

# ZORGINDICATOREN IN HET PACT 2020 OP DE ROOSTER GELEGD

Koen HERMANS<sup>1</sup>

*Vlaanderen in Actie (ViA) is het grootschalige toekomstproject van de Vlaamse overheid. De uitvoering van dit plan moet ertoe leiden dat Vlaanderen tegen 2020 in Europa uitmunt als een economisch innovatieve, duurzame en sociaal warme samenleving. ViA formuleerde zeven doorbraken om dit te realiseren: de open ondernemer, de lerende Vlaming, innovatiecentrum Vlaanderen, groen en dynamisch stedengewest, slimme draaischijf van Europa, warme samenleving en slagkrachtige overheid. Deze doorbraken zijn in het Pact 2020 omgezet in 20 concrete doelstellingen. De Vlaamse Regering en de sociale partners ondertekenden het Pact en engageren zich om het uit te voeren.*

*De Vlaamse overheid heeft in het Pact 2020 ook indicatoren geformuleerd die moeten toelaten de uitvoering van het plan en dus de realisatie van de doelstellingen op geregelde basis te meten. Jaarlijks wordt over deze indicatoren gerapporteerd. Het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin kreeg van de minister in 2010 een tweevoudige onderzoeksopdracht: het evalueren van de huidige kernindicatoren voor doelstelling 12 'Zorg' van het Pact 2020 en het ontwikkelen van nieuwe indicatoren. De onder-*

*liggende vragen zijn of de huidige indicatoren toelaten om de realisatie van de doelstellingen te meten en of er andere indicatoren kunnen ontwikkeld worden die hiertoe een essentiële bijdrage kunnen leveren.*

*In deze bijdrage staan we stil bij doelstelling 12 'Zorg' van het Pact 2020, geven we een definitie van indicatoren, evalueren we de huidige kernindicatoren in het Pact 2020 en geven we een aantal intersectorale beschouwingen rond het werken met prestatie-indicatoren. Voor de indicatoren die in het kader van dit onderzoeksproject werden ontwikkeld, verwijzen we naar het onderzoeksrapport.*

## Doelstelling 12 'Zorg' van Pact 2020

Voor doelstelling 12 'Zorg' schuift het Pact 2020 **zes subdoelstellingen** naar voor, die aangeven waar Vlaanderen wil staan in 2020.

1. In 2020 voorziet Vlaanderen in een toegankelijk en betaalbaar kwaliteitsvol aanbod aan hulp- en zorgverlening, dat toereikend is in het licht van de zich wijzigende maat-

1 De auteur is verbonden aan LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy en het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Contact: [koen.hermans@soc.kuleuven.be](mailto:koen.hermans@soc.kuleuven.be).

- schappelijke behoeften en sociaaldemografische ontwikkelingen.
2. Bij de organisatie van het volledige hulp- en zorgcontinuüm staan in 2020 efficiëntie, effectiviteit en daardoor de kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker centraal.
  3. Eerstelijnszorg en thuiszorg zijn in 2020 versterkt.
  4. Het ontstaan van groepspraktijken wordt gestimuleerd.
  5. In de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de ouderenzorg is er in 2020 voldoende aanbod gecreëerd.
  6. Voor minstens de helft van de kinderen tot 3 jaar worden in 2020 formele en kwaliteitsvolle vormen van kinderopvang aangeboden.

De eerste twee subdoelstellingen zijn bijzonder ambitieus en schuiven **zeven toetscriteria** naar voor om de performantie van de zorg te beoordelen: toegankelijkheid, betaalbaarheid, kwaliteit, toereikendheid, efficiëntie, effectiviteit en kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker. Deze zeven criteria vormen het referentiekader waaraan de prestaties van het zorgbeleid in de periode 2010-2020 moeten afgemeten worden. Met deze criteria sluit Vlaanderen aan bij hetgeen op internationale fora (Institute of Medicine, OESO, EU) wordt geformuleerd als toetsstenen voor de zorg. De overige vier subdoelstellingen van doelstelling 12 van het Pact 2020 zijn sectoraal gekleurd. Subdoelstelling drie en vier hebben betrekking op een versterking en een verandering van de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg, die gemeten wordt op basis van de toename van groepspraktijken. De vijfde doelstelling pleit voor een toereikend aanbod in drie door de Vlaamse overheid erkende en gesubsidieerde sectoren: gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de ouderenzorg. Ook al wordt gepleit voor een toereikend aanbod, toch is dit een minder ambitieuze doelstelling, omdat er geen bepalingen

zijn over de kwaliteit (de hoe-vraag) en over de performantie (de waartoe-vraag). Opvallend is dat voor de zesde doelstelling een veel specifiekere, meetbaardere norm gesteld wordt: met name formele en kwaliteitsvolle kinderopvang voor minstens de helft van de kinderen jonger dan 3 jaar.

De recente visienota 'Maatschappelijk Verantwoorde Zorg' van de Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin (SAR WGG) formuleert ook intersectorale toetscriteria om maatschappelijk verantwoorde zorg te beoordelen, maar hanteert wel een andere indeling. De SAR WGG schuift **vijf uitgangspunten** naar voor: kwaliteit, performantie, relevantie, rechtvaardigheid en toegankelijkheid. De SAR WGG geeft bovendien een uitgesproken invulling aan performantie: "performante zorg is zorg die leidt tot stijgende zorg- en levenskwaliteit en maatschappelijk welzijn" (SAR WGG, 2011). Ook al lijkt de invulling van performantie door de SAR WGG evident en verdedigbaar, toch is het vaststellen van de bijdrage van de zorg aan de levenskwaliteit geen eenvoudige opdracht. De verdienste van de SAR WGG is wel dat ze de discussie op de voorgrond plaatst waartoe zorg moet bijdragen. Opvallend is ook dat de SAR WGG niet zozeer spreekt van toereikendheid, maar wel van relevantie. In de ogen van de SAR WGG is de zorg immers uitputbaar, terwijl behoeften van mensen oneindig kunnen zijn. Het al dan niet verlenen van zorg is volgens de SAR WGG daarom onder andere afhankelijk van de betaalbaarheid in hoofde van de gebruiker, van de zorgverlener en van de maatschappij. Toereikendheid kan dus volgens de SAR WGG niet los gezien worden van het beschikbare budget. Deze redenering volgend is het verre van evident vast te stellen of het beschikbare aanbod al dan niet toereikend is.

Wanneer de andere doelstellingen van het Pact 2020 die vallen binnen het beleidsdomein Wel-

zijn, Volksgezondheid en Gezin bekeken worden, blijkt dat de **gezondheidsdoelstellingen** (doelstelling 17 'Gezondheidsbevordering') opvallend meer resultaatgericht geformuleerd zijn dan doelstelling 12 'Zorg'.

Doelstelling 17 bevat drie subdoelstellingen. (1) In 2020 scoort Vlaanderen op diverse aspecten van de levenskwaliteit bij de hoogste van Europa. Dat blijkt uit een hoog geluksgevoel bij de bevolking, een hoge globale tevredenheid met de eigen leefsituatie, de levensstandaard en langer leven in goede gezondheid. (2) Hiertoe voert Vlaanderen in 2020 een inclusief beleid dat transversaal doorheen de verschillende beleidsdomeinen wordt uitgebouwd, in het bijzonder in de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de bijzondere jeugdzorg. (3) Mede door ziektepreventie daalt de vermijdbare sterfte tot 35% door de realisatie van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen, o.a. door een terugval van het aantal zelfdodigen.

De eerste subdoelstelling wordt gevat in een aantal resultaatsindicatoren die gemeten worden op het niveau van de Vlaamse populatie: geluksgevoel, tevredenheid met het leven en de levensverwachting zonder beperkingen op 65 jaar. De derde doelstelling heeft betrekking op gezondheidspreventie en -promotie. Het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid kent ondertussen al een traditie in het formuleren van zulke doelstellingen. In 1998 nam de Vlaamse overheid de beslissing om dit te doen en in 2003 werd de werkwijze verankerd in de wetgeving: de gezondheidsconferentie om doelstellingen te formuleren en strategieën uit te zetten. Binnen de verschillende welzijnssectoren heeft men niet zo'n traditie.

Met betrekking tot doelstelling 12 'Zorg' zijn de twee belangrijkste vaststellingen dat de eerste twee subdoelstellingen bijzonder ambitieus,

maar tegelijkertijd ook vaag geformuleerd zijn. Doelstelling drie en vier verwijzen naar de uitbreiding van de eerstelijnsgezondheidszorg en naar de manier waarop de eerste lijn georganiseerd wordt. De laatste twee subdoelstellingen leggen het accent op de toereikendheid van het aanbod.

## Het werken met indicatoren

Het Pact 2020 bestaat niet enkel uit doelstellingen, maar er worden tevens performantie-indicatoren geformuleerd. Deze indicatoren moeten toelaten om de realisatie van de doelstellingen cijfermatig te meten. Maar wat zijn nu precies indicatoren?

De literatuur onderscheidt drie types van beleids- of performantie-indicatoren:

**Structuurindicatoren** geven informatie over de (organisatorische) randvoorwaarden waarbinnen de zorg wordt geleverd: het aantal full-time medewerkers, de competenties van het personeel, de beschikbaarheid van financiële middelen.

**Procesindicatoren** geven informatie over de handelingen en processen die binnen het zorgproces worden uitgevoerd om kwaliteit te leveren. Ze meten op welke manier en hoe (vaak) iets is gedaan (bv. het aantal geholpen personen, de ondernomen acties).

**Uitkomst- of resultaatsindicatoren** geven informatie over de uitkomsten van zorgprocessen voor alle stakeholders. In de eerste plaats wordt hiermee verwezen naar de gebruikers en de ruimere samenleving.

Een belangrijke vraag hierbij is welk type van indicatoren de voorkeur krijgt. Donabedian (2005, p. 694), één van de grondleggers van het meten van kwaliteit van zorg, heeft altijd een pleidooi gehouden voor het werken met resultaatsindicatoren: "Outcomes, by and large, remain the

ultimate validators of the effectiveness and quality of medical care." Dit vereist wel dat eerst een consensus bestaat over wat nu de gewenste resultaten zijn van de verleende zorg. In de gezondheidszorg kent men globaal gezien drie specificaties van gewenste resultaten: algemeen herstel, herstel van specifieke functies of overleefkans. In het welzijnsaanbod en in langdurige zorg zijn deze doelstellingen mogelijk moeilijker te formuleren. Er bestaat een minder uitgesproken consensus waartoe welzijnsinterventies moeten leiden. Een studie van Vindevogel et al (2008) op vraag van de Vlaamse overheid stelde een **gebrek aan consensus** vast over de invulling van wat effectieve en efficiënte jeugdhulp is in Vlaanderen, en hoe dit het best kan gemeten worden.

In de literatuur worden de meeste vraagtekens geplaatst bij structuurindicatoren. Deze zijn gemakkelijker te meten en geven aan dat alle noodzakelijke randvoorwaarden (personeel, financiën, uitrusting,...) aanwezig zijn. Maar dit betekent niet noodzakelijk dat de uiteindelijk geleverde zorg ook kwalitatief is of leidt tot de gewenste resultaten. Toch mag hieruit geen eenzijdig pleidooi voor uitkomstindicatoren afgeleid worden. Het belangrijkste probleem bij uitkomstindicatoren is dat het niet altijd even duidelijk is of de (afwezigheid van) effecten kan toegeschreven worden aan de zorghandelingen die ondernomen zijn. Zo wordt traditioneel in de ouderenzorg de kwaliteit van zorg gemeten aan de hand van de mate waarin decubitus optreedt bij bewoners. Een hoge score kan te wijten zijn aan de gebrekkige kwaliteit van de zorg, maar kan mogelijk ook te maken hebben met de wijze waarop de bewoners binnenkomen in het woonzorgcentrum (bv. doorstroom van patiënten met decubitus vanuit ziekenhuizen).

De drie types van indicatoren kennen elk hun **eigen beperkingen**. Dit betekent echter niet dat prestatie-indicatoren als geheel aan de kant

geschoven moeten worden. Het uitgebreide onderzoek (vooral in de gezondheidszorg) wijst ook op de voordelen van het werken met indicatoren. De belangrijkste aanbeveling is dat er met indicatoren met de nodige voorzichtigheid moet omgesprongen worden: ze zijn altijd slechts een indicatie van het achterliggende concept dat men wenst te meten, maar zijn uiterst bruikbaar om evoluties weer te geven.

“**Met indicatoren moet voorzichtig omgesprongen worden.**”

In de literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen een theoretische en pragmatische benadering van indicatorontwikkeling. Onderstaand schema legt het verschil uit tussen beide benaderingen. Bij de theoretische benadering worden eerst de meest valide en betrouwbare indicatoren geformuleerd, om vervolgens procedures te ontwikkelen om het benodigde cijfermateriaal te bekomen. Bij voorkeur worden deze indicatoren ook wetenschappelijk gevalideerd. De pragmatische benadering start van het beschikbaar cijfermateriaal en tracht op basis hiervan indicatoren te ontwikkelen die voldoende valide en betrouwbaar zijn om de doelstellingen of de concepten te meten.

Theoretische benadering: doelen → indicator → beschikbaarheid cijfermateriaal

Pragmatische benadering: beschikbaar cijfermateriaal → indicator → doelstelling

## Evaluatie van de huidige kernindicatoren

Onderstaande tabel geeft de huidige 10 kernindicatoren weer voor de zes subdoelstellingen. Het Pact 2020 opteert er namelijk voor om het aantal kernindicatoren beperkt te houden.

Doelstelling	Huidige kernindicator
1 Vlaanderen voorziet in een <b>toegankelijk en betaalbaar kwaliteitsvol</b> aanbod aan hulp- en zorgverlening, dat <b>toereikend</b> is in het licht van de zich wijzigende maatschappelijke behoeften en sociaal-demografische ontwikkelingen.	1: realisatie van de programmatie ouderenzorg 2: realisatie van de programmatie kinderopvang 3: aantal dringende zorgvragen VAPH 4: aantal personen wachtlijst Jeugdzorg 5: wachttijd CGG 6: aantal gezinnen die medische consumptie uitstellen 7: percentage jonge kinderen met minimaal 2 huisbezoeken door Kind en Gezin
2 Bij de organisatie van het volledige hulp- en zorgcontinuüm staan <b>efficiëntie, effectiviteit</b> en daardoor de <b>kwaliteit</b> vanuit het oogpunt van de gebruiker centraal.	
3 <b>Eerstelijnszorg- en thuiszorg</b> zijn versterkt.	8: aantal geholpen gezinnen in de gezinszorg
4 Het ontstaan van <b>groepspraktijken</b> wordt gestimuleerd.	9: aandeel groepspraktijken
5 In de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de ouderenzorg is er <b>voldoende aanbod</b> gecreëerd.	1: capaciteit ouderenzorg 3: aantal dringende zorgvragen VAPH 5: wachttijd CGG
6 Voor minstens de helft van de kinderen tot 3 jaar worden formele en kwaliteitsvolle vormen van <b>kinderopvang</b> aangeboden.	10: aantal plaatsen kinderopvang

We kunnen bij deze 10 indicatoren een vijftal beschouwingen formuleren.

De huidige kernindicatoren bestrijken slechts een beperkt deel van de subdoelstellingen. De focus ligt daarbij vooral op de toereikendheid van het aanbod. Effectiviteit, efficiëntie en kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker worden nauwelijks of niet afgedekt door de huidige kernindicatoren. Het zijn bovendien voornamelijk structuur- en procesindicatoren.

Ten tweede wordt de toereikendheid van het aanbod geoperationaliseerd aan de hand van wachtlijsten en wachttijden. Tijdigheid is internationaal gezien een belangrijk toetscriterium

van de kwaliteit van de zorg, maar tegelijkertijd blijven de proceskenmerken en de resultaten van de zorg buiten beeld. Het vermijden van te lange wachttijden is dus een verdedigbare keuze, maar de toereikendheid van het aanbod kan hiertoe niet herleid worden.

Ten derde gaat de eerste indicator ervan uit dat de realisatie van de programmatie in de ouderenzorg leidt tot een toereikend aanbod. Dit veronderstelt een voldoende betrouwbaar en valide programmatie. Breda e.a. (2009) voerden in opdracht van de Vlaamse overheid een studie uit naar de hertekening van de programmatienormen in de ouderenzorg. Deze onderzoekers plaatsen de nodige kanttekeningen bij de vali-

diteit van een programmatie. Programmatiemo-dellen moeten toelaten om voorspellingen te maken over toekomstig zorggebruik, maar de overheid kan via beleidsmaatregelen de organisatie van het aanbod wijzigen, net zoals ook de preferenties en de behoeften kunnen wijzigen. De realisatie van de programmatie is dus slechts één indicator om de toereikendheid en de performantie van de zorg te evalueren.

Ten vierde geven de meeste indicatoren geen indicatie van de geleverde kwaliteit. Het wegwerken van wachtlijsten of het creëren van voldoende capaciteit geeft nog geen indicatie van de kwaliteit en effectiviteit van de zorg.

Ten vijfde kan er in de officiële documenten over het Pact 2020 weinig of geen info gevonden worden over de internationale vergelijkbaarheid van de huidige kernindicatoren. Dit is nochtans relevant, aangezien Vlaanderen in 2020 wil behoren tot de top vijf van de meest succesvolle regio's in Europa. In het Pact 2020 zelf staat ook te lezen dat er zoveel als mogelijk gebruik gemaakt moet worden van internationaal vergelijkbare indicatoren. In het onderzoek analyseerden we daarom welke internationaal vergelijkbare zorgindicatoren beschikbaar zijn.

## Internationaal vergelijkbare indicatoren?

Het overzicht van de huidige internationaal vergelijkbare performantie-indicatoren leidt tot de volgende vaststellingen.

In de eerste plaats blijkt dat internationale vergelijkingen tussen zorgsystemen en dus tussen scores op indicatoren met de nodige voorzichtigheid moeten geïnterpreteerd worden omwille van **verschillen in meetprocedures en in gezondheids- en welzijnssystemen**. Qua beschikbaarheid valt het grote verschil op tussen

welzijns- en gezondheidsindicatoren. De kinderopvang is hierop de uitzondering. Maar ook hier moet men met de nodige voorzichtigheid internationale vergelijkingen maken. Er zijn de laatste jaren wel belangrijke stappen gezet in sectoren waar in het verleden niet of veel minder met prestatie-indicatoren werd gewerkt. Er is het OESO-project rond het meten van kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg en in de langdurige zorg. En de recente door de EU gefinancierde projecten om prestatie-indicatoren voor de eerstelijnsgezondheidszorg en de residentiële ouderenzorg te formuleren, zijn beschikbaar. Tegelijkertijd komen al deze internationale projecten tot een gelijkaardige vaststelling: in deze sectoren is het veel minder evident om uitvoerige meetprocedures op te zetten. Ook in België neemt de aandacht toe om de prestaties te meten van de gezondheidszorg, getuige het eerste KCE-rapport (KCE, 2010) hierover. Toch komt ook deze Belgische studie tot de conclusie dat er voor langdurige zorg en residentiële zorg weinig cijfermateriaal aanwezig is om prestatie-indicatoren te meten.

Een tweede vaststelling is de **groeïende aandacht voor resultaatsindicatoren**. Het werken met resultaatsindicatoren vraagt echter veel inspanningen van het werkveld om de benodigde data te verzamelen. De Nederlandse zorgbalans, die aan de hand van 125 indicatoren de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg opvolgt, leert dat zeer uitgebreide meetprocedures nodig zijn om de indicatoren te berekenen. Dit type van meetprocedures zijn voor een aantal sectoren in Vlaanderen op dit moment niet voorhanden.

Ten derde neemt de aandacht voor het **meten van de kwaliteitsbeleving** vanuit het perspectief van de gebruiker/patiënt toe. Dit wordt gelegitimeerd vanuit het belang van 'patient-centredness', één van de toetscriteria van kwaliteit van zorg die wordt meegenomen. Dit betekent

ook dat nieuwe meetprocedures ontwikkeld moeten worden om gebruikerservaringen op een geobjectiveerde wijze te meten. De Nederlandse Consumer Quality Index is hiervan een voorbeeld. Typerend is hier de wetenschappelijke validering van de vragenlijsten om gebruikers te bevragen. Het gaat dus veel verder dan hetgeen we in Vlaanderen verstaan onder tevredenheidsmetingen. Ook de OESO heeft op dit terrein haar werkzaamheden uitgebreid.

Een laatste meer overkoepelende vaststelling betreft het **grote aantal indicatoren** dat ontwikkeld wordt om (onderdelen) van de gezondheidszorg te monitoren. Dit is natuurlijk het gevolg van het feit dat de prestaties van de gezondheidszorg op heel wat diverse onderdelen en sectoren betrekking heeft. Dit komt nog het sterkst tot uiting bij de Nederlandse zorgbalans. In het kader van het Pact 2020 wordt ernaar gestreefd om het aantal indicatoren zo beperkt mogelijk te houden. Gezien de veelheid aan sectoren die door doelstelling 12 van het Pact 2020 gedekt worden, stelt zich de vraag of het werken met enkele indicatoren er niet toe leidt dat essentiële onderdelen van dat functioneren buiten beeld blijven.

### Intersectorale vaststellingen rond prestatie-indicatoren

Aan de hand van focusgroepen met medewerkers van de agentschappen werden de huidige registratiepraktijken geanalyseerd en gescreend om agentschapspecifieke performantie-indicatoren op te stellen. In deze bijdrage zetten we een aantal intersectorale vaststellingen uit die focusgroepen op een rijtje.

Een eerste algemene vaststelling is dat het concept "kwaliteitsvol" niet eenvoudig te operationaliseren valt. Er is de neiging om de andere concepten (effectiviteit, efficiëntie...) naar voor

te schuiven als dimensies van het **containerbegrip "kwaliteitsvol"**, net zoals dit ook bij de EU en de OESO gebeurt. Van Eekert (2009) van het Agentschap Zorginspectie beschrijft welke evoluties het denken in Vlaanderen omtrent kwaliteitszorg heeft doorgemaakt: tot de tweede helft van de jaren negentig lag de klemtoon op input (normen) in de vorm van inspectie van erkenningsvoorwaarden; vervolgens vertrekt het eerste kwaliteitsdecreet van het idee dat als de werking van een voorziening beschreven en geborgd wordt in een kwaliteitshandboek (kwaliteitszorg), dit zal leiden tot een degelijk eindproduct (de kwaliteit van zorg). Er komt dus weliswaar een verschuiving van input naar processen en procedures, maar de kwaliteit van zorg zelf wordt niet getoetst. Met het kwaliteitsdecreet van de tweede generatie wordt meer gekeken naar die kwaliteit van zorg. De kwaliteit van het eindproduct vormt dus de toetssteen. De impact van deze verschuiving kan niet onderschat worden. Zo is het tekenend dat er in de CBGS-studie (Jacobs e.a., 2003) weinig of geen aandacht ging naar de effecten van zorg als toetssteen van de kwaliteit. Dit zorgt ervoor dat kwaliteit en effectiviteit naar mekaar opschuiven. Er komt nog bij dat al de agentschappen bezig zijn met het formuleren van een referentiekader 'kwaliteit van zorg', in samenspraak met het werkveld. Dit zorgt mogelijks op relatief korte termijn tot nieuwe sporen voor indicatorontwikkeling.

Ten tweede lokt het concept "**kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker**" wisselende respons uit bij de vertegenwoordigers van de agentschappen. Eén van de bezorgdheden is in welke mate het subjectieve oordeel van de gebruiker als toetssteen beschouwd kan worden, zeker wanneer dat subjectieve oordeel gemeten wordt via een tevredenheidsmeting. Bij Kind en Gezin lijkt er het meeste te gebeuren rond dit toetscriterium, aangezien zij zowel voor de kinderopvang als voor de preventieve gezinson-

dersteuning recentelijk een behoeftestudie bij de gebruikers hebben georganiseerd (Vandenbroek e.a., 2010; Hedebouw & Peetermans, 2009). Het betreft hier evenwel eenmalige surveys. Voor de kinderopvang is er wel een vergelijking mogelijk met een gelijkaardige survey die een aantal jaren geleden werd uitgevoerd door hetzelfde onderzoeksinstituut. Een ander spoor is de Intersectorale Toets van het Decreet op de Rechtspositie van de Minderjarige, die door het Agentschap Inspectie werd uitgevoerd en die resultaten bevat die toelaten het concept 'kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker' te monitoren. Het betreft hier natuurlijk slechts een eenmalige toets. Veel zal ervan afhangen of er binnen een bepaalde termijn (3 of 5 jaar, bijvoorbeeld) een nieuwe inspectieronde wordt doorgevoerd.

Een derde vaststelling heeft te maken met de aanbeveling uit het eerste hoofdstuk dat beleidsindicatoren betrekking moeten hebben op processen waarop de overheid een impact kan hebben. Gezien de specifieke **bevoegdheidsverdeling** in België is dit verre van evident: een aantal beleidssectoren wordt deels Vlaams, deels federaal aangestuurd (bv. diensten voor schuldbemiddeling van de OCMW, delen van de geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg, statuut van de onthaalouder, financiële tegemoetkomingen voor de kost van handicap...). Gezien de complexe bevoegdheidsverdeling is er bij de agentschappen terughoudendheid vast te stellen om indicatoren te ontwikkelen waarop de Vlaamse overheid slechts deels impact heeft. Daartegenover stellen we vast dat in de andere domeinen van het Pact 2020 dezelfde bevoegdheidsproblemen optreden (armoede, werkzaamheidsgraad,...). Toch worden hier indicatoren opgenomen die geen rekening houden met de gevolgen van de bevoegdheidsverdeling.

Een vierde vaststelling is dat er in de focusgroepen voortdurend verwezen wordt naar de **ontwikkelingen omtrent e-Health en het**

**GEWIN-decreet** (Gezondheids- en Welzijnsinformatieplatform). Welke koppelingen tussen gegevenssystemen mogelijk zijn, zal afhangen van het al dan niet tot stand komen van dit decreet. Naast de privacy-gerelateerde en juridische kwesties vereist de koppeling tussen databanken ook een aantal technische operaties. Koppelingen tussen databanken zijn enkel mogelijk door middel van een unieke cliëntidentificator. Indien dit grootschalig traject zou gerealiseerd worden, zijn er veel meer mogelijkheden qua beleidsmonitoring, maar aangezien dit slechts op middellange termijn mogelijk lijkt, zijn we genoodzaakt om in deze studie vooral te focussen op indicatoren die op dit moment haalbaar zijn op basis van de bestaande registraties, en die dus sectoraal van aard zijn.

“ **Indicatoren laten geen evaluatie toe.** ”

Een zesde bedenking betreft de **houding van de agentschappen** ten aanzien van indicatoren. Zij verwijzen in de eerste plaats naar de VRIND-indicatoren (Vlaamse Regionale Indicatoren) en de indicatoren die in de beheersovereenkomsten zijn opgenomen en die politiek gevalideerd zijn. Wanneer we de indicatoren uit de beheersovereenkomsten overlopen, valt op dat er relatief weinig resultaatsindicatoren zijn opgenomen. Het formuleren van resultaatsindicatoren blijft dus een moeilijke opgave. Bovendien getuigen de focusgroepleden van een ambivalente houding ten aanzien van indicatoren. Enerzijds staan ze positief ten aanzien van nieuwe prestatie-indicatoren, maar anderzijds wijst men ook op de gevaren. Indicatoren laten volgens de literatuur evenwel geen evaluatie toe, omdat ze enkel trends aangeven en geen verklaringen. Slechtere scores kunnen te maken hebben met verschuivingen in de doelgroep, het personeel, of het functioneren van andere voorzieningen. Indien indicatoren als evaluatiecriterium gehanteerd worden, dan is dit een oneigenlijk gebruik van dit type van beleidsin-



strumenten. De focusgroepleden vrezen dat negatieve scores op indicatoren bij gelegenheid 'misbruikt' worden.

## Terugblik en aanbevelingen

Deze studie maakt duidelijk dat een beperkte set van intersectorale indicatoren geen eenvoudige opdracht is, omdat de sectoren erg verschillend zijn en vooral omdat de huidige registratiesystemen verschillend zijn. Voor een aantal minimale basiskennmerken van gebruikers moet dit wel haalbaar zijn, maar dit kan pas als de huidige basisinformatie meer uniform is. Daartoe zijn al een aantal stappen gezet, door bijvoorbeeld ook in andere sectoren te werken met de definitie van kansarmoede van Kind en Gezin (onder andere in het Elektronisch Patiënten Dossier in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg en in BINC, het 'Begeleiding in Cijfers'-registratiesysteem in de bijzondere jeugdzorg), maar het is pas haalbaar als alle relevante systemen die veranderingen doorvoeren. De vraag stelt zich ook op welke aspecten van de zorgverlening die **uniformisering** betrekking moet hebben: enkel op aanmeldingsgegevens of ook op gegevens over de diagnostiek of vraagverheldering, de aangewezen hulp, de gerealiseerde hulp en mogelijks ook op de effecten van deze hulp.

Er is op dit moment geen instantie die de bestaande registratiesystemen kan linken op een wijze die de privacy van de gebruiker waarborgt, naar analogie met de Federale Kruispuntbank Sociale Zekerheid. Het **linken van registratiesystemen** is een waardevolle piste om de mate van overlap tussen de verschillende 'sectorale' doelpopulaties te kunnen inschatten. Dit koppelen van databanken kan bijvoorbeeld aantonen hoe groot het 'intersectoraal' zorggebruik is. Het voorontwerp van het GEWIN-decreet maakt duidelijk dat de juridische basis hiervoor gelegd wordt. Het koppelen van registratiesystemen

kan ook uitspraken doen over de validiteit van de achterliggende logica van het GEWIN-decreet dat de bestaande registratiesystemen als vertrekpunt neemt. Door te bestuderen wat voor soort beleidsinformatie deze koppelingen oplevert, wordt ook de vraag opgeroepen of de Vlaamse overheid op de lange termijn vanuit hetzelfde vertrekpunt naar registratiesystemen blijft kijken. De andere en veel radicalere piste is om resoluut te kiezen voor nieuwe systemen, zoals onder andere gebeurt in de ouderenzorg. In deze sector heeft de federale overheid de beslissing genomen om in de toekomst met één systeem te werken in de verschillende zorgsectoren: RAI of Resident Assessment Instrument heeft echter al een lang buiten- en binnenlands wetenschappelijk ontwikkelingsproces achter de rug. Dit is een heel andere werkwijze dan te vertrekken vanuit de bestaande systemen om van daaruit de informatie meer uniform te maken.

## “Het vaststellen van de effectiviteit van de zorg blijft een grote uitdaging.”

Op dit moment stellen we **uiteenlopende praktijken** vast tussen de verschillende agentenschappen, vooral dan in het gebruik van resultaatsindicatoren. Er is de laatste jaren binnen het beleidsdomein WVG geïnvesteerd in de ontwikkeling van een gemeenschappelijke visie op monitoring die onder andere tot uiting komt in de creatie van de vier departementale dashboards (zorgaanbod, gebruik, kostprijs en personeel). De vraag is echter welke plaats resultaatsindicatoren hierin zullen innemen. Het vaststellen van de effectiviteit van de zorg blijft een grote uitdaging. De SAR WGG heeft de discussie scherper gesteld door in haar definitie van performantie de effecten in termen van kwaliteit van leven als toetscriteria te gebruiken. Op dit moment zijn er echter weinig data voorhanden die bruikbaar zijn om dit in kaart te brengen. Bovendien is de relatie tussen kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven niet altijd zo rechtlijnig. Het vaststel-

len van dit causale verband wordt nog bemoeilijkt door de specifieke bevoegdheidsverdeling in België, waardoor de agentschappen terughoudend zijn om resoluut te kiezen voor resultaatsindicatoren, net omdat de Vlaamse overheid niet over alle bevoegdheden beschikt om het beleid te sturen. De literatuurstudie van het onderzoek toont echter aan dat op het internationale forum resoluut gekozen is voor het meten van de resultaten van de zorg en dus voor resultaatsindicatoren. Tegelijkertijd blijkt ook dat de gezondheidszorg hierin een grotere traditie heeft, maar dat de langdurige zorg hierbinnen het minst afgedekt wordt door resultaatsindicatoren. Het monitoren van de effecten van het beleid aan de hand van resultaatsindicatoren moet daarom in de toekomst verder onderzocht worden.

Een volgende aanbeveling betreft het meten van de kwaliteit vanuit **het oogpunt van de gebruiker**. Vlaanderen heeft in tegenstelling tot Nederland weinig ervaring met het bevragen van gebruikers. Nederland heeft de afgelopen 10 jaar een sterke traditie opgebouwd in de vorm van de Consumer Quality Index. Hiermee wordt de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief in kaart gebracht. Het is een gestandaardiseerde systematiek voor het meten van ervaringen van patiënten en

consumenten met de zorg. De systematiek bestaat uit een arsenaal aan vragenlijsten met bijbehorende richtlijnen voor dataverzameling, data-analyse en het rapporteren van de resultaten. De vragenlijsten geven inzicht in twee zaken: wat patiënten belangrijk vinden én wat hun ervaringen zijn met de zorg. In Nederland speelt de Consumer Quality Index een belangrijke rol bij het beoordelen van de prestaties van de gezondheidszorg. Het gaat hier niet om continue registraties, maar om jaarlijkse metingen.

Een laatste discussiepunt is **het aantal indicatoren**. Er zijn op dit moment 10 kernindicatoren opgenomen die vooral in het teken staan van het meten van de toereikendheid van het aanbod. Aan deze indicatoren zijn per agentschap een aantal indicatoren toegevoegd, die toelaten om ook de andere doelen van het Pact 2020 te meten. Het internationaal overzicht maakt echter duidelijk dat het moeilijk haalbaar is om door middel van één indicator het functioneren van een hele sector te vatten. In feite staat men voor een fundamentele keuze: ofwel opteert men om slechts één toetscriterium te monitoren (bv. toereikendheid), ofwel gaat men voor alle criteria, maar dan is een shortlist van tien kernindicatoren te beperkt om over alle sectoren heen valide uitspraken te kunnen doen.

### Bibliografie

- Vindevogel, S., Vanderplasschen, W. en Broekaert, E., (2008). *Haalbaarheidsonderzoek naar het intersectoraal meten van effectiviteit en efficiëntie in de integrale jeugdhulp*. Universiteit Gent
- Breda, J., Pacolet, J., Hedeboom, G. & Vogels, J. (2009). *Programmatie thuiszorg- en ouderenvoorzieningen. Onderzoek in opdracht van de Vlaamse overheid, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*. K.U Leuven: HIVA.
- Donabedian, A. (2005), Evaluating the Quality of Medical Care, *Milbank Quarterly*, 83 (4), pp. 691–729.
- Hedeboom, G., A. Peetermans (2009), *Het gebruik van opvang voor kinderen jonger dan 3 jaar in het Vlaams Gewest*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Jacobs, T., J. Bronselaer (2003), *Voorstellen van indicatoren binnen het beleidsdomein W&G. Een basisset voor de professioneel georganiseerde zorg*. Brussel: CBGS Werkdocument 9.
- KCE (2010), *Een eerste stap naar het meten van de performantie van het Belgische gezondheidszorgsysteem*. Brussel: KCE.
- SAR WGG (2011), *Visienota Maatschappelijk verantwoorde zorg*. Brussel: SAR WGG.
- Vandenbroeck, M. (2010), *Onderzoek naar de noden en preferenties inzake preventieve zorg bij gezinnen met jonge kinderen*. Gent: Ugent.
- Van Eekert, S. (2009), Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en de kwaliteit van zorg, in: *Praktijkboek Kwaliteitszorg in welzijnsvoorzieningen*, afl. 26, pp. 988-1000.