

PWC CONSULTING

A business of PRICEWATERHOUSECOOPERS 

Benchmarkonderzoek 2000 verscherpt inzicht in prestaties en bedrijfsvoering thuiszorginstellingen

Resultaten benchmarkonderzoek op sectorniveau

Eindrapport

02-0174

Almere/Utrecht, maart 2002



Inhoud

Voorwoord	7
Samenvatting	9
Inleiding	17
DEEL I: Benchmarkonderzoek 2000	
1 Benchmarkanalysemodel in tweede benchmarkonderzoek verder ontwikkeld en toegepast	23
Benchmarkanalysemodel opgebouwd uit vier bouwstenen	23
Tweede benchmarkonderzoek in periode van veertien maanden uitgevoerd	25
Toepassing ICT onmisbaar voor uitvoeren benchmark	25
Deel II: Resultaten benchmarkonderzoek	
2 Doelmatigheidsmeting vormt basis voor verklarende analyses	29
Doelmatigheid gemeten met behulp van de DEA-methodiek	29
DEA-methodiek relateert kosten aan totale productie per cluster instellingen	30
MARS-methodiek gebruikt als aanvulling op DEA-doelmatigheidsanalyse	31
Opbouw regionale productie onderzocht voor best practice-instellingen	32
Nadere analyses doelmatigheid bieden inzicht in verklarende elementen	33
Productie van aan benchmark deelnemende instellingen omvat 95% van de totale productie	33
Resultaten doelmatigheidsmeting laten ten opzichte van eerste benchmark geringere spreiding zien	34
Kosten thuiszorg stijgen evenredig met geleverde productie	34
Efficiëntiescore bedraagt gemiddeld 84,9%	35
Doelmatigheidsklasse A omvat 33 instellingen	36
Efficiëntiescores niet gelijkmatig over clusters gespreid	37
Efficiëntiescore kleinere instellingen relatief hoog	38
Efficiëntiescores van recent gefuseerde instellingen relatief laag	39
Kostenstructuur varieert per cluster, doelmatigheidsklasse en grootteklasse	40
Uitkomsten doelmatigheidsonderzoek stabiel	42
Geavanceerde analyses bieden verklaring efficiëntiescores	44
Kosten per contactuur op sectorniveau belangrijkste verklarende factor efficiëntiescore	45
Productiviteit uitvoerenden zorg bedraagt in 2000 68,6%	47
Percentage inhuur toont omslagpunt bij 11%	48
Stijging aandeel verzorgenden relevant voor kosten uitvoerenden zorg	50
Cluster relevant voor efficiëntiescore	51
Netto ziekteverzuim uitvoerende medewerkers gemiddeld 10,9%	51
Productievooraardelijke en overige betaalluren niet zijnde contacturen of ziekteverzuim geen verklarende factor voor doelmatigheid	53
Grootteklasse geen zelfstandig verklarende factor voor doelmatigheid	54
Bouwstenen voor CTG-tarieven	54

3	Cliëntoordeel leidt tot kwaliteitsscore instellingen.....	55
	Kwaliteit van zorg vastgesteld door raadplegen cliënten	55
	Analysemodel cliëntenraadpleging omvat hoofddimensies inhoud en organisatie	56
	Oordeel cliënt gemeten met behulp van schriftelijke enquête	56
	Vragenlijst beschikbaar gesteld door Stichting Cliënt & Kwaliteit	57
	Vragenlijst inventariseert oordeel en achtergrondkenmerken cliënten	57
	Resultaten raadpleging vertaald in herkenbare scores	58
	Cliëntoordeel gecombineerd met meting belang	58
	Cliëntoordeel gewogen voor belangscore en achtergrondkenmerken	59
	Voor cliëntenraadpleging 56.094 vragenlijsten verzonden	59
	Belangonderzoek uitgevoerd onder 1.200 cliënten	60
	Gemiddelde netto respons van 46,5% behaald	60
	Respondentkenmerken geïnventariseerd ten behoeve van koppeling aan gegeven oordeel	62
	Verzamelde gegevens voldoende representatief	63
	Toegankelijkheid en bejegening door cliënten beschouwd als belangrijkste kwaliteitsdimensies ..	64
	Cliëntoordeel varieert per kwaliteitsdimensie	65
	Cliëntkenmerken relevant voor gegeven oordeel	69
	Cliëntoordeel varieert van gemiddeld 6,8 tot 8,9 per instelling	70
	Klasse 1 cliëntenraadpleging omvat 35 instellingen	72
	Instellingen met accent op verzorging en verpleging goed vertegenwoordigd in klasse 1	73
	Cliëntoordeel meest positief over kleine en middelgrote instellingen	73
	Cliëntoordeel 2000 verschilt niet van oordeel in eerste benchmark over 1997	74
4	Resultaten medewerkersraadpleging 1999/ 2000 in benchmark gebruikt.....	77
	Kwaliteit van het werk onderscheiden in energiebronnen en werkstressoren	77
	Responspercentage medewerkersraadpleging bedraagt 47,8%	79
	Medewerkers positief over steun van collega's, ontplooiing, autonomie en rolduidelijkheid	79
	Stressfactoren werkdruk en fysieke belasting het minst positief beoordeeld	81
	Oordeel medewerkers weinig gespreid over instellingen	82
	Burnoutpercentage lager dan landelijk gemiddelde, maar risicogroep vormt aandachtspunt ...	82
	Instellingen ten aanzien van kwaliteit van arbeid ingedeeld in twee klassen	83
5	Oordeel respondenten maatschappelijke waardering meest positief over inhoud van de zorg	85
	Maatschappelijke waardering nieuw ingevulde bouwsteen in benchmarkanalysemodel	85
	Onderzoek maatschappelijke waardering betreft relatie van de thuiszorginstellingen met de omgeving	85
	Resultaten maatschappelijke waardering laten alleen conclusies op sectorniveau toe	86
	Verpleeg- en verzorgingshuizen grootste categorie respondenten	87
	Oordeel respondenten discrimineert tussen aspecten maatschappelijke waardering	88
	Scores per categorie respondenten lopen uiteen	89

6	Dertien best practice-instellingen geïdentificeerd	91
	Identificatie best practice-instellingen afgeleid uit scores doelmatigheid en kwaliteit	91
	Vier best practice-instellingen ook in benchmark 1997 best practice	93
	Best practice-instellingen over vijf clusters gespreid	93
	Correlaties tussen cliëntoordelen en medewerkersraadpleging	94
7	Omgevingsfactoren nuanceren benchmarkscores	99
	Onderzoek opbouw regionale productie leidt tot mogelijke kanttekeningen bij beperkt aantal best practice-instellingen	99
	Regionale verschillen tussen prestaties thuiszorginstellingen substantieel van aard	100
	Efficiëntiescores lager in Randstad en noordelijke provincies	101
	Cliëntoordeel kent andere spreiding dan score doelmatigheid	101
	Medewerkersoordeel varieert sterk per regio	102
8	Bedrijfsvoering best practice- instellingen kent op enkele onderdelen onderscheidende kenmerken.	103
	Bedrijfsvoering beschouwd als verklaring voor prestaties thuiszorg- instellingen	103
	Internettoepassing ondanks aanloopproblemen door nagenoeg alle instellingen gebruikt ...	104
	Door 96 instellingen deelgenomen aan bedrijfsvoeringsonderzoek	104
	Resultaten bedrijfsvoeringsonderzoek wijzen op uiteenlopende wijze van bedrijfsvoering in de sector	105
	Bedrijfsvoering best practice-instellingen iets meer gericht op sturing en focus	105
	Resultaten bedrijfsvoeringsonderzoek met voorzichtigheid te interpreteren	106
	Best practice-instellingen gericht op kernactiviteiten	106
	Instrumenten personeelsbeleid door best practice-instellingen relatief vaak ingezet	106
	Managementinformatie best practice-instellingen wijkt af van die in overige instellingen ..	108
	Best practice-instellingen kennen sterke sturing medewerkers	108
	Geringe verschillen ten aanzien van systeemkwaliteit	108
	Instellingen in minst hoge klassen deels spiegelbeeld best practice- instellingen	109

Deel III: Toekomstperspectief benchmarking

9	Toekomstige herhaling benchmark- onderzoek vergt borging toegevoegde waarde voor alle betrokkenen	113
	Onderzoekstechnische aanbevelingen	113
	Aanbevelingen voor de thuiszorginstellingen	115
	Aanbevelingen voor de brancheorganisaties	115
	Aanbevelingen voor de rijksoverheid	117

Bijlagen

A	Bouwstenen CTG-tarieven	121
B	Productie en kosten status aparte-producten geïnventariseerd	125
C	Betrouwbaarheidscoëfficiënten kwaliteitsdimensies cliëntenraadpleging.....	129
D	Cliëntenraadpleging; de scoretoekenning aan de kwaliteitsaspecten	131
E	Toelichting multi-level analyse cliëntenraadpleging	133
F	Samenstelling projectgroep benchmarking thuiszorg.....	135
G	Samenstelling klankbordgroep benchmarking thuiszorg	137
H	Samenstelling onderzoeksteam.....	139

Voorwoord

Het benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000 is afgerond en het rapport waarin verslag wordt gedaan van het onderzoek en de resultaten op sectorniveau, ligt voor u. De rapporten met de resultaten per instelling worden tegelijk met dit generieke rapport aan de deelnemende thuiszorginstellingen beschikbaar gesteld. Het is nu aan de sector en aan de instellingen om te beoordelen of de resultaten bruikbaar zijn voor het doel van deze benchmark: het bieden van aanknopingspunten voor de verbetering van de bedrijfsvoering en het versterken van de positie van de sector.

Nu de resultaten van het benchmarkonderzoek 2000 bekend zijn en de balans kan worden opgemaakt, wordt duidelijk hoeveel inspanning er geleverd is om het benchmarkonderzoek mogelijk te maken. Wij zijn de instellingen zeer erkentelijk voor de tijd die zij hebben besteed aan het verzamelen van de door ons gevraagde gegevens en het invullen van de kwantitatieve- en managementvragenlijsten. De cliënten en medewerkers zijn wij even erkentelijk voor het beantwoorden van de vragen uit de cliënten- respectievelijk de medewerkersraadpleging.

De leden van de klankbordgroep danken wij voor hun bijdrage aan de kwaliteit van de onderzoeksinstrumenten en de rapportages. Evenals in de eerste benchmark is gebleken dat de inbreng van een klankbordgroep van groot belang is in het onderzoek.

De leden van de projectgroep (naast de opdrachtgevers waren dat Arcares, het College Tarieven Gezondheidszorg, het College voor zorgverzekeringen, de Landelijke Organisatie Cliëntenraden, de stichting Cliënt & Kwaliteit en Zorgverzekeraars Nederland) danken wij voor hun waardevolle inbreng bij de beoordeling van conceptinstrumenten en -rapportages.

Tot slot danken wij de opdrachtgevers, de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, Branchebelang Thuiszorg Nederland en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het in ons gestelde vertrouwen en de betrokken wijze waarop zij het onderzoek hebben begeleid.

Het in bijlage H genoemde onderzoeksteam heeft met bijzonder veel genoegen aan deze uitdagende opdracht gewerkt. Wij zijn allen veel dank verschuldigd.

Drs. R.J.C. Poerstamper MBA
PwC Consulting

dr. A. Kerkstra
Nivel

Samenvatting

De sector thuiszorg heeft zijn tweede benchmarkonderzoek uitgevoerd. In dit rapport wordt verslag gedaan van het onderzoek en de resultaten op sectorniveau, niet herleidbaar tot individuele instellingen. Opdrachtgevers voor het onderzoek zijn de brancheorganisaties LVT en BTN en het ministerie van VWS. Het onderzoek is uitgevoerd in nauwe samenwerking met de daartoe ingestelde klankbordgroep en onder begeleiding van een projectgroep waarin cliëntorganisaties, brancheorganisaties en ZBO's waren vertegenwoordigd.

Uitvoering onderzoek

Doel van het benchmarkonderzoek is het bieden van aanknopingspunten aan het management van thuiszorginstellingen voor verbetering van de bedrijfsvoering. Daarnaast beoogt de benchmark een bijdrage te leveren aan de versterking van de positie van de sector en aan het ontwikkelen van bouwstenen voor de tariefvaststelling.

Het benchmarkonderzoek 2000 is ten opzichte van de eerste benchmark over 1997 op een aantal punten verbeterd. In de eerste plaats zijn de vragenlijsten deels ingrijpend aangepast en aangevuld op basis van de bevindingen uit de eerste benchmark. In de tweede plaats is voor het eerst de bouwsteen maatschappelijke waardering geoperationaliseerd: met behulp van een enquête onder belanghebbenden (consumentenorganisaties, zorgaanbieders, zorgkantoren) is de relatie tussen thuiszorginstellingen en hun omgeving onderzocht. In de derde plaats zijn enkele technologische ontwikkelingen toegepast; er is een geavanceerde benchmarkdatabase gebouwd en er zijn internettoepassingen ontwikkeld voor de elektronische aanlevering van vragenlijsten. Ten slotte zijn verbeteringen aangebracht in de analysemethodieken van de doelmatigheidsmeting en de cliëntenraadpleging.

Het in de benchmark gebruikte analysemodel is niet gewijzigd. Bouwstenen van het model zijn de doelmatigheidsmeting, de cliëntenraadpleging, de medewerkersraadpleging en de maatschappelijke waardering. Op basis van de bouwstenen (nog met uitzondering van de maatschappelijke waardering) worden de best practice-instellingen geïdentificeerd. Dit zijn instellingen die zowel doelmatig zijn als goede zorg leveren en een goed werkgever zijn. De bedrijfsvoering van best practice-instellingen wordt vergeleken met die van andere instellingen, om zodoende aanknopingspunten voor verbetering op het spoor te komen.

Het onderzoek is uitgevoerd in de periode januari 2001 tot en met maart 2002. Van de 118 instellingen hebben er 96 aan alle onderdelen deelgenomen. In tabel S-1 is het aantal instellingen dat aan de onderscheiden deelonderzoeken heeft deelgenomen, weergegeven.

Tabel S-1: Aantal deelnemers aan benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000

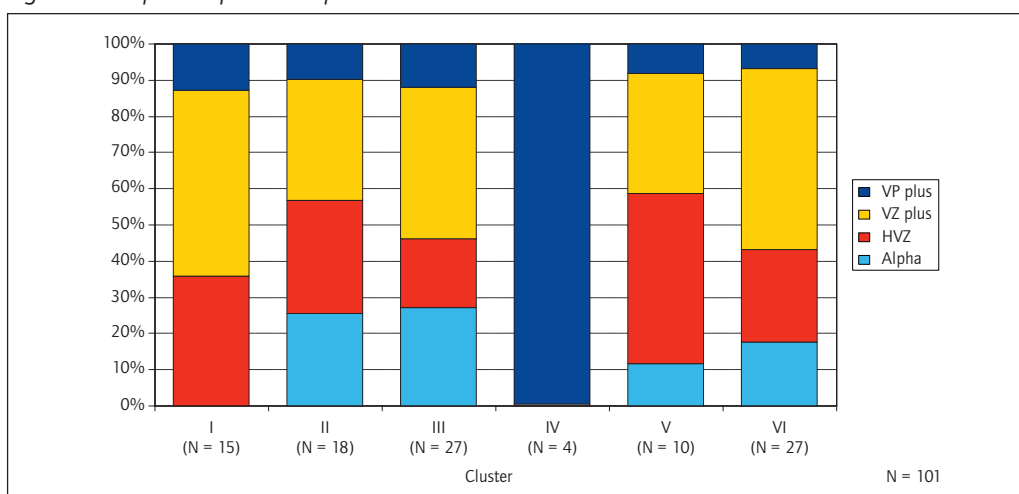
Instrument	Doelmatigheids- onderzoek	Cliëntenraad- pleging	Medewerkers- raadpleging	Maatschappelijke waardering	Alle onderdelen
Aantal instellingen	101	106	105	112	96

Bron: Analyse benchmarkonderzoek 2000

De doelmatigheidsmeting

De doelmatigheidsmeting is aan de hand van de door de thuiszorginstellingen aangereikte productie en kostengegevens. De instellingen hebben hiertoe een kwantitatieve vragenlijst ingevuld met behulp van een hiertoe ontwikkelde software applicatie. De kwaliteit van de aangeleverde gegevens is in vergelijking met de eerste benchmark toegenomen. Met behulp van de zogenoemde DEA-methodiek is de relatie tussen kosten en productie gelegd en de doelmatigheid van de instellingen gemeten. De instellingen die gegeven een bepaald kostenniveau en een bepaalde productiemix de meeste productie leveren, zijn het meest doelmatig. Om te voorkomen dat niet-vergelijkbare instellingen toch met elkaar worden vergeleken, zijn de instellingen met behulp van de DEA-methodiek op grond van hun productmix ingedeeld in zes clusters.

Figuur S-1: Opbouw productie per cluster



Bron: Analyse benchmarkonderzoek 2000

In ieder cluster zijn er één of meer 100% doelmatige instellingen geïdentificeerd, dat wil zeggen de instellingen die binnen het cluster waartoe zij behoren, het meest doelmatig zijn. Deze instellingen vormen de efficiency frontier. De doelmatigheid van de andere instellingen is aan deze DEA-referentie instellingen gerelateerd. Gemiddeld is de doelmatigheid in de sector 84,9% (van de 100%). Een vergelijking met de benchmark 1997 (gemiddelde doelmatigheid 82,6%) kan niet worden gemaakt, omdat de efficiëntiescores alleen binnen één benchmark kunnen worden vergeleken. Wel kan worden gesteld dat de spreiding van de efficiëntiescores in 2000 geringer is dan in 1997 het geval was.

De thuiszorginstellingen zijn op grond van hun efficiëntiescore ingedeeld in drie doelmatigheidsklassen, waarvan klasse A de meest doelmatige instellingen omvat en klasse C de minst doelmatige. De grens tussen klasse A en klasse B is evenals in 1997 op 90% doelmatigheid gesteld, de grens tussen klasse B en klasse C evenals in 1997 op 79%.

De efficiëntiescores zijn niet gelijkmatig over de zes onderscheiden clusters gespreid. De instellingen uit cluster VI (een productmix met alle producten inclusief alphahulp, maar het accent op verzorging) zijn oververtegenwoordigd in klasse A. Evenmin zijn de efficiëntiescores gelijkmatig over de grootteklassen gespreid. Kleinere en middelgrote instellingen tot omvang van f 40 miljoen aan kosten behalen hogere scores.

De doelmatigheidsscores van recentelijk gefuseerde instellingen zijn relatief laag, zelfs als wordt gecorrigeerd voor eenmalige lasten. Iets meer dan de helft van de instellingen behoort in de benchmark 2000 tot een andere doelmatigheidsklasse (er zijn drie klassen benoemd) dan in de benchmark 1997. Van de 25 instellingen die in beide jaren hebben deelgenomen en in 1997 tot de klasse A behoorden, behoren 17 instellingen weer tot klasse A.

Met behulp van de MARS-methodiek is een verband gelegd tussen de doelmatigheidsscores en de factoren die de score kunnen verklaren. Het blijkt dat de personeelskosten van de medewerkers die daadwerkelijk de zorg leveren de belangrijkste verklarende factor vormen. Andere verklarende factoren zijn de kostenstructuur, de productiviteit, de inhuur van personeel, de indirecte kosten, het cluster waartoe de instelling behoort (de productmix dus) en het ziekteverzuim. Al deze factoren worden in het rapport toegelicht. De kosten per contactuur zijn – zoals mag worden verwacht – sinds de eerste benchmark gestegen. De stijging geldt het meest voor de functiegroep verzorgenden D; mogelijk heeft deze stijging te maken met promotiebeleid van de instellingen in het licht van de arbeidsmarktpositie. De productiviteit van de uitvoerenden zorg bedraagt 68,6%. Dat betekent een lichte daling ten opzichte van de productiviteit in 1997, die 69,7% bedroeg. Rekening houdend met het feit dat het percentage inhuur van derden, waarvoor een hogere productiviteit van toepassing is, ten opzichte van 1997 is toegenomen van 4,6% naar 8,6% is de productiviteit van de eigen medewerkers afgenomen. De lagere productiviteit van de eigen medewerkers is veroorzaakt door het zuiverder registreren, het hogere ziekteverzuim en het groter aantal verlofuren (conform CAO). De daling doet zich vooral voor bij de functiegroep verzorgenden C. De inhuur van medewerkers blijkt de doelmatigheid te bevorderen, zolang het percentage ingehuurde medewerkers niet hoger dan 11% is. Daarboven neemt de doelmatigheid af.

De kosten van de uitvoerenden zorg zijn in 2000 ten opzichte van 1997 gestegen; de stijging is groter dan de compensatie die in die periode is gegeven voor de loonkostenontwikkeling. Binnen het product verzorging worden in 2000 meer verzorgenden D en minder verzorgenden C ingezet, aangegeven wordt dat dit zou kunnen duiden op een toegenomen zorgzwaarte. Door gebrek aan indicatiegegevens hebben we deze hypothese tijdens het benchmarkonderzoek niet kunnen toetsen. Het ziekteverzuim van uitvoerende medewerkers bedroeg in 2000 10,9% exclusief zwangerschapsverlof. Dat percentage bedroeg in 1997 9,5.

De cliëntenraadpleging

Om de kwaliteit van zorg te meten, is een schriftelijke raadpleging gehouden onder een steekproef van de cliënten. De gemiddelde respons bedroeg 46,5%, hetgeen hoog genoemd kan worden. In totaal deden bijna 25.000 cliënten aan het onderzoek mee. De cliënten beoordelen de thuiszorg als ruim voldoende tot goed, evenals dat in de benchmark 1997 het geval was. Het gemiddelde oordeel is een 7,6. Oudere cliënten oordelen over het algemeen iets positiever dan jongere cliënten.

De cliënten oordelen positiever over de inhoud van de zorg dan over de organisatie van de zorg. Het meest positief is het oordeel over de bejegening door de hulpverleners (9,1) en de deskundigheid van de hulpverlener (8,6). Het minst positief wordt geoordeeld over de communicatie (6,7).

Een afzonderlijk onderzoek naar het belang dat cliënten aan de verschillende kwaliteitsaspecten hechten, wees uit dat de toegankelijkheid van de zorg (onder meer het voldoende beschikbaar zijn van zorg) en de bejegening als belangrijkste aspecten worden beschouwd.

De cliënten blijken het meest positief te oordelen over instellingen met een productmix waarin het accent op verzorging en verpleging ligt. Kleine en middelgrote instellingen scoren over het algemeen beter dan grote instellingen in de cliëntenraadpleging.

De medewerkersraadpleging

De resultaten van de in 1999/2000 door het Instituut Werk en Stress en PricewaterhouseCoopers sectorbreed uitgevoerde medewerkersraadpleging zijn integraal in de benchmark over 2000 gebruikt. De medewerkersraadpleging, waaraan ruim 50.000 medewerkers hebben deelgenomen, is uitgevoerd bij 105 thuiszorginstellingen; de gemiddelde respons van de medewerkers bedroeg 47,8%. In het kader van het benchmarkonderzoek over 2000 is geen nieuwe medewerkersraadpleging uitgevoerd.

De medewerkers is gevraagd hun mening te geven over de mate waarin zij in het werk positieve factoren (energiebronnen) en negatieve factoren (werkstressoren) ervaren. De medewerkers blijken het meest positief te zijn over de energiebronnen steun van collega's, ontplooiingsmogelijkheden, autonomie en variatie in het werk en rolduidelijkheid. Het minst positief oordelen zij (in 1999) over de energiebronnen beloning en secundaire arbeidsvoorwaarden. Van de werkstressoren zijn het de werkdruk en fysieke belasting die het minst positief worden beoordeeld. De oordelen van de functiegroepen lopen nogal uiteen.

De medewerkersraadpleging geeft ook inzicht in het belang dat medewerkers hechten aan een energiebron of werkstressor. Een hoog belang van een energiebron betekent dat van het verbeteren daarvan een grote bijdrage aan de tevredenheid verwacht mag worden. Een hoog belang van de werkstressor betekent dat van het verbeteren van deze factor een grote bijdrage aan het verminderen van de werkstress mag worden verwacht. Uit de analyse blijkt dat de energiebron feedback het meest van belang is. Ook coaching door de leidinggevenden en ontplooiingsmogelijkheden zijn belangrijke energiebronnen.

Van de werkstressor zijn de confrontatie met emotioneel beladen cliëntsituaties en onvriendelijke cliënten de belangrijkste factoren. Uit de raadpleging komen de werkomstandigheden en de rol van de leidinggevers als hoogste prioriteit naar voren.

In de medewerkersraadpleging is niet alleen gevraagd naar positieve en negatieve factoren, maar ook naar de mogelijke gevolgen daarvan. Eén van de gevolgen is benoemd als het optreden van burnoutverschijnselen of het risico daarmee te worden geconfronteerd. Het percentage medewerkers dat daadwerkelijk met burnoutverschijnselen kampt (3,6%) is laag in vergelijking met andere beroepsgroepen, maar het percentage medewerkers in de risicogroep (18,9%) is een aandachtspunt. Opvallend is het hoge percentage leidinggevers dat deel uitmaakt van de risicogroep.

De maatschappelijke waardering

In het onderzoek maatschappelijke waardering is belanghebbenden gevraagd naar hun mening over de relatie tussen de thuiszorginstellingen en hun omgeving. Er zijn vragen gesteld over de samenwerking, het nakomen van afspraken, de flexibiliteit, het actief beleid in de regio, de communicatie en de zorgverlening.

Het onderzoek had een verkennend karakter en de respons is niet zodanig dat uitspraken op instellingsniveau kunnen worden gedaan. Op sectorniveau blijkt dat de belanghebbenden het meest positief oordelen over de inhoud van de zorgverlening en het minst positief over de communicatie en het actief beleid in de regio. De Regionale Opleidingscentra en de zorgkantoren geven de hoogste scores, de ziekenhuizen, de verpleeg- en verzorgingshuizen en de ouderenbonden/Stichtingen Welzijn Ouderen geven de laagste scores.

De best practice-instellingen

Op grond van de doelmatigheidsscores, het cliëntoordeel en het medewerkersoordeel zijn dertien best practice-instellingen geïdentificeerd. Vier daarvan behoorden ook in de benchmark 1997 tot de best practice-instellingen.

Instellingen met een hoge doelmatigheidsscore blijken relatief vaak ook goed te scoren in de cliëntenraadpleging en de medewerkersraadpleging. Het omgekeerde blijkt minder vaak het geval.

Cluster VI (productmix met alle producten en veel verzorging) is oververtegenwoordigd in de groep best practice-instellingen. In cluster II (alle producten, relatief veel alphahulp en accent op huishoudelijke verzorging) bevindt zich geen enkele best practice-instelling. Tot dit cluster behoren met name grote instellingen.

Omgevingsfactoren

De best practice-scores kunnen nader worden ingekleurd door rekening te houden met enkele relevante omgevingsfactoren. In de eerste plaats is onderzocht of de productmix in de betreffende zorgkantoorregio's overeenkomt met de productmix die verwacht mag worden op grond van regionale kenmerken. In vijf van de dertien regio's bleek dit niet het geval te zijn. In de tweede plaats is een vergelijking gemaakt tussen de scores per zorgkantoorregio (de gewogen gemiddelde scores van de in die regio werkzame instellingen). Het blijkt dat veel (maar niet alle) regio's in de Randstad zowel ten aanzien de doelmatigheid als van het cliëntoordeel en medewerkersoordeel lager scoren dan gemiddeld. Regio's in het oosten en zuiden scoren gemiddeld hoger, in het noorden is een gemengd beeld te zien. Een verklaring kan gevonden worden in de arbeidsmarkt-situatie en de verstedelijking. Een complex van factoren speelt een rol: krapte op de arbeidsmarkt waardoor instellingen extra kosten voor werving, opleiding, begeleiding en inhuur maken. Door de vele personeelsswisselingen die daarmee verband houden wordt een minder positieve beoordeling door cliënten en medewerkers gerealiseerd wat op zijn beurt mogelijk weer leidt tot een groter personeelsverloop.

De bedrijfsvoering

Het bedrijfsvoeringsonderzoek is uitgevoerd met behulp van uitgebreide vragenlijsten die via internet werden verzonden en geretourneerd.

Een vergelijking tussen de bedrijfsvoering van best practice-instellingen en overige instellingen is vooral interessant op instellingsniveau. In de instellingsspecifieke rapporten zal per vraag worden gerapporteerd. Op sectorniveau zijn een aantal verbanden gevonden, maar is geen sprake van een samenhangend patroon. De gevonden verbanden zijn bovendien niet zeer sterk.

Toch tekent zich een beeld af van de best practice-instellingen. Het zijn wat vaker dan andere instellingen organisaties die zich richten op hun kerntaken en minder nevenactiviteiten uitvoeren zoals kraamzorg of verkoop van materialen. Ook zijn zij wat minder gericht op overleg met regionale partners. Op het punt van het personeelsbeleid zetten best practice-instellingen wat vaker dan anderen instrumenten in om personeel te werven en te behouden. Opleiding en werkroosters zijn meer gericht op de persoonlijke omstandigheden van medewerkers en bij ziekte is er reservecapaciteit beschikbaar. Op het vlak van het financieel beleid valt op dat de managementinformatie minder uitgebreid is (en misschien wel hoeft te zijn) dan in andere instellingen. Best practice-instellingen geven iets vaker aan dat zij sterk sturen op normen en waarden. De zorgteams zijn gemiddeld wat kleiner en het aantal hiërarchische lagen minder. Cliënten en medewerkers krijgen in best practice-instellingen de gelegenheid om inbreng in het beleid te leveren. Op het vlak van het kwaliteitsbeleid (systeemkwaliteit) onderscheiden best practice-instellingen zich weinig van anderen. Kwaliteitssystemen zijn iets vaker een volledig onderdeel van de beleidscyclus.

Benchmarking in toekomstig perspectief

Een blijvende borging van de toegevoegde waarde van de benchmark vraagt inspanning van zowel de instellingen, de brancheorganisaties, de rijksoverheid, cliëntenorganisaties en zorgverzekeraars. Voor elk van deze partijen gelden specifieke aandachtspunten. In hoofdstuk 9 formuleren wij suggesties voor de instellingen, de brancheorganisaties en de rijksoverheid om ook in de toekomst door middel van benchmarking de transparantie te bevorderen en de mogelijkheden tot het verbeteren van de bedrijfsvoering te kunnen blijven benutten.

Inleiding

Deze generieke rapportage bevat de resultaten van het tweede benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen – in het vervolg van dit rapport aangeduid als de benchmark thuiszorg of kortweg de benchmark. Het onderzoek is uitgevoerd in 2001 en heeft betrekking op het jaar 2000. Het eerste benchmarkonderzoek werd uitgevoerd in 1998 en had betrekking op het functioneren van de thuiszorginstellingen in 1997. In 1999 heeft een aantal instellingen deelgenomen aan een informeel tussentijds benchmarkonderzoek dat zich met name richtte op de actualisatie van de doelmatigheidsmeting.

Evenals het eerste benchmarkonderzoek is de tweede benchmark vooral gericht op het bieden van aanknopingspunten aan het management van de thuiszorginstellingen voor het doorvoeren van verbeteringen in hun bedrijfsvoering. Daarnaast kan de benchmark een bijdrage leveren aan het versterken van de positie van de sector. De benchmark is tevens bedoeld om informatie op te leveren die kan dienen als bouwsteen voor het vaststellen van de tarieven.

De generieke rapportage heeft een openbaar karakter en biedt op sectorniveau inzicht in de benchmarkresultaten. Het rapport bevat geen gegevens die herleidbaar zijn tot individuele instellingen. Tegelijk met de generieke rapportage worden de instellingsspecifieke rapporten aan de instellingen toegezonden. Daarin worden de doelmatigheid, kwaliteit en bedrijfsvoering van de eigen instelling vergeleken met die van de best practice-instellingen van het cluster waaraan de instelling behoort, de gemiddelde resultaten van de instellingen uit de betreffende cluster en de sectorgemiddelden.

Benchmark uitgevoerd in nauwe samenwerking met betrokken partijen

Opdrachtgevers voor de benchmark zijn de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT), Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het onderzoek is uitgevoerd in nauwe samenwerking met de klankbordgroep, waaraan vertegenwoordigers van thuiszorginstellingen en de LVT deelnamen. De leden van de klankbordgroep hebben een grote rol gespeeld bij de toetsing van de conceptinstrumenten op bruikbaarheid en relevantie en bij de interpretatie van de resultaten van de benchmark. Op het punt van de voortgangsbewaking en de beoordeling van conceptinstrumenten en –rapportages is belangrijke inbreng geleverd door de projectgroep, met als deelnemers Arcades, BTN, het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG), het College voor zorgverzekeringen (CVZ), het Landelijk Overleg Cliënten (LOC), de LVT, het ministerie van VWS, de Stichting Cliënt & Kwaliteit, en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De namen van de personen die hebben deelgenomen aan de klankbordgroep en de projectgroep, zijn opgenomen in de bijlagen van dit rapport. De benchmark is gefinancierd door het ministerie van VWS.

Het onderzoek is uitgevoerd door PwC Consulting, PricewaterhouseCoopers en het Nivel. Het bureau Economic Programs B.V. heeft ondersteuning verleend bij de uitvoering van complexe statistische analyses. De vragenlijst voor de cliëntenraadpleging is beschikbaar gesteld door de Stichting Cliënt & Kwaliteit. De vragenlijst voor de medewerkersraadpleging is ontwikkeld door PricewaterhouseCoopers in samenwerking met het Instituut Werk en Stress (IWS).

Benchmark thuiszorg gericht op algemene thuiszorg

Evenals in 1998 is de benchmark primair gericht op de AWBZ-aanspraak algemene thuiszorg. Algemene thuiszorg omvat de producten die in tabel I-1 worden weergegeven. De producten Ouder- en kindzorg, Voedingsvoorlichting en dieetadvisering en Gezondheidsvoorlichting en opvoeding (de zogenoemde status aparte-producten) en uitleen van verpleegartikelen vormen geen integraal onderdeel van de benchmark, omdat zij niet door alle instellingen worden aangeboden of er onvoldoende gedetailleerde en vergelijkbare gegevens beschikbaar zijn. Wel zijn over deze producten in de doelmatigheidsmeting basisgegevens verzameld, die in deze rapportage zijn opgenomen. Over de Ouder- en kindzorg is in januari 2002 door PwC Consulting een afzonderlijk rapport uitgebracht.

Tabel I-1 geeft een overzicht van de producten die deel uitmaken van de benchmark 2000, in relatie met de producten die in de benchmark 1997 bij het onderzoek waren betrokken. Ook de functiegroepen die worden ingezet voor de realisering van de producten in 2000 zijn in de tabel vermeld.

Tabel I-1: In de benchmark betrokken producten thuiszorg 1997 en 2000 en functiegroep 2000

Benchmark over 1997	Benchmark over 2000	Functiegroep in 2000
Alphahulpverlening	Alphahulpverlening	Alphahulpverlener
Huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL)	Huishoudelijke verzorging (HVZ)	Thuishulp A
Algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)		
Verzorging (combinatie van HDL en ADL)	Verzorging	Verzorgingshulp B Verzorgende C Verzorgende D
Gespecialiseerde verzorging	Gespecialiseerde verzorging	Gespecialiseerd verzorgende E
Verpleging	Verpleging	Wijkziekenverzorgende Wijkverpleegkundige
Gespecialiseerde verpleging	Gespecialiseerde verpleging	Wijkverpleegkundige Wijkverpleegkundige met aantekening
	Advies, instructie en voorlichting ¹	Wijkverpleegkundige Wijkverpleegkundige met aantekening
	Dagverzorging voor ouderen	Medewerk(st)er dagverblijf

¹ Dit product is naast de genoemde functiegroepen ook door andere functiegroepen geleverd

De producten gespecialiseerde verzorging, gespecialiseerde verpleging, advies, instructie en voorlichting en dagverzorging voor anderen zijn in vergelijking met de andere producten gering in omvang. Ter wille van de overzichtelijkheid van het rapport worden in de meeste analyses de producten gespecialiseerde verzorging en dagverzorging samengevoegd met het product verzorging ('verzorging plus'). De producten gespecialiseerde verpleging en advies, instructie en voorlichting worden samengevoegd met het product verpleging ('verpleging plus').

Benchmark gericht op alle toegelaten thuiszorginstellingen

De benchmark was in principe gericht op alle 118 toegelaten thuiszorginstellingen die in het jaar 2000 productie hebben geleverd. In drie situaties was er sprake van een zodanig gevorderd fusieproces tussen twee thuiszorginstellingen dat de betrokken instellingen als fusieorganisatie aan de benchmark hebben deelgenomen. In de benchmark is daarom uitgegaan van 115 thuiszorginstellingen.

In tabel I-2 wordt een overzicht gegeven van het aantal instellingen dat aan de onderscheiden deelonderzoeken heeft deelgenomen.

Tabel I-2: Aantal deelnemers benchmark thuiszorginstellingen 2000

Instrument	Doelmatigheids-onderzoek	Cliënten-raadpleging	Medewerkers-raadpleging	Maatschappelijke waardering	Alle onderdelen
Aantal deelnemers	101	106	105	112	96

Bron: Analyse benchmarkonderzoek 2000

Opbouw van het rapport

Het rapport bestaat uit drie delen.

In deel I (hoofdstuk 1) worden het benchmarkanalysemodel en de in de benchmark gehanteerde instrumenten geïntroduceerd.

In deel II worden de bouwstenen en instrumenten inhoudelijk besproken en toegelicht. Tevens worden per bouwsteen en instrument de resultaten gepresenteerd. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de doelmatigheidsmeting, in hoofdstuk 3 op de cliëntenraadpleging, in hoofdstuk 4 op de medewerkersraadpleging en in hoofdstuk 5 op de inventarisatie van de maatschappelijke waardering. Vervolgens wordt, in hoofdstuk 6 de identificatie van de best practice-instellingen toegelicht. In hoofdstuk 7 worden enige relevante omgevingsfactoren beschreven. Deel II wordt afgesloten met hoofdstuk 8, waarin het bedrijfsvoeringsonderzoek aan de orde komt.

In deel III (hoofdstuk 9) wordt benchmarking in toekomstig perspectief beschouwd.

DEEL I: Benchmarkonderzoek 2000

1 Benchmarkanalysemodel in tweede benchmarkonderzoek verder ontwikkeld en toegepast

101 In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het benchmarkanalysemodel dat zowel aan de eerste als aan de tweede benchmark ten grondslag ligt en op de wijze waarop het benchmarkonderzoek is uitgevoerd.

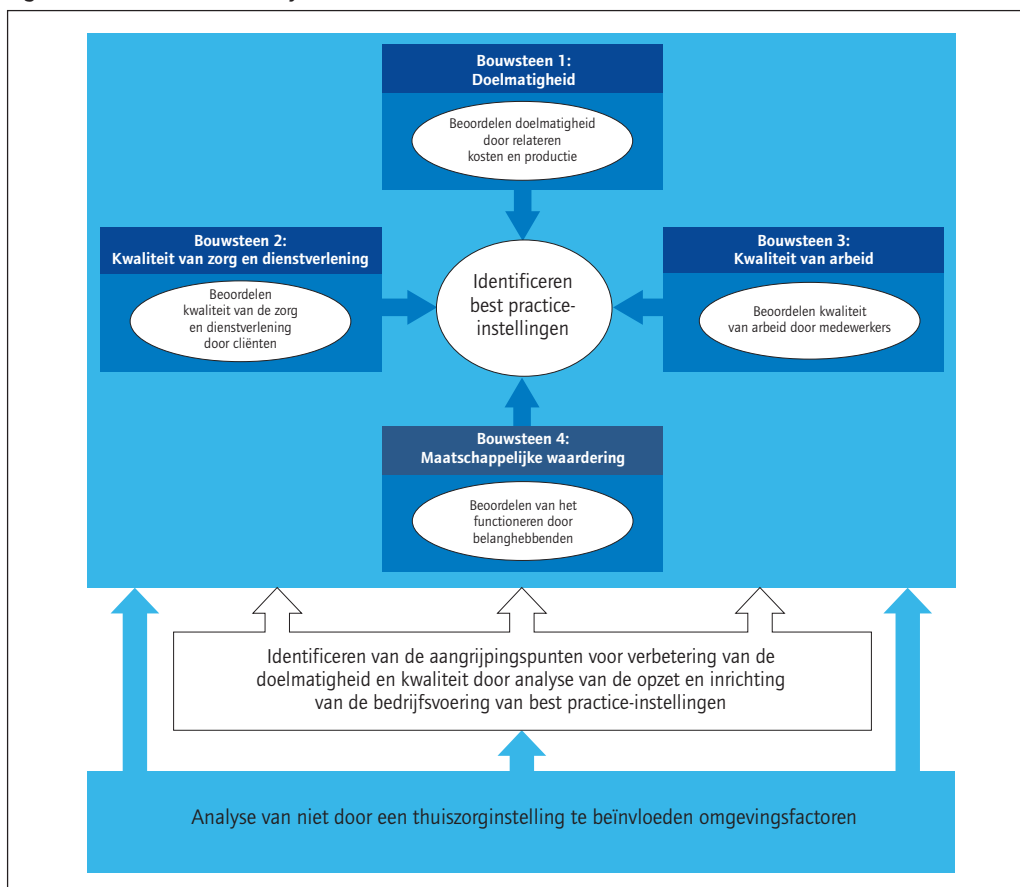
102 Kern van het benchmarkonderzoek is een onderlinge vergelijking van door thuiszorginstellingen geleverde prestaties en door thuiszorginstellingen gerealiseerde bedrijfsvoering. Door de best presterende instellingen als voorbeeld te gebruiken, kunnen aanknopingspunten worden gevonden voor het verbeteren van de eigen bedrijfsvoering en daardoor van de zorgverlening aan de cliënten.

Benchmarkanalysemodel opgebouwd uit vier bouwstenen

103 In figuur 1-1 op de volgende pagina is het benchmarkanalysemodel in samenhang weergegeven. Het model is opgebouwd uit vier bouwstenen, te weten:

- (a) De doelmatigheidsmeting;
- (b) De meting van de kwaliteit van zorg;
- (c) De meting van de kwaliteit van arbeid;
- (d) De inventarisatie van de maatschappelijke waardering.

Figuur 1-1: Benchmarkanalysemodel



Bron: PricewaterhouseCoopers

104 De eerste drie bouwstenen, de doelmatigheidsmeting, de meting van de kwaliteit van zorg en de meting van kwaliteit van arbeid zijn de basis voor de identificatie van de best practice-instellingen. Instellingen worden als best practice-instelling aangemerkt wanneer zij tegelijkertijd doelmatig zijn, kwalitatief goede zorg leveren en kwalitatief goede werkgevers zijn.

105 De doelmatigheid van de thuiszorginstellingen is vastgesteld door een onderzoek naar kosten en productie. De kwaliteit van zorg is gemeten door een cliëntenraadpleging en de kwaliteit van arbeid door een medewerkersraadpleging.

106 De inventarisatie van de maatschappelijke waardering, een nieuw element in de benchmark, is uitgevoerd met behulp van vragenlijsten die zijn verzonden naar belanghebbenden, zoals consumenten- en vrijwilligersorganisaties, zorgkantoren en andere zorgaanbieders. De inventarisatie maatschappelijke waardering is bedoeld om inzicht te verkrijgen in het functioneren van de thuiszorginstelling in zijn omgeving.

107 Het onderzoek naar relevante omgevingsfactoren is erop gericht factoren in kaart te brengen die van invloed zijn op het presteren van instellingen, maar die op hun beurt niet of nauwelijks te beïnvloeden zijn door het instellingsmanagement. Deze factoren kunnen de identificatie van best practice-instellingen nuanceren.

108 De bedrijfsvoering van de thuiszorginstellingen wordt in de benchmark beschouwd als een verklaring van de doelmatigheid en kwaliteit, rekening houdend met omgevingsfactoren. De bedrijfsvoering is onderzocht met behulp van vragenlijsten die door de instellingen zijn ingevuld.

109 De analyse van de bedrijfsvoering bestaat in de kern uit de vergelijking van de bedrijfsvoering van best practice-instellingen met de bedrijfsvoering van de overige instellingen. Door verschillen te identificeren, kunnen aanknopingspunten voor verbetering worden benoemd.

Tweede benchmarkonderzoek in periode van veertien maanden uitgevoerd

110 De tweede benchmark is gestart in januari 2001. Allereerst zijn op basis van de bevindingen in de eerste benchmark de destijds gebruikte kwantitatieve vragenlijst en de vragenlijsten voor de bedrijfsvoering aangepast. Tevens is een vragenlijst voor de inventarisatie van de maatschappelijke waardering ontwikkeld. Een aanpassing van de vragenlijst voor de cliëntenraadpleging was al eerder in gang gezet en is medio 2001 afgerond. Voor de medewerkersraadpleging is geen nieuwe vragenlijst ontwikkeld, omdat integraal is uitgegaan van de resultaten van de in 1999/2000 gehouden peiling.

111 Na de uitvoering van een aantal beperkte pilots zijn de vragenlijsten voor alle deelonderzoeken (doelmatigheid, cliëntenraadpleging, maatschappelijke waardering en bedrijfsvoering) in de maanden juni en juli verzonden. In de maanden augustus, september en oktober zijn de resultaten terugontvangen.

112 In de periode waarin de vragenlijsten werden ingevuld, konden de instellingen via e-mail of telefonisch een beroep doen op een supportdesk. Voor cliënten was een afzonderlijke supportdesk ingericht.

113 Na ontvangst van de gegevens is een begin gemaakt met de structurering en validatie ervan. Tevens zijn in de periode augustus tot en met oktober de resultaten van de kwantitatieve vragenlijsten onderzocht op juistheid en consistentie. In dit kader zijn alle instellingen door een accountant van PricewaterhouseCoopers bezocht.

114 De analyses zijn eind 2001 en begin 2002 uitgevoerd. Het onderzoek is in maart 2002 afgesloten met de opstelling van het generieke rapport en de instellings specifieke rapporten.

Toepassing ICT onmisbaar voor uitvoeren benchmark

115 In het tweede benchmarkonderzoek is gebruik gemaakt van diverse ICT-toepassingen, te weten de internettoepassingen voor het invullen van vragenlijsten, de specifiek ontwikkelde benchmarkdatabase en de zogenoemde rapportgenerator. De ICT-toepassingen zijn de voortgang en de kwaliteit van het onderzoek aanzienlijk ten goede gekomen.

116 Voor de kwantitatieve vragenlijst (kostenvragenlijst) en de bedrijfsvoeringvragenlijsten zijn internettoepassingen ontwikkeld met het doel het invullen en het analyseren te vereenvoudigen en fouten te voorkomen. De vragenlijsten zijn elektronisch verzonden en ingevuld. Na autorisatie door de directie of Raad van Bestuur zijn de formulieren weer elektronisch geretourneerd. Nagenoeg alle instellingen hebben van de internettoepassing gebruik gemaakt.

117 Om de benchmarkresultaten integraal te kunnen analyseren, is door Economic Programs een benchmarkdatabase gebouwd waarin alle benchmarkgegevens zijn opgeslagen. De resultaten van de elektronisch geretourneerde bedrijfsvoeringvragenlijsten zijn rechtstreeks in de database opgeslagen. De resultaten behoeften niet te worden ingelezen, laat staan met de hand te worden ingevoerd.

118 De kwantitatieve vragenlijsten, die in een Excel format zijn verzonden en ontvangen, zijn geautomatiseerd ingelezen in de database. De resultaten van de cliëntenraadpleging en de maatschappelijke waardering zijn door middel van optische scanapparatuur in de database ingelezen.

119 Behalve de resultaten van de in 2001 uitgevoerde onderzoeken zijn in de benchmarkdatabase ook de resultaten van de medewerkersraadpleging 1999/2000 en voor zover mogelijk de resultaten van de benchmark over 1997 opgenomen. De database is bovendien zodanig gebouwd dat de benchmarkgegevens konden worden gekoppeld aan eerder ontwikkelde databases waarin gegevens inzake relevante omgevingsfactoren zijn opgeslagen.

120 Bij de opstelling van de instellingsspecifieke rapporten is gebruik gemaakt van een specifiek voor dit doel ontwikkelde rapportgenerator, waarmee per instelling de benodigde tabellen en figuren automatisch worden ingevoegd in een tekstbestand. De tabellen en figuren worden rechtstreeks vanuit de database gegenereerd.

121 Door bovenstaande werkwijze kon de efficiëntie van het benchmarkonderzoek worden bevorderd.

Deel II: Resultaten benchmarkonderzoek

2 Doelmatigheidsmeting vormt basis voor verklarende analyses

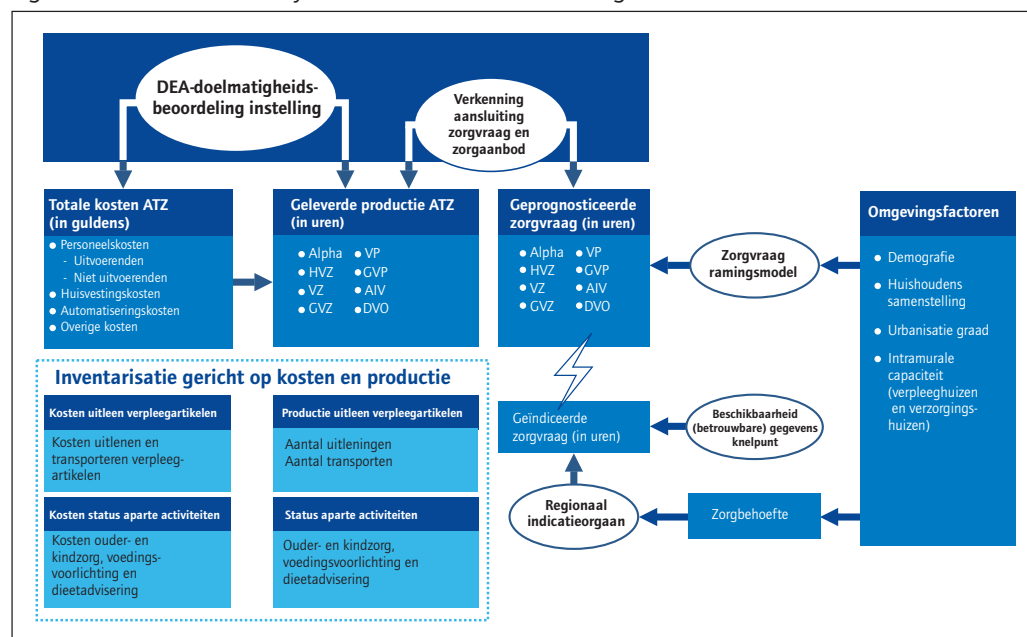
201 In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de doelmatigheidsmeting als bouwsteen van de benchmark. Achtereenvolgens wordt aandacht besteed aan het instrument, aan de opzet en uitvoering van de meting en aan de resultaten. Daar waar mogelijk worden de bevindingen vergeleken met de resultaten uit het eerste benchmarkonderzoek.

202 Van de 115 potentiële deelnemers aan de doelmatigheidsmeting hebben tien instellingen niet deelgenomen: twee instellingen die inmiddels failliet zijn verklaard, zeven landelijk werkende (kleine) instellingen en één reguliere thuiszorginstelling. In vier instellingen waren de gegevens volledig geïntegreerd met de gegevens van (drie) andere instellingen. Dit betekent dat deze zeven instellingen als drie instellingen zijn opgenomen in het onderzoek. In totaal zijn derhalve de resultaten van 101 instellingen verwerkt.

Doelmatigheid gemeten met behulp van de DEA-methodiek

203 De doelmatigheidsmeting is de eerste bouwsteen van het benchmarkanalysemodel. In figuur 2-1 is deze eerste bouwsteen gedetailleerd weergegeven. Doelmatigheid wordt gemeten door de kosten van een instelling te relateren aan de productie. De instelling die bij een bepaald kostenniveau de meeste productie weet te realiseren, is in principe het meest doelmatig.

Figuur 2-1: Benchmarkanalysemodel: bouwsteen doelmatigheid



Bron: PricewaterhouseCoopers

DEA-methodiek relateert kosten aan totale productie per cluster instellingen

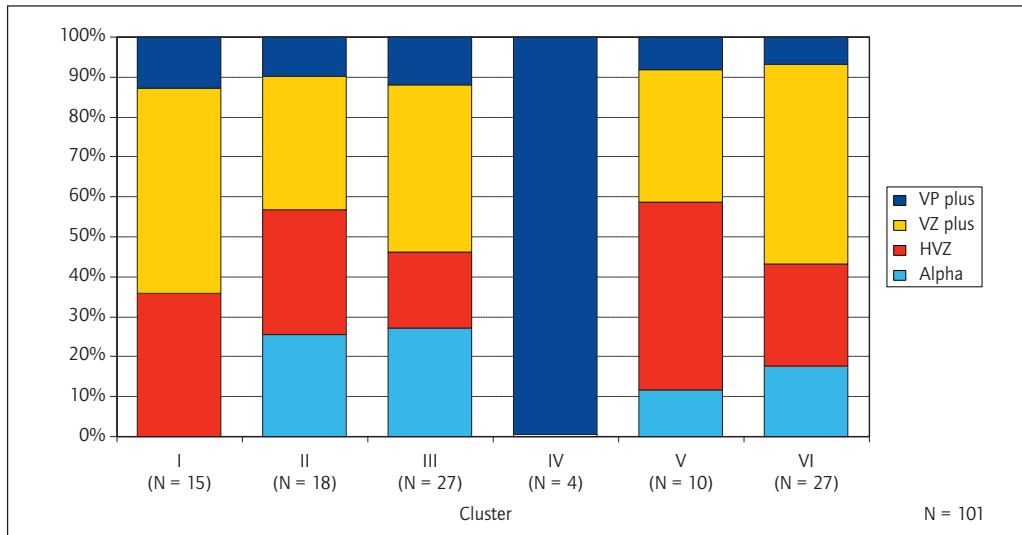
204 De DEA-methodiek is een econometrische analysemethode die de voor de productie ingezette middelen relateert aan de omvang van de geleverde productie. Met behulp van deze methodiek zijn de instellingen ingedeeld in clusters (referentiegroepen) en is per cluster de doelmatigheid van de instellingen vastgesteld.

Instellingen op grond van productmix ingedeeld in zes clusters

205 Om te voorkomen dat instellingen met een niet-vergelijkbare productmix ten onrechte met elkaar worden vergeleken, zijn de thuiszorginstellingen met behulp van de DEA-techniek ingedeeld in clusters. Zou dit niet zijn gebeurd, dan zou de productie in relatie tot de kosten van een instelling die voornamelijk verpleging levert, worden vergeleken met die van een instelling die voornamelijk huishoudelijke verzorging levert.

206 Met toepassing van de DEA-methodiek zijn zes clusters onderscheiden. In figuur 2-2 wordt de productieopbouw van de clusters weergegeven. De gespecialiseerde verzorging en de dagverzorging zijn – gezien de relatief geringe omvang en om redenen van overzichtelijkheid – verantwoord als onderdeel van het product verzorging ('VZ plus') en de gespecialiseerde verpleging alsmede het product advies, instructie en voorlichting als onderdeel van het product verpleging ('VP plus').

Figuur 2-2: Opbouw productie per cluster



Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

207 Tot cluster I behoren veel (maar zeker niet uitsluitend) nieuw toegelaten instellingen. Tot cluster II behoren veel grote geïntegreerde instellingen. Cluster III bestaat overwegend uit minder grote geïntegreerde instellingen. Cluster IV wordt gevormd door de nog bestaande kruiswerkinstellingen. Cluster V en VI omvatten de middelgrote en kleinere instellingen, deels voormalige gezinszorginstellingen. In tabel 2-1 wordt weergegeven hoe de instellingen over de clusters zijn verdeeld.

Tabel 2-1: Verdeling instellingen over de clusters

Cluster	I	II	III	IV	V	VI	Totaal
Aantal instellingen	15	18	27	4	10	27	101

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

208 De clusterindeling komt in de plaats van de indeling die in de eerste benchmark is gebruikt, te weten de indeling in de typen landelijk werkende instellingen, geïntegreerde instellingen, kruiswerkorganisaties en gezinszorginstellingen. Deze indeling voldoet in de tweede benchmark niet meer, omdat er bijna alleen nog sprake is van geïntegreerde instellingen.

Vastgestelde doelmatigheid heeft relatief karakter

209 De doelmatigheid van de meest doelmatige instellingen per cluster wordt op 100% gesteld. Deze instellingen vormen samen de efficiency frontier. De doelmatigheid van de andere thuiszorginstellingen wordt gerelateerd aan een, qua productmix vergelijkbare, instelling op de efficiency frontier. De doelmatigheid van deze overige instellingen wordt uitgedrukt als percentage van de op 100% gestelde doelmatigheid van de referentie-instellingen op de efficiency frontier.

210 Deze berekeningswijze impliceert dat er geen uitspraak gedaan wordt over de doelmatigheid in absolute zin. Een 100% doelmatige instelling behoeft niet maximaal doelmatig te zijn. Een vergelijking met de doelmatigheid van instellingen buiten de sector thuiszorg zou nog tot aanknopingspunten voor verbetering kunnen leiden.

211 Het begrip 100% doelmatigheid is niet bedoeld als absolute streefnorm. Het zal niet voor alle instellingen haalbaar zijn om een dergelijke doelmatigheidsgraad te bereiken, zeker niet op de korte termijn. Bovendien kunnen er inhoudelijke redenen zijn om niet naar een 100% doelmatigheid te streven: uiteindelijk gaat het om het optimum tussen doelmatigheid en kwaliteit. Wel kan de doelmatigheidsanalyse belangrijke aanknopingspunten bieden voor de instellingen die hun doelmatigheid willen vergroten.

MARS-methodiek gebruikt als aanvulling op DEA-doelmatigheidsanalyse

212 In de tweede benchmark is de DEA-methodiek aangevuld met analyses op basis van de MARS (Multivariate Adaptive Regression Splines)-methode. De MARS-methodiek is een methode om geautomatiseerde regressie-analyses uit te voeren. Met behulp van deze methodiek is de DEA-analyse gesimuleerd, met het doel een verband te leggen tussen de doelmatigheidsscore en de in de benchmark geïnventariseerde aspecten van doelmatigheid, zoals de kosten per contactuur, de kostenstructuur, de inhuur van personeel, het ziekteverzuim, de kosten per betaalluur en de productiviteit. Op die wijze kon systematisch worden nagegaan welke aspecten de behaalde score in welke mate bepalen.

Opbouw regionale productie onderzocht voor best practice-instellingen

213 Met ingang van mei 2000 is op voorstel van de LVT in de beleidsregels van het CTG vastgelegd dat het deskundigheidsniveau van een medewerker bepalend is voor de identificatie van het geleverde product. Er is dus sprake van een gewijzigde productdefinitie. Indien bijvoorbeeld huishoudelijke verzorging is geïndiceerd en een thuishulp A wordt ingezet, wordt het product als huishoudelijke verzorging geregistreerd. Wordt echter een verzorgingshulp B ingezet, dan wordt het product als verzorging geregistreerd, ook als in feite huishoudelijke verzorging is geleverd. Omdat de tarieven direct gebaseerd zijn op de aldus gedefinieerde producten, zal een instelling die voor huishoudelijke verzorging een verzorgingshulp B inzet, een hogere vergoeding ontvangen dan een instelling die voor huishoudelijke verzorging een thuishulp A inzet.

214 De mogelijkheid om een hogere vergoeding te ontvangen bij inzet van een hoger deskundigheidsniveau is nog vergroot door de aanvullende productieafspraken die medio 2000 zijn gemaakt met het oog op het terugdringen van de wachtlijsten. Bovendien geldt bij de nacalculatie de regel dat de instelling volledig vrij is om tussen producten te substitueren.

215 Op deze wijze is het in theorie mogelijk dat instellingen de beschikbare financiële middelen conform de regelgeving en efficiënt hebben ingezet, maar dat zij een groter beslag leggen op collectieve middelen dan instellingen die consequent een zo laag mogelijk deskundigheidsniveau inzetten. Vanuit het perspectief van een efficiënte inzet van collectieve middelen zou de productmix van deze laatste groep beter aansluiten bij de vanuit de zorgvraag benodigde productmix.

216 Uit de benchmarkgegevens blijkt dat instellingen die in 2000 aan het CTG hebben aangegeven dat zij als gevolg van de gewijzigde productdefinitie zijn benadeeld omdat zij door inzet van een zo laag mogelijk deskundigheidsniveau bij gelijkblijvende productie een lagere opbrengst genereerden, in de doelmatigheidsmeting gemiddeld lager scoren. De keuze voor het inzetten van bepaalde deskundigheidsniveau, heeft dus wel degelijk effect op de doelmatigheid.

217 Om dit aspect nader in beeld te kunnen brengen, is op voordracht van de klankbordgroep en in overleg met de opdrachtgevers besloten om te onderzoeken in hoeverre de daadwerkelijke productmix per regio aansluit bij de productmix die uit oogpunt van aansluiting bij de zorgvraag benodigd zou zijn.

218 Het zou voor de hand liggen om voor dit doel een vergelijking te maken tussen de geleverde zorg enerzijds en de geïndiceerde zorg anderzijds. Het bleek echter niet mogelijk om eenduidige gegevens van de Regionale Indicatie Organen (RIO's) voor dit doel beschikbaar te krijgen.

219 Wij hebben daarom in overleg met de opdrachtgevers en de klankbordgroep gebruik gemaakt van een zorgvraagvoorspelmodel, dat in het kader van een eerder onderzoek naar de inzet van AWBZ-middelen was ontwikkeld. In dit model worden factoren als leeftijd, samenstelling huishouden, inkomen, urbanisatiegraad en beschikbaarheid van intramurale capaciteit gebruikt om de vraag naar thuiszorg in een regio te voorspellen. Basis voor de berekeningen is de daadwerkelijk gemeten invloed van deze factoren op het gebruik van de thuiszorg.

220 Het vraagvoorspelmodel is voor de benchmark zodanig doorontwikkeld dat de vraag naar thuiszorg kan worden gesplitst in de verschillende thuiszorgproducten. De verklarende factoren zijn niet alleen benoemd maar ook gekwantificeerd, zodat per regio een modelmatige productie kan worden voorspeld op grond van bevolkingskenmerken.

221 Omdat het gezien de doorlooptijd van de benchmark teveel tijd zou vergen om het voorspelmodel toe te passen voor alle instellingen is ervoor gekozen de analyses uitsluitend te verrichten voor de best practice-instellingen. Voor iedere best practice-instelling is onderzocht of de productie in de regio aansluit bij de voorspelde vraag naar thuiszorg. Indien dit niet het geval bleek te zijn, is onderzocht welk aandeel de betreffende best practice-instelling in de regionale productie levert.

222 Op die wijze kunnen de best practice-scores nader worden ingekleurd. De resultaten dienen overigens met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Het is aannemelijk dat de productieopbouw in een regio niet alleen wordt beïnvloed door de bevolkingskenmerken, maar ook door bijvoorbeeld de wijze van indicatiestelling of het contracteerbeleid dat door het zorgkantoor wordt gevoerd. Deze aspecten zijn niet nader onderzocht.

Nadere analyses doelmatigheid bieden inzicht in verklarende elementen

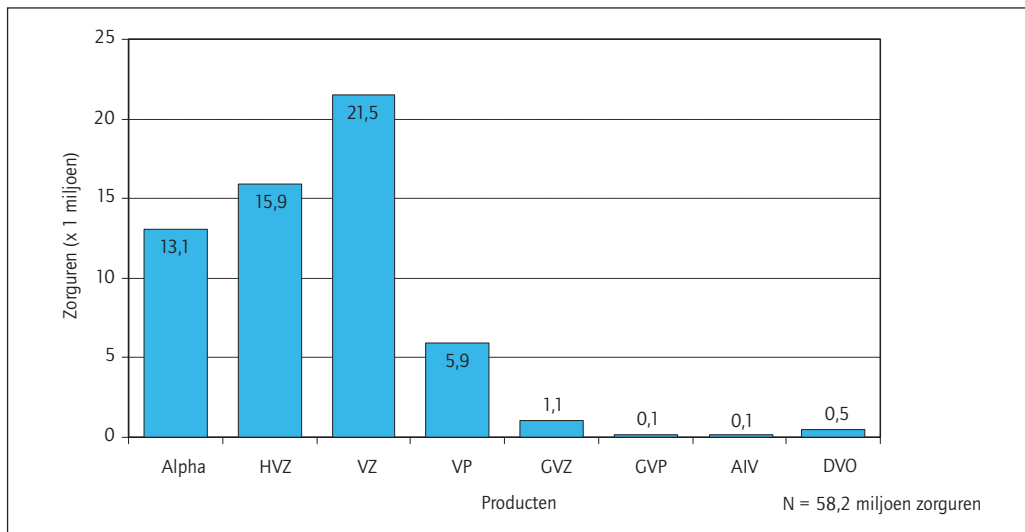
223 Het doelmatigheidsonderzoek is niet alleen gebruikt voor het berekenen van de doelmatigheidsscore. Uit nadere analyses van doelmatigheidsaspecten zoals de kosten per contactuur, het aandeel van de personeelskosten uitvoerenden, het aandeel indirecte kosten en de inhuurfactor kan per instelling worden afgeleid waardoor de doelmatigheidsscore is bepaald.

Productie van aan benchmark deelnemende instellingen omvat 95% van de totale productie

224 In totaal hebben 101 thuiszorginstellingen aan het doelmatigheidsonderzoek deelgenomen. Deze 101 thuiszorginstellingen hebben in 2000 58.169.595 uren algemene thuiszorg geleverd; dat is circa 95% van de totale in 2000 geleverde productie.

225 In figuur 2-3 op de volgende pagina is de opbouw weergegeven van de productie die in 2000 is geleverd door de instellingen die aan de benchmark deelnemen.

Figuur 2-3: Opbouw productie algemene thuiszorg van de aan benchmark deelnemende instellingen



Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

226 Verzorging is het product dat in 2000 met 21.469.292 uren de meeste zorguren omvatte, 36,9% van het totale aantal uren algemene thuiszorg. Worden de uren alphahulp en huishoudelijke verzorging (als verwante producten) bij elkaar opgeteld, dan vormen deze producten met 28.974.960 uren en 49,8% de omvangrijkste groep.

Resultaten doelmatigheidsmeting laten ten opzichte van eerste benchmark geringere spreiding zien

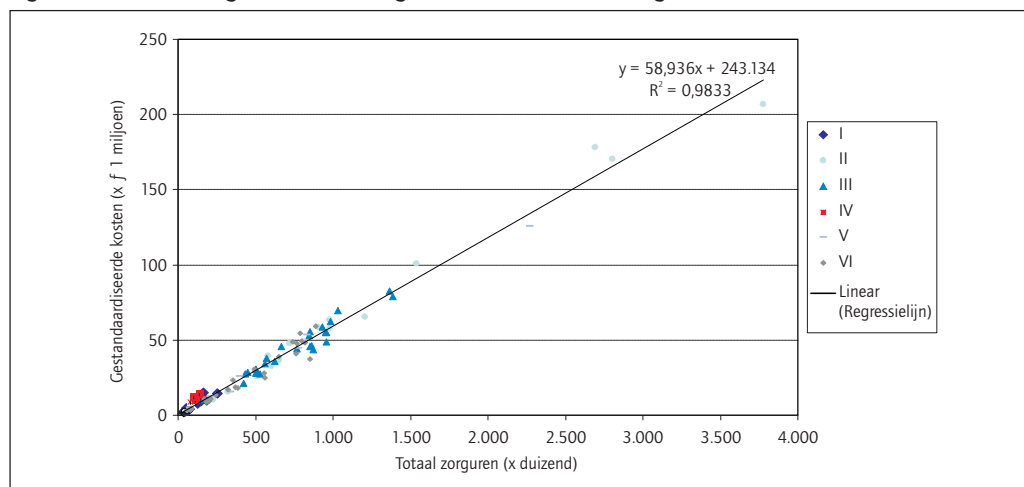
227 Als eerste onderdeel van de doelmatigheidsanalyse zijn per instelling de kosten gerelateerd aan het aantal uren zorg. Vervolgens zijn de doelmatigheidsscores bepaald en tot elkaar in relatie gebracht.

Kosten thuiszorg stijgen evenredig met geleverde productie

228 In figuur 2-4 is de relatie tussen de kosten en de productie per instelling weergegeven. Tevens is aangegeven tot welk cluster de instellingen behoren.

229 Uit de figuur blijkt dat de productie van een groter aantal uren niet leidt tot relatief lagere kosten per uur (schaalvoordelen): het beschikbare budget wordt volledig ingezet. Het is echter goed mogelijk dat er wel sprake is van schaalvoordelen, maar dat de daardoor beschikbaar gekomen middelen worden ingezet voor specifieke projecten of scholing. Op grond van de nu beschikbare gegevens kan deze veronderstelling niet worden onderzocht, maar een nadere analyse (activity based costing) zou duidelijkheid kunnen verschaffen.

Figuur 2-4: Kosten algemene thuiszorg in relatie tot aantal zorguren



Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

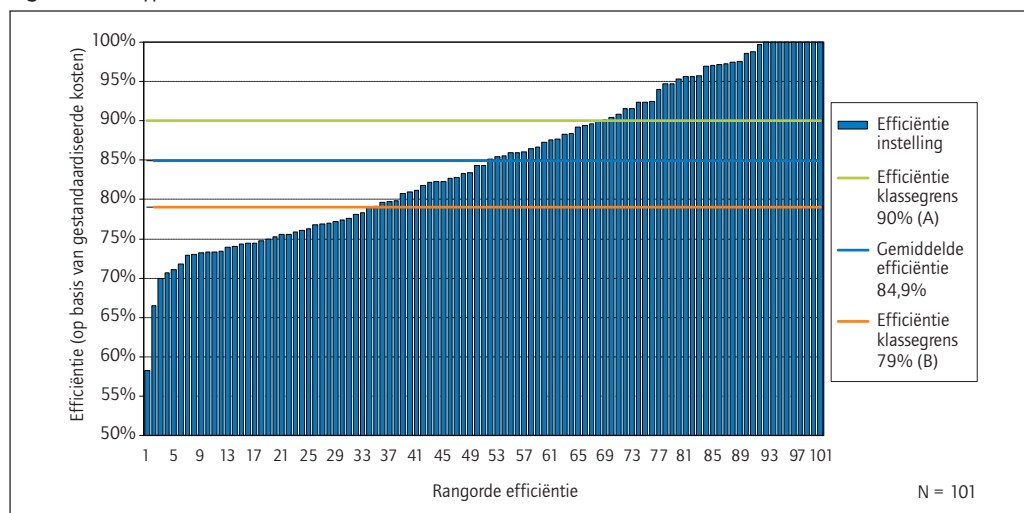
230 In de doelmatigheidsmeting is omwille van de vergelijkbaarheid uitgegaan van gestandaardiseerde kosten: ten behoeve van de vergelijkbaarheid zijn de door de instellingen opgegeven niet direct toewijsbare kosten door ons voor alle instellingen op uniforme wijze aan de producten toegerekend. Tevens zijn kosten zoals afschrijvingskosten op voor alle instellingen vergelijkbare grondslagen gebracht.

Efficiëntiescore bedraagt gemiddeld 84,9%

231 Op basis van de relatie tussen kosten en productie is vervolgens met behulp van de DEA-methodiek de efficiëntiescore bepaald, rekening houdend met de verschillen in productmix.

232 In figuur 2-5 worden de behaalde efficiëntiescores in een rangorde van laag naar hoog getoond.

Figuur 2-5: Efficiëntiescores benchmark 2000



Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

233 De thuiszorginstellingen die in 2000 binnen het cluster waartoe zij behoren de meeste uren zorg in relatie tot de gemaakte kosten hebben geleverd, zijn als 100% doelmatig aangemerkt. Verdeeld over de zes clusters hebben negen instellingen een doelmatigheid van 100% gerealiseerd.

234 De doelmatigheid van de andere instellingen is uitgedrukt als een percentage van de 100% doelmatigheid. De aldus gemeten gemiddelde doelmatigheid van de thuiszorginstellingen bedraagt 84,9%.

235 In de benchmark 1997 werd een doelmatigheidspercentage van 82,6% geconstateerd. Deze beide percentages kunnen echter niet met elkaar worden vergeleken omdat het twee verschillende peilmomenten betreft. Wel kan worden gesteld dat in de benchmark 2000 de afstand van de gemiddelde score tot de 100% doelmatigheid geringer is dan in 1997.

236 Slechts twee instellingen hebben in de benchmark 2000 een doelmatigheidsscore van minder dan 70% behaald; één instelling heeft een doelmatigheidsscore van 58,2% en één van 69,9%. In 1997 was de laagste score 55%, met één uitschieter daaronder.

Doelmatigheidsklasse A omvat 33 instellingen

237 Wij hebben de thuiszorginstellingen op grond van hun score ingedeeld in drie doelmatigheidsklassen, waarvan klasse A de meest doelmatige instellingen omvat en klasse C de minst doelmatige. De grens tussen klasse A en klasse B is evenals in 1997 op 90% doelmatigheid gesteld, de grens tussen klasse B en klasse C evenals in 1997 op 79%.

238 De keuze van de klassengrenzen is op praktische overwegingen gebaseerd. Een door ons uitgevoerde gevoeligheidsanalyse wijst uit dat het aantal instellingen in de klassen A en B niet of nauwelijks verandert als de klassengrens zou verschuiven. Dit maakt de gekozen grens naar ons oordeel voldoende robuust.

239 Uit het doelmatigheidsonderzoek blijkt dat 33 van de 101 instellingen tot klasse A behoren. De productie van de instellingen in klasse A omvat 19% van de totale productie in de sector. Dit betekent de gemiddelde omvang van de instellingen die tot klasse A behoren, kleiner is. 34 instellingen behoren tot klasse B en eveneens 34 tot klasse C.

240 In tabel 2-2 wordt het aantal instellingen per klasse weergegeven.

Tabel 2-2: Verdeling thuiszorginstellingen over de doelmatigheidsklassen 2000

Doelmatigheidsklasse	Benchmark 2000	
	Aantal instellingen	Percentage
A ($\geq 90\%$)	33	32,6
B (79 - 90%)	34	33,7
C ($<79\%$)	34	33,7
Totaal	101	100

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997 en 2000

241 Wij hebben onderzocht in hoeverre instellingen in de benchmark 2000 tot een andere doelmatigheidsklasse behoren dan in 1997 het geval was. In de hiernavolgende tabel 2-3 wordt de mobiliteit weergegeven. De tabel heeft betrekking op 76 instellingen. De instellingen die tussen 1997 en 2000 zijn gefuseerd met andere thuiszorginstellingen, zijn in deze tabel buiten beschouwing gelaten om redenen van vergelijkbaarheid.

Tabel 2-3: Mobiliteit doelmatigheidsklasse benchmark 1997 en benchmark 2000

Doelmatigheidsklasse	Klasse A 1997	Klasse B 1997	Klasse C 1997	Totaal 1997
Klasse A 2000	17	8	3	28
Klasse B 2000	5	8	14	27
Klasse C 2000	3	8	10	21
Totaal 2000	25	24	27	76

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

242 De tabel laat zien dat 17 van de 25 instellingen die in 1997 tot klasse A behoorden, daartoe ook in 2000 behoren. Tien instellingen behoren in beide benchmarks tot klasse C. Drie instellingen behoorden in 1997 tot klasse C, maar zijn er in geslaagd om in 2000 tot klasse A te behoren. In totaal behoren van de 76 instellingen in 2000 41 instellingen tot een andere klasse dan in 1997. Met andere woorden: een mobiliteit van 54%.

Efficiëntiescores niet gelijkmatig over clusters gespreid

243 De gemiddelde efficiëntiescores en de spreiding blijken per cluster te verschillen. In tabel 2-4 worden deze verschillen weergegeven.

Tabel 2-4: Efficiëntiescores thuiszorginstellingen per cluster

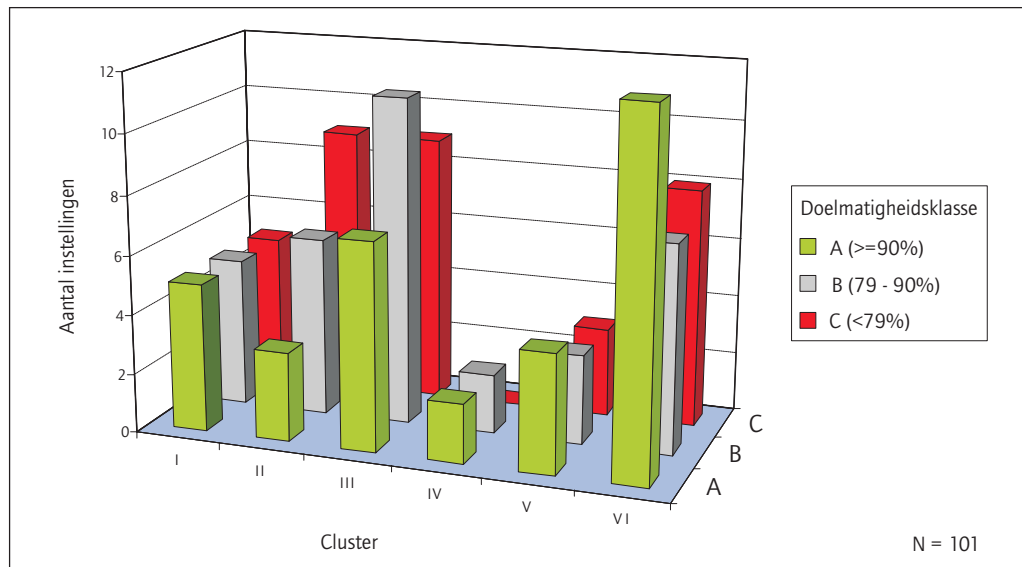
Efficiëntiescore (in %)	I	II	III	IV	V	VI
Maximum	100	100	100	100	100	100
Gemiddeld	83,9	82,2	83,9	91,2	86,6	86,7
Minimum	58,2	71,8	70,7	81,2	73,3	69,9

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

244 De wijze waarop de efficiëntiescore is berekend, brengt met zich mee dat in ieder cluster instellingen met een 100% doelmatigheid zijn geïdentificeerd. De minimumscore is in cluster I lager dan in de andere clusters. In cluster IV, de instellingen die vrijwel uitsluitend verpleging leveren, is de minimumscore het hoogst. Om na te gaan in hoeverre de efficiëntiescore van deze vier instellingen wordt veroorzaakt door het feit dat zij deel uitmaken van een afzonderlijk cluster (met per definitie één of meer 100% doelmatige instellingen en daaraan gerelateerde scores van de andere instellingen) is onderzocht welke positie de instellingen van cluster IV innemen als zij niet in een afzonderlijk cluster worden ingedeeld maar worden vergeleken met alle 101 deelnemende instellingen. Uit de analyse blijkt dat de instellingen van cluster IV in dat geval een veel lagere positie in de rangorde innemen.

245 In figuur 2-6 wordt per cluster weergegeven hoeveel instellingen tot de doelmatigheidsklassen A respectievelijk B en C behoren.

Figuur 2-6: Verdeling instellingen naar cluster en doelmatigheidsklasse



Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

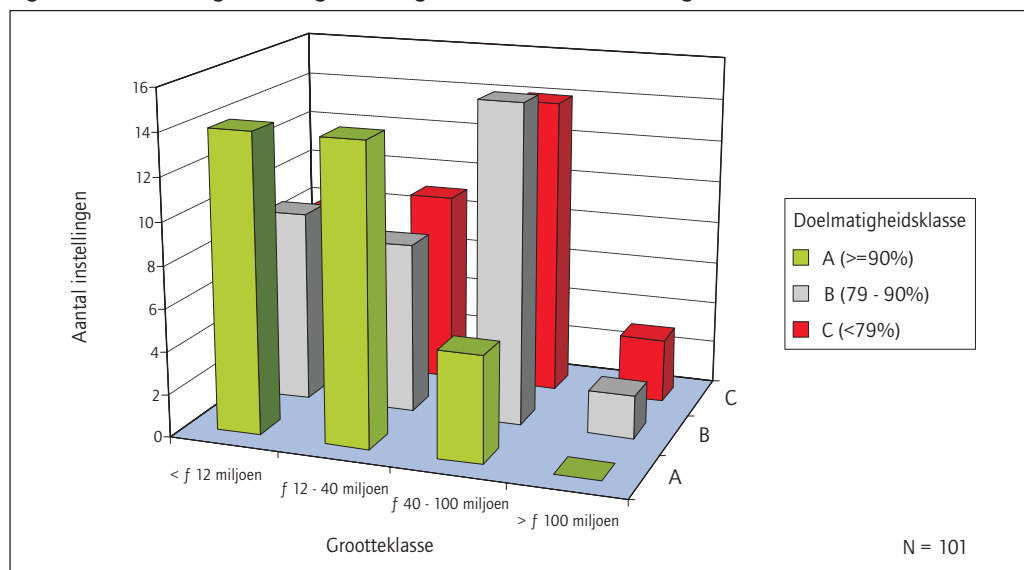
246 Uit de figuur blijkt dat zich met name onder de instellingen in cluster VI veel instellingen in doelmatigheidsklasse A bevinden.

Efficiëntiescore kleinere instellingen relatief hoog

247 In figuur 2-7 wordt per grootteklasse weergegeven hoeveel instellingen tot de doelmatigheidsklasse A respectievelijk B en C behoren. De instellingen worden daartoe ingedeeld in vier grootteklassen op basis van de totale kosten in 2000:

- (a) Instellingen met totale kosten algemene thuiszorg van minder dan 12 miljoen gulden;
- (b) Instellingen met totale kosten algemene thuiszorg tussen de 12 en de 40 miljoen gulden;
- (c) Instellingen met totale kosten algemene thuiszorg tussen de 40 en de 100 miljoen gulden;
- (d) Instellingen met totale kosten algemene thuiszorg groter dan 100 miljoen gulden.

Figuur 2-7: Verdeling instellingen naar grootteklasse en doelmatigheidsklasse



Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

248 Uit de figuur is af te lezen dat instellingen in klasse A relatief vaak kleine en middelgrote instellingen zijn, met een omvang tot 40 miljoen gulden.

Efficiëntiescores van recent gefuseerde instellingen relatief laag

249 Er is onderzocht of er een verband bestaat tussen de efficiëntiescore van een instelling en het recentelijk doorgemaakt hebben van een fusieproces (bedoeld is een fusie tussen thuiszorginstellingen). In de periode tussen de eerste en de tweede benchmark zijn er uit 31 thuiszorginstellingen 13 nieuwe instellingen gevormd. De klassenindeling van de gefuseerde instellingen wordt weergegeven in tabel 2-5.

Tabel 2-5: Doelmatigheidsklasse fusie-instellingen

Doelmatigheidsklasse	Aantal fusie-instellingen	Aantal instellingen vóór fusie
A (>=90%)	1	6
B (79-90%)	3	10
C (<79%)	8	10
Niet deelgenomen	1	5
Totaal	13	31

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

250 Slechts één fusie-instelling blijkt in 2000 tot de doelmatigheidsklasse A te behoren. Opvallend veel fusie-instellingen (8 van de 13) behoren in 2000 tot klasse C. Volledigheidshalve zij opgemerkt dat bij de vaststelling van de doelmatigheidsscore de incidentele lasten (dus onder meer de directe fusiekosten) buiten beschouwing zijn gelaten.

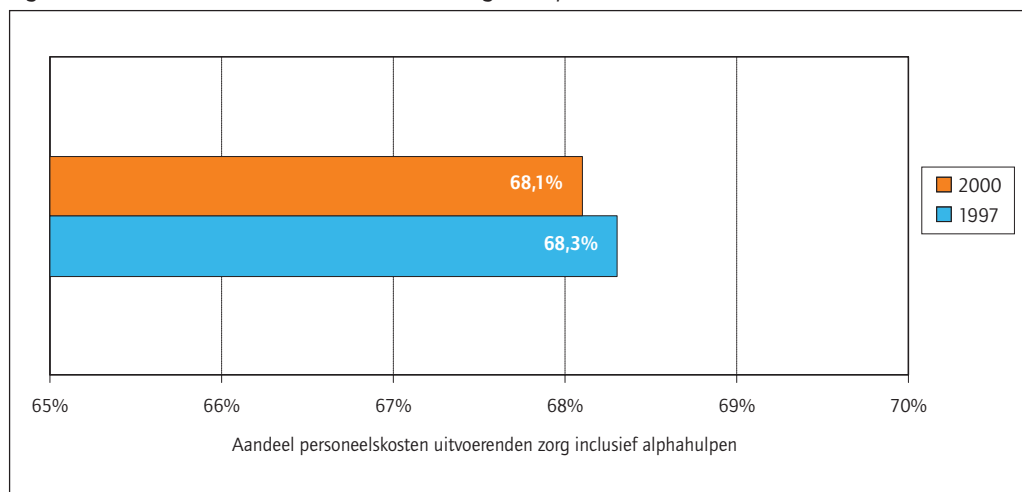
Kostenstructuur varieert per cluster, doelmatigheidsklasse en grootteklasse

251 Om inzicht te verkrijgen in de kostenstructuur per cluster thuiszorginstellingen zijn de totale kosten gesplitst in de volgende onderdelen:

- (a) Personeelskosten uitvoerenden zorg inclusief alphahulpen;
- (b) Overige personeelskosten exclusief reiskosten;
- (c) Personeelskosten leiding en staf;
- (d) Personeelskosten echte overhead;
- (e) Automatisering;
- (f) Huisvesting;
- (g) Reiskosten;
- (h) Overige kosten.

252 In alle clusters vormen de personeelskosten uitvoerenden zorg het grootste aandeel in de totale kosten: gemiddeld 68,1%. Dit aandeel is iets lager dan het in de eerste benchmark was (68,3%). Figuur 2-8 laat beide aandelen zien.

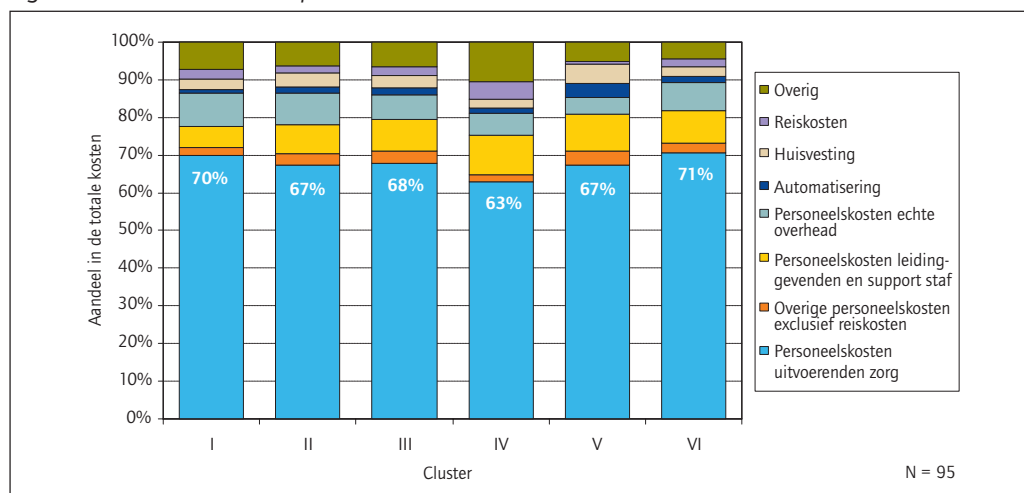
Figuur 2-8: Personeelskosten uitvoerenden zorg ten opzichte van de totale kosten



Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

253 In figuur 2-9 wordt de opbouw van de totale kosten per cluster weergegeven.

Figuur 2-9: Kostenstructuur per cluster

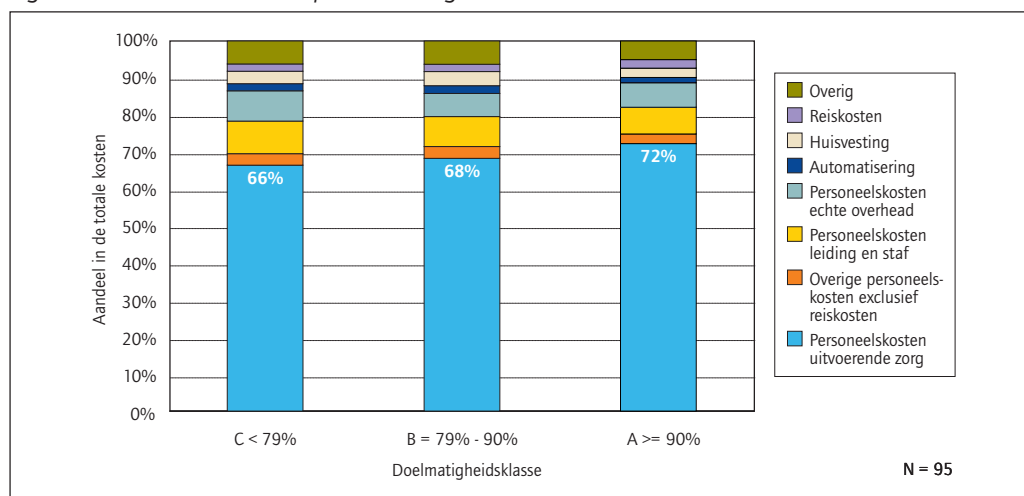


Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

254 Het aandeel personeelskosten in de totale kosten in 2000 varieert per cluster: in de clusters I en VI is het aandeel relatief hoog en in cluster IV relatief laag. Op grond van de productmix mag dit overigens ook verwacht worden. Eveneens volgens verwachting blijkt het aandeel reiskosten in cluster IV hoog te zijn. Opvallend is het lage aandeel personeelskosten echte overhead in cluster V; het aandeel huisvestings- en automatiseringskosten in dit cluster is daarentegen bovengemiddeld.

255 Als de kostenstructuur wordt gerelateerd aan de doelmatigheidsklasse, blijkt de structuur van de kosten in klasse A te verschillen van die in de andere klassen. Figuur 2-10 toont dit aan.

Figuur 2-10: Kostenstructuur per doelmatigheidsklasse

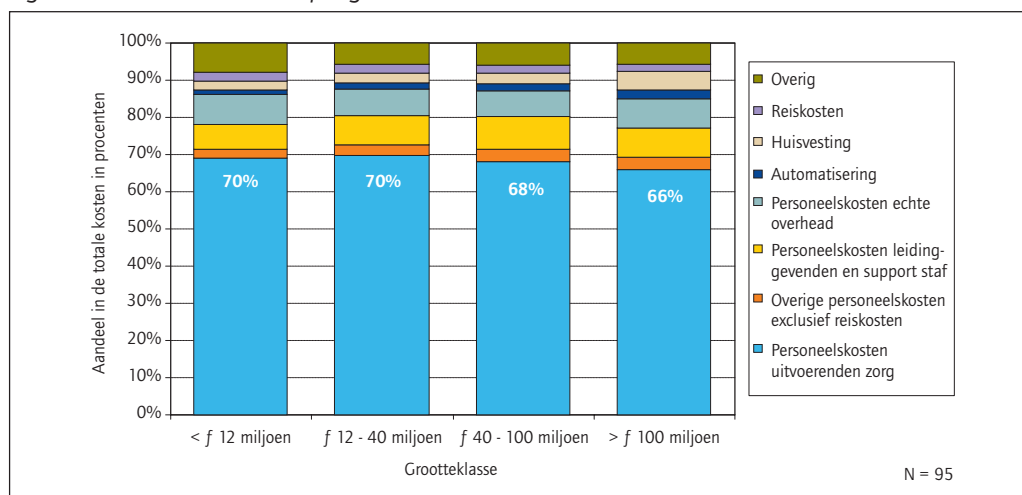


Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

256 De instellingen in klasse A kennen een hoger aandeel personeelskosten uitvoerenden zorg dan de instellingen in de andere twee klassen. Dit verband werd ook in de benchmark 1997 geconstateerd.

257 In figuur 2-11 wordt de kostenstructuur gerelateerd aan de grootteklasse van de instellingen. Bij de instellingen met de grootste omvang blijkt het aandeel personeelskosten uitvoerenden zorg het laagste en het aandeel indirecte kosten het hoogste te zijn. Ook dit verband werd in de eerste benchmark geconstateerd.

Figuur 2-11: Kostenstructuur per grootteklasse



Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

Uitkomsten doelmatigheidsonderzoek stabiel

258 Wij hebben onderzocht in welke mate de doelmatigheidsscores gevoelig zijn voor factoren die de transparantie van de scores kunnen beïnvloeden, te weten:

- De inzet van gesubsidieerde arbeidsplaatsen in de zorg;
- De administratieve omboeking van zorguren;
- De productie in het tweede compartiment;
- De toerekening van kosten van of aan de status aparte-producten;
- De wijze waarop reistijd wordt verantwoord;
- De afronding van geregistreerde contacttijd.

259 In de eerste benchmark bleken deze factoren – evenals de lump sum – een duidelijke rol te spelen, waarvoor slechts gedeeltelijk kon worden gecorrigeerd. In de tweede benchmark spelen deze factoren een aanzienlijk minder grote rol.

260 Uit de door de instellingen aangeleverde gegevens bleek dat er in 2000 in totaal 269.939 zorguren zijn geproduceerd door medewerkers met een zogenoemde ID-baan. Het betreft 0,46% van de totale productie, naar ons oordeel een verwaarloosbaar percentage. Van de door ID-werknemers geproduceerde uren betrof 97,1% het product huishoudelijke verzorging. Deze productie is gecorrigeerd.

261 De administratieve omboeking van uren is niet meer aangetroffen. De instellingen hebben zich derhalve gehouden aan het besluit van het CTG dat omboeking niet is toegestaan.

262 De productie en kosten in het tweede compartiment zijn nu beter dan in de eerste benchmark apart van de productie in het eerste compartiment geadministreerd.

263 De toerekening van kosten aan de status aparte-producten (Ouder- en kindzorg, Voedingsvoorlichting en dieetadvisering, Gezondheidsvoorlichting en opvoeding) is onderzocht door gegevens te verzamelen over de kosten aan de hand van een aantal productieparameters. Omdat in 2000 geen uniforme productdefinitie is gehanteerd, zijn als parameters gehanteerd het aantal consulten en de duur van een consult. Aan de instellingen is gevraagd aan te geven of de opgegeven aantallen beschouwd kunnen worden als een hard gegeven, een onderbouwde schatting of een globale schatting. In dit kader zijn tevens de kosten geïnventariseerd die betrekking hebben op de uitleen van verpleegartikelen.

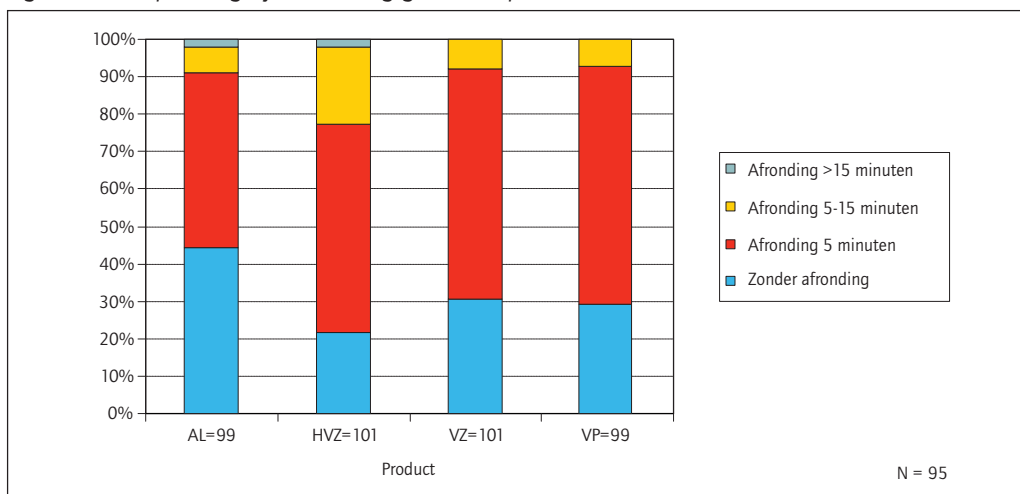
264 Uit het onderzoek blijkt dat de toerekening van kosten aan de status aparte-producten en de uitleen dermate uniform heeft plaatsgevonden dat niet gesproken kan worden van een factor die het zicht op de doelmatigheid in relatie tot de algemene thuiszorg kan belemmeren. Opgemerkt wordt dat in 1997 voor het eerst over status aparte afzonderlijk moest worden gerapporteerd; inmiddels is vier jaar ervaring daarmee opgedaan.

265 De wijze waarop de door de uitvoerend medewerkers bestede reistijd werd verantwoord (geheel productief, gedeeltelijk productief of productievoorwaardelijk) liep in de eerste benchmark sterk uiteen. Naar aanleiding van deze bevindingen en van een bij het CAK verricht aanvullend onderzoek is er door het ministerie en de LVT bij de instellingen op aangedrongen om reistijd niet langer als productief te verantwoorden. De meeste instellingen hebben zich aan deze afspraak gehouden. De reistijd is daarmee niet langer een factor die het beeld van de doelmatigheidsscores kan vertekenen.

266 Gemiddeld bedraagt de reistijd bij de instellingen in klasse A van de doelmatigheidsmeting 4,50%, tegen 4,96% bij de instellingen in de B-klasse en 5,54% bij de instellingen in de C-klasse.

267 Voor de afronding van de bestede contacttijd geldt een vergelijkbare constatering als voor de verantwoording van de reistijd. In de eerste benchmark bleken er grote verschillen te zijn in de afronding. In de tweede benchmark zijn deze verschillen grotendeels verdwenen. De meeste instellingen ronden de tijd voor de producten alphahulp en huishoudelijke verzorging af op vijf of vijftien minuten; er zijn twee instellingen die op meer dan vijftien minuten afronden. Voor de producten verzorging en verpleging ronden de meeste instellingen af op vijf minuten; acht instellingen ronden op vijftien minuten af. De instellingen die op vijftien minuten of meer afronden, zijn verdeeld over alle drie doelmatigheidsklassen. Figuur 2-12 toont de afronding per product.

Figuur 2-12: Afronding tijdsbesteding geleverde productie in minuten



Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

Geavanceerde analyses bieden verklaring efficiëntiescores

268 Mede omdat de in de tweede benchmark gevonden efficiëntiescores stabiel zijn gebleken, kon op verantwoorde wijze een analyse worden gemaakt van de factoren die de doelmatigheidsscores kunnen verklaren. Aan de hand van een regressieanalyse met behulp van de MARS-methodiek is de DEA-analyse gesimuleerd. Uit deze simulatie (die op basis van 90 instellingen kon worden uitgevoerd) bleek dat de verschillen tussen de DEA- en de MARS-uitkomsten voor 90% van de instellingen beperkt bleken tot plus of min 4 procentpunt. Tot de instellingen met een groter verschil behoren alle vier de instellingen uit cluster IV, die vrijwel uitsluitend verpleging leveren en daarom op grond van hun hoge tarief een afwijkend beeld vertonen. Op grond van de resultaten van de simulatie kon met behulp van de MARS-methodiek worden onderzocht welke relatie er bestaat tussen de doelmatigheidsscore en de potentieel verklarende factoren.

269 Tabel 2-6 bevat een overzicht van de factoren die als verklaring voor de gemeten DEA-scores uit de MARS-analyse resulteerden. De variabelen zijn in volgorde van verklaringskracht weergegeven.

Tabel 2-6: Verklarende factoren efficiëntiescore op sectorniveau

Verklarende factor	Index
Kosten per contactuur	100
Inhuur van personeel	55
Aandeel personeelskosten uitvoerenden zorg in de totale personeelskosten	51
Cluster	50
Aandeel personeelskosten uitvoerenden in de totale kosten	43
Ziekteverzuim	39
Productievoorwaardelijke uren ²	35
Productiviteit uitvoerenden zorg	30

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

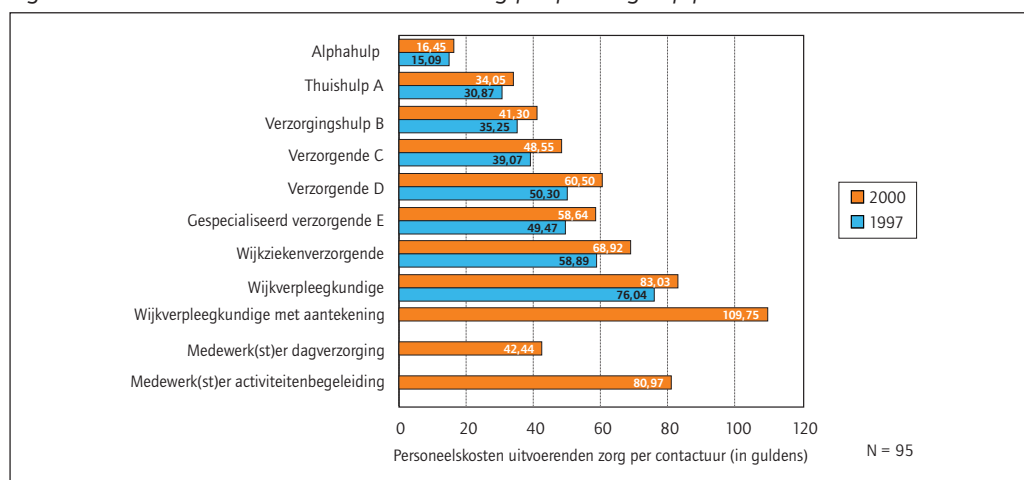
2 Reistijd, planning en coördinatie, werkoverleg en voorlichting, aanleggen van zorgdossiers

Kosten per contactuur op sectorniveau belangrijkste verklarende factor efficiëntiescore

270 Op sectorniveau blijken de kosten per contactuur de belangrijkste verklarende factor voor de efficiëntiescore te zijn.

271 In figuur 2-13 worden de kosten per contactuur per functiegroep weergegeven. De kosten in het jaar 2000 worden vergeleken met de kosten in 1997. De kosten per contactuur zijn bij alle functiegroepen gestegen, maar het meest bij de functiegroepen verzorgende D en wijkzakenverzorgenden.

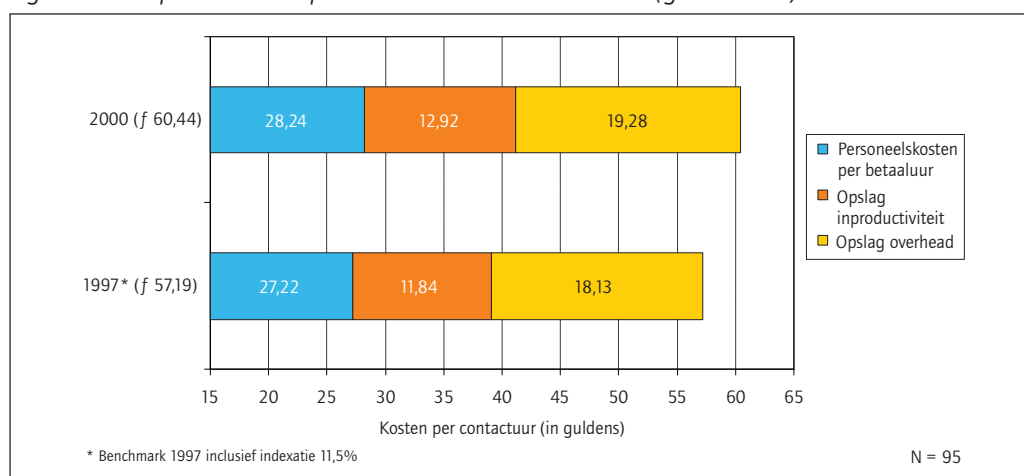
Figuur 2-13: Personeelskosten uitvoerenden zorg per functiegroep per contactuur



Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997 en 2000

272 Figuur 2-14 toont de opbouw van de kosten per contactuur, zowel in 2000 als in 1997 waarbij de kosten van 1997 zijn geïndexeerd met 11,5%. De totale kosten per contactuur zijn opgebouwd uit de kosten per betaalluur, de productiviteitsfactor en de opslag van indirecte kosten. De kostenstijging tussen 1997 en 2000 is ongeveer gelijk verdeeld over de drie onderdelen.

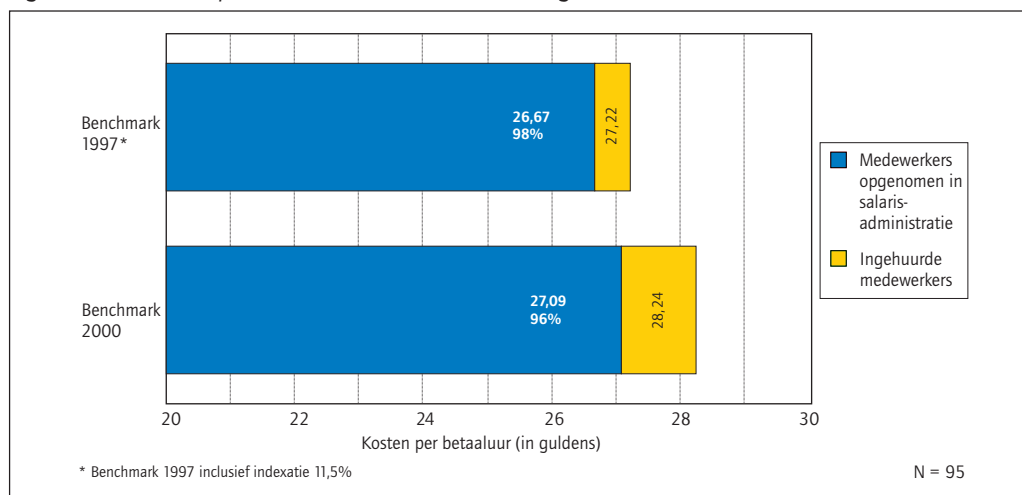
Figuur 2-14: Opbouw kosten per contactuur in 2000 en 1997 (geïndexeerd)



Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997 en 2000

273 De gemiddelde kosten per betaalluur uitvoerenden zorg bedragen voor alle functie-groepen tezamen in 2000 28,24 gulden. In 1997 was dit 24,41 gulden. De compensatie voor de loonkostenontwikkeling tussen 1997 en 2000 bedroeg 11,5%. Indien de kosten voor 1997 alleen met dit percentage verhoogd zouden worden, zouden de gemiddelde kosten per betaalluur in 2000 27,22 gulden hebben bedragen. De kosten zijn dus meer gestegen dan in de tarieven is gecompenseerd. Figuur 2-15 geeft dit weer.

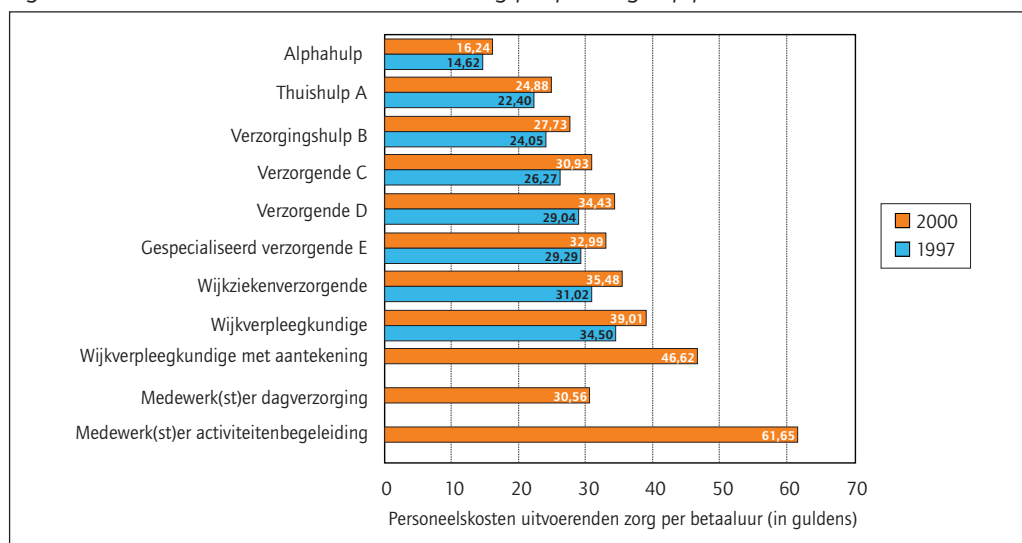
Figuur 2-15: Kosten per betaalluur benchmark 1997 (geïndexeerd) en benchmark 2000



Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997 en 2000

274 In figuur 2-16 worden de gemiddelde kosten per betaalluur per functiegroep weergegeven; tevens is een vergelijking gemaakt tussen de eerste en de tweede benchmark. De functiegroep wijkverpleegkundige met aantekening werd in 1997 nog niet in beeld gebracht, zodat voor deze groep geen vergelijking met dat jaar kan worden gemaakt. Ditzelfde geldt voor de medewerk(st)ers dagverzorging en activiteitenbegeleiding.

Figuur 2-16: Personeelskosten uitvoerenden zorg per functiegroep per betaalluur



Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997 en 2000

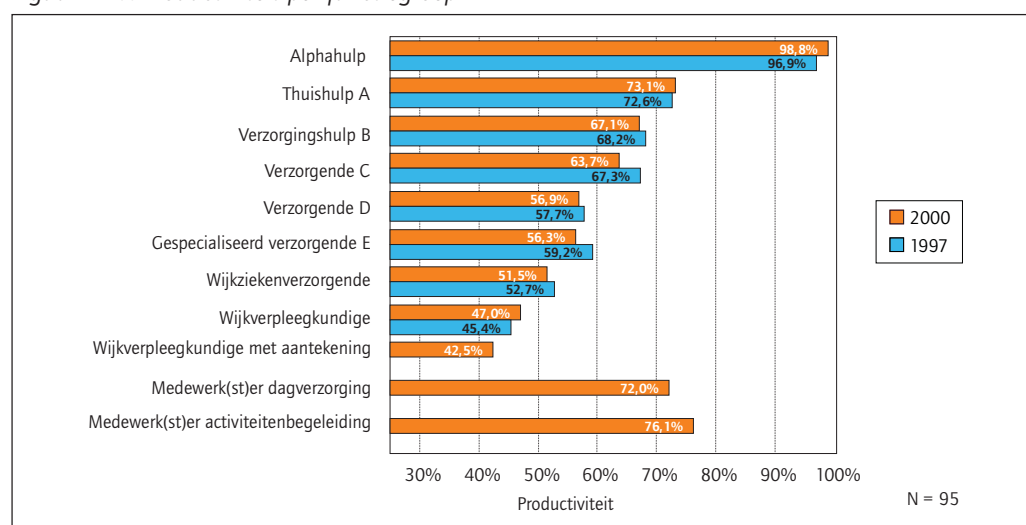
275 Uit de figuur valt af te leiden dat voor alle functiegroepen de kosten per betaalluur gestegen zijn. De gemiddelde stijging bedraagt 15,7% en varieert van 11,1% voor de functiegroepen alphahulp en thuishulp A tot 18,6% voor de functiegroep verzorgende D.

Productiviteit uitvoerenden zorg bedraagt in 2000 68,6%

276 De gemiddelde productiviteit in 2000 bedraagt 68,6%. Ten opzichte van de productiviteit in 1997 (69,7%) is er sprake van een lichte daling. Opgemerkt wordt dat het aandeel inhuur van derden, waarvoor en hogere productiviteit van toepassing is, in 2000 (8,6%) hoger is dan in 1997 (4,6%). De productiviteit van de medewerkers in de salarisadministratie is derhalve meer afgenomen. De afname wordt veroorzaakt door het zuiverder registreren van de contacttijd, het hogere ziekteverzuim en CAO-aanpassingen (buitengewoon verlof en invoering van de 36-urige werkweek).

277 In figuur 2-17 wordt de ontwikkeling van de productiviteit per functiegroep (medewerker opgenomen in salarisadministratie en ingehuurde medewerker inclusief alphahulp) tussen 1997 en 2000 weergegeven. De productiviteit van de functiegroepen alphahulp, thuishulp A en wijkverpleegkundige is licht gestegen, die van de andere functiegroepen is gedaald. De grootste daling komt voor bij de functiegroep verzorgenden C. Uit de gegevens is niet op te maken hoe de dalende productiviteit bij juist deze functiegroep kan worden verklaard.

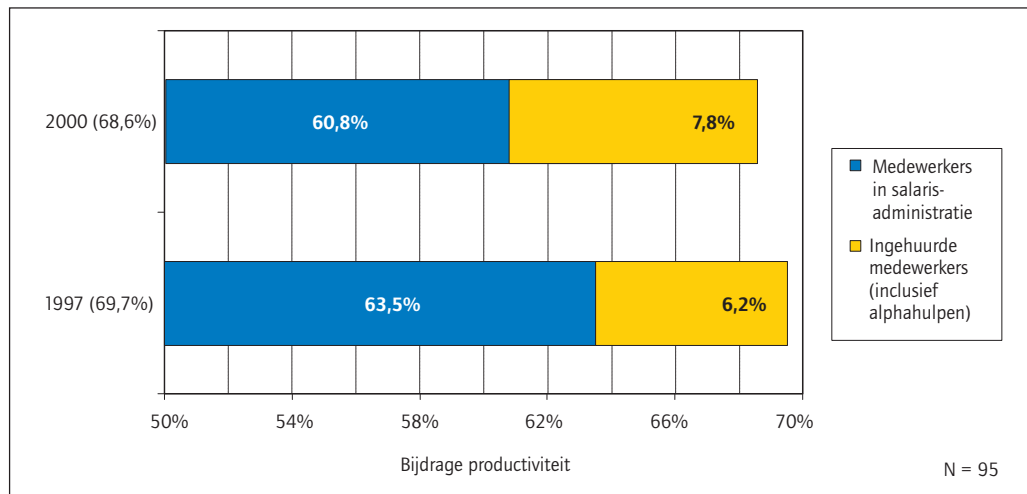
Figuur 2-17: Productiviteit per functiegroep



Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997 en 2000

278 De productiviteit van ingehuurde medewerkers is (zoals mag worden verwacht) hoger dan de productiviteit van medewerkers opgenomen in de salarisadministratie. De productiviteit van medewerkers opgenomen in de salarisadministratie bedraagt 66,9%; door de inzet van ingehuurde medewerkers inclusief alphahulp stijgt de totale productiviteit naar 60,8%. Figuur 2-18 toont de opbouw van de productiviteit voor 2000 en 1997.

Figuur 2-18: Totale productiviteit uitvoerende medewerkers opgenomen in salarisadministratie, inclusief alphahulp en ingehuurde medewerkers



Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997 en 2000

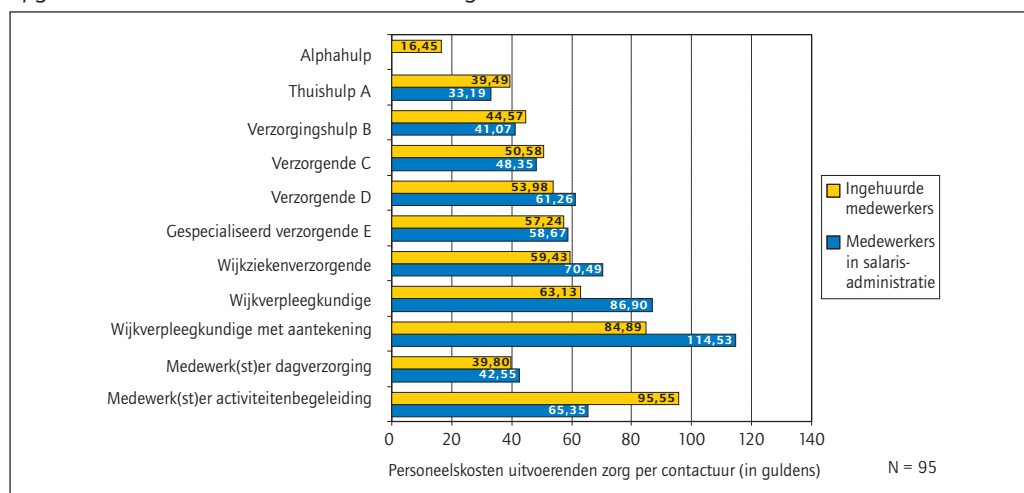
Percentage inhuur toont omslagpunt bij 11%

279 De MARS-analyse toont aan dat het aandeel kosten voor inhuur van personeel in de totale kosten een belangrijke verklarende factor voor de doelmatigheid kan zijn. In de benchmark over 1997 kwam ten aanzien van de inhuur een genuanceerd beeld naar voren. Het bleek dat voor een aantal functiegroepen de hogere kosten voor de inhuur werden gecompenseerd door de hogere productiviteit van ingehuurd personeel.

280 In de benchmark over 2000 blijkt wederom dat vanaf de verzorgende D de personeelskosten per contactuur van ingehuurde medewerkers lager zijn dan de personeelskosten per contactuur van de medewerkers opgenomen in de salarisadministratie. Dit kan worden verklaard door dat ingehuurde medewerkers met name worden ingezet voor het leveren van contacturen en niet van de overige werkzaamheden zoals coördinatie en dergelijke. Voor deze uren worden eigen medewerkers ingezet. Indien veel gebruik wordt gemaakt van ingehuurde medewerkers wordt de productiviteit van de eigen medewerkers door het bovenstaande negatief beïnvloed, aangezien deze werkzaamheden wel plaats moeten vinden.

281 Figuur 2-19 toont de verschillen in de personeelskosten uitvoerende zorg per functiegroep voor medewerkers in de salarisadministratie en ingehuurde medewerkers voor het jaar 2000.

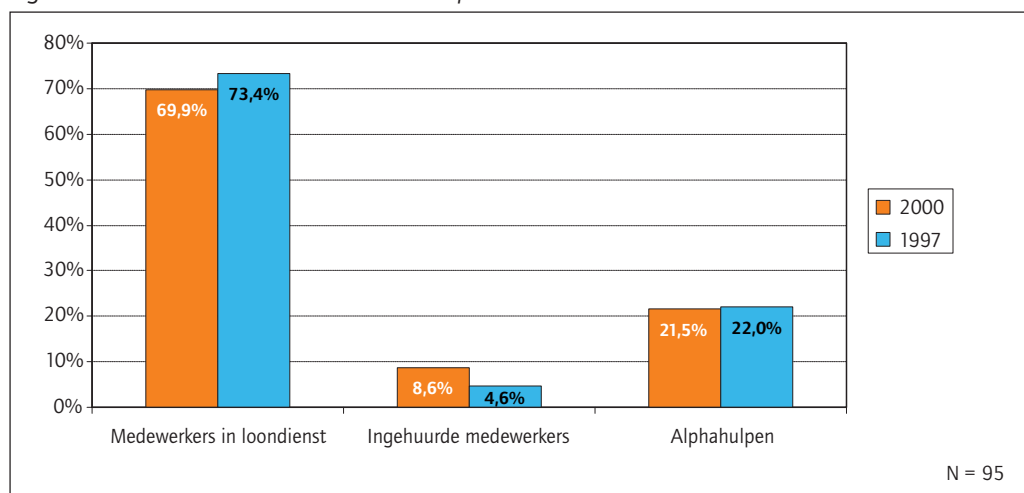
Figuur 2-19: Personeelskosten uitvoerenden zorg per functiegroep per contactuur van medewerkers opgenomen in salarisadministratie versus ingehuurde medewerkers



Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

282 Figuur 2-20 toont het toenemende aandeel van de ingehuurde medewerkers in 2000 ten opzichte van 1997. Geconstateerd kan worden dat de inhuurfactor bijna is verdubbeld van 4,6% in 1997 naar 8,6% in 2000.

Figuur 2-20: Aandeel inhuur in 2000 ten opzichte van 1997

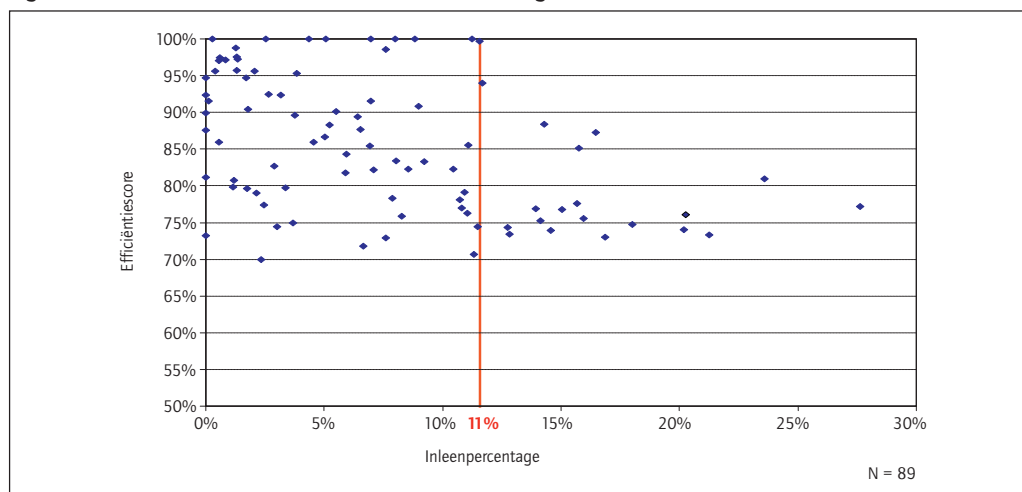


Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997 en 2000

283 In de benchmark 2000 komt daarnaast naar voren dat het inhuren van personeel over het geheel genomen de doelmatigheid ten goede komt, zolang het aandeel van de inhuur in het totaal van de uren minder dan 11% bedraagt. Daarboven daalt de doelmatigheid.

284 In figuur 2-21 wordt het effect van het aandeel inhuur op de doelmatigheidsscore weergegeven. Omwille van de duidelijkheid van deze figuur zijn zes instellingen met een aandeel inhuur van meer dan 32% buiten beschouwing gelaten.

Figuur 2-21: Aandeel inhuur in relatie tot doelmatigheidsscore



Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997 en 2000

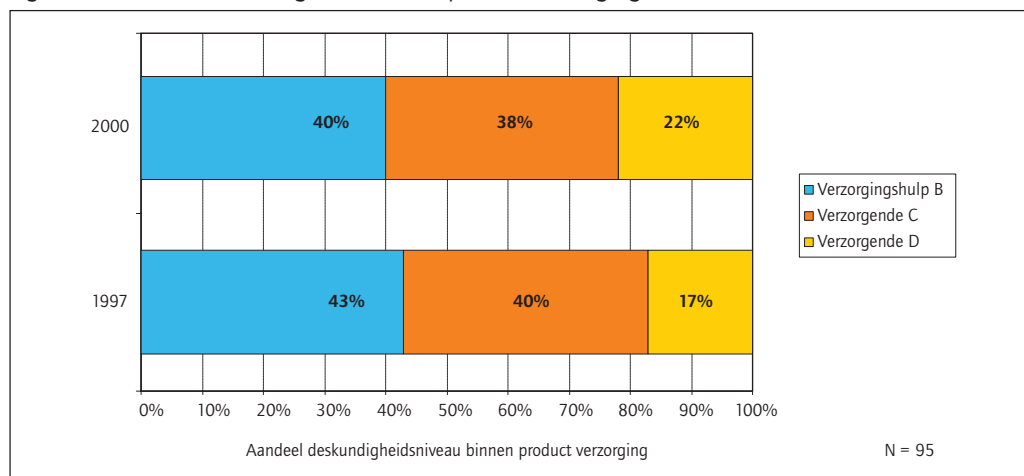
Stijging aandeel verzorgenden relevant voor kosten uitvoerenden zorg

285 Het aandeel van de kosten uitvoerenden zorg in de totale kosten als mogelijke verklarende factor voor doelmatigheid hangt samen met onder meer de opbouw van het personeelsbestand naar functiegroepen, leeftijd en dienstjaren. Ook een eventuele beloning boven de CAO kan een rol spelen.

286 Een aspect van het aandeel kosten uitvoerenden zorg is de opbouw van het personeelsbestand. In de eerste benchmark kwam de opbouw van het personeelsbestand naar voren als een factor die de doelmatigheid zou kunnen verklaren, zij het dat op grond van de beschikbare gegevens de exacte verbanden niet konden worden vastgesteld.

287 De personeelsopbouw in 2000 is niet hetzelfde als de personeelsopbouw in 1997. In figuur 2-22 wordt de opbouw van het personeelsbestand voor het product verzorging in 1997 en 2000 weergegeven. Het aandeel verzorgenden D in het totale personeelsbestand blijkt te zijn gestegen van 17% naar 22%. Het aandeel van de functiegroepen verzorgingshulp B en verzorgende C daarentegen is gedaald.

Figuur 2-22: Inzet deskundigheidsniveaus product verzorging



Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997 en 2000

288 De verschuiving in het personeelsbestand voor het product verzorging (verzorgenden D in plaats van verzorgingshulpen B en verzorgenden C) leidt tot een stijging van de personeelskosten per betaalluur. Voor het product verpleging is de inzet ongewijzigd gebleven.

289 Behalve de verschuiving in het personeelsbestand voor het product verzorging vormt ook het toegenomen aandeel van ingehuurd medewerkers een verklaring voor de geconstateerde kostenstijging. Verder speelt de arbeidsmarktproblematiek een rol; instellingen trachten personeel langer voor de organisatie te behouden en nemen daarvoor extra maatregelen in de beloningssfeer.

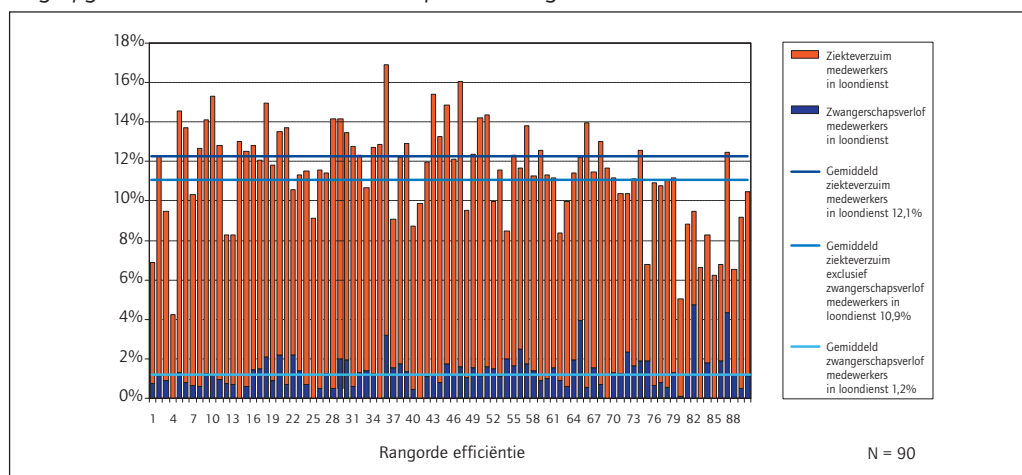
Cluster relevant voor efficiëntiescore

290 De MARS-analyse geeft aan dat de doelmatigheid voor een deel wordt verklaard door de productmix, dus het cluster waartoe de instelling behoort. Al eerder was geconstateerd dat cluster VI relatief meer instellingen in de doelmatigheidsklasse A bevat. In zijn algemeenheid scoren instellingen met een relatief hoog aandeel verzorging hoger in de doelmatigheidsmeting. Dit is des te opvallender omdat juist in de functiegroep verzorgenden een relatief grote kostenstijging is geconstateerd. Dit zou mogelijk verklaard kunnen worden uit het feit dat deze instellingen als gevolg van de hoge personeelskosten voor uitvoerenden van het product verzorging gemiddeld een lager percentage indirecte kosten hebben.

Netto ziekteverzuim uitvoerende medewerkers gemiddeld 10,9%

291 Het ziekteverzuim van de uitvoerenden zorg (opgenomen in de salarisadministratie) bedroeg in 2000 gemiddeld 10,9% exclusief zwangerschapsverlof (8,2% in de benchmark 1997). Vijf instellingen waren niet in staat het verzuimpercentage exclusief zwangerschapsverlof op te geven. Het ziekteverzuim inclusief zwangerschapsverlof bedraagt 12,1% (in 1997: 9,5%). Het ziekteverzuim gesplitst naar ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof en zwangerschapsverlof verschilt sterk per instelling. In figuur 2-23 wordt daarvan een overzicht gegeven.

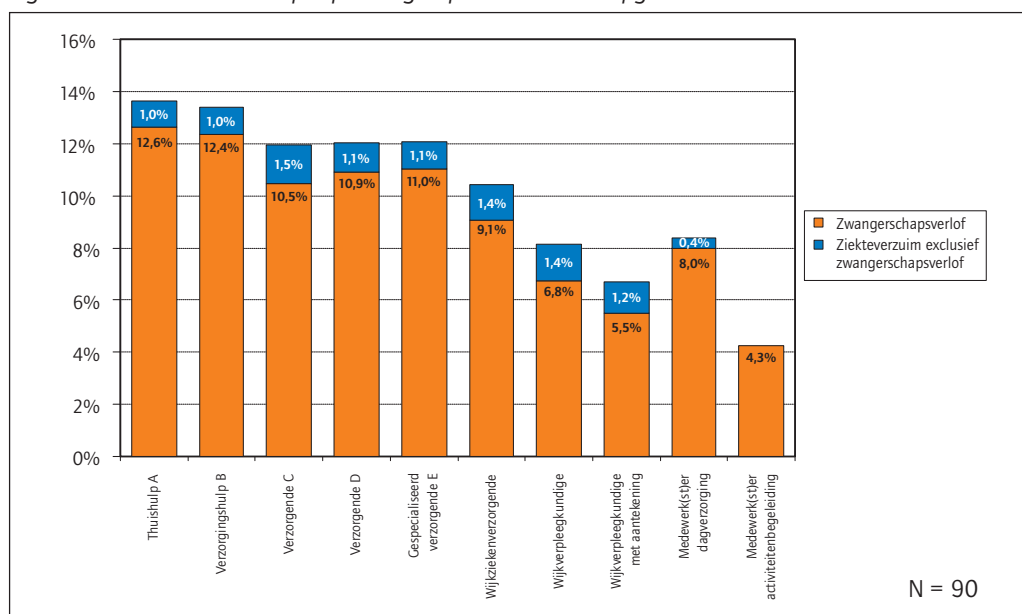
Figuur 2-23: Ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof en zwangerschapsverlof uitvoerenden zorg opgenomen in salarisadministratie per instelling



Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

292 In figuur 2-24 is het ziekteverzuim per functiegroep weergegeven.

Figuur 2-24: Ziekteverzuim per functiegroep medewerkers opgenomen in de salarisadministratie

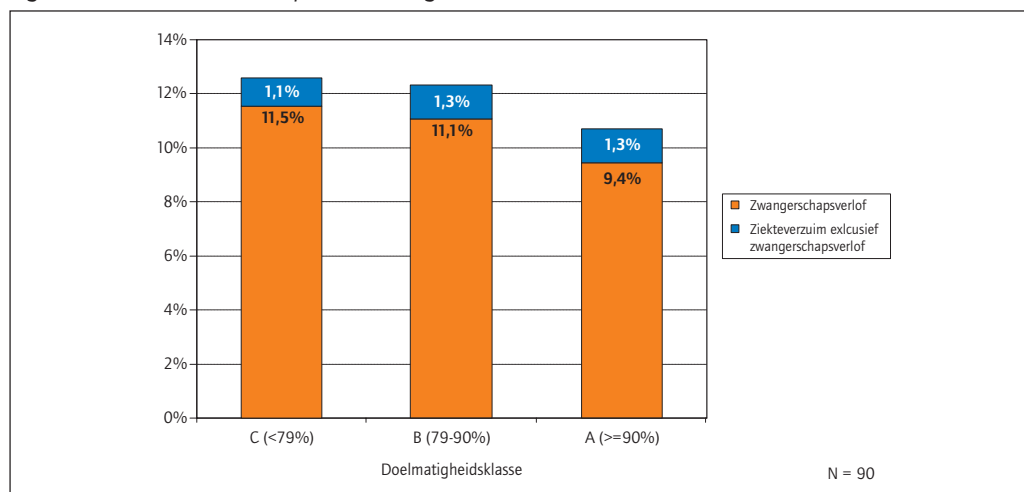


Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

293 Het ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof is in de functiegroep thuishulp A met 12,6% het hoogst en in functiegroep medewerk(st)er activiteitenbegeleiding met 4,3% het laagst.

294 In figuur 2-25 is het ziekteverzuim per doelmatigheidsklasse weergegeven. Het ziekteverzuim in klasse A bedraagt 9,4% en is daarmee gemiddeld 1,7% lager dan in klasse B en gemiddeld 2,1% lager dan het ziekteverzuim in klasse C.

Figuur 2-25: Ziekteverzuim per doelmatigheidsklasse

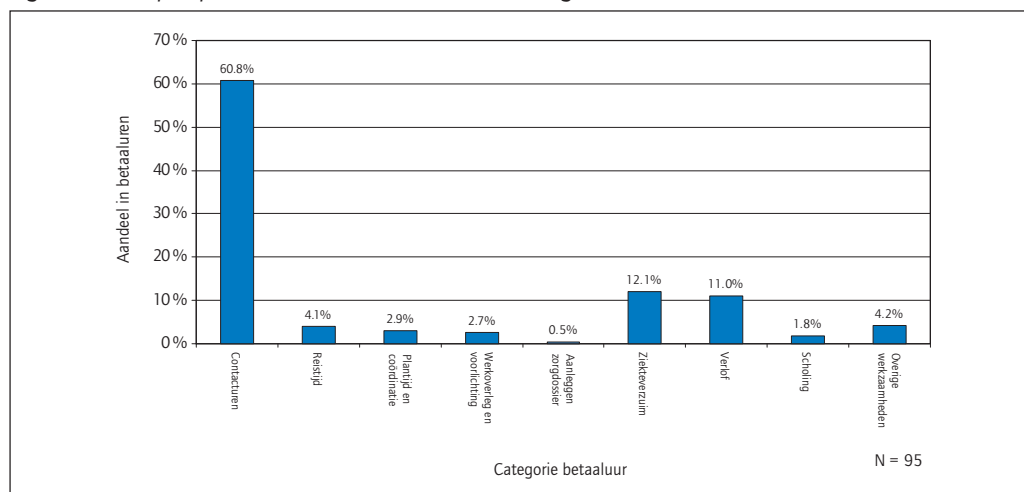


Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

Productievoorwaardelijke en overige betaalluren niet zijnde contacturen of ziekteverzuim geen verklarende factor voor doelmatigheid

295 Figuur 2-26 toont de opbouw van de betaalluren in 2000.

Figuur 2-26: Specificatie betaalluren uitvoerenden zorg 2000



Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

296 Van de betaaluren blijken naast de contacturen en het ziekteverzuim de productievoorwaardelijke uren noch de overige uren afzonderlijk een verklaring te geven voor de doelmatigheid. In figuur 2-26 wordt de specificatie van de betaaluren uitvoerende zorg van de medewerkers opgenomen in de salarisadministratie weergegeven. Uit deze figuur blijkt dat de productievoorwaardelijke uren (reistijd, plantijd, werkoverleg en aanleggen zorgdossier) 10,2% bedragen. Aan scholing wordt 1,8% van de betaaluren besteed.

297 De overige soorten werkzaamheden in figuur 2-26 zijn relatief hoog omdat niet alle instellingen de betaaluren met uitzondering van de contacturen afzonderlijk registreren. Deze uren zijn opgenomen in de categorie 'overige werkzaamheden'. Indien deze instellingen de overige uren hadden gespecificeerd waren als de percentages uit figuur 2-26, met uitzondering van de contacturen, hoger geweest.

Grootteklasse geen zelfstandig verklarende factor voor doelmatigheid

298 De MARS-analyse laat zien dat grootteklasse los van de andere factoren geen verklaringskracht heeft. Het verband tussen grootteklasse en doelmatigheid kan dus alleen gelegd worden via andere factoren. Eerder in dit hoofdstuk is aangegeven dat de kleinere instellingen relatief vaker tot de A-klasse behoren. Veel grote instellingen behoren tot de doelmatigheidsklasse B of C.

Bouwstenen voor CTG-tarieven

299 Teneinde optimaal gebruik te kunnen maken van de benchmarkgegevens zijn in bijlage A gegevens opgenomen die mogelijk kunnen dienen als bouwsteen voor het actualiseren van de CTG-tarieven in de komende periode.

3 Cliëntoordeel leidt tot kwaliteitsscore instellingen

301 In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de cliëntenraadpleging. Achtereenvolgens wordt aandacht besteed aan het ingezette instrument, de respons en de respondentengroep en de resultaten van de raadpleging. De resultaten zijn als volgt opgebouwd. Eerst wordt stilgestaan bij het belang dat door cliënten aan de verschillende kwaliteitsdimensies wordt toegekend. Vervolgens komen aan de orde: het oordeel van de totale groep cliënten, de samenhang tussen cliëntkenmerken en kwaliteitsoordelen en de verschillen tussen instellingen in kwaliteit van zorg. Tenslotte worden op basis van de cliëntoordelen drie groepen instellingen geïdentificeerd en een vergelijking gemaakt tussen de resultaten van de benchmark 2000 en de benchmark van 1997.

Kwaliteit van zorg vastgesteld door raadplegen cliënten

302 In de benchmark is ervoor gekozen de kwaliteit van zorg te onderzoeken door het raadplegen van cliënten. Door de score voor de kwaliteit rechtstreeks te baseren op het oordeel van cliënten, wordt recht gedaan aan de centrale positie van de cliënt in de zorg.

303 Kwaliteit van zorg wordt in de benchmark opgevat als de door de cliënt ervaren kwaliteit. Aspecten als kwaliteitsbeleid, protocollen, klachtenprocedures enzovoorts zijn dus geen onderdeel van de kwaliteitsmeting. De genoemde aspecten worden onder de noemer systeemkwaliteit wel geïnventariseerd, maar dan als onderdeel van het bedrijfsvoeringsonderzoek. Systeemkwaliteit wordt daarmee beschouwd als een mogelijke verklaring voor ervaren kwaliteit.

304 In de testbenchmark verpleeg- en verzorgingshuizen, die nagenoeg gelijktijdig met de benchmark thuiszorg is uitgevoerd, is niet alleen aan de cliënten maar ook aan de medewerkers gevraagd hun oordeel over de kwaliteit van zorg te geven. In de benchmark thuiszorg was dit niet mogelijk, omdat gebruik is gemaakt van de medewerkersraadpleging thuiszorg uit 1999/2000, waar dit thema niet in was opgenomen. In de medewerkersraadpleging die in de loop van 2002 zal worden gehouden, zal wél naar het oordeel van de medewerkers over de kwaliteit van zorg worden gevraagd. De resultaten van deze raadpleging zullen aan de resultaten van de benchmark 2000 worden gekoppeld.

305 De cliëntenraadpleging is uitgevoerd door het Nivel. De cliënten hebben hun oordeel gegeven over de zorg die zij ontvingen op het moment waarop zij de vragenlijst ontvingen (september 2001). Daarmee heeft het cliëntoordeel feitelijk betrekking op een andere periode dan de periode waarop de doelmatigheidsmeting betrekking heeft. Ervaring heeft echter geleerd dat het niet zinvol is om cliënten te vragen naar ervaringen van een vorig jaar. Hun oordeel wordt ook in dat geval bepaald door recente ervaringen met de thuiszorg.

Analysemodel cliëntenraadpleging omvat hoofddimensies inhoud en organisatie

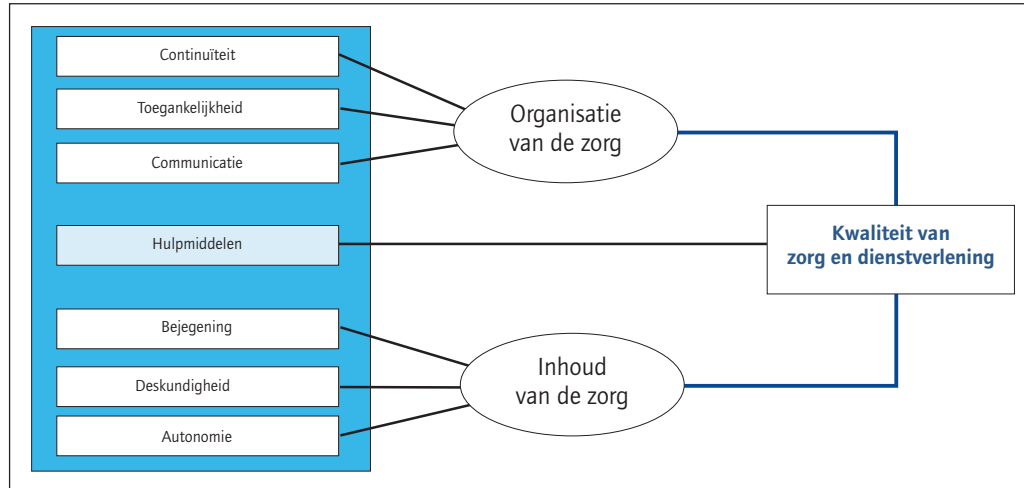
306 Het analysemodel voor de cliëntenraadpleging is weergegeven als figuur 3-1. In het analysemodel worden twee hoofddimensies van kwaliteit van thuiszorg onderscheiden:

- (a) De organisatie van de zorg- en dienstverlening;
- (b) De inhoud van de zorg- en dienstverlening.

307 De hoofddimensie inhoud is onderverdeeld in drie dimensies: bejegening, deskundigheid en autonomie. Ook de hoofddimensie organisatie is onderverdeeld in drie dimensies: continuïteit, toegankelijkheid en communicatie. Bij elk van de drie organisatie-dimensies kunnen weer twee subdimensies worden onderscheiden. De dimensie continuïteit is onderverdeeld in de subdimensies planning en samenwerking. De dimensie toegankelijkheid is onderverdeeld in de subdimensies bereikbaarheid en beschikbaarheid. De dimensie communicatie heeft als subdimensies informatievoorziening en overleg met mantelzorgers. Tenslotte is aan het analysemodel nog een losse dimensie toegevoegd, te weten de dimensie hulpmiddelen.

308 De structuur van het analysemodel is zo gekozen dat subdimensies kunnen worden gecombineerd tot dimensies en dat dimensies kunnen worden gecombineerd tot hoofddimensies en tot een totaalscore voor kwaliteit van thuiszorg vanuit cliëntperspectief. De (hoofd)dimensies vormen betrouwbare schalen (bijlage C).

Figuur 3-1: Analysemodel cliëntenraadpleging



Bron: Nivel

Oordeel cliënt gemeten met behulp van schriftelijke enquête

309 Om de kwaliteit vanuit cliëntperspectief vast te kunnen stellen, is per instelling een cliëntenraadpleging gehouden. Om redenen van uitvoerbaarheid is daarbij gekozen voor een schriftelijke raadpleging via enquêtes. Als logisch gevolg van de keuze om het cliëntperspectief centraal te stellen, is in de benchmark gebruik gemaakt van een vragenlijst die is ontwikkeld door vertegenwoordigers van de cliënten zelf.

310 Bij de uitvoering van de cliëntenraadpleging is – gelet op de omvang en aard van de doelgroep – geen gebruik gemaakt van internettoepassingen. Wel is in de toelichting op de vragenlijst het e-mailadres van de supportdesk vermeld. Familie van cliënten heeft in enkele gevallen de supportdesk per e-mail benaderd.

Vragenlijst beschikbaar gesteld door Stichting Cliënt & Kwaliteit

311 De vragenlijst die in de tweede benchmark is gebruikt, is eigendom van de Stichting Cliënt & Kwaliteit, een stichting die door cliëntorganisaties is opgericht. Het betreft een door het Nivel in opdracht van de Stichting Cliënt & Kwaliteit aangepaste versie van de vragenlijst die in de eerste benchmark is gebruikt. In een vooronderzoek is door het Nivel de betrouwbaarheid, validiteit en praktische bruikbaarheid van de aangepaste vragenlijst vastgesteld.

312 In de vragenlijsten is een belangrijke plaats toebedeeld aan de relatie tussen de verwachtingen van zorggebruikers, hun feitelijke ervaringen en het belang dat aan afzonderlijke kwaliteitsaspecten wordt toegekend.

313 Door de gekozen opbouw is de vragenlijst voor meerdere doeleinden bruikbaar. Ten eerste kan de vragenlijst worden gebruikt voor het vergelijken van de kwaliteit van thuiszorginstellingen onderling in de benchmarkstudie. Ten tweede kan de vragenlijst worden gebruikt bij projecten die zich richten op concrete kwaliteitsverbetering. Voor wat betreft dit laatste punt is afgesproken dat gedetailleerde resultaten van de cliëntenraadpleging ook ter beschikking wordt gesteld aan cliëntenraden van thuiszorginstellingen en Regionale Patiënten en Consumenten Platforms (RPCP's). Dit gebeurt via de instellingsspecifieke rapportages.

Vragenlijst inventariseert oordeel en achtergrondkenmerken cliënten

314 De inhoud van de vragenlijst is geordend rond de volgende thema's:

- (a) Aanmelding en wachttijd;
- (b) Thuiszorg op maat; dit thema bevat vragen over de organisatie van de thuiszorg en de mate waarin de zorg aansluit bij de wensen van de cliënten;
- (c) Overleg (met de cliënt en met eventueel aanwezige mantelzorgers);
- (d) Bejegening en deskundigheid;
- (e) Afspraken over de zorg;
- (f) Hulpmiddelen;
- (g) Informatie vanuit de thuiszorginstelling naar de cliënt;
- (h) Bereikbaarheid van de thuiszorginstelling;
- (i) Algemene rapportcijfers en ruimte voor opmerkingen en suggesties voor verbeteringen.

315 De onder punt (i) genoemde opmerkingen en suggesties worden gebruikt in de verbetertrajecten die thuiszorginstellingen met RPCP's hebben afgesproken; de informatie maakt geen deel uit van de benchmark.

316 Het tweede deel van de vragenlijst bevat een aantal achtergrondvragen, zoals vragen naar leeftijd, geslacht, de hoogst genoten opleiding en de beperkingen die men ondervindt bij de eigen persoonlijke verzorging en het voeren van de huishouding.

Resultaten raadpleging vertaald in herkenbare scores

317 In de vragenlijst is zoveel mogelijk gewerkt met antwoorden in vierpuntsschalen:

- (a) Nee (antwoord wijst op het ontbreken van kwaliteit);
- (b) Twijfel maar neiging tot nee (antwoord wijst op waarschijnlijk ontbreken van kwaliteit);
- (c) Twijfel maar neiging tot ja (antwoord wijst op waarschijnlijk aanwezig zijn van kwaliteit);
- (d) Ja (antwoord wijst op aanwezig zijn van kwaliteit).

318 Waar een vierpuntsschaal niet mogelijk was, werden twee- of driepuntsschalen gebruikt, meestal 'ja' of 'nee', eventueel aangevuld met een de categorie 'niet van toepassing / geen ervaring mee'.

319 De door de respondenten gegeven antwoorden zijn vertaald in een score van 1 tot 10. Daarbij is een wegingsprocedure toegepast, omdat uit onderzoek is gebleken dat respondenten de afstand tussen bijvoorbeeld de eerste twee antwoordcategorieën als kleiner ervaren dan de afstand tussen de laatste twee. De toegekende scores zijn weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 3-1: Opbouw scores cliëntoordeel

Antwoordcategorie	Nee	Twijfel maar neiging tot nee	Twijfel maar neiging tot ja	Ja
Score	1	3,0	5,5	10

Bron: Nivel

320 De wijze van score toekenning verschilt van de manier die is toegepast in het eerste benchmarkonderzoek. Doordat de scores voor de middencategorieën ('twijfel, neiging tot nee' en 'twijfel, neiging tot ja') wat lager zijn dan in 1997, is de vragenlijst wat kritischer geworden. In Bijlage D wordt een nadere uitwerking gegeven van de manier waarop de scores voor de antwoordcategorieën bij de vierpuntsschalen zijn berekend.

Cliëntoordeel gecombineerd met meting belang

321 Het cliëntoordeel op basis van de vragenlijsten wordt in de benchmark gecombineerd met het belang dat cliënten van thuiszorginstellingen toekennen aan elk van de onderzochte aspecten. Een negatief oordeel over een kwaliteitsaspect dat door cliënten relatief onbelangrijk wordt gevonden, telt op deze manier minder zwaar mee in het eindoordeel dan een negatief oordeel over een kwaliteitsaspect dat als zeer belangrijk wordt beschouwd.

322 In de belangvragenlijst konden respondenten op vierpuntsschalen aangeven welke kwaliteitsaspecten men belangrijk of juist niet belangrijk achtte. In tabel 3-2 zijn aan deze vier antwoordcategorieën, op basis van dezelfde procedure als in de oordeelsvragenlijst, scores toegekend.

Tabel 3-2: Opbouw scores belangmeting

Antwoordcategorie	Niet belangrijk	Eigenlijk wel belangrijk	Belangrijk	Van het aller-grootste belang
Score	1	3,1	6,4	10

Bron: Nivel

Clïëntoordeel gewogen voor belangscore en achtergrondkenmerken

323 De clïëntoordelen zijn gewogen voor de verschillen in de belangscores die, op basis van het analyseren van de belang vragenlijsten, aan de vijftig opgenomen kwaliteitsaspecten zijn toegekend. Belangrijker aspecten wegen zwaarder mee in het eindoordeel dan aspecten die door clïënten als minder belangrijk werden beoordeeld.

324 Bij de vergelijking van de resultaten tussen de 106 thuiszorginstellingen is rekening gehouden met het feit dat instellingen van elkaar verschillen voor wat betreft hun clïëntenpopulatie. Om deze vergelijking zo eerlijk mogelijk te maken, is met behulp van co-variantie analyse gecorrigeerd voor verschillen in leeftijdsklasse, sekse, hoogst voltooide opleiding en woonsituatie.

Voor clïëntenraadpleging 56.094 vragenlijsten verzonden

325 Aan de clïëntenraadpleging hebben clïënten van 106 instellingen deelgenomen. Steekproeven van clïënten van deze 106 instellingen hebben in periode september/oktober 2001 de vragenlijsten toegestuurd gekregen. In de periode waarin de vragenlijsten konden worden ingevuld, functioneerde bij de onderzoekers een helpdesk die telefonisch en per e-mail bereikbaar was. Inhoudelijke vragen werden door de Stichting Clïënt & Kwaliteit beantwoord.

326 De steekproef voor deze feitelijke clïëntenraadpleging is getrokken uit het bestand van clïënten van thuiszorginstellingen van het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten (CAK). Per instelling is, voor zover het aantal clïënten per instelling dit toeliet, een aselechte steekproef van 600 clïënten getrokken. Het steekproefkader bestond, conform de opzet van de benchmark, uit alle clïënten die volgens de CAK-administratie huishoudelijke hulp, lichamelijke zorg en/of verpleegkundige zorg verleend door erkende thuiszorginstellingen ontvingen. Indien een instelling minder dan 600 clïënten had, is het gehele clïëntenbestand benaderd voor deelname aan het onderzoek. Dit betrof 21 van de 106 instellingen.

327 In totaal zijn 56.094 vragenlijsten verzonden. De verzending werd verzorgd door de onderzoeksbureaus. Alle 56.094 clïënten (exclusief degenen van wie mededeling was ontvangen dat zij waren overleden) hebben een herinnering ontvangen. Aan clïënten van instellingen met een relatief lage respons na de eerste herinnering (een bruto respons van minder dan 35%), is een tweede herinnering met een nieuwe vragenlijst gestuurd.

Belangonderzoek uitgevoerd onder 1.200 cliënten

328 Om de belangscores vast te stellen is een aanvullend onderzoek gehouden onder cliënten van thuiszorginstellingen. Dit onderzoek is uitgevoerd bij een landelijk representatieve steekproef van alle thuiszorgcliënten in Nederland. De vragenlijst die in dit aanvullende onderzoek is gebruikt, is optimaal afgestemd op vragenlijst waarmee de concrete ervaringen zijn gemeten. In totaal zijn 'belang' vragenlijsten verstuurd aan 1.200 cliënten van thuiszorginstellingen in Nederland. De adressen van deze aselecte steekproef van cliënten zijn aangeleverd door het CAK. Het steekproefkader bestond uit alle cliënten die, volgens de CAK-gegevens, op het moment van de steekproeftrekking een vorm van algemene thuiszorg ontvingen.

Gemiddelde netto respons van 46,5% behaald

329 Van de 56.094 verzonden vragenlijsten bleken er 2.675 (4,8%) onbestelbaar. Per instelling varieerde het percentage onbestelbare vragenlijsten van 1,4% tot 20,4% van de verzonden vragenlijsten. Van de correct geadresseerde vragenlijsten, zijn er 25.973 terug ontvangen. Hiervan waren er 24.579 zodanig compleet dat zij konden worden gebruikt bij de berekening van scores voor kwaliteit van thuiszorg. Deze netto respons van 46,5% ligt ruim 10% boven de netto respons op de cliëntenraadpleging die is uitgevoerd in de benchmark over 1997.

Tabel 3-3: Respons cliëntenraadpleging

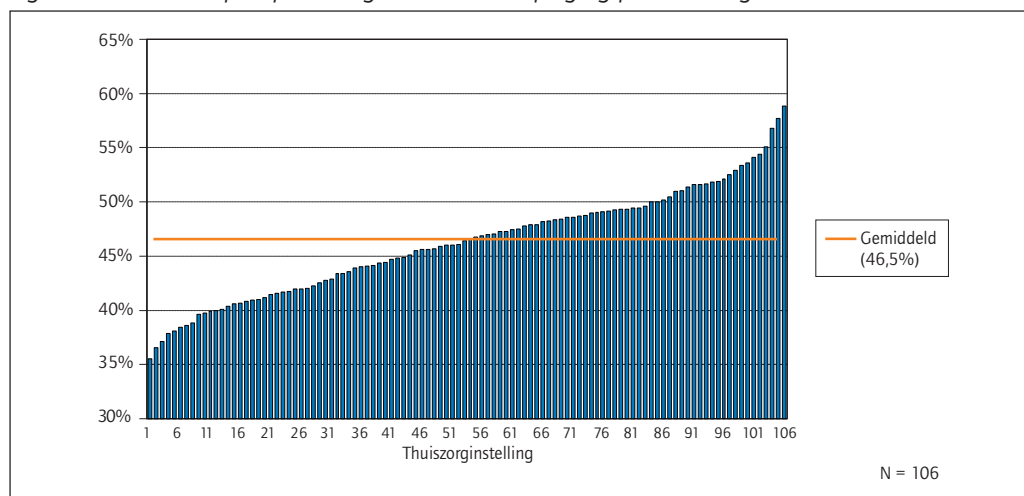
Vragenlijsten	Vragenlijst cliëntenraadpleging	
	Aantal	%
Bruto steekproef	56.094	100,0
- onbestelbaar	2.675	4,8
- krijgt geen thuiszorg	500	0,9
Netto steekproef	52.919	100,0
Bruto responsgroep	25.973	49,1
- doet niet mee	920	1,7
- niets ingevuld	494	0,9
Netto responsgroep	24.579	46,5

Bron: Nivel

330 Tijdens de fase van dataverzameling hebben 1.420 personen (2,5% van de respondenten) telefonisch of schriftelijk doorgegeven dat geadresseerden niet mee wilden of konden werken aan het onderzoek. De belangrijkste redenen om niet deel te nemen waren: onvoldoende ervaring met de thuiszorg om een oordeel te kunnen geven, niet (meer) in staat zijn tot het invullen van de vragenlijst, opname in een verpleeg- of verzorgingshuis en het overlijden van de persoon aan wie de vragenlijst was geadresseerd. Van deze personen die hebben gereageerd, is niet bekend op welke thuiszorginstellingen hun oordeel betrekking zou hebben. Voor het berekenen van de responspercentages per instelling is aangenomen dat deze personen naar rato zijn gespreid over de deelnemende thuiszorgorganisaties.

331 De bruto respons per instelling ligt tussen de 37,9% en de 61,4%. Zoals afgelezen kan worden uit de grafische weergave van de responspercentages in figuur 3-2 varieert de netto respons, dus de bruto respons minus de personen die hebben aangegeven niet mee te kunnen of willen doen en minus de niet-buikbare vragenlijsten, tussen de 36,6% en de 58,9% per instelling. Het netto responspercentage van gemiddeld 46,5% betekent dat per instelling gemiddeld bijna 250 ingevulde vragenlijsten voor analyse beschikbaar zijn. Er zijn vier instellingen waarbij het aantal ingevulde vragenlijsten minder dan 100 is. Responspercentages en aantallen ingevulde vragenlijsten waren in de meeste gevallen dus voldoende om betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de kwaliteit van zorg en dienstverlening per instelling.

Figuur 3-2: Netto responspercentages cliëntenraadpleging per instelling



Bron: Nivel

332 Vergelijking met de responspercentages bij de cliëntenraadpleging in de eerste benchmark laat zien dat de responspercentages per instelling nu dichter rond het gemiddelde liggen. In de benchmark thuiszorg 1997 varieerde de respons op de cliëntenraadpleging per instelling nog tussen de 4% en de 84%.

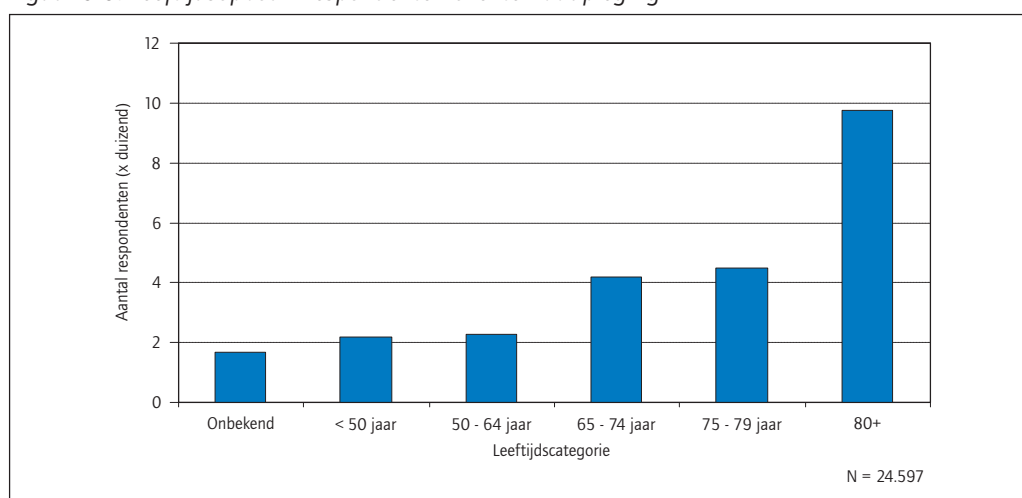
333 Van de 1.200 verstuurd vragenlijsten in het kader van de belangmeting zijn er 81 (6,8%) onbestelbaar terug ontvangen. Daarnaast gaven 12 personen (1,0%) aan dat zij naar hun mening ten onrechte een vragenlijst hadden ontvangen omdat zij (nog) geen thuiszorg gebruikten. Dit brengt de netto steekproef op 1.107 potentiële respondenten. In totaal zijn er 679 belangvragenlijsten geretourneerd, waarvan er 14 niet of zeer onvolledig waren ingevuld. Dat betekent een netto respons van 60,1%. De analyses van het belangonderzoek hebben derhalve betrekking op 665 vragenlijsten.

Respondentkenmerken geïnventariseerd ten behoeve van koppeling aan gegeven oordeel

334 De vragenlijsten die voor de cliëntenraadpleging zijn gebruikt, bevatten naast vragen inzake het oordeel van de cliënt over de kwaliteit van de zorg ook vragen naar de achtergrond van de respondenten. Deze vragen zijn gesteld om te kunnen nagaan of het oordeel van respondenten verband houdt met hun achtergrond.

335 In figuur 3-3 is de leeftijdsopbouw weergegeven van de in totaal 24.579 respondenten die aan de cliëntenraadpleging hebben deelgenomen.

Figuur 3-3: Leeftijdsopbouw respondenten cliëntenraadpleging



Bron: Nivel

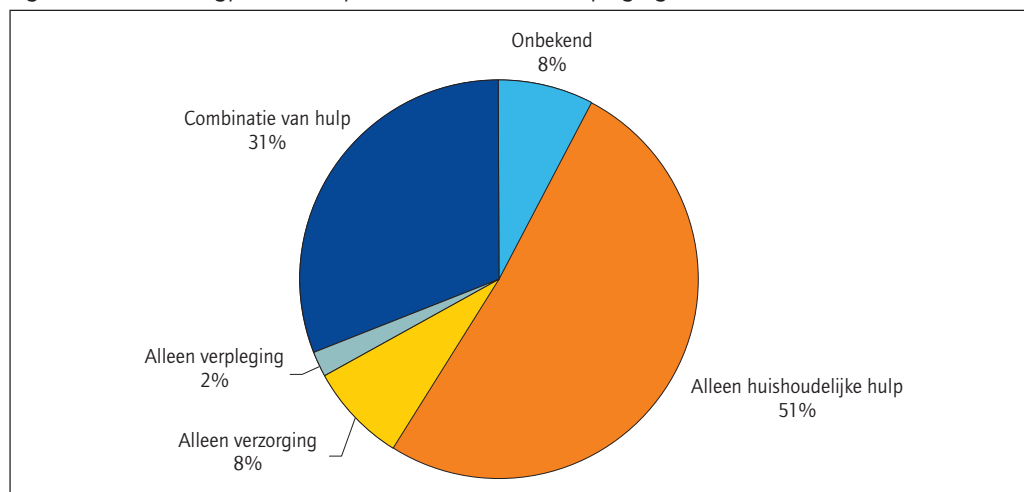
336 Van 1.675 respondenten is onbekend tot welke leeftijdsklasse zij behoren. Van de bijna 23.000 respondenten die de vraag naar de leeftijd wel hebben ingevuld, behoren er 9.756 (bijna 43%) tot de leeftijdsgroep 80 jaar of ouder. Het percentage respondenten in de categorie 65 jaar en ouder bedraagt iets meer dan 80%.

337 Voor circa 45% van de respondenten is de lagere school de hoogste opleiding die men heeft afgerond. Voor de 55% van de respondenten die een vervolgopleiding hebben afgerond, is dit in vier op tien gevallen een LBO opleiding en in bijna drie op de tien gevallen een MULO/MAVO opleiding. De resterende ruim 3.000 respondenten hebben een VWO, MBO, HBO of universitaire opleiding afgerond.

338 Van alle respondenten is 78% vrouw. Bijna 90% van de respondenten geeft aan dat zij al langer dan twee jaar thuiszorg van de huidige thuiszorginstelling ontvangen.

339 In figuur 3-4 wordt weergegeven welk vorm(en) van thuiszorg de respondenten ontvingen. Naar eigen zeggen ontving circa 51% van de respondenten van de thuiszorginstelling uitsluitend huishoudelijke hulp. Uitsluitend hulp bij lichamelijke verzorging (helpen bij het opstaan, hulp bij wassen en aankleden, medicijnen klaarzetten en toedienen) ontvangt circa 8% van de respondenten. Alleen verpleegkundige zorg ontvangt naar eigen zeggen circa 2% van de respondenten. Ruim drie op de tien cliënten die een vragenlijst hebben ingevuld, geven aan dat zij een combinatie van de drie belangrijkste thuiszorgproducten ontvangen.

Figuur 3-4: Thuiszorgproduct respondenten cliëntenraadpleging



Bron: Nivel

Verzamelde gegevens voldoende representatief

340 Op twee manieren is de representativiteit van de ingevulde vragenlijsten onderzocht. In de eerste plaats zijn de responsgegevens op twee kenmerken van respondenten vergeleken met dezelfde kenmerken van alle personen die op het moment van steekproeftrekking thuiszorg ontvingen (bron: CAK). Daarnaast is onderzocht of er een verband was tussen het responspercentage per instelling en de kwaliteitsoordelen over de zorg en dienstverlening van de betreffende instelling.

341 Er blijkt een redelijke mate van overeenstemming te zijn tussen de leeftijdsopbouw van de respondenten die hebben deelgenomen aan de cliëntenraadpleging en de leeftijdsopbouw van de CAK-clieuten waaruit de steekproef van thuiszorgclieuten is getrokken. Tot de responsgroep behoren iets te weinig respondenten in de leeftijdsklasse van 0 - 49 jaar. De leeftijdsklasse 80 jaar en ouder is in de responsgroep iets oververtegenwoordigd (zie tabel 3-4).

342 In de responsgroep is 65,9% van de respondenten alleenwonend en vormt 34,1% met één of meerdere andere personen een huishouden. In het CAK bestand was, op het moment van steekproeftrekking, het percentage alleenstaande thuiszorgclieuten 66,5% en maakte 33,5% deel uit van een huishouden bestaande uit meerdere personen. Ook op dit punt is een redelijke overeenstemming te constateren.

Tabel 3-4: Vergelijking respondentkenmerken cliëntenraadpleging en CAK-cliënten

Leeftijdsgroep	CAK-gegevens	Responsgroep
0 – 49 jaar	12,6%	9,5%
50 – 64 jaar	10,9%	10,0%
65 – 74 jaar	19,4%	18,4%
75 – 79 jaar	17,9%	19,6%
80 +	39,2%	42,5%
Totaal	100%	100%

Bron: Nivel

343 Analyse van de onderzoeksgegevens laat zien dat er op instellingsniveau geen significant verband is tussen het percentage ingevulde vragenlijsten en het gemiddeld cliëntoordeel over de betreffende instelling ($r=0.17$, $p=0.07$). Het wel of niet responderen, lijkt dus niet samen te hangen met de mate waarin cliënten al dan niet tevreden zijn over de kwaliteit van zorg van een instelling.

344 De uitkomsten van deze analyses, in combinatie met de gemiddelde respons van 46,5%, vormen naar ons oordeel voldoende aanwijzing voor de representativiteit van de gegevens van de cliëntenraadpleging voor thuiszorggebruikers in Nederland.

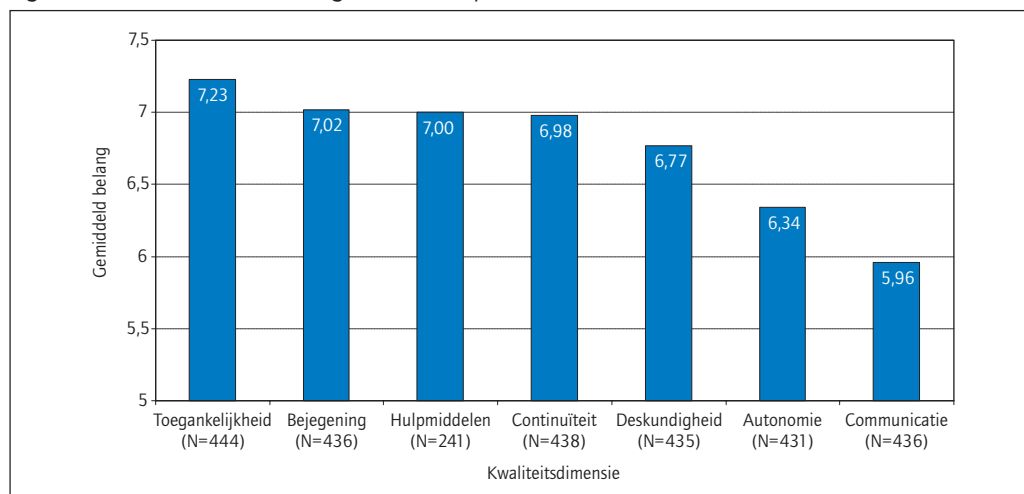
Toegankelijkheid en bejegening door cliënten beschouwd als belangrijkste kwaliteitsdimensies

345 Uit het belangonderzoek blijkt dat cliënten een goede toegankelijkheid en bejegening de belangrijkste kwaliteitsdimensies van thuiszorg achten. Als het gaat om de toegankelijkheid achten cliënten het belangrijk dat zij niet hoeven te wachten als ze zorg nodig hebben en dat zij voldoende zorg krijgen. Naast de beschikbaarheid van zorg vinden zij het ook belangrijk dat de bereikbaarheid van de instelling of contactpersoon goed geregeld is. Bij bejegening gaat het om kwaliteitsaspecten als voldoende persoonlijke aandacht, vriendelijkheid en een respectvolle omgang van de zorgverleners.

346 Het minst belangrijk vinden cliënten de kwaliteitsdimensies die met autonomie en communicatie te maken hebben. Bij autonomie gaat het er bijvoorbeeld om of de zorgverleners rekening houden met de gewoontes en wensen van de cliënt. Communicatie heeft betrekking op de informatievoorziening en aandacht voor de mantelzorg.

347 In figuur 3-5 wordt een overzicht gegeven van het belang dat cliënten aan de verschillende kwaliteitsaspecten hechten.

Figuur 3-5: Cliëntoordeel belang kwaliteitsaspecten

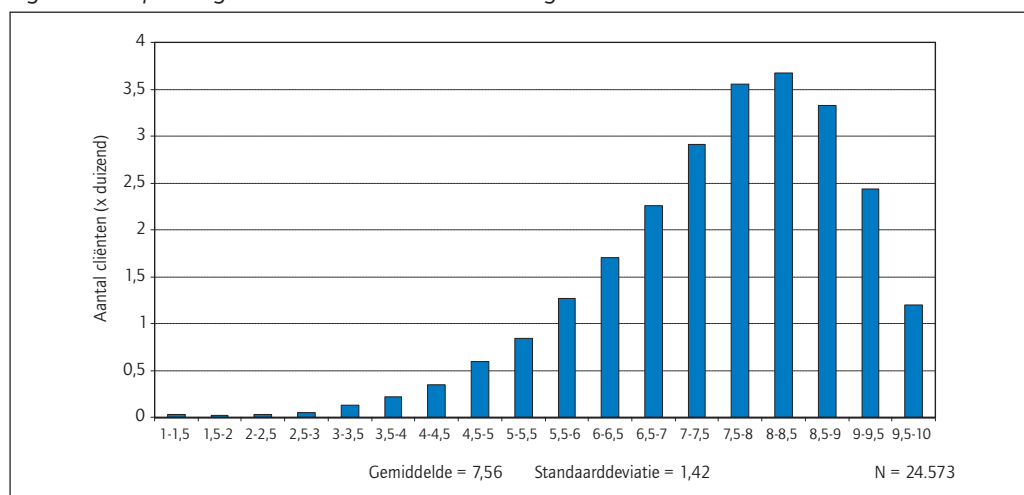


Bron: Nivel

Cliëntoordeel varieert per kwaliteitsdimensie

348 Het cliëntoordeel over de kwaliteit van de zorgverlening in zijn totaliteit blijkt over het algemeen positief te zijn. De gemiddelde score berekend over alle cliënten bedraagt 7,6. Figuur 3-6 toont dat de meeste cliënten positief zijn over de kwaliteit van zorg, maar dat ook een (klein) percentage cliënten een negatief oordeel heeft. De figuur geeft de spreiding van alle individuele cliëntoordelen tezamen weer; er is dus geen indeling naar instelling gemaakt.

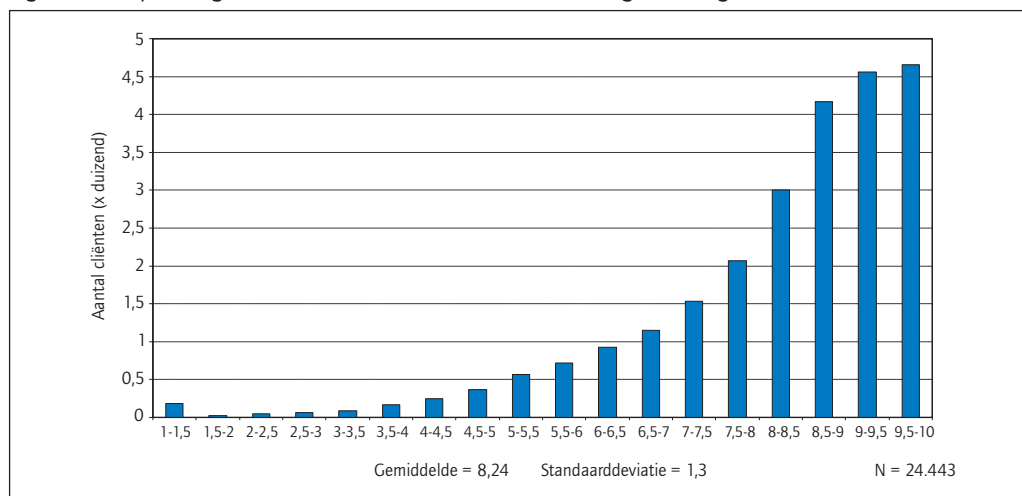
Figuur 3-6: Spreiding cliëntoordeel kwaliteit van zorg



Bron: Nivel

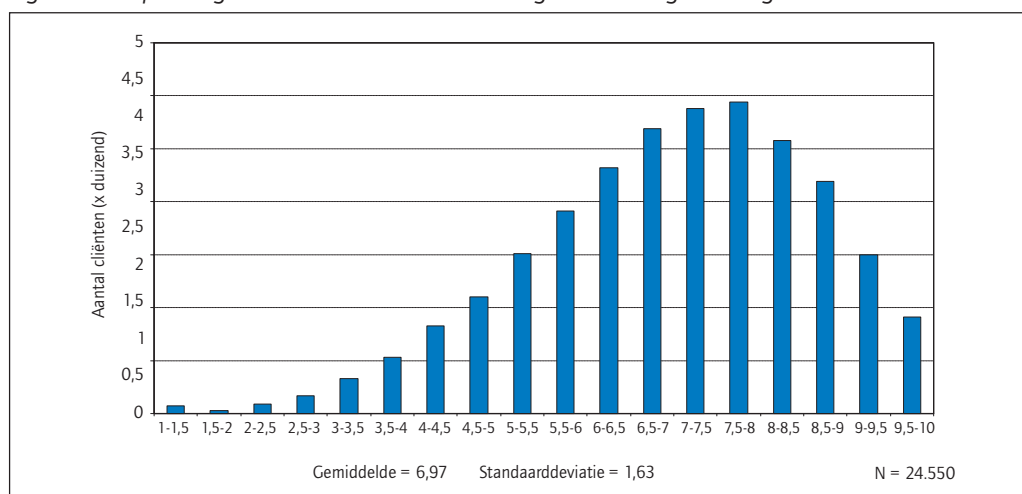
349 Cliënten blijken vooral zeer positief te oordelen over de inhoud van de zorg. De gemiddelde score bedraagt 8,2. Over de organisatie van de zorg zijn de cliënten wat minder positief: de gemiddelde score is 7,0. In de figuren 3-7 en 3-8 wordt de spreiding van de cliëntoordelen ten aanzien van de beide hoofddimensies weergegeven. Ook in deze figuren wordt de spreiding van alle individuele cliëntoordelen tezamen weergegeven.

Figuur 3-7: Spreiding cliëntoordeel kwaliteit van inhoud zorgverlening



Bron: Nivel

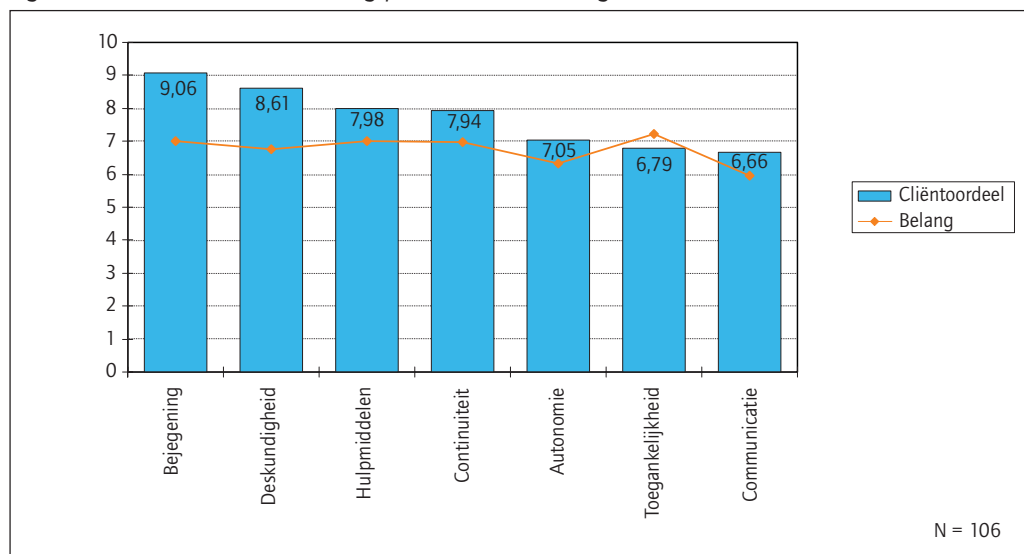
Figuur 3-8: Spreiding cliëntoordeel kwaliteit van organisatie zorgverlening



Bron: Nivel

350 Een nadere analyse van de afzonderlijke kwaliteitsdimensies leert dat het kwaliteitsoordeel van de cliënten nog verder gedifferentieerd kan worden. In figuur 3-9 wordt het kwaliteitsoordeel per dimensie weergegeven; in deze figuur wordt ook het belang per dimensie getoond.

Figuur 3-9: Cliëntoordeel en belang per dimensie van zorgkwaliteit



Bron: Nivel

351 Wat de inhoud van de zorg betreft, blijkt dat cliënten zeer positief oordelen over de bejegening door de zorgverleners in de thuiszorg (gemiddelde score 9,1) en over de deskundigheid van de zorgverleners (gemiddelde score 8,6).

352 Cliënten die hulpmiddelen hebben geleend oordelen over het algemeen positief over de kwaliteit van de hulpmiddelen, de snelheid waarmee zij over de hulpmiddelen konden beschikken, de verleende service en de uitleg die werd gegeven over het gebruik van de hulpmiddelen (gemiddelde score 8,0).

353 Wat de organisatie van de zorg betreft zijn de cliënten het meest positief over de continuïteit van zorg (gemiddelde score 7,9). Het minst positief oordelen zij over de kwaliteit van de communicatie (gemiddelde score 6,7). Onder continuïteit van zorg vallen aspecten als planning van de zorg, werken op de tijden die zijn afgesproken en regelen van vervanging als zorgverleners niet kunnen komen; verder gaat het om een goede samenwerking tussen de verschillende zorgverleners. Communicatie heeft betrekking op de informatievoorziening en aandacht voor de mantelzorg. Opvallend is dat de dimensie communicatie het laagst scoort, maar ook het minst belangrijk wordt geacht door cliënten.

354 Wanneer het belang dat cliënten hechten aan de verschillende kwaliteitsdimensies vergeleken wordt met hun daadwerkelijke oordeel, dan blijkt in het algemeen dat kwaliteitsdimensies die (erg) belangrijk worden gevonden door cliënten ook positief worden beoordeeld. Dat wil zeggen dat de kwaliteit van de thuiszorg in het algemeen voldoet aan de verwachtingen van cliënten. Een uitzondering vormt de toegankelijkheid van zorg. Cliënten vinden dit aspect zeer belangrijk, maar oordelen relatief negatief over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de instelling en zorgverleners.

Intermezzo

Clënten over inhoud van de zorg

Bejegening

"Ik heb geen problemen met de thuiszorgmedewerksters. Alles is goed geregeld en de dames zijn allemaal leuk, gezellig en vriendelijk."

"Ik heb nu een hulp die is prima. Ik kan met haar over alles praten. Als er iets niet goed is, dan praat ik er met haar over. Maar ik heb ook een tijd gehad dat ik dat echt niet durfde."

Deskundigheid

"Ik ben zeer tevreden over de hulp die ik krijg bij het wassen en het aankleden. En ook over de huishoudelijke hulpen heb ik geen klachten."

Autonomie

"Ik zou graag wat meer zelf willen bepalen wat er op een bepaald moment moet gebeuren. Niet dat al van tevoren vaststaat dat vandaag de vloer gedaan wordt en morgen de ramen."

Clënten over organisatie van de zorg

Continuïteit

"Toen mijn vader uit het ziekenhuis kwam, hoefde er maar gebeld te worden en de thuiszorg kwam direct weer op gang. En ook op tijden dat het onzeker was wanneer hij uit het ziekenhuis kwam werd er naar de familie gebeld en zeer goed gecommuniceerd."

"Over het algemeen ben wel tevreden, maar het valt mij op dat sommigen zo langs elkaar heen werken. Niets weten ze van elkaar."

"Het is fijn dat meestal dezelfde aardige zuster komt!"

Toegankelijkheid

"Erg positief vind ik de snelheid waarmee ik hulp kreeg. De thuiszorgcoördinator heeft goed ingeschat hoe hoog de nood was."

"Als ik bel naar de thuiszorg krijg ik altijd een bandje met de tekst 'alle medewerkers zijn in gesprek'. Dat duurt dan 3 minuten. En als je dan later terugbelt, krijg je weer hetzelfde bandje."

"Ik ben 83 jaar en krijg twee uur huishoudelijke hulp. Die heb ik hard nodig want het wordt steeds moeilijker. Maar ik ben daar wel heel dankbaar voor."

Communicatie

"Mijn thuishulp heeft een Wedgewood koffiepote, een schemerlamp en een Delftsblauw bord gebroken. Ik heb nog nooit gehoord dat dit vergoed kan worden."

"Wij verzorgen moeder zelf, maar ter ondersteuning komt er een thuiszorgmedewerkster langs voor eventuele vragen en advies. Zij staat ons altijd direct met raad en daad bij als het nodig is. Dit overleg is zeer naar wens."

Clënten over hulpmiddelen

"Toen wij tijdelijk een speciaal bed voor onze vader moesten hebben, zijn wij prima geholpen door de medewerkster van de thuiszorgwinkel."

Clïentkenmerken relevant voor gegeven oordeel

355 Nagegaan is in hoeverre leeftijd, geslacht, woonsituatie en opleiding van cliënten samenhangen met hun oordeel over de verschillende kwaliteitsdimensies. De dimensie toegankelijkheid is hierbij uitgesplitst in de subdimensies beschikbaarheid en bereikbaarheid, de dimensie continuïteit in de subdimensies planning en samenwerking en de dimensie communicatie in informatie en mantelzorg. In tabel 3-5 wordt de samenhang weergegeven.

Tabel 3-5: Relatie cliëntkenmerken en oordeel kwaliteit van zorg per dimensie

	Geslacht	Leeftijd		Woonsituatie	Opleiding
	Vrouw	50-74	75-plus	Samenwonen	Hoog
Bejegening	—	++	++	0	—
Deskundigheid	—	++	++	0	—
Autonomie	—	0	0	++	0
Beschikbaarheid	—	++	++	++	0
Bereikbaarheid	—	++	++	++	—
Planning	—	++	++	—	—
Samenwerking	—	++	++	+	—
Informatie	—	0	++	0	—
Mantelzorg	—	+	++	++	0
Hulpmiddelen	—	++	++	++	-

Bron: Nivel

356 Uit tabel 3-5 komt naar voren dat mannelijke cliënten significant positiever oordelen dan vrouwelijke cliënten over de kwaliteit van thuiszorg. Dit verschil tussen mannen en vrouwen geldt voor alle kwaliteits(sub)dimensies.

357 Ook het kenmerk leeftijd vertoont een positieve relatie met het oordeel over kwaliteit van thuiszorg. Hoe hoger de leeftijd van cliënten, des te positiever het oordeel. Dit verband geldt voor alle dimensies behalve voor de dimensie autonomie. Het oordeel over deze dimensie is in alle leeftijdscategorieën ongeveer gelijk. Voor de subdimensie informatievoorziening is de relatie tussen oordeel en leeftijd wat genuanceerder: het verband tussen leeftijd en oordeel is alleen gevonden voor de respondenten van 75 jaar en ouder.

358 Wat de woonsituatie van de cliënten betreft, is er een wisselend beeld. Cliënten die met iemand samenwonen, oordelen vergeleken met alleenstaande cliënten positiever over de mate waarin zorgverleners rekening met hen houden (autonomie), over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgverleners en de thuiszorginstelling, over de samenwerking tussen de zorgverleners, over de mate waarin rekening wordt gehouden met de mantelzorg en over de hulp bij het verkrijgen en gebruiken van hulpmiddelen. Alleenstaanden daarentegen oordelen positiever over de planning van de zorg. Er is geen significante relatie gevonden tussen de woonsituatie van cliënten en hun oordeel over de bejegening en deskundigheid van de zorgverleners en de kwaliteit van de informatie die ze ontvangen.

359 Tenslotte blijkt dat hoger opgeleide cliënten in het algemeen kritischer zijn in hun oordeel dan lager opgeleiden. Alleen waar het gaat om de mate waarin zorgverleners rekening houden met de autonomie van de cliënt en met de mantelzorg en de mate waarin zorg beschikbaar is, is geen verband gevonden met de genoten opleiding.

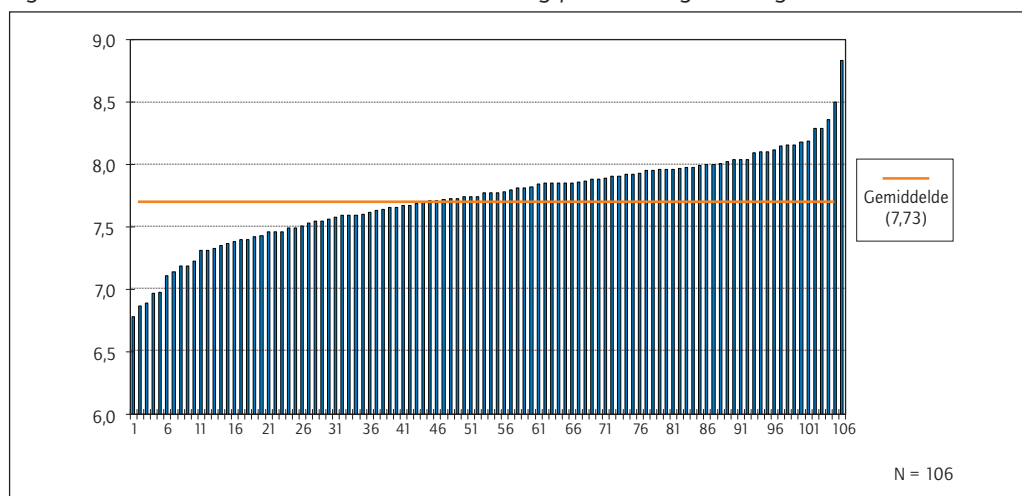
360 Omdat blijkt dat de achtergrondkenmerken van de cliënt significant samenhangen met het oordeel over kwaliteit van zorg, zal bij de onderlinge vergelijking van de instellingen op kwaliteit van zorg gecorrigeerd worden voor eventuele verschillen in cliëntenpopulatie tussen de instellingen. Dit om instellingen zo zuiver mogelijk op kwaliteit van zorg te vergelijken.

Cliëntoordeel varieert van gemiddeld 6,8 tot 8,9 per instelling

361 Met behulp van een multi-level analyse zijn de 106 thuiszorginstellingen onderling vergeleken met betrekking tot het totaaloordeel van cliënten over kwaliteit van zorg.

362 Uit figuur 3-10 blijkt dat er duidelijke verschillen tussen thuiszorginstellingen zijn in het kwaliteitsoordeel van hun cliënten. De kwaliteit van zorg van de laagst scorende thuiszorginstelling wordt door cliënten gemiddeld met een 6,8 beoordeeld, terwijl de hoogst scorende thuiszorginstelling een gemiddelde score van 8,9 behaalt.

Figuur 3-10: Cliëntoordeel over de kwaliteit van zorg per thuiszorginstelling

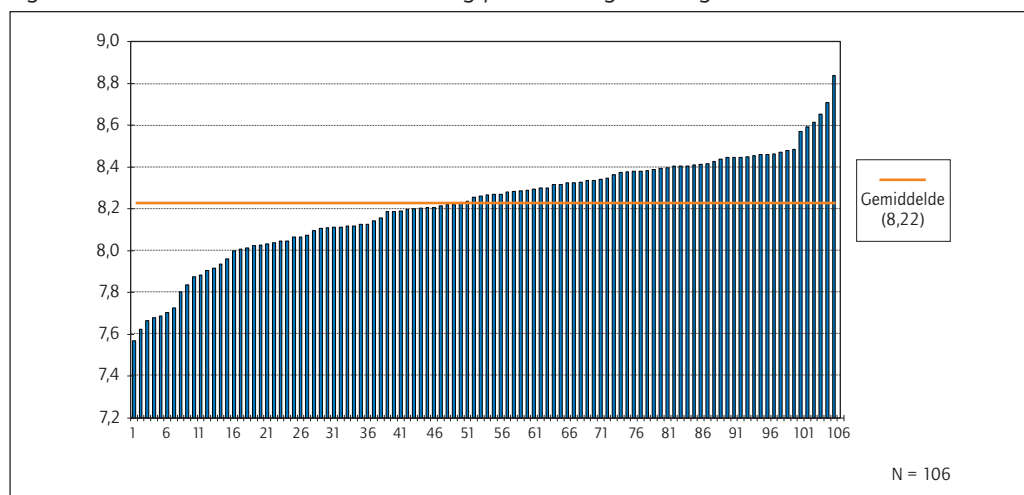


Bron: Nivel

363 De gemiddelde totaalscore voor kwaliteit van zorg over alle instellingen bedraagt 7,7 op een schaal van 1 tot en met 10. Dit gemiddelde wijkt iets af van het gemiddelde dat eerder over alle individuele cliënten werd berekend. De reden hiervoor is dat bij het vergelijken van de instellingen niet alleen voor het belang van de verschillende kwaliteitsdimensies is gewogen, maar ook gecorrigeerd is voor cliëntkenmerken.

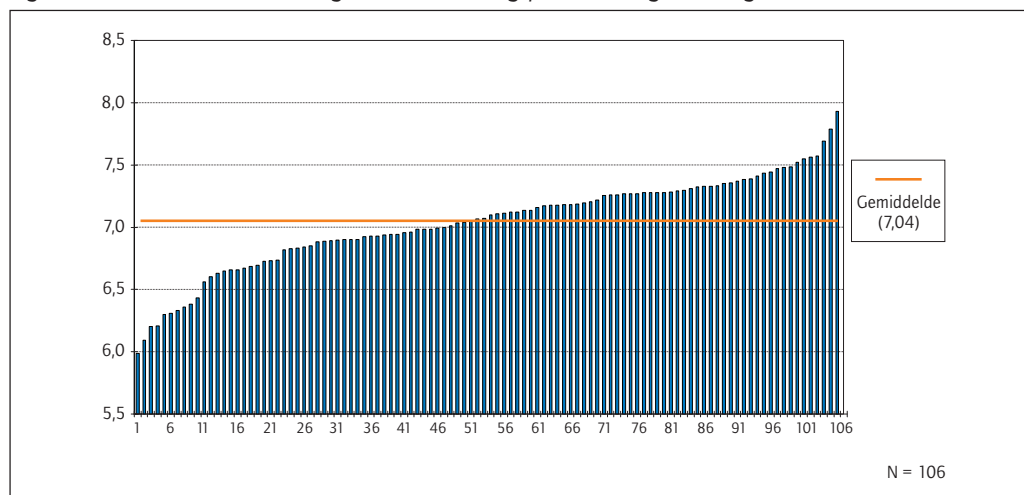
364 Wanneer de instellingen worden vergeleken op de hoofddimensies kwaliteit van inhoud respectievelijk organisatie van de zorg dan blijkt opnieuw dat de inhoud van de zorg die de instellingen leveren beter wordt beoordeeld dan de wijze waarop zij de zorg organiseren. De gemiddelde instellingsscore voor kwaliteit van inhoud van zorg is 8,2 en voor de organisatie van zorg 7,0. De figuren 3-11 en 3-12 geven de cliëntoordelen op de beide hoofddimensies weer.

Figuur 3-11: Cliëntenoordeel inhoud van zorg per thuiszorginstelling



Bron: Nivel

Figuur 3-12: Cliëntenoordeel organisatie van zorg per thuiszorginstelling



Bron: Nivel

365 Uit nadere analyse blijkt dat de scores van de afzonderlijke instellingen ook per hoofddimensie duidelijk verschillen. Voor kwaliteit van de inhoud van de zorg behaalt de laagst scorende instelling gemiddeld een 7,6 en de hoogst scorende instelling een 8,8. Voor kwaliteit van de organisatie van de zorg zijn de onderlinge verschillen nog groter. De laagst scorende instelling behaalt gemiddeld een 6,0 en de hoogst scorende instelling een 8,0.

Klasse 1 cliëntenraadpleging omvat 35 instellingen

366 De 106 thuiszorginstellingen waarvan cliënten hebben deelgenomen aan de cliëntenraadpleging zijn op basis van hun score ingedeeld in drie klassen:

- (a) **Klasse 1:** instellingen die met hun gemiddelde kwaliteitsscore én betrouwbaarheidsinterval boven het totale instellingsgemiddelde van 7,7 scoren. Dit betreft de best scorende instellingen wat kwaliteit van zorg betreft;
- (b) **Klasse 2:** instellingen die met hun gemiddelde kwaliteitsscore én betrouwbaarheidsinterval rond het totale instellingsgemiddelde scoren. Zij vormen de middengroep wat kwaliteit van zorg betreft;
- (c) **Klasse 3:** instellingen die met hun gemiddelde kwaliteitsscore én betrouwbaarheidsinterval beneden het totale instellingengemiddelde scoren. Dit betreft de minst goede instellingen wat kwaliteit van zorg betreft.

367 De verdeling van de instellingen over de drie onderscheiden klassen is in tabel 3-6 weergegeven.

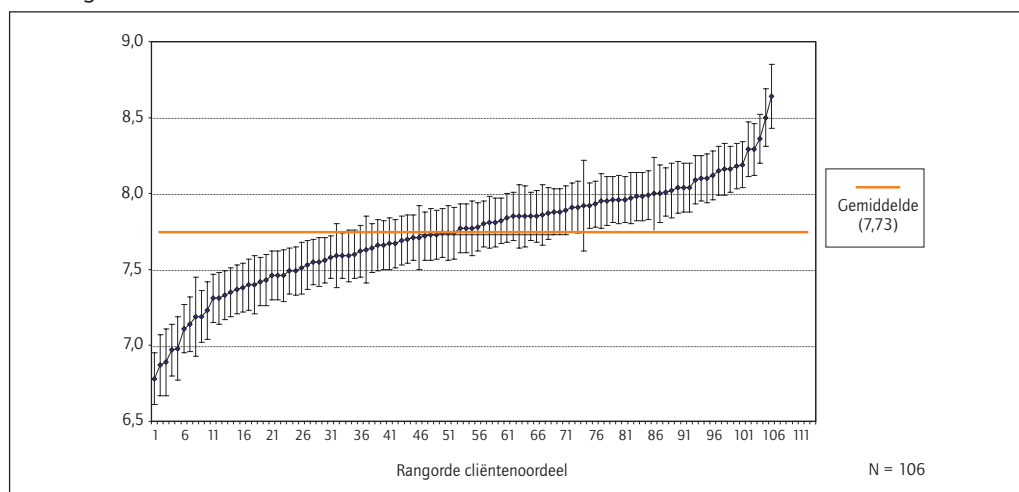
Tabel 3-6: Verdeling instellingen over cliëntoordeelklassen in 2000

	Cliëntoordeelklasse			Totaal
	1	2	3	
Aantal instellingen	35	39	32	106

Bron: Nivel

367 In figuur 3-13 zijn de klassengrenzen weergegeven. De instellingen die rechts zijn weergegeven, behoren tot klasse 1; de instellingen in klasse 3 zijn links in de figuur afgebeeld.

Figuur 3-13: Identificatie klassenindeling thuiszorginstellingen op basis van cliëntoordeel kwaliteit van zorg

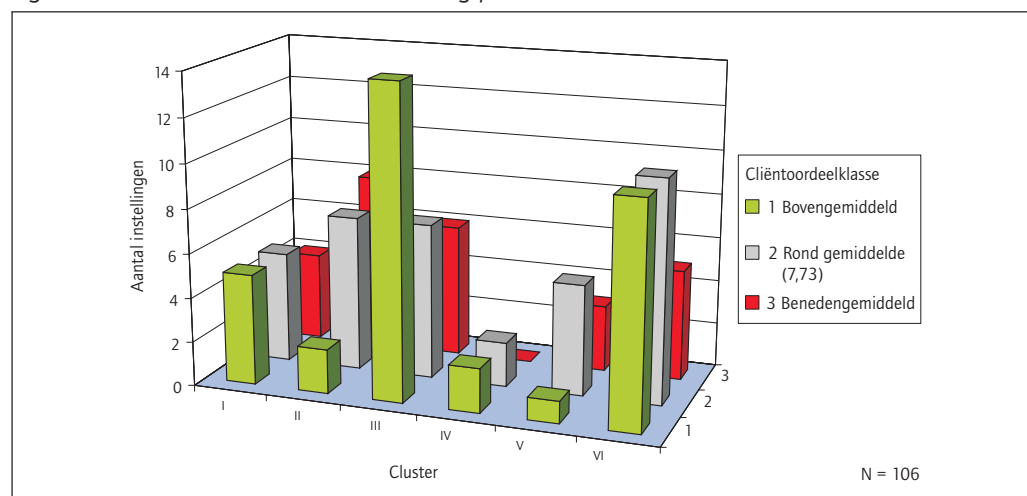


Bron: Nivel

Instellingen met accent op verzorging en verpleging goed vertegenwoordigd in klasse 1

368 Wij hebben onderzocht in hoeverre de cliëntoordelen verschillen voor de zes clusters van instellingen. De resultaten zijn weergegeven in figuur 3-14. Uit figuur 3-14 blijkt dat de hoogste cliëntoordelen relatief het meest voorkomen onder instellingen in de clusters III, IV en VI, dit zijn de clusters waar relatief veel verzorging en verpleging wordt geproduceerd. Dit betekent dat instellingen die veel huishoudelijke hulp leveren, relatief slecht vertegenwoordigd zijn in klasse 1.

Figuur 3-14: Cliëntoordeel kwaliteit van zorg per cluster

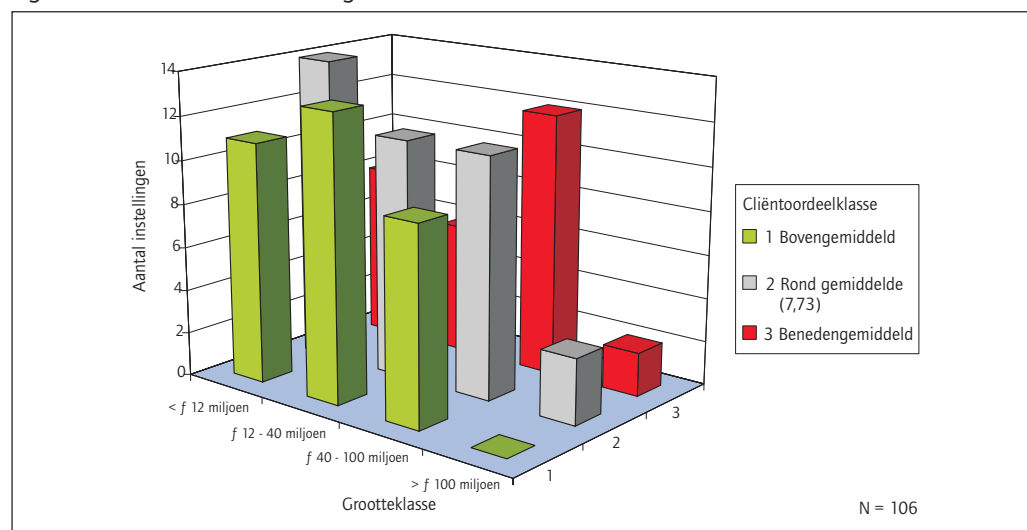


Bron: Nivel

Cliëntoordeel meest positief over kleine en middelgrote instellingen

369 In figuur 3-15 wordt het cliëntoordeel per instelling gerelateerd aan de grootteklasse. Cliënten van kleine en middelgrote instellingen oordelen positiever over kwaliteit van zorg dan cliënten van grote instellingen.

Figuur 3-15: Cliëntoordeel naar grootteklasse



Bron: Nivel

Cliëntoordeel leidt tot kwaliteitsscore instellingen

Cliëntoordeel 2000 verschilt niet van oordeel in eerste benchmark over 1997

370 Een integrale vergelijking tussen de resultaten van de cliëntenraadpleging uit het benchmarkonderzoek thuiszorg 1997 en uit de benchmark 2000 kan niet worden gemaakt. In de eerste plaats is in 2000 gewerkt met een vragenlijst die, ten opzichte van 1997, is aangepast en verbeterd. Daarnaast is bij het berekenen van de kwaliteitsoordelen in 2000 een andere methodiek toegepast. Op het niveau van de afzonderlijke kwaliteitsaspecten is gecorrigeerd voor verschillen in het belang dat door cliënten van thuiszorginstellingen aan de aspecten werd toegekend. Tenslotte is bij het berekenen van de kwaliteitsoordelen (waar relevant) gecorrigeerd voor verschillen in de cliëntenpopulaties van thuiszorginstellingen en is rekening gehouden met de multi-niveau structuur in het gegevensbestand.

371 Om desondanks een vergelijking te kunnen maken, zijn twee benaderingen mogelijk. Voor beide benaderingen geldt dat een vergelijking mogelijk is op basis van de scores op de 22 kwaliteitsaspecten die zowel in de oude als de nieuwe versie van de vragenlijst zijn opgenomen. De vergelijking heeft in beide benaderingen slechts betrekking op de 76 thuiszorginstellingen die zowel in 1997 en 2000 zijn vertegenwoordigd in de cliëntenraadpleging. Instellingen die tussen 1997 en 2000 zijn gefuseerd, zijn buiten beschouwing gelaten.

372 Bij de eerste benadering zijn de resultaten uit de eerste benchmark ten aanzien van de 22 gemeenschappelijke kwaliteitsaspecten herberekend op een wijze die identiek is aan de berekening van de resultaten in 2000. Bij de tweede benadering zijn de resultaten uit de tweede benchmark ten aanzien van de 22 gemeenschappelijke kwaliteitsaspecten berekend op een wijze die identiek is aan de berekening van de resultaten in 1997. In tabel 3-7 staan de aldus berekende resultaten van de beide cliëntenraadplegingen weergegeven.

Tabel 3-7: Cliëntenoordeel kwaliteit van zorg in 1997 en 2000

Kwaliteitsdimensie	Benadering 1 1997 → 2000		Benadering 2 1997 ← 2000	
	1997	2000	1997	2000
Inhoud van de zorg	8,1	8,1	8,3	8,5
Organisatie van de zorg	7,0	6,9	7,1	7,1
Totaal	7,5	7,5	7,6	7,6

Bron: Nivel

373 Een vergelijking tussen de verdeling van de instellingen over de klassen leert dat van de 76 instellingen die zowel in 1997 als in 2000 zijn beoordeeld en in de tussentijd niet zijn gefuseerd, twaalf instellingen in beide peilingen tot klasse 1 behoren. Van de instellingen die in 1997 nog in klasse 3 scoorden, behoren er vijf in 2000 tot klasse 1; hetzelfde geldt voor elf instellingen die in de vorige benchmark tot klasse 2 horen. Omgekeerd zijn er zes instellingen van klasse 1 naar klasse 2 gemuteerd en twee instellingen van klasse 1 naar klasse 3. Tabel 3-8 geeft een overzicht van de mutaties.

Tabel 3-8: Mutaties instellingen in klasse cliëntoordeel 1997 en 2000

Driedeling kwaliteitsniveau	1997-A	1997-B	1997-C
2000-1	12	11	5
2000-2	6	15	10
2000-3	2	7	7
Totaal	20	33	22

Bron: Nivel

4 Resultaten medewerkersraadpleging 1999/2000 in benchmark gebruikt

401 In dit hoofdstuk staat de medewerkersraadpleging centraal. Achtereenvolgens wordt ingegaan op het instrument, de respons en de resultaten.

402 In de benchmark over 1997 is de bouwsteen kwaliteit van werk om tijdsredenen nog niet geoperationaliseerd, maar is afgesproken om een separaat onderzoek uit te voeren.

403 In 1999 en 2000 is na een pilotonderzoek een raadpleging uitgevoerd in de vorm van een vragenlijst die is verspreid onder alle medewerkers die op de loonlijst van thuiszorginstellingen staan. Het onderzoek is uitgevoerd door het Instituut Werk en Stress en PricewaterhouseCoopers. De resultaten daarvan zijn destijds gekoppeld aan de uitkomsten van de benchmark over 1997.

404 Omdat het niet wenselijk leek de medewerkers van thuiszorginstellingen zo kort na de afronding van de medewerkersraadpleging 1999/2000 in 2001 opnieuw te belasten met een raadpleging, is in overleg met de opdrachtgevers besloten de resultaten van de raadpleging 1999/2000 te gebruiken voor de tweede thuiszorgbenchmark. De identificatie van de best practice-instellingen en de analyses van de bedrijfsvoering in relatie tot de best practice-instellingen zijn voor wat betreft de kwaliteit van werk dus op deze raadpleging 1999/2000 gebaseerd. Over de resultaten van de medewerkersraadpleging is in mei 2000 een afzonderlijk rapport verschenen, reden waarom wij ons in dit benchmarkrapport toespitsen op de resultaten die het meest relevant zijn voor de benchmark.

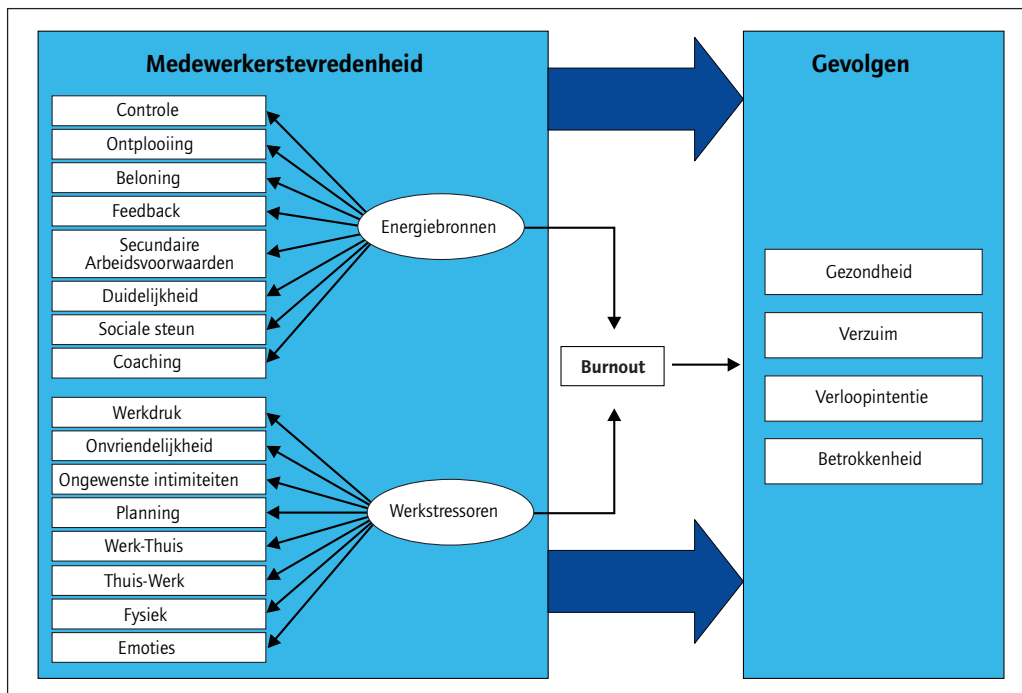
405 In de loop van 2002 wordt opnieuw een raadpleging onder alle medewerkers van de thuiszorg gehouden. De resultaten van deze raadpleging zullen weer worden gekoppeld aan de resultaten van de tweede benchmark. Om die reden zijn met de resultaten van de medewerkersraadpleging 1999/2000 in het kader van deze benchmark geen nieuwe analyses uitgevoerd.

406 De medewerkersraadpleging geeft het oordeel weer over de situatie zoals die eind 1999 was. Om die reden is enig voorbehoud aangegeven bij het integraal meewegen van de resultaten. De mogelijkheid bestaat dat het oordeel over de situatie in 2000, het jaar waarop de benchmark betrekking heeft, gewijzigd is ten opzichte van het oordeel over 1999. Eén van de oorzaken zou kunnen zijn het effect van de in 1999 en 2000 ingezette werkdrukmiddelen.

Kwaliteit van het werk onderscheiden in energiebronnen en werkstressoren

407 De medewerkersraadpleging beoogt inzicht te geven in het oordeel van medewerkers over hun werk en over de mate waarin zij werkdruk ervaren. Het voor de medewerkersraadpleging 1999/2000 gebruikte model en het begrippenkader zijn vanuit deze doelstelling ontwikkeld. Het model is afgebeeld in figuur 4-1.

Figuur 4-1: Onderzoeksmodel medewerkersraadpleging thuiszorginstellingen 1999/2000



Bron: Instituut Werk en Stress, PricewaterhouseCoopers

408 Links in het model zijn de factoren weergegeven die van invloed zijn op het oordeel van medewerkers. De factoren worden onderscheiden in positieve factoren en negatieve factoren. In combinatie met elkaar leiden zij tot de door de medewerkers ervaren tevredenheid met hun werk.

409 Factoren die de kwaliteit van werk positief beïnvloeden, worden in de raadpleging energiebronnen genoemd. Voorbeelden zijn de sociale steun van collega's, de coaching door leidinggevenden en de beloning. Factoren die de kwaliteit van werk negatief beïnvloeden zijn stressfactoren genoemd. Voorbeelden zijn de werkdruk en de fysieke belasting.

410 In het midden van het model is het begrip burnout gepositioneerd. Burnout wordt gedefinieerd als een werkgerelateerde stressreactie van medewerkers en is daarmee een indicator voor de door de medewerkers ervaren werkdruk in brede zin. Burnout wordt geoperationaliseerd door drie componenten: een gevoel van emotionele uitputting, de cynische werkhouding en het gevoel niet meer optimaal te functioneren (een gevoel van verminderde competentie). Het onderzoeksmodel gaat uit van de gedachte dat een medewerker die in zijn werk te weinig energiebronnen of teveel stressfactoren ervaart, te maken kan krijgen met burnoutverschijnselen.

411 Geheel rechts van het model zijn de mogelijke indirecte gevolgen van de ervaren energiebronnen en werkstressoren weergegeven, te weten gezondheidsklachten van de medewerker, het ziekteverzuim, de intentie om van werkgever te veranderen en de verminderde betrokkenheid bij de werkorganisatie.

412 In de medewerkersraadpleging is de medewerkers gevraagd om op een vier- of vijfpuntsschaal aan te geven hoe frequent zij de aanwezigheid van de verschillende energiebronnen en werkstressoren ervaren. Daarnaast is er een aantal stellingen geformuleerd waarover de medewerkers hun mening konden geven.

Responspercentage medewerkersraadpleging bedraagt 47,8%

413 Aan de medewerkersraadpleging hebben de medewerkers van 105 van de in 1999 bestaande 121 instellingen deelgenomen. Alle medewerkers van deze instellingen – voor zover in loondienst – ontvingen een vragenlijst met het verzoek deze in te vullen en te retourneren.

414 Van de in totaal 106.415 verzonden vragenlijsten zijn er 50.872 geretourneerd. Dit betekent een respons van 47,8%.

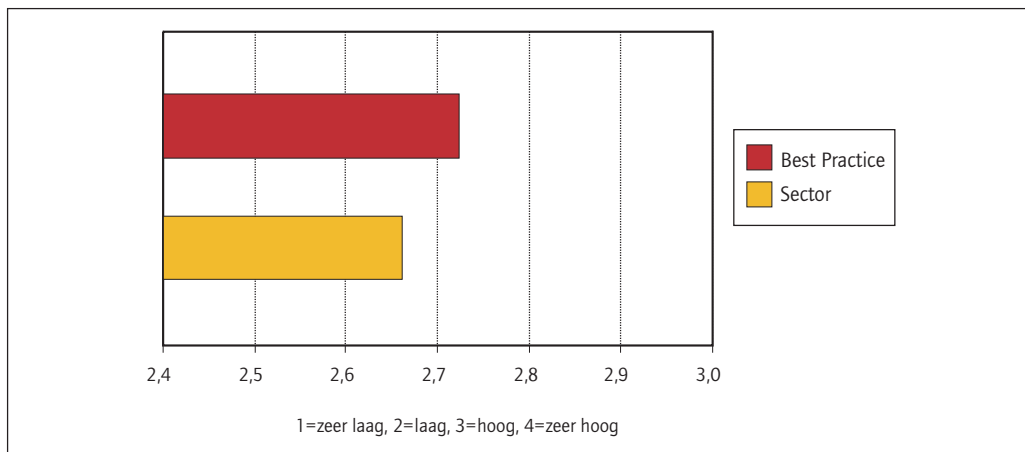
415 De hoge respons in combinatie met de uitgevoerde responsanalyse leiden tot de conclusie dat de resultaten van de medewerkersraadpleging representatief mogen worden geacht voor de gehele groep medewerkers van thuiszorginstellingen.

Medewerkers positief over steun van collega's, ontplooiing, autonomie en rolduidelijkheid

416 De resultaten van de medewerkersraadpleging tonen aan dat medewerkers de energiebronnen steun van collega's, ontplooiingsmogelijkheden, autonomie en variatie in het werk en rolduidelijkheid het meest frequent ervaren. Minder vaak ervaren zij de energiebronnen feedback en coaching door leidinggevendenden. De energiebronnen beloning en secundaire arbeidsvoorwaarden worden het minst frequent ervaren.

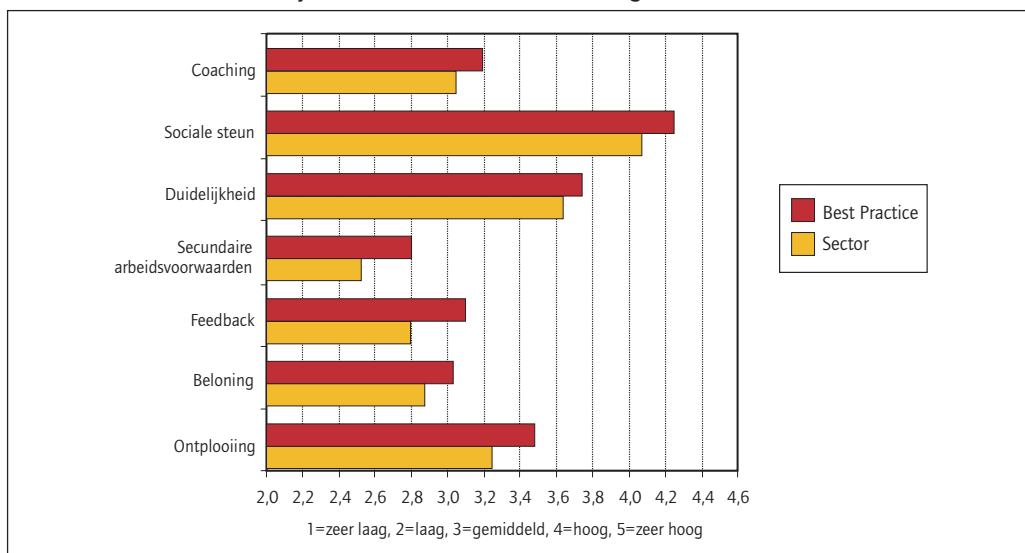
417 In de figuren 4-2 en 4-3 wordt het totaaloordeel over de verschillende energiebronnen weergegeven. De vragen die in de medewerkersraadpleging zijn gesteld, bevatten niet allemaal evenveel antwoordcategorieën. Ter wille van de vergelijkbaarheid zijn daarom aparte figuren opgenomen voor de energiebron waarvan het medewerkersoordeel in vier categorieën is gesplitst (figuur 4-2) voor de energiebronnen waarvan het medewerkersoordeel in vijf antwoordcategorieën is gesplitst (figuur 4-3).

Figuur 4-2: Score ten aanzien van de energiebron controle



Bron: Analysegegevens medewerkersraadpleging thuiszorginstellingen 1999

Figuur 4-3: Scores ten aanzien van de energiebronnen ontplooiing, beloning, feedback, secundaire arbeidsvoorwaarden, duidelijkheid, sociale steun en coaching



Bron: Analysegegevens medewerkersraadpleging thuiszorginstellingen 1999

418 Uit de raadpleging komt tevens naar voren dat de scores van de onderscheiden functiegroepen ten aanzien van een aantal energiebronnen uiteenlopen. Ten aanzien van de energiebron autonomie en variatie scoren de functiegroepen thuishulp A en verzorgingshulp B het laagst, ten aanzien van de secundaire arbeidsvoorwaarden de functiegroep wijkverpleegkundigen, ten aanzien van de rolduidelijkheid de functiegroep ondersteunende medewerkers en ten aanzien van de coaching door leidinggevendenden de functiegroep leiding en staf.

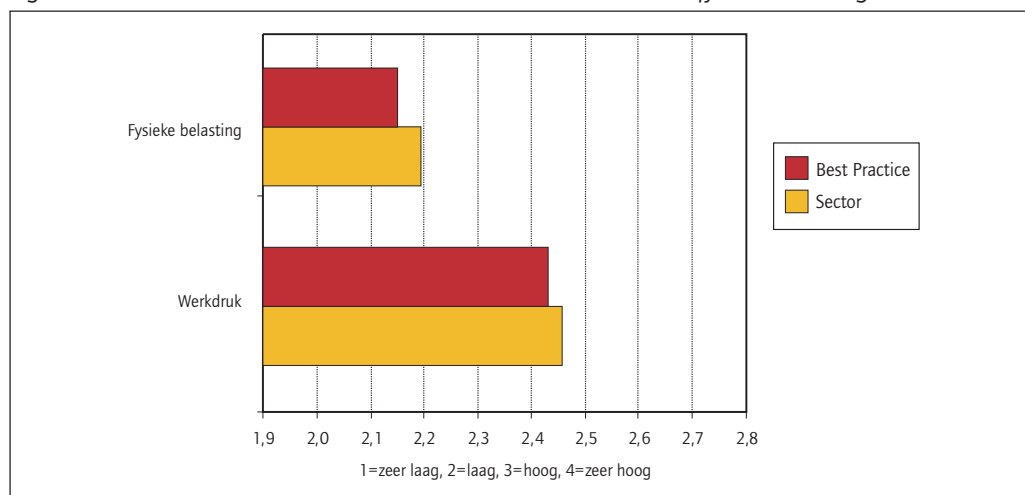
419 Nadere analyse van de resultaten toont aan dat medewerkers aan de onderscheiden energiebronnen een verschillend belang toekennen. De energiebronnen feedback, ontplooiingsmogelijkheden en coaching door leidinggevendenden worden het meest van belang geacht. Van de drie factoren waaraan de medewerkers het meeste belang hechten, worden er twee – de feedback en de coaching – beoordeeld als gemiddeld, dus tussen positief en negatief in.

Stressfactoren werkdruk en fysieke belasting het minst positief beoordeeld

420 De stressfactoren werkdruk en fysieke belasting worden door de medewerkers het meest frequent ervaren. Minder vaak ervaren zij de stressfactoren planning en roostering, thuis piekeren over de werksituatie, emotioneel beladen cliëntsituaties. De stressfactoren onvriendelijke en ontevreden cliënten, ongewenste intimiteiten en op het werk piekeren over de privé-situatie worden het minst frequent ervaren.

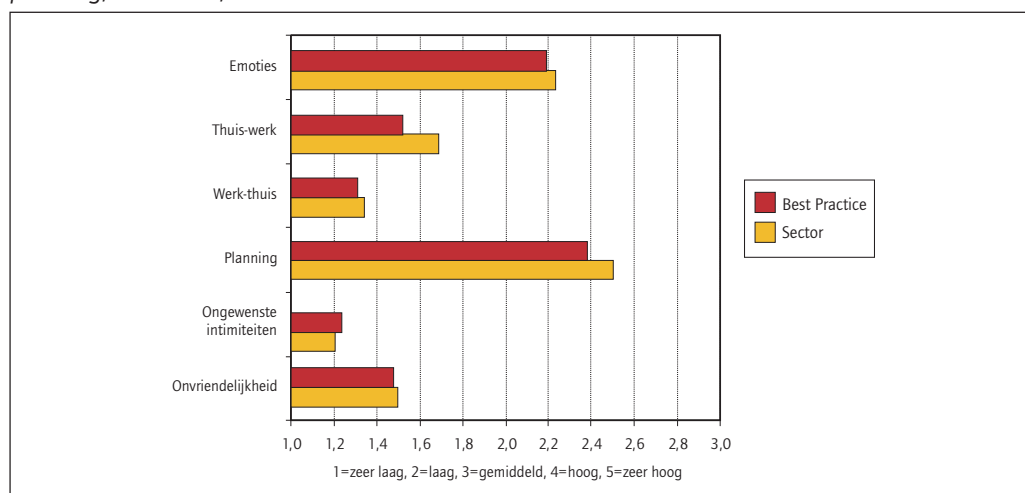
421 In de figuren 4-4 en 4-5 wordt het totaaloordeel over de verschillende stressfactoren weergegeven. Ook hier geldt dat aparte figuren opgenomen zijn voor de stressoren waarvan het medewerkersoordeel in vier categorieën is gesplitst (figuur 4-4) voor de stressoren waarvan het medewerkersoordeel in vijf antwoordcategorieën is gesplitst (figuur 4-5).

Figuur 4-4: Scores ten aanzien van de werkstressoren werkdruk en fysieke belasting



Bron: Analysegegevens medewerkersraadpleging thuiszorginstellingen 1999

Figuur 4-5: Scores ten aanzien van de werkstressoren onvriendelijkheid, ongewenste intimiteiten, planning, werk-thuis, thuis-werk en emotioneel beladen cliëntsituaties



Bron: Analysegegevens medewerkersraadpleging thuiszorginstellingen 1999

422 Het onderscheid tussen de scores van de verschillende functiegroepen is ten aanzien van de stressfactoren groter dan ten aanzien van de energiebronnen. De stressfactor werkdruk bijvoorbeeld wordt het meest frequent ervaren door de ondersteunende medewerkers en de leiding en staf. Ten aanzien van de stressfactoren ongewenste intimiteiten en planning en roostering scoren de verzorgenden en wijkverpleegkundigen het minst positief. De fysieke belasting wordt (zoals verwacht mag worden) het meest frequent ervaren door uitvoerenden in de zorg. De stressfactor emotioneel beladen cliëntsituaties wordt het meest frequent ervaren door de wijkverpleegkundigen.

423 Als meest belangrijke factoren ervaren de medewerkers de confrontatie met emotioneel beladen cliëntsituaties en onvriendelijke of ontevreden cliënten.

Oordeel medewerkers weinig gespreid over instellingen

424 Uit de analyse van de medewerkersraadpleging blijkt dat het oordeel van de medewerkers over de werkstressoren weinig spreiding over de instellingen vertoont. De scores van de instellingen ontlopen elkaar niet veel.

425 Het oordeel van de medewerkers over de energiebronnen, althans een aantal ervan, is wat meer over de instellingen gespreid. Verondersteld wordt dat de energiebronnen meer dan de werkstressoren te beïnvloeden zijn door de afzonderlijke instellingen. De scores per instelling bieden aanknopingspunten voor verbetermogelijkheden.

Burnoutpercentage lager dan landelijk gemiddelde, maar risicogroep vormt aandachtspunt

426 Uit de medewerkersraadpleging blijkt dat in totaal 3,7% van de medewerkers wordt geconfronteerd met burnoutverschijnselen. Nog eens 18,9% van de medewerkers maakt deel uit van de groep met een verhoogd risico om met burnout te worden geconfronteerd. In totaal een groep van 22,6%.

427 De functiegroep leiding en staf wordt het meest frequent met burnout geconfronteerd (6,3%) en loopt tevens het meeste risico om met burnout te worden geconfronteerd (29,9%, de functiegroep leiding apart genomen zelfs 35,0%). De groep wijkverpleegkundigen volgt met 24,0%, daarna de functiegroepen verzorgenden (23,5%) en thuishulp A/verzorgingshulp B (21,5%).

428 Een vergelijking leert dat het percentage medewerkers in de thuiszorg dat daadwerkelijk met burnoutverschijnselen wordt geconfronteerd, laag is vergeleken met het percentage medewerkers in een aantal andere groepen. Het percentage medewerkers in de thuiszorg dat tot de risicogroep behoort, is echter relatief groot te noemen.

429 Opvallend is de geringe spreiding van de burnoutscores over de instellingen. Er is slechts een klein aantal instellingen met een zeer lage score en eveneens slechts een klein aantal instellingen met een hoge score.

Instellingen ten aanzien van kwaliteit van arbeid ingedeeld in twee klassen

430 Als totaal oordeel over de kwaliteit van arbeid hanteren wij het percentage medewerkers met burnoutverschijnselen of een verhoogd risico om met burnout te worden geconfronteerd.

431 Ter wille van een praktische identificatie van best practice-instellingen is er, mede gelet op de geringe spreiding van de scores, voor gekozen om de instellingen in het kader van het benchmarkonderzoek ten aanzien van de medewerkersraadpleging in twee klassen in te delen. Tot klasse alfa behoren de instellingen met een kans op burnout van 22% of minder, tot klasse bèta de instellingen met een kans van meer dan 22%. In tabel is de verdeling van de 105 instellingen over de twee onderscheiden klassen weergegeven.

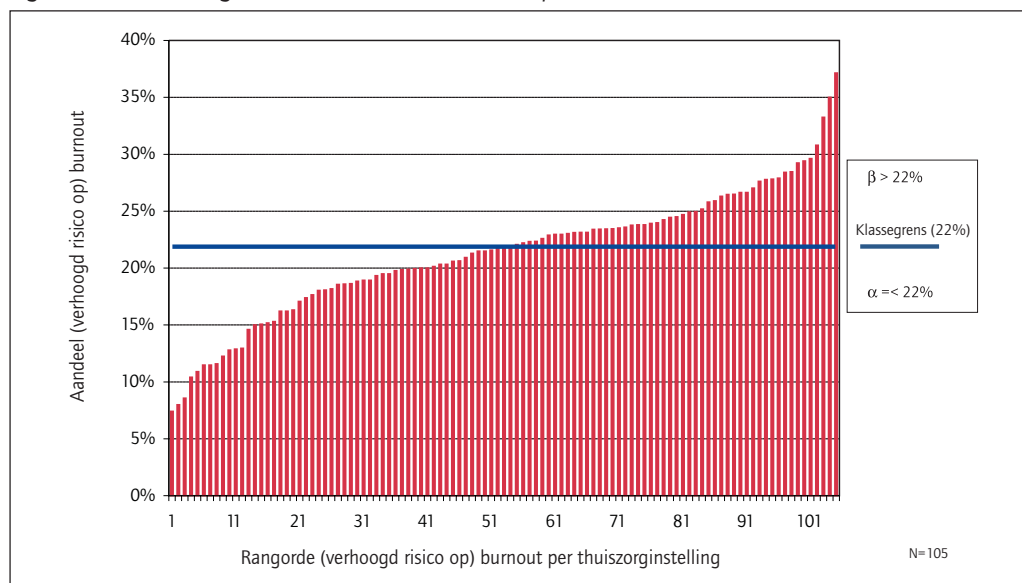
Tabel 4-1: Verdeling instellingen over medewerkersoordeelklassen

Klasse	Medewerkersoordeel		Totaal
	α	β	
Aantal instellingen	54	51	105

Bron: Bewerking analysegegevens medewerkersraadpleging thuiszorginstellingen 1999

432 In figuur 4-6 worden de scores per instelling en de klassegrens weergegeven.

Figuur 4-6: Percentage medewerkers met burnout of burnoutrisico



Bron: Bewerking analysegegevens medewerkersraadpleging thuiszorginstellingen 1999

5 Oordeel respondenten maatschappelijke waardering meest positief over inhoud van de zorg

501 In dit hoofdstuk komt het verkennend onderzoek maatschappelijke waardering aan de orde. Achtereenvolgens wordt ingegaan op het instrument, de respons en op de resultaten.

Maatschappelijke waardering nieuw ingevulde bouwsteen in benchmarkanalysemodel

502 In het benchmarkanalysemodel is naast de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van arbeid de zogenoemde maatschappelijke waardering als bouwsteen opgenomen. Daaronder wordt verstaan de kwaliteit van de relatie die de thuiszorginstelling onderhoudt met consumentenorganisaties, aanbieders, financiers en andere belanghebbenden.

503 Ook in het benchmarkanalysemodel dat de basis vormde voor de benchmark over 1997 was de bouwsteen maatschappelijke waardering opgenomen. De bouwsteen heeft in het analysemodel een plaats gekregen vanuit de gedachte dat thuiszorginstellingen functioneren in een omgeving waarmee zij relaties onderhouden. Niet alleen cliënten, maar ook andere belanghebbenden worden met prestaties van thuiszorginstellingen geconfronteerd.

504 In de eerste benchmark was het om redenen van tijdsinvestering niet mogelijk om daadwerkelijk een onderzoek naar maatschappelijke waardering uit te voeren. In overleg met de opdrachtgevers is besloten om in de benchmark 2000 een eerste verkennend onderzoek naar maatschappelijke waardering uit te voeren. Het onderzoek is toegespitst op aspecten die te maken hebben met de kerntaak van de thuiszorginstellingen, het leveren van zorg. Maatschappelijke aspecten als bijvoorbeeld milieubewustzijn zijn dus buiten beschouwing gebleven.

Onderzoek maatschappelijke waardering betreft relatie van de thuiszorginstellingen met de omgeving

505 Het verkennend onderzoek is uitgevoerd door aan relevante partijen in de regio te vragen om hun oordeel over een aantal aspecten die verondersteld worden een rol te spelen in het oordeel van belanghebbenden.

506 De vragenlijst is opgesteld in de vorm van 21 stellingen. Bij iedere stelling werd de respondent gevraagd aan te geven in welke mate hij het met de stelling eens was. Er kon worden gekozen uit vijf mogelijkheden, variërend van 'helemaal mee eens' tot 'helemaal mee oneens'. Als geen van deze mogelijkheden in aanmerking kwam, kon worden aangegeven of de betreffende stelling niet van toepassing was dan wel de respondent geen oordeel kon of wilde geven.

507 De stellingen hadden betrekking op de volgende onderwerpen:

- (a) Samenwerking (verloop en resultaat van de samenwerking);
- (b) Betrouwbaarheid (nakomen van afspraken);
- (c) Communicatie en informatieuitwisseling (overdracht cliënten, tot stand brengen van al of niet elektronische informatieuitwisseling);
- (d) Toegankelijkheid en bereikbaarheid (reageren op vragen, benaderbaarheid);
- (e) Flexibiliteit (en oplossingsgerichtheid);
- (f) Actief beleid (in het kader van zorgvernieuwing en werkgeverschap);
- (g) Zorgverlening (imago als zorgverlener, continuïteit van zorg).

508 De vragenlijst is toegezonden aan de volgende partijen:

- (a) Districts Huisartsen Verenigingen;
- (b) Regionale Indicatieorganen;
- (c) Regionale Opleidingscentra;
- (d) Regionale Patiënten- en Consumentenplatforms;
- (e) Stichtingen Welzijn Ouderen en ouderenbonden;
- (f) Verpleeg- en verzorgingshuizen;
- (g) Vrijwilligersorganisaties;
- (h) Ziekenhuizen;
- (i) Zorgkantoren.

Resultaten maatschappelijke waardering laten alleen conclusies op sectorniveau toe

509 In het kader van het onderzoek maatschappelijke waardering zijn in totaal 6.737 vragenlijsten verzonden aan 2.101 potentiële respondenten. De respondenten hebben de vragenlijst anoniem ingevuld; er is alleen gevraagd naar de categorie belanghebbenden waartoe men behoorde en naar de functie van de invuller.

510 Er zijn meerdere vragenlijsten per respondent verspreid, omdat verondersteld is dat respondenten vaak met meer dan één thuiszorginstelling samenwerken. Door deze werkwijze is echter niet uit te sluiten dat een aantal respondenten meerdere formulieren voor één en dezelfde thuiszorginstellingen hebben ingevuld. Bovendien is niet na te gaan hoe groot de respons in feite is geweest, omdat niet bekend is met hoeveel thuiszorginstellingen iedere respondent samenwerkt en hoeveel vragenlijsten er dus maximaal geretourneerd hadden kunnen worden.

511 In totaal zijn er 1.312 formulieren geretourneerd. De antwoorden zijn ingelezen in de benchmarkdatabase en geanalyseerd. De antwoorden blijken over het algemeen geldig en volledig te zijn.

512 De geretourneerde vragenlijsten hebben betrekking op 112 thuiszorginstellingen. Dat is een groter aantal dan het aantal instellingen dat heeft deelgenomen aan de benchmark. Dat komt omdat er ook vragenlijsten zijn ingezonden over instellingen die niet aan de benchmark deelnemen. De potentiële respondenten zijn door de onderzoekers geselecteerd en niet door de thuiszorginstellingen ingebracht. De adressen zijn eveneens door de onderzoekers verzameld.

513 In het algemeen bleken per instelling onvoldoende vragenlijsten te zijn geretourneerd om op instellingsniveau conclusies te kunnen trekken. Daarom zijn de resultaten van de maatschappelijke waardering niet betrokken in de identificatie van de best practice-instellingen. Op sectorniveau zijn wel conclusies mogelijk.

514 Voor exact 50% van de instellingen, dus 56, geldt dat er minder dan 10 vragenlijsten terug zijn ontvangen. Voor de andere helft geldt dat er 10 of meer vragenlijsten zijn ontvangen.

515 Wij hebben niet onderzocht wat de overwegingen zijn geweest om wel of niet op de vragenlijst te reageren. In enkele incidentele gevallen, namelijk indien potentiële respondenten contact opgenomen hebben met de supportdesk, is er meer bekend. Een aantal belanghebbenden blijkt ten onrechte in de veronderstelling te verkeren dat de vragenlijst alleen kan worden geretourneerd als er sprake is van intensieve samenwerking. Een aantal andere belanghebbenden, met name verpleeg- en verzorgingshuizen, ziet af van invulling van de vragenlijst omdat de te beoordelen thuiszorginstelling deel uitmaakt van dezelfde holding- of fusie-instelling als de potentiële respondent.

Verpleeg- en verzorgingshuizen grootste categorie respondenten

516 Hoewel het responspercentage niet exact vastgesteld kan worden omdat niet bekend is hoeveel vragenlijsten er geretourneerd hadden kunnen worden, wijzen de resultaten er op dat de respons per categorie respondenten uiteenloopt. In tabel 5-1 wordt het aantal teruggezonden vragenlijsten per categorie respondenten weergegeven. In absolute zin zijn de meeste vragenlijsten (550) geretourneerd door de verpleeg- en verzorgingshuizen.

Tabel 5-1: Aantal geretourneerde vragenlijsten per categorie respondenten

Categorie respondenten	Aantal geretourneerde vragenlijsten
Districts Huisartsen Verenigingen	53
Vrijwilligersorganisaties	202
Regionale Indicatie Organen	93
Regionale Patiënten- en Consumentenplatforms	58
Regionale Opleidings Centra	34
Verpleeg- en verzorgingshuizen	550
Stichtingen Welzijn Ouderen en ouderenbonden	162
Ziekenhuizen	106
Zorgkantoren	54
Totaal	1.312

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

517 De indruk bestaat dat de RPCP's en de Stichtingen Welzijn Ouderen/ouderenbonden een relatief hoog aantal formulieren hebben teruggezonden en de districtshuisartsenverenigingen en de zorgkantoren relatief weinig. De zorgkantoren bijvoorbeeld zouden naar de aard van hun werkzaamheden met alle thuiszorginstellingen te maken moeten hebben. Desondanks zijn er niet meer dan 54 vragenlijsten geretourneerd.

Oordeel respondenten discrimineert tussen aspecten maatschappelijke waardering

518 In tabel 5-2 wordt de score per onderwerp weergegeven, berekend op het totale aantal geretourneerde formulieren. De potentiële score loopt van 1 tot en met 5. De totale gemiddelde score bedraagt 3,25, dus iets boven het gemiddelde.

Tabel 5-2: Maatschappelijke waardering per onderwerp

Onderwerp	Gemiddelde resultaat
Samenwerking	3,14
Betrouwbaarheid	3,49
Communicatie en informatieuitwisseling	3,00
Toegankelijkheid en bereikbaarheid	3,37
Flexibiliteit	3,13
Actief beleid	3,07
Zorgverlening	3,58
Totaal	3,25

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

519 De scores op de verschillende onderwerpen lopen uiteen van 3,00 voor communicatie en 3,07 voor actief beleid tot 3,58 voor zorgverlening.

520 Bij het onderwerp communicatie leidt vooral de stelling dat de thuiszorginstelling voldoende (elektronische) communicatie en informatieuitwisseling tussen partijen tot stand brengt, tot een minder positief oordeel. De minder hoge waardering voor het onderwerp communicatie in de maatschappelijke waardering komt opvallend overeen met het minder positieve oordeel van cliënten op dit punt.

521 Bij het onderwerp actief beleid is het vooral de stelling dat de thuiszorginstelling een stuwende kracht is op het gebied van de zorgvernieuwing die tot een minder positief oordeel leidt.

522 De relatief hoge waardering voor de zorgverlening in de maatschappelijke waardering strookt met het positieve oordeel van cliënten over de inhoud van de zorg.

523 Bij het onderwerp samenwerking leidt de stelling dat de thuiszorginstelling voldoende tijd in de samenwerking steekt tot een positiever oordeel dan de stelling dat de thuiszorginstelling voldoende geld in de samenwerking steekt.

524 De (bovengemiddelde) score op toegankelijkheid en bereikbaarheid is opgebouwd uit een hoge score op de stelling dat de instelling goed benaderbaar is, een lage score op de stelling dat de instelling snel reageert en een gemiddelde score op de stelling dat de instelling goed doorverwijst.

525 De score op flexibiliteit ligt beneden het gemiddelde, maar het oordeel over de stellingen is divers. Met de stelling dat de thuiszorginstelling bereid is naar oplossingen te zoeken, zijn meer respondenten het eens dan met de stelling dat de instelling flexibel is.

Scores per categorie respondenten lopen uiteen

526 In tabel 5-3 worden de totaalscores voor maatschappelijke waardering per categorie respondenten weergegeven. Door afrondingsverschillen is de totaalscore overigens 0,01 hoger dan in de score die in tabel 5-2 is opgenomen.

Tabel 5-3: Gemiddelde score maatschappelijke waardering per categorie respondenten

Categorie respondenten	Gemiddelde waardering
District Huisartsen Verenigingen	3,22
Vrijwilligersorganisaties	3,27
Regionale Indicatie Organen	3,26
Regionale Patiënten- en Consumentenplatforms	3,22
Regionale OpleidingsCentra	3,49
Verpleeg- en verzorgingshuizen	3,18
Stichtingen Welzijn Ouderen en ouderenbonden	3,12
Ziekenhuizen	3,18
Zorgkantoren	3,38
Totaal	3,26

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

527 Uit de tabel blijkt dat de scores die door de verschillende categorieën respondenten is toegekend, uiteenlopen. Regionale Opleidingscentra kennen de hoogste scores toe, gevolgd door de zorgkantoren. De scores die zijn toegekend door Stichtingen Welzijn Ouderen zijn het laagst. Ook verpleeg- en verzorgingshuizen en ziekenhuizen kennen geen hoge score toe.

528 Een analyse van de verschillende categorieën respondenten in relatie tot de verschillende onderwerpen duidt het volgende aan:

- (a) De beide vragen over de betrouwbaarheid van de thuiszorginstellingen leiden tot een uniform positief beeld, dus een positief oordeel door alle categorieën respondenten;
- (b) De stellingen over communicatie en informatieuitwisseling leiden bij bijna alle categorieën respondenten tot een relatief lage waardering, vooral bij de districtshuisartsenverenigingen, verpleeg- en verzorgingshuizen en ziekenhuizen; de zorgkantoren zijn echter aanzienlijk positiever;
- (c) De zorgverlening wordt unaniem het meest positief gewaardeerd.

6 Dertien best practice-instellingen geïdentificeerd

601 In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de identificatie van best practice-instellingen. Allereerst wordt ingegaan op de wijze waarop de identificatie is uitgevoerd; vervolgens worden enkele kenmerken van de best practice-instellingen beschreven.

Identificatie best practice-instellingen afgeleid uit scores doelmatigheid en kwaliteit

602 Om te komen tot de identificatie van best practice-instellingen worden de door de instellingen behaalde scores ten aanzien van de doelmatigheid, de kwaliteit van zorg en kwaliteit van werk gecombineerd.

603 Als best practice-instellingen worden in het benchmarkanalysemodel vervolgens die instellingen geïdentificeerd, die ten aanzien van de drie bouwstenen tot de hoogste klasse behoren. In de benchmark over 1997 konden bij de bepaling van de best practice-instellingen alleen de bouwstenen doelmatigheid en kwaliteit van zorg worden meegenomen. In de tweede benchmark is ook de bouwsteen kwaliteit van werk meegenomen.

604 In de tweede benchmark is voor 96 instellingen een score op alle drie de dimensies beschikbaar. In tabel 6-1 is de verdeling van de 96 instellingen over de verschillende klassen weergegeven.

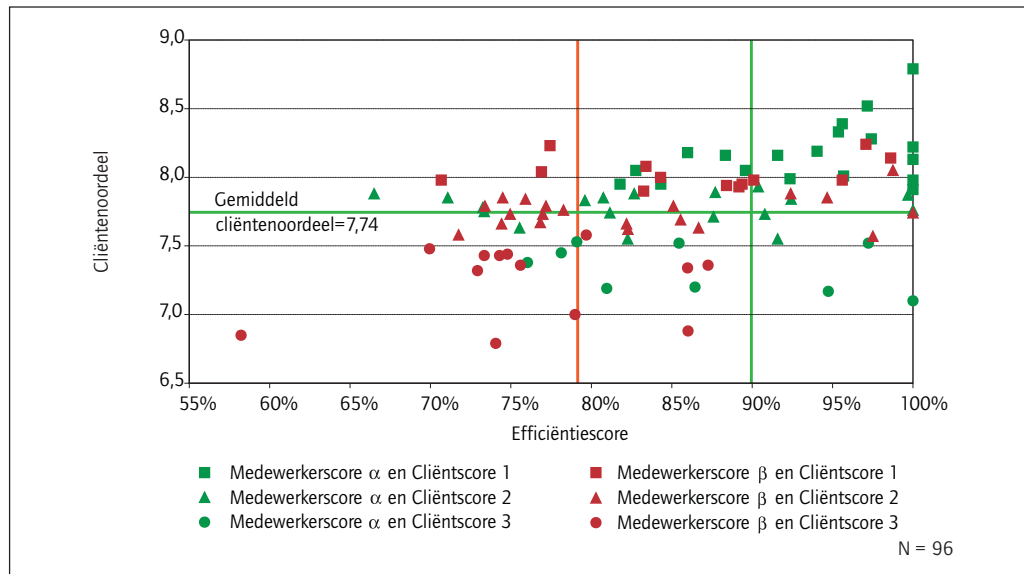
Tabel 6-1: Verdeling instellingen over doelmatigheidsklasse, cliëntoordeelklasse en medewerkersoordeelklasse

Medewerkersoordeel	Doelmatigheidsklasse						Totaal
	A	B	C	A	B	C	
	α			β			
Cliëntoordeel 1	13	6	2	4	6	3	34
Cliëntoordeel 2	6	7	5	5	5	10	38
Cliëntoordeel 3	3	4	2	-	4	11	24
Totaal	22	17	9	9	15	24	96

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

605 Figuur 6-1 toont de matrix waarin de thuiszorginstellingen op basis van de behaalde scores ten opzichte van elkaar zijn gepositioneerd. In de figuur zijn de drie cliëntoordeelklassen met drie verschillende symbolen weergegeven. Door middel van de kleur van het symbool kan het medewerkersoordeel worden afgelezen waarbij de instellingen met een medewerkersscore in de klasse α in groen zijn weergegeven. De rode symbolen representeren instellingen met een medewerkersscore in de klasse β .

Figuur 6-1: Matrix scores doelmatigheid, cliëntoordeel en medewerkersoordeel



Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

606 De matrix toont tevens de samenhang tussen de bouwstenen van de benchmark. De minder doelmatige instellingen behoren zelden tot de hoogste klasse van het cliëntoordeel en het medewerkersoordeel (groen vierkantje). Instellingen die behoren tot de laagste klasse van het medewerkersoordeel (alle rode symbolen) komen voor in alle klassen van de doelmatigheid en van het cliëntoordeel. Een laag medewerkersoordeel kan blijkbaar samengaan met een hoge doelmatigheid en een hoog cliëntoordeel. Omgekeerd is ook mogelijk: de hoogste klasse van het medewerkersoordeel gaat in negen situaties samen met de laagste klasse van het cliëntoordeel (groene stip).

607 De scores voor het onderdeel maatschappelijke waardering zijn bij de identificatie van best practice-instellingen buiten beschouwing gelaten. Omdat het onderzoek maatschappelijke waardering is opgezet als een eerste verkenning zijn de resultaten nog niet geschikt om op dezelfde wijze te worden gebruikt als de resultaten van de doelmatigheidsmeting en de kwaliteitsmetingen.

608 Het benchmarkanalysemodel is zodanig opgezet, dat best practice-instellingen werkelijk bestaande instellingen zijn, waaraan andere instellingen zich kunnen spiegelen. Er is dus niet een theoretisch ideale instelling geconstrueerd. In totaal bleken, op deze wijze benaderd, dertien instellingen als best practice-instelling te kunnen worden geïdentificeerd. Elf instellingen behoren in alle drie meegenomen bouwstenen tot de laagste klasse (klasse C van de doelmatigheidsmeting, klasse 3 van het cliëntoordeel en klasse bèta van het medewerkersoordeel).

Vier best practice-instellingen ook in benchmark 1997 best practice

609 Een vergelijking met de eerste benchmark leert dat van de dertien best practice-instellingen er vier ook in de eerste benchmark over 1997 best practice-instelling waren. In tabel 6-2 wordt weergegeven tot welke klassen de huidige best practice-instellingen in de eerste benchmark behoorden (tabel A). Hierbij verwijst de eerste letter naar de doelmatigheidsklasse (A, B of C) en de tweede letter naar de cliëntklasse (in casu A of B). Omgekeerd is op dezelfde wijze in tabel B weergegeven, tot welke klassen de best practice-instellingen uit het eerste benchmark-onderzoek in de tweede benchmark behoren.

Tabel 6-2: Mobiliteit best practice-instellingen 1997 en 2000

A: Scores in 1997 van de best-practice instellingen in 2000

	AA	AB	BA	BB	CB	Totaal
Aantal instellingen	4	4	1	2	1	12 ³

B: Scores in 2000 van de best-practice instellingen in 1997

	A1 α	A1 β	A2 α	A2 β	B1 α	B2 α	Totaal
Aantal instellingen	4	1	1	2	1	1	10 ⁴

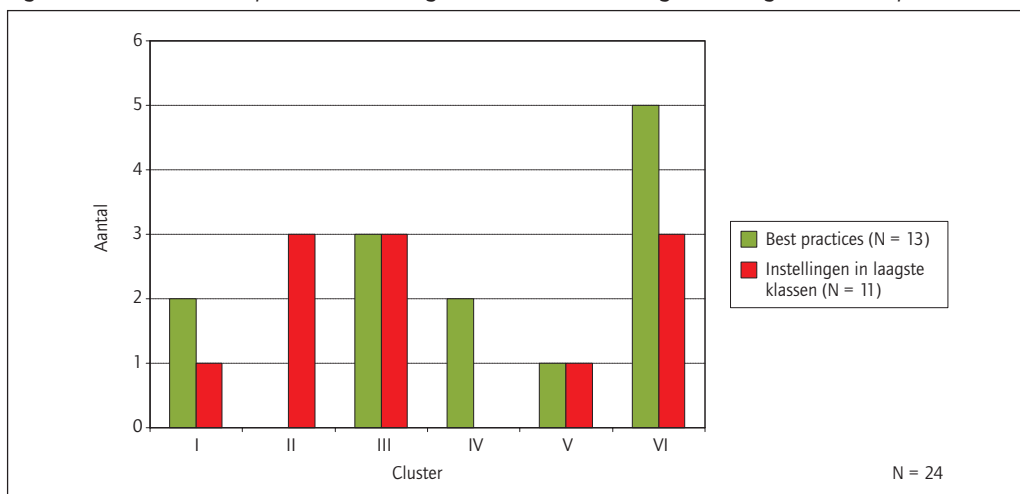
Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 1997 en 2000

Best practice-instellingen over vijf clusters gespreid

611 De best practice-instellingen zijn over vijf van de zes onderscheiden clusters gespreid. Geen enkele best practice-instelling behoort tot cluster II. De elf instellingen die tot de laagste klassen van de doelmatigheidsmeting, het cliëntoordeel en het medewerkersoordeel behoren, zijn eveneens over vijf van de zes clusters gespreid. In figuur 6-2 wordt de verdeling over de clusters weergegeven.

- 3 De resterende instelling heeft in 1997 niet aan de cliëntenraadpleging deelgenomen voor wat betreft het doelmatigheidsonderzoek scoorde deze instelling in 1997 in klasse C.
- 4 In 1997 waren 12 best-practice instellingen geïdentificeerd. Van de resterende twee instellingen betreft één een fusieinstelling en één instelling die alleen aan het doelmatigheidsonderdeel van de benchmark 2000 heeft deelgenomen (klasse A).

Figuur 6-2: Aantal best practice-instellingen en aantal instellingen in laagste klassen per cluster



Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

612 Een nadere analyse van de spreiding van de best practice-instellingen over de clusters leert dat er een onderscheid gemaakt kan worden tussen een groep van zes relatief kleine instellingen, vier middelgrote en drie relatief grote instellingen. De kleinere instellingen zijn oververtegenwoordigd in de groep best practice-instellingen.

613 Indien binnen de doelmatigheids- en kwaliteitsklassen wordt uitgegaan van de absolute scores, blijkt dat de groep kleine instellingen binnen de best practice-instellingen nog weer wat hogere scores heeft behaald dan de groep grotere instellingen. Wordt in dit verband het aantal best practice-instellingen gerelateerd aan de grootteklasse, dan ontstaat het in tabel 6-3 weergegeven beeld.

Tabel 6-3: Verdeling best practice-instellingen over de grootteklassen in 2000

Grootteklasse	Kosten algemene thuiszorg (bedrag x f 1 miljoen)				Totaal
	< 12	12 - 40	40 - 100	> 100	
Aantal instellingen	6	4	3	0	13

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

614 Van de instellingen die tussen 1997 en 2000 zijn gefuseerd, behoort er niet een tot de best practice-instellingen. De fusie-instellingen scoren met name laag op de doelmatigheidsmeting.

Correlaties tussen cliëntoordelen en medewerkersraadpleging

615 Op het niveau van de thuiszorginstellingen is een vergelijking mogelijk tussen de cliëntoordelen over de kwaliteit van de thuiszorg en de resultaten van de medewerkersraadpleging. Voor deze vergelijking zijn, op instellingsniveau, zowel bij de cliëntoordelen als de medewerkersoordelen gemiddelde scores uitgerekend.

616 Deze gemiddelde scores zijn met elkaar gecorreleerd. Omdat de doelmatigheidsscores gerelateerd zijn aan de clusters waartoe de instellingen behoren, is het niet mogelijk om cliënt-oordelen en medewerkersoordelen op instellingsniveau te correleren met de efficiëntiescores.

617 Tabel 6-4 laat het verband zien tussen het gemiddeld cliëntoordeel over de kwaliteit van zorg (totaalscore, inhoud en organisatie) en de gemiddelde tevredenheid van thuiszorgmedewerkers voor wat betreft de verschillende energiebronnen. Hieruit blijkt dat een relatief hoog cliëntoordeel op instellingsniveau samengaat met een hoog percentage tevreden medewerkers voor wat betreft de ontplooiingsmogelijkheden, secundaire arbeidsvoorwaarden, sociale steun van collega's en coaching door leidinggevend.

Tabel 6-4: Relaties (correlatiecoëfficiënten), op instellingsniveau, tussen cliëntoordelen en energiebronnen thuiszorgmedewerkers

Energiebronnen	Cliëntoordeel					
	Totaal		Inhoud		Organisatie	
Controle	ns		ns		ns	
Ontplooiing	ns		ns		ns	
Beloning	0.34	**	0.36	***	0.37	***
Feedback	0.21	*	ns		0.22	*
Secundaire arbeidsvoorwaarden	0.39	***	0.39	***	0.41	***
Duidelijkheid	ns		ns		0.21	*
Sociale steun	0.39	***	0.32	**	0.38	***
Coaching	0.21	*	0.23	*	0.25	*

Bron: Nivel

ns niet significant
 * significant p 0.05
 ** significant p 0.01
 *** significant p 0.001

Tabel 6-5: Relaties (correlatiecoëfficiënten), op instellingsniveau, tussen cliëntoordeel en werkstressoren thuiszorgmedewerkers

Werkstressoren	Cliëntoordeel					
	Totaal		Inhoud		Organisatie	
Werkdruk	ns		-0.25	*	-0.21	*
Onvriendelijkheid	-0.36	***	-0.46	***	-0.39	***
Ongewenste intimiteiten	ns		ns		ns	
Planning	-0.25	*	-0.33	**	-0.30	**
Werk-Thuis	ns		ns		ns	
Thuis-Werk	ns		ns		ns	
Fysiek	ns		-0.24	*	-0.24	*
Emoties	ns		-0.24	*	-0.22	*

Bron: Nivel

618 Op dezelfde manier kan, op basis van tabel 6-5 worden geconcludeerd dat er op instellingsniveau een negatief verband is tussen de hoogte van het kwaliteitsoordeel van cliënten en een aantal werkstressoren. Dit geldt met name voor de werkstressoren 'onvriendelijkheid' en 'planning'.

619 Kijken we via tabel 6-6 naar de relatie tussen de gemiddelde burnoutscores per instelling en het kwaliteitsoordeel van cliënten, dan blijken hoge medewerkerscores op 'emotionele uitputting' en 'cynisme' op instellingsniveau samen te gaan met een relatief lage waardering van cliënten.

Tabel 6-6: Relaties (correlatiecoëfficiënten), op instellingsniveau, tussen cliëntenoordeel en burnout

Burnout	Cliëntenoordeel					
	Totaal		Inhoud		Organisatie	
Emotionele uitputting	-0.34	**	-0.45	***	-0.40	***
Cynisme	-0.26	*	-0.28	**	-0.26	*
Persoonlijke competentie	ns		ns		ns	

Bron: Nivel

ns niet significant
 * significant p 0.05
 ** significant p 0.01
 *** significant p 0.001

Tabel 6-7: Relaties (correlatiecoëfficiënten), op instellingsniveau, tussen cliëntoordeel en de gezondheid, verloopintentie en betrokkenheid van thuiszorgmedewerkers

	Cliëntoordeel					
	Totaal		Inhoud		Organisatie	
Gezondheidsklachten	-0.33	**	-0.37	***	-0.35	**
Psychische klachten	-0.28	**	-0.32	**	-0.31	**
Verloopintentie	-0.28	**	-0.24	*	-0.28	**
Betrokkenheid	-0.35	**	-0.34	**	-0.37	***

Bron: Nivel

ns niet significant
 * significant p 0.05
 ** significant p 0.01
 *** significant p 0.001

620 Tenslotte laat tabel 6-7 zien dat er op instellingsniveau een verband is tussen het cliëntoordeel en de mate waarin medewerkers zeggen last te hebben van gezondheids- of psychische klachten, de verloopintentie bij medewerkers en de mate waarin medewerkers zich betrokken voelen bij de instelling. Meer klachten en een groter percentage medewerkers dat op zoek is naar een andere baan gaan samen met een wat lagere waardering door cliënten. Een grotere betrokkenheid bij de medewerkers gaat samen met een wat hoger kwaliteitsoordeel door cliënten.

621 Bij de interpretatie van de tabellen 6-4 tot en met 6-7 willen wij er op wijzen dat de gevonden verbanden weliswaar significant zijn, maar niet zo heel erg sterk. Een correlatiecoëfficiënt van 0.40 impliceert een overlap van (0.40×0.40) ofwel circa 16%. Op basis van correlatiecoëfficiënten is het niet toegestaan conclusies te trekken in termen van oorzaak - gevolg.

7 Omgevingsfactoren nuanceren benchmarkscores

701 In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de relevante omgevingsfactoren. Daarmee wordt bedoeld op factoren die de prestaties van thuiszorginstellingen beïnvloeden, maar die zelf niet of nauwelijks door het instellingsmanagement te beïnvloeden zijn.

702 In de eerste benchmark was de aandacht wat betreft de omgevingsfactoren gericht op de wachtlijst en de daaruit mogelijk voortvloeiende rantsoenering van zorg. Omdat er in 2000 nauwelijks instellingen waren die zorg hebben gerantsoeneerd, was een dergelijke analyse in de tweede benchmark minder zinvol.

703 Omgevingsfactoren die in deze tweede benchmark centraal staan, zijn de opbouw van de regionale productie en de regio waarin de thuiszorginstellingen werkzaam zijn. Aan deze factoren wordt aandacht besteed met het doel de best practice-scores in een breder perspectief te plaatsen.

Onderzoek opbouw regionale productie leidt tot mogelijke kanttekeningen bij beperkt aantal best practice-instellingen

704 De omgevingsfactor opbouw regionale productie speelt vooral een rol bij de doelmatigheidsmeting. Het betreft de aansluiting tussen de gerealiseerde productmix en de modelmatig geraamde benodigde productmix, die is beschreven in het hoofdstuk over de doelmatigheidsmeting. Met behulp van een voor dit benchmarkonderzoek door ons ontwikkeld vraagvoorspelmodel is onderzocht in hoeverre de productie van zorg in de regio waar de best practice-instellingen werkzaam zijn, afwijkt van de op grond van het voorspelmodel benodigde productie. Deze analyse is gemaakt om na te gaan of de door de best practice-instellingen gekozen productie en productmix niet alleen doelmatig en kwalitatief goed is, maar ook aansluit bij de voorspelde zorgvraag. Waar dat niet het geval is, dient de gemeten doelmatigheid in dit perspectief te worden gezien. Dit geldt met name daar waar een hoge efficiëntiescore wordt veroorzaakt door een in relatie met de zorgvraag te ruime productie van producten met een hoger tarief.

705 Het ontwikkelde vraagvoorspelmodel is ten behoeve van het benchmarkonderzoek allereerst geschikt gemaakt om per thuiszorgproduct verklarende factoren te kunnen benoemen. Uit de vervolgens uitgevoerde analyse bleek allereerst dat de factoren die op sectorniveau de zorgvraag beïnvloeden per product sterk verschillen. Voor alphahulp blijkt met name het inkomen een belangrijke verklarende factor: hoe hoger het inkomen, hoe minder gebruik wordt gemaakt van alphahulp. Voor huishoudelijke verzorging komen de leeftijd en de urbanisatiegraad als belangrijkste verklarende factoren naar voren. Hoe hoger de leeftijd, hoe meer uren huishoudelijke verzorging worden geleverd. Het aantal uren huishoudelijke verzorging blijkt bovendien in (zeer) sterk verstedelijkte gebieden relatief hoger dan in andere gebieden.

706 Voor het product verzorging blijken de factoren eenpersoonshuishoudens, leeftijd en aantal personen in een intramurale instelling de meeste verklaringskracht te bieden. Een hoger percentage eenpersoonshuishoudens en een hogere gemiddelde leeftijd leiden tot een hoger gebruik van verzorging. Voor de factor personen in een intramurale instelling is het verband omgekeerd. Voor het product verpleging is het percentage vrouwen in de bevolking de meest verklarende factor (hoe hoger het percentage vrouwen, hoe meer verpleging er wordt geleverd); er is voor dit product geen verband met het aantal personen in een intramurale instelling.

707 Toepassing van het voorspelmodel op de regio's waarin de dertien best practice-instellingen werkzaam zijn leidde tot de conclusie dat in vijf regio's de productmix in de regio goed overeenkwam met de voorspelde productmix.

708 Voor de overige regio's is onderzocht in hoeverre de productie van de betreffende best practice-instellingen bijdraagt aan het geconstateerde verschil tussen werkelijke en voorspelde productmix. Dit bleek in alle gevallen zo te zijn. Twee best practice-instellingen leveren meer huishoudelijke verzorging en minder alphahulp (dus een duurder product) dan op grond van het voorspelmodel het geval zou zijn. Vier best practice-instellingen leveren juist meer alphahulp en minder huishoudelijke verzorging dan op grond van het voorspelmodel mocht worden verwacht. De resterende twee instellingen betreffen kruiswerkinstellingen welke bijdragen aan het aandeel van het product verpleging. Deze instellingen hebben geen invloed op het feit dat in de regio's waarin zij zorg leveren meer huishoudelijke verzorging en minder alphahulp wordt geleverd.

709 De analyse toonde ten slotte aan dat acht best practice-instellingen meer zorguren hebben geleverd dan op grond van het voorspelmodel verwacht mocht worden; vijf instellingen hebben minder zorguren geleverd.

710 De aanwezigheid van een verschil tussen werkelijke en voorspelde productiemix is een mogelijk additioneel aandachtspunt voor de betreffende instellingen. Wij realiseren ons daarbij dat het verschil veroorzaakt kan zijn door andere partijen, zoals de indicatieorganen, het zorgkantoor of de overige (thuis)zorginstellingen.

Regionale verschillen tussen prestaties thuiszorginstellingen substantieel van aard

711 Om de mogelijke invloed van omgevingsfactoren te kunnen inventariseren, hebben wij een analyse gemaakt van de regionale verdeling van de efficiëntiescores respectievelijk de scores voor kwaliteit van zorg en kwaliteit van werk. Daarbij is gekozen voor de indeling in zorgkantoor-regio's. Om herleidbaarheid tot individuele instellingen te voorkomen is ervoor gekozen de resultaten van de regionale analyses in algemene termen weer te geven.

712 De efficiëntiescores per regio's worden gevormd door het gewogen gemiddelde te berekenen van de scores die zijn behaald door de in die regio werkzame thuiszorginstellingen; de weging is verricht op grond van het aandeel van de onderscheiden instellingen in de productie van 2000. De productie van instellingen die in meerdere zorgkantoorregio's werkzaam zijn, is toegerekend aan de onderscheiden regio's op grond van de werkelijk gerealiseerde productie in de eerste 24 periodes van 2000. In het kader van een eerder onderzoek is deze productie op postcodeniveau in onze database opgenomen, zodat een betrouwbare toerekening mogelijk is.

Efficiëntiescores lager in Randstad en noordelijke provincies

713 De efficiëntiescores blijken lager dan gemiddeld te zijn in de Randstad en – opvallend genoeg – ook in enkele noordelijke provincies. De efficiëntiescores zijn het hoogst in het oosten en het zuiden van het land.

714 Uit een door ons uitgevoerde nadere analyse blijkt in de eerste plaats dat in de Randstad in vergelijking met het landelijk gemiddelde veel personeel wordt ingehuurd, hetgeen een kostenverhogend effect heeft. Verder blijkt dat in verstedelijkte gebieden meer kosten worden gemaakt voor de werving en voor het behoud van personeel. Het verloop onder het personeel is groter dan gemiddeld en er wordt relatief veel laaggeschoold personeel aangenomen, in functiegroepen waar het ziekteverzuim hoger is. Bovendien heeft een groter aantal medewerkers een contract voor slechts een beperkt aantal uren. Door al deze oorzaken moet er veel tijd geïnvesteerd worden in het inwerken, de begeleiding en de opleiding van personeel. Daardoor is het aandeel van de indirecte kosten in de totale personeelskosten relatief hoog en de productiviteit relatief laag. Weliswaar zijn de kosten per betaalluur voor het product huishoudelijke verzorging lager (door het grote aandeel laaggeschoold personeel), maar dit effect wordt teniet gedaan door de lage productiviteit en het hoge aandeel indirecte kosten.

715 In enkele noordelijke provincies, waar de doelmatigheid eveneens benedengemiddeld is, speelt een ander complex van factoren. Daar zijn vooral de kosten per betaalluur hoog door de relatief langjarige dienstverbanden, de anciënniteit en de promoties naar andere functiegroepen. Dit effect wordt niet gecompenseerd door het aanstellen van laaggeschoold personeel of door een hogere productiviteit. Specifiek voor het product huishoudelijke verzorging blijkt dat de kosten per betaalluur binnen de Randstadregio's sterk variëren. Dit kan ermee te maken hebben dat in enkele regio's uit noodzaak te laag opgeleid personeel wordt ingezet.

Clïëntoordeel kent andere spreiding dan score doelmatigheid

716 Het cliëntoordeel is in een groot deel van de Randstadregio's (maar niet in alle) relatief laag. Mogelijk valt dit te verklaren door het relatief grote personeelsverloop en het hoge percentage ingehuurde medewerkers, waardoor cliënten geconfronteerd worden met wisselende en minder goed ingewerkte medewerkers. In de regio's in het zuiden van het land en in enkele regio's in het oosten van het land is het cliëntoordeel duidelijk bovengemiddeld.

717 Een uitsplitsing van het cliëntoordeel naar inhoud en organisatie leidt tot uiteenlopende scores. Naast regio's die op beide onderdelen hoog scoren, komen regio's voor die op inhoud hoog en op organisatie laag scoren, en andersom. Een nadere verklaring kan op dit punt niet worden gegeven.

Medewerkersoordeel varieert sterk per regio

718 Het medewerkersoordeel loopt per regio duidelijk uiteen. Het oordeel is het minst positief in de Randstadregio's, met een aantal uitzonderingen. Ook in enkele noordelijke provincies is het medewerkersoordeel niet positief.

8 Bedrijfsvoering best practice-instellingen kent op enkele onderdelen onderscheidende kenmerken

801 In dit hoofdstuk wordt de bedrijfsvoering van best practice-instellingen vergeleken met de bedrijfsvoering van andere instellingen, om op die wijze te komen tot de formulering van aanknopingspunten voor verbetering. In het eerste deel van het hoofdstuk worden het instrument en het onderzoeksverloop beschreven. In het tweede deel komen de resultaten aan de orde.

Bedrijfsvoering beschouwd als verklaring voor prestaties thuiszorg-instellingen

802 In het benchmarkanalysemodel wordt de bedrijfsvoering van instellingen beschouwd als verklaring voor de geleverde prestaties. De instelling weet doelmatigheid en kwaliteit te realiseren door de beschikbare middelen te transformeren in producten.

803 De bedrijfsvoering van instellingen is onderzocht met behulp van een aantal vragenlijsten. Naast een vragenlijst met algemene vragen over onder meer de rechtsvorm van de instelling en de eventuele formele samenwerkingsverbanden zijn er vragenlijsten ontwikkeld over de volgende onderdelen:

- (a) Personeelsbeleid;
- (b) Financieel beleid;
- (c) Organisatiebeleid;
- (d) Systeemkwaliteit.

804 De bedrijfsvoering van de best practice-instellingen wordt vergeleken met die van andere instellingen, om te kunnen nagaan op welke punten de best practice-instellingen zich in hun bedrijfsvoering onderscheiden van andere instellingen. Op deze wijze kunnen aanknopingspunten voor verbetering worden geformuleerd. Bij de vergelijking is niet uitgegaan van de best practice-instellingen per cluster, omdat een vergelijking met steeds één of slechts enkele instellingen te zeer van toevallige omstandigheden zou kunnen uitgaan. De vergelijking is daarom gebaseerd op de bedrijfsvoering van alle dertien best practice-instellingen.

805 De managementvragenlijsten zijn op grond van de bevindingen in de eerste benchmark (waarin weinig onderscheidende kenmerken zijn gevonden) inhoudelijk aangepast. In dat kader zijn tevens gesprekken gevoerd met de instellingen die in 1997 tot de best practice-instellingen behoorden. Ook is gebruik gemaakt van recent onderzoeksmateriaal van het Nivel en van de vragenlijsten die waren gebruikt en geëvalueerd in de benchmarkpilot in de verpleeg- en verzorgingshuizen; deze vragenlijsten zijn beschikbaar gesteld door de brancheorganisatie Arcares.

806 Bij de formulering van de vragen in de managementvragenlijst is tevens meer rekening gehouden met de uitvoering van geautomatiseerde analyses. De vragen zijn zodanig geformuleerd dat alleen een voorgestructureerd antwoord kon worden gekozen of – in een beperkt aantal gevallen – een antwoord in cijfers kon worden gegeven (bijvoorbeeld voor aantallen vacatures of de omvang van het opleidingsbudget).

807 In de vragenlijsten is gelegenheid geboden tot het geven van een toelichting als een instelling van mening was dat een voorgestructureerde antwoord zijn situatie onvoldoende adequaat weergaf. Deze toelichting is niet gebruikt bij de instellingsspecifieke analyses, maar is bedoeld voor de evaluatie van de vragenlijsten.

808 De analyses in dit hoofdstuk dienen met voorbehoud te worden geïnterpreteerd omdat het aantal best practice-instellingen onvoldoende groot is om daaruit meer dan indicatieve conclusies af te leiden. Wel wordt opgemerkt dat de analyses te kenschetsen zijn als populatie-onderzoek, waardoor niet behoeft te worden uitgegaan van significante verschillen.

Internettoepassing ondanks aanloopproblemen door nagenoeg alle instellingen gebruikt

809 Tegelijk met de aanpassing van de vragenlijsten is de internettoepassing ontwikkeld. Basis voor deze internettoepassing is een bij PwC Consulting bestaand benchmarknet, dat ten behoeve van de benchmark thuiszorg is doorontwikkeld.

810 De operationalisatie van de internettoepassing voor de managementvragenlijsten heeft in de beginperiode veel aandacht gevraagd. De internetsite bleek voor instellingen soms moeilijk benaderbaar en er werden technische en inhoudelijke onvolkomenheden geconstateerd.

811 Ondanks de aanloopproblemen hebben bijna alle instellingen de vragenlijsten via internet ingevuld. Daardoor zijn de analysemogelijkheden vergeleken met die van de benchmark 1997 aanzienlijk toegenomen. Evenmin als in de kwantitatieve vragenlijst was het in de managementvragenlijst nog mogelijk om vragen oningevuld te laten, om vragen of voorgestructureerde antwoorden te wijzigen of om meerdere antwoorden in te vullen waar slechts één antwoord was bedoeld. Daardoor is het veel beter dan in de eerste benchmark mogelijk om de resultaten van instellingen onderling te vergelijken.

Door 96 instellingen deelgenomen aan bedrijfsvoeringsonderzoek

812 In totaal hebben 96 thuiszorginstellingen deelgenomen aan het bedrijfsvoeringsonderzoek, dat wil zeggen dat zij alle managementvragenlijsten ingevuld en geautoriseerd hebben geretourneerd.

813 Van deze 96 instellingen vormen er drie een juridische eenheid met een ziekenhuis en 28 met een verpleeg- of verzorgingshuis. Van de instellingen die een juridische eenheid met een ziekenhuis of verpleeg- en verzorgingshuis vormen, hebben er vijf de bedrijfsprocessen volledig geïntegreerd in de fusieorganisatie. Daaruit kan worden afgeleid dat de bedrijfsvoering in de meeste thuiszorginstellingen eigenstandig wordt vormgegeven.

Resultaten bedrijfsvoeringsonderzoek wijzen op uiteenlopende wijze van bedrijfsvoering in de sector

814 Uit de analyse van de resultaten blijkt in de eerste plaats dat de antwoorden van de instellingen sterk variëren. Er is geen sectorbreed samenhangend patroon van bedrijfsvoering af te leiden.

815 Op het niveau van afzonderlijke vragen blijkt op enkele onderdelen echter wel sprake van een generiek patroon. Instrumenten voor de werving van personeel bijvoorbeeld blijken door (nagenoeg) alle instellingen te worden ingezet. Een periodiek onderzoek naar maatschappelijke waardering echter wordt slechts door zeven instellingen uitgevoerd. Deze vragen zijn onvoldoende discriminerend en daarmee op dit moment in feite ongeschikt voor benchmarkdoeleinden, hoewel het interessant kan zijn om op sectorniveau van het materiaal kennis te nemen.

816 Vermeldenswaard in dit verband is de constatering dat twaalf thuiszorginstellingen bij de beantwoording van de vraag of zij actief beleid voeren om samen met andere betrokkenen in de regio in de zorgvraag te voorzien, kiezen voor het antwoord 'nee of in ontwikkeling'. Bij de beantwoording van de vraag of zij actief beleid voeren om samen met andere betrokkenen de gezondheid en het welzijn van de inwoners te bevorderen, kiezen 25 instellingen voor dit antwoord. De vraag of de instelling onderzoek ten behoeve van de ontwikkelingen in de zorg uitvoert, wordt door 46 instellingen beantwoord met 'nee of in ontwikkeling'. De vraag of de instelling onderzoek verricht naar de wensen van de potentiële cliënten wordt door 75 instellingen met 'nee of in ontwikkeling' beantwoord.

817 Deze bevinding ten aanzien van het extern beleid van thuiszorginstellingen zou kunnen stroken met de in het onderzoek maatschappelijke waardering geconstateerde relatief lage score voor actief beleid.

Bedrijfsvoering best practice-instellingen iets meer gericht op sturing en focus

818 De analyse van de bedrijfsvoering komt het meest tot zijn recht in de instellingsspecifieke rapportages, waar op vraagniveau de antwoorden van de instelling worden vergeleken met de antwoorden die de meerderheid van de best practice-instellingen heeft gegeven. Relevante verschillen tussen best practice-instellingen en overige instellingen zijn vooral op vraagniveau geconstateerd. Op die wijze kunnen instellingen concreet beoordelen op welke punten aanleiding bestaat tot een aanpassing van hun bedrijfsvoering.

819 De rapportage in dit hoofdstuk over de resultaten van het bedrijfsvoeringsonderzoek concentreert zich op het leggen van verbanden tussen de bedrijfsvoering en de best practice-instellingen. Er zijn enkele proefanalyses gemaakt om de verbanden te onderzoeken tussen bijvoorbeeld de scores op uitsluitend de kwaliteit van zorg en de bedrijfsvoering (mede ter toetsing van de hypothesen die zijn geformuleerd ten aanzien van deze verbanden⁵), maar uit deze analyses bleek dat er niet of nauwelijks verbanden konden worden gevonden.

Resultaten bedrijfsvoeringsonderzoek met voorzichtigheid te interpreteren

820 Op sectorniveau blijkt dat geen duidelijk patroon van best practice-bedrijfsvoering kan worden geïdentificeerd. Weliswaar zijn er verschillen geconstateerd tussen best practice-instellingen en overige instellingen of tussen best practice-instellingen en instellingen in de laagste klassen, maar de verbanden blijken niet sterk te zijn. Zeker op het niveau van geclusterde vragen (bijvoorbeeld het opleidingsbeleid) zijn weinig verschillen aangetroffen.

821 Voor zover er gesproken kan worden van onderscheidende kenmerken van best practice-instellingen in vergelijking tot andere instellingen of tot instellingen in de laagste klassen, kan het volgende gesteld worden. In zijn algemeenheid tekent zich het patroon af dat best practice-instellingen zich richten op hun kerntaken en in hun organisatie duidelijke sturingsprincipes hanteren, maar wel ruimte geven aan inbreng van cliënten en medewerkers. Zij besteden relatief veel aandacht aan het personeelsbeleid.

Best practice-instellingen gericht op kernactiviteiten

822 Best practice-instellingen lijken zich meer specifiek te richten op hun kernactiviteiten. Zij richten zich iets minder vaak dan overige instellingen (en met name minder vaak dan instellingen in de laagste klassen) op status aparte-producten, entadministratie, kraamzorg, uitleen of verkoop van materialen buiten de AWBZ, contribuanten- en ledenactiviteiten en transferpunten. Als het gaat om commerciële activiteiten of om maatschappelijk werk, is er geen onderscheid tussen best practice-instellingen en overige instellingen.

823 Best practice-instellingen hebben niet méér samenwerkingsverbanden met ziekenhuizen of verpleeg- en verzorgingshuizen dan andere instellingen. Zij voeren minder frequent overleg met regionale partners.

Instrumenten personeelsbeleid door best practice-instellingen relatief vaak ingezet

824 Op het punt van het personeelsbeleid geldt dat best practice-instellingen (zeker in vergelijking met instellingen in de laagste klassen) relatief vaak het personeelsbeleid beschouwen als expliciet onderdeel van het strategisch beleid en dat de afdeling personeelszaken wat vaker wordt betrokken bij besluitvorming over financieel beleid en over fusievoornemens.

5 Analyse kader benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000, 24 oktober 2001

825 Best practice-instellingen worden minder geconfronteerd met verloop in de organisatie. Uitkomsten van functioneringsgesprekken met medewerkers worden vaker gebruikt voor de verdere persoonlijke ontwikkeling van medewerkers en het opleidingsbeleid is iets meer gericht op de persoonlijke ontwikkeling van medewerkers. Best practice-instellingen maken minder dan andere instellingen gebruik van opleidingen buiten de instelling.

826 Best practice-instellingen ondernemen meer activiteiten om hun instelling onder de aandacht van potentiële werknemers te brengen, met name als het gaat om de beïnvloeding van de opleidingskeuze van schoolverlaters en het creëren van stageplaatsen en leer-/werkplaatsen. Van stands op bijvoorbeeld bedrijvenbeurzen daarentegen wordt minder gebruik gemaakt.

827 Best practice-instellingen maken iets meer dan andere instellingen gebruik van regelingen op het gebied van arbeidsvoorwaarden. Met name het sparen van verlofdagen en de PC-privéregeling vallen daarin op. In de klankbordgroep is ter verklaring gesuggereerd dat best practice-instellingen zich dergelijke regelingen beter kunnen permitteren dan andere instellingen.

828 Best practice-instellingen hebben vaker (zeker in vergelijking met instellingen in de laagste klasse) beleid ontwikkeld voor specifieke doelgroepen onder de medewerkers of potentiële medewerkers. Zo is er vaker sprake van beleid gericht op herintreders, oudere werknemers of te reintegreren werknemers.

829 Coaching van medewerkers wordt door best practice-instellingen iets vaker gehanteerd als instrument in het kader van de ontwikkeling van medewerkers. Daarentegen wordt in het kader van de ontwikkeling van medewerkers door best practice-instellingen niet of nauwelijks gebruik gemaakt van (interne) mobiliteitsbureaus.

830 Op het punt van het ziekteverzuimbeleid tekent zich vooral een verschil af tussen de best practice-instellingen en de instellingen in de laagste klassen. Best practice-instellingen passen de volgende maatregelen vaker toe: praktijkregels voor fysieke belasting, afstemming van roosters en werktijden op de persoonlijke omstandigheden van werknemers, begeleiding en reïntegratie van zieke medewerkers en periodieke evaluatie en bijstelling van het arbeidsvoorwaardenbeleid.

831 Ten slotte is nog van belang dat best practice-instellingen in vergelijking met instellingen in de laagste klasse vaker aangeven dat medewerkers via overlegkanalen invloed kunnen uitoefenen op het beleid. De best practice-instellingen geven wat vaker aan dat zij sterk tot zeer sterk sturen op waarden, normen, output en werkprocessen. Ook de directe aansturing door leidinggevenden wordt als sterk omschreven. Alleen met de stelling dat zeer sterk gestuurd wordt op consensus zijn de best practice-instellingen het minder vaak geheel eens.

Managementinformatie best practice-instellingen wijkt af van die in overige instellingen

832 Opvallend in de financiële bedrijfsvoering van best practice-instellingen is dat in de managementrapportage aan het middenmanagement minder informatie is opgenomen dan in de overige instellingen het geval is. In de klankbordgroep is ter verklaring gesuggereerd dat best practice-instellingen het zich kunnen permitteren om meer op hoofdlijnen te sturen, dan wel dat het management in best practice-instellingen relevante informatie op andere wijze dan via managementrapportage ontvangt. Mogelijk spelen informele persoonlijke contacten bij best practice-instellingen op dit punt een belangrijker rol dan in andere instellingen.

833 In de managementrapportage aan de directie of Raad van Bestuur wordt in best practice-instellingen juist méér informatie opgenomen, met name in vergelijking met de instellingen in de laagste klassen.

Best practice-instellingen kennen sterke sturing medewerkers

834 De best practice-instellingen zijn het vaker dan instellingen in de laagste klassen eens met de stelling dat zeer sterk gestuurd wordt op missie, normen en waarden. Ook de stellingen dat zeer sterk wordt gestuurd op output en resultaten en op werkprocessen wordt iets vaker door best practice-instellingen onderschreven, evenals de stelling dat de directe aansturing door leidinggevendens zeer sterk is. Voor de stelling dat zeer sterk wordt gestuurd op consensus, geldt het omgekeerde. De verbanden zijn overigens niet sterk.

835 De cultuur in best practice-instellingen wordt door best practice-instellingen meer dan door de andere instellingen getypeerd als een cultuur waarin de medewerkers een grote binding hebben met de thuiszorginstelling.

836 De zorgteams zijn in best practice-instellingen wat kleiner. De teams voor huishoudelijke verzorging zijn in best practice-instellingen vaker gericht op meerdere producten. Het aantal hiërarchische lagen in best practice-instellingen is kleiner (twee lagen exclusief directie of Raad van Bestuur) dan in de meeste instellingen in de laagste klassen (drie lagen).

Geringe verschillen ten aanzien van systeemkwaliteit

837 Best practice-instellingen hebben iets vaker hun kwaliteitssystemen verankerd in de organisatie, dat wil zeggen dat de werkzaamheid van het systeem ook wordt getoetst en dat op grond van deze toetsing ook bijstelling plaatsvindt. Het verband is echter zwak tot nauwelijks aanwezig. Opvallend is dat best practice-instellingen niet vaker een interne audit of cliëntenraadpleging houden. Wel wordt iets vaker het werkklimaat geëvalueerd met de medewerkers en wordt iets vaker de informele feedback gebruikt voor de bijstelling van beleid.

Instellingen in minst hoge klassen deels spiegelbeeld best practice-instellingen

838 In een aantal opzichten vormt de bedrijfsvoering van instellingen in de minst hoge klassen het spiegelbeeld van best practice-instellingen. Instellingen in de laagste klassen richten zich vaker op activiteiten buiten de kerntaken. Zij zijn vaker actief op het punt van status aparte-producten, kraamzorg enzovoorts. Zij voeren frequenter overleg met andere zorgaanbieders dan andere instellingen dat doen en zijn vaker actief op het terrein van vernieuwingen in de thuiszorg.

839 In instellingen in de laagste klassen zijn kwaliteitssystemen iets vaker afwezig of nog in ontwikkeling. Zorgteams zijn groter en er wordt minder gestuurd op normen en waarden, output en werkprocessen. De directe aansturing door leidinggevendenden is minder groot. Wel wordt er meer op consensus gestuurd.

840 In een aantal andere opzichten echter lijken de instellingen in de minst hoge klasse juist sterk op beheersing gericht, met name in het financieel beleid. Mogelijk speelt voor hen meer dan voor best practice-instellingen de noodzaak om zeer uitgebreide managementinformatie te verzamelen en financiële controlesystemen te onderhouden. Overigens is de frequentie van managementinformatie niet hoger.

841 Op het punt van het personeelsbeleid valt op dat in instellingen in de minst hoge klasse iets vaker een arbojaarplan en –jaarverslag onderdeel vormt van de systeemkwaliteit. Mogelijk komt dit omdat het ziekteverzuim bij deze instellingen hoger is, zodat het inzetten van een arboplan als noodzakelijker wordt ervaren dan in andere instellingen.

842 Anderzijds geven instellingen in de minst hoge klasse aan dat zij minder instrumenten voor behoud van personeel inzetten, mogelijk omdat zij dit zich financieel niet kunnen permitteren. Bij ziekte is er minder vaak reservecapaciteit beschikbaar.

843 De leden van de klankbordgroep hebben opgemerkt dat instellingen in de laagste klasse in een vicieuze cirkel lijken te geraken. Zij hebben niet de financiële mogelijkheden om medewerkers te werven en te behouden en zijn genooddaakt om strikte beheersingsmaatregelen te nemen. Bovendien is er bij ziekte minder reservecapaciteit beschikbaar. Daardoor worden zij voor medewerkers minder aantrekkelijk. Het verloop is groter, waardoor het nog moeilijker wordt om medewerkers te werven, enzovoorts.

Deel III: Toekomstperspectief benchmarking

9 Toekomstige herhaling benchmark-onderzoek vergt borging toegevoegde waarde voor alle betrokkenen

901 In dit afsluitende hoofdstuk worden enkele aanbevelingen geformuleerd die betrekking hebben op toekomstige benchmarkonderzoeken en aspecten die daarvoor relevant zijn. Als algemene conclusie mag gelden dat de benchmark thuiszorg 2000 de transparantie in de sector heeft vergroot en belangrijke inzichten heeft gegenereerd die aanknopingspunten voor verbetermaatregelen kunnen bieden. Blijvende meerwaarde van benchmarking is echter gelegen in een regelmatige actualisatie van de aangereikte spiegelinformatie. Op deze wijze kunnen effecten van verbetermaatregelen worden getoetst.

902 Een blijvende borging van de toegevoegde waarde van de benchmark vraagt inspanning van zowel de instellingen, de brancheorganisaties, de rijksoverheid, cliëntenorganisaties en zorgverzekeraars. Voor elk van deze partijen gelden specifieke aandachtspunten. In dit hoofdstuk zijn aandachtspunt opgenomen voor respectievelijk de instellingen, de brancheorganisaties en de rijksoverheid. Daaraan voorafgaand worden enige onderzoekstechnische aanbevelingen benoemd.

Onderzoekstechnische aanbevelingen

903 Een procedurele evaluatie van de cliëntenraadpleging heeft aangetoond dat in het logistieke traject van de raadpleging verbeteringen aan te brengen zijn. Zo zal het nut en kosten-effectiviteit van een vooraankondiging moeten worden heroverwogen. Verder zal onderzocht dienen te worden op welke wijze het mogelijk is om met inachtneming van de privacywetgeving, de rappelbrieven voor de retournering van de vragenlijsten op naam te versturen en te registreren wie wel, en wie niet responderen. De instructie voor de supportdesk dient te worden geconcretiseerd.

904 Inhoudelijk zal bij de uitvoering van de cliëntenraadpleging moeten worden onderzocht of het mogelijk is om bij de steekproeftrekking een selectie te maken van cliënten naar ontvangen zorgproduct. Het cliëntoordeel kan dan worden gerelateerd aan het product dat men heeft ontvangen, zodat instellingen gericht maatregelen tot kwaliteitsverbetering kunnen nemen. Daarnaast achten wij differentiatie naar product van belang in het licht van de modernisering AWBZ, waar een vertaling van productie naar functies zal worden gemaakt. Thuiszorginstellingen kunnen zich in de nieuwe situatie meer dan nu het geval is richten op één of meer specifieke functies. Een vergelijking van het cliëntoordeel per functie past daarbij beter dan een algemeen cliëntoordeel.

905 Ten slotte zal moeten worden gezien op welke wijze de benchmark en de kwaliteitsverbetertrajecten optimaal kunnen profiteren van de in de cliëntenraadpleging verzamelde gegevens zonder de doelstellingen van beide trajecten te vermengen. Zo heeft de Stichting Cliënt & Kwaliteit de wens geuit om analyses uit te voeren op het niveau van de RPCP-rayons.

906 De resultaten van het onderzoek maatschappelijke waardering, hoe verkennend van aard ook, bieden naar ons oordeel reeds nu interessante aanknopingspunten op sectorniveau. Wij achten het dan ook de moeite waard om te onderzoeken hoe de respons in dit onderzoek kan worden verhoogd. Een grotere bekendheid zal daaraan kunnen bijdragen. Vooral echter zal een oplossing gevonden moeten worden voor het feit dat respondenten afzien van deelname aan het onderzoek omdat zij de anonimiteit onvoldoende gewaarborgd vinden. Indien een respondentencategorie wordt vertegenwoordigd door slechts een instantie in de regio, zal deze instantie al snel herkenbaar zijn in het onderzoek.

907 Wij achten het zinvol om te onderzoeken of het mogelijk is om voor de bouwsteen maatschappelijke waardering in een volgende benchmark niet opnieuw een vragenlijst in te zetten, maar te komen tot bijvoorbeeld een panelbijeenkomst per regio. In een situatie van ketenzorg waar partijen door een grote mate van onderlinge afhankelijkheid op elkaar zijn aangewezen, sluit een dergelijke vorm mogelijk meer aan bij professioneel management dan een vragenlijst.

908 Uit de benchmark is gebleken dat het bedrijfsvoeringsonderzoek in ieder geval op sectorniveau niet tot krachtige analyses kan leiden. Er is onvoldoende sprake van een kenmerkend patroon voor de bedrijfsvoering van best practice-instellingen. Wij bevelen aan om na te gaan of de individuele instellingen de resultaten van het bedrijfsvoeringsonderzoek als voldoende bruikbaar ervaren. Aan de hand van deze bevindingen kan dan worden nagegaan welke verdere aanpassingen er in het bedrijfsvoeringsonderzoek moeten worden doorgevoerd.

909 Het verdient aanbeveling om de verschillende onderdelen van de benchmark over eenzelfde meetperiode toe te passen. De meeste meerwaarde wordt bereikt als de verschillende deelonderzoeken op hetzelfde tijdvak betrekking hebben. Wij merken op dat dit niet impliceert dat de uitvoering van de deelonderzoeken allemaal tegelijkertijd dient plaats te vinden.

910 De ontwikkeling van de ICT-toepassingen in het benchmarkonderzoek zal krachtig moeten worden voortgezet. De kwaliteit en gebruiksvriendelijkheid van de internettoepassingen dient verder te worden verbeterd. Hiermee kan de kosteneffectiviteit van de benchmarkonderzoeken worden bevorderd.

Aanbevelingen voor de thuiszorginstellingen

911 In het benchmarkonderzoek is geconstateerd dat de kwaliteit van de gegevens-aanlevering door de instellingen sterk is verbeterd ten opzichte van de benchmark over 1997. Verdere voortgang kan worden bereikt door gerichte aanpak van enkele onderdelen waar minder verbetering is geconstateerd. Gedacht kan worden aan de registratie van de productie-voorwaardelijke uren. Een meer uniforme registratie maakt het mogelijk om ook voor deze uren voor de instellingen onderling vergelijkende analyses te maken en daardoor het inzicht in mogelijke verbetermaatregelen aanmerkelijk te vergroten.

912 Het belang van het uitwisselen van gegevens kan ook op instellingsniveau moeilijk worden overschat. Als schakel in de zorgketen zullen instellingen zich willen prepareren op een toenemende noodzaak om te beschikken over voldoende ICT-mogelijkheden om op een eenvoudige en weinig tijdrovende wijze gegevens uit te wisselen met cliënten of met andere partners in de zorgketen.

912 Gelet op de uitkomsten van de cliëntenraadpleging en het onderzoek maatschappelijke waardering is het voor de instellingen van belang om te investeren in een goede communicatie met regionale partners.

913 Om maximaal gebruik te kunnen maken van de inzichten die de benchmark kan bieden, kunnen instellingen overwegen bijeenkomsten te beleggen om in kleiner verband de benchmark-resultaten door te spreken. Gedacht kan worden aan regionale bijeenkomsten of bijeenkomsten waarin onderling vergelijkbare instellingen (bijvoorbeeld grote instellingen) de benchmark-resultaten onderling vergelijken en uitwisselen.

914 Best practice-instellingen zijn vaak kleine of middelgrote instellingen. Vanuit deze wetenschap kunnen instellingen die overwegen te fuseren, zich bezinnen op mogelijkheden die waarborgen dat de voordelen van kleinere organisaties niet verloren gaan. Grotere instellingen kunnen zich beraden op maatregelen die het mogelijk maken principes van kleinschalig organiseren binnen een grotere organisatie te introduceren.

Aanbevelingen voor de brancheorganisaties

915 De brancheorganisaties LVT en BTN kunnen een belangrijke rol vervullen in het bereiken van een optimaal effect van de benchmark door de communicatie over de resultaten en vervolgactiviteiten te stimuleren. De instellingen kunnen worden gefaciliteerd door de inrichting van een kennisbank bij de brancherorganisaties.

916 Belangrijke meerwaarde voor toekomstige benchmarkonderzoeken kan worden gecreëerd door een onderlinge afstemming van de verschillende benchmarks die in de AWBZ-sectoren worden gehouden. Overleg met de brancheorganisaties in de sectoren verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg is aangewezen. De afstemming van de benchmarkonderzoeken in de thuiszorg en de verpleeg- en verzorgingshuizen klemmt des te meer nu in de sector verpleeg- en verzorgingshuizen de extramurale producten in de benchmark zullen worden betrokken. Over en weer zou geprofiteerd kunnen worden van in de benchmark-onderzoeken opgedane kennis over onderzoeks- en analysemethoden.

917 Er zal afstemming dienen te komen tussen de productomschrijvingen die op dit moment in de sector worden gebruikt en de functie-omschrijvingen die in de gemoderniseerde AWBZ zullen worden gebruikt. Cruciaal daarin is de noodzaak tot koppeling tussen registratie van geïndiceerde zorg en geleverde zorg. Door toekomstbestendige productomschrijvingen te ontwikkelen, kan een belangrijke bijdrage aan de modernisering worden geleverd. De noodzaak om uit te gaan van een productdefinitie waarin het ingezette deskundigheidsniveau bepalend is voor het geleverde product vervalt daarmee. Het geïndiceerde product en het te leveren product zullen in beginsel identiek zijn.

918 In het kader van de ICT-ontwikkeling in de sector is voor de brancheorganisaties een taak weggelegd in het ontwikkelen en vaststellen van de formats waarin de uitwisseling van gegevens plaats zal vinden (externe integratie standaarden). De brancheorganisaties kunnen daartoe overleg initiëren met andere brancheorganisaties, zorgkantoren en ZBO's. Op dit moment wordt circa 2% van het totale budget voor de instellingen besteed aan ICT. Een stijging tot 5% mag, mede gelet op de logistieke productieprocessen die binnen instellingen plaatsvinden, niet als bovenmatig worden beschouwd.

919 De LVT heeft aangegeven de uitbouw van een vraaggestuurd kwaliteitsdenken in de sector te willen faciliteren. Het kwaliteitsdenken, zoals dat bijvoorbeeld tot uiting komt in het INK-model, kan verder in de sector worden geïntroduceerd. Hierbij beschouwen wij het als een voordeel dat de conceptuele opzet van het thans beschikbare benchmarkanalysemodel in lijn ligt met de opzet en inrichting van het INK-model. Een verdere introductie van dit kwaliteitsdenken binnen de thuiszorg kan, in het verlengde van periodieke benchmarking, als complementair worden beschouwd.

920 De brancheorganisaties kunnen een initiërende rol spelen bij de aanpak van het ziekteverzuim. Verantwoord terugdringen van het ziekteverzuim zal een duidelijk effect hebben op zowel de doelmatigheid als de kwaliteit van zorg.

921 Ten aanzien van de te voeren discussie over de tarieven is het van belang te onderkennen dat de huidige benchmarkresultaten weliswaar een gedegen inzicht geven in de directe kosten, maar dat nog weinig inzicht bestaat in de samenstelling en cost drivers van de indirecte kosten. Aangezien de indirecte kosten nagenoeg 50% van het totale thuiszorgbudget uitmaken, is het aan te bevelen om in de komende periode nader onderzoek te doen. Door bijvoorbeeld het uitvoeren van een activity based costing-onderzoek bij een aantal (best practice) instellingen kunnen indirecte kosten op een meer analytisch onderbouwde wijze gericht worden toegerekend aan de producten waarvoor de kosten daadwerkelijk volgens het veroorzakings-principe worden gemaakt, in plaats van de generieke toerekening die op dit moment plaatsvindt. Daarnaast kunnen de branche-organisaties een uniforme registratie van indirecte kosten door de instellingen stimuleren waardoor de onderlinge vergelijkbaarheid van de instellingen ook ten aanzien van deze kosten wordt bevorderd.

922 Te overwegen is om in een volgend benchmarkonderzoek niet alleen uit te gaan van een vergelijking met instellingen binnen de sector, maar ook gebruik te maken van externe benchmarks. Gedacht kan worden aan instellingen of bedrijven die op onderdelen te maken hebben met processen die vergelijkbaar zijn met die van thuiszorginstellingen, zoals uitzendbureaus en bedrijven die zich toeleggen op de verhuur van producten.

Aanbevelingen voor de rijksoverheid

923 Een AWBZ-brede benchmark zou – met inachtneming van de specifieke cliënt-perspectieven per sector – in het licht van een gemoderniseerde AWBZ voor de hand liggend zijn. De functionele aanspraken en afstemming zullen voor alle AWBZ-sectoren immers het uitgangspunt dienen te zijn. De overheid kan de totstandkoming van een AWBZ-brede benchmark bevorderen. Hierbij dient te worden onderkend dat het bevorderen van marktwerking de bereidheid van instellingen om zeer gedetailleerd bedrijfsvoerings en kostengegevens ten behoeve van benchmarking aan te leveren, op termijn mogelijk kan ondermijnen.

924 Voor de rijksoverheid is een duidelijke rol weggelegd als het gaat om het bevorderen van een optimaal gebruik van de benchmarkresultaten. Het binnen de gemaakte afspraken faciliteren van communicatie over de benchmarkresultaten kan daar een onderdeel van zijn.

925 In het kader van de discussie over outputfinanciering is het voor de rijksoverheid van belang om ruimte te scheppen voor een vraaggestuurde definitie van te leveren output in plaats van een output die wordt gedefinieerd door het deskundigheidsniveau dat de zorgaanbieder inzet.

926 De totstandkoming van een – functiegerichte – AWBZ-brede zorgregistratie is ook voor benchmarking een belangrijke voorwaarde. Koppeling tussen indicatie- en zorgleveringsgegevens is van belang om bijvoorbeeld de effecten van omgevingsfactoren te kunnen inschatten en om te kunnen nagaan in hoeverre thuiszorginstellingen er in slagen om de geïndiceerde zorg daadwerkelijk te leveren.

927 Zoals eerder aangegeven wordt op dit moment 2% van het budget in de thuiszorg besteed aan ICT. Gezien de cruciale betekenis van ICT in de informatievoorziening aan cliënten en het afleggen van verantwoording van de besteding van publieke middelen, zou uitbreiding tot bijvoorbeeld 5% niet buiten proportie zijn. Er is voor de overheid een randvoorwaarde scheppende rol weggelegd om een adequate gegevensuitwisseling door gebruik te maken van moderne ICT in de thuiszorg te stimuleren.

928 Benchmarking kan bijdragen aan verbetering van de doelmatigheid en de kwaliteit van thuiszorginstellingen. Vanuit dat perspectief is te overwegen om incentives te ontwikkelen voor instellingen die goed presteren.

Bijlagen

A Bouwstenen CTG-tarieven

Tabel A-1: Kosten per betaalluur medewerkers opgenomen in de salarisadministratie

Functiegroep	Sector	Best practice	Best practice per cluster					
			I	II	III	IV	V	VI
Thuishulp A	23,32	22,85	20,59	25,36	22,10	33,55	24,82	22,28
Verzorgingshulp B	27,01	26,75		29,32	26,02		27,96	27,81
Verzorgende C	29,86	29,56	24,71	31,99	30,75		29,32	29,17
Verzorgende D	33,35	32,45		35,96	29,58	33,54		34,73
Gespecialiseerd verzorgende E	32,69	33,57		35,22	34,20		34,61	32,40
Wijkziekenverzorgende	33,87	35,02		35,20	35,46	34,51		
Wijkverpleegkundige	37,37	36,85	33,07	40,40	34,92	39,81		
Wijkverpleegkundige met aantekening	44,04	39,71		44,08	38,89	39,89		
Medewerk(st)er dagverzorging	30,32	40,23			42,01			24,91

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

Tabel A-2: Productiviteit medewerkers opgenomen in de salarisadministratie

Functiegroep	Sector	Best practice	Best practice per cluster					
			I	II	III	IV	V	VI
Thuishulp A	70,3%	74,5%	80,9%	74,4%	72,9%	59,5%	76,3%	73,7%
Verzorgingshulp B	65,8%	67,4%		73,0%	68,2%		75,5%	65,2%
Verzorgende C	61,8%	67,6%	79,7%	70,2%	62,8%		73,2%	70,3%
Verzorgende D	54,4%	55,1%		62,8%	52,2%	59,5%		57,1%
Gespecialiseerd verzorgende E	55,7%	58,9%		54,1%	57,1%		68,3%	60,4%
Wijkziekenverzorgende	48,0%	52,9%		55,9%	52,2%	53,6%		
Wijkverpleegkundige	43,0%	48,0%	75,0%	54,0%	43,4%	53,5%		
Wijkverpleegkundige met aantekening	38,5%	48,1%		43,2%	56,1%	46,3%		
Medewerk(st)er dagverzorging	71,2%	93,6%			95,0%			81,3%

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

Tabel A-3: Kosten per contactuur medewerkers opgenomen in de salarisadministratie

Functiegroep	Sector	Best practice	Best practice per cluster					
			I	II	III	IV	V	VI
Thuishulp A	33,19	30,66	25,46	34,11	30,30	56,40	32,53	30,22
Verzorgingshulp B	41,07	39,71		40,18	38,17		37,05	42,68
Verzorgende C	48,35	43,73	30,99	45,55	48,92		40,04	41,51
Verzorgende D	61,26	58,84		57,26	56,69	56,40		60,79
Gespecialiseerd verzorgende E	58,67	56,98		65,04	59,90		50,70	53,61
Wijkziekenverzorgende	70,49	66,25		62,94	67,90	64,45		
Wijkverpleegkundige	86,90	76,78	44,12	74,85	80,55	74,38		
Wijkverpleegkundige met aantekening	114,53	82,63		101,98	69,33	86,22		
Medewerk(st)er dagverzorging	42,55	42,98			44,21			30,63

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

Tabel A-4: Kosten per betaalluur ingehuurde medewerkers

Functiegroep	Sector	Best practice	Best practice per cluster					
			I	II	III	IV	V	VI
Alphahulp	16,24	16,33	16,36	16,42	16,24		16,38	16,50
Thuishulp A	38,48	37,96		59,84	31,58			39,55
Verzorgingshulp B	42,11	42,79			30,41		62,14	41,85
Verzorgende C	47,84	45,81	32,30	59,98	45,60			48,48
Verzorgende D	50,32	53,38						53,38
Gespecialiseerd verzorgende E	55,67	55,37						55,37
Wijkziekenverzorgende	53,81	62,20			61,17	51,87		82,20
Wijkverpleegkundige	56,55	64,10	42,08	60,00	65,39	65,16		93,00
Wijkverpleegkundige met aantekening	79,11							
Medewerk(st)er dagverzorging	38,41							

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

Tabel A-5: Productiviteit ingehuurde medewerkers

Functiegroep	Sector	Best practice	Best practice per cluster					
			I	II	III	IV	V	VI
Alphahulp	98,8%	99,0%	100,0%	100,0%	99,0%		98,6%	99,0%
Thuishulp A	97,4%	99,1%		100,0%	95,5%			100,0%
Verzorgingshulp B	94,5%	96,2%			98,3%		85,3%	98,3%
Verzorgende C	94,6%	98,8%	100,0%	88,7%	97,5%			100,0%
Verzorgende D	93,2%	100,0%						100,0%
Gespecialiseerd verzorgende E	97,2%	100,0%						100,0%
Wijkziekenverzorgende	90,5%	93,9%			98,5%	78,8%		100,0%
Wijkverpleegkundige	89,6%	94,1%	100,0%	74,3%	96,4%	79,2%		100,0%
Wijkverpleegkundige met aantekening	93,2%							
Medewerk(st)er dagverzorging	96,5%							

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

Tabel A-6: Kosten per contactuur ingehuurde medewerkers

Functiegroep	Sector	Best practice	Best practice per cluster					
			I	II	III	IV	V	VI
Alphahulp	16,45	16,50	16,36	16,42	16,41		16,61	16,67
Thuishulp A	39,49	38,30		59,84	33,05			39,55
Verzorgingshulp B	44,57	44,47			30,94		72,87	42,58
Verzorgende C	50,58	46,39	32,30	67,61	46,77			48,48
Verzorgende D	53,98	53,38						53,38
Gespecialiseerd verzorgende E	57,24	55,37						55,37
Wijkziekenverzorgende	59,43	66,24			62,07	65,83		82,20
Wijkverpleegkundige	63,13	68,09	42,08	80,79	67,84	82,24		93,00
Wijkverpleegkundige met aantekening	84,89							
Medewerk(st)er dagverzorging	39,80							

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

Tabel A-7: Kosten per betaaluur medewerkers opgenomen in de salarisadministratie en ingehuurde medewerkers

Functiegroep	Sector	Best practice	Best practice per cluster					
			I	II	III	IV	V	VI
Alphahulp	16,24	16,33	16,36	16,42	16,24		16,38	16,50
Thuishulp A	24,88	23,48	20,59	25,37	22,32	33,55	24,82	24,03
Verzorgingshulp B	27,73	27,77		29,32	26,12		35,47	29,31
Verzorgende C	30,93	30,15	24,95	32,24	31,30		29,32	29,97
Verzorgende D	34,43	33,01		35,96	29,58	33,54		35,69
Gespecialiseerd verzorgende E	32,99	34,05		35,22	34,20		34,61	33,74
Wijkziekenverzorgende	35,48	35,68		35,20	36,36	34,80		82,20
Wijkverpleegkundige	39,01	37,81	34,48	41,03	36,24	40,16		93,00
Wijkverpleegkundige met aantekening	46,62	39,71		44,08	38,89	39,89		
Medewerk(st)er dagverzorging	30,56	40,23			42,01			24,91

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

Tabel A-8: Productiviteit medewerkers opgenomen in de salarisadministratie en ingehuurde medewerkers

Functiegroep	Sector	Best practice	Best practice per cluster					
			I	II	III	IV	V	VI
Alphahulp	98,8%	99,0%	100,0%	100,0%	99,0%		98,6%	99,0%
Thuishulp A	73,1%	75,5%	80,9%	74,4%	73,4%	59,5%	76,3%	76,4%
Verzorgingshulp B	67,1%	69,2%		73,0%	68,8%		77,6%	68,7%
Verzorgende C	63,7%	68,7%	80,4%	70,4%	64,1%		73,2%	71,5%
Verzorgende D	56,9%	56,3%		62,8%	52,2%	59,5%		59,3%
Gespecialiseerd verzorgende E	56,3%	59,8%		54,1%	57,1%		68,3%	62,8%
Wijkziekenverzorgende	51,5%	54,1%		55,9%	53,8%	54,0%		100,0%
Wijkverpleegkundige	47,0%	49,6%	78,9%	54,6%	45,6%	53,9%		100,0%
Wijkverpleegkundige met aantekening	42,5%	48,1%		43,2%	56,1%	46,3%		
Medewerk(st)er dagverzorging	72,0%	93,6%			95,0%			81,3%

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

Tabel A-9: Kosten per contactuur medewerkers opgenomen in de salarisadministratie en ingehuurde medewerkers

Functiegroep	Sector	Best practice	Best practice per cluster					
			I	II	III	IV	V	VI
Alphahulp	16,45	16,50	16,36	16,42	16,41		16,61	16,67
Thuishulp A	34,05	31,08	25,46	34,12	30,39	56,40	32,53	31,46
Verzorgingshulp B	41,30	40,13		40,18	37,94		45,70	42,67
Verzorgende C	48,55	43,87	31,04	45,81	48,80		40,04	41,92
Verzorgende D	60,50	58,58		57,26	56,69	56,40		60,15
Gespecialiseerd verzorgende E	58,64	56,92		65,04	59,90		50,70	53,77
Wijkziekenverzorgende	68,92	66,25		62,94	67,53	64,48		82,20
Wijkverpleegkundige	83,03	76,20	43,71	75,11	79,39	74,54		93,00
Wijkverpleegkundige met aantekening	109,75	82,63		101,98	69,33	86,22		
Medewerk(st)er dagverzorging	42,44	42,98			44,21			30,63

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

Tabel A-10: Aandeel functiegroepen in product verzorging

Functiegroep	CTG	Sector	Best practice	Best practice per cluster					
				I	II	III	IV	V	VI
Verzorgingshulp B	43,0%	40,2%	35,3%		34,8%	40,9%		40,7%	33,3%
Verzorgende C	40,0%	38,2%	56,9%	100,0%	64,3%	53,0%		59,3%	55,9%
Verzorgende D	17,0%	21,6%	7,8%		0,9%	6,1%	100%		10,8%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

Tabel A-11: Aandeel functiegroepen in product verpleging

Functiegroep	CTG	Sector	Best practice	Best practice per cluster					
				I	II	III	IV	V	VI
Wijkziekenverzorgende	45,0%	44,8%	41,0%		73,8%	40,5%	42,9%		74,4%
Wijkverpleegkundige	55,0%	55,2%	59,0%	100,0%	26,2%	59,5%	57,1%		25,6%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

B Productie en kosten status aparte-producten geïnventariseerd

Uit de geïnventariseerde gegevens met betrekking tot status aparte blijkt dat er verschillen bestaan tussen de afzonderlijke betrouwbaarheidscategorieën, gegevens op basis van harde feiten, onderbouwde schatting en globale schatting, die de instellingen bij het invullen van de gegevens hebben gehanteerd. De variantie tussen de uitkomsten van de betrouwbaarheidscategorieën is te groot om de gegevens van de verschillende categorieën te kunnen salderen. Aangezien minder dan de helft van het aantal instellingen de gegevens op harde feiten baseert, is voor het verkrijgen van meer betrouwbare data van de sector nader onderzoek vereist. Tabel B-1 geeft het aantal instellingen per betrouwbaarheidscategorie weer.

Tabel B-1: Aantal instellingen waarvan de kosten van status aparte-producten zijn geïnventariseerd, per betrouwbaarheidscategorie van de kostenopgave

Product	Aantal instellingen per betrouwbaarheidscategorie			
	Harde feiten	Onderbouwde schatting	Globale schatting	Totaal
Ouder- en kindzorg	29	27	3	59
Voedingsvoorlichting en dieetadvisering	28	26	3	57
Gezondheidsvoorlichting en opvoeding	16	17	5	38

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

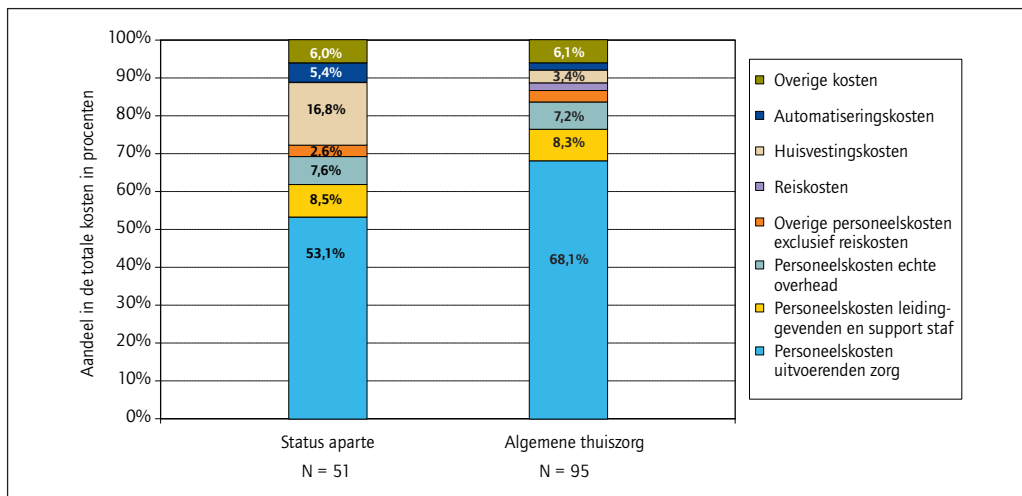
In tabel B-2 is de kostenstructuur van de status aparte weergegeven. Acht instellingen hebben wij buiten beschouwing moeten laten wegens het ontbreken van een specificatie van de kosten. Daarmee resteren 51 instellingen in de analyse van de kostenstructuur.

Tabel B-2: Kostenstructuur status aparte-producten

Categorie	Sector
Personeelskosten uitvoerenden zorg	53,1%
Personeelskosten leidinggevenden en support staff	8,5%
Personeelskosten echte overhead	7,6%
Overige personeelskosten inclusief reiskosten	2,6%
Huisvestingskosten	16,8%
Automatiseringskosten	5,4%
Overige kosten	6,0%
Totaal	100%

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

Figuur B-1: Kostenstructuur status aparte in relatie tot kostenstructuur algemene thuiszorg

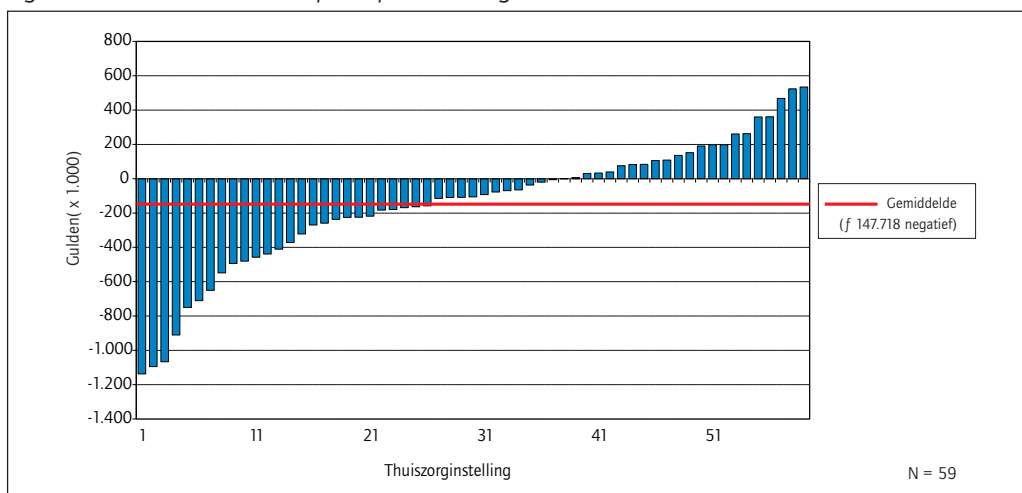


Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

Uit de kostenstructuur van status aparte blijkt dat aan alle kostencategorieën kosten zijn toegerekend. In relatie tot de kostenstructuur van de algemene thuiszorg blijkt dat een kleiner aandeel van de kosten aan personeelskosten uitvoerenden zorg wordt besteed. Zoals verwacht mag worden op grond van de activiteiten (met name consultatiebureau-werkzaamheden) is het aandeel van de huisvestingskosten status aparte (16,8%) substantieel hoger dan die bij de algemene thuiszorg (3,4%). De overige kostencategorieën komen procentueel vrijwel overeen met die van de algemene thuiszorg. De kosten van status aparte in relatie tot de kostenstructuur van de algemene Kruis zorg geeft geen aanleiding om een nuancering te maken bij de aan deze activiteiten toegerekende kosten.

In figuur B2 is het resultaat per instelling van status aparte weergegeven. Hieruit blijkt dat meer dan de helft van de instellingen in 2000 een negatief resultaat op deze activiteit heeft behaald. Het gemiddelde negatieve resultaat van de deelnemende instellingen was 147.718,- gulden.

Figuur B-2: Resultaat status aparte per instelling



Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

Kosten uitleen en transport verpleegartikelen verkend

Behalve productiegegevens voor status aparte-producten zijn ook enkele gegevens inzake de uitleen en het transport van verpleegartikelen geïnventariseerd. Ook ten aanzien van deze gegevens is een indeling gemaakt naar betrouwbaarheidscategorie. In tabel B-3 wordt het aantal instellingen weergegeven, dat per onderscheiden betrouwbaarheidscategorie gegevens heeft aangeleverd.

Tabel B-3: Aantal instellingen waarvan de kosten uitleen en transport zijn geïnventariseerd, per betrouwbaarheidscategorie van de opgave

	Aantal instellingen per betrouwbaarheidscategorie			
	Harde feiten	Onderbouwde schatting	Globale schatting	Totaal
Uitleen	21	16	8	45
Transport	29	23	10	62

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

In de tabel B-4 worden respectievelijk de kosten per uitlening en de kosten per transport weergegeven. Uit tabel B-4 blijkt dat de toerekening van de kosten naar uitleen verpleegartikelen en transport naar kosten per uitlening en kosten per transport moeilijk zijn te maken. In veel gevallen zijn in de kolom transport de specifiek aan het transport toe te rekenen kosten opgenomen. Instellingen die de uitleen van verpleegartikelen (inclusief transport) aan derden hebben uitbesteed kunnen in veel gevallen geen onderscheid maken naar kosten uitlening en transport. De kosten zijn in dat geval opgenomen in de kolom uitlening. Hierdoor is de relatie met de CTG-tarieven per product moeilijk te maken.

Tabel B-4: Kosten per uitlening en transport per betrouwbaarheidscategorie

	Kosten per betrouwbaarheidscategorie (in guldens)		
	Harde feiten	Onderbouwde schatting	Globale schatting
Kosten per uitleen	52,07	51,20	45,84
Kosten per transport	38,88	50,29	36,81

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

In tabel B-5 ten slotte wordt de kostenstructuur per betrouwbaarheidscategorie voor de uitleen van verpleegartikelen (inclusief transport) weergegeven. Het hoge aandeel van de overige kosten in de totale kosten wordt veroorzaakt door de instellingen die de uitleen verpleegartikelen volledig aan derden hebben uitbesteed. De hiermee samenhangende kosten zijn door deze instellingen volledig onder de categorie overige kosten verantwoord.

Getracht zal worden ten behoeve van het CTG aan de hand van de beschikbare gegevens bouwstenen aan te leveren voor de tariefbepaling. Verwacht wordt dat voor een zuiverder kostprijsberekening nader onderzoek is vereist.

Tabel B-5: Kostenstructuur uitleen van verpleegartikelen (inclusief transport)

Categorie	Kostenstructuur uitleen en transport (sector)
Personeelskosten uitvoerenden zorg	27,0%
Personeelskosten leidinggevenden en support staff	4,9%
Personeelskosten echte overhead	3,5%
Overige personeelskosten exclusief reiskosten	0,9%
Reiskosten	0,9%
Huisvestingskosten	10,1%
Automatiseringskosten	1,3%
Overige kosten	51,4%
Totaal	100%

Bron: Analyse benchmarkgegevens thuiszorginstellingen 2000

C Betrouwbaarheidscoëfficiënten kwaliteitsdimensies cliëntenraadpleging

De betrouwbaarheid van de verschillende hoofddimensies en dimensies van kwaliteit van thuiszorg kan worden vastgesteld aan de hand van betrouwbaarheidscoëfficiënten. Dit is afzonderlijk gedaan voor de belangvragenlijst en de ervaringenvragenlijst. Tabel A-1 geeft een overzicht van de waarden van de betrouwbaarheidscoëfficiënten (Cronbach's alpha) en de aantallen kwaliteitsaspecten die tot elke dimensie behoren. Een alpha-waarde van 0.80 of hoger wijst op een goede betrouwbaarheid. Een alpha-waarde van tussen de 0.70 en 0.80 wijst op een betrouwbaarheid die als 'voldoende' kan worden gekwalificeerd. Een alpha-waarde van tussen 0.60 en 0.70 wijst op een acceptabele betrouwbaarheid en een alpha van minder dan 0.60 wijst op een betrouwbaarheid die als 'onvoldoende' moet worden gekenschetst.

Tabel C-1: Hoofddimensies en dimensies van kwaliteit van thuiszorg; aantal kwaliteitsaspecten en betrouwbaarheidscoëfficiënten

(Hoofd)dimensie	Aantal kwaliteitsaspecten	Betrouwbaarheid	
		Belang	Ervaringen
Inhoud:	18	0.84	0.86
• Bejegening	5	0.70	0.72
• Deskundigheid	6	0.66	0.83
• Autonomie	7	0.71	0.66
Organisatie:	27	0.89	0.90
• Toegankelijkheid	10	0.77	0.73
• Continuïteit	6	0.72	0.78
• Communicatie	11	0.80	0.78
Hulpmiddelen	5	0.80	0.49
Totaal	50	0.93	0.94

Bron: Nivel

D Cliëntenraadpleging; de scoretoekenning aan de kwaliteitsaspecten

Om bij een kwaliteitsaspect een numerieke waarde toe te kennen aan de antwoordcategorieën kan worden uitgegaan van een bepaalde frequentieverdeling van de respondenten op een achterliggend continuüm. Het meest voor de hand ligt de normale verdeling.

Van ieder kwaliteitsaspect in de vragenlijst '*Kwaliteit van thuiszorg volgens cliënten*' is een frequentieverdeling berekend. Door te sommeren over alle vijftig kwaliteitsaspecten, wordt het gemiddeld percentage respondenten dat het betreffende antwoord heeft aangekruist verkregen. Op basis van deze proporties kunnen vervolgens de categorie-schaalwaarden worden uitgerekend; dit zijn de afgeronde z-scores die horen bij de categoriemiddens. Deze z-scores kunnen dan worden getransformeerd naar waarden tussen de 1 en 10 (Swanborn, 1982). We lichten dit toe voor zowel de ervaringenvragenlijst als voor de belangvragenlijst.

Bij de ervaringenvragenlijst kiest gemiddeld 7% van de respondenten voor antwoordcategorie 1 ('geen kwaliteit'), gemiddeld 6% kiest voor antwoordcategorie 2 ('twijfel, waarschijnlijk geen kwaliteit'), gemiddeld 25% kiest voor antwoordcategorie 3 ('twijfel, waarschijnlijk wel kwaliteit') en gemiddeld 62% kiest voor antwoordcategorie 4 ('wel kwaliteit'). Op basis van deze proporties kan de cumulatieve verdeling van deze proporties worden opgesteld en kunnen de categorie-middens behorende bij deze cumulatieve proporties worden vastgesteld. Via een omrekeningstabel kunnen, uitgaande van een normale verdeling, de afgeronde z-scores die horen bij deze categorie-middens worden opgezocht. Daarna worden de twee uiterste z-scores op respectievelijk 1 en 10 gesteld en worden de twee middelste z-scores getransformeerd naar waarden tussen de 1 en 10.

Tabel D-1: Omrekening categoriewaarden ervaringenvragenlijst

	Categorieën			
	1	2	3	4
Proportie	0.07	0.06	0.25	0.62
Cumulatieve proportie	0.07	0.13	0.38	1.00
Categoriemiddelen	0.035	0.10	0.255	0.69
Categorie-schaalwaarde	-1,8	-1,3	-0,66	0,50

Bron: Nivel

De waarde -1,8 wordt op 1 gesteld; de waarde 0,50 krijgt de waarde 10 toegewezen. Via transformatie kan worden uitgerekend dat categorie '2' de waarde $1 + ((0,5/2,3) \times 9) = 3,0$ krijgt. De waarde '3' krijgt de omgerekende z-score van $3,0 + ((0,64/2,3) \times 9) = 5,5$.

Bij de belangvragenlijst kiest gemiddeld 5% van de respondenten voor antwoordcategorie 1 ('niet belangrijk'), gemiddeld 12% kiest voor antwoordcategorie 2 ('eigenlijk wel belangrijk'), gemiddeld 56% kiest voor antwoordcategorie 3 ('belangrijk') en gemiddeld 27% kiest voor antwoordcategorie 4 ('van het allergrootste belang'). Via dezelfde procedure als hierboven omschreven bij de ervaringsscores kunnen vervolgens via een z-transformatie de nieuwe schaalwaarden worden uitgerekend.

Tabel D-2: Omrekening categoriewaarden belangvragenlijst

	Categorieën			
	1	2	3	4
Proportie	0.05	0.12	0.56	0.27
Cumulatieve proportie	0.05	0.17	0.73	1.00
Categoriemiddelen	0.025	0.11	0.45	0.86
Categorie-schaalwaarde	-1,96	-1,23	-0,13	1,10

Bron: Nivel

De waarde -1,96 wordt op 1 gesteld; de waarde 1,10 krijgt de waarde 10 toegewezen. Via transformatie kan worden uitgerekend dat categorie '2' de waarde $1 + ((0,73/3) \times 9) = 3,1$ krijgt. De waarde '3' krijgt de omgerekende z-score van $3,1 + ((1,10/3) \times 9) = 6,4$

Referentie:

- Swanborn PG. Schaaltechnieken; theorie en praktijk van acht eenvoudige procedures. Meppel: Boom, 1982

E Toelichting multi-level analyse cliëntenraadpleging

Voor iedere cliënt zijn tien schaalscores berekend. Bij de berekening van deze schaalscores is er rekening mee gehouden dat de schalen 'toegankelijkheid', 'continuïteit' en 'communicatie' ieder uit twee subschalen bestaan. Voor de schaal 'toegankelijkheid' zijn dit de subschalen 'beschikbaarheid' en 'bereikbaarheid'; voor de schaal 'continuïteit' zijn dit de subschalen 'planning' en 'samenwerking' en voor de schaal 'communicatie' zijn dit de subschalen 'informatievoorziening' en 'overleg mantelzorgers'. Schaalscores zijn berekend door per kwaliteitsaspect iedere 'ervaring' score met de 'belang' score te vermenigvuldigen, vervolgens te sommeren en te delen door de som van de belangsscores van de items. Om een schaalscore te krijgen is als eis gesteld dat een cliënt een minimum aantal items moet hebben beantwoord. Dit minimum aantal verschilt van schaal tot schaal (hulpmiddelen=3, bejegening=4, deskundigheid=3, autonomie=4, beschikbaarheid=3, bereikbaarheid=3, planning=2, samenwerking=1, informatie=4, mantelzorg=1). De aldus geconstrueerde 10 schalen vormen het uitgangspunt van het multivariate multi-level model. Voor deze analyses is het niet noodzakelijk dat een cliënt op alle schalen een valide score heeft.

Het multivariate multi-level regressie model (Goldstein en Spiegelhalter, 1996; Goldstein en Healy, 1995; Snijders en Bosker, 1999) kent de navolgende structuur. De data hebben drie niveaus van clustering: op het hoogste niveau (1) de thuiszorg instellingen, genest hierbinnen (2) de cliënten en op het laagste niveau (3) de schalen genest binnen de cliënt. Het vaste deel van het model bestaat uit tien indicator variabelen, welke het gemiddelde oordeel van de cliënten op de tien schalen schat. Verder bestaat het vaste deel uit vier controle variabelen (geslacht, leeftijd, woonsituatie en opleiding) die tot doel hebben te controleren voor verschil in samenstelling van de instellingspopulaties op deze kenmerken. De variabele geslacht maakt onderscheid tussen mannen en vrouwen, leeftijd kent drie categorieën (0-49, 50-74, 75 plus), woonsituatie onderscheidt alleenstaanden en samenwonenden en opleiding bestaat uit een categorie 'laag' versus 'hoog'.

Omdat we veronderstellen dat de effecten van deze controle variabelen verschillend zijn voor de tien schalen, wordt voor iedere schaal een zelfstandig effect geschat. We krijgen dus tien verschillende effecten voor geslacht, alsook voor leeftijd, woonsituatie en opleiding. Voordat de controle variabelen aan het model worden toegevoegd zijn ze eerst gecentreerd, door het steekproefgemiddelde voor die variabele af te trekken van de score; dit gebeurt voor iedere schaal apart (het aantal cliënten per schaal is niet steeds constant).

In het random deel van het model wordt de variantiestructuur gemodelleerd. Deze structuur weerspiegelt het theoretisch model dat de cliëntenoordelen inzichtelijk maakt. Het model bestaat uit zeven dimensies (hulpmiddelen, bejegening, deskundigheid, autonomie, toegankelijkheid, continuïteit en communicatie). De opdeling van de dimensies die samen de 'organisatie' dimensie vormen in onderliggende thema's (bereikbaarheid, beschikbaarheid, planning, samenwerking, informatievoorziening, overleg mantelzorgers) zijn zowel op het instellings- als het cliënteniveau gemodelleerd middels een volledige variantie / covariantie structuur.

Nadat het model is doorgerekend wordt voor iedere instelling voor elke dimensie een residu (instellings-afwijking van het dimensie-gemiddelde) berekend met bijbehorende residuele variantie. Het hierbij dus per instelling om zeven residuen. Op basis van de schaalgemiddelden en de residuen worden de relevante instellingsgemiddelden berekend waarop de instellingen worden vergeleken. De varianties worden gebruikt om de betrouwbaarheidsintervallen te berekenen ($1.39 \times$ residuele standaard fout).

Om de instellingen te vergelijken op basis van de zeven dimensies samen (zie figuur 3.17) worden eerst de schaalgemiddelden gemiddeld tot een totaal gemiddelde. Vervolgens wordt per instelling de zeven residuen gemiddeld en bij het totaal gemiddelde opgeteld, dit levert voor iedere instelling een eigen totaal gemiddelde. Om de onzekerheid om te zetten naar een betrouwbaarheidsinterval worden de residuele varianties gemiddeld (hierbij wordt de onderlinge correlatie van de random effecten buiten beschouwing gelaten), daarna omgerekend naar de standaard fout, vervolgens vermenigvuldigd met een factor 1.39 (levert 95% betrouwbaarheidsinterval) en tenslotte opgeteld en afgetrokken van het instellingsgemiddelde.

Vervolgens zijn de instellingen ingedeeld in drie groepen, de hoogst scorende instellingen zijn die instellingen wier betrouwbaarheidsinterval geheel boven het algemene gemiddelde liggen. Dit betekent niet dat het instellingsgemiddelde significant afwijkt van het totale gemiddelde (vermenigvuldigingsfactor voor betrouwbaarheidsinterval wordt dan 1,96). De laagst scorende zijn de instellingen wier interval geheel beneden het algemene gemiddelde liggen. En bij de midden groep valt het algemene gemiddelde binnen het betrouwbaarheidsinterval.

Indien we slechts een deel van het theoretisch model willen gebruiken om de instellingen te vergelijken (bijvoorbeeld organisatie of inhoud) dan worden alleen de relevante schaal gemiddelden en de relevante dimensie residuen en bijbehorende varianties gebruikt.

Referenties:

- Goldstein H, Spiegelhalter DJ. League tables and their limitations: Statistical issues in comparisons of institutional Performance. Journal Royal Statistical Society A, 159, 385-408, 1996.
- Goldstein H, Healy MJR. The graphical presentation of a collection of means. Journal Royal Statistical Society A, 158, 175-177, 1995.
- Snijders T, Bosker R. Multilevel analysis. London: Sage, 1999.

F Samenstelling projectgroep benchmarking thuiszorg

Arcares	mevrouw drs. H. Neuteboom
Branchebelang Thuiszorg Nederland	J.I.M. van de Akker A. Treffers
College Tarieven Gezondheidszorg	D.J. Evelein mevrouw C.S. Termaten
College voor zorgverzekeringen	mevrouw mr. A.M.J. le Cocq d'Armandville
Inspectie voor de Gezondheidszorg	mevrouw drs. M. van Vliet
Landelijke Organisatie Cliëntenraden	R. Beekman
Landelijke Vereniging voor Thuiszorg	drs. W.D. Groot mevrouw drs. J. Oskam mevrouw drs. K.H. van den Oudenalder F.M. van Rooijen mevrouw L. Zuidema (van 1-9-01 tot 1-1-02)
Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie	mevrouw M. van den Burg
Nivel	mevrouw dr. A. Kerkstra dr. H.J.M. Sixma
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	drs. H.M.H. van Lieshout (vanaf 1-9-01) drs. G.M. Warmerdam
PricewaterhouseCoopers N.V. PwC Consulting B.V.	drs. M.L. Lankhaar RA mevrouw Y.E.A.M de Haan (tot 1-10-01) drs. R.J.C. Poerstamper MBA drs. F.J. Schut (vanaf 1-10-2001)
Stichting Cliënt en Kwaliteit	drs. J.J.M. Geraets
Zorgverzekeraars Nederland	mevrouw drs. A.M.T. Klabbers (tot 1-12-01) E.J. Koekoek (vanaf 1-12-01)

G Samenstelling klankbordgroep benchmarking thuiszorg

De ZorgRing	drs. G. Buijs
Landelijke Vereniging voor Thuiszorg	drs. W.D. Groot mevrouw drs. J. Oskam F.M. van Rooijen
Maatzorg	drs. W. van Santen
Nivel	mevrouw dr. A. Kerkstra dr. H.J.M. Sixma
PricewaterhouseCoopers N.V. PwC Consulting B.V.	drs. M.L. Lankhaar RA ir. L. Dijkstra mevrouw drs. A. van Mourik-van Herk drs. R.J.C. Poerstamper MBA drs. F.J. Schut
Thuiszorg Centraal Twente	G.C. Droste QC Q.A.J. Swagerman MHA
Thuiszorg De Zellingen	mevrouw T. van Wijngaarden-van Dieren
Thuiszorg Den Haag	Th. Meuwese
Thuiszorg Gooi en Vechtstreek	drs. G.H.M. Verkerk
Thuiszorg Het Friese Land	mevrouw J. Boetes MBA D. Buursma
Thuiszorg Icare	G.A.M. Spiekermann MSM
Thuiszorg Midden Limburg	drs. P. de Boer
Thuiszorg Oude en Nieuwe Land	B.J.M. Welling
Thuiszorg Walcheren	L.Q. Phernambucq
Zorggroep Almere	A. van Muijen RA
Zorggroep Oost Gelderland	G.C. van de Logt RA

H Samenstelling onderzoeksteam

ir. L. Dijkstra	PwC Consulting
mevrouw Y.E.A.M de Haan	PwC Consulting
mevrouw dr. A. Kerkstra	Nivel
drs. M.L. Lankhaar RA	PricewaterhouseCoopers
mevrouw drs. A. van Mourik-van Herk	PwC Consulting
drs. R.J.C. Poerstamper MBA (eindverantwoordelijk)	PwC Consulting
drs. P.J. de Reus	Economic Programs
drs. F.J. Schut	PwC Consulting
dr. H.J.M. Sixma	Nivel
drs. P. Spreeuwenberg	Nivel
drs. A. Terlouw	PricewaterhouseCoopers
drs. C. van der Veen	Economic Programs
drs. G. van der Veer	Nivel
mevrouw C. Wilkinson MA	PwC Consulting