

Vertrouwen in verantwoorde zorg?

**Effecten van en morele vragen bij het
gebruik van prestatie-indicatoren**

dr H Wollersheim
dr MJ Faber
prof. dr RPTM Grol
dr WJ Dondorp
dr AJ Struijs

Signalering ethiek en gezondheid 2006

CENTRUM VOOR ETHIEK EN GEZONDHEID



Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren

Uitgave van het Centrum voor ethiek en gezondheid

ISBN 90-78301-02-3

Auteursrecht voorbehouden

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:

Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. *Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren*. Signalering ethiek en gezondheid 2006/1, Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2006

U kunt deze publicatie downloaden via www.ceg.nl / www.gr.nl / www.rvz.net

Aan de Staatssecretaris van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Plein van de Verenigde Naties 21
2719 EG Zoetermeer
Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 - 368 73 11
Fax 079 - 362 14 87
E-mail info@ceg.nl
URL www.ceg.nl

Mevrouw de staatssecretaris,

Anders dan voorgaande jaren ontvangt u vanaf nu de signalen van het Centrum voor ethiek en gezondheid (CEG) afzonderlijk en meer verspreid over het jaar. Er is voor deze aanpak gekozen om zo ieder signalement beter tot zijn recht te laten komen. Betere 'timing' en landing verhogen de kans op effectiviteit van ieder signalement in de functie van 'agendasetting' en voeding van het beleidsproces. Dit belang is nog eens onderstreept door de onderzoekers die afgelopen jaar in uw opdracht de evaluatiestudie van het CEG hebben verricht.

Graag bieden wij u hierbij het eerste signalement in deze nieuwe opzet aan: 'Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren'. Het gaat over een belangrijk en actueel thema: de vraag of en hoe via het meetbaar en onderling vergelijkbaar maken van de prestaties van zorginstellingen en zorgverleners niet alleen tegemoet gekomen kan worden aan de roep om meer expliciete publieke verantwoording, maar ook een effectieve verbetering te bereiken valt van de kwaliteit van de gezondheidszorg.

Dat is deels een kwestie van empirische onderbouwing: wat is uit wetenschappelijk onderzoek bekend over de effecten van het publieke gebruik van prestatie-indicatoren in de zorg? Welke hiaten zijn er nog in die kennis? Maar er spelen ook morele vragen. Wat is de uitwerking van externe prikkels in een context die het vooral ook moet hebben van intrinsieke motivatie en vertrouwen? Hoe valt te voorkomen dat het publieke gebruik van prestatie-indicatoren leidt tot onrechtvaardigheid en onevenwichtigheid?

In dit signalement komen zowel de empirische als de morele vragen aan bod. Geconcludeerd wordt dat sprake is van een sociaal experiment met kansen en risico's. Dat

Het CEG is een samenwerkingsverband van de Gezondheidsraad en de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

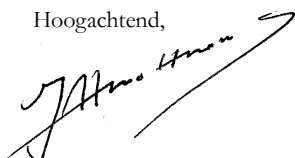
Datum
23 juni 2006
Uw brief van
--
Uw kenmerk
--
Ons kenmerk
CEG/U06-019
Doorkiesnummer
--
Onderwerp
Aanbieding signalement

vraagt om een behoedzame en stapsgewijze aanpak die gepaard gaat met voortdurende evaluatie en effectonderzoek. Belangrijk is in ieder geval dat het publieke gebruik van prestatie-indicatoren deel uitmaakt van een door de betrokken zorgverleners en hun beroepsgroepen gedragen kwaliteitsbeleid. Van hen mag worden verwacht dat ze, nadrukkelijker dan nu soms het geval is, verantwoording en verbetering zien als kernelementen van hun professionele verantwoordelijkheid. De overheid kan daaraan bijdragen door kwaliteitsverbetering niet uitsluitend of in de eerste plaats via externe prikkels te willen afdwingen. Zo kan van beide kanten worden gewerkt aan draagvlak en vertrouwen.

Dit signalement is een gezamenlijke publicatie van de in het CEG samenwerkende raden. Uit interne inventarisaties bij zowel de Gezondheidsraad als de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bleek dat dit onderwerp voor de ethische beleidsagenda van de komende jaren van groot belang werd geacht.

Voor de CEG-signalementen van de Gezondheidsraad fungeert de Beraadsgroep Gezondheidsethiek en -recht als verantwoordelijke commissie. Het voorliggende signalement is tevens beoordeeld door de Beraadsgroep Geneeskunde. Binnen de RVZ is het signalement tijdens de voorbereiding verschillende keren besproken in het Forum van het CEG/RVZ. In zijn vergadering van 18 mei jl is het signalement beoordeeld en vastgesteld door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Hoogachtend,



Prof. dr JA Knottnerus
Voorzitter Gezondheidsraad



Drs MH Meijerink,
Voorzitter Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Het CEG is een samenwerkingsverband van de Gezondheidsraad en de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

Inhoudsopgave

	Samenvatting.....	7
1	Inleiding.....	13
2	Prestatie-indicatoren: begrip en gebruik	17
3	Verwachtingen.....	23
4	Prestatie-indicatoren als meetinstrument	25
5	Effecten en neveneffecten van publieke prestatie-indicatoren..	31
6	Ethische aspecten	43
7	Discussie: verantwoording, kwaliteit en vertrouwen	59
8	Agendapunten	66
	Bijlagen.....	79

Samenvatting

Er is een toenemende druk vanuit de samenleving om meer informatie te krijgen over de kwaliteit van de gezondheidszorg. Sinds enige jaren is dat ook een belangrijke inzet van het overheidsbeleid op dit terrein. Met behulp van zogenoemde 'prestatie-indicatoren' moet de kwaliteit van het aanbod zichtbaar en vergelijkbaar worden gemaakt, zodat voor alle betrokken partijen direct duidelijk is waar de zorg op niveau is en waar die achterblijft. Het doel daarvan is tweeledig: transparantie en kwaliteitsverbetering. De samenleving moet kunnen zien wat er met de in de zorg geïnvesteerde collectieve middelen gebeurt. Dat moet patiënten en verzekeraars wat te kiezen geven en zorgaanbieders en professionals aansporen om de kwaliteit van hun zorgaanbod te verbeteren.

Dat het nodig was een nieuwe impuls te geven aan kwaliteitsverbetering in de zorg, is duidelijk. Daarmee is niet gezegd dat er op dat gebied eerder niets gebeurde. Op grond van de oorspronkelijke inzet van de Kwaliteitswet Zorginstellingen werd van zorgaanbieders en professionals verwacht dat ze hun kwaliteitssystemen zelf op orde zouden brengen. In de praktijk bleek dat onvoldoende te lukken. De nieuwe aanpak (zichtbaar maken van kwaliteitsverschillen en de introductie van externe prikkels) moet dat veranderen. Minder goed presterende zorgaanbieders en professionals, zo is de verwachting, zullen reputatieschade of verlies van marktaandeel willen voorkomen. Bij een volgende meting zullen ze daarom beter uit de bus willen komen, ook als ze uit zichzelf wellicht niet sterk gemotiveerd zijn om te werken aan kwaliteitsverbetering. Dat effect zou nog versterkt kunnen worden door aan hoge of lage scores al dan niet financiële beloningen of sancties te koppelen.

Of deze uit het bedrijfsleven afkomstige en in de afgelopen jaren ook op andere terreinen van publieke dienstverlening geïntroduceerde benadering een effectieve manier is om beide doelen (transparantie en kwaliteitsverbetering) te realiseren, is voorwerp van vaak sterk gepolariseerd debat. Voorstanders lijken weinig oog te hebben voor ongewenste effecten en tegenstanders zijn bij voorbaat overtuigd dat het allemaal niets kan worden. Een zorgvuldige beleidsontwikkeling op dit gebied is gediend met een zakelijke discussie. Dit signalement beoogt daaraan een bijdrage te leveren met de inbreng van wetenschappelijke gegevens en ethische analyse.

Prestatie-indicatoren

Prestatie-indicatoren zijn meetbare elementen van de zorgverlening die functioneren als een mogelijke aanwijzing voor de kwaliteit van die zorg. Ze hebben een signalerende functie; lage scores vormen een signaal dat er mogelijk iets aan de hand is en dat nadere analyse gewenst is om uit te zoeken of dat ook werkelijk het geval is. Om die signaal-functie goed te kunnen vervullen is van belang dat indicatoren betrouwbaar en valide zijn. Valide wil zeggen dat ze ook inderdaad meten wat ze geacht worden te meten.

Uitkomsten literatuuronderzoek

Eerst de feiten. Wat is uit wetenschappelijk onderzoek bekend over de effecten en mogelijke neveneffecten van het publieke gebruik van prestatie-indicatoren in de gezondheidszorg? Om die vraag te beantwoorden is voor dit signalement een systematisch literatuuronderzoek gedaan. Het onderzoek beperkt zich tot de klinische gezondheidszorg. Gezocht is naar publicaties over de effecten van openbaarmaking van prestatiescores op het gedrag van instellingen en zorgverleners (wel of geen kwaliteitsverbetering, andere gedragseffecten); over de effecten van aan die scores gekoppelde vormen van (financiële) beloning of sancties; over de effecten op het keuzegedrag van patiënten, verzekeraars en verwijzers; over effecten op kosten en bureaucratie.

De uitkomsten van het literatuuronderzoek laten zien dat de veronderstellingen achter en verwachtingen over het publieke gebruik van prestatie-indicatoren vooralsnog niet berusten op sterke wetenschappelijke bewijsvoering. Wat betreft de stimulans tot kwaliteitsverbetering die daarvan uit zou moeten gaan: er is enig effect gevonden op het prestatieniveau van instellingen. Daarbij ging het om initiatieven gericht op kwaliteitsverbetering na openbaarmaking van prestatiescores die voor het imago van de instelling negatief zouden kunnen uitpakken. Maar bij individuele zorgverleners is voor een dergelijk effect geen onderbouwing gevonden. Voorzover in die groep gedragsbeïnvloeding door *public reporting* is geconstateerd, lijkt het niet om kwaliteitsverbetering te gaan, maar juist om vormen van strategisch gedrag, zoals het weren van hoogrisicopatiënten of het manipuleren van data. De introductie van beloningssystemen lijkt wel enig positief effect te kunnen hebben op het gedrag van zorgverleners, al is meer onderzoek nodig naar de precieze vorm die het beste aan dat instrument kan worden gegeven.

Ook voor de verwachting dat patiënten, verzekeraars en doorverwijzende artsen zich in hun keuzegedrag laten leiden door een vergelijking van prestatiescores wordt in het tot nu toe verrichte onderzoek weinig steun gevonden. Patiënten blijken wel belangstelling te hebben voor uitkomsten van prestatiemetingen, maar ze gebruiken die slechts in beperkte mate in hun keuze uit het zorgaanbod. Ze lijken daarbij eerder af te gaan op ervaringen van anderen in hun directe omgeving. Naar het keuzegedrag van andere kiezende partijen is nog weinig onderzoek gedaan. Daar lijkt uit te komen dat verzekeraars en

doorverwijzende artsen weinig fiducia hebben in openbare prestatiecijfers en er daarom niet of nauwelijks gebruik van maken.

Over de kosten die zijn gemoeid met *public reporting* en de vraag wat dat gaat betekenen in termen van administratieve belasting ('bureaucratie') is nog weinig bekend. Aanmerkelijk is dat die belasting in ieder geval aanvankelijk zal toenemen. Wellicht dat optimalisering van de manier waarop dataverzameling plaatsvindt die tendens ook weer kan keren, maar dat staat nog allerminst vast.

Ethische aspecten

Het tweede deel van het signalement bevat een verkenning van relevante ethische aspecten van het publieke gebruik van prestatie-indicatoren. Om te beginnen wordt de misvatting uit de weg geruimd dat de eis van publieke verantwoording op gespannen voet zou staan met de notie van professionele autonomie. Die autonomie is geen vrijbrief voor professionals om zich aan verantwoording voor hun handelen te onttrekken. Professionele autonomie en professionele verantwoordelijkheid liggen juist in elkaars verlengde. De handelingsruimte waar het bij die autonomie om gaat is er om zorgverleners in staat te stellen hun patiënten zo goed mogelijke zorg te bieden. De samenleving mag verlangen dat ze dat ook zichtbaar maken in zorgresultaten.

Uitgangspunt van het nieuwe overheidsbeleid is dat zelfregulering op dit gebied te vrijblijvend is. De verplichte publieke rapportage van onderling vergelijkbare prestatiescores moet een mechanisme op gang brengen waarin externe prikkels (reputatie, marktaandeel, beloningen) ook minder gemotiveerde instellingen en professionals aansporen om serieus werk te maken van kwaliteitsverbetering. Vanuit ethisch perspectief is van belang dat professionals daarmee op een andere manier worden aangesproken. Niet primair op hun intrinsieke motivatie, maar vooral op hun gevoeligheid voor imago en economisch voordeel. Voorzover daarvan een positief stimulerend effect uitgaat, kan het gebruik van dergelijke prikkels zeker zinvol zijn. Maar in het literatuuronderzoek zijn ook aanwijzingen gevonden voor negatieve effecten op de motivatie en het gedrag van professionals. Met de vraag naar de verhouding tussen die positieve en negatieve gevolgen van het gebruik van externe prikkels staat in moreel opzicht veel op het spel. Want hoewel zorgverleners geen heiligen hoeven zijn, de kern van hun professionele identiteit wordt bepaald door de oriëntatie op het welzijn van anderen. Erosie daarvan betekent een maatschappelijk verlies dat niet gemakkelijk weer ongedaan te maken valt.

Een moreel risico is ook verbonden aan de nieuwe rol die de patiënt in het nieuwe overheidsbeleid krijgt toegemeten, namelijk als 'kiezende zorgconsument'. Daarmee wordt een hedendaags moreel ideaal aangesproken, namelijk dat van zelfbeschikking. Een belangrijk motief is ook dat de patiënt met zijn keuzegedrag er aan kan bijdragen instellingen en zorgverleners aan te sporen tot concurrentie op kwaliteit. In de beleidsstukken

wordt dat aangeduid als 'horizontaal toezicht'. Uit het voor dit signalement verrichte literatuuronderzoek blijkt echter dat patiënten zich voorsnog niet zo gedragen. Ze laten zich bij hun keuzen niet door prestatie-indicatoren leiden. Nader onderzoek moet uitwijzen aan welke keuzemogelijkheden in de zorg patiënten nu eigenlijk behoefte hebben. Maar belangrijker nog is de vraag wat die consumentenrol betekent voor de vertrouwensbasis van de hulpverleningsrelatie. Laat die rol nog ruimte voor onderkenning van het feit dat ze elkaar juist nodig hebben: de zorgverlener met zijn specialistische kennis en kunde, de patiënt met zijn specifieke behoeften en prioriteiten, om samen te kunnen uitmaken welke behandeling of zorg het meest adequate antwoord is op de klachten van de patiënt? En wat betekent het, in meer algemene zin, voor het vertrouwen van het publiek in de zorg als men voortdurend wordt geconfronteerd met informatie waarin de nadruk lijkt te liggen op falende zorgverleners?

Verder kan het beleidsuitgangspunt dat 'kwaliteit meetbaar moet zijn' er gemakkelijk toe leiden dat de betrekkelijkheid van prestatie-indicatoren uit het oog wordt verloren. Waar dat gebeurt dreigen onrechtvaardigheid en onevenwichtigheid. Van onrechtvaardigheid is sprake als zorgverleners worden aangesproken en afgerekend op uitkomsten waarin onvoldoende rekening is gehouden met contextfactoren die zich aan hun invloed onttrekken, bijvoorbeeld de specifieke samenstelling van de patiëntenpopulatie. Onevenwichtigheid kan het gevolg zijn van de keuze voor indicatoren waarvan de representativiteit onvoldoende hard te maken valt. Alle energie en aandacht kan zich dan gaan richten op de verbetering van een meetbaar aspect van zorg zonder dat de kwaliteit van het erachter liggende terrein mee verbetert. Verder is de vraag wat de nadruk op meetbaarheid betekent voor andere sectoren in de zorg, zoals verpleging en verzorging, of andere aspecten, zoals bejegening en beleving, waarvoor het lastiger kan zijn om goede prestatie-indicatoren te ontwikkelen.

Een belangrijke morele vraag, ten slotte, is of de kosten en bureaucratie die zijn gemeoid met het publieke gebruik van prestatiescores in verhouding staan tot de opbrengsten in termen van kwaliteitsverbetering en verantwoording. De uitkomsten van het literatuuronderzoek laten zien dat dat nog onzeker is. Het sociale experiment waarvan hier onvermijdelijk sprake is, vraagt om een behoedzame en stapsgewijze aanpak, die gepaard dient te gaan met voortdurende evaluatie en effectonderzoek.

Hoe nu verder?

Het debat over het publieke gebruik van prestatie-indicatoren is tot nu toe vanuit al bij voorbaat sterk gepolariseerde posities gevoerd, en gaat vaak meer in absolute termen over 'zin en onzin' van deze benadering dan over specifieke kansen en risico's. Dat laatste is nodig voor een zorgvuldige beleidsontwikkeling op dit terrein. Dat vraagt niet alleen om een open houding van alle deelnemers, maar ook om de inbreng van weten-

schappelijke gegevens en ethische analyse. Dit signalement is bedoeld als een bijdrage aan dat verder te voeren debat.

Essentieel is dat draagvlak wordt gecreëerd en wederzijds wantrouwen doorbroken. Daar moet van twee kanten aan worden gewerkt. Van de kant van de overheid: door kwaliteitsverbetering niet uitsluitend of in de eerste plaats via externe prikkels te willen afdwingen, maar professionals ook nadrukkelijk aan te spreken op hun intrinsieke motivatie en ze in staat te stellen daaraan in hun beroepsuitoefening gestalte te geven. Daarbij moet duidelijk zijn dat prestatie-indicatoren zo worden gebruikt dat niemand hoeft te vrezen onrechtvaardig te kijk te worden gezet of zonder goede gronden in zijn beroepsuitoefening en belangen te worden geschaad. Een belangrijke voorwaarde is ook dat nodeloze bureaucratie wordt voorkomen.

Van de kant van de zorgaanbieders gezien is de uitdaging vooral om de eis van systematische kwaliteitsverbetering op een andere manier te ervaren. Niet als iets dat van buitenaf wordt opgelegd, als iets dat men moet doen om sancties te vermijden of negatieve beeldvorming te voorkomen, maar als een kernelement van de eigen professionele verantwoordelijkheid. Kwaliteitsverbetering zou een intrinsiek onderdeel moeten zijn van het werken in de gezondheidszorg: een essentiële en door professionals op alle niveaus te ontwikkelen basiscompetentie. Hiervoor moet in de opleidingen al nadrukkelijk aandacht zijn; dat is op dit moment nog onvoldoende het geval.

De hier bepleite benadering houdt in dat professionals in de gezondheidszorg, de wetenschappelijke verenigingen voorop, het initiatief nadrukkelijk naar zichzelf toetrekken. Niet alleen bij de ontwikkeling van prestatie-indicatoren voor gebruik in de context van interne kwaliteitssystemen, maar ook waar het er om gaat welke indicatoren zich lenen voor extern gebruik.

Er is meer onderzoek nodig naar effecten en neveneffecten van het publieke gebruik van prestatie-indicatoren in de gezondheidszorg, naar de effecten van beloningssystemen, en naar de behoefte van patiënten aan prestatie-informatie bij hun zorgkeuzen. Bij de verdere ontwikkeling van prestatie-indicatoren is vooral hun representativiteit van belang. Verder moet worden voorkomen dat aspecten waarvoor het lastiger is goede prestatie-indicatoren te ontwikkelen, waaronder persoonlijke aandacht, bejegening en andere relationele factoren, minder aandacht krijgen.

1 Inleiding

Aanleiding

Sinds enkele jaren is in het overheidsbeleid steeds meer nadruk komen te liggen op het zichtbaar en meetbaar maken van de kwaliteit van de gezondheidszorg met behulp van zogenoemde 'prestatie-indicatoren'. Het doel daarvan is tweeledig: het organiseren van een transparante vorm van publieke verantwoording en het stimuleren van zorgprofessionals om werk te maken van kwaliteitsverbetering. Vergeleken met het eerdere, meer op zelfregulering gebaseerde, kwaliteitsbeleid, betekent dat een belangrijke verschuiving. Stagnatie in de gewenste verbetering van de patiëntenzorg en de intussen steeds verder stijgende kosten van die zorg, waren aanleiding tot een nieuwe aanpak. Een belangrijk motief is ook het streven om de patiënten of consumenten meer keuzevrijheid te bieden en daarmee zowel hun autonomie als hun eigen verantwoordelijkheid te versterken. De verschuiving in het kwaliteitsbeleid past in het grotere geheel van de veranderingen en hervormingen die de laatste jaren in de gezondheidszorg zijn doorgevoerd en waarin marktwerking, competitie, prestatiecontracten en financiële prikkels centrale begrippen zijn.

De ontwikkeling die wij nu in de gezondheidszorg zien is natuurlijk niet nieuw. In het bedrijfsleven wordt al decennia gediscussieerd over de beste manier om prestaties te verbeteren en over de rol van het meten, verantwoorden en afrekenen daarin. De afgelopen tien jaar worden dergelijke discussies ook steeds intensiever in het publieke domein gevoerd: in het onderwijs, bij de politie en in het verkeer. Nu heeft het debat dus ook de gezondheidszorg bereikt.

Internationale onderzoeksresultaten

Hoewel de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland op veel punten van hoge kwaliteit is, is de urgentie van kwaliteitsverbetering evident. Studies in diverse landen – overigens bevestigd in Nederlands onderzoek – laten zien dat een groot deel van de patiënten (naar schatting 30 tot 50 procent) niet de zorg krijgt die volgens recente wetenschappelijke inzichten gewenst zou zijn (o.a. McGlynn 2003). Publicaties in de Verenigde Staten over vermijdbare fouten in ziekenhuizen (45-90.000 doden per jaar) en ernsti-

ge incidenten in Engeland (*Bristol case*) en Frankrijk (Aids-besmettingen) wijzen op het belang van het voorkomen van medicatiefouten, ziekenhuisgerelateerde infecties, operatie- of valincidenten en andere problemen.

Ook in Nederland hebben zich de laatste jaren enkele incidenten voorgedaan die vragen over kwaliteit of veiligheid in de zorg hebben opgeroepen: Helmond (gynaecologie), Weert (intensive care), Boxmeer (chirurgie) en Nijmegen (sterftcijfers bij cardiothoracale ingrepen). De zorg voor (chronische) patiënten wordt lang niet altijd efficiënt en patiëntvriendelijk verleend. De toegankelijkheid en doorstroming, evenals de multidisciplinaire samenwerking en integrale zorg aan patiënten, kunnen beter. Problemen en incidenten in verpleeghuizen en in de thuiszorg (te weinig handen aan het bed, ondervoeding, doorliggen, onvoldoende hygiëne) krijgen in de media veel aandacht. Kortom, op veel onderdelen van de zorg kan nog steeds grote winst geboekt worden en er is een toenemende druk vanuit de samenleving op instellingen en zorgverleners om daar iets aan te doen.

Recente inspanningen om de zorg te verbeteren

Nu is het niet zo dat er in de afgelopen jaren geen inspanningen zijn geweest om de zorg te verbeteren. Er is wetgeving die regelt wat zorgverleners op dit gebied moeten doen (wet-BIG, Kwaliteitswet Zorginstellingen, Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst). De meeste instellingen en beroepsorganisaties van professionals hebben het verbeteren van de kwaliteit van zorg ook serieus ter hand genomen (Sluijs 2003). Richtlijnen voor goede zorg zijn op grote schaal ontwikkeld. Intercollegiale toetsing door professionals is op veel plaatsen gerealiseerd. Accreditatie van instellingen en praktijken vindt plaats (onder meer NIAZ, INK, ISO, NHG). Instellingsbrede systemen voor kwaliteitsbewaking en –bevordering zijn opgezet. Er zijn grootschalige verbeterprogramma's en –projecten van start gegaan (ondermeer in het kader van Doorbraakprogramma's en Sneller Beter). Of de inspanning die door betrokkenen geleverd wordt de beoogde effecten heeft, is echter nog een open vraag.

In hun beleidsbrief 'Kwaliteit van de zorg: hoog op de agenda' geven de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan dat er de laatste jaren weliswaar grote vooruitgang is geboekt, maar dat de komende periode het streven naar transparantie door het meten en zichtbaar maken van kwaliteit een nog prominentere plaats moet innemen (Tweede Kamer 2006). Het beschikken over goede indicatoren en meetmethoden is hiervoor essentieel. De gegevens over kwaliteit moeten op een onderling vergelijkbare wijze worden gepubliceerd. In de brief wordt de verwachting uitgesproken dat professionals door voor iedereen zichtbare verschillen in kwaliteit gestimuleerd zullen worden om beter te gaan presteren. Overigens blijkt ook uit de beleidsbrief dat prestatie-indicatoren zeker niet het enige instrument zijn dat wordt ingezet om de kwaliteit van de patiëntenzorg te verbeteren.

Probleemstelling: empirische en ethische vragen

Over de effecten en neveneffecten en zin en onzin van de nieuwe benadering om de kwaliteit van de patiëntenzorg zichtbaar te maken en te verbeteren lopen de meningen soms sterk uiteen. Er worden heftige debatten over gevoerd, ook in de media. Door sommigen wordt gewezen op het recht van de burger om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de verleende zorg en op de prikkel die daarvan zal uitgaan om de zorg te verbeteren. Of op de noodzaak om in het nieuwe zorgstelsel op verantwoorde wijze zorg in te kunnen kopen. Anderen benadrukken juist de risico's: de mogelijke onrechtvaardige afrekening, de averechtse effecten die ervan uitgaan, de toenemende bureaucratie en kosten daarvan, het verlies van motivatie bij zorgverleners. De argumenten voor en tegen zijn grotendeels gebaseerd op persoonlijke inzichten en verwachtingen, of op belangenbehartiging. Voor een goede discussie over en een verdere ontwikkeling en toepassing van prestatie-indicatoren is het belangrijk om in kaart te brengen wat er uit onderzoek bekend is over effecten en neveneffecten van dit kwaliteitsinstrument, en om tevens de morele aspecten in kaart te brengen.

Discussie in de media: citaten uit NRC en Volkskrant (november en december 2005)

- *Putters (bestuurskundige)*: 'de tendens tot meer controle leidt tot een virus van cijferfetisjisme...tot een diarree van beoordelingsmechanismen. De dialoog met de patiënt, het vertrouwen dat een arts met een patiënt opbouwt is het belangrijkste en dat meten wij niet'
- *Berg (hoogleraar, deskundige indicatoren)*: 'met openbare informatie kunnen mensen vragen waarom een instelling slecht scoort, dat veroorzaakt een cultuuromslag bij dokters'
- *Vierhout (chirurg, voorzitter Orde van Medisch Specialisten)*: 'artsen zullen hun autonomie niet zomaar overboord gooien, de term professionele autonomie heeft voor artsen een emotionele lading'
- *Hoogervorst (minister van Volksgezondheid)*: 'de mens is tot het goede geneigd, maar niet altijd;...het is tegenwoordig vanzelfsprekend dat iedereen – ook de wetenschapper, de leraar, de minister – verantwoording aflegt over zijn handelen'
- *Cools (hoogleraar Corporate Financing, onderzocht succesvolle en probleembedrijven)*: 'controle kan rampen voorkomen, maar creëert geen waarde... een bedrijfscultuur waarin vertrouwen en beslissingsvrijheid centraal staan vergroot de motivatie, betrouwbaarheid en productiviteit'
- *Cerfontaine (directeur Schiphol)*: 'Je moet geloven in de kwaliteit en capaciteiten van professionals en die optimaal tot hun recht laten komen. Ik geloof in de kracht van professionals. Als je dat aan weet te boren dan heb je goud in je handen'.

In dit signalement concentreren we ons op effecten van het gebruik van prestatie-indicatoren als een op externe vergelijking en marktprikkels gebaseerd instrument van

kwaliteitsverbetering. Het vraagstuk van de publieke verantwoording van kwaliteit op basis van prestatie-indicatoren kent vele aspecten en kan voor verschillende sectoren in de gezondheidszorg ook nog eens verschillende betekenissen hebben. We beperken ons hier tot het publiek verantwoording afleggen over de kwaliteit van de (klinische) zorg die door (teams) van artsen, verpleegkundigen, paramedici en andere hulpverleners in ziekenhuizen of praktijken wordt geboden op basis van prestatie-indicatoren.

Leeswijzer

Dit signalement geeft een schets van de actuele ontwikkeling rond de introductie van (publieke) prestatie-indicatoren in de gezondheidszorg (hoofdstuk 2), bespreekt de verwachtingen die men daarvan heeft (hoofdstuk 3 en 4), en doet verslag van een literatuuronderzoek waarin is gekeken wat nu eigenlijk bekend is over de gewenste en ongewenste effecten van dat instrument (hoofdstuk 5). Na een verkenning van de ethische dimensie (hoofdstuk 6) en een bespreking van de implicaties van het gevondene (hoofdstuk 7), worden aan het slot (hoofdstuk 8) agendapunten geformuleerd die zijn bedoeld als input voor de (ethische) beleidsagenda, zowel van de overheid als van andere bij het kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg betrokken partijen.

2 Prestatie-indicatoren: begrip en gebruik

Wat wordt in deze context onder prestatie-indicatoren verstaan? Wie maken er gebruik van en met het oog op welk doel? Wat zijn de internationale ontwikkelingen op dit gebied en wat is de situatie in Nederland? Dat wordt in dit hoofdstuk beschreven.

Het begrip prestatie-indicator

Een indicator is een meetbaar aspect van geleverde zorg waarvan op basis van wetenschappelijk onderzoek is aangetoond of door middel van consensus tussen experts aanvaardbaar is gemaakt, dat het een aanwijzing geeft over de kwaliteit van die zorg (Campbell 2002). Een indicator doet dus geen directe of absolute uitspraak over hoe goed of slecht de kwaliteit van zorg is, maar heeft een signalerende functie; lage scores vormen een signaal dat er mogelijk iets aan de hand is en dat nadere analyse gewenst is om uit te zoeken of dat ook werkelijk het geval is. Gebruikelijk is het onderscheid tussen procesindicatoren (betreffen het handelen van zorgverleners), structuurindicatoren (betreffen de organisatie van en voorwaarden voor een goede zorgverlening) en uitkomstindicatoren (betreffen de effecten die met de zorg bij patiënten worden bereikt).

Gebruik van prestatie-indicatoren

Indicatoren worden voor uiteenlopende doelen ontwikkeld en gebruikt. Het kan gaan om een verzekeraar die ziekenhuizen of praktijken op kwaliteit wil contracteren of honoreren, om de overheid die de kwaliteit en veiligheid van de zorg wil garanderen en deze voor het publiek zichtbaar wil maken, om instellingen die informatie voor het interne beleid willen of om wetenschappelijke verenigingen die indicatoren maken in het kader van deelname aan programma's als Sneller Beter of Doorbraak. Het doel van de indicatoren bepaalt in belangrijke mate het gebruik ervan en de eisen die men eraan kan stellen.

Indicatoren die gebruikt worden ten behoeve van kwaliteitsverbetering zijn in de gezondheidszorg geen nieuw fenomeen. Sinds jaar en dag worden sterftecijfers, verwijs- en verrichtingscijfers, complicaties, en dergelijke verzameld en als feedback aan zorgverleners gepresenteerd. Veelal zijn deze cijfers bedoeld als 'interne' prikkel tot kwaliteitsverbetering. In dit signalement concentreren wij ons op zogenoemde 'externe indicatoren'

(Berg 2002). Externe (prestatie-)indicatoren dienen voor externe beoordeling van praktijken, zorginstellingen of gezondheidszorgsystemen door patiënten, publiek, autoriteiten (inspectie, politiek) en verzekeraars, met het doel om inadequate zorg te verbeteren en daartoe beleidsinitiatieven te ontplooiën. Daarin zien wij echter ook weer diverse vormen met uiteenlopende doelen, onder andere:

- a. Rapportage van prestatie-indicatoren aan diverse partijen om diverse redenen:
 - aan overheid/inspectie: informatie die garantie moet bieden dat zorg van voldoende kwaliteit en voldoende veilig is met de mogelijkheid om in te grijpen waar dat nodig is;
 - aan verzekeraars: informatie ten behoeve van contractering, die moet helpen om zorg in te kopen van een optimaal prijs-kwaliteitsniveau;
 - aan het publiek: informatie aan het brede publiek, informatie die mensen kan helpen om een inschatting te maken van de kwaliteit van zorg die in een instelling of praktijk geleverd wordt, informatie die men kan gebruiken om beter te kiezen als men zorg nodig heeft;
 - aan verwijzers: informatie aan verwijzende zorgverleners die hen kan helpen bij het geven van een goed advies aan patiënten als er aanvullende zorg nodig is.
- b. Maatregelen, belonen of bestraffen van prestaties op basis van prestatie-indicatoren, bijvoorbeeld:
 - wel of geen certificering (instelling, praktijk), registratie (beroepsbeoefenaar) of contract (instelling, praktijk, professional);
 - financiële bonus of sanctie gekoppeld aan uitkomsten van toetsing.

Landen verschillen in hun kwaliteitscontrole

In Europa wordt zeer uiteenlopend met externe kwaliteitscontrole omgegaan. Naast vrijwillige accreditatieschema's (zoals EFQM en het NIAZ in Nederland) is er in sommige landen (Schotland en Frankrijk) sprake van verplichte ziekenhuisaccreditatie en in Duitsland en in Zwitserland bestaat de wettelijke verplichting deel te nemen aan externe kwaliteitscontrole. In Duitsland, Denemarken en het Verenigd Koninkrijk zijn ziekenhuizen verplicht prestatie-indicatoren te meten en te publiceren (Veit 2006, Mainz 2004, Bevan 2006). In Engeland werkt men sinds 2004 voor huisartspraktijken met externe verantwoording van kwaliteit waarbij aan die kwaliteit een flinke financiële bonus is gehangen (*Pay for performance in UK*). In de Verenigde Staten informeren grote *health plans* en ook publieke programma's als Medicare en Medicaid (gezamenlijk zo'n 100 miljoen verzekerden) beleidsmakers en burgers over de kwaliteit van de zorg met gebruikmaking van bestaande data (Soriano 2006). Een recente overzichtsstudie van het Institute of Medicine (IOM) laat zien dat men in de VS een zeer groot aantal programma's voor *performance measurement* heeft, zowel op nationaal niveau als binnen specifieke *health plans* (IOM 2006). Het advies van het IOM is te komen tot een onafhankelijk landelijk systeem voor *performance measurement* in een nieuwe organisatie die ook de verantwoordelijkheid krijgt voor wetenschappelijke indicatorontwikkeling. Een inventarisatie van lopende

Amerikaanse *pay-for-performance* programma's (P4P), dus programma's waarin een financiële prikkel wordt gekoppeld aan kwaliteitsindicatoren, liet verder zien dat er in 2005 105 van die programma's waren en dat dit in 2006 zal oplopen tot zo'n 160 (Soriano 2006). De precieze aanpak in die programma's en de hoogte van de bonus loopt ver uiteen. Op allerlei niveaus wordt in de VS gediscussieerd over de beste wijze van aanpak van dit soort initiatieven, bijvoorbeeld over de effectiviteit ervan, de aard en hoogte van de financiële bonus en de gevolgen voor het publieke vertrouwen in de zorg.

De situatie in Nederland

Ook in Nederland ziet men een zeer groot aantal initiatieven ter ontwikkeling van kwaliteits- en prestatie-indicatoren. Verschillende organisaties zijn hierin actief, zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Zorgverzekeraars Nederland, het ministerie van VWS, de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Indicatorensets die in Nederland gebruikt worden, zijn onder andere: indicatoren voor de kwaliteit van zorg in de huisartsenpraktijk (NHG-accreditatie, indicatoren ontwikkeld door WOK, Braspenning 2005); indicatoren voor de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen (IGZ 2005); de klinische indicatoren van de Orde van Medisch Specialisten en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (project 'Kwaliteit van zorg in de etalage'); de indicatoren voor instellingen in het kader van de zorginkoop (Zorgverzekeraars Nederland/ Kenniscentrum DBC; 2005); indicatoren voor de kwaliteit van zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen (Toetsingskader voor verantwoorde zorg; 2005); indicatoren voor de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ Nederland 2005). De verwachting is dat deze vorm van publieke verantwoording de komende jaren een steeds omvangrijker gegeven in alle sectoren van de zorg zal worden, een realiteit met een aanzienlijk beslag op de tijd en inzet van managers en professionals in de instellingen en praktijken.

Het openbaar maken van de – mede door de IGZ – recent ontwikkelde prestatie-indicatoren voor zorginstellingen in Nederland wordt als een belangrijk instrument gezien om periodiek (in dit geval jaarlijks) en systematisch (door middel van een systeem van gelaagd en gefaseerd toezicht) verantwoording af te leggen over de geleverde kwaliteit van zorg en daarmee een prikkel tot verbetering van die kwaliteit te geven. Het betreft indicatoren die veelal zijn overgenomen uit de internationale literatuur door een groep van experts. Hoewel er veel discussie is ontstaan over de validiteit en betrouwbaarheid van de meting en het gebruik ervan door de pers, valt op dat alle ziekenhuizen participeren en dat de metingen bij de periodieke bezoeken aan ziekenhuisdirecties ook onderwerp van gesprek zijn tussen een instelling en de inspectie. Een voorbeeld uit de praktijk:

Prestatie-indicatoren Inspectie voor de Gezondheidszorg:

In samenwerking met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Instituut voor Beleid en Management in de Gezondheidszorg (iBMG) te Rotterdam zijn door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen ontwikkeld. In mei 2005 heeft de IGZ haar eerste rapport uitgebracht met prestatie-indicatoren uit het jaar 2003. Naast de resultaten beschrijft de inspectie in dit rapport de doelen van prestatie-indicatoren: efficiënter toezicht; een prikkel leveren tot kwaliteitsverbetering; meer transparantie ter ondersteuning van patiënten bij hun keuzes. De IGZ trok uit de metingen in 2003 onder meer de volgende conclusies:

1. In veel ziekenhuizen wordt risicovolle chirurgie uitgevoerd door relatief onervaren chirurgen. Dit terwijl bekend is dat de resultaten beter zijn als chirurgen dit type ingrepen frequent uitvoeren. Centralisatie van dit type ingrepen in hoog volume ziekenhuizen lijkt aangewezen.
2. De medicatiebewaking laat in veel ziekenhuizen te wensen over. Dit terwijl bekend is dat medicatiefouten een van de meest voorkomende bronnen van onveiligheid in ziekenhuizen vormen.
3. De gegevens over het effect van zorg (zoals mortaliteits- en morbiditeitscijfers, pijnmetingen, doorlooptijden en heropnames) worden in ziekenhuizen nog te weinig als sturingsinformatie gebruikt.

In het algemeen vond men een grote variatie in indicatorscores tussen instellingen. Ook viel op dat veel instellingen aanvankelijk veel moeite hadden adequate gegevens te leveren.

Medio april 2006 is het tweede rapport, *Het resultaat telt 2004; prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg* van de Inspectie voor de Gezondheidszorg verschenen (zie www.igz.nl). Hierin presenteert de inspectie de resultaten en interpretaties die de prestatie-indicatoren van de ziekenhuizen over 2004 hebben opgeleverd. Men concludeert dat de betrokkenheid van ziekenhuizen is toegenomen en dat openbaarheid en vergelijking in rangordes prikkelen om prestaties te verbeteren. Ook zijn er meer richtlijnen en normen gekomen. Zo is het minimum aantal operaties bij slokdarmkanker dat nodig is om de vaardigheid te behouden, vastgesteld op tien ingrepen per jaar per ziekenhuis. In 2004 zijn er meer en betere gegevens geleverd dan in 2003 en de deelname aan (landelijke) registraties is toegenomen. Een complicatieregistratie blijkt nog steeds op veel afdelingen te ontbreken en er blijven kritische vraagtekens rond Intensive Care afdelingen, bijvoorbeeld bij de beperkte personele bezetting. Er is een belangrijk probleem uit de rapportage over 2003 in 2004 blijven staan, namelijk de gebrekkige automatisering van ziekenhuizen en met name het ontbreken van een elektronisch medicatiedossier.

Ten slotte is het niet toevallig dat de nieuwe nadruk op externe prestatie-indicatoren samenvalt met de introductie van het nieuwe zorgstelsel. Daarin wordt van verzekeraars

verwacht dat ze hun inkoopbeleid baseren op een vergelijking van kwaliteit. Dat kan alleen als daarover in het publieke domein adequate informatie beschikbaar is.

3 Verwachtingen

In het debat over de nieuw gekozen beleidsbenadering om de kwaliteit van de zorg via 'public reporting' van prestatiescores te bewaken en te verbeteren, worden gewenste en ongewenste effecten vaak tegenover elkaar geplaatst. Dit hoofdstuk brengt in kaart welke verwachtingen en veronderstellingen ten grondslag liggen aan het publieke gebruik van prestatie-indicatoren. Maar het noemt ook de kanttekeningen die sommigen daarbij plaatsen.

Verwachtingen en veronderstellingen

De verwachting achter de geschetste beleidsinzet is dat intensievere externe controle, publicatie van prestatie-indicatoren en eventueel koppelen van maatregelen en prikkels aan de uitkomsten ervan instellingen en zorgverleners zullen aanzetten tot verbetering. Men veronderstelt dat met name de vergelijking met anderen hiertoe motiveert en dat men zich zal optrekken aan de beste collega-instellingen of professionals. Verder neemt men aan dat patiënten, verwijzers en zorgverzekeraars minder goede zorg zullen krijgen. Dit selecterende markteffect zou eveneens werken als een externe prikkel tot verbetering. De genoemde verwachtingen zijn gebaseerd op een aantal veronderstellingen die kritisch gewogen zouden moeten worden op basis van de beschikbare wetenschappelijke literatuur:

1. Indicatoren bieden een reëel inzicht in de geleverde kwaliteit van zorg. Een hoge score betekent goede en veilige zorg en een lage score dat er slechte en onveilige zorg is.
2. Publicatie van prestatiescores leidt tot meer keuzemogelijkheden voor patiënten, verwijzers en verzekeraars. Het daardoor uitgelokte keuzegedrag van die partijen stimuleert professionals, instellingen en praktijken om te werken aan (verdere) kwaliteitsverbetering en vergroot daarmee het vertrouwen van het publiek in de gezondheidszorg.
3. Stimulerende en restrictieve maatregelen (bijvoorbeeld financiële), gekoppeld aan prestatie-indicatoren vormen een stimulans voor professionals en instellingen om de zorg te verbeteren.

Kanttekeningen

Niet iedereen kan zich vinden in deze veronderstellingen. In het debat bij deze nieuwe benadering van kwaliteitsbewaking worden onder meer de volgende kanttekeningen gemaakt:

1. De validiteit van veel indicatoren is beneden de maat. De essentie van kwaliteit van zorg is moeilijk te meten. Wil men een echte uitspraak doen over de kwaliteit op basis van de huidige indicatoren, dan moet er voor zeer veel factoren worden gecorrigeerd (o.a. Giard 2005).
2. Externe evaluatie leidt tot strategisch gedrag zoals verdringing en vermindering (o.a. Werner 2005a). Men richt de zorgactiviteiten eenzijdig op de gemeten aspecten. Zinnige activiteiten die niet binnen een indicator vallen, worden verwaarloosd. Risicovolle activiteiten die wel geïndiceerd zijn en hoogrisicogroepen (risicoselectie, gecompliceerde patiënten of patiënten uit lagere socio-economische klassen) worden gemedan. Vooral sterk bestraffende maatregelen als reactie op een lage score ondermijnen eerlijke rapportage. Dit kan leiden tot bewuste of onbewuste vormen van manipulatie en fraude (o.a. Marshall 2004).
3. De administratieve belasting die is gemoeid met registratie, analyse en rapportage neemt toe en daarmee ook de kosten van de zorg. Dit trekt zorgverleners en gezondheidszorgbudget weg van de primaire taakstelling en zet extra management en administratief personeel in voor 'bureaucratische' taken van twijfelachtig nut. Systemen voor externe controle en verantwoording vereisen veel extra werk en extra investeringen, waarvan onduidelijk is of ze opwegen tegen de winst.

4 Prestatie-indicatoren als meetinstrument

Een van de discussiepunten in het debat over het publieke gebruik van prestatie-indicatoren betreft de verwachting dat prestatiemetingen op basis van indicatoren een reëel inzicht bieden in de kwaliteit van de geleverde zorg. Dit hoofdstuk gaat over de voorwaarden waaronder dat het geval kan zijn.

Criteria voor meetinstrumenten

Indicatoren moeten voldoen aan bepaalde eisen die meer in het algemeen gesteld worden aan meetinstrumenten. Dat betekent dat ze valide en betrouwbaar zijn: meten wat ze beogen te meten op een consistente, reproduceerbare manier. Ze moeten bijvoorbeeld onderscheid kunnen maken tussen instellingen en professionals die betere en slechtere kwaliteit leveren en verbetering kunnen meten. Er moeten betrouwbare gegevens voor te verzamelen zijn. Ze moeten begrijpelijk zijn voor degenen die er informatie over krijgen en ze moeten acceptabel zijn voor degenen op wie ze betrekking hebben. Om aan deze eisen te voldoen, zullen indicatoren via een zorgvuldige procedure ontwikkeld moeten worden. Tevens moeten indicatoren in de praktijk getest worden alvorens ze gebruikt worden voor publieke verantwoording.

Van bijzonder belang is, dat indicatoren een goede representatie vormen van het terrein waar ze op betrekking hebben. Uit pragmatische overwegingen wordt nu vaak gewerkt met een beperkte set van indicatoren die de kwaliteit van zorg op een bepaald gebied maar nauwelijks dekt. Ook bestaat vaak de neiging gemakkelijk meetbare indicatoren te selecteren, die nauwelijks een relatie hebben met kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld toegangstijden). Aspecten van bejegening, verzorging en verpleging zijn wél van essentieel belang, maar soms moeilijker meetbaar en worden daarom weggelaten.

Vragen bij prestatie-indicatoren

Giard vat de groeiende wetenschappelijke bezorgdheid over het oneigenlijk gebruik van prestatie-indicatoren samen (Giard 2005). Omdat indicatoren nu vaak nog onvoldoende representatief zijn voor de kwaliteit van zorg en soms fout berekend of geïnterpreteerd worden, worden onjuiste conclusies getrokken en misplaatste verbeteracties in gang

gezet. Er moet veel aandacht worden besteed aan een methodologisch-statistisch juiste bewerking met correctie voor beïnvloedende factoren (zoals de samenstelling van de patiëntenpopulatie en de context van de instelling of praktijk) en toevalsvariatie (gegevens over betrouwbaarheidsintervallen). Er is tot nu toe onvoldoende aandacht voor de meetmethode en de datakwaliteit.

Van groot belang is ook het bepalen van de feitelijke toepasbaarheid in de praktijk, omdat tijdens praktijktoetsen een groot deel (tot 50 procent) van de geselecteerde indicatoren onmeetbaar blijkt (Wollersheim et al 2006). Kievit en Legemaate becommentariëren de volume-indicatoren van de IGZ (Kievit 2005). Het aantal risicovolle verrichtingen wordt daarin als voorspeller van goede kwaliteit beschouwd. Omdat onderzoek heeft laten zien dat die voorspelling onbetrouwbaar is, pleiten zij voor indicatoren die inzicht geven in de uitkomst van de zorg. Echter bij een laag uitgangsrisko en een klein risico-verschil zijn zeer veel patiënten nodig om de verschillen significant te krijgen; meestal veel meer dan op jaarbasis in Nederlandse ziekenhuizen worden gezien. Om aan te tonen dat bijvoorbeeld een zeldzame operatiecomplicatie (zoals galwegletsel) in een instelling significant verhoogd is, zijn meer dan 12.000 geopereerde patiënten op jaarbasis nodig. Bij het interpreteren van de IGZ-indicatoren zou veel meer met dit soort problemen rekening gehouden moeten worden.

Naar de mening van de groep die de indicatoren voor de IGZ ontwikkelde (Berg et al. 2005) is een volledig valide set (in de zin van representativiteit en vergelijkbaarheid) van prestatie-indicatoren echter een utopie. Bovendien neemt de registratiebelasting zodanig toe en de begrijpelijkheid na statistische bewerking zodanig af dat er problemen ontstaan bij de toepassing indien er meer detail wordt aangebracht. Als men indicatoren beschouwt als signaleringsinstrumenten is geen volkomen validiteit vereist om er toch gepast gebruik van te kunnen maken. De vraag is echter of voor extern gebruik bedoelde prestatie-indicatoren wel altijd op zo'n manier worden geïnterpreteerd.

Belangrijk is het doel waarvoor de indicator gebruikt wordt. De kwaliteitseisen betreffende validiteit en betrouwbaarheid dienen hoog te zijn als men erop wordt afgerekend; indien indicatoren louter als signaal of als globaal sturingsinstrument worden gebruikt kunnen de eisen minder stringent zijn.

Voorstellen voor wetenschappelijk verantwoorde indicatorensets

Recent verschenen twee belangrijke internationale rapporten over de ontwikkeling en toepassing van prestatie-indicatoren in de gezondheidszorg: een van het gezaghebbende Institute of Medicine (IOM) in de VS en een van de OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development).

Op verzoek van het Amerikaanse congres bracht eind 2005 een commissie van 32 Amerikaanse deskundigen onder auspiciën van het IOM begin 2006 een advies uit over de te volgen strategie om de kwaliteitsdoelen uit het voorafgaande rapport *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* met voortvarendheid te behalen (veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, efficiëntie en toegankelijkheid). In het rapport *Performance Measurement. Accelerating Improvement* dat eind 2005 verscheen (IOM 2006) pleit men voor een verplichte samenhangende nationale standaardset van openbare prestatie-indicatoren voor behandeling en zorg.

Als criteria voor goede indicatoren worden genoemd: generaliseerbaarheid; passend in een breed perspectief op de zorg; relevantie voor de patiëntenzorg; gebaseerd op wetenschappelijk bewijs; betrouwbaar; met aandacht voor moeilijk te meten gebieden en moeilijk te bereiken populaties. Tevens is een onderzoeksagenda samengesteld die de methodologie voor het ontwerp en de verantwoorde toepassing (risicocorrectie, steekproefgrootte, fair vergelijk) van nieuwe indicatoren omvat, alsmede onderzoek naar de beste wijze van rapportage, het gebruik door consumenten en de relatie tussen de metingen en verbeteringen of onbedoelde gevolgen. Een onafhankelijk door de Amerikaanse regering te financieren kwaliteitsinstituut (the National Quality Coordination Board) met ruime bevoegdheden moet een correcte en betrouwbare meting waarborgen en ondersteunen bij lokale verbetering, onder meer door advisering en het opzetten van *audits* in afstemming met accrediterende en certificerende instanties. In Nederland zou een vergelijkbaar beleid ten aanzien van openbare prestatie-indicatoren kunnen worden overwogen.

Een groep van experts¹ uit 23 OECD-landen (een groep van democratische landen met een markteconomie en mensenrechten), heeft zich gebogen over de vraag welke concepten of dimensies van kwaliteit van zorg op welke wijze gemeten moeten worden. Uitgangspunt was dat de indicatorenset uitwisselbaar moest zijn tussen landen. Uiteindelijk kwamen de OECD-deskundigen tot drie criteria om indicatoren te selecteren (Kelley 2006):

1. Het belang van hetgeen gemeten wordt; dat wil zeggen het belang van de betreffende ziekte of het risico, het politieke belang en de mogelijkheid tot verbetering
2. Wetenschappelijke juistheid van de meting; dat wil zeggen gebaseerd op *evidence* en in overeenstemming met criteria voor validiteit en betrouwbaarheid
3. Toepasbaar; dat wil zeggen gemakkelijk te meten, uitwisselbaar tussen landen met een zo gering mogelijke meetbelasting

De OECD conclusies zijn sterk beïnvloed door het Nederlandse AIRE-project (de Koning 2006) waarin een set van criteria voor goede indicatoren werd ontwikkeld.

¹ De Health Care Quality Indicator Project (HCQI)- Expert Group

Validiteit van indicatoren: percentage sectio's

Het percentage keizersneden is de laatste jaren sterk gestegen. Van alle bevallingen in Nederland was in 1980 4,5 procent een keizersnede. In 2002 bleek dit verdrievoudigd tot 13,5 procent. In vergelijking met buitenlandse cijfers (Engeland 21,3 procent; Verenigde Staten 25,7 procent en, met het hoogste cijfer ter wereld, Brazilië 47,7 procent) is dit laag. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) gaf in 1985 aan een gemiddelde tussen de 10 en 15procent acceptabel te vinden. Men vond dat de indicatiestelling streng moest blijven omdat een sectio meer complicaties bij de moeder geeft dan een natuurlijke bevalling.

In navolging van de Verenigde Staten en vanwege de genoemde stijging besloot de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2003 het 'percentage sectio's' als prestatie-indicator te introduceren. Dit was tegen het advies van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), die vond dat er te veel versturende variabelen waren (zoals de gemiddelde leeftijd van de vrouw, het fungeren als secundair referentiecentrum voor gecompliceerde bevallingen en de aanwezigheid van een perinatale Intensive Care), die de uitkomst in belangrijke mate zouden kunnen bepalen. De NVOG vond dat beter de VOKS (Verloskundige Onderlinge Kwaliteits Spiegeling) gebruikt kon worden. Daarbij wordt het sectiopercentage van een praktijk gecorrigeerd voor 15 beïnvloedende factoren. Hoewel ook van deze indicator de validiteit voor de kwaliteit van zorg niet vaststaat, bleek de VOKS door de beroepsgroep wel te worden aanvaard en reeds te worden gehanteerd in de Landelijke Verloskundige Registratie (LVR) en in de kwaliteitsvisite van de NVOG. Als een kliniek langere tijd onder de vijfde percentiel of boven de vijftienvijftigste percentiel keizersneden uitvoert is dat reden het verloskundig handelen kritisch te bekijken. Na enige politieke discussie werd deze benadering uiteindelijk door de IGZ overgenomen. Dit noodzaakte de NVOG wel de voor het publiek ingewikkelde term 'VOKS percentiel' begrijpelijk toe te lichten (zie www.nvog.nl, rubriek voorlichting). Inmiddels is de NVOG druk bezig zelf uit richtlijnen indicatoren te maken, waarmee men zelf de verleende zorg transparant wil maken.

Validiteit van indicatoren: prevalentie decubitus

Een van de meest tot de verbeelding sprekende prestatie-indicatoren is de 'prevalentie van decubitus', ofwel: het aantal gevallen van 'doorliggen'. Hiernaar is relatief veel wetenschappelijk onderzoek gedaan.

Uit het promotieonderzoek van Bours blijkt dat de prevalentie van decubitus sterk beïnvloed wordt door een aantal variabelen: hoge leeftijd, voedingstoestand, bedlegerigheid, verlamming, uitdroging en incontinentie. Indien bij de patiënten in een bepaalde instelling relatief veel van deze ongunstige factoren voorkomen, scoort deze indicator daar slecht (Bours 2003). Indien prevalentiecijfers een grote variatie tussen ziekenhuizen laten zien (hetgeen het geval is bij decubitus) hoeft een minder goede score niet zonder meer te wijzen op slechtere zorg. Daarvoor is nadere informatie en analyse nodig.

Bours ontwikkelde een model ter correctie van de genoemde factoren. Ook analyseerde zij de betrouwbaarheid van de data omdat de spreiding in aantal patiënten tussen verpleeg-

huizen groot bleek en bekend is dat bij kleinere aantallen patiënten metingen onnauwkeuriger zijn. Deze modellen werden toegepast in 43 Nederlandse verpleeghuizen met in totaal 6.280 patiënten. De rangorde van best presterend verpleeghuis met en zonder toepassing van deze modellen was sterk verschillend. Bovendien bleken de verschillen grotendeels artificieel gezien de brede betrouwbaarheidsintervallen.

5 Effecten en neveneffecten van publieke prestatie-indicatoren

Dit hoofdstuk bevat de uitkomsten van een voor dit signalement uitgevoerd literatuuronderzoek. Gekeken is naar wat uit de wetenschappelijke literatuur bekend is over de effectiviteit van het openbaar maken van prestatiescores als instrument van kwaliteitsverbetering, al dan niet in combinatie met vormen van beloning of sancties.²

Effecten van *public reporting* op de zorgverlening

Het publiceren van kwaliteitsgegevens met als doel de kwaliteit van zorg te verbeteren is intuïtief aantrekkelijk, maar het bewijs voor de effectiviteit daarvan ontbreekt nog grotendeels. Eén van de eerste studies op dit gebied betrof het publiceren van mortaliteitsgegevens van hartchirurgen en ziekenhuizen in de staat New York (het CABG-project: *Coronary Artery Bypass Graft*). Na publicatie van deze gegevens daalde de mortaliteit met 21 procent en na correctie voor risicofactoren (zoals ziektestadium van de geopereerde patiënten) zelfs met 41 procent (Hannan 1994). Er is veel discussie ontstaan naar aanleiding van deze positieve cijfers. Het was de vraag of de verbetering het gevolg was van een verandering in het gedrag van zorgkiezers (patiënten, verwijzers, verzekeraars) of van verbetering van de kwaliteit van de zorg door de zorgverleners (ziekenhuizen, artsen). Daarnaast was er in dezelfde tijd sprake van een landelijke afname van de mortaliteit na hartchirurgie, ook in gebieden waar geen kwaliteitsdata gepubliceerd waren. Ook kon er sprake zijn geweest van strategisch gedrag zoals het vermijden van hoogrisicopatiënten en fraude met het publiceren van de getallen. Ten slotte concludeerde

² Een zoektocht in de peer-reviewed literatuur is ondernomen in november en december 2005. Hierbij is gebruik gemaakt van MEDLINE, CINAHL, Cochrane en EPOC-trial databases.

Er is gezocht met de volgende zoekwoorden:

MeSH-terminen: Consumer satisfaction; Disclosure; Health care quality, Access and evaluation; Information dissemination; Physician incentive plans; Quality indicators, health care; Quality of health care

Vrije zoekwoorden: Bureaucracy; Health care indicator; Pay for performance; Performance indicators; Provider profiling

Er werden alleen Engelstalige en Nederlandstalige artikelen geïncludeerd. Alle studiedesigns werden meegenomen en de settings waarbinnen het onderzoek moest zijn uitgevoerd betroffen: community care, primary care, ziekenhuiszorg en de zorg in verpleeghuizen. Twee reviewers beoordeelden de artikelen op basis van de titel en het abstract. Vanaf 1990 zijn er ± 150 studies met vergelijkend onderzoek gevonden (van retrospectief epidemiologisch tot randomised controlled trials (RCT's)), waarvan 16 tijdsreeksen, 17 ongecontroleerde before-after (BA)-trials, 12 gecontroleerde BA-trials (CBA) en 14 RCT's / controlled clinical trials.

men dat de manier waarop de data geanalyseerd werden in statische modellen grote invloed had op de uitkomsten en conclusies (Shahian 2001). Dit alles maakt dat de bewijskracht van deze studie in twijfel werd getrokken. Ook uit latere studies komt weinig bewijs dat de veronderstelling onderbouwt dat de kwaliteit van zorg verbetert na publicatie van prestatie-indicatoren (Marshall 2000, Werner 2005a).

Bewijs voor de effectiviteit komt bij voorkeur van gerandomiseerde en gecontroleerde experimentele studies, maar daarvan is nog slechts een beperkt aantal gepubliceerd. In het review-artikel van Marshall *et al.*, bijvoorbeeld, waren 21 studies geïncludeerd, maar slechts één daarvan had een gerandomiseerd design (Marshall 2000). Uit deze review kwam naar voren dat alleen ziekenhuizen in beperkte mate reageren op prestatiegegevens. Wat betreft de invloed op patiënten, zorginkopers en artsen waren er geen bewijzen voor enige effectiviteit (Marshall 2000).

Recentelijk is er een aantal RCT's gepubliceerd (Hibbard 2003, Beck 2005, Hibbard 2005a). Daaruit blijkt dat het openbaar maken van gegevens over de kwaliteit van de zorg leidt tot meer initiatieven om de kwaliteit te verbeteren. Angst voor imago-verlies na het openbaar maken van slechte prestatiegegevens bleek daarbij een belangrijke drijfveer voor het initiëren van activiteiten voor kwaliteitsverbetering (Hibbard 2003). Bij een voldoende score is er minder motivatie om te streven naar verbetering.

In het Verenigd Koninkrijk zijn goede ervaringen opgedaan met het openbaar maken van prestatiegegevens van ziekenhuizen. Er is een sterrenstelsel ontwikkeld (0 tot 5 sterren) om de prestaties van zorginstellingen op een simpele manier met één samengestelde indicator te kunnen weergeven. Blijkens een recente publicatie zijn de longitudinale prestatiegegevens spectaculair verbeterd sinds de introductie van dit stelsel (Bevan 2006). Zo daalde bijvoorbeeld in de periode 1999 – 2005 het percentage patiënten dat langer dan zes maanden op een wachtlijst stond van 26.1 naar 5.0 procent. Hoewel er op managementniveau sterke twijfels waren over de validiteit van dit sterrenstelsel (Mannion 2005), bleek het volgens de auteurs effectief te zijn om de in het systeem beoordeelde aspecten van de zorg te verbeteren (Bevan 2006).

Om het wantrouwen weg te nemen, werd in Schotland geëxperimenteerd met het publiceren van prestatiescores op indicatoren die vooraf breed werden gedragen door alle betrokken partijen. Na publicatie bleek echter dat de data door de ziekenhuizen toch niet gebruikt werden om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. De twijfel over de kwaliteit van de indicatoren vormde nog steeds een barrière (Mannion 2001).

Angst voor imago-verlies blijkt, zoals gezegd, een belangrijke drijfveer om de kwaliteit te willen verbeteren (Hibbard 2003, Devers 2004). Over het algemeen ondernemen ziekenhuizen weinig actie na het publiceren van prestatiescores. Zeker als het presteren voldoende is in de ogen van de ziekenhuizen zelf, wordt geen actie ondernomen (Luce

1996). Slecht scorende ziekenhuizen ondernemen daarentegen wel vaker acties (Berwick 1990, Weiner 2006). Wantrouwen in de juistheid van de gegevens lijkt organisaties ervan te weerhouden om echt aan kwaliteit te gaan werken. In de beginjaren van *public reporting* in de VS gaf meer dan tweederde van de ziekenhuismanagers aan dat de mortaliteitsdata zoals die gepubliceerd werden niet bruikbaar waren voor kwaliteitsverbetering. De data werden wel voor andere doeleinden ingezet. Driekwart van de ziekenhuismanagers gebruikte de data voor *benchmarking* en feedback aan de artsen (Rainwater 1998). Het geconstateerde wantrouwen doet zich zowel voor bij het ziekenhuismanagement als onder de artsen (Davies 2001, Mannion 2001).

Voorzover daar onderzoek naar is gedaan blijken de meeste artsen sceptisch te zijn over het nut van *public reporting*. Ze beschouwen de uitkomsten vaak als niet bruikbaar en twijfelen aan de validiteit van de data (Marshall 2000). Er zijn geen studies gevonden die laten zien dat artsen hun handelen feitelijk aanpassen om de kwaliteit van zorg te verbeteren. In interviews zeggen artsen echter dat *public reporting* wel een bepaalde invloed heeft. Van een groep cardiologen in New York gaf 22 procent aan de gepubliceerde mortaliteitscijfers te gebruiken in gesprekken met patiënten, en 38 procent gaf toe dat de cijfers hun verwijsgedrag beïnvloedden (Hannan 1997). In een recentere inventarisatie onder 120 interventiecardiologen was de meerderheid (79 procent) van mening dat hun beslissing over het wel of niet uitvoeren van een bypassoperatie bij individuele patiënten was beïnvloed door de publicatie van de mortaliteitscijfers (Narins 2005). Met name bij patiënten in een kritieke toestand was er terughoudendheid. Een groot deel (83 procent) gaf toe dat patiënten die mogelijk baat zouden hebben van een bypass, deze niet krijgen vanwege de publicatie van mortaliteitscijfers. De gepresenteerde mortaliteitscijfers werden weliswaar gecorrigeerd voor hoogrisicopatiënten, maar 85 procent van de cardiologen vond deze correctie onvoldoende (Narins 2005).

Externe druk in de vorm van *public reporting* en daaraan verbonden prikkels kan ook een averechts effect op professioneel handelen hebben, zo lijkt te volgen uit een analyse van een groot aantal psychologische studies (Deci 1999). Gebruik van dergelijke instrumenten zou de intrinsieke motivatie van zorgverleners namelijk kunnen ondermijnen. Met als gevolg dat hun beroepsuitoefening er niet beter, maar juist slechter door wordt. Bij kwetsbare patiëntengroepen (naar ras, socio-economische klasse of leeftijd) met een – al dan niet vermeend – hoog risico bleek de kwaliteit van zorg te dalen door het gebruik van prestatie-indicatoren (Schneider 1996, Peterson 1997, Peterson 1998, Burack 1999, Mukamel 2000, Schneider 2002, Keogh 2004, Narins 2005, Werner 2005b). Diverse auteurs wijzen op ongewenste effecten zoals risicoselectie, het onnodig uitvoeren van verrichtingen om gestelde doelen te halen, fraude met gegevens, focus op kortetermijneffecten van kwaliteitsverbetering, eenzijdige gerichtheid op alleen die kwaliteitsaspecten die in de beoordeling zijn opgenomen en het afremmen van innovatie (Leatherman 1999, Freeman 2002, Marshall 2004, Werner 2005a, Bevan 2006, Mason 2006). Ook al berusten deze bevindingen niet altijd op even zorgvuldig uitgevoerd onderzoek, ze ge-

ven wel reden voor behoedzaamheid bij de introductie van *public reporting* en andere externe prikkels. Om averechtse effecten te voorkomen lijkt in ieder geval van groot belang dat het invoeren van dergelijke instrumenten brede steun heeft binnen de organisatie (Mannion 2003, IOM 2006).

Kortom, het publiceren van prestatiescores lijkt vooral te leiden tot op kwaliteitsverbetering gerichte inspanningen als het imago van de zorginstelling kan worden aangetast. Het management neemt daartoe dan meestal het initiatief. Twijfel over de kwaliteit van de prestatie-indicatoren en het nut van inspanningen die verbonden zijn aan de dataverzameling zijn belangrijke belemmerende factoren bij het gebruik. Op het niveau van individuele artsen lijkt het gedrag bijna altijd in negatieve zin te worden beïnvloed door het publiceren van prestatiescores. Strategisch gedrag, bijvoorbeeld in de vorm van het werken van hoogrisicopatiënten is veelvuldig gerapporteerd.

Effecten van financiële beloning en sancties op de zorgverlening

Als een verdere prikkel tot kwaliteitsverbetering wordt geëxperimenteerd met aan prestatie-uitkomsten te verbinden financiële beloningen en sancties. Het gebruik van financiële beloningen bestaat in de VS al geruime tijd en breidt zich daar sterk uit (Pedersen 2000, Sorian 2006). Sinds 2004 is er in het Verenigd Koninkrijk een verplicht beloningssysteem voor huisartsen ingevoerd waarbij 20 tot 30 procent extra inkomen verkregen kan worden, afhankelijk van de prestatie op 147 kwaliteitsindicatoren (Roland 2004, Smith 2004). Ook in Nederland wordt nu met zulke systemen voor *pay for performance* geëxperimenteerd.

Vanuit economisch oogpunt is het te verwachten dat artsen en zorgverleners zich bij beloningssystemen zo gaan gedragen dat ze er maximaal profijt uithalen en de negatieve gevolgen zullen trachten te vermijden (Heffner 2001). Afhankelijk van het gehanteerde beloningssysteem kan hierbij een afweging gemaakt worden tussen kwantiteit (meer patiënten behandelen betekent een hogere beloning) en kwaliteit (betere kwaliteit leveren betekent een hogere beloning) (Conrad 2004). Het is echter de vraag of een arts zich zo door financiële beloningen laat leiden, of dat men in het algemeen gewoon de best mogelijke zorg wil bieden aan zijn/haar patiënten (Gray 2004, Landon 2004). Daarom zouden beloningen op basis van kwaliteit parallel moeten lopen met de professionele standaarden. De aspecten van de zorg die op kwaliteit beoordeeld worden, moeten door de professionals als klinisch belangrijk aangemerkt worden (Roland 2004).

Er zijn diverse reviews uitgevoerd naar de effectiviteit van het inzetten van beloningen en sancties in relatie tot de kwaliteit van de zorg (Armour 2001, Dudley 2004, Town 2005). In een (methodologisch slecht uitgevoerde) review werd gekeken naar het effect van financiële beloningen op het gedrag van artsen (Armour 2001). Op basis van zes studies (waaronder twee RCT's) werd geconcludeerd dat beloningen die een financieel

riscio met zich mee brengen voor individuele artsen effectief leken te zijn in het reduceren van gemaakte kosten door de arts. De effectiviteit van financiële bonussen op de kwaliteit van zorg was onduidelijk (Armour 2001).

Dudley *et al.* (2004) lieten zien dat het effect van een financiële beloning onder meer afhangt van de manier van belonen. In hun review bekeken zij negen RCT's die alle betrekking hadden op de effecten van financiële beloningen op basis van prestatiegegevens. Om te beginnen bleek daaruit dat een gunstig effect op de kwaliteit van de zorg eerder te verwachten valt bij beloning van individuele artsen dan bij beloning van artsen op groepsniveau. Verder werd gevonden dat beloning in de vorm van een bonusbedrag bij het bereiken van een bepaalde *target* minder effect heeft dan beloning in de vorm van een *fee for service* (uitkering per verrichting) of in de vorm van een hoger tarief. De onderzoekers vonden geen consistente relatie tussen de hoogte van de beloning en de grootte van het effect. Wel bleken beloningen effectiever als ook de reputatie van een zorgverlener in het geding was. Ziekenhuizen met een lage prestatiescore namen vaker deel aan activiteiten gericht op kwaliteitsverbetering, in het bijzonder als de uitkomsten openbaar werden gemaakt (Dudley 2004).

In een van de weinige (niet-gerandomiseerde) gecontroleerde onderzoeken werden ziekenhuizen in de VS op regionaal niveau verdeeld in ziekenhuizen met en zonder *pay for performance*. Op basis van drie prestatie-indicatoren werd de kwaliteit van zorg beoordeeld. De beloning werd uitbetaald als boven een vastgestelde norm gepresteerd werd. Bij de nameting werd er een lichte verbetering (0 tot 2.6 procent) in de prestatie-indicatoren gevonden, maar op slechts één indicator was er sprake van een significante verbetering in de groep die een financiële beloning kreeg. Daarnaast verbeterden de ziekenhuizen die bij aanvang van het onderzoek al boven de gestelde norm presteerden het minste, maar zij ontvingen wel het meeste geld (Rosenthal 2005).

Wellicht kan de beperkte effectiviteit van *pay for performance* deels worden toegeschreven aan een te lage beloning. Town *et al.* beperkten zich in een review van acht RCT's over de impact van financiële beloningen tot de preventieve eerstelijnszorg op het gebied van immunisatie en kankerscreening (Town 2005). In de enige studie uit deze *systematic review* met positieve effecten van *fee for service* beloningen bij griepvaccinatie door huisartsen, bleek een beloning van \$0.80 per vaccinatie bij een vaccinatiegraad van minimaal 70 procent en \$1.60 per vaccinatie bij een vaccinatiegraad van minimaal 85 procent, voldoende te zijn om de vaccinatiegraad te verhogen (Kouides 1998).

Hogere beloningen zullen mogelijk effectiever zijn, maar negatieve effecten worden hiermee in de hand gewerkt (datamassage en -manipulatie). De hoogte van de beloning moet in redelijke verhouding staan tot het normale inkomen en tot de investering die gedaan moet worden om de beloning te ontvangen (Armour 2001). Een nadeel van financiële beloningen kan zijn, dat zorgverleners die al goed presteren, het meeste geld

krijgen zonder dat ze aan verdere kwaliteitsverbetering hoeven te doen (Dudley 2004). Ook bestaat het gevaar van strategisch gedrag. In dit geval houdt dat in dat de zorg waarop de bonus is gebaseerd de meeste aandacht krijgt, ten koste van aspecten of terreinen waarop men niet afgerekend wordt (Bevan 2006).

Een van de meest omvangrijke experimenten op het gebied van *pay for performance* treft men aan in het verenigd Koninkrijk (zie onderstaand voorbeeld *Pay for performance in UK*). In dit experiment ziet men duidelijke verbeteringen in de zorg gepaard gaan met ongewenste neveneffecten (hoge kosten en strategisch gedrag van een deel van de praktijken).

Kortom, het gedrag van zorgverleners kan beïnvloed worden door financiële beloningen. Dat is waarschijnlijk afhankelijk van de hoogte van de beloning, de vorm waarin deze plaatsvindt en of deze aan individuen dan wel groepen of instellingen wordt gegeven. Dat daarmee ook altijd een verbetering van de kwaliteit van de zorg tot stand komt, is echter niet gezegd. Verder onderzoek is nodig om de effectiviteit van verschillende beloningssystemen te bepalen.

Pay for performance in UK

Politici in veel landen tonen momenteel grote interesse in het gebruik van financiële stimuli bij het verbeteren van de patiëntenzorg en het gezondheidszorgsysteem. Dit resulteerde in het Verenigd Koninkrijk in het Quality and Outcomes Framework (Roland 2004). In dit kader werden in april 2004 nieuwe huisartsencontracten afgesloten. Voor dit contract worden de prestaties van huisartsenpraktijken gemeten met 147 indicatoren uit vier domeinen. Deze domeinen zijn gerelateerd aan klinische patiëntenzorg, praktijkorganisatie, patiëntervaringen en dienstverlening. De prestatie wordt uitgedrukt in een puntenscore. Naarmate de score hoger is, is de financiële beloning ook hoger. Maximaal kan men 20 procent additioneel inkomen genereren. Het initiatief is met enthousiasme door de huisartsen ontvangen. De scores in het eerste jaar waren onverwacht hoog (gemiddelde van 91.3 procent van de in totaal te behalen score). Omdat er geen meting vooraf heeft plaatsgevonden is voorts nog onduidelijk hoe sterk de verbetering is geweest en welk effect is opgetreden bij aspecten van zorg die niet gemeten zijn. Het lijkt erop dat er fors is geïnvesteerd op het gebied van ICT-voorzieningen, dat artsen meer aandacht zijn gaan besteden aan complexe medische problemen (met name patiënten met co-morbiditeit) en dat verpleegkundigen meer chronische routine behandelingen uitvoeren. Naast voordelen - zoals de beschikbaarheid van meer data en meer informatie-uitwisseling - worden ook nadelen, met name meer bureaucratie, gerapporteerd. Er zijn aanwijzingen dat de beloningen enig ongewenst gedrag hebben veroorzaakt, zoals datamanipulatie van toegangstijden en het verwijderen van patiënten uit de databestanden die de score ongunstig beïnvloeden. Van tevoren werd verwacht dat de huisartsen gemiddeld 75 procent van de maximaal haalbare score zouden halen. In het eerste jaar na de invoering bleek dat voor 83.4 procent van de patiënten de zorg voldeed aan de gestelde norm. Deze hoge score kan mogelijk deels toegeschreven worden

aan het uitsluiten van bepaalde patiënten voor de beoordeling. Dit is binnen het systeem toegestaan, maar voor patiënten met mentale problemen liep het percentage uitgesloten patiënt op tot 9.5 procent (Doran, 2006). Doordat de gestelde normen veel vaker gehaald werden dan aanvankelijk ingeschat, vielen de kosten van het systeem veel hoger uit dan verwacht (Timmins 2005).

Prestatie-indicatoren voor huisartsenpraktijken (Tacken 2005)

In een vergelijkbaar Nederlands systeem wordt het klinisch handelen van de professional getoetst, worden patiëntraadplegingen uitgevoerd en wordt de kwaliteit van de bedrijfsvoering vastgelegd. Al deze aspecten zijn door de WOK meetbaar en beschikbaar gemaakt als kwaliteitsindicatoren (in totaal 139). Metingen worden verricht in het kader van de NHG Accreditatie.

In het Project Transparantie Huisartsenzorg (WOK) wordt daarnaast gewerkt aan een model voor toetsing, verbetering en honorering (op basis van indicatoren en kwaliteitsscores) van de geleverde zorg door zorgverzekeraars. Praktijken kunnen maximaal 8-10 procent van het inkomen als bonus verdienen voor goed presteren. Evaluatie van het experiment in 25 praktijken toonde dat het systeem uitvoerbaar is. Het wordt nu uitgezet in 150 praktijken.

Effecten van *public reporting* op het gedrag van kiezende partijen

Patiënten, verwijzende artsen en zorgverzekeraars zijn allen kiezers in de zorg die in meer of mindere mate gebruik kunnen maken van prestatie-indicatoren. De Health Care Financing Administration in de VS publiceerde in 1986 voor het eerst mortaliteitscijfers van ziekenhuizen die beschikbaar waren voor het publiek. Sinds die tijd neemt de hoeveelheid gezondheidszorginformatie in Amerika gestaag toe (Davies 1999). Internationaal is dezelfde trend zichtbaar (Marshall 2002). Ook in Nederland groeit de hoeveelheid informatie; inmiddels publiceren bijvoorbeeld 98 ziekenhuizen de basisset prestatie-indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op het internet (www.ziekenhuizen transparant.nl). Sinds kort publiceren ook ruim tweehonderd verpleeg- en verzorgingshuizen gegevens over de kwaliteit van zorg (www.kiesbeter.nl). De vraag is in hoeverre kiezende partijen daadwerkelijk gebruik maken van prestatie-indicatoren.

Er is nog weinig gecontroleerd onderzoek naar effecten van *public reporting* op het keuzegedrag van patiënten of zorgconsumenten. De meeste informatie komt uit *surveys*. Daaruit blijkt de groep consumenten die geïnteresseerd is in het ontvangen van zorginformatie nog beperkt te zijn. Metingen in de VS laten zien dat kwaliteitsinformatie over ziekenhuizen, zorgverzekeraars en artsen door respectievelijk 21, 20 en 11 procent van de consumenten werd bekeken. Deze percentages waren stabiel in de periode tussen 2000 en 2004 (Lee 2005). Uit ander onderzoek bleek dat het aantal patiënten dat kwaliteitsinformatie bekeek langzaam opliep van 27 procent in 2000 tot 35 procent in 2004

(Werner 2005a). In Nederland heeft de Consumentenbond onderzocht hoe consumenten de eerder genoemde IGZ-basisset prestatie-indicatoren beoordelen. Hieruit kwam naar voren dat consumenten met name belangstelling hadden voor informatie over medische effectiviteit en patiëntveiligheid van het ziekenhuis. Op de hypothetische vraag of men de indicatorinformatie ook zou gaan gebruiken, varieerde het percentage respondenten dat bevestigend antwoordde van 59 tot 85 procent. De mate waarin de kwaliteitsinformatie in het keuzeprocess een rol speelde was afhankelijk van de ziekenhuiservaring, de aard van de aandoening (chronisch of acuut), opleiding en verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier) (Consumentenbond 2005).

Het ontvangen van informatie wil dus nog niet zeggen dat de patiënt vervolgens ook zijn keuze op de informatie baseert. Uiteindelijk kiest slechts een kleine minderheid (2 tot 19 procent) van de patiënten daadwerkelijk op basis van prestatie-indicatoren (Mennemeyer 1997, Vladeck 1988, Marshall 2000, Lee 2005, Narins 2005, Werner 2005). Patiënten blijven zelfs naar ziekenhuizen gaan met hoge sterftcijfers. Patiënten lijken meer beïnvloed te worden door losse persberichten over ongelegen sterfgevallen dan door systematisch verzamelde mortaliteitsdata (Vladeck 1988, Mennemeyer 1997). Er is één studie gevonden die wél een duidelijk effect vond van zorginformatie op de beslissingen van patiënten. Hierin werd de impact van de publicatie van CABG mortaliteitscijfers in de staat New York op het marktaandeel van ziekenhuizen en artsen onderzocht, voor en na publicatie. Ziekenhuizen met betere uitkomsten hadden significant meer groei in marktaandeel dan ziekenhuizen met minder goede prestaties en goed presterende artsen zagen de vergoedingen voor hun inspanningen meer stijgen dan artsen met lagere scores (Mukamel 1998). Het effect nam echter na verloop van tijd weer af, wat suggereert dat de markt vooral reageert op nieuwe prikkels.

Mogelijk dat een compleet vrije zorgmarkt het percentage kiezende patiënten spectaculair doet toenemen. In Taiwan, waar verzekeraars alle consulten met artsen vergoeden, hebben patiënten algehele keuzevrijheid. In deze situatie gaf de helft van de patiënten aan de kwaliteit van artsen wel eens te hebben vergeleken. De hypothetische vraag of men bereid was van arts te veranderen werd door 77 procent positief beantwoord als zou blijken dat hun eigen arts slecht zou presteren (Cheng 2004). Bij de invoering van de nieuwe basisverzekering in Nederland hadden patiënten ook volledige keuzevrijheid in de zin dat verzekeringsmaatschappijen verplicht zijn iedereen te accepteren voor de basisverzekering. Onder het oude stelsel verwisselde jaarlijks ongeveer 3 procent van verzekeraar. In januari 2006 gaf 38 procent van de consumenten aan een overstap naar een andere zorgverzekeraar te overwegen en 9 procent had al besloten dit te gaan doen. Zij gaven daarvoor als belangrijkste reden op dat zij een aantrekkelijk aanbod (inhoud versus prijs van pakket) van een collectieve verzekering hadden gekregen (58 procent) of dat zij de premie van de huidige verzekering te hoog vonden (42 procent). De motivatie om over te stappen werd dus vooral ingegeven door financiële overwegingen en niet door kwaliteitsverschillen (Delnoij 2006). Recentere peilingen (17 februari 2006)

suggereren dat het aantal overstappers is toegenomen tot 25 procent (bron: TNS NIPO/RTL Nieuws).

Voor patiënten zal de gezondheidssituatie een rol spelen in het gebruik van zorginformatie. Een zieke patiënt wil vaak liever niet kiezen, maar wil erop kunnen vertrouwen dat de zorg overal van een goede kwaliteit is. Daarentegen zal een gezonde consument mogelijk eerder informatie over de kwaliteit van zorg verzamelen en op basis hiervan een keuze maken. Er is relatief veel onderzoek gedaan over 'of' en 'hoe' consumenten en patiënten tegen zorginformatie aankijken en of ze deze al dan niet gebruiken. Voordat een patiënt (in veel gevallen een 'gezonde consument') beslissingen kan nemen op basis van zorginformatie moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan: de informatie moet beschikbaar zijn; de patiënt moet op de hoogte zijn en toegang hebben tot de informatie; de patiënt moet in staat zijn de informatie te begrijpen en daaraan ook geloof te hechten; de patiënt moet actie ondernemen op basis van deze zorginformatie (Werner 2005a).

Verscheidende studies zijn uitgevoerd naar de begrijpelijkheid en het ervaren belang van de gegeven informatie. In het algemeen werd informatie over 'onwenselijke gebeurtenissen' (zoals het oplopen van een ziekenhuisinfectie) het minst goed begrepen, terwijl indicatoren die uitdrukking geven aan patiënttevredenheid het best werden begrepen (Hibbard 1996). Er is een directe samenhang tussen de mate van begrip van een kwaliteitsindicator en het belang dat eraan gehecht wordt: hoe beter het begrip, hoe groter het belang dat men er aan hecht (Hibbard 1997). Expliciete kwaliteitsinformatie in positieve dan wel negatieve richting weegt zwaar mee in de keuzes die patiënten maken (Hibbard 2002). De manier van presenteren heeft effect op het begrip van de informatie en de mate waarin de patiënt de informatie begrijpt en gebruikt bij beslissingen. Visuele effecten kunnen helpen bij het selecteren van beter presterende zorgaanbieders of verzekeraars (Hibbard 2002). Als de best presterende ziekenhuizen bovenaan een lijst in een kleurenbalk gepresenteerd worden, zijn mensen beter in staat te zeggen welke ziekenhuizen goed presteerden en welke niet (Hibbard 2005b). De mate waarin informatie na het lezen ervan onthouden wordt is overigens onafhankelijk van opleidingsniveau, inkomen en leeftijd (Hibbard 2005b). Jongeren zijn meer gewend aan het maken van keuzes en het gebruik daarbij van ICT.

Informatie moet bij voorkeur aansluiten bij de cognitieve basisprocessen waarmee mensen beslissingen nemen (Vaiana 2002). Informatie moet worden gegeven vanuit het perspectief van de patiënt. De complexiteit van de aangeboden informatie is vaak een struikelblok; verwarring bij patiënten treedt vooral op wanneer rapportages verschillende zorgverstrekkers vergelijken en geen van de genoemde verstrekkers hoog scoort op alle onderdelen. Patiënten blijken het lastig te vinden de verschillende elementen in de rapportages tegen elkaar af te wegen (Hibbard 2001). Andere problemen komen voort uit de terminologie die gehanteerd wordt, de relatie tussen een indicator en kwaliteit van zorg,

en of hoge of lage scores op een indicator nu juist hoge kwaliteit vertegenwoordigen of niet (Jewett 1996, Werner 2005a). Ook de bron van de informatie is een factor die invloed heeft op het gebruik van zorginformatie door patiënten. Uit beschrijvende studies blijkt dat patiënten meer vertrouwen hebben in ervaringen van bekenden en familie dan in wetenschappelijk bewijs (Mennemeyer 1997, Marshall 2000). Ook lijken consumenten informatie van de overheid te wantrouwen (Werner 2005a); liever ontvangen zij data van onafhankelijke (soms wel commerciële) instanties (Magee 2003).

Naast patiënten zijn zorgverzekeraars en verwijzende artsen belangrijke kiezende partijen. Er is eveneens nog weinig onderzoek gedaan naar de effecten van *public reporting* op het keuzegedrag in deze groep. De enkele studies die zijn gevonden, betreffen vooral interviewstudies. Zowel zorgverzekeraars als verwijzende artsen hebben weinig vertrouwen in de data. Verzekeraars zijn over het algemeen wel geïnteresseerd in prestatie-indicatoren (Marshall 2000, Werner 2005a). Beperkingen in de data en de manier waarop correcties worden doorgevoerd voor versturende variabelen – zoals leeftijd van de patiënt en ziektekenmerken – komen naar voren als oorzaken van het beperkte gebruik. Procesindicatoren en patiënttevredenheidsgegevens worden meer gebruikt dan uitkomstindicatoren bij de keuze (Hibbard 1998). Verwijzende artsen hebben nog veel weerstand tegen *public reporting*. Huisartsen in Schotland gebruikten vooral wachtlijsten bij de selectie van een arts voor hun patiënt en slechts 16 procent van de huisartsen gebruikte de publiek gepresenteerde prestatie-indicatoren. Er was veel wantrouwen: bijna iedereen (90 procent) wilde meer weten over de indicatoren alvorens ze te gebruiken en 76 procent was van mening dat de indicatoren accurater en completer moesten worden gepresenteerd (Mannion 2003).

Kortom, tot dusver tonen studies aan dat zorgkiezers wel belangstelling hebben voor prestatie-indicatoren, maar dat ze deze in slechts beperkte mate gebruiken bij het selecteren van zorgverleners. De effectiviteit van prestatie-indicatoren op het gedrag van patiënten hangt samen met de:

- mate waarin patiënten op de hoogte zijn van hun vrijheid om te kiezen;
- begrijpelijkheid van de gegevens: inhoud, hoeveelheid, complexiteit en vorm van weergave;
- veronderstelde onafhankelijkheid van de gegevensverstrekker;
- specificiteit van de gegevens in relatie tot de situatie van de patiënt;
- verwachte inspanning (in tijd en geld) die het kiezen op basis van informatie met zich meebrengt;
- leeftijd en ICT-ervaring van de patiënt.

Voor verwijzende artsen en verzekeraars belemmert met name het wantrouwen in de data het gebruik.

Effecten van *public reporting* op kosten en bureaucratie

De kosten van het publiceren van prestatiescores zijn tot nu toe onderbelicht gebleven in de literatuur. Naast de kosten die gepaard gaan met het ontwikkelen van goede prestatie-indicatoren, meetmethoden en informatiesystemen, worden er ook kosten gemaakt voor het verzamelen, opschonen en analyseren van de data. Daarnaast komen er kosten voort uit het openbaar maken van de gegevens. En ten slotte zijn de acties die nodig zijn om de kwaliteit van de zorg te verbeteren kostbaar. De kosten die verbonden waren aan het publiceren van mortaliteitsdata van de ziekenhuizen in Pennsylvania werden geschat op \$17 per ontslagen patiënt (prijsspeil 1989). Dit kwam overeen met 0.36 procent van het totale uitgavenbudget van kleine ziekenhuizen en 0.27 procent van grote ziekenhuizen (Leatherman 1999). Dit is een behoorlijke investering als in ogenschouw wordt genomen dat slechts één indicator in deze kostenevaluatie werd meegenomen.

Het is niet duidelijk of het gebruik van prestatie-indicatoren voor meer bureaucratie zorgt. Na introductie van achttien prestatie-indicatoren in VA ziekenhuizen in de VS bleek er eerst een toename en later een afname van de bureaucratie te zijn (Perlin 2004). Doordat er meer aandacht was voor kwaliteit werden de infrastructuur en organisatie aangepast om de data te kunnen verzamelen. Dit kwam uiteindelijk ook ten goede aan de patiëntenzorg (de kwaliteit verbeterde) en tegelijkertijd nam het gebruik van middelen af (Perlin 2004). In Engeland nam de bureaucratie met 12 procent toe na de introductie van contracten voor diabeteszorg in de huisartspraktijk (Guthrie 2003). Beide studies hanteerden een gebrekkige studieopzet met een ongecontroleerde voor- en name-ting. Op basis van deze tegenstrijdige resultaten kan geen echte conclusie getrokken worden.

Kortom, er zijn nog nauwelijks gegevens bekend over de kosten en bureaucratie die gepaard gaan met het gebruik van prestatie-indicatoren. Over de kosten is dan ook geen uitspraak te doen. De weinige studies die ingaan op de bureaucratie, laten zien dat de invoering van prestatie-indicatoren de bureaucratie doet toenemen. De infrastructuur en de organisatie moeten aangepast worden om de data te kunnen verzamelen. Er zijn echter aanwijzingen dat op langere termijn de bureaucratie kan afnemen doordat de processen geoptimaliseerd worden.

6 Ethische aspecten

In het vorige hoofdstuk is gekeken naar wat er bekend is over de mogelijke rol van publieke prestatie-indicatoren als instrument van kwaliteitsverbetering in de zorg. Wat hoopt men met dat instrument te bereiken? Komt die verwachting ook uit? Met welke onbedoelde andere effecten moet rekening worden gehouden? Zo geformuleerd lijkt het te gaan om een louter technische of organisatorische vraag. Toch is dat geen juiste voorstelling van zaken. Want direct onder de vraag over hoe kwaliteitsverbetering het best georganiseerd kan worden, liggen moreel geladen waarden, overtuigingen en idealen.

Het begrip kwaliteit

Dat begint al met het begrip 'kwaliteit'. Kwaliteit wil zeggen dat iets beantwoordt aan wat je er van mag verwachten. Dat geldt ook voor kwaliteit van zorg. Harteloh en Casparie definiëren het begrip als 'een optimale verhouding van het gerealiseerde ten opzichte van de verwachtingen met betrekking tot een bepaald aspect van de gezondheidszorg' (Harteloh 2001). Wat men van goede zorg mag verwachten, is echter niet iets waarover alle betrokkenen het bij voorbaat eens zullen zijn. Hoewel niet louter subjectief, is wat onder goede zorg wordt verstaan een zaak van context en perspectief en dus ook van voortdurend debat tussen bij de zorg betrokken partijen: professionals, instellingen, patiëntenorganisaties, overheid, verzekeraars. Hun uiteenlopende rollen, verantwoordelijkheden en belangen maken dat door de deelnemers aan dat debat verschillende, deels overlappende maar soms ook conflicterende aspecten van kwaliteit worden benadrukt (Van Herk 1997). Het kan daarbij gaan om de klinische en technische aspecten van het medisch handelen (doeltreffendheid en veiligheid), om de organisationele dimensie van goede zorg (toegankelijkheid, wachtlijsten, continuïteit), om de relationele aspecten (bejegening van patiënten en respect voor privacy en autonomie) en om doelmatigheid op meso- en macroniveau.

Die verschillende perspectieven en doelen kleuren uiteraard ook de discussie over de mogelijke rol van prestatie-indicatoren bij de beoordeling van de kwaliteit van de zorg. De Inspectie wil ze gebruiken voor controle, vooral met het oog op de veiligheid van de zorg. Het instellingsmanagement ziet ze als instrument voor prioriteitstelling en budget-

toewijzing. Zorgverzekeraars willen zich er mee profileren en daardoor hun concurrentiepositie versterken ('wij hebben contracten met de beste zorgaanbieders'). Patiëntenorganisaties verwachten dat openbaarmaking van prestatiescores de patiënt beter zal informeren en in staat zal stellen om – als de zorgvraag niet acuut is – te kiezen en vervolgens die zorg te krijgen waaraan hij of zij daadwerkelijk behoefte heeft. De bij de zorg betrokken hulpverleners, ten slotte, zien de mogelijke rol van prestatie-indicatoren vooral in het verlengde van al bestaande interne kwaliteitssystemen, gericht op de verbetering van het primaire proces.

Het is zaak die verschillende doelen in de discussie over prestatie-indicatoren nadrukkelijk te benoemen (Van Herk 1997, Berg 2005). Wie wil er wat mee en waarom? Alleen dan valt ook betekenisvol over de zin en onzin van prestatie-indicatoren te spreken. Zonder specificatie van het gebruiksdoel is iedere uitspraak over 'de validiteit van prestatie-indicatoren' of over hun al dan niet gewenste effecten al snel een slag in de lucht.

In dit signalement gaat het om de rol die prestatie-indicatoren wordt toegemeten in het kwaliteitsbeleid van de overheid. De recente beleidsbrief over dat onderwerp laat zien dat daarbij de meeste of zelfs alle van de zojuist genoemde doelen tegelijk aan de orde zijn (Tweede Kamer 2006). Het openbaar maken van vergelijkbare prestatiescores moet er toe leiden dat de bij de zorg betrokken partijen elkaar 'scherp houden' bij het permanent verbeteren van de kwaliteit, terwijl het de inspectie gegevens moet opleveren voor de bewaking van de ondergrens. Dat laatste wordt in de brief aangeduid als 'verticaal toezicht', in onderscheid tot het 'horizontale toezicht' dat bestaat uit het verwachte keuzegedrag van 'zorgconsumenten', verwijzers, verzekeraars en financiers. Mede via dat mechanisme moet het zichtbaar maken van kwaliteitsverschillen zorgaanbieders stimuleren om betere kwaliteit te leveren, in de beleidsbrief nader aangeduid als 'de juiste verhouding tussen kwaliteit en prijs'. Publieke verantwoording, externe controle, meer keuze en vraagsturing, betere zorg en een grotere doelmatigheid; dat alles wordt in de nieuwe beleidsaanpak aan elkaar gekoppeld.

Publieke verantwoording en professionele verantwoordelijkheid

Centraal in het huidige kwaliteitsbeleid staat het begrip 'transparantie'. Daaronder wordt verstaan: het zichtbaar maken van de kwaliteit van de hulpverlening voor alle daarbij betrokken partijen. Gelet op de maatschappelijke betekenis en inbedding van de gezondheidszorg lijkt deze eis van publieke verantwoording een niet minder dan vanzelfsprekende zaak. Zeker gezien het algehele klimaat in de samenleving waarin erop aangedrongen wordt om op allerlei terreinen openheid en verantwoording van prestaties te geven.

De vraag is wel hoe publieke verantwoording zich verhoudt tot de bijzondere aard van het medisch – of meer algemeen: 'professioneel' – handelen. In dat verband valt al snel

de term '(medisch-) professionele autonomie'. Daarbij gaat het om de vrije handelingsruimte die artsen en andere hulpverleners nodig hebben om hun bijzondere kennis en kunde adequaat toe te passen op de specifieke klachten of behoeften van de patiënt. De kern van de professionele autonomie betreft de handelingsruimte op het gebied van diagnose en therapie. In aanvulling daarop gaat het om zaken als de toegang tot de beroepsuitoefening en het toezicht op de competente uitoefening daarvan (Hulst 1999). Uitgangspunt is de overweging dat niet-beroepsgenoten de specifieke kennis en het door training en ervaring gevormde inzicht missen om professioneel handelen te kunnen beoordelen (Kultgen 1988).

Professionele autonomie kan gemakkelijk worden misverstaan als een vrijbrief voor professionals om zich (als beroepsgroep) aan verantwoording voor hun handelen te onttrekken. In die zin heeft het begrip een beladen geschiedenis. In sociologische analyses is sinds de jaren zeventig soms sterk de nadruk gelegd op het gebruik ervan als machtsinstrument: met een beroep op de hun toekomende professionele autonomie konden bepaalde beroepsgroepen, zoals die van artsen, hun maatschappelijke positie en economische belangen uitbreiden en tegen bemoeienis vanuit de samenleving verdedigen. Zo beschouwd is professionele autonomie vooral een ideologische jas voor privileges, paternalisme en gesloten gelederen (Kultgen 1988).

In meer recente analyses ligt de nadruk eerder op het belang van professionele autonomie als een tegenwicht tegen allerlei externe krachten - zoals bureaucrativering, economisering en juridisering - die artsen of andere professionals zouden kunnen afhouden van het nakomen van de verantwoordelijkheid die we hen als samenleving hebben toevertrouwd (Freidson 2001). Hulst en Schepers benadrukken dat de professionele autonomie noodzakelijk is om artsen en andere hulpverleners in de gezondheidszorg in staat te stellen zich volledig te richten op het welzijn van hun patiënten (Hulst 1999). Er wordt dan mee bedoeld dat de arts, behalve uiteraard aan de normen van de wet, in zijn of haar beroepsuitoefening aan niets anders is gebonden dan aan de medisch-professionele standaard, dat wil zeggen aan wat binnen de geneeskunde (de medische wetenschap en de medische ethiek) aanvaardbaar wordt geacht (Hulst 1999). Daaruit volgt niet dat professionals zich niet hoeven te verantwoorden, maar wordt juist het kader aangegeven waarbinnen die verantwoording van hen mag worden verlangd. Juridisch is dat met zoveel woorden vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO, artikel 7: 453 BW). In zoverre lijkt het inderdaad beter om te spreken van 'de eigen professionele verantwoordelijkheid' van artsen en andere hulpverleners, dan van hun 'professionele autonomie' (Den Hartogh 1997).

Mede in reactie op de bovenaangeduide kritiek vanuit de samenleving wordt de notie van 'professionele verantwoordelijkheid' ook vanuit de betrokken beroepsgroepen sterk benadrukt. Het vier jaar geleden in toonaangevende medische tijdschriften gepubliceerde en breed gedragen *Charter on Medical Professionalism* is daarvan een sprekend

voorbeeld (ABIM 2002). In de preambule heet het: '*professionalism is the basis of the medicine's contract with society*'. Dat 'contract' vraagt om publiek vertrouwen en de professie moet laten zien dat ze dat waard is:

To maintain the fidelity of medicine's social contract during this turbulent time, we believe that physicians must reaffirm their active dedication to the principles of professionalism, which entails not only their personal commitment to the welfare of their patients but also collective efforts to improve the health system for the welfare of society.

Die verantwoordelijkheid voor de maatschappelijke dimensie van de gezondheidszorg wordt in het Charter onder meer uitgewerkt in termen van doelmatig werken (rechtvaardige verdeling van schaarse middelen) en streven naar voortdurende kwaliteitsverbetering. Bij dat laatste moet niet alleen worden gedacht aan het vergroten van klinische competentie, het voorkomen van fouten en het waarborgen van de veiligheid, maar ook aan het optimaliseren van de uitkomsten van de zorg:

Physicians must actively participate in the development of better measures of quality of care and the application of quality measures to assess routinely the performance of all individuals, institutions, and systems responsible for health care delivery. Physicians, both individually and through their professional associations, must take responsibility for assisting in the creation and implementation of mechanisms designed to encourage continuous improvement in the quality of care.

Een vergelijkbaar standpunt is in 2005 uitgebracht door het Royal College of Physicians in Engeland (RCP 2005). Daarin wordt gepleit voor een nieuwe definitie van professionalisme waarin samenwerking met de patiënt centraal staat. Ook de nieuwe Nederlandse artseneed kan in dit verband worden geciteerd: 'Ik zal mij open en toetsbaar opstellen en ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving' (Commissie herziening artseneed 2003).

We kunnen concluderen dat de eis van publieke verantwoording niet in strijd is met de bijzondere aard van het medisch professionele handelen. Artsen kunnen zich er niet met een beroep op 'professionele autonomie' aan onttrekken. Tegelijk laat de publicatie van het Charter met zijn nadruk op herstel van vertrouwen en de dikke streep die in de nieuwe eed wordt gezet onder openheid en toetsbaarheid wel zien dat hier nog iets te winnen valt. Hoe dat vertrouwen het best kan worden gediend en welke vormen van publieke verantwoording daar wel en niet aan kunnen bijdragen, is daarmee echter nog niet gezegd.

Duidelijk is in ieder geval dat volledige externe transparantie een illusie is. Daarvoor is het medisch handelen een te complexe aangelegenheid. Dat patiënten mondiger worden en via nieuwe technische middelen toegang hebben tot bronnen van medische kennis

leidt niet tot werkelijke 'deprofessionalisering' (Hulst 1999). In de eerste plaats omdat patiënten (leken) niet in staat zijn fragmenten van medische kennis in een breder theoretisch verband te plaatsen en dus voor de duiding van wat ze op internet vinden toch weer afhankelijk blijven van medische expertise. Maar van belang is ook dat de toepassing van medische kennis in concrete situaties vraagt om een door training en ervaring gevormd oordeelsvermogen. In dat verband spreekt Stegeman van een niet-expliciteerbare 'tweede soort kennis' die synthetiserend van aard is en berust op de aanscherping van vermogens als patroonherkenning, klinische blik en intuïtie (Stegeman 1997). Dat samengaan van theoretische en intuïtieve kennis is precies wat medisch handelen zo complex maakt. Het is de reden waarom patiënten op artsen aangewezen blijven en de samenleving de uitvoering van de zorg moet toevertrouwen aan professionals die zich de relevante combinatie van kennis en ervaring hebben eigen gemaakt (Davies 1998).

Het is dus onvermijdelijk dat het medisch handelen voor niet-beroepsgenoten in ieder geval voor een belangrijk deel het karakter heeft van een *black box*. Dat staat publieke verantwoording niet in de weg. Eén benadering komt erop neer dat de zorgaanbieders zelf hun kwaliteitssystemen op orde houden en van het functioneren daarvan verantwoording afleggen. Naast vormen van procestoetsing kunnen uitkomstgerichte prestatie-indicatoren daarbij een belangrijke rol spelen. De tweede benadering is die van de eerder geciteerde beleidsbrief. Daarin wordt kwaliteit op een voor leken begrijpelijke manier direct afgelezen uit een vergelijking van meetbare uitkomsten. Verplichte publicatie van prestatiescores moet kwaliteit en kwaliteitsverschillen direct zichtbaar maken voor alle bij de zorg betrokken partijen. Uiteraard hoeven die benaderingen elkaar niet uit te sluiten en kunnen ze elkaar in de praktijk ook aanvullen. In onderstaande tabel worden ze ideaaltypisch tegenover elkaar gezet.

Verschillen in visie ten aanzien van effectieve kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg	
<u>Interne evaluatie en kwaliteitsverbetering</u>	<u>Externe evaluatie en controle</u>
kwaliteitsverbetering als eigen verantwoordelijkheid van professionals	kwaliteitsverbetering als verantwoordelijkheid van samenleving
professionals nemen voortouw bij kwaliteitsverbetering	overheid, verzekeraars, managers voortouw
verandering vooral op basis van intrinsieke motivatie	verandering vooral op basis van externe prikkels en controle
nadruk op vertrouwen, autonomie van, zelfregulatie door professionals	nadruk op transparantie en extern verantwoording afleggen
nadruk op valide informatie over de zorg (essentiële aspecten, complete gegevens)	nadruk op betrouwbare informatie over de zorg (kernindicatoren, minimaal acceptabele zorg)

Externe prikkels en intrinsieke motivatie

De zojuist als eerste genoemde benadering veronderstelt dat de betrokken zorgaanbieders zelf voldoende gemotiveerd zijn om het doorvoeren van adequate kwaliteitssystemen serieus ter hand te nemen. Tot voor enige tijd lag die veronderstelling ook ten grondslag aan het op zelfregulering door zorgaanbieders gebaseerde overheidsbeleid. Dat was de oorspronkelijke inzet van de Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996). De huidige benadering berust op de constatering dat zelfregulering te vrijblijvend is en dat voor echte kwaliteitsverbetering externe prikkels nodig zijn (RVZ 2001, Tweede Kamer 2002). Het verwijt onvoldoende werk te hebben gemaakt van het op orde brengen van de eigen kwaliteitssystemen, kan het veld zich aantrekken. Zes jaar na de invoering van de Kwaliteitswet beschikte slechts een minderheid van de instellingen over een integraal systeem van kwaliteitsborging, ondanks de verplichting daartoe in de wet (IGZ 2002).

De externe prikkels die in de nieuwe aanpak zijn ingebouwd, bestaan allereerst uit wat Berg *et al.* aanduiden als het 'gloeiende plaat effect' (Berg 2005): openbaarmaking van resultaten maakt het heet onder de voeten van instellingen en zorgverleners die duidelijk minder goed presteren dan anderen. Daarvoor is niet eens nodig dat de buitenwereld daaraan ook gevolgen verbindt. Angst voor imagoschade is op zichzelf al een sterke stimulans om bij een volgende meting beter uit de bus te komen (zie hoofdstuk 5). Het 'opvoeren van de hitte' kan ook helpen om de in organisaties ingebakken weerstand tegen verandering te helpen doorbreken, iets waar goedwillende individuen tot hun frustratie steeds weer op stuk lopen (Berg 2005). Verdere prikkels moeten uitgaan van de indirecte of directe financiële consequenties die aan openbaarmaking verbonden kunnen zijn. Kritisch keuzegedrag van geïnformeerde 'consumenten' kan ertoe leiden dat minder goed presterende zorgaanbieders klandizie verliezen. Verzekeraars kunnen hun inkoopbeleid verbinden aan prestatie-eisen. Achterblijvende kwaliteit, zo is de bedoeling, wordt uiteindelijk niet meer gecontracteerd (Tweede kamer 2006). Zo moeten externe prikkels het in het veld kennelijk bestaande motivatietekort aanvullen.

In zijn recente rapport over maatschappelijke dienstverlening laat de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid zien dat deze uit het bedrijfsleven overgenomen beleidsaanpak ook in andere publieke sectoren wordt toegepast (WRR 2004). Ook in welzijn en onderwijs is meten en beheersen de dominante sturingsfilosofie geworden. Deze benadering komt tegemoet aan de door de overheid sterk gevoelde behoefte tot 'ontvlechting' van verantwoordelijkheden. Er moest een eind komen aan de situatie waarin zij wel werd aangesproken op het functioneren van de gezondheidszorg en andere vormen van professionele dienstverlening, maar zelf niet over de inhoudelijke kennis beschikte om op die sectoren voldoende greep te houden. Men zoekt de oplossing in het organiseren van externe controle en concurrentie op kwaliteit. Prestatie-indicatoren, gericht op het formaliseren, meetbaar en vergelijkbaar maken van resultaten, en externe prikkels zijn in die benadering cruciaal.

De WRR is daar kritisch over. De raad waarschuwt voor het gevaar dat prestaties worden gemeten die zonder kennis van de context waarbinnen ze worden geleverd, niet goed te interpreteren zijn. Dat leidt dan wel tot concurrentie op resultaat, maar niet op kwaliteit. Belangrijker nog is het 'vertrouwensprobleem' dat de WRR hier ziet. Hij wijst op het sombere mensbeeld van de achterliggende managementfilosofie, namelijk dat 'de praktijk van het menselijk handelen is doortrokken van opportunisme, list en bedrog' (WRR 2004). Het handelen van professionals vormt daarop dan uiteraard geen uitzondering. Dus zijn externe controle en prikkels nodig om te zorgen dat professionals hun beroep goed blijven uitoefenen en hun positie niet misbruiken. Zulk 'geinstitutioniseerd wantrouwen', aldus de WRR, zet een perverse cirkelbeweging in gang en bevestigt daarmee zichzelf. Door professionals te benaderen als mensen die onvoldoende gemotiveerd zijn om vanuit zichzelf kwaliteit te leveren, wordt opportunistisch gedrag juist aangewakkerd en gerechtvaardigd (Davies 1998).

Het begrippenpaar vertrouwen en wantrouwen vormde ook een rode draad in de discussie tijdens de expertmeeting die werd gehouden ter voorbereiding van dit signalement. Bij op kwaliteitsverbetering gerichte inspanningen binnen de professies zou te onderscheiden zijn tussen drie groepen. Een kleine groep van al voor kwaliteitsverbetering gemotiveerde voorlopers, een grote middengroep en een kleine groep *bad guys*: de structurele wanpresteerders die je in iedere beroepsgroep onvermijdelijk zult hebben. Het in het overheidsbeleid bespeurde wantrouwen riep de vraag op wie men daarmee wil aanspreken. Als het gaat om het in het gareel brengen van de *bad guys*, zo werd gezegd, liggen andere middelen meer voor de hand dan een benadering die de hele beroepsgroep aan een vorm van externe controle onderwerpt. De vraag is ook wat je daarmee bereikt. De gemotiveerde voorlopers zijn het probleem niet. Die zullen zich ook door de tournures van het overheidsbeleid niet laten afbrengen van wat ze belangrijk vinden om te doen. Het zal er om gaan dat je de middengroep meekrijgt. En de vraag is of dat het beste kan door alle leden van de beroepsgroep als 'potentiële wanpresteerders' aan te spreken. Leidt dat niet tot ondermijning van wat men juist zou moeten zien aan te spreken: de intrinsieke motivatie om goed te zijn in je vak (Reinders 2006)?

Dat die vraag breed wordt herkend, ook in andere sectoren dan de gezondheidszorg, blijkt uit een recent themanummer van *Christen Democratische Verkenningen*. Daarin wordt in diverse toonaarden gepleit voor een renaissance van de beroepseer. De boodschap luidt: stoppen met demotiverend meten en beheersen. In plaats daarvan: professionals uitdagen hun persoon te verbinden met hun vak en hun deskundigheid (Van den Brink 2005, Verbrugge 2005).

Uit eerder in dit signalement aangehaald gedragswetenschappelijk onderzoek blijkt dat intrinsieke motivatie – de bereidheid die mensen van zichzelf uit hebben om hun werk goed te doen – een belangrijke antropologische constante is. Zij berust op de spontane bevrediging die mensen putten uit het effectief ten uitvoer brengen van door henzelf be-

langrijk gevonden taken. Als zodanig is het 'a prototypic instance of human freedom or autonomy' (Deci 1999). Maar uit het onderzoek lijkt ook te volgen dat die intrinsieke motivatie gemakkelijk kan worden ondergraven als prestaties afhankelijk worden gemaakt van externe prikkels, zoals de in het bedrijfsleven gebruikelijke bonussystemen. Volgens de Duitse managementwetenschapper Sprenger wordt met de introductie van dergelijke systemen een dynamiek in gang gezet die zijn eigen gelijk bevestigt: naarmate mensen zich meer door externe prikkels laten leiden, is er minder reden om te vertrouwen op hun eigen motivatie. Dus zijn er nog meer en ook steeds sterkere externe prikkels nodig om mensen zover te krijgen dat ze doen wat er van hen verlangd wordt. De prijs daarvoor is hoog. Sturing door externe prikkels leidt tot strategisch gedrag of 'innerlijk ontslag'. Risicomijding komt voorop te staan; streven naar verbetering en vernieuwing krijgt geen kans (Sprenger 2005).

Hier gaat het niet over werknemers in het bedrijfsleven, maar over professionals in de gezondheidszorg. Natuurlijk zou het onjuist zijn te doen alsof artsen en andere hulpverleners een bijzonder soort mensen zijn, dat uitsluitend door altruïstische motieven wordt geleid. Hulpverleners zijn geen heiligen en hoeven dat ook niet te zijn (Hilhorst 2004). Dat neemt niet weg dat hun professionele identiteit een morele kern heeft die bestaat uit de oriëntatie op het helpen van anderen (Koehn 1994). Dat betekent dat met de ondermijning van intrinsieke motivatie in deze context meer op het spel staat dan bij (sommige) andere beroepen het geval is. Met de immanente zin van het eigen handelen dreigt immers ook die gerichtheid op het welzijn van de ander te vervluchtigen. Het gevolg is een 'morele erosie' van de professionele identiteit (Verbrugge 2005). Dat is ook de boodschap van Hilhorst: 'wanneer door beleidsmakers in toenemende mate gebruik wordt gemaakt van sturingsinstrumenten die op externe aansporing zijn gebaseerd (...) loopt men ernstig risico dat altruïstische motivaties verdrongen worden' (Hilhorst 2004). Als de samenleving niet meer gelooft in het service-ideaal van de professies, wie kan dan verwachten dat professionals er zelf in blijven geloven?

Het is duidelijk dat aan een primair op externe prikkels gebaseerd kwaliteitsbeleid morele risico's verbonden zijn. Behalve aan ondermijning van de intrinsieke motivatie van professionals valt dan te denken aan directe gevolgen van strategisch of 'pervers' gedrag voor de patiëntenzorg. Daarvan is bijvoorbeeld sprake als artsen uit angst voor een lagere prestatiescore zouden afzien van het behandelen van hoogrisicopatiënten. Of als de tijd en aandacht die artsen besteden aan aspecten van zorg waarvoor een prestatie-indicator geldt, zou leiden tot verwaarlozing van niet minder belangrijke, maar niet op die manier gemeten aspecten. Manipulatie van gegevens en andere vormen van fraude kunnen op meer indirecte wijze ten koste gaan van de belangen van patiënten en burgers (Trappenburg 2005).

De vraag is wel of met dit alles niet een te somber beeld geschetst wordt. In de eerste plaats komt motivatie nooit alleen maar 'van binnen'. Intrinsieke en extrinsieke motivatie kunnen elkaar aanvullen. In de tweede plaats: externe prikkels zijn er in soorten en maten. Uit het literatuuronderzoek blijkt dat de mate waarin bij externe prikkels strategisch of ongewenst gedrag te verwachten valt, groter is naar mate aan bepaalde uitkomsten (hoge of lage scores) meer directe en ernstige consequenties verbonden zijn. Wat dat betreft is er een duidelijk verschil tussen prikkels gebaseerd op de aan openbaarmaking verbonden vrees voor imagoschade ('gloeiende plaat effect') en prikkels in de vorm van directe (financiële) sancties (Berg 2005). In de derde plaats is een zekere mate van strategisch gedrag een onvermijdelijk bijverschijnsel van iedere poging de hele beroepsgroep bij de les te krijgen. De vraag is dan ook niet of het optreedt, maar in welke omvang en of het binnen de perken blijft. Dat zegt waarschijnlijk ook iets over de mate waarin verlies van intrinsieke motivatie als een reëel probleem moet worden aangemerkt.

Twee extreme posities moeten in ieder geval worden afgewezen. Enerzijds de stelling dat het inzetten van externe prikkels om kwaliteitsverbetering te bewerkstelligen als zodanig neerkomt op ondermijning van beroepseer en intrinsieke motivatie en daarom altijd verwerpelijk is. Dat de intrinsieke motivatie van goedwillende professionals juist ook schade kan oplopen als men wanpresteerders ongecorrigeerd hun gang laat gaan, laat wel zien dat die stelling onhoudbaar is. Maar anderzijds moet ook afstand worden genomen van de opvatting dat het bereiken van optimale prestaties vraagt om volledige externe aansturing van professionals, via een omvattend systeem van *monitoring*, beloningen en sancties. Zo'n systeem is niet alleen buitengewoon moeilijk te realiseren, ook zal het al snel contraproductief uitpakken en gepaard gaan met allerlei (deels hieronder nog te benoemen) moreel onaanvaardbare gevolgen.

De centrale vraag is dus of en hoe externe prikkels zo kunnen worden ingezet dat de positief stimulerende effecten die daarvan uit kunnen gaan duidelijk prevaleren boven de negatieve. Die vraag is ook in andere contexten actueel, bijvoorbeeld waar het gaat om de effecten op de belastingmoraal van een alert en streng opsporings- en sanctiebeleid door de belastingdienst (Feld 2006). Het lijkt aannemelijk dat in de verhouding tussen overwegend positieve en negatieve uitkomsten sprake is van een omslagpunt, waarna verdere vergroting van de externe druk de intrinsieke motivatie van de betrokkenen niet verder stimuleert, maar juist ondermijnt.

De patiënt als 'zorgconsument'

Een centrale rol in het nieuwe kwaliteitsbeleid van de overheid is weggelegd voor de patiënt. Zijn emancipatie tot 'kiezende zorgconsument' wordt gepresenteerd als een belangrijke reden om van zorgaanbieders meetbare en zichtbare kwaliteit te vragen (Tweede Kamer 2002). Het eerdere op zelfregulering door de beroepsgroep gerichte beleid komt daar onvoldoende aan tegemoet. Het moet daarom plaats maken voor een nieuwe benadering die 'het perspectief van de zorgconsument centraal stelt' (Tweede Kamer 2006).

Het is duidelijk dat hier een hedendaags moreel ideaal wordt aangesproken: zelf kunnen kiezen, zelf bepalen wat je belangrijk vindt, zelf invulling geven aan je leven. Het ideaal van zelfbeschikking, zij het in een bepaalde aankleding en met een bepaald accent. Niet zozeer de patiënt als mondige burger (zoals we die al kenden in de strijd om patiëntenrechten), maar nu ook: de patiënt als kiezende consument, als afnemer van 'zorg' (RVZ 2003). De vraag is wat daar tegen kan zijn. De idealen van zelfbeschikking en zijn complement: eigen verantwoordelijkheid, zijn kernelementen in moderne opvattingen over humaniteit en het goede leven. In de economische dimensie van het bestaan kunnen die waarden bij uitstek tot expressie komen. Naarmate de gezondheidszorg en andere vormen van publieke dienstverlening meer en meer als normale economische activiteiten worden beschouwd, is het niet meer dan logisch dat ook op dat terrein wordt gepleit voor meer individuele keuzevrijheid (Hilhorst 2004). Daar lijkt ook alle aanleiding voor te zijn. De zorg is vaak nog onvoldoende afgestemd op de werkelijke behoeften van de patiënt.

Natuurlijk staat dit alles in een kader waarin nog andere waarden worden nagestreefd. Verruiming van keuzemogelijkheden is instrumenteel ten opzichte van meer doelmatigheid en grotere kwaliteit. Marktwerking moet veel moois tegelijk brengen en vooral tegen minder kosten. Zou men echter aan die belofte twijfelen, dan blijft gelden dat met vergroting van transparantie en keuzemogelijkheden in de zorg iets goeds gerealiseerd wordt.

Toch is daar niet alles mee gezegd. Om te beginnen laten de uitkomsten van het voor dit signalement verrichte literatuuronderzoek (opnieuw) zien dat patiënten zich (nog) niet echt thuis voelen in die rol van kiezende zorgconsument. Al kan dat voor specifieke patiëntengroepen (bijvoorbeeld chronisch zieken) anders liggen, in het algemeen lijken patiënten vooralsnog weinig geneigd om zich in hun keuzegedrag te laten leiden door prestatiescores van hulpverleners en ziekenhuizen. Dat blijkt ook uit een recent verschenen studie van ZonMw (Groenewoud 2006). Een deel van de verklaring kan zijn dat de aard van die informatie onvoldoende is toegesneden op hun specifieke behoeften en op wat in het licht daarvan voor hen als kwaliteit van zorg kan gelden. Daarvoor lijkt men dan eerder te rade te gaan bij lotgenoten en familie of vrienden met relevante ervaringen. En misschien geldt hier ook wat mogelijk een rol speelt bij verwijzers en verzekeraars: dat

men zich realiseert dat die prestatiescores niet zomaar *at face value* te nemen zijn. Mensen weten best dat de werkelijkheid vaak genuanceerder is.

Natuurlijk sluit dat niet uit dat patiënten nu en in de toekomst wél meer van bepaalde keuze-informatie gebruik willen maken. Zeker als hun dat voortdurend als ideaal wordt voorgehouden. Bovendien kan men redeneren dat het morele ideaal zijn glans niet verliest als mensen van de hun aangeboden keuzemogelijkheden geen gebruik maken. Het gaat er niet om dat ze moeten kiezen, maar dat ze er toe in staat worden gesteld. Een vraag is dan wel of de materiële en maatschappelijke kosten van het verschaffen van die kennelijk niet als voldoende bruikbaar ervaren prestatie-informatie nog opwegen tegen de baten ervan (Trappenburg 2005).

Maar de vanuit moreel perspectief belangrijkste vraag is daarmee nog niet gesteld. Hoe verhouden noties als zelfbeschikking en keuzevrijheid zich tot waar het in de gezondheidszorg om gaat? Welke waarden staan daar centraal? Passen die noties daar wel of niet bij en, zo nee, wat richten ze aan? In haar nieuwe boek contrasteert Mol 'de logica van het kiezen' met 'de logica van het zorgen' (Mol 2006). Met het eerste bedoelt ze de vanzelfsprekendheid waarmee vergroting van keuzemogelijkheden op allerlei terreinen van het leven, inclusief de gezondheidszorg, als ideaal wordt gepresenteerd. Onder het tweede verstaat ze de manier waarop zorgverleners en patiënten hebben geleerd gezamenlijk te zoeken naar een beste antwoord op de uitdagingen van het moeten leven met een ziek lichaam. Patiënten, zegt Mol, zijn afhankelijk van hun ziekte en hun lichaam. Dat kleurt hun perspectief en bepaalt hun mogelijkheden. Het is voor hen niet mogelijk het toeschouwersperspectief op hun eigen bestaan in te nemen dat de 'logica van het kiezen' ons voorschotelt. Het zieke lichaam herinnert er voortdurend aan dat patiënten niet boven hun leven staan, maar er midden in. De vraag is dan niet wat je zou willen, maar wat er hier en nu moet gebeuren. Als het daar om gaat heeft de 'logica van het kiezen' weinig te bieden. Maar belangrijker nog: die nadruk op kiezen wringt zich tussen arts en patiënt in en dreigt daarmee het zorgen te ondermijnen (Mol 2006).

De vraag is wel of die twee logica's van 'zorgen' en 'kiezen' hier niet erg massief tegenover elkaar worden gezet (Schermer 2006). Dat is ongetwijfeld Mols bedoeling niet, al kan haar analyse gemakkelijk zo worden (mis)verstaan. De veronderstelling dat zorgen en kiezen elkaar wederzijds uitsluiten is in ieder geval niet vruchtbaar. Bij goede zorg hoort ook dat patiënten in staat worden gesteld om door betekenisvolle keuzes zelf invulling te geven aan hun leven (Nussbaum 2006). Maar een belangrijke vraag is wel of dat helpen kiezen en het daarachter liggende ideaal van autonomie er mee is gediend patiënten in een consumentenrol tegenover artsen en andere hulpverleners te plaatsen.

Daarvoor waarschuwt ook de WRR. De introductie van een term als 'consument' noemt de raad een 'typisch voorbeeld van gestolen retoriek die in de praktijk de verhouding tussen professionals, instellingen, en degenen die aan hun zorg worden toevertrouwd,

vertroebelt en onder druk zet' (WRR 2004). Dat geeft een heel andere kijk op wat in recente beleidsstukken wordt aangeduid als 'scherp houden'. Eén die laat zien dat daar bij alle mogelijke (maar nog onzekere) winst in termen van kwaliteit en doelmatigheid, ook wat mee te verliezen valt. Zal het publiceren van prestatiescores en daardoor uitgelokt keuze- en vergelijkingsgedrag er niet toe leiden dat artsen en patiënten anders naar elkaar gaan kijken? Patiënten zijn voortaan niet alleen patiënten, maar ook kritische toeschouwers en beoordelaars. Zij zien in steeds meer detail wat er goed, maar ook wat er slecht gaat in de zorgverlening. Artsen zijn niet alleen hulpverleners, maar aanbieders van diensten die om de hoek misschien wel beter of aantrekkelijker kunnen zijn. De vraag is of daarmee geen schade wordt toegebracht aan het kwetsbare weefsel van hulpverleningsrelaties die het naar hun aard moeten hebben van 'geïnstitutioniseerd vertrouwen' (Koehn 1994, Freidson 2001, Tonkens 2003). Meer in het algemeen is de vraag welke consequenties dat kan hebben voor het basale vertrouwen van het publiek in de gezondheidszorg: de verwachting dat zorgverleners competent zijn en handelen in het belang van patiënten. Zal langdurig publiekelijk demonstreren dat dit niet altijd het geval is dat vertrouwen van het publiek in de zorg niet aantasten? Dit soort hypothetische gevolgen moet zorgvuldig in kaart worden gebracht.

Meetbaarheid en rechtvaardigheid

Kwaliteit moet meetbaar zijn. Met die stelling begint de recente beleidsbrief van de overheid (Tweede Kamer 2006). Een intrigerend zinnetje dat geen tegenspraak lijkt te dulden. Toch is de vraag hoe het precies zit met die meetbaarheid van kwaliteit. We hebben het hier immers niet over de kwaliteit van een simpel product, maar over zoiets complex als de kwaliteit van de zorg. Zijn alle relevante aspecten daarvan uit te drukken in maat en getal? Is zorg die niet (goed) meetbaar is van mindere kwaliteit? Is meten de enige manier om kwaliteit van zorg op het spoor te komen?

Prestatie-indicatoren zijn 'meetbare elementen van de zorgverlening die functioneren als een mogelijke aanwijzing voor de kwaliteit van zorg' (RGO 1990, zie ook hoofdstuk 2). Een afwijkende score is zo beschouwd een reden voor nader onderzoek, waarvan de uitkomst kan zijn dat bepaalde aspecten van de zorgverlening verbetering behoeven. Het gaat om een mogelijke aanwijzing, omdat niet uit te sluiten valt dat die slechtere score door in de meting niet verdisconteerde contextspecifieke factoren (bijvoorbeeld een bepaalde opbouw van de patiëntenpopulatie) kan zijn veroorzaakt.

Bij intern gebruikte indicatoren (binnen een praktijk of instelling, maar het geldt ook voor onderlinge vergelijking tussen beroepsgenoten) zijn de betrokkenen door hun kennis van de complexiteit van de uitvoeringspraktijk goed in staat het betrekkelijke karakter van indicatoren in het oog te houden. Bij gebruik voor externe vergelijking is dat niet vanzelfsprekend het geval. Er is gewezen op de spanning die hier bestaat: bij externe vergelijking is de contextgevoeligheid het grootst, maar is de ruimte om bij de interpretatie van

uitkomsten met die contextinformatie rekening te houden, het kleinst (Berg 2002). De indirecte 'signaalfunctie' van prestatie-indicatoren maakt bij externe vergelijking plaats voor een directe 'afleesfunctie'.

De methodologische vraag (zie de eerdere discussie over 'validiteit' in hoofdstuk 4) is of daarmee niet teveel van die indicatoren wordt verwacht. Vanuit moreel perspectief is van belang dat het meetbaar maken van kwaliteit ook is bedoeld om zorgaanbieders op hun prestaties te kunnen aanspreken en zo nodig ook te kunnen afrekenen. Daar is op zichzelf niets op tegen, maar het moet wel fair gebeuren. Zorgaanbieders afrekenen op prestatiescores die onvoldoende rekening houden met relevante contextfactoren, is onrechtvaardig (Russell 1998, Wistanley 1996).

In een strikt 'utilistische' redenering hangt de morele kwaliteit van een als sturingsinstrument ingezet systeem van prestatie-indicatoren uitsluitend af van de vraag of er goede resultaten mee worden bereikt. De rechtvaardigheid of onrechtvaardigheid van het systeem is daaraan ondergeschikt. Wat telt is of het aan openbaarmaking van prestatie-uitkomsten verbonden 'gloeiende plaat effect' de betrokkenen motiveert om bij een volgende meting beter uit de bus te komen en of dat per saldo leidt tot betere zorg.

Maar intussen hebben de betrokkenen uiteraard geen ongelijk dat het onrechtvaardig is als ze worden afgerekend op uitkomsten die ze maar in beperkte mate konden beïnvloeden. Denk aan een huisartspraktijk met een naar verhouding slechte score, die echter (deels, grotendeels of geheel) verklaard kan worden uit de ligging in een achterstandswijk. In een ethische beschouwing waarin respect voor personen centraal staat is rechtvaardigheid een ten opzichte van utiliteit onafhankelijke morele waarde. Vanuit dat perspectief is openbaarmaking van onvoldoende voor context gecorrigeerde of vanwege te kleine aantallen waarnemingen onbetrouwbare scores moreel niet aanvaardbaar, ook niet als het zou leiden tot betere zorg. Overigens: ook een strikt utilistische redenering zal met rechtvaardigheid rekening moeten houden, althans voor zover het gevoel onrechtvaardig behandeld te zijn bij hulpverleners energie en gedrag kan oproepen dat zich tegen de beoogde werking van het systeem keert en daarmee averechtse gevolgen genereert.

In de context van een vergelijkbare discussie over kwaliteitsbevordering in het onderwijs zijn voorstellen gedaan voor een 'code of ethics for performance indicators' (Goldstein 1996). Publiekmaking van scores mag niet leiden tot ongerechtvaardigde beschadiging. Om betrokkenen daartegen te beschermen mogen volgens die code indicatoren die in belangrijke mate door externe factoren worden beïnvloed alleen worden gepubliceerd als duidelijk is aangegeven hoe die factoren zijn verdisconteerd. Verder zouden individuen en instellingen in beroep moeten kunnen gaan als zij vinden dat ze ten onrechte worden afgerekend op uitkomsten waarop ze zelf onvoldoende invloed hebben.

Een tweede vraag in verband met 'kwaliteit moet meetbaar zijn' betreft de selectie van prestatie-indicatoren. Niet alles wordt uiteraard gemeten, maar bepaalde elementen die als representatief worden beschouwd voor een groter terrein van zorg. Ook dat roept zowel methodologische als morele vragen op. Immers, waar representativiteit onvoldoende hard te maken valt, dreigt onevenwichtigheid. Alle energie en aandacht kan zich dan richten op de verbetering van een bepaalde indicator, zonder dat daardoor de kwaliteit van het erachter liggende terrein van zorg mee verbetert. Mogelijk is zelfs sprake van een verslechtering omdat belangrijke maar niet in de meting betrokken aspecten nu minder aandacht krijgen. Om dat gevaar te ondervangen zou men moeten zoeken naar indicatoren die zich niet lenen voor geïsoleerde verbetering, maar de vraag is of die wel bestaan.

In de derde plaats rijst de vraag wat 'kwaliteit moet meetbaar zijn' betekent voor zachtere vormen van zorg, zoals verpleging en verzorging, waarvoor het veel lastiger kan zijn om voldoende gevalideerde prestatie-indicatoren te ontwikkelen (Berg 2003, Hamers 2005). Betekent 'moet meetbaar zijn' dat minder gemakkelijk meetbare aspecten, zoals bejegening, in het kwaliteitsbeleid al bij voorbaat niet meetellen of minder aandacht krijgen? Of zijn er wel degelijk (nader te ontwikkelen) manieren om de kwaliteit van dergelijke aspecten meetbaar en vergelijkbaar te maken?

Ten slotte: hoe verhoudt kwaliteitsverbetering zich op onderdelen van de zorg tot verbetering van de zorg als geheel? Zolang dat open blijft, ligt het voor de hand dat prestatie-indicatoren worden gebruikt die toevallig beschikbaar zijn of die op grond van bestaande kennis het gemakkelijkst kunnen worden ontwikkeld. Met hun pleidooi voor de ontwikkeling van prestatie-indicatoren vanuit een *public health* perspectief hebben Klazinga *et al.* zich nadrukkelijk gekeerd tegen dit gebrek aan oriëntatie (Klazinga 2001). Ze benadrukken dat de ontwikkeling van indicatoren geen waarde vrije administratieve of louter wetenschappelijke activiteit is. Uiteindelijk gaat het om de vraag hoe de kwaliteit van de gezondheidszorg in de 21^e eeuw het best kan worden vormgegeven. Die stellingname spoot met een van de centrale aanbevelingen in het WRR-rapport: 'Juist omdat er minder middelen beschikbaar zijn bij een toenemende, gevarieerde en complexere dienstverlening, moeten niet de procedurele maar de inhoudelijke vragen en normatieve afwijkingen leidend zijn' (WRR 2004).

Kosten en bureaucratie

Uit het voor dit signalement verrichte literatuuronderzoek blijkt dat nog weinig bekend is over wat het vergelijkbaar maken van de kwaliteit van het zorgaanbod middels prestatie-indicatoren betekent in termen van financiële kosten en administratieve belasting ('bureaucratie'). Duidelijk is wel dat de kosten niet moeten worden onderschat en dat de bureaucratie in ieder geval aanvankelijk aanzienlijk kan toenemen, ook als het waar zou zijn dat die tendens met slimme systemen van dataverzameling op termijn weer kan

worden omgekeerd. Wat het kan gaan kosten hangt natuurlijk ook af van het ambitieniveau van de uitvoering.

De term 'bureaucratie' heeft vaak al direct een negatieve, veroordelende connotatie. Bureaucratie is dan zoveel als het uitvoeren of opleggen van nodeloze administratieve handelingen. En komt dus neer op een verspilling van menskracht en middelen die, in de gezondheidszorg, beter aan het primaire proces van de hulpverlening besteed zouden kunnen worden. Het kost geen moeite hulpverleners te vinden die precies dat bedoelen als ze het hebben over de aan het bijhouden van prestatiegegevens verbonden 'bureaucratie'. Toch is die impliciete veroordeling niet vanzelfsprekend terecht. Kwaliteitsverbetering kan niet zonder beoordeling van processen en uitkomsten en gaat onvermijdelijk (het geldt ook voor interne systemen) gepaard met het vastleggen van gegevens en in die zin met bureaucratie. Dat kost nu eenmaal geld en menskracht die bij een gelijk budget aan het primaire proces zal worden onttrokken. Of dat goed of slecht is hangt er van af wat er aan opbrengsten tegenover staat in termen van meer verantwoorde zorg. Wordt de zorg er daadwerkelijk beter van: doelmatiger, transparanter, vraaggerichter, veiliger? In dat geval zullen de kosten zich door besparingen deels terugverdienen en anders zijn ze gelet op de ermee bereikte verbeteringen mogelijk toch goed besteed. En dat meer menskracht nodig is voor de administratie van kwaliteitsgegevens hoeft geen probleem te zijn als het betekent dat de handen aan het bed hun werk beter kunnen doen.

Maar de vraag is dan wel of dat allemaal zo is. Of de kosten en bureaucratie die zijn gemoeid met het middels prestatie-indicatoren vergelijkbaar maken van de kwaliteit van het zorgaanbod wel in verhouding staan tot de opbrengsten in termen van verbetering en verantwoording. De in dit signalement bijeengebrachte gegevens laten zien dat dat nog bepaald niet vast staat. De veronderstelling dat de in het nieuwe overheidsbeleid gekozen benadering leidt tot meer keuzemogelijkheden voor zorggebruikers en zorgaanbieders aanzet tot concurrentie op kwaliteit, blijkt vooralsnog niet erg stevig onderbouwd.

In zoverre hebben we te maken met een beleidsexperiment. Pas na verloop van tijd kan duidelijk worden welke specifieke vormen van het gebruik van prestatie-indicatoren in de zorg wel en niet kosteneffectief zijn. Wel vraagt *'evidence based policy making'* om voortdurende evaluatie en effectonderzoek. Een belangrijke boodschap van dit signalement is dat het daaraan nog te vaak ontbreekt. Te vanzelfsprekend wordt uitgegaan van de veronderstelling dat het allemaal zo zal werken als van te voren is bedacht.

Evaluatie en onderbouwing is niet alleen van belang om verspilling te voorkomen van geld en energie die dan inderdaad beter aan de zorg zelf had kunnen worden besteed, maar ook om draagvlak te behouden in het veld en om de mogelijk negatieve gevolgen (zoals verlies van vertrouwen van het publiek in de zorg of hoge kosten) tijdig te signale-

ren. Voor de betrokken zorgaanbieders (instellingen, professionals) moet duidelijk zijn dat de verzameling en publicatie van prestatiescores een zinvolle exercitie is. Als dat vertrouwen ontbreekt, ondermijnt dat de motivatie tot deelname en wordt ontwijkend of strategisch gedrag gestimuleerd, wat de transparantie en kwaliteit van de zorg niet ten goede komt.

Intussen moet er wel voor worden gewaakt de nog bestaande onzekerheid over de gewenste effecten meer gewicht te geven dan de niet minder grote onzekerheid over de mate waarin ook met ongewenste effecten rekening moet worden gehouden. Het zou onjuist zijn het ene als een nog onbewezen veronderstelling en het andere als feit te presenteren. In het zojuist bedoelde effectonderzoek dienen beide aspecten aan bod te komen.

7 **Discussie: verantwoording, kwaliteit en vertrouwen**

Ziekenhuizen, praktijken en professionals moeten werk maken van voortdurende kwaliteitsverbetering. Ook moeten ze verantwoording afleggen aan de samenleving over de zorg die ze bieden en de kwaliteit daarvan. Die tweeledige boodschap – kwaliteit en verantwoording – is uiteraard niet nieuw. Dat geldt ook voor de conclusie dat het op beide fronten nog aanzienlijk beter kan.

Nieuw is wel de urgentie waarmee die boodschap wordt gebracht. De samenleving vraagt om transparantie en aanvaardt niet meer dat de kwaliteit van de zorg soms (ver) achterblijft. Het past ook in een moderne visie op de professionaliteit van zorgaanbieders dat zij daarop aanspreekbaar zijn. Dat wordt door de betrokken beroepsgroepen en in het veld steeds nadrukkelijker onderkend. Iedere hulpverlener en elke instelling heeft de (professionele) verantwoordelijkheid om optimale zorg te bieden en aan de samenleving te laten zien dat men daar serieus aan werkt. De discussie gaat dan ook niet over die beide verantwoordelijkheden als zodanig, maar wel over de vraag hoe daaraan in de praktijk het best gestalte kan worden gegeven. Welke aanpak, welke modellen zijn daarvoor het meest geschikt? De voorlopers aanspreken is daarbij het probleem niet. En natuurlijk is er altijd een kleine groep wanpresteerders die zich op geen enkele manier tot verantwoord gedrag laat brengen. De vraag is hoe je de grote groep daartussen mee kunt krijgen.

Nieuw in dit verband is verder de manier waarop beide doelen in recente beleidsstukken aan elkaar gekoppeld worden. Door publieke verantwoording in een bepaalde vorm (outputmeting) verplicht te stellen, hoopt men ook het streven naar kwaliteitsverbetering minder vrijblijvend te maken, of in ieder geval: minder afhankelijk van de goede wil en inzet van de betrokken zorgaanbieders. Openbaarmaking van prestatiescores moet een mechanisme van externe prikkels in gang zetten waardoor ook de uit zichzelf mogelijk minder gemotiveerde instellingen en professionals worden aangezet te streven naar steeds betere zorg.

Behoeftte aan zakelijk debat

Het debat over deze benadering is sterk gepolariseerd. Voorstanders lijken weinig oog te hebben voor mogelijk ongewenste effecten en tegenstanders zijn bij voorbaat overtuigd dat het allemaal niets kan worden. Dat hangt ook samen met door de actuele veranderingen in de gezondheidszorg (waarvan deze nieuwe inzet van het kwaliteitsbeleid een onderdeel vormt) opgeroepen spanning tussen partijen in de zorg. Autoriteiten, zorgverzekeraars, managers zien zorgverleners nogal eens als onwillige, vooral de eigen belangen nastrevende personen of organisaties. En men wordt daarin ook regelmatig bevestigd: belangrijke ontwikkelingen in de patiëntenzorg worden soms tegengehouden op basis van overwegingen van eigenbelang. Zorgverleners van hun kant zien de overheid, beleidsmakers of verzekeraars al snel als instanties die hun werk van boven- en buitenaf willen bepalen en controleren. Ze voelen zich dan vaak ook miskend in hun capaciteiten en integriteit.

Het is duidelijk dat het door alle partijen onderschreven doel van kwaliteitsverbetering in de zorg met dergelijke polarisatie en wederzijdse beeldvorming niet is gediend. In dit signalement is daarom getracht de nieuwe beleidsinzet (koppeling van publieke verantwoording en kwaliteitsverbetering) zo zakelijk mogelijk te bespreken.

Kansen en risico's

In het eerste, empirische, deel ging het om de wetenschappelijke onderbouwing. In hoeverre kunnen prestatie-indicatoren worden gebruikt om kwaliteit meetbaar en vergelijkbaar te maken? En wat is er bekend over de effecten van deze benadering? Leidt die inderdaad tot betere zorg? Hoewel het onderzoek geen grond geeft voor het trekken van harde conclusies, lijkt gezegd te kunnen worden dat de koppeling van verantwoording en verbetering zowel kansen als risico's in zich draagt. Er zijn aanwijzingen dat het (onder voorwaarden) kan werken, maar er is ook een gevaar van strategisch gedrag en averrechtse effecten. Daarbij lijkt vooral de inbedding van belang: de mate waarin zorgaanbieders de van hen gevraagde verantwoording kunnen verbinden met wat ze zelf belangrijk vinden in hun vak en daarvoor zelf de professionele verantwoordelijkheid op zich nemen. Dat is ook de boodschap van de ethische analyse in het tweede deel. Er hoeft op zichzelf niets mis te zijn met externe prikkels en verantwoording in termen van resultaat, maar het is zaak de intrinsieke motivatie van professionals en het vertrouwen van het publiek in de zorg daarbij niet te ondermijnen, maar die juist te ondersteunen en te versterken.

Een belangrijke, maar niet eenvoudig te beantwoorden vraag is uiteraard hoe het zit met de verhouding tussen kansen en risico's. Is het mogelijk de kansen op daadwerkelijke verbetering van kwaliteit en vertrouwen te benutten en tegelijkertijd de risico's van averrechtse effecten te beperken? Dat is de inzet van het sociale experiment waar het hier

onvermijdelijk om gaat. Omdat de vormen van maatschappelijk kapitaal die daarbij in het geding zijn – zoals de motivatie van professionals en het vertrouwen van het publiek – zich nu eenmaal gemakkelijker laten afbreken dan weer opbouwen, is bij dergelijke experimenten behoedzaamheid geboden. Dat vraagt in deze context om een stapsgewijze aanpak en om gedegen effectonderzoek. De eerste stap is het zichtbaar maken en vergelijkbaar maken van kwaliteitsverschillen met behulp van prestatie-indicatoren. Als dat realistisch en verantwoord is gebleken kunnen volgende stappen volgen, zoals de eventuele invoering van aan bepaalde prestatiescores te verbinden financiële of andersoortige consequenties. Hoe hoger op de ‘ambitieladder’, hoe strenger ook de voorwaarden moeten zijn waaraan het gebruik van prestatie-indicatoren moet voldoen. Belangrijke voorwaarden voor het publieke gebruik van prestatie-indicatoren zijn in ieder geval: toetsing op validiteit en representativiteit, ontwikkeling door of in overleg met de beroepsgroep, aansluiting bij bestaande systemen van kwaliteitsverbetering en het inbouwen van garanties tegen ongerechtvaardigde beschadiging van individuen of instellingen.

Een van de problemen met de wijze waarop overheid en andere partijen nu publieke verantwoording en kwaliteitsverbetering trachten af te dwingen, is dat het soms lijkt alsof de nadruk vooral ligt op het presenteren van cijfers en men minder oog heeft voor het leggen van verbindingen tussen verschillende systemen van kwaliteitsverbetering (richtlijnen, prestatie-indicatoren, DBC's, interne kwaliteitssystemen, specifieke verbeterprogramma's). Dat hangt wellicht samen met de centrale rol die 'kiezende partijen' (verzekeraars, financiers, patiënten) in het nieuwe beleid krijgen toebedeeld als primaire adres van publieke verantwoording. De bedoeling is immers dat hun op die cijfers gebaseerde keuzegedrag instellingen en hulpverleners stimuleert tot het bieden van optimale zorg.

De rol van de patiënt

Met name de verwachting ten aanzien van het keuzegedrag van patiënten lijkt echter niet stevig onderbouwd. In ieder geval blijkt uit het tot nu toe verrichte onderzoek niet dat een op openbaarmaking van prestatiescores gebaseerd systeem van publieke verantwoording patiënten bepalend is bij het maken van keuzes in het zorgaanbod. Die verwachting is mogelijk ook gebaseerd op een onjuiste visie over wat patiënten op dat gebied aan keuzemogelijkheden willen. Daarnaast is nog veel meer onderzoek nodig. Voor de meeste mensen lijkt voorop te staan dat, als zij ziek worden, de vertrouwde zorg in de eigen omgeving aan de hoogste eisen voldoet. Zij verwachten dat overheid, verzekeraars en zorgverleners daarop toezien en daarvoor de garantie bieden. Hoogstens zal er een kleine, maar wellicht groeiende, groep zijn die graag gebruik wil maken van prestatiescores en daarop gebaseerde keuzemogelijkheden. Voor de meeste mensen lijkt het belangrijker om goed geïnformeerde onafhankelijke 'zorggidsen' en 'zorgbegeleiders' te hebben die helpen bij het kiezen of die namens groepen van patiënten onderhandelen met zorgaanbieders en verzekeraars over optimale zorgverlening. Als men het publiek meer dan nu het geval is wil betrekken bij de zorg, met een beroep op eigen verant-

woordelijkheid en door het bieden van keuzevrijheid, dan zal er veel meer ondersteuning gegeven moeten worden bij het vinden, juist interpreteren en gebruiken van informatie over het zorgaanbod.

Een meer realistische visie op de rol van de patiënt maakt het nodig, maar schept meteen ook de ruimte, om uitkomstmetingen en prestatiecijfers niet als alleen zaligmakend te zien. Waar het om gaat is dat mensen optimale zorg krijgen. Welk systeem is daarvoor nodig en hoe en onder welke voorwaarden kunnen prestatie-indicatoren, externe controle en financiële prikkels daaraan bijdragen?

Werken aan kwaliteitsverbetering

Essentieel is in ieder geval dat draagvlak wordt gecreëerd en wederzijds wantrouwen doorbroken. Daar moet van twee kanten aan gewerkt worden (Tjeenk Willink 2006). Van de kant van de overheid: door kwaliteitsverbetering niet uitsluitend of in de eerste plaats via externe prikkels te willen afdwingen, maar professionals ook nadrukkelijk aan te spreken op hun intrinsieke motivatie en ze in staat te stellen daaraan in hun beroepsuitoefening gestalte te geven. Daarbij moet duidelijk zijn dat prestatie-indicatoren zo worden gebruikt dat niemand hoeft te vrezen onrechtvaardig te kijkezeten te worden of zonder goede gronden in zijn beroepsuitoefening en belangen te worden geschaad. Een belangrijke voorwaarde is ook dat nodeloze bureaucratie wordt voorkomen.

Van de kant van de zorgverleners gezien, is de uitdaging vooral om de eis van systematische kwaliteitsverbetering op een andere manier te ervaren. Niet als iets dat van buitenaf wordt opgelegd, als iets dat men moet doen om sancties te vermijden of negatieve beeldvorming te voorkomen, maar als een kernelement van de eigen professionele verantwoordelijkheid. Kwaliteitsverbetering moet beleefd worden als een intrinsiek onderdeel van het werken in de gezondheidszorg: een essentiële en door professionals op alle niveaus (artsen, niet-artsen, managers, directeuren, beleidsmakers) te ontwikkelen basiscompetentie.

De hier bepleite benadering houdt in dat professionals in de gezondheidszorg, de wetenschappelijke verenigingen voorop, het initiatief nadrukkelijk naar zichzelf toetrekken en dat het primaat van kwaliteitsverbetering ook echt bij hen komt te liggen. Niet alleen waar het gaat om de ontwikkeling van prestatie-indicatoren voor gebruik in de context van interne kwaliteitssystemen, maar ook in de discussie over de vraag welke indicatoren onder welke voorwaarden geschikt zijn voor extern gebruik. Onderstaand praktijkvoorbeeld laat zien hoe dat zou kunnen.

Denemarken: ontwikkeling en gebruik van indicatoren als onderdeel van een *bottom-up* kwaliteits(verbeter)stelsel

In 2000 werd begonnen met het Danish National Indicator Project als een nationaal multidisciplinair kwaliteitsverbeteringsproject (Mainz 2004). Het betrof een samenwerkingsverband tussen het ministerie van Gezondheid, de veertien Deense provincies en de wetenschappelijke en de beroepsverenigingen van medici, verpleegkundigen en paramedici. In de eerste twee jaar werden door een groep van zorgverleners op nationaal niveau ziektespecifieke *evidence based* indicatoren ontwikkeld. Deze ontwikkeling vond plaats op basis van een beschreven transparant proces. Het betrof klinische indicatoren voor zes ziektebeelden; respectievelijk hersenbloedingen, heupfracturen, schizofrenie, acute maagdarmschirurgie, hartfalen en longkanker. De deelname van alle Deense ziekenhuizen is verplicht. Iedere maand krijgen de zorginstellingen (zorgverleners en managers) *feedback* over hun eigen data (met gemiddelden en spreiding), een vergelijking met afgesproken standaarden en een trend analyse in de tijd. De data worden tweemaal per jaar door klinisch epidemiologen gecorrigeerd voor patiëntzwaarte. Er vindt analyse plaats op nationaal, regionaal, zorginstelling- en praktijk niveau. Er is inbedding in een stelsel van kwaliteitsverbetering op basis van nationale en regionale *audits*. Hierbij bespreken zorgverleners onderling de resultaten evenals de verbeterinitiatieven. Na analyse en interpretatie worden alle resultaten openbaar gepubliceerd in publiek-vriendelijke versies. Bij het maken van een begrijpelijke toelichting wordt samengewerkt met patiëntenverenigingen. Het enthousiasme over het project onder zorgverleners is groot en de kosten zijn zeer acceptabel (ongeveer 1 miljoen euro per jaar op nationaal niveau). Momenteel werkt men aan uitbreiding van het aantal ziektebeelden en aan de deelname van de eerste lijn (zie <http://www.nip.dk>). Men schat de ontwikkelkosten per ziektebeeld op 100.000 Euro.

Er komt dan ook ruimte voor meer differentiatie. Niet in elke context laat kwaliteit zich even vanzelfsprekend in uitkomstindicatoren vangen. Zo ligt het voor de hand in de *care*-sector behalve naar uitkomsten in termen van cliënttevredenheid vooral ook naar proceselementen te kijken. In andere beoordelingscontexten kunnen structurelementen een belangrijke signaalfunctie hebben. Bij die differentiatie telt uiteraard ook het doel van de beoordeling: wat is de precieze 'stuuringscontext' en welke partijen zijn daarbij betrokken? Gaat het om veiligheid, doelmatigheid, implementatie van richtlijnen, organisatieaspecten of de relationele kant van de zorg? Waar is overlap, waar kunnen programma's bij elkaar aansluiten, waar dreigt nodeloze verdubbeling en bureaucratie? Welke gegevens hebben verzekeraars nodig om een verantwoord inkoopbeleid te kunnen voeren? Hoe kunnen interne en externe beoordeling elkaar waar nodig aanvullen?

Die ruimte voor differentiatie betreft dan ook de wijze waarop gestalte te geven is aan verantwoording. Publieke verantwoording hoeft niet *per se* te bestaan uit het rapporteren van prestatiecijfers op een groot aantal indicatoren. Verantwoording kan ook inhouden dat de betrokken zorgaanbieders aan de samenleving laten zien dat ze hun kwaliteitsstelsels intern op orde hebben. Dat was precies de aanpak in de beginjaren van de

Kwaliteitswet Zorginstellingen. De reden dat die verlaten is, was de constatering dat men zijn systemen intern níet op orde had en de overtuiging dat de betrokkenen daar alleen via externe prikkels toe zouden kunnen worden gebracht. Een pleidooi voor zo'n 'getrapte' benadering is dan ook alleen plausibel wanneer daarin geen excuus voor verdere vrijblijvendheid kan worden gezien. Dat vraagt om criteria die de samenleving en de overheid de zekerheid geven dat serieus en voortdurend aan kwaliteitsverbetering wordt gewerkt. Certificatie, accreditatie, intercollegiale toetsing, contractering en eventuele bonus of betalingen gekoppeld aan kwaliteit kunnen hier een rol spelen. Nader onderzoek naar de beste vormgeving van zulke systemen in verschillende settings is zeer hard nodig alvorens definitieve modellen worden ingevoerd. In andere landen, zoals de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk staat men voor dezelfde vragen en wordt eveneens geëxperimenteerd met modellen hiervoor, zie onder andere het rapport van het Institute of Medicine (IOM 2006).

De hier bepleite benadering houdt in dat professionals op hun verantwoordelijkheid voor kwaliteit aangesproken en daar zo nodig ook op afgerekend kunnen worden. Op dit moment wordt de garantie dat het kwaliteitssysteem goed functioneert en dat alle betrokkenen actief meedoen op veel plaatsen nog onvoldoende gegeven. Een van de redenen is dat de kennis en vaardigheden die hiervoor nodig zijn nogal eens ontbreken. Ook is de tijd ervoor vaak niet ingepland en ontbreekt bij nogal wat professionals de attitude hiervoor. De vraag is hoe hier effectief aan kan worden gewerkt en wat de taak daarbij de taak van overheid, verzekeraars en andere partijen is.

Bijzondere aandacht verdient de vraag hoe kwaliteit, kwaliteitsverbetering, transparantie, verantwoording afleggen, reflectie op eigen functioneren en dat van collegae en dergelijke het beste ingebouwd zouden kunnen worden in de opleiding van de professionals in de gezondheidszorg (studenten, beroepsopleidingen). Dit moeten normale onderdelen van het werk in de gezondheidszorg worden en de basis daarvoor moet in de opleiding worden gelegd. De mogelijkheden daarvoor zijn ook aanwezig omdat dit soort competenties steeds vaker worden beschreven in de raamplannen voor onderwijs en opleiding in de gezondheidszorg (o.a. CANMEDS). De werkelijkheid is nog wel dat dit soort competenties bijna nergens goed in de curricula zijn geïntegreerd.

Om vast te stellen hoe de verschillende initiatieven uitpakken en ook om te kunnen beoordelen of een volgende stap op de eerder genoemde 'ambitieladder' verantwoord kan worden gezet, is goed opgezet evaluatieonderzoek essentieel.

Ten slotte

Wie kijkt naar de dynamiek die door de wending in het overheidsbeleid is gegenereerd, kan niet anders dan concluderen dat de beroepsgroepen de handschoen hebben opgenomen. Ze zijn inmiddels actief betrokken bij het ontwikkelen van indicatoren die kwali-

teit waar mogelijk meetbaar en zichtbaar moeten maken. Dat die activiteit is afgedwongen laat onverlet dat daar voor de betrokken beroepsgroepen een kans ligt om te laten zien zij het ontwikkelen, onderhouden en toepassen van kwaliteitssystemen tot hun professionele verantwoordelijkheid rekenen (RVZ 2005). Ze moeten dan wel de ruimte krijgen om wat van buitenaf wordt gevraagd te verbinden met wat van binnenuit wordt gedragen.

8 Agendapunten

Onderstaande 'agendapunten' zijn in de eerste plaats bedoeld als bouwstenen voor de 'Agenda ethiek en gezondheid' van de overheid. Ze geven aan welke aspecten van de in dit signalement besproken ontwikkeling een plaats op die agenda verdienen. Maar ook andere bij de zorg betrokken partijen worden in dit slothoofdstuk aangesproken.

- 1. Voor een zorgvuldige beleidsontwikkeling op dit terrein is meer debat nodig over de kansen en risico's van het publieke gebruik van prestatie-indicatoren. Het is van belang dat alle bij de zorg betrokken partijen daaraan deelnemen. De overheid kan dat debat stimuleren.**

Het debat over het publieke gebruik van prestatie-indicatoren is tot nu toe vanuit al bij voorbaat sterk gepolariseerde posities gevoerd, en ging vaak meer in absolute termen over 'zin en onzin' dan over specifieke kansen en risico's. Dat laatste is nodig voor een zorgvuldige beleidsontwikkeling op dit terrein. Dat vraagt niet alleen om een open houding van alle deelnemers, maar ook om de inbreng van wetenschappelijke gegevens en ethische analyse. Dit signalement is bedoeld als een bijdrage aan dat verder te voeren debat.

- 2. Het publieke gebruik van prestatie-indicatoren is een sociaal experiment dat vraagt om een behoedzame en stapsgewijze aanpak die gepaard dient te gaan met voortdurende evaluatie en effectonderzoek.** Belangrijke voorwaarden voor het publieke gebruik van prestatie-indicatoren zijn in ieder geval: toetsing op validiteit en representativiteit, ontwikkeling door of in overleg met de beroepsgroep, aansluiting bij bestaande systemen van kwaliteitsverbetering en het inbouwen van garanties tegen ongerechtvaardigde beschadiging van individuen of instellingen. Node-loze administratieve belasting moet worden voorkomen door zoveel mogelijk gebruik te maken van bestaande dataverzamelingssystemen.
- 3. Publieke verantwoording en kwaliteitsbeleid horen bij de professionele verantwoordelijkheid van zorgverleners. Het is van belang dat ze de ruimte krijgen om ten aanzien van die beide verantwoordelijkheden het initiatief weer naar zich zelf toe te trekken en te laten zien dat ze het vertrouwen van de samenleving waard zijn.**

Van zorgverleners mag worden verwacht dat ze verantwoording en verbetering zien als kernelementen van hun professionele verantwoordelijkheid. De overheid kan daaraan bijdragen door kwaliteitsverbetering niet uitsluitend of in de eerste plaats via externe prikkels te willen afdwingen, maar professionals ook nadrukkelijk aan te spreken op hun intrinsieke motivatie en ze in staat te stellen daaraan in hun beroepsuitoefening gestalte te geven.

4. De ontwikkeling van prestatie-indicatoren vraagt om de inbreng van de betrokken professionals zelf. Dat is van belang voor de kwaliteit van dat instrument, maar ook met het oog op draagvlak onder degenen die er mee moeten werken.

Een centrale rol is daarbij weggelegd voor de wetenschappelijke verenigingen van de diverse beroepsgroepen. Die zou zich niet moeten beperken tot de ontwikkeling van indicatoren voor gebruik in de context van interne kwaliteitssystemen. Ook als het erom gaat welke indicatoren zich lenen voor extern gebruik is de inbreng van de verenigingen essentieel.

5. Aandacht voor kwaliteit, kwaliteitsverbetering, transparantie, verantwoording, reflectie op eigen functioneren en dat van collega's verdient een structurele en geïntegreerde plaats in de opleidingen van alle zorgverleners.

Hoewel deze competenties steeds vaker worden beschreven in raamplannen voor onderwijs en opleiding in de gezondheidszorg, is daarvoor nog onvoldoende aandacht in de curricula.

6. Er is meer onderzoek nodig naar diverse aspecten van de in dit signalement besproken ontwikkeling. De overheid kan dat stimuleren of ook faciliteren.

- Voorzover wetenschappelijk onderzoek is gedaan naar het publieke gebruik van prestatie-indicatoren, is dat veelal van onvoldoende kwaliteit of het vertoont nog belangrijke hiaten. Nader onderzoek binnen de Nederlandse situatie is nodig, waarbij behalve naar de door beleidsmakers gewenste of ondersteunde effecten nadrukkelijk ook moet worden gekeken naar mogelijke ongewenste of averechtse (neven)effecten, zowel op de kwaliteit van de zorgverlening als op het vertrouwen van patiënten.
- Uit de in dit signalement gepresenteerde gegevens blijkt dat het gedrag van zorgverleners mogelijk beïnvloed kan worden door financiële beloningen (*pay for performance*), maar goed onderzoek binnen de Nederlandse context ontbreekt. Het is nog onduidelijk welke vorm en manier van (al dan niet financiële) beloning of sancties het meest effectief is.
- Met name bij extern gebruik van prestatie-indicatoren hangt er veel van af dat ze voldoende representatief zijn voor het terrein van zorg waarvan de kwaliteit met behulp van die specifieke indicator wordt beoordeeld. Of en

hoe in de praktijk aan die eis kan worden voldaan is nog onvoldoende duidelijk.

- Het adagium 'kwaliteit moet meetbaar zijn' mag er niet toe leiden dat aspecten waarvoor het lastiger is goede prestatie-indicatoren te ontwikkelen, waaronder persoonlijke aandacht, bejegening en andere relationele factoren, minder aandacht krijgen. Welke indicatoren voor die aspecten het best bruikbaar zijn, vraagt om nader onderzoek.
- Ten slotte is meer onderzoek nodig naar het keuzegedrag van patiënten en hoe het beste aan hun behoeften tegemoet kan worden gekomen. De verwachting van de overheid dat patiënten zich bij hun keuze tussen zorgaanbieders door uitkomsten van prestatiemetingen laten leiden vindt in het tot nu toe verrichte onderzoek in ieder geval geen steun. Patiënten lijken zich eerder te laten leiden door ervaringen in hun omgeving. Voor veel mensen lijkt het belangrijk om bij het maken van zorgkeuzen te kunnen terugvallen op goed geïnformeerde en onafhankelijke zorggidsen en zorgbegeleiders. Het publiek zal meer ondersteund moeten worden bij het vinden, het juist interpreteren en gebruiken van informatie over het zorgaanbod. Nader onderzoek moet uitwijzen op welke wijze dit het beste kan gebeuren.

Literatuurlijst

ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine; ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Annals of Internal Medicine* 2002; 136: 243-6

Arcares, AVVV, LOC, NVVA, Sting en Z-org. Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg. Een operationalisatie van het Visiedocument Normen voor Verantwoorde zorg in een indicatorenset en een sturingsmodel voor de V&V, 2005

Armour BS, Pitts MM, Maclean R, ea. The effect of explicit financial incentives on physician behavior. *Archives of Internal Medicine* 2001; 161: 1261-1266

Beck CA, Richard H, Tu JV. ea. Administrative Data Feedback for Effective Cardiac Treatment: AFFECT, a cluster randomized trial. *JAMA* 2005; 294: 309-317

Berg M, Schellekens WMLCM. Paradigma's van kwaliteit. De verschillen tussen externe en interne kwaliteitsindicatoren. *Medisch Contact* 2002; 57: 1203-1205

Berg M. Informatie als instrument. In: Zorgaanbod en cliëntperspectief. Achtergrondstudie bij het

advies Van patiënt tot klant. Zoetermeer: RVZ, 2003: 112-143.

Berg M, Meijerink Y, Gras M, ea. Feasibility first: Developing public performance indicators on patient safety and clinical effectiveness for Dutch hospitals. *Health Policy* 2005; 75: 59-73

Berwick DM, Wald DL. Hospital leaders' opinions of the HCFA mortality data. *JAMA* 1990; 263: 247-249

Bevan G, Hood C. Have targets improved performance in the English NHS? *BMJ* 2006; 332: 419-422

Bours GJ. Pressure ulcers. Prevalence measurements as a tool for improving care. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2003

Braspenning JCC, Pijnenborg L, in 't Veld CJ, ea. Werken aan kwaliteit in de huisartsenpraktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005

Burack JH, Impellizzeri P, Homel P, ea. Public reporting of surgical mortality: a survey of New York State cardiothoracic surgeons. *The Annals of Thoracic Surgery* 1999; 68: 1195-1200

Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, ea. Research methods used in developing and apply-

- ing quality indicators in primary care. *Quality and Safety in Health Care* 2002; 11: 358-364
- Cheng SH, Song HY. Physician performance information and consumer choice: a survey of subjects with the freedom to choose between doctors. *Quality and Safety in Health Care* 2004; 13: 98-101
- Commissie herziening artseneed, in samenwerking met de KNMG. Nederlandse artseneed. Utrecht: VSNU, 2003
- Conrad DA, Christianson JB. Penetrating the "black box": financial incentives for enhancing the quality of physician services. *Medical Care Research and Review* 2004; 61: 37S-68S
- Consumentenbond. Pilotproject Keuze in de zorg. Onderzoek naar de mogelijkheden en wenselijkheid van een vertaling van de basisset prestatie-indicatoren voor de kiezende zorggebruiker, 2005
- Davies HT, Lampel J. Trust in performance indicators? *Qual Health Care* 1998; 7: 159-62
- Davies HT, Marshall MN. Public disclosure of performance data: does the public get what the public wants? *Lancet* 1998; 353: 1639-1640
- Davies HT. Public release of performance data and quality improvement: internal responses to external data by US health care providers. *Quality and Safety in Health Care* 2001; 10: 104-110
- Den Hartogh G. Autonomie is het woord niet. Professionele verantwoordelijkheid in het tijdperk van de WGBO. *Medisch Contact* 1997; 52: 1386-1389
- Deci EL, Koestner R, Ryan RM. A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological Bull* 1999; 125: 627-668
- Delnoij D, Van de Schee E. Collectief aanbod nodig uit tot wisselen van zorgverzekeraar. Utrecht: NIVEL, 2006
- Devers KJ, Pham HH, Liu G. What is driving hospitals' patient-safety efforts? *Health Affairs (Millwood)* 2004; 23: 103-115
- Doran T, Fullwood C, Gravelle H, ea. Family practice performance in the first year of the U.K.'s new 'pay-for-performance' scheme: good clinical practice or gaming? *The New England Journal of Medicine* (in press)
- Dudley RA, Frolich A, Robinowitz DL, ea. Strategies to support quality-based purchasing: A review of the evidence, summary, technical review. AHRQ publication 04-0057 edn. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004
- Feld LP, Frey BS. Tax evasion in Switzerland: The roles of deterrence and tax morale. Institute for empirical research in economics. Working paper No. 284. Zürich: University of Zurich, 2006
- Freeman T. Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature. *Health Services Management Research* 2002; 15: 126-137
- Freidson E. Professionalism. The third logic. Cambridge: Polity Press, 2001
- Giard RWM. Prestatie-indicatoren als maat voor de kwaliteit van medische zorg: retoriek en realiteit. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2005; 149: 2715-2719

- GGZ Nederland. Basisset prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, 2005
- Goldstein H, Myers K. Freedom of information: towards a code of ethics for performance indicators. *Research Intelligence* 1996; 57: 12-16
- Gray BH. Individual incentives to fix organizational problems? *Medical Care Research and Review* 2004; 61: 76S-79S
- Groenewoud AS, Kreuger, L, Huijsman, R. Keuzevrijheid, keuzemogelijkheden en keuzeondersteuning in de gezondheidszorg. Een verkennende, internationale studie ter ondersteuning van een reflectie op de ingeslagen weg. ZonMW/Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG). Rotterdam: Erasmus MC, 2006
- Guthrie B, Emslie-Smith A, Morris A, ea. Quality measurement of care for people with type 2 diabetes in Tayside, Scotland: implications for the new UK general practice contract. *British Journal of General Practice* 2003; 53: 709-713
- Hamers E. De zin en onzin van prestatie-indicatoren. Een verkennend onderzoek naar het nut van prestatie-indicatoren in de gehandicaptenzorg in Nederland. Scriptie iBMG. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2005
- Hannan EL, Kilburn H, Racz M, ea. Improving the outcomes of coronary artery bypass surgery in New York State. *JAMA* 1994; 271: 761-766
- Hannan EL, Stone CC, Biddle TL, ea. Public release of cardiac surgery outcomes data in New York: what do New York state cardiologists think of it? *American Heart Journal* 1997; 134: 55-61
- Harteloh PPM, Casparie AF. Kwaliteit van zorg. Van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2001
- Heffner JE. Altering physician behaviour to improve clinical performance. *Topics in Health Information Management* 2001; 22: 1-9
- Hibbard JH, Jewett JJ. What type of quality information do consumers want in a health care report card? *Medical Care Research and Review* 1996; 53: 28-47
- Hibbard JH, Jewett JJ. Will quality report cards help consumers? *Health Affairs (Millwood)* 1997; 16: 218-228
- Hibbard JH. Use of outcome data by purchasers and consumers: new strategies and new dilemmas. *International Journal for Quality in Health Care* 1998; 10: 503-508
- Hibbard JH. Being strategic with public reports. *International Journal for Quality in Health Care* 2001; 13: 353-355
- Hibbard JH, Slovic P, Peters E, ea. Strategies for reporting health plan performance information to consumers: evidence from controlled studies. *Health Services Management Research* 2002; 37: 291-313
- Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? *Health Affairs (Millwood.)* 2003; 22: 84-94
- Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. Hospital performance reports: impact on quality, market share, and reputation. *Health Affairs (Millwood)* 2005a; 24: 1150-1160

- Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. It isn't just about choice: the potential of a public performance report to affect the public image of hospitals. *Medical Care Research and Review* 2005b; 62: 358-371
- Hilhorst M. Goeddoen met winstmaken. Naar een economisering van zorg en beroepsethiek? Achtergrondstudie voor Centrum voor ethiek en gezondheid (CEG). Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004
- Hulst EH, Tiems I (red). Het domein van de arts. Beschouwingen over het professionele domein van de arts, professionele autonomie en verantwoordelijkheid. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1999
- Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ). Staat van de gezondheidszorg, 2002
- Inspectie voor de gezondheidszorg. Het resultaat telt. Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2005
- Institute of Medicine. Performance measurement: Accelerating improvement. Washington DC: The National Academies Press, 2006
- Jewell D. After Shipman: reforming the GMC-again. *British Journal of General Practice* 2005; 55: 83-84
- Jewett JJ, Hibbard JH. Comprehension of quality care indicators: differences among privately insured, publicly insured and uninsured. *Health Care Financing Review* 1996; 18: 75-94
- Kelley E, Hurst J. Health care quality indicators project. Conceptual framework paper. OECD health working papers 2006; no. 23
- Zorgverzekeraars Nederland/Kenniscentrum DBC. Kwaliteitsindicatoren ten behoeve van de zorginkoop ZN/Kenniscentrum DBC september 2005
- Keogh B, Spiegelhalter D, Bailey A, ea. The legacy of Bristol: public disclosure of individual surgeons' results. *BMJ* 2004; 329: 450-454
- Kievit J, Legemaate J. Statistiek fluit de volumenorm terug: aantal verrichtingen geen optimale maat voor kwaliteit chirurgie. *Medisch Contact* 2005; 60: 1307-1310
- Klazinga N, Stronks K, Delnoij D, ea. Indicators without a cause. Reflections on the development and use of indicators in health care from a public health perspective. *International Journal for Quality in Health Care* 2001; 13: 433-8
- Koehn D. The ground of professional ethics. London/NY: Routledge, 1994
- Kooning J de, Smulders A, Klazinga N. Appraisal of indicators through research and evaluation (AIRE). Amsterdam: Afdeling Sociale Geneeskunde AMC, 2006
- Kouides RW, Bennett NM, Lewis B, ea. Performance-based physician reimbursement and influenza immunization rates in the elderly. The Primary-Care Physicians of Monroe County. *American Journal of Preventive Medicine* 1998; 14: 89-95
- Kultgen J. Ethics and professionalism. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1988
- Kwaliteitsborging in zorginstellingen: intentie, wet en praktijk. Den Haag: Inspectie voor de gezondheidszorg, 2002

- Landon BE. Commentary on "Penetrating the 'black box': financial incentives for enhancing the quality of physician services" by Douglas A Conrad and Jon B Christianson. *Medical Care Research and Review* 2004; 61: 69S-75S
- Leatherman S, McCarthy D. Public disclosure of health care performance reports: experience, evidence and issues for policy. *International Journal for Quality in Health Care* 1999; 11: 93-98
- Lee TH, Zapert K. Do high-deductible health plans threaten quality of care? *The New England Journal of Medicine*. 2005; 353: 1202-1204
- Luce JM, Thiel GD, Holland MR, ea. Use of risk-adjusted outcome data for quality improvement by public hospitals. *The Western Journal of Medicine* 1996; 164: 410-414
- Magee H, Davis LJ, Coulter A. Public views on healthcare performance indicators and patient choice. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2003; 96: 338-342
- Mainz J, Krog BR, Bjornshave B, ea. Nationwide continuous quality improvement using clinical indicators: the Danish National Indicator Project. *International Journal for Quality in Health Care* 2004; 16 Suppl. 1: i45-i50
- Mannion R, Goddard M. Impact of published clinical outcomes data: case study in NHS hospital trusts. *BMJ* 2001; 323: 260-263
- Mannion R, Goddard M. Public disclosure of comparative clinical performance data: lessons from the Scottish experience. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2003; 9: 277-286
- Mannion R, Davies H, Marshall M. Impact of star performance ratings in English acute hospital trusts. *Journal of Health Services Research and Policy* 2005; 10: 18-24
- Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, ea. The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. *JAMA* 2000; 283: 1866-1874
- Marshall MN, Brook RH. Public reporting of comparative information about quality of healthcare. *The Medical Journal of Australia* 2002; 176: 205-206
- Marshall MN, Romano PS, Davies HT. How do we maximize the impact of the public reporting of quality of care? *International Journal for Quality in Health Care* 2004; 16 Suppl. 1: i57-i63
- Marshall MN. Using financial incentives to promote quality improvement; The UK experience. In *The Commonwealth Fund's 8th International Symposium on Health Policy*, 2005
- Mason A, Street A. Publishing outcome data: is it an effective approach? *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2006; 12: 37-48
- McGlynn EA, Asch SM, Adams J, ea. The quality of health care delivered to adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*. 2003; 348: 2635-2645
- Menemeyer ST, Morrissey MA, Howard LZ. Death and reputation: how consumers acted upon HCFA mortality information. *Inquiry* 1997; 34: 117-128
- Mol A. *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Genneep, 2006
- Mukamel DB, Mushlin AI. Quality of care information makes a difference: an analysis of market

share and price changes after publication of the New York State Cardiac Surgery Mortality Reports. *Medical Care* 1998; 36: 945-954

Mukamel DB, Murthy AS, Weimer DL. Racial differences in access to high-quality cardiac surgeons. *American Journal of Public Health* 2000; 90: 1774-1777

Narins CR, Dozier AM, Ling FS, ea. The influence of public reporting of outcome data on medical decision making by physicians. *Archives of Internal Medicine* 2005; 165: 83-87

Nussbaum MC. *Frontiers of justice. Disability, nationality, species membership.* London, Cambridge MA: Harvard University Press, 2006

Pedersen CA, Rich EC, Kralewski J, ea. Primary care physician incentives in medical group practices. *Archives of Family Medicine* 2000; 9: 458-462

Perlin JB, Kolodner RM, Roswell RH. The Veterans Health Administration: quality, value, accountability, and information as transforming strategies for patient-centered care. *The American Journal of Managed Care* 2004; 10: 828-836

Peterson ED, Shaw LK, DeLong ER, ea. Racial variation in the use of coronary-revascularization procedures. Are the differences real? Do they matter? *The New England Journal of Medicine.* 1997; 336: 480-486

Peterson ED, DeLong ER, Jollis JG, ea. The effects of New York's bypass surgery provider profiling on access to care and patient outcomes in the elderly. *Journal of the American College of Cardiology.* 1998; 32: 993-999

Raad voor gezondheidsonderzoek (RGO). Advies kwaliteit van zorg. Terreinverkenning en prioriteit-

ten voor wetenschappelijk onderzoek. Den Haag: RGO, 1990

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. *Volksgezondheid en zorg.* Zoetermeer: RVZ, 2001

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. *Van patient tot klant.* Zoetermeer: RVZ, 2003

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. *Van weten naar doen.* Zoetermeer: RVZ, 2005

Rainwater JA, Romano PS, Antonius DM. The California Hospital Outcomes Project: how useful is California's report card for quality improvement? *The Joint Commission Journal on Quality Improvement* 1998; 24: 31-39

Reinders JS. *De gekantelde organisatie. Over bijzondere zorginstellingen en hun kwetsbare identiteit.* Inaugurele rede VU Amsterdam. Zeist: Heilpedagogisch verbond, 2006

Roland M. Linking physicians' pay to the quality of care - a major experiment in the United Kingdom. *The New England Journal of Medicine.* 2004; 351: 1448-1454

Rosenthal MB, Frank RG, Li Z, ea. Early experience with pay-for-performance: from concept to practice. *JAMA* 2005; 294: 1788-1793

Royal Society of Physicians (RSP). *Doctors in Society: medical professionalism in a changing world.* London: RSP, 2005

Russell E. The ethics of attribution: the case of health care outcome indicators. *Social Science and Medicine* 1998; 47: 1161-1169

Schermer MHN. *Zorg om het kiezen. Boekbespreking van: Mol, A. De logica van het zorgen.* Actie-

- ve patiënten en de grenzen van het kiezen. *Filosofie & praktijk* 2006; 27: nrs 2-3, 110-112
- Schneider EC, Epstein AM. Influence of cardiac-surgery performance reports on referral practices and access to care. A survey of cardiovascular specialists. *The New England Journal of Medicine*. 1996; 335: 251-256
- Schneider EC, Zaslavsky AM, Epstein AM. Racial disparities in the quality of care for enrollees in Medicare managed care. *JAMA* 2002; 287: 1288-1294
- Shahian DM, Normand SL, Torchiana DF, ea. Cardiac surgery report cards: comprehensive review and statistical critique. *The Annals of Thoracic Surgery* 2001; 72: 2155-2168
- Sluijs EM, Wagner C. Progress in the implementation of Quality Management in Dutch health care: 1995-2000. *International Journal for Quality in Health Care* 2003; 15: 223-234
- Smith PC, York N. Quality incentives: the case of U.K. general practitioners. *Health Affairs (Millwood)* 2004; 23: 112-118
- Sorian R. Measuring, reporting and rewarding performance. In *Commonwealth Fund/Alliance for Health Reform 2006 Bipartisan Congressional Health Policy Conference*, 2006
- Sprenger K. *Mythos Motivation. Wege aus der Sackgasse*. Frankfurt/NY: Campus Verlag, 2005
- Stegeman JH. Dokters als connaisseurs en leermeesters in het praktisch klinisch onderwijs: goed voorbeeld doet goed volgen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1997 Jan 4; 141: 47-51
- Tacken M, Plas L, Muijers P, ea. *Naar een kwaliteitsbonus voor huisartsenzorg, fase 1*. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research (WOK), 2005
- Timmins N. Do GPs deserve their recent pay rise? *BMJ* 2005; 331: 800
- Tonkens E. *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector*. Utrecht: NIZW, 2003
- Town R, Kane R, Johnson P, ea. Economic incentives and physicians' delivery of preventive care: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 2005; 28: 234-240
- Trappenburg M. *Gezondheidszorg en democratie. Inaugurale rede*. Rotterdam: Oratiereeks ErasmusMC, 2005
- Tweede Kamer der Staten Generaal. *Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen: brief van de staatssecretaris 4 december 2002*. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2002-2003. No. 28439-2
- Tweede Kamer der Staten Generaal. *Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen: brief van de minister en staatssecretaris 10 februari 2006*. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2005-2006. No. 28439-12
- Van den Brink G, Jansen T, Pessers D. Renaissance beroepseer noodzakelijk. In: Brink G van den, Jansen T, Pessers D. (red). *Beroepszeer*. Christen Democratische Verkenningen. Amsterdam: Boom Tijdschriften, 2005: 16-33
- Van Herk R. *Artsen onder druk. Over kwaliteitsbeleid van medische beroepen*. Proefschrift. Utrecht: De Tijdstroom, 1997

- Vaiana ME, McGlynn EA. What cognitive science tells us about the design of reports for consumers. *Medical Care Research and Review* 2002; 59: 3-35
- Veit C. National hospital quality benchmarking in Germany, 2006
- Verbrugge A. Geschonden beroepseer. In: Van den Brink G, Pessers D, Jansen T, (red). *Beroepszeer*. Christen Democratische Verkenningen, Zomer 2005. Amsterdam: Boom Tijdschriften 2005; 108-123
- Vladeck BC, Goodwin EJ, Myers LP, ea. Consumers and hospital use: the HCFA "death list". *Health Affairs (Millwood)* 1988; 7: 122-125
- Weiner BJ, Alexander JA, Shortell SM, ea. Quality improvement implementation and hospital performance on quality indicators. *Health Research and Educational Trust* 2006; 63: 29-57
- Werner RM, Asch DA. The unintended consequences of publicly reporting quality information. *JAMA* 2005a; 293: 1239-1244
- Werner RM, Asch DA, Polsky D. Racial profiling: the unintended consequences of coronary artery-bypass graft report cards. *Circulation* 2005b; 111: 1257-1263
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2004, rapport nr. 70
- Tjeenk Willink HD. De Raad in de staat. in: *Raad van State. Jaarverslag 2005*. Den Haag: Raad van State; 2006: 21-42
- Wistanley D, Stuart-Smith K. Policing performance: the ethics of performance management. *Personnel Review* 1996; 25: 66-84
- Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, ea. *Klinische indicatoren: ontwikkeling en toepassing*. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2006; onder review

Bijlage 1

Gezondheidsraad

Samenstelling Beraadsgroep Gezondheidsethiek en Gezondheidsrecht

Prof. dr JA Knottnerus; Gezondheidsraad, Den Haag, *voorzitter*

Prof. mr JKM Gevers, hoogleraar gezondheidsrecht; AMC, Universiteit van Amsterdam, *vice-voorzitter*

Prof. dr ID de Beaufort, hoogleraar medische ethiek; Erasmus MC, Rotterdam

Dr GCML Christiaens, gynaecoloog; Universitair Medisch Centrum Utrecht

Prof. dr mr JCJ Dute, hoogleraar gezondheidsrecht; Universiteit Maastricht

Prof. dr RPTM Grol, hoogleraar kwaliteitsbevordering en -bewaking in de huisartsge-
neeskunde; Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen

Prof. mr GRJ de Groot, hoogleraar zorgverzekeringsrecht; Vrije Universiteit Amsterdam

Prof. dr JCJM de Haes, hoogleraar medische psychologie; AMC, Universiteit van Am-
sterdam

Drs RM den Hartog-van Ter Tholen, ministerie VWS, Den Haag, *adviseur*

Prof. dr GA den Hartogh, hoogleraar ethiek; Universiteit van Amsterdam

Mr dr AC Hendriks, gezondheidsjurist; Commissie Gelijke Behandeling, Utrecht

Dr WLM Kramer, kinderchirurg-kindertraumatoloog; Wilhelmina Kinderziekenhuis, Uni-
versitair Medisch Centrum Utrecht

Prof. dr ir FE van Leeuwen, hoogleraar epidemiologie; Nederlands Kanker Instituut, Am-
sterdam

Dr mr J Legemaate, gezondheidsjurist; KNMG, Utrecht

Prof. dr M de Visser; *vice-voorzitter* Gezondheidsraad, Den Haag

Prof. dr GMWR de Wert, hoogleraar biomedische ethiek; Instituut voor Gezondheids-
ethiek, Universiteit Maastricht

Prof. dr MA Verkerk, hoogleraar medische ethiek, Academisch Ziekenhuis Groningen

Prof. dr DL Willems, hoogleraar medische ethiek; AMC, Universiteit van Amsterdam

Mr A Bood; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

Dr WJ Dondorp; Gezondheidsraad, Den Haag, *secretaris*

Bijlage 2

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

De werkzaamheden van het CEG/RVZ vallen onder de verantwoordelijkheid van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Het signalement *Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren* is door de Raad vastgesteld in zijn vergadering van 18 mei 2006.

VOORZITTER

Drs MH Meijerink

LEDEN

Prof. dr ID de Beaufort

Mr H Bosma

Prof. dr DDM Braat

Drs WJ Deetman

MJM Le Grand-van den Bogaard

Prof. dr TED van der Grinten

JMG Lanphen, huisarts

Mr AA Westerlaken

ALGEMEEN SECRETARIS

Drs P Vos

Samenstelling Forum van het Centrum voor ethiek en gezondheid (CEG)/RVZ

Het Forum is ingesteld ter ondersteuning van de signaleringstaak van het CEG/RVZ. Het Forum fungeert als klankbordgroep en heeft een signalerende, adviserende en initiërende rol bij de totstandkoming van de signalering.

LEDEN

Drs G Abrahamse-van den Bosch, beleidsmedewerker zorg, Protestants Christelijke Ouderenbond, Zwolle

Prof. dr GH Blijham, voorzitter Raad van Bestuur, UMC Utrecht

Prof. dr WJHM van den Bosch, hoogleraar huisartsgeneeskunde, UMC St. Radboud, Nijmegen

J van Dam, verpleegkundig consulent, Leusden

Drs H van Dartel, universitair docent ethiek en recht van de gezondheidszorg, LUMC, Leiden

Prof. dr MHF Grypdonck, hoogleraar verplegingswetenschap, UMC Utrecht

Prof. dr ir H Jochemsen, lector Ethiek van de zorg, prof. dr GA Lindeboom Instituut, Ede

Mr dr J Legemaate, juridisch adviseur, KNMG, Utrecht en bijzonder hoogleraar gezondheidsrecht VU, Amsterdam (tot 1 januari 2006)

M Morskieft, Kantel Konsult, Nijmegen

AK Ramdhani, pandit, MC Haaglanden, Den Haag

Prof. dr MJ Trappenburg, bijzonder hoogleraar patiëntenperspectief, EUR, Rotterdam

Drs E van der Veen, voorzitter Raad van Bestuur, Agis Groep, Utrecht

Drs MI Verstappen, algemeen directeur, GGD Amsterdam

Prof. dr GAM Widdershoven, hoogleraar gezondheidsethiek, Universiteit Maastricht

Prof. DL Willems, hoogleraar medische ethiek, AMC Universiteit van Amsterdam

VANUIT DE RVZ

Prof. dr ID de Beaufort, hoogleraar gezondheidsethiek Erasmus MC, Rotterdam, lid RVZ en voorzitter Forum

JMG Lanphen, huisarts, lid RVZ en vice-voorzitter Forum

Dr AJ Struijs, projectcoördinator CEG/RVZ

L Romein, projectsecretaresse CEG

Bijlage 3

Voorbereiding signalement Vertrouwen in verantwoorde zorg?

AUTEURS

- Dr H Wollersheim, internist, UHD kwaliteit van Zorg, Centre for Quality of Care Research, UMC St Radboud, Nijmegen
- Dr MJ Faber, senior onderzoeker Centre for Quality of Care Research, UMC St Radboud, Nijmegen
- Prof. dr RPTM Grol, hoogleraar kwaliteit van zorg, UMC St Radboud, Nijmegen
- Dr WJ Dondorp, ethicus, secretaris Beraadsgroep Gezondheidsethiek & -recht, Gezondheidsraad, Den Haag
- Dr AJ Struijs, ethicus, projectcoördinator CEG/RVZ en beleidsadviseur Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ), Zoetermeer

BEGELEIDINGSGROEP

- Prof. dr RPTM Grol, hoogleraar kwaliteit van zorg, UMC St Radboud, Nijmegen (voorzitter)
- Prof. dr DL Willems, hoogleraar medische ethiek AMC/UvA, Amsterdam
- Prof. dr NS Klazinga, hoogleraar sociale geneeskunde, AMC/UvA, Amsterdam
- Prof. dr G van der Wal, hoogleraar sociale geneeskunde, VUMC, Amsterdam

EXPERTMEETING

Ter voorbereiding van het signalement werd een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd door dr H Wollersheim en dr MJ Faber. De uitkomsten zijn tijdens een op 13 maart 2006 gehouden expertmeeting gepresenteerd en becommentarieerd. Het verslag van die bijeenkomst is te vinden op www.ceg.nl.

DEELNEMERS EXPERTMEETING

- Ir TA van Barneveld, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO
- Prof. dr ID de Beaufort, lid Gezondheidsraad en lid RVZ (CEG)
- M Bouma, huisarts, NHG
- Dr WJ Dondorp, Gezondheidsraad/CEG
- Prof. dr M Dzoljic, Raad van Bestuur AMC-UvA
- Dr JJE van Everdingen, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO

- Dr MJ Faber, Kwaliteit van Zorg (WOK), UMC St. Radboud
- Dr BP Geerdes, chirurg, Zorgverzekeraars Nederland
- Dr dr RWM Giard, Medisch Centrum Rijnmond-Zuid, locatie Clara
- Dr A Goossensen, Erasmus Universiteit Rotterdam/iBMG
- Dr WC Graafmans, RIVM
- Prof. dr RPTM Grol, UMC St. Radboud
- Prof. dr WH van Harten, Nederlands Kanker Instituut/Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis
- Drs L de Heij, College voor Zorgverzekeringen
- Dr MP Heringa, gynaecoloog, UMC Utrecht, Locatie Wilhelmina Kinderziekenhuis
- Prof. dr CJ Kalkman, UMC Utrecht
- Prof. dr J Kievit, LUMC
- Prof. dr NS Klazinga, GGD Amsterdam
- Prof. dr JA Knottnerus, Gezondheidsraad
- Dr JS de Koning, RIVM
- Prof. mr dr AR Mackor, Rijksuniversiteit Groningen
- Dr J Mintjes-de Groot, Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging
- Dr AL den Ouden, Inspectie voor de Gezondheidszorg
- Prof. dr JS Reinders, Vrije Universiteit Amsterdam
- Dr WMLCM Schellekens, arts
- Dr S Siesling, epidemioloog, Integraal Kankercentrum Stedendriehoek Twente
- Dr AJ Struijs, RVZ/CEG
- Prof. dr MA Verkerk, Rijksuniversiteit Groningen
- Prof. dr G van der Wal, VU Medisch Centrum
- Dr H Wollersheim, UMC St. Radboud

OVERIGE GECONSULTEERDEN

Dr A Lelie, Kwaliteitsadviseur Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede
 Prof. dr M Berg, Hoogleraar Sociaal Medische Wetenschappen. Erasmus MC, Rotterdam

Bijlage 4

Gebruikte afkortingen

BIG (wet-)	(Wet op de) beroepen in de individuele gezondheidszorg
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg
CABG	Coronary Artery Bypass Grafting (=bypasschirurgie)
CANMEDS	Canadian Medical Education Directions for Specialists
CEG	Centrum voor ethiek en gezondheid
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
EFQM	European Foundation for Quality Management
EPOC	Effective Practice and Organisation of Care
IGZ	Inspectie voor de gezondheidszorg
INK	Instituut Nederlandse Kwaliteit. Sinds 2000 is de formele naam kortweg INK
IOM	Institute of Medicine
ISO	Internationale Organisatie voor Standaardisering
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
OECD	Organisatie voor Europese Samenwerking en Ontwikkeling
RCT	Randomized controlled trial
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
UMC	Universitair Medisch Centrum
VOKS	Verloskundige Onderlinge Kwaliteits Spiegeling
WOK	Centre for Quality of Care Research (UMC St Radboud Nijmegen & Universiteit Maastricht)