinieerde wijze verzameld worden. De verschillende dataverzamelaars moeten zo getraind zijn dat ze op eenzelfde wijze data interpreteren, verzamelen en classificeren. Daarnaast wordt ook aangegeven dat de eisen aan betrouwbaarheid en validiteit afhangen van de functie van de prestatiegegevens. Wil men organisaties aan de hand van prestatiegegevens afrekenen dan zijn de eisen aan betrouwbaarheid en validiteit strenger dan als men de prestatiegegevens wil gebruiken om de sector transparanter te maken (Centrum voor ethiek en gezondheid, 2006).

3.2.4en de zorgen omtrent de validiteit en betrouwbaarheid van het prestatie-meetsysteem in de V&V-sector

Ondanks de bovenstaande nuancering van de eisen aan validiteit en betrouwbaarheid van een prestatie-meetsysteem zijn er binnen de wetenschappelijke wereld zorgen omtrent het gebruik van prestatie-indicatoren binnen de zorg. De zorgen bestaan eruit dat de representativiteit van de indicatoren nog onvoldoende is om de kwaliteit van de geleverde zorg goed te kunnen meten, en dat er soms foute berekeningen en interpretaties plaatsvinden. Giard (2005) concludeert dat er tot nu toe onvoldoende aandacht voor de prestatie-meetmethoden en de datakwaliteit van de prestatiegegevens is. Ook Vierbergen en Brouwer (2002) vragen zich meer in het algemeen af wat betrouwbare prestatiegegevens zijn en wie dit vaststelt. Zo stellen zij vast dat de accountants van de gemeenten, provincies en het Rijk “minimaal nagaan of de uitkomsten van de prestatiegegevens niet strijdig zijn met het beeld dat de financiële verantwoording geeft” (Vierbergen & Brouwer, 2002, p.4), maar zij vragen zich daarbij af of de rol van de accountants wel voldoende is om de juistheid van prestatiegegevens te borgen. De gevolgen die hiervan worden aangegeven zijn dat er mogelijk foutieve conclusies getrokken worden en dus ook foutieve vervolgacties worden ingezet. De functionaliteit van het prestatie-meetsysteem wordt

dan geschaad. Reden om in deze studie aandacht te hebben voor gedragsreacties die mogelijk de betrouwbaarheid van de metingen verminderd.

3.3 FUNCTIONALITEIT PRESTATIEMETING IN DE ZORGSECTOR: STURING EN VERANTWOORDING

Als de prestaties van een zorgaanbieder eenmaal gemeten zijn aan de hand van de ontwikkelde prestatie-indicatoren, is er een tweedeling te maken in de beschikbaarheid van deze gegevens. De informatie kan alleen binnen de eigen zorgorganisatie beschikbaar zijn, men spreekt dan van interne beschikbaarheid. Als derden daarentegen ook over de informatie kunnen beschikken, spreekt men van externe beschikbaarheid (Haselbekke, 1990). In de zorgsector is hier sprake van als bijvoorbeeld consumenten, verzekeraars en de overheid over de prestatiegegevens van de zorgorganisaties kan beschikken. Prestatiemeting kan daarbij verschillende functies hebben.

Zoals reeds in de inleiding vermeld kunnen basaal twee hoofdfuncties voor prestatiemeting in de zorgsector worden onderscheiden: sturing en (externe) verantwoording (Expertisecentrum, 2004). De leiding van organisaties heeft namelijk meer sturingsmogelijkheden als ze de prestaties van hun organisatie beter weten, maar ook kan de overheid beter op afstand de publieke belangen bewaken als zij goede informatie over de prestaties van de zorgaanbieders hebben. De tweede hoofdfunctie heeft ermee te maken dat de zorgaanbieders met behulp van prestatiemeting meer beargumenteerd verantwoording af kunnen leggen naar de buitenwereld. Ze kunnen door middel van een prestatie-meetsysteem de consumenten, familie van patiënten, maar ook verzekeraars en overheid beter laten zien welke prestaties zij leveren.

De Bruijn (2001) geeft daarnaast een indeling in mogelijke functies van prestatiemeting in de publieke sector in het algemeen. Hij onderscheidt daarbij de volgende vier functies van prestatiemeting: transparantie, leren, oordelen en afrekenen. Prestatiemeting zou tot transparantie kunnen leiden en kan zo een rol spelen in verantwoordingsprocessen. Ook kan prestatiemeting volgens de Bruijn (2001) de functie leren hebben. Dit vindt plaats als de organisaties dankzij de transparantie die is ontstaan omtrent de prestaties kan leren wat ze goed doet en waar verbeteringen mogelijk zijn. Ook kan er op basis van de prestatiegegevens een oordeel gegeven worden over het functioneren van een organisatie, dit kan zowel door de leiding van de organisatie als door derden plaatsvinden. Ten slotte kan er op basis van prestatiemeting afrekening plaatsvinden binnen een organisatie. Zowel positieve sancties bij goed presteren als negatieve sancties bij slecht presteren vallen hieronder (De Bruijn, 2001). Van de vier functies kan gezegd worden dat er een opklimmende mate van dwang is. Daarnaast kunnen de voorgaande functies betrekking hebben op een organisatie of organisatiedeel, maar prestatiemeting maakt eveneens een vergelijking tussen organisaties of organisatiedelen mogelijk.

3.4 SUCCESFACTOREN PRESTATIEMETING

Prestatiemeting is geen toverinstrument dat er per definitie voor zorgt dat de publieke verantwoording transparanter wordt en dat de sturing op kwaliteit in de

zorgsector verbetert. Uit de literatuur zijn enkele algemene succesfactoren met betrekking tot prestatiemeting te benoemen.

Zo geeft De Bruijn (2001, p.27) aan dat prestatiemeting pas tot zinvolle kennis leidt als deze in een context geplaatst wordt. Dit houdt in dat er niet alleen aan output aandacht moet worden besteed, maar ook aan outcome, en dat er naast kwantitatieve ook kwalitatieve analyses plaatsvinden. Kwantitatieve analyses kunnen dan een eerste beeld van de prestaties scheppen, met de kwalitatieve analyse kan dan dit beeld verder worden uitgediept. In zijn visie geeft prestatiemeting geen pasklare antwoorden over prestaties van organisaties, maar moet het vooral leiden tot goede discussie over prestaties.

Ook wordt in de literatuur aangegeven dat naarmate prestatie-indicatoren verder hun intrede doen in de sturing- en verantwoordingsrelaties binnen organisaties in de publieke sector, de discretionaire ruimte van het organisatieonderdeel zal worden ingeperkt. Ter bescherming van de eigen discretionaire ruimte is het voor een organisatieonderdeel rationeel logisch te verklaren niet mee te werken aan de ontwikkeling van prestatie-indicatoren of waar prestatie-indicatoren al zijn ontwikkeld, zich te verzetten tegen het gebruik ervan om bezuinigingen te realiseren (Bordewijk & Klaassen, 2000, p.89). Bordewijk en Klaassen (2000, p.95) geven daarbij ook aan dat er het volgende probleem op de loer ligt. De condities voor het ontwikkelen en vergelijken van prestatie-indicatoren zijn het gunstigst in een betrekkelijk open cultuur, waarin sprake is van fairness en wederzijds vertrouwen. Zodra de indicatoren echter gebruikt worden voor bezuinigingsdoeleinden, zal er een neiging ontstaan zich daar tegen in te dekken, terwijl toch de belangrijkste bron van informatie de dienst zelf is waarop die bezuiniging betrekking zou moeten hebben. Toch is het erg belangrijk vooraf helderheid te verschaffen over het beoogde gebruik van prestatie-indicatoren, ook in het geval van bezuinigingsoperaties, omdat het anders op de lange duur des te moeilijker wordt om informatie te verzamelen. Het is van belang dat er geen straf staat op goed presteren.

Meer praktische succesfactoren worden door De Waal en Kerklaan in hun boek 'De resultaatgerichte overheid; op weg naar de prestatiegedreven overheidsorganisatie' (2002) gegeven: creëer transparantie van informatie, dit maakt het mogelijk de juiste informatie in de juiste vorm op het juiste tijdstip bij de juiste mensen te krijgen. Voorwaarden zijn dat de prestatiegegevens en rapportage snel verzameld en gegenereerd kunnen worden. Daarnaast moeten ad-hoc vragen snel en makkelijk beantwoord kunnen worden en ook zouden nieuwe ICT architecturen en hulpmiddelen voor managers beschikbaar moeten zijn zodat zij snel de door hen gewenste informatie kunnen verkrijgen.

De Waal en Kerklaan (2002, p.36) wijzen ook op de valkuil dat publieke organisaties die een prestatie-managementsysteem willen invoeren, zich nogal eens te eenzijdig focussen op de instrumentele en inhoudelijk kant ervan. De andere belangrijke kanten zoals gedragsmatige en HRM-aspecten worden dan verwaarloosd. Het is cruciaal voor de werking van prestatiemeting dat dit niet gebeurt want organisaties kunnen het potentieel van haar medewerkers alleen optimaal benutten wanneer: "de doelstellingen van alle managementniveaus aansluiten op de missie en de strategie van de organisatie; deze doelstellingen zijn vertaald in heldere verwachtingen ten aanzien van het functioneren van de medewerkers; medewerkers

weten hoe ze deze doelstellingen kunnen bereiken ofwel resultaat kunnen boeken; medewerkers weten welke steun ze daarbij kunnen verwachten van hun leidinggevende; het HRM-instrumentarium is afgestemd op het realiseren van de geformuleerde doelstellingen” (De Waal & Kerklaan, 2002, p.36).

De laatste succesfactor die hier behandeld zal worden is een ontwerpprincipe dat door De Bruijn (2001) beschreven is. Dit ontwerpprincipe heeft als thema interactie, en zal in het volgende hoofdstuk nog uitgebreid terug komen. Zoals gezegd komen prestaties in de publieke sector vaak tot stand in een netwerk van afhankelijkheden. Het is dan belangrijk dat ook de prestatiemeting gebaseerd is op interactie tussen de partijen in dat netwerk. In de V&V-sector geldt dat dit bijvoorbeeld partijen als het ministerie van VWS, IGZ, de verschillende beroepsorganisaties, LOC en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zijn. Voor de interactie geldt dat deze zowel voldoende aanwezig moet zijn tijdens het ontwikkelen van het prestatie-meetsysteem als ook tijdens het daadwerkelijk gebruik van dit systeem. Interactie zal leiden tot draagvlak binnen de diverse groepen van de organisatie voor het ontworpen systeem. Hierbij valt te denken aan zowel opdrachtgevers als opdrachtnemers als afnemers van diensten van de organisatie. In de V&V-sector zijn dit onder andere bovengenoemde overheidsinstellingen, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en consumenten. Deze vele verschillende actoren hebben elk hun eigen waarden en belangen in de zorgsector die zij behartigd willen zien in een prestatie-meetsysteem. Van welke aanwezige waarden er in deze studie wordt uitgegaan komt in de volgende paragraaf aan bod. De verschillende kernwaarden in de V&V-sector worden uitgebreid besproken.

3.5 KERNWAARDEN IN DE ZORG

3.5.1 De vier rationaliteiten van Snellen

Voordat hieronder aangegeven zal worden van welke kernwaarden er in deze studie vanuit wordt gegaan dat zij in de zorgsector aanwezig zijn, is het noodzakelijk het begrip rationaliteit te behandelen. Noodzakelijk omdat de kernwaarden uit deze rationaliteiten voortkomen. In het algemeen worden in de literatuur vaak de volgende vier rationaliteiten van Snellen (1987) onderscheiden:

- een technisch-wetenschappelijke rationaliteit, dit is een doelrationaliteit toegespitst op effectiviteit
- een economische rationaliteit, dit is een doelrationaliteit toegespitst op efficiëntie
- een juridische rationaliteit, dit is een rationaliteit die beginselen als duidelijkheid, consistentie, rechtszekerheid en vrijheid van willekeur omvat
- een politieke rationaliteit, dit is een rationaliteit die naast het aanpakken van maatschappelijke problemen ook het behartigen van machtsposities omvat

Van de verschillende rationaliteiten kan gezegd worden dat ze vaak strijdig met elkaar zijn, en elkaar dus proberen te verdringen. Daarbij geldt dat wat in de ene

rationaliteit als ‘rationeel’ wordt beschouwd, dat in de andere rationaliteit niet het geval is of slechts deels (Gorissen, 2001).

3.5.2 Soorten kernwaarden in de zorgsector

Deze vier rationaliteiten van Snellen zijn volgens van Hout en Putters (2006) en van Hout (2007) uit te splitsen naar minimaal zeven meer zorgspecifieke kernwaarden. Zij komen tot deze zeven kernwaarden, door hen benoemd als handelingsrationaliteiten en/of trekkkrachten, door bestaand onderzoek en onderzoeken binnen de Tilburgse School voor Politiek en Bestuur naar sturing en management in de zorg en andere sectoren in het maatschappelijke middenveld als basis te nemen. Vanwege de aanwezigheid van een zeer groot aantal actoren met verschillende belangen is er binnen de zorg een specificatie van de vier algemene rationaliteiten naar meerdere kernwaarden te maken. Deze zorgspecifieke kernwaarden moeten niet gezien worden als een uitbreiding van de vier rationaliteiten van Snellen maar een verdere specifieke uitsplitsing voor de zorgsector. De zorgspecifieke kernwaarden bestaan daarbij uit een aantal basiswaarden die gezamenlijk het handelen van organisaties en managers in de zorg bepalen. Dit betekent dat de actoren die vanuit een bepaalde kernwaarde handelen, dit doen vanuit een bepaald perspectief waarin hun handelen wordt gelegitimeerd en betekenis krijgt.

De zeven kernwaarden die van Hout en Putters (2006; 2007) onderscheiden zijn:

- maatschappelijke kernwaarde
- politiek-bestuurlijke kernwaarde
- medische kernwaarde
- productkernwaarde
- familiale kernwaarde c.q. de kernwaarde van de lokale gemeenschap
- economische kernwaarde die te splitsen is in zakelijkheid
- en marktwerking.

Binnen de *maatschappelijke kernwaarde* staan waarden centraal als toegankelijkheid, rechtvaardigheid en gelijkheid. Toegankelijkheid gaat er dan over dat elk lid van de samenleving recht heeft op zorg. Rechtvaardigheid gaat erover of de verdeling van zorg gebaseerd is op de geldende rechtsorde en gelijkheid dat iedereen in principe in het ontvangen gelijk is; geen enkele andere rationaliteit kan de gelijkheid tussen zorgontvangers verstoren.

Waarden die binnen de *politiek-bestuurlijke kernwaarde* centraal staan zijn controleerbaarheid, betaalbaarheid en solidariteit. Controleerbaarheid wordt dan bepaald door de mate van transparantie van publieke middelen en het daarbij horende toezicht en het afleggen van verantwoordelijkheid. Betaalbaarheid door het wel of niet in evenwicht zijn van de kosten van zorg met andere collectieve uitgaven die de politici/bestuurders moeten verantwoorden. Bij de waarde solidariteit gaat men ervan uit dat zorg zodanig kostbaar is dat financiering ervan gebaseerd is op het principe dat de sterkste schouders de zwaarste lasten dragen, van Hout en Putters (2006) geven aan dat deze waarde hiermee nauw verwant is aan de maatschappelijke kernwaarde.

Vier belangrijke basiswaarden voor de *medische kernwaarde* zijn professionele autonomie, medische urgentie, vrije artskeuze en patiëntenzelfbeschikking. Professionele autonomie heeft ermee te maken dat de medische professionals de inhoud van de verpleging en verzorging bepalen. Bij medische urgentie is het zo dat medisch-ethische criteria leidend zijn bij de keuzes die in zorg en behandelingen moeten worden gemaakt en dat bij gelijke urgentie geldt dat de eerste aangemelde patiënt het eerst wordt behandeld. Patiënten zouden volgens de waarde vrije artskeuze principieel keuzevrijheid moeten hebben voor een arts en mogen nooit worden gedwongen. Bij patiëntenzelfbeschikking heeft de patiënt uiteindelijk altijd het laatste en beslissende woord.

Binnen elke subsector van de zorg is er ook een *productkernwaarde* aanwezig. Per sector zijn er dan basiswaarden die aan deze kernwaarde ten grondslag liggen. Binnen de V&V-sector kunnen er dan aan waarden als toewijding, respect en menselijkheid gedacht worden.

Liefde, traditie, religie en gemeenschapszin zijn volgens van Hout en Putters (2006) basiswaarden binnen de *familiaire c.q. kernwaarde van de lokale gemeenschap*. Verzorging dient liefdevol te zijn en gebaseerd op unieke familiale relaties. De waarde traditie en religie heeft er mee te maken dat de verzorging verleend dient te worden in de geest van een bepaalde geloofsovertuiging, tradities en daarmee samenhangende ideeën over goede zorg. Gemeenschapszin zegt dat de verzorging en verpleging ingebed moet zijn in het besef dat de patiënt deel uitmaakt van een of meerder gemeenschappen, het zijn dan ook deze gemeenschappen die eveneens zogenaamde ‘warme’ eisen aan zorg stellen.

De *economische kernwaarde* kan worden gesplitst in *zakelijkheid en marktwerking*. Aan deze twee kernwaarden liggen verschillende basiswaarden ten grondslag. Efficiency, kostenminimalisatie en effectiviteit zijn daarbij basiswaarden binnen de kernwaarde *zakelijkheid*. De waarde efficiency houdt het idee in dat resultaten tegen zo laag mogelijke kosten gerealiseerd dienen te worden. Kostenminimalisatie heeft met het voordurende streven naar reductie van kosten te maken. Effectiviteit daarentegen gaat niet zozeer in op de kosten binnen de zorg, maar stoelt op de gedachte dat er doel- en effectgericht moet worden gewerkt, waarbij de bedrijfsvoering van de zorginstellingen ook doelgeoriënteerd moet zijn.

Concurrentie en winstgerichtheid zijn de dominante basiswaarden binnen de kernwaarde *marktwerking*. Bij de waarde concurrentie hoort de aanname dat iedere marktpartij in de zorgsector uit is op zo veel mogelijk klanten en dat partijen die niet concurreren uiteindelijk niet meer zullen voortbestaan. Winstgerichtheid gaat er dan over dat zorginstellingen alleen kunnen overleven als zij voortdurend meerwaarde produceren, vooral vanuit financieel oogpunt maar ook vanuit sociaal oogpunt (Van Hout en Putters, 2006).

De bovenstaande beschrijving van de kernwaarden wordt nog eens samengevat in onderstaande tabel.

Tabel 1: Kernwaarden met onderliggende basiswaarden

Kernwaarde	Onderliggende basiswaarden
Maatschappelijk	Toegankelijkheid, rechtvaardigheid en gelijkheid
Politiek-bestuurlijk	Controleerbaarheid, betaalbaarheid en solidariteit
Medisch	Professionele autonomie, medische urgentie, vrije artskeuze en patiëntenzelfbeschikking
Product	Toewijding, respect en menselijkheid
Lokale gemeenschap	Traditie en religie en gemeenschapszin
Zakelijkheid	Efficiëntie, effectiviteit en kostenminimalisatie
Marktwerking	Concurrentie en winstgerichtheid

3.5.3 Implicaties kernwaarden zorgsector voor prestatiemeting

Eerder zijn al de ontwikkelingen in de zorgsector besproken zoals toegenomen marktwerking, veranderingen in wet- en regelgeving en ook de toegenomen assertiviteit van patiënten en familie. Deze ontwikkelingen zorgen ervoor dat de verschillende kernwaarden steeds veranderen in verhouding tot elkaar. Daarbij kan worden opgemerkt dat met de toegenomen nadruk op de marktwerking in de zorgsector er ook meer dan ooit de nadruk is komen te liggen op de twee economische kernwaarden, zakelijkheid en marktwerking, en minder op de andere aanwezige kernwaarden zoals maatschappelijke en medische kernwaarden (Putters, BMC Zorgdebat, 2006). Verpleeg- en verzorginstellingen worden tegenwoordig steeds meer gezien als maatschappelijke ondernemingen. Zoals eerder gezegd is er te concluderen dat bepaalde kenmerken uit de NPM-gedachte ook tot de zorgsector zijn doorgedrongen. Zorginstellingen dienen net als bedrijven uit de private sector bedrijfsmatig te werken, efficiënt, effectief en klantgericht. Hiermee wordt toegankelijke, kwalitatief goede en doelmatige zorg beoogd. Van Hout en Putters (2006) betogen dat de meervoudigheid binnen de zorg toegenomen is. Meerdere rationaliteiten spelen een belangrijke rol, en meerdere verschillende waarden zijn belangrijk geworden in de zorgsector. Dit brengt een toegenomen complexiteit en pluriformiteit met zich mee. Zo moeten de instellingen in de V&V-sector soms voldoen aan belangrijke waarden uit de samenleving, soms aan waarden van de overheid en soms aan waarden van de markt.

Geconcludeerd kan worden dat de verschillende actoren in de zorgsector elk hun eigen mix van kernwaarden hebben. Zo zijn er bijvoorbeeld verschillen te veronderstellen tussen de zorginstellingen die gericht zijn op persoonlijke aandacht voor hun patiënten/cliënten en zorgverzekeraars die meer efficiency en doelmatigheid willen zien. Ook tussen de kernwaarden van artsen en patiënten kan een verschil zijn, dit kan er in zitten dat artsen vooral gefocuseerd zijn op het verlenen van een

goede medische behandeling terwijl voor patiënten ook andere aspecten van zorg een rol spelen, zoals bijvoorbeeld goede voorlichting en meer emotionele aspecten zoals het contact met de arts en respect. Ook tussen de kernwaarden van overheidspartijen, zoals het ministerie van VWS en de IGZ, en de andere actoren zijn verschillen waarschijnlijk. Zo zal bij de overheidspartijen zeer waarschijnlijk de politiek-bestuurlijke kernwaarde een belangrijke rol spelen, terwijl cliëntenraden minder deze kernwaarde voor ogen zullen hebben.

Deze meervoudigheid heeft er ook toe geleid dat er bij het opzetten van het prestatie-meetsysteem voor de V&V-sector getracht is de verschillende kernwaarden met de verschillende onderliggende waarden in het ontwerp mee te nemen. De verschillende kernwaarden komen er in meer of mindere mate tot uitdrukking. Dit is lastig, want sommige waarden zijn in bepaalde mate tegenstrijdig met elkaar. Zo kan uiteindelijk de waarde efficiency een waarde als toegankelijkheid verdringen. Vanuit de waarde efficiency gedacht kan het namelijk goed zijn bepaalde zorg maar op één manier en/of één locatie aan te bieden, terwijl dit de toegankelijkheid van de zorg voor bepaalde mensen in de weg kan staan, als de patiënt in kwestie op deze manier geen toegang heeft tot de door hem gewenste zorg.

Daarbij is het van belang dat het te veronderstellen is dat wanneer bepaalde actoren hun kernwaarden niet voldoende vertegenwoordigd zien in het systeem van prestatiemeting, zij zich niet kunnen vinden in dit systeem. De literatuur (De Bruijn, 2001), laat zien dat dit kan leiden tot perverserende effecten, tot ongewenste gedragsreacties, die bijvoorbeeld de juistheid van de prestatiegegevens kunnen beïnvloeden. In de inleiding is het daarmee samenhangende risico benoemd dat de actoren die conclusies trekken op basis van de verstrekte gegevens niet genoeg van de mate van juistheid van de gegevens afweten, en op basis daarvan verkeerde conclusies trekken. De functionaliteit, in termen van sturing en verantwoording, komt hier dan ook mee in het geding.

3.6 SAMENVATTEND

In het bovenstaande hoofdstuk is aangegeven wat mogelijk de functionaliteit van prestatiemeting in de V&V-sector kan zijn. Daarbij is betoogd dat de verschillende kernwaarden in deze sector implicaties kunnen hebben voor deze functionaliteit. In het volgende hoofdstuk zal verder in detail besproken worden hoe het wel of niet voldoende herkennen van de eigen kernwaarden in een prestatie-meetsysteem de functionaliteit van het prestatie-meetsysteem beïnvloedt. Hierna zal het conceptueel kader van dit onderzoek vormgegeven worden.

4. BEINVLOEDING FUNCTIONALITEIT PRESTATIEMEETSYSTEEM

4.1 INLEIDING

In het vorige hoofdstuk is onder andere besproken welke functionaliteit, in termen van sturing en verantwoording, prestatie-meetsystemen in de zorgsector kunnen hebben. Duidelijk is geworden dat prestatie-meetsystemen veel te bieden kunnen hebben. Maar ook is duidelijk geworden dat deze functionaliteit niet per definitie tot zijn recht hoeft te komen. De veronderstelling is dat dit het geval is als de verschillende kernwaarden van de actoren onvoldoende geborgd zijn in een prestatie-meetsysteem, want dan kan dit ongewenste gedragsreacties oproepen die de functionaliteit negatief kunnen beïnvloeden. Welke gedragsreacties dit zijn, welke omstandigheden deze gedragsreacties oproepen en hoe zij de functionaliteit beïnvloeden wordt in onderstaande tekst uiteengezet. Dit zal uiteindelijk uitmonden in het conceptueel kader dat voor deze studie als uitgangspunt zal gelden.

4.2 OMSTANDIGHEDEN DIE INVLOED HEBBEN OP MATE VAN OPTREDEN ONGEWENSTE GEDRAGSREACTIES

In paragraaf 3.4 is al aangegeven dat de veronderstelling in deze studie is dat als actoren hun kernwaarden niet voldoende vertegenwoordigd zien in een systeem van prestatie-meting, dit kan leiden tot perverterende effecten, die bijvoorbeeld de juistheid van de prestatiegegevens kan beïnvloeden en daarmee ook de functionaliteit van zo'n systeem. De mate van borging van de verschillende kernwaarden moet plaatsvinden in een aantal in de literatuur benoemde omstandigheden tijdens het ontwikkelen, invoeren, uitvoeren van een prestatie-meetsysteem en het controleren van prestatie-meting. Hieronder zullen de voor deze studie belangrijkste omstandigheden behandeld worden: mate van interactie, wijze van invoering systeem, functie systeem en vorm van controle.

4.2.1 Eerste omstandigheid: mate van interactie

De eerste omstandigheid is de mate van interactie. Deze omstandigheid is ook al beschreven in paragraaf 3.4. De Bruijn (2001) benoemt dat als er geen sprake van vertrouwen is tussen de verschillende actoren die bij het prestatie-meetsysteem betrokken zijn, er sterke prikkels ontstaan om strategisch gedrag te vertonen. Gevolg van dit strategisch gedrag is dat men er niet zeker van kan zijn dat de prestatiegegevens echt de geleverde prestaties weergeven. Volgens de Bruijn (2001) kan vertrouwen alleen ontstaan als het prestatie-meetsysteem gebaseerd is op interactie tussen bestuur en professional. Deze interactie moet dan zowel plaatsvinden bij het ontwikkelen van het systeem als bij het gebruik van het systeem. Bij de ontwikkeling en ook bij het gebruik moet er voldoende ruimte zijn voor de verschillende kernwaarden van elkaar, is dit niet het geval dan zal er in mindere mate sprake zijn van vertrouwen tussen de actoren. Voldoende borging van de belangrijke waarden binnen elke kernwaarden komt onder andere tot uiting in vragen als welke prestatie-indicatoren hanteren we, maar ook hoe gaan we meten en beoordelen.

De mate van interactie is een omstandigheid die het optreden van gewenste en ongewenste gedragsreacties kan beïnvloeden.

4.2.2 Tweede omstandigheid: wijze van invoering systeem

De tweede omstandigheid komt voort uit het boek van Bouckaert en Balk (1991) waarin zij dertien “illnesses and cures associated with productivity measurement” beschrijven (Bouckaert & Balk, 1991, p.229). De tiende ziekte die zij omschrijven noemen zij de ‘enlightenment/bottom-up disease’. Bij deze ziekte staat de manier waarop de prestatie-indicatoren worden ingevoerd, en hoe dit van invloed is op onder andere functionaliteit van de prestatiegegevens, centraal. Deze manier van invoering is de tweede omstandigheid die invloed heeft op de functionaliteit van het prestatie-meetsysteem. Betoogd wordt dat een prestatie-meetsysteem het risico loopt onwerkbaar en gewantrouwd te worden door de uitvoerenden als het systeem door externen of vanuit de managementtop wordt doorgevoerd. Wantrouwen ontstaat dan omdat de externen of de managementtop onvoldoende aandacht besteden aan kernwaarden van andere actoren binnen het prestatie-meetsysteem; waarden die zij belangrijk vinden worden niet voldoende geborgd door de externen of de managementtop.

Dit risico kan leiden tot minder zekerheid over de juistheid van prestatiegegevens, maar daarnaast ook tot gedragsreacties als een verlies aan motivatie en verlies aan vertrouwen binnen de sector. Het vermogen tot sturing wordt daarbij kleiner want voor het sturen op kwaliteitsverbetering, een belangrijke doelstelling van het prestatie-meetsysteem in de V&V-sector, is vertrouwen tussen de verschillende partijen noodzakelijk. Alleen als alle partijen er achter staan dat er wat gedaan moet worden aan de kwaliteit, zal het mogelijk zijn daadwerkelijk verbetering te bereiken. De wijze van invoering bepaalt dus of er gedragsreacties zoals verlies aan motivatie optreden. Deze gedragsreacties bepalen uiteindelijk ook deels de functionaliteit van het prestatie-meetsysteem in termen van sturing en afleggen van verantwoording.

4.2.3 Derde omstandigheid: functie van de meting

De derde omstandigheid die de functionaliteit van de prestatie-meting beïnvloedt heeft te maken met de wellicht voor de hand liggende, maar niet minder belangrijke, veronderstelling dat het van de functie van het prestatie-meetsysteem afhangt in welke mate men kan verwachten dat actoren strategisch verdrag gaan vertonen. Worden de organisaties afgerekend (geld, reputatie) op basis van de prestatiegegevens, dan betekent dit dat de prestatiegegevens een zeer hoge waarde hebben. Worden de prestatiegegevens alleen gebruikt voor intern gebruik om inzicht te krijgen in sterke en zwakke delen van de organisatie dan hebben de prestatiegegevens doorgaans een minder hoge waarde. Daarnaast zal een prestatie-meetsysteem dat de functie afrekening heeft, minder overeenkomen met waarden uit kernwaarden zoals de maatschappelijke, medische en familiale kernwaarde. Actoren met deze kernwaarden zullen het minder belangrijk vinden welke financiële middelen er noodzakelijk zijn om bepaalde zorg te kunnen leveren. Zij vinden het belangrijk dat er goede toegankelijkheid van de zorg is, dat patiënten zelfbeschikking hebben en dat de zorg menselijk en met respect gegeven wordt. In een functie als leren of transparantie zullen zij meer fiducia zien, dan het puur op basis van de prestatie-

meting afrekenen. Het is te veronderstellen dat actoren met een dominante politiek-bestuurlijke of meer economische kernwaarde dit wel meer van belang vinden en zij zullen meer zien in een afrekeningfunctie van het prestatie-meetsysteem.

Gedragreacties bij te weinig borging van de verschillende kernwaarden in de functies van de prestatie-meting zijn dan te verwachten in de vorm van manipuleren van prestatiegegevens, verlies in motivatie en verlies in vertrouwen (De Bruijn, 2001). Net als bij de tweede omstandigheid geldt dan weer dat dit tot een verlies aan functionaliteit van het prestatie-meetsysteem kan leiden.

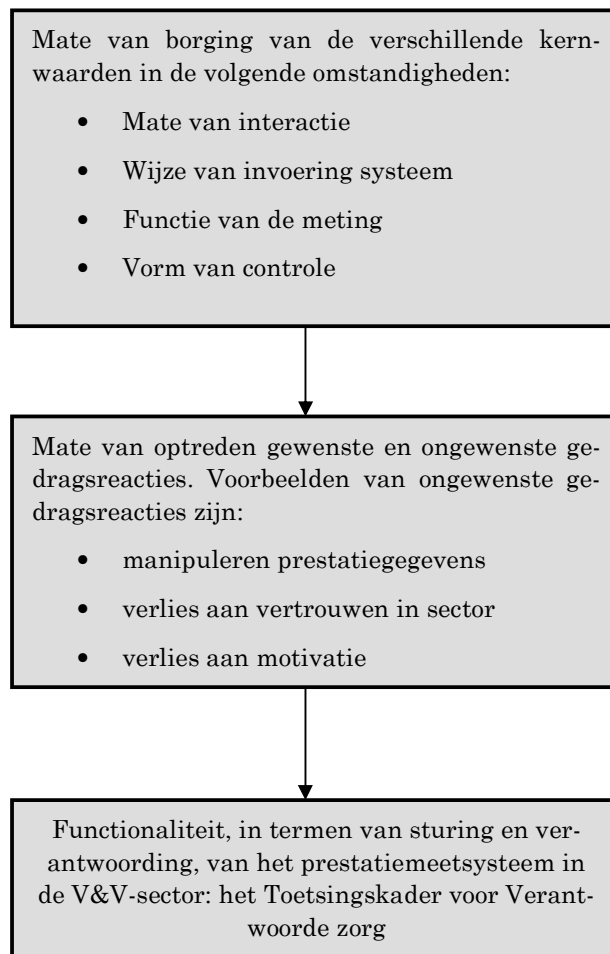
4.2.4 Vierde omstandigheid: vorm van controle

De laatste, en vierde, in deze studie te onderscheiden omstandigheid waarin kernwaarden meer of minder geborgd kunnen zijn is te omschrijven als de vorm van controle die in het prestatie-meetsysteem is ingebouwd. Want ondanks de variatie in waarde van de prestatiegegevens is doorgaans controle op de output noodzakelijk (De Bruijn, 2001, p.92). Daarbij is het voor deze studie van belang dat een eenzijdig ingestelde controle van bovenaf bepaalde nadelen heeft voor de functionaliteit van het systeem. Eenzijdige controle maakt de professional namelijk niet medeverantwoordelijk voor de werking van het systeem, het kan zo snel leiden tot nieuw strategisch gedrag. Eenzijdige controle is vaak ook arbeidsintensief. Daarnaast gaat men er bij eenzijdige controle vanuit dat “een systeem van prestatie-meting eenvoudig op de werkelijkheid past: definities zijn eenduidig en zijn eenvoudig toe te passen” (De Bruijn, 2001, p.92). Maar, zoals uit de opsomming van de vele verschillende actoren en kernwaarden in de zorg blijkt, zijn er vele verschillende werkelijkheden omtrent prestaties. Als de controle dan wel eenzijdig plaatsvindt is de legitimiteit van het prestatie-meetsysteem in het geding, men herkent zijn/haar eigen kernwaarden niet in het systeem. Beter is het als de controle ook in een interactief proces plaatsvindt. Wanneer men gezamenlijk tot de vaststelling van de uiteindelijke prestatiegegevens komt, zal men zich hier beter in kunnen vinden, en zal men zich achteraf ook moeilijker aan de uitkomsten kunnen onttrekken (De Bruijn, 2001, p.93). Mogelijkheden tot afleggen van verantwoording en sturingsmogelijkheden worden dan ook groter.

4.3 CONCEPTUEEL KADER

De doelstelling van dit onderzoek is het specificeren van de functionaliteit, in termen van sturing en verantwoording, van het prestatie-meetsysteem voor de V&V-sector, het verklaren van deze functionaliteit en het geven van oplossingsrichtingen waarmee deze functionaliteit verhoogd kan worden.

In voorgaande tekst is uiteengezet dat de veronderstelling in deze studie is dat de mate van borging van de verschillende kernwaarden de functionaliteit van het prestatie-meetsysteem in de V&V-sector beïnvloedt. In onderstaand figuur is het conceptueel kader visueel weergegeven. Daarbij zijn ook de vier omstandigheden aangegeven waarin de kernwaarden meer of minder geborgd kunnen zijn.



Figuur 1: Conceptueel kader

De soorten ongewenste gedragsreacties die in deze studie onderscheiden worden zijn onder te verdelen in drie soorten: manipuleren prestatiegegevens, verlies aan vertrouwen in de sector en verlies aan motivatie in de sector. In onderstaande tekst wordt uiteengezet hoe deze ongewenste gedragsreacties de functionaliteit negatief kunnen beïnvloeden. Uit documentanalyse zijn deze soorten gedragsreacties naar voren gekomen. Dat neemt de mogelijkheid niet weg dat er bij analyse van de interviews meerdere soorten gedragsreacties blijken te bestaan.

De beïnvloeding van de functionaliteit vindt ten eerste plaats als men er door manipulatie van gegevens niet zeker van kan zijn dat de gemeten prestaties een goede weergave zijn van de daadwerkelijk geleverde prestaties. De sturingsmogelijkheden worden dan beperkt omdat men er niet zeker van is of de sturingskeuzes op de juiste informatie gebaseerd zijn. Daarnaast heeft de verantwoording dan minder waarde, want de verantwoording vindt dan plaats op basis van gegevens die onzeker zijn. Men kan er niet zeker van zijn dat de verantwoording juist is.

Ten tweede kan het prestatie-meetsysteem, bijvoorbeeld als het ingevoerd wordt door externen of eenzijdig vanuit de managementtop, tot een verlies aan motivatie leiden. Dit is schadelijk voor de functionaliteit van het systeem, want juist door de prestaties in kaart te brengen wil men ervoor zorgen dat er actief en gemotiveerd aan bijvoorbeeld de kwaliteit van de zorg gewerkt wordt. Het vermogen tot sturen (op kwaliteit) wordt dan dus door het prestatie-meetsysteem juist niet vergroot, maar verkleind.

De derde soort reactie op het prestatie-meetsysteem kan bijvoorbeeld veroorzaakt worden door de manier van invoering van het systeem en wordt gekenmerkt door verlies aan vertrouwen in de sector. Wil een prestatie-meetsysteem goede sturingen en verantwoordingsmogelijkheden bieden, dan moeten de partijen in de sector er wel vertrouwen in hebben dat deze mogelijkheden reëel zijn en ze moeten elkaar ook vertrouwen. Zo maakt eenzijdige controle bijvoorbeeld de professional niet medeverantwoordelijk voor de werking van het systeem, en zal hierdoor het systeem minder functioneel zijn. Als daarentegen men gezamenlijk tot de vaststelling van de uiteindelijke prestatiegegevens komt, zal men zich hier beter in kunnen vinden, en zal men zich achteraf ook moeilijker aan de uitkomsten kunnen onttrekken. Mogelijkheden tot sturing en verantwoording zijn dan groter.

4.4 TOETSING CONCEPTUEEL KADER IN INTERVIEWS

Bij toetsing van bovenstaand conceptueel kader is het dus van belang verschillende zaken na te gaan: welke (zowel gewenste als ongewenste) gedragsreacties treden er op, komen deze voort uit de mate van borging van de eigen kernwaarden in het prestatie-meetsysteem, hoe hebben de vier omstandigheden vormgekregen en hoe is dit van invloed op de functionaliteit van het Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg. Deze toetsing vindt plaats door middel van interviews met vertegenwoordigers van:

- het ministerie van VWS
- IGZ
- LOC
- een zorgverzekeraar
- beroepsorganisaties voor verpleegkundigen en verzorgenden (Sting en V&VN)
- V&V-instellingen

4.4.1 Operationalisatie begrippen in gespreksonderwerpen tijdens interviews

De begrippen die in het conceptueel kader genoemd worden, lenen zich soms moeilijk voor interviews. De begrippen zullen geoperationaliseerd moeten worden in gespreksonderwerpen tijdens de interviews (Emans, 1990). Meer in het algemeen zal het totstandkomingsproces van het prestatie-meetsysteem aan de orde komen tijdens de gesprekken. Hieruit kan mogelijk verklaard worden waarom bepaalde kernwaarden meer of minder in het systeem geborgd zijn, bijvoorbeeld door de mate van interactie tijdens het ontwerpproces. Er zal in deze fase tevens naar de rol

van de gesprekspartner en hoe de gesprekspartner betrokken is bij het Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg gevraagd worden.

4.4.2 Operationalisatie begrip kernwaarde

Gegeven het abstractieniveau van het begrip kernwaarde is de notie belangrijk dat er tijdens de interviews niet zozeer naar de kernwaarden van de gesprekspartner gevraagd wordt, maar meer naar de onderliggende waarden die hij/zij belangrijk vindt in de V&V-sector. In totaal zijn er, zoals benoemd in paragraaf 3.5.2, twintig onderliggende waarden bij de zeven kernwaarden. Voor deze studie is het van belang bij de verschillende gesprekspartners er achter te komen welke van de zeven kernwaarden zij belangrijk vinden en welke zij niet of minder belangrijk vinden. Om deze ordening van de kernwaarden van de gesprekspartners mogelijk te maken is er voor gekozen de gesprekspartners de twintig onderliggende basiswaarden punten toe te laten kennen tussen de nul en de honderd. Per kernwaarde zijn dan de punten van de onderliggende waarden behorend bij die kernwaarde op te tellen. Elke kernwaarde krijgt zo dan een totaal aantal punten, weging van punten vindt plaats omdat het per kernwaarde verschilt hoeveel onderliggende waarden er bij die kernwaarde horen.

Voor de maatschappelijke kernwaarde betekent dit bijvoorbeeld dat de punten die deze kernwaarde krijgt de som is van de basiswaarden toegankelijkheid, rechtvaardigheid en gelijkheid. Voor de kernwaarde zakelijkheid zal dit de som van de punten zijn die de gesprekspartner toekent aan de waarden efficiëntie, effectiviteit en kostenminimalisatie. Uiteindelijk is er dan op basis van de som van het aantal punten voor elke kernwaarde een ordening aan te brengen tussen de zeven kernwaarden. Belangrijk is op te merken dat het toekennen van het aantal punten in deze studie alleen gebruikt zal worden als indicatie welke kernwaarden een gesprekspartner belangrijker vindt dan andere kernwaarden. Gezien de wijze waarop deze puntentoekening tot stand komt, beoordeling van een klein aantal waarden en de mogelijkheid tot sociaal wenselijke antwoorden, wordt het binnen deze studie niet als geoorloofd geacht de uitkomsten van de puntentoekening als meer dan een indicatie weer te geven. Daarnaast worden de uitkomsten alleen gebruikt om op een ordinaal meetniveau iets over de kernwaarden te zeggen, en niet op interval- en ratiomeetniveaus. Tijdens het toekennen van de punten aan de verschillende waarden worden de opmerkingen die de gesprekspartners maken over de verschillende waarden en bijvoorbeeld ook over de verbanden tussen de verschillende waarden genoteerd. Deze opmerkingen worden binnen deze studie van belang geacht omdat zij veel informatie kunnen geven over de kernwaarden die een gesprekspartner hanteert.

4.4.3 Beoordeling functionaliteit door gesprekspartners

Na het toekennen van de punten aan de verschillende waarden is het belangrijk na te gaan of de persoon deze waarden terugziet in het systeem zoals die er nu ligt, en zo nee, tot welke gedragsreacties dat heeft geleid en kan leiden in de toekomst. Daarnaast zal er in de interviews ingegaan worden op de vier verschillende genoemde omstandigheden: mate van interactie, wijze invoering systeem, functie van de meting en vorm van controle. Getracht zal worden in de gesprekken te achterhalen in welke vorm deze omstandigheden zich bij de invoering en het gebruik van

het prestatie-meetsysteem in de V&V-sector hebben voorgedaan en voordoen. Dit om bij de analyse het ontstaan van genoemde gedragsreacties te kunnen verklaren. Aan de gesprekpartners zal tevens worden gevraagd wat zijzelf als functionaliteit van het prestatie-meetsysteem zien, en of deze volledig tot zijn recht komt in de huidige vorm van het Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg. Ook zal er gevraagd worden naar de mogelijkheden tot verbetering die de diverse gesprekpartners zien. Aandacht zal er daarbij geschonken worden aan wat er nodig is om deze verbeteringen tot stand te laten komen.

4.4.4 Overzicht gespreksonderwerpen

Bovenstaande leidt tot het volgende overzicht van onderwerpen die tijdens de gesprekken met het ministerie van VWS, IGZ, LOC, een zorgverzekeraar, beroepsorganisaties van de verpleegkundigen en verzorgenden en V&V-instellingen aan de orde komen:

- Rol en betrokkenheid gesprekspartner bij Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg
- Totstandkomingsproces van het Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg
- Waarden die gesprekpartners belangrijk vinden in de V&V-sector
- Herkenning van deze waarden in het Toetsingskader, waardering van gesprekspartner voor prestatie-meetsysteem wat er nu ligt
- Aanwezige gedragsreacties volgens gesprekspartner
- Perceptie van gesprekspartner in welke vorm de vier omstandigheden (mate van interactie, wijze invoering systeem, functie van het systeem en vorm van controle) zich voordoen en hoe dit invloed heeft op gedragsreacties
- Mogelijkheden tot verbetering van functionaliteit Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg

Door in de gesprekken deze onderwerpen te bespreken zal gepoogd worden in beeld te brengen welke gedragsreacties (gewenste en ongewenste) zich hebben voorgedaan en zich voordoen bij het gebruik van het Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg in de V&V-sector, of dit terug te brengen is op de mate van herkenning van kernwaarden door actoren in de diverse omstandigheden. Tevens wordt in beeld gebracht wat de functionaliteit van het Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg is volgens de verschillende gesprekpartners, dit zal dan aanknopingspunten bieden om te komen tot aanbevelingen hoe de functionaliteit verhoogd zou kunnen worden. Het uitgeschreven interviewkader is in bijlage A weergegeven.

4.5 SAMENVATTEND

In dit hoofdstuk is het conceptuele kader van deze studie uiteengezet. In dit kader zijn de diverse mogelijke gedragsreacties en de invloed hiervan op de functionaliteit van het Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg in kaart gebracht. Vervolgens zijn de begrippen geoperationaliseerd in concrete onderwerpen die tijdens de gesprekken met de verschillende gesprekpartners de revue zullen passeren. Voordat de resultaten van de interviews worden weergegeven zal het prestatie-meetsysteem

in de V&V-sector, het Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg, in het volgende hoofdstuk beschreven worden. Deze beschrijving heeft als basis zowel document-analyse als informatie die uit de interviews verkregen is. Hierbij wordt het ontwerpproces van het Toetsingskader besproken, daarnaast wordt ook aangegeven wat de uitgangspunten bij de prestatie-indicatorenset zijn, hoe de indicatorenset vormgegeven is en hoe het ontwikkelde sturingsmodel van het ‘Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg’ eruit ziet.

5. HET PRESTATIEMEETSISTEEM IN DE V&V-SECTOR: TOETSINGSKADER VOOR VERANTWOORDE ZORG

5.1 INLEIDING

Het Toetsingskader voor Verantwoorde zorg wordt beschreven in dit hoofdstuk. In het document waarin het Toetsingskader beschreven staat geven de partijen, die dat document hebben opgesteld, aan welke functionaliteit van het Toetsingskader zij in gedachte hebben. Andere aspecten die aan de orde zullen komen zijn het totstandkomingsproces van dit prestatiemeetsysteem, de verschillende uitgangspunten van de prestatie-indicatorenset en het sturingsmodel wat gehanteerd wordt bij gebruik van dit systeem. Belangrijke vragen die in dit hoofdstuk beantwoord dienen te worden zijn: Welk kwaliteitsaspecten van de zorg in de V&V-sector worden er nu eigenlijk gemeten, met behulp van welke meetinstrumenten vindt dit plaats en door wie wordt er gemeten? Naast documentanalyse vormt ook informatie verkregen in de interviews de basis voor deze beschrijving van het Toetsingskader.

5.2 VISIEDOCUMENT V&V-SECTOR EN BEOOGDE FUNCTIONALITEIT

5.2.1 Wat is Verantwoorde zorg?

In juni 2005 hebben Arcares, de AVVV, de LOC, de NVVA en Sting gezamenlijk het visiedocument 'Op weg naar Normen voor Verantwoorde zorg' aan de toenmalige staatssecretaris van VWS, mevrouw Ross-Van Dorp, aangeboden. Genoemde partijen zijn beroep-, branche- en cliëntenorganisaties binnen de V&V-sector. Verantwoorde zorg wordt in het visiedocument omschreven als "zorg van goed niveau en de zorg is in ieder geval doeltreffend, doelmatig, veilig en patiëntgericht verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt" (Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg, 2005, p.4).

5.2.2 Beoogde functionaliteit van het Toetsingskader voor Verantwoorde zorg

In het visiedocument staat verder beschreven hoe de genoemde partijen willen komen tot een set van prestatie-indicatoren voor de V&V-sector, alle partijen tonen zich in het document bereid tot een uiterste inspanning om dit te bereiken. De partijen die het document hebben opgesteld stellen dat de geleverde zorg moet voldoen aan "veld- en beroepsnormen en dit moet worden geborgd door een werkend kwaliteitssysteem" (Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg, 2005, p.4). Daarnaast "achten zij het verder van het grootste belang dat getoetst wordt in welke mate zorgorganisaties aan de norm voor Verantwoorde zorg voldoen" (Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg, 2005, p.7). Om dit te bereiken willen zij dus komen tot "een adequate en samenhangende toetsingspraktijk, gericht op het bieden van handvatten voor kwaliteitsverbetering" (Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg, 2005, p.8). Sturen op kwaliteitsverbetering en verantwoording afleggen over de kwaliteit van zorg zijn in het visiedocument te onderscheiden als de beoogde functionaliteit van de partijen die het visiedocument hebben opgesteld.

Het Toetsingskader was er op het moment van verschijning van het visiedocument nog niet. In het document wordt geconcludeerd dat de normen voor een deel nog niet meetbaar geformuleerd zijn, men wil dit na het verschijnen van het visiedocument gaan realiseren. Aangegeven wordt dat het doel is een samenhangend toetsingskader te ontwikkelen. Belangrijk uitgangspunt hierbij is dat de normen S.M.A.R.T. (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en van een tijdslimiet voorzien) worden geformuleerd.

5.3 ONTWIKKELING PRESTATIE-INDICATOREN

Vervolgens heeft het ministerie van VWS namens de betrokken partijen aan Plexus Medical Group gevraagd de normen voor Verantwoorde Zorg te operationaliseren in een volgens S.M.A.R.T geformuleerde set prestatie-indicatoren. Hierbij moesten ook voorstellen worden gedaan over de wijze waarop deze indicatoren gemeten zou kunnen worden. Ook werd er om een voorstel voor een sturingsmodel bij het Toetsingskader gevraagd, een criterium voor dit model bestond eruit dat het een duidelijke rolverdeling voor de betrokken partijen in zich had.

5.3.1 Gesprekrondes tussen partijen

Om de bovenstaande doelstellingen te bereiken is er met vertegenwoordigers van de betrokken partijen gesproken over de normen en de te ontwikkelen set prestatie-indicatoren. Gesproken is er met:

- Arcares, de zorgbranche (per 1 juli 2006 gefuseerd met Z-org tot Actiz)
- Z-org, organisatie van zorgondernemers (per 1 juli 2006 gefuseerd met Arcares tot Actiz)
- Landelijke Organisatie Cliëntenraden, LOC
- Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, NVVA
- Sting, Landelijke Beroepsvereniging Verzorging
- AVVV, Algemene Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden (per 1 augustus 2006 gefuseerd met vele andere fusiepartners tot V&VN)
- Zorgverzekeraars Nederland, ZN
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, IGZ

Naast deze individuele gesprekrondes hebben er op drie momenten ook vergaderingen plaatsgevonden met als deelnemers vertegenwoordigers van bovengenoemde organisaties en van het ministerie van VWS. Tijdens de drie vergaderingen hebben telkens andere onderwerpen centraal gestaan. In de eerste vergadering is vooral gesproken over de uitgangspunten voor het Toetsingskader en het sturingsmodel. In de tweede vergadering is de ontwerpset indicatoren besproken en de derde vergadering stond in het teken van het bereiken van consensus over het totale Toetsingskader.

Aangegeven wordt dat er tijdens het ontwerpproces ervoor gekozen is gezamenlijk met de verschillende belanghebbende partijen het Toetsingskader op te stellen. In welke mate dit ertoe geleid heeft dat de verschillende kernwaarden van de verschillende partijen voldoende geborgd zijn in het Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg wordt tijdens de interviews getoetst.

5.3.2 Bestaande criteria, literatuur en experts

Naast het bespreken van de te ontwikkelen set prestatie-indicatoren met voorgaande betrokkenen, zijn er ook andere methoden gebruikt om te komen tot deze set. Uit het visiedocument zijn thema's gedestilleerd die de basis vormen voor de indicatorenset. Daarnaast zijn bestaande kwaliteitscriteria, -indicatoren en meetinstrumenten van de betrokken partijen onderzocht op de mogelijkheid om deze te hanteren voor de normen van Verantwoorde zorg. Ook is er gebruik gemaakt van literatuur en het inzetten van experts. De gebruikte literatuur is hoofdzakelijk gezocht via websites van nationale en internationale instanties op het gebied van kwaliteit van zorg in het algemeen en de V&V-zorg in het bijzonder, en via PubMed. Met de experts zijn, op advies van de betrokken partijen, conceptversies van het Toetsingskader besproken.

5.4 UITGANGSPUNTEN BIJ DE INDICATORENSET

Zoals eerder vermeld is er tijdens de eerste vergadering met de vertegenwoordigers van de verschillende partijen en van het ministerie van VWS gesproken over de uitgangspunten met betrekking tot het Toetsingskader en het sturingsmodel. Uiteindelijk zijn er een aantal uitgangspunten afgesproken aangaande de indicatoren en het sturingsmodel. Ook over de periode na vaststelling van dit alles is het een en ander afgesproken. Hieronder zullen de uitgangspunten besproken worden zoals die in het document 'Toetsingskader voor Verantwoorde zorg' (2005) weergegeven zijn.

5.4.1 Technische kwaliteit vs. haalbaarheid: zoeken naar balans

Bij het opstellen van indicatoren is er altijd een dilemma tussen het opstellen van perfect valide en betrouwbare indicatoren en de efficiëntie en haalbaarheid van deze indicatoren. Technisch optimale indicatoren zijn vaak moeilijk te meten in de praktijk. De betrokken partijen in de V&V-sector hebben als uitgangspunt afgesproken dat er sprake moet zijn van een goede balans tussen "zeggingskracht van de indicatoren enerzijds en de efficiëntie en haalbaarheid van de indicatoren anderzijds" (Toetsingskader voor Verantwoorde zorg, 2005, p.9).

5.4.2 Intern vs. extern gebruik: extern heeft de prioriteit

Zoals eerder vermeld in paragraaf 3.3 kan er in het gebruik van indicatoren een onderscheid gemaakt worden tussen intern en extern gebruik van de indicatoren. Bij intern gebruik kan het resultaat van de prestatiemeting bijvoorbeeld gebruikt worden voor interne kwaliteitsverbetering, sturing op kwaliteit. Bij extern gebruik kunnen de resultaten van de prestatiemeting gebruikt worden voor bijvoorbeeld externe verantwoording. In het uiteindelijke opgestelde Toetsingskader (Toetsingskader voor Verantwoorde zorg, 2005) wordt beschreven dat het uitgangspunt van het Toetsingskader is dat *extern* gebruik van de indicatoren prioriteit heeft. Het idee is dat de prestaties op alle indicatoren, geaggregeerd op het niveau van een organisatorische eenheid, publiek inzichtelijk zullen zijn. Via de website www.kiesbeter.nl en het 'Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording' van de instellingen zijn de resultaten van het pilotproject met het Toetsingskader nu al deels te zien. De bedoeling is dat dit in de toekomst voor alle instellingen in Neder-

land het geval zal zijn. Uitgangspunt is ook dat partijen interne stuurinformatie verkrijgen bij gebruik van het Toetsingskader.

5.4.3 Soort indicatoren: zoveel mogelijk op uitkomst

Een ander belangrijk uitgangspunt betreft de vraag voor welke soort indicatoren voornamelijk gekozen wordt. Zoals besproken is er een onderscheid te maken tussen bijvoorbeeld structuurindicatoren, procesindicatoren en uitkomstindicatoren. In het Toetsingskader (Toetsingskader voor Verantwoorde zorg, 2005, p.10) wordt aangegeven dat het uitgangspunt is zoveel mogelijk op uitkomsten te meten. De achterliggende gedachte hierbij is dat niet tot in detail zou moeten worden vastgelegd hoe een zorgprofessional de zorg verleent, maar dát bepaalde zorg daadwerkelijk gerealiseerd wordt. Aangekaart wordt dat daar waar geen uitkomstindicatoren mogelijk zijn er structuur- of procesindicatoren ingezet kunnen worden. Deze dienen dan wel een directe relatie met de te monitoren uitkomst te hebben.

5.4.4 Relatieve norm: best practice

Met behulp van een indicator kan een prestatie gemeten worden. Alleen als er ook een norm beschikbaar is, kan er wat gezegd worden over de kwaliteit van de geleverde prestatie (De Bruijn, 2001). De V&V-sector wil nadrukkelijk geen gebruik maken van een minimumnorm, er zijn daar volgens de sector te grote nadelen aan verbonden. Nadelen die in het document ‘Toetsingskader voor Verantwoorde zorg’ genoemd worden zijn het feit dat minimumnormen vaak gaan fungeren als ‘maximum norm’, hiermee wordt bedoeld dat het streven wordt precies op of net boven de norm te presteren, en niet zoals men graag wil optimaal presteren. Een ander genoemd nadeel is dat minimumnormen vaak demotiverend worden voor professionals en instellingen.

De V&V-sector wil daarom gebruik maken van een Toetsingskader met een ‘relatieve norm’. Deze norm is dan gekoppeld aan best practices. In het Toetsingskader staat beschreven hoe dit precies gedaan wordt: de scores van de zorgaanbieders worden ingedeeld in percentielen of kwartielen per indicator. Hieruit wordt per indicator een gemiddelde zichtbaar en een best practice. Aan deze best practice, of een best practice uit de literatuur, kan vervolgens een streefnorm worden verbonden. Het idee dat de sector in het Toetsingskader beschrijft is dat als je iedere organisatorische eenheid met de best practice vergelijkt, dit een krachtige verbeterimpuls genereert en het meer recht doet aan het werk van professionals. Bij het selecteren van de best practices geeft het Toetsingskader twee randvoorwaarden aan:

- de best practice moet realiseerbaar zijn binnen de reguliere financiële en personele kaders die in de Nederlandse zorg gangbaar zijn;
- het realiseren van de best practice moet niet conflicteren het functioneren van een instelling op andere kwaliteitsaspecten.

Met de twee randvoorwaarden in het achterhoofd is de bedoeling van de opstellers van het Toetsingskader dat de best practices op concreet haalbare werkwijzen berusten, zodanig dat deze in principe voor elke instelling realiseerbaar zouden moeten zijn.

Aangegeven wordt dat men het als een belangrijk voordeel beschouwt dat bij gebruik van een relatieve norm de mate van spreiding van de gerealiseerde kwaliteit inzichtelijk gemaakt kan worden. Indien de spreiding groot is, dan is er meer reden tot zorg dan wanneer de instellingen allen dicht om de best practice heen 'scoren'. Aangegeven wordt dat het voor het ministerie van VWS, de IGZ, verzekeraars en ook cliëntenraden met deze manier van normeren duidelijk wordt op welke instellingen zij meer aandacht moeten vestigen. Uitgangspunt van de partijen is dat er forse aandacht zal uitgaan naar de instellingen die relatief ver onder het best practice niveau functioneren. In het Toetsingskader wordt als een van de laatste uitgangspunten nog gemeld dat het mogelijk is dat na enige tijd van functioneren van het Toetsingskader, en waarin instellingen de mogelijkheid hebben gehad hun functioneren te verbeteren, alsnog kan worden gekeken of het goed zou zijn afspraken te maken over maximaal acceptabele spreiding.

5.4.5 Groeimodel

Het ontwikkelde Toetsingskader is het eerste kader wat in zo'n grote omvang in de V&V-sector ontwikkeld is. Als uitgangspunt wordt er binnen deze sector dan ook gekozen voor een groeimodel. Men geeft aan zich te realiseren dat het Toetsingskader in eerste instantie niet technisch perfect gevalideerd en 100% betrouwbaar is. In het Toetsingskader zoals beschreven in het document uitgekomen in november 2005 is bijvoorbeeld nog geen aandacht voor specifieke categorieën patiënten. Aangegeven wordt dat als dit wel het geval is de normen nog bruikbaar worden voor alle betrokken partijen. Kortom, men geeft aan voor een groeimodel van het Toetsingskader te hebben gekozen. Zoals reeds in de inleiding vermeld is een pilotproject met het Toetsingskader begin 2007 afgerond. Het is op dit moment nog niet geheel duidelijk welke aanpassingen er gemaakt zullen worden op het Toetsingskader, wel is duidelijk dat er op sommige punten aanpassingen zullen komen.

5.5 DE INDICATORENSET: DRIE LAGEN EN DRIE THEMA'S

Zoals gezegd heeft er om tot een indicatorenset te kunnen komen een inhoudsanalyse van het visiedocument 'Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg' plaatsgevonden. Het resultaat van deze analyse is een indeling in elf thema's voor verantwoorde zorg (Toetsingskader voor Verantwoorde zorg, 2005, p.13):

1. Zorg- en leefplan/behandelplan
2. Communicatie en informatie
3. Lichamelijk welbevinden
4. Zorginhoudelijke veiligheid
5. Woon- en leefomstandigheden
6. Participatie en dagstructurering
7. Mentaal welbevinden
8. Veiligheid tijdens verblijf
9. Voldoende bekwaam personeel
10. Ketenzorg
11. Kwaliteitszorg

Per thema wordt er in het Toetsingskader voor Verantwoorde zorg een of een aantal indicatoren benoemd, waarbij de indicatorenset een gelaagde opbouw kent. De

eerste laag betreft de (hoofd) indicatoren, deze zijn ingedeeld in structuur-, proces- en uitkomstindicatoren. De tweede laag betreft de subthema's binnen de indicator. Items die minimaal gemeten zouden moeten worden per indicator/subthema's vormen de derde laag. Deze elf thema's kunnen vervolgens weer in drie grotere thema's ingedeeld worden:

- kwaliteit van leven
- de veiligheid van de zorg
- kwaliteit van de organisatie

Bij deze indeling benadrukken de betrokken partijen het belang van de samenhang van deze gebieden en ook van de indicatoren. De toetsing van de indicatoren en vervolgens de presentatie van de prestaties moeten in samenhang gaan plaatsvinden. In het Toetsingskader wordt aangegeven dat het de bedoeling is dat de drie bovengenoemde lagen binnen de indicatorenset terugkomen bij publieke presentatie van de prestaties van de verschillende instellingen.

5.6 STURINGSMODEL: MEETINSTRUMENTEN EN ROLVERDELING

5.6.1 Doel sturingsmodel: mogelijk maken metingen

Onderdeel van het Toetsingskader is een sturingsmodel. In dit sturingsmodel wordt aangegeven hoe en door wie welke informatie aangeleverd zou moeten worden, zodat de prestaties aan de hand van de opgestelde indicatoren gemeten kunnen worden. In het Toetsingskader wordt nogmaals benadrukt dat het sturingsmodel erop gericht is “het zo optimaal mogelijk realiseren van de doelstelling van het toetsingskader; optimaal inzicht in en stimulerend van de geleverde kwaliteit van zorg, waarbij alle betrokken partijen zo optimaal mogelijk hun stimulerende (en waar nodig corrigerende) rol kunnen spelen; het zo efficiënt (in termen van administratieve lastendruk en daarmee gepaard gaande kosten) mogelijk inrichten van de informatiestromen (geen dubbele informatievragen, enzovoort)”(Toetsingskader voor Verantwoorde zorg, 2005, p.14).

5.6.2 Meetinstrumenten: zorginhoudelijke én ervaren kwaliteit door cliënten

Zoals besproken in paragraaf 5.5 zijn er binnen de indicatorenset zowel indicatoren waarmee kwaliteit van leven, als veiligheid van de zorg als kwaliteit van de organisatie gemeten kunnen worden. Het visiedocument bevat ook zowel uitspraken over:

- de zorginhoudelijke kwaliteit van de zorg als de
- (ervaren) kwaliteit van leven van cliënten

In het Toetsingskader wordt voorgesteld *verschillende meetinstrumenten* voor verschillende soorten indicatoren te gebruiken. Voorgesteld wordt de zorginhoudelijke kwaliteitsaspecten te toetsen via het Gelaagd en Gefaseerd Toezicht (GGT) van de IGZ. In het Toetsingskader wordt daarnaast aangegeven dat het grootste gedeelte van de normen getoetst kunnen worden door aan cliënten hun ervaringen te vragen. Het bestaande meetinstrument van Stichting Cliënt en Kwaliteit (C&K) wordt als uitgangspunt genomen voor de cliëntraadplegingen. Uiteindelijk is dit meetin-

strument de CQ-index binnen het Toetsingskader geworden. Een andere meetmethode die voorgesteld wordt om te gebruiken is die van het onderzoek Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) van de Universiteit Maastricht. Deze methode zal toegepast worden voor enkele indicatoren binnen het thema dat gaat over zorginhoudelijke veiligheid.

Naast de al genoemde meetinstrumenten wordt er volgens het Toetsingskader gebruik gemaakt van nog andere instrumenten. Beloofd wordt dat de instellingen die hiermee werken aangereikt krijgen hoe de gegevens uit deze instrumenten met zo min mogelijk additionele inspanning ‘geconverteerd’ kunnen worden naar de gevraagde informatie te behoeve van het Toetsingskader.

5.6.3 Uitgangspunten bij ontwikkeling meetinstrumenten

Zoals in paragraaf 5.4.5 aangegeven is er voor een groeimodel met betrekking tot het Toetsingskader gekozen. Dit betekent concreet dat de partijen aangeven dat de meetinstrumenten onderhouden en, waar nodig, verbeterd moeten worden. Deze aanpassingen zouden voort moeten komen uit nieuwe inzichten uit de wetenschap, ontwikkeling in het veld en aan veranderde wensen en percepties van cliënten.

Het uitgangspunt wat beschreven wordt in het Toetsingskader bestaat eruit dat de ontwikkeling van de meetinstrumenten in ‘gezamenlijkheid’ zal plaatsvinden. Concreet betekent dit dat betrokken partijen aanpassingen en verfijningen van het Toetsingskader met elkaar vaststellen, waarbij ze aangeven dit uitgangspunt te hanteren omdat zij vinden dat zij collectief verantwoordelijk zijn voor de totstandkoming van een goed Toetsingskader. Toch dragen de verschillende partijen elk verantwoordelijkheid voor verschillende aspecten van het Toetsingskader. Binnen het sturingsmodel is er dan ook gekozen voor een taak- en verantwoordelijkheidsverdeling binnen het ontwikkelingstraject van het Toetsingskader.

Bij het verder ontwikkelen en verbeteren van het GGT instrument van de IGZ, dat vooral de zorginhoudelijke kwaliteitsaspecten toetst, is ervoor gekozen de professionals en zorginstellingen de ‘lead’ te laten nemen. De andere betrokken partijen leveren input, maar staan verder aan de zijlijn. Bij het ontwikkelen van het bestaande meetinstrument van Stichting Cliënt en Kwaliteit (C&K), dat in het Toetsingskader als uitgangspunt is aangegeven voor de cliëntraadplegingen, is afgesproken dat vooral de cliëntenorganisaties het voortouw nemen. Telkens geldt wel dat de vaststelling van ontwikkelde en verbeterde instrumenten een gezamenlijke verantwoordelijkheid is.

Aangegeven wordt dat de IGZ in dit ontwikkeltraject een bijzondere positie inneemt. Door de op wettelijke bevoegdheden gebaseerde positie van de IGZ als regisseur in de sector, en ook als bewaker van het ontwikkeltraject, kan zij zelf aandachtspunten en indicatoren aan het Toetsingskader toevoegen. Dit is wel alleen mogelijk als de partijen niet zelf tot overeenstemming kunnen komen.

5.6.4 Taken en verantwoordelijkheden bij meting prestaties

Zoals eerder in deze studie aangegeven is het voor het goed functioneren van een prestatie-meetsysteem belangrijk dat er voldoende borging is dat de gegevens, op basis waarvan de meting plaatsvindt, juist zijn. Binnen het Toetsingskader voor Verantwoorde zorg hebben de betrokken partijen, om voldoende kwaliteit van de

aangeleverde gegevens voor de prestatieingen te kunnen waarborgen, een rol- en verantwoordelijkheidsverdeling afgesproken. Deze verdeling wordt in het Toetsingskader (Toetsingskader voor Verantwoorde zorg, 2005, p.16) als volgt beschreven:

- De IGZ verplicht de zorgaanbieders in de V&V-sector jaarlijks inzicht te geven in hun prestaties op basis van het GGT en het meetinstrument waarmee cliëntoordelen wordt gemeten (CQ-index);
- De IGZ monitort en beoordeelt de prestaties van de zorgaanbieders door het integraal beoordelen van uitkomsten van metingen met behulp van beide meetinstrumenten;
- De uitkomsten van meting van kwaliteit van zorg door het Toetsingskader vormen het uitgangspunt voor zorgkantoren in hun contractering van zorginstellingen. Weigeren instellingen hun kwaliteit te laten bepalen door middel van het Toetsingskader voor Verantwoorde zorg, dan is dat een grond om niet te declareren;
- Instellingen laten tweejaarlijks of jaarlijks, afhankelijk van welke soort zorg zij bieden, een cliëntraadpleging uitvoeren door een daartoe geaccrediteerde marktpartij;
- Instellingen stellen de uitkomsten van de prestatiekening zelf beschikbaar aan het publiek, bijvoorbeeld via hun website en/of het 'Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording'. Daarbij wordt in het Toetsingskader aangegeven dat het van belang wordt geacht dat instellingen per indicator een toelichting kunnen geven. Het uitgangspunt dat de uitkomsten van de prestatiekening extern toegankelijk zijn krijgt hierbij een meer concrete invulling;
- Instellingen maken met cliëntenraden afspraken over verbetertrajecten. Op grond van de contractuele relatie van de zorginstelling met het zorgkantoor informeert de instelling het betreffende zorgkantoor over de bevindingen en de hiervoor genoemde verbetertrajecten;
- De ontvangende partij draagt zorg voor het verder verspreiden van informatie naar alle andere informatievragers (bijvoorbeeld op www.kiesbeter.nl);
- Er wordt een protocol ontwikkeld voor het gebruik van de gegevens ten behoeve van onderzoek en meta-analyses (voor identificatie van best practices en innovaties);
- In het contracteerbeleid van zorgverzekeraars zijn in 2006 twee hoofdlijnen ingebracht:
 - Cliëntenmonitoring over de ervaren kwaliteit van zorg. Deze zal – zodra beschikbaar- worden ingevuld met het hier beschreven meetinstrument
 - Externe audit op kwaliteit van kern organisatieprocessen. Voor zorgkantoren vormt een dergelijke audit een onderdeel van een integraal kwaliteitssysteem.

5.6.5 Mogelijkheden tot sturen op kwaliteit

In het Toetsingskader wordt als uitgangspunt voor de functionaliteit van het prestatie-meetsysteem genomen dat het kader een verruiming van de mogelijkheden

van de betrokken partijen biedt om te sturen op kwaliteit. Door het invoeren van prestatiemetingen aan de hand van het Toetsingskader komt er jaarlijks kwaliteitsinformatie beschikbaar voor de instellingen en de professionals op de aspecten die in het Toetsingskader een plek hebben gekregen. Voor de instellingen en de professionals levert dat volgens de partijen veel stuurinformatie op. De prestatiegegevens worden gepubliceerd, zodat ze publiek beschikbaar zijn. Door deze beschikbaarheid geven de partijen in het document waarin het Toetsingskader beschreven staat aan dat vergelijking met prestaties van andere instellingen en met de best practices mogelijk is, volgens hen zal dit zeer stimulerend werken. Bovendien wordt de verwachting uitgesproken dat doordat de cliëntenraden en organisaties in vergelijking met eerdere jaren betere en meer vergelijkbare informatie over zorginstellingen kunnen verkrijgen, zij ook beter en objectiever de geleverde kwaliteit kunnen toetsen en stimuleren.

De opstellers van het Toetsingskader verwachten ook dat de IGZ en de zorgverzekeraars beter uit de voeten zullen kunnen met prestatiemeting aan de hand van het opgestelde toetsingskader. De redenen die zij hiervoor aangeven bestaan eruit dat door de combinatie van relatieve normen met best practices en, indien vanuit veiligheidsoverwegingen noodzakelijk, absolute normen, zij de mogelijkheid hebben veel gedifferentieerder te stimuleren, belonen en bewaken dan voorheen het geval was.

5.7 CONCLUSIE

In het bovenstaande hoofdstuk is het Toetsingskader, vooral zoals uitgebracht in 2005, weergegeven. Daarnaast zijn enkele aanpassingen die sinds die tijd hebben plaatsgevonden ook meegenomen in de beschrijving. De indicatorenset bestaat uit zowel indicatoren waarmee kwaliteit van leven, als veiligheid van de zorg als kwaliteit van de organisatie gemeten kunnen worden. Door verschillende soorten meetinstrumenten in te zetten bij de prestatiemeting wordt zowel de zorginhoudelijke kwaliteit van de zorg als de ervaren kwaliteit van zorg door cliënten bepaald. Daarbij is te concluderen dat de partijen die betrokken zijn geweest bij het opstellen van het Toetsingskader het uitgangspunt hanteerden dat het kader een verruiming van de mogelijkheden van de betrokken partijen biedt om te sturen op kwaliteit. Daarnaast wilden zij met het Toetsingskader meer mogelijkheden creëren om verantwoording af te leggen zowel naar het publiek als naar overheidspartijen toe. In hoeverre deze verwachtte functionaliteit daadwerkelijk in de praktijk tot stand komt wordt getoetst in deze studie. Daartoe zullen in het volgende hoofdstuk de resultaten van de interviews worden weergegeven.

6. FUNCTIONALITEIT TOETSINGSKADER VERANTWOORDE ZORG: RESULTATEN INTERVIEWS

6.1 INLEIDING

In onderstaand hoofdstuk zullen de resultaten van de interviews met de diverse gesprekspartners worden weergegeven. Er hebben interviews plaatsgevonden met vertegenwoordigers van de volgende instanties: ministerie VWS, IGZ, LOC, V&VN, een zorgverzekeraar, Sting en V&V-instellingen. Anonieme verwerking van de gesprekken is aan de diverse gesprekspartners toegezegd. Om die reden is er bij deze studie geen lijst met namen van gesproken personen toegevoegd. Naast de genoemde instanties zijn er nog meer partijen meer of minder betrokken bij het Toetsingskader voor Verantwoorde zorg. Enkele daarvan zijn benaderd voor een interview, maar hebben met opgave van uiteenlopende redenen aangegeven af te zien van deelname aan dit onderzoek.

Gegeven het conceptuele en het daaruit voortvloeiende interviewkader (te vinden in bijlage A) zijn er tijdens de interviews een aantal onderwerpen omtrent het Toetsingskader voor Verantwoorde zorg besproken. In de volgende paragrafen wordt weergegeven wat de resultaten van de diverse gesprekken op de volgende onderwerpen zijn:

- ontwerpproces Toetsingskader
- ordening kernwaarden
- herkenning waarden in Toetsingskader
- gewenste en ongewenste gedragsreacties
- functionaliteit Toetsingskader
- goede punten/problemen
- verbetermogelijkheden

Van al deze onderwerpen zal worden aangegeven wat de diverse gesprekspartners daarover hebben gezegd. Een analyse van deze resultaten zal dan in het volgende hoofdstuk plaatsvinden.

6.2 ONTWERPPROCES TOETSINGSKADER

6.2.1 Pyamadagen

In de beginjaren van dit millennium is er oproer ontstaan omtrent het bestaan van pyamadagen in V&V-instellingen. Er zouden te weinig verpleegkundigen en verzorgenden aan het werk zijn om elke cliënt elke dag aan te kleden. De meeste gesprekspartners hebben tijdens de interviews aangegeven dat onder andere het verschijnen van dit nieuws in de media zo'n oproer veroorzaakt heeft, dat staatssecretaris Ross-Van Dorp destijds van de sector eiste dat zij met normen voor verant-

woorde zorg zou komen. Daarbij heeft zij de sector gevraagd om zelf hun normen op te stellen, gebeurde dit niet dan zou zij zelf met deze normen komen.

6.2.2 Stuurgroep

De sector heeft in reactie hierop het initiatief genomen de normen gezamenlijk op te gaan stellen. Om dit mogelijk te maken is er een stuurgroep opgericht. Deze stuurgroep bestaat tot op de dag van vandaag nog steeds. In deze stuurgroep hebben de volgende partijen plaats:

- Arcares, de zorgbranche (per 1 juli 2006 gefuseerd met Z-org tot Actiz)
- AVVV, Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden (per 1 augustus 2006 gefuseerd met vele andere fusiepartners tot V&VN)
- LOC, Landelijke Organisatie Cliëntenraden
- NVVA, Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen
- Sting, Landelijke Beroepsvereniging Verzorging
- Z-org, organisatie van zorgondernemers (per 1 juli 2006 gefuseerd met Arcares tot Actiz)
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- ZN, Zorgverzekeraars Nederland

De stuurgroep staat onder voorzitterschap van de IGZ. Daarnaast is het organisatieadviesbureau Plexus Medical Group gevraagd te adviseren bij de ontwikkeling van het Toetsingskader. De gesprekspartners hebben aangegeven dat de vertegenwoordigers van Plexus Medical Group ook dominant zijn in de vergaderingen.

6.2.3 Polderen met als resultaat breed draagvlak

De partijen hebben eerst gezamenlijk het visiedocument ‘Op weg naar Normen voor Verantwoorde zorg’ opgesteld. Hierna zijn ze aan de slag gegaan met de operationalisatie van dit visiedocument in een indicatorenset en een sturingsmodel: het Toetsingskader voor Verantwoorde zorg. Gesprekspartners geven aan dat, doordat er veel partijen bij het opstellen van dit visiedocument en de operationalisatie daarvan betrokken zijn, er uiteindelijk veel ‘gepolderd’ is in het proces. Om er gezamenlijk uit te komen hebben veel partijen water bij de wijn moeten doen. Wel is tijdens de interviews naar voren gekomen dat de partijen goed kunnen leven met het eindresultaat. In het begin was er sprake van enige dwang vanuit het ministerie van VWS om de normen op te stellen, terwijl later in het proces er volgens de gesprekspartners in het algemeen een breed draagvlak is ontstaan voor het Toetsingskader voor Verantwoorde zorg.

6.2.4 Contacten met achterban

Verschillende gesprekspartners hebben aangegeven tijdens het totstandkomingsproces van het Toetsingskader voor Verantwoorde zorg bijeenkomsten voor hun achterban te hebben georganiseerd. Zo heeft de V&VN bijeenkomsten in verschil-

lende V&V-instellingen gehouden, en het LOC heeft aangegeven in 2003 bijeenkomsten te hebben georganiseerd om met haar leden te bepalen wat in de normen voor Verantwoorde zorg zou moeten staan. Sommige partijen hebben de resultaten van deze bijeenkomsten gebruikt als input voor de stuurgroepvergaderingen, anderen hebben de uitkomsten van de stuurgroepvergaderingen in de bijeenkomsten aan hun leden voorgelegd.

6.2.5 Vervolgproces

In november 2005 hebben de partijen het Toetsingskader voor Verantwoorde zorg gepresenteerd. De gesprekspartners zijn van mening dat het Toetsingskader niet af is, en dat het continue doorontwikkeld moet worden. De stuurgroep is dan ook niet opgeheven na het verschijnen van het Toetsingskader, maar bestaat nog steeds. Aangekaart wordt dat de stuurgroep constant blijft werken aan het verbeteren van het Toetsingskader.

6.3 ORDENING KERNWAARDEN

Zoals beschreven in paragraaf 4.4.2 is er tijdens de interviews niet zozeer naar de kernwaarden van de gesprekspartner gevraagd, maar meer naar de onderliggende waarden die hij/zij belangrijk vindt in de V&V-sector. Om een ordening van de kernwaarden van de gesprekspartners mogelijk te maken is er voor gekozen de gesprekspartners de twintig onderliggende basiswaarden punten toe te laten kennen tussen de nul en de honderd. Per kernwaarde zijn dan de punten van de onderliggende waarden behorend bij die kernwaarde opgeteld. Elke kernwaarde krijgt zo dan een totaal aantal punten, weging van punten vindt plaats omdat het per kernwaarde verschilt hoeveel onderliggende waarden er bij die kernwaarde horen.

Ter herinnering, de zeven kernwaarden die in deze studie onderscheiden worden zijn:

- maatschappelijke kernwaarde
- politiek-bestuurlijke kernwaarde
- medische kernwaarde
- productkernwaarde
- de kernwaarde van de lokale gemeenschap
- economische kernwaarde die te splitsen is in zakelijkheid
- en marktwerking

De gesprekspartners is beloofd de toekenning van het aantal punten anoniem te verwerken. Daarom zijn er in onderstaande tabel geen namen en in sommige gevallen ook geen namen van instanties te lezen. De ordening van de kernwaarden is van links naar rechts in de tabel te lezen als meest belangrijk (links) voor de gesprekspartner tot minst belangrijk (rechts) voor de gesprekspartner. Bij enkele gesprekspartners werden aan sommige kernwaarden een gelijk aantal punten toegekend, dit wordt in de tabel aangegeven met het teken = .

Tabel 2: Ordening kernwaarden gesprekspartners

Gesprekspartner	Ordening →						
V&VN	product>	maatschappelijk=	pol. bestuurlijk>	medisch>	zakelijkheid>	marktwerking>	lokale gemeenschap
Sting	maatschappelijk>	product>	lokale gemeenschap>	pol. bestuurlijk>	zakelijkheid>	medisch>	marktwerking
Verpleeghuis	product >	pol. bestuurlijk>	lokale gemeenschap>	maatschappelijk=	zakelijkheid>	marktwerking>	medisch
Verpleegkundige	pol. bestuurlijk>	maatschappelijk>	marktwerking>	product>	medisch>	zakelijkheid>	lokale gemeenschap
IGZ, cure	maatschappelijk>	product>	lokale gemeenschap>	medisch>	zakelijkheid>	pol. bestuurlijk>	marktwerking
IGZ, care	product >	maatschappelijk=	pol. bestuurlijk>	zakelijkheid>	marktwerking>	lokale gemeenschap>	medisch
LOC	lokale gemeenschap>	product>	maatschappelijk>	pol. bestuurlijk>	marktwerking>	zakelijkheid>	medisch
VWS	maatschappelijk>	product>	pol. bestuurlijk=	zakelijkheid>	medisch>	marktwerking>	lokale gemeenschap
Zorgverzekeraar	zakelijkheid>	maatschappelijk>	product>	pol. bestuurlijk>	medisch>	marktwerking>	lokale gemeenschap

Belangrijk is nog op te merken dat het een indicatie tot een ordening van de kernwaarden van de gesprekspartners betreft. Doordat de kernwaarden ordinaal worden weergegeven kunnen er geen uitspraken gedaan worden over hoe véél belangrijker de gesprekspartners de ene kernwaarde dan de andere vinden. Slechts te indiceren valt dat ze de ene kernwaarde belangrijker vinden dan de andere kernwaarde.

6.3.1 Waarnemingen in het algemeen

Uit de ordening van de kernwaarden van de verschillende gesprekspartners zijn in het algemeen een aantal zaken waar te nemen:

- De maatschappelijke- en productkernwaarde staan bij praktisch alle gesprekspartners hoog in de ordening
- De medische kernwaarde is in het algemeen één van de minder belangrijke kernwaarden voor de gesprekspartners
- Veel gesprekspartners geven aan moeite te hebben met de waarde vrije artskeuze. Ze geven aan dat cliënten in een V&V-instelling wel vrije keus hebben in huisartsen, maar dat het praktisch onmogelijk is in een V&V-instelling vrije

keus te hebben voor een verpleeghuisarts. Gezien de beschrijving bij de waarde is er hen op gewezen dat het bij deze waarde erom gaat dat er principieel keuzevrijheid zou moeten zijn en dat patiënten nooit gedwongen mogen worden

- Bij de zorgverzekeraar is een ordening van de kernwaarden aan te brengen, maar van belang is op te merken dat deze gesprekspartner de zeven kernwaarden bijna een gelijk aantal punten toegekend heeft. Bij de gesprekspartner uit het vierde cluster geldt dat er wel een duidelijkere ordening aan te brengen is, maar dat ook hier de basiswaarden niet zeer uiteenlopend gescoord zijn. Bij de overige clusters is dit meer het geval. Scores op de basiswaarden lopen hier uiteen van bijna geen punten tot honderd.

6.3.2 Clusterindeling

Naast de ordeningen van de gehele groep gesprekspartners weer te geven, kan er een onderscheid gemaakt worden tussen verschillende clusters gesprekspartners. Daarbij is het eerste cluster die wij willen onderscheiden die van de beroepsorganisaties en van de verpleegkundige en verpleeghuizen. Het tweede cluster bestaat uit gesprekspartners van de IGZ. Het derde cluster wordt gevormd door de gesprekspartner van het LOC. Het vierde door het ministerie van VWS en het vijfde en laatste cluster door een zorgverzekeraar.

6.3.3 Waarnemingen per cluster

Binnen het eerste cluster (beroepsorganisaties, verpleegkundige en verpleeghuis) scoort, naast de maatschappelijke en productkernwaarde, de politiek-bestuurlijke kernwaarde vrij hoog. De kernwaarde zakelijkheid staat bij alle gesprekspartners in dit cluster laag in de ordening. Bijna hetzelfde geldt voor de kernwaarde marktwerking, maar bij één van de gesprekspartners in dit cluster staat de kernwaarde marktwerking wel hoog in de ordening.

Voor het tweede cluster (IGZ) geldt dat er geen eenduidig beeld naar voren komt. Wel geldt ook voor dit cluster dat de product- en maatschappelijke kernwaarden hoog in de rangorde staan. Voor het derde cluster met de cliëntenradenorganisatie geldt dat de kernwaarden lokale gemeenschap en product de hoogste in rangorde zijn en marktwerking, zakelijkheid en medisch de laagste.

Het vierde cluster, wat gevormd wordt door het ministerie van VWS, laat ook het beeld zien dat de product- en maatschappelijke kernwaarden hoog in de rangorde staan. De politiek-bestuurlijke kernwaarde staat, zoals verwacht bij een ministerie, ook hoog in de rangorde. Kernwaarden die laag in de ordening aanwezig zijn, zijn marktwerking en lokale gemeenschap. Ditzelfde geldt voor het laatste cluster, ook bij de zorgverzekeraar staan de kernwaarden marktwerking en lokale gemeenschap onderaan in de ordening. In dit cluster is het opvallend dat de kernwaarde zakelijkheid het hoogst in de ordening staat, in geen enkel ander cluster komt deze kernwaarde voor in de drie hoogste kernwaarden in de ordening.

6.4 HERKENNING WAARDEN GESPREKSPARTNERS IN TOETSINGSKADER

Zoals te lezen in het interviewkader is er na het toekennen van de punten aan de verschillende waarden met de gesprekspartners besproken of zij de voor hen be-

langrijke waarden herkennen in het Toetsingskader voor Verantwoorde zorg. De gesprekspartners hebben waarden genoemd die zij wel terug zien en waarden die zij niet terug zien. Deze onderverdeling van de antwoorden vormt ook de indeling van deze paragraaf.

6.4.1 Welke waarden zien de gesprekspartners terug in het Toetsingskader?

Verschillende gesprekspartners hebben waarden aangegeven die zij herkennen in het Toetsingskader. Daarbij gaat het dan om de waarden die met de kernwaarden product en lokale gemeenschap te maken hebben. Gesprekspartners die deze waarden expliciet benoemd hebben zitten in het eerste en in het derde cluster. Zo geeft een gesprekspartner aan dat hij van mening is dat de cliëntenwaarden geborgd zijn in het Toetsingskader. Anderen zijn iets voorzichtiger en geven aan aspecten van deze kernwaarden terug te zien. Eén gesprekspartner ziet vooral in het visiedocument waarden terug die te maken hebben met de kwaliteit van leven van de cliënt, bijvoorbeeld een waarde als respect. Dezelfde gesprekspartner geeft aan dat dit al weer een stuk minder het geval is bij het Toetsingskader, hier zouden vooral weer indicatoren in zitten die gericht zijn op veiligheid en minder op bijvoorbeeld respect voor de cliënt.

De gesprekspartners die hebben aangegeven ‘cliëntwaarden’ terug te zien in het Toetsingskader, betogen tijdens de gesprekken dat dit vooral tot uitdrukking komt door de indicatoren die met het zorg- en leefplan te maken hebben, en met het hanteren van de CQ-index als meetinstrument. Het zorg- en leefplan gaat volgens hen over respect voor de wensen en instemming van de cliënt. Door indicatoren te kiezen die de mate meten waarin met zorg- en leefplannen gewerkt wordt binnen een instelling en het percentage cliënten bij wie zorg niet conform zorgplan wordt geboden, geven zij aan ‘cliëntwaarden’ te herkennen in het Toetsingskader. Dat de CQ-index gehanteerd wordt is voor veel gesprekspartners ook een teken dat de cliënt serieus genomen wordt in het Toetsingskader.

6.4.2 Welke waarden herkennen zij niet?

Zowel de gesprekspartners uit het tweede en het vierde cluster (IGZ en VWS) geven aan waarden als effectiviteit, efficiëntie, maar ook gelijkheid niet terug te zien in het Toetsingskader. Er zijn geen indicatoren opgenomen in het Toetsingskader die met betrekking tot deze onderwerpen iets meten. Daarbij kaarten zij aan dat om iets over deze waarden te kunnen zeggen de processen in de V&V-instellingen ook bekeken zouden moeten worden. Alleen als het Toetsingskader ook indicatoren in zich zou hebben die de processen tot het leveren van zorg in kaart zouden brengen, dan kan er iets over de efficiëntie van een bepaalde instellingen gezegd worden. Nu wordt er praktisch alleen op uitkomsten gemeten, en is er over de processen weinig te zeggen. De gesprekspartners uit het tweede en vierde cluster geven aan dat de processen voor hen wel belangrijk zijn en dat de processen nu een “ondergeschoven kindje zijn”.

Een gesprekspartner uit het derde cluster (LOC) geeft aan geen waarden terug te zien in het Toetsingskader die betrekking hebben op de budgettering van de V&V-sector. Deze doen volgens de gesprekspartner niet ter zake in het Toetsingskader en zijn niet te meten met de huidige indicatoren. De gesprekspartner uit een ver-

pleeghuis geeft aan dat zij de voor haar belangrijke waarde dat iedereen recht heeft op zorg (toegankelijkheid) niet terug ziet in het Toetsingskader. Er is geen indicator in het Toetsingskader die dit in beeld brengt. Volgens haar had dit wellicht wel gekund met bijvoorbeeld een indicator waarbij er geregistreerd moet worden hoe vaak een instelling een potentiële cliënt weigert (bijvoorbeeld zwerfers).

Zoals al in de voorgaande subparagraaf aangegeven ziet de gesprekspartner van Sting 'cliëntwaarden' die gaan over de kwaliteit van leven van de cliënt en respect voor de cliënt wel duidelijk terug in het visiedocument. Door deze gesprekspartner wordt daarnaast ook kritisch aangegeven dat zij deze waarden weer veel minder terugziet in het Toetsingskader. Volgens haar zitten hier weer minder indicatoren in die iets zeggen over bijvoorbeeld respect en menselijkheid voor de cliënt.

6.5 GEWENSTE EN ONGEWENSTE GEDRAGSREACTIES

In het conceptueel kader is aangegeven dat er bepaalde ongewenste gedragsreacties kunnen optreden als gevolg van het invoeren en werken met een prestatie-meetsysteem. Voorbeelden van deze ongewenste gedragsreacties zijn: het manipuleren van gegevens, een verlies aan vertrouwen in de sector en een verlies van motivatie in de sector. Met de verschillende gesprekspartners is ook besproken wat zij als gedragsreacties zien en ervaren in de sector. Daarnaast is ook, indien mogelijk, hun eigen gedragsreactie belangrijk te vermelden. Wederom zullen de resultaten per cluster weergegeven worden.

Tot het eerste cluster behoren onder andere beroepsorganisaties en mensen uit de beroepsgroep zelf. Zij geven aan dat er positieve maar ook negatieve, ongewenste, reacties op het Toetsingskader waar te nemen zijn. De positieve reacties bestaan eruit dat er wordt gezegd dat dit prestatie-meetsysteem nu eindelijk een keer over de geleverde zorg gaat. Ook het feit dat cliëntervaringen meegenomen worden in de metingen vinden zij positief. Eén gesprekspartner geeft aan dat er hierdoor meer vertrouwen en motivatie in de sector is om met de kwaliteit van zorg aan de slag te gaan. Een andere gesprekspartner doet de uitspraak dat door het Toetsingskader alle neuzen dezelfde kant op staan. Volgens een andere gesprekspartner spreekt dit systeem meer aan en is het gevolg dat de indicatoren beter nagevolgd worden en wordt er beter geregistreerd. Bovendien verwacht deze gesprekspartner weinig manipulatie doordat kwaliteitsverbetering het doel is van de professionals zelf en zij vaak loyaler naar de cliënt toe zijn dan naar de instelling. Ook een tweede gesprekspartner geeft aan dat manipulatie niet waarschijnlijk is. Ongeveer driekwart van de registratie wordt door verpleeghuisartsen gedaan. Vanuit de professionaliteit van de arts vindt de gesprekspartner het niet logisch te veronderstellen dat deze arts zal manipuleren. Daarnaast vindt er scholing op registratie van de gegevens plaats, en zijn de resultaten van de metingen inzichtelijk voor de cliënten. Dit maakt manipulatie onwaarschijnlijk volgens de gesprekspartner. Daarnaast wordt ook meerdere malen aangekaart dat het deel van de metingen dat de cliëntervaringen in beeld brengt, door onafhankelijke bureaus geschiedt en dat manipulatie door de instellingen zelf daardoor onwaarschijnlijk is.

De negatieve, ongewenste, gedragsreacties die de personen uit het eerste cluster waarnemen bestaan onder andere uit de reactie dat de bewijslast soms erg hoog geacht wordt, vooral ook voor de kleinere woonorganisaties. Dit voelt soms als over-

bodig en maakt de werksfeer lastig. Anderen geven aan dat er gereageerd wordt dat het Toetsingskader weer een andere vorm van registratie met zich meebrengt en dat het administratief een last is voor de V&V-instellingen. Want naast het Toetsingskader bestaan er nog veel andere registraties/systemen zoals de HKZ-certificering, waaraan de instellingen meedoen. Door meerdere gesprekspartners wordt aangekaart dat er goed uitgelegd moet worden waarom de metingen plaatsvinden, en ook dat de resultaten teruggekoppeld moeten worden. Dit omdat anders de verwachting is dat de motivatie afneemt en de metingen alleen maar als last worden ervaren.

Gesprekspartners die tot het tweede cluster (IGZ) behoren melden ook zowel gewenste als ongewenste gedragsreacties op het Toetsingskader. Positieve reacties die zij waarnemen in de sector bestaan eruit dat er gezegd wordt dat er nu de goede dingen gemeten worden, dat de indicatoren ertoe doen. Zij nemen ook enthousiasme waar in de sector. Meer negatieve reacties bestaan eruit dat het Toetsingskader te bureaucratisch zou zijn. Daarnaast zouden de zorgaanbieders ook bang zijn dat appels met peren vergeleken gaan worden, en dat de instellingen imagoschade oplopen. De zorgaanbieders geven daarbij aan dat zij de casemix zeer belangrijk vinden. Een gesprekspartner binnen dit cluster spreekt uit dat manipulatie er altijd is, maar dat het niet te verwachten is dat dit veel plaatsvindt bij het gebruik van het Toetsingskader. De gesprekspartner geeft als reden voor deze stellingname aan dat veel partijen uit de sector teruggeven dat de indicatoren uit het Toetsingskader ertoe doen.

De gesprekspartner uit het derde cluster heeft niet veel gezegd over het mogelijk aanwezig zijn van bepaalde gedragsreacties. Wel geeft deze persoon aan geen aanwijzingen te hebben voor manipulatie van de prestatiegegevens. Voor het vierde cluster geldt dat aangegeven wordt dat zij er vertrouwen in hebben dat de metingen met betrekking tot het Toetsingskader voldoende betrouwbaar zijn. Redenen hiervoor zijn dat verpleegkundigen en verzorgenden inhoudsgedreven zouden zijn en dat zij zelf ook de kwaliteit van zorg willen verbeteren. Daarnaast geeft VWS aan dat de instellingen zelf ook gebaat zijn bij het aanleveren van goede informatie, want zo krijgen zij meer inzicht in hun eigen kwaliteit. Aangegeven wordt dat er binnen de stuurgroep Toetsingskader wel regelmatig discussie is over de betrouwbaarheid van de metingen met betrekking tot het Toetsingskader. De gesprekspartner uit het vijfde cluster geeft aan zelf vertrouwen in het systeem te hebben, maar dat het systeem daarnaast volgens hem ook breed gedragen is in de gehele sector.

6.6 FUNCTIONALITEIT TOETSINGSKADER VOOR GESPREKSPARTNERS

Met de diverse gesprekspartners is ook besproken wat zij als functionaliteit van het Toetsingskader zien. Het weergeven van deze resultaten is belangrijk om uiteindelijk te kunnen concluderen waaruit de functionaliteit van het prestatiemeetstelsel in de V&V-sector bestaat, en waaruit tot op heden (nog) niet.

6.6.1 Eerste cluster: Beroepsorganisaties en beroepsgroep

Het beeld wat uit de gesprekken met de personen uit het eerste cluster naar voren komt is dat zij verschillende functies van het Toetsingskader onderscheiden. Zo vinden zij dat het Toetsingskader:

- Een bepaalde *minimumkwaliteit* van zorg kan garanderen
- De mogelijkheid biedt om *verantwoording* af te leggen, om transparant te zijn
- Fungeert als *richtlijn*, waardoor alle neuzen dezelfde kant op staan
- Verplicht tot het werken met *handboeken over processen en procedures*
- *Zorgverzekeraars* de mogelijkheid biedt het Toetsingskader te gebruiken bij de *zorginkoop*, hiermee kunnen zij sturen op kwaliteit
- *Meer inzicht* geeft in inhoudelijke zorg, en niet alleen processen. Dit inzicht biedt volgens de gesprekspartner ook *meer aanknopingspunten* voor kwaliteitsverbetering

Naast deze punten waaruit de functionaliteit van het Toetsingskader voor de gesprekspartners uit het eerste cluster blijkt, benoemen de gesprekspartners uit het eerste cluster ook mogelijke functies van het Toetsingskader die nog niet uit de verf komen:

- Er vindt nog *geen of weinig kwaliteitsverbetering* door uitwisseling van informatie tussen V&V-instellingen plaats, deze uitwisseling zal meer op gang moeten komen wil deze functie tot haar recht komen. Gesprekspartners hopen erop dat deze kwaliteitsverbetering gaat plaatsvinden, maar zijn daar niet zeker van. Ze geven aan dat er volgens hen nog het nodige moet gebeuren wil dit wel gaan plaatsvinden. Een gesprekspartner spreekt uit dat om instellingen onderling contact op te laten nemen er regie hierop moet komen, dit zal niet zomaar plaatsvinden
- Het in kaart brengen van kwaliteit voor cliënten *biedt nog niet voldoende keuzemogelijkheden*. De kwaliteit van instellingen in kaart brengen biedt volgens een gesprekspartner alleen keuzemogelijkheden voor cliënten als er voldoende aanbod is. Nu is er juist een *tekort* aan plaatsen in V&V-instellingen

6.6.2 Tweede cluster: IGZ

De gesproken personen bij de IGZ benoemen als functionaliteit van het Toetsingskader in ieder geval dat de metingen hen een *signaal/indicatie* geven van de kwaliteit van zorg in een instelling. Voor het IGZ is dit van belang omdat als uit de metingen blijkt dat de kwaliteit van zorg te laag is, er bij hen een tweede fase in hun toezichtmodel (Gefaseerd en gelaagd toezicht) in werking kan treden. Ze geven aan dat het hen als het ware een handvat geeft waar te inspecteren. Daarnaast noemen zij ook de mogelijkheid voor de verschillende afdelingen binnen een instelling of tussen verschillende instellingen de *resultaten van de metingen te kunnen vergelijken* als functie van het Toetsingskader. Dit kan volgens de IGZ makkelijker met het Toetsingskader dan voorheen. De functionaliteit van het Toetsingskader bestaat er volgens de gesprekspartners van de IGZ er ook uit dat door de openbaarmaking van gegevens er een *kwaliteitsdynamiek* kan ontstaan. Deze kwali-

teitsdynamiek houdt in dat cliënten, cliëntenraden, burgers en professionals op basis van openbaar weergegeven meetresultaten kritische vragen kunnen stellen over de gemeten kwaliteit. Dit zou instellingen moeten aansporen tot het *verbeteren van de kwaliteit*. De gesprekspartner geeft aan dit nog maar deels te zien gebeuren.

6.6.3 Derde cluster: LOC

De gesprekspartner van het LOC geeft aan dat de functionaliteit van het Toetsingskader volgens hen nu *vooral in de toegenomen verantwoordingsmogelijkheden* ligt. Dit biedt ook *keuzeondersteuning* aan de cliënten. Het Toetsingskader zou ook *kwaliteitsverbetering als functie kunnen hebben*, maar dit komt nu nog niet goed tot haar recht. Volgens de gesprekspartner kan dit onder andere verklaard worden door de nog te grote vrijblijvendheid voor instellingen iets met de meetresultaten te gaan doen. Het LOC geeft aan het belangrijk te vinden dat deze functie beter wordt opgepakt door de verschillende partijen. Wel is volgens hen ook een functie dat de rollen van de verschillende partijen in kwaliteitsverbetertrajecten duidelijker zijn vastgelegd.

6.6.4 Vierde cluster: Ministerie van VWS

De gesprekspartner geeft tijdens het interview aan dat de functionaliteit van het Toetsingskader voor VWS uit twee delen bestaat: het verkrijgen van gevalideerde heldere informatie, kortom *weten welke zorg geleverd wordt*. En *transparantie*, wat volgens VWS helpt om instellingen beter te laten presteren, om hun kwaliteit te verbeteren.

Toch plaatst de gesprekspartner hier wel kritische kanttekeningen bij. Zo meldt zij dat de pilot die in de V&V-sector met het Toetsingskader heeft plaatsgevonden, debatten in de sector losmaakt over het feit dat goed presterende instellingen nu nog *te weinig geprikkeld* worden. Daarbij meldt zij dat de lijst met best practices voor de verschillende indicatoren nog gemaakt moet worden. In het document waarin het Toetsingskader beschreven wordt, staat al wel dat daarmee gewerkt zal worden, maar de lijst is er tot op heden niet.

6.6.5 Vijfde cluster: Zorgverzekeraar

Transparantie behoort zeker tot de functionaliteit van het Toetsingskader volgens de gesprekspartner uit dit cluster. Hij geeft aan dat zijn organisatie wil dat er een geborgde transparantie in kwaliteit is voor de cliënt, zodat deze goed kan kiezen waar de zorg af te nemen. Met het Toetsingskader kan dit gerealiseerd worden. Daarnaast wordt er met het Toetsingskader een *minimumkwaliteit* van zorg voor iedereen mogelijk. *Sturing op technische kwaliteit* is volgens de gesprekspartner *niet mogelijk* door het Toetsingskader, want elke verbetering of innovatie levert in het huidige budgetteringssysteem geen voordeel voor de instelling op.

6.7 GOEDE PUNTEN/PROBLEMEN TOETSINGSKADER

In deze paragraaf worden onderwerpen beschreven die door de gesprekspartners zijn aangegeven als goede punten van het Toetsingskader, of juist als probleem-punten. Deze punten zijn van belang voor een betere verklaring van de functionali-

teit in het volgende hoofdstuk, maar ook mogelijke verbeterrichtingen kunnen op deze genoemde punten inspelen.

6.7.1 Goede punten

Dat de partijen zelf betrokken zijn geweest, en nog steeds zijn, bij de ontwikkeling van het Toetsingskader noemen de gesprekspartners als positief punt. Ze geven aan dat het systeem hierdoor niet van bovenaf is opgelegd, maar dat ze het systeem zelf ontworpen hebben. Daarbij is de belangentegenstelling tussen de verschillende partijen niet dusdanig geweest dat dit het draagvlak voor het Toetsingskader ernstig verminderd heeft. Over het algemeen vinden de gesprekspartners dat er een goed evenwicht is gevonden in de belangentegenstellingen van de verschillende partijen.

Door het merendeel van de gesprekspartners wordt als goed punt omschreven dat de indicatoren vooral op uitkomsten gericht zijn, en niet zozeer op processen. Deze gesprekspartners hebben het gevoel dat de indicatoren eindelijk een keer echt over de geleverde zorg gaan. Daarentegen melden de gesprekspartners uit het tweede en vierde cluster dat er volgens hen nu te weinig naar de processen gekeken worden. Een andere gesprekspartner merkt op dat prestatiemeting, en bijvoorbeeld ook keurmerken, wel iets moeten inhouden. Men moet zich er bewust van zijn wat er gemeten wordt. Deze gesprekspartner geeft aan dat dit met het Toetsingskader meer het geval is dan met eerdere prestatie-meetsystemen en/of keurmerken. Als positief aspect wordt ook genoemd dat er een vrij genuanceerd beeld uit de metingen komt doordat de meetresultaten per unitniveau van een instelling en per indicator weergegeven kunnen worden. Daarnaast geeft men aan tevreden te zijn met het feit dat er juist aan de cliënten van V&V-instellingen zelf gevraagd wordt hoe zij de zorg ervaren. Een paar gesprekspartners melden daarbij ook dat ze het eens sterk punt vinden dat deze cliëntervaringen anoniem gemeten worden door een onafhankelijk bureau.

6.7.2 Probleempunten

Vooraf gesprekspartners uit het eerste cluster ervaren dat doordat de zorgzwaarte tussen de instellingen zo verschillend is, de normen niet altijd en overal toepasbaar zijn. Zij vinden dat er meer met de verschillen in zorgzwaarte gedaan moet worden. Sommige indicatoren vormen probleempunten voor gesprekspartners. Zo is er een indicator met als onderwerp de vaccinatiegraad tegen influenza onder cliënten. Deze indicator vormt een probleem volgens een gesprekspartner omdat men niet registreert waarom bepaalde cliënten niet gevaccineerd zijn, dit kan namelijk ook vanwege gewetensbezwaren zijn. De vraag is dan wat deze indicator over de kwaliteit van zorg in de betreffende instelling zegt. De gesprekspartner geeft aan problemen met deze indicator te hebben omdat het iets schijnt te zeggen over de kwaliteit van zorg, maar dat dit misschien niet het geval is, omdat het vooral iets zegt over de bereidwilligheid van cliënten om ingeënt te worden.

Veel gesprekspartners noemen als aandachtspunt het naast elkaar bestaan van diverse kwaliteitssystemen. Volgens hen moet er kritisch gekeken worden welke systemen moeten blijven bestaan nu het Toetsingskader er is, en welke niet. Er moeten er niet teveel naast elkaar bestaan, want dit levert veel irritatie en admini-

stratieve rompslomp op. Daarbij wordt ook opgemerkt dat het belangrijk is dat men goed weet welke richting men op wil in de sector. Vinden er veel veranderingen achter elkaar plaats, dan vindt er verlies van motivatie en vertrouwen plaats, zo is de stellingname van enkele gesprekspartners. Hiermee te maken heeft ook de opmerking van een gesprekspartner dat er een dilemma is hoe snel de indicatoren te wisselen. Uit de theorie is volgens haar bekend dat indicatoren niet te lang dezelfde moeten blijven vanwege de toename in perverse effecten. Doch, te snel wisselen van indicatoren is nadelig voor het incasseringsvermogen van de organisaties om met deze wisselingen om te gaan. Ook is te snel wisselen van de set indicatoren nadelig voor de mogelijkheid tot vergelijken van meetresultaten met resultaten van de voorgaande jaren.

In diverse gesprekken is naar voren gekomen dat de normen voor de verschillende indicatoren nog niet, of nog maar in weinig gevallen, zijn vastgesteld. De partijen geven aan het moeilijk te vinden wie deze normen moet opstellen, de sector gezamenlijk of bijvoorbeeld VWS. Daarbij wordt aangekaart dat er belangentegenstellingen bestaan tussen de verschillende partijen of er strenge normen moeten komen of niet. Daarnaast kaart de IGZ aan dat zij problemen zien in de praktische uitvoerbaarheid van het Toetsingskader. Zo bestaan er bijvoorbeeld rond de logistiek van het verzamelen van de gegevens nog diverse vraagstukken, hetzelfde geldt voor het vraagstuk wie de meetresultaten beheert en openbaar maakt. Een andere gesprekspartner merkt hier nog over op dat de tijd tussen het openbaar maken van de cijfers en de metingen erg lang kan zijn, zij vraagt zich hierbij af wat de cijfers na deze tijd dan nog zeggen over de kwaliteit van zorg op het moment van openbaarmaking.

6.8 VERBETERMOGELIJKHEDEN VOLGENS DE GESPREKSPARTNERS

Zoals in het interviewkader te lezen is, zijn met de gesprekspartners de verbetermogelijkheden met betrekking tot het Toetsingskader die gesprekspartners zien besproken. Daarbij is ook telkens aan de gesprekspartners gevraagd wat er moet gebeuren om die verbeteringen daadwerkelijk door te voeren. Belangrijk is hierbij op te merken dat bij het Toetsingskader sowieso voor een groeimodel is gekozen. Dit houdt bijvoorbeeld in dat het Toetsingskader, zoals beschreven in het document van november 2005, reeds geëvalueerd is en dat hierna aanpassingen gemaakt zijn. Het is dus goed mogelijk dat de sector al bezig is met verbeteringen die door de gesprekspartners in deze studie als mogelijke verbeterpunten genoemd worden. Bovendien is het door het kiezen voor een groeimodel logisch te veronderstellen dat er altijd verbetermogelijkheden aanwezig zullen zijn.

6.8.1 Facilitering kwaliteitsverbeteringen

In paragraaf 6.6 is te lezen dat veel gesprekspartners aangeven dat zij vinden dat het Toetsingskader nog niet voldoende functioneel is in het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Gesprekspartners kaarten aan dat deze functie wat hun betreft nog niet voldoende tot haar recht komt. Bij de bespreking van de verbeterrichtingen komen de gesprekspartners dan ook vaak met punten die met deze beoogde functionaliteit van het Toetsingskader te maken hebben. Zij geven vaak aan zelf ook al hiermee bezig te zijn en zien het vaak ook als een taak van henzelf dit beter op te

pakken. Zo vindt een beroepsorganisatie dat zij zelf de taak hebben instrumenten aan te leveren waarmee de teamleiders in een instellingen aan de slag kunnen om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Zij zouden ook verbeteradviezen moeten faciliteren volgens de gesprekspartner zelf. Een andere beroepsorganisatie vindt ook dat zij zelf ervoor moeten zorgdragen dat er uitwisseling van informatie en overleg tussen instellingen, en professionals van instellingen, gaat plaatsvinden hoe de kwaliteit te kunnen verbeteren. Bijvoorbeeld de regiocoördinatoren van die beroepsorganisatie zouden daar een rol in kunnen spelen. Daarnaast wordt er vaak door gesprekspartners aangekaart dat Actiz haar leden (zorgaanbieders) moet aansturen en motiveren, of zelfs de regie moet hebben, om kwaliteitsverbetertrajecten binnen instellingen op te zetten. Managers in de instellingen zouden zich goed bewust moeten zijn van de noodzaak de kwaliteit te verbeteren. Te meer om ook het andere personeel hiervoor te motiveren en hen uitleg te geven.

6.8.2 Rollen beroepsgroep en cliëntenraden in kwaliteitsverbetering

Wat volgens instellingen goed werkt is het organiseren van bijeenkomsten om de meetresultaten door te spreken. Gesprekspartners noemen dit een goede mogelijkheid om de beroepsgroep zelf met initiatieven te laten komen waarmee de kwaliteit van zorg verbeterd kan worden. Hun stellingname daarbij is dat de beroepsgroep hierdoor ook beter gemotiveerd zou zijn met de verbetertrajecten aan de slag te gaan. Ze geven aan dat het goed zou zijn na de bekendmaking van de meetresultaten op het Toetsingskader, zulke bijeenkomsten te organiseren. Ook cliëntenraden kunnen hier een belangrijke rol in spelen, zo pleit weer een andere gesprekspartner, het LOC. Zij hebben daarbij de volgende constructie voor het verbetertraject voor ogen: het management van instellingen maakt afspraken met cliëntenraden over verbeterpunten die uit de metingen naar voren komen. Deze afspraken gaan naar de verzekeraars die vervolgens monitoren of de kwaliteitsverbeteringen ook daadwerkelijk doorgevoerd worden. Het plan is dat adviseurs van het LOC cliëntenraden helpen bij het opstellen van deze afspraken met de instellingen.

6.8.3 Beschikbaarheid van meetresultaten en onderhandelen

Andere verbeterrichtingen, of ook wel aandachtspunten, die de gesprekspartners benoemen behelzen meer de technische kant van hoe de meetresultaten openbaar worden gemaakt. De gesprekspartners geven aan dat het belangrijk is voor de functionaliteit van het systeem dat alle resultaten beschikbaar zijn, maar ook dat deze resultaten op een makkelijke manier te lezen zijn. Cliënten en andere personen moeten op een toegankelijke manier de resultaten kunnen bekijken, en ze kunnen begrijpen. Een ander punt wat hiermee te maken heeft draagt het LOC aan. Binnen het nieuwe zorgstelsel wordt de cliënt volgens hen geacht te onderhandelen met V&V-instellingen over een samen te stellen zorgpakket. De cliënt is daar volgens hen nu vaak niet toe in staat. Zij pleiten ervoor dat er onderhandelaars beschikbaar komen voor cliënten die zichzelf hier niet toe in staat achten.

6.8.4 Beschikbaarheid best practices en ‘zorg voor beter’ trajecten

Naast alle voorgaande punten stellen de gesprekspartners dat het noodzakelijk is dat best practices goed toegankelijk zijn voor de instellingen. Instellingen die het goed doen moeten kunnen uitleggen aan anderen waarom zij goede kwaliteit leve-

ren, want dan kunnen instellingen van elkaar leren. Hierbij houdt een verbeter-richting die gesprekspartners noemen in dat de ‘zorg voor beter’ trajecten die nu nog maar deels beschikbaar zijn via *www.zorgvoorbeter.nl*, beschikbaar komen voor alle indicatoren. Maar deze trajecten zouden wat betreft deze gesprekspartner daarnaast ook via gespecialiseerde bureaus aangeboden kunnen worden. De gesprekspartner geeft aan dat het hem erom gaat dat er informatie en advies over kwaliteitsverbetering voor een instelling te vinden is als deze daarnaar op zoek is.

6.9 SAMENVATTEND

In de voorgaande paragrafen zijn de voor deze studie relevante resultaten van de interviews weergegeven. Daarbij is aan de orde gekomen dat het Toetsingskader met veel partijen samen is ontwikkeld. De ordening van de kernwaarden van de gesprekspartners is aan de orde gekomen, en tevens welke waarden de gesprekspartners wel, en welke zij niet terugzien in het Toetsingskader. In de paragraaf daaropvolgend komt naar voren wat de gesprekspartners als functionaliteit van het Toetsingskader zien, en ook wat zij (nog) niet als functionaliteit beschouwen. Dit is per cluster van gesprekspartners weergegeven. Vervolgens zijn de punten benoemd die gesprekspartners als goede of juist als probleemaspecten hebben aangegeven. Als laatste zijn de verbeterrichtingen, door gesprekspartners aangestipt, aan bod geweest. In het volgende hoofdstuk zullen de resultaten van de interviews geanalyseerd worden. Dit zal gebeuren aan de hand van het conceptueel kader.

7. ANALYSE: TOETSING CONCEPTUEEL KADER

7.1 INLEIDING

In voorgaande hoofdstukken zijn al onder andere de probleemstelling van dit onderzoek, het conceptueel kader en de resultaten van de interviews aan de orde geweest. Dit alles vormt de input voor de analyse die in dit hoofdstuk zal plaatsvinden. Geanalyseerd zal worden wat de functionaliteit van het Toetsingskader is, hoe deze verklaard kan worden en wat mogelijk verbeteringen zijn. De resultaten van de interviews en documentanalyse vormen, zoals reeds vermeld in paragraaf 1.4, de basis van deze analyse. De onderstaande analyse vormt dan op haar beurt weer de basis waarop in het laatste hoofdstuk, hoofdstuk 8, conclusies getrokken kunnen worden met betrekking tot de deelvragen en de centrale vraag van dit onderzoek.

De analyse bestaat uit de volgende delen: functionaliteit Toetsingskader, analyse van het totstandkomingsproces, een verklaring van de genoemde gedragsreacties, een verklaring van het verschil tussen de beoogde en door gesprekspartners aangegeven functionaliteit en uiteindelijk mogelijke verbeteringen gegeven de hiervoor genoemde verklaringen. Maar er zal dus begonnen worden met een paragraaf waarin behandeld wordt wat de functionaliteit van het Toetsingskader op dit moment is.

7.2 FUNCTIONALITEIT

7.2.1 Beoogde functionaliteit

In subparagraaf 5.2.2 staat omschreven wat in het visiedocument is aangegeven als de beoogde functionaliteit van het Toetsingskader. Daarnaast hebben de diverse gesprekspartners ook aangegeven wat volgens hen de beoogde functionaliteit van kader is. Deze beide soorten informatie wijzen er sterk op dat de partijen voornamelijk de volgende beoogde functionaliteit van het Toetsingskader zien:

- het afleggen van verantwoording over de kwaliteit van zorg, en het
- bieden van handvatten tot/sturingsmogelijkheden op kwaliteitsverbetering

Dat het afleggen van verantwoording een beoogde functie is van het Toetsingskader is bijvoorbeeld terug te zien in het uitgangspunt dat de prestaties op alle indicatoren publiek inzichtelijk zullen zijn (subparagraaf 5.4.2). Een ander uitgangspunt is dat interne stuurinformatie verkregen wordt bij gebruik van het Toetsingskader. Dit laat zien dat het bieden van mogelijkheden tot sturen op kwaliteitsverbetering ook een beoogde functie is.

7.2.2 Functionaliteit in de praktijk

Tot zover de beoogde functionaliteit, want aan de gesprekspartners is ook gevraagd wat zij op dit moment als functionaliteit van het Toetsingskader zien. De resulta-

ten hiervan zijn in het vorige hoofdstuk weergegeven. Uit deze antwoorden blijkt dat het Toetsingskader inderdaad:

- *goede mogelijkheden biedt tot het afleggen van verantwoording*

Pas in dit huidige en volgend jaar zal de allereerste volledige meting met het Toetsingskader bij alle V&V-instellingen in Nederland zijn afgerond. Dit gegeven zorgt ervoor dat er momenteel maar van een gedeelte van de instellingen de meetresultaten op de website *www.kiesbeter.nl* staan. Hetzelfde geldt voor de jaardocumenten van de instellingen, ook nog niet alle instellingen vermelden hierin hun resultaten op de metingen. Maar deze metingen gaan er vanaf dit jaar standaard bij elke V&V-instelling komen en men is dan ook verplicht deze resultaten openbaar te maken.

Het feit dat de partijen meedelen dat zij voldoende tevreden zijn over wat er gemeten wordt en hoe dit gebeurt, laat ook zien dat zij er vertrouwen in hebben dat deze metingen daadwerkelijk iets over de kwaliteit van zorg zeggen. Voor het ministerie van VWS in het bijzonder is het ook erg belangrijk dat er voldoende transparantie is over de kwaliteit in deze sector. Uit de antwoorden van de gesprekspartner blijkt dat VWS goede verantwoordingsmogelijkheden met het Toetsingskader ziet. Aandachtspunt bij deze mogelijkheden tot het afleggen van verantwoording is wel de wijze waarop dit gebeurt. Wil de verantwoording daadwerkelijk begrepen worden door cliënten, burgers en anderen, dan moeten de resultaten wel op een begrijpelijke manier weergegeven worden. In de toekomst moet hier aandacht voor blijven, wil de functionaliteit blijven voortbestaan.

Na analyse van de resultaten kan over het andere deel van de beoogde functionaliteit:

- *slechts gedeeltelijk gezegd worden dat het Toetsingskader betere mogelijkheden, handvatten, tot sturing op kwaliteitsverbetering biedt*

Voor een deel biedt het Toetsingskader dus wel betere mogelijkheden tot sturing op kwaliteitsverbetering. Deze betere mogelijkheden zitten in het feit dat het Toetsingskader in vergelijking met eerdere kwaliteitssystemen ook inzicht geeft in kwaliteitsaspecten met betrekking tot de inhoudelijke zorg en niet meer alleen inzicht in de kwaliteit van bepaalde processen in zorginstellingen. Eerdere kwaliteitssystemen zoals bijvoorbeeld de HKZ-certificering boden vooral inzicht in procesaspecten van het verlenen van zorg en bijvoorbeeld niet over hoe cliënten de zorg ervaren. Dat is een winstpunt met betrekking tot de mogelijkheden tot het sturen op kwaliteitsverbeteringen, want instellingen krijgen nu concreter inzicht in welke aspecten zij moeten verbeteren. Daarnaast biedt het Toetsingskader ook sturingsmogelijkheden op een bepaalde minimumkwaliteit van zorg. Mede doordat de IGZ de meetresultaten van het Toetsingskader hanteert in haar toezichtformulieren, moeten de instellingen aan een bepaalde minimumnorm voldoen.

Echter, in het document waarin het Toetsingskader beschreven is, wordt ook een algemene stimulans tot kwaliteitsverbetering als functie van het kader gegeven. De partijen geven aan dat met het Toetsingskader het de bedoeling is dat bijvoorbeeld door de publieke beschikbaarheid van prestatiegegevens van instellingen er vergelijking met prestaties van andere instellingen en met de best practices mogelijk is, en dat dit stimulerend zal werken. Ook voor verzekeraars en IGZ zou gelden

dat zij door het Toetsingskader gedifferentieerder zouden kunnen stimuleren op kwaliteitsverbetering. Ook cliënten zouden door de prestatiegegevens meer gericht keuzes maken en daardoor invloed hebben op initiatieven tot kwaliteitsverbetering in instellingen. Uit analyse van de resultaten van de interviews blijkt echter duidelijk dat de partijen aangeven dat deze mogelijke functie van het Toetsingskader nog niet tot haar recht komt. Tot nu toe worden eigenlijk vooral de instellingen die onder de minimumnorm van de IGZ scoren gestimuleerd met de kwaliteit aan de slag te gaan. Andere instellingen voelen zich blijkbaar, of worden, niet genoeg geprikkeld aan de slag te gaan met kwaliteitsverbetering van zorg.

7.3 TOTSTANDKOMINGSPROCES: KERNWAARDEN VOLDOENDE GEBORGD?

Bij de weergave van het conceptueel kader van dit onderzoek is de veronderstelling uiteengezet dat de mate van borging van de verschillende kernwaarden de functionaliteit van het prestatie-meetsysteem in de V&V-sector, het Toetsingskader, beïnvloedt. Belangrijk is dus na te gaan of de kernwaarden van de verschillende partijen en nu geborgd zijn in het Toetsingskader.

7.3.1 Waarden in visiedocument

In paragraaf 6.2 is het ontwerpproces van het Toetsingskader beschreven. Hieruit blijkt dat de gesproken partijen alle direct, of indirect door koepelorganisaties, betrokken waren bij het ontwerp van zowel het visiedocument als het Toetsingskader. Uit de ordening van de kernwaarden, maar ook uit andere informatie uit de interviews, blijkt dat de verschillende partijen niet allemaal dezelfde kernwaarden belangrijk vinden. De vraag is dan of de partijen het voor elkaar gekregen hebben de voor hen belangrijke kernwaarden met het Toetsingskader invulling te laten krijgen. Is dit het geval dan is ook te veronderstellen dat met het opstellen van een visiedocument de verschillende kernwaarden van de partijen hier een bepaalde plek hebben gekregen. Verschillende, in hoofdstuk drie benoemde, basiswaarden die ten grondslag liggen aan de kernwaarden zijn dan ook terug te zien in de omschrijving van verantwoorde zorg: “zorg van goed niveau en de zorg is in ieder geval doeltreffend, doelmatig, veilig en patiëntgericht verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt” (Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg, 2005, p.4). Waarden zoals betaalbaarheid, patiëntenzelfbeschikking, respect, efficiëntie en effectiviteit zijn bijvoorbeeld te onderscheiden in de woorden doeltreffendheid, doelmatig, veilig en patiëntgericht.

7.3.2 Maatschappelijke, lokale gemeenschap en productkernwaarden

De product en maatschappelijke kernwaarde staan bij praktisch alle gesprekspartners hoog in de ordening. Bij sommigen geldt dit ook voor de kernwaarde die over de lokale gemeenschap gaat. In de gesprekken geven de partijen ook aan dat ze het heel belangrijk vinden dat er inhoudelijke zorgaspecten in het kader opgenomen zijn, en niet alleen processen. Ze geven aan dit hoog te waarderen en dat dit één van de eerste keren is dat dit zo goed gebeurt. De productkernwaarde en de lokale gemeenschap kernwaarden lijken dus geborgd in het Toetsingskader. Sommige partijen geven wel aan dit nog meer te willen zien, er zouden dan bijvoorbeeld indicatoren in moeten zitten die bepalen hoe vraaggericht een instelling werkt. Voor

deze wens zal aandacht moeten blijven, anders bestaat de kans dat deze partijen in de toekomst de voor hen belangrijke lokale gemeenschap en productkernwaarde niet meer geborgd zien in het Toetsingskader. Zelfs nu kan er bij enkele gesprekspartners twijfel zijn of de kernwaarden van deze partijen, voornamelijk uit het eerste cluster, voldoende geborgd zijn. Voorlopig geven de gesprekspartners aan nog voldoende tevreden te zijn met de invulling van het Toetsingskader.

Binnen de maatschappelijke kernwaarde lijkt de waarde toegankelijkheid minder goed geborgd te zijn in het Toetsingskader. Want de gesprekspartners verschillen van mening of de waarde toegankelijkheid, die onder de maatschappelijke kernwaarde valt, voldoende geborgd wordt in het Toetsingskader. Eén gesprekspartner geeft bijvoorbeeld aan dat de toegankelijkheid tot goede zorg juist meer geborgd is met het Toetsingskader doordat er een minimumnorm aan de kwaliteit van zorg gehangen is. Daarentegen geeft weer een andere gesprekspartner aan dat er geen indicator in het Toetsingskader zit die meet hoeveel potentiële cliënten geweigerd worden, en dus hoe toegankelijk de zorg is in de V&V-sector. *Er kan gezegd worden dat het, met een kleine uitzondering hier en daar, erop lijkt dat de maatschappelijke, lokale gemeenschap en productkernwaarden voldoende geborgd zijn in het Toetsingskader.*

7.3.3 Zakelijkheid en marktwerking

Maar diverse gesprekspartners hebben ook aangegeven dat verschillende waarden zoals efficiëntie, kostenminimalisatie en winstgerichtheid voor hen wel belangrijk zijn, maar dat het Toetsingskader hier uiteindelijk niks over zegt. Dit blijkt ook uit de set indicatoren die uiteindelijk gekozen is. Er zitten geen indicatoren in die meten hoe efficiënt een bepaalde instelling werkt, en of zij winstgericht is, er zitten weinig procesindicatoren in. Dit maakt het dat kernwaarden zoals zakelijkheid met de keuze van de indicatoren minder geborgd zijn in het Toetsingskader.

Hierbij moet wel ook gezegd worden dat in de uitwerking van het Toetsingskader, dus bijvoorbeeld in het plaatsen van de meetresultaten op het internet, er wel zeker ook een concurrentiegedachte in het Toetsingskader zit. Want met het plaatsen van de meetresultaten op internet wil men bereiken dat instellingen met elkaar gaan concurreren en daardoor uiteindelijk efficiënter en effectiever gaan werken. Dus hoewel in de indicatoren van het Toetsingskader deze kernwaarden minder geborgen zijn, is het verdedigbaar dat de kernwaarden zakelijkheid en marktwerking wel meer geborgd zijn in de uitgangspunten en sturingsmodel van het Toetsingskader. Toch is het zeker de vraag of deze uitgangspunten goed tot hun recht komen in de huidige werking van het Toetsingskader, want het lijkt er nog niet echt op dat instellingen elkaar al beconcurreren met het resultaat van de prestatietellingen. Dit leidt ertoe *dat kernwaarden zoals zakelijkheid en marktwerking niet goed geborgd zijn in het Toetsingskader.*

7.3.4 Politiek bestuurlijke kernwaarde

Binnen de politiek-bestuurlijke kernwaarde *bestaan grote verschillen of de gesprekspartners de waarden terugzien in het Toetsingskader.* De waarde controleerbaarheid is zeker geborgd in het Toetsingskader, alle gesprekspartners geven namelijk aan dat zij vinden dat de verantwoordingsmogelijkheden sterk worden ver-

groot. Daarentegen blijkt uit de gesprekken dat gesprekspartners er ernstig aan twifelen of het Toetsingskader iets zal veranderen aan de betaalbaarheid van de V&V-sector. In het Toetsingskader zitten geen indicatoren die meten hoeveel kosten een bepaalde instelling maakt voor de geleverde zorg. Veel gesprekspartners uiten dan ook hun zorgen omtrent de betaalbaarheid van de zorg met de vergrijzing.

7.3.5 Kernwaarden voldoende geborgd?

Praktisch alle gesprekspartners hebben aangegeven dat zij de product en maatschappelijke kernwaarden belangrijk vinden. Hun oordeel over het Toetsingskader is wat dat betreft dan ook positief, de indicatoren hebben voor een groot gedeelte betrekking op de kwaliteit van zorg en hoe cliënten de zorg ervaren. In het Toetsingskader is het volgens de gesprekspartners ook voor het eerst dat deze waarden goed geborgd zijn in een prestatie-meetsysteem. Dit is wellicht ook een verklarende factor dat de reacties van de gesprekspartners zo positief zijn. Want verschillende kernwaarden, zoals de politiek bestuurlijk kernwaarde en de kernwaarden van zakelijkheid en marktwerking, zijn minder goed geborgd in het Toetsingskader. Hoewel deze kernwaarden voor sommige gesprekspartners wel belangrijk zijn, bijvoorbeeld voor de zorgverzekeraar, het verpleeghuis, de verpleegkundige en VWS, zijn zij zeker niet negatief over het Toetsingskader. Wel kan gezegd worden dat deze gesprekspartners duidelijker aangeven dat de sector er met het Toetsingskader nog niet is. Er moet nog veel gebeuren om daadwerkelijk de kwaliteit van zorg, maar bijvoorbeeld ook de betaalbaarheid van de sector te kunnen garanderen.

Wat betreft de mensen die direct met het Toetsingskader werken, de verpleegkundigen en verzorgenden, is het lastig aan te geven of hun kernwaarden voldoende geborgd zijn. Door diverse gesprekspartners wordt aangegeven dat de beroepsgroep weinig met dit soort zaken op heeft. Voor een deel zullen zij prestatie-metingen altijd als een last blijven ervaren. Wel wordt er op de indicatoren uit het Toetsingskader positiever gereageerd dan op eerdere indicatoren uit bijvoorbeeld kwaliteitssystemen zoals de HKZ-certificering. Of de reacties zo positief blijven hangt wellicht af van de mate van terugkoppeling van de meetresultaten naar de beroepsgroep. Als zij het idee hebben dat hun registraties ertoe doen, en als ze weten waarvoor ze registreren, zullen ze enthousiaster blijven dan als zij niet te horen krijgen waarom ze registreren en wat er uit de metingen is gekomen.

7.4 VERKLARING MATE GEDRAGSREACTIES

De veronderstelling in deze studie is dat de mate waarin gewenste en ongewenste gedragsreacties optreden, afhangt van de mate waarin kernwaarden van partijen geborgd zijn in een prestatie-meetsysteem. Er zijn vier omstandigheden, in hoofdstuk vier, onderscheiden waarin de kernwaarden meer of minder geborgd kunnen zijn. Om deze veronderstelling te toetsen, is het van belang te analyseren in welke mate er gedragsreacties optreden en vervolgens of en hoe de omstandigheden zoals benoemd in hoofdstuk vier daarop van invloed zijn.

7.4.1 Mate gedragsreacties, ongewenst en gewenst

Uit de gesprekken met de diverse gesprekspartners blijkt dat er zowel gewenste als ongewenste gedragsreacties optreden. Het feit dat de partijen zelf het visiedocument en het Toetsingskader vorm hebben kunnen geven, maakt dat er motivatie is om er mee aan de slag te gaan en dat er vertrouwen is dat de meetresultaten daadwerkelijk iets over de kwaliteit van zorg zeggen. Ook de gesprekspartners zelf stralen over het algemeen een hoge mate van enthousiasme uit over het Toetsingskader. Uit de reacties tijdens de interviews blijkt ook dat niet veel gesprekspartners bang zijn voor veel manipulatie bij het registreren van de prestatiegegevens. Ze verwachten zeker niet meer manipulatie dan anders, eerder minder. Dit klinkt logisch, ten eerste omdat de indicatoren dichterbij de beroepsgroep staan, de indicatoren spreken meer aan dan indicatoren over processen in de organisatie. Ten tweede omdat een groot deel van de prestatiemeting, de onderzoeken naar cliëntervaring, plaatsvindt door onafhankelijke bureaus en niet door de beroepsgroep zelf.

Toch zijn er ook ongewenste gedragsreacties. Vaak blijken verpleegkundigen en verzorgenden het bijhouden van de registratie als een last te ervaren, het houdt hen af van het echte werk, namelijk zorg verlenen. Deze gedragsreacties zijn serieus te nemen, want het kan leiden tot het minder goed bijhouden van de gegevens en tot minder motivatie om aan de slag te gaan met kwaliteitsverbetering. Een tweede gedragsreactie die aandacht behoeft is de reactie van de zorgaanbieders dat zij bang zijn dat appels met peren vergeleken gaan worden. Deze angst kan ertoe leiden dat zij minder enthousiast met het Toetsingskader aan de slag zullen gaan. Dit vraagt des te meer aandacht omdat juist het management de verpleegkundigen en verzorgenden op de werkvloer enthousiast en gemotiveerd moet krijgen, en houden, voor de prestatiemetingen en de daaruit voortvloeiende kwaliteitsverbetertrajecten.

7.4.2 Omstandigheden die de mate van optreden gedragsreacties beïnvloeden

In deze paragraaf wordt geanalyseerd in welke mate de kernwaarden van de gesprekspartners in de diverse omstandigheden geborgd zijn en welke gedragsreacties dit uitgelokt heeft. In het conceptueel kader zijn de volgende vier omstandigheden benoemd: mate van interactie, wijze van invoering systeem, functie van de meting en vorm van controle.

De mate van interactie is tijdens, zowel het ontwerp van het Toetsingskader, als in het gebruik ervan hoog. De partijen hebben gezamenlijk het Toetsingskader ontworpen en zijn ook nu nog in hoge mate betrokken bij het doorontwikkelen ervan. Daarbij blijft er altijd een verschil in invloed en macht bestaan tussen de verschillende partijen. Tijdens de interviews zijn er geen signalen geweest dat deze machtsverschillen zo groot zijn geweest dat de belangen van minder machtige partijen ernstig geschaad zijn. De partijen zijn voldoende enthousiast over het proces tot het Toetsingskader om te veronderstellen dat de mate van interactie goed is geweest. Tijdens diverse gesprekken is zelfs gebleken dat de wijze waarop het in de V&V-sector is gegaan, een voorbeeld vormt voor andere sectoren in de zorg. Bijvoorbeeld voor de gehandicaptenzorg. Aandachtspunt blijft wel dat de diverse koepelorganisaties blijven communiceren met hun leden, zodat deze ook de uitkomsten van de interactie steunen. *Het is niet waarschijnlijk dat de mate van interactie on-*

gewenste gedragsreacties heeft ontlokt, meer waarschijnlijk is dat een aantal gewenste gedragsreacties, zoals motivatie en vertrouwen, er het resultaat van zijn.

Bij de tweede omstandigheid, wijze van invoering, is de vraag van belang of het prestatie-meetsysteem van bovenaf wordt opgelegd of meer in samenspraak ingevoerd wordt. In het geval van het Toetsingskader is het zo dat in eerste instantie er dwang door staatssecretaris Ross-Van Dorp is uitgeoefend dat de sector met een systeem moest komen, want anders kwam zij zelf met een systeem. In die zin is de initiatie tot het Toetsingskader van bovenaf opgelegd. Na de initiatie door de staatssecretaris hebben de partijen dit echter zo opgepakt dat het nu voelt als het systeem wat zij met z'n allen ontworpen hebben. Er zijn weinig aanwijzingen dat partijen het Toetsingskader als van bovenaf opgelegd voelen. Wel blijft er altijd enige dwang van boven, bijvoorbeeld van de IGZ en het ministerie van VWS, om een dergelijk prestatie-meetsysteem in stand te houden. Een andere nuancering is ook dat de verpleegkundigen en verzorgenden op de werkvloer wellicht zo ver van het ontwerpproces van het Toetsingskader afstaan, dat zij het wel meer als van bovenaf opgelegd voelen. Goede uitleg is dan hierbij een cruciale factor tot slagen. Lukt het niet deze groep mee te krijgen in de werking van het Toetsingskader, dan kunnen er ongewenste gedragsreacties optreden. Op dit moment lijkt de mate van manipulatie echter niet zorgwekkend. *De wijze van invoering lijkt weinig negatieve invloed op het optreden van ongewenste gedragsreacties te hebben gehad. Door het systeem grotendeels in samenspraak in te voeren zijn er eerder gewenste gedragsreacties, zoals motivatie en vertrouwen in het systeem, te onderscheiden.*

Een derde omstandigheid die van invloed kan zijn op de functionaliteit van een prestatie-meetsysteem is te omschrijven als de vorm van controle die in het prestatie-meetsysteem is ingebouwd. Daarbij zijn vormen te onderscheiden die meer eenzijdig van bovenaf worden opgelegd en vormen van controle die in interactie plaatsvinden. Controle vindt in het Toetsingskader zowel van bovenaf plaats als ook in interactie. Zo controleert de IGZ de gegevens die de instellingen aanleveren wel enigszins van bovenaf, maar laten ze wel de registraties volledig uitvoeren door de instellingen zelf. Daarbij geven ze aan best veel vertrouwen in die registraties te hebben, en zeker niet alle registraties te controleren. Door middel van steekproeven controleren ze wel willekeurig enige instellingen, en ook de opvallend laag of juist hoog scorende instellingen controleren ze. Aangegeven wordt dat sommige indicatoren met elkaar te maken hebben, en dat je dan een consistent prestatiebeeld op deze indicatoren verwacht. Hetzelfde geldt in verband met de patiëntensamenstelling van een instellingen. Ook daar verwacht je een bepaald resultatenbeeld bij. Klopt dit beeld niet, dan controleert de IGZ de meetgegevens van deze instelling.

Maar bij de controle vindt ook interactie plaats. Zo moet de leiding van een instelling haar handtekening onder de uiteindelijke registratiegegevens zetten. Hierdoor krijgen ook zij verantwoordelijkheid voor het juist zijn van deze gegevens. Daarnaast publiceren de instellingen de uiteindelijke resultaten zelf in hun 'Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording' en in sommige gevallen ook op hun eigen website. De partijen stellen zo in gezamenlijkheid de uiteindelijke meetgegevens vast, typisch een teken dat de controle in interactie plaatsvindt. Door gesprekspartners wordt ook aangegeven dat er hier een rol voor de cliëntenraden en individuele personen ligt. De cliëntenraden kunnen een rol spelen in de controle door de meetgegevens te bekijken en waar deze afwijkend zijn van hun eigen waarnemin-

gen hierop te reageren. Hetzelfde geldt voor individuele personen die de meetresultaten op het internet of in het 'Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording' zien. Vinden zij sommige resultaten opvallend, dan wordt er verondersteld dat zij hierop reageren. De controle vindt dus niet alleen van bovenaf plaats, maar ook in interactie met bijvoorbeeld cliëntenraden. Uit de interviews blijkt ook niet dat de controle door de IGZ als storend wordt ervaren. Bovendien is de IGZ een instituut dat al lange tijd deze sector inspecteert. Het lijkt erop dat de controle door de IGZ voldoende aanvaard wordt, en dat er bovendien aan de andere partijen ook controlemogelijkheden geboden worden. *De controle wordt niet als dusdanig van bovenaf ervaren dat dit tot veel ongewenste gedragsreacties leidt.*

De vierde omstandigheid die benoemd is in paragraaf 4.2.3 is de functie van de prestatiemeting. Er is een onderscheid te maken in functies als leren en transparantie, door bijvoorbeeld een toename van sturings- en verantwoordingsmogelijkheden, en een functie als afrekenen. Kernwaarden die meer bij de functie afrekenen horen zijn bijvoorbeeld de politieke bestuurlijke en meer economisch georiënteerde kernwaarden als zakelijkheid en marktwerking. Kernwaarden die meer bij de functies leren en transparantie horen zijn kernwaarden als de maatschappelijke, medische en familiale. Personen met deze kernwaarden zullen vooral van de prestatiemeting willen leren en minder voelen voor een afrekening op basis van de metingen. Uit de gesprekken kan geconcludeerd worden dat er nog niet echt afrekening op basis van de prestatiemeting met het Toetsingskader plaatsvindt. De verzekeraars hanteren nu alleen een minimumnorm waaraan instellingen moeten voldoen. En zelfs deze minimumnorm is nog niet heel duidelijk een leidraad, zo blijkt uit de gesprekken. Daarnaast bleek uit de analyse in subparagraaf 7.3.3 al dat de kernwaarden zakelijkheid en marktwerking niet goed geborgd zijn in het Toetsingskader. Ook uit documentanalyse, zie de analyse van de beoogde functionaliteit, blijkt dat men het Toetsingskader vooral de functies leren en transparantie wil laten hebben. Uit de literatuuranalyse in hoofdstuk twee en drie weten we ook al dat wanneer een prestatie-meetsysteem meer gericht is op afrekening, dit meer weerstand oproept. Ongewenste gedragsreacties zijn dan waarschijnlijker. Toch moet ook gezegd worden dat uit de interviews blijkt dat ongewenste gedragsreacties, zoals manipulatie van gegevens, altijd in bepaalde mate optreden. *Het Toetsingskader heeft nu niet de functie van afrekening, maar meer de functies transparantie te bevorderen en leermogelijkheden bieden. Te concluderen valt dat ongewenste gedragsreacties zoals manipulatie van gegevens bij deze functies wel optreden, maar niet zodanig dat het de werking van het Toetsingskader ernstig schaadt.*

7.4.3 Dilemma in verband met functies van Toetsingskader

Toch is er een *dilemma* met betrekking tot de mogelijke functies van het Toetsingskader in de toekomst te onderscheiden. Diverse gesprekspartners geven aan te hopen dat in de toekomst instellingen die slecht presteren daarop worden afge-rekend. Gezien de moeilijkheden om kwaliteitsverbetering op te starten opperen gesprekspartners dat de instellingen meer verplicht moeten worden verbetertrajecten op te stellen na de bekendmaking van de meetresultaten. Ook willen sommige gesprekspartners dat verzekeraars meer op basis van de prestatiemeting met de

instellingen ‘afrekenen’. Deze gesprekspartners willen in de toekomst de functie van het Toetsingskader meer in de richting van afrekening laten zijn.

Het dilemma bestaat er nu uit dat een prestatie-meetsysteem met de functie afrekening aan de ene kant met zich meebrengt dat instellingen genoodzaakt zijn iets met hun kwaliteit van zorg te gaan doen. Maar dat aan de andere kant dit ook meer ongewenste gedragsreacties met zich mee zal brengen. Zo kunnen meer verplichtingen meer weerstand van de leiding van de instellingen zelf opleveren. Dit kan de motivatie en het vertrouwen in de sector schaden. Daarnaast kan een hogere verplichting ook meer manipulatie van gegevens uitlokken. Deze ongewenste gedragsreacties, door de Bruijn (2001) perverse effecten genoemd, leiden er dan toe dat er uiteindelijk afrekening plaats dient te vinden op gegevens waarvan de betrouwbaarheid wellicht onvoldoende is. Ondanks dat deze, door de Bruijn, beschreven effecten bekend zijn, is er toch een roep in de V&V-sector om meer verplichtingen in te voeren. Belangrijk is het de sector op de negatieve effecten van het opleggen van meer verplichtingen te wijzen.

7.5 VERKLARING BEOOGDE EN DOOR GESPREKSPARTNERS AANGEGEVEN FUNCTIONALITEIT

In het conceptueel kader is verondersteld dat de mate van borging van de kernwaarden van de verschillende gesprekspartners de functionaliteit van het Toetsingskader beïnvloedt. Dit zou dan via het optreden van gewenste en ongewenste gedragsreacties plaatsvinden. Uiteindelijk kan er gezegd worden dat de beoogde verantwoordingsmogelijkheden van het Toetsingskader ook daadwerkelijk optreden. Gesprekspartners geven aan tevreden te zijn met het feit dat hun sector door toepassing van het Toetsingskader transparanter is geworden. Het garanderen van een minimumkwaliteit van zorg is ook een beoogde functionaliteit van het Toetsingskader en ook deze functionaliteit komt goed tot haar recht in de praktijk. Zoals gezegd in subparagraaf 7.2.2 komt het bieden van mogelijkheden tot sturen op kwaliteitsverbetering minder tot haar recht.

7.5.1 Verklaring verantwoordingsmogelijkheden

Dat de beoogde verantwoordingsmogelijkheden daadwerkelijk door het Toetsingskader geschapen worden is door verschillende factoren te verklaren. Allerlei meer praktische factoren zijn hier zeker ook de oorzaak van. Te denken valt dan aan het oprichten van de website *www.kiesbeter.nl* en het opnemen van de meetresultaten in het ‘Jaardocument Maatschappelijk Verantwoording’ van de instellingen. Door deze aspecten is het mogelijk dat de instellingen zich publiekelijk kunnen verantwoorden. Naast deze meer praktische factoren is het waarschijnlijk dat de borging van de kernwaarden van de gesprekspartners ervoor heeft gezorgd dat er goede mogelijkheden tot verantwoording zijn. Want doordat de gesprekspartners de voor hen belangrijke zaken met betrekking tot zorg, kernwaarden, voldoende herkennen in het Toetsingskader hebben ze er vertrouwen in dat deze metingen daadwerkelijk iets zeggen over de kwaliteit van zorg in een instelling. Vooral de kernwaarden die met cliëntenwaarden te maken hebben zijn goed geborgd. De verschillende partijen geven aan het belangrijk te vinden dat dit soort zaken in de metingen worden op-

genomen. Geconcludeerd kan worden dat dit in voldoende mate is gebeurd, en dat de verantwoordingsmogelijkheden goed uit de verf komen.

7.5.2 Verklaring garantiemogelijkheid minimumkwaliteit

Doordat er onder de partijen voldoende draagvlak bestaat voor het Toetsingskader is het ook mogelijk het kader te hanteren om een minimumkwaliteit van zorg te garanderen. De normen voor Verantwoorde zorg hebben de partijen gezamenlijk opgesteld in het visiedocument. Dat wil zeggen dat de partijen deze normen voldoende ondersteunen, zodat de IGZ ook daadwerkelijk instellingen die niet aan deze normen voldoen hierop kunnen aanspreken en kunnen dwingen tot kwaliteitsverbetering. Wederom is te veronderstellen dat er voldoende draagvlak is doordat de partijen voldoende hun eigen belangrijke punten herkennen in het Toetsingskader. Zouden ze dit niet voldoende doen, dan is het waarschijnlijk dat ze het Toetsingskader niet (zo makkelijk) zouden accepteren.

7.5.3 Verklaring onvoldoende mogelijkheden tot sturen op kwaliteitsverbetering

Met het Toetsingskader wilde men de sector ook handvatten bieden voor kwaliteitsverbetering, tot het sturen op kwaliteitsverbetering. Zoals eerder geconcludeerd komt dit in de praktijk nog niet goed uit de verf. Dit feit is moeilijk verklaarbaar door onvoldoende borging van de kernwaarden van de verschillende partijen. De belangrijkste kernwaarden van de meeste gesprekspartners lijken voldoende geborgd in het Toetsingskader, het lijkt onwaarschijnlijk dat door te weinig borging van kernwaarden de partijen niet voldoende gemotiveerd zouden zijn tot kwaliteitsverbetering. Wat wel gezegd kan worden is dat zaken die met de kernwaarden zakelijkheid en marktwerking weinig tot niet terug te zien zijn in het Toetsingskader. Door middel van het Toetsingskader zouden instellingen meer met elkaar moeten gaan concurreren op kwaliteit, maar dit vindt nog niet plaats. Dit zou dan weer goed verband kunnen houden met de constatering dat het Toetsingskader niet de functie van afrekening in zich heeft. De instellingen worden niet, tenzij ze onder de minimumnorm van de IGZ scoren, voldoende geprikkeld tot kwaliteitsverbetering. In het document waarin het Toetsingskader beschreven is, lijkt men kwaliteitsverbetering te willen stimuleren door de resultaten van de metingen te laten zien. Maar in de praktijk blijkt dat alleen het openbaar maken van de meetresultaten niet voldoende is om instellingen te prikkelen betere kwaliteit te leveren.

Bovendien wordt er in het Toetsingskader verondersteld dat cliëntenraden en individuele personen ook instellingen zullen stimuleren, zullen aansturen tot kwaliteitsverbetering, door bijvoorbeeld kritische vragen te stellen. In de gesprekken blijkt dat dit niet automatisch gebeurt en dat de cliëntenraden en individuele personen hier ook niet automatisch toe in staat zijn. Zo kunnen de meetresultaten wel openbaar gemaakt worden, maar moeten de cliëntenraden bijvoorbeeld wel de resultaten ook begrijpen en om kunnen zetten in punten waarvan zij vinden dat er kwaliteitsverbetering nodig is. Uit de gesprekken blijkt dat dit vaak moeilijk is, en dat de cliëntenraden en individuele personen hiertoe vaak niet zelf de mogelijkheden hebben.

7.6 MOGELIJKE VERBETERRICHTINGEN

Zoals eerder vermeld is het ontwikkelde Toetsingskader het eerste kader wat in zo'n grote omvang in de V&V-sector ontwikkeld is. Als uitgangspunt wordt er binnen deze sector dan ook gekozen voor een groeimodel. Men geeft aan zich te realiseren dat het Toetsingskader in eerste instantie niet technisch perfect gevalideerd en 100% betrouwbaar is. Dit betekent concreet dat de partijen aangeven dat de meetinstrumenten onderhouden en, waar nodig, verbeterd moeten worden. Deze aanpassingen zouden voort moeten komen uit nieuwe inzichten uit de wetenschap, ontwikkeling in het veld en aan veranderde wensen en percepties van cliënten. Het is dus goed mogelijk dat de sector al bezig is met verbeteringen die in deze studie als mogelijke verbeterpunten genoemd worden. Bovendien is het door het kiezen voor een groeimodel logisch te veronderstellen dat er altijd verbetermogelijkheden aanwezig zullen zijn. De in deze paragraaf aangegeven verbeterrichtingen vloeien vooral voort uit de voorgaande hoofdstukken.

7.6.1 Levendige discussie handhaven

Ten eerste is het aan te raden een levendige discussie te handhaven over de inhoud van het Toetsingskader. Gezien de handhaving van de stuurgroep lijken de partijen dit ook van plan. In die discussie is het verstandig te blijven luisteren naar elkaars wensen omtrent de inhoud van de indicatoren. Het draagvlak voor het Toetsingskader is nu hoog in de sector. Wil er voldoende motivatie en vertrouwen blijven dan moeten de partijen hun kernwaarden geborgd zien blijven in de gekozen indicatoren. Andere inhoudelijke zaken waar aandacht voor moet blijven is het vraagstuk omtrent de juiste casemix. Gesprekspartners hebben aangegeven zich hier zorgen over te maken: welke mix van cases geeft een representatief beeld van de kwaliteit van de gehele instelling. Hetzelfde geldt voor de wijze waarop de resultaten van de prestatiemeting bekend gemaakt worden. Partijen geven aan er nog niet over uit te zijn wie de resultaten bekend moet maken en hoe lang hiermee gewacht kan worden na de metingen. De onrust hierover moet niet te veel toenemen, het is daarom van belang dat de partijen hierover gezamenlijk in discussie blijven en hierover beslissingen nemen.

7.6.2 Transparantie garanderen

Zoals gezegd zijn de verantwoordingsmogelijkheden van de V&V-sector door het Toetsingskader verruimd. Met het openbaar maken van de meetresultaten is de kwaliteit van zorg in instellingen een stuk transparanter geworden. Iedereen die dat wil kan op de website *www.kiesbeter.nl*, de 'Jaardocumenten Maatschappelijke Verantwoording' van de instellingen en soms op de websites van de instellingen zelf lezen hoe de instellingen op de indicatoren scoren. Toch kan er nog aangekaart worden dat er verschillende gradaties van transparantie zijn. Wat daarmee in deze studie bedoeld wordt is dat het van de vorm van weergave van de meetresultaten kan afhangen hoe transparant de sector werkelijk is. Zo wordt er in het Toetsingskader verondersteld dat als de meetresultaten worden weergegeven, de cliënten door het kiezen voor een bepaalde instelling kunnen sturen in de kwaliteitsverbetering van de instellingen. Volgt men deze veronderstelling, dan moeten de gegevens wel zo worden weergegeven op bijvoorbeeld de website *www.kiesbeter.nl* dat (potentiële) cliënten deze gegevens goed kunnen begrijpen en ook voldoende getriggerd worden om de gegevens zo goed te bekijken dat zij op basis daarvan een

keuze maken voor een instellingen. In de toekomst zal er aandacht moeten blijven uitgaan naar de vorm van de weergave de meetresultaten, alleen dan wordt er voldoende transparantie gegarandeerd.

7.6.3 Afstemming aandacht voor kwaliteitsverbetering

Diverse partijen erkennen dat er nog niet voldoende mogelijkheden tot kwaliteitsverbeteringen met het Toetsingskader zijn. Het Toetsingskader prikkelt wellicht nog niet voldoende hiertoe. Diverse partijen hebben ook tijdens de gesprekken aangegeven bezig te zijn met het ontwikkelen van deze prikkelingen, deze mogelijkheden. Zo heeft het LOC volop aandacht voor het vraagstuk hoe de cliëntenraden van instellingen het beste gefaciliteerd kunnen worden om de instellingen min of meer te dwingen met kwaliteitsverbetertrajecten aan de slag te gaan. Zo pleiten zij ook voor het instellen van bijstand voor cliënten en cliëntenraden door LOC-adviseurs. Wellicht is het de moeite waarde een subsidiëring van deze bijstand in te stellen, zodat de werking van het Toetsingskader verhoogd kan worden. Want de LOC-adviseurs kunnen dan beter de cliënten en cliëntenraden helpen om de instellingen tot kwaliteitsverbeteringen te stimuleren. Bovendien kan er bij subsidiëring een kwaliteits- en inspanningseis aan de adviseurs gesteld worden. Naast het LOC geven ook andere partijen vele suggesties hoe zij kwaliteitsverbetering beter kunnen stimuleren. Bijvoorbeeld door bijeenkomsten tussen instellingen te organiseren. Op deze bijeenkomsten kunnen de instellingen dan leren van de werkwijzen van beter scorende instellingen.

Kortom, veel partijen starten hun eigen activiteiten op om kwaliteitsverbetering te stimuleren. Dit komt nu wat ad hoc en chaotisch over, een verbeterrichting kan inhouden dat de partijen samen beslissen wie de regie te geven om deze activiteiten op elkaar af te stemmen. Met deze afstemming kunnen dan de diverse activiteiten efficiënter en effectiever uitgevoerd worden. Op die manier kan de spaarzame energie en tijd die gestoken wordt in kwaliteitsverbetering goed benut worden. In een sector waarin er een groot gebrek is aan tijd en men liever de tijd wil besteden aan het verlenen van zorg, lijkt het afstemmen van de aandacht voor kwaliteitsverbetering des te meer een goede stap.

7.7 UITLEIDEND

In voorgaand hoofdstuk zijn de resultaten van de interviews geanalyseerd. Het conceptueel kader uit hoofdstuk vier vormde het uitgangspunt voor deze analyse. Hierbij is vastgesteld wat op dit moment de functionaliteit van het Toetsingskader is, en wat de functionaliteit (nog) niet is. Verklaringen zijn gegeven voor de verschillende functies van het kader. Hierbij is geanalyseerd of de kernwaarden van de gesprekspartners voldoende geborgd zijn in het Toetsingskader, en hoe dit van invloed is geweest op het ontstaan van gedragsreacties. Gegeven de functionaliteit van het Toetsingskader op dit moment en de verklaringen, zijn uiteindelijk mogelijke verbeterrichtingen aangegeven. Deze analyse leidt ertoe dat in het volgende hoofdstuk de centrale vraag van deze studie beantwoord kan worden. Ook zal er dan enige reflectie en discussie op dit onderzoek plaatsvinden.

8. CONCLUSIES

8.1 INLEIDING

In de twee voorgaande hoofdstukken zijn de resultaten van dit onderzoek beschreven en geanalyseerd. In dit hoofdstuk worden conclusies getrokken met betrekking tot de doel- en vraagstelling van deze studie. Om het geheugen op te frissen worden deze allereerst herhaald:

De doelstelling van dit onderzoek is het specificeren van de functionaliteit, in termen van sturing en verantwoording, van het prestatie-meetsysteem voor de V&V-sector, het verklaren van deze functionaliteit en het geven van oplossingsrichtingen waarmee deze functionaliteit verhoogd kan worden.

De centrale vraag in dit onderzoek luidt :

Wat betekent het ontwikkelde prestatie-meetsysteem 'Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg' voor de V&V-sector in termen van sturings- en verantwoordingsmogelijkheden, hoe kan deze functionaliteit verklaard worden en welke oplossingsrichtingen kunnen er gegeven worden om de functionaliteit van dit systeem te verhogen?

Deelvragen die tot beantwoording van de centrale vraag moeten leiden zijn:

- *Wat wordt er in de literatuur aangegeven zijnde de functionaliteit, in termen van sturing en verantwoording, van prestatie-meetsystemen in de publieke sector, respectievelijk de zorgsector?*
- *Welke omstandigheden worden er in de literatuur aangegeven die de functionaliteit van zo'n prestatie-meetsysteem beïnvloeden?*
- *Welke gedragsreacties roept het prestatie-meetsysteem in de V&V-sector op*
- *Hoe beoordelen diverse actoren in de V&V-sector de functionaliteit van het prestatie-meetsysteem?*
- *Hoe is deze beoordeling van de functionaliteit door de verschillende actoren te verklaren?*
- *Welke oplossingrichtingen zijn aan te geven zodat de functionaliteit van het prestatie-meetsysteem in de V&V-sector verhoogd kan worden?*

De beantwoording van de diverse deelvragen en de centrale vraag zal aanleiding vormen tot reflectie en discussie met betrekking tot deze studie.

8.2 BEANTWOORDING DEELVRAGEN

Paragraaf 3.3 levert het antwoord op de eerste deelvraag op. In deze paragraaf is beschreven wat er in de literatuur aangegeven is als functionaliteit, in termen van

sturing en verantwoording, van prestatie-meetsystemen in de zorgsector. Er zijn twee hoofdfuncties: sturing en (externe) verantwoording. De leiding van de organisaties heeft meer sturingsmogelijkheden als ze de prestaties van hun organisatie beter weten. Daarnaast kunnen zorgaanbieders meer beargumenteerd verantwoording afleggen naar de buitenwereld toe.

Wat betreft de vraag welke omstandigheden er in de literatuur aangegeven worden die de functionaliteit van een prestatie-meetsysteem kunnen beïnvloeden, levert paragraaf 4.3 hier de mogelijkheid tot beantwoording op. In het algemeen leidt de omstandigheid dat actoren hun kernwaarden niet voldoende vertegenwoordigd zien in een systeem van prestatie-meting, tot perverse effecten die de functionaliteit van het systeem beïnvloeden. De kernwaarden kunnen in een aantal omstandigheden meer of minder geborgd zijn. In deze studie worden de volgende vier omstandigheden onderscheiden: de mate van interactie tijdens ontwerp en uitvoering van het systeem, wijze van invoering van het systeem, vorm van controle en de functie van de meting.

De derde deelvraag heeft als onderwerp de gedragsreacties die optreden bij het invoeren en bij gebruik van het Toetsingskader voor Verantwoorde zorg. In het vorige hoofdstuk is geanalyseerd dat er zowel gewenste als ongewenste gedragsreacties optreden als gevolg van het invoeren en hanteren van het Toetsingskader. Gewenste gedragsreacties bestaan eruit dat er motivatie is om met het Toetsingskader aan de slag te gaan en dat er vertrouwen is dat de meetresultaten daadwerkelijk iets over de kwaliteit van zorg zeggen. Ongewenste gedragsreacties met betrekking tot het Toetsingskader bestaan eruit dat de beroepsgroep het bijhouden van de registratie van de prestatiegegevens soms als een last ervaren. Over manipulatie van de gegevens kan gezegd worden dat dit niet verontrustend vaak voorkomt, maar ook dat het niet uit te sluiten is dat dit voorkomt. Een andere ongewenste gedragsreactie is afkomstig van de zorgaanbieders. Zij geven aan bang te zijn dat instellingen met elkaar vergeleken gaan worden die volgens hen niet met elkaar te vergelijken zijn. Deze angst kan leiden tot minder enthousiasme onder de zorgaanbieders om met het Toetsingskader te werken.

De beoordeling van de functionaliteit van het Toetsingskader door de verschillende actoren vormt het antwoord op de vierde deelvraag. In subparagraaf 7.2.2 is uitvoerig aangegeven wat de functionaliteit van het kader volgens de gesprekspartners in de praktijk is. Het Toetsingskader biedt goede mogelijkheden tot het afleggen van verantwoording. Slechts gedeeltelijk kan gezegd worden dat het Toetsingskader betere mogelijkheden tot sturing op kwaliteitsverbetering biedt. Zo biedt het kader meer inzicht in kwaliteitsaspecten met betrekking tot de inhoudelijke zorg dan voorheen en biedt het kader ook sturingsmogelijkheden op een bepaalde minimumkwaliteit van zorg. Daarentegen prikkelt het Toetsingskader instellingen die boven deze minimumnorm presteren nog niet voldoende tot kwaliteitsverbetering.

De vijfde deelvraag luidt: Hoe is deze beoordeling van de functionaliteit door de verschillende actoren te verklaren? De verantwoordingsmogelijkheden kunnen deels verklaard worden door meer praktische aspecten zoals het voorhanden zijn van de website *www.kiesbeter.nl* en het opnemen van meetresultaten in de 'Jaardocumenten Maatschappelijke Verantwoording' van de instellingen. Daarnaast is het

waarschijnlijk dat de voldoende borging van de kernwaarden van de gesprekspartners een verklaring is voor de goede mogelijkheden tot verantwoording. Door de borging is het draagvlak voor het Toetsingskader groot genoeg zodat zowel verantwoording mogelijk is, als dat ook het kader gehanteerd kan worden om een minimumkwaliteit van zorg te garanderen. Dat het Toetsingskader slechts gedeeltelijk mogelijkheden tot sturing op kwaliteitsverbetering biedt, is moeilijk te verklaren door onvoldoende borging van de kernwaarden van de verschillende partijen. De instellingen lijken eerder niet voldoende geprikkeld te worden daadwerkelijk iets aan kwaliteitsverbetering te doen aan de hand van de uitkomsten op de prestatie-meting. Een verdere verklaring hiervan houdt ook in dat de partijen die de instellingen tot kwaliteitsverbetering moeten stimuleren momenteel onvoldoende in staat zijn dit te doen.

Drie oplossingsrichtingen om de functionaliteit van het Toetsingskader te verhogen kunnen gegeven worden. Ten eerste is het handhaven van een levendige discussie tussen de verschillende partijen over de inhoud van het Toetsingskader aan te raden. De kernwaarden van de verschillende partijen dienen zo voldoende geborgd te blijven. Tevens kunnen zaken die nu een mogelijke functionaliteit van het kader in de weg staan dan besproken worden. Ten tweede moet er aandacht uit blijven gaan naar de vorm waarin de meetresultaten worden weergegeven. Er moet voldoende transparantie worden gegarandeerd. Verantwoordingsmogelijkheden kunnen hierdoor verhoogd worden. Ten derde kan een oplossingsrichting inhouden dat er meer aandacht komt voor de afstemming van de initiatieven om tot kwaliteitsverbetering te komen. Veel partijen starten nu hun eigen activiteiten op, bij afstemming van deze activiteiten zou dit efficiënter en effectiever zijn. Te veronderstellen is dat de functie van het Toetsingskader om mogelijkheden te bieden tot kwaliteitsverbetering dan beter tot haar recht kan komen.

8.3 BEANTWOORDING CENTRALE VRAAG

Uit de beantwoording van de diverse deelvragen is de beantwoording van de centrale vraag van dit onderzoek te halen:

Het Toetsingskader voor Verantwoorde zorg geeft de V&V-sector goede mogelijkheden om verantwoording af te leggen aan zowel overheid, markt als gemeenschap. Daarnaast biedt het mogelijkheden om te sturen op een minimumkwaliteit van zorg en biedt het meer inzicht in kwaliteitsaspecten met betrekking tot inhoudelijke zorg van instellingen dan voorheen. In de praktijk blijkt het Toetsingskader nog niet voldoende handvatten te bieden voor kwaliteitsverbetering in het algemeen.

De verklaring van de goede verantwoordingsmogelijkheden en de mogelijkheid te sturen op een minimumkwaliteit van zorg ligt er deels in dat de kernwaarden van de actoren in deze sector voldoende geborgd zijn. Praktische aspecten, zoals het voorhanden zijn van diverse podia waarop verantwoording kan worden afgelegd, vormen het andere deel van de verklaring. Dat het Toetsingskader nog niet voldoende mogelijkheden tot sturing op kwaliteitsverbetering in het algemeen biedt, is te verklaren door twee aspecten. Ten eerste worden de instellingen in de V&V-sector te weinig geprikkeld daadwerkelijk iets met de uitkomsten van de meting te gaan doen. Ten tweede zijn de partijen die de kwaliteitsverbetering door instellingen moeten stimuleren hiertoe onvoldoende in staat.

Oplossingsrichtingen om de functionaliteit van het kader te verhogen liggen in een drietal richtingen. Handhaving van een levendige discussie over het kader vormt de eerste richting. De kernwaarden van de verschillende partijen moeten voldoende geborgd blijven. Voldoende garantie van transparantie vormt de tweede richting en de derde richting houdt in dat er meer aandacht komt voor de afstemming van de initiatieven om tot kwaliteitsverbetering te komen.

8.4 REFLECTIE EN DISCUSSIE

Nu de onderzoeksvraag beantwoord is, is er ruimte voor enige reflectie op en discussie over deze studie. Dit is noodzakelijk om in de toekomst met de tekortkomingen van deze studie om te weten gaan, en ook om bij verder onderzoek en beleid rekening te houden met aspecten die uit deze studie blijken.

8.4.1 Compleet of representatief beeld?

Ten eerste kan er opgemerkt worden dat deze studie uitspraken doet over het Toetsingskader terwijl niet met alle partijen uit de sector gesproken is. Zo is er met de meeste partijen die bij het ontwerpen van het Toetsingskader betrokken waren gesproken, maar met enkele partijen ook niet. Voorbeelden zijn Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Actiz. Met andere belangrijke partijen die niet zozeer direct betrokken waren bij het ontwerp, maar die wel veel met het Toetsingskader te maken hebben is ook niet gesproken. Voorbeelden hiervan zijn de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) als externe toezichthouder in het nieuwe zorgstelsel en diverse zorginstellingen. Allerlei praktische redenen zijn te benoemen waarom in deze studie niet met deze partijen gesproken is. Sommige partijen zijn wel benaderd maar gaven om uiteenlopende redenen aan ervoor te kiezen niet met het onderzoek mee te willen werken. Een andere reden is dat deze studie een scriptieonderzoek betreft. Afronding van dit onderzoek binnen enkele maanden is wenselijk. Gesprekken met alle belangrijke partijen behoorde daarom niet tot de mogelijkheden. Toch is er met een groot aantal partijen gesproken. Het beeld wat in deze studie geschapen is, is daarom wellicht niet helemaal compleet, maar wel representatief te noemen.

8.4.2 Evaluatie van een systeem in ontwikkeling

Prestatiemeting in de V&V-sector is het onderwerp van deze studie. Daarbij is het Toetsingskader voor Verantwoorde zorg gekozen als casus. Dit prestatie-meetsysteem is eind 2005 gepresenteerd. Sindsdien is er ook een pilot mee uitgevoerd en dit jaar zijn de metingen bij alle V&V-instellingen van Nederland begonnen. Binnen het Toetsingskader is gekozen voor een groeimodel, wat betekent dat het kader in de loop van de tijd waar nodig verbeterd zal worden. Dit feit levert voor een studie zoals deze soms lastige punten op, want welk Toetsingskader onderzoek je als het kader zelf ook nog steeds in ontwikkeling is? Ervoor is gekozen het Toetsingskader zoals gepresenteerd eind 2005 als uitgangspunt te nemen, en ook de gesprekspartners naar hun standpunten omtrent die versie van het Toetsingskader te vragen. De aanpassingen die sinds die tijd zijn gemaakt zijn waar mogelijk vermeld. Maar, evaluatie van een systeem dat in ontwikkeling is blijft lastig. Het is dan bijvoorbeeld ook goed mogelijk dat de oplossingsrichtingen zoals beschreven in deze studie al opgepakt zijn door de sector.

8.4.3 Operationalisatie begrippen kernwaarde en basiswaarde

Sommige theoretische begrippen zijn lastig te operationaliseren. Tijdens het uitvoeren van dit onderzoek is ondervonden dat dit ook geldt voor de begrippen kernwaarde en basiswaarde. Expliciet vragen naar waarden die een persoon heeft is vaak lastig omdat dit geen alledaagse gespreksonderwerpen zijn. Gesprekspartners voelen zich soms ook niet prettig bij het bespreken van hun waarden, en daarnaast is men zich niet altijd bewust van de waarden die men heeft. Toch was het voor dit onderzoek van belang een beeld te krijgen van de ordening van kernwaarden die de gesprekspartners hanteerden. Door hen punten toe te laten kennen aan de diverse basiswaarden is er getracht een indicatie van deze ordening te verkrijgen. Tevens zijn de opmerkingen die de gesprekspartners plaatsten bij het gesprek over hun waarden, meegenomen in de beoordeling welke kernwaarden bij de gesprekspartners dominant waren.

Door het kleine aantal gesprekspartners, maar zeker ook door de manier van achterhalen van de kernwaarden, is het niet verdedigbaar de ordening als zeer valide en betrouwbaar te achten. De mogelijkheid tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden was bijvoorbeeld aanwezig. Daarom is er in deze studie ook voor gekozen de ordening van de kernwaarden slechts als indicatie te beschouwen en niet als dé waarheid. In combinatie met de opmerkingen van de gesprekspartners tijdens de toedeling van de punten en de informatie die verder uit de interviews naar voren is gekomen, is er gepoogd een meer valide en betrouwbaar beeld te schetsen van wat de verschillende gesprekspartners belangrijk in de V&V-sector vinden.

8.4.4 Discussie uitgangspunten Toetsingskader

Niet de uitgangspunten van het Toetsingskader stonden in deze studie ter discussie. Gepoogd is in beeld te brengen wat de functionaliteit van het Toetsingskader is. Ook de mogelijke oplossingsrichtingen sluiten dan aan bij het Toetsingskader met haar huidige uitgangspunten. Een voorbeeld hiervan is de oplossingsrichting dat de transparantie voldoende gegarandeerd moet zijn. Deze oplossingsrichting heeft te maken met het uitgangspunt binnen het Toetsingskader dat cliënten door hun keuze voor een bepaalde instelling de instellingen met elkaar kunnen laten concurreren, en dat dit alleen kan plaatsvinden als er voldoende transparantie is. Het geven van deze oplossingsrichting is gedaan met in het achterhoofd de uitgangspunten van de ontwerpers van het Toetsingskader.

Dat er in de maatschappij een debat gaande is omtrent enkele uitgangspunten van het Toetsingskader, en het gehele zorgstelsel, is bekend bij de auteur van deze studie. Zo wordt er bijvoorbeeld ter discussie gesteld of cliënten eigenlijk wel kunnen kiezen tussen zorginstellingen, is er wel sprake van een 'echte' markt in de zorgsector? Maar, deze discussie heeft geen invloed gehad bij het opstellen van de oplossingsrichtingen. Want ongeacht welke stelling de auteur in deze discussie inneemt: er zijn bepaalde uitgangspunten die de ontwerpers van het Toetsingskader toegepast hebben. Deze uitgangspunten zijn bij het geven van de oplossingsrichtingen als vaststaande feiten beschouwd, en niet als ter discussie staand. In de volgende paragraaf zal wel ingegaan worden op de implicaties van dit onderzoek voor de uitgangspunten van en verhoudingen in het nieuwe zorgstelsel, maar dit zijn slechts

overdenkingen. Ander onderzoek kan in de toekomst eventueel definitief uitwijzen of de uitgangspunten aangepast zouden moeten worden.

8.4.5 Toetsingskader voor Verantwoorde zorg en ontwikkelingen in de zorgsector

Een terugtrekkende overheid, sterkere marktpartijen, begeleid door een sterk toezicht van bijvoorbeeld externe toezichthouders als de IGZ en de NZa zijn recente ontwikkelingen binnen de zorgsector. Daarbij houdt de IGZ vooral toezicht op de kwaliteit van zorg en de NZa meer toezicht op de zorgmarkt. Uit dit onderzoek blijkt dat het Toetsingskader voor Verantwoorde zorg door de IGZ ondersteund wordt, en dat zij hun inspectieformulieren hebben aangepast aan het Toetsingskader. Van de externe toezichthouders in het nieuwe zorgstelsel wordt vooral de positie van de IGZ versterkt door het kader. De V&V-instellingen zijn verplicht hun prestatiegegevens aan de IGZ openbaar te maken en de IGZ kan de instellingen op basis van deze gegevens ook sancties opleggen. Daarnaast is ook de positie van de interne toezichthouders binnen het stelsel, zoals raden van toezicht, verbeterd door het Toetsingskader. Zij krijgen met deze prestatie meting veel informatie over de kwaliteit van zorg die door de instellingen geleverd wordt. Doordat het systeem in de V&V-sector in gezamenlijkheid ontwikkeld is, worden er kwaliteitsaspecten gemeten die ook voor hen belangrijke inzichten biedt.

Niet bij elke prestatie meting hoeft dit het geval te zijn. Als het systeem meer van bovenaf opgelegd wordt en niet voor elke partij belangrijke indicatoren bevat, dan kan prestatie meting snel verworden tot een aspect van toezichtbureaucratie. Deze term heeft er mee te maken dat partijen in een sector in eerste instantie meer de ruimte krijgen en dat de overheid meer op afstand en hoofdlijnen gaat sturen. De vrees die hierbij bestaat is dat er uiteindelijk aan de achterkant van het handelen opnieuw een grote bureaucratie dreigt te ontstaan, de toezichtbureaucratie (Putters, Frissen & Foekema, 2006). Dit vindt plaats als de toezichthouders uiteindelijk toch steeds meer informatie nodig blijken te hebben en te vragen om op afstand te kunnen sturen. De toezichtprotocollen die dan ontwikkeld worden zorgen uiteindelijk voor veel bureaucratie. Deze studie laat zien dat met de prestatie meting in de V&V-sector er goed verantwoording afgelegd kan worden en er ook een minimumkwaliteit aan zorg gegarandeerd kan worden. Het aanwezig zijn van deze effecten ondersteunt het bestaan van een toezichtbureaucratie in de V&V-sector niet. Met het huidige toezicht kan de kwaliteit van zorg goed gehandhaafd worden. Belangrijk is dat dit zo blijft in de toekomst, anders zou het prestatie meet systeem geleidelijk aan steeds meer tot een toezichtbureaucratie kunnen leiden. Daarbij kan er gezegd worden dat het nut van de huidige toezichtprotocollen voor de sector zou toenemen als deze ook leiden tot kwaliteitsverbetering. De prestatie meting leidt dan niet tot handhaving van kwaliteit, maar ook tot kwaliteitsverbetering. Van de aanwezigheid van een toezichtbureaucratie kan men dan nog moeilijker spreken.

Zoals uit de vorige paragraaf al bleek is er een discussie gaande of cliënten in de zorgsector wel werkelijk kunnen kiezen, of er wel werkelijk sprake is van een marktsituatie. Door de prestatie meting in de V&V-sector hebben de cliënten meer en beter toegang tot informatie over de kwaliteit van deze zorg dan ooit tevoren. In die zin is hun informatiesituatie verbeterd. Toch is ook tijdens deze studie vaak door gesprekspartners aangegeven dat er in deze sector niet echt van vrije keuze voor een bepaalde instelling gesproken kan worden. Zo is er sprake van een

schaarste in de markt, er zijn te weinig bedden in de V&V-instellingen. Ook blijft na deze studie de vraag relevant of cliënten daadwerkelijk de zorginstelling kiezen op basis van informatie over kwaliteit. In de gesprekken is namelijk naar voren gekomen dat geografische aspecten in de V&V-sector een grote rol spelen. De cliënten willen vaak in hun wijk, dorp of stad blijven wonen. Daarnaast is momenteel de informatie over de kwaliteit van zorg in instellingen veelal op internet beschikbaar. Ook hierbij kan de vraag gesteld worden of het reëel is te veronderstellen dat cliënten van V&V-instellingen, toch vaak ouderen, voldoende toegang hebben tot internet.

In meerdere delen van de publieke sector is men prestatie-meetsystemen aan het ontwikkelen. Hierbij valt binnen de zorgsector te denken aan de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg en buiten de zorgsector bijvoorbeeld aan de onderwijs- en volkshuisvestingssector. Welke doelen er met de prestatie-meting bereikt dienen te worden is een belangrijke vraag voor de actoren die betrokken zijn bij de ontwikkeling van de systemen. In de V&V-sector worden vooral transparantie en kwaliteitsverbetering nagestreefd, het Toetsingskader voor Verantwoorde zorg dient geen allocatiedoelenden binnen de sector. Tijdens deze studie is naar voren gekomen dat de instellingen door deze insteek van prestatie-meting veel aan de prestatie-meting hebben, ze kunnen met de meetresultaten aan de slag. Daarbij is te veronderstellen dat als het prestatiesysteem voor allocatie gebruikt zou worden, de indicatoren minder over de kwaliteitsaspecten van zorg zouden gaan die voor de instellingen relevant zijn. Bovendien hebben de instellingen bij een systeem met allocatiedoelenden meer belang bij een goede score op de indicatoren, waarschijnlijk roept dit meer ongewenste reacties op. In de inleiding is al betoogd dat dit onder andere de betrouwbaarheid van de gegevens in gevaar brengt. Dit inzicht kan de andere delen van de zorgsector, en andere publieke sectoren, helpen bij het bepalen van de doeleinden van de prestatie-meetsystemen die zij aan het ontwikkelen zijn.

8.5 RELEVANTIE HUIDIG EN TOEKOMSTIG ONDERZOEK

Het ontwerp van het Toetsingskader voor Verantwoorde zorg heeft in gezamenlijkheid plaatsgevonden. De gesprekspartners van de verschillende partijen geven terug dat wat zij belangrijk vinden, herkenbaar is in het Toetsingskader. Hun kernwaarden lijken voldoende geborgd te zijn. Al eerder is geanalyseerd dat dit eraan heeft bijgedragen dat er bij de partijen een hoog draagvlak voor het kader is en dat dit positief voor de functionaliteit van het prestatie-meetsysteem is. Van deze uitkomst kan in de toekomst gebruik gemaakt worden, zowel in de V&V-sector, als in andere sectoren. Rekening houden met de verschillende kernwaarden die er in een sector aanwezig zijn is een conditie die de functionaliteit van prestatie-meting kan verhogen. Borging van de verschillende kernwaarden kan gewenste gedragsreacties oproepen, en kan voorkomen dat sommige ongewenste gedragsreacties optreden.

Ondanks dat de verschillende partijen in de V&V-sector tegengestelde belangen hebben, zijn ze in staat geweest er samen uit te komen. Uiteindelijk ondersteunen alle betrokken partijen het Toetsingskader. Ook dit kan als voorbeeld gelden voor de aanpak van prestatie-meting in andere sectoren. Ook daar zullen vele partijen

met verschillende belangen zijn. Deze studie laat zien dat bij het ontwerp van een prestatie-meetsysteem het voor de functionaliteit van het systeem goed kan zijn dit in gezamenlijkheid te doen. Ook hoeft het bestaan van tegengestelde belangen in de sector niet perse een reden te zijn om een prestatie-meetsysteem van bovenaf op te leggen.

Aan bovenstaande kan worden toegevoegd dat in dit onderzoek alleen de kernwaarden van de verschillende actoren aan de orde zijn gekomen. Het in kaart brengen van concrete handelingen en acties die uit deze waarden volgen, zou kunnen leiden tot het formuleren van een productlogica van de V&V-sector. Diverse auteurs (Putters, 2001; Brandsen, Van de Donk & Kenis, 2006) gebruiken de term productlogica om aan te geven dat er binnen verschillende sectoren specifieke waarden en belangen na worden gestreefd. Specifieke producteigenschappen en interacties tussen belanghebbenden zijn ook onderdeel van de productlogica van een bepaalde sector. Met toekomstig onderzoek zou de productlogica van verschillende sectoren, zoals de V&V-sector, in kaart gebracht kunnen worden. Want met het uitvoeren van deze studie is de veronderstelling gegroeid dat de verschillende delen van de zorgsector (V&V-sector, ziekenhuissector, geestelijke gezondheidszorg) en ook de verschillende publieke sectoren verschillende productlogica's hebben. Zo zou verwacht kunnen worden dat basiswaarden zoals traditie en religie, gemeenschapszin, menselijkheid en respect in de V&V-sector waar langdurige zorgrelaties bestaan een grotere rol spelen dan in de ziekenhuissector. In de ziekenhuissector gaat het vaker om acute, kortdurende zorg, bijvoorbeeld bij de behandeling van een gebroken been. De genoemde basiswaarden kunnen ook hier een rol spelen, maar het is waarschijnlijk dat zij een grotere rol spelen wanneer er sprake is van een langdurige zorgrelatie.

Met het ontwikkelen van deze afzonderlijke productlogica's kan bij het ontwikkelen van prestatie-meetsystemen dan wellicht meer recht worden gedaan aan de verschillende producteigenschappen, waarden van actoren en structuren van interactie in de afzonderlijke sectoren. Zo is door de producteigenschappen van de zorg in de V&V-sector, langdurige zorg en minder urgent dan bijvoorbeeld in de ziekenhuissector, het meenemen van indicatoren die op deze producteigenschappen van de V&V-sector terug te koppelen zijn cruciaal. Alleen dan kan er met prestatie-meting recht worden gedaan aan wat werkelijk de kwaliteit van zorg in die sector omvat. Door op het bestaan van verschillende productlogica's in verschillende sectoren de aandacht te vestigen kan er een meer zinvolle invulling aan prestatie-meting gegeven worden. Door met de productlogica's van deze sectoren rekening te houden is de verwachting dat de partijen in de sector beter met de resultaten van de prestatie-meting aan de slag kunnen. De effectiviteit van het instrument zou zo verhoogd kunnen worden. Kortom, ook na deze studie blijven er nog vele vraagstukken onbeantwoord met betrekking tot de functionaliteit van prestatie-meetsystemen in de publieke sector. Toekomstig onderzoek is vereist om deze vragen te beantwoorden.

9. LITERATUURLIJST

Bordewijk, P. & Klaassen, H.L. (2000). *Wij laten ons niet kennen: een onderzoek naar het gebruik van kengetallen bij negen grotere gemeenten*. 's Gravenhage: VNG uitgeverij.

Bouckaert, G. & Balk, W. (1991). Public productivity measurement: diseases and cures. *Public Productivity & Management Review*, 15(2): 229-35.

Branden, T., Van de Donk, W.B.H.J. & Kenis, P.N. (red.).(2006). *Meervoudig bestuur: publieke dienstverlening door hybride organisaties*. Den Haag: Lemma.

Centrum voor ethiek en gezondheid. (2006). *Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren*. Signalering ethiek en gezondheid 2006/1. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid.

De Bruijn, J.A. (2001). *Prestatiemeting in de publieke sector: tussen professie en verantwoording*. Utrecht: Lemma.

De Waal, A.A. & Kerklaan, L.A.F.M. (2002). *De resultaatgerichte overheid: op weg naar de prestatiegedreven overheidsorganisatie*. Amsterdam: Holland Consulting Group.

Emans, B. (1990). *Interviewen. Theorie, techniek en training*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Expertisecentrum, consultants voor overheidsinformatisering. (2004). *Verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van de balanced scorecard*. Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies De Staat van het Stelsel. Zoetermeer.

Giard, R.W.M. (2005). Prestatie-indicatoren als maat voor de kwaliteit van medische zorg: retoriek en realiteit. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149, 2715-2719.

Gorissen, W.H.M. (2001). *Kennis als hulpbron: het gebruik van wetenschappelijke kennis bij beleidsvorming in de jeugdgezondheidszorg voor 4-19-jarigen*. Wageningen: Ponsen & Looijen.

Hakvoort, J.L.M. (1995). *Methoden en technieken van bestuurskundig onderzoek*. Delft: Uitgeverij Eburon.

Haselbekke, A.G.J. (1990). *Prestaties tellen: kengetallen als instrument voor een bedrijfsmatig(er) bestuur en beheer van decentrale overheden*. 's Gravenhage: VNG uitgeverij.

Katholieke Universiteit Leuven. *Inleiding: een integratie van inzichten over wetenschap*. (<http://ppw.kuleuven.be/FL/wetenschap.htm>). Mei 2007.

Meijerink, Y., Gras, M., Eland, A., Kallewaard, M., Haeck, J., Berg, M. (2003). Werken aan verbetering: ziekenhuizen gaan prestaties openbaar maken. *Medisch Contact*, 40, 1531-1534.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2002). *Bakens zetten. Naar een Nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg*. Den Haag.

Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg. Een ontwikkelingsmodel voor verpleeg- en verzorgingshuizen opgesteld door organisaties van cliënten, aanbieders en beroepsgroepen. Utrecht 2005.

Pollitt, C. (2003). *The essential public manager*. Maidenhead: Open University Press.

Putters, K. (2001). *Geboeid ondernemen. Een studie naar het management in de Nederlandse ziekenhuiszorg*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Putters, K. (2006). Zorg is passie. In: *Het BMC Zorgdebat. De ziel terug in de zorg*. Verslag van debat op 13 december 2006.

Putters, K., Frissen, P.H.A. & Foekema, H. (2006). *Zorg om vernieuwing: een studie naar innovaties in de gezondheidszorg*. Den Haag: Clingendael.

Rutgers, M. (2004). *Grondslagen van de bestuurskunde. Historie, begripsvorming en kennisintegratie*. Bussum: Coutinho.

Snellen, 1987. *Boeien en geboeid. Ambivalenties en ambities in de bestuurskunde*. Oratie, Katholieke Universiteit Brabant.

Sociaal-Economische Raad. (2005). *Advies: ondernemerschap voor de publieke zaak*. Den Haag.

Toetsingskader voor Verantwoorde zorg. Een operationalisatie van het visiedocument 'Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg' in een indicatorenset en een sturingsmodel voor de V&V-sector. Utrecht 2005.

Van Hout, E. (2007). *Zorg in spagaat. Management van hybride, maatschappelijke organisaties.* Den Haag: Lemma.

Van Hout, E. & Putters, K. (2006). *Leiderschap in maatschappelijke organisaties. Hoe het schaap met de vijf poten uit zijn spagaat werd getrokken en effectief zwalkend zijn weg vervolgde.* Paper voor het TSPB-Congres. Betovering in een onttoverde wereld. Efteling, Kaatsheuvel 2 november 2006.

Van Thiel, S. & Leeuw, F.L. (2003). De prestatieparadox in de publieke sector. *Beleidswetenschap*, 17(2), 123-144.

Veld, R.J. in 't. (2005). Verzelfstandiging en hybriditeit, in: Meijerink, M.H. & Mindermand, G.D. *Naar een andere publieke sector. Hybriditeit en een andere wijze van publieke taakvervulling.* Den Haag: Sdu Uitgevers.

Vierbergen, R.A. & Brouwer, A.J.M. (2002). Een zoektocht naar bestuurlijk relevante prestatiegegevens in de publieke sector. *Overheidsmanagement*, 1.

Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M., Braspenning, J., Ouwens, M., Schouten, J., Marres, H., Dijkstra, R., Grol, R. (2007). Clinical indicators: development and applications. *The Netherlands Journal of Medicine*, 65(1), 15-22.

Zeppou, M. & Sotirakou, T. (2002). The stair model: a comprehensive approach for managing and measuring government performance in the post-modern era. In: Neely, A., Walters, A. & Austin, R. (ed.). *Performance Measurement and Management Research and Action*, Cranfield School of Management, UK.

BIJLAGE A: INTERVIEWKADER

Voorstellen

Aanleiding onderzoek:

Scriptie voor studie Bestuurskunde aan EUR over nieuwe prestatie-meetsysteem in de Verpleeg en Verzorgingssector: Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg

Doel onderzoek

Onderzoeken wat de functionaliteit van het Toetsingskader in de praktijk is, en wat mogelijk verbeteringen kunnen zijn

Opzet onderzoek

Interviews met de verschillende actoren die in de zorgsector met de prestatie-meting te maken hebben: zorgverzekeraar, ministerie VWS, Inspectie Gezondheidszorg, Landelijke Organisatie Cliëntenraden en beroepsorganisaties van verpleegkundigen en verzorgenden en V&V-instellingen.

Opzet gesprek

- Het gaat om het beeld dat u van de functionaliteit van prestatie-meting in de zorgsector heeft, meer specifiek de V&V-sector.
- Maken van aantekeningen, anonieme verwerking
- In gesprek graag ook kleine enquête afnemen, kwantitatieve gegevens naast informatie uit gesprekken, theorie en documenten

Vragen	Instructie voor interviewer(s)
<i>Rol actor in prestatie-meetsysteem</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hoe bent u betrokken bij prestatie-meting in de zorgsector?</i> • <i>Hoe bent u betrokken bij ontwerp Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg?</i> • <i>Welke functie/functionaliiteit hebben de prestatie-meet-systemen voor u als? (sturing, verantwoording)</i> 	<p><i>Hebben partijen die betrokken waren bij ontwerpproces de belangen van de gesprekspartner goed vertegenwoordigd?</i></p>
<i>Kernwaarden actor</i>	
<p><i>– Waarden punten toekennen tussen de 0 en 100. Niet lang wikken en wegen, alle waarden waarschijnlijk belangrijk maar wellicht de ene wat meer dan de andere, dit probeer ik zo te achterhalen. Anoniem en wordt niet gebruikt als keiharde cijfers, slechts ter indicatie naast informatie uit gesprekken, theo-</i></p>	

<p><i>rie en documenten.</i></p> <p><i>– (als gesprekspartner geen punten wil toekennen)Wat vindt u belangrijk dat er goed geregeld moet zijn in de zorgsector /V&V-sector. Wat zijn voor u belangrijke waarden?</i></p> <p><i>– Herkent u deze waarden in het huidige prestatie-meetsysteem?</i></p> <p><i>– Hoe waardeert u het huidige prestatie-meetsysteem? Komt de functionaliteit tot haar recht?</i></p> <p><i>– Welke goede punten, welke problemen /valkuilen?</i></p>	
Gedagsreacties	
<p><i>– Zijn mensen van.....positief over meetsystemen die er nu liggen?</i></p> <p><i>– Zo nee, waaruit blijkt dat (gedagsreacties: verlies aan motivatie, vertrouwen, manipulatie gegevens)</i></p> <p><i>– Ziet u ook soortgelijke gedagsreacties van andere partijen in de zorgsector? Waardoor denkt u dat deze reacties optreden?</i></p> <p><i>– Wat is uw perceptie omtrent wat ...(omstandigheid) heeft dit bepaalde gedagsreacties opgeroepen?</i></p> <p><i>– Wat is uitwerking van gedagsreacties volgens gesprekspartner?</i></p>	<p><i>Gedagsreacties:</i></p> <p><i>Manipulatie gegevens</i></p> <p><i>Verlies aan vertrouwen</i></p> <p><i>Verlies aan motivatie</i></p> <p><i>Omstandigheden:</i></p> <p><i>Door welke actor systeem ingevoerd</i></p> <p><i>Welke functie systeem heeft</i></p> <p><i>Vorm van controle van prestatiegegevens</i></p> <p><i>Interactie tijdens ontwerp en gebruik</i></p>
Verbeteringsmogelijkheden	
<p><i>– Waar ziet u mogelijkheden voor verbetering van het prestatie-meetsysteem?</i></p> <p><i>– Wat moet er gebeuren willen die verbeteringen doorgevoerd kunnen worden?</i></p>	

Beëindiging gesprek

- Terugkoppeling afspreken
- Contactgegevens uitwisselen

Puntentoekening Waarden

Waarden	Aantal punten (0-100)	Opmerkingen
Toegankelijkheid: Elk lid van de samenleving heeft recht op zorg		
Controleerbaarheid: Mate van transparantie, afleggen verantwoordelijkheid		
Professionele autonomie: Medische professionals bepalen de inhoud van de verpleging en verzorging		
Toewijding: Zorg wordt met toewijding gegeven		
Traditie en religie: Verzorging dient verleend te worden in de geest van een bepaalde geloofsovertuiging, tradities en daarmee samenhangende ideeën over goede zorg		
Efficiency: Resultaten tegen zo laag mogelijke kosten		
Concurrentie: Iedere marktpartij in de zorg is uit op zoveel mogelijk klanten, partijen die niet concurreren zullen niet voortbestaan		
Rechtvaardigheid: Verdeling van zorg is gebaseerd op de geldende rechtsorde		
Betaalbaarheid: Wel of niet in evenwicht zijn van de kosten van zorg met andere collectieve uitgaven		
Medische urgentie: Medisch-ethische criteria zijn leidend bij keuzes die		

in zorg en behandelingen gemaakt worden, bij gelijke urgentie wordt eerste patiënt eerst behandeld		
Respect: Zorg wordt met respect gegeven		
Gemeenschapszin: Verzorging en verpleging dient ingebed te zijn in het besef dat de patiënt deel uitmaakt van een of meerdere gemeenschappen, deze gemeenschappen stellen 'warme eisen' aan zorg		
Kostenminimalisatie: Voortdurend streven naar reductie van kosten		
Winstgerichtheid: Zorginstellingen kunnen alleen overleven als zij steeds meerwaarde produceren, financieel maar ook sociaal		
Gelijkheid: Iedereen is in het ontvangen van zorg gelijk		
Solidariteit: Zorg is zo kostbaar dat financiering op het principe sterkste schouders dragen zwaarste lasten geldt		
Vrije artsenkeuze: Principieel keuzevrijheid voor patiënten en ze mogen nooit gedwongen worden		
Menselijkheid: Gaat over aandacht voor mens-zijn van patiënt		
Effectiviteit: Gaat over de doel- en effectgerichtheid van zorg, niet zozeer over de kosten		
Patiëntzelfbeschikking: Patiënten hebben zelf altijd het laatste en beslissende woord		