

Meten met PROM's: hoe werkt dat?

Ex ante evaluatie van een betekenisvolle inzet van patiëntgerichte meetinstrumenten in een ziekenhuis.



Universiteit Utrecht
Departement Bestuurs- en Organiseringswetenschap
Publiek Management

Masterscriptie Publiek Management
1^e begeleider: Prof. Dr. M. Noordegraaf
2^e begeleider: M. Kuiper, MSc

Organisatie: UMC Utrecht
Begeleider: Prof. Dr. H.A.H. Kaasjager

Annemieke Tinholt – Van der Grift (6085075)
Juli 2018

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterscriptie die ik heb geschreven voor de master Publiek Management. Anderhalf jaar geleden voerde ik gesprekken om deze master te gaan volgen, ruim negen jaar na het afronden van mijn bachelor Organisatiewetenschappen aan de Universiteit van Tilburg. Na het volgen van twee minorvakken in het voorjaar van 2017 mocht ik in het najaar van 2017 van start.

Met deze masterscriptie komt een einde aan een te gekke periode waarin ik naast mijn werk als internist in opleiding en de zorg voor mijn fantastische driejarige dochter en éénjarige zoon een master volg. In het afgelopen jaar heb ik waardevolle inzichten opgedaan over besturing in de publieke sector in het algemeen, maar heb ik met bijzondere interesse geleerd over besturing in de gezondheidszorg. Ook persoonlijk heb ik levenslessen geleerd en ben ik nog sterker gaan waarderen welke zegeningen er zijn in mijn leven.

De afgelopen zes maanden zijn voorbij gevlogen en voelde ik voortdurend tijdsdruk om de scriptie tot een goed einde te brengen. Achteraf ben ik blij dat de tijd zo snel is gegaan en ben ik nu blij dat het moment van afstuderen nabij is.

Graag wil ik mijn eerste begeleider Mirko bedanken. Bedankt voor de focus en het terugbrengen van de lijn in het geheel als ik deze kwijt was. Bedankt voor je feedback, het heeft deze masterscriptie naar een hoger niveau getild. Bedankt voor je geruststelling dat een beetje 'struggle' erbij hoort.

Bedankt ook Marlot. Bedankt voor je positieve feedback, dat geeft moed om door te gaan. Maar bedankt ook voor de scherpste om inconsistenties eruit te halen en natuurlijk je aandacht voor mijn spelling.

Bedankt Karin. Bedankt voor het mogelijk maken van dit te gekke plan. De mogelijkheden die je hebt gecreëerd aan de voorkant om dit te kunnen doen, maar ook de begeleiding in het vinden van het onderwerp van deze scriptie en het vinden van de juiste respondenten. Bedankt!

En tenslotte, maar zeker niet als laatste, gaat mijn dank uit naar Robert. Ik heb al gekscherend gezegd dat we dit diploma maar moeten delen door er een hoekje vanaf te knippen. Misschien moeten we dat maar echt doen, want zonder jouw steun thuis op allerlei vlakken was dit niet mogelijk geweest.

Annemieke Tinholt

Renswoude, 2018



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

Managementsamenvatting

Inleiding

De afgelopen jaren zijn forse inspanningen geleverd om de kwaliteit van zorg transparant te maken, met als doel de kwaliteit van zorg te verbeteren (Kessel, Triemstra, & de Boer, 2014). Deze ontwikkeling past in het fenomeen van vandaag de dag dat alles wordt gemeten, inclusief zeer ambigue fenomenen (Noordegraaf, 2008, p. 222). Het nut en de noodzaak van prestatie-indicatoren zijn als zodanig dus evident. Wat de laatste jaren wel bekritiseerd wordt is de veelheid, variëteit en onvoorspelbaarheid van die indicatoren en hun belastende verplichtingen (Noordegraaf, Bos, Pikker, & ten Horst, 2014, p. 3).

Context

Patiëntgerichte zorg is centraal gesteld in de discussies over kwaliteit (Epstein & Street, 2011). Het ontwikkelen van bijbehorende (patiëntgerichte) meetmethoden heeft daarmee enige urgentie gekregen. Een voorbeeld daarvan zijn patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten (PROM's). Dit zijn metingen van elk aspect van de gezondheidstoestand van een patiënt die rechtstreeks van de patiënt komen (Food and Drug Administration, 2006 in Valderas e.a., 2008). Effectiviteit van PROM's lijkt afhankelijk van de functie, maar het wetenschappelijk bewijs voor effecten van PROM's op uitkomsten is in alle gevallen zwak (Boyce & Browne, 2013). In 2013 was het, naar aanleiding van, een systematische review al de aanbeveling dat toekomstig onderzoek zich zou moeten concentreren op de juiste toepassing van PROMS (Boyce & Browne, 2013).

Onderzoeksvraag

In deze masterscriptie is gekeken onder welke condities PROM's een betekenisvol instrument kunnen zijn om *gezamenlijk* te werken aan kwaliteit van zorg. Dit heeft geleid tot de volgende onderzoeksvraag: *Onder welke condities zijn patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten een betekenisvol instrument voor het gezamenlijk werken aan kwaliteit van zorg?* De onderzoeksvraag is beantwoord aan de hand van theoretische en empirische deelvragen.

Theorie

In de theorie is het concept 'prestatie-metingen' uitgediept, is het belang van gezamenlijk werken aan kwaliteit verhelderd en zijn condities geïdentificeerd die prestatie-metingen betekenisvol kunnen maken. Zo is in het theoretisch kader verhelderd dat *prestatie-metingen* worden gebruikt om grip te krijgen op ambigue fenomenen. Bij de inzet van prestatie-metingen in de professionele dienstverlening dient aandacht te zijn voor de kenmerken van de professional. De autonome professional bekleedt een krachtige positie binnen de organisatie, heeft veel impliciete kennis en is loyaal aan de beroepsgroep met haar eigen richtlijnen en idealen. *Gezamenlijk werken aan kwaliteit* (gedefinieerd als 'geschikt voor gebruik') betekent dat kwaliteitsmanagement rekening houdt met



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

de verschillende perspectieven op kwaliteit. Dit is in de theorie besproken vanuit een stakeholder perspectief op kwaliteitsmanagement. In de theorie zijn drie condities benoemd die prestatiemetingen betekenisvol kunnen maken. Ten eerste, door in de *constructie* gebruik te maken van *voorkennis* kan een bijdrage worden geleverd aan het herkennen en erkennen van relevante metingen. En door gebruik te maken van *verhalen* kunnen prestatiemetingen begrijpelijk worden gemaakt en van een juiste duiding worden voorzien. Ten tweede kunnen prestatiemetingen betekenisvol worden gemaakt door een juiste *omgang met stakeholders*. Door stakeholders te betrekken kan er optimaal gebruik worden gemaakt van de voorkennis, maar creëert het ook leereffecten en betrokkenheid. Ten derde kunnen in het *gebruik* prestatiemetingen betekenisvol worden gemaakt door ze te *verbinden met de dagelijkse praktijk, uitkomsten te bespreken* in overleggen en platforms en uitkomsten te voorzien van *bestuurlijk commitment*.

Onderzoekresultaten

In het empirische gedeelte van deze masterscriptie is door middel van interviews met patiëntvertegenwoordigers, zorgverleners en managers, gekeken welke condities de inzet van patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten betekenisvol kan maken om gezamenlijk te werken aan kwaliteit van zorg. Hierin is naar voren gekomen dat de theoretisch veronderstelde drie manieren om prestatiemetingen betekenisvol te maken ook gelden voor de context van PROM's. Echter de invulling van deze drie condities is contingent.

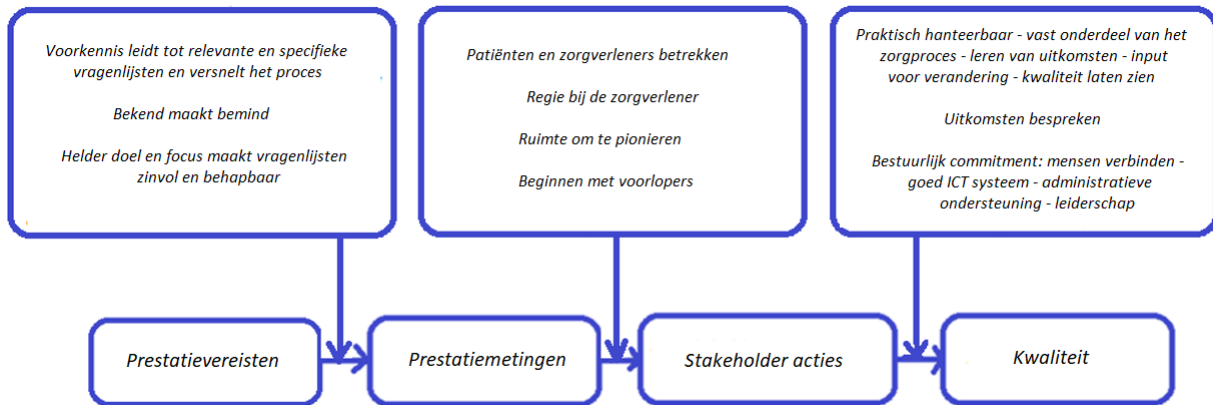
In de *constructie* ligt in de context van PROM's behalve het gebruik maken van voorkennis en de noodzaak om PROM's op de kaart te zetten de nadruk ook op het realiseren van een helder doel en focus om vragenlijsten betekenisvol en behapbaar te maken.

In de *omgang met stakeholders* is in de interviews gebleken dat PROM's betekenisvol kunnen worden gemaakt door patiënten en zorgverleners te betrekken en de regie bij de zorgverleners te laten. Dit laatste kan alleen wanneer de basisstructuur op orde is. Tevens lijkt vooral dat het *starten* met PROM's gewenst is, waarbij er begonnen kan worden met de voorlopers zodat er geleerd kan worden van elkaars ervaringen. Ruimte is nodig om te pionieren zodat PROM's gedurende het proces kunnen worden afgestemd op het specifieke specialisme.

Tenslotte, kunnen in het *gebruik* PROM's betekenisvol worden gemaakt door PROM's te verbinden met de dagelijkse praktijk en uitkomsten te bespreken, zodat uitkomsten input zijn voor verbetering. Ook in de opleidingsfeer kunnen PROM's worden gebruikt om te leren door coassistenten en artsen in opleiding tot specialist een spiegel voor te houden hoe zij acteren en hoe patiënten verwachten dat zij acteren. Tenslotte zijn PROM's betekenisvol te maken door het management/bestuur. Enerzijds vervullen zij een faciliterende rol door te zorgen dat de randvoorwaarden, zoals een goed ICT systeem en administratieve ondersteuning, op orde is. Anderzijds lijkt ook *leiderschap* gewenst door het management/bestuur. Leiderschap kan hierin het werken met



PROM's stimuleren en aanmerken als belangrijk. Zonder dit leiderschap lijken PROM's geen vast onderdeel van de dagelijkse gang van zaken te gaan worden.



Schematisch weergave van de empirisch veronderstelde condities die de inzet van PROM's betekenisvol maken.

Conclusie

In deze masterscriptie zijn drie conclusies getrokken. Ten eerste worden PROM's gezien als een betekenisvol instrument om *gezamenlijk* te werken aan kwaliteit van zorg, omdat het nauw aansluit bij het besef dat de patiënt bepaalt wat kwaliteit is en het een uitkomstmaat betreft. Ten tweede kan worden geconcludeerd dat PROM's betekenisvol kunnen worden gemaakt via de *constructie, de omgang met stakeholders* en het *gebruik* van PROM's. Ten derde kan worden geconcludeerd dat empirisch is gebleken dat de manier waarop PROM's betekenisvol gemaakt kunnen worden overeenkomt met de theoretisch veronderstelde manier waarop prestatiemetingen betekenisvol gemaakt kunnen worden. Echter de invulling van deze drie variabelen is contextafhankelijk.

Aanbevelingen

Vanuit de bevindingen zijn aanbevelingen geformuleerd voor de zorgverleners en het management van het UMC Utrecht en voor bestuur en beleid in het algemeen. Implicaties voor de *zorgverleners* hebben betrekking op het organiseren van bijeenkomsten om PROM's op de kaart te zetten. Een tweede aanbeveling heeft betrekking op het organiseren van divisie overstijgende bijeenkomsten om succesverhalen en kennis over hoe PROM's in te zetten te delen en zo te leren van elkaars ervaringen. De laatste aanbeveling voor de zorgverleners is om uitkomsten niet alleen in de spreekkamer met de patiënten te bespreken, maar ook in het stafoverleg op medisch specialisten niveau om zo te leren van uitkomsten en werkwijzen indien nodig te herzien.

Een eerste aanbeveling voor het *management van het UMC Utrecht* heeft betrekking op het tonen van leiderschap waarbij een standpunt moet worden ingenomen dat er gewerkt moet gaan worden met PROM's. De



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

tweede aanbeveling is om de regie over de invulling van het werken met PROM's bij de zorgverlener te laten, echter kan dit alleen als de basisstructuur op orde is. Hieruit volgt de derde aanbeveling. Om de integratie van PROM's in het zorgproces te faciliteren zullen de randvoorwaarden, zoals een goed ICT systeem en administratieve ondersteuning, op orde moeten zijn.

Een laatste aanbeveling geldt voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en indirect voor het bestuur van het UMC Utrecht. Het voornemen van VWS om in 2022 voor ruim de helft van de ziektelast inzicht te hebben in uitkomsten die ertoe doen voor patiënten zal bekrachtigd moeten worden. Het werken met PROM's zal in deze periode niet alleen moeten worden gerealiseerd, maar nadien ook worden bestendig. De aanbeveling voor VWS is PROM's te voorzien van een meer verplicht karakter en meer subsidies ter beschikking te stellen.

Tenslotte zijn er ook aanbevelingen gedaan voor onderzoek. Gezien het gering aantal respondenten en het feit dat dit onderzoek slechts één case betreft zal in vervolgonderzoek moeten blijken of de drie manieren om prestatiemetingen betekenisvol te maken zijn gelegen in de *constructie, omgang met stakeholders* en het *gebruik* van prestatiemetingen. Dit geldt ook voor de constatering dat de invulling van de drie variabelen contingent is.

Overzicht figuren, tabellen en boxen

Figuren

Figuur 1. Schematische weergave van het prestatie management proces.

Figuur 2. Kenmerken professional.

Figuur 3. Deming Cycle (PDCA).

Figuur 4. Strategieën van stakeholders om invloed uit te oefenen.

Figuur 5. Theoretisch model: schematische weergave van *theoretisch* veronderstelde condities die de inzet van prestatie metingen betekenisvol maken.

Figuur 6. Schematische weergave hoe via de *constructie* prestatie metingen betekenisvol gemaakt kunnen worden.

Figuur 7. Schematische weergave hoe via *omgang met stakeholders* prestatie metingen betekenisvol gemaakt kunnen worden.

Figuur 8. Schematische weergave hoe in het *gebruik* prestatie metingen betekenisvol gemaakt kunnen worden.

Figuur 9. Schematische weergave hoe via de *constructie* PROM's betekenisvol gemaakt kunnen worden.

Figuur 10. Schematische weergave hoe via *omgang met stakeholders* PROM's betekenisvol gemaakt kunnen worden.

Figuur 11. Schematische weergave hoe in het *gebruik* PROM's betekenisvol gemaakt kunnen worden.

Figuur 12. Schematische weergave van de *empirisch* veronderstelde condities om PROM's betekenisvol te maken.

Tabellen

Tabel 1. Definities van kwaliteit van zorg.

Tabel 2. Functies van prestatie metingen.

Tabel 3. Perverse effecten van prestatie metingen.

Tabel 4. Respondenten.

Tabel 5. Operationalisering condities in de *constructie* van prestatie metingen.

Tabel 6. Operationalisering condities in de *omgang met stakeholders*.

Tabel 7. Operationalisering condities in het *gebruik* van prestatie metingen.

Boxen

Box 1. Belang van patiëntgerichte zorg.

Box 2. Voorbeeld van hoe PROM's zijn in te zetten.



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

Box 3. Type PROM's.

Box 4. Niveaus waarop PROM's zijn in te zetten.

Box 5. Voorbeeld interviewvraag *constructie* PROM's.

Box 6. Voorbeeld interviewvraag *omgang met stakeholders*.

Box 7. Voorbeeld interviewvraag *gebruik* PROM's



Inhoud

Voorwoord	2
Managementsamenvatting	3
Overzicht figuren, tabellen en boxen	7
Figuren	7
Tabellen	7
Boxen	7
1. Inleiding	14
1.1. Achtergrond	14
1.2. Probleemstelling	15
1.3. Doelstelling	16
1.4. Vraagstelling	16
1.5. Onderzoeksperspectief en aanpak	18
1.6. Relevantie	18
1.6.1. Wetenschappelijke relevantie	18
1.6.2. Maatschappelijke relevantie	19
1.6.3. Praktische relevantie	19
1.7. Leeswijzer	19
2. Streven naar kwaliteit in de zorg	21
2.1. Kwaliteit	21
2.1.1. Strijd om kwaliteit in de zorg	21
2.1.2. Subjectieve factoren moeilijk te kwantificeren	22
2.1.3. Gezamenlijk werken aan kwaliteit	22
2.2. Transparantie in de zorg	23
2.2.1. Transparantie: wat is het?	23
2.2.2. Randvoorwaarden voor transparantie	24
2.3. Patiëntgerichte beweging	24
2.3.1. patiëntgerichte zorg: wat is het?	25



2.3.2. Nut van patiëntgerichte zorg	25
2.3.3. Kritiek op patiëntgerichte zorg.....	26
2.4. Patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten (PROM's).....	26
2.4.1. Wat zijn PROM's?	26
2.4.3. Type PROM's	27
2.4.3. Functies van PROM's.....	28
2.4.4. Barrières om te werken met PROM's.....	29
2.5. Conclusie	30
3. Prestatiemetingen en kwaliteitsmanagement in professionele diensten	32
3.1. Prestaties en prestatiemetingen	32
3.1.1. Prestatiemetingen en prestatie management: Wat is het?	32
3.1.2. Voordelen van prestatiemetingen	33
3.1.3. Perverse effecten van prestatiemetingen	34
3.1.4. Presteren in professionele dienstverlening	35
3.2. Kwaliteit en kwaliteitsmanagement.....	36
3.2.1. Kwaliteit: Wat is het?	37
3.2.2. Kwaliteitsmanagement	38
3.3. Stakeholders.....	38
3.3.1. Gedrag van stakeholders.....	39
3.4. Gezamenlijk werken aan kwaliteit	40
3.4.1. Definitie samenwerken	40
3.4.2. Nut en noodzaak van samenwerken	40
3.4.3. De mythes van het betrekken van burgers	41
3.5. Conditie voor een betekenisvolle inzet van prestatiemetingen	41
3.5.1. Betekenisvolle prestatiemetingen: casuïstiek.....	42
3.5.2. Constructie van prestatiemetingen.....	42
3.5.3. Omgang met stakeholders	43
3.5.4. Gebruik van prestatiemetingen	44



3.6 Conclusie	45
4. Onderzoeksaanpak.....	47
4.1 Aard van het onderzoek.....	47
4.1.1. Onderzoeksstrategie: Positivistisch – deductief	47
4.1.2. Kwalitatieve onderzoeksmethoden	48
4.1.3. Onderzoeksdesign: Case study.....	48
4.2. Onderzoeksfasen.....	48
4.2.1. Literatuurverkenning.....	49
4.2.2. Methode van dataverzameling	49
4.2.2.1. Interviews.....	49
4.2.2.2. Respondenten	49
4.2.3. Methode van data-analyse	50
4.3. Operationalisering.....	51
4.3.1. Constructie van PROM's.....	51
4.3.2. Omgang met stakeholders	52
4.3.3. Gebruik van PROM's	53
4.4. Kwaliteitseisen	54
4.4.1. Validiteit	55
4.4.1.1. Interne validiteit.....	55
4.4.1.2. Externe validiteit	55
4.4.2. Externe betrouwbaarheid	56
4.4.3. Informed consent en vertrouwelijkheid.....	56
4.4.4. Rol onderzoeker	56
4.5. Conclusie	57
5. Resultaten	59
5.1. Inleiding.....	59
5.2. De praktijk van prestatiemetingen.....	59
5.2.1. Ervaring met prestatiemetingen	59



5.2.2. Betekenisvolle prestatie metingen	60
5.2.3. Zorgen ten aanzien van PROM's	62
5.3. Constructie van PROM's.....	63
5.3.1. Voorkennis	63
5.3.2. Promoten en laten landen	64
5.3.3. Helder doel en focus	64
5.4. Omgang met stakeholders	65
5.4.1. Betrekken van stakeholders.....	65
5.4.2. Regie bij de zorgverlener.....	66
5.4.3. Begin met de voorlopers	66
5.4.4. Ruimte om te pionieren	67
5.5. Gebruik van PROM's	68
5.5.1. Verbinden met de dagelijkse praktijk.....	68
5.5.2. Uitkomsten bespreken	71
5.5.3. Bestuurlijk commitment.....	72
5.6. Conclusie	74
6. Conclusies en implicaties	76
6.1. Beantwoording theoretische deelvragen.....	76
6.2. Beantwoording empirische deelvragen	78
6.3. Beantwoording onderzoeksvraag	82
6.4. Implicaties voor praktijk en onderzoek.....	84
6.4.1. Praktische aanbevelingen	84
6.4.1.1. Aanbevelingen aan zorgverleners van het UMC Utrecht.....	85
6.4.1.2. Aanbevelingen aan managers in het UMC Utrecht.....	85
6.4.1.3. Aanbevelingen voor bestuur en beleid	86
6.4.2. Implicaties voor onderzoek.....	87
6.5. Discussie – reflectie op onderzoek.....	88
6.5.1. Focus van onderzoeker op theoretisch veronderstelde condities.....	88



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

6.5.2. Selectie bias.....	88
6.5.3. Ex ante evaluatie	88
6.5.4. Rol onderzoeker	89
6.6. Tot slot	89
Referenties.....	90
Bijlage 1: topiclijst	97



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

1. Inleiding

1.1. Achtergrond

De afgelopen jaren zijn forse inspanningen geleverd om de kwaliteit van zorg transparant te maken voor patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, met als doel kwaliteit van zorg te borgen of te verbeteren (Kessel, Triemstra & de Boer, 2014). De kwaliteit van de geleverde zorg moet transparant zijn voor patiënten en zorgverzekeraars om hen in staat te stellen te kiezen voor kwalitatief goede zorg en deze in te kopen (Rijksoverheid, 2015). Deze ontwikkeling past in het fenomeen van vandaag de dag dat alles wordt gemeten, inclusief zeer ambigue fenomenen zoals welzijn, sociale cohesie, criminaliteit en veiligheid. Meetmethoden zoals prestatieratings, monitoring, risicobeoordelingen, benchmarking en kwaliteitsmetingen worden gebruikt om grip te krijgen op dergelijke verschijnselen (Noordegraaf, 2008, p. 222). Wanneer fenomenen transparant worden gemaakt, door ze te meten, stelt het burgers in staat betere keuzes te maken wat een stimulans zal zijn voor betere kwaliteit (Meijer, 't Hart, & Worthy, 2015, p. 511). Dit is in overeenstemming met een institutioneel economische opvatting over transparantie dat betere informatie leidt tot meer rationeel gedrag (Meijer e.a., 2015, p. 511). Het openbaar maken van informatie stelt burgers in staat op basis van neutrale informatie verschijnselen te beoordelen en zo te zorgen voor effectieve regulatie (Fung, 2007 in Meijer e.a., 2015, p. 512).

Het nut en de noodzaak van prestatie-indicatoren zijn als zodanig dus evident. Wat de laatste jaren wel bekritiseerd wordt is de veelheid, variëteit en onvoorspelbaarheid van die indicatoren en hun belastende verplichtingen (Noordegraaf, Bos, Pikker, & ten Horst, 2014, p. 3). Het gevaar van de prestatie-paradox (Thiel & Leeuw, 2002) ligt op de loer: alle inspanningen om met behulp van prestatie-indicatoren prestaties te verbeteren tasten prestaties eerder aan dan dat ze prestaties verbeteren. Prestatiemetingen zijn dus onderwerp van kritiek, vooral ook in de publieke sector en de gezondheidszorg. Indicatoren als middel om de kwaliteit van de zorg transparant te maken betreft enkel meetbare aspecten van de zorgverlening. Maar de zorg kenmerkt zich juist door ambiguïteit, complexiteit en professionele autonomie, hetgeen niet zo maar te kwantificeren is (Leistikow, Kalkman, & Bruijn, 2011). Deze aspecten maken dat de kwaliteit van zorg notoir moeilijk te meten is.

Bij het werken aan kwaliteit van zorg zijn vele stakeholders betrokken; onder andere medisch specialisten, verpleegkundigen, het management van het ziekenhuis en natuurlijk de patiënt zelf. Daarmee is kwaliteit afhankelijk van wiens perspectief op kwaliteit ter hand wordt genomen (Mosadeghrad, 2013). Dit betekent dat voor het realiseren van kwaliteit er *samen* gewerkt moet worden met een gedeeld begrip van doelen, kennis van (en respect voor) de bijdragen van anderen en goede communicatie (McPherson, Headrick, & Moss, 2001, p. 46). *Samen* werken aan kwaliteit komt tot uiting in *patiëntgerichte* zorg. Patiëntgerichte zorg betekent dat patiënten worden gezien als personen in de context van hun eigen sociale wereld, worden gehoord, geïnformeerd, gerespecteerd en betrokken bij hun zorg, waarbij hun wensen worden geëerd tijdens het contact met de



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

gezondheidszorg (Rogers, 1961; McWhinney, 1985; Gerteis et. al., 1993; Balint, 1957; Entralgo, 1969 in Epstein & Street, 2011, p.100).

Patiëntgerichte zorg is inmiddels centraal gesteld in de discussies over kwaliteit (Epstein & Street, 2011). Het ontwikkelen van bijbehorende (patiëntgerichte) meetmethode heeft daarmee enige urgentie gekregen. Een voorbeeld daarvan zijn patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten (PROM's). Dit zijn metingen van elk aspect van de gezondheidstoestand van een patiënt die rechtstreeks van de patiënt komen (Food and Drug Administration, 2006 in Valderas e.a., 2008). Patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten worden gebruikt in klinisch onderzoek, maar kunnen ook een belangrijke rol spelen in de dagelijkse praktijk doordat het therapeutische beslissingen kan sturen (Valderas e.a., 2008). Een PROM is een enkele vraag of een samengestelde vragenlijst die de behandelde patiënten invullen. Het bijzondere van PROM's is dat zij het perspectief van de patiënt meten en daarbij vaak ingaan op het functioneren tijdens het dagelijks leven. Pijn wordt bijvoorbeeld gemeten door middel van een enkele vraag waarbij de patiënt op een schaal van 0-10 de ernst van de pijn aangeeft. De verkregen antwoorden geven *voorafgaand* aan de behandeling inzicht in de gezondheidsproblemen van de individuele patiënt en kunnen ondersteunen in het vaststellen van het doel van de behandeling. Metingen *tijdens* de behandeling kunnen gebruikt worden om per individuele patiënt zorg bij te sturen. Metingen *na afloop* geven inzicht in het effect van de behandeling op de ervaren gezondheid van patiënten op het gebied van hun fysieke en/of mentale welbevinden en/of functioneren (Van der Wees & Vадja, 2015).

1.2 Probleemstelling

PROM's staan momenteel in de belangstelling om als uitkomstindicator van kwaliteit van zorg te fungeren, omdat ze nauw aansluiten bij het besef dat patiënten een centrale bron zijn van informatie over kwaliteit van zorg (Kessel e.a., 2014, p. 8). De patiënt weet zelf het beste hoe de zorg voor hem was en wat het heeft opgeleverd. Daarnaast blijkt uit een inventarisatie van de Algemene rekenkamer eind 2012 dat er ruim 800 indicatoren zijn vastgesteld. Bijna de helft van de indicatoren betreft procesindicatoren en slechts een minderheid uitkomstindicatoren (13%). In 2007 is reeds het streven uitgesproken om binnen vijf jaar tot 50 á 60% uitkomstindicatoren te komen (Algemene rekenkamer, 2013). PROM's hebben betrekking op uitkomsten en staan dus ook daarom in de belangstelling.

De effectiviteit van PROM's lijkt afhankelijk van de functie, maar het wetenschappelijk bewijs voor effecten van PROM's op uitkomsten is in alle gevallen zwak (Boyce & Browne, 2013). In 2013 was naar aanleiding van een systematisch review al de aanbeveling gedaan dat toekomstig onderzoek zich zou moeten concentreren op de juiste toepassing van PROM's (Boyce & Browne, 2013). Op basis van eerder onderzoek in een andere context (zie paragraaf 1.4) is het de verwachting dat door de juiste condities te creëren de inzet van PROM's betekenisvol gemaakt kan worden om zo *gezamenlijk* te werken aan kwaliteit van zorg. *Gezamenlijk* werken aan kwaliteit van



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

zorg betekent dat niet alleen medisch specialisten en managers bepalen wat kwaliteit is, maar dat ook de patiënt daar een stem in heeft. De patiënt kan immers het beste beoordelen wat de geleverde zorg voor hem heeft opgeleverd.

1.3 Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is om inzicht te krijgen onder welke condities patiënt-gerapporteerde uitkomstenmaten betekenisvol ingezet kunnen worden. Met deze kennis beoogt het onderzoek bij te dragen aan patiëntgerichte zorg en daarmee aan *gezamenlijk* werken aan kwaliteit van zorg. PROM's zijn in te zetten op een individueel en geaggregeerd niveau. Het is nadrukkelijk geen doel van deze masterscriptie om te kijken op welk *niveau* PROM's het beste zijn in te zetten.

1.4. Vraagstelling

De hoofdvraag die in dit onderzoek centraal staat is:

Onder welke condities zijn patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten een betekenisvol instrument voor het gezamenlijk werken aan kwaliteit van zorg?

Om de hoofdvraag te beantwoorden zullen drie elementen uit de hoofdvraag nader worden verkend in drie theoretische deelvragen.

1. *Wat zijn prestatiemetingen?*

Door deze vraag te beantwoorden wordt inzicht verkregen in de rol van prestatiemetingen. In het theoretisch kader zullen functies en perverse effecten van prestatiemetingen nader worden beschreven. Voorts zal worden verhelderd met welke kenmerken van publieke diensten rekening gehouden moet worden bij de inzet van prestatiemetingen.

2. *Wat is gezamenlijk werken aan kwaliteit?*

Door deze vraag te beantwoorden wordt inzicht verkregen in het belang van *gezamenlijk* werken aan kwaliteit. In hoofdstuk 3 zal worden toegelicht hoe *gezamenlijk* werken aan kwaliteit gerealiseerd kan worden vanuit een stakeholderperspectief op kwaliteitsmanagement. Er zal worden verhelderd hoe het betrekken van stakeholders kan worden gerealiseerd en welk belang dit dient.

3. *Onder welke condities kunnen prestatiemetingen betekenisvol worden ingezet?*

Door deze vraag te beantwoorden wordt inzicht verkregen hoe bepaalde condities een bijdrage leveren aan een betekenisvolle inzet van prestatiemetingen. In hoofdstuk 3 worden condities voor een betekenisvolle inzet van prestatiemetingen geïdentificeerd aan de hand van de Rotterdamse Veiligheidsindex. Dit is een case waar de inzet van prestatiemetingen in het publieke domein succesvol is gebleken.

Voorts zal de hoofdvraag empirisch worden beantwoord middels een ex ante evaluatie onder medisch specialisten en medisch managers in het UMC Utrecht en patiëntvertegenwoordigers. De vragen die hierbij centraal staan zijn:

4. *Hoe worden prestatiemetingen in het UMC Utrecht geconstrueerd, geïmplementeerd en gebruikt?*

Door deze vraag te beantwoorden wordt inzicht verkregen hoe prestatiemetingen momenteel tot stand komen en ingezet worden in het UMC Utrecht.

5. *Wat is de houding van de verschillende stakeholders in het UMC Utrecht ten aanzien van het gebruik van patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten om gezamenlijk te werken aan kwaliteit?*

Er zijn meerdere stakeholders te identificeren om gezamenlijk te werken aan kwaliteit van zorg: patiënten, medisch specialisten (snijdend en beschouwend), verpleegkundigen, managers, beleidsmakers enzovoorts. In hoofdstuk 4, waar de onderzoeksaanpak wordt besproken, zal worden toegelicht welke groepen worden geïnterviewd over een betekenisvolle inzet van PROM's. Het beantwoorden van deze vraag zal inzicht geven in de houding van verschillende stakeholders ten opzichte van het gebruik van PROM's, hetgeen niet alleen de antwoorden van een duiding kan voorzien, maar ook inzicht geeft in hoe het werken met PROM's kan worden beïnvloed.

6. *Aan welke condities moet worden voldaan om het gebruik van patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten in het UMC Utrecht betekenisvol te laten zijn?*

Door deze vraag te beantwoorden wordt inzicht verkregen in de condities die de inzet van PROMS betekenisvol kan maken in het UMC Utrecht. Het zal tevens inzicht geven of de inzet van prestatiemetingen contextafhankelijk is door de uitkomsten van het empirische gedeelte van deze masterscriptie te vergelijken met de theoretisch veronderstelde condities.

7. *Wat zijn theoretische en praktische implicaties van de onderzoeksresultaten?*

Door deze vraag te beantwoorden wordt een bijdrage geleverd aan de theorievorming omtrent de inzet van prestatiemetingen. Voorts zullen de implicaties inzicht verschaffen aan zorgverleners en managers van het UMC Utrecht over hoe de resultaten van betekenis kunnen zijn voor het inzetten van PROM's.



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

1.5 Onderzoeksperspectief en aanpak

In dit onderzoek staat deductief redeneren centraal. Het artikel 'meaning of measurement' van Noordegraaf (2008), waarin het succesvol gebruik van de Veiligheidsindex Rotterdam wordt besproken, vormt het perspectief van waaruit gekeken wordt naar de condities die prestatiemetingen betekenisvol kunnen maken. De beantwoording van de hoofdvraag zal deels tot stand komen op basis van drie theoretische deelvragen, die de basis vormen voor het theoretisch kader (hoofdstuk 3). In het theoretisch kader worden de begrippen '*prestatie en prestatiemetingen*', '*kwaliteit en kwaliteitsmanagement*', '*stakeholders*' en '*gezamenlijk werken aan kwaliteit*' verhelderd. Op basis van een nadere beschouwing van deze begrippen en het bovengenoemde artikel van Noordegraaf (2008) is een theoretisch model opgesteld welke weerspiegelt hoe *gezamenlijk* werken aan kwaliteit middels prestatiemetingen betekenisvol is te maken. Dit zal de leidraad zijn voor het empirische gedeelte van deze masterscriptie.

In het empirische gedeelte zal worden gekeken of de theoretisch veronderstelde condities om prestatiemetingen betekenisvol te maken ook gelden voor het inzetten van PROM's in het UMC Utrecht. Hierbij zal gebruik worden gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Dit krijgt vorm in een ex ante evaluatie in het UMC Utrecht. Deels betreft het hier interviews met betrokkenen die al enige ervaring hebben met PROM's, deels betreft het hier betrokkenen die nog geen ervaring hebben met PROM's. Voor het beantwoorden van deelvraag 3-6 zullen interviews worden gehouden met medisch specialisten, patiëntvertegenwoordigers en managers.

1.6 Relevantie

Dit onderzoek kent een wetenschappelijke, maatschappelijke en praktische relevantie.

1.6.1. Wetenschappelijke relevantie

Er is grote onzekerheid in studies over het gebruik van PROM's en het verbeteren van kwaliteit van zorg (Rosenbloom, Victorson, Hahn, Peterman, & Cella, 2007). PROM's zijn hier niet primair voor ontwikkeld en dus is er nog maar weinig bekend over hoe zij het doen in deze context (Boyce & Browne, 2013, p. 2265). De effectiviteit van PROM's is sinds 1999 in zeven reviews onderzocht, waarvan vijf als systematisch werden geclassificeerd (Lockett, Butow, & King, 2009; Espallargues, Valderas, & Alonso, 2000; Marshall, Haywood, & Fitzpatrick, 2006; Gilbody, 2001; Gilbody, House, & Sheldon, 2002; Valderas e.a., 2008). Consistent is er gebrek aan bewijs dat er een impact is op de uitkomsten. Specifiek werd hierin gekeken naar de rol van feedback. Er zijn aanbevelingen dat theorieën over verandering moeten worden gebruikt om de mechanismen te begrijpen die ervoor kunnen zorgen dat PROM's veranderingen in de praktijk kunnen stimuleren (Greenhalgh & Meadows, 1999). Hoewel er dus literatuur is die gericht is op de waarde van de feedback van PROM's voor de gezondheidszorg, is er slechts beperkt onderzoek dat kan helpen om inzicht te krijgen in belemmeringen en facilitators om PROM's betekenisvol te maken. Onderzoek hiernaar kan een dieper inzicht verschaffen in het



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

gebruik van PROM's als hulpmiddel voor het werken aan kwaliteit van zorg. Deze masterscriptie wil hierin voorzien door condities te identificeren die de inzet van PROM's betekenisvol kan maken. Specifiek zal er in deze masterscriptie gekeken worden naar een betekenisvolle inzet van PROM's om *gezamenlijk* te werken aan kwaliteit van zorg. De kennis uit dit onderzoek draagt ook bij aan de theorie over het betekenisvol inzetten van prestatiemetingen in het algemeen. Er zal worden gekeken of geïdentificeerde condities uit de ene context (veiligheid) toepasbaar zijn in een andere context (gezondheidszorg).

1.6.2. Maatschappelijke relevantie

Het gebruik van PROM's als meetinstrument staat momenteel in de belangstelling van beleidsmakers. Voor het gebruik van PROM's is echter een zwak theoretisch fundament, maar er zijn wel grote kosten verbonden aan het verzamelen van PROM's. Meer inzicht hoe PROM's kunnen worden ingezet om gezamenlijk te werken aan kwaliteit van zorg heeft hiermee een maatschappelijke relevantie omdat het gaat over de inzet van publieke middelen. Inzicht in hoe PROM's betekenisvol zijn in te zetten kan de inzet van PROM's rechtvaardigen. Daarnaast is er een maatschappelijk belang voor de individuele patiënt. PROM's geven de patiënt een stem in het werken aan kwaliteit van zorg.

1.6.3. Praktische relevantie

Dit onderzoek is relevant voor de specifieke onderzoekscontext, de gezondheidszorg. Daarmee is er een praktische relevantie voor het UMC Utrecht. Het UMC Utrecht wil en is gebaat bij het leveren van een hoge kwaliteit van zorg en wil dit doen op een patiëntgerichte wijze. Ook landelijk is er veel aandacht voor het werken met PROM's. Zo vraagt het Zorginstituut Nederland om een onderzoek naar welke factoren bijdragen aan een succesvolle implementatie van patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten. Door het verhelderen van de condities die de inzet van PROM's betekenisvol kan maken krijgt dit onderzoek een praktische relevantie voor het UMC Utrecht en vergelijkbare organisaties.

Tenslotte kan ook buiten de gezondheidszorg dit onderzoek inzicht geven hoe prestatiemetingen betekenisvol te maken. Prestatiemetingen kennen het gevaar van het optreden van perverse effecten. Andere contexten kunnen naar aanleiding van dit onderzoek kijken of de condities die zijn geïdentificeerd ook toepasbaar zijn in hun situatie om perverse effecten te minimaliseren en prestatiemetingen betekenisvol te maken.

1.7. Leeswijzer

Het volgende hoofdstuk (hoofdstuk 2) beschrijft de context van deze masterscriptie waarin prestatiemetingen en specifiek PROM's ingezet worden. Het derde hoofdstuk vormt het theoretisch kader. Hierin zullen de centrale begrippen worden verhelderd en theoretisch veronderstelde condities voor een betekenisvolle inzet van prestatiemetingen worden geïdentificeerd. Hoofdstuk 4 beschrijft de onderzoeksmethoden waarmee dit



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

onderzoek tot stand is gekomen. Hoofdstuk 5 toont de resultaten van het onderzoek. In hoofdstuk 6 worden de theoretische en empirische deelvragen beantwoord waarna de onderzoeksvraag kan worden beantwoord. In dit hoofdstuk worden aansluitend zowel praktische (aan onder andere zorgverleners en managers van het UMC Utrecht) als academische implicaties besproken. Het hoofdstuk sluit af met een kritische reflectie op dit onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

2. Streven naar kwaliteit in de zorg

'To err is human' is een baanbrekend rapport dat alarmerende gegevens rapporteerde over de reikwijdte en impact van medische fouten in de Verenigde Staten. Dit riep op tot nationale inspanningen om dit probleem aan te pakken (Leape e.a., 2009). Het verbeteren van de kwaliteit van de patiëntenzorg is daarmee een prioriteit voor alle gezondheidszorgsystemen (Nicolay e.a., 2012, p. 324). Transparantie heeft hierin een centrale rol gekregen. Dit heeft geleid tot een veelheid aan indicatoren, met even zo veel kosten (Algemene rekenkamer, 2013). Tegelijkertijd is er de laatste jaren een toenemende belangstelling voor patiëntgerichte zorg en het verbeteren van de patiënten ervaringen (Greaves, Ramirez-Cano, Millett, Darzi, & Donaldson, 2013, p. 251). Uit deze ontwikkelingen – roep om transparantie op een patiëntgerichte wijze - is het te begrijpen dat patiëntgerapporteerde uitkomsten momenteel in de belangstelling staan om gezamenlijk te werken aan kwaliteit van zorg. In dit hoofdstuk zullen kwaliteit, transparantie en de patiëntgerichte beweging die gaande is nader worden verkend. In patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten (PROM's) komen deze drie aspecten samen, dit zal worden besproken in paragraaf 2.4. Het hoofdstuk sluit af met een conclusie.

2.1. Kwaliteit

De zoektocht naar een universele definitie van kwaliteit is inconsistent in haar resultaten en een globale definitie bestaat niet (Reeves & Bednar, 1994, p. 419). Definities variëren afhankelijk van wiens perspectief wordt ingenomen en binnen welke context het wordt gebruikt (Mosadeghrad, 2013, p. 203). In deze masterscriptie zullen we met name kijken naar kwaliteit in de context van de gezondheidszorg en hoe ook daar verschillende perspectieven op kwaliteit zijn te herkennen.

2.1.1. Strijd om kwaliteit in de zorg

Verschillende stakeholders hebben hun eigen perspectief op kwaliteit, afhankelijk van het belang dat zij hechten aan de verschillende gezondheidsaspecten (Mosadeghrad, 2013, p. 214). Voor patiënten heeft kwaliteit te maken met het voldoen aan behoeften en verwachtingen. Professionals drukken kwaliteit uit in termen van technische prestaties en de uitkomsten van de verleende zorg. Ze beschouwen de kwaliteit van de gezondheidszorg als "het juiste ding om te doen" volgens "huidige technische normen" en "beschikbare middelen" die de patiënt en zichzelf tevreden stelt. Managers benadrukken zowel klanttevredenheid en efficiëntie als belangrijke aspecten van kwaliteit. Beleidsmakers zien kwalitatief hoogwaardige diensten als toegankelijk, billijk en bevredigend voor zowel klanten als zorgaanbieders. Zorgverzekeraars definiëren kwaliteit van de gezondheidszorg in termen van patiënttevredenheid en kosten van de gezondheidszorg (Mosadeghrad, 2013, p. 214). Kwaliteit is dus subjectief en niet eenduidig te formuleren. Dit maakt dat kwaliteit van zorg niet gemakkelijk is uit te drukken in maat en getal.

Group	Definition
Patients	Meeting needs and expectations
Relatives	Patient satisfaction and value
Providers	The “right thing” to do according to “guidelines” and “patient satisfaction”
Managers	Provider and client satisfaction and efficiency
Policy makers	Patient and provider satisfaction
Payers	Patient satisfaction and cost-effectiveness (value)
Accreditation staff	Conformance to standards and customer satisfaction
Suppliers	Doing the right thing

Tabel 1. Definities van kwaliteit in de zorg (Mosadeghrad, 2013, p. 214).

2.1.2. Subjectieve factoren moeilijk te kwantificeren

Definities van kwaliteit verschillen ook in hun bruikbaarheid voor de manager. Kwaliteit gedefinieerd als ‘Value’ of ‘conformiteit aan specificaties’ kan er toe leiden dat een organisatie zich richt op efficiëntie. Kwaliteit gedefinieerd als ‘het voldoen aan of het overtreffen van verwachtingen’ dwingt het management op de hoogte te blijven van de veranderingen in de eisen die de consument stelt (Reeves & Bednar, 1994, p. 435). In de service gerichte economie van vandaag de dag is de meest gebruikte definitie van kwaliteit: *de omvang waaraan een product of dienst voldoet en / of de verwachtingen van een klant overtreft* (Buzzell & Gale, 1987; Gronroos, 1990; Zeithaml et al., 1990 in Reeves & Bednar, 1994, p. 423). Kwaliteit definiëren als de mate waarin een product en/of service voldoet en/of verwachtingen overtreft, stelt managers en onderzoekers in staat om subjectieve factoren, zoals beleefdheid, hulpvaardigheid en vertrouwen, te includeren in de beoordeling. Deze zijn essentieel voor de beoordelingen van kwaliteit, maar moeilijk te kwantificeren (Reeves & Bednar, 1994, pp. 432–433).

2.1.3. Gezamenlijk werken aan kwaliteit

Kwaliteit is dus vanuit verschillende perspectieven te beoordelen en niet alle aspecten zijn te kwantificeren. Voor het werken aan kwaliteit van zorg is het ondanks deze moeilijkheden goed te realiseren dat kwaliteit tot stand komt door *samen* te werken. De meeste gezondheidsproblemen vereisen de medewerking van een groep gezondheidswerkers. De betrokken professionals kunnen in dezelfde ruimte *samen* werken of verspreid over meerdere ziekenhuizen, afdelingen of sectoren van de zorg. Of de zorgverlener zich nu ziet als onderdeel van het team of niet, de patiënt is afhankelijk van de prestaties van het geheel. Vereisten voor een goede samenwerking zijn (McPherson e.a., 2001):

- Gedeeld begrip van doelen
- Duidelijke processen
- Flexibele structuren



UMC Utrecht



Samenwerken kan de kwaliteit voor patiënten en de effectiviteit van zorg verbeteren (McPherson e.a., 2001). Disciplines die nauw samenwerken ondersteunen elkaar niet alleen, ze bewaken ook elkaars functioneren. Fouten in de zorg worden zo niet alleen bespreekbaar, maar kunnen ook voorkomen worden. Voorts betekent *gezamenlijk* werken aan kwaliteit dat de patiënt voortdurend betrokken is. Diagnose en behandeling worden afgestemd op de context van de patiënt. Gezamenlijk werken aan kwaliteit wordt gerealiseerd door aandacht voor haalbaarheid en de realiteit (Tsakitzidis & Royen, 2012, pp. 17–18) .

Kwaliteit van zorg is dus afhankelijk van welk perspectief ter hand wordt genomen. De vele stakeholders (managers, patiënten, zorgverleners enzovoorts) die betrokken zijn bij het beoordelen en het werken aan kwaliteit van zorg maken dat het kwantificeren van kwaliteit lastig is. Kwantificeren is echter wel nodig om transparantie te bereiken. In de volgende paragraaf zullen we dieper in gaan op de randvoorwaarden en het nut en noodzaak van het transparant maken van zulke complexe fenomenen als de gezondheidszorg.

2.2. Transparantie in de zorg

Om te werken aan kwaliteit van zorg is 2015 door minister Schippers uitgeroepen tot het jaar van de transparantie (Rijksoverheid, 2015). In deze paragraaf zal worden besproken wat transparantie is en welke randvoorwaarden daarvoor nodig zijn.

2.2.1. Transparantie: wat is het?

Transparantie wordt gezien als het gratis, ongeremd delen van informatie en is waarschijnlijk het belangrijkste kenmerk van een veiligheidscultuur (Leape e.a., 2009). De verwachting is dat transparantie een positief effect zal hebben op overheidsorganisaties, omdat het zal leiden tot een betere relatie tussen overheid en burger (Grimmelikhuijsen, 2012). In complexe systemen zoals de gezondheidszorg, is transparantie een voorwaarde voor veiligheid. De afwezigheid ervan staat het leren van fouten in de weg, verstoort de collegialiteit en tast het vertrouwen van de patiënt aan (Leape e.a., 2009, p. 425). In een rapport van de Algemene aan de Tweede Kamer wordt gesteld dat de kwaliteit van de geleverde zorg transparant moet zijn om patiënten en zorgverzekeraars in staat te stellen te kiezen voor kwalitatief goede zorg en deze in te kopen. Transparantie zal zo een stimulans zijn voor betere kwaliteit (Meijer e.a., 2015, p. 11). Ten tweede kunnen openbare rapportkaarten motiveren om te concurreren op kwaliteit en door feedback gebieden voor kwaliteitsverbetering identificeren (Werner, 2005). Ondanks deze veronderstelde mechanismen en de grote steun voor het publiek rapporteren van de kwaliteit van de zorgaanbieder, zijn studies naar de impact van deze rapporten op besluiten van consumenten en zorgverleners dubbelzinnig (Fung, 2008; Harris & Buntin, 2008 in Christianson, Volmar, Alexander, & Scanlon, 2010, p. 1235). In de volgende subparagraaf zullen de randvoorwaarden worden besproken die nodig zijn om transparantie van toegevoegde waarde te laten zijn.



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

2.2.2. Randvoorwaarden voor transparantie

Leape (2009) identificeert een aantal voorwaarden die transparantie waardevol maken. Ten eerste moeten fouten gemeld kunnen worden zonder angst voor straf of schaamte. Ze moeten overtuigd zijn dat het antwoord niet zal zijn: "Wie faalde?" maar "Wat is er gebeurd?". Ten tweede moeten zorgverleners en organisaties open kunnen zijn met patiënten wanneer dingen verkeerd gaan. Tenslotte is een belangrijke randvoorwaarde voor het delen van informatie op organisatieniveau een grondige analyse van rapporten door ervaren professionals om deze informatie van een duiding te voorzien (Leape e.a., 2009, p. 425). Transparantie is dus niet alleen een randvoorwaarde voor veiligheid, maar veiligheid (een cultuur zonder angst of schaamte, openheid in het bespreken en duiding van informatie) is ook een randvoorwaarde voor transparantie. Zo kan transparantie tot openheid van zaken leiden, maar kan het ook worden misbruikt door bijvoorbeeld media die eenzijdige informatie naar voren brengen. Op deze wijze komt het vertrouwen van de burger en de legitimiteit van de overheidsorganisatie in het geding (Grimmelikhuijsen, 2012).

Tot nu toe hebben we gezien dat het beoordelen van kwaliteit afhankelijk is van het perspectief op kwaliteit. Voorts hebben we gezien dat transparantie, via keuze en concurrentie, kan bijdragen aan kwaliteitsverbetering. Gezien de vele betrokken stakeholders in het werken aan kwaliteit van zorg lijkt *samen* werken een belangrijke voorwaarde voor het realiseren van kwaliteit. In de volgende paragraaf zullen we dieper ingaan op de patiëntgerichte beweging die gaande is om *gezamenlijk* werken aan kwaliteit van zorg te realiseren.

2.3. Patiëntgerichte beweging

Het transparant maken van de zorg heeft kort gezegd dus als doel dat patiënten meer en betere toegang tot informatie over de zorg krijgen en zo kwaliteit kan worden verbeterd. In de discussie over kwaliteit vormt patiëntgerichtheid het middelpunt (Epstein & Street, 2011, p. 100). Onderzoek toont aan dat gezondheidsbevorderende groepen, evenals overheids- en regelgevende instanties, het gebruik van patiëntgerichte zorg als een wenselijk onderdeel van kwaliteitsvolle gezondheidszorg beschouwen (Robinson, Callister, Berry, & Dearing, 2008). De aandacht voor patiëntgerichte zorg is ook te plaatsen in de maatschappelijke ontwikkeling die gaande is. Door individualisering is meer nadruk komen te liggen op preferenties en verlangens van burgers (Noordegraaf & de Wit, 2012, p. 2). Een paternalistische arts-patient relatie is niet langer geaccepteerd en voor het realiseren van een hoge mate van patiënttevredenheid zal de stem van de patiënt moeten worden gehoord. In deze subparagraaf zullen we dieper ingaan op de betekenis van patiëntgericht zorg, haar voordelen, maar ook de veel gehoorde zorgen omtrent patiëntgerichte zorg.



2.3.1. patiëntgerichte zorg: wat is het?

Patiëntgerichte zorg is al tientallen jaren bestudeerd, maar een duidelijke definitie ontbreekt (Rathert, Wyrwich, & Boren, 2013, p. 351). De grondleggers van patiëntgerichte gezondheidszorg baseren het concept op diep respect voor patiënten als unieke levende wezens, en de verplichting om voor hen te zorgen op hun voorwaarden. Dus, patiënten als personen in hun eigen context waarnaar geluisterd wordt, die geïnformeerd worden, gerespecteerd en betrokken worden bij de zorg. En tenslotte, patiënten als personen waarvan de wensen worden gehonoreerd (maar niet gedachteloos vastgesteld) tijdens het moment waarbij ze gebruik maken van gezondheidszorg (Rogers, 1961; McWhinney, 1985; Gertels et. Al 1993; Balint 1957; Entralgo, 1969 in Epstein & Street, 2011, p. 100). Het resultaat moet dus worden gedefinieerd in termen van wat zinvol en waardevol is voor de individuele patiënt (Guyatt, 2004).

2.3.2. Nut van patiëntgerichte zorg

Veel gezondheidszorgorganisaties hebben het idee van patiëntgerichte zorg omarmd en opgenomen in hun missie en visie (Epstein & Street, 2011). En ook zorgverzekeraars sturen in toenemende mate op het aanbieden van patiëntgerichte zorg (Epstein & Street, 2011, p. 101). Het belang dat wordt toegedicht aan zorg waarbij de patiënt centraal staat is te begrijpen vanuit onderzoek dat aantoont dat zorg waarbij de patiënt centraal staat niet alleen leidt tot verbetering van de gezondheidstoestand van de patiënt, maar ook tot efficiëntie door het verminderen van diagnostische tests en verwijzingen (Stewart e.a., 2000). Voorts laat ander onderzoek zien dat patiëntgerichte zorg leidt tot algemene kostenbesparingen door overmatig gebruik en onderbenutting te voorkomen en een toename van de algemene kwaliteit van zorg (Coelho, 2010). Een systematische review toont aan dat patiëntgerichte zorg over het algemeen een positief beeld laat zien wat betreft intermediaire uitkomstmaten en in sommige gevallen ook voor lange termijn uitkomstmaten. Hoewel sommige studies onafhankelijke moderators (toestand van de patiënt, verwachtingen) of afhankelijke mediators (patiëntactivatie) hebben verondersteld in de relatie tussen patiëntgerichte zorg en uitkomsten, zal verder onderzoek moeten zorgen voor een goed begrip van hoe specifieke patiëntgerichte zorgprocessen van invloed zijn op de uitkomsten (Rathert e.a., 2013). In onderstaande box zijn enkele veronderstelde mechanisme weergegeven.

Box 1: Why consider patients' views?

Most healthcare aims to reduce symptoms, minimise disability, and improve quality of life—these are aspects that only patients can assess

Patients welcome being involved, and this may have health benefits in itself

Patients' response rates are invariably better than clinicians' (a patient only has to complete one questionnaire whereas a clinician has to do it for every patient)

The measure avoids observer bias (inevitable if asking clinicians to assess their own practice)

Considering patients' views increases public accountability of health services and healthcare professionals

Box 1. Belang van patiëntgerichtheid (Black, 2013, p. 2).



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

2.3.3. Kritiek op patiëntgerichte zorg

Verwarring over wat patiëntgerichte zorg echt betekent, kan leiden tot oppervlakkige veranderingen. Met de bedoeling patiëntgericht te zijn hebben ziekenhuizen modellen gebruikt die worden gebruikt door hotels met veranderingen in begroetingen, groen en gadgets (Epstein & Street, 2011). Hoewel dergelijke voorzieningen de ervaring van de patiënt kunnen verbeteren, bereiken ze niet noodzakelijkerwijs de doelen van patiëntgerichte zorg (Epstein & Street, 2011, p. 101). Dit sluit aan bij gehoorde kritieken op patiëntgerichte zorg. Zo is een zorg dat wat de patiënt denkt wat goed voor hem is (bijvoorbeeld een antibioticakuur) niet per se in overeenstemming is met wat de patiënt werkelijk nodig heeft (uitleg over het beloop van de klachten). Zo kan er een ontkoppeling optreden tussen patiënttevredenheid en begrip van de gezondheid. Dit gevaar is het grootst voor patiënten met een laag opleidingsniveau, cognitieve beperkingen en sociale beperkingen (Peters 2007, Fiscella & Epstein, 2008 in Epstein & Street, 2011). Een tegengesteld fenomeen is dat de patiënt zich goed gehoord voelt door zijn of haar behandelaar (met goede vaardigheden in het luisteren), maar feitelijk de chronische ziekte verslechtert (Kinmonth, 1998 in Epstein & Street, 2011). Het is dus belangrijk om te begrijpen welke uitkomsten van patiëntgericht zorg (gevoel van begrepen te worden, vertrouwen, motivatie voor verandering) bij kunnen dragen aan een verbetering van de kwaliteit van zorg.

Tot nu toe hebben we gezien dat patiëntgerichtheid zorg omvat waarbij de patiënt in zijn eigen context wordt geïnformeerd, gerespecteerd en betrokken bij de zorg. Patiëntgerichtheid zal leiden tot verbetering van de gezondheidstoestand van de individuele patiënt maar ook tot efficiëntie, door het verminderen van diagnostische tests en door kostenbesparingen middels het voorkomen van overmatig gebruik en onderbenutting. In de volgende paragraaf zullen we dieper ingaan op patiënt-rapporteerde uitkomstmaten. PROM's zijn een uiting van het transparant maken van de kwaliteit van zorg op een patiëntgerichte wijze en dus van *gezamenlijk* werken aan kwaliteit van zorg.

2.4. Patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten (PROM's)

Er is een groeiende interesse om patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten in te zetten om de kwaliteit van zorg te verbeteren (Boyce, Browne, & Greenhalgh, 2014, p. 508). Het gebruik van PROM's als bron voor indicatoren van kwaliteit van zorg heeft onder meer veel aandacht gekregen door het initiatief in het Verenigd Koninkrijk waar op zeer grote schaal ervaring is opgedaan met kwaliteitsindicatoren gebaseerd op PROM's (Devlin, Parkin, & Browne, 2010). In deze paragraaf zullen we verkennen wat PROM's zijn en hoe deze in te zetten zijn.

2.4.1. Wat zijn PROM's?

Een PROM is een vragenlijst die een uitkomst meet waarbij de patiënt, door het beantwoorden van de vraag/vragenlijst, zelf een oordeel geeft over zijn of haar gezondheid. Een patiënt-gerapporteerde uitkomst gaat over een aspect van de gezondheid of het functioneren (bijvoorbeeld traplopen) die:



- belangrijk zijn voor de patiënt
- objectief niet meetbaar is, maar wel door de patiënt (of hun naasten) te beoordelen en te rapporteren
- beïnvloedbaar zijn door behandeling
- als een subjectieve uitkomstmaat van de behandeling kan worden gezien (Van der Wees & Vadja, 2015).

In onderstaande figuur is een voorbeeld gegeven van hoe een PROM ingezet kan worden:

Probleem/doelstelling
Patiënten met heupartrose hebben vaak problemen met het **functioneren tijdens dagelijkse activiteiten**, bijvoorbeeld bij traplopen of lopen naar de supermarkt om boodschappen te doen. Een van de mogelijkheden is een operatie waarbij een nieuwe heup wordt geplaatst. Die operatie is echter ingrijpend en een nieuwe heup moet na verloop van tijd vaak worden vervangen. Fysiotherapie kan een alternatief zijn om het functioneren te verbeteren en daarmee een operatie uit te stellen.

Analyse

1. Heeft het probleem te maken met de uitkomst van zorg (behandeling?): ja, het dagelijks functioneren van patiënten met heupartrose (lopen, traplopen) kan als uitkomstmaat gezien worden van een behandeling (heupoperatie of fysiotherapie).
2. Is de uitkomstmaat (het dagelijks functioneren) beïnvloedbaar door de behandeling? Ja, de orthopedisch chirurg en de fysiotherapeut kunnen via respectievelijk een operatie of een oefenprogramma helpen om het dagelijks functioneren te verbeteren.
3. Is de uitkomstmaat (het dagelijks functioneren) daadwerkelijk een PRO: alléén door patiënten te rapporteren (objectief niet meetbaar): ja, dagelijks functioneren kan het beste door de patiënt zelf gerapporteerd worden. Het functioneren, kan met een vragenlijst (PROM) in kaart worden gebracht; bijvoorbeeld met de Hip Osteoarthritis Outcome Scale (HOOS).

Het meten van het functioneren van de patiënt met de HOOS kan helpen bij het kiezen voor een operatie of (eerst) fysiotherapie: als eerst voor fysiotherapie wordt gekozen kan na afloop van de behandeling het functioneren opnieuw worden gemeten om het effect in kaart te brengen. Als blijkt dat het functioneren niet is verbeterd kan in afstemming tussen patiënt en behandelaars besloten worden om alsnog te opereren. Het succes van de operatie kan dan worden gemeten met de HOOS als uitkomstindicator.

Box 2. voorbeeld van hoe PROM's zijn in te zetten (Van der Wees & Vadja, 2015).

2.4.3. Type PROM's

Er zijn verschillende type PROM's: ziekte specifiek en generiek. Ziekte specifieke PROM's, waarvan er duizenden zijn, zijn afgestemd op de symptomen en de impact op de functie van een specifieke aandoening. Generieke PROM's houden rekening met algemene aspecten zoals zelfzorg en mobiliteit (Black, 2013). Ziekte specifieke PROM's hebben een grotere validiteit en betrouwbaarheid. Generieke PROM's creëren de mogelijkheid om te vergelijken over de verschillende aandoeningen heen (Black, 2013).



Box 2: Example of a disease specific and a generic PROM

Disease specific PROM: Oxford Hip Score

Twelve questions about how the patient has been over the previous 4 weeks covering pain (4 items), mobility (3 items), and activities (5 items). Five possible answers scored from 0 to 4, creating overall scale of 0 (severe disease) to 48 (no problems).

Example questions:

During the past 4 weeks have you been able to climb a flight of stairs?

Yes, easily/With little difficulty/With moderate difficulty/With extreme difficulty/No, impossible

During the past 4 weeks how would you describe the pain you usually had from your hip? None/Very mild/Mild/Moderate/Severe

During the past 4 weeks could you do the household shopping on your own?

Yes, easily/With little difficulty/With moderate difficulty/With extreme difficulty/No, impossible

Generic PROM: EuroQol EQ-5D

Five questions seeking information that best describes the patient's health that day, covering mobility, self care, usual activities, pain/discomfort, anxiety/depression. Three possible answers: no problem; some problem; severe problem.

Example questions:

Self care: I have no problems with self care/I have some problems washing or dressing myself/I am unable to wash or dress myself.

Anxiety/depression: I am not/moderately/extremely anxious or depressed.

Box 3. Type PROM's (Black, 2013, p. 2).

2.4.3. Functies van PROM's

PROM's hebben verschillende functies, afhankelijk van het aggregatieniveau van de gegevens is dit op patiëntniveau of groepsniveau. Zo kan op patiëntniveau informatie uit de PROM leiden tot een beter begrip van de complexe omstandigheden van de patiënt en gezamenlijke besluitvorming, gedeelde doelen en een betere patiënttevredenheid (Greenhalgh, Long, & Flynn, 2005). Zoals gezegd staan PROM's ook in de belangstelling om als indicator van kwaliteit te fungeren. Een indicator is een aanwijzing (indicatie) voor eventuele verschillen in kwaliteit van zorg/zorgaanbieders. Resultaten van PROM's kunnen omgerekend worden naar zo een uitkomstindicator (Van der Wees & Vадja, 2015). En zo zijn PROM's ook op groepsniveau te gebruiken.



<p><i>In de individuele patiëntenzorg:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • De toepassing van de resultaten van PROM-metingen in de individuele zorg vormt een aanvulling op de kennis en expertise van de zorgverlener vanuit het perspectief van de patiënt. De zorgverlener zal meer inzicht krijgen in de ervaren klachten en prioriteiten van zijn patiënten. • Als er door PROMs meer inzicht is in de gewenste doelen dan krijgt de patiënt een meer centrale rol in zijn/haar behandeling. Hierdoor wordt het zelfmanagement van de patiënt bevorderd waarbij patiënten zelf aan de doelstelling van de behandeling werken. • PROMs kunnen worden ingezet om samen met de patiënt vast te stellen welke problemen met functioneren in het dagelijks leven de patiënt het meest belemmeren. Hierdoor kunnen PROMs ondersteunen bij het bespreken van de hulpvraag en het vaststellen van de individuele doelen van de patiënten in gezamenlijke besluitvorming. • PROM-metingen kunnen worden gebruikt om de vooruitgang te meten en te bespreken met de patiënt.
<p><i>Op het niveau van zorgverleners en zorginstellingen:</i></p> <p>De resultaten van PROM-metingen kunnen gebruikt worden door zorgverleners en/of hun zorginstellingen (zoals ziekenhuizen) om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hun behandeluitkomsten te vergelijken met die van hun collega's en met andere instellingen en op basis daarvan hun kwaliteit te verbeteren. • problemen rondom besluitvorming in de zorg/behandeling in kaart te brengen en op te lossen. • problemen met screening en/of monitoren van patiënten in kaart te brengen en op te lossen.
<p><i>Op regionaal of landelijk niveau:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patiënten kunnen de resultaten van PROM-metingen gebruiken om keuzes te maken voor een zorgverlener of organisatie in eigen regio of verder weg. • Zorgverzekeraars kunnen de resultaten van PROM-metingen gebruiken voor het afsluiten van contracten met zorgaanbieders.

Box 4. Niveaus waarop PROM's zijn in te zetten (Van der Wees & Vadja, 2015).

2.4.4. Barrières om te werken met PROM's

PROM's worden uitgevraagd bij patiënten en sluiten daardoor nauw aan bij het besef dat patiënten een centrale bron zijn van informatie over kwaliteit van zorg. Bovendien richten ze zich primair op uitkomsten van zorg, die de meeste informatieve waarde hebben. Dit is anders dan bijvoorbeeld de Consumer Quality Index die ook de kwaliteit van zorg meet vanuit een patiënten perspectief, maar meer gericht is op structuur- en procesaspecten. Op organisatorisch niveau hebben PROM's het potentieel om te zorgen voor een continue kwaliteitsverbetering (Berwick, Donalds, Black, Nick, Cullen, David, & Deerberg-Wittrum, Jens, 2017, p. 28). Er zijn echter een aantal praktische, attitudinale (houding) en methodologische barrières die tot nu toe het gebruik van PROMs in de dagelijkse praktijk hebben beperkt (Boyce e.a., 2014, p. 515). Praktische bezwaren bestaan onder andere uit werkbelasting, het (on)gemak waarmee gegevens kunnen worden verzameld, samenwerking onder collega's, de mate van training en support en het gebruik van technologie. Barrières om te werken met PROM's gebaseerd op houding (van degene die er mee moeten werken) hebben te maken met de mate van transparantie van doelen



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

en openheid voor feedback en verandering. Methodologische bezwaren hebben te maken met de interpreteerbaarheid van informatie en de validiteit van het meetinstrument. De mate waarin deze barrières worden overwonnen, zal invloed hebben op de effectiviteit van PROM's voor het verbeteren van het zorgproces en de patiëntenzorg (Espallargues et al 2000; Fung 2008; Varagunam, Hutchings, Neuburger, & Black, 2014; Greenhalg & Meadows, 1999). Zo kunnen onder andere technologie en professionals betrekken bij de planningsfase het gebruik van PROM's verbeteren (Boyce e.a., 2014). Toekomstig onderzoek zou gericht moeten zijn op een juiste toepassing van PROM's (Boyce & Browne, 2013).

In deze paragraaf hebben we gezien dat PROM's door de patiënt ingevulde vragenlijsten zijn, die bedoeld zijn om uitkomsten van zorg te meten die belangrijk zijn voor de patiënt, objectief niet meetbaar zijn, beïnvloedbaar zijn door behandeling en als subjectieve uitkomstmaat gezien kunnen worden. Voorts hebben we gezien dat PROM's zowel op individueel als op een meer geaggregeerd niveau zijn in te zetten. Juist dat laatste niveau staat in de belangstelling. Echter door praktische, methodologische en attitudinale bezwaren is voor een juiste toepassing van PROM's nog aanvullend onderzoek gewenst.

2.5. Conclusie

In dit hoofdstuk hebben we gezien dat kwaliteit van zorg afhankelijk is van welk perspectief ter hand wordt genomen. De vele stakeholders (managers, patiënten, zorgverleners enzovoorts) die zijn betrokken bij het beoordelen en het werken aan kwaliteit van zorg maken dat het kwantificeren van kwaliteit lastig is. Kwantificeren is echter wel nodig om transparantie te bereiken. Transparantie kan via keuze en concurrentie bijdragen aan kwaliteitsverbetering. Gezien de vele betrokken stakeholders bij het werken aan kwaliteit van zorg, lijkt *samen* werken aan kwaliteit van zorg een belangrijke voorwaarde voor het realiseren van kwaliteit. *Gezamenlijk* werken aan kwaliteit komt tot uiting in patiëntgerichte zorg. Patiëntgerichte zorg omvat zorg waarbij de patiënt in zijn eigen context wordt geïnformeerd, gerespecteerd en betrokken. Deze patiëntgerichtheid zal leiden tot verbetering van de gezondheidstoestand van de individuele patiënt, maar ook tot efficiëntie. Dit komt tot stand door kostenbesparingen middels het voorkomen van overmatig gebruik en onderbenutting.

Patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten zijn een uiting van patiëntgerichte zorg waarbij de kwaliteit van zorg transparant wordt gemaakt en *samen* wordt gewerkt aan kwaliteit van zorg. PROM's zijn door de patiënt ingevulde vragenlijsten die bedoeld zijn om uitkomsten van zorg te meten die belangrijk zijn voor de patiënt, objectief niet meetbaar zijn, beïnvloedbaar zijn door de behandeling en als subjectieve uitkomstmaat gezien kunnen worden. Voorts hebben we gezien dat PROM's zowel op individueel als op een meer geaggregeerd niveau zijn in te zetten. Juist dat laatste niveau staat in de belangstelling. Echter door praktische, methodologische en attitudinale bezwaren is voor een juiste toepassing van PROM's nog aanvullend onderzoek gewenst.



In dit hoofdstuk werden onder andere het begrip kwaliteit en metingen via PROM's nader beschouwd, in de specifieke context van de gezondheidszorg. In het volgende hoofdstuk zal de context van deze masterscriptie worden losgelaten, maar in algemene zin worden gekeken hoe prestatiemetingen betekenisvol ingezet kunnen worden om *gezamenlijk* te werken aan kwaliteit. Hiervoor zullen de begrippen prestaties en prestatiemetingen, kwaliteit en kwaliteitsmanagement, stakeholders en samenwerken nader worden beschouwd.



3. Prestatiemetingen en kwaliteitsmanagement in professionele diensten

In dit hoofdstuk komen prestatiemetingen in de professionele dienstverlening aan de orde. Gebonden aan de filosofie van new public management is er een impliciete en vaak expliciete veronderstelling dat organisaties in de publieke sector succesvoller zouden kunnen zijn door het toepassen van technieken en processen vanuit de private sector, zoals het gebruik van prestatiemetingen (Hood, 1991). Allereerst zal worden besproken welke functies prestatiemetingen kunnen bedienen, maar ook welke perverse effecten hierbij op kunnen treden en welke aandachtspunten specifiek gelden bij prestatiemetingen in de professionele dienstverlening. Voorts zullen de concepten *kwaliteit* en *kwaliteitsmanagement* worden besproken; wat is het en waar wordt het door gekenmerkt? Daarnaast zal het concept *stakeholder* en het belang van *gezamenlijk* werken aan kwaliteit worden verkend. In paragraaf 3.5. worden condities geïdentificeerd die de inzet van prestatiemetingen betekenisvol maken. Het hoofdstuk sluit af met een conclusie en theoretisch model.

3.1. Prestaties en prestatiemetingen

Vandaag de dag wordt alles gemeten, inclusief zeer ambigue fenomenen zoals welzijn, sociale cohesie, criminaliteit en veiligheid. Meetmethoden worden gebruikt om grip te krijgen op dergelijke verschijnselen. Verschijnselen worden veranderd in kernachtige feiten en cijfers. Door deze 'numerical capture' wordt aangenomen dat fenomenen kunnen worden verbeterd (Noordegraaf, 2008, p. 222). Dit kan worden verklaard vanuit bredere ontwikkelingen, zoals de draai naar neoliberal (economische) beleid in de jaren tachtig, de opkomst van een 'New Public Management'-beweging in de westerse landen (Hood, 1991) en vanuit het geloof dat metingen leiden tot transparante en efficiënte publieke organisaties (de Bruijn, 2002, p. 578). In deze paragraaf zal worden besproken welke functies zijn toe te kennen aan prestatiemetingen en wat dit betekent voor het gebruik ervan tijdens het leveren van publieke diensten en welke perverse effecten op kunnen treden. De paragraaf start met een definitie van prestatiemetingen en prestatie management.

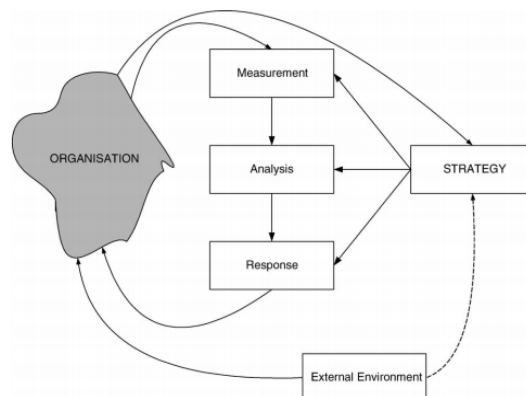
3.1.1. Prestatiemetingen en prestatie management: Wat is het?

Prestatiemetingen is een onderwerp dat vaak wordt besproken, maar zelden is gedefinieerd. Volgens het marktperspectief bereiken organisaties hun doelen door hun klanten tevreden te stellen met meer efficiëntie en effectiviteit dan hun concurrenten (Kotler, 1984 in (Neely, Adams, & Crowe, 2001). Effectiviteit verwijst naar de

When you can measure what you are speaking about, and express it in numbers, you know something about it...[otherwise] your knowledge is of a meagre and unsatisfactory kind; it may be the beginning of knowledge, but you have scarcely in thought advanced to the stage of science.
(Lord Kelvin, 1824-1907)

mate waarin aan klantvereisten wordt voldaan, terwijl efficiëntie een maat is voor hoe economisch de middelen van het bedrijf worden gebruikt bij het genereren van een bepaald niveau van klanttevredenheid (Neely e.a., 2001, p. 80). Het prestatieniveau dat een bedrijf behaalt, is dus een functie van de efficiëntie en effectiviteit van de acties die het onderneemt. Prestatiemetingen kunnen dus worden gedefinieerd als het proces van het kwantificeren van de efficiëntie en effectiviteit van de actie.

Managers meten of vragen voortdurend dat metingen worden verricht. In feite kan management nauwelijks bestaan zonder metingen. Prestatiemanagement creëert de context voor - en de meting van – prestaties (Lebas, 1995, p. 23). Prestatiemanagement kan worden gezien als het gebruik maken van prestatiemetingen om een positieve verandering in de organisatie teweeg te brengen in zowel cultuur, systemen als processen. Hierbij helpt het management bij het opstellen van prestatiedoelen en toewijzing en prioritering van middelen. Door prestatiemetingen worden managers geïnformeerd en kunnen zo het huidige beleid wijzigen om de gestelde doelen te bereiken (Amaratunga en Baldry, 2002 in Folan & Browne, 2005). Prestatiemetingen en prestatimanagement volgen elkaar in een iteratief proces; management gaat vooraf aan en volgt de meting, en daarmee schept het de context voor haar bestaan (Lebas, 1995).



Figuur 1. Schematische weergave van het prestatimanagement proces (Smit, 2002 in Folan & Browne, 2005, p. 674).

3.1.2. Voordelen van prestatiemetingen

Prestatiemetingen kennen een aantal functies (de Bruijn, 2002, p. 579). Ten eerste zorgen prestatiemetingen voor transparantie. Transparantie kan een bijdrage leveren aan het inzicht hoe bepaalde producten of services een bijdrage leveren aan de organisatieprestaties. Hierover zal verantwoording afgelegd moeten worden en de informatie die nodig is om verantwoording af te leggen is met de prestatiemetingen voorhanden en kan worden gebruikt om hierover te communiceren (de Bruijn, 2002, p. 580). In het vorige hoofdstuk kwam al kort naar voren dat transparantie kan leiden tot kwaliteitsverbetering. Hiermee volgt een tweede functie van prestatiemetingen: door transparantie kan men leren over wat er goed gaat en wat er beter kan. Tenslotte scheppen



prestatieingen een mogelijkheid om te beoordelen en te straffen. Wanneer het beoordelen en straffen geen *bewust* doel is, zal dit leiden tot perverse effecten.

Functies van prestatieingen
1) Transparantie: publieke verantwoording
2) Leren: wat gaat er goed en waar is verbetering mogelijk?
3) Beoordelen
4) Straffen

Tabel 2. Functies van prestatieingen (de Bruijn, 2002).

3.1.3. Perverse effecten van prestatieingen

Ongeveer 20 jaar na de start is het duidelijk geworden dat prestatieingen in de publieke sector niet zonder problemen of consequenties is (Leeuw, 2000; OECD, 1996 in Thiel & Leeuw, 2002, p. 268). Er zijn velerlei onderzoeken die rapporteren over de onbedoelde effecten van

“Measurement is complex, frustrating, difficult, challenging, important, abused and misused”
(Sink, 1991)

prestatieingen. Tunnelvisie, inhibitie van innovatie en suboptimalisatie zijn voorbeelden van effecten die recidiverend worden geconstateerd en het gevolg zijn van verkeerde aannames die ten grondslag liggen aan de meting, meetfouten of problemen met betrekking tot de inhoud, positie en hoeveelheid meetinstrumenten (Bouckaert & Balk, 1991; Smith, 1995 in Thiel & Leeuw, 2002, p. 269). De wildgroei van regelgevers en auditors heeft de kosten voor het monitoren enorm laten doen toenemen en in sommige gevallen is het onduidelijk wat er daadwerkelijk wordt gemeten (Thiel & Leeuw, 2002, p. 270). Prestatieingen kunnen dus leiden tot perverse effecten. In onderstaande tabel zijn zeven voorbeelden weergegeven.

Perverse effecten van prestatieingen
1) Gameplaying
2) Bureaucratie/toename van kosten
3) Verhinderen van innovatie
4) Verlies van ambitie
5) Negeert complexiteit; alleen het meetbare is te kwantificeren
6) Verlies van systeemverantwoordelijkheid
7) Straffen

Tabel 3. Perverse effecten van prestatieingen (de Bruijn, 2002, pp. 580–583).

De functie die wordt toegekend aan prestatieingen is leidend voor het optreden van perverse effecten. Hoe meer managers willen sturen door prestatieingen hoe minder effectief prestatieingen zijn. Dit komt omdat managers meer functies zullen ontlene aan prestatieingen zoals belonen, bestraffen en

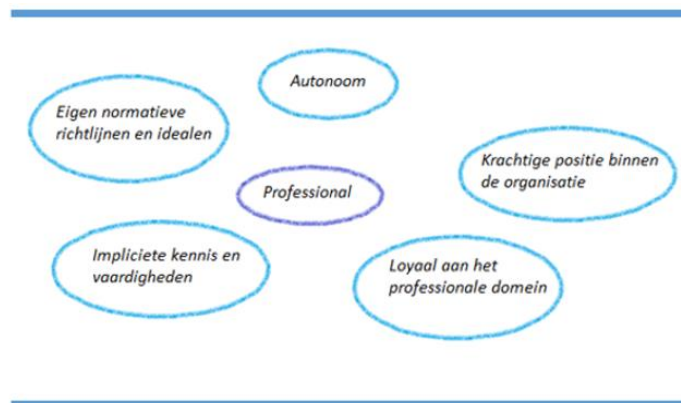


benchmarking. Hoe meer professionals op deze wijze worden beïnvloed door het systeem hoe meer dit zal leiden tot het optreden van perverse effecten (de Bruijn, 2002, p. 584). Prestatiemetingen in het algemeen kennen dus een keerzijde. In de volgende paragrafen zullen we dieper ingaan op de publieke sector die een aantal specifieke complexiteiten kent waar rekening mee gehouden dient te worden bij de inzet van prestatiemetingen.

3.1.4. Presteren in professionele dienstverlening

Publieke diensten worden gedomineerd door professionals. De professional kenmerkt zich onder andere door een krachtige positie binnen de organisatie, loyaliteit aan de beroepsgroep, hoge mate van autonomie en impliciete kennis. Wanneer we dit verder uitwerken leidt dat tot het inzicht dat professionals betrokken dienen te worden voor een betekenisvolle inzet van prestatiemetingen.

Ten eerste bekleedt de professional een krachtige positie binnen de organisatie omdat ze behoren tot een professie met autonomie vanuit de beroepsgroep (Freidson, 1994). Zo zijn zij in een traditionele professionele organisatie niet alleen de uitvoerders, maar ook degene met de managementcontrole (Greenwood, Hinings, & Brown, 1990). Professionals zullen streven naar behoud



Figuur 2. Kenmerken professional

hiervan om zo hun positie en status te handhaven, reputatie te versterken en verzekerd te zijn van beloningen (Noordegraaf, 2015, p. 125). Ten tweede heeft de professional weinig binding met de organisatie. De inhoud van het werk van de professional is niet alleen functioneel, maar vooral ook persoonlijk en sociaal, wat zich uit in een enorme loyaliteit aan het professionele domein in plaats van de organisatie (Noordegraaf, 2015, p. 124). Hierdoor zal de professional niet zo maar het management volgen in het nut en de noodzaak van de inzet van prestatiemetingen. Ten derde heeft de professional, zoals Mintzberg (1979) beschreef in zijn beschrijving van de professionele bureaucratie, een hoge mate van autonomie. De manager heeft daarom geen controle over de professional bij het werken met prestatiemetingen. In de huidige kennismaatschappij wordt het steeds moeilijker om strikt professional te blijven, omdat professionals niet ontkomen aan organisatorische en financiële overwegingen die zich richten op kosten, efficiëntie, waarde voor geld, consumenteneisen, enzovoort (Fischer, 1998; Flynn, 2004; Harrison, 2004; Harrison & McDonald, 2003 in Noordegraaf, 2007). Vandaag de dag zijn de grenzen tussen professionals en leidinggevende functies vager dan de stereotypen suggereren. Dit betekent echter niet dat professionele autonomie verdwijnt (Mirko Noordegraaf, 2007). Tenslotte bezitten professionals hun eigen gespecialiseerde kennis en vaardigheden en normatieve idealen en richtlijnen (Wilensky,



UMC Utrecht



1964). Dit komt tot stand door training en educatie. Professionele kennis is diep ingebed, impliciet en onlosmakelijk verbonden met de praktijken en activiteiten van de professional (Polanyi,1996; Tsoukas, 1996 in Currie, Waring, & Finn, 2008, p. 367). Dit maakt dat prestaties in de professionele dienstverlening niet zomaar kunnen worden gekwantificeerd en ideeën over wat kwaliteit is zijn niet zomaar te beïnvloeden. Betekenisvolle prestatiemetingen zullen dus moeten worden geconstrueerd en geïmplementeerd in samenspraak met de professional. In paragraaf 3.4.2. zal dieper worden ingegaan op het belang van het betrekken van stakeholders bij het werken met prestatiemetingen.

Voorts kenmerkt de publieke sector zich door services. Kenmerkend voor services is dat ze tot stand komen gedurende de interactie tussen aanbieder en cliënt (Noordegraaf, 2015, p. 114–115). Services in de publieke en non-profit sector kennen een aantal complexiteiten. Ten eerste zijn de casussen vaak zeer complex. Het gaat over mensen en belangrijke zaken zoals het leven, de gezondheid, het welzijn en de veiligheid van mensen waarbij sturing voor mensen dichtbij komt. Ten tweede zijn services niet alleen individueel, maar ook maatschappelijk. Een infectie met gevaar op besmetting kan niet geïsoleerd worden tot de gezondheid van een persoon, maar is onlosmakelijk verbonden met andere mensen. Ten derde is output moeilijk te relateren aan outcome; leidt het uitdelen van een verkeersboete werkelijk tot meer veiligheid? Tenslotte betreft de service vaak een explosief onderwerp zoals veiligheid, gezondheid, welzijn of onderwijs. Dit treft veel mensen met ieder daarover hun eigen (verschillende) wensen en belangen (Noordegraaf, 2015, p. 117–118). Opnieuw betekent dit dat prestatiemetingen niet zo eenvoudig zijn toe te passen op diensten in de professionele dienstverlening.

Samenvattend hebben we in deze paragraaf gezien dat prestatiemetingen kunnen leiden tot transparantie en de mogelijkheid scheppen om te leren. Zo kunnen prestatiemetingen bijdragen aan een verbetering in prestaties. Prestatiemetingen kunnen echter ook leiden tot perverse effecten. In deze paragraaf hebben we specifiek een aantal kenmerken van de publieke diensten onderkend waar rekening mee gehouden dient te worden om perverse effecten te voorkomen. Zo hebben we gezien dat de autonome professional een krachtige positie bekleedt binnen de organisatie, veel impliciete kennis heeft en loyaal is aan de beroepsgroep. Dit vraagt om het betrekken van de professional bij de inzet van prestatiemetingen. Voorts hebben we gezien dat de services complex zijn, onder andere door de vele stakeholders die betrokken zijn. In de volgende paragrafen zullen we nader verkennen hoe kwaliteitsmanagement op basis van prestatiemetingen aandacht moet hebben voor deze stakeholders.

3.2. Kwaliteit en kwaliteitsmanagement

In deze paragraaf zullen de begrippen kwaliteit en kwaliteitsmanagement nader worden verkend.



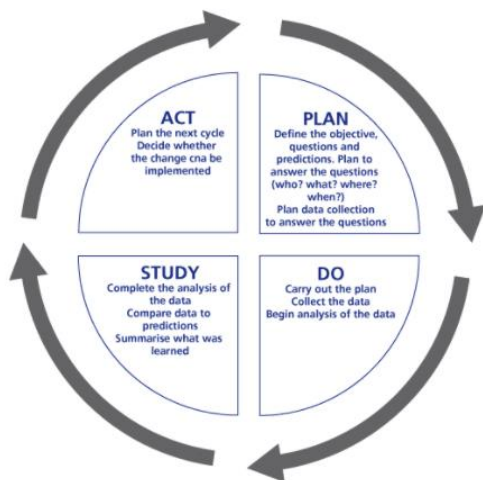
3.2.1. Kwaliteit: Wat is het?

De zoektocht naar een definitie van kwaliteit levert een inconsistent resultaat op (Reeves & Bednar, 1994 in Noordegraaf & Geuijen, 2011, p. 262). Een van de meer

Kwaliteit is geschikt voor gebruik (Juran, 1974)

basale definities is: kwaliteit is *geschikt* voor gebruik (Juran, 1974 in Noordegraaf & Geuijen, 2011, p. 262). Hierin ligt besloten dat er *gebruikers* zijn. Die vele gebruikers hebben allemaal hun eigen idee over de geschiktheid (Hardjono in Noordegraaf & Geuijen, 2011, p. 262). Dit geeft de subjectiviteit van het begrip aan. Bovendien roept het de vraag op wie dan bepaalt wat kwaliteit is. In de praktijk zijn er kwaliteitsfunctionarissen die dit bepalen. Echter wat de kwaliteitsfunctionaris wil kan in schril contrast staan met wat het bestuur of de uitvoering van een organisatie wil die kwaliteit vanuit een ander perspectief benaderen (bijvoorbeeld lange termijn versus korte termijn). Kwaliteit is dus moeilijk vast te stellen.

Daarnaast rijst de vraag: hoe kan ervoor gezorgd worden dat kwaliteit wordt verbeterd? Het meten of controleren van diensten heeft alleen zin als de uitkomsten worden gebruikt om nieuwe diensten te bedenken, het proces aan te passen dat tot de dienst leidt of als de omstandigheden waaronder de dienst tot stand komt kan worden aangepast (Noordegraaf & Geuijen, 2011, p. 264). Deze kijk op kwaliteitsverbetering heeft geleid tot de zogenaamde PDCA-cycle, ook wel bekend als de Deming cycle. PDCA staat voor plan-do-check-act. *Check* zou te vervangen zijn voor *learn* als je niet alleen wilt controleren of de dienst voldoet aan de verwachtingen maar als je er ook van wilt leren om aan verwachtingen te voldoen of zelfs wilt overtreffen (Noordegraaf & Geuijen, 2011, p. 265).



Figuur 3. Deming Cycle (PDCA).



3.2.2. Kwaliteitsmanagement

Bij kwaliteitsmanagement staat de kwaliteit van organisaties en organisatieprocessen centraal (Noordegraaf & Geuijen, 2011, p. 259). Kwaliteitsmanagement wordt gedefinieerd als een benadering om hoogwaardige kwaliteit van output te bereiken en te behouden. Gericht op het onderhoud en continue verbeteren van processen en preventie van defecten op alle niveaus en in alle functies van de organisatie. Met als doel om aan de verwachtingen van de klant te voldoen of deze te overtreffen (Flynn, Schroeder, & Sakakibara, 1994, p. 340).

Total quality management (TQM), ook wel integrale kwaliteitszorg genoemd, is de laatste jaren omarmd door zowel bedrijven als overheidsorganisaties. Snell and Dean (1992) beschrijven TQM als

TQM: de dingen de eerste keer goed doen, streven naar continue verbetering en voorzien in de behoefte van de klant (Sitkin, Sutcliffe, & Schroeder, 1994, p. 538)

dingen de eerste keer goed doen, streven naar continue verbetering en voorzien in de behoefte van de klant (Sitkin, Sutcliffe, & Schroeder, 1994, p. 538). Organisaties kunnen het meest verbeteren in hun prestaties door te erkennen dat de verwachtingen van klanten waarschijnlijk zullen stijgen naarmate de prestaties van de organisatie verbeteren. Als een organisatie concurrerend wil blijven zal het voortdurend moet verbeteren in zijn processen en resultaten. Simpele of kortzichtige oplossingen zullen de organisatie niet ver brengen (Sitkin e.a., 1994, p. 541).

TQM is bepleit als universeel toepasbaar voor alle organisaties en organisatorische activiteiten (Crosby, 1979; Deming, 1986; Juran, 1986 in Sitkin e.a., 1994, p. 538). Sitkin (1994) bepleit echter een benadering van TQM welke contingent is. Een contingentieperspectief impliceert dat de TQM-principes en bijbehorende werkwijzen afgestemd moeten worden op de situatie. In de vorige paragraaf hebben we reeds gezien dat publieke diensten complex zijn. Afstemming lijkt dus hier extra belangrijk. In de volgende paragrafen zullen we hier dieper op in gaan door een stakeholder perspectief op kwaliteitsmanagement te beschouwen.

3.3. Stakeholders

De term stakeholder heeft de afgelopen 20 jaar een prominente plaats ingenomen in de publieke en non-profit managementtheorie en -praktijk, in het bijzonder in het laatste decennium. De term verwijst naar personen, groepen of organisaties die op de een of andere manier moeten worden betrokken door managers (Bryson, 2004, p. 22). Stakeholders worden als bijzonder belangrijk beschouwd in publieke en non-profit organisaties, die over het algemeen een diverse groep van stakeholders bevat. Verschillende studies tonen de potentie van het betrekken van een breed scala aan stakeholders (Freeman, 2010).



3.3.1. Gedrag van stakeholders

Welk gedrag stakeholders zullen vertonen om de organisatie te beïnvloeden wordt bepaald door de afhankelijkheid die stakeholders en organisatie van elkaar hebben (Frooman, 1999, p. 200). Er zijn vier verschillende strategieën die stakeholders kunnen hanteren om invloed uit te oefenen op een organisatie (Frooman, 1999, 196-201):

- indirect niet meewerken
- indirect meewerken
- direct niet meewerken
- direct meewerken

Of er een directe of indirecte strategie wordt gehanteerd wordt bepaald door of de organisatie wel of niet afhankelijk is van de stakeholder. Wanneer de organisatie niet afhankelijk is van de stakeholder zal deze niet direct worden betrokken en kan de stakeholder dus geen directe invloed uitoefenen. De stakeholder kan dan alsnog invloed uitoefenen via andere stakeholders. Of de stakeholder zal meewerken of niet zal meewerken wordt bepaald door de afhankelijkheid van de organisatie. Als de stakeholder geen belang heeft bij de strategie zal dit resulteren in niet meewerken. Als de stakeholder wel afhankelijk is van de organisatie zal dit resulteren in het meewerken, zo nodig met aanvullende voorwaarden. In onderstaande tabel is weergegeven hoe de verschillende vormen van afhankelijkheid bepalen welke strategie wordt gehanteerd door de stakeholder.

Typology of Influence Strategies

		Is the stakeholder dependent on the firm?	
		No	Yes
Is the firm dependent on the stakeholder?	No	Indirect/withholding (low interdependence)	Indirect/usage (firm power)
	Yes	Direct/withholding (stakeholder power)	Direct/usage (high interdependence)

Figuur 4. Strategieën van stakeholderes om invloed uit te oefenen (Frooman, 1999).

Het gedrag dat de stakeholders kunnen vertonen laat de invloed zien die zij daarmee kunnen hebben op de organisatie. In de volgende paragraaf zal daarom het belang van *gezamenlijk* werken aan kwaliteit worden besproken.



3.4. Gezamenlijk werken aan kwaliteit

Dat de publieke sector meerdere stakeholders heeft die moeten worden bediend staat buiten kijf. Er is dus behoefte aan een vorm van kwaliteitsmanagement dat daar op afgestemd is om te komen tot *gezamenlijk* werken aan kwaliteit. Maar waarom is dit belangrijk? In deze paragraaf zal dit nader worden beschouwd.

3.4.1. Definitie samenwerken

Samenwerking houdt in dat twee of meer mensen met elkaar in interactie zijn om te werken aan een gemeenschappelijk doel (Henneman et al., 1995; Mattessich and Monsey, 1992; Meads et al., 2005; Montiel-

Samenwerking houdt in dat twee of meer mensen met elkaar in interactie zijn om te werken aan een gemeenschappelijk doel
(Patel, Pettitt, & Wilson, 2012)

Overall, 2005; Schrage, 1990; Wilson, 2006 in Patel, Pettitt, & Wilson, 2012). Samenwerken gaat vaak samen met voortdurend veranderende mensen, technologie, informatie en ruimte, en dus wordt samenwerking begrepen door de interacties van mensen met elkaar, technologie, informatie en de omgeving (Patel e.a., 2012). In de volgende subparagraaf zullen we dieper ingaan op waar samenwerken toe kan leiden.

3.4.2. Nut en noodzaak van samenwerken

Samenwerken betekent dus dat er interactie is tussen betrokkenen. Het bereiken van een gemeenschappelijk doel leidt tot vertrouwen, het gevoel van mede-eigenaarschap en levert inzicht in de verschillende belangen die spelen.

Vertrouwen

Allereerst wordt betrokkenheid van stakeholders als gunstig beschouwd voor het construeren van prestatiesystemen, omdat op deze wijze gewerkt wordt aan een vertrouwensrelatie tussen de organisatie en haar stakeholders (Arnaboldi & Azzone, 2010, p. 266).

Mede-eigenaar

Stakeholders moeten zich mede-eigenaar voelen van prestatiemetingen. Nog vaak is het zo dat prestatiemetingen door hogerhand worden opgelegd. Hierdoor is er weinig oog voor het belang van degene die ermee moeten werken (Noordegraaf et al., 2014, p. 25). Door stakeholders te betrekken voelen ze zich meer eigenaar van het instrument.



Inzicht in belangen

Onderzoek laat zien dat de helft van beslissingen faalt omdat besluitvormers zich niet aan de belangen en informatie houden die hen door stakeholders werd verteld (Nutt, 2002 in Bryson, 2004, p. 23). Het nalaten van aandacht te besteden aan de informatie van stakeholders is een denkfout of actie die te vaak leidt tot slechte prestaties, regelrechte mislukking of zelfs rampspoed (Bryson, 2004, p. 23).

3.4.3. De mythes van het betrekken van burgers

Het betrekken van stakeholders van publieke diensten betekent niet alleen het betrekken van professionals, maar ook het betrekken van burgers. Sceptici claimen dat het betrekken van burgers kan leiden tot het fenomeen dat burgers de ‘dienst gaan uitmaken’. Echter het betrekken van

Burgers gaan de dienst uitmaken
 Burgers betrekken kost veel resources
 Burgers betrekken creëert onrealistische verwachtingen
 (Bason, 2010)

burgers betekent niet dat burgers gevraagd wordt wat ze leuk zouden vinden, maar welke oplossing het beste zal werken (Bason, 2010, p. 156). Zo kunnen ze een belangrijke bijdrage leveren aan het proces van kwaliteitsverbetering. Een tweede mythe is dat burgers betrekken veel resources kost, waaronder tijd en geld. Echter is het goed te realiseren dat in het werken aan kwaliteitsverbetering het de moeite waard is: ‘to fail early to succeed sooner’. Oftewel, als burgers niet worden betrokken bestaat het risico dat pas bij het implementeren van een oplossing blijkt dat dit niet de juiste is (Bason, 2010, p. 156). Tenslotte claimen sceptici van *gezamenlijk* werken aan kwaliteit dat het betrekken van burgers onrealistische verwachtingen creëert. Dit is een realistische claim, daarom zullen verwachtingen gemanaged moeten worden. Er zal uitgesproken moeten worden dat garanties over het verwerken van ideeën naar de praktijk niet gegeven kunnen worden, maar dat de input wel serieus genomen zal worden (Bason, 2010, p. 157).

In de voorgaande paragrafen hebben we gezien dat prestatieingen via het gedrag van stakeholders invloed hebben op kwaliteit(verbetering). Stakeholders kunnen zowel direct als indirect wel of niet meewerken aan kwaliteitsverbetering. Ook samenwerken speelt hierin een cruciale rol omdat in het streven naar het behalen van een gemeenschappelijk doel vertrouwen en mede-eigenaarschap wordt gecreëerd en het inzicht wordt verkregen in de verschillende belangen die spelen. In de volgende paragraaf zullen we condities identificeren die deze variabelen (prestatieingen en gedrag van stakeholders) kunnen beïnvloeden.

3.5. **Conditie voor een betekenisvolle inzet van prestatieingen**

Prestatieingen zijn er in vele soorten en maten. In deze paragraaf zal worden besproken hoe de inzet van prestatieingen betekenisvol gemaakt kan worden. Aan de hand van casuïstiek - de Veiligheidsindex



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

Rotterdam - zullen condities worden geïdentificeerd die de inzet van prestatieingen betekenisvol kan maken. Achtereenvolgens zullen condities in de *constructie* en het *gebruik* van prestatieingen en de *omgang* met stakeholders worden beschreven.

3.5.1. Betekenisvolle prestatieingen: casuïstiek

Ten tijde van de eeuwwisseling introduceerde de stad Rotterdam (Nederland) een Veiligheidsindex met als doel de veiligheid te meten om op basis daarvan beleid te maken en de veiligheid te verbeteren. De Veiligheidsindex werd verbonden met een veiligheidsprogramma met bestuurlijke topprioriteit. De prioriteiten werden gekoppeld aan targets en indicatoren om het doel te verhelderen, de koppeling met middelen en activiteiten te kunnen maken en de voortgang te kunnen monitoren. De metingen werden verricht op verschillende niveaus in de stad (wijken, deelgemeente, stad als geheel) en op basis van directe en indirecte criteria. Tezamen vormden de cijfers een statisch gewogen Veiligheidsindex cijfer. Hoewel het cijfer wat willekeurig overkomt zit er een gedachte achter. Het combineert ruimtelijke, sociale en culturele factoren (directe en indirecte metingen) die allen van invloed zijn op criminaliteit. Tenslotte werden de cijfers gecategoriseerd waardoor de uitkomsten visueel weer te geven waren. De index was een heel zichtbaar instrument. Toenmalig burgemeester Opstelten trad ermee naar buiten tijdens een persconferentie en liet weten dat hij zou aftreden als er geen vooruitgang werd geboekt. De index werd in de publiciteit gebruikt om de veiligheid van de stad jaarlijks weer te geven. Ook achter de schermen werd de index gebruikt om beleid te actualiseren, interventies te plannen of onduidelijke ontwikkelingen te evalueren. Een stuurgroep Veiligheid kwam tweewekelijks bijeen om beslissingen te nemen op basis van dit instrument (Noordegraaf, 2008). In de volgende paragrafen zal worden besproken hoe dit veiligheidscijfer zo succesvol heeft kunnen worden.

3.5.2. Constructie van prestatieingen

In bovengenoemde casus is te zien hoe via mensen en interactie prestatieingen betekenisvol gemaakt kunnen worden (Noordegraaf et al., 2011, p. 388-391). De eerste manier waarop dit gerealiseerd kan worden is in de *constructie* van prestatieingen. De constructie van prestatieingen heeft betrekking op door wie ze worden gebruikt, op welk moment en vanuit welke optiek (Noordegraaf & Geuijen, 2011, p. 387). Door gebruik te maken van *voorkennis* van stakeholders en door gebruik te maken van *verhalen* blijven cijfers geen cijfers maar krijgen ze betekenis.

Voorkennis

De kracht van een meting wordt mede bepaald door de duiding van wat er uit metingen komt. Metingen kunnen vaak niet één-op-één de realiteit presenteren omdat de context ambigue is. Door in de constructie gebruik te maken van voorkennis kunnen ervaringen bijdragen aan het herkennen en erkennen van relevante meetuitkomsten (Noordegraaf & Geuijen, 2011, p. 388). Op basis van de voorkennis kan er een selectie gemaakt



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

worden in wat er gemeten gaat worden op basis van assumpties over relevantie en causaliteit (Noordegraaf, 2008, p. 231). In het voorbeeld van de Rotterdamse Veiligheidsindex werd hier handig gebruik van gemaakt door objectieve en subjectieve veiligheidscondities op te nemen in het veiligheidscijfer. De werkelijkheid is niet volledige weer te geven in cijfers, maar ervaringskennis weet vaak heel goed wat er speelt en wat relevant en nuttig is om op te focussen.

Verhalen

Het tweede aspect dat belangrijk is in de constructie van prestatieingen is het gebruik van verhalen. Zoals reeds in de inleiding van deze paragraaf benoemt, krijgen cijfers betekenis door mensen en interactie. Gesprekken en verhalen kunnen prestatiecijfers begrijpelijk maken en van een juiste duiding voorzien. Metingen moeten dus discursief worden gemaakt. In het geval van de Rotterdamse Veiligheidsindex werd de veiligheidsaanpak sterk politiek gekleurd en van een veiligheids- en leefbaarheidsverhaal voorzien. Duidelijk werd uitgelegd waarom men ging meten en wat men ging meten (Noordegraaf & Geuijen, 2011, p. 389). Cijfers worden zo betekenisvol doordat er een gezamenlijk doel en focus wordt gecreëerd.

3.5.3. Omgang met stakeholders

De tweede manier waarop prestatieingen betekenisvol kunnen worden gemaakt is in de *omgang met stakeholders*. Het is van belang wie wel en niet betrokken worden, wie eigenaar is van de metingen en waar de definitiemacht ligt. Wanneer fenomenen lastig te definiëren zijn levert het betrekken van stakeholders meerdere voordelen op. Zoals gezegd kan er gebruik worden gemaakt van ervaringskennis, maar genereert het ook leereffecten en betrokkenheid. Wanneer stakeholders zich onderdeel voelen van de metingen waar ze mee te maken krijgen kunnen ze meeteffecten moeilijker naast zich neerleggen (Noordegraaf & Geuijen, 2011, p. 388). In het voorbeeld van de Rotterdamse Veiligheidsindex is duidelijk zichtbaar dat er structuren werden gerealiseerd - maandelijks overleg in de boekhandel, jaarlijks een accountability day - waarbij stakeholders werden betrokken die als saillant werden beschouwd en wiens macht beter werd bediend door de stakeholder centraal te stellen (Noordegraaf, 2008).

3.5.4. Gebruik van prestatiemetingen

De derde manier waarop prestatiemetingen betekenisvol kunnen worden gemaakt om gezamenlijk te werken aan kwaliteit van zorg is via het *gebruik* ervan. Het gebruik van prestatiemetingen heeft betrekking op met welke acties ze worden verbonden en hoe er gewicht wordt toegekend aan het cijfer (Noordegraaf & Geuijen, 2011, p. 387). Het gebruik van prestatiemetingen moet zo worden georganiseerd dat prestatie management gewicht heeft, prikkels geven voor gedragsverandering en voor de praktijk als waardevol worden beschouwd (Noordegraaf & Geuijen, 2011, p. 387). Prestatiemetingen worden betekenisvol wanneer ze ingebed worden in de dagelijkse praktijk, uitkomsten worden besproken in overleggen en platforms en uitkomsten worden voorzien van bestuurlijk commitment.

Prestatiemetingen inbedden in de dagelijkse praktijk

Prestatiemetingen moeten in het hart van de beleidsvorming- en uitvoering worden geplaatst. Het werken met (de uitkomsten van) prestatiemetingen is niet iets voor de stafafdelingen, maar moet in het middelpunt van de dagelijkse praktijk staan. Dit betekent dat metingen voor de praktijk als waardevol worden beschouwd, dat het een prikkel is voor gedrag(sverandering) en prestatie management gewicht heeft. Het instrument moet zwaarte en status krijgen en als waardevol worden ervaren, omdat er interventiekracht aan vast zit. In het voorbeeld van de Rotterdamse Veiligheidsindex werd de prestatiemeting in hart van beleidsvorming- uitvoering geplaatst door het cijfer voortdurend in overleggen te bespreken, bijvoorbeeld in de Stuurgroep Veiligheid waarin tweewekelijks over de aanpak van veiligheid werd gepraat. Hier werden uitkomsten onder andere van een duiding voorzien (Noordegraaf & Geuijen, 2011, p. 389-390).

Uitkomsten bespreken in overleggen en platforms

Een tweede conditie om via het *gebruik* prestatiemetingen betekenisvol te maken, is ervoor zorgen dat cijfers inzet zijn van gesprek. Cijfer moeten gewicht krijgen om het beleid te bepalen en veranderingen te bewerkstellings. Zo worden cijfers niet enkel gebruikt om te monitoren, maar om processen daadwerkelijk te veranderen en te verbeteren. In het voorbeeld van de Rotterdamse Veiligheidsindex werd dit gedaan doordat het cijfer daadwerkelijk input was voor de Stuurgroep Veiligheid waar de beslissingen voor het beleid werden genomen (Noordegraaf & Geuijen, 2011, p. 391).

Een andere succesfactor van de Rotterdamse Veiligheidsindex werd toegeschreven aan de introductie van nieuwe fora en platforms (Noordegraaf, 2008). Zo waren er maandelijkse indexvergaderingen in de boekhandel en was er jaarlijkse een 'accountability day' waarbij politici aan de burger toelichtte waar acties toe hadden geleid. Dergelijke platforms zorgen ervoor dat stakeholders met uiteenlopende perspectieven samenkomen. Kenmerkend voor een platform is het bewustzijn van de onderlinge afhankelijkheid en de wens om gezamenlijk



UMC Utrecht



te werken aan de oplossing (Steins & Edwards, 1999: 244 in Warner, 2006, p. 17). Het is dus niet alleen een gesprek maar een interactieve benadering om dingen voor elkaar te krijgen. Het succes van platforms berust op de aanname dat stakeholders samen meer informatie hebben dan een autoriteit alleen en stakeholders sneller de uitkomst van het project accepteren wanneer ze betrokken zijn (Faysse, 2006, p. 221).

Bestuurlijk commitment

Cijfers moeten slim en agressief worden bepleit. In de eerste plaats is daar bestuurlijke commitment voor nodig. Uitkomsten moeten worden verbonden met bestuurlijke ambities. Zo worden metingen gesteund en steeds opnieuw geactualiseerd. In het geval van de Veiligheidsindex werd door de burgemeester helder verwoord dat het cijfer bepalend zo niet allesbepalend zou zijn (Noordegraaf & Geuijen, 2011, p. 390). De Veiligheidsindex bleef zo voortdurend in de belangstelling staan en zichtbaar.

In deze paragraaf hebben we drie manieren besproken waarop de inzet van prestatiemetingen betekenisvol gemaakt kunnen worden om *gezamenlijk* te werken aan kwaliteit. Prestatiemetingen worden betekenisvol door:

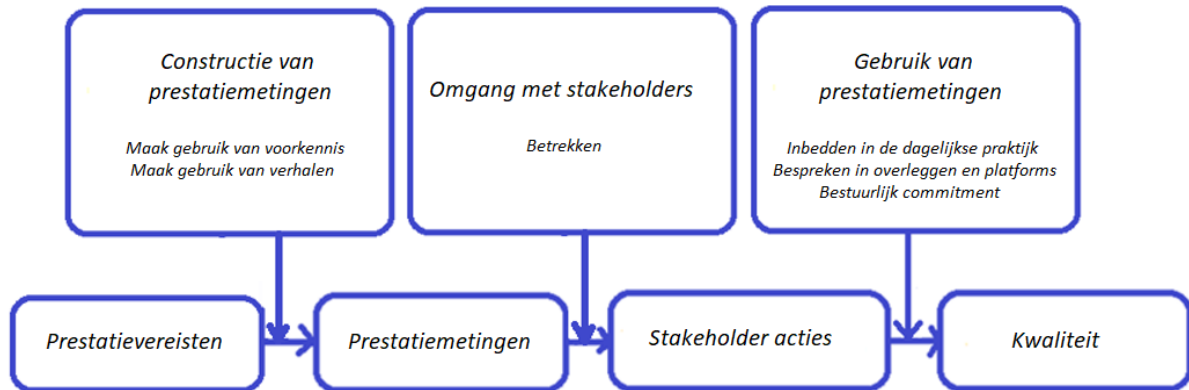
- in de *constructie* gebruik te maken van voorkennis en verhalen,
- in de *omgang met stakeholders* ware betrokkenheid te realiseren
- in het *gebruik* prestatiemetingen cijfers in te bedden in de dagelijkse praktijk, uitkomsten te bespreken in bestaande overleggen en platforms en prestatiemetingen en uitkomsten te voorzien van bestuurlijke commitment

3.6 Conclusie

In dit hoofdstuk hebben we gezien dat prestatiemetingen kunnen worden ingezet om te werken aan kwaliteit door het creëren van transparantie en de mogelijkheid om te leren. We hebben gezien dat dit in de professionele dienstverlening niet gemakkelijk is door autonome professionals die niet zijn gebonden aan de organisatie en complexe services waar vele stakeholders bepalen wat kwaliteit is. Kwaliteit heeft subjectiviteit in zich door de verschillende stakeholders die zijn betrokken, die allen een andere kijk op kwaliteit hebben. Gericht op dingen de eerste keer goed doen, streven naar continue verbetering en voorzien in de behoefte van de klant zal kwaliteitsmanagement gericht moeten zijn op stakeholders. Stakeholders hebben de macht om (in)direct wel of niet mee te werken. Dit betekent dat *gezamenlijk* werken aan kwaliteit nodig is en zal leiden tot vertrouwen, gevoel van mede-eigenaarschap en inzicht in de verschillende belangen die spelen. Tenslotte zijn 3 manieren geïdentificeerd waarop prestatiemetingen betekenisvol gemaakt kunnen worden om zo *gezamenlijk* te werken aan kwaliteit. Ten eerste door in de *constructie* van prestatiemetingen gebruik te maken van voorkennis en verhalen. Ten tweede door in de omgang met stakeholders ze te betrekken. Zo wordt er gebruik gemaakt van voorkennis en worden leereffecten en betrokkenheid gecreëerd. Ten derde door in het *gebruik*



prestatieingen in te bedden in de dagelijkse praktijk, uitkomsten te bespreken in bestaande overleggen en platforms en prestatieingen en uitkomsten te voorzien van bestuurlijk commitment. Schematisch kan dit samengevat worden in onderstaand theoretisch model:



Figuur 5. Theoretisch model: schematische weergave van theoretisch veronderstelde condities die de inzet van prestatieingen betekenisvol maken.

Dit theoretisch model zal de leidraad vormen voor het empirische gedeelte van deze masterscriptie. De context van het empirische gedeelte is de gezondheidszorg. Hier staan patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten in de belangstelling om als prestatie-indicator gebruikt te worden om kwaliteitsverbetering van zorg te realiseren. In het volgende hoofdstuk zal de onderzoeksopzet worden besproken.



4. Onderzoeksaanpak

Dit hoofdstuk beschrijft de manier waarop de empirische deelvragen en de onderzoeksvraag zijn beantwoord. Allereerst wordt de wetenschapsfilosofische benadering en het gebruik van de theorie in dit onderzoek toegelicht. Daarna volgt een beschrijving van de onderzoeksmethode en onderzoeksdesign en worden de verschillende onderzoeksfasen beschreven. In de daaropvolgende paragraaf zijn de belangrijkste concepten geoperationaliseerd. Het hoofdstuk sluit af met een beschrijving van de kwaliteitseisen die van toepassing zijn in dit onderzoek en een conclusie.

4.1 Aard van het onderzoek

Dit onderzoek tracht condities te identificeren die de inzet van prestatiemetingen betekenisvol kunnen maken om *gezamenlijk* te werken aan kwaliteit. Specifiek zal in het empirische gedeelte worden gekeken hoe dit geldt voor patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten om *gezamenlijk* te werken aan kwaliteit van zorg. Het onderzoek is hiermee beschrijvend en verklarend: het beschrijft en probeert te verklaren onder welke condities prestatiemetingen zo betekenisvol mogelijk ingezet kunnen worden.

4.1.1. Onderzoeksstrategie: Positivistisch – deductief

In dit onderzoek kan de werkelijkheid niet worden gezien als uitsluitend een stelsel van natuurlijke wetmatigheden. Daarmee is er sprake van interpretatief onderzoek waarbij de werkelijkheid het resultaat is van het vermogen van mensen tot interpretatie, taalgebruik, reflectie en doelgericht, bewust handelen" (Korzilius, 2000, p. 5). De wetenschappelijk filosofische benadering van dit onderzoek heeft echter ook kenmerken van het positivisme. Positivismen gaat uit van een epistemologisch standpunt dat pleit voor de toepassing van de methoden van de natuurwetenschappen op de studie van de sociale werkelijkheid en daarbuiten (Bryman, 2012, p. 28). Positivismen kenmerkt zich onder andere door het principe van deductie. Dit betekent dat het doel van de theorie die wordt gebruikt is om hypothesen te genereren die kunnen worden getest en te komen tot verklaringen (Bryman, 2012, p. 28). In dit onderzoek is op basis van de theorie een theoretisch model opgesteld welke de basis vormt voor het empirische gedeelte van dit onderzoek. Dit model zal in het empirische gedeelte de basis vormen en worden gebruikt om te komen tot verklaringen. Positivismen kenmerkt zich ook door een inductieve strategie, waarbij geldt dat het *verzamelen* van de data niet wordt beïnvloed door de reeds bestaande theorie (Bryman, 2012, p. 27). Deze strategie is ook van toepassing in dit onderzoek waarbij het blootleggen van de relaties tussen variabelen voorzichtiger en meer verkennend zal zijn dan puur het toetsen van de theorie. Tenslotte is het onderzoek prescriptief van aard, dat wil zeggen: hoe zou het *moeten* zijn. In het laatste hoofdstuk zal met implicaties worden weergegeven hoe de *constructie* en het *gebruik* van PROM's en de omgang met stakeholders - om *gezamenlijk* te werken aan kwaliteit van zorg - tot stand zou moeten komen.

4.1.2. Kwalitatieve onderzoeksmethoden

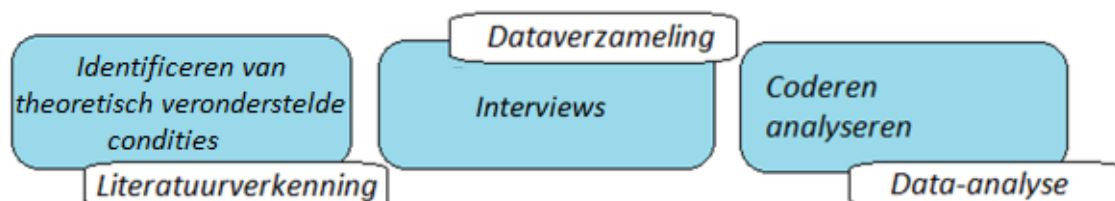
Ondanks de meer kwantitatieve oriëntatie van dit onderzoek – positivistisch, deductie – zal in dit onderzoek gebruikt worden gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden om de empirische deelvragen te beantwoorden. Vele schrijvers hebben bepleit dat de verschillen tussen kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksstrategieën bruikbaar, maar niet zo strikt zijn (Bryman, 2012, p. 36). Door gebruik te maken van kwalitatieve onderzoeksmethoden is het mogelijk de condities die worden benoemd te beschrijven en te verklaren in termen van betekenissen die mensen eraan geven (Boeije, 2016, p. 27).

4.1.3. Onderzoeksdesign: Case study

In dit onderzoek is het UMC Utrecht benaderd om mee te werken aan dit onderzoek. Daarmee betreft dit onderzoek een single-case study. Bij een case study ligt de nadruk op het intensief onderzoeken van de context (Bryman, 2012, p. 67). Case studies kunnen zowel worden gebruikt voor het genereren van theorie als het testen van theorie (Bryman, 2012, p. 71). In dit onderzoek zullen de geïdentificeerde condities om prestatie metingen betekenisvol in te zetten om gezamenlijk te werken aan kwaliteit van zorg empirisch worden getest in de context van het UMC Utrecht. In Nederland wordt slechts in onderzoeksverband gewerkt met PROM's. Er is gekozen voor het UMC Utrecht om de praktische reden dat deze locatie in het netwerk van de onderzoeker valt (zie ook paragraaf 4.4.4.). Tijdens het onderzoek bleek dat bij een specifieke divisie in het UMC Utrecht (traumatologie) ook in onderzoeksverband wordt gewerkt met PROM's. Ook patiëntvertegenwoordigers die zijn geïnterviewd (buiten de context van het UMC Utrecht) bleken in onderzoeksverband ervaring met PROM's te hebben. Dit heeft waardevolle informatie opgeleverd. Door de ervaring zijn PROM's geen vaag begrip meer en zo werden condities benoemd die juist wel of niet betekenisvol zijn gebleken.

4.2. Onderzoeksfasen

Dit onderzoek kenmerkt zich door drie fasen, te weten: literatuurverkenning, dataverzameling en data-analyse.





UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

4.2.1. Literatuurverkenning

Allereerst zijn in de literatuur condities geïdentificeerd die de verwachting hebben te leiden tot een betekenisvolle inzet van prestatiemetingen om gezamenlijk te werken aan kwaliteit. In het empirische gedeelte van dit onderzoek zal in de dataverzameling en data-analyse hierop worden voortgebouwd. De theoretisch veronderstelde condities hebben als leidraad gediend voor het opstellen van de vragen voor de interviews.

4.2.2. Methode van dataverzameling

In deze paragraaf zal worden ingegaan op welke wijze data is verzameld om tot de beantwoording van de hoofdvraag te komen. De dataverzameling kenmerkt zich door het afnemen van interviews. In deze subparagraaf volgt een beschrijving van de interviews en hoe de respondentenselectie tot stand is gekomen.

4.2.2.1. Interviews

Een belangrijk kenmerk van wetenschappelijk onderzoek is dat de uitspraken die worden gedaan gefundeerd zijn op empirische bevindingen (Boeije, 2016, p. 72). In dit onderzoek zijn empirische gegevens verzameld door middel van interviews. Het interview biedt respondenten de mogelijkheid om hun perspectief te verduidelijken (Boeije, 2016, p. 75). In dit onderzoek is gekozen voor semigestructureerde interviews. Hierbij is een lijst met specifieke onderwerpen gehanteerd die de onderzoeker besproken wil hebben (Bryman, 2012). In de interviews was wel vrijheid in het beantwoorden van vragen. Dit sluit aan bij het doel van dit onderzoek om open te staan voor nieuwe bevindingen, anders dan de in de literatuur geïdentificeerde condities. De topiclijst is op basis van de theoretische bevindingen tot stand gekomen en opgenomen in bijlage 1.

In de periode van eind maart tot half april 2018 zijn 14 interviews afgenomen. De interviews duurden gemiddeld 45-60 minuten. Vooraf aan de interviews werd informed consent verkregen en de respondent verzekerd dat er vertrouwelijk en anoniem met de gegevens om zal worden gegaan. Tevens werd de gang van zaken en het doel van het interview toegelicht. Gedurende de interviews werd allereerst geïnformeerd naar de ervaring met PROM's om zo nodig nog een toelichting op PROM's te geven. Achtereenvolgens kwamen de verschillende condities aan bod die van invloed kunnen zijn op een betekenisvol gebruik van PROM's. De verschillende condities werden allereerst uitgevraagd met een open vraag om sturing te voorkomen. Na afloop van de interviews werd de opname terug geluisterd en getranscribeerd.

4.2.2.2. Respondenten

Voor het beantwoorden van de empirische deelvragen zijn in dit onderzoek interviews gehouden met medisch specialisten, managers en patiëntvertegenwoordigers. In de literatuurstudie is duidelijk geworden dat voor het beantwoorden van de hoofdvraag vele stakeholders zijn te identificeren. Echter, gezien het tijdsbestek van deze masterscriptie is er gekozen om in dit onderzoek te werken met deze drie belangrijke groepen stakeholders. In



Nederland zijn medisch specialisten geclusterd in vier grote groepen: beschouwend, snijdend, ondersteunend en psychiatrie. In dit onderzoek is gekozen om medisch specialisten uit de beschouwende en snijdende groep te interviewen. Ondersteunende medisch specialisten zijn slechts indirect betrokken bij de behandeling, daarom zijn PROM's minder van toepassing. In het kader van de beperkte tijd van dit onderzoek is psychiatrie buiten beschouwing gelaten. In tabel 4 zijn de respondenten van dit onderzoek weergegeven.

Functie respondent	Aantal
Medisch specialist - beschouwend	3
Medisch specialist – snijdend	3
Patiëntvertegenwoordiger	4
Manager	4

Tabel 4. Respondenten.

Een eerste selectie van respondenten heeft plaats gevonden tijdens een bijeenkomst. In deze bijeenkomst werd het onderzoeksvoorstel gepresenteerd aan een selectie van medisch specialisten (in opleiding) en managers. Hierbij werden zeven interviews ingepland. Respondenten werden geselecteerd wanneer zij kennis van of ervaring met PROM's hadden. Dit kan worden omschreven als purposive sampling: het doelbewust selecteren van de steekproef ten behoeve van het doel van de studie. Gedurende de interviews werd doorverwezen naar andere respondenten die kennis van of ervaring hadden met PROM's. Na 14 interviews was dit niet meer het geval en was er ook sprake van verzadiging met veel overeenkomstige antwoorden.

4.2.3. Methode van data-analyse

Na het transcriberen van de interviews werd in de fase van data-analyse de transcripten in het data-analyseprogramma NVivo gecodeerd. Coderen is het onderscheiden van categorieën in de onderzoeksgegevens om het vervolgens te benoemen met een code (Boeije, 2016, p. 111). Allereerst werd het coderen gedaan aan de hand van de bevindingen uit de theorie. Zo nodig werden de codes die zijn gehanteerd aangepast. Wanneer codes niet paste binnen de bestaande codes werd een nieuwe code gecreëerd. Nadat alle codes waren toegekend werd gekeken welke konden worden samengevoegd met andere bestaande of nieuw gecreëerde codes. Op deze wijze werd de data zo overzichtelijk mogelijk gehouden.

Vanuit de gecodeerde data is allereerst gekeken naar de codes met betrekking tot hoe prestatie metingen in het algemeen worden gehanteerd in het UMC Utrecht. Hieruit is al een indruk ontstaan wat belangrijke aspecten zijn bij het inzetten van prestatie metingen. Vervolgens werd gekeken naar de codes behorend tot de *houding* van respondenten ten aanzien van PROM's. Hiermee is een indruk gekregen hoe respondenten staan tegenover het



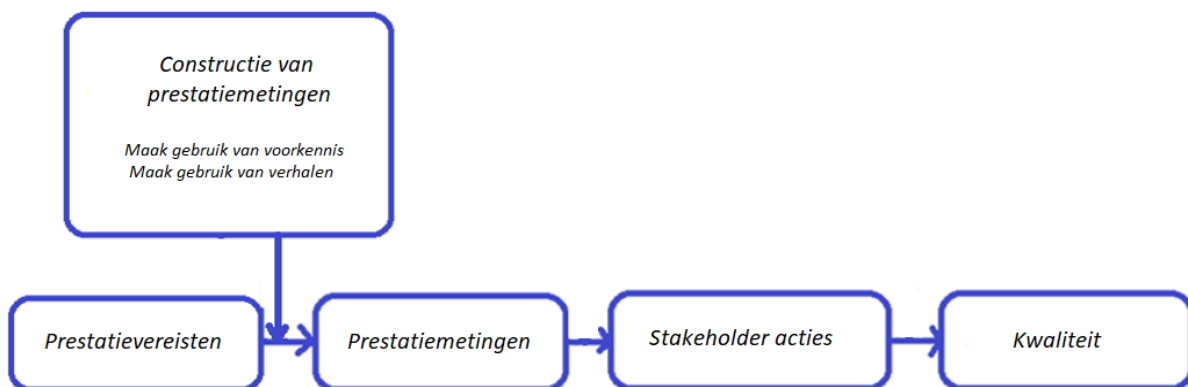
gebruik van PROM's. Dit draagt bij aan een duiding van antwoorden en geeft ook informatie of dit een conditie is waarop het gebruik van PROM's betekenisvol gemaakt kan worden. Achtereenvolgens werden de codes behorend bij *constructie* (paragraaf 4.3.1.) en *gebruik* (paragraaf 4.3.2.) van PROM's en *omgang* met stakeholders (paragraaf 4.3.3.) geanalyseerd. In de analyse werd niet alleen gekeken naar overeenkomsten en verschillen tussen zorgverleners, managers en patiëntvertegenwoordigers, maar werd ook een vergelijking gemaakt met de veronderstelde theoretische condities. Op deze manier is in kaart gebracht wat belangrijke condities zijn om tot betekenisvolle prestatiemetingen te komen en of/hoe dit verschilt per context en/of stakeholder.

4.3. Operationalisering

In het theoretisch model – zie paragraaf 3.6. - is weergegeven dat *gezamenlijk* werken aan kwaliteit middels prestatiemetingen (in dit onderzoek PROM's) op drie manieren betekenisvol is te maken. In deze paragraaf zullen de drie theoretisch veronderstelde condities worden geoperationaliseerd. De operationalisering helpt om de condities te herkennen tijdens de data-analyse. De omschrijvingen van de condities zijn afgeleid uit de case van de Rotterdamse Veiligheidsindex, zoals beschreven door Noordegraaf (2008).

4.3.1. Constructie van PROM's

In het theoretisch kader is verhelderd dat bepaalde condities in de *constructie* PROM's betekenisvol kunnen maken om *gezamenlijk* te werken aan kwaliteit.



Figuur 6. Schematische weergave hoe via de *constructie* prestatiemetingen betekenisvol gemaakt kunnen worden.

De condities hebben betrekking op het gebruikmaken van *voorkennis* en *verhalen*. Het gebruik van voorkennis heeft betrekking op de ervaringen en kennis van zowel zorgverleners als patiënten. Het vertellen van een verhaal heeft betrekking op het verwoorden van een helder doel en focus. In de interviews werd niet direct gevraagd



naar deze condities. Er werd eerst een open vraag gesteld naar wat volgens de respondent belangrijk is bij het ontwikkelen van PROM's.

Voorbeeld interviewvraag:

- Wat is volgens u belangrijk bij het *ontwikkelen* van PROM's?

Doorvraag:

- Vindt u dat er uitgelegd moet worden waarom en wat er gemeten gaat worden?

Box 5. Voorbeeld interviewvraag *constructie* PROM's.

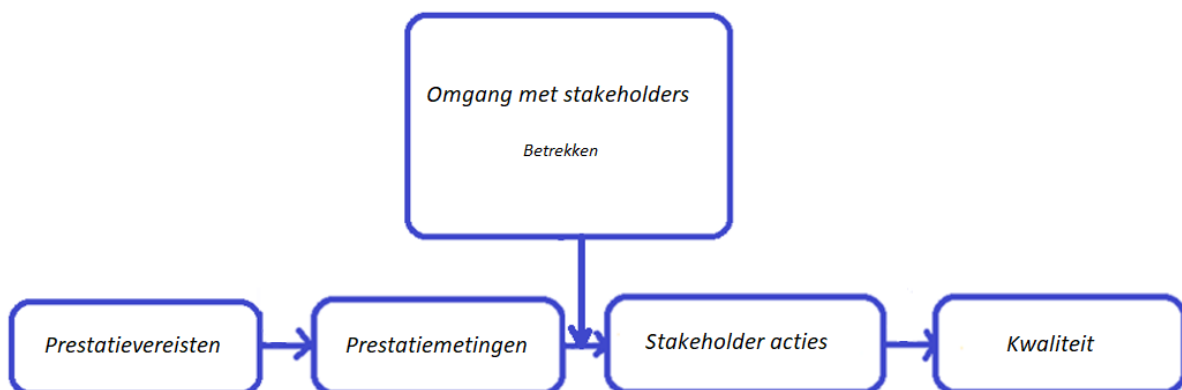
Het is mogelijk dat de condities zoals weergegeven in tabel 5 bij het beantwoorden van de open vraag al aan bod zijn gekomen. Wanneer de condities niet door de respondent werden benoemd werd hier specifiek naar gevraagd.

Conditie	Toelichting	Indicator
Gebruik maken van voorkennis	Gebruik maken van ervaringen en kennis van zowel zorgverleners als patiënten.	Kennis Ervaring Vaardigheden
Gebruik maken van verhalen	Verwoorden van een helder doel en focus.	Doel Focus

Tabel 5. Operationalisering van condities in de *constructie* van PROM's.

4.3.2. Omgang met stakeholders

In het theoretisch kader is duidelijk geworden dat het gedrag van stakeholders van invloed is op een betekenisvolle inzet van prestatiemetingen. Daaruit volgt dat de omgang met stakeholders een derde manier is om via prestatiemetingen *gezamenlijk* werken aan kwaliteit van zorg betekenisvol te maken.



Figuur 7. Schematische weergave hoe via *omgang met stakeholders* prestatiemetingen betekenisvol gemaakt kunnen worden.



De condities die via de *omgang met stakeholders* het werken met prestatiemetingen betekenisvol kan maken wordt bepaald door het *betrekken* van stakeholders. Het betrekken van stakeholders wordt gedefinieerd door het belang wie wel en wie niet betrokken wordt, wie eigenaar is van de metingen en waar de definitiemacht ligt. In de interviews is gevraagd hoe gedrag van stakeholders te beïnvloeden zou zijn. In de interview werd wederom eerst een open vraag gesteld om antwoorden van respondenten niet te beïnvloeden.

Voorbeeld interviewvragen

- Hoe staat u tegenover het gebruik van PROM's?
- Wat betekent dit voor uw gedrag ten aanzien van de PROM's? Wat zijn manieren om dat te beïnvloeden?

Box 6. Voorbeeld interviewvraag omgang stakeholders.

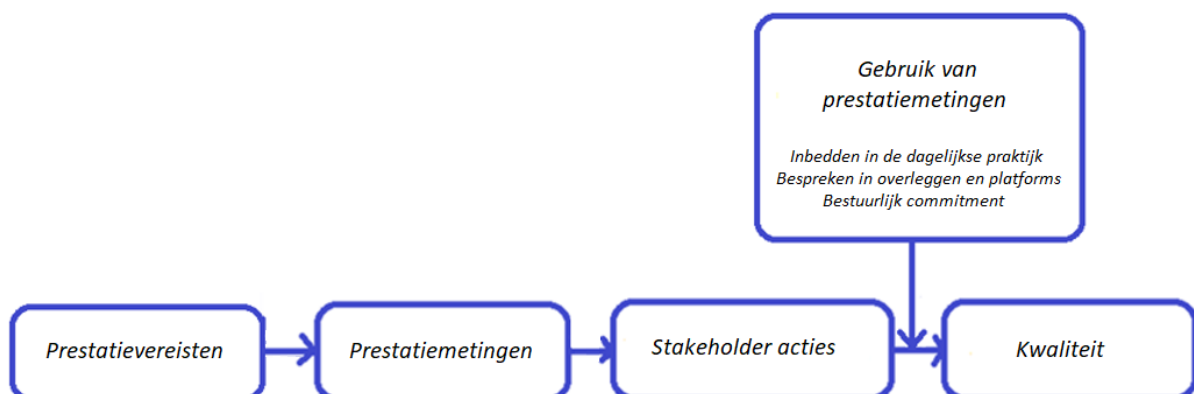
De omschrijvingen die respondenten in de interviews hebben gegeven zijn in de resultaten getypeerd zoals weergegeven in tabel 6.

Conditie	Toelichting	Indicator
Betrekken van stakeholders	Belang van wie wel en niet betrokken wordt, wie eigenaar is van de metingen en waar de definitiemacht ligt.	(schijn)Betrokkenheid Eigenaarschap

Tabel 6. Operationalisering van condities in de *omgang met stakeholders*.

4.3.3. Gebruik van PROM's

In het theoretisch kader zijn condities geïdentificeerd die het *gebruik* van prestatiemetingen betekenisvol kunnen maken om *gezamenlijk* te werken aan kwaliteit.



Figuur 8. Schematische weergave hoe via het *gebruik* prestatiemetingen betekenisvol gemaakt kunnen worden.



De eerste conditie heeft betrekking op *inbedden in de dagelijkse praktijk*. Inbedden in de dagelijkse praktijk betekent dat prestatiemetingen in het hart van de beleidsvorming- en uitvoering worden geplaatst. Dit betekent dat metingen voor de praktijk als waardevol worden beschouwd, dat het een prikkel is voor gedrag(sverandering) en prestatie management gewicht heeft. De tweede conditie heeft betrekking op het *bespreken van uitkomsten* in bestaande overleggen en platforms. Dit betekent dat cijfers inzet zijn van gesprek en gewicht hebben om processen daadwerkelijk te veranderen en te verbeteren. De derde conditie heeft betrekking op *bestuurlijk commitment*. Bestuurlijk commitment betekent dat metingen worden gesteund door het bestuur en verbonden met bestuurlijke ambities. Aan de respondenten is in de interviews gevraagd condities te beschrijven die in het *gebruik* van patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten voor hen als belangrijk worden beschouwd. Ook hier werd in de interviews niet direct gevraagd naar deze condities, maar eerst een open vraag gesteld naar wat volgens de respondent belangrijk is bij het gebruik van PROM's.

Voorbeeld interviewvraag:

- Wat vindt u belangrijk bij het gebruik van PROM's?

Doorvraag

- Waar moeten de uitkomsten van het cijfer worden besproken?

Box 7. Voorbeeld interviewvraag *gebruik* PROM's.

Wanneer de condities, zoals weergegeven in tabel 6. niet door de respondent werd genoemd werd hier specifiek naar gevraagd.

Conditie	Toelichting	Indicator
Inbedden in de dagelijkse praktijk	Prestatiemetingen moeten in het hart van de beleidsvorming- en uitvoering geplaatst.	Waardevol voor de praktijk Prikkel voor verandering
Uitkomsten bespreken in bestaande overleggen en platforms	Uitkomsten zijn inzet van gesprek en hebben gewicht om processen daadwerkelijk te veranderen en te verbeteren.	Inzet van gesprek tijdens overleggen Optuigen platform
Bestuurlijk commitment	Metingen worden gesteund door het bestuur en verbonden met bestuurlijke ambities.	Bestuurlijke steun Verbonden met bestuurlijke ambities

Tabel 7. Operationalisering van condities in het *gebruik* van PROM's.

4.4. Kwaliteitseisen

Validiteit en betrouwbaarheid heeft betrekking op een adequaat gebruik van meetinstrumenten, hetgeen het meest geldt in kwantitatief onderzoek (Bryman, 2012, p. 48). In dit onderzoek is gebruik gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Het toepassen van validiteit en betrouwbaarheid in kwalitatief onderzoek vraagt soms



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

om een aangepaste toepassing (Kirk & Miller, 1986 in Bryman, 2012, p. 48). In de volgende subparagrafen zullen de begrippen interne en externe validiteit en betrouwbaarheid in dit onderzoek worden toegelicht. Voorts zal in deze paragraaf aandacht zijn voor het belang van informed consent en het vertrouwelijk omgaan met gegevens. Het hoofdstuk sluit af met een bespreking van de rol van de onderzoeker.

4.4.1. Validiteit

Validiteit heeft betrekking op 'meten wat we beogen te meten' en specifiek of dat wat we waarnemen juist is benoemd (Boeije, 2016, p. 150).

4.4.1.1. Interne validiteit

Interne validiteit gaat over of er overeenstemming is tussen de waarnemingen en de conclusies die worden getrokken (Bryman, 2012, p. 390). In dit onderzoek kent het gebruik van kwalitatieve onderzoeksmethode een aantal bedreigingen voor de interne validiteit. Ten eerste geeft de onderzoeker een interpretatie aan de antwoorden die respondenten geven. Eigen opvattingen, ideeën en ervaringen van de onderzoeker kunnen de resultaten beïnvloeden. In deze studie maakt de onderzoeker bovendien deel uit van de onderzochte populatie (zie paragraaf 4.4.4.). Hiermee zijn de bevindingen gekleurd door de onderzoeker. Er is gepoogd de interne validiteit te vergroten door in de interviews de antwoorden van de respondenten samen te vatten en te controleren op juistheid van de interpretatie die de onderzoeker eraan heeft gegeven. Ten tweede bestaat er in interviews het gevaar dat respondenten sociaal wenselijke antwoorden geven. Dit onderzoek betreft een ex ante evaluatie hetgeen respondenten juist in de gelegenheid stelt aan te geven hoe zij het gebruik van patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten graag zouden zien. Deze mogelijkheid van het inbrengen van eigen input verkleint de kans op sociaal wenselijke antwoorden. Tenslotte is gepoogd de interne validiteit te vergroten door per categorie stakeholders meerdere respondenten te interviewen. Dit komt ten goede aan het volledige beeld van de werkelijkheid.

4.1.1.2. Externe validiteit

Externe validiteit heeft te maken met de generaliseerbaarheid van het onderzoek; in hoeverre gelden de resultaten en conclusies uit dit onderzoek ook voor andere organisaties (Bryman, 2012, p. 390). In dit geval betreft het een single-case study. Het is een illusie om te claimen dat deze case representatief is voor andere cases in dit domein of daarbuiten (Bryman, 2012, p. 70). Echter het generaliseren van gegevens kan wel worden nagestreefd door bevindingen te vergelijken met andere onderzochte cases. In dit onderzoek is de vergelijking met de Rotterdamse Veiligheidsindex gemaakt wat de generaliseerbaarheid van de bevindingen heeft vergroot.



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

4.4.2. Externe betrouwbaarheid

Externe betrouwbaarheid gaat over de mogelijkheid dat het onderzoek te repliceren is. In kwalitatief onderzoek is replicatie lastig, omdat de sociale setting veranderlijk is (Bryman, 2012, p. 390). Echter, door in deze onderzoeksopzet een nauwkeurige methodische verantwoording te geven is de betrouwbaarheid van dit onderzoek vergroot. Het operationaliseren, de gestructureerde interviews, het transcriberen en het coderen in NVivo dragen allen bij aan de repliceerbaarheid van het onderzoek. Echter door de rol van de onderzoeker, die nader besproken zal worden in paragraaf 4.4.4. kent dit onderzoek wel een beperking in repliceerbaarheid.

4.4.3. Informed consent en vertrouwelijkheid

Sociaal wetenschappelijk onderzoek kent ook ethische richtlijnen. Een eerste richtlijn heeft betrekking op het informed consent. Dit houdt in dat mensen toestemming geven voor deelname aan het onderzoek nadat ze volledig en juist geïnformeerd zijn over de inhoud van het onderzoek en in de gelegenheid zijn geweest daar vragen over te stellen (Boeije, 2016, p. 52). Vooraf aan de interviews werden respondenten geïnformeerd over het doel van het onderzoek en de gang van zaken tijdens het interview met een per email verzonden PowerPoint presentatie. De tweede richtlijn heeft betrekking op de vertrouwelijkheid. De onderzoeker is er voor verantwoordelijk dat onbevoegden geen inzage kunnen hebben in gegevens en dient deze anoniem te bewaren en te verwerken (Boeije, 2016, p. 53). In dit onderzoek zal informatie vertrouwelijk worden behandeld. Gezien het kleine aantal respondenten is het echter mogelijk dat de onderzochte personen herkenbaar zullen zijn. Dit zal worden gepoogd tot een minimum te beperken en respondenten werden hier vooraf over geïnformeerd. Het is niet de verwachting dat dit de resultaten zal beïnvloeden, omdat het hier niet gaat om een sensitief onderwerp en er dus geen bedreigend onderwerp met een privaat karakter, sociale controle of gevestigde belangen is (Boeije, 2016, p. 53).

4.4.4. Rol onderzoeker

In dit onderzoek is de onderzoeker zowel onderzoeker als arts in opleiding tot specialist, specifiek fellow bij de acute (interne) geneeskunde. Het fellowship beslaat de laatste twee jaar van de zes jaar durende opleiding tot medisch specialist. Dat de onderzoeker tevens deel uitmaakt van de onderzochte populatie heeft betekenis voor de uitkomsten van het onderzoek en de kwaliteitseisen. Ten eerste kan de 'dubbelrol' van de onderzoeker invloed hebben gehad op de dataverzameling. Aangezien de onderzoeker ook een zorgverlener is kan dit hebben geleid tot het fenomeen dat zorgverleners meer vrijheid hebben gevoeld om zich te uiten (de onderzoeker is immers één van hen) dan managers en patiëntvertegenwoordigers. Daar waar de kans op sociaal wenselijk antwoorden is verkleind bij de zorgverlener kan deze zijn vergroot bij de managers en patiëntvertegenwoordigers. Het risico hierop is geprobeerd te verkleinen door respondenten zelf te laten kiezen waar het interview plaatsvindt (en respondenten op deze wijze op hun gemak te stellen) en vooraf te benoemen dat goede en foute antwoorden niet bestaan.

Ten tweede kan de 'dubbelrol' van de onderzoeker van invloed zijn geweest ten tijde van de data-analyse. De interpretatie van de data kan verschillen voor de data afkomstig van de zorgverleners en de data afkomstig van de managers en patiëntvertegenwoordigers. Door kennis van het vakgebied zal de data afkomstig van de zorgverleners nauwkeuriger te interpreteren zijn geweest dan de overige data. Alle respondenten hebben aangegeven graag de resultaten van het onderzoek te ontvangen. Om verschillen in interpretatie te verkleinen zal op dit moment aan respondenten worden gevraagd de resultaten op juistheid te controleren.

Tenslotte is de rol van de onderzoeker van invloed op de externe betrouwbaarheid. Door dit onderzoek heeft de onderzoeker al een interventie gepleegd: PROM's zijn meer onder de aandacht gebracht. Dit heeft gevolgen voor de repliceerbaarheid.

4.5. Conclusie

De wetenschappelijk filosofische benadering van dit onderzoek is te typeren als positivistisch. Het theoretisch model dat is opgesteld zal in het empirische gedeelte de basis vormen en worden gebruikt om te komen tot verklaringen (deductie). Het verzamelen van de data wordt echter niet beïnvloed door de reeds bestaande theorie (inductieve strategie): het blootleggen van relaties tussen de variabelen zal voorzichtiger en meer verkennend zijn dan het puur toetsen van de theorie. Het onderzoek is ook prescriptief van aard gezien de aanbevelingen die worden gedaan.

In dit onderzoek zullen kwalitatieve onderzoeksmethoden worden gebruikt om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Door de kwalitatieve onderzoeksmethoden is het mogelijk de condities die worden benoemd te beschrijven en te verklaren in termen van betekenissen die mensen eraan geven. Het onderzoek betreft een single-case study waarbij het UMC Utrecht de context vormt.

Dit onderzoek kenmerkt zich door drie fasen, te weten: literatuurverkenning, dataverzameling en data-analyse. In de literatuur zijn condities geïdentificeerd die de verwachting hebben te leiden tot een betekenisvolle inzet van prestatiemetingen om gezamenlijk te werken aan kwaliteit. Tijdens de dataverzameling zijn empirische gegevens verzameld door middel van semigestructureerde interviews met medisch specialisten, managers en patiëntvertegenwoordigers. In totaal werden 14 interviews afgenomen (na het verkrijgen van informed consent en de garantie dat er vertrouwelijk met gegevens zal worden omgegaan). Respondentselectie kwam initieel tot stand in een bijeenkomst waar het onderzoeksvoorstel werd gepresenteerd. Vervolgens is gedurende de interviews verwezen naar andere potentiële respondenten.

De theoretisch veronderstelde condities werden geoperationaliseerd om de condities te herkennen tijdens de data-analyse. Na het transcriberen van de interviews werd in de fase van data-analyse de transcripten in het data-analyseprogramma NVivo gecodeerd volgens de operationalisering.

In dit onderzoek is interne validiteit gepoogd te vergroten door:

- in de interviews de antwoorden van de respondenten samen te vatten en te controleren op juistheid van de interpretatie die de onderzoeker eraan heeft gegeven
- respondenten in de gelegenheid te stellen aan te geven hoe zij PROM's zien om zo de kans op sociaal wenselijke antwoorden te verkleinen
- per categorie stakeholders meerdere respondenten te interviewen om zo een vollediger beeld van de werkelijkheid te krijgen.

Voorts is in dit onderzoek gepoogd de externe validiteit te vergroten door gegevens te vergelijken met de Rotterdamse Veiligheidsindex hetgeen kan bijdragen aan het generaliseren van de data. Tenslotte is de externe validiteit gewaarborgd door in de onderzoeksopzet een nauwkeurige methodische verantwoording te geven. Hierbij blijft gelden dat replicatie van kwalitatief onderzoek lastig is omdat de sociale setting veranderlijk is.

Tenslotte valt op te merken dat de onderzoeker zowel onderzoeker als arts in opleiding tot medisch specialist is. Dit heeft gevolgen voor de uitkomsten van het onderzoeken. Er bestaat de kans dat:

- zorgverleners meer vrijheid hebben gevoeld om zich te uiten dan de managers en patiëntvertegenwoordigers
- door kennis van het vakgebied de data afkomstig van de zorgverleners nauwkeuriger te interpreteren zijn geweest dan de overige data
- door dit onderzoek de onderzoeker al een interventie heeft gepleegd: PROM's zijn meer onder de aandacht gebracht. Dit heeft gevolgen voor de repliceerbaarheid.



5. Resultaten

5.1. Inleiding

Op basis van de theoretische bevindingen is het de verwachting dat bepaalde condities prestatie­metingen betekenisvol kunnen maken om *gezamenlijk* te werken aan kwaliteit. In een andere context – de Veiligheidsindex Rotterdam – is gebleken dat *gezamenlijk* werken aan kwaliteit met behulp van prestatie­metingen op drie manieren is te beïnvloeden. Ten eerste in de *constructie* van prestatie­metingen, ten tweede via de *omgang met stakeholders* en ten derde via het *gebruik* van prestatie­metingen. In dit hoofdstuk zullen de resultaten worden besproken van dit onderzoek waarin is onderzocht of de theoretisch veronderstelde condities ook gelden voor de inzet van PROM's. Het hoofdstuk start met het bespreken van de ervaring van respondenten met prestatie­metingen in het algemeen, wat volgens respondenten betekenisvolle prestatie­metingen zijn en wat zorgen zijn omtrent de inzet van PROM's. Vervolgens zal per variabele worden besproken hoe PROM's betekenisvol zijn in te zetten. Het hoofdstuk sluit af met een conclusie.

5.2. De praktijk van prestatie­metingen

In de interviews is gevraagd aan zorgverleners (ZV), managers (MA) en patiëntvertegenwoordigers (PV) naar ervaringen met en de houding die zij hebben ten aanzien van prestatie­metingen in het algemeen en specifiek PROM's. In deze paragraaf zullen de uitkomsten worden besproken die betrekking hebben op de ervaringen van respondenten en wat voor hen prestatie­metingen betekenisvol maakt. De paragraaf sluit af met specifieke zorgen omtrent het werken met PROM's. Deze kennis is input voor een betekenisvolle inzet van PROM's en zal worden meegenomen in de aanbevelingen zoals gedaan in paragraaf 6.4.

5.2.1. Ervaring met prestatie­metingen

In voorgaande hoofdstukken werd al besproken dat prestatie­metingen er in vele soorten en maten zijn. Respondenten hebben dus een ruime ervaring met prestatie­metingen. In deze paragraaf zullen drie opvallende ervaringen worden besproken.

Ten eerste leert de ervaring dat uitkomsten van prestatie­metingen niet worden besproken. Voor het invullen van vragenlijsten wordt tijd en

aandacht van de medisch specialist, ondersteunend personeel en natuurlijk de patiënt gevraagd, maar uitkomsten worden niet teruggekoppeld of besproken met de patiënt. Respondenten geven aan dat dit niet alleen ethisch ongehoord is, maar ook tot 'vragenlijst-moeheid' kan leiden: "want het is natuurlijk van de zotte

Uitkomsten worden *niet* besproken
Uitkomsten worden niet gebruikt om van te
leren
Prestatie­metingen verworden tot een
'managementtool'



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

dat vragenlijsten die een uur of meer kosten om in te vullen, waar ze hun hele hebben en houwen inzetten en ik weet niet hoeveel problemen rapporteren en vervolgens komt er niemand meer op terug, dat kan toch niet, dat kan echt niet” (PV: R8, R10 / ZV: R13). Wanneer uitkomsten niet worden besproken met de patiënt verliezen ze aan betekenis en wordt het moeilijker patiënten te motiveren mee te werken aan het invullen van vragenlijsten.

De tweede ervaring met prestatiemetingen vloeit voort uit de eerste. Wanneer prestatiemetingen enkel worden gebruikt om te monitoren en niet worden besproken krijgt de registratielast de overhand en worden uitkomsten niet gebruikt om van te leren: *“er is een hele hoop gesputter om het allemaal in te vullen en dat snap ik ook want het is lang niet allemaal praktisch, maar als je dan ook nog niets doet met de uitkomsten...ja dan kan je er beter maar helemaal niet aan beginnen (..) Ook die DICA aanleveringen, dat is een vreselijk gedoe maar daar zitten best wel zinnige dingen bij als je er kritisch naar kijkt en als je het nu gebruikt om van te leren dan wordt het ook al zinvoller” (MA:R11 / ZV: R1, R7, R13 / PV: R8). Wanneer prestatiemetingen niet worden gebruikt om van te leren verliezen ze hun betekenis.*

Ten derde leert de ervaring dat prestatiemetingen niet worden gebruikt voor het doel dat voor ogen stond. Prestatiemetingen zijn bedoeld om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken, maar worden vaak opgelegd door ‘hoger hand’. Zo kunnen prestatiemetingen gemakkelijk gebruikt worden als managementtool om politieke besluiten door te voeren. *“1 van de dingen die me tegen staat, en ik hoop niet dat de PROM's dan dezelfde richting op gaan als de complicatieregistratie: er moeten inmiddels 20 complicaties landelijk aangeleverd gaan worden. Dat vind ik een ongelooflijk zorgelijke ontwikkeling (...) dat het dus gebruikt wordt als managementtool” (ZV, R6). Respondenten ervaren dat prestatiemetingen die worden gebruikt als managementtool samengaan met perverse effecten: *“zoals met die cardiale operatie, als je een redo [hersteloperatie] doet krijg je minder betaald. Dat gaat een enorme selectie bias aan de poort opleveren, natuurlijk ga je als ziekenhuis een krakkemik dan niet opereren” (ZV: R1, R6, R13 / MA: R11, R14). Prestatiemetingen worden niet als betekenisvol ervaren wanneer ze gebruikt worden als managementtool.**

5.2.2. Betekenisvolle prestatiemetingen

In paragraaf 5.1 werden drie opvallende ervaringen met prestatiemetingen besproken. Deze ervaringen hebben betrekking op aspecten die prestatiemetingen *minder* betekenisvol maken. In de interviews is ook naar voren gekomen wat prestatiemetingen *wel* betekenisvol maakt. In deze paragraaf zullen drie opvallende aspecten worden besproken.

Uitkomstmaat – uitvragen bij de patiënt

Uitkomsten voorzien van een duiding

Uitkomsten input voor verbetering



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

Ten eerste worden prestatiemetingen betekenisvol wanneer het betrekking heeft op een uitkomstmaat. Structuur- en procesindicatoren hebben inzicht gegeven in hoe processen verlopen en welke waarborgen nodig zijn. Tegelijkertijd lijken structuur- en procesindicatoren niet direct te zorgen voor een verbetering van de kwaliteit van zorg. Voor respondenten krijgen prestatiemetingen betekenis wanneer zij betrekking hebben op uitkomsten: *“ik denk dat we als samenleving en als zorgverleners er wel aan toe zijn om de uitkomsten van zorg op de langere termijn te meten, dat dat wel nuttig is om dat te blijven volgen”* (MA: R11, ZV: R6, R13). Vragen naar kwaliteit van leven en functionele uitkomsten bij de patiënt zelf geeft inzichten die niet op een andere manier te verkrijgen zijn. Specifiek wordt de mening gedeeld dat informatie over de uitkomst bij de patiënt zelf uitgevraagd dient te worden omdat een ander, en in het bijzonder de dokter, dat niet kan beoordelen: *“Dus het gestructureerd en structureel aan de patiënt vragen levert toch de beste inzichten en de beste zorg op, dus ik vind dat we dat sowieso moeten doen”* (PV:R10 / ZV: R5 / MA: R4, R11). Prestatiemetingen worden dus betekenisvol wanneer het uitkomsten betreft die door de patiënt zelf worden beoordeeld.

Ten tweede worden prestatiemetingen betekenisvol wanneer uitkomsten worden besproken met betrokkenen. Het bespreken van uitkomsten geldt zowel op het niveau van arts en patiënt als op medisch specialisten niveau. Het bespreken van uitkomsten maakt dat prestatiemetingen betekenisvol worden voor de patiënten: *“Als een patiënt een PROM zit in te vullen om het ziekenhuis een bepaalde score aan het einde van het jaar in te laten leveren bij het IGZ, is dat natuurlijk wat anders dan dat je ook teruggekoppeld krijgt van hoe het gaat en dat je ook als patiënt misschien een soort spiegel krijgt van hoe je zelf denkt dat het gaat en hoe het meetinstrument zegt dat het met je gaat”* (PV:R8 / ZV: R5). Voor medisch specialisten geldt dat wanneer uitkomsten worden besproken deze kunnen worden voorzien van een interpretatie. Uitkomsten belanden zo niet op de plank, maar kunnen worden voorzien van een duiding en gebruikt om van te leren: *“maar het vervelende wat er vaak gebeurt is dat heel vaak niet verder gekeken wordt dan de globale getallen die ergens neergezet worden”* (ZV: R6, R13 / MA: R11). Prestatiemetingen krijgen dus betekenis wanneer uitkomsten worden besproken en voorzien van een interpretatie.

Ten derde worden prestatiemetingen betekenisvol wanneer ze in handen blijven van betrokkenen met inhoudelijke kennis van zaken. Prestatiemetingen hebben betrekking op complexe fenomenen waardoor de uitkomsten vragen om een interpretatie: *“kijk ik denk dat je als beroepsgroep definieert wat je wilt onderzoeken (...) als jij een manager laat lezen wat de resultaten zijn van ons handletsel, dan zegt hij: jullie mogen nooit meer handen opereren”* (ZV: R13, R6 / MA: R11). Wanneer prestatiemetingen in handen blijven van degenen met inhoudelijk kennis van zaken worden uitkomsten gebruikt om de kwaliteit van zorg te verbeteren: *“ik denk dat zoals wij hem nu gebruiken, we hebben hem als baseline genomen en we kunnen het in de toekomst gaan gebruiken om te kijken of door veranderingen in beleid of dat een verschil heeft gerealiseerd (...) dat je het moet*



gebruiken om je kwaliteit te verbeteren en niet om bestuurskundige maatregelen op te treffen (ZV, R6, R1, R13). Prestatiemetingen krijgen dus betekenis wanneer uitkomsten input zijn voor verbetering.

5.2.3. Zorgen ten aanzien van PROM's

In de interviews is naast de ervaring en houding ten aanzien van prestatiemetingen in het algemeen ook specifiek gevraagd naar de houding ten aanzien van patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten. In het algemeen hebben respondenten een positieve houding ten opzichte van de patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten: "ja ik denk dat de incentive

heel erg goed is" (ZV:R6, R1, R3, R5, R6, R13 / MA: R4, R7, R11, R14 / PV: R8, R9, R10). Redenen die daarvoor herhaaldelijk genoemd worden hebben betrekking op het vragen aan de patiënt zelf hoe de kwaliteit van zorg is en het feit dat het een uitkomstmaat betreft: "Dus een PROM is beter omdat het een uitkomst is waar een patiënt invloed op heeft en uitkomst is in zichzelf al relevanter dan structuur en proces[indicatoren]" (MA, R14). Respondenten hebben echter ook zorgen geuit over de inzet van PROM's. In deze paragraaf zullen deze worden besproken.

Werklast?

In te zetten op alle vakgebieden?

Toepasbaar op een geaggregeerd niveau?

Context mist voor een goede interpretatie

Ziekenhuizen verschillen te veel in case mix

Uitkomsten patiënt gerelateerd en niet ziekenhuis/behandelaar gerelateerd

De kennis van en ervaring met PROM's is sterk verschillend onder respondenten. De ene respondent heeft al ruime ervaring met PROM's terwijl andere respondenten bij de uitnodiging voor het interview voor het eerst werden geconfronteerd met PROM's. Het is gebleken dat de respondenten met minder ervaring met PROM's een afwachtende houding aannemen en zorgen uiten over administratielast: "Dan zou ik wel willen weten wat ik er precies aan heb...ik word niet zo enthousiast van administratie, even afwachten" (ZV: R1, R3, R5). Respondenten met weinig ervaring spreken twijfels uit over de toepasbaarheid binnen bijvoorbeeld de interne geneeskunde: "Wat ik ingewikkeld vind is hoe het in te vullen binnen de [specifiek specialisme]. Als je dan weg gaat van die concrete dingen, zoals kan je wel of niet de trap af lopen, dan heb je het over algemene gezondheidsklachten. Hoe vertaal je dat als het niet specifiek is? Hoe doe je dat? of blijf je dan heel algemeen? En ik vraag me af of je daar iets mee kunt" (ZV: R1, R3, R5). Deze twijfel over de toepasbaarheid resulteert in het negeren van het werken met PROM's: "Ik negeer dat [PROM's] krachtig" (ZV, R1). Opvallend is dat degene die al met PROM's werken bovengenoemde zorgen niet uiten.

Onafhankelijk van de ervaring worden zorgen geuit over het niveau waarop PROM's ingezet zouden moeten worden. Zoals eerder besproken zijn PROM's in te zetten op een individueel en een geaggregeerd niveau. Over



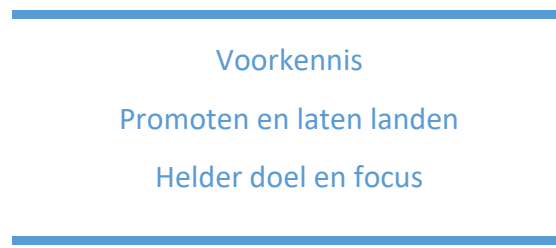
het inzetten van PROM's op een geaggregeerd niveau bestaan bedenkingen onder respondenten. Een van de argumenten die wordt aangevoerd is het ontbreken van context van zo een cijfer: *“Dat heb je natuurlijk ook met al die cijfers die nu op internet te vinden zijn: ja wat zegt dat jouw als patiënt”* (MA: R11, ZV: R6, R13). Daarnaast bestaan er zorgen over de vergelijkbaarheid van cijfers tussen verschillende ziekenhuizen. Zorgen daarover worden gedeeld door degene die al werken met PROM's. Zij spreken uit dat voor het werken met PROM's op een geaggregeerd niveau een case mix correctie door de juiste stakeholders gewenst is: *“Je moet al beginnen aan de voorkant (...) je moet appels met appels vergelijken (...) op voorwaarde dat wij als dokter degene zijn die de case mix definiëren”* (ZV: R13, R6). Daarnaast bestaan er zorgen over verschillen in cijfers die patiënt gerelateerd zijn en niet behandelaar of ziekenhuis gerelateerd: *“dat betekent dat de uitkomst niet 100% gerelateerd zal zijn aan de inspanning van de zorgverlener. En daarom vind ik het dus heel erg moeilijk om het te aggregeren (...) hoe hoger je komt op het aggregatieniveau hoe moeilijker dat wordt om te interpreteren (...) dat je niet meer weet welke factor invloed heeft op het geheel”* (PV, R8).

In deze paragraaf hebben we gezien wat de ervaring is met prestatiemetingen in het algemeen, wat volgens respondenten betekenisvolle prestatiemetingen zijn en wat de zorgen zijn omtrent de inzet van PROM's. In de volgende paragrafen zal worden besproken hoe in de *constructie*, de *omgang met stakeholders* en in het *gebruik* PROM's betekenisvol gemaakt kunnen worden.

5.3. Constructie van PROM's

De eerste manier om betekenisvol met prestatiemetingen *gezamenlijk* te werken aan kwaliteit van zorg is via de constructie van prestatiemetingen. In deze paragraaf zal worden besproken wat respondenten hebben aangegeven hoe in de *constructie* PROM's betekenisvol gemaakt kunnen

worden. Het gebruik van voorkennis (van zowel zorgverlener als patiënt), PROM's promoten en laten landen en het verwoorden van een helder doel en focus worden aangemerkt als belangrijke condities.



5.3.1. Voorkennis

In de interviews is naar voren gekomen dat voor het ontwikkelen van PROM's de kennis van zorgverleners en patiënten niet alleen noodzakelijk, maar ook als vanzelfsprekend wordt beschouwd. Respondenten zijn het er over eens dat je geen PROM kunt ontwikkelen zonder dat patiënten en zorgverleners hebben aangegeven wat belangrijk is: *“ja ik denk dat dat een set moet zijn met zowel factoren waarvan de medici zeggen: ‘dat is medisch een goede uitkomst’, als dat in de set onderdelen moeten zitten waarvan de patiënt zegt: ‘dat is belangrijk’. Want*



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

wat de medici goed vinden, die kennis hoef je als patiënt niet altijd te hebben" (MA: R11 / ZV: R1, R2, R3 / PV: R8, R9, R12). Voorkennis kan gebruikt worden om te bepalen wat relevant is: *"kijk, je moeten dingen registreren waar je wat mee kunt. Een uitkomst is relevant als je een uitkomst hebt waar je wat mee kunt doen"* (ZV, R1). Voorkennis kan een meting specifiek maken: *"ik zou geen voorstander zijn van iets algemeen, want dan zijn er zo veel factoren die van invloed zijn op dat cijfer dat jij als behandelaar daar niks mee kan waarschijnlijk"* (ZV: R3, R1, R5, R6, R13). Respondenten merken op dat zorgverleners hierin het voortouw moeten nemen door het gesprek met patiënten aan te gaan: *"Als je niet op tijd in beweging komt, loop je het risico dat het voor je bepaald wordt. Dan ben je minder gelukkig, denk ik"* (MA: R14 / ZV: R6, R13). In de interviews komt ook naar voren dat door gebruik te maken van voorkennis het proces versnelt kan worden: *"laat het aansluiten bij...er zijn al veel zorgpaden die lang in ontwikkeling zijn, zorg dan dat je daar bij aansluit en bij de indicatoren (...), kijk wat er al bekend is"* (MA: R4, R11, R14). Door gebruik te maken van deze voorkennis kan er sneller gestart worden met het werken met PROM's en hoeft 'het wiel' niet telkens opnieuw uit te worden gevonden.

Voorkennis levert dus inzicht op in wat voor patiënten en zorgverleners belangrijke aspecten zijn in het leveren van kwaliteit van zorg. Met deze inzichten kunnen PROM's relevant en specifiek en daarmee betekenisvol worden gemaakt. Tegelijkertijd zorgt voorkennis voor een versnelling van het proces doordat kennis al aanwezig is.

5.3.2. Promoten en laten landen

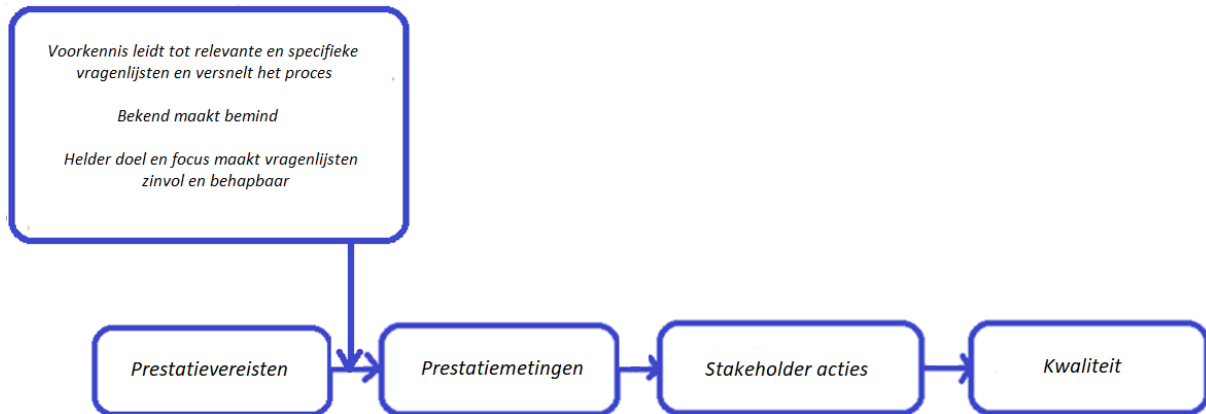
In de literatuurstudie is naar voren gekomen dat het vertellen van een verhaal prestatie metingen betekenisvol kan maken. In de praktijk gebeurt dit al. Dit blijkt in het UMC Utrecht uit de sessies die worden georganiseerd waarin mensen die al bezig zijn met PROM's een podium wordt gegeven. Ook de patiëntenverenigingen zijn voornemens om een campagne uit te rollen waarin patiënten worden geïnformeerd over wat PROM's zijn en waarom ze belangrijk zijn. Meerdere keren komt in de interviews naar voren dat bekendheid nodig is om te gaan werken met PROM's want: *"bekend maakt bemind"* (ZV: R5, R3 / PV: R9, R10 / MA: R4). PROM's kunnen op de kaart worden gezet door succesverhalen van de voorlopers te delen: *"verhaaltjes met de voor jou belangrijke dingen... die publiceren, dat is echt belangrijk"* (MA, R4). Het vertellen van een verhaal kan er niet alleen voor zorgen dat PROM's bekend en bemind worden, maar zal ook zorgen voor een helder doel en focus. Dit is de derde conditie hoe in de constructie PROM's betekenisvol kunnen worden gemaakt.

5.3.3. Helder doel en focus

PROM's worden nu nog als vaag beschouwd: *"maar het is zo vaag als het woord vaag is en het is nog steeds niet op touw gezet en niet concreet gemaakt"* (ZV: R3 / PV: R9). Respondenten geven aan dat het goed is om te weten wat het ultieme doel is om zo te kunnen beoordelen of het tot iets zinnigs gaat leiden. Gesprekken zijn nodig om elkaar te overtuigen wat zinvol is: *"Het gaat over het gesprek, dat soort gesprekken helpen mee de ander te*



overtuigen; ‘dit is wel of niet zinvol’. Gesprek is het toverwoord” (MA, R4). Een helder doel en focus maakt PROM’s betekenisvol, omdat de inzet van PROM’s op meerdere niveaus het gevaar kent dat allerlei vragen worden toegevoegd om vele groepen te bedienen: “want dat zie je nu soms ontstaan dat er zulke onzinnige vragen worden toegevoegd door allerhande instanties die er ook nog iets van vinden” (MA, R10 / ZV; R6, R13). Op deze wijze gaat de focus verloren en wordt het invullen van de vragenlijst minder behapbaar.



Figuur 9. Schematische weergave hoe in de *constructie* PROM’s betekenisvol gemaakt kunnen worden.

5.4. Omgang met stakeholders

De tweede theoretisch veronderstelde manier om prestatiemetingen betekenisvol te maken, is via de *omgang met stakeholders*. In deze paragraaf zullen de uitkomsten worden besproken waarbij via de omgang met stakeholders PROM’s betekenisvol gemaakt kunnen worden. Bevindingen hebben betrekking op het *oprecht* betrekken van stakeholders en het

Betrekken van zowel patiënten als zorgverleners
Regie bij de zorgverlener als de basisstructuur op
orde is
Starten met voorlopers
Ruimte om te pionieren

op orde maken van de basisstructuur om vervolgens de regie bij de zorgverlener te leggen. PROM’s kunnen betekenisvol worden gemaakt door te starten met voorlopers en ruimte te creëren om te pionieren.

5.4.1. Betrekken van stakeholders

Het betrekken van zowel patiënten als zorgverleners lijkt voor de respondenten evident: *“Het is natuurlijk wel verschillend wat de patiënt en wat de specialist belangrijk vindt, dus dat moet je in overleg doen” (ZV: R1, R2, R3, R5 / MA: R4, R11, R14 / PV: R8, R9, R10). Er zijn voorbeelden genoemd waarbij dit heel goed gaat: “ik heb net aanvragen mee gedaan en het is geen tokenisme, in de zin van ‘o we hebben de patiënt gevraagd en een ondersteuningsverklaring, dus klaar en verder gaan we weer door met wat we zelf wilde” (PV: R8, R9). Er worden*



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

ook voorbeelden genoemd waar de betrokkenheid kan worden geoptimaliseerd. Dit wordt niet ervaren als schijnbetrokkenheid, maar vooral gewijd aan de nieuwheid van het proces: *“toen heb ik een hele tijd niets gehoord (...) en toen dacht ik: wat is er gebeurd? Het is niet eens denk ik dat men dat niet wil, maar het is gewoon even vergeten in de snelheid van het proces, want ik ben niet wantrouwend daarover, er is allemaal goedwillendheid enzo”* (PV, R9). ‘Wie te betrekken’ is nog niet altijd even duidelijk: *“En iedereen probeert nu volgens mij een beetje uit te vinden van welke patiënt vraag je daar dan voor? Zijn dat mensen die er al heel erg over hebben nagedacht of wil je juist hele naïeve mensen?”* (PV: R8 / MA: R11). Voorzitters van patiëntenverenigingen zijn soms meer bestuurder dan patiënt en daarmee is het de vraag of deze vertegenwoordiging representatief is voor de hele patiëntengroep. Tegelijkertijd kunnen ‘naïeve’ patiënten soms niet begrijpen dat hun ervaring beperkt is tot N=1 en daarmee niet een relevante afspiegeling is van de gehele groep.

5.4.2. Regie bij de zorgverlener

Zowel managers als zorgverleners zijn het erover eens dat het werken met PROM's vanuit de beroepsgroep zelf moet komen en niet van hogerhand moet worden opgelegd: *“Dan zit je meer aan de beroepsvereniging kant, uiteindelijk moet het toch uit het vak zelf komen”* (MA: R11, R14 / ZV: R6, R13, R1). De essentie is dat zorgverleners zelf verantwoordelijk moeten willen zijn voor de kwaliteit die ze leveren: *“ik denk dat dat ook de essentie is. Dat is hetzelfde als de complicatieregistratie dat moet je als medische professional willen weten (...) Daar heeft het management helemaal niets mee te maken”* (ZV: R6, R13). Tegelijkertijd is het een feit dat PROM's nog geen vast onderdeel zijn van het zorgproces, ondanks dat het potentieel van PROM's breed wordt erkend. Dat PROM's nog geen vast onderdeel van het zorgproces zijn, wordt niet bepaald door een gebrek aan interesse of gevoel van urgentie. In de interviews komt naar voren dat zorgverleners worstelen met het ‘hoe dan?': *“Ik denk dat specialismen er nog teveel zelf mee worstelen of afhouden of al wel begonnen zijn maar denken 'pff wat is het toch ingewikkeld’* (MA, R14). Het lijkt dat de regie bij de zorgverlener kan liggen wanneer PROM's zijn opgenomen in de basisstructuur: *“Het hangt nu echt op mensen die weten 'hoe doen we dat'. Dus het zit niet in onze basisstructuur. Ze vinden steeds opnieuw het wiel uit”* (MA, R14). Op de huidige werkwijze lijkt de energie in de verkeerde dingen te gaan zitten en is het structureel werken met PROM's geen werkelijkheid. De regie bij de zorgverlener betekent dus niet dat er *geen* rol is voor het management. De zorgverlener heeft ondersteuning nodig om PROM's betekenisvol te kunnen maken: *“Dus ondersteuning kan in die zin echt wel een positieve rol spelen”* (MA: R14 / ZV: R6, R13). Het creëren van een basisstructuur lijkt zo een belangrijke voorwaarden om stakeholders te kunnen laten werken met PROM's. In paragraaf 5.5.3. zal hier dieper op in worden gegaan.

5.4.3. Begin met de voorlopers

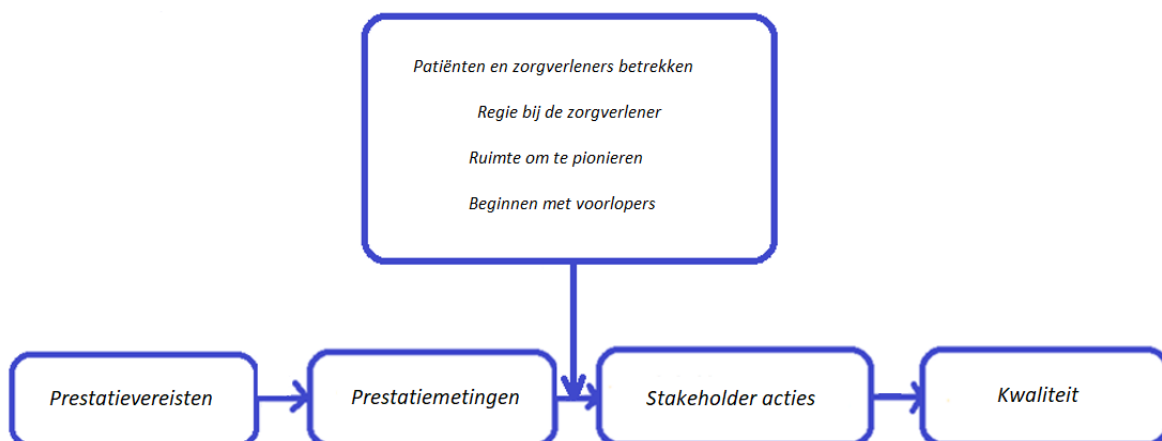
PROM's kunnen dus betekenisvol worden gemaakt door de basisstructuur op orde te maken, zodat er gestart kan worden met het werken met PROM's. De vraag komt op hoe het starten met PROM's kan worden



gerealiseerd. In de interviews komt naar voren dat het starten met voorlopers een bruikbare strategie is: *“Sluit vooral aan bij mensen die enthousiast zijn. Er zijn altijd mensen in een staf die enthousiast zijn, laat die beginnen”* (MA: R4, R11, R7 / ZV: R6, R13). In het UMC Utrecht zijn er al zorgverleners die werken met PROM’s. Wanneer deze zorgverleners een podium krijgen om ervaringen te delen kan het werken met PROM’s betekenisvol worden gemaakt. Het delen van ervaringen zorgt er niet alleen voor dat PROM’s bekend en bemind raken, maar zal er ook voor zorgen dat er geleerd kan worden van voorlopers. Dit zal het proces van PROM’s een vast onderdeel laten worden van het zorgproces, versnellen en vergemakkelijken.

5.4.4. Ruimte om te pionieren

In de interviews is duidelijk geworden dat de potentie van PROM’s breed wordt gedragen. Managers vinden dat PROM’s wellicht nog niet perfect zijn, maar vinden ook dat het werken met PROM’s van start zou moeten gaan: *“Ja weet je, het is een beetje polderen. Dat [discussie over de inhoud] heb je niet van de een op de andere dag goed. Het belangrijkste is, is dat je ze serieus neemt”* (MA: R4, R11, R14). Ook patiëntvertegenwoordigers spreken van het belang om te starten. Nu lijkt er sprake van een te lang voortraject waarin er te veel nadruk ligt op wetenschappelijke verantwoording waardoor het werken met PROM’s in het gedrang lijkt te komen: *“(…) ik ben zelf ook academisch gevormd en ken het belang dat ‘het goed onderbouwd’ moet zijn, wetenschappelijk verantwoord, maar ik kreeg er wel een beetje van: ‘jongens kan dit niet anders?’* (PV: R9, R8). De zorgverleners die al werken met PROM’s zijn (onder bepaalde voorwaarden) enthousiast over PROM’s. Zo is opnieuw de potentie van PROM’s duidelijk, maar is de invulling en uitvoering van PROM’s nog geen uitgemaakte zaak. Om PROM’s betekenisvol te maken lijkt er dus ruimte nodig om te pionieren. Pionieren betekent dat er ruimte is om PROM’s af-te-stemmen-op en aan-te-passen-aan het specialisme, maar ook dat er tijd is om hierover met elkaar in gesprek te gaan en van elkaar te leren.



Figuur 10. Schematische weergave hoe via *omgang met stakeholders* PROM’s betekenisvol kunnen worden gemaakt.



5.5. Gebruik van PROM's

In de literatuur is de derde manier om prestatiemetingen betekenisvol te maken door gezamenlijk te werken aan kwaliteit van zorg via het *gebruik* van prestatiemetingen. In deze paragraaf zullen de uitkomsten worden besproken die in het

gebruik bijdragen aan een betekenisvolle inzet van PROM's. De meest opvallende bevindingen hebben betrekking op het verbinden met de dagelijkse praktijk, uitkomsten bespreken in overleggen (en in mindere mate platforms) en bestuurlijk commitment.

Verbinden met de dagelijkse praktijk
 Uitkomsten bespreken
 Bestuurlijk commitment - faciliteren

5.5.1. Verbinden met de dagelijkse praktijk

Bij het *gebruik* van PROM's is verbinden met de dagelijkse praktijk een belangrijk aspect dat maakt dat PROM's betekenisvol worden om gezamenlijk te werken aan kwaliteit van zorg. In deze paragraaf zullen de uitkomsten worden besproken die het *gebruik* van PROM's betekenisvol maken door ze in te bedden in de dagelijkse praktijk. Aspecten die hieraan bijdragen hebben betrekking op:

Praktisch hanteerbaar
 Vast onderdeel van het zorgproces
 Leren van uitkomsten
 Input voor verandering
 Kwaliteit laten zien

dat PROM's praktisch hanteerbaar zijn, een vast onderdeel worden van het zorgproces, leiden tot inzicht om zo te kunnen leren, input zijn voor verandering en kunnen dienen om kwaliteit te laten zien.

Praktisch hanteerbaar

Voor het werken met PROM's zullen de randvoorwaarden op orde moeten zijn. Wanneer dit niet het geval is zal de registratielast de overhand krijgen en de respons afnemen. Dit geldt allereerst voor patiënten: *"Die mensen zitten midden in een achtbaan van overleven, als die onbekende brieven krijgen met ingewikkelde inlogcodes, ja dat gaat natuurlijk niemand doen"* (PV: R10). Een van de randvoorwaarde is dat het toegankelijk moet zijn: *"je moet zorgen dat het voor de patiënt toegankelijk is. En om het voor de patiënt toegankelijk te houden moet het wat mij betreft kort zijn, eenvoudig. Je moet geen academisch denkniveau nodig hebben om zo een vragenlijst in te kunnen vullen"* (ZV: R13, R6). Ook voor de zorgverlener zijn er belangrijke voorwaarden, zoals ICT systemen, die ervoor zorgen dat uitkomsten gemakkelijk inzichtelijk zijn: *"Je moet als medisch specialist alleen maar hoeven zeggen 'dit en dit is relevant' bij een intake/triage. Dat zou je natuurlijk kunnen automatiseren, en dat je dan van te voren echt de resultaten hebt, het liefst al met een soort uitkomst van dit is afwijkend"* (MA, R14). Maar dit



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

geldt ook op een hoger niveau: *“zorg dat de juiste infrastructuur er is om die dingen af te nemen (...) je moet in de eerste instantie een systeem hebben waar je je complicaties uit kan halen, dat is de basis”* (ZV: R13, R6).

Vast onderdeel van het zorgproces

Verbinden met de dagelijkse praktijk betekent ook dat PROM's een vast onderdeel worden van het zorgproces. Zowel patiënten als zorgverleners moeten PROM's als een vast onderdeel van de dagelijkse gang van zaken gaan zien: *“kijk, je krijgt ook geen volgende chemo kuur als je je bloed niet hebt laten prikken of iets in die geest* (PV, R10). Wanneer PROM's een vast onderdeel zijn van het zorgproces worden ze betekenisvol doordat er continue gezamenlijk wordt gewerkt aan kwaliteit. Zowel patiënt als zorgverlener zijn met PROM's bewust van kwaliteit van zorg zoals die door de patiënt wordt ervaren. Dit is anders dan een patiënt die een vragenlijst invult om het ziekenhuis een score in te kunnen laten leveren bij de IGZ. Praktisch betekent dit volgens respondenten dat uitkomsten worden besproken in de spreekkamer of worden gerapporteerd in het EPD: *“Ik kan bijvoorbeeld ook inloggen in Mijn OLVG. Waarom zie ik de scores dan bijvoorbeeld niet daar, wat er dan uitkomt”* (PV:R8, R10). Daarnaast kunnen PROM's een vast onderdeel worden voor de klinische patiëntenzorg door PROM's decentraal op de verpleegafdeling in te zetten: *“ik vind het heel mooi dat we op decentraal niveau op een verpleegafdeling vragen kunnen stellen en dat we dat heel erg kunnen richten op hoe vindt u de dagbesteding? hoe vindt u de invulling van de wachtkamer? en bent u op de hoogte van het hoofdbehandelaarschap? (...) Dat kan je heel mooi iedere keer aanpassen op waar je als afdeling mee bezig bent”* (MA: R7, ZV: R5). Zo kan op allerlei niveaus dagelijks gezamenlijk gewerkt worden aan kwaliteit van zorg.

Leren van uitkomsten

Frequent wordt benoemd dat PROM's betekenisvol worden wanneer uitkomsten zorgen voor inzicht. Dit wordt benoemd voor het gebruik van PROM's op individueel niveau: *“zowel voor de patiënt zelf om inzicht te krijgen in hoe het hun vergaat. Door langs een lijst vragen te worden geleid ga je jezelf realiseren hoe het nu echt met je is. Maar ook voor de behandelaars (...), dat dokters bijvoorbeeld beter realiseren wat de ziektelast is en daar de behandeling op aanpassen”* (ZV:R5 / PV, R8). Op een geaggregeerd niveau wordt benoemd dat het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg gebruikt kan worden om kwaliteit te verbeteren door ervan te leren: *“Zeker ook op hoger niveau, dat de specialisten het onderling gebruiken om te kijken: wat zijn nu oorzaken [voor de verschillen]? En dat ze het gebruiken voor kwaliteitsverbetering, dat zou ik een hele mooie vinden”* (PV: R9 / MA, R11). *“En de bedoeling is dat je met elkaar in gesprek gaat over die verschillen om te leren en niet om zeggen: haha, jij doet het slechter”* (MA, R11). In de interviews komt naar voren dat voor het geaggregeerde niveau het waardevol is dit in te vullen door uitkomsten te bespreken op specialistenniveau: *“ik zou zeggen in eerste instantie op specialistenniveau zou ik het gesprek heel waardevol vinden, ook als reflectie voor de medisch specialisten onderling* (MA: R11, ZV: R6, R13). Door het bespreken in de groep en het uitwisselen van data met vergelijkbare groepen is het mogelijk PROM's als benchmark in te zetten: *“nou met name voor jezelf en*



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

vergelijkbare toko's. In Seattle zit bijvoorbeeld een vergelijkbaar centrum, daar doen we best zaken mee met heen en weer sturen van data. Dan kun je het redelijk vergelijken" (ZV, R6). Zo worden PROM's betekenisvol, omdat er door van elkaar te leren gezamenlijk wordt gewerkt aan kwaliteit van zorg.

Input voor verandering/verbetering

Verbinden met de dagelijkse praktijk betekent ook dat uitkomsten het gewicht krijgen om veranderingen te bewerkstelligen: *"Als er geen consequentie aan zit dan doen mensen het niet"* (MA:R4 / ZV: R6 / PV:R8). PROM's krijgen betekenis voor zowel zorgverlener als patiënt wanneer ze niet enkel worden gebruikt om te monitoren, maar wanneer er daadwerkelijk actie aan wordt verbonden. Zo kan worden gewerkt aan kwaliteit van zorg door bijvoorbeeld een werkwijze aan te passen: *"dat bespreken we dan in de groep, dan is het de vraag moet je daar je besluitvorming op veranderen? wel of niet opereren? maakt het überhaupt uit of je opereert?"* (ZV: R6, R13). Zo krijgen uitkomsten betekenis en zullen PROM's als vanzelfsprekend gebruikt gaan worden. Dit geldt niet alleen op het niveau van het specialisme maar ook in de spreekkamer: *"je bespreekt het met de patiënt en je koppelt er eventueel acties aan vast"* (PV: R10 / ZV: R5, R6). PROM's kunnen ook leiden tot verandering en verbetering door uitkomsten te gebruiken als 'spiegel': *"We hebben dat eerder ook gedaan. Een paar jaar geleden op de poli, vrij systematisch. Er was een lijst die patiënten konden invullen en die werden per vakgebied terug gespiegeld, dat hebben we een tijdje gedaan. En dat werd ook per persoon gespiegeld. Ik denk dat het heel nuttig was"* (ZV, R5). PROM's als input voor verandering en verbetering lijkt ook betekenisvol in de sfeer: *"voor de studentlerer, studenten en arts-assistenten, die leren met dit soort feedback hoe zij acteren en wat er van hen verwacht wordt, namelijk samen werken met de patiënt"* (ZV, R5). Zo krijgen PROM's betekenis door in de opleiding zorgverleners bewust te maken van *gezamenlijk* werken aan kwaliteit.

Kwaliteit laten zien

Het werken met PROM's zorgt niet alleen voor inzicht in kwaliteit, maar kan kwaliteit ook zichtbaar maken en kwaliteitsverbetering stimuleren. Transparante zorg kan aan patiënten de kwaliteit van de zorg laten zien, maar kan ook een stimulans zijn voor kwaliteitsverbetering: *"nou het is goed om je kwaliteit te laten zien, zowel naar je toekomstige patiënten toe als naar elkaar als behandelaars (...) toekomstige patiënten zullen steeds vaker gaan kiezen waar ze hun toekomstige behandeling gaan hebben, dat hoort bij de individualisering van de maatschappij. Dan zal je een beetje reclame moeten maken, dat stimuleert behandelaars alleen maar om het beter te doen en daar wordt toch de hele groep beter van?"* (ZV:R5 / PV: R8, R10). Over de vraag hoe die kwaliteit transparant te maken bestaat discussie. Interpretatie door betrokkenen zonder inhoudelijke kennis en zonder kennis van de context lijkt het openbaar maken van informatie in de weg te staan. Echter, voor selectieve uitkomsten lijkt dit wel waardevol: *"Ja dan moet je keuzes maken. Als er 20 thema's in een vragenlijst zitten zit er heel veel patiënten variatie in. Maar ook is er heel veel informatie nuttig die niet patiënten variatie is maar echt behandelingsvariatie kent. Dus de neuropathie bijvoorbeeld (...) en seksuele dysfunctie, die zeggen daadwerkelijk wel iets over operatie*



technieken en bestralingstechnieken (PV, R10). PROM's kunnen dus betekenisvol zijn voor het laten zien van kwaliteit onder voorwaarde dat uitkomsten gerelateerd zijn aan ziekenhuis of behandelaar (en niet aan de patiënt). Eén van de suggesties die wordt gedaan is dat dergelijke informatie bekend kan worden gemaakt via het Zorginstituut Nederland.

5.5.2. Uitkomsten bespreken

In het *gebruik* blijkt het bespreken van uitkomsten een tweede belangrijk aspect dat PROM's betekenisvol maakt om gezamenlijk te werken aan kwaliteit van zorg. In deze paragraaf zullen de

Voorzien van een duiding

Platforms

uitkomsten worden besproken die het *gebruik* van PROM's betekenisvol maken door uitkomsten te bespreken. Aspecten die hier betrekking op hebben gaan over uitkomsten voorzien van een duiding in bestaande overleggen. Het theoretisch veronderstelde belang van het optuigen van platforms is minder evident gebleken.

Voorzien van een duiding

Prestatiemetingen in de zorg, zo ook PROM's, hebben betrekking op complexe fenomenen. Cijfers krijgen betekenis wanneer ze worden geïnterpreteerd en voorzien van een duiding door de juiste stakeholders: *"Als je aan een manager laat lezen wat de resultaten zijn van ons handletsel dan zegt hij: jullie mogen nooit meer handen opereren (...). Mijn generatie dokters wil verantwoordelijk zijn voor zijn eigen handelen, dus je moet intrinsieke motivatie hebben om dingen te verbeteren, en dat kan alleen maar als je op een goede manier naar je resultaten kijkt. Dus je moet goed weten waar je naar kijkt en dat maakt het zo bloedlink, en als je er met de juiste blik naar kijkt is het van onschatbare waarde om je zorg te verbeteren"* (ZV: R13, R6). Uitkomsten hebben daarom context nodig om betekenisvol te zijn: *"Op zich is het prima dat je laat zien dat de 1 een 8 scoort en de ander een 6 (...) maar daar kan je dan nog niets over zeggen als je niet met elkaar gekeken hebt waar zit dat dan in?"* (PV: R9 / MA: R11). Een belangrijke voorwaarde is dus dat uitkomsten besproken gaan worden. Uitkomsten bespreken op een geaggregeerd niveau betekent dat het continue de aandacht heeft die het verdient: *"Dat je ook gewoon met elkaar ieder half jaar moet evalueren: wat hebben we met elkaar afgesproken en hoe gaat dat nu? (...) en ook als het goed gaat, als je een goede score hebt dan moet je dat ook weten."* (MA, R7). Ook op individueel niveau zijn er positieve effecten te verwachten van het bespreken van uitkomsten. Wanneer uitkomsten in de spreekkamer worden besproken is het de verwachting dat de respons hoger komt te liggen: *"als je met de PROM vragenlijsten daadwerkelijk iets doet dan ga ik er vanuit dat de respons ook hoger gaat worden"* (PV: R10 / ZV: R13). PROM's krijgen dus betekenis wanneer uitkomsten worden voorzien van een duiding.



Platforms

In de interviews is expliciet gevraagd naar de rol van platforms omdat dit één van de theoretisch veronderstelde condities is die prestatiemetingen betekenisvol kan maken. Allereerst valt op te merken dat het bespreken van uitkomsten op platforms geen enkele keer spontaan is benoemt als zijnde belangrijk om PROM's betekenisvol te maken. Wanneer hier expliciet naar gevraagd werd was de strekking meestal dat het *misschien* een goed idee is, maar bleef er wel twijfel bestaan of dit per se nodig is en in welke vorm dan: *“ja als je er nu weer iets apart voor optuigt...ik weet niet of dat nu zo nuttig is (MA: R11, R7, R14 / ZV: R1, R3, R6, R13). “Ik denk dat het wel goed zou zijn als je 1x per jaar een dag hebt (...) rapporteert over wat je gedaan hebt, dat het iets wordt waar je trots op bent (...) misschien moet je daar ook je patiënten voor uitnodigen, dus wellicht wel... mits op de juiste manier opgezet” (ZV, R13). “Misschien een symposium, maar misschien ook niet. Het moet vooral zo veilig zijn dat je het met elkaar kunt delen en bespreken en dat het tot verbetering leidt, dat is belangrijk en dan is de vorm minder belangrijk” (MA, R14). Het delen van ervaringen wordt wel als waardevol beschouwd: “het is heel goed om die platforms te hebben voor het delen van ervaringen. En als het gaat om met elkaar resultaten te bespreken, dan is het meer de inhoud (...) en dan denk ik meer aan bestaande overleggen” (MA, R7).*

5.5.3. Bestuurlijk commitment

Bij het *gebruik* van prestatiemetingen is *bestuurlijk commitment* een derde theoretische veronderstelde conditie die prestatiemetingen betekenisvol kunnen maken. In deze paragraaf zullen de uitkomsten worden besproken die het gebruik van PROM's betekenisvol maken door bestuurlijk commitment. Het management kan PROM's betekenisvol maken door zorg te dragen voor de randvoorwaarden.

-
- Initiatieven bij elkaar brengen
 - Goed ICT systeem
 - Administratieve ondersteuning
 - Leiderschap
-

Randvoorwaarden hebben betrekking op een goed ICT systeem en administratieve ondersteuning. Daarnaast kan het faciliteren van het werken met PROM's bestaan uit het in verbinding stellen van mensen die werken of willen gaan werken met PROM's, zodat in de basis niet telkens het wiel opnieuw uitgevonden hoeft te worden. En tenslotte, zal bestuurlijk commitment bestaan uit het tonen van leiderschap waarin wordt uitgesproken dat het werken met PROM's tot de basis gaat behoren.

Faciliterende rol

Over de rol van het management zijn de managers en zorgverleners het eens. Primair ligt het construeren en het gebruiken van PROM's bij de medische beroepsgroep: *“nou wij [managers] spelen een bescheiden rol. In mijn overtuiging moet een PROM vanuit de medische beroepsgroep komen en moet dat niet iets zijn wat een raad van bestuur of een afdeling kwaliteit bepaalt (MA:R11, R14).* Het management kan ervoor zorgen dat mensen die werken met PROM's of voornemens zijn met PROM's te gaan werken met elkaar in verbinding worden gesteld:



UMC Utrecht

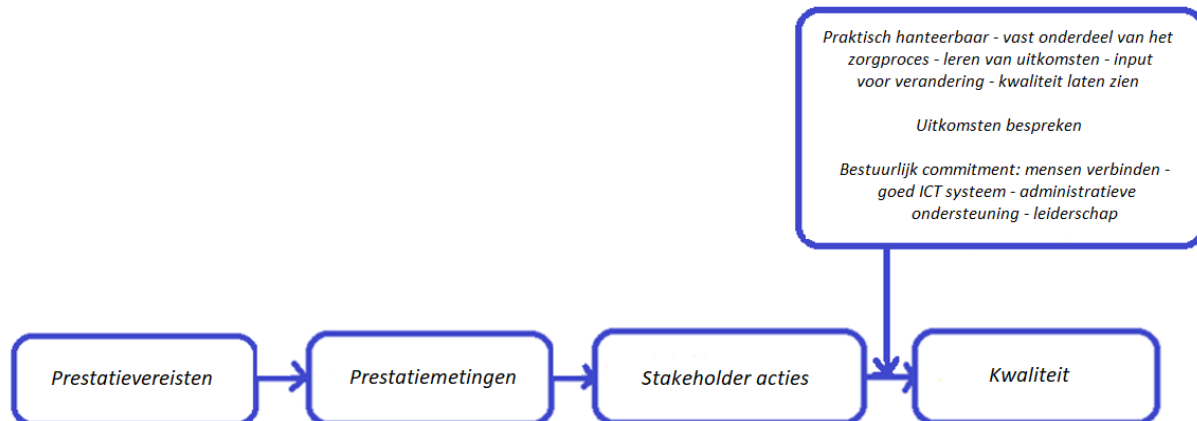


Universiteit Utrecht

“waarbij we stimuleren, al die initiatieven elke keer weer bij elkaar proberen te brengen met als doel om dat te steunen en te stimuleren, maar niet om te bepalen” (MA: R11, R14, R4). Op deze wijze kan het management ervoor zorgen dat energie in de juiste dingen gaat zitten en niet in de randvoorwaarden: “dat [optuigen van het werken met PROM’s] kost natuurlijk heel veel tijd en energie (...) ze vinden steeds opnieuw het wiel uit. Dus ondersteuning kan in die zin echt wel een positieve rol spelen” (MA: R14 / ZV: R6, R13). Bestuurlijk commitment bestaat er voorts uit dat processen worden ondersteund met een goed ICT systeem: “dat faciliteren moet vooral bestaan uit dat de gegevens makkelijk te bespreken zijn en dat je niet heel veel moeite moet doen om gegevens boven tafel te krijgen” (ZV: R1, R6, R13). “Een goed ICT systeem is nodig, want bij voorkeur gaat het allemaal automatisch en het liefst met een tablet op de poli” (ZV: R6, R13). Naast ICT ondersteuning wordt het als betekenisvol ervaren als het management geld zou vrijmaken voor personele ondersteuning: “Bij voorkeur hebben we daar ook administratieve ondersteuning in de vorm van personeel die mensen nabellen en die PROM’s daadwerkelijk met ze invullen” (ZV: R6, R13).

Leiderschap

Eerder werd in paragraaf 5.4.2. besproken dat de regie bij voorkeur bij de zorgverlener ligt om PROM’s betekenisvol te maken. Echter, er is ook geconstateerd dat het werken met PROM’s nog geen vanzelfsprekendheid is. Er zijn mooie initiatieven en de houding ten aanzien van PROM’s is positief, maar er lijkt meer nodig om PROM’s betekenisvol te maken om gezamenlijk te werken aan kwaliteit van zorg. Leiderschap binnen de beroepsgroep kan hierin PROM’s betekenisvol maken: *“leiderschap is hierin erg belangrijk. En zoals (...) die is intrinsiek gemotiveerd (...) dat helpt” (MA, R4). Hoe dit leiderschap moet worden ingevuld is niet eenduidig, wel lijkt het betekenisvol wanneer leider verwoordt dat PROM’s belangrijk zijn: “daar [leiderschap] is geen eenduidige oplossing voor. Ik denk wat belangrijk is dat je als leiding van een staf duidelijk maakt dat het [PROM’s] belangrijk is” (MA: R4, R11). Maar ook leiderschap op een hoger niveau kan PROM’s betekenisvol maken. Managers geven aan dat het op de agenda zetten van PROM’s bij de raad van bestuur, PROM’s betekenisvol kan maken: “En dat wij de lijnen met de raad van bestuur...waar we het op de agenda hebben gezet: zo van wat vinden jullie er nu van? (MA, R11). Leiderschap vanuit de raad van bestuur lijkt nodig, want de potentie van PROM’s wordt breed gedragen maar het werken met PROM’s is nog steeds niet gerealiseerd. Een mandaat waarbij het werken met PROM’s wordt gestimuleerd lijkt nodig om het proces te versnellen, zodat PROM’s een vast onderdeel gaan worden van het gezamenlijk werken aan kwaliteit van zorg.*



Figuur 11. Schematische weergave hoe via het *gebruik* PROM's betekenisvol kunnen worden gemaakt.

5.6. Conclusie

In dit hoofdstuk zijn de condities beschreven die bijdragen aan het betekenisvol werken met PROM's om *gezamenlijk* te werken aan kwaliteit van zorg. Overeenkomstig met de theoretisch veronderstelde condities zijn er 3 manieren naar voren gekomen die het werken met PROM's betekenisvol kunnen maken, namelijk via de constructie van PROM's, in de omgang met stakeholders en via het gebruik van PROM's. Echter de manier waarop binnen deze 3 variabelen prestatiemetingen kunnen leiden tot kwaliteit, verschilt in de context deze masterscriptie van die van de Veiligheidsindex Rotterdam die eerder werd besproken.

Allereerst werd verhelderd wat voor respondenten een prestatiemeting betekenisvol maakt. Prestatiemetingen krijgen betekenis wanneer het een uitkomstmaat betreft, uitkomsten worden besproken en wanneer prestatiemetingen worden gebruikt door diegene met inhoudelijke kennis van zaken.

Er is besproken dat in de *constructie* van PROM's voorkennis van zowel patiënten als professionals bijdraagt aan een betekenisvolle inzet van prestatiemetingen. Voorkennis leidt tot relevante en specifieke vragenlijsten en kan het proces versnellen (het wiel hoeft niet telkens opnieuw uit te worden gevonden). Daarnaast blijkt opnieuw 'bekend maakt bemind', oftewel voor betekenisvol werken met PROM's zullen PROM's op de kaart moeten worden gezet. Tenslotte kan een helder doel en focus bijdragen aan een betekenisvolle inzet van PROM's. Gesprekken kunnen hierbij de vaagheid wegnemen, maar ook verhelderen wat zinvol is en wat niet.

Vervolgens is gebleken dat in de *omgang met stakeholders* PROM's betekenisvol gemaakt kunnen worden. Allereerst dienen patiënten en zorgverleners te worden betrokken om gebruik te maken van de beschikbare kennis. Daarnaast is duidelijk geworden dat het betekenisvol is wanneer de regie van het werken met PROM's bij de zorgverlener ligt. Tegelijkertijd is verhelderd dat dit alleen kan wanneer de basisstructuur op orde is. Hierin



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

kan het management voorzien en zo het werken met PROM's stimuleren. Om het werken met PROM's betekenisvol te maken kan er gestart worden met voorlopers, zodat ervaringen kunnen worden gedeeld en er geleerd kan worden van elkaar. Tenslotte worden PROM's betekenisvol wanneer er ruimte blijft bestaan om te pionieren waarbij PROM's gedurende het proces afgestemd worden op de verschillende vakgebieden en het gesprek gevoerd wordt om van elkaar te leren.

Voorts hebben we gezien dat PROM's in het *gebruik* op meerdere manieren betekenisvol gemaakt kunnen worden. PROM's worden betekenisvol wanneer zij praktisch hanteerbaar zijn. Voor patiënten betekent dit bijvoorbeeld een korte vragenlijst en voor zorgverleners dat de infrastructuur en ICT op orde is. Wanneer PROM's een vast onderdeel worden van het zorgproces draagt dit bij aan een betekenisvolle inzet van PROM's. Dit krijgt vorm door uitkomsten te bespreken in de spreekkamer, uitkomsten zichtbaar te maken in het EPD en PROM's decentraal in te zetten. Voorts kunnen PROM's betekenisvol worden gemaakt door uitkomsten te gebruiken om ervan te leren (bijvoorbeeld door het als benchmark in te zetten) en uitkomsten te gebruiken om werkwijzen te herzien. Dit kan worden gerealiseerd door uitkomsten op specialistenniveau te bespreken. Ook in de opleidingssfeer kunnen PROM's worden gebruikt om te leren door bijvoorbeeld coassistenten en artsen in opleiding tot medisch specialist een spiegel voor te houden hoe zij acteren en hoe patiënten verwachten dat zij acteren. PROM's kunnen ook betekenisvol worden gemaakt door ze te gebruiken om kwaliteit te laten zien. Deze transparantie lijkt te gelden voor uitkomsten die geen patiënten variatie kennen, maar gerelateerd zijn aan een variatie in de behandeling.

In het gebruik krijgen PROM's ook betekenis door uitkomsten te bespreken. In de bespreking worden uitkomsten voorzien van een duiding door betrokkenen met inhoudelijke kennis. De vorm van de bespreking in de vorm van platforms e.d. lijkt minder bijdragend aan een betekenisvolle inzet van PROM's.

Tenslotte kan bestuurlijk commitment in het *gebruik* bijdragen aan een betekenisvolle inzet van PROM's. Hierbij heeft het management/bestuur niet alleen een faciliterende rol, maar zal zij ook leiderschap moeten tonen om PROM's een vast onderdeel te maken van het werken aan kwaliteit van zorg. Het management kan PROM's betekenisvol maken door het proces te faciliteren door verschillende initiatieven bij elkaar te brengen. Mensen die werken met PROM's of willen gaan werken met PROM's hoeven zo niet telkens het wiel opnieuw uit te vinden. Maar ook het op orde maken van de randvoorwaarden, zoals een goed ICT systeem en administratieve ondersteuning, is iets waar het management in kan voorzien. Zoals gezegd lijkt leiderschap vanuit het management/bestuur gewenst, waarbij het werken met PROM's wordt gestimuleerd, als vanzelfsprekend wordt beschouwd en aangemerkt als belangrijk. Zonder dit leiderschap lijken PROM's geen vast onderdeel van de dagelijkse gang van zaken te gaan worden.



6. Conclusies en implicaties

In dit hoofdstuk worden de deelvragen en onderzoeksvraag beantwoord. Allereerst wordt antwoord gegeven op de theoretische deelvragen van dit onderzoek. Dit wordt gedaan op basis van het theoretisch kader, hoofdstuk 3. Daarna worden op basis van de bevindingen (hoofdstuk 5) de empirische deelvragen beantwoord. Wanneer deze deelvragen zijn beantwoord volgt de beantwoording van de onderzoeksvraag: *“Onder welke condities zijn patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten een betekenisvol instrument voor het gezamenlijk werken aan kwaliteit van zorg?”* Vanuit de conclusies volgen aanbevelingen voor praktijk en onderzoek, waarmee de laatste deelvraag wordt beantwoord. Het hoofdstuk sluit af met een reflectie op het onderzoek en een slotwoord.

6.1. Beantwoording theoretische deelvragen

- *Wat zijn prestatiemetingen?*

Prestatiemetingen worden gebruikt om grip te krijgen op ambigue fenomenen zoals welzijn, sociale cohesie, criminaliteit en veiligheid. Hierdoor wordt aangenomen dat fenomenen verbeterd kunnen worden. Prestatiemetingen kunnen worden gedefinieerd als het proces van het kwantificeren van de efficiëntie en effectiviteit van de actie. *Effectiviteit* verwijst naar de mate waarin aan klantvereisten wordt voldaan en *efficiëntie* is een maat voor hoe economische middelen worden gebruikt om een bepaald niveau van klanttevredenheid te bereiken.

Prestatiemetingen kunnen voor meerdere doeleinden worden ingezet. Zo kunnen ze zorgen voor transparantie en informatie over de prestaties van de organisatie kan gebruikt worden om publieke verantwoording af te leggen. Voorts kunnen prestatiemetingen gebruikt worden om te leren: inzicht in de prestaties kan leiden tot kennis over wat er goed gaat en waar verbetering nodig is. Tenslotte scheppen prestatiemetingen de mogelijkheid om te beoordelen en te straffen. De functie die wordt toegekend aan prestatiemetingen is leidend voor het optreden van perverse effecten. Hoe meer managers willen sturen op prestatiemetingen hoe minder effectief prestatiemetingen zijn. Perverse effecten zoals gameplaying, bureaucratie, verhinderen van innovatie en verlies van (systeem)verantwoordelijkheid ligt op de loer.

Bij de inzet van prestatiemetingen in de professionele dienstverlening dient aandacht te zijn voor de kenmerken van de professional. De autonome professional bekleedt een krachtige positie binnen de organisatie, heeft veel impliciete kennis en is loyaal aan de beroepsgroep met haar eigen richtlijnen en idealen. Dit maakt dat professionals betrokken moeten worden bij de inzet van prestatiemetingen. Tenslotte moet bij de inzet van prestatiemetingen in de professionele dienstverlening rekening gehouden worden met de complexe services. Services in de professionele dienstverlening zijn onder andere complex omdat het vele stakeholders betreft met



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

elk hun eigen (verschillende) wensen en belangen. Bij de inzet van prestatiemetingen zal hier rekening mee gehouden moeten worden.

- *Wat is gezamenlijk werken aan kwaliteit?*

Kwaliteit is *'geschikt voor gebruik'*. Hierin ligt besloten dat er gebruikers zijn. Die gebruikers hebben allemaal hun eigen idee over de *geschiktheid*. Verschillende stakeholders worden als bijzonder belangrijk beschouwd in publieke en non-profit organisaties. Verschillende studies tonen de potentie van het betrekken van stakeholders. Welke gedrag stakeholders vertonen wordt namelijk bepaald door de afhankelijkheid die stakeholders en organisatie van elkaar hebben. Stakeholders kunnen wel of niet meewerken, bepaald door de afhankelijkheid die de stakeholder heeft van de organisatie. Voorts kunnen stakeholders direct of indirect invloed uitoefenen, bepaald door of de organisatie afhankelijk is van de stakeholder.

Kwaliteitsmanagement zal dus afgestemd moeten worden op die stakeholders om zo te komen tot *gezamenlijk* werken aan kwaliteit. *Gezamenlijk* werken aan kwaliteit betekent dat twee of meer mensen met elkaar in interactie zijn om te werken aan een gemeenschappelijk doel. *Gezamenlijk* werken aan kwaliteit leidt tot vertrouwen, een gevoel van mede-eigenaarschap en levert inzicht in de verschillende belangen die spelen. Het betrekken van stakeholders betekend niet alleen het betrekken van professionals, maar ook het betrekken van burgers. Sceptici claimen dat het betrekken van burgers kan leiden tot het fenomeen dat burgers de dienst gaan uitmaken, dit veel resources kost en het onrealistische verwachtingen bij burgers creëert. Echter, 'to fail early to succeed sooner', zal resources besparen en eerder kwaliteitsverbetering realiseren. Verwachtingen zullen hierin inderdaad goed gemanaged moeten worden.

- *Onder welke condities kunnen prestatiemetingen betekenisvol worden ingezet?*

Een betekenisvolle inzet van prestatiemetingen kan worden beïnvloed op drie manieren. In de *constructie*, het *gebruik* van prestatiemetingen en in de *omgang met stakeholders*.

Constructie van prestatiemetingen

Hoe prestatiemetingen worden geconstrueerd bepaalt of ze er toe doen en heeft betrekking op door wie, op welk moment en vanuit welke optiek ze worden geconstrueerd. De kracht van een meting wordt mede bepaald door de duiding van wat er uit de meting komt. Door in de constructie gebruik te maken van *voorkennis* kunnen ervaringen een bijdrage leveren aan het herkennen en erkennen van relevante metingen. Ervaringskennis weet vaak heel goed wat er speelt en wat relevant is om op te focussen.



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

Daarnaast is het in de constructie van belang gebruik te maken van *verhalen*. Ook verhalen kunnen prestatiemetingen begrijpelijk maken en van een juiste duiding voorzien. Een uitleg over wat en waarom men gaat meten creëert een gezamenlijk doel en focus.

Omgang met stakeholders

Wanneer fenomenen lastig te definiëren zijn levert het betrekken van stakeholders meerdere voordelen op. Zoals gezegd kan door stakeholders te betrekken gebruik worden gemaakt van voorkennis. Daarnaast creëert het ook leereffecten en betrokkenheid. Wanneer stakeholders zich onderdeel voelen van de meting kunnen ze de uitkomsten moeilijker naast zich neerleggen

Gebruik van prestatiemetingen

Het *gebruik* van prestatiemetingen heeft betrekking op met welke acties ze worden verbonden en hoe er gewicht wordt toegekend aan de prestatiemeting en de uitkomsten. Prestatiemetingen kunnen betekenisvol worden gemaakt door in het *gebruik* te zorgen dat ze als waardevol voor de praktijk worden beschouwd, prikkels geven voor gedrag(sverandering) en gewicht heeft ten aanzien van prestatie management. Dit kan worden gerealiseerd door ze in te bedden in de dagelijkse praktijk, uitkomsten te bespreken in overleggen en platforms en uitkomsten te voorzien van bestuurlijke commitment.

6.2. Beantwoording empirische deelvragen

- *Hoe worden prestatiemetingen in het UMC Utrecht geconstrueerd, geïmplementeerd en gebruikt?*

In deze paragraaf zullen de uitkomsten worden besproken op de vraag hoe prestatiemetingen nu worden gebruikt in het UMC Utrecht. Prestatiemetingen in het UMC Utrecht worden momenteel niet altijd als betekenisvol ervaren door betrokkenen. Hiervoor zijn meerdere redenen te benoemen. De kennis die voortkomt uit de beantwoording van deze deelvraag zal input zijn voor paragraaf 6.4. waarin aanbevelingen worden gedaan *hoe* PROM's betekenisvol zijn in te zetten.

Onbesproken uitkomsten

Uitkomsten van vragenlijsten worden vaak niet teruggekoppeld of besproken met de patiënt. Dit wordt als onacceptabel en onethisch ervaren en kan leiden tot 'vragenlijst-moeheid'.

Voorname lijk structuur- en procesindicatoren

Van de vele indicatoren is slechts een kleine gedeelte uitkomstindicator. Structuur- en procesindicatoren vormen een mooie basis over de stand van zaken, maar uitkomstindicatoren hebben inmiddels meer toegevoegde waarde gekregen.



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

Uitkomsten spelen geen rol van betekenis

Indicatoren worden vaak enkel gebruikt om te monitoren. Uitkomsten worden niet besproken en niet gebruikt om te leren. Op deze wijze krijgt registratielast de overhand en verliest het meetinstrument zijn waarde.

Onjuiste interpretatie

Het meten van complexe fenomenen vraagt om een juiste interpretatie van uitkomsten. Dit is niet bij alle prestatiemetingen het geval. Zo kunnen prestatiemetingen verkeerd worden gebruikt en niet het doel dienen dat vooraf was gesteld.

Gebruikt als managementtool

Prestatiemetingen verliezen hun betekenis wanneer ze worden gebruikt als managementtool. Zo is de complicatieregistratie waardevol in zichzelf wanneer het wordt gebruikt om van te leren. Echter, landelijke aanlevering van 20 complicaties geeft dat de 'complicatieregistratie' als managementtool wordt ervaren.

Bovenstaande heeft betrekking op *ervaringen* van stakeholders. Stakeholders hebben ook aangegeven wat zij als een betekenisvolle prestatiemeting beschouwen. Prestatiemetingen worden als betekenisvol ervaren wanneer het betrekking heeft op een uitkomstmaat, uitkomsten worden besproken en in handen zijn van diegene met inhoudelijke kennis van zaken.

- *Wat is de houding van de verschillende stakeholders in het UMC Utrecht ten aanzien van het gebruik van patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten om gezamenlijk te werken aan kwaliteit?*

Patiëntvertegenwoordigers, managers en zorgverleners zijn over het algemeen positief over patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten. Stakeholders zijn positief omdat PROM's betrekking hebben op het vragen aan de patiënt *zelf* hoe de kwaliteit van zorg is. Vragen naar kwaliteit van leven en functionele uitkomsten geeft inzichten die niet op een andere manier te verkrijgen zijn. Stakeholders zijn positief omdat met PROM's zorgverleners zich realiseren wat nu echt belangrijk is voor de patiënt. Daarnaast is er een positieve houding ten aanzien van de PROM omdat het een uitkomstmaat betreft. Uitkomstmaten worden als relevanter ervaren dan structuur- en procesindicatoren. De PROM als uitkomstmaat combineren met harde uitkomstmaten als opnameduur en re-operaties wordt als de ultieme combinatie gezien.

Respondenten voor wie PROM's nog onbekend zijn hebben een afwachtende houding. Onbekendheid met PROM's resulteert in het negeren van PROM's. Onbekendheid met PROM's resulteert ook in onzekerheid (heb ik er wel grip op? Is het toepasbaar in mijn vakgebied?) en zorgen over werklast worden alleen genoemd door diegene die nog geen ervaring hebben met PROM's. Tenslotte zijn er zorgen geuit ten aanzien van de betekenis



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

van PROM's op een geaggregeerd niveau. Geaggregeerde uitkomsten verliezen context waardoor uitkomsten niet kunnen worden geïnterpreteerd en verschillen tussen ziekenhuizen niet kunnen worden voorzien van een duiding. Een goede case mix correctie is gewenst. Daarnaast is het een voorwaarde dat het aggregeren en openbaar maken van uitkomsten alleen wordt gedaan voor die uitkomsten die gerelateerd zijn aan variatie in behandelaar of ziekenhuis en niet voor variatie die toe te schrijven is aan patiënten.

- *Aan welke condities moet worden voldaan om het gebruik van patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten in het UMC Utrecht betekenisvol te laten zijn?*

Conditie in de *constructie van PROM's, omgang met stakeholders* en het *gebruik* van PROM's kunnen patiënt-gerapporteerde uitkomsten betekenisvol maken.

Constructie van PROM's

In de constructie kunnen PROM's betekenisvol worden gemaakt door gebruik te maken van de *voorkennis* van zorgverleners en patiënten. Patiënten en zorgverleners kunnen aangeven wat belangrijk is. Zo kan er inzicht worden verkregen over wat leeft onder patiënten en kan er bepaald worden wat relevant is om te meten. Daarnaast kunnen PROM's in de constructie betekenisvol worden gemaakt door PROM's te promoten en te laten landen. PROM's moeten op de 'kaart' worden gezet, want zo wordt in de interviews benoemd: 'bekend maakt bemind'. In de interviews is gebleken dat juist diegene met weinig ervaring met PROM's twijfels uiten ten aanzien van toepasbaarheid binnen bepaalde vakgebieden, PROM's als een vaag begrip ervaren en zorgen uiten over de werklast die het met zich mee gaat brengen. Tenslotte kan een helder doel en focus bijdragen aan een betekenisvolle inzet van PROM's. Gesprekken kunnen hierbij de vaagheid wegnemen, maar ook verhelderen wat zinvol is en wat niet.

Omgang met stakeholders

PROM's kunnen betekenisvol worden gemaakt door zorgverleners en patiënten te betrekken. De intentie om patiënten te betrekken in het proces is goed, hoewel dit nog niet in alle gevallen vlekkeloos gaat. Zowel managers als zorgverleners zijn het erover eens dat het werken met PROM's vanuit de beroepsgroep zelf moet komen en dat de regie ligt bij de zorgverlener. Echter, dit is pas mogelijk wanneer de basisstructuur op orde is. Management en bestuur kan het werken met PROM's hiervoor stimuleren. Een bruikbare strategie om PROM's een vast onderdeel van het zorgproces te laten zijn, is om te beginnen met de voorlopers. Zo kunnen ervaringen worden gedeeld. Tenslotte worden PROM's betekenisvol wanneer er ruimte blijft bestaan om te pionieren waarbij PROM's gedurende het proces afgestemd worden op de verschillende vakgebieden en het gesprek gevoerd wordt om van elkaar te leren.

Gebruik van PROM's



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

Allereerst kan in het *gebruik* PROM's betekenisvol worden gemaakt door PROM's te verbinden met de dagelijkse praktijk. Verbinden met de dagelijkse praktijk houdt ten eerste in dat PROM's praktisch hanteerbaar zijn. Dit betekent bijvoorbeeld dat PROM's toegankelijk zijn voor zowel patiënten als voor de zorgverleners. Toegankelijk betekent onder andere korte simpele vragenlijsten en ICT systemen die uitkomsten gemakkelijk inzichtelijk maken. Daarnaast kunnen PROM's verbonden worden met de dagelijkse praktijk door PROM's een vast onderdeel van het zorgproces te maken. Dit krijgt bijvoorbeeld vorm door uitkomsten te bespreken in de spreekkamer, uitkomsten zichtbaar te maken in het EPD en PROM's decentraal in te zetten. Voorts worden PROM's betekenisvol door fenomenen inzichtelijk te maken, waardoor uitkomsten kunnen worden gebruikt om van te leren en zo input te laten zijn voor verandering en verbetering. Op deze wijze worden PROM's niet enkel gebruikt om te monitoren, maar worden er daadwerkelijk acties aan verbonden door bijvoorbeeld werkwijzen te herzien. Dit kan worden verwezenlijkt door uitkomsten te bespreken op specialisten niveau. Dit kan ook door in opleidingsferen coassistenten en artsen in opleiding tot medisch specialist een spiegel voor te houden hoe zij acteren en hoe patiënten verwachten dat zij acteren. PROM's worden zo betekenisvol door in de opleiding te leren hoe *gezamenlijk* gewerkt kan worden aan kwaliteit. Tenslotte kunnen PROM's worden gebruikt om kwaliteit te laten zien en zo een stimulans te zijn voor kwaliteitsverbetering. Deze transparantie lijkt te gelden voor uitkomsten die geen patiënten variatie kennen, maar gerelateerd zijn aan een variatie in de behandeling

Voorts kunnen PROM's in het *gebruik* betekenisvol worden gemaakt door uitkomsten te bespreken. PROM's hebben betrekking op complexe fenomenen. Het bespreken van uitkomsten door de juiste stakeholders maakt dat uitkomsten worden voorzien van een duiding. Uitkomsten hebben een context nodig om van een juiste duiding te worden voorzien. De juiste stakeholders beschikken over die context en zorgen voor continue aandacht voor de uitkomsten. De aandacht voor uitkomsten en een duiding door betrokkenen met inhoudelijke kennis lijkt belangrijker dan de vorm van de bespreking. Aandacht voor uitkomsten in de spreekkamer en op specialisten niveau lijkt in ieder geval gewenst voor een betekenisvolle inzet van PROM's.

Tenslotte kan in het gebruik van PROM's het management een rol spelen om PROM's betekenisvol te maken. Het management heeft hierin allereerst een faciliterende rol. Faciliteren bestaat onder andere uit het bij elkaar brengen van verschillende initiatieven en het op orde maken van de basisstructuur, zoals een goed ICT systeem en administratieve ondersteuning. De rol van het management en bestuur bestaat echter ook uit leiderschap. Tot op heden vormen PROM's nog geen vast onderdeel van het *gezamenlijk* werken aan kwaliteit. Leiderschap kan het werken met PROM's betekenisvol maken door: het werken met PROM's te stimuleren, als vanzelfsprekend te beschouwen en aan te merken als belangrijk. Zonder leiderschap lijken PROM's geen vast onderdeel van de dagelijkse praktijk te worden.



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

6.3. Beantwoording onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag die in deze masterscriptie centraal staat luidt:

Onder welke condities zijn patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten een betekenisvol instrument voor het gezamenlijk werken aan kwaliteit van zorg?

Op basis van de beantwoording van de theoretische en empirische deelvragen kan deze vraag nu worden beantwoord. Er kunnen drie conclusies worden getrokken.

De eerste conclusie is dat PROM's worden gezien als een betekenisvol instrument om *gezamenlijk* aan kwaliteit van zorg te werken. PROM's sluiten nauw aan bij het besef dat de patiënt geraadpleegd moet worden om te bepalen wat kwaliteit van zorg is. Bovendien is een PROM een uitkomstmaat wat in zichzelf al betekenisvoller is dan proces- en structuur indicatoren. PROM's ingezet op een individueel niveau wordt unaniem als betekenisvol ervaren, omdat het uitkomsten laat zien die onopgemerkt kunnen blijven en op geen andere manier te verkrijgen zijn. De inzet van PROM's op een geaggregeerd niveau vraagt om meer randvoorwaarden. Ten eerste dient een case mix correctie uitkomsten vergelijkbaar te maken. Zo zijn uitkomsten toe te schrijven aan het ziekenhuis en/of behandelaar (en niet aan een variatie in patiënten). Uitkomsten moeten van een duiding worden voorzien door die stakeholders met inhoudelijke kennis van zaken. Onder deze voorwaarde is de PROM ook een waardevol instrument om als keuzehulp en benchmark te dienen en op deze wijze te kunnen werken aan kwaliteit van zorg.

Ten tweede kan worden geconcludeerd dat PROM's betekenisvol kunnen worden gemaakt via de *constructie*, de *omgang met stakeholders* en het *gebruik* van PROM's. In de *constructie* van PROM's zal *voorkennis* van patiënten en zorgverleners het herkennen en erkennen van relevante uitkomsten bevorderen. Voorts zal in de *constructie* van PROM's het 'vertellen van een verhaal' PROM's op de kaart zetten want 'bekend maakt bemind'. Ook kan een helder doel en focus bijdragen aan een betekenisvolle inzet van PROM's. In de *omgang met stakeholders* is betrokkenheid van patiënten en zorgverleners essentieel om gebruik te maken van de eerder besproken beschikbare kennis. Voor een betekenisvolle inzet van PROM's ligt de regie bij de zorgverlener (en niet bij het management), want zij zijn degene met inhoudelijke kennis. Tegelijkertijd kan het management het werken met PROM's wel stimuleren door het op orde maken van de basisstructuur. Starten met PROM's door te beginnen met voorlopers lijkt een bruikbare strategie. Ruimte om te pionieren draagt bij aan een betekenisvolle inzet van PROM's. In het *gebruik* kunnen PROM's betekenisvol worden gemaakt door PROM's praktisch hanteerbaar te maken. Dit betekent onder andere korte vragenlijsten, goede ICT systemen en administratieve ondersteuning. Wanneer PROM's een vast onderdeel worden van het zorgproces (door bijvoorbeeld uitkomsten te bespreken in de spreekkamer, uitkomsten zichtbaar te maken in het EPD en PROM's decentraal in te zetten) draagt dit bij aan een betekenisvolle inzet van PROM's. Bovendien kunnen PROM's betekenisvol worden gemaakt door uitkomsten te gebruiken om van te leren (bijvoorbeeld door het als benchmark in te zetten) en uitkomsten te gebruiken om werkwijzen te herzien. Maar ook in opleidings sfeer kunnen uitkomsten gebruikt worden om



UMC Utrecht



coassistenten en arts-assistenten in opleiding tot medisch specialist een spiegel voor te houden hoe zij acteren en hoe patiënten willen dat zij acteren. PROM's kunnen betekenisvol worden gemaakt door ze te gebruiken om kwaliteit te laten zien. Deze transparantie lijkt van toepassing voor uitkomsten die gerelateerd zijn aan variatie in ziekenhuis en zorgverlener (en niet voor uitkomsten gerelateerd aan variatie in patiënten). In het gebruik krijgen PROM's ook betekenis door uitkomsten te bespreken. In de bespreking worden uitkomsten voorzien van een duiding door betrokkenen met inhoudelijke kennis. De *vorm* van de bespreking (platforms of bestaande besprekingen) lijkt minder bijdragend aan een betekenisvolle inzet van PROM's. In ieder geval lijkt het bespreken van uitkomsten in de spreekkamer en op specialistenniveau gewenst. Tenslotte kan het management bijdragen aan een betekenisvolle inzet van PROM's. Zij kan dit onder andere realiseren door verschillende initiatieven bij elkaar te brengen. Mensen die werken met PROM's of willen gaan werken met PROM's hoeven zo niet telkens opnieuw het wiel uit te vinden. Maar ook het op orde maken van de randvoorwaarden, zoals een goed ICT systeem en administratieve ondersteuning, is iets waar het management in kan voorzien. Tenslotte is leiderschap vanuit het management/bestuur nodig om PROM's betekenisvol te maken. Tot op heden is het werken met PROM's geen vast onderdeel van het *gezamenlijk* werken aan kwaliteit. Derhalve moet het werken met PROM's worden gestimuleerd, beschouwd als vanzelfsprekend en aangemerkt als belangrijk.

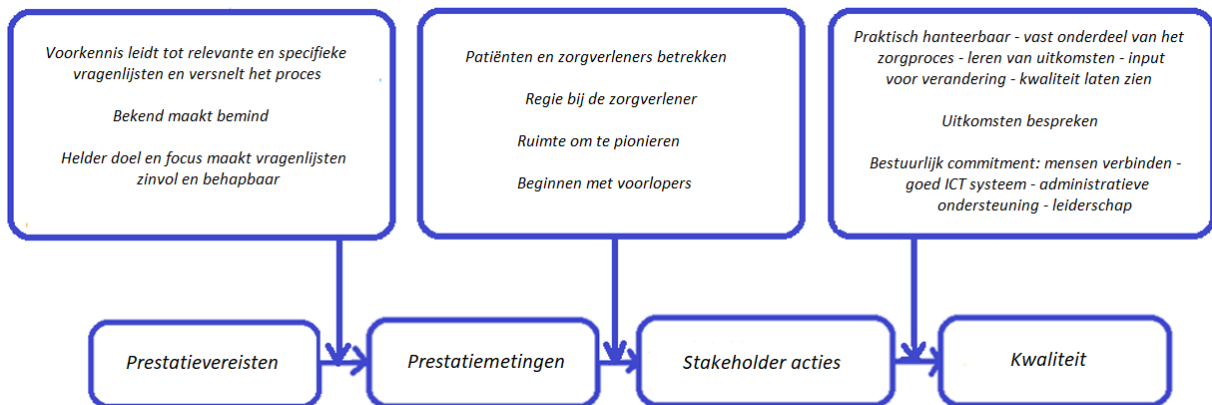
Ten derde kan worden geconcludeerd dat de empirische bevindingen overeenkomen met de theoretisch veronderstelde manier waarop prestatiemetingen betekenisvol gemaakt kunnen worden. Prestatiemetingen en specifiek PROM's kunnen betekenisvol worden gemaakt in de *constructie*, *omgang met stakeholders* en in het *gebruik*. Echter de invulling van deze drie variabele is context afhankelijk. In de *constructie* is het gebruik maken van *voorkennis* in beide gevallen bijdragend. Ook werd in beide gevallen het op de kaart zetten van de prestatiemetingen als betekenisvol aangemerkt. Echter in het geval van de Rotterdamse Veiligheidsindex werd het verhaal politiek gekleurd en verbonden met bestuurlijke ambities. In het geval van de PROM's ligt de nadruk meer op 'bekend maakt bemind'.

In de *omgang met stakeholders* is in beide contexten het betrekken van stakeholders aangemerkt als betekenisvol. Echter, daar waar in de context van de Veiligheidsindex Rotterdam de regie bij het bestuur heeft gelegen is gebleken dat PROM's betekenisvol gemaakt kunnen worden door de regie bij de zorgverlener te laten. Ruimte om te pionieren en starten met de voorlopers is hierbij een strategie die haaks staat op het gevoerde beleid van de Veiligheidsindex Rotterdam waarbij kaders vast waren omlijnt en vanaf bovenaf werden opgelegd. Ten derde is empirisch ook gebleken dat het theoretisch veronderstelde *gebruik* prestatiemetingen betekenisvol kan maken. In beide gevallen betekent dit dat prestatiemetingen praktisch hanteerbaar zijn, een vast onderdeel van de dagelijkse gang van zaken zijn, input zijn voor beleid en kwaliteit zichtbaar maken. Echter, de manier waarop het *bespreken van uitkomsten* de inzet van prestatiemetingen beïnvloed verschilt. In de context van de Veiligheidsindex Rotterdam is de inzet van bijvoorbeeld platforms succesvol gebleken. In de context van PROM's



bleek de *inhoudelijke* bespreking van uitkomsten om uitkomsten van een duiding te voorzien veel belangrijker dan de *vorm* van de bespreking. Tenslotte is gebleken dat de rol van het bestuur/management wezenlijk anders is in beide contexten. Daar waar in de context van de Veiligheidsindex Rotterdam prestatie metingen werden verbonden met bestuurlijke ambities is de rol van het management in de context van PROM's wezenlijk anders. De rol van het management is veel meer faciliterend en gericht op leiderschap waarbij PROM's vooral aangemerkt moeten worden als belangrijk, om het werken met PROM's te stimuleren.

Op basis van de onderzoeksbevindingen is het conceptueel model uit paragraaf 3.6 aangepast naar de condities die behoren bij de inzet van PROM's. De interveniërende variabelen zijn gelijk gebleven, maar de focus ligt op sommige punten anders, zoals hierboven reeds is besproken.



Figuur 12. Schematisch weergave van de empirisch veronderstelde condities die de inzet van PROM's betekenisvol maken.

6.4. Implicaties voor praktijk en onderzoek

Op basis van de bevindingen van dit onderzoek worden in deze paragraaf praktische en academische implicaties beschreven. Hiermee wordt antwoord gegeven op de laatste deelvraag: *Wat zijn theoretische en praktische implicaties van de onderzoeksresultaten?*

6.4.1. Praktische aanbevelingen

In deze paragraaf wordt beschreven wat de onderzoeksresultaten betekenen voor de praktijk. Er worden aanbevelingen gedaan aan de zorgverlener, het management van het UMC Utrecht en bestuur en beleid in het algemeen.



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

6.4.1.1. Aanbevelingen aan zorgverleners van het UMC Utrecht

In het algemeen geldt dat wanneer in het UMC Utrecht gewerkt gaat worden met PROM's het conceptueel model zoals weergegeven in figuur 11 inzicht geeft hoe dit betekenisvol te doen.

Aanbevelingen voor de constructie van PROM's

De eerste aanbeveling aan zorgverleners is om patiënten te betrekken in de constructie van PROM's. In de constructie zal de voorkennis van patiënten een bijdrage kunnen leveren aan het herkennen en erkennen van uitkomsten. Hiervoor is het aan te bevelen bijeenkomsten te organiseren waarbij PROM's op de kaart worden gezet. Tegelijkertijd kan in deze bijeenkomsten gewerkt worden aan het komen tot een helder doel en focus met een gedeeld begrip van de nut en noodzaak van PROM's en het bereiken van overeenstemming in verschillende uitgangspunten.

Aanbevelingen voor de omgang met stakeholders

Een tweede aanbeveling heeft betrekking op de omgang met stakeholders. Het is opvallend dat die stakeholders die minder bekend zijn met PROM's meer twijfels hebben over het werken met PROM's ondanks de positieve verwachting die er is ten aanzien van PROM's. Het is de aanbeveling om divisie overstijgende bijeenkomsten te organiseren waarbij succesverhalen en kennis over hoe PROM's in te zetten worden gedeeld. Zo kunnen zorgverleners die nog weinig ervaring hebben met PROM's starten met PROM's door te leren van voorlopers en ruimte nemen om te pionieren.

Aanbevelingen voor het gebruik van PROM's

De volgende aanbevelingen hebben betrekking op het *gebruik* van PROM's. In de beantwoording van de eerste empirische deelvraag is er geconstateerd dat prestatiemetingen die geen aandacht hebben voor het bespreken van de uitkomsten, uitkomsten geen rol van betekenis spelen of uitkomsten onjuist geïnterpreteerd worden als betekenisloos worden ervaren. Het is de aanbeveling om uitkomsten van PROM's niet alleen in de spreekkamer met de patiënt te bespreken, maar ook in het stafoverleg op medisch specialisten niveau om zo te leren van uitkomsten en indien nodig werkwijzen te herzien. Zo kunnen de uitkomsten worden gebruikt door diegene met inhoudelijke kennis van zaken en worden voorzien van een juiste interpretatie. Niet alle zorgverleners zullen vanaf het begin enthousiast zijn over PROM's. Het is een aanbeveling aan voorlopers om leiderschap te tonen door PROM's aan te merken als belangrijk en het werken met PROM's te stimuleren

6.4.1.2. Aanbevelingen aan managers in het UMC Utrecht

Naast aanbevelingen voor de zorgverleners van het UMC Utrecht hebben de onderzoeksbevindingen ook implicaties voor het management van het UMC Utrecht.



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

Aanbevelingen voor de constructie van PROM's

Een eerste aanbeveling voor het management van het UMC Utrecht heeft betrekking op de *constructie* van PROM's. PROM's moeten op de kaart worden gezet. 'Onbekend maakt onbemind' en de werkdruk onder medisch specialisten veroorzaakt gemakkelijk dat het werken met iets nieuw wordt genegeerd. Het is aan te bevelen voorlopers een podium te geven en sessies te organiseren waar ervaringen met het werken met PROM's kunnen worden gedeeld.

Aanbevelingen voor de omgang met stakeholders

In de resultaten is gebleken dat voor een betekenisvolle inzet van PROM's de regie dient te liggen bij de zorgverlener. De zorgverlener is degene met inhoudelijke kennis en kan daarmee de uitkomsten van een juiste interpretatie voorzien. Het is de aanbeveling deze ruimte te laten bestaan voor de zorgverlener. Echter dit betekent niet dat er geen rol is weggelegd voor het management. In de volgende aanbeveling wordt de rol van het management verhelderd.

Aanbevelingen voor het gebruik van PROM's

Voor integratie van PROM's in het zorgproces zijn bepaalde randvoorwaarden zoals een goed ICT systeem en administratieve ondersteuning noodzakelijk. Het management kan hierin voorzien door geld en mankracht ter beschikking te stellen. Zo kan het management ervoor zorgen dat de energie, die nodig is om PROM's tot een vast onderdeel van de zorg te maken, in de juiste zaken gaat zitten. Echter het management zal ook leiderschap moeten tonen en het werken met PROM's moeten initiëren. Tot op heden is het werken met PROM's geen vast onderdeel van het zorgproces, omdat er vele losse initiatieven zijn. Leiderschap zal het werken met PROM's moeten stimuleren door te verwoorden dat het werken met PROM's belangrijk is.

6.4.1.3. Aanbevelingen voor bestuur en beleid

Een laatste aanbeveling geldt voor het bestuur en beleid en daarmee voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en voor de raad van bestuur van het UMC Utrecht. Minister Schippers heeft zich in 2017 al uitgesproken over dat juist de stem van de patiënt over de uitkomsten van de behandeling moet worden gehoord. Ondersteuning is uitgesproken en gerealiseerd voor initiatieven die het mogelijk maken dat patiënten uitkomsten kunnen rapporteren. Ook internationale samenwerking wordt aangemoedigd. Het werken met ICHOM (International Consortium for Health Outcome Measurement) in Nederland is daar een mooi voorbeeld van. Op deze wijze zijn PROM's op de kaart gezet. Echter nog onvoldoende. De minister heeft zich in 2017 uitgesproken dat binnen vijf jaar voor ruim de helft van de ziektelast inzicht bestaat in uitkomsten die ertoe doen voor patiënten. Er is daarin al fors geïnvesteerd door middel van het Citrienfonds ("registratie aan de bron"), het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt & Professional (VIPP) en verschillende projectsubsidies, waaronder een subsidie voor Zelfstandige Klinieken Nederland (Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

Sport, 2017). Het voornemen om in 2022 voor ruim de helft van de ziektelast inzicht te hebben in uitkomsten die ertoe doen voor patiënten zal bekrachtigd moeten worden. Het werken met PROM's zal in deze periode niet alleen moeten worden gerealiseerd, maar nadien ook worden bestendigd. De aanbeveling voor VWS (en daarmee ook de raad van bestuur van het UMC Utrecht) is PROM's te voorzien van een meer verplicht karakter en meer subsidies ter beschikking te stellen. Helder moet blijven dat PROM's betekenisvol worden door voor de invulling van PROM's de regie bij de zorgverleners te laten. Voorts moet helder blijven dat PROM's zijn bedoeld om ervan te leren en niet bedoeld zijn om ziekenhuizen van een rating te voorzien.

6.4.2. Implicaties voor onderzoek

Naast praktische implicaties kent dit onderzoek ook implicaties voor onderzoek, zowel binnen de gezondheidszorg als buiten de gezondheidszorg. Een van de constatering van dit onderzoek is dat de drie variabele waarmee prestatie metingen betekenisvol te maken zijn gelden in verschillende contexten, namelijk die van veiligheid en gezondheidszorg. In beide contexten wordt verondersteld dat in de constructie, omgang met stakeholders en in het gebruik prestatie metingen betekenisvol zijn te maken. Deze bevestiging van de theoretisch veronderstelde condities maakt het aannemelijker dat het betekenisvol maken van prestatie metingen op deze drie manieren ook in andere contexten van toepassing is. Echter, gezien het gering aantal respondenten en het feit dat het slechts één case betreft maakt dat hier geen harde uitspraken over zijn te doen. Vervolgonderzoek zou zich moeten richten op het bevestigen of ontcrachten dat bovengenoemde veronderstelde condities ook in andere contexten gelden.

Echter, de manier waarop via de constructie, de omgang met stakeholders en via het gebruik prestatie metingen betekenisvol zijn te maken is op sommige punten wezenlijk anders. Hiermee lijkt de invulling van de drie variabele context afhankelijk. In de context van de Veiligheidsindex Rotterdam wordt verondersteld dat in de *constructie* het 'vertellen van een verhaal' prestatie metingen moet promoten. In de context van de gezondheidszorg ligt in het vertellen van een verhaal de nadruk veel meer op het realiseren van een gedeeld begrip van nut en noodzaak, overeenstemming in verschillende uitgangspunten en het bereiken van gedeelde opvattingen over het doel en betekenis van PROM's. Wederzijdse communicatie maakt hier prestatie metingen betekenisvol. Ten tweede is er een wezenlijk verschil geconstateerd in de *omgang met stakeholders*. In de context van de Veiligheidsindex Rotterdam zijn de prestatie metingen van bovenaf ingevoerd en zijn strakke kaders gesteld hoe te werken met de Veiligheidsindex. In de context van de PROM's is gebleken dat het leggen van de regie bij de zorgverlener met ruimte om te pionieren patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten betekenisvol kan maken. Tenslotte is een wezenlijk verschil geconstateerd in het *gebruik* van prestatie metingen. In de context van de Veiligheidsindex is het gebruik van prestatie metingen verbonden met bestuurlijke ambities. In de context van de PROM's is dit nadrukkelijk niet het geval. Het management heeft in het werken met PROM's een faciliterende rol waarbij het management wel kan aansporen tot het werken met PROM's maar vooral ook



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

de randvoorwaarden moet optimaliseren zoals voorzien in een goed ICT systeem en administratieve ondersteuning. Bovenstaande verschillen veronderstelt dat de condities om prestatiemetingen betekenisvol te maken 'contingent' zijn. Echter, ook hiervoor geldt dat gezien het gering aantal respondenten en het feit dat het slechts één case betreft er geen harde uitspraken zijn te doen. Vervolgonderzoek zou zich moeten richten op het bevestigen of ontcrachten dat de invulling van de drie manieren waarop prestatiemetingen betekenisvol zijn te maken contingent zijn.

Een laatste academische implicatie geldt voor het niveau waarop de PROM's ingezet kunnen worden. In dit onderzoek ontbreekt eenduidigheid over de inzet van PROM's op een *geaggregeerd* niveau. De waarde van de inzet van PROM's op dit niveau valt buiten het bestek van dit onderzoek. Toekomstig onderzoek kan zich richten op de betekenis van PROM's op een geaggregeerd niveau om te werken aan kwaliteit van zorg.

6.5. Discussie – reflectie op onderzoek

In hoofdstuk 4 zijn reeds enkele kanttekeningen geplaatst bij de onderzoeksopzet. In dit hoofdstuk volgt een kritische reflectie op tekortkomingen die mogelijk van invloed zijn geweest op de onderzoeksresultaten.

6.5.1. Focus van onderzoeker op theoretisch veronderstelde condities

De basis voor het empirische gedeelte van deze masterscriptie is gelegd in het theoretisch kader. Vooraf aan de interviews zijn theoretische concepten geoperationaliseerd. Deze hebben de basis gevormd voor de interviews. Dit kan er toe hebben geleid dat de onderzoeker gefocust was op de theoretisch veronderstelde condities en minder oog had voor nieuwe uitkomsten. Dit is geprobeerd te ondervangen door het uitvragen van de veronderstelde condities te beginnen met een open vraag.

6.5.2. Selectie bias

Een volgende kritische noot heeft te maken met selectie bias. In een bijeenkomst zijn de eerste respondenten geselecteerd en vervolgens is er in de interviews doorverwezen en gevraagd naar andere potentiële respondenten. Mogelijk is er doorverwezen naar respondenten waarvan aangenomen werd dat deze eenzelfde visie op PROM's hebben. Hierdoor kan het zijn dat resultaten eenduidiger of positiever zijn uitgevallen dan in de werkelijkheid het geval is.

6.5.3. Ex ante evaluatie

Patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten vormen nog geen vast onderdeel van het zorgproces. Niet alle respondenten waren vooraf aan de interviews bekend met PROM's. Dit kan de onderzoeksresultaten hebben vertekend, omdat respondenten mogelijk geen eenduidig beeld hebben gehad bij PROM's. Dit is geprobeerd te



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

ondervangen door vooraf aan de interviews respondenten een PowerPoint presentatie toe te sturen met een uitleg over PROM's. In de PowerPoint presentatie werd tevens een vooruitblik gegeven op de focus van het interview, zodat respondenten al gedachten hierover konden vormen. Daarnaast is aan het begin van de interviews gevraagd naar de ervaring met PROM's. Zo nodig werd een toelichting op PROM's gegeven.

6.5.4. Rol onderzoeker

Tenslotte kan de rol van de onderzoeker invloed hebben gehad op de onderzoeksresultaten op meerdere manieren, zoals reeds besproken in paragraaf 4.4. Doordat de onderzoeker zelf ook een zorgverlener is kunnen antwoorden van respondenten die ook zorgverlener zijn opener zijn geweest dan de antwoorden van de respondenten die manager of patiëntvertegenwoordiger zijn. Deze openheid kan ervoor hebben gezorgd dat een kritische mening over PROM's vanuit de zorgverlener beter is verwoord dan de kritische mening van de manager en patiëntvertegenwoordiger. Dit geeft een vertekening van de resultaten. Bovendien kunnen de antwoorden van de zorgverleners beter zijn geïnterpreteerd dan de antwoorden van de patiëntvertegenwoordigers en managers. Ook dit kan de resultaten hebben vertekend. Dit is geprobeerd te ondervangen door op antwoorden door te vragen. Respondenten bleken dan altijd in staat hun antwoord te onderbouwen.

6.6. Tot slot

Deze masterscriptie is begonnen met de titel: *'Meten met PROM's: hoe werkt dat?'*. De resultaten van dit onderzoek hebben laten zien dat het werken met PROM's op vele manieren betekenisvol is te maken. De kansen om dit te realiseren liggen in zowel de *constructie* van PROM's als in de *omgang met stakeholders* als in het *gebruik* van PROM's. Dit onderzoek heeft ook laten zien hoe we met PROM's een mooie tool in handen hebben om *gezamenlijk* te werken aan kwaliteit van zorg. Echter, deze toepassing kan pas worden gerealiseerd als het werken met PROM's een vast onderdeel van het zorgproces is geworden. En hoewel de potentie van PROM's al lang en breed wordt erkend, is dat nog steeds geen werkelijkheid. Daarom zou ik willen afsluiten met: *'Meten met PROM's: werkt door te beginnen met het werken met PROM's.'*

Referenties

- Algemene rekenkamer. (2013). *Indicatoren voor kwaliteit in de zorg*. Geraadpleegd van <https://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2013/03/28/indicatoren-voor-kwaliteit-in-de-zorg>
- Arnaboldi, M., & Azzone, G. (2010). Constructing performance measurement in the public sector. *Critical Perspectives on Accounting*, 21(4), 266–282. <https://doi.org/10.1016/j.cpa.2010.01.016>
- Bason. (2010). *Leading public sector innovation*. Bristol: Policy Press.
- Berwick, Donals, Black, Nick, Cullen, David, & Deerberg-Wittrum, Jens. (2017). *RECOMMENDATIONS TO OECD MINISTERS OF HEALTH FROM THE HIGH LEVEL REFLECTION GROUP ON THE FUTURE OF HEALTH STATISTICS: Strengthening the international comparison of health system performance through patient-reported indicators*. Geraadpleegd van <https://www.oecd.org/els/health-systems/Recommendations-from-high-level-reflection-group-on-the-future-of-health-statistics.pdf>
- Black, N. (2013). Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *BMJ*, 346(jan28 1), f167–f167. <https://doi.org/10.1136/bmj.f167>
- Boeije, H. R. (2016). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Amsterdam: Boom.
- Boyce, M. B., & Browne, J. P. (2013). Does providing feedback on patient-reported outcomes to healthcare professionals result in better outcomes for patients? A systematic review. *Quality of Life Research*, 22(9), 2265–2278. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0390-0>
- Boyce, M. B., Browne, J. P., & Greenhalgh, J. (2014). The experiences of professionals with using information from patient-reported outcome measures to improve the quality of healthcare: a systematic review of qualitative research. *BMJ Quality & Safety*, 23(6), 508–518. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002524>
- Bryman, A. (2012). *Social research methods* (4th ed). Oxford ; New York: Oxford University Press.
- Bryson, J. M. (2004). What to do when Stakeholders matter: **Stakeholder Identification and Analysis Techniques**. *Public Management Review*, 6(1), 21–53. <https://doi.org/10.1080/14719030410001675722>
- Christianson, J. B., Volmar, K. M., Alexander, J., & Scanlon, D. P. (2010). A Report Card on Provider Report Cards: Current Status of the Health Care Transparency Movement. *Journal of General Internal Medicine*, 25(11), 1235–1241. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1438-2>



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

- Coelho, T. (2010). A Patient Advocate's Perspective On Patient-Centered Comparative Effectiveness Research. *Health Affairs*, 29(10), 1885–1890. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0632>
- Currie, G., Waring, J., & Finn, R. (2008). THE LIMITS OF KNOWLEDGE MANAGEMENT FOR UK PUBLIC SERVICES MODERNIZATION: THE CASE OF PATIENT SAFETY AND SERVICE QUALITY. *Public Administration*, 86(2), 363–385. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2007.00705.x>
- de Bruijn, H. (2002). Performance measurement in the public sector: strategies to cope with the risks of performance measurement. *International Journal of Public Sector Management*, 15(7), 578–594. <https://doi.org/10.1108/09513550210448607>
- Devlin, N. J., Parkin, D., & Browne, J. (2010). Patient-reported outcome measures in the NHS: new methods for analysing and reporting EQ-5D data. *Health Economics*, 19(8), 886–905. <https://doi.org/10.1002/hec.1608>
- Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The Values and Value of Patient-Centered Care. *The Annals of Family Medicine*, 9(2), 100–103. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>
- Espallargues, M, Valderas, J, & Alonso, J. (2000). Provision of Feedback on Perceived Health Status to Health Care Professionals: A Systematic Review of Its Impact.
- Faysse, N. (2006). Troubles on the way: An analysis of the challenges faced by multi-stakeholder platforms. *Natural Resources Forum*, 30(3), 219–229. <https://doi.org/10.1111/j.1477-8947.2006.00112.x>
- Flynn, B. B., Schroeder, R. G., & Sakakibara, S. (1994). A framework for quality management research and an associated measurement instrument. *Journal of Operations Management*, 11(4), 339–366. [https://doi.org/10.1016/S0272-6963\(97\)90004-8](https://doi.org/10.1016/S0272-6963(97)90004-8)
- Folan, P., & Browne, J. (2005). A review of performance measurement: Towards performance management. *Computers in Industry*, 56(7), 663–680. <https://doi.org/10.1016/j.compind.2005.03.001>
- Freeman, R. E. (2010). *Strategic management: a stakeholder approach* (Reissue). Cambridge New York Melbourne Madrid Cape Town Singapore: Cambridge University Press.
- Frooman, J. (1999). Stakeholder Influence Strategies. *The Academy of Management Review*, 24(2), 191. <https://doi.org/10.2307/259074>



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

- Gilbody, S. M. (2001). Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review. *BMJ*, 322(7283), 406–409. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7283.406>
- Gilbody, S. M., House, A. O., & Sheldon, T. (2002). Routine administration of Health Related Quality of Life (HRQoL) and needs assessment instruments to improve psychological outcome – a systematic review. *Psychological Medicine*, 32(08). <https://doi.org/10.1017/S0033291702006001>
- Greaves, F., Ramirez-Cano, D., Millett, C., Darzi, A., & Donaldson, L. (2013). Harnessing the cloud of patient experience: using social media to detect poor quality healthcare: Table 1. *BMJ Quality & Safety*, 22(3), 251–255. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001527>
- Greenhalgh, J., Long, A. F., & Flynn, R. (2005). The use of patient reported outcome measures in routine clinical practice: lack of impact or lack of theory? *Social Science & Medicine*, 60(4), 833–843. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.022>
- Greenhalgh, J., & Meadows, K. (1999). The effectiveness of the use of patient-based measures of health in routine practice in improving the process and outcomes of patient care: a literature review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 5(4), 401–416. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2753.1999.00209.x>
- Greenwood, R., Hinings, C. R., & Brown, J. (1990). “P2-FORM” STRATEGIC MANAGEMENT: CORPORATE PRACTICES IN PROFESSIONAL PARTNERSHIPS. *Academy of Management Journal*, 33(4), 725–755. <https://doi.org/10.2307/256288>
- Grimmelikhuisen. (2012). A good man but a bad wizard. About the limits and future of transparency of democratic governments. *Information Polity*, (3,4), 293–302. <https://doi.org/10.3233/IP-2012-000288>
- Guyatt, G. (2004). Patients at the centre: in our practice, and in our use of language. *Evidence-Based Medicine*, 9(1), 6–7. <https://doi.org/10.1136/ebm.9.1.6>
- Hood, C. (1991). A PUBLIC MANAGEMENT FOR ALL SEASONS? *Public Administration*, 69(1), 3–19. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>
- Leape, L., Berwick, D., Clancy, C., Conway, J., Gluck, P., Guest, J., ... for the Lucian Leape Institute at the National Patient Safety Foundation. (2009). Transforming healthcare: a safety imperative. *Quality and Safety in Health Care*, 18(6), 424–428. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.036954>



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

- Lebas, M. J. (1995). Performance measurement and performance management. *International Journal of Production Economics*, 41(1–3), 23–35. [https://doi.org/10.1016/0925-5273\(95\)00081-X](https://doi.org/10.1016/0925-5273(95)00081-X)
- Leistikow, I. P., Kalkman, C. J., & Bruijn, H. d. (2011). Why patient safety is such a tough nut to crack. *BMJ*, 342(jun21 2), d3447–d3447. <https://doi.org/10.1136/bmj.d3447>
- Luckett, T., Butow, P. N., & King, M. T. (2009). Improving patient outcomes through the routine use of patient-reported data in cancer clinics: future directions. *Psycho-Oncology*, 18(11), 1129–1138. <https://doi.org/10.1002/pon.1545>
- MA, S., B Brown, J., Donner, A., R McWhinney, I., Oates, J., Weston, W., & Jordan, J. (2000). The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *The Journal of family practice*, 49, 796–804.
- Marshall, S., Haywood, K., & Fitzpatrick, R. (2006). Impact of patient-reported outcome measures on routine practice: a structured review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12(5), 559–568. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2006.00650.x>
- McPherson, K., Headrick, L., & Moss, F. (2001). Working and learning together: good quality care depends on it, but how can we achieve it? *Quality and Safety in Health Care*, 10(Supplement 2), ii46–ii53. <https://doi.org/10.1136/qhc.0100046>
- Meijer, A., 't Hart, P., & Worthy, B. (2015). Assessing Government Transparency: An Interpretive Framework. *Administration & Society*, 009539971559834. <https://doi.org/10.1177/0095399715598341>
- Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en Sport. (2017). Uitkomsttransparantie voor samen beslissen. Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2017/02/21/kamerbrief-over-uitkomsttransparantie-voor-samen-beslissen>
- Mohammad Mosadeghrad, A. (2013). Healthcare service quality: towards a broad definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(3), 203–219. <https://doi.org/10.1108/09526861311311409>
- Neely, A., Adams, C., & Crowe, P. (2001). The performance prism in practice. *Measuring Business Excellence*, 5(2), 6–13. <https://doi.org/10.1108/13683040110385142>



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

- Nicolay, C. R., Purkayastha, S., Greenhalgh, A., Benn, J., Chaturvedi, S., Phillips, N., & Darzi, A. (2012). Systematic review of the application of quality improvement methodologies from the manufacturing industry to surgical healthcare. *British Journal of Surgery*, 99(3), 324–335. <https://doi.org/10.1002/bjs.7803>
- Noordegraaf, M. (2008). Meanings of measurement: The real story behind the Rotterdam Safety Index. *Public Management Review*, 10(2), 221–239. <https://doi.org/10.1080/14719030801928672>
- Noordegraaf, M, Bos, A, Pikker, G, & Horst, K. ten. (2014). *Slimmer sturen: Handreiking voor het gebruik van prestatie-indicatoren in publieke dienstverlening*.
- Noordegraaf, M, & Geuijen, K. (2011). *Handboek publiek management*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Noordegraaf, M, & Wit, B. de. (2012). *VAN MAAKBAAR NAAR BETEKENISVOL BESTUUR EEN ACHTERGRONDSTUDIE NAAR (KETEN) GOVERNANCE EN (NIEUW) PUBLIEK MANAGEMENT EN DE GEVOLGEN VOOR TOEZICHT EN EVALUATIE* (Wetenschappelijke raad voor het regeringsbeleid). Geraadpleegd van <https://www.wrr.nl/zoeken?trefwoord=noordegraaf+2012>
- Noordegraaf, Mirko. (2007). From “Pure” to “Hybrid” Professionalism: Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domains. *Administration & Society*, 39(6), 761–785. <https://doi.org/10.1177/0095399707304434>
- Noordegraaf, Mirko. (2015). *Public management: performance, professionalism and politics*. London ; New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Patel, H., Pettitt, M., & Wilson, J. R. (2012). Factors of collaborative working: A framework for a collaboration model. *Applied Ergonomics*, 43(1), 1–26. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2011.04.009>
- Paul van Kessel, Mattanja Triemstra, & Dolf de Boer. (2014). *Handreiking voor het meten van kwaliteit van zorg met Patient Reported Outcome Measures*. Geraadpleegd van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Handreiking-meten-kwaliteit-zorg-met-Patient-Reported-Outcome-Measures.pdf>
- Rathert, C., Wyrwich, M. D., & Boren, S. A. (2013). Patient-Centered Care and Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *Medical Care Research and Review*, 70(4), 351–379. <https://doi.org/10.1177/1077558712465774>



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

- Reeves, C. A., & Bednar, D. A. (1994). DEFINING QUALITY: ALTERNATIVES AND IMPLICATIONS. *Academy of Management Review*, 19(3), 419–445. <https://doi.org/10.5465/AMR.1994.9412271805>
- Rijksoverheid. (2015). Kwaliteit van de zorg. Geraadpleegd 30 januari 2018, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg>
- Robinson, J. H., Callister, L. C., Berry, J. A., & Dearing, K. A. (2008). Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(12), 600–607. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00360.x>
- Rosenbloom, S. K., Victorson, D. E., Hahn, E. A., Peterman, A. H., & Cella, D. (2007). Assessment is not enough: a randomized controlled trial of the effects of HRQL assessment on quality of life and satisfaction in oncology clinical practice. *Psycho-Oncology*, 16(12), 1069–1079. <https://doi.org/10.1002/pon.1184>
- Sitkin, S. B., Sutcliffe, K. M., & Schroeder, R. G. (1994). Distinguishing Control from Learning in Total Quality Management: A Contingency Perspective. *The Academy of Management Review*, 19(3), 537. <https://doi.org/10.2307/258938>
- Thiel, S. V., & Leeuw, F. L. (2002). The Performance Paradox in the Public Sector. *Public Performance & Management Review*, 25(3), 267. <https://doi.org/10.2307/3381236>
- Tsakitzidis, G., & Royen, P. C. van. (2012). *Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg*. Antwerpen: Standaard Uitgeverij.
- Valderas, J. M., Kotzeva, A., Espallargues, M., Guyatt, G., Ferrans, C. E., Halyard, M. Y., ... Alonso, J. (2008). The impact of measuring patient-reported outcomes in clinical practice: a systematic review of the literature. *Quality of Life Research*, 17(2), 179–193. <https://doi.org/10.1007/s11136-007-9295-0>
- Van der Wees, & Vadja. (2015). *Patiëntenparticipatie bij Patient Reported Outcome Measures (PROMs)*. Geraadpleegd van https://www.patiëntenfederatie.nl/Documenten/Tool_patiëntenperspectief_PROMs_versie_1_24_april_2015.pdf
- Warner, J. F. (2006). More Sustainable Participation? Multi-Stakeholder Platforms for Integrated Catchment Management. *International Journal of Water Resources Development*, 22(1), 15–35. <https://doi.org/10.1080/07900620500404992>



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

Werner, R. M. (2005). The Unintended Consequences of Publicly Reporting Quality Information. *JAMA*, 293(10), 1239. <https://doi.org/10.1001/jama.293.10.1239>

Wilensky, H. L. (1964). The Professionalization of Everyone? *American Journal of Sociology*, 70(2), 137–158. <https://doi.org/10.1086/223790>



Bijlage 1: topiclijst

Inleiding (5 min.)

- Voorstellen, bedanken
- Informatie procedure/verwerking gegevens
 - o Toestemming opname gesprek
 - o Gegevens anonimiseren
 - o Informatie vertrouwelijk behandelen
 - o Geen goede of foute antwoorden, antwoord geven is niet verplicht
 - o Vrij om te vragen bij onduidelijkheden
- Informatie verloop
 - o Duur: ca. 1 uur
 - o 4 onderwerpen
- Aanleiding, doel, onderzoeksvraag

Persoon (5 min.)

- Wat is uw functie?
- Hoe lang vervult u deze functie?
- Wat heeft u al te maken gehad met PROM's?

Houding en gedrag van stakeholders ten aanzien van PROM's (5 min.)

- Hoe staat u tegenover het gebruik van PROM's?
- Wat betekent dit voor uw gedrag ten aanzien van de PROM's?
 - o Wilt u meewerken aan het werken met PROM's?
 - o Maakt u hierbij gebruik van het beïnvloeden van andere stakeholders?
- Hoe staat u tegenover prestatiemetingen zoals deze nu worden gehanteerd in het UMC Utrecht?

Omgang met stakeholders (10 min.)

- Wie zouden er volgens u betrokken moeten zijn bij de PROM's?
- Vindt u dat u voldoende wordt betrokken bij het tot stand komen van PROM's?
- Vindt die betrokkenheid op een juiste manier plaats?
- Indien u niet voldoende of niet op de juiste manier wordt betrokken, wat betekent dat voor uw gedrag?
- Hoe worden stakeholders (in het kader van prestatiemetingen) nu geïdentificeerd in het UMC Utrecht?

Conditie ten aanzien van de constructie van PROM's (15 min.)



UMC Utrecht



Universiteit Utrecht

- Wat is volgens u belangrijk bij het *ontwikkelen* van PROM's?
 - o Hoe moet worden bepaald waar de PROM voor ingezet kan worden?
 - o Hoe moet worden bepaald wat er gemeten gaat worden?
 - o Hoe moet worden bepaald wat relevant is om te meten?
 - o Vindt u dat er uitgelegd moet worden waarom en wat er gemeten gaat worden?
 - o Vindt u het belangrijk dat u het doel kent van PROM's?
- Hoe verschilt het ontwikkelen van de PROM ten opzichte van hoe op dit moment prestatiemetingen tot stand komen?

Conditie ten aanzien van het gebruik van PROM's (15 min.)

- Wat vindt u belangrijk bij het gebruik van PROM's?
 - o Is het belangrijk dat cijfers praktisch hanteerbaar zijn?
 - o Waar moeten de uitkomsten van de PROM worden besproken?
 - o Vindt u het belangrijk dat het cijfer gewicht heeft om veranderingen te bewerkstelligen?
 - o Vindt u het belangrijk dat het management het belang van het cijfer onderkent?
 - o Moet het cijfer worden besproken op bepaalde platforms?
- Hoe verschilt dit ten opzichte van hoe op dit moment prestatiemetingen worden gebruikt in het UMC Utrecht?

Afsluiting (5 min.)

- Heeft u nog vragen aan mij? Tips?
- Nogmaals bedanken
- Begin juli scriptie afgerond, onderzoeksrapport op verzoek met respondent te delen.