

Prestatiemeting als professioneel instrument



Yasmin Wijering
Universiteit Utrecht
10-7-2014



Universiteit Utrecht



UMC Utrecht

PRESTATIEMETING ALS PROFESSIONEEL INSTRUMENT

*Hoe medische professionals gemotiveerd kunnen worden om
prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering*

YASMIN WIJERING

4093712

Y.K.WIJERING@STUDENTS.UU.NL

Masterscriptie Publiek Management

Utrechtse School voor Bestuurs- en Organiseringswetenschap
Faculteit Recht, Economie, Bestuur en Organisatie

Universiteit Utrecht, Juli 2014

Begeleiders: S.C. Douglas DPhil & drs. M. Ridderbos RC
2^e lezer: Prof. Dr. M. Noordegraaf
UMC Utrecht: Dr. E.L.J. van Rensen

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	6
SAMENVATTING.....	7
H1. INLEIDING	11
1.1 Aanleiding	11
1.1.1. Opkomst prestatiemeting.....	11
1.1.2. Prestatiemeting en de professionele logica	13
1.1.3. Prestatiemeting als professioneel instrument	15
1.2. Probleemstelling.....	16
1.3 Perspectief	17
1.4 Onderzoeksmethoden	18
1.5 Relevantie	18
1.5.1. Wetenschappelijke relevantie	19
1.5.2. Maatschappelijke relevantie.....	19
1.6 Leeswijzer	20
H2. PRESTATIEMETING IN DE ZORG	21
2.1. De curatieve zorg als sector.....	21
2.2. Marktwerking in de zorg.....	22
2.3. Prestatiemeting in de curatieve zorg.....	23
H3. THEORETISCH KADER	26
3.1. Kernbegrippen	26
3.1.1. Prestatiemeting.....	26
3.1.2. Kwaliteitsverbetering.....	27
3.1.3. Professionals	28
3.1.4. Motiveren	30
3.2. Theorie.....	31
3.3. Factoren	33
3.3.1. Individuele attitude.....	34

3.3.2. Sociale acceptatie	35
3.3.3. Eigen inbreng	36
3.3.4. Manier van meten.....	37
3.3.5. Faciliteiten.....	40
3.3.6. Gemak	41
3.3.7. Operationalisatie.....	43
3.4. Model.....	44
H4. METHODOLOGISCH KADER	46
4.1. Onderzoeksaanpak	46
4.1.1. Uitgangspositie	46
4.1.2. Onderzoeksstrategie	47
4.1.3. Casestudy	48
4.1.4. Steekproef.....	49
4.2. Onderzoeksproces	49
4.3 Onderzoeksmethoden	49
4.4. Betrouwbaarheid en validiteit.....	50
4.4.1. Betrouwbaarheid	50
4.4.2. Validiteit	50
H5. BEVINDINGEN	52
5.1. Prestatiemeting in het UMCU.....	52
5.2. Individuele attitude	53
5.2.1. Positieve attitude.....	53
5.2.2. Reden voor prestatiemeting.....	53
5.2.3. Prestatiemeting en kwaliteitsverbetering	54
5.3. Manier van meten	55
5.3.2. Draagvlak	55
5.3.3. Complexiteit.....	56
5.3.4. Impact	56

5.4. Faciliteiten	57
5.4.1. Decentrale dataverzameling	58
5.4.2. Structuur en eenheid	58
5.4.3. Computersystemen en patiëntendossier	59
5.5. Gemak	61
5.5.1. Administratieve lasten	61
5.5.2. Dubbele registraties	61
5.5.3. Ondersteuning	62
5.5.4. Terugkoppeling	64
5.6. Sociale acceptatie	64
5.6.1. Tijdsgeest	65
5.6.2. Waarden	65
5.7. Eigen inbreng	66
5.7.1. Link met behandelteam	66
5.7.2. Invloed	67
5.7.3. Verplichting	68
H6. ANALYSE	69
6.1. Innerlijke factoren	69
6.2. Situationele factoren	71
H7. CONCLUSIE & DISCUSSIE	74
7.1. Conclusie	74
7.2. Aanbevelingen	77
7.2.1. Optimaliseren van de situationele factoren	77
7.2.2. Voor vervolgonderzoek	78
7.3. Reflectie	79
7.4. Tot slot	80
LITERATUUR	81
BIJLAGEN	86

Bijlage 1. Interviewgide	86
Bijlage 2. Respondentenlijst	88

VOORWOORD

Na een half jaar met pieken en dalen kan ik eindelijk de punten achter de allerlaatste zinnen van deze scriptie gaan zetten. Als ik eerlijk ben moet ik zeggen dat ik heel, heel blij ben dat binnenkort ook de laatste loodjes van mijn scriptieproces erop zitten. Toch ben ik tevreden met en trots op het proces waarin deze scriptie tot stand is gekomen. Het voelt als een overwinning dat ik ondanks alles dit jaar mijn master heb kunnen afronden. Ik wil dan ook graag iedereen bedanken die geholpen heeft om dit proces op deze wijze te laten verlopen.

Om te beginnen wil ik natuurlijk Scott Douglas bedanken voor de prettige balans tussen nuttige feedback en de ruimte om er mijn eigen scriptie van te maken. Ook Mirko Noordegraaf wil ik bedanken voor de feedback die hij aan het begin en aan het einde van het proces gegeven heeft. Jorèl en Max waren vanaf het begin erg betrokken en hun observaties hebben dit zeker tot een betere scriptie gemaakt. Bedankt, ik heb veel van jullie geleerd.

Daarnaast wil ik Liesbeth van Rensen en Hanneke Jongkind van het UMC Utrecht hartelijk bedanken voor hun hulp bij het vinden en benaderen van respondenten. Toegang krijgen tot een organisatie en daarbinnen mensen vinden die willen meewerken is het lastigste onderdeel van het schrijven van een scriptie, maar dankzij jullie is het uiteindelijk allemaal goed gekomen. Natuurlijk wil ik de respondenten zelf ook bedanken voor de inzichten die ik door hun openheid heb kunnen opdoen. Ik heb een heleboel fijne en interessante gesprekken mogen voeren.

Ik wil bovendien Regiobibliotheek Het Groene Hart in Woerden bedanken, omdat ik ongehinderd mijn scriptie in hun ruimte mocht schrijven en mijn abonnement er inmiddels bijna uit heb in de vorm van gratis kopjes koffie en stroom voor mijn laptop.

De mensen die het dichtst bij me staan wil ik graag bedanken voor alle steun, bemoedigende woorden, opgestoken kaarsjes en luisterende oren. Bernard, oma, opa, Xander, Fabian, Esther en natuurlijk de hele club HPO'ers, dankzij jullie werd het schrijven er een stuk leuker op.

Ten slotte wil ik pap en mam bedanken. Omdat ze me, beiden op hun eigen manier, gemaakt hebben tot wie ik ben. Omdat het verlies van dierbaren je laat inzien welke dingen in het leven belangrijk zijn om voor te werken. En vooral omdat ik geloof dat ze op alle moeilijke momenten bij me waren en me gesteund hebben in het schrijven van deze scriptie.

Voor mijn gevoel ben ik dit jaar academisch en persoonlijk sterk gegroeid en ik kan dan ook met een nieuwe dosis zelfvertrouwen de arbeidsmarkt op. Bedankt!

Yasmin Wijering

SAMENVATTING

Deze scriptie gaat over het gebruik van prestatiemeting door professionals in de curatieve zorg. Het vraagstuk dat behandeld wordt is op welke manier professionals gemotiveerd kunnen worden om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering. Er is in dit onderzoek gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek en een deductieve onderzoeksmethode. De theoretische verwachtingen zijn in de empirie getoetst aan de hand van diepte-interviews. Het onderzoek is uitgevoerd door middel van een casestudy. De onderzochte casus is de RVE oncologie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht [UMCU]. Hier is voor gekozen omdat de RVE Oncologie een nieuwe divisie is, die ontstaan is doordat oncologische klinische en poliklinische activiteiten en dagbehandeling uit de bestaande divisiestructuur zijn ontvlochten en bij elkaar gevoegd. Professionals uit het gehele ziekenhuis maken daardoor deel uit van de RVE oncologie, wat maakt dat een zo breed mogelijk beeld van de stand van zaken in het UMCU geschetst kan worden.

Prestatiemeting in de publieke sector is een antwoord op diverse maatschappelijke veranderingen, waaronder de roep om meer verantwoording. Het is soms echter niet te verenigen met de professionele logica en brengt bepaalde problemen met zich mee. Dit zorgt dat professionals zich soms vervreemd voelen van het beleid en strategisch gedrag gaan vertonen. Over het algemeen ziet de professional de toegevoegde waarde van prestatiemeting en vinden ze de administratieve lasten die deze met zich meebrengt acceptabel. Om de prestatiemeting echter optimaal te benutten, zouden professionals verleid moeten worden om deze zelf te gaan gebruiken voor kwaliteitsverbetering. De cijfers, die nu verzameld worden ten behoeve van de verantwoording, zouden dan meer toegevoegde waarde hebben. De professional, die vanuit zijn professionele ethos ook wil inzetten op verbeterde dienstverlening, zou prestatiemeting kunnen gebruiken als hulpmiddel. Dit onderzoek gaat dan ook over de vraag: *Op welke wijze kunnen medische professionals gemotiveerd worden om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering?*

De empirie is beschouwd aan de hand van zes factoren, die de motivatie van professionals om prestatiemeting te gebruiken zouden kunnen beïnvloeden. Dit zijn individuele attitude, manier van meten, faciliteiten, gemak, sociale acceptatie en eigen inbreng. De factoren zijn onder te verdelen in innerlijke factoren (individuele attitude, sociale acceptatie en eigen inbreng) en situationele factoren (manier van meten, faciliteiten en gemak). De innerlijke factoren zorgen dat de professional de prestatie-informatie wil gebruiken voor kwaliteitsverbetering. Hij voelt zich als het ware eigenaar van het systeem van prestatiemeting. De situationele factoren zijn de omstandigheden en handvaten die bepalen of de professionals goed en gemakkelijk gebruik kunnen maken van de prestatie-informatie.

Uit het onderzoek blijkt dat de innerlijke factoren een grote invloed hebben op de motivatie van professionals om kwaliteitsverbetering te gebruiken, maar dat ze in de praktijk al aanwezig zijn. Professionals vinden prestatiemeting een goed hulpmiddel om inzicht te krijgen in de eigen kwaliteit en dat vinden ze erg belangrijk. Ze zien zichzelf als onderdeel van de organisationele context en vinden

het daarom belangrijk dat hun prestaties inzichtelijk zijn. Prestatiemeting kan volgens hen niet direct gebruikt worden om te sturen op kwaliteitsverbetering, maar kan wel inzicht geven in welke processen verbeterd kunnen worden. Ook kan het de buitenwereld inzicht geven in hun kwaliteit. De tijdsgeest en de cultuur zijn steeds meer ingesteld op prestatiemeting, waardoor de professionals prestatiemeting ervaren als een normale gang van zaken. Professionals hebben voldoende ruimte om hun professionele waarden in de prestatiemeting tot uiting te laten komen. Als ze voldoende invloed hebben, wordt de prestatiemeting ook door hen gedragen. De verplichting om te registreren wordt als positief ervaren, omdat iedereen dan mee wordt, maar bij verplichte indicatoren is draagvlak nog belangrijker. Het lijkt er daarom op dat de innerlijke factoren in grote mate aanwezig zijn. Om de motivatie verder te vergroten is het dus zinvol om deze factoren op hetzelfde peil te houden, maar het is niet noodzakelijk om ze verder te stimuleren.

De situationele factoren zijn nog niet altijd in voldoende mate aanwezig. Hier kan dus op gestuurd worden om professionals te motiveren om prestatiemeting te gebruiken om de kwaliteit te verbeteren. Indicatoren moeten aan allerlei voorwaarden voldoen om nuttig te zijn voor de professionals. Ze moeten onder andere relevant zijn voor de dagelijkse praktijk en betrouwbaar. Er moet ruimte zijn om de cijfers te nuanceren, omdat een deel van de verschillen door toeval verklaard kunnen worden. De aanlevering van de gegevens is nog te versnipperd en de computersystemen bieden soms nog te weinig totaaloverzicht en te weinig actuele prestatie-informatie. Ook wordt de administratieve last als fors ervaren en de ondersteuning als minimaal. Terugkoppeling zorgt voor een stok achter de deur en het maakt dat prestatiemeting en kwaliteitsverbetering een integraal onderdeel van de zorg worden, waardoor men voortdurend bezig blijft met het verbeteren van de kwaliteit, met name als men kan beschikken over actuele cijfers. Hiermee is men op de goede weg, maar soms wordt nog niet de gehele keten betrokken bij het proces.

In de literatuur rondom professionals en prestatiemeting gaat erg veel aandacht uit naar de verschillen in waarden en visie tussen professionals en managers. Daardoor gaat veel aandacht uit naar de interne factoren, op het 'mee krijgen' van de professional. Het strikte onderscheid tussen professionele en organisationele principes lijkt echter vervangen te zijn door een gezamenlijk doel dat beide partijen nastreven, hoewel wellicht niet altijd om dezelfde reden: het bereiken van kwalitatief betere zorg. De definitie van kwaliteit is breder geworden, waardoor er ook zaken als efficiëntie en snelheid onder vallen, en deze wordt onderschreven door de professional. Sturen op de situationele factoren is dus op dit moment urgenter dan sturen op de interne factoren. Het antwoord op de vraag hoe professionals gemotiveerd kunnen worden om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering is dus door de situationele factoren te optimaliseren; door hen zoveel mogelijk handvaten aan te reiken. De volgende aanbevelingen kunnen gedaan worden om dit doel te bereiken.

1. Het is van groot belang dat professionals zich kunnen vinden in de manier van meten en dan met name in de indicatoren die gebruikt worden. Maak daarom de keuzes voor de gebruikte indicatoren duidelijk en inzichtelijk voor alle professionals en organiseer draagvlak voor de indicatoren door te luisteren naar hun wensen. Zorg voor zoveel mogelijk *evidence based* indicatoren, zodat de discussie over de indicatoren minimaal zal zijn; en tevens voor indicatoren die direct van invloed zijn op de dagelijkse praktijk, zodat het daadwerkelijk mogelijk is om aan de hand van de prestatie-informatie maatregelen te nemen om de kwaliteit te vergroten.
2. Zorg voor nuance in de presentatie van de cijfers en zorg dat de patiënten ook op de hoogte zijn van deze nuance. Geef aan dat een deel van de verschillen door toeval ontstaan kan zijn. Oordeel niet als dat niet kan op basis van de cijfers en maak geen rangschikkingen van ziekenhuizen als de cijfers dit niet significant en objectief onderbouwen. Op die manier wordt de kans dat de cijfers gemanipuleerd worden om goed te scoren kleiner en wordt de betrouwbaarheid van de cijfers groter. Als de professionals vertrouwen hebben in de juistheid van de cijfers, zullen ze deze eerder gebruiken om te sturen op kwaliteitsverbetering.
3. Zorg voor structuur en eenheid in het aanleveren van prestatie-informatie voor zorgverleners en voorkom dat er handmatig zaken dubbel aangeleverd moeten worden. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van één systeem voor het aanleveren of door een koppeling met het patiëntendossier. Zorg tevens voor een zo actueel mogelijk totaaloverzicht van de cijfers, zodat de professional te allen tijde de beschikking heeft over de prestatie-informatie die voor hem relevant is. Op dit moment is de versnippering en de hoeveelheid metingen zo groot, dat het overzicht zoek is. Daardoor is onduidelijk waar de belangrijkste verbeterpunten liggen. Daardoor zijn professionals minder gemotiveerd om de cijfers te gebruiken om te sturen op kwaliteitsverbetering.
4. De administratieve last is fors. Tot een bepaald niveau is het acceptabel voor de professional dat hij tijd moet besteden aan het meten. Er wordt echter steeds meer gemeten, waardoor de professional zich soms afvraagt of de kosten en baten nog tegen elkaar opwegen. Meet daarom niet teveel en zorg dat er voortdurend dialoog mogelijk blijft over het nut en noodzaak van bepaalde indicatoren. Ook het aanpassen van bestaande indicatoren en het besluit om iets niet meer te meten moeten mogelijk blijven. Hoe meer automatisch aangeleverd kan worden, hoe meer en gedetailleerder gemeten kan worden zonder de professionals te overbelasten.
5. Een belangrijke manier om professionals te faciliteren in het aanleveren en gebruiken van de cijfers, is het bieden van administratieve ondersteuning. Dit kost uiteraard geld en mankracht. Onderzoek daarom of administratieve ondersteuning bij het registreren daadwerkelijk tijdsbesparing voor professionals oplevert. In dat geval worden zij niet alleen ontlast, maar wordt het een investering die zichzelf deels terug verdient, doordat meer patiënten geholpen kunnen worden.
6. Een adequate terugkoppeling zorgt dat men voortdurend bezig blijft met het verbeteren van de zorg. Door ook het behandelteam mee te nemen in de terugkoppeling en een structuur te

ontwikkelen om te zorgen dat zij kunnen meedenken over interventies, wordt het gebruik van prestatie-informatie voor kwaliteitsverbetering nog meer een integraal onderdeel van het zorgproces.

Door te sturen op het verbeteren van de situationele factoren, kunnen professionals dus meer gemotiveerd worden om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering. De verwachting is dat daardoor uiteindelijk de kwaliteit van zorg vergroot wordt, wat een belangrijk doel is voor alle bij de zorg betrokken actoren.

H1. INLEIDING

Deze scriptie gaat over het gebruik van prestatiemeting door professionals in de curatieve zorg. Het vraagstuk dat behandeld wordt is op welke manier professionals gemotiveerd kunnen worden om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering. In deze inleiding zal ingegaan worden op de aanleiding van het onderzoek, de probleemstelling, het theoretisch perspectief, de gebruikte onderzoeksmethoden en de relevantie van het onderzoek.

1.1 Aanleiding

Sinds de jaren '80 is steeds meer nadruk komen te liggen op het bedrijfsmatig werken in de publieke sector. De redenen hiervoor zijn diverse maatschappelijke veranderingen: Prestatiemeting wordt steeds meer een noodzaak voor de publieke sector (Noordegraaf, 2004; Pidd, 2012; Van Thiel & Leeuw, 2002; Kaplan, 2001; De Bruijn & Noordegraaf, 2010; Noordegraaf & Sterrenburg, 2009; Trimbos Instituut, 2013; Pluijgers, 2013). Prestatiemeting heeft echter ook een keerzijde. Zij is soms niet te verenigen met de professionele logica en brengt bepaalde problemen met zich mee. Dit zorgt dat professionals zich soms vervreemd voelen van het beleid en strategisch gedrag gaan vertonen (Bouckaert & Balk, 1991; De Bruijn, 2007; Van Thiel & Leeuw, 2002; Van Hout, Van Der Scheer & Putters, 2007; Labrie, 2011). Professionals en hun dienstverlening worden echter ook bekritiseerd en ze worden door de overheid en de samenleving gedwongen om zich te verantwoorden, onder andere door middel van prestatiemeting (Noordegraaf, 2007; Van Hout, Van Der Scheer & Putters, 2007). Over het algemeen ziet de professional de toegevoegde waarde van prestatiemeting en vinden ze de administratieve lasten die deze met zich meebrengt acceptabel (Noordegraaf & Sterrenburg, 2009). Om de prestatiemeting echter optimaal te benutten, zouden professionals verleid moeten worden om deze zelf te gaan gebruiken voor kwaliteitsverbetering. De cijfers, die nu verzameld worden ten behoeve van de verantwoording, zouden dan meer toegevoegde waarde hebben. De professional, die vanuit zijn professionele ethos ook wil inzetten op verbeterde dienstverlening, zou prestatiemeting kunnen gebruiken als hulpmiddel. (Noordegraaf, 2007; Van Hout, Van Der Scheer & Putters, 2007; De Bruijn & Noordegraaf, 2010; Bouckaert & Balk, 1991). Dit onderzoek gaat dan ook over de vraag hoe professionals gemotiveerd kunnen worden om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering.

1.1.1. Opkomst prestatiemeting

In de publieke sector wordt steeds meer bedrijfsmatig gewerkt. Dit is terug te zien in het *New Public Management* dat aan het einde van de twintigste eeuw op kwam. Dat is "een verzameling van inzichten, modellen en praktijken met als doel om publieke organisaties resultaatgerichter, gecoördineerder en efficiënter te laten werken" (Noordegraaf, 2004, p86). In de jaren '80 werd de nadruk op efficiëntie steeds groter en kwamen instrumenten als benchmarking en monitoring op. De koppeling tussen het doel, de middelen en de prestaties van publieke organisaties werd steeds

belangrijker. Een belangrijk middel om deze koppeling te bewerkstelligen is prestatiemeting door middel van planning & control, indicatoren- en kengetallen, monitoring en benchmarking (Noordegraaf, 2004). Met prestatiemeting wordt beoogd om drie vragen te beantwoorden: hoeveel hebben we gepresteerd, hoe goed hebben we gepresteerd en zijn mensen daardoor beter af? Het zorgt dat publieke organisaties beter kunnen plannen, zodat ze betere dienstverlening kunnen realiseren en publieke steun kunnen verwerven (Pidd, 2012). De focus werd dus verlegd van input- naar outputsturing. Door bedrijfsmatige instrumenten zoals prestatiemeting in de publieke sector te introduceren, werd gepoogd om de prestaties van publieke organisaties te meten en te evalueren en tegelijkertijd de mogelijkheid geboden om verantwoording af te leggen (Van Thiel & Leeuw, 2002).

Prestatiemeting is van belang voor publieke organisaties, omdat ze te maken krijgen met groeiende concurrentie om financiering door donoren, stichtingen en de overheid. Ze moeten daarom aantonen dat ze op effectieve en efficiënte wijze voldoen aan de vraag van de burger (Kaplan, 2001). De opkomst van bedrijfsmatig werken en prestatiemeting als instrument daarvan staat bovendien niet op zichzelf, maar is een reactie op allerlei maatschappelijke ontwikkelingen. Zo is de vraag naar professionele dienstverlening sterk gestegen, onder andere door de verbeterde technologie, de vergoedingen van allerlei behandelmethoden en de emancipatie van cliënten (Van Hout, Van Der Scheer & Putters, 2007) terwijl de beroepsbevolking vergrijst. Hierdoor zijn efficiëntie en snelheid belangrijker geworden. Dit betekent dat er systemen van meten en vergelijken nodig werden. Bovendien werd de dienstverlening steeds complexer, waardoor samenwerken belangrijker werd. Bepaalde problematiek vraagt om de gecombineerde inzet van meerdere specialisten. Bovendien is er steeds meer oog voor de collectieve professionele prestatie. Professionals zijn onderdeel van een grotere organisatie en moeten hun dienst verlenen zonder wachttijden, met goede doorlooptijden en vraag-gestuurd werken (De Bruijn & Noordegraaf, 2010). Bovendien worden burgers steeds kritischer en veeleisender en nemen zij de dienstverlening meer in eigen hand. Burgers zijn geïndividualiseerd en assertiever geworden. Cliënten lopen eerder dan vroeger weg, ze stappen naar de rechter of vertellen hun verhaal in de media. De reputatie van professionals en instellingen staat daardoor onder druk. Klanttevredenheid is een belangrijke waarde geworden voor publieke organisaties. De maatschappij vraagt daarnaast om meetbare professionele dienstverlening en ranglijsten. De samenleving eist transparantie, om te zien waar het geïnvesteerde publieke geld naar toe gaat. Juist de nadruk op incidenten in de media zorgt bovendien dat er vraag is naar betrouwbare gegevens over en verantwoording door publieke organisaties. Al met al spelen er verschillende trekkkrachten: marktprikkels, overheidsregulering, professionele regulering en de politieke en publieke opinie (De Bruijn & Noordegraaf, 2010; Van Hout, Van Der Scheer & Putters, 2007; Noordegraaf & Sterrenburg, 2009). Deze maken dat publieke organisaties en de professionals die er werkzaam zijn niet meer om prestatiemeting ten behoeve van verantwoording en kwaliteitsverbetering heen kunnen.

Ook in de curatieve zorgverlening¹ is prestatiemeting steeds belangrijker geworden. Doordat de overheid concurrentie en marktwerking oplegt, strijden organisaties om patiënten (Noordegraaf, 2007). Van zorgorganisaties wordt bovendien verwacht dat ze transparant zijn en zich verantwoorden. Verschillende partijen hebben immers behoefte aan inzicht in de prestaties die zorginstellingen leveren. De cliënten moeten een keuze maken voor een zorgaanbieder of voor een bepaalde behandeling. De Inspectie voor de Gezondheidszorg [IGZ] heeft informatie over de geleverde prestaties nodig om toezicht te kunnen uitoefenen en de kwaliteit van de zorg te waarborgen. Zorgverzekeraars moeten inzicht hebben in de kwaliteit van verschillende aanbieders om een gefundeerde keuze te maken over waar ze hun zorg inkopen. De overheid heeft prestatie-informatie nodig om goede beleidskeuzes te kunnen maken, zeker in tijden van bezuinigingen, wanneer elke uitgegeven euro verantwoord moet worden. En ook de medische professionals en de zorgorganisaties waarvoor zij werken hebben inzicht nodig in de eigen kwaliteit, omdat zij goede zorg willen leveren (Trimbos Instituut, 2013). Giard (2005) voegt hieraan nog de managers, onderzoekers en de media aan toe. Interne documentatie van een van de Nederlandse ziekenhuizen stelt het als volgt: prestatiemeting is voor het ziekenhuis van belang omdat patiënten bewust kiezen, omdat er sprake is van concentratie van zorg en selectieve zorginkoop en omdat de openbare ranglijsten met ziekenhuisprestaties steeds belangrijker worden (Pluijgers, 2013).

1.1.2. Prestatiemeting en de professionele logica

Ook al is prestatiemeting gezien het bovenstaande duidelijk noodzakelijk en relevant, het heeft ook een keerzijde. Prestatiemeting heeft invloed op organisaties, omdat het inzichtelijk maakt wat presteren is en waar de organisaties op afgerekend worden. Indicatoren moeten daarom intentioneel, doelbewust en methodisch ingezet worden. Een systeem van prestatiemeting moet niet alleen accuraat, overtuigend, betrouwbaar en gemotiveerd zijn, maar ook legitimerend. Indicatoren moeten exclusief zijn, proces-georiënteerd, doeltreffend, tijdsbestendig, begrijpelijk en herhaalbaar (Bouckaert & Balk, 1991). Aan deze eisen wordt echter niet altijd voldaan, waardoor problemen ontstaan. Zo wordt soms een te grote nadruk gelegd op kwantiteit in plaats van op kwaliteit, leidt prestatiemeting soms tot minder prestatie in plaats van meer en ontstaat er soms een wildgroei aan allerlei indicatoren en meetsystemen. Door deze problemen ontstaat soms het beeld dat prestatiemeting in de publieke sector niet mogelijk of niet gewenst is (Bouckaert & Balk, 1991; De Bruijn, 2007; Van Thiel & Leeuw, 2002). Trappenburg stelt in dat kader bovendien de volgende vraag: *“Vinden we het terecht dat mondige, assertieve zorgconsumenten, die zich goed laten informeren, die zich inlezen, hun contacten raadplegen en zich niet met een kluitje in het riet laten sturen, betere zorg krijgen dan medepatiënten die deze moeite niet nemen omdat zij dit niet willen of hier niet toe in staat zijn?”* (Trappenburg, 2009, p17-18). Daarnaast sluit prestatiemeting niet altijd aan bij de professionele waarden en logica. Professionals zijn medewerkers die specifieke en complexe gevallen behandelen op basis van

¹ Waar in deze scriptie over “zorg” gesproken wordt, wordt bedoeld op de curatieve zorgverlening, tenzij anders aangegeven.

algemene kennis, gebaseerd op ervaring en opleiding. Ze behoren tot geformaliseerde beroepsgroepen met macht over opleiding, selectie van nieuwe professionals en de definitie van professioneel handelen en hebben dan ook hun eigen beroepsethiek. Hun loyaliteit aan de beroepsgroep is over het algemeen groter dan die aan de organisatie waarvoor ze werken (Noordegraaf, 2004). Prestatiemeting wordt ingegeven vanuit een beheersingsoriëntatie, die botst met de autonomie van professionals. Die laatsten vinden het hinderlijk dat ze meer moeten registreren, anders gefinancierd worden en gedwongen worden tot openheid en transparantie (Van Hout, Van Der Scheer & Putters, 2007). Labrie (2011) spreekt in dit kader zelfs van een kloof tussen de professionele- en de managementlogica. De managementlogica zou gekenmerkt worden door processturing, het behalen van resultaten en standaardisering, terwijl de professionele logica kijkt vanuit de cliënt en daardoor gekenmerkt wordt door meervoudigheid en complexiteit. Niet alle auteurs onderschrijven een strikt onderscheid tussen een professionele en een managementlogica: volgens sommigen interacteren deze waarden met elkaar of zijn organisationele waarden zelfs onderdeel van professionalisme (Noordegraaf, 2007).

Het is hoe dan ook problematisch als professionals zich niet herkennen in prestatiemeting. Als ze afgerekend worden op een systeem waar ze niet achter staan, voelen ze zich oneerlijk behandeld en daarom zullen ze zich gerechtigd voelen tot het manipuleren van het systeem. Ze vergroten dan hun output volgens de criteria van het prestatiesysteem, zonder dat dit van belang is vanuit een professioneel perspectief. Ook houden zij zich soms bezig met “creatief boekhouden”, dus het opzettelijk positiever neerzetten van de cijfers om zichzelf in een goed daglicht te stellen. In dat geval zijn de prestatiecijfers geen betrouwbare weergave van de werkelijkheid, terwijl er organisaties wel aangestuurd en afgerekend worden naar aanleiding van deze cijfers (De Bruijn, 2007).

Ook in de publieke opinie wordt prestatiemeting geproblematiseerd. Zorginstellingen worden deels gefinancierd op basis van hun prestaties en dit zou leiden tot perverse prikkels. In kranten en opiniebladen zijn allerlei voorbeelden te vinden van strategisch gedrag. DBC-zorgproducten van dezelfde patiënt zouden gestapeld worden er zouden DBC-zorgproducten gedeclareerd worden dan noodzakelijk is, zodat zorginstellingen meer winst kunnen maken. Patiënten met een hoge kans op overlijden zouden zo lang mogelijk op de Intensive Care doorbehandeld worden, om de kleine kans dat ze niet zullen overlijden te benutten en het sterftecijfer zo laag mogelijk te houden. De hoge kosten van deze zorg zouden niet opwegen tegen de baten, omdat de levensduur en kwaliteit van leven hierdoor nauwelijks vergroot worden. Prestatiemeting zou bovendien leiden tot *cherry picking*, wat inhoudt dat de voorkeur uit gaat naar het behandelen van makkelijke cliënten bij wie de kans op succesvolle behandeling het grootst is, om zo de prestaties te maximaliseren. Bovendien zou prestatiemeting leiden tot toegenomen bureaucratie en verantwoordingsdruk omdat er zoveel geregistreerd moet worden (Sommer, 21 mei 2003; De Koning & Scheltema, 25 januari 2014; Maessen, 10 oktober 2013).

1.1.3. Prestatiemeting als professioneel instrument

Hoewel deze problemen evident zijn, wordt niet alleen prestatiemeting maatschappelijk bekritiseerd. In een tijd waarin patiënten kritischer en beter geïnformeerd zijn dan ooit en waarbij de vraag naar zorg groter is dan het aanbod, zijn ook professionals en hun methoden en technieken steeds meer gepolitiseerd. Professionals zouden ineffectief, gesloten en zelf-verrijkend zijn, ze zouden hun fouten verbergen en geld verdienen door met opzet schaarste te creëren. Juist hierdoor is de roep om transparantie en verantwoording ontstaan: de professionele control van de professie zelf werd bekritiseerd en meten en monitoren zouden moeten zorgen voor kostenbeheersing, *value for money* en kwaliteit (Noordegraaf, 2007). Professionals zouden hiervoor zelf weinig verantwoordelijkheid nemen en zich te weinig richten op organisatorische en maatschappelijke doelstellingen, terwijl dit wel zou moeten (Van Hout, Van Der Scheer & Putters, 2007). Noordegraaf drukt dit als volgt uit: *“Professionals are forced to adapt to social changes, capitalist pressures and consumerist tendencies that resist autonomous, closed-off occupational spheres. Professionals must prove their added value”* (Noordegraaf, 2007, p763).

Professionals moeten op zoek naar nieuwe manieren om hun werk uit te oefenen om te zorgen voor legitimiteit. De verbinding met de wereld buiten de professie, de organisatie en andere professionals zijn daardoor essentiële onderdelen geworden van de professionaliteit. Expertise kan niet langer geïsoleerd worden van andere professionals, besluitvormers of cliënten. Professionals weten bovendien dat cases, cliënten, kosten en capaciteit met elkaar verbonden zijn en zijn gedwongen om managerial verantwoordelijkheden op zich te nemen om goed te kunnen presteren (Noordegraaf, 2007). Het is niet altijd gegarandeerd dat een professional ook professioneel handelt en daarom wordt van professionals verwacht dat zij verantwoording afleggen (De Bruijn & Noordegraaf, 2010). Prestatiemeting kan een voedingsbodem zijn voor kwaliteitsverbetering. Het kan helpen om de professionele intuïtie van wat goede dienstverlening is te verbeteren en om beter om te gaan met ambiguïteit van de dienstverlening (De Bruijn & Noordegraaf, 2010; Bouckaert & Balk, 1991).

Uit onderzoek blijkt overigens dat medische professionals het overgrote deel van de administratieve handelingen noodzakelijk vinden om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren en dat er nauwelijks mogelijkheden zijn om deze te schrappen. Ook vinden zij de tijdsbesteding (20% van de werktijd van medisch specialisten en 21% van de werktijd van verpleegkundigen) acceptabel. De administratie gaat volgens hen niet ten koste van de patiënt (Noordegraaf & Sterrenburg, 2009). Daarnaast zijn professionals intrinsiek gemotiveerd om de zorgverlening verbeteren. Ze hebben allerlei drijfveren die maken dat ze dit belangrijk vinden. Rationele drijfveren maken dat ze effectievere probleemoplossing en betere dienstverlening nastreven, maar ook hun professionele normen maken dat ze deze waarden nastreven. Hun politieke drijfveren maken dat ze hun macht en status willen vergroten en hun sociale drijfveren maken dat ze bij de professionele groep willen horen. Al deze doelen kunnen het beste nagestreefd worden door middel van een optimale publieke dienstverlening (Noordegraaf, 2007). In de praktijk blijkt ook dat professionals hier in veel gevallen graag aan willen voldoen. Zo denken artsen

regelmatig mee aan een meer rendabele ziekenhuisbedrijfsvoering en hebben ze het DBC-systeem voor de financiering mede-ontwikkeld. Ook zijn er steeds meer multifunctionele managers die verantwoordelijk zijn voor zowel de zorgverlening als de bedrijfsvoering (Van Hout, Van Der Scheer & Putters, 2007).

1.2. Probleemstelling

Uit het voorgaande blijkt dat er allerlei redenen zijn om prestatiemeting te gebruiken voor kwaliteitsverbetering. De vraag is echter onder welke omstandigheden professionals hiertoe gemotiveerd zijn en wanneer zij prestatiemeting in het beste geval als verantwoordingsmechanisme en in het slechtste geval als overbodige registratiedruk ervaren. Om dit te onderzoeken is de volgende probleemstelling geformuleerd:

Doelstelling: Verklaren welke factoren van invloed zijn op de motivatie van medische professionals om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering, teneinde aanbevelingen te kunnen doen om dit te kunnen beïnvloeden.

Vraagstelling: Op welke wijze kunnen medische professionals gemotiveerd worden om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering?

Figuur 1.1. Probleemstelling

Om deze hoofdvraag te kunnen beantwoorden, zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

Theoretisch:

1. Wat houden de begrippen professionals, prestatie-informatie, motiveren en kwaliteitsverbetering in en hoe verhouden ze zich tot elkaar?
2. Welke inzichten uit de wetenschappelijke literatuur zijn van toepassing op de motivatie van professionals?
3. Welke soorten factoren zijn van invloed op de motivatie voor het gebruiken van prestatie-informatie door professionals?

Empirisch:

1. Op welke manier maken professionals gebruik van prestatie-informatie voor kwaliteitsverbetering?

2. Op welke manier zijn de factoren uit de theorie van invloed op de motivatie voor het gebruik van prestatie-informatie door professionals?
3. Wat is de stand van de verschillende soorten factoren die van invloed zijn op de motivatie van professionals om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering?

Prescriptief

1. Wat zijn de theoretische en praktische consequenties van manier waarop professionals gemotiveerd kunnen worden om prestatiemeting te gebruiken voor kwaliteitsverbetering?

De kernbegrippen die uit deze vragen naar voren komen zijn (medische) *professionals*, *prestatiemeting*, *motiveren* en *kwaliteitsverbetering*. Deze begrippen worden verder afgebakend in het derde hoofdstuk.

1.3 Perspectief

Gemotiveerde professionals zullen prestatiemeting gebruiken voor kwaliteitsverbetering. De empirie wordt daarom beschouwd aan de hand van zes factoren, die de motivatie van professionals om prestatiemeting te gebruiken zouden kunnen beïnvloeden. Dit zijn individuele attitude, manier van meten, faciliteiten, gemak, sociale acceptatie en eigen inbreng. Deze factoren zijn afgeleid van twee theorieën: de *unified theory of acceptance and use of technology* (Venkatesh, Morris, Davis & Davis, 2003) en de theorie van *beleidsvervreemding* (Tummers, Bekkers & Steijn, 2009). De theorie van Venkatesh et al (2003) beschrijft de redenen waarom mensen nieuwe technologie accepteren en gaan gebruiken en de theorie van beleidsvervreemding (Tummers, Bekkers & Steijn, 2009) gaat in op redenen waarom publieke professionals zich soms vervreemd voelen van beleid. Aan de hand van deze theorieën en andere relevante literatuur (bijvoorbeeld De Bruijn, 2007; Noordegraaf & Sterrenburg, 2009 en Van Thiel & Leeuw, 2002) worden de factoren beschreven en toegepast op de motivatie van professionals op prestatiemeting te gebruiken. De factoren zijn onder te verdelen in innerlijke factoren (individuele attitude, sociale acceptatie en eigen inbreng) en situationele factoren (manier van meten, faciliteiten en gemak). De innerlijke factoren zorgen dat de professional het systeem wil gebruiken voor kwaliteitsverbetering. De situationele factoren zorgen voor handvaten om te prestatiemeting beter te kunnen gebruiken. Zonder handvaten zal hij niet gemotiveerd zijn om het gebruik van de prestatie-informatie tot een succes te maken.

1.4 Onderzoeksmethoden

In hoofdstuk vier wordt uitgebreid behandeld hoe dit onderzoek is uitgevoerd. In deze paragraaf volstaat het om kort de gekozen onderzoeksaanpak en –methoden te beschrijven.

Er wordt gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek en een deductieve onderzoeksmethode. De theoretische verwachtingen worden in de empirie getoetst, aan de hand van diepte-interviews. De reden hiervoor is dat er niet gezocht wordt naar kwantitatieve data, maar naar verklaringen voor de al dan niet aanwezige motivatie van professionals. Motivatie is bovendien een subjectief concept, gebaseerd op ervaringen en op de sociale werkelijkheid. De betekeniswereld achter de gedragingen, interacties, processen, gevoelens en ervaringen van de professionals wordt bekeken, en dit is de doelstelling van kwalitatief onderzoek (Boeije, 2005, p36).

Het onderzoek wordt uitgevoerd door middel van een casestudy. Hiervoor is gekozen omdat het gaat om een verschijnsel (motivatie) dat niet los te zien is van de context (zie Vennix, 2011). De onderzochte casus speelt zich af in het Universitair Medisch Centrum Utrecht [UMCU]. Dit ziekenhuis is als casus gekozen, omdat uit de gesprekken blijkt dat er op een aantal afdelingen gebruik wordt gemaakt van diverse systemen van prestatiemeting, zowel bestaande uit extern opgelegde indicatoren als uit kwaliteitsregistraties van de beroepsgroepen. Het UMCU is momenteel bovendien bezig met het optimaliseren van haar prestatiemeting. Er is binnen het ziekenhuis gekozen voor de divisie RVE oncologie, omdat dit een van de divisies is die gebruik maakt van beide soorten indicatoren. Bovendien is de RVE oncologie een nieuwe divisie, die ontstaan is doordat oncologische klinische en poliklinische activiteiten en dagbehandeling uit de bestaande divisiestructuur zijn ontvlochten en bij elkaar gevoegd (Talstra, 2014). Medisch specialisten uit het gehele ziekenhuis maken daardoor deel uit van de RVE oncologie, wat maakt dat een zo breed mogelijk beeld van de stand van zaken in het UMCU geschetst kan worden.

Om de casus van zoveel mogelijk kanten te belichten wordt gebruik gemaakt van meerdere onderzoeksmethoden. Middels gesprekken met diverse betrokkenen is een beeld geschetst van de prestatiemeting in het UMCU. Vervolgens is via de literatuur over dit onderwerp een overzicht gemaakt worden van factoren die mogelijk bijdragen aan de motivatie van professionals om prestatiemeting te gebruiken. Om dit overzicht te staven en de empirische waarde ervan te onderzoeken, zijn aan de hand hiervan interviews gehouden met artsen en medische afdelingshoofden over hun redenen om de prestatie-informatie al dan niet te gebruiken.

1.5 Relevantie

In deze paragraaf wordt de relevantie van het onderzoek belicht. Eerst wordt stil gestaan bij de wetenschappelijke relevantie, daarna komt de maatschappelijke relevantie aan bod.

1.5.1. Wetenschappelijke relevantie

Prestatiemeting is een onderwerp omgeven door spanningen: tussen autonomie en toezicht, tussen professionals en management, tussen positieve en perverse effecten. Verschillende auteurs hebben over de effecten van prestatiemeting geschreven (zie bijvoorbeeld De Bruijn, 2007; Van Thiel & Leeuw, 2002; Bouckaert & Balk, 1991). Hierbij gaat de aandacht veelal uit naar onbedoelde en perverse effecten. Vaak wordt beschreven dat professionals niet meewerken aan prestatiemeting of zelfs strategisch gedrag gaan vertonen. Wat hiervan de redenen zijn, is echter nog onderbelicht. Het is niet duidelijk waarom professionals prestatie-informatie al dan niet gebruiken voor kwaliteitsverbetering. De redenen waarom professionals de zorgverlening willen verbeteren en de maatschappelijke ontwikkelingen die aan de toegenomen verantwoordingsdruk ten grondslag liggen zijn wel onderzocht (zie bijvoorbeeld Noordegraaf, 2007), maar de rol die prestatie-informatie hierbij kan spelen nog niet. In deze scriptie wordt de kennis hierover zoveel mogelijk gebundeld en gecategoriseerd en vervolgens aan de hand van een concrete casus voorzien van empirisch bewijs.

1.5.2. Maatschappelijke relevantie

Prestatie-informatie kan een voedingsbodem zijn voor kwaliteitsverbetering (zie bijvoorbeeld De Bruijn & Noordegraaf, 2010). Het zou veel winst betekenen voor ziekenhuizen als professionals prestatie-informatie niet alleen zien als een manier om zich extern te verantwoorden, maar ook als een manier om tot verbetering te komen. In een tijd waarin de vraag naar professionele dienstverlening steeds groter wordt, net als de eisen die aan de dienstverlening gesteld worden, is het van belang dat organisaties zichzelf voortdurend verbeteren. Professionals moeten zich aanpassen aan maatschappelijke veranderingen en hun toegevoegde waarde bewijzen (Noordegraaf, 2007; Noordegraaf & Sterrenburg, 2009). Voor het verbeteren van de zorgverlening hoeven professionals niet meer gemotiveerd te worden. Om allerlei redenen zijn ze intrinsiek gemotiveerd om de dienstverlening te verbeteren. Bovendien vinden ze veelal dat administratieve handelingen noodzakelijk zijn om tot kwalitatief goede zorg te komen (Noordegraaf, 2007). Uit een gesprek met een kwaliteitscoördinator van het UMC Utrecht blijkt echter dat ze de prestatie-informatie nog niet altijd voor dit doel gebruiken. Het komt zelfs voor dat slecht gescoord wordt, omdat gegevens niet of niet zorgvuldig ingevuld worden. Professionals zullen eerder geneigd zijn om zich in te zetten om de prestatiemeting effectief te laten zijn, als zij het gevoel hebben dat zij deze zelf kunnen gebruiken voor kwaliteitsverbetering. Volgens Keen (1980) moet een systeem gebaseerd zijn op zelfmotivatie en een gevoel van noodzakelijkheid. Mensen verzetten zich tegen een systeem als ze het nut er niet van in zien of als het hun belangen bedreigt door hun autonomie in te perken of hun werkdruk te vergroten. Juist omdat iedereen het organisatiebelang nastreeft, maar een ander idee bij dit belang heeft, is het van belang om professionals te motiveren voor het systeem. Hoe meer inzicht in de factoren die bijdragen aan de motivatie om prestatie-informatie te gebruiken, hoe beter bestuurders en toezichthouders hierop kunnen inspelen. Op die manier kan het systeem van prestatiemeting beter

ingericht worden om aan te sluiten op de verantwoordingsbehoefte én op de behoefte om de zorgverlening te optimaliseren. Op die manier wordt een win-win-situatie voor alle betrokkenen gecreëerd: aanvaardbare en nuttige prestatiemeting voor de professional, een goed werkend systeem van prestatiemeting voor ziekenhuis en toezichthouders en uiteindelijk betere zorg voor de maatschappij als geheel.

1.6 Leeswijzer

Om te beginnen zal in het beleidskader (hoofdstuk 2) stil gestaan worden bij de ontwikkeling van prestatiemeting in de zorg. In het theoretisch kader (hoofdstuk 3) wordt het onderwerp ingekaderd in de bestaande wetenschappelijke literatuur. Eerst zullen de begrippen professionals, prestatiemeting en gebruiken van prestatie-informatie verder toegelicht worden en vervolgens zal uitgebreid ingegaan worden op de factoren die het gebruik van prestatie-informatie door professionals kunnen beïnvloeden. In het methodologisch kader (hoofdstuk 4) wordt de gebruikte onderzoeksmethode beschreven. De onderzoeks-aanpak, het onderzoeksproces, de onderzoeksmethoden en de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek worden besproken. In het hoofdstuk “bevindingen” (hoofdstuk 5) wordt besproken wat de resultaten van het onderzoek zijn en in de analyse (hoofdstuk 6) hoe deze geïnterpreteerd moeten worden. In de conclusie (hoofdstuk 7) wordt besproken wat de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek zijn en worden enkele praktische aanbevelingen gedaan om het commitment bij professionals aan prestatiemeting te verbeteren. Ook wordt in dit hoofdstuk stilgestaan bij de betekenis van de conclusie en suggesties voor vervolgonderzoek.

H2. PRESTATIEMETING IN DE ZORG

In dit hoofdstuk worden de ontwikkelingen rondom prestatiemeting in de curatieve zorg besproken. Eerst wordt kort ingegaan op de aard van de zorgsector, vervolgens wordt ingegaan op respectievelijk marktwerking en prestatiemeting in de zorg.

2.1. De curatieve zorg als sector

Het zorgstelsel in Nederland komt voort uit diverse particuliere initiatieven. Deze zijn grotendeels gebaseerd op religieuze overwegingen en liefdadigheid: veel van de oorspronkelijke zorginstellingen werden bestuurd door zusters en moeder-oversten. In de negentiende en twintigste eeuw breidde het zorgaanbod zich uit door de ontwikkeling van de medische wetenschap. Verschillende typen instellingen onder leiding van een geneesheer-directeur, gericht op care en cure en diverse klachten, kwamen op (van Hout, van der Scheer & Putters, 2007). Dit was ook de tijd dat de professionele jurisdictie (zie bijvoorbeeld Wilensky, 1964 en Noordegraaf, 2010) op kwam: de overheid begon de beroepsuitoefening van de medische sector te reguleren in diverse wetgeving en medische behandelingen collectief te vergoeden. In 1865 is voor die zorginhoudelijke verantwoording het Geneeskundig Staatstoezicht opgericht, dat in 1995 de Inspectie voor de Gezondheidszorg werd.

In de tweede helft van de twintigste eeuw groeide de sector sterk, door de vooruitgang in de medische wetenschap en de verbeterde financiering. Daardoor ontstond de behoefte aan meer grip op zorginstellingen. Het aandeel van het management en ondersteuning nam toe in omvang en takenpakket. In 2004 bedroeg het 17% van de totale personeelslasten (Van Hout, Van Der Scheer & Putters, 2007). In de loop van de twintigste eeuw werd het steeds duidelijker dat het Nederlandse zorgstelsel op termijn onbetaalbaar zou worden, door de steeds stijgende vraag en de hogere levensverwachting. Het oude, aanbod-gestuurde stelsel was niet toekomstbestendig. Er ontstond rond 2000 steeds breder draagvlak voor een stelselverandering in de richting van vraagsturing. De positie van de zorgvrager moest sterker worden ten opzichte van die van de zorgaanbieder, er moest een competitieve verzekeringsmarkt ontstaan en de speelruimte van de zorgaanbieder moest vergroot worden, terwijl de overheid zich moest gaan beperken tot het stellen van kaders en het houden van toezicht (Van Hout, Van Der Scheer & Putters, 2007; Van Damme, 2009).

Volgens van Hout, van der Scheer en Putters (2007, p17) zijn er twee soorten waarden in de zorgsector: maatschappelijke zorgwaarden en medische zorgwaarden. Maatschappelijke zorgwaarden zijn gelijkheid in behandeling, toegankelijkheid van zorg, vrije artsenkeuze voor de patiënt, rechtvaardige verdeling van de middelen, waarborg van de kwaliteit van zorg en voorkomen van gezondheidsschade, bindende verdeling van schaarse middelen ten behoeve van zorg, doelmatigheid van voorzieningen en de noodzaak tot kostenbeheersing. Medische zorgwaarden zijn professionele autonomie in indicatiestelling en behandelmethoden, professionele inbreng in beleids- en besluitvorming, urgentie op basis van medisch-ethische criteria en volgorde van aanmelding, waarborg van vrije artsenkeuze en

het recht op zelfbeschikking van de patiënt en ondeelbaarheid van het individu. Trappenburg vat dit als volgt samen: *“Als twee patiënten ziek zijn, kijkt de dokter wie er het ergst aan toe is en die persoon komt eerst. Als twee personen precies even ziek zijn, is de plaats op de wachtlijst doorslaggevend”* (Trappenburg, 2009, p12). Met de groei van het management werden ook nieuwe waarden relevant, zoals transparantie en efficiëntie. Dit sloot ook aan op maatschappelijke waarden, zoals individualisering en assertiviteit van patiënten en groeiende vraag (Van Hout, Van Der Scheer & Putters, 2007; Knottnerus, 2007). De waarden in de zorg spelen een belangrijke rol bij het vergroten van de marktwerking. Normaal gezien zorgt een prijs in een markt voor de afstemming tussen vraag en aanbod, maar bij de verdeling van de noodzakelijke zorg mag de koopkracht van de patiënt geen rol van betekenis spelen. Een belangrijke vraag is dan ook hoe de universele toegankelijkheid en de solidariteit gecombineerd kunnen worden met prikkels voor een zo doelmatig mogelijke zorgverlening (Schut, 2009).

2.2. Marktwerking in de zorg

In 2006 werd de Zorgverzekeringswet (Zvw) van kracht. Deze hield in dat zorgverzekeraars in het vervolg zorg zouden in kopen ten behoeve van hun verzekerden. Voor de – verplichte - basisverzekering gold een acceptatieplicht, zodat verzekerden jaarlijks konden gaan overstappen naar een nieuwe zorgverzekeraar. De onderlinge concurrentie die hierdoor ontstond, moest ervoor zorgen dat zorgverzekeraars kwalitatief goede zorg zouden gaan inkopen voor een lage prijs. De prijs van de basisverzekering mocht niet gedifferentieerd worden naar bijvoorbeeld leeftijd, geslacht of gezondheidsrisico, maar er werd wel een risicovereveningssysteem opgericht om zorgverzekeraars te compenseren voor voorspelbare verschillen in ziekerisico van verzekerden. Op die manier was risicoselectie niet noodzakelijk en het zorgde bovendien voor een grotere nadruk op preventie. Bovendien was de toegang tot basiszorg op deze manier voor iedereen gelijk geschakeld (Schut, 2009).

In het begin hadden zorgverzekeraars weinig speelruimte om afspraken te maken met zorgaanbieders door prijs- en aanbodregulering, wettelijk vastgestelde lonen voor medisch specialisten en de toelating tot de markt. Wel maakten ze steeds vaker afspraken met ziekenhuizen over het vrij onderhandelbare B-segment, waaronder de routinematige zorg viel. Bovendien wisten ze kortingen te bedingen op geneesmiddelen (Schut, 2009). Sinds 2012 worden declarabele zorgprestaties uitgedrukt in DBCzorgproducten. Deze bevatten de diagnose en behandeling door een zorgverlener en kunnen door de zorginstelling gedeclareerd worden bij verzekeraars (Nederlandse Zorgautoriteit, z.j.). De NMa moet toezicht houden op de mededinging in de zorg. Fusies tussen ziekenhuizen zorgen voor schaalvergroting en kunnen leiden tot meer kwaliteit, maar ze kunnen ook ten koste gaan van de bereikbaarheid. Bovendien zorgt een vermindering van de concurrentie ervoor dat de betaalbaarheid onder druk kan komen te staan. Ketenzorg is een belangrijk onderdeel van de zorgpraktijk, omdat het bijdraagt aan de kwaliteit. Afstemming en coördinatie tussen twee zorginstellingen staan concurrentie

echter in de weg. De NMa houdt drie dimensies in het oog, – bereikbaarheid, betaalbaarheid en kwaliteit – maar beoordeelt fusies niet op hun maatschappelijke waarde (Van Damme, 2009)

Op die manier liet de overheid steeds meer marktwerking toe, waarbij zorginstellingen geacht werden een directe relatie te leggen tussen inkomsten en uitgaven. Dit werd noodzakelijk geacht om te kunnen blijven investeren in beter zorg en innovatie. Dit zorgt voor nog meer nieuwe waarden: concurrerend werken, winstoriëntatie, efficiëntie, kostenminimalisatie en effectiviteit. Zo werd het mogelijk dat ziekenhuizen en zorginstellingen failliet gaan, wat geleid heeft tot schaalvergroting om dit risico te beperken. Waar management oorspronkelijk bedoeld was om de zorg te coördineren, is het tegenwoordig haar taak om te controleren en te zorgen voor continuïteit, efficiëntie en effectiviteit. Een zekere bureaucratische last is bovendien inherent aan de collectieve financiering: zorginstellingen zijn verplicht om gedetailleerde plannen en uitgebreide registraties aan te leveren, zowel op financieel gebied als zorginhoudelijk. Een andere ontwikkeling is de vermaatschappelijking van de zorg: zorginstellingen werken steeds meer samen met andere maatschappelijke organisaties om zorg binnen de maatschappij te plaatsen (Van Hout, Van Der Scheer & Putters, 2007).

Deze veranderingen brachten wel risico's met zich mee, omdat de zorgsector veel marktfalen kent. De zorgvrager is niet dezelfde als de betaler van de zorg, de patiënt heeft onvoldoende inzicht in kwaliteitsverschillen, de aanbieders hebben een informatievoorsprong en kunnen extra vraag uitlokken, er zijn schaalvoordelen en stevige lokale machtsposities, de instellingen werken veel onderling samen en er bestaan non-profit instellingen naast op winst gerichte maatschappen (Van Damme, 2009). Een derde partij, in de curatieve zorg de verzekeraar, betaalt een groot deel van de zorgkosten en heeft daardoor een belangrijke invloed op de aard en de hoeveelheid zorg die wordt ingekocht (Schut, 2009).

2.3. Prestatiemeting in de curatieve zorg

Tegenwoordig ligt veel nadruk op de verantwoording van de kwaliteit van de zorg. Om deze reden wordt gebruik gemaakt van prestatie-indicatoren: meetbare aspecten van de geleverde zorg die een aanwijzing geven over de kwaliteit van de zorg. Deze indicatoren zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek of op consensus tussen medische professionals. Ze moeten zoveel mogelijk aansluiten bij de richtlijnen van de beroepsgroepen, want deze richtlijnen zijn zoveel mogelijk evidence-based en worden gedragen door de professionals. Ook inbreng van patiënten is van belang. De indicatoren hebben een signalerende functie. Het doel is enerzijds om de samenleving te kunnen inlichten over de stand van zaken en zo de keuzeprocessen te vergemakkelijken en anderzijds prikkels te geven die tot betere zorg leiden (Knottnerus, 2007).

Een voorbeeld van een set van prestatie-indicatoren die ziekenhuizen verplicht moeten aanleveren, is die van de Inspectie van de Gezondheidszorg [IGZ] (DHD-databank Kwaliteit, 2012). Door Elsevier en

het AD worden zelfs jaarlijks ranglijsten gepubliceerd van de scores van ziekenhuizen, gebaseerd op deze cijfers (Elsevier.nl, 2013; AD.nl; 2013). Daarnaast zijn er ook indicatoren opgesteld door beroepsgroepen, ten behoeve van kwaliteitsverbetering. Dit wordt gedaan door de stichting Dutch Institute for Clinical Auditing [DICA]. Het DICA-programma wordt door medische beroepsgroepen gebruikt om de kwaliteit inzichtelijk te maken en erover te communiceren. Het meetsysteem is vormgegeven door medisch specialisten. Op dit moment gaat het om de behandelingen van verschillende soorten kanker, maar de verwachting is dat er meerdere registraties zullen volgen (Dutch Institute for Clinical Auditing, z.j.).

Er bestaan rondom de indicatoren wel een aantal knelpunten. De kwaliteit van zorg is een complex begrip en metingen hebben daardoor meerdere gebruiksdoelen, zoals zorgverbetering, toezicht en zorginkoop. Bij al deze doelen zijn actoren met eigen belangen betrokken, die overeenstemming moeten bereiken over welke aspecten van kwaliteit gemeten moeten worden. Ook de aard van de indicatoren levert veel discussie op. Uitkomstindicatoren hebben de minste inbreuk op de autonomie van de professional en laten zien 'waar het om gaat', maar zijn afhankelijk van toeval en patiëntenpopulaties. Klinische registraties over structuur en proces leveren betrouwbaardere informatie, maar zijn arbeidsintensiever (Gezondheidsraad, 2013). Bovendien zijn niet alle aspecten van de zorg meetbaar en moet er een balans gevonden worden tussen representativiteit en hanteerbaarheid anderzijds. Doordat er een casemixcorrectie wordt toegepast - omdat de patiëntenpopulatie van een ziekenhuis een belangrijk deel van bijvoorbeeld complicaties en sterfte bepaalt - is de transparantie daarnaast niet optimaal. Het is daarnaast niet duidelijk of de indicatoren hun doel bereiken. Instellingen zijn bezig met de kwaliteit, maar veel hiervan is gericht op imago en ook is er strategisch gedrag. Er lijkt geen effect van betekenis te zijn op de daadwerkelijke keuze van patiënten, doorverwijzers en verzekeraars. Daarnaast moet men voortdurend waakzaam zijn op het verminderen van de aandacht voor belangrijke aspecten die buiten de indicatoren vallen (Knottnerus, 2007).

Een ander probleem is de geringe betrouwbaarheid en validiteit van de indicatoren, gesignaleerd door de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra [NFU] (2012). Definities worden verschillend geïnterpreteerd, waardoor de scores niet goed te vergelijken zijn. Dit komt enerzijds doordat de informatiesystemen onderling verschillen en anderzijds door de heterogeniteit in de wijze van dataverzameling en berekening van scores. Veel scores zijn gebaseerd op zelfrapportage, waardoor inconsistentie, onjuistheden en onvolledigheden kunnen ontstaan (NFU, 2012).

Op dit moment wordt de prestatie-informatie slechts beperkt gebruikt om de kwaliteit te monitoren en te verbeteren. Alleen bij de indicatoren van de IGZ wordt hier sterk op ingezet. Het gebruik van de overige indicatoren is vooral gericht op externe verantwoording (NFU, 2012).

In dit hoofdstuk is de context van dit onderzoek geschetst: de curatieve zorg, de ontwikkelingen en waarden die spelen en de rol die prestatiemeting hierbij inneemt. In het volgende hoofdstuk worden de theoretische verwachtingen van het hoofdstuk blootgelegd: welke (soorten) factoren hebben invloed op de motivatie van professionals om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering? Ook wordt aandacht besteed aan de kernbegrippen van het onderzoek: professionals, prestatiemeting, kwaliteitsverbetering en motivatie.

H3. THEORETISCH KADER

Diverse factoren hebben invloed op de motivatie van professionals in publieke organisaties om prestatiemeting te gebruiken. In dit hoofdstuk wordt in kaart gebracht welke dit zijn, met als doel het opbouwen van een conceptueel model als basis voor het empirische deel van dit onderzoek. Daarbij wordt gebruik gemaakt van een zogeheten conditionele benadering. Dit houdt in dat geprobeerd wordt om de optimale condities te vinden, in dit geval condities om te zorgen voor een zo groot mogelijke motivatie van professionals om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering. Als deze bekend zijn, kan een effectief instrumentarium ontwikkeld worden om te sturen op het bereiken van de optimale condities (Kaats & Opheij, 2012). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een aantal verwachtingen die getoetst kunnen worden in de empirie. Voordat dit alles wordt beschreven, wordt ingegaan op de kernbegrippen die in dit onderzoek aan de orde komen.

3.1. Kernbegrippen

De kernbegrippen in dit onderzoek zijn prestatiemeting, kwaliteitsverbetering, professionals en motiveren. Deze zullen elk in een sub-paragraaf toegelicht worden.

3.1.1. Prestatiemeting

Prestatiemeting houdt in dat de output en outcomes van de zorgverlening worden gemeten aan de hand van vooraf opgestelde doelen en indicatoren (De Bruijn, 2007).

Prestatiemeting maakt het mogelijk om drie vragen te beantwoorden: hoeveel hebben we gepresteerd, hoe goed hebben we gepresteerd en zijn mensen daardoor beter af? Het zorgt dat publieke organisaties beter kunnen plannen, zodat ze betere dienstverlening kunnen realiseren en publieke steun kunnen verwerven (Pidd, 2012). Dit is van belang voor publieke organisaties, omdat ze te maken krijgen met groeiende concurrentie om financiering door donoren, stichtingen en de overheid. Ze moeten daarom aantonen dat ze op effectieve en efficiënte wijze voldoen aan de vraag van de burger. Financiële overwegingen spelen hierbij wel een rol, maar zijn niet het doel (Kaplan, 2001). Door prestatiemeting kan een betere afweging gemaakt worden tussen kosten en (maatschappelijke) baten van een bepaald product. Wel is het soms problematisch dat de productie niet altijd even goed meetbaar is (Mol, 1998). Prestatie-informatie wordt vaak gebruikt voor benchmarking. De bedoeling is om een structurele vergelijking van de prestaties van publieke organisaties mogelijk te maken en relevante informatie zo te presenteren dat er belangrijke inzichten voor het beleid opgedaan kunnen worden (Howlett, Ramesh & Pearl, 2009, p118). Daarbij worden organisaties die zeer doelmatig of effectief produceren aan de overige ten voorbeeld gesteld. Vaak verliezen de ondoelmatig opererende producenten een deel van de collectieve financiering. Zij verzetten zich hier vaak tegen, door nadruk te leggen op de specifieke omstandigheden die ervoor zorgen dat de vergelijking met andere organisaties bemoeilijkt wordt en die hun lage productiviteit verklaren. De positie van afnemers van de diensten wordt versterkt door de resultaten van de

benchmark te publiceren en door hen zelf budget toe te kennen om diensten in te kopen (De Kam, Koopmans & Wellink, 2008).

Het blijft echter lastig om precies aan te geven hoe een organisatie scoort, omdat onduidelijk is welke doelen het belangrijkst zijn en voor wie. Bovendien zijn veel doelen van publieke organisaties niet te kwantificeren en moeilijk meetbaar. Effectiviteit en efficiëntie zeggen in publieke organisaties niet altijd iets over de kwaliteit van de dienstverlening. Zo is het lastig om rekening te houden met een verschil in meer en minder gecompliceerde cliënten, waardoor soms *cherry picking* ontstaat: cliënten die makkelijker bediend worden, worden eerder geholpen. Dit is efficiënt en effectief, maar zorgt niet voor de best mogelijke prestatie (Van Thiel & Leeuw, 2002). Ook is prestatiemeting niet altijd effectief. Het kan leiden tot dysfunctionele effecten zoals een gebrek aan motivatie, tunnelvisie en suboptimalisatie. Het is bovendien niet altijd duidelijk wat kwaliteit en effectiviteit is, waardoor het meten ook niet effectief is. Ook kan het leiden tot symbolisch gedrag: men doet alsof er gemonitord wordt, maar in feite gebeurt dit niet (Van Thiel & Leeuw, 2002). Bouckaert en Balk (1991) noemen maar liefst dertien “ziekten” die vaak gepaard gaan met prestatiemeting. Zo worden soms zaken gemeten waarvan men het gevoel heeft dat ze niet bestaan, is het niet altijd mogelijk om te meten, is sprake van vooroordelen, zijn de indicatoren geen juiste weergave van de werkelijkheid, worden ongewenste uitkomsten gestimuleerd door het meten, ontstaat soms een wildgroei aan metingen en indicatoren, kan prestatiemeting leiden tot een focus op de korte termijn en strookt de meting niet met de doelen van de organisatie (Bouckaert & Balk, 1991).

Professionals vertonen soms strategisch gedrag als zij prestatie-informatie moeten aanleveren. Ze vergroten hun prestatie bijvoorbeeld op papier, terwijl deze vanuit professioneel oogpunt niet relevant is. Dit kan gaan van creatief boekhouden tot fraude. Ook kan het zijn dat ze gaan proberen om vooral ‘makkelijke’ prestaties te leveren, om een zo hoog mogelijke score te halen. Dit gaat ten koste van innovatie (De Bruijn, 2007). Professionals hebben discretionaire ruimte en beschikken over expertkennis, die zij kunnen gebruiken om prestatiemeting te manipuleren. Met name als hun eigen doel afwijkt van de doelen van de prestatiemeting en als zij het gevoel hebben dat ze gewantwoord worden, zijn ze hiertoe geneigd. Ze proberen een slechte score dan te verbergen of interpreteren deze expres verkeerd. Dit is vaak lastig te bewijzen, omdat anderen niet over de praktijk- en expertkennis van de professional beschikken (Van Thiel & Leeuw 2002).

3.1.2. Kwaliteitsverbetering

Er zijn volgens Giard (2005) twee manieren denkbaar waarop professionals prestatiemeting kunnen gebruiken: (1) om zich te verantwoorden ten opzichte van externe partijen en (2) voor kwaliteitsverbetering. Er zijn drie manieren waarop prestatiemeting kan bijdragen aan verbetering van de kwaliteit. De eerste is het meten van de kwaliteit van een individuele zorgverlener of zorgorganisatie, om te beoordelen of deze voldoende is. De tweede is het vergelijken van de kwaliteit

van verschillende zorgorganisaties. De derde is het beoordelen of genomen maatregelen daadwerkelijk leiden tot verbeterde prestaties (Giard, 2005).

De inzet van prestatiemeting om de kwaliteit te verbeteren, wordt in dit onderzoek gezien als leren. De Caluwé en Vermaak (2006) vatten de verschillende 'ordes' van leren en veranderingen samen in eerste, tweede en derde-orde leren. Eerste-orde-leren heeft weinig impact, het gaat om het perfectioneren van wat er al is. Er worden geen vraagtekens gezet bij regels en procedures. Het sluit aan bij de verwachtingen die in de organisatie heersen. Tweede-orde-leren gaat erom dat een probleem opgelost wordt, dat ontstaat doordat de bestaande regels niet meer passen. Er moeten dan nieuwe inzichten opgedaan worden en dat stuit op weerstand in organisaties. Betrokkenen ervaren de nieuwe benaderingen als onbewezen en onbekend. Derde-orde-leren betekent leren om te leren. De eigen ontwikkeling wordt georganiseerd, voordat er sprake is van druk van buiten. Daarvoor worden de tegengestelde rationaliteiten de complexiteit opgezocht, zodat met veel situaties kan worden omgegaan, ook met cultureel ingebedde overtuigingen.

Volgens Tolsma en de Wit (2005) verloopt dit leerproces in een S-curve van onbewust onbekwaam naar onbewust bekwaam. In het laatste stadium is het rendement van het geleerde het grootst. In eerste instantie is men zich er niet van bewust dat men onbekwaam is (bijvoorbeeld niet effectief). Als dit bewustzijn ontstaat, men is bewust onbekwaam, gaat men eraan werken. Door de verbetering van de bekwaamheid stijgt ook het rendement, totdat men bewust bekwaam geworden is. Het rendement neemt dan af en men gaat het geleerde routinematig toepassen. Na enige tijd is men zich hier niet eens meer van bewust: men is onbewust bekwaam geworden.

3.1.3. Professionals

Er is veel discussie mogelijk over wat een professional is. In deze scriptie wordt met de term publieke professionals bedoeld op medewerkers die werken met en voor individuele burgers, maar die tegelijkertijd maatschappelijke waarden dienen. Ze zijn fulltime betrokken bij hun vakgebied en werken volgens een ethische norm. Ze behandelen specifieke gevallen op basis van algemene kennis die lastig transparant te maken is en die gebaseerd is op ervaring. Ze hebben in meer- of mindere mate een vak geleerd en vaak worden opleidingseisen gesteld aan het uitoefenen van hun beroep. Ze komen vrijwel altijd in aanraking met universiteiten. Bovendien behoren ze tot geformaliseerde beroepsgroepen en is er sprake van een exclusieve, door de overheid toegekende jurisdictie. Ze werken voor publieke en maatschappelijke organisaties, maar hebben ook contacten met professionals buiten deze organisaties. Vaak staat hun functie in dienst van een bepaald principe of idee, waardoor ze een beroepseer of morele code kennen (Noordegraaf & Sterrenburg, 2009; Wilensky, 1964; De Baas, 1995, p185; Noordegraaf, 2004). Medische professionals voldoen aan de omschrijving van publieke professionals. Professionals maken deel uit van een professie, die wordt gekenmerkt door een inhoudelijke en technische basis, waarop het denken en doen van professionals gebaseerd is. Bovendien is er sprake van een exclusieve jurisdictie, die het mogelijk maakt dat professionals zichzelf reguleren via

beroepsgroepen. Deze hebben macht over opleiding, selectie van professionals en over wat professioneel handelen is. Professionals zijn hoogopgeleid, oefenen hun specifieke beroep een lange tijd uit en voelen een sterke loyaliteit aan de beroepsgroep. Daardoor zijn ze vaak eigenwijs en niet per se loyaal aan de organisatie waarvoor zij werken. Ze hebben een eigen taal en gebruiken en beschikken over beroepstrots. Ze kijken op een eigen manier naar problemen, staan in contact met gelijkgestemde professionals in andere organisaties en staan qua cultuur, kennis en expertise op afstand van het management (Noordegraaf, 2004, p185). De uitoefening van de professionele dienstverlening wordt gereguleerd door beroepsgroepen, bijvoorbeeld doordat zij de opleiding van professionals bepalen, nieuwe professionals selecteren en conflicten beslechten. Een eigenschap van professionals is dat ze beschikken over autonomie en niet gereguleerd willen worden van buitenaf. Bovendien verrichten zij zeer complexe werkzaamheden, die voor leken moeilijk te doorgronden zijn. Door hun opleiding en ervaring zijn ze in staat om complexe taken uit te voeren, waarbij algemene kennis wordt toegepast op concrete gevallen. De organisatie in beroepsgroepen zorgt bovendien dat de taakuitoefening afgeschermd wordt om de kwaliteit te waarborgen en dat professionals macht, status en geld kunnen verwerven (Noordegraaf, 2004, p194-195).

Door allerlei maatschappelijke ontwikkelingen, zoals beschreven in hoofdstuk 1, wordt het hedendaagse professionalisme verschillend geduid. Er zijn volgens Noordegraaf (2007) drie visies op professionalisme: *pure*, *situated* en *hybrid* professionalisme. Bij *pure professionalism* wordt het idee dat er professionalisme kan bestaan buiten de traditionele professionele beroepsvelden afgewezen. Nieuwe professies kunnen niet ontstaan, omdat ze niet sterk en geïnstitutionaliseerd genoeg zouden zijn. Er wordt een strikt onderscheid gemaakt tussen professionele en organisationele principes. Bij *situated professionalism* wordt het concept van professionalisme juist verbreed. Professionele en organisationele waarden bestaan naast elkaar en interacteren met elkaar. Professionals zijn ingebed in de organisationele context, zonder dat de professionele beheersing daardoor verdwijnt. Professionals moeten rekening houden met organisationele en financiële overwegingen en de rollen van professionals en managers zijn minder duidelijk omschreven. Bij *hybrid professionalism* is professionalisme breder dan alleen de werkvloer: een professional is iemand die door middel van algemeen als waar geaccepteerde kennis betekenis te geven aan situaties. Daarbij is de buitenwereld dus niet slechts een gegeven, maar een essentieel onderdeel van professionalisme (Noordegraaf, 2007).

In organisaties met veel professionals kunnen problemen ontstaan. Een daarvan is versnippering, doordat alle autonome professionals hun eigen autonome richting volgen. Een ander probleem is middelmatigheid, doordat professionals het moeilijk eens worden over de huidige en gewenste kwaliteit van hun werk en kennis zien als persoonlijk bezit. Ook kan vrijblijvendheid ontstaan, doordat professionals de professionaliteit veel belangrijker achten dan commerciële resultaatgerichtheid (De Caluwé en Vermaak, 2006, p28).

3.1.4. Motiveren

Om te kunnen bepalen welke factoren professionals kunnen motiveren om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering, is van belang om een heldere definitie van motiveren te hanteren. Motiveren is in deze scriptie “het geven van de juiste prikkel om iemand enthousiast te maken iets te doen of te laten” (Profi-leren SAW, 2010, p308). Om iemand te motiveren is overtuigingskracht dus onvoldoende: er zijn prikkels voor nodig. Dit kunnen innerlijke factoren, externe factoren (prikkel vanuit de omgeving) en culturele factoren zijn. Deze prikkels kunnen zowel positieve als negatieve invloeden hebben op de motivatie. Volgens de instrumentaliteitstheorie van Vroom ontstaat motivatie doordat mensen ergens naar verlangen en kiezen voor gedrag waarvan zij verwachten dat het tot het gewenste resultaat zal leiden. De theorie gaat ervan uit dat rationele keuzes gemaakt worden, die beïnvloed worden door persoonlijke behoeften en ervaringen (Profi-leren SAW, 2010). De hiërarchie van Maslow houdt in dat mensen vijf soorten behoeften hebben die mensen motiveren. Pas als de ene behoefte vervuld is, streven ze de volgende na. De behoeften zijn fysiek (voedsel, eten), veiligheid, sociaal, achting en zelf-actualisatie (Parsons, 1995, p315). Hieruit blijkt dat de sociale behoefte belangrijker is dan de behoefte tot zelf-actualisatie.

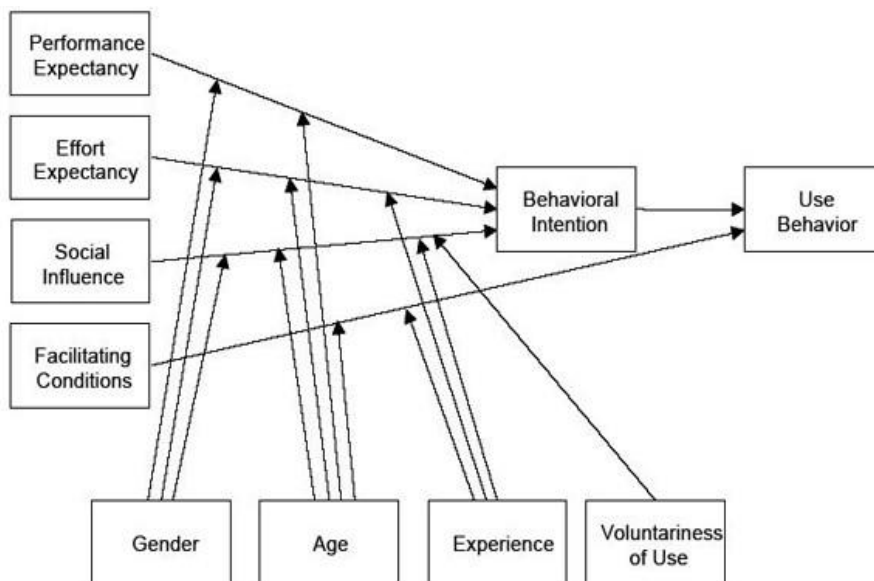
Er bestaan ook diverse theorieën over de motivatie van mensen en hun gedrag in organisaties. Volgens Downs (1964) zijn er twee soorten motivatie: puur eigenbelang (op basis van macht, inkomen, prestige, gemak en veiligheid) en gemixt (op basis van persoonlijke loyaliteit, trots, de wens om het publieke belang te dienen en commitment). Ook Niskanen (1971) gaat ervan uit dat de motivatie van mensen gebaseerd is op eigenbelang: medewerkers van publieke organisaties proberen een zo groot mogelijke organisatie en daarmee een zo groot mogelijk budget na te streven.

Katz en Kahn identificeren volgens Tompkins (2005) vier strategieën om de motivatie van medewerkers te vergroten. De eerste is *legal compliance*. Dit houdt in dat regels, formele aanwijzingen en sancties gebruikt worden om het gedrag van een medewerker te sturen en te controleren. Medewerkers worden in deze strategie gemotiveerd doordat zij het gezag van hun organisatie accepteren of doordat ze bang zijn voor de sancties. De tweede strategie is *job identification*. Dit houdt in dat er werk wordt geboden dat interessant uitdagend en verantwoordelijk is. Op die manier worden medewerkers intrinsiek gemotiveerd. De derde strategie is *goal congruence*. Dit houdt in dat medewerkers erop worden geselecteerd dat ze de organisatiedoelen nastreven of dat ze gesocialiseerd worden om deze doelen na te streven. Ze worden dan gemotiveerd doordat ze zich kunnen identificeren met de missie en waarden van de organisatie. De laatste strategie is die van de *instrumental rewards*. Dit houdt in dat gewenst gedrag beloond wordt. Dit kan op drie manieren: via het belonen van individuele prestaties, via een leiderschapstijl die rekening houdt met de behoeften van de ondergeschikten en via sociale acceptatie (Tompkins, 2005, p37).

3.2. Theorie

In deze paragraaf wordt de beschikbare kennis over het onderwerp verkend. Er zijn een aantal theorieën toepasbaar op de motivatie van professionals om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering. Het model dat in deze scriptie gebruikt wordt om naar de empirie te kijken, is afgeleid van twee theorieën. Eerst wordt ingegaan op een belangrijke theorie over factoren die van invloed zijn op de acceptatie van systemen: de UTAUT (Unified theory of acceptance and use of technology: Venkatesh, Morris, Davis en Davis, 2003). Vervolgens wordt de theorie van beleidsvervreemding (Tummers, Bekkers & Steijn, 2009) besproken, waarmee de inzichten uit de UTAUT aangevuld worden.

De theorie van Venkatesh, Morris, Davis en Davis (2003), de *Unified theory of acceptance and use of technology [UTAUT]*, gaat in op de redenen waarom mensen nieuwe technologie accepteren en gemotiveerd raken om deze te gaan gebruiken. De theorie van Venkatesh maakt gebruik van acht verschillende theorieën: “*The eight models reviewed are the theory of reasoned action, the technology acceptance model, the motivational model, the theory of planned behaviour, a model combining the technology acceptance model and the theory of planned behaviour, the model of PC utilization, the innovation diffusion theory and the social cognitive theory*” (Venkatesh et al, 2003, p425). Deze theorie is in een kwantitatief onderzoek bij zes organisaties getoetst en blijkt beter te werken dan de afzonderlijke theorieën. Daarmee vormt de theorie een instrument om het succes van nieuwe technologie in te kunnen schatten en om de factoren achter de acceptatie beter te kunnen begrijpen, om op die manier beter te kunnen sturen (Venkatesh et al, 2003). Het model van Venkatesh et al (2003) ziet er als volgt uit:



Figuur 3.1. Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (Venkatesh et al, 2003, p447)

Volgens Venkatesh et al (2003) zijn er drie factoren van invloed op de gedragsintentie. Dit zijn *performance expectancy*, *effort expectancy*, en *social influence*. Op deze drie factoren zijn het geslacht, de leeftijd en de ervaring van de gebruiker van invloed. Op de social influence is bovendien de mate van vrijwilligheid van het gebruik van invloed. Daarnaast zijn de *facilitating conditions* direct van invloed op het daadwerkelijke gebruik van de technologie. Hoewel de theorie gaat over de acceptatie van nieuwe technologie, zeggen deze begrippen ook iets over de acceptatie van systemen in het algemeen.

Venkatesh (z.j.) geeft op zijn website de volgende beschrijvingen van deze begrippen [vrij vertaald, YKW]:

- **Performance Expectancy:** De mate waarin een individu gelooft dat het gebruik van het systeem hem zal helpen om voordelen te behalen in de uitvoering van zijn werk.
- **Effort Expectancy:** De mate van gemak geassocieerd met het gebruik van het systeem.
- **Social influence:** De mate waarin een individu gelooft dat belangrijke anderen vinden dat hij het systeem zou moeten gebruiken.
- **Facilitating conditions:** De mate waarin een individu gelooft dat een organisationele en technische infrastructuur bestaat om het gebruik van het systeem te ondersteunen.

Om de UTAUT te kunnen toepassen op de motivatie van professionals om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering, kan deze aangevuld worden met inzichten uit de theorie over beleidsvervreemding. Beleidsvervreemding ontstaat als een professional zich niet gemotiveerd voelt om beleid uit te voeren. Het wordt gedefinieerd als *“een algemene cognitieve staat van psychologische ont koppeling met het beleid, in dit geval van de publieke professional die het beleid uitvoert”* (Tummers, Bekkers & Steijn, 2009, p105). Het concept bestaat uit drie dimensies: machteloosheid, zinloosheid en rolconflicten. Machteloosheid houdt in dat professionals ervaren dat ze geen invloed hebben op het beleid dat ze uitvoeren. Zinloosheid houdt in dat de professional vindt dat het beleid niet bijdraagt aan een maatschappelijk doel. Rolconflicten houden in dat professionals te maken hebben met meerdere logica's, die niet altijd met elkaar te verenigen zijn. De auteurs brengen de theorie expliciet in verband met prestatiemeting. Ze stellen dat prestatiemeting veelal private waarden vertegenwoordigt en minder traditionele publieke waarden als rechtszekerheid en voorspelbaarheid en dat publieke professionals moeite hebben met deze waarde-verschuiving.

De factoren die uit de twee theorieën naar voren komen zijn (1) individuele attitude t.o.v. prestatiemeting, (2) attitude t.o.v. de manier van meten, (3) faciliteiten, (4) gemak, (5) sociale acceptatie, (6) eigen inbreng. Zowel de eerste als de tweede factor zijn afgeleid van de *performance expectancy* uit de UTAUT. De opsplitsing is gemaakt omdat er twee mogelijkheden zijn voor een negatieve attitude: de professional vindt dat prestatiemeting niet bijdraagt aan het maatschappelijk

doel van goede zorg (zinloosheid uit de theorie van Tummers, Bekkers & Steijn, 2009) of de professional vindt dat de vergaarde prestatie-informatie geen recht doet aan zijn werk (zie bijvoorbeeld De Bruijn, 2007). In het laatste geval kan de professional prestatiemeting over het algemeen wel positief waarderen. Ook de factoren faciliteiten en gemak zijn van de theorie van Venkatesh et al (2003) afgeleid. De vijfde factor, sociale acceptatie, is afgeleid van zowel de UTAUT als de beleidsvervreemding. Het is van belang dat het systeem geaccepteerd wordt door belangrijke anderen. Het is tevens van belang dat de professional zelf niet in een rolconflict terecht komt door het systeem te gebruiken (zie paragraaf 3.3.5). De laatste factor, “eigen inbreng”, is gebaseerd op de theorie van beleidsvervreemding. Tummers, Bekkers & Steijn (2009) stellen namelijk dat professionals vervreemd raken van beleid als ze geen invloed hebben op de totstandkoming ervan. Dit wordt bevestigd door de Bruijn (2007), die stelt dat professionals eerder vertrouwen op prestatie-meting als zij invloed gehad hebben op de totstandkoming ervan.

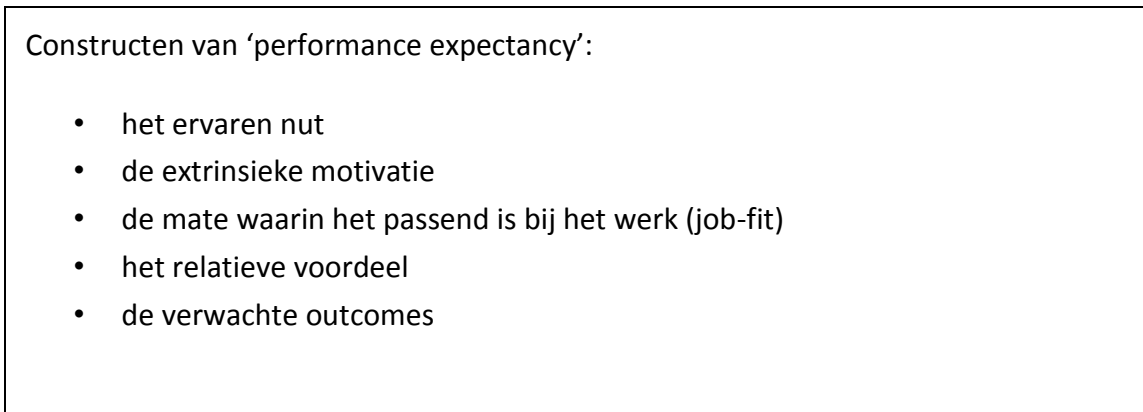
Uit deze theorieën valt op te maken dat zowel innerlijke factoren als situationele factoren van belang zijn. Individuele attitude, sociale acceptatie en eigen inbreng vallen onder de innerlijke factoren. Deze zorgen ervoor de individuele professional het systeem graag *wil* gebruiken voor kwaliteitsverbetering. Hij heeft het idee dat hij er iets aan heeft, dat het sociaal geaccepteerd is om het systeem te gebruiken en dat hij zelf kan bepalen hoe het systeem gebruikt wordt. De manier van meten, de inspanning en de faciliteiten zijn situationele factoren. Ze bepalen of een professional het gevoel heeft dat hij voldoende handvaten heeft om het systeem te *kunnen* gebruiken voor kwaliteitsverbetering. Als hij het idee heeft dat deze handvaten ontbreken, zal hij niet gemotiveerd zijn om zich in te zetten voor het systeem. Deze twee soorten factoren worden in paragraaf 3.3 verder toegelicht. Het is van belang om te realiseren dat niet de weging van de diverse factoren wordt onderzocht, maar de manier waarop zij invloed hebben op de motivatie van professionals om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering. Ook het verband tussen het gebruik van prestatiemeting en (daadwerkelijke) kwaliteitsverbetering wordt in deze scriptie niet onderzocht. Er wordt aangenomen dat dit verband bestaat, omdat naar aanleiding van de metingen gerichte interventies ingezet kunnen worden om verbetering tot stand te brengen. De invloed van de kenmerken van de professional zelf, zoals leeftijd, geslacht en ervaring, worden in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten, omdat het gaat om kwalitatieve toetsing bij een beperkt aantal respondenten.

3.3. Factoren

In deze paragraaf zullen de factoren die invloed hebben op prestatiemeting behandeld worden. Ze worden per sub-paragraaf beschreven en aangevuld met inzichten uit andere relevante literatuur over het onderwerp. Eerst worden de innerlijke factoren beschreven, vervolgens komen de situationele factoren aan de orde. Er wordt afgesloten met een tabel waarin de theoretische verwachtingen en de operationalisatie hiervan worden weergegeven.

3.3.1. Individuele attitude

Zoals in de vorige paragraaf reeds genoemd is, is de individuele attitude ten opzichte van prestatiemeting: *De mate waarin een individu gelooft dat het gebruik van het systeem hem zal helpen om voordelen te behalen in de uitvoering van zijn werk.* Het gaat er dus om hoe de professional tegenover prestatiemeting staat. Volgens Venkatesh et al (2003) is deze “performance expectancy” de belangrijkste voorspellende variabele in het model en bestaat dit concept uit vijf constructen: het ervaren nut, de extrinsieke motivatie, de mate waarin het passend is bij het werk (job-fit), het relatieve voordeel en de verwachte outcomes. Het gaat erom dat het werk sneller, gemakkelijker, beter, effectiever en productiever uitgevoerd kan worden door het gebruik van het systeem en dat het systeem als nuttig wordt ervaren (Venkatesh et al, 2003). Deze constructen zijn allen van toepassing op prestatiemeting. Het gaat om het ervaren nut van prestatiemeting, de extrinsieke motivatie om prestatiemeting te gebruiken (het levert iets op), de mate waarin prestatiemeting past bij de aard van het werk, het relatieve voordeel dat behaald wordt door prestatiemeting te gebruiken ten opzichte van het niet gebruiken en de verwachting dat prestatiemeting in het algemeen leidt tot outcomes in de vorm van betere kwaliteit. De nauwe verbondenheid van deze constructen maakt dat ze in het onderzoek van Venkatesh zijn samengevoegd in één concept (Venkatesh et al, 2003).



Figuur 2.2. Constructen van ‘performance expectancy’ volgens Venkatesh et al (2003)

Een negatieve attitude ten opzichte van prestatiemeting in het algemeen kan opgevat worden als het gevoel van strategische zinloosheid uit de theorie van beleidsvervreemding. Dit houdt in dat de professional de perceptie heeft dat de prestatiemeting geen waarde toevoegt aan een hoger, maatschappelijk doel, zoals kwaliteitsverbetering van de zorg (Tummers, Bekkers & Steijn, 2009). Professionals vinden bijvoorbeeld dat prestatiemeting niet past bij de activiteiten van professionele organisaties in de publieke sector. De publieke dienstverlening moet immers rekening houden met meerdere, vaak tegenstrijdige waarden en wordt bovendien geleverd in samenwerking met andere

organisaties en soms zelfs met cliënten. Dit is een complexe situatie, die prestatiemeting poogt te reduceren tot één dimensie (De Bruijn, 2007, p3).

De verwachting is aldus dat professionals meer gemotiveerd zijn om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering als zij een positieve attitude hebben ten opzichte van prestatiemeting.

3.3.2. Sociale acceptatie

Venkatesh et al (2003) noemen de acceptatie van het systeem door belangrijke anderen een belangrijke reden om een systeem te accepteren: het gedrag van een individu wordt beïnvloed door zijn verwachting van de mening van anderen over het systeem en over hoe ze naar hem zullen kijken als hij het systeem gebruikt. Dit is vooral relevant bij verplichte systemen. Het gaat hierbij zowel om de reactie van belangrijke individuen (directe collega's, leidinggevenden, hooggeplaatsten met een goed imago) als van groepen (de afdeling, de organisatie als geheel). Er zijn drie mechanismen van invloed op deze variabele: "*Compliance, internalization, and identification*" (Venkatesh et al, 2003, p452). *Compliance* is een reactie (gehoorzaamheid) op sociale druk en de andere twee (*internalization* en *identification*) betekenen dat het systeem wordt geaccepteerd omdat het bij de structuur gaat horen en eventueel een bepaalde status oplevert. Bij compliance geldt dat het mechanisme sterker wordt als degene die druk uitoefent de middelen heeft om gedrag te belonen en af te straffen, en alleen als het gaat om een verplicht systeem wanneer een individu nog relatief weinig geïnformeerd is over de werking van het systeem. Bij een situatie waarbij het individu meer ervaring heeft met het systeem, zijn de andere twee mechanismen meer van belang (Venkatesh et al, 2003).

In het specifieke geval van prestatiemeting kan deze sociale acceptatie ontbreken, doordat de verschillende logica's die met de prestatiedoelen nagestreefd worden met elkaar conflicteren. Dit zijn de rolconflicten uit de theorie van beleidsvervreemding. Er zijn vier logica's die elk eigen waarden en normen hebben en die allemaal legitiem zijn. De institutionele logica bestaat uit de formele eisen die aan de organisatie opgelegd worden en uit de maatschappelijke waarden. De organisatielogica wordt gevormd uit de uitwerking hiervan op de organisatie en door organisationele waarden als kostenbeheersing. De professionele logica wordt gevormd door professionele waarden, zoals opgelegd door beroepsverenigingen van professionals. De cliëntlogica ten slotte zijn de waarden en eisen van de individuele cliënt. De beleidsvervreemding van professionals wordt groter (en de motivatie dus lager) als de professional het gevoel heeft dat de organisatielogica voorrang krijgt ten opzichte van de professionele- en de cliëntlogica. Dit kan ook voorkomen als de professional prestatiemeting an sich wel als zinvol ervaart (Tummers, Bekkers & Steijn, 2009). Als professionals het gevoel hebben dat een of meerdere van deze waarden niet nagestreefd worden, bijvoorbeeld als er vooral ruimte is voor de organisatielogica en niet voor de professionele- en de cliëntlogica, zullen zij de prestatiemeting niet accepteren en ook niet gemotiveerd zijn om deze te gebruiken. Hoe groter de strijd tussen de professional en de managerial logica (Labrie, 2011), hoe kleiner de kans dat professionals gemotiveerd zijn om prestatiemeting te gebruiken. De achtergrond van de manager lijkt een belangrijke rol te

spelen bij de interactie tussen managers en professionals. Een manager die voortkomt uit de sector, heeft een ander effect dan een manager van buiten (Noordegraaf & Steijn, 2007).

Bij professionals is sociale acceptatie misschien nog wel belangrijker dan bij andere individuen, gezien de aard van professionele gemeenschappen. Het gaat immers om relatief gesloten groepen met een specifieke professionele identiteit. Deze bestaat uit het gevoel van een juiste, professionele manier van handelen. Dit uit zich in een set professionele waarden, die deels wordt geconstrueerd door zich van anderen te onderscheiden. Aangezien er in organisaties sprake is van een zekere strijd om schaarse middelen en een trade-off tussen waarden, is het voor professionals belangrijk om zich af te scheiden van de buitenwereld (Van Der Wal, Van Hout, Kwak & Vrielink, 2007). Professionals zien juist door deze relatieve geslotenheid en hun gevoel dat hun professionele manier van werken “goed” is, niet altijd de noodzaak om sneller of efficiënter te werken of om bestaande werkwijzen aan te passen. Door hun autonomie kunnen ze soms defensief en advocatief gedrag gaan vertonen. Het zogenaamde noninterventiebeginsel speelt ook een rol: professionals vormen een relatief gesloten gemeenschap van gelijkgestemden, die elkaar niet aanspreken wanneer iets fout gaat, om hun autonomie te maximaliseren (De Bruijn & Noordegraaf, 2010).

De verwachting is daarom dat de motivatie van professionals om prestatiemeting te gebruiken voor kwaliteitsverbetering groter is, naarmate er meer sprake is van sociale acceptatie van prestatiemeting.

3.3.3. Eigen inbreng

De factor “eigen inbreng” is gebaseerd op de theorie van beleidsvervreemding. In deze theorie wordt een gebrek aan eigen inbreng beschreven als machteloosheid. Deze kan zich voordoen op drie niveaus: strategisch, tactisch en operationeel. Strategische machteloosheid houdt in dat professionals geen invloed hebben op de inhoud van beleid, zoals vastgelegd in wet- en regelgeving. Dit is bijvoorbeeld een gebrek aan invloed op extern opgelegde prestatie-indicatoren, zoals die van de IGZ in ziekenhuizen. Tactische machteloosheid komt door een gebrek aan invloed op de manier waarop de organisatie beleid implementeert, dus een gebrek aan invloed op de manier van meten en registreren. Operationele machteloosheid houdt de invloed op het directe werkproces in: de vrijheid die de professional heeft om af te wijken van bestaande procedures (Tummers, Bekkers & Steijn, 2009). Venkatesh et al (2003) stellen bovendien dat het verplichten van een systeem het effect kan hebben dat professionals meer druk van buitenaf ervaren.

Volgens Tummers, Bekkers & Steijn (2009) wordt de invloed van professionals kleiner door reorganisaties, omdat professionals zwakker staan ten opzichte van het management als zij de angst hebben om hun baan te verliezen en wanneer zij met minder professionals zijn. Ze hebben dan minder invloed op de manier waarop beleid geïmplementeerd wordt en kunnen minder bepalen op welke manier gemeten wordt.

Volgens de Bruijn (2007) is het belangrijk dat er vertrouwen is tussen de professional en het management en dat de prestatiemeting gebaseerd is op interactie tussen de twee partijen. Dit houdt in dat de professionals inbreng hebben in bijvoorbeeld de definitie van producten, prestatieindicatoren en de manier van meten en dat de resultaten aan hen teruggekoppeld worden.

Wantrouwen, dat ontstaat als deze interactie ontbreekt, zorgt dat professionals eerder geneigd zullen zijn tot strategisch gedrag. Interactie zorgt daardoor voor meer steun voor het systeem, zelfs wanneer dit een trade-off is tussen managerial en professionele waarden. Het zorgt daardoor dat de professional zich eigenaar voelt van het systeem. Ook in het monitoren van de prestaties moeten de professionals inbreng hebben. Op die manier voelt de professional zich eerder verantwoordelijk voor het systeem (De Bruijn, 2007).

De verwachting is daarom dat professionals meer gemotiveerd zijn om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering als zij meer inbreng hebben op de totstandkoming en het gebruik van prestatie-indicatoren.

3.3.4. Manier van meten

Om een professional te kunnen motiveren om de prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering, is het van belang dat hij zich kan vinden in het systeem van prestatiemeting dat door zijn organisatie gebruikt wordt. Hij moet van mening zijn dat de indicatoren die gemeten worden zinvol en relevant zijn en dat ze een afspiegeling zijn van de kwaliteit van de verleende zorg. Ook als een professional over het algemeen positief tegenover prestatiemeting staat, kan het zijn dat hij het niet eens is met de indicatoren en scores die binnen zijn organisatie gebruikt worden om prestaties te meten (zie bijvoorbeeld De Bruijn, 2007). Het is het verschil tussen de attitude ten opzichte van het feit *dat* er gemeten wordt en ten opzichte van *wat* en *hoe* er gemeten wordt. Om professionals te motiveren is het bijvoorbeeld van belang dat de datakwaliteit goed is. Giard (2005) stelt twee voorwaarden aan effectieve prestatie-indicatoren: ze bieden een natuurgetrouwe afspiegeling van de kwaliteit en het systeem zet daadwerkelijk aan tot activiteiten om de kwaliteit te verbeteren. Goede prestatiesystemen hebben volgens van Thiel en Leeuw (2002) veel, maar niet teveel indicatoren. Ze geven daardoor een accuraat beeld van de prestatie en nemen in beschouwing dat een organisatie meerdere, soms tegenstrijdige doelen heeft. Er worden verschillende aspecten van de prestaties in beschouwing genomen en de belangen van alle stakeholders worden meegenomen. Bovendien wordt mede gebruik gemaakt van alternatieve bronnen, zoals cliëntpanels, worden nieuwe indicatoren ontwikkeld en wordt het systeem van prestatiemeting geanalyseerd. Tegelijkertijd zijn de indicatoren nuttig en wordt niet teveel geregistreerd (Van Thiel & Leeuw, 2002). Daarnaast moet aandacht besteed worden aan wie de indicatoren ontwerpt. Als organisaties dit zelf doen, hebben zij kans om de informatie te manipuleren. Gebeurt dit echter door externen, dan bestaat de kans dat deze alleen de informatie krijgen die ze vragen. Professionals zullen geen andere informatie geven dan die waarom gevraagd wordt, zeker niet als dit negatieve consequenties voor hen kan hebben (Van Thiel & Leeuw, 2002). Vaak maakt men gebruik van administratieve gegevens uit ziekenhuisinformatiesystemen, die

voor andere doeleinden zijn verzameld en die daardoor minder accuraat en volledig zijn. Bovendien moet rekening gehouden worden met het betrouwbaarheidsinterval van de data, omdat de populatie van de metingen vaak klein is en daardoor onderhevig aan toevalsvariatie (Giard, 2005).

De negatieve attitude ten opzichte van het systeem van prestatiemeting in de organisatie, is te vergelijken met de tactische en operationele zinloosheid uit de theorie van beleidsvervreemding (Tummers, Bekkers & Steijn, 2009). De professional vindt de manier waarop zijn organisatie de prestatiemeting uitwerkt niet nuttig, bijvoorbeeld doordat er teveel gericht wordt op output in plaats van op outcome of omdat de indicatoren niet valide zijn. Daardoor hebben de professionals het idee dat de prestatiemeting hen niet helpt om de zorgverlening beter te kunnen maken. Prestatiemeting kan bovendien de professionele autonomie aantasten, door de toename van strikte interne instructies en een grotere druk om resultaten te produceren (Tummers, Bekkers & Steijn, 2009).

Het komt de motivatie ten goede als organisaties naast productindicatoren, ook procesindicatoren gebruiken. Hiervoor zijn diverse redenen te geven. Zo bestaat er geen zekere causale relatie tussen proces en uitkomst: slechte zorg zorgt niet per se voor een slechte uitkomst en goede zorg niet per se voor een betere uitkomst. Bovendien is er met procesindicatoren ook directe controle tijdens het proces mogelijk en is de bijsturing bij tekortschietsing gericht en doeltreffender. Ze geven immers precies aan wat er mis is. Bovendien is het bij medische processen wel mogelijk om te formuleren welke uitkomst wordt nagestreefd, maar niet welke uitkomsten minder aanvaardbaar zijn. Het is immers niet mogelijk om alle factoren die tot een bepaalde uitkomst leiden te beïnvloeden (Giard, 2005).

Het is belangrijk dat de keuze voor en de doelstelling van registraties helder is voor professionals. Als dit niet het geval is, zullen de professionals de registraties als onnodig ervaren. Veel van de registraties gaan bijvoorbeeld niet over directe verantwoording, maar over potentiële verantwoording (bij een incident of inspectie moet de professional in staat zijn om zijn handelen te verantwoorden) en indirecte verantwoording (de professional moet registeren, zodat de organisatie verantwoording kan afleggen). Het is belangrijk dat professionals het nut van deze registraties in zien, om te voorkomen dat er een negatieve attitude ontstaat ten opzichte van de gehanteerde registraties. Met name als de professionals meer ervaren zijn, is het niet eenvoudig voor managers om hen van dit nut te overtuigen (Noordegraaf & Sterrenburg, 2009).

Uit onderzoek blijkt echter dat professionals het nut van de meeste registraties zien en veelal alleen registraties zouden willen stoppen als het gaat om dubbel uitgevoerde werkzaamheden (Noordegraaf & Sterrenburg, 2009). Toch kan het zijn dat professionals bepaalde indicatoren als irrelevant ervaren, omdat ze volgens hen niets zeggen over de kwaliteit van de dienstverlening. Een reden hiervoor is de zogenaamde Performance Paradox (Van Thiel & Leeuw, 2002). Dit houdt in dat de relatie tussen

prestatie-indicatoren en prestatie zelf zwak is, doordat de gebruikte indicatoren hun waarde kwijtgeraakt zijn. Dit komt door vier processen: positief leren, pervers leren, selectie en onderdrukking. Positief leren houdt in dat de prestaties zoveel verbeterd zijn, dat de indicator overbodig geworden is. Pervers leren houdt in dat organisaties precies weten welke aspecten van de prestatie gemeten worden en welke niet en die informatie zijn gaan gebruiken om de prestatiemeting te manipuleren. Alle inspanning wordt besteed aan het behalen van een goede score, wat in veel gevallen niet hetzelfde is als het verbeteren van de dienstverlening. Selectie houdt in dat iedereen die slecht presteert vervangen is door beter presterende individuen en organisaties, met hetzelfde effect als positief leren. Onderdrukking houdt in dat verschillen in prestatie genegeerd worden, doordat indicatoren geen accuraat beeld geven van de prestatie. Organisaties presteren beter of juist slechter dan de score op de indicator aan geeft, omdat de indicator geen rekening houdt met bepaalde aspecten van de prestatie (Van Thiel & Leeuw, 2002). Indicatoren die de prestatie niet goed weergeven, worden door professionals mogelijk als onnodig ervaren.

Daarnaast is de impact van belang. Hierbij gaat het om de kosten van prestatiemeting in de brede zin: de gevolgen van prestatiemeting voor de professional. Hierbij geldt: hoe groter de impact van de prestatiemeting, hoe minder effectief deze zal zijn. De impact van prestatiemeting is klein als de prestatiemeting enkel gebruikt wordt om transparantie te creëren. De scores hebben dan geen directe gevolgen voor de professional, dus hij zal zich op geen enkele wijze bedreigd voelen door de prestatiemeting. Bij een grote impact zijn er wel consequenties en dus dreiging (De Bruijn, 2007). Informatie is immers een politieke machtsbron en beïnvloedt belangen. Managers kunnen hun ongeschikten beter controleren als ze meer informatie hebben, afdelingen ontlenen een deel van hun macht aan de informatie die zij hebben en ook de manier van communiceren wordt beïnvloed door de verdeling van informatie binnen een organisatie (Keen, 1980). De score heeft dan bijvoorbeeld gevolgen voor het budget van een organisatie. Er is sprake van een financiële sanctie bij een slechte score, of er wordt bij een goede score ingezet op een hogere productie bij hetzelfde budget. Een ander voorbeeld van prestatiemeting met een grote impact is wanneer de prestatie-informatie gebruikt wordt om een ranglijst te maken, zoals het AD en Elsevier van ziekenhuizen maken (Elsevier.nl, 2013; AD.nl, 2013). Een lage plaats op een ranglijst zorgt dat cliënten en personeel naar andere organisaties vertrekken, of managers grijpen in naar aanleiding van een slechte score en gaan zich bemoeien met de dagelijkse gang van zaken. Dit terwijl er ook een andere verklaring voor de lage plaats op de ranglijst kan zijn dan een slechte kwaliteit. De Bruijn (2007) betoogt bovendien dat een systeem met minder impact voldoende is om prestaties te verbeteren. Professionals raken uit zichzelf gemotiveerd om een slechte score te willen verbeteren, ook als een betere score geen gevolgen voor hen heeft. De prestatiescores hebben dus een zelfhelend effect. Een grote impact zal juist niet leiden tot een betere prestatie, maar tot strategisch gedrag van professionals. Als de kosten van het aanleveren van betrouwbare gegevens door hen als te groot ervaren worden, zullen ze niet gemotiveerd zijn. Doordat

zij het oneerlijk vinden dat ze in hun ogen te zwaar worden afgerekend op de prestaties, zullen zij het voor zichzelf goed praten dat ze dit gedrag vertonen (De Bruijn 2007).

Volgens het WRR-rapport 'bewijzen van goede dienstverlening' wordt er bovendien in veel gevallen gestuurd op gemiddelden in plaats van op excellentie. Daardoor wordt het accent gelegd op het behalen van dit gemiddelde, in plaats van op het doorvoeren van vernieuwingen en verbeteringen. De nadruk wordt gelegd op risicobeperking en het halen van de norm, ook al is deze vaak niet meer dan een rekenkundig gemiddelde. In positieve zin afwijken van dit gemiddelde wordt vaak niet of nauwelijks beloond. Er wordt vooral gewerkt met meetbare prestaties en met outputindicatoren, niet met procesindicatoren. Meten en beoordelen staan centraal, niet interveniëren en innoveren. Bovendien worden echt ondermaats presterende organisaties volgens het rapport onvoldoende aangepakt. Zware maatregelen als het afzetten van bestuurders en toezichthouders en het sluiten van instellingen worden nauwelijks genomen (WRR, 2004, p230). Als de professional het gevoel heeft dat hij middels prestatiemeting afgerekend wordt op een gemiddelde en geremd wordt in zijn mogelijkheden om te innoveren en echte verbeteringen door te voeren, zal hij niet gemotiveerd zijn om de prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering.

Dit scheidt de verwachting dat professionals meer gemotiveerd zijn om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering, wanneer zij zich kunnen vinden in de manier van meten.

3.3.5. Faciliteiten

De faciliteiten worden door Venkatesh et al gedefinieerd als *“the degree to which an individual believes that an organizational and technical infrastructure exists to support the system”* (Venkatesh et al, 2003, p453). Daarbij gaat het er om dat het individu voldoende kennis heeft over het systeem en de beschikbare hulpmiddelen, dat hij voldoende middelen (zoals tijd) heeft om het systeem te gebruiken en dat er personen beschikbaar zijn voor hulp en uitleg. Bovendien moet het systeem passen bij de manier waarop het individu graag werkt (Venkatesh et al, 2003). Dit klinkt misschien in eerste instantie niet relevant voor prestatiemeting, maar ook bij het meten, registreren en terugkoppelen van prestaties worden computersystemen en organisationele routines gebruikt. Als deze niet goed werken, werkt de prestatiemeting ook minder effectief.

Gedigitaliseerde prestatiemeting kost vaak minder tijd, zorgt ervoor dat informatie eenvoudiger uitgewisseld kan worden en is overzichtelijker, waardoor het vastleggen en terugzoeken van informatie eenvoudiger is. Het verdient dan ook de voorkeur van professionals ten opzichte van het handmatig registreren. Het niet optimaal werken van administratieve systemen ten behoeve van prestatiemeting is echter een belangrijke ergernis voor professionals: goedwerkende computersystemen zijn een voorwaarde voor de motivatie van professionals (Noordegraaf & Sterrenburg, 2009).

Ook de theorie van beleidsvervreemding gaat in op het gebruik van technologie. Volgens deze theorie zijn er twee vormen van technologiegebruik: *automating* en *informating*. *Automating* technologie

zorgt voor formalisering en standaardisering van werkprocessen. Dit zorgt voor minder mogelijkheden om het beleid aan te passen op individuele gevallen en daardoor voor meer beleidsvervreemding (en minder motivatie om het beleid, in dit geval prestatiemeting, te gebruiken). Daar tegenover staat *informating* technologie, die gebruikt wordt om informatie te vergaren over onderliggende productieve en administratieve processen. Daardoor krijgen professionals juist een beter beeld, waardoor ze minder beleidsvervreemding en meer motivatie ervaren (Tummers, Bekkers & Steijn, 2009). De verwachting is dat dit ook geldt voor motivatie: als de technologie leidt tot standaardisering van prestatiemeting heeft dit een negatief effect, als de technologie meer transparantie oplevert heeft dit een positief effect.

Op basis hiervan is de verwachting dat professionals meer gemotiveerd zijn om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering, wanneer de technische en organisationele faciliteiten goed zijn.

3.3.6. Gemak

Venkatesh definieert effort expectancy als “the degree of ease associated with the use of the system” (Venkatesh et al, 2003, p450). Het gaat volgens hem zowel om het daadwerkelijke gemak als het ervaren gemak van het systeem en bovendien om de complexiteit van het systeem. Uit het onderzoek van Venkatesh et al blijkt dat deze variabele significant is bij zowel vrijwillig als verplicht gebruikte systemen. Hoe meer inspanning het kost om het systeem te gebruiken, hoe minder het geaccepteerd wordt door de gebruikers (Venkatesh, 2003).

Voor het gemak dat professionals ervaren bij het gebruik van het systeem, zijn met name de ervaren administratieve lasten en de impact van de prestatiemeting van belang. Noordegraaf en Sterrenburg definiëren administratieve lasten voor professionals als volgt:

“de door regels en standaarden veroorzaakte administratieve handelingen die ten behoeve van de overheid, derden en de eigen beroepsbeoefening moeten worden verricht, waarbij de omvang bepaald wordt door het aantal handelingen, hun tijdsbeslag en de administratieve beleving” (Noordegraaf & Sterrenburg, 2009, p196).

Door deze lasten kunnen professionals verantwoordingsdruk ervaren, maar in principe zijn de registraties slechts indirect verbonden aan de verantwoordingsprocessen. Voor de professional is het echter van ondergeschikt belang of de registraties verplicht zijn vanuit regelgeving, plaatsvinden ten behoeve van declaraties of gebruikt worden voor de interne verantwoording, in alle gevallen voelt hij zich verplicht om informatie en uitleg te geven. In veel gevallen vinden professionals de administratieve handelingen noodzakelijk om goede zorg te kunnen leveren en zijn er volgens hen weinig mogelijkheden om deze te schrappen. De tijd die dit kost vinden ze in veel gevallen acceptabel en het gaat niet ten koste van de cliënt. Wel ervaren zij in sommige gevallen knelpunten in de administratie. Zo ervaren ze een toegenomen verantwoordingsdruk door de toename van het aantal patiënten, de complexiteit van patiënten en het toegenomen aantal verantwoordelijke specialisten. Bovendien wordt een groot deel van de administratie handmatig bijgehouden, terwijl dit digitaal zou

kunnen. Ook het verschijnsel dat bepaalde administratieve werkzaamheden dubbel moet worden uitgevoerd (op meerdere plaatsen, ten behoeve van verschillende stakeholders) wekt ergernis op. Bovendien ervaren professionals soms een gebrek aan (administratieve) ondersteuning, zoals het kopiëren van documenten of het invoeren van gegevens in de computer (Noordegraaf & Sterrenburg, 2009). Bovendien zien sommige auteurs de toegenomen verantwoordingsdruk in de publieke sector en de groeiende kosten voor monitoring die daarmee gepaard gaan als knelpunt (Van Thiel & Leeuw, 2002; Power, 2003).

De verwachting is dat het gemak dat de professional meer gemotiveerd is om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering naarmate hij meer gemak ervaart bij het registreren en aanleveren van de prestatiecijfers.

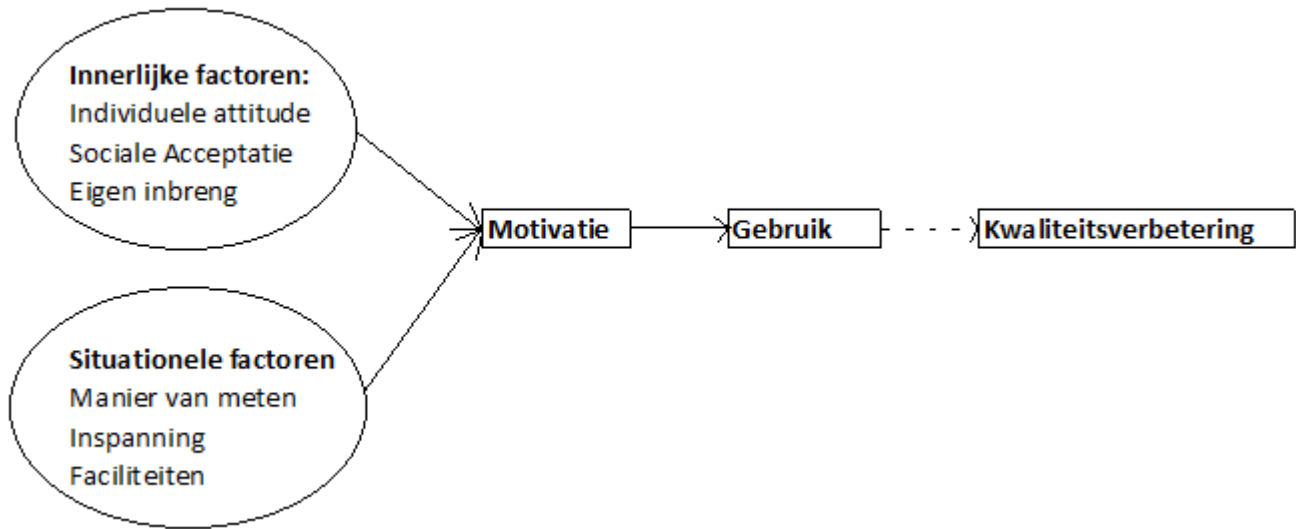
3.3.7. Operationalisatie

Factor & theoretische verwachting	Operationalisatie: <i>respondenten stellen dat...</i>
<p><u>Individuele attitude</u> - innerlijk Wanneer professionals een positieve attitude hebben ten opzichte van prestatiemeting, zijn ze meer gemotiveerd om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prestatiemeting toegevoegde waarde heeft voor de zorgverlening • Prestatiemeting voordelen oplevert voor hen als professional • Prestatiemeting past bij de aard van het werk
<p><u>Sociale acceptatie</u> - innerlijk Wanneer professionals ervaren dat prestatiemeting sociaal geaccepteerd is, zijn ze meer gemotiveerd om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prestatiemeting geaccepteerd wordt binnen de divisie en het ziekenhuis • Prestatiemeting past bij professioneel handelen • Prestatiemeting recht doet aan maatschappelijke-, organisationele-, professionele- en cliëntwaarden
<p><u>Eigen inbreng</u> - innerlijk Wanneer professionals voldoende eigen inbreng hebben op de prestatiemeting, zijn ze meer gemotiveerd om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Professionals invloed hebben op de totstandkoming van de indicatoren en de manier van meten • Professionals prestatiemeting ervaren als een hulpmiddel en niet alleen als een verplichting • De prestatie-informatie teruggekoppeld wordt
<p><u>Manier van meten</u> - situationeel Wanneer professionals zich kunnen vinden in de manier van meten, zijn ze meer gemotiveerd om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De goede zaken gemeten worden • Op de goede manier gemeten wordt • De keuzes voor en doelstellingen van de prestatiemeting helder zijn • De scores een juiste weergave van de werkelijkheid bieden • Excellente prestaties worden beloond • Scores geen te grote impact hebben
<p><u>Faciliteiten</u> - situationeel Wanneer de technische en organisationele faciliteiten rondom prestatiemeting goed zijn, zijn professionals meer gemotiveerd om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De faciliteiten voor het meten, registreren en terugkoppelen goed werken • Prestatiemeting is geautomatiseerd • Er ruimte is voor toepassing op de eigen situatie • Het systeem zorgt voor overzicht en transparantie
<p><u>Gemak</u> - situationeel Wanneer professionals voldoende gemak ervaren bij het registreren en aanleveren van prestatiegegevens, zijn ze meer gemotiveerd om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De hoeveelheid extra administratieve lasten acceptabel is • Er geen gegevens dubbel aangeleverd moeten worden • Er voldoende administratieve ondersteuning is

3.4. Model

Een goede kwaliteit is voor zowel de organisationele als voor de professionele logica van belang. Organisaties willen effectieve en efficiënte dienstverlening leveren en professionals willen de best mogelijke resultaten voor hun cliënten. De scheiding tussen deze twee logica's is bovendien niet meer altijd even helder. Maatschappelijke ontwikkelingen maken dat waarden als verantwoording en legitimiteit ook voor professionals steeds belangrijker zijn geworden. Professionele en organisationele waarden interacteren met elkaar. Prestatiemeting is oorspronkelijk bedoeld is als middel om tegemoet te komen aan de roep om transparantie en om meer efficiëntie en resultaatgerichtheid te bewerkstelligen. Toch is het ook voor professionals relevant om inzicht te verkrijgen in de eigen kwaliteit. Zij willen vanuit hun professionele ethos immers de best mogelijke zorg verlenen. Prestatiemeting kan bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit, door de kwaliteit van individuele zorgverleners en zorgorganisaties te meten en te beoordelen of deze voldoende is, door de kwaliteit tussen zorgorganisaties te vergelijken en door te kunnen meten of genomen maatregelen daadwerkelijk leiden tot verbeterde prestaties.

Toch gebruiken professionals prestatie-informatie nog niet altijd voor kwaliteitsverbetering. De vraag is daarom hoe zij hiertoe gemotiveerd kunnen worden. Zoals eerder benoemd, zijn op deze motivatie twee soorten factoren van toepassing: innerlijke factoren en situationele factoren. Beide soorten factoren zijn essentieel voor motivatie. De professional moet prestatiemeting daadwerkelijk zien als middel en hij moet zich eigenaar voelen van het systeem om prestaties te meten. Tegelijkertijd moet hij het gevoel hebben dat hij voldoende handvaten heeft om te kunnen meten en om de resultaten te gebruiken om te sturen op kwaliteitsverbetering. Het onderstaande model vat dit samen. De innerlijke en situationele factoren zorgen samen dat professionals gemotiveerd zijn. Gemotiveerde professionals zullen prestatiemeting gebruiken om te sturen op kwaliteitsverbetering. Uiteindelijk is de verwachting dat hierdoor de kwaliteit omhoog zal gaan, maar dit ligt buiten de reikwijdte van dit onderzoek.



Figuur 3.1. Model

In het empirische gedeelte van dit onderzoek zal worden onderzocht op welke manier de innerlijke en de situatieve factoren invloed hebben op de motivatie van professionals om prestatie-informatie te gebruiken.

H4. METHODOLOGISCH KADER

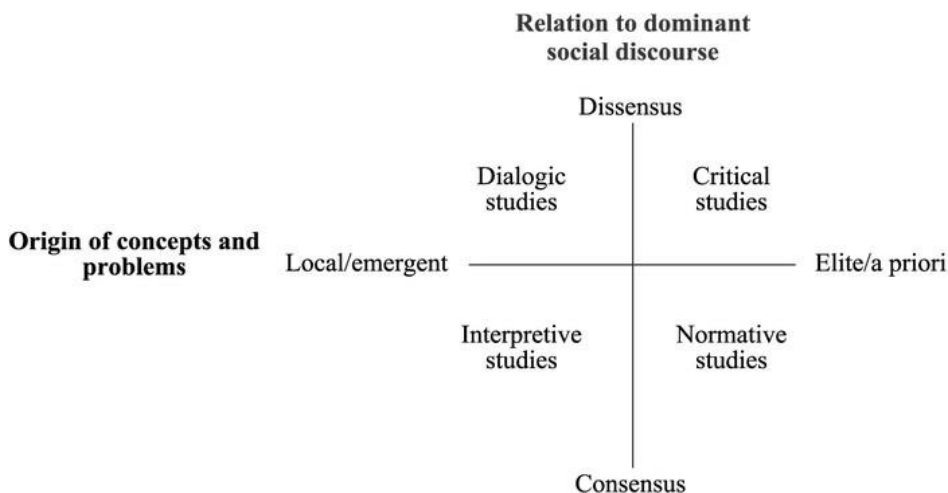
In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe dit onderzoek is uitgevoerd. Eerst wordt de gebruikte onderzoeks-aanpak beschreven. Vervolgens wordt stil gestaan bij het onderzoeksproces: hoe is dit verlopen en hoe beïnvloedt dit de uitkomsten? Uiteraard wordt ook een paragraaf gewijd aan de gebruikte onderzoeksmethode. Hier bevinden zich tevens de interviewgide en de lijst met databronnen. Ten slotte komen de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek aan bod.

4.1. Onderzoeksaanpak

Deze paragraaf beschrijft hoe het onderzoek is vormgegeven. De methodologische uitgangspositie, de onderzoeksstrategie en de gekozen steekproef komen aan bod.

4.1.1. Uitgangspositie

Aan de hand van het schema van Deetz (1996) kan bepaald worden wat de uitgangspositie van dit onderzoek is. Het onderzoek heeft vooral elite/a priori kenmerken. De kernconcepten zijn afkomstig van de theorie en toegepast op de casus en de respondenten, ze zijn dus niet ontwikkeld in samenspraak met hen. De kennis die vergaard wordt is daardoor generaliseerbaar en theoretisch, in plaats van specifiek van toepassing op de casus. De focus ligt op de gelijkenissen tussen respondenten en tussen theorie en praktijk. De ervaringen van de respondenten worden opgehangen aan de taal van en concepten in het onderzoek en leiden dus tot theoretische kennis. Ook heeft het onderzoek veel consensuskenmerken. Het doel van het onderzoek is om te laten zien hoe het sociale systeem in elkaar zit en om de eenheden en relaties daarin zichtbaar te maken. Conflicten en fragmentatie worden daarbij gezien als problemen in het systeem waarmee men moet om gaan, en niet als de natuurlijke gang van zaken. Het discours waarin het onderzoek plaatsvindt is dan ook het normatieve discours. De kenmerken hiervan zijn dat codificatie centraal staat, gezocht wordt naar wetmatigheden en dat ervaringen genormaliseerd worden. Kennis wordt gezien als zeker, cumulatief en progressief en het zorgt voor verbeteringen doordat fundamentele processen zichtbaar worden (Deetz, 1996).



4.1.2. Onderzoeksstrategie

Het onderzoek in deze scriptie is deductief van aard, wat past bij de uitgangspositie van het onderzoek. Deductief onderzoek is vooral relevant als er al enige kennis bestaat over een onderwerp. Bij deductie wordt een verklaring voor het verschijnsel wordt gezocht in de bestaande theorie. Hiervan wordt vervolgens een model gemaakt. Het doel is om te onderzoeken of de geboden theoretische verklaring klopt. Eventueel kunnen meerdere en rivaliserende verklaringen getoetst worden (zie Van Thiel, 2010). In dit onderzoek is dan ook gekozen voor deductie, want er is al redelijk wat kennis beschikbaar over de kernbegrippen. Deze kennis is samengevoegd in een conceptueel model, waaruit verwachtingen ontleend zijn die getoetst zijn aan de praktijk. Deductie is een manier van redeneren van het algemene naar het bijzondere. De vraag hierbij is of een conclusie logisch volgt uit de beweringen. Een geldige deductieve redenering is: Als P, dan Q (Vennix, 2011). Deductief onderzoek sluit aan bij de theoriegedreven aard van dit onderzoek. De theoretische kennis wordt toegepast op en getoetst aan de praktijk. Bij inductief onderzoek wordt gezocht naar kenmerken van het probleem en is meestal beschrijvend en verkennend van aard. Met een open blik, zonder invloed van de theorie, worden de onderzoeksobjecten bestudeerd om een zo compleet mogelijk beeld te vormen (Van Thiel, 2010; Boeije, 2005). Het grootste nadeel van deductief onderzoek is dan ook dat relevante zaken over het hoofd gezien kunnen worden, omdat ze niet beschreven zijn in de gebruikte theorie. Ook in dit onderzoek is het mogelijk dat niet alle factoren die van invloed zijn meegenomen zijn in het conceptueel model. De toegevoegde waarde van deductief onderzoek ligt hem dan ook in het toetsen van de bestaande theorie aan een nieuwe casus en het zoeken van een verklaring voor een bepaald verschijnsel in de bestaande theorie.

Er wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek. Het doel van kwalitatief onderzoek is het blootleggen van de sociale werkelijkheid van de onderzoekseenheden (Vennix, 2011, p97) en dit sluit aan op het doel van dit onderzoek. Er wordt namelijk gekeken naar de motivatie van professionals, dus naar hun sociale werkelijkheid. Er is daarnaast sprake van een brede en open onderzoeksvraag. De voorkennis wordt getoetst om te kijken of deze toepasbaar is op de empirie. Het concept motivatie is niet rationeel en objectief meetbaar aan de hand van kwantitatief onderzoek, want iedere respondent zal de aanwezigheid van een bepaalde factor anders waarderen. Aan de hand van diepte-interviews kan niet alleen getoetst worden óf een bepaalde factor van invloed is op de motivatie van professionals om prestatie-informatie te gebruiken, maar kan tevens verklaard worden waarom. Op die manier wordt niet alleen een lijst geboden van factoren die van invloed zijn, maar kan ook een uitspraak gedaan worden over de redenen waarom en de manier waarop gestuurd zou kunnen worden. Als de beleveniswereld van de professionals beter begrepen wordt, kan gerichter gestuurd worden op het verbeteren van hun motivatie. Op die manier wordt de wetenschappelijke

kennis over het onderwerp vergroot en tegelijkertijd wordt getoetst of de kennis die voor handen is juist is. Het toetsen van verwachtingen neemt in dit onderzoek de vorm aan van een *member check* (Vennix, 2011, p97), waarbij de onderzoeker zijn eigen verklaringen (uit de theorie) vergelijkt met de verklaringen die de onderzochten zelf geven. Het nadeel van kwalitatief onderzoek ten opzichte van kwantitatief onderzoek, is dat er geen uitspraken gedaan kunnen worden over de sterkte van een verband of over hoe vaak een verschijnsel voorkomt. Er is toch gekozen voor kwalitatief onderzoek, omdat kwantitatief onderzoek leidt tot versimpeling en reductie van data. Kwantitatief onderzoek doet daardoor minder recht aan de complexe werkelijkheid (Van Thiel, 2010, p136).

4.1.3. Casestudy

Het onderzoek wordt uitgevoerd middels een casestudy. Bij een casestudy wordt een casus onderzocht bij concrete dragers de natuurlijke context. De dragers zijn in dit geval medische professionals in een ziekenhuis. Er wordt bovendien onderzoek gedaan naar een relatief groot aantal kenmerken en hun onderlinge verband bij een relatief beperkt aantal onderzoekseenheden. Op die manier kan er meer in detail ingegaan worden op de verklaringen voor een bepaald verschijnsel (Vennix, 2011, p103). Dit is voor dit onderzoek relevant, omdat de motivatie van professionals om prestatie-informatie te gebruiken sterk afhankelijk is van de context. Dit blijkt ook uit de factoren die blijkens de theorie een mogelijke verklaring bieden, zoals sociale acceptatie en de attitude ten opzichte de manier van meten van de eigen organisatie. Het verschijnsel moet dan ook in de context onderzocht worden. Het gaat om *medische professionals die opereren in een bepaalde divisie van een academisch ziekenhuis* en die te maken krijgen met *bepaalde vormen van prestatiemeting*. Dit zijn allemaal zaken die van invloed kunnen zijn op de samenhang tussen de benoemde factoren en het te verklaren verschijnsel. Om deze redenen kan het verschijnsel niet los gezien worden van de context, wat de casestudy tot een geschikte onderzoeksvorm maakt (zie Vennix 2011). De casestudy is bovendien een geschikte onderzoeksmethode als het gaat om het verklaren *waarom* iets *precies* zo is (Vennix, 2011, p104). In dit onderzoek is dat het geval. Het gaat immers om de redenen van professionals om al dan niet gemotiveerd te zijn om prestatie-informatie te gebruiken, waarbij de mogelijke factoren zo precies mogelijk beschreven worden. Bij een casestudy is sprake van een gering aantal eenheden en een groot aantal variabelen. Er worden dus relatief veel variabelen getoetst bij een relatief kleine onderzoekspopulatie. Het nadeel van een casestudy is dat de resultaten niet zonder meer gelden voor eenzelfde verschijnsel dat zich buiten de casus afspeelt (Van Thiel, 2010, p69).

De casus is de divisie RVE Oncologie van het UMCU. Er is gekozen voor het UMCU omdat dit ziekenhuis veel verschillende vormen van prestatiemeting hanteert en uit gesprekken met betrokkenen blijkt dat het bezig is om de prestatiemeting steeds verder te professionaliseren. Voor de divisie RVE Oncologie is gekozen omdat deze zowel gebruik maakt van de kwaliteitsregistraties uit de beroepsgroep (de zogenoemde DICA-indicatoren) als van opgelegde indicatoren zoals die van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Bovendien is de RVE oncologie een nieuwe divisie, die ontstaan is doordat oncologische klinische en poliklinische activiteiten en dagbehandeling uit de bestaande divisiestructuur

zijn ontvlochten en bij elkaar gevoegd (Talstra, 2014). De RVE oncologie heeft geen eigen locatie in het ziekenhuis. De professionals zijn werkzaam op allerlei verschillende afdelingen, van neurologie tot gynaecologie tot maag/darm/lever. Bovendien werken er professionals die bij alle fasen van het zorgproces betrokken zijn: op de poli's, op klinische afdelingen, op de OK, in het laboratorium en in de nazorgfase. Daardoor kan een breed beeld geschetst worden van de prestatiemeting in het UMCU.

4.1.4. Steekproef

De interviews worden afgenomen bij een vooraf bepaald aantal onderzoekseenheden. Er is sprake van een selecte steekproef, namelijk een quotumsteekproef op basis van het aantal benodigde eenheden en hun kenmerken (zie Van Thiel, 2010). Op de gekozen divisie is gesproken met een kwaliteitsmedewerker en medische professionals, om een zo breed mogelijk beeld te krijgen van hoe er op de afdeling over het onderwerp gedacht wordt. De respondenten zijn benaderd in overleg met de organisatie.

4.2. Onderzoeksproces

Deze paragraaf beschrijft hoe het onderzoek verlopen is en de invloed hiervan op de bevindingen.

Het onderzoek is gestart met inleidende gesprekken met medewerkers van de directie Kwaliteit en Patiëntveiligheid van het UMC Utrecht. Op basis hiervan is bepaald welke divisie het meest geschikt zou zijn en welke respondenten geïnterviewd zouden worden. Vervolgens is op basis van wetenschappelijke literatuur een model opgebouwd om te verklaren welke factoren eraan bijdragen dat professionals prestatie-informatie gebruiken voor kwaliteitsverbetering. Dit model is vervolgens getoetst aan de empirie middels interviews. Er is gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews, met een uitgewerkte topiclijst (zie bijlage 1). Daarin staan wel alle vragen die in ieder geval aan bod moeten komen, maar de volgorde, formulering en antwoordkeuze van de vragen zijn niet vooraf vastgesteld. Door het verloop van het gesprek niet volledig vast te leggen, was er een mogelijkheid tot extra (door)vragen en het afwijken van volgorde en formulering, om op die manier beter aan te kunnen sluiten bij de respondenten (Boeije, 2005, p57). De relevante fragmenten uit interviews zijn uitgewerkt aan de hand van geluidsopnamen. De citaten zijn letterlijk uitgewerkt, de rest van de uitwerking is een samenvatting van wat er gezegd is. De op deze manier gegenereerde data is geanalyseerd op basis van de operationalisaties zoals opgesteld in hoofdstuk 3.

4.3 Onderzoeksmethoden

Het onderzoek is uitgevoerd middels interviews. De interviews zijn gehouden met 11 medische professionals en 3 stafmedewerkers van de RVE Oncologie van het UMC Utrecht. Daarnaast is gesproken met een onderzoeker binnen RVE Oncologie en met een medewerker van het IKNL. Er is

bovendien een professional van een GGZ-instelling geïnterviewd om te onderzoeken in hoeverre de manier waarop deze te maken krijgt met prestatiemeting afwijkt van de manier waarop de professionals in het UMCU te maken krijgen met prestatiemeting. Er is gekozen voor interviews en niet voor enquêtes, omdat bij interviews tijdens het gesprek aanvullende vragen gesteld kunnen worden om een gegeven antwoord beter te begrijpen. Er is ruimte voor achtergrond, verdieping en verduidelijking. Enquêtes maken gebruik van gestandaardiseerde antwoordcategorieën en bieden deze ruimte niet (Van Thiel, 2010). Ook is informatie verkregen uit verkennende gesprekken met een kwaliteitscoördinator en met stafleden van de directie Kwaliteit en Patiëntveiligheid van het UMC Utrecht. In de bijlagen is een overzicht van databronnen opgenomen (bijlage 2).

4.4. Betrouwbaarheid en validiteit

Om te kunnen beoordelen of de conclusies van dit onderzoek correct zijn, is het van belang om op de hoogte te zijn van de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek. Hier wordt in deze paragraaf bij stil gestaan.

4.4.1. Betrouwbaarheid

Hoe nauwkeuriger en consistentere de variabelen worden gemeten, hoe groter de betrouwbaarheid van een onderzoek. De bevindingen van een betrouwbaar onderzoek zijn niet toevallig, maar systematisch. De meetinstrumenten moeten zo nauwkeurig mogelijk de beoogde variabele meten en een onderscheid maken tussen verschillende waarden (Van Thiel, 2010, p57). Hier is in dit onderzoek voor gezorgd, door de operationalisaties en de interviewgide te bespreken met de begeleider en met medestudenten. Bovendien zijn de operationalisaties gebaseerd op wetenschappelijke literatuur. Ook moet het onderzoek consistent zijn: als het onderzoek onder dezelfde omstandigheden herhaald wordt, moet het tot dezelfde bevindingen leiden (Van Thiel, 2010, p57). In dit onderzoek is daarvoor gezorgd door meerdere afdelingen binnen de divisie te kiezen en per afdeling meerdere professionals. In paragraaf 4.2. is bovendien vastgelegd welke stappen zijn ondernomen om het onderzoek uit te voeren, zodat het te repliceren is.

4.4.2. Validiteit

Er zijn twee hoofdvormen van validiteit: interne en externe validiteit. Interne validiteit houdt in dat de onderzoeker gemeten heeft wat hij wilde meten, doordat de operationalisaties een goede maatstaf zijn voor de theorie en doordat er daadwerkelijk sprake is van causaliteit wanneer de onderzoeker dit veronderstelt. Externe validiteit betekent dat het onderzoek generaliseerbaar is, dus dat er op basis van de steekproef uitspraken gedaan kunnen worden over de populatie. Problemen die gepaard gaan met kwalitatief onderzoek, zijn dat de uitkomsten subjectief zijn en dat het lastig is om causaliteit te bewijzen (Van Thiel, 2010, p167). Dit zijn problemen die ook gelden voor dit onderzoek. Het eerste probleem wordt deels ondervangen door de operationalisaties te bespreken met medestudenten en met de begeleiders. Bovendien worden de onderzoeksresultaten ook besproken met andere

betrokkenen dan de respondenten. Het tweede probleem, het bewijzen van causaliteit, is extra ingewikkeld, omdat er sprake kan zijn van schijnsamenhang. Er is dan wel een verband, maar dit is niet per sé een oorzaak-gevolg verband. Het kan ook zijn dat beide variabelen verklaard worden door een derde variabele, of dat een factor van invloed is op de samenhang tussen twee variabelen (Vennix, 2011, p162-163). Hier wordt bij stilgestaan bij het analyseren en bespreken van de onderzoeksresultaten. Ook is het vanwege de kleine aantallen onderzoekseenheden lastig om te generaliseren (Van Thiel, 2010, p168). Het middels de theorie opgebouwde model is wellicht breder bruikbaar dan alleen de divisie oncologie van het UMCU, maar dit zal aangetoond moeten worden middels uitgebreider vervolgonderzoek.

In dit hoofdstuk is besproken hoe het onderzoek is uitgevoerd. Daarbij zijn de onderzoeks aanpak, het onderzoeksproces, de onderzoeksmethoden en de betrouwbaarheid en validiteit aan de orde gekomen. In het volgende hoofdstuk zullen de resultaten van het onderzoek weergegeven worden.

H5. BEVINDINGEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek behandeld. Deze resultaten zijn verkregen aan de hand van interviews. Er zal ingegaan worden op de factoren die volgens de theorie van invloed zijn op de motivatie van professionals.

5.1. Prestatiemeting in het UMCU

Volgens Giard (2005) kan prestatiemeting op drie manieren bijdragen aan de kwaliteit. De kwaliteit van een individuele organisatie kan gespiegeld worden aan een norm, verschillende organisaties kunnen met elkaar vergeleken worden en er kan gekeken worden of genomen maatregelen daadwerkelijk leiden tot verbeterde prestaties door vóór en na de interventie te meten (Giard, 2005). De respondenten maken gebruik van al deze manieren. Bij veel indicatoren is een landelijke norm en bij het invullen zien de respondenten direct of ze deze wel of niet halen. Bovendien worden deze cijfers met hen teruggekoppeld. Dan kunnen ze ook zien hoe ze scoren ten opzichte van de rest van de Nederlandse ziekenhuizen. De respondenten geven aan dat vooral hun relatieve score ten opzichte van andere ziekenhuizen en ten opzichte van hun eigen cijfers van voorgaande jaren een belangrijke graadmeter zijn. Op basis daarvan wordt bepaald welke interventies ingezet zullen worden. Er wordt nog weinig gekeken of de interventies leiden tot betere prestaties. Daarvoor zijn de cijfers volgens de respondenten afhankelijk van teveel verschillende omstandigheden, waardoor ze niet tot een bepaalde maatregel terug te leiden zijn. Als gekeken wordt naar de drie ordes van leren (perfectioneren wat er al is, het ter discussie stellen van bestaande kaders, regels en procedures en het veranderen van de manier van denken (de Caluwé en Vermaak, 2006)), valt op dat er toch nog vooral eerste orde leren plaatsvindt. Er wordt gestuurd op het verbeteren van de bestaande procedures en deze worden niet radicaal veranderd aan de hand van prestatie-indicatoren. Wel vindt derde-orde leren plaats, doordat men zich steeds meer realiseert dat prestatie-indicatoren gebruikt kunnen worden voor kwaliteitsverbetering.

De Caluwé en Vermaak (2006) stellen dat er drie problemen kunnen ontstaan in organisaties met veel professionals: versnippering, middelmatig en vrijblijvendheid. De verwachting was dat prestatiemeting zou kunnen bijdragen aan het omgaan met deze problemen. Deels is dit ook in de empirie zichtbaar. Prestatiemeting helpt omgaan met versnippering tussen ziekenhuizen, doordat professionals zichzelf kunnen vergelijken met anderen. Ze worden erop aangesproken als ze een bepaalde behandeling anders uitvoeren dan andere ziekenhuizen. Binnen ziekenhuizen bestaat echter wel nog steeds versnippering, doordat het ophalen van de informatie sterk gedecentraliseerd plaatsvindt en doordat in veel gevallen niet de gehele zorgketen betrokken wordt bij het bedenken van interventies gericht op verbetering. De structuur van de organisatie en het ophalen van de gegevens in de organisatie zijn hier niet op ingericht. Prestatiemeting draagt wel bij aan het voorkomen van middelmatigheid. Doordat professionals moeten meten, worden ze min of meer gedwongen om na te denken en zich uit te

spreken over wat goede zorg is. Daardoor bestaat hier steeds meer consensus over en kan er ook op gestuurd worden om de kwaliteit te verbeteren. Het derde probleem, de vrijblijvendheid, is langzaam aan het veranderen doordat er een nieuwe tijdsgeest is opgekomen. Professionals zijn steeds meer resultaatgericht, naast hun gerichtheid op professionaliteit. Resultaatgerichtheid, effectiviteit en efficiëntie zijn een onderdeel van de professionaliteit geworden. Dat blijkt uit de interviews: de respondenten lijken doorlooptijden als indicator niet minder belangrijk te vinden dan complicaties. In die zin zijn dat soort zaken voor de professional onderdeel geworden van de kwaliteit. Doordat professionals geraadpleegd worden bij het opstellen van kwaliteitsregistraties, hebben zij de mogelijkheid om samen met andere belanghebbenden te bepalen wat kwaliteit van zorg inhoudt.

In de volgende paragrafen worden de bevindingen per factor besproken.

5.2. Individuele attitude

Professionals vinden prestatiemeting van toegevoegde waarde voor hun werk. Ze hebben diverse redenen om prestatiemeting te gebruiken, maar het verbeteren van de kwaliteit is de belangrijkste. Wel geven ze aan dat prestatiemeting soms overschat wordt als sturingsinstrument.

5.2.1. Positieve attitude

Uit de interviews blijkt dat alle professionals in principe een positieve attitude hebben ten opzichte van prestatiemeting. Door prestatiemeting wordt de zorgkwaliteit transparant en concreet gemaakt en daardoor worden knelpunten blootgelegd. *“Er zijn veel dingen die we nog niet weten en dan zijn prestatie-indicatoren een handvat. Je hebt een doelstelling en kunt kijken waar het vandaan komt, meten of het probleem er wel is en welke interventie het beste past. Als je dat gemeten hebt, kun je het ook waarmaken en uitrekenen hoeveel iets kost. Dan kun je dat geld ook eisen, dan heb je een basis om te onderhandelen, omdat je kunt aantonen wat je ermee doet”* (Respondent 3). Een enkeling heeft moeite met de terminologie die ermee gepaard gaat, maar de toegevoegde waarde van prestatiemeting voor de zorgverlening wordt door alle geïnterviewde professionals erkend. *“Goede zorg verlenen wordt gewoon van je verlangd. Als ze dat een prestatie willen noemen, prima”* (Respondent 10). Over het algemeen wil iedereen het graag goed doen en daarom wordt prestatiemeting gewaardeerd. Zorgverleners geven aan dat ze het belangrijk vinden om te weten hoe ze het doen en dat de registraties daaraan bijdragen. *“Je bent meer bewust van wat je werkelijk doet en daarom heeft het toegevoegde waarde. Bewustwording. En daar op sturen”* (Respondent 7).

5.2.2. Reden voor prestatiemeting

Op de vraag waarom ze hun prestaties registreren, zeggen de professionals bijna allemaal dat ze dat doen om hun kwaliteit te verbeteren. Kwaliteitsverbetering zien ze als een belangrijk onderdeel van hun werk. Slechts een enkeling zegt dat de voornaamste reden is dat het verplicht gesteld is. *“We zijn gemotiveerd omdat we een goede zorg voor de patiënten willen hebben. En alles wat daaraan*

bijdraagt, je merkt dat hulpverleners er gemotiveerd voor zijn” (Respondent 14) Ze gebruiken de cijfers zowel om zichzelf te vergelijken met andere ziekenhuizen als met hun eigen prestaties van de voorgaande jaren. Veel van de respondenten houden naast de verplichte registraties ook een eigen database bij met prestatie-informatie die specifiek voor hun situatie van belang is.

Op dit moment komt het voor dat onderdelen van zorgpaden inefficiënt, ad hoc en dubbelop zijn. Men streeft naar integrale zorg voor de patiënt, maar in de praktijk is dat soms nog niet het geval. Prestatiemeting kan dat transparanter maken, zodat zorgverleners kunnen zien waar ze zich verder zouden kunnen verbeteren. Prestatie-indicatoren zijn een prikkel om mensen te laten kijken naar wat en hoe ze zaken aanpakken. Op het moment dat blijkt dat er slecht gescoord wordt, wordt bekeken waarom de score slecht is en hoe dit verbeterd kan worden. In sommige gevallen wordt door de kwaliteitsmedewerkers om een verbeterplan gevraagd. Volgens de respondenten wordt ook zonder tussenkomst van de kwaliteitsmedewerker gestuurd op verbetering van de cijfers. *“Dat vind ik eigenlijk een onlosmakelijke verbintenis van hier te werken, hier te zijn. Dat je je gewoon maximaal inzet”* (Respondent 10). De professionals zijn gewend om kritisch naar zichzelf te kijken en proberen de fase waarin het ziekenhuis om verbeterplannen moet vragen te voorkomen.

5.2.3. Prestatiemeting en kwaliteitsverbetering

Sommige respondenten vinden echter dat prestatiemeting overschat wordt als sturingsinstrument en dat het beter gebruikt kan worden om te monitoren of men niet uit de pas loopt. Het gaat immers vaak om relatief kleine aantallen ingrepen, waardoor de verschillen tussen de ziekenhuizen niet zoveel zeggen. Bovendien zijn de cijfers een signaal dat er iets aan de hand is, maar moet het proces wel nog inhoudelijk geanalyseerd worden. *“Het levert indirect iets op hè, het geeft inzicht in eerste instantie. Het geeft inzicht in de kwaliteit van bepaalde processen”* (Respondent 13). Vaak zijn de cijfers bovendien geen verrassing en zien professionals heel andere verbeterpunten dan uit de cijfers op te maken zijn. Het is wel een goede manier om de buitenwacht inzicht te geven in de kwaliteit van een ziekenhuis, maar voor de professional zelf zijn de cijfers niet altijd direct bruikbaar. Wel is de spiegelinformatie nuttig, omdat de professionals daaruit kunnen afleiden hoe ze presteren ten opzichte van andere ziekenhuizen. Het is echter niet zo dat het per se beter of slechter is als ze zaken anders aanpakken dan andere ziekenhuizen. Daarnaast vinden veel professionals dat er altijd gestuurd moet worden op kwaliteitsverbetering en dat dit niet afhankelijk moet zijn van de scores op de prestatie-indicatoren. Professionals geven aan ook op heel andere manieren met kwaliteitsverbetering bezig te zijn. Zo spelen ze in op behoeften die geuit worden via patiëntenverenigingen en zijn er multidisciplinaire overleggen. In veel gevallen ervaren zorgverleners de prestatiemeting dan ook als hulpmiddel, in sommige gevallen ervaren zij het als een belasting, met name door de hoeveelheid registraties. Een van de respondenten geeft aan dat alles wel veel explicieter gemaakt wordt, maar dat hij vroeger ook klachten en waardering kreeg over de eindbeoordeling van zijn behandeling. Toch vinden de meeste mensen dat prestatiemeting, hoeveel er ook uitgevraagd wordt, heel erg belangrijk

is. *“Je kunt zeker niet sturen als je geen cijfers hebt. [...] Als je het niet keurig, nou, ergens vastlegt, wordt het vergeten”* (Respondent 8).

5.3. Manier van meten

Of een professional de prestatiemeting gaat gebruiken om kwaliteitsverbetering te bewerkstelligen, hangt voor een belangrijk deel af van de manier van meten. Een goede manier van meten moet volgens de respondenten aan allerlei voorwaarden voldoen: de indicatoren moeten inhoudelijk, bewezen en relevant zijn; de indicatoren moeten draagvlak hebben onder professionals en deze moeten geraadpleegd worden bij de totstandkoming. Wel is de praktijk erg complex en is het daarom soms moeilijk om geschikte prestatie-indicatoren op te stellen.

5.3.1. Voorwaarden prestatie-indicatoren

Het is voor professionals erg belangrijk dat de prestatie-indicatoren aansluiten bij de inhoud van hun werk. Volgens een van de respondenten die werkzaam is in de GGZ is het heel belangrijk dat indicatoren inhoudelijk zijn en te maken hebben met de directe werkvloer. *“Je merkt dat het voor ons meer een papieren werkelijkheid is, omdat die niet op behandelniveau zijn”* (Respondent 14). Daardoor zijn ze nauwelijks te gebruiken voor kwaliteitsverbetering. De indicatoren die wel over de inhoud gaan, zoals het aantal suïcides, zijn volgens het gevoel van de respondent beter te beïnvloeden en daardoor te gebruiken. In het UMCU wordt de inhoud van de indicatoren door de meeste professionals positief beoordeeld, hoewel het per aandoening verschilt hoe goed de set ervaren wordt. *“Ik denk zeker dat er irrelevante dingen tussen zitten, maar ook heel relevante en ik denk over het algemeen dat sommige mensen de dingen die ik irrelevant vind, heel relevant zullen vinden, dus dat er goed over nagedacht wordt”* (Respondent 6). Het moet volgens de respondenten bewezen zijn dat prestatie-indicatoren een goede aanduiding zijn van de kwaliteit van een behandeling. Volgens sommige respondenten zijn sommige indicatoren niet *evidence based*, terwijl patiënten wel keuzes maken op basis van de cijfers. *“Dus er worden soms beslissingen gemaakt op basis van, door patiënten, op basis van gegevens, op basis van indicatoren, waarvan nooit is aangetoond dat het ook werkelijk, als daar wel of niet aan wordt tegemoet gekomen, dat het ook werkelijk leidt tot een betere uitkomst voor patiënten”* (Respondent 2).

5.3.2. Draagvlak

Respondenten geven aan dat ze indicatoren waar ze zelf achter staan eerder gebruiken als basis voor kwaliteitsverbetering. De verplichte screening op ondervoeding heeft de zorgverleners bijvoorbeeld geholpen om een probleem aan te pakken dat zij regelmatig tegenkwamen. Andersom werken registraties waarvan ze niet begrijpen waarom ze gedaan worden, die onduidelijk zijn of weinig zeggen over de zorgkwaliteit, demotiverend. Als de relevantie van een bepaalde indicator duidelijk wordt, zijn de zorgverleners ook bereid om dat te registreren, maar als dat het niet nuttig is willen ze de ruimte krijgen om hem uit het systeem te halen. *“Maar ja, om de dataset dan helemaal weer te gaan*

veranderen, dat gebeurt ook niet zo snel, hè? Dus daar moet je echt samen in vergaderingen-stijl uit komen en het is best moeilijk om dan iedereen dezelfde kant op te krijgen. Maar dat is wel belangrijk (Respondent 17).” De respondenten geven daarnaast aan dat ze het heel belangrijk vinden dat professionals geraadpleegd zijn bij het opstellen van de indicatoren. Dit zien velen van hen als voorwaarde voor een goede manier van meten. Op die manier kunnen ze ervoor zorgen dat de zaken gemeten worden die ze zelf belangrijk achten voor de kwaliteit. Een meting heeft volgens een aantal van de respondenten pas meerwaarde als iedereen meedoet en er veel draagvlak voor is, omdat dan het beste vergeleken kan worden tussen verschillende centra. Daarom zijn de meeste professionals enthousiast over DICA: deze indicatoren zijn vastgesteld door professionals en kunnen daarom rekenen op een breed draagvlak. “Ben je bekend met de DICA? Dat is dé ontwikkeling op dit moment, omdat er externe indicatoren professioneel worden... Of dat er data professioneel wordt vastgelegd als in, dat er overeenstemming is over de indicatoren die daar uit moeten komen en dat een deel ervan openbaar wordt” (Respondent 4).

5.3.3. Complexiteit

De meeste zorgverleners geven aan dat de prestatie-informatie de werkelijkheid goed weergeeft. Er is goed nagedacht over de uitgevraagde indicatoren. Wel moeten zulke uitkomsten volgens hen altijd met een korreltje zout genomen worden. “Nou, ze geven een juiste weergave van datgene wat ze geacht worden weer te geven. Daaronder zit natuurlijk vaak een complexer probleem” (Respondent 13). De indicatoren lijken te kunnen rangschikken welk ziekenhuis het beste is, maar in de praktijk zitten daar nog veel haken en ogen aan. De complexiteit van de praktijk is niet te vangen in enkele prestatie-indicatoren. “Dus die prestatie valt uit heel veel dingen, wat mij betreft, uiteen. [...] Er worden natuurlijk bepaalde dingen gemeten, maar dat is een onderdeel van het geheel. En of al die onderdelen samen wel dat geheel vormen, dat weet je natuurlijk helemaal niet” (Respondent 10). Sommige zaken worden dan ook niet of niet volledig gemeten, omdat veel zaken niet gestandaardiseerd zijn. De reden daarvoor is dat mensen het eens moeten worden over de manier waarop en dat lukt vaak niet. Volgens de respondenten vinden veel artsen dat bepaalde verslaglegging te complex is om te standaardiseren. Ook de behandelingen zijn vaak niet eenduidig. Dat zorgt dat het minder makkelijk is om de registraties te gebruiken om de kwaliteit te verbeteren, want het is onduidelijk wat met elkaar vergeleken kan worden en wat niet.

5.3.4. Impact

De impact van een slechte score is vaak ook groot. Het gebeurt nog weinig dat afdelingen gekort worden in hun budget, maar er zijn wel veel andere gevolgen die veel impact hebben. Als er bijvoorbeeld te weinig operaties plaatsvinden, mag een arts een bepaalde vorm van chirurgie niet meer uitvoeren, of ze krijgen een vinkje of lintje niet omdat ze niet voldoen. Ook is de impact groot doordat er erg veel transparant gemaakt wordt. De respondenten spreken het vermoeden uit dat patiënten regelmatig keuzes voor een bepaald ziekenhuis maken op basis van de beschikbare prestatiecijfers. “De verzekeraars zeggen: ‘we gebruiken die indicatoren om de weg te wijzen naar het

beste ziekenhuis' en dan denk ik ja, daar moet je wel heel erg mee oppassen. Want geeft die indicator dan weer dat je het beste daar haalt, of is het een neerslag van de patiënten die daar zijn aangeboden en van hoe er wordt omgegaan met die indicatoren” (Respondent 11).

Een deel van de gegevens mist volgens de respondenten nuance, zoals bijvoorbeeld sterftcijfers. Het gaat lang niet altijd om vermijdbare sterfte, maar de vrees bestaat dat patiënten hun keuze er wel op baseren. Er ligt veel druk op de ziekenhuizen om aan te tonen hoe goed ze het doen, maar er is onvoldoende ruimte om echte nuance aan te brengen en dat is wel noodzakelijk. Een aantal respondenten draagt daarnaast aan dat vaak te weinig rekening gehouden wordt met de patiëntenpopulatie van een ziekenhuis. Deze nuance verdwijnt bovendien vaak in de prestatierapportages. *“Dat geven... dat geeft hele scheve verhoudingen en nou, dat is de discussie die er ook is geweest over die overlevingscijfers hè. Om dat op een goede manier weer te geven... [...] Het is net hoe je het interpreteert.”* (Respondent 1). De nuance die aangebracht wordt, blijft bovendien niet hangen. *“Als mensen nou nog echt allemaal het hele artikel lezen en... Maar mensen, je moet, je moet iets in honderdveertig leestekens via Twitter naar buiten kunnen brengen en dat is wat blijft hangen. En ja, daarvoor zijn dit soort indicatoren gewoon te ingewikkeld”* (Respondent 2). Ook vinden sommige respondenten dat appels met peren vergeleken worden. Zaken als het roze lintje voor borstkanker en het darmkankervinkje, die patiëntenverenigingen toekennen als zij een ziekenhuis positief beoordelen, worden bijvoorbeeld veel genoemd als het gaat om impact. De een vindt het een uitdaging en vindt het prettig om aan te kunnen tonen dat hij het goed doet, de ander vindt de impact te groot en vindt dat niet altijd naar de goede dingen gekeken worden om te bepalen of een ziekenhuis zo'n lintje of vinkje krijgt. Soms gaat de prestatie-informatie een eigen leven leiden en bestaat er een te grote nadruk op bepaalde aspecten van de prestaties van een ziekenhuis, waardoor de context uit het oog verloren wordt. De impact wordt dus door verschillende professionals verschillend gewaardeerd. Sommigen vinden het alleen maar goed dat er veel druk ligt op het verbeteren van de kwaliteit, anderen zijn bang voor manipulatie van gegevens. Deze worden immers ingevuld door de artsen die ook op hun score beoordeeld worden. Het openbaar maken van cijfers zorgt bovendien niet altijd voor kwaliteitsverbetering, omdat het een prikkel geeft om negatieve resultaten te verbloemen. Dat komt de transparantie niet ten goede. Volgens de respondenten wordt echter ook gemanipuleerd als ziekenhuizen zelf mogen bepalen hoe ze met prestatiemeting om gaan. Door de metingen te laten uitvragen door onafhankelijke instanties gaat de kwaliteit van de data omhoog. Tegelijkertijd wil het ziekenhuis wel kunnen controleren of zij het goed doen, om in gesprek te kunnen gaan bij onenigheid.

5.4. Faciliteiten

Digitalisering van prestatiemeting helpt de respondenten om tijd te besparen bij het registreren. De diverse manieren waarop de data geregistreerd moeten worden brengen echter veel onvrede met zich mee. Volgens sommige respondenten is het computersysteem sterk verouderd en ontbreekt een

koppeling met bijvoorbeeld het patiëntendossier. Momenteel werkt de dataverzameling bovendien erg ingewikkeld: elke divisie organiseert zelf het ophalen en registreren van de gevraagde informatie en er is weinig eenheid. Bovendien heeft elke uitvragende instantie een eigen manier waarop zaken aangeleverd moeten worden, al dan niet in een eigen computerprogramma. Die verschillende programma's zijn niet aan elkaar of aan het patiëntendossier gekoppeld.

5.4.1. Decentrale dataverzameling

De prestatiemeting verloopt voor een groot deel gedecentraliseerd, op divisieniveau. De geïnterviewde kwaliteitsmedewerkers geven aan dat dit het lastig maakt om zaken meer gestructureerd op te pakken. *“Onze structuur is natuurlijk een decentrale structuur en die was heel erg, is heel erg decentraal georganiseerd. Dus eigenlijk hebben wij elf ziekenhuisjes [...]. Die hebben ieder het voor zichzelf georganiseerd hoe ze dingen bijhouden”* (Respondent 1). Op de ene divisie worden de registraties opgehaald door een kwaliteitsmedewerker, op een andere door een bedrijfsbureau. Ook verschilt het soms per registratie wie de gegevens verzamelt. De patiënten hebben vaak meerdere klachten en komen op verschillende divisies. Die moeten allemaal zaken registreren en vaak dezelfde. De medisch specialisten van de RVE oncologie zitten bovendien verspreid over de diverse divisies en afdelingen. *“Wat het voor ons natuurlijk wel weer onhandig heeft gemaakt, specifiek, is dat we een groeiende divisie zijn, maar wel met onderdelen uit het UM. Dus je haalt daar wat weg en dat moet hier nog een geheel worden”* (Respondent 9). Zowel patiënten als professionals krijgen daardoor vanuit deze verschillende divisies met meerdere manieren van prestatie-informatie te maken. Ze ervaren daardoor weinig eenheid en krijgen ermee te maken dat veel zaken dubbel aangeleverd moeten worden. Op de RVE oncologie is wel de ontwikkeling gaande om dit meer te centraliseren. Het is de bedoeling dat de kwaliteitsmedewerker per uitvraag gaat bepalen welke gegevens verzameld moeten worden en de regie gaat voeren. De vragen worden gerubriceerd en de dubbele indicatoren worden eruit gehaald. Dit gebeurt op divisieniveau en wordt niet centraal aangestuurd. Wel wordt een deel van de indicatorensets van de uitvragende instanties bij één instantie aangeleverd. Het gebeurt echter volgens de kwaliteitsmedewerkers regelmatig dat de vraagstelling in deze verschillende indicatorensets verschilt, terwijl wel hetzelfde bedoeld wordt. Op het niveau van de uitvragende instanties wordt wel nagedacht over het samenvoegen van de metingen, maar op dit moment is dat nog niet aan de orde. Dit zou volgens een van de kwaliteitsmedewerkers wel zorgen voor meer structuur en lijn in de uitvragen.

5.4.2. Structuur en eenheid

De decentrale manier van ophalen en de vele verschillende sets van prestatie-indicatoren die in omloop zijn zorgen ervoor dat er weinig structuur is. Er is geen overzicht van wat er gemeten wordt, wat de doelstelling is en wie betrokken is. Er zijn ook geen vaste momenten om te meten, geen vaste actor die aangewezen is om een meting te doen en geen vaste plek in het dossier. Verschillende groepen zorgverleners besluiten om een registratie in te zetten, maar weten dat niet van elkaar. Bovendien kan niet iedereen overal bij in het systeem. Voor veel zorgverleners op de werkvloer is het

vaak onduidelijk waarom ze iets registreren en vaak moet iemand anders even later hetzelfde (bijvoorbeeld de temperatuur of het gewicht) registreren voor een ander doel. Ook binnen sets van indicatoren wordt soms een gebrek aan eenheid ervaren. De kwaliteit van bijvoorbeeld de indicatoren van de IGZ verschilt bijvoorbeeld per ziektebeeld. De ene indicator gaat bijvoorbeeld over de mediaan en het gemiddelde en de andere over enkel het gemiddelde. Hierover bestaat irritatie bij de professionals die ermee moeten werken. Er zou volgens veel respondenten meer structuur in de registraties aangebracht moeten worden. Per zorgpad zou bepaald moeten worden wat het doel ervan is. Op die manier kan er ook aan gekoppeld worden wat gemeten moet worden en wat een goede score is. *“Daar is al een heleboel mee gedaan en over gepraat, maar de praktijk van alledag is dat de patiënt 25 formulieren moet invullen. Wat niet gebeurt, want kankerpatiënten zijn vaak nog te ziek om de krant te lezen. En de zorgverlener heeft het gevoel dat hij het zit in te vullen voor iemand anders. Terwijl hij het al zo druk heeft en zoveel administratie moet doen en het al tien keer geregistreerd is (Respondent 3)”*.

De meeste indicatoren worden uitgevraagd aan het begin van het traject en rondom een operatie. Over de nazorgfase wordt weinig geregistreerd en ook het lab hoeft weinig gegevens aan te leveren. Soms wordt wel informatie uit de systemen gehaald en besproken met de betrokken professionals, bijvoorbeeld als ze onderdeel zijn van een behandeling waarop indicatoren van toepassing zijn. In de meeste van dit soort gevallen houden de professionals zelf databases bij en leggen ze zichzelf normen op. *“Het is misschien wel merkwaardig dat er in mijn wereldje dus eigenlijk helemaal geen opgelegde normen zijn. Het is ook niet heel erg, want we leggen onszelf verstandige normen op, dus met onze kwaliteit zit het in die zin dat het transparant is hoe goed wij zijn, zit het wel goed”* [Respondent 13]. De respondenten die hiermee te maken hebben geven echter aan dat ze dit wel een goed idee zouden vinden, om te kijken of de doelstellingen bereikt worden en om hun prestaties met anderen te kunnen vergelijken. Ze zijn immers onderdeel van het zorgpad en zijn daardoor medebepalend voor het functioneren van de keten als geheel.

5.4.3. Computersystemen en patiëntendossier

De respondenten geven aan dat ze het liefste zouden willen dat ze met één druk op de knop informatie naar boven zouden kunnen halen, zodat ze direct kunnen zien wat hun score is en waar verbetermogelijkheden zijn. Dat is op dit moment echter niet mogelijk. Vaak worden zaken ingevoerd, die daarna niet meer voor de arts zelf uit het systeem te halen zijn. *“Dat heeft denk ik mee te maken met aan de ene kant dat we ons onvoldoende realiseren wat de mogelijkheden van het systeem zijn en aan de andere kant ook daarin weer onvoldoende ondersteuning hebben van anderen dan direct medici, die uitleggen hoe je bepaalde dingen beter kunt doen, hoe je bepaalde dingen beter uit het systeem kunt halen (Respondent 15)”*. Ze hebben de cijfers daarom in veel gevallen niet op elk moment tot hun beschikking, tenzij ze ook een eigen database bijhouden. De cijfers die ze terug krijgen zijn meestal van een jaar eerder en er is geen mogelijkheid om actuele cijfers op te vragen. Als dit wel mogelijk zou zijn of als er zelfs een melding gegeven zou worden op het moment dat een afdeling of

ziekenhuis sterk een sterke afwijking van het gemiddelde begint te vertonen, zou tijdens het proces al ingegrepen kunnen worden. Dit zou volgens de respondenten een goede zaak zijn, omdat een jaar erg lang is voor veel van dat soort processen. *“Als je wil weten, wat is nou mijn score het afgelopen kwartaal, moet je toch op je eigen systeempje weer terugvallen. En dat is ook jammer. Maar dat is helemaal een stap verder dan we nu zijn een systeem met actuele informatie op elk moment, voor elke specialist”* (Respondent 9).

De respondenten geven aan dat het patiëntendossier beter ingezet zou kunnen worden, bijvoorbeeld door dit te koppelen aan de verschillende systemen voor het meten van prestaties die de diverse uitvragende instanties gebruiken. Hoewel het patiëntendossier volgens veel van hen een rigide systeem is en het in een andere programmeertaal geschreven is, geeft een van de respondenten aan dat een collega-arts uit een ander ziekenhuis een database heeft ontworpen die gegevens in kan lezen in het patiëntendossier en in landelijke databases. Technisch gezien zijn er dus oplossingen denkbaar. Dit zou de meting betrouwbaarder en meer gestructureerd maken en het zou de administratieve lastendruk verminderen. Dan zou voor iedere zorgverlener met toegang tot een bepaald dossier duidelijk worden dat iets geregistreerd is, zodat dezelfde meting niet nog een keer bij dezelfde patiënt gedaan wordt. Er zou bijvoorbeeld een melding op kunnen komen als iets dubbel wordt ingevoerd. Bovendien zouden de registraties daardoor automatisch in de systemen gezet kunnen worden, waardoor voorkomen wordt dat gegeven handmatig dubbel ingevoerd moeten worden.

Er kleeft echter ook een gevaar aan een directe koppeling: in het geval dat het automatisch gaat, ben je de controle kwijt over die welke gegevens kwijt en is het lastiger om zaken in de context te plaatsen. Dat is ook de reden dat er nog weinig gebruik gemaakt wordt van de dienst van het IKNL om hun registraties aan te leveren aan DICA. Het is dan ook van belang dat de artsen de gegevens goed controleren, voordat ze automatisch in verschillende systemen terecht komen. Een automatische koppeling kan bovendien alleen als alles in het patiëntendossier goed en gestructureerd geregistreerd wordt. Het patiëntproces en de uitvraag van de indicatoren moeten dan met elkaar vermengd worden: er moeten keuzes gemaakt worden over het moment in het proces waarop geregistreerd wordt en op welke manier zaken vastgelegd worden. Deels is dat op dit moment al het geval, met name daar waar professionals ook hun eigen databases bijhouden. Soms wordt een indicator niet voor alle patiënten uitgevraagd, maar alleen voor specifieke groepen. Dan hoeft de indicator dus ook niet voor elke patiënt geregistreerd te worden. Ook veranderen indicatoren regelmatig. Daardoor is het niet eenvoudig om een standaardlijst te maken. Wel vinden de respondenten over het algemeen dat het systeem zorgt voor transparantie. De gegevens zijn in de meeste gevallen geanonimiseerd, maar het wordt wel duidelijk hoe de score is ten opzichte van anderen. Met name DICA maakt het steeds gemakkelijker voor artsen om de eigen gegevens in te zien en te kunnen vergelijken.

5.5. Gemak

Prestatiemeting brengt veel administratieve lasten met zich mee, daarover bestaat bij de respondenten geen enkele twijfel. Vooral dubbele registraties zijn de respondenten een doorn in het oog. Er is daarnaast veel vraag naar ondersteuning bij het registreren om de respondenten te ontlasten.

5.5.1. Administratieve lasten

De registraties brengen veel administratieve lasten met zich mee, daarover zijn alle respondenten het eens. In het begin was daar veel weerstand tegen, maar de respondenten geven aan dat ze eraan gewend raken en dat de kwaliteit bovendien omhoog lijkt te gaan. Sommige respondenten geven echter aan dat er af en toe sprake lijkt te zijn van een wildgroei aan registraties. *“De afgelopen decennia is de zorgverlening als een soort boom ontzettend gegroeid. Die boom is nu zo groot geworden dat we hem weer helemaal terug moeten snoeien. Ik heb het gevoel dat met de prestatiemeting precies hetzelfde gebeurt, terwijl we het juist heel slim, effectief en innovatief op zouden kunnen zetten (Respondent 3)”*. De respondenten zijn het er unaniem over eens dat er voortdurend op gelet moet worden dat er geen irrelevante zaken gemeten worden uit angst iets over het hoofd te zien. Ze stellen dat niet alles gemeten kan worden, omdat de kwaliteit uit heel veel onderdelen bestaat en niet al die onderdelen meetbaar zijn. Je moet niet alles willen meten, omdat de kosten en de baten dan niet meer tegen elkaar opwegen. *“Er is een hele dunne lijn, een fragiel evenwicht, tussen de informatie die je wil hebben en de ballast die je hebt aan informatie, die je eigenlijk meteen over boord moet gooien (Respondent 12)”*

Van talloze organisaties worden indicatoren uitgevraagd: DICA, IGZ, zorgverzekeraars en ook veel specifiek op de patiëntengroep gerichte uitvragen, zoals voor het borstkankerlintje of het darmkankervinkje. Veel respondenten geven aan dat het vaak wringt: ze vragen zich soms af of de baten nog wel opwegen tegen de kosten. *“Dat [DICA, YKW] kost drie kwartier per patiënt en dat is tijd die je niet in zorg kunt steken” (Respondent 6)*. Als professionals het gevoel hebben dat er teveel zaken of teveel irrelevante zaken gemeten worden, zorgt dit voor dat er aversie ontstaat tegen de prestatiemeting, ook al vinden de professionals het belangrijk voor de kwaliteit om te registreren. *“Allerlei variabelen, en er komt telkens een andere bij. Mensen kijken telkens naar een andere. En als je dat allemaal moet verantwoorden, ja, dat kost gewoon veel energie” (Respondent 14)*. Soms leidt dit ertoe dat er sprake is van afkruislijstjes, van meten om het meten in plaats van om kwaliteitsverbetering te bewerkstelligen.

5.5.2. Dubbele registraties

Het komt vaak voor dat er voor verschillende instanties hetzelfde geregistreerd moet worden en vaak moeten deze zaken handmatig dubbel ingevoerd worden. *“De ICT is wat dat betreft weerbarstig, hè. Je moet heel veel dingen echt administratief dubbel invoeren waarvan je dan denkt, nou, als ik een geboortedatum weet, dan zou de rest automatisch kunnen invliegen. Maar je zit heel veel dingen*

dubbel in te voeren". Soms komt het zelfs voor dat zorgverzekeraars besluiten om nieuwe vraag te stellen en om een ander tijdvak uit te vragen, waardoor alles opnieuw ingevuld moet worden. Er wordt de laatste jaren wel nagedacht over het zoeken van verbindingen tussen instanties om zo dubbele indicatoren te voorkomen, maar op dit moment staat deze ontwikkeling nog in de kinderschoenen. Doordat veel zaken dubbel geregistreerd worden, ook bij dezelfde patiënt, kleeft volgens de respondenten een negatieve lading aan het registreren. Op dit moment gebeurt het regelmatig dat een patiënt kort na elkaar bijvoorbeeld twee dezelfde vragenlijsten in moet vullen, of twee keer gewogen wordt. Dat komt omdat gebruik gemaakt wordt van verschillende systemen die elk hun eigen indicatoren en logica hebben. Daardoor krijgt de patiënt het gevoel dat er niet goed samengewerkt wordt. De verpleegkundige op de klinische afdeling doet dan hetzelfde als die op de poli eerder gedaan heeft, maar zet het in zijn eigen dossier en ziet niet wat er ergens anders geplaatst is. Vaak zit een grote overlap in de gegevens, waardoor zieke mensen veel vragenlijsten moeten invullen. Dat gebeurt volgens de respondenten vaak niet goed. Niet iedereen vindt het een probleem om zaken dubbel aan te leveren. *"Dat betekent dat je inderdaad dezelfde criteria vaker moet aanleveren aan verschillende partijen. Maar dat is nog niet eens zo erg, want dat is niet zoveel werk. Het zit hem met name in die afwijkende zaken die men wil weten, die niet overlappen"* (Respondent 15). De meeste respondenten geven aan dat ze heel goed snappen dat er van alles geregistreerd moet worden, maar ze zouden het graag één keer, op één plek invullen, op zo'n manier dat ze de informatie later zelf ook weer boven water kunnen krijgen. Respondenten zouden het prettig vinden als er één systeem zou zijn, gekoppeld aan het patiëntendossier, waar iedere belanghebbende dan geaggregeerde informatie uit kunnen halen. Op die manier zou alle informatie beschikbaar zijn voor iedereen die iets wil weten; de arts zelf, onderzoekers of een van de monitorende instanties. Er zouden dan ook geen losse vragenlijsten meer zijn, die iedereen apart moet invullen. Ook voor wetenschappelijk onderzoek vinden veel registraties plaats. Dat zou in hetzelfde systeem opgenomen moeten zijn. Op die manier is het registreren ook voor de zorgverlener zelf een goed handvat en dat maakt het motiverender om met de registraties te werken. De respondenten geven aan dat er ICT-projecten op dit gebied lopen, maar dat ze weinig inzicht hebben in hoe het eruit komt te zien en wanneer het wordt ingevoerd.

5.5.3. Ondersteuning

Ook zouden respondenten graag ondersteuning hebben bij het registreren, doordat ondersteunend personeel de metingen invult of uit het patiëntendossier haalt. Op die manier zouden zij ontlast worden, want op dit moment is de administratieve lastendruk voor hun gevoel groot. *"Het is eigenlijk naar mijn ervaring kansloos om naast het verhaal dat je moet intypen voor je patiënt, naast de aanvragen voor beeldvorming, operaties, noem het maar op, om dan ook nog tijd genoeg te hebben om dan dit soort zaken in te vullen voordat de volgende patiënt komt. Dat lukt mij persoonlijk nooit"* (Respondent 12). Bovendien zou het de onafhankelijkheid en dus de betrouwbaarheid van de metingen verder vergroten als iemand anders de registraties verzorgt. Als de arts zelf registraties invult, is de kans op manipulatie groter dan wanneer ze door iemand anders uit het patiëntendossier

gehaald worden. Volgens de respondenten is het patiëntendossier betrouwbaarder, omdat zorgverleners zich verplicht voelen om dat naar waarheid in te vullen. Ze voelen zich primair verantwoordelijk naar de patiënt toe en door het dossier met opzet verkeerd in te vullen, benadelen ze direct de patiënt.

De respondenten geven aan goed te begrijpen dat ondersteuning geld kost, maar stellen dat het ook geld kost als patiënten langer moeten wachten, omdat de specialist een deel van zijn tijd aan registreren moet besteden. *“Je moet op een gegeven moment natuurlijk ook nog als dokter nog af en toe je patiënten kunnen behandelen en niet alleen maar gegevens aan het in databases aan het invoeren zijn”* (Respondent 11). Bovendien vindt men dat kwaliteit ook iets mag kosten en wordt opgemerkt dat complicaties als gevolg van een lage kwaliteit ook erg veel geld kosten. *“Eigenlijk zou het ziekenhuis dat gewoon moeten doen en er zijn ook ziekenhuizen waar dat gebeurt. Daarmee speel je je specialisten vrij om andere taken te verrichten”* (Respondent 6). Zo iemand moet bij voorkeur een medische achtergrond hebben, zodat ze de vragen begrijpen en overweg kunnen met medische begrippen. Als voorbeeld worden medische studenten, onderzoekers en nurse practitioners genoemd. In sommige gevallen wordt een deel van de registraties verricht door administratief personeel, maar de zorgverleners geven aan dat ze die dan vaak nog eens moeten nakijken, om zeker te weten dat de vragen juist zijn ingevuld. Bij iemand met een medische achtergrond is dat minder het geval, aldus de respondenten. Volgens een van de kwaliteitsmedewerkers zijn de vragen inderdaad vaak erg specifiek en zijn vragen die op het eerste gezicht hetzelfde zijn, soms toch verschillend. Samen met de specialist wordt geprobeerd om de vraag scherp te krijgen, zodat de goede gegevens ingevuld worden en er geen dubbele vragen gesteld worden. Het is voor de – relatief nieuwe – kwaliteitsmedewerker niet duidelijk te zien of het juiste antwoord gegeven is. Wel geeft de kwaliteitsmedewerker aan dat ervaring hierbij een belangrijke rol speelt en dat het dus niet per se het geval hoeft te zijn dat een beleidsmedewerker geen administratieve ondersteuning bij het registreren kan bieden.

Specifiek voor de oncologische zorg biedt het IKNL ondersteuning bij de registraties. Het IKNL houdt zich bezig met de kankerregistraties binnen ziekenhuizen en biedt ondersteuning in de vorm van registratiemedewerkers. Deze zijn allemaal op dezelfde manier opgeleid en werken volgens een registratiehandleiding om de uniformiteit te waarborgen. Ze werken in dienst van de ziekenhuizen en kunnen hun gegevens ook doorleveren aan DICA, met wie nauw samengewerkt wordt. Veel ziekenhuizen maken hier echter nog geen gebruik van. Ook het UMCU, waar twee medewerkers van het IKNL werken, maakt geen gebruik van de directe doorlevering. De cijfers die zij aanleveren, zijn volgens hun documentatie *“uitdrukkelijk niet bedoeld voor externe verantwoording door het ziekenhuis”* (IKNL, 2013, p1). Het doel van de rapporten zijn om inzicht te geven in de oncologische zorg die het betreffende ziekenhuis geleverd heeft door middel van de gegevens uit de Nederlandse Kankerregistratie. De doelgroep zijn professionals en patiënten (IKNL, 2013). Over sommige indicatoren valt de discussiëren wanneer een patiënt meetelt, waardoor de cijfers van het ziekenhuis zelf er soms anders uit zien dan de cijfers van het IKNL. Hoewel het IKNL een onafhankelijke partij is en geen baat

hebben bij de uitkomst, willen ziekenhuizen de cijfers zelf nuance mee kunnen geven, waardoor ze liever hun eigen cijfers naar buiten uitdragen en die van IKNL meer zien als controle. Bovendien willen ziekenhuizen controleren of alle cijfers van het IKNL kloppen, waardoor dit alsnog veel tijd kost. De uniformiteit die IKNL kan bieden is echter wel een winstpunt.

5.5.4. Terugkoppeling

Er wordt op meerdere manieren teruggekoppeld. Voor een deel verzorgen de uitvragende instanties de terugkoppeling, direct na het invullen via het computersysteem of door jaar- of kwartaalcijfers door te geven. Er wordt bij DICA bijvoorbeeld aangegeven wat de norm is en hoe ten opzichte van die norm gescoord wordt. Ook is te bekijken hoe ten opzichte van het gemiddelde van zorgorganisaties gescoord wordt. Het geheel is geanonimiseerd. De eigen scores zijn daardoor te spiegelen aan de norm en aan de rest van Nederland. Het is echter niet altijd mogelijk om gedetailleerde informatie op te slaan en om te beschikken over actuele cijfers. Vaak gaat het om jaarmetingen. Om die reden vindt veel dataregistratie achteraf plaats. De arts haalt dan uit alle patiëntendossiers de relevante gegevens naar boven. Er is geen prikkel om hier gedurende het jaar ook mee bezig te zijn, omdat het veel tijd kost. *“Het idee is om iedere drie maanden bij te houden in ieder geval, dus om het niet langer te laten verouderen. Maar dan nog is het best veel werk hoor om dat voor al die patiënten te doen (Respondent 17).* Er wordt ook teruggekoppeld door de kwaliteitsmedewerkers, die naar het multidisciplinair overleg gaan en daar de scores presenteren aan de medisch specialisten. Als er een slechte score is, geven ze aan hoe dat element op andere afdelingen gedaan wordt en vragen ze om een verbeterplan. Dit gebeurt nog niet in alle gevallen, omdat een deel van de afdelingen pas sinds kort gebruik maakt van de kwaliteitsregistraties. Door de terugkoppeling wordt er actiever bij stil gestaan bij hoe behandelingen uitgevoerd worden. Op basis daarvan kunnen dan zaken verbeterd worden. Zonder directe terugkoppeling wordt de prestatiemeting over het algemeen alleen gezien als een verplichting van buiten. *“Dat verbeterplan leidde er dus toe dat we nog eens naar die externe indicatoren hebben gekeken en zagen dat er dus verbetering mogelijk was. [...] Tot die tijd was het eigenlijk een verplichte actie om dingen aan te leveren en was het daarna weer klaar” (Respondent 4).* Dan worden de cijfers aangeleverd en verder wordt er niets mee gedaan, tenzij er een certificering behaald kan worden of er een zeer opvallende afwijking is. In de gevallen dat er vanuit de kwaliteitsmedewerkers wordt teruggekoppeld en zij als het ware eigenaar worden van het verbeterproces, worden de cijfers meer gebruikt als basis voor kwaliteitsverbetering. Dit is in 2013 voor het eerst gebeurd en wordt nog niet op alle afdelingen gedaan.

5.6. Sociale acceptatie

Professionals geven aan dat er een nieuwe tijd aangebroken is waarin prestatiemeting een centrale rol in het zorgproces vervult. Bovendien verandert de cultuur van het ziekenhuis. Er moet wel op gelet worden dat alle waarden tot uiting komen in de prestatiemeting.

5.6.1. Tijdsgeest

Veel respondenten geven aan dat er sprake is van een veranderde tijdsgeest, waarin steeds meer waarde gehecht wordt aan prestatiemeting op alle niveaus in de organisatie. Transparantie is een belangrijke maatschappelijke waarde geworden en professionals moeten meer dan vroeger laten zien wat ze doen en hoe ze presteren. De meeste professionals staan hier ook achter en er is weinig discussie over. Waar er voorheen nog regelmatig gemopperd werd omdat er gemeten moest worden, gaat het nu hooguit om de hoeveelheid metingen en bepaalde indicatoren. *“Er is gewoon een nieuwe tijd aangebroken. Dat je gewoon je resultaten moet laten zien. En dat is heel anders dan twintig jaar geleden. Daardoor is er wel een kwaliteitsslag gemaakt, denk ik”* (Respondent 7). Meten in het algemeen wordt breed geaccepteerd in het ziekenhuis en ook het naar buiten brengen van de resultaten wordt volgens de respondenten door iedereen als zinvol gezien. Veel respondenten geven aan dat er geen verbetering tot stand kan komen als men niet weet wat men doet en dat ze het idee hebben dat de kwaliteit door het meten omhoog gegaan is. *“Met name de jongere garde zal dat toch wel begrijpen, hè, dat het echt meerwaarde heeft. En dat het ook heel belangrijk is om je te kunnen spiegelen aan de rest. De oudere garde, dat weet ik niet, of die het ook zo voelen, eigenlijk. [...] Vroeger was een arts gewoon iemand die jarenlang zijn werk deed en dat was het dan. En dat was voldoende. Tegenwoordig wil je steeds meer inzicht krijgen in hoe iemand zijn werk doet en ook watvoor uitkomsten hij heeft”* (Respondent 17). Volgens veel respondenten heeft men wel aan die omslag moeten wennen. Een van hen geeft aan het gevoel te hebben dat zorgverleners registreren en overleggen over registraties niet altijd bij het normale werk vinden horen. Tegelijkertijd geven de meeste respondenten aan dat ze hier zelf wel mee bezig zijn. Ook de RVE oncologie is het volgens een van de respondenten om transparanter te worden. Er wordt daardoor steeds meer op ingezet. Het antwoord van de meeste respondenten sluit hierbij aan: prestatiemeting wordt in het ziekenhuis positief gewaardeerd. *“Het oud-Hollandse onder-het-kleedje-moffelen is niet meer van deze tijd. [...] We zijn allemaal professionals, jong en oud, die allemaal zien dat je anno 2014 open moet zijn, open kaart moet spelen. Uitgaan van je eigen kracht”* (Respondent 12). De antwoorden gaan van ‘het hoort erbij’ tot ‘transparantie zorgt dat de kwaliteit echt verbeterd is’. *“Iedereen is er wel mee bezig. [...] Maar het is wel gewoon, ja, het is echt een systeem waar je waar gewoon niemand omheen kan en wil”* (Respondent 2). Ook een van de kwaliteitsmedewerkers onderschrijft dit beeld: zorgverleners maken altijd zonder problemen tijd voor overleg over de prestatiemeting.

5.6.2. Waarden

De respondenten verschillen van mening over of alle waarden in de prestatiemeting tot hun recht komen. Sommige respondenten geven aan dat er te weinig gekeken wordt naar de cliëntwaarden. Die blijven teveel op de achtergrond. *“[Gezocht zou moeten worden naar] Een goede balans daarin. Dat zowel de harde en de zachte kant goed terug komen”* (Respondent 5). Hoe patiënten de behandeling ervaren, wordt nog niet structureel gevraagd. Een van de respondenten geeft aan dat dit minder in de uitvragen naar voren komt, omdat patiënttevredenheid vaak gebaseerd is op andere factoren dan op

de kwaliteit van de behandeling, zoals de bejegening. Daarom zijn er aparte patiënttevredenheidsonderzoeken. Sommige respondenten vinden dan daarentegen juist dat alle waarden goed terug komen. Zowel patiëntenorganisaties als beroepsverenigingen worden betrokken bij de totstandkoming van de indicatoren en bovendien hebben alle partijen baat bij inzicht in en verbetering van de kwaliteit. Voor iedereen valt bovendien nuttige informatie uit het systeem te halen, hoewel het systeem niet zo is ingericht dat per stakeholder duidelijk is welke informatie van belang is. *“Ik denk dat iedereen er toch anders naar kijkt. Ik denk dat het voor patiënten weer echt een andere blik is om naar kwaliteit te kijken en zorgverzekeraars hebben gewoon ook een ander belang en ziekenhuizen zelf ook. En dan wordt zo’n set al snel heel groot, omdat je alle belangen daarin terug wil laten komen. Wat is kwaliteit, is natuurlijk al heel lastig”* (Respondent 16).

5.7. Eigen inbreng

Eigen inbreng is belangrijk voor professionals, zoals ook al bleek uit paragraaf 5.2.3. Professionals moeten invloed kunnen uitoefenen op de totstandkoming van indicatoren. De mate van verplichting speelt ook een rol.

5.7.1. Link met behandelteam

In de meeste gevallen gebeurt de terugkoppeling in het multidisciplinair overleg. Soms ontbreekt in dat geval een link met het behandelteam. Veel respondenten geven aan dat dit een gemiste kans is, omdat dan niet iedereen op de hoogte is van de scores en de interventies die in gang gezet worden om de kwaliteit te verbeteren. Het is volgens hen belangrijk dat iedereen daarover mee kan praten: *“Dat je daar waar dat soort registraties zijn op regelmatige basis met elkaar die uitslagen bespreekt en daar waar het afwijkt ook bespreekt van hee, hoe kan dat? Hebben we daar een duidelijke verklaring voor en zo niet, hoe moeten we dat dan verbeteren? En als er dan een duidelijke verklaring voor is, is dat dan voldoende of moeten we het anders gaan doen, beter?”* (Respondent 15) Vaak zijn er verschillende actoren die allemaal een mening hebben over een bepaalde registratie. Het is dan onduidelijk wie verantwoordelijk is en de verschillende spelers proberen voor elkaar te beslissen hoe de registraties zouden moeten verlopen, in plaats van duidelijke afspraken met elkaar te maken. Er bestaat in veel gevallen nog geen logische structuur, in de vorm van werkgroepen en dergelijke, om een kwaliteitsverbetering als behandelteam in gang te zetten. Volgens een van de respondenten moeten er dan ook een aantal drempels genomen worden voordat de terugkoppeling leidt tot een verbeterplan. De eerste drempel is het belang van de indicator: vinden de zorgverleners een verbetering op het gebied relevant. De tweede drempel is of het binnen de invloedssfeer van de zorgverleners ligt en het niet voortkomt uit omgevingsfactoren zoals de patiëntenpopulatie. Deels heeft dit ook te maken met het kritisch vermogen van de zorgverleners: kan een slechte score weggerationaliseerd worden. De derde drempel is of de medisch specialisten er binnen hun eigen overleg iets mee kunnen, of dat er buiten die groep inzet nodig is. *“Als ze daar alleen in staan met hun probleem, dan wordt het op een gegeven moment ‘ja, ik kan er ook niets aan doen, schouders ophalen, we gaan het volgend jaar*

proberen beter te doen. We hebben het gerapporteerd, weet je, we hebben aan onze verplicht voldaan.” (Respondent 4). De laatste drempel is of de leidinggevende en de structuur binnen de divisie erop gericht zijn om werkgroepen te formeren die zo’n probleem daadwerkelijk gaan oplossen. Daarbij is het belangrijk dat leidinggevendenden de professionals niet alleen aanspreken op de noodzaak tot verbetering, maar hen daar ook bij ondersteunen.

5.7.2. Invloed

De respondenten geven aan dat het registreren in veel gevallen verplicht is, maar dat ze wel enige invloed hebben op de totstandkoming van de indicatoren. Van de medisch specialisten is een aantal betrokken bij de vormgeving van de prestatiemeting, door plaats te nemen in commissies over het onderwerp. Via de vakgroepen en door collega’s in deze commissies aan te spreken kunnen professionals volgens de respondenten voldoende invloed uitoefenen. Zoals een van de respondenten zegt: *“Er zijn twee manieren om daaraan mee te doen. Of je bent iemand die alleen maar registreert wat jou gevraagd wordt om te registreren, of je zit in het bestuur van de mensen die de lijsten maken”* (Respondent 8). Niet iedereen heeft er behoefte aan om zelf invloed uit te oefenen, maar alle respondenten onderschrijven het belang van invloed door professionals op de indicatoren. Op die manier kunnen de professionals zich uitspreken over wat goede zorg is. Wel is het niet altijd even gemakkelijk om invloed uit te oefenen, omdat er veel verschillende partijen bij de totstandkoming betrokken zijn. Daarnaast geeft een van de professionals aan dat er altijd gekeken moet blijven worden of een indicator nog wel relevant is en dat het niet per se goede indicatoren oplevert als professionals deze mogen opstellen. Volgens de meeste respondenten hebben ze invloed op alle vormen van prestatiemeting en is altijd ruimte voor aanpassingen. Een van hen geeft aan te blijven onderzoeken of het meten van bepaalde zaken zinvol is. *“Het is een constante evolutie”* (Respondent 8). Wat een van de respondenten wel aangeeft, is dat het lastig is om indicatoren die zorgverleners niet als zinvol ervaren uit het systeem te krijgen wanneer ze opgelegd zijn door een externe actor. Het is gemakkelijker om te zorgen dat zaken die intern gemeten worden, opgenomen worden in de prestatieindicatoren van externe instanties.

Kwaliteitsmedewerkers hebben geen invloed op de uitgevraagde indicatoren. Zij vinden dit prima, omdat ze het belangrijk vinden dat de indicatoren zijn opgesteld door en op draagvlak kunnen rekenen van de zorgverleners, die ermee moeten werken en inhoudelijk verstand van zaken hebben. Wel stelt een van hen dat je in de loop der tijd meer inhoudelijk inzicht in de behandelingen krijgt en overzicht hebt over de diverse indicatoren en de scores die normaal gezien ingevuld worden. *“Dat zal ook een kwestie zijn van ervaring, of iemand daar alert op kan zijn, want dan moet je het toch wel vaker voorbij hebben zien komen. Sommige vragen worden wel ingewikkeld gesteld, dat je denkt, wat wordt hier nou weer mee bedoeld. Daar kom je dan vaak in overleg met de specialist wel achter”* (Respondent 9). Op dit moment wordt het nog niet gevraagd om actief feedback te leveren, maar wel hebben veel uitvragende indicatoren service desks waar dit soort zaken neergelegd zouden kunnen worden.

5.7.3. Verplichting

Een groot deel van de respondenten geeft aan dat de verplichting zorgt dat iedereen ook daadwerkelijk mee doet aan de metingen, ook al wordt de druk hierdoor wel vergroot. *“Nou, als je het niet verplicht stelt gebeurt het niet. Dus wat dat betreft moet je een systeem hebben dat het verplicht is. En dan kun je ook wat zeggen over je cijfers. Als je het nu weer afschaft, dat het verplicht is, ja, dan gaat niemand het meer invullen. En dan ben je weer terug bij af”* (Respondent 7). Voor de verplichte zaken is het volgens de respondenten extra belangrijk dat ze op veel draagvlak kunnen rekenen onder professionals, omdat de kwaliteit van de meting omlaag gaat als dat niet zo is. In dat geval wordt de meting volgens de respondenten minder zorgvuldig ingevuld. De metingen worden vaak opgelegd door verzekeraars en de inspectie, omdat ziekenhuizen de registraties uit zichzelf niet uitvoeren. Vaak wordt dan niet volledig gemeten, maar een klein deelgebied. Op basis daarvan worden dan conclusies getrokken. *“Dan kunnen wij wel zeggen dat het niet kan op basis van dat kleine deelgebiedje, maar de verzekeraars zeggen dan ‘meet het dan zelf maar beter’. En wij weten niet hoe, of we weten niet wie het moet oppakken, of we hebben het al zo druk”* (Respondent 3).

Een deel van de respondenten geeft aan dat het niet uitmaakt of een indicator uit de beroepsgroep komt of niet, een ander deel geeft aan dat de indicatoren uit de beroepsgroep wel degelijk beter zijn. Ze hebben het idee dat over deze indicatoren beter nagedacht is en dat deze daardoor meer relevant zijn. Indicatoren die opgelegd zijn door de inspectie en de verzekeraars zijn dit volgens hen niet in alle gevallen. Veel respondenten hebben bovendien het gevoel dat de IGZ minder ruimte biedt aan professionals om invloed te hebben op indicatoren en normen dan bijvoorbeeld DICA. Als een norm bijvoorbeeld in de praktijk niet haalbaar blijkt, staat de IGZ er volgens hen niet altijd voor open om deze norm aan te passen. Bovendien geven de respondenten aan dat er bij het opstellen van de indicatoren meer mogelijkheden zijn om invloed uit te oefenen dan gedurende het proces. Waar daarnaast op gelet moet worden, is dat ook de prestatiemeting die wordt uitgevoerd voor de IGZ een integraal onderdeel van het zorgproces blijft en niet enkel gezien wordt als een administratieve handeling. *“Beetje oppassen dat je dan niet heel veel afkruislijstjes maakt”* (Respondent 5).

In dit hoofdstuk zijn de bevindingen van het onderzoek weergegeven aan de hand van de zes afzonderlijke factoren. In het volgende hoofdstuk zullen deze geanalyseerd worden aan de hand van de twee soorten factoren: innerlijke en situationele factoren.

H6. ANALYSE

In dit hoofdstuk worden de bevindingen geanalyseerd aan de hand van de literatuur. De innerlijke en situationele factoren worden besproken aan de hand van de bevindingen. Vervolgens wordt aangegeven hoe deze zich tot elkaar en tot motivatie verhouden.

6.1. Innerlijke factoren

Uit de interviews blijkt dat de innerlijke factoren over het algemeen aanwezig zijn in het UMCU. Dit geldt zowel voor de individuele attitude als voor de sociale acceptatie en de eigen inbreng. Prestatiemeting wordt daardoor gedragen door professionals. Ze willen daarom graag registreren en vinden het een goede zaak als de prestatie-informatie gebruikt wordt voor het verbeteren van de kwaliteit.

De professionals ervaren nut en voordelen van de prestatiemeting, in de zin van inzicht in de eigen kwaliteit. Ze geven dan ook expliciet aan dat ze meedoen aan de prestatiemetingen, omdat ze de eigen kwaliteit willen verbeteren. Dit past volgens hen bij de aard van het werken in een ziekenhuis, omdat jezelf verbeteren hoort bij het beroep. Professionals gebruiken prestatiemeting dan ook vooral omdat ze het zelf zinvol vinden en niet zozeer omdat het verplicht is. Ook de enkele respondent die moeite heeft met de terminologie, vindt het meten de moeite waard. Inzicht hebben in de eigen kwaliteit en daardoor de mogelijkheid hebben om verbeteringen door te voeren, is erg belangrijk voor professionals. Daarbij is het voor hen van minder groot belang of ze goed scoren, dat is en blijft vooral iets voor buiten de muren van het ziekenhuis. Professionals die alleen registreren omdat het verplicht is, doen dit volgens de respondenten minder zorgvuldig. Zij zullen de cijfers dan ook niet gebruiken voor kwaliteitsverbetering, omdat ze niet geloven dat de kwaliteit goed gemeten is. Een positieve attitude lijkt dan ook niet alleen bij te dragen aan de motivatie om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering, hij lijkt bij de meeste professionals ook aanwezig te zijn.

Ook sociaal gezien is prestatiemeting geaccepteerd binnen het UMCU. De respondenten hebben het idee dat er geen grote conflicten bestaan tussen de institutionele, professionele, organisationele en cliëntlogica's (zie Tummers, Bekkers & Steijn, 2009; Labrie, 2011). De respondenten verschillen van mening over of alle waarden in de prestatiemeting tot uiting komen. Als er al waarden achterblijven, gaat het echter om de cliëntwaarden en niet om de professionele waarden. Doordat professionals en hun beroepsgroepen inbreng hebben op de indicatoren, kunnen zij ervoor zorgen dat hun eigen waarden meegenomen worden. Sociale acceptatie kan de vorm aannemen van *compliance* (gehoorzaamheid) als reactie op sociale druk en op internalisatie en identificatie doordat het systeem bij de structuur gaat horen (Venkatesh, 2003). Uit de empirie blijkt dat sociale acceptatie in het UMCU vooral de vorm aanneemt van internalisatie en identificatie. De respondenten spreken van een veranderde tijdsgeest, waardoor prestatiemeting breed geaccepteerd wordt, ook door professionals. Er is weinig discussie over of meten noodzakelijk is. Men heeft aan die omslag moeten wennen, maar inmiddels hoort het registreren bij het normale werk en binnen de cultuur.

Hoewel het registreren in veel gevallen verplicht is, geven de respondenten aan wel invloed te hebben op de totstandkoming van indicatoren. Dit kan door zelf plaats te nemen in commissies die hier over gaan of collega's aan te spreken die op dit gebied actief zijn. Doordat ze kunnen meebepalen wat er gemeten wordt, wordt de prestatiemeting meer door hen gedragen. Een gebrek aan inbreng wordt soms wel ervaren door het verpleegkundig personeel. De terugkoppeling vindt over het algemeen plaats met de medisch specialisten, die vaak ook het voortouw nemen in het bedenken van oplossingen. Bovendien is er vaak nog geen logische structuur om als behandelteam interventies op te zetten. Professionals hebben het gevoel dat registraties die uit de eigen beroepsgroep komen beter doordacht en meer relevant zijn. Wel is het voor hun gevoel niet altijd mogelijk om voldoende invloed uit te oefenen. De IGZ staat bijvoorbeeld volgens de respondenten niet voldoende open voor het veranderen van de indicatoren nadat ze geïmplementeerd zijn, wanneer deze niet blijken te werken. Door het gebrek aan invloed worden deze indicatoren soms gezien als administratieve handeling en niet als onderdeel van het zorgproces. De verplichting vinden de respondenten over het algemeen niet problematisch, omdat het ervoor zorgt dat iedereen meedoet. Daardoor zijn cijfers beter met elkaar te vergelijken. Wel is het belangrijk dat er draagvlak is voor de verplichte indicatoren, omdat de registraties anders minder zorgvuldig ingevuld worden.

Om de interne factoren te verbeteren, werken *job identification* en *goal congruence* (zie Katz & Kahn in Tompkins, 2005) het beste. *Job identification* is daarbij de beste manier om professionals te motiveren. Invloed van professionals op het systeem zorgt dat professionals prestatiemeting gaan zien als onderdeel van het zorgproces, waardoor ze er meer mee bezig zijn en dus gemotiveerder zijn om de prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering. Ze hebben het gevoel betrokken te worden bij de totstandkoming van de indicatoren, waardoor ze zich uit kunnen spreken over wat goede zorg is en meer vertrouwen hebben in de prestatiemeting. *Goal congruence* is niet iets waar specifiek op gestuurd wordt, maar wat langzaam vanzelf tot stand komt: de tijdsgeest en cultuur veranderen door interne en maatschappelijke omstandigheden en daardoor wordt prestatiemeting steeds meer geaccepteerd als middel. *Legal compliance*, in de zin van verplichte registraties en verbeterplannen, wordt wel gezien als nuttig, maar dan vooral als stok achter de deur en om te zorgen dat iedereen mee doet. *Instrumental rewards* zijn er nog niet echt. Het is de bedoeling dat de zorg in de toekomst gefinancierd wordt op basis van prestatiescores, maar de respondenten zijn verdeeld over de wenselijkheid hiervan.

6.2 Situationele factoren

De situationele factoren lijken veel invloed te hebben op de motivatie van professionals om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering. Het blijkt dat hier in de praktijk een aantal knelpunten rond bestaan. Die maken dat professionals het lastig vinden om de prestatiemeting daadwerkelijk te gebruiken voor kwaliteitsverbetering, omdat ze voor hun gevoel te weinig handvaten aangereikt krijgen.

Niet alle indicatoren kunnen zonder meer gebruikt worden om de kwaliteit te verbeteren. Registraties waarvan professionals niet begrijpen waarom ze gedaan worden en die voor hun gevoel weinig zeggen over de zorgkwaliteit, worden niet gauw gebruikt om op te sturen. Op het moment dat de relevantie van zo'n indicator duidelijk wordt, zijn professionals wel bereid om deze te gebruiken. Professionals geven aan dat prestatiemeting een papieren werkelijkheid wordt op het moment dat de cijfers te ver af staan van de behandeling. Ze kunnen de cijfers dan niet gebruiken om deze te verbeteren.

Bovendien zijn prestatie-indicatoren volgens enkele respondenten niet altijd een goede afspiegeling van de kwaliteit van zorg. Er is wel goed over nagedacht, dus ze weergeven wel goed wat er gevraagd wordt, maar de complexiteit van het werk niet te vangen is in enkele indicatoren. Niet alles is gestandaardiseerd en dat maakt meten en vergelijken erg lastig. Om de prestatie-indicatoren te kunnen gebruiken, moet de datakwaliteit bovendien goed zijn. Professionals moeten kunnen vertrouwen op de cijfers. De indicatoren moeten goed gekozen zijn en de scores moeten betrouwbaar zijn. Vaak zijn indicatoren volgens de respondenten niet evidence based. Dit maakt dat professionals kritisch naar indicatoren kijken, met name wanneer er wel beslissingen genomen worden op basis van deze indicatoren. Er worden rangschikkingen gemaakt van de kwaliteit van ziekenhuizen op basis van de indicatoren, maar volgens de respondenten kan dit helemaal niet op basis van de cijfers. De verschillen zijn daarvoor te klein en de werkelijkheid is veel genuanceerder en ingewikkelder. Volgens de respondenten is dat moeilijk om over te brengen.

Bovendien is de impact van negatieve scores soms erg groot, waardoor de cijfers mogelijk minder betrouwbaar worden. Artsen die een operatie niet vaak genoeg uitgevoerd hebben moeten hier helemaal mee stoppen en bij een slechte score krijgt een ziekenhuis een bepaald vinkje of lintje niet. De transparantie van de cijfers is groot. Aan de ene kant is dat volgens de respondenten belangrijk, omdat ze ook willen aantonen dat ze het goed doen, aan de andere kant zorgt het dat de nuance verloren gaat. Patiënten maken een keuze voor een bepaald ziekenhuis op basis van de cijfers, maar de cijfers geven volgens de respondenten niet altijd aan dat een ziekenhuis ook daadwerkelijk boven de andere ziekenhuizen uitstijgt. De impact zorgt volgens de respondenten enerzijds dat er ook veel druk ligt op kwaliteitsverbetering, aan de andere kant werkt het mogelijk manipulatie in de hand als professionals bang zijn om afgerekend te worden op de cijfers. In zo'n geval schiet prestatiemeting zijn doel voorbij, omdat de cijfers dan niet meer betrouwbaar zijn. Onbetrouwbare cijfers bieden onvoldoende handvaten om de kwaliteit te kunnen verbeteren.

Het feit dat er geen eenheid is in het ophalen van de informatie en de grote diversiteit in systemen die gebruikt worden om de gegevens aan te leveren, is volgens de respondenten een knelpunt. Patiënten en professionals ervaren dat zaken daardoor dubbel geregistreerd en aangeleverd moeten worden. De systemen zorgen dan ook voor versnippering, omdat het niet makkelijk is om een totaaloverzicht te krijgen van alle prestatie-informatie voor een bepaalde afdeling of een bepaald zorgpad. Deze zit verspreid over de verschillende systemen en bovendien wordt niet van elk onderdeel van het zorgpad informatie verzameld. Respondenten zouden dus juist meer standaardisering willen, in plaats van minder. Wel is de transparantie per systeem vaak goed volgens de respondenten, omdat duidelijk wordt wat de score is ten opzichte van de norm en ten opzichte van anderen. Dit wordt ook steeds gemakkelijker gemaakt.

In het UMCU vindt regelmatig terugkoppeling plaats. Voor een deel wordt deze verzorgd door de uitvragende instanties, voor een deel door kwaliteitsmedewerkers. Soms wordt dan door de kwaliteitsmedewerkers gevraagd om een verbeterplan. Hoewel veel van de respondenten aangeven dat zij ook zelf verbeteringen inzetten aan de hand van de cijfers, ook als ze niet sterk afwijken van andere ziekenhuizen, lijkt dit wel te werken als stok achter de deur. Bovendien zorgt het ervoor dat de verbeterslag onderdeel is van de structuur, waardoor het meer een integraal onderdeel van het werk is. Er wordt actief stilgestaan bij hoe de zorg wordt uitgevoerd en wat er te verbeteren is. Het is voor professionals niet altijd mogelijk om te beschikken over actuele cijfers, wat veel respondenten ervaren als een knelpunt. Daardoor is er ook geen prikkel om gedurende het proces bezig te zijn met de cijfers. Registratie vindt vaak achteraf plaats. De zorgverleners zouden graag inzicht hebben in actuele informatie, maar de cijfers die teruggekoppeld kunnen worden zijn vaak van een jaar eerder. Dit komt omdat er geen automatische koppeling is met bijvoorbeeld het patiëntendossier. Sturing tijdens het proces is daardoor niet goed mogelijk. Bovendien zorgt het handmatig invoeren in alle systemen dat de administratieve lastendruk veel groter is dan wanneer de systemen aan elkaar of aan het patiëntendossier gekoppeld zouden zijn. Als de registratie in dat patiëntendossier eenduidig en gestandaardiseerd zou kunnen worden, zou dat veel ergenis wegnemen.

De administratieve lasten die de prestatiemeting met zich meebrengt zijn fors. Veel respondenten geven aan dat ze zich soms afvragen of de kosten en baten nog wel tegen elkaar opwegen. Dit komt vooral doordat er steeds meer gemeten wordt: hoe meer een systeem zich ontwikkelt, hoe meer prestatie-indicatoren er komen. Ook de hoeveelheid instanties voor wie geregistreerd moet worden wordt steeds groter. Als professionals het gevoel hebben dat er teveel gemeten wordt, heeft dit volgens respondenten tot gevolg dat er aversie ontstaat tegen het invullen van de prestatiemeting. Ze hebben dan het gevoel dat ze meten om het meten en dat het niet meer gaat om kwaliteitsverbetering. Dit komt ook doordat er veel dubbel geregistreerd moet worden. Registraties die door meerdere instanties gevraagd worden, moeten handmatig in meerdere systemen ingevoerd worden. Het komt bovendien voor dat twee verschillende zorgverleners dezelfde vragenlijst invullen voor een bepaalde patiënt. De zorgverleners ervaren dit als tijdverspilling. Ze zouden bij voorkeur alles

in één systeem willen invullen. Dit zou dan gekoppeld kunnen worden aan de systemen van de diverse instanties, of de kwaliteitsmedewerkers zouden uit dit systeem gegevens kunnen halen en overzetten naar de systemen van de diverse instanties. Daardoor worden de systemen een handvat in plaats van een belemmering.

Ondersteunend personeel zou ervoor kunnen zorgen dat de administratieve lastendruk daalt, waardoor de zorgverlener tijd heeft voor andere taken, en dat de betrouwbaarheid en onafhankelijkheid van de metingen stijgt. Ondersteunend personeel zou wel voldoende inzicht moeten hebben in de medische terminologie om daadwerkelijk tijdsbesparing op te kunnen leveren. Het lijkt erop dat ook de administratieve lastendruk grote invloed heeft. Op het moment dat een zorgverlener teveel moet invullen en er veel dubbele registraties zijn, krijgt de prestatiemeting een negatieve lading. Daardoor zijn zorgverleners minder gemotiveerd. Als ze de prestatiemeting niet als last, maar als hulpmiddel ervaren, is hun motivatie juist groter.

In dit hoofdstuk is besproken hoe de twee soorten factoren, de interne en de situationele factoren, van invloed zijn. In het laatste hoofdstuk zal de hoofdvraag beantwoord worden en zullen aanbevelingen gedaan worden.

H7. CONCLUSIE & DISCUSSIE

7.1. Conclusie

De hoofdvraag van dit onderzoek was *“Op welke wijze kunnen medische professionals gemotiveerd worden om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering?”* Om deze vraag te beantwoorden, zijn van de bestaande theorie over professionals en prestatiemeting een aantal factoren afgeleid. Deze factoren zijn in te delen in innerlijke factoren, die maken dat de professional de prestatie-informatie al dan niet wil gebruiken, en de situationele factoren: de omstandigheden en handvaten die bepalen of de professionals goed en gemakkelijk gebruik kunnen maken van de prestatie-informatie. Deze innerlijke factoren zijn de individuele attitude van professionals ten opzichte van prestatiemeting, waaronder de toegevoegde waarde die prestatiemeting voor hen heeft en de redenen om prestatiemeting te gebruiken; de sociale acceptatie van prestatiemeting bij professionals, waaronder het feit of prestatiemeting bij de professionele cultuur en waarden past; en de eigen inbreng die professionals kunnen hebben op de prestatiemeting, zoals de invloed die ze uit kunnen oefenen op de totstandkoming van het systeem en de mate van verplichting die ze ervaren. De situationele factoren zijn de manier van meten, waaronder bepaalde voorwaarden waaraan indicatoren moeten voldoen, het draagvlak hiervoor onder professionals en de impact die het systeem op de professional heeft; de faciliteiten die de professional geboden worden om de prestatiemeting te kunnen uitvoeren, waaronder de structuur en de manier waarop de data verzameld wordt en de computersystemen waarmee de gegevens opgeslagen en aangeleverd kunnen worden; de inspanning die professionals moeten leveren om de prestatiemeting te kunnen uitvoeren, waaronder de administratieve lasten die deze met zich meebrengt, dubbele registraties en de mogelijkheid voor ondersteuning;

In de empirie is onderzocht in hoeverre professionals gebruik maken van prestatie-informatie voor kwaliteitsverbetering. Het bleek dat hier in veel gevallen al door professionals op wordt ingezet. Naast het feit dat ze vaak eigen databases bijhouden om de kwaliteit te monitoren, vinden ze het inzicht in de eigen kwaliteit erg prettig en gebruiken ze de cijfers van externe indicatoren ook wanneer deze teruggekoppeld worden. Ook zijn de factoren uit de theorie getoetst in de empirie. Daarbij is bekeken in hoeverre de factoren van invloed zijn, op welke wijze en hoe ze beïnvloed zouden moeten worden om de professionals te motiveren om nog meer gebruik te maken van prestatie-informatie om de kwaliteit te verbeteren. Uit de interviews blijkt dat er inderdaad een onderscheid bestaat tussen de interne en de situationele factoren. De interne factoren zorgen voor een soort eigenaarschap bij professionals: professionals met een positieve attitude ten opzichte van prestatiemeting die inbreng hebben op de totstandkoming ervan, zijn bereid om prestatiemeting te gebruiken om de kwaliteit te verbeteren. De situationele factoren moeten zorgen dat de professional voldoende handvaten heeft om de prestatiemeting uit te voeren. Als de indicatoren

betrouwbare informatie oplevert die direct van invloed is op de behandeling, zorgt het verbeteren van de score ook voor een verbeterde kwaliteit. Dit blijkt in de praktijk nog niet altijd zo te zijn.

Uit het onderzoek blijkt dat de innerlijke factoren een grote invloed hebben op de motivatie van professionals om kwaliteitsverbetering te gebruiken, maar dat ze in de praktijk al aanwezig zijn. Professionals vinden prestatiemeting een goed hulpmiddel om inzicht te krijgen in de eigen kwaliteit en dat vinden ze erg belangrijk. Ze zien zichzelf als onderdeel van de organisationele context en vinden het daarom belangrijk dat hun prestaties inzichtelijk zijn. Prestatiemeting kan volgens hen niet direct gebruikt worden om te sturen op kwaliteitsverbetering, maar kan wel inzicht geven in welke processen verbeterd kunnen worden. Ook kan het de buitenwereld inzicht geven in hun kwaliteit. De tijdsgeest en de cultuur zijn steeds meer ingesteld op prestatiemeting, waardoor de professionals prestatiemeting ervaren als een normale gang van zaken. Professionals hebben voldoende ruimte om hun professionele waarden in de prestatiemeting tot uiting te laten komen. Ook de eigen inbreng draagt bij aan motivatie. Niet alleen omdat het wenselijk is dat professionals inspraak hebben in de kwestie wat kwalitatief goede zorg is, maar ook omdat ze gemotiveerder zijn om de prestatie-informatie te gebruiken als ze de indicatoren hebben kunnen aanpassen aan hun eigen manier van werken. Als ze voldoende invloed hebben, wordt de prestatiemeting ook door hen gedragen. Soms is er onvoldoende ruimte om de indicatoren te kunnen aanpassen als ze niet goed werken, wat kan zorgen voor een gevoel dat er gemeten wordt om het meten, maar over het algemeen wordt de mate van invloed positief gewaardeerd. De verplichting om te registreren wordt als positief ervaren, omdat iedereen dan mee wordt, maar bij verplichte indicatoren is draagvlak nog belangrijker. Het lijkt er daarom op dat de innerlijke factoren in grote mate aanwezig zijn. Om de motivatie verder te vergroten is het dus zinvol om deze factoren op hetzelfde peil te houden, maar het is niet noodzakelijk om ze verder te stimuleren.

De situationele factoren zijn nog niet altijd in voldoende mate aanwezig. Hier kan dus op gestuurd worden om professionals te motiveren om prestatiemeting te gebruiken om de kwaliteit te verbeteren. Indicatoren moeten aan allerlei voorwaarden voldoen om nuttig te zijn voor de professionals. Ze moeten relevant en zinvol zijn voor de dagelijkse praktijk en ze moeten een juiste weergave van de kwaliteit bieden. Bovendien moeten ze direct van invloed zijn op de behandeling, zodat professionals ze kunnen beïnvloeden. De kwaliteit van de data moet ook goed zijn. Er moet accuraat geregistreerd zijn, de gegevens moeten betrouwbaar geacht worden en het beeld dat ze geven moet volledig zijn. Om de gegevens goed te kunnen vergelijken, moet er draagvlak zijn onder professionals en moeten zoveel mogelijk zorgorganisaties meedoen. Er moet ruimte zijn om de cijfers te nuanceren, omdat een deel van de verschillen door toeval verklaard kunnen worden. De impact die de prestatie-informatie heeft is soms goed, aan de andere kant maakt het soms dat patiënten niet volledig juist voorgelicht worden en kan het manipulatie in de hand werken. Hoe meer overzicht en structuur, hoe beter de professional het gevoel heeft gefaciliteerd te worden in het uitvoeren van de

prestatiemeting en het gebruiken van de gegenereerde prestatie-informatie. De aanlevering van de gegevens zou meer gestructureerd kunnen worden. Dit creëert overzicht en eenheid en het voorkomt dat zaken dubbel aangeleverd moeten worden. De computersystemen bieden soms nog te weinig totaaloverzicht en te weinig actuele prestatie-informatie. Terugkoppeling zorgt voor een stok achter de deur en het maakt dat prestatiemeting en kwaliteitsverbetering een integraal onderdeel van de zorg worden, waardoor men voortdurend bezig blijft met het verbeteren van de kwaliteit, met name als men kan beschikken over actuele cijfers. Wel wordt er vooral teruggekoppeld met medisch specialisten, om ook het gehele behandelteam mee te krijgen zou er meer met hen teruggekoppeld kunnen worden. Daar bestaat op dit moment nog geen structuur voor. De inspanning die professionals moeten leveren wordt als zeer fors ervaren en veel respondenten hebben de wens om meer ondersteund te worden bij het registreren en aanleveren van gegevens. De verhouding tussen de tijd die het registreren kost en de kwaliteitsverbetering die het oplevert, moet goed in de gaten gehouden worden om gevoelens van aversie te voorkomen. Met name zaken die dubbel geregistreerd of aangeleverd moeten worden, zorgen ervoor dat de motivatie om prestatie-informatie te gebruiken afneemt.

In de literatuur rondom professionals en prestatiemeting gaat erg veel aandacht uit naar de verschillen in waarden en visie tussen professionals en managers. Er is weinig aandacht voor het gezamenlijke belang: het verhogen van de kwaliteit van zorg. Professionals zouden niet mee willen en strategisch gedrag vertonen; prestatiemeting zou al snel gezien worden als nutteloos managementinstrument (zie bijvoorbeeld de Bruijn, 2007; van Thiel & Leeuw, 2007). Daardoor gaat veel aandacht uit naar de interne factoren, op het 'mee krijgen' van de professional. Dit onderzoek laat zien dat de interne factoren inderdaad invloed hebben op de motivatie van professionals, maar dat ze in de praktijk weinig problemen opleveren. De klassieke arts die volledig autonoom zijn werk doet en geen enkele inspraak van de omgeving duldt, lijkt niet meer te bestaan. Het strikte onderscheid tussen professionele en organisationele principes lijkt vervangen te zijn door een gezamenlijk doel dat beide partijen nastreven, hoewel wellicht niet altijd om dezelfde reden: het bereiken van kwalitatief betere zorg. De definitie van kwaliteit is breder geworden, waardoor er ook zaken als efficiëntie en snelheid onder vallen, en deze wordt onderschreven door de professional. Zelfs de enkeling die nog moeite heeft met het taalgebruik waarmee prestatiemeting gepaard gaat, vindt het belangrijk om allerhande zaken te meten. Professionals vinden het belangrijk om zich te verantwoorden en ze zien in dat ze niet de enige zijn die een stem hebben in wat goede kwaliteit van zorg is. Ze willen graag de best mogelijke zorg leveren, omdat ze zich daar goed bij voelen. Ze vinden het belangrijk om eigen inbreng te hebben, maar zien in dat ze slechts één van de vele belanghebbende actoren zijn. De situationele factoren bepalen op dit moment voor een veel groter deel of de prestatie-informatie gebruikt wordt om te sturen op kwaliteitsverbetering. Professionals ervaren de administratieve last als fors en de ondersteuning als minimaal. Een deel van de prestatie-indicatoren levert wellicht zeer nuttige informatie op voor zorgverzekeraars en inspectie, maar heeft zo weinig met de directe werkvloer te

maken dat de professional de cijfers gewoonweg niet kan gebruiken voor kwaliteitsverbetering. Sturen op de situationele factoren is dus op dit moment urgenter dan sturen op de interne factoren. Het antwoord op de vraag hoe professionals gemotiveerd kunnen worden om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering is dus door de situationele factoren te optimaliseren; door hen zoveel mogelijk handvaten aan te reiken waarmee dit doel bereikt kan worden. In de volgende paragraaf zullen aanbevelingen gedaan worden over de manier waarop dit gebeuren kan.

7.2. Aanbevelingen

7.2.1. Optimaliseren van de situationele factoren

Aan de hand van de conclusie kunnen diverse aanbevelingen gedaan worden. Deels zijn deze te implementeren binnen het UMCU, deels zijn ook andere stakeholders nodig. Hoe meer overeenstemming er tussen de verschillende actoren bestaat, hoe meer meerwaarde de prestatiemeting kan hebben voor de kwaliteit van de ziekenhuiszorg. De aanbevelingen hebben betrekking op het verbeteren van de situationele factoren: de faciliteiten, het gemak en de manier van meten.

7. Het is van groot belang dat professionals zich kunnen vinden in de manier van meten en dan met name in de indicatoren die gebruikt worden. Maak daarom de keuzes voor de gebruikte indicatoren duidelijk en inzichtelijk voor alle professionals en organiseer draagvlak voor de indicatoren door te luisteren naar hun wensen. Zorg voor zoveel mogelijk *evidence based* indicatoren, zodat de discussie over de indicatoren minimaal zal zijn; en tevens voor indicatoren die direct van invloed zijn op de dagelijkse praktijk, zodat het daadwerkelijk mogelijk is om aan de hand van de prestatie-informatie maatregelen te nemen om de kwaliteit te vergroten.
8. Zorg voor nuance in de presentatie van de cijfers en zorg dat de patiënten ook op de hoogte zijn van deze nuance. Geef aan dat een deel van de verschillen door toeval ontstaan kan zijn. Oordeel niet als dat niet kan op basis van de cijfers en maak geen rangschikkingen van ziekenhuizen als de cijfers dit niet significant en objectief onderbouwen. Op die manier wordt de kans dat de cijfers gemanipuleerd worden om goed te scoren kleiner en wordt de betrouwbaarheid van de cijfers groter. Als de professionals vertrouwen hebben in de juistheid van de cijfers, zullen ze deze eerder gebruiken om te sturen op kwaliteitsverbetering.
9. Zorg voor structuur en eenheid in het aanleveren van prestatie-informatie voor zorgverleners en voorkom dat er handmatig zaken dubbel aangeleverd moeten worden. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van één systeem voor het aanleveren of door een koppeling met het patiëntendossier. Zorg tevens voor een zo actueel mogelijk totaaloverzicht van de cijfers, zodat de professional te allen tijde de beschikking heeft over de prestatie-informatie die voor hem relevant is. Op dit moment is de versnippering en de hoeveelheid metingen zo groot, dat het

overzicht zoek is. Daardoor is onduidelijk waar de belangrijkste verbeterpunten liggen. Daardoor zijn professionals minder gemotiveerd om de cijfers te gebruiken om te sturen op kwaliteitsverbetering.

10. De administratieve last is fors. Tot een bepaald niveau is het acceptabel voor de professional dat hij tijd moet besteden aan het meten. Er wordt echter steeds meer gemeten, waardoor de professional zich soms afvraagt of de kosten en baten nog tegen elkaar opwegen. Meet daarom niet teveel en zorg dat er voortdurend dialoog mogelijk blijft over het nut en noodzaak van bepaalde indicatoren. Ook het aanpassen van bestaande indicatoren en het besluit om iets niet meer te meten moeten mogelijk blijven. Hoe meer automatisch aangeleverd kan worden, hoe meer en gedetailleerder gemeten kan worden zonder de professionals te overbelasten.
11. Een belangrijke manier om professionals te faciliteren in het aanleveren en gebruiken van de cijfers, is het bieden van administratieve ondersteuning. Dit kost uiteraard geld en mankracht. Onderzoek daarom of administratieve ondersteuning bij het registreren daadwerkelijk tijdsbesparing voor professionals oplevert. In dat geval worden zij niet alleen ontlast, maar wordt het een investering die zichzelf deels terug verdient, doordat meer patiënten geholpen kunnen worden.
12. Een adequate terugkoppeling zorgt dat men voortdurend bezig blijft met het verbeteren van de zorg. Door ook het behandelteam mee te nemen in de terugkoppeling en een structuur te ontwikkelen om te zorgen dat zij kunnen meedenken over interventies, wordt het gebruik van prestatie-informatie voor kwaliteitsverbetering nog meer een integraal onderdeel van het zorgproces.

7.2.2 Voor vervolgonderzoek

Naar aanleiding van het onderzoek rijzen een aantal vragen op, dit vervolgonderzoek waard zijn:

1. Dit onderzoek heeft zich vooral gefocust op de zorgverleners en beleidsmedewerkers in een zorgorganisatie. De kant van uitvragende instanties zoals IGZ en DICA is hierbij nog onderbelicht gebleven. In hoeverre zijn zij erin geïnteresseerd dat hun indicatoren gebruikt worden om de kwaliteit te verbeteren? Houden ze rekening met de balans tussen kosten en opbrengsten? Zetten ze in op samenwerking met elkaar, of opereren ze apart? Waarom kiezen ze voor bepaalde indicatoren? Hoe organiseren ze inspraak van diverse actoren?
2. Dit onderzoek is uitgevoerd bij de RVE oncologie in het UMCU. Het zou interessant zijn om erachter te komen of dezelfde conclusies gelden in andere ziekenhuizen en in andere soorten zorginstellingen, zoals verpleegtehuizen en hospices, en de ambulante zorg. Ook zou het onderzoek uitgebreid kunnen worden naar andere publieke organisaties, zoals scholen en de politie.

3. Er zou ook dieper ingegaan kunnen worden op enkele van de knelpunten die in dit onderzoek aan de orde gekomen zijn. Hoe zou de terugkoppeling het beste ingericht kunnen worden? Wat maakt een indicator relevant? Wat bepaalt de attitude van een professional ten opzichte van prestatiemeting?

7.3. Reflectie

De betrouwbaarheid van dit onderzoek is mogelijk beïnvloed, omdat de operationalisaties een sterke samenhang met elkaar lijken te vertonen. Zo wordt de individuele attitude sterk beïnvloed door het gemak, het gemak door de faciliteiten en de manier van meten door de inbreng van de professionals. Toch is geprobeerd om zo goed mogelijk onderscheid te maken tussen de verschillende factoren. In de empirie bleek dit goed mogelijk. De factoren beïnvloeden elkaar wel, maar zijn niet gelijk aan elkaar. Vermoedelijk zullen de resultaten van het onderzoek gelijk zijn als het onder dezelfde omstandigheden herhaald wordt. Er zijn voldoende respondenten gesproken om een verzadigingspunt te bereiken, waardoor de antwoorden goed met elkaar vergeleken konden worden.

De interne validiteit in het onderzoek is vermoedelijk voldoende gewaarborgd. In kwalitatief onderzoek zijn de uitkomsten altijd enigszins subjectief en is causaliteit bewijzen lastig. Mogelijk ontstaat onduidelijkheid tussen onderzoeker en respondenten, wanneer een vraag niet goed begrepen wordt. Daarnaast bestaat de kans dat er sociaal wenselijke antwoorden gegeven worden. Ook het feit dat de onderzoeker buiten de groep van professionals valt maakt dat er wellicht andere zaken gezegd zijn dan professionals onderling zouden bespreken. Hier is mee omgegaan door gebruik te maken van de mogelijkheid om meer uitleg te geven als een respondent een vraag niet begreep en doordat werd doorgevraagd op het moment dat een antwoord van een respondent onduidelijk was voor de onderzoeker. Het is echter niet goed mogelijk om aan te tonen dat er daadwerkelijk een causaal verband is tussen de factoren en de motivatie om prestatiemeting te gebruiken, omdat de samenhang hiertussen beïnvloed kan worden door andere factoren. De conclusies zijn wel degelijk sterke vermoedens, maar niet meer dan dat.

Aangenomen mag worden dat de conclusies geldig zijn voor de RVE oncologie van het UMCU, omdat er diverse professionals en beleidsmedewerkers van deze divisie gesproken zijn en er een verzadigingspunt bereikt is, waarbij de antwoorden van de diverse respondenten niet meer afweken van de respondenten daarvoor. Omdat de medewerkers van de RVE oncologie verspreid zijn over diverse andere divisies, mag ook aangenomen worden dat de antwoorden ook min of meer te generaliseren naar het UMCU als geheel. Of de conclusies ook voor andere ziekenhuizen of voor de zorgsector als geheel gelden, kan middels dit onderzoek echter niet bewezen worden. Daarvoor is aanvullend onderzoek nodig.

7.4. Tot slot

Met deze scriptie wordt beoogd een bijdrage te leveren aan de theorie over de motivatie van professionals om prestatie-informatie te gebruiken voor kwaliteitsverbetering. Prestatiemeting kan een hulpmiddel zijn om stil te staan bij en inzicht te krijgen in de kwaliteit van zorg. In de praktijk blijkt dat niet alleen beleidsmedewerkers en managers deze opvatting aanhangen, maar dat ook professionals zich hier achter kunnen scharen. Door prestatiemeting nog beter te laten aansluiten bij de dagelijkse praktijk waar de professional mee te maken krijgt en door het aanleveren en reflecteren nog gemakkelijker te maken, kan hopelijk nog meer ingezet worden op kwaliteitsverbetering. In deze scriptie is geprobeerd om een aantal verbeterpunten te ontdekken. Als toezichthouders, zorgverzekeraars, beroepsgroepen, beleidsmakers, managers, patiënten en professionals met elkaar in gesprek blijven, kunnen zij de kwaliteit van zorg steeds verder vergroten en tegelijkertijd hun eigen doelen blijven bereiken.

LITERATUUR

AD.nl. (2013). *AD Ziekenhuis Top 100 – 2013*. Geraadpleegd op 5 februari 2014, van www.ad.nl/ziekenhuistop100.

Baas, J.H. de. (1995). *Bestuurskunde in hoofdlijnen. Invloed op beleid*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Hoofddorp: Boom Onderwijs.

Bouckaert, G., & Balk, W. (1991). Public Productivity Management: Diseases and Cures. *Public productivity & management review* 15(2), p229-235).

Bruijn, de H. (2007). *Managing performance in the public sector*. New York: Routledge.

Bruijn, de H. & Noordegraaf, M. (2010). Professionals versus managers? De onvermijdelijkheid van nieuwe professionele praktijken. *Bestuurskunde* 2010(3), p6-19.

Caluwé, L. de., & Vermaak, H. (2006). *Leren veranderen. Een handboek voor de veranderkundige*. Deventer: Kluwer.

Damme, van E.E.C. (2009). Worstelen met marktwerking in de zorg. *M&M, april 2009(20)*, p41-43.

Deetz, S. (1996). Describing Differences in Approaches to Organization Science: Rethinking Burrell and Morgan and Their Legacy. *Organization Science* 7(2), 191-206.

DHD-databank Kwaliteit. (2012). *Welkom bij de DHD-databank Kwaliteit*. Geraadpleegd op 19 februari 2014, van <http://www.ziekenhuizentransparant.nl/index.php>.

Downs, A. (1964). *Inside Bureaucracy*. Geraadpleegd op 24 april 2014, van <http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/papers/2008/P2963.pdf>

Dutch Institute for Clinical Auditing. (z.j.) *Wat is DICA?* Geraadpleegd op 5 maart 2014, van <http://www.clinicalaudit.nl/node/12>.

Elsevier.nl. (2013). *De beste ziekenhuizen 2013*. Geraadpleegd op 5 februari 2014, van <http://www.elsevier.nl/besteziekenhuizen2013>.

Gezondheidsraad. (2013). *Publieke indicatoren voor kwaliteit van curatieve zorg. De stand van de discussie*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2013; Publicatienr. 2013/29.

Giard, R.W.M. (2005). Prestatie-indicatoren als maat voor de kwaliteit van medische zorg: retoriek en realiteit. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde* 149(49), p2715-2719).

Hout, E van., Scheer, W van der., & Putters, K. (2007). Managers en professionals in de zorg. Over verschuivende verantwoordelijkheden en hybridisering. *Bestuurskunde* 2007(4), p16-23.

Howlett, M., Ramesh, M., & Perl, A. (2009). *Studying public policy. Policy cycles & policy subsystems*. Don Mills: Oxford University Press.

Integraal kankercentrum Nederland. (2013). *Kankerzorg in het UMC Utrecht. Nieuw gediagnosticeerde tumoren en hun primaire behandelingen*. Interne documentatie UMC Utrecht.

Kaats, E.A.P. & Opheij, W. (2012). *Leren samenwerken tussen organisaties*. Deventer: Kluwer.

Kam, de C.A., Koopmans, L. & Wellink, A.H.E.M. (2008). *Overheidsfinanciën*. Groningen: WoltersNoordhoff.

Kaplan, R.S. (2001). Strategic Performance Measurement and Management in Nonprofit Organizations. *Nonprofit Management and Leadership* 11(3), p353-370.

Keen, P.G.W. (1981). Information Systems and Organizational Change. *Communications of the ACM* 24(1), p24-33.

Knottnerus, A. (2007). *Indicatoren van prestaties in de zorg*. Geraadpleegd op 23 mei 2014, van http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/Zorgdebat_Tilburg_over_prestatieindicatoren.pdf.

Koning, de B., & Scheltema, T. (2014, 25 januari). Perverse prikkels. Weg met meten-is-weten. *Vrij Nederland* 75(4), 34-39.

Labrie, N. (2011). Ruimte of kloof? Over afstemming tussen managers en professionals. *Journal of social intervention: theory and practice* 20(1), p100-117.

Maessen, J. (2013, 10 oktober). *Beoordeling op mortaliteit geeft perverse prikkel*. Geraadpleegd op 11 februari 2014, van <http://twitdoc.com/upload/lhvhanmulder/mortaliteit-en-perverse-prikkel.pdf>.

Mol, N.P. (1998). *Bedrijfseconomie voor de collectieve sector*. Alphen aan den Rijn: Samsom.

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. (2012). *Beperkt Zicht. Onderzoek naar de betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid van prestatie-indicatoren over de kwaliteit van de Nederlandse Ziekenhuiszorg*. Amsterdam: NFU.

Nederlandse Zorgautoriteit. (z.j.) *Veelgestelde vragen DBC/DOT*. Geraadpleegd op 19 februari 2014, van <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ziekenhuiszorg/veelgestelde-vragen/veelgestelde-vragen-dbc-dot/>.

Niskanen, W.A. (1971). *Bureaucracy & representative government*. Geraadpleegd op 24 april 2014, van [http://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=dOYe1ld9F1QC&oi=fnd&pg=PA4&dq=Niskanen,+W.A.,+Jr.+ \(1971\).+Bureaucracy+%26+representative+government.+Chigago:+Aldine,+Atherton.&ots=bA9PKhMLqt&sig=dxB5UFoB_v-3XxtY-HPxKJUhXXE#v=onepage&q&f=false](http://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=dOYe1ld9F1QC&oi=fnd&pg=PA4&dq=Niskanen,+W.A.,+Jr.+ (1971).+Bureaucracy+%26+representative+government.+Chigago:+Aldine,+Atherton.&ots=bA9PKhMLqt&sig=dxB5UFoB_v-3XxtY-HPxKJUhXXE#v=onepage&q&f=false).

Noordegraaf, M. (2004). *Management in het publieke domein*. Bussum: Uitgeverij Couthino.

Noordegraaf, M. (2007). From “Pure” to “Hybrid” Professionalism. Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domains. *Administration & Society* 39(6), p761-785.

Noordegraaf, M., & Steijn, B. (2007). Professionalisme en ‘managerisme’ in perspectief. *Bestuurskunde* 2007(4), p49-52.

Noordegraaf, M., & Sterrenburg, J. P. (2009). Publieke professionals en verantwoordingsdruk. In: M. Bovens, & T. Schillemans (red.). *Handboek Publieke Verantwoording* (p.193-211). Den Haag: Uitgeverij Lemma.

Parsons, W. (1995). *Public Policy. An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited.

Pidd, M. (2012). *Measuring the Performance of Public Services: Principles and Practice*. New York: Cambridge University Press.

Pluijgers, M.J.G.F. (2013). *UMC Utrecht Kwaliteit: Benchmark en resultaten*. Interne documentatie.

Power, M. (2003). Evaluating the audit explosion. *Law & policy*, 25(3), 185-202.

Profi-leren SAW. (2010). *Methodisch Begeleiden SAW 3&4*. Arnhem: Uitgeverij Angerenstein.

Schut, E. (2009). Is de marktwerking in de zorg doorgesloten? *S&D* 7(8), 68-79.

Sommer, M. (2003, 21 mei). *Betalen naar prestatie maakt rattenvanger in de mens los*. Geraadpleegd op 11 februari 2014, van <http://www.volkskrant.nl/vk/nl/2686/Binnenland/article/detail/728850/2003/05/21/Betalen-naarprestatie-maakt-rattenvanger-in-de-mens-los.dhtml>.

Talstra, M. (2014). *Concentratie van oncologische zorg in het AVL Utrecht*. Geraadpleegd op 26 mei 2014, van www.twynstragudde.nl/blog/concentratie-van-oncologische-zorg-het-avl-utrecht

Thiel, S. van. (2010). *Bestuurskundig Onderzoek. Een Methodologische Inleiding*. Bussum: Couthino.

Thiel, S. van, & Leeuw, F. (2002). The Performance Paradox in the Public Sector. *Public Performance & Management Review*, 25(3), 267-281.

Tolsma, J. & de Wit, D. (2005). *Effectief Procesmanagement*. Geraadpleegd op 21 mei 2014, van http://books.google.nl/books?id=JAKGtEcqc8AC&pg=PA11&lpg=PA11&dq=tolsma+wit+2005+effectief+procesmanagement&source=bl&ots=OLyYJvHTg3&sig=B6_BAuBGHGy5OPPdyMLrhLNs_2w&hl=nl&sa=X&ei=El18U5X4H8yU0QXuhIC4BQ&ved=0CGcQ6AEwBA#v=onepage&q&f=false.

Tompkins, J.R. (2005). *Organization Theory and Public Management*. Belmont: Wadsworth.

Trappenburg, M. (2009). Gezondheidszorg: wat er aan marktwerking mankeert. Het verval van een vitale norm. *S&D* 2009(4), p12-19.

Trimbos Instituut. (2013). *Tendrapportage GGZ 2012*. Geraadpleegd op 4 februari 2014, van <http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/feiten---cijfers--beleid/af/~media/files/inkijkexemplaren/af1195%20tendrapportage%20ggz%202012%20deel%203a%20naar%20transparante%20kwaliteitsinformatie.ashx>.

Tummers, L. G., Bekkers, V., & Steijn, B. (2009). Beleidsvervreemding van publieke professionals: theoretisch raamwerk en een casus over verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen. *B en M* 36(2), p104-116.

Venkatesh, V, (z.j.) *Construct definitions*. Geraadpleegd op 3 maart 2014, van http://www.vvenkatesh.com/organizations/Theoretical_Models.asp#Con=structdefs.

Venkatesh, V., Morris, M.G., Davis, F.D., & Davis, G.B. (2003). User acceptance of information technology: toward a unified view. *MIS Quarterly* 27(3), 425-478.

Vennix, J.A.M. (2011). *Theorie en praktijk van empirisch onderzoek*. Harlow: Pearson Education.

Wal, Z van der., Hout, van E., Kwak, A., & Oude Vrielink, M. (2007). Professionals en managers: waarden in een hybride praktijk. *Bestuurskunde* 2007(4), p 2-7.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Wilensky, H. (1964). The professionalization of everyone? *The American Journal of Sociology* 83(2), p340-363.

BIJLAGEN

Bijlage 1. Interviewguide

Algemene vragen

- Op welke manier krijgt u in uw werk te maken met prestatiemeting?
- Wat hebt u nodig om de prestatie-informatie te kunnen gebruiken voor kwaliteitsverbetering?
- Wat is er veranderd sinds prestatiemeting is opgekomen?
- Op welke manier maakt u gebruik van prestatiemeting voor kwaliteitsverbetering? □ Op welke manier zorgt u (daarnaast) voor kwaliteitsverbetering?

Individuele attitude

- Om welke redenen maakt u gebruik van prestatiemeting?
- Heeft prestatiemeting volgens u toegevoegde waarde voor de zorgverlening? In welke zin? (gemak, kwaliteit, efficiëntie)
- Welke voordelen heeft prestatiemeting voor u persoonlijk? (Wat levert het u op?)

Manier van meten

- Vindt u dat binnen het UMCU de juiste zaken gemeten worden?
- Worden er volgens u ook zaken gemeten die niet relevant zijn? Welke en waarom?
- Zijn er zaken die niet gemeten worden en volgens u wel gemeten zouden moeten worden?
- Zijn er indicatoren waarbij u volgens u eigenlijk beter of slechter presteert dan de score aangeeft? Welke zijn dit en wat is de oorzaak hiervan?
- Welke gevolgen heeft een erg goede of juist slechte score voor u en uw afdeling? Hoe ervaart u dit?

Gemak

- In hoeverre ervaart u extra administratieve lasten door de prestatiemeting? Vindt u deze acceptabel?
- Moet u bepaalde gegevens dubbel aanleveren? Hoe ervaart u dit?
- Vindt u dat er voldoende administratieve ondersteuning is voor de prestatiemeting?

Faciliteiten

- Wat vindt u van de faciliteiten die het UMCU biedt voor het meten, registreren en terugkoppelen van prestaties biedt? (bv computersysteem)
- In hoeverre is de prestatiemeting geautomatiseerd? Hoe ervaart u dit?

- Welke ruimte heeft u in het systeem om de algemene indicatoren te vertalen naar de eigen situatie op uw afdeling?
- Vindt u dat het systeem zorgt voor transparantie over prestatiemeting?

Sociale acceptatie

- Hoe wordt prestatiemeting over het algemeen binnen de divisie gewaardeerd? Waarom wordt prestatiemeting geaccepteerd? (*compliance VS internalization*) Past prestatiemeting volgens u bij professioneel handelen?
- Heeft u het gevoel dat prestatiemeting recht doet aan zowel de organisationele als aan de maatschappelijke, professionele en cliëntwaarden?

Eigen inbreng

- Op welke manier wordt de score op de diverse prestatie-indicatoren teruggekoppeld?
- In hoeverre heeft u invloed op de prestatie-indicatoren die uitgevraagd worden?
- Maakt u gebruik van de invloed die u heeft op de prestatiemeting?
- Wat vindt u ervan dat het ziekenhuis verplicht is om bepaalde indicatoren te gebruiken?
- Vindt u de DICA-indicatoren van uw beroepsgroep beter dan bijvoorbeeld de opgelegde IGZindicatoren?

Bedankt voor uw tijd

Bijlage 2. Respondentenlijst

Datum	Resp. nr.	Functie	Geslacht	RVE oncologie	Soort gesprek
16-01-2014	-	Staf	V	Nee	Verkennend gesprek
30-01-2014	-	Staf	V	Nee	Verkennend gesprek
17-02-2014	-	Staf	M	Nee	Verkennend gesprek
01-05-2014	Respondent 1	Staf	V	Ja	Interview
06-05-2014	Respondent 2	Onderzoeker	V	Ja	Interview
07-05-2014	Respondent 3	Verpleegkundig specialist	M	Ja	Interview
12-05-2014	Respondent 4	Staf	M	Ja	Interview
13-05-2014	Respondent 5	Verpleegkundig specialist	V	Ja	Interview
15-05-2014	Respondent 6	Medisch specialist	M	Ja	Interview
19-05-2014	Respondent 7	Medisch specialist	V	Ja	Interview
21-05-2014	Respondent 8	Medisch specialist	M	Ja	Interview
21-05-2014	Respondent 9	Staf	V	Ja	Interview
22-05-2014	Respondent 10	Medisch specialist	M	Ja	Interview
26-05-2014	Respondent 11	Medisch specialist	M	Ja	Interview
27-05-2014	Respondent 12	Medisch specialist	M	Ja	Interview
27-05-2014	Respondent 13	Medisch specialist	M	Ja	Interview
28-05-2014	Respondent 14	Professional GGZ	M	Nee	Interview
10-06-2014	Respondent 15	Medisch specialist	M	Ja	Interview
11-06-2014	Respondent 16	Staf	V	Nee	Interview
16-06-2014	Respondent 17	Medisch specialist	M	ja	Interview