

# Zorg met mate meten



## prestatie-indicatoren in de zorg

Freek Augustijn  
Studentnummer: 261253  
Rotterdam juli 2007  
Begeleider: Dr. V.M.F. Homburg  
Tweede lezer: Dr. F.B.L van der Meer  
Erasmus Universiteit Rotterdam  
Faculteit der Sociale Wetenschappen  
Opleiding bestuurskunde

## Voorwoord

Met het schrijven van deze scriptie komt er een einde aan mijn academische bestuurskundige opleiding. Een studie die mij veel inzichten heeft opgeleverd die bruikbaar zijn binnen mijn werk. Ondanks dat mijn werkkring niet een direct bestuurskundig werkgebied betreft, geeft de opleiding inzichten die ook in een niet direct bestuurskundige werkomgeving een goede aanvulling zijn.

Hier is ook de plaats om mensen te bedanken die het mogelijk hebben gemaakt om de studie af te ronden. Als eerste mijn werkgever die mij mogelijkheden heeft geboden om onderdelen van deze studie voltooien. Daarnaast zeker mijn collega's die de moeite hebben genomen om een luisterend oor te bieden en zo nu en dan een kritische opmerking te maken over prestatie metingen. Jullie hebben daarmee een positief, kritisch geluid laten horen dat mij verder heeft geholpen. Ook de ondersteuning op het gebied van lay out is belangrijk geweest voor de leesbaarheid van deze scriptie.

Maar de meest belangrijke personen zijn toch mijn gezin. Zij hebben met mij het geduld gehad om de tijd vrij te maken om de studie mogelijk te maken. Daarnaast zijn zij de stimulans geweest om na een lange periode toch deze studie af te ronden. Ook mijn ouders ben ik ben ik dank verschuldigd, zij hebben mede gemaakt hoe ik geworden ben. Zij zijn altijd blijven geloven in ontwikkeling van hun kinderen (zo nu en dan tegen beter weten in met al mijn studies), maar waren aanwezig met adviezen en ondersteuning.

Naast deze mensen zijn er vanuit de opleiding Bestuurskunde belangrijke personen geweest die het mogelijk hebben gemaakt om de scriptie te maken en af te ronden. Vooral mijn begeleider van deze scriptie Vincent Homburg. Bedankt voor je inzet en vooral voor het opleggen van tijdsdruk om zaken af te ronden en mij voor dwaalwegen te behoeden. Maar ook dank voor de commentaren en ideeën, die hebben bijgedragen tot verdieping van het vakgebied en uiteindelijk tot het eindresultaat: de scriptie.

Freek Augustijn

Soest, juli 2007

## Samenvatting

Prestatie-indicatoren zijn eind jaren '80 van de vorige eeuw in de zorg in zwang gekomen. Zij worden gebruikt om de kwaliteit van de geleverde zorg te meten, door middel van vragenlijsten. Prestatie-indicatoren dienen aan een aantal voorwaarden te voldoen voordat zij bruikbaar zijn, kort samengevat: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden (SMART). Het uiteindelijke doel is, dat zij een organisatie transparanter maken en dat de organisatie van het proces leert. De organisatie moet op het resultaat van de prestatie-indicator beoordeeld kunnen worden en uiteindelijk afgerekend kunnen worden.

De vraag is echter ook hoe organisaties met de resultaten van een prestatie-indicator omgaan, als deze is uitgevoerd. Wat is de invloed van een prestatie-indicator op de praktijk?

Negen in de zorg gebruikte indicatoren zijn op de mogelijke positieve (innovatie, leereffecten, professionele dienstverlening) en negatieve effecten (strategisch gedrag, blokkeren van innovatie, sancties) beoordeeld. Bij elk van deze effecten is vervolgens gekeken hoe deze in de praktijk gemeten kan worden, en die meting is daarna uitgevoerd.

Uit het onderzoek volgt dat innovatie, in de vorm van aanpassingen aan procedures en protocollen, veel voorkomend is. Het is echter vaak niet vanuit een intrinsieke motivatie om te innoveren in de organisatie, maar eerder door een latente, sluimerende angst voor controlerende instanties. De leereffecten van prestatie-indicatoren echter zijn moeilijk te meten. Verbetering in professionele dienstverlening bijvoorbeeld is in dit onderzoek niet te meten; dit is al zo sterk verweven met de dagelijkse praktijk dat hier geen veranderingen gemeten kunnen worden. Strategisch gedrag komt in zekere mate voor, maar is niet gericht op het vermijden van negatieve effecten van prestatie-indicatoren, maar op het vermijden van financiële risico's die zijn verbonden aan het opnemen van patiënten met complexe problemen. Het blokkeren van innovatie komt ook niet voor, maar dit is mede omdat externe organisaties er continu op aandringen, dat elders ontstane verbeteringen ook ingevoerd worden in andere organisaties. Sancties in de vorm van financiële of personele kortingen komen niet voor, omdat de huidige vorm van financiering dit niet toestaat.

De vraag blijft dan over: zijn prestatie-indicatoren zinvol voor een organisatie of zijn het jaarlijks terugkerende rituelen zonder veel inhoud? Hiervan kan in het kort gezegd worden dat beide een deel van de waarheid bevatten. Het is in hoge mate een jaarlijks terugkerend ritueel, maar juist daarom dwingt het de organisaties om regelmatig te kijken naar de verbeteringen en innovaties die de controlerende instanties aandragen, of verbeteringen door te voeren die men anders langer zou laten liggen.

## Inhoudsopgave

<b>Voorwoord .....</b>	<b>2</b>
<b>Samenvatting .....</b>	<b>3</b>
<b>Inhoudsopgave .....</b>	<b>4</b>
<b>Hoofdstuk 1 Inleiding.....</b>	<b>9</b>
1.1 Aanleiding voor het onderzoek .....	9
1.2 Probleemstelling.....	10
1.3 Doelstelling .....	10
1.4 Vraagstelling van deze scriptie .....	11
1.5 Methode van onderzoek .....	12
1.6 Maatschappelijk belang en wetenschappelijk belang: .....	13
1.7 Leeswijzer .....	13
<b>Hoofdstuk 2 AanvullendeZorg in zorgcentra .....</b>	<b>14</b>
2.1 Inleiding .....	14
2.2 Wat is aanvullende zorg ? .....	14
2.3 De vier categorieën.....	15
2.3.1 Cliënten waarbij het accent ligt op somatische problematiek .....	15
2.3.2 Cliënten waarbij het accent ligt op psychogeriatrische problematiek.....	16
2.3.3 Cliënten op wie de combinatie van somatische en psychogeriatrische.....	16
problematiek van toepassing is .....	16
2.3.4 Cliënten waarbij het accent ligt op psychiatrische problematiek.....	17
2.4 Voorwaarden om de zorg te leveren .....	17
2.5 Uitvoering van CTG-beleidsregels bij de aanvullende zorg .....	18
2.6 Zorgfinanciering.....	19
2.7 Conclusie.....	20
<b>Hoofdstuk 3 Theorievorming over prestaties .....</b>	<b>21</b>
3.1 Inleiding .....	21
3.2 Definitie van prestaties.....	22
3.3 Problemen bij prestatie metingen.....	23
3.4 Prestatie-indicatoren.....	24
3.4.1 Functies van prestatiemeting.....	25
3.4.1.1 Positieve functies.....	25
3.4.2 Negatieve effecten en neveneffecten van prestatie-indicatoren .....	26
3.5 Dynamiek van prestatiemeting.....	30
3.5.1 Inleiding .....	30
3.5.2 De wet van de afnemende effectiviteit.....	30
3.5.3 De wet van de Mushrooming .....	30
3.5.4 De wet op de collectieve blindheid .....	31
3.6 Conclusie.....	31
<b>Hoofdstuk 4 Bestaande prestatie-indicatoren.....</b>	<b>32</b>
4.1 Inleiding .....	32
4.2 Prestatie-indicator Zorgplan.....	32
4.3 Prestatie-indicator structurele afwijkingen van het individuele zorgplan.....	33
4.4 Prestatie-indicator zorgplan getekend door cliënt.....	33
4.5 Prestatie-indicator multidisciplinair overleg.....	34
4.6 Prestatie-indicator Meldingen Incidenten Cliënten (MIC).....	35

4.7 Prestatie indicator zorginzet.....	35
4.8 Prestatie-indicator cliënttevredenheid.....	36
4.9 Prestatie-indicator vocht- en voedingvoorziening.....	36
4.10 Prestatie-indicator protocol voor preventie en behandeling van decubitus.....	37
4.11 Conclusie.....	37
<b>Hoofdstuk 5 Operationalisering van de effecten van prestatie-indicatoren. ....</b>	<b>38</b>
5.1 Inleiding.....	38
5.2 Prestatie-indicator zorgplan.....	38
5.2.1 Innovatie.....	38
5.2.2 Leereffecten.....	39
5.2.3 Professionele dienstverlening.....	39
5.2.4 Strategisch gedrag.....	39
5.2.5 Blokkeren van innovatie.....	40
5.2.6 Sancties.....	40
5.3 Prestatie-indicator structurele afwijkingen van het individuele zorgplan.....	41
5.3.1 Innovatie.....	41
5.3.2 Leereffecten.....	41
5.3.3 Professionele dienstverlening.....	42
5.3.4 Strategisch gedrag.....	42
5.3.5 Blokkeren van innovatie.....	43
5.3.6 Sancties.....	43
5.4 Prestatie-indicator zorgplan getekend door cliënt.....	44
5.4.1 Innovatie.....	44
5.4.2 Leereffecten.....	44
5.4.3 Professionele dienstverlening.....	45
5.4.4 Strategisch gedrag.....	45
5.4.5 Blokkeren van innovatie.....	46
5.4.6 Sancties.....	46
5.5 Prestatie-indicator multidisciplinair overleg.....	47
5.5.1 Innovatie.....	47
5.5.2 Leereffecten.....	47
5.5.3 Professionele dienstverlening.....	48
5.5.4 Strategisch gedrag.....	48
5.5.5 Blokkeren van innovatie.....	49
5.5.6 Sancties.....	49
5.6 Prestatie-indicator Meldingen Incidenten Cliënten ( MIC).....	50
5.6.1 Innovatie.....	50
5.6.2 Leereffecten.....	50
5.6.3 Professionele dienstverlening.....	51
5.6.4 Strategisch gedrag.....	51
5.6.5 Blokkeren van innovatie.....	52
5.6.6 Sancties.....	52
5.7 Prestatie-indicator zorginzet.....	53
5.7.1 Innovatie.....	53
5.7.2 Leereffecten.....	53
5.7.3 Professionele dienstverlening.....	54
5.7.4 Strategisch gedrag.....	54

5.7.5 Blokkeren van innovatie.....	55
5.7.6 Sancties.....	55
5.8 Prestatie-indicator cliënttevredenheid.....	56
5.8.1 Innovatie.....	56
5.8.2 Leereffecten.....	56
5.8.3 Professionele dienstverlening.....	57
5.8.4 Strategisch gedrag.....	57
5.8.5 Blokkeren van innovatie.....	57
5.8.6 Sancties.....	58
5.9 Prestatie-indicator vocht- en voedingvoorziening.....	58
5.9.1 Innovatie.....	58
5.9.2 Leereffecten.....	59
5.9.3 Professionele dienstverlening.....	59
5.9.4 Strategisch gedrag.....	59
5.9.5 Blokkeren van innovatie.....	60
5.9.6 Sancties.....	60
5.10 Prestatie-indicator voor preventie en behandeling van decubitus.....	61
5.10.1 Innovatie.....	61
5.10.2 Leereffecten.....	61
5.10.3 Professionele dienstverlening.....	62
5.10.4 Strategisch gedrag.....	62
5.10.5 Blokkeren van innovatie.....	62
5.10.6 Sancties.....	63
5.11 Conclusie.....	63
<b>Hoofdstuk 6 Confrontatie theorie en praktijk.....</b>	<b>65</b>
6.1 Inleiding.....	65
6.2 Prestatie-indicator zorgplan.....	65
6.2.1 Innovatie.....	65
6.2.2 Leereffecten.....	65
6.2.3 Professionele dienstverlening.....	66
6.2.4 Strategisch gedrag.....	66
6.2.5 Blokkeren van innovatie.....	67
6.2.6 Sancties.....	68
6.3 Prestatie-indicator structurele afwijkingen van het individuele zorgplan.....	68
6.3.1 Innovatie.....	68
6.3.2 Leereffecten.....	69
6.3.3 Professionele dienstverlening.....	69
6.3.4 Strategisch gedrag.....	70
6.3.5 Blokkeren van innovatie.....	70
6.3.6 Sancties.....	70
6.4 Prestatie-indicator getekend zorgplan door de cliënt.....	71
6.4.1 Innovatie.....	71
6.4.2 Leereffecten.....	71
6.4.3 Professionele dienstverlening.....	72
6.4.4 Strategisch gedrag.....	72
6.4.5 Blokkeren van innovatie.....	73
6.4.6 Sancties.....	73

6.5 Prestatie-indicator multidisciplinair overleg.....	73
6.5.1 Innovatie.....	73
6.5.2 Leereffecten.....	74
6.5.3 Professionele dienstverlening.....	74
6.5.4 Strategisch gedrag .....	74
6.5.5 Blokkeren van innovatie.....	75
6.5.6 Sancties.....	75
6.6 Prestatie-indicator Meldingen Incident Cliënten (MIC) .....	76
6.6.1 Innovatie.....	76
6.6.2 Leereffecten.....	76
6.6.3 Professionele dienstverlening.....	76
6.6.4 Strategisch gedrag .....	77
6.6.5 Blokkeren van innovatie.....	77
6.6.6 Sancties.....	78
6.7 Prestatie-indicator zorginzet.....	78
6.7.1 Innovatie.....	78
6.7.2 Leereffecten.....	79
6.7.3 Professionele dienstverlening.....	79
6.7.4 Strategisch gedrag .....	79
6.7.5 Blokkeren van innovatie.....	80
6.7.6 Sancties.....	80
6.8 Prestatie-indicator cliënttevredenheid .....	81
6.8.1 Innovatie.....	81
6.8.2 Leereffecten.....	81
6.8.3 Professionele dienstverlening.....	82
6.8.4 Strategisch gedrag .....	82
6.8.5 Blokkeren van innovatie.....	82
6.8.6 Sancties.....	83
6.9 Prestatie-indicator vocht- en voedingvoorziening.....	83
6.9.1 Innovatie.....	83
6.9.2 Leereffecten.....	83
6.9.3 Professionele dienstverlening.....	84
6.9.4 Strategisch gedrag .....	84
6.9.5 Blokkeren van innovatie.....	84
6.9.6 Sancties.....	85
6.10 Prestatie-indicator voor preventie en behandeling decubitus.....	85
6.10.1 Innovatie.....	85
6.10.2 Leereffecten.....	85
6.10.3 Professionele dienstverlening.....	86
6.10.4 Strategisch gedrag .....	86
6.10.5 Blokkeren van innovatie.....	86
6.10.6 Sancties.....	87
6.11 Conclusie.....	87
6.11.1 Inleiding .....	87
6.11.2 Innovatie.....	87
6.11.3 Leereffecten.....	88
6.11.4 Professionele dienstverlening.....	89

6.11.5 Strategisch gedrag .....	89
6.11.6 Blokkeren van innovatie.....	90
6.11.7 Sancties.....	90
6.12 Overzicht .....	91
<b>Hoofdstuk 7 Conclusie en aanbevelingen.....</b>	<b>93</b>
7.1 Inleiding .....	93
7.2 Recapitulatie van onderzoek .....	93
7.3 Beantwoording van de deelvragen .....	93
7.4 Beantwoording centrale vraag.....	98
7.5 Hoe nu verder met prestatiemeting .....	100
7.6 Aanbevelingen en verder onderzoek.....	101
<b>Literatuurlijst .....</b>	<b>102</b>
<b>Bijlage 1 Inspectieformulier 2005 VVT.....</b>	<b>104</b>
<b>Bijlage 2 Contract huisartsen/instelling tav AVZ zorg.....</b>	<b>121</b>
<b>Bijlage 3 Materiële controle vanuit AGIS.....</b>	<b>131</b>
<b>Bijlage 4 Van blik naar goud onderwerpenlijst.....</b>	<b>132</b>
<b>Bijlage 5 Cliënt en kwaliteit.....</b>	<b>135</b>



## Hoofdstuk 1 Inleiding

In deze scriptie wordt onderzocht hoe organisaties omgaan met prestatie-indicatoren in de praktijk van alledag. Dit is van belang omdat er veel prestatie-indicatoren gehanteerd worden in de praktijk, maar weinig bekend is wat de effecten zijn van de prestatie-indicatoren op de organisaties. Ook is het van belang te weten hoe de betrokken professionals omgaan met de resultaten van een prestatie-indicatoren meting.

### 1.1 Aanleiding voor het onderzoek

In de zorg hebben zich de afgelopen decennia grote veranderingen voltrokken. Vanaf het begin van de jaren tachtig is de betaalbaarheid van de zorg in Nederland centraal komen te staan.<sup>1</sup> Sinds het begin van de jaren negentig is daarbij gekomen het probleem van de dubbele vergrijzing:<sup>2</sup> er zijn steeds meer mensen die ouder worden en de mensen die ouder worden leven langer dan een aantal jaren geleden. Een bijkomend probleem is dat er een steeds kleinere groep van werkenden de steeds maar groeiende uitgaven moet financieren.

In reactie op de stijgende kosten kwam vanaf midden jaren tachtig New Public Management<sup>3</sup> op. De politiek gaf hiermee aan wat men voor verschillende taken over had en wat men daarmee wilde bereiken. De professionals in de zorg zorgden naar eigen inzicht dat die resultaten tegen de afgesproken prijs werden gerealiseerd.

In het kader van New Public Management heeft de overheid in eerste instantie geprobeerd om door middel van afspraken over een verrichtingsplafond<sup>4</sup>, de consumptie van zorg te beperken. Een andere methode die de overheid gebruikt heeft, is het toepassen van de eigen bijdrage<sup>5</sup> voor medicatie, maar daarvan was de administratieve afhandeling vele malen duurder dan de opbrengst van de eigen bijdrage. Door verrichtingsplafonds in te stellen zijn er op grote schaal wachtlijsten<sup>6</sup> ontstaan voor de zorg, omdat men niet meer verrichtingen mocht uitvoeren in dat

---

<sup>1</sup> RIVM zorgbalans versie 1.0, 30 mei 2006

<sup>2</sup> RIVM Beer J de (NIDI), Verweij A (RIVM). Vergrijzing samengevat. In: Gezondheidszorg Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Gezondheidszorg. Bilthoven:

<sup>3</sup> o.a. Bordewijk en Klaassen in 'B&G' - 31-01-2001

<sup>4</sup> CBP No 45 januari 2004

<sup>5</sup> Tweede Kamer der Staten-Generaal Vergaderjaar 1992—1993 22920 Kostenbeheersing Geneesmiddelen brief van de algemene rekenkamer 22920 Kostenbeheersing Geneesmiddelen

<sup>6</sup> RIVM wachtlijsten reguliere zorg

jaar en mensen op de wachtlijst kwamen voor een volgende periode. Uiteindelijk bleek consumptiebeperking geen effectieve maatregel om de gezondheidszorg betaalbaar te houden. De overheid heeft vervolgens getracht de instellingen van gezondheidszorg financieel te sturen door vooraf kortingen op de budgetten in te voeren om zo efficiëntie<sup>7</sup> af te dwingen.

Door deze ontwikkelingen ontstonden vervolgens in de intramurale zorg wachtlijsten bij de verpleeghuizen. Deze werden ondervangen door mensen langer in de verzorgingshuizen te laten wonen, waarbij de overheid via de beleidsregels van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) extra budget beschikbaar stelde kwam via de AanVullendeZorg (AVZ) regeling.

Een parallelle ontwikkeling is dat er veel meer aandacht is gekomen voor de kwaliteit van de geleverde zorg. Kwaliteit houdt in dit geval in: veiligheid, doelmatigheid en toegankelijkheid van de zorg. Deze taak werd traditioneel door de inspectie gezondheidszorg waargenomen<sup>8</sup>. Organisaties hebben tegenwoordig minimaal met drie instanties te maken die zich met kwaliteit in de zorg bezighouden: de overheid (inspectie gezondheidszorg), de zorgkantoren<sup>9</sup> en de cliëntenvertegenwoordigers. De grootste cliëntenvertegenwoordiger is de stichting “Cliënt en Kwaliteit”.

Prestatie-indicatoren kennen positieve en negatieve effecten. Het is natuurlijk van belang om positieve effecten te versterken en negatieve effecten af te zwakken. Dit kan door de prestatie-indicatoren te verbeteren of door de organisatie effectiever met de resultaten van de meting om te laten gaan.

## **1.2 Probleemstelling**

De probleemstelling van deze scriptie is opgebouwd uit een doelstelling en een vraagstelling die hieronder aan bod komen.

## **1.3 Doelstelling**

Het meten van prestaties in de zorg roept naar verwachting bepaalde reacties op bij de organisaties waarin de metingen plaatsvinden. Op voorhand kan worden verwacht dat dit voor

---

<sup>7</sup> Zorgvisie

<sup>8</sup> IGZ publicaties

<sup>9</sup> Zorgverzekeraars Nederland werkzaamheden zorgkantoren

een deel 'positieve' (of positief bedoelde) effecten zijn (bijvoorbeeld prestatieverbetering, grotere nadruk op innovatie, et cetera), en voor een deel perverse (negatieve) effecten (zoals het bestraffen van goed functioneren, of het zich richten op relatief gezonde patiënten). De doelstelling van dit onderzoek is om te inventariseren wat de reacties zijn van verzorgingcentra op prestatiemeting en wat de netto balans is van verschillende type effecten van prestatiemeting.

#### **1.4 Vraagstelling van deze scriptie**

Om de vraag hanteerbaar te houden beperk ik het onderzoek tot de cliënten die AVZ zorg ontvangen. Dit is een kleine groep van cliënten in zorgcentra, die goed af te bakenen is binnen de grote groep van cliënten in zorgcentra. De groep van AVZ-geïndiceerde cliënten is ongeveer 25 à 30% van de populatie van de zorgcentra, maar deze groep groeit erg snel.

In de organisatie waar ik het onderzoek kan houden, gaat het om vijf zorgcentra met ongeveer 400 cliënten waarvan er ruim 100 cliënten AVZ geboden krijgen. Daarmee is de populatie en het aantal instellingen groot genoeg om een valide onderzoek te doen.

De vraagstelling luidt dan: wat zijn de effecten van de prestatiemeting op organisaties die AVZ-clieënten hebben?

Omdat het in de vraagstelling gaat over AVZ-geïndiceerde cliënten en de zorgverlening kom ik tot de volgende deelvraag:

1. Wat zijn AVZ-geïndiceerde cliënten: welke en hoeveel zorg wordt aan hun verleend?

Prestatiemetingen aan de hand van prestatie-indicatoren worden veel toegepast in de gezondheidszorg; daarmee komt de volgende deelvraag op:

2. Wat zijn prestatie-indicatoren?

Een vervolgvraag op de tweede deelvraag is dan:

3. Welke prestatie-indicatoren zijn relevant voor dit onderzoek?

Uit vraag drie komt dan welke effecten van belang zijn voor prestatie-indicatoren en de volgende deelvraag wordt dan:

#### 4. Welke effecten van prestatie-indicatoren zijn te verwachten?

Als er vooraf verwachtingen zijn ten aanzien van de effecten dan is het goed deze te toetsen aan de praktijk en wordt de volgende deelvraag:

#### 5. In welke mate doen de verwachte effecten in de praktijk van de AVZ in de zorgcentra zich voor?

Als deze bovenstaande deelvragen beantwoord zijn is het goed om te zien of deze vernieuwde inzichten kunnen leiden tot aanbevelingen voor de organisaties om prestatie-indicatoren effectiever te maken voor de organisaties. Dit zal in het laatste hoofdstuk aan de orde komen.

### **1.5 Methode van onderzoek**

Om bovenstaande vraagstelling te kunnen beantwoorden is het noodzakelijk om een methode van onderzoek te kiezen. Omdat het gaat om effecten van prestatie-indicatoren bij AVZ cliënten, zowel de positieve als de negatieve, kies ik ervoor om een onderzoek te doen bij een vijftal zorgcentra die aangesloten zijn bij een Stichting in Utrecht. In deze vijf zorgcentra verblijven ongeveer 400 cliënten, waarvan een gedeelte 25% tot 30% AVZ ontvangt. Deze groep is de afgelopen jaren snel in omvang toegenomen.

Eerst haal ik uit de literatuur de algemene effecten van prestatie-indicatoren. Omdat er een groot aantal prestatie-indicatoren zijn heb ik vervolgens een aantal van deze uitgekozen om de eventuele effecten van te meten. De gekozen indicatoren zijn algemeen gebruikelijke indicatoren en dezen worden dan ook gebruikt zowel de inspectie van de gezondheidszorg en zorgkantoren als vertegenwoordigers van cliënten. Vervolgens zijn van deze prestatie indicatoren de te verwachten effecten geïnventariseerd.

Omdat de effecten van prestatie indicatoren op management niveau tot uiting komen heb ik de output van het management (richtlijnen, versies van het kwaliteitshandboek, overlegverslagen ed) gebruikt. Deze geven inzicht in de richting waarin een organisatie verandert. Die verandering hoeft echter niet het effect te zijn van het uitvoeren van een prestatie indicator, maar kan ook geheel andere grondslagen hebben. Ik heb daarom ook bij de locatieverantwoordelijke managers van de verschillende organisatieonderdelen interviews afgenomen, om de effecten van het uitvoeren van prestatie indicatoren daarmee te kwalificeren.

## **1.6 Maatschappelijk belang en wetenschappelijk belang:**

Prestatie-indicatoren zijn belangrijk. Aan de ene kant helpt het de organisatie om kwaliteit inzichtelijk te maken voor zowel de cliënt (patiënt) als degene die de diensten betaalt (zorgverzekeraars). Aan de andere kant hebben effecten van prestatie-indicatoren de bijzondere aandacht van managers in instellingen, omdat managers bij uitstek er op uit zijn om positieve effecten van prestatiemetingen te benutten en de negatieve prikkels van prestatiemetingen zo klein mogelijk te houden. De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek ligt met name in het veldonderzoek, waarbij de theorie van prestatie-indicatoren wordt geconfronteerd met de praktijk.

## **1.7 Leeswijzer**

Na de probleemstelling verder in kaart te hebben gebracht, komt in hoofdstuk twee de eerste deelvraag aan de orde, namelijk: wat zijn AVZ-geïndiceerde cliënten en welke en hoeveel zorg wordt er geboden aan deze cliënten. In hoofdstuk drie wordt de theorie besproken over: wat zijn prestatie-indicatoren en wat zijn de in de literatuur bekende effecten van deze vorm van meten. Vervolgens komt in hoofdstuk vier aan de orde welke prestatie-indicatoren voor dit onderzoek van belang zijn. In hoofdstuk vijf worden de functies van prestatie-indicatoren geoperationaliseerd. In hoofdstuk zes gaat het over de confrontatie tussen theorie en praktijk. In het laatste hoofdstuk komt de onderzoeksvraag opnieuw aan de orde en worden conclusies en aanbevelingen gedaan.

## **Hoofdstuk 2 AanVullendeZorg in zorgcentra**

### **2.1 Inleiding**

In Nederland zijn ruim 1400 verzorginghuizen<sup>10</sup>. Daarnaast zijn er ruim 338 verpleeghuizen.<sup>11</sup> In deze instellingen wordt langdurige zorg verleend aan somatische zieke cliënten of aan cliënten die psychisch niet meer zelfstandig kunnen functioneren, voor het overgrote deel veroorzaakt door dementie. De wachttijd voor opname vanuit de thuissituatie is voor verzorgingshuiszorg 54 weken<sup>12</sup> en voor verpleeghuiszorg gemiddeld 30 weken.<sup>3</sup> Omdat wachtlijsten van de verpleeghuizen steeds maar aan het toenemen zijn, moest de overheid maatregelen nemen om cliënten zorg te kunnen bieden buiten het verpleeghuis, op een andere plek, maar wel met vergelijkbare zorg die zij anders in het verpleeghuis zouden ontvangen.

Om dit mogelijk te maken zijn er vanuit de overheid twee soorten maatregelen gekomen. Aan de ene kant is de thuiszorg versterkt. De thuiszorg werkt in toenemende mate nauw samen met verpleeghuizen, zodat zorg geboden kan worden bij mensen in hun eigen thuissituatie.

Aan de andere kant hebben zorgcentra meer financiële middelen gekregen om meer zorg in te kunnen zetten bij cliënten die anders aangemeld zouden worden voor het verpleeghuis, de zogenaamde AanVullende Zorg (AVZ).

Deze maatregelen hebben er toe geleid dat er inderdaad een kleiner aantal mensen voor het verpleeghuis op de wachtlijsten staat.

### **2.2 Wat is aanvullende zorg ?<sup>13</sup>**

Het uitgangspunt voor aanvullende zorg ligt in de CTG<sup>14</sup>-beleidsregels<sup>15</sup>. Hierin wordt gesproken over aanvullende zorg als intramurale prestatie die uitsluitend geleverd mag worden in een instelling die toegelaten is voor verblijf, maar niet toegelaten is voor behandeling. De aanvullende zorg is dan ook bedoeld om verzorgingshuisbewoners met een zwaardere zorgvraag extra zorg te bieden, zodat opname in een verpleeghuis kan worden uitgesteld of zelfs voorkomen

---

<sup>10</sup> Bron CBS 2004

<sup>11</sup> Bron CBS 2007

<sup>12</sup> min. VWS branche rapportage

<sup>13</sup> IVVU branche organisatie nota aanvullende zorg 2006

<sup>14</sup> CTG is College Tarieven Gezondheidszorg

<sup>15</sup> College tarieven gezondheidszorg

kan worden. Hiervoor moeten de cliënten wel voldoen aan bepaalde vereisten ten aanzien van de aangegeven zorgbehoefte. Er worden in de CTG-beleidsregels prestatiebeschrijvingen van intramurale zorg voor vier verschillende doelgroepen onderscheiden. Slechts een van deze categorieën kan op een bepaald moment op een cliënt van toepassing zijn. De bedoelde categorieën zijn per definitie een aanvulling op de basiszorg die de betreffende instelling op grond van de reguliere bekostiging kan leveren. Voor aanvullende zorg somatiek, psychogeriatric (dementie) en psychiatrie geldt dat een cliënt, die verblijft in een verzorgingshuis, minimaal 12 uur per week directe zorg nodig heeft, tenderend naar 14 -15 uur zorg per week; tussen de cliënten kan dit echter variëren. Voor aanvullende zorg combinatie somatiek en psychogeriatric geldt dat een cliënt die in een verzorgingshuis verblijft, minimaal 12 uur per week directe zorg nodig heeft, waarbij de zorg tendeert naar 18- 19 uur per week; tussen de cliënten kan dit echter variëren.

### **2.3 De vier categorieën**

De volgende vier cliëntencategorieën (doelgroepen) van aanvullende zorg worden in de beleidsregels van het CTG onderscheiden:

- Cliënten waarbij het accent ligt op somatische problematiek
- Cliënten waarbij het accent ligt op psychogeriatric problematiek
- Cliënten op wie de combinatie van somatische en psychogeriatric problematiek van toepassing is
- Cliënten waarbij het accent ligt op psychiatrische problematiek

Voor alle categorieën geldt dat er sprake is van een zodanige hoge zorgbehoefte van de cliënt dat de instelling vanuit de reguliere bekostiging hierin niet kan voorzien. Hieronder wordt per categorie uit de CTG- beleidsregels aangegeven wat de vereisten zijn met betrekking tot de zorgbehoefte.

#### **2.3.1 Cliënten waarbij het accent ligt op somatische problematiek**

Bij cliënten waarbij het accent ligt op somatische problematiek is sprake van problematiek die samengaat met een zodanige hoge zorgbehoefte, dat de reguliere bekostiging ontoereikend is.

De zorgbehoefte vereist extra zorg met het accent op individuele verzorging en verpleging. Daarnaast gaat het om extra omvang van de zorg en deze ligt substantieel boven de basiszorg. De benodigde zorg is uitgedrukt als individuele zorg bij persoonlijke verzorging of verpleging en daarnaast ondersteunende begeleiding. De vereiste zorg wordt uitgedrukt in minimaal 12 uur directe zorg per cliënt per week en tendeert gemiddeld per cliënt naar 14-15 uur directe zorg per cliënt. Met de combinatie van basiszorg en aanvullende zorg is er een aanbod van de instelling mogelijk dat correspondeert met een gemiddelde van 14-15 uur directe zorg per cliënt per week; tussen cliënten kan dit echter variëren. Binnen dit aanbod realiseert de instelling maatwerk per cliënt.

### **2.3.2 Cliënten waarbij het accent ligt op psychogeriatrische problematiek**

Bij cliënten waarbij het accent van de zorg ligt op psychogeriatrische problematiek is sprake van problematiek die samengaat met een zodanige hoge zorgbehoefte, dat de reguliere bekostiging ontoereikend is.

De zorgbehoefte vereist extra zorg met het accent op groepsgewijze verzorging en verpleging. De vereiste omvang van de zorg bij psychogeriatrische zorg ligt substantieel boven de basiszorg. De benodigde zorg is uitgedrukt als individuele zorg bij persoonlijke verzorging of verpleging en daarnaast ondersteunende begeleiding. De vereiste zorg is uitgedrukt in minimaal 12 uur directe zorg per cliënt per week en tendeert gemiddeld per cliënt naar 14-15 uur directe zorg per cliënt. Met de combinatie van basiszorg en aanvullende zorg is er een aanbod van de instelling mogelijk dat correspondeert met een gemiddelde van 14-15 uur directe zorg per cliënt per week; tussen cliënten kan dit echter variëren. Binnen dit aanbod realiseert de instelling maatwerk per cliënt. Het specifieke van de zorg aan psychogeriatrische cliënten is dat een deel van het aanbod wordt aangewend in een groepsgewijze setting van zes of meer personen

### **2.3.3 Cliënten op wie de combinatie van somatische en psychogeriatrische problematiek van toepassing is**

Bij cliënten bij wie combinatiezorg nodig is geldt dat het gestelde onder 2.3.2 en 2.3.3 gelijktijdig van toepassing is. Dit betekent dat de vereiste omvang minimaal 12 uur directe zorg per cliënt



per week is en tendeert gemiddeld per cliënt naar 18-19 uur zorg per week. Doorgaans betreft het cliënten met psychogeriatrische problematiek, waarbij ook complicerende somatische aandoeningen bestaan die extra zorg en verpleging vereisen. Met de combinatie van basiszorg en aanvullende zorg is een aanbod mogelijk dat correspondeert met 18-19 uur directe zorg per week. Binnen dit aanbod realiseert de instelling maatwerk per cliënt. Tussen de cliënten kan dit echter variëren. Vanwege de dubbelproblematiek van een somatische aandoening naast een psychogeriatrische aandoening wordt een deel van het aanbod aangewend in een groepsgewijze setting van zes of meer personen.

#### **2.3.4 Cliënten waarbij het accent ligt op psychiatrische problematiek**

Bij cliënten waarbij het accent ligt op psychiatrische problematiek is sprake van een manifeste psychische stoornis, die samengaat met langdurige afhankelijkheid van begeleiding en behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. Er is behoefte aan dagelijkse verzorging als gevolg van beperkingen bij persoonlijke verzorging. Er is beperkt zelfregulerend vermogen (beperkingen in sociale redzaamheid) waardoor duurzaam verblijf een gunstige beschermende setting vormt. De vereiste omvang van de zorg ligt substantieel boven de basiszorg vanwege psychiatrische problematiek. De vereiste zorg is uitgedrukt in minimaal 12 uur directe zorg per cliënt per week en tendeert gemiddeld per cliënt naar 14-15 uur directe zorg. Binnen dit aanbod realiseert de instelling maatwerk per cliënt. Onder meer wordt activerende begeleiding geboden in verband met de psychische stoornis; in de vorm van individuele- of groepsgewijze zorg

#### **2.4 Voorwaarden om de zorg te leveren**

Het is belangrijk dat aanvullende zorg op een verantwoorde manier wordt geboden. Daarom zijn er in de CTG-beleidsregels per categorie prestaties benoemd. Deze prestaties gelden voor alle vier de categorieën.

De prestaties zijn:

- De instelling maakt een zorgplan per cliënt waarin de basiszorg en de aanvullende zorg duidelijk omschreven zijn
- Er is een samenwerking met een instelling die duurzaam verblijf en behandeling biedt (verpleeghuis) voor mensen met een somatische en psychogeriatrische problematiek
- De adviezen van de verpleeghuisarts zijn geplaatst binnen de vergoeding voor aanvullende zorg.

## **2.5 Uitvoering van CTG-beleidsregels bij de aanvullende zorg**

Bij een indicatie voor cliënten met een aanvullende zorg komen er middelen om extra zorg in te zetten. Voor de zorg van cliënten en de onderlinge afstemming worden er multidisciplinaire overleggen (MDO) gehouden. Hierbij zijn aanwezig alle disciplines die betrokken zijn bij de zorgverlening rondom de cliënt. De verpleeghuisarts wordt als adviserende discipline toegevoegd aan het multidisciplinaire overleg. De medische eindverantwoordelijkheid ligt bij de huisarts.

Tijdens het multidisciplinaire overleg wordt in overleg met de cliënt een zorgplan gemaakt. Daarin staan alle afspraken betreffende behandeling, begeleiding en activering. Aan dit zorgplan is per onderdeel aangegeven wat de inzet is van personeel voor de basiszorg en de extra zorg die geboden wordt. Op deze wijze kan recht gedaan worden aan de gestelde indicatie en kan aangetoond worden dat de extra financiële middelen worden ingezet voor de desbetreffende cliënten.

Voor cliënten die in het zorgcentrum wonen zonder een aanvullende indicatie is er een multidisciplinair overleg, maar de verpleeghuisarts is daar niet bij aanwezig. Zorgplannen worden gemaakt om recht te doen aan de indicatie, maar de maximale inzet zal niet meer bedragen dan 8 uur per week.

In dit multidisciplinaire overleg kan na overleg met de cliënt blijken dat de gestelde 8 uur per week niet voldoende is om de zorg te kunnen leveren. In dat geval zal er een nieuwe indicatie worden aangevraagd die een uitbreiding van uren heeft en waarmee in dat geval aanvullende zorg zal worden aangevraagd.

Beoogd effect van de AVZ-zorg is om cliënten zo lang mogelijk in het zorgcentrum te laten wonen en uitstel te bereiken voor overplaatsing naar het verpleeghuis.

## 2.6 Zorgfinanciering

De onverzekerbare zorg is in Nederland geregeld per wet; voor de zorg- en verpleegcentra is dit geregeld via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is er voor bijzondere zorg, zoals langdurige verpleging, thuiszorg of psychiatrische behandeling. De AWBZ is een volksverzekering: iedere inwoner van Nederland is in principe verzekerd. Er is een inkomensafhankelijke (procentuele) premie deze premie gaat naar de belastingdienst en hieruit wordt de AWBZ gefinancierd. Daarnaast wordt er van gebruikers van de AWBZ een inkomensafhankelijke bijdrage ingehouden. De AWBZ wordt namens de zorgverzekeraars uitgevoerd door regionale zorgkantoren.

Financieel gezien is voor de directe zorg, dat wil zeggen zorg die direct besteed wordt aan de cliënt, 23<sup>16</sup> euro per dag ter beschikking. Dit bedrag is vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg via beleidsregels. Voor deze €23 kan gemiddeld 1,2 uur zorg per dag geleverd worden per cliënt. Als de AVZ noodzakelijk wordt geacht en geïndiceerd wordt door het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ), dan is daar voor de somatische of de psychogeriatrische zorg €44,20 ter beschikking. De geleverde zorg kan dan uitgebreid worden met 2,5 uur per week of er is groepszorg mogelijk. Voor de combinatie zorg is €58,50 per dag beschikbaar, maar daar is altijd groepszorg bij geïndiceerd. Als men kijkt naar de inkomsten van de zorgcentra voor deze AVZ kan deze hoog uitkomen. Vanuit zorgkantoren is aangegeven dat aan 25% van de cliënten die in een zorgcentrum wonen AVZ geleverd mag worden. De werkelijkheid is dat aan ongeveer 40% cliënten de AVZ geboden wordt. Het verschil is te verklaren uit de verschillende (grote) financiële belangen van de betrokken organisaties. Als men dit percentage op een populatie van 100 cliënten berekent komt men op 25 cliënten volgens de berekening van het zorgkantoor, maar 40 cliënten die volgens de instellingen gebruik maken van de AVZ-regeling. Financieel betekent dit ruim €530.000 tot €850.000 op jaarbasis en dat op een budget van 4 miljoen. Aangezien er grote financiële belangen zijn voor de instellingen maar ook voor de zorgkantoren worden de ontwikkelingen nauwlettend gevolgd.

---

<sup>16</sup> CTG tarieven 2006

## **2.7 Conclusie**

In dit hoofdstuk is aan de orde geweest wat cliënten zijn die aanvullende zorg behoeven. Daarnaast zijn de verschillende categorieën van cliënten beschreven, en welke en hoeveel zorg deze cliënten nodig hebben. Daarnaast is aan de orde geweest hoe de financiële stroom loopt van de aanvullende zorg cliënten en het grote belang van de instelling, omdat het een substantieel deel van het budget is van zorginstellingen. Daarmee is deelvraag één “Wat zijn AVZ-geïndiceerde cliënten: welke en hoeveel zorg wordt aan hun verleend” beantwoord.

## Hoofdstuk 3 Theorievorming over prestaties

### 3.1 Inleiding

De basis voor het denken in prestatie-indicatoren komt uit Amerika sinds de jaren zestig van de twintigste eeuw.<sup>17</sup> In de jaren tachtig heeft het gebruik van prestatie-indicatoren voor de collectieve sector zijn intrede gedaan in Europa.

Vanuit de overheid wordt binnen de Nederlandse gezondheidszorg steeds meer gesproken over de prestaties van de zorgverlening en het sturen op basis van prestatie-indicatoren. Daarmee kan een organisatie naar aanleiding van prestaties worden afgerekend. Dit kan bevorderlijk zijn voor effectiviteit, de efficiency en de legitimiteit van het overheidsoptreden ten opzichte van de Nederlandse gezondheidszorg<sup>18</sup>.

Organisaties worden door middel van prestatie-indicatoren beschreven in termen van input, throughput, output/outcome. Feedback en prestatie-indicatoren maken deel uit van deze sturingsfilosofie die gebaseerd is op de systeemtheorie. New Public Management<sup>19</sup> kwam hiermee op, in de sturing van de gezondheidszorg en in termen van kwaliteitsmanagement. Concepten als Total Quality Management<sup>20</sup> en het ISO model (International Organization for Standardization) zijn vervolgens overgenomen door de collectieve sector, waaronder de gezondheidszorg.

Prestaties moeten recht doen aan de organisatie waar prestaties worden gemeten. Als prestaties gaan over het aantal geproduceerde ligdagen, dan doet dat geen recht aan het geheel van de organisatie. Ligdagen zijn enkel om te constateren of deze gehaald zijn, maar de achterliggende vraag of daarmee kwaliteit is geleverd door de professionals die daar werken, is van een geheel andere orde.<sup>21</sup>

---

<sup>17</sup> A.A de Waal, lexicon prestatiemeting, kluwer 2002

<sup>18</sup> Knaap, P. v. d., Resultaatgerichte verantwoordelijkheid, naar een beleidsgerichte begroting en verantwoording. Bestuurskunde, nr 5. (Themanummer verantwoording in het openbaar bestuur) pp. 237-47, 2000.

<sup>19</sup> Osborne D. and T. Gaebler, Reinventing Government, How The Entrepreneurial Spirit Is Transforming The Public Sector, Reading: Addison Wesley Publishing Company, 1992.

<sup>20</sup> Ponzi and Koenig, knowledge management, another management fad? Information Research, Vol. 8 No. 1, October 2002

<sup>21</sup> De Bruijn, H., Prestatiemeting in de publieke sector, Tussen professie en verantwoording, Utrecht: uitgeverij Lemma, 2006.

Toch bieden prestatie indicatoren de mogelijkheid om slechte prestaties te detecteren, zodat er een correctie kan plaats vinden. Lastiger wordt het meten van kwalitatieve prestatie-indicatoren die van groot belang kunnen zijn voor de gebruiker, maar zich moeilijker laten meten.

### 3.2 Definitie van prestaties

Voor het opstellen van indicatoren voor de prestaties van gezondheidszorgsystemen is het noodzakelijk eerst te definiëren wat prestaties zijn. In de literatuur worden de begrippen ‘prestaties’ en ‘kwaliteit’ vaak naast elkaar gebruikt.

In het rapport ‘Bakens zetten’ van het onderzoek dat het Ministerie van VWS<sup>22</sup> heeft laten uitvoeren om een eerste aanzet te geven voor de ontwikkeling van een raamwerk van prestatie-indicatoren voor het Nederlandse gezondheidszorgsysteem, worden verschillende definities van prestaties beschreven<sup>23</sup>. Zo worden in het door de Europese Commissie gefinancierde ECHI-project (European Community Health Indicators) prestaties (performance) min of meer als synoniem voor kwaliteit van zorg gebruikt. Als indicatoren voor het meten van kwaliteit en prestaties van het gezondheidszorgsysteem worden onder meer tevredenheid met het gezondheidszorgsysteem, klachten, wachtlijsten/wachttijden, vermijdbare sterfte en postoperatieve wondinfecties voorgesteld. Dit zijn indicatoren die aangeven of het gezondheidszorgsysteem doet wat het geacht wordt te doen, zoals mensen beter maken en onnodige sterfte vermijden, en of dit op een veilige en patiëntvriendelijke manier gebeurt.<sup>24</sup>

Inzake de systeemtheorie gaat het hier dus om het succes waarmee de input in het systeem wordt getransformeerd tot de gewenste output.

Ook in een onderzoek van Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen (ZonMw) naar prestatie-indicatoren voor de kiezende zorggebruiker<sup>25</sup> worden de begrippen ‘kwaliteit’ en ‘prestaties’ als synoniemen gebruikt. Daarnaast is er een aantal domeinen benoemd namelijk patiënt, primaire processen, medewerkers en bedrijfsvoering.

---

<sup>22</sup> Delnoij, D, Bakens zetten, naar een Nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg, VWS2002

<sup>23</sup> Delnoij, D, bakens zetten, naar een Nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg, VWS2002

<sup>24</sup> De Bruijn, H., Prestatiemeting in de publieke sector, Tussen professie en verantwoording, Utrecht: uitgeverij Lemma, 2006.

<sup>25</sup> Groenewoud en Huijsman, Prestatie-indicatoren voor een kiezende zorggebruiker, ZonMW, 2003

De Bruijn<sup>26</sup> geeft een theoretische grondslag aan het verband tussen indicatoren, zoals boven genoemd, en prestaties. Volgens De Bruijn zijn indicatoren een middel om prestatiemeting te kunnen uitvoeren.

Daarbij geeft De Bruijn aan dat prestatiemeting een aantal verschillende functies kan vervullen:

- het bevorderen van transparantie,
- prestatiemeting kan worden ingezet om van elkaar te leren,
- het is mogelijk om oordelen te baseren op de uitkomsten van een prestatiemeting,
- ten slotte is het mogelijk om op grond van de prestatiemeting af te rekenen.

Het uitdrukken van prestaties kan op veel verschillende manieren gebeuren, zoals de hierboven voorgestelde indicatoren weergeven. Het meest belangrijke onderscheid is dat tussen kwantitatieve indicatoren (ligdagen, kosten) en kwalitatieve zoals patiënt tevredenheid. Kwantitatieve indicatoren hebben het grote voordeel dat zij door hun aard eenvoudig te meten zijn. Kwalitatieve indicatoren zeggen vaak meer over de beleving van de zorg, maar zijn vaak moeilijk te meten.

### **3.3 Problemen bij prestatie metingen**

Prestaties kunnen gemeten worden aan de hand van tevoren gestelde doelen. Het probleem dat organisaties hierbij aantreffen, en dat geldt zeker voor de gezondheidszorg, is dat het niet duidelijk is welke organisatorische verandering of welke verbetering welk effect heeft. Immers veel van de prestaties komen in coproductie tot stand. Een coproductie<sup>27</sup> is bijvoorbeeld het opstellen van een zorgplan waarbij niet alleen de huisarts maar ook de verpleeghuisarts, paramedici en verpleegkundige betrokken zijn. De prestatie van het opstellen van een zorgplan is van meerdere mensen afhankelijk en zo nu en dan van verschillende afdelingen. Het aparte effect van de verschillende professionals die erbij betrokken zijn, is moeilijk aan te geven, maar wel is het geheel van het effect meetbaar in prestaties.

Het maakt ook veel verschil, vanuit welk oogpunt de prestatiemeting wordt bekeken. De prestatiemeting kan een positief eindresultaat hebben bij een meting bij de professionals, terwijl

---

<sup>26</sup>De Bruijn, H., *Prestatiemeting in de publieke sector, Tussen professie en verantwoording*, Utrecht: uitgeverij Lemma, 2006.

<sup>27</sup>De Bruijn, H., *Prestatiemeting in de publieke sector, Tussen professie en verantwoording*, Utrecht: uitgeverij Lemma, 2006.

de meting bij de patiënt een negatief resultaat kan hebben, omdat deze andere normen meeneemt in zijn beoordeling van het geheel. Het is daarbij bijvoorbeeld niet alleen het effect van de ingreep maar ook de kwaliteit van bejegening of informatievoorziening die van belang is.

Ook de reden waarom een prestatie indicator wordt uitgevoerd is van belang. Komt de prestatiemeting vanuit het perspectief van de “gebruiker”, of komt de prestatiemeting vanuit een controlerend orgaan zoals het management van de organisatie, ook kan het een externe controlerende partij zoals inspectie voor de gezondheidszorg, zorgkantoor of cliëntvertegenwoordigers, die de prestatienormen oplegt<sup>28</sup>.

### 3.4 Prestatie-indicatoren

Prestatie-indicatoren moeten iets zeggen over de werkelijkheid van de organisatie. De prestaties die op een bepaald moment worden gemeten dienen een eenduidige manier van kijken naar de organisatie weer te geven. De prestatie zelf dient op een SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistische en Tijdsgebonden) manier uitgevoerd te worden.

Prestaties kunnen daarmee iets zeggen over de werkelijkheid en daarmee hebben prestaties een aantal functies waarmee verschillende organisaties te vergelijken zijn, zodat men kan spreken over een benchmark.

De functies van de prestatiemeting volgens De Bruijn zijn:

**Transparantie**, welke producten worden geleverd en tegen welke kosten. Transparantie speelt een belangrijke rol in verantwoordingsprocessen. Een organisatie kan duidelijk maken welke producten zij levert en door middel van een input-output-analyse- welke kosten hieraan verbonden zijn.

**Leren**, door prestaties te meten kan men waarnemen wat goed gaat en waar verbeteringen mogelijk zijn. Leren is een stap verder dan alleen verantwoorden. Door een bepaalde mate van transparantie te creëren kunnen vergelijkingen worden gemaakt met de prestaties van andere instellingen.

---

<sup>28</sup> Berg M. en W.M.L.C.M. Schellekens, Paradigma's van kwaliteit, de verschillen tussen interne en externe kwaliteitsindicatoren. Medisch contact, 57-34, 2002



**Oordelen**, op grond van prestaties is een oordeel te geven door management of externe controlerende partijen over het functioneren van de organisatie.

**Afrekenen**, na het oordelen over de mate van functioneren van een partij kan deze gevolgd worden door een positieve dan wel negatieve sanctie.

De functies van prestatiemeting volgens De Bruijn en de SMART manier van meten geven een mate van inzicht in de organisatie over transparantie (een lerende organisatie), het oordeel van een interne of externe partij en de mate van afrekening.

### **3.4.1 Functies van prestatiemeting**

Prestatie indicatoren hebben door hun uitvoering een aantal functies. Deze zijn geïnventariseerd door de Bruin,<sup>29</sup> Koopman en van Tiel.<sup>30</sup> Ze zijn verdeeld in positieve en negatieve functies.

#### **3.4.1.1 Positieve functies.**

##### **Innovatie**

Zoals hierboven al beschreven is, is transparantie een belangrijke functie van prestatiemeting. Volgens De Bruijn zal deze transparantie door middel van prestatiemeting leiden tot innovatief gedrag. Naar aanleiding van prestatie kan er gekeken worden of processen, procedures of structuren bijdragen aan de verbetering van de organisatie. Mochten procedures, processen of structuren niet bijdragen aan de prestatie, dan zal er gezocht worden naar andere procedures, processen of structuren die wel kunnen bijdragen aan de prestatie. Hiermee wordt een continu proces van innovatie ingezet.

##### **Leren van de organisatie**

Omdat men de uitkomsten van verschillende organisaties kan vergelijken, zal men zien wat de best practices zijn binnen verschillende organisaties. Blijkbaar zijn er handelwijzen in andere

---

<sup>29</sup> De Bruijn, H., *Prestatiemeting in de publieke sector, Tussen professie en verantwoording*, Utrecht: uitgeverij Lemma, 2006.

<sup>30</sup> van Thiel en de Leeuw, *De prestatieparadox in de publieke sector. Beleidswetenschap*, 17-2, pp. 123-43, 2005

organisaties die tot een betere prestatie leiden<sup>31</sup>. Daarbij komt de vraag of deze handelwijze over te nemen is, zodat de ene organisatie kan leren van de andere organisatie om zijn prestaties te verbeteren. Omdat zorginstellingen met veel professionals werken, is prestatiemeting een goed instrument om de verschillen van professionals in beeld te brengen. Het is bij uitstek een instrument dat het management kan gebruiken om prestaties te verbeteren.

### **Verbetering van de professionele dienstverlening**

Tussen verschillende organisatie is er een wederzijdse afhankelijkheid. Voor de ene organisatie is het een output van het proces, voor de ander is het de input voor het proces<sup>32</sup>.

In de gezondheidszorg zijn de organisaties sterk afhankelijk van het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ), deze geeft immers de indicaties af voor de zorg die geleverd moet worden. Voor het CIZ is de indicatie de output, maar voor de zorgorganisaties is de output van het CIZ de input voor hun organisatie. Als te voorspellen is hoe groot de input wordt vanuit het CIZ richting de zorgorganisatie, dan kunnen de zorgorganisaties hun dienstverlening hierop inrichten.

#### **3.4.2 Negatieve effecten en neveneffecten van prestatie-indicatoren**

Koopman<sup>33</sup> concludeert dat mensen die onderworpen worden aan organisatieregelingen en -plannen, zich in een of andere vorm daartegen verzetten, er aan proberen te ontsnappen of op eigen wijze gaan herzien of aanvullen. Prestatiemeting lokt (daardoor) dikwijls disfunctioneel gedrag uit door het meten zelf en de gevolgen die door interne of externe partijen er aan wordt verbonden.

---

<sup>31</sup> De Bruijn, H., Prestatiemeting in de publieke sector, Tussen professie en verantwoording, Utrecht: uitgeverij Lemma, 2006.

<sup>32</sup> De Bruijn, H., Prestatiemeting in de publieke sector, Tussen professie en verantwoording, Utrecht: uitgeverij Lemma, 2006.

<sup>33</sup> Koopman, P, Besturen met prestatie-indicatoren Vormen, eisen, risico's - Platform Doelmatigheid, 1997

## **Prestatiemeting is een stimulans voor strategisch gedrag**

Prestatiemeting is een stimulans voor de productiviteit in een organisatie.<sup>34</sup> Immers vanuit de cijfers blijkt hoe de productiviteit van de ene organisatie is ten opzichte van een andere organisatie. Maar bovendien geeft het aan of de afgesproken productie gehaald gaat worden in de afgesproken termijn. Dit systeem bergt een gevaar in zich: de professionals in de organisatie kunnen de productie verhogen, maar deze verhoging heeft geen of een negatieve betekenis.

Als een prestatie-indicator een laag gebruik van medicatie en daarmee lage kosten voor medicijngebruik in een bepaalde periode is, kan een professional vanuit deze wetenschap cliënten weigeren op te nemen vanwege het feit dat deze cliënten een hoog medicatiegebruik hebben en daarmee de kosten voor medicatiegebruik opstuwten.

## **Prestatiemeting blokkeert innovatie**

Als volgens De Bruijn<sup>35</sup> de prestatiemeting ingevoerd wordt in een organisatie dan is het de bedoeling het productieproces zo veel mogelijk te optimaliseren. De throughput wordt zo veel mogelijk geminimaliseerd om een zo hoog mogelijke output te verkrijgen in verband met de prestatiemeting. Innovatie is per definitie een proces dat energie, ruimte en geld kost, terwijl de uitkomst ervan een ongewisse factor is en dus drukt op de productiviteit van de organisatie. Prestatiemeting beloont het voortdurend reproduceren van het bestaande.

Van Thiel en De Leeuw<sup>36</sup> geven aan dat een gevolg van het gebruik van prestatie-indicatoren is, dat het belemmerend kan werken op innovatie. Door het toespitsen op bepaalde onderdelen van een prestatie, die onderdelen die te meten zijn, kunnen vernieuwingen worden belemmerd. Vernieuwen en innoveren kost tijd, geld en menskracht. Een sterke focus op de indicatoren staat innovatie in de weg, maar leidt ook tot een tunnelvisie. Als alleen op de aspecten die worden gemeten in de prestatie-indicatoren wordt gelet, is een tunnelvisie een mogelijk effect.

---

<sup>34</sup> De Bruijn, H., *Prestatiemeting in de publieke sector, Tussen professie en verantwoording*, Utrecht: uitgeverij Lemma, 2006.

<sup>35</sup> De Bruijn, H., *Prestatiemeting in de publieke sector, Tussen professie en verantwoording*, Utrecht: uitgeverij Lemma, 2006.

<sup>36</sup> van Thiel en de Leeuw, *De prestatieparadox in de publieke sector. Beleidswetenschap*, 17-2, pp. 123-43, 2005

## **Prestatiemeting verhult de daadwerkelijke prestaties**

Prestatiemeting dient ervoor om je als organisatie te verantwoorden ten opzichte van het management, maar tevens voor externe partijen. Naarmate de cijfers steeds meer van het primaire proces komen te staan en op macroniveau worden aangeleverd, zeggen de cijfers steeds minder over het primair proces. Daarmee wordt de prestatiemeting verhuld. Als men voor een geheel van de organisatie de cijfers aanlevert over bijvoorbeeld het aantal ligdagen kan dit een positief beeld opleveren; de onderliggende cijfers geven echter een heel ander beeld: sommige afdelingen presteren onder het afgesproken niveau en andere afdelingen presteren boven het afgesproken niveau. Gemiddeld genomen zal het aantal ligdagen kloppen met de afgesproken prestatie, vandaar dat cijfers op een macroniveau veel minder zeggen over de werkelijkheid.

Geaggregeerde informatie mist kennis- en betekenisgeving omtrent de (context van geleverde) prestaties. Het nemen van besluiten op basis van deze geaggregeerde cijfers, waarin niet duidelijk is wat causale verbanden zijn en welke omgevingskenmerken een rol spelen bij het totstandkomen van de prestaties, kan leiden tot allerlei vormen van strategisch handelen.

Volgens Schellekens geven prestatie-indicatoren een indicatie van een onderliggend fenomeen, probleem of trend. Een indicator is niet de werkelijkheid. Een oordeel uitsluitend gebaseerd op indicatoren leidt snel tot verkeerde conclusies. Een afwijkende waarde van een indicator is een aanleiding om vragen te stellen of nader onderzoek te doen. Waar een afwijkende waarde op duidt, is zelden helder. Waar deze helderheid ontbreekt, is een grotere mogelijkheid tot het ontwikkelen van strategisch gedrag, verhullen van daadwerkelijke prestaties, stimuleren van vormen van strategisch gedrag.

## **Professionele houding**

Prestatie-indicatoren meten kwantiteiten en zullen dus vooral over goed meetbare en goed te definiëren uitgangswaarden gaan<sup>37</sup>. Voor de gezondheidszorg gaat het daarbij vaak over het aantal ligdagen of verrichtingen aangezien de ligdagen of verrichtingen vergoed worden.

Een andere prestatienorm is een afgeleide van de eerste prestatienorm zoals genoemd het aantal ligdagen; het gaat hier bijvoorbeeld om de tevredenheid over de zorgverlening. De ligdagen zijn

---

<sup>37</sup> De Bruijn, H., *Prestatiemeting in de publieke sector, Tussen professie en verantwoording*, Utrecht: uitgeverij Lemma, 2006.

goed te meten, maar tevredenheid is een heel subjectieve waarneming die door allerlei andere factoren beïnvloed kan worden. Als professionals een te grote waarde hechten aan de meetbare prestaties, dan sneeuwen de subjectieve normen onder en worden niet meer als belangrijk ervaren. Met andere woorden de prestatiemeting leidt niet alleen tot een vertekend beeld van de werkelijkheid, maar leidt tevens tot een afname van de professionele houding.

### **Prestatiemeting leidt tot kopiëren maar niet tot leren**

Het voordeel van prestaties is dat er een vergelijking tussen verschillende organisaties kan komen, het zogenaamde benchmarkmechanisme<sup>38</sup>. Vanuit de benchmark kun je je laten inspireren om op zoek te gaan naar de best practices, om zo te leren van elkaar.

Het gevaar hierbij is dat eenvoudigweg de best practices gewoon gekopieerd worden en van de ene organisatie naar de andere worden overgezet. Dit is niet altijd wenselijk, omdat organisaties verschillend opgebouwd kunnen zijn en in een verschillende omgeving opereren, zodat een eenvoudige kopie niet altijd wenselijk is.

### **Prestatiemeting leidt tot een sanctie op prestatie**

Als prestaties steeds maar verbeteren ten opzichte van de prestaties die afgesproken zijn, kan er een financiële tegenbeweging komen. Dit mechanisme heeft zich in de gezondheidszorg regelmatig voorgedaan. Als er bijvoorbeeld meer verrichtingen worden gedaan dan er afgesproken is, wordt de financiële vergoeding per verrichting naar beneden gebracht. In dit geval betekent meer presteren niet per definitie meer geld. Hiermee ontstaat het gevoel dat een betere prestatie niet beloond wordt.

---

<sup>38</sup>De Bruijn, H., *Prestatiemeting in de publieke sector, Tussen professe en verantwoording*, Utrecht: uitgeverij Lemma, 2006.

## **3.5 Dynamiek van prestatiemeting**

### **3.5.1 Inleiding**

In hoofdstuk 3.3 en 3.4 staan de positieve en de negatieve aspecten van prestatiemeting beschreven. Deze prestatiemetingen geeft de manager maar een beperkt zicht op de werkelijkheid.

Ook hebben prestatie indicatoren invloed op de organisatie. Er zijn drie wetmatigheden te herkennen die hieronder worden beschreven.

### **3.5.2 De wet van de afnemende effectiviteit**

De wet van de afnemende effectiviteit is: wanneer prestatiemeting een hoge impact heeft; dan neemt de effectiviteit af, omdat er een sterke prikkel is voor ontwijking van de impact.

Bijvoorbeeld als er besloten wordt om voor verpleeghuizen een zwarte lijst aan te leggen en deze te publiceren zodat deze voor iedereen inzichtelijk is, zal de organisatie er alles aan doen om dit te voorkomen. Daarbij kan de prestatiemeting geweld aangedaan worden door deze zo in te kleuren dat het past bij een goed presterende organisatie.

Roel in 't Veld<sup>39</sup> beschrijft het proces van afnemende effectiviteit als volgt: indien de bestuurders, burgers en ondernemers, het ingezette beleid ervaren als een interventie die hun eerder verkozen positie aantast, zullen zij hun reflexief vermogen gebruiken om te ontkomen aan de voor hen onaangename effecten van het beleid. Deze gedragsreacties, bijvoorbeeld belastingontwijking of oneigenlijk gebruik van voorzieningen, leiden tot onbedoelde onvoorziene effecten. De effectiviteit van het beleid daalt.

### **3.5.3 De wet van de Mushrooming**

Organisaties worden met een beperkt aantal prestatie-indicatoren doorgelicht. Dit geeft snel en efficiënt een redelijk beeld van de werkelijkheid. Aangezien professionals in de organisatie kunnen aangeven dat de werkelijkheid veel complexer is dan dat de prestatiemeting doet geloven,

---

<sup>39</sup> Veld, R, in 't, staatscourant, Den haag, oktober. 2006

kunnen managers te verleiden zijn tot steeds meer prestatie-indicatoren. Steeds meer indicatoren leiden niet automatisch tot een beter zicht op de werkelijkheid van de organisatie. De poging om recht te doen aan alle denkbare variëteiten in een organisatie, leidt tot een explosie van indicatoren. Er zijn dus grenzen om recht te doen aan de variëteit van een organisatie, hetgeen eveneens tot de conclusie leidt dat het bereik van prestatiemeting altijd beperkt is. Gemeten prestaties zijn altijd een benadering van de werkelijkheid<sup>40</sup>.

### **3.5.4 De wet op de collectieve blindheid**

Het risico van de wet op de collectieve blindheid is dat een prestatie wordt geleverd waarover zowel de professionals als de managers tevreden zijn, maar ondertussen komen de echte issues niet meer aan de orde en loopt de professionaliteit van de prestatie terug<sup>41</sup>.

Het wetenschappelijk consortium TU Delft stelt dat de wet op de collectieve blindheid geldt als hogere echelons tevreden zijn, want productiecijfers worden gehaald. De operationele echelons zijn tevreden, want de hogere echelons zijn tevreden, maar ondertussen komen de echte issues niet meer aan de orde en loopt de professionaliteit van de prestatie terug.<sup>42</sup>

## **3.6 Conclusie**

In dit hoofdstuk is uitgebreid aan bod gekomen “wat zijn prestatie-indicatoren”. Prestatie-indicatoren hebben als doel het meten van de instellingen en het zo ordenen van de prestaties, zodat instellingen onderling vergelijkbaar worden. Prestatie-indicatoren hebben positieve effecten zodat een organisatie kan leren en groeien om een nog betere prestatie neer te zetten. Positieve indicatoren zijn: innovatie, leereffecten en professioneel handelen. Naast de positieve effecten zijn er ook negatieve effecten zoals strategisch gedrag, blokkeren van innovatie en sancties. De kunst wordt voor organisaties om de effecten van positieve indicatoren te versterken en de effecten van negatieve indicatoren zo klein mogelijk te maken. Daarmee is ondermeer deelvraag twee: “Wat zijn prestatie-indicatoren” beantwoord.

---

<sup>40</sup> De Bruijn, H., *Prestatiemeting in de publieke sector, Tussen professie en verantwoording*, Utrecht: uitgeverij Lemma, 2006.

<sup>41</sup> De Bruijn, H., *Prestatiemeting in de publieke sector, Tussen professie en verantwoording*, Utrecht: uitgeverij Lemma, 2006.

<sup>42</sup> TU Delft Wetenschappelijk Consortium <http://www.isc.tudelft.nl>

## **Hoofdstuk 4 Bestaande prestatie-indicatoren**

Vanuit de bestaande prestatie-indicatoren in bijlage 1-5 komt een beeld naar voren hoe een organisatie in zijn totaliteit functioneert. Hiermee wordt vanuit een verschillend perspectief namelijk: inspectie voor de gezondheidszorg, zorgkantoren en cliëntenbelangengroepen, vorm gegeven aan de verantwoording van de organisatie naar de gemeenschap toe.

### **4.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de prestatie-indicatoren die relevant kunnen zijn voor dit onderzoek. De negen prestatie-indicatoren die hier gepresenteerd worden zijn gekozen uit meer dan zeventig bekende prestatie-indicatoren. In bijlage 1-5 staan de verschillende lijsten die gebruikt worden door zowel de controlerende organen, zoals het zorgkantoor en inspectie voor de gezondheidszorg, als ook cliëntenbelangengroepen. Deze negen prestatie-indicatoren zijn gekozen, omdat deze indicatoren in elke vragenlijst terug komen, zowel direct (bijlage I, zorgplan) als indirect (Bijlage IV, cliënten inspraak in de zorgverlening). Deze indicatoren lijken daarmee voor alle partijen, de inspectie voor gezondheidszorg, zorgkantoren en cliëntenbelangengroepen, voldoende te zeggen over het functioneren van een organisatie als geheel en daarmee bruikbaar voor dit onderzoek.

In dit hoofdstuk worden de prestatie-indicatoren beschreven met de nadruk op het resultaat wat onder normale omstandigheden van een indicator verwacht wordt. Een organisatie voldoet als zij een dergelijk resultaat weet te boeken.

### **4.2 Prestatie-indicator Zorgplan**

Het zorgplan is het meest belangrijke document in de zorgverleningcyclus van de cliënt. In dit plan worden door alle disciplines de doelen geformuleerd, die zij willen behalen in het kader van behandeling, begeleiding en welzijn van de cliënt. Deze geïntegreerde doelen worden besproken in het multidisciplinair overleg en daarmee vastgesteld. Dit zorgplan wordt met de cliënt, of diens vertegenwoordiger besproken. In een cyclus van minimaal 2 maal per jaar wordt er een multidisciplinair overleg georganiseerd om een evaluatie te houden. Mocht de situatie van de cliënt zich zodanig wijzigen dat aanpassingen van het zorgplan noodzakelijk zijn, dan wordt dit



met de cliënt in het multidisciplinair overleg besproken en vervolgens vastgesteld. Het te verwachten resultaat van de prestatie-indicator is dat er daadwerkelijk een zorgplan aanwezig is en een dat multidisciplinair overleg plaatsvindt. In het zorgdossier zou dan ook terug te vinden zijn dat er bijstellingen zijn van het zorgplan in de loop van de tijd. Op deze wijze komt een kwaliteitscyclus op gang die een kwalitatieve bijdrage kan leveren aan de zorg voor cliënten.

#### **4.3 Prestatie-indicator structurele afwijkingen van het individuele zorgplan**

Het gaat hier om structurele afwijkingen van het met de cliënt of diens vertegenwoordiger besproken individueel zorgplan, bijvoorbeeld met betrekking tot persoonlijke verzorging, voeding- en vochtvoorziening, toiletgang, dagindeling, therapieën en individuele activiteiten. Ook concessies ten aanzien van het individuele zorgplan met betrekking tot risicovolle en/of gezondheidsbedreigende situaties (bijvoorbeeld decubitus, incontinentie, mobiliteit) vallen hieronder. Het gaat hierbij om structurele afwijkingen, omdat er zich omstandigheden voordoen waarbij het op bepaalde momenten in de tijd niet mogelijk is om aan het zorgplan te voldoen, bijvoorbeeld door ziekte van cliënt of personeel, dan wel afwezigheid in verband met vakanties. Ook kunnen structurele afwijkingen veroorzaakt worden door externe omstandigheden, zoals politieke beslissingen over het toekennen van financiële middelen.

Hierbij gaat het dus niet om incidentele afwijkingen omdat er op een bepaalde dag medewerkers ziek zijn en daarmee werkzaamheden verschoven worden. Structurele afwijkingen van het individuele zorgplan heeft een structureel karakter; de grens van incidenteel naar structureel is als er meer dan drie weken niet aan het zorgplan voldaan kan worden.

Deze prestatie-indicator zegt veel over het geheel van de zorgverlening, omdat structurele afwijkingen aangeven dat er een structureel probleem is binnen de zorgorganisatie.

Het te verwachten resultaat van deze prestatie-indicator is dat er geen structurele afwijkingen van het zorgplan voorkomen.

#### **4.4 Prestatie-indicator zorgplan getekend door cliënt**

Bij deze prestatie-indicator gaat het erom dat uit het zorgdossier blijkt, dat de cliënt of diens vertegenwoordiger instemt met het vastgestelde zorgplan middels een handtekening onder het

zorgplan. Dit zorgplan wordt voor elke cliënt gemaakt en besproken in het multidisciplinair overleg, waarbij de cliënt aanwezig is. De handtekening van de cliënt of diens vertegenwoordiger geeft aan dat het besproken is met de cliënt en dat deze instemt met het zorgplan. Vanuit de zorgdoelen kan behandeling, begeleiding en verzorging gestart worden. Tevens geeft dit zorgplan een tijdsroute aan waarbinnen de doelen behaald dienen te worden. Daarnaast wordt er aangegeven hoeveel tijd er besteed wordt aan de cliënt. Dit is aangegeven in de indicatie vanuit het CIZ waarbij de uren zorg worden verdeeld over een aantal functies. Het te verwachten resultaat van het getekend zorgplan is dat de cliënt betrokken wordt bij zijn zorgplan en daadwerkelijk invloed heeft op de zorgverlening.

#### **4.5 Prestatie-indicator multidisciplinair overleg**

Bij meervoudige en complexe zorg is de noodzaak tot een team- of zorgplanbespreking vaak duidelijk aanwezig. Het bespreken van het zorgplan in een multidisciplinaire samenstelling geniet de voorkeur. Bij cliënten met een AVZ-indicatie is de huisarts de medisch eindverantwoordelijke en zal de verpleeghuisarts als adviseur optreden. Naast deze disciplines zullen er ook andere disciplines die bij de begeleiding, behandeling en verzorging van belang zijn, aanwezig zijn. Zo valt er te denken aan fysiotherapie, logopedie, ergotherapie, medewerkers van welzijn en de zorgdiscipline. Als prestatie-indicator is aangegeven door de inspectie voor de gezondheidszorg en het zorgkantoor, dat er minimaal twee maal per jaar een zorgplanbespreking plaatsvindt in een multidisciplinair overleg. Dit is voor de groep AVZ-cliënten onderscheidend, aangezien het in het zorgcentrum gebruikelijk is dat over de cliënt eens per jaar een bewonersbespreking gehouden wordt..

Deze prestatie-indicator is goed te meten, aangezien het verslag van de zorgplanbespreking in het zorgdossier vermeld wordt en deze ondertekend wordt door de cliënt.

Het te verwachten resultaat van de prestatiemeting multidisciplinair overleg is dat er overleg plaatsvindt over de cliënt en dat de betrokkenheid van de cliënt bij de bespreking aantoonbaar is te vinden.

#### **4.6 Prestatie-indicator Meldingen Incidenten Cliënten (MIC)**

Een commissie Melding Incidenten Cliënten (ook wel MIP, MIB, MIZ, MIT of Fona genoemd) behandelt de door de zorgverleners gemelde fouten, ongelukken en bijna-ongelukken, die zich voordoen tijdens de zorgverlening in de brede zin van het woord. In de MIC commissie worden allerlei meldingen besproken; zoals medicatiefouten en agressie, zowel naar andere cliënten als naar het personeel toe. Daarnaast gaan er veel meldingen van incidenten over het vallen van cliënten. Deze valincidenten hebben te maken met de leeftijd van cliënten en de fysieke gesteldheid. Aan de andere kant heeft het te maken met aandacht en toezicht voor cliënten. De vraag die zich voordoet, is of er met de gegevens van de MIC-commissie ook daadwerkelijk actie wordt ondernomen om incidenten te doen verminderen.

Het te verwachten resultaat bij meldingen incidenten cliënten meldingen is dat de meldingen gaan afnemen bij cliënten met een AVZ-indicatie, omdat er meer uren zorg ingezet kunnen worden.

#### **4.7 Prestatie indicator zorginzet**

Bij zorginzet gaat het erom of de uren zorg die geïndiceerd zijn bij AVZ-cliënten, daadwerkelijk worden ingezet. De zorg wordt gemeten met instrumenten die een objectieve waarneming weergeven van de zorgzwaarte van de cliënt. Momenteel wordt de zorgzwaarte in zogenaamde zorgzwaartepakketen (ZZP) gemeten. Hierbij komt een score tot stand waarna cliënten zijn in te delen naar zorgpakket één, de lichtste vorm, tot zorgpakket tien, de zwaarste vorm van zorg. Er is dan sprake van terminale zorg in een hospice omgeving.

De zorg voor AVZ-cliënten valt in het midden, namelijk in categorie van vier tot zes, daarboven gaat het om verpleeghuiszorg. De zorg aan AVZ-cliënten kan zowel individueel als in groepsverband worden ingezet. Op afdelingsniveau zou een grotere personele formatie moeten ontstaan om de extra zorginzet te realiseren. Daarnaast zou een extra inzet te zien moeten zijn van medische en paramedische professionals.

Het te verwachten resultaat bij zorginzet, is een toename van personele inzet ten behoeve van cliënten met een AVZ-indicatie.

#### **4.8 Prestatie-indicator cliënttevredenheid**

De cliëntenraadpleging (waarderingsonderzoek) leidt doorgaans tot een overzicht van de door cliënten meer en minder gewaardeerde aspecten van zorg- en dienstverlening in zowel aanbod als uitvoering. Op basis van de uitkomsten van deze raadpleging zal er wellicht beleid worden bijgesteld. Het zijn vaak gegevens die niet te objectiveren zijn, maar wel belangrijk kunnen zijn voor de cliënt. Het gaat vaak over bejegening en waardering, naast welzijn en welbevinden van cliënten. Ook voor de organisatie is deze waardering van belang; niet alleen voor cliëntenbinding, maar ook zullen toenemend de gegevens die uit de cliënttevredenheidsonderzoeken komen openbaar gemaakt worden via het internet. Toekomstige cliënten oriënteren zich steeds meer van tevoren op waar zij willen wonen. De kwaliteitsaspecten en waardering van cliënten die er wonen, worden steeds belangrijker in de keuze die mensen maken.

Het waarderingsonderzoek is een belangrijk gegeven voor de prestatiemeting. Een cliënttevredenheidsonderzoek geldt voor de gehele organisatie, maar men kan verwachten dat de waardering van aspecten hieruit, ook geldt voor de groep cliënten met een AVZ-indicatie.

Het te verwachten resultaat van het cliënttevredenheidsonderzoek is dat aspecten ter verbetering van de tevredenheid van terug te vinden zijn in verbetertrajecten, dan wel in procedures en protocollen.

#### **4.9 Prestatie-indicator vocht- en voedingvoorziening**

Vocht- en voedingsvoorziening is een item dat volop in de belangstelling staat. Vanuit de universiteit van Maastricht wordt er een prevalentiemeting gehouden, die op termijn inzicht moet geven in de vocht- en voedingsvoorziening van cliënten in zowel verpleeg- als verzorgingshuizen. Het nadeel van deze prevalentiemeting is dat ervan uitgegaan wordt dat het om volledig gezonde mensen gaat, terwijl het juist in de intramurale zetting een groep zeer kwetsbare ouderen betreft, die aan het einde van hun leven staan. Vocht en voeding is voor deze groep een kwetsbaar item. Tijdens multidisciplinair overleg is de vocht- en voedingstoestand altijd een aandachtspunt, omdat er andere zaken aan de orde kunnen zijn dan alleen de lichamelijke kwetsbaarheid. Zo kunnen er zich slikklachten of verminderde smaak voordoen, waarbij de inzet van logopedist of diëtist van belang kan zijn. De sfeer en wijze waarop ambiance

waarin vocht en voeding wordt aangeboden is net zo belangrijk. Het is dus een prestatie-indicator die ertoe doet.

Het te verwachten resultaat is dat er verbeteringen ten aanzien van de ambiance van vocht- en voedingvoorziening wordt gerealiseerd. Dit valt te constateren in vernieuwde protocollen en procedures.

#### **4.10 Prestatie-indicator protocol voor preventie en behandeling van decubitus**

Onder ‘decubitus’ wordt verstaan elke vorm van weefselversterf, veroorzaakt door de inwerking op het lichaam van druk-, schuif-, en wrijfkrachten, of een combinatie daarvan.<sup>43</sup> Goede zorg staat centraal in de zorgverlening in het zorgcentrum. Decubituspreventie is een onderdeel hiervan. Deze preventie geldt voor alle cliënten die wonen in het zorgcentrum, waaronder dus de cliënten met een AVZ indicatie.

Decubitus ontstaat vaak bij een slechte vocht- en voedingstoestand waarbij niet adequaat wordt gereageerd met maatregelen ter voorkoming van decubitus. Toch is het niet altijd te voorkomen bij cliënten die een korte levensverwachting hebben en een slechte vocht- en voedingstoestand, dan kan decubitus gemakkelijk ontstaan.

Bij de prestatie-indicator voor preventie en behandeling van decubitus is het te verwachten resultaat, dat er verbeteringen zijn ten aanzien van deze prestatie-indicatie. Dit valt te constateren in vernieuwde protocollen en procedures en in gesprekken met locatieverantwoordelijke managers.

#### **4.11 Conclusie**

In dit hoofdstuk zijn negen prestatie-indicatoren aan bod gekomen die uit de bijlage 1-5 komen en die gebruikt worden door controlerende instanties. Ze zijn nader toegelicht en het te verwachten resultaat van een prestatie-indicator is vermeld. Hiermee is deelvraag drie “welke prestatie-indicatoren zijn relevant voor dit onderzoek ” beantwoord.

---

<sup>43</sup> CBO, Richtlijn Decubitus (tweede herziening 2002)

## **Hoofdstuk 5 Operationalisering van de effecten van prestatie-indicatoren.**

### **5.1 Inleiding**

In hoofdstuk drie is de theorie besproken van prestatie-indicatoren. In hoofdstuk vier is een aantal prestatie-indicatoren toegelicht, die algemeen gebruikt worden om prestaties te meten in verschillende instellingen. In dit hoofdstuk wordt er gekeken naar het negental prestatie-indicatoren uit hoofdstuk vier, in relatie tot de theorie van positieve dan wel negatieve effecten van prestatiemeting uit hoofdstuk drie. Drie positieve effecten worden onder de loep genomen innovatie, leereffecten en professionele dienstverlening als ook drie negatieve effecten strategisch gedrag, blokkeren van innovaties en sancties. Van de prestatie-indicatoren wordt bekeken of zij de positieve dan wel negatieve effecten bevorderen en hoe dat in de praktijk zichtbaar wordt.

De negatieve effecten; “verhulling van daadwerkelijke prestatie”, “invloed op professionele houding” en “kopiëren maar geen leren” uit de theoretische modellen van hoofdstuk drie, worden niet verder gebruikt in dit onderzoek. Het wordt namelijk hoogst waarschijnlijk geacht dat er strategisch geantwoord zal worden, en dit kan bij deze effecten niet gecontroleerd worden door documenten onderzoek. De andere negatieve effecten zijn zowel op schrift als in interviews te controleren.

### **5.2 Prestatie-indicator zorgplan**

#### **5.2.1 Innovatie**

Bij het onderdeel innovatie gaat het om de vernieuwing van processen, procedures en structuren. Elke locatie van de organisatie heeft een verleden, waarbij de locatie zelfstandig heeft gefunctioneerd. Met de fusies die de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden zal vanuit deze samenwerking een eenduidig zorgplan ontwikkeld kunnen worden, waarbij van iedere locatie het beste wordt overgenomen. Deze ontwikkeling zal te herkennen zijn door vernieuwing van processen, procedures en structuren. Deze veranderingen zijn te meten door het aantal wijzingen van vernieuwingen in het kwaliteitshandboek 2007 ten opzichte van het handboek 2006. Deze prestatie-indicator innovatie van het zorgplan ontwikkeling is te scoren op basis van documentanalyse.

### **5.2.2 Leereffecten**

Leereffecten bij het zorgplan zijn te constateren indien er werkprocessen zijn overgenomen van andere organisaties (onderdelen). De indicator is dan het aantal keren in het laatste half jaar dat een vernieuwde procedure is geënt op een procedure van een andere organisatie. Deze indicator is onvoldoende te meten door een documentanalyse omdat, als men de verschillende documenten naast elkaar legt, het niet duidelijk is welk document de eerste was en welk document daarop nog eens geënt is. Dit komt met name doordat de documenten onvoldoende voorzien zijn van een datum en dat zodoende niet te zien valt welk document een oudere versie is en welke een nieuwe versie. Er zijn bijvoorbeeld drie versies van de lay-out ter beschikking van het zorgplan. Alleen door middel van een interview met locatieverantwoordelijke managers kan worden vastgesteld of zich op leereffecten op dit punt hebben voorgedaan.

### **5.2.3 Professionele dienstverlening**

Bij professionele dienstverlening in het kader van zorgplannen gaat het om verbetering van welzijn van cliënten. Dit kan op twee manieren te constateren zijn; of er is specifiek nieuw overleg ontstaan over professionele dienstverlening of in bestaand overleg is de aandacht voor professionele dienstverlening toegenomen.

De indicator is dus een grotere aandacht voor professionele dienstverlening binnen overleg structuren. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om het overleg over de inzet van personeel en het aantal vaardigheden die zij moeten bezitten om de cliëntengroep te kunnen begeleiden. Zo is er bij groepsverzorging voor AVZ-cliënten altijd personeel aanwezig dat een opleiding heeft gevolgd op het gebied van activiteitenbegeleiding. Dit is te constateren aan de hand van verandering van de agenda van overlegvormen en aan de andere kant door een interview met de locatieverantwoordelijke managers.

### **5.2.4 Strategisch gedrag**

Bij strategisch gedrag gaat het erom of er vooraf invloed wordt uitgeoefend om een bepaalde prestatie te kunnen behalen. De indicator is dan of er cliënten of cliëntgroepen niet opgenomen worden en waarom deze cliënten geweigerd worden. Strategisch gedrag bij zorgplan ontwikkeling zal moeilijk te constateren zijn omdat er altijd een zorgplan gemaakt zal worden.

Cliënten weigeren vanwege het zorgplan zal niet snel aan de orde zijn; waarschijnlijk is het weigeren van cliënten meer aan de orde bij de uitvoering van het zorgplan. Omdat men dan kan constateren vanuit het zorgplan, dat de zorg die gegeven zou moeten worden te complex is voor de plek waar iemand verblijft. Daarmee is de kans groot dat dit effect, strategisch gedrag, niet te constateren is. Hoogst waarschijnlijk zal deze prestatie-indicator niet op schrift gesteld zijn met als gevolg dat deze prestatie-indicator beter te meten is door middel van een interview met de locatieverantwoordelijke managers.

### **5.2.5 Blokkeren van innovatie**

Bij deze prestatie gaat het om de blokkade van ontwikkeling en vernieuwing van het zorgplan. De prestatiemeting gaat dan om het aantal keren dat vernieuwingstrajecten zijn gestopt. Daarbij is nog veel belangrijker waarom deze trajecten gestopt zijn. Het kan zijn vanwege het vertrek van een medewerker die het traject heeft begeleid, waardoor het misschien goed verklaarbaar is dat een traject gestopt is, maar het kan ook zijn dat er bewust gestuurd wordt om een traject te stoppen.

Om het zorgplan goed te laten functioneren zijn er in organisaties veel trajecten gestart over het zorgplan:

hoe met het zorgplan om te gaan en hoe alles in het zorgplan schriftelijk dient te zijn vastgelegd. Aangezien dit vaak langlopende en terugkerende trajecten zijn, kan het zijn dat de organisatie op langere termijn voor de invoering van zorgplannen steeds minder aandacht heeft en daarmee verzanden trajecten.

Deze prestatiemeting zal gaan over het laatste half jaar waarbij de vraag is of er vernieuwingstrajecten zijn beëindigd en wat de reden hiervan is geweest. Dit is het beste via een interview met de locatieverantwoordelijke managers te achterhalen.

### **5.2.6 Sancties**

Bij sancties gaat het erom of goed gedrag bestraft wordt. Is in dit geval de aanwezigheid van een zorgdossier voor alle cliënten een reden om personele dan wel financiële middelen te verminderen? Het kan zijn dat er een ophoging is geweest van het budget voor personele en financiële middelen, om de invoering van het zorgplan mogelijk te maken. Als het traject is afgerond kunnen deze middelen teruggetrokken worden, omdat er dan minder tijd nodig is voor



de organisatie. Het werken met zorgdossiers is dan geïntegreerd in de werkzaamheden van de organisatie. Het kan zelfs zo zijn dat er nog minder middelen ter beschikking komen dan voor het traject, omdat er via de zorgplannen een efficiency slag gemaakt is.

De prestatie-indicator wordt dan: is er in het afgelopen jaar in financiële of personele zin vermindering opgetreden en waarom. Deze prestatie is te meten door middel van een interview met de locatieverantwoordelijke managers.

### **5.3 Prestatie-indicator structurele afwijkingen van het individuele zorgplan**

#### **5.3.1 Innovatie**

Bij innovatie gaat het er bij structurele afwijkingen van het zorgplan om dat er procedures, processen of structuren ontwikkeld zijn, die maken dat er geen structurele afwijkingen in het individuele zorgplan voorkomen. Deze ontwikkeling is te constateren in het aantal procedures en verbeteringen, die er zorg voor zorgen dat er geen structurele afwijkingen aan het zorgplan ontstaan.

De grootste kans dat er structurele afwijkingen ontstaan van het individuele zorgplan is op het moment dat er minder personeel is; het gaat dan om bijvoorbeeld de vakantieperiode of ziekte. Zijn er voor deze situaties nog procedures ontwikkeld om de kans op structurele afwijkingen aan het individuele zorgplan te voorkomen?

Deze indicator is op basis van documentanalyse en interviews te scoren. Het gaat hierbij dan om processen en procedures, die veranderd zijn in het kwaliteitshandboek tussen augustus 2006 en mei 2007.

#### **5.3.2 Leereffecten**

Leereffecten zijn waar te nemen als er procedures of processen worden overgenomen van andere instellingen dan wel andere organisatieonderdelen, ter voorkoming van structurele afwijkingen van het individuele zorgplan. Het gaat er hier bijvoorbeeld om of protocollen die dit tegengaan, op een zelfde, eenduidige manier zijn ontwikkeld. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat er afspraken zijn gemaakt, dat bij een structurele onderbezetting van de zorgafdeling, andere afdelingen in zo'n geval bijspringen in de zorg. Van belang is hier dan: waar is vastgelegd wanneer er sprake

van een onderbezetting is en wie dan de bevoegdheid heeft om opdracht geven om werkzaamheden te gaan verrichten op een zorgafdeling, terwijl men daarvoor niet is aangenomen.

De indicator is dan het aantal keren dat een procedure is geënt op een procedure van een andere organisatie. De prestatie wordt gemeten in het afgelopen half jaar. Deze indicator is middels een interview met de locatieverantwoordelijke managers te meten.

### **5.3.3 Professionele dienstverlening**

Bij professionele dienstverlening in het kader van structurele afwijkingen van het individuele zorgplan, gaat het om het algehele welzijn van de cliënten. Ten aanzien van de professionele dienstverlening aan cliënten die te maken hebben met structurele afwijkingen van het individuele zorgplan kunnen grote gevolgen hebben. Als het bijvoorbeeld niet mogelijk is wondverzorging op een juiste manier te laten gebeuren omdat de professionele dienstverlening te kort schiet, dan schiet het geheel van de zorg te kort, aangezien de zorgverlening in al zijn facetten de kern is waarom het gaat in de zorgverlening. Papierwerk kan nog blijven liggen, maar de directe zorg aan cliënten kan niet blijven liggen. Mocht dat wel gebeuren dan zijn er grote organisatorische problemen en kan men last krijgen van het fenomeen “pyjama dagen”. De kunst is om op tijd te signaleren of er in de nabije toekomst sprake kan zijn van structurele afwijkingen in het zorgplan.

Dit kan op twee manieren te constateren zijn: namelijk is er nieuw overleg ontstaan over de eventuele dreiging van het ontstaan van structurele afwijkingen aan het zorgplan, of staat professionele dienstverlening op de agenda van een bestaand overleg.

De indicator is dus óf nieuw overleg, óf de agenda van bestaand overleg staat de professionele dienstverlening in het kader van het voorkomen van structurele afwijkingen van het zorgplan.

Dit is te constateren in een interview met de locatieverantwoordelijke managers.

### **5.3.4 Strategisch gedrag**

Bij strategisch gedrag gaat het erom of er vooraf invloed wordt uitgeoefend om geen structurele afwijkingen in het zorgdossier te laten ontstaan. Het gaat hier bijvoorbeeld om cliënten, waarbij de locatieverantwoordelijke manager van tevoren zich afvraagt of aan deze cliënt, in deze

situatie, de zorg wel te leveren is. Afgezien van de plicht tot zorg en de bereidheid om cliënten op te nemen omdat zij de juiste indicatie hebben, kan het zijn dat een locatieverantwoordelijke manager andere keuzes maakt. Het kan zijn dat de manager inschat dat de zorg op termijn niet te leveren is, omdat er een grote vakantieperiode aan komt of omdat er op dat moment veel zieke medewerkers zijn. De managers kan dan niet garanderen dat er geen structurele afwijkingen aan het individuele zorgplan kunnen ontstaan. De indicator is dan de reden waarom er cliënten of cliëntgroepen geweigerd worden om op te nemen. Deze prestatie-indicator is te meten door middel van een interview met de locatieverantwoordelijke managers.

### **5.3.5 Blokkeren van innovatie**

Bij deze prestatie gaat het om de blokkade van ontwikkeling en vernieuwing ten aanzien van het voorkomen van structurele afwijkingen aan het individuele het zorgplan. De prestatiemeting gaat dan om het aantal keren dat vernieuwingstrajecten zijn gestopt. Het kan bijvoorbeeld zijn dat er de garanties om niet af te wijken van het individuele zorgplan, moeilijk waar te maken zijn in de praktijk. Als er afgesproken wordt dat andere dan alleen de zorgmedewerkers ingezet kunnen worden voor de zorgverlening, het zij dat er sprake is van opdrachten geven aan andere disciplines, dan waarvoor de manager formeel verantwoordelijk voor is. Dan bestaat de kans dat er een domein discussie ontstaat, over wie nu waar iets over te zeggen heeft. Het kan dan in het belang van anderen dan zorgmedewerkers zijn, om de opzet van vernieuwde procedures en processen te vertragen of helemaal niet tot besluitvorming te laten komen. Daarmee verzandt een traject zonder een duidelijk protocol.

Deze prestatiemeting zal gaan over het laatste half jaar en is het beste via een interview met de locatieverantwoordelijke managers te achterhalen.

### **5.3.6 Sancties**

Bij sancties gaat het erom of goed gedrag bestraft wordt. Als er geen structurele afwijkingen van het individuele zorgplan zijn, is er dan een sanctie in personele dan wel in financiële zin?

Het kan zijn dat het management constateert dat er geen structurele afwijkingen aan het individuele zorgplan zijn ontstaan. Dan kan het management aangeven dat zij de indruk hebben dat er een te grote financiële dan wel personele bezetting is. De kans bestaat dat zij dan een

efficiency maatregel gaan aankondigen, zodat er minder medewerkers ter beschikking komen. De prestatie-indicator wordt dan: is er in het afgelopen jaar in financiële of personele zin vermindering in de begroting opgetreden en waarom. Deze prestatie is te meten in een interview met de locatieverantwoordelijke managers.

## **5.4 Prestatie-indicator zorgplan getekend door cliënt**

### **5.4.1 Innovatie**

Innovatie voor een getekend zorgplan is niet direct mogelijk; wel kan gezien worden of een organisatie het belangrijk vindt dat zorgplannen getekend worden. De handtekening onder het zorgplan betekent, dat het zorgplan besproken is met de cliënt en dat deze instemt met de zorgafspraken die genoemd worden in het zorgplan. Dit is eigenlijk het sluitstuk van het MDO, waarin door alle disciplines besproken wordt hoe het met de cliënt gaat. Daarbij komt de inbreng van de cliënt: wat wil hij nog op dat moment. Uit deze twee gezichtspunten ontstaan zorgvragen, die omgezet worden in zorgdoelen en geformuleerd worden in het zorgplan.

Het tekenen van het zorgplan geeft aan dat beide partijen zich verbinden aan uitvoering van de doelen die gesteld worden; het en is een belangrijk onderdeel van de zorgverleningcyclus. De handtekening is dus zeker niet zomaar een formaliteit maar heeft een duidelijke betekenis.

Deze ontwikkeling, om te komen tot zorgplan die getekend is door de cliënt, is te constateren in het aantal wijzigingen van vernieuwde processen en procedures in het kwaliteitshandboek tussen augustus 2006 en mei 2007. Deze indicator is op basis van documentanalyse te scoren, waarbij er op gelet wordt of er een handtekening is of niet.

### **5.4.2 Leereffecten**

Leereffecten bij het ondertekenen van het zorgplan zijn te constateren als werkprocessen zijn overgenomen van andere organisaties (onderdelen), zodat op deze wijze benchmark te zien is binnen de organisatie. Voor ondertekening van het zorgplan is het belangrijk dat er in werkprocessen vast ligt wanneer om de handtekening van de cliënt gevraagd wordt. Het kan zijn dat bijvoorbeeld de situatie van de cliënt zich zodanig wijzigt, dat een cliënt veel vaker wordt besproken in het MDO, dan de twee maal per jaar die nu is afgesproken. Het gevolg daarvan is, dat er vaker gesprekken zijn met de cliënt over zijn veranderde situatie. Voor de cliënt moet het

helder zijn waarom er zo vaak om een handtekening gevraagd wordt. Dit moet dan ook terug te vinden zijn in procedures. Na te gaan of die procedure zijn geënt op andere procedures.

De indicator is dan het aantal keren dat een procedure is geënt op een procedure van een andere organisatie. De prestatie wordt gemeten in het afgelopen half jaar. Deze indicator is middels een interview met de locatieverantwoordelijke managers te meten.

### **5.4.3 Professionele dienstverlening**

Bij professionele dienstverlening in het kader van het tekenen van het zorgplan, gaat het om verbetering van deze dienstverlening. Dit kan op twee manieren te constateren zijn; is er nieuw overleg ontstaan of staat professionele dienstverlening op de agenda van een bestaand overleg..

Dit is bijvoorbeeld terug te vinden in de gespreksverslagen over het zorgplan in het zorgdossier van de cliënt. Professionele dienstverlening, wie doet wat en in welke frequentie, is een onderdeel van het gesprek. Ook de cliënt zal moeten aangeven hoe hij kijkt naar de situatie en wat hij daarbinnen wil. Het kan zijn dat vanuit een professionele blik de frequentie van bijvoorbeeld fysiotherapie hoog moet zijn, bijvoorbeeld elke dag terwijl de cliënt kan vinden dat zijn lichamelijke gesteldheid zodanig is, dat als hij bij dagelijkse fysiotherapie geen energie meer over heeft voor andere activiteiten die de hij belangrijk vindt.

De indicator is dus of nieuw overleg op de agenda professionele dienstverlening voorkomt.

Dit is te constateren in een interview met de locatieverantwoordelijke managers.

### **5.4.4 Strategisch gedrag**

Bij strategisch gedrag gaat het erom of er vooraf invloed wordt uitgeoefend om een bepaalde prestatie te kunnen behalen. De indicator is dan of er cliënten of cliëntgroepen in verband met de ondertekening van het zorgplan geweigerd worden om op te nemen. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat bij een overplaatsing van de cliënt van het ene naar het andere organisatieonderdeel, wordt gekeken of het zorgplan getekend is. Daarmee is aan een juridische voorwaarde voldaan om een behandeling te mogen inzetten of voortzetten. De kans dat dit item echt scoort is niet groot, omdat een cliënt niet voor niets uit een andere setting wordt doorgeplaatst naar een nieuwe setting. De overplaatsing is over het algemeen het gevolg van een toenemende zorgvraag, die niet op die plaats geboden kan worden. Zodoende zal er op de nieuwe plek een ander zorgplan nodig zijn. Zorgproblemen die onderkend zijn zullen in een nieuw plan wel gedeeltelijk overgenomen

worden en anderen zullen er aan toegevoegd worden. Deze prestatie-indicator is te meten door middel van een interview met de locatieverantwoordelijke managers.

#### **5.4.5 Blokkeren van innovatie**

Bij deze prestatie gaat het om de blokkade van ontwikkeling en vernieuwing van het getekende zorgplan. De prestatiemeting gaat dan om het aantal keren dat vernieuwingstrajecten zijn gestopt. Daarbij is nog veel belangrijker waarom deze trajecten gestopt zijn. Ondertekening is een belangrijk onderdeel van de zorgcyclus, maar tevens ook het sluitstuk van de cyclus. Vaak wordt het hier voorafgaande uitgevoerd, maar het gesprek meestal wegens tijdgebrek niet of het wordt op de lange baan geschoven. Om de achterstand bij de ondertekening op te heffen wordt het vaker in een projectvorm onder gebracht. Daarmee is er meer aandacht van het management voor dit onderdeel. Toch blijft het onderliggende probleem dat in de hoeveelheid van taken van de medewerkers de ondertekening niet een hoge prioriteit heeft. De vraag is in hoeverre de medewerkers zullen aangeven dat de handtekeningen er zijn, maar dat bij controle zal blijken dat de handtekening nog niet onder alle zorgplannen staan. Daarmee verzandt een project omdat iedereen van mening is dat het is uitgevoerd.

Deze prestatiemeting zal gaan over het laatste half jaar en kan via een interview met de locatieverantwoordelijke managers te achterhalen zijn.

#### **5.4.6 Sancties**

Bij sancties gaat het erom of goed gedrag bestraft wordt. Is het feit dat alle getekende zorgdossiers getekend zijn een reden voor een sanctie in personele zin dan wel in financiële zin.

De zorgplan ondertekening behoort tot de zorgcyclus van een organisatie. Hoogstwaarschijnlijk zullen daar geen extra middelen of financiën voor worden aangewend dan tijdelijke, om misschien achterstanden in te halen. Zodoende zal de kans dat dit item scoort niet erg hoog zijn. De enige kans om te scoren zou zijn dat er een efficiency maatregel komt, omdat een locatie het geheel van de zorgplannen op orde heeft en het management vindt dat met minder middelen of medewerkers gewerkt kan worden.

De prestatie-indicator wordt dan: is er in het afgelopen jaar in financiële of personele zin vermindering in de begroting opgetreden en waarom? Deze prestatie is te meten in een interview met de locatieverantwoordelijke managers.

## **5.5 Prestatie-indicator multidisciplinair overleg**

### **5.5.1 Innovatie**

Bij het onderdeel innovatie gaat het om procedures, processen of structuren die een bijdrage leveren aan de verbetering van de organisatie.

In het geval van het multidisciplinair overleg gaat het om het aantal wijzigingen in formulering van het MDO in vernieuwing van processen, procedures en structuren. Het MDO is de kern waarbij al het beleid rondom een cliënt samenkomt en de besluiten vallen over hoe de begeleiding van het cliënt verder vorm moet krijgen. Binnen dit overleg heeft de cliënt ook daadwerkelijk invloed om mede sturing te kunnen geven aan beleid ten aanzien van behandeling en begeleiding. Beleidsverandering gevat in procedures dan wel processen is belangrijk, omdat deze direct terug te voeren zijn naar de cliënt. Deze ontwikkeling is te constateren in het aantal wijzigingen van vernieuwde processen en procedures in het kwaliteitshandboek tussen augustus 2006 en mei 2007. Deze indicator is op basis van documentanalyse te scoren.

### **5.5.2 Leereffecten**

Leereffecten bij het multidisciplinair overleg zijn te constateren als werkprocessen zijn overgenomen van andere organisaties (onderdelen), zodat op deze wijze benchmark te zien is binnen de organisatie. Bij de ontwikkeling van het MDO gaat het om een breed scala aan mogelijkheden dat zich voordoet in veranderingen omtrent het MDO. In het verleden was bijvoorbeeld, vanuit het medische model, de huisarts of de verpleeghuisarts voorzitter van het MDO overleg. Nu zie je een verschuiving optreden dat de verantwoordelijke verzorgende die immers de volledige 24 uren situatie van een cliënt kan overzien, voorzitter wordt van dit overleg. Een ander voorbeeld is of de cliënt zelf aanwezig is bij zijn eigen MDO of dat hij later wordt geïnformeerd over het overleg.

De indicator is dan het aantal keren dat een procedure is geënt op een procedure van een andere organisatie. De prestatie wordt gemeten in het afgelopen half jaar. Deze indicator is middels een interview met de locatieverantwoordelijke managers te meten.

### **5.5.3 Professionele dienstverlening**

Bij professionele dienstverlening in het kader van multidisciplinair overleg gaat het om verbetering van welzijn van cliënten. Dit kan op twee manieren te constateren zijn namelijk: er is nieuw overleg ontstaan, of professionele dienstverlening staat op de agenda van bestaand overleg. Bij het MDO zal het bijvoorbeeld ten aanzien van professionele dienstverlening gaan om de aanwezigheid bij de MDO's. Disciplines hebben de neiging, om als zij bij een cliënt betrokken zijn, te participeren in overlevormen over de cliënt. De vraag van managers is dikwijls, of het participeren zo belangrijk is, of dat het voldoende is dat de professional zijn bevindingen rapporteert aan het MDO, zodat vanuit deze bevindingen besluiten genomen kunnen worden.

Zo nu en dan lijkt het dat aanwezigheid bij allerlei overlevormen, een groter belang heeft dan de behandeling van cliënten.

De indicator is dus of er nieuw overleg ontstaan is en of op de bestaande agenda professionele dienstverlening voorkomt.

Dit is te constateren in een interview met de locatieverantwoordelijke managers.

### **5.5.4 Strategisch gedrag**

Bij strategisch gedrag gaat het erom of er vooraf invloed wordt uitgeoefend om een multidisciplinair overleg te kunnen behalen. De indicator is dan of er cliënten of cliëntgroepen geweigerd worden waarvoor het multidisciplinair overleg een belangrijk item is. De kans dat strategisch gedrag van invloed is bij het item MDO's lijkt mij klein. MDO's worden altijd gehouden in een cyclus van twee maal per jaar. Welke cliënt er besproken wordt en met welke bijzonderheden lijkt niet van een groot belang te zijn. De enige reden waarom cliënten geweigerd zouden kunnen worden is de personele bezetting, om daarmee de kans dat een MDO vervalt, te kunnen verkleinen.

Hoogstwaarschijnlijk zal dit item dan ook niet scoren in het uiteindelijke schema.

Deze prestatie-indicator is te meten door middel van een interview met de locatieverantwoordelijke managers.



### **5.5.5 Blokkeren van innovatie**

Bij deze prestatie gaat het om de blokkade van ontwikkeling en vernieuwing van het multidisciplinair overleg. MDO's zijn volop in beweging; er is veel discussie gaande over de zin en onzin van dit overleg. Managers willen het nogal eens zien als een verspilling van tijd die veel efficiënter ingezet kan worden bij de cliënt waarvoor men werkt. Vernieuwing heeft ieders aandacht vanuit professionals om er vooral bij te zijn en vanuit managers om het MDO niet een enorm groot overleg te laten zijn, waar iedereen en alles bij aanwezig is. De kans dat vernieuwingstrajecten gestopt worden lijkt in dit verband niet zo groot te zijn, of het moet zo zijn dat het vernieuwingstraject voor de persoon in kwestie de verkeerde kant op gaat. Bijvoorbeeld omdat professionals aanwezig willen zijn en het erop gaat lijken dat er een procedure komt waarin er juist minder professionals aanwezig zullen zijn bij het overleg. Dan is de keus misschien wel om de besluitvorming te vertragen of helemaal niet plaats te laten vinden.

De prestatiemeting gaat dan om het aantal keren dat vernieuwingstrajecten zijn gestopt; daarbij is het belangrijk waarom deze trajecten gestopt zijn. Het kan zijn vanwege het vertrek van een medewerker die het traject heeft getrokken en waardoor misschien goed verklaarbaar is dat een traject gestopt is, maar het kan ook zijn dat er bewust gestuurd wordt om een bepaald traject te stoppen.

Deze prestatiemeting zal gaan over het laatste half jaar en is het beste via een interview met de locatieverantwoordelijke managers te achterhalen.

### **5.5.6 Sancties**

Bij sancties gaat het erom of goed gedrag bestraft wordt. Is de aanwezigheid van multidisciplinair overleg een reden voor een sanctie in personele zin of in financiële zin. Zoals hierboven al beschreven is, is het MDO de spil waar het in de zorg om gaat. Het is het samenbrengen van de verschillende inzichten rond een cliënt en daarmee afstemming bewerkstelligen omtrent behandeling en begeleiding van die cliënt. De vraag hierbij is of de organisatie een financiële dan wel personele sanctie kan toepassen, anders dan een efficiency maatregel.

De prestatie-indicator wordt dan: is er in het afgelopen jaar in financiële of personele zin vermindering in de begroting opgetreden en waarom. Deze prestatie is te meten in een interview met locatieverantwoordelijke managers.

## **5.6 Prestatie-indicator Meldingen Incidenten Cliënten ( MIC)**

### **5.6.1 Innovatie**

Bij het onderdeel innovatie gaat het om procedures, processen of structuren die een bijdrage leveren aan de verbetering van de organisatie. Meldingen incidenten cliënten staan volop in de belangstelling van verschillende controlerende organen. Bijvoorbeeld: de inspectie voor de gezondheidszorg wil graag dat er een 24 uren toezicht is bij mensen met psychogeriatrische problemen. Daarmee zouden zich veel minder ongelukken kunnen voordoen, zo is de mening van de inspectie. Ook eenduidige protocollen en een samenwerkingsovereenkomst met apotheken (en het liefst nog met één apotheek), kunnen het aantal incidenten naar beneden brengen op het gebied van medicatiefouten. Hiermee wordt wel duidelijk dat veel partijen geïnteresseerd zijn vanuit hun eigen visie in meldingen incidenten cliënten.

In het geval van meldingen incidenten cliënten gaat het om het aantal wijzigingen in formulering van processen, procedures en structuren. Deze ontwikkeling is te constateren in het aantal wijzigingen van vernieuwde processen en procedures in het kwaliteitshandboek tussen augustus 2006 en mei 2007. Deze indicator is op basis van documentanalyse te scoren.

### **5.6.2 Leereffecten**

Leereffecten bij meldingen incidenten cliënten zijn te constateren als werkprocessen zijn overgenomen van andere organisaties (onderdelen), zodat op deze wijze benchmark te zien is binnen de organisatie. Bij een organisatie die uit verschillende onderdelen bestaat zou men verwachten dat er gelijklopende protocollen en procedures zijn. Bij dit item is dat waarschijnlijk lastig vast te stellen, omdat het zo'n belangrijk item is dat elke inspecteur van de gezondheidszorg er zijn eigen stempel via de bezoeken aan verschillende instellingen op heeft gedrukt en daarmee kleine wijzigingen ten aanzien van de procedure heeft voorgesteld. Aan de andere kant zullen procedures misschien goed geënt zijn op het geheel van de organisatie maar zullen er bijvoorbeeld verschillen zijn in afspraken per locatie ; bijvoorbeeld over welke persoon de bus van de meldingen van de MIC's leegt.

De indicator is dan het aantal keren dat een procedure is geënt op een procedure van een andere organisatie. De prestatie wordt gemeten in het afgelopen half jaar. Deze indicator is middels een interview met de locatieverantwoordelijke managers te meten.

### **5.6.3 Professionele dienstverlening**

Bij professionele dienstverlening in het kader van meldingen incidenten cliënten, gaat het om verbetering van de dienstverlening. Dit kan op twee manieren te constateren zijn: is er nieuw overleg ontstaan, of staat professionele dienstverlening op de agenda van bestaand overleg.

Als voorbeeld is te geven dat er waarschijnlijk bij elke locatie wel een MIC commissie zal zijn, maar dat de verdere invulling een eigen invulling van de locatie is. De MIC commissie zorgt namelijk voor de kwartaal rapportage en deze wordt besproken in het locatieoverleg. Daarna is het de bedoeling dat het op afdelingsniveau met medewerkers wordt besproken. Dat deze items besproken worden moet dan terug te vinden zijn in de agenda's van zowel het locatieoverleg als het overleg op afdelingsniveau.

De indicator is dus of nieuw overleg op de agenda van overleg vormen professionele dienstverlening voorkomt.

Dit is te constateren in een interview met de locatieverantwoordelijke managers.

### **5.6.4 Strategisch gedrag**

Bij strategisch gedrag gaat het erom of er vooraf invloed wordt uitgeoefend om het aantal meldingen incidenten cliënten zo klein mogelijk te maken. Dit is waarschijnlijk een punt wat moeilijk te scoren is, omdat bij cliënten die intramuraal wonen de kans groter is dat er zich incidenten zullen voordoen. Een ander voorbeeld waarbij het wel te scoren valt, is als het gaat om het “sturen” en dan gaat het met name over medicatie fouten. Managers weten over het algemeen wel wie verantwoordelijk is voor veel medicatiefouten; gezien vanuit de fouten die toe te schrijven zijn aan het handelen of niet handelen van medewerkers. Een manager die wil sturen op dit item zal de medicijnen laten uitzetten en toedienen door medewerkers die zorgvuldig werken en daarmee dus de kans op fouten en daarmee meldingen incidenten cliënten verkleinen.

De indicator is dan of er cliënten of cliëntgroepen geweigerd worden waarbij de meldingsfrequentie van incidenten een belangrijk overweging is geweest. Dat zal dan een indicator zijn die hoogstwaarschijnlijk weinig tot niets zal scoren. Deze prestatie-indicator is te meten door middel van een interview met locatieverantwoordelijke managers.

### **5.6.5 Blokkeren van innovatie**

Bij deze prestatie gaat het om de blokkade van ontwikkeling en vernieuwing van het aantal meldingen incidenten cliënten. De prestatiemeting gaat om het aantal keren dat vernieuwingstrajecten zijn gestopt. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om trajecten van vernieuwing, waarbij een grote tijdsinvestering door medewerkers wordt gedaan die niet vergoed wordt door extra uren op afdelingsniveau. Zeker in de opzet van een MIC commissie is er veel ruimte en tijd nodig. Aangezien dit vaak in een organisatiestructuur gedaan wordt, bestaat de kans dat het geheel verzandt als gevolg van weinig tijd of te weinig tijd vrijgemaakt door de organisatie.

Daarnaast kunnen trajecten gestopt zijn vanwege het vertrek van een medewerker die het traject heeft getrokken en waarmee verklaarbaar is dat een traject gestopt is.

Deze prestatiemeting zal gaan over het laatste half jaar en is via een interview met de locatieverantwoordelijke managers te achterhalen.

### **5.6.6 Sancties**

Bij sancties gaat het erom of goed gedrag bestraft wordt; is de vermindering van het aantal meldingen incidenten cliënten een reden voor een sanctie in personele dan wel in financiële zin.

Dit zal geen makkelijk punt zijn om te scoren aangezien MIC meldingen op afdelingsniveau worden gemaakt en vooral binnen het geheel van de organisatie zijn verankering heeft. MIC los zien van het geheel van behandeling, verzorging en dagbesteding is bijna niet mogelijk, aangezien er een formulier moet worden ingevuld. Dit zal meestal gebeuren als er een rapportage wordt geschreven over de cliënt. Als men incidenten meldingen heeft in de rapportage van de cliënt in het zorgdossier, zal gelijktijdig het formulier worden ingevuld.

De prestatie-indicator wordt dan: is er in het afgelopen jaar in financiële of personele zin vermindering in de begroting opgetreden en waarom en is deze toe te schrijven aan meldingen incidenten cliënten? Deze prestatie is te meten in een interview met de locatieverantwoordelijke managers.

## **5.7 Prestatie-indicator zorginzet**

### **5.7.1 Innovatie**

Bij het onderdeel innovatie gaat het om procedures, processen of structuren die een bijdrage leveren aan de verbetering van de organisatie. In het geval van prestatie zorginzet gaat het om het aantal wijzigingen in formatie van de inzet van personeel in vernieuwing van processen, procedures en structuren.

Eigenlijk valt dat in twee stukken uiteen namelijk de zorgzwaartemeting en daaraan gekoppeld de inzet van personeel. Zorgzwaarte wordt sinds eind 2006 gemeten via zorgzwaartepakketten (ZZP). Deze geeft na een vragenlijst ingevuld te hebben een bepaalde score. Deze score geeft een bepaalde categorie aan waar de cliënt in past. Aan deze categorie hangt een prijskaartje. Als ik deze cliënt met deze zorgzwaarte opneem dan krijgt de organisatie deze prijs voor zorg etc. Deze ontwikkeling heeft natuurlijk te maken met de inzet van personeel. Als er veel cliënten zijn met een hoge zorgvraag en daarmee samenhangend een hoge score van ZZP dan zal daar een grotere financiële stroom bij horen, dan dat er een groot aantal cliënten is met een lage ZZP en daarmee een lager budget. In het eerste geval kan er meer personeel worden ingezet dat in het tweede geval.

Deze ontwikkeling moet terug te vinden zijn in een aantal wijzigingen van vernieuwde processen en procedures in het kwaliteitshandboek tussen augustus 2006 en mei 2007. Deze indicator is op basis van documentanalyse te scoren.

### **5.7.2 Leereffecten**

Leereffecten bij de prestatie zorginzet cliënten is te constateren als werkprocessen zijn overgenomen van andere organisaties (onderdelen), omdat op deze wijze benchmark te zien is binnen de organisatie. De zorgzwaartemeting vanuit de ZZP is een nieuw fenomeen; deze zal zeker gevat zijn in een procedure die gelijkloidend zal zijn voor de gehele organisatie. Als voorbeeld kan dienen dat het van belang is, dat cliënten op een uniforme wijze gescoord worden. Men kan van elkaar leren op dit punt door standaardisatie te maken van de ZZP score en die van elkaar over te nemen.

De indicator is dan het aantal keren dat een procedure is geënt op een procedure van een andere organisatie. De prestatie wordt gemeten in het afgelopen half jaar. Deze indicator is middels een interview met de locatieverantwoordelijke managers te meten.

### **5.7.3 Professionele dienstverlening**

Bij professionele dienstverlening in het kader van zorginzet, gaat het om verbetering van welzijn van cliënten. Dit kan op twee manieren te constateren zijn namelijk; is er nieuw overleg ontstaan, of staat professionele dienstverlening op de agenda van bestaand overleg. Zorginzet zou gekoppeld moeten zijn aan de zorg die iemand nodig heeft. Hetgeen inhoudt dat als iemand meer nodig heeft, zorg snel geboden moet kunnen worden en daarmee wordt een grote flexibiliteit van de zorgorganisatie gevraagd. Dat zou dan op de agenda van de zorgafdelingen moeten staan en zelfs op de agenda van het locatieoverleg.

Als voorbeeld kan dienen een cliënt met een grote mate van zelfstandigheid, die ten gevolge van een valincident een heup breekt. Op dat moment heeft zij vele malen meer zorg nodig dan voorheen. De zorg zal snel opgepakt moeten worden. In het MDO zal vastgesteld worden welke zorg noodzakelijk is. De zorgzwaarte zal stijgen en als daarmee een hogere ZZP score wordt bereikt, dan zullen er ook grotere financiële middelen komen die zorgen dat de zorg ook geleverd kan worden. Zo kan de kwaliteit van zorg op een hoog peil blijven.

De indicator is dus of nieuw overleg dan wel op de agenda professionele dienstverlening voorkomt in het kader van de zorginzet.

Dit is te achterhalen middels een interview met de locatieverantwoordelijke managers.

### **5.7.4 Strategisch gedrag**

Bij strategisch gedrag gaat het erom of er vooraf invloed wordt uitgeoefend om zorginzet conform de begroting te krijgen. Bij dit punt gaat het bijvoorbeeld om zorginzet die gekoppeld wordt aan cliënten. Cliënten met een hoog ZZP en daarmee een hoge inzet van middelen en personeel, zouden geweigerd kunnen worden op zorginhoudelijke gronden. Het gaat daarbij niet om cliënten die gezien de hoge zwaarte van zorg niet meer in het zorgcentrum die juiste zorg kunnen ontvangen. Daarnaast is het zo, dat op dit moment de financiële stroom nog niet de cliënt volgt, dus veel zorg betekent niet automatisch meer middelen om die zorg dan ook te kunnen geven aan cliënten.

De indicator is dan of er cliënten of cliëntgroepen geweigerd worden, waarbij de zorginzet een belangrijk overweging is geweest. Deze prestatie-indicator is te meten door middel van een interview met de locatieverantwoordelijke managers.

### **5.7.5 Blokkeren van innovatie**

Bij deze prestatie gaat het om de blokkade van ontwikkeling en vernieuwing van de inzet van personeel. De prestatiemeting gaat dan om het aantal keren dat vernieuwingstrajecten zijn gestopt. Het kan bijvoorbeeld gaan om trajecten die een grote personele inzet vragen, waarbij de inkomsten de uitgaven in het begin niet volledig dekken. Het kunnen innovatieve trajecten zijn die voor een organisatie een belangrijk visitekaartje naar buiten zijn. Dan zullen de managers vinger aan de pols houden, en zolang die belangen spelen het traject in stand houden. Verliest het traject zijn uitstraling, dan zal er mee gestopt worden. Voor ZZP geldt met name dat de financiële middelen goed gekoppeld moeten zijn. Lukt dat niet, dan zal het een traject worden dat eerder landelijk gestopt gaat worden. Waarschijnlijk blijft de zorgkloof van nu in het nieuwe systeem nog bestaan, omdat het totaal van de middelen niet toereikend zijn voor de zorg die gevraagd wordt.

Deze prestatiemeting, of er trajecten zijn gestopt, zal gaan over het laatste half jaar en is via een interview met de locatieverantwoordelijke managers te achterhalen.

### **5.7.6 Sancties**

Bij sancties gaat het erom of goed gedrag bestraft wordt. Is de zorginzet conform de begroting een reden voor een sanctie in personele zin dan wel in financiële zin?

Eigenlijk is dit niet te meten voor zorginzet in relatie tot ZZP. ZZP gaat er vanuit dat het budget de cliënt volgt en deze dus altijd de zorg krijgt die noodzakelijk is voor zijn beperkingen.

Daarmee is een zeer flexibele organisatie nodig die snel kan omschakelen tussen een grote zorgzwaarte en dus meer personeel, en een kleinere zorgzwaarte met minder personeel. Ook het personeel zal een grotere flexibiliteit moeten hebben om het mogelijk te maken dat dit gaat functioneren.

Op dit moment is er een conservatieve financiering, namelijk geënt op het aantal bedden. Via projecten komt er dan nog extra geld binnen, bijvoorbeeld door het aantal cliënten die AVZ zorg ontvangen.

Door de conservatieve vorm van de financiële organisatie zijn er eigenlijk geen sancties toe te passen als de inzet verandert. De inzet mag wel veranderen, maar dan moeten er ook meer inkomsten tegenover staan. De kans dat de indicator scoort is hiermee niet groot. De prestatie-indicator is dan de vraag; is er in het afgelopen jaar in financiële of personele zin vermindering in

de begroting opgetreden ten aanzien van zorginzet en waarom? Deze prestatie is te meten door middel van een interview met de locatieverantwoordelijke managers.

## **5.8 Prestatie-indicator cliënttevredenheid**

### **5.8.1 Innovatie**

Bij het onderdeel innovatie gaat het om procedures, processen of structuren die een bijdrage leveren aan de verbetering van de organisatie.

In het geval van de prestatie cliënttevredenheid, gaat het om het aantal wijzigingen in de formulering in vernieuwing van processen, procedures en structuren met betrekking tot cliënttevredenheid. Dit is geen gemakkelijk punt om te scoren aangezien er veel procedures zijn, maar weinig procedures zijn direct gekoppeld aan de cliënt zelf. De meest procedures zijn indirect gekoppeld aan cliënttevredenheid.

Een punt waar het wel op te scoren is, is op bejegening en privacy van cliënten. Meestal zijn deze onderdelen verweven in vele protocollen en procedures, omdat het een onderdeel is van het dagelijks omgaan met mensen binnen een organisatie. Vanuit het cliënttevredenheidsonderzoek zullen er waarschijnlijk wel rapporten aanwezig zijn waarin staat wat er met de uitkomsten van het onderzoek is gebeurd. Deze ontwikkeling is te constateren in het aantal wijzigingen van vernieuwde processen en procedures in het kwaliteitshandboek tussen augustus 2006 en mei 2007 waarbij cliënttevredenheid een onderdeel van is. Deze indicator is op basis van documentanalyse te scoren.

### **5.8.2 Leereffecten**

Leereffecten bij de prestatie cliënttevredenheid is te constateren als werkprocessen zijn overgenomen van andere organisaties (onderdelen), zodat op deze wijze benchmark te zien is binnen de organisatie.

De indicator is dan het aantal keren dat een procedure is geënt op een procedure van een andere organisatie. Als voorbeeld kan dienen dat er een boekje bestaat vanuit de overheid: “ wat mag u verwachten in een zorgcentrum”. De vraag is of alle items die genoemd worden in dit boekje ook gevat zijn in procedures en werkprocessen van de organisatie.

De prestatie wordt gemeten in het afgelopen half jaar. Deze indicator is middels een interview met de locatieverantwoordelijke managers te meten.



### **5.8.3 Professionele dienstverlening**

Bij professionele dienstverlening in het kader van cliënttevredenheid gaat het om verbetering van het welzijn van cliënten. Dit kan op twee manieren te constateren zijn; is er nieuw overleg ontstaan, of staat professionele dienstverlening op de agenda van bestaand overleg in het kader van cliënttevredenheid.

Het kan bijvoorbeeld zijn dat er nieuw overleg is gekomen over de activiteiten in de organisatie, waar cliënten van gebruik maken, en dat zij in dit overleg kunnen aangeven wat zij van activiteiten vinden en of zij nog graag andere activiteiten georganiseerd zouden willen zien.

De indicator is dus of nieuw overleg op de agenda professionele dienstverlening voorkomt.

Dit is te constateren in een interview met de locatieverantwoordelijke managers.

### **5.8.4 Strategisch gedrag**

Bij strategisch gedrag gaat het erom of er vooraf invloed wordt uitgeoefend om de cliënttevredenheid te vergroten. De indicator is dan of er cliënten of cliëntgroepen geweigerd worden waarbij de cliënttevredenheid een belangrijk overweging is geweest.

Dit lijkt mij een item wat moeilijk te scoren is. Cliënten die niet tevreden zijn komen in elke organisatie voor. De vraag is of deze cliënten van tevoren te selecteren zijn, zodat ze niet opgenomen worden. Eerder zal het zijn dat iemand naar een zelfde soort instelling overgeplaatst wil worden, zonder duidelijke reden; misschien speelt in dat soort situaties tevredenheid een rol.

Deze prestatie-indicator is te meten door middel van een interview met de locatieverantwoordelijke managers.

### **5.8.5 Blokkeren van innovatie**

Bij deze prestatie gaat het om de blokkade van ontwikkeling en vernieuwing van cliënttevredenheid. De prestatiemeting gaat dan om het aantal keren dat vernieuwingstrajecten zijn gestopt. Daarbij is belangrijk waarom deze trajecten gestopt zijn.

Bij cliënttevredenheid kunnen trajecten in gang gezet zijn om meer politieke redenen; als de vraag in een commissie wordt ondergebracht, dan merken cliënten dat er iets gebeurt. De uitwerking kan echter zo lang op zich laten wachten dat iedereen al weer vergeten is waar het over gaat. Als voorbeeld: de wegen in de tuin moeten geëgaliseerd worden, aangezien cliënten met een rolstoel niet gemakkelijk van de paden gebruik kunnen maken. Nu blijkt dat de paden

van de gemeente zijn en de gemeente dit onderhoud moet plegen. Dan kan bij elke vraag vanuit de cliënten aangeven worden dat we ermee bezig zijn; ondertussen verzandt zo'n project steeds meer.

Deze prestatie is te meten in een interview met de locatieverantwoordelijke managers.

### **5.8.6 Sancties**

Bij sancties gaat het erom of goed gedrag bestraft wordt: is de cliënttevredenheid groot en is dat een reden voor een sanctie in personele zin of in financiële zin. Dit lijkt een moeilijk punt om te meten. Een grotere cliënttevredenheid koppelen aan het verminderen van middelen en personeel? Waarschijnlijk gaat dit item dan niet scoren.

De prestatie-indicator wordt voor dit item: is er in het afgelopen jaar in financiële of personele zin minder gebudgetteerd, omdat er een grotere cliënttevredenheid is opgetreden en waarom?.

Deze prestatie is te meten in een interview met de locatieverantwoordelijke managers.

## **5.9 Prestatie-indicator vocht- en voedingvoorziening**

### **5.9.1 Innovatie**

Bij het onderdeel innovatie gaat het om procedures, processen of structuren die een bijdrage leveren aan de verbetering van de organisatie.

In het geval van vocht- en voedingvoorziening gaat het om het aantal wijzigingen in de formulering van processen, procedures en structuren. Het gaat hierbij bijvoorbeeld over de ambiance: hoe wordt de maaltijd geserveerd; individueel is of in groepsverband? Ook het tijdstip waarop de maaltijd te gebruiken is, is een belangrijk item voor mensen. Het is nu nog vaak zo dat een warme maaltijd alleen te verkrijgen is tussen de middag en daarmee is de maaltijdvoorziening afgestemd op de organisatie in plaats van op cliënten. Misschien willen zij juist 's avonds de maaltijd gebruiken.

Deze ontwikkeling is te constateren in het aantal wijzigingen van vernieuwde processen en procedures in het kwaliteitshandboek tussen augustus 2006 en mei 2007. Deze indicator is op basis van documentanalyse te scoren.

### **5.9.2 Leereffecten**

Leereffecten bij de prestatie vocht- en voedingvoorziening zijn te constateren als werkprocessen zijn overgenomen van andere organisaties (onderdelen), zodat op deze wijze benchmark te zien is binnen de organisatie. Protocollen ten aanzien van voedingvoorziening zijn juist goed te enten. Het gaat immers om basisvoorzieningen voor cliënten. Ambiance heeft een basis, maar daarnaast kan het verschillend zijn vanwege de buurt waar een voorziening staat, maar ook door de cliënten die er wonen; veel cliënten uit Suriname hebben een ander eetpatroon dan die uit Indonesië.

De indicator is dan het aantal keren dat een procedure is geënt op een procedure van een andere organisatie. De prestatie wordt gemeten in het afgelopen half jaar. Deze indicator is middels een interview met de locatieverantwoordelijke managers te meten.

### **5.9.3 Professionele dienstverlening**

Bij professionele dienstverlening in het kader van vocht- en voedingvoorziening gaat het om verbetering van welzijn van cliënten. Dit kan op twee manieren te constateren zijn namelijk aan de ene kant of er nieuw overleg is ontstaan, aan de andere kant of professionele dienstverlening op de agenda van overleg staat.

Bij vocht- en voedingvoorziening gaat het erom of er bijvoorbeeld in een vroeg stadium aandacht is voor slikklachten. Slikklachten kunnen namelijk verschillende oorzaken hebben. De meest simpele oorzaak is namelijk of het gebit van een bewoner; zit deze nog goed? Het is daarmee een item wat om een samenspel vraagt van verschillende disciplines en bij uitstek in een MDO besproken dient te worden.

De indicator is dus of er nieuw overleg dan wel professionele dienstverlening op de agenda voorkomt.

Dit is te constateren in een interview met de locatieverantwoordelijke managers.

### **5.9.4 Strategisch gedrag**

Bij strategisch gedrag gaat het erom of er vooraf invloed wordt uitgeoefend om vocht- en voedingvoorziening te verbeteren. De indicator is dan of er cliënten of cliëntgroepen geweigerd worden waarbij de vocht- en voedingvoorziening een belangrijk overweging zijn geweest.

Het kan bijvoorbeeld zijn dat cliënten met een slechte vocht- en voedingsituatie niet worden opgenomen. Aan de ene kant vanwege het feit dat de kosten voor extra voeding zeer hoog kunnen zijn, aan de andere kant kan het zijn om bij de prevalentie-meting van de universiteit van Maastricht niet te scoren dat de voedingstoestand van cliënt in deze organisatie in het afgelopen jaar niet is verbeterd.

Deze prestatie-indicator is te meten door middel van een interview met de locatieverantwoordelijke managers.

### **5.9.5 Blokkeren van innovatie**

Bij deze prestatie gaat het om de blokkade van ontwikkeling en vernieuwing van vocht- en voedingvoorziening. De prestatie-meting gaat dan om het aantal keren dat vernieuwingstrajecten zijn gestopt. Het kan hierbij bijvoorbeeld gaan om trajecten waarbij het tijdstip van het gebruik van de maaltijd is losgelaten waardoor cliënten op elk gewenst tijdstip de maaltijd kunnen gebruiken. Als er dan weinig gebruik gemaakt wordt van een bepaald tijdstip, dan kan vanuit een personele bezetting en dus kosten, besloten worden dat er op dat tijdstip geen maaltijd meer gebruik kan

worden. Vanuit een positief begin van een traject wordt er vervolgens besloten om onderdelen te schrappen, waarmee een innovatie gedeeltelijk wordt stopgezet.

Deze prestatie-indicator is te meten door middel van een interview met de locatieverantwoordelijke managers

### **5.9.6 Sancties**

Bij sancties gaat het erom of goed gedrag bestraft wordt. Is de vocht- en voedingvoorziening zodanig onder controle dat er een reden is voor een sanctie in personele zin of in financiële zin.

Dat is waarschijnlijk een moeilijk punt om te meten. Vocht- en voedingsontwikkeling zal in eerste instantie leiden tot hogere kosten, voor zowel voeding als personele inzet. De bedoeling dat op langere termijn, als er enige gewenning is opgetreden, extra inzet van middelen of personeel niet meer nodig is. Daarmee worden de extra middelen terug gehaald en wordt de normale inzet gebruikt om de vocht- en voedingvoorziening op peil te houden.

De prestatie-indicator wordt dan: is er in het afgelopen jaar in financiële of personele zin vermindering in de begroting opgetreden met betrekking tot de vocht- en voedingsvoorziening voor cliënten en waarom.

Deze prestatie is te meten in een interview met de locatieverantwoordelijke managers.

## **5.10 Prestatie-indicator voor preventie en behandeling van decubitus.**

### **5.10.1 Innovatie**

Bij het onderdeel innovatie gaat het om procedures, processen of structuren die een bijdrage leveren aan de verbetering van de organisatie.

In het geval van preventie en behandeling van decubitus gaat het om het aantal wijzigingen in de formulering van processen, procedures en structuren. Decubitus komt voor bij een klein percentage cliënten in zorgcentra. In de afgelopen periode is er landelijk veel aandacht besteed aan het ontwikkelen van standaardprotocollen voor behandeling van decubitus. Er is ook een opleiding voor wondverpleegkundige, waaronder decubitus.

Deze ontwikkeling is te constateren in het aantal wijzigingen van vernieuwde processen en procedures in het kwaliteitshandboek tussen augustus 2006 en mei 2007. Deze indicator is op basis van documentanalyse te scoren.

### **5.10.2 Leereffecten**

Leereffecten bij de prestatie preventie en behandeling van decubitus zijn te constateren als werkprocessen zijn overgenomen van andere organisaties (onderdelen), zodat op deze wijze benchmark te zien is binnen de organisatie of buiten de organisatie.

Aangezien er landelijke belangstelling is voor het onderwerp decubitus, zullen er waarschijnlijk protocollen geënt zijn op de landelijke protocollen.

De indicator is dan het aantal keren dat een procedure is geënt op een procedure van een andere organisatie. De prestatie wordt gemeten in het afgelopen half jaar. Deze indicator is middels een interview met de locatieverantwoordelijke managers te meten.

### **5.10.3 Professionele dienstverlening**

Bij professionele dienstverlening in het kader van preventie en behandeling van decubitus gaat het om verbetering van het welzijn van cliënten. Dit kan op twee manieren te constateren zijn: is er nieuw overleg ontstaan, of staat professionele dienstverlening op de agenda van bestaand overleg.

In het MDO zal bijvoorbeeld zichtbaar moeten zijn dat er belangstelling is voor decubitus. Daarnaast zal er ter voorbereiding op een MDO een score lijst ingevuld worden waarbij de kans op decubitus nu of in de nabije toekomst in kaart gebracht wordt.

Dit is te constateren in een interview met de locatieverantwoordelijke managers

De indicator is dus nieuw overleg, of professionele dienstverlening op de agenda van bestaand overleg voorkomt.

### **5.10.4 Strategisch gedrag**

Bij strategisch gedrag gaat het erom of er vooraf invloed wordt uitgeoefend om preventie en behandeling van decubitus op een hoge standaard te houden.

Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat cliënten met een decubitus worden geweigerd, omdat vaak niet alleen de decubitus een probleem is, maar vaak is dan de gehele algemene toestand van een cliënt niet goed. Daarmee wordt voorkomen dat er hoge kosten gemaakt worden in verband met decubitus, maar ook in verband met vocht- en voeding.

De indicator is dan of er cliënten of cliëntgroepen geweigerd worden, waarbij preventie en behandeling van decubitus een belangrijk overweging is geweest.

Deze prestatie-indicator is te meten door middel van een interview met de locatieverantwoordelijke managers.

### **5.10.5 Blokkeren van innovatie**

Bij deze prestatie gaat het om de blokkade van ontwikkeling en vernieuwing van preventie en behandeling van decubitus. De prestatiemeting gaat dan om het aantal keren dat vernieuwingstrajecten zijn gestopt. Het kan bijvoorbeeld zijn dat er een decubituscommissie is, die veel veranderingen op gang heeft gebracht en daarmee decubitus onder de aandacht heeft gebracht, toch innovatie blokkeert, omdat zij niet voldoende op de hoogte blijft van nieuwe ontwikkelingen. Daarmee komt het hele decubitusbeleid in gevaar.

Deze prestatie-indicator is te meten door middel van een interview met de locatieverantwoordelijke managers.

De indicator is dan of er innovatieve trajecten zijn gestopt waarbij preventie en behandeling van decubitus een belangrijk onderdeel zijn geweest.

#### **5.10.6 Sancties**

Bij sancties gaat het erom of goed gedrag bestraft wordt: is de preventie en behandeling van decubitus zo onder controle, dat er een reden bestaat voor een sanctie in personele zin dan wel in financiële zin? Waarschijnlijk zal dit een niet te meten item zijn, omdat er een conservatieve manier van financiering is. De enige sanctie kan zijn dat er een speciale decubitusverpleegkundige is, die steeds vaker in de normale werkzaamheden wordt ingezet omdat er bijna geen vragen meer zijn voor de verpleegkundige over decubitus.

De prestatie-indicator wordt dan: is er in het afgelopen jaar in financiële of personele zin vermindering opgetreden in de begroting in verband met decubitus en waarom?

Deze prestatie is te meten in een interview met de locatieverantwoordelijke managers.

#### **5.11 Conclusie**

In dit hoofdstuk zijn prestatie-indicatoren besproken met de mogelijke positieve en negatieve effecten die ze kunnen veroorzaken. Als laatste is hierachter een schema gevoegd, waarbij de negen prestatie-indicatoren en de positieve dan wel negatieve effecten van prestatiemeting in een schema staan met de wijze waarop deze prestatie-indicatoren onderzocht worden. Hiermee is deelvraag vier beantwoord: "welke effecten van prestatie-indicatoren zijn te verwachten?"

		innovatie	leereffecten	professionele dienstverlening	strategisch gedrag	blokkeren van innovatie	sancties
1	zorgplan	procedures en proces beschrijving onderzoek via document analyse	interview	interview	interview	interview	interview
2	afwijkingen van individueel zorgplan	procedures en proces beschrijving onderzoek via document analyse	interview	interview	interview	interview	interview
3	zorgplan getekend door cliënt	procedures en proces beschrijving onderzoek via document analyse	interview	interview	interview	interview	interview
4	MDO	procedures en proces beschrijving onderzoek via document analyse	interview	interview	interview	interview	interview
5	MIC	procedures en proces beschrijving onderzoek via document analyse	interview	interview	interview	interview	interview
6	zorginzet	procedures en proces beschrijving onderzoek via document analyse	interview	interview	interview	interview	interview
7	cliënttevredenheid	procedures en proces beschrijving onderzoek via document analyse	interview	interview	interview	interview	interview
8	Vocht- en voorziening	procedures en proces beschrijving onderzoek via document analyse	interview	interview	interview	interview	Interview
9	preventie en behandeling decubitus	procedures en proces beschrijving onderzoek via document analyse	interview	interview	interview	interview	Interview



## **Hoofdstuk 6 Confrontatie theorie en praktijk**

### **6.1 Inleiding**

In hoofdstuk drie is de theorie aangegeven, in hoofdstuk vier zijn de indicatoren besproken en daarna zijn in hoofdstuk vijf de effecten van prestatie-indicatoren geoperationaliseerd. In dit hoofdstuk wordt gekeken hoe de effecten van prestatie-indicatoren in de praktijk zichtbaar zijn en hoe zij afwijken van de vooraf beoogde effecten. Hiervoor zijn twee methodes gebruikt, documentanalyse en interviews. Voor de documentanalyse wordt gebruik gemaakt van de protocollen, zoals die zijn beschreven in de kwaliteitshandboeken van de organisatie. Het onderzoek had hier het voordeel dat de organisatie graag gecertificeerd wil worden. Hiervoor is een uitgebreide documentatie noodzakelijk, waarvan in dit onderzoek weer gebruik is gemaakt. Naast de documentanalyse zijn de interviews een belangrijke schakel; zij hebben namelijk als doel om te bezien of de protocollen in de praktijk functioneren.

### **6.2 Prestatie-indicator zorgplan**

#### **6.2.1 Innovatie**

Om innovatie van het zorgplan te kunnen waarnemen zijn er mogelijkheden om te bezien of er nieuwe, dan wel vernieuwde procedures en protocollen zijn ontwikkeld. Om dit te onderzoeken zijn de protocollen in het kwaliteitshandboek bekeken vanaf augustus 2006 tot en met mei 2007. Vanuit dit handboek blijkt dat alle protocollen met betrekking tot het zorgplan vernieuwd zijn, en ook zijn er nieuwe protocollen toegevoegd aan het kwaliteitshandboek. Deze protocollen zijn veranderd door zowel externe druk (de certificering) als wel interne druk (het gelijktrekken van alle protocollen over de verschillende organisaties). Dat daarbij voldaan wordt aan de betreffende prestatie-indicator is een neveneffect geweest. Hieruit blijkt dat de organisatie een lerende organisatie is, omdat zij in staat is geweest haar methode van werken aan te passen, weliswaar door druk van buitenaf.

#### **6.2.2 Leereffecten**

Bij de interviews met locatieverantwoordelijke managers is gebleken dat er geënt is op onderling circulerende procedures. Enten is een positieve effect van een lerende organisatie. Uiteindelijk heeft dat geleid tot een eenduidig zorgplan voor vijf van de tien locaties. Te constateren valt, dat

er onderling veel is uitgewisseld ten aanzien van formulieren en procedures. Waar van welke locaties de procedure of formulieren vandaan zijn gekomen, is de locatieverantwoordelijke manager niet altijd helder. Vaak wordt als antwoord gegeven dat het uit de stuurgroep kwaliteit is gekomen. Tevens wordt er door de managers aangegeven dat er bij het aanpassen van de zorgplannen rekening is gehouden met de regelingen die staan in “De Normen Verantwoorde Zorg” van de inspectie van de gezondheidszorg. Een van de managers heeft aangegeven dat zij de inhoudsopgave heeft gebruikt van een andere locatie, omdat daarmee het overzicht binnen het zorgplan veel duidelijker is geworden. De leereffecten zijn voor het zorgplan overduidelijk aanwezig.

### **6.2.3 Professionele dienstverlening**

Bij de professionele dienstverlening gaat het erom of de frequentie van overleg is toegenomen, dan wel of er nieuw overleg is ontstaan en of dat bij overleg de professionele dienstverlening op de agenda staat. Volgens de locatieverantwoordelijke managers is er een nieuwe nota verschenen over communicatiestructuren binnen de organisatie. Hierin worden alle vormen van overleg benoemd. In deze nota zijn geen nieuwe overleg vormen benoemd. De frequenties van overlegvormen zijn wel vastgelegd in deze nota, maar dat is meer een afstemming tussen de twee fuserende organisaties dan dat de frequentie om een duidelijke inhoudelijke reden verandert. Door de locatieverantwoordelijke managers wordt verschillend gedacht over de vraag of professionele dienstverlening meer op de agenda voorkomt dan voorheen. Volgens de managers zijn vaak onderdelen in andere overlegvormen aanwezig die niet specifiek over professionele dienstverlening gaan, maar waar het gaat om bijvoorbeeld inzet van personeel en de kwaliteit van de personele inzet. Het kan voorkomen, dat op een bepaald tijdstip een niet juiste professional, werkt omdat die een aantal handelingen niet mag verrichten, op een bepaald tijdstip werkt. Het uiteindelijke effect is moeilijk hard te maken omdat professionele dienstverlening in bestaande overlegvormen is ingebed en een vermeerderde aandacht voor professionele dienstverlening daarom moeilijk te bewijzen is.

### **6.2.4 Strategisch gedrag**

Bij dit onderdeel gaat het erom of er vooraf invloed wordt uitgeoefend op de instroom van cliënten om zodoende een bepaalde prestatie te behalen. Bij het interview met de

locatieverantwoordelijke manager bleek dat er overleg plaatsvindt met de Raad van Bestuur, als er bijzondere groepen worden aangemeld. Het gaat hierbij dan om groepen met bijzondere ziektes, waarbij de kosten de criteria zijn voor behandeling en verzorging. Het gaat hierbij vaak om mensen die medicatie gebruiken die het budget van de instelling overstijgen, bijvoorbeeld bij behandelingen bij tumoren. Tevens zijn er cliënten geweigerd die een besmettelijke ziekte hebben zoals MRSA, een ziekenhuisbacterie. De extra kosten die hieruit voortkomen worden niet vergoed door de verzekeraars; zij duiden deze kosten als bedrijfsrisico. Er wordt door de Raad van Bestuur een financiële afweging gemaakt, samen met de verantwoordelijke arts en de locatieverantwoordelijke manager. Zo zijn er in het afgelopen half jaar vier cliënten over de gehele organisatie geweigerd. Opvallend is, dat er maar één manager aangeeft dat er zorginhoudelijke argumenten spelen, namelijk een psychiatrisch ziektebeeld met suïcidale neigingen; of een indicatie die niet (meer) overeenstemt met de op dat moment actuele zorgvraag van de cliënt; cliënten zijn dus zwaarder in zorg geworden.

Deze zorginhoudelijke aspecten worden kortgesloten met het indicatieorgaan (CIZ), zodat er een vernieuwde indicatie wordt afgegeven. Dit negatieve effect wordt dus in de praktijk waargenomen.

### **6.2.5 Blokkeren van innovatie**

Bij deze prestatie gaat het om de blokkade van ontwikkeling en vernieuwing van het zorgplan. De prestatiemeting gaat dan om het aantal keren dat vernieuwingstrajecten zijn gestopt. Volgens de locatieverantwoordelijke managers zijn er veel trajecten geweest ten aanzien van de zorgplanontwikkeling. Het gaat dan voornamelijk om invoeringstrajecten van het zorgplan. Over het algemeen zijn al deze trajecten afgerond, omdat deze nu door de afdeling opleiding worden gegeven. Een aantal keren is de cursus niet volledig gegeven, waarbij wordt aangegeven dat deze vanwege tijdgebrek is gestopt. Bij de ontwikkeling van het zorgplan kan men zien dat er in plaats van een blokkade eerder een tegenover gesteld effect is geweest, de innovatie is juist gefaciliteerd. Managers hebben op verschillende manieren georganiseerd dat het zorgplan verbeterd is. In de ene locatie zijn er medewerkers voor vrij gemaakt die de afdelingen hebben ondersteund, om de zorgplanontwikkeling op een hoger plan te brengen; op andere afdelingen hebben leidinggevendenden zelf de zorgplannen ingevuld.

Dus het negatieve effect treedt niet op, en er kan eerder het tegenovergestelde worden geconstateerd: innovatie wordt gefaciliteerd.

### **6.2.6 Sancties**

Bij sancties gaat het erom of goed gedrag bestraft wordt. Is de aanwezigheid van alle zorgdossiers een reden voor een sanctie in personele zin, dan wel in financiële zin? In interviews is door de locatieverantwoordelijke managers aangegeven, dat er geen sancties geweest zijn op dit vlak. De begroting is opgebouwd vanuit de historie en telkens bijgesteld naar aanleiding van meer of minder financiële middelen. Er worden wel extra middelen ingezet voor een project, maar dat zijn geormerkte gelden; na het project stopt deze geldstroom dan ook weer. Dus dit effect scoort in zijn geheel niet.

## **6.3 Prestatie-indicator structurele afwijkingen van het individuele zorgplan**

### **6.3.1 Innovatie**

Om de prestatie 'structurele afwijkingen van het individuele zorgplan' met betrekking tot innovatie te kunnen meten, is het noodzakelijk om te bezien of er nieuwe dan wel vernieuwde procedures en protocollen zijn ontwikkeld die structurele afwijkingen tegengaan. Om dit te onderzoeken zijn de protocollen in het kwaliteitshandboek bekeken vanaf augustus 2006 tot en met mei 2007.

Aparte protocollen om afwijkingen van het individuele zorgplan te voorkomen, zijn er niet. Wel zijn er protocollen die als neveneffect hebben, dat afwijkingen van het individuele zorgplan worden voorkomen. Dit zijn namelijk protocollen die kwalitatieve en kwantitatieve inzet van personeel, tijdens vakantieperioden en bij ziekten, garanderen. Hierdoor kan het effect zijn, dat er geen afwijkingen van het individuele zorgplan voorkomen. Van deze protocollen komen er twee van voor in kwaliteitshandboek. Het gaat hierbij dan om de protocollen "Zorgen in de zomer" en "Onverwachte personele onderbezetting". Deze protocollen zijn al in eerdere jaren geschreven en hebben het laatste half jaar een update gehad. De druk van de certificering is hierbij geen reden geweest om de protocollen te maken. Omdat deze protocollen al eerder zijn ontwikkeld dan vanwege een druk van buiten af, kan men stellen dat de organisatie een lerende organisatie is.

### **6.3.2 Leereffecten**

Omdat er geen apart protocol is voor het voorkomen van afwijkingen van het individuele zorgplan, zijn alleen de aan dit probleem gerelateerde protocollen van belang. Bij de interviews met de locatieverantwoordelijke managers is gebleken, dat er geënt is op bestaande procedures. Er zijn tien verschillende protocollen met betrekking tot het zorgplan in het verleden ontstaan, dus van voordat er fusies plaats hebben gevonden. Dit heeft mede te maken met de eigenheid van de verschillende locaties. De uitgangspunten van alle protocollen zijn dezelfde, vandaar dat de managers vinden er één, eenduidig protocol zou moeten komen, in plaats van tien verschillen protocollen. Inmiddels is er opdracht gegeven om tot één protocol te komen.

De managers geven in de interviews aan, dat er geen structurele afwijkingen zijn geweest bij het individuele zorgplan. De managers geven wel aan dat er incidentele afwijkingen zijn geweest. Deze hebben over het algemeen te maken met kortlopende problemen in de personele bezetting: als er 's morgens opeens twee medewerkers ziek zijn, dan is niet alles wat in de individuele zorgplannen staat, uit te voeren. Het betekent meestal dat de werkzaamheden worden verplaatst, maar niet overgeslagen. Het is duidelijk dat in de laatste periode leereffecten zijn geweest, maar deze zijn voornamelijk gedreven door het verlangen de organisatie te stroomlijnen.

### **6.3.3 Professionele dienstverlening**

Bij de professionele dienstverlening gaat het erom of er frequente, dan wel nieuw overleg is ontstaan en of bij overleg de professionele dienstverlening ten aanzien van het voorkomen van afwijkingen van het individuele zorgplan op de agenda staat.

Tijdens de interviews bleek dat de locatieverantwoordelijke managers niet goed op de hoogte waren of er afwijkingen waren van het individuele zorgplan. Zij gaan er vanuit, dat als het niet gemeld wordt in het MDO, er ook geen afwijkingen voorkomen. De managers geven aan, dat er regelmatig wordt gesproken over de personele bezettingen van de verschillende afdelingen. Het gaat dan meer over het mogelijk ontstaan van structurele afwijkingen en daarmee wordt het protocol “zorgen in de zomer” onder de aandacht van de leidinggevenden gebracht. Het uiteindelijke effect is moeilijk te meten, omdat professionele dienstverlening in de bestaande overlegvormen is ingebed en daarmee zijn dus geen nieuwe overlegvormen tot stand gekomen.

### **6.3.4 Strategisch gedrag**

Bij dit onderdeel gaat het erom of er vooraf invloed wordt uitgeoefend op de instroom van cliënten, om zodoende een bepaalde prestatie te behalen. Bij het interview met de locatieverantwoordelijke managers bleek, dat er gekeken wordt of de zorg naar inschatting van de leidinggevende, te geven is. Mocht daar twijfel over zijn, dan zal de leidinggevende met de locatieverantwoordelijke manager overleggen. Een indirect gevolg van deze selectie aan de poort is, dat als de zorg te veel is of dat er personele problemen zijn, men niet kan opnemen vanwege de genoemde redenen. Daarmee voorkomt men indirect dat er niet aan het individuele zorgplan voldaan kan worden. De managers geven aan dat zij cliënten niet weigeren, maar dat zij adviseren dat, wanneer zij de zorg op het moment van opname niet kunnen leveren, het verstandiger is deze cliënt op een later tijdstip op te nemen. Concreet geeft men aan geen cliënten te weigeren, maar in de tijd schuiven. Er is dus strategische gedrag waar te nemen, omdat men voorkomt dat er niet voldaan kan worden aan het zorgplan. Het is geen bewuste keuze om op deze wijze te voldoen aan de prestatie-indicator, maar meer een neveneffect.

### **6.3.5 Blokkeren van innovatie**

Bij deze prestatie gaat het om de blokkade van ontwikkeling en vernieuwing ten aanzien van structurele afwijkingen van het individuele zorgplan. De prestatiemeting gaat dan om het aantal keren dat vernieuwingstrajecten zijn gestopt. Tijdens de interviews met locatieverantwoordelijke managers bleek dat er geen enkel specifiek vernieuwingstraject is gestart, in het kader van voorkoming van structurele afwijkingen van het individuele zorgplan. Dit effect treedt dus niet op, omdat er geen activiteit op dit vlak ontwikkeld is.

### **6.3.6 Sancties**

Bij sancties gaat het erom of goed gedrag bestraft wordt. Is de afwezigheid van structurele afwijkingen van het individuele zorgplan een reden voor een sanctie, in personele zin dan wel in financiële zin? In de interviews is door de locatieverantwoordelijke managers aangegeven dat er geen sancties geweest zijn op dit vlak. Dit komt mede omdat er geen vernieuwingstrajecten zijn gestart, en daarmee geen middelen of financiën zijn vrijgemaakt. Daarom scoort dit effect niet.

## **6.4 Prestatie-indicator getekend zorgplan door de cliënt**

### **6.4.1 Innovatie**

Om de prestatie ‘een getekend zorgplan door de cliënt’ te kunnen meten, is het noodzakelijk om te bezien of er nieuwe dan wel vernieuwde procedures en protocollen zijn ontwikkeld. Om dit te onderzoeken zijn de protocollen in het kwaliteitshandboek bekeken vanaf augustus 2006 tot en met mei 2007.

Aparte protocollen om het zorgplan door de cliënt getekend te krijgen zijn er niet. Wel zijn er een aantal indirecte protocollen, waarin benoemd wordt dat het zorgplan getekend moet worden door de cliënt. Omdat een van de eisen binnen het certificeringstraject is, dat alle zorgplannen getekend moeten zijn, is daar actie voor ondernomen. Daarmee is voldaan aan het effect van de prestatie-indicator, maar meer vanuit externe druk. Uiteindelijk is de organisatie dan toch een lerende organisatie, omdat zij, ondanks externe druk, haar organisatie aanpast om te voldoen aan de prestatie-indicator.

### **6.4.2 Leereffecten**

Bij leereffecten gaat het erom of procedures dan wel protocollen op elkaar geënt zijn. Volgens de locatieverantwoordelijke managers is dat zeker het geval; bijvoorbeeld de protocollen ten aanzien van het verkrijgen van een handtekening onder het zorgplan, zijn in samenwerking met verschillende locaties in het kwaliteitsoverleg ontwikkeld. (Het kwaliteitsoverleg is opgericht in verband met de certificering). Een aantal managers heeft benoemd, dat het ook een leerproces is van de zorg, om het zorgplan te bespreken met de familie en zo de handtekening te verkrijgen. Overigens is het niet alleen het leerproces van de zorg, maar ook van de familie, omdat zij vaak voor het eerst uitgebreid wordt geïnformeerd over het zorgplan. Deze vernieuwde aanpak heeft wel andere gevolgen, die niet voorzien waren, tot stand gebracht. Zo is gebleken dat er familieleden zijn die niet alleen uitgebreid bij het zorgplanilstaan, maar dat ze deze een enkele keer meenemen en laten toetsen door een jurist. Volgens de managers is dit het effect van een handtekening van iemand vragen; familie of cliënten tekenen niet zomaar, maar willen eerst goed geïnformeerd worden over datgene waarvoor zij de handtekening zetten. Er zijn op deze wijze wel leereffecten opgetreden: er is gebruik gemaakt van protocollen die gezamenlijk ontwikkeld

zijn en er is het leerproces van de organisatie met betrekking tot bespreking van het zorgplan met de cliënt of diens vertegenwoordiger.

### **6.4.3 Professionele dienstverlening**

Bij de professionele dienstverlening gaat het erom of frequentie van overleg dan wel nieuw overleg is ontstaan en of bij bestaand overleg de professionele dienstverlening ten aanzien van het verkrijgen van een handtekening onder het zorgplan op de agenda staat.

Tijdens de interviews bleek dat locatieverantwoordelijke managers goed op de hoogte waren van het feit dat het zorgplan getekend moest zijn. In het kader van de certificering was het één van de items die op orde moest zijn. Volgens de managers is dit item vaak aan de orde geweest in het individuele overleg met de afdelingsmanagers, die uitvoering geven aan het verkrijgen van deze handtekeningen. Het enige gezamenlijke overleg waar het aan de orde is geweest, is het kwaliteitsoverleg. Dit is een tijdelijk overleg om op organisatieniveau te zorgen dat alle items, die van belang zijn voor de certificering, aandacht krijgen en tot uitvoering komen. Daarmee is er een nieuw overleg gestart, ook al is deze tijdelijk, waarbij professionele dienstverlening bijzondere aandacht krijgt en daarmee wordt voldaan aan de prestatie-indicator.

### **6.4.4 Strategisch gedrag**

Bij dit onderdeel gaat het erom of er vooraf invloed wordt uitgeoefend op de instroom van cliënten om zodoende een bepaalde prestatie te behalen. Bij het interview met de locatieverantwoordelijke managers bleek dat er wel gekeken wordt of de handtekening onder het zorgplan staat als een cliënt van een andere instelling komt. Aan de andere kant vinden de managers het geen belangrijk punt. Zij geven aan, dat als een cliënt komt van een andere instelling, het protocol Opname en het protocol MDO in werking treden, waarbij er eerst een voorlopig zorgplan wordt vastgesteld en binnen zes weken een officieel MDO plaatsvindt. Er wordt daarom niet gestuurd op de instroom waarbij het zorgplan is ondertekend, omdat de omgeving waar de zorg geleverd wordt zodanig anders is, dat het zorgplan van de vorige instelling zijn waarde heeft verloren. Als voorbeeld werd iemand genoemd die van een open afdeling naar een gesloten afdeling is gegaan. Daarbij verandert de juridische status van een cliënt zodanig, dat het eerste zorgplan vanuit een open afdeling gewoon niet meer geldt.



Strategische gedrag komt niet voor, omdat het geen effect heeft vanwege het feit, dat er een vernieuwd zorgplan wordt gemaakt en ter ondertekening wordt aangeboden.

#### **6.4.5 Blokkeren van innovatie**

Bij deze prestatie gaat het om de blokkade van ontwikkeling en vernieuwing ten aanzien van het ondertekenen van het zorgplan. De prestatiemeting gaat dan om het aantal keren dat vernieuwingstrajecten zijn gestopt. Tijdens het interview bleek dat er in verband met de certificering, veel actie is gezet op het verkrijgen van de handtekening. Er zijn geen trajecten voortijdig beëindigd, omdat het belang in het kader van de certificering zodanig groot is, dat het afgehandeld moest worden. Het blokkeren van innovatie is niet voorgekomen, omdat de druk van certificering groot genoeg is geweest om te zorgen dat de ondertekening van de zorgplannen op orde is gekomen.

#### **6.4.6 Sancties**

Bij sancties gaat het erom of goed gedrag bestraft wordt. Is de aanwezigheid van de handtekening onder het zorgplan een reden voor een sanctie, in personele zin dan wel in financiële zin? In het interview is door de locatieverantwoordelijke managers aangegeven dat het zo niet werkt. Er zijn trajecten gestart om het op orde te krijgen maar aangezien het al lang op orde geweest zou moeten zijn, zijn er geen extra middelen vrij gemaakt. Daarmee scoort dit effect niet, omdat het in de gewone werkzaamheden is ingebed en er geen extra middelen voor ingezet zijn.

### **6.5 Prestatie-indicator multidisciplinair overleg**

#### **6.5.1 Innovatie**

Om de prestatie multidisciplinair overleg te kunnen meten is het noodzakelijk om te bezien of er nieuwe, dan wel vernieuwde procedures en protocollen zijn ontwikkeld. Om dit te onderzoeken zijn de protocollen in het kwaliteitshandboek bekeken vanaf augustus 2006 tot en met mei 2007. Vanuit oude protocollen zijn steeds nieuwe versies gekomen voor het organiseren van de MDO's en de randvoorwaarden die daar voor nodig zijn. Daarnaast staan in veel andere protocollen verwijzingen naar het multidisciplinair overleg. Op deze wijze kan men stellen dat de organisatie

een lerende organisatie is, omdat bestaande protocollen steeds opnieuw geëvalueerd worden en opnieuw worden vastgesteld.

### **6.5.2 Leereffecten**

Bij leereffecten gaat het erom of procedures dan wel protocollen op elkaar geënt zijn. Niet alle locatieverantwoordelijke managers kunnen overzien of er geënt is op andere protocollen. De helft van de managers van de zorgcentra geeft aan, dat er gebruik is gemaakt van de expertise van het verpleeghuis. Het MDO is op eenzelfde wijze georganiseerd als in het verpleeghuis. Kritiek hierop is wel dat MDO's nog te vaak medisch georiënteerd zijn en nog steeds niet veel items bevatten over wonen; terwijl dit wel het uitgangspunt is binnen zorgcentra.

Men is wel tevreden over hoe het MDO functioneert. Op deze wijze wordt de zorg regelmatig geëvalueerd en bijgesteld. Omdat er geënt is op procedures van het verpleeghuis kan men stellen dat het een lerende organisatie is.

### **6.5.3 Professionele dienstverlening**

Bij de professionele dienstverlening gaat het erom of er frequenter overleg, dan wel nieuw overleg is ontstaan en of bij bestaand overleg de professionele dienstverlening ten aanzien van het multidisciplinair overleg op de agenda staat.

Tijdens de interviews bleek dat de locatieverantwoordelijke managers verschillend kijken naar het multidisciplinair overleg. Er is veel discussie gaande over de verschillende disciplines die aanwezig zijn bij het MDO. De ene manager geeft aan dat alle betrokken disciplines aanwezig dienen te zijn bij het MDO, terwijl de andere manager aangeeft dat alleen de arts en verzorging aanwezig hoeven te zijn. De andere disciplines rapporteren dan schriftelijk aan het MDO. Het uiteindelijke effect is moeilijk te duiden omdat professionele dienstverlening in bestaande overlevormen wordt ingebed.

### **6.5.4 Strategisch gedrag**

Bij dit onderdeel gaat het erom of er vooraf invloed wordt uitgeoefend op de instroom van cliënten, om zodoende een bepaalde prestatie te behalen. Dit kan te meten zijn aan de hand van het vaststellen of er minder multidisciplinair overleg heeft plaats gevonden of dat er minder mensen bij aanwezig zijn geweest. Uit interviews blijkt dat de frequentie van het MDO wordt

gevolgd; er worden wel overleggen verplaatst in de tijd, maar vervallen doen ze niet. Omdat er een wettelijk kader is over hoeveel MDO's er georganiseerd moeten worden per cliënt, zijn er juist meer overleggen gepland, om aan de norm te voldoen. Ook bij strategisch gedrag komt het aantal deelnemers van het MDO aan de orde, waarbij gefocust wordt op de effectieve inzet van uren van vooral de paramedici. Kleine contracten en veel overleg geven weinig effectieve bemoeienis met de cliënt; "en daar doen zij het voor" aldus een locatieverantwoordelijke manager. Strategische gedrag ten aanzien van het MDO niet voor, omdat er aan wettelijke criteria voldaan moet worden wat betreft de frequentie van MDO's.

### **6.5.5 Blokkeren van innovatie**

Bij deze prestatie gaat het om de blokkade van ontwikkeling en vernieuwing van het multidisciplinair overleg. De prestatiemeting gaat dan om het aantal keren dat vernieuwingstrajecten zijn gestopt. Tijdens het interview bleek dat er veel actie wordt ingezet om het multidisciplinair overleg verder te ontwikkelen. Dit is gedeeltelijk toe te schrijven aan het certificeringstraject. Vooral de organisatie van het MDO in de zorgcentra baart de locatieverantwoordelijke managers zorgen, omdat de samenwerking met de medische eindverantwoordelijke, namelijk de huisarts, vaak stroef verloopt. Voor een AVZ-client krijgt de huisarts drie maal het tarief, maar volgens de managers willen zij daar niet meer werk voor verzetten. Een van de werkzaamheden die juist mogelijk is geworden door de extra financiën van het zorgkantoor, is het bijwonen van het MDO; de huisarts is immers medisch eindverantwoordelijke voor de zorgverlening. Uiteindelijk kan men stellen dat blokkeren van innovatie niet plaatsvindt, maar juist het tegenovergestelde; er is extra aandacht voor MDO's en daarom worden de MDO's steeds verder ontwikkeld.

### **6.5.6 Sancties**

Bij sancties gaat het erom of goed gedrag bestraft wordt. Is de aanwezigheid van multidisciplinair overleg een reden voor een sanctie in personele zin, dan wel in financiële zin. In het interview is door de locatieverantwoordelijke managers aangegeven dat er geen sancties geweest zijn, omdat er geen extra financiële of personele inzet is geweest op dit punt. Dit effect scoort dus in zijn geheel niet, omdat er geen relatie ligt met financiële dan wel personele middelen. .

## **6.6 Prestatie-indicator Meldingen Incident Cliënten (MIC)**

### **6.6.1 Innovatie**

Om de prestatie meldingen incident cliënten te kunnen meten is het noodzakelijk om te zien of er nieuwe dan wel vernieuwde procedures en protocollen zijn ontwikkeld. Om dit te onderzoeken zijn de protocollen in het kwaliteitshandboek bekeken vanaf augustus 2006 tot en met mei 2007. Op dit punt zijn er twee protocollen in het kwaliteitshandboek. Deze protocollen zijn het afgelopen half jaar ontwikkeld, ten tijde van het op orde maken van de protocollen voor de certificering. Ondanks de externe druk van de certificering kan men spreken van een lerende organisatie, omdat de organisatie in staat is gebleken de procedures en protocollen in een kort tijdsbestek in te bedden.

### **6.6.2 Leereffecten**

Bij leereffecten gaat het erom of procedures dan wel protocollen, op elkaar geënt zijn. Aangezien de meldingen incidenten cliënten voor een aantal locaties volledig nieuw zijn, kunnen deze managers niet overzien of procedures dan wel protocollen, op elkaar zijn geënt. Men geeft aan, dat de protocollen wel geënt zijn op de richtlijnen die de beroepsvereniging heeft uitgegeven, over MIC procedures. Over het algemeen is er wel verbazing dat dit punt nog steeds niet volledig is gerealiseerd, aangezien dit een punt is waar de inspectie van de gezondheidszorg bij een controlerend bezoek steeds weer naar vraagt. De meeste managers geven aan dat het nog steeds een leertraject is, maar dat het naar hun idee steeds beter onder controle is gekomen. Dit blijkt uit de rapportage van de MIC commissie en de overleggen die eruit voort zijn gekomen. Daarmee kan men spreken van een lerende organisatie, omdat procedures en protocollen zijn geënt op bestaande procedures van de beroepsvereniging.

### **6.6.3 Professionele dienstverlening**

Bij de professionele dienstverlening gaat het erom of de frequentie van het overleg is toegenomen, of dat er nieuw overleg is ontstaan en of er bij bestaand overleg professionele dienstverlening ten aanzien van de meldingen incident cliënten overleg op de agenda staat.

Tijdens de interviews bleek, dat de locatieverantwoordelijke managers verschillend kijken naar het overleg in het kader van meldingen incident cliënten. Voor vijf locaties geldt dat er een nieuw overleg is ontstaan; dit overleg is de bijeenkomst van de MIC-commissie, waarbij er een analyse

wordt gemaakt van de in de afgelopen periode voorgekomen incidenten. Daarnaast worden de incidenten per afdeling besproken, zodat ook gericht gekeken kan worden naar verbetertrajecten. Voorbeelden die genoemd worden zijn: trajecten ter verbetering van de medicijndistributie en het toezicht op AVZ-cliënten. Daarmee komt het effect van professionele dienstverlening voor, omdat er nieuw overleg is ontstaan of dat de MIC een duidelijke plek heeft gekregen in verschillende overlegvormen.

#### **6.6.4 Strategisch gedrag**

Bij dit onderdeel gaat het erom of er vooraf invloed wordt uitgeoefend op de instroom van cliënten om zodoende een bepaalde prestatie te behalen. Dit kan te meten zijn door na te gaan of de meldingen incident cliënten van invloed zijn geweest op het opnamebeleid. Een locatieverantwoordelijke manager heeft aangegeven dat het inderdaad invloed heeft, met name met betrekking tot de opname van cliënten die een Cerebraal Vasculair Accident (CVA) hebben gehad, omdat bij hen de valincidentie daarmee hoger zou zijn. Een andere manager geeft aan dat er een cliënt is doorgeplaatst naar een gesloten afdeling, omdat deze cliënt een psychogeriatrische problematiek heeft en daarnaast veel valincidenten had. De manager gaf aan dat de oorzaak van het aantal meldingen mede lag in het feit, dat toezicht tekort schoot op de plek waar de cliënt verbleef. De manager geeft aan dat de beslissing is genomen op zorginhoudelijke gronden, niet om bewust een mindere frequentie van MIC's te realiseren.. De andere managers hebben aangegeven, dat meldingen incident cliënten geen uitsluitende criteria zijn geweest voor opname. Er was zelfs enige verbazing over dit punt, omdat managers aangeven dat er een opnameplicht is en dit geen gronden zijn waarop een cliënt geweigerd zou moeten worden. Strategische gedrag komt waarschijnlijk niet voor, omdat er geen bewuste sturing is om MIC meldingen te verminderen.

#### **6.6.5 Blokkeren van innovatie**

Bij deze prestatie gaat het om de blokkade van ontwikkeling en vernieuwing van meldingen incident cliënten. De prestatiemeting gaat dan om het aantal keren dat vernieuwingstrajecten zijn gestopt. Tijdens het interview bleek dat de locatieverantwoordelijke managers blij zijn dat er juist structuur is gekomen, door middel van vernieuwde protocollen en procedures. Hiermee komt dit onderdeel van de zorgverlening beter onder controle. Er zijn geen meldingen van trajecten die

gestopt zijn, omdat de meeste trajecten nog steeds lopen en nog niet volledig in de structuur van de organisatie zijn opgenomen. Het effect van blokkeren van innovatie treedt niet op, omdat er juist een innovatie aan de gang is om de procedures en protocollen in te voeren in de organisatie.

### **6.6.6 Sancties**

Bij sancties gaat het erom of goed gedrag bestraft wordt. Is de aanwezigheid van meldingen incident cliënten een reden voor een sanctie, in personele zin dan wel in financiële zin? In het interview is door de locatieverantwoordelijke managers aangegeven dat er geen sancties geweest zijn op dit punt. Overigens zijn er voor de verschillende vernieuwende trajecten geen extra middelen ingezet, omdat het bij de normale werkzaamheden behoort van de organisatie. Dit effect is dus totaal niet aanwezig, mede omdat het tot de normale werkzaamheden van de organisatie behoort.

## **6.7 Prestatie-indicator zorginzet**

### **6.7.1 Innovatie**

Om de prestatie zorginzet te kunnen meten is het noodzakelijk om te bezien of er nieuwe, dan wel vernieuwde procedures en protocollen zijn ontwikkeld. Om dit te onderzoeken zijn de protocollen in het kwaliteitshandboek bekeken vanaf augustus 2006 tot en met mei 2007.

Op dit punt zijn er twee protocollen in het kwaliteitshandboek. Deze protocollen zijn het afgelopen half jaar ontwikkeld. Met name gaat het hier om protocollen, waarbij zorginzet is gerelateerd aan zorgzwaarte. Vanaf eind 2006 gaat het om de ZZP (zorgzwaarte pakketten), waar de nieuwe financiering onderdeel van uit gaat maken. Deze zorgpakketten zijn een indeling naar zorgzwaarte per cliënt; per zorgzwaarte pakket komt een vaste prijs voor alle zorg die aan deze cliënt wordt gegeven. Vanuit de zorgzwaarte is het ook duidelijk hoeveel personeel er nodig is, om de zorg rondom een cliënt te organiseren. Op deze wijze ontstaat een nieuwe financiering van de gezondheidszorg in de komende jaren. De organisatie is daarmee een lerende organisatie, omdat vernieuwingen op waarde worden geschat en ingevoerd worden.

### **6.7.2 Leereffecten**

Bij leereffecten gaat het erom of procedures dan wel protocollen, op elkaar geënt zijn. Aangezien de protocollen een technische opzet hebben: "hoe wordt de zorgzwaarte gemeten?", zijn deze gelijkluidend ontwikkeld voor de gehele organisatie. Volgens de managers zou het wel de bedoeling zijn om op termijn de zorginzet te koppelen aan de zorgzwaarte pakketten, omdat daarmee de zorg wordt geboden die cliënten nodig hebben. Leereffecten bij zorgzwaartepakketten zijn geïnstitutionaliseerd, omdat de beroepsvereniging het voortouw heeft genomen om deze pakketten in de praktijk te implementeren. Omdat men de ontwikkelingen in de beroepsvereniging op de voet volgt, kan men stellen dat er een leereffect optreedt.

### **6.7.3 Professionele dienstverlening**

Bij de professionele dienstverlening gaat het erom of de frequentie van overleg is toegenomen, dan wel of er nieuw overleg is ontstaan en of bij bestaand overleg professionele dienstverlening ten aanzien van de zorginzet overleg op de agenda staat.

Er is een nieuw overleg ontstaan op organisatieniveau, dat alle ontwikkelingen aangaande de zorgzwaartepakketten nauwlettend volgt. Vanuit deze commissie komt er geregeld een rapportage naar het managementteam van de organisatie, over de voortgang omtrent de zorgzwaarte pakketten.

Volgens de locatieverantwoordelijke managers komt dit onderwerp ook frequent op de locatieoverleggen aan de orde. Het effect van professionele dienstverlening is goed zichtbaar, omdat de zorginzet, veel meer dan voorheen, in overleg aan de orde komt.

### **6.7.4 Strategisch gedrag**

Bij dit onderdeel gaat het erom of er vooraf invloed wordt uitgeoefend op de instroom van cliënten, om zodoende een bepaalde prestatie te behalen. Dit kan te meten zijn door na te gaan of de zorginzet van de invloed was op het opnamebeleid. De managers geven aan dat op zorgzwaarte niet direct gestuurd wordt, maar dat er wel zorginhoudelijke argumenten worden gebruikt om cliënten niet op te nemen. Men is van mening dat iedereen die de juiste indicatie heeft, opgenomen moet worden. Daarnaast beoordeelt men of de locatie waar de toekomstige cliënt komt, de noodzakelijke zorg kan leveren. Er kunnen zich twee situaties voordoen waarin een opname niet doorgaat: het kan zijn dat een indicatie verouderd is en de zorgzwaarte in de

afgelopen periode is toegenomen; daarnaast kan het indicatieorgaan in de ogen van de managers, een onjuiste beslissing nemen. “De zorginhoudelijke kant wint het dan van de officiële papieren”, zoals een manager verwoordde. Voor beide situaties geldt dat er een vernieuwde indicatie aangevraagd moet worden. Strategische gedrag gebeurt; niet doelbewust om het effect te bereiken, maar eerder vanuit een goede cliëntenzorg.

### **6.7.5 Blokkeren van innovatie**

Bij deze prestatie gaat het om de blokkade van de zorginzet. De prestatiemeting gaat dan om het aantal keren dat vernieuwingstrajecten zijn gestopt. Tijdens het interview bleek, dat de locatieverantwoordelijke managers in principe de ontwikkeling van de vernieuwde zorgzwaarte pakketten een positieve ontwikkeling vinden, mits de financiën die aan de pakketten zijn gekoppeld, ook goed geregeld zijn. Op deze wijze kan zorg overal geleverd worden, zullen schotten tussen instellingen verdwijnen en zal het verschil tussen verzorgingshuis en verpleeghuis wegebben. De middelen volgen dan de cliënt, en daar waar de cliënt woont kan de zorg geleverd worden. Blokkeren van innovatie treedt niet als effect op, maar juist het tegenovergestelde; men is blij met deze ontwikkeling.

### **6.7.6 Sancties**

Bij sancties gaat het erom of goed gedrag bestraft wordt. Is de aanwezigheid van zorginzet een reden voor een sanctie, in personele zin dan wel in financiële zin? In het interview is door de locatieverantwoordelijke managers aangegeven dat er op dit punt geen sancties geweest zijn. Overigens zijn de managers zeer sceptisch, of de prijs per zorgzwaarte pakket wel toereikend zal zijn om daadwerkelijk deze zorg te leveren. Ook in het huidige systeem is het niet mogelijk om alle zorg te leveren die in de indicatie wordt vermeld, eenvoudigweg omdat er niet voldoende middelen tegenover staan.

Vanuit de overheid is er wel een vergoeding gekomen om de eerste zorgzwaarte meting per cliënt te kunnen realiseren. Dit was zo'n zes euro per cliënt, hetgeen totaal onvoldoende is. Zoals een van de managers opmerkte: “Zo gaan wij met onze ouderen om en laten we een zorgkloof blijvend bestaan in plaats van het op te lossen”.

Dit effect scoort in zijn geheel niet, omdat er voor deze innovatie sowieso te weinig geld is uitgetrokken.



## **6.8 Prestatie-indicator cliënttevredenheid**

### **6.8.1 Innovatie**

Om de prestatie meldingen cliënttevredenheid te kunnen meten is het noodzakelijk om te bezien, of er nieuwe dan wel vernieuwde procedures en protocollen zijn ontwikkeld naar aanleiding van cliënttevredenheidsrapporten. Om dit te onderzoeken zijn de protocollen in het kwaliteitshandboek bekeken vanaf augustus 2006 tot en met mei 2007.

In het kwaliteitshandboek is een protocol waarbij de cliënttevredenheid en het cliënttevredenheidsonderzoek aan de orde komt. Daarnaast zijn er verslagen met de cliëntenraad, waarbij het cliënttevredenheidsonderzoek aan de orde is geweest en het plan van aanpak naar aanleiding van het onderzoek, besproken is. De evaluatie van het plan van aanpak is toegevoegd aan het kwaliteitshandboek. Niet terug te vinden is of er nieuwe protocollen zijn ontwikkeld naar aanleiding van het tevredenheidsonderzoek.

Ondanks dat, kan men wel waarnemen dat er in de organisatie een forse aandacht bestaat voor het cliënttevredenheidsonderzoek en de daarvoor noodzakelijke organisatorische veranderingen. De interactie tussen de organisatie en de cliëntenorganisaties en de daaruit voortvloeiende veranderingen, zijn een typisch voorbeeld voor een lerende organisatie.

### **6.8.2 Leereffecten**

Bij leereffecten gaat het erom of procedures dan wel protocollen op elkaar geënt zijn Volgens de managers zijn er geen algemene protocollen ontstaan. Wel is er een vergrote aandacht voor de positie van de cliënt in het kwaliteitsonderzoek wat al langer bestaan. Als voorbeeld werd het groene boekje genoemd. In dit boekje, uitgegeven door het College Tarieven Gezondheidszorg, staat waar de cliënt recht op heeft in een zorginstelling. Aan sommige punten werd niet voldaan en daar is verandering in aangebracht. Ondanks dat er geen vernieuwde protocollen zijn ontwikkeld, kan men stellen dat er een lerende organisatie is, omdat men zich openstelt voor kritiek van de cliënten en daar blijkbaar ook actie op onderneemt.

### **6.8.3 Professionele dienstverlening**

Bij de professionele dienstverlening gaat het erom of de frequentie van overleg is toegenomen, dan wel of er nieuw overleg is ontstaan en of bij bestaand overleg professionele dienstverlening ten aanzien van cliënttevredenheid op de agenda staat.

Managers zijn unaniem op dit punt: er is geen nieuw overleg ontstaan naar aanleiding van cliënttevredenheid. Cliënttevredenheid is volgens de managers volledig geïntegreerd in allerlei overleggen die gevoerd worden, omdat cliënttevredenheid een van de kernpunten geworden is voor de organisatie. Daarnaast zijn er regelingen hoe men een klacht kan indienen en is er door de stichting een cliëntvertrouwenspersoon aangesteld, die de cliënt kan helpen een klacht op te lossen. Het uiteindelijke effect bestaat, maar is moeilijk los te koppelen van andere oorzaken, omdat professionele dienstverlening in alle handelingen met cliënten voorkomt.

### **6.8.4 Strategisch gedrag**

Bij dit onderdeel gaat het erom of er vooraf invloed wordt uitgeoefend op de instroom van cliënten, om zodoende een bepaalde prestatie te behalen. Dit kan te meten zijn door na te gaan of cliënttevredenheid van invloed is geweest op het opnamebeleid of dat er cliënten verhuisd zijn die niet tevreden waren met de organisatie. De managers geven aan dat er geen cliënten zijn verhuisd omdat zij ontevreden zijn met de organisatie. Er wordt wel verhuisd omdat men de accommodatie minder geschikt vindt, en dan gaat het voornamelijk om de vierkante meters die men ter beschikking heeft. De managers kunnen zich daar ook wel in verplaatsen, omdat sommige organisatieonderdelen gehuisvest zijn in oude panden, die niet meer voldoen aan de eisen van deze tijd. Strategisch gedrag komt niet voor, omdat de organisatie niet stuurt op cliënttevredenheid bij de instroom van cliënten.

### **6.8.5 Blokkeren van innovatie**

Bij deze prestatie gaat het om de blokkade van de cliënttevredenheid. De prestatiemeting gaat dan om het aantal keren dat vernieuwingstrajecten zijn gestopt, die te maken hebben met cliënttevredenheid. Naar aanleiding van het cliënttevredenheidsonderzoek zijn er verschillende trajecten geweest ter verbetering. Deze trajecten zijn in overleg met de cliëntenraad gestart. Een aantal trajecten, waaronder bijvoorbeeld actie op de opmerking "de voordeur van het appartement is moeilijk te openen als men gebruik maakt van een rolstoel", is om onduidelijke redenen

gestopt. Blokkeren van innovatie is waar te nemen, omdat een aantal trajecten zijn gestopt zonder een duidelijke reden.

### **6.8.6 Sancties**

Bij sancties gaat het erom of goed gedrag bestraft wordt. Is de aanwezigheid van cliënttevredenheid een reden voor een sanctie, in personele zin dan wel in financiële zin? In het interview is door de locatieverantwoordelijke managers aangegeven dat er geen sancties geweest zijn op dit punt. Voor verschillende trajecten zijn er geen extra middelen ingezet, omdat het bij de normale werkzaamheden behoort van de organisatie. Dit effect scoort dus in zijn geheel niet.

## **6.9 Prestatie-indicator vocht- en voedingvoorziening**

### **6.9.1 Innovatie**

Om de prestatie meldingen vocht- en voedingvoorziening te kunnen meten is het noodzakelijk om te zien, of er nieuwe dan wel vernieuwde procedures en protocollen zijn ontwikkeld. Om dit te onderzoeken zijn de protocollen in het kwaliteitshandboek bekeken vanaf augustus 2006 tot en met mei 2007.

Op dit punt zijn er drie protocollen ontwikkeld namelijk: ambiance, vocht en voeding bij hoge temperaturen en slikklachten. Daarnaast wordt er meegedaan met het prevalentie onderzoek van de Maastrichtse Universiteit. Innovatie op dit gebied wordt door de organisatie nauwlettend gevolgd. Hieruit blijkt dat de organisatie een lerende organisatie is.

### **6.9.2 Leereffecten**

Bij leereffecten gaat het erom of procedures dan wel protocollen op elkaar geënt zijn Volgens managers zijn er geheel vernieuwde protocollen ontstaan die dan voor alle organisatieonderdelen zijn gaan gelden. Er is geënt op protocollen van buiten de organisatie. Daarnaast zijn er professionele protocollen ten aanzien van slikklachten en wat te doen bij hoge buitentemperaturen, aangereikt vanuit zowel de verschillende beroepsverenigingen als de overheid. Leereffecten zijn hierbij waar te nemen, omdat er gebruik gemaakt wordt van externe expertise.

### **6.9.3 Professionele dienstverlening**

Bij de professionele dienstverlening gaat het erom of de frequentie van overleg is toegenomen, of er nieuw overleg is ontstaan en of er bij bestaand overleg professionele dienstverlening ten aanzien van vocht- en voedingvoorziening op de agenda staat.

De managers zijn van mening dat dit een belangrijk item is, maar dat dit onderwerp volledig in de context gezien moet worden van de MDO's. In dit overleg komt onder andere aan de orde, hoe het gesteld is met de vocht- en voedingstoestand van de cliënt. Binnen het MDO worden afspraak gemaakt omtrent vocht- en voedingbeleid, als men vermoedt dat zich problemen op dit gebied voordoen of dat zich problemen dreigen voor te doen. Het uiteindelijke effect is moeilijk apart te benoemen, omdat professionele dienstverlening in bestaande overlegvormen wordt ingebed.

### **6.9.4 Strategisch gedrag**

Bij dit onderdeel gaat het erom of er vooraf invloed wordt uitgeoefend op de instroom van cliënten, om zodoende een bepaalde prestatie te behalen. Bij de vocht- en voedingvoorziening kan dit te zien zijn aan de hand van het doorplaatsen van cliënten naar het ziekenhuis, als cliënten moeite hebben om de vocht- en voedingstoestand op orde te houden. Volgens de managers komt het bijna niet voor. Een manager gaf aan dat er een cliënt is doorgeplaatst naar het ziekenhuis in verband met de vocht- en voedingstoestand. In de beleving van de manager waren daar meer factoren van invloed: een hoge leeftijd, status na een operatie en een hoge buitentemperatuur. Vooraf wordt er geen invloed uitgeoefend door managers om cliënten te weren met problemen op het gebied van vocht en voeding. Strategische gedrag wordt als effect niet waargenomen.

### **6.9.5 Blokkeren van innovatie**

Bij deze prestatie gaat het om de blokkade van de vocht- en voedingvoorziening. De prestatiemeting gaat dan om het aantal keren dat vernieuwingstrajecten zijn gestopt. In het kader van vocht en voeding zijn er juist allerlei projecten gestart, die nu nog in de beginfase zijn. De commissieleden hebben wel aangegeven dat het een moeizaam proces is, omdat de protocollen omtrent ambiance allemaal nieuw zijn. Er is nog geen enkel traject gestopt, wel zijn op basis van voortschrijdend inzicht, aanpassingen gemaakt bij verschillende uitwerkingen van protocollen. Blokkeren van innovatie komt niet voor, omdat er zich juist een tegengestelde beweging

voordoet, namelijk een grote mate van innovatie op het gebied van vocht- en voedingsvoorziening.

### **6.9.6 Sancties**

Bij sancties gaat het erom of goed gedrag bestraft wordt. Is de aanwezigheid van een duidelijke vocht- en voedingvoorziening een reden voor een sanctie, in personele zin dan wel in financiële zin? In het interview is door locatieverantwoordelijke managers aangegeven dat er geen sancties geweest zijn op dit punt, omdat het een traject nog in volle gang is. Gezien de vorm van financiering verwacht men geen sancties op dit gebied. Dit effect scoort dus in zijn geheel niet.

## **6.10 Prestatie-indicator voor preventie en behandeling decubitus**

### **6.10.1 Innovatie**

Om de prestatie preventie en behandeling van decubitus te kunnen meten is het noodzakelijk om te bezien of er nieuwe dan wel vernieuwde procedures en protocollen zijn ontwikkeld. Om dit te onderzoeken zijn de protocollen in het kwaliteitshandboek bekeken vanaf augustus 2006 tot en met mei 2007.

Op dit punt zijn er vier protocollen in het kwaliteitshandboek ten aanzien van preventie en behandeling van decubitus. Deze protocollen zijn het afgelopen half jaar ontwikkeld en daar zijn de landelijke richtlijnen voor gebruikt. Hieruit blijkt dat de organisatie een lerende organisatie is.

### **6.10.2 Leereffecten**

Bij leereffecten gaat het erom of procedures dan wel protocollen op elkaar geënt zijn. Volgens de managers is er een decubituscommissie voor de gehele organisatie. In deze commissie worden vernieuwde protocollen gemaakt en wordt gekeken naar nieuwe producten die op de markt zijn gekomen. Als nieuwe producten aanleiding daartoe geven, dan zal het assortiment van producten die gebruikt worden ter voorkoming van decubitus, uitgebreid worden. Daarnaast zal het protocol dan aangepast worden aan de nieuwe producten. Hieruit is duidelijk dat de organisatie leert door middel van het enten van procedures.

### **6.10.3 Professionele dienstverlening**

Bij de professionele dienstverlening gaat het erom of de frequentie van overleg is toegenomen, of er nieuw overleg is ontstaan en of bij overleg professionele dienstverlening ten aanzien van decubitus op de agenda staat.

De managers zijn van mening dat dit een belangrijk item is, maar dat het wel in de context gezien moet worden van de MDO's. In dit overleg komt onder andere aan de orde, hoe het gesteld is met de decubitus van de cliënt. Binnen het MDO kan beleid geformuleerd worden als men vermoedt dat zich op het gebied van decubitus problemen voordoen, of dat zich op dat gebied problemen dreigen voor te doen bij. Er zijn ook gespecialiseerde verpleegkundigen in dienst die in consult geroepen kunnen worden om adviezen te geven over behandeling en preventie van decubitus. Het uiteindelijke effect is duidelijk aanwezig, omdat het een specialisatie binnen de verpleging is geworden en daar wordt in de organisatie ook gebruik van gemaakt.

### **6.10.4 Strategisch gedrag**

Bij dit onderdeel gaat het erom of er vooraf invloed wordt uitgeoefend op de instroom van cliënten, om zodoende een bepaalde prestatie te behalen. Bij decubitus kan dit te zien zijn naar aanleiding van het doorplaatsen van cliënten naar een ziekenhuis, omdat er problemen zijn met de decubitusverzorging. Volgens de managers komt dit niet voor, omdat er weinig decubitus voorkomt, alhoewel bekend is dat aan het einde van het leven vaak meer decubitus ontstaat, als gevolg van een verslechterende conditie van de cliënt. Over het algemeen wordt dit goed behandeld, maar ook geaccepteerd, dat dit kan voorkomen bij een naderend overlijden. Dit effect komt niet voor en scoort dus negatief.

### **6.10.5 Blokkeren van innovatie**

Bij deze prestatie gaat het om de blokkade van innovaties op het gebied van decubituspreventie. De prestatiemeting gaat dan om het aantal keren dat vernieuwingstrajecten zijn gestopt die te maken hebben met decubituspreventie. Met betrekking tot decubitus zijn er in de verschillende locaties commissies aan het werk die goed functioneren. Vernieuwingen zijn nu voornamelijk te zien in veranderde materialen en bij de kennis van de zorgverleners. Dit effect treedt dus niet op, men is juist sterk geïnteresseerd in innovatie.

### **6.10.6 Sancties**

Bij sancties gaat het erom of goed gedrag bestraft wordt. Is de aanwezigheid van een duidelijk decubitusbeleid een reden voor een sanctie, in personele zin dan wel in financiële zin?

In het interview is door de locatieverantwoordelijke managers aangegeven dat er geen sancties geweest zijn op dit punt, omdat het een traject is wat volledig geïntegreerd is in bestaande werkzaamheden. Dit effect scoort in zijn geheel niet.

## **6.11 Conclusie**

### **6.11.1 Inleiding**

In hoofdstuk vijf is de verbinding gelegd tussen de bestaande indicatoren, en de functies van de verschillende indicatoren vanuit het theoretisch kader uit hoofdstuk drie. Uiteindelijk heeft dit geleid tot dit hoofdstuk, waarin de confrontatie tussen de theorie en de praktijk aan de orde is geweest.

Bij de conclusie wordt gekeken naar de verschillende bestaande prestatie-indicatoren, en of deze voor de organisatie positieve, lerende effecten hebben gehad, of dat er negatieve effecten voor de organisatie zijn opgetreden..

Hieronder wordt per effect bekeken hoe dit in de praktijk naar voren komt en of dit ook zinvol te meten is; daarnaast wordt er gekeken of er ook andere invloeden zijn geweest die hebben gemaakt, dat er positieve dan wel negatieve effecten zijn ontstaan.

### **6.11.2 Innovatie**

Vanuit de documentanalyse is te constateren dat er veel documenten zijn geproduceerd, zowel vernieuwde documenten als volledig nieuwe documenten. Voor vrijwel elke prestatie-indicator zijn in deze periode de protocollen vernieuwd, of nieuw ontworpen. Daarmee kan gesteld worden dat de organisatie een lerende organisatie is, omdat er een cyclus bestaat van ontwikkelen, gebruiken, evalueren en eventueel bijstellen van protocollen.

De vraag die zich voordoet is welke interne of externe druk de organisatie tot verandering beweegt. Zijn dit de ter beschikking staande (krappe) financiële middelen, de periodiek gemeten prestatie-indicatoren of andere externe factoren?

Er is namelijk een andere ontwikkeling van buitenaf, die niet direct met een lerende organisatie te maken heeft, maar die grote invloed heeft gehad op dit proces. Het certificeringstraject naar een keurmerk heeft geleid tot het op orde brengen van de administratieve beschrijving van processen en procedures van de organisatie. Wel is het zo dat de certificering een grote invloed heeft ondergaan van de prestatie-indicatoren, dit zijn de kwaliteitsparameters die ten grondslag liggen aan het geheel.

Daarmee kan gesteld worden dat er vanuit een externe druk, in dit geval niet direct door de prestatie-indicatoren, maar door de certificering een positief effect is bereikt.

### **Eerste conclusie**

Zorgcentra leren, echter niet vanuit intrinsieke motivatie, maar door druk van buiten. Soms is het sluimerend, zoals de latente druk van inspectie van de gezondheidszorg, zorgkantoren en vertegenwoordigers van cliënten. Maar in de meeste gevallen is er een duidelijke gebeurtenis met mogelijk sancties nodig, zoals certificering, om een organisatie in beweging te krijgen. Prestatie-indicatoren spelen hierbij nauwelijks een rol als directe aanjagers van innovatie.

### **6.11.3 Leereffecten**

Vanuit de interviews met de locatieverantwoordelijke managers blijkt dat er veel procedures en protocollen worden geënt. Hiervoor worden zowel bestaande protocollen binnen de verschillende organisatieonderdelen gebruikt, als nieuwe protocollen die geënt zijn op protocollen van andere organisaties.

Leereffecten zijn aanwezig in de organisatie, maar in gesprekken met locatieverantwoordelijke managers blijkt dat zij niet direct veroorzaakt worden door prestatie-indicatoren. Wat ook de externe druk was; het uiteindelijke effect voor het management is dat er een betere prestatie wordt neergezet door het geheel van de organisatie.

### **Tweede conclusie**

Het werken met prestatie-indicatoren leidt niet direct tot het leerproces; externe druk in het algemeen wel. Prestatie-indicatoren zijn geen vanzelfsprekendheid voor de managers, zij sturen



op hoofdlijnen en werken bij het optimaliseren van de organisatie indirect en onbewust met prestatie-indicatoren.

#### **6.11.4 Professionele dienstverlening**

Bij het interview hebben de managers aangegeven dat professionele dienstverlening zo met de organisatie is verweven, dat er vanuit de professionele dienstverlening weinig tot geen nieuw overleg ontstaat. Men heeft de neiging geen nieuw overleg te starten, maar vooral om professionaliteit onder te brengen bij bestaande overlegvormen. Dit vanwege de efficiency en de al bestaande grote vergadercultuur binnen de organisatie. Overigens is men zich er wel van bewust, dat professionele dienstverlening een belangrijke peiler is binnen de organisatie. Daarmee past het gedeeltelijk bij een lerende organisatie, omdat het onderbrengen bij bestaande structuren een goede ontwikkeling is. De kans bestaat echter dat dit onderdeel nauwelijks aandacht krijgt in de hoeveelheid van de te bespreken punten binnen verschillende overleggen.

#### **Derde conclusie**

Professionele dienstverlening is volledig geïntegreerd binnen bestaande overlegvormen. Bij vernieuwing op dit gebied worden veranderingen binnen de bestaande structuren gebracht. Daarmee bestaat het gevaar dat professionele dienstverlening nauwelijks besproken wordt. Prestatie-indicatoren hebben geen invloed op professionele dienstverlening als effect.

#### **6.11.5 Strategisch gedrag**

Volgens de locatieverantwoordelijke managers komt dit in een zekere regelmaat voor. Als er cliënten geweigerd worden, gaat het voornamelijk om een financieel risico dat de organisatie niet wil dragen, om de bedrijfsvoering niet in gevaar te brengen. Overigens wordt er altijd met de Raad van Bestuur overlegd of cliënten kunnen worden geweigerd vanwege de financiële risico's. Zorginhoudelijke aspecten bij weigeringen van cliënten komen veel minder voor, maar een enkel geval wordt wel benoemd.

In dit onderdeel van de prestatiemeting gaat het erom of er vooraf invloed wordt uitgeoefend op de instroom van cliënten om zodoende een bepaalde prestatie te behalen. Als eindconclusie kan gesteld worden dat dit gebeurt, al is het niet op grote schaal; dit negatieve effect komt dus voor.

Ook hier zijn prestatie-indicatoren van ondergeschikt belang, het financiële aspect is veel belangrijker.

#### **Vierde conclusie**

Strategisch gedrag komt voor. Veelal niet vanwege prestatie-indicatoren, maar vanuit financiële motieven, waarbij gesteld wordt dat de bedrijfsvoering in gevaar kan komen.

#### **6.11.6 Blokkeren van innovatie**

Volgens de locatieverantwoordelijke managers komt het in één geval voor dat er blokkade is van innovatie bij prestatie-indicator cliënttevredenheidsonderzoek. Zoals aangegeven door de managers tijdens de interviews worden er een traject afgebroken die innovatie teweeg moeten brengen. Maar over het algemeen komt het echter niet voor en wordt innovatie juist aangemoedigd. Daarmee is het een negatief effect, dat meestal niet gezien en herkend wordt door de managers. Overigens zijn er andere invloeden die van belang zijn om mee te wegen bij dit punt. Vaak gaat het hier over trajecten die al veel eerder uitgevoerd hadden moeten worden. Meestal wordt dit door de inspectie van gezondheidszorg aangegeven, zoals bijvoorbeeld de MIC commissie. Het gaat er hier dus om, dat er vanuit een negatieve sanctie door de inspectie, een positieve prikkel gegeven wordt aan de organisatie. Overigens is het opvallend dat normen die bekend zijn bij de instellingen, niet direct worden uitgevoerd door de managers, maar dat er gewacht wordt op een controlerend organen.

#### **Vijfde conclusie**

Er is normaal gesproken geen blokkade van innovatie, maar de invloed van prestatie-indicatoren is niet aan te tonen.

#### **6.11.7 Sancties**

Dit effect scoort in het geheel niet. Dit komt omdat er een financieringsmodel gebruikt wordt waarbinnen geen sancties mogelijk zijn. Middelen en personele consequenties voor extra investeringen komen voor, maar dat middelen of personeel afgeroomd worden na een goede prestatie, komt niet voor. Financiën worden per bed ter beschikking gesteld en instellingen

hebben een zekere vrijheid om deze middelen in te zetten. Het grootste gedeelte van de verdeling van financiële middelen is op basis van historie.

### **Zesde conclusie**

Sancties wat betreft middelen en personeel komen niet voor vanwege een conservatieve manier van financiering binnen de gezondheidszorg. Prestatie-indicatoren hebben hier geen invloed op.

## **6.12 Overzicht**

Als laatste is het schema toegevoegd dat ook gebruikt is in hoofdstuk vijf. Als de eerste drie effecten: innovatie, leereffecten en professionele dienstverlening, positief aanwezig zijn ( in schema aangegeven met een plus), dan kan men spreken van een lerende organisatie.

De drie andere effecten: strategisch gedrag, blokkeren van innovatie en sancties, worden gezien als negatief. Hun aanwezigheid wordt ook met een plus aangegeven in het schema; als zij voorkomen duiden zij juist op een niet lerende organisatie.

Uit het schema blijkt dat de organisatie lerend is op het gebied van innovatie en leereffecten. Voor professionele dienstverlening geldt dit maar ten dele, omdat niet na te gaan is of het daadwerkelijk gebeurt.

Ook heeft de organisatie een kenmerk van een niet lerende organisatie: strategisch gedrag komt voor. Het is echter niet gemotiveerd omdat men negatieve beoordelingen wil ontwijken, maar uit een tekort van financiële middelen. In het geheel kan gesteld worden, dat de organisatie een meer lerende, dan een niet lerende organisatie is.

Uit het schema blijkt dat de organisatie lerend is op het gebied van innovatie en leereffecten. Voor professionele dienstverlening geldt dit maar ten dele omdat niet na te gaan is of het daadwerkelijk gebeurt.

		innovatie	leereffecten	professionele dienstverlening	strategisch gedrag	blokkeren van innovatie	sancties
1	zorgplan	+	+	±	+	—	—
2	afwijkingen van individueel zorgplan	+	+	±	+	—	—
3	zorgplan getekend door cliënt	+	+	+	—	—	—
4	MDO	+	+	±	—	—	—
5	MIC	+	+	+	+	—	—
6	zorginzet	+	+	+	+	—	—
7	cliënttevredenheid	+	+	±	+	—	—
8	Vocht- en voedingvoorziening	+	+	±	—	—	—
9	Preventie en behandeling decubitus	+	+	±	—	—	—

## **Hoofdstuk 7 Conclusie en aanbevelingen**

### **7.1 Inleiding**

In de vorige hoofdstukken zijn prestatie-indicatoren en de effecten daarvan besproken. Daarna is de theorie geconfronteerd met de praktijk, waarna een aantal conclusies is getrokken in hoofdstuk zes.

In dit hoofdstuk worden de deelvragen beantwoord, daarna wordt de centrale vraagstelling beantwoord en daaruit worden conclusies getrokken. In de laatste paragraaf worden aanbevelingen gedaan en eventueel mogelijkheden geopperd voor een vervolgonderzoek.

### **7.2 Recapitulatie van onderzoek**

In deze scriptie is onderzocht hoe organisaties omgaan met prestatie-indicatoren in de praktijk van alledag. Dit is van belang, omdat er veel prestatie-indicatoren gehanteerd worden in de praktijk, maar weinig bekend is over wat de effecten zijn van de prestatie-indicatoren op de organisaties. Hiervoor is gebruik gemaakt van algemeen bekende prestatie-indicatoren met hun positieve dan wel negatieve effecten. De centrale vraag was: wat zijn de effecten van de prestatiemeting op organisaties?

Om de centrale vraag te kunnen beantwoorden is deze uitgesplitst in een vijftal deelvragen. Omdat uit praktische overweging de onderzoeksgroep beperkt is tot AVZ-cliënten, is de eerste deelvraag: wat zijn AVZ-geïndiceerde cliënten; welke en hoeveel zorg wordt aan hun verleend?

De tweede deelvraag was: wat zijn prestatie-indicatoren?

De derde deelvraag is een vervolg op de tweede, namelijk: welke prestatie-indicatoren zijn relevant voor dit onderzoek?

Vanuit deze vraagstelling komt de vierde deelvraag: welke effecten van prestatie-indicatoren zijn te verwachten? Als vijfde en laatste deelvraag: in welke mate doen de te verwachten resultaten zich in de praktijk van de AVZ in de zorgcentra voor?

### **7.3 Beantwoording van de deelvragen**

De eerste deelvraag is: Wat zijn AVZ-geïndiceerde cliënten: welke en hoeveel zorg wordt aan hun verleend?

Deze deelvraag wordt beantwoord in hoofdstuk twee. AVZ-geïndiceerde cliënten zijn cliënten die de gewone zorg van het zorgcentrum te boven gaan. Het aantal uren zorg in het zorgcentrum gaat uit van 8 uur per week, met een uitloop naar 10 uur. AVZ-cliënten zijn cliënten die meer zorg nodig hebben per week; het kan gaan van 12 tot ruim 20 uur per week. Deze zorg wordt geleverd voor zowel cliënten met een meer somatische aandoening, als voor cliënten met psychogeriatrische problemen, of een combinatie van beide problemen. De zorg die extra wordt geleverd boven op de zorg van 8 uur, zal in het zorgplan expliciet terug te vinden moeten zijn. Deze zorg kan individueel of in groepsverband geleverd worden. De huisarts blijft medisch eindverantwoordelijk, maar de verpleeghuisarts is nadrukkelijk aanwezig voor advisering en het inzetten van andere verpleeghuisgelinieerde disciplines

De tweede deelvraag is: wat zijn prestatie-indicatoren?

In hoofdstuk drie wordt het theoretische kader van prestatie-indicatoren geschetst. Hierin worden de prestatie-indicatoren besproken met zowel de positieve als negatieve effecten, die kunnen voorkomen. Ook zijn de voorwaarden waaraan een prestatie-indicator moet voldoen aan de orde geweest, om zo valide, betrouwbare en relevante indicatoren te hebben. Daarnaast is de dynamiek van de prestatiemeting besproken in termen van de drie wetmatigheden: de wet op de afnemende effectiviteit, de wet van de mushrooming en de wet op de collectieve blindheid. Hiermee zijn prestatie-indicatoren van verschillende kanten belicht en daarmee is deelvraag twee: “wat zijn prestatie-indicatoren” beantwoord.

De derde deelvraag is: welke prestatie-indicatoren zijn relevant voor dit onderzoek?

In hoofdstuk vier worden negen indicatoren besproken, die door zowel de inspectie, zorgkantoor als cliëntenorganisaties worden gebruikt. Er is voor een aantal indicatoren gekozen, die algemeen gebruikt worden en op het eerste gezicht iets zeggen over de zorgverlening.

Daarmee is deelvraag drie beantwoord.

De vierde deelvraag is: welke effecten van prestatie-indicatoren zijn te verwachten?

In hoofdstuk vijf is er gekeken naar het negental prestatie-indicatoren uit hoofdstuk vier, in relatie tot de theorie van positieve dan wel negatieve functies van prestatiemeting uit hoofdstuk drie. Een drietal positieve (innovatie, leereffecten, professionele dienstverlening) en een drietal negatieve (strategisch gedrag, blokkeren van innovatie en sancties) effecten worden uitgekozen

om verder besproken te worden. Daarbij is besproken hoe deze effecten in de praktijk te onderkennen zijn.

Hiermee is deelvraag vier beantwoord.

De vijfde deelvraag is: in welke mate doen de te verwachten resultaten in de praktijk van de AVZ in de zorgcentra zich voor?

In hoofdstuk zes heeft de confrontatie tussen theorie en praktijk plaatsgevonden. Hiervoor zijn twee methodes gebruikt te weten: documentanalyse en interviews. Voor de documentanalyse wordt gebruik gemaakt van de protocollen, zoals die zijn beschreven in de kwaliteitshandboeken van de organisatie.

Naast de documentanalyse zijn de interviews een belangrijke schakel; zij hebben namelijk als doel om te bezien of de protocollen in de praktijk functioneren, en hoe de prestatie-indicatoren in de praktijk voor de geïnterviewden functioneren. Aan het einde van het hoofdstuk staat het schema, zoals het gebruikt is bij de interviews. Links staan de prestatie-indicatoren en bovenaan staan de functies van deze prestatie-indicatoren. De eerste drie, innovatie, leereffecten en professionele dienstverlening, geven de positieve effecten aan van de prestatiemeting. De andere drie, strategisch gedrag, blokkeren van innovatie en sancties, zijn de negatieve effecten van de prestatiemeting. Vanuit de interviews zijn er scores gemaakt; als een effect voorkomt, dan geeft dat een plus onder het betreffende kopje. Een negatieve score geeft aan dat het effect niet voorkomt of niet gezien wordt.

Als men het schema leest valt op dat van de positieve effecten innovatie op alle prestatie-indicatoren van toepassing is en als een positief effect voorkomt; de organisatie leert dus. Leereffecten zijn allemaal positief gescoord; dat geeft aan dat het een lerende organisatie is op de vlakken van deze prestatie-indicatoren. Professionele dienstverlening scoort 6 maal  $\pm$  en drie maal een +, daarmee wordt aangegeven dat dit item niet duidelijk een meetbaar positief effect heeft bij deze prestatie-indicatoren. In dit geval is de score zo omdat de professionele dienstverlening een onderdeel is van de organisatie en geheel verweven is binnen overlegvormen en structuren. Dit onderdeel is daarom veel minder herkenbaar als een zelfstandig effect bij prestatie-indicatoren.

Als men het schema leest valt op dat van de positieve effecten innovatie op alle prestatie-indicatoren van toepassing is en als een positief effect voorkomt; de organisatie leert dus. Leereffecten zijn allemaal positief gescoord; dat geeft aan dat het een lerende organisatie is op de

vlakken van deze prestatie-indicatoren. Professionele dienstverlening scoort 6 maal  $\pm$  en drie maal een +, en daarmee wordt aangegeven dat dit item een niet duidelijk meetbaar positief effect heeft bij deze prestatie-indicatoren. In dit geval is de score zo, omdat de professionele dienstverlening een onderdeel is van de organisatie en geheel verweven is binnen overlegvormen en structuren. Dit onderdeel is daarom veel minder herkenbaar als een zelfstandig effect bij prestatie-indicatoren.

Bij de negatieve effecten scoort strategisch gedrag op vijf van de negen punt positief, hetgeen aangeeft dat er dus strategisch gedrag voorkomt in de organisatie. Het gaat hier met name om selectie aan de poort; welke cliënten worden geweigerd en met welke reden. In het afgelopen half jaar zijn er binnen elke locatie wel cliënten geweigerd. Over het algemeen wordt als reden aangevoerd dat de kosten voor de cliënt te hoog kunnen worden voor de organisatie. Over het algemeen gaat het hier om kosten die niet door verzekeringsmaatschappijen worden vergoed, maar tot de bedrijfsrisico's behoren. Naast deze financiële reden is er twee maal aangegeven dat er een zorginhoudelijke reden was; waarbij werd aangegeven dat op de plek waar de cliënt zou komen te wonen, de zorg die cliënt nodig had, niet geboden kon worden,. Beide redenen hadden niet te maken met strategisch gedrag, omdat men niet doelbewust strategische gedrag vertoonde om het effect te bereiken, maar eerder vanuit een goede cliëntenzorg of een gezonde bedrijfsvoering.

Blokkeren van innovatie als negatief effect heeft over het algemeen negatief gescoord en komt dus ten aanzien van deze prestatie-indicatoren niet voor. Veel innovatie trajecten zijn gestart, mede onder invloed van de certificering, maar veel van deze trajecten zijn nog bezig. Sancties hebben ook in het geheel niet gescoord en dat komt omdat er een conservatieve manier van financiering is, en daarmee kan er geen financiële of personele sanctie worden opgelegd. Hiermee is deelvraag vijf beantwoord.



		innovatie	leereffecten	professionele dienstverlening	strategisch gedrag	blokkeren van innovatie	sancties
1	zorgplan	+	+	±	+	—	—
2	afwijkingen van individueel zorgplan	+	+	±	+	—	—
3	zorgplan getekend door cliënt	+	+	+	—	—	—
4	MDO	+	+	±	—	—	—
5	MIC	+	+	+	+	—	—
6	zorginzet	+	+	+	+	—	—
7	cliënttevredenheid	+	+	±	+	—	—
8	Vocht- en voedingvoorziening	+	+	±	—	—	—
9	Preventie en behandeling decubitus	+	+	±	—	—	—

## 7.4 Beantwoording centrale vraag

De centrale vraag is: wat zijn de effecten van de prestatiemeting op organisaties die AVZ-cliënten hebben?

In hoofdstuk zes zijn een zestal conclusies getrokken, waarbij gekeken is naar de velden van de effecten van prestatiemeting.

Het zijn de volgende conclusies:

1. Zorgcentra leren, maar leren niet vanuit een intrinsieke motivatie, maar door druk van buiten; soms sluimerend, zoals de latente druk van inspectie van de gezondheidszorg, zorgkantoren en vertegenwoordigers van cliënten. Echter is er in de meeste gevallen een duidelijke gebeurtenis met mogelijke sancties nodig, zoals certificering, om een organisatie in beweging te krijgen. Prestatie-indicatoren spelen hierbij nauwelijks een rol als directe aanjagers van innovatie.
2. Het werken met prestatie-indicatoren leidt niet direct tot het leerproces; externe druk in het algemeen wel. Prestatie-indicatoren zijn geen vanzelfsprekendheid voor de managers, zij sturen op hoofdlijnen en werken bij het optimaliseren van de organisatie zo indirect en onbewust met prestatie-indicatoren.
3. Professionele dienstverlening is volledig geïntegreerd binnen bestaande overlegvormen. Bij vernieuwing op dit gebied worden veranderingen binnen de bestaande structuren aangebracht. Daarmee bestaat het gevaar dat professionele dienstverlening nauwelijks besproken wordt. Prestatie-indicatoren hebben geen invloed op professionele dienstverlening als effect.
4. Strategisch gedrag komt voor, maar niet vanwege de prestatie-indicatoren, maar vanuit financiële motieven, waarbij gesteld wordt dat de bedrijfsvoering in gevaar kan komen.
5. Er is normaal gesproken geen blokkade van innovatie, maar de invloed van prestatie-indicatoren is niet aan te tonen.
6. Sancties wat betreft middelen en personeel komen niet voor, vanwege een conservatieve manier van financiering binnen de gezondheidszorg. Prestatie-indicatoren hebben hier geen invloed op.

Deze effecten zijn niet duidelijk toe te schrijven aan prestatie-indicatoren wel aan externe dwang. Daarmee komt de vraag op of prestatie-meting nu zinvol is, of is het een rituele dans die iedereen in het werkveld uitvoert, omdat het gevraagd wordt?

Volgens mij zijn beide beweringen waar. Aan de ene kant is het zinvol om prestatie-metingen te doen, juist om te zien hoever een organisatie in zijn ontwikkeling staat en om te weten wat de zwakkere kanten van de organisatie zijn, zodat er op die punten eventueel actie ondernomen kan worden.

Aan de andere kant is het een rituele dans, omdat indirect door allerlei instanties van buiten de organisatie gevraagd wordt om prestaties te meten. De kans dat er negatieve effecten van prestatie-meting optreden zijn daarmee groot, omdat de organisaties aan de verwachtingen willen voldoen die aan ze gesteld worden. Daarmee wordt het een jaarlijks terugkerende rituele dans die iedereen in de sector uitvoert, maar waarvan de uitkomsten zeer discutabel zijn..

Wel is het zo, dat een organisatie met een prestatie-indicator een algemeen geaccepteerde norm neerzet en daarmee wel degelijk invloed uitoefent. Deze effecten zijn niet duidelijk toe te schrijven aan prestatie-indicatoren wel aan externe dwang. Daarmee komt de vraag op: of prestatie-meting nu zinvol is of is het een rituele dans die iedereen in het werkveld uitvoert omdat het gevraagd wordt?

Volgens mij zijn beide beweringen waar. Aan de ene kant is het zinvol om prestatie-metingen te doen juist om te zien hoever een organisatie in zijn ontwikkeling staat en wat de zwakkere kanten van de organisatie zijn zodat er op die punten eventueel actie ondernomen kan worden.

Aan de andere kant is het een rituele dans omdat indirect door allerlei instanties van buiten de organisatie gevraagd wordt om prestaties te meten. De kans dat er negatieve effecten van prestatie-meting optreden, zijn daarmee groot omdat de organisaties aan de verwachtingen willen voldoen die aan ze gesteld worden. Daarmee wordt het een jaarlijks terugkerende rituele dans die iedereen in de sector uitvoert, maar waarvan de uitkomsten zeer discutabel zijn in het meten wat ze moeten meten.

Wel is het zo dat een prestatie-indicator voor een organisatie een algemeen geaccepteerde norm neerzetten en daarmee wel degelijk invloed uitoefenen.

Hier mee is de centrale vraag beantwoord.

## 7.5 Hoe nu verder met prestatie­meting

In deze paragraaf komt aan de orde hoe nu verder moet worden omgegaan met prestatie­meting en prestatie­sturing vanuit de controlerende instanties. De ene optie is doorgaan met prestatie­meting en prestatie­sturing, maar aan de andere kant rijst de vraag wat het effect op organisaties is, als de prestatie­meting wordt losgelaten?.

Prestatie­sturing is voor het management een makkelijke manier om op kengetallen te sturen, maar als er alleen naar sturing wordt gekeken, dan lijkt het erop dat de manager vergeet dat er bij mensen een intrinsieke motivatie is om goed te presteren; deze intrinsieke motivatie kan men koesteren en ontwikkelen. Daarmee kijkt men verder dan alleen de prestatie­meting; men kijkt ook naar de doelen waarom medewerkers willen werken in de zorg en wat zij daarmee willen bereiken. Als men de medewerkers goed kan coachen en sturen, dan zal dat een positief effect kunnen hebben op de intrinsieke motivatie van de medewerker, en dus ook op de organisatie in het geheel. De organisatie wordt daarmee een meer lerende organisatie vanuit een intrinsieke houding van de medewerkers, en dat is een zeer positief beeld. Als manager is het de kunst om te sturen en te motiveren vanuit deze intrinsieke motivatie, en zo prestatie­meting en prestatie­sturing een deel te laten zijn van de medewerkers zelf. Een zeer praktisch ingestelde manier van werken is het gezamenlijk vaststellen: “wat willen we als team behalen in het komende jaar?” Vanuit de voorgestelde items vervolgens acties benoemen, evaluaties inzetten en de prestatie meetbaar maken voor de organisatie. Managers krijgen daarmee een andere positie dan tot nu toe. Zij moeten balanceren tussen prestatie­indicatoren waaraan men moet voldoen en het team, maar wel indirect sturend, om positieve effecten te versterken en negatieve effecten te dempen. Dit onderzoek heeft opgeleverd dat men zich, zoals in de eerste conclusie is vastgesteld (namelijk: zorgcentra leren, maar leren niet vanuit een intrinsieke motivatie maar door druk van buitenaf), meer bewust moeten zijn van de andere kant, namelijk van medewerkers en hun intrinsieke motivatie. Medewerkers zijn onbewust en onbedoeld met prestatie­meting en prestatie­sturing bezig en het zou goed zijn om prestatie­meting en prestatie­sturing niet alleen een onderdeel te laten zijn van het management, maar ook van de medewerkers. Als het management het tij kan keren door de intrinsieke motivatie van de medewerkers aan te spreken, zal er een toekomst zijn voor prestatie­meting en sturing. Als men dit niet wil of kan, dan zal er op termijn een

afrekencultuur gaan ontstaan, waar niemand beter van wordt, noch de organisatie noch de medewerker.

Dus wat mij betreft, gaan we door met prestatiemeting en prestatiesturing, maar meer geredeneerd vanuit de medewerkers en hun intrinsieke motivatie. Vanuit hun werk bekijken of de manager vanuit de intrinsieke motivatie van medewerkers, in staat is de organisatiedoelen te halen. Misschien met een omweg, maar wel met gemotiveerde medewerkers in de zorg.

### **7.6 Aanbevelingen en verder onderzoek**

Terugkijkend op dit onderzoek zie ik dat er veel op detailniveau wordt gestuurd door controlerende instantie; daarmee wordt de grote lijn vrij onzichtbaar voor de organisatie. Het zou aan te bevelen zijn, om meer grofmazig te meten om zo een beter overzicht van een organisatie te verkrijgen.

Positieve dan wel negatieve effecten van prestatiemetingen komen voor. Opvallend is, dat negatieve sancties leiden tot positieve effecten bij de meting voor prestatie-indicatoren. Het lijkt daarmee dat alle controles die de laatste jaren hebben plaats gevonden, wel effecten beginnen te sorteren. Repressie is blijkbaar het middel om de sector in beweging te krijgen. Organisaties verzetten zich juist tegen al deze metingen, waarbij zij aangeven niet aan hun primaire taak toe te komen, namelijk het zorgen voor cliënten.

Eigenlijk zou het zo moeten zijn, dat een organisatie zichzelf wil ontwikkelen vanuit een positieve grondhouding. Het zou zinvol zijn om in een ander onderzoek nog eens te bezien, hoe de organisatie zonder een repressiemaatregel in beweging is te krijgen.

## Literatuurlijst

- Balder, F, *vijf principes voor performanceverbetering*, uitg Boom, 2005
- Berg M. en W.M.L.C.M. Schellekens, *Paradigma's van kwaliteit, de verschillen tussen interne en externe kwaliteitsindicatoren. Medisch contact*, 57-34, 2002
- De Bruijn, H., *Prestatiemeting in de publieke sector, Tussen professie en verantwoording*, Utrecht: uitgeverij Lemma, 2001
- Delnoij, D, *Bakens zetten, naar een Nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg*, VWS2002
- Groenewoud en Huijsman, *Prestatie-indicatoren voor een kiezende zorggebruiker*, ZonMW, 2003
- Knaap, P. v. d., *Resultaatgerichte verantwoordelijkheid, naar een beleidsgerichte begroting en verantwoording*. Bestuurskunde, nr 5. (Themanummer verantwoording in het openbaar bestuur) pp. 237-47, 2000
- Koning, P, *Centrale doelen, decentrale uitvoering: (2004)*, CPB Document, 45, Sdu Publishers Den Haag
- Koopman, P., *Aansturings- en beheersingsmechanismen in groepen*, in: Gedrag en Organisatie, 1996-9, nr. 6, blz. 385-400
- Koopman, P, *Besturen met prestatie-indicatoren Vormen, eisen, risico's - Platform Doelmatigheid*, 1997
- Osborne D. and T. Gaebler, *Reinventing Government, How The Entrepreneurial Spirit Is Transforming The Public Sector*, Reading: Addison Wesley Publishing Company, 1992.
- Ponzi and Koenig, *knowledge management, another management fad?* Information Research, Vol. 8 No. 1, October 2002
- Van Thiel S. en F.L. de Leeuw, *De prestatieparadox in de publieke sector. Beleidswetenschap*, 17-2, pp. 123-43, 2005.
- Veld, R, in 'T *Staatscourant*, Den Haag, oktober. 2006
- Waal, A.A. de, J.H.J.M. Mijland-Bessems, H. Bulthuis, *Kwaliteit managementinformatie en -rapportage verbeteren met kritische succesfactoren en prestatie-indicatoren*, in: Tijdschrift Financieel Management, januari/februari 1999, blz. 26-35

- A.A de Waal, *lexicon prestatie meting*, kluwer 2002
- Wentink, T., tweede druk 1999, *Kwaliteitsmanagement en organisatieontwikkeling*, Lemma, Utrecht

#### Verschillende rapporten

- min. VWS brancherapportage
7. IVVU branche organisatie nota aanvullende zorg 2006
  8. RIVM zorgbalans versie 1.0, 30 mei 2006
- CBO, Richtlijn Decubitus (tweede herziening 2002)

## Bijlage 1 Inspectieformulier 2005 VVT

### Inspectieformulier

2005

VVT

Id :

Naam :

Adres :

Postcode :

Adres :

Postcode :

**Bezoekadres : Correspondentieadres :**

E-Mail :

Website :

### Verpleging, Verzorging en Thuiszorg

#### 018 - Algemeen

**1** Wie is namens de houder belast met de (dagelijkse) leiding van de organisatorische eenheid?

Toelichting : *Een organisatorische eenheid is een organisatorisch verband dat onderdeel uitmaakt van een*

*houder (zorgaanbieder) die juridisch verantwoordelijk is voor de zorgaanbieding. Dit kan bijvoorbeeld*

*een verpleeghuis, een verzorgingshuis of een werkgebied zijn. Als de houder juridisch verantwoordelijk is voor meerdere organisatorische eenheden, wordt voor elke organisatorische eenheid apart één inspectieformulier ingevuld, zoals in de startbrief is vermeld.*

*Een organisatorische eenheid kan zorg leveren op meerdere locaties. Een locatie is een vestiging als onderdeel van de organisatorische eenheid. De organisatorische eenheid is (financieel) verantwoordelijk voor de zorg die in de locatie wordt verleend.*

**2** Is uw organisatorische eenheid toegelaten tot de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)?

Ja

Nee

**3** Welk type past het best bij uw organisatorische eenheid?

Toelichting : *Deze typering is door het scheiden van wonen en zorg niet altijd meer toepasbaar. Het gaat er om*

*dat u aangeeft welk type het beste bij uw organisatorische eenheid past.*

*Onder aanvullende zorg wordt bijvoorbeeld verstaan de groepsverzorging binnen het verzorgingshuis, een meerzorgafdeling met verpleging of een 'verpleegunit' binnen het verzorgingshuis. Bij een verpleegunit is sprake van een toelating voor de functie verblijf en voor de functie behandeling en is sprake van verpleeghuiszorg.*

Verpleeghuis

Verzorgingshuis

Verzorgingshuis met aanvullende zorg

Thuiszorgorganisatie

**4** Levert uw organisatorische eenheid zorg met verblijf (intramurale zorg)?

Toelichting : *Bedoeld worden de functie verblijf zoals omschreven in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken*



AWBZ.

*Onder de functie 'zorg met verblijf' (intramurale zorg) valt níet de dagzorg/-behandeling of de dag-/nachtopvang.*

Ja

Nee en evenmin zorg zonder verblijf (extramurale zorg) (ga verder met vraag 80)

Nee (ga verder met vraag 10)

**5** Welke andere functies levert uw organisatorische eenheid in combinatie met de functie zorg met verblijf (U kunt meerdere antwoorden aankruisen)?

*Toelichting : Bedoeld worden de functies zoals omschreven in het Besluit zorgaanspraken AWBZ (artikel 3 t/m9).*

*Onder de functie 'zorg met verblijf' (intramurale zorg) valt níet de dagzorg/-behandeling of de dag-/nachtopvang.*

a. Huishoudelijke verzorging

b. Persoonlijke verzorging

c. Verpleging

d. Ondersteunende begeleiding

e. Activerende begeleiding

f. Behandeling

**6** Over hoeveel toegelaten bedden beschikte uw organisatorische eenheid op 31 december 2004, uitgesplitst naar somatiek en psychogeriatric (U kunt meerdere antwoorden aankruisen)?

*Toelichting : Het gaat om het aantal door het College voor zorgverzekeringen toegelaten bedden op 31 december*

*2004 voor de verzorging, verpleging, begeleiding en/of behandeling van cliënten met somatische respectievelijk psychogeriatric aandoeningen of beperkingen.*

a. Aantal toegelaten bedden voor somatiek op 31-12-2004: .....

b. Aantal toegelaten bedden voor psychogeriatric op 31-12-2004: .....

**7** Aan hoeveel somatische en/of psychogeriatric cliënten heeft u in 2004 zorg met verblijf geleverd

(U kunt meerdere antwoorden aankruisen)?

*Toelichting : Het gaat hier om alle cliënten met somatische, respectievelijk psychogeriatric aandoeningen of*

*beperkingen aan wie uw organisatorische eenheid verzorging, verpleging, begeleiding en/of behandeling in combinatie met verblijf heeft geleverd in 2004. Het betreft dus cliënten die tussen 1 januari 2004 en 31 december 2004 zijn opgenomen of op 1 januari 2004 reeds in uw organisatorische eenheid verbleven.*

*Onder de functie 'zorg met verblijf' (intramurale zorg) valt níet de dagzorg/-behandeling of de dag-/nachtopvang.*

a. Aantal intramuraal verblijvende somatische cliënten in 2004: .....

b. Aantal verblijvende psychogeriatric cliënten in 2004: .....

**8** Heeft uw organisatorische eenheid of één of meer locaties van uw organisatorische eenheid een Bopz-aanmerking?

*Toelichting : Mensen kunnen op basis van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) alleen worden opgenomen in een instelling die daarvoor is aangemerkt door de Minister voor Gezondheidszorg, Welzijn en Sport. Die zorginstellingen moeten zijn gericht op opname, behandeling, begeleiding en verzorging van cliënten met een Bopz-indicatie. Een Bopz-*

*aanmerking is een besluit van de Minister van VWS om een zorginstelling of een afdeling daarvan aan te merken als psychiatrisch ziekenhuis in de zin van artikel 1, lid 1h van de Wet Bopz.*

Ja

Nee

**9** Hoeveel cliënten met een artikel 60-indicatie verbleven in 2004 in uw organisatorische eenheid?

*Toelichting : Artikel 60 Wet Bopz regelt de opname in een (psychogeriatrische) verpleeghuis van cliënten die niet kunnen aangeven of ze al dan niet willen worden opgenomen ('geen bereidheid, geen bezwaar'). Het gaat hier om het totaal aantal cliënten dat tussen 1 januari 2004 en 31 december 2004 werd opgenomen of reeds verbleef met een artikel 60-indicatie.*

**10** Levert uw organisatorische eenheid zorg zonder verblijf (extramurale zorg)?

*Toelichting : Bedoeld wordt de functie verblijf zoals omschreven in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.*

*Onder de functie 'zorg zonder verblijf' (extramurale zorg) valt níet de dagzorg-/behandeling of de dag-/nachttopvang.*

*Als uw organisatorische eenheid geen zorg met verblijf (intramurale zorg) levert (zie vraag 4) en evenmin zorg zonder verblijf (extramurale zorg) kunt u de rest van de vragen overslaan en alleen de twee slotvragen invullen (vraag 80 en 81).*

*Als uw organisatorische eenheid alleen huishoudelijke hulp levert, dus geen zorg met verblijf (zie vraag 4) noch zorg zonder verblijf in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende of activerende begeleiding of behandeling, kunt u eveneens de rest van de vragen overslaan en alleen de twee slotvragen invullen.*

Ja

Ja, maar alleen gericht op huishoudelijke zorg en geen zorg met verblijf (intramurale zorg) (

Nee en evenmin zorg met verblijf (intramurale zorg) (ga verder met vraag 80)

Nee (ga verder met vraag 14)

**10** Welke andere functies levert uw organisatorische eenheid in combinatie met de functie zorg zonder verblijf (U kunt meerdere antwoorden aankruisen)?

*Toelichting : Bedoeld worden de functies zoals omschreven in het Besluit zorgaanspraken AWBZ (artikel 3 t/m9).*

*Onder de functie 'zorg zonder verblijf' (extramurale zorg) valt níet de dagzorg-/behandeling of de dag-/nachttopvang.*

a. Huishoudelijke verzorging

b. Persoonlijke verzorging

c. Verpleging

d. Ondersteunende begeleiding

e. Activerende begeleiding

f. Behandeling

**11** Aan hoeveel cliënten heeft u in 2004 zorg zonder verblijf (extramurale zorg) verstrekt in combinatie met de functies verpleging en/of persoonlijke verzorging?

*Toelichting : Het gaat hier om de functies verpleging en persoonlijke verzorging cf. artikelen 4 en 5 van het Besluit Zorgaanspraken AWBZ.*

*Onder de functie 'zorg zonder verblijf' (extramurale zorg) valt níet de dagzorg-/behandeling of de dag-/nachttopvang.*

Wat was in 2004 het totaal aantal door uw organisatorische eenheid gerealiseerde uren voor zorg zonder verblijf (extramurale zorg) in combinatie met de functies verpleging en/of persoonlijke verzorging?

Toelichting : *Het gaat hier om de functies verpleging en persoonlijke verzorging cf. artikelen 4 en 5 van het Besluit Zorgaanspraken AWBZ.*

*Onder de functie 'zorg zonder verblijf' (extramurale zorg) valt níet de dagzorg-/behandeling of de dag-/nachttopvang.*

### **019 - Zorg algemeen**

14 Beschikt uw organisatorische eenheid over een kwaliteitskeurmerk of -certificaat?

Ja

Nee (ga verder met vraag 16)

Over welk kwaliteitskeurmerk of -certificaat beschikt uw organisatorische eenheid (U kunt meerdere antwoorden aankruisen)?

15

a. HKZ-certificaat, Jaar van afgifte: .....

b. ISO-certificaat, Jaar van afgifte: .....

c. MIK-V certificaat, Jaar van afgifte: .....

d. Perspekt-keurmerk, Jaar van afgifte: .....

e. LVT-certificaat, Jaar van afgifte: .....

f. BTN-certificaat, Jaar van afgifte: .....

g. INK-certificaat, Jaar van afgifte: .....

h. Ander certificaat of keurmerk, Jaar van afgifte: .....

16 Heeft uw organisatorische eenheid momenteel te maken met ernstige financiële problemen?

Toelichting : *Ernstige financiële problemen zijn bijvoorbeeld oplopende financieringstekorten uit het verleden*

*waarvoor geen toekomstige dekking kan worden gegeven. Een meerjarig exploitatietekort en reserve aanvaardbare kosten (RAK) van minder dan 5% worden beschouwd als ernstige financiële problemen.*

Ja

Nee

Zijn er dit jaar binnen uw organisatorische eenheid belangrijke organisatieveranderingen of worden deze voor het komende jaar verwacht?

17

Toelichting : *Belangrijke organisatieveranderingen kunnen bijvoorbeeld zijn: interne reorganisaties, fusies,*

*overnames, ingrijpende bouwactiviteiten, wijzigingen in de directie.*

Ja

Nee

Is in uw organisatorische eenheid voor de functie 'verpleging' tenminste één verpleegkundige permanent beschikbaar?

18

Toelichting : *De functie verpleging omvat verpleging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een lichamelijke handicap, gericht op herstel of voorkoming van verergering van de aandoening, beperking of handicap (College voor zorgverzekeringen 2003). Onder 'permanent beschikbaar' wordt verstaan: 24 uur per dag, 7 dagen per week.*

Ja

Nee

N.v.t. (functie 'verpleging' wordt niet geleverd, zie ook de vragen 5 en 11)

19

Toelichting : *Bij een 'praktijktoets' wordt de voorbehouden handeling uitgevoerd in aanwezigheid van een*

*deskundige. Dit kan een arts zijn, een gespecialiseerde verpleegkundige of een praktijkbegeleider. De deskundige bepaalt of de handeling juist is uitgevoerd en maakt hier aantekening van. Van belang is dat u met een document (verslag, registratie, etc.) kunt aantonen dat de bekwaamheid van het personeel op een dergelijke wijze is getoetst.*

*Voorbehouden handelingen zijn handelingen die door niet-artsen alleen in opdracht van een arts uitgevoerd mogen worden. Deze handelingen zijn in de Wet BIG beschreven (hoofdstuk IV, artikel 35 tot en met 39). Risicovolle handelingen zijn handelingen, bijvoorbeeld met technische hulpmiddelen, die specifieke deskundigheid vereisen.*

Ja

Nee

Wat was het gemiddelde percentage ziekteverzuim van uw personeel in 2004 (exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof)?

20

Toelichting : *Het gemiddelde percentage ziekteverzuim (VP) berekent u als volgt. Van elke medewerker wordt*

*elke ziektedag in 2004 vermenigvuldigd met de bij die dag behorende parttimefactor (PF) en arbeidsongeschiktheidsfactor (AF). Gesommeerd levert dit het totaal aantal ziektedagen in 2004 op (teller). Van alle medewerkers wordt elke dienstverbanddag in 2004 vermenigvuldigd met de bij die dag behorende parttimefactor. Gesommeerd levert dit het totaal aantal dienstverbanddagen in 2004 op (noemer). Het totaal aantal ziektedagen in 2004 wordt gedeeld door het totaal aantal dienstverbanddagen x 100%. Deze definitie wordt ook gehanteerd door het Peilstation Ziekteverzuim van VERNET (CAO AG).*

*In formule: gemiddeld percentage ziekteverzuim = teller/noemer x 100%, met:*

*Teller = Som (elke ziektedag x PF x AF).*

*Noemer = Som (elke dienstverbanddag x PF).*

21 Is er onderzoek gedaan naar de arbeidstevredenheid van uw medewerkers?

Toelichting : *Een onderzoek naar de arbeidstevredenheid van medewerkers leidt doorgaans tot een overzicht van*

*meer en minder door medewerkers gewaardeerde aspecten van hun werksituatie. Op basis van deze uitkomsten zult u wellicht uw beleid bijstellen.*

Ja

Nee (ga verder met vraag 24)

Op welke wijze is het in vraag 21 bedoelde onderzoek naar de arbeidstevredenheid van uw medewerkers uitgevoerd (U kunt meerdere antwoorden aankruisen)?

22

a. via Stichting Prismant, Jaar laatste onderzoek: .....

b. via LVT, Jaar laatste onderzoek: .....

c. via BTN, Jaar laatste onderzoek: .....

d. via NIVEL, Jaar laatste onderzoek: .....

e. via ander extern onderzoek, Jaar laatste onderzoek: .....

f. via eigen onderzoek, Jaar laatste onderzoek: .....

Kunt u aantonen dat u maatregelen heeft getroffen op basis van de uitkomsten van het in vraag 21 bedoelde onderzoek naar de arbeidstevredenheid van medewerkers?

23

Toelichting : *Het gaat er om dat u dit met een document (beleidsnota, verslag, etc.) kunt aantonen.*

Ja

Nee, er waren geen maatregelen nodig volgens het onderzoek

Nee, het onderzoek is nog niet afgerond / het rapport is nog niet beschikbaar

Nee

Heeft uw organisatorische eenheid een plan van aanpak voor de informatievoorziening/-beveiliging om

aan de norm NEN 7510 te kunnen voldoen of voldoet uw organisatorische eenheid al aan de norm?

24

Toelichting : *Het gaat er om dat u dit met een document (beleidsnota, verslag, etc.) kunt aantonen.*

*Voor de zorg is de NEN 7510-norm beschikbaar (Normcommissie Informatiebeveiliging in de Zorg).*

*Deze norm besteedt veel aandacht aan enerzijds de kwaliteit van de zorgverlening, die gemakkelijke en snelle toegang tot informatie vereist, en anderzijds de bescherming van de privacy van patiënten.*

*De NEN 7510-norm omvat alle data in de hele organisatie. Het resultaat moet een omgeving zijn waarin voor alle processen de risico's en beveiligingsmaatregelen zijn gespecificeerd en controlemechanismen zijn opgezet.*

Ja

Nee

Is onderzocht hoe uw cliënten de kwaliteit 25 van zorg ervaren?

Toelichting : *De cliëntenraadpleging (waarderingsonderzoek) leidt doorgaans tot een overzicht van meer en*

*minder door cliënten gewaarde aspecten van uw zorg- en dienstverleningsaanbod en uitvoering. Op basis van de uitkomsten van deze raadpleging zult u wellicht uw beleid bijstellen.*

Ja

Nee (ga verder met vraag 28)

Op welke wijze is de in vraag 25 bedoelde cliëntenraadpleging uitgevoerd (U kunt meerdere antwoorden aankruisen)?

26

a. via Stichting Cliënt en Kwaliteit, Jaar laatste onderzoek: .....

b. via ander extern onderzoek, Jaar laatste onderzoek: .....

c. via eigen onderzoek, Jaar laatste onderzoek: .....

Heeft u de uitkomsten van de in vraag 25 bedoelde cliëntenraadpleging voorgelegd aan de cliëntenraad?

27

Toelichting : *Het gaat er om dat u dit met de notulen of een verslag van de cliëntenraadsvergadering kunt*

aantonen.

Ja

Nee

Functioneert binnen uw organisatorische eenheid een vertrouwenspersoon, ombudsman/-vrouw of klachtenbemiddelaar voor de klachtenopvang van cliënten?

28

Toelichting : *Een vertrouwenspersoon, ombudsman/-vrouw of klachtenbemiddelaar is een onafhankelijke persoon, aangesteld door de organisatie, met wie de cliënten en/of familie hun klachten kunnen bespreken.*

Ja

Nee

Beschikte uw organisatorische eenheid in 2004 over een registratie van structurele afwijkingen van de afspraken in het individuele zorg-/behandelplan?

29

Toelichting : *Het gaat hier om structurele (d.w.z. niet-incidentele) afwijkingen van het met de cliënt of diens*

*vertegenwoordiger besproken, individueel zorg-/behandelplan, bijvoorbeeld met betrekking tot persoonlijke verzorging, voeding en vochtvoorziening, toiletgang, dagindeling, therapieën en individuele activiteiten. Ook concessies ten aanzien van het individuele zorgplan met betrekking tot risicovolle en/of gezondheidsbedreigende situaties (bijvoorbeeld decubitus, incontinentie, mobiliteit) vallen hieronder.*

*De registratie kan bijhouden bij welke cliënt welke structurele afwijkingen van de afspraken in het individuele zorg-/behandelplan voorkomen; in dat geval vult u het antwoord "Ja" in. Als de afwijkingen van het individuele zorg-/behandelplan worden geregistreerd zonder koppeling aan de cliënt (alleen aantallen) vult u het antwoord "Ja, maar niet uit te splitsen naar cliënt" in.*

Ja

Ja, maar niet uit te splitsen naar cliënt (ga verder met vraag 31)

Nee (ga verder met vraag 31)

Bij hoeveel cliënten aan wie u in 2004 (intra- of extramurale) zorg heeft verleend, is het voorgekomen

dat niet de zorg is geleverd conform de afspraken in het individuele zorg-/behandelplan (U dient beide antwoorden in te vullen)?

30

Toelichting : *Het gaat hier om structurele (d.w.z. niet-incidentele) afwijkingen van het met de cliënt of diens*

*vertegenwoordiger besproken zorg-/behandelplan, zoals bedoeld in vraag 29.*

*Het percentage berekent u als volgt (teller/noemer x 100%):*

*Teller = Aantal intramurale/extramurale cliënten in 2004 aan wie niet de in het zorg-/behandelplan vermelde zorg is verleend.*

*Noemer = Totaal aantal cliënten aan wie in 2004 intramurale en/of extramurale zorg is verleend.*

*De noemer is de som van de antwoorden op vraag 7a, 7b én 12.*

*Het zorg-/behandelplan is het plan waarin de probleemstelling, het doel, de acties en de evaluaties vermeld staan. Binnen de in het indicatiebesluit aangegeven grenzen wordt per cliënt een zorg-/behandelplan opgesteld. Het zorg-/behandelplan maakt onderdeel uit van het zorgdossier.*

*Een zorgdossier is een dossier met gegevens over de gezondheid van de cliënt en gegevens over*

*de behandeling, begeleiding, verpleging en verzorging en het verloop en de uitkomst ervan.*

[ ] a. Aantal cliënten in 2004 (teller): .....

[ ] b. Percentage cliënten in 2004: .....

Kunt u met tenminste 95% van de huidige zorgdossiers aantonen dat de cliënt of diens vertegenwoordiger instemt met het vastgestelde individuele zorg-/behandelplan?

31

*Toelichting : Het gaat er om dat uit het zorgdossier blijkt, dat de cliënt of diens vertegenwoordiger instemt met*

*het vastgestelde zorg-/behandelplan.*

( ) Ja

( ) Nee

Beschikt uw organisatorische eenheid over beleid voor de preventie van vrijheidsbeperkende maatregelen?

32

*Toelichting : Preventie van vrijheidsbeperkende maatregelen zoals het gebruik van verschillende vormen van*

*fixatie, maar ook het gecamoufleerd toedienen van sederende medicatie is in alle organisatorische eenheden belangrijk. In de thuiszorg kan het van belang zijn bij de zorg voor (alleenstaande) dementerende cliënten.*

( ) Ja, Jaar van de laatste versie van het document: .....

( ) Nee

Kunt u aantonen dat uw personeel in de laatste twee jaar geïnstrueerd is in het zorgen voor een goede vocht- en voedselvoorziening?

33

*Toelichting : Het gaat er om dat u dit met een document (bijvoorbeeld scholingsplan, verslag, registratie) kunt aantonen.*

( ) Ja

( ) Nee

Beschikt uw organisatorische eenheid over een protocol betreffende het uitzetten en/of toedienen van geneesmiddelen?

34

*Toelichting : Een protocol heeft het karakter van een voorschrift, is specifiek van aard, gericht op de organisatie of op een in de praktijk gehanteerde regel.*

( ) Ja, Jaar van de laatste versie van dit protocol: .....

( ) Nee (ga verder met vraag 36)

Kunt u aantonen dat uw medewerkers werken volgens het in vraag 34 bedoelde protocol betreffende het uitzetten en/of toedienen van geneesmiddelen?

35

*Toelichting : Het gaat er om dat u dit met een document (bijvoorbeeld verslag van intercollegiale toetsing, registratie, individueel zorg-/behandelplan) kunt aantonen.*

( ) Ja

( ) Nee

36. Beschikte uw organisatorische eenheid in 2004 over een registratie van fouten met geneesmiddelen?

Ja

Ja, maar niet uit te splitsen naar cliënt (ga verder met vraag 38)

Nee (ga verder met vraag 39)

Bij hoeveel (intra-/extramurale) cliënten zijn in 2004 fouten met geneesmiddelen gemaakt (U dient beide antwoorden in te vullen)?

37

Toelichting : *Het percentage berekent u als volgt (teller/noemer x 100%):*

*Teller = Aantal intramurale/extramurale cliënten in 2004 bij wie fouten met geneesmiddelen zijn gemaakt;*

*Noemer = Totaal aantal cliënten aan wie in 2004 intramurale en/of extramurale zorg is verleend.*

*De noemer is de som van de antwoorden op vraag 7a, 7b én 12.*

a. Aantal cliënten bij wie medicatiefouten zijn gemaakt (teller): ..... (ga verder me

b. Percentage cliënten bij wie medicatiefouten zijn gemaakt: ..... (ga verder met vra

38 Hoeveel fouten met geneesmiddelen in 2004 heeft u geregistreerd?

39 Beschikt uw organisatorische eenheid over een protocol voor preventie/behandeling van decubitus?

Toelichting : *Onder 'decubitus' wordt verstaan elke vorm van weefselversterf, veroorzaakt door de inwerking op*

*het lichaam van druk-, schuif-, en wrijfkrachten, of een combinatie daarvan (CBO, 2002).*

Ja, Jaar van de laatste versie van dit protocol: .....

Nee (ga verder met vraag 41)

Kunt u aantonen dat uw medewerkers werken volgens het in vraag 39 bedoelde protocol voor preventie/behandeling van decubitus?

40

Toelichting : *Het gaat er om dat u dit met een document (bijvoorbeeld verslag van intercollegiale toetsing, ander*

*verslag, registratie, etc.) kunt aantonen.*

Ja

Nee

Beschikte uw organisatorische eenheid in 2004 over een registratie van het vóórkomen van decubitus?

41

Ja

Ja, maar niet uit te splitsen naar cliënt (ga verder met vraag 43)

Nee (ga verder met vraag 43)

Welk percentage van uw cliënten had in 2004 decubitus (graad 2 t/m 4) (U kunt meerdere antwoorden aankruisen)?

42

Toelichting : *Het gaat hier om decubitus graad 2 tot en met 4, zoals gedefinieerd door het CBO.*

*Het percentage cliënten op basis van eigen registratie berekent u als volgt (teller/noemer x 100%):*

*Teller = Aantal intramurale/extramurale cliënten in 2004 met decubitus.*

*Noemer = Totaal aantal cliënten aan wie in 2004 intramurale en/of extramurale zorg is verleend.*

*De noemer is de som van de antwoorden op vraag 7a, 7b én 12.*

*Als u heeft meegedaan aan de Benchmark Verpleeg- en verzorgingshuizen 2004 van Arcares moet u onder b. de zorginhoudelijke kwaliteitsindicator met betrekking tot 'doorligwonden hoog*



*risicogroep' invullen als percentage.*

*Als u heeft meegedaan aan het onderzoek van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen moet u onder c. het percentage cliënten met decubitus exclusief graad 1 invullen.*

a. Eigen registratie, Percentage cliënten met decubitus: .....

b. Benchmark 2004, Percentage cliënten met decubitus: .....

c. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2004, Percentage: .....

Kunt u aantonen dat uw personeel instructie heeft ontvangen over de preventie en herkenning van en omgang met symptomen van depressie bij cliënten?

43

*Toelichting : Het gaat er om dat u dit met een document (bijvoorbeeld scholingsplan, verslag, registratie) kunt aantonen.*

Ja, Jaar waarin de instructie voor het laatst heeft plaatsgevonden: .....

Nee

Beschikte uw organisatorische eenheid in 2004 over een registratie van verbaal of fysiek agressief of gewelddadig gedrag van cliënten tegenover medewerkers en/of andere cliënten?

44

Ja

Ja, maar niet uit te splitsen naar cliënt (ga verder met vraag 46)

Nee (ga verder met vraag 46)

Hoeveel cliënten vertoonden in 2004 verbaal of fysiek agressief of gewelddadig gedrag (U dient beide antwoorden in te vullen)?

45

*Toelichting : Het percentage berekent u als volgt (teller/noemer x 100%):*

*Teller = Aantal intramurale/extramurale cliënten in 2004 dat verbaal of fysiek agressief of gewelddadig gedrag vertoonde tegenover medewerkers en/of andere cliënten;*

*Noemer = Totaal aantal cliënten aan wie in 2004 intramurale en/of extramurale zorg is verleend.*

*De noemer is de som van de antwoorden op vraag 7a, 7b én 12.*

GFTV - Vragenlijst 24-05-2005 14:07:54 Pag. 10

a. Aantal agressieve/gewelddadige cliënten in 2004 (teller): .....

b. Percentage agressieve/gewelddadige cliënten in 2004: .....

Kunt u aantonen dat uw personeel instructie heeft ontvangen over preventie van en omgaan met verbaal of fysiek agressief of gewelddadig gedrag?

46

*Toelichting : Het gaat er om dat u dit met een document (bijvoorbeeld scholingsplan, verslag, registratie) kunt aantonen.*

Ja, Jaar waarin de instructie voor het laatst heeft plaatsgevonden: .....

Nee

Beschikt uw organisatorische eenheid over een commissie Meldingen Incidenten 47 Cliëntenzorg?

*Toelichting : Een commissie Melding Incidenten Cliëntenzorg (ook wel MIP, MIB, MIZ, MIT of Fona genoemd)*

*behandelt de door de zorgverleners gemelde fouten, ongelukken en bijna-ongelukken die zich voordeden tijdens de zorgverlening.*

Ja

Nee (ga verder met vraag 49)

48 Hoeveel adviezen heeft u in 2004 van deze commissie ontvangen?

49 Beschikt uw organisatorische eenheid over een privacyreglement?

Ja, Jaar van de laatste versie van het privacyreglement: .....

Nee

### **020 - Zorg met verblijf**

50 Beschikt uw organisatorische eenheid over drie- of meerpersoonskamers?

Ja

Nee (ga verder met vraag 52)

N.v.t., want levert geen zorg met verblijf (zie vraag 4) (ga verder met vraag 73)

Welk percentage van uw huidige intramuraal verblijvende cliënten verblijft met drie of meer personen

op één kamer?

51

Toelichting : *Het percentage cliënten berekent u als volgt (teller/noemer x 100%):*

*Teller = Aantal intramurale cliënten dat momenteel samen met twee of meer andere intramurale cliënten in een drie- of meerpersoonskamer verblijft;*

*Noemer = Totaal huidig aantal intramurale cliënten.*

Heeft u schriftelijk vastgelegd wat de 'garantienormen' zijn waaraan de door uw organisatorische eenheid te leveren zorg in ieder geval moet voldoen?

52

Toelichting : *Het gaat er om dat u dit met een document (bijvoorbeeld registratie, verslag) kunt aantonen. Met*

*'garantienormen' (ook wel minimumnormen of bodemnormen genoemd) wordt bedoeld de normen waaraan de zorg tenminste moet voldoen wil er nog sprake zijn van verantwoorde zorg zoals omschreven in de Kwaliteitswet Zorginstellingen.*

Ja, Jaar van de laatste versie van dit document: .....

Nee

Kunt u aantonen dat u een meldingssysteem heeft dat een signaal geeft als de verleende zorg niet meer voldoet aan de garantienormen?

53

Toelichting : *Het gaat er om dat u dit met een overzicht (bijvoorbeeld registratie, verslag) kunt aantonen. Met*

*'garantienormen' (ook wel minimumnormen of bodemnormen genoemd) wordt bedoeld de normen waaraan de zorg tenminste moet voldoen wil er nog sprake zijn van verantwoorde zorg zoals omschreven in de Kwaliteitswet Zorginstellingen.*

Ja

Nee

Kunt u aantonen dat alle zorggebonden medewerkers van uw organisatorische eenheid werken volgens de 'Multidisciplinaire richtlijn voor verantwoorde vocht- en voedseltoediening'?

54

Toelichting : *Het gaat er om dat u dit met een document (zorgplan, verslag, etc.) kunt aantonen. Bedoeld wordt*

*hier de Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden (Arcares, 2002).*

Ja

Nee

Kunt u aantonen dat van elke intramuraal verblijvende cliënt minstens eenmaal per kwartaal het

gewicht wordt gemeten?

55

Toelichting : *Het gaat er om dat u dit met een document (bijvoorbeeld registratie of zorgdossier) kunt aantonen.*

Ja

Nee

Heeft u in 2004 een registratie bijgehouden van gevallen van gewichtsafname van meer dan 5% binnen één maand bij intramuraal verblijvende cliënten?

56

Ja

Ja, maar niet uit te splitsen naar cliënt (ga verder met vraag 58)

Nee (ga verder met vraag 58)

Bij hoeveel van de intramuraal verblijvende cliënten is in 2004 sprake geweest van gewichtsafname van meer dan 5% binnen één maand (U dient beide antwoorden in te vullen)?

57

Toelichting : *Het percentage cliënten berekent u als volgt (teller/noemer x 100%):*

*Teller = Aantal intramurale cliënten in 2004 bij wie sprake is geweest van een gewichtsafname van meer dan 5% binnen één maand.*

*Noemer = Totaal aantal intramurale cliënten in 2004.*

*De noemer is de som van de antwoorden op vraag 7a én 7b.*

a. Aantal cliënten in 2004 met gewichtsafname > 5% (teller): .....

b. Percentage cliënten in 2004 met gewichtsafname > 5%: .....

Beschikte uw organisatorische eenheid in 2004 over een registratie van 58 urine-incontinentie?

Ja

Nee (ga verder met vraag 60)

Bij hoeveel van uw intramuraal verblijvende cliënten was in 2004 sprake van urine-incontinentie (U dient beide antwoorden in te vullen)?

59

Toelichting : *Het percentage cliënten berekent u als volgt (teller/noemer x 100%):*

*Teller = Aantal intramurale cliënten in 2004 bij wie sprake was van urine-incontinentie.*

*Noemer = Totaal aantal intramurale cliënten in 2004.*

GFTV - Vragenlijst 24-05-2005 14:07:55 Pag. 12

*De noemer is de som van de antwoorden op vraag 7a én 7b.*

a. Aantal cliënten in 2004 met urine-incontinentie (teller): .....

b. Percentage cliënten in 2004 met urine-incontinentie: .....

Kunt u aantonen dat bij het diagnosticeren van incontinentie altijd een 60 arts is betrokken?

Toelichting : *Het gaat er om dat uit het zorgdossier blijkt, dat bij verdenking op incontinentie altijd een arts*

*betrokken wordt bij het stellen van de diagnose incontinentie.*

Ja

Nee

Beschikte uw organisatorische eenheid in 2004 over een registratie van polyfarmacie (het gebruik van meer dan negen verschillende medicijnen per dag) bij intramuraal verblijvende cliënten?

61

Ja

Nee (ga verder met vraag 63)

Bij welk percentage van uw intramurale verblijvende cliënten kwam in 2004 polyfarmacie voor (U kunt meerdere antwoorden aankruisen)?

62

Toelichting : *Onder medicijnen worden ook zalven verstaan die een systemische werking hebben, zoals*

*bijnierschors hormoon en zetpillen voor vaginaal gebruik.*

*Oogdruppels vallen eveneens onder medicijnen.*

*Het percentage cliënten op basis van eigen registratie berekent u als volgt (teller/noemer x 100%):*

*Teller = Aantal intramurale cliënten in 2004 waarbij polyfarmacie voorkwam;*

*Noemer = Totaal aantal cliënten aan wie in 2004 intramurale zorg is verleend.*

*De noemer is de som van de antwoorden op vraag 7a én 7b.*

*Als u heeft meegedaan aan de Benchmark Verpleeg- en verzorgingshuizen 2004 van Arcares moet u onder b. de zorginhoudelijke kwaliteitsindicator met betrekking tot het gebruik van negen of meer verschillende medicijnen invullen als percentage.*

[ ] a. Eigen registratie. Percentage cliënten met polyfarmacie: .....

[ ] b. Benchmark Arcares 2004. Percentage cliënten met polyfarmacie: .....

Beschikte uw organisatorische eenheid in 2004 over een registratie van het aantal intramuraal verblijvende cliënten met tenminste twee gediagnosticeerde symptomen van depressie?

63

Toelichting : *Zie voor symptomen van depressie: Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR (Swets en Zeitlinger, 2001)*

( ) Ja

( ) Nee (ga verder met vraag 65)

Welk percentage van uw intramuraal verblijvende cliënten had in 2004 tenminste twee gediagnosticeerde symptomen van depressie (U kunt meerdere antwoorden aankruisen)?

64

Toelichting : *Het percentage cliënten op basis van eigen registratie berekent u als volgt (teller/noemer x 100%):*

*Teller = Aantal intramurale cliënten in 2004 met tenminste twee gediagnosticeerde symptomen van depressie;*

*Noemer = Totaal aantal cliënten aan wie in 2004 intramurale zorg is verleend.*

*De noemer is de som van de antwoorden op vraag 7a én 7b.*

*Als u heeft meegedaan aan de Benchmark Verpleeg- en verzorgingshuizen 2004 van Arcares moet u onder b. de zorginhoudelijke kwaliteitsindicator met betrekking tot 'depressiesymptomen' invullen als percentage.*

[ ] a. Eigen registratie, Percentage cliënten in 2004: .....

[ ] b. Benchmark Arcares 2004, Percentage cliënten in 2004: .....

GFTV - Vragenlijst 24-05-2005 14:07:55 Pag. 13

Beschikte uw organisatorische eenheid in 2004 over een registratie van valincidenten bij intramuraal verblijvende cliënten?

65

( ) Ja

( ) Ja, maar niet uit te splitsen naar cliënt (ga verder met vraag 67)

( ) Nee (ga verder met vraag 67)

Welk percentage van uw intramuraal verblijvende cliënten had in 2004 te maken met een valincident

(U kunt meerdere antwoorden aankruisen)?

66

Toelichting : *Het percentage cliënten op basis van eigen registratie berekent u als volgt (teller/noemer x 100%):*

*Teller = Aantal intramurale cliënten in 2004 met een valincident.*

*Noemer = Totaal aantal cliënten aan wie in 2004 intramurale zorg is verleend.*

*De noemer is de som van de antwoorden op vraag 7a én 7b.*

*Als u heeft meegedaan aan de Benchmark Verpleeg- en verzorgingshuizen 2004 van Arcares moet u onder b. de zorginhoudelijke kwaliteitsindicator met betrekking tot valpartijen invullen als percentage.*

a. Eigen registratie, Percentage cliënten in 2004: .....

b. Benchmark Arcares 2004, Percentage cliënten in 2004: .....

Beschikte uw organisatorische eenheid in 2004 over een registratie van fixatie bij intramuraal verblijvende psychogeriatrische cliënten met instemming van de cliënt of diens vertegenwoordiger?

67

Toelichting : *Onder fixatie wordt hier het gebruik van een onrustband (Zweedse band), tafelblad en diepe stoel*

*bedoeld. Het gaat hier om fixatie met instemming van de cliënt of van diens vertegenwoordiger. Dat betekent dat de cliënt ofwel zelf heeft ingestemd met de fixatie, ofwel zich niet heeft verzet tegen de fixatie waarmee de vertegenwoordiger heeft ingestemd.*

Ja

N.v.t. (geen psychogeriatrische cliënten) (ga verder met vraag 72)

Nee (ga verder met vraag 69)

Bij welk percentage van uw intramuraal verblijvende psychogeriatrische cliënten is in 2004 met instemming van de cliënt of diens vertegenwoordiger fixatie toegepast met een onrustband (Zweedse band), tafelblad en/of diepe stoel (U kunt meerdere antwoorden aankruisen)?

68

Toelichting : *De fixatie moet met instemming zijn toegepast. Dat betekent dat de cliënt ofwel zelf heeft*

*ingestemd met de fixatie, ofwel zich niet heeft verzet tegen de fixatie waarvoor de vertegenwoordiger toestemming heeft gegeven. Het gaat hier om fixatie met een onrustband (Zweedse band), tafelblad en/of diepe stoel.*

*Het percentage cliënten berekent u als volgt (teller/noemer x 100%):*

*Teller = Aantal intramurale psychogeriatrische cliënten die in 2004 weleens eens gefixeerd zijn met een onrustband (Zweedse band), tafelblad en/of diepe stoel;*

*Noemer = Totaal aantal intramurale psychogeriatrische cliënten in 2004.*

*De noemer is de som van de antwoorden op vraag 7b.*

a. Fixatie met onrustband, percentage cliënten: .....

b. Fixatie met tafelblad, percentage cliënten: .....

c. Fixatie met diepe stoel, percentage cliënten: .....

Is in 2004 bij de MIP/FONA-commissie of anderszins lichamelijk letsel gemeld dat intramuraal verblijvende psychogeriatrische cliënten hebben opgelopen als gevolg van fixatie?

69

Toelichting : *Lichamelijk letsel is blijvend of niet-blijvend letsel, zoals een blauwe plek of schaafwond, dat*

*minimaal 24 uur na het oplopen ervan nog zichtbaar is. Het gaat hier om fixatie zonder én met instemming van de cliënt of diens vertegenwoordiger.*

Ja

GFTV - Vragenlijst 24-05-2005 14:08:06 Pag. 14

N.v.t. (geen psychogeriatrische cliënten) (ga verder met vraag 72)

Nee (ga verder met vraag 71)

Bij welk percentage van de fixaties in 2004 hebben intramuraal verblijvende psychogeriatrische cliënten lichamelijk letsel opgedaan?

70

*Toelichting : Lichamelijk letsel is blijvend of niet-blijvend letsel, zoals een blauwe plek of schaafwond, dat*

*minimaal 24 uur na het oplopen ervan nog zichtbaar is.*

*Het gaat hier om fixatie zonder én met instemming van de cliënt of diens vertegenwoordiger.*

*Het percentage fixaties in 2004 met lichamelijk letsel berekent u als volgt (teller/noemer x 100%):*

*Teller = Aantal fixaties in 2004 bij intramuraal verblijvende psychogeriatrische cliënten met lichamelijk letsel.*

*Noemer = Totaal aantal fixaties in 2004 bij intramurale verblijvende psychogeriatrische cliënten.*

Welk percentage van uw cliënten met een Bopz-titel of hun vertegenwoordiger heeft in 2004 aantoonbaar ingestemd met het Bopz-deel van het zorg-/behandelplan?

71

*Toelichting : Het Bopz-deel van het zorg-/behandelplan bestaat uit de therapeutische middelen die ingezet*

*worden om de geestesstoornis te verbeteren (of te stabiliseren) die het gevaar heeft veroorzaakt op grond waarvan de cliënt onvrijwillig is opgenomen. Een Bopz-titel kan zijn: een rechterlijke machtiging (RM), een inbewaringstelling (IBS) of een artikel 60-indicatie. Indien er in 2004 geen cliënten met een Bopz-titel waren, vult u "n.v.t." in.*

*Het percentage berekent u als volgt (teller/noemer x 100%):*

*Teller = Aantal cliënten met een Bopz-titel in 2004 dat aantoonbaar heeft ingestemd met het Bopz-deel*

*van het zorg-/behandelplan of voor wie de vertegenwoordiger heeft ingestemd met het Bopz-deel van het zorg-/behandelplan als de cliënt wilsonbekwaam terzake was.*

*Noemer = Totaal aantal cliënten dat in 2004 met een Bopz-titel in uw organisatorische eenheid verbleef.*

Percentage Bopz-clieënten: .....

N.v.t. (er waren geen Bopz-clieënten)

Kunt u aantonen dat periodiek onderhoud plaatsvindt aan patiëntentilliften op basis van een vastgesteld onderhoudsschema?

72

*Toelichting : Het gaat er om dat u dit met een document (bijvoorbeeld onderhoudsschema, registratie) kunt aantonen.*

*Periodiek onderhoud vindt plaats met een vaste frequentie en volgens plan.*

Ja

N.v.t. (er zijn geen patiëntentilliften in deze organisatorische eenheid)

Nee

### **021 - Zorg zonder verblijf**

Kunt u aangeven wat het deskundigheidsniveau is van de persoon die voor uw organisatorische eenheid doorgaans de intake verricht bij cliënten die geïndiceerd zijn voor de functie persoonlijke verzorging?

73

Toelichting : *Bedoeld wordt de intake door uw organisatie nadat het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) de cliënt heeft geïndiceerd.*

- a. Verpleegkundige niveau 5
- b. Verpleegkundige niveau 4
- c. Andere HBO-opgeleide functionaris (bv. SPH, maatschappelijk werk)
- d. Verzorgende niveau 3
- e. Andere MBO-opgeleide functionaris (bv. SPH, maatschappelijk werk)

GFTV - Vragenlijst 24-05-2005 14:08:06 Pag. 15

- f. Verzorgende niveau 2
- g. Anderszins
- h. N.v.t., want levert geen zorg zonder verblijf (zie vraag 10) (ga verder met vraag 80)

Was bij alle voorbehouden handelingen die in 2004 bij een cliënt zijn verricht een schriftelijk uitvoeringsverzoek van een behandelend arts aanwezig?

74

Toelichting : *Voorbehouden handelingen zijn handelingen die door niet-artsen alleen in opdracht van een arts uitgevoerd mogen worden.*

- Ja
- Nee

Beschikt uw organisatorische eenheid over een protocol betreffende het weigeren of stopzetten van de zorg?

75

Toelichting : *Het gaat hierbij om een protocol waarin is vastgelegd op welke gronden uw organisatie zorg aan*

*cliënten kan weigeren of stopzetten en hoe in een dergelijke situatie gehandeld wordt.*

- Ja, Jaar van de laatste versie van dit protocol: .....
- Nee

Beschikt uw organisatorische eenheid over schriftelijk beleid voor het maximale aantal verschillende hulpverleners waarmee de cliënt te maken krijgt?

76

- Ja, Jaar van de laatste versie van dit beleid: .....
- Nee

Hoe vaak hebben uw verzorgenden en verpleegkundigen gemiddeld per jaar een 77 cliëntenbespreking?

78 Kunt u aantonen dat het personeel geïnstrueerd is in het werken met patiëntentilliften?

- Ja, jaar waarin de laatste instructie plaatsvond: .....
- Nee

N.v.t. (er worden geen patiëntentilliften gebruikt)

79 Is uw organisatorische eenheid permanent telefonisch bereikbaar?

Toelichting : *Onder 'permanent' wordt verstaan: 24 uur per dag, 7 dagen per week.*

- Ja
- Nee

80 Heeft u nog aanvullende vragen?

- Ja
- Nee (ga verder met vraag 82)

81 Ruimte voor opmerkingen

Toelichting : *LET OP! Maximaal 1024 tekens inclusief spaties*

82 Aldus naar waarheid ingevuld door het bestuur van de houder:



## **Bijlage 2 Contract huisartsen/instelling tav AVZ zorg**

### **Overeenkomst Huisartsenpraktijk**

#### **De ondergetekenden:**

De huisartsen

die tezamen deelnemen aan de huisartsenpraktijk

#### **hierna te noemen “de huisartsengroep”,**

Het verzorgingshuis

Vertegenwoordigd door dhr., .....regiomanager .....

#### **hierna te noemen “het verzorgingshuis”**

#### **Nemen in overweging dat:**

De toegenomen zorgvraag van cliënten in het verzorgingshuis -zowel in intensiteit als complexiteit nieuwe eisen stelt aan de inhoud en de organisatie van de medische zorg, meer in het bijzonder aan de continuïteit en de coördinatie van de medische zorg, en aan de samenwerking met de verpleeghuisarts;

In het kader van de deels gewijzigde en op nauwe samenwerking met de verpleeghuisarts gerichte organisatie van de medische zorg aan cliënten van het verzorgingshuis een beperking van het aantal huisartsen met cliënten in het verzorgingshuis gewenst is, en wel tot de leden van de huisartsengroep;

De ontwikkeling van de zorgvraag van cliënten in het verzorgingshuis met zich meebrengt dat huisartsengroep en verzorgingshuis een intensieve samenwerkingsrelatie aangaan, welke relatie wordt uitgewerkt in deze overeenkomst.

#### **Verklaren het navolgende te zijn overeengekomen:**

## **1. Cliëntenbestand**

- a. Het verzorgingshuis en de huisartsengroep hebben de inspanningsverplichting te bevorderen dat de cliënten<sup>44</sup> hun huisartsenzorg van de huisartsengroep betrekken.
- b. De huisartsengroep neemt in beginsel geen cliënten aan die verblijven in verzorgingshuizen waarmee geen samenwerkingsovereenkomst is gesloten, en is bereid bij verhuizingen van cliënten naar verzorgingshuizen waarmee geen samenwerkingsovereenkomst is gesloten de bestaande behandelingsovereenkomst met de cliënt in goed overleg met de cliënt tijdig te beëindigen.
- c. De leden van de huisartsengroep is bereid elke nieuwe bewoner die voor tijdelijk of permanent verblijf in het verzorgingshuis wordt opgenomen, in het cliëntenbestand op te nemen.
- d. Tussen de leden van de huisartsengroep wordt de cliënten zoveel als redelijkerwijs mogelijk een vrije artskeuze geboden.

## **2. Levering huisartsenzorg**

- a. De huisarts levert aan de bewoners van het verzorgingshuis huisartsgeneeskundige zorg in de omvang zoals die onder huisartsen gebruikelijk is. Zij nemen daarbij de zorg van een goed hulpverlener in acht en handelen daarbij in overeenstemming met de daarbij op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiend uit de voor hen geldende professionele standaard. Zij handelen daarbij tevens met inachtneming van de kwaliteitscriteria uit de Wet Beroepsuitoefening individuele gezondheidszorg (Wet BIG), alsmede het bepaalde in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).
- b. De huisarts zal zich bij zijn werkzaamheden mede laten leiden door de uit hoofde van de Kwaliteitswet zorginstellingen op het verzorgingshuis rustende verplichting tot het aanbieden van verantwoorde zorg.
- c. De huisarts zal zijn medewerking verlenen aan de organisatie van de zorg, waaronder mede wordt verstaan dat zorg wordt verleend conform de professionele standaard van de huisarts met inachtneming van de criteria uit de Kwaliteitswet (zorg van een goed niveau die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is en is afgestemd op de reële behoeften van de cliënt).
- d. Het verzorgingshuis en de huisartsengroep maken afspraken over de organisatorische aspecten rond de levering van de huisartsenzorg, waaronder de wijze waarop afspraken over visites totstandkomen en over de betrokkenheid van huisartsen bij zorgplanbesprekingen.
- e. Het verzorgingshuis en de huisartsengroep dragen ervoor zorg dat de in artikel 4 genoemde coördinatoren of diens plaatsvervanger(s) zoveel als redelijkerwijs mogelijk is beschikbaar zijn voor overleg in urgente situaties.
- f. Het verzorgingshuis draagt zorg voor een adequate bekendmaking en verspreiding van de in lid d bedoelde informatie onder cliënten en medewerkers.
- g. Het verzorgingshuis en de huisartsengroep stellen een spreekuur in dat wordt gehouden in het verzorgingshuis.
- h. Het verzorgingshuis draagt zorg voor adequate bekendmaking en verspreiding van de informatie over het spreekuur onder cliënten en medewerkers.

---

<sup>44</sup> Waar in deze overeenkomst wordt gesproken van cliënten wordt tevens bedoeld patiënten en bewoners.

### **3. Continuïteit**

- a. De huisartsengroep en het verzorgingshuis maken schriftelijke afspraken over de bereikbaarheid en de beschikbaarheid van huisartsenzorg.
- b. De huisartsengroep is verantwoordelijk voor de continuïteit van de huisartsenzorg gedurende het etmaal.
- c. De huisartsengroep draagt ervoor zorg dat informatie omtrent beschikbaarheid en bereikbaarheid zo spoedig mogelijk ter beschikking wordt gesteld van het verzorgingshuis.
- d. Het verzorgingshuis draagt zorg voor een adequate bekendmaking en verspreiding van de in het vorige lid bedoelde informatie onder cliënten en medewerkers.

### **4. Coördinatie**

- a. De huisartsengroep benoemt uit haar midden een coördinator en een plaatsvervangend coördinator die jegens het verzorgingshuis het aanspreekpunt is voor de uitvoering van deze overeenkomst.
- b. Het verzorgingshuis benoemt een coördinator en (een) plaatsvervanger(s) die jegens de huisartsengroep het aanspreekpunt is voor de uitvoering van de artikelen 1,2,3,4, 5, 7 en 8 van deze overeenkomst. De coördinator en diens plaatsvervanger(s) heeft (hebben) het kwalificatieniveau van verpleegkundige niveau 4 of 5 of verzorgende niveau 3.
- c. Het verzorgingshuis informeert de apotheker(s) en de verpleeghuisarts(en) die zorg leveren in het verzorgingshuis over de inhoud van deze samenwerkingsovereenkomst en betreft hen bij de periodieke evaluatie van de samenwerkingsovereenkomst.

### **5. Verwerking van zorggegevens**

- a. Verzorgingshuis en huisartsengroep maken schriftelijk afspraken over de verwerking van zorggegevens, meer in het bijzonder:
  - over de toegang tot, en het beschikbaar stellen van de gegevens betreffende de behandeling door de huisarts die met het oog op verantwoorde zorgverlening voor de medewerkers van het verzorgingshuis toegankelijk dienen te zijn;
  - over de toegang tot, en het beschikbaar stellen van gegevens betreffende de zorg door medewerkers van het verzorgingshuis die met het oog op verantwoorde zorgverlening toegankelijk dienen te zijn voor de huisarts;
  - over de opneming en bewerking van gegevens betreffende de behandeling in het zorgplan.
- b. Verzorgingshuis en huisartsengroep zijn bij de uitwerking van de in het vorige lid genoemde afspraken gehouden aan het bepaalde in de Wet Bescherming Persoonsgegevens, de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, en eventueel de Wet Bopz, de regels die voortvloeien uit het medisch beroepsgeheim, en aan andere wettelijke regelingen ter zake van de verwerking van zorggegevens.

### **6. Farmaceutische zorg<sup>45</sup>**

---

<sup>45</sup> Zie Handreiking publicatie Farmaceutische zorg in het verzorgingshuis: 12 punten-plan voor het management',

- a. Het verzorgingshuis sluit ten behoeve van de farmaceutische zorg voor cliënten<sup>46</sup> in het verzorgingshuis een overeenkomst met een geregistreerde openbare of ziekenhuisapotheker van waaruit het verzorgingshuis in beginsel alle geneesmiddelen betreft voor de cliënten die het verzorgingshuis gemachtigd hebben hun geneesmiddelen te beheren .
- b. Het verzorgingshuis en de huisartsengroep komen overeen dat de wijze waarop recepten/medicatie-opdrachten aan de apotheek worden aangeboden volgens vaste afspraken verloopt.
- c. De huisartsengroep evalueert elk half jaar samen met de apotheker en een medewerker van het verzorgingshuis, bij voorkeur de coördinator farmaceutische zorg, het geneesmiddelgebruik van alle individuele cliënten van het verzorgingshuis (FTO+). Bij voorkeur is hier ook de verpleeghuisarts zoals genoemd in art. 10 aanwezig.
- d. De huisartsengroep heeft de verplichting om binnen zes maanden nadat hem de in artikel 11. lid a genoemde faciliteiten ter beschikking zijn gesteld, of zoveel eerder als mogelijk is - het Elektronisch Voorschrijfsysteem (EVS) te hanteren.

## 7. Hulpmiddelen

- a. Hulpmiddelen worden uitsluitend verstrekt op voorschrift van het in casu behandelende lid van de huisartsengroep.
- b. Bij het voorschrijven van gebruikshulpmiddelen zoals hulpmiddelen voor de mobiliteit, zitten en slapen raadpleegt de huisarts al naar gelang de aard van het hulpmiddel een ergotherapeut en/of een fysiotherapeut.

## 8. Voorbehouden en risicovolle handelingen

- a. In overleg tussen de huisartsengroep en het verzorgingshuis wordt bepaald welke voorbehouden en andere nader genoemde risicovolle handelingen in het verzorgingshuis kunnen worden verricht door de medewerkers op grond van hun bekwaamheid en bevoegdheid. Deze handelingen worden vastgelegd op een inventarisatielijst, die onderdeel uitmaakt van deze overeenkomst.
- b. Het verzorgingshuis staat in voor de bekwaamheid van de medewerkers voor de op de inventarisatielijst genoemde voorbehouden en risicovolle handelingen.
- c. De huisarts zal de opdracht voor handelingen schriftelijk verstrekken en daarbij de benodigde gegevens verstrekken aan of via de coördinator als bedoeld in artikel 4 sub b.
- d. De huisarts zal in die gevallen waarin dat redelijkerwijs nodig is, aanwijzingen verstrekken omtrent het verrichten van de handelingen. Daarbij zijn toezicht door de huisarts op het verrichten van de handeling en de mogelijkheid tot tussenkomst van de huisarts of een waarnemer, voldoende verzekerd.

## 9 Zorgbeleid en -organisatie

---

<sup>46</sup> Onder cliënten wordt in genoemde overeenkomst verstaan: de cliënt die het verzorgingshuis schriftelijk heeft gemachtigd de voor hem benodigde geneesmiddelen te beheren.

- a. De leden van de huisartsengroep gaan op een open, betrokken en respectvolle wijze om met de levensbeschouwelijke grondslag van het verzorgingshuis en met de uitwerking van die grondslag in mens- en zorgvisie.
- b. Het verzorgingshuis en de huisartsengroep informeren elkaar tenminste elke zes maanden over ontwikkelingen die beleid en organisatie van de huisartsenzorg en/of de verzorgingshuiszorg raken, met name indien het ontwikkelingen betreft die van directe invloed zijn op de relaties cliënt-arts, cliënt-verzorgingshuis en arts-verzorgingshuis.
- c. De huisartsengroep adviseert het verzorgingshuis ten aanzien van de zorg rondom het levenseinde.
- d. De huisartsengroep heeft een inspanningsverplichting om te komen tot een gezamenlijk medisch beleid ten aanzien van veel voorkomende aandoeningen, zoals decubitus, diabetes mellitus, en incontinentie.
- e. Het gezamenlijk medisch beleid wordt door huisartsengroep en verzorgingshuis uitgewerkt in protocollen en richtlijnen die door huisartsengroep en verzorgingshuis worden vastgesteld.

## **10. Verpleeghuisarts**

- a. Het verzorgingshuis gaat een samenwerkingsovereenkomst aan met een verpleeghuisarts, die zowel adviserend als consulterend optreedt jegens huisartsengroep en medewerkers van het verzorgingshuis, en in voorkomende gevallen in overleg met de cliënt, de behandelend huisarts en het verzorgingshuis de behandeling van de huisarts kan overnemen.
- b. De verpleeghuisarts adviseert het verzorgingshuis bij de uitvoering van de artikelen 6, 8, en 9 van deze overeenkomst.

NB: Indien een of meer verpleeghuisartsen worden belast met de levering van de medische zorg worden de artikelen 2 tot en met 9 en artikel 11 van overeenkomstige toepassing verklaard voor de verpleeghuisarts(en) met dien verstande dat daar waar huisartsengroep staat verpleeghuisarts(en) dient te worden gelezen.

## **11. Faciliteiten**

- a. Het verzorgingshuis stelt de huisartsengroep ruimte ter beschikking die wordt toegerust met een telefoon(aansluiting) en een computer met modem die voldoet aan zodanige systeemeisen dat hij geschikt is voor het gebruik van het HIS en het EVS. Partijen zoeken gezamenlijk, met zorgkantoor en zorgverzekeraar(s), naar financiering van deze faciliteiten.
- b. De huisartsen die in de huisartsengroep deelnemen hanteren zoveel als redelijkerwijs mogelijk is dezelfde softwareprogrammatuur. Zolang als dit nog niet is gerealiseerd zullen de huisartsen zich ervoor inzetten dat dit wel gerealiseerd wordt.
- c. Huisartsengroep en verzorgingshuis zorgen voor een adequate beveiliging van de computer en bijbehorende software, en regelen wie bevoegd is tot verwerking van zorggegevens.

## **12. Klachten**

- a. Klachten in verband met de huisartsenzorg worden in behandeling genomen door de klachtencommissie waarbij de huisartsen van de huisartsengroep zijn aangesloten. Indien de klager hiermee instemt, kan deze klachtencommissie het verzorgingshuis adviseren om de klachtencommissie van het verzorgingshuis te verzoeken de klacht te behandelen.

- b. Iedere klacht die de huisartsenzorg betreft, wordt samen met de uitspraak, en de eventuele aanbeveling van de klachtencommissie die de klacht heeft afgehandeld, wordt besproken in het overleg zoals bedoeld in artikel 14 sub a.

### **13. Evaluatie, uitleg en geschillen; arbitrage**

- a. Het verzorgingshuis en de huisartsengroep evalueren tenminste elke zes maanden de uitvoering van deze overeenkomst.
- b. Alle geschillen die ontstaan met betrekking tot de uitleg of de uitvoering van de bepalingen van deze overeenkomst zullen niet worden onderworpen aan het oordeel van de rechter behoudens eventuele voorzieningen in kort geding- doch zullen uitsluitend worden beslist door drie scheidslieden. Een arbiter wordt aangewezen door de huisartsengroep, een arbiter wordt aangewezen door het verzorgingshuis. beide partijen wijzen gezamenlijk een derde arbiter aan, die de hoedanigheid van meester in de rechten dient te bezitten.
- c. De scheidslieden zullen uitspraak doen binnen drie maanden nadat zij hun benoeming hebben aanvaard. Zij zijn bevoegd uitspraak te geven in de vorm van een bindend advies.
- d. De kosten van arbitrage worden door partijen gedragen in de verhouding als door de scheidslieden te bepalen, echter met dien verstande dat elke partij de kosten draagt van rechtsbijstand.

### **14. Beëindiging overeenkomst**

- a. De overeenkomst wordt aangegaan voor een periode van een jaar;
- b. De overeenkomst eindigt tussentijds:
  - met wederzijds goedvinden op een overeengekomen datum;
  - door opzegging aan de wederpartij, waarbij een opzeggingstermijn van zes maanden in acht wordt genomen, tenzij om een dringende reden de overeenkomst onmiddellijk dient te worden beëindigd;
  - door een uitspraak tot ontbinding door de scheidslieden of de bevoegde rechter;
  - als van de wederpartij niet meer in redelijkheid kan worden gevraagd de overeenkomst te laten voortduren.

### **Toelichting op voorbeeldovereenkomst Huisartsengroep en Verzorgingshuis**

- Een huisartsengroep heeft doorgaans geen rechtspersoonlijkheid. Om de aan de huisartsengroep verbonden huisartsen aan deze overeenkomst te binden is het daarom nodig dat alle deelnemers aan de huisartsengroep deze overeenkomst ondertekenen. Indien de huisartsengroep wèl rechtspersoonlijkheid heeft kan deze overeenkomst in beginsel worden ondertekend door degene die bevoegd is de huisartsengroep in rechte te vertegenwoordigen. Waar in deze voorbeeldovereenkomst sprake is van “huisarts” wordt bedoeld de huisarts die deelneemt aan de huisartsengroep tenzij uit het verband anders blijkt.

- Huisartsenzorg is de continu beschikbare en generalistische zorg, waarbij in de integrale benadering van patiënten rekening wordt gehouden met somatische, psychische en sociale factoren.

## Artikel 1

Deze handreiking staat een vrije artskeuze binnen bepaalde marges voor. Deze beperkte vrije artskeuze kan gerealiseerd worden door de medische zorg in het verzorgingshuis te laten verzorgen door de huisartsen uit één huisartsgroep. Cliënten wordt gevraagd over te stappen naar een van de huisartsen uit de huisartsgroep waarmee het verzorgingshuis gaat samenwerken. De District Huisartsen Vereniging (DHV) of een andere regionale of lokale ondersteuningstructuur kan deze “herschikking” van huisartsen en huisartsgroepen initiëren en ondersteunen.

De relatie met de huisarts wordt door cliënten heel divers gewaardeerd. Sommige cliënten hechten zeer aan de jarenlange opgebouwde vertrouwensrelatie met de eigen huisarts en willen deze behouden bij verhuizing naar het verzorgingshuis, anderen hebben er geen of weinig moeite mee om over te stappen op een andere huisarts of een verpleeghuisarts.

Bij de overgang naar een andere arts vinden mensen het vaak prettig te kunnen kiezen, bijvoorbeeld voor een arts met een bepaalde levensbeschouwelijke gezindte; voor een homeopathisch of antroposofisch arts of tussen een mannelijke of vrouwelijk arts. Als een cliënt gemotiveerd waarde hecht aan een bepaalde kwaliteit van een arts, en de huisartsgroep heeft deze kwaliteit niet in huis dan heeft het verzorgingshuis een inspanningsverplichting om een huisarts te vinden die bereid is de betreffende cliënt in zijn patiëntenbestand op te nemen. Ook als als de cliënt onoverkomelijke bezwaren heeft tegen de overstap heeft het verzorgingshuis de inspanningsverplichting de betreffende huisarts bereid te vinden de relatie met de cliënt te bestendigen en onder de voorwaarden van deze overeenkomst een samenwerkingsrelatie aan te gaan. Huisartsen achten zichzelf in de regel gebonden aan een regionale indeling van werkgebied ingericht op postcodes.

## Artikel 2

Bij meervoudige en complexe zorg is de noodzaak tot een team- of zorgplanbespreking vaak duidelijk aanwezig, ervaren zowel huisarts als medewerkers van het verzorgingshuis. Belangrijk is de deelname van huisartsen aan zorgplanbesprekingen structureel te regelen. Betrokkenheid van de verpleeghuisarts bij deze regeling heeft een duidelijke meerwaarde.

Cliënten in het verzorgingshuis doen in het algemeen een fors beroep op de huisarts. Door de vaak sterk verminderde mobiliteit zijn zij steeds minder in staat zelf naar de praktijk van de huisarts toe te gaan. Huisartsen die spreekuur houden in het verzorgingshuis kunnen daarom een goed alternatief zijn. Het ontlast de cliënt, ondersteunt zijn autonomie en draagt hiermee bij aan de kwaliteit van leven. Daarnaast vermindert het de werkdruk van de huisarts.

## Artikel 3

Met de huisartsgroep worden afspraken gemaakt over beschikbaarheid en bereikbaarheid: welke arts kan wanneer en waar bereikt worden voor de aanvraag van visites, herhalingsrecepten, adviezen

en instructies voor het uitvoeren van voorbehouden handelingen. Voor medewerkers van het verzorgingshuis moet de waarnemingsregeling helder en inzichtelijk zijn, zowel binnen kantooruren, als daarbuiten (na 17.00 uur en in het weekend en in vakanties).

De huisartsengroep is niet verplicht de huisartsen zorg gedurende het gehele etmaal zelf te leveren, maar is wel gehouden de continue bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenzorg adequaat te regelen. Meestal gebeurt dat door middel van de Dienstenstructuur waar de huisarts(engroep) bij aangesloten is.

#### Artikel 4

Huisartsengroep en verzorgingshuis wijzen ieder uit hun midden een coördinator aan die fungeert als contactpersoon en aanspreekpunt voor alle betrokkenen. Vanwege de continuïteit wordt ook voorgesteld plaatsvervangers te benoemen.

De contactpersoon van de huisartsengroep fungeert voor de medewerkers van het verzorgingshuis als aanspreekpunt, bijvoorbeeld voor de aanvraag van visites en herhalingsrecepten. Hij stuurt de afstemming aan van het medische beleid van de huisartsengroep, en de richtlijn- en protocolontwikkeling.

De medewerker van het verzorgingshuis die als contactpersoon fungeert is verantwoordelijk voor het aanvragen van visites, het aanvragen voor herhalingsrecepten of het verwerken van afspraken in het zorgplan. De precieze invulling van het takenpakket van de “contactpersonen” kan per samenwerkingsverband verschillen.

Als huisartsengroep en verzorgingshuis besluiten een daartoe deskundige medewerker van het verzorgingshuis als intermediair tussen cliënt en huisarts op te laten treden (‘triage’), beoordeelt de medewerker van het verzorgingshuis die als contactpersoon optreedt ook de aanvragen van cliënten voor visites. Dergelijke afspraken worden alleen gemaakt met toestemming van de cliënten en met instemming van de cliëntenraad.

Ook kan de contactpersoon assisteren bij het spreekuur dat de huisarts houdt in het verzorgingshuis. Het takenpakket wordt in samenspraak tussen betrokkenen ingevuld en zal afhangen van omstandigheden en wensen van betrokkenen.

#### Artikel 5

Onder zorggegevens wordt verstaan: “de gegevens betreffende een cliënt die direct of indirect betrekking hebben op de lichamelijke en/of de geestelijke gesteldheid van de betrokkene, verzameld door een beroepsbeoefenaar op het gebied van de gezondheidszorg in het kader van zijn beroepsuitoefening.”

Voor artsen is het belangrijk om te weten welke medewerker van het verzorgingshuis zij aan kunnen spreken over de behandeling van een cliënt. Goede afspraken over registratie, beheer en toegankelijkheid van de medische dossiers en bescherming van de privacy zijn in dit kader noodzakelijk.



## Artikel 6

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan: “het totaal aan activiteiten, handelingen en maatregelen van betrokkenen professionals rond de keuze en de verstrekking van geneesmiddelen en andere farmaceutische producten, alsmede de begeleiding van het gebruik”.

Zowel huisarts als verzorgingshuis als apotheker hebben verantwoordelijkheden en taken op het gebied van de farmaceutische zorg aan cliënten in het verzorgingshuis. Verantwoordelijkheden raken en overlappen elkaar. Dit noodzaakt hen tot samenwerken. Voor de samenwerking tussen verzorgingshuis en apotheker is eveneens een voorbeeldovereenkomst beschikbaar. Daarnaast is een handreiking voor het management van het verzorgingshuis ontwikkeld: ‘Farmaceutische zorg in het verzorgingshuis – 12 puntenplan voor het management. In 12 punten staat beschreven welke stappen het management van een verzorgingshuis kan nemen om te komen tot een verantwoorde farmaceutische zorg in het verzorgingshuis. Zie voetnoot 3.

## Artikel 7

Het al dan niet voorschrijven van hulpmiddelen - dit geldt zowel voor de gebruiks- als voor de verbruikshulpmiddelen - is onderdeel van het zorgplan. In een zorgplanbespreking wordt door het verzorgingshuis, eventueel de ergotherapeut of fysiotherapeut, en de huisarts een afweging gemaakt welke hulpmiddelen nodig zijn, bij voorkeur samen met de cliënt (of diens vertegenwoordiger).

## Artikel 8

Huisartsen ervaren regelmatig knelpunten op het gebied van het laten uitvoeren van verpleegtechnische handelingen. Het is van belang dat er in het verzorgingshuis voldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar is dat een aantal voorbehouden handelingen kan uitvoeren. Het protocolleren van de ondersteunende medische en verpleegkundige handelingen kan de kwaliteit van de zorgverlening bevorderen.

Voor het vormgeven van het beleid inzake voorbehouden handelingen kunnen huisartsengroep en verzorgingshuis gebruik maken van de “Handleiding voorbehouden handelingen in het verzorgingshuis van LHV, LVT en WZF van februari 1997.

## Artikel 9

De huisarts wordt nadrukkelijk bij het beleid en de organisatie van het verzorgingshuis betrokken. Dat veronderstelt ook een kennismaking met de op (levensbeschouwelijke) waarden gestoelde mens- en zorgvisie en de uitwerking daarvan in de alledaagse zorg. Ook brengt het met zich mee dat verzorgingshuis en huisartsengroep tweemaal per jaar elkaar bijpraten over ontwikkelingen die elkaars werk raken.

Vrijheidsbeperkende maatregelen als fixatie en gedwongen voeding bij (psychogeriatrische) cliënten in het verzorgingshuis zijn niet toegestaan als het verzorgingshuis geen BOPZ-aangemerkte instelling is. De Wet Bopz kan sinds 1 december 1999 ook van toepassing worden verklaard op verzorgingshuizen. Dit betekent dat wanneer voor cliënten vrijheidsbeperkende maatregelen

noodzakelijk zijn en het verzorgingshuis deze cliënten zorg wil kunnen (blijven) bieden het verzorgingshuis een Bopz-aanmerking kan krijgen. Het verzorgingshuis komt voor de keuze te staan of de instelling een BOPZ- aanmerking dient aan te vragen of bijvoorbeeld een actief overplaatsbeleid dient te voeren. De huisartsen van de hagro hebben bij deze keuze een signalerende en adviserende functie.

## Artikel 10

Gemakshalve wordt hier gesproken van een verpleeghuisarts. Wat voorop staat is dat het verzorgingshuis een duurzame relatie aangaat met een deskundige op het gebied van geriatrie en gerontologie.

Cliënten in het verzorgingshuis met een verzorgingshuisindicatie hebben hun eigen huisarts; wanneer een cliënt met een verpleeghuisindicatie in het verzorgingshuis aanvullende verpleeghuiszorg ontvangt, is daar een verpleeghuisarts bij betrokken. Huisarts en verpleeghuisarts zullen voor beide situaties afspraken moeten maken. Het gaat daarbij om drie zaken: de uitvoering van de behandeling, de verantwoordelijkheid voor de coördinatie en regie en consultatie van de verpleeghuisarts door de huisarts. Het uitgangspunt daarbij is het *flexibel en complementair samenwerkingsmodel* dat LHV en NVVA samen ontwikkeld hebben. Op grond van dit model kunnen betrokken huisarts en verpleeghuisarts tot werkafspraken rondom de medische zorg voor hun cliënten komen.

Het verzorgingshuis doet er goed aan de samenwerking tussen huisartsengroep en verpleeghuisarts te initiëren en te faciliteren door daarover afspraken te maken met het verpleeghuis waar de verpleeghuisarts in dienst is of met een vrijgevestigd arts met geriatrische deskundigheid.

Indien het verzorgingshuis een BOPZ-aanmerking heeft komt de verpleeghuisarts nadrukkelijk in beeld. Als een van de voorwaarden voor deze aanmerking geldt dat het verzorgingshuis een arts moet aanstellen die de medische eindverantwoordelijkheid voor het Bopz-beleid in de instelling op zich neemt. De Bopz veronderstelt dat deze arts deskundig is op het gebied van de psychogeriatric en de toepassing van de Bopz. Doorgaans zal een verpleeghuisarts met de Bopz-taken belast worden. Tot deze verantwoordelijkheden behoren in ieder geval:

- eindverantwoordelijkheid voor het opstellen van het zorgplan van cliënten waarvoor het nemen van vrijheidsbeperkende maatregelen noodzakelijk zijn;
- eindverantwoordelijkheid bij de uitvoering van de dwangbehandeling voor deze cliënten;
- eindverantwoordelijkheid voor het toepassen van middelen en maatregelen;
- het verrichten van administratieve handelingen in het kader van de Wet Bopz, zoals het melding doen aan de Inspectie Gezondheidszorg.

Het is echter niet uitgesloten dat een huisarts uit de huisartsengroep belast wordt met deze verantwoordelijkheden. De huisarts dient uiteraard te beschikken over deskundigheid op het terrein van geriatrie en gerontologie en de toepassing van de Bopz.

### **Bijlage 3 Materiële controle vanuit AGIS**

Geachte heer/mevrouw,

Ter verbetering van de kwaliteit van de huisartsenzorg binnen verzorginghuizen wordt de module gestructureerde huisartsen zorg in het verzorgingshuis bij u in de instelling uitgevoerd door de huisartsenpraktijk .....

Ter voorbereiding op een evaluatie hiervan die binnenkort zal plaatsvinden, zal Agis Zorgverzekeringen een materiele controle uitvoeren op zowel de rechtmatigheid als de doelmatigheid.

Voor de doelmatigheidscontrole is een bezoek op locatie gewenst en een gesprek met de persoon binnen uw instelling die is belast met de coördinatie van de huisartsenzorg. Tijdens het bezoek zal worden nagegaan of de afspraken gemaakt in de overeenkomst tussen uw instelling en de huisartsenpraktijk worden nagekomen, zoals:

- Is er vanuit de instelling een coördinator aangesteld ten behoeven van de huisartsenzorg
- Zijn er afspraken over de organisatorische aspecten ronde de levering van de huisartsenzorg zoals afspraken over visites
- Wordt er wekelijks een spreekuur georganiseerd voor de cliënten verblijvend in de instelling.
- Is de huisarts beschikbaar voor overleg in urgente situaties
- Zijn er schriftelijke afspraken over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsen gedurende het hele etmaal.

Protocollen en dergelijke waaruit bovenstaand blijkt dienen aanwezig te zijn tijdens het controlebezoek.

De intentie is dat een medewerker van de afdeling materiele controle een bezoek zal brengen aan uw instelling op maandag 22 januari 2007 van 10 uur tot 12 uur. Zou u zo vriendelijk willen zijn om per e-mail ([a.van.den.ochtend@agisweb.nl](mailto:a.van.den.ochtend@agisweb.nl)) te laten weten of dit voor uw mogelijk is.

Zodra wij deze bevestiging van u hebben ontvangen zullen wij een uitnodiging voor deelname aan dit bezoek sturen naar huisartsenpraktijk .....

## **Bijlage 4 Van blik naar goud onderwerpenlijst**

### **1. Opname – introductie**

- Voldoende informatie over de instelling, voorafgaand aan de opname (over signatuur, zorgvisie, protocollen, doelgroepen, huisregels, kosten voor verblijf, aanvullende diensten en bijbehorende kosten, voorzieningen, cliëntenvertrouwenspersoon, cliëntenraad, dagindeling en activiteiten, overplaatsingscriteria, (para)medische mogelijkheden, vrijheidsbeperkende maatregelen en de klachtenregeling)
- Introductie van de nieuwe cliënt (o.a. huisbezoek, rondleiding, contactpersonen, medebewoners, extra inspanning van medewerkers)
- Keuze voor woonruimte
- Nette oplevering van de woonruimte
- Opstellen van een zorgovereenkomst/zorgplan samen met de cliënt
- Goede organisatie van de opname
- Evaluatie en bijstelling van de opnameprocedures

### **2. Verblijf - wonen**

- Goede bereikbaarheid van alle ruimten, ook voor bewoners met een beperking
- Veiligheid van alle ruimten (bijv. antislip voorzieningen en geen obstakels)
- Beschikbaarheid en goede bereikbaarheid van een tuin
- Voldoende voorzieningen zoals kapper, pedicure, winkel, etc.
- Gezellige inrichting gemeenschappelijke ruimten
- Cliënteninbreng in inrichting individuele ruimten
- Schone en goed onderhouden gemeenschappelijke en individuele ruimten
- Beschikbaarheid van technische dienst en technische hulp voor apparaten
- Zorgvuldige behandeling van was
- Voldoende veiligheidsmaatregelen (bijv. bij inbraak, brand of andere calamiteiten)
- Duidelijke bewegwijzering in het gebouw
- Herkenbaarheid van medewerkers
- Goede bezoek- en logeermogelijkheden
- Voldoende leefruimte en privacy
- Inspraak/autonomie met betrekking tot dagritme
- Waarborging van de identiteit van cliënten (bieden van de mogelijkheid tot handhaving van de eigen gewoonten)
- Toestaan van huisdieren
- Voldoende informatie over het leven in het tehuis
- Serieuze klachtopvang en –behandeling (open houding van het personeel)
- Aanwezigheid en inspraak van cliëntenraad
- Goede informatievoorziening over cliëntenraad, activiteiten en reglementen

### **3. Dagbesteding**

- Voldoende gevarieerd aanbod van activiteiten
- Cliënteninbreng in het activiteitenaanbod
- Cliëntgerichte activiteiten
- Vrijwillige deelname
- Mogelijkheden voor bewoners met beperkingen
- Gezellige, toegankelijke en ruime ruimten voor activiteiten
- Deskundige en creatieve activiteitenbegeleiders
- Voldoende en goede materialen voor het uitvoeren van de activiteiten
- Goede informatievoorziening betreffende activiteiten

### **4. Maaltijden**

- Mogelijkheden voor aangepaste maaltijden
- Goede kwaliteit van de maaltijden
- Aanwezigheid van keuzemenu's
- Zeggenschap over de samenstelling van de menulijst
- Hulp bij het invullen van menulijst of nuttigen van de maaltijd indien nodig
- Voldoende spreiding van maaltijden en vaste tijden
- Keuze betreffende directe tafelgenoten
- Voldoende tijd beschikbaar
- Beschikbaarheid adequate hulpmiddelen
- Goede informatievoorziening over de samenstelling van de menulijst

### **5. Zorg**

- Voldoende, deskundig en vakbekwaam personeel
- Goede kwaliteit van zorg (o.a. opstaan, wassen, aankleden, toiletgang, uiterlijke verzorging, persoonlijke hulpmiddelen)
- Afstemming van zorg op de individuele cliënt
- Goede hygiëne
- Goede verzorging tijdens ziekte
- Stimuleren van zelfstandigheid/zelfzorg cliënten
- Voldoende tijd en aandacht voor cliënten
- Verlening van sociale en morele steun aan cliënten, indien nodig
- Cliënten ondersteunen m.b.t. het onderhouden van sociale contacten
- Beschikbaarheid van adequate hulpmiddelen en voorzieningen
- Aanwezigheid persoonsalarmeringssysteem
- Vertrouwelijke behandeling van cliëntgegevens
- Goede planning van zorg
- Goede samenwerking tussen verschillende disciplines
- Goede afhandeling van vragen en klachten
- Cliënteninspraak in de zorgverlening (o.a. door ontwikkelen individueel zorgplan. Bijvoorbeeld m.b.t. tijdstip waarop zorg wordt verleend)
- Gebruik van zorgmap
- Regelmatige evaluatie zorg en zorgplan
- Verantwoording van zorgverlening, indien gewenst door cliënten
- Goede informatievoorziening over de zorgverlening en rechten en plichten van cliënten
- Goede informatievoorziening over mogelijkheden geestelijke verzorging

- Organisatie van geestelijke verzorging
- Beschikbaarheid van bezinningsruimte en/of stilte centrum
- Evaluatie van geestelijke verzorging

## **6. Bejegening**

- Respectvolle en vriendelijke bejegening van cliënten door verzorgers en (para)medici
- Gelijke bejegening van alle cliënten
- Beleefde omgangsvormen in contact met cliënten
- Basis van wederzijds vertrouwen tussen cliënten en medewerkers
- Oprechte aandacht voor en inleving in leven van cliënten
- Deskundige beantwoording van hulpvraag cliënten
- Respect voor eigenheid, cultuur, zelfstandigheid, persoonlijke leefsfeer en specifieke omstandigheden en voorkeuren van cliënten
- Prettige omgang tussen cliënten

## **7. (Para)medische dienstverlening**

- Voldoende beschikbaarheid (para)medische diensten
- Vakbekwaamheid van (para)medische dienstverleners
- Keuzevrijheid m.b.t. behandelaar
- Goede organisatie en samenwerking tussen (para)medische dienstverleners
- Goede informatievoorziening over beschikbare (para)medische diensten
- Cliënteninspraak over (para)medische behandeling
- Evaluatie van (para)medische behandeling

## **8. Familie**

- Voldoende aandacht voor familie
- (Geestelijke) ondersteuning van familie
- Familie betrekken bij zorgverlening
- Inspraak van familie m.b.t. zorgverlening
- Mogelijkheden voor mantelzorg door familie
- Goede informatievoorziening aan familie van cliënten
- Evaluatie van zorgverlening met familie, indien gewenst

## **9. Terminale zorg**

- Deskundige begeleiding van terminale cliënten
- Extra aandacht voor zorg terminale cliënten
- Extra aandacht voor hygiëne en privacy terminale cliënten
- Respecteren van wensen van terminale cliënten en hun familie
- Deskundige en respectvolle behandeling van terminale cliënten
- Overleg met familie betreffende terminale cliënten
- Ondersteuning na overlijden van cliënten
- Goede informatievoorziening over terminale zorg

## **Bijlage 5 Cliënt en kwaliteit**

### Vragenlijst

1. Mijn woonruimte werd in goede staat opgeleverd.
2. Het personeel zou de eerste weken meer aandacht moeten hebben voor nieuwe bewoners.
3. Ik ben in het begin goed geïnformeerd over bij wie ik met vragen terecht kon.
4. Bewoners gaan hier prettig met elkaar om.
5. Je hebt hier soms hinder van bewoners die in de war zijn.
6. Bewoners worden goed op de hoogte gehouden van alles wat er in huis gebeurt.
7. Ik kan mijn dag indelen zoals ik dat zelf wil.
8. Ik word goed geïnformeerd over het werk van de cliëntenraad.
9. Je kunt echt merken dat de cliëntenraad voor de bewoners opkomt.
10. Medewerkers nemen op- en aanmerkingen serieus.
11. Het is mij bekend gemaakt naar wie ik met een klacht toe kan gaan.
12. Ik heb hier voldoende woonruimte.
13. De temperatuur in mijn woonruimte is altijd aangenaam.
14. Mijn woon- en slaapkamer worden niet goed schoongehouden.
15. Medewerkers gaan altijd voorzichtig om met mijn bezittingen.
16. Mijn toilet en douche zouden vaker moeten worden schoongemaakt.
17. Als er iets kapot is in mijn appartement, wordt dat goed gerepareerd.
18. Met de was raken er te vaak dingen kwijt.
19. De was komt altijd goed schoon terug uit de wasserij.
20. In dit huis moet je oppassen voor diefstal.
21. Mij is duidelijk uitgelegd wat ik moet doen als het brandalarm afgaat.

22. De meeste medewerkers hebben zich aan mij voorgesteld.
23. Het personeel is altijd vriendelijk voor de bewoners.
24. Medewerkers komen wel eens binnen terwijl ik dat niet wil.
25. Soms voel ik mij hier als een kind behandeld.
26. Het eten is hier uitstekend.
27. Het eten komt wel eens koud op tafel.
28. De warme maaltijd ziet er altijd verzorgd uit.
32. Het eten is te vaak hetzelfde.
33. De maaltijden zijn naar wens over de dag gespreid.
34. De activiteiten die ze hier organiseren vind ik altijd leuk.
35. Er worden hier te weinig activiteiten georganiseerd.



