

Onderzoek in opdracht van de NPCF

Zorg voor transparantie

Onderzoek naar de kwaliteit van de jaardocumenten Maatschappelijke Verantwoording in de sector Verpleging, Verzorging, Thuiszorg en Gehandicaptenzorg

Hein Albeda

November 2006

Zorg voor transparantie

Inhoudsopgave

Inleiding	4
Verantwoording van een voorrecht naar een last	4
Integratie in een document	4
Leren van goede voorbeelden	4
Leeswijzer	5
1. Uitkomsten in een notendop	6
Variëteit, maar gebrekkige kwaliteit	6
Geen doelstellingen voor de kwaliteit	6
Prestaties vaak niet zichtbaar	6
Participatie niet te beoordelen	7
Onduidelijk of instellingen leren	7
Weergave per locatie in meerderheid goed	7
Onderzoeksresultaat in cijfers.....	7
Vijf nominaties	8
2. Visie	9
Presteren we optimaal?	9
Van verticale naar horizontale verantwoording	9
Interactie en leren van elkaar	10
3. Eisen aan de jaardocumenten	11
Een document ter vereenvoudiging	11
Vaste inhoudsopgave	11
Voordeel van deze eisen	12
4. Het onderzoek en wat is een goede rapportage?	13
De selectie	13
De beoordeling: de beste verantwoording	13
Elementen die bepalend kunnen zijn	13
Doelstellingen, kwaliteit van zorg, kwaliteit van participatieproces en leren	14
Complimenteren, maar anoniem vermanen	14
5. De uitkomsten	15
5.1. Doelstellingen weergeven	15
Kwaliteitsborging	16
Lessen trekken	16
5.2 Kwaliteit van zorg / prestaties	17
Prestaties of protocollen?	17
Prestaties weergegeven	18
Prestaties per locatie	18
Vooruitgang of niet?	19
Vergelijken met anderen	19
Prijs/kwaliteitsverhouding	20
Rekenen en fouten	21
Rapporteren over vraaggerichtheid en keuzevrijheid	22
5.3 Participatie	22
Was er invloed van cliënten op beleidsvoornemens?	22
Cliëntenraad betrokken bij kwaliteitsonderzoek	23
Hoe was de kwaliteit van het participatieproces?	23
5.4 Klachten	24
Drempel om te klagen?	24
Onvoldoende inzicht in klachten, aard en afhandeling	24
5.5 Slordig ingevuld.....	25
Veel foutjes	25
Nietszeggende tabellen	25
Overbodige categorieën?	26
6. Conclusies en aanbevelingen	28

Over de voorschriften	28
Over de invulling	28
Kansen	28
7. Onze tips	29
8. Aanmoedigingsprijs	31

Dit onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie met financiële ondersteuning van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.

Hein Albeda is zelfstandig adviseur.
www.heinalbeda.nl

Inleiding

Verantwoording van een voorrecht naar een last

In de zorg verrichten diverse instellingen met publieke gelden goed werk. Iedereen kan ziek worden en zorg nodig hebben. Zorg om thuis te blijven wonen, of zorg elders als thuis wonen niet mogelijk is: we willen dat het er is als we het nodig hebben.

Tegenover de gemeenschapsgelden die gebruikt worden om de zorg te kunnen verlenen staat de verplichting om de gelden op een zorgvuldige en verantwoorde manier te besteden. Het aangeven wat er met de gelden is gebeurd zou een voorrecht moeten zijn. Te kunnen vertellen over mensen die de mogelijkheid krijgen hun functioneren te herstellen, te bevorderen of zo lang mogelijk te handhaven, in de voor hem of haar geëigende omgeving. Het zou voor de mensen die zich inspinnen voor de zorg een plezier kunnen zijn daar over te mogen vertellen.

Helaas is de verantwoordingslast groot geworden. Om te kunnen oordelen of de gelden goed besteed zijn, vragen diverse partijen op verschillende manieren inzicht in de geleverde zorg. De meeste nadruk ligt daarbij op geld, de minste op prestaties. Het gaat dan ook om grote geldstromen in een sector waarin concurrentie weliswaar bevordert wordt, maar op vele plaatsen niet gestart of zelfs onmogelijk is. Van echte marktwerking waarbij de 'onzichtbare hand' zorgt voor een optimale allocatie van middelen is geen sprake. Daarom vragen diverse partijen om de efficiëntie en kwaliteit aantoonbaar te maken.

Integratie in een document

De verantwoordingslast is zo groot geworden dat zorginstellingen, beleidsmakers, belangenbehartigers, verzekeraars en toezichhouders overeenkwamen dat het nodig was om de verantwoordingslast terug te dringen. In een convenant¹ legden zij vast dat de verantwoordingslast kon verminderen en tegelijk verbeteren door te werken met geharmoniseerde gegevens- en informatiestromen en een toegankelijk, publieksgericht geïntegreerd jaardocument. Dit jaardocument zou naast financiële gegevens ook geaggregeerde informatie geven over prestaties in de zorg.

De NPCF is een van de convenantpartijen die afspraken hebben gemaakt over het jaardocument maatschappelijke verantwoording zorgbreed.

Het doel van het jaardocument is meervoudig:

- het afleggen van maatschappelijke verantwoording
- het voldoen aan wettelijke verplichte informatieverstrekking
- het verminderen van administratieve lasten.

Het jaardocument vervangt de vele verschillende rapportages die instellingen tot nu toe moesten produceren. Het idee is om de transparantie te vergroten en administratieve lasten te verminderen. Het accent wordt door verschillende partijen sterk gelegd op wettelijk verplichte informatieverstrekking over de financiën. Voor patiënten / consumenten-organisaties is de maatschappelijke verantwoording relevant: welke prestaties leveren instellingen van de collectieve premiemiddelen?

Het jaardocument is niet bedoeld als keuzeondersteunende informatie en daarvoor ook niet geschikt. Wel is het een document waarmee de buitenwereld zich een oordeel kan vormen over de prestaties.

Leren van goede voorbeelden

Het jaardocument aanleveren is een lastige klus. Hoe stel je een rapportage op die niet alleen de gevraagde gegevens bevat, maar ook zinvol is en leesbaar voor de

¹ Convenant Maatschappelijke Verantwoording in de sector Verpleging, Verzorging, Thuiszorg en Gehandicaptenzorg, 2004

verschillende betrokkenen? Doel is immers dat er met de verantwoording iets gebeurt, waardoor de kwaliteit verbetert en het vertrouwen van belanghebbenden vergroot. Om hen te helpen en de omgeving inzicht te geven in de mogelijke aanpak heeft de NPCF een aantal jaardocumenten over 2005 vergeleken. In deze publicatie over het onderzoek hoopt de NPCF een bijdrage te leveren aan een goede verantwoording.

Deelname aan de jaarverslaglegging nieuwe stijl is in 2006 (dat wil zeggen: over het verslagjaar 2005) nog niet verplicht. Toch wil de NPCF met dit onderzoek het vergroten van transparantie stimuleren. Juist door nu de documenten te onderzoeken en te vergelijken kan duidelijk worden welke instellingen goede rapportages hebben gemaakt. In de beginperiode moeten alle organisaties nog experimenteren. Door de goede voorbeelden en minder goede uitwerkingen te tonen kunnen instellingen van elkaar leren.

Leeswijzer

We gaan in de volgende hoofdstukken in op het onderzoek. We starten met de uitkomsten in een notendop (1). Vervolgens geven we weer vanuit welke visie we onderzoek van de jaardocumenten belangrijk vinden (2), wat de eisen zijn die gesteld worden (3) en hoe we het onderzoek hebben opgezet (4). Daarna geven we de uitkomsten op onderdelen weer. We sluiten af met conclusies en tips.

1. Uitkomsten in een notendop

Het bestuderen van de vele jaardocumenten is zeer leerzaam. Duidelijk is dat de sector nog aan het begin staat en moet wennen. In de meeste gevallen is het simpelweg niet mogelijk te zien of de instelling de prestaties leverde die ze wilde leveren, laat staan dat er een oordeel mogelijk is of de prestaties optimaal waren.

Variëteit, maar gebrekkige kwaliteit

Gelukkig is er de nodige variëteit. Daaruit blijkt duidelijk dat goede verantwoording zeker mogelijk is. We laten de goede voorbeelden graag zien zodat de achterblijvers en middenmoters kunnen leren. Hieronder de uitkomsten.

Geen doelstellingen voor de kwaliteit

Doelstellingen van instellingen zijn meestal niet weergegeven. Onduidelijk blijft welke norm instellingen willen behalen. De prestaties (als deze al zijn weergegeven) zijn dan ook vaak niet af te zetten tegen de gekozen doelstellingen. Uit de teksten blijkt vaak dat er wel doelen vastgelegd zijn in meerjarenbeleidsplannen, instellingen verwijzen in elk geval vaak naar deze rapportages. Maar waar instellingen wel over deze doelen rapporteren blijken het vaak geen doelen omtrent te leveren kwaliteit, maar doelen rond te leveren capaciteit. Hoewel het wegwerken van wachtlijsten wel degelijk van groot belang is voor gebruikers, is dit onvoldoende.

Waar instellingen wel doelen rond de kwaliteit noemen blijven zij vrijwel altijd vaag, zeker niet specifiek, meetbaar, ambitieus, realistisch en tijdgebonden. Natuurlijk geven alle instellingen aan een bijdrage te willen leveren aan een zinvol bestaan van mensen. Het is ook mooi dat instellingen de keuzevrijheid van mensen meestal van groot belang achten. Natuurlijk is er wel een gevoel voor kwaliteit en weet vrijwel iedereen wanneer de zorg onder de maat is. Maar wat mogen cliënten op het gebied van kwaliteit verwachten? We lezen het niet.

Het is de vraag of de professionals in de instelling wel weten welke normen minimaal gehaald moeten worden.

Prestaties vaak niet zichtbaar

We lezen veel teksten over activiteiten en protocollen. Het spreekt voor alle organisaties voor zich dat cliënten een belangrijke rol krijgen bij het opstellen en bijstellen van persoonlijke plannen. Daarom beschrijven instellingen vaak de procedures en protocollen, zoals deze zijn afgesproken. Daarin past bijvoorbeeld dat patiënten instemmen met een zorg- of behandelplan. Eerste vraag is dan of dat ook gebeurt. Die vraag blijft meestal onbeantwoord.

Lang niet altijd lezen we uitkomsten van tevredenheidsmetingen. Niet alleen vinden die vaak om het andere jaar plaats, maar zelfs als die er zijn voor het betreffende jaar lezen we de uitkomsten niet. Sporadisch vinden we vergelijkingen met eerdere jaren. Sporadisch vinden we vergelijkingen ten opzichte van een landelijk gemiddelde.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg vraagt gegevens die van belang kunnen zijn voor de prestaties. Hoeveel gevallen van doorliggen er zijn, hoe vaak er vergissingen waren begaan rond toediening van geneesmiddelen of hoe vaak er afgeweken werd van het behandelplan. Allemaal gegevens die relevant kunnen zijn voor een oordeel over de prestaties. Te vaak zijn deze gegevens niet weergegeven, vrijwel nooit is een vergelijking met een jaar eerder weergegeven.

Al met al is het in de meeste gevallen niet mogelijk een oordeel te vormen over de prestaties. Niet met subjectieve gegevens als het oordeel van cliënten of medewerkers over de kwaliteit van de zorg en niet met objectieve gegevens over de kwaliteit van de zorg.

Participatie niet te beoordelen

We kregen geen inzicht in de vraag of de procedures om cliënten en vertegenwoordigers van cliënten inspraak te geven voldoende kwaliteit hadden. We lezen altijd wie in de centrale cliëntenraad zitten, lezen vrijwel altijd welke adviezen gevraagd werden. Meer inzicht krijgen we niet. De adviezen zijn positief, dat is alles. Een enkele keer lezen we wat het positieve advies inhoudt en of de directie bepaalde toezeggingen deed in de vergadering van de cliëntenraad. Vrijwel nooit lezen we een oordeel van de cliëntenraad over de kwaliteit van het proces van participatie zoals dat door de instelling vormgegeven wordt. In uitzonderingsgevallen lezen we of cliënten de indruk hebben dat hun inbreng voldoende meegewogen wordt.

Onduidelijk of instellingen leren

Onduidelijk blijft of de instellingen lessen trekken uit de prestaties. Er lijkt in de meeste gevallen een goed systeem van klachtregistratie en klachtvolgning te zijn, waar het formele klachten betreft. Moeilijker is om te zien of bepaalde tegenvallende prestaties aanleiding vormen voor de directie om lessen te trekken. Dat is teleurstellend. Een slechte prestatie waar de directie lering uittrekt en waar een meetbaar doel voor de komende jaren bijstaat is een goede verantwoording. Dat biedt immers meer vertrouwen dan een constatering dat vraagsturing voor velen nog een oningevuld begrip is, of dat er nog wel eens fouten gemaakt kunnen worden.

Weergave per locatie in meerderheid goed

Niet duidelijk in het voorbeeld-jaardocument aangegeven, maar wel degelijk verplicht, is dat instellingen de prestaties zodanig gesegmenteerd weergeven dat de gebruiker zich een oordeel kan vormen over de te onderscheiden activiteiten. Hoewel dit veelvuldig in het jaarverslag gebeurt, zijn er ook veel voorbeelden van instellingen die niet de prestaties per locatie weergeven. Op deze wijze missen cliënten en hun belangenbehartigers voor hen essentiële informatie.

Het voorkomen van incidenten, oordeel van cliënten over de zorg in de locaties kan zeker per locatie verschillen, zo blijkt uit de rapportages van de instellingen die wel duidelijkheid verschaffen.

Hoewel in het jaardocument zorg geen verplichte rapportage voor cliëntenraden per locatie wordt voorgesteld, hebben veel instellingen in de geest van de wensen van gebruikers dit wel gedaan.

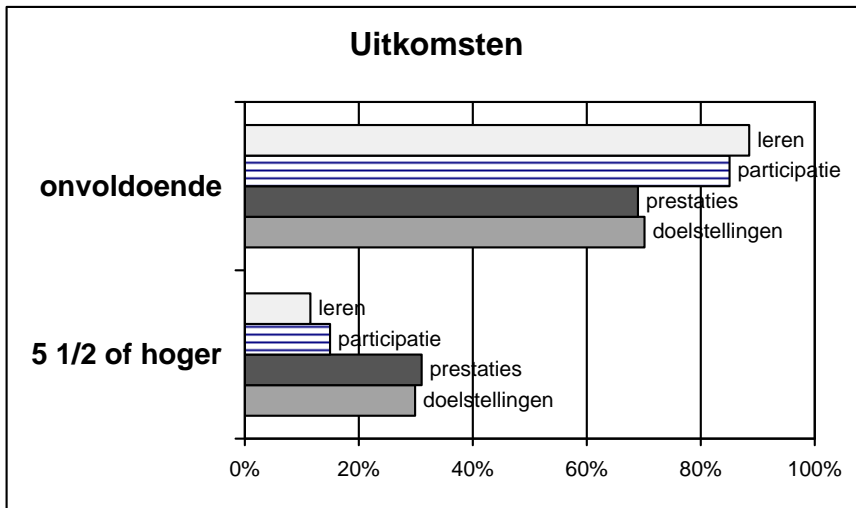
Onderzoeksresultaat in cijfers

We hebben bij de beoordeling cijfers gegeven voor de inzichtelijkheid. Een instelling haalde een zes als de lezer een redelijk beeld krijgt van het betreffende onderdeel. Het moet meer zijn dan een vage algemene aanduiding. Een instelling krijgt een vijf als een onderdeel beperkt is weergegeven, maar wel iets zichtbaar is. Alles wat daarboven komt verhoogt het cijfer: vergelijkingen met anderen, met eerdere jaren, ontwikkelingen per kwartaal, weergave op meer dan twee deelgebieden.

De standaarddeviatie is het laagst voor participatie, wat betekent dat daar de cijfers dicht bij elkaar liggen. Gemiddeld behaalden de instellingen een 4,7.

Rond prestaties liggen de cijfers het meest uit elkaar. 17 van de 87 instellingen haalden een echte voldoende, dat wil zeggen een 6 of 6 ½. Dat betekent dat een op de vijf instellingen ons redelijk inzicht weten te geven in de prestaties. Het is mogelijk dat instellingen beter scoorden als zij de gegevens van de inspectie gezondheidszorg ook hadden opgenomen. In veel gevallen werden die wel aan de inspectie geleverd of via de website ingevuld, maar zijn ze niet vermeld in de jaardocumenten. We kunnen deze gegevens dan niet meewegen. Meer op het randje zitten de instellingen die een vijfenhalf of hoger haalden. Dat zijn er meer. 27 van de 87 haalde een vijfenhalf of hoger. Gemiddeld behaalden de instellingen een 4,6.

Onderstaand de percentages van instellingen die een vijfenvijfde of hoger haalden



De thuiszorginstellingen en Riaggs doen het wat beter dan gemiddeld, instellingen voor gehandicaptenzorg doen het wat slechter dan gemiddeld.

We vinden niet echt een samenhang tussen aantal medewerkers en de kwaliteit van de jaardocumenten. Het is dus niet zo dat kleine instellingen minder goed in staat zijn om hun prestaties weer te geven. Ook is het niet zo dat goed per sé veel pagina's moet inhouden. Wel hebben de beste tien iets meer (90) pagina's nodig dan de slechtste tien (68). Gemiddeld gebruiken de instellingen 83 pagina's. Ook hebben de beste tien gemiddeld iets meer medewerkers dan de slechtste tien. De beste tien hebben echter gemiddeld minder medewerkers (482 fte) dan het gemiddelde van alle onderzochte instellingen (682 fte).

Vijf nominaties

Uit de 87 jaardocumenten kozen we uiteindelijk vijf documenten die we het beste vonden. Deze kwamen daarom in aanmerking voor de aanmoedigingsprijs.

- **De Borg**, Christelijke zorgvoorzieningen, in Groningen exploiteert zes woonzorgcentra, een verpleeghuis, en 2 verpleegafdelingen binnen een serviceflat.
- Stichting **Livio** biedt thuiszorg, verpleeghuizen, verzorgingshuizen en uitleen in Enschede Haaksbergen en in de woonkernen Eibergen en Neede.
- Woonzorgcentrum **Ruitersbos** in Breda heeft een verzorgingshuis en 68 aanleunwoningen.
- Stichting Protestants Christelijke **Zorgcombinatie** Zwolle en omgeving heeft verpleeghuizen en een zorgcentrum in Zwolle en omstreken.
- Stichting **Zorgpalet** heeft een verpleeghuis, een verpleegafdeling in een verzorgingshuis, een schakelafdeling en biedt extramurale zorg en crisiszorg in Enschede.

Een jury die bestond uit mw. Drs. I. van Bennekom, directeur NPCF; mw. Drs. Y. van Gilse, directeur LOC; mw. Y. Steemers, zelfstandig consultant, namens Zorgbelang Nederland en mw. Drs. C. van Weert, directeur Miletus bekeek de nominaties. Zij maakt op 27 november de winnaar bekend.

2. Visie

Presteren we optimaal?

Verantwoording is in Nederland erg gericht geweest op de rijksoverheid. De overheid stuurde de instellingen aan. De vraag was vooral wat het rijk wilde toestaan, wat binnen de regels mogelijk was. Uit het rapport van de commissie De Beer die adviseerde over de administratieve lasten in de zorg blijkt dat de structuur waarin jarenlang gewerkt is in de gezondheidszorg geleid heeft tot een gedrag dat regels en hogere administratieve lasten veroorzaakt. De commissie De Beer² zei over de relatie tussen overheid en spelers: *“Opportunisme is geen der partijen vreemd. Private spelers in een publiekrechtelijke omgeving laten zich sterk leiden door hun drang tot belangenoptimalisatie en het indekken tegen aanspraken of risico’s. Dit leidt tot een sterke gerichtheid op marges in de regelgeving en de neiging om waar opportuun uitzonderingsposities te creëren. Een en ander roept snel wantrouwen op bij de overheid en daarmee ontstaat gemakkelijk een (negatieve) spiraal van elkaar versterkend gedrag, met de eisende en normerende overheid aan de ene kant en het veld als klagende tegenspelers aan de andere kant.”*

In een dergelijke omgeving vragen partijen van elkaar steeds meer gegevens, zonder dat nog duidelijk in beeld blijft of deze meer zicht geven op de prestaties.

De laatste jaren is een verandering zichtbaar. De sector wordt meer aangesproken op de eigen verantwoordelijkheid om te luisteren naar wat de omgeving wil en in hoeverre de organisatie binnen de eigen mogelijkheid daar op in kan spelen.

De vraag wordt dan minder de vraag vanuit de toezichthouder: “Deden zij hun werk goed”? De eerste vragen worden: “Hebben we bereikt wat we wilden bereiken? Speelden we daarbij voldoende in op de behoefte van de klant en zijn omgeving? Kostte dat niet meer dan nodig?” Het voordeel hiervan is dat de eigen verantwoordelijkheid om optimaal te presteren bij de mensen in de zorg zelf ligt. De toezichthouder kijkt wel of een instelling onder een minimale grens zakt. De omgeving kijkt samen met de instelling of het gebodene optimaal is.

Van verticale naar horizontale verantwoording

Deze omslag noemen we de omslag van verticale verantwoording naar horizontale verantwoording en rekenschap. De gedachte achter deze verschuiving is niet alleen in opkomst vanwege de toegenomen last van verantwoording, maar vooral doordat het sturen van bovenaf niet meer mogelijk is. Als de gedachte is dat zorg op maat geleverd moet worden en zorg moet aansluiten op de vraag vanuit de omgeving is sturing van bovenaf simpelweg onmogelijk. Dat zou van het rijk teveel kennis van details vragen.

WRR rapport “Bewijzen van goede dienstverlening”³ spreekt van een wantrouwenparadox. Om de handelingsruimte van lokale actoren afdoende af te bakenen, is een hoge mate van detaillering vereist. Deze detaillering vraagt om grondige kennis van de lokale omstandigheden waarop de regels moeten worden toegepast. Over zulke kennis beschikt de uitvoerder vaak wel, maar de regelgever veelal niet. Onder condities van wederzijds wantrouwen kan dat leiden tot een ‘wantrouwen-spiraal’. Het gebruik van de discretionaire ruimte door de controleur zal dan worden geduid als misbruik en de roep om meer controle die daarop volgt door de uitvoerder zal worden uitgelegd als een vorm van institutioneel wantrouwen.

Meer controle door toezichthouders past niet goed bij de variëteit die mondige en gevarieerde klantengroepen vragen. *“Toezichthouders en verantwoordingsfora zijn ingesteld vanuit het idee van risicobeperking. Het accent ligt op het afrekenen op gemiddelde ‘scores’ waaraan iedere instelling of afdeling moet voldoen. De aandacht gaat vooral uit naar de negatieve afwijkingen, terwijl positieve afwijkingen minder in het oog springen.”*

² Commissie - De Beer “Minder regels, meer zorg” Ministerie VWS 2002

³ WRR “Bewijzen van goede dienstverlening” WRR, University Press Amsterdam, 2004 p64

Keuze is lang niet altijd en voor iedereen een optie. Gedeelde verantwoordelijkheid van klanten en professionals is daardoor belangrijk. De oplossing die wordt aangedragen in dit rapport is het ontwikkelen van vormen van verantwoording die dicht bij de zorgverlening staan.

De ruimte die professionals zouden moeten krijgen van toezichthouders is echter niet onbegrensd. Daarom stelt de WRR: *“Met dit pleidooi wil de raad de positie en mogelijkheden van de professionals en hun organisaties versterken en daar waar nodig in ere herstellen. Niet door ze een ‘blanco cheque’ te geven, maar juist door de vernieuwingen en kwaliteitsverbeteringen die zij weten door te voeren te belonen en ten voorbeeld te stellen aan anderen. Als (kwaliteits)verbeteringen echter uitblijven, moet niet worden teruggedeinsd voor harde correctie.”*⁴

De rol voor cliënten hoort in de ogen van de WRR groter te zijn. Een van de centrale voorwaarden om de rol van cliënten als effectieve tegenspeler te laten functioneren, is ontsluiting van informatie. *“Cliënten dienen te beschikken over informatie over de kwaliteit van de dienstverlening. Deze informatie moet helpen (...) om meer inzicht te krijgen in het beleid van de organisatie waar men mee te maken heeft”*

Om de rol van verticale - op gemiddelden en slechte prestaties gerichte - toezichthouders te kunnen terugdringen, is horizontale verantwoording en interactie van groot belang. Daarin past dit onderzoek. Weten de professional en de cliënt of het werk goed verricht wordt? Is het voor patiënten en consumentenorganisaties mogelijk om te reflecteren op het werk dat organisaties verrichten?

Interactie en leren van elkaar

De verantwoordingsdocumenten zouden moeten bijdragen aan dit proces van horizontale verantwoording en interactie. Instellingen zouden moeten kunnen kijken bij elkaar en reacties uitlokken. Cliënten en hun belangenbehartigers zouden moeten kunnen zien waar goede prestaties geleverd worden en dit kunnen belonen.

Een vanzelfsprekend proces van rekenschap over prestaties, niet alleen in een jaarlijks document zou zorgen voor snellere bijstelling. Organisaties die reacties van cliënten uitlokken kunnen sneller horen waar verbeteringen mogelijk zijn of waar verwachtingen niet waargemaakt worden. Zij krijgen zo sneller de mogelijkheid om hun zorg aan te passen.

Uit het onderzoek blijkt echter dat dit beeld van interactie nog ver weg is. De verantwoordingsdocumenten schieten tekort waar het informatie betreft die voor cliënten juist van belang is. Ook blijkt dat dergelijke informatie niet alleen niet in het jaardocument staat, maar soms simpelweg niet in de organisatie aanwezig is.

Weten de instellingen zelf wel welke kwaliteit zij leveren? Dat is de vraag die we bij het onderzoek ook stellen en die lang niet altijd positief beantwoord kan worden.

⁴ WRR “Bewijzen van goede dienstverlening” WRR, University Press Amsterdam, 2004 pg 11

3. Eisen aan de jaardocumenten

Een document ter vereenvoudiging

De wettelijke plichten en het convenant dat aanbieders en klantorganisaties sloten laten veel ruimte. Instellingen dienen rond de jaarrekening vaste standaarden te hanteren. De gegevens die instellingen leveren aan de inspectie voor de gezondheidszorg zijn ook standaard. Hoe de instellingen omgaan met de overige informatie is zeer open.

Samengevat de regels rond de jaardocumenten:

- Uitgangspunt is vereenvoudiging
- De typering van het concern bepaalt de tabellen die nodig zijn
- Er is zeer veel ruimte voor vrije tekst
- Er is een vrijstelling van het jaarverslag voor dochterinstellingen
- Afspraak is informatie (ook niet-financiële informatie) gesegmenteerd (op locatieniveau) weer te geven: per locatie zou dus de kwaliteit weergegeven moeten zijn

De instelling dient de gegevens voor de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) door te geven aan de inspectie en bovendien deze in het jaardocument te zetten. Dat lijkt dubbel werk en was reden voor veel instellingen om af te zien van het weergeven van de IGZ-indicatoren. *Opnieuw* de IGZ gegevens leveren om te vereenvoudigen lijkt tegenstrijdig. Het komt ook tegenstrijdig over om ter vereenvoudiging te vragen de missie te formuleren en het kwaliteitsbeleid weer te geven. Weliswaar moet dat voor geen enkele instelling moeite kosten - het is ondenkbaar dat deze niet beschikbaar zijn-, maar het moet wel opgeschreven worden. De achtergrond is echter dat het jaardocument diverse andere documenten zou vervangen. Informatie hoeft dan niet meer op diverse manier aan diverse instellingen geleverd te worden.

Verder is de opzet dat het jaardocument de toegang ook voor de omgeving gemakkelijker maakt. Een vaste indeling, herkenbare tabellen en vaste standaarden maken de beoordeling van de gegevens gemakkelijker. Een vast en gestandaardiseerd document met veel ruimte voor eigen invulling zou dan ook bij uitstek een bijdrage kunnen leveren aan de horizontale verantwoording.

Vaste inhoudsopgave

Alle jaardocumenten hebben een vaste inhoudsopgave. Duidelijk is waar welke gegevens horen. Het eerste hoofdstuk geeft de uitgangspunten voor verslaggeving weer. Het komt vooral neer op een voorwoord (1). Het jaardocument geeft eerst weer met wat voor instelling we van doen hebben, welke kerngegevens daarbij horen (2). Vervolgens lezen we over de visie, beleid en strategie, waaronder ook financieel beleid, kwaliteitsbeleid en personeelsbeleid (3). Een apart hoofdstuk vormt de corporate governance, waarin de cliëntenraad ook aan bod komt (4). Dan volgt een hoofdstuk over prestaties voor wat betreft patiënten, medewerkers en samenleving (5). Het slothoofdstuk is de jaarrekening (6). Daarna komen de bijlagen, met ook de IGZ-indicatoren.

De vaste opzet is zeker in een onderzoek als het onze zeer handig. De invulling is open, maar als iedereen iets zegt over het beleid op het gebied van kwaliteit krijgen we een goed beeld van de mogelijke variaties bij een onderwerp dat van belang is voor cliënten en hun belangenbehartigers.

In theorie biedt elk onderdeel de nodige informatie voor patiënten, cliënten, belangenbehartigers. De meeste aandacht gaat daarbij uit naar de borging van de kwaliteit (in hoofdstuk 3), de participatie van de cliëntenraad (in hoofdstuk 4), hoofdstuk 5 over de prestaties en de bijlage met IGZ indicatoren.

Voor andere betrokkenen zijn andere onderdelen van belang. Zo zullen medewerkers meer kijken naar het personeelsbeleid. Zelfs milieuorganisaties komen in theorie aan bod, door de verplichte paragraaf maatschappelijk verantwoord ondernemen.

Voordeel van deze eisen

Voor goede horizontale verantwoording is het van belang dat gegevens en prestaties cliënten iets zeggen. Is het een goede prestatie als alle patiënten betrokken worden bij de invulling van het zorgplan, of is dat in de sector al gemeengoed? Wat betekent een bepaald cijfer in een onderzoek van stichting Cliënt en Kwaliteit? Door de vaste opmaak en indeling is het snel in diverse jaarrapportages terug te vinden.

De vaste opmaak dwingt instellingen ook gegevens te leveren. Een instelling kan veel schrijven over het werken volgens de normen van HKZ (een kwaliteitscertificaat), de vraag blijft na een lange tekst soms of het certificaat nu behaald is of niet. De vaste opmaak dwingt die vraag te beantwoorden en is tegelijk een simpel gegeven.

Ook voor de instelling zelf is de vaste opmaak handig omdat het volgen van het vaste formaat zonder veel gepuzzel leidt tot een compleet beeld. Toch blijkt uit de jaardocumenten dat instellingen zich soms grote moeite moesten troosten om gegevens te kunnen leveren. Bij de bespreking van de betreffende onderdelen schrijven we daar meer over.

De vraag is natuurlijk of cliëntenorganisaties of andere beoordelaars de documenten zullen lezen. Die kans is kleiner naarmate er minder over de prestaties te vinden is. Bovendien zullen de meeste lezers de gebruikte taal: jargon, lange zinnen en slordige spelling niet waarderen.

In theorie hebben regionale cliëntenorganisaties, specifieke patiëntenorganisaties en algemene landelijke belangenbehartigers verschillende wensen. Daar kan op ingespeeld worden. Door onze keuze voor de care-sector was het grootste deel van de onderzochte documenten afkomstig van instellingen die voor een groot deel ouderen van hulp en ondersteuning voorzien. Door de vaste opbouw en de typering, worden in theorie zoekfuncties mogelijk om per patiëntengroep of per regio de verantwoording te vinden.

De ruimte om een eigen invulling te geven beschouwen we als een goede zaak. Dan hopen we wel dat dit leidt tot experimenten om de gebruikers op een zo adequaat mogelijke wijze van informatie te voorzien. Uit het onderzoek blijkt dat dat tegenvalt. We staan hopelijk nog aan de vooravond van een goede wijze van verantwoording.

4. Het onderzoek en wat is een goede rapportage?

De selectie

We starten het onderzoek nadrukkelijk zonder een beeld te hebben van hoe een rapportage er uit zou moeten zien.

We selecteerden de te beoordelen jaarverslagen op www.jaarverslagenzorg.nl volgens een vaste methodiek. We zochten de jaardocumenten van de zorginstellingen van 2005. Omdat dat er zeer veel zijn en het niet mogelijk is alles in Nederland te selecteren, beperkten we ons tot de instellingen gevestigd in de gemeenten met meer dan 100.000 inwoners. Deze bieden hun zorg overigens ook elders aan, het gaat hier alleen om de plaats van vestiging. We keken wat er aan jaardocumenten was op 7/7/2006. In deze selectie zitten instellingen met aantallen (fte-) werknemers variërend van ruim 7000 tot 38. In totaal bekeken we 87 jaardocumenten.

De instellingen zijn niet verplicht een jaardocument te maken. De instellingen die dat wel doen, verdienen daar dan ook bij voorbaat krediet voor. Tegelijk zal daardoor de selectie geen overdreven ongunstig beeld geven.

De beoordeling: de beste verantwoording

Niemand kan op dit moment zeggen wat een goede verantwoording is voor patiënten, cliënten en hun belangenbehartigers. We starten daarom zonder een eindbeeld van wat goed is. Elke instelling kan een andere keuze hebben gemaakt en die keuze kan bruikbaar blijken. Omdat er veel ruimte is voor eigen invulling, moeten we die ruimte niet vooraf gaan inperken. Onze enige vraag is daarom: kan de lezer zich een oordeel vormen over de kwaliteit die geleverd is? Daarbij zagen we de lezer niet als leek, dus jargon was geen probleem. We keken niet naar de financiële informatie, maar alleen naar de maatschappelijke verantwoording.

Zo hebben de instellingen alle ruimte om de kwaliteit en de borging daarvan te beschrijven. Daarbij kan gekeken worden naar alle informatie die we op concurrerende markten ook gebruiken. Zijn de cliënten tevreden? Welke variatie zit daarin? Is de doelstelling helder en wordt die gehaald? Is de reputatie goed? Is er grote verbetering opgetreden? Doet de instelling het beter of juist minder goed dan anderen?

Een instelling waarvan we na lezing van het jaardocument ons een goed oordeel kunnen vormen scoort dan hoog. We kijken alleen naar de transparantie. Niet de instelling die de beste zorg levert scoort hoog, maar de instelling die de *beste verantwoording* levert scoort hoog.

Elementen die bepalend kunnen zijn

Bepalend voor een goede verantwoording over goede prestaties kan dan zeer gevarieerd zijn.

- Algemeen oordeel klanten
- Oordeel klanten over diverse onderdelen
- Oordeel van medewerkers over de kwaliteit
- Oordeel andere belanghebbenden
- Reputatie bij doorverwijzers
- Oordeel inspectiebezoek of visitatie
- Score op diverse objectieve prestaties (doorliggen, valincidenten, fouten, etc.)
- Benchmark diverse onderdelen van de zorg
- Trend in prestaties diverse onderdelen
- ... (zeer gevarieerde mogelijkheden)

Omdat we ook de participatie van cliënten wilden kunnen beoordelen kijken we ook naar het oordeel over de inspraakprocedures. Kunnen we een beeld krijgen van de invloed van de cliëntenraad of van individuele cliënten? Leert de organisatie van fouten, klachten,

achterblijvende prestaties? Krijgen we een indruk van de wijze waarop de organisatie met klachten omgaat?

Omdat kwaliteit pas echt goed is als het geen toevalstreffer is, maar past bij een behaalde doelstelling kijken we ook daarnaar. Duidelijke doelstellingen en bekendheid of de doelstellingen gehaald zijn is ook een onderdeel.

Eigenlijk zeggen we: verras ons en wij kijken of we met de informatie ons een beeld kunnen vormen van de kwaliteit. Naarmate we meer kunnen vergelijken (doordat de instelling informatie geeft over een jaar eerder of een vergelijking met andere instellingen) scoort de instelling hoger. Een algemeen oordeel van klanten die gemiddeld een voldoende geven is naar ons idee niet genoeg.

Doelstellingen, kwaliteit van zorg, kwaliteit van participatieproces en leren

We zullen hierna beschrijven wat we vonden in de diverse rapportages. Daarbij kijken we naar de doelstellingen, de gerealiseerde prestaties rond de kwaliteit van zorg en de participatie en de vraag of instellingen leren van de praktijk. Op al deze punten geven we een cijfer en zo komen we tot voldoende. Omdat er weinig klachten binnenkomen bij instellingen hebben we de klachtenrapportages geen cijfer gegeven. We beschrijven wel wat we van de wijze van rapporteren vinden.

Complimenteren, maar anoniem vermanen

De uitkomsten geven we niet per instelling weer. De instellingen moeten immers nog leren en experimenteren. Daarin past wel het belonen van de goede voorbeelden, maar niet het afstraffen van de slechte voorbeelden. Bovendien is het al een selectie van instellingen die bereid zijn hun nek uit te steken. Wel complimenten dus, maar geen vermaning met naam en toenaam.

5. De uitkomsten

We geven hierna de uitkomsten van het onderzoek weer. Daarbij starten we met het begin: de **doelstellingen**. Vervolgens bekijken we de weergave van **de kwaliteit en prestaties**, de **participatie** en de **klachten**. We sluiten af met een paragraaf over **slordigheden** die we helaas ook aantreffen.

5.1. Doelstellingen weergeven

Wie niet weet waarheen hij wil kan niet verdwalen, alle richtingen zijn dan goed. Daarom werken instellingen met een missie en een beleidsplan. Zo kan iedereen weten waar de instelling heen wil en wat de cliënten van de instelling mogen verwachten.

De doelstellingen blijken helaas niet duidelijk uit de rapportages. De instellingen beperken zich tot een algemene visie en algemene richting. Dat hoeft niet erg te zijn. Maar het stuurt minder direct dan doelen die specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden zijn. *“Ons doel is dat mensen ons volgend jaar minimaal een 7 geven voor onze dienstverlening”* is daarvan een goed voorbeeld. Natuurlijk kan het dat die doelen wel in de organisatie bekend zijn. Zo melden meerdere instellingen *“In ons jaarplan hebben we de strategie vertaald naar doelen die smart zijn geformuleerd”*. Maar we weten niet welke doelen het zijn.

Het hoofdstuk met de visie en strategie van de diverse instellingen leest als een tijdsbeeld. De visie is vaak vergelijkbaar zij het met eigen accenten. Organisaties werken vraaggestuurd en de cliënten zijn zelfstandig en autonoom. We zouden het samen kunnen vatten in de volgende tekst: *“Bij ... staat de relatie met de cliënt centraal. Deze relatie en de vraag van de cliënt is het uitgangspunt voor het handelen van de organisatie. Deze visie vertaalt zich in een praktijk waarbij mensen hun wonen zelfstandig en autonoom realiseren.”*

Soms is niet duidelijk wat de organisatie precies voor ogen heeft, maar vaak gebruikt de organisatie termen die passen bij de doelgroep die men op het oog heeft. Vergelijk de onderstaande citaten:

“Het holistisch mensbeeld, de visie op gezondheid, ziekte en hulpbehoefendheid en de visie op doelgroepen vormen voor (...) de basis van waaruit de organisatie en daarmee de medewerkers werken. Het hebben en uitdragen van de visie heeft betekenis.”

“De missie van de organisatie is het uitvoeren van de Bijbelse opdracht in Spreuken 24:11: ‘Red degenen, die ter dood gegrepen zijn, want zij wankelen ter doding, zo gij u onthoudt’.”

Heel anders dan *“het initiëren van nieuwe product-markt-combinaties”* waarover we in weer een ander jaardocument lezen.

Vanuit de missie volgen in de meeste gevallen een strategie en beleidsdoelstellingen. Toch wordt niet duidelijk welke doelen de organisatie wil bereiken. Een goed afgestemde ketenzorg, vraaggestuurd opereren, dicht bij de cliënt blijven staan. *Een adequaat en individueel toegesneden zorg- en behandelaanbod en een woon- en leefklimaat dat persoonlijke keuze ondersteunt.* Dat is ongeveer de grootst gemene deler. Vaak is het van groot belang dat mensen *zich thuis voelen*, maar lezen we niet of dat ook het geval is. Soms vonden we bij het hoofdstuk prestaties pas heldere doelstellingen, bijvoorbeeld over de te bereiken uitslag op klantentevredenheidsonderzoek.

Uitzonderingen zijn er wel. Thuiszorg Stad Utrecht geeft steeds aan wat volgens benchmarkonderzoek cliënten van belang vinden om vervolgens als doelstelling te formuleren dat die onderdelen op peil moeten zijn zo dat *“aan de gestelde norm voldaan wordt”*. In elk geval geeft dat een focus. Pennemes uit Zaanstad houdt het algemeen als het gaat om de cliënten, maar we krijgen een redelijk beeld van waar de organisatie heen wil. Omdat de praktijk weerbarstig is schetst Pennemes dilemma's en geeft (vaag) aan *“de doelstellingen uit het huidige beleidsplan zijn grotendeels behaald.”* Maar licht dat op diverse punten rond managementdoelen wel toe! Cardia Tabitha geeft doelstellingen gelijk met gerealiseerde doelstellingen weer! Het is nog altijd niet concreet voor wat betreft zorg, maar een goede werkwijze.

Ook zien we heldere doelstellingen rond de bouw van nieuwe voorzieningen en het ontwikkelen van nieuwe producten. Helaas zien we vaak geen resultaat waar wel specifieke doelen worden gesteld. Innovatie hoort erbij. Zo wil een instelling 2 verbeterprojecten per jaar starten. Op zich een goed idee. Over de vraag of dat gelukt is en of ze een succes waren horen we echter niet meer.

Kwaliteitsborging

Gemakkelijker zijn de doelstellingen rond kwaliteitsborging. De meeste instellingen geven aan binnen 1 à 2 jaar het certificaat HKZ of het Bronzen keurmerk behaald moet zijn. Deze keurmerken garanderen vooral dat de informatie aanwezig is om de organisatie goed aan te sturen (zie kader).

Certificeren

Certificatie is een manier om zichtbaar te maken dat een zorg- of welzijnsorganisatie intern de zaken op orde heeft, dat de cliënt centraal staat en dat de organisatie voortdurend en systematisch werkt aan verbetering van het aanbod. Om kwaliteit goed te kunnen beheersen heeft een organisatie een kwaliteitsmanagementsysteem nodig. Zorginstellingen zijn daartoe ook wettelijk verplicht. Er zijn meerdere soorten systemen. ISO is een vrij algemeen dienstencertificaat. HKZ levert een bepaalde systematiek voor de zorg, MIK-V specifiek voor de verpleeghuissector. Ook het gebruik van het INK-model wordt geaccepteerd. Het INK model wordt voornamelijk gebruikt door de hoogste hiërarchische laag van de organisatie als een sturingsmodel en niet zozeer als een kwaliteitssysteem.

Een HKZ-certificaat maakt zichtbaar dat het kwaliteitsmanagementsysteem getoetst is aan normen die speciaal voor die betreffende sector zijn ontwikkeld. Omdat HKZ de internationale ISO 9001 normen in haar eigen sectorspecifieke normen heeft verwerkt, is een HKZ-certificaat meteen ook een ISO 9001-certificaat. Het certificaat garandeert niet dat de kwaliteit op orde is, wel is er meer duidelijkheid over beleid en doelstellingen. Medewerkers zien beter hun eigen bijdrage aan het leveren van kwaliteit. Fouten komen sneller in beeld en kunnen sneller opgelost worden. De informatie om goede dienstverlening te kunnen waarborgen is dan bekend.

De Stichting Perspekt verleent het gouden, zilveren en bronzen keurmerk in de zorg aan instellingen voor verpleging en verzorging. De beoordelingscriteria voor *brons* zijn gericht op de daadwerkelijk verleende zorg. De organisatie dient verder voldoende te scoren in een onafhankelijk cliëntenonderzoek. Met het Bronzen Keurmerk wordt de basiskwaliteit gedefinieerd. In de loop van de tijd kan de lat hoger moet komen te liggen. De organisatie kiest dan voor het zilveren of het gouden keurmerk. Daarvoor stelt het certificaat hogere eisen aan de interne organisatie.

Zowel het Bronzen keurmerk in de zorg als het HKZ-certificaat stellen onafhankelijk cliëntenonderzoek verplicht. Sinds kort stelt HKZ daarbij als randvoorwaarde dat de onderzoeksopzet de instemming heeft van een landelijk of regionaal patiëntenplatform; Brons accepteert alleen rapporten van de Stichting Cliënt en Kwaliteit.

Lessen trekken

Waar gewerkt wordt, kunnen ook fouten gemaakt worden. Natuurlijk zijn er diverse mechanismen om fouten te voorkomen. Maar als het niet gaat om levensbedreigende zaken, kan er iets tussendoor glippen. Het tekent de kwaliteit van een instelling om juist van die fouten te leren. Daarom probeerden we te zien of de organisatie leert van fouten of minder goede prestaties. Daarvoor kijken we naar de presentatie van de klachten en naar commentaren die we vinden bij prestaties die wat onder de verwachting liggen. Trekt de instelling daar consequent lessen uit waardoor de organisatie leert van de fouten? Levert dat nieuwe doelstellingen op voor het volgende jaar? Huize Rosa (Nijmegen) geeft in een bijlage de verbeterpunten en een lijst met doelen en het gewenste resultaat. Daar zien we de duidelijke wil om te leren.

Handelt de instelling klachten snel af en is de drempel om te klagen laag? Dat zijn aspecten waar we ook naar keken. Op de rapportages over klachten gaan we later (pagina 24) nog in.

5.2 Kwaliteit van zorg / prestaties

Prestaties of protocollen?

De meeste instellingen hebben grote moeite hun prestaties weer te geven. Zeer vaak beschrijven de instellingen de werkwijze die (in elk geval op papier) is afgesproken. In dit hoofdstuk geven we in kaders letterlijke teksten uit de verslagen weer als voorbeeld.

Kwaliteit van zorg

Er kan nog beter dan voorheen inhoud gegeven worden aan de revalidatie functie doordat in 2005 de renovatie van (...) voltooid is.

In verpleeghuis (...) heeft iedere cliënt een zorg- en behandelplan. Wekelijks vindt er multidisciplinair overleg plaats. De werkgroep cliëntenzorg heeft zich in 2005 beziggehouden met het optimaliseren van de zorg aan cliënten en met de gevolgen van de reorganisatie van de zorg en dienstverlening. Cliënt gerelateerde werkgroepen die ook actief waren in 2005: de til commissie, commissie bijzondere activiteiten, de opname commissie, decubitus commissie, interne hygiëne en infectiepreventie werkgroep, MIC commissie, werkgroep incontinentie materiaal en de commissie project oefentuin.

We lezen in bovenstaand voorbeeld de werkwijze (iedereen heeft een zorg- en behandelplan), we lezen over activiteiten (wekelijks multidisciplinair overleg) en waar een werkgroep zich inhoudelijk mee bezig houdt. Erg vaak zien we werk om bepaalde protocollen op orde te krijgen, zonder de uitkomst van al dat werk te kunnen lezen.

“De zorgverlening vraagt voortdurend om afstemming van het individuele zorgbeleid. Daartoe heeft een aantal activiteiten plaatsgevonden. Werkprocessen rondom de (administratieve) opname van bewoners zijn in kaart gebracht en verbeterd. Dit heeft geresulteerd in een nieuwe opnameprocedure, waarbij er veel aandacht is voor de informatieverstrekking rondom de eerste weken van de opname. Ook is een aanzet gemaakt om informatiemateriaal voor de (toekomstige) cliënt te verbeteren of te ontwikkelen. Begin 2006 worden nieuwe brochures en folders uitgegeven.

Er zijn nieuwe afspraken gemaakt met betrekking tot het multidisciplinaire overleg. Het doel is om bij de bespreking van de zorgvragen de cliënt meer centraal te stellen en tevens vast te leggen dat een cliënt akkoord gaat met haar of zijn zorgplan.”

We willen hiermee niet de indruk wekken dat er in de instellingen alleen aan protocollen gewerkt wordt. Het is waarschijnlijk gemakkelijker om er over te kunnen rapporteren. De vraag blijft vervolgens natuurlijk wel of al deze documenten wel hanteerbaar zijn voor de medewerkers.

“Handboek

Er is een elektronisch handboek in ontwikkeling op Intranet, waarin in 2005 een groot aantal beleidsdocumenten, procedures, protocollen en formulieren een plek heeft gekregen. Het kwaliteitshandboek is nog niet compleet en zal in de komende jaren verder worden aangevuld. Ook het documentenbeheer wordt in de komende jaren verder verbeterd.”

De stakeholders zullen echter geïnteresseerd zijn in de prestaties in de zin van uitkomsten voor de cliënt. Leidt de werkwijze tot tevreden cliënten? Hebben activiteiten van werkgroepen geleid tot minder infecties en betere hygiëne? Hebben therapeutische sessies geleid tot verbetering?

Opvallend is dat soms wel gegevens beschikbaar zijn over de tevredenheid en de ontwikkeling van infecties, maar dat deze niet weer worden gegeven. Zo laat een instelling enthousiast weten dat een onderzoek is gehouden. We lezen: *“De vragenlijsten zijn helder de cliënten waarderen het dat zij zich open kunnen uitspreken over de door hen ervaren kwaliteit van leven.”*, maar de uitkomsten lezen we niet. Of neem de onderstaande tabel die we aantreffen, waarom lezen we niet wat de uitkomst was?

Waardering kwaliteit van zorg door cliënten

(...) heeft in 2005 een cliëntenraadpleging uitgevoerd, waarin is gevraagd naar de waardering van de kwaliteit van zorg

Ja

Uitkomst van de cliëntenraadpleging

Ja

Gebruikte meetmethode

Onderzoek Cliënt en Kwaliteit

Datum verslag cliëntenraadpleging

Juli 2005

Prestaties weergegeven

In het jaardocument van Huize Rosa in Nijmegen vinden we duidelijkheid over prestaties. Er is een klanttevredenheidsonderzoek gehouden. Het jaardocument geeft het gemiddelde rapportcijfer en dat van 2002. Daarna gaat men dieper in op de uitkomsten en geeft een beeld van de hoogste en laagste scores. We lezen dergelijke gegevens veel te weinig.

100/ krijgt gemiddeld een ruim voldoende cijfer, maar de laagste scores krijgen:

kapper	7,9
fysiotherapeut	7,9
vriendelijkheid / respect receptie	7,8
gastvrouwen	7,8
tuin	7,7
informatie van receptie	7,7
vriendelijkheid / respect onderhoud	7,6
ruimte wensen bij receptie	7,6
beschikbare tijd receptie	7,6
vriendelijkheid / respect contactverz.	7,6
vriendelijkheid / respect schoonmaak	7,6



40 vragen scoorden 'voldoende' (tussen de 6 en 7) en 2 vragen kregen een 'onvoldoende'. De laagste scores:

strijken	5,1
zorgvuldigheid was	5,9
hoeveelheid activiteiten	6,1
ruimte gangen	6,2
beschikbare tijd schoonmaak kamer	6,2
aandacht voor bewoners bij dagelijkse zorg	6,3
parkeerterrein	6,3
snelheid was	6,3
nagelverzorging	6,4
medezeggenschap van bewoners	6,4
ruimte voor wensen activiteitenbegeleiding	6,4
beschikbare tijd zorgmedewerkers	6,4



Bewoners hebben goed gebruik gemaakt van de mogelijkheid om opmerkingen te plaatsen. Met name de **kritische kanttekeningen** leveren de nodige informatie voor verbetering. Daarnaast is het prettig

Zo krijgt de lezer informatie (in dit geval vooral over de dienstverleningsaspecten).

Prestaties per locatie

De instellingen dienen per locatie de prestaties weer te geven. Dat gebeurt meestal ook netjes. De meerderheid geeft gegevens per locatie weer. De diepgang is verschillend. Maar in de meeste gevallen krijgt de lezer een beeld van de verschillende locaties. Dat we geen goed beeld krijgen van de prestaties ligt niet aan het gebrek aan weergave per locatie, maar aan het gebrek aan gegevens over prestaties in het algemeen.

In enkele gevallen is het aantal locaties zo groot dat weergave per locatie het beeld zou verstoren. Bij 30 locaties kunnen we ons dat zeker voorstellen. Hoe we in zo'n geval wel inzicht in de prestaties per locatie kunnen krijgen, blijft helaas onduidelijk. Of het management geeft aan dat de locaties zo verweven zijn dat de resultaten niet per locatie weer te geven zijn. Dat kunnen wij ons minder goed voorstellen. Het management wil

immers weten of een bepaalde locatie bijzondere aandacht vergt? En weet het personeel op de locatie of het goed werk levert?

Dat het nuttig is blijkt uit een instelling waar het aantal cliënten dat te maken had met fouten met geneesmiddelen in een locatie meer dan 50% was. In andere locaties was dat veel lager of werd geen percentage genoemd, maar een absoluut aantal. Zo springt er een locatie uit. Helaas valt niet uit te sluiten dat het hier een rekenfout betreft. (zie kader rekenen en fouten, verderop pagina 21).

In elk geval zorgt de weergave per locatie voor de buitenwereld voor een nuttig inzicht waarbij goede prestaties op een van de locaties niet weggestreept worden tegen minder goede op een andere.

Vooruitgang of niet?

Voor de jaarrekening is het heel gebruikelijk om twee jaren tegen elkaar af te zetten. Eigenlijk is niets logischer dan dat. Wat zegt een bedrag van 18.477.000 euro aan personeelslasten? Het geeft houvast te weten dat dat een jaar eerder 18.309.000 was. We zien dan een lichte stijging die te verwachten is.

Bij prestaties zien wij vrijwel nooit een vergelijking met een jaar eerder. Is de kwaliteit op peil gebleven? Is er vooruitgang geboekt? Het lijkt informatie die elke instelling zelf zou willen hebben. Natuurlijk beseffen we dat een vergelijking met eerdere jaren niet alles zegt. Interessant is de opmerking die we troffen in het jaardocument van De Waarden: "Het aantal meldingen is dalende, terwijl het niet aannemelijk is dat dit berust op een afname van het aantal incidenten." Dat getuigt van kritisch kijken naar de uitkomsten en verdient waardering.

Onderstaande tabel geeft dergelijke verschillen wel weer:

maand	Gemelde incidenten 2002	Gemelde incidenten 2003	Gemelde incidenten 2004	Gemelde incidenten 2005
Jan	43	3	36	16
Feb	50	25	11	34
Mrt	45	17	30	36
April	41	39	40	30
Mei	41	11	38	64
Juni	61	15	41	52
Juli	5	14	46	37
Aug	6	48	34	14
Sept	22	23	20	20
Okt	27	38	36	39
Nov	24	37	42	27
Dec	26	15	21	23

Een grafiek was waarschijnlijk inzichtelijker geweest. Natuurlijk vraagt het toelichting: is het aantal cliënten ondertussen gegroeid, hoe staat het per locatie en wat voor incidenten zijn het? Dat is in dit geval verspreid door het jaardocument nog te vinden ook.

Het zijn helaas uitzonderingen. Daardoor blijft het inzicht beperkter dan zou kunnen.

Vergelijken met anderen

Ook inzichtelijk is het als er een vergelijking gemaakt is met andere instellingen. Een heel mooie weergave van de tevredenheid zagen we bij de Borg uit Groningen. Die instelling geeft cijfers van een tevredenheidsmeting weer en vermeldt met kleur of de cijfers hoger of lager uitkomen dan de benchmark:

	introductie	wonen	maaltijden	activiteiten	zorg
Nebo	3,1	2,9	3,1	3,4	2,7
Talma	2,7	2,8	3,2	3,3	2,7
Menno Lutter	3,0	2,7	2,9	3,3	2,5
Patrimonium	2,2	2,6	3,2	3,2	2,5
Platina	1,6	2,5	2,5	3,2	2,3
<i>benchmark</i>	2,8	2,8	3,0	3,1	2,8

>0,2 boven de benchmark **groen** gekleurd, >0,2 onder de benchmark **rood** gekleurd

Overigens leveren zeer veel instellingen de IGZ-gegevens niet in het verantwoordingsdocument. Enkel verwijzen naar de IGZ-site (waar de betreffende gegevens helemaal niet per instelling te vinden zijn). Zeer velen geven ze gewoon niet weer. Enkel geven de uitkomsten wel en soms ook nog per locatie. Daardoor is (ook voor wie meerdere jaardocumenten leest) geen vergelijking mogelijk. Een gemiste kans.

In een enkel geval stond in de inhoudsopgave wel een bijlage van de IGZ-indicatoren weergegeven, maar was deze niet in het document opgenomen en ook niet apart te downloaden van jaarverslagenzorg.nl.

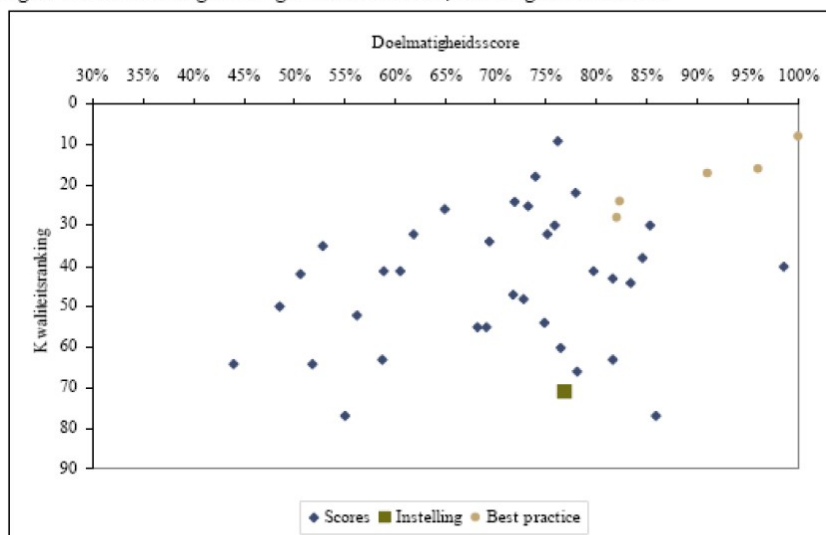
Ook bij klanttevredenheidsmetingen is vergelijking met anderen mogelijk. De stichting Cliënt en Kwaliteit hanteert bijvoorbeeld een vaste vragenlijst en geeft spiegelinformatie. Lang niet altijd lezen we die informatie terug in de rapportages.

Bij ziekteverzuim is een vergelijking met andere instellingen overigens heel normaal. Instellingen willen weten hoe het zich ontwikkeld en hebben dus beschikking over gegevens over meerdere jaren en de sector levert spiegelinformatie. Wijkt een instelling ongunstig af, dan is dat nog geen reden de instelling af te rekenen. Er kunnen bijzondere omstandigheden zijn. Voor de buitenwereld is wel interessant dat een instelling dan uitleg geeft over die bijzondere omstandigheden. Waarom kan het bij ziekteverzuim wel en bij gevallen van decubitus (doorliggen) niet?

Prijs/kwaliteitsverhouding

Zorgcombinatie Zwolle en omstreken was de enige instelling die een beeld gaf van de verhouding tussen kwaliteit en doelmatigheid. Het kwam uit de benchmark Verpleging en verzorging. Onderstaand een van de plaatjes die de instelling presenteerde in het jaardocument. Van elke locatie gaf de instelling een dergelijk plaatje:

Figuur 7-1: Positionering instellingen binnen de cluster, doelmatigheid en kwaliteit



Bron: Benchmark

De tabel geeft weer dat in de rechterkant de doelmatige instellingen zitten en bovenaan de instellingen met hoge kwaliteitsranking. Het kwadrant rechtsboven is dus de beste plaats om te zitten. Helaas roept de grafiek wel vragen op voor minder geroutineerde grafieklezers. Een toelichting mag in zo'n geval niet ontbreken.

Rekenen en fouten

Instellingen moeten aan de inspectie gezondheidszorg een vaste set gegevens sturen. Een van de vragen is bij hoeveel cliënten (aantal en %) in het verslagjaar fouten met geneesmiddelen zijn gemaakt. Uit de antwoorden blijkt het voor de invuller lastig om om te gaan met deze cijfers. We hebben de indruk dat deze daardoor vaak niet correct zijn ingevuld.

Een voorbeeld. Als er tien patiënten zijn en tien fouten worden gemaakt, betekent dat niet dat er bij 100% van de patiënten fouten zijn gemaakt. Echter een instelling meldt dat het aantal fouten met geneesmiddelen 102 is en het percentage cliënten dat dat betrof 52%! Het toeval wil dat de instelling slechts 201 klanten heeft. Dat betekent dat heel toevallig de helft van de cliënten precies één keer een fout heeft meegemaakt en niemand twee keer. Het is toevallig, maar het is mogelijk. Onmogelijk was dat 110% van de cliënten betrokken was bij valincidenten, zoals we ergens lazen. We vermoeden dat het aantal valincidenten iets hoger was dan het aantal cliënten (omdat sommigen nu eenmaal vaker vallen). In andere gevallen twijfelden we, maar konden we niet zeker weten of het een rekenfout was of de werkelijkheid.

Een instelling gaf weer dat er 7 klachten waren binnengekomen en 7% van de klachten gegrond was. 6% van de klachten heeft tot maatregelen geleid. Waarschijnlijk zijn aantallen in plaats van percentages bedoeld. We houden het op een slordigheidje.⁵

We moeten dan ook de ingevulde gegevens met een korrel zout nemen waar er gerekend werd.

⁵ Het hoeft echter niet zo te zijn. Het kan toeval zijn dat een klacht voor de helft gegrond was. Een klacht is 14%, is die voor de helft gegrond, dan zou 7% gegrond zijn. Maar dat 6% van de klachten tot maatregelen heeft geleid lijkt ons sterk. Als één klacht tot maatregelen leidt is dat al 14%. Of leidde 1 klacht voor 42% tot maatregelen? (1 klacht is 14%, 42% van 14 is 6%).

Rapporteren over vraaggerichtheid en keuzevrijheid

Instellingen hebben veel woorden gewijd aan vraaggestuurdheid, vraaggerichtheid en keuzevrijheid. Lang niet altijd slagen zij er in hierbij de prestaties weer te geven. Soms merken we dat de teksten een te zonnige kijk weergeven.

Een instelling geeft per locatie weer wat de keuzemogelijkheden bij het eten zijn. Bij een locatie staat *“Wel keuzemogelijkheden qua eten en qua tijdstip. De keuze van de broodmaaltijd is groter, men kan ter plekke kiezen”*. Een goede lezer begrijpt dat de keuze voor de hoofdmaaltijd niet direct te maken is, maar dat men deze vooraf doorgeeft. Uit de tekst van andere locaties blijkt echter dat de keuze bij de hoofdmaaltijd problematischer is dan men op het eerste gezicht zou denken: *“Er is keuze uit een driekeuzemenu, echter men moet deze keuze enkele weken vantevoren maken. Over het algemeen vindt men die periode te lang. Men weet niet waar men dan trek in heeft of wat men besteld heeft.”*

Zo valt er met teksten veel te spelen. We lezen bij de thuiszorg: *“Er is sprake van een zekere keuzevrijheid in de tijden dat men de zorg wil ontvangen. Binnen de mogelijkheden van de indicatie wordt de wijze waarop de cliënt de zorg wil ontvangen afgestemd.”* Begrijpelijk, maar we weten niet in hoeverre er echt sprake is van keuzevrijheid.

We zijn daarom blij met onderzoeken naar de indruk die de klant heeft. Er zijn immers simpele manieren om te testen of de klant de indruk heeft of hij voldoende keuze heeft. Dat kan met een focusgroep (een gesprek met een aantal klanten over keuzevrijheid) dat meer kwalitatieve informatie geeft, of met een enquête waarin standaard een vaste vraag over keuzevrijheid en invloed op de zorg wordt meegenomen. Aangezien de meeste instellingen zeggen vraaggericht te zijn, is er grote behoefte aan een simpel toetsingsmodel. Een sterrensysteem voor vraaggerichtheid in verzorgingsinstellingen zou ook een mogelijkheid zijn. Nu blijft na lezing van de jaardocumenten eigenlijk onbekend of de instellingen vraaggericht zijn⁶.

5.3 Participatie

De participatieprocedures zijn voor een instelling niet de kern van het werk. Uit de instellingen blijkt vaak dat het moeite kost om de cliëntenraden te bemensen. Toch is het voor een instelling van groot belang om nieuwe gedachten en beleidsvoornemens te bespreken met cliënten. Omdat cliënten gebonden zijn aan de instelling en niet snel zullen verhuizen is de cliëntenraad verplicht gesteld. We keken in de rapportages naar de rapportages over de cliëntenraad, maar ook of er op een andere manier aandacht was besteed aan vormen van inspraak.

Was er invloed van cliënten op beleidsvoornemens?

Wat de omgeving zal willen weten is of op een zorgvuldige manier met de inspraakprocedures is om gegaan. Hoe denken de cliënten over de kwaliteit van de participatie? Krijgen de cliëntenraden de kans om op uitkomsten van klanttevredenheidsonderzoek in te gaan? Worden belangrijke beleidsvoornemens op tijd voorgelegd? Heeft de bespreking in de cliëntenraad invloed? Of heeft de instelling andere wijzen gevonden om inspraak van de cliënten te bevorderen?

Wie deze vragen beantwoord wil zien komt met het jaardocument niet ver. Wel staat in alle jaardocumenten vermeld wie in de centrale cliëntenraad zitten. In vrijwel alle gevallen staat ook welke adviezen gevraagd werden. Soms zien we in de beschrijving dat de bespreking in de raad gevolgen heeft gehad. Vaak blijft het echter bij het noemen van de adviezen. Neem onderstaande beeld uit een jaardocument:

⁶ Er zijn zeker vragenlijsten om de vraaggerichtheid of vraaggestuurdheid te controleren. Bijvoorbeeld die van het Innovatiecentrum Vraagsturing (<http://www.icv.nl/icvnl/media/icvvraaggestuurd.html>), maar zeker ook bij andere organisaties.

Adviezen cliëntenraad

Advies	Uitkomst
Nieuwe leden raad van bestuur	Advies meegenomen
Werkinstructie mobiel verpleegkundig spreekuur	Advies meegenomen
Vormgeving website	Advies meegenomen
Rapport hulp in de huishouding	Advies meegenomen
Ouderenadvies	Advies meegenomen
Benchmarkonderzoek 2004	Advies meegenomen
Arbo-check	Advies meegenomen
Arbeidsinspectie	Advies meegenomen
Risico inventarisatie	Advies meegenomen
Cliënt en zorgplan	Advies meegenomen
tabakswet	Advies meegenomen

Zou de omgeving hier een beeld van de kwaliteit van de participatie en de ontvankelijkheid voor suggesties vanuit de cliëntenraad van kunnen krijgen?

We troffen verschillende malen een beeld van wat de adviezen inhielden. Onderstaande tabel komt uit het jaardocument van Vivent in Den Bosch. Van alle adviezen staat beschreven wat de kanttekeningen waren en onder welke voorwaarde de raad akkoord ging. We krijgen zo een beter beeld van de activiteiten van de raad.

Adviesaanvraag Berlerode/De Donk	Op 15 december heeft de RvB conform art 30 van het Convenant de CCR gevraagd advies uit te brengen over de overdracht van de zeggenschap aan Vivent voor wat betreft de bestuurlijke en operationele leiding voor de zorginhoud en de bedrijfsvoering van Berlerode te Berlicum en De Donk te Den Dungen. Na uitvoerige bestudering van de onderliggende stukken en gevraagde uitgebreide toelichtingen door de RvB heeft de CCR op 11 mei 2005 een positief advies uitgebracht . Aan dit advies is de voorwaarde gekoppeld, dat de CCR uitvoerig geïnformeerd wil worden over de voortgang van het integratieproces
----------------------------------	--

Cliëntenraad betrokken bij kwaliteitsonderzoek

De Cliëntenraad wordt vrijwel altijd gevraagd om advies over de opzet van kwaliteitsonderzoek. Ook betrekken de instellingen de raad bij de uitkomsten van kwaliteitsonderzoek. In vrijwel alle gevallen dat er een onderzoek was geweest en een uitkomst bekend was, werd de uitslag besproken in de cliëntenraad.

Hoe was de kwaliteit van het participatieproces?

We lezen eigenlijk niets over het oordeel van de cliëntenraad over de participatie. In enkele gevallen lezen we wel of cliënten menen genoeg invloed te hebben op de zorg die ze ontvangen. In een geval lezen we dat er ruzie was tussen cliëntenraad en bestuur. We hadden graag ook een oordeel gelezen over de kwaliteit van het participatieproces, de openheid, de tijdigheid.

5.4 Klachten

Vivent in 's Hertogenbosch registreert alle klachten, formeel of niet. We krijgen inzicht in het aantal gerelateerd aan de organisatie en over derden. We zien de ontwikkeling in de loop der jaren en hoe de tevredenheid is over de afwikkeling van de klachten. Van de formele klachten lezen we het percentage dat gegrond is. We krijgen een beeld van de inhoud van de klachten en op welke wijze de organisatie leert van de klachten. Het enige dat we niet zien is de doorlooptijd voor de behandeling van formele klachten.

Vivent is hiermee een uitzondering. Veel instellingen geven alleen de formele klachten weer en het aantal adviezen dat de klachtencommissie uitbracht. De meeste vertellen net iets meer. De tabel die het ministerie voorstelt laat veel ruimte. Heel gecomprimeerd, maar redelijk informatief is deze invulling van de tabel:

Klachten	
Tabel: Aantallen klachten	
Aantal klachten ingediend bij de externe klachtencommissie (absoluut aantal)	3
Aantal adviezen ontvangen van de externe klachtencommissie (abs aantal) <i>De andere twee klachten zijn na bemiddeling van de klachtencommissie afgehandeld.</i>	1
Relatieve aantal bij klachtencommissie ingediende klachten	10%
Absolute aantal klachten dat niet via de klachtencommissie is binnengekomen	29 namelijk: 26 bij klachtenfunctionaris 3 bij raad van bestuur, waarvan 1 via zorgkantoor
Percentage van het (absolute) aantal klachten dat bij de klachtenfunctionaris binnenkwam en naar voldoening van de klager is afgerond	73%
Percentage van het (absolute) aantal klachten dat gegrond is verklaard (door de klachtencie of RvB)	door klachtencie 100% (n=1) door RvB 33% (n=3, waarvan 1 nog loopt)
Percentage klachten dat tot maatregelen/verbeteringen heeft geleid (van de klachten die via de cie of RvB zijn binnengekomen)	50% (n=4, waarvan 1 ongegrond en 1 nog loopt)

Meestal neemt men echter niet de ruimte om net iets meer toe te voegen in de tabel. Maar zelfs de invulling van de tabel op deze wijze geeft geen inzicht in de aard van de klachten en de zorgvuldigheid waarmee een organisatie omgaat met deze tips.

Drempel om te klagen?

De wijze waarop een organisatie omgaat met klachten is voor de omgeving van groot belang. Klachten zijn belangrijke indicaties voor het management. Naar ons idee zouden instellingen er baat bij hebben steeds te toetsen of de drempel om te klagen wel laag genoeg is. Enkelen (Tradinova en Begeleid wonen Utrecht) geven aan dat te doen. Zorgpalet uit Enschede geeft aan dat 57% van de cliënten in elk geval weet waar men heen moet met een klacht.

Soms lezen we zeer intrigerende teksten, zonder dat we weten wat we er van moeten vinden. We lezen dat een instelling aansprakelijk werd gesteld voor een in de ogen van klager ontoereikend zorgaanbod in één van de verzorgingshuizen. De klachtencommissie heeft de klacht niet in behandeling kunnen nemen vanwege de geheimhoudingsplicht van de instelling met betrekking tot een aantal dossieronderdelen.

Onvoldoende inzicht in klachten, aard en afhandeling

De vraag komt op of de toevoeging van de tabel over klachten voldoende is om de aparte klachtenrapportages te laten verdwijnen. Wij denken dat de huidige invulling in het jaardocument nog te onvolledig is.

5.5 Slordig ingevuld

Veel foutjes

We zagen al dat er veel rekenfoutjes in de rapportages gevonden werden. Maar er zijn veel meer slordigheden te vinden. Neem de onvermijdelijke taalfouten. *“De begeleiding wordt voor iedereen individueel en daarnaast waar nodig groepsgewijze vorm gegeven.”* *“Op basis daarvan maken zijn een begeleidingsplan.”* Of spelfouten. Bij een instelling viel het wel heel erg op dat de spellingcontrole van de tekstverwerker niet alles er uit kan halen:

Uit dit onderzoek kwam naar voren dat de plannen uitvoerbaar waren en voorzagen in een behoefte.

We zien het uiteraard door de vingers, maar het staat wel slordig.

Veel jargon troffen we ook aan. Maar vaak geeft dat ook wel een beeld van de instelling. *“Er zijn bezuinigingsmaatregelen ingezet. Deze hebben er echter niet toe geleid dat 2005 neutraal is afgesloten. De prognoses van de komende jaren lieten echter zien dat de problematiek nog niet structureel opgelost was.”* Mooi en helder taalgebruik is het zeker niet.

Nietszeggende tabellen

Bij diverse jaardocumenten troffen we lege tabellen, met zelfs bij een regel de tekst *“Zelf in te vullen (u kunt regels toevoegen)”*. In een inhoudsopgave zagen we *“Fout!Bladwijzer niet gedefinieerd”*.

Soms lijkt het gewoon luiheid. Zoals de veel aangetroffen tabel om weer te geven in welke regio men werkt. Ook al is het maar 1 van de vele regio's, we krijgen de volledige tabel te zien: (in dit geval zelfs met ja/nee in Groningen).

Groningen	Ja/nee
Friesland	Nee
Drenthe	Nee
Zwolle	Nee
Twente	Nee
Apeldoorn, Zutphen e.o.	Nee
Midden IJssel	Nee
Arnhem	Nee
Nijmegen	Nee
Utrecht	Nee
Flevoland	Nee
't Gooi	Nee
Noord-Holland Noord	Nee
Kennemerland	Nee
Zaanstreek/Waterland	Nee
Amsterdam	Nee
Amstelland en De Meerlanden	Nee
Zuid-Holland Noord	Nee
Haaglanden	Nee
Delft Westland Oostland	Nee
Midden Holland	Nee
Rotterdam	Nee
Nieuwe Waterweg Noord	Nee

Zuid-Hollandse eilanden	Nee
Waardenland	Nee
Zeeland	Nee
West-Brabant	Nee
Midden-Brabant	Ja
Noordoost Brabant	Nee
Zuidoost-Brabant	Nee
Noord- en Midden-Limburg	Nee
Zuid-Limburg	Nee

Een hilarisch voorbeeld van een tabel geven we onderstaand weer. Als er weinig bekend is, waarom dan nog een tabel handhaven?

Tabel: leeftijdsopbouw cliënten

Leeftijdsopbouw	Cliënten per 31 december 2005	Percentage van het aantal cliënten per 31 december 2005	Cliënten per 31 december 2004	Percentage van het aantal cliënten per 31 december 2004
0 – 17 jaar	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
18 – 25 jaar	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
26 – 55 jaar	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
55 – 65 jaar	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
65 jaar en ouder	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
Niet bekend	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
Gemiddelde leeftijd		n.v.t.		n.v.t.

Slordigheden blijken soms pas na zorgvuldig lezen. Zo zegt een instelling (op pg 11, personeelsbeleid) “*Er is veel energie gestoken in het voorkomen van ziekteverzuim en het beperken van de duur van het verzuim. Dit heeft geresulteerd in een gemiddeld verzuimcijfer (exclusief zwangerschappen) van 7,5%*” Is het dan omlaag gegaan? We lezen verder “*Volgens de berekeningssystematiek van het landelijk Vernet-verzuimnetwerk is het verzuimcijfer 5,9%*”), blijkbaar heeft deze definitie grote invloed. Maar later (op pagina 23 medewerkers) staat een tabel, daarin is het verzuim totaal personeel 7,5% en verpleegkundig, opvoedkundig etc 7,7 *volgens de vernetdefinitie*. Hier staat ook dat het verzuim hoger was dan in 2004. De activiteiten hebben dus niet geleid tot lager verzuim. Een voorbeeld van slordigheid met cijfers gecombineerd met omslachtig verantwoorden!

We gaan er van uit dat dit soort slordigheden verdwijnt als de instellingen merken dat het jaardocument ook door de buitenwereld gelezen wordt.

Overbodige categorieën?

We krijgen de indruk dat sommige tabellen en informatierubrieken weinig toevoegen. Zo is de invulling van het blokje Maatschappelijk verantwoord ondernemen weinig zinvol, zolang de instellingen kunnen weergeven dat hun werk maatschappelijk zinvol is. Wij vragen ons bovendien af of het weergeven van de inspanning om de hoeveelheid afval en energiegebruik verplicht moet worden. Oranjehaave stijgt hier met kop en schouders boven de rest uit. Maar heeft dit nog zin? En wat moet eigenlijk gemeld worden? Een instelling is bijvoorbeeld trots dat een van de medewerkers in Nicaragua werkt: we vinden het op twee plaatsen terug. Het lijkt ons eerder een vrijheid voor de instelling om aan dergelijke maatschappelijke bijdragen aandacht te geven.

Een andere categorie die in elk geval leidt tot zeer verschillende invulling is die van de belanghebbenden. Bij de ene instelling zien we een tabel die ingevuld is tot en met de bankrelatie en de gesprekken met de brandweer: 57 relaties en de aard van die relaties. Bij de ander staan zes samenwerkingspartners. Een betere standaardisatie zou in de toekomst wel zoekfuncties mogelijk maken: de instellingen in een bepaalde regio die samenwerken met een specifieke woningcorporatie. We zien vooralsnog weinig meerwaarde.

Verschillende interpretaties zien we bij het onderdeel ‘relatieve aantal bij klachtencommissie ingediende klachten” Dit werd verschillend gelezen. De meeste lazen het als het aantal bij de commissie ingediende klachten gedeeld door het totale aantal klachten. Er komt dan bijvoorbeeld 1 klacht bij de commissie en 9 komen langs andere weg tot de instelling. Dan was het relatieve aantal 10%. Er waren ook instellingen die het lazen als het aantal klachten gedeeld door het aantal cliënten. Bijvoorbeeld: 10 klachten op 1000 cliënten is 1%.

Het blijft daarom goed om te bekijken of bepaalde paragrafen noodzakelijk zijn en of het mogelijk is de interpretatie van de onderdelen meer gelijk te krijgen.

6. Conclusies en aanbevelingen

De jaardocumenten zijn ons tegengevallen. We kregen van de overgrote meerderheid van de instellingen geen beeld van de prestaties. We kregen zelfs de indruk dat de instellingen zelf geen goed beeld hebben. Vrijwel alle instellingen meenden de cliënt centraal te stellen, vraaggericht te werken en keuzevrijheid te bieden. Er ontbreekt echter een instrument waarmee de instellingen dit meten.

Van de jaarrekening is het gewoon om te vergelijken met een jaar eerder, rond de niet-financiële prestaties is dat volstrekt ongebruikelijk.

Over de voorschriften

Hoewel de meeste instellingen niet goed rapporteren over de prestaties komt het niet voor dat er vrijwel niets staat. De opzet dwingt in elk geval een minimale hoeveelheid gegevens te presenteren. Tegelijk kan dit ook een nadeel zijn. De inspiratie om meer te rapporteren dan verplicht is lijkt te ontbreken.

De stichting Rekenschap⁷ vergeleek in 2003 – 2005 de burgerjaarverslagen van burgemeesters. In die verslagen dienen burgemeesters te rapporteren over de kwaliteit van de dienstverlening aan burgers en de kwaliteit van de procedures voor participatie. Deze verslagen van gemeenten die veel meer personeel in dienst hebben en een heel andere functie zijn natuurlijk niet vergelijkbaar. Interessant is wel dat de aanpak heel anders was. Er zijn geen regels gesteld over hoe de rapportage er uit moet zien, alleen is gesteld dat de burgemeesters moeten rapporteren. Het gevolg was dat kwaliteit zeer uiteen liep. Er waren verslagen met een 7 tot aan verslagen met een 3.

In de meer gereguleerde verslagen van de zorginstellingen variëren de cijfers veel minder. Er zijn minder slechte, maar ook minder goede cijfers. Er spreekt geen ambitie uit de documenten om als maatschappelijke onderneming de omgeving trots de prestaties te tonen. Wel is het geheel gesproken wat beter dan de eerste verslagen van de burgemeesters.

Over de invulling

Goede voorbeelden zijn schaars. De jaardocumenten lezen als verplichte kost. Te weinig zien we documenten waarin instellingen aan betrokkenen laten zien dat hun werk ertoe doet. Vaak zijn essentiële gegevens om te kunnen beoordelen of er goed werk geleverd wordt niet aanwezig of worden de gegevens niet gemeld.

De rapportage over de behandeling van klachten is teleurstellend. Veel instellingen beperken zich tot de formele klachten. We krijgen geen beeld van de kwaliteit van de klachtenafhandeling, in de zin van maximale doorlooptijd, drempels om te klagen en bekendheid van cliënten met klachtenbehandeling. Wanneer cliënten niet kunnen kiezen is een laagdrempelige klachtenprocedure onontbeerlijk. We zien niet dat dat zeker is gesteld.

De instellingen worden steeds groter. Keuze tussen de diverse zorginstellingen is slechts beperkt mogelijk. Dan is het des te belangrijker om de belanghebbenden in de omgeving uit te lokken tot reacties op de resultaten. Deze kans grijpen de instellingen niet.

Dat is teleurstellend.

Kansen

Volgende jaren komen nieuwe gegevens beschikbaar. De sector is duidelijk in verandering en daardoor zal het in de toekomst mogelijk zijn niet alleen betere prestatiegegevens te verschaffen, maar ook een vergelijking te geven met eerdere jaren. De ruimte om op een goede manier verantwoording af te leggen is wel degelijk beschikbaar. Certificering biedt ook ruimte, omdat deze certificaten verplichten tot cliënttevredenheidsonderzoeken, vaak op een gestandaardiseerde wijze.

⁷ www.rekenschap.nl

7. Onze tips

Doel van het onderzoek was om te leren van elkaar en van goede voorbeelden. Daarom geven we tips ter verbetering van de jaardocumenten nog eens samengevat weer.

1. *Kruip steeds in de huid van de lezer en vraag u af of deze het resultaat of effect terugvindt in de tekst*

Heel algemeen is onze tip om steeds te kijken of de prestatie niet verward wordt met een inspanning. Was het resultaat goed? Hoe is dat dan te zien? Voorkom verwijzingen naar andere documenten.

2. *Geef weer welke doelen de instelling wil bereiken, liefst meetbaar. In elk geval zodanig dat de cliënt en medewerker weten welk doel u wilde bereiken.*

Prestaties kunnen goed zijn of minder goed. Van belang is dan ook in hoeverre daar in de organisatie greep op is. Daarom is het nodig dat de instellingen weergeven welke doelen zij stellen. Dat is niet alleen voor de cliënten, maar ook voor de professionals helder.

3. *Geef van de prestaties weer hoe deze zich verhouden tot de prestaties in eerdere jaren. Geef liefst ook een vergelijking met andere instellingen.*

Prestaties zeggen de instelling zelf soms veel meer dan de buitenwereld. Dat heeft te maken met de ervaring. Wat anderen behalen en wat de prestatie eerder was is kennis die al in de hoofden van de professionals zit. Het zegt meer als die gegevens uit het verleden er bij genoemd worden. Dat is voor begrotingen en jaarrekeningen heel gewoon. Bij niet-financiële prestaties moet hetzelfde kunnen.

4. *Geef niet alleen een overall rapportcijfer van cliënten, maar ook de uitkomsten op onderdelen. Geef ook weer hoe de oordelen uit elkaar liggen.*

Uit de diverse rapportages blijkt dat men het een uitdaging vindt om in te spelen op de individuele wensen van de cliënt. Daarom is het verrassend dat het oordeel van die cliënten over de kwaliteit van de zorg zo vaak in één cijfer is samengevat. Het is ook belangrijk hoe de variatie is: vond iedereen het goed, of was een belangrijk deel ontevreden? En hoe was de score op de diverse onderdelen?

5. *Vraag het oordeel van de cliënten en de cliëntenraad over de kwaliteit van de procedures voor participatie.*

De rapportages geven weinig of geen inzicht in de betrokkenheid van cliënten bij beleid. Hoe ervaren de cliënten die? Hebben ze de indruk dat hun stem serieus gehoord wordt? Het is een kleine moeite die vraag in de cliëntenraad te bespreken en de uitkomst weer te geven. Ook de vraag in hoeverre individuen invloed hebben op het aanbod is te toetsen. Vraag de cliënten daarom hoe zij de mogelijkheden voor inspraak ervaren.

6. *Vraag van de IGZ spiegelrapportages, een vergelijking van de eigen IGZ-indicatoren met die van vergelijkbare instellingen, en geef die in het jaardocument weer.*

Er moet een schat aan vergelijkingsmateriaal aanwezig zijn. De Inspectie Gezondheidszorg ontvangt van elke instelling een vaste set van gegevens. Aangezien de instellingen deze op dezelfde wijze weergeven, is een vergelijking mogelijk. Zo kan bijvoorbeeld het optreden van decubitus in een percentage weergegeven worden van het rapportagejaar, enkele jaren eerder en een vergelijking met andere instellingen. Omdat de vergelijking moeilijk door de instellingen zelf gemaakt kan worden is het nuttig als de Inspectie deze spiegelinformatie levert.

Wij zijn van mening dat de inspectie van alle instellingen per soort spiegelinformatie zou moeten leveren. Van gelijksoortige instellingen is dan een cijfer beschikbaar over

decubitus, valincidenten, agressief gedrag, afwijkingen in het zorg/behandelplan etcetera. Natuurlijk is dat niet het laatste woord, want er zijn altijd bijzondere situaties. Maar het helpt wel om over dergelijke gegevens te beschikken.

7. Geef bij incidenten ook de trends weer in de loop der jaren

Incidenten zijn niet uit te sluiten. Maar het zegt meer als we zien hoe het staat in vergelijking met eerdere jaren. Ook hier past daarom een vergelijking.

8. Gebruik grafieken om inzichtelijk te maken of de instelling de prestaties op peil houdt of weet te verbeteren.

De tabellen met cijfers zijn lang niet altijd inzichtelijk. Ontwikkelingen worden vaak beter zichtbaar in grafieken. Ze worden in jaardocumenten echter zelden gebruikt. De verdeling of de trend is echter veel gemakkelijker te zien met grafieken. Let er op dat de grafiek en toelichting passen bij elkaar.

9. Vraag u af of u de inspanningen en protocollen kunt weglaten en of de tekst dan nog informatie geeft over de relatie tussen doel en prestatie.

Beleid en prestatie staat in de huidige jaardocumenten in verschillende hoofdstukken. Om te zien of bepaalde doelen bereikt zijn, is het nodig om terug te bladeren. Daarom is het goed om beleid en prestatie in één hoofdstuk weer te geven. Dan nog is een beeld van de prestaties niet te vinden. Verrassend vaak zien we alleen inspanningen zonder resultaat. Zelfs lezen we over onderzoek zonder de uitkomsten te kunnen zien. Vermeld daarom concrete doelen, prestaties en effecten, zonder te vervallen in procesinformatie. Als u alle tekst over inspanningen schrappt, wat staat er dan?

10. Houd het kort en bondig, vermijd jargon.

Ten slotte de laatste tip om de lezer uit te nodigen tot lezen. Lange teksten nodigen niet uit tot lezen, juridische verhandelingen zijn niet behulpzaam. Teksten die niet gelezen worden schieten hun doel voorbij. Een richtlijn voor het jaardocument is maximaal 18 woorden per zin, de langste zinnen maximaal 36 woorden en actieve taal gebruiken.

8. Aanmoedigingsprijs

Deze vijf instellingen kwamen in aanmerking voor de aanmoedigingsprijs.

- **De Borg**, Christelijke zorgvoorzieningen, in Groningen exploiteert zes woonzorgcentra, een verpleeghuis, en 2 verpleegafdelingen binnen een serviceflat.
- Stichting **Livio** biedt thuiszorg, verpleeghuizen, verzorgingshuizen en uitleen in Enschede Haaksbergen en in de woonkernen Eibergen en Neede.
- Woonzorgcentrum **Ruitersbos** in Breda heeft een verzorgingshuis en 68 aanleunwoningen.
- Stichting Protestants Christelijke **Zorgcombinatie** Zwolle en omgeving heeft verpleeghuizen en een zorgcentrum in Zwolle en omstreken.
- Stichting **Zorgpalet** Enschede heeft een verpleeghuis, een verpleegafdeling in een verzorgingshuis, een schakelafdeling en biedt extramurale zorg en crisiszorg in Enschede.

Deze documenten werden voorgelegd aan een jury die bestond uit:

- Mw. Drs. I. van Bennekom, directeur NPCF
- Mw. Drs. Y. van Gilse, directeur LOC
- Mw. Y. Steemers, zelfstandig consultant, namens Zorgbelang Nederland
- Mw. Drs. C. van Weert, directeur Miletus

De jury maakt haar oordeel bekend op 27 november 2006

