

# Medisch specialisten in de ban van prestatie-indicatoren



**Universiteit Utrecht**

# Medisch specialisten in de ban van prestatie-indicatoren

*Een onderzoek naar de invloed van externe prestatie-indicatoren op de handelingsperspectieven van medisch specialisten.*

**Auteur:** Frans van Leeuwen

**Studentnummer:** 3807428

**Opleiding:** Bestuurs- en Organiseringswetenschap

**Afstudeerrichting:** Bestuur & Beleid

**Instelling:** Universiteit Utrecht

**Begeleider:** Msc. S.C. Steenman

**Tweede lezer:** Prof. Dr. M.J. Trappenburg

**Datum:** 29 juni 2012

## Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie, geschreven ter afronding van de masteropleiding Bestuur & Beleid van de Universiteit Utrecht. Ik sluit hiermee een lange en vooral zeer leerzame periode af van studeren. Met deze scriptie heb ik onderzocht in hoeverre externe prestatie-indicatoren de handelingsperspectieven van medisch specialisten beïnvloeden. Het is een scriptie geworden waar ik met veel inzet en zo nu en dan wat plezier aan heb gewerkt.

In januari van dit jaar brak de tijd aan om eens na te gaan denken over een scriptiethema. Al snel werd het voor mij duidelijk om iets met het thema zorg te gaan doen. Dit thema spreekt mij aan, omdat het een zeer dynamisch thema is en bovendien een onderwerp van de toekomst. In tegenstelling tot bij mijn bachelorscriptie had ik al snel een onderzoeksvraag voor ogen. Het bleek vervolgens een flinke klus te zijn om een volwaardig onderzoeksvoorstel op papier te zetten. In maart kreeg ik definitief akkoord om met dit onderzoek van start te gaan. Eigenlijk is het proces vanaf dat moment vrij soepel verlopen en ben ik stapsgewijs tot dit eindresultaat gekomen.

Dit onderzoeksproces is soepel en gestructureerd verlopen mede door de perfecte begeleiding van Sebastiaan Steenman. Ik ben hem ontzettend dankbaar voor zijn zeer scherpe en kritische blik tijdens dit scriptieproces.

Daarnaast wil ik de medisch specialisten van de afdeling oncologie van het HagaZiekenhuis bedanken voor hun medewerking aan dit onderzoek. In het bijzonder wil ik beleidsmedewerker Anja Schmitz bedanken voor de begeleiding van dit onderzoek.

Wat betreft de persoonlijk dankwoorden wil ik allereerst mijn ouders bedanken voor het feit dat zij het voor mij mogelijk hebben gemaakt om door te studeren. Voorts wil ik mijn vrienden en vriendin Priscilla bedanken voor de afleiding die zij mij hebben kunnen geven tijdens dit onderzoeksproces.

Ik wens u veel leesplezier!

## Samenvatting

Sinds de invoering van de Kwaliteitwet Zorginstellingen in 1996 is er in toenemende mate aandacht voor het systematisch verzamelen van gegevens over de patiënt. Via een kwaliteitsmanagementsysteem hielden ziekenhuizen indicatoren bij over het proces, de structuur en de uitkomst van behandelingen. Na een aantal jaren werd duidelijk dat de Kwaliteitwet Zorginstellingen niet het beoogde effect had, omdat de kwaliteitsmetingen te veel gericht waren op de eigen organisatie en gegevens bovendien niet goed vergelijkbaar waren. In 2006 werd de nieuwe Zorgverzekeringswet ingevoerd. Via deze wet werd van zorgverzekeraars verwacht dat zij hun inkoopbeleid gingen baseren op een vergelijking van kwaliteit. Dat kan alleen als er adequate informatie beschikbaar is. Zodoende werden er externe prestatie-indicatoren ontwikkeld, zodat ziekenhuizen dezelfde dingen zouden gaan meten en zodat de inspectie, zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen vergelijkbare kwaliteitsgegevens binnen zouden krijgen. Op de werkvloer worden medisch specialisten dagelijks geconfronteerd met deze prestatie-indicatoren. Beroepsverenigingen, zorgverzekeraars en de inspectie ontwikkelen soms afzonderlijk van elkaar prestatie-indicatoren, waardoor er verschillende indicatorensets ontstaan. Dit zorgt niet alleen voor extra administratieve lasten, maar mogelijk ook voor een beperking van de professionele autonomie van medisch specialisten. Prestatie-indicatoren hebben namelijk een sturend effect en kunnen er voor zorgen dat medisch specialisten beperkt worden in hun handelingsvrijheid. In dit onderzoek is daarom bekeken in hoeverre externe prestatie-indicatoren de handelingsperspectieven van medisch specialisten beïnvloeden. Hiervoor zijn semi-gestructureerde interviews gehouden met medisch specialisten van de afdeling oncologie van het HagaZiekenhuis. Uit dit onderzoek is gebleken dat medisch specialisten steeds meer autonomie lijken te verliezen. Dit heeft mogelijk te maken met het feit dat zij niet meer voldoende beschermd kunnen worden door de beroepsvereniging. Bovendien krijgen zorgverzekeraars steeds meer macht, waardoor zij een grotere invloed hebben gekregen bij het bepalen van prestatie-indicatoren. Uit bescherming van hun eigen professie lijkt het er op dat medisch specialisten kiezen voor een prestatievolgend handelingsperspectief. Dit houdt in dat zij goed proberen te scoren op prestatie-indicatoren, om daarmee hun professie te beschermen. Het gevolg hiervan is dat medisch specialisten in sommige gevallen strategisch gedrag lijken te vertonen of dat zij zich eenzijdig gaan richten op het halen van kwaliteitsdoelen. Het zijn dus niet alleen semi-professionals die onder druk staan, maar het lijkt er op dat klassieke professionals eveneens gevoelig worden voor invloeden van buitenaf.

## Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding</b> .....	7
1.1 Discussie om prestatie-indicatoren.....	7
1.2 Opkomst van prestatiemeting.....	7
1.3 Prestatiemeting en de druk op professionals.....	8
1.4 Probleemstelling.....	10
1.5 Leeswijzer.....	10
<b>2. Achtergrond en ontwikkeling van prestatie-indicatoren</b> .....	11
2.1 Ontwikkeling van prestatiemeting in de zorg.....	11
2.2 Veranderingen in de zorg.....	12
2.3 Prestatie-indicatoren in de zorg.....	13
2.3.1 Interne en externe prestatie-indicatoren.....	14
2.3.2 Belangenstrijd bij vaststelling externe prestatie-indicatoren.....	14
2.3.3 De rol van zorgverzekeraars.....	16
2.4 Ter afsluiting.....	17
<b>3. Een blik op de theorie</b> .....	18
3.1 New public management.....	18
3.2 Prestatiemeting.....	19
3.3 Positieve en negatieve effecten van prestatiemeting.....	21
3.4 Prestatiemeting en handelingsperspectieven.....	24
3.4.1 Prestatie-indicatoren en het negatieve effect op handelingsperspectieven.....	25
3.4.2 Prestatie-indicatoren en het positieve effect op handelingsperspectieven.....	26
3.4.3 Prestatie-indicatoren en het effect op ziekenhuizen.....	26
3.5 Verantwoording over prestaties.....	28
3.5.1 Verantwoording als kernbegrip binnen de publieke sector.....	28
3.5.2 Verantwoordingsfora.....	30
3.5.3 Verantwoordingsrelaties.....	31
3.6 Medisch specialisten als publieke en klassieke professionals.....	32
3.6.1 Professional control.....	33
3.6.2 Full and final jurisdiction.....	34
3.6.3 De klassieke professie en professionele autonomie.....	34
3.6.4 Medische professionele autonomie.....	35
3.6.5 Bedreigingen voor de professionele logica.....	35
3.7 Professionele- en machinebureaucratie.....	37
3.8 Toetsingskader.....	39
<b>4. Methoden</b> .....	40
4.1 Het onderzoek.....	40
4.2 Casusselectie en gevolgen voor resultaten.....	40
4.3 Onderzoeksgroep.....	41
4.4 Onderzoekstechnieken.....	43
4.5 Analyse interviews.....	45
<b>5. Analyse resultaten</b> .....	47
5.1 Professionalisme.....	47
5.1.1 Verandering van het professionalisme.....	47
5.1.2 Beroepsverenigingen als beschermers van de medische professie.....	49
5.1.3 Zorgverzekeraars; een directe bedreiging voor de medische professie.....	50
5.1.4 Professionele autonomie.....	50

5.2 Prestatiemeting en professionalisme.....	51
5.2.1 Meetproblemen en leren van prestatie-indicatoren.....	52
5.2.2 Prestatiemeting voor intern gebruik; geen bedreiging voor de professie.....	52
5.2.3 Prestatiemeting voor extern gebruik; bedreiging voor de professie...	53
5.2.4 Presteren is professie eigen.....	55
5.3 Prestatie-indicatoren en handelingsperspectieven.....	56
5.3.1 Prestatie-indicatoren kunnen leiden tot strategisch gedrag.....	56
5.3.2 Eenzijdig richten op kwaliteitsdoelen.....	57
5.4 Tot slot.....	58
<b>6. Conclusie.....</b>	<b>60</b>
6.1 Toetsing van hypothesen.....	60
6.2 Prestatie-indicatoren beïnvloeden.....	63
6.2.1 De professie verandert .....	63
6.2.2 Verlies autonomie.....	64
6.2.3 Beroepsvereniging buitenspel.....	64
6.2.4 Prestatievolgend handelingsperspectief.....	65
<b>7. Literatuurlijst.....</b>	<b>67</b>

## **1. Inleiding**

### **1.1 Discussie over prestatie-indicatoren**

In 2011 besloot zorgverzekeraar CZ om geen borstkankerzorg meer in te kopen bij het Slotervaartziekenhuis. Volgens de eigen normen van CZ was de zorg onder de maat in het Amsterdamse ziekenhuis. Jos Beijnen, lid van de Raad van Bestuur van het Slotervaartziekenhuis, reageerde verontwaardigd. Hij is woedend over de manier waarop CZ de kwaliteit van borstkankerzorg in ziekenhuizen beoordeeld. De bepalende factor is volgens hem kwantiteit. Ziekenhuizen moeten minimaal 150 operaties per jaar doen om in de twee beste categorieën te belanden, althans volgens de normen van CZ (Zorgvisie, 2012).

Sinds de invoering van de Kwaliteitswet Zorginstellingen in 1996 worden Nederlandse gezondheidsinstellingen geacht om een kwaliteitsmanagementsysteem te hebben om de kwaliteit van zorg te bewaken (RIVM, 2006). In de praktijk bleek dit onvoldoende te lukken (Wollersheim et.al., 2006). Een aantal jaren later kwamen er zogenoemde externe prestatie-indicatoren als reactie op de falende kwaliteitsmanagementsystemen. Deze indicatoren werden ingezet om kwaliteitsverschillen zichtbaar te maken en er werden daarvoor externe prikkels ingebracht. Volgens Wollersheim et.al. (2006, p. 18) dienen externe prestatie-indicatoren voor externe beoordeling van praktijken, zorginstellingen of gezondheidssystemen door patiënten, publiek, autoriteiten (inspectie, politiek) en verzekeraars, met als doel om inadequate zorg te verbeteren en daartoe beleidsinitiatieven te ontplooiën. Het zojuist geschetste voorbeeld van het Slotervaartziekenhuis is een typerend voorbeeld van wat de gevolgen kunnen zijn van externe prestatie-indicatoren. De Zorgverzekeringswet draagt zorgverzekeraars namelijk op om zorg in te kopen op basis van prijs en kwaliteit (Rijksoverheid, 2012). Het is om die reden de taak van zorgverzekeraars om de kwaliteit van zorg nauwlettend in de gaten te houden. De maatregelen die zorgverzekeraar CZ nam ten aanzien van het Slotervaartziekenhuis passen binnen dit nieuwe zorgstelsel, waar prijs en kwaliteit een steeds belangrijkere rol gaan spelen.

### **1.2 Opkomst van prestatiemeting**

Prestatiemeting binnen de zorg past binnen de opkomst van het *New Public Management* (NPM). Bedrijfsmatige concepten worden vanuit het bedrijfsleven overgebracht naar de (semi) publieke sector (Hood, 1991). Ook van ziekenhuizen werd in toenemende mate verwacht dat zij marktprincipes toe zouden gaan passen. Toen de beleidsnota *Vraag aan bod* in 2001 uit werd gebracht werd duidelijk dat ziekenhuizen zich moesten gaan richten op de

vraag en niet meer op de aanbod kant van zorg. Volgens Wollersheim et.al. (2006, p. 7) past prestatie-meting bij deze ontwikkeling, omdat hiermee het aanbod van zorg zichtbaar en vergelijkbaar wordt gemaakt, zodat consumenten ook daadwerkelijk wat te kiezen hebben. Het is niet gemakkelijk te meten wat nu precies goede zorg is. Net als elders in de (semi) publieke sector creëren organisaties hier producten die vooral maatschappelijke waarde hebben en die niet altijd goed uit te drukken zijn in cijfers (De Bruin, 2006; Van Mil et.al., 2008). Ook in de zorg is er een strijd gaande om de vaststelling van prestatie-indicatoren. De overheid, inspectie en zorgverzekeraars zoeken allemaal naar indicatoren om te kunnen beoordelen of zorgaanbieders voldoende kwaliteit leveren (Berg & Schellekens, 2002). Met dit onderzoek zal een bijdrage geleverd worden aan de maatschappelijke discussie over prestatie-indicatoren. En dan niet zo zeer over de vraag of ze er wel of niet moet zijn, maar veel meer over de wijze waarop ze tot stand zouden moeten komen.

### **1.3 Prestatiemeting en de druk op professionals**

Als gevolg van prestatie-meting moeten ziekenhuizen een grote verscheidenheid aan indicatoren bijhouden om hun prestaties zichtbaar te maken. Prestatiemeting kan nadelige gevolgen hebben voor medewerkers in de zorg en in het bijzonder voor medisch specialisten, omdat deze professionals behoorlijk aan worden getast in hun autonomie. Juist die autonomie is van belang bij de taakuitoefening van medisch specialisten, omdat medisch specialisten de mogelijkheid moeten hebben om af te wijken van richtlijnen en protocollen. Zolang die mogelijkheid er is kunnen medisch specialisten zorg leveren die de patiënt nodig heeft. Ook wanneer patiënten een bijzondere aandoening hebben die niet direct binnen de richtlijn of het protocol valt.

Over het algemeen overheerst de opvatting in de literatuur over klassieke professionals dat zij minder gevoelig zijn voor ontwikkelingen die van buitenaf hun werk kunnen beïnvloeden (Abbot, 1988; Wilensky, 1964; Freidson, 2001; Noordegraaf, 2008; Noordegraaf & Sterrenburg, 2009). Het feit dat medisch specialisten aangesloten zijn bij stevige beroepsverenigingen zou er toe leiden dat deze specialisten zich wat meer kunnen onttrekken van hervormingen (Noordegraaf & Sterrenburg, 2009). Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld leraren, verpleegkundigen en agenten (Van den Brink et.al., 2009). Externe prestatie-indicatoren kunnen een bedreiging vormen voor de klassieke professie. Prestatie-indicatoren leggen namelijk een toenemende druk op medisch specialisten. Er zouden zich dilemma's voor kunnen doen, waarbij een keuze moet worden gemaakt tussen goed willen scoren op een ranglijst en patiënten beter maken. Of deze klassieke professionals dan dusdanig stevig in hun schoenen staan, is dan nog maar de vraag. Er moet daarom constant een balans



gevonden worden tussen wat de prestatie-indicatoren vragen en wat medisch gezien verantwoord is. Het is in sommige gevallen misschien twijfelachtig of medisch professionele waarden het zullen winnen van prestatie-indicatoren. Wanneer professionele waarden zullen overwinnen dan blijft de klassieke professie nog enigzins in stand, maar als dit niet het geval blijkt te zijn dan zou je kunnen concluderen dat ook medisch specialisten steeds meer opschuiven in de richting van semi-professionals en dat zij steeds beperkter worden in hun handelen.

Onderzoeken in het buitenland van Luci (1996); Deci (1999); Marshall (2000) en Hibbard (2003) hebben laten zien dat prestatie-indicatoren wel degelijk invloed hebben op medisch specialisten. Zo zou het bijvoorbeeld kunnen leiden tot strategisch gedrag. Voor medisch specialisten betekent dit dat er een spanning bestaat tussen medisch professionalisme en de druk van prestatie-indicatoren. Dit zijn keuzes waar medisch specialisten vandaag de dag mee worstelen. De klassieke professie is wellicht aan het afzwakken waardoor medici sneller beïnvloed worden door ontwikkelingen van buitenaf. In dit onderzoek zal de verhouding worden onderzocht tussen professionalisme enerzijds en externe prestatie-indicatoren anderzijds. Er zal specifiek gekeken worden in hoeverre externe prestatie-indicatoren de handelingsperspectieven van medisch specialisten beïnvloeden.

## 1.4 Probleemstelling

### ***Doelstelling***

Dit onderzoek richt zich op de verhouding tussen externe prestatie-indicatoren en de handelingsperspectieven van medisch specialisten. De laatste jaren zijn externe prestatie-indicatoren een belangrijk middel geworden om kwaliteit van zorg te meten. Het aantal externe prestatie-indicatoren is bovendien aanzienlijk toegenomen. Derhalve zal onderzocht worden of medisch specialisten, als klassieke professionals, nog altijd autonoom genoeg zijn om prestatie-indicatoren naast zich neer te leggen en medisch professionele waarden voorop te stellen.

### ***Vraagstelling***

De bovenstaande doelstelling leidt tot de volgende hoofdvraag.

In hoeverre beïnvloeden externe prestatie-indicatoren de handelingsperspectieven van medisch specialisten in de zorg?

## 1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 zal aandacht zijn voor de ontwikkelingen op het gebied van prestatie-meting in de zorg. Vervolgens zal in hoofdstuk 3 een theoretische verkenning uiteen worden gezet. De concepten prestatie-meting, verantwoording en professionalisme zullen in dit hoofdstuk worden behandeld. In hoofdstuk 4 zullen de methoden die in dit onderzoek zijn gebruikt verder worden toegelicht. Daarop volgt in hoofdstuk 5 een analyse van de resultaten van dit onderzoek. Ten slotte zal dit onderzoek in hoofdstuk 6 worden afgesloten met een conclusie waar allereerst een toetsing plaats vindt van een aantal hypotheses en vervolgens zal er een antwoord worden gegeven op de hoofdvraag.

## 2. Achtergrond en ontwikkeling van prestatie-indicatoren

In het vorige hoofdstuk is duidelijk geworden dat medisch specialisten te maken krijgen met een toename van het aantal prestatie-indicatoren en dat dit hun professie mogelijk kan schaden. Prestatie-indicatoren spelen namelijk een steeds belangrijkere rol bij beleidsvoorbereiding en – evaluatie, toezicht op uitvoering, controle en communicatie aan derden, waaronder politiek en andere *stakeholders* (RVZ, 2004). In dit hoofdstuk zal beschreven worden wat de gedachte is geweest achter prestatie-indicatoren, daarbij zal aandacht worden besteed aan ontwikkelingen die op de achtergrond een rol hebben gespeeld. Vervolgens zal in kaart worden gebracht welke actoren er betrokken zijn bij de vaststelling van prestatie-indicatoren en wat voor consequenties dit kan hebben voor medisch specialisten.

### 2.1 Ontwikkeling van prestatiemeting in de zorg

Westert (2006) stelt in zijn proefschrift *Variatie in prestatie* een aantal internationale ontwikkelingen aan de orde die ten grondslag liggen aan de toenemende aandacht voor prestaties in de zorg. Allereerst verscheen in 2000 het *World Health Report* van de Wereld gezondheidsorganisatie (WHO). In dit rapport werden bijna 200 nationale zorgstelsels in een rangorde geplaatst. Nederland eindigde in deze rangorde op de 17<sup>e</sup> plaats. Naar aanleiding van dit rapport gingen landen onderzoeken waarom zij op die plaats waren gerangschikt. Als tweede punt noemt Westert (2006) de afspraken die EU-leiders in Lissabon maakten, waarin Europa in 2010 een sterke economische macht zou moeten worden. Bij dit streven past een publieke sector die ‘meer met minder’ doet. De stijgende zorgkosten passen niet in dit plaatje. Het gaat volgens Westert (2006) op dit punt niet alleen om het kostenplaatje, maar ook om de vraag; hoe presteren we op het gebied van de gezondheidszorg?

*“Zowel op internationaal als nationaal niveau is er twijfel ontstaan over de kwaliteit en effectiviteit van de gezondheidszorg. De vraag om transparantie neemt toe. Burgers betalen graag voor zorg, maar niet voor een gebrek aan kwaliteit”, aldus Westert (2006, p. 4).*

Met de komst van performance management in de gezondheidszorg moeten de prestaties van zorginstellingen worden verbeterd (Grol, 2001). Sinds 2003 worden Nederlandse ziekenhuizen geconfronteerd met prestatie-indicatoren (Berg & Schellekens, 2002). In dit hoofdstuk zal in worden gegaan op de ontwikkeling van prestatie-indicatoren in de zorg en welke rol verschillende actoren hierin spelen.

## 2.2 Veranderingen in de zorg

De aandacht voor prestatiemeting in de zorg is min of meer een gevolg van marktwerking geweest (Wollersheim et.al., 2006). Daarnaast noemen Brans et.al. (2008) dat de publieke sector meer autonomie heeft gekregen om hun prestaties te vergroten doordat de overheid in het kader van deregulering steeds verder terugtreedt. Ook de toegenomen autonomie heeft er voor gezorgd dat de aansprakelijkheid voor de kwaliteit van dienstverlening binnen de publieke sector is toegenomen, aldus Brans et.al. (2008). Dit heeft onder andere als gevolg dat patiënten meer klant zijn geworden en daarmee een grotere keuzevrijheid hebben gekregen. De eerste ontwikkelingen in de zorg op het gebied van kwaliteitsmanagementsystemen vonden plaats in 1996. Toen werd de Kwaliteitswet Zorginstellingen ingevoerd. Via deze wet werd van gezondheidszorginstellingen verwacht dat zij een kwaliteitsmanagementsysteem zouden hebben om de kwaliteit van de zorg te bewaken, te beheersen en te verbeteren (RIVM, 2006). In de praktijk bleek dit onvoldoende te lukken (Wollersheim et.al., 2006). Het systeem bleek te vrijblijvend te zijn en bovendien hanteerde ziekenhuizen verschillende meetmethoden. Vanuit de overheid kwam de behoefte aan prestatie-indicatoren die een betrouwbaar en overzichtelijk beeld geven van de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg. Dit past in de lijn van een verschuiving van resultaatverantwoordelijkheid naar systeemverantwoordelijkheid, waarbij de overheid terugtreedt. Prestatie-informatie kan zodoende door de overheid worden gebruikt voor de onderbouwing van strategische keuzes op systeemniveau (RIVM, 2006).

De jaren negentig werden gekenmerkt door marktwerking in de zorg. Het bureauprofessioneel regime zou namelijk een aantal tekortkomingen kennen, die opgelost kunnen worden door marktwerking. Er zou sprake zijn van beperkte keuzemogelijkheden, onvoldoende samenhang en gebrekkige aansluiting van vraag en aanbod, aldus de ministeriële nota *Vraag aan bod* (VWS, 2001, p. 7). Om deze problemen tegen te gaan was marktwerking in de zorg noodzakelijk volgens de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). De RVZ stelde dat patiënten zoveel mogelijk als klanten moesten worden gezien, zoals dat in veel gevallen van de samenleving al het geval was (RVZ, 2004, p. 5). Marktwerking werd synoniem met vraagsturing: in de markt was de vraag van de klant leidend, aldus Tonkens (2006, p. 55). Bovendien kan marktwerking alleen ontstaan als de patiënt weet waar de beste zorg wordt geleverd (Schellekens et.al., 2003, p. 1). Dat kan alleen wanneer zorginstellingen openheid geven over hun dienstverlening, zodat de klant een oordeel kan vellen. Bovendien zijn er volgens Brans et.al. (2008) nog vele andere *stakeholders*, zoals zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen, die inzicht moeten krijgen in de prestaties van

ziekenhuizen. Pas dan is er sprake van verantwoorde marktwerking. Marktwerking in de zorg heeft geleid tot een verschuiving van aanbod naar vraag. Inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg past bij deze ontwikkeling, omdat patiënten vergelijkingen moeten kunnen maken tussen goed en slecht presterende ziekenhuizen om op die manier een verantwoorde keuze te kunnen maken.

De aandacht voor prestatie-indicatoren past geheel binnen de stroom van grote veranderingen en hervormingen die de laatste jaren in de gezondheidszorg zijn doorgevoerd, waarin marktwerking, prestatiecontracten, competitie en financiële prikkels centrale begrippen zijn geworden (Wollersheim et.al, 2006, p. 13). In 2006 werd marktwerking in de zorg verder vormgegeven via de Zorgverzekeringswet (NZA, 2006). Deze wet beoogde concurrentie te bevorderen welke zich voortaan af zou spelen op twee markten: de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt. Op de zorginkoopmarkt moeten verzekeraars concurreren om de gunst van verzekerden, terwijl zorgaanbieders op de zorginkoopmarkt moeten concurreren om contracten met zorgverzekeraars (Schut, 2006). Dit alles heeft er toe geleid dat er een veelvoud aan prestatie-indicatoren is ontwikkeld om te kunnen bepalen wat kwaliteit is, zodat zorgverzekeraars daar vervolgens een prijs aan kunnen verbinden.

### **2.3 Prestatie-indicatoren in de zorg**

Volgens Campell et.al. (2002) is een indicator een meetbaar aspect van geleverde zorg waarvan op basis van wetenschappelijk onderzoek is aangetoond of door middel van consensus tussen experts aannemelijk is gemaakt, dat het een aanwijzing geeft over de kwaliteit van die zorg. Volgens De Bruin (2006) kent het gebruik van prestatie-indicatoren in de zorg velen voordelen. Zo leidt het tot transparantie en geeft het een prikkel tot prestatieverbetering. Dit is overigens ook de heersende gedachte achter prestatie-indicatoren in de zorg (Wollersheim et.al., 2006). Doorgaans wordt er onderscheid gemaakt tussen procesindicatoren (betreffen het handelen van zorgverleners), structuurindicatoren (betreffen de organisatie van en voorwaarden voor een goede zorgverlening) en uitkomstindicatoren (betreffen de effecten die met de zorg bij de patiënten worden bereikt) (Wollersheim et.al., 2006, p. 17).

#### **2.3.1 Interne en externe prestatie-indicatoren**

In het kader van dit onderzoek is het onderscheid tussen interne en externe prestatie-indicatoren van groot belang. Zogenaemde interne indicatoren worden niet openbaar

gemaakt, maar worden vooral door ziekenhuizen en beroepsbeoefenaren zelf gebruikt om de kwaliteit van zorg te verbeteren (Berg & Schellekens, 2002; Wollersheim et.al., 2006). De ontwikkeling van prestatie-indicatoren is aanvankelijk begonnen voor intern gebruik. Prestatie-indicatoren kunnen voor verschillende doeleinden worden gebruikt. Externe prestatie-indicatoren zijn iets van de laatste jaren en dienen voor externe beoordeling van praktijken, zorginstellingen of gezondheidszorgsystemen door patiënten, publieke autoriteiten (inspectie, politiek) en verzekeraars. Dat wil zeggen dat externe indicatoren worden gebruikt als keuze-informatie voor patiënten en consumenten, als inkoopinformatie voor zorgverzekeraars, als toezichtinformatie voor de inspectie en als verbeterinformatie voor zorgverleners (Zichtbare Zorg, 2012). Indicatoren moeten voldoen aan bepaalde eisen die worden gesteld aan meetinstrumenten. Dat betekent dat ze valide en betrouwbaar moeten zijn: meten wat ze beogen te meten op een consistente, reproduceerbare manier (Wollersheim et.al, 2006, pp. 18-25). Waar interne prestatie-indicatoren voornamelijk gericht zijn op sturing en kwaliteitsverbetering, zijn externe indicatoren meer gericht op controle en vergelijking (Berg & Schellekens, 2002; De Koning & Hoeijmaker, 2007). Het zijn met name de externe prestatie-indicatoren die tot veel discussie leiden, omdat deze beoordeeld worden door actoren die zich buiten het ziekenhuis bevinden.

### ***2.3.2 Belangenstrijd bij vaststelling externe prestatie-indicatoren***

De wijze waarop externe prestatie-indicatoren tot stand komen is een proces van ingewikkelde onderhandelingen. Waar aanvankelijk alleen de IGZ en het ministerie van VWS zich bezig hielden met de vaststelling van prestatie-indicatoren zijn er nu tal van actoren betrokken bij de vaststelling van deze indicatoren (Lugtenberg & Westert, 2007). Voor zowel buitenstaanders als mensen op de werkvloer is dit een schimmig, onduidelijk en onoverzichtelijk proces. Er zijn veel tegenstrijdige belangen van ziekenhuizen, zorgverzekeraars, beroepsverenigingen, patiëntenverenigingen en de inspectie. Het vinden van informatie over de vaststelling van prestatie-indicatoren is bovendien geen eenvoudige opgave. In verschillende rapporten van de IGZ en Zichtbare Zorg wordt geen exacte uitleg gegeven over hoe een indicator nu precies tot stand komt.

Om enige structuur aan te brengen in de vaststelling van prestatie-indicatoren is een aantal jaren geleden het programma Zichtbare Zorg opgestart door het ministerie van VWS. Het Programma Zichtbare Zorg ondersteunt zorgsectoren bij het zichtbaar en vergelijkbaar maken van hun zorgkwaliteit. Binnen iedere zorgsector bepalen patiënten- en cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, professionals, verzekeraars en de inspectie wat kwaliteit is en hoe die moet worden gemeten. Het Programma Zichtbare Zorg heeft een

ondersteunde rol bij de ontwikkeling van de indicatorensets (Zichtbare Zorg, 2012). Met het programma Zichtbare Zorg is getracht om een breed gedragen indicatorenset te ontwikkelen waar alle betrokkenen zich in zouden kunnen vinden. Bovendien heeft Zichtbare Zorg geholpen met het opzetten van een data-infrastructuur om de gegevens te verzamelen en voor het verwerken van de gegevens tot vergelijkbare gegevens (Zichtbare Zorg, 2012). Door het werk dat Zichtbare Zorg heeft verricht kunnen kwaliteitsgegevens van ziekenhuizen nu beter met elkaar vergeleken worden. Hierdoor wordt onder anderen voorkomen dat gegevens niet goed vergelijkbaar zijn en dat patiënten, de media of zorgverzekeraars verkeerde conclusies kunnen trekken uit de beschikbare informatie.

De IGZ ontwikkelt jaarlijks een eigen set met indicatoren, dit gebeurt na overleg met de organisaties van de instellingen en professionals waar de IGZ direct toezicht op houdt. Dat zijn de vereniging van ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en de Orde van Medisch specialisten (Orde). Vaststelling van de indicatoren gebeurt op basis van een voorstel. Dit voorstel is voorbereid door groepen deskundigen uit onder andere de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten of de koepel van verpleegkundigen Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (*Basisset kwaliteitsindicatoren*:IGZ, 2012, p. 6). De IGZ geeft de zorgsector dus duidelijk de mogelijkheid om medebepalend te zijn bij de vaststelling van indicatoren. De IGZ gebruikt de basisset met prestatie-indicatoren bij het preventieve toezicht op ziekenhuizen. Dat houdt in dat met behulp van de informatie wordt bepaald of er een indicatie is voor nader onderzoek van de IGZ naar specifieke zorgprocessen in een ziekenhuis (IGZ, 2010, p. 9).

Zichtbare Zorg stelt de indicatorensets op een geheel andere wijze vast. De indicatorenset die zij ontwikkelen worden ontwikkeld in een werkgroep, bestaande uit afgevaardigden van wetenschappelijke beroepsverenigingen, zorgverzekeraars, verpleegkundigen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars. Uiteindelijk beslist de stuurgroep Zichtbare Zorg over de definitieve vaststelling van de indicatorenset. Naast de ontwikkeling van zorginhoudelijke indicatoren wordt er ook nog een vragenlijst met klantpreventies vastgesteld. Deze vragenlijst kan uiteindelijk worden uitgezet in verschillende ziekenhuizen, zodat gemeten kan worden wat de bevindingen van patiënten zijn ten aanzien van de genoten zorg (Zichtbare Zorg, 2012).

De IGZ gebruikt een deel van de indicatoren van Zichtbare Zorg voor haar toezichthoudende taak (IGZ, 2012). Uit het rapport *Basisset Kwaliteitsindicatoren* van de IGZ (2012) blijkt dat de IGZ en Zichtbare Zorg dingen met elkaar afstemmen om er voor te zorgen dat er geen overlap zit in de indicatoren. Indien er wel overlap is dan worden de indicatoren zoveel

mogelijk gelijk gehouden. Behalve wanneer een bepaald onderdeel noodzakelijk is voor specifiek toezicht, aldus de IGZ (2012).

### **2.3.3 De rol van zorgverzekeraars**

In Nederland worden er naast de indicatoren van Zichtbare Zorg en de IGZ ook nog door beroepsverenigingen en zorgverzekeraars indicatoren vastgesteld (Wollersheim et.al., 2006). Uit een interview met een beleidsmedewerker van het HagaZiekenhuis komt naar voren dat vooral zorgverzekeraars soms onmogelijke dingen vragen van zowel beleidsmedewerkers als medisch specialisten en verpleegkundigen. Zij zegt hierover het volgende: *“We moeten dan soms van de één op de andere dag met een nieuw overzicht van indicatoren komen.”* Dit leidt volgens de beleidsmedewerker tot extra administratieve lasten en bovendien zorgt het vaak voor onvrede en verwarring bij medisch specialisten.

Voor een groot deel hanteren zorgverzekeraars de kwaliteitsindicatoren die door de werkgroep Zichtbare Zorg zijn samengesteld. Zij maken immers deel uit van deze werkgroep (Zichtbare Zorg, 2012). Maar omdat zorgverzekeraars een geheel andere taak hebben dan zorgverleners is het gebruikelijk dat zorgverzekeraars ook nog een eigen set met indicatoren toevoegen aan deze basisset. Deze indicatoren gebruiken zij namelijk bij de inkoop van zorg. Dit leidt er toe dat medisch specialisten ook nog een indicatorenset van zorgverzekeraars bij moeten houden. Kortom een extra administratieve belasting. Tevens blijkt uit onderzoek van Meijer et.al. (2009) dat de administratieve lasten van medisch specialisten mede om die reden de laatste jaren zijn gestegen. Ondanks alle pogingen van Zichtbare Zorg is er geen eenduidige indicatorenset tot stand gekomen. Beroepsverenigingen, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties kunnen het maar niet eens worden over de indicatoren. In 2009 zouden alle indicatoren gelijk moeten zijn en was het idee dat er geen verschillen meer zouden bestaan. Dit blijkt uit een brief van Zichtbare Zorg (2008) die destijds toegestuurd is naar verschillende ziekenhuizen. Doordat dit niet is gelukt krijgen zorgverzekeraars alle ruimte om prestatie-indicatoren te ontwikkelen of indicatorensets van andere actoren over te nemen.



#### **2.4 Ter afsluiting**

Het is duidelijk geworden dat het programma Zichtbare Zorg haar taak niet volledig heeft volbracht. Er zal discussie blijven ontstaan over wat nu kwaliteit is en hoe je dat kunt meten. Dat betekent dat er de komende jaren naar alle waarschijnlijkheid veel verschillende prestatie-indicatoren in omloop zullen blijven. Tevens bestaat daardoor de kans dat medisch specialisten in de toekomst nog meer indicatoren bij zullen moeten gaan houden. Dat heeft als gevolg dat medisch specialisten rekening zullen moeten houden met meerdere indicatoren van verschillende actoren met uiteenlopende belangen. Iets wat normaliter niet bevorderlijk zal zijn voor de autonomie van een medisch specialist. In het volgende hoofdstuk zal in de theorie bekeken worden wat de gevolgen van prestatiemeting zijn voor medisch specialisten.

### 3. Een blik op de theorie

In het voorgaande hoofdstuk is aandacht besteed aan de ontwikkeling van prestatie-indicatoren in Nederland. Het is duidelijk geworden dat prestatie-indicatoren een steeds belangrijker rol gaan spelen in de zorg.

In dit hoofdstuk zullen de twee belangrijkste theoretische concepten van dit onderzoek aan bod komen. Het gaat hier voornamelijk om de verhouding tussen prestatiemeting en professionalisme. Professionals in de (semi) publieke sector worden in toenemende mate afgerekend op resultaten. Al die vormen van prestatiemeting hebben gevolgen voor de wijze waarop deze professionals te werk gaan. Uit verschillende onderzoeken van onder andere Marshall (2004); De Bruin (2006) en Brans et.al.(2008) komt naar voren dat prestatiemeting maar weinig positiefs oplevert voor professionals. In deze theoretische beschouwing zal echter ook worden gekeken onder welke omstandigheden professionals juist wel baad hebben bij prestatiemeting, zodat het misschien tot kwaliteitsverbetering kan leiden.

#### 3.1 New Public Management

Eerder kwam aan de orde dat het *New Public Management* (NPM) een mogelijke theoretische verklaring zou kunnen geven voor het feit dat ziekenhuizen steeds meer te maken hebben met prestatie- en verantwoordingsdruk. Prestatiemeting in de zorg is onlosmakelijk verbonden met verantwoording. Ziekenhuizen dienen hun prestaties te verantwoorden aan patiënten, zorgverzekeraars, de inspectie en de overheid. Onder invloed van het NPM wordt *accountability* als één van de kernwaarden van een bedrijfsmatige overheid gezien. NPM ontstond in de jaren tachtig in Groot-Britannië ten tijde van Thatcher. In de Verenigde Staten werd NPM door Reagen geïntroduceerd. Vervolgens namen landen als Australië en Nieuw Zeeland deze ontwikkeling over. Velen hervormingen binnen de publieke sector werden aan het NPM toegeschreven. Nieuwe neoconservatieve regeringen wilde een efficiëntere publieke sector en zette zich af tegen de bureaucratie (Kjaer, 2004, pp. 24-25). Het NPM gaat uit van het principe '*run government like business*' (Hood, 1991, p. 11). Hood (1991) stelt dat de opkomst van NPM gekoppeld kan worden aan vier andere ontwikkelingen in de jaren tachtig. Allereerst ontstond de notie om de overheids groei te beperken en waar mogelijk in te laten krimpen. Ten tweede was er een groeiende trend naar privatisering van overheidsorganisaties. Ten derde noemt Hood de opkomst van automatisering en de informatietechnologie. Als laatste punt wordt de internationalisering genoemd en de ontwikkeling van een internationale publieke agenda. Volgens Hood (1991, p. 3) bestaat het NPM uit zeven doctrines. De verantwoording over prestaties door

ziekenhuizen komt overeen met een aantal van deze doctrines. Het NPM gaat namelijk uit van heldere doelstellingen en meetinstrumenten en legt een grote nadruk op *output control* en op resultaatgerichtheid. Voorts stelt het NPM het belang van competitie in de publieke sector centraal. Ten slotte wordt genoemd dat er voorzichtig moet worden omgegaan met middelen; '*do more with less*'. Deze vier genoemde doctrines hebben een sterke overeenkomst met de ontwikkeling van verantwoording over prestaties die in de zorg gaande is. Het NPM vormt daarom een belangrijke theoretische grondslag voor een concept als prestatiemeting.

### **3.2 Prestatiemeting**

Vastgesteld kan worden dat het meten van prestaties binnen de stroming van het NPM past. Overheden, zo is de gedachte, leveren evenals bedrijven producten en diensten en kunnen op deze prestatie ook worden beoordeeld (Hood, 1991). Pollit & Bouckaert (1999) spreken van *performance oriented* management en geven daarmee aan dat het publieke management steeds meer te maken krijgt met sturing op resultaten. Het meten van resultaten binnen de publieke sector heeft een duale rol. Enerzijds zorgt het voor transparantie en anderzijds voor effectiviteit, aldus Noordegraaf & Abma (2003, p. 853). In de wetenschap is er sinds de jaren 80 een debat gaande over prestatiemeting in de publieke sector. Voorstanders stellen binnen dit debat dat prestatiemeting recht doet aan het idee van verantwoording en rekenschap. Daarmee kan de samenleving beoordelen of de publieke sector wel behoorlijk functioneert, dit doet recht aan het begrip *value for money*. Tegenstanders stellen dat prestatiemeting op geen enkele wijze recht doet aan de aard van de activiteiten die overheidsorganisaties verrichten. Wanneer productiecijfers worden gehaald wil dit nog niets zeggen over de kwaliteit of professionaliteit van het product (De Bruin, 2006, p. 11-12).

De Bruin (2006) is in Nederland één van de vooraanstaande auteurs op het gebied van prestatiemeting. Deze auteur geeft op een zeer beknopte en overzichtelijke manier weer wat de ontwikkelingen zijn op het gebied van prestatiemeting in de publieke sector. Vandaar dat zijn werk veelvuldig gebruikt en behandeld zal worden in dit onderzoek. Om enigszins zicht te krijgen op het debat rondom prestatiemeting zal er een aantal pro's en contra's van prestatiemeting worden besproken. Een prestatie betekent letterlijk 'iets voor elkaar krijgen'. Bij een private onderneming is daar een eenvoudige graadmeter voor, namelijk het maken van winst. Voor publieke organisaties is er geen eenduidige graadmeter. Publieke

organisaties zijn meer gericht op het creëren van maatschappelijke waarde en dat is moeilijk meetbaar (Linker, 2009, p. 55). Daarom zijn er critici die zeggen dat prestatiemeting niet binnen de publieke sector past. Zo stellen March & Olsen (1978) en Weick (1995) dat prestaties binnen de publieke sector moeilijk te meten zijn. Behoorlijk wat prestaties zijn onzichtbaar, moeilijk te definiëren of zelfs tegenstrijdig. Van Thiel & Leeuw (2002) spreken in termen van een *performance paradox*. Dat houdt in dat er een zwakke relatie is tussen prestatie-indicatoren en de prestaties zelf. De meting zegt dus niet veel over de werkelijke prestaties, met alle consequenties van dien. Behn (2003) en De Bruin (2006) zien niet alleen de negatieve aspecten van prestatiemeting. Volgens de Bruin (2006, p. 16) is het niet eenvoudig om prestaties te meten in de publieke sector, omdat de effecten van overheidsinterventies vaak moeilijk te meten zijn. Toch zijn er volgens deze auteur voldoende aspecten binnen de publieke sector die wel meetbaar zijn. Te denken valt aan de directe effecten van overheidsinterventies (de output: de afgegeven vergunning, het proces verbaal, het gepubliceerde artikel). Net als in de private sector kan een professionele organisatie een planningscyclus doorlopen, waarin prestaties worden gepland, gerealiseerd en gemeten. Al stelt Behn (2003) dat de organisatie wel rekening moet houden met de doeleinden waarvoor men prestatiemeting wil gaan gebruiken, deze moeten namelijk aansluiten bij de doelstellingen van de organisatie. Een bedrijf is namelijk anders dan een publieke organisatie en kan niet altijd dezelfde dingen meten.

Volgens de Bruin (2006, p.17) kan prestatiemeting een aantal functies vervullen. Allereerst kan het transparantie opleveren en dat kan op die manier een rol spelen in verantwoordingsprocessen. Een organisatie kan duidelijk maken welke producten zij levert en door middel van een input-output analyse laten zien welke kosten hieraan verbonden zijn. Een tweede functie vloeit voort uit de transparantie die ontstaat. De organisatie wordt namelijk in staat gesteld om te leren van de resultaten die naar voren komen in de meting. Op grond van de prestaties is het bovendien mogelijk om een oordeel te laten vellen door derden. Ten slotte noemt de Bruin als vierde de functie van afrekenen. Bij goed of slecht presteren kan respectievelijk een positieve of negatieve sanctie op worden gelegd.

### **Hypothese**

Uit het voorgaande wordt duidelijk dat het voor (semi) publieke organisaties moeilijker is om prestaties te meten, dan voor private organisaties. Daaruit komt de volgende hypothese naar voren:

Het meten van prestaties is vrijwel onmogelijk in de (semi) publieke sector, omdat in dit geval zorginstellingen meer gericht zijn op het creëren van medische waarde.

### 3.3 Positieve en negatieve effecten van prestatiemeting in de publieke sector

De Bruin (2006, pp. 17-47) heeft een aantal positieve en negatieve effecten van prestatiemeting gesignaleerd. Deze zijn terug te vinden in allerlei vormen van prestatiemeting binnen de (semi) publieke sector en kunnen een directe uitwerking hebben in organisaties.

Voordelen:	Nadelen:
Het leidt tot transparantie en is daarmee een prikkel voor innovatie.	Een stimulans voor strategisch gedrag.
Het beloont prestaties en voorkomt bureaucratie.	Het kan innovaties blokkeren.
Het is bevorderlijk voor leerprocessen, zowel binnen de organisatie als tussen organisaties.	Het blokkeert ambities.
Verbetering van de <i>intelligence</i> .	De daadwerkelijke prestaties van de organisatie worden verhuld.
	De professionele habitus kan verdreven worden.
	Het leidt tot kopiëren en niet tot leren.
	Het leidt tot een straf op prestaties.

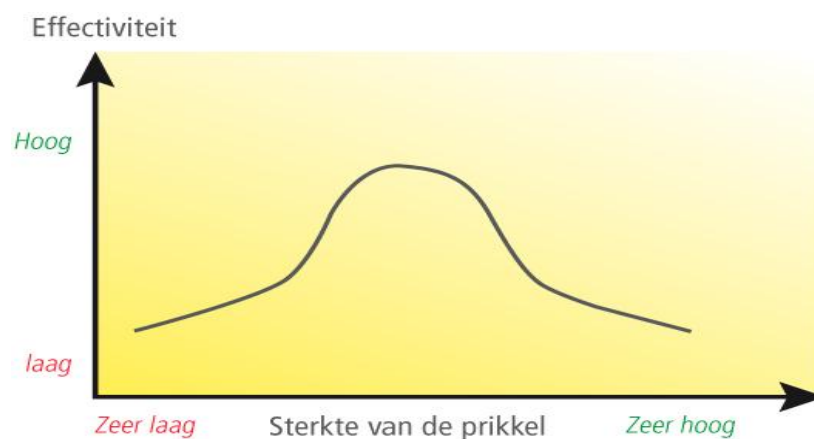
In de literatuur over prestatiemeting wordt vaak gerefereerd naar een uitspraak van Behn (2003). "*Whats gets measured gets done*", oftewel als je iets gaat meten dan zullen mensen het doen. Alleen wat organisaties meten is niet altijd precies wat ze werkelijk willen dat gedaan wordt, maar medewerkers doen nou eenmaal het werk wat gemeten wordt en niet wat er eigenlijk gedaan moet worden (Behn, 2003, p. 599). Behn (2003) stelt vast dat de doeleinden waarvoor prestatiemeting kan worden gebruikt nog al uiteen kunnen lopen. In het schema dat op de volgende pagina wordt weergegeven worden deze acht verschillende doeleinden van Behn (2003) uiteengezet en toegelicht. Wanneer een organisatie helder heeft waar een organisatie prestatiemeting voor wil gebruiken, dan kunnen er bijpassende prestatie-indicatoren bij de doeleinden worden gezocht. Op deze manier kan een organisatie ervoor zorgen dat het doeleinde waarvoor zij prestatiemeting inzet, kan worden behaald.

<b>Doeleinden:</b>	<b>Toelichting:</b>
Evaluëren	Om inzichtelijk te maken hoe een publieke organisatie presteert
Sturen	Om ervoor te zorgen dat medewerkers de juiste dingen doen
Motiveren	Om managers, <i>stakeholders</i> , professionals te motiveren
Promoten	Zodat publieke organisaties toezichhouders, politieke superieuren, wetgevers, <i>stakeholders</i> , het publiek kunnen overtuigen dat zij goed werk verrichten
Vieren	Vieren heeft meer een rituele functie. Geleverde prestaties kunnen gevierd worden zodat dit motiverend werkt voor de toekomst
Leren	Waarom werken bepaalde dingen wel en bepaalde dingen niet?
Bewijzen	Zodat bepaalde prestaties van de organisatie bewezen kunnen worden

Onder welke condities positieve of negatieve effecten naar boven komen is afhankelijk van de functie die productiecijfers hebben. Productiecijfers kunnen een lage en een hoge impact hebben. Wanneer cijfers slechts de functie van transparantie hebben, dan is er sprake van lage impact. De cijfers worden dan wel gepubliceerd, maar hebben geen directe gevolgen voor de professional (De Bruin, 2006, pp. 49-50). In de zorg is prestatiemeting opgezet om de transparantie te vergroten, dit zou vervolgens tot kwaliteitsverbetering moeten leiden, althans dit stelt de IGZ. In de praktijk heeft het ook nog een andere functie. Ziekenhuizen worden namelijk afgerekend op hun resultaten door zorgverzekeraars, die vervolgens de keuze maken of ze wel of geen zorg inkopen bij bepaalde ziekenhuizen. De Bruin (2006, p. 50) spreekt van een hoge impact als productiecijfers wel directe en zware consequenties hebben. Te denken valt aan een financiële sanctie. De prestatie wordt dan gekoppeld aan een positieve of negatieve financiële sanctie. Ook *naming and shaming* kan voorkomen bij een hoge impact. Productiecijfers van verschillende instellingen worden dan met elkaar vergeleken en gepubliceerd zodat het publiek de organisaties met elkaar kan vergelijken.

Patiënten kunnen er dan voor kiezen om niet meer naar bepaalde ziekenhuizen te gaan. Organisaties die net op of onder het gemiddelde uitkomen wat betreft hun prestaties lopen bovendien een groter risico op bestuurlijke interventies. Bij ziekenhuizen hebben de productiecijfers om bovenstaande redenen eerder een hoge impact, dan een lage impact.

De *wet van de Afnemende Effectiviteit* kan optreden als er sprake is van een hoge impact van prestatiecijfers. De prikkels voor pervers gedrag nemen dan namelijk toe. Wanneer dit het geval is dan neemt de effectiviteit van prestatiemeting af, omdat er sterke prikkels voor pervers gedrag ontstaan. Bij een hoge impact zullen medisch specialisten er namelijk veel aan doen om goed te scoren op de prestatie-indicatoren (De Bruin, 2006; Van Mil et.al., 2008). In het onderstaande figuur wordt aan de hand van sterke en zwakke prikkels aangegeven wanneer de effectiviteit van prestatiemeting afneemt. Als er sprake is van een sterke prikkel, dus wanneer de impact hoog is, dan neemt de effectiviteit van prestatiemeting af.



Bron: De Bruin (2006)

Volgens De Bruin (2006, p. 51) kunnen er bij een hoge impact dus prikkels voor pervers gedrag ontstaan, bijvoorbeeld in de vorm van strategisch gedrag, verwaarlozen van innovatie en professionele waarden die genegeerd worden. De impact van een lage *ranking* kan overigens dusdanig veel consequenties hebben dat organisaties alles in het werk zullen stellen om dit te voorkomen.

### **3.4 Prestatiemeting en handelingsperspectieven**

In de voorgaande subparagraaf wordt duidelijk dat prestatiemeting zowel positieve als negatieve gevolgen kan hebben voor organisaties. Daarmee kan prestatiemeting gevolgen hebben voor de handelingsperspectieven van medisch specialisten.

Met handelingsperspectieven wordt in dit onderzoek bedoeld op de afweging voorafgaand aan het handelen van de medisch specialist. Dit is afgeleid van wat Borg (2003) zegt over cognitie van de leraar: wat leraren denken, geloven en weten en de relatie tussen deze denkbeelden en hun handelingen. Deze definitie van handelingsperspectief is eveneens te gebruiken voor medisch specialisten, omdat het inzicht kan geven in de denkwijze van een medisch specialist voorafgaand aan een bepaalde handeling.

Wat betreft de handelingsperspectieven van medisch specialisten zijn er eigenlijk twee belangrijke motieven te onderscheiden. Aan de ene kant kan de medisch specialist er voor kiezen om professionele waarden altijd voorop te stellen, dit wordt in dit onderzoek het medisch professioneel handelingsperspectief genoemd. Daarbij wordt uitgegaan van de gedachte van het professionalisme (Wilensky, 1964; Abbot; 1988). Dat zal in sommige gevallen betekenen dat prestatie-indicatoren terzijde worden geschoven. Zeker wanneer deze de professionele autonomie in gevaar zouden brengen. De medische professionele autonomie houdt namelijk ook in dat specialisten af kunnen wijken van de standaard om daarmee het patiëntenbelang voorop te stellen (KNMG, 2007). Het medisch belang van de patiënt zal bij dit handelingsperspectief voornamelijk voorop staan. Wanneer prestatie-indicatoren conflicteren met medisch professionele waarden, dan zal de medisch specialist kiezen voor medische professionele waarden en de prestatie-indicatoren niet langer volgen. De basis voor medisch professioneel handelen wordt gevormd door onderzoek en consensus binnen de beroepsgroep, bij voorkeur vastgelegd in standaarden, richtlijnen en protocollen (KNMG, 2007, p. 2).

Aan de andere kant kan het zo zijn dat prestatie-indicatoren een dusdanig belangrijke functie hebben, vanuit het perspectief van de medisch specialist, dat medisch specialisten hun werk zo inrichten dat zij zoveel mogelijk proberen te voldoen aan prestatie-indicatoren. Dit wordt in het kader van dit onderzoek een prestatievolgend handelingsperspectief genoemd. Bij dit handelingsperspectief zullen medisch specialisten een deel van hun professionele autonomie op moeten geven om daarmee plaats te maken voor de invloed van prestatie-indicatoren. Zowel een prestatievolgend handelingsperspectief als een



medisch professioneel handelingsperspectief zal herkend kunnen worden bij de medisch specialisten die aan dit onderzoek hebben meegewerkt. Dit zal deels afhankelijk zijn van de functie die prestatie-indicatoren voor de specialisten hebben. Wanneer het voor de specialisten meer een functie heeft van leren, dan zal het medisch professioneel handelingsperspectief eerder gekozen worden. Als prestatie-indicatoren de functie van afrekenen hebben, dan zal er uit angst voor sancties eerder een prestatievolgend handelingsperspectief gekozen worden.

Eerder onderzoek van onder andere Marshall (2000) en Behn (2003) heeft aangetoond dat medisch specialisten in sommige gevallen geneigd zijn om hun werk op een dusdanige manier in te richten, zodat zij kunnen voldoen aan de prestatie-indicatoren. In de onderstaande subparagrafen zal een aantal onderzoeken besproken worden dat de effecten van prestatie-indicatoren op de handelingsperspectieven van medisch specialisten in kaart zal brengen.

#### **3.4.1 Prestatie-indicatoren en het negatieve effect op handelingsperspectieven**

Bij een prestatievolgend handelingsperspectief zal de kans groter zijn dat prestatie-meting negatieve gevolgen heeft, omdat medisch specialisten zich dan eenzijdig richten op de prestatie-indicatoren. Hier zal dan een aantal handelingsperspectieven uit ontstaan die een negatieve impact hebben op de prestatie-meting.

Het bekend maken van prestatiescores is onder artsen niet populair. Uit onderzoek van Marshall (2000) blijkt dat artsen de uitkomsten vaak niet als bruikbaar beschouwen en twijfelen aan de validiteit van de data. Uit onderzoek van Narrins (2005) blijkt wel dat artsen van mening zijn dat de prestatiescores van invloed zijn op het handelen. Zo stelt een aantal artsen dat de prestatiescores invloed hebben op hun verwijsgedrag en dat zij de scores gebruiken in gesprekken met patiënten. Bovendien blijkt uit dit zelfde onderzoek van Narrins (2005) dat beslissingen van medisch specialisten in sommige gevallen beïnvloed kunnen worden door de prestatiescores.

Volgens een psychologische studie van Deci (1999) kan *public reporting* een averechts effect hebben op professioneel handelen. De prestatie-indicatoren zouden de intrinsieke motivatie van zorgverleners namelijk kunnen ondermijnen. Daardoor kan de beroepsuitoefening in plaats van vooruit, juist achteruit gaan.

Uit verschillende studies blijkt dat het bekendmaken van prestatiescores een groot aantal ongewenste effecten met zich meebrengt. Effecten zoals risicoselectie, het onnodig uitvoeren van verrichtingen om gestelde doelen te halen, eenzijdige gerichtheid op alleen

die kwaliteitsaspecten die in de beoordeling zijn opgenomen en het afremmen van innovatie, fraude met gegevens en de focus op korte termijn effecten van kwaliteitsverbetering (Freeman, 2002; Marshall, 2004; Werner, 2005). Ook uit deze negatieve effecten zijn overeenkomsten te vinden met de nadelen die De Bruin (2006) noemt. Uit de kritiepunten die de Bruin (2006) noemt, wordt namelijk duidelijk dat prestatiescores de ambities kunnen blokkeren en een beperkende werking kunnen hebben op innovaties. Bovendien komt de toename van strategisch gedrag bij artsen duidelijk naar voren in de zojuist besproken onderzoeken.

Wat betreft prestatiescores in relatie tot het gedrag van individuele artsen en medisch specialisten lijkt het gedrag bijna altijd in negatieve zin te worden beïnvloed. Daarbij wordt er vaak strategisch gedrag gesignaleerd (Wollersheim et.al., 2006, p. 34). In navolging van De Bruin (2006) kan worden geconcludeerd dat perverse effecten vooral op zullen treden wanneer prestatie meting een hoge impact heeft. In tegenstelling tot de voorgaande onderzoeken zal in dit onderzoek veel meer gekeken worden naar de functie die prestatie meting in de zorg heeft. De internationale onderzoeken die zojuist zijn besproken, houden hier namelijk geen rekening mee. De functie van prestatie meting kan namelijk bepalend zijn voor de manier waarop in dit geval medisch specialisten met prestatie-indicatoren omgaan. Wanneer medisch specialisten worden afgerekend op resultaten, dan heeft dit ingrijpendere gevolgen dan wanneer prestatie meting alleen de functie van transparantie vervult.

#### ***3.4.2 Prestatie-indicatoren en het positieve effect op handelingsperspectieven***

Wanneer een medisch professioneel handelingsperspectief wordt gehanteerd dan zullen medisch specialisten hun werk volgens de eigen medische standaarden uitvoeren en zich niet te veel bezig houden met prestatie-indicatoren. Hierdoor lijkt de kans op leren van prestatie meting toe te nemen, omdat de kans dan groter is dat de resultaten van de meting ook echt wat zeggen over de kwaliteit van het werk. Bij een medisch professioneel handelingsperspectief zullen de prestatie-indicatoren namelijk niet snel worden gemanipuleerd om beter uit de score te komen.

De literatuur over prestatie meting heeft vooral aandacht voor de negatieve effecten van prestatie meting op de professional. Er is maar in beperkte mate aandacht voor positieve effecten. Toch noemen De Bruin (2006) en Van Mil et.al. (2007) een aantal positieve effecten, zoals een prikkel tot innovatie, beloning van prestaties en kwaliteitsverbetering.

Onderzoek van Freeman (2002) toont aan dat er ook bij artsen initiatieven voor kwaliteitsverbetering ontstaan wanneer zij geconfronteerd worden met prestatiescores.

### **3.4.3 Prestatie-indicatoren en het effect op ziekenhuizen**

Prestatiemeting heeft niet alleen gevolgen voor medisch specialisten. Ook managementafdelingen van ziekenhuizen zijn gevoelig voor prestatie-indicatoren. Uit studies van Marshall (2002) en Werner (2005) komt weinig bewijs dat de veronderstelling onderbouwt dat de kwaliteit van zorg verbetert na publicatie van prestatie-indicatoren. In een review-artikel van Marshall (2000) wordt duidelijk dat alleen het management van ziekenhuizen in beperkte mate reageert op prestatiegegevens. Het openbaar maken van gegevens over de kwaliteit van zorg leidt volgens Hibbard (2003) en Beck (2005) wel tot meer initiatieven om de kwaliteit te verbeteren, maar dit beperkt zich alleen tot initiatieven die ontwikkeld worden door het management van zorginstellingen. Volgens Brans et.al. (2008) komt dat omdat het management de prestaties met andere ziekenhuizen vergelijkt en daardoor worden ze geprikkeld tot kwaliteitsbeleid. Sommige studies stellen vast dat het gevaar van prestatiemeting is dat als een score goed uit valt, dat er dan geen actie wordt ondernomen. Wanneer er sprake van een slechte score is dan ondernemen ziekenhuizen eerder actie (Luce, 1996; Weiner, 2006). Desondanks wijzen De Bruin et.al. (2006) en van Mil et.al. (2008) op het feit dat prestatiemeting in het algemeen tot kwaliteitsverbetering kan leiden. Zij maken daarbij geen onderscheid tussen een goede en een slechte score. Het lerend vermogen van de organisatie zou volgens deze auteurs naar een hoger niveau worden gebracht.

#### **Hypotheses**

Uit subparagraaf 3.3 en 3.4 kan worden opgemaakt dat prestatiemeting zowel positieve als negatieve effecten kan genereren. Of prestatiemeting tot kwaliteitsverbetering zou leiden, daar is behoorlijk wat discussie over. De theorie en empirie spreken elkaar soms tegen en ook binnen de empirie zijn er verschillende uitkomsten van onderzoeken. Juist om die reden is ervoor gekozen om er in de hypothese vanuit te gaan dat het tot kwaliteitsverbetering kan leiden. De volgende twee hypothesen zullen getoetst worden:

Prestatiemeting in de zorg leidt tot initiatieven voor kwaliteitsverbetering bij medisch specialisten.
--

Bij prestatie­meting in de zorg ontstaan er prikkels voor pervers gedrag, zoals: strategisch gedrag, eenzijdig richten op kwaliteitsdoelen, negeren van professionele waarden en het verwaarlozen van innovatie.

### **3.5 Verantwoording over prestaties**

Binnen de (semi) publieke sector hebben veel organisaties in toenemende mate te maken met zware verantwoordingslasten, aldus Bovens (2005, p. 2). Ziekenhuizen, praktijken en professionals moeten in toenemende mate werk maken van kwaliteitsverbetering. Daarbij speelt verantwoording een belangrijke rol. Er moet verantwoording worden afgelegd aan de samenleving over de zorg die ze bieden en de kwaliteit daarvan (Wollersheim et.al., 2006, p. 59). Desalniettemin leveren professionele organisaties vaak complexe diensten. Het is volgens de Bruin (2006) noodzakelijk dat deze organisaties op afstand geplaatst worden om ze autonomie te gunnen bij de voortbrenging van hun diensten. Alleen tegenover autonomie staat echter een plicht tot verantwoording: hoe worden overheidsmiddelen besteed? Prestatiemeting is daartoe een zeer krachtig communicatiemiddel. Een complexe prestatie van een organisatie wordt teruggebracht tot haar essentie. Al wordt het steeds moeilijker om prestaties te benoemen, bijvoorbeeld in het geval van de zorg waar het om zeer complexe taken gaat. Autonomie is hier noodzakelijk omdat de prestatie zo complex is (De Bruin, 2006, p. 11-12).

#### **3.5.1 Verantwoording als kernbegrip binnen de publieke sector**

De hier boven geschetste plannen leidden ertoe dat de overheid op een andere manier werd ingericht. Toezicht en verantwoording werden kernbegrippen binnen de overheid. Niet alleen de overheid kreeg te maken met toezicht en verantwoording, maar ook allerlei organisaties die maatschappelijke diensten aanbieden, zoals ziekenhuizen. De opkomst van het NPM leidde tot een nieuwe ordening en toezichtstructuur: de overheid op afstand, verantwoording over prestaties en toezicht op het behalen van prestaties. Bovendien leidde de marktwerking bij maatschappelijke dienstverleners ertoe dat er meer verantwoording moest worden afgelegd aan toezichthouders, dit blijkt uit onder andere uit: *Bewijzen van goede dienstverlening van de WRR* (2004, p. 187).

In de collectieve sector werd het denken omgedraaid. Er werd niet meer gedacht vanuit taken en producten, maar vanuit maatschappelijke vraagstukken en gewenste effecten. Om vervolgens te bekijken wat er dan het beste gedaan kon worden. Begrotingen werden

gepresenteerd in een nieuwe stijl en in jaarverantwoordingen werden niet alleen de inspanningen van het afgelopen jaar verantwoord, maar ook voor zover mogelijk over prestaties en effecten. Er ontstonden begrippen als *outcome*, *output*, *throughput* en *input* (Linker, 2009, pp. 56-57).

Zowel Bovens als Schillemans zijn vooraanstaande auteurs op het gebied van verantwoording of het gelijknamige *accountability*. Vele artikelen en boeken die voornamelijk gericht zijn op verantwoording in de publieke sector zijn door deze twee auteurs gepubliceerd. Vandaar dat er in dit onderzoek behoorlijk wat wordt gerefereerd naar eerder werk van deze auteurs.

Verantwoordelijkheid en verantwoording zijn begrippen die nauw met elkaar samenhangen. Toch zijn het twee verschillende begrippen. Verantwoordelijkheid is een stand van zaken en verantwoording is meer een proces. Verantwoordelijkheid, in de zin van taken, bevoegdheden en plichten, gaat vaak vooraf aan verantwoording; wie bepaalde verantwoordelijkheden heeft, moet daar veelal verantwoording over afleggen (Bovens, 2005, p. 2). Om te zorgen voor een scherpe afbakening van het begrip verantwoording zal de volgende definitie van verantwoording gehanteerd worden:

*Er is sprake van verantwoording wanneer er een relatie is tussen een actor en een forum, waarbij de actor zich verplicht voelt om informatie en uitleg te geven over zijn optreden, het forum nadere vragen kan stellen, een oordeel uit kan spreken en dit oordeel consequenties kan hebben voor de actor (Bovens & Schillemans, 2009, p. 20).*

Deze definitie van verantwoording geeft duidelijk aan dat er een relatie moet zijn tussen een actor en forum. Daarmee worden incidentele vormen van verantwoording uitgesloten. Bovendien verwijst de definitie heel duidelijk naar oordelen en sanctionering. Zeker in de zorg speelt dit een steeds belangrijker rol en wordt verantwoording steeds minder vrijblijvend. Zorgverzekeraars krijgen een belangrijker positie als verantwoordingsforum en hebben meer bevoegdheden om in te grijpen als dit nodig is. De definitie denkt daarmee de aard van verantwoording in de zorg.

Wanneer bepaalde informatie door een actor openbaar wordt gemaakt, hoeft dat nog geen verantwoording te zijn. Volgens Bovens (2005, p. 4) is er pas sprake van verantwoording wanneer er een relatie is tussen een actor en een forum, waarbij de actor zich verplicht voelt om informatie en uitleg te verstrekken over zijn eigen optreden. Daarbij moet de mogelijkheid aanwezig zijn dat het forum nadere vragen kan stellen, een oordeel uitspreekt

en sancties op kan leggen. De actor die verantwoording aflegt kan zowel een individu als een organisatie zijn. Het verantwoordingsforum zal vaak een specifiek individu zijn, zoals een ouder, partner, collega, chef, of een concrete instelling, zoals de Belastingdienst, een inspectie of een rechtbank. Bij publieke verantwoording zal de actor vaak een (semi) publieke instelling of organisatie zijn (Bovens, 2005, p. 3). Om te kunnen bepalen wanneer er daadwerkelijk sprake is van publieke verantwoording kan er naar de onderstaande voorwaarden worden gekeken.

Volgens Bovens & Schillemans (2009, p. 24) is er sprake van publieke verantwoording wanneer:

1. het gaat over de besteding van publieke middelen of de uitoefening van publieke taken en bevoegdheden;
2. de verantwoording direct of indirect openbaar is;
3. deze plaatsvindt vanuit het perspectief van de publieke zaak.

In de gezondheidszorg wordt er verantwoording afgelegd over de behartiging van publieke belangen. Doorgaans gaat deze verantwoording over de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de zorg (Grinten & Meurs, 2005, p. 216). Het is belangrijk om te weten wanneer er daadwerkelijk sprake is van structurele verantwoording, omdat incidentele vormen van verantwoording niet in dit onderzoek zullen worden behandeld. Bovens & Schillemans (2009, p. 25) spreken in dit kader in termen van een verantwoordingsregime en doelen hiermee op een geheel van verantwoordingsarrangementen en relaties rondom een actor. Volgens Bovens (2005, p. 4) is er sprake van een verantwoordingsarrangement wanneer een verantwoordingsrelatie een institutioneel karakter heeft. Dat is het geval wanneer het verantwoordingsproces in regels is vastgesteld, wanneer er sprake is van staande praktijken en vaste routines of wanneer het verantwoordingsproces vaste vormen, waarden en instrumenten kent. Een eenmalig zelf ingestelde visitatie is nog geen verantwoordingsarrangement, aldus Bovens (2005).

### **3.5.2 Verantwoordingsfora**

Bovens & Schillemans (2009, pp. 26-27) onderscheiden vijf vormen van verantwoording. Daarbij moet gekeken worden naar de aard van het forum. De indeling leidt tot een indeling op basis van het soort forum aan wie de actor verantwoording moet afleggen (Bovens, 2005, p. 4). Allereerst gaat het om politieke verantwoording, dus om politieke fora, zoals volksvertegenwoordigers, kiezers, politieke partijen, en in toenemende mate ook de media. Ten tweede gaat het om juridische verantwoording aan juridische fora, zoals rechtbanken. In

het geval van de zorg kan ook aan de medische tuchtcommissie worden gedacht. Als derde vorm gaat het om administratieve verantwoording, dit gebeurt aan een reeks van financiële of bestuurlijke toezichthouders, zoals ombudslieden, rekenkamers, inspecties en onafhankelijke autoriteiten. De vierde vorm is professionele verantwoording. Daarbij wordt er verantwoording afgelegd aan vakgenoten. Een aantal publieke instellingen, zoals scholen, ziekenhuizen en universiteiten zijn professionele organisaties. Zij hebben te maken met beroepsverenigingen en andere professionele verbanden die eigen normen en regels hanteren, deze zijn in verordeningen of protocollen vastgesteld. Ten slotte noemt Bovens (2009) maatschappelijke verantwoording. Bij deze vorm is er sprake van verantwoording aan belangengroepen, burgers en andere *stakeholders*. Ook burgers worden in deze benadering gezien als relevante fora, maar dan niet in hun hoedanigheid van kiezer, maar als klant of belangenbehartiger. Bij ziekenhuizen kunnen onder andere patiënten, zorgverzekeraars, huisartsen en patiëntenverenigingen als zogenoemde *stakeholders* worden gezien (Brans et.al., 2008).

### **3.5.3 Verantwoordingsrelaties**

Er kan onderscheid gemaakt worden tussen drie verantwoordingsrelaties. Er is sprake van verticale verantwoording wanneer het forum formele macht heeft over de actor (Bovens & Schillemans, 2009, p. 28). In de gezondheidszorg bestaat er een verticale relatie tussen de uitvoerders van zorg en de wettelijke controle- en toezichtsorganen: de vijf zogenoemde ZBO's Zorg en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Deze vijf ZBO's Zorg bestaan uit: Het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ), College tarieven gezondheidszorg (CTG), College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ), College sanering ziekenhuisvoorzieningen en het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Deze verantwoordingsfora leggen op hun beurt weer verantwoording af aan de minister en het parlement (Grinten & Meurs, 2005, p. 216). Er is dus sprake van een hiërarchische relatie tussen zorgaanbieders en de IGZ. De tweede vorm is horizontale verantwoording, dit wordt ook wel maatschappelijke verantwoording genoemd. Er is bij deze vorm geen sprake van een hiërarchische relatie. Verantwoording wordt alleen afgelegd op vrijwillige basis. De laatste jaren beweegt verantwoording zich in toenemende mate in de richting van horizontale relaties. Volgens Grinten & Meurs (2005, p. 216) kan hierbij worden gedacht aan verantwoordingsfora, zoals zorgverzekeraars, beroepsgroepen en de media. Dit worden in navolging van Brans et.al. (2008) ook wel *stakeholders* genoemd. Verticale vormen van verantwoording zijn de afgelopen jaren ingewisseld voor horizontale vormen van

verantwoording, maar als een toezichthouder wordt aangesproken op de kwaliteit en doelmatigheid in de zorg, dan wordt er vaak nog geredeneerd in termen van verticaal toezicht en het daarbij behorende verantwoordingsregime, aldus Grinten & Meurs (2005, p. 217). Ten slotte is er nog diagonale verantwoording. Hierbij gaat het om een tussenvorm; het is verantwoording in de schaduw van de hiërarchie (Bovens & Schillemans, 2009, p. 28).

### **Hypothese**

Uit het voorgaande is naar voren gekomen dat horizontale vormen van verantwoording een steeds belangrijkere rol gaan spelen. Dit geldt ook voor de zorg, waar zorgverzekeraars steeds meer de regie gaan krijgen. De volgende hypothese vloeit hier uit voort:

De zorgverzekeraar als horizontaal verantwoordingsforum vormt een directe bedreiging voor de medische professie.

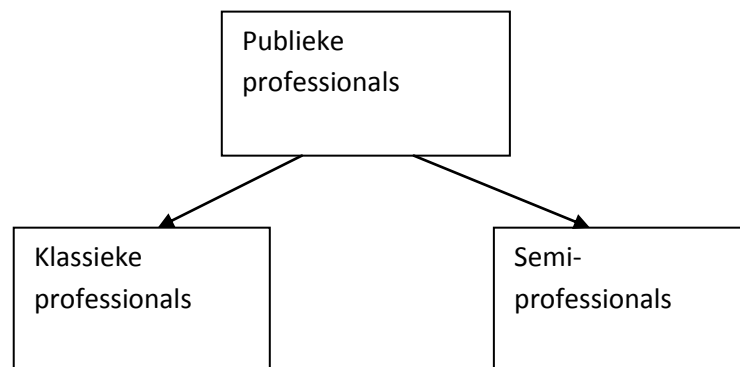
### **3.6 Medisch specialisten als publieke en klassieke professionals**

Prestatiemeting en de toenemende druk om verantwoording af te leggen over prestaties vergt behoorlijk wat extra inspanning van medisch specialisten. Dat is in de voorgaande subparagrafen uitgebreid behandeld. Een aantal keer is in deze paragrafen de term professional genoemd. In deze subparagraaf zal in worden gegaan op het begrip professional. In dit onderzoek worden medisch specialisten gezien als publieke professionals. Hierbij gaat het volgens Noordegraaf & Sterrenburg (2009, p. 116) om professionals in publieke en maatschappelijke dienstverlening, zoals (jeugd) zorg, welzijn, onderwijs en politie. De term professional wordt in toenemende mate bij allerlei beroepen gebruikt. Waar het voorheen vooral om artsen en advocaten ging, gaat het nu bijvoorbeeld ook om consultants en maatschappelijk werkers.

Wilensky (1964) was een van de eerste die invulling gaf aan het begrip 'professional of 'profesionalisme'. In een tijd waarin dienstverlening steeds belangrijker werd, vroeg hij zich af wie nu professional was en wie niet. Volgens Wilensky staat hier een aantal dingen centraal: expertise, opgedaan door middel van lange, gespecialiseerde training en normen die door de beroepsgroep zelf zijn opgesteld, en waaraan een professional zich dient te houden (Wilensky, 1964). Volgens Noordegraaf (2008, p. 195) zijn professionals hoogopgeleid en zijn ze door die opleiding en door hun ervaring die ze tijdens en na hun opleiding opdoen, in staat om complexe taken uit te voeren. Voorts is het belangrijk om aan



te geven dat met de term publieke professional in dit onderzoek bedoeld wordt op de klassieke professionals, zoals artsen, advocaten en accountants. Medisch specialisten kunnen ook onder deze groep geschaard worden. Zij kunnen getypeerd worden als publieke professionals die binnen die categorie onder de klassieke professionals vallen. Van den Brink et.al. (2009) typeren leraren, politieagenten en verpleegkundigen als semi-professionals. Ook zij kunnen beschouwd worden als zogenoemde publieke professionals. Het onderstaande schema verduidelijkt dit.



### **3.6.1 Professional control**

In de voorgaande subparagraaf is vastgesteld dat medisch specialisten zowel als klassieke professionals als publieke professionals gezien kunnen worden. In deze subparagraaf zal bekeken worden wat nu precies de eigenschappen zijn van een klassieke professie. Om de uitoefening van bepaalde taken te reguleren en ook om de taakoefening af te schermen zodat kwaliteit gewaarborgd wordt, richten professionals georganiseerde verbanden op. Deze professies houden zich bezig met opleidingen, bepalen wie tot de beroepspraktijk wordt toegelaten, ze zorgen voor na- en bijscholing, geven vakbladen uit en straffen beroepsvoeraren als de taakuitoefening verwaarloosd wordt (Noordegraaf, 2008, p. 195). Bij klassieke professies wordt de beroepsuitoefening volgens Freidson (2001) door *professional control* gekenmerkt. De professie wordt dus in stand gehouden door control. Noordegraaf (2008, p. 196) maakt op basis van Noordegraaf & Meurs (2002); Abbott (1988) en Freidson (2001) onderscheid tussen inhoudelijke control en institutionele control. Bij inhoudelijke control gaat het om de professie die bepaalt wat professionals weten en over welke vaardigheden ze beschikken om taken uit te kunnen oefenen. Wilensky (1964, p. 138) spreekt van *technical base* en doelt hiermee op de technische basis van kennis en kunde die is omschreven in handboeken, tijdschriften en reglementen. Het beïnvloedt niet alleen wat professionals weten, maar ook hoe ze te werk gaan. De technische basis moet ook tot op zekere hoogte onomschreven blijven, omdat de beroepsuitoefening anders nauwelijks is af

te schermen. Bovendien dienen effectieve kennis en kunde gepaard te gaan met een professioneel 'voorkomen' (Noordegraaf, 2008, p. 196).

Noordegraaf (2008, p. 196) stelt dat institutionele control de andere vorm van professionele control is. Bij institutionele control gaat het om de professie die eigen mogelijkheden heeft om het eigen professionele domein af te schermen. Te denken valt aan beroepsgroepen voor artsen, die de bevoegdheid van de staat hebben om het beroepsdomein in te richten en te reguleren. Er is dus sprake van een eigen jurisdictie. Houding en attitude zijn ook van belang bij professionals, daarom worden er gedragscodes en allerlei ethische codes ontwikkeld.

### **3.6.2 Full and final jurisdiction**

Abbot (1988, pp. 70-71) spreekt van: *full and final jurisdiction*. Hij doelt hiermee op een exclusieve claim op een set van taken. Volgens Abbot is het maar weinig specialismen gelukt om dit te bewerkstelligen. Wanneer het maatschappelijk belang groot is, de taak complex is en er hoge cognitieve eisen worden gesteld aan de uitvoering van die taak, kan er exclusiviteit worden verwacht. Volgens de WRR (2004, p. 67) speelt de overheid een belangrijke rol bij het instandhouden van de exclusiviteit. Publieke erkenning, wettelijke sanctionering van het beroepsmonopolie, door het vaststellen van opleidingseisen, door het verdelen van opleidingsplaatsen en door het financieren van opleidingen kan de overheid de exclusiviteit instandhouden. De medisch specialist is hiervan een goed voorbeeld. Een groot deel van zijn takenpakket is inmiddels gedelegeerd aan verpleegkundigen en bestuurders. Bovendien is de medisch specialist niet altijd meer werkzaam in het kleine verband van de maatschap, toch is zijn maatschappelijke status vrijwel onveranderd gebleven en is zijn hoge hiërarchische positie in zowel instelling als sector nauwelijks geschaad. Dit heeft volgens de WRR (2004, p. 67) te maken met de juridische ruggensteun voor de medisch specialisten en door de wetenschappelijke grondslag van hun expertise, ongeacht of ze nu wel of niet dagelijks gebruikmaken van deze wetenschappelijke kennis.

### **3.6.3 De klassieke professie en professionele autonomie**

Freidson (1973) en Starr (1982) stellen in het rapport *Variatie in prestatie* (Westert, 2006, p. 15) dat medici in de vorige eeuw professionele autonomie verwierven. Eerder is vastgesteld dat medici binnen de klassieke professie vallen, net als advocaten, notarissen en accountants. In deze beroepen wordt er een beroep gedaan op een specialistische kennisbasis, handelen wordt door zelfcontrole gereguleerd en er is sprake van een afgeschermd relatie met de cliënt. Volgens Hupe (2007, p. 132) hebben de

beroepsverenigingen van medici een rijke traditie. Het bestaan van medisch tuchtrecht laat overigens zien dat er een hoge mate van institutionalisering is van de medische professie. Professionele autonomie heeft er volgens Freidson (1973) voor gezorgd dat geneesheren en kwakzalvers niet zomaar toe konden treden tot de medische professie. Bovendien heeft de beroepsgroep grote medische innovaties tot stand weten te brengen. De professionele autonomie heeft de medische professie ook macht bezorgd, die wordt onder andere gebruikt om de omstandigheden waaronder gewerkt wordt te beïnvloeden. Toch staat de legitimiteit van macht en autonomie van medici onder druk door een gebrek aan zelfregulering en interne kwaliteitscontrole (Westert, 2006, p. 16).

#### **3.6.4 Medische professionele autonomie**

De beroepsverenigingen spelen een belangrijke rol in de bescherming van de autonomie. De beroepsverenigingen hebben daarmee een ‘autonomie standaard’ ontwikkeld voor artsen. In deze protocollen wordt omschreven – op basis van ervaringen (*practice based*) en onderzoek (*evidence based*) – hoe artsen behoren te behandelen bij bepaalde vragen (Boerman, 2005, p. 17). Om het gezondheidsbelang van een patiënt te kunnen dienen heeft een arts de ruimte nodig om zelf een oordeel te kunnen vormen over wat het beste is voor de patiënt (KNMG, 2007, p. 10). Deze medische professionele autonomie is van groot belang bij een goede beroepsuitoefening van medisch specialisten.

De Jong (2008) stelt in haar proefschrift aan de orde dat er sprake is van een paradox tussen autonomie en externe controle. Het ontwerpen en volgen van richtlijnen, om daarmee een brug te slaat tussen de collectieve kennisbasis en de individuele praktijkuitvoering, zou een uiting zijn van zelfregulering en zelfcontrole en daarmee de autonomie legitimeren. Richtlijnen maken echter ook externe controle mogelijk. De ontwikkeling van richtlijnen ondermijnt tegelijkertijd de professionele autonomie volgens De Jong (2008). Richtlijnen worden in eerste instantie namelijk opgesteld om de collectieve autonomie te legitimeren en om te voorkomen dat andere de regels gaan bepalen, maar diezelfde richtlijnen kunnen worden gebruikt bijvoorbeeld door verzekeraars en patiënten om te evalueren en tegelijkertijd hun autonomie in te perken.

#### **3.6.5 Bedreigingen voor de professionele logica**

Freidson (2001) stelt dat het professionalisme de derde logica is, naast die van bureaucratie en markt. Freidson spreekt van een “seculiere roeping”. Dit beweegt professionals om zich intensief in te zetten voor iets waar ze normaal gesproken niet heel rijk mee worden. Het gaat hier om een roeping om een hoger doel te dienen. Daarbij kan gedacht worden aan

welzijn, ontplooiing, veiligheid en gezondheid. Het overstijgt daarmee de directe wensen en vragen van individuele burgers.

Op basis van Freidson (2001) verduidelijkt Tonkens (2006, pp. 26-33) de drie verschillende logica's. Allereerst de marktlogica waar de vraag van de klant centraal staat. Consumenten worden in staat geacht om op een verantwoorde manier keuzes te maken. Zij hebben de hulp van hulpverleners daarvoor niet nodig. De tweede logica is de bureaucratische logica. De belangrijkste bureaucratische waarden zijn; zorgvuldigheid, voorspelbaarheid en rechtsgelijkheid. De logica van de bureaucratie doet het goed in grote delen van het openbaar bestuur, bijvoorbeeld als het gaat om gemeentereiniging of identiteitsbewijzen. Bureaucratie brengt tegelijkertijd een veelvoud aan administratieve handelingen met zich mee. Bijvoorbeeld in de zorg waar via registratiesystemen verantwoording wordt afgelegd over de geleverde zorg. Dit heeft als nadeel dat professionals niet met hun primaire taken bezig kunnen zijn. Ten slotte noemt Tonkens (2006) de professionele logica. Een professional wil iedere cliënt zo goed mogelijk helpen, ongeacht hoeveel tijd en geld dat kost. De professional stelt zich daarmee in dienst van het welzijn van de cliënt. De dienstbaarheid van de professional komt voort uit een eigen visie, gebaseerd op opleiding en specialisatie en dus op kennis en ervaring met vergelijkbare gevallen. Iedere logica kent eigen waarden die met elkaar kunnen conflicteren. In het kader van dit onderzoek is het relevant om te kijken naar welke waarden van de markt en de bureaucratie een bedreiging vormen voor de professional.

In de subparagrafen over prestatiemeting is naar voren gekomen dat medisch specialisten verder onder druk komen te staan door prestatie-indicatoren. Dit zou kunnen betekenen dat medisch specialisten steeds meer opschuiven in de richting van semi-professionals, omdat zij minder te zeggen krijgen over hun eigen werk en onvoldoende beschermd kunnen worden door hun beroepsvereniging. Klassieke professionals hebben over het algemeen voldoende autonomie en zeggenschap over hun eigen werk wanneer we Wilensky (1964) en Freidson (1973) mogen geloven. Toch kan geconstateerd worden dat dit niet per definitie zo hoeft te zijn. Tonkens (2006) en De Bruin (2006) geven al aan dat er aanwijzingen zijn dat professionals bedreigd worden door bijvoorbeeld een instrument als prestatiemeting.

### ***Hypotheses***

Uit het voorgaande wordt duidelijk dat de beroepsuitoefening van klassieke professionals stevig wordt afgeschermd. Daarmee wordt de autonomie van medisch specialisten grotendeels in stand gehouden. Toch lijkt er een ontwikkeling gaande in de maatschappij die

ook veranderingen te weeg brengt bij de klassieke professionals. Dit leidt tot de volgende twee hypothesen:

Medisch specialisten hebben dusdanig veel professionele autonomie dat zij in hun beroepsuitoefening niet snel dingen zullen doen die hun van buitenaf worden opgelegd.

Door allerlei veranderingen in de context (zoals: marktwerking, verandering relatie arts patiënt en technologische ontwikkelingen) kan er niet meer gesproken worden van “de klassieke professie.”

### **3.7 Professionele- en machinebureaucratie**

Het is van belang om aan te geven binnen wat voor een organisatiestructuur een ziekenhuis zich bevindt, omdat de eigenschappen van een organisatiestructuur bepalend kunnen zijn voor de manier waarop professionals te werk gaan. Volgens Noordegraaf (2008, p. 5) kan een geformaliseerde structuur met vaste regels, procedures en routines de autonomie van een professional aanzienlijk beperken. In het kader van dit onderzoek zal het zeker voor medisch specialisten van belang zijn dat zij binnen een organisatie een bepaalde mate van autonomie krijgen, zodat zij hun beroep op een goede manier uit kunnen oefenen. Prestatie-indicatoren in de zorg zouden van buitenaf een beperkende factor kunnen zijn voor professionele autonomie van medisch specialisten. Mintzberg (2006) beschrijft een aantal organisatietypes waarvan er twee zullen worden besproken. Allereerst zal de professionele bureaucratie worden besproken en vervolgens zal de machinebureaucratie hier tegen af worden gezet.

Bij zowel de machinebureaucratie als de professionele bureaucratie wordt de coördinatie aangebracht door het ontwerp en de normen die van tevoren vastleggen wat er moet gebeuren. Toch verschilt de herkomst van de standaardisatie behoorlijk. Hiërarchisch gezag past binnen de machinebureaucratie. Daarentegen is gezag bij de professionele bureaucratie verbonden aan kunde.

Een ander belangrijk verschil is dat de machinebureaucratie haar eigen normen voort brengt. De normen van de professionele bureaucratie ontstaan grotendeels buiten de eigen structuur, in de onafhankelijke beroepsorganisaties waarvan de operators lid worden samen met hun collega's van andere professionele bureaucratieën. Deze verenigingen zorgen ervoor dat de universele normen die zij opstellen door de universiteiten worden

onderwezen en door alle bureaucratieën op hun gebied worden aangehouden (Mintzberg, 2006, p. 192).

In de professionele bureaucratie wordt de behoefte van de cliënt ingedeeld in een bepaalde categorie, dit categorisatieproces zorgt ervoor dat de professional een bepaalde set met vaardigheden (standaardprogramma's) kan gebruiken voor een categorie. Ook hier is een belangrijk verschil te ontdekken tussen de machinebureaucratie en de professionele bureaucratie. De machinebureaucratie is gestructureerd met maar een doel: als er een prikkel wordt gegeven dan rolt er een standaardprogramma uit. Er komt geen diagnose aan te pas. In de professionele bureaucratie is diagnosticeren wel een fundamentele taak, al is die precies omschreven: de organisatie probeert een vooraf bepaald geval te koppelen aan een standaardprogramma (Mintzberg, 2006, pp. 192-193).

De professional is tegen een rationalisering van vaardigheden, dat zou namelijk een einde maken aan zijn autonomie. Vergaande automatisering beperkt de autonomie van de professional, te denken valt aan hartbewakingsapparatuur (Mintzberg, 2006, p. 203).

Wanneer de theorie van Mintzberg wordt vertaald naar ziekenhuizen, dan kan worden geconcludeerd dat wanneer een ziekenhuis teveel kenmerken van een machinebureaucratie heeft, dit nadelig is voor de professionele autonomie van medisch specialisten. Juist die autonomie is bij medisch specialisten van groot belang voor de uitvoering van hun werk. Prestatie-indicatoren zouden een beperkende werking kunnen hebben op deze professionele autonomie.

### ***Hypothese***

Duidelijk is geworden dat een sterke mate van rationalisering van taken ervoor kan zorgen dat de autonomie van medisch specialisten beperkt wordt. Daarom is de volgende hypothese opgesteld:

Prestatie-indicatoren doen vanwege hun rationaliserende karakter afbreuk aan de autonomie van medisch specialisten.
---

### 3.8 Toetsingskader

Uit de zojuist besproken theorie zijn een aantal hypotheses naar voren gekomen welke getoetst zullen worden in de empirie. Met de onderstaande hypotheses kan gedeeltelijk een antwoord worden gegeven op de centrale vraag van dit onderzoek.

- Het meten van prestaties is vrijwel onmogelijk in de publieke sector, omdat in dit geval zorginstellingen meer gericht zijn op het creëren van medische waarde.
- Prestatiemeting in de zorg leidt tot initiatieven voor kwaliteitverbetering .
- Bij prestatiemeting in de zorg ontstaan er prikkels voor pervers gedrag, zoals: strategisch gedrag, eenzijdig richten op kwaliteitsdoelen, negeren van professionele waarden, verwaarlozen van innovatie.
- Medisch specialisten hebben dusdanig veel professionele autonomie dat zij in hun beroepsuitoefening niet snel dingen zullen doen die hun van buitenaf worden opgelegd.
- Prestatie-indicatoren doen vanwege hun rationaliserende karakter afbreuk aan de autonomie van medisch specialisten.
- Door allerlei veranderingen in de context (zoals: marktwerking, verandering relatie arts patiënt en technologische ontwikkelingen) kan er niet meer gesproken worden van “de klassieke professie.”
- De zorgverzekeraar als horizontaal verantwoordingsforum vormt een directe bedreiging voor de medische professie.

## **4. Methodologie**

### **4.1 Het onderzoek**

In dit onderzoek wordt getracht antwoord te geven op de vraag in hoeverre prestatie-indicatoren de handelingsperspectieven van medisch specialisten beïnvloeden. Enerzijds is er gekeken hoe specialisten aankijken tegen prestatie-indicatoren in de zorg, anderzijds is onderzocht op welke wijze dit hun handelingsperspectieven kan beïnvloeden.

De onafhankelijke variabele in dit onderzoek zijn prestatie-indicatoren en de afhankelijke variabele zijn handelingsperspectieven van medisch specialisten. Er is onderzocht hoe in dit geval de onafhankelijke variabele de afhankelijke variabele beïnvloedt.

In dit hoofdstuk zal er aandacht worden besteed aan de casus en de onderzoeksgroep.

Voorts zal er in worden gegaan op de methoden die zijn gebruik en de wijze waarop de interviews zijn verlopen. Dit hoofdstuk zal worden afgesloten met een toelichting van de wijze waarop de data zijn geanalyseerd.

### **4.2 Casuselectie en gevolgen voor resultaten**

Om antwoord te krijgen op de centrale vraag van dit onderzoek is gekozen voor een *case study*. Dit is een onderzoeksstrategie waarbij een of enkele gevallen (cases) van het onderzoeksonderwerp in hun natuurlijke situatie worden onderzocht, aldus Van Thiel (2007). Bij een *case study* wordt over het algemeen veel aandacht geschonken aan de context (Yin, 2003, p. 13). In deze subparagraaf zal daarom aandacht worden besteed aan de afdeling oncologie van het HagaZiekenhuis die heeft meegewerkt aan dit onderzoek.

Er is gekozen voor één case, omdat medisch specialisten doorgaans een moeilijk te bereiken onderzoeksgroep zijn. Bovendien is het behoorlijk uniek dat een ziekenhuis aan een dergelijk gevoelig onderzoek mee wil werken. De keuze voor de afdeling oncologie is bepaald door de afdeling Beleid & Kwaliteit van het HagaZiekenhuis. De keuze voor deze afdeling heeft wellicht te maken met het feit dat de afdeling het goed doet. Uit de Elsevier ranglijst blijkt dat de afdeling oncologie van het HagaZiekenhuis bovengemiddeld goed scoort, ook ten opzichte van andere ziekenhuizen (Elsevier, 2011). Bovendien heeft de afdeling een prestigieuze prijs gekregen van de European Society for Medical Oncology (ESMO). De award wordt toegekend aan ziekenhuizen die op kwalitatief hoog niveau de palliatieve zorg integreren in de oncologische patiëntenzorg (Hagascoop, 2012, p. 1).



De goede score van de afdeling oncologie zou een aantal gevolgen kunnen hebben voor de resultaten van dit onderzoek. De goede score kan namelijk betekenen dat medisch specialisten van de afdeling oncologie veel rekening houden met prestatie-indicatoren en dat het een belangrijk onderdeel is in van hun dagelijks werk. Oftewel de prestatie-indicatoren zijn sterk geïntegreerd in het interne kwaliteitsbeleid van de afdeling. Dat kan als gevolg hebben dat de medisch specialisten sterk beïnvloed worden door de prestatie-indicatoren en dat zij deze indicatoren soms belangrijker maken dan medisch professionele standaarden. Het kan overigens ook wat zeggen over de huidige kwaliteit van de prestatie-indicatoren. Wellicht komen deze grotendeels overeen met medisch professionele standaarden en geven de indicatoren een scherp inzicht in de kwaliteit van zorg. Dat zou kunnen betekenen dat medisch specialisten hun werk wel gewoon volledig via medisch professionele standaarden verrichten en dat zij zich niet direct laten beïnvloeden door prestatie-indicatoren. Deze casus kan beschouwd worden als een zogenoemde *critical case*. Een *critical case* is er om een theorie te testen (Yin, 2003, p. 38). Daarmee kan bekeken worden of de theorie strookt met de praktijk. De resultaten van dit onderzoek zullen ook wat zeggen over andere cases, omdat de afdeling oncologie van het HagaZiekenhuis bovengemiddeld goed scoort. Daardoor zal wat hier gevonden wordt ook bij andere ziekenhuizen die bovengemiddeld scores gevonden kunnen worden. Bij beide gevallen zou er namelijk sprake kunnen zijn van beïnvloeding van handelingsperspectieven door prestatie-indicatoren, waardoor de score van de prestatiemeting hoog uitvalt.

### **4.3 Onderzoeksgroep**

Voor dit onderzoek zijn acht medisch specialisten geïnterviewd. Één van de oncologische chirurgen heeft mij vijftien e-mailadressen van medisch specialisten van de afdeling oncologie verstrekt. Acht van de vijftien specialisten wilden uiteindelijk meewerken aan dit onderzoek. Na ongeveer vier interviews werd duidelijk dat er grote overeenkomsten waren te vinden tussen de antwoorden die medisch specialisten gaven. Er is in dit onderzoek gekozen om medisch specialisten te interviewen, omdat deze klassieke professionals doorgaans minder snel beïnvloed zullen worden door ontwikkelingen van buitenaf dan bijvoorbeeld verpleegkundigen. Uit de literatuur over professionalisme is namelijk gebleken dat medisch specialisten hun taakuitoefening stevig hebben afgeschermd. De beroepsvereniging speelt hierin een belangrijke rol. Waar medisch specialisten doorgaans nog behoorlijk wat autonomie in hun werk hebben, geldt dit in minder mate voor verpleegkundigen. Juist om die reden is ervoor gekozen om te bekijken of er ondanks de

grote mate van professionele autonomie toch mogelijk sprake is van beïnvloeding door prestatie-indicatoren. Als dit namelijk het geval blijkt te zijn, dan kan geconstateerd worden dat er ook voor medisch specialisten een ontwikkeling gaande is waarbij zij steeds minder te zeggen krijgen over hun werk. Net als bij leraren, agenten en verpleegkundigen.

De interviews zijn verspreid over een tijdsperiode van zeven weken. Het bleek behoorlijk moeilijk te zijn om interviews in te plannen, omdat de medisch specialisten volle agenda's hadden. Uiteindelijk is het gelukt om alle specialisten een uur te interviewen. In veel gevallen kon ik aan het eind van de dag nog even terecht om een interview af te nemen. Bij de interviews is het mij in het algemeen opgevallen dat de jongere specialisten minder kritisch waren ten aanzien van prestatie-indicatoren, dan de wat oudere specialisten. Dit zou te maken kunnen hebben met het feit dat prestatie-indicatoren voor de wat oudere specialisten nog een vrij nieuwe ontwikkeling is waar men maar moeilijk aan kan wennen. Dit heeft er toe geleid dat de oudere specialisten wat scherper waren in hun uitspraken. De jongere specialisten waren wat milder in hun oordeel over prestatie-indicatoren. Toch zijn er wel veel overeenkomsten gevonden in de uitspraken van zowel de oudere als de jongere specialisten. Het heeft dus verder geen ingrijpende gevolgen gehad voor de resultaten van dit onderzoek. De interviews zijn ontspannen verlopen. Er zijn geen belemmeringen geweest waardoor medisch specialisten zich inhielden. In sommige gevallen zijn er wel wat sociaal wenselijke antwoorden gegeven, maar de medisch specialisten ontkrachten deze antwoorden vervolgens met voorbeelden die zij gaven.

De medisch specialisten die in dit onderzoek zijn geïnterviewd hebben verschillende specialismen. Voorafgaand is hier niet specifiek rekening meegehouden, omdat dit geen gevolgen zou moeten hebben voor de resultaten. Alle medisch specialisten hebben in hun werk namelijk te maken met prestatie-indicatoren. Onderstaand een overzicht van de medisch specialisten en hun functie. De namen zijn om privacy redenen weggelaten.

<b>Respondenten</b>	<b>Functie</b>
Respondent 1	Chirurg-oncoloog
Respondent 2	Internist-oncoloog
Respondent 3	Chirurg-oncoloog
Respondent 4	Internist-oncoloog
Respondent 5	Radioloog
Respondent 6	Radiotherapeut
Respondent 7	Radiotherapeut
Respondent 8	Radioloog

#### 4.4 Onderzoekstechnieken

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is er gebruik gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Dat betekent dat de empirische data grotendeels zijn verzameld aan de hand van semi-gestructureerde interviews. Dit onderzoek is vooral deductief van aard, dat wil zeggen dat er al enige theorie is ontwikkeld over dit onderwerp. Het onderzoek heeft dan tot doel om te onderzoeken of de geboden theoretische verklaring correct is (Van Thiel, 2007).

Zoals gebruikelijk bij een semi-gestructureerd interview is er een topiclijst opgesteld. De onderwerpen van de topiclijst zijn voorafgaand aan de interviews vastgesteld en zijn gaande het onderzoek soms nog wat bijgesteld. Tijdens de interviews hebben de respondenten genoeg ruimte gehad om de interviews aan te vullen met onderwerpen te maken hebbend met prestatie-indicatoren. Er zijn voornamelijk onderwerpen behandeld die een grote samenhang hebben met de twee belangrijkste concepten van dit onderzoek, namelijk prestatiemeting en klassieke professionals. Hierbij kan gedacht worden aan onderwerpen als; prestatie-indicatoren, verantwoording, professionalisme en professionele autonomie. Door deze onderwerpen aan bod te laten komen is geprobeerd te achterhalen hoe medisch specialisten aankijken tegen prestatiemeting in de zorg en of zij van mening zijn dat het hun handelingsperspectieven kan beïnvloeden. Eerdere onderzoeken van Luce (1996); Deci (1999); Marshall (2000); Hibbard (2003); Marshall (2004); Narrins (2005) en Werner (2005) hebben namelijk laten zien dat prestatie-indicatoren de handelingsperspectieven van artsen in negatieve zin kunnen beïnvloeden. Het kan daardoor bijvoorbeeld leiden tot strategisch gedrag, risico selectie, fraude met gegevens of dat specialisten zich eenzijdig gaan richten op kwaliteitsdoelen die in de kwaliteitsbeoordeling zijn opgenomen. Medisch specialisten zullen in veel situaties moeten kiezen tussen een medisch professioneel handelingsperspectief, die de professionele waarden voorop stelt, en een prestatievolgend handelingsperspectief waarbij goed scoren op een prestatielijst belangrijk wordt geacht. Daardoor ontstaat er een spanning tussen wat medisch professioneel verantwoord is en wat door de prestatie-indicatoren wordt opgedragen. Op de volgende pagina is de topiclijst te vinden die is gebruikt bij de interviews.

## Topiclijst

- Klassieke- en publieke professionals:
  - Controle door beroepsgroepen (professional control)
  - Inhoudelijke control (technical base)
- Professionele autonomie:
  - Standaardisatie van vaardigheden
  - Rationalisering van taken
- Prestatie-indicatoren en handelingsperspectieven:
  - Actie bij bekendmaking prestatiescores
  - Gebruik van prestatiescores bij contact met patiënten
  - Invloed op verwijsgedrag
  - Beroepsmotivatie
  - Innovatie
  - Ambities
  - Strategisch gedrag
  - Eenzijdig richten op kwaliteitsdoelen
- Verantwoording:
  - Verantwoording aan wie, wat en waarover?
  - Verantwoording en dagelijkse werkzaamheden
  - Verantwoordingsdruk/verantwoordingsoverlast
- Prestatiemeting:
  - Presteren
  - Prestatiedruk
  - Functies van prestatiemeting
  - Voor- en nadelen van prestatiemeting
- Prestatie-indicatoren:
  - Vaststelling van prestatie-indicatoren
  - Kwaliteit van prestatie-indicatoren
  - Invloed van prestatie-indicatoren op dagelijks werk

#### **4.5 Analyse interviews**

Alle interviews zijn opgenomen met een *smartphone* en later uitgewerkt in de vorm van een transcriptie. Hierdoor konden de data gemakkelijk geanalyseerd worden. Vervolgens is er gebruik gemaakt van het data programma MaxQDA. Met dit programma zijn er codes gegeven aan de verschillende data. Door middel van coderen kan de onderzoeker de kwalitatieve gegevens interpreteren om er vervolgens een code aan toe te kennen. Hierdoor worden de gegevens ingedeeld en onderverdeeld, zodat ze vergeleken kunnen worden met elkaar (Van Thiel, 2007). Voorts is er gekeken met welke codes er een antwoord op de hoofdvraag gegeven kon worden. Daarbij is specifiek gekeken naar wat specialisten zeiden over hoe zij in hun dagelijks werk omgaan met prestatie-indicatoren. Vervolgens zijn er verbanden getrokken tussen de verschillende codes, om op die manier een antwoord te kunnen formuleren op de hoofdvraag. Op de volgende pagina is de codeboom te vinden die na de interviews is opgesteld.

## Codeboom

### Professional

- Klassiek beroep
- Administratie als bedreiging
- Ontwikkeling
  - Maatschappelijke veranderingen
  - Technologische veranderingen'
  - Gezagsrelatie arts en patiënt
- Autonomie

### Ontwikkelingen

- Maatschappelijke veranderingen
- Technologische veranderingen

### Beroepsvereniging

- Bescherming
- Bepalen prestatie-indicatoren
- Kwaliteit bewaken

### Zorgverzekeraar

- Ander belang
  - Commercieel
- Belangen

### Richtlijnen en protocollen

- Awijken
- Autonomie om dat te doen
- Uitzonderingen

### Prestatiemeting

- Intern gebruik
- Transparantie
- Kwaliteitsverbetering
- Voor patiënten
- Presteren
- Voor patiënten

## 5. Analyse resultaten

In dit hoofdstuk zal er een koppeling worden gemaakt tussen de resultaten van de interviews en de al eerder behandelde theorie. In paragraaf 5.1 wordt stilgestaan bij het professionalisme en de verandering van de klassieke professe. Vervolgens zal er in paragraaf 5.2 aandacht worden besteed aan prestatie-meting in relatie tot het professionalisme. In paragraaf 5.3 zal in worden gegaan op prestatie-indicatoren en handelingsperspectieven die daarbij passen.

### 5.1 Professionalisme

Het professionalisme vormt een belangrijke basis voor dit onderzoek. Er wordt in deze paragraaf daarom aandacht besteed aan de klassieke professe, zoals die van medisch specialisten. Zoals eerder al aan de orde is geweest, is een klassieke professional minder gevoelig voor invloeden van buitenaf, dan bijvoorbeeld een semi-professional. In deze paragraaf zal duidelijk moeten worden of medisch specialisten, als klassieke professionals, werkelijk nog voldoende autonoom zijn om zich van ontwikkelingen van buitenaf te kunnen onttrekken.

#### 5.1.1 Veranderingen van het professionalisme

*“Het is heel dynamisch geworden en wat je er van merkt is marktwerking” (Respondent 8, 2012).*

*“Wij moeten meegaan met allerlei nieuwe technieken en ontwikkelingen waardoor het wat minder klassiek is geworden” (Respondent 5, 2012).*

Uit de interviews is gebleken dat vrijwel alle specialisten vinden dat de professe die zij beoefenen daadwerkelijk aan verandering onderhevig is. Dit sluit voor een deel aan bij wat Tonkens (2006) zegt over de bedreiging van de professionele logica door de marktlogica en de bureaucratische logica.

Bij sommige van de specialisten viel op te merken dat zij de verandering van de professe als zeer negatief ervaren, maar een aantal van de specialisten ziet de positieve kanten er wel van in. Er worden verschillende argumenten gegeven voor de verandering van de professe. Argumenten als de opkomst van marktwerking, veranderingen in de maatschappij, en technologische ontwikkelingen worden door de specialisten aangedragen. De specialisten hebben met name oog voor maatschappelijke veranderingen en zien dat de relatie tussen arts en patiënt ook daadwerkelijk veranderd is. Dit komt deels overeen met de constatering van de WRR (2004). In *Bewijzen van goede dienstverlening* komt naar voren dat er sprake is

van een veranderende gezagsrelatie tussen arts en cliënt, dit komt onder andere omdat cliënten mondiger zijn geworden. Bovendien is men beter ingelicht en geïnformeerd, aldus de WRR (2004). Deze verandering in gezagsrelatie biedt een mogelijke verklaring voor de statusverandering van de medische professie die de specialisten beschrijven. Één van de respondenten zegt hierover het volgende: *“Als je het echt ziet als een klassieke professie, zoals artsen en advocaten, dan kun je wel constateren dat het maatschappelijk onderhevig is aan een manier waarop mensen daar naar kijken.”* (Respondent 3, 2012).

*“Je bent tegenwoordig veel meer met managementachtige dingen bezig, tenminste daar word je ingezogen [...] Dat heeft uiteindelijk ook consequenties voor de patiëntenzorg en dat vind ik niet bij ons vak horen, dus dat vind ik eigenlijk het niet klassieke”* (Respondent 8, 2012).

Een aantal van de medisch specialisten vindt dat het beroep minder klassiek is geworden doordat er meer taken bij zijn gekomen. Opvallend is dat een aantal van deze specialisten vindt dat de bijkomende taken daarmee afbreuk doen aan de klassiekheid van de professie. Dit blijkt tevens uit de volgende uitspraak: *“Er zijn vandaag de dag natuurlijk zoveel andere taken omheen gekomen waardoor het wat minder klassiek is geworden”* (Respondent 4, 2012). Wanneer medisch specialisten extra taken van buitenaf opgelegd krijgen, dan zouden specialisten dat kunnen zien als taken die buiten hun *technical base* vallen om in termen van Wilensky (1964) te praten. Uit de interviews blijkt dat zodra er van buitenaf aan die *technical base* dingen veranderd worden, bijvoorbeeld doordat er administratieve taken worden opgelegd dan zien de specialisten dit als een mogelijke bedreiging van de klassieke professie. Uit de antwoorden van de specialisten kan geconcludeerd worden dat zij de klassieke professie op lijken te vatten als het beroep van arts en het primaire takenpakket dat hoort bij die beroepsuitoefening. Aanvullende taken, bijvoorbeeld in de vorm van registratie van prestatie-indicatoren vatten zij op als iets dat niet bij die klassieke professie hoort. Zolang zij zelfstandig te werk kunnen gaan zonder ingrijpen van buitenaf, dan is het klassiek. De volgende uitspraak verduidelijkt dit: *“Elk beroep waar mensen komen met een vraag en jij bent de professional en jij probeert met die persoon de vraag te beantwoorden, dat is opzich zelf een klassiek beroep”* (Respondent 2, 2012). Opvallend is dat het merendeel van de specialisten dingen zegt als: ik als professional, of als professional. Zij zien zich zelf dus ook als professional en verdedigen daarmee mogelijkerwijs hun autonomie. Juist die professionele autonomie staat volgens Westert (2006) onder druk door een gebrek aan zelfregulering en interne kwaliteitscontrole in de gezondheidszorg.



### 5.1.2 Beroepsverenigingen als beschermers van de medische professie

“Één van de specialisten zegt over de beroepsvereniging: “De beroepsgroep neemt daar het voortouw in [...] Om te voorkomen dat bepaalde dingen worden opgelegd” (Respondent 1, 2012).

“Juist door die actieve houding van de beroepsvereniging hebben we vakinhoudelijk gezien de keuze of vrijheid om zo te handelen waarvan je denkt, dat het beste is” (Respondent 7, 2012).

De beroepsvereniging speelt volgens het merendeel van de specialisten nog steeds een belangrijke rol in de bescherming van de professie. Ook ten aanzien van de ontwikkeling van prestatie-indicatoren vindt het merendeel van de specialisten het belangrijk dat de beroepsvereniging hierbij betrokken wordt. Bij klassieke professies staan volgens Wilensky (1964) de volgende dingen centraal: expertise, opgedaan door middel van lange, gespecialiseerde training en normen die zijn opgesteld door de beroepsgroep. In dit onderzoek is voornamelijk gekeken wat de huidige rol van de beroepsvereniging is ten aanzien van de instandhouding van deze klassieke professie. Bij klassieke professies wordt de beroepsuitoefening volgens Abbot (1988);Freidson (2001) en Noordegraaf & Meurs (2002) namelijk door *professional control* gekenmerkt. Op basis van de interviews is gebleken dat deze *professional control* voldoende aanwezig lijkt te zijn. De beroepsverenigingen spelen daarmee een belangrijke functie bij de bescherming van de professie. Het merendeel van de specialisten geeft nadrukkelijk aan in de interviews dat zij het belangrijk vinden dat er een prominente rol is weggelegd voor de beroepsvereniging ten aanzien van de ontwikkeling van prestatie-indicatoren. Door dit te benadrukken lijkt het duidelijk te worden dat de medisch specialisten het belangrijk vinden dat hun eigen professie wordt beschermd.

“Je moet afspreken van goed is, wat is kwalitatief goed? [...] Dat kan alleen maar de wetenschappelijke vereniging doen” (Respondent 6, 2012).

Beroepsverenigingen hebben de bevoegdheid van de staat om het beroepsdomein in te richten en te reguleren, aldus Noordegraaf (2008, p. 196). Een aantal specialisten geeft aan dat de beroepsvereniging ook behoorlijk actief is ten aanzien van het ontwikkelen van richtlijnen en indicatoren. Om in termen te praten van Wilensky (1964) kan worden vastgesteld dat de beroepsvereniging duidelijk een functie vervult in de ontwikkeling van eigen normen.

### 5.1.3 Zorgverzekeraars; een directe bedreiging voor de medische professie

*“De zorgverzekeraar daar heb ik een beetje een dubbel gevoel over [...] Aan de ene kant denk ik van ja ze mogen wel wat zeggen, want ze behartigen de belangen van patiënten, maar daar zit natuurlijk ook gelijk een financiële zijde aan [...] Het is toch een beetje belangenverstrengeling [...] Ze willen hele goede zorg, maar het mag weinig kosten” (Respondent 8, 2012).*

Vrijwel alle specialisten zijn op de hoogte van het feit dat er verschillende actoren met uiteenlopende belangen betrokken zijn bij de vaststelling van prestatie-indicatoren. Sommigen zien dit ook als een probleem. Bijvoorbeeld ten aanzien van zorgverzekeraars, die ook nog eigen sets met indicatoren mogen ontwikkelen. Het merendeel van de specialisten geeft aan dat het niet verstandig is dat zorgverzekeraars zelfstandig prestatie-indicatoren ontwikkelen. Één van de specialisten zegt hierover: *“Soms steekt de zorgverzekeraar al een bepaalde indicator in zonder dat ze weten wat de impact daarvan is”[...] Er worden met prestatie-indicatoren vooringenomen standpunten geformuleerd eigenlijk door niet inhoudskundigen” (Respondent 6, 2012).* Als zorgverzekeraars zich willen bemoeien met de ontwikkeling van prestatie-indicatoren dan vinden een aantal specialisten dat zij dit voornamelijk in samenwerkingsverbanden met de IGZ en de beroepsvereniging moeten doen. Er lijkt toch een bepaalde mate van angst te zijn voor de zorgverzekeraar. Ze mogen wel mee ontwikkelen, maar ze mogen niet de regie hebben. De beroepsvereniging, dus indirect de professional zelf, moet vooral zeggenschap blijven houden over zijn eigen praktijk. Één van de specialisten verwoordt dit als volgt: *“Je moet dus wel goed kijken van wat voor indicatoren gebruik je, wat staat er in die indicatoren en of wij als professionals vinden dat deze in orde zijn” (Respondent 5, 2012).* De specialisten stellen zich dus kritisch op ten aanzien van zorgverzekeraars en uit de interviews wordt duidelijk dat er zelfs enige angst lijkt te bestaan ten aanzien van zorgverzekeraars. De markt, of de marktlogica zoals Tonkens (2006) dat zegt, zou dus een bedreiging kunnen vormen voor de klassieke professie. Wanneer de beroepsvereniging steeds verder buitenspel wordt gezet en zorgverzekeraars prestatie-indicatoren mogen bepalen dan is er niet langer meer sprake van *professional control* en zal de klassieke professie van buitenaf bedreigd worden door andere actoren.

### 5.1.4 Professionele autonomie

*“Nou kunnen er best redenen zijn voor voor patiënten of doctors om daar zelfstandig van af te wijken en dan heb je natuurlijk die autonomie om dat te doen” (Respondent 3, 2012).*

Vrijwel alle specialisten geven aan dat er een toename is van het aantal richtlijnen en protocollen ten aanzien van hun dagelijkse praktijk. Geen van de specialisten stelt dat zijn of haar autonomie daardoor direct in negatieve zin wordt aangetast. Het merendeel van de specialisten vindt het zelfs wel goed dat er meer uniformiteit in de behandelingen is gekomen en dat breed geaccepteerde richtlijnen daarmee een bijdrage kunnen leveren aan goede en verantwoorde zorg. Eerder is vastgesteld door De Jong (2008); Mintzberg (2006) dat richtlijnen de professionele autonomie kunnen ondermijnen. Richtlijnen worden in eerste instantie namelijk opgesteld om de collectieve autonomie te legitimeren en om te voorkomen dat andere de regels op gaan stellen, maar diezelfde richtlijnen kunnen worden gebruikt door verzekeraars en patiënten om te evalueren en tegelijkertijd hun autonomie in te perken, aldus De Jong (2008). Desondanks ervaren de medisch specialisten het niet als een bedreiging, omdat het merendeel aangeeft voldoende autonomie te hebben om van protocollen en richtlijnen af te wijken.

Twee van de geïnterviewde specialisten noemen wel een gevaar van werken met protocollen. Respondent 2 zegt hierover het volgende: *“Je vangt niet alles in een protocol, want de uitzonderingen vang je niet in een protocol en daar moet je nou juist naar kijken.”* En respondent 8 zegt: *“Protocollen zijn niet automatisch goed, omdat het een bepaalde gemakszucht met zich mee kan brengen.”* Kortom het is volgens de specialisten aan de ene kant goed dat er protocollen zijn, want patiënten zijn daardoor beter af omdat er meer uniformiteit is, maar aan de andere kant is een bijkomend gevaar dat uitzonderlijke gevallen niet goed behandeld kunnen worden.

## **5.2 Prestatiemeting en professionalisme**

Op basis van de analyse in de vorige paragraaf lijkt het er op te duiden dat de klassieke professie aan een verandering onderhevig is. Dit zal wellicht gevolgen hebben voor de manier waarop medisch specialisten met prestatie-indicatoren omgaan. Er is namelijk naar voren gekomen dat medisch specialisten minder autonoom worden in hun dagelijks werk. In deze paragraaf zal daarom aandacht worden besteed aan prestatiemeting in relatie tot het professionalisme.

### 5.2.1 Meetproblemen en leren van prestatie-indicatoren

*“Je gaat allerlei net niet dingen meten [...] Je gaat dus marktgevoelige dingen meten, dus je gaat doorlooptijden meten en dat soort dingen” (Respondent 6, 2012).*

*“Prestatie-indicatoren zijn vaak versimpelingen [...] Je kijkt vaak naar hele kleine dingentjes en dan hoop je dat de rest ook klopt [...] Het probleem is natuurlijk dat kwaliteit meten ontzettend moeilijk is” (Respondent 7, 2012).*

De medisch specialisten zijn over het algemeen zeer kritisch over de huidige set met prestatie-indicatoren. Zij vinden dat er veel dingen gemeten worden die niet direct relevant zijn voor de kwaliteit van zorg die geleverd wordt. Behoorlijk wat specialisten noemen het voorbeeld van de doorlooptijden en geven aan dat zij dit een vrij zinloze indicator vinden. Dit is deels te verklaren wat March & Olsen (1978); Weick (1995) zeggen over het meten van prestaties in de publieke sector. Behoorlijk wat prestaties zijn namelijk onzichtbaar, moeilijk te definiëren of zelfs tegenstrijdig. Een bijkomend probleem is volgens Brans et.al. (2008) dat *stakeholders* de behoefte hebben aan informatie over resultaten, terwijl informatie over processen door ziekenhuizen kan worden gebruikt om hun kwaliteit te verbeteren.

### 5.2.2 Prestatiemeting voor intern gebruik; geen bedreiging voor de professie

*“Ik vind prestatiemeting goed [...] Je mag best afrekenen op kwaliteit dat is uiteindelijk wat wij het liefst willen doen” (Respondent 8, 2012).*

*“Uit concurrentiepositie overwegingen, we kijken natuurlijk toch altijd een beetje naar de burens, dus als je beter wilt zijn dat heeft dat natuurlijk een functie” (Respondent 3, 2012).*

*“Je kan als ziekenhuis kijken hoe je het doet en waar minder goed en hoe kan ik dit veranderen?” (Respondent 4, 2012).*

*“Het is goed om een beetje bij te houden wat je doet [...] Ik denk dat het goed is voor jezelf om eens te kijken wat je aan het doen bent, dus als zelfreflectie kunnen die prestatie-indicatoren wel positief werken” (Respondent 7, 2012).*

Vrijwel alle specialisten geven aan dat ze prestatiemeting goed vinden om inzicht te krijgen in het eigen handelen en de transparantie te vergroten, daarmee zou het ook tot kwaliteitsverbetering kunnen leiden volgens een aantal specialisten. Dit komt volledig overeen met de externe functies van prestatiemeting in de zorg zoals Wollersheim et.al (2006) noemen. Daardoor lijkt het bijna een ingestudeerde tekst van de specialisten. Met

name de functies leren en transparantie worden meerdere keren aangehaald door de specialisten. Één van de specialist zegt hierover het volgende: *“Ik vind het opzich wel goed om een beetje transparant te krijgen hoe je ervoor staat en dat je dus ook met anderen kunt vergelijken [...] Ik denk ook dat je verbeterpunten kunt halen uit de indicatoren”* (Respondent 5, 2012). Transparantie kan vooral een rol spelen in verantwoordingsprocessen en leren vloeit eigenlijk voort uit transparantie. De organisatie of in dit geval de medisch specialist wordt namelijk in staat gesteld om te leren van de resultaten, aldus De Bruin (2006:17). In de citaten onderstrepen een aantal specialisten zeer nuttige functies van prestatie-meting, maar daarbij geeft een aantal specialisten tegelijkertijd aan dat ze de prestatie-indicatoren vooral prettig vinden om zich zelf te kunnen verbeteren.

De functies oordelen en afrekenen die De Bruin (2006) noemt lijken minder populair te zijn bij de specialisten. Er wordt bijvoorbeeld niet genoemd dat prestatie-indicatoren belangrijk zijn voor de inspectie of voor zorgverzekeraars. Juist deze twee actoren hebben de mogelijkheid om een oordeel te vellen en kunnen hier vervolgens consequenties aan verbinden. Daarmee lijkt duidelijk te worden dat de externe functie van prestatie-meting als een bedreiging wordt gezien voor de professie. De antwoorden die worden gegeven door de specialisten zijn namelijk sterk gericht op de verbetering van de eigen professie.

### **5.2.3 Prestatiemeting voor extern gebruik; bedreiging voor de professie**

*“Wat ook belangrijk is dat de set van indicatoren voor de juiste mensen beschikbaar is en dat niet iedereen er een loopje mee kan nemen”* (Respondent 5, 2012).

*“Ik zie niet echt een functie van prestatie-meting [...] Ik denk dat je veel beter aan kwaliteitsmeting kunt doen, zodat het intern gebruikt kan worden.”* (Respondent 2, 2012).

*“Als je als ziekenhuis makkelijk inzichtelijk maakt hoe je functioneert dat is lastig, want het is eerder een bedreiging [...] Ook voor je instituut zelf [...] Op het moment dat die dreiging er van af gaat dan wordt dit systeem fantastisch”* (Respondent 6, 2012).

In overeenstemming met wat in de vorige paragraaf is behandeld, kan worden vastgesteld dat het merendeel van de specialisten er naar neigt prestatie-meting vooral te willen gebruiken voor interne kwaliteitsverbetering, althans dat is vaak wat als eerst genoemd wordt in de interviews. Prestatiemeting voor intern gebruik kan gezien worden als de meest lichte en vrijblijvende vorm van prestatie-meting, omdat de organisatie niet kan worden afgerekend op haar resultaten door een externe toezichthouder, aldus Westert (2006). Bij de specialisten lijkt er toch een zekere angst te bestaan voor externe partijen die de kwaliteitsgegevens anders kunnen interpreteren of gebruiken. Één van de specialisten zegt

hierover: *“Ik krijg steeds meer het idee dat je prestatie meting doet om de verzekeraar in de positie te brengen om verantwoord zorg in te kopen” (Respondent 6, 2012).* Het merendeel van de specialisten noemt niet direct een externe functie van prestatie meting. Een klein deel doet dat pas als er nadrukkelijk naar wordt gevraagd. Een aantal van de specialisten noemt dan de functie van transparantie, maar uit hun antwoord blijkt dat zij die transparantie dan meer zien in relatie tot de verbetering van hun eigen professie.

Ook ten aanzien van verantwoording over prestaties valt op dat de specialisten zeer kritisch zijn ten aanzien van externe actoren die de prestatiegegevens kunnen inzien. Onderstaande citaten verduidelijken dit.

*“Verantwoording leg je in de eerste plaats af aan de patiënt [...] En voor de rest, ja dan zien we het wel [...] Daar heb ik geen voorkeur voor” (Respondent 2, 2012).*

*“Ik vind het in de eerste instantie belangrijk dat je verantwoording aflegt aan je patiënten [...] Pas veel later in de richting van de politiek” (Respondent 7, 2012).*

Zoals De Bruin (2006) al stelt leveren professionele organisaties complexe diensten. Volgens De Bruin (2006) is het noodzakelijk dat ziekenhuizen op afstand geplaatst worden, zodat zij voldoende autonomie hebben bij de uitvoering van hun diensten. De specialisten realiseren zich dat tegenover autonomie een zekere verantwoordingsplicht staat. Al blijkt uit de bovenstaande citaten dat deze verantwoordingsplicht zich voornamelijk beperkt tot één verantwoordingsforum, namelijk de patiënt. De medisch specialisten hebben daarmee weinig oog voor verticale en diagonale verantwoordingsrelaties (Bovens & Schillemans, 2009).

Het merendeel van de medisch specialisten noemt de patiënt als belangrijkste verantwoordingsforum. Een aantal van deze zelfde groep specialisten benadrukt dat zij het ook belangrijk vinden dat er verantwoording wordt afgelegd aan de eigen afdeling of aan andere collega specialisten in het land. De IGZ, de politiek of de zorgverzekeraars worden zeer zelden genoemd. Verantwoording aan de patiënt lijkt vaak als bescherming gebruikt te worden tegen de eigen professie, wellicht omdat medisch specialisten niet toe willen geven aan de ontwikkeling dat zorgverzekeraars zich in toenemende mate opwerpen als belangenbehartiger van de patiënt. Wanneer een ziekenhuis in een onderlinge strijd met een machtige zorgverzekeraar verwickeld raakt, dan kan dit al snel leiden tot imagooverlies en bovendien kan de medische professie dan schade op lopen. Kortom de medisch specialisten lijken wat huiverig te zijn voor de zorgverzekeraar als verantwoordingsforum. Één van de specialisten zegt hierover *“Er werpen zich een heleboel mensen op als*

*belangenbehartiger van de patiënt, zoals de zorgverzekeraar [...] Maar die hebben allemaal een ander belang” (Respondent 3, 2012).* Zoals Bovens (2005) eerder al concludeert hoeven kwaliteitssystemen en *benchmarks* doorgaans nog geen vormen van verantwoording te zijn, omdat een relatie met een forum vaak ontbreekt. Dit geldt niet voor prestatie-indicatoren van ziekenhuizen, want daar is vaak wel een duidelijke relatie met een verantwoordingsforum aanwezig. Al blijkt dat de medisch specialisten kwaliteitssystemen en *benchmarks* inderdaad niet meteen zien als een vorm van verantwoording. De specialisten lijken zich overigens wel bewust te zijn van het feit dat zorgverzekeraars een steeds belangrijker positie innemen als verantwoordingsforum, desondanks is er weinig vertrouwen in de zorgverzekeraar als kwaliteitsbewaker. Eerder is gebleken dat medisch specialisten waarde lijken te hechten aan de klassieke professie en dat zij vooral zien dat bedreigingen van buitenaf van invloed kunnen zijn op hun professie. Daarmee lijkt, in de ogen van de medisch specialisten, de zorgverzekeraar een directe bedreiging te zijn voor de klassieke professie.

#### **5.2.4 Presteren is professie eigen**

Uit de interviews is meerdere malen naar voren gekomen dat de specialisten prestatie-meting niet zien als een extra druk die wordt opgelegd. Bij het merendeel van de specialisten wordt duidelijk dat zij ondanks de prestatie-meting altijd al de intrinsieke behoefte hebben om bovengemiddeld te presteren.

*“Ik streef het heel erg na om klantgericht te werken [...] Presteren dat zin in me [...] Ik vind de eisen die er via de indicatoren worden gesteld eigenlijk heel normaal” Dr. Respondent 5, 2012).*

*“Het zit in je aard dat je altijd zo goed mogelijk wil opereren [...] Zo min mogelijk reoperaties en geen nabloedingen [...] Dat heeft niets met prestatie-meting te maken” (Respondent 1, 2012).*

Er kan dus niet van prestatiedruk bij medisch specialisten worden gesproken. Wellicht omdat bij deze klassieke professionals zoals Jansen et.al. (2009) al aangeeft een grote mate van zelfrespect en autonomie aanwezig is. Uit vrijwel alle interviews blijkt dat de medisch specialisten een grote mate van beroepstrots hebben. Bovendien laten specialisten zich doorgaans niet snel dingen van buitenaf opleggen. De exclusieve claim op de set van taken, zoals Abbot (1988) deze eerder omschreef, zal eveneens een sterke bescherming vormen voor de beroepsuitoefening van de specialist. Bovendien is specialist zijn een vak waar een

langdurige en intensieve opleiding voor nodig is. Wanneer een specialist deze professie dan eindelijk uit kan oefenen, dan zal de drang om te presteren waarschijnlijk groot zijn.

### **5.3 Prestatie-indicatoren en handelingsperspectieven**

In de vorige paragraaf is duidelijk geworden dat prestatie­meting wat lijkt te doen met medisch specialisten. Onder de medisch specialisten heerst een zekere mate van angst ten aanzien van prestatie­meting, zeker wanneer de prestatie­meting een externe functie heeft. Wanneer prestatie­meting een externe functie heeft dan lijken medisch specialisten dit eerder op te vatten als een bedreiging voor hun professie, dan wanneer prestatie­meting een interne functie heeft. Ondanks dat de medisch specialisten overwegend kritisch zijn, wordt er ook genoemd door dat prestatie­meting wel degelijk tot kwaliteitsverbetering kan leiden. De wijze waarop medisch specialisten denken over prestatie-indicatoren zal wellicht van invloed zijn op de manier waarop zij hier mee omgaan. Daarom zal in deze paragraaf aandacht worden besteed aan prestatie-indicatoren en de handelingsperspectieven van medisch specialisten.

#### **5.3.1 Prestatie-indicatoren kunnen leiden tot strategisch gedrag**

*“Soms is het moeilijk om het medisch belang voorop te stellen [...] Ik heb wel eens het gevoel dat we dingen eerder moeten doen omdat die wens er is om aan bepaalde criteria te voldoen en dan doen we het [...] Dat is niet altijd goed, omdat de snelheid van het onderzoek soms mindere kwaliteit oplevert” (Respondent 8, 2012).*

Al geven vrijwel alle medisch specialisten aan dat het medisch belang altijd voorop zal staan, worden er toch voorbeelden genoemd waarbij de impact van prestatie-indicatoren groter lijkt te zijn dan de specialisten misschien zelf zouden verwachten. In de antwoorden van de specialisten zit vaak een grote tegenstrijdigheid als het gaat om de keuze tussen het medisch belang enerzijds en prestatie-indicatoren anderzijds.

*“Of er nou indicatoren zijn of niet, je kiest uiteindelijk gewoon wat het beste is voor de patiënt. In je achterhoofd zoemt dan soms wel een beetje van: en denk aan je indicatoren, zodat je aan je getallen komt” (Respondent 1, 2012).*

Het feit dat uit de interviews blijkt dat medisch specialisten wel degelijk bezig zijn met prestatie-indicatoren tijdens hun werk heeft mogelijk te maken met de hoge impact van prestatie­meting in de zorg. De Bruin (2006, p. 50) spreekt van een hoge impact als productiecijfers wel directe en zware consequenties hebben. Te denken valt aan een



financiële sanctie. De prestatie wordt dan gekoppeld aan een positieve of negatieve financiële sanctie. Dit geldt ook voor de zorg waar de inspectie of zorgverzekeraars zware sancties op kunnen leggen aan ziekenhuizen. Om die reden lijkt het er op te wijzen dat medisch specialisten prestatie-indicatoren proberen te beïnvloeden uit angst voor mogelijke sancties. In zo'n geval wordt er onder andere door de Bruin (2006); Van Mil et.al. en Pollit & Bouckaert (1999) gesproken van de *wet van de afnemende effectiviteit*. Dat wil zeggen dat als er sprake is van een hoge impact van prestatiemeting neemt de effectiviteit van prestatiemeting af, omdat er sterke prikkels voor pervers gedrag ontstaan.

Wollersheim (et.al., 2006); Westert & Lugtenberg (2007); De Bruin (2006) en Van Mil et.al., (2006) stellen vast dat prestatiemeting tot strategisch gedrag kan leiden. Ook het merendeel van de specialisten geeft aan dat prestatie-indicatoren kunnen leiden tot strategisch gedrag. Respondent 3 vertelt over een situatie waar je als specialist strategisch zou kunnen zijn. Een soortgelijk voorbeeld wordt door meerdere specialisten genoemd. Één van de indicatoren meet het aantal heroperaties bij gevallen van borstkanker. Een chirurg moet zorgen dat er zo min mogelijk heroperaties uitgevoerd moeten worden, want dat is wat één van de prestatie-indicatoren heeft vastgesteld en waar de chirurg ook op wordt afgerekend. Nu is het zo dat er bij borstkanker ook borstbesparende operaties worden uitgevoerd, waardoor de vrouw uit cosmetisch oogpunt zo min mogelijk schade oploopt. Bovendien is deze ingreep net zo effectief als een borstamputatie, maar bij een borstbesparende operatie is de kans op een heroperatie wel groter dan bij een amputatie. Dit is iets waar vooral chirurgen mee worstelen, maar het merendeel van de specialisten noemt dit probleem. Respondent 3 stelt dat dit nou precies een voorbeeld is waar strategisch gedrag kan voorkomen.

### **5.3.2 Eenzijdig richten op kwaliteitsdoelen**

*“Op het moment dat je zegt dat je een indicator gaat meten, gaat iedereen ervoor zorgen dat die aan de indicator voldoet” (Respondent 6, 2012)*

*“Op het moment dat je iets kunt meten dan heb je daar houvast aan, dus dan heb je de neiging om dat belangrijk te maken [...] Daar zit wel gevaar in” (Respondent 2, 2012)*

Een aantal van de specialisten geeft aan dat zij vinden dat door de aanwezigheid van prestatie-indicatoren het gevaar bestaat dat specialisten zich eenzijdig gaan richten op het behalen van kwaliteitsdoelen. Dit komt overeen met wat Freeman (2002); Marshal (2004); Werner (2005) vaststellen over de eenzijdige gerichtheid op de kwaliteitsaspecten die in de beoordeling zijn opgenomen. Zoals Behn (2003) zegt: *“whats gets measured gets done.”* Één

van de specialisten zegt hierover: *“Het gevaar is dat je vermijdingsgedrag krijgt en dat mensen alleen maar gaan doen wat wordt gemeten” (Respondent 7, 2012)*. Ook het eenzijdig richten op kwaliteitsdoelen kan beschouwd worden als pervers gedrag, evenals strategisch gedrag. Dit is eveneens te verklaren vanuit de hoge impact van prestatiemeting, zoals dit door verschillende auteurs gesignaleerd wordt.

*“Maar ik denk ook aan negatieve dingen [...] Ik denk dat het kan leiden tot onjuiste beslissingen uit angst voor het niet halen van prestatie-indicatoren” (Respondent 4, 2012).*

*“Soms komen er wel argumenten naar boven van we moeten elke patiënt die nu binnenkomt binnen zoveel tijd zijn diagnose rond hebben” (Respondent 5, 2012).*

In de interviews noemt het merendeel van de specialisten het voorbeeld van doorlooptijden en de tijd voor vaststelling van een diagnose. Dit legt volgens velen een behoorlijke druk op en soms is het maar de vraag of een patiënt gebaat is bij een snelle behandeling, aldus een aantal van de specialisten. Een aantal specialisten geeft aan dat er wel degelijk wordt getracht om snelheid te houden in de behandeling om daarmee rekening te houden met de gewenste doorlooptijd en diagnosetijd. Één van de specialisten verwoordt dit als volgt: *“Als het gaat om de diagnosetijd die wordt gesteld [...] Je denkt dan wel van we moeten ervoor zorgen dat we dat een beetje vlot doen” (Respondent 3, 2012)*. Alhoewel de specialisten vrijwel allemaal aangeven dat het medisch belang voorop blijft staan, ook al wordt daardoor niet aan een bepaalde doorlooptijd voldaan, blijkt uit de interviews dat het soms toch tot moeilijke keuzes kan leiden. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de volgende uitspraak: *“Soms heb ik wel eens het gevoel dat we dingen eerder doen omdat die wens er is, om aan bepaalde criteria te voldoen en dan doen we het [...] Dat is niet altijd goed, omdat de snelheid van het onderzoek soms mindere kwaliteit oplevert” (Respondent 8, 2012)*. Het feit dat medisch specialisten hier nadrukkelijk rekening mee proberen te houden in hun behandeling kan er op duiden dat er zich situaties voordoen waar sprake is van een eenzijdige focus op prestatie-indicatoren.

#### **5.4 Tot slot**

In dit hoofdstuk is duidelijk geworden dat er aanwijzingen zijn dat de professie van medisch specialisten aan het veranderen is. Tevens dringen invloeden van buitenaf, bijvoorbeeld in de vorm van prestatie-indicatoren, steeds meer door in het dagelijks werk van medisch

specialisten. Het lijkt er op te wijzen dat de beroepsvereniging de medisch specialisten niet meer voldoende kan beschermen. Zorgverzekeraars lijken meer invloed te krijgen waardoor de autonomie van medisch specialisten op sommige punten wordt aangetast. In het volgende hoofdstuk volgt een uitgebreide conclusie op dit onderzoek.

## 6. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt de conclusie van dit onderzoek gepresenteerd. Er zal hier antwoord worden gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek: In hoeverre beïnvloeden externe prestatie-indicatoren de handelingsperspectieven van medisch specialisten?

Deze conclusie bestaat uit drie paragrafen. Om stapsgewijs een antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag is dit hoofdstuk ingedeeld in twee subparagrafen. In 6.1 zal een antwoord worden gegeven op een aantal hypotheses die in het toetsingskader van dit onderzoek aan bod zijn gekomen. Ten slotte zal er in 6.2 een antwoord worden gegeven op de hoofdvraag.

### 6.1 Toetsing van hypotheses

In hoofdstuk 3 zijn een aantal hypotheses opgesteld op basis van een aantal theoretische bevindingen. Deze zullen hieronder getoetst worden aan de bevindingen die uit de empirie naar voren zijn gekomen.

#### ***Kwaliteit van zorg is moeilijk te meten***

Het meten van prestaties is vrijwel onmogelijk in de publieke sector, omdat in dit geval zorginstellingen meer gericht zijn op het creëren van medische waarde.

Het wordt in de analyse duidelijk dat er een aantal prestatie-indicatoren is die de focus leggen op aspecten van zorg die wellicht niet van doorslaggevende invloed zijn. Zogenaemde indicatoren over doorlooptijden zijn hier een voorbeeld van. Dat zou kunnen betekenen dat er dingen worden gemeten die niet direct iets zeggen over de kwaliteit van de behandeling.

#### ***Prestatiemeting en kwaliteitsverbetering***

Prestatiemeting in de zorg leidt tot initiatieven voor kwaliteitsverbetering .

Het is gebleken dat medisch specialisten prestatiemeting zien als een middel om de transparantie te vergroten en tevens tot kwaliteitsverbetering te komen. Zij zien kwaliteitsverbetering met name in relatie tot verbetering van hun eigen professie en niet tot verbetering van de zorg in zijn geheel. Bovendien lijkt het er op te wijzen dat specialisten prestatiemeting voornamelijk intern willen gebruiken, zodat er geen externe beoordeling plaats kan vinden.

### ***Prestatiemeting en pervers gedrag***

Bij prestatiemeting in de zorg ontstaan er prikkels voor pervers gedrag, zoals: strategisch gedrag, eenzijdig richten op kwaliteitsdoelen, negeren van professionele waarden, verwaarlozen van innovatie.

Uit de interviews met medisch specialisten is gebleken dat er inderdaad prikkels voor pervers gedrag ontstaan. Meerdere specialisten hebben aangegeven dat er sprake kan zijn van strategisch gedrag en er is zo nu en dan gebleken dat sommige specialisten zich eenzijdig richten op kwaliteitsdoelen die in de meting zijn opgenomen. Voor ander pervers gedrag zijn geen bewijzen gevonden. Het lijkt er op dat medisch specialisten hun professie en daarmee hun autonomie willen beschermen door goed te scoren op de prestatie-indicatoren.

### ***Professionele autonomie***

Medisch specialisten hebben dusdanig veel professionele autonomie dat zij in hun beroepsuitoefening niet snel dingen zullen doen die hun van buitenaf worden opgelegd.

Met name de beroepsvereniging speelt nog een belangrijke rol in de bescherming van de professie. Zij zijn volgens de specialisten zeer actief in het ontwikkelen van richtlijnen. Daarmee beschermen zij de professionele autonomie van de medisch specialist. Toch perkt de beroepsvereniging de vrijheid van specialisten tegelijkertijd in, door met allerlei richtlijnen en prestatie-indicatoren te komen. Bovendien kunnen deze richtlijnen en prestatie-indicatoren vrijwel direct overgenomen worden door zorgverzekeraars. Het lijkt er op dat prestatie-indicatoren in het algemeen beperkend werken ten aanzien van de autonomie. Medisch specialisten worden namelijk gedwongen om bepaalde indicatoren te volgen, waardoor het soms moeilijk wordt om hier van af te wijken.

### ***Prestatie-indicatoren en professionele autonomie***

Prestatie-indicatoren doen vanwege hun rationaliserende karakter afbreuk aan de autonomie van medisch specialisten.

Uit de interviews is gebleken dat zodra prestatie-indicatoren gebruikt worden voor extern gebruik dat medisch specialisten dit zien als een bedreiging voor hun professie. Desondanks vinden de specialisten dat zij voldoende autonomie hebben om van de gebruikelijke standaarden af te wijken en daarmee dus niet te voldoen aan bepaalde prestatie-indicatoren. Toch worden er behoorlijk wat voorbeelden genoemd waar specialisten juist

wel volgbaam zijn aan de prestatie-indicatoren. Zonder dat zij zich hier van bewust lijken te zijn, doet dit afbreuk aan hun professionele autonomie.

### ***Contextuele veranderingen en de klassieke professie***

Door allerlei veranderingen in de context (zoals: marktwerking, verandering relatie arts patiënt en technologische ontwikkelingen) kan er niet meer gesproken worden van “de klassieke professie.”

Het is niet zo dat de klassieke professie niet meer bestaat. Wel lijkt het er op dat de beroepsvereniging aan invloed heeft verloren, waardoor de professie minder goed beschermd kan worden. Uit de interviews is gebleken dat er een bepaalde verandering gaande is. Marktwerking, technologische ontwikkelingen en de verandering van beroepsstatus als gevolg van maatschappelijke veranderingen worden toegeschreven aan deze ontwikkeling. Bovendien is gebleken dat medisch specialisten hun beroep minder klassiek gaan vinden, omdat zij steeds minder bezig zijn met primaire taken die bij hun vak horen. De toename van administratie wordt door de medisch specialisten gezien als een ontwikkeling die afbreuk doet aan de klassieke professie.

### ***De zorgverzekeraars als bedreiging voor de klassieke professie***

De zorgverzekeraar als horizontaal verantwoordingsforum vormt een directe bedreiging voor de medische professie.

Aangezien de zorgverzekeraar zelf prestatie-indicatoren op kan stellen en daarnaast sancties op kan leggen, is het niet verwonderlijk dat de zorgverzekeraar als een bedreiging wordt gezien door de medisch specialisten. Uit de interviews is gebleken dat specialisten vinden dat de zorgverzekeraars steeds meer invloed krijgen en dat dit schadelijk kan zijn voor hun beroepsuitoefening.

## **6.2 Prestatie-indicatoren beïnvloeden medisch specialisten**

In de voorgaande subparagraaf is duidelijk geworden dat medisch specialisten steeds minder autonoom worden in hun taakuitoefening. Op basis van de *case study* blijkt dat de medische professie onder druk staat en dat het er op lijkt dat dit gevolgen heeft voor de manier waarop medisch specialisten te werk gaan. Bovendien lijkt het er op dat de beroepsvereniging op sommige punten niet meer voldoende in staat is om de medische professie te beschermen. Bijvoorbeeld ten aanzien van externe prestatie-indicatoren. Door deze factoren lijken medisch specialisten gedwongen te worden om rekening te houden met prestatie-indicatoren, al is het maar om hun eigen professie daarmee te kunnen beschermen. In deze subparagraaf zal op basis van de *case study* een antwoord worden gegeven op de centrale vraag van dit onderzoek.

### **6.2.1 De professie verandert**

Uit dit onderzoek is gebleken dat de “klassieke professional” niet helemaal verdwenen is, maar dat er wel aanwijzingen lijken te zijn voor een verandering. Doorgaans worden artsen, advocaten en accountants als klassieke professionals beschouwd. Voor artsen lijkt het er in ieder geval op dat hun klassieke professie aan een verandering onderhevig is. Hiervoor zijn meerdere verklaringen te geven. Allereerst hebben veranderingen in de context ervoor gezorgd dat de klassieke professie gedwongen werd om te gaan veranderen. Marktwerking in de zorg is hier een goed voorbeeld van, dit heeft er namelijk toe geleid dat er in de zorg een verschuiving plaats vond van aandacht voor aanbod naar aandacht voor vraag. Patiënten werden daardoor meer gezien als klanten, wat als gevolg had dat patiënten ook kritischer werden ten aanzien van de zorg die zij genoten. Bovendien is de gezagsrelatie tussen arts en patiënt veranderd. Niet alleen als gevolg van marktwerking, maar ook doordat de maatschappelijke verschillen in het land kleiner zijn geworden. Medisch specialisten hebben daarmee aan status ingeleverd.

Uit dit onderzoek komt tevens naar voren dat de toenemende druk om te administreren een mogelijke bedreiging vormt voor de klassieke professie. Medisch specialisten hebben in hun vak steeds minder tijd voor het uitoefenen van hun primaire taken. Het draait niet meer alleen om patiëntenzorg. Van medisch specialisten wordt meer dan voorheen verwacht dat ze ook over bepaalde managementcapaciteiten beschikken.

### **6.2.2 Verlies autonomie**

Het meest ingrijpende aan de verandering van de professie is dat medisch specialisten steeds minder autonoom lijken te worden in het werk dat zij verrichten. Dit onderzoek toont aan dat medisch specialisten over minder professionele autonomie beschikken, dan aanvankelijk werd gedacht. Door het verlies van autonomie zullen medisch specialisten waarschijnlijk gevoeliger zijn voor ontwikkelingen van buitenaf dan voorheen. Dit in tegenstelling tot wat in de literatuur bekend is over klassieke professionals. Daar wordt juist nadrukkelijk gewezen op de hoge mate van autonomie en het feit dat zij niet gevoelig zijn voor ontwikkelingen van buitenaf. Op dit punt lijkt de literatuur over professionalisme niet overeen te komen met de praktijk. Uit de interviews is gebleken dat de professionele autonomie van medisch specialisten steeds verder wordt ingeperkt door prestatie-indicatoren. In eerste instantie wordt door medisch specialisten aangegeven dat prestatie-indicatoren meer op de achtergrond een rol spelen. Tegelijkertijd worden er verscheidene voorbeelden gegeven door medisch specialisten waaruit blijkt dat specialisten behoorlijk volgend zijn ten aanzien van prestatie-indicatoren. Mede daardoor leveren ze onbewust behoorlijk wat autonomie in.

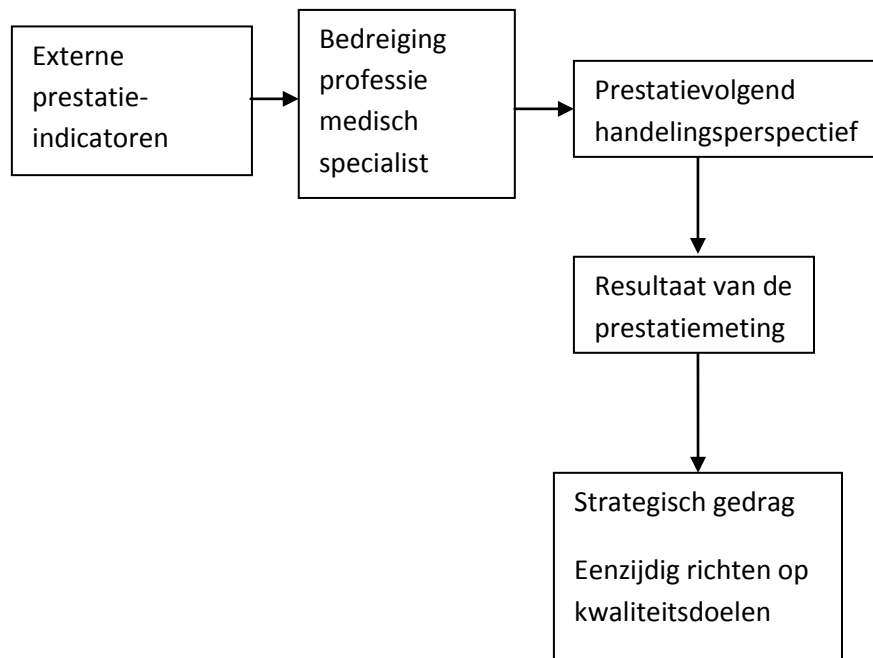
### **6.2.3 Beroepsvereniging buitenspel**

Er is gebleken dat medisch specialisten het belangrijk vinden dat hun professie wordt beschermd tegen invloeden van buitenaf. De beroepsvereniging speelt hierin een belangrijke rol. In de literatuur over professionalisme komt de beroepsvereniging als beschermer van de professie uitgebreid aan bod. Het ontwikkelen van prestatie-indicatoren zou volgens het merendeel van de specialisten uitsluitend door de beroepsvereniging gedaan moeten worden. Zij weten immers echt wat kwaliteit is, aldus de medisch specialisten. Doordat de beroepsvereniging prestatie-indicatoren ontwikkelt, wil dat niet automatisch zeggen dat de professionele autonomie daarmee in stand blijft. Door het ontwikkelen van prestatie-indicatoren wordt de autonomie ook weer verder ingeperkt. Hier wordt in de literatuur over professionalisme te weinig rekening mee gehouden. Daar heerst de opvatting namelijk dat de beroepsvereniging er voor zorgt dat de professionele autonomie in stand wordt gehouden. Bovendien kunnen prestatie-indicatoren die door de beroepsvereniging worden vastgesteld direct overgenomen worden door zorgverzekeraars en ook dat zorgt voor een verdere inperking van de autonomie. Tevens heeft de zorgverzekeraar de mogelijkheid om eigen prestatie-indicatoren te ontwikkelen. Daarmee wordt de zorgverzekeraar steeds invloedrijker. Zij kunnen immers harde eisen stellen aan de kwaliteit. Waar de



beroepsvereniging voorheen nog een monopoly had op het bepalen van kwaliteit is het nu de zorgverzekeraar die voor een groot deel bepaalt wat ziekenhuizen moeten doen.

#### 6.2.4 Prestatievolgend handelingsperspectief



In tegenstelling tot wat uit de literatuur is gebleken, kan geconcludeerd worden dat klassieke professionals wel degelijk worden beïnvloed door externe prestatie-indicatoren. Het bovenstaande schema verduidelijkt dit. In de literatuur over professionalisme en prestatiemeting wordt gedacht dat vooral semi-professionals, zoals leraren en verpleegkundigen, gevoelig zijn voor invloeden van buitenaf. Uit dit onderzoek lijkt naar voren te komen dat medisch specialisten bij een externe meting minder snel een medisch professioneel handelingsperspectief zullen hanteren. Dit is voor een groot deel te verklaren vanuit de hoge impact die prestatiemeting in de zorg heeft. Er kunnen zware sancties op worden gelegd door zorgverzekeraars waardoor het voor medisch specialisten bijna noodzakelijk wordt dat zij zorgen voor een goede score. Op basis van dit onderzoek kan worden vastgesteld dat medisch specialisten daardoor eerder geneigd zijn om te kiezen voor een zogenoemd prestatievolgend handelingsperspectief. Dit is voor een deel te verklaren vanuit het feit dat medisch specialisten hun professe juist willen beschermen. Goed scoren op prestatie-indicatoren is een middel voor de medisch specialist geworden om professionaliteit uit te stralen. Wanneer er slecht wordt gescoord op bepaalde prestatie-indicatoren kunnen toezichthoudende instanties bovendien maatregelen nemen waardoor de taakoefening van de medisch specialist verder wordt gereguleerd. Dat zou er vervolgens

toe kunnen leiden dat medisch specialisten dan minder autonoom zullen worden in hun taakuitoefening. Een gevolg van een prestatievolgend handelingsperspectief is dat het kan leiden tot strategisch gedrag. Bovendien zijn er in dit onderzoek bewijzen gevonden voor het eenzijdig richten op kwaliteitsdoelen. Wanneer externe prestatie-indicatoren de komende jaren verder aan invloed zullen winnen, dan zou dit naar alle waarschijnlijkheid automatisch betekenen dat de autonomie van de medisch specialist steeds verder wordt ingeperkt en dat hij net als bij leraren, agenten en verpleegkundigen afhankelijk wordt van regels die hem van buitenaf worden opgelegd.

## 7. Literatuurlijst

### Boeken en artikelen:

- Abbot, A. (1988). *The System of Professions: An essay on the Division of expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press
- Behn, R.D. (2003). *Why measure performance? Different purposes require different measures*. In: public administration review, vol:63:5, p:586-606.
- Behn, R.D. (2001). *Rethinking Democratic Accountability*. Washington, DC: Brookings Institution Press.
- Berg, M. & W. Schellekens. 2002. 'Paradigma's van kwaliteit: De verschillen tussen externe en interne kwaliteitsindicatoren.' *Medisch Contact* 57 (34):1203-1205.
- Boerman, R. (2005). *Professionele autonomie in het onderwijs*. VHZ Artikelen.
- Bovens, M. (2005). *Publieke verantwoording: een analyse kader*. Den Haag: Boom.
- Bovens, M. & 't Hart, P. (2006). *Publieke verantwoording: zegen en vloek*. Utrecht: USBO.
- Bovens, M. & Schillemans, T. (2009). *Handboek publieke verantwoording*. Den Haag: Boom Lemma
- Brans, M., Giesbers, A.P.M. & Meijer, A.J. (2008). Alle ogen op de ziekenhuizen gericht? De effecten van openbaarmaking van prestatiegegevens. *Bestuurswetenschappen*, Vol.62, Nr.2, pp.32-52.
- Brink, G. van den. Jansen, T. & Pessers, D. (2005). *Beroepszeer. Waarom Nederland niet goed werkt*. Amsterdam: Boom.
- Brink, G. van den. Jansen, T. & Kole, J. (2009). *Beroepstrots; een ongekende kracht*. Amsterdam: Boom.
- De Bruin, H. (2006). *Prestatiemeting in de publieke sector; tussen professie en verantwoording*. Den Haag: Lemma.
- Campbell, SM. Braspenning, J. Hutchinson A. ea. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Quality and Safety in Health Care* (2002); 11:358-364.
- Day, P. & Klein, R. (1987). *Accountabilities: Five public services*. London: Tavistock
- Grinten, T. & Meurs, P. (2005). Publieke verantwoording in de gezondheidszorg. In Bakker, W. & Yesilkagit, K (red.). *Publieke verantwoording* (p:215-242).
- Grol, R. 2001. 'Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction.' *Journal of the American Medical Association* 286 (20):2578-2585.
- Freidson, E. (1973). *The profession and their prospects*. Cambridge University press.

- Freidson, E. (2001). *Professionalism*. The third logic. Polity: Cambridge
- Freeman T. Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature. *Health Services Management Research* 2002; 15: 126-137.
- Harrison, S. & Ahmad, W.I.U. (2000). 'Medical Autonomy and the UK State 1975-2025', in: *Sociology*, vol. 34:1, pp. 129-146
- Hupe, P. (2007). *Overheidsbeleid als politiek: over de grondslagen van beleid*. Assen: Van Gorcum.
- Kjaer, M. (2004). *Governance*. Cambridge: Polity Press.
- Koning, J. de. & Hoeijmakers, M. *Prestatie-indicatoren voor de nieuwe publieke taken van het RIVM*. RIVM-rapport nr. 000200701. Bilthoven: RIVM, 2007
- Korsten, A.F.A. (2004). *Resultaatgericht begroten*. Den Haag
- Luce, J.M., Thiel, G.D., Holland, G.R. e.a. (1996). *Use of riskadjusted outcome data for quality improvement by public hospitals*. *The Western Journal of Medicine*. 164: 410:414.
- HagaScoop (2012). *Behandeling van mammacarcinoom vraagt om vaardigheid, kundigheid en empathisch vermogen*. In: Wetenschappelijk tijdschrift Hagaziekenhuis. Nr.1, jaargang 3:p:1.
- Hibbard, J.H., Stockard, J., Tusler, M. (2003). *Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts?* *Health affairs (Millwood)*. 22:84-94.
- Hood, C. (1991). *A Public Management for all seasons?* *Public Administration*, Vol. 69 Spring 1991 (3-19). Royal Institute of Public Administration.
- Jong, J.de. (2008). *Explaining medical practice variation*. Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit Utrecht.
- Linker, P.J. (2009). Verantwoording over prestaties. In: Bovens, M. & Schillemans, T. (red.). *Handboek publieke verantwoording* (pp. 55-77). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Lugtenberg, M. & G.P. Westert. *Kwaliteit van de gezondheidszorg en keuze-informatie voor burgers*. Tilburg: Tranzo.
- March, J. & Olsen, J. (1979). *Ambiguity and choice in organizations*. Bergen: Universitetsforlaget.
- Marshall, M.N., Shekelle, P.G., Leatherman, S. e.a. (2000). *The public release of performance data: what do we expect to gain?* A review of the evidence. *JAMA*;283: 1866-1874.
- Marshall, M.N., Romano, P.S., Davies, H.T. (2004). *How do we maximize the impact of the public reporting of quality care?* *International Journal for Quality in Health Care*. 16 Suppl. 1:i57-i63.

Meijer, A., Grimmelikhuijsen & Brandsma, G.J. (2009). Transparantie. In: Bovens, M. & Schillemans, T. (red.). *Handboek publieke verantwoording* (pp. 205-226). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Narins CR, Dozier AM, Ling FS, ea. The influence of public reporting of outcome data on medical decision making by physicians. *Archives of Internal Medicine* 2005; 165: 83-87

Van Mil. et.al. (2008). *Prestaties afspreken doe je zo! Lessen over outputsturing uit acht sectoren*. Assen: Van Gorcum.

Mintzberg, H. (1983). *Structure in Fives: designing effective organizations*. Englewood-Cliffs: Prentice Hall.

Noordegraaf, M. & Abma, T. (2003). *Management by measurement? Public management practices amidst ambiguity*. *Public administration*, vol:81:4, p:854-870.

Noordegraaf, M. (2007). 'From "Pure" to "Hybrid" Professionalism: Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domains', in: *Administration & Society*, vol. 39:6, pp. 761-785

Noordergraaf, M. (2008). *Management in het publieke domein*. Bussum: uitgeverij Coutinho.

Pollit, C. & Bouckaert, G. (1999). *Public Management Reform: A Comparative Analysis*. Cambridge University Press.

Schillemans, T. (2005). Verantwoording na verzelfstandiging. Continuïteit, verwarring, en vernieuwing. In W. Bakker & K. Yesilkagit (red.). *Publieke verantwoording. Regimes van inzicht en rekenschap bij de uitvoering van publieke taken* (p.71-97). Amsterdam: Boom.

Schut, E. *Marktwerking in de zorg een jaar later*. ESB: Zorgsector. P 20-24

Sinclair, A. (1996). The Cameleon of Accountability: Forms and Discourses. *Accounting, Organizations and society*, 20, 219-237,

Thiel, S. (2007). *Bestuurskundig onderzoek: een methodologische verkenning*. Bussum: uitgeverij Coutinho.

Thiel, S. & Leeuw, F.L. (2002). The performance paradox in the public sector. *Public performance management review*, vol:25:3, p:267-281).

Tonkens, E. (2006). *Mondige burgers, getemde professionals*.

Wilensky, H.L. (1964). 'The Professionalization of Everyone?', in: *The American Journal of Sociology*, vol. LXX:2, pp. 137-158

Weick, K.E. (1995). *Sensmaking in organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Werner, R.M., Asch, D.A., Polsky, D. (2005). *Racial Profiling: the united consequences of coronary arterybypass graft report cards*. *Circulation*: 111: 1257-1263.

Westert, P. (2006). *Variatie in prestatie*. Proefschrift Universiteit van Tilburg.

Schellekens, W. & Berg, M. (2002). *Paradigma's van kwaliteit. De verschillen tussen externe en interne kwaliteitsindicatoren*. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG), Erasmus MC, Rotterdam.

Yin, R. (2003). *Casestudy research. Design and methods*. Third edition. Thousand Oaks: California.

#### Rapporten:

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

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) (2012). *Kwaliteitsindicatoren: basisset kwaliteitsindicatoren 2012*. Utrecht.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) (2007). *Medische professionaliteit*. Utrecht.

Ministerie Volksgezondheid Welzijn en Sport (2001). *Vraag aan bod*. Den Haag.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) (2006). *Protocol onderzoek verantwoordingsdocumenten ZvW 2006*. Den Haag.

Nederlandse Zorgautoriteit (2010). *Thematisch onderzoek Zorgplicht*. Op 14 februari 2012 ontleend aan: <http://www.nza.nl/104107/138040/Thematisch-onderzoeksrapport-Zorgplicht.pdf>.

RVZ (2000). *Professionals in de gezondheidszorg*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Den Haag.

#### Websites:

Zorgvisie (2012). *Strijd om borstkankerzorg*. Op 3 februari 2012 ontleend aan: <http://archieff.zorgvisie.nl/zorgvisie/2011/01/07/nummer-1/Strijd-om-borstkankerzorg.htm>.

Zichtbare Zorg (2012). *Programma Zichtbare Zorg gaat op in kwaliteitsinstituut*. Op 2 februari 2012 ontleend aan: <http://www.zichtbarezorg.nl/page/Programma-Zichtbare-Zorg>

Wet marktordening gezondheidszorg (wmg). Op 14 februari 2012 ontleend aan: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/wet-marktordening-gezondheidszorg-wmg>

RIVM (2008). *Wat zijn prestatie-indicatoren?* Op 2 februari 2012 ontleend aan: [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o5446n30046.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o5446n30046.html)

Overig:

Zichtbare Zorg (2008). Brief over: *Relatie Zichtbare Zorg indicatoren vs indicatoren zorginkoop*. Den Haag.