

Vanuit complexiteit

cyclisch bijgestuurde Naar kwaliteit

*Een onderzoek naar de cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg in
Nederlandse ziekenhuizen*

ontwikkelingen
betrekking veranderen
werken cyclisch omdat
ziekenhuizen afdeling benchmarking
mensen meer invloed zich
mondiger onder iets ziekenhuis uit
zie kunt PDCA bezig dingen
nu nog veel zorg hier vaak
weet komt kan kwaliteit gaan
kan terug goed cyclische erg cyclus motiveren beleving
veiligheid andere worden gaat patiënt
leidinggevende maken bijsturing komen
belangrijk eigenlijk zelf bijsturen accreditatie
patiënten medewerkers
kwaliteitssysteem
managementvaardigheden

| | |
|-------------------------|----------------------------|
| Afstudeerthema | Interne kwaliteitssystemen |
| Begeleidster | Dr. A.M.V. Stoopendaal |
| 1 ^e Meelezer | Dr. T. Broer |
| 2 ^e Meelezer | Dr. H. van de Bovenkamp |

| | |
|---------------|----------------------------|
| Naam | Julia Stoopman-Schwing |
| Studentnummer | 358651 |
| Opleiding | Master Zorgmanagement iBMG |
| Jaar | 2012-2013 |

Voorwoord

De kwaliteit van zorg is in bepaalde opzichten te vergelijken met een relatie. Je moet er aan blijven werken, er dient een vertrouwensbasis te zijn, je moet met elkaar kunnen communiceren en er dient een gedeelde verantwoordelijkheid gevoeld te worden. Daarnaast zijn er meer personen bij betrokken dan in eerste instantie doet vermoeden en zijn ook omgevingsfactoren van invloed. Al met al is er sprake van een complexe samenloop van omstandigheden en inspanningen om te kunnen spreken van een goede relatie of kwaliteit van zorg.

Voor u ligt mijn scriptie welke ik heb geschreven ter afsluiting van de master Zorgmanagement aan de Erasmus universiteit te Rotterdam. Het onderzoek heeft veel inspanning gekost maar eerlijk gezegd heeft het mij nog veel meer energie opgeleverd. Vooral kwalitatief onderzoek inspireert mij doordat stilgestaan wordt bij meningen en opvattingen van mensen en niet bij de cijfers die we in veel gevallen lijken te zijn.

Ik wil hierbij graag van de mogelijkheid gebruik maken om een aantal mensen te bedanken. Allereerst natuurlijk mijn begeleidster Annemiek Stoopendaal, bedankt voor alle adviezen en leerzame begeleiding bij het schrijven van dit onderzoek. Daarnaast wil ik de twee meelezers Tineke Broer en Hester van de Bovenkamp bedanken voor hun belangstelling en goede feedback. Graag zou ik ook alle respondenten willen bedanken die het voor mij mogelijk hebben gemaakt om dit onderzoek te kunnen doen. Last but not least bedank ik hierbij mijn man, familie en vrienden die inmiddels toch wel erg veel van de kwaliteit van zorg in Nederlandse ziekenhuizen aan hebben moeten horen. Bedankt voor de interesse, steun en aanmoediging!

In nagedachtenis aan Prof. Dr. Kees van Wijk, een onbeschrijfelijke docent. Und in Erinnerung an Ursel Schwing, eine unvergessliche Frau und meine liebe Oma.

Juni 2013

Julia Stoopman - Schwing

Samenvatting

Door maatschappelijke veranderingen, zoals de mondiger wordende burger en de vraag naar meer transparantie van ziekenhuizen, krijgt de kwaliteit van zorg steeds meer aandacht. De stelselwijziging van 2006 en hiermee de invoering van meer marktwerking draagt er tevens aan bij dat de ziekenhuizen de mening en beleving van patiënten steeds belangrijker zijn gaan vinden. Deze combinatie van ontwikkelingen heeft er toe geleid dat kwaliteit van zorg hoog in het vaandel staat bij de Nederlandse ziekenhuizen. Uit de literatuur blijkt echter nog maar weinig onderzoek gedaan te zijn naar de mate waarin de kwaliteit van zorg cyclisch wordt bijgestuurd, hoewel dit onder meer een eis is voor verschillende certificeringen. De geringe stukken die hierover zijn geschreven leken er op te wijzen dat een groot aantal ziekenhuizen in Nederland de kwaliteit van zorg nog nauwelijks cyclisch bijstuurt.

Dit onderzoek is dan ook dieper ingegaan op dit vraagstuk, waarbij de vraag “Hoe wordt in Nederlandse ziekenhuizen de kwaliteit van zorg op cyclische wijze bijgestuurd?” centraal stond. Ter beantwoording van deze vraag zijn vier deelvragen opgesteld die betrekking hebben op de externe en interne factoren, de strategische keuzes van een ziekenhuis en de managementvaardigheden die van invloed kunnen zijn op de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg. Door middel van een semigestructureerde vragenlijst werden in totaal veertien interviews afgenomen in vier ziekenhuizen in de regio Rotterdam. Het gaat hierbij om het Erasmus MC, het Sint Franciscus Gasthuis, het Oogziekenhuis Rotterdam en het Havenziekenhuis. Een vijftiende interview was met een respondent welke meerdere jaren onderzoek heeft verricht naar kwaliteitssystemen in een ziekenhuis buiten de regio Rotterdam. Voor de verscheidenheid aan ziekenhuizen en de externe onderzoeker is gekozen ter verhoging van de externe validiteit. In dit onderzoek is er van uitgegaan dat de kwaliteit van zorg door de gehele organisatie sijpelt en is er voor gekozen om per ziekenhuis een stafmedewerker, een manager / leidinggevende en een professional te interviewen.

Uit dit onderzoek is gebleken dat het merendeel van de respondenten bekend was met de PDCA cyclus van Deming. Zij gaven echter aan dat er vooral sprake was van het plannen (P) en doen (D) maar nog veel te weinig van de controle / evaluatie (C) en het anticiperen hierop (A). De complexiteit van het ziekenhuiswezen is volgens dit onderzoek een belangrijke factor waar rekening mee dient te worden gehouden bij het cyclisch bijsturen van de kwaliteit van zorg. De complexiteit van een ziekenhuis brengt immers met zich mee dat er sprake is van een grote hoeveelheid stakeholders en een gelaagdheid binnen een ziekenhuis. Deze complexiteit is tevens terug te zien in de veranderende omgeving van de ziekenhuizen, waardoor het stellen van prioriteiten noodzakelijk wordt. Vanuit de complexiteitsbenadering kan worden geconstateerd dat te veel vernieuwingen de dagelijkse praktijk en dus de kwaliteit van zorg kunnen belemmeren. Praktische handvatten voor het stapsgewijs invoeren van de cyclische bijsturing van kwaliteit zijn het gebruik maken van de kennis die een ziekenhuis al in huis heeft, het gebruik van kort cyclische processen waardoor successen zichtbaar worden en kwartaalbijeenkomsten die de kwaliteit van zorg periodiek op de kaart zetten. Tot slot blijkt uit dit onderzoek dat er weinig eenduidigheid is over het gehanteerde kwaliteitssysteem in de ziekenhuizen. Dit lijkt juist een mogelijkheid om één lijn te trekken in de organisatie en de mogelijke verwarring onder de medewerkers te verminderen, waardoor juist ruimte ontstaat voor motivatie voor het cyclisch bijsturen van kwaliteit van zorg in Nederlandse ziekenhuizen.

Abstract

Social changes, such as citizens who are becoming more assertive and the demand for more transparency from hospitals, cause an increase of attention for the quality of care. The change in the Dutch care system in 2006 and because of it the introduction of more competition also contributes to the fact that hospitals find the opinions and experience of patients more and more important. This combination of developments has led to the following: Dutch hospitals feel very strongly about a high standard in care. But little research appears to have been done on the cyclic adjustment of the care quality, even though this is a requirement for various certifications. The small amount of papers that have been written on this subject seem to indicate that a large number of hospitals in the Netherlands hardly adjust the quality of care in a cyclical manner.

Therefore this research elaborates more deeply on this issue "How is the quality of care in Dutch hospitals adjusted in a cyclical way?" is the question that has been at the center. To answer this question, four sub-questions were formulated that relate to the external and internal factors, the strategic choices a hospital makes and the management skills that could affect the cyclical adjustment of the quality of care. Through a partially structured questionnaire, a total of fourteen interviews were conducted in four hospitals in the Rotterdam region. This includes the Erasmus MC, Sint Franciscus Gasthuis, the Oogziekenhuis Rotterdam and the Havenziekenhuis. A fifteenth interview was conducted with a respondent who has several years of experience researching the quality systems in a hospital outside the Rotterdam region. The variety of hospitals and the external researcher has been chosen in order to increase the external validity. In this study the assumption has been made that the quality of care percolates throughout the organization and therefore an executive, a manager / supervisor and a professional from each hospital were chosen for the research interviews.

This study showed that the majority of respondents were familiar with the Deming PDCA cycle. However, they indicated that there was mainly a question of planning (P) and doing (D) but much too little of checking/ evaluating (C) and acting on that (A). The complexity of hospitals, according to this study is an important factor which should be taken into account in the cyclical adjustment of the quality of care. The complexity of a hospital brings with it that there is a large amount of stakeholders and a stratification within a hospital. This complexity can also be found in the changing environment of hospitals, thus making it necessary to set priorities. From the complexity approach it can be found that too many innovations may hinder the daily practice and thus the quality of care. Practical tools for the stepwise introduction of the cyclical adjustment of quality are for instance the use of the knowledge that a hospital already has, the use of short-cycle processes by which successes are visible and the introduction of quarterly meetings that put the quality of care periodically on the agenda. Finally, this study shows that there is little clarity about the quality system in hospitals. This seems to be a way to draw a line in the organization and reduce possible confusions among employees. And therefore it should make room for motivation for cyclical adjustment of care quality among the employees in Dutch hospitals.

Inhoudsopgave

| | |
|--|-----------|
| Hoofdstuk 1: Inleiding | 1 |
| 1.1. Wetenschappelijke en maatschappelijke verantwoording | 3 |
| 1.2. Onderzoekssetting | 4 |
| 1.2.1. <i>Ontwikkeling van het kwaliteitsbelang in de ziekenhuissector</i> | 5 |
| 1.2.2. <i>Het Erasmus Medisch Centrum</i> | 6 |
| 1.2.3. <i>Het Sint Franciscus Gasthuis</i> | 6 |
| 1.2.4. <i>Het Havenziekenhuis</i> | 6 |
| 1.2.5. <i>Het Oogziekenhuis Rotterdam</i> | 6 |
| 1.3. Probleemstelling..... | 7 |
| 1.3.1. <i>Hoofd- en deelvragen</i> | 7 |
| 1.3.2. <i>Problematiek en doelstelling</i> | 8 |
| 1.4. Leeswijzer | 9 |
| Hoofdstuk 2: Theoretisch kader | 10 |
| 2.1. Exploring Strategy Model van Johnson et al..... | 10 |
| 2.1.1. <i>Strategische positie</i> | 12 |
| 2.1.2. <i>Strategische keuzes</i> | 12 |
| 2.1.3. <i>Strategie in actie</i> | 13 |
| 2.2. Kwaliteit..... | 13 |
| 2.2.1. <i>De ontwikkeling van kwaliteit in de gezondheidszorg</i> | 13 |
| 2.2.2. <i>Definitie van het begrip 'kwaliteit' in de zorg</i> | 18 |
| 2.2.3. <i>Kwaliteitsmodellen en -systemen</i> | 20 |
| 2.3. Externe factoren..... | 21 |
| 2.3.1. <i>PESTEL raamwerk</i> | 22 |
| 2.3.2. <i>Concurrentie</i> | 25 |
| 2.4. Interne factoren | 26 |
| 2.4.1. <i>Mogelijkheden van een organisatie</i> | 26 |
| 2.4.2. <i>Cultuur</i> | 26 |
| 2.4.3. <i>Doelen</i> | 26 |
| 2.5. Strategische keuzes | 27 |
| 2.6. Managementvaardigheden..... | 28 |
| Hoofdstuk 3: Methoden | 29 |
| 3.1. Het onderzoeksdesign..... | 30 |

| | | |
|--------------------------------------|--|--|
| 3.2. | Data-analyse | 30 |
| 3.3. | De benaderde instelling en respondenten | 31 |
| 3.4. | Wijze van dataverzameling..... | 33 |
| 3.5. | Validiteit en betrouwbaarheid | 34 |
| 3.5.1. | <i>Validiteit</i> | 34 |
| 3.5.2. | <i>Betrouwbaarheid</i> | 35 |
| Hoofdstuk 4: Resultaten | | 36 |
| 4.1. | Deelvraag 1..... | 36 |
| 4.1.1. | <i>Omgevingsfactoren</i> | 36 |
| 4.1.2. | PESTEL | 39 |
| 4.1.3. | PESTEL | 40 |
| 4.1.4. | PESTEL | 42 |
| 4.1.5. | PESTEL | 44 |
| 4.1.6. | PESTEL | 45 |
| 4.1.7. | PESTEL | 46 |
| 4.1.8. | <i>Antwoord op deelvraag 1</i> | 46 |
| 4.2. | Deelvraag 2..... | 47 |
| 4.2.1. | <i>Mogelijkheden van de ziekenhuizen</i> | 47 |
| 4.2.2. | <i>Cultuur</i> | 48 |
| 4.2.3. | <i>Doelen</i> | 50 |
| 4.2.4. | <i>Antwoord op deelvraag 2</i> | 50 |
| 4.3. | Deelvraag 3..... | 51 |
| 4.3.1. | <i>Samenwerking</i> | 51 |
| 4.3.2. | <i>Toekomstscenario's</i> | 52 |
| 4.3.3. | <i>Antwoord op deelvraag 3</i> | 53 |
| 4.4. | Deelvraag 4..... | 53 |
| 4.4.1. | <i>Invloed en taken management</i> | 53 |
| 4.4.2. | <i>Managementvaardigheden</i> | 54 |
| 4.4.3. | <i>Antwoord op deelvraag 4</i> | 56 |
| 4.5. | Hoofdvraag | 57 |
| Hoofdstuk 5: Conclusie | | 61 |
| 5.1. | Kwaliteitsmodellen..... | Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd. |
| 5.2. | Organisatiecultuur | Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd. |
| 5.3. | Prioriteiten stellen..... | Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd. |

| | |
|---|--|
| 5.4. Financiële situatie | Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd. |
| 5.5. Managementvaardigheden..... | Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd. |
| 5.6. Algemene conclusie | 63 |
| Hoofdstuk 6: Discussie..... | 65 |
| 6.1. Reflectie op het onderzoek..... | 67 |
| 6.2. Beperkingen van het onderzoek..... | 67 |
| 6.3. Aanvullend onderzoek..... | 67 |
| Literatuurlijst | 68 |
| Bijlage 1: Definities van kwaliteit | 73 |
| Bijlage 2: Managementrollenmodel geschikt voor de gezondheidszorg..... | 74 |
| Bijlage 3: Overzicht kwaliteitsmodellen..... | 75 |
| Bijlage 4: 8 stappen van verandering van Kotter | 76 |
| Bijlage 5: Respondenten..... | 77 |
| Bijlage 6: Vragenprotocollen | 78 |

Hoofdstuk 1: Inleiding

“Schippers wil fors meer inspecties door de IGZ” (Nu.nl 2013). “Patiënt informeert meer naar kwaliteit ziekenhuis” (ibid.). “Precieze sterftcijfers per ziekenhuis bekend gemaakt” (RTL Nieuws 2013). “Wat te doen na een medische misser?” (ibid.). “Patiënten Ruwaard zijn bang en overstuur” (ibid.) “VUmc brengt patiënten in gevaar” (ibid.). “Veel patiënten in het verkeerde bed” (ibid.).

Dit is een kleine selectie uit de headlines die te vinden zijn in de kranten en mediaberichten over de kwaliteit van zorg in Nederlandse ziekenhuizen. De geneeskunde heeft enorme stappen voorwaarts gemaakt maar toch blijft het verbeteren van kwaliteit en veiligheid van zorg een urgente noodzaak. Nog steeds wordt vaker dan gewenst geen optimale patiëntenzorg geleverd. Uit onderzoek blijkt dat ongeveer 40% van de patiënten te veel, te weinig of de verkeerde zorg ontvangen. Daarnaast loopt 10% van de patiënten die in het ziekenhuis worden opgenomen schade op, waarvan de helft te voorkomen is. Bij de verbetering van de zorg op de terreinen van effectiviteit, doelmatigheid, patiëntgerichtheid, veiligheid en morele verantwoordelijkheid staat de cyclische bijsturing van kwaliteit centraal (Wollersheim et al. 2011:13).

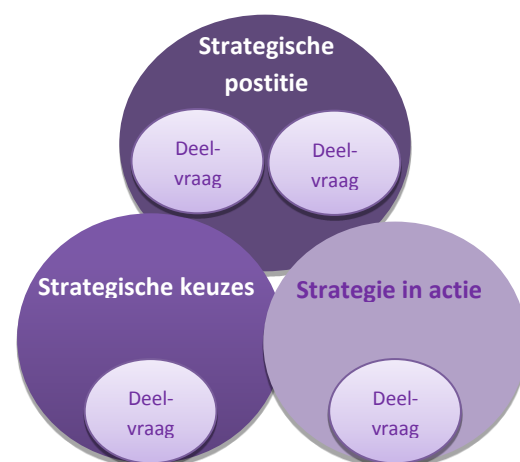
De cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg dient onder meer een onderdeel van een kwaliteitssysteem te zijn (Sluijs et al. 2006). Cyclische bijsturing is het proces waarbij er voortdurend gezocht wordt naar punten in de organisatie die verbeterd (bijgestuurd) kunnen worden. Het cyclische karakter van de bijsturing heeft tevens betrekking op de continue evaluatie van de kwaliteit, waardoor het voor een organisatie mogelijk wordt om te blijven leren. Een opwindauto valt bijvoorbeeld na het loslaten aan het einde van de tafel naar beneden omdat het geen terugkoppeling krijgt waar te stoppen of te draaien. Zonder bijsturing is er dan ook geen afwijking van het pad mogelijk en kan het pad uiteindelijk zelfs leiden tot een afgrond. Dit voorbeeld is uiteraard een simplificatie van de werkelijkheid. Bij ziekenhuizen is er immers sprake van een grote hoeveelheid actoren die met elkaar in interactie zijn. Ziekenhuiszorg wordt tenslotte geleverd door diverse teams, groepen en faciliteiten in een continu veranderende omgeving wat samen een complex systeem vormt (HSSA 2013). Deze complexiteit is kenmerkend voor de ziekenhuissector en bepalend voor de cyclische bijsturing van kwaliteit. Dit betekent immers dat er sprake is van interdependentie – onderlinge afhankelijkheid – tussen onder meer het bestuur, management en de medewerkers van de werkvloer om tot een evaluatie en verbetering van de kwaliteit van zorg te komen. In grote lijnen gaat het om het bijsturen van de kwaliteit op basis van de tevredenheid van verschillende stakeholders zoals patiënten, medewerkers en het ziekenhuisbestuur. Daarnaast zijn kwaliteitsrisico's en het opsporen van verbetermogelijkheden door bijvoorbeeld benchmarking en interne audits van groot belang voor het behalen van deze tevredenheid (Sluijs et al. 2006:31).

Voor het periodiek beoordelen van de kwaliteit van zorg zijn interne audits kenmerkend voor een kwaliteitssysteem. Interne audits worden uitgevoerd door daarvoor opgeleide medewerkers van het ziekenhuis. Zij beoordelen of alle onderdelen van het kwaliteitssysteem functioneren zoals ze zijn bedoeld en tot de gewenste resultaten leiden. Deze audits werden volgens onderzoek in 2006 door een kwart van de instellingen naar eigen zeggen uitgevoerd en in 2008 bleek dat minder dan een vijfde van de Nederlandse ziekenhuizen periodiek interne audits uitvoerde (Sluijs et al. 2006:20, De Bruijn & Van Dongelen 2008:8). De beweegredenen tot bijsturing en verbetering van interne kwaliteitssystemen – de cyclische kwaliteitsbewaking – lijkt dus bij een groot deel van de

zorginstellingen niet afkomstig te zijn van interne audits, aangezien deze hier niet uitgevoerd worden. Opgemerkt dient hierbij te worden dat in de laatste vijf jaar waarschijnlijk een ontwikkeling in de interne audits plaats heeft gevonden, wegens het niet kunnen vinden van een dergelijk onderzoek blijft dit echter slechts een aanname. Daarnaast is niet bekend in hoeverre een zorginstelling, die interne audits verzamelt, gebruik maakt van deze gegevens als beweegreden tot de bijsturing van de kwaliteit van zorg.

De problematiek die in dit onderzoek centraal staat is dat, uit de hiervoor genoemde onderzoeken, is gebleken dat nog niet alle Nederlandse ziekenhuizen hun interne kwaliteitssystemen cyclisch bewaken en bijsturen. Het belang van dit cyclische aspect is echter groot doordat het de kwaliteit van zorg waarborgt, verbeterd en een voorwaarde is voor de certificering van een ziekenhuis. In deze scriptie wordt, aan de hand van een kwalitatief onderzoek, antwoord gegeven op de vraag hoe Nederlandse ziekenhuizen de kwaliteit van zorg cyclisch bijsturen.

Om tot een antwoord op deze vraag te komen is een viertal deelvragen geformuleerd. De keuze voor deze deelvragen is gebaseerd op het Exploring Strategy Model van Johnson et al. (2011:15), die het mogelijk maakt om een complexe organisatie – zoals een ziekenhuis – te analyseren. De strategie van een organisatie staat in dit model centraal. Maar hoe staat een strategie in relatie tot de cyclische bijsturing van kwaliteit? Allereerst is de essentie van een strategie, net als bij de cyclische bijsturing van kwaliteit, ‘verbetering’ van de organisatie dan wel van de kwaliteit. Daarnaast kan de cyclische bijsturing terug worden gezien in een strategie. Een strategie wordt immers periodiek aangepast naar aanleiding van beïnvloedende factoren zoals de omgeving of de cultuur binnen de organisatie. De manier waarop de deelvragen in verhouding staan tot het model is in figuur 1 weergegeven.



Figuur 1: Deelvragen, gebaseerd op het Exploring Strategy Model (Johnson et al. 2011)

De eerste deelvraag van dit onderzoek heeft aandacht voor de strategische positie van het ziekenhuis door stil te staan bij omgevingsfactoren die van invloed kunnen zijn op het succes of het falen van de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg. De tweede deelvraag richt zich eveneens op de strategische positie van het ziekenhuis maar focust zich op de interne factoren, zoals de cultuur binnen het ziekenhuis, en in hoeverre deze van invloed zijn op de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg. Het analyseren van de strategische positie van een ziekenhuis is van belang aangezien dit inzicht verschaft in de manier waarop gekomen kan worden tot een cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg. De eerder genoemde interdependentie brengt immers met zich mee dat alle aspecten, dus ook de omgevingsfactoren en cultuur, van elkaar afhankelijk zijn om tot een cyclische bijsturing te kunnen komen. Bij de strategische keuzes van Nederlandse ziekenhuizen wordt in de derde deelvraag stilgestaan, waarbij aandacht is voor de vraag welke keuzes invloed hebben op de cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg. Tot slot komt in de vierde deelvraag ‘strategie in actie’ aan bod door aandacht te schenken aan de invloed van managementvaardigheden. Door middel van de beantwoording van deze hoofd- en deelvragen wordt beoogd inzicht te verschaffen in de manier waarop kwaliteit van zorg cyclisch bijgestuurd wordt en kan blijven worden, waarbij aandacht is voor zowel de interne als externe factoren, de strategische keuzes en de managementvaardigheden die hiervoor benodigd zijn.

In dit hoofdstuk is allereerst een inleiding gegeven tot het onderzoek waarbij de wetenschappelijke en maatschappelijke verantwoording, de onderzoekssetting, de aanleiding, de doelstelling en de probleemstelling van het onderzoek aan bod kwamen. In de hierop volgende paragrafen wordt hier nader op in gegaan. De eerste paragraaf richt zich op de wetenschappelijke en maatschappelijk verantwoording, waarna de derde paragraaf inzicht verschaft in de onderzoekssetting. De probleemstelling wordt tot slot in paragraaf vier uitgekristalliseerd.

1.1. Wetenschappelijke en maatschappelijke verantwoording

Een veel besproken thema, zowel in de politiek als de media, is de kwaliteit en veiligheid van zorg die gewaarborgd dient te worden door zorginstellingen. Al in 1996 werd de Kwaliteitswet Zorginstelling (KWZ) als Nederlandse wet, als onderdeel van het gezondheidsrecht, ingevoerd waar zorginstellingen aan moeten voldoen. Deze eisen zijn onder meer dat zorginstellingen dienen te zorgen voor de benodigde materialen, bekwaam personeel en heldere verantwoordelijkheidstoedeling. Een citaat uit de Wet (artikel 4, lid 2, letter a) geeft daarnaast het belang van cyclische bijsturing van een kwaliteitssysteem weer:

“Het uitvoeren van artikel 3 (i.e. de zorgverlening) omvat mede de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg” (Kwaliteitswet Zorginstellingen 1996).

Samengevat betekent dit dat zorginstellingen door de Kwaliteitswet verplicht worden verantwoorde zorg te bieden en de kwaliteit van de zorg systematisch te bewaken te verbeteren en te beheersen, ofwel cyclisch bij te sturen (IGZ 2010). Naast de druk vanuit de overheid, door middel van het verplichten van systemen en het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), is er eveneens druk vanuit de samenleving. Redenen voor deze toenemende druk zijn onder meer de groeiende groep van patiënten welke mondig en kritisch zijn ten opzichte van de zorg. Een van de redenen die wordt genoemd voor de veranderende rol van de patiënt en de steeds grotere vraag naar transparantie van een zorginstelling is de stelselherziening. Hiermee ging een schaalvergroting gepaard aangezien zorgorganisatie hierdoor concurrentievoordeel wilden behalen. Deze schaalvergroting heeft voor een toenemende complexiteit gezorgd waardoor de zorgconsument meer behoefte kreeg aan transparantie om onzekerheden te verminderen (Groenewegen et al. 2007, Johnson et al. 2011). Uit onderzoek is echter gebleken dat ondanks de grotere beschikbaarheid van informatie over de kwaliteit van zorg, patiënten deze informatiebronnen nog nauwelijks gebruiken (Van der Geest & Varkevisser 2012). Desondanks blijven zorginstellingen ook zelf streven naar transparantie, onder meer doordat ernstige fouten kunnen leiden tot grote gevolgen voor de reputatie en financiële positie van een zorginstelling. Er is doorgaans ook een intrinsieke motivatie binnen ziekenhuizen aanwezig om de kwaliteit te verbeteren, de redenen hiervoor kunnen uiteenlopend zijn maar hebben vaak te maken met de verbetering van efficiëntie, medewerkerstevredenheid en/of de prestatie-indicatoren en het leveren van de best mogelijke zorg voor patiënten. Belangrijke partijen die kwaliteit van zorg afdwingen zijn de zorgconsument, de professionals, de overheid en de verzekeraars (Idenburg & Van Schaik 2012:46-47). Kwaliteit is inmiddels een veelomvattend begrip geworden en er wordt door de consument steeds meer zelf aangegeven hoe kwaliteit wordt ervaren (ibid.). De auteurs van het boek ‘Diagnose 2025, over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg’, definiëren kwaliteit als volgt:

“Kwaliteit is meer dan het geslaagde resultaat van de behandeling: het omvat de gehele beleving van het zorgproces – van eerste consult tot nazorg – inclusief de kwaliteit die bezoekers ervaren.”
(Idenburg & Van Schaik 2012:47)

Er zijn verschillende definities van kwaliteit in omloop, waar in hoofdstuk twee nader bij stil wordt gestaan. Bovenstaande definitie benadrukt de belevingswereld van de patiënt die van groot belang is voor het onderzoeken en bijsturen van de kwaliteit van zorg binnen een zorginstelling, door bijvoorbeeld gebruik te maken van de CQ-index waarbij de ervaren kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de klant wordt onderzocht (Claessen et al. 2009:17). De patiënttevredenheid - en hiermee de kwaliteit - kan immers alleen gewaarborgd worden als de kwaliteitssystemen aan blijven sluiten bij de veranderende omgeving waarin de patiënt zich bevindt.

Het voorgaande samengevat, is de maatschappelijke verantwoording van dit onderzoek dat de verschillende stakeholders (zorgconsumenten, zorginstellingen, verzekeraars, overheid en professionals) uiteenlopende beweegredenen hebben om naar kwaliteitsverbetering te streven. De interdependentie speelt hierbij een grote rol aangezien de verschillende partijen van elkaar afhankelijk zijn om tot kwaliteit van zorg te komen en deze te blijven waarborgen. Door de veranderende omgeving van het ziekenhuis is het van belang dat de zorg aan blijft sluiten bij de wensen en behoeftes van de verschillende stakeholders. Om dit te kunnen realiseren staat de cyclische kwaliteitsverbetering centraal, waarbij er continu sprake is van evaluatie en bijsturing van de kwaliteit van zorg. De vraag blijft tot noch toe echter onbeantwoord hoe een Nederlands ziekenhuis tot een cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg komt. Dit onderzoek kan voor de maatschappij van belang zijn aangezien het voor ziekenhuizen informatie verschaft over de externe en interne factoren die van invloed zijn op de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg. Daarnaast verschaft het inzicht in de positionering van een Nederlands ziekenhuis en de managementvaardigheden die nodig zijn om tot een cyclische bijsturing te komen. Tot slot worden aanbevelingen aan de ziekenhuizen gegeven ter verbetering van de cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg.

De relevantie van dit onderzoek voor de wetenschap is dat mogelijk een theoretische generalisatie plaats kan vinden van de uiteindelijke conclusies van dit onderzoek. Daarnaast zouden de resultaten van dit onderzoek een bijdrage kunnen leveren aan het vergroten van kennis met betrekking tot de cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg in Nederlandse ziekenhuizen. Er is immers tot noch toe nog maar weinig onderzoek verricht naar de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg maar vooral naar de implementatie van nieuwe systemen en methoden en hoe deze de kwaliteit van zorg kunnen verbeteren. Het onderzoek wat tot noch toe is uitgevoerd richt zich met name op de implementatie van nieuwe kwaliteitssystemen en in mindere mate op de factoren die van invloed zijn op de cyclische bijsturing van kwaliteit in Nederlandse ziekenhuizen (o.a. onderzoeken van Wagner 1999, Bennema-Broos et al. 2000, Sluijs et al. 2005, Lemmens et al. 2003).

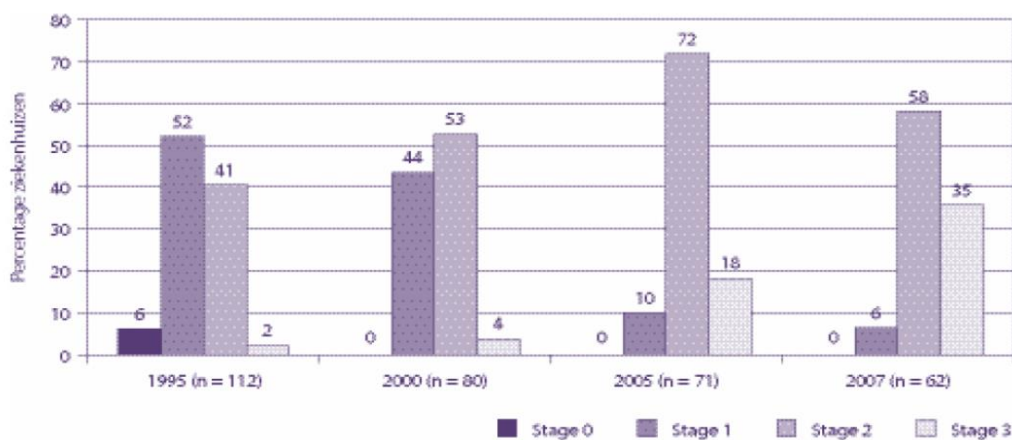
1.2. Onderzoekssetting

Ter illustratie van de maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek werd in de voorgaande paragraaf al gedeeltelijk informatie gegeven over de onderzoekssetting. Deze paragraaf gaat hier specifiek op in en richt zich allereerst op de ontwikkeling van het kwaliteitsbelang in de ziekenhuissector. Het onderzoek heeft

plaatsgevonden in vier Nederlandse ziekenhuizen, waarbij interviews gehouden zijn met professionals, leidinggevendenden/managers en kwaliteitsfunctionarissen. Vervolgens zal kort bij de vier verschillende ziekenhuizen, die mee hebben gewerkt aan het onderzoek, worden stilgestaan.

1.2.1. Ontwikkeling van het kwaliteitsbelang in de ziekenhuissector

De ziekenhuissector in Nederland heeft sinds de eeuwwisseling vergaande veranderingen doorgevoerd om hiermee de kwaliteit van zorg te verbeteren. Aspecten die hierbij een rol speelden waren het efficiënter, transparanter en meer patiëntgeoriënteerd - en hiermee vraaggestuurd - maken van de zorg. Sinds de invoering van de Kwaliteitswet in 1996 dienen onder meer ziekenhuizen zich te houden aan deze wet, welke mede was gericht op systematische kwaliteitszorg. De gevolgen voor de kwaliteit van de geleverde zorg zijn dan wel onbekend, sinds 1995 blijken de kwaliteitsmanagementsystemen echter sterk te zijn ontwikkeld. Het NIVEL heeft naar de ontwikkelfase van kwaliteitsmanagementsystemen van zorginstellingen metingen verricht met een gevalideerd meetinstrument. Ze onderscheiden een systeem met vier ontwikkelfases, waarbij in iedere oplopende fase de ontwikkeling van het kwaliteitsmanagementsysteem toeneemt. Fase 0 is de laagste fase, waarbij er sprake is van oriëntatie en bewustwording. De voorbereidende fase is fase 1. In fase 2 is sprake van experimenten en implementatietrajecten. De laatste fase, fase 3, houdt in dat de kwaliteitsmaatregelen geïntegreerd zijn in de alledaagse organisatorische processen. In figuur 1 worden de verworven gegevens van het onderzoek van 1995, 2000, 2005 en 2007 weergegeven. Hieruit blijkt dat er sprake is van een significante toename van zowel de ontwikkelfase van het kwaliteitsmanagementsysteem als van de schaalgrootte van Nederlandse ziekenhuizen. In de onderstaande staafdiagrammen is te zien dat de fasen 0 en 1 inmiddels zo goed als verdwenen zijn en fase 2 in 2005 een hoogtepunt heeft bereikt. Geconcludeerd kan worden dat het kwaliteitsmanagement systematischer wordt (Dückers et al. 2010). Het NIVEL onderzoek richt zich hierbij met name op het kwantitatieve deel van de kwaliteitsverbetering: Hoe veel Nederlandse ziekenhuizen sturen de kwaliteit van zorg cyclisch bij? Dit onderzoek gaat daarentegen in op het kwalitatieve aspect waarbij stil wordt gestaan bij de vraag *hoe* ziekenhuizen het cyclisch bijsturen van de kwaliteit van zorg vormgeven. Hier wordt in de volgende hoofdstukken nader op ingegaan.



Figuur 2: Kwaliteitsmanagementsystemen Nederlandse ziekenhuizen 1995-2007 (Dückers et al. 2010:21)

1.2.2. Het Erasmus Medisch Centrum

Het Erasmus MC te Rotterdam is het grootste universitair medisch centrum van Nederland en in 2011 telde het 11.824 medewerkers. De organisatie bestaat uit ruim vijftig afdelingen en elke afdeling levert een bijdrage aan de kerntaken van het Erasmus MC (Erasmus MC 2013). De kerntaken zijn patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs. De missie van het Erasmus MC luidt:

“Het Erasmus MC is op het gebied van ziekte en gezondheid een internationaal erkend centrum voor excellente, met toewijding gegeven patiëntenzorg, gewaardeerde kennisoverdracht en hoogwaardige kennisontwikkeling.” (Erasmus MC 2013)

1.2.3. Het Sint Franciscus Gasthuis

Het Sint Franciscus Gasthuis (SFG) te Rotterdam is sinds 2008 een topklinisch ziekenhuis. Het biedt zorg verdeeld over verschillende specialismen, waarbij de zorg en ondersteuning geboden wordt door ruim 150 specialismen en 2.300 medewerkers (SFG 2013). De missie van het SFG luidt:

“Het Sint Franciscus Gasthuis beschouwt het als zijn missie om, in de geest van zijn naamgever en vanuit zijn hart, te zorgen voor de zorgen van zijn patiënten. Niets geeft een mens immers meer onzekerheid en zorgen dan gezondheidsproblemen. Zijn medisch specialisten en medewerkers streven er gezamenlijk naar om, met hoogwaardig kwalitatieve zorg en een servicegerichte houding, in te spelen op de behoefte van de patiënt.” (SFG 2013)

1.2.4. Het Havenziekenhuis

Het Havenziekenhuis te Rotterdam is een klein algemeen ziekenhuis en onderscheidt zich door sinds 1927 marktleider te zijn op het gebied van Tropengeneeskunde en Reizigersziekten. Het Havenziekenhuis is een zelfstandige dochter van het Erasmus MC (Havenziekenhuis 2013). De organisatie heeft de missie in zeven ‘havenmanieren’ verwoord, hierbij gaat het om:

“Wij (1) benaderen u zoals wij zelf benaderd willen worden, vriendelijk en respectvol, (2) nemen verantwoordelijkheid voor ons werk en zijn oplossingsgericht, (3) doen wat we zeggen en zeggen wat we (gaan) doen, (4) zorgen voor een veilige omgeving, (5) maken tijd voor aandacht en zijn gastvrij, (6) staan open voor (de mening en wensen van) anderen en zijn bereid te leren en (7) delen kennis en ervaring zodat het gezamenlijke resultaat beter is.” (Havenziekenhuis 2013)

1.2.5. Het Oogziekenhuis Rotterdam

Het Oogziekenhuis Rotterdam is gespecialiseerd op het gebied van oogheelkunde en telt hierin 15 specialismen. Daarnaast is het ziekenhuis een ‘Center of Excellence’ wat betekent dat de geleverde zorg op medisch, paramedisch en verpleegkundig gebied optimaal moet zijn (Het Oogziekenhuis Rotterdam 2013). De missie van Het Oogziekenhuis Rotterdam luidt:

“Het Oogziekenhuis Rotterdam is in Nederland dé superspecialist specifiek voor uw ogen, zonder daarbij uw menselijke gevoelens te veronachtzamen. Kortom “zorg voor het oog, oog voor de zorg”. Wij zijn daartoe toonaangevend, innovatief, kennis gedreven en betrokken. Angstreductie bij patiënten is het leidend principe voor ons handelen.” (Het Oogziekenhuis Rotterdam 2013)

1.3. Probleemstelling

Aan het begin van dit hoofdstuk werden de hoofdvraag, deelvragen en doelstelling al kort geïntroduceerd. Deze paragraaf zal hier dieper op ingaan waarbij per deelvraag wordt stilgestaan bij de plek die deze inneemt binnen dit onderzoek.

1.3.1. Hoofd- en deelvragen

In deze subparagraaf komt de formulering van de hoofdvraag en deelvragen aan de orde. In de volgende hoofdstukken komt aan bod waar de deelvragen en hoofdvraag precies uit zijn opgebouwd, de methoden die gebruikt zijn bij het onderzoek en welk antwoord naar aanleiding van dit onderzoek hierop gegeven kan worden.

De hoofdvraag die in dit onderzoek centraal staat luidt:

“Hoe wordt in Nederlandse ziekenhuizen de kwaliteit van zorg op cyclische wijze bijgestuurd?”

Door middel van een viertal deelvragen zal antwoord gegeven worden op de bovenstaande hoofdvraag. De deelvragen zijn gebaseerd op het Exploring Strategy Model van Johnson et al. (2011:15) die kort is genoemd in paragraaf 1.1. en verder toegelicht wordt in het tweede hoofdstuk, het theoretisch kader. De keuze voor de deelvragen wordt in het tweede hoofdstuk eveneens nader toegelicht aangezien het hiervoor van belang is enige voorkennis van het model te hebben. De deelvragen luiden:



Hoe spelen externe factoren van een Nederlands ziekenhuis bij de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg een rol?

Door middel van deze eerste deelvraag wordt inzicht verschaft in de omgevingsfactoren van een Nederlands ziekenhuis die een rol spelen bij de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg. Aan de hand van literatuuronderzoek is informatie verworven over bestaande onderzoeken naar externe factoren die van invloed zijn op de besluitvorming, zoals op het gebied van kwaliteit, van Nederlandse ziekenhuizen. De interviews sluiten hierop aan doordat stil wordt gestaan bij de verschillende omgevingsfactoren die worden genoemd door de respondenten.



Hoe hebben interne factoren van een Nederlands ziekenhuis invloed op de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg?

Deze tweede deelvraag sluit aan bij de eerste daar zij beiden ingaan op de factoren die invloed hebben op de strategische positie van de organisatie. De eerste deelvraag richt zich echter op de externe factoren die hierop van invloed zijn, terwijl deze tweede deelvraag aandacht heeft voor de interne factoren die betrekking hebben op de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg. Aan de hand van literatuuronderzoek is informatie verworven over bestaande onderzoeken naar interne factoren die van invloed zijn op de besluitvorming van Nederlandse ziekenhuizen. Zoals in hoofdstuk twee nader toe wordt gelicht gaat het hierbij om de cultuur en de doelen van een organisatie. Deze onderwerpen zijn dan ook opgenomen in de interviews.



Hoe hebben strategische keuzes van Nederlandse ziekenhuizen invloed op hun cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg?

Uit het oriënterende literatuuronderzoek is gebleken dat de strategische keuzes van een organisatie, zie voor verdere toelichting hoofdstuk twee, van belang zijn bij de besluitvorming. Een belangrijk besluitvormingsproces is hoe ziekenhuizen hun interne kwaliteitssystemen invulling geven en hiermee kiezen voor een cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg. Door middel van diepergaand literatuuronderzoek en de interviews is onderzocht welke strategische keuzes van een Nederlands ziekenhuis als belangrijk worden ervaren bij de cyclische bijsturing van het interne kwaliteitssysteem.



Welke rol spelen managementvaardigheden van leidinggevenden in de cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg in Nederlandse ziekenhuizen?

Deze vierde deelvraag richt zich op de bekwaamheid die nodig is voor de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg aan de hand van het interne kwaliteitssysteem. Ook deze deelvraag is afkomstig uit het oriënterende literatuuronderzoek waarbij naar voren kwam dat managementvaardigheden van groot belang zijn bij de cyclische bijsturing. Net als de eerste drie deelvragen zal ook deze deelvraag beantwoord worden door middel van de verworven informatie uit de interviews en het literatuuronderzoek.

1.3.2. Problematiek en doelstelling

De problematiek die in dit onderzoek centraal staat houdt in dat gebleken is dat de kwaliteit van zorg nog niet in alle Nederlandse ziekenhuizen cyclisch wordt bijgestuurd (Sluijs et al. 2006:20). Het belang van deze cyclische bijsturing is in de voorgaande paragrafen aan bod gekomen en het gaat hierbij onder andere om de systematische bewaking van de kwaliteit die een voorwaarde vormt voor de wettelijke certificering van een ziekenhuis.

Uit het oriënterende literatuuronderzoek is gebleken dat er nog maar weinig onderzoek is verricht naar de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg maar vooral naar de implementatie van nieuwe systemen en methoden ter verbetering van de kwaliteit van zorg (o.a. onderzoeken van Wagner 1999, Bennema-Broos et al. 2000, Sluijs et al. 2005, Lemmens et al. 2003).

De hiervoor gedefinieerde probleemstelling is afgeleid van de constatering dat niet alle Nederlandse ziekenhuizen hun interne kwaliteitssystemen cyclisch bijsturen en uit het geringe aantal onderzoeken die hiernaar verricht is.

De doelstelling van deze scriptie is om door middel van de deelvragen inzicht te verschaffen in de manier waarop kwaliteit cyclisch bijgestuurd kan blijven worden waarbij aandacht is voor zowel de interne als externe factoren, de strategische keuzes en de vaardigheden van managers binnen een Nederlands ziekenhuis die hiervoor benodigd zijn.

1.4. Leeswijzer

Dit eerste hoofdstuk heeft het onderzoek ingeleid waarbij de relevantie van het onderzoek aan bod is gekomen en stil is gestaan bij de onderzoekssetting en probleemstelling. Deze scriptie omvat in totaal zes hoofdstukken. Het theoretisch kader wordt in hoofdstuk twee nader uitgewerkt, waarna de gebruikte methode in hoofdstuk drie aan bod komt. Het vierde hoofdstuk gaat vervolgens in op de resultaten waarbij een beschrijving wordt gegeven van hoe het onderzoek uiteindelijk verlopen is en de data is verzameld. In het vijfde hoofdstuk vindt de interpretatie van de resultaten plaats door ze te koppelen aan de probleemstelling, de literatuur en het theoretisch kader. Naar aanleiding hiervan is de conclusie geformuleerd. Tot slot worden eventuele tekortkomingen van het onderzoek in het zesde hoofdstuk – de discussie – besproken. Na de zes hoofdstukken zijn de literatuurlijst en de bijlagen te vinden.

Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

De theoretische concepten, die nodig waren om de probleemstelling van deze scriptie te kunnen onderzoeken, komen in dit hoofdstuk aan de orde. In het conceptueel model, zie figuur 3, zijn deze weergegeven. De concepten komen overeen met de essentie van de vier deelvragen, welke aan het einde van het vorige hoofdstuk zijn besproken. Dit conceptueel model heeft het uitgangspunt van dit onderzoek gevormd en is als leidraad gebruikt voor de opbouw van dit hoofdstuk.

Zoals in het voorgaande hoofdstuk al werd aangehaald heeft het Exploring Strategy Model van Johnson et al. (2011) de fundering gevormd van de deelvragen. Aan dit model wordt dan ook in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk verder aandacht besteed. In de tweede paragraaf wordt vervolgens uitgebreid stilgestaan bij het begrip kwaliteit. De paragrafen drie tot en met zes gaan vervolgens verder in op de essentiële begrippen van de deelvragen, die in het conceptueel model zijn weergegeven. Tot slot zal in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk een korte terugkoppeling worden gegeven naar het conceptueel model.

Om tot relevante literatuur te komen is er zowel gebruikgemaakt van online bronnen als van bronnen afkomstig uit de universiteitsbibliotheek en uit de eigen collectie. Bij het zoeken naar documenten via internet is met name gebruikgemaakt van de volgende zoekmachines: Google, Google Scholar en PubMed. De meest gebruikte zoektermen, die zowel in het Nederlands, Duits als Engels gehanteerd zijn, luiden: 'kwaliteit', 'kwaliteitssystemen', 'cyclische bijsturing', 'verandering', 'managementvaardigheden' en '(organisatie)capaciteiten'. Deze zoektermen zijn in verschillende combinaties gebruikt. Tot slot is er tevens gebruikgemaakt van Dropbox om documenten met leden van de afstudeergroep, die allemaal een scriptie schrijven die te maken heeft met interne kwaliteitssystemen, te delen.

2.1. Exploring Strategy Model van Johnson et al.

In januari 2006 werd de nieuwe zorgverzekeringswet officieel ingevoerd. Dit bracht grote veranderingen voor de Nederlandse gezondheidszorg met zich mee. Zorgvragers zouden immers de keuze moeten krijgen tussen verschillende zorgverzekeraars en -aanbieders waardoor marktwerking geïntroduceerd werd. Zorgverzekeraars en -aanbieders dienden nu te gaan concurreren waarmee beoogd werd de transparantie, efficiëntie, effectiviteit en kwaliteit in de zorg te verbeteren (Saase et al. 2006). Of de marktwerking deze positieve invloed heeft gehad op bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg is omstreden. Er is de laatste jaren in ieder geval duidelijk geworden dat marktwerking gepaard gaat met voor- en nadelen (Poiesz & Caris 2010:14). Het bespreken van deze discussie gaat voor dit onderzoek te ver,



Figuur 3: Conceptueel model

hierover kan het boek 'Ontwikkelingen in de zorgmarkt' van Poiesz en Caris (2010) echter meer informatie bieden. De verschuiving naar een marktgerichte ziekenhuissector heeft voor ziekenhuizen een andere manier van werken met zich meegebracht. Klanttevredenheid, concurrentie, transparantie, omzet en winst zijn aan de orde van de dag waardoor ziekenhuizen meer gaan werken als bedrijven (Schaepekens 2004). Deze verschuiving heeft invloed op de strategische keuzes die een ziekenhuis moet maken en de veranderende omgeving schept kansen en bedreigingen waar rekening mee gehouden moet worden (Porter 1980).

Een ziekenhuis kan, zeker sinds de invoering van marktwerking, gezien worden als strategische organisatie. Mintzberg (1997), een van de bekendste organisatieanalisten, beschreef een ziekenhuis als de meest complexe organisatie: *“Running even the most complicated corporation must almost be child’s play compared to managing a hospital”* (Sermeus & Vleugels 2002:41). Ook Porter (2003:151) benadrukt deze complexiteit en problematiek: *“Health care delivery cries out for strategy, given the stakes, the scale, and the sheer complexity of the task (...) For many healthcare providers, however, these strategic and organizational questions have been answered by default.”*

Om recht te doen aan de complexiteit van een ziekenhuis als organisatie is er gekozen voor dit onderzoek gebruik te maken van het Exploring Strategy Model van Johnson et al. (2011:15) waarbij rekening wordt gehouden met de verschillende elementen die een (complexe) organisatie en zijn strategie beïnvloeden. Mintzberg (2001) benadrukt hierbij expliciet dat strategie niet te plannen is aangezien planning over analyse gaat en strategie over synthese. Hiermee wordt bedoeld dat analyse vooraf kan gaan aan het maken en het ondersteunen van een strategie maar nooit een substituum kan zijn voor synthese (ibid.). Hij stelt dan ook dat hierdoor strategische planning zo vaak dramatisch mis gaat. Dit sluit aan bij de bevindingen vanuit de literatuur waarbij naar voren komt dat vele verschillende factoren invloed hebben op de strategie van een organisatie en hiermee op de kwaliteit van zorg. Door de verscheidenheid en veelheid van beïnvloedende factoren is het dan ook moeilijk de strategie te plannen. De vraag is echter of de stellige uitspraak van Mintzberg (2001) dat strategie niet te plannen is, de werkelijkheid recht doet. In dit onderzoek wordt het interne kwaliteitssysteem gezien als een onderdeel van de organisatiestrategie van een ziekenhuis die bepalend is voor een cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg.

Zoals in het inleidende hoofdstuk al werd aangehaald zijn de vier deelvragen gebaseerd op het Exploring Strategy Model van Johnson et al. (2011:15), waarbij rekening wordt gehouden met de strategische positionering, keuzes en acties van een organisatie. In figuur 4 is het model van Johnson et al. te zien met de bijbehorende onderdelen van elk element. Het betreft een uitgebreid model waarbij veel verschillende elementen van toepassing zijn. Voor dit onderzoek is er echter voor gekozen een selectie te maken van de elementen om zo het onderzoek af te kunnen bakenen. Waarom



Figuur 4: Exploring Strategy Model van Johnson et al. (2011:15)

is er dan voor dit model gekozen? Zoals al eerder werd aangehaald geeft het handvatten voor de analyse van een organisatie en juist door de volledigheid van dit model zijn ook alle afzonderlijke elementen nauwkeurig uitgewerkt. Johnson et al. (2011) omschrijven tevens dat er keuzes tussen deze elementen gemaakt moeten worden om een organisatie te kunnen analyseren en het toe te kunnen spitsen op de individuele context. Deze paragraaf zal bij elk element kort stilstaan, waarna in de hierop volgende paragrafen elk aspect met literatuur wordt onderbouwd.

2.1.1. Strategische positie

Bij de strategische positie (strategic position) wordt aandacht besteed aan de invloed op een strategie van de externe omgeving (environment), de strategische mogelijkheden van een organisatie waaronder de middelen en competenties (capability), de doelen van een organisatie (purpose) en de organisatiecultuur (culture). Inzicht verkrijgen in deze elementen staat volgens Johnson et al. centraal bij het evalueren van toekomstige strategieën. De eerste twee deelvragen hebben betrekking op de strategische positie van een Nederlands ziekenhuis.

Bij de eerste deelvraag *‘Hoe spelen externe factoren van een Nederlands ziekenhuis bij de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg een rol?’* is er aandacht voor de *omgevingsfactoren (enviroment) van de organisatie*. Het PESTEL raamwerk van Porter categoriseert omgevingsinvloeden in zes hoofdtypen: politiek, economisch, maatschappelijke (social), technologisch, milieutechnisch (environmental) en wettelijk (legal) (Johnson et al. 2011:50-51). Mintzberg (2001) geeft aan dat het bij strategie gaat om een synthese, ofwel om een samenspel van verschillende factoren waardoor er voor is gekozen om op deze verschillende factoren dieper in te gaan.

De tweede deelvraag *‘Hoe hebben interne factoren van een Nederlands ziekenhuis invloed op de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg?’* heeft betrekking op de drie andere elementen - doelen, cultuur en mogelijkheden – van de strategische positie. De doelen van een organisatie kunnen als uitgangspunt genomen worden bij het evalueren van de strategie. Door de doelen van een ziekenhuis aan de hand van een documentanalyse te achterhalen, welke doorgaans te vinden zijn in de visie en missie van een organisatie, kan immers geanalyseerd worden in hoeverre het cyclische bijsturen van kwaliteit hierbij aansluit. De organisatiecultuur kan tevens van invloed zijn op de strategie en hiermee op de cyclische bijsturing van kwaliteit in Nederlandse ziekenhuizen. De invloed hiervan kan zich uiten in ‘strategic drift’, de neiging van strategieën om stapsgewijs te ontwikkelen op basis van de historische en culturele invloeden, maar niet de veranderende omgeving bij te houden. Tot slot worden de mogelijkheden van een ziekenhuis onderzocht door tijdens de interviews te vragen naar toekomstscenario’s en technologische ontwikkelingen. Door antwoord te geven op deze deelvraag wordt inzicht verschaft in het belang van interne factoren die van invloed kunnen zijn op de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg.

2.1.2. Strategische keuzes

De strategische keuzes (strategic choices) houden de strategische opties in, zowel in de richting die de strategie op kan gaan als de methoden waardoor de strategie nagestreefd zou kunnen worden. Er wordt hierbij onderscheid gemaakt tussen business strategy, corporate strategy and diversification, international strategy, innovation and entrepreneurship en acquisitions and alliances (Johnson et al. 2011:17). Het analyseren van de mogelijkheden

voor ziekenhuizen om bijvoorbeeld te fuseren en het internationale aspect is voor dit onderzoek een brug te ver waardoor er voor gekozen is om bij dit onderdeel alleen aandacht te besteden aan de business strategy. Hierbij gaat het om strategische keuzes met betrekking tot de vraag hoe een organisatie kan concurreren op het individuele business niveau (ibid).

De derde deelvraag *'Hoe hebben strategische keuzes van Nederlandse ziekenhuizen invloed op hun cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg?'* sluit bij dit element van het Exploring Strategy Model aan. Er wordt hierbij niet zo zeer stilgestaan bij de verschillende onderdelen van dit element van het model maar meer gekeken hoe deze strategische keuzes, die onder meer gemaakt worden ter bevordering van concurrentievoordeel, invloed hebben op de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg.

2.1.3. Strategie in actie

Strategie in actie (strategy in action) gaat er om hoe strategieën gevormd zijn en hoe deze worden geïmplementeerd. Dit element van het model geeft een meer praktische kijk op het ontwikkelproces van een zorgorganisatie weer. Ter afbakening van dit onderzoek is er voor gekozen slechts op één van de vijf onderdelen – strategy evaluation, strategy development processes, organising, leadership and strategic change en strategy practice- in te gaan, te weten leadership and strategic change. Hiervoor is gekozen daar uit het oriënterende literatuuronderzoek is gebleken dat goed management en leiderschap essentieel zijn voor het implementeren van innovaties en veranderingen en het doorvoeren van de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg. De vierde deelvraag *'Welke rol spelen managementvaardigheden van leidinggevendenden in de cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg in Nederlandse ziekenhuizen?'* geeft hier verdere invulling aan.



2.2. Kwaliteit

In deze tweede paragraaf zal het begrip 'kwaliteit' uitgekristalliseerd worden. Alvorens in deze paragraaf een definitie wordt gegeven van 'kwaliteit' zal de ontwikkeling van kwaliteit in de gezondheidszorg en de theorie achter de lerende organisatie en de complexiteitstheorie geschetst worden aangezien dit onder meer geleid heeft tot een verscheidenheid aan definities.

2.2.1. De ontwikkeling van kwaliteit in de gezondheidszorg

De geschiedenis van kwaliteit in de gezondheidszorg gaat ver terug. Voorbeelden hiervan zijn de praktische richtlijnen die op papyrus beschreven zijn in Egypte en de voorschriften voor medici met betrekking tot professioneel gedrag van Hippocrates. Vanuit elke tijdperiode in elke cultuur zijn soortgelijke voorbeelden te vinden. Om een volledig beeld te kunnen schetsen van wat het begrip 'kwaliteit' voor de gezondheidszorg betekent is het dan ook essentieel inzicht te krijgen in de ontwikkeling van dit begrip. De geschiedenis van kwaliteit in de gezondheidszorg kan opgedeeld worden in vijf fasen, te weten de inspectiefase, de fase van statistische kwaliteitscontrole, de fase van kwaliteitsborging, de Total Quality Management fase en de fase van de lerende organisatie (Walburg 1997:30). Parallel aan deze fasen loopt een verschuiving van een individuele benadering naar een

steebenadering en naar een complexiteitsbenadering, deze ontwikkeling wordt helemaal aan het einde van deze subparagraaf besproken.

De inspectiefase

De pogingen van Florence Nightingale (1820-1910) om de kwaliteit van de verpleegkundige zorg te verbeteren hebben geleid tot het handboek 'Notes of Nursing', dat beschouwd wordt als het eerste moderne handboek voor de verpleegkunde (Rubrech & Stuyling de Lange 2010). Andere auteurs, zoals Walburg (1997:30), zien de pogingen van Nightingale echter niet als het begin van de kwaliteitsontwikkeling in de gezondheidszorg aangezien haar pogingen om de zorg voor patiënten te verbeteren net te weinig systematisch wordt gevonden. De werkzaamheden van de Amerikaanse chirurg Ernest Codman (1869-1940) daarentegen worden gezien als duidelijke voorbeelden van de eerste pogingen naar een systematischere benadering van kwaliteit van zorg. Hierin pleit hij ervoor om door middel van het kijken naar de eindresultaten van medische behandelingen de kwaliteit van zorg te kunnen bepalen. De maat voor kwaliteit werd door hem bepaald aan de hand van cijfers over de ziekenhuissterfte, waarbij hij onderscheid maakte tussen vermijdbare en onvermijdbare sterfte. Daarnaast evalueerde hij de behandeling door patiënten tot een jaar na de behandeling terug te roepen naar het ziekenhuis. Zijn ideeën liggen ten grondslag aan de hedendaagse accreditatie van ziekenhuizen in de Verenigde Staten en aan de kwaliteitsbeoordeling (Walburg 1997:30, Rubrech & Stuyling de Lange 2010). De beoordeling van ziekenhuizen naar aanleiding van de sterftcijfers krijgt ook anno 2013 in Nederland nog veel media-aandacht.

De fase van statistische kwaliteitscontrole

Tot de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw was vooral aandacht voor de kwaliteit van zorg door het uitvoeren van inspecties. Hier kwam echter verandering in doordat het aantal behandel mogelijkheden door technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen enorm toe nam. Voor veel aandoeningen, die voorheen onbehandelbaar leken, waren toen nieuwe behandel technieken mogelijk. De kosten voor de gezondheidszorg stegen enorm waardoor kritischer gekeken moest worden naar hoe en wanneer welke middelen werden ingezet. Hierdoor ontstond de behoefte aan objectievere normen, die ervoor zouden zorgen dat beschikbare middelen effectief en efficiënt zouden worden ingezet. Hierdoor kwam er meer aandacht voor statistische analyses van medisch handelen die gericht waren op afwijkingen van de norm of standaard. Deze analyses hadden volgens Walburg (1997) niet veel invloed daar zij te beperkt keken naar het begrip kwaliteit en zich met name richtten op de medicus. Wenberg (1985) ging een stap verder met zijn publicaties die betrekking hadden op de variatie in de medische praktijk. Hierin stelde hij vast dat er grote verschillen zijn in het gebruik van medische diensten tussen de verschillende gemeenschappen. Hierdoor pleitte hij voor een beter begrip van deze variatie en wilde dat er onderzocht zou worden welke behandelingsinterventies betere resultaten opleverden dan andere. Hij zette hierbij belangrijke stappen van de pure professionele beoordeling van het medisch handelen naar de beoordeling door de patiënt. De regelgeving binnen de gezondheidszorg kwam in deze fase eveneens op gang, die betrekking had en nog steeds heeft op zowel de professionals als de overheid en zorgverzekeraars (Walburg 1997:30-31).

De fase van kwaliteitsborging

Een belangrijke persoon in deze fase was Donabedian, welke onderscheid maakte tussen twee aspecten van het medisch handelen: het technische en het interpersoonlijke. Bij de technische kwaliteit gaat het om medische handelingen die gebaseerd zijn op de huidige

stand van de wetenschap en techniek. Voor de informatie uitwisseling tussen de professional en de patiënt en zijn motivatie voor de behandeling was echter de interpersoonlijke kwaliteit van belang. De professionele invalshoek blijft in deze fase voorop staan maar de behoeftes van de cliënt komen langzaam maar zeker in beeld. Het begrip kwaliteit krijgt door Donabedian meer diepte, hij geeft aan dat het af te leiden is van structuuraspecten (de setting, de mensen, de organisatie), procesaspecten (de daadwerkelijke behandeling) en uitkomstaspecten (het effect van de geleverde zorg op de patiënt). In deze fase wordt de nadruk gelegd op standaarden, criteria en normen bij de bewaking en bevordering van kwaliteit, hierdoor wordt een verbinding gemaakt met de integrale kwaliteit of Total Quality Management (Walburg 1997:31).

Total Quality Management

De rechten van de cliënt en het concept van recht op medische zorg komt in de jaren zeventig van de vorige eeuw steeds meer onder de aandacht door de maatschappelijke bewegingen die toen plaatsvonden. De verantwoordelijkheid van de kwaliteit van zorg werd gelegd bij de instelling en het management. Het begrip 'kwaliteit' werd tot op dat moment nog volledig bepaald door professionals. Er kwam toen echter meer ruimte voor andere disciplines om zich te bemoeien met de kwaliteit van de primaire processen zoals de verpleging, de cliënt en het management. Aan het einde van de jaren tachtig was Berwick (1990) degene die de ervaringen vanuit het bedrijfsleven met betrekking tot integrale kwaliteit toe ging passen in de zorgsector. Hij richtte zich op het afschaffen van de inspectie gebaseerde kwaliteit en het verwijderen of straffen van slechte kwaliteit leidde volgens hem alleen maar tot een defensieve opstelling van medewerkers in de zorg. Mensen zouden bang gemaakt worden waardoor ze zich af zouden zetten tegen het management. Berwick gaf aan dat echte verbetering van kwaliteit te maken heeft met het inzicht krijgen in het dienstverlenende proces en het verbeteren van de elementen hiervan. Hoe kan er van de fouten die zijn gemaakt geleerd worden? Fouten dienen volgens Walburg (1997) niet afgestraft te worden maar gezien te worden als kansen voor verbetering. Integrale kwaliteit, of Total Quality Management (TQM), is een uitgebreide en gestructureerde manier van werken waarbij de focus wordt gelegd op het continu verbeteren van kwaliteit door middel van continue feedback. Het centrale doel van TQM is om het 'in één keer goed te doen' en dit steeds weer. TQM wordt al snel door verschillende ziekenhuizen in de VS opgepakt. Europa en Japan blijven echter achter. Dit is waarschijnlijk het geval geweest omdat de professionele en bedrijfskundige invalshoek van kwaliteit elkaar hier nog niet hadden gevonden (Walburg 1997:32).

Er is echter ook kritiek op TQM, zelfs door Deming wie ook wel gezien wordt als degene die de Japanners total quality heeft geleerd: "The term is counterproductive. My work is about a transformation in management and about the profound knowledge needed for the transformation. Total quality stops people from thinking" (Senge 1999). Uit deze uitspraak blijkt dat het bij TQM een valkuil kan zijn dat medewerkers niet meer actief stilstaan bij de verbetering van de kwaliteit. Daarnaast kan TQM hoge implementatiekosten met zich meebrengen, door het trainen van medewerkers en doordat de methode in alle lagen van de organisatie moet worden geïmplementeerd voordat het goed kan werken. Bureaucratie kan daarnaast binnen TQM optreden doordat er in samenspraak met de verschillende lagen, met name de top, tot een besluit moet worden gekomen (Walburg 1997). Er bleek dus steeds meer behoefte te zijn aan een lerende organisatie.

De fase van de lerende organisatie

Dit is de fase waar de gezondheidszorg ongeveer sinds de jaren negentig van de vorige eeuw tot op heden in zit. Er wordt sindsdien getracht de integrale kwaliteit volledig in de bedrijfscultuur op te nemen en dat ziekenhuizen gaan anticiperen op de wensen van de maatschappelijke omgeving en veel meer dan slechts op basis van professionele kennis een ontwikkeling doormaken die in nauwe samenspraak is met alle belanghebbenden (stakeholders), zoals cliënten, verzekeraars, verwijzers en de lokale gemeenschap. Daarnaast komt er steeds meer kennis beschikbaar over ziektes en de ontwikkeling van (nieuwe) behandelingen. Het accent lag in de jaren negentig nog bij de diagnose en behandeling maar ligt inmiddels veel meer bij de voorspelling en het voorkomen van risicofactoren. Tot slot is eveneens de positie van de patiënten in de afgelopen decennia verandert daar zij zich door middel van bijvoorbeeld internet beter in kunnen lichten. Vragen die in deze fase centraal staan zijn onder meer: hoe wordt je, als ziekenhuis, een ondersteunende omgeving voor herstel en welke organisatievormen zijn adequaat voor een ziekenhuis dat betrokken is bij de gezondheid van de gemeenschap (Walburg 1997:33, Senge 1992)? Gezien het belang van de lerende organisatie in de huidige wetenschap zal er in de volgende subparagraaf nog dieper op de achterliggende theorieën worden ingegaan.

2.2.2. De lerende organisatie

In de voorgaande subparagraaf werd al kort gesproken over de lerende organisatie. Hierbij werd met name de leertheorie van Senge (1999) besproken. Hij definieert de lerende organisatie als volgt: *“Lerende organisaties zijn organisaties waarin mensen voortdurend hun capaciteiten vergroten om resultaten te creëren die zij echt voor ogen hebben, waarin nieuwe expansieve gedragspatronen gekoesterd worden en waarin mensen continu leren hoe zij gezamenlijk moeten leren”* (Mensink 2005). Naast Senge hebben in het verleden echter nog meer wetenschappers aandacht gehad voor de lerende organisatie, onder meer Tucker et al. (2002) en Thomas (2003).

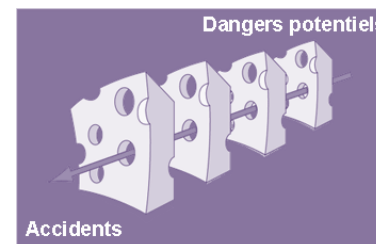
De klassieke organisatiemodellen die veelal bij veranderingen worden gebruikt gaan uit van een top die de strategie bepaalt en het middenmanagement die deze vertaalt in acties en de uitvoering beheerst. Hierdoor ontstaan vaak ‘muren’ tussen de organisatieonderdelen waardoor in de coördinatie en afstemming van de verschillende onderdelen veel moeite gestoken moet worden (Mensink 2005). Probleemoplossingen, die zich alleen richten op het verhelpen of het overwinnen van acute obstakels, voorkomen volgens Tucker et al. (2002) dat organisaties leren omdat korte-termijn verbeteringen de motivatie verminderen om de onderliggende oorzaken te verhelpen. Belangrijke data gaat volgens hen tevens verloren doordat er niet meteen wordt ingegrepen in de situatie en gekeken wordt hoe deze veranderd kan worden. Er wordt door hen onderscheid gemaakt tussen twee manieren om problemen op te lossen, ‘first-order problem solving’ en ‘second-order problem solving’. De eerstgenoemde is de meest gebruikte manier om een probleem op te lossen, hierbij wordt slechts het nodige gedaan om door te kunnen gaan met het werk echter wordt niets gedaan om een soortgelijk probleem in de toekomst te voorkomen, ook wel symptoombestrijding genoemd. Bij de ‘second-order problem solving’ wordt juist gezocht naar de onderliggende oorzaken. De laatstgenoemde heeft dan ook de voorkeur omdat geen data verloren gaat en toekomstige problemen voorkomen kunnen worden. Redenen die Tucker et al. geven dat er dan toch nog mensen gebruik maken van ‘first-order problem solving’ zijn met name gebrek aan tijd en het verschil van status. Verpleegkundigen hebben doorgaans bijvoorbeeld een lagere status dan artsen of managers waardoor zij niet denken in de positie te zijn om

problemen te verhelpen, die buiten hun directe werk liggen, en ze hierdoor alleen problemen op korte termijn pragmatisch oplossen (Tucker et al. 2002).

De bovenstaande leertheorieën geven weer dat er vanuit de organisatie alleen gezamenlijk veranderingen doorgevoerd kunnen worden en deze afhankelijk zijn van de intrinsieke waarden van de medewerkers. De volgende subparagraaf gaat verder in op het veranderende gedachtepatroon ten opzichte van kwaliteit.

2.2.3. Van systeembenadering naar complexiteitsbenadering

Een andere belangrijke ontwikkeling binnen de gezondheidszorg en het denken over veiligheid is de verschuiving van de systeemtheorie naar de complexiteitsbenadering. Deze ontwikkeling loopt parallel aan de twee laatste fasen van subparagraaf 2.2.1.. Eind jaren negentig van de vorige eeuw vond allereerst een verschuiving plaats van de individuele benadering, waarbij als een fout werd gemaakt de betreffende professional werd 'bestraft', naar een systeembenadering waarbij fouten als menselijk werden gezien en meer gekeken werd naar het systeem (Mesman 2011).



Figuur 2: Swiss cheese model (Reason 2000)

Deze verschuiving werd onder andere aangespoord door de publicatie 'To Err is human' (Kohn et al. 1999), waarbij de grote hoeveelheid aan beïnvloedende factoren op het gebeuren van een incident werd benadrukt, er moest ook naar de context worden gekeken. De systeembenadering leek hier de oplossing voor te zijn, waarbij James Reason met zijn Swiss cheese model (2000) een belangrijke rol in speelde, zie figuur 2. Hij gaf aan dat een ongeluk alleen gebeurt als bepaalde omgevingsfactoren op een bepaalde manier op elkaar inspelen. Een voorbeeld van een verbeteractie die hoort bij de systeembenadering is evidence based practice, waarbij geslaagde methoden van handelen worden overgenomen door andere afdelingen en ziekenhuizen. Er is echter ook veel kritiek gekomen op deze benadering aangezien de bredere context (politiek, maatschappij, etc.) niet wordt belicht. Best practices werken doorgaans bijvoorbeeld ook niet goed in andere ziekenhuizen of op andere afdeling doordat elke afdeling anders is (Dekker 2011). De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) benadrukt dit door in hun rapport 'Onzekere veiligheid' (2008) te schrijven dat de 'one size fits-all' oplossingen met de nodige achterdocht dienen te worden gezien. De systeemtheorie werkt goed in de procesindustrie, waarbij processen sterk gestandaardiseerd zijn, maar de gezondheidszorg is geen procesindustrie. Elke patiënt is anders en er is sprake van veel meer complexiteit op het niveau van samenwerking. Een andere kritiek op de systeemtheorie is dat er geen ruimte lijkt te zijn voor het oplossingsvermogen van mensen. Er lijkt dan ook nog steeds een blame-culture te zijn binnen ziekenhuizen waardoor medewerkers zich niet veilig voelen om incidenten te melden (Dekker 2011). De complexiteitsbenadering benadrukt juist de tacit knowledge, de kennis die aanwezig is in de organisatie. In plaats van innovatie, iets nieuws toevoegen aan de praktijk om deze te verbeteren, wordt juist exnovatie benadrukt, hetgeen dat reeds aanwezig is in de praktijk wordt expliciet gemaakt en op de voorgrond geplaatst. De kwaliteit van zorg kan bijvoorbeeld ook nooit perfect zijn, deze benadering gaat er van uit dat er continu aan moet worden gewerkt en juist voortdurende communicatie, controle en snelle feedback deze continue aanpassing mogelijk maakt (Mesman 2011).

Bij de complexiteitsbenadering dient tot slot nog opgemerkt te worden dat de beïnvloedende factoren uiteenlopend zijn en er niet van uit kan worden gegaan dat deze allemaal bekend

zijn. Daarnaast is het ook niet mogelijk alle relaties tussen de factoren en de situatie te begrijpen en hier rekening mee te houden in de praktijk (De Bont 2013). Door deze mate van onzekerheid werden bestuurders de afgelopen jaren onder meer met situaties geconfronteerd met onaangename verrassingen, waaruit bleek dat zij de omgeving waarin zij werkzaam zijn slechts ten dele kennen en beheersen. Hierbij kan gedacht worden aan de opkomst van de Klebsiella-bacterie in het Maasstad Ziekenhuis (WRR 2008:16).

2.2.4. Definitie van het begrip 'kwaliteit' in de zorg

Door de toenemende aandacht voor de belevingswereld van de patiënt is hier in veel definities van het begrip 'kwaliteit' rekening mee gehouden. Ter verduidelijking van dit begrip wordt in deze subparagraaf stilgestaan bij verschillende definities, waardoor gekomen is tot de gebruikte definitie van 'kwaliteit' in dit onderzoek die aan het einde wordt gedefinieerd.

Naar aanleiding van de bevinding dat de belevingswereld van de patiënt een steeds grotere rol speelt bij de definitie van 'kwaliteit' heeft ten behoeve van dit onderzoek een korte verkenning plaatsgevonden door middel van social media. Het bericht dat geplaatst is op de social media website is te zien in figuur 3. Naar aanleiding van dit bericht zijn er ongeveer dertig verschillende berichten geplaatst die allemaal langer waren dan één zin wat er op lijkt te wijzen dat het moeilijk wordt gevonden om kort weer te geven wat er verstaan wordt onder kwaliteit van zorg. Dit sluit aan bij de geraadpleegde literatuur die eveneens aangeeft dat het exact omschrijven van kwaliteit van zorg moeilijk blijkt te zijn. Volgens Wollersheim et al. (2011:14) komt dit doordat het woord kwaliteit een graduele omschrijving is van iets anders. Hierdoor worden vaak andere, makkelijker te identificeren termen zoal meer of minder of beter of slechter gebruikt.



**We verwachten steeds meer,
maar wat is kwaliteit van zorg
nou voor jou?**

Geef a.j.b. antwoord op deze vraag en help mij
hierdoor met mijn master scriptie. Deel deze vraag
ook a.j.b., hoe meer antwoorden hoe beter!

Figuur 3: Social media bericht, verkenning van het begrip 'kwaliteit'

Verschillende auteurs hebben echter toch geprobeerd om een definitie te geven van het begrip 'kwaliteit', waarvan een enkeling hieronder wordt weergegeven en een groter aantal aan definities te vinden is onder bijlage 1.

De eerste definitie van kwaliteit in het kader van zorg is reeds in paragraaf 1.3. gegeven:

"Kwaliteit is meer dan het geslaagde resultaat van de behandeling: het omvat de gehele beleving van het zorgproces – van eerste consult tot nazorg – inclusief de kwaliteit die bezoekers ervaren" (Idenburg & Schaik 2012:47).

Deze definitie staat met name stil bij de belevingswereld van de zorgconsument tijdens het zorgproces, wat aansluit bij de hiervoor behandelde geschiedenis van emancipatie, zelfstandigheid en toenemende kritische houding welke ook terug te zien is in de eisen van de kwaliteit van zorg. Een ander voorbeeld van een definitie, die tevens vanuit een subjectief perspectief is geschreven is:

"Kwaliteit is de mate waarin het geheel van de eigenschappen van een product, proces of dienst voldoet aan de eraan gestelde eisen, welke voortvloeien uit het gebruiksdoel" Feringa et al. (1991:15).

Een definitie vanuit een meer objectief perspectief wordt geprobeerd te gegeven door Maas et al. (2002:330) bij het Servqual-model (Service quality), hoewel ook hier de belevingswereld (perceptie en verwachting) van de patiënt centraal staat:

“Differences in quality amount to differences in the quantity of some desired ingredient or attribute. Perceptie (B) – Verwachting (A) = Kwaliteit.”

De definitie die wordt gegeven door Wollersheim et al. (2011:14) laat de complexiteit zien van het begrip welke weergeeft dat het moeilijk samen te vatten is in één zin:

“De zorg moet doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en moreel verantwoord zijn. En dat alles zonder bijwerkingen, met een goede en tijdige toegankelijkheid en geleverd door competente zorgverleners die bereid zijn hierover verantwoording af te leggen.”

De bovenstaande definities zijn geschreven vanuit verschillende perspectieven, er wordt gewezen naar de subjectieve belevingswereld van de patiënt en naar de objectievere kanten waarbij gepoogd wordt door middel van een formule grip te krijgen op het begrip. In de loop der jaren is een trend te zien dat er steeds meer aandacht voor de belevingswereld van de patiënt is (transcendente benadering). Een andere trend lijkt echter zichtbaar te zijn als aan de Nederlandse inwoners, de potentiële patiënt, gevraagd wordt wat zij verstaan onder kwaliteit. Zo blijkt uit het Europees onderzoek van QUASER dat van de vijf onderzochte landen (Engeland, Noorwegen, Portugal, Zweden en Nederland) Nederlandse burgers het begrip ‘kwaliteit’ gelijkstellen aan ‘veiligheid’. Dit kan tot gevolg hebben dat de kwaliteit van een ziekenhuis door de patiënt in Nederland anders wordt gezien dan in bijvoorbeeld Noorwegen waarbij zij veel meer de nadruk leggen op de toegankelijkheid van zorg als ze denken aan het begrip ‘kwaliteit’ (Weggelaar 2013).

Nu verschillende definities van het begrip ‘kwaliteit’ zijn gegeven is te concluderen dat er uiteenlopende perspectieven zijn waarmee naar het begrip gekeken kan worden. Een verschil in de definiëring en classificatie van kwaliteit tussen ziekenhuizen is van belang voor dit onderzoek daar het immers in de praktijk kan leiden tot verschillen in de bijsturing, bewaking en beoordeling van de kwaliteit van zorg. Daar de huidige zorg de patiënt centraal stelt en streeft naar vraaggestuurde zorg zal de definitie die in deze scriptie wordt gehanteerd rekening houden met de subjectieve kant van het begrip ‘kwaliteit’. De zorgconsument is echter niet de enige partij die van belang is bij de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg, zoals al in het voorgaande hoofdstuk bij de maatschappelijke en wetenschappelijke verantwoording naar voren is gekomen. Belanghebbenden voor kwaliteit in zorg kunnen druk uitoefenen welke afkomstig kan zijn van zowel interne als externe eisen. Om deze verschillende kenmerken van kwaliteit in één definitie samen te voegen is er voor gekozen bij deze scriptie gebruik te maken van een combinatie van de definiëringen van Idenburg en Schaik (2012:47) en van Feringa et al. (1991:15):

“Kwaliteit omvat zowel de beleving van het gehele zorgproces door de zorgconsument, als de mate waarin dit proces voldoet aan de intern en extern gestelde eisen.”

Met het zorgproces wordt hierbij niet alleen de behandeling maar tevens de kwaliteit van eerste consult tot nabehandeling bedoeld en alle processen die hiermee (indirect) te maken hebben. Wanneer een organisatie succesvol wil zijn, dan dient er tevens continu te worden verbeterd (Bom 1997). Cyclische bijsturing is dan ook het proces waarbij er voortdurend gezocht wordt naar punten in de organisatie die verbeterd (bijgestuurd) kunnen worden.

Kenmerkend voor kwaliteitsmanagement en de basis voor certificering is de cyclische kwaliteitsbewaking en -verbetering. Hierbij is het van belang dat de diverse activiteiten welke de organisatie op het gebied van kwaliteit uitvoert ook daadwerkelijk voor bijsturing en kwaliteitsverbetering gebruikt worden. Deze cyclische bijsturing kan uit vele verschillende bronnen input krijgen, zoals door het verzamelen van gegevens door interne audits. Door middel van deze audits moet een organisatie periodiek beoordelen of alle onderdelen van het kwaliteitssysteem functioneren in de aard die gewenst is om tot de gewenste resultaten te komen (Sluijs et al. 2006).

De term 'kwaliteit' is nu gedefinieerd en er is aandacht besteed aan het belang van het cyclische aspect van de bijsturing van de kwaliteit van zorg. Kwaliteitsmodellen kunnen helpen bij het systematisch verbeteren van de kwaliteit waarbij eveneens het cyclische aspect naar voren komt. De volgende subparagraaf zal hier verder op in gaan.

2.2.5. Kwaliteitsmodellen en -systemen

In de literatuur worden kwaliteitsmodellen en –systemen vaak door elkaar gebruikt, maar er zijn ook verschillen. Zoals in de inleiding van deze paragraaf werd genoemd zijn kwaliteitssystemen gefundeerd in kwaliteitsmodellen. Een kwaliteitssysteem wordt immers meestal op basis van een of meerdere kwaliteitsmodellen ontwikkeld. Bij een kwaliteitssysteem gaat het echter om een stelsel van vastgestelde eisen, regels en procedures welke als doel hebben om te waarborgen dat de zorg aan de gestelde eisen voldoet en dit blijft doen. Hierbij staan de processen, de organisatie hiervan en de verdeling van verantwoordelijkheden centraal (Kedzierski & Vlemmix 2001:53-55). Een kwaliteitsmodel stelt voorwaarden aan het kwaliteitssysteem, welke met name helpt om de processen in een organisatie op orde te stellen (Ahaus 2008). Voorbeelden van dergelijke voorwaarden zijn het systematisch waarborgen, verbeteren en aantoonbaar maken van kwaliteit. Dit betreft geen gemakkelijke taak aangezien het, zoals in de voorgaande subparagraaf werd besproken, om een subjectief en dynamisch begrip gaat binnen een complexe zorginstelling. Zoals ieder model bieden ook de kwaliteitsmodellen een vereenvoudigde weergave van de veel complexere realiteit. Door middel van deze modellen kan naar een organisatie en de kwaliteit gekeken worden om deze vervolgens waar nodig te verbeteren (Rubrech & Stuyling de Lange 2011). Zo zijn ze ook voor dit onderzoek van belang, aangezien ze handvatten bieden voor het analyseren van de methodiek die gebruikt wordt voor de cyclische bijsturing van kwaliteit.

Kwaliteitsmodellen kunnen dus gezien worden als basis voor kwaliteitssystemen, het Nederlands Netwerk voor Kwaliteitsmanagement (NNK) heeft echter naast voordelen ook nadelen weten te geven van kwaliteitsmodellen. De veelgenoemde voor- en nadelen zijn in tabel 1 weergegeven, het is van belang hierbij stil te staan ter voorkoming van de idealisering van het gebruik van modellen. In hoeverre de voordelen opwegen tegen de nadelen moet elke instelling voor zich bepalen. Door de combinatie van verschillende modellen en het alert zijn op de nadelen is al een deel van de beperkingen weg te nemen (Kedzierski & Vlemmix 2001:50-51).

| Veelgenoemde voordelen van kwaliteitsmodellen | Belangrijke beperkingen van kwaliteitsmodellen |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Geeft houvast- Concreet en eenvoudig- Toepassing bevordert de transparantie van | <ul style="list-style-type: none">- Toepassing is bureaucratisch- Toepassing kost veel tijd en geld- Onvolledig |

| | |
|--|---|
| processen (waar ligt de verantwoordelijkheid, wie vervult welke taken) - Breed toepasbaar - Bevordert het kwaliteitsbewustzijn in de instelling - Herkenbaar voor medewerkers van de instelling | - Abstract - Vertaling naar eigen situatie is moeilijk |
|--|---|

Tabel 1: Overzicht van de voordelen en beperkingen van kwaliteitsmodellen van het NNK (Kedzierski & Vlemmix 2001:56)

Er zijn in de loop der jaren veel verschillende modellen ontwikkeld ter bewaking en bijsturing van de kwaliteit van zorg. De kwaliteitscyclus staat bij de kwaliteitsverbetering centraal. De Plan-Do-Check-Act-kwaliteitscyclus (PDCA) van Deming ligt doorgaans ten grondslag aan deze modellen. Hierbij staat 'plan' voor het plannen van een verbetering (projectplan), 'do' staat voor de uitvoering hiervan, 'check' voor het meten en analyseren van de uitkomsten en 'act' voor de uitvoering van een verbeterplan die op grond van metingen bij is gesteld. De resultaatfeedback - het terugkoppelen van de behaalde resultaten - is in dit model van groot belang, waarbij voor- en nametingen met elkaar vergeleken worden.

In zorginstellingen worden uiteenlopende modellen gebruikt, waar vervolgens kwaliteitssystemen op zijn gebaseerd. Het verwarrende hierbij is dat deze ook wel 'modellen' worden genoemd maar in dit onderzoek worden het INK-managementmodel en de ISO 9000-serie als algemene systemen gedefinieerd en de NIAZ en HKZ zijn specifiek als kwaliteitssystemen die specifiek voor de zorgsector zijn ontwikkeld. Daarnaast is de PDCA-cyclus vertaald naar veel bedrijfsmatige processen zoals Lean Management en Six Sigma, welke in de laatste jaren in toenemende mate ook in de zorgsector hun intrede doen. Een overzicht van deze zes systemen is te zien onder bijlage 4.

De beweegredenen voor de keuze van een ziekenhuis voor een bepaald kwaliteitssysteem kunnen uiteenlopend zijn maar worden doorgaans niet willekeurig gemaakt. Of er nu voor de PDCA-cyclusgekozen wordt vanwege de eenvoud of het Lean Management model voor de aansluiting bij de complexiteit, bij alle modellen is te zien dat het om een cyclus gaat (zie bijlage 4) of, bij het INK model, wordt hiervan gebruik gemaakt als hulpmiddel bij de evaluatie. Het belang van de cyclische bijsturing van het kwaliteitssysteem, welke centraal staat binnen dit onderzoek, wordt dus door elk model benadrukt. De cyclische vorm van de modellen laat tevens zien dat het een dynamisch proces betreft waarbij het niet toereikend is dat een kwaliteitssysteem wordt geïmplementeerd, maar dat deze ook cyclisch geëvalueerd, gecontroleerd en bijgestuurd dient te worden. Hier sluit tevens de 'lerende organisatie' bij aan waarbij het continu en gezamenlijke leren centraal staat. Zoals al in de inleiding werd genoemd door middel van het voorbeeld van het opwindautotje is het immers van groot belang dat er sprake is van een terugkoppeling zodat niet alleen een rechte weg gevolgd kan worden.

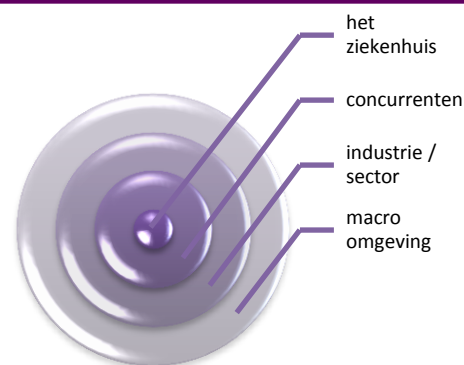
2.3. Externe factoren

Zoals in paragraaf één van dit hoofdstuk werd geïllustreerd heeft de eerste deelvraag betrekking op de strategische positie binnen het Exploring Strategy Model en specifiek op de omgeving (environment). De omgeving is hetgene dat de organisatie de middelen geeft om te overleven. Het creëert mogelijkheden en presenteert bedreigingen (Johnson et al. 2011). Hailey en



Balogun (2002:153-154) noemen dit ook wel 'context sensitivity' waarmee de vaardigheid van onder andere managers wordt bedoeld om inzicht te hebben de context waarin zij werkzaam zijn en het bedenken van veranderingsmanieren die effectief zullen zijn in de betreffende context. Succesvolle verandering benodigd volgens hen een sensitieve manier van werken met betrekking tot de context.

De omgeving kan in lagen weer worden gegeven, zie figuur 5. De macro-omgeving betreft de brede omgevingsfactoren die in meer of mindere mate invloed hebben op bijna alle organisaties. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van het PESTEL raamwerk ter identificatie van de toekomstige problemen op politiek, economisch, maatschappelijk (social), technologisch, milieutechnisch (environmental) en wettelijk (legal) niveau welke de organisatie zouden kunnen beïnvloeden. Vanuit de data die verzameld is vanuit het PESTEL raamwerk kunnen vervolgens de key drivers of change geïdentificeerd worden. Zij kunnen vervolgens gebruikt worden voor het construeren van scenario's van mogelijke alternatieve toekomstbeelden (Johnson et al. 2011:49). Ter afbakening van dit onderzoek is er voor gekozen stil te staan bij de invulling van het PESTEL raamwerk van een Nederlands ziekenhuis met betrekking tot de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg. Hierbij staat de vraag centraal: "*Hoe spelen externe factoren van een Nederlands ziekenhuis bij de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg een rol?*" De externe factoren zullen door middel van het PESTEL raamwerk geïdentificeerd worden. De twee volgende lagen richten zich meer op de positie van de organisatie ten opzichte van zijn concurrenten (ibid. 2011:49-50). In dit onderzoek zal dus ook hier aandacht aan besteed worden om zo inzicht te krijgen in de vraag of concurrentie een externe factor is die een rol speelt bij de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg. Hierbij kan gedacht worden aan de ziekenhuis ranglijsten die een aanleiding zouden kunnen zijn voor ziekenhuizen om hun kwaliteit te verbeteren en dit cyclisch te blijven doen.



Figuur 5: Lagen van de omgeving van een ziekenhuis (Johnson et al. 2011:49)

In de eerste subparagraaf komt het PESTEL raamwerk aan de orde, welke door middel van literatuurstudie in wordt gevuld maar zeker niet uitputtend zal zijn. De tweede subparagraaf staat vervolgens stil bij de concurrentie in de Nederlandse ziekenhuissector.

2.3.1. PESTEL raamwerk

Politiek

Dit onderdeel van het raamwerk benadrukt de rol van de overheid. In de gezondheidszorg is deze rol van groot belang aangezien zij de publieke belangen dienen, zoals het waarborgen van de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid. De overheid vraagt ziekenhuizen hierover verantwoording af te leggen (Voetelink & Sanders 2005). De stimulering van de concurrentie, het bijdragen aan het vergroten van de transparantie van de zorg de regulering van de concurrentie door middel van mededingingsbeleid (oprichting Nederlandse Zorgautoriteiten), de ontwikkeling van aanvullend beleid om risicoselectie door verzekeraars tegen te gaan en het bewaken van de toegankelijkheid van kwaliteit van het zorgaanbod zijn zaken waar de overheid zich mee bezig houdt. Uit onderzoek (Putters 2001, Luijkx, Putters & De Roo 2005) is gebleken dat de beleidslogica van de overheid regelmatig verschilt van de uitvoeringslogica van het management en professionals van zorgorganisaties en het

kennisniveau van de zorgconsument. Deze belanghebbende partijen hebben tevens te maken met vaak tegenstrijdige wet- en regelgeving van de overheid. Er lijkt daarnaast een cultuur te zijn ontstaan van afwachten en gehoorzamen aan de overheid (Putters et al. 2009).

Een belangrijke rol van de overheid met betrekking tot de kwaliteit is het toezicht op kwaliteit door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Daarnaast kan certificering gebruikt worden als middel om de kwaliteit van zorg te waarborgen. Het gaat hierbij om de erkenning dat een zorgorganisatie voldoet aan de criteria die door de certificerende instelling worden gehanteerd. In Europa, in tegenstelling tot de Verenigde Staten, zijn zorginstellingen niet verplicht om zich te certificeren. Zorginstellingen zijn echter wel volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen verplicht om een kwaliteitssysteem te hebben, waarbij de criteria die de inspectie hanteert veelal overeenkomen met de criteria van de certificeringen, zoals ISO. Andere redenen om alsnog het managementsysteem te laten certificeren kunnen onderscheiden worden in externe en interne redenen. Bij externe redenen gaat het om vertrouwen wekken bij de zorgconsument, verwijzer en zorgverzekeraar; de concurrentie en vooruitlopen op te verwachten kwaliteitseisen. Interne redenen tot certificering zijn het gebruik van standaardisatiemethodiek van procesbeheersing, voorkomen van lange interne discussies en het onderdeel van integrale kwaliteit (Walburg 2003). In Nederland zijn er diverse certificaten voor managementsystemen, het HKZ-certificaat, ISO 9001-certificaat en de NIAZ accreditatie zijn hiervan meest gebruikten. Deze zijn onder paragraaf 2.2. al aan bod gekomen aangezien de certificeringen gebaseerd zijn op de kwaliteitsmodellen.

De 'basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen' is onder de beschermheerschap van de IGZ en in samenwerking met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie Universitair Medische Centra (NFU) en de Orde Medisch Specialisten (OMS) ontwikkeld en sinds 2003 verplicht (Jerak-Zuiderent 2012). Dit is een van de voorbeelden van de ontwikkelingen van de afgelopen jaren waarbij te zien is dat er steeds meer indicatoren of normen worden gehanteerd om een minimumkwaliteit te kunnen garanderen. Uit onderzoek voor de Regieraad Kwaliteit van Zorg is echter gebleken dat het vaststellen van veiligheidsnormen als minimumvoorwaarden voor verantwoorde zorg in de praktijk onhaalbaar, onwenselijk en risicovol lijkt (Zuiderent-Jerak et al. 2010:5). Deze oplossing kan met name goed van toepassing zijn op eenvoudige risico's maar past onvoldoende bij complexe, ambigue en onzekere risico's die veelal in de gezondheidszorg aanwezig zijn (ibid.). Het gericht en gesitueerd inzetten van veiligheidsnormen als sturingsinstrument is volgens de onderzoekers echter wel haalbaar (ibid.). Samengevat betekent dit dat het afhankelijk is van het soort risico waar een bepaalde prestatie-indicator bij past en er dus niet zomaar voor elk ziekenhuis, elke afdeling en elke patiënt dezelfde indicator even goed werkt. Hierdoor wordt het belang van de rol van de overheid op de kwaliteit van zorg en hoe deze vorm wordt gegeven en bijgestuurd tevens benadrukt.

Economie

Het economische aspect van het PESTEL raamwerk heeft betrekking op de macro-economische factoren (Johnson et al. 2011:50). De huidige economische crisis is een dergelijke factor die zowel negatieve als positieve effecten heeft op de zorg. De bezuinigingen in de zorg kunnen immers negatieve effecten hebben op de kwaliteit van zorg. Tot noch toe geeft de (NVZ) echter aan dat de kostenbesparingen geen invloed zullen hebben op de zorgkwaliteit (Zorgpremie.net 2012). De zorgverzekeraar Achmea bevestigt dit en geeft aan dat ziekenhuizen op tal van punten nog efficiënter blijken te kunnen werken.

Naast het streven naar meer efficiëntie is een positief effect van de economische crisis op de gezondheidszorg dat gebleken is dat het aantal openstaande vacatures met 25% is gedaald en vacatures veel sneller worden ingevuld (Trouw 2010). Een reden voor deze daling van vacatures kan zijn dat er door de economische crisis minder geld beschikbaar is voor het aannemen van nieuw personeel en dat er meer werklozen zijn waardoor er tevens meer mensen solliciteren op een vacature.

Maatschappelijk (social)

Maatschappelijke invloeden betreffen veranderende culturen en demografische ontwikkelingen (Johnson et al. 2011:50). Een voorbeeld hiervan is de demografische krimp die onder meer plaatsvindt in de Eemsdelta, Parkstad Limburg en Zeeuws-Vlaanderen. Deze krimp vindt plaats door de vergrijzing en toename van het aantal chronische zieken waardoor de zorgvraag de komende jaren zal blijven stijgen welke gepaard gaat met de afname van de bevolking in vele gemeenten in Nederland. Dit betekent dat er minder inwoners zullen zijn maar deze gemiddeld ouder zijn. Ontwikkelingen van medicijnen, E-health en technologie in de zorg zullen naar verwachting leiden tot een vermindering van de zorgvraag. Dit kan er toe leiden dat het beroep op ziekenhuiszorg in de toekomst af kan nemen. Uit onderzoek naar deze demografische krimp is gebleken dat ziekenhuizen in dergelijke regio's hierop anticiperen en juist samen gaan werken in plaats van gaan concurreren (Otterdijk 2011). Dergelijke demografische verschuivingen kunnen dus ook voor de cyclische bijsturing van kwaliteit van belang zijn daar continu gekeken dient te worden naar de veranderende omgeving en hierop geanticipeerd moet worden.

Technologisch

Technologische invloeden refereren naar innovaties zoals internet (Johnson et al 2011:50). Een voorbeeld van technologische invloeden op de gezondheidszorg is E-health. Hierbij worden informatie- en communicatietechnologieën geïntegreerd in de gezondheidszorg. Een van de algemene doelstellingen is het verbeteren van de kwaliteit van zorg (Pattyn & Raymaekers 2010:26). Inzicht in deze technologische ontwikkeling is van belang om de cyclische bijsturing van kwaliteit zo toegankelijk mogelijk te maken en zodat deze aan sluit bij de huidige ontwikkelingen. Er zijn echter niet alleen voordelen verbonden aan technologische ontwikkelingen zoals E-health.

Het zoeken naar informatie neemt dan wel toe maar de diepgang van vragen kan hierdoor bijvoorbeeld afnemen. De simplificatie van de antwoorden op vragen via internet doet de werkelijkheid wellicht geen recht. Er kan tevens een kloof ontstaan tussen generaties en mensen die wel of niet gebruik maken van bijvoorbeeld internet. Hierdoor kan het vinden van een grote hoeveelheid informatie veranderen in een nadeel voor degenen die de vaardigheid niet of in mindere mate bezitten (Stichting Pandora 2008).

Tot slot dient benadrukt te worden dat technologische ontwikkeling elkaar dan wel in hoog tempo opvolgen maar dat deze slechts langzaam over worden genomen in de zorg. De huidige zorg beïnvloedt niet alleen de ontwikkelingen binnen de technologie, er wordt geproduceerd waar vraag naar is, maar het zorgproces veranderd ook door de nieuwe ontwikkelingen (Bal 2012). Dit laat dan ook het belang van de technologische ontwikkeling zien binnen de cyclische bijsturing van kwaliteit. Zoals aangegeven wordt de technologie niet alleen beïnvloed door bijvoorbeeld de strengere kwaliteitseisen maar wordt juist ook de manier waarop met kwaliteit wordt omgegaan en hoe hiernaar wordt gekeken beïnvloed door de technologie. Ter afbakening van dit onderzoek is er voor gekozen alleen aan de

respondenten te vragen welke technologische ontwikkelingen plaats hebben gevonden die volgens hen de cyclische bijsturing van kwaliteit beïnvloeden.

Milieutechnisch (environmental)

Het milieutechnische aspect houdt zich specifiek bezig met 'groene' problematiek zoals vervuiling en verspilling. In de gezondheidszorg is dit vergeleken met andere sectoren zoals de bouw een veel minder besproken onderwerp. Dit onderdeel van het PESTEL raamwerk komt in dit onderzoek dan ook het minst naar voren aangezien innovatie met betrekking tot duurzaamheid doorgaans geen directe invloed heeft op de kwaliteit van zorg. In de interviews is hier wel naar gevraagd.

Wettelijk (legal)

Het wettelijke onderdeel van het PESTEL raamwerk behelst wetgevende beperkingen of veranderingen (Johnson et al. 2011:50). Belangrijke wetten voor de ziekenhuissector en de kwaliteit van zorg zijn al eerder in dit en het voorgaande hoofdstuk genoemd. Veranderingen hierin kunnen grote gevolgen hebben voor de Nederlandse ziekenhuizen. Alleen al de aanscherping van de kwaliteitseisen kunnen een grote impact hebben op de manier waarop gewerkt wordt.

2.3.2. Concurrentie

Het in 2006 ingevoerde zorgstelsel richt zich onder meer op het vergroten van de concurrentie. Om marktwerking en concurrentie op gang te brengen zijn nieuwe verhoudingen tussen zorgaanbieders (zoals ziekenhuizen), zorgverzekeraars en zorgconsumenten tot stand gekomen door middel van de stelselwijziging. Vooral op de markten voor zorgverzekeraars en ziekenhuizen zijn spelers onvoldoende actief zodat concurrentie goed van de grond kan komen. Daadwerkelijke concurrentie ontstaat dus alleen als ziekenhuizen de toebedeelde rol als marktspeler feitelijk invullen. Voor effectieve marktwerking en het ontstaan van concurrentie is het van belang dat ziekenhuizen onafhankelijk van elkaar kunnen opereren. Bestuurders zijn echter vaak nog via een hecht netwerk van commissariaten en nevenfuncties met elkaar verbonden waardoor deze onafhankelijke positie geproblematiseerd wordt. Daarnaast wordt de concurrentie tussen ziekenhuizen bemoeilijkt door de complexiteit en verscheidenheid van het aanbod (Putters et al. 2009, Heemskerk et al. 2010). Dit is tevens terug te zien in recente bewegingen in de markt, zoals de samenwerking tussen de A12-ziekenhuizen, die onder meer tot stand is gekomen om te kunnen concurreren met andere ziekenhuizen door aantrekkelijk te blijven voor zorgconsumenten.

Het is van belang dat opgemerkt wordt dat concurrentie een stimulerende factor kan zijn voor ziekenhuizen om cyclisch de kwaliteit van zorg die zij leveren bij te blijven sturen. Voor de werving van patiënten kan concurrentie leiden tot de verbetering van de kwaliteit. Concurrentie kan echter ook een negatieve invloed hebben op de kwaliteit van zorg door bijvoorbeeld het verhogen van de productie, om de verzekeraars tevreden te stellen, waardoor de tijdsdruk van het personeel aan bed vergroot wordt en dus het contact met de patiënt verminderd wordt (V&VN 2011). Bij het verminderen van de tijd die de hulpverleners kunnen besteden aan de patiënt zal de kans aanwezig zijn dat ook voor de terugkoppeling en dus de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg minder tijd beschikbaar is.



2.4. Interne factoren

Voorgaande paragraaf stond stil bij de omgevingsfactoren die invloed hebben op een Nederlands ziekenhuis. Deze paragraaf gaat ook in op de beïnvloedende factoren maar richt zich juist op de interne factoren. Johnson et al. (2011) onderscheiden hierbij de cultuur, mogelijkheden en doelen van een organisatie. In de drie volgende subparagrafen zullen deze aspecten verder aan bod komen.

2.4.1. Mogelijkheden van een organisatie

Johnson et al. (2011) onderscheiden twee componenten van de mogelijkheden van een organisatie: middelen en competenties. In dit onderzoek zal hierbij de nadruk liggen op de middelen en competenties die een ziekenhuis benodigd om de kwaliteit van zorg cyclisch bij te kunnen blijven sturen. Uit de geraadpleegde literatuur is gebleken dat belangrijke mogelijkheden ter bevordering van de cyclische bijsturing van de kwaliteit de aanwezigheid van een kwaliteitsfunctionaris, prestatie-indicatoren, kwaliteitssysteem en kwaliteitsmodel zijn (Kedzierski & Vlemmix 2001:50-51, Rubrech & Stuyling de Lange 2011, Nave 2002).

2.4.2. Cultuur

Voor de implementatie van strategische veranderingen, zoals ook de cyclische bijsturing van kwaliteit, is het van belang om naar de cultuur binnen een organisatie te kijken (Johnson et al. 2011:157). Een cultuur is moeilijk te onderzoeken aangezien het juist gaat om het vanzelfsprekende karakter van gedragingen maar er zijn enkele hulpmiddelen waardoor een beeld geschetst kan worden van de heersende cultuur. Gezien de complexiteit van een ziekenhuiscultuur is er voor dit onderzoek gekozen om slechts de overtuigingen met betrekking tot de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg te analyseren. Dit is gedaan door middel van de volgende vraag aan respondenten te stellen: "In hoeverre wordt de kwaliteit van zorg in het ziekenhuis waar u werkzaam bent, naar uw mening, cyclisch bijgesteld?" Daarnaast is het van belang bij wie de verantwoordelijkheid van de kwaliteit van zorg wordt gelegd en gevoeld, wat eveneens als vraag tijdens de interviews gesteld is (Dückers et al. 2010:19). De analyse van het verantwoordelijkheidsgevoel en de manier waarop gekeken wordt naar de cyclische bijsturing van kwaliteit kan immers een bijdrage leveren aan de beeldvorming van de heersende cultuur, het vanzelfsprekende karakter van gedragingen.

2.4.3. Doelen

Wat we precies willen bereiken wordt geprobeerd te beantwoorden door middel van doelen. Het gaat hierbij dus om de (direct of indirect) uit de missie afgeleide, duidelijk gespecificeerde, gewenste en meetbare uitkomsten die bereikt dienen te zijn op een vooraf aangegeven tijdstip (Maas & Pleunis 2006:68). De doelen van een organisatie worden onder meer beïnvloed door de bestuursketen, verwachtingen van stakeholders en door sociale verantwoordelijkheden en ethieken (Johnson et al. 2011). Zoals reeds in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk werd genoemd, kunnen de doelen van een organisatie als uitgangspunt genomen worden bij het evalueren van de strategie. Door de doelen van een ziekenhuis aan de hand van een documentanalyse te achterhalen, welke doorgaans te vinden zijn in de visie en missie van een organisatie, kan immers geanalyseerd worden in hoeverre het cyclische bijsturen van kwaliteit hierbij aansluit. Hierdoor wordt inzicht verschaft in de koppeling tussen

het beleid en de praktijk van de ziekenhuizen met betrekking tot de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg.

Strategische
keuzes
(deelvraag 3)

2.5. Strategische keuzes

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk is al kort aandacht besteed aan dit aspect van het Exploring Strategy Model en is het tevens afgebakend door aan te geven dat in dit onderzoek alleen stil is gestaan bij het onderdeel 'business strategy'. Johnson et al. (2011:197) benadrukken dat business strategie niet alleen voor de commerciële sector van belang is maar tevens voor de publieke sector, aangezien ook zij met elkaar concurreren met vergelijkbare organisaties – zoals andere ziekenhuizen – om de stakeholders tevreden te houden en de financiering veilig te stellen. Concurrentie tussen ziekenhuizen is te zien in termen van wachttijden, behandelingsuitkomsten, de kwaliteit van zorg, etc. Meer informatie over de concurrentie in de ziekenhuissector is te vinden in de derde paragraaf van dit hoofdstuk.

De vakliteratuur over strategisch management verwijst doorgaans naar de drie generieke strategieën van Porter: kostenleiderschapsstrategie, differentiatiestrategie en focusstrategie. Bij een kostenleiderschapsstrategie gaat het om het behalen van de laagst mogelijke kosten in de sector waardoor concurrentievoordeel opgebouwd kan worden. Dit aspect is ook in de gezondheidszorg terug te zien aangezien ook hier naar een zo laag mogelijke kostprijs dient te worden gestreefd waardoor reserves opgebouwd kunnen worden die de financiering zorgvernieuwing en –verbetering mogelijk maken en uiteindelijk leiden tot concurrentievoordeel. Als organisatie kan men echter ook doelen op het creëren van een unieke waarde voor de klant door middel van een breed assortiment, uitzonderlijke kwaliteit, stipte levering, etc., dit wordt differentiatiestrategie genoemd. Bij de laatstgenoemde strategie, de focusstrategie, richt men zich op één bepaald of een klein aantal segmenten van de markt. In de zorgsector kan deze strategie teruggezien worden bij ziekenhuizen die zich beperken op een aantal specifieke doelgroepen of werkgebied, denk bijvoorbeeld aan het Oogziekenhuis te Rotterdam.

Porter is van mening dat een organisatie pas concurrentievoordeel kan behalen als deze kiest voor één van de drie strategieën. Volgens andere onderzoekers, zoals Heene, is een combinatie echter goed mogelijk (De Rycke 2002:95, Johnson et al. 2011:199). Andere auteurs, zoals Rycke (2002:96) gaan nog een stap verder en geven aan dat bij de gezondheidszorg juist zo veel mogelijk strategieën tegelijk moeten worden toegepast zodat concurrentievoordeel behaald kan worden. Met betrekking tot de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg is het van belang dat de strategie flexibel is en bij wordt gesteld naar aanleiding van de veranderende omgeving. De doeltreffendheid van de strategie zal hierdoor minder zijn, aangezien dergelijke strategieën zich doorgaans indekken tegen onzekerheden waardoor het risico afneemt. Het is bij de cyclische bijsturing van kwaliteit echter ook belangrijk dat bepaalde risico's wel degelijk genomen worden aangezien er zonder het nemen van risico's vaak weinig verandering plaatsvindt. Immers: zonder wrijving geen glans.

Welke (combinatie) van de genoemde generieke strategieën ook door een ziekenhuis is gekozen, ze interacteren allemaal met de strategieën van concurrenten (Johnson et al. 2011:210). Een andere strategische keuze komt hierdoor aan de orde, het kiezen voor een coöperatieve strategie. De samenwerking tussen bepaalde organisaties in een sector

kunnen juist leiden tot voordelen ten opzichte van andere concurrenten in dezelfde sector of potentiële nieuwe toetreders (ibid. 2011:215). Een recent voorbeeld van een dergelijke samenwerking in de bouwsector is Lincubator, waarbij de vijf grootste woningbouwcorporaties en vier grootste aannemers van Nederland hun krachten hebben gebundeld en vijf van hun werknemers hebben geselecteerd om samen een nieuwe visie op het ontwikkelen van betaalbare woningen te creëren. Een voorbeeld uit de zorgsector zijn de A12-ziekenhuizen, waarbij vier ziekenhuizen in de regio Den Haag door middel van samenwerking willen komen tot concentratie van zorg. Doordat niet elk ziekenhuis meer alles doet (differentiatiestrategie) kan de zorg van kwaliteit verbeterd en efficiënter worden en maakt het de zorg goedkoper. Een nadelig effect van deze samenwerking is dat de patiënt hierdoor vaker moet reizen (NOS 2011). Dit is een voorbeeld van de verschuiving van de ziekenhuismarkt naar meer concentratie en spreiding. Dit onderwerp is dan ook teruggekomen in de interviews waarbij specifiek gevraagd is naar eventuele samenwerking met andere ziekenhuizen op het gebied van kwaliteitsverbetering.



2.6. Managementvaardigheden

In de voorgaande paragrafen is aandacht besteed aan de essentie van de hoofdvraag en de eerste drie deelvragen. Het geven van een eenduidige definitie van deze begrippen bleek niet eenvoudig en in publicaties over kwaliteit en kwaliteitszorg worden vaak verschillende perspectieven gehanteerd. Bij het bedrijfskundig perspectief wordt bijvoorbeeld kwaliteitsbewaking of -bevordering gezien als managementtechniek (Harteloh & Casparie 1998:13). Het doel hiervan is *“het op gang brengen van veranderingsprocessen die een verbetering van de zorgverlening beogen, terwijl daarbij de patiënt, als klant, centraal wordt gesteld”* (Harteloh & Casparie 1998:11). Van dit perspectief zal in dit onderzoek uitgegaan worden aangezien kwaliteit hierbij niet slechts beschouwd wordt als kenmerk van een object, maar als eigenschap van de relatie tussen een subject en object waarbij de nadruk ligt op de verbetering van de kwaliteit welke de gehele organisatie doortrekt. Managementvaardigheden blijken invloed te hebben op de mate waarin professionals zich in de praktijk aan de landelijke kwaliteitsnormen conformeren. Dit komt deels tot uiting door het leiderschapsklimaat waarin mensen zich gestimuleerd voelen om mee te doen aan verbeterprojecten (Dückers et al. 2010). Inzicht in de invulling van managers aan de kwaliteit van zorg kan alleen gevormd worden als er kennis is over de verschillende rollen die managers aan kunnen nemen. De rollen van managers in de gezondheidszorg worden steeds complexer daar hun activiteiten betrekking hebben op andere mensen, de kwaliteit van zorg en het functioneren van de organisatie. De rollen van een manager zijn dan ook veeleisend en uitdagend (Leebov & Scott 1990). Bij managementrollen gaat het om de manier waarop managers invulling geven aan hun werkzaamheden. Het begrip ‘managementrol’ doelt op de specifieke categorieën van managementgedrag (Robbins & Coulter 2007). Doordat elke organisatie andere behoeftes en belangen heeft kunnen ook de managementrollen per organisatie verschillen. Verschillende modellen zijn ontwikkeld door onder meer Mintzberg, Quinn, Zuckerman & Dowling en Guo. Deze zijn echter geen van allen ontwikkeld voor of in de gezondheidszorg. Hierdoor is het lastig om in de praktijk gebruik te maken van één van deze modellen. Door de vier modellen naast elkaar te leggen kan echter een model gecreëerd worden die aansluit bij de complexiteit van een organisatie in de gezondheidszorg (Guo 2003). De indeling van de drie hoofdrollen van Mintzberg zijn hiervoor als uitgangspunt gebruikt, die ingevuld worden

met managementrollen gebaseerd op de voorgaande modellen, zie bijlage 3. Veel auteurs, waaronder Kotter (1996), benadrukken echter dat er ook een gevaar is voor het maken van fouten door managers. Zoals in voorgaande paragrafen werd benadrukt is het van belang dat elke stap van een kwaliteitsmodel doorlopen wordt. De rol van de manager is hierin van groot belang aangezien een fout binnen een van de stappen grote gevolgen kan hebben op de rest van de gevolgen. Als antwoord op veel gemaakte fouten bij veranderprocessen onderscheidt Kotter acht fases in het veranderproces waar valkuilen voor managers in kunnen zitten, zie bijlage 5. Managers zijn immers vaak anders dan de boeken beschrijven en brengen een persoonlijke interesse met zich mee naar hun werk waardoor zij informele doelen nastreven in de micro-politiek van een organisatie (Thomas 2003)

'Managementvaardigheden' is opgenomen in het conceptueel model daar uit eerder onderzoek is gebleken dat de rol van een leidinggevende bepalend kan zijn voor het kwaliteitssysteem en hiermee de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg. Deelvraag vier geeft hier verdere invulling aan (Dückers et al. 2010:19).

2.7. Terugkoppeling naar het conceptueel model

Aan het begin van dit hoofdstuk werd het conceptueel model geïntroduceerd, welke stapsgewijs in dit hoofdstuk theoretisch is onderbouwd. Het conceptueel model is gebaseerd op het Exploring Strategy Model van Johnson et al. (2011) en aangepast aan de doeleinden van dit onderzoek. Binnen dit onderzoek staat immers de cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg in Nederlandse ziekenhuizen centraal en uit dit theoretisch kader is naar voren gekomen dat er verschillende factoren hierop van invloed kunnen zijn. Onder deze factoren vallen zowel de externe als interne factoren van een organisatie maar ook de strategische keuzes en acties die een ziekenhuis neemt met betrekking tot de cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg. Dit conceptueel model loopt als een rode draad door dit onderzoek doordat het de fundering vormt voor de deelvragen en de uiteindelijke hoofdvraag. In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de gehanteerde methodologie binnen dit onderzoek, waarna in de daarop volgende hoofdstukken stil wordt gestaan bij de resultaten, conclusie en discussie van dit onderzoek.

Hoofdstuk 3: Methoden

In dit hoofdstuk zal inzicht gegeven worden in het onderzoeksdesign, het plan voor de data-analyse, de methoden en technieken die gebruikt zijn voor de dataverzameling en de instellingen en respondenten die voor dit onderzoek benaderd zijn. Het onderzoeksdesign zal in de eerste paragraaf aan bod komen, gevolgd door de data-analyse in de tweede paragraaf. De derde paragraaf staat stil bij de benaderde respondenten. Paragraaf vier geeft vervolgens inzicht in de wijze van dataverzameling. Aan de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek wordt tot slot in de vijfde paragraaf aandacht geschonken.

3.1. Het onderzoeksdesign

De onderzoeksvorm 'kwalitatieve survey' is bij dit onderzoek naar de cyclische bijsturing van de interne kwaliteit van zorg in Nederlandse ziekenhuizen gebruikt. Hiervoor is gekozen aangezien deze onderzoeksvorm het beste past bij dit onderzoek omdat het zich richt op diepte-interviews die in verschillende cases afgenomen kunnen worden. Door middel van deze diepte-interviews is informatie in de praktijk verzameld. De verzameling van data had een cyclisch verloop, waarbij het interviewen afgewisseld werd met het analyseren. Hierdoor was het mogelijk om de interviews specifiek bij te stellen. De term survey wordt doorgaans geassocieerd met kwantitatief onderzoek maar het grootste verschil ligt hierbij in de vraagstelling, de dataverzameling en de rapportering. Bij kwalitatief onderzoek gaat het om hoe- en waaromvragen en niet om hoe-groot-vragen. De betekenisgeving en de verscheidenheid in betekenisgeving zijn van belang en niet de frequentie van voorkomen. Bij het verzamelen van de data werd dan ook niet gebruik gemaakt van een at-random techniek maar werden respondenten bewust geselecteerd. Tot slot zijn interviews allicht open van aard en de antwoorden worden niet beperkt tot categorieën. Bij de kwalitatieve survey staat de theorievorming vanuit de interviews centraal, wat tevens tot uiting komt in de rapportering waarbij gebruik wordt gemaakt van citaten waardoor de gevonden typen en betekenissen geïllustreerd kunnen worden (Mortelmans 2011:133-135). Naast de kwalitatieve survey is gebruik gemaakt van documentanalyse van de missie van de benaderde ziekenhuizen. Hierbij is aandacht uitgegaan naar de doelen van het ziekenhuis en in hoeverre deze aansluiten bij de strategische keuze om de kwaliteit van zorg cyclisch te blijven bijsturen (Mortelmans 2011:188-190).

3.2. Data-analyse

Deze paragraaf bouwt voort op de voorgaande paragraaf en geeft een overzicht van hoe de inhoudelijke gegevens geanalyseerd zijn, gegeven de verzamelde data (Kroonenberg 2005). In de kwalitatieve analyse van de data van dit onderzoek stond het cyclisch analyseren centraal en hiermee het proces van afbreken en opbouwen van data.

In het onderzoek kwam het iteratieve aspect van de methode op twee manieren naar voren. Allereerst was er sprake van het iteratieve proces van steekproeftrekken. Hierbij ben ik als onderzoeker begonnen met het afnemen van interviews, waarna ze uitgetypt en geanalyseerd werden, zie de volgende paragraaf voor meer informatie. Na elk interview werd de semigestructureerde vragenlijst zo nodig aangepast zodat de blinde vlekken in de analyse in toenemende mate ingevuld werden (Mortelmans 2011:354-355).

Naast het iteratieve proces van steekproeftrekken werd er tevens gebruik gemaakt van het iteratieve proces in de analyse, op basis van voortdurende vergelijking. De bevindingen van de interviews werden steeds opnieuw vergeleken met de data die door middel van literatuurstudie is gevonden waarna gekeken zal werd in welke mate het theoretisch werk standhield. Bij het analyseren was de kern dat de data allereerst afgebroken werd waarna deze weer werd opgebouwd. Met 'afbreken' wordt het opdelen van de grote hoeveelheid verzamelde data in kleinere eenheden bedoeld. Hierbij werd overbodige informatie uit interviews weggelaten en lag de focus op de, voor het onderzoek, relevante informatie. Vervolgens werd de data aan elkaar gerelateerd aan de hand van de volgende thema's: interne en externe factoren, strategische keuzes en managementvaardigheden. Tot slot is heel het verhaal voor het eindrapport uitgeschreven. Aan het proces van afbreken en opbouwen kunnen het open coderen, axiaal coderen en selectief coderen onderscheiden worden, welke hieronder aan bod komen (Mortelmans 2011:355).

Bij het open coderen worden de gegevens opgedeeld in kleinere gehelen. Hierbij worden namen of labels gegeven aan stukken tekst in de data. Hierbij zijn in feite aparte betekenisgehelen geïsoleerd welke relevant leken voor het beantwoorden van de hoofd- en deelvragen (Mortelmans 2011:356).

Het open coderen resulteerde in een zeer uitgebreide set van codes. Bij het axiaal coderen waren de codes met elkaar verbonden waardoor een geheel ontstond. Door middel van het uitwerken van open codes werden concepten benoemd (Mortelmans 2011:356). Hierbij werd dus de betekenis van de belangrijkste begrippen achterhaald en waar mogelijk werden begrippen omschreven en geïllustreerd met voorbeelden. Het benoemde concept hield hierbij in dat duidelijk werd waaraan een categorie te herkennen was en op basis waarvan dit gebeurde (Boeije 2005:99).

De concepten die bij het axiaal coderen werden benoemd werden vervolgens bij het selectief coderen tot slot met elkaar verbonden. De theorie werd hierbij gevormd en uitgewerkt, vragen die hierbij centraal stonden waren: welke processen leiden tot welke uitkomsten en welk type variatie kan begrepen worden met welk ander type variatie (Mortelmans 2011:356)? Hierbij werden enkele concepten gekozen om antwoord te kunnen geven op de volgende vraag: "Hoe kunnen Nederlandse ziekenhuizen de kwaliteit van zorg cyclisch blijven bijsturen?"

3.3. De benaderde instelling en respondenten

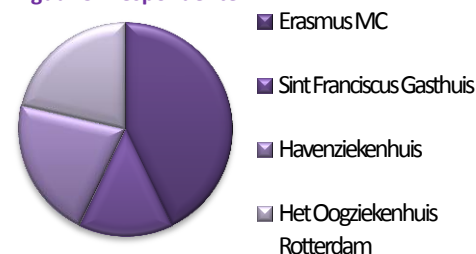
Zoals eerder al werd aangestipt is het bij een kwalitatief onderzoek niet zinvol om gebruik te maken van een random steekproef. Bij een kwalitatief onderzoek wordt immers met één of enkele cases gewerkt of wordt een survey gedaan bij een relatief kleine steekproef. Bij het random selecteren van respondenten loop je als onderzoeker het risico dat uiteindelijk respondenten tegenover je zitten die weinig of niets van het onderwerp dat je wilt onderzoeken afweten. Hierdoor is het voor kwalitatief onderzoek zinnvoller gebruik te maken van doelgerichte steekproeven. De uitgangspunten voor deze steekproef zijn de criteria die de onderzoeker opstelt om zijn eenheden te selecteren. In dit onderzoek is er daarvoor onderscheid gemaakt tussen managers / leidinggevendenden, stafmedewerkers / kwaliteitsfunctionarissen en medewerkers van de werkvloer. Hier wordt aan het einde van deze paragraaf nog verder op ingegaan. Deze criteria zijn opgesteld met als doel om

diepgaand inzicht te verkrijgen in het betreffende thema en een antwoord te vinden op de bijbehorende probleemstelling. In de steekproef staat het selecteren van informatierijke cases centraal (Mortelmans 2011:150).

In totaal zijn veertien interviews afgenomen binnen vier ziekenhuizen. Voor de afbakening van het onderzoek is er voor gekozen met name aandacht te hebben voor ziekenhuizen in de regio Rotterdam, waar dan ook de vier ziekenhuizen gevestigd zijn. In de regio Rotterdam zijn er negen ziekenhuizen, waarom is er dan voor deze vier gekozen voor dit onderzoek? Dit onderzoek richt zich op de kwaliteit van zorg in Nederlandse ziekenhuizen, voor een leek lijken ziekenhuizen waarschijnlijk allemaal op elkaar maar er zijn wel degelijk verschillen. Juist deze verschillen hebben de keuze voor de ziekenhuizen gestuurd aangezien de vier ziekenhuizen uit de regio Rotterdam allemaal verschillende kenmerken hebben. Het Erasmus MC betreft een universitair ziekenhuis, het Sint Franciscus Gasthuis (SFG) is een perifeer ziekenhuis, het Havenziekenhuis is een klein perifeer ziekenhuis met een specialisatie voor tropische aandoeningen en het Oogziekenhuis Rotterdam is een zeer gespecialiseerd ziekenhuis gericht op de oogheelkunde. Naast de veertien interviews binnen deze vier ziekenhuizen is tevens één respondent geïnterviewd welke onderzoek heeft verricht in een ziekenhuis buiten de regio Rotterdam naar kwaliteitssystemen. Hier is voor gekozen om de betrouwbaarheid en validiteit te verhogen zodat de bevindingen van de vier ziekenhuizen in de regio Rotterdam vergeleken konden worden aan een ziekenhuis buiten de regio. De mogelijke regionale verschillen zijn hierdoor geprobeerd te ondervangen. Er is bewust gekozen voor het interviewen van een respondent die zelf lange tijd onderzoek heeft gedaan in een ziekenhuis buiten de regio en derhalve als 'expert' gekenmerkt zou kunnen worden.

In figuur 5 is een overzicht gegeven van de respondenten die zijn geïnterviewd. Zoals in de figuur te zien is, is het grootste deel van de respondenten werkzaam bij het Erasmus MC. Het gaat hierbij om zes respondenten waarvan drie stafadviseurs, één ambtelijk secretaris visitatie, één unithoofd en één verpleegkundige. Het betreft een grote stafafdeling bij het Erasmus MC waardoor er oorspronkelijk voor gekozen is om twee stafadviseurs, die zich bezighouden met de kwaliteit van zorg, te benaderen. De antwoorden die tijdens de interviews werden gegeven bleken echter niet overall overeen te komen waardoor gekozen is voor het spreken van een derde stafadviseur. De keuze voor de respondenten werd tevens beïnvloed door de mate van beschikbaarheid en bereidwilligheid om mee te werken aan dit onderzoek. In bijlage 6 is een tabel te vinden met een overzicht van de verschillende respondenten.

Figuur 5: Respondenten



De onderzoekspopulatie, het grotere geheel wat in het onderzoek bestudeerd werd, omvatte in dit onderzoek een verzameling individuen met bepaalde kenmerken. De onderzoekspopulatie kan, zoals al eerder werd aangestipt, naar aanleiding van hun kenmerken in drie groepen worden ingedeeld:

- Managers / leidinggevenden
- Stafmedewerkers (kwaliteitsfunctionarissen)
- Professionals (medewerkers van de afdelingen)

De keuze voor de drie groepen heeft te maken met de interdependentie, de onderlinge afhankelijkheid, bij de cyclische bijsturing van kwaliteit. De samenwerking tussen de verschillende lagen in een ziekenhuis is dus van groot belang voor het cyclisch bijsturen van de kwaliteit van zorg waardoor ook in dit onderzoek alle lagen aan bod dienden te komen. De drie groepen van individuen hebben één gemeenschappelijk kenmerk: zij zijn werkzaam in een Nederlands ziekenhuis.

Het steekproefkader, de bron waaruit de onderzoekseenheden geselecteerd zijn, bestond voor dit onderzoek met name uit het personeelsbestand van de benaderde ziekenhuizen (Mortelmans 2011:151). Door middel van het gebruik van de sneeuwbalmethode bij de steekproef is tevens gebruik gemaakt van de netwerken van de verworven respondenten. Hierbij gaat het om het contacteren van een persoon welke informatie kan leveren en die vervolgens gevraagd wordt wie er nog meer zou kunnen bijdragen aan het onderzoek. Deze nieuwe namen worden dan gecontacteerd en hen wordt opnieuw de vraag gesteld of zij informatierijke individuen kennen. De cirkel is rond zodra er geen nieuwe namen meer worden genoemd, dan kan geconcludeerd worden dat de steekproef zijn maximum heeft bereikt (Mortelmans 2011:155-156).

3.4. Wijze van dataverzameling

Ten behoeven van de ontwikkeling van het theoretisch kader is gebruik gemaakt van een literatuurstudie, zie hiervoor hoofdstuk 2. De dataverzameling heeft in dit onderzoek met name door middel van interviews plaats gevonden. Het gaat hierbij om diepte-interviews, die zijn gericht op het verkrijgen van rijke, gedetailleerde antwoorden. De insteek was om hierdoor de respondent te stimuleren om te praten. De interviews zijn semi-gestructureerd van aard waarbij gewerkt werd met een vragenprotocol. Bij het vragenprotocol gaat het om een lijst met uitgeschreven vragen die in spreektaal zijn opgesteld. Hiervoor is gekozen zodat een afgebakende set van cruciale onderwerpen aan bod zou komen door middel van een interviewleidraad die van te voren was opgemaakt. Binnen de interviews werd echter wel de flexibiliteit gewaarborgd door in te spelen op de individuele respondenten. Het is immers gebleken dat bepaalde respondenten beter konden vertellen over het ene onderwerp dan over het andere. Er is al bij het opstellen van het vragenprotocol rekening gehouden met ruimte waarbij de interviewer waar nodig door zou kunnen vragen. Wanneer tijdens het afnemen van de interviews opgemerkt werd dat hier te weinig ruimte voor was dan is dit voor het volgende interview bijgesteld. Daarnaast zijn drie vragenprotocollen ontwikkeld voor de drie verschillende groepen respondenten. De vragen lijken grotendeels op elkaar maar voor de aansluiting bij de functie van de respondent zijn enkele vragen hieraan aangepast. Een van de drie vragenprotocollen is terug te vinden onder bijlage 7.

De interviews zijn tevens individueel en face-to-face afgenomen. Aan het begin van het interview is een korte introductie gegeven en is aan de respondenten gevraagd zonder verdere voorbereiding de vragen te beantwoorden. Hierdoor werd voorkomen dat respondenten hun antwoorden aanpassen naar aanleiding van vooraf verworven informatie en antwoorden op de vragen geven waarvan zij denken dat deze verwacht worden. Een interview heeft ongeveer een uur geduurd en werd afgesloten met de vraag of de respondent nog vragen of opmerkingen had met betrekking tot het interview en/of het onderzoek.

Tijdens het interview heeft de interviewer kernpunten meegeschreven en de rest van de informatie werd achteraf door middel van geluidsopnames getranscribeerd. Aan het begin van het interview is altijd voor de geluidsopnames toestemming gevraagd.

Zoals in voorgaande paragrafen aan de orde is gekomen is tevens gebruik gemaakt van documentanalyse. Deze analyse heeft betrekking op het achterhalen van de doelen van een ziekenhuis en te onderzoeken in hoeverre deze aansluit bij de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg.

3.5. Validiteit en betrouwbaarheid

Het postpositivisme gaat er van uit dat verschillende factoren, waaronder ook de persoonlijke kenmerken van de onderzoeker, invloed hebben op de observaties en interviews. Om aan de kwaliteitseisen van het postpositivisme te voldoen, moet een onderzoek echter zo objectief en generaliseerbaar mogelijk zijn. De subjectieve inbreng van de onderzoeker moet dus vermeden worden (objectiviteit) en de resultaten dienen universeel toepasbaar te zijn (generaliseerbaarheid). De objectiviteit kan onderscheiden worden in validiteit en betrouwbaarheid (Mortelmans 2011). Bij een kwalitatief onderzoek is deze validiteit en betrouwbaarheid ten opzichte van kwantitatief onderzoek doorgaans beperkter. Er wordt echter alsnog gestreefd naar een zo valide en betrouwbaar mogelijk onderzoek. In de eerste subparagraaf zal de validiteit aan bod komen en in de tweede subparagraaf de betrouwbaarheid.

3.5.1. Validiteit

Sandelowski (1993) geeft weer dat validiteit er op neer komt dat de onderzoeker met zijn onderzoeksinstrument meet wat hij beweert te meten. In dit onderzoek zijn verschillende maatregelen genomen om de validiteit, ook wel geloofwaardigheid genoemd, bij het verwerven en analyseren van de data te verhogen. De waarheid van de gemeten resultaten, de interne validiteit, is verhoogd door middel van datatriangulatie (Mortelmans 2011:428). Dit houdt in dat verschillende soorten gegevens gebruikt zijn die op een verschillend moment, in verschillende situaties en van verschillende personen verzameld werden (Struyf 2000:71). In dit onderzoek is hiervan gebruik gemaakt door bij het afnemen van interviews onderscheid te maken in groepen respondenten, waarbij medewerkers van de werkvloer, kwaliteitsfunctionarissen en managers onderscheiden worden. Daarnaast is bij het analyseren van de data gezocht naar negatief bewijs. Het gaat hierbij om tegensprekende of ondermijnende resultaten die de uiteindelijke conclusie sterker maken (Mortelmans 2011).

De externe validiteit, de generaliseerbaarheid, is onder meer verhoogd door het toepassen van thick description. Hierbij wordt een rijke beschrijving gegeven van het thema. Om de theoretische generaliseerbaarheid te versterken, zijn sensitizing concepts gebruikt waardoor de resultaten op een theoretische wijze deels gegeneraliseerd kunnen worden (Mortelmans 2011:442). Een ander voorbeeld voor het verhogen van de externe validiteit is het interviewen van een respondent welke afkomstig is vanuit een ander ziekenhuis dan de regio Rotterdam. Hierdoor is gepoogd de generaliseerbaarheid te vergroten, aangezien er rekening is gehouden met eventuele regionale verschillen.

3.5.2. *Betrouwbaarheid*

Van semigestructureerde interviews is onder meer gebruikgemaakt om zo de interne betrouwbaarheid te verhogen. Hierdoor werd voor een bepaalde mate van consistentie en afstemming gezorgd in de manier van bevraging, waardoor de subjectiviteit van de onderzoeker en mogelijke overdracht op de respondent beperkt werd. Daarnaast werd elke audit trail binnen het onderzoek schriftelijk vastgelegd waardoor de mogelijkheid bestaat om het onderzoek in te kijken en de betrouwbaarheid van de dataverzameling en het analytisch werk te controleren. Tot slot is er een logboek bijgehouden waardoor het mogelijk is de procedure achteraf te reconstrueren (Mortelmans 2011:182)

Door de mijn persoonlijke en professionele positie met betrekking tot het onderzoeksthema voorafgaand aan het veldonderzoek te verduidelijken werd de externe betrouwbaarheid verhoogd. Dit is vormgegeven doordat ik een zelfreflectie over het onderzoek heb geschreven. Daarnaast zijn alle beslissingen gerapporteerd, net als alle moeilijkheden die zich voor deden en de gewijzigde plannen. Hierdoor is de reproduceerbaarheid, ook wel de navolgbaarheid genoemd, van het onderzoek verhoogd, daar dit het verloop van het proces verduidelijkt (Mortelmans 2011:434-435).

Hoofdstuk 4: Resultaten

De voorgaande hoofdstukken hebben achtergrondinformatie gegeven over dit onderzoek en stilgestaan bij het theoretisch kader en de gebruikte methodes. Per deelvraag wordt de verworven informatie uit de interviews in de eerste vier paragrafen besproken. Aan het einde van elke paragraaf wordt een antwoord gegeven op de deelvragen door de literatuur, uit hoofdstuk twee, met de antwoorden van de respondenten te verbinden. Tot slot wordt in de laatste paragraaf een antwoord gegeven op de hoofdvraag.



4.1. Deelvraag 1: Hoe spelen externe factoren van een Nederlands ziekenhuis bij de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg een rol?

Tijdens de interviews is met de respondenten, ter beantwoording van deze deelvraag, stilgestaan bij de verschillende omgevingsfactoren die volgens hen van invloed zijn op de cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg.

Daarbij is specifieke aandacht uitgegaan naar de onderdelen van PESTEL. In deze paragraaf wordt allereerst stilgestaan bij de omgevingsfactoren die door de respondenten zelf zijn genoemd. Vervolgens wordt besproken wat voor invloed de overheid, economie, maatschappelijke ontwikkelingen, technologische ontwikkelingen en duurzaamheid volgens de respondenten hebben op de cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg.

4.1.1. Omgevingsfactoren

Voordat er bij de interviews expliciet gevraagd werd in hoeverre bepaalde omgevingsfactoren, zoals de overheid, invloed hebben op de cyclische bijsturing van kwaliteit werd aan de respondenten de algemene vraag gesteld of ze omgevingsfactoren konden benoemen die hier invloed op hebben. De resultaten hiervan zijn te zien in tabel 2.

Tabel 2: Omgevingsfactoren

| Functie respondent | Genoemde omgevingsfactoren | |
|---------------------------------|--|---|
| <i>Stafmedewerker</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Externe audits - Faciliteiten: Gebouw, Technische dienst (ICT) - Faculteiten (artsenopleiding) - Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) - Kwaliteitssystemen - Managementvaardigheden - NIAZ accreditatie - Overheid | <ul style="list-style-type: none"> - Negatieve media-aandacht - Onrust in de organisatie - Overheid: wetgeving, Tweede kamer en ministerie VWS - Patiëntverenigingen - Sluiting van andere ziekenhuizen - VMS - Ziekenhuisbeleid - Zorgverzekeraars |
| <i>Manager / leidinggevende</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Bezuinigingen: eigen bijdrage, kleinere polis pakketten - Externe partijen waarmee samen wordt gewerkt - IGZ - Klant is koning | <ul style="list-style-type: none"> - Negatieve media-aandacht - Overheid: wetgeving - Patiënten - Patiëntverenigingen - plaatje - Zorgverzekeraars |
| <i>Professional</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Economie: bezuinigingen - Nazorg - Managementvaardigheden | <ul style="list-style-type: none"> - Overheid: politiek - Tijd: tekort aan personeel - Zorgverzekeraars |

Uit voorgaande tabel blijkt dat er veel verschillende factoren genoemd zijn die van invloed kunnen zijn op de kwaliteit van zorg. De meeste omgevingsfactoren worden door de stafmedewerkers benoemd, in mindere mate door de managers / leidinggevenden en het minst door de professional. In de context van hun werkzaamheden is dit ook een logische constatering, aangezien stafmedewerkers met name gericht zijn op het rekening houden met de verschillende factoren die van invloed zijn op de organisatie terwijl professionals vooral bezig zijn met de dagelijkse praktijk op de werkvloer.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) werd door respondenten in de functie van stafmedewerker en manager / leidinggevende van alle participerende ziekenhuizen benoemd als omgevingsfactor welke van grote invloed is op de cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg. In het interview met de onderzoeker van buiten de ziekenhuizen kwam de volgende uitspraak naar voren:

“Als je het hebt over de kwaliteit in een ziekenhuis dan moet je in ieder geval denken aan de IGZ, dat is een heel belangrijk orgaan.” (Onderzoeker)

De boodschap van deze uitspraak, dat de IGZ van groot belang is voor de kwaliteit van zorg, kwam in elk interview met de stafmedewerkers of managers / leidinggevenden naar voren. De invloed van de IGZ op de cyclische bijsturing van kwaliteit wordt tevens geconstateerd, wat blijkt uit het volgende citaat:

“Zodra de inspectie er mee te maken heeft zal je het ook regelmatig moeten checken.” (Manager / leidinggevende)

Het bovenstaande citaat maakt duidelijk dat de externe verantwoording die afgelegd moet worden aan de IGZ door de manager / leidinggevende gevoeld wordt als een stimulans om de nieuwe ontwikkeling regelmatig te blijven checken. Als er vervolgens iets gedaan wordt met de uitkomsten van deze check kan er sprake zijn van een cyclische bijsturing van kwaliteit. Naast de IGZ is voor de externe verantwoording tevens de NIAZ accreditatie van groot belang, zo blijkt uit de interviews:

“Uiteindelijk zouden we ook wel bijsturen als we niet zo een NIAZ accreditatie zouden hebben maar dan zou het op een andere manier gaan denk ik.” (Stafadviseur)

Uit deze quote komt naar voren dat de NIAZ accreditatie als leidend wordt ervaren voor de manier waarop de cyclische bijsturing van kwaliteit wordt vormgegeven en het eveneens een stimulans is om dit te blijven doen. Elk ziekenhuis dat aan dit onderzoek heeft meegewerkt was NIAZ geaccrediteerd en hechte hier veel waarde aan, alle respondenten waren ook op de hoogte van deze accreditatie. Het doen van interne audits kwam in elk interview naar voren. In de ziekenhuizen werden dus niet alleen interne audits uitgevoerd maar het speelde ook onder de medewerkers. Een reden die hiervoor werd gegeven was dat de interne audits, zoals het woord het al zegt, door medewerkers vanuit de organisatie worden uitgevoerd. Hierdoor wordt het draagvlak vergroot en zijn de auditanten goed op de hoogte van de kwaliteitsnormen. Er leek echter weinig informatie bij de respondenten aanwezig over de uitkomsten van de interne audits en wat met de resultaten werd gedaan.

Naast de externe verantwoording en interne audits kwam de financiële kwestie van het ziekenhuis in elk interview naar voren. Hierin speelt de huidige crisis volgens de meeste

respondenten een belangrijke rol, maar uit de interviews kwam tevens naar voren dat er ook voor de crisis al elk jaar het budget van ziekenhuizen werd gekort:

“Iedereen zal vinden dat altijd het verkeerde takje wordt gesnoeid, uit welk oogpunt je het ook bekijkt. Maar ik denk wel dat de bezuinigingen invloed hebben op de kwaliteit van zorg, soms kun je ook door bezuinigingen slagvaardiger zijn, maar er is daardoor te weinig tijd om kwaliteit zelf te creëren. (Manager / leidinggevende)”

Uit de bovenstaande uitspraak is af te leiden dat er verschillende kanten van de situatie onder ogen worden gezien. Met name de managers / leidinggevenden geven aan dat hier een tweestrijd in zit. Hun functie draagt hier waarschijnlijk ook aan bij aangezien zij tussen het hoger management en de werkvloer in staan en van beide kanten de input krijgen. Daarnaast illustreert dit citaat dat er door de bezuinigingen ook kwaliteitsverbeteringen plaatsvinden. Het idee dat door bepaalde bezuinigingen de kwaliteit van zorg ook vooruit gaat werd door veel respondenten gedeeld, ook onder de professionals. De negatieve gevolgen van bezuinigingen op de kwaliteit van zorg worden echter eveneens benadrukt in deze uitspraak en tevens gedeeld door andere respondenten. Deze negatieve effecten uiten zich volgens de respondenten met name in het te kort aan tijd voor een goede terugkoppeling en evaluatie. Een andere belangrijke omgevingsfactor, die in de context van bezuinigingen werd genoemd, was de zorgverzekeraar. In elke functiegroep kwam de zorgverzekeraar naar voren, waarbij met name werd gewezen naar de verhoging van de eigen bijdrage en dat steeds minder behandelingen en medicijnen vergoed worden in de basisverzekering. De volgende uitspraak werd met betrekking tot dit onderwerp gedaan:

“Wat ik merk is dat we ons aan moeten passen aan het feit dat mensen langer wachten tot ze naar de doctor gaan. Mijn categorie van patiënten komt dan echt heel erg ziek binnen waardoor heel andere zorg geleverd moet worden.” (Manager / leidinggevende)

Deze manager / leidinggevende gaf hierbij aan dat het later opzoeken van professionele hulp volgens haar komt vanwege de invloed van de zorgverzekeraar en dat de bezuinigingen die zij doorvoeren dus invloed hebben op het ziekteverloop en de therapietrouw van patiënten. De zorgverzekeraar lijkt dan ook niet gezien te worden als een vertegenwoordiger van de belangen van de patiënt:

“De zorgverzekeraar is dan wel de baas maar niet in de business om zorg te leveren, hun corebusiness is geld verdienen.” (Manager / leidinggevende)

Uit de interviews kwam naar voren dat de respondenten zich zorgen maakten over de toekomst van de ziekenhuizen, waarbij de macht van de zorgverzekeraar, de wetgeving en het ziekenhuisbeleid als belangrijke factoren werden genoemd. Het IGZ werd al als overheidsorgaan genoemd aan het begin van deze subparagraaf maar ook andere aspecten van de overheid spelen volgens de respondenten een belangrijke rol voor het huidige en toekomstige beleid voor de ziekenhuizen met betrekking tot de kwaliteit van zorg:

“De tweede kamer en het ministerie vraagt heel veel van ons waarbij ook het thema van spreiding en concentratie veel onder de aandacht is.” (Stafadviseur)

Uit dit citaat blijkt dat er door de respondenten al naar toekomstscenario's wordt gekeken en dat deze afhankelijk zijn van de politieke beslissingen van de komende tijd. Uit verschillende interviews is dit naar voren gekomen en er werd ook benoemd dat de huidige media-aandacht van invloed is op de kwaliteit van zorg. Deze invloed is volgens hen niet alleen positief, dat er meer nadruk komt te liggen op de kwaliteit van zorg, maar ook negatief doordat professionals onzeker worden omdat ze geen fouten willen maken en bang zijn voor de gevolgen.

Zoals in tabel 2 te zien is, zijn er tientallen omgevingsfactoren die genoemd zijn door de respondenten, de meest genoemde en benadrukte factoren zijn hiervoor toegelicht. In de volgende subparagrafen wordt dieper ingegaan op de verschillende omgevingsfactoren – overheid, economie, maatschappelijke ontwikkelingen, technologische ontwikkelingen en duurzaamheid – waar specifiek tijdens de interviews nog naar is gevraagd, naar aanleiding van het PESTEL raamwerk.

4.1.2. PESTEL

In de subparagraaf 2.3.1. zijn de verschillende onderdelen van het raamwerk uitgekristalliseerd. De P die staat voor 'politiek' benadrukt de rol van de overheid. Uit de algemene vraag die aan de respondenten werd gesteld - wat voor omgevingsfactoren volgens hen invloed hebben op de cyclische bijsturing van zorg - is naar voren gekomen dat de overheid volgens hen hier een belangrijke rol in speelt. In de eerste subparagraaf werd al aangehaald en benadrukt dat de inspectie en externe verantwoording niet alleen als negatief wordt ervaren maar de cyclische bijsturing van kwaliteit juist lijkt te prikkelen. Respondenten gaven in de interviews bijvoorbeeld ook aan dat de overheid benchmarking stimuleert en deze ook zelf initieert welke als prikkels worden ervaren om aan benchmarking te doen. Uit de interviews is gebleken dat juist professionals in de praktijk het minst lijken te merken van de invloed van de overheid, wat onder meer blijkt uit de volgende uitspraak:

“De fundering wordt gelegd door de overheid maar in de dagelijkse praktijk zie ik hun invloed niet direct terug komen.” (Professional)

Uit de bovenstaande uitspraak komt echter wel naar voren dat de positie van de overheid herkend wordt als fundament van de zorg maar niet direct voorbeelden genoemd kunnen worden van hun invloed in de dagelijkse praktijk. Deze uitspraak kan in relatie staan met het als 'vanzelfsprekend' beschouwen van bepaalde processen, waardoor niet op wordt gemerkt hoe in de dagelijkse praktijk de overheid invloed heeft op de kwaliteit van zorg. Op andere momenten in de interviews kwam vaak het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) immers ter sprake, welke door de overheid is geïnitieerd, en ook op de werkvloer merkbaar is:

“Het VMS veiligheidsprogramma is opgesteld en dat heeft wel heel veel invloed op het ziekenhuis. Dat heeft ons er toe gebracht dat we in die factoren (de tien thema's) de PDCA cyclus doorlopen.” (Stafmedewerker)

Uit het voorgaande citaat blijkt dat het VMS de cyclische bijsturing van kwaliteit in Nederlandse ziekenhuizen bevordert en uit meerdere interviews is gebleken dat dit

programma in de verschillende lagen van de organisatie leeft en bewust wordt gebruikt. Het VMS komt ook in latere paragrafen terug daar het door de ziekenhuizen dikwijls als speerpunt is geformuleerd.

Samengevat gaven de respondenten tijdens de interviews aan dat de invloed van de politiek op de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg direct en indirect merkbaar is. Hierbij worden verschillende belangrijke organen van de overheid genoemd zoals de IGZ en het VMS. De invloed die de politieke besluiten hebben op de invulling van de cyclische bijsturing wordt zowel positief als negatief ervaren. Uit de interviews kwam bij dit thema ten slotte naar voren dat er behoefte was aan meer zekerheid, wat bemoeilijkt wordt door de wisselende regering en de onzekere economische situatie waar Nederland in verkeert. Hier gaat de volgende subparagraaf dieper op in.

4.1.3. PESTEL

Bij de algemene vraag naar omgevingsfactoren aan de respondenten werd niet alleen de politiek maar ook de economie veelvuldig genoemd als belangrijke omgevingsfactor, die betrekking heeft op de cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg in Nederlandse ziekenhuizen. Hierbij werd door de respondenten aangegeven dat de bezuinigingen te maken hebben met de huidige economische crisis maar dat ook daarvoor elk jaar bezuinigd werd:

“Het moet meer voor minder. Ik denk dat we daar al jaren mee te maken hebben.” (Manager / leidinggevende)

Uit de interviews kwam veelal naar voren dat ziekenhuizen er naar streven om niet te bezuinigen op de kwaliteit van zorg maar dat dit toch gebeurt. De respondenten gaven aan dat de economische invloed op de kwaliteit van zorg zowel direct als indirect merkbaar was. De indirecte invloeden worden teruggezien door het korten van personeel waardoor er minder handen aan het bed zijn en er dus ook minder tijd vrij kan worden gemaakt om te evalueren en terug te koppelen. Een direct gevolg voor de cyclische bijsturing wordt in de volgende quote helder weergegeven:

*“Ziekenhuizen lijken vaak de efficiëntie en effectiviteit tegenover de kwaliteit van zorg te stellen. Het is zeker zo dat de ziekenhuizen op dit moment moeten kijken op welke manier ze in kwaliteitswerk kunnen investeren en in welke mate de economische mogelijkheden een rol spelen en ze beperken.”
(Onderzoeker)*

Uit de bovenstaande quote komt naar voren dat er door ziekenhuizen een afweging moet worden gemaakt tussen geld en kwaliteit. Het merendeel van de respondenten gaf dit in de interviews aan en er leek ook een onrust te zijn binnen de ziekenhuizen door de onzekerheid over de eventuele maatregelen die genomen zullen worden:

“Maatregelen die genomen zijn door de economie die leven wel onder de medewerkers en ze maken zich daar ook wel zorgen over.” (Stafmedewerker)

Deze stafmedewerker gaf tevens aan dat er voor opgepast moet worden dat de ervaren medewerkers het zekere voor het onzekere nemen en een andere baan zoeken. Momenteel

is er veel onzekerheid in de zorg en weinig baangarantie, maar om de kwaliteit van zorg te kunnen waarborgen is het volgens de respondenten van belang dat ervaren professionals behouden blijven en niet uitstromen. Deze uitstroom wordt ook door managers / leidinggevenden van de ziekenhuizen gevreesd naar aanleiding van zowel de onzekerheid als de toenemende werkdruk:

“De werkdruk van de uitvoerende medewerkers wordt alleen maar hoger door personeelskortingen en op bepaalde processen bezuinigd worden. Er wordt hier vaak te weinig bij de primaire processen bij nagedacht.” (Manager / leidinggevende)

Dit citaat geeft weer dat er volgens hen niet altijd goed gekeken wordt bij de doorvoering van nieuw beleid, wat voor invloed dit heeft op de werkvloer en hiermee op de kwaliteit van zorg. Medewerkers lijken de bezuinigingen dan tot een bepaald punt te begrijpen en te accepteren maar hebben inmiddels het gevoel alsof de bodem van de put bereikt is:

“Als je een bakker tien euro geeft dan kan hij er tien broodjes mee bakken, maar als je acht euro geeft zegt hij: ‘Ik kan er toch echt maar acht van maken’.” (Manager / leidinggevende)

Met deze uitspraak wilde de manager / leidinggevende aangeven dat de handen van een professional soms gebonden zijn aan het budget wat beschikbaar is. Doordat een ziekenhuis een dienstverlenende organisatie is wordt de bodem van de put vaak niet gezien, ook al staan ze er op. Van de bakker wordt immers geaccepteerd dat hij met acht euro maar acht broodjes kan bakken, terwijl als het budget van een professional wordt gekort hij of zij even veel patiënten dient te helpen. Door de bezuinigingen wordt echter niet alleen gekort op personeel maar ook goedkoper materiaal aangeschaft:

*“Je merkt dat door de bezuinigingen wat goedkoper materiaal komt.”
(Professional)*

Bezuinigingen op materialen, zoals ook aangegeven door de professional in het voorgaande citaat, is al jaren aan de gang. In principe is hier niets op tegen als de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft. Er zijn echter verschillende incidenten welke aangeven dat dit niet altijd het geval is. Een dergelijk incident wordt weergegeven in Kader 1, waarbij een casus van het Havenziekenhuis wordt besproken.

Kader 1: Patiënten ziek na gebruik van vervuild narcosemiddel

Eind september 2008 werden zeven patiënten uit het Havenziekenhuis in Rotterdam ziek na een relatief eenvoudige ingreep, waarvan één wekenlang in kritieke toestand lag. De anesthesioloog, Prof. dr. Jan Klein, tegenwoordig hoogleraar veiligheid in de zorg, vertelde hier over in het kader van een hoorcollege van het modulair Veiligheidsmanagement aan de Erasmus universiteit. Ten grondslag van de medische fout lag de bezuiniging op een narcosemiddel. Door het ziekenhuis was gekozen over te gaan op grote verpakkingen voor toediening bij meerdere patiënten. Daarnaast was er gekozen voor een namaakmerk wat eveneens de kosten zou reduceren. Door de grootverpakking en de afwezigheid van bacterieremmers in het namaakmiddel kon het bacterieel besmet raken en werd het vervolgens toegediend bij de patiënten. Gezien de geringe complexiteit van de operaties viel het op dat zeven patiënten ziek waren geworden, de kans is groot dat het bij andere ziekenhuizen welke complexere patiënten behandelen niet teruggewend was geleid naar het middel waardoor nog veel meer mensen ziek

waren geworden. Prof. dr. Jan Klein constateerde in de nasleep van de affaire dat circa tweederde van de Nederlandse ziekenhuizen Propofol op dezelfde wijze gebruikte als het Havenziekenhuis. Onduidelijk is hoeveel ziekenhuizen hun werkwijze hebben aangepast. (Klein 2013)

Deze casus laat een situatie zien, die niet zeldzaam is in de praktijk, waarbij bezuinigingen op materialen hebben geleid tot een minder veilige en dus geringere kwaliteit van zorg. Dergelijke gevallen lijken door de economische crisis volgens de respondenten toe te nemen.

Bovenstaande samengevat is uit de interviews naar voren gekomen dat de economie van grote invloed lijkt te zijn op de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg. Hierbij worden zowel positieve als negatieve invloeden genoemd. Een positieve invloed is bijvoorbeeld dat er efficiënter wordt gewerkt, wat tevens de kwaliteit en de waarborging hiervan ten goede kan komen. Negatieve invloeden worden met name gezien op het gebied van bezuinigingen waardoor minder personeel werkzaam is op een afdeling en goedkoper materiaal wordt aangeschaft. Op de maatschappelijke ontwikkelingen die gepaard gaan met de hiervoor besproken economische ontwikkelingen gaat de volgende subparagraaf dieper in.

4.1.4. PE**S**TEL

De S staat voor 'social' en krijgt in dit onderzoek een plek door stil te staan bij de maatschappelijke ontwikkelingen die van invloed zijn op de kwaliteit van zorg en hoe deze cyclisch wordt bijgestuurd. Door de respondenten werd met name de mondiger wordende burger als een belangrijke maatschappelijke ontwikkeling genoemd. Er werd aangegeven dat dit een ontwikkeling is van het laatste decennium en dat met name de jongere patiënten mondiger worden. Bij oudere patiënten zijn het dan met name de mantelzorgers of directe familieleden die als mondiger worden ervaren. Verschillende professionals gaven aan dat ze de zorg hier ook op afstemmen, zoals blijkt uit de volgende uitspraak:

"Je ziet wel een verschil waarop je je zorg af stemt, mensen weten veel meer en denken veel meer mee wat fijn is maar ook lastig kan zijn." (Professional)

De twee kanten van de medaille worden ook door andere respondenten benadrukt aangezien de informatie die de patiënten van te voren hebben verworven via bijvoorbeeld internet niet altijd correct is en dit moet vervolgens door de professional uit worden gelegd. De positieve kant wordt echter ook belicht daar aan wordt gegeven dat het ook goed is voor de behandeling als patiënten meer van hun ziekte of aandoening afweten waardoor de betrokkenheid en therapietrouw toeneemt. De zorg wordt volgens de respondenten ook afgestemd op de groeiende behoefte naar informatie, wat onder meer blijkt uit het volgende citaat:

"Doordat ze mondiger zijn en de vragen meer uiten merken we soms op dat er misschien behoefte is aan meer informatie en plannen we een tussentijds familiegesprek in waar de zorg wordt besproken." (Professional)

Een andere maatschappelijke ontwikkeling die aan werd gehaald door de respondenten en die aansluit bij de assertiviteit van de patiënt is het gebruik van social media:

*“Via social media merk je deze assertiviteit ook, als er bijvoorbeeld op een bepaalde afdeling lange wachttijden zijn dan gebruiken ze social media om te eisen sneller geholpen te worden, dat is wel het bijzondere van deze tijd”
(Manager / leidinggevende)*

Het eisen van een snellere behandeling, zoals in bovenstaande citaat wordt genoemd, werd volgens deze respondent gedaan door het plaatsen van een social media bericht waarbij geklaagd werd over de lange wachttijden. Hierdoor voelde het ziekenhuis, volgens de respondent, de noodzaak hierop te anticiperen aangezien ze bang waren dat het anders slechte mond-op-mond-reclame zou zijn. Naar aanleiding van deze uitspraak gaf deze manager / leidinggevende aan dat patiënten eerder op hun strepen staan en veeleisender geworden zijn. De respons van andere respondenten op dit onderwerp sloot hierbij aan. Ze geven dan wel aan dat het ook goed is dat deze ontwikkeling gaande is maar benadrukken tevens dat het vaak te ver gaat:

“Men vind het acceptabel dat men alles kan zeggen.” (Manager / leidinggevende)

De ‘mondiger wordende burger’ wordt dus zowel positief als negatief opgevat door met name de professionals en de managers / leidinggevenden. De stafmedewerkers benadrukken echter nog een ander aspect, namelijk de mate waarin een ziekenhuis transparanter moet worden zodat de patiënt ook een keuze kan maken in de zorg. Dit streven wordt zowel van buitenaf gevoeld, zoals door overheidsmaatregelen, inspecties en mediaberichten maar ook door intrinsieke drijfveren welke doorgaans neerkomen op de uitstraling van het ziekenhuis.

Naast de mondiger wordende burger werd ook een meer demografische ontwikkeling genoemd, de vergrijzing. De vergrijzing heeft voor het Oogziekenhuis Rotterdam bijvoorbeeld tot gevolg dat ze meer patiënten krijgen aangezien het grootste deel van oogziekten op latere leeftijd optreedt. Daarnaast geven respondenten van andere ziekenhuizen aan dat er veel geïnvesteerd wordt in ‘nieuwe’ afdelingen en specialismen zoals de Geriatrie.

Naast de mondiger wordende burger en de vergrijzing wordt nog een derde maatschappelijke ontwikkeling geconstateerd door de respondenten, het later opnemen van patiënten. Onder ‘economie’ werd al genoemd dat de bezuinigingen invloed hebben op de kwaliteit van zorg, respondenten zien dat patiënten wachten tot het echt niet langer kan en dan pas professionele zorg opzoeken. Hierdoor komen patiënten zeker het ziekenhuis in en zijn mantelzorgers volgens de respondenten overbelast. Met name de respondenten die met de oudere doelgroep werken geven dit aan maar ook op andere afdeling wordt dit signaleerd:

“Wat ik wel steeds meer zie is dat door de bezuinigingen steeds meer mensen op de afdeling komen die niet verzekerd zijn of de zorg door de hoge eigen bijdrage niet meer kunnen betalen.” (Manager / leidinggevende)


Deze maatschappelijke ontwikkeling lijkt dus ook te maken te hebben met de economie en bezuinigingen maar ook met de beslissingen vanuit de overheid en zorgverzekeraars. Hierin uit zich de complexiteit van zorg heel duidelijk, zoals aan het begin van dit hoofdstuk al werd

aangehaald. Daarnaast komt ook het cyclische aspect hierin naar voren aangezien de terugkoppeling lijkt te ontbreken tussen wat er op de werkvloer wordt geconstateerd en naar de overheid of zorgverzekeraars wordt gecommuniceerd.

Al met al zij er drie belangrijke maatschappelijke ontwikkelingen genoemd, te weten de mondiger wordende burger (1), de vergrijzing (2) en het later opnemen van patiënten (3). Bij de interviews werden deze ontwikkelingen tevens als reden gegeven waarom het zo belangrijk is dat er continu de kwaliteit van zorg wordt verbeterd. De omgeving is immers in beweging waardoor de kwaliteit dit ook zou moeten zijn. Een andere ontwikkeling waar de kwaliteit van zorg mee afgestemd kan worden is de technologische ontwikkeling die in de volgende subparagraaf aan de orde komt.

4.1.5. PESTEL

De T in PESTEL staat voor technologische ontwikkelingen en bij de interviews werd dan ook aan de respondenten gevraagd in hoeverre zij van mening zijn dat technologische ontwikkelingen van invloed zijn op de kwaliteit van zorg en of ze hier voorbeelden van kunnen noemen. De meest genoemde technologische ontwikkeling was de digitalisering van het patiëntendossier. De invloed die dit heeft op de kwaliteit van zorg wordt ook opgemerkt, wat onder meer uit de volgende uitspraak blijkt:



“Je hebt ook geen briefjes meer zoals dat je een röntgenfoto wilt laten maken en dat je het briefje naar de röntgenafdeling moet brengen waarbij soms gebeurt dat de briefjes kwijt raken en de patiënt pas aan het einde van de dag naar de röntgen gaat.” (Professional)

Uit deze illustratie komt naar voren dat de werkprocessen worden bevorderd door de invoering van het elektronisch patiëntendossier (EPD). De invoering van het systeem verschilt echter per ziekenhuis. Het ene ziekenhuis doet dit stapsgewijs, terwijl het andere ziekenhuis direct alle gegevens wil digitaliseren. De stapsgewijze invoering heeft volgens een respondent als voordeel dat er systeemveranderingen tussendoor nog plaats kunnen vinden waardoor de kwaliteit cyclisch kan worden bijgestuurd. De ziekenhuizen lijken volgens de respondenten met betrekking tot de invoering van het EPD allemaal zelf het wiel opnieuw uit te willen vinden en kijken weinig naar de manier waarop andere ziekenhuizen het EPD al succesvol in hebben gevoerd. Vanuit de complexiteitstheorie zou het niet ‘klakkeloos’ overnemen van een implementatiemethode echter juist een goede manier zijn aangezien het belangrijk is dat er wordt gekeken naar de context waarin het EPD in dit geval geplaatst wordt. Dat de respondenten dit een omslachtige methode vinden kan er uit voortkomen dat ze denken in het kader van de systeembenadering waarbij innovaties doorgaans gebaseerd zijn op best practices en evidence based medicine / practice.

Onder maatschappelijke ontwikkelingen werd al social media genoemd als een trend. Dit onderwerp kwam ook bij de technologische ontwikkelingen naar voren aangezien steeds meer ziekenhuizen actief in proberen te spelen op de social media berichten die worden geplaatst.

“Er komt wel een social media beleid en we vinden dit als ziekenhuis ook wel heel belangrijk. Het heeft ook te maken met PR. De Raad van Bestuur (RvB) is hier ook wel in geïnteresseerd en komen hier soms ook wel mee en anders komen dergelijke berichten binnen via de afdeling communicatie.” (Manager / leidinggevende)

Uit deze uitspraak blijkt dat er momenteel nog geen social media beleid is in het betreffende ziekenhuis maar dat hier wel aan wordt gewerkt. Zoals al eerder werd genoemd gaat het volgens de respondenten met name om het imago en de mate waarin deze schade kan lopen doordat negatieve berichten worden geplaatst zonder dat hierop wordt geanticipeerd vanuit de organisatie. Daarnaast wordt hierin aangegeven dat verschillende lagen in de organisatie hiermee bezig zijn. Uit het interview met deze manager / leidinggevende bleek dat de steun van de RvB helpt om draagvlak te creëren in de organisatie. De respondenten staan heel positief tegenover deze verandering naar het digitaliseren van bestanden en lijken ook geïnteresseerd in andere technologische ontwikkelingen, welke met name door financiële redenen niet in gebruik worden genomen.

“Er zijn heel veel technologische ontwikkelingen in de geriatrie waar we het grootste deel zelf, vanwege financiële redenen nog niet hebben ingevoerd, maar waar we wel ons goed over laten informeren.” (Professional)

De technologie waar de respondenten in zijn geïnteresseerd dragen bij aan de kwaliteit van zorg en vaak ook aan de werklast van medewerkers:

“Hierbij kijken we met name naar Arbo technische verbeteringen, dat geeft goede kwaliteit zowel voor de patiënt als voor de medewerker.” (Manager / leidinggevende)

Bij deze ‘Arbo technische verbeteringen’ kan gedacht worden aan tilliften, camerabewaking en bewegingssensoren die zowel betere zorg voor de patiënt mogelijk maken als de zorgverlener ontlasten. Zoals in hoofdstuk twee al werd genoemd kunnen echter niet alleen voordelen maar ook nadelen verbonden zijn aan technologische ontwikkelingen, zo blijkt uit ander onderzoek.

Samengevat illustreren de bovenstaande resultaten dat met name de digitalisering van het patiëntendossier (EPD) als technologische ontwikkeling wordt genoemd die de kwaliteit van zorg verbeterd door de werkprocessen te bevorderen. Daarnaast worden social media en Arbo technische verbeteringen genoemd waarvan verwacht wordt dat deze in de toekomst nog meer aandacht zullen (moeten) krijgen.

4.1.6. PESTEL

De tweede E staat voor ‘environment’ en tijdens de interviews is aan de respondenten gevraagd in hoeverre het ziekenhuis waar zij werkzaam zijn bezig is met de verbetering van kwaliteit op het niveau van duurzaamheid. Uit de antwoorden op deze vraag is af te leiden dat alle ziekenhuizen bewust bezig zijn met duurzaamheid maar dat het moeilijk is dit te verbinden aan de kwaliteit van zorg. Indirect worden wel verbanden hiermee gelegd daar

aangegeven wordt dat het streven naar meer duurzaamheid vanuit maatschappelijke betrokkenheid komt maar ook naar aanleiding van verdere bezuinigingen. In de gesprekken met de medewerkers van het Erasmus MC kwam met name de duurzaamheid naar voren daar de nieuwbouw hier veel mee zal doen. Een voorbeeld hiervan, die tevens de kwaliteit van zorg beïnvloedt, is dat er groene daken komen. Zo wordt de omgeving van de patiënt meer uitnodigend en is het goed voor het milieu.

4.1.7. PESTEL

De L staat voor 'legal' en is hiermee het wettelijke onderdeel van het raamwerk. Uit de interviews kwam naar voren dat ook dit omgevingsaspect van invloed is op de kwaliteit van zorg en hoe deze cyclisch wordt bijgestuurd:

“Bij ons is de wetgeving heel belangrijk. Een voorbeeld hiervan is de euthanasiewet, er zijn hier momenteel debatten over en zullen we straks waarschijnlijk eerder te maken krijgen met de vraag naar euthanasie en de uitvoering er van.” (Manager / leidinggevende)

Uit deze uitspraak blijkt dat de behandeling afgestemd moet worden op de veranderingen in de wet- en regelgeving. Veranderingen hierin brengen veranderingen in de praktijk met zich mee die vervolgens weer geëvalueerd en bijgesteld moeten worden en zo invloed hebben op de kwaliteit van zorg.

4.1.8. Antwoord op deelvraag 1

Uit de interviews is naar voren gekomen dat omgevingsfactoren een grote rol spelen bij de cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg in Nederlandse ziekenhuizen. Belangrijke omgevingsfactoren die werden genoemd door de respondenten hadden betrekking op de overheid en de externe verantwoording. Dit sluit aan bij de literatuur die aangeeft dat met name de externe verantwoording van ziekenhuizen naar de overheid toe een belangrijke factor is voor de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg (Voetelink & Sanders 2005). Tegenstrijdige wet- en regelgeving (Putters et al. 2009) is niet genoemd door de respondenten. Het afwachten en gehoorzamen aan de overheid (Putters et al. 2009) lijkt gedeeltelijk wel terug gezien te worden door de respondenten maar eerder in de vorm van het gevoel van onmacht in afwachting van nieuwe wetten, maatregelen of bezuinigingen. De respondenten geven tevens aan dat de IGZ en de benodigde certificering invloed hebben op de kwaliteit van zorg en hoe deze cyclisch wordt bijgestuurd.

Wat de economie betreft zijn er verschillende geluiden te horen. De besparingen van ziekenhuizen naar aanleiding van de economische crisis hebben volgens de NVZ geen invloed op de zorgkwaliteit maar wordt zeker wel als zodanig door de respondenten ervaren. Met name bij personeelstekorten en bezuinigingen op materiaal wordt door de respondenten gevreesd voor negatieve gevolgen voor de kwaliteit van zorg en de mate waarin deze cyclisch wordt bijgestuurd. Bezuinigingen hebben echter niet alleen maar negatieve gevolgen voor de zorg volgens de respondenten aangezien zij aangeven dat hierdoor soms de zorg juist efficiënter wordt. Dit sluit aan bij de uitspraak van zorgverzekeraar Achmea dat ziekenhuizen op een tal van punten efficiënter blijken te kunnen werken (Trouw 2010). De vraag blijft echter nog bestaan of de grotere efficiëntie ook een positieve uitwerking heeft op de kwaliteit van zorg en hoe deze cyclisch wordt bijgestuurd.

Dat technologische ontwikkelingen voor- en nadelen hebben wordt zowel in de literatuur als door de respondenten benadrukt (Pattyn & Raymaekers 2010:26, Bal 2012). Nieuwe apparatuur wordt vaak niet aangeschaft door de financiële beperkingen. Concurrentie heeft volgens de respondenten een goede invloed op de cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg. De negatieve gevolgen die worden genoemd hebben met name betrekking op de verhoging van productie waardoor minder tijd zou kunnen worden besteed aan de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg. De genoemde concurrentie door de respondenten had met name betrekking op de rankings, zoals de AD top 100, waarbij ziekenhuizen met elkaar worden vergeleken. Zij gaven aan dat dit wel op de productie invloed had maar juist doordat als een ziekenhuis goed scoorde meer patiënten voor het betreffende ziekenhuis kozen. Als een ziekenhuis daalt op de ranglijst kiezen juist minder patiënten volgens de respondenten voor het betreffende ziekenhuis en wordt zo de productie beïnvloed. De ranglijsten lijken dus een stimulans te zijn voor een ziekenhuis ten gevolge van onder meer de productie.

Samengevat kan dus worden gezegd dat omgevingsfactoren van invloed zijn op de kwaliteit van zorg maar onduidelijk is hoe zij de cyclische bijsturing precies beïnvloeden.



4.2. Deelvraag 2: Hoe hebben interne factoren van een Nederlands ziekenhuis invloed op de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg?

Ter beantwoording van deze deelvraag is er tijdens de interviews aandacht geweest voor de mogelijkheden, de cultuur en de doelen van de zorgorganisatie. De resultaten hiervan worden in deze subparagraaf achtereenvolgens besproken.

4.2.1. Mogelijkheden van de ziekenhuizen

Binnen de mogelijkheden van de ziekenhuizen worden in dit onderzoek twee componenten onderscheiden, te weten de middelen en competenties die een ziekenhuis benodigd om de kwaliteit van zorg cyclisch te kunnen blijven bijsturen. Uit het voorafgaande literatuuronderzoek is gebleken dat de aanwezigheid van een kwaliteitsfunctionaris, prestatie-indicatoren, kwaliteitssysteem en kwaliteitsmodel belangrijke mogelijkheden zijn ter bevordering van de cyclische bijsturing van kwaliteit. In elk participierend ziekenhuis was een kwaliteitsfunctionaris in dienst. De naam van deze functie verschilde echter, zoals al in het methoden hoofdstuk werd benadrukt. Zoals in de voorgaande subparagraaf werd aangehaald is er in de ziekenhuizen veel belang voor de NIAZ accreditatie en hiermee ook voor de prestatie-indicatoren en interne audits. De NIAZ werd dan ook door het merendeel van de respondenten genoemd als kwaliteitssysteem. De rest van de respondenten gaf aan dat er geen kwaliteitssysteem in het ziekenhuis waar zij werkzaam zijn wordt gehanteerd. Opvallend was ook dat een groot deel van de respondenten niet direct wist wat er met 'kwaliteitssysteem' of 'kwaliteitsmodel' werd bedoeld toen hier tijdens de interviews naar gevraagd werd. De onduidelijkheid over het gehanteerde kwaliteitssysteem werd tevens benadrukt door de constatering dat verschillende stafmedewerkers van hetzelfde ziekenhuis verschillende kwaliteitssystemen aandroegen. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat er volgens de respondenten na een aantal jaren wordt gewisseld van kwaliteitssysteem en/of omdat de NIAZ accreditatie bijvoorbeeld gebaseerd is op het INK model en de PDCA cyclus. Onder de stafmedewerkers is hier dan ook weinig eenduidigheid in en de professionals lijken

helemaal niet op de hoogte te zijn van het gehanteerde kwaliteitsmodel, zo blijkt uit de volgende uitspraak:

“Uit mijn hoofd gezegd is die er wel maar hoe die heet en hoe die precies in elkaar zit weet ik niet.” (Professional)

De bovenstaande uitspraak is geen uitzondering maar eerder de regel onder de professionals die voor dit onderzoek zijn geïnterviewd. De PDCA cyclus kennen ook niet alle professionals en als ze hiermee bekend zijn wordt deze in een andere context genoemd dan naar aanleiding van de vraag over het gehanteerde kwaliteitssysteem. Deze constatering wordt ondersteund door het NIVEL onderzoek van subparagraaf 1.2.1. waarbij benadrukt werd dat nog lang niet alle ziekenhuizen een kwaliteitsmanagementsysteem hebben geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk. Na de vraag over welk kwaliteitssysteem wordt gehanteerd is aan de respondenten gevraagd in hoeverre ze daarin het cyclische aspect terug kunnen zien. Hier kon het merendeel van de respondenten een antwoord op geven en deze illustreren door middel van een voorbeeld:

“Als je het NIAZ rapport neemt bijvoorbeeld dan zie je dat je per norm moet aangeven wat je doet, wat je gedaan hebt, wat je hebt teruggekoppeld en hoe je het verbeterd. Dus je moet die PDCA continu doornemen voor de NIAZ accreditatie.” (Stafmedewerker)

Uit bovenstaand citaat blijkt tevens dat er een koppeling gemaakt wordt tussen de NIAZ accreditatie en de PDCA cyclus die hieraan ten grondslag ligt en wat ook door veel respondenten zo wordt omschreven. Daarnaast zijn er grote verschillen tussen afdelingen en wellicht ook tussen ziekenhuizen te zien wat betreft de opvattingen van professionals over de mate waarin de cyclische bijsturing van kwaliteit in hun ziekenhuis plaatsvindt.

“Ik zie in de praktijk ook niet echt bewust dat er kwaliteitsverbeteringen doorgevoerd worden.” (Professional)

De uitspraak van deze professional staat lijnrecht tegenover die van andere professionals welke juist aangeven dat er veel wordt gedaan om de kwaliteit van zorg cyclisch bij te sturen en hier ook voorbeelden van kunnen noemen.

Uit de bovenstaande resultaten blijkt dat er weinig eenduidigheid is over het gehanteerde kwaliteitssysteem en dat hier vooral op de werkvloer weinig kennis over is. In het volgende hoofdstuk wordt hier nader op ingegaan.

4.2.2. Cultuur

Voor de implementatie van strategische veranderingen, zoals ook de cyclische bijsturing van kwaliteit, is het volgens Johnson et al. (2011) van belang om naar de cultuur binnen een organisatie te kijken. Door middel van de interviews is geprobeerd hier meer inzicht in te verkrijgen waardoor ook gevraagd is naar de mate waarin de cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg speelt onder de medewerkers en hoe zij reageren als een verandering ten behoeve van de kwaliteit van zorg wordt ingevoerd. Uit de interviews kwam naar voren dat maar één van de benaderde afdelingen aangaf dat de cyclische bijsturing van kwaliteit

onder de medewerkers speelt en zij hier ook bewust mee bezig zijn. De managers / leidinggevend en professionals van de overige afdelingen gaven aan dat dit niet direct speelt onder de medewerkers maar dat zij dit met name onbewust al deden.

“Ik denk dat verpleegkundigen en artsen, als ze iets beter en anders willen, het al vanzelf gaan doen zonder dat het op papier vast staat. Ik denk dat het met name bij verpleegkundigen vooral hun denkwijze is. Hoe je de dingen die je hebt zo goed mogelijk in kunt zetten.” (Stafmedewerker)

De strekking van de voorgaande uitspraak, dat het cyclische bijsturen van de kwaliteit bij de waan van de dag hoort maar professionals hier niet nadrukkelijk bij stil staan, werd door veel respondenten benoemd. De manier waarop gereageerd wordt op vernieuwingen is volgens de respondenten de laatste jaren verbeterd waardoor er minder weerstand en meer begrip is voor vernieuwing. De respondenten gaven echter ook aan dat het afhankelijk is van de afdeling en met name de leidinggevende in hoeverre medewerkers open staan voor vernieuwing. Daarnaast wordt geregeld benadrukt dat verpleegkunde een ‘doe-vak’ is en vaak vast willen houden aan de gewoontes die zij hebben:

“Verpleegkundigen zijn vaak van ‘we doen het op deze manier en als het moet veranderen dan veranderen we wel maar dan moet je wel met een goed argument komen’.” (Professional)

Het bovenstaande citaat geeft tevens weer dat de argumentatie en dus communicatie belangrijk is. In de interviews werd veelvuldig genoemd dat het van groot belang is dat er informatie wordt verstrekt over de implementatie en waar bijvoorbeeld bepaalde extra scorelijsten voor dienen om zo gemotiveerd te raken en draagvlak te creëren. Managementvaardigheden werden ook hier dus weer genoemd als essentieel voor het bereiken van draagvlak en om zo uiteindelijk tot de cyclische verbetering van kwaliteit te komen. Hier wordt in de vierde subparagraaf dieper op in gegaan. De aanspreekcultuur werd in meerdere interviews tevens benaderd die een grote rol volgens de respondenten speelt bij de cyclische bijsturing van kwaliteit. De casus in Kader 2 geeft een illustratie van het belang van cultuur voor de kwaliteit van zorg en hoe voorzichtig de aanspreekcultuur nog steeds is.

Kader 2: Cultuur in de OK

Prof. dr. J.F. Lange, chirurg in het Erasmus MC en gespecialiseerd in darmoperaties, was samen met een jonge chirurg een zeldzame operatie aan het uitvoeren bij een patiënt met zeven tumoren in zijn dunne darm. Hiervoor moesten dus zeven stukken darm verwijderd worden evenals het onderliggende vetweefsel. Het is bij een dergelijke operatie echter van belang dat de ‘gaten’ die ontstaan in het vetweefsel weer gesloten worden zodat de darm er niet in bekneld kan raken. Na de gaten dicht genaaid te hebben en de patiënt bijna weer gesloten was draaide de operatie-assistente die aanwezig was bij de operatie zich naar de chirurg en zei heel voorzichtig: “Professor Lange, ik weet zeker dat u hier een erg logische uitleg voor heeft, maar kunt u mij toevallig uitleggen waarom u zes van de zeven gaten in het vetweefsel dicht naait en eentje open laat?” Professor Lange bedankte de verpleegkundige voor haar opmerkzaamheid en gaf aan dat dit niet de bedoeling was. Hij sloot ten slotte ook nog het laatste, zevende, gat in het vetweefsel waardoor eventuele complicaties voorkomen werden (Lange 2013).

Deze casus illustreert de voorzichtigheid van de operatie-assistente om de chirurg op een fout aan te spreken. In de vorige subparagraaf werd aangehaald dat de toenemende media-aandacht hier ook invloed op heeft doordat medewerkers bang zijn fouten te maken en deze te melden omdat ze vrezen voor de gevolgen. Voor het mogelijk maken van een cyclische bijsturing van kwaliteit is het echter belangrijk dat er een transitie plaatsvindt van een blameculture naar een aanspreekcultuur (Vincent 2011:137). In de conclusie wordt hier verder op in gegaan.

4.2.3. Doelen

Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van zowel documentanalyse als interviewvragen om te achterhalen welke doelen worden gehanteerd door de ziekenhuizen en in hoeverre deze stilstaan bij de cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg. Daarnaast is uit literatuuronderzoek gebleken dat het van belang is dat de doelen gedeeld worden binnen een organisatie waardoor er in de interviews zowel naar de organisatiedoelen als de doelen van de professionals en managers / leidinggevenden zelf is gevraagd.

In paragraaf 1.2. zijn de visie en missie van de participerende ziekenhuizen terug te lezen. Hieruit komt naar voren dat er met name aandacht is voor de kennisoverdracht en belevingswereld van de patiënt. De cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg wordt in de meeste doelstellingen indirect aangehaald door bijvoorbeeld te spreken van ‘excellente zorg’ en ‘kwalitatief hoogwaardige zorg’. Bij een verder onderzoek naar deze begrippen en wat de ziekenhuizen hieronder verstaan komt het cyclische aspect doorgaans concreter naar voren:

“Aan de top blijf je niet vanzelf. En wie stopt met verbeteren, is in feite al gestopt met goed te zijn. Maar even belangrijk is dat organisaties en hun omgeving voortdurend in beweging zijn.” (Koers ‘013 Erasmus MC)

Het bovenstaande citaat is afkomstig van Koers ‘013, de strategische visie voor 2013 van het Erasmus MC. Hieruit blijkt dat je continu moet verbeteren en in beweging moet blijven – de kern van de cyclische bijsturing – om aan de top te kunnen blijven. Ook bij de andere ziekenhuizen is te zien dat de cyclische bijsturing van kwaliteit niet direct in hun visie en missie terug te lezen zijn maar ze verwijzen hier wel naar en leggen dit in hun jaarplannen verder uit. De doelen die door de stafmedewerkers en managers in de interviews werden genoemd sloten aan bij de organisatiebrede doelstellingen.

4.2.4. Antwoord op deelvraag 2

Uit de bovenstaande resultaten is naar voren gekomen dat de mogelijkheden, de cultuur en de doelen van een organisatie invloed hebben op de cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg in Nederlandse ziekenhuizen.

Voor het cyclisch bijsturen van kwaliteit van zorg is het daarnaast belangrijk dat er een aanspreekcultuur aanwezig is binnen de afdelingen terwijl nu nog vaak een blameculture aanwezig lijkt te zijn (Vincent 2011:137). Tot slot lijken de doelen van de organisatie geïmplementeerd en gecommuniceerd door de verschillende lagen van de ziekenhuizen aangezien de respondenten hiervan doorgaans op de hoogte zijn.



4.3. Deelvraag 3: Hoe hebben strategische keuzes van Nederlandse ziekenhuizen invloed op hun cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg?

De strategische keuzes die in dit onderzoek centraal zijn gesteld betreffen de samenwerking tussen ziekenhuizen en de toekomstige strategische keuzes van de ziekenhuizen.

4.3.1. Samenwerking

In de interviews is stilgestaan bij de samenwerkingsverbanden met andere ziekenhuizen en de vraag of de ziekenhuizen gebruikmaken van benchmarking. De respondenten leken goed op de hoogte te zijn van de verschillende samenwerkingsverbanden met andere ziekenhuizen en noemden daarnaast ook nog andere organisaties waarmee samen wordt gewerkt zoals de patiëntenverenigingen, apotheken, huisartsen, verpleeghuizen en thuiszorg. Twee vaker genoemde regionale samenwerkingsverbanden zijn het SRZ (Stichting Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen) en de Stichting BeterKeten waarbij het gaat om een samenwerking tussen het SFG, Erasmus MC, het Maasstad Ziekenhuis en het Havenziekenhuis. De respondenten van het Oogziekenhuis Rotterdam gaven tevens aan dat er ook samenwerkingsverbanden zijn met andere sectoren:

“Er wordt samengewerkt met zowel ziekenhuizen als met partners zoals KLM die invloed hebben op hoe we de kwaliteit van zorg organiseren. Je bent geneigd om ziekenhuizen met elkaar te vergelijken terwijl ook veel overlap bestaat met andere sectoren zoals de luchtvaart, deze overeenkomsten worden ook gezocht.” (Stafmedewerker)

Het Oogziekenhuis Rotterdam lijkt hierin uniek te zijn, onder de benaderde ziekenhuizen, aangezien zij de enigen waren die een dergelijke samenwerking aanhaalden. De bovenstaande uitspraak laat tevens zien dat dergelijke samenwerkingsverbanden invloed hebben op de manier waarop de kwaliteit van zorg cyclisch wordt bijgestuurd.

De respondenten gaven aan dat er tevens aan benchmarking wordt gedaan ter bevordering van de kwaliteit van zorg. Dit vindt volgens hen echter met name op afdelingsniveau plaats:

“Benchmarking gebeurt met name op afdelingsniveau. Op de (...) afdeling kijken we wel naar bijvoorbeeld het Erasmus MC met betrekking tot bepaalde behandelingen omdat we het gevoel dan hebben dat het daar vlotter en soepeler gaat.” (Professional)

Andere respondenten benadrukken dit en geven tevens aan dat er vooral op het niveau van thema's of indicatoren zoals kwetsbare ouderen benchmarking onderzoeken plaatsvinden. Deze onderzoeken kunnen regionaal, nationaal of zelf wereldwijd zijn waarbij specifieke onderwerpen worden belicht. Uit benchmarking kan volgens het merendeel van de respondenten meer gehaald worden dan tot noch toe het geval is en zou ook vaker plaats kunnen vinden om dit te stimuleren. Er lijkt dus een behoefte te zijn vanuit de medewerkers om meer informatie te krijgen over hoe andere ziekenhuizen of afdelingen werkzaamheden verrichten. Naast benchmarking zou deze behoefte wellicht ook bevredigd kunnen worden

door onderzoeken als deze waardoor informatie over werkwijzen verspreid en gedeeld kan worden.

4.3.2. Toekomstscenario's

Bij de toekomstige strategische keuzes van de ziekenhuizen is in de interviews stilgestaan door te vragen naar de toekomstige doelen van het ziekenhuis waar de respondent werkzaam is en te vragen naar de toekomstscenario's welke zij voor zich zien voor het gehele ziekenhuiswezen.

Uit de antwoorden van de respondenten op deze eerste vraag bleek dat er gedacht wordt dat er meer aandacht zal (moeten) komen voor de kwaliteit van zorg:

"De instelling moet echt doorspekt worden van het belang van kwaliteit van zorg." (Stafmedewerker)

Ook andere respondenten spreken uit dat ze denken alleen maar nog naar een hoger niveau te moeten en willen streven wat betreft de kwaliteit van zorg. De toekomstige doelen van het ziekenhuis sloten dikwijls aan bij de toekomstscenario's die door de respondenten werden voorspeld. In veel gevallen werd er aangegeven dat ziekenhuizen prioriteiten zullen moeten gaan stellen en met name in het kader van spreiding en concentratie:

"Ik denk dat keuzes moeten worden gemaakt naar aanleiding van de bezuinigingen waar je als ziekenhuis mee te maken hebt. En keuzes in welke patiëntencategorieën je gaat behandelen en welke niet." (Manager / leidinggevende)

Het scenario dat er minder maar gespecialiseerdere ziekenhuizen zullen komen is een beeld wat veel respondenten delen. Een enkeling denkt echter dat deze spreiding en concentratie uiteindelijk ook weer teruggekeerd zal worden. De bezuinigingen komen in het bovenstaande citaat ook naar voren

en de antwoorden van andere respondenten lijken ook rekening te houden met de economische en politieke beslissingen van de komende tijd. Met name de afhankelijkheid van de zorgverzekeraar werd benadrukt:

"Ik denk dat we de slaaf worden van de zorgverzekeraars." (Manager / leidinggevende)

De ontwikkelingen van de gezondheidszorg lijken volgens de respondenten in de handen van de zorgverzekeraars en de politieke ontwikkelingen te liggen:

"Zorgverzekeraars zijn ook wel heel machtig geworden, of dit doorgaat ligt aan de regering." (Stafmedewerker)

De rol van de zorgverzekeraars is volgens de respondenten dus afhankelijk van de ontwikkelingen in de politiek en economie en voor een toenemende macht wordt gevreesd. De onrust die respondenten voelen, welke al eerder is genoemd, wordt versterkt door de onzekerheid over deze toekomstscenario'. Er kan immers niet voorspeld worden welke

politieke en economische ontwikkelingen plaats zullen vinden en wat voor invloed deze zullen hebben op de zorgsector.

4.3.3. Antwoord op deelvraag 3

Hoe de strategische keuzes van Nederlandse ziekenhuizen worden ingevuld lijkt onder meer afhankelijk te zijn van de politieke en economische ontwikkelingen. De in hoofdstuk twee genoemde differentiatiestrategie, ook wel concentratie en spreiding genoemd, wordt door de respondenten gezien als een realistisch toekomstperspectief voor het ziekenhuiswezen. Dat de patiënt hierdoor verder zou moeten reizen, wat als nadeel door de NOS (2011) werd genoemd, is door de respondenten ontkracht. Zij zijn van mening dat men bereid is om verder te reizen voor betere zorg en dat de ziekenhuisopnames steeds korter worden waarna de nazorg in de buurt van de woonplaats van de patiënt zou kunnen plaatsvinden.

Uit de interviews is gebleken dat alle benaderde ziekenhuizen lid zijn van meerdere samenwerkingsverbanden, waaronder samenwerkingsverbanden ter bevordering van de kwaliteit van zorg. De literatuur onderstreept het belang van deze samenwerking daar hierdoor tevens voordelen behaald kunnen worden ten opzichte van andere concurrenten in dezelfde sector of potentiële toetreders (Johnson et al. 2011). Hierbij dient uiteraard rekening te worden gehouden met de mededingingswet. De samenwerkingsverbanden zijn volgens de respondenten met name op regionaal niveau.



4.4. Deelvraag 4: Welke rol spelen managementvaardigheden van leidinggevenden in de cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg in Nederlandse ziekenhuizen?

In de voorgaande subparagrafen kwam al naar voren dat bij andere onderwerpen de managementvaardigheden als belangrijke factor door de respondenten werd genoemd, welke betrekking heeft op de kwaliteit van zorg. In deze subparagraaf wordt hier verder op ingegaan. Bij de interviews zijn de laatste drie vragen gewijd aan deze deelvraag. Respondenten werden gevraagd in hoeverre managementvaardigheden van invloed zijn op de cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg (1), welke taken managers in het betreffende ziekenhuis hebben met betrekking tot de cyclische bijsturing (2) en welke managementvaardigheden benodigd zijn om deze taken uit te kunnen voeren (3).

4.4.1. Invloed en taken management

De respondenten gaven naar aanleiding van de eerste vraag aan dat managementvaardigheden van zeer grote invloed zijn op de cyclische bijsturing van kwaliteit:

*“Ik denk dat de managementvaardigheden van groot belang zijn, als de manager er bijvoorbeeld niet achter staat dat de PDCA wordt doorlopen dan is het als medewerker heel moeilijk om je collega’s toch mee te krijgen.”
(Stafmedewerker)*

Deze mening werd gedeeld in alle benaderde functielagen en geen één respondent leek hieraan te twijfelen. Het verschil tussen een manager en leider werd echter wel benadrukt:

“Je hebt denk ik managers nodig en je hebt leiders nodig. Een goede manager is niet per definitie een goede leider maar dat hoeft ook niet als hij maar een goede manager is. De manager moet er voor zorgen dat de randvoorwaarden, het financiële plaatje en de planning en control in orde zijn. De leiders moeten dan zorgen voor de cultuur.” (Stafmedewerker)

Dat er zowel leiders als managers nodig zijn voor het cyclisch bijsturen van de kwaliteit van zorg is zowel direct als indirect in meerdere interviews benadrukt. Zo werd er bijvoorbeeld ook vaker aangegeven dat de teamleider van een afdeling van groot belang is hoe vernieuwingen worden opgepakt door de professionals. De manager, die hiërarchisch gezien vaak boven de teamleider staat, kan dan wel veel nieuwe ideeën willen implementeren maar de cultuur moet door de teamleider op een manier zijn vormgegeven zodat hier draagvlak voor is. Uit de interviews is tevens naar voren gekomen dat ook juist dit te taak is van de manager / leidinggevende:

“Mijn taak is het monitoren en het bewaken van het proces. Ik breng de kwaliteit ook onder de aandacht. Het inzichtelijk maken wat we willen en daarop reageren.” (Manager / leidinggevende)

Uit dit citaat blijkt dat de manager / leidinggevende verschillende taken heeft met betrekking tot de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg. De belangrijkste taak die door de verschillende respondenten werd genoemd is het monitoren. In hoeverre de directe leidinggevende van het behandelteam (zoals de teamleider) eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit van zorg is afhankelijk van het ziekenhuis. Doorgaans zijn er meerdere spelers in een leidinggevende positie hiervoor verantwoordelijk, zoals blijkt uit het volgende citaat:

“Er is momenteel een gedeelde verantwoordelijkheid tussen de medische coördinator en de teamleider. De manager is eindverantwoordelijk.” (Stafmedewerker)

Uit dit citaat blijkt dat er een gedeelde verantwoordelijkheid is en hierop toe wordt gezien door een manager. Hoe deze verantwoordelijkheid is verdeeld is per ziekenhuis verschillend maar doorgaans zijn er twee leidinggevendens waarbij de een meer de managementtaken op zich neemt en de ander met name gericht is op de medische invulling hiervan, zoals ook in het citaat kort wordt aangehaald.

4.4.2. Managementvaardigheden

De managementvaardigheden die volgens de respondenten noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van deze taken zijn opgesomd in tabel 3.

Tabel 3: Managementvaardigheden

| Functie respondent | Genoemde managementvaardigheden | |
|---------------------------------|--|--|
| <i>Stafmedewerker</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Balans in de hiërarchie van het ziekenhuis vinden - Belang van kwaliteit inzien - Besef van verschillende perspectieven op kwaliteit - Coachend leidinggeven - Continuïteit bewaken - Daadkracht - Het op papier kunnen zetten | <ul style="list-style-type: none"> - Inzicht en overzicht in de afdeling - Kennis (van PDCA cyclus) - Kent de waarde van alle belanghebbenden - Motiveren - Ontwikkelingsruimte bieden - Sterke communicatievaardigheden - Sturing geven - Voorbeeld zijn |
| <i>Manager / leidinggevende</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Aansluiting bij de werkvloer - Balans vinden tussen kwaliteit en kostenplaatje - Het beleid uitstralen naar de werkvloer - Inspelen op de gevolgen die beslissingen hebben voor andere afdelingen | <ul style="list-style-type: none"> - Kritisch blijven - Multitasking - Ontwikkelingsruimte bieden - Overzicht houden - Prioriteiten stellen - Spagaat tussen werkvloer en management |
| <i>Professional</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Blijven evalueren - Continu blijven leren - Creëren van draagvlak - Daadkrachtig - Dingen los durven laten - Goed kunnen luisteren - Interesse tonen - Kennis van de doelgroep - Leiding kunnen geven | <ul style="list-style-type: none"> - Medewerkers aan durven spreken - Mensenkennis - Mogelijkheden in mensen zien en deze benutten - Op de hoogte zijn van alle ins en outs (helicopterview) - Trends kunnen signaleren - Vertrouwbaar zijn - Vooruit kunnen denken |

Zoals in de bovenstaande tabel is weergegeven, zijn er tientallen vaardigheden waar een manager over dient te beschikken volgens de respondenten. Zoals al eerder gezegd is het monitoren ook volgens de respondenten een belangrijke managementvaardigheid voor het cyclisch bijsturen van de kwaliteit van zorg. Hierbij wordt met name het overzicht houden op de afdeling en op de nieuwe ontwikkelingen benadrukt. Een ander overzicht wordt echter ook vaker genoemd, te weten het overzicht van de medewerkers en welke kennis en vaardigheden zij in huis hebben. De managers / leidinggevenden noemden dit ook wel ‘opvoeden’ of het ‘huishouden’:

Je huishoudboekje moet op orde zijn en je moet op kunnen voeren in de vorm dat het verantwoorde mensen zijn binnen de maatschappij. Niet aan de hand vasthouden maar verantwoordelijkheid geven.” (Manager / leidinggevende)

In dit citaat wordt gesproken over het geven van verantwoordelijkheden. De manager van de afdeling waar de cyclische bijsturing van kwaliteit – volgens zowel de medewerker als de manager – goed verloopt gaf aan dat zij juist hier veel tijd in investeert om zo het draagvlak voor verbetering te creëren en de medewerkers te motiveren.

Het stellen van prioriteiten kwam tevens naar voren als een belangrijke vaardigheid voor managers / leidinggevenden:

“Het stellen van prioriteiten is heel belangrijk. Het aantal projecten dat we in dit ziekenhuis doen is wel absurd en ook daar zou wel prioriteiten in gesteld moeten worden. Daarbij moet je ook de productieafspraken in je achterhoofd houden, wat doe je nou wel wat doe je nou niet, op het moment doen we eigenlijk nog alles. (Manager / leidinggevende)

Uit bovenstaande uitspraak blijkt dat volgens deze manager nog te weinig prioriteiten worden gesteld en te veel gedaan wordt. Met name de ziekenhuizen die veel aandacht besteden aan de invoering van verbeterprojecten en hiervoor bekend staan lijken weinig prioriteiten te stellen en zich vooral te richten op het plannen en doen – de P en D van de PDCA cyclus – in plaats van op het checken en hierop anticiperen. Hier zal de volgende paragraaf dieper op in gaan. Daarnaast lijken basistaken van managers achter te blijven door de vele nieuwe innovatieprojecten. Dit blijkt uit een interview met een professional die aangeeft nog nooit, in de vier jaar dat zij werkzaam is bij het ziekenhuis, een functioneringsgesprek te hebben gehad.

4.4.3. Antwoord op deelvraag 4

Managementvaardigheden spelen een grote rol bij de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg in Nederlandse ziekenhuizen, zo blijkt uit de interviews en de geraadpleegde literatuur. De klassieke organisatiemodellen waarbij de top de strategie bepaalt en het middenmanagement deze vertaald in acties en de uitvoering beheerst lijkt grotendeels van toepassing op de benaderde ziekenhuizen. Zij werken ook bottom-up maar lijken met name vanuit de staf met nieuwe strategieën te komen. Volgens Mensink (2005) kunnen hierdoor ‘muren’ ontstaan tussen de organisatieonderdelen waardoor in de coördinatie en afstemming veel moeite moet worden gestoken. Geïllustreerd wordt dit door de uitspraken van de respondenten die aangaven dat met name de middenmanagers een spagaat moeten maken ofwel een brug moeten slaan over de verschillende muren, enerzijds de werkvloer en anderzijds het bestuur of de staf. Dit is van belang voor de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg daar door de muren in een organisatie verschillende opvattingen kunnen heersen over de vorm en mate van bijsturing.

Het belang van managementvaardigheden wordt, door alle functielagen van de ziekenhuizen die zijn benaderd, benadrukt. Dat kwaliteitsbewaking en –bevordering een onderdeel is van een managementtaak wordt door de respondenten onderstreept (Harteloh & Casparie 1998:13). Hetzelfde geldt voor de invloed die in hoofdstuk twee werd benadrukt van managementvaardigheden op de mate waarin professionals gestimuleerd worden mee te doen aan verbeterprojecten (Drückers et al. 2010). Met name de communicatie over de verbeterprojecten werd door de respondenten als belangrijk aangehaald om draagvlak te creëren en zo te motiveren hieraan mee te werken.

Een belangrijk element is tevens de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg. Uit de interviews is gebleken dat, afhankelijk van de afdeling, de eindverantwoordelijkheid of bij de manager of bij het hoofd medisch specialisten lag of dat er sprake is van een gedeelde verantwoordelijkheid. De manager is dan wel niet altijd eindverantwoordelijk maar is wel verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg en hoe deze cyclisch wordt bijgestuurd. In elk ziekenhuis was tevens duidelijk welke verdeling op de betreffende afdeling van toepassing

is. Het belang van een dergelijke heldere verdeling wordt door Drückers et al. (2010:19) benadrukt daar hierdoor bekend is binnen de afdeling wie de betreffende aanspreekpersoon is.

Tot slot dient echter opgemerkt te worden dat uit de voorgaande deelvragen naar voren is gekomen dat niet alleen managementvaardigheden leiden tot 'strategie in actie'. Het management betreft echter een belangrijk instrument van de organisatie om de strategie in door te voeren in de organisatie.

4.5. Hoofdvraag: Hoe wordt in Nederlandse ziekenhuizen de kwaliteit van zorg op cyclische wijze bijgestuurd?

In de voorgaande paragrafen is antwoord gegeven op de vier deelvragen van dit onderzoek, in deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag. In de interviews is ten behoeve van deze hoofdvraag aan de respondenten gevraagd hoe de kwaliteit van zorg in het ziekenhuis waar zij werkzaam zijn cyclisch wordt bijgestuurd. Deze paragraaf zal dan ook dieper op de beantwoording van deze vraag in gaan.

Voordat aan de respondenten de vraag is gesteld in hoeverre zij van mening zijn dat de kwaliteit van zorg cyclisch wordt bijgestuurd en hoe dit wordt vormgegeven in het ziekenhuis waar zij werkzaam zijn, is stilgestaan bij wat zij verstaan onder 'kwaliteit' en 'cyclische bijsturing van kwaliteit'. Bij het geven van een omschrijving van 'kwaliteit van zorg' gaven de meeste respondenten een antwoord waarbij verschillende elementen in naar voren kwamen, te weten de belevingswereld van de patiënt, de toegankelijkheid van zorg, de veiligheid van zorg, de psychische ondersteuning en het respecteren van de persoon. De meeste respondenten gaven in hun antwoord op de vraag wat zij verstaan onder cyclische bijsturing van kwaliteit' een uitleg van de PDCA cyclus en benoemden deze tevens als zodanig. Zij gebruikten vervolgens de PDCA cyclus om uit te leggen in hoeverre de kwaliteit van zorg cyclisch werd bijgestuurd:

"In het ziekenhuis zie je dat vooral de P en D van de cyclus worden uitgevoerd maar de C en A blijven toch echt nog aandachtspunten." (Manager / leidinggevende)

Uit bovenstaande citaat komt naar voren dat de respondenten vooral de P en D van de cyclus terug zien in het ziekenhuis. Aan het einde van de voorgaande paragraaf werd al kort aangestipt dat dit bij elk ziekenhuis aan werd gehaald en met name bij de ziekenhuizen die zich profileren als innovatief en vooruitstrevend. Dit wordt ook door de medewerkers van het betreffende ziekenhuizen zelf geconstateerd:

"We zijn heel erg van het innoveren dus heel erg van het plan en het do en ik denk dat inderdaad het 'probleem' is dat we meer aandacht zouden kunnen hebben voor de check en act gedeelte." (Stafmedewerker)

Deze uitspraak laat zien dat er wel bewustzijn is onder de medewerkers en de kennis aanwezig is van wat er 'zou moeten' gebeuren maar dat dit toch vaak uit blijft. De belangrijkste reden die hiervoor wordt gegeven is de hoeveelheid taken die managers hebben en dat de tijdsdruk van een invoering er ook voor zorgt dat dingen adhoc worden gedaan:

“Het hangt ook heel erg er van af hoe je de P invult, je kunt ook allerlei risico-inventarisaties vooraf doen. Dan moet je nog wel de hele cyclus doen maar ik denk dat de P ook wel heel belangrijk is en dat het hier ook nog wel vaak aan schort. Meestal gaat het wel goed totdat je echt snel een verandering door moet voeren en hoe uitgebreid is je plan dan?” (Stafmedewerker)

Uit dit citaat blijkt dat niet alleen de evaluatie en bijsturing nog aandacht nodig hebben maar ook het plan om een actie goed uit te voeren soms volgens de respondent ontbreekt. Op de vraag of het ziekenhuis en/of de afdeling waar zij werkzaam zijn de kwaliteit van zorg cyclisch bijsturen kwam doorgaans een antwoord als ‘weinig’, ‘niet’, ‘wisselend’ en ‘nauwelijks’. Toch bleek uit andere antwoorden van dezelfde respondenten dat dit wel degelijk aangespoord wordt door de organisatie, met name door interne audits. Van deze audits waren alle respondenten op de hoogte maar de meesten leken dit niet direct te koppelen aan het cyclisch bijsturen van de kwaliteit van zorg. Een reden hiervoor lijkt te zijn dat de respondenten aangaven te weinig terug te horen van wat er gebeurt met de verzamelde informatie die voort komt uit de interne audits. Hierdoor lijkt voor de respondenten de cyclische component te ontbreken. Een aantal respondenten gaven echter ook aan dat ze het gevoel hebben dat de afdelingen groeien in het cyclisch bijsturen van kwaliteit van zorg en een enkeling gaf weer dit goed te doen. De vraag die dan op komt is: hoe doen ze dat dan?

“Ik probeer me op de afdeling ook wel heel erg te verplaatsen in de verpleegkundige kant en dan kijken: welke stapjes kunnen we nu al maken zodat we ook enthousiasme kunnen vieren en het enthousiasme er in blijft. Korte termijn doelen en kort cyclisch verbeteren en ook Lean dus.” (Manager / leidinggevende)

Deze manager / leidinggevende geeft weer dat door kort cyclische processen de medewerkers gemotiveerd worden om hier verder aan te werken doordat ze resultaten zien. Een andere respondent voegde hieraan toe dat kwartaalgesprekken een soortgelijke positieve uitwerking kunnen hebben op de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg. Andere factoren die genoemd werden zijn de managementvaardigheden en de soort afdeling. De managementvaardigheden zijn in de voorgaande paragraaf al nader besproken. Bij het soort afdeling speelt volgens de respondenten de roulatie van medewerkers een rol en ook de doelgroep die zij behandelen.

De cultuur binnen een ziekenhuis en daarmee ook de communicatie tussen de verschillende lagen in een organisatie is eveneens van groot belang voor de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg. Een mooie illustratie hiervan werd door een professional in een van de interviews gegeven, zie Kader 3.

Kader 3: Terugkoppeling tussen de lagen van een ziekenhuis

De spreekuurassistenten in het betreffende ziekenhuis hebben het dossier van de patiënten die op die dag komen op hun bureau liggen. Deze dossiers worden aan het begin van de dag op geboortjaar gesorteerd zodat het zoeken naar een dossier sneller gaat. Vanuit ‘hogere hand’ is besloten dat er insteekbakken bij de bureaus gezet worden om het zoeken te vergemakkelijken. Deze bakken kunnen

echter, door de geringe ruimte, niet op de bureaus staan waardoor ze achter de spreekuurassistenten in een kast zijn gezet. Om een dossier te pakken moeten spreekuurassistenten zich, terwijl de patiënt voor hen staat, omdraaien en het dossier zoeken. Deze manier van werken vonden de spreekuurassistenten niet prettig waardoor de bakken leeg achter hen in de kast blijven staan en de dossiers nog steeds tussen twee spreekuurassistenten in op het bureau blijven liggen.

Toen de professional mij van deze casus vertelde voegde zij hieraan toe dat er nooit van 'bovenaf' was gevraagd of deze bakken als prettig werden ervaren. Op de vraag of zij dit vervolgens wel terug had gekoppeld kwam echter tevens een ontkennend antwoord. Haar reactie hierop was *"Nee, dat is natuurlijk ook niet goed eigenlijk, hé?!"*. Dit voorbeeld illustreert mooi waarom de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg zelfs in dergelijke kleine voorbeelden nodig is en dat de terugkoppeling hierbij een essentieel onderdeel is.

4.5.1. Antwoord op de hoofdvraag

Randvoorwaarden die werden gegeven door de literatuur voor het bewerkstelligen van een cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg waren onder andere de aanwezigheid van kwaliteitsmodellen en/of kwaliteitssystemen, zie hoofdstuk twee. De respondenten gaven uiteenlopende antwoorden op de vraag welk kwaliteitssysteem of –model in het ziekenhuis, waar zij werkzaam zijn, wordt gehanteerd, hierbij kan gedacht worden aan de PDCA, de NIAZ of het INK-model. Bij de literatuurstudie viel echter ook al op dat deze begrippen niet eenduidig worden gehanteerd en hier gemakkelijk verwarring in zou kunnen ontstaan.

Door de respondenten werd tijdens de interviews de PDCA cyclus van Deming vaak genoemd. Het doorlopen van deze cyclus gaat volgens de respondenten nog niet goed genoeg. Hiermee duiden zij er op dat er volgens hen vaak snelle beslissingen gedaan worden waardoor niet alle stappen van de cyclus worden doorlopen.

De respondenten geven aan dat er naar hun gevoel weinig informatie over verbeterinitiatieven wordt teruggekoppeld naar de professional. Hierdoor is het voor de respondenten moeilijk een beeld te vormen van de initiatieven binnen het ziekenhuis om de kwaliteit cyclisch bij te sturen. Uit het onderzoek is gebleken dat verbeterinitiatieven, zoals het uitzetten van interne audits, wel degelijk wordt gedaan. De kwaliteit van zorg wordt dus wellicht wel gedaan door de organisatie maar zonder dat dit niet als zodanig wordt gecommuniceerd naar de medewerkers. Interne audits zijn immers een belangrijke bron voor het verzamelen van informatie ten behoeve van de cyclische bijsturing van de zorg (Sluijs et al. 2006).

Dit onderzoek brengt tevens aan het licht dat er een grote verscheidenheid aan factoren is die het inzicht in hoe een ziekenhuis de kwaliteit van zorg cyclisch bijstuurt bevordert of belemmert. Hierbij kan gedacht worden aan de cultuur binnen een ziekenhuis of afdeling met betrekking tot de informatieoverdracht tussen de verschillende lagen in een organisatie en binnen een afdeling. De complexiteit van een ziekenhuisorganisatie kan tevens een hinder zijn om een goed overzicht te verkrijgen van de manier waarop de zorg cyclisch wordt bijgestuurd. Zoals in eerdere paragrafen al is aangehaald zijn er veel verschillende stakeholders betrokken bij het leveren van zorg en is het leveren van zorg nog steeds maatwerk. Dat er niet één kwaliteitssysteem door de respondenten genoemd kon worden kan er ook aan liggen dat verschillende afdelingen verschillende behoeften hebben met betrekking tot de kwaliteit. Bij alle ziekenhuizen werd aangegeven dat afdelingen op een verschillend niveau met kwaliteit omgaan, wat onder meer te maken heeft met de

patiëntengroep die wordt behandeld, de cultuur die op de afdeling heerst en de samenstelling van het personeel dat er werkzaam is.

Naast interne audits op organisatieniveau kwam tevens uit dit onderzoek naar voren dat de kwaliteit van zorg op sommige afdelingen cyclisch wordt bijgestuurd door middel van kort cyclische processen en het houden van kwartaalgesprekken. De respondenten gaven aan dat zij zelf het gevoel hadden dat dit voor hen erg nuttig is en nog te weinig gedaan wordt. Als reden hiervoor werd doorgaans gegeven dat het evalueren van de kwaliteit van zorg simpelweg door de waan van alledag langzaam maar zeker minder de aandacht krijgt.

In het volgende hoofdstuk wordt de conclusie van dit onderzoek gegeven en stilgestaan bij een aantal aanbevelingen die uit dit onderzoek voortvloeien.

Hoofdstuk 5: Conclusie

De eerste vier hoofdstukken worden door middel van dit vijfde hoofdstuk aan elkaar verbonden. In dit hoofdstuk vindt immers de interpretatie van de resultaten plaats door ze te koppelen aan de probleemstelling, de literatuur en het theoretisch kader. Zoals uit de voorgaande hoofdstukken is gebleken laat zowel de theorie als de praktijk zien dat de cyclische bijsturing van kwaliteit een belangrijk aandachtspunt is en blijft binnen de Nederlandse ziekenhuizen. Er is bewust onderzoek gedaan in vier heel verschillende ziekenhuizen, zoals in het derde hoofdstuk al werd aangegeven, maar er lijken wat betreft de cyclische bijsturing van kwaliteit weinig verschillen te zijn tussen de ziekenhuizen. Opvallend is alleen dat juist een ziekenhuis dat zich als innovatief profileert vaak te veel gericht lijkt te zijn op de innovatie waardoor de evaluatie en bijsturing in mindere mate aandacht krijgt.

Zoals al eerder werd aangehaald is een ziekenhuis een complexe organisatie waar veel verschillende factoren, zowel binnen als buiten de organisatie, invloed op hebben. Een antwoord op de hoofdvraag: "Hoe wordt in Nederlandse ziekenhuizen de kwaliteit van zorg op cyclische wijze bijgestuurd?" is dan ook niet gemakkelijk te geven. Het belangrijkste instrument ter bijsturing van de kwaliteit van zorg lijkt momenteel het uitvoeren van interne audits te zijn. Daarnaast zijn er verschillende methoden zoals kwartaalgesprekken en het hanteren van kort cyclische processen die op afdelingsniveau kunnen worden gebruikt ter bijsturing van de kwaliteit van zorg. Door het verschil tussen de afdelingen en de ziekenhuizen wordt met het cyclisch bijsturen van de kwaliteit van zorg echter op verschillende manieren omgegaan. De algemene indruk van de respondenten lijkt echter te zijn dat te weinig aandacht wordt geschonken aan de cyclische bijsturing van kwaliteit. De manier waarop binnen een ziekenhuis en tussen de verschillende functielagen gecommuniceerd wordt, kan hieraan ten grondslag liggen. De respondenten zouden hierdoor een vertekend beeld kunnen krijgen van de werkelijkheid aangezien 'alleen' om het verzamelen van data of het invoeren van een nieuwe verbetermethode wordt gevraagd. Zij krijgen naar hun mening vervolgens te weinig informatie over de totstandkoming van de methode en wat er met alle data gebeurt.

De vier onderwerpen die in dit onderzoek centraal stonden waren interne factoren, externe factoren, strategische keuzes en managementvaardigheden. Bij deze onderwerpen wordt in de onderstaande paragrafen nog kort stilgestaan waarbij tevens suggesties worden gegeven hoe dit in de praktijk verder ontwikkeld zou kunnen worden.

5.1. Interne factoren van de cyclische bijsturing van kwaliteit

Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat de cultuur binnen een organisatie, maar ook binnen een specifieke afdeling, van grote invloed is op de mate waarin de kwaliteit van zorg cyclisch wordt bijgestuurd. Zoals al eerder gezegd lijkt er nog veelal sprake te zijn van een blameculture waarbij de schuldige wordt gezocht. Vroeger ging het hierbij doorgaans om een individu maar tegenwoordig betreft het eerder een systeem dat 'niet werkt', hierbij heeft een transitie plaatsgevonden in de literatuur ook wel de individuele en systeembenadering genoemd. De systeembenadering en het voortdurend innoveren is wellicht niet de oplossing om te komen tot een blijvende cyclisch bijgestuurde kwaliteit. Zoals het voorbeeld van de spreekuurassistente over de dossierbakken aangeeft is er immers sprake van een gelaagdheid in de organisatie en het voor het begrijpen van de situatie belangrijk is ook

buiten het systeem te kijken naar bijvoorbeeld de heersende cultuur. De profilering van een ziekenhuis kan aan deze cultuur bijdragen. Juist bij ziekenhuizen die zich profileren als innovatief en vernieuwend, lijkt de cyclische bijsturing van kwaliteit in mindere mate aandacht te krijgen. Hierbij worden vooral vernieuwingen als kansen gezien en schijnen potenties binnen de organisatie in mindere mate de aandacht te krijgen. In de literatuur wordt dan ook wel gesproken van 'exnoveren', waarbij een organisatie gaat putten uit de aanwezige bronnen (Mesman 2011). Hierbij zou gebruik kunnen worden gemaakt van de zogenaamde 'tacit knowledge', de aanwezige kennis waarover de werknemers al beschikken (Mort & Smith 2009:218). Een groep die hiervoor wellicht heel goed geschikt is zijn de medewerkers in de flexpool, welke over veel tacit knowledge kunnen beschikken die in de organisatie aanwezig is. Zij zien immers een grote verscheidenheid aan afdelingen binnen het ziekenhuis en zijn daardoor in het bezit van waardevolle informatie.

Respondenten geven tevens aan dat er binnen een ziekenhuis verschillen kunnen zijn tussen afdelingen met betrekking tot de heersende cultuur. De afdelingscultuur is volgens hen een belangrijke beïnvloedende factor voor de cyclische bijsturing van kwaliteit. Het veranderen van een cultuur binnen een ziekenhuis(afdeling is een zeer moeilijke taak. Door de genoemde gelaagdheid binnen een organisatie moeten er continu inspanningen worden verricht om elkaar op de hoogte te houden van dringende of minder dringende zaken. Uit de interviews kwam dan ook naar voren dat continu gewerkt moet blijven worden aan de gelaagdheid en de aanspreekcultuur. Het kernbegrip lijkt hierin 'communicatie' te zijn. Hierbij kan een handje worden geholpen door gebruik te maken van speelse technieken die de communicatie binnen de afdeling en tussen de professionals en de manager / leidinggevende kan bevorderen. Een voorbeeld van een dergelijke methode is het 'Wie is de mol?' spel, welke door een respondent van het Sint Franciscus Gasthuis vol enthousiasme is uitgelegd. Hierbij is aandacht voor de hygiëne op een afdeling. Bij dit spel wordt een medewerker van de afdeling aangewezen zich te 'misdragen', hij of zij draagt bijvoorbeeld een horloge of een ring. Tegen de rest van de medewerkers wordt niet gezegd wie de 'mol' is en van hen wordt verwacht dat zij hem of haar hierop aanspreken.

5.2. Externe factoren van de cyclische bijsturing van kwaliteit

Vanuit dit onderzoek kwam naar voren dat de economie grote invloeden kan hebben op de kwaliteit van zorg en hoe deze cyclisch kan worden bijgestuurd. De economie heeft immers uitwerkingen op het beleid en bezuinigingen van de overheid die vervolgens zowel direct als indirect doorwerken op het ziekenhuiswezen. Dit heeft ten gevolge dat ook de beslissingen van de patiënten en hiermee de zorgvraag wordt beïnvloedt. De respondenten leken dit met name toe te schrijven aan de hogere eigen bijdrage en dat de basispakketten elk jaar minder zorg vergoeden. Een onderdeel van cyclisch bijsturen is het terugkoppelen van informatie waardoor het proces en dus de kwaliteit verbeterd kan worden. Hierbij kan er aan gedacht worden om deze terugkoppeling plaats te laten vinden tussen de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars. De constatering van het ziekenhuispersoneel dat er steeds later patiënten hulp zoeken is immers ook niet voor zorgverzekeraars een wenselijke situatie aangezien de zorg dan ook, puur financieel gekeken, tevens duurder wordt.

5.3. Strategische keuzes

In elk interview kwam naar voren dat ziekenhuizen in de toekomst prioriteiten moeten gaan stellen. De onbetaalbaarheid van de zorg heeft veranderingen teweeg gebracht en zal dit blijven doen waardoor afwegingen gemaakt moeten worden. Medewerkers die voor dit onderzoek zijn geïnterviewd gaven aan zich onzeker te voelen over de toekomst en waar deze prioriteiten gesteld zullen worden. Vanuit de respondenten werd dan ook aangegeven dat er veelal behoefte was naar meer informatie vanuit het bestuur over de toekomstplannen van het ziekenhuis.

Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat kort cyclische processen bij kunnen dragen aan een succesgevoel. Daarnaast kan het de motivatie voor het meewerken aan de cyclische bijsturing vergroten. Door de korte cyclus worden de resultaten immers sneller kenbaar en zijn de stappen van het proces, plan-do-check-act, nog overzichtelijk.

Door de respondenten werd tevens aangegeven dat prioriteiten te weinig worden gesteld, met name bij innovatieve ziekenhuizen lijken nog weinig vernieuwingen afgewezen te worden. Medewerkers geven aan hierdoor nog maar weinig tijd te hebben voor iets anders dan de implementatie van deze vernieuwingen. Een cyclische bijsturing van kwaliteit wil immers niet zeggen dat er continu vernieuwd moet worden maar dat de kwaliteit gewaarborgd wordt door deze continu te evalueren en zo nodig te verbeteren. Bij deze ziekenhuizen is het wellicht verstandig minder vernieuwingen in te voeren en bij het geringere aantal meer tijd te steken in de bijsturing hiervan.

5.4. Managementvaardigheden

Dat managementvaardigheden invloed hebben op de cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg in Nederlandse ziekenhuizen werd in dit onderzoek zowel door de theorie als de praktijk bevestigd. De verschillen tussen afdelingen wat betreft de cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg werden door de respondenten grotendeels toegeschreven aan de manager of leidinggevende van de betreffende afdeling. Uit dit onderzoek bleek tevens dat het doorgaans niet aan onwil of onkunde ligt maar aan de overweldigende hoeveelheid taken van de managers en leidinggevendenden. Met name in vooruitstrevende ziekenhuizen lijken basistaken, zoals het houden van functioneringsgesprekken door bijvoorbeeld teamleiders, achter te blijven door de grote hoeveelheid aan vernieuwende projecten.

Het bieden van tijd en ruimte aan de managers is vaak makkelijker gezegd dan gedaan aangezien de waan van de dag veel vergaderingen en ongeplande tussenkomsten met zich mee brengt. In de voorgaande paragraaf kwam het stellen van prioriteiten al aan de orde en ook voor managers en leidinggevendenden is dit een belangrijke vaardigheid. Zo is het volgens de respondenten van belang dat kerntaken, zoals het houden van functioneringsgesprekken, niet uit het oog wordt verloren. Daarnaast is het belangrijk dat de managers overtuigd zijn van het belang van de cyclische bijsturing van kwaliteit aangezien zij de professionals kunnen stimuleren mee te doen aan een verbeterproject (Drückers et al. 2010).

5.5. Algemene conclusie

Complexiteit, een woord dat veelvuldig terug te zien is in de voorgaande paragrafen. Het is dan ook voor het cyclisch bijsturen van de kwaliteit van zorg essentieel dat hierbij wordt

stilgestaan. Deze complexiteit is onder meer terug te zien in de gelaagdheid binnen de organisatie en in de grote hoeveelheid stakeholders en omgevingsfactoren die van invloed zijn op de kwaliteit van zorg. Naar aanleiding van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat er een volgende stap moet worden gezet richting de complexiteitsbenadering. Het innoveren, het invoeren van nieuwe projecten, lijkt niet voldoende om te komen tot een cyclische bijsturing. Het proces blijft dan hangen bij het plannen en doen en komt niet tot het evalueren en het anticiperen hierop. Door stil te staan bij de kennis die een ziekenhuis al in huis heeft, de tacit knowledge, en te kijken wat juist goed gaat kan een grote stap worden gezet. Er is immers sprake van blindheid door de alledaagsheid. Perfecte kwaliteit van zorg of het perfect cyclisch bijsturen van zorg is een irrationeel doel. Door de veranderende omgeving zal dit doel nooit behaald kunnen worden en de zorg blijft mensenwerk. Dit wil echter niet zeggen dat hier niet naar gestreefd dient te worden. Het belang van het cyclische aspect wordt hierdoor alleen maar benadrukt. Door de cycli tastbaarder te maken voor de medewerkers en dus gebruik te maken van kort cyclische processen en deze terug te laten komen in kwartaalgesprekken kan bewustwording en motivatie worden gecreëerd. Er lijkt dan wel nog een lange weg te gaan totdat de cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg in Nederlandse ziekenhuizen echt in de aderen van de onderneming zit maar de urgentie hiervan is zeker al opgemerkt. Hiermee zijn de eerste stappen al gezet.

Hoofdstuk 6: Discussie

Dit hoofdstuk geeft de discussie weer die gevoerd is over de resultaten die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen. In de eerste paragraaf wordt een reflectie gegeven op het onderzoek. De tweede paragraaf geeft de methodologische discussie en de derde de theoretische discussie van dit onderzoek weer. De vierde paragraaf gaat vervolgens in op de beperkingen van het onderzoek, waarna tot slot aanbevelingen voor aanvullend onderzoek worden gegeven in de vijfde paragraaf.

6.1. Reflectie op het onderzoek

Door middel van dit onderzoek heb ik veel geleerd over de cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg in ziekenhuizen. Achteraf gezien besef ik dat ik aan het begin van het onderzoek een bepaald vooroordeel of beter gezegd 'bias' had: ik ging er van uit dat de cyclische bijsturing van kwaliteit dé weg is om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Gaandeweg mijn onderzoek ben ik, met name door de interviews, er achter gekomen dat volgens de respondenten er niet altijd tijd is voor het doorlopen van de cyclus. Op dergelijke momenten moet ad hoc (ter plekke) een besluit genomen worden. Het belang van de cyclus werd voor mij daarentegen juist door deze uitspraken van respondenten bevestigd. Door het ad hoc nemen van een besluit wordt deze niet gepland en wordt er dus geen tijd genomen stil te staan bij wat de beste afwegingen zijn en met welke beïnvloedende factoren rekening moet worden gehouden. Uit de literatuur blijkt tevens dat juist door het ad hoc oplossen van problemen eerder fouten worden gemaakt én hierdoor veel fouten niet vastgelegd en geanalyseerd worden (In 't Veld et al. 2012). Het gevaar bestaat dan dat onderlinge systeemorzaken niet zichtbaar worden waardoor hier ook niet op kan worden geanticipeerd. Zo ben ik mij gaan realiseren dat in de praktijk het voor een respondent dan wel niet altijd realistisch lijkt te zijn om gebruik te maken van een cyclus ter bijsturing van de kwaliteit maar dat dit juist de kwaliteit en veiligheid van de zorg kan vergroten.

6.2. Methodologische discussie

Het kwalitatieve onderzoeksdesign is gekozen daar al kwantitatief onderzoek was verricht naar de mate waarin de kwaliteit van zorg in Nederlandse ziekenhuizen cyclisch wordt bijgestuurd (Dückers et al. 2010). Door kwalitatief onderzoek te doen naar dit onderwerp is er een extra dimensie – de betekenisgeving van de medewerkers van een ziekenhuis aan manieren om zorg te verbeteren – aan deze cijfers toegevoegd. Door middel van kwalitatieve interviews kon worden achterhaald hoe de respondenten ervaren dat er gewerkt wordt aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg en welke haken en ogen hieraan zitten in een dergelijke complexe omgeving als een ziekenhuis. Het doen van onderzoek in de verschillende lagen van de organisatie heeft een beeld gegeven van de weerbarstigheid van de praktijk en de complexiteit van de onderlinge verhoudingen.

Ook in het onderzoek is een cyclische manier van werken toegepast waardoor de onderzoeksvragen, het theoretisch kader en zelfs gedeeltelijk de hoofdvraag van het onderzoek zijn aangepast. Hier is voor gekozen om te komen tot een afbakening van het nogal brede onderzoeksthema 'kwaliteit van zorg'. Deze afbakening was nodig door de breedte van het onderwerp en ook omdat er geen specifieke modellen voorhanden waren. Er is daarom gezocht naar een model waarmee de complexiteit van het ziekenhuis, in haar taak

om kwalitatief goede zorg te leveren, kon worden beschreven, een heuristisch model. Voor het beantwoorden van de hoofdvraag van dit onderzoek “Hoe wordt in Nederlandse ziekenhuizen de kwaliteit van zorg op cyclische wijze bijgestuurd?” is het Exploring Strategy Model van Johnson et al. (2011) gebruikt. Het model is omvangrijk en niet direct ontwikkeld voor het gebruik in een onderzoek naar verbetering van de kwaliteit van zorg aangezien het zich voornamelijk richt op de strategie van een organisatie. Door de omvang van het model is er een selectie gemaakt van de onderdelen die gebruikt zouden worden voor dit onderzoek. Deze selectie heeft slechts gedeeltelijk aan een afbakening van het onderzoek bijgedragen. Ondanks de breedte van dit model is toch hiervoor gekozen om de complexiteit van het ziekenhuis en de praktijk van de respondenten te kunnen beschrijven. Dit heeft echter de focus van het onderzoek wellicht toch nog te breed gelaten door het uitnodigende karakter van het model om de verschillende analytische ingrediënten in te vullen.

Het onderzoeken van wat nodig is voor het cyclisch bijsturen van de kwaliteit van zorg in een ziekenhuis bleek gedurende het onderzoek lastig te zijn. Van de grote hoeveelheid factoren is niet altijd helder te maken hoe zij nu van invloed zijn op de verbeteracties die wel of niet worden ingezet in de ziekenhuizen. Bij het inventariseren van deze grote hoeveelheid factoren heeft het model aan het begin houvast geboden waardoor een fundering was gelegd voor het onderzoek. Door met een dergelijk model als uitgangspunt te werken leek het aan het begin van het onderzoek alsof de belangrijkste aspecten al in beeld waren, terwijl er andere aspecten wellicht niet in het model zijn opgenomen. De kans bestaat dat deze laatste groep onderbelicht blijft, waardoor het in kwalitatief onderzoek het gebruik van modellen juist verhullend in plaats van verhelderend werken (Stoopendaal 2012). In dit onderzoek was dit ook gedeeltelijk het geval aangezien sommige elementen uit het model minder goed aansloten bij het onderzoek, zoals de duurzaamheid, en andere factoren hierdoor wellicht te weinig zijn belicht.

6.3. Theoretische discussie

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat de termen kwaliteitsmodel en kwaliteitssysteem in de theorie vaak door elkaar worden gebruikt. In het theoretisch kader van dit onderzoek zijn de twee begrippen naast elkaar gezet maar er blijft een overlap bestaan wat onder meer in stand wordt gehouden doordat sommige modellen en systemen dezelfde naam dragen. De respondenten bevestigden deze onduidelijkheid doordat ze doorgaans niet wisten wat er bedoeld werd met een kwaliteitssysteem en er binnen een ziekenhuis verschillende antwoorden op de vraag gegeven werden of er een kwaliteitssysteem werd gehanteerd en zo ja hoe deze heet.

Uit internationaal onderzoek van QUASER is gebleken dat de Nederlandse zorgverleners het begrip ‘kwaliteit’ doorgaans definiëren met begrippen die terug leiden naar ‘veiligheid’ (Weggelaar 2013). Uit dit onderzoek is dit gebleken dat de respondenten juist ook veel andere kenmerken weergaven zoals de ‘belevingswereld van de patiënt’ en de ‘toegankelijkheid van zorg’. Het is van belang om dit te constateren daar in dit onderzoek de cyclische bijsturing van kwaliteit is onderzocht en bij een vergelijking met andere onderzoeken het belangrijk is dat van dezelfde definiëring van kwaliteit wordt gesproken.

De grote verscheidenheid aan omgevingsfactoren die genoemd is door de respondenten naar aanleiding van deelvraag 1 sluit aan bij de complexiteitsbenadering. De invloed van de omgevingsfactoren op de cyclische bijsturing van de kwaliteit van zorg is er wel daar de

respondenten aangeven dat bijvoorbeeld overheidsmaatregelen de eisen van de kwaliteit verscherpen, maar de specifieke invloed van omgevingsfactoren op de kwaliteit van zorg is moeilijk vast te stellen.

6.4. Beperkingen van het onderzoek

Er dient bij de interpretatie van de resultaten en de conclusie van dit onderzoek rekening te worden gehouden met een aantal beperkingen. Allereerst kan er sprake zijn geweest van een selection bias door de manier waarop de respondenten geworven en geselecteerd zijn. Er is in dit onderzoek gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode. Bij drie van de vier ziekenhuizen is begonnen met het contactleggen met de stafmedewerkers die de onderzoeker vervolgens in contact hebben gebracht met de manager / leidinggevende en de professional. Hierbij is het mogelijk dat juist door is verwezen naar de afdeling die vooruitstrevend zijn op het gebied van de cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg. Dit leek bevestigd te worden door de respondenten van de betreffende afdelingen zelf welke aangaven zelf hierin verder te zijn dan andere afdelingen. Toen dit tijdens het onderzoek opviel is bij het vierde ziekenhuis juist geprobeerd bottom-up in de organisatie te komen. Hierbij is een willekeurige professional van een afdeling benaderd en vervolgens de manager / leidinggevende van deze afdeling. Zoals vaker in dit onderzoek werd aangehaald is dit onderzoek verricht binnen vier ziekenhuizen in de regio Rotterdam en is een interview gedaan met een respondent die onderzoek verricht bij een ziekenhuis buiten de regio. Alleen al in de regio Rotterdam zijn er al negen ziekenhuizen en verhoudingsgewijs zijn er dus weinig ziekenhuizen betrokken geweest bij dit onderzoek. Het aantal interviews (15) was eveneens klein voor de externe validiteit van het onderzoek. Voor deze afbakening van het onderzoek is bewust gekozen maar hierdoor zal de generaliseerbaarheid van het onderzoek klein zijn. De validiteit is geprobeerd te vergroten door gebruik te maken van de onderzoeker buiten de regio en juist te kiezen voor vier verschillende ziekenhuizen.

6.5. Aanvullend onderzoek

Zoals in de voorgaande paragrafen werd benoemd is dit een kleinschalig onderzoek waardoor de externe validiteit beperkt wordt. Ter vergroting van de externe validiteit zou gedacht kunnen worden om het onderzoek toe te spitsen op een bepaalde soort ziekenhuis zoals een academisch ziekenhuis. Daarnaast zijn per ziekenhuis slecht drie verschillende functiegroepen geïnterviewd en is het tevens belangrijk de verschillen binnen een organisatie op te kunnen sporen. Uit dit onderzoek kwam immers naar voren dat twee afdelingen weergaven dat zij ten opzichte van andere afdelingen goed op weg zijn met de cyclische bijsturing van kwaliteit. Aanvullend onderzoek is nodig om er achter te komen of dit daadwerkelijk het geval is of dat respondenten doorgaans van mening zijn dat het gras groener is in de eigen tuin.

Zorgverzekeraars kwamen vaak in dit onderzoek aan bod. De rol van de verzekeraars in de gezondheidszorg wordt steeds groter en zij lijken volgens de respondenten meer macht te verwerven. Er lijkt zich een machtsstrijd voor te doen tussen de zorgverlening en de verzekeraars. De vraag welke invloed dit heeft op de zorgkwaliteit zou nader onderzocht kunnen worden. Hierbij zou tevens het perspectief van de patiënt in mee kunnen worden genomen.

Literatuurlijst

American Quality Society [Internet] [aangehaald op 13-01-2013] Bereikbaar op <http://asq.org/glossary/q.html>

ASHP Foundation, Lean Six Sigma model [Internet] [aangehaald op 15-01-2013] Bereikbaar op <http://www.ashpfoundation.org/lean/CMS5.html>

Baan, O.P. de 2004. Een kwalitatief Meet Systeem binnen het Facility Management van Dynamis ABC Bedrijfsmatig Onroerend Goed. Scriptie 2003-2004 Haagse Hogeschool opleiding Facility Management.

Bennema-Broos, M., Sluijs, E.M., Wagner, C., Temmink, D. & Hofhuis, H. 2000. Overzichtsstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector. Nederland, Utrecht: NIVEL.

Berwick, D.M., Godfrey, A.B. & Roessner J. 1990. *Curing Health Care*. Verenigde Staten, San Francisco: Jossey-Bass Publishers

Bij, J.D. van der, Broekhuis, M. & Gieskes, J.F.B. 2001. Kwaliteitsmanagement in beweging. Nederland, Alphen aan de Rijn: Kluwer.

Boeije, H. 2005. Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen. Nederland, Den Haag: Boom Lemma uitgevers

Bont, A. de 2013. Hoorcollege Veiligheidsmanagement. iBMG Rotterdam Zorgmanagement: Erasmus Universiteit

Bruijn, de A. & Dongelen, van A. 2008. *Kwaliteit van de reiniging en desinfectie van flexibele endoscopen*. Briefrapport 360050012/2008

Claessen, S.J.J., Francke, A.L., Sixma, H., Brandt, H.E., Putten, M.J.A. van der, Veer, A.J.E. de & Deliëns, I. 2009. *Op weg naar een CQ-index Palliatieve Zorg: meetinstrumentontwikkeling*. Nederland, Utrecht: NIVEL

Does, R.J.M.M., Koning, H. de, Mast, J. de 2008. *Lean Six Sigma, stap voor stap*. Nederland, Alphen aan de Rijn: Beaumont Quality Publications

Donabedian, A. 1988. The quality of health care: how can it be assessed? *JAMA* no. 260, p. 1743-1748

Dückers, M., Wagner, C., & Groenewegen, P. Kwaliteitsmanagement ziekenhuizen sterk ontwikkeld: goed leiderschap bestuurders succesfactor. *Zorgmarkt*: 2010(5), 18-22

Drucker, P. 1985. *Innovation and entrepreneurship*. VS, New York: Harper & Row

Erasmus MC [Internet] [aangehaald op 08-04-2013] Bereikbaar op <http://www.erasmusmc.nl/overerasmusmc/>

Erasmus MC Koers '013 [Internet] [aangehaald op 23-04-2013] Bereikbaar op [http://www.erasmusmc.nl/5663/162999/3306553/Boekje_Koers_'013_\(low_res\).pdf](http://www.erasmusmc.nl/5663/162999/3306553/Boekje_Koers_'013_(low_res).pdf)

Feringa, W.J., Piëst, E., Ritsema, H.A., 1991. *Kwaliteitsmanagement*. Nederland: Wolters-Noordhoff B.V.

Ganzeboom, H.B.G. 2009. Kwalitatieve onderzoeksdesigns en analyse van kwalitatieve gegevens: hoe vertellen we het onze studenten? Inleiding Colloquium Afdeling M&T.

Gieling, L. 2010. Samen bouwen aan de waarborging van de kwaliteit van zorg, de rol van de manager bij het sturen op kwaliteit in de verschillende organisatorische lagen binnen Arkin. Nederland, Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Groenewegen, P. P., Hansen, J. & Bekke, S. van 2007. *Professies en de toekomst: de veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg*. Nederland, Utrecht: Springer.

Guo, K.L. 2002. Roles of Managers in Academic Health Centers: Strategies for the Managed Care Environment. In: *The Health Care Manager* 20, no. 3, p. 43-58

Guo, K.L. & Caalderon, A. 2007. Roles, skills and competencies of middle managers in occupational therapy

Hailey, V. & Balogun, J. 2002. Devising context sensitivity approaches to change. The example of Giaxo Welcome. In: *Long Range Planning*. 35 (3) p. 153-178

Harteloh, P.P.M. & Casparie, A.F. 1998. *Kwaliteit van zorg: van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Nederland, Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Havenziekenhuis [Internet] [aangehaald op 08-04-2013] Bereikbaar op <http://www.havenziekenhuis.nl/?q=content/missie-en-strategie>

Heemskerk, E., Hendriks, T. & Wats, M. 2010. Vormen de 'old boys' een gevaar voor de marktwerking in de zorg? In: *Goed Bestuur* nr. 4

Heuvel, J. van den. 2006. *The effectiveness of ISO 9001 and Six Sigma in Healthcare*. Nederland, Alphen aan de Rijn: Beaumont Quality Publications.

HKZ, harmonisatiemodel [Internet] [aangehaald op 14-01-2013] Bereikbaar op <http://www.hkz.nl/content/view/22/>

Idenburg, P.J. & Van Schaik, M. 2012. *Diagnose 2025: Over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg*. Nederland: Scriptum.

INK, managementmodel, [Internet] [aangehaald op 14-01-2013] Bereikbaar op <http://www.ink.nl/nl/p4bd81e110a03e/ink-managementmodel.html>

ISO, [Internet] [aangehaald op 14-01-2013] Bereikbaar op <http://www.iso.org/iso/home/about.htm>

Jerak-Zuiderent, S. 2012. *Hoorcollege Veranderen en Vernieuwen*. iBMG Rotterdam Zorgmanagement: Erasmus Universiteit

Kedzierski, J.T. & Vlemmix, M.C. 2001. *Kwaliteit & beheer, instrumenten voor de manager in de zorg*. Nederland, Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Kleijn, H. & Rorink, F. 2012. *Verandermanagement*. Nederland, Amsterdam: Pearson Education Benelux

Klein, J. 2013. *Hoorcollege 3 Veiligheidsmanagement*. Master Zorgmanagement Erasmus Universiteit te Rotterdam.

Kooten, K. van, 2003/2004. *Syllabus integraal kwaliteitsmanagement*. Nederland, Den Haag

Kotter, J.P. 1996. *Leading change*. VS, Boston: Harvard Business School Press

- Kroonenberg, P.M. 2005. *Data-analyseplan*. Nederland, Leiden: Universiteit Leiden.
- Kuijk, V. van. 2010. Zo doen wij dat hier, een onderzoek naar de invloed van de organisatorische context op de rol van een manager tijdens het Verbetertraject Plus. Nederland, Rotterdam: Erasmus Universiteit
- Lange, J.F. 2013. *Hoorcollege 1 Veiligheidsmanagement*. Master Zorgmanagement Erasmus Universiteit te Rotterdam.
- Leidelmeijer, M., Vrijhof, H., 1994. *Integrale kwaliteit*. Nederland, Alphen aan de Rijn: Kluwer
- Maas, G.W.A. & Pleunis, J.W., 2002. MFM, Facility Management, Strategie en bedrijfsvoering van de facilitaire organisatie. Nederland, Alphen aan de Rijn: Kluwer
- Medisch contact. 2009. Zorg is nog lang niet groen [Internet] [aangehaald op 18-01-2013] Bereikbaar op: <http://medischcontact.artsennet.nl/nieuws-26/archief-6/tijdschriftartikel/62565/zorg-is-nog-lang-niet-groen.htm>
- Medisch contact. 2012. Eerste groene ziekenhuizen [Internet] [aangehaald op 18-01-2013] Bereikbaar op: <http://medischcontact.artsennet.nl/nieuws-26/nieuwsbericht/117035/eerste-groene-ziekenhuizen.htm>
- Mensink, J.C.M. (2005). *Zelfmanagement in lerende organisaties: ontwikkelingsgericht HRM is de sleutel*. Kluwer: Alphen aan den Rijn.
- Mesman, J. 2011. Resources of strength: an exnovation of hidden competence to preserve patient safety. Uit: Rowley, E. & Waring, J. 2011. *A socio-cultural perspective on patient safety*. Farnham: Ashgate.
- Mintzberg, H. 1973. *The Nature of Managerial Work*. Verenigde Staten, New York: Harper-Row
- Mintzberg, H. 2001. Opkomst en ondergang van strategische planning.
- NEN, ISO-procesmodel, [Internet] [aangehaald op 14-01-2013] Bereikbaar op <http://www.nen.nl/web/ISO-9001-2/PDCA-procesmodel-centraal.htm>
- NIAZ, [Internet] [aangehaald op 14-01-2013] Bereikbaar op <http://www.niaz.nl/>
- NOS.nl. 2011. [Internet] [aangehaald op 19-02-2013] Bereikbaar op <http://nos.nl/artikel/230803-a12ziekenhuizen-willen-de-toekomst-voor-zijn.html>
- Nu.nl. 2013. [Internet] [aangehaald op 07-05-2013] Bereikbaar op www.nu.nl
- Het Oogziekenhuis Rotterdam [Internet] [aangehaald op 08-04-2013] Bereikbaar op <https://www.oogziekenhuis.nl/over-het-oogziekenhuis/center-of-excellence.html>
- Otterdijk, Y. 2011. *Demografische krimp en ziekenhuiszorg*. Nederland, Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
- Pattyn, B. & Raymaekers B. 2010. In gesprek met morgen, lessen voor de eenentwintigste eeuw. Nederland, Leuven: Universitaire Pers Leuven
- Poiesz, T. & Caris, J. 2010. *Ontwikkelingen in de zorgmarkt, een strategische analyse*. Nederland, Deventer: Kluwer
- Putters, K., Breejen, E. den & Frissen, P.H.A. 2009. *De winst van zorgvernieuwing*. Nederland, Assen: Koninklijke Van Gorcum BV
- Reason, J. 2000. Human error: models and management. *BMJ* 320:768-70

Rijksoverheid, [Internet] [aangehaald op 17-12-2012] Bereikbaar op <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/kwaliteitseisen-zorginstellingen>

RTL Nieuws. 2013. [Internet] [aangehaald op 07-05-2013] Bereikbaar op www.rtlnieuws.nl

Rubrech, J. & Stuyling de Lange, G. 2010. Kwaliteit verbeteren in de zorg. Nederland, Amsterdam: Pearson Education Benelux.

Schaepkens, F.F.J.M. 2004. Marktwerking in de Ziekenhuiszorg, enige beschouwingen. In: *MCA Tijdschrift voor Organisaties in Control*

Scholes, K. 1998. 'Stakeholder mapping: a practical tool for managers.' In: *Ambrosini V. Exploring techniques of analysis and evaluation in strategic management*. London: Prentice Hall Europe. Hoofdstuk 10, pp.152-168.

Scholten Medische Groep [Internet] [aangehaald op 14-01-2013] Bereikbaar op <http://www.scholten-medisch.nl/kwaliteit.303.0.html>

Senge, P. 1992. *De vijfde discipline: de kunst van de lerende organisatie*. Nederland, Schiedam: Scriptum

Senge, P. 1999. It's the learning: the real lessons of quality movement. In: *The Journal of Quality and Participation*. 22 (6), p. 34-40

Sint Franciscus Gasthuis [Internet] [aangehaald op 08-04-2013] Bereikbaar op <http://www.sfg.nl/smartsite.dws?id=369>

Skipr [Internet] [aangehaald op 22-04-2013] Bereikbaar op <http://www.skipr.nl/actueel/id7855-indringend-boek-geeft-veiligheid-stimulans-.html>

Sluijs, E., Keijser, A. & Wagner, C. 2005. Kwaliteitssystemen in zorginstellingen de stand van zaken in 2005. Nederland, Utrecht: NIVEL.

Sluijs, E.M. & Wagner, C. 2000 Kwaliteitssystemen in de zorg: de stand van zaken in 2000.

Stichting Pandora. 2008. *Technologische ontwikkelingen in de GGZ*.

Stoopendaal, A.M.V. 2008. *Zorg met afstand: betrokken bestuur in grootschalige zorginstellingen*. iBMG Rotterdam: Erasmus Universiteit

Stoopendaal, A.M.V. 2012. *Hoorcollege Verdelingsvraagstukken Schakelprogramma Zorgmanagement iBMG Rotterdam*: Erasmus Universiteit

Struyf, E. 2000. *Evalueren: een leerkans voor leraren en leerlingen*. Nederland, Leuven: Leuven University Press.

Swanborn, P.G. 2010. *Basisboek sociaal onderzoek*. Nederland, Den Haag: Boom Onderwijs

Thomas, A.B. 2003. What is management? Exploitation, politics and magic. In: *Thomas, A.B. (Ed.) Controversies in management* p. 47-73

Trip, A., Jong, L.J. de & Does, R.J.M.M. 2009. Betere en efficiëntere zorg met Lean Six Sigma. In: *Kwaliteit in zorg*, nr 5, p. 8-11.

Trouw. 2010. Zorg profiteert van de economische crisis [Internet] [aangehaald op 18-02-2013] Bereikbaar op: <http://www.driessen.nl/goedbekend/zorg-profiteert-van-de-economische-crisis/>

Tucker, A.L., Edmondson, A.C. & Spear, S. 2002. *When problem solving prevents organizational learning*. Journal of Organisational Change Management. 15(2):122-137

Van Dale. 2012. Definitie van kwaliteit. [Internet] [aangehaald op 06-01-2013] Bereikbaar op <http://vandale.nl/opzoeken?pattern=kwaliteit&lang=nn>

Van Dale. 2012. Definitie van budget. [Internet] [aangehaald op 12-01-2013] Bereikbaar op <http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=budget&lang=nn>

Vinkenburg, H. 1996. Kwaliteit een intrigerend, maar onbepaald begrip. *Filosofie in bedrijf* 21: p. 3-12

Voetelink, D.W. & Sander, F.B.M. 2005. *Financieel management voor medici*. Nederland, Houten: Bohn Stafleu van Loghum

V&VN. 2011. *Vertel ons hoe het zit*. Nederlandse enquête Werken in de Zorg 2011.

Wagner, C. 1999. Implementation and effectiveness of quality systems in Dutch health care organizations. Nederland, Utrecht: NIVEL

Walburg, J.A. 1997. *Integrale kwaliteit in de gezondheidszorg*. Nederland, Deventer: Kluwer bedrijfsinformatie.

Weggelaar, A. van 2013. Hoorcollege Veiligheidsmanagement. iBMG Rotterdam Zorgmanagement: Erasmus Universiteit.

Wenberg, J.E. Variation in Medical Practice and Hospital Cost'. In: *Holland Management Review*, 42, 1999, p. 80-90

Wiltenburg, M. 2003. Kwaliteitszorgen, onderzoek naar de ontwikkeling van medewerkerswaardering gedurende de implementatie van een kwaliteitssysteem. Nederland, Rotterdam: Erasmus Universiteit

Womack, J.P. & Jones, D.T. 2003. *Lean Thinking*. Verenigde Staten, New York: Free Press.

WRR. 2008. *Onzekere veiligheid*. Nederland: Den Haag

Zorgpremie.net 2012. Bezuinigingen. [Internet] [aangehaald op 18-02-2013] Bereikbaar op: <http://www.zorgpremie.net/blog/ziekenhuizen-verliezen-66-miljoen-door-btw-verhoging>

Zuiderent-Jerak, T. 2007. Preventing implementation; Experimental Interventions with Standardization in Healthcare. In: *Science as Culture*, 16(3): 311-329

Zuiderent Jerak, T., Jerak-Zuiderent, S. & Bal, R. 2010. *Veiligheidsnormen en richtlijnen, kansen en valkuilen voor besturen van kwaliteit*. Regieraad Kwaliteit van Zorg

Zuiderent-Jerak, T., Strating, M., Nieboer, A. & Bal, R. 2009. Sociological refigurations of patient safety; ontologies of improvement and acting with quality collaboratives in healthcare. In: *Social Science & Medicine*. 69(12):1713-1721

Bijlage 1: Definities van kwaliteit

“Kwaliteit is het voldoen aan de eisen en wensen van de klant” Kooten (2004:3)

“Kwaliteit is de mate van overeenstemming tussen feitelijk verleende zorg en vooraf gestelde criteria of eisen”(Donabedian 1988).

“Reflexieve typering van kwaliteit: Kwaliteit is de mate waarbij een gevoelige snaar wordt geraakt en die bijdraagt aan de kwaliteit van leven”(Vinkenburg 1996).

“Kwaliteit is het geheel van eigenschappen en kenmerken van een product of dienst dat van belang is voor het voldoen aan vastgestelde of vanzelfsprekende behoeften” (ISO 8402 in Rubrech & Stuyling de Lange 2010:9).

“Kwaliteit is de mate waarin het geheel van eigenschappen van een product, proces of dienst voldoet aan de eraan gestelde eisen die voortvloeien uit het gebruikersdoel” (Raad voor de Certificatie in Rubrech & Stuyling de Lange 2010:9).

“Kwaliteit wordt bepaald door de klant. De Klant wil producten en diensten die de gehele levensduur aan zijn of haar verwachtingen voldoen tegen een prijs die een waarde vertegenwoordigt”(Ford Motor Company in Rubrech & Stuyling de Lange 2010:10).

“Kwaliteit is een subjectieve term waarvan iedere persoon een eigen definitie heeft. In technische zin kan het begrip twee betekenissen hebben: a) De eigenschappen van een product of dienst met betrekking tot het vermogen om aan kenbaar gemaakte en vanzelfsprekend geachte eisen te voldoen, b) Een product of dienst vrij van gebreken” (American Society of Quality 2012)

“De kwaliteit van een product of dienst is niet wat een leverancier erin stopt, maar wat de klant eruit haalt en waarvoor hij bereid is te betalen” (Drucker 1985)

“Kwaliteit is de waarde die iets heeft voor een persoon” (Gerald M. Weinberg in Rubrech & Stuyling de Lange 2010:10).

“Kwaliteit is het voldoen aan de eisen van de consument” (Ishikawa in Rubrech & Stuyling de Lange 2010:10).

“Kwaliteit is een gevoel, wat niet de organisatie, maar de klant bepaalt” (Scholten Medische Groep 2012).


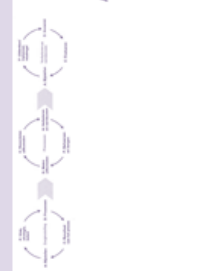
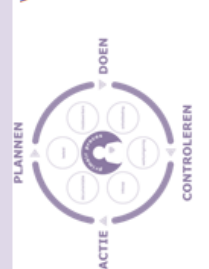
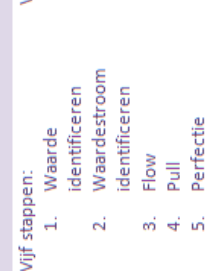
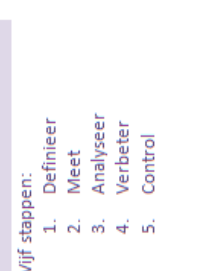
Bijlage 2: Managementrollenmodel geschikt voor de gezondheidszorg

De vier managementmodellen van Mintzberg, Quinn, Zuckerman & Dowling en Guo zijn geen van allen ontwikkeld voor of in de gezondheidszorg. Hierdoor is het lastig om in de praktijk gebruik te maken van één van deze modellen. Door de vier modellen naast elkaar te leggen kan echter een model gecreëerd worden welke aansluit bij de complexiteit van een organisatie in de gezondheidszorg (Guo 2003). De indeling van de drie hoofdrollen van Mintzberg zijn hiervoor als uitgangspunt gebruikt, welke ingevuld worden met managementrollen gebaseerd op de voorgaande modellen, zie onderstaande tabel.

| Rol | Beschrijving | Achtergrond |
|--------------------------------------|--|---|
| Intermenselijke managementrol | | |
| Bestuurdersrol | Ontwikkeling van het doel dat de organisatie nastreeft, richting geven aan de organisatie en motivering van mensen in de organisatie. | Gebaseerd op de boegbeeld/leiderrol van Mintzberg, de leiderrol van Zuckerman en Dowling en de bestuurdersrol van Quinn. |
| Liaisonfunctionaris | Link tussen de organisatie en de (externe) omgeving. | Richt zich op de organisatie en zijn omgeving. De rol is gebaseerd op de rol van 'aanspreekpunt' van Mintzberg en de rol van 'producent' van Quinn. |
| Informatieve managementrol | | |
| Monitor | Informatie verzamelen en probleemgebieden identificeren. Soepel laten verlopen van verbetertrajecten. De verzamelde informatie zorgt ervoor dat de manager kan monitoren en begrijpen waarom verandering plaatsvindt en hoe hij hierop moet anticiperen. | Deze rol is gebaseerd op de rol van 'waarnemer' van Mintzberg, de rol van 'delegeerder' van Guo en de rol van 'controleur' van Quinn. |
| Beslissingsrol van de manager | | |
| Ondernemer | De ontwerper van verandering, het initiëren van nieuwe strategieën, het nemen van risico's en de bereidheid tot het nemen van beslissingen. | Deze rol is gebaseerd op de rol van 'ondernemer' van Mintzberg, de 'strategist-rol' van Zuckerman en Dowling en Guo en de 'innovator'- en 'producentrol' van Quinn. |
| | Verantwoordelijkheid voor het oplossen van problemen en het waarborgen van de stabiliteit in een organisatie. De werkomgeving moet gericht zijn op het bereiken van organisatiedoelen. | Deze rol is gebaseerd op de 'probleemoplosserrol' van Mintzberg en de bemiddelaarsrol van Quinn. |
| | Verantwoordelijk voor het nemen van alle grote beslissingen, benut bronnen ten optimale zodat productiviteit en resultaten op het hoogste niveau worden gebracht. | Deze rol is gebaseerd op de rol van 'toekenner' van middelen van Mintzberg en de 'ontwerpersrol' van Zuckerman en Dowling. |

Tabel bijlage 2: Managementrollen voor de gezondheidszorg (Bron: Van Kuijk)

Bijlage 3: Overzicht kwaliteitsmodellen

| | ISO 9000-serie | NIAZ | HKZ-model | Lean Management | Six Sigma |
|----------------------------|--|---|---|--|---|
| INK-managementmodel | | | | | |
| Oorsprong | De afkorting ISO staat officieel voor 'International Organization for Standardization'. | Het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) | De Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector wordt afgekort met HKZ | Een methode die ontwikkeld is door de Japanse autofabrikant Toyota om processen te stroomlijnen. | De term 'Six Sigma' komt uit de statistiek en wijst er naar dat processen zo betrouwbaar zijn dat maar in drie van de miljoen producten afwijkingen ontstaan. |
| Uitgangspunt | De ISO 9000-serie gaat over kwaliteit, waarbij de normen aan het zogenaamde 'procesmodel' (kwaliteitsmodel) worden opgehangen. | De aandachtsgebieden van het INK-model worden in de NIAZ Kwaliteitsnorm Zorginstellingen gehanteerd. Per aandachtsgebied wordt op drie niveaus bekeken of er sprake is van een PDCA-cyclus. | Het betreft hierbij een kwaliteitsmodel met kwaliteitsnormen. Naast het primaire proces wordt in dit proces echter, in verbeteringen zijn beter dan systeemanalyse. | Het verwijder van verspillingen zal de prestatie output van systemen verbeteren. Vele kleine verbeteringen zijn beter dan alle processen wordt verminderd. | Een probleem bestaat. Cijfers worden geanalyseerd. De output van systemen wordt verbeterd als de variatie in alle processen wordt verminderd. |
| Doel | De ISO-normen worden doorgaans als uitgangspunt genomen voor de certificering van organisaties. Als een organisatie immers kan aantonen te voldoen aan de ISO-9001 norm (de kwaliteitsmanagementnorm) dan komt de organisatie in aanmerking voor een certificaat | Levert, door middel van het ontwikkelen van de kwaliteitsnormen en het toepassen daarvan in de toetsing van zorginstellingen en -processen, een bijdrage aan de borging en verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg (NIAZ 2012). | Voor een betere aansluiting op de praktijk is er binnen de HKZ gekozen voor de ontwikkeling van ISO-normen per branche. Dit betekend tevens dat als een organisatie HKZ-gecertificeerd is deze ook direct ISO 9001-gecertificeerd is. | Het reduceren van de doorlooptijd door het verwijderen van verspilling. | Het reduceren van variatie door minder verspilling en voorraden. |
| Model |  |  |  |  |  |

Bijlage 4: Overzicht kwaliteitsmodellen (Wollersheim et al. 2002, Nave 2002, Ruvbrech & Stuvling de Lange 2010)

Bijlage 4: 8 stappen van verandering van Kotter

| Acht stappen in het veranderproces | Omschrijving door Kotter |
|--|--|
| Urgentiebesef vestigen | <ul style="list-style-type: none"> - Onderzoek de markt - Analyseer de concurrentie - Identificeer en bespreek (potentiele) kansen en bedreigingen |
| Een leidende coalitie vormen | <ul style="list-style-type: none"> - Vorm een machtige en invloedrijke groep om verandering te leiden - Organiseer deze sturende coalitie om als een team te werken |
| Een visie en strategie ontwikkelen | <ul style="list-style-type: none"> - Creëer een visie om de veranderingsinspanningen richting te geven - Ontwikkel strategieën om de visie te realiseren |
| De veranderingsvisie communiceren | <ul style="list-style-type: none"> - Gebruik elke mogelijke manier om de nieuwe visie en strategieën te communiceren - De leden van de sturende coalitie moeten het goede voorbeeld geven aan de rest van de organisatie |
| Een breed draagvlak creëren | <ul style="list-style-type: none"> - Ruim obstakels op - Verander de structuren en systemen die de verandering in de weg staan - Moedig het nemen van risico's en het genereren van onconventionele ideeën en activiteiten aan |
| Kortetermijnwinsten behalen | <ul style="list-style-type: none"> - Maak plannen voor zichtbare verbetering in prestatie - Creëer resultaten en eis deze op - Geef zichtbare erkenning aan de mensen die de korte termijn resultaten mogelijk hebben gemaakt |
| Consolideren en in beweging blijven | <ul style="list-style-type: none"> - Bouw voort op de geloofwaardigheid en verander langzaam alle systemen, structuren en beleidsplannen die niet passen in die visie - Gebruik, promoot en ontwikkel succesvolle veranderaars - Versterk het veranderingsproces met nieuwe projecten, thema's en aanjagers |
| Nieuwe benaderingen verankeren in de cultuur | <ul style="list-style-type: none"> - Verbeter prestaties door klantgerichtheid, productiviteitsbewust-zijn en door effectiever leiderschap en management |

Bijlage 5: Respondenten

| | Instelling | Functie | Afspraak |
|----|--------------------------------------|--------------------------|-----------------|
| 1 | Erasmus MC | Stafmedewerker | 21.03.2013 |
| 2 | Erasmus MC | Stafmedewerker | 21.03.2013 |
| 3 | Erasmus MC | Stafmedewerker | 25.03.2013 |
| 4 | Erasmus MC | Stafmedewerker | 25.03.2013 |
| 5 | Ziekenhuis buiten de regio Rotterdam | Onderzoeker / Expert | 22.03.2013 |
| 6 | Oogziekenhuis | Stafmedewerker | 28.03.2013 |
| 7 | Oogziekenhuis | Professional | 28.03.2013 |
| 8 | Oogziekenhuis | Manager / leidinggevende | 10.04.2013 |
| 9 | Erasmus MC | Manager / leidinggevende | 18.04.2013 |
| 10 | St. Franciscus Gasthuis | Professional | 05.04.2013 |
| 11 | Havenziekenhuis | Stafmedewerker | 16.04.2013 |
| 12 | Erasmus MC | Professional | 18.04.2013 |
| 13 | Havenziekenhuis | Manager / leidinggevende | 16.04.2013 |
| 14 | Havenziekenhuis | Professional | 16.04.2013 |
| 15 | St. Franciscus Gasthuis | Manager / leidinggevende | 06.05.2013 |

Bijlage 6: Vragenprotocollen

Bij de vragenprotocollen welke gebruikt werden voor het afnemen van de interviews was er na elke vraag meer ruimte voor het opschrijven van de antwoorden, er is voor gekozen alleen twee lijnen te behouden om hier een illustratie van te geven. Daarnaast werd er aan het einde van elk interview aan de respondenten gevraagd of zij nog vragen en/of opmerkingen hadden en ook hier was ruimte voor om deze op te schrijven.

Interview Kwaliteitsfunctionarissen

Inleiding:

- Doel: Inzicht te verschaffen in de manier waarop kwaliteit cyclisch bijgestuurd kan blijven worden waarbij aandacht is voor zowel de interne als externe factoren, de strategische keuzes en de managementvaardigheden van een Nederlands ziekenhuis die hiervoor benodigd zijn.
- Duur interview: één uur (22 vragen)
- Vertrouwelijkheid waarborgen
- Toestemming geluidsopname (wordt alleen voor uitwerkingen gebruikt)
- Vragen?

Naam _____

Datum afname: dag _____, maand _____, jaar 2013

Begintijd: _____, eindtijd: _____

Geslacht _____

Geboortejaar: _____

Instelling: _____

Afdeling: _____

Functie respondent: _____

Opleiding: _____

Werkervaring in jaren: _____

Vraag 1

Wat verstaat u onder 'kwaliteit van zorg'?

Vraag 2

Ik hanteer de volgende definitie van kwaliteit in dit onderzoek: "Kwaliteit omvat zowel de beleving van het gehele zorgproces door de zorgconsument, als de mate waarin dit proces voldoet aan de intern en extern gestelde eisen." In hoeverre denkt u dat deze definitie de lading dekt?

Vraag 3

Wat verstaat u onder 'de cyclische bijsturing van kwaliteit'?

Vraag 4

Welk kwaliteitssysteem wordt er in dit ziekenhuis gehanteerd? Kunt u dit kort toelichten?

Vraag 5

In hoeverre komt het cyclische aspect volgens u terug in het gehanteerde kwaliteitssysteem?

Vraag 6

In hoeverre wordt de kwaliteit van zorg in het ziekenhuis waar u werkzaam bent, naar uw mening, cyclisch bijgesteld?

Vraag 7

In hoeverre speelt het 'cyclisch bijsturen van kwaliteit van zorg' volgens u onder de medewerkers van dit ziekenhuis?

Vraag 8

Hoe kijken medewerkers, naar uw mening, aan tegen de cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg?

Vraag 9

Welke omgevingsfactoren van het ziekenhuis zijn volgens u van invloed op de cyclische bijsturing van de kwaliteit?

Vraag 10

In hoeverre is de rol van de overheid van belang voor het cyclisch bijsturen van kwaliteit?
(toezicht door IGZ en certificering aan de hand van ISO normen)

Vraag 11

Hoe heeft de economie volgens u invloed op de cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg?

Vraag 12

Hebben maatschappelijke ontwikkelingen invloed op de cyclische bijsturing van kwaliteit van zorg? Zo ja, welke en hoezo?

Vraag 13

Zijn er, voor zo ver u weet, technologische ontwikkelingen doorgevoerd door dit ziekenhuis ter bevordering van de kwaliteit van zorg? Zo ja, kunt u hier iets over vertellen? (communicatietechnologieën bijvoorbeeld)

Vraag 14

In hoeverre is het ziekenhuis bezig met het verbeteren van kwaliteit op het niveau van duurzaamheid (milieu)?

Vraag 15

In hoeverre kijkt u naar hoe andere ziekenhuizen met de kwaliteit van zorg omgaan (benchmarking), ter verbetering van de kwaliteit van zorg van het eigen ziekenhuis?

Vraag 16

Werkt u samen met andere ziekenhuizen ter bevordering van de kwaliteit van zorg? Kunt u uw antwoord motiveren?

Vraag 17

Wat zijn de doelen van het ziekenhuis met betrekking tot de kwaliteit van zorg?

Vraag 18

Heeft het ziekenhuis, voor zo ver u weet, plannen om het beleid m.b.t. de kwaliteit van zorg te veranderen?

Vraag 19

Welk toekomstscenario ziet u voor ogen voor ziekenhuizen met betrekking tot kwaliteit?

Vraag 20

Hebben managementvaardigheden volgens u invloed op de cyclische bijsturing van kwaliteit? Kunt u dit antwoord motiveren?

Vraag 21

Welke taken hebben managers in dit ziekenhuis met betrekking tot de cyclische bijsturing van kwaliteit?

Vraag 22

Welke managementvaardigheden zijn nodig om deze taken uit te kunnen voeren?

Bedankt voor uw medewerking.