

Business Intelligence en de dagelijkse werkwijze van middelmanagers

“De kloof tussen twee sturingsopvattingen”



Afstudeeronderzoek Master Zorgmanagement
Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
Erasmus Universiteit Rotterdam

Yvonne Kooi

Studentnummer 350604

Scriptiebegeleider : Dhr. dr. J. Aarts

1^o meelezer : Mw. dr. A.A. de Bont

2^o Meelezer : Mw. dr. S. Adams

Juni 2013

*“Not everything that counts can be counted, and not everything that can
be counted counts”*

Albert Einstein (1879-1955)

Voorwoord

Wanneer iemand mij op de middelbare school vroeg wat ik 'later' wilde gaan doen, kon ik lange tijd niet goed aangeven wat ik precies wilde en waren mijn ideeën uiteenlopend. Wat ik in ieder geval wel wist, was dat ik niet in de zorg wilde gaan werken. Uiteindelijk besloot ik te kiezen tussen de kunstacademie in Rotterdam of scheikunde aan De Universiteit Leiden. Een succesvol toelatingsgesprek bij de Willem de Kooning Academie gaf de doorslag; ik vertrok voor het eerst naar 'de grote stad'. Nu 15 jaar later ligt hier mijn scriptie ter afronding van de Master Zorgmanagement. Het kan soms raar lopen, maar ik ben blij dat ik na drie jaar kunstacademie voor de opleiding Ergotherapie heb gekozen en zo alsnog in de zorgsector ben gaan werken. Na een aantal jaar werkervaring besloot ik dat ik mij verder in deze sector wilde verdiepen en zo begon ik in september 2010 vastberaden aan het Schakelprogramma Gezondheidswetenschappen BMG.

Met veel plezier heb ik twee jaar lang iedere vrijdag weer in de collegebanken gezeten. Interessante colleges en het contact met mijn medestudenten maakten deze twee jaren tot een leuke en een bijzondere tijd. Ondanks dat het studeren naast een baan soms zwaar was, had ik deze ervaring niet willen missen. Graag wil ik mijn lieve familie en vrienden bedanken voor hun steun, hun luisterend oor en hun flexibiliteit ten aanzien van mijn soms absurd strak geplande weekschema's.

Het afgelopen jaar stond in het teken van deze scriptie. Een proces waar ik in eerste instantie best tegenop zag, maar waar ik uiteindelijk veel voldoening uit heb gehaald. Graag wil ik mijn dank uitspreken naar mijn scriptiebegeleider Jos Aarts en mijn beide meelezers.

Yvonne Kooi

Rotterdam, 10 juni 2013

Samenvatting

Aanleiding: Hoewel in het bedrijfsleven het al veel vanzelfsprekender is om te sturen op managementinformatie blijkt dit in de zorgsector nog lastig. Er lijkt een kloof te bestaan tussen de sturingsopvattingen van middelmanagers in de zorg en de sturingsopvattingen belichaamd door Business Intelligence. Dit onderzoek tracht meer inzicht te geven in de sturingsopvattingen van deze middelmanagers en in hoe hun opvattingen zich verhouden tot de opvattingen vanuit Business Intelligence.

Methode: Binnen dit onderzoek zijn in totaal dertien middelmanagers van een Nederlands academisch ziekenhuis geïnterviewd. De interviews zijn afgenomen aan de hand van een topiclijst. Deze lijst is gedurende het onderzoek aangepast op basis van analyse van de resultaten. De uitgeschreven interviews zijn vervolgens systematisch gecodeerd en geanalyseerd. Aanvullend is documentenanalyse uitgevoerd. De resultaten zijn door middel van een membercheck bij een kwaliteitsadviseur uit de onderzoekssetting gecontroleerd.

Resultaten: Business Intelligence gaat uit van een rationeel-bestuurlijke organisatieopvatting waarin veel waarde wordt gehecht aan expliciete kennis en harde data en wordt uitgegaan van een 'single version of the truth'. Dit strookt niet met de sturingsopvattingen van middelmanagers in de zorg, die worden gekenmerkt door een meer op input gerichte focus. Zelfs als middelmanagers gebruik maken van managementrapportages, achten zij daarnaast nog andere informatiebronnen nodig om 'gevoel' te houden bij de cijfers. Belangrijke informatiebronnen bij het sturen op kwaliteit zijn het personeel, de patiënt, (werk)overleggen, MIP meldingen en gevoel en ervaring. Deze informatie is vaak minder zichtbaar en/of meetbaar. Het personeel wordt daarnaast vaak ook nog genoemd als een belangrijke voorwaarde voor het leveren van kwaliteit van zorg. Bij het sturen op de bedrijfsvoering wordt meer waarde gehecht aan managementrapportages, dan bij het sturen op de kwaliteit van zorg. De mate waarin belang wordt gehecht aan zorggerelateerde managementrapportages lijkt niet alleen te worden beïnvloed door de visie van het unithoofd ten aanzien van het aanleveren van data, het soort indicator in relatie tot de patiëntengroep en de bruikbaarheid van de managementinformatie. Ook verantwoording en consequenties spelen hierbij een rol.

Discussie en conclusie: Dat er sprake is van een meer op input gerichte focus betekent niet dat binnen de sturingsopvattingen van middelmanagers geen ruimte voor de sturingsopvatting vanuit Business Intelligence. Voorwaarde is echter dat de managementrapportages aansluiten bij de informatiebehoefte van de middelmanagers. Daarnaast moet er genoeg ruimte overblijven voor andere soorten informatie die minder meetbaar en zichtbaar zijn. Binnen de sturingsopvattingen van de middelmanagers is Business Intelligence een aanvulling op de andere informatiebronnen, maar zeker geen vervanging.

Summary

Background: Although in the industry it is much more usual to steer on management information, it turns out that in healthcare it is still difficult. There seems to be a gap between the control beliefs of middle managers in healthcare and the control beliefs embodied by Business Intelligence. This study seeks to give more insight into the control beliefs of these middle managers and into how their beliefs relate to the control beliefs of Business Intelligence.

Methods: In this study, a total of thirteen middle managers from a Dutch teaching hospital were interviewed. The interviews were conducted using a topic list. This list was adjusted during the study, based on analysis of the results. The transcribed interviews were then systematically coded and analyzed. Additionally a document analysis was carried out. The results were verified through a member check with a quality advisor from the research setting.

Results: Business Intelligence is based on a rational-administrative organisation approach in which explicit knowledge and data are believed to be most important and which presumes a 'single version of the truth'. This does not reflect the control beliefs of middle managers in healthcare, which are more characterized by a focus on input instead of output. Even if middle managers do use management reports, they consider other sources also necessary. Important sources when steering on quality are staff, patients, (work) meetings, accident reports, feeling and experience. These types of information are often less visible and/or measurable. Staff is also often mentioned as an important prerequisite for the provision of quality. Compared to steering on quality of care, management reports are considered more important and useful when steering on business. The degree to which care-related management reports are considered important and useful, not only seems to be influenced by the views of the middle manager, the type of indicator in relation to the patient group and the usefulness of the information. Accountability and consequences also play a role.

Discussion and conclusions: The middle managers' focus on input does not mean that within the control beliefs of middle managers there is no room for Business Intelligence's control beliefs. The management reports however should connect to the information needs of middle managers. In addition, enough room should be left for other sources and types of information that are less measurable and visible. Within the control beliefs of middle managers, Business Intelligence complements the other sources of information, but it is definitely not a replacement.

Inhoud

Voorwoord.....	2
Samenvatting.....	3
Summary.....	4
1 Aanleiding voor het onderzoek	7
1.1 Inleiding.....	7
1.2 Probleemstelling.....	8
1.3 Leeswijzer	9
2 Theoretisch kader.....	10
2.1 Business Intelligence.....	10
2.1.1 Wat is Business Intelligence?.....	10
2.1.2 Paradigma.....	13
2.2 Middelmanagers in de zorg	17
2.2.1 Definitie middelmanager.....	17
2.2.2 Sturingsopvattingen.....	17
2.3 Conceptueel model	19
3 Methode van onderzoek	21
3.1 Onderzoeksvorm en -setting	21
3.2 Dataverzameling	22
3.2.1 Interviews.....	22
3.2.2 Documentenanalyse.....	23
3.2.3 Data analyse	24
3.3 Rol van de onderzoeker	25
3.4 Betrouwbaarheid en validiteit	25
3.4.1 Betrouwbaarheid.....	25
3.4.2 Validiteit	26
4 Resultaten.....	28
4.1 Sturen op bedrijfsvoering.....	28

4.1.1	Het belang van bedrijfsmatige KPI's.....	29
4.1.2	Het gebruik van managementrapportages.....	29
4.1.3	Andere stuurinformatie	32
4.2	Sturen op kwaliteit van zorg	33
4.2.1	Het belang van zorggerelateerde KPI's	33
4.2.2	Het gebruik van managementrapportages.....	35
4.2.3	Het gebruik van andere stuurinformatie.....	38
5	Discussie.....	45
5.1	De resultaten in het kort	45
5.2	Een kloof tussen sturingsopvattingen	47
5.2.1	Denkbeelden over kwaliteit van zorg	47
5.2.2	Vertrouwen en normatieve controle	48
5.2.3	Het belang van combineren.....	49
5.3	Aanbevelingen voor de praktijk.....	51
5.4	Beperkingen van de studie	52
6	Het opmaken van de balans	54
	Literatuurlijst.....	56

1 Aanleiding voor het onderzoek

De centrale thema's van dit onderzoek zijn de sturingsopvattingen van middelmanagers in de zorg en de rol van Business Intelligence binnen deze opvattingen. In de inleiding zal allereerst worden beschreven van waaruit de aandacht voor deze thema's is ontstaan en wat de aanleiding is geweest voor het onderzoek. Vervolgens zullen in de probleemstelling de onderzoeksvraag en de deelvragen worden geformuleerd. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een leeswijzer.

1.1 Inleiding

Net als in het bedrijfsleven, is ook in de gezondheidszorg de laatste decennia in toenemende mate aandacht voor kwaliteit en voor methoden en technieken om de kwaliteit te waarborgen (Harteloh 2003). Er zijn de laatste jaren steeds meer initiatieven ontstaan om de kwaliteit van zorg te meten en inzichtelijk te maken met behulp van prestatie-indicatoren (Zorgbalans 2012). Het sturen op output is steeds belangrijker geworden.

De resultaten vanuit de prestatie-indicatoren stellen zorginstellingen in staat (zorg)processen te analyseren en te sturen, ten einde hiervan te leren en de interne kwaliteit te verbeteren (Walburg 2006). Daarnaast wordt met het openbaar maken van de resultaten getracht de kwaliteit van de gezondheidszorg transparanter te maken. Zorginstellingen leggen op basis van de resultaten verantwoording af aan andere (externe) partijen, zoals de overheid, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, zorgverzekeraars en/of het algemene publiek (RIVM 2009, Berg & Schellekens 2002).

Om in de praktijk ook daadwerkelijk te kunnen sturen op basis van deze informatie, wordt steeds meer gebruik gemaakt van Business Intelligence. Met behulp van Business Intelligence wordt het mogelijk gemaakt managementrapportages te genereren op basis van geaggregeerde data, die beleid en beslissingen binnen de organisatie kunnen ondersteunen en sturen (Glaser en Stone 2008, Wadsworth et al. 2009). Business Intelligence stelt lijnmanagers in staat om actief te sturen op basis van managementinformatie. Hoewel dit in het bedrijfsleven al veel vanzelfsprekender is, blijkt dit in de praktijk in de zorgsector echter nog lastig (Franco en Bourne 2003, De Waal 2004). Het gebruik van managementinformatie heeft daar nog minder zijn weg gevonden.

Echter, als de managementinformatie nog onvoldoende zijn weg heeft gevonden, welke stuurinformatie gebruiken de lijnmanagers dan wel als zij sturen op kwaliteit van zorg en bedrijfsvoering? Welke keuzes maken zij? Deze vragen speelden ook bij een academisch ziekenhuis in de Randstad en zijn de aanleiding geweest voor dit onderzoek. Ook dit

ziekenhuis is gestart met het ontwikkelen en beschikbaar stellen van managementrapportages aan het lijnmanagement in de veronderstelling dat dit leidt tot actief stuurgedrag, maar de implementatie is moeizaam gebleken. Ondanks dat aan de technische voorwaarden is voldaan, getracht is de eindgebruikers te betrekken bij de totstandkoming van de managementrapportages en de rapportages beschikbaar zijn, blijft het daadwerkelijke gebruik achter bij de verwachtingen.

1.2 Probleemstelling

Met de toenemende aandacht voor indicatoren in de gezondheidszorg en de daaruit voortkomende (management)informatie, zal ook Business Intelligence (BI) een belangrijkere rol gaan spelen. Als het topmanagement van een zorginstelling wil dat het lijnmanagement beslissingen neemt en stuurt op basis van geaggregeerde data, voortkomend uit KPI's, dan is een gedegen implementatie van managementrapportages noodzakelijk. In de praktijk verloopt dit vaak moeizaam en is meer inzicht nodig in de 'missing link' tussen beleid en praktijk. Tot op heden heeft de nadruk in de literatuur voornamelijk gelegen op de totstandkoming en implementatie van managementinformatie en is het daadwerkelijk gebruik en gedrag van de eindgebruikers nog vrij onderbelicht geweest (Franco en Bourne 2003, De Waal 2004).

Dit onderzoek tracht meer inzicht te geven in de sturingsopvattingen van middelmanagers in de zorg, één van de beoogde eindgebruikers van de managementinformatie. Daarnaast zullen eventuele discrepanties met de sturingsopvattingen vanuit de Business Intelligence worden beschreven en aanbevelingen voor de praktijk worden gedaan. Hierbij is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd

Hoe verhouden de sturingsopvattingen van middelmanagers in de zorgpraktijk zich met de sturingsopvattingen belichaamd in de Business Intelligence?

Het begrip 'sturingsopvatting' is hierbij gedefinieerd als opvattingen over de manier(en) van sturen op de kwaliteit van zorg en de bedrijfsvoering en de daarvoor benodigde middelen en/of informatie.

Ter beantwoording van de onderzoeksvraag zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- Welke sturingsopvattingen worden belichaamd met het gebruik van Business Intelligence?
- Hoe kunnen de sturingsopvattingen van middelmanagers in de zorg worden gekarakteriseerd?

- Wat zijn de verschillen in deze twee sturingsopvattingen en hoe kunnen deze worden overbrugd in de praktijk?
- Wat betekent dit voor de implementatie van Business Intelligence in de werkpraktijk van middelmanagers in de zorg?

1.3 Leeswijzer

Deze scriptie is opgebouwd uit zes hoofdstukken. Na de inleiding en de probleemstelling volgt in hoofdstuk twee het theoretisch kader. In het theoretisch kader wordt met behulp van een korte literatuurstudie antwoord gegeven op de eerste deelvraag en wordt er het onderwerp 'middelmanagers in de zorg' verder omschreven. Tevens zal er een conceptueel model worden geformuleerd. In hoofdstuk drie zal de methode van het onderzoek worden beschreven. Vervolgens worden de resultaten beschreven in hoofdstuk vier. Gevolgd door het hoofdstuk 'Discussie' waarin de resultaten worden bediscussieerd, wordt gereflecteerd op het onderzoek en aanbevelingen worden gedaan voor de praktijk. Het verslag wordt afgesloten met een conclusie.

2 Theoretisch kader

In het eerste deel van dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de verschillende definities van Business Intelligence en worden aangegeven vanuit welk perspectief er in dit onderzoek naar Business Intelligence wordt gekeken. Vervolgens wordt ingegaan op het paradigma van Business Intelligence. In het tweede deel van het hoofdstuk zal worden beschreven welke definitie van 'middelmanager in de zorg' in dit onderzoek wordt aangehouden en zal worden beschreven wat er voorafgaand aan het onderzoek in de literatuur is gevonden over de sturingsopvattingen van de middelmanagers in de zorg.

2.1 Business Intelligence

2.1.1 Wat is Business Intelligence?

Wetenschappelijke literatuur met betrekking tot Business Intelligence is voornamelijk gericht op de toepassing hiervan in de industrie (Mettler en Vimarlund 2009). Omdat hier immers ook de oorsprong van Business Intelligence ligt, is bij het zoeken naar de definitie van Business Intelligence daarom mede gebruik gemaakt van deze literatuur.

De term Business Intelligence werd in de jaren tachtig voor het eerst geïntroduceerd door de Gartner Group. Zij gaven de volgende definitie van Business Intelligence: *“Business Intelligence provides organizations with perspective and insight, based on the access to and analysis of quantitative data (Hamers 2004)”*. Na deze introductie door de Gartner Group zijn inmiddels vele definities gevolgd. Net als in de definitie van de Gartner Group blijft het verzamelen en analyseren van data een belangrijke rol spelen, maar een exacte en eenduidige definitie van Business Intelligence is echter niet ontstaan. Er lijkt wel een belangrijke tweedeling te kunnen worden gemaakt in de wijze waarop Business Intelligence wordt gedefinieerd. Stichting Kennis Platform Business Intelligence (BI-kring 2012) beschrijft deze tweedeling als het *business perspectief* en het *technologisch perspectief*, waarbij onderscheid wordt gemaakt in Business Intelligence als proces en als instrument. Beide perspectieven zullen hierna verder worden uitgewerkt.

Business perspectief

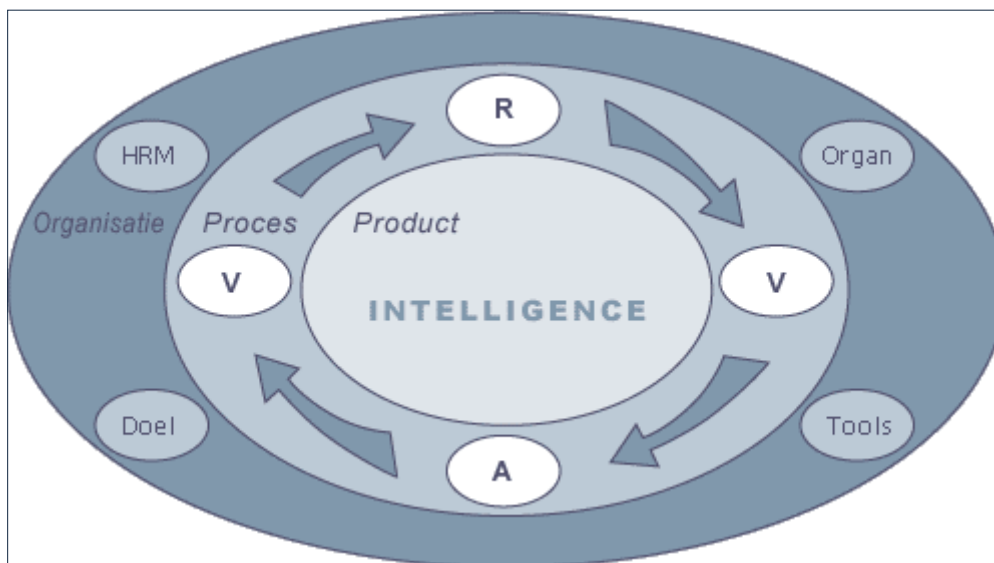
“Het geheel aan mensen, middelen, taken en verantwoordelijkheden in een organisatie, gericht op het op systematische wijze verzamelen, analyseren en verspreiden van informatie ten behoeve van de strategievorming (BI-kring 2012)”

Vanuit dit perspectief wordt Business Intelligence gezien als een proces van het verzamelen, analyseren en verdelen van voor de organisatie relevante informatie (BI-kring 2012). De informatie die hier uit voortkomt kan weer leiden tot nieuwe informatiebehoefte waardoor er dus gesproken kan worden van een cyclisch proces. De informatievertrekking hoeft te persé te leiden tot het opstarten van beslissingsprocessen en het nemen van (stuur)acties (Hamers 2004). De volgende definities zijn ook beschreven vanuit dit perspectief:

“In general BI can be defined as the process to get (digital) information about the company’s entire business so that it can be used to provide the so-called competitive advantage (Rabelo en Pereira-Klen 2002).”

“Business Intelligence is het verkrijgen van informatie over het (toekomstig) functioneren van de organisatie en haar omgeving (Hamers 2004). “

Hamers (2004) houdt hierbij een bredere definitie aan, omdat hij niet alleen spreekt over de informatieverstrekking naar het strategische beslissingsniveau, zoals gedaan wordt door de BI-kring (2012), maar ook over de informatieverstrekking naar het tactische en operationele niveau. Dit maakt weer duidelijk dat er, zoals eerder beschreven, ook binnen dit perspectief geen eenduidige definitie is.



Figuur 1 Business Intelligence volgens het Business perspectief (Bron www.BI-kring.nl)

Technologisch perspectief

“Het verzamelen van zoveel mogelijk informatie en het analyseren en rapporteren hiervan met behulp van informatieverwerkende systemen om er voor de bedrijfsvoering intelligente beslissingen mee te nemen (BI-kring 2012)”

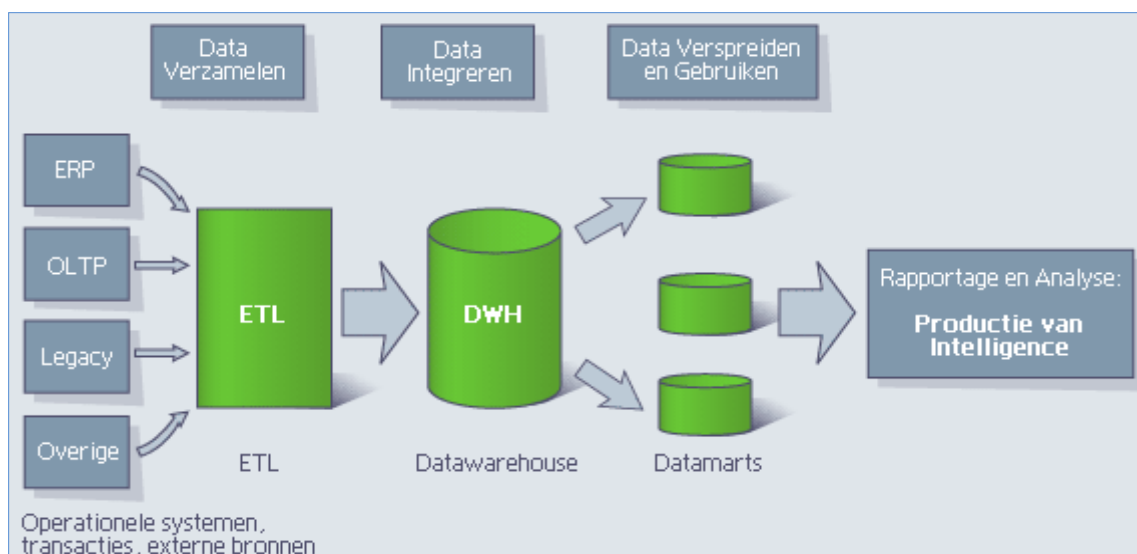
Vanuit dit perspectief wordt Business Intelligence niet gedefinieerd als een proces, maar als een (verzameling) instrument(en) om strategisch relevante informatie te verwerven (BI-kring 2012). De volgende definities zijn ook beschreven vanuit dit perspectief:

“BI systems combine data gathering, data storage, and knowledge management with analytical tools to present complex internal and competitive information to planners and decision makers. The objective is to improve timeliness and quality of inputs to the decision process (Negash 2004)”.

“BI systems are assumed to be solutions that are responsible for transcription of data into information and knowledge and they also create some environment for effective decision making, strategic thinking and acting in organizations (Olszak en Ziemba 2007)”

“Business Intelligence may be defined as a set of mathematical models and analysis methodologies that systematically exploit the available data to retrieve information en knowledge useful in supporting complex decision-making processes (Vercellis 2009).”

Zoals uit de verschillende definities blijkt is Business Intelligence dus niet alleen een instrument om relevante (strategische) data te verzamelen, maar ook om deze data te vertalen naar bruikbare (management)informatie ter ondersteuning van managers bij het nemen van belangrijke (complexe). In tegenstelling tot het andere perspectief ligt in dit perspectief dus wel de nadruk op het ondersteunen bij nemen van beslissingen en (stuur)acties.



Figuur 2 Business Intelligence volgens het Technologisch perspectief (Bron www.BI-kring.nl)

In dit onderzoek zal Business Intelligence vanuit technologisch perspectief worden benaderd. Hier is voor gekozen omdat in dit onderzoek wordt gezocht naar de stuuropvattingen van middelmanagers en de redenen waarom zij managementrapportages wel of niet als middel gebruiken om te sturen. Het gaat in dit onderzoek dus niet zo zeer om het (cyclische) proces van het verzamelen en verdelen van informatie, maar het gaat over Business Intelligence als instrument om sturing en management te realiseren. Dit past in het technologische perspectief.

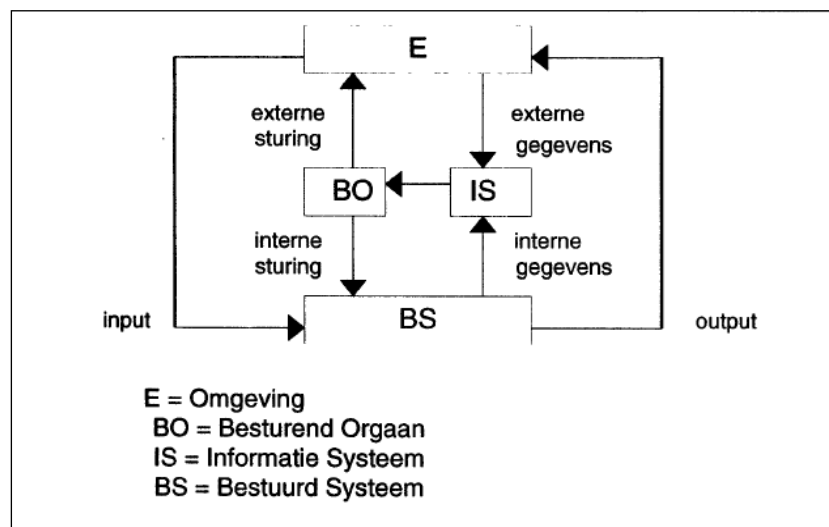
2.1.2 Paradigma

Zoals eerder aangegeven ondersteunt Business Intelligence lijnmanagers bij het nemen van (complexe) beslissingen, waarmee het een instrument is voor het sturen en managen van een organisatie. De reden dat lijnmanagers in de zorgpraktijk niet altijd sturen op basis van managementrapportages, zou kunnen liggen aan het feit dat zij andere sturingsopvattingen hebben dan de sturingsopvattingen die worden belichaamd door Business Intelligence. Om deze opvattingen te kunnen vergelijken is eerst in de literatuur gezocht naar de sturingsopvattingen en achterliggende managementideeën die ten grondslag liggen aan Business Intelligence. Dit zal later worden aangeduid met de term 'Business Intelligence paradigma'. In de literatuur zijn hierover vier terugkerende onderwerpen terug te vinden, namelijk; 1) de rationeel-bestuurlijke organisatieopvatting, 2) expliciete kennis, 3) tijdigheid van relevante informatie en 4) het behalen van concurrentievoordeel.

Een rationeel-bestuurlijke organisatieopvatting

Vanuit het technologisch perspectief bekeken, ondersteunt Business Intelligence (lijn)managers in het nemen van (complexe) beslissingen, doordat zij met behulp van Business Intelligence beschikking hebben over 'harde' feiten in de vorm van data, in plaats van intuïtie (Glaser en Stone 2008, Herschel en Jones 2005). Hiermee wordt de voorkeur gegeven aan een meer wetenschappelijke en rationele benadering ten aanzien van het besturen van een complexe organisatie (Vercillis 2009). Cullen et al. (1992) noemen dit de rationeel-bestuurlijke organisatieopvatting. De rationeel-bestuurlijke opvatting komt voort uit de geldende opvatting binnen de opleidingen, wetenschap en praktijk van bestuurlijke informatiesystemen, dat een organisatie hoofdzakelijk rationeel bestuurd zou moeten worden (Cullen et al. 1992). Het staat recht tegenover de bureaucratische organisatieopvatting, die uitgaat van een organisatie die wordt geleid door een manager die op basis van zijn intelligentie, intuïtie en visie beslissingen neemt. Aan de rationeel-bestuurlijke organisatie opvatting liggen een beslissingsparadigma en een besturingsparadigma ten grondslag.

In het besturingsparadigma speelt de specifieke kijk op de werkelijkheid van de organisatie een belangrijke rol. Zowel in de wetenschap van informatiesystemen als door opleidingen voor het ontwerpen van informatiesystemen en studies in het veld wordt een bedrijfsmodel gehanteerd met 'besturing' als basisbegrip. Dit model wordt zowel door Cullen et al.(1992) als door Hamers (1996) aangeduid als het 'besturingsparadigma'. Het gaat uit van een Bestuurd Systeem (BS), een Besturend Orgaan (BO) en een Omgeving (E). Kort samengevat moet een BO: 1) een doel hebben, 2) beschikken over informatie over de toestand van BS en E, 3) beschikken over voldoende stuurmaatregelen en 4) beschikken over een besturingsmodel. De informatie wordt met behulp van informatiesystemen aan het BO ter beschikking gesteld.



Figuur 3 Besturingsparadigma (bron: Cullen et al. 1992)

Business Intelligence speelt in dit model dus een belangrijke centrale rol in. Besturing in situaties waarin geen sprake is van 'almacht' en 'alwetendheid' op grond van informatie, wordt vanuit dit model 'intuïtieve' of zelfs 'primitieve' besturing genoemd (Cullen et al.1992). Zeker deze laatste term laat zien welke waarde er aan 'harde' data er vanuit dit besturingsparadigma wordt toegekend.

Het beslissingsparadigma wordt gevormd door de opvatting dat een manager vooral bezig is met het nemen van (strategische) beslissingen en daar bepaalde informatie voor nodig heeft met een bepaalde frequentie (Cullen et al.1992). De informatie betreft, zoals hierboven beschreven, 'harde' data vanuit informatiesystemen.

Hamers (2004) waarschuwt echter voor de veel gemaakte fout dat gedacht wordt dat het beschikbaar stellen van informatie altijd zal leiden tot het starten van een

besluitvormingsproces. Informatie is zeker een voorwaarde voor het nemen van beslissingen, maar de aanwezigheid en het periodiek aanbieden van hiervan resulteert niet automatisch in besluitvorming en (stuur)acties. Hamers stelt dat de persoon bij het ontvangen van de informatie zelf bepaalt of deze gegevens informatie zijn en of die informatie een verrijking van kennis op basis waarvan een beslissing genomen moet worden. Om überhaupt te kunnen spreken van informatie dient daarnaast betekenis aan data te worden toegekend, of dienen data op die manier gebruikt te worden dat zij betekenis krijgen (Walburg 2006, Mettler en Vimarlund 2009). Dit houdt in dat wanneer data als managementinformatie worden aangeboden aan lijnmanagers, deze lijnmanagers betekenis moeten kunnen geven aan de betreffende data. Het onderscheid tussen data en informatie wordt in de literatuur vaak niet expliciet genoemd, maar is in de context van Business Intelligence wel belangrijk (Mettler en Vimarlund 2009). Beide concepten komen ook vaak terug in de verschillende definities die aan Business Intelligence gegeven worden. Data zijn op zichzelf slechts symbolische representaties van cijfers, hoeveelheden, variabelen of feiten (Walburg 2006).

Expliciete kennis

Zoals ook uit de hierboven beschreven rationeel-bestuurlijke opvatting blijkt, wordt met het gebruik van Business Intelligence de nadruk gelegd op expliciete kennis. Het uitgangspunt is dat de gehele organisatie wordt voorzien van één 'single version of the truth' (Wu et al. 2007). Vanuit dit idee is er dus weinig tot geen ruimte voor de tacit knowledge van medewerkers bij het nemen van beslissingen. Deze vorm van kennis is immers niet expliciet, maar bevindt zich in de hoofden, gedrag en perceptie van de medewerkers en is vaak intuïtief en dus niet meetbaar te maken (Evans en McKinley 2010). In de zorgsector is tacit knowledge een belangrijke vorm van kennis van zorgprofessionals. Wanneer zorgprofessionals doorgroeien naar een functie, zoals unithoofd, in het lijnmanagement (iets wat veelvuldig voorkomt) beschikken zij over kennis die wellicht niet terug te vinden is in managementrapportages, maar die wel van invloed kan zijn op het besluitvormingsproces en het initiëren van (besturings)acties. Het is immers ook informatie, maar alleen niet gebaseerd op harde feiten en te 'vangen' in een informatiesysteem. De sturingsopvattingen van middelmanagers in de zorg en de sturingsopvatting belichaamd in de Business Intelligence zouden op dit punt dan ook verschillend kunnen zijn.

Tijdigheid van relevante informatie

Wanneer Business Intelligence managers moet ondersteunen bij het nemen van de juiste beslissingen betekent dit dat het de juiste (management)informatie, op het juiste moment bij

de juiste personen dient te leveren (Wu et al. 2007, Negash 2004). In veel gevallen wordt hierbij gesproken over 'real time' informatie (Wu et al. 2007, Rabelo en Pereira-Klen 2002, Negash 2004, Pirttimäki en Hannula 2003) Door het tijdig (real time) beschikbaar stellen van de juiste informatie worden managers in staat gesteld proactief te handelen (Negash 2004) en wordt een sneller besluitvormingsproces gerealiseerd (Pirttimäki en Hannula 2003). Dit kenmerk kwam ook al eerder terug in het beslissingsparadigma van de rationeel-bestuurlijke organisatie opvatting.

Concurrentievoordeel

Door de opkomst van nieuwe informatie- en communicatie technologieën (ICT) in de vorige eeuw is het steeds makkelijker geworden informatie te produceren, te vermenigvuldigen en te verspreiden (Cuypers 2005). Er is een kenniseconomie ontstaan waarin de rol van informatie steeds belangrijker is geworden (ibid.). Met behulp van Business Intelligence kunnen deze data worden verzameld en vertaald naar bruikbare (management)informatie waarmee organisaties in staat worden gesteld snel en op efficiënte wijze de juiste beslissingen te nemen, waardoor voordeel kan worden behaald ten opzichte van de concurrentie (Vercellis 2009, Rabelo en Pereira-Klen 2002, Olszak en Ziemba 2007). Cuypers (2005) spreekt zelfs over informatie als concurrentieel wapen. Naast Business Intelligence wordt in de literatuur daarom ook vaak gesproken over 'competitive intelligence' (Du Toit 2006, Van Eerden en Rodenberg 2007, Pirttimäki en Hannula 2003, Vercellis 2009, Rabelo en Pereira-Klen 2002). Het gaat uit van het idee dat een organisatie net als haar omgeving constant in ontwikkeling is en daarom inzicht nodig heeft in de relevante informatie uit interne en externe omgevingsanalyses, zodat hier proactief op ingespeeld kan worden en voordeel kan worden behaald (Van Eerden en Rodenberg 2007).

Zoals eerder vermeld worden in de literatuur verschillende definities van Business Intelligence gehanteerd. Business Intelligence wordt daarom ook niet in alle literatuur in verband gebracht met concurrentie(voordeel). Echter uit de hoeveelheid aan literatuur waarin er wel gesproken wordt over 'competitive intelligence' of 'competitive advantage' zou geconcludeerd kunnen worden dat er toch zeker een sterke associatie bestaat tussen deze externe en op output gericht focus en Business Intelligence.

Kritiek op het rationeel-bestuurlijke model

Uit bovenstaande blijkt er dus een duidelijke relatie te zijn tussen de rationeel-bestuurlijke opvatting en Business Intelligence. De mate van belang dat wordt gehecht aan deze rationele denk- en werkwijze wordt echter ook bekritiseerd. De rationele wijze van besturen strookt namelijk niet altijd met de ideeën van veel managers die vinden dat

besturingsprocessen op tactisch en strategisch niveau overheerst zou moeten worden door een informele aanpak en een ongestructureerde gang van zaken (Hamers 1996). Vanuit dit perspectief kunnen ICT systemen het menselijk denken en handelen in besturingsprocessen ondersteunen, maar zeker niet geheel vervangen (ibid.). Juist in dynamische omgevingen worden managers vanuit dit perspectief verwacht op snelle, maar adequate wijze intuïtief te handelen.

Een ander punt van kritiek op deze rationeel-bestuurlijke opvatting is dat deze, zoals eerder beschreven, uitgaat van een 'single truth'. Er wordt dus veel waarde gehecht aan de resultaten die worden verkregen met behulp van KPI's. Dit kan alleen wanneer je bij het beoordelen van deze data er vanuit kan gaan de indicatoren betrouwbaar en valide zijn. Zeker in de gezondheidszorg is dit laatste vaak nog moeilijk gezien de complexiteit en verschillende factoren die van invloed kunnen zijn op de te meten variabele. De vraag is in dan in welke mate managers kunnen vertrouwen op de resultaten en deze moet willen gebruiken als stuurinformatie.

2.2 Middelmanagers in de zorg

2.2.1 Definitie middelmanager

Een middelmanager begeeft zich, zoals de naam al doet vermoeden, tussen het topmanagement (bestuur) en de werkvloer (Embertson 2006). De laag waarin deze manager zich bevindt, is afhankelijk van de organisatiestructuur en kan dus per organisatie verschillen. In dit onderzoek wordt uitgegaan van een middelmanager die operationeel leidinggeeft aan een afdeling of unit en dus direct de werkvloer aanstuurt. Deze middelmanagers hebben een belangrijke positie in (zorg)organisaties, omdat zij niet alleen kennis hebben van de strategie van de organisatie, maar ook van de sociale structuren en de werkpraktijk (Currie 1999, King et al. 2001, Embertson 2006). Dit maakt dat enerzijds van hen verwacht wordt dat zij 'top down' de strategie uitdragen naar werkvloer en anderzijds 'bottom up' het topmanagement voorzien van relevante informatie. Daardoor functioneren zij dus niet alleen ondergeschikt, maar ook gelijkwaardig en als meerdere.

2.2.2 Sturingsopvattingen

Voorafgaand aan het onderzoek is in de literatuur gezocht naar theorieën en/of theoretische modellen over de sturingsopvattingen van middelmanagers in de zorg. Ondanks dat geen concrete theorieën of theoretische modellen over zijn gevonden, zijn wel enkele

kenmerkende verschillen gevonden tussen opvattingen van middelmanagers en de rationeel-bestuurlijke sturingsopvatting zoals eerder geschetst in het besturingsparadigma van Business Intelligence.

Lokale context

Doordat middelmanagers meerdere rollen vervullen hebben zij veelal te maken met een zekere 'rol ambiguïteit' (Emberston 2006, Currie 1999). Currie (1999) illustreert dit met een citaat uit zijn onderzoek naar de invloed van middelmanagers in de zorg in het opstellen van beleidsplannen:

"They [middle managers] are closest to patients. They see the dilemmas and paradoxes of having to match the demands made to them by patients in beds and by relatives , who don't feel they can cope with the patients at home, with the performance criteria imposed upon them in the business planningframework such as bed utilization and contract targets. If anyone is the jam in the sandwich, it is them (Organisation Development Manager)."

Bovenstaande citaat laat zien dat middelmanagers naast de rationele, harde feiten, gemeten met behulp van prestatie-indicatoren (zoals bedden capaciteit) dus te maken hebben met de dagelijkse werkpraktijk waarin zij direct geconfronteerd worden met de patiënten. Het feit dat deze managers niet alleen te maken hebben met 'harde metriek', maar ook met de gevoelens en keuzes van mensen (patiënten), onderscheidt hen van managers in andere sectoren (Mettler en Vimarlund 2009) en maakt het maken van puur rationele beslissingen soms moeilijk. Niet de cijfers zijn altijd leidend, maar ook de zorg voor de patiënt. De patiënt die direct zichtbaar en aanspreekbaar is voor de middelmanager, maar niet voor het topmanagement. Currie (1999) maakt dit in zijn onderzoek mooi duidelijk met het volgende citaat:

"However. it's about caring for people so we can't follow the cost-cutting principles of management as promoted in the industrial model." (Hospice Manager)

Het feit dat de rol en de mogelijkheden van informatie technologie (IT) anders wordt beoordeeld door middelmanagers die direct betrokken zijn bij de patiëntenzorg, dan door de 'administratieve' middelmanagers (King et al. 2001) zou hier ook mee te maken kunnen hebben. Door deze eerste groep managers wordt IT niet direct gezien als mogelijk bron voor behalen van concurrentievoordeel. Met als gevolg dat mogelijkheden voor het gebruik van IT om de patiëntenzorg te verbeteren niet altijd worden gezien en benut. Ook niet wanneer dit door het topmanagement wel als belangrijk wordt geacht.

Geheel verworpen wordt een rationele manier van sturing echter niet. Een meer rationele manier van sturen lijkt echter wel gebruikt te worden wanneer het de middelmanager

duidelijk voordeel oplevert (Currie 1999). Bijvoorbeeld wanneer managers moeten concurreren met andere afdelingen (binnen of buiten de instelling) voor extra budgetruimte.

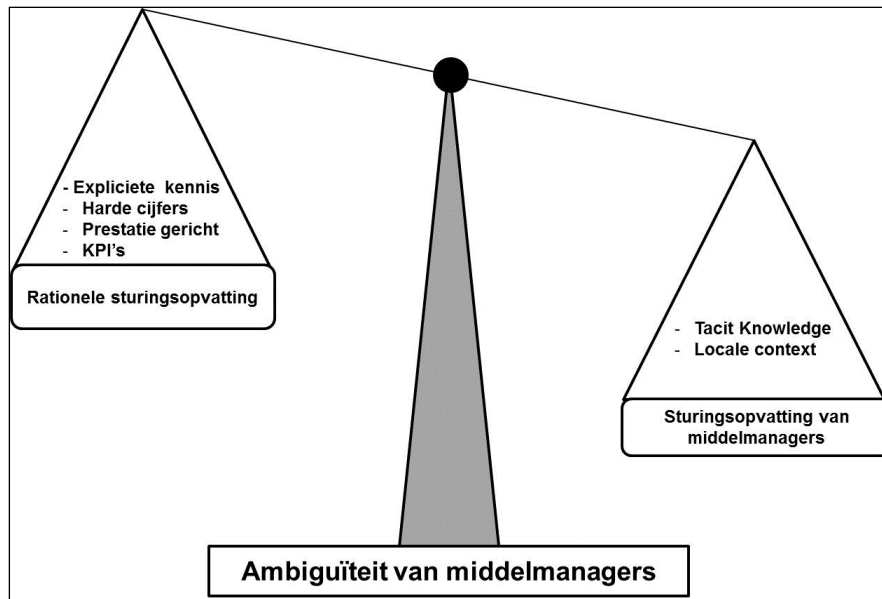
Tacit knowledge

Als beslissingen in tegenstelling tot de rationeel-bestuurlijke organisatieopvatting niet altijd genomen worden op basis van harde cijfers. Op welke informatie en kennis baseren middelmanagers dan hun beslissingen? Tacit knowledge lijkt in het antwoord op deze vraag een belangrijke rol te spelen. Zoals eerder beschreven is tacit knowledge in de zorgsector een belangrijke bron van kennis. Dit geldt niet alleen voor zorgprofessionals maar ook voor het middelmanagement. Voor het managen van het gehele zorgproces zijn volgens King et al. (2001) niet alleen expliciete kennis en vaardigheden nodig, maar zijn juist ook de impliciete kennis en vaardigheden belangrijk. Het vereist specifieke kennis van de werkvloer, die alleen verkregen kan worden door ervaring en verspreid door het uitwisselen van ervaringen en verhalen. King et al. (2001) beschrijven de mate waarin een (zorg)organisatie deze kennis bezit als de 'tacitness' van de organisatie. Een belangrijke competentie met het oog op de concurrentie, omdat deze kennis moeilijk te imiteren is.

2.3 Conceptueel model

De mate van rationaliteit en het gebruik van expliciete kennis en prestatie-indicatoren, wat als vanzelfsprekend wordt geacht bij het gebruik van Business Intelligence, lijkt dus in veel gevallen nog ver af te staan van de dagelijkse werkpraktijk van middelmanagers in de zorg. Hun positie binnen de organisatie en vaak ook hun dubbele rol als zorgprofessional en als middelmanager, maakt dat zij te maken hebben met een zekere ambiguïteit. Beslissingen worden daarbij niet altijd genomen op basis van expliciete kennis die met behulp van KPI's meetbare is gemaakt, maar op basis van tacit knowledge als ervaring en intuïtie en invloeden uit de lokale context. Hierin lijkt dus een kloof te bestaan tussen het sturingsparadigma van Business Intelligence en de sturingsopvattingen van middelmanagers in de zorg.

Toch wijst literatuur ook uit dat ondanks deze kloof, middelmanagers in sommige situaties wel degelijk het voordeel in zien van een meer rationele wijze van sturen en gebruik maken van rationele instrumenten zoals bijvoorbeeld ICT en beleidsplannen. De beslissing om wel of niet te sturen met behulp van rationele instrumenten wordt in dit onderzoek daarom vergeleken met een balans. Een balans die staat voor de rol ambiguïteit van de middelmanager en die laat zien welke informatie en kennis de middelmanagers gebruiken bij het nemen van beslissingen (zie figuur 4).



Figuur 4 Conceptueel model sturingsopvattingen middelmanagers in de zorg

In veel gevallen slaat deze balans door naar de rechterkant en worden beslissingen genomen op basis van tacit knowledge en de dagelijkse werkpraktijk waarin de managers in direct contact staan met de patiënt. In sommige andere gevallen (bijvoorbeeld wanneer er duidelijk voordeel behaald kan worden voor de afdeling) slaat de balans uit naar de linkerkant en wordt er wél gebruik gemaakt van meer rationele sturingsmethoden.

De vraag in dit onderzoek is op welke wijze middelmanagers sturen op kwaliteit en wat er voor zorgt of die balans naar links of naar rechts uitslaat in het proces van sturen. Welke kennis en informatie gebruiken middelmanagers en in hoeverre kan Business Intelligence in deze informatie voorzien? Als de informatie die zorgmanagers gebruiken meetbaar te maken is door deze te operationaliseren met behulp van KPI's, kan dan de impliciete kennis (tacit knowledge) expliciet worden gemaakt? Er zou dan een situatie kunnen ontstaan waarin beide sturingsopvattingen nader tot elkaar komen en de balans meer in evenwicht is.

3 Methode van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke wijze het onderzoek is opgezet en uitgevoerd om te komen tot een antwoord op de deelvragen en de hoofdvraag van het onderzoek. Er wordt ingegaan op de onderzoekssetting, het verzamelen en analyseren van de data, de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek en de rol van de onderzoeker.

3.1 Onderzoeksvorm en -setting

Het betreft een kwalitatief beschrijvend onderzoek in de vorm van een case study. Bij deze vorm van onderzoek wordt een verschijnsel of fenomeen intensief en diepgaand onderzocht. (Swanborn 2010). Zowel in de gezondheidswetenschappen, als in de beleids-, bestuurs-, en managementwetenschappen zijn case studies populair en een veel gebruikte onderzoeksvorm (ibid.). Het fenomeen dat in dit onderzoek wordt bestudeerd zijn de sturingsopvattingen van middelmanagers in de zorg, in relatie tot het gebruik van Business Intelligence. Twee voorwaarden voor de onderzoekssetting zijn daarom dat er middelmanagers werkzaam zijn die voldoen aan de definitie van 'middelmanager' zoals in dit onderzoek wordt gehanteerd en dat zij kunnen beschikken over managementrapportages.

De gekozen onderzoekssetting betreft een academisch ziekenhuis in de Randstad. De keuze voor het ziekenhuis als onderzoekssetting is ontstaan vanuit de aanleiding van het onderzoek. De onderzoeker is via haar scriptiebegeleider in contact gekomen met de opdrachtgever, die werkzaam is in het ziekenhuis. Vanuit gesprekken met de opdrachtgever over de problematiek rondom het gebruik van managementrapportages is de uiteindelijke onderzoeksvraag ontstaan. Aangezien het ziekenhuis voldeed aan de hierboven besproken voorwaarden, was de keuze voor het betreffende ziekenhuis als onderzoekssetting de meest logische keuze. Het ziekenhuis heeft een afdeling Business Intelligence, van waaruit de managementrapportages worden ontwikkeld in samenwerking met en ten behoeve van de eindgebruikers binnen het ziekenhuis. De unithoofden van de zorgafdelingen en poliklinieken vormen een belangrijke groep eindgebruikers. Doordat de unithoofden de beschikking hebben over managementrapportages van zowel bedrijfsmatige als zorggerelateerde KPI's en zij tevens voldoen aan de definitie van middelmanager zoals deze in dit onderzoek wordt gehanteerd, maakt dat deze setting geschikt is voor dit onderzoek. Er is in een aantal gevallen bewust afgeweken van de definitie van middelmanager. Hier wordt in de volgende paragrafen nader op ingegaan.

3.2 Dataverzameling

Gezien de omvang van het onderzoek en de mogelijkheden om binnen de onderzoeksetting voldoende respondenten te vinden, is gebruik gemaakt van verschillende methoden van dataverzameling, namelijk semigestructureerde interviews en documentenanalyse. Beide methoden zullen in deze paragraaf worden beschreven.

3.2.1 Interviews

Het interview is de aangewezen methode om informatie te verkrijgen over kennis, houdingen, attitudes en opinies (Baarda en De Goede 2001). Het voordeel van semigestructureerde interviews is dat er in enige mate sprake is van standaardisering van de interviews bij de verschillende respondenten, zodat alle cruciale onderwerpen aan bod komen (Mortelmans 2007). De interviews omvatten hierbij een van tevoren afgebakende set van 'topics'. Een ander voordeel van het semigestructureerde interview is dat het de minder ervaren interviewer (waar in dit onderzoek sprake van is) een interviewerleidraad geeft (ibid.).

Bij aanvang van het onderzoek was de topiclijst gericht op de KPI's 'ondervoeding' en 'opnamepatroon'. Het sturen op zorggerelateerde KPI's (kwaliteit van zorg) en bedrijfsmatige KPI's (bedrijfsvoering) leek in eerste instantie een te breed onderwerp en werd met de keuze voor bovenstaande KPI's ingekaderd. De KPI ondervoeding is gekozen, omdat de managementrapportages van deze KPI al langer beschikbaar zijn en de verwachting vanuit de afdeling Business Intelligence van de onderzoeksetting is dat deze rapportages erg bruikbaar zouden moeten zijn voor het sturen op ondervoeding. De praktijk leert echter dat ze nog niet door alle unithoofden worden gebruikt, waardoor het voor dit onderzoek een relevante KPI is om door te vragen naar de afwegingen en opvattingen van de unithoofden. Gedurende het onderzoek bleek ook dat niet door alle respondenten gestuurd werd op de KPI 'ondervoeding'. De redenen hiervoor verschilden per respondent en worden beschreven in het hoofdstuk resultaten. Omdat respondenten echter vaak wel aan konden geven op welke zorggerelateerde onderwerpen zij wel sturen is in die gesprekken verder doorgevraagd dan alleen de KPI's ondervoeding. De topiclijst is om deze reden gedurende het onderzoek aangepast op basis van analyse van de resultaten uit eerdere interviews. Het sturen op 'kwaliteit van zorg' werd daarbij een veel gebruikte term in plaats van sturen op zorggerelateerde KPI's. Dit is ook de reden dat bij het beschrijven van de resultaten gekozen is voor de titel 'sturen op kwaliteit van zorg'. Tijdens de interviews is besproken hoe de respondenten sturen op bedrijfsvoering en kwaliteit van zorg, welke informatie(bronnen) zij hier voor nodig hebben, de rol en het belang van managementrapportages en de mate van verantwoording die zij moeten afleggen over de resultaten.

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van een convenience sample. In totaal zijn dertien middelmanagers geïnterviewd. Het betrof vijf vrouwelijke en acht mannelijke respondenten. Een middelmanager werd voorafgaand aan het onderzoek gedefinieerd als een lijnmanager die de werkvloer aanstuurt en daarnaast verantwoording moet afleggen aan het hoger management. In het onderzoek zijn echter drie managers geïnterviewd, die meerdere afdelingen aansturen en van wie de span of control zo groot is geworden, dat van directe aansturing van alle personeelsleden op de werkvloer geen sprake meer is. Zij hebben een deel van hun taken gedelegeerd bij medewerkers 'lager' in de lijn. Deze respondenten zouden vanuit de oorspronkelijke onderzoeksopzet dus niet binnen de inclusiecriteria vallen. De interviews met deze respondenten waren echter dermate interessant en relevant, dat is besloten de resultaten toch mee te nemen in het onderzoek. De invloed van de 'span of control' zal (waar dit relevant is) terugkomen in de resultaten. Twee respondenten zijn op dezelfde soort afdeling werkzaam. Alle overige respondenten werken op verschillende afdelingen, waar zorg wordt verleend aan verschillende patiëntengroepen. Dit is een bewuste keuze van de onderzoeker, omdat de opvattingen van de respondenten wellicht ook beïnvloed kunnen worden door de patiëntengroep of 'cultuur' van de afdeling waar het unithoofd werkt. Van de dertien respondenten waren twee respondenten unithoofd van een poliklinische afdeling. Dit houdt in dat zij niet verantwoordelijk zijn voor de langdurige zorg voor patiënten. Overige respondenten stuurden minimaal één klinische afdeling aan.

De meeste respondenten zijn via de opdrachtgever door de onderzoeker via de mail benaderd voor deelname aan het onderzoek. Twee respondenten zijn benaderd via een oproep van een van de respondenten, die al was geïnterviewd en na het interview aanbod om collega's te benaderen voor deelname aan het onderzoek. Eén respondent is benaderd via een bevriend specialist van de onderzoeker uit het ziekenhuis. De interviews duurden maximaal één uur en vonden plaats op de afdeling waar de respondent werkzaam was. De gesprekken verliepen ontspannen en hadden veelal een vrij informeel karakter.

3.2.2 Documentenanalyse

In aanvulling op de interviews is een documentenanalyse gedaan. De documentanalyse heeft als doel het onderwerp, binnen dezelfde onderzoekssetting, maar vanuit een ander perspectief dan dat van de middelmanagers te belichten. Op deze manier kan meer inzicht worden verkregen in de definitie van Business Intelligence zoals deze binnen de organisatie wordt gehanteerd en in de doelen en de verwachtingen van de organisatie ten aanzien van het gebruik van Business Intelligence.

Een beleidsdocument over de Business Intelligence Architectuur van de instelling uit 2010 heeft gediend als materiaal voor de documentenanalyse. Het document telt 66 pagina's en

beschrijft de strategische visie op Business Intelligence, de huidige en de ideale Business Intelligence architectuur en een plan om tot dit laatste te komen. Bij de analyse is allereerst gekeken in hoeverre de definitie van Business Intelligence in het document aansluit bij de definities van Business Intelligence vanuit het technologisch perspectief, zoals beschreven in het theoretisch kader. Wanneer de definitie sterke gelijkenissen vertoont, worden de wetenschappelijke inzichten uit het theoretisch kader en het gekozen perspectief immers (nog) relevanter en bruikbaar bij het relateren van de theorie aan de resultaten van het onderzoek. Daarnaast is gekeken in hoeverre andere concepten uit zowel het theoretisch kader als de resultaten van de interviews terug te vinden zijn in en aansluiten bij de inhoud van het document.

3.2.3 Data analyse

Alle interviews zijn met goedkeuring van de respondenten opgenomen en verbatim uitgeschreven. Dit heeft als voordeel dat de aandacht van de onderzoeker tijdens het interview volledige gericht was op het gesprek (Mortelmans 2007). De transcripten zijn vervolgens systematisch gecodeerd en geanalyseerd met behulp van de software van Dedoose.com. Bij de codering is gebruik gemaakt van 'open' codes en van concepten uit het theoretisch kader. De analyse heeft dus zowel een inductief als een deductief karakter.

Bij het coderen, in het programma Dedoose 'labelen' genoemd, zijn ten eerste twee labels gemaakt met betrekking tot de informatie(bronnen). Dit zijn de labels 'managementrapportages' en 'andere stuurinformatie'. Het label 'andere stuurinformatie' is verder opgesplitst in sublabels zoals 'personeel', 'patiënten', 'MIC meldingen', 'gevoel', 'dossiers en documenten' en '(werk)overleggen'. Indien relevant zijn ook de sublabels weer verder opgesplitst. Zo is bij het sublabel 'personeel' onderscheid gemaakt tussen 'personeel als informatiebron' en 'personeel als voorwaarde voor kwaliteit' en is het sublabel 'patiënten' opgesplitst in 'tevredenheidsonderzoek', 'brieven en kaarten' en 'klachten'. Ook binnen het label 'managementrapportages' zijn verschillende sublabels gebruikt. De veel gebruikte sublabels hierbij zijn: 'Prioriteit', 'Tijdigheid', 'Interpreteren', 'Bruikbaarheid' en 'Gebruiksdoel'. Dit laatste sublabel is verder opgesplitst in 'sturen op het proces(data invoeren)', 'Inzicht', 'Signaleren trends', 'verantwoording afleggen' en 'onderbouwen/ beargumenteren'.

Naast de twee labels met betrekking tot de informatie(bronnen) zijn onder andere nog de volgende labels aangemaakt en gebruikt bij de analyse: 'gevoel versus cijfers', 'behoefte', 'verantwoording', 'consequenties', 'kwaliteit versus bedrijfsvoering' en 'invloed van context'. Het labelen heeft de onderzoeker geholpen de resultaten te structureren en verbanden te leggen tussen de verschillende resultaten.

3.3 Rol van de onderzoeker

Binnen het kwalitatieve onderzoek speelt de onderzoeker een belangrijke rol. De kwalitatieve onderzoeker draagt namelijk niet alleen eigen waarden en inzichten met zich mee (Mortelmans 2007). Ook heeft iedere onderzoeker zijn eigen persoonlijke kwaliteiten zoals waarneming, communicatie en interpretatie (Van Zwieten & Willems 2004). Reflectie op de rol van de onderzoeker is daarom belangrijk.

De onderzoeker van dit onderzoek is zelf niet werkzaam in de sector en de instelling waarin het onderzoek plaatsvindt. Zij was ook niet persoonlijk bekend met zowel de respondenten als de opdrachtgever van het onderzoek. De onderzoeker heeft zelf meerdere jaren als paramedicus in de ouderenzorg gewerkt. Vanuit haar huidige functie als projectleider in de ouderenzorg is de onderzoeker geïnteresseerd in de ontwikkelingen in het gebruik van Business Intelligence. In de dagelijkse werkpraktijk is de onderzoeker onder andere betrokken geweest bij de implementatie van een managementsysteem bij een zorginstelling voor ouderen. Door een andere onderzoekssetting te kiezen en door de bevindingen te bespreken met mensen uit de onderzoekssetting heeft de onderzoeker getracht eventuele onbewuste aannames en interpretaties zo veel mogelijk uit te sluiten.

3.4 Betrouwbaarheid en validiteit

Omdat dit een kwalitatief onderzoek betreft, moeten de gangbare criteria voor objectiviteit, betrouwbaarheid en validiteit, anders ingevuld worden dan bij de beoordeling van kwantitatief onderzoek (Van Zwieten & Willems 2004, Mortelmans 2004). Van Zwieten (2004) beschrijft de betrouwbaarheid als de afwezigheid van toevallige vertekeningen en de validiteit als de afwezigheid van systematische vertekeningen van het ontwerp van het onderzoek. Beide begrippen zullen verder worden beschreven. De validiteit zal hierbij worden uitgesplitst in *interne* en *externe* validiteit.

3.4.1 Betrouwbaarheid

De repliceerbaarheid speelt een belangrijke rol in de betrouwbaarheid van de resultaten van een onderzoek (Mortelmans 2007). De repliceerbaarheid wordt vergroot wanneer het onderzoeksverslag expliciete informatie geeft over de gebruikte methoden, de rol en de beslissingen van de onderzoeker en de context van het onderzoek (Van Zwieten & Willems 2004, Mortelmans 2007). In dit hoofdstuk 'Methode van onderzoek' is getracht deze methodologische duidelijkheid te geven.

Ook het toegankelijk maken van de primaire onderzoeksmateriaal, zoals de interviewtranscripten, voor derden vergroot de herhaalbaarheid (Mortelmans 2007 en Van Zwieten & Willems 2004). Hier is in dit onderzoeksverslag niet voor gekozen in verband met het beschermen van de privacy de respondenten. Uit inhoud van de transcripten zouden de meeste respondenten namelijk herleid kunnen worden.

3.4.2 Validiteit

De interne validiteit van kwalitatief onderzoek wordt bepaald door de mate waarin de interpretaties die de onderzoeker maakt van zijn data geloofwaardig zijn en overeenstemmen met de verzamelde gegevens (Mortelmans 2007). In dit onderzoek is gekozen voor een membercheck met één van de kwaliteitsadviseurs uit de onderzoekssetting. Na het beschrijven van de resultaten, zijn deze in een gesprek voorgelegd aan en besproken met de kwaliteitsadviseur. Het doel van de member check was niet om de kwaliteitsadviseur inhoudelijk iets te laten zeggen over de individuele opvattingen van de respondenten. Dit zijn immers de meningen en gedachten van de respondenten zelf. De verwachting van de onderzoeker was dat de kwaliteitsadviseur wel de interpretaties van de onderzoeker zou kunnen toetsen op geloofwaardigheid, doordat hij met meerdere unithoofden contact heeft met betrekking tot het onderwerp en dus ook vanuit dezelfde setting, maar een ander perspectief naar het onderwerp en de resultaten zou kunnen kijken. Daarnaast verwachtte de onderzoeker dat met behulp van deze member check de resultaten waar nodig konden worden aangevuld en/of bijgestuurd. Naar aanleiding van de uitkomst van deze member check en om de reden dat de opvattingen en uitspraken van een aantal respondenten zeer uiteenliepen, heeft de onderzoeker er voor gekozen geen member checks onder de respondenten uit te voeren.

Een andere manier om de interne validiteit te vergroten is het gebruik van verschillende databronnen, ook wel *datatriangulatie* genoemd (Swanborn 2010, Mortelmans 2007). Het uitgangspunt van datatriangulatie is dat het resultaat geloofwaardiger wordt, wanneer het van verschillende kanten wordt bekeken (Swanborn 2010, Mortelmans 2007). In dit onderzoek is datatriangulatie toegepast door naast de interviews ook een documentenanalyse uit te voeren.

De externe validiteit zegt iets over de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten (Mortelmans 2007). Bij kwalitatief onderzoek wordt generalisatie niet zo gezocht in representatieve generaliseerbaarheid (van representatieve steekproef naar populatie), maar meer in de generaliseerbaarheid van de resultaten op andere situaties en contexten en naar breder geldende theoretische principes (ibid.). De resultaten van dit onderzoek zijn gebonden aan de context van het onderzoek en daarmee niet direct te generaliseren naar

andere situaties of contexten. Wel kan het onderzoek nieuwe inzichten bieden aan vergelijkbare situaties of contexten. De uitkomsten kunnen als aanvulling dienen op de huidige resultaten die nu al bekend zijn over Business Intelligence in de zorg in Nederland. Daarnaast zijn door het gebruik van sensitizing concepts bestaande theorieën in het onderzoek opgenomen, waardoor de resultaten van het onderzoek geplaatst kunnen in de bestaande wetenschappelijke inzichten. Op deze wijze is er toch enige mate sprake van theoretische generaliseerbaarheid (Mortelmans 2007).

4 Resultaten

De resultaten die in dit hoofdstuk worden beschreven zijn verzameld aan de hand van dertien interviews en een documentenanalyse. Het hoofdstuk is verdeeld in de twee subhoofdstukken; 'Sturen op bedrijfsvoering' en 'Sturen op kwaliteit van zorg'. Er is voor deze tweedeling gekozen omdat tijdens de analyse van de interviews bleek dat de opvattingen over het belang en gebruik van managementinformatie en de rol van andere informatiebronnen, wezenlijk verschilden voor de zorggerelateerde en bedrijfsmatige indicatoren.

Beide subhoofdstukken zijn onderverdeeld in een aantal paragrafen waarin wordt beschreven wat het belang is van KPI's, of en hoe managementrapportages worden gebruikt en welke overige informatiebronnen dienen als stuurinformatie.

4.1 Sturen op bedrijfsvoering

Het begrip bedrijfsvoering kan op verschillende manieren worden gedefinieerd. In dit onderzoek wordt bedrijfsvoering gedefinieerd als de wijze waarop een organisatie wordt bestuurd en beheerd. Het omvat alle activiteiten die binnen het bedrijf worden uitgevoerd, met uitzondering van het primaire proces (Ensie 2013). Hieronder valt ook de ervaring en de deskundigheid van de werknemers.

Het sturen op bedrijfsvoering leek aanvankelijk een te breed begrip om de respondenten over te bevragen. Zoals eerder beschreven is dit begrip daarom in eerste instantie ingekaderd tot de indicator 'Opnamepatroon'. Met deze indicator worden binnen de onderzoekssetting de prestaties gemeten zoals het aantal ligdagen, opnames en ontslagen. Bij de analyse van het document 'Business Intelligence Architectuur' bleek deze KPI echter niet toegeschreven te zijn aan het domein Bedrijfsvoering, maar aan het domein Patiëntenzorg. Uit het gesprek met de manager van de afdeling Business Intelligence bleek dat dit te maken heeft met de oorsprong van de data. Deze worden namelijk ingevoerd tijdens het primaire proces. De resultaten behoren echter wel tot het domein Bedrijfsvoering en de KPI kon daarom ook als zodanig voor dit onderzoek worden gebruikt.

Tijdens de interviews kwam echter toch ook een aantal andere indicatoren met betrekking tot bedrijfsvoering ter sprake. Dit waren voornamelijk indicatoren op het gebied van verzuim, personeelsbudgetten en budgetten voor middelen en medicatie. Relevante informatie met betrekking tot deze indicatoren is meegenomen in de beschrijving van de resultaten.

4.1.1 Het belang van bedrijfsmatige KPI's

De bedrijfsvoering speelt in de dagelijkse werkpraktijk van de respondenten een belangrijke rol. Het sturen op de bedrijfsvoering wordt door veel respondenten dan ook gezien als een belangrijke, zo niet de belangrijkste, taak van een unithoofd. Aan de bedrijfsmatige indicatoren wordt hierbij veel belang gehecht. Respondenten geven aan dat er over het algemeen duidelijke normen afgesproken zijn ten aanzien van de resultaten waar de unithoofden aan moeten voldoen. Over deze resultaten moet verantwoording afgelegd worden aan het hogere management en het niet voldoen aan de afgesproken norm kan directe consequenties hebben voor de afdeling en/of het unithoofd.

“Wij leven toch per Gods gratie van de productie, dus daar worden we erg op afgerekend. Ehh dus daar wordt ook heel erg op gelet. In mijn beleving ben ik daar vele malen meer mee bezig dan met de voeding bij wijze van spreken.” (respondent 2)

“Wat hier een belangrijke factor is, hier op de afdeling is dat je stuurt op productiecijfer. Dat je aan het einde van het jaar de afgesproken productie haalt en BI is dan enorm belangrijk.” (respondent 8)

“Het is over het algemeen moeten, omdat de productie in het algemeen de belangrijkste factor is”. (respondent 4)

4.1.2 Het gebruik van managementrapportages

In de vorige paragraaf is beschreven dat de respondenten over het algemeen veel belang hechten aan de bedrijfsmatige indicatoren en de daarbij behorende managementrapportages. Dit betekent echter dat de managementrapportages ook altijd gebruikt worden om te sturen op resultaten. Meerdere respondenten geven namelijk aan dat zij in de praktijk soms zeer beperkt of zelfs geen invloed hebben op de resultaten van productie en budgetten voor medicatie en middelen. Van sturen is in deze gevallen dus niet echt sprake.

“Die productie kan je niet sturen, nauwelijks...” (respondent 7)

“Medicijnen, behandelingen en patiëntenstromen, dat is heel slecht te sturen. (respondent 12)

Als reden wordt aangegeven dat unithoofden op sommige afdelingen dusdanig afhankelijk zijn van het aanbod en/of de zorgvraag van patiënten, dat dit hun mogelijkheden om te sturen op resultaten beperkt. Het aanbod van patiënten kan per afdeling namelijk sterk verschillen en is niet altijd te beïnvloeden door het unithoofd. Ook de zorgvraag van

patiënten kan, buiten de invloedssfeer van het unithoofd om, zowel van invloed zijn op de productie, als op de financiën.

“Wij hebben helemaal geen stuurbare zorg. Wij zijn afhankelijk van wat er op de straat gebeurt. Nou heb je daar wel modellen voor maar, als er morgen ineens een RET bus omvalt, dan hebben we ineens 8 mensen hier liggen.” (respondent 7)

“Kijk als een patiënt komt en hij heeft medicijnen nodig dan krijgt hij ze. Of dat nou veel kost of weinig kost, hij krijgt ze.”(respondent 12)

“Dus als iemand hier ligt en die blijft hier een half jaar liggen, ja dan loop ik peentjes te zweten, want dat kost ons alleen maar heel veel geld en daar krijgen we niks voor.” (respondent 2)

Verantwoording

Wanneer er slechts in beperkte mate sprake is van mogelijkheden om te sturen op resultaten, worden de managementrapportages dus voor een ander doel dan sturing gebruikt. Uit de analyse van de interviews blijkt dat de nadruk dan ligt op het monitoren en het afleggen van verantwoording. Alle respondenten moeten verantwoording afleggen aan het hoger management over de behaalde (productie)resultaten. Het is daarom belangrijk dat zij de resultaten kunnen monitoren, zodat zij weten wanneer deze afwijken van de norm en zij weten dat zij hier verantwoording over zullen moeten afleggen.

Bij het verantwoorden van de resultaten speelt de interpretatie van de resultaten volgens meerdere respondenten een belangrijke rol. De resultaten zijn volgens deze respondenten namelijk vaak op verschillende manieren te interpreteren. Voor een juiste interpretatie is vaak meer informatie nodig dan enkel de informatie uit de managementrapportages. Deze informatie halen de respondenten ergens anders vandaan, vaak van de werkvloer. Hier zal verder worden op worden ingegaan in de paragraaf over andere stuurinformatie.

Naast de interpretatie spelen ook de tijdigheid en de betrouwbaarheid een rol bij het gebruik van managementrapportages. Twee respondenten gaven expliciet aan dat de informatie van sommige indicatoren soms pas achteraf beschikbaar is, waardoor er meer sprake is van reactief reageren en bijsturen en niet zo zeer van proactief sturen op resultaten.

“Op het moment dat je dus in maart/april de gegevens van januari krijgt, dat kost moeite te repareren.” (respondent 1)

“We lopen eigenlijk altijd achter de feiten aan. Qua sturing, achteraf kan je het proberen te sturen maar dat is lastig.” (respondent 11)

De betrouwbaarheid van de resultaten in de managementrapportages wordt door verschillende respondenten ter discussie gesteld. Wel wordt aangegeven dat rapportages

steeds betrouwbaarder worden. Eén respondent gaf gekscherend aan het ook past bij de cultuur van een academisch ziekenhuis om de cijfers bij voorbaat te wantrouwen.

*“We hebben een hele tijd gehad hier in ***** dat de managementinformatie onvoldoende was. Dat we niet konden vertrouwen op de rapportages. Dat is heel lastig, dan stuur je gevoelsmatig. En ik vind dat de rapportages die beschikbaar zijn, en dat er ook steeds meer mogelijk is, dat die wel beter en betrouwbaarder zijn. Dus dat is wel een vooruitgang. We zijn er nog niet maar.. Ik denk dat ik over een jaar of anderhalf jaar beter, of echt kan sturen op cijfers.” (respondent 3)*

Na de documentanalyse blijken bovenstaande bevindingen (nog) niet aan te sluiten bij de doelstelling voor Business Intelligence zoals beschreven in het document. Een van de beschreven doelstellingen is als volgt: *“Tijdige, juiste en volledige management- en onderzoeksinformatie leveren, welke is afgestemd op de behoefte van de eindgebruiker, ***** breed.”* De tijdigheid en juistheid (hier beschreven als betrouwbaarheid) wordt niet nog door alle respondenten ervaren. Dit probleem wordt ook in het document erkent. Vandaar dat deze doelstelling is opgesteld.

Behoefte aan managementinformatie

Uit de interviews blijkt dat de managementrapportages naast tijdigheid en betrouwbaarheid ook inhoudelijk nog niet altijd volledig afgestemd zijn op de behoeftes van de eindgebruikers. Wat betreft bedrijfsmatige managementinformatie wordt door drie respondenten aangegeven dat zij structureel meer inzicht zouden willen hebben in de uitgaven en inzet van middelen, medicatie en producten. Ook ten aanzien van procesuitkomsten worden verschillende behoeftes aangegeven. Zo geeft één respondent aan graag structureel meer informatie te krijgen over de toegangstijden. Door een andere respondent wordt meer specifieke informatie over doorlooptijden als gemis ervaren. Een aantal respondenten geeft aan dat zij door het gebrek aan bruikbare managementinformatie zelf data (laten) verzamelen, zodat zij toch hun stuurinformatie hebben, of dat zij (ongewild) aangewezen zijn op andere informatiebronnen.

“Maar dat doen we handmatig en dat zou je gewoon uit het systeem willen halen. ... En dan zet ik daar een medisch student op en die gaat turven. Het werkt wel hoor.” (respondent 8)

“Dus wij zijn afhankelijk van wat ons aangeleverd wordt van het themabureau. Dus wat ga je doen, je gaat zelf Excel bestandjes bijhouden en uitprinten en turven. Daar word je helemaal gek van.” (respondent 2)

“Als ik 22 spreekuren heb is dat ondoenlijk om dat bij te houden. Daarin ben je erg afhankelijk van je eigen gevoel en het zichtbaar oplopen van wachttijden”. (respondent 10)

4.1.3 Andere stuurinformatie

Zoals in de vorige paragraaf al kort werd benoemd worden bij het sturen op bedrijfsmatige KPI's ook ander informatiebronnen gebruikt. De respondenten lijken dit voornamelijk te doen om de managementinformatie te kunnen interpreteren, ter verantwoording van de resultaten naar het hoger management en bij gebrek aan de juiste managementinformatie. Ondanks dat de managementrapportages wel belangrijk worden geacht, wordt enkel het afgaan op de cijfers door de meeste respondenten niet wenselijk geacht. De 'andere' informatie komt voornamelijk van de werkvloer, vanuit het personeel of is met het oog waarneembaar. Ook het gevoel van de unithoofden speelt een rol.

“Ik moet er niet aan denken om alleen maar op cijfertjes, want dan heb je toch steeds weer die mensen op de werkvloer nodig van hoe moet ik dat interpreteren. Veel mensen denken dat ze door cijfers de indruk krijgen van de realiteit, nou helaas is dat in veel gevallen niet zo”
(respondent 5)

Personeel

Het personeel wordt met betrekking tot de bedrijfsmatige KPI's niet expliciet als informatiebron genoemd. Uit analyse van de interviews blijkt echter, dat ook bij de bedrijfsmatige KPI's het personeel van invloed kan zijn op het stuurgedrag van de respondenten. Zo worden op basis van informatie van het personeel soms andere keuzes gemaakt, dan dat zou worden verwacht wanneer enkel gestuurd zou worden op de cijfers. De belastbaarheid en belasting en de ervaring en kennis van het personeel spelen hierbij een rol. Deze aspecten zijn moeilijk in cijfers te vangen, waardoor het bijvoorbeeld volgens één van de respondenten niet wenselijk is om alleen te sturen op cijfers van de formatie en de bezetting.

Zien en horen op de werkvloer

De andere informatie krijgen de unithoofden voornamelijk ook door gewoon regelmatig op de afdeling te zijn. De aanwezigheid op de werkvloer volgens meerdere respondenten erg belangrijk om gevoel te houden en te zien en te horen wat er speelt op de afdeling. Zo geven twee respondent bijvoorbeeld aan dat wanneer de wachttijden en toegangstijden oplopen dit direct zichtbaar wordt door volle wachtkamers met patiënten die mopperen. Dit kan op dat moment directe reden zijn om actie te ondernemen. Ook heeft de middelmanager meer gevoel bij wat er op de afdeling speelt onder de medewerkers wanneer hij regelmatig zijn gezicht laat zien op de afdeling.

4.2 Sturen op kwaliteit van zorg

Kwaliteit van zorg is een begrip dat op verschillende manieren kan worden gedefinieerd en beoordeeld. In de literatuur wordt kwaliteit in verschillende domeinen onderscheiden (Busch en Bovendeur 2008). De meest voorkomende kwaliteitsdomeinen zijn effectiviteit, tijdigheid, efficiëntie, veiligheid, toegankelijkheid en doelgroepgerichtheid. De wijze waarop de kwaliteit wordt beoordeeld hangt af van het belang die een actor hecht aan bepaalde domeinen (ibid). Wanneer in dit hoofdstuk wordt gesproken over kwaliteit van zorg en de sturing hier op betreft het voornamelijk de domeinen veiligheid, doelgroepgerichtheid en effectiviteit, omdat de tijdigheid, efficiëntie en toegankelijkheid meer gericht zijn op de bedrijfsmatige KPI's.

4.2.1 Het belang van zorggerelateerde KPI's

Het leveren van kwalitatief goede zorg wordt door alle unithoofden belangrijk gevonden. Toch wordt ten opzichte van de bedrijfsvoering, aan de zorggerelateerde prestatie-indicatoren vaak minder of zelfs geen waarde gehecht. De data worden niet altijd voor alle indicatoren ingevoerd en de managementrapportages worden minder gebruikt. De meeste respondenten geven aan zich niet te hoeven verantwoorden over deze cijfers. Wanneer niet aan de normen wordt voldaan zijn er over het algemeen geen directe consequenties voor de afdeling en/of het unithoofd. Twee respondenten geven aan dat er te veel vrijblijvendheid is ten aanzien van resultaten en er daardoor nog geen noodzaak is om ook daadwerkelijk te sturen op de prestaties.

“Nu is er veel teveel vrijblijvendheid en kan iedereen er teveel onderdoor duiken.” (respondent 10)

Na analyse van de interviews lijken er drie factoren van invloed te zijn op de mate waarin unithoofden belang hechten aan een zorggerelateerde KPI en waarop zij sturen op het invoeren van data. Het betreft de volgende factoren:

- de visie van het unithoofd,
- het soort indicator in relatie tot de patiëntengroep
- de bruikbaarheid van de beschikbare managementrapportages (ten opzichte van andere informatiebronnen)

Visie van unithoofden

Met de visie van het unithoofd wordt bedoeld of het unithoofd het als zijn of haar taak ziet om te sturen op het invoeren van data ten behoeve van de zorggerelateerde indicatoren en zichzelf hier ook verantwoordelijk voor voelt. Dit staat nog los van het feit of het unithoofd in de praktijk ook daadwerkelijk stuurt op de resultaten van deze indicatoren. Slechts twee

respondenten gaven aan te sturen op het invoeren van data voor álle zorggerelateerde, verplichte prestatie-indicatoren (waaronder ondervoeding). Zij gaven aan dit te doen, omdat dit eenmaal is afgesproken met het hoger management, dit van hen wordt verwacht door externe partijen en zij het als hun taak en verantwoordelijk zien aan deze normen te voldoen. Zoals onderstaand citaat illustreert, betekent dit echter niet automatisch dat zij ook sturen op de zorginhoudelijke uitkomst van alle prestatie-indicatoren. Het belang dat gehecht wordt aan de zorggerelateerde indicatoren heeft vanuit deze visie dus niet zo zeer te maken met interne sturing op kwaliteit, maar hoofdzakelijk met het voldoen aan de normen voor externe verantwoording.

“Ja, natuurlijk want dat wordt vanuit de inspectie gevraagd en de zorgverzekeraar is daar ook heel erg in geïnteresseerd. Want zij zien dat als een meting voor de kwaliteit. Daar heb ik wel een beetje moeite mee, want het zegt namelijk niets over de kwaliteit.” (respondent 3)

Relevantie van de indicator voor de patiëntengroep

De meerderheid van de respondenten deelt deze visie echter niet. Deze respondenten sturen niet bij alle prestatie-indicatoren aan op het invoeren van data. Zij maken zelf een prioritering aan de hand van de relevantie van de indicatoren voor de patiëntengroep(en) op de afdeling(en). Of een indicator relevant is of niet, bepalen de unithoofden zelf op basis van kennis en ervaring. De reden voor deze prioritering heeft enerzijds te maken met het feit dat unithoofden zich genoodzaakt voelen om keuzes te maken gezien de hoge werkdruk voor hun personeel. Het invoeren van data wordt door deze unithoofden gezien als een hoop extra werk en ballast bovenop de bestaande taken van de medewerkers op de werkvloer. Het invoeren van data voor alle indicatoren is volgens deze unithoofden daarom niet haalbaar.

“Er zijn natuurlijk heel veel prestatie-indicatoren. En ja waar ga je dan inderdaad op een gegeven moment de voorkeur aangeven of de belangen aan hechten. Het liefst aan allemaal, maar dat weet je dat je dat niet gaat halen. ... Het kost toch heel veel tijd om het allemaal netjes te verwerken. En die tijd heb je heel vaak niet.” (respondent 2)

“ehhh daar doen we wel wat mee, maar wij worden natuurlijk overspoeld met al die prestatie-indicatoren, waarvan ik denk dat we elkaar helemaal gek aan het maken zijn in de zorg. En ik haal die zaken eruit die voor onze patiëntengroep interessant is.”(respondent 9).

Een andere reden van de respondenten om de indicatoren te prioriteren is dat zij het invoeren van data voor indicatoren met een lage relevantie zien als een nutteloze activiteit, waardoor waardevolle tijd verloren gaat. Tijd waarvan zij liever zien dat hun personeel die

anders besteedt. Het voldoen aan de normen voor externe verantwoording speelt hier dus geen rol.

“Ik ben er niet zo voor mijn verpleegkundigen onzinnig werk te laten doen en ik vind dat echt onzinnig. Hè, iemand die voor ... 1 nachtje blijft slapen, ja dan zit je dan al aan die 24 uur en om daar die musscore te doen, terwijl je er verder niets meer mee zal doen. ... Daar ga ik dan geen druk op leggen van ‘jongens zorg dat je dit doet’.” (respondent 5)

“En ehhh je ziet ook dat mensen scoren om er maar vanaf te zijn. En daar ga je voor mij een soort morele grens over... dan denk ik nee, hoe sta je dan in je vak? Ik ben hartstikke trots op die afdelingen.. sommige dingen doen we gewoon niet, omdat het quatsch is..” (respondent 7)

Bruikbaarheid van managementrapportages

Wanneer een unithoofd een zorggerelateerd thema (zoals ondervoeding) relevant en belangrijk vindt, betekent dit nog niet dat hij/zij ook belang hecht aan en sturen op resultaten van de KPI die bij dit thema hoort. De indicatoren meten namelijk niet altijd wat het unithoofd zou willen weten en de managementrapportages worden dan niet als nuttige stuurinformatie ervaren. Dit betekent echter niet dat deze unithoofden niet sturen op het thema. Zij maken dan (meer) gebruik van stuurinformatie uit andere informatiebronnen, dan het BI-systeem van de organisatie. Omdat unithoofden over het algemeen ook weinig verantwoording af hoeven te leggen op de resultaten en/of geen consequenties ervaren wanneer niet aan de normen wordt voldaan, kunnen zij deze afweging maken.

4.2.2 Het gebruik van managementrapportages

Door ook het domein van de Patiëntenzorg te voorzien van gestandaardiseerde rapportages wordt de ondersteuning van de sturing in dit domein vergroot.” (Document Business Intelligence Architectuur 2010).”

Het leveren van standaardrapportages in het domein Patiëntenzorg was in 2010 één van de ambities van de werkgroep BI van de organisatie. Zoals bovenstaand citaat laat zien is de verwachting dat de rapportages, net als de rapportages ten behoeve van sturing op bedrijfsvoering, bij zullen dragen aan de sturing op de resultaten van zorggerelateerde KPI's. Op basis van de resultaten is de praktijk dus echter anders. Omdat door de meeste respondenten niet aan iedere zorggerelateerde KPI evenveel waarde gehecht wordt, is de mate van sturing en het gebruik van managementrapportages zeer wisselend. De respondenten gebruiken managementrapportages voornamelijk voor het vestigen van aandacht voor een bepaald thema, het geven van inzicht en het concretiseren en onderbouwen van een gevoel.

Aandacht en inzicht

Meerdere respondenten geven aan dat zij de managementrapportages gebruiken om de aandacht te vestigen bij het personeel op het onderwerp van de indicator (zoals ondervoeding). De resultaten worden besproken tijdens het werkoverleg of tijdens overleggen met de regieverpleegkundigen. De managementrapportages geven inzicht hoe er is gescoord op een indicator. Wanneer het unithoofd prioriteit geeft aan een zorggerelateerde KPI zal hij de management eerder gebruiken om het personeel aan te sturen de data in te voeren.

“En dan kan ik ook de groep laten zien van kijk nou wat jullie doen. Want er wordt niets gedaan of weinig gedaan of ik mis gewoon een stukje.” (respondent 2)

“Ja goed, we brengen het regelmatig onder de aandacht bij de werkbijeenkomsten, als je met de groep bij elkaar zit. Ehh en we bespreken die scores.” (respondent 5)

Concretiseren en onderbouwen van het gevoel

Zoals eerder werd beschreven, spelen ervaring en gevoel ook een rol bij het sturen op de kwaliteit van zorg. Het gevoel komt achteraf echter niet altijd overeen met de werkelijkheid aldus een aantal respondenten. Zij geven aan dat de managementinformatie soms andere resultaten laten zien, dan dat op basis van het gevoel werd gedacht. Onderstaand citaat heeft betrekking op de managementinformatie van de indicator voor lijnscepsis.

“Ondanks dat je denkt dat je het goed doet. Doe je het dus toch niet goed blijktbaar. Dus daar zijn we wel mee bezig geweest van hoe kunnen we die inbrengprocedure nou verbeteren.”(respondent 12)

Een aantal respondenten geeft aan dat zij daarom soms naast de standaard rapportages ook graag stuurinformatie willen hebben voor meer incidentele, specifieke vragen. Met behulp van deze managementinformatie kan hun gevoel met betrekking tot het onderwerp worden geobjectiveerd en getoetst. Dit soort incidentele vraagstukken worden echter niet alleen bij de afdeling Business Intelligence belegd. Ook onderzoek speelt hierbij in deze (academische) setting een belangrijke rol.

“Wij hebben de indruk dat het er heel veel zijn, maar is dat nou zo?... Want dan heb je een heel mooi getal of indicatie waarvan je kan zeggen ‘van die functie wordt blijktbaar veel gebruik gemaakt.’ (respondent 12)

Behoeftte aan managementinformatie

Twee respondenten geven aan behoefte te hebben aan meer gespecificeerde informatie per

patiëntengroep. Het interpreteren van de cijfers wordt lastig wanneer er niet gefilterd kan worden op bijvoorbeeld diagnose, of ingreep. Deze respondenten geven aan dat de managementinformatie daardoor voor hun minder bruikbaar is. Om deze reden worden daarom soms zelf data verzameld en rapportages gemaakt. Het kan dus zijn dat de indicator in eerste instantie wel meet wat het unithoofd wil weten, maar dat de informatie in de managementrapportages onvoldoende gespecificeerd kunnen worden naar de wensen en/of eisen van het unithoofd of dat het gewoon nog niet beschikbaar is.

“Wij hebben trouwens nog steeds onze eigen pijnregistratiesysteem. In Elpado registreer je gewoon een cijfer per patiënt en kan je niet selecteren op ingreep. ... Dat is alleen maar een indicator en daar heb ik niets aan... De pijnscore van DE patiënten van de orthopedie, dat kan ik je op een briefje geven, is gemiddeld onder de 4. Maar ik kan je ook op een briefje geven dat de pijnscore van de totale kniepatiënten regelmatig boven de 7 is. En dat haal je uit Elpado niet naar boven”.(respondent 9)

Een andere behoefte met betrekking tot de managementinformatie heeft te maken met de wijze waarop de rapportages worden aangeleverd. Meerdere respondenten geven aan het lastig te vinden om de juiste informatie te krijgen. Sommige rapportages kunnen zelf uit het systeem worden gehaald, maar een aantal rapportages worden ook door andere functionarissen, vaak vanuit het themabureau, aangeleverd. De wijze waarop en de frequentie waarmee de rapportages worden aangeleverd verschillen echter per KPI en soms ook per unithoofd. Meerdere respondenten geven aan hier meer structuur in te willen en dat het prettig zou zijn als de standaard rapportages volgens vaste afspraken periodiek worden aangeleverd. Eén van de respondenten geeft ook duidelijk aan het niet als zijn taak te zien om managementinformatie te verzamelen.

“Ik ben er niet in eerste instantie om te zorgen dat er managementinformatie is. Ik vind dat dat vanuit een ander kanaal in het ziekenhuis aangeleverd moet worden. Ik zie het niet zo zeer als mijn taak om het te gaan verzamelen.” (respondent 12)

“Ik krijg heel veel rapportages, dus heel veel managementinformatie en het is prettig om het gewoon aangeleverd te krijgen, dus dat de rapportage al helemaal klaar is, dan dat ik zelf iedere keer zou moeten op zoeken.” (respondent 3)

“Ik moet teveel moeite doen om zelf steeds op zoek te gaan in het systeem welke informatie ik moet nemen, of ik moet er continu om vragen, die structuur zou prettig zijn.” (respondent 10)

4.2.3 Het gebruik van andere stuurinformatie

“Dit is bij uitstek het specialisme waar voeding heel belangrijk is. Die score is later gekomen en dat hobbelt er maar een beetje achteraan. Dus we hebben die aandacht er wel voor, maar dat komt niet terug in die score... Daarvoor had ik die Mustscore ook niet nodig om te signaleren, ‘hé er is hier een probleem” (respondent 5)

“Dus we zijn wel actief hoor in kwaliteit, maar niet zo zeer in het registreren daar van.” (respondent 7)

Zoals gezegd hoeft het feit dat een unithoofd stuurt op het proces van invoeren van data, niet te betekenen dat hij/zij ook stuurt op de uitkomst van de zorggerelateerde indicator.

Andersom geldt echter hetzelfde. Zoals bovenstaande citaten laten zien, hoeft het feit dat een unithoofd niet stuurt op het invoeren van data (of niet voldoet aan de afgesproken normen) niet te betekenen dat het unithoofd niet stuurt op de uitkomst van de zorggerelateerde indicator. Deze unithoofden gebruiken naast, of in plaats van de managementrapportages, andere informatiebronnen voor het sturen op zorggerelateerde uitkomsten, zoals de voedingstoestand van de patiënten op de afdeling. Uit de interviews blijkt dat hier veel sprake van is. Het personeel, de patiënten, MIP meldingen en het gevoel zijn hierbij belangrijke bronnen van informatie. Deze bronnen van informatie zullen hier verder worden beschreven.

Personeel

Een belangrijke bron van informatie voor de unithoofden is het personeel op de afdeling. Informatie van het personeel wordt zowel verkregen tijdens formele overlegmomenten, als tijdens meer informele momenten.

Een aantal unithoofden geeft aan het erg belangrijk te vinden om regelmatig op de afdeling te zijn. Met name voor informatie uit informele momenten is regelmatige aanwezigheid op de werkvloer een belangrijke voorwaarde. Door rond te lopen en aanwezig te zijn bij bijvoorbeeld de koffiemomenten, zien en horen de unithoofden signalen, die zij anders zouden missen. Het geeft hen ‘gevoel’ bij wat er op de afdeling speelt en stelt hen in de gelegenheid gerichte vragen te stellen, wanneer zij het gevoel hebben dat aansturing nodig is.

“Je moet gewoon je neus laten zien, je moet er zijn. Dan hoor je het meest.” (respondent 12)

“En gewoon kijken wat gebeurt er nou op mijn afdeling. Zie ik mensen daar mee bezig inderdaad. Zo heb ik vandaag ook wel gevraagd van jongens zijn alle musscores ingevuld? Weet je, dat is wel dat je dan doet.” (respondent 2)

Bij de formele momenten spelen de regieverpleegkundigen en aandachtsvelders een belangrijke rol bij de informatieverstrekking. De regieverpleegkundigen, ook wel 'regies' genoemd, worden door de meeste unithoofden specifiek benoemd als een belangrijke bron van informatie. Zij hebben een belangrijke taak in de directe, dagelijkse aansturing van de zorgmedewerkers. Net als de 'aandachtsvelders' (verpleegkundigen die voor een specifiek aandachtsgebied verantwoordelijk zijn), hebben de regieverpleegkundigen een signalerende taak ten aanzien van de kwaliteit van zorg op de afdeling. Deze medewerkers hebben dagelijks contact met patiënten, medewerkers en inzage in de dossiers. De unithoofden gaan er vanuit dat de regies en de aandachtsvelders signaleren wanneer er iets mis gaat en dat zij deze signalen aan hen doorgeven. De unithoofden hebben daarom geregeld contact met hun regies in de vorm van één op één gesprekken of andere vormen van overleg.

Ook andere personeelsleden kunnen een belangrijke informatiebron zijn voor de sturing op kwaliteit op de afdeling. Unithoofden weten vaak heel goed bij wie ze moeten zijn als ze bepaalde informatie willen hebben. Binnen het team zijn bepaalde medewerkers waarbij de unithoofden het vertrouwen hebben dat zij de juiste informatie geven.

"Ik bedoel er zijn een aantal mensen waarvan je weet als ik die ergens naar vraag, dan krijg ik wel een goeie mening. Dus dat zijn een soort 'ijkmensen'. ...Die hebben héél goed in de gaten wat er in zo'n team speelt en wat er gaande is. En die satellieten heb je nodig om informatie te krijgen." (respondent 12)

Met betrekking tot het sturen op de voedingstoestand van patiënten en de signalering van ondervoeding wordt ook de voedingsassistente veel genoemd als een belangrijke speler in het leveren van de kwaliteit. De unithoofden sturen deze medewerkers niet zelf aan. Toch geven zij aan wel goed gevoel te hebben bij het functioneren van hun voedingsassistente. Wanneer dit gevoel goed is, hebben zij ook het idee dat er goed naar de voedingstoestand van de patiënten op de afdeling wordt gekeken.

"De voedingsassistente op deze afdeling is heel erg belangrijk. Ik had altijd een vaste voedingsassistente. En bij de selectie kijk ik 'is dit iemand met een warm hart'. Iemand die er zicht op heeft hoe een patiënt omgaat met zijn voeding. Heeft die daar oog voor." (respondent 5)

Juist omdat de unithoofden niet alle medewerkers individueel kunnen controleren en aansturen, speelt vertrouwen in het functioneren van het personeel een belangrijke rol. Des te groter de span of control van het unithoofd des te meer vertrouwd wordt op de operationele aansturing en terugkoppeling van de regies. De unithoofden verwachten van de medewerkers dat zij tijdig signalen doorgeven en beslissen op basis van deze signalen of (bij)sturing nodig is.

“Kern is dat een grote span of control kan, als je mensen hebt, waarvan je weet dat je ze kan vertrouwen” (respondent 3)

Dus waar je voor een groot deel afhankelijk bent is van de professionaliteit van de zorgverlener en van de motivatie van de zorgverlener. (respondent 8)

Zoals het laatste citaat al weergeeft spelen de professionaliteit en de motivatie van het personeel bij dit vertrouwen een belangrijke rol. Gekwalificeerd en gemotiveerd personeel wordt vaak genoemd als belangrijke voorwaarde voor de kwaliteit van zorg op de afdeling. Met goed gemotiveerd en tevreden personeel kan je de afdeling opbouwen, er op vertrouwen dat medewerkers hun werk goed doen en dus kwaliteit leveren. Het sturen op de voldoende gekwalificeerd, maar vooral ook gemotiveerd personeel, wordt dan ook door meerdere respondenten genoemd als een belangrijke taak ten aanzien van kwaliteit.

“Hoe beoordeel je een afdeling naar kwaliteit? Dan denk ik dat personeel een ongelooflijk belangrijke factor is. Dat heeft ook weer te maken met een hele hoop factoren. Zit het personeel goed in hun vel? Wat is de cultuur van de afdeling? Staan ze open voor een aantal zaken of.. is er zo'n mentaliteit” (respondent 12)

Volgens een aantal unithoofden betekent dit dat je als unithoofd relatief veel op de afdeling moet zijn. Enerzijds om betrokken zijn bij de directe aansturing en anderzijds om gevoel te houden bij wat er onder de medewerkers leeft.

Patiënten

Naast het personeel worden ook de patiënten door de meeste respondenten genoemd als belangrijke bron van informatie voor het sturen op de kwaliteit van zorg. Net als bij het personeel wordt ook informatie vanuit de patiënten zowel op formele wijze in de vorm van tevredenheidsonderzoeken en (officiële) klachten, als op informele wijze, in de vorm van kaarten, brieven en informeel contact met de patiënt verkregen.

“De eigen patiëntenenquêtes die wij meegeven aan mensen, dat klinkt niet meer van deze tijd, maar praat met patiënten, lees de bedankkaarten en brieven en natuurlijk helaas ook wel eens een boze brief er tussen. Dat hoort er allemaal bij... Dat is ook informatie en daar stuur ik.” (respondent 7)

“Ik merk dat aan de reactie van patiënten die weg gaan.”(respondent 5)

Een tevreden patiënt wordt veelal geassocieerd met het leveren van kwalitatief goede zorg. Als de patiënttevredenheid goed is, heeft het unithoofd een goed gevoel over de kwaliteit van zorg op de afdeling. De mening en ervaring van de patiënt over de kwaliteit van zorg wordt daarom ook belangrijk geacht. Slechts één unithoofd nuanceert dit verband tussen tevredenheid van de patiënt en de kwaliteit van zorg. Zij maakt onderscheid tussen de

mening en ervaring van de patiënt en de kwaliteit van zorg vanuit het oogpunt of is voldaan aan de regels en protocollen. Wanneer er volledig gewerkt wordt volgens de geldende protocollen en vanuit deze visie dus kwalitatief goede zorg geleverd wordt, is dit geen garantie voor tevreden patiënten. Andersom geldt hetzelfde. Dat maakt het betekenis geven aan de patiënttevredenheid lastig. Toch gebruikt ook deze respondent de feedback van patiënten als informatie om te sturen kwaliteit.

Om achter deze mening en ervaringen te komen worden verschillende middelen in gezet. Op de meeste afdeling is er, naast het landelijke patiënttevredenheidsonderzoek door de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), op verschillende manieren aandacht voor de tevredenheid van de patiënten. Zo worden er op afdelingsniveau telefonische enquêtes gedaan bij patiënten die met ontslag gaan, krijgen patiënten op een aantal afdelingen vragenlijsten mee en vinden één op één gesprekken met de patiënten plaats. Een eenduidige wijze van het verzamelen van informatie over de patiënttevredenheid is er niet. Een aantal unithoofden geeft aan zoekende te zijn naar de beste manier om de patiënttevredenheid te meten, waarbij zij tijdig objectieve informatie krijgen. Juist het bewaken van de objectiviteit van de resultaten is lastig, omdat er een afhankelijkheidsrelatie bestaat tussen de medewerkers van de afdeling en de patiënt. Bij de onderzoeken van de NFU is deze afhankelijkheidsrelatie er niet. Dit onderzoek wordt echter maar één keer per twee jaar gedaan, waardoor informatie voor het tussentijds bijsturen geen ontbreekt. Opvallend is dat één unithoofd benoemt dat het niet de resultaten in de vorm van getallen zijn, die voor als stuurinformatie dienen. Zij hecht juist meer waarde aan de quote's die in het rapport staan gebruikt deze om een beeld te krijgen van de aandachtspunten voor de afdeling.

Ook kaarten en brieven van (oud)patiënten zijn een bron van informatie. Ze geven soms informatie die niet eerder via een andere weg bij het unithoofd zijn gekomen. Onderstaand citaat geeft hier een mooi voorbeeld van.

“Een heel duidelijk signaal was dat... Er kwam een brief van een patiënt, die kwam op de poli en wat blijkt is dat tijdens de opname de helft van zijn tijd zijn buurman zijn maaltijd had opgegeten, omdat hij geen trek had. En dat ging dan naar de buurman. En dat was door de voedingsassistente niet opgevallen. Daar stond niets over in het dossier.” (respondent 5)

Niet voor alle unithoofden zijn klachten en brieven van patiënten een bron van (stuur)informatie. Eén unithoofd geeft duidelijk aan dat de frequenties waarmee klachten binnenkomen zo laag is, dat er geen sprake is van echter stuurinformatie. De klachten betreffen volgens hem incidenten en zijn daarom geen aanleiding om te sturen op (het

aanpassen van) werkprocessen. Dit betekent overigens niet dat de klachten niet serieus genomen worden.

Als laatste geldt ook hier dat unithoofden signalen van patiënttevredenheid krijgen door gewoon aanwezig te zijn op de afdeling en met patiënten te praten.

“Als er iets niet goed gaat dan klagen mensen ook er direct over, dus dat weet je heel snel, dat krijg je heel snel terug hoor haha..” (respondent 2)

Dossiers en andere zorggerelateerde documenten

Ook de individuele patiëntendossiers zijn voor een aantal unithoofden een bron van informatie. Onderstaande citaten geven dit goed weer.

“En ik zie wel ook in het verpleegdossier of er aandacht geweest is voor de verschillende onderdelen.” (respondent 4)

“Dus dan scan je af en toe het dossier. Welke aandacht wordt er aan besteed.” (respondent 12)

De dossiers geven hen inzicht in de mate waarin er aandacht is voor bepaalde zorggerelateerde aspecten. De meeste unithoofden hebben niet dagelijks inzage in de dossiers, maar slaan wel en toe een dossier open om te toetsen of er aandacht is voor de bepaalde aspecten, zoals ondervoeding. Zij kunnen bijvoorbeeld zien of er gerapporteerd is, of bepaalde scores zijn bijgehouden en of er noodzakelijke vervolgacties zijn ingezet. Vanuit hun kennis en ervaring zijn zij soms extra alert bij bepaalde patiënten en zijn zij eerder geneigd een dossier in te kijken en vragen te stellen aan het personeel vragen.

MIP meldingen

Zoals al vermeld in het hoofdstuk ‘Methode van onderzoek’ is er tijdens de meeste interviews niet alleen gesproken over de indicator ‘Ondervoeding’, maar is er vanuit een bredere scope gesproken over het sturen op de kwaliteit van zorg. In deze bredere context werden de Meldingen Incident Patiënt, kort gezegd MIP meldingen, door bijna alle unithoofden genoemd als bron van informatie voor het sturen op de kwaliteit van zorg op de afdeling. Vooral met betrekking tot de medicatieveiligheid en het medicatiebeheer wordt er belang gehecht aan de informatie uit de MIP meldingen. De meeste unithoofden benoemden de MIP meldingen uit zichzelf als stuurinformatie. Wanneer unithoofden niet uit zichzelf over de MIP meldingen begonnen is hier in latere interviews expliciet naar gevraagd.

“Dat is natuurlijk ook een methodiek om trends te signaleren. Want als er een probleem is, dan is dat medicatieveiligheid. Dat zie je op alle afdelingen.” (respondent 3)

De MIP meldingen geven de unithoofden inzicht in wat er niet gaat op de afdeling met betrekking tot de patiëntveiligheid. De meeste unithoofden zien alle binnenkomende MIP

meldingen van de afdeling. Op deze manier zien zij tijdig en volledig welke meldingen binnen komen. Dit stelt de unithoofden in staat trends te signaleren in de meldingen en snel actie te ondernemen indien nodig. Juist deze directe terugkoppeling naar het team wordt belangrijk geacht. Dit wordt veelal gedaan tijdens wekelijks overleg momenten op de afdeling. Wanneer zij enkel de rapportages zouden ontvangen is het tijdig schakelen niet altijd mogelijk. Eén unithoofd geeft aan juist alleen gebruik te maken van de rapportages van de decentrale MIP commissie, waarin de trends al zijn onderzocht en in hoofdlijnen zijn beschreven.

Werk- en patiëntbesprekingen

Het werkoverleg, ook wel de werkbepreking genoemd, is in de vorige paragrafen al een aantal keer kort ter sprake gekomen in relatie tot het (structurele) overleg met de regie verpleegkundigen en de bespreking van MIP meldingen. De werk- en patiëntbesprekingen zijn naast bovenstaande momenten door meerdere respondenten echter ook op zichzelf genoemd als belangrijke bron van informatie. Zij zijn daarom ook als aparte informatiebron beschreven.

Het werkoverleg en de patiëntbesprekingen zijn situaties waarin informatieoverdracht plaatsvindt tussen het personeel onderling en/of het unithoofd. Hoe vaak en in welke vorm ze plaatsvinden, is niet voor iedere afdeling gelijk. Zo zijn er maandelijkse werkoverleggen, maar ook dagelijkse dagevaluaties waarin patiëntencasuïstiek, reflectie op de werkprocessen en andere zaken waar het personeel tegen aan kan lopen worden besproken. Het feit of een unithoofd structureel aanwezig is verschilt per afdeling en unithoofd. De unithoofden geven echter allemaal aan, dat zij door aanwezig te zijn bij deze besprekingen 'gevoel' houden met wat er op de afdeling speelt. De meeste unithoofden vinden het daarom ook belangrijk om hier met regelmaat bij aanwezig te zijn.

Gevoel en ervaring

Uit de gesprekken met de unithoofden blijkt dat de ervaring en het gevoel van de unithoofden ook regelmatig bron van informatie zijn wanneer zij sturen op zorggerelateerde indicatoren. Zij gebruiken deze kennis en ervaring voornamelijk bij het interpreteren en schatten op waarde van resultaten en gegevens uit andere informatiebronnen.

“Ik wil naar die percentages kijken en dan kan ik zeggen van daar klopt niets van. We hadden op een gegeven moment een rapportage met 20% ernstig ondervoede patiënten. Nou dat kan gewoon niet. Dan klopt die rapportage niet, daar klopt iets niet en dat bleek ook. Dat weet ik gewoon.” (respondent 9)

“...als dan ook mijn gevoel zegt van nou dat klopt wel, dan ga ik niet verder kijken.” (respondent 4)

Op basis van haar ervaring maakt deze respondent een inschatting of de gegevens in de overzichten reëel zijn met tot de patiëntenpopulatie van de afdeling en of de kwaliteit van zorg goed is. Naast de overzichten is dus ook de kennis en ervaring van het unithoofd een bron van informatie die een rol speelt bij het sturen op kwaliteit.

“Nee, dat is mijn eigen interpretatie waarom wij niet aan die norm voldoen. Omdat die norm heel strak is. Nu zitten we op 65%.” (respondent 9)

Verder wordt door meerdere respondenten regelmatig benoemd dat zij gevoel wil houden bij wat er op de afdeling speelt. Wat dit gevoel precies inhoudt kan moeilijk worden geconcretiseerd.

Overige informatie

De volgende informatiebronnen werden relatief door weinig respondenten benoemd. Dit is dan ook de reden dat deze bronnen niet in aparte kopjes worden beschreven.

Vanuit interne audits en visitaties krijgen de unithoofden ook rapportages waarin verbeterpunten ten aanzien van de kwaliteit van zorg staan beschreven. Deze rapportages worden door twee respondenten benoemd als informatie die zij gebruiken om op te sturen. Het gaat dan niet om informatie waarvoor door de afdeling structureel input voor wordt geleverd en wat tijdig kan worden gemonitord, maar om informatie over een momentopname waarbij achteraf wordt gekeken hoe de afdeling er voor staat en wat verbeterpunten zijn.

Eén respondent gaf expliciet aan dat zij informatie haalt uit overzichten van bepaalde gebruikte of verbruikte materialen, middelen en diensten. Zij gebruikte haar kennis en ervaring om verbanden te leggen tussen deze gegevens en wat ‘normaal’ zou zijn voor de patiëntenpopulatie op de afdeling en stuurde vanuit deze informatie haar team aan.

*“Verder gebruik ik de informatie van *** om te kijken hoeveel diëtisten er nou langs zijn geweest hier. Dat is heel bijzonder, want dat overschrijdt namelijk het aantal bij welke mensen je dat zou verwachten. Daar hebben we het met het team over. Zo hebben we het er laatst over gehad, als iemand niet wil eten, dan gaat de diëtiste daar niets aan veranderen. Dan kan je er misschien beter een maatschappelijk werker bij halen of een psycholoog of een psychiater, maar een diëtiste krijgt niet een patiënt aan het eten.” (Respondent 7)*

5 Discussie

In dit hoofdstuk worden zowel de resultaten van het onderzoek, als de onderzoeksmethode bediscussieerd. Nadat de resultaten kort worden samengevat, zullen zij in verband worden gebracht met het theoretisch kader en andere wetenschappelijke inzichten die naar aanleiding van de resultaten zijn gezocht en gevonden. Vervolgens zullen aanbevelingen worden gedaan voor de praktijk en vindt een kritisch reflectie op de onderzoeksmethode plaats.

5.1 De resultaten in het kort

Business Intelligence beoogt lijnmanagers te ondersteunen in het nemen van (complexe) beslissingen en gaat hierbij uit van een rationeel-bestuurlijke organisatieopvatting. Binnen deze opvatting is weinig tot geen ruimte voor intuïtie en tacit knowledge en wordt sterk waarde gehecht aan expliciete kennis en harde data, zodat de organisatie wordt voorzien van een 'single version of the truth'. Door de managementinformatie tijdig of zelfs 'real time' beschikbaar te stellen worden lijnmanagers in staat gesteld proactief te handelen en kan (concurrentie) voordeel voor de organisatie worden behaald.

Uit de documentenanalyse blijkt dat deze rationeel-bestuurlijke opvatting grotendeels terugkomt in de doelstellingen ten aanzien van Business Intelligence van de organisatie waarbinnen het onderzoek heeft plaats gevonden. Ook daar wordt gestreefd naar een 'single version of the truth', die tijdig wordt geleverd en het lijnmanagement ondersteunt bij het nemen van (complexe) beslissingen. Met daarbij de verwachting dat dit de kwaliteit van zorg vergroot.

Uit de interviews blijkt echter dat deze rationeel-bestuurlijke opvatting niet gedeeld wordt door de middelmanagers in de zorg. Zelfs niet wanneer respondenten het ziekenhuis zien als bedrijf. Het gevolg is dat de managementrapportages niet gebruikt worden of dat naast de managementrapportages ook andere informatiebronnen worden geraadpleegd.

Uit de resultaten lijkt te kunnen worden geconcludeerd, dat bij de sturing op kwaliteit van zorg minder waarde gehecht wordt aan de indicatoren en de managementrapportages dan bij de sturing op de bedrijfsvoering. De mate waarin belang wordt gehecht aan de zorggerelateerde managementrapportages lijkt te worden beïnvloed door de visie van het unithoofd ten aanzien van het aanleveren van data, het soort indicator in relatie tot de patiëntengroep en de bruikbaarheid van de managementinformatie. De meeste respondenten geven aan zelf een prioritering te maken in de indicatoren waar zij op sturen.

Dit wordt voornamelijk gedaan op basis van kennis en ervaring met de patiëntengroep, vanuit de gedachte dat er onvoldoende tijd is voor het personeel om alle data aan te leveren en geen nutteloze werkzaamheden van het personeel gevraagd moet worden. Deze prioritering wordt niet genoemd bij het sturen op de bedrijfsvoering. Het sturen op bedrijfsmatige KPI's ervaren de respondenten als een belangrijke, zo niet de belangrijkste taak. De managementrapportages spelen hierbij een belangrijke rol. De bruikbaarheid van deze managementrapportages is volgens de respondenten vaak beter, dan de bruikbaarheid van de managementrapportages van zorggerelateerde KPI's. Dit komt doordat de zorggerelateerde KPI's niet altijd meten, wat de respondenten zouden willen weten. Daarnaast wordt andere informatie, dan dat wordt gemeten met zorggerelateerde KPI's erg belangrijk geacht. Door meerdere respondenten zelfs belangrijker, dan de managementinformatie.

Naast de visie van het unithoofd, de soort indicator en de bruikbaarheid van managementrapportages, lijken ook het afleggen verantwoording en de consequenties voor de afdeling een rol te spelen in de mate van het gebruik en het belang dat de aan managementrapportages wordt gehecht. Alle respondenten geven aan dat zij verantwoording moeten afleggen over de resultaten van bedrijfsmatige KPI's. Bij de resultaten van de zorggerelateerde KPI's is dit echter in veel mindere mate of zelfs niet het geval. De respondenten lijken hierdoor ruimte te ervaren om niet aan de normen te voldoen en hun prioriteiten elders te leggen. Een aantal respondenten benoemt dat de consequenties voor het niet behalen van de afgesproken bedrijfsmatige resultaten in veel gevallen groter zijn dan bij de resultaten van de zorggerelateerde KPI's.

Van echte sturing op bedrijfsmatige resultaten is echter niet altijd sprake. Meerdere respondenten geven aan dat hun invloed op de resultaten van bedrijfsmatige KPI's soms zo beperkt is, dat van echte sturing geen sprake is. Dit lijkt dus niet van invloed te zijn op het belang dat aan de bedrijfsmatige indicatoren wordt gehecht. De managementrapportages worden gebruikt om de resultaten te monitoren en ter verantwoording naar het hoger management. Voor de juiste interpretatie van de cijfers wordt vaak andere informatie, uit andere informatiebronnen gebruik. De meeste respondenten geven aan dat juist de combinatie van cijfers en andere informatie, met name van de werkvloer, erg belangrijk is.

De meeste respondenten benoemen dat het belangrijk is om regelmatig op de werkvloer te zijn. Door daar te zijn kunnen zij zien, horen en gevoel houden wat er speelt. Dit geeft gelegenheid om direct te kunnen sturen of signalen op te pakken waarmee de cijfers kunnen worden geïnterpreteerd. Bij het sturen op de kwaliteit van zorg speelt andere informatie een grotere rol en worden meer andere informatiebronnen door de respondenten benoemd. Eén

van deze informatiebronnen is het personeel. Het personeel is niet alleen een belangrijke informatiebron, maar wordt door een aantal respondenten ook benoemd als een belangrijke voorwaarde voor de kwaliteit van zorg. Het sturen op voldoende, kundig en gemotiveerd zien deze respondenten als belangrijke taak ten aanzien van de kwaliteit van zorg. Naast het personeel zijn ook patiënten, MIP meldingen, besprekingen, dossiers en andere documenten en het gevoel en ervaring veel genoemde bronnen van informatie waarmee de respondenten sturen op de kwaliteit van zorg.

Ondanks dat andere stuurinformatie een zeer belangrijke rol speelt, is het niet zo dat deze informatiebronnen altijd bewust boven de managementrapportages worden verkozen. Meerdere respondenten geven aan dat bij gebrek aan bruikbare managementrapportages zij zich moeten wenden tot andere informatiebronnen. Een aantal respondenten geeft aan zelf data te verzamelen en zo eigen resultaten te genereren. In de behoefte aan managementinformatie spelen de wijze waarop en de frequentie waarmee de managementrapportages worden aangeleverd een belangrijke rol. De afspraken hierover zijn vaak wisselend en voor een aantal respondent niet helder. Meerdere respondenten geven aan de rapportages graag periodiek, volgens onderlinge afspraak, aangeleverd te krijgen.

5.2 Een kloof tussen sturingsopvattingen

In dit onderzoek is met behulp van een conceptueel model gekeken naar de sturingsopvattingen van middelmanagers in de zorg en getracht meer inzicht te krijgen in de keuzes van middelmanagers ten aanzien van het gebruik van verschillende stuurinformatie. De resultaten wijzen uit dat bij het sturen op kwaliteit, andere informatiebronnen dan managementrapportages, een grotere rol spelen dan bij het sturen op de bedrijfsvoering. De output gerichtheid van Business Intelligence en de claims als 'one single version of the truth' en 'meetbare, expliciete kennis' worden in dit geval bekritiseerd door de middelmanagers, die veelal meer op input gericht zijn. Hun sturingsopvattingen lijken met name als het gaat om kwaliteit van zorg soms ver af te staan van de sturingsopvatting die wordt belichaamd door de Business Intelligence. In de volgende subparagrafen zal de kloof tussen deze sturingsopvattingen in verband worden gebracht met verschillende bestaande wetenschappelijke inzichten met betrekking tot dit onderwerp.

5.2.1 Denkbeelden over kwaliteit van zorg

Er bestaat volgens Harteloh (2000) een nauwe relatie tussen denkbeelden over kwaliteit en de aard van het kwaliteitsgericht handelen. Vanuit deze constatering kan gesteld worden dat de denkbeelden van middelmanagers over kwaliteit van zorg, van invloed zijn op hun keuzes

en opvattingen met betrekking tot het gebruik van stuurinformatie. Sturing geven is immers een vorm kwaliteitsgericht handelen. De beschreven kloof tussen de sturingsopvattingen van middelmanagers en Business Intelligence, met name bij het sturen op kwaliteit van zorg, zou dus te maken kunnen hebben met verschillende denkbeelden over kwaliteit van zorg tussen beide 'partijen'.

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat het personeel een belangrijke rol speelt in de denkbeelden van de respondenten over kwaliteit. Voor de meeste respondenten is het personeel niet alleen een belangrijk bron van informatie is, maar wordt het personeel tevens gezien als een belangrijke voorwaarde voor het leveren van kwaliteit van zorg. Harteloh (2000) beschrijft dit denkbeeld, als het beeld van waaruit de kwaliteit wordt gezocht in het subject en het verband wordt gelegd met een (juiste) houding van zorgverleners. De overheersende stuuropvatting vanuit dit denkbeeld is dus dat voor kwalitatief goede zorg, gestuurd moet worden op onderwijs en training van het personeel. In de resultaten van dit onderzoek komt deze stuuropvatting meerdere malen terug. Zo wordt door meerdere respondenten het belang van een goede voedingsassistente benoemd bij het sturen op ondervoeding. Meer in zijn algemeenheid werd aangegeven dat met gemotiveerd en gekwalificeerd personeel, de respondenten er op vertrouwen dat medewerkers het werk goed doen en dus kwalitatief goede zorg wordt verleend aan de patiënt. Het vertrouwen speelt dus een belangrijke rol. Het is voor de respondenten belangrijk om te weten wat er leeft onder het personeel. Zodat zij gevoel houden bij de motivatie, betrokkenheid en belastbaarheid van het personeel.

Vanuit de rationeel-bestuurlijke organisatieopvatting van Business Intelligence bestaat een ander denkbeeld over kwaliteit van zorg en dus over het kwaliteitsgericht handelen. Met deze opvatting wordt immers de voorkeur gegeven aan expliciete kennis en 'harde' meetbare data (Glaser en Stone 2008, Herschel en Jones 2005, Cullen et al. 1999). Kwaliteit moet meetbaar zijn, waardoor de aandacht uitgaat naar de (meetbare) resultaten en de managementrapportages dienen als stuurinformatie om deze kwaliteit te bewaken. Vertrouwen en kennis en ervaring zijn hier aan ondergeschikt.

5.2.2 Vertrouwen en normatieve controle

Uit het literatuuronderzoek en een diepte studie in de praktijk van Van Dalen (2007) blijkt echter dat het vertrouwen in het personeel een belangrijke rol speelt bij kwaliteit van zorg. Omdat het direct bewijs van goede zorg wordt geleverd in de relatie tussen de cliënt en de zorgverlener, moeten de zorgverleners optimaal uitgerust zijn om beslissingen te nemen en persoonlijk initiatief te ontwikkelen (ibid.). Van Dalen geeft aan dat dit om aansturing vraagt die gebaseerd is op handelingsruimte en verantwoordelijkheid. Alleen een vast vertrouwen in

mensen maakt het mogelijk dit persoonlijke initiatief te ontwikkelen. Voor wat het sturen op kwaliteit betreft, zullen managers meer ruimte geven en formele controle en regelgeving verminderen, wanneer er veel vertrouwen is opgebouwd. Intensieve controle kan daarentegen ten koste gaan van de toewijding van het personeel en dus van de kwaliteit van zorg. Van Dalen (2007) spreekt van 'normatieve controle', die uitgaat van toewijding van medewerkers en is geworteld in de gedeelde opvatting over wat goed is. Hier wordt met het selecteren en aannemen van personeel rekening mee gehouden. Er is veel aandacht voor training en socialisering van het personeel, welke is gericht op het ontwikkelen en monitoren van houding, waarden en overtuigingen (ibid.) Er wordt dus meer gestuurd op medewerkers (input), dan op resultaten (output).

Deze sturing is minder zichtbaar, maar daarom niet minder effectief dan output gerichte aansturing. Output gericht sturing met formele controle kan leiden tot strategische gedrag, waardoor op papier de doelen wellicht worden bereikt, maar niet in de dagelijks praktijk (Ouchi 1979). Dit is ook wat meerdere respondenten hebben aangegeven met betrekking tot het sturen op de zorggerelateerde indicatoren.

Een manier om strategisch gedrag te vermijden is om meer te sturen op het niveau van de uitvoerende zorgmedewerkers. Verantwoording wordt minder afgelegd via lijsten en scorecards, maar meer middels gesprekken en bezoek op, zoals Van Dalen (2006) het noemt, persoonlijke en indringende wijze. Zowel tussen zorgmedewerkers en managers als tussen medewerkers onderling. Werkoverleggen, cliëntbesprekingen, intervisie spelen hier bij een belangrijke rol. Dit komt overeen met de resultaten van het onderzoek.

5.2.3 Het belang van combineren

Waar vanuit de rationeel-bestuurlijke organisatieopvatting van Business Intelligence een middelmanager enkel of hoofdzakelijk stuurt op basis van 'harde' data uit informatiesystemen, laten de resultaten van het onderzoek zien dat de middelmanagers het gebruik van verschillende informatiebronnen noodzakelijk achten. Dit geldt zowel voor het sturen op kwaliteit als voor het sturen op de bedrijfsvoering.

Bij het sturen op de bedrijfsvoering wordt wel veel belang hecht aan de managementrapportages, maar wordt daarnaast vaak andere informatie nodig geacht om de resultaten te kunnen interpreteren. Het feit dat middelmanagers andere informatie nodig achten, om de resultaten te kunnen interpreteren, betekent dat zij de managementrapportages niet zien als de 'single version of the truth', wat wel het doel is vanuit Business Intelligence. Dit heeft enerzijds er mee te maken dat de managementrapportages nog onvoldoende bruikbaar of betrouwbaar worden gevonden. Maar ook met het feit dat respondenten aangeven dat de realiteit niet door alleen door cijfers

kan worden gegeven. Cijfers behoeven uitleg en kennis over de werkwijze. Dit staat haaks op de opvatting dat met het gebruik van Business Intelligence de organisatie wordt voorzien van een 'single version of the truth' (Wu et al. 2007).

Bij het sturen op kwaliteit speelt andere informatie, dan informatie uit de managementrapportages een belangrijke rol. De managementrapportages van de zorggerelateerde KPI's, zoals pijn en ondervoeding, worden soms zelfs helemaal niet gebruikt. De meeste respondenten geven aan zelf een prioritering te maken in het sturen op de zorggerelateerde indicatoren en het gebruik van de managementrapportages. Bij het prioriteren maken zij gebruik van de kennis en ervaring met betrekking tot de patiëntengroep(en) op de afdeling. Deze bevinding komt overeen met de bewering van Hamers (2004) dat personen bij het ontvangen van informatie zelf bepalen of deze informatie een verrijking is van de kennis op basis waarvan beslissingen moeten worden genomen. Het feit dat respondenten de managementrapportages niet gebruiken wil namelijk niet zeggen dat de respondenten niet sturen op het thema van de zorggerelateerde KPI.

Bovenstaande sluit aan bij de kritiek die Hamers (1996) geeft op de rationeel-bestuurlijke organisatieopvatting. Hamers geeft aan dat ICT systemen het menselijk denken en handelen in besturingsprocessen kunnen ondersteunen, maar zeker niet kunnen vervangen. Enkel harde data uit informatiesystemen is niet genoeg. Hamers is niet de enige met deze opvatting. In de vorige paragraaf werd al kort beschreven dat vanuit het idee van 'normatieve controle' ook andere informatie belangrijk is voor middelmanagers wanneer zij sturen op kwaliteit. Kwaliteitsdeskundige Vinkenburg (2006) bevestigt dit en benadrukt dat een combinatie van beide 'soorten' informatie nodig is. Hij maakt hierbij onderscheid in het beheersingsparadigma en het betrokkenheidsparadigma. Het beheersingsparadigma legt vooral de nadruk op de aspecten van het managen van kwaliteit die maakbaar, waarneembaar en meetbaar zijn. Zoals in de vorige paragraaf is beschreven, is de sturing op input (medewerkers) echter ook belangrijk en veelal veel minder zichtbaar en meetbaar. Vinkenburg (2006) noemt dit het betrokkenheidsparadigma. Het gaat hier om het niet maakbare innerlijke, het subjectieve en het niet meetbare, zoals houding en goede interactie tussen zorgverlener en patiënt. Volgens Vinkenburg is het werken vanuit beide paradigma's nodig om te kunnen sturen op kwaliteit en hierover verantwoording af te kunnen leggen. Vinkenburg stelt daarom een én-én benadering voor. Er is dan niet zo zeer sprake van het overbruggen van de verschillen in de twee sturingsopvattingen, maar een wederzijdse aanvulling.

5.3 Aanbevelingen voor de praktijk

Dit onderzoek geeft inzicht in de stuuropvattingen van middelmanagers in de (ziekenhuis) zorg en de rol van Business Intelligence binnen deze opvattingen. Deze inzichten zijn in de discussie in verband gebracht met bestaande wetenschappelijke theorieën. In deze paragraaf zullen op basis hiervan aanbevelingen worden gedaan voor de praktijk.

Vanuit de resultaten en de bestaande theorie wordt benadrukt dat naast de informatie die met behulp van Business Intelligence wordt verkregen, ook andere stuurinformatie belangrijk is. Deze informatie gaat uit van niet meetbare aspecten zo als toewijding en houding. De managementrapportages dienen een verrijking te zijn voor de middelmanagers als deze gebruikt dienen te worden voor het sturen op kwaliteit. Wanneer unithoofden prioriteit leggen bij een indicator, wordt meer gestuurd op de uitkomst hiervan en worden de managementrapportages gebruikt om de aandacht te vestigen op het thema.

In veel gevallen worden de rapportages echter nog niet zo ervaren. De relatie met kwaliteit wordt niet gelegd en het aanleveren van data wordt veelal gezien als onnodig, tijdrovend en enkel voor de externe verantwoording. Er heerst een spanningsveld tussen wat er volgens de respondenten verwacht wordt vanuit externe verantwoording en het gebruik voor het vergroten van de kwaliteit van zorg. De verwachting van de organisatie dat het sturen op de zorggerelateerde indicatoren de kwaliteit van zorg vergroot, lijkt niet overeen te komen met de verwachtingen van de middelmanagers. De respondenten keuren de managementrapportages zeker niet bij voorbaat af, maar geven aan dat de rapportages vaak niet aansluiten bij hun behoefte en/of de doelgroep van de afdeling.

Het strekt tot aanbeveling in gesprek te gaan met de unithoofden en (nog beter) te inventariseren wat hun behoefte is ten aanzien van de inhoud van de indicator. Waarom voldoet de huidige rapportage niet aan de wensen en eisen van de eindgebruiker? Wat heeft de middelmanager aan meetbare informatie nodig om naast de andere stuurinformatie te sturen op kwaliteit?

De genoemde wensen en behoeften sluiten grotendeels aan bij de gestelde doelen van de organisatie. De aanbeveling is verder invulling te geven aan dit plan van aanpak.

Doelstelling: Tijdige, juiste en volledige management- en onderzoeksinformatie leveren, welke is afgestemd op de behoefte van eindgebruikers.

Indien de middelmanager geen meerwaarde ziet in een bepaalde managementrapportage en er moet toch gestuurd worden op de output voor de externe verantwoording, laat het doel dan ook duidelijk 'externe verantwoording zijn'. Middelmanagers dienen zich dan net als bij

de bedrijfsmatige KPI's structureel verantwoording af te leggen op deze indicatoren, zodat zoals één van de respondenten het noemde 'onderduik gedrag' niet meer voorkomt.

5.4 Beperkingen van de studie

In dit onderzoek zijn interviews gehouden onder in totaal 13 respondenten. De onderzoeker heeft daarnaast in een gesprek met een kwaliteitsadviseur ter controle de resultaten besproken. Van tevoren werd verwacht dat het afnemen van interviews dé methode zou zijn om meer inzicht te krijgen in de opvattingen van middelmanagers over het sturen op kwaliteit en het gebruik van Business Intelligence. Achteraf kan worden geconcludeerd dit juist is gebleken. Tijdens de interviews zijn de respondenten in de ogen van de onderzoeker eerlijk en openhartig geweest, wat soms leidde tot 'pittige' uitspraken. Ten behoeve van de bescherming van de privacy is om deze reden niet benoemd op welke afdelingen de respondenten werken en is dit ook niet uit de resultaten te herleiden. Een beperking van het onderzoek is dat alle respondenten binnen hetzelfde ziekenhuis werkzaam zijn. Bij de member check kwam naar voren dat er binnen het ziekenhuis van de onderzoekssetting van oudsher een vrij financieel gedreven cultuur heerst. Deze cultuur zou van invloed kunnen zijn op de resultaten. In de resultaten van het onderzoek is immers beschreven dat de middelmanagers veel belang hechten aan het sturen op de bedrijfsvoering en de rol van managementrapportages daarbij groter is dan bij het sturen op kwaliteit. De vraag is of in een andere ziekenhuissetting, waar een andere cultuur heerst, het verschil tussen het sturen op bedrijfsvoering en kwaliteit hetzelfde zal zijn. Het antwoord op deze vraag kan binnen dit onderzoek niet worden gegeven. Verder onderzoek zou daarom aan te bevelen zijn.

De resultaten uit de documentenanalyse zijn mager gebleken, omdat slechts één document is gevonden. Dit uitgebreide document gaf wel een duidelijk beeld van de visie en de verwachtingen van de organisatie ten aanzien van het gebruik van Business Intelligence. Uit het document blijkt ook dat de Business Intelligence als instrument binnen de onderzoekssetting nog volop in ontwikkeling is. Dit kwam ook terug tijdens de member check. Er wordt getracht aan de vragen en behoeften van de eindgebruikers te voldoen, maar de praktijk leert, dat nog niet aan alle vragen en eisen kan worden voldaan en dat soms door middel van eerdere fouten en voortschrijdend inzicht wordt geleerd. Ook blijken niet alle unithoofden voldoende te zijn geïnformeerd over de mogelijkheden van het Business Intelligence systeem, waardoor zij wellicht functionaliteiten missen die al wel beschikbaar zijn. Beide aspecten kunnen van invloed zijn op het belang dat de middelmanagers hechten aan managementrapportages en uiteindelijke hun sturingsopvattingen. De vraag is of er meer belang wordt gehecht aan de managementrapportages, als de middelmanagers meer

kennis en ervaring hebben in het maken van de managementrapportages en/of wanneer de rapportages volledig aan hun eisen voldoen. Een herhaling van het onderzoek in dezelfde onderzoekssetting zou daarvoor aan te bevelen zijn.

6 Het opmaken van de balans

Met dit onderzoek is getracht meer inzicht te krijgen in de sturingsopvattingen van middelmanagers in de zorg en de wijze waarop deze opvattingen zich verhouden tot de sturingsopvatting vanuit Business Intelligence. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat middelmanagers meer belang hechten aan managementrapportages bij het sturen op de bedrijfsvoering, dan bij het sturen op de kwaliteit van zorg. Bij het sturen op kwaliteit van zorg worden de managementrapportages veelal minder of zelfs niet gebruikt en spelen andere informatiebronnen een belangrijke rol. Echter ook wanneer middelmanagers de managementrapportages wel gebruiken, achten zij naast de rapportages altijd nog andere informatiebronnen nodig om 'gevoel' te houden bij de cijfers. Dit strookt niet met de sturingsopvatting van Business Intelligence.

De sturingsopvattingen vanuit Business Intelligence worden gekenmerkt door een eenzijdige focus op 'meetbare' output en de claim van één waarheid. Er geldt een rationeel-bestuurlijke opvatting die er van uitgaat dat een organisatie enkel goed bestuurd kan worden op basis van expliciete kennis en harde data uit informatiesystemen. Met behulp van tijdige informatie uit deze systemen kunnen beslissingen worden genomen waarmee (concurrentie)voordeel voor de organisatie kan worden behaald.

De sturingsopvattingen van de middelmanagers kunnen worden gekenmerkt door een meer op input gerichte focus. Als belangrijke bronnen van informatie bij het sturen op kwaliteit worden het personeel, de patiënt, (werk)overleggen, MIP meldingen en gevoel en ervaring genoemd. Deze andere bronnen van informatie zijn veelal veel minder zichtbaar en/of meetbaar. Vinkenburg (2006) noemt deze sturing ook wel het 'betrokkenheidsparadigma' en benadrukt het belang hiervan in de zorg. De op input gerichte sturingsopvattingen zijn volgens de theorie van Harteloh (2000) het gevolg van het denkbeeld over kwaliteit en de belangrijke rol die het personeel hier in speelt. Doordat het personeel niet alleen als bron van informatie wordt gezien, maar ook als een belangrijke voorwaarde voor de kwaliteit van zorg, speelt het sturen op het behoud van gekwalificeerd en gemotiveerd personeel een belangrijke rol in het sturen op kwaliteit. Vertrouwen in het personeel is hierbij belangrijk.

Dat er sprake is van een meer op input gerichte focus, betekent niet dat middelmanagers de managementrapportages nooit nuttig of bruikbaar vinden. Zij maken bij het sturen op kwaliteit veelal zelf een keuze welke rapportages relevant zijn voor de patiëntengroep op de afdeling. De rapportages worden dan met name gebruikt om de aandacht te vestigen op het onderwerp bij het personeel en om 'gevoel' concreet te maken. Het is belangrijk dat de rapportages aansluiten bij de informatiebehoefte van de middelmanager.

Naast de sturingsopvattingen, lijkt de mate van verantwoording dat moet worden afgelegd op de resultaten ook van invloed te zijn op het gebruik van Business Intelligence. Binnen deze onderzoekssetting speelt verantwoording bij het sturen op bedrijfsvoering een grotere rol, dan bij het sturen op kwaliteit. Doordat de middelmanagers zicht periodiek moeten verantwoorden op de resultaten, lijkt meer belang gehecht te worden aan de resultaten. Ten aanzien van de resultaten op de 'kwaliteitscijfers' bestaat een grotere mate van vrijblijvendheid.

Tot slot kan worden geconcludeerd dat binnen de sturingsopvattingen van de meeste middelmanagers best ruimte is voor de sturingsopvatting vanuit Business Intelligence. Het meetbaar maken van aspecten in de zorg geeft inzicht en maakt 'het gevoel' soms concreet, waardoor onderwerpen onder de aandacht kunnen worden gebracht. Voorwaarde is dat de managementrapportages aansluiten bij de informatiebehoefte van de middelmanagers en deze aspecten dus niet van buitenaf worden 'opgedrongen'. Daarnaast moet er genoeg ruimte overblijven voor andere soorten informatie die minder meetbaar en zichtbaar zijn. Binnen de sturingsopvattingen van de middelmanagers is Business Intelligence een aanvulling op de andere informatiebronnen, maar zeker geen vervanging. De én-én benadering van Vinkenburg (2004) wordt hiermee bekrachtigd.

Literatuurlijst

Baarda, D.B. en M.P.M. de Goede. 2001. Basisboek Methoden en Technieken. Derde herziene druk. Groningen: Stenfert Kroese.

Berg M. en W. Schellekens. 2002. Paradigma's van kwaliteit. *Medisch Contact*. 57:34

(BI-Kring). 2012. *Wat is BI?* [Internet]. De Nederlandse Business Intelligence Community, 14-03-2012 [aangehaald op 14-03-2012]. Bereikbaar op <http://www.bi-kring.nl/bibliotheek/index.php>

Busch, M.C.M. en I. Bovendeur. 2008. *Wat is kwaliteit?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. Bereikbaar op <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/thema-s/kwaliteit-van-preventie/wat-is-kwaliteit/>

Cullen, C., H. Grünwald en J. Wortmann. 1992. *Computer, manager, organisatie. Deel I en II. (Report EUT/BDK;54)*. Eindhoven: Eindhoven University of Technology.

Currie, G. 1999. The Influence of Middle managers in the Business Planning Process: A Case Study in the UK NHS. *British Journal of Management*. 10:141-155.

Cuypers, T. 2005. *Business Intelligence voor KMO's. Van concept tot determinanten*. [Internet]. Ethesis.net. 2005. [aangehaald op 12-02-2012]. Bereikbaar op http://www.ethesis.net/business/BI_voor_KMOs.pdf

Dalen, A. Van. 2007. Bezield besturen. *ZM Magazine*. 12:6-9

Du Toit, A.S.A. 2006. Competitive intelligence in the knowledge economy: what is in it South African manufacturing enterprises?

Franco, M. en M. Bourne. 2003. Factors that Play a role in "managing through measures". *Management Decision*. 41(8):698-710.

Glaser, J. en J. Stone. 2008. Effective use of Business Intelligence. Leveraging your organisation's business data could improve financial and operational performance and quality of care. *Healthcare financial management*. 2:68-72.

Eerden, B.M.J. Van en J.H.A.M. Rodenberg. 2007. *Market Intelligence as a strategic capability for outperforming competition*. [Internet]. Oktober 2007. [aangehaald op 14-03-2012]. Bereikbaar op <http://www.rodenberg.nl/publications/publications/WhitepaperMarketIntelligence.V3.pdf>

Embertson, M.K. 2006. The Importance of Middle Managers in Healthcare Organizations. *Journal of Healthcare Management*. 54(4):223-232.

(Ensie). 1999. Bedrijfsvoering, betekenis/definitie [Internet]. Ensie [aangehaald op 29-03-2013]. Bereikbaar op <http://www.ensie.nl/definitie/Bedrijfsvoering>

Evans, A. en M. McKinley. 2010. Paradigm and Paradox: Knowledge Management and Business Ethics. *World academy of science, Engineering and Technology*. 66:1087-1093.

Hamers, Z.F.M. 1996. Besturen in theorie en organisatie. Concepten, praktijk en brongegevensproblematiek. *Informatie*. November:14-25

Hamers, Z.F.M. 2004. 'Toepassen van Business Intelligence.' [Internet]. HBOkennisbank. [aangehaald op 10-03-2012]. Bereikbaar op <http://hbo-kennisbank.uvt.nl/cgi/fontys/show.cgi?fid=235>

Harteloh, P.P.M. 2000. *De betekenis van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg. Van intuïtie naar rationele constructie*. Proefschrift. Ablasserdam: HAVEKA BV

Harteloh, P.P.M. 2003. 'The Meaning of Quality in Health Care: A Conceptual Analysis.' *Health Care Analysis*. 11(3): 259-267.

Herschel, R.T. en N.E. Jones. 2005. Knowledge management and Business Intelligence: the importance of integration. *Journal of Knowledge Management*. 9(4):45-55.

King, A.W., S.W. Fowler en C.P. Zeithaml. 2001. Managing organizational competencies for competitive advantage: The middle-management edge. *Academy of Management Executive*. 15(2):95-106.

Mortelmans, D. 2007. *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Culemborg: Centraal Boekhuis bv.

Mettler, T. en V. Vimarlund. 2009. Understanding Business Intelligence in the context of healthcare. *Health Informatics Journal*. 15(3): 254-264.

Negash, S. 2004. Business Intelligence. *Communications of the Association for Information Systems*. 13: 177-195.

Ouchi, W.G. 1979. A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms. *Management Science*. 25(9):833-848.

Olszak, C.M. en E. Ziemia. 2007. Approach to Building and Implementing Business Intelligence Systems. *Interdisciplinary Journal of Information, Knowledge, and Management*. 2:135-147.

Pirttimäki, V. en M. Hannula. 2003. Process models of Business Intelligence. *Frontiers of e-business research*. 250-260.

Rabelo, R.J. en A.A. Pereira-Klen. 2002. 'Business Intelligence support for supply chain management.' In V. Marik, L.M. Camarinha-Matos en H. Afsarmanesh (red.), *Knowledge and Technology in Production and Services. Balancing Knowledge en Technology in Product en Service Life Cycle*. 437-444. Massachusetts: Kluwer Academic Publishers.

Swanborn, P.G. 2010. *Basisboek sociaal onderzoek*. Vijfde druk. Den Haag: Boom Lemma. [1991]

Vercellis, C. 2009. Business Intelligence: *Data Mining and Optimization for Decision Making*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.

Vinkenburg, H.H.M. (2006). Kwaliteitskunde voor dienstverlening: paradigma's, deugden en dilemma's. In: *Kwaliteit en beleid*. Kluwer.

Waal, A. De. 2004. Stimulating performance-driven behavior to obtain better results. *International Journal of Productivity and Performance Management*. 53:301-316.

Wadsworth, T., B. Graves, S. Glass et al. 2009. Using Business Intelligence to improve performance. *Healthcare financial management*. 10:68-72.

Walburg J., H. Bevan, J. Wilderspin en K. Lemmens. 2006. *Performance management in health care*. Oxfordshire: Routledge.

Wu, L., G. Barash en C. Bartolini. 2007. A Service-oriented Architecture for Business Intelligence. *Service-Oriented Computing and Applications*. 279:285

(RIVM) 2009. Zorg voor hartfalen zonder falen. Indicatoren voor toezicht op de hartfalenketen [Internet]. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2009 [aangehaald op 14-12-11]. Bereikbaar op <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260141001.pdf>

Zwieten, M. Van en D. Willems. 2004. Waardering van kwalitatief onderzoek. *Huisarts en Wetenschap*. 47:38-43