



HOEKSMa, HOMANS & MENTING
ORGANISATIEADVISEURS

THERMEN 1
POSTBUS 262
7500 AG ENSCHEDE
T (053) 433 05 48
F (053) 435 49 50
INFO@HHM.NL
WWW.HHM.NL

Benchmarking van individuele hulpverleners in zorg en welzijn

Enschede, 10 maart 2005
BH/05/0536/bp

ir. L.E. Drouven
ir. B.H. Hoeksma

Inhoudsopgave

1.	Algemeen.....	3
2.	Doelstelling/vraagstellingen	4
3.	Nadere omschrijving van het instrument	5
4.	Termen van prestaties.....	7
5.	Geschiktheid.....	9
6.	Effecten van toepassing op zorgproces en kwaliteit van zorg.....	12
7.	Effecten voor de hulpverlener	15
8.	Tempo van invoering	17
9.	Mogelijkheden voor prestatiebeloning.....	18
10.	Belemmeringen.....	20
11.	Stimuleringsinitiatieven	22

1. Algemeen

Het Ministerie van VWS (Directie Macro Economische Vraagstukken en Arbeidsvoorwaardenbeleid) heeft per schrijven, d.d. 9 november 2004, kenmerk: MEVA/ABA/2532662, mede namens het Ministerie van Economische Zaken, gevraagd om voorstellen/oplossingen aan te dragen die leiden tot verhoging van de arbeidsproductiviteit in de zorg- en welzijnssector. Door Hoeksma, Homans & Menting organisatieadviseurs B.V. (hierna te noemen: bureau HHM) zijn daartoe in de notitie 'Mogelijkheden voor verhoging van de arbeidsproductiviteit in de zorg- en welzijnssector' (kenmerk HHM/BH/04/2950) suggesties aangedragen.

Het Ministerie van VWS heeft vervolgens bureau HHM verzocht om de mogelijkheden van benchmarking van individuele hulpverleners nader uit te werken. Deze rapportage vormt die nadere uitwerking.

In deze notitie wordt gesproken over de *individuele hulpverlener* zijnde alle hulpverleners die in zorg en welzijn direct contact hebben met de cliënt ten aanzien het verlenen van zorg.

Onder *zorg* wordt daarbij verstaan: behandeling, begeleiding, verpleging en verzorging.

GEHANTEERDE BEGRIPPEN

Het begrip *benchmarking* wordt in deze notitie nader aangeduid en uitgewerkt maar op deze plaats wordt er reeds op gewezen dat hieronder niet alleen het meten en vergelijken van prestaties wordt verstaan maar ook de verbeteractiviteiten die daaruit kunnen voortvloeien en die in rechtstreeks verband staan met verhoging van de arbeidsproductiviteit.

In deze notitie speelt de tijdbesteding van hulpverleners een grote rol. In die tijdbesteding wordt het navolgende onderscheid gemaakt.

Direct cliëntgebonden tijd is tijd die de hulpverlener aan de cliënt besteedt in direct contact met die cliënt (face-to-face).

Indirect cliëntgebonden tijd is tijd die de hulpverlener besteedt ten behoeve van een specifieke cliënt terwijl die cliënt daarbij niet aanwezig is of hoeft te zijn (bijvoorbeeld een verslag schrijven over een cliënt).

Deze twee voorgaande vormen van tijdbesteding vormen tezamen: de *cliëntgebonden tijd*.

Niet cliëntgebonden tijd is de resterende tijd van een hulpverlener (tijd die dus niet aan een specifieke cliënt of groep van cliënten kan worden toegewezen; bijvoorbeeld werkoverleg).

2. Doelstelling/vraagstellingen

Doel van deze rapportage is een nadere uitwerking van de mogelijkheden om in de zorg- en welzijnssector gebruik te maken van benchmarking van individuele hulpverleners, gericht op het verhogen van de arbeidsproductiviteit.

Naar de volgende vraagstellingen zal worden gekeken:

- a. Kan een dergelijk instrument nader worden omschreven?
- b. In welke termen moet de prestatie van een individuele hulpverlener worden omschreven?
- c. Voor welke individuele hulpverleners in de zorg- en welzijnssector is het instrument geschikt?
- d. Wat kan toepassing van het instrument betekenen voor het zorgproces en de kwaliteit van zorg?
- e. In welk tempo kan het beoogde instrument worden ingevoerd?
- f. Wat zijn de effecten die kunnen optreden bij de betreffende hulpverleners (zowel kwantitatief als kwalitatief (kwetsbaarheid, beoordeling, etc.))?
- g. In hoeverre en onder welke voorwaarden kan het beoogde instrument worden gebruikt om prestatiebeloning in te voeren?
- h. Welke belemmeringen moeten worden overwonnen (regelgeving, financiering, cultuur) en op welke wijze kunnen die belemmeringen worden weggenomen?
- i. Zijn er andere initiatieven nodig (wat, wie) om invoering van het beoogde instrument te stimuleren ?

3. Nadere omschrijving van het instrument

Camp (1992)¹ definieert benchmarking als:

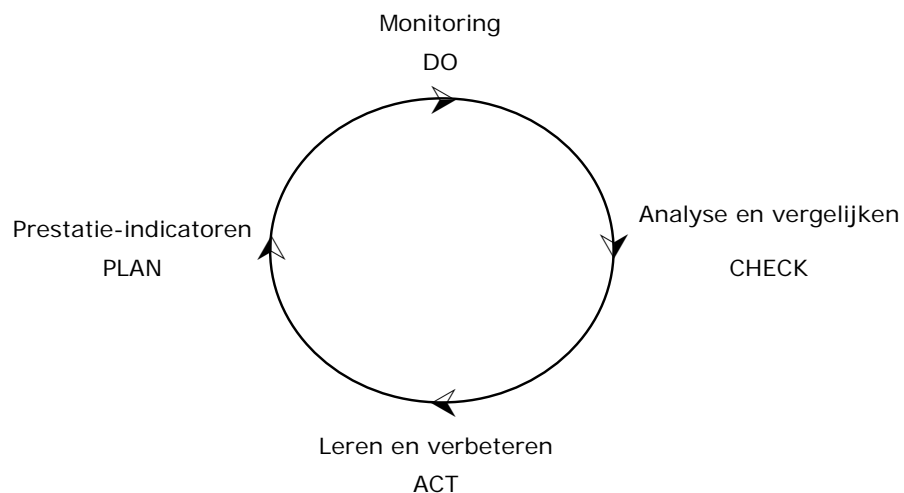
Het systematisch onderzoeken van de prestaties (en maatschappelijke effecten) en achterliggende processen en werkwijzen van één of meer toonaangevende referentieorganisaties op een bepaald gebied en het spiegelen van de eigen prestaties en werkmethoden aan deze best practice, met als doel te komen tot een plaatsbepaling en verbetering van de eigen prestaties.

Deze benchmarking kan uiteraard ook worden toegepast op een individuele hulpverlener (wel of niet werkend binnen een organisatie).

Een systematische opzet van benchmarking komt vooral tot zijn recht als een cyclisch proces wordt toegepast van:

- prestatie-indicatoren ontwikkelen,
- monitoren en verzamelen van gegevens,
- analyseren en vergelijken van uitkomsten van de verschillende deelnemers aan de benchmark en
- leren van de best practices en om vervolgens het eigen handelen te verbeteren.

Een dergelijk cyclisch proces is bekend als de Demingcirkel: (PLAN-DO-CHECK-ACT).



Figuur 1. Demingcirkel

Benchmarking is niet alleen het constateren van verschillen, maar vooral het kijken naar de best practices en trachten op het niveau van de best practices te komen via verbeteringsacties.

¹ Camp, R.C. Benchmarking – Het zoeken naar de beste werkmethoden die leiden tot superieure prestaties. Kluwer, Deventer, 1992.

Bij benchmarking tussen verschillende organisaties of hulpverleners is het essentieel dat er onderling een zekere openheid wordt betracht bij de uitwisseling van informatie.

Ten aanzien van de openbaarheid van de uitkomsten van de meting van prestatie-indicatoren van individuele hulpverleners zijn diverse niveaus te onderscheiden:

- alleen de betreffende hulpverlener en het management zijn op de hoogte van de prestaties van de betreffende hulpverlener ('intern gesloten');
- binnen de organisatie of een organisatieonderdeel zijn de hulpverleners op de hoogte van elkaars prestaties ('intern open; extern gesloten');
- ook buiten de organisatie zijn derden (in het bijzonder financiers) op geaggregeerd niveau op de hoogte van de prestaties van hulpverleners ('intern open; extern open').

De opstellers van deze notitie zijn de mening toegedaan dat het laatste momenteel niet of nauwelijks voorkomt maar wel nog een hele vlucht zal nemen. Mogelijk zelfs doordat derden (in het bijzonder financiers) dit in de toekomst zullen gaan afdwingen.

DOEL VAN HET INSTRUMENT BENCHMARKING VAN INDIVIDUELE HULPVERLENERS

Het hoofddoel van benchmarking is het optimaliseren van het functioneren in de zin van kwaliteit, effectiviteit en efficiëntie van individuele hulpverleners). Het gaat hierbij om:

- Organisatorisch functioneren van individuele hulpverleners.
- Vakinhoudelijk functioneren (evidence based). Voorwaarde: de prestaties moeten kunnen worden gemeten bij cliëntgroepen, indien mogelijk via algemeen geaccepteerde cliëntgroepen met een nadere definiëring van de te leveren zorg (bijvoorbeeld DBC's of zorgarrangementen).

Het onderling vergelijken moet inzicht leveren in welke verbeteringen kunnen worden aangebracht. Dit gebeurt via het opsporen van best practices die weer elders kunnen worden toegepast (men spiegelt zich steeds aan de beste op een bepaald aspect of een set van aspecten).

4. Termen van prestaties

De bij benchmarking te meten prestaties van individuele hulpverleners worden 'prestatie-indicatoren' genoemd.

Deze prestatie-indicatoren kunnen als volgt worden onderverdeeld:

- Prestatie-indicatoren met betrekking tot de tijdbesteding. Bijvoorbeeld de verhouding tussen de cliëntgebonden tijd en de niet cliëntgebonden tijd, waarbij bijvoorbeeld wordt gestreefd naar het minimaliseren van de niet cliëntgebonden tijd. Dit heeft oneerbiedig gezegd betrekking op het optimaliseren van de aanwending in tijd van de productiemachine (de mens).
- Prestatie-indicatoren betreffende het proces (methodiek in relatie tot problematiek, doorlooptijd).
- Prestatie-indicatoren met betrekking tot de resultaten of de uitkomst (het rendement van de geleverde zorg: is de cliënt adequaat geholpen en is het effect duurzaam)
- Prestatie-indicatoren met betrekking tot de tevredenheid van de cliënt. Dit heeft niet altijd direct te maken met de resultaten van de zorg, maar veelal met aspecten van bejegening, goede voorlichting, tijdig informeren en afspraken nakomen.

Essentieel is dat een prestatie-indicator scherp is te omschrijven en vervolgens meetbaar is. Bij veel in het verleden uitgevoerde benchmarking stuit men op het probleem dat de definiëring van de verschillende prestatie-indicatoren bij de verschillende deelnemers niet gelijk is. Veel aandacht zal dan ook steeds moeten worden besteed aan het vooraf afstemmen over de definities van de te meten prestatie-indicatoren.

Essentieel is ook dat benchmarking van individuele hulpverleners alleen wordt gedaan op prestatie-indicatoren die passen bij de eindverantwoordelijkheden van de betreffende hulpverleners. Dat wil zeggen dat prestatie-indicatoren waarvoor zij niet volledig verantwoordelijk zijn, niet moeten worden meegenomen in benchmarking op individueel niveau. De eventuele verbeteringsmogelijkheden liggen dan ook niet volledig in de hand van de betreffende hulpverlener. Als voorbeeld hiervan kan worden genoemd: het aandeel niet cliëntgebonden tijd (algemeen werkoverleg of reizen tussen werklocaties) dat wordt aangestuurd door het management van een organisatie waarin de hulpverlener functioneert.

Een derde essentieel punt is dat het zorgproces van de hulpverleners die deelnemen aan benchmarking onderling redelijk met elkaar overeenkomt. Bijvoorbeeld als dezelfde problematiek op verschillende manieren kan worden aangepakt (hetgeen veel voorkomt bij psychosociale - en psychiatrische problematiek en gedragsproblemen) dan kunnen de meeste prestatie-indicatoren niet zonder meer onderling worden gebruikt voor vergelijking.

Een prestatie-indicator hoeft niet altijd een aantal te zijn, maar er kan ook onderling in niveaus worden vergeleken.

Als het gaat om kwalitatieve aspecten die op zich moeilijk te kwantificeren zijn kan er worden gewerkt met assen waarbij het proces of de elementen van een proces worden vergeleken met een ideale situatie en de mate waarin men het ideaalproces heeft bereikt levert een niveau (getal) op de as.

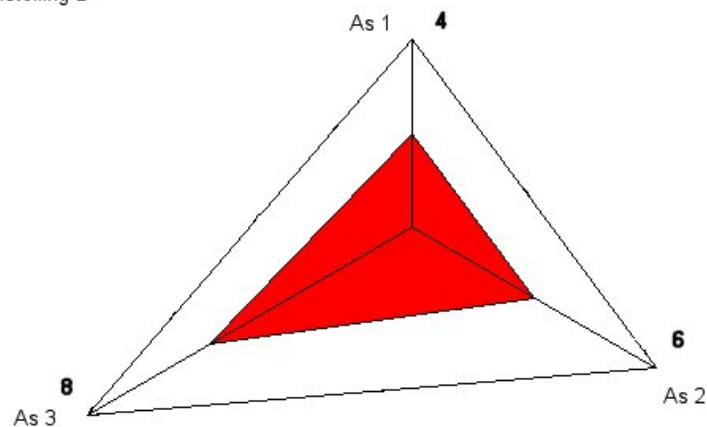
Bijvoorbeeld bij de benchmarking in de ambulante geestelijke gezondheidszorg worden drie assen onderscheiden:

- as 1: de mate waarin men acties onderneemt om de wachtproblematiek op te lossen;
- as 2: de mate waarin men acties onderneemt om de doorstroom in de hulpverlening te optimaliseren;
- as 3: de mate waarin men acties onderneemt om de tijdbesteding van hulpverleners te optimaliseren

In onderstaande figuur vertegenwoordigen de buitenste zwarte lijnen de driehoek van de meeste optimale situatie: hoe meer oppervlakte wordt ingekleurd van de driehoek, hoe meer voldaan wordt aan het ideaal. Uiteraard moet het ideaal een geaccepteerd beeld zijn dat ook realiteitszin heeft, ofwel er moeten in de praktijk voorbeelden te vinden zijn die men als 'best practice' kan nastreven.

Een dergelijke methode wordt ook gebruikt bij de integrale kwaliteitssystemen.

Instelling D



As 1 maximaal niveau 4, As 2 maximaal niveau 6 en As 3 maximaal niveau 8.

Figuur 2. Vergelijking van kwalitatieve prestatie-indicatoren via assen.

5. Geschiktheid

Om na te gaan voor welke individuele hulpverleners in zorg en welzijn individuele benchmarking geschikt is, kan het volgende onderscheid worden gehanteerd:

- a. hulpverleners die hoofdzakelijk één op één werken, ofwel een groot deel van hun tijd solistisch steeds aan één cliënt (of soms aan groepen) zorg verstrekken; veelal gaat dit gepaard met een op naam gestelde planning van cliënten;
- b. hulpverleners die hoofdzakelijk samen met andere hulpverleners zorg verstrekken aan groepen cliënten (of soms individuele cliënten) gedurende lange aaneengesloten tijdsintervallen (veelal een dagdeel of langer); veelal wisselen de hulpverleners elkaar snel af (zoals bijvoorbeeld op een verpleegafdeling in een ziekenhuis).

Daarnaast is een onderscheid te maken tussen:

- c. hulpverleners die in dienst van een organisatie werken en;
- d. hulpverleners die zelfstandig werken (vrijgevestigd).

AD A: HULPVERLENERS SOLISTISCH

Alle hulpverleners die hoofdzakelijk één op één werken kunnen bij benchmarking worden betrokken op alle bij § 4 genoemde prestatie-indicatoren.

De tijdbesteding kan onderling worden vergeleken (via de bekende systematiek van direct cliëntgebonden -, indirect cliëntgebonden - en niet cliëntgebonden tijd).

Ook hebben prestatie-indicatoren betreffende de professionele kwaliteit en prestatie-indicatoren betreffende de tevredenheid van cliënten een rechtstreekse relatie met de activiteiten van de solistisch werkende hulpverlener.

Voorbeelden van hulpverleners die hieraan voldoen zijn onder andere: medici en gedragswetenschappers die voornamelijk op consultbasis werken (huisartsen, medisch specialisten, psychologen, en dergelijke), therapeuten (fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, gedragstherapeuten, speltherapeuten, en dergelijke), maatschappelijk werkers en thuiszorgmedewerkers.

AD B: HULPVERLENERS IN SAMENWERKINGSVERBAND

In de situatie dat hulpverleners hoofdzakelijk samen met andere hulpverleners zorg verstrekken zijn er enerzijds gedeelde verantwoordelijkheden met collega's maar anderzijds is er ook veelal een toedeling van deelverantwoordelijkheden van een specifieke hulpverlener voor een bepaalde cliënt.

Voorgaande betekent dat een deel van de mogelijkheden van hulpverleners om bij te sturen en te leren van best practices niet binnen de eigen verantwoordelijkheid past, maar onder de verantwoordelijkheid van collegae en management valt.

Bij het uitvoeren van benchmarking bij individuele hulpverleners die hoofdzakelijk samen met andere hulpverleners zorg verstrekken zal meer diversiteit in werkwijze moeten worden onderscheiden dan bij solistisch werkende hulpverleners.

Voorbeelden van hulpverleners in samenwerkingsprocessen zijn begeleiders en zorgverleners in de setting van een intramurale groep. Het gaat hier voornamelijk om de hulpverleners die de dagelijkse zorg en begeleiding voor en verpleging van de cliënten uitvoeren, maar dit geldt ook voor de medici, gedragswetenschappers en paramedici die hierbij een inhoudelijk aansturende, consulterende en coachende rol spelen.

In dat geval zal benchmarking zich niet uitsluitend kunnen richten op de activiteit van één individuele hulpverlener. Voor dit type hulpverleners kan benchmarking dan niet los staan van prestatie-indicatoren voor het totale organisatieonderdeel waarin deze hulpverleners samenwerken. Voor dat deel van de zorg waarvoor samenwerking noodzakelijk is zullen aparte prestatie-indicatoren moeten worden gedefinieerd.

Toch zijn alle bij § 4 genoemde prestatie-indicatoren van toepassing, maar dan in een sterke onderlinge samenhang.

Prestatie-indicatoren met betrekking tot tijdbesteding zullen sterk samenhangen met de prestatie-indicatoren betreffende de methodologische aanpak van de zorg en de daarbij te gebruiken hulpmiddelen. Bijvoorbeeld groeps grootte en technische hulpmiddelen hebben grote invloed op de tijdbesteding aan bijvoorbeeld toezicht per cliënt. Een ander voorbeeld is de mate van taakdeling. Meerdere gespecialiseerde hulpverleners die samenwerken is geheel iets anders dan een situatie waarbij generalistische hulpverleners alle taken uitvoeren (dit laatste vanuit bijvoorbeeld de visie dat de cliënt met zo weinig mogelijk verschillende hulpverleners te maken krijgt). Dergelijke verschillen maken het uitvoeren van een benchmark complex.

AD C: HULPVERLENERS IN LOONDIENST

Bij hulpverleners die in loondienst zijn van een organisatie kan benchmarking op twee niveaus worden georganiseerd, namelijk onder de hulpverleners binnen één organisatie of onder hulpverleners van verschillende organisaties.

Hierbij moet, bij het bepalen en vergelijken van prestatie-indicatoren, rekening worden gehouden met de invloed die organisaties op het zorgproces en de tijdbesteding hebben. Daarnaast is het mogelijk om via de organisatie invloed uit te oefenen op motivatie, deelname en het gebruik van de resultaten. Een bijkomend voordeel bij het organiseren van benchmarking is dat via één partij (één organisatie) meerdere individuele hulpverleners kunnen worden betrokken.

AD D: VRIJGEVESTIGDE HULPVERLENERS

Bij vrijgevestigde hulpverleners zal het toepassen van benchmarking eerder afhankelijk zijn van vrijwilligheid onder de hulpverleners. Eventuele drang kan komen van zorgverzekeraars en/of zorgkantoren, maar dan is men reeds in het stadium van open externe benchmarking (zie § 3).

Geconcludeerd kan worden dat de groep solistisch werkende hulpverleners qua prestatie-indicatoren het minst complex zal zijn voor het uitvoeren van benchmarking. Waarbij toepassing van benchmarking bij hulpverleners in loondienst gemakkelijker lijkt.

Benchmarking prestaties hulpverleners	In loondienst	Vrijgevestigd
Solistisch werkend	<ul style="list-style-type: none"> ■ Complexiteit prestatie-indicatoren lager. ■ Bij organisatie van benchmarking minder partijen voor aansturing. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Complexiteit prestatie-indicatoren lager. ■ Bij organisatie van benchmarking elke hulpverlener aparte partij voor aansturing.
Werkend in samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> ■ Complexiteit prestatie-indicatoren hoger. ■ Bij organisatie van benchmarking minder partijen voor aansturing. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Complexiteit prestatie-indicatoren hoger. ■ Bij organisatie van benchmarking elke hulpverlener aparte partij voor aansturing.

Tabel 1. Benchmarking prestaties hulpverleners

6. Effecten van toepassing op zorgproces en kwaliteit van zorg

Bij benchmarking wordt ervan uitgegaan dat individuele hulpverleners hun eigen werkmethodes onderling gaan vergelijken en de best practices zullen nastreven. In feite kan ook intervisie worden gezien als een onderdeel van benchmarking.

De te verwachten effecten worden onderstaand besproken aan de hand van de onderverdeling in soorten prestatie-indicatoren zoals die in § 4 zijn weergegeven.

EFFECT BIJ PRESTATIE-INDICATOREN MET BETREKKING TOT DE TIJDBESTEDING

Bij benchmarking op tijdbesteding wordt gestreefd naar een zo gunstig mogelijke inzet van de tijdbesteding van hulpverleners. Dit komt neer op het streven naar zo veel mogelijk 'cliëntgebonden tijd'¹ en zo min mogelijk niet cliëntgebonden tijd bij gelijkblijvende professionele kwaliteit.

Vrijgevestigde hulpverleners kennen veelal een financiële prikkel om hun tijd optimaal te benutten voor activiteiten die inkomen genereren. Bij vrijgevestigde hulpverleners mag op dit terrein weinig winst worden verwacht. Bij hulpverleners in dienst van organisaties is in reeds uitgevoerde benchmarking en in tijdstudies gebleken dat de verschillen in tijdbesteding tussen deze hulpverleners aanzienlijk zijn. Het is in het algemeen zo dat de best practices meer dan een factor 1½ gunstiger liggen in aandeel cliëntgebonden tijd dan de minst presterende. Dit betekent dat bij gelijkblijvende professionele kwaliteit meer cliënten in dezelfde tijd kunnen worden geholpen, ofwel de zorg per cliënt met een lagere tijdsinvestering kan plaatsvinden en dus met minder kosten gepaard hoeft te gaan. Hiermee kan benchmarking een zeer aanzienlijke impuls geven aan optimalisatie van de tijdbesteding en dus aan verhoging van de arbeidsproductiviteit.

EFFECT BIJ PRESTATIE-INDICATOREN MET BETREKKING TOT DE PROCESKWALITEIT

Bij de proceskwaliteit wordt onder andere gekeken naar de methodiek in relatie tot de problematiek en de doorlooptijd. Hierbij zijn twee aspecten te onderscheiden:

- de methodiek en;
- de logistiek bij een bepaalde methodiek.

De methodiek

Wat betreft de methodiek kan worden aangegeven dat dit niet los kan staan van de resultaten die worden bereikt bij de cliënten. In het algemeen kan worden gesteld dat hier nog veel winst lijkt te kunnen worden behaald. Niet altijd zijn verschillende methodieken ten opzichte van elkaar getoetst op effectiviteit. Een belangrijk element is de beschikbaarheid van tijd op basis van tariefstelling. Veel zorgprocessen worden ingericht op basis van de beschikbare tijd en middelen die door landelijke afspraken of afspraken met zorgverzekeraars zijn bepaald in het kader van tarieven.

¹ Zie hoofdstuk 1 voor definities

In de afgelopen jaren is bij processen om tarieven te bepalen steeds uitgegaan van de gemiddelde methodieken en niet van de best practices. Voor hulpverleners waren er ook relatief weinig prikkels om methodieken toe te passen die een effectievere manier van werken opleveren.

De samenhang met de kwaliteit van de resultaten maakt wel dat het effect niet eenvoudig te meten zal zijn.

De logistiek

Uitgaande van een bepaalde gestandaardiseerde methodiek, kan worden gesteld dat in situaties waar hulpverleners in dienst zijn, benchmarking aan de hand van logistieke prestatie-indicatoren een direct meetbaar resultaat zal kunnen opleveren. Bij vrijgevestigde hulpverleners mag worden verwacht dat het effect klein is. Vrijgevestigde hulpverleners kennen veelal een eenvoudige logistiek omdat zij veelal alleen of in klein verband werken. Daarnaast is er opnieuw de financiële prikkel bij vrijgevestigde hulpverleners om hun eigen tijd zowel als de tijdbesteding van ondersteunende medewerkers optimaal te benutten.

Bij hulpverleners in dienst van organisaties zo blijkt uit eerdere benchmarking levert de analyse van het proces nogal eens aanzienlijke mogelijkheden op voor vereenvoudiging en daardoor beperking van kosten. Het gaat dan vaak om volgordes in het plannen van handelingen en de wijze van afspraken maken.

EFFECT BIJ PRESTATIE-INDICATOREN MET BETREKKING TOT DE KWALITEIT VAN DE RESULTATEN

Niet voor alle vormen van zorg is er een duidelijk verband bekend tussen enerzijds de inzet van methodieken en anderzijds de resultaten van de verleende zorg op korte en/of lange termijn.

Zorg kan aan de hand van de twee kenmerken 'Analyseerbaarheid' en 'Variatie' worden onderverdeeld in vier denkbeeldige kwadranten.

		Variatie	
		Laag	Hoog
Analyseerbaarheid	Laag	1 Ambachtelijk	2 Professioneel
	Hoog	3 Routinematig	4 Technisch

Tabel 2: Kwadranten

Een hoge analyseerbaarheid van de zorg gaat veelal ook gepaard met een hoge analyseerbaarheid van het resultaat bij de cliënt. Bijvoorbeeld huishoudelijke ondersteuning maar ook bijvoorbeeld een chirurgische ingreep.

In het geval van de huishoudelijke ondersteuning is de variatie in relatie tot het volume relatief klein (kwadrant 3) en bij de chirurgische ingreep is de variatie ten opzichte van het volume relatief groot (kwadrant 4).

Het verpleegkundig handelen vertoont een lagere analyseerbaarheid bij een beperkte variatie (kwadrant 1) en in de psychiatrie hebben we te maken met een relatief zeer lage analyseerbaarheid en een hoge variatie (kwadrant 2).

De kwaliteit van het resultaat lijkt het makkelijkst te bepalen in het kwadrant 3 met een hoge analyseerbaarheid en een lage variatie. Het moeilijkst is dit te bepalen in het tegenovergestelde kwadrant 2.

Dit maakt dat ook het effect van benchmarking op de kwaliteit van het resultaat bij de cliënt het makkelijkst valt te bepalen in kwadrant 3.

Bij het benchmarking op de kwaliteit van het resultaat zijn maatschappelijke winst en positief financieel effect de doelstellingen.

EFFECT BIJ PRESTATIE-INDICATOREN MET BETREKKING TOT CLIËNTTEVREDENHEID

Bij benchmarking op cliënttevredenheid wordt bijvoorbeeld gekeken naar bejegening, goede voorlichting, tijdig informeren en afspraken nakomen. Een verbetering zal in het algemeen niet direct leiden tot minder tijdbesteding van hulpverleners, mogelijk zelfs tot meer tijdbesteding, of tot meer activiteiten van ondersteunend personeel dat een deel van de informatievoorziening moet verzorgen.

Wel mag worden verwacht dat als de tevredenheid toeneemt, er maatschappelijke winst wordt behaald en de tijd die nu wordt besteed aan klachten en gemopper, vermindert.

De effecten van benchmarking kunnen als volgt in onderstaand schema worden samengevat.

Te verwachten effect van benchmarking op onderstaande prestatie-indicatoren	Hulpverleners	
	Vrijgevestigd	In dienstverband
Tijdbesteding	+	+++
Proceskwaliteit	+	+++
Kwaliteit eindresultaat	++ (plus maatschappelijke winst)	
Cliënttevredenheid	0/- (plus maatschappelijke winst)	

Tabel 3. Effecten van benchmarking op arbeidsproductiviteit

7. Effecten voor de hulpverlener

ERVAREN VAN AANTASTING VAN DE AUTONOMIE

Hulpverleners zullen bij toepassing van benchmarking op individuele hulpverleners in eerste instantie dit ervaren als aantasting van de autonomie. Dat uit zich al bij het vaststellen van de prestatie-indicatoren die zullen worden gebruikt voor onderlinge vergelijking. Niet iedereen vindt dezelfde dingen belangrijk. Elke hulpverlener stuurt min of meer autonoom op bepaalde voor hem of haar belangrijke prestatie-indicatoren. Voor een deel zijn deze prestatie-indicatoren meegegeven in de opleiding en de nascholingstrajecten, voor een deel zijn deze prestatie-indicatoren ontwikkeld in de eigen omgeving op basis van de eigen ervaringen of de ervaringen binnen een kleine groep collegae. Voorafgaand aan benchmarking zal men het onderling eens moeten worden over welke prestatie-indicatoren zullen worden gebruikt. Ook hier zullen bij bepaalde groepen hulpverleners teleurstellingen moeten worden overwonnen. Een goed afgewogen traject van keuze van prestatie-indicatoren en een goede toelichting van deze keuze en vooral het aangeven van de redenen waarom bepaalde voorstellen niet zijn gehonoreerd is essentieel om weerstanden te beperken.

MEER OF ANDERS REGISTREREN

Vervolgens zullen hulpverleners aan den lijve merken dat er meer of anders dan voorheen zal moeten worden geregistreerd. Om dit niet meteen een negatief effect te laten hebben op de tijdbesteding van de individuele hulpverlener moeten de systemen voor registratie zo worden gekozen dat daarmee een minimale tijdsinvestering van de hulpverlener zelf gepaard gaat. In feite zien we dat in de industrie en de commerciële dienstverlening reeds dergelijke systemen voorhanden zijn.

BEKEND WORDEN VAN DE EIGEN PRESTATIES

Het derde effect dat de individuele hulpverlener sterk zal beïnvloeden is het bekend worden van de eerste resultaten in vergelijking met de gestelde normen of in vergelijking met het gemiddelde van de collegae of met de best practice. De mate (absolute grootte) en de richting (plus of min) van discrepantie zal op verschillende manieren worden ontvangen. Het meest negatieve gevolg is dat de best presterende hulpverleners op hun lauweren zullen gaan rusten en de slechts presterende hulpverleners frustraties zullen oplopen en negatief gaan reageren. In de huidige cultuur in de zorg waarin de confrontatie met de eigen prestaties afgewogen tegenover die van anderen minimaal is ingebed, moet bij het starten van benchmarking ook begeleiding worden gegeven aan het omgaan met de geconstateerde verschillen. Bij hulpverleners in loondienst moet het management hier een belangrijke rol spelen. Bij vrijgevestigde hulpverleners kan hiermee rekening worden gehouden via de stappen in de mate van openheid.

Het na te streven eindresultaat is dat de hulpverlener meer voelt dat hij/zij voortdurend wordt beoordeeld op de juiste elementen en hierop in positieve zin reageert: minder autonoom gedrag, gericht werken (overbodige werkzaamheden vallen af, de meest effectieve aanpak wordt gekozen) gemakkelijker opsporen van onvolkomenheden en vooral betere prestatie ofwel meer kwaliteit én meer kwantiteit bij dezelfde inspanning, waardoor de algemene waardering voor de individuele hulpverlener stijgt.

8. Tempo van invoering

Bij diverse experimenten onder diverse professionals (niet alleen in de zorg) blijkt steeds dat de meest vooruitstrevende professionals het wel aandurven om andere professionals van zeer nabij in hun keuken te laten kijken. Deze groep is ook vaak de best presterende groep, maar beslaat gemiddeld maar 20% van de totale groep. Hier wordt de veel voorkomende verdeling zichtbaar zoals die ook bij innovatieprocessen of veranderprocessen in de industrie vaak wordt aangetroffen. Gemiddeld niet meer dan 20% is voor verandering of innovatie, niet meer dan 20% is tegen en de overige betrokkenen zijn in eerste instantie ambivalent.

De mate van openbaarheid van de meting van de prestatie-indicatoren (zie § 3) zal bij invoering zorgvuldig moeten worden gekozen om prikkelend te werken en weer niet te veel om afschrikkende effecten te voorkomen. Hierbij past een getemporeerde invoering.

Ook het feit dat bij vernieuwingen in het algemeen slechts eerste een klein deel van de betrokkenen enthousiast is en een groot deel eerst een drempel moet overwinnen maakt dat getemporeerde invoering noodzakelijk is. Het succes bij de voorlopers moet een olievlekwerking hebben.

Het toepassen van prestatie-indicatoren en benchmarking is een vernieuwing die veel partijen raakt; niet alleen de individuele hulpverleners maar ook de landelijke beleidsorganen, zorgverzekeraars, aanbieders en cliëntenorganisaties. Uiteraard is de verandersonnelheid in grote complexe systemen ruimschoots lager dan in kleine onafhankelijke groepen zoals ook beweeglijkheid van een kleine massa groter is dan van een grote massa. Ofwel de adaptiesnelheid is omgekeerd evenredig met de omvang en complexiteit van een systeem.

Geconcludeerd kan worden dat het tempo van invoering relatief laag zal moeten zijn.

Dit betekent dat gestart moet worden bij meest geëngageerde organisaties en hulpverleners in een veilige omgeving waarin de openbaarheid langzaam toeneemt (enkele jaren).

Daarna ontstaat er een aanzienlijk risico op terugval als er dan inmiddels geen landelijke regelgeving of druk komt om de minder geëngageerde organisaties en hulpverleners te stimuleren de voorlopers te volgen.

9. Mogelijkheden voor prestatiebeloning

Benchmarking en prestatiebeloning zijn twee instrumenten die in nauw verband met elkaar staan. Benchmarking is een voorwaarde voor prestatiebeloning; het omgekeerde is niet het geval. Het is zeer wel denkbaar dat het instrument benchmarking wordt ingezet terwijl er toch geen systeem van prestatiebeloning van toepassing is.

Onder prestatiebeloning wordt verstaan dat het inkomen van een individuele hulpverlener bestaat uit een basisdeel en uit een flexibel deel ('bonus') dat toeneemt naarmate hij/zij op een aantal prestatie-indicatoren hoger scoort. Deze prestatie-indicatoren zullen geheel of gedeeltelijk zijn afgeleid uit het gebruikte systeem van benchmarking.

Onder nader te specificeren voorwaarden is het mogelijk prestatiebeloning in te voeren bij individuele hulpverleners die in dienst zijn bij zorgaanbieders. De verwachting is dat dit de arbeidsproductiviteit zal doen verhogen. Uit de literatuur blijkt dat succesvolle toepassing van prestatiebeloning het hoogst is bij hoog opgeleide functionarissen die vrijwel geheel zelf hun eigen prestaties kunnen beïnvloeden.

Om die voorwaarden goed te kunnen benoemen kan worden gekeken naar wat in de vakliteratuur als nadelen/bezwaren van prestatiebeloning worden gezien:

- a. het is duur want bij invoering zal waarschijnlijk het huidige bestaande inkomen als basisinkomen worden genomen en kan de loonsom dus alleen maar (aanzienlijk) omhoog gaan; een factor die het ook duurder maakt is dat het toepassen en onderhouden van een systeem van prestatiebeloning het management de nodige tijd kost;
- b. het demotiveert degenen die geen (forse) bonus opstrijken;
- c. er is het risico dat het verkeerde wordt beloond;
- d. het maakt onzeker en bang; het tegenspreken van het management kan de bonus in gevaar brengen;
- e. het innovatieve vermogen wordt afgeremd; er worden alleen nog maar korte termijn doelen nagestreefd;
- f. voor het management is het moeilijk te differentiëren tussen individuele hulpverleners; dat past niet in de Nederlandse cultuur; en daarom zal de neiging zijn om vrijwel iedereen een bonus te geven, zodanig dat er slechts een marginale bonus resteert (bijvoorbeeld 3 à 5 procent) waarvan weinig effect mag worden verwacht.

Om deze bezwaren weg te kunnen nemen is één van de belangrijkste punten dat de prestatiebeloning is gebaseerd op de juiste, objectieerbare prestatie-indicatoren (zie § 4).

Wanneer er allerlei subjectieve interpretaties mogelijk zijn van de bepaling van de prestaties van een individuele hulpverlener zullen de eerder genoemde problemen zich aandienen (in het bijzonder het genoemde onder de punten c (verkeerde beloning) en f (nivellering)).

Ook het genoemde bezwaar onder punt d (onzekerheid) staat in sterke relatie met de transparantie van de prestatie: wanneer die prestatie goed is te meten is die voor het management niet of nauwelijks manipuleerbaar.

Het genoemde bezwaar onder punt a (het wordt duurder) zal moeten worden opgelost door een geleidelijke invoering. Het verdient sowieso aanbeveling prestatiebeloning geleidelijk in te voeren; bijvoorbeeld door eerst een periode te experimenteren met 'vrijwilligers'. Om daarna de invoering verder vorm te geven door in een aantal jaren geleidelijk het variabele deel van het inkomen te laten oplopen.

Van het genoemde bezwaar onder punt b (demotivatie van de 'achterblijvers') mag worden verwacht dat dat van tijdelijke aard is. Bijna alle vrijgevestigde hulpverleners werken op basis van prestatiebeloning; ook daar zijn er verschillen in prestaties en desondanks zijn er geen aanwijzingen dat zij die relatief minder presteren op grote schaal gedemotiveerd zijn om hun beroep uit te oefenen. Daar waar hulpverleners in loondienst zijn leidt toepassing van benchmarking er wel toe dat de prestaties explicieter dan voorheen transparant zijn en dus voor het management duidelijker wordt welke hulpverleners onder de maat presteren. Maar als er al een goed werkend functionerings- en beoordelings-systeem is dan zouden deze signalen ook zonder benchmarking naar boven moeten komen. Voor het management ligt dan sowieso de vraag voor hoe om te gaan met een slecht presterende individuele hulpverlener.

Een aanvullende voorwaarde voor toepassing van prestatiebeloning is dat het management expliciet mogelijkheden voor bijsturing aanbiedt aan 'achterblijvers' (een goed werkend systeem van functioneringsgesprekken; individuele sterkte-zwakte-analyses; gericht aanbod van (bij-)scholing; systeem van loopbaanontwikkeling; etc.).

Om te voorkomen dat het innovatieve vermogen van individuele hulpverleners wordt afgeremd is het noodzakelijk dat de prestatie-indicatoren regelmatig worden geëvalueerd en bijgesteld door het management. Ook is denkbaar dat bijdragen aan innovatie op zich een prestatie-indicator zijn (hoewel in de praktijk blijkt dat dat niet altijd hard is te operationaliseren hetgeen in strijd is met de absolute eis dat de prestaties eenduidig moeten zijn te meten).

10. Belemmeringen

CULTUURSHOCK

In zorg en welzijn zijn nog veel weerstanden tegen benchmarking van de prestaties van individuele hulpverleners. Zeker daar waar hulpverleners in loondienst zijn. Bij zorg en welzijn gaat het om zorgverlening van mens tot mens waarbij de cliënt een type zorg nodig heeft waarvoor de hulpverlener heel dicht in de persoonlijke wereld van die cliënt komt. Voor velen verhoudt zich dat slecht met het meten van prestaties ('elke cliënt is uniek' of nog sterker: 'elk cliëntcontact is uniek'). Toepassing van benchmarking van de prestaties van individuele hulpverleners die in loondienst zijn betekent veelal een cultuurshock; en dat geldt in nog sterkere mate voor prestatiebeloning.

Er zijn bij de opstellers van deze notitie geen voorbeelden bekend van een sector in de zorg en welzijn waar benchmarking van individuele hulpverleners op grote schaal en systematisch wordt toegepast.

WEERSTANDEN BIJ CAO-ONDERHANDELINGEN EN VAKBONDEN

In het algemeen is er bij vakbonden nog steeds het beeld dat benchmarking (en vooral prestatiebeloning) leidt tot een 'opjaagcultuur' die uiteindelijk slecht is voor een groot deel van de betrokkenen en afbreuk doet aan het solidariteitsdenken.

Voorgaande twee belemmeringen zijn alleen weg te nemen door een geleidelijke invoering van benchmarking door individuele hulpverleners waarbij objectief wordt geëvalueerd wat de effecten zijn, inclusief de evaluatie van allerlei risico's die in deze notitie zijn genoemd. Tussentijdse evaluaties kunnen dan leiden tot bijstellingen.

TE BEPERKTE INVLOED VAN DE CLIËNT

De cliënt heeft beperkt zicht op de inhoudelijke kwaliteit en kan daarover minimaal oordelen of replek geven, de cliënt betaalt de hulpverlener niet rechtstreeks, vormt daarmee geen partij in de relatie tarief/kwaliteit. De cliënt heeft vaak geen keuze tussen verschillende hulpverleners en kan niet gemakkelijk veranderen als de kwaliteit niet bevalt.

De invloed van de cliënt zou moeten toenemen.

De volgende opties zijn in algemene zin te overwegen (uiteraard aan te passen voor elke specifiek situatie):

- De cliënt krijgt (op termijn) inzicht in de (over de individuele hulpverleners) geaggregeerde uitkomsten van de prestaties van bepaalde organisaties dan wel organisatieonderdelen (zie paragraaf over: 'open, extern')
- De cliënt krijgt een actieve rol in het betalingscircuit (wel of niet via de eigen bijdrage) en heeft daarmee meer zicht op de relatie tarief/kwaliteit;
- Grote gefuseerde organisaties worden opgesplitst in kleinere zelfstandige werkeenheden zodat de cliënt meer keuzemogelijkheden heeft.

BESTEMMING DOELMATIGHEIDSWINST

Een mogelijke belemmering van een heel andere orde is de vraag wat de externe financiers doen met de doelmatigheidswinst die zorgaanbieders behalen doordat zij een systeem van benchmarking van individuele hulpverleners hebben ingevoerd hetgeen heeft geleid tot (substantiële) doelmatigheidswinst/verhoging van de arbeidsproductiviteit.

Wordt die doelmatigheidswinst direct naar rato doorvertaald in lagere tarieven voor die betreffende zorgaanbieder?

Zo ja dan valt bij zowel de individuele hulpverleners als bij het management de prikkel om het beoogde instrument te gebruiken grotendeels weg.

Zorgverzekeraars, zorgkantoren en andere (bijvoorbeeld gemeentelijke) financiers moeten bereid zijn niet alleen te sturen op tarieven maar te gaan sturen op de verhouding tarief/kwaliteit. In zorg en welzijn gebeurt dit tot nu toe (vrijwel) niet; vrijwel alle financieringssystemen zijn gestoeld op productie-eenheden gecombineerd met vaste- of maximumtarieven voor die producten. Benchmarking van individuele hulpverleners biedt de mogelijkheid dat productiegegevens en kwaliteitsgegevens integraal en meetbaar beschikbaar komen.

11. Stimuleringsinitiatieven

Voor benchmarking van individuele hulpverleners geldt: goed voorbeeld doet volgen! In deze notitie is op veel punten verduidelijkt dat zorgvuldigheid is geboden bij de ontwikkeling en invoering van een dergelijk instrument.

Om een stimulans te geven aan de ontwikkeling en invoering wordt voorgesteld om in diverse sectoren van zorg en welzijn het instrument als pilot uit te zetten. Een groep hulpverleners waar onder andere een groot positief effect wordt verwacht zijn paramedici bij ziekenhuizen, verpleeghuizen en instellingen voor gehandicapten (zoals fysiotherapeuten, gedragstherapeuten, ergotherapeuten). Maar ook kan worden gedacht aan maatschappelijk werkers in loondienst. Daarnaast wordt voorgesteld pilots uit te zetten daar waar hulpverleners sterk moeten samenwerken (zie § 5), bijvoorbeeld op een gespecialiseerde afdeling van een ziekenhuis of een verpleeghuis of verzorgingshuis.

Voorwaarden voor een dergelijke pilots zijn onder andere:

- dat de individuele hulpverleners die deelnemen aan een dergelijke pilot dit doen op basis van vrijwilligheid;
- dat er een subsidie is om de ontwikkeling van het instrument mee te financieren;
- dat gerealiseerde doelmatigheidswinst (in eerste instantie geheel/later deels) kan worden behouden en kan worden aangewend voor kwaliteitsbevordering;
- dat het ontwikkelde instrument van benchmarking voor het betreffende type individuele hulpverlener en de resultaten van de toepassing ervan geanonimiseerd openbaar worden gemaakt, zodat bredere toepassing mogelijk wordt.

Sommigen zijn de mening toegedaan dat landelijke stimuleringsmaatregelen niet nodig zijn omdat marktwerking in zorg en welzijn er min of meer spontaan toe zal leiden dat onder andere benchmarking van individuele hulpverleners zal worden ingevoerd door de organisaties en hulpverleners zelf.

De opstellers van deze notitie zijn echter van mening dat marktwerking in zorg en welzijn toch altijd een milde vorm van marktwerking zal zijn ten opzichte van de puur commerciële dienstverlening en dat daarom landelijke stimuleringsinitiatieven nodig zullen zijn.