



Brancherapport Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

Brancherapport Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

Dit rapport is onderdeel van de rapportageset waarin de resultaten van het onderzoek worden teruggekoppeld aan de instellingen en de branche

Utrecht, september 2005



Inhoud

| | | |
|----------|--|-----------|
| | Samenvatting brancherapport Z-org benchmark thuiszorg 2004 | 5 |
| | Inleiding | 15 |
| 1 | Integrale analyseresultaten en best practices leveren stuurinformatie voor instellingen en branche. | 23 |
| | Breed scala geconstateerde verbanden en verklaringen | 23 |
| | Opvallende overeenkomsten met bevindingen in benchmarkonderzoek 2000 | 29 |
| | Optimalisering van planning veelbelovend aandachtspunt, ook op brancheniveau | 29 |
| | Best practices onderscheiden zich door evenwicht tussen kwaliteit en financiële prestaties ... | 30 |
| | Small is nog steeds beautiful, maar grote instellingen scoren beter dan in vorige benchmarkonderzoek | 32 |
| | Positie ten opzichte van 2000: 21,5% verbetert zich sterk. | 32 |
| | Herhaling draagt bij aan kracht van multidimensionele benchmarking | 33 |
| 2 | Strategische positionering: ruim 20% instellingen richt zich duidelijk op één onderscheidende concurrentiestrategie | 35 |
| | Diagnosetool sluit aan bij strategische thema's thuiszorg | 35 |
| | Keuzes diffuus, klantenpartner meest gekozen profiel | 36 |
| | Gekozen strategische positie komt veelal niet overeen met geleverde prestaties. | 38 |
| 3 | Cliënten oordelen positief, vooral over de zorgverlening. | 41 |
| | Vragenlijst en analysemodel cliëntenraadpleging vernieuwd | 41 |
| | Cliëntenraadpleging kent hoge respons van 51,5% | 43 |
| | Betrouwbare thuiszorg voor cliënten het meest belangrijk | 44 |
| | Totaalscore cliëntenraadpleging bedraagt 8,3; enkele themascores tonen verbeterpotentieel .. | 46 |
| | Eerste stap op weg naar cliëntprofielen gezet door combinatie scores en achtergrondinformatie | 51 |
| 4 | Medewerkers oordelen in 2004 positiever dan in 2002. | 55 |
| | Analysemodel en vragenlijst op een aantal punten geïnnoveerd | 55 |
| | Hoge respons op medewerkerraadpleging: 48,7% | 56 |
| | Gunstiger scores dan in 2002 op onderwerpen met grote bijdrage aan welzijn. | 57 |
| | Intramurale medewerkers nemen voor eerst deel aan raadpleging | 59 |
| | Antwoorden op beleidsvragen weerspiegelen zorgpunten medewerkers | 60 |
| | Samenbindende waarden, ontplooiing en balans tussen privé en werk belangrijkste aandachtspunten | 60 |
| | Medewerkeroordeel hangt samen met omvang instellingen | 61 |
| | Oudere werknemers oordelen gunstiger over kwaliteit van het werk | 61 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 5 | Financiële prestaties vergen op onderdelen verbetering | 63 |
| | Doelmatigheidsmeting uitgebreid met onderzoek naar nettoresultaat en financiële positie . | 63 |
| | Spreiding in totaalscore indicator voor aandachtspunten financiële prestaties | 65 |
| | Nettoresultaat thuiszorg negatief in 52% van de instellingen | 65 |
| | Financiële positie instellingen in 2004 gemiddeld gezond maar in het toekomstperspectief voor de meeste instellingen niet meer | 67 |
| | Verband tussen nettoresultaat en financiële positie aangetoond | 68 |
| | Doelmatigheidsscores 2004 aanzienlijk minder gespreid dan in 2002 | 68 |
| | Gemiddeld aandeel personeelskosten uitvoerenden zorg ten opzichte van 2000 nauwelijks veranderd | 70 |
| | Stijging personeelskosten per betaalluur fors hoger dan stijging OVA | 70 |
| | Productiviteit eigen personeel: percentage in 2004 met 3,3 procentpunt gestegen | 72 |
| | Productiviteit: ziekteverzuim met 3 procentpunt gedaald | 73 |
| | Productiviteit: productievooraardelijke uren met 2 procentpunt gedaald | 74 |
| | Overhead lager in doelmatige instellingen | 75 |
| | Kostprijs per contactuur per prestatie ondanks fors hogere kosten per betaalluur door een hogere productiviteit toch redelijk in lijn met de tarieven over 2004. | 77 |
| | Kleine en grote instellingen leveren betere financiële prestaties dan middelgrote | 78 |
| | Clusterindeling vormt geen nadere verklaring voor verschillen in financiële prestaties | 79 |
| | Doorkijk 2005: gewijzigde financieringsgrondslag vergt sturing op deskundigheidsniveaus . . | 79 |
| 6 | Management van processen biedt indicatieve nieuwe inzichten | 81 |
| | Bouwsteen management van processen omvat vijftien prestatie-indicatoren | 81 |
| | Definitie en registratie logistieke indicatoren verdient aandacht. | 82 |
| | Totaalscore gebaseerd op logistieke indicatoren | 83 |
| | Instrument management van processen kansrijk, maar vergt verdere aanscherping | 85 |
| 7 | Aanbevelingen voor benchmarking in toekomstig perspectief | 87 |
| | Aanbevelingen voor de instellingen en Z-org | 87 |
| | Benchmarkonderzoek maakt pro-actief beleid mogelijk | 90 |
| | Continuous benchmarking biedt perspectief. | 91 |
| | Bijlage | |
| A | Leden begeleidingsgroepen | 95 |

Samenvatting brancherapport Z-org benchmark thuiszorg 2004

Benchmarken is leren van elkaar door het vergelijken van prestaties en het benutten van ervaringen. Benchmarken leidt tot verbetering van de bedrijfsvoering en daarmee tot verbetering van resultaten.

Z-org heeft voor de derde maal een benchmarkonderzoek in de thuiszorg geïnitieerd. Na twee onderzoeken waarbij ook anderen waren betrokken, heeft Z-org besloten om ditmaal zelf een benchmarkonderzoek op te zetten, specifiek voor de leden.

Ten opzichte van het vorige benchmarkonderzoek (over 2000), is een fors aantal innovaties doorgevoerd. Bijna alle instrumenten zijn aangepast en er zijn twee nieuwe elementen toegevoegd: een diagnosetool voor strategische positionering en een bouwsteen management van processen. De instrumenten zijn net als vorige keer geordend volgens het principe van het INK-managementmodel¹.

Doelstelling van dit benchmarkonderzoek is het leveren van stuurinformatie voor strategische vraagstukken. Veel sterker dan de vorige keer is het onderzoek nu gericht op de vertaling van de benchmarkuitkomsten in stuurinformatie voor het management van de deelnemende instellingen. Deze expliciete keuze komt tot uiting in de bundeling van de vier bouwstenen tot een geïntegreerd benchmarkinstrument én in de wijze van rapporteren. Door middel van met kleuren gemarkeerde resultaten en (voor één van de bouwstenen) een spreadsheetapplicatie wordt maximaal inzicht gecreëerd voor instellingen. Ook komt er een traject waarin instellingen met onderzoekers in gesprek gaan over hun resultaten.

De stuurinformatie is gekoppeld aan strategische thema's in de branche. De afzonderlijke benchmarkonderdelen maar vooral de verbanden daartussen leveren nu een bijdrage aan actuele vraagstukken zowel voor instellingen als voor de branche.

Van de 95 leden van Z-org hebben er 82 aan het benchmarkonderzoek deelgenomen, waarvan 56 aan alle bouwstenen. De thuiszorgproductie van deze instellingen omvat circa 75% van de totale thuiszorgproductie van de lidinstellingen in 2004, zodat de uitkomsten van het onderzoek representatief mogen worden geacht voor alle lidinstellingen. De gegevens hebben betrekking op het jaar 2004 en zijn deels in 2004 en deels in 2005 verzameld. Het onderzoek is gericht op de huishoudelijke verzorging inclusief alphahulp, persoonlijke verzorging en verpleging.

In dit rapport worden de resultaten op brancheniveau gepresenteerd. Het benchmarkonderzoek is in opdracht van Z-org uitgevoerd door DESAN, het Instituut Werk en Stress, het NIVEL, PricewaterhouseCoopers N.V. en TNO Management Consultants. Bestuurders van lidinstellingen namen deel aan de klankbordgroep en specialisten uit instellingen participeerden in diverse werkgroepen. Het bureau van Z-org leverde voor elke bouwsteen een materiedeskundige. De projectleider van Z-org maakte deel uit van het programmamanagement en verzorgde de communicatie naar lidinstellingen.

¹ INK: in 1991 opgericht door het ministerie van Economische Zaken onder de naam Instituut Nederlandse Kwaliteit.

Integrale analyse levert verdiepende inzichten

Leveren de afzonderlijke bouwstenen van het benchmarkonderzoek al veel informatie op, de analyses van de resultaten in hun onderlinge samenhang voegen daar nog nieuwe inzichten aan toe. Samen leveren de benchmarkuitkomsten aanknopingspunten voor de aanpak van de strategische thema's waarmee Z-org en de lidinstellingen de komende tijd worden geconfronteerd:

- a het behouden van bestaande cliënten en het interesseren van potentiële nieuwe cliënten voor de eigen zorg- en dienstverlening
- b het behouden van competente en gemotiveerde medewerkers
- c het denken in termen van het realiseren van financiële marges, op basis van kost- en verkoopprijzen en op basis van de gekozen strategische positionering
- d het rationaliseren van bedrijfsprocessen
- e het innemen van een sterke positie in de regio

Verbanden en verklaringen

De uitkomsten van het benchmarkonderzoek staan niet los van elkaar. Er is een groot aantal verbanden en verklaringen² gevonden. De meest relevante zijn hieronder opgenomen. Wij benadrukken dat de verbanden gelden op brancheniveau: het beeld in individuele instellingen kan anders zijn. De stuurinformatie voor individuele instellingen is daarom in eerste instantie te vinden in de aan hen teruggekoppelde fact sheets en managementrapportage.

De thema's 'behouden van cliënten en interesseren van potentiële nieuwe cliënten' en 'behouden van competente en gemotiveerde medewerkers' hangen nauw met elkaar samen. In relatie tot deze thema's hebben wij de volgende bevindingen (zie echter ook de uitkomsten van de afzonderlijke bouwstenen):

Een hoog cliëntoordeel gaat vaak samen met een hoog medewerkeroordeel: instellingen met tevreden cliënten hebben vaak ook tevreden medewerkers, en andersom.

Betrouwbaarheid van de organisatie lijkt een belangrijke stuurvariabele. Van de vele aspecten waarover de cliënt zijn oordeel heeft gegeven, bleek 'een betrouwbare organisatie die zijn afspraken nakomt', de belangrijkste factor voor een positief totaaloordeel te zijn. Bovendien blijken de medewerkers in betrouwbare organisaties positiever over hun werk te oordelen dan gemiddeld. Gelet op de cliëntscores is op het punt van de betrouwbaarheid van organisaties nog enige winst te behalen.

Investeren in scholing van medewerkers gaat samen met een positief medewerkeroordeel, maar kan wel leiden tot een lagere productiviteit. Dat laatste lijkt overigens niet ten koste te gaan van het cliëntoordeel.

Medewerkers die positief over hun werk oordelen, werken in een organisatie waar leidinggevendend duidelijk sturen en de bedrijfsvoering op orde hebben.

2 Onderzocht via correlatieberekening (verbanden) en via regressieanalyse (mogelijke verklaringen) en daarom alleen op brancheniveau weer te geven.

In de laatste conclusie blijkt al de relatie met het strategisch thema 'rationalisatie van bedrijfsprocessen'. Ook de volgende twee bevindingen getuigen daarvan.

Investeren in leidinggevenden (kwantitatief of kwalitatief) betekent in zijn algemeenheid, dat er beter gescoord wordt op voor cliënten en medewerkers belangrijke procesindicatoren. Er wordt meer zorg op tijd gestart, er wordt een hoger percentage geïndiceerde zorg geleverd en er komen minder verschillende hulpverleners bij de cliënt. Dat werkt door op het cliëntoordeel: investeren in leidinggevenden gaat samen met een hoger cliëntoordeel.

Planning lijkt een sleutelproces voor thuiszorginstellingen. Een niet-optimale planning blijkt gekoppeld aan een negatiever cliëntoordeel en medewerkeroordeel, een lagere doelmatigheid en een lage score op een aantal procesindicatoren. Instellingen die decentraal plannen, scoren op bijna al deze punten beter dan instellingen met een centrale planning. In mindere mate geldt dat ook voor instellingen die een handmatige planning maken. Decentrale planning kan wel de werkdruk verhogen, maar de medewerkers waarderen de ruimte die zij krijgen. Decentrale planning gaat samen met hogere productiviteit.

Het valt op dat de bevindingen niet zozeer wijzen op urgentie van een grotere rationalisatie op zich, maar meer op de noodzaak om in de bedrijfsvoering ruimte te laten voor menselijke interactie. Daarop wijzen ook de uitkomsten van de medewerkerraadpleging, waaruit het belang blijkt van aspecten als samenbindende waarden (wijgevoel) en organisatiebetrokkenheid.

Een bevinding die te maken heeft met de financiële prestaties van instellingen en dus met het denken in termen van marges en kost-/verkoopprijzen is de volgende.

Verbeteren van de doelmatigheid op de middellange termijn zou wel eens kunnen beginnen met investeren in medewerkers. Er is een duidelijke samenhang tussen een positief medewerkeroordeel en doelmatigheid geconstateerd.

Best practices niet per instrument de allerbeste

In het benchmarkonderzoek zijn vijf instellingen geïdentificeerd als best practices. Dat betekent dat zij goede kwaliteit en bovendien goede financiële prestaties leveren. In benchmarktermen betekent dit dat zij zowel op de cliëntenraadpleging als op de medewerkerraadpleging als op het onderzoek naar de financiële prestaties tot de beste 33% van de deelnemers behoorden³.

Instellingen die op één benchmarkonderdeel de allerhoogste scores behalen en op andere onderdelen minder goed scoren, zijn dus geen best practice. Het lijkt erop of de allerhoogste kwaliteit ten koste gaat van de financiële prestaties en andersom.

3 In dit benchmarkonderzoek is de bouwsteen management van processen niet als basis voor het benoemen van best practices gebruikt.

Omvang van de instellingen speelt een rol bij medewerkeroordeel en doelmatigheid

In het benchmarkonderzoek 2000 was geconcludeerd dat kleinere instellingen over het algemeen beter scoren dan grotere. Die conclusie moet nu enigszins worden afgezwakt. Het cliëntoordeel hangt niet duidelijk samen met de grootte van instellingen. Het medewerkeroordeel doet dat wel: medewerkers in kleine instellingen oordelen het meest positief. In het financieel onderzoek blijken kleine instellingen nog steeds beter te scoren dan gemiddeld, maar grote doen dat nu ook. De middelgrote instellingen scoren dus minder goed.

Ook een andere bevinding uit 2000 kan nu worden bijgesteld. In 2000 was gebleken dat instellingen die minder goed scoorden, relatief vaak instellingen waren die nog niet lang geleden waren gefuseerd. In het benchmarkonderzoek 2004 scoren deze zelfde instellingen over het algemeen duidelijk beter. Het lijkt erop of postfusieproblematiek een vraagstuk van tijdelijke aard is.

Beide bevindingen kunnen een rol spelen bij het denken over het strategische thema 'innemen van een sterke positie in de regio'.

Resultaten strategische positionering: traject nog verder te ontwikkelen

Instellingen kunnen drie verschillende strategische posities innemen: wij onderscheiden het productleiderschap, het kostenleiderschap of het klantenpartnerschap. Via een diagnostool op de website van Z-org konden de benchmarkdeelnemers nagaan welke strategische positie het meest op hen van toepassing was. Het doel was hen in staat te stellen de benchmarkresultaten te beoordelen in het perspectief van hun gekozen positie, om daarmee een bijdrage te leveren aan versterking van hun positie in de regio. Volgens de theorie is uitblinken in één van de strategieën nodig om marktleiderschap te bereiken. De keuze voor een bepaalde strategie heeft gevolgen voor de invulling van de bedrijfsprocessen, de structuur, de cultuur en de managementsystemen van een organisatie.

De diagnostool is 88 maal gebruikt, door in totaal 73 instellingen (sommige instellingen vulden per AWBZ-prestatie en voor het totaal een afzonderlijke vragenlijst in).

Tabel S-1: Resultaten strategische positionering 2004

| Keuze | Aantal |
|--|-----------|
| Duidelijke keuze voor één positie | 18 |
| Keuze voor twee of drie posities, of geen duidelijke keuze | 70 |
| Totaal | 88 |

Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

Wanneer de instellingen een duidelijke keuze maakten voor één positie, was dat altijd die van klantenpartner.

De keuzes die de instellingen hebben gemaakt, blijken niet samen te hangen met de andere benchmarkuitkomsten. Dit gevoegd bij het feit dat niet meer dan 20% een duidelijke keuze maakt voor één positie, betekent dat het instrument nog niet heeft opgeleverd wat ermee was beoogd. Mogelijk moet het instrument worden bijgesteld, maar gezien de reacties is het denken in termen van strategische positionering voor veel instellingen nieuw. De consequentie hiervan is dat instellingen veelal nog aan het begin van een keuzetraject staan of hun keuze nog niet hebben vertaald in hun bedrijfsvoering.

Resultaten cliëntenraadpleging: cliënten oordelen positief, vooral over zorgverlening

In totaal 54.897 thuiszorgcliënten hebben deelgenomen aan de schriftelijke cliëntenraadpleging. Bij een totaal van 106.637 verstuurd vragenlijsten betekent dat een respons van 51,5%, hoger dan de 46,5% van het benchmarkonderzoek 2000.

Cliënten is gevraagd naar hun ervaringen met de kwaliteit van de organisatorische aspecten waarmee zij te maken krijgen, bijvoorbeeld de planning van de thuiszorg en met de kwaliteit van de zorgverlening, bijvoorbeeld bejegening. Binnen elk van deze hoofdcategorieën worden verschillende thema's onderscheiden. Ook is gevraagd naar het belang dat cliënten toekennen aan de aspecten die te maken hebben met de kwaliteit van de thuiszorg en naa enkele effecten van thuiszorg.

Goede kwaliteit thuiszorg wordt door cliënten vooral afgemeten aan de betrouwbaarheid van de thuiszorgmedewerkers en de thuiszorgorganisatie, de deskundigheid van medewerkers en de aandacht die instelling en medewerkers hebben voor veiligheidsaspecten. Andere kwaliteitsaspecten die bovengemiddeld belangrijk worden gevonden zijn de planning en levering van diensten, de bejegening door thuiszorgmedewerkers en de bereikbaarheid van de thuiszorginstelling. Wat minder belangrijk vinden cliënten de aandacht voor mantelzorgers, ondersteuning bij praktische zaken en communicatie rond het zorgplan.

Het blijkt dat de cliënten de kwaliteit over het algemeen positief beoordelen. Het oordeel over de zorgverlening is echter duidelijk hoger dan het oordeel over de organisatie van de thuiszorg.

Tabel S-2: Scores cliëntenraadpleging 2004

| Totaalscore | Deelscore organisatie | Deelscore zorgverlening |
|-------------|-----------------------|-------------------------|
| 8,3 | 7,7 | 8,9 |

Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

De scores per thema lopen uiteen. Op de thema's communicatie over het zorgplan en veiligheid bijvoorbeeld is de score minder hoog en is er nog duidelijk verbeterpotentieel aanwezig. Op het thema bejegening met een score van 9,4 is veel minder ruimte voor verdere kwaliteitsverbetering. Wat betreft de effecten van thuiszorg: cliënten zijn in het algemeen tevreden met en hebben vertrouwen in de thuiszorg (score 8,7); de score voor 'welbevinden' komt uit op 8,0.

Er zijn (beperkte) verschillen tussen de scores van huishoudelijke cliënten en verzorgings / verplegingscliënten: de eerste groep scoort lager op de hoofdcategorie organisatie (met het duidelijkste verschil op het thema veiligheid), de tweede scoort lager op de hoofdcategorie zorgverlening. Voor de totale cliëntgroep is gewrichtsslijtage de meest frequent voorkomende aandoening, gevolgd door hart- en vaatziekten.

Cliënten konden in de vragenlijst concrete verbeterpunten aangegeven. Meest genoemde verbeterpunten zijn: het houden van een periodieke evaluatie van de zorg, het voorkomen van wisselingen van personeel en een zo goed mogelijke regeling van vervanging bij ziekte of afwezigheid van medewerkers.

Doordat in de cliëntenraadpleging een geheel geïnnoveerde vragenlijst is gebruikt, kunnen de scores van 2004 niet goed worden vergeleken met die van 2000. Voor zover die vergelijking wél mogelijk was, blijkt dat de instellingen in 2004, op een schaal die loopt van 1 tot 10, ongeveer 0,5 punt hoger scoren dan in 2000. Dit geldt zowel voor thema's die te maken hebben met de organisatie als voor thema's rond zorgverlening.

De resultaten van de cliëntenraadpleging kunnen stuurinformatie leveren voor het eerste strategische thema, het behoud van cliënten en het interesseren van potentiële nieuwe cliënten.

Resultaten medewerkerraadpleging: medewerkers oordelen positiever dan in 2002

Aan de medewerkerraadpleging hebben 57.963 medewerkers deelgenomen, een respons van 48,7%. Het blijkt dat het totaaloordeel van de medewerkers in 2004 iets hoger is dan in 2002, de voorgaande raadpleging. Het verschil is echter niet groot en statistisch niet significant.

Tabel S-3: Totaalscores medewerkerraadpleging 2002 en 2004

| | 2002 | 2004 |
|-------------|------|------|
| Totaalscore | 7,27 | 7,33 |

Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

De vooruitgang ten opzichte van 2002 blijkt vooral uit het feit dat de medewerkers positiever oordelen over juist die werkomstandigheden die van grote invloed zijn op hun welzijn. Er zijn ook werkomstandigheden en welzijnsaspecten die in 2004 als minder positief worden ervaren door de medewerkers.

Tabel S-4: Vergelijking werkomstandigheden en welzijn 2002 en 2004

| Positiever beoordeeld dan in 2002 | Minder positief beoordeeld dan in 2002 |
|---|--|
| Kwaliteit van zorg in de ogen van medewerkers | Werkplezier (trots op, voldoening in en enthousiasme over het werk) |
| Werkdruk | Verlooptententive (in 2004 gaven meer medewerkers aan dat zij de organisatie wilden verlaten dan in 2002) |
| Fysieke belasting | Gerapporteerd verzuim (in 2004 vermeldden medewerkers meer verzuim dan in 2002; dit in tegenstelling tot het daadwerkelijke verzuim, dat juist is gedaald ⁴) |
| Emotionele uitputting | |

Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

Belangrijkste aandachtspunten uit de medewerkerraadpleging zijn:

- a de werkomstandigheid samenbindende waarden (het wijgevoel), een werkomstandigheid die positief wordt beoordeeld én van zeer groot belang is voor het welzijn, en dus minimaal op het huidige niveau gehandhaafd moet blijven;
- b de door de medewerkers ervaren mogelijkheden tot ontplooiing, een werkomstandigheid die minder goed wordt beoordeeld dan in 2002 en van groot belang is voor het welzijn van medewerkers;
- c de balans tussen privé en werk, een werkomstandigheid die van belang is voor een groot aantal welzijnsaspecten.

De uitkomsten van de medewerkerraadpleging leveren belangrijke informatie op voor het tweede strategisch thema, het behouden van competente en gemotiveerde medewerkers. Op dit moment maakt een kwart van de medewerkers zich zorgen over een mogelijk verlies van hun baan, maar bij het aantrekken van de economie zou schaarste op de arbeidsmarkt kunnen ontstaan. Het is voor de thuiszorginstellingen zaak om in beide situaties goed werkgeverschap te tonen.

Aan de medewerkerraadpleging hebben niet alleen thuiszorgmedewerkers deelgenomen, maar ook intramurale medewerkers. Dat komt omdat ongeveer de helft van de leden van Z-org ook intramurale zorg levert. De intramurale medewerkers beoordeelden de kwaliteit van hun werk minder positief dan hun extramurale collega's: de totaalscore was 7,07.

4 Het gerapporteerd verzuim betreft slechts één aspect van het verzuim, te weten het antwoord op de vraag of iemand de afgelopen twaalf maanden één of meerdere keren twee weken of langer ziek is geweest.

Resultaten financieel onderzoek: nettoresultaat zorgpunt, financiële positie op termijn te gering, doelmatigheid verbeterd

Het onderzoek naar de financiële prestaties van de benchmarkinstellingen⁵ omvatte de onderdelen nettoresultaat, financiële positie en doelmatigheidsmeting.

Het nettoresultaat van 52% van de instellingen is negatief. Het gemiddelde nettoresultaat is 0,01%. Slechts 25% heeft een nettoresultaat van meer dan 2%.

Het nettoresultaat is over 2004 voor het eerst opgevraagd en er kan dus geen vergelijking worden gemaakt met het vorige benchmarkonderzoek.

De financiële positie van de benchmarkdeelnemers is in 2004 gezond te noemen: gemiddeld 16%. De dynamiek in de branche maakt echter dat het risicoprofiel van thuiszorginstellingen fors toeneemt, zodat een norm van 20% aangewezen lijkt.

Als voor de financiële positie een toekomstbestendige norm van 20% wordt aangelegd, voldoet slechts eenderde van de instellingen daaraan. Om de financiële positie te verbeteren, is een positief nettoresultaat nodig. Dat is op dit moment al voor veel instellingen niet het geval, en zal naar verwachting de komende jaren nog moeilijker worden.

Het negatieve nettoresultaat van 52% van de instellingen, de op termijn risicovolle financiële positie gevoegd bij ontwikkelingen als de voor een aantal instellingen nadelige nieuwe financieringswijze in 2005 (prestatie in plaats van medewerker), lokale tariefkortingen, het wegvallen van de zorgvernieuwingsmiddelen, introductie van een macrobudgetplafond en de beoogde overheveling van de huishoudelijke verzorging, maken het financiële toekomstbeeld voor thuiszorginstellingen bepaald niet rooskleurig. Een gegeven dat in het licht van strategische thema's als profilering in een concurrerende omgeving en continuïteit van de organisatie de komende tijd de uiterste aandacht vraagt.

De doelmatigheid van de instellingen is in beide jaren onderzocht en kan dus worden vergeleken. Er zijn enkele opvallende resultaten te melden.

- a De doelmatigheidsscores liggen in 2004 dichter bij elkaar dan in 2000, wat betekent dat er sprake is van een stabiel beeld in 2004;
- b De kosten per betaalluur (loonkosten uitvoerenden zorg) zijn tussen 2000 en 2004 met 25,3% gestegen, vooral door autonome loon- en prijsontwikkelingen (dit zijn ontwikkelingen die buiten de invloedssfeer van individuele instellingen liggen). De compensatie van deze gestegen kosten vanuit de OVA en de opslag voor materiële kosten bedroeg vanaf 2001 15,2%. Gemiddeld is dit door de instellingen zelf gecompenseerd met een fors hogere productiviteit van het eigen personeel.
- c Het ziekteverzuim en het percentage indirecte (productievooraardelijke) uren zijn gedaald.

⁵ In het benchmarkonderzoek aangeduid als de bouwsteen bestuur en financiers, naar het gelijknamige INK-prestatieveld.

Tabel S-5: Productiviteit eigen personeel gestegen, ziekteverzuim en indirecte tijd gedaald

| | 2000 | 2004 | Mutatie |
|---|------|------|--|
| Productiviteit eigen personeel | 60,6 | 63,9 | Gestegen met 3,3 procentpunt |
| Ziekteverzuim uitvoerenden zorg | 10,9 | 7,9 | Gedaald met 3 procentpunt ⁶ |
| Productievoorwaardelijke uren (planning, overleg) | 10,2 | 8,1 | Gedaald met 2,1 procentpunt |

Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

De kostprijs per contactuur is ondanks de stijging van de kosten per betaalluur redelijk in lijn gebleven met de tarieven. De kostprijs van de huishoudelijke verzorging en alphahulp – die naar verwachting zullen worden overgeheveld naar de gemeenten – lag in 2004 iets onder de tarieven 2004 van het CTG/ZAio. De kostprijs 2004 van de in de AWBZ blijvende persoonlijke verzorging en verpleging lag daar echter boven. Deze ontwikkeling kan het nettoresultaat van de instellingen verder onder druk zetten.

Een doorkijk naar 2005 leert dat van een (beperkte) steekproef van deelnemende instellingen een relatief groot deel in de prestaties huishoudelijke verzorging en persoonlijke verzorging hogere deskundigheidsniveaus inzet dan waarmee in het tarief respectievelijk de compensatieregeling rekening is gehouden. Ook dit kan bij ongewijzigd beleid het nettoresultaat onder druk zetten.

Twintig deelnemende instellingen hebben gegevens aangeleverd over het percentage zorg dat is geleverd ten opzichte van het maximum van de klasse waarvoor de cliënt is geïndiceerd. Gemiddeld is 66% van dit maximum geleverd⁷.

De resultaten van het financieel onderzoek bieden aanknopingspunten voor de aanpak van het strategische thema ‘denken in termen van financiële marges’.

Resultaten onderzoek management van processen: verbanden met andere uitkomsten

Deze nieuwe bouwsteen van het benchmarkonderzoek gaat uit van procesindicatoren in de bedrijfsvoering van instellingen, zoals het percentage afgesproken zorg ten opzichte van de geïndiceerde zorg of het aantal hulpverleners per cliënt. De uitkomsten van deze bouwsteen kunnen worden benut bij het strategische thema ‘rationalisatie van de bedrijfsprocessen’: een aantal indicatoren blijkt duidelijke relaties te hebben met kwaliteit en financiële prestaties van de instellingen, en daarmee een rol te kunnen vervullen bij het monitoren en verbeteren daarvan.

- 6 *Het ziekteverzuim is ook opgevraagd in de bouwsteen management van processen. Daar heeft het betrekking op alle medewerkers en bedraagt het 7,4%. Het verschil met de 7,9% uit het financieel onderzoek kan ook te maken hebben met een andere berekeningswijze, namelijk het aantal ziekte-uren in de jaarrekening in het financieel onderzoek versus het aantal geregistreerde verzuimdagen in het onderzoek management van processen.*
- 7 *Het percentage geleverde zorg ten opzichte van geïndiceerde zorg is ook opgevraagd in de bouwsteen management van processen. De percentages liggen daar hoger, maar het ijkpunt was daar de ‘geïndiceerde zorg’ en niet het maximum van de geïndiceerde klasse.*

De instellingen bleken de gevraagde informatie lang niet altijd direct beschikbaar te hebben, terwijl zij wél vonden dat het om relevante stuurinformatie ging. De helft van de instellingen heeft een complete set indicatoren aangeleverd. Van alle aangeleverde informatie was 50% gebaseerd op harde feiten, 25% op een steekproef en 25% op een schatting. Omdat de aangeleverde informatie niet altijd bruikbaar was en bovendien een aantal definities nog moet worden aangescherpt, zijn over deze bouwsteen nog geen harde conclusies getrokken. Wel is duidelijk dat de indicatoren per thuiszorgprestatie blijken te verschillen, en dat het dus aangewezen lijkt om de informatie per prestatie op te blijven vragen.

Voor alle thuiszorgprestaties geldt dat lang niet alle zorg die is geïndiceerd in de praktijk wordt afgesproken, en dat ook niet alle zorg die is geïndiceerd daadwerkelijk wordt geleverd.

Vervolgtraject benchmarking kan ondernemerschap instellingen verder faciliteren

De hoeveelheid stuurinformatie die uit het benchmarkonderzoek naar voren komt, geeft naar de mening van de onderzoekers alle aanleiding om verder te gaan op het pad van benchmarking. Maar dan niet zonder dat er verdere innovaties worden aangebracht. De vervolgstap op dit onderzoek zou een systeem van continue benchmarking kunnen zijn: een systeem waarin nog meer dan nu het geval is, gebruik gemaakt wordt van ICT. Instellingen kunnen dan op een door hen gewenst moment starten met de benchmark, de benodigde gegevens invoeren in de benchmarkdatabase, bepalen met welke categorie instellingen zij vergeleken willen worden en vervolgens de gevraagde spiegelinformatie automatisch laten genereren.

Verder zal er een nog nauwere aansluiting gecreëerd kunnen worden tussen de benchmarkgegevens en de reguliere bedrijfsadministratie. Ten slotte kan, vanuit de kennis die nu aanwezig is, gezocht worden naar een passend verklaringsmodel voor verschillen tussen instellingen en naar mogelijkheden om deze verklaringen ook daadwerkelijk met behulp van longitudinaal onderzoek te toetsen.

Als aan deze voorwaarden is voldaan, kunnen de instellingen het benchmarkonderzoek volledig benutten zoals het is bedoeld: als middel om het ondernemerschap te faciliteren, gericht op herpositionering en profilering in een veranderende omgeving. Ook kan dan op deze wijze continue informatie over en voor de branche worden gegenereerd.

Inleiding

Het derde grootschalige benchmarkonderzoek in de thuiszorgbranche is afgerond. Bijna 55.000 cliënten hebben zich uitgesproken over de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening, bijna 58.000 medewerkers hebben zich uitgesproken over de kwaliteit van het werk. Een breed scala aan medewerkers van de deelnemende instellingen heeft zich ingespannen om de benodigde gegevens aan te leveren voor de nieuw ontwikkelde diagnostische positionering, de nieuwe bouwsteen management van processen en het uitgebreide financieel onderzoek. Daarnaast hebben de leden van de klankbordgroep en de werkgroepen veel tijd en energie gestoken in het begeleiden van het onderzoek. Onderzoekers en accountants hebben de vele opgevraagde gegevens gestructureerd, gevalideerd en geanalyseerd.

Dit brancherapport bevat de kernbevindingen van het derde benchmarkonderzoek op brancheniveau. De resultaten zijn niet herleidbaar tot individuele instellingen. Hoewel het benchmarkonderzoek in de eerste plaats is bedoeld voor het faciliteren van het ondernemerschap en optimaliseren van de bedrijfsvoering van de individuele deelnemende instellingen zijn ook op brancheniveau vele interessante bevindingen te rapporteren. In dit deel van de rapportage zijn relevante bevindingen opgenomen die uitsluitend op brancheniveau statistisch verantwoord kunnen worden gerapporteerd, maar die ook de voor instellingen van belang zijn bij het afwegen van mogelijke verbetermaatregelen op basis van de eigen benchmarkresultaten.

Het aanreiken van *stuurinformatie* staat in de gehele benchmarkrapportage centraal. Uit de rijkdom aan gegevens is een selectie gemaakt. Wij hebben ons moeten beperken tot die resultaten die betrekking hebben op actuele of te verwachten vraagstukken in de branche.

Wij hechten eraan op te merken dat het belangrijkste onderdeel van benchmarking nog moet starten: het in de praktijk bespreken en vervolgens toepassen van de verkregen inzichten waardoor best practices worden verspreid.

De achtergrond van het derde benchmarkonderzoek binnen de thuiszorg

Dit benchmarkonderzoek is het derde in een reeks. Binnen de zorgsector is de thuiszorg als koploper in 1998 als eerste gestart met het uitvoeren van meerdimensionaal benchmarkonderzoek. Het eerste onderzoek had betrekking op 1997 (waarbij de doelmatigheid en het cliëntenoordeel zijn gemeten) en is in 1999 gecompleteerd met de eerste sectorbrede medewerkersraadpleging. De tweede benchmarkronde had betrekking op 2000, waarbij aanvullend over 2002 de tweede ronde van de medewerkersraadpleging is uitgevoerd. Deze eerste twee rondes zijn uitgevoerd in opdracht van (toen nog) de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, Branchebelang Thuiszorg Nederland en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dit derde integrale onderzoek betreft 2004 en is voor het eerst volledig door Z-org geïnitieerd en ook in opdracht van Z-org uitgevoerd. De deelnemende lidinstellingen hebben het onderzoek gefinancierd.

Innovaties in de opzet en uitvoering van de derde benchmarkronde

In dit derde onderzoek is een aantal uitgangspunten en instrumenten behouden gebleven, maar is ook een fors aantal innovaties doorgevoerd.

Gehandhaafd is de definitie van benchmarking. Benchmarken is het vergelijken van prestaties van instellingen, met het doel hen aanknopingspunten te bieden voor het verbeteren van de bedrijfsvoering en daarmee van de kwaliteit of financiële prestaties. Het gaat om het leren van elkaar. De best practices (de 'besten in de klas') kunnen daarbij als voorbeeld dienen. Gehandhaafd is ook het basisprincipe dat best practices alleen die instellingen zijn die goede kwaliteit bieden vanuit het perspectief van cliënten en medewerkers en die tegelijkertijd goede financiële prestaties leveren. Ook in 2004 vormen de cliëntenraadpleging, de medewerkerraadpleging en het inmiddels verbrede financieel onderzoek de robuuste en constante bouwstenen van het Z-org benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2004.

Op basis van de evaluaties en ervaringen van de eerdere benchmarkrondes en door de anno 2005 aanzienlijk veranderde marktomstandigheden waarbinnen zorgaanbieders opereren, is het noodzakelijk gebleken om het benchmarkinstrumentarium op onderdelen te innoveren.

Genereren stuurinformatie gericht op strategische thema's vertrekpunt benchmark 2004

Omdat de centrale doelstelling voor de benchmark 2004 het bieden van stuurinformatie is (voor het verbeteren van een bedrijfsvoering die aansluit bij de door de zorgaanbieder beoogde strategische marktpositionering) zijn de analyses en terugkoppeling nu meer dan ooit gericht op het genereren van deze stuurinformatie in plaats van het presenteren van meetresultaten. Het management van instellingen heeft stuurinformatie nodig om ondernemer te kunnen zijn in een omgeving die sterk verandert en steeds meer gekenmerkt wordt door toenemende concurrentie en dynamiek.

Vanuit dat perspectief is allereerst een nieuw instrument aan het benchmarkinstrumentarium toegevoegd: de diagnosetool strategische positionering. Daarmee kunnen zorgaanbieders nagaan welke onderscheidende marktpositie zij innemen. Dit vanuit de gedachte dat onderscheidend vermogen in een meer concurrerende markt cruciaal is voor het voortbestaan van instellingen.

Vanuit datzelfde perspectief is een aantal strategische thema's geformuleerd, dit op basis van het concurrentiekrachtenmodel van Porter⁸. Verder dienden diverse interviews met bestuurders en discussies in de klankbordgroep als input.

8 Porter, M.E. (1980). *Competitive Strategy, Techniques for Analyzing Industries and Competitors*. New York: The Free Press.

In dit benchmarkonderzoek benoemde strategische thema's voor Z-org en de lidinstellingen zijn:

- a het behouden van bestaande cliënten en het interesseren van potentiële nieuwe cliënten voor de eigen zorg- en dienstverlening
- b het behouden van competente en gemotiveerde medewerkers
- c het denken in termen van het realiseren van financiële marges, op basis van kost- en verkoopprijzen op basis van de gekozen strategische positionering
- d het rationaliseren van bedrijfsprocessen
- e het innemen van een sterke positie in de regio

Bovenstaande strategische thema's zijn onderwerpen waarop individuele instellingen maar ook de brancheorganisatie antwoorden moeten formuleren. De benchmarkresultaten dragen bij aan de discussie over deze thema's en zijn in dit brancherapport dan ook zoveel mogelijk daaraan gekoppeld.

Een maximum aan stuurinformatie is verder gegenereerd door op basis van de ervaringen uit de eerste twee rondes en het project Uitkomstindicatoren⁹ vooraf de vier bouwstenen van het benchmarkanalysemodel conceptueel en inhoudelijk verder te integreren. Op die wijze wordt beter recht gedaan aan het feit dat de verschillende onderdelen van het benchmarkonderzoek niet los van elkaar staan. Uit de eerdere benchmarkonderzoeken is gebleken dat de prestaties op de onderscheiden bouwstenen met elkaar samenhangen. Indien deze samenhang verder wordt geoperationaliseerd, kan bij het (bij)sturen op een bepaalde bouwsteen vooraf rekening worden gehouden met beoogde of juist niet gewenste neveneffecten bij andere bouwstenen. De uitkomsten van dit benchmarkonderzoek boden gelukkig een goede basis voor dergelijke integrale analyses. Bovendien kon een aanzienlijk deel van de resultaten worden vergeleken met die van het benchmarkonderzoek 2000 (en 2002 voor de medewerkerraadpleging). Daardoor kunnen nu trends en ontwikkelingen zichtbaar gemaakt worden die een aantal belangrijke aandachtspunten aangeven.

Om de stuurinformatie in een logisch kader te plaatsen, is evenals in het vorige benchmarkonderzoek de indeling van het INK-managementmodel gevolgd. Drie van de daarin opgenomen prestatievelden hebben een plaats in het benchmarkonderzoek. De prestaties van de instellingen op deze velden verklaren gezamenlijk de positie van de instellingen op de matrix van kwaliteit en financiële prestaties.

In het benchmarkonderzoek 2000 was als derde kwaliteitsmeting naast de raadpleging van cliënten en medewerkers nog een stakeholdersraadpleging opgenomen, om de waardering vanuit de maatschappij te kunnen meten. Deze bouwsteen leverde echter weinig informatie op. Daarom is geconcludeerd dat dit prestatieveld uit het INK-model beter op een andere manier dan via een benchmarkonderzoek kan worden ingevuld. De bouwsteen is dan ook uit het model verdwenen.

Hoewel de eerdere benchmarkonderzoeken een onderzoek naar de bedrijfsvoering omvatten door het inventariseren van structuurindicatoren op basis van het 7-S model¹⁰, hebben de resultaten destijds relatief weinig stuurinformatie voor de instellingen gegenereerd.

Mede op grond van de resultaten van het project uitkomstindicatoren en recente literatuur is in de opzet van de benchmark 2004 het bedrijfsvoeringonderzoek vervangen door de bouwsteen management van processen.

⁹ *Het project dat Z-org had opgezet om het sturen op uitkomsten te faciliteren.*

¹⁰ *Ontwikkeld voor McKinsey & Company door Richard Pascale, Tom Peters en Robert Waterman.*

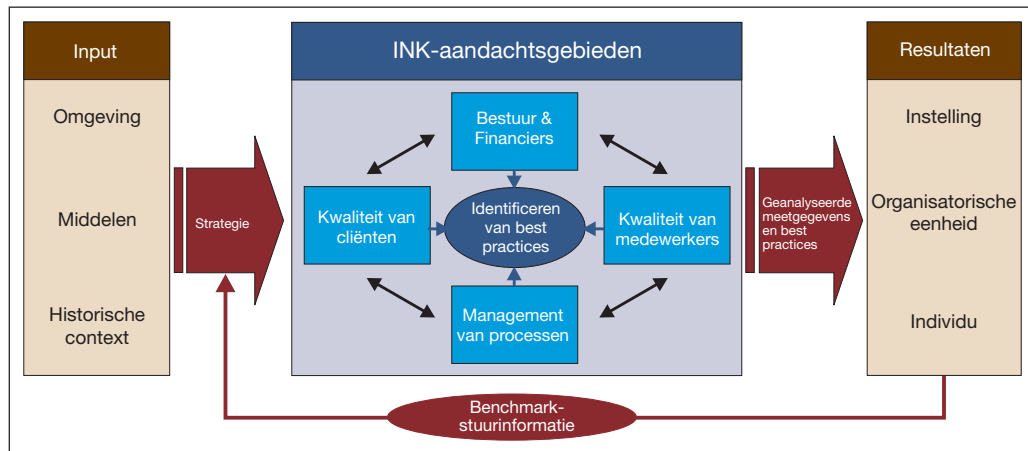
In deze bouwsteen worden door middel van een set prestatie-indicatoren de uitkomst van processen geïnventariseerd. Een voorbeeld is het percentage zorg dat is gestart binnen de termijn die in de indicatiestelling was aangegeven. Deze nieuwe bouwsteen management van processen is toegevoegd om inzicht te creëren in procesindicatoren die van belang zijn voor het bereiken van de beoogde prestaties en daarmee voor het genereren van stuurinformatie.

Voor de cliëntenraadpleging moest door omstandigheden (de in de vorige onderzoeken gebruikte vragenlijst bleek niet opnieuw beschikbaar) een nieuwe vragenlijst worden ontwikkeld. Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om een aantal vernieuwingen door te voeren: het cliëntoordeel is nu consequent per prestatie opgevraagd en geanalyseerd, de ziektebeelden van de cliënten en de redenen voor het ontvangen van thuiszorg zijn geïnventariseerd en er is een aanzet gegeven om enkele effecten van thuiszorg in kaart te brengen. Ook voor de medewerkerraadpleging zijn de thema's geactualiseerd en is bovendien een betere aansluiting op de andere bouwstenen gerealiseerd.

Zoals eerder aangegeven, is de analyse van de financiële resultaten uitgebreid met een analyse van de nettoresultaten die de thuiszorginstellingen hebben gerealiseerd en een inventarisatie van de financiële positie. Samen met de wederom uitgevoerde doelmatigheidsmeting vormen deze onderdelen de bouwsteen bestuur en financiers.

De bovenstaande innovaties zijn in het onderstaande vernieuwde benchmarkanalysemodel 2004 schematisch weergegeven.

Figuur I-1: Vernieuwd benchmarkanalysemodel thuiszorg 2004



Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

De input waarmee elke thuiszorginstellingen wordt gevoed (de omgeving, de hulpbronnen zoals financiële middelen en medewerkers, evenals de historie van de instelling) vormen conceptueel de basis voor de concurrentiestrategie die de instelling kiest. De instelling vertaalt de beoogde strategie in de hierbij passende opzet en inrichting van de bedrijfsvoering op de onderdelen cliënten, medewerkers, management van processen en bestuur en financiers. Met deze bedrijfsvoering realiseert de instelling resultaten op drie niveaus: dat van de organisatie als geheel, dat van organisatorische eenheden en dat van de individuele cliënt of medewerker.

Terugrapportage ontsluit stuurinformatie op verschillende niveaus

Het accent op de stuurinformatie staat niet alleen in de opzet en analyse centraal, maar ook in de terugkoppeling van de resultaten. Vooral in de terugkoppeling naar de individuele benchmarkdeelnemers is deze innovatie goed zichtbaar. De vroegere ‘individuele rapporten’ bevatten weliswaar een veelheid aan benchmarkgegevens, maar het kostte de gebruikers nog te veel moeite om uit al die gegevens relevante stuurinformatie te destilleren. Om de toegevoegde waarde te vergroten, zijn de afzonderlijke instellingsrapporten nu geïnnoveerd. De totale rapportage bestaat nu uit:

- a op instellingsniveau een beknopte managementrapportage voor de Raad van Bestuur en het managementteam, waarin een benchmarkscorecard en de kernbevindingen op hoofdlijnen zijn opgenomen. In de benchmarkscorecard zijn de kernresultaten in één figuur afgebeeld, gevolgd door een overzicht waarin de stuurinformatie op overzichtelijke wijze en met kleuren gemarkeerd is weergegeven (een groene kleur voor de resultaten die positief zijn en dus behouden moeten blijven en een rode kleur voor de verbeterpunten);
- b op instellingsniveau een set fact sheets per bouwsteen voor de managers en vakspecialisten: de fact sheets bestaan uit tabellen en figuren, waarin de individuele stuurinformatie eveneens met rood en groen is gemarkeerd. Voor het financieel onderzoek, in benchmarktermen de bouwsteen bestuur en financiers zijn de fact sheets verwerkt in een geavanceerde spreadsheetapplicatie die de instelling in staat stelt om gericht per deelonderwerp te bepalen hoe gedetailleerd men de stuurinformatie wil bezien;
- c op brancheniveau dit generieke deelrapport;
- d een leeswijzer en begrippenlijst.

Om de toegevoegde waarde van de benchmarkresultaten te optimaliseren, hebben instellingen op een aantal onderdelen de gelegenheid gekregen om resultaten per organisatorische eenheid (bijvoorbeeld afdeling of divisie) of per regio (een of meer gemeentes) terug te ontvangen in plaats van alleen op het niveau van de totale instelling. Verder kunnen instellingen zelf aangeven met welke instellingen men de eigen resultaten aanvullend wederzijds wil vergelijken. De terugkoppeling van de resultaten wordt gecombineerd door een gesprek of een workshop waarbij de onderzoekers en instellingen van gedachten wisselen over de interpretatie en toepassing van de stuurinformatie.

Intramurale zorg maakt op onderdelen deel uit van benchmarkonderzoek Z-org

Nog een laatste voorbeeld van de innovaties die in dit benchmarkonderzoek zijn verwerkt. Het onderzoek draagt gemakshalve nog wel de naam ‘Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg’, maar in feite is dat niet geheel juist. Ongeveer de helft van de lidinstellingen van Z-org levert inmiddels naast extramurale ook intramurale zorg. Het gaat vaak om concerns die niet alleen een thuiszorginstelling maar ook verpleeg- en verzorgingshuizen of soms instellingen voor gehandicapten exploiteren. In het nu afgeronde onderzoek ligt het accent nog op de thuiszorg, maar in de medewerkerraadpleging is al een begin gemaakt met uitbreiding naar intramurale zorg.

De innovaties samengevat vanuit het perspectief 'maximaal genereren van stuurinformatie' zijn:

- vernieuwing van het benchmarkanalysemodel 2004:
 - toevoeging diagnosetool strategische positionering;
 - identificatie strategische thema's en koppeling aan benchmarkmeetgegevens;
 - toevoeging bouwsteen management van processen om inzicht te creëren in onder meer de logistieke uitkomsten van bedrijfsprocessen;
- vernieuwing van deelinstrumenten en analyses:
 - uitvoering integrale analyses van verbanden tussen uitkomsten van afzonderlijke instrumenten;
 - vernieuwing van de vragenlijst cliëntenraadpleging;
 - uitbreiding van de medewerkerraadpleging met enkele nieuwe thema's en toepassing van de raadpleging op de intramurale zorg;
 - uitbreiding van het financiële onderzoek met analyses van het nettoresultaat en de financiële positie;
- vernieuwing van de terugrapportage:
 - versnelde terugkoppeling van deelresultaten;
 - verbetering door markering van stuurinformatie;
 - toevoeging traject om toepassing verkregen inzichten bij instellingen te faciliteren.

Tot slot van deze inleiding nog een aantal feitelijke gegevens over het Z-org benchmarkonderzoek 2004:

- a Deelname aan het benchmarkonderzoek was vrijwillig. Van de 95 lidinstellingen van Z-org hebben er 82 deelgenomen aan het benchmarkonderzoek, waarvan 56 aan alle bouwstenen. De thuiszorgproductie van deze 82 instellingen omvat 94% van de totale thuiszorgproductie van de lidinstellingen in 2004, zodat de uitkomsten van het onderzoek representatief mogen worden geacht voor alle lidinstellingen;
- b Het onderzoek is gericht op de huishoudelijke verzorging inclusief alphahulp, verzorging en verpleging;
- c Het onderzoek is in opdracht van Z-org uitgevoerd door het Instituut Werk en Stress (IWS, medewerkerraadpleging), het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, cliëntenraadpleging), TNO Management Consultants (strategische positionering, management van processen en programmamanagement), en PricewaterhouseCoopers (financieel onderzoek en eindverantwoordelijk programmamanagement). De benchmarkdatabase is ontwikkeld door DESAN Research en onderzoek, dat de uitvoering van de analyses heeft ondersteund en met behulp van een automatische rapportgenerator de individuele rapporten heeft geproduceerd. De stuurgroep van Z-org heeft de voortgang bewaakt. Het bureau van Z-org leverde voor elke bouwsteen een materiedeskundige. De projectleider van Z-org maakte deel uit van het programmamanagement en verzorgde de communicatie naar lidinstellingen. Bestuurders van lidinstellingen namen deel aan de klankbordgroep en specialisten uit instellingen participeerden in diverse werkgroepen. Het Centraal Administratiekantoor Bijzondere Zorgkosten heeft een waardevolle medewerking aan het benchmarkonderzoek geleverd door het aanreiken van een bestand waarmee door het NIVEL een representatieve steekproef voor de cliëntenraadpleging kon worden getrokken.

Opbouw van dit brancherapport

Het eerste hoofdstuk van dit brancherapport gaat in op de resultaten van de integrale analyses. Vervolgens worden in de hoofdstukken 2 tot en met 6 de resultaten van de afzonderlijke instrumenten besproken. Achtereenvolgens komen aan de orde de strategische positionering, de cliëntenraadpleging, de medewerkerraadpleging, het onderzoek naar de financiële prestaties en het onderzoek naar het management van processen. Hoofdstuk 7 ten slotte bevat enkele aanbevelingen op brancheniveau.

In de bijlage bij het rapport zijn de namen weergegeven van degenen die hebben deelgenomen aan de stuurgroep, de klankbordgroep en het programmamanagement van dit onderzoek.

1 Integrale analyseresultaten en best practices leveren stuurinformatie voor instellingen en branche

1.01 Voordat de resultaten van de afzonderlijke benchmarkonderdelen worden toegelicht, komen de resultaten van de integrale analyses aan de orde. Achtereenvolgens gaan wij in op geconstateerde verbanden tussen de vier onderscheiden bouwstenen, de best practices en de relatieve verschuiving in de positie van de instellingen in 2004 ten opzichte van 2000. De bevindingen zijn gebaseerd op de uitkomsten van het benchmarkonderzoek. De interpretaties van de analyseresultaten zijn afkomstig van de onderzoekers, de materiedeskundigen van Z-org en door ons geconsulteerde bestuurders van instellingen.

1.02 Statistisch verantwoorde integrale analyses kunnen niet op het niveau van individuele instellingen worden uitgevoerd. De kans dat de uitkomsten op toeval berusten is dan veel te groot. Wel kunnen instellingen de hieronder weergegeven bevindingen betrekken bij het interpreteren van de eigen instellingsresultaten en het afwegen, formuleren en implementeren van verbeteracties.

Breed scala geconstateerde verbanden en verklaringen

1.03 Wij hebben via correlaties en regressieanalyses¹¹ onderzocht welke relaties er bestaan tussen de uitkomsten van de verschillende bouwstenen van de benchmark.

1.04 Uit onze analyses bleken tientallen statistische verbanden en mogelijke verklaringen hiervoor. Het is onmogelijk om die allemaal in dit rapport te bespreken. Wij hebben een selectie moeten maken en wij hebben daarvoor de verbanden en verklaringen gekozen die naar onze mening de meeste stuurinformatie opleveren of aansluiten bij de strategische thema's. Wij wijzen erop dat als twee aspecten met elkaar samenhangen, daarmee nog niet duidelijk is wat daarvan de oorzaak is. Een verdere verfijning van de samenhang en richting van de geconstateerde verbanden is mogelijk als wordt besloten de benchmark verder te continueren, zodat meer meetmomenten met elkaar kunnen worden vergeleken.

11 *Een correlatie tussen twee aspecten geeft aan of er een statistisch verband is tussen twee variabelen (meer A, dan ook meer B of andersom). We weten dan nog niet of dat veroorzaakt wordt door A of door B. Met andere woorden: we weten nog niet welke van de twee onderzochte variabelen de onafhankelijke en welke de afhankelijke variabele is. Bovendien is het dan nog steeds mogelijk dat er een derde aspect is dat de werkelijke oorzaak is. Een regressieanalyse geeft aan of er gegeven de in het regressiemodel opgenomen variabelen, zelfstandige effecten zijn van de onafhankelijke variabelen op de afhankelijke variabele. Voor zowel correlatieanalyses als regressieanalyses geldt dat er een relatief groot aantal waarnemingen vereist is.*

1.05 In de volgende subparagrafen beschrijven wij steeds een aantal verbanden. Wij hebben ons geconcentreerd op de weergave van de significante correlaties en regressies ($p < .05$). Niet-significante verbanden die wij toch niet ongenoemd willen laten worden aangeduid met de term 'trend'. Wij beginnen de analyses vanuit het perspectief van het cliëntoordeel. Bij deze analyses van de cliëntoordelen moet bedacht worden dat de variatie in oordelen vooral is terug te vinden op het niveau van de cliënten en veel minder op het niveau van de thuiszorginstellingen. Dat betekent dat ook voor mogelijke verklaringen van verschillen in cliëntoordelen vooral gezocht moeten worden op het niveau van cliënten.

Instellingen met tevreden cliënten hebben tevreden medewerkers: de relaties tussen cliëntoordeel en medewerkeroordeel

1.06 Een hoog cliëntoordeel gaat duidelijk samen met een hoog medewerkeroordeel, nog duidelijker dan in het benchmarkonderzoek 2000. De correlatie op brancheniveau bedraagt 0,62.

1.07 Er is vooral een sterke relatie tussen een positief cliëntoordeel en een positief medewerkeroordeel over de werkomstandigheden kwaliteit van zorg, vraaggerichte zorg en samenbindende waarden en over het welzijnsaspect herstelbehoefte¹². Medewerkers vatten kwaliteit daarbij breed op: ze hebben niet alleen de directe zorgverlening voor ogen, maar ook de organisatorische aspecten. Medewerkers vinden de kwaliteit vooral hoog als cliënten de betrouwbaarheid van de organisatie hoog waarderen, en andersom. Betrouwbaarheid van de organisatie is dus niet alleen gecorreleerd met een positief cliëntoordeel, maar ook (al of niet via de cliënten) met het oordeel van medewerkers.

1.08 In dezelfde lijn ligt de constatering dat een meer negatief cliëntoordeel (het totaaloordeel en het specifieke oordeel over de betrouwbaarheid) nauw samenhangt met een negatief oordeel van de medewerkers over planning en roostering. Enigszins gechargeerd zou gezegd kunnen worden: een goede planningssystematiek gaat samen met tevreden klanten én met tevreden medewerkers. Wij komen op het planningssysteem nog afzonderlijk terug.

1.09 Vanuit de bouwsteen management van processen blijkt dat een hoog cliëntoordeel samengaat met een laag ziekteverzuim.

1.10 Kortom: cliënten waarderen het voor alles als afspraken over de zorg worden nagekomen en als ze kunnen rekenen op vaste hulpverleners. Investeren in een goede planningssystematiek en het voorkómen van verzuim zal niet alleen de medewerkers baten, maar ook de cliënten.

Een betrouwbare organisatie heeft een grote positieve invloed op zowel het cliëntoordeel als het medewerkeroordeel.

12 *Herstelbehoefte is de omstandigheid dat er door werkdruk of stress geen gelegenheid is om uit te rusten, terwijl er wel sprake is van vermoeidheid.*

1.11 Ten slotte is een relatie gevonden tussen het oordeel van medewerkers over samenbindende waarden en het oordeel van cliënten over de informatievoorziening aan hen. Blijkbaar is het zo dat als er binnen een instelling een ‘wijgevoel’ bestaat en gesproken kan worden over een algemene gedragscode ten aanzien van de aangeboden diensten, dit ook als heldere informatie aan de cliënt kan worden overgebracht.

Relatie cliëntoordeel en financiële prestaties

1.12 Tussen cliëntoordeel en financiële prestaties van de instelling hebben wij wel een aantal verbanden gevonden, maar het zijn er minder dan tussen cliëntoordeel en medewerkeroordeel, en bovendien zijn de verbanden minder sterk. Er is een trend dat een hoog cliëntoordeel samengaat met betere financiële prestaties. Een financieel beter presterende organisatie heeft waarschijnlijk meer mogelijkheden om te investeren in activiteiten die cliënten van belang vinden, of in een goed personeelsbeleid, wat indirect ook kan resulteren in een hoog cliëntoordeel.

1.13 Een verband tussen cliëntoordeel en de doelmatigheid (doelmatigheid als onderdeel van de totale score op financiële prestaties) is er niet gevonden. Kwaliteit kan dus wel samengaan met doelmatigheid, maar het hoeft beslist niet.

1.14 Op onderdelen zijn er echter wel verbanden gevonden. Interessant is bijvoorbeeld de bevinding dat een hoog cliëntoordeel samengaat met een lager aandeel personeelskosten voor stafmedewerkers, maar met een hoger aandeel personeelskosten voor leidinggevenden (aandeel in de totale kosten). Een organisatie die relatief veel uitgeeft aan leidinggevenden in de zorg, wordt dus verhoudingsgewijs door cliënten wat vaker positief gewaardeerd. Let wel: het gaat om leidinggevenden in de zorg, die direct de uitvoerend medewerkers aansturen en die voor cliënten vaak contactpersoon zijn bij vragen en klachten. Het terugdringen van deze specifieke overheadkosten is dus vanuit cliëntperspectief niet zonder meer aan te bevelen. Verderop in dit hoofdstuk zullen we zien dat dit ook geldt vanuit het medewerkerperspectief, en zelfs voor het doelmatigheidsperspectief.

1.15 De uitkomsten van de analyses wijzen erop dat de stelling ‘hoe hoger het aandeel kosten voor leidinggevenden, hoe hoger het cliëntoordeel’, ook haar grenzen kent. Eerst stijgt het cliëntoordeel met de stijging van het kostenaandeel, maar boven de 6% niet meer. Alleen op het onderdeel ‘informatievoorziening’ blijft het verband langer zichtbaar: het optimum ligt in elk geval bij 10% en misschien wel hoger (de cijfers geven daar geen uitsluitel over omdat het kostenaandeel bij geen enkele instelling hoger is dan 10,23%). Dat betekent dat instellingen die een aandeel van minder dan 10% realiseren, extra aandacht zouden moeten besteden aan de informatievoorziening, omdat die anders in de knel kan komen. Het gemiddelde aandeel van de kosten voor leidinggevenden bedraagt 4,8%.

Een hoger cliëntoordeel gaat samen met een hoger percentage kosten voor leidinggevenden in de zorg (percentage van de totale kosten). Boven een kostenaandeel van ongeveer 6% is dit verband echter niet meer aanwezig.

1.16 Verder is er een verband gevonden tussen een hoog cliëntoordeel over de organisatie van de instelling en een hoog percentage productievoorzwaardelijke uren (indirecte tijd) van de uitvoerende zorgmedewerkers. Dit kan worden verklaard door het feit dat productievoorzwaardelijke uren voor een deel worden besteed aan activiteiten die met de organisatie en planning van de zorg te maken hebben, wat vervolgens tot uitdrukking komt in het cliëntoordeel.

Relatie cliëntoordeel en indicatoren management van processen

1.17 Een hoog cliëntoordeel blijkt samen te gaan met een hoog aantal aan medewerkers uitgereikte certificaten en diploma's, een prestatie-indicator uit de bouwsteen management van processen. Dit is een aanwijzing dat investering in scholing van personeel door kan werken naar de cliënten.

Investeren in medewerkers loont ook voor cliënten en draagt bij aan de financiële prestaties van de instelling, maar dan moet de instelling zich dit wel kunnen veroorloven. Een gezonde financiële positie is dus voorwaarde.

Relatie medewerkeroordeel en financiële prestaties van de instelling

1.18 Na de analyses vanuit het cliëntperspectief, waarbij vanwege de grote samenhang al regelmatig het medewerkeroordeel aan de orde kwam, volgen nu de verbanden gezien vanuit het medewerkerperspectief. De verbanden met het cliëntoordeel zijn al aan de orde geweest.

1.19 Een lage herstelbehoefte van medewerkers blijkt samen te gaan met een goede financiële prestaties van de instelling. In dezelfde lijn ligt de bevinding dat een hogere doelmatigheid (als onderdeel van de financiële prestaties) samengaat met eveneens een lagere herstelbehoefte, met minder emotionele uitputting en een hoger oordeel over ontplooiing. Het lijkt erop alsof medewerkers van instellingen die financieel goed presteren, zich prettiger voelen. En andersom is te verwachten dat gezonde medewerkers bijdragen aan een financieel gezonde exploitatie.

De gedachte ontstaat dat het verbeteren van de doelmatigheid op middellange termijn binnen thuiszorginstellingen wel eens zou kunnen beginnen met het investeren in medewerkers.

1.20 Er blijkt verder een duidelijk verband tussen een hoog oordeel van medewerkers over de competentiegerichtheid van de organisatie en een goede financiële positie. Het verband blijkt ook uit de analyse van de best practices: competentiegerichtheid is een van de aspecten van het medewerkeroordeel waarin zich best practices het meest onderscheiden van andere instellingen. De interpretatie van het verband lijkt wat complex: op de korte termijn zal investeren in competenties van medewerkers de inzet van financiële middelen en tijd van de medewerkers vragen, maar op de middenlange termijn is het blijkbaar toch gunstig voor de financiële positie, mogelijk via een geringer verloop van medewerkers en daardoor een geringere noodzaak voor de inzet van middelen voor het aantrekken en scholen van nieuwe medewerkers. Andersom lijkt het verband duidelijk: een instelling met een gezonde financiële positie heeft de middelen om te investeren in het vergroten van de competentie van medewerkers.

Instellingen hebben een gezonde financiële positie nodig om te kunnen investeren in maatregelen die voor het behoud van medewerkers en cliënten van groot belang zijn, zoals scholing.

1.21 Zoals te verwachten was, gaat een hoog ziekteverzuim samen met een laag oordeel van medewerkers ten aanzien van welzijnsaspecten en een groot aantal werkomstandigheden, bijvoorbeeld samenbindende waarden. Gezien het feit dat samenbindende waarden van groot belang voor medewerkers zijn (zie hoofdstuk 4), is het daarom niet ondenkbaar dat een instelling die aandacht besteedt aan gedeelde waarden, een goede kans maakt op een laag ziekteverzuim.

1.22 Een positief oordeel over motiverend leiderschap blijkt samen te gaan met een hoger aandeel kosten voor leidinggevend in de zorg. Het investeren in leidinggevend in termen van aantal en/of kwaliteit heeft een positief effect op medewerkers (en draagt bij aan een hoger cliëntenoordeel zoals we hierboven al hebben geconstateerd).

Relatie medewerkeroordeel en indicatoren management van processen

1.23 Koppeling van de uitkomsten van de medewerkerraadpleging met die van management van processen laat aanvullend nog een aantal interessante verbanden zien, of soms juist een ontbreken van verbanden die wel waren verwacht:

- a Het door medewerkers gerapporteerd verzuim correleert niet sterk met het werkelijk verzuim: soms is het hoger, meestal lager. Het gerapporteerd verzuim betreft echter slechts één aspect van het verzuim, te weten: het antwoord op de vraag of iemand de afgelopen twaalf maanden één of meerdere keren twee weken of langer ziek is geweest; op voorhand hadden de onderzoekers echter wel een relatie verwacht;
- b Een hoog percentage gerealiseerde functioneringsgesprekken gaat samen met een hoog oordeel over competentiegerichtheid en ontplooiing, een hoge betrokkenheid bij de organisatie en tevredenheid over het werk. Functioneringsgesprekken blijken zoals verwacht een gewaardeerd personeelsinstrument binnen de thuiszorg;
- c In dezelfde lijn ligt de bevinding dat een hoog oordeel van de medewerkers over de kwaliteit van zorg samenhangt met een hoog aantal uitgereikte certificaten en diploma's. Opleiden en bevorderen van de deskundigheid van de medewerker als professionals draagt positief bij aan het oordeel van de medewerker over de kwaliteit van zorg;
- d Een hoge emotionele belasting van medewerkers gaat samen met een relatief hoog percentage huishoudelijke zorg dat wordt geleverd door verzorgenden; bij moeilijke cliënten wordt dus een hoger niveau (verzorgenden in plaats van thuishulpen A en verzorgenden B) ingezet, maar deze verzorgenden ervaren dan ook wel de hogere belasting.

1.24 Een aantal relaties biedt nader inzicht in de al eerder genoemde rol van het planningsproces. Een hoog medewerkeroordeel over de sociale steun die zij ontvangen van hun collega's en over het werkplezier (trots op, voldoening in en enthousiasme over het werk) en gezondheidsklachten lijkt verband te houden met een decentrale en niet-geautomatiseerde planning. Echter: een decentrale planning blijkt wel samen te gaan met een negatiever oordeel van de medewerkers over de werkdruk (een trend). Een decentrale planning gaat samen met een hogere productiviteit, mogelijk doordat door medewerkers flexibeler kan worden ingespeeld op onvoorziene omstandigheden bij cliënten en in de eigen situatie. Een andere bevinding over het thema planning is dat als medewerkers een gebrek aan planning en roostering ervaren, zij vaker verzuimen.

Een decentrale en handmatige planning heeft een positieve invloed op het medewerkeroordeel, maar kan wel leiden tot verhoging van ervaren werkdruk.

1.25 Een aantal andere gevonden verbanden heeft betrekking op de aansturing van uitvoerende medewerkers in de zorg door leidinggevenden zorg. Eerder zagen wij al dat investeren in leidinggevenden een positieve invloed lijkt te hebben op cliënten en medewerkers. Daaraan kunnen we nu de relatie met een aantal prestatie-indicatoren uit de bouwsteen management van processen toevoegen. Het blijkt namelijk dat op een aantal punten een hoog medewerkeroordeel samengaat met hoge scores op planningsindicatoren zoals het percentage zorg dat op tijd start en het aantal medewerkers per cliënt, zaken waarbij leidinggevenden zorg een duidelijke rol hebben.

Medewerkers die positief over hun werk oordelen, werken in een organisatie waar leidinggevenden duidelijk sturen en de bedrijfsvoering op orde hebben.

1.26 Er zijn al met al op brancheniveau vele aangrijpingspunten, zowel binnen als buiten het personeelsbeleid, om het oordeel van medewerkers over hun werk te beïnvloeden. Van dit inzicht kunnen uiteraard ook de individuele instellingen gebruik maken bij het interpreteren van de eigen benchmarkresultaten zoals die in de fact sheets voor de eigen instelling zijn weergegeven en het afwegen van prioriteiten en het doorvoeren van verbeteringen in de bedrijfsvoering. Het investeren in medewerkers heeft immers waarschijnlijk weer zijn effect op het oordeel van cliënten, de financiële prestaties van de instelling en de bedrijfsvoering. Wij raden echter individuele instellingen aan om bij hun analyse van het medewerkeroordeel in hun instelling eerst de eigen instellingsresultaten te bezien: welke welzijnsaspecten vormen een verbeterpunt, en welke werkomstandigheden moeten daartoe verbeteren? Pas als deze analyse onvoldoende duidelijkheid biedt, kunnen de resultaten op brancheniveau van belang zijn. Mogelijk bieden de landelijke verbanden aanvullende inzichten die op instellingsniveau niet duidelijk zijn.

Relatie financiële prestaties en procesindicatoren

1.27 Na het perspectief van het cliëntoordeel en het medewerkeroordeel komen de relaties vanuit het perspectief van de financiële prestaties aan de orde. Omdat de relaties met het cliëntoordeel en medewerkeroordeel al zijn beschreven, resteren de relaties met de prestatie-indicatoren van de bouwsteen management van processen.

1.28 Er blijkt een aantal relaties te zijn. We noemen ze hieronder:

- a een hoger aandeel kosten voor leidinggevenden zorg gaat samen met:
 - een hoger percentage zorg dat op tijd, dat wil zeggen binnen de bij de indicatie gestelde termijn is gestart;
 - een hoger percentage geleverde zorg ten opzichte van de geïndiceerde zorg;
 - een lager aantal verschillende medewerkers per cliënt;
- b een lager aantal verschillende medewerkers per cliënt gaat samen met een hogere productiviteit;
- c een hoger aantal certificaten en diploma's gaat samen met een hoger percentage indirecte tijd: hoger opgeleide medewerkers besteden meer tijd aan overleg en coördinatie.

Investeren in leidinggevenden zorg gaat samen met een hogere score op voor cliënten en medewerkers belangrijke procesindicatoren. Er wordt meer zorg op tijd gestart, er wordt een hoger percentage geïndiceerde zorg geleverd en er komen minder verschillende hulpverleners bij de cliënt.

Investeren in scholing zal op veel aspecten van het medewerkeroordeel een positief effect hebben, maar kan wel leiden tot een lagere productiviteit (maar dat gaat niet ten koste van het cliëntoordeel).

Opvallende overeenkomsten met bevindingen in benchmarkonderzoek 2000

1.29 Hoewel in het benchmarkonderzoek 2000 de bedrijfsvoering op een andere manier is geïnventariseerd dan in 2004, is er toch een aantal opvallende overeenkomsten. In 2000 is de analyse vooral gericht op de bedrijfsvoering van de best practices. Daarvan werd geconstateerd dat de best practices in 2000:

- a een meer uitgesproken personeelsbeleid voeren dan gemiddeld, bijvoorbeeld een beter gebruik van functioneringsgesprekken, een opleidingsbeleid dat meer is gericht op persoonlijke ontwikkeling, secundaire arbeidsvoorwaarden en coaching als ontwikkelingsinstrument;
- b de roosters en werktijden van de medewerkers beter afstemmen op hun persoonlijke omstandigheden;
- c medewerkers via overlegkanalen meer invloed geven op het beleid;
- d een cultuur hebben waarin sprake is van een sterke aansturing door leidinggevenden, zowel op output en werkprocessen als op normen en waarden.

1.30 De elementen investeren in medewerkers, een goede roostering en planning en een krachtige aansturing door leidinggevenden zien we dus in beide benchmarkonderzoeken als constante factoren terug.

Optimalisering van planning veelbelovend aandachtspunt, ook op brancheniveau

1.31 Een goede planning gaat relatief vaak samen met een meer positief cliëntoordeel, een meer positief medewerkeroordeel en een relatief grote doelmatigheid. Bovendien kan, nu in 2005 de instellingen inmiddels op basis van geleverde prestaties worden gefinancierd, een goede planning voor individuele instellingen letterlijk van levensbelang zijn. Alle reden dus om op basis van de verkregen inzichten op dit punt actie te nemen, temeer omdat uit de bouwsteen management van processen en door ons bij instellingen gevoerde gesprekken duidelijk wordt wat 'een goede planning' zou kunnen zijn. De uitkomsten van de analyses tenderen immers naar een systematiek waarbij sprake is van een gedecentraliseerde planning en (in mindere mate) ook een handmatige planning.

1.32 Dat laatste, een handmatige planning, waaronder ook verstaan wordt een geautomatiseerd opgestelde basisplanning die door medewerkers mag worden aangepast, wekt misschien verwondering in een tijdperk waarin automatisering wordt gezien als de oplossing voor problemen en niet als een veroorzaker daarvan. Waar het om gaat is dat het effectief lijkt als medewerkers de gelegenheid hebben om binnen hun eigen team elkaar bij roostervraagstukken te ondersteunen, en bevoegd zijn om zelfstandig en flexibel in te springen op gewenste wijzigingen in de planning die door de cliënten of door de medewerker zelf worden geïnitieerd.

1.33 Dat betekent volgens ons dat er behoefte is aan een ICT-toepassing die medewerkers faciliteert maar hen niet in een keurslijf dwingt en ruimte laat voor nadere decentrale invulling. Een van de best practices uit dit benchmarkonderzoek gaf desgevraagd aan dat zijn organisatie een systeem hanteert dat (centraal en geautomatiseerd) aan iedere medewerker een roostervoorstel stuurt, waarop medewerkers zelf vervolgens in overleg met hun team wijzigingen kunnen aanbrengen. Door vervolgens die wijzigingen weer in het systeem vast te leggen, blijft er op instellingsniveau inzicht in de actuele planning en roostering.

1.34 In het verlengde hiervan is het ook van belang dat medewerkers goed bereikbaar zijn om snel te kunnen inspelen op wijzigingen in het rooster. Ook daarvoor is ICT-ondersteuning nodig.

Binnen de thuiszorg lijkt het planningsproces een sleutelproces voor kwaliteit uit perspectief van cliënten en medewerkers en voor de financiële prestaties van de instelling. Een decentrale planning die door de medewerkers zelf aan te passen is, heeft een positieve invloed op het medewerkeroordeel en de doelmatigheid, maar kan wel de werkdruk verhogen.

Best practices onderscheiden zich door evenwicht tussen kwaliteit en financiële prestaties

1.35 De benchmarkresultaten van de instellingen zijn voor iedere bouwsteen in een afzonderlijke totaalscore weergegeven. Net zoals in de voorgaande benchmarkonderzoeken zijn vervolgens per bouwsteen drie klassen onderscheiden. Instellingen met een relatief hoge score op een bouwsteen zijn in klasse A ingedeeld, instellingen met prestaties rond de gemiddelde score zijn in de B klasse ingedeeld en instellingen die voor de betreffende bouwsteen een relatief lage score hadden, zijn in de C-klasse ingedeeld.

1.36 De nieuwe bouwsteen management van processen kon in dit benchmarkonderzoek door een te gering aantal instellingen betrouwbaar worden ingevuld. Om die reden is besloten de resultaten van deze bouwsteen bij het identificeren van de best practices buiten beschouwing te laten. Dit betekent dat instellingen die voor de drie bouwstenen cliëntenraadpleging, medewerkerraadpleging en financiële prestaties in de A-klasse scoorden, als best practice zijn geïdentificeerd. In 2004 waren dat er vijf.

1.37 Vervolgens hebben wij onderzocht hoe deze best practices kunnen worden gekarakteriseerd en waarin ze zich onderscheiden van anderen.

1.38 In de eerste plaats blijkt dat van de vijf best practices er drie in de strategische positionering duidelijk hebben gefocust op één concurrentiestrategie (die van klantenpartner). Opvallend is dat deze drie best practices ook in de bouwsteen management van processen tot de klasse A behoorden.

1.39 Een tweede opvallende bevinding is dat best practices weliswaar voor alle drie de bouwstenen tot klasse A behoren, maar dat zij per bouwsteen binnen de A-klasse niet tot de absolute top behoren. In de cliëntenraadpleging scoren zij net iets boven het gemiddelde in klasse A, in de medewerkerraadpleging zijn de best practices gespreid over de bovenste helft van de klasse A-instellingen en voor de bouwsteen financiële prestaties geldt zelfs dat zij binnen klasse A laag scoren.

1.40 De bevinding duidt op de noodzaak tot het balanceren van de inspanningen door het management en de medewerkers van de instellingen. Louter maximaliseren van cliënttevredenheid gaat wellicht ten koste van het welzijn van de medewerker en kan de financiële prestaties van de instelling ondermijnen. Louter sturen op het maximaliseren van de financiële prestaties van de instelling zonder voldoende rekening te houden met de wensen en behoeften van medewerkers en cliënten, kan het oordeel over de kwaliteit van cliënten en de medewerkers negatief beïnvloeden.

Instellingen die op één benchmarkonderdeel de allerhoogste scores behalen, scoren op andere onderdelen minder goed en zijn dus geen best practice. De allerhoogste kwaliteit gaat zichtbaar ten koste van de financiële prestaties en andersom.

1.41 Best practices onderscheiden zich in de medewerkerraadpleging van de andere instellingen op bijna alle onderdelen, maar vooral op de thema's samenbindende waarden, competentiegerichtheid en betrokkenheid bij de organisatie. Dat bevestigt de in de medewerkerraadpleging getrokken conclusie dat dit type werkomstandigheden van groot belang is voor de medewerkers en dat het dus zeker niet alleen gaat om werkdruk en fysieke belasting.

1.42 Best practices onderscheiden zich verder van de andere instellingen door een lager ziekteverzuim van uitvoerenden zorg (7,6% tegenover het branchegemiddelde van 7,9%), door gemiddeld lagere kosten per betaalluur (€ 15,43 versus € 15,97) en lagere kosten per contactuur (€ 22,43 versus € 22,93).

1.43 Opvallend genoeg onderscheiden de best practices zich echter niet door een hogere productiviteit. Integendeel, met 62,3% is de productiviteit (eigen personeel) van best practices lager dan het branchegemiddelde van 63,9% en zeker lager dan het gemiddelde van de instellingen in klasse A van de bouwsteen financiële prestaties.

1.44 Best practices blijken de tijd die beschikbaar is door een wat lagere productiviteit en minder ziekteverzuim te besteden aan productievoorzwaardelijke uren, dus aan voorlichting, planning, coördinatie en zorgdossiers/zorgplannen. De tijd die aan planning wordt besteed is bijvoorbeeld 2,2%, versus het branchegemiddelde van 1%. De tijd die wordt besteed aan scholing is bij best practices iets hoger dan gemiddeld (2,1% versus 1,9%). Aan voorlichting of het aanleggen van een zorgdossier/zorgplan wordt in best practices 1,2% van de tijd besteed, in de andere instellingen 0,2%.

Small is nog steeds beautiful, maar grote instellingen scoren beter dan in vorige benchmarkonderzoek

1.45 In het benchmarkonderzoek 2000 werd geconstateerd dat kleine instellingen vaak beter scoorden dan grote. In de groep van dertien best practices waren destijds de kleine instellingen dan ook oververtegenwoordigd.

1.46 In het benchmarkonderzoek 2004 is deze situatie inmiddels veranderd. In de cliëntenraadpleging lijkt er nauwelijks verband tussen cliëntoordeel en grootte van de instelling. Voor de medewerkerraadpleging geldt het verband nog wel: hoe kleiner de instelling, hoe hoger de score. In het financiële onderzoek scoren kleine instellingen (die er niet overigens niet zoveel meer zijn) nog steeds goed, maar dat geldt nu ook voor grote instellingen. Het zijn nu de instellingen in de middenklasse die minder goed scoren.

1.47 Bekend is dat veel grotere instellingen ten tijde van het benchmarkonderzoek 2000 destijds recent waren gefuseerd. Het lijkt erop dat in de postfusieperiode het aanvankelijk nog moeilijk is geweest om een hoge kwaliteit en doelmatigheid te realiseren. Mogelijk is de integratie van verschillende soorten bedrijfsvoering en de herinrichting van de bedrijfsprocessen voor de gefuseerde organisaties en het samenvoegen van formaties mede debet geweest aan de in 2000 achterblijvende prestaties. Inmiddels blijken schaalvoordelen bij te dragen aan lagere overheadkosten waarbij de vrijkomende middelen kunnen worden ingezet voor personeelsbeleid. Wel lijkt het van belang om binnen de grotere organisaties decentrale activiteiten voldoende ruimte te geven.

Positie ten opzichte van 2000: 21,5% verbetert zich sterk

1.48 Wij sluiten dit hoofdstuk over de integrale analyses af met een bespreking van de verschillen tussen de positie die de instellingen innamen in de rangorde van benchmarkuitkomsten in 2000-2002 innamen en die zij in 2004 innemen.

1.49 De onderstaande tabel bevat een samenvattend overzicht, waarbij wij de beweging in vijf categorieën hebben ingedeeld: relatief sterk verslechterd, relatief verslechterd, stabiel, relatief verbeterd en relatief sterk verbeterd. We spreken van een relatieve verbetering of verslechtering, omdat het kan zijn dat een instelling in absolute zin hetzelfde heeft gescoord als in het vorige benchmarkonderzoek, maar toch in een andere positie komt omdat de scores van andere instellingen wél zijn gewijzigd.

1.50 De positie is bepaald op basis van de scores op de cliëntenraadpleging, de medewerkerraadpleging en het onderdeel doelmatigheid van het financiële onderzoek; de onderzoeken naar het nettoresultaat en de financiële positie evenals de bouwsteen management van processen zijn niet meegenomen omdat die voor de eerste keer deel uitmaken van de benchmark. De scores zijn voor elk van de drie instrumenten in drie klassen ingedeeld: de hoogste klasse A, de middenklasse B en de onderste klasse C. Er zijn dus negen klassen, en 27 combinatiemogelijkheden van klassen, bijvoorbeeld: cliëntenraadpleging klasse A, medewerkerraadpleging klasse B en doelmatigheid klasse A. Deze 27 combinatie-mogelijkheden zijn posities genoemd.

1.51 De vergelijking tussen de twee benchmarkonderzoeken kon gemaakt worden op basis van 51 instellingen die aan beide benchmarkonderzoek integraal hebben deelgenomen.

Tabel 1-1: Positiewijziging 2004 ten opzichte van 2000-2002

| Positiewijziging | Definitie | Aantal instellingen | Percentage |
|--------------------------------------|--|---------------------|------------|
| Relatief sterk verslechterde positie | Per saldo minimaal twee posities lager | 10 | 19,6% |
| Relatief verslechterde positie | Per saldo minimaal één positie lager | 8 | 15,6% |
| Stabiel | Per saldo geen beweging | 10 | 19,6% |
| Relatief verbeterde positie | Per saldo minimaal één positie hoger | 12 | 23,5% |
| Relatief sterk verbeterde positie | Per saldo minimaal twee posities hoger | 11 | 21,5% |

Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

1.52 Uit de tabel blijkt dat bijna de helft (45%) van de instellingen de eigen relatieve benchmarkpositie in een aantal jaren heeft weten te verbeteren, waarvan elf instellingen (21,5%) hun positie sterk hebben weten te verbeteren. Achttien instellingen hebben een relatief slechtere positie in 2004, waarvan tien instellingen een relatief sterk verslechterde positie hebben.

Herhaling draagt bij aan kracht van multidimensionele benchmarking

1.53 Als gevolg van het feit dat het multidimensionele benchmarkonderzoek nu voor de derde keer is toegepast en het feit dat voor het eerst het onderzoek voor alle bouwstenen op dezelfde meetperiode betrekking heeft, is het inzicht in de onderlinge samenhang tussen de bouwstenen aanzienlijk versterkt. Hieruit blijkt dat de kracht van benchmarking mede wordt bepaald door de herhaling van het onderzoek over een reeks van jaren.

Kernbevindingen integrale analyses

- Betrouwbaarheid - het nakomen van afspraken - is voor cliënten het belangrijkste kwaliteitsaspect en blijkt ook op het medewerkeroordeel van invloed te zijn.
- Het verbeteren van de doelmatigheid op middellange termijn zou wel eens kunnen beginnen met het investeren in medewerkers. De financiële positie van de instelling moet dat dan wel toelaten.
- Een hoger aandeel kosten van leidinggevenden in de zorg gaat (tot een grenswaarde van 6%) samen met een gunstiger cliëntoordeel en een gunstiger medewerkeroordeel én met een hoge score op een aantal procesindicatoren zoals het percentage op tijd gestarte zorg.
- Investeren in scholing van medewerkers heeft ook een gunstig effect op het cliëntoordeel. De wat geringere productiviteit heeft geen negatieve invloed op het cliëntoordeel.
- Het planningsproces is een sleutelproces omdat het invloed heeft op de door cliënten en medewerkers ervaren kwaliteit en op de financiële prestaties van de instelling. Decentrale en handmatige planning blijkt samen te gaan met een hoger medewerkeroordeel en een hogere doelmatigheid, maar kan wel de werkdruk verhogen.
- Het blijkt dat instellingen die op één benchmarkonderdeel de allerhoogste scores behalen, op andere onderdelen minder goed scoren en dus geen best practice worden.
- Small is beautiful, maar groot is op weg dat te worden. Qua cliëntoordeel en doelmatigheid doen zij nu niet of nauwelijks meer voor de kleine onder. De middelgrote instellingen scoren op de doelmatigheid het minst positief.

2 Strategische positionering: ruim 20% instellingen richt zich duidelijk op één onderscheidende concurrentiestrategie

2.01 Dit hoofdstuk is gewijd aan de nieuw in het benchmarkonderzoek 2004 opgenomen diagnosetool strategische positionering. Wij beschrijven allereerst het instrument en gaan vervolgens in op de resultaten.

Diagnosetool sluit aan bij strategische thema's thuiszorg

2.02 Bij de voorbereiding van het benchmarkonderzoek is tijdens de inventarisatie van de strategische thema's waarvoor de vernieuwde benchmark 2004 stuurinformatie zou moeten aanreiken, van meet af aan onderkend dat niet elke instelling op dezelfde manier met deze thema's zal (willen) omgaan. De wijze waarop de instelling actuele vraagstukken als het zogenaamde margedenken, cliëntenbinding en medewerkerbinding benadert, hangt mede af van de strategie van de instelling. Deze zal veelal zijn bepaald door de mogelijkheden van de instelling in het perspectief van de lokale en regionale marktomstandigheden.

2.03 Bij het onderling vergelijken van de door instellingen geleverde prestaties dient vanuit dit perspectief rekening te worden gehouden met de door de instellingen gekozen strategie. Zo zal voor een instelling die heeft gekozen voor klantenpartnerschap het leveren van diensten tegen de binnen de sector geldende gemiddelde kostprijs als een acceptabele prestatie en benchmark worden beschouwd, terwijl instellingen die hebben gekozen voor kostenleiderschap de meest scherpe kostprijs als benchmark nastreven.

2.04 Bij het identificeren van de best practices zou in een concurrerende markt in onze visie rekening dienen te worden gehouden met de door de instelling gekozen strategie. Bij het implementeren van de benchmarkuitkomsten kunnen instellingen met eenzelfde strategie contact met elkaar opnemen om hun benchmarkresultaten onderling te vergelijken.

2.05 Op grond van de literatuur is deze gedachte geoperationaliseerd in de vorm van het analysemodel van Treacy en Wiersema. Deze Amerikaanse auteurs van het boek 'The discipline of market leaders' (1996) stellen dat dominante marktleiders zich onderscheiden van anderen met een uniek waardebod doordat zij een duidelijke en eenduidige keuze maken ten aanzien van hun strategische positie ('choose your customers, narrow your focus, dominate your market'). Treacy en Wiersema benoemen drie strategische posities: operational excellence (in de benchmark kostenleider), product leader (productleider) en customer intimacy (klantenpartner). Elk van die onderscheiden posities vereist andere accenten in de opzet en inrichting van de primaire en ondersteunende bedrijfsprocessen. Zo zal een productleider moeten investeren in productinnovaties, maar dan is er wel een bepaalde solvabiliteit nodig om de vereiste investeringen te kunnen financieren.

Een klantenpartner zal hoog scoren op de door klanten belangrijk ervaren onderdelen van de cliëntenraadpleging en een kostenleider zal zijn bedrijfsprocessen maximaal gestroomlijnd hebben om een lage kostprijs te realiseren.

2.06 Hoe eenduidiger de strategische keuze van een instelling is, hoe ondubbelzinniger de opzet en aansturing van de bedrijfsprocessen kan worden ingericht. Door het maken van een expliciete keuze kunnen dilemma's tussen bijvoorbeeld sterk gestandaardiseerde werkprocessen en op maat geleverde diensten aan cliënten die de doelmatigheid ondermijnen, worden vergemakkelijkt. Vanuit hun strategische keuze kunnen instellingen zinvolle benchmarkpartners identificeren, de benchmarkresultaten interpreteren en de bedrijfsvoering zo nodig gericht bijsturen.

2.07 Om de strategische positionering in het benchmarkonderzoek een plaats te kunnen geven, is door de onderzoekers een 'diagnosetool strategische positionering' ontwikkeld. De diagnosetool is een internetapplicatie, die bestaat uit een vragenlijst en een 'spinnenweb' (zie figuur 2-1) waarmee op basis van het management van de instelling gegeven antwoorden, de strategische positie van de instelling of onderdeel van de instelling in scores worden vertaald en meteen grafisch worden uitgebeeld.

2.08 De vragenlijst bestaat uit 24 vragen, 8 per mogelijke strategische positie. Het management van de instelling is gevraagd om de huidige situatie weer te geven, niet de ambities. Voor elk antwoord worden punten gescoord. Het aantal punten per antwoord varieert van 1 punt (volstrekt mee oneens) tot 5 punten (volstrekt mee eens). Per strategische positie wordt het totaal aantal punten berekend door het sommeren van de scores op de acht vragen die bij desbetreffende strategische positie behoren.

2.09 Er is sprake van een duidelijke focus op één van de drie strategieën, als de score hoger is dan 32 punten per strategie. Van 28 tot 32 punten spreken we van enige focus en beneden de 28 punten is er geen focus.

Keuzes diffuus, klantenpartner meest gekozen profiel

2.10 De diagnosetool is door 73 instellingen ingevuld. Van deze 73 instellingen hebben er 66 de tool éénmaal gebruikt, voor de strategie van de totale instelling. Zeven instellingen hebben de tool driemaal gebruikt: éénmaal voor het totaal, éénmaal voor de huishoudelijke verzorging en éénmaal voor de verzorging/verpleging samen. Eén instelling heeft de tool viermaal ingevuld: éénmaal voor het totaal en éénmaal voor elk van de drie AWBZ-prestaties. In totaal is de diagnosetool 88 maal ingevuld.

2.11 In tabel 2-1 en figuur 2-1 is weergegeven in welke mate de instellingen een keuze hebben gemaakt. Dat kan zijn:

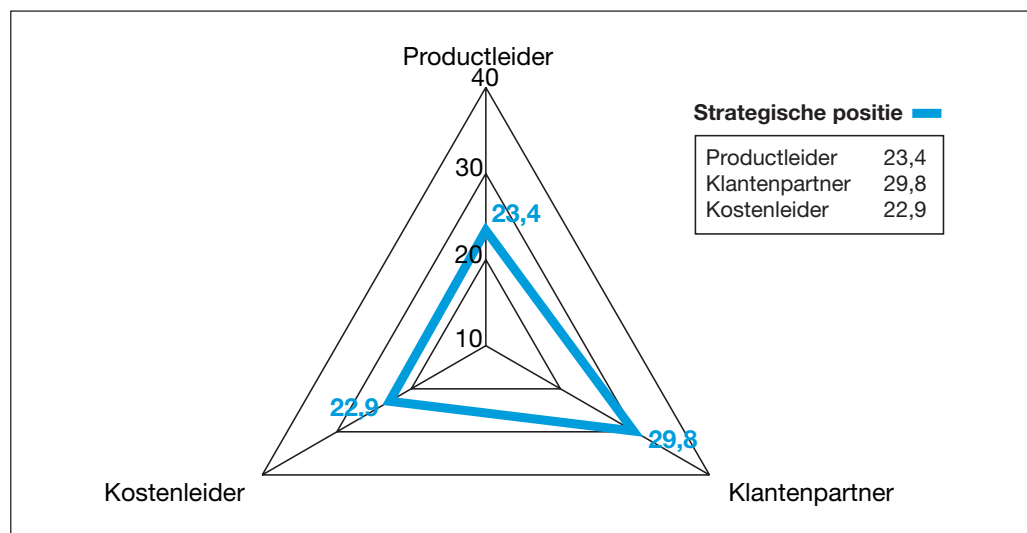
- a een duidelijke focus of een minder duidelijke keuze;
- b een keuze voor één positie, voor twee posities of voor drie posities.

Tabel 2-1: Resultaten gekozen strategische positionering

| Aantal gekozen concurrentie-strategieën | Soort strategie | Mate van focus in keuze | | | Totaal |
|---|---|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------|
| | | Sterke focus (> 32 punten per keuze) | Enige focus (26-32 punten per keuze) | Geen focus (<26 punten per keuze) | |
| Eén keuze | Klantenpartner | 19 | 14 | 7 | 40 |
| | Kostenleider | - | - | - | - |
| | Productleider | - | 1 | - | 1 |
| | Subtotaal | 19 | 15 | 7 | 41 |
| Twee keuzes | Klantenpartner en kostenleider | - | 5 | 1 | 6 |
| | Klantenpartner en productleider | 9 | 10 | 2 | 21 |
| | Kostenleider en productleider | - | - | - | - |
| | Subtotaal | 9 | 15 | 3 | 27 |
| Drie keuzes | Klantenpartner, kostenleider en productleider | 1 | 10 | 9 | 20 |
| Totaal | | 29 | 40 | 19 | 88 |

Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

Figuur 2-1: Uitkomst diagnosetool strategische positionering (fictief voorbeeld)



Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

2.12 Van de 88 ingevulde vragenlijsten resulteerden er 19 (20%) in een duidelijke focus op één van de drie strategische posities. De gekozen positie was in alle gevallen die van klantenpartner. De positie van kostenleider is niet één maal als enige duidelijke keuze naar voren gekomen.

2.13 In negen ingevulde vragenlijsten (10,2%) is wel een duidelijke keuze gemaakt, maar wordt gefocust op twee posities. In één geval is voor drie posities gekozen. In deze situatie wordt dus geen keuze tussen de drie strategieën gemaakt. Het uitgangspunt van Treacy en Wiersema is, dat marktleiders in een sterk concurrerende markt zich op één positie richten ('no company can succeed today by trying to be all things to all people'); een keuze voor twee of drie posities zal volgens hen niet tot het gewenste resultaat leiden. Als voor twee posities werd gekozen, was daaronder altijd die van klantenpartner, twaalf maal in combinatie met die van productleider en zes maal met die van kostenleider.

2.14 In 59 situaties (67% van de ingevulde vragenlijsten) is geen duidelijke keuze gemaakt.

2.15 Het diffuse beeld dat uit de resultaten naar voren komt is waarschijnlijk een weergave van de relatief onbekende manier van denken bij instellingen in termen van een bewuste keuze voor één onderscheidende strategische marktpositie. Dit beeld is mede ontstaan uit reacties van instellingen in termen van: 'wij kiezen als instelling voor alle drie opties tegelijk'.

Gekozen strategische positie komt veelal niet overeen met geleverde prestaties

2.16 Nadat alle benchmarkresultaten bekend waren, hebben de onderzoekers geanalyseerd in hoeverre er een verband is tussen de gekozen posities en de daadwerkelijk geleverde prestaties. Geconstateerd moest worden, dat dit verband niet tot nauwelijks aanwezig is. Zo zijn er van de 17 instellingen die duidelijk kiezen voor klantenpartnerschap, niet meer dan 5 die duidelijk hoger dan gemiddeld scoren in de cliëntenraadpleging.

2.17 Het is mogelijk dat het ontbreken van deze verbanden wordt veroorzaakt door het feit dat instellingen bij het invullen van de diagnostool de geambieerde positie hebben ingevuld in plaats van de gevraagde huidige positie. Een andere mogelijkheid is dat er weliswaar een positie is gekozen, maar dat de vertaling daarvan naar het beleid en de uitvoering in de bedrijfsprocessen nog moet plaatsvinden. Een derde mogelijkheid is dat de strategische positie zoals die door het management is gekozen, door de medewerkers niet als zodanig wordt beleefd en herkend. Een vierde mogelijkheid is dat de inzet van het diagnostool nog niet voldoende past bij de praktijk in de Nederlandse thuiszorg, bijvoorbeeld omdat daar op dit moment minder sprake is van concurrentie dan de markten die ten grondslag liggen aan het onderzoek van Treacy en Wiersema.

2.18 Uit signalen van deelnemende instellingen bleek dat de diagnostool strategische positionering heeft bijgedragen aan bewustwording en discussies binnen de instellingen over dit onderwerp. Door de toepassing van de tool wordt het proces van denken in termen van een onderscheidende strategische positie gestimuleerd, evenals het maken van keuzes. Ter illustratie: van de vijf best practices hebben er drie een duidelijke keuze gemaakt voor één strategische positie.

Kernbevindingen diagnosetool strategische positionering

- In ruim 20% van de situaties is een duidelijke keuze gemaakt voor één strategie.
- Klantenpartnerschap is de meest voorkomende gekozen concurrentiestrategie.
- Drie van de vijf best practices hebben gekozen voor focus in hun strategische marktpositionering door te kiezen voor één strategische positie, in casu: klantenpartnerschap.
- Kostenleiderschap komt niet één keer als focusstrategie voor.

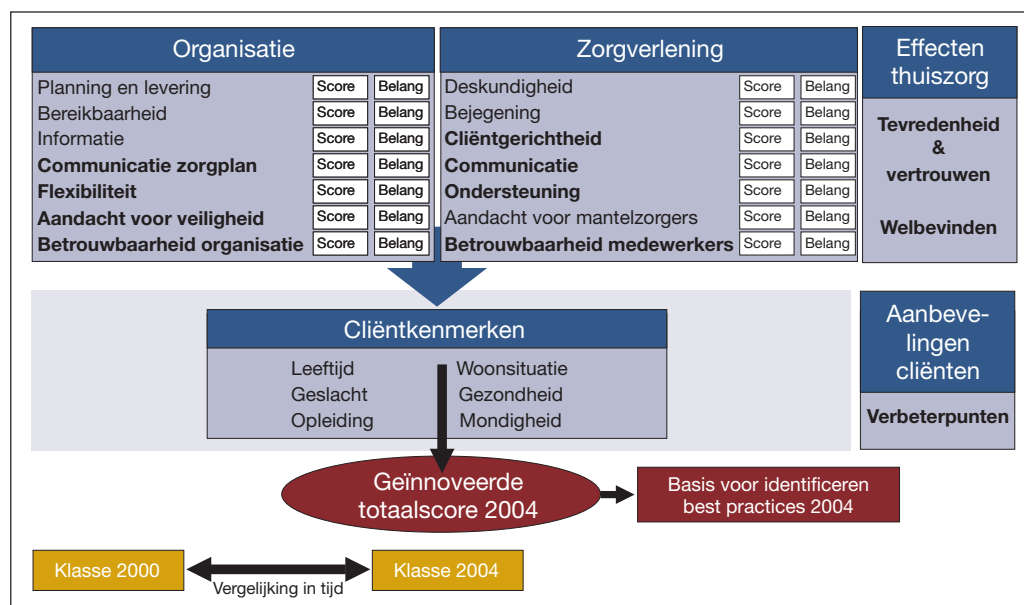
3 Cliënten oordelen positief, vooral over de zorgverlening

3.01 In dit hoofdstuk gaan wij na een korte beschrijving van het instrument nader in op de resultaten van de cliëntenraadpleging.

Vragenlijst en analysemodel cliëntenraadpleging vernieuwd

3.02 Voor de cliëntenraadpleging is een nieuwe vragenlijst ontwikkeld. De nieuwe vragenlijst bevat tachtig vragen en is opgebouwd op basis van het analysemodel zoals aangegeven in figuur 3-1.

Figuur 3-1: Vernieuwd analysemodel cliëntenraadpleging



Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

3.03 De figuur laat zien dat het cliëntoordeel is opgebouwd uit twee hoofdthema's, te weten: organisatie en zorgverlening. De thema's die bij elk van de hoofdthema's horen, ziet u bovenin de figuur. De vetgedrukte thema's zijn nieuw of aanzienlijk gewijzigd ten opzichte van het benchmarkonderzoek 2000. Per thema worden een aantal vragen gesteld; deze vragen vertegenwoordigen samen het betreffende thema en vormen een betrouwbare schaal.

3.04 Cliënten hebben zich uitgesproken over hun ervaringen met het betreffende thema, maar ook over het belang van elk van deze ervaringen of kwaliteitsaspecten. Bij de berekening van scores is rekening gehouden met wat cliënten belangrijk vinden. Immers, een hoge score op een aspect dat cliënten van groot belang vinden, is van een andere betekenis dan een hoge score voor iets dat cliënten minder van belang vinden.

3.05 De cliënten is verder gevraagd een aantal achtergrondgegevens in te vullen, bijvoorbeeld de leeftijd. Daarmee kan worden onderzocht hoe cliëntkenmerken de score beïnvloeden.

3.06 De gemiddelde scores die een instelling behaalde, zijn vervolgens gecorrigeerd voor een aantal cliëntkenmerken zoals leeftijd en opleiding en voor verschillen in de productmix van thuiszorginstellingen, om te borgen dat scoreverschillen tussen instellingen daadwerkelijk het gevolg zijn van verschil in kwaliteit en niet van verschillen in de cliëntgroep. Ook is een weging aangebracht voor het belang dat cliënten aan elk kwaliteitsaspect hechten. De berekende totaalscore (het gemiddelde over alle 14 thema's) is gebruikt als basis om te bepalen tot welke klasse de instelling behoort. Instellingen met een score die inclusief betrouwbaarheidsinterval bovengemiddeld is, behoren tot klasse A, instellingen met een score die inclusief betrouwbaarheidsinterval benedengemiddeld is behoren tot klasse C en de overige tot klasse B. De scores zijn omgerekend naar een schaal die loopt van 1 tot 10, waarbij 10 staat voor de maximaal te behalen score.

3.07 De vragenlijst bevat behalve de vragen over de kwaliteit van de thuiszorg en over de achtergrondgegevens enkele vragen over de effecten van de thuiszorg. Zo kon de bijdrage van thuiszorg aan het welbevinden van cliënten in beeld worden gebracht. Het resultaat van thuiszorg is bepaald door twee aparte scores te berekenen, en wel voor de thema's 'tevredenheid met en vertrouwen in de thuiszorg', en 'welbevinden van cliënten'. Deze scores zijn niet meegeteld bij het berekenen van de totaalscore.

3.08 De vragenlijst bevat ten slotte een aantal vragen over het ziektebeeld van de cliënten en over de redenen waarom zij thuiszorg ontvangen. De antwoorden op deze vragen kunnen de instellingen helpen om beter in te spelen op verschillende doelgroepen.

3.09 Voor cliënten die alphahulp ontvangen, is een aparte kortere vragenlijst ontwikkeld, omdat zij met minder aspecten van de zorg- en dienstverlening te maken hebben. Het betrekken van de alphahulpcliënten bij de raadpleging was facultatief; 51 instellingen hebben voor deze optie gekozen.

3.10 Doordat een nieuwe vragenlijst is gebruikt, kunnen de uitkomsten van de cliëntenraadpleging niet volledig worden vergeleken met die van het benchmarkonderzoek 2000. Wel is het mogelijk (en dat is dan ook gebeurd) om na te gaan in welke mate de instellingen in 2004 tot een andere klasse behoorden dan in 2000. Verder is in beide onderzoeken aan de cliënt gevraagd om de thuiszorginstellingen een (rapport)cijfer toe te kennen. Het vergelijken van deze cijfers lijkt echter minder zinvol, omdat de cijfers geen zuiver één-op-éénverband tonen met kwaliteitsscores die zijn gebaseerd op concrete ervaringen: cliënten laten zich bij het toekennen van een cijfer blijkbaar deels leiden door andere overwegingen dan bij het beantwoorden van de concrete vragen. Toch bieden beide rapportcijfers wel een indicatie voor de ontwikkeling van de cliënttevredenheid tussen 2000 en 2004.

Cliëntenraadpleging kent hoge respons van 51,5%

3.11 Uit de cliëntgroep¹³ van de 82 instellingen die aan de cliëntenraadpleging hebben deelgenomen, heeft het NIVEL op basis van een aan het Centraal Administratiekantoor Bijzondere Zorgkosten ontleend actueel cliëntenbestand een representatieve steekproef getrokken. De vragenlijsten zijn naar de geselecteerde cliënten toegezonden met het verzoek ze ingevuld te retourneren. De vragenlijst was ook via internet beschikbaar. De belangvragenlijst is in de vorm van een inlegvel naar circa 12,5% van de cliënten verzonden. Na circa drie weken is aan degenen die op dat moment nog niet hadden gerepondeerd een herinneringsbrief gestuurd.

3.12 De totale respons bedraagt 51,5%. Dat mag met recht een hoge respons genoemd worden, zeker gezien de toch vrij lange vragenlijst en de relatief hoge gemiddelde leeftijd van de cliënten (74,6 jaar). De respons is hoger dan de 46,5% uit het vorige benchmarkonderzoek.

Tabel 3-2: Respons cliëntenraadpleging

| | Totaal | | Alpha | | HV-2 | | PV/VP | |
|----------------------------------|---------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|
| | Aantal | % | Aantal | % | Aantal | % | Aantal | % |
| Netto steekproef ¹⁴ | 106.637 | 100% | 16.077 | 100% | 42.407 | 100% | 48.153 | 100% |
| Netto responsgroep ¹⁵ | 54.897 | 51,5% | 9.920 | 61,7% | 23.386 | 55,1% | 21.535 | 44,7% |

Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

3.13 De respons op de alphahulp en huishoudelijke verzorging (HV-2) is hoger dan op de prestaties verzorging en verpleging, maar ook daar is sprake van een hoge respons. Ongeveer 1,5% van de responsgroep heeft via internet gereageerd.

3.14 De respons per instelling varieert over het algemeen tussen de 40% en de 55%. Drie instellingen hebben een duidelijk lagere respons en drie een duidelijk hogere. In het laatste geval is er door correctie van een misverstand sprake geweest van een extra contact met de cliënten. De toegezonden correctiebrief en extra vragenlijst hebben de respons positief beïnvloed.

3.15 Van de totale responsgroep was ongeveer 18% jonger dan 65 jaar, 24% tussen de 65 en 75 jaar en 58% ouder dan 75 jaar, 34% zelfs ouder dan 80 jaar. De gemiddelde leeftijd komt vrijwel overeen met die van de totale groep thuiszorgcliënten, 75 versus 74 jaar. Ook de man/vrouwverdeling komt goed overeen 78% vrouwelijke respondenten, en 76% vrouwen in totale cliëntengroep. Er mag dus geconcludeerd worden dat de respondenten op deze kenmerken een goede afspiegeling zijn van de thuiszorgcliënten. Er is geen verband gevonden tussen het responspercentage en de totaalscore van instellingen. Ook dit is een aanwijzing dat de resultaten van de cliëntenraadpleging representatief zijn voor alle Z-orgcliënten. De vragenlijst is overigens niet in alle gevallen door de cliënt zelf ingevuld. Bij 40% van de terugontvangen vragenlijsten zijn de vragen beantwoord door anderen, meestal een familielid, gezinslid of partner.

13 Alleen thuiszorgcliënten, dus geen intramurale cliënten.

14 Na aftrek van onbestelbaar gebleken vragenlijsten

15 Na aftrek van wel geretourneerde maar niet ingevulde vragenlijsten

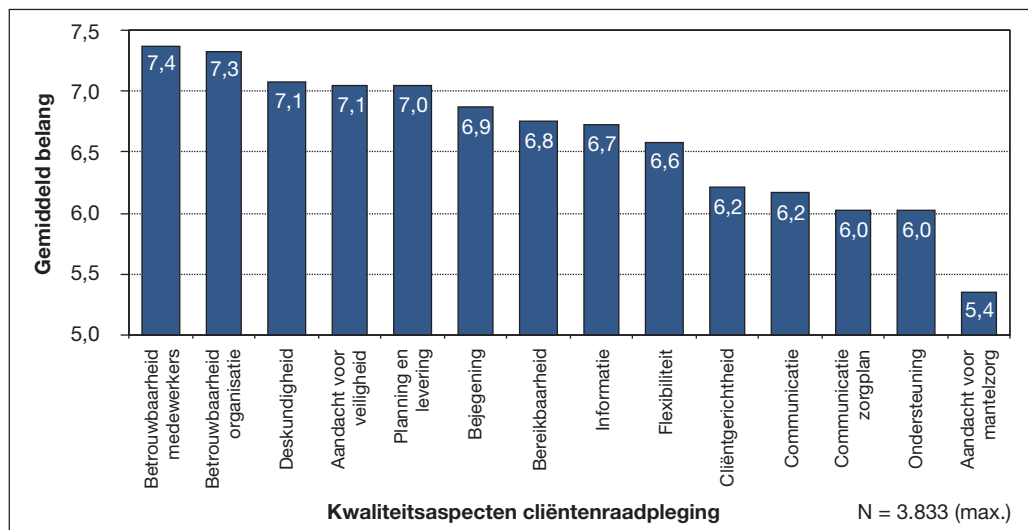
3.16 Van ruim 1.000 benaderde cliënten die de vragenlijst niet hebben teruggezonden, is bekend wat daarvan de reden was. Zij hebben de helpdesk benaderd die voor de cliëntenraadpleging was ingesteld of de reden voor het niet-deelnemen schriftelijk meegedeeld. Van deze 1.000 cliënten gaf ruim 35% aan dat zij te oud of te ziek waren om de lijst in te vullen. Ruim 25% vond de vragenlijst te lang. Bijna 10% gaf aan dat zij nog maar zo kort thuiszorg ontvingen dat zij zich geen oordeel konden vormen. Een klein percentage (4%) had kritiek op het onderzoek zelf, en vond bijvoorbeeld dat de thuiszorg het geld voor dit onderzoek beter aan ‘meer handen aan het bed’ kon besteden. In totaal hebben bijna 4.000 cliënten de helpdesk geraadpleegd in het kader van de cliëntenraadpleging.

Uit het hoge responspercentage maar ook uit opmerkingen die via de helpdesk en de vragenlijsten zijn doorgegeven, leiden de onderzoekers af dat thuiszorgcliënten het op prijs stellen hun oordeel over de thuiszorg te kunnen geven. Soms zien zij de raadpleging als een goede gelegenheid om hun thuiszorgmedewerkers een compliment te geven. Aan de andere kant worden ook duidelijke verbeterpunten aangegeven.

Betrouwbare thuiszorg voor cliënten het meest belangrijk

3.17 In het vervolg van dit hoofdstuk komen de resultaten van de cliëntenraadpleging aan de orde. Wij gaan eerst in op het belangaspect. Figuur 3-2 toont de belangsscores van de cliënten die huishoudelijke verzorging (HV-2) of verzorging/verpleging ontvangen. Aan de scores van de alphahulpcliënten besteden wij aan het eind van de paragraaf apart aandacht. Omdat de vragenlijst voor deze groep nogal verschilt van die voor de andere groepen, zijn de scores niet direct vergelijkbaar.

Figuur 3-2: Belangsscores cliëntenraadpleging



Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

3.18 Bovenaan de lijst met thema's die thuiszorgcliënten van belang vinden, staat de betrouwbaarheid. De medewerker moet betrouwbaar zijn in de zin van het zorgvuldig omgaan met privé-zaken en eigendommen van de cliënt. De organisatie van de thuiszorginstelling moet betrouwbaar zijn in de zin van het nakomen van afspraken over de hoeveelheid en de soort zorg.

De cliënt moet erop kunnen rekenen dat er ook werkelijk een medewerker verschijnt als dat is afgesproken, en dat er op tijd wordt gewaarschuwd als een medewerker op een ander moment komt of uitvalt wegens ziekte of vakantie. Daarmee hangt ook de hoge belangscore op het aspect planning en levering samen. Wat dit laatste aspect betreft, zullen we verderop in het rapport nog zien dat het planningsproces niet alleen voor de cliënt, maar ook voor de medewerkers en de bedrijfsvoering een cruciale rol speelt.

3.19 Na betrouwbaarheid, deskundigheid en de gelieerde thema's planning en levering en aandacht voor veiligheid, volgt in de rangorde van belang het thema bejegening. Met de term bejegening wordt bedoeld op bijvoorbeeld respect en aandacht.

3.20 Cliënten blijken wat minder belang te hechten aan communicatie over het zorgplan, ondersteuning bij het regelen van praktische zaken en aandacht voor mantelzorg. Dat betekent niet dat cliënten deze onderwerpen niet belangrijk vinden, maar zij vinden andere onderwerpen nóg belangrijker. Over het onderwerp aandacht voor mantelzorg merken wij nog op dat de vragen die hierop betrekking hadden, door relatief weinig mensen zijn beantwoord.

3.21 Voor zover de thema's vergelijkbaar zijn met die van het benchmarkonderzoek 2000, constateren wij dat cliënten in beide onderzoeken dezelfde aspecten belangrijk en wat minder belangrijk vinden.

3.22 Als we de belangscores van cliënten die huishoudelijke verzorging ontvangen, vergelijken met die van cliënten in de verzorging en verpleging, komen er op bescheiden schaal verschillen naar voren. Cliënten in de verzorging en verpleging hechten aan nagenoeg alle aspecten wat meer belang dan cliënten in de huishoudelijke verzorging. Dat geldt vooral voor aspecten die vallen onder de thema's veiligheid en bereikbaarheid. Cliënten die huishoudelijke hulp krijgen, vinden aspecten behorend tot het thema informatie belangrijker dan cliënten die verzorging/verpleging krijgen.

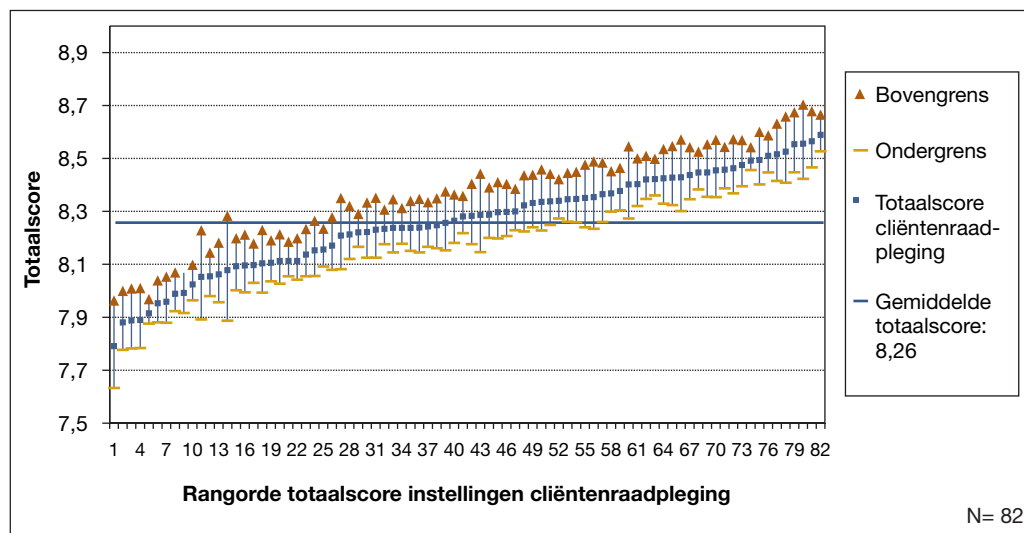
3.23 Bezien we de belangscores van de alphahulpcliënten, dan valt allereerst op dat deze cliëntgroep aan alle aspecten van de thuiszorg iets minder belang hecht dan de andere cliëntgroepen dit doen, met uitzondering van de thema's ondersteuning bij praktische zaken, informatie en communicatie met de instelling. Vooral dat laatste aspect is voor alphahulpcliënten duidelijk meer van belang dan voor andere cliënten. Duidelijk minder belang dan de andere cliënten hechten alphahulpcliënten aan bejegening en aan communicatie met de hulpverlener. Voor de thema's aandacht voor veiligheid en aandacht voor mantelzorg kon geen vergelijking worden gemaakt, omdat daarover in de vragenlijst voor de alphahulpcliënten geen of te weinig vragen zijn gesteld.

De mate waarin cliënten aan aspecten van de zorg- en dienstverlening belang hechten, kan een aanknopingspunt zijn voor het strategische thema 'cliëntenbinding en interesseren van potentiële nieuwe cliënten'. Thuiszorginstellingen kunnen eruit afleiden waar zij in de service en informatie het accent op moeten leggen.

Totaalscore cliëntenraadpleging bedraagt 8,3; enkele themascores tonen verbeterpotentieel

3.24 De geraadpleegde cliënten beoordelen de thuiszorg positief. De totaalscore is 8,3. De spreiding van de scores over de instellingen ziet u in figuur 3-3. Net als voor de belangsscores geldt ook hier, dat de scores van de alphahulpcliënten apart besproken worden.

Figuur 3-3: Spreiding totaalscores cliëntenraadpleging



Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

3.25 De totaalscores van de individuele instellingen variëren van 7,8 tot 8,5.

Scores nader geanalyseerd

3.26 Over het hoofdthema organisatie wordt minder positief geoordeeld dan over de inhoud van de zorgverlening; daar is dan ook het meeste verbeterpotentieel te vinden.

Tabel 3-3: Scores cliëntenraadpleging huishoudelijke verzorging en verzorging/verpleging

| Totaalscore | Deelscore organisatie | Deelscore zorgverlening |
|-------------|-----------------------|-------------------------|
| 8,3 | 7,7 | 8,9 |

Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

Tabel 3-4: Scores cliëntenraadpleging huishoudelijke verzorging en verzorging/verpleging, per product

| Totaalscore | | Deelscore organisatie | | Deelscore zorgverlening | |
|-------------|-------|-----------------------|-------|-------------------------|-------|
| HV-2 | PV/VP | HV-2 | PV/VP | HV-2 | PV/VP |
| 8,3 | 8,3 | 7,6 | 7,8 | 9,0 | 8,8 |

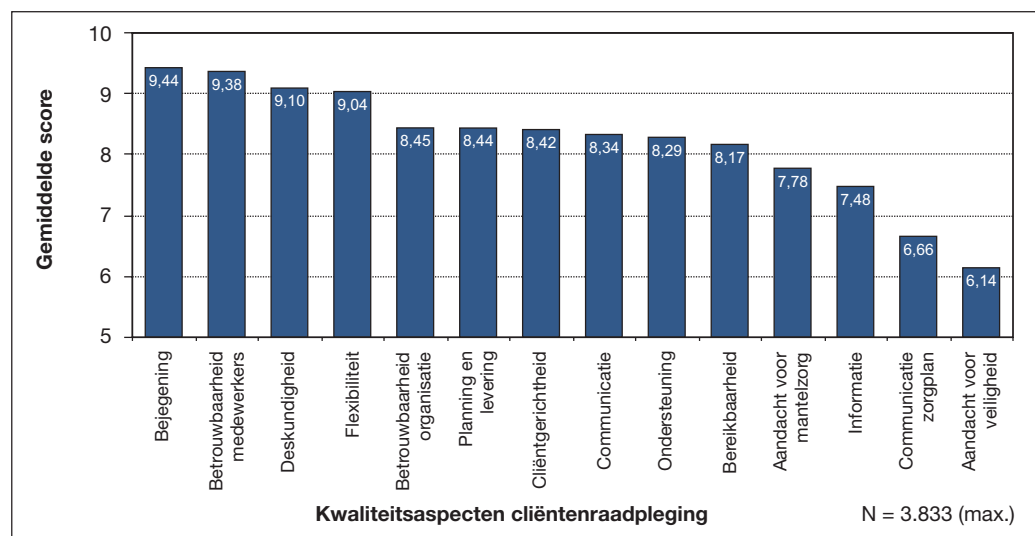
Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

3.27 De totaalscores van de cliëntgroepen huishoudelijke verzorging en verzorging/verpleging zijn gelijk, maar de deelscores verschillen. Huishoudelijke cliënten oordelen positiever over de zorgverlening, verzorgings/verplegingscliënten op organisatorische aspecten.

3.28 De scores van de individuele instellingen variëren op het hoofdthema organisatie van 7,1 tot 8,2. De scores voor de zorgverlening variëren van 8,5 tot 9,1. Veertien instellingen scoren op de zorgverlening een 9 of hoger.

3.29 Als we gegeven de positieve scores toch zoeken naar verbeterpotentieel, dan wordt dat het meest duidelijk als we de scores op de afzonderlijke thema's in beeld brengen.

Figuur 3-4: Deelscores cliëntenraadpleging per thema



Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

3.30 De scores op de thema's bejegening, betrouwbaarheid van medewerkers, deskundigheid en flexibiliteit zijn boven de 9,0 en dus zeer hoog te noemen. Daarbij komt, dat de eerste drie onderwerpen door cliënten ook nog eens zeer belangrijk worden gevonden. Het verbeterpotentieel op deze thema's is, over het algemeen gesproken, gering.

3.31 De betrouwbaarheid van de organisatie, ook een onderwerp dat cliënten zeer belangrijk vinden, scoort een 8,5; eveneens een hoge score, maar in vergelijking met de hoogste scores is hier in algemene zin nog sprake van verbeterpotentieel.

3.32 Duidelijk minder positief oordelen cliënten over de aspecten die vallen onder de thema's informatie, communicatie over het zorgplan en veiligheid. Op deze thema's valt nog winst in de vorm van kwaliteitsverbetering te behalen, zeker als bedacht wordt dat dit gemiddelde scores zijn en dat een aanzienlijk deel van de instellingen dus nog lager scoort. De meeste aandacht lijkt het thema veiligheid te vragen: dit thema scoort het laagste, terwijl het op de belanglijst als vierde van boven staat genoteerd. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat de vragen behorend bij het thema veiligheid door relatief veel cliënten onvolledig zijn beantwoord. Men vond dit onderwerp vaak 'niet van toepassing' op de eigen specifieke situatie.

3.33 Er zijn verschillen tussen de cliëntoordelen van huishoudelijke en verzorgings/verplegingscliënten. U ziet ze in de tabel hieronder. Om de verschillen zichtbaar te maken, zijn de scores met twee cijfers achter de komma weergegeven.

Tabel 3-5: Cliëntoordelen per thema en per prestatie (huishoudelijke verzorging, verzorging en verpleging)

| Kwaliteitsthema's | Totaal | Huishoudelijke verzorging | Verzorging/verpleging |
|-----------------------------|-------------|---------------------------|-----------------------|
| Planning en levering | 8,44 | 8,43 | 8,46 |
| Bereikbaarheid | 8,17 | 8,18 | 8,16 |
| Informatie | 7,48 | 7,43 | 7,53 |
| Communicatie over zorgplan | 6,66 | 6,66 | 6,65 |
| Flexibiliteit | 9,04 | 9,02 | 9,09 |
| Aandacht voor veiligheid | 6,14 | 5,60 | 6,74 |
| Betrouwbaarheid organisatie | 8,45 | 8,43 | 8,46 |
| Organisatie | 7,73 | 7,63 | 7,83 |
| Deskundigheid | 9,10 | 9,11 | 9,10 |
| Bejegening | 9,44 | 9,50 | 9,38 |
| Cliëntgerichtheid | 8,42 | 8,47 | 8,37 |
| Communicatie | 8,34 | 8,43 | 8,25 |
| Ondersteuning | 8,29 | 8,35 | 8,24 |
| Aandacht voor mantelzorg | 7,78 | 7,60 | 7,97 |
| Betrouwbaarheid medewerkers | 9,38 | 9,46 | 9,29 |
| Zorgverlening | 8,91 | 8,99 | 8,82 |
| Totaalscore | 8,26 | 8,25 | 8,28 |

Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

3.34 De meeste verschillen tussen de huishoudelijke cliënten en de verzorgings/verplegingscliënten zijn relatief klein. Verschillen van meer dan 0,2 zijn er alleen voor de thema's veiligheid en aandacht voor mantelzorg. In beide gevallen oordelen de huishoudelijke cliënten voor wie deze thema's van toepassing waren, duidelijk lager.

3.35 Aan de cliënten is niet alleen een oordeel gevraagd over hun concrete ervaringen met de thuiszorgorganisatie en thuiszorgmedewerkers, maar is hen ook gevraagd om concrete verbeterpunten te vermelden. In de vragenlijst was een aantal mogelijke punten voorgedrukt, de cliënten konden deze aankruisen en ook zelf nog punten toevoegen. Van de aangekruiste punten (de toegevoegde zijn punten zijn divers en deels overlappend met al aangekruiste punten) werden aspecten van de organisatie aanzienlijk vaker genoemd dan aspecten van zorgverlening. Het vaakst werden als verbeterpunt genoemd: het houden van een jaarlijks evaluatiegesprek over de zorg en het voorkomen van wisselingen in het personeel. Verder werden relatief vaak genoemd een betere telefonische bereikbaarheid, een betere regeling van vervanging bij ziekte van de medewerker en een betere afstemming op de wensen van de cliënt.

3.36 Er is onderzocht in hoeverre de achtergrondkenmerken van cliënten de scores beïnvloeden. Het blijkt dat oudere, lager opgeleide en gezondere cliënten iets positiever scoren dan jongere, hoger opgeleide en minder gezonde thuiszorggebruikers. Daarnaast geldt dat cliënten die mondiger zijn iets positiever oordelen over de kwaliteit van de thuiszorg dan minder mondige cliënten. Een verklaring voor deze bevinding zou kunnen zijn dat mondige cliënten simpelweg betere zorg ‘afdwingen’, doordat zij meer communiceren en vaker hun mening en wensen aan de thuiszorgmedewerkers kenbaar maken. Ten slotte is het verband tussen urbanisatiegraad (wonen in een al of niet verstedelijkt gebied) en het oordeel van thuiszorgcliënten onderzocht. Hier geldt dat thuiszorgcliënten woonachtig in een meer verstedelijkt gebied wat minder positief over de kwaliteit van de thuiszorg oordelen dan cliënten woonachtig op het platteland.

Detailanalyse van de cliëntscores toont nog een opvallende bevinding over de wijze waarop het cliëntoordeel tot stand komt. Het blijkt dat er een sterke samenhang is tussen een relatief laag cliëntoordeel en het meemaken van een vervelende ervaring met de thuiszorg. Dat kan bijvoorbeeld het vergeten van een afspraak betreffen. Een dergelijke vervelende ervaring, ook al ligt die al even terug in de tijd, heeft een negatieve invloed op het cliëntoordeel. Dat geldt zelfs voor aspecten die op zich niets met die ervaring te maken hebben. Voor de instellingen betekent dit dat het voorkomen van dergelijke incidenten en het goed afwikkelen van klachten daarover van groot belang kunnen zijn.

3.37 Kijkend naar de spreiding van de scores op de gekozen 1 – 10 schaal, dan valt op dat er naast een groot aantal zeer positieve cliënten ook een groep cliënten is die de thuiszorginstelling negatief beoordeelt. Aanvullende analyses laten zien 4,7% van de cliënten een ‘onvoldoende’ (score lager dan 6) geeft voor de zorgverlening en 10,3% voor de organisatie. Vooral dat laatste betekent dat er op dit punt nog verbeteringen mogelijk zijn, ook als de gemiddelde score van een instelling hoog is. 5% van alle cliënten geeft een onvoldoende voor beide onderdelen, dus een onvoldoende als totaalscore.

3.38 De alphahulpcliënten beoordelen de thuiszorg die zij krijgen met een 8,8; duidelijk positiever dus dan de 8,3 van de andere cliëntgroepen. Evenals de andere cliëntgroepen zijn ook de alphahulpcliënten positiever over de zorgverlening (9,2) dan over de organisatie (8,4). Alphahulpcliënten zijn voor wat betreft de organisatie van de zorg in vergelijking met HV-2-clieënten vooral erg positief over de communicatie tussen cliënt en de instelling, een aspect dat zij bovendien erg belangrijk vinden. Bij de zorgverlening liggen over bijna de gehele linie de oordelen van cliënten die alphahulp ontvangen wat hoger dan de oordelen van HV-2-clieënten. Vooral de mate van cliëntgerichtheid van de alphahulp wordt relatief hoog gewaardeerd (8,9 versus 8,4).

Effecten van thuiszorg positief gewaardeerd

3.39 Er zijn twee effecten van de thuiszorg gemeten: tevredenheid over en vertrouwen in de thuiszorg enerzijds en het welbevinden van cliënten anderzijds. De scores worden weergegeven in tabel 3-6; in verband met de geringe verschillen tussen de productgroepen met twee cijfers achter de komma.

Tabel 3-6: Oordeel over effecten van thuiszorg

| Effect | Totaal (HV-2/PV/VP) | HV-2 | PV/VP |
|----------------------------|---------------------|------|-------|
| Tevredenheid en vertrouwen | 8,68 | 8,71 | 8,65 |
| Welbevinden cliënten | 8,01 | 8,09 | 7,93 |

Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

3.40 De verschillen tussen de twee doelgroepen van thuiszorginstellingen zijn klein. De effectscores van verzorgings/verplegingscliënten komen iets lager uit dan de scores van cliënten die huishoudelijke hulp krijgen. De gemiddelde score op het thema tevredenheid met en vertrouwen in de thuiszorg komt uit op een score van 8,68. Qua welbevinden scoren de cliënten van thuiszorgorganisaties gemiddeld een 8,01. In hoeverre deze op zich hoge scores kunnen worden aangemerkt als een echt effect van de thuiszorg dient vervolgonderzoek uit te wijzen.

3.41 Alphahulpcliënten oordelen over beide thuiszorgeffecten positiever dan de andere cliëntgroepen: 9,01 voor tevredenheid en vertrouwen en 8,45 voor het welbevinden.

Cliënten scoren in 2004 positiever dan in 2000

3.42 Om een verantwoorde vergelijking met de uitkomsten van het benchmarkonderzoek 2000 te maken, hebben we vergelijkingscores berekend op basis van de vragen die met elkaar mogen worden vergeleken. Uit deze vergelijking blijkt dat de scores, uitgedrukt op een schaal van 1-10, in 2004 ongeveer 0,5 hoger zijn dan in 2000. Op basis hiervan kan worden geconcludeerd dat de cliënten in 2004 iets positiever oordelen dan in 2000. Eenzelfde verschil blijkt als we de 'rapportcijfers' vergelijken die de cliënten in beide jaren aan de thuiszorg hebben toegekend.

3.43 De spreiding van de scores over de instellingen is in 2004 ten opzichte van 2000 verkleind. Met andere woorden de scores liggen in 2004 dichter bij elkaar. Feitelijk is er sprake van een stabiel beeld zonder grote uitschieters naar boven of beneden.

Cliëntoordeel wordt slechts op onderdelen bepaald door de grootte van de instelling

3.44 Het totale cliëntoordeel blijkt slechts zeer beperkt samen te hangen met de grootte van instellingen. Kleine tot middelgrote instellingen (grootteklasse 15-30 miljoen euro) lijken iets positiever te scoren dan grotere instellingen. In 2000 was dat veel duidelijker het geval.

3.45 In 2004 is op twee afzonderlijke thema's een duidelijker verband gevonden: grote instellingen scoren minder hoog dan kleine op de thema's bereikbaarheid en informatievoorziening.

3.46 Wij hebben onderzocht of er binnen de instellingen die de cliëntenraadpleging per regio hebben laten uitvoeren een grote spreiding is tussen de scores per regio, maar dit blijkt over het algemeen niet het geval te zijn.

Eerste stap op weg naar cliëntprofielen gezet door combinatie scores en achtergrondinformatie

3.47 Een van de strategische thema's voor de branche is de vraag hoe de instellingen kunnen voorkomen dat cliënten naar een andere instelling overstappen en hoe instellingen potentiële nieuwe cliënten voor hun aanbod kunnen interesseren. Een aanknopingspunt is mogelijk het formuleren van verschillende cliëntprofielen en vervolgens van een passend aanbod voor elk profiel. De cliëntenraadpleging biedt daarvoor informatie via onder meer de vragen die zijn gesteld over de ziekten en aandoeningen waarmee de cliënten kampen en over de redenen waarom zij thuiszorg ontvangen.

3.48 Op brancheniveau blijkt dat gewrichtsslijtage de belangrijkste aandoening van thuiszorgcliënten is. Geheugenproblemen en dementie worden het minst vaak genoemd als aandoening, maar daarbij moet worden bedacht dat deze cliëntgroep ondervertegenwoordigd zal zijn onder de respondenten. Een totaaloverzicht ziet u in de volgende tabel; cliënten konden meer dan één aandoening opgeven, zodat het totaalpercentage in de tabel hieronder meer dan 100 is.

Tabel 3-7: Chronische ziekten en aandoeningen bij thuiszorgcliënten, opgave cliënten

| Ziekte of aandoening | Percentage respondenten |
|---|-------------------------|
| Gewrichtsslijtage | 40,1% |
| Hart- en vaatziekten | 23,9% |
| Diabetes mellitus | 16,1% |
| Ernstige rugklachten | 15,4% |
| Longziekte/longaandoening (COPD) | 14,9% |
| Reuma of chronische gewrichtsontsteking | 14,8% |
| Beroerte of CVA | 8,9% |
| Kanker | 6,3% |
| Geheugenproblemen, dementie | 3,9% |
| Ziekte van het zenuwstelsel (MS, Parkinson) | 3,7% |

Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

3.49 De redenen voor thuiszorg zijn de volgende: cliënten konden meer dan één reden opgeven, zodat het totaalpercentage in de tabel hieronder meer dan 100 is.

Tabel 3-8: Redenen voor thuiszorg

| Reden voor thuiszorg | Percentage respondenten |
|---|-------------------------|
| Vanwege lichamelijke beperking of handicap | 59,2% |
| Om zelfstandig te kunnen blijven wonen | 45,4% |
| Vanwege een chronische aandoening of ziekte | 24,3% |
| Na ontslag uit het ziekenhuis | 14,1% |
| Vanwege een zintuiglijke handicap | 5,0% |
| Vanwege psychosociale problemen | 5,0% |
| In verband met uitstel van opname in verpleeg- of verzorgingshuis | 2,6% |

Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

3.50 Ten slotte is in de gebruikte vragenlijst expliciet gevraagd welke diensten men (tegen betaling) wellicht van een thuiszorgorganisatie af zou willen nemen. Cliënten hadden daarbij de keuze uit een groot aantal voorgedrukte antwoordcategorieën, terwijl daarnaast aanvullende suggesties konden worden gegeven. De meeste belangstelling blijkt er te zijn voor hulp bij de grote schoonmaak, tuinonderhoud en een algemene klussendienst.

Tabel 3-9: Gewenste diensten en activiteiten van thuiszorginstellingen, opgave cliënten

| Gewenste diensten/activiteiten | Percentage respondenten |
|--|-------------------------|
| Grote schoonmaak | 7,1% |
| Tuinonderhoud | 6,6% |
| Klussendienst | 5,4% |
| Pedicure aan huis | 5,2% |
| Alarmering | 5,1% |
| Boodschappendienst of hulp bij boodschappen doen | 3,9% |
| Begeleiding bij artsen-/ziekenhuisbezoek | 3,6% |
| Kapper aan huis | 3,2% |

Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

3.51 Voor alle andere genoemde diensten had minder dan 3% van de ondervraagde cliënten belangstelling. Bijna 55% van de cliënten gaf aan geen extra diensten van de thuiszorginstelling nodig te hebben; 18% zou wellicht wel aanvullende diensten willen afnemen maar zegt geen extra hulp of zorg te kunnen betalen.

3.52 Eerder in dit hoofdstuk is melding gemaakt van verschillen in de scores van huishoudelijke en verzorgings/verplegingscliënten. Zo hechten verzorgings/verplegingscliënten een groter belang aan veiligheid en bereikbaarheid, terwijl huishoudelijke cliënten meer belang hechten aan het aspect informatie. Huishoudelijke cliënten geven een hoger kwaliteitsoordeel voor de zorgverlening, en verzorgings/verplegingscliënten voor de organisatie.

3.53 De instellingen kunnen deze informatie combineren met de informatie over de reden waarom cliënten thuiszorg ontvangen, de ziektes of aandoeningen van de cliënten en de extra diensten die men zou willen afnemen. Aanvullende analyses op het databestand van de cliëntenraadpleging kunnen op brancheniveau waarschijnlijk waardevolle aanwijzingen opleveren als het gaat om de relatie tussen meer gespecificeerde cliëntprofielen en oordelen over het belang en de kwaliteit van thuiszorg.

Kernbevindingen cliëntenraadpleging:

- De respons op de cliëntenraadpleging, 51,5%, is hoog. Ondanks een hoge leeftijd hebben 54.897 cliënten de moeite genomen om te zorgen voor een ingevulde vragenlijst.
- Cliënten oordelen in 2004 positiever dan in 2000.
- De totaalscore is 8,3; de score op het hoofdthema organisatie is 7,7 en op het hoofdthema zorgverlening 8,9.
- Cliënten hechten het meeste belang aan betrouwbaarheid van medewerkers en organisatie.
- Bejegening, betrouwbaarheid van de medewerkers en deskundigheid scoren van de kwaliteitsoordelen het hoogste.
- Veiligheid, communicatie over het zorgplan en informatie scoren van de kwaliteitsoordelen het minst hoog.
- Het thema veiligheid vraagt de meeste aandacht: cliënten vinden het thema zeer belangrijk maar het kwaliteitsoordeel is relatief laag.
- Kleinere instellingen scoren over het geheel genomen niet beter dan grotere, behalve op de thema's bereikbaarheid en informatie.
- Alphahulpcliënten scoren op de meeste belangaspecten lager, maar op de kwaliteitsaspecten hoger dan de andere thuiszorgcliënten.
- Redenen voor thuiszorg zijn vooral de lichamelijke beperkingen die men ervaart in combinatie met de wens om zelfstandig te blijven wonen.
- Er blijken verschillen te zijn tussen scores van huishoudelijke cliënten en verzorgings/verplegingscliënten. In combinatie met de informatie over de redenen voor thuiszorg en de ziekten of aandoeningen van de cliënten biedt dit een eerste aanknopingspunt voor het werken vanuit cliëntprofielen en daarmee voor de aanpak van het strategische thema 'binden van cliënten en interesseren van potentiële nieuwe cliënten'. Voor de toekomst is het werken vanuit cliëntprofielen van strategisch belang.

4 Medewerkers oordelen in 2004 positiever dan in 2002

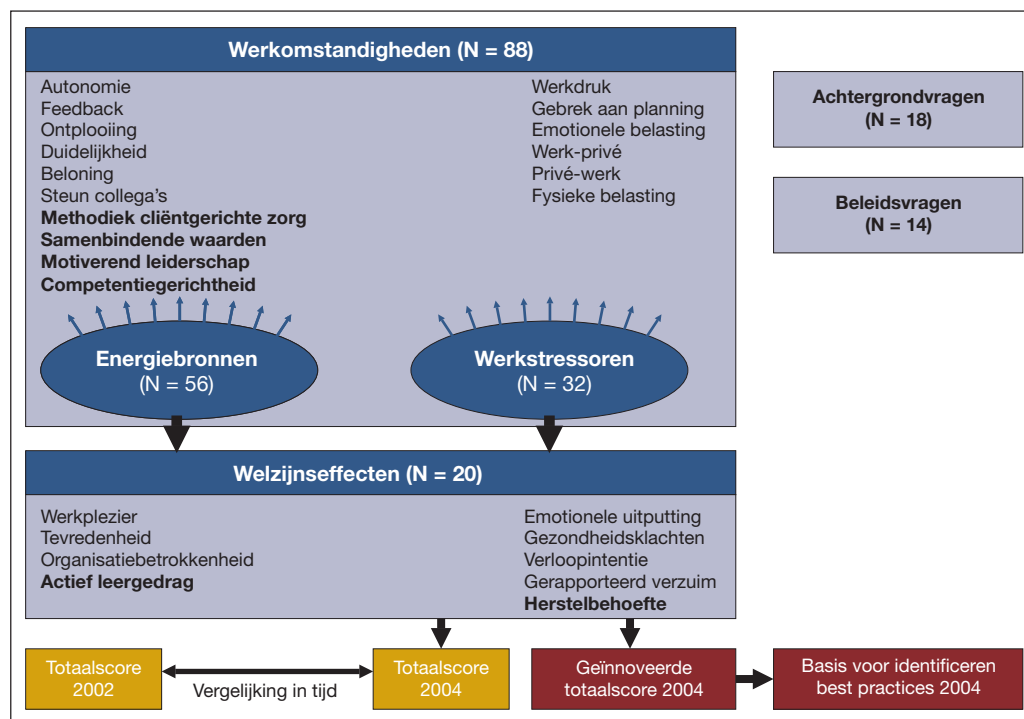
4.01 Na de cliëntenraadpleging komt in dit hoofdstuk de medewerkerraadpleging aan de orde. Over deze medewerkerraadpleging is in april 2005 al een afzonderlijk brancherapport verschenen. In dat rapport wordt uitgebreid ingegaan op een aantal uitkomsten van de medewerkerraadpleging, zoals de verschillen tussen de functiegroepen. Op de samenhang van het medewerkeroordeel met de andere benchmarkuitkomsten kon echter nog niet worden ingegaan, omdat deze toen nog niet beschikbaar waren.

4.02 De resultaten van de medewerkerraadpleging worden vergeleken met de meest recente raadpleging, die in 2002 is gehouden.

Analysemodel en vragenlijst op een aantal punten geïnnoveerd

4.03 Op hoofdlijnen zijn het analysemodel en de vragenlijsten van de raadplegingen in 2004 en 2002 dezelfde. De resultaten kunnen dan ook goed worden vergeleken. Toch zijn in 2004 enkele innovaties doorgevoerd. Het analysemodel ziet er nu uit zoals in figuur 4-1 getoond. De nieuwe of sterk gewijzigde onderwerpen zijn vet gedrukt, en de N geeft het aantal vragen in de vragenlijst aan.

Figuur 4-1: Vernieuwd analysemodel medewerkerraadpleging



Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

4.04 Het model gaat uit van de werkomstandigheden, waarover medewerkers hun oordeel kunnen geven. Werkomstandigheden worden onderscheiden in factoren die een positieve invloed hebben op het welzijn van medewerkers (energiebronnen) en factoren die daar een negatieve invloed op hebben (werkstressoren). In de figuur is te zien dat in 2004 een aantal energiebronnen is toegevoegd. Daardoor sluit het model nu nog beter aan bij het strategische thema dat voor dit onderdeel relevant is: het behoud van gemotiveerde en competente medewerkers.

4.05 Energiebronnen leiden tot positieve welzijnsaspecten als werkplezier (trots op, voldoening in en enthousiasme over het werk) en tevredenheid. Werkstressoren leiden tot negatieve welzijnsaspecten als emotionele uitputting en gezondheidsklachten. Ook over deze welzijnsaspecten is de medewerkers om een oordeel gevraagd. In 2004 zijn twee aspecten, te weten actief leergedrag en herstelbehoefte, toegevoegd.

4.06 Behalve de vragen over werkomstandigheden en welzijn bevatte de vragenlijst een aantal vragen over de achtergrond van de medewerkers, zoals de functiegroep, en over een aantal beleidsvraagstukken zoals de verwachte gevolgen van ontwikkelingen binnen de AWBZ.

4.07 De totaalscore is opgebouwd uit de deelscores voor werkomstandigheden en die voor welzijn. Daarbij is een weging toegepast: werkomstandigheden die een grote invloed hebben op welzijn wegen zwaarder mee dan werkomstandigheden met een minder grote invloed. De invloed is vastgesteld via regressieanalyses. De weging verklaart waarom de totaalscore niet rechtstreeks kan worden afgeleid uit de deelscores. Alle scores zijn gecorrigeerd voor achtergrondkenmerken van de respondenten, om zeker te stellen dat de verschillen werkelijk worden veroorzaakt door verschillen in prestaties en niet door de verschillen in de opbouw en samenstelling van de personeelsformatie.

4.08 De scores op de afzonderlijke thema's van de medewerkerraadpleging kunnen onderling niet worden vergeleken, omdat de thema's verschillend zijn gemeten.

Hoge respons op medewerkerraadpleging: 48,7%

4.09 Aan de medewerkerraadpleging hebben 81 instellingen deelgenomen. De vragenlijst is toegezonden aan alle medewerkers die zij in dienst hadden. Dat betekent dat ook de medewerkers in bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg en de kraamzorg zijn benaderd. Voor de vergelijking met de andere uitkomsten van de andere drie bouwstenen zijn de antwoorden van deze medewerkers buiten beschouwing gelaten.

Tabel 4-1: Respons medewerkerraadpleging 2002 en 2004

| Respons | 2002 | | 2004 | |
|-------------------------|---------|------------|---------|------------|
| | Aantal | Percentage | Aantal | Percentage |
| Verzonden vragenlijsten | 109.788 | - | 118.776 | - |
| Respondenten | 48.207 | 43,9% | 57.963 | 48,7% |

Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

4.10 Evenals in de cliëntenraadpleging is in de medewerkerraadpleging de respons in 2004 hoger dan in de vorige raadpleging over 2002.

4.11 Aanvankelijk was het bedoeling dat alle medewerkers de vragenlijst digitaal zouden invullen. Omdat dit al snel geen haalbare kaart bleek, is besloten de medewerkerraadpleging uit te breiden met een papieren variant van de vragenlijst. De digitale respons is weliswaar van 1% in 2002 naar 7% in 2004 gestegen, maar dit percentage geeft aan dat de toepassing van een digitale en daarmee snellere en goedkopere uitvraag van de medewerkers binnen de thuiszorg een gerichte voorbereiding vergt.

4.12 Zowel qua functiegroep als qua leeftijd vormen de respondenten een goede afspiegeling van de totale medewerkgroep. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 42,9 jaar.

Gunstiger scores dan in 2002 op onderwerpen met grote bijdrage aan welzijn

4.13 De uitspraak 'medewerkers oordelen in 2004 positiever dan in 2002' is slechts ten dele gebaseerd op de totaalscore. Die is inderdaad iets gestegen, maar het verschil is niet groot en statistisch niet significant. Aan de stijging alleen kan niet teveel waarde worden gehecht.

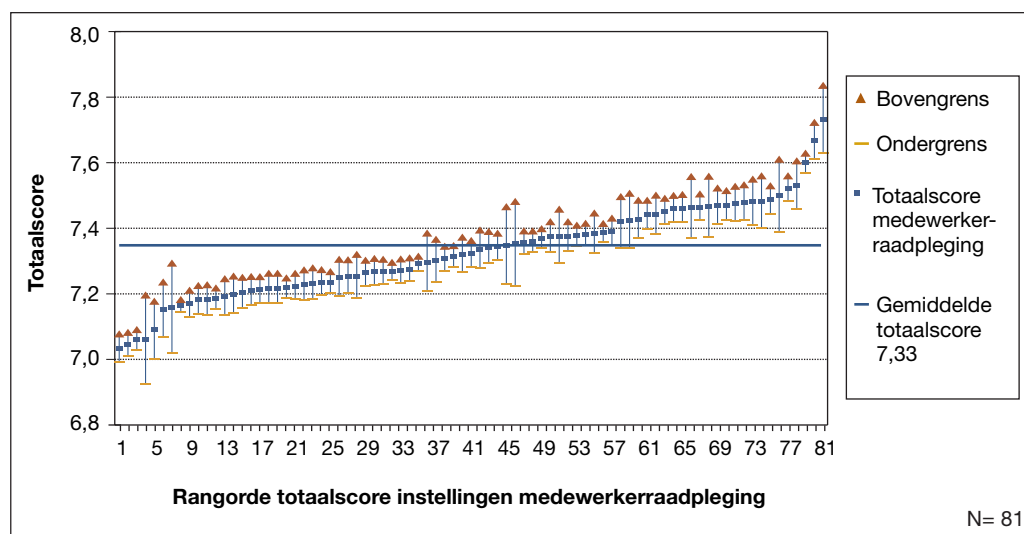
Tabel 4-2: Totaalscores medewerkerraadpleging 2002 en 2004

| | 2002 | 2004 |
|-------------|------|------|
| Totaalscore | 7,27 | 7,33 |

Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

4.14 De scores per instelling variëren van 7,03 tot 7,73.

Figuur 4-2: Spreiding totaalscores medewerkerraadpleging



Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

4.15 Het positievere medewerkeroordeel leiden wij vooral af uit hogere scores op thema's die een grote invloed hebben op het welzijn van medewerkers. In de tabellen 4-3 tot en met 4-6 ziet u een overzicht van alle scores en beide jaren. Door het kleurgebruik ziet u in één oogopslag welke scores significant van elkaar verschillen en in welke richting: groen gekleurde scores zijn in 2004 significant hoger dan in 2002, rood gekleurde significant lager. De zwart gekleurde ontbraken in een van de twee jaren. Let er bij het lezen van de tabellen op dat voor de energiebronnen en de daaruit voortkomende welzijnsaspecten geldt dat hogere scores gunstiger zijn dan lagere, terwijl voor de werkstressoren en daaruit voortkomende welzijnsaspecten juist geldt dat lagere scores gunstiger zijn.

4.16 Bij bestudering van de tabellen zou de vraag kunnen ontstaan hoe het kan dat de totaalscore in 2004 ten opzichte van 2002 is gestegen, terwijl een saldering van de verschillen in op de deelscores niet tot die uitkomst lijkt te leiden. De reden is dat de deelscores op de energiebronnen en werkstressoren bij de berekening van de scores op de welzijnsaspecten gewogen zijn voor de bijdrage die zij leveren aan deze welzijnsaspecten, en dat de scores op de welzijnsaspecten bij de berekening van de totaalscore gewogen zijn voor het belang dat medewerkers aan het betreffende aspect hechten. Er vindt dus twee maal een weging plaats.

Tabel 4-3: Scores energiebronnen 2002 en 2004

| Energiebronnen (hoe hoger de score, hoe gunstiger) | 2002 | 2004 | Vershil |
|--|--------|------|---------|
| Autonomie | 6,5 | 6,4 | -0,1 |
| Motiverend leiderschap | 6,8 | 6,9 | 0,1 |
| Steun van collega's | 7,5 | 7,3 | -0,2 |
| Competentiegerichtheid | n.v.t. | 5,8 | n.v.t. |
| Samenbindende waarden | n.v.t. | 6,9 | n.v.t. |
| Ontplooiing | 6,5 | 6,3 | -0,2 |
| Kwaliteit van zorg | 7,6 | 7,9 | 0,3 |
| Duidelijkheid | 7,7 | 7,6 | -0,1 |
| Vraaggerichte zorg | n.v.t. | 6,9 | n.v.t. |
| Beloning | 5,1 | 5,2 | 0,1 |
| Feedback | n.v.t. | 5,4 | n.v.t. |

Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

Tabel 4-4: Scores werkstressoren 2002 en 2004

| Werkstressoren (hoe lager de score, hoe gunstiger) | 2002 | 2004 | Vershil |
|--|------|------|---------|
| Werkdruk | 4,9 | 4,6 | -0,3 |
| Gebrek aan planning en roostering | 4,0 | 4,1 | 0,1 |
| Emotionele situaties | 2,8 | 2,9 | 0,1 |
| Spanning van werk meenemen naar huis | 2,4 | 2,3 | -0,1 |
| Spanning van huis meenemen naar werk | 1,7 | 1,6 | -0,1 |
| Fysieke belasting | 4,2 | 3,7 | -0,5 |

Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

Tabel 4-5: Scores welzijnsaspecten voortkomend uit energiebronnen 2002 en 2004

| Welzijnsaspecten (hoe hoger de score, hoe gunstiger) | 2002 | 2004 | Vershil |
|--|--------|------|---------|
| Actief leergedrag | n.v.t. | 5,3 | n.v.t. |
| Betrokkenheid bij de organisatie | 6,8 | 6,9 | 0,1 |
| Werkplezier | 8,1 | 7,6 | -0,5 |
| Tevredenheid met werk | 7,7 | 7,5 | -0,2 |

Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

Tabel 4-5: Scores welzijnsaspecten voortkomend uit werkstressoren 2002 en 2004

| Welzijnsaspecten (hoe lager de score, hoe gunstiger) | 2002 | 2004 | Vershil |
|--|--------|------|---------|
| Herstelbehoefte | n.v.t. | 2,8 | n.v.t. |
| Emotionele uitputting | 3,2 | 2,9 | -0,3 |
| Gezondheidsklachten | 3,0 | 3,2 | 0,2 |
| Verloopintentie | 4,1 | 4,5 | 0,4 |
| Gerapporteerd verzuim | 2,9 | 4,3 | 1,4 |

Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

4.17 De meest opvallende stijging in 2004 zien we bij de scores op kwaliteit van zorg, werkdruk, fysieke belasting en emotionele uitputting. De meest opvallende daling zien we bij de thema's werkplezier, verloopintentie en gerapporteerd verzuim. Bij dit laatste aspect past de opmerking dat het door de medewerkers gerapporteerde verzuim een ander beeld laat zien dan de feitelijke verzuimcijfers, die juist zijn verbeterd. Oorzaak kan zijn dat het gerapporteerde verzuim uitsluitend het verzuim van twee weken of langer betreft, zoals de medewerker zich dat herinnert.

4.18 Het risico van medewerkers om met een burnout geconfronteerd te worden, is fors gedaald: van 20% in 2002 naar 14% in 2004. Toch is het risico nog steeds hoger dan het gemiddelde dat het Centraal Bureau voor de Statistiek heeft berekend op basis van een groot aantal beroepsgroepen (2003): dit risico bedroeg 10%.

Intramurale medewerkers nemen voor eerst deel aan raadpleging

4.19 Voor het eerst is de vragenlijst ook ingevuld door intramuraal werkende medewerkers: 5% van de respondenten. De intramuraal werkende medewerkers oordelen met een gemiddelde totaalscore van 7,07 minder positief over hun werk dan extramuraal werkenden, waarvan de gemiddelde totaalscore 7,33 bedraagt.

4.20 Intramurale medewerkers scoren lager op bijna alle werkomstandigheden en welzijnsaspecten, behalve op de steun van collega's en op actief leergedrag. Aanzienlijke verschillen zijn er op de energiebronnen samenbindende waarden (score intramuraal 6,5 en extramuraal 6,9) en kwaliteit van zorg (score intramuraal 6,8 en extramuraal 7,9).

Antwoorden op beleidsvragen weerspiegelen zorgpunten medewerkers

4.21 Uit de antwoorden op de beleidsvragen blijkt onder meer dat driekwart van de medewerkers zich zorgen maakt over bezuinigingen en de veranderingen in de AWBZ. Eénkwart twijfelt eraan of zij in de nabije toekomst hun baan wel zullen behouden. In het licht van het strategische thema 'behoud van gemotiveerde en deskundige medewerkers' een belangrijk signaal, zeker als wordt bedacht dat bij een aantrekkende economie de zorgsector wel eens opnieuw geconfronteerd zou kunnen worden met schaarste op de arbeidsmarkt.

4.22 In dit verband nog de uitkomsten van de beleidsvragen over het Arbeidsomstandigheden-, Verzuim- en Reïntegratiebeleid:

- a 85% van de medewerkers is tevreden over de begeleiding door de leidinggevende bij ziekte;
- b 83% van de medewerkers vindt dat de organisatie voldoende aandacht aan de veiligheid besteedt; dit ondanks het feit dat het gevoel van onveiligheid onderweg en de frequentie van ongewenste intimiteiten of intimidatie door cliënten zijn toegenomen;
- c 60% van de medewerkers geeft aan dat de organisatie hen leert omgaan met emotioneel beladen situaties; op dit punt is dus verbeterpotentieel aanwezig.

4.23 Ten slotte nog een geheel andere bevinding. De onderzoekers hebben aan de medewerkers die zowel aan de raadpleging uit 2004 als aan die uit 2002 hebben deelgenomen, gevraagd of hun werkgever hun mening heeft gebruikt als basis voor hun verbetermaatregelen. Het blijkt dat 7,8% inderdaad die mening is toegedaan. 43,8% heeft geen antwoord op deze vraag gegeven of heeft de optie 'geen mening' aangekruist, terwijl 49,3% vindt dat de werkgever weinig tot niets met hun mening heeft gedaan.

Samenbindende waarden, ontplooiing en balans tussen privé en werk belangrijkste aandachtspunten

4.24 Op grond van de combinatie tussen de score en de invloed op het welzijn van medewerkers zijn er drie aandachtspunten te benoemen.

4.25 In de eerste plaats zijn dat de samenbindende waarden, dat zijn met collega's gedeelde patronen van denken, ideeën, gevoelens en waarden (bijvoorbeeld een sterk wijgevoel, respect en saamhorigheid) en weten waar de instelling voor staat. De samenbindende waarden blijken van zeer groot belang te zijn voor het welzijn van medewerkers. Behalve uit de resultaten van de medewerkerraadpleging zelf blijkt dat bijvoorbeeld uit het feit dat samenbindende waarden samen met organisatiebetrokkenheid en competentiegerichtheid de aspecten zijn waarop de best practices zich het meest onderscheiden van andere instellingen. Gelet op de score (6,9) is de energiebron samenbindende waarden niet zozeer een verbeterpunt als wel een aandachtspunt voor behoud en mogelijk optimalisatie.

4.26 In de tweede plaats vormen de door medewerkers ervaren ontplooiingsmogelijkheden een aandachtspunt. Ook deze energiebron heeft grote invloed op het welzijn, maar de score is ten opzichte van 2002 gedaald.

4.27 Het derde aandachtspunt is de balans tussen privé en werk. Een verdere verbetering is lonend, omdat deze stressfactor van invloed is op bijna alle welzijnsaspecten.

4.28 De onderzoekers verwachten dat het aanpakken van deze aandachtspunten en van de overige bevindingen die uit de medewerkerraadpleging naar voren komen, bijdraagt aan de aanpak van het strategische thema 'behoud van gemotiveerde en deskundige medewerkers'. Bij het aantrekken van de economie zou de schaarste op de arbeidsmarkt weer kunnen toenemen en zou voor de branche een probleem ontstaan als de instellingen er niet in slagen om een voldoende aantrekkelijke werkgever te zijn. In dat verband baart ook de minder gunstige score op verloopintentie (dus: de hogere geneigdheid om de organisatie te verlaten) zorgen.

Medewerkeroordeel hangt samen met omvang instellingen

4.29 Er blijkt een verband te zijn tussen het medewerkeroordeel en de omvang van de instellingen. Medewerkers van kleine instellingen oordelen het meest positief, medewerkers van grote instellingen het meest positief.

Oudere werknemers oordelen gunstiger over kwaliteit van het werk

4.30 Wij hebben per leeftijdsklasse onderzocht of er belangrijke verschillen zijn in het oordeel over de werkomstandigheden en de welzijnsaspecten. Uit de analyse is gebleken dat de scores van de leeftijdsgroepen significant van elkaar verschillen voor de meerderheid van alle energiebronnen, werkstressoren en welzijnsaspecten. De conclusies gelden voor zowel de extramuraal werkende als voor de intramuraal werkende medewerkers.

4.31 De medewerkers in de leeftijdsklassen tot en met twintig jaar geven aan meer dan de helft van de energiebronnen als minder gunstig te ervaren met uitzondering van de beloning die door deze leeftijdsklasse als gunstiger wordt beoordeeld. Verder is er een verband te zien tussen leeftijd en de energiebronnen autonomie, ontplooiing en duidelijkheid: hoe ouder de werknemer hoe hoger de score. De leeftijdsklasse tot 20 jaar en de leeftijdsklasse 61 jaar en ouder ervaren de energiebronnen samenbindende waarden en motiverend leiderschap als gunstiger in vergelijking tot de medewerkers in de overige leeftijdsklassen. Deze laatsten beoordelen echter de energiebron vraaggerichte zorg gunstiger.

4.32 De verschillen tussen ervaren werkdruk zijn opvallend te noemen. Medewerkers tot 20 jaar en medewerkers ouder dan 61 jaar geven aan minder belasting te ervaren door de hoeveelheid werk dan de medewerkers in de overige leeftijdsklassen. De verschillen tussen de leeftijdsgroepen voor de werkstressor gebrek aan roostering en planning zijn over het algemeen niet opvallend te noemen, met uitzondering van de leeftijdsklasse 61 jaar en ouder. Medewerkers binnen deze leeftijdsklasse ervaren minder belasting door een gebrek aan planning. Verder ervaren vooral medewerkers tussen 21 jaar en 30 jaar belasting door confrontaties met belastende emotionele cliëntsituaties. Medewerkers van 21 jaar tot 60 jaar ervaren meer werk-thuis-interferentie en thuis-werk-interferentie dan medewerkers jonger dan 20 jaar en ouder dan 61 jaar. Er is een dalende lijn te zien voor fysieke belasting; hoe ouder de medewerker hoe minder fysieke belasting met uitzondering van de medewerkers in de leeftijdsklasse 21 jaar tot 30 jaar. Deze medewerkers ervaren de meeste belasting door het werken in een ongemakkelijke houding.

4.33 Ook voor de positieve welzijnsaspecten als werkplezier, tevredenheid, organisatiebetrokkenheid, en actief leergedrag geldt dat ze voor bijna alle leeftijdsgroepen opvallend verschillen. Medewerkers van 61 jaar en ouder ervaren meer plezier in hun werk, zijn meer tevreden en zijn meer betrokken bij de organisatie dan medewerkers in de overige leeftijdsklassen. Medewerkers in de leeftijdsklasse 21 jaar tot 30 jaar worden in vergelijking tot de medewerkers in de overige leeftijdsklassen meer uitgedaagd door nieuwe problemen, zijn meer gericht op verbeteringen en hebben een grotere wens om te leren.

4.34 Er is een dalende lijn te zien voor de verloopintentie per leeftijdsklasse; hoe ouder de medewerker hoe minder deze overweegt om van baan te veranderen. Medewerkers in de leeftijdsklasse 51 jaar en 60 jaar ervaren de meeste emotionele uitputting en gezondheidsklachten. Daarnaast geven zij aan hogere herstelbehoefte te hebben en vaker de afgelopen 12 maanden één of meerdere perioden langer dan twee weken achter elkaar ziek te zijn geweest. Medewerkers tot 20 jaar geven aan het minst ziek te zijn geweest de afgelopen 12 maanden (of meerdere perioden langer dan twee weken achter elkaar). Ten slotte zijn met name de medewerkers rond de 20ste tot 30ste levensjaar geneigd sneller van baan te veranderen dan hun collega's uit ander leeftijdsklassen.

Kernbevindingen medewerkerraadpleging:

- De respons is hoog: 48,7%.
- De totaalscore bedraagt 7,33.
- De stijging van de score op een aantal werkomstandigheden die grote invloed hebben op het welzijn van medewerkers leidt tot de conclusie dat medewerkers in 2004 positiever oordelen dan in 2002.
- De meest opvallende gunstiger scores in 2004 zijn die op kwaliteit van zorg, werkdruk, fysieke belasting en emotionele uitputting.
- De meest opvallende minder gunstige scores in 2004 zijn die op werkplezier, verloopintentie en gerapporteerd verzuim.
- Samenbindende waarden, organisatiebetrokkenheid en competentiegerichtheid zijn de aspecten waarop best practices zich het meest onderscheiden van andere instellingen.
- Intramuraal werkende medewerkers (5% van de respondenten) oordelen minder positief dan hun extramuraal collega's; de totaalscore bedraagt 7,07.
- Belangrijkste aandachtspunten zijn de samenbindende waarden (minimaal handhaven op huidige niveau), ontplooiing (verbeterpunt) en balans tussen privé en werk (verbeterpunt).

5 Financiële prestaties vergen op onderdelen verbetering

5.01 In dit hoofdstuk staan het onderzoek naar de financiële prestaties van de deelnemende instellingen centraal. In het benchmarkanalysemodel is dat de bouwsteen bestuur en financiers. Wij gaan eerst in op het analysemodel en de totaalresultaten, en daarna op elk van de drie onderdelen. Aan het eind van dit hoofdstuk gaan wij in op enkele aanvullende bevindingen.

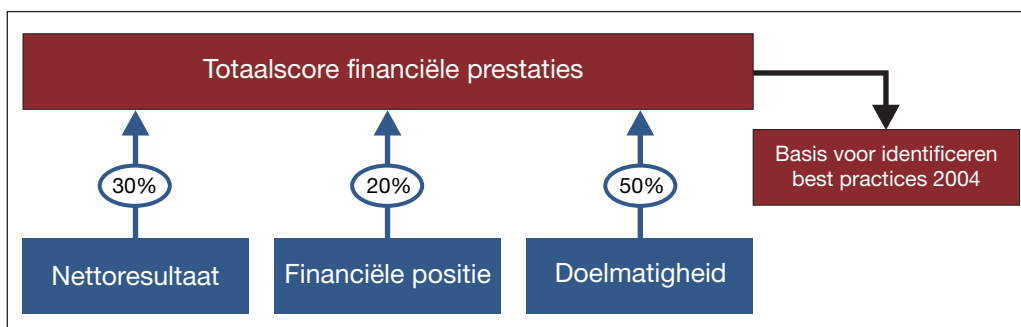
Doelmatigheidsmeting uitgebreid met onderzoek naar nettoresultaat en financiële positie

5.02 In het benchmarkonderzoek 2000 bestond het financiële onderzoek alleen uit een doelmatigheidsmeting. Deze doelmatigheidsmeting vergeleek kort gezegd de geproduceerde zorguren met de daarvoor gemaakte kosten. Wie per euro de meeste zorg leverde, was het meest doelmatig. Vervolgens werden in een reeks van nadere analyses de oorzaken voor kostenverschillen gepresenteerd: inzet van deskundigheidsniveaus, productiviteit enzovoorts.

5.03 Door de veranderende marktomstandigheden is doelmatigheid echter niet meer de enige parameter voor de financiële prestaties van instellingen. Twee elementen moeten daaraan nog worden toegevoegd: het nettoresultaat en de financiële positie. Het nettoresultaat is nodig om na te gaan in hoeverre de instelling uitkomt met het beschikbare budget (dat gevormd wordt door productieafspraken maal de overeengekomen tarieven). Immers, als het zo zou zijn dat instellingen daar niet mee uitkomen ondanks een hoge doelmatigheid, is er nog steeds geen sprake van goede financiële prestaties. In de tweede plaats is inzicht nodig in de financiële positie. Dit element brengt in beeld in hoeverre de instelling in het verleden vermogen en reserves heeft opgebouwd. De in het verleden opgebouwde financiële positie dient als buffer voor het ondernemen in de komende jaren: wie een goede vermogenspositie heeft, kan gemakkelijker rondkomen in moeilijker tijden en kan eventueel tijdelijk verlies opvangen om de organisatie aan te kunnen passen voor de toekomst. Daarnaast is een goede vermogenspositie een basis voor het aantrekken van financiering, zowel voor de omvang ervan als voor het berekende rentepercentage.

5.04 Op basis van de drie onderdelen is een totaalscore voor de financiële prestaties van instellingen berekend, waarbij in overleg met de klankbordgroep het nettoresultaat voor 30% is meegewogen, de financiële positie voor 20% en de doelmatigheid voor 50%.

Figuur 5-1: Opbouw totaalscore financiële prestaties



Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

5.05 Het financiële onderzoek sluit nu beter aan bij het INK-managementmodel en ook bij de strategische positionering. Zo zal een kostenleider sterk zijn gericht op de doelmatigheid, terwijl voor een productleider van belang is of er voldoende reserves zijn opgebouwd om te kunnen investeren in productinnovatie. Voor een klantenpartner is het extra van belang om goed te presteren op die onderdelen die samenhangen met het cliëntoordeel, ook als daarmee de inzet van financiële middelen gemoeid is.

5.06 Het financiële onderzoek sluit tevens aan bij de strategische thema's die met de financiële prestaties verband houden: het optreden als sterke speler in de regio, het margedenken op basis van kostprijzen en op onderdelen de rationalisatie van bedrijfsprocessen. Maar ook met de andere thema's zijn er raakvlakken: als een instelling bijvoorbeeld wil investeren in het behouden van medewerkers, bijvoorbeeld door het aanbieden van opleidingen, moet daarvoor wel de financiële ruimte zijn.

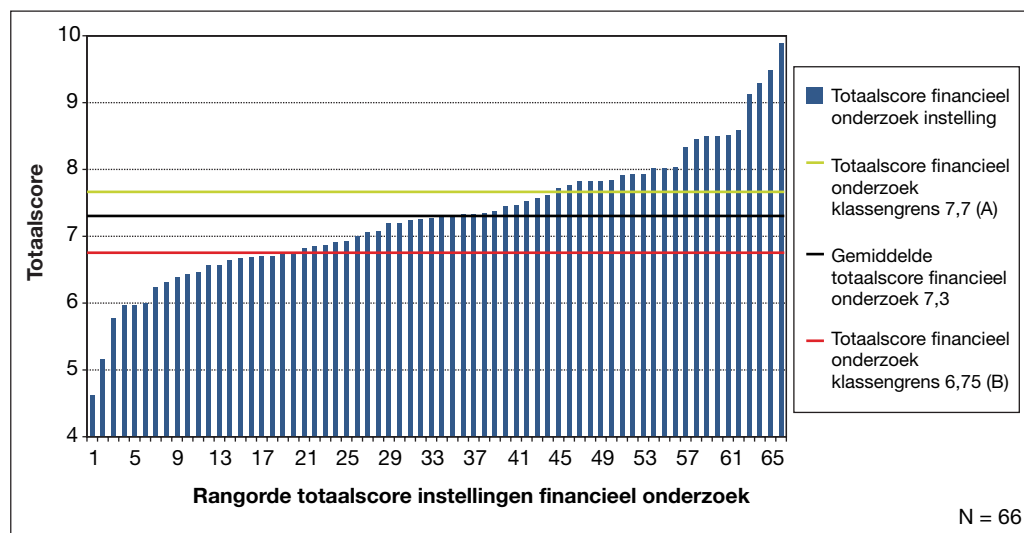
5.07 Tot slot nog enkele feitelijke gegevens, nodig om de resultaten van het financiële onderzoek te kunnen interpreteren:

- a Aan het financiële onderzoek hebben 66 instellingen deelgenomen; daarvan hebben er 64 ook in 2000 deelgenomen;
- b De brancherapportage over het financiële onderzoek richt zich alleen op huishoudelijke verzorging inclusief alphahulp, persoonlijke verzorging en verpleging; over andere – facultatieve – modules is apart aan de instellingen gerapporteerd;
- c Het financiële onderzoek heeft betrekking op 58,3 miljoen uren productie; dat is ongeveer 75% van de totale productie van de Z-org-leden;
- d Het financiële onderzoek in 2004 heeft betrekking op 21% méér uren dan in 2000;
- e De onderzochte uren zijn grofweg als volgt verdeeld: 15% alphahulp, 30% huishoudelijke verzorging, 35% persoonlijke verzorging, 15% verpleging en 5% overig;
- f Ten opzichte van 2000 betekent dat een verschuiving van alphahulp naar huishoudelijke verzorging en van verzorging naar verpleging: zwaardere prestaties dus;
- g De uren gespecialiseerde verzorging en gespecialiseerde verpleging zijn meegenomen in de uren verzorging en verpleging;
- h De categorie overig omvat de ondersteunende begeleiding, de activerende begeleiding en de dagverzorging.

Spreiding in totaalscore indicator voor aandachtspunten financiële prestaties

5.08 De totaalscore voor de financiële prestaties van instellingen bedraagt gemiddeld 7,3. De spreiding van de scores is groot: van 4,6 tot 9,9.

Figuur 5-2: Totaalscores financiële prestaties aanzienlijk gespreid over instellingen



Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

5.09 De forse spreiding van de scores is een eerste indicatie dat er geen stabiel beeld is op het punt van de financiële prestaties en dat er dus gezocht moet worden naar verklaringen. Het zal blijken dat het instabiele beeld wordt veroorzaakt door de onderdelen nettoresultaat en - in mindere mate - de financiële positie.

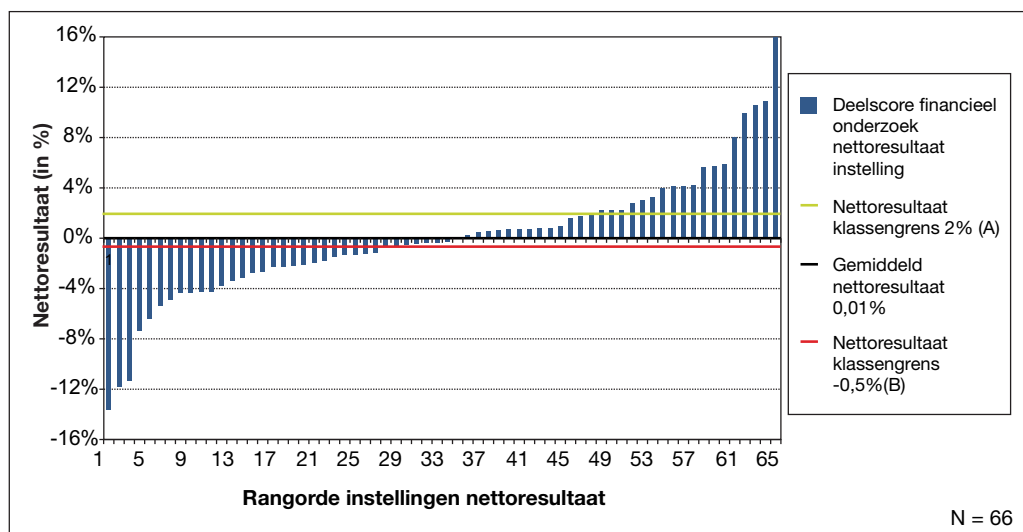
5.10 Voor de analyses zijn de instellingen op grond van hun scores in drie klassen ingedeeld. Tot klasse A behoren de instellingen met een score van meer dan 7,70. Tot klasse C de instellingen met een score van minder dan 6,75 en tot klasse B de instellingen daartussenin. Om tot klasse A te behoren, mag een instelling op geen enkel onderdeel van het financieel onderzoek tot klasse C behoren.

Nettoresultaat thuiszorg negatief in 52% van de instellingen

5.11 Het eerste onderdeel van het financiële onderzoek is de berekening van het nettoresultaat. Het nettoresultaat is te definiëren als de omzet minus de kosten, en uitgedrukt als het percentage van de omzet dat resteert na aftrek van de kosten van de AWBZ-productie; incidentele baten en lasten zijn hierin meegenomen.

5.12 Het gemiddelde nettoresultaat van de 66 deelnemers is 0,01%, dus zo goed als nihil. Daarbinnen is er een forse spreiding: van -13,6% tot +10,9% met een uitschieter naar 16,0%. Maar de belangrijkste conclusie is dat 52% van de instellingen een negatief nettoresultaat realiseert. Of anders gezegd: iets meer dan de helft van de instellingen maakte in 2004 verlies op thuiszorg.

Figuur 5-3: Nettoresultaat thuiszorgactiviteiten negatief in 52% van de instellingen



Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

Het al of niet behalen van een positief nettoresultaat blijkt samen te hangen met de doelmatigheid van instellingen, maar kan daaruit niet geheel worden verklaard. Van de 25 meest doelmatige instellingen (klasse A) realiseren er vijf (20%) een negatief nettoresultaat.

5.13 Van de instellingen met een negatief nettoresultaat op de thuiszorgactiviteit zal een deel mogelijk het nettoresultaat op instellingsniveau op peil kunnen krijgen door de levering van andere prestaties, maar de onderzoekers menen toch dat het nettoresultaat zorgen baart. Dit temeer omdat de wijzigingen in de financiering over 2005 het nettoresultaat nog verder onder druk kunnen zetten. Wij komen daar nog op terug.

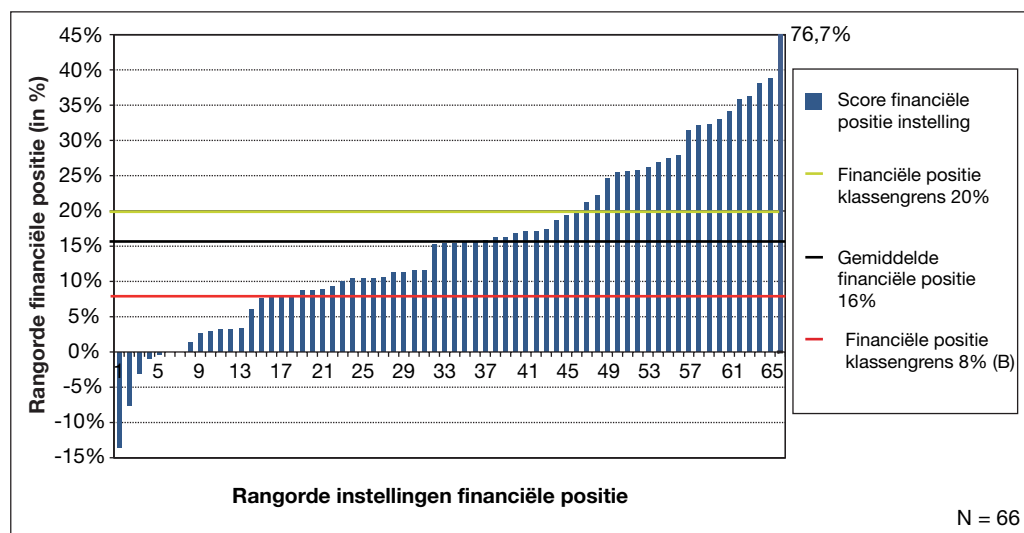
5.14 Voor het onderdeel nettoresultaat wordt de A-klasse gevormd door de instellingen met een marge van meer dan 2%. Overigens lijkt er uit het onderzoek een bovengrens aan het netto resultaat te zijn, omdat best practices gemiddeld niet het allerhoogste nettoresultaat hebben. Mogelijk gaat deze marge ten koste van bijvoorbeeld noodzakelijke investeringen of een voor de medewerkers aantrekkelijk personeelsbeleid. Wij hebben deze verklaring niet expliciet onderzocht, maar de uitkomst wijst er wel op.

5.15 De uitkomsten van het onderzoek naar het nettoresultaat geven aan dat er met betrekking tot het strategische thema 'margedanken' nog een traject te gaan is. Gelet op het feit dat in 2004 nog nagenoeg alle zorg tegen het maximum tarief per prestatie wordt gecontracteerd, is dat ook verklaarbaar. Als echter in de toekomst meer onderhandeld zal worden over de tarieven, wordt het 'margedanken' net zo cruciaal als dat in andere (commerciële) sectoren als de schoonmaak- en bewakingsbranche het geval is.

Financiële positie instellingen in 2004 gemiddeld gezond maar in het toekomstperspectief voor de meeste instellingen niet meer

5.16 De financiële positie van de instellingen is het collectief gefinancierd vermogen plus het niet-collectief gefinancierd vrij vermogen als percentage van de baten van de instelling. Het gemiddelde blijkt in 2004 16% te zijn, inclusief PEMBA-voorziening van 1,1%. Naar de mening van de onderzoekers was de financiële positie in de zorgsector hiermee ultimo 2004 gezond. De dynamiek in de branche, gekenmerkt door onder meer toenemende marktwerking en concurrentie in de extramurale zorg en de mogelijk heftige concurrentie vanwege de overheveling van huishoudelijke verzorging naar de WMO en daardoor een noodzakelijk grotere buffer om schommelingen in de productie op te vangen of benodigde investeringsruimte te creëren, maakt dat het risicoprofiel van thuiszorginstellingen fors toeneemt. In aansluiting op de toekomstige normen die door het Waarborgfonds naar verwachting gehanteerd zullen gaan worden, wordt de grens voor een toekomstbestendige financieel gezonde positie gelegd bij 20%. Indien deze grenswaarde van 20% wordt gehanteerd, ziet de financiële positie er beduidend minder gunstig uit. Van de 66 instellingen zijn er dan 45 die de norm niet halen; dat is 68%.

Figuur 5-4: Financiële positie van de instellingen in 2004 gemiddeld gezond, met aantal probleemsituaties



Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

5.17 Van de 66 instellingen komen er 18 lager uit dan 8%, dat is 27,3% (de C-klasse). Een echte probleemsituatie lijkt er te zijn voor vijf instellingen met een negatieve financiële positie. 27 instellingen hebben een financiële positie tussen de 8 en de 20 procent (de B-klasse, 40,9%) en alleen de 21 instellingen in de A-klasse (31,8%) hebben een financiële positie van 20% of meer.

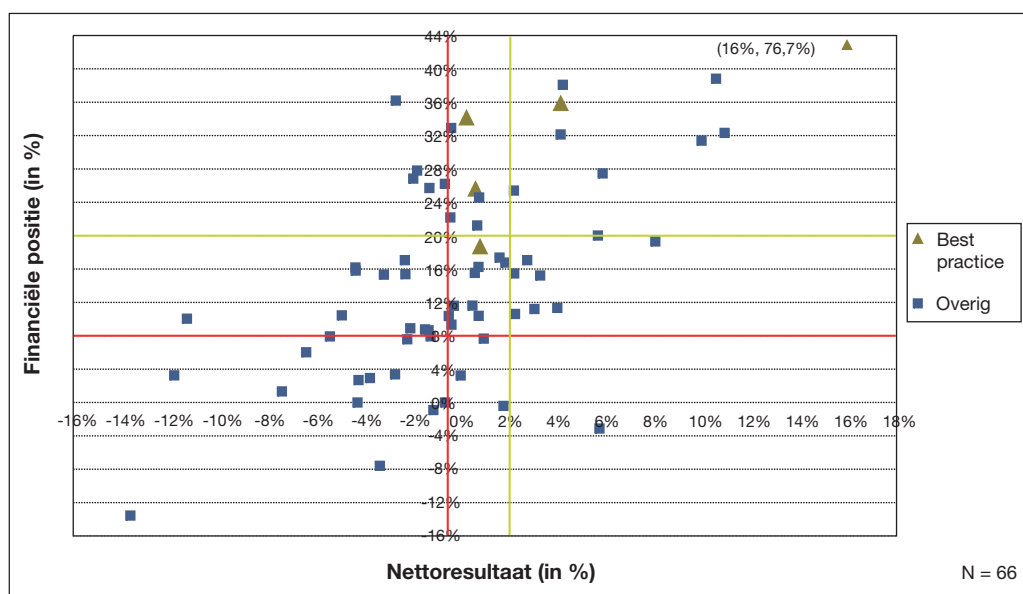
5.18 De onderzoekers wijzen erop dat voor een toename van de gemiddelde financiële positie van 16% naar 20% de instellingen positieve resultaten zullen moeten behalen. Over 2004 hebben de instellingen gemiddeld geen resultaat behaald en gezien de gewijzigde financieringsmethodiek met ingang van 2005 (zie de laatste paragraaf van dit hoofdstuk) en de andere genoemde ontwikkelingen in 2005 en 2006 zal het zeer moeilijk worden om in 2005 en in 2006 gemiddeld positieve resultaten te behalen.

Verband tussen nettoresultaat en financiële positie aangetoond

5.19 De scores van de instellingen op de onderdelen nettoresultaat en financiële positie houden verband met elkaar. Van de 34 instellingen met een negatief nettoresultaat halen er 27 (79%) de toekomstnorm van 20% financiële positie niet. Dat is meer dan het gemiddelde van 68%. Omgekeerd hebben van de 21 instellingen met een financiële positie boven de 20% er 14 (67%) een positief nettoresultaat. Dat is meer dan het gemiddelde van 48%.

5.20 De relaties worden zichtbaar in figuur 5-5. De instellingen in de groene rechterbovenhoek hebben zowel een financiële positie van boven de 20% als een nettoresultaat van meer dan 2%. De instellingen in de rode linkeronderhoek behalen geen van beide.

Figuur 5-5: Relatie tussen financiële positie en nettoresultaat



Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

Doelmatigheidsscores 2004 aanzienlijk minder gespreid dan in 2002

5.21 Ter herinnering: de doelmatigheid is in het benchmarkonderzoek bepaald door te berekenen hoeveel zorg er gegeven een bepaald budget wordt geleverd. De instelling die ten opzichte van de instellingen met een vergelijkbare productmix per euro de meeste zorg levert, is (van de deelnemende instellingen) het meest doelmatig. In het benchmarkonderzoek wordt dan gesproken van '100% doelmatig', overigens in de wetenschap dat er dan nog steeds wellicht verbeteringen in de doelmatigheid mogelijk zijn. De berekeningen worden hierbij gebaseerd op zes clusters van deelnemers met een vergelijkbare productmix, die binnen de totale groep deelnemers worden onderscheiden. Op deze wijze wordt een onzuivere vergelijking van het aantal zorguren per euro van instellingen voorkomen. Vanuit benchmarkperspectief is het immers niet zinvol om instellingen die bijvoorbeeld relatief veel huishoudelijke verzorging leveren, te vergelijken met instellingen die zich meer richten op verpleging. De gehanteerde rekenmethode (Data Envelopment Analysis, DEA) houdt dus rekening met verschillen in de productmix. De indeling in de zes clusters is door de onderzoekers bepaald, waarbij zoveel mogelijk is aangesloten bij de indeling die in het benchmarkonderzoek 2000 is gebruikt.

5.22 Vervolgens is met behulp van de DEA-methodiek per cluster de doelmatigheid van de instellingen binnen de cluster berekend. Per definitie zijn er in elk cluster één of meer instellingen met een 100% doelmatigheid. Deze instellingen zijn als het ware de referentie-instellingen en vormen tezamen de efficiency frontier.

5.23 Instellingen die minder doelmatig zijn dan de 100% doelmatige instellingen, hebben een lager percentage doelmatigheid. Als een instelling bijvoorbeeld gegeven hetzelfde budget 90% van de uren levert die de 100% doelmatige instellingen binnen het cluster gemiddeld leveren, heeft die instelling een doelmatigheidsscore van 90%.

5.24 Het blijkt dat in 2004 de gemiddelde doelmatigheidsscore van alle 66 instellingen 91,4% bedraagt. De minimumscore is 78,3%. In 2000 bedroeg de gemiddelde score 84,9% en de minimumscore 58,2%. Let wel: dit betekent niet per definitie dat de doelmatigheid in 2004 groter is dan in 2000. Het betekent alleen dat de scores van de instellingen in 2004 dichterbij de (binnen de onderzoeksgroep) meest doelmatige instellingen liggen dan in 2000. De scores van de minder doelmatige instellingen liggen in 2004 dicht bij de efficiency frontier, met andere woorden: de verschillen in doelmatigheid zijn in 2004 minder groot dan de verschillen in 2000. Dat blijkt ook uit de klassengrenzen: klasse A wordt gevormd door de 25 instellingen met een score van meer dan 94%, klasse B door de 21 instellingen met een score tussen de 87% en 94%, en klasse C door de 20 instellingen met een score van minder dan 87%. De klassengrenzen (zo gekozen dat de drie groepen ongeveer even groot zijn), liggen dus niet ver uit elkaar.

De verschillen in doelmatigheid zijn in 2004 kleiner dan in 2000.

5.25 Tot slot van de bespreking van de doelmatigheidsscores vermelden wij dat van de instellingen in klasse A 43,3% een financiële positie van meer dan 20% heeft. Dat is meer dan de gemiddelde 32%.

5.26 De nu geformuleerde relatieve doelmatigheidsscores zeggen op zich nog niet veel. De waarde ervan wordt vooral zichtbaar in de nu volgende analyses, waarin wij nagaan wat er ten grondslag ligt aan doelmatigheidsverschillen. Deze verklaringen kunnen stuurinformatie bieden voor (verdere) verbetering van de doelmatigheid. Wij zullen de volgende parameters bespreken:

- a de personeelskosten uitvoerenden zorg als aandeel in de totale kosten; dit aandeel is te zien als een eerste indicator voor doelmatigheid;
- b de kosten per betaalluur als basis voor de kosten per contactuur;
- c de productiviteit;
- d de personeelskosten per contactuur als resultante van de kosten per betaalluur en de productiviteit;
- e de inzet van de deskundigheidsmix en de opslag voor overhead;
- f de kosten per contactuur per prestatie als resultaten van de personeelskosten per contactuur, de deskundigheidsmix en de overhead.

Gemiddeld aandeel personeelskosten uitvoerenden zorg ten opzichte van 2000 nauwelijks veranderd

5.27 Het gemiddeld aandeel personeelskosten van uitvoerenden zorg in de totale kosten is een van de parameters voor doelmatigheid. Hoe meer de instelling besteedt aan zorguitvoering, hoe minder overhead en hoe meer zorg er meestal geboden kan worden. Verderop in dit hoofdstuk zullen wij zien dat dit verband niet zo eenduidig is, maar dat laat onverlet dat het gemiddeld aandeel personeelskosten uitvoerenden zorg een eerste indicatie van doelmatigheid geeft.

5.28 Het gemiddelde aandeel personeelskosten uitvoerenden zorg inclusief alphahulpen bedraagt in 2004 67,8%. Dat is nagenoeg gelijk aan 2000, toen het aandeel 68,1% bedroeg. Een stabiel beeld dus.

5.29 Bezien wij het aandeel personeelskosten uitvoerenden zorg per doelmatigheidsklasse, dan is er een verschil. In klasse A is het aandeel 69,8%, in klasse B 67,3% en in klasse C 65,5%. Het aandeel is dus in de meest doelmatige instellingen het hoogst.

Stijging personeelskosten per betaalluur fors hoger dan stijging OVA

5.30 Personeelskosten per betaalluur zijn de salariskosten van een medewerker per uur dat de medewerker in dienst van de instelling, krijgt uitbetaald volgens diens contract. De kosten per betaalluur vormen de basis voor de kostprijs. De kostprijs van een prestatie wordt berekend door de kosten per betaalluur te vermeerderen met opslagen voor niet-gewerkte uren (improductiviteit) en voor overhead in brede zin, dat wil zeggen alle kostensoorten behalve de personeelskosten uitvoerenden zorg.

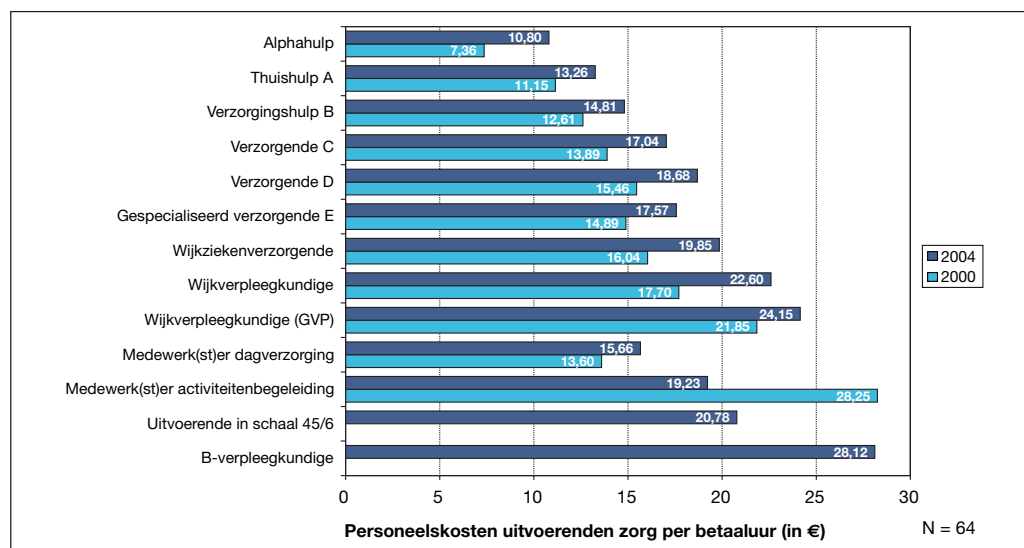
5.31 De kosten per betaalluur zijn tussen 2000 en 2004 fors gestegen.

De kosten per betaalluur zijn in 2004 ten opzichte van 2000 met 25,3% gestegen. De stijging is het gevolg van inzet van hogere deskundigheidsniveaus (4,6%) en autonome loonontwikkelingen, met name een forse stijging van de pensioenpremie en WAO- en PEMBA-voorzieningen. De doorgroei in periodieken speelt een verwaarloosbare rol. De compensatie voor de gestegen kosten vanuit de OVA en de opslag voor materiële kosten bedroeg 15,2%. Het nettoresultaat van instellingen is hiermee onder druk komen te staan.

5.32 Het sterkst gestegen zijn (door de gewijzigde fiscale constructie) de salariskosten van de alphahulpen: 46,7%. De salariskosten van inhuurkrachten zijn met 22,5% gestegen en van eigen personeel met 20,2%.

5.33 De stijging van de kosten per betaalluur is niet voor alle functiegroepen binnen het eigen personeel even groot, zoals u in figuur 5-6 kunt zien.

Figuur 5-6: Kosten per betaalluur voor alle functiegroepen gestegen



Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

5.34 Procentueel gezien is de stijging het grootst in de functiegroep alphahulpen. De kosten voor de activiteitenbegeleiding lijken zeer fors gedaald, maar beide jaren gaat het om een zeer klein aantal medewerkers.

5.35 De kosten per betaalluur in 2004 in absolute cijfers variëren van € 10,80 per uur voor alphahulpen en € 13,26 voor thuishulpen A tot € 24,15 voor wijkverpleegkundigen in de gespecialiseerde verpleging (GVP). De kosten voor activiteitenbegeleiders en B-verpleegkundigen zijn nog hoger, maar het gaat hier om een zeer klein aantal medewerkers.

5.36 Behalve de functiegroep speelt in de kosten per betaalluur de verhouding tussen eigen en ingehuurd personeel een rol. De inhuur van personeel is als percentage van de contacturen gestegen van 9,7% in 2000 tot 10,1% in 2004. Die stijging komt uitsluitend door een stijging van de inhuur voor huishoudelijke verzorging, voor de overige prestaties is de inhuur juist afgenomen. Instellingen kiezen met het oog op onzekerheden rond de overheveling van de huishoudelijke verzorging naar de WMO voor een zo flexibel mogelijke personeelsinzet.

5.37 In 2000 is geconstateerd dat een inhuur tot 11% per saldo gemiddeld geen negatieve invloed heeft op de doelmatigheid, een hoger percentage inhuur wel. In 2004 is de invloed op de doelmatigheid minder duidelijk, maar wel is zichtbaar dat in instellingen die financieel het best presteren, het inhuurpercentage inderdaad niet boven de 11% komt. De inhuur kan echter niet als zelfstandig stuurinstrument worden gebruikt: de kosten van inhuur moeten altijd worden afgewogen tegen de kosten van mogelijke alternatieven (bijvoorbeeld het inzetten van eigen medewerkers van hoger deskundigheidsniveau).

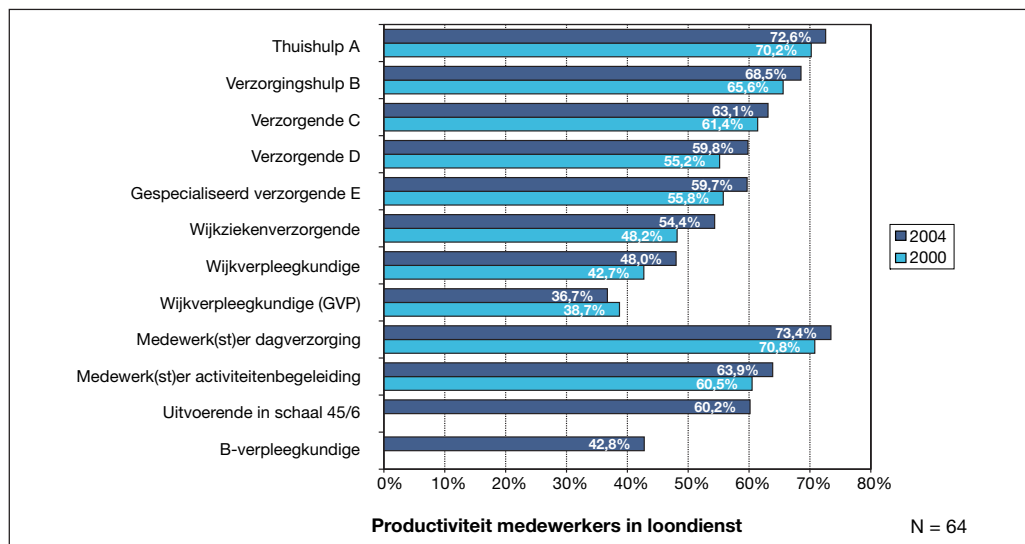
Productiviteit eigen personeel: percentage in 2004 met 3,3 procentpunt gestegen

5.38 In de vorige paragraaf gaven wij aan dat de kostprijs wordt berekend door de kosten per betaalluur te vermeerderen met opslagen voor niet-gewerkte uren en overhead. In deze paragraaf en de twee volgende richten we ons op de productiviteit. De productiviteit is gedefinieerd als het aandeel contacturen in de betaalluren, zie ook figuur 5-10.

De productiviteit van eigen personeel is gestegen van 60,6% naar 63,9%. Dat is een stijging met 3,3 procentpunt oftewel 5,4%.

5.39 Uitzondering op de gestegen productiviteit is de gespecialiseerd wijkverpleegkundige, van wie de productiviteit iets is gedaald. Over het algemeen neemt de productiviteit van de medewerkers af naarmate het functieniveau toeneemt.

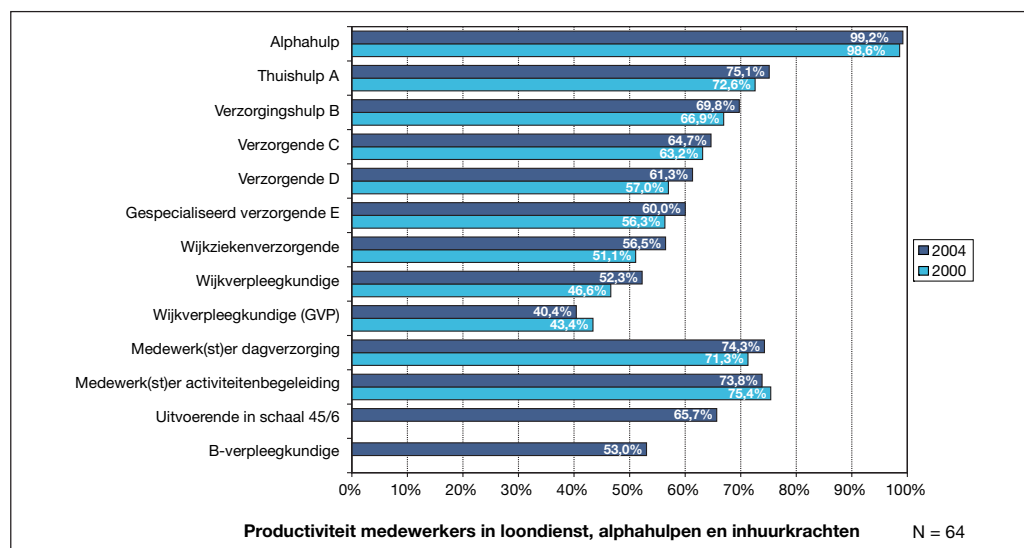
Figuur 5-7: Productiviteit van bijna alle functiegroepen (eigen personeel) gestegen



Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

5.40 De figuur heeft alleen betrekking op het eigen personeel van thuiszorginstellingen. Over de productiviteit van inhuurkrachten kan worden gezegd dat er nagenoeg geen verandering is opgetreden: in 2000 bedroeg de productiviteit 94,5% en in 2004 95,1%. Ook de productiviteit van alphahulpverleners is onveranderd: in 2000 98,6% en in 2004 99,2%. De figuur hierna toont nogmaals de productiviteit, nu inclusief alphahulpverleners en inhuurkrachten.

Figuur 5-8: Productiviteit inclusief alphahulp en inhuurkrachten



Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

Productiviteit: ziekteverzuim met 3 procentpunt gedaald

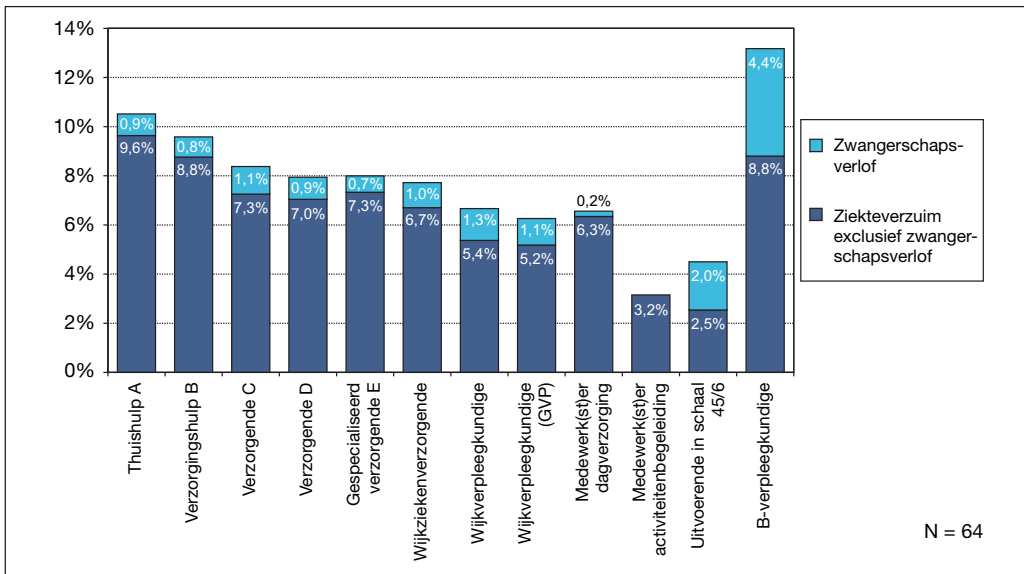
5.41 De hogere productiviteit in 2004 gaat gepaard met een lager ziekteverzuim van uitvoerenden in de zorg. Het verzuim is berekend door het aantal betaalden ziekteverzuim te delen door het totale aantal betaalden, zie ook figuur 5-10.

Het ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof van de medewerkers in de zorguitvoering bedroeg in 2000 10,9% en in 2004 7,9%. Dat is een daling met 3 procentpunt oftewel 27,5%. Het zwangerschapsverlof is licht gedaald, van 1,2% naar 1%.

5.42 Het valt op dat het verzuim per instelling sterk verschilt. Het laagste percentage is 4,1% exclusief zwangerschapsverlof, het hoogste 12,3% exclusief zwangerschapsverlof. Voor een aantal individuele instellingen is dus nog winst te behalen.

5.43 Het verzuim neemt af met de toename van het deskundigheidsniveau, zoals figuur 5-9 laat zien. De groep B-verpleegkundigen is een uitzondering, maar zoals gezegd betreft dit een zeer kleine groep.

Figuur 5-9: Verzuim neemt af met toename deskundigheidsniveau



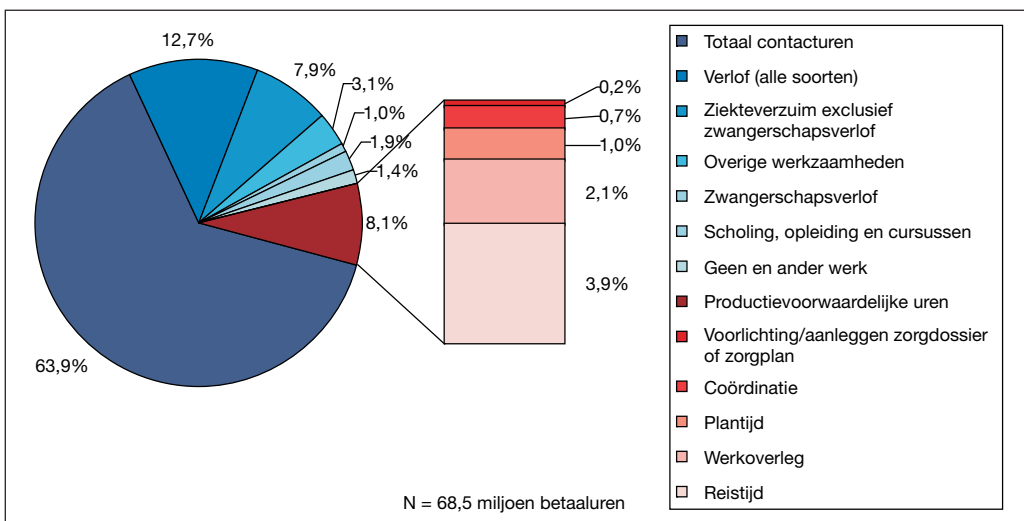
Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

5.44 De verschillen in verzuimpercentages tussen de functiegroepen leiden tot de gedachte dat de oorzaken van het verzuim ook verschillend zijn, en daarmee tevens de inspanningen op het gebied van ziekteverzuimreductie.

Productiviteit: productievooraardelijke uren met 2 procentpunt gedaald

5.45 In de vorige paragraaf bespraken wij het ziekteverzuim als een van de verklaringen voor niet-productieve uren. In deze paragraaf completeren wij het beeld met een totaaloverzicht van de tijdsbesteding van medewerkers in de zorguitvoering.

Figuur 5-10: Opbouw tijdsbesteding uitvoerenden zorg



Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

5.46 Uit de figuur blijkt onder meer dat de aan productievoorwaardelijke uren bestede tijd 8,1% bedraagt: een daling ten opzichte van 2000, toen dit percentage 10,2% bedroeg. Ook dit verklaart voor een deel de gestegen productiviteit. U ziet in de figuur hoe de 8,1% is opgebouwd uit voorlichting/zorgdossier, coördinatie, plantijd, werkoverleg en reistijd. De reistijd bedraagt 3,9%; in 2000 was dat iets meer, namelijk 4,1%. De aan scholing bestede tijd bedraagt 1,9%; in 2000 was dat 1,8%.

Het percentage productievoorwaardelijke uren van de medewerkers in de zorguitvoering is gedaald van 10,2% in 2000 tot 8,1% in 2004. Dat is een daling met 2,1 procentpunt oftewel 20,6%.

5.47 Wat betreft het percentage 'geen of ander werk' het volgende. Op basis van indicatiegegevens die 20 instellingen ons hebben geleverd, kunnen wij concluderen dat de hoeveelheid geleverde zorg gemiddeld 66,3% is van de maximale hoeveelheid geïndiceerde zorg, dat wil zeggen het maximum van de geïndiceerde klasse¹⁶. Of hier een aanknopingspunt ligt voor productiviteitsverhoging (die overigens bescheiden zal zijn omdat het percentage geen of ander werk slechts 1,4% bedraagt), hangt natuurlijk af van de vraag of de cliënt de hoeveelheid zorg krijgt die nodig is, of althans die afgesproken is. Uit de bouwsteen management van processen zal overigens blijken dat ook de afgesproken zorg niet volledig wordt geleverd.

Overhead lager in doelmatige instellingen

5.48 De personeelskosten per contactuur worden berekend door de kosten per betaalluur te vermeerderen met de opslag voor niet-gewerkte uren. Vervolgens wordt de opslag voor overhead toegepast om tot de kostprijs per prestatie te komen. De vorige paragrafen waren gewijd aan de productiviteit, deze aan de overhead.

5.49 Overhead definiëren wij in dit verband als alle kosten die geen personeelskosten voor uitvoerenden in de zorg zijn. Omdat deze laatste stabiel zijn gebleven in de periode 2000 – 2004, is de overhead dat ook. Hierna in tabel 5-1 ziet u een overzicht van de totale kostenstructuur, waar het aandeel personeelskosten uitvoerenden zorg een onderdeel van is.

16 *Het percentage geleverde zorg en opzichte van geïndiceerde zorg is ook opgevraagd bij de bouwsteen management van processen. De percentages liggen daar hoger, maar het ijkpunt was daar de 'geïndiceerde zorg' en niet met maximum van de geïndiceerde klasse.*

Tabel 5-1: Kostenstructuur toont aandeel personeelskosten uitvoerenden zorg en overhead

| Kostensoort | Percentage |
|--|-------------|
| Personeelskosten uitvoerenden zorg | 67,8% |
| Overige personeelskosten exclusief reiskosten | 2,7% |
| Personeelskosten leidinggevenden | 4,8% |
| Personeelskosten staf | 3,5% |
| Personeelskosten echte overhead (algemeen en administratief personeel) | 6,8% |
| Automatiseringskosten | 2,4% |
| Huisvestingskosten | 4,0% |
| Reiskosten | 3,1% |
| Overige kosten | 4,8% |
| Totaal | 100% |

Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

5.50 Bezien we de kostenstructuur per doelmatigheidsklasse, dan zijn er enkele verschillen. Over het verschil in aandeel personeelskosten uitvoerenden zorg hebben wij in de vorige paragraaf al gesproken. Parallel aan dit aandeel personeelskosten is ook het percentage reiskosten in klasse A hoger. De percentages van de andere kostensoorten zijn in klasse A juist lager dan klasse B en C¹⁷. Dit beeld blijft exact hetzelfde als we de kostenstructuur in plaats van aan de doelmatigheidsscore relateren aan de totaalscore op de financiële prestaties.

In de meest doelmatige en financieel goed presterende instellingen van de groep benchmarkdeelnemers is het aandeel personeelskosten uitvoerenden zorg hoger dan in de andere instellingen, en het aandeel kosten van leiding, staf en overhead lager.

Instellingen met een kostenstructuur die sterk afwijkt van de structuur in de klasse A-instellingen kunnen hun financiële prestaties verbeteren door te sturen op de kostenstructuur van klasse A.

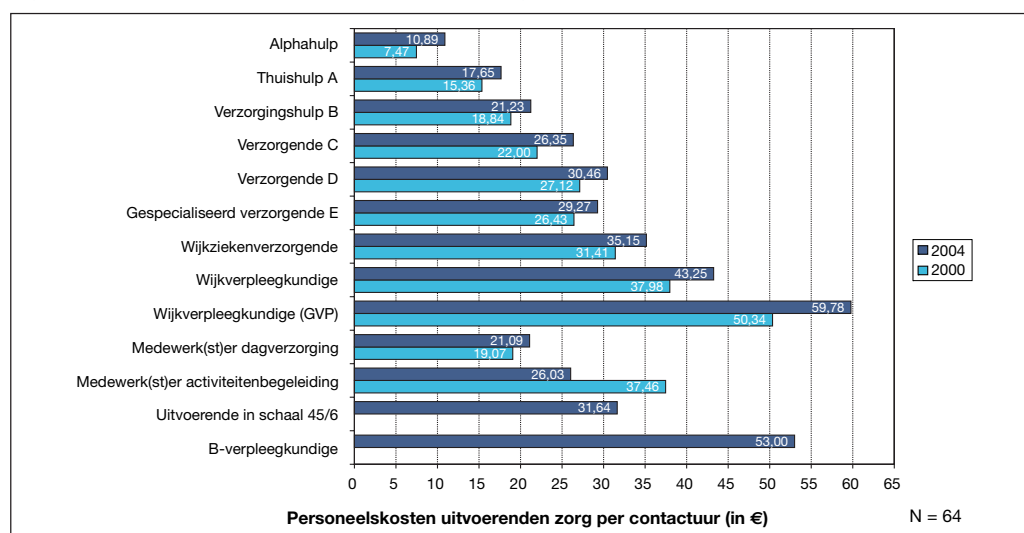
5.51 De verschillen tussen 2000 en 2004 zijn beperkt. Wel is het percentage automatiseringskosten toegenomen van 1,9% naar 2,4% en het percentage reiskosten van 2,0% naar 3,1%. Dit laatste ondanks het feit dat de reistijd juist iets is afgenomen. Het verschil wordt veroorzaakt doordat de reiskostenregeling in de CAO duurder is geworden en de fiscale afwikkeling eveneens tot extra kosten terzake leidt.

17 Alleen het percentage overige kosten vertoont een wat afwijkend beeld (in klasse B het laagste), maar het gaat om geringe percentages.

Kostprijs per contactuur per prestatie ondanks fors hogere kosten per betaalluur door een hogere productiviteit toch redelijk in lijn met de tarieven over 2004

5.52 Nu de personeelskosten (van de uitvoerenden zorg) per betaalluur en de opslagen voor overhead en voor improductiviteit zijn besproken, komen de personeelskosten per contactuur aan de orde. Voor elke functiegroep zijn de personeelskosten per contactuur berekend. De opslag voor improductiviteit is per functiegroep gespecificeerd toegerekend.

Figuur 5-11: Kosten per contactuur per functiegroep variëren van € 10,89 tot € 59,78



Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

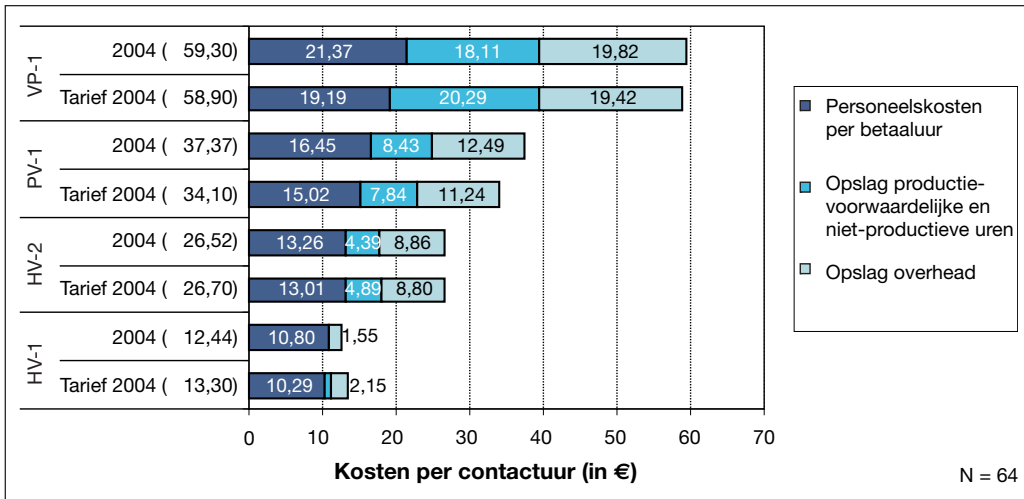
5.53 Behalve de verschillen per functiegroep laat de figuur de verschillen tussen 2000 en 2004 zien. Gemiddeld zijn de kosten met 22,9% gestegen. Dat is wat minder dan de stijging van de kosten per betaalluur met 25,3%, omdat de productiviteit is verbeterd.

5.54 De personeelskosten per contactuur per functiegroep zijn op zich als stuurinformatie nog niet zo belangrijk. Waar het om gaat, is de kostprijs per contactuur per prestatie. Die zijn niet alleen afhankelijk van de personeelskosten per functiegroep, maar ook van de personele inzet voor het product: de deskundigheidsmix en de toerekening van de overhead. De opslag voor overhead is over de groepen verdeeld naar rato van hun aandeel in de personeelskosten. Alleen voor de alphahulpen is een specifiek overheadpercentage gehanteerd, op grond van een in 2004 uitgevoerde nadere analyse. Voor de andere groepen zijn wel gedifferentieerde overheadpercentages opgevraagd, maar deze zijn nog onvoldoende uitgekristalliseerd om ze zonder nadere validatie te kunnen gebruiken.

5.55 In de nu volgende figuur 5-12 ziet u de kostprijs per prestatie voor de alphahulp (HV-1), de huishoudelijke verzorging (HV-2), de persoonlijke verzorging (PV-1) en de verpleging (VP-1). U ziet zowel de opbouw van de kostprijs per contactuur per prestatie over 2004 als de opbouw van de maximum tarieven over 2004. De onderzoekers wijzen erop dat de kostprijzen zijn berekend op basis van de financieringssystematiek 2004 waarbij de ingezette deskundigheid bepalend was. In 2005, nu de geïndiceerde prestatie bepalend is voor de declaratie, zullen door de ingezette hogere deskundigheden voor de te declareren prestaties HV-2 en PV-1 de kostprijzen in elk geval voor deze prestaties bij ongewijzigde omstandigheden toenemen (zie ook de laatste paragraaf van dit hoofdstuk).

5.56 Voorts wijzen de onderzoekers erop (zie figuur 5-12) dat op de prestaties HV-1 en HV-2 nog positieve resultaten worden behaald bij de maximumtarieven terwijl juist deze prestaties naar verwachting medio 2006 in het kader van de WMO naar de gemeente worden overgeheveld. Binnen de AWBZ blijven vooralsnog de prestaties waarop gemiddeld, uitgaande van genoemde kostprijsberekening, een negatief resultaat wordt behaald.

Figuur 5-12: Opbouw kosten per contactuur per prestatie

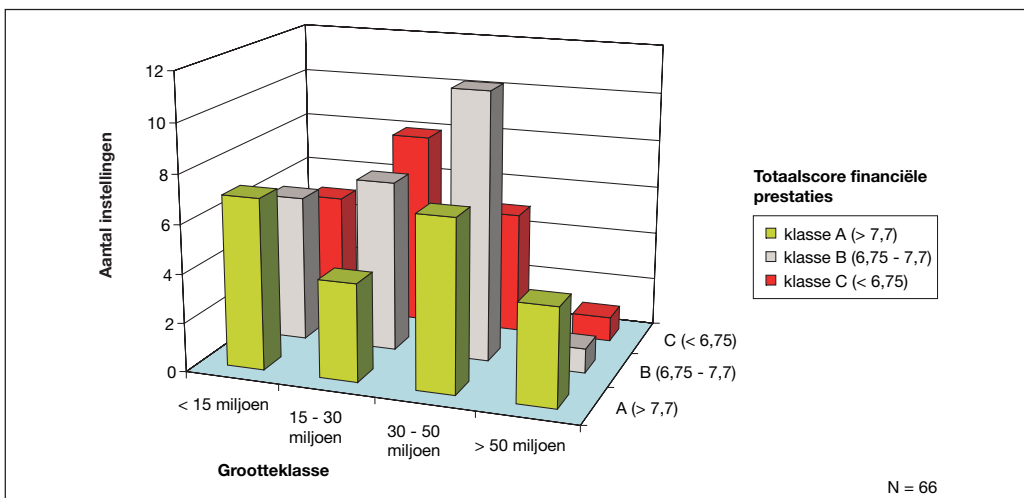


Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

Kleine en grote instellingen leveren betere financiële prestaties dan middelgrote

5.57 In 2000 hebben wij geconstateerd dat kleine instellingen een hogere doelmatigheidsscore behaalden dan middelgrote en grote instellingen. In 2004 is dat veranderd: kleine instellingen scoren nog steeds bovengemiddeld, maar grote instellingen doen dat ook. De middelgrote instellingen, met een omvang tussen de 15 en 50 miljoen per jaar, scoren minder goed.

Figuur 5-13: Grootteklasse houdt verband met financiële prestaties



Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

5.58 Een aantal bevindingen:

- a De productiviteit (eigen personeel) van kleine instellingen (65,8%) en van grote instellingen (65,6%) ligt boven het gemiddelde van 63,9%;
- b Dit productiviteitsverschil wordt veroorzaakt door minder verlof in kleine instellingen, minder reistijd in grote en minder ziekteverzuim in beide;
- c Het overheadpercentage neemt af naarmate de instelling groter wordt, vooral door een lager percentage personeelskosten echte overhead en personeelskosten leiding en staf.

Clusterindeling vormt geen nadere verklaring voor verschillen in financiële prestaties

5.59 Wij hebben onderzocht of er een verband bestaat tussen de financiële prestaties van instellingen en de cluster (productmix) waartoe zij behoren. Er is weliswaar een verband, maar dit wordt veroorzaakt door de verschillen in grootteklasse per cluster: in de clusters die zich richten op een beperkt aantal prestaties bevinden zich relatief veel kleinere instellingen, en de grote instellingen leveren overwegend een zodanige productmix dat deze over een tweetal clusters verspreid zijn. De productmix blijkt geen aanvullende verklaringskracht te hebben. Het is dus niet zo dat instellingen met een bepaalde productmix financieel beter presteren dan andere.

Doorkijk 2005: gewijzigde financieringsgrondslag vergt sturing op deskundigheidsniveaus

5.60 In 2005 is niet langer het deskundigheidsniveau bepalend voor de financiering van de thuiszorginstellingen. In plaats daarvan is de daadwerkelijk geleverde prestatie bepalend. Deze dient in lijn te liggen met de indicatiestelling. Wij hebben onderzocht welke effecten dit zou kunnen hebben, door de instellingen te vragen voor de prestaties huishoudelijke verzorging (HV-2) en persoonlijke verzorging (PV-1) de daadwerkelijke ingezette deskundigheidsmix aan te leveren. Van de 52 instellingen die wij dit hadden gevraagd, waren er overigens niet meer dan 22 in staat om dit te doen voor de huishoudelijke verzorging en 15 voor de persoonlijke verzorging.

5.61 In het CTG/ZAio-tarief voor huishoudelijke verzorging is rekening gehouden met een mix van 80% thuishulp A en 20% verzorgingshulp B. Van de 22 instellingen die de daadwerkelijke inzet hadden aangeleverd, zetten er 8 een mix in die duurder is dan in het tarief is verwerkt. Dat is 36%. Het effect van de indicatiestelling is hierin overigens niet expliciet meegenomen.

5.62 Voor de prestatie verzorging geldt de compensatieregel dat maximaal 15% gedeclareerd mag worden als verpleging, mits voor persoonlijke verzorging naast verzorgenden B, C en D ook wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen worden ingezet. Van de 15 instellingen die de daadwerkelijke inzet hebben aangeleverd, zetten er 8 een mix in die duurder is dan in de compensatieregel is verwerkt. Dat is 53%. Ook hierin is het effect van de indicatiestelling niet meegenomen.

5.63 Hoewel het hier om kleine aantallen instellingen gaat en het beeld dus niet representatief is, constateren wij wel dat het risico van een te dure deskundigheidsmix duidelijk aanwezig is. Voor instellingen kan dit het nettoresultaat verder onder druk zetten. Het feit dat zo weinig instellingen inzicht hebben in de werkelijke personeelsinzet per product, vergroot de risico's nog. De inzet van deskundigheidsniveaus op basis van feitelijk inzicht is dus in 2005 een belangrijk stuurinstrument.

Kernbevindingen onderzoek financiële prestaties:

- 52% van de instellingen heeft een negatief nettoresultaat.
- De financiële positie van de instellingen is naar huidige maatstaven gezond, maar als een voor de toekomst meer reële norm van 20% wordt gehanteerd, voldoet 68% van de instellingen daar niet aan.
- De kosten per betaalluur (loonkosten uitvoerenden zorg) zijn in 2004 25,3% hoger dan in 2000, vooral door autonome ontwikkelingen; de OVA-compensatie en de opslag voor materiële kosten bedroeg 15,2%.
- De productiviteit van het eigen personeel is met 3,3 procentpunt gestegen: van 60,6% naar 63,9%.
- Het ziekteverzuim van de uitvoerende zorgmedewerkers met 3 procentpunt gedaald: van 10,9% naar 7,9%.
- Het percentage productievooraardelijke uren (planning, coördinatie, zorgdossier), is met 2,1 procentpunt gedaald van 10,2% naar 8,1%.
- Kleine en grote instellingen zijn doelmatiger dan middelgrote instellingen.
- Het feit dat in 2005 niet meer het ingezette deskundigheidsniveau wordt gefinancierd maar het geleverde product, kan het nettoresultaat verder onder druk zetten. Het risico is aanwezig dat instellingen een duurdere deskundigheidsmix inzetten dan waarmee in het tarief rekening is gehouden. Instellingen hebben niet altijd inzicht in de werkelijke personele inzet.

6 Management van processen biedt indicatieve nieuwe inzichten

6.01 In dit hoofdstuk komt de nieuwe bouwsteen management van processen aan de orde. De achtergrond van deze bouwsteen is in de inleiding geschetst. In dit hoofdstuk geven wij een beschrijving van het instrument en vervolgens van de resultaten.

Bouwsteen management van processen omvat vijftien prestatie-indicatoren

6.02 De bouwsteen management van processen ligt in het verlengde van het project Uitkomstindicatoren, waarin het sturen op resultaten centraal stond. Dit project is in 2002 en 2003 in opdracht van Z-org door TNO Management Consultants uitgevoerd. Het instrument van deze bouwsteen bestaat uit vijftien prestatie-indicatoren, die elk aansluiten bij een van de vier onderscheiden onderdelen van de primaire en hieraan gerelateerde personeelslogistieke bedrijfsprocessen: het uitvoeren van de intake, het plannen van de zorg, het leveren van de zorg en het evalueren en monitoren. De vijftien prestatie-indicatoren zijn kwalitatief van aard en worden onderscheiden in acht logistieke indicatoren en zeven personeelsindicatoren. Tabel 6-1 geeft een overzicht van de indicatoren; de vet gedrukte zijn de logistieke indicatoren.

Tabel 6-1: Overzicht prestatie-indicatoren binnen bouwsteen management van processen

| Proces | Nr | Indicator | Instelling of per prestatie ¹⁸ |
|------------------|-----------|--|---|
| Uitvoeren intake | 1 | Percentage cliënten met aanvang zorg binnen ingangsdatum/week van het indicatiebesluit | Per prestatie |
| Plannen van zorg | 2a | Percentage afgesproken zorg ten opzichte van indicatie | Per prestatie |
| | 2b | Percentage geleverde zorg ten opzichte van indicatie | Per prestatie |
| | 3 | Gemiddeld aantal zorgverleners per cliënt | Per prestatie |
| | 4 | Percentage cliënten met een of meerdere malen geen zorg door no show (medewerker verschijnt niet bij de cliënt terwijl deze dit wel verwacht) | Per prestatie |
| | 5a | Percentage uitgaven deskundigheidsbevordering ten opzichte van personeelskosten | Instelling |
| Leveren van zorg | 7a | Percentage uren PV uitgevoerd door hoger deskundigheidsniveau | Instelling |
| | 7b | Percentage uren HV-2 uitgevoerd door hoger deskundigheidsniveau | Instelling |
| | 9 | Percentage arbeidstijd besteed aan cliëntbespreking | Per product |
| | 10 | Percentage ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof | Instelling |

18 Huishoudelijke verzorging, verzorging of verpleging.

| Proces | Nr | Indicator | Instelling of per prestatie |
|------------------------|----|--|-----------------------------|
| Evalueren en monitoren | 5b | Aantal certificaten en diploma's per honderd medewerkers | Instelling |
| | 6 | Percentage doorstroming naar hoger deskundigheidsniveau | Per prestatie |
| | 8 | Percentage gerealiseerde functioneringsgesprekken | Instelling |
| | 11 | Percentage verloop (uitstroom) | Instelling |
| | 12 | Percentage tijd dat zorgverleners wel beschikbaar maar niet ingepland zijn (leegloop) | Per prestatie |

Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

6.03 Mede op basis van de resultaten van de eerdere onderzoeken is bij de voorbereidingen van het benchmarkonderzoek specifieke aandacht gevraagd voor het planningsproces bij instellingen omdat dit proces binnen de thuiszorg als essentieel wordt beschouwd voor de kwaliteit en doelmatigheid van de te leveren prestaties. Teneinde het inzicht in het planningsproces te vergroten, is in het instrument een aantal open vragen opgenomen waarbij de instellingen is gevraagd aan te geven of de planning handmatig dan wel geautomatiseerd wordt opgesteld en of de instelling centraal of decentraal plant.

6.04 De onderscheiden prestatie-indicatoren zijn via een digitale vragenlijst opgevraagd. Daarbij is de instellingen gevraagd aan te geven of de antwoorden berusten op feiten, op steekproeven of op schattingen. Op deze manier kon inzicht worden verkregen in de hardheid en daarmee de bruikbaarheid van de aangeleverde gegevens voor deze nieuwe bouwsteen.

6.05 De totaalscore op de bouwsteen management van processen is uitsluitend gebaseerd op de logistieke indicatoren.

Definitie en registratie logistieke indicatoren verdient aandacht

6.06 Uit het onderzoeksverloop en de kwaliteit van de respons werd duidelijk dat het definiëren en meten van de onderscheiden prestatie-indicatoren niet eenvoudig is. Bij instellingen bleek het vaak lastig om de benodigde gegevens over de bedrijfsprocessen te verzamelen, veelal omdat de benodigde gegevens (nog) niet of op een andere dan de gevraagde wijze binnen de informatiehuishouding van de instellingen worden geregistreerd.

6.07 Door de 72 instellingen die aan de bouwsteen hebben deelgenomen, is veelvuldig een beroep gedaan op de help desk van de onderzoekers. Vragen over de interpretatie van de begripsomschrijvingen stonden hierbij centraal. Verder gaven instellingen aan dat zij niet alle prestatie-indicatoren zouden kunnen aanleveren. De gevraagde gegevens worden lang niet altijd geregistreerd of in de door de instelling gebruikte software wijkt de definitie af van die in de vragenlijst. Opvallend is dat de instellingen daarbij aangaven dat zij de opgevraagde gegevens wél relevant vonden.

6.08 Na analyse van de respons bleek dat er inderdaad indicatoren ontbraken. 34 instellingen (47,2%) bleken in staat om de set compleet aan te leveren; de andere hadden gemiddeld de helft van de indicatoren aangeleverd.

6.09 Van de logistieke indicatoren die wél waren aangeleverd, was volgens opgave van de instellingen gemiddeld de helft gebaseerd op feiten, een kwart op een steekproef en eveneens een kwart op een schatting.

Tabel 6-2: Hardheid aangeleverde gegevens voor de acht logistieke indicatoren

| Nr | Indicator | Feit | Steekproef | Schatting |
|----|--|------------|------------|------------|
| 1 | Percentage cliënten met aanvang zorg binnen ingangsdatum/week van het indicatiebesluit | 46% | 30% | 24% |
| 2a | Percentage afgesproken zorg ten opzichte van indicatie | 34% | 39% | 27% |
| 2b | Percentage geleverde zorg ten opzichte van indicatie | 34% | 39% | 27% |
| 3 | Gemiddeld aantal zorgverleners per cliënt | 67% | 19% | 15% |
| 4 | Percentage cliënten met een of meerdere malen geen zorg door no show | 13% | 24% | 63% |
| 7a | Percentage uren PV uitgevoerd door hoger deskundigheidsniveau | 67% | 23% | 10% |
| 7b | Percentage uren HV-2 uitgevoerd door hoger deskundigheidsniveau | 67% | 23% | 10% |
| 12 | Percentage tijd dat zorgverleners wel beschikbaar zijn maar niet ingepland (leegloop) | 61% | 16% | 23% |
| | Totaal | 50% | 25% | 25% |

Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

6.10 Het valt op dat in het bijzonder de planningsindicatoren 2a, 2b en 4 een punt van aandacht vormen: hooguit een derde van de instellingen weet hoeveel zorg er is afgesproken of geleverd ten opzichte van de indicatie, of hoe vaak het voorkomt dat medewerkers niet verschijnen terwijl de cliënt dat wel verwacht. De centrale plaats die het planningsproces in de bedrijfsvoering inneemt maakt dit punt nog extra nijpend en urgent.

6.11 Van 36 instellingen waren de indicatoren onvoldoende hard om een verantwoorde totaalscore te kunnen berekenen. Omdat daarnaast 9 instellingen onvoldoende indicatoren hadden aangeleverd, bleven er uiteindelijk slechts 27 instellingen over waarvoor een totaalscore kon worden berekend.

Totaalscore gebaseerd op logistieke indicatoren

6.12 De totaalscore op de bouwsteen management van processen is gebaseerd op de scores voor de acht logistieke indicatoren en wordt uitgedrukt in een getal met een schaal van 1 tot 5. De personeelsindicatoren zijn niet gebruikt als basis voor de totaalscore op deze bouwsteen, maar voor het trekken van conclusies in samenhang met de andere bouwstenen van het benchmarkonderzoek. Voor de 27 instellingen waarvoor een totaalscore kon worden berekend, varieert de totaalscore van 2,29 tot 4,42. De gemiddelde totaalscore is 3,5. Van deze 27 instellingen scoren er 12 een 3,6 of hoger. Deze behoren tot klasse A van deze bouwsteen.

6.13 De resultaten van de afzonderlijke indicatoren (meestal percentages en soms aantallen) zijn in tabel 6-3 weergegeven.

Tabel 6-3: Resultaten prestatie-indicatoren

| Nr | Indicator | HV-2 | PV | VP |
|----|--|--------------|-------|-------|
| 1 | Percentage cliënten met aanvang zorg binnen ingangsdatum/week van het indicatiebesluit | 71,6% | 81,0% | 83,2% |
| 2a | Percentage afgesproken zorg ten opzichte van indicatie | 85,3% | 81,0% | 80,0% |
| 2b | Percentage geleverde zorg ten opzichte van indicatie | 78,3% | 70,9% | 70,1% |
| 3 | Gemiddeld aantal zorgverleners per cliënt | 1,7 | 6,1 | 5,5 |
| 4 | Percentage cliënten met een of meerdere malen geen zorg door no show | 2,1% | 0,9% | 0,6% |
| 5a | Percentage uitgaven deskundigheidsbevordering ten opzichte van personeelskosten | Totaal 1,9% | | |
| 7a | Percentage uren PV uitgevoerd door hoger deskundigheidsniveau | Totaal 15,9% | | |
| 7b | Percentage uren HV-2 uitgevoerd door hoger deskundigheidsniveau | Totaal 23,1% | | |
| 9 | Percentage arbeidstijd besteed aan cliëntbespreking | 1,5% | 3,1% | 5,3% |
| 10 | Percentage ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof | Totaal 7,4% | | |
| 5b | Aantal certificaten en diploma's per honderd medewerkers | Totaal 27,1 | | |
| 6 | Percentage doorstroming naar hoger deskundigheidsniveau | 6,1% | 6,1% | 3,4% |
| 8 | Percentage gerealiseerde functioneringsgesprekken | Totaal 54,1% | | |
| 11 | Percentage verloop (uitstroom) | Totaal 13,3% | | |
| 12 | Percentage tijd dat zorgverleners wel beschikbaar zijn maar niet ingepland (leegloop) | 1,2% | 1,7% | 1,2% |

Bron: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004

6.14 Daar waar de indicatoren per prestatie beschikbaar zijn, blijkt dat er tussen de scores per prestatie duidelijke verschillen zijn. Zo is het percentage afgesproken en geleverde zorg voor de prestaties verzorging en verpleging lager dan voor de huishoudelijke verzorging. Dit ondersteunt de eerder gedane suggestie om meer te gaan werken vanuit cliëntprofielen met bijbehorend productaanbod en dus ook bijbehorende procesindicatoren.

6.15 Voor alle drie de prestaties geldt dat de geïndiceerde zorg groter in omvang is dan de zorg die is afgesproken en geleverd.

6.16 Het aantal zorgverleners kan mogelijk nog omlaag worden gebracht. In een aantal instellingen is dit gemiddelde, vooral voor de prestatie verzorging, duidelijk lager dan het Z-org gemiddelde. Zoals eerder aangegeven heeft een reductie van het aantal verschillende zorgverleners een positieve invloed op het cliëntoordeel. Door cliënten is het beperken van wisselingen in personeel tevens als een van de belangrijke verbeterpunten voor de thuiszorginstellingen naar voren gebracht.

6.17 Uit de antwoorden op de open vragen (geen indicatoren) over de planning bleek dat:

- a 50% van de instellingen de planning geautomatiseerd en 50% handmatig verricht;
- b 30% van de instellingen centraal en 70% decentraal plant.

Instrument management van processen kansrijk, maar vergt verdere aanscherping

6.18 Op basis van de thans beschikbare gegevens wordt op basis van de resultaten van de integrale analyses voornamelijk geconcludeerd dat van de acht logistieke indicatoren de indicatoren 4 en 12 geen relevante stuurinformatie blijken op te leveren. Van de personeels-indicatoren lijken de indicatoren 9, 6 en 11 minder relevant te zijn. Voor de overige indicatoren lijkt het zinvol de benodigde gegevens in de informatiehuishouding te (blijven) verankeren.

6.19 Mede omdat de bouwsteen management van processen nieuw is, de aangeleverde gegevens niet altijd betrouwbaar waren en een aantal definities nog moet worden aangescherpt, kunnen aan de uitkomsten van deze bouwsteen nog geen duidelijke conclusies worden verbonden. Op basis van deze bevindingen is besloten de uitkomsten van deze bouwsteen in 2004 nog niet te betrekken bij het identificeren van de best practices.

Kernbevindingen bouwsteen management van processen:

- Het aanleveren van de gevraagde gegevens is voor de instellingen niet eenvoudig gebleken; de helft van de deelnemers heeft geen complete set kunnen aanleveren.
- Van de wél aangeleverde indicatoren was 50% gebaseerd op feiten, 25% op een steekproef en 25% op een schatting; vooral de planningsindicatoren zijn onvoldoende hard gebleken.
- De resultaten verschillen per AWBZ-prestatie. Voor alle drie de prestaties geldt dat de geïndiceerde zorg groter in omvang is dan de zorg die is afgesproken en geleverd.
- Het aantal zorgverleners per cliënt kan waarschijnlijk nog omlaag worden gebracht. Een reductie van het aantal verschillende zorgverleners heeft een positieve invloed op het cliëntoordeel.

7 Aanbevelingen voor benchmarking in toekomstig perspectief

7.01 In dit laatste hoofdstuk formuleren de onderzoekers een aantal aanbevelingen.

Aanbevelingen voor de instellingen en Z-org

Planning cruciaal proces, waarvoor best practice-aanpak aandacht vergt

7.02 Gelet op de cruciale rol die het planningsproces in de benchmarkuitkomsten blijkt te spelen bevelen wij aan om na te gaan hoe de opzet en inrichting van het planningsproces kan worden versterkt. Hierbij zijn de voorspelbaarheid en complexiteit van de te leveren zorg en de inzetbaarheid van medewerkers uiteraard belangrijke gegevens voor de op te stellen planning.

7.03 Uit de discussies binnen de klankbordgroep en werkgroepen en tijdens de interviews is gebleken dat binnen de thuiszorg nog geen eenduidig beeld bestaat over de best practice voor de opzet en inrichting van de planning: of een centrale of decentrale opgestelde planning beter is en of dit planningsproces geautomatiseerd of handmatig dient te geschieden was bij aanvang van de benchmark onduidelijk.

7.04 Uit de benchmark lijkt als best-practice-aanpak naar voren te komen de inrichting van een decentrale planning, ondersteund door een ICT-toepassing die medewerkers faciliteert maar hen niet in een keurslijf dwingt en hen persoonlijk de ruimte laat voor een nadere decentrale invulling waarbij op een flexibele wijze de wensen van cliënten en de medewerkers zelf kunnen worden verwerkt.

7.05 Uit het benchmarkonderzoek is gebleken dat een relatief kleine minderheid van de instellingen in staat is om in de registratie een koppeling te leggen tussen de indicatie, de geleverde zorg en de daarbij ingezette deskundigheidsmix. Aangezien dit belangrijke stuurinformatie is binnen een systematiek waarin de prestatie de basis voor financiering is en toekomstige cliënten hun recht op zorg ook daadwerkelijk wensen te ontvangen, bevelen wij aan om de registraties van belangrijke logistieke prestatie-indicatoren (zoals de percentages afgesproken en geleverde zorg ten opzichte van geïndiceerde zorg, het aantal medewerkers per cliënt en het percentage zorg dat binnen de in de indicatie aangegeven termijn start) te verbeteren. Hierdoor kunnen de indicatoren worden benut als managementinformatie.

7.06 Op grond van ervaringen in andere sectoren kunnen wij ons voorstellen dat het gericht aantrekken van medewerkers die specifiek ervaring hebben en zijn gespecialiseerd als planner de professionele invulling van dit cruciale proces verder kan versterken.

7.07 In bovenstaand perspectief zou naar ons oordeel het binnen en buiten de branche internationaal inventariseren van best practices voor de opzet en inrichting van de planning binnen de thuiszorg en de hiervoor in te vullen randvoorwaarden een speerpunt van beleid moeten zijn. Vanuit Z-org kan hierbij een initiërende en faciliterende rol worden vervuld.

Cliëntprofielen kunnen basis vormen voor instellingsprofilering

7.08 In de cliëntenraadpleging blijkt dat cliënten van de huishoudelijke verzorging andere accenten leggen dan verzorgings/verplegingscliënten. De beide cliëntgroepen vinden andere aspecten belangrijk en ook de kwaliteitsscores verschillen. In de bouwsteen management van processen blijkt dat een aantal indicatoren per AWBZ-prestatie een verschillend resultaat laten zien. Uit het kostenonderzoek blijken de verschillen in kostenstructuur tussen de prestaties.

7.09 Een nadere analyse van alle verschillen per prestatie in combinatie met de in de cliëntenraadpleging opgevraagde gegevens over ziekten en aandoeningen van de cliënten en de redenen waarom zij thuiszorg ontvangen, zou de basis kunnen vormen voor de ontwikkeling van een benadering per cliëntprofiel, zowel op branche- als op instellingsniveau. Inzicht in de kenmerken van de onderscheiden groepen en formuleren van een inhoudelijk en financieel passend zorgaanbod zou de instellingen kunnen helpen bij hun profilering en een hierbij aansluitende inrichting van de bedrijfsprocessen. Ook de training en opleiding van de medewerkers kan hierop worden gebaseerd.

7.10 Nadere analyse van de gegevens uit de cliëntenraadpleging en de prestatie-indicatoren kan de basis vormen voor de ontwikkeling van een benadering per cliëntprofiel met daarop afgestemde zorgarrangementen, uitgezet binnen de zorgketen en gekoppeld aan de beoogde effecten van de zorg.

7.11 Het ontwikkelen en binnen de thuiszorg toepassen van adequate CRM-systemen (Customer Relations Management) achten wij in het perspectief van toenemende concurrentie en het gericht bedienen van verschillende cliëntgroepen (customer segmentation) een instrument dat net zoals benchmarking in commerciële bedrijven als een van de belangrijkste management tools wordt beschouwd voor het borgen van de kwaliteit en de financiële performance door het gericht bedienen van gekozen product-marktcombinaties.

7.12 Moderne CRM-systemen kunnen tevens bijdragen aan een professionele afhandeling van klachten. Ook uit de benchmark is gebleken dat klachtenmanagement een belangrijk instrument blijkt te zijn om de loyaliteit van cliënten te behouden. Een niet goed afgehandelde klacht wordt onthouden en beïnvloedt nog geruime tijd later het cliëntoordeel.

7.13 In bovenstaand perspectief bevelen wij aan om op brancheniveau een project Cliëntprofielen te starten, om op deze wijze de aanpak van het strategische thema 'binden van cliënten en interesseren van potentiële nieuwe cliënten' te ondersteunen.

Strategische positionering vergt aandacht binnen concurrerende markt

7.14 In het perspectief van de ontwikkeling van cliëntprofielen en een toenemende concurrentie binnen de zorg bevelen wij de instellingen aan om zich (verder) te verdiepen in de noodzaak om, gegeven de lokaal-regionale marktomstandigheden en concurrentieverhoudingen, zich in de markt te onderscheiden door het innemen van een unieke strategische positie en zich te richten op specifieke cliëntgroepen. Een strategie gericht op het voor de korte termijn uitsluiten of reduceren van concurrentie door fusie of strategische allianties kan de noodzaak tot het bieden van onderscheidend vermogen op langere termijn naar verwachting niet voorkomen. Bij het afwegen van mogelijke strategische posities dient uiteraard de wijze waarop een eenmaal gekozen strategische positie daadwerkelijk in de opzet en inrichting van de bedrijfsvoering kan worden vertaald, te worden betrokken.

7.15 Omdat de integrale analyses het belang van samenbindende waarden ('wijgevoel') voor het welzijn van medewerkers en (daardoor) voor het cliëntoordeel en de doelmatigheid duidelijk aantonen, verdient het aanbeveling om bij deze analyse de sleutelfunctionarissen binnen de instelling te betrekken. Door het gericht uitvoeren van een cultuurdiagnose kan worden nagegaan of de organisatiecultuur op het punt van de samenbindende waarden nog versterking behoeft.

7.16 In een meer concurrerende markt achten wij voor de externe communicatie van de samenbindende waarden en de beoogde strategische positie naar de direct betrokken stakeholders de inzet van moderne marketinginstrumenten in de komende jaren van toenemend belang. Het opstellen van een strategisch plan zonder marketingplan achten wij minder effectief.

Aantrekken en behouden van competente en gemotiveerde medewerkers cruciaal

7.17 In het kader van het strategische thema 'behouden van competente en gemotiveerde medewerkers' vragen wij aandacht voor de uitwerking van de drie belangrijkste aandachtpunten uit de medewerkerraadpleging, te weten: het verbeteren van de ervaren ontplooiingsmogelijkheden en van de balans tussen werk en privé, en het behouden van de door de medewerkers positief beoordeelde samenbindende waarden (zie voor dat laatste ook de vorige subparagraaf).

7.18 In dit perspectief bevelen wij aan om na te gaan in hoeverre kwantitatieve en kwalitatieve versterking van de leidinggevenden in de zorg nodig is, gezien de verwachte positieve effecten op zowel de kwaliteit als de doelmatigheid.

7.19 Het openhartig terugrapporteren van de kernbevindingen uit de benchmark en het betrekken van de medewerkers bij het identificeren, afwegen en implementeren van verbetervoorstellen, achten wij een speerpunt voor de instellingen. Op deze wijze kan de toegevoegde waarde voor toekomstige medewerkerraadplegingen worden geborgd.

Maximale ondersteuning bij verbeteren financiële prestaties gewenst

7.20 Nu de financiële toekomst voor de thuiszorginstellingen bepaald niet rooskleurig is, vereist het maximaal faciliteren van de instellingen op dit punt alle aandacht. Wij stellen in de eerste plaats voor om op basis van de benchmarkuitkomsten een separaat document op te stellen dat gebruikt kan worden in de tariefsbesprekingen. Ten behoeve van deze tariefsbesprekingen kunnen op basis van het materiaal uit het benchmarkonderzoek 2004 actuele onderbouwingen worden aangereikt voor de kostprijsberekeningen en de actuele discussies omtrent de functiegerichte bekostiging, waarbij ook de kwaliteitsdimensie kan worden betrokken.

7.21 In het verlengde hiervan bevelen wij aan om de spreadsheetapplicatie waarmee de gegevens uit het financieel onderzoek aan de instellingen zijn teruggerapporteerd, te koppelen aan het al beschikbare AWBZ-kostprijsanalysemodel. Door deze koppeling kan de toegevoegde waarde van de stuurinformatie uit het financieel onderzoek verder worden verhoogd omdat de effecten op de kostprijs van het sturen 'op de rode velden' vooraf kunnen worden gesimuleerd. Op die manier kan een instelling vooraf nagaan welke effecten bijvoorbeeld een daling van het ziekteverzuim met 1% heeft, of de inzet van 5% meer thuishulpen B in plaats van verzorgenden C of D.

7.22 Omdat gelet op het denken in termen van te realiseren financiële marges naast de kostprijs ook de verkoopprijs een belangrijke factor voor de instelling zal worden, bevelen wij aan om naast een kostprijsanalysemodel een daaraan gekoppeld verkoopprijsmodel te ontwikkelen. Daarmee kan de instelling de effecten van verkoopprijzen op het nettoresultaat simuleren.

7.23 De uitkomsten van het benchmarkonderzoek 2004 kunnen ten slotte worden gebruikt om nader onderzoek te verrichten naar het maatschappelijke rendement van thuiszorg. Kostenvergelijkingen met intramurale zorg en een nadere verkenning van de omslagpunten, zijn hierbij voor de toekomstige positionering van thuiszorg, ook in relatie tot de hierboven vermelde tariefsbesprekingen en allocatie van schaarse middelen, relevant.

Benchmarkonderzoek maakt pro-actief beleid mogelijk

7.24 De uitkomsten van dit derde benchmarkonderzoek maken duidelijk dat de kracht van benchmarking als managementinstrument mede voortvloeit uit de periodieke herhaling van het onderzoek. Het feit dat dit benchmarkonderzoek het derde in een reeks is, heeft ertoe geleid dat er binnen een beproefde systematiek vergelijkingen van de uitkomsten over een reeks van jaren mogelijk is. Hierdoor konden trends worden geïdentificeerd en kon de diepgang van de analyses worden vergroot. De verder geoptimaliseerde samenhang tussen de bouwstenen en het feit dat voor het eerst voor alle bouwstenen een gelijk meetmoment (2004) is gehanteerd, heeft de analyses volgens verwachting verder aan kracht doen winnen.

7.25 Tevens is gebleken dat de uitkomsten van het benchmarkonderzoek zowel voor de instellingen als voor de branche als een early warning system kan fungeren. Op basis van de resultaten kan tijdig pro-actief beleid worden geformuleerd voor onderwerpen die aandacht behoeven. Op basis van de uitkomsten van het benchmarkonderzoek 2004 denken wij hierbij aan:

- a het bevorderen van de financiële prestaties van instellingen om ook op termijn financieel gezond te kunnen blijven;
- b het ontwikkelen van cliëntprofielen om de maatschappelijke kosteneffectiviteit van thuiszorg onderbouwd te kunnen beoordelen en gericht producten en diensten te kunnen aanbieden die voldoen aan de wensen en criteria van de onderscheiden doelgroepen;
- c het formuleren van arbeidsvoorwaardenbeleid om ook in een aantrekkelijke arbeidsmarkt over voldoende medewerkers te kunnen blijven beschikken;
- d het (internationaal) inventariseren van best practices voor het optimaliseren van de planningsfunctie.

7.26 Uiteraard is het belangrijkste feit dat het merendeel van de Z-org lidinstellingen heeft meegedaan aan deze benchmarkronde over 2004. Hierdoor kunnen instellingen beschikken over een schat aan stuurinformatie gebaseerd op benchmarks die worden gevormd door peer groups.

7.27 In het verlengde van de activiteiten die in gang zijn gezet voor een optimale interpretatie en toepassing van de benchmarkuitkomsten door de instellingen, zou Z-org zijn leden kunnen faciliteren door specifieke activiteiten rondom de thema's die als relevant en belangrijk zijn geïdentificeerd. Zo zou Z-org workshops of een studiereis kunnen organiseren over het vraagstuk van de planningssystematiek of het denken in termen van strategische positionering.

Continuous benchmarking biedt perspectief

7.28 Op basis van de bevindingen uit de benchmark 2004 denken wij dat het investeren in de opzet en inrichting van een continue benchmarking voor de lidinstellingen meerwaarde kan hebben.

7.29 Continuous benchmarking is gericht op het realiseren van een kosteneffectieve infrastructuur waarin instellingen meer frequent kunnen beschikken over actuele door hen gewenste benchmarkinformatie. De beoogde continuous benchmarkstructuur faciliteert het uitvoeren van zowel klein- als grootschalige benchmarkonderzoeken waarbij vanuit een staande benchmarkorganisatie effectief en met een beperkte doorlooptijd actuele benchmarkinformatie kan worden aangereikt.

7.30 Op die wijze kan flexibel worden ingespeeld op de behoefte aan benchmarking. Zo is nu al gebleken dat een aantal instellingen (die bij aanvang van het benchmarkonderzoek niet in de gelegenheid waren om aan alle bouwstenen deel te nemen) de ontbrekende bouwstenen wil aanvullen. Via een systeem van continuous benchmarking moet dit eenvoudig mogelijk zijn. Instellingen kunnen dan desgewenst ook zelf een peer group creëren, die gezamenlijk met een of meer onderdelen van de benchmark start.

7.31 Blijvende aandacht is nodig voor de afstemming van de gegevens die voor het benchmarkonderzoek moeten worden verzameld, op de reguliere bedrijfsadministratie. In feite zouden in de benchmark geen andere gegevens moeten worden opgevraagd dan die in de instelling toch al als interne stuurinformatie worden geproduceerd. De in de bedrijfsadministratie verankerde gegevens zouden (al dan niet in geaggregeerde vorm) tevens als basis kunnen dienen voor de te genereren maatschappelijke verantwoordingsinformatie. Het zou de administratieve lasten sterk verlagen als instellingen voor deze twee gegevenssets dezelfde definities zouden kunnen hanteren.

7.32 Z-org heeft voor een succesvolle invoering van continuous benchmarking drie voorwaarden benoemd, te weten:

- a breder, dus ook geschikt voor concerns die andere vormen van zorg bieden dan alleen thuiszorg;
- b beter, dus onder meer directe terugkoppeling van resultaten via ICT-ondersteuning, startmoment naar keuze van de instelling en ruimte voor eigen accenten;
- c kort en krachtig, dus het maken van keuzes ten aanzien van de op te leveren gegevens.

7.33 Wij menen dat aan al deze drie voorwaarden kan worden voldaan en bevelen aan daartoe een project te starten gericht op het beschikbaar krijgen van een continuous-benchmark-systematiek voor de leden zodat de lidinstellingen de prestaties permanent kunnen meten en spiegelen en beschikken over stuurinformatie. Wij achten het denkbaar en wenselijk dat een dergelijke systematiek op enig moment AWBZ-breed beschikbaar is en kan worden ingezet.

Bijlage

A Leden begeleidingsgroepen

Stuurgroep

| | |
|-------------------------------|-------------------------|
| Dhr. drs. B.E. van den Dungen | Z-org (tot 1 juli 2005) |
| Dhr. drs. A. Koster | Z-org |
| Dhr. dr. H. Rosendal | Z-org |

Klankbordgroep

| | |
|-------------------------|---|
| Dhr. S.I.M. Bless | Zorggroep Almere |
| Mw. J. Boetes MBA | Thuiszorg Het Friese Land |
| Mw. A.B. Bothof | Stichting Humanitas |
| Mw. drs. J.J. van Essen | RST Zorgverleners |
| Dhr. drs. I. Konings | Sensire |
| Dhr. drs. W. Oving | St. Thuiszorg en Maatschappelijk Werk Goeree Overflakkee |
| Dhr. L.E.F. van Ruth | Thuiszorg IJmond |
| Dhr. drs. S. Volberda | Thuiszorg De Friese Wouden |
| Dhr. drs. J. de Vries | Zorggroep Valent RDB |
| Dhr. B.J.M. Welling | Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land |

Projectteam

| | |
|----------------------------------|---|
| Dhr. prof. dr. ir. C.T.B. Ahaus | TNO Management Consultants |
| Mw. ir. L.G.G. van Dijk | PricewaterhouseCoopers |
| Mw. drs. J.A.M. Oskam | Tot 1 april 2005 Z-org, vanaf 1 april 2005 TNO Management Consultants, projectleider Z-org |
| Dhr. drs. R.J.C. Poerstamper MBA | PricewaterhouseCoopers, eindverantwoordelijk programmamanager |

Projectgroep Benchmark

Deelproject cliëntenraadpleging

| | |
|----------------------------|-------|
| Dhr. drs. H. Abrahamse | NIVEL |
| Dhr. drs. G. Fidder | Z-org |
| Dhr. dr. H.J.M. Sixma | NIVEL |
| Dhr. drs. P. Spreeuwenberg | NIVEL |
| Mw. dr. M. Triemstra | NIVEL |

Deelproject medewerkerraadpleging

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Mw. M. Heukers | Z-org |
| Mw. drs. V. Koppenrade | Instituut Werk en Stress |
| Dhr. F.M. van Rooijen | Z-org |
| Dhr. dr. P. Schreurs | Instituut Werk en Stress |
| Mw. drs. C. Watzte | Instituut Werk en Stress |

Deelproject Bestuur en Financiers

| | |
|----------------------------|------------------------|
| Dhr. drs. W.D. Groot MBA | Z-org |
| Dhr. drs. M.L. Lankhaar RA | PricewaterhouseCoopers |
| Dhr. drs. A. Terlouw RA | PricewaterhouseCoopers |

Deelproject management van processen

| | |
|--------------------------------------|---|
| Mw. drs. G.A.A. Groen | TNO Management Consultants |
| Dhr. drs. W.H. van den Nieuwenhuizen | TNO Management Consultants |
| Dhr. D. Niezink | TNO Management Consultants |
| Mw. drs. J.A.M. Oskam | TNO Management Consultants (tot 1 april 2005) |
| | Z-org (vanaf 1 april 2005) |
| | Projectleider Z-org |

Deelproject logistieke ondersteuning

| | |
|-----------------------------|-------|
| Dhr. drs. J.M.R. van Dongen | DESAN |
| Dhr. drs. R.M. Maas | DESAN |
| Dhr. ing. J.J. Rutjes | DESAN |
| Dhr. drs. K.D. Tjia | DESAN |

PricewaterhouseCoopers

drs. R.J.C. Poerstamper MBA

Postbus 85096

3508 AB Utrecht

030-2195906

robbert-jan.poerstamper@nl.pwc.com

Instituut Werk en Stress

dr. Paul. J.G. Schreurs

Prof. J.H. Bavincklaan 5

1183 AT Amstelveen

020-5437293

p.schreurs@werkenstess.nl

NIVEL

dr. H. Sixma

Postbus 1568

3500 bn utrecht

tel 030-2729700

h.sixma@nivel.nl

TNO Management Consultants

Prof. dr. C.T.B. Ahaus

Postbus 4155

7320 AD Apeldoorn

Ahaus@tmc.tno.nl