

# Benchmarking van ziekenhuizen in Nederland

*Hoe dient een benchmarking van ziekenhuizen te verlopen, zodat de  
implementatiefase van het benchmarking-proces kan worden  
gerealiseerd?*

---

**Rotterdam, 27- 06- 2008**

Erasmus Universiteit Rotterdam  
Gezondheidswetenschappen 2007-2008  
Bachelorscriptie

**Naam:** Natalie Verschuren  
**Adres:** Platinadijk 28  
**Postcode + Plaats:** 4706 LH Roosendaal  
**Studentnummer:** 296409  
**Begeleider:** Dr. J. Geelhoed  
**Meelezer:** Prof. dr. R.A. Bal

## **Voorwoord**

Deze scriptie vormt het sluitstuk van mijn bacheloropleiding Beleid & Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Dit kwalitatieve onderzoek heeft als doel het verschaffen van inzicht in benchmarking van ziekenhuizen in Nederland. De overkoepelende vraag hierbij luidt: *Hoe dient een benchmarking van ziekenhuizen te verlopen, zodat de implementatiefase van het benchmarking-proces kan worden gerealiseerd?* Dit onderwerp heb ik gebaseerd op een afstudeerthema die door dr. J. Geelhoed is aangereikt. Het onderwerp sprak mij aan, vanwege het feit dat bestuurlijke informatievoorziening momenteel een hot-item is in de zorgsector. De informatievoorziening dient echter goed te worden verzameld, willen zorginstellingen strategisch kunnen sturen op indicatoren in de zorg. Met deze scriptie hoop ik hier inzicht in te bieden.

Dit voorwoord wil ik tevens aangrijpen als dankwoord.

Allereerst wil ik mijn scriptiebegeleider dr. J. Geelhoed bedanken voor zijn adviezen en leerzame begeleiding tijdens het uitvoeren en het schrijven van mijn gehele scriptie(onderzoek). Mijn dank gaat tevens uit naar mijn meezeer prof. dr. R. A. Bal wie mij geholpen heeft bij zowel het opstarten als bij het afronden van mijn scriptie.

Graag wil ik ook alle respondenten bedanken voor het kenbaar maken van hun ervaringen met de OK- benchmarking en hun bereidheid mee te denken in hoe het instrument dient te worden verbeterd.

Tot slot wil ik graag mijn lieve familie, vriend en vriendinnen bedanken voor hun voortdurende steun, interesse en trots tijdens het schrijven van deze scriptie.

Natalie Verschuren

Roosendaal, juni 2008

## Samenvatting

De gezondheidszorg wordt momenteel gekenmerkt door toenemende concurrentie. Zorginstellingen dienen zich te profileren binnen de markt willen zij zich staande kunnen houden. Benchmarking is een instrument dat steeds vaker door zorginstellingen wordt gebruikt om zo hun strategische positie in de markt te kunnen versterken. Benchmarking is een managementinstrument waarmee kwaliteits- en doelmatigheidsverbeteringen binnen een organisatie kunnen worden gerealiseerd. Volgens de literatuur blijkt echter dat de implementatiefase van een benchmarking-proces bij zorginstellingen niet voldoende verloopt. In deze scriptie staat daarom de volgende probleemstelling centraal:

*“Hoe dient een benchmarking van ziekenhuizen te verlopen, zodat de implementatiefase van het benchmarking-proces kan worden gerealiseerd?”*

Om deze probleemstelling te kunnen beantwoorden, is inzicht nodig in de mogelijke problemen en succesfactoren van benchmarking. Er is allereerst een literatuuronderzoek uitgevoerd om deze problemen en succesfactoren te kunnen achterhalen. Ook is middels kwalitatief onderzoek nagegaan wat de ervaringen van zorgprofessionals zijn met een benchmarking en hun verwachtingen daarbij.

Volgens de theorie bestaat een benchmarking-proces uit een vijftal fasen, te weten: voorbereiding, planning, analyse, planconstructie en actie. Per fasen kunnen zich, volgens de literatuur, problemen voordoen, die de implementatiefase kunnen belemmeren. Er zijn echter ook per fasen factoren te benoemen die benchmarking tot een succes moeten maken. Het welslagen van een benchmarking van ziekenhuizen hangt af van welke problemen de ziekenhuizen tijdens het proces zijn tegengekomen en welke succesfactoren zij hebben toegepast. In de literatuur worden tevens mogelijke verbeteringen voor het instrument benchmarking benoemd. Deze verbeteringen dienen echter nog in detail te worden ontwikkeld, waarna vervolgens de meerwaarde ervan dient te worden onderzocht.

De analyse bevestigt allereerst het feit dat de implementatiefase van een benchmarking-proces door ziekenhuizen niet altijd wordt bereikt. De Reinier de Graaf groep, het Meander medisch centrum en het Maxima medisch centrum hebben namelijk deze fase niet doorlopen. Het St. Elisabeth ziekenhuis en het Lievensberg ziekenhuis hebben daarentegen het benchmarking-proces positief ervaren en hebben deze geheel uitgevoerd. Uit de analyse blijkt dan ook dat de, in de literatuur genoemde, mogelijke problemen zich meer hebben voorgedaan bij de benchmarking die is uitgevoerd door de Reinier de Graaf groep, het Meander medisch centrum en het Maxima medisch centrum in vergelijking met de benchmarking uitgevoerd door de overige ziekenhuizen. Zij hebben tevens minder factoren

Hoe dient een benchmarking van ziekenhuizen te verlopen?

toegepast die het succes van een benchmarking bepalen, vergeleken met het St. Elisabeth ziekenhuis en het Lievensberg ziekenhuis.

In de conclusie is omschreven hoe de fasen van een benchmarking-proces dienen te verlopen, wil een benchmark succesvol zijn. Deze omschrijving is gebaseerd op gegevens uit de literatuur en door de resultaten van het kwalitatieve onderzoek te analyseren.

In de conclusie worden tevens mogelijke verbeteringen benoemd, die door de respondenten zijn voorgelegd om het instrument in de praktijk te kunnen verbeteren.

## **Abstract**

The health care system is currently characterized by increasing competition. Care institutions have to characterize themselves within the market if they want to keep being in business. Benchmarking is an instrument which is being used more and more by care institution in order to strengthen their strategic position in the market. Benchmarking is a management instrument with which quality and suitability improvements inside an organization can be realized. According to relevant literature, it appears that the implementation phase of a benchmarking process at care institutions does not proceed sufficient enough. Therefore, in this thesis the following problem will be addressed:

*“In which way should benchmarking of hospitals be executed, such that the implementation phase of benchmarking can be completed?”*

To find an answer to this central question, it is necessary to obtain insight in possible problems and success factors of benchmarking. First of all, a literature review is performed to actually find out these problems and success factors. Furthermore, experiences with benchmarking and expectations of it from professionals in the health care industry are examined by means of a qualitative research.

According to the theory, a benchmarking process consists of five phases, namely: preparation, planning, analysis, construction of a plan and action. For each of these five phases, there can occur possible problems which oppose the implementation of the suggested changes. On the other hand, for each phase there are also factors which could make benchmarking a great success. Whether benchmarking of hospitals will become a success depends on which kind of problems the hospitals encounter during the benchmarking process and which success factors they apply. At the same time, possible improvements of the benchmarking instrument are mentioned in the literature. However, these improvements still have to be developed in more detail, after which the surplus value of them should be investigated.

Analysis confirms very first the fact that hospitals do not always achieve the implementation phase of a benchmarking process. For instance, the Reiner de Graaf group, the Meander medical centre as well as the Maxima medical centre did not pass through this phase. On the other hand, the St. Elisabeth hospital and the Lievensberg hospital carried out the benchmarking process completely and experienced it as something positive. From the analysis, it turns out that the possible problems which are mentioned in literature, occurred more frequently during the benchmarking carried out by the Reinier de Graaf group, the Meander medical centre and the Maxima medical centre compared to the benchmarking carried out by the other hospitals. The first mentioned also applied less factors which

Hoe dient een benchmarking van ziekenhuizen te verlopen?

determine the success of a benchmarking compared to the St. Elisabeth hospital and the Lievensberg hospital.

The conclusion of this thesis describes how the different phases of a benchmarking process should be executed for a benchmarking to be carried out successful. This description is based on data obtained from literature and analyzing the results of the qualitative research. Also, several suggestions, proposed by the health care professionals, are mentioned in order to improve the benchmarking instrument in practice.

## Inhoudsopgave

<b>HOOFDSTUK 1 INLEIDING.....</b>	<b>8</b>
§ 1.1 AANLEIDING.....	8
§ 1.2 WETENSCHAPPELIJKE EN MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE .....	9
§ 1.3 ONDERZOEKSETTING .....	9
§ 1.4 DOELSTELLING & PROBLEEMSTELLING .....	10
§ 1.5 LEESWIJZER .....	11
<b>HOOFDSTUK 2 METHODEN VAN ONDERZOEK .....</b>	<b>12</b>
§ 2.1 METHODE LITERATUURONDERZOEK .....	12
§ 2.2 METHODE KWALITATIEF ONDERZOEK.....	12
<b>HOOFDSTUK 3 BENCHMARKING .....</b>	<b>16</b>
§ 3.1 BENCHMARKING .....	16
§ 3.2 BENCHMARKONDERZOEKEN IN DE ZORGSECTOR.....	20
§ 3.3 SAMENGEVAT .....	21
<b>HOOFDSTUK 4 PROBLEMEN BIJ BENCHMARKING EN DE SUCCESFACTOREN .....</b>	<b>22</b>
§ 4.1 MOGELIJKE PROBLEMEN BIJ BENCHMARKING .....	22
§ 4.2 SUCCESFACTOREN EN MOGELIJKE VERBETERINGEN.....	26
§ 4.3 SAMENGEVAT .....	34
<b>HOOFDSTUK 5 RESULTATEN &amp; ANALYSE .....</b>	<b>35</b>
§ 5.1 HET ONDERSCHIED TUSSEN DE ZIEKENHUIZEN.....	35
§ 5.2 DE PROBLEMEN .....	37
§ 5.3 DE SUCCESFACTOREN .....	44
§ 5.4 DE VERBETERINGEN.....	55
§ 5.5. SAMENGEVAT .....	58
<b>HOOFDSTUK 6 CONCLUSIE, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN .....</b>	<b>59</b>
§ 6.1 CONCLUSIE .....	59
§ 6.2 DISCUSSIE .....	72
§ 6.3 AANBEVELINGEN.....	74
<b>LITERATUURLIJST.....</b>	<b>76</b>
<b>BIJLAGE 1, TOPICLIJST KWALITATIEF ONDERZOEK.....</b>	<b>78</b>

## Hoofdstuk 1 Inleiding

### § 1.1 Aanleiding

De zorgsector is de laatste jaren aan veel veranderingen onderhevig, zowel aan de kant van de zorgvragers en de zorgaanbieders als aan de kant van de institutionele omgeving (Prince 2005). Consumenten worden steeds mondiger en zouden graag zien dat het zorgaanbod beter aansluit bij hun vraag. De toenemende vergrijzing zorgt zelfs voor een vergroting van de marktvraag. De komst van het nieuwe verzekeringsstelsel en het nieuwe financieringssysteem hebben veranderingen teweeg gebracht in de institutionele omgeving en meer nadruk gelegd op het verhogen van efficiëntie en productiviteit. Dit zorgt voor veranderingen in de aanbodkant van de zorg. Deze veranderingen vragen om meer ondernemend gedrag in de zorg (Prince 2005). Zorginstellingen moeten doelmatig, innovatief en vraaggericht gaan werken en steeds meer een competitieve houding aannemen (van der Grinten 2004). Ze dienen een strategie te kiezen over hoe zij zich willen profileren en positioneren in de markt (Crommentuyn 2006). Door deze strategische zorgmarketing kan de positie van de zorginstelling in de markt verbeteren (Boonekamp 1994).

Enkele zorginstellingen gebruiken tegenwoordig het instrument benchmarking om hun strategische positie in de zorgmarkt te versterken. Waalewijn & Kamp definiëren benchmarking als volgt:

Benchmarking is de techniek waarbij systematisch en grondig de prestaties en achterliggende operationele en management vaardigheden van organisaties met een toonaangevende prestatie op een bepaald gebied onderzocht worden. Deze techniek heeft tot doel de eigen prestaties en werkmethoden te spiegelen aan de beste en nieuwe ideeën en inzichten te vertalen naar de eigen organisatie om te komen tot een drastische verbetering van de prestatie. (1994, in Waalewijn e.a. 1996)

Door de informatie die voortvloeit uit de benchmarking op een goede manier in te zetten, kan een zorginstelling een voorkeurpositie verwerven bij zorgconsumenten, huisartsen en zorgverzekeraars. Uit de literatuur blijkt echter dat de implementatiefase van benchmarking in de zorgsector nog niet voldoende verloopt. Vaak ontstaan er problemen bij het implementeren van veranderingen en soms vinden er zelfs geen verbeteringen plaats binnen de organisatie nadat de benchmarking is uitgevoerd (Poerstamper e.a. 2007). Om de implementatiefase te kunnen verbeteren, is nadere beschouwing van benchmarking tussen ziekenhuizen noodzakelijk. Er dient te worden gekeken naar hoe de informatie het beste kan worden verzameld, geanalyseerd en kan worden ingezet, zodat ziekenhuizen strategisch kunnen sturen op indicatoren in de zorg.



### **§ 1.2 Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie**

De gezondheidszorg wordt momenteel gekenmerkt door toenemende concurrentie. Zorginstellingen dienen zich te profileren binnen de markt willen zij zich staande kunnen houden. Benchmarking is een instrument dat steeds vaker door zorginstellingen wordt gebruikt om zo hun strategische positie in de markt te kunnen versterken. Aangezien in de praktijk echter blijkt dat de implementatiefase van het benchmarking-proces niet voldoende verloopt, is nadere beschouwing van benchmarking in de gezondheidszorg noodzakelijk (Poerstamper e.a. 2007). Nadere beschouwing kan de implementatiefase van benchmarking in de gezondheidszorg ten goede komen, wat weer kan leiden tot het leveren van kwalitatief goede en doelmatige zorg door zorginstellingen. In deze scriptie wordt specifiek aandacht besteed aan benchmarking van ziekenhuizen.

De resultaten uit dit onderzoek zijn voornamelijk relevant voor managers en artsen van ziekenhuizen. De uitkomsten kunnen tevens worden gebruikt door andere zorginstellingen, maar op hen wordt tijdens dit onderzoek niet specifiek gericht. Ook onderzoeksbureaus die benchmarkonderzoeken in de gezondheidszorg uitvoeren, kunnen baat hebben bij dit onderzoek. Verder komt dit onderzoek ten goede aan patiënten, huisartsen en zorgverzekeraars. Het is voor hen belangrijk dat zij kunnen kiezen uit zorginstellingen die kwalitatief goede en doelmatige zorg leveren.

### **§ 1.3 Onderzoekssetting**

Het onderzoek is uitgevoerd in vijf verschillende ziekenhuizen in Nederland: Maxima medisch centrum in Eindhoven/Veldhoven, Reinier de Graaf groep in Delft, Meander medisch centrum in Amersfoort, St. Elisabeth ziekenhuis in Tilburg en het Lievensberg ziekenhuis in Bergen op Zoom.

De eerste drie genoemde ziekenhuizen behoren tot de zogehete Ziekenhuisketen die in 1994 is opgestart. De Ziekenhuisketen is een groep van acht algemene ziekenhuizen die projectmatig werken aan de thema's: kwaliteit, benchmarking en rekenschap. Tijdens deze projecten ligt het accent op vergelijken, analyseren en leren van elkaar en niet op beoordelen en afrekenen (Plexus Medical Group 2004). In 2003 heeft de Ziekenhuisketen in samenwerking met het adviesbureau Plexus Medical Group als eerste een benchmarking uitgevoerd op de operatiekamer (OK). Het St. Elisabeth ziekenhuis in Tilburg heeft drie keer een OK-benchmark uitgevoerd, waarvan de eerste heeft plaatsgevonden in 2005. De herhalingen van de OK-benchmark hebben inzicht geboden in de resultaten van de doorgevoerde veranderingen die na aanleiding van de eerste benchmark zijn ingevoerd (Dorresteyn e.a. 2006). In 2006 heeft het Lievensberg ziekenhuis te Bergen op Zoom de OK-benchmark uitgevoerd. Ook bij het St. Elisabeth ziekenhuis en het Lievensberg ziekenhuis

heeft Plexus Medical Group ondersteuning geboden. De ervaringen met de OK-benchmark en de verwachtingen van de respondenten daarbij zijn in dit onderzoek gebruikt.

#### **§ 1.4 Doelstelling & probleemstelling**

Het doel van deze case study is het verschaffen van inzicht in benchmarking van ziekenhuizen in Nederland. Er wordt onderzocht hoe een benchmarking van ziekenhuizen dient te verlopen, zodat de implementatiefase van een benchmarking-proces kan worden gerealiseerd.

Gebaseerd op de relevantie van dit onderzoek en de daarbij behorende doelstelling is de volgende probleemstelling geformuleerd:

*Hoe dient een benchmarking van ziekenhuizen te verlopen, zodat de implementatiefase van het benchmarking-proces kan worden gerealiseerd?*

Om deze probleemstelling te kunnen beantwoorden, zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

##### *Deel 1: Theoretisch kader: literatuur onderzoek*

- 1. Wat zijn volgens de literatuur mogelijke problemen die zich kunnen voordoen bij een benchmarking van ziekenhuizen in Nederland, die de implementatiefase kunnen belemmeren?*

Om een antwoord op de probleemstelling te kunnen formuleren, is het van belang kennis te hebben van de mogelijke problemen die zich bij een benchmarking kunnen voordoen. Deze deelvraag tracht te achterhalen welke mogelijke problemen in de literatuur worden aangehaald.

- 2. Welke factoren dragen volgens de theorie bij aan het succesvol uitvoeren van een benchmarking?*

Deze deelvraag tracht te achterhalen welke factoren in de literatuur worden aangedragen om een benchmarking tot een succes te maken. Deze deelvraag omvat zowel factoren waarvan het resultaat al bewezen is als mogelijke verbeteringen waarvan het resultaat nog niet bekend is.

##### *Deel 2: Verdiepende fase: kwalitatief onderzoek*

- 3. Heeft de benchmarking geleid tot het implementeren van veranderingen binnen de operatiecomplexen?*

Binnen de probleemstelling staat de implementatiefase centraal. Om te kunnen achterhalen welk effect de in de literatuur genoemde mogelijke problemen en succesfactoren hebben

gehad op de implementatiefase in de praktijk, dient allereerst te worden vastgesteld of de ziekenhuizen deze fase hebben doorlopen.

4. *Welke van de, in de literatuur genoemde, mogelijke problemen hebben zich voorgedaan bij de OK-benchmarking van de ziekenhuizen?*

De theorie over mogelijke problemen die zich bij een benchmarking kunnen voordoen, wordt hier toegepast op de ziekenhuizen die voor deze scriptie zijn benaderd.

5. *Welke van de, in de literatuur genoemde, succesfactoren zijn door de ziekenhuizen gebruikt bij de uitvoering van de OK-benchmarking?*

Aanvullend op de voorgaande deelvragen is het van belang na te gaan welke van deze factoren een daadwerkelijk succes zijn geweest bij de OK-benchmarking die door de ziekenhuizen is uitgevoerd.

6. *Wat zijn mogelijke verbeteringen voor het instrument benchmarking, teneinde te komen tot een betere implementatiefase, volgens de respondenten van de ziekenhuizen die voor deze scriptie zijn benaderd?*

Deze zorgprofessionals hebben het verloop van een benchmarking in werkelijkheid meegemaakt. Hierdoor is het mogelijk dat zij zelf ideeën hebben voor de verdere ontwikkeling van het instrument.

## **§ 1.5 Leeswijzer**

Deze scriptie bestaat grofweg uit twee delen, het theoretisch kader en het kwalitatieve onderzoek. In hoofdstuk twee worden allereerst de methoden van het kwalitatieve onderzoek en het literatuuronderzoek besproken. Het theoretische gedeelte beslaat twee hoofdstukken. In hoofdstuk drie wordt allereerst aandacht besteed aan het instrument benchmarking (§ 3.1) en aan benchmarkonderzoeken in de zorgsector (§ 3.2). Hoofdstuk vier gaat in op de mogelijke problemen die zich kunnen voordoen bij een benchmarking (§ 4.1) en op de succesfactoren van benchmarking die in de literatuur worden aangedragen (§ 4.2), zodat de deelvragen één en twee kunnen worden beantwoord. In hoofdstuk vijf worden de resultaten en de analyse van het kwalitatieve onderzoek weergegeven, waarin tevens antwoord wordt gegeven op de deelvragen drie tot en met zes. Hoofdstuk zes bevat de conclusie waarin een antwoord wordt geformuleerd op de probleemstelling. Tot slot zal in dit hoofdstuk tevens een discussie plaatsvinden over het onderzoek en worden aanbevelingen benoemd.

## **Hoofdstuk 2 Methoden van onderzoek**

In dit hoofdstuk wordt de methodiek van onderzoek besproken. Allereerst wordt aandacht besteed aan de methode van het literatuuronderzoek. Vervolgens wordt de methode van het kwalitatieve onderzoek behandeld. In dit hoofdstuk wordt tevens aandacht besteed aan de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek.

### **§ 2.1 Methode literatuuronderzoek**

Om een theoretisch kader te kunnen vormen, is een literatuuronderzoek verricht. Bij het zoeken naar informatie is gebruik gemaakt van verschillende digitale databanken zoals; Picarta, PubMed, Online contents etc. Ook werd bij het zoeken naar literatuur het internet gebruikt. De literatuur is gezocht aan de hand van de volgende termen:

- Benchmarking
- Benchmarkonderzoeken in de zorgsector
- Implementatieproces
- OK-benchmark
- Veranderingsproces
- Lerende organisaties

De 'sneeuwbalmethode' is toegepast tijdens het literatuuronderzoek; relevante literatuur verwijzen door naar nieuwe bronnen en zoektermen (Maso & Smaling 1998). De gevonden literatuur is geselecteerd op basis van relevantie. Tijdens het literatuuronderzoek is zowel gezocht naar nationale als internationale literatuur. Nadat de eerste twee deelvragen van dit onderzoek naar tevredenheid konden worden beantwoord, is het literatuuronderzoek beëindigd.

### **§ 2.2 Methode kwalitatief onderzoek**

Het doel van deze scriptie is het bieden van inzicht in hoe een benchmarking van ziekenhuizen in Nederland dient te verlopen, zodat de implementatiefase van het benchmarking-proces kan worden gerealiseerd. Naast het achterhalen van de manier waarop deze wordt beschreven in de literatuur is het tevens van belang te weten hoe zorgprofessionals van ziekenhuizen tegenover dit onderwerp staan. Kwalitatief onderzoek leent zich hiervoor.

In deze scriptie is gekozen voor een case study als onderzoeksdesign voor het kwalitatieve onderzoek. Tijdens een case study worden één of enkele gevallen van een sociaal verschijnsel intensief bestudeerd. In meer pragmatische zin kan een case study dienen om sociale problemen/situaties te signaleren en te analyseren (Bowling 2002).

### *§ 2.2.1 Onderzoekspopulatie*

Voor de case study zijn vijf gevalsstudies uitgevoerd. Het onderzoek heeft namelijk plaatsgevonden in vijf ziekenhuizen in Nederland: Maxima medisch centrum in Eindhoven/Veldhoven, Reinier de Graaf groep in Delft, Meander medisch centrum in Amersfoort, St. Elisabeth ziekenhuis in Tilburg en Lievensberg ziekenhuis in Bergen op Zoom. De eerste drie ziekenhuizen behoren tot de zogehete Ziekenhuisketen die in 1994 is opgestart. Deze drie ziekenhuizen zijn voor dit onderzoek geselecteerd aangezien zij als eerste een OK-benchmark hebben uitgevoerd in samenwerking met Plexus Medical Group in 2003. Deze drie ziekenhuizen waren tevens bereid hierover informatie te verschaffen tijdens een interview in tegenstelling tot enkele andere ziekenhuizen die tot de Ziekenhuisketen behoren. Halverwege het onderzoek is echter besloten om ook ziekenhuizen te benaderen die na 2003 een OK-benchmark hebben uitgevoerd, aangezien was geconstateerd dat het instrument vanaf dat moment positieve ontwikkelingen had doorgemaakt. Op basis van dit criterium zijn het St. Elisabeth ziekenhuis en het Lievensberg ziekenhuis benaderd. De ervaringen met de OK-benchmark en de verwachtingen van de respondenten daarbij zijn in dit onderzoek gebruikt.

In dit onderzoek zijn in het totaal zeven zorgprofessionals geïnterviewd. In twee ziekenhuizen heeft zowel een interview plaatsgevonden met een anesthesioloog als met het hoofd van de OK. Deze keuze is gemaakt, omdat in eerste instantie binnen dit onderzoek tevens werd onderzocht of er verschillen bestonden tussen de ervaringen van managers en medici betreft het onderwerp benchmarking. Tijdens het kwalitatieve onderzoek bleken de verschillen echter gering te zijn. Daarom is besloten deze nevendoelestelling achterwege te laten.

### *§ 2.2.2 Dataverzameling*

Tijdens dit onderzoek zijn mondelinge interviews afgelegd, zodat de deelvragen drie tot en met zes van dit onderzoek konden worden beantwoord. De interviews waren semi-gestructureerd en zijn met behulp van een topiclijst uitgevoerd (zie bijlage 1). Het gebruik van dergelijke interviews maakte het mogelijk dat informatie gericht verkregen kon worden, maar indien relevant kon ook van het onderwerp worden afgeweken.

Van de interviews zijn geluidsopnamen gemaakt, mits de respondent hiervoor toestemming gaf. De data die uit de interviews werden verkregen, zijn uitgewerkt tot transcripten. Hier is zorgvuldig mee omgegaan, zodat de privacy van de respondenten gegarandeerd blijft. Tevens is gebruik gemaakt van een relevant document die door een respondent op vrijwillige basis is aangeleverd.

### *§ 2.2.3 Analyse*

De analyse is aan de hand van de deelvragen en de in hoofdstuk twee en drie behandelde theorie uitgevoerd. Tijdens de analyse zijn de bevindingen uit de interviews teruggekoppeld naar het theoretische kader. Ter verduidelijking van de resultaten zijn relevante citaten uit de interviews vermeld. Naast de interviews is bij de analyse gebruik gemaakt van het einddocument van een benchmark die door één van de respondenten is aangeleverd. Op deze manier is getracht antwoorden te kunnen formuleren op de deelvragen drie tot en met zes van deze scriptie.

### *§ 2.2.4 Betrouwbaarheid & validiteit*

De begrippen betrouwbaarheid en validiteit spelen in elk onderzoek een belangrijke rol. Een onderzoek is betrouwbaar indien toevallige of onsystematische vertekeningen van het object van studie afwezig zijn (Maso & Smaling 1998). Het begrip betrouwbaarheid kan worden onderverdeeld in interne en externe betrouwbaarheid.

“Interne betrouwbaarheid is de betrouwbaarheid binnen een onderzoeksproject” (Maso & Smaling 1998). Binnen dit onderzoek is methodetriangulatie toegepast om de interne betrouwbaarheid te verhogen. Er is zowel een literatuuronderzoek als een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Aangezien datatriangulatie gepaard gaat met methodetriangulatie is dit begrip tevens van toepassing op dit onderzoek. Datatriangulatie is op dit onderzoek van toepassing, omdat zowel gebruik is gemaakt van literatuur, interviews en een document.

“Externe betrouwbaarheid is herhaalbaarheid van het hele onderzoek, inclusief alle tussen- en eindresultaten, door andere, onafhankelijke onderzoekers in dezelfde situatie, met dezelfde onderzoeksopzet en met dezelfde methoden en technieken” (Maso & Smaling 1998). Door in het onderzoeksverslag precies te zijn in de beschrijving, is geprobeerd de externe betrouwbaarheid van dit onderzoek zo goed mogelijk te borgen. Door het opstellen van een overzichtelijk document met daarin de topics en semi-gestructureerde vragen (zie Bijlage 1) is tevens geprobeerd de externe betrouwbaarheid van dit onderzoek te verhogen. Dit document kan namelijk dienen als leidraad voor verschillende onafhankelijke onderzoekers die zich op dit onderwerp richten.

Een onderzoek is valide indien systematische vertekeningen afwezig zijn (Maso 1998). Bij het begrip validiteit kan tevens een onderscheid worden gemaakt tussen interne en externe validiteit.

“Interne validiteit is validiteit binnen een onderzoeksproject en betreft vooral de deugdelijkheid van de argumenten en de redenering die tot de onderzoeksconclusies geleid hebben” (Maso 1998). Door tijdens het onderzoek zo goed mogelijk de onderzoeksopzet te volgen en door de redenen te vermelden indien hiervan is afgeweken, is geprobeerd de interne validiteit van dit onderzoek te verhogen. Om de interne validiteit van dit onderzoek te

## Hoe dient een benchmarking van ziekenhuizen te verlopen?

verhogen, zijn tevens de verschillende data in dit onderzoek met elkaar vergeleken en in confrontatie gebracht. Vanuit het theoretisch kader is een link gelegd naar de empirie van de casus en vice versa.

“Externe validiteit wordt meestal opgevat als de generaliseerbaarheid van onderzoeksconclusies naar andere personen, fenomenen, situaties en tijdstippen dan die van het onderzoek” (Maso 1998). Dit onderzoek bevat een beperkt aantal cases en is alleen gericht op de OK-benchmark die door de ziekenhuizen enkele jaren geleden is uitgevoerd. Hierdoor is de externe validiteit van dit onderzoek beperkt. Het doel van dit onderzoek is dan ook niet de conclusies te generaliseren naar andere populaties en/of andere situaties. Het onderzoek is uitgevoerd om inzicht te kunnen krijgen in hoe benchmarking van ziekenhuizen in Nederland dient te verlopen, gezien vanuit de theorie en de praktijk.

## Hoofdstuk 3 Benchmarking

In dit onderzoek staat benchmarking van Nederlandse ziekenhuizen centraal. De casus in dit onderzoek speelt zich af in vijf Nederlandse ziekenhuizen. Deze vijf ziekenhuizen hebben in samenwerking met het adviesbureau Plexus Medical Group een benchmarking uitgevoerd op de operatiekamer (OK). Ter verduidelijking van deze casus zal in onderstaande paragrafen aandacht worden besteed aan het instrument benchmarking (§ 3.1) en aan benchmarkonderzoeken in de zorgsector (§ 3.2). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting van de behandelde literatuur (§ 3.3).

### § 3.1 Benchmarking

Benchmarking is een managementinstrument voor kwaliteit- en doelmatigheidsverbeteringen (Maas e.a. 1998). Benchmarking heeft zijn toetrede gedaan in de jaren vijftig en zestig van de vorige eeuw en heeft zich in de daaropvolgende jaren snel ontwikkeld. In de profitsector is het een algemeen erkende methode (de Munk 1997). Benchmarking is geen hype, maar is een consistent instrument dat over de hele wereld wordt gebruikt (Poerstamper e.a. 2007). De wereldwijde concurrentie, het publiceren van prijzen en de belangstelling voor doorbraakprojecten zorgen ervoor dat benchmarking zelfs als noodzaak wordt gezien (Bendell e.a. 1998).

Waalewijn & Kamp definiëren benchmarking als volgt:

Benchmarking is de techniek waarbij systematisch en grondig de prestaties en achterliggende operationele en management vaardigheden van organisaties met een toonaangevende prestatie op een bepaald gebied onderzocht worden. Deze techniek heeft tot doel de eigen prestaties en werkmethoden te spiegelen aan de beste en nieuwe ideeën en inzichten te vertalen naar de eigen organisatie om te komen tot een drastische verbetering van de prestatie. (1994, in Waalewijn e.a. 1996)

Uit bovenstaande definitie blijkt dat benchmarking kan fungeren als katalysator voor het leerproces binnen een organisatie. Benchmarking is namelijk een continu en systematisch leer- en verbeteringsproces; het kan een instrument zijn om onder het personeel verandering(en) aan te moedigen (Waalewijn e.a. 1996). De organisatie krijgt meer duidelijkheid over zijn externe omgeving en over de plaats die zij daar zelf inneemt. Door het referentiepunt buiten de organisatie en/of branche te plaatsen, kunnen potentiële doorbraken worden geïdentificeerd, die anders mogelijk niet ontdekt zouden worden (Waalewijn e.a. 1996). Door te kijken naar de benchmarking-partners worden nieuwe ideeën opgedaan, wat kan zorgen voor het bijstellen van de doelstellingen en de streefwaarden van een organisatie. Dit levert een bijdrage aan de strategievorming van een organisatie (de Munk



1997). Leren en benchmarken zijn dan ook twee kanten van dezelfde medaille (Hardeman 2000).

Er bestaan verschillende type benchmarkonderzoeken. Benchmarkonderzoeken kunnen van elkaar worden onderscheiden aan de hand van de volgende criteria (Poerstamper e.a. 2007):

- het doel van de benchmarking;
- het onderwerp dat centraal staat tijdens de benchmark;
- de benchmarkpartners;
- het organisatieniveau waarop de organisatie zicht richt.

Gezien het feit dat er verschillen kunnen bestaan in bovenstaande criteria per benchmarkonderzoek is het niet mogelijk een uniform model beschikbaar te stellen die de stappen van een benchmarking-proces weergeeft (van de Voort en de Vries 1993). De verschillende modellen die in de literatuur worden aangehaald, hebben echter wel veel met elkaar gemeen. In deze scriptie wordt het tien-stappenplan van Xerox als uitgangspunt genomen, omdat dit een veel gebruikt stappenplan is en alle essentiële stappen omvat (Waalewijn e.a. 1996). Aan de hand van dit model worden de mogelijke problemen van benchmarking aan de orde gesteld en wordt er tevens gezocht naar de succesfactoren van benchmarking, zodat de deelvragen één en twee van deze scriptie kunnen worden beantwoord. De problemen en succesfactoren die aan de hand van dit model tijdens het literatuuronderzoek zijn geconstateerd, worden in de analyse vergeleken met de bevindingen die zijn voortgekomen uit het kwalitatieve onderzoek. Allereerst wordt het stappenplan schematisch weergegeven, waarna vervolgens de stappen van het benchmarking-proces kort worden toegelicht.

## Hoe dient een benchmarking van ziekenhuizen te verlopen?

<b>Vorbereiding</b>	0. Bereid het benchmarking-proces voor
<b>Planning</b>	1. Bepaal waarop benchmarking moet worden toegepast
<b>Planning</b>	2. Zoek structureel naar benchmarking-partners
<b>Planning</b>	3. Bepaal de methode waarop de gegevens moeten worden verzameld en verzamel deze
<b>Analyse</b>	4. Bepaal de prestatiekloof tussen het eigen bedrijf en die van de 'best-in-class'
<b>Analyse</b>	5. Bepaal toekomstige prestatieniveau's
<b>Planconstructie</b>	6. Communiceer de bevindingen naar relevante afdelingen en zorg voor acceptatie ervan
<b>Planconstructie</b>	7. Formuleer functionele doelen
<b>Actie</b>	8. Zet de geformuleerde doelen om in concrete actieplannen
<b>Actie</b>	9. Voer de actieplannen uit en controleer de voortgang
<b>Actie</b>	10. Toets de benchmarks opnieuw aan verdere ontwikkelingen

Figuur 1: Stappenplan benchmarking (Waalewijn e.a. 1996)

Voordat het benchmarken daadwerkelijk kan plaatsvinden, is het noodzakelijk het benchmarking-proces voor te bereiden, ook wel stap nul genoemd. De organisatie moet zich eerst afvragen wat zij met de benchmarking willen bereiken. De totale organisatie dient tevens klaar te zijn voor het project. Er dient duidelijkheid te zijn over de doelstellingen van het project, de aanpak, de planning, de doorlooptijd, welke producten/diensten worden gebenchmarkt en wie daarbij betrokken zijn (Waalewijn e.a. 1996).

De planning van het benchmarking-proces bestaat uit drie stappen. Allereerst moeten organisaties inzicht krijgen in het achterliggende bedrijfsproces van het gekozen onderwerp dat wordt gebenchmarkt. Vervolgens dienen organisaties structureel te zoeken naar benchmarking-partners. De laatste stap van de planningsfase is het bepalen van de methode waarop gegevens moeten worden verzameld, waarna deze ook daadwerkelijk kunnen worden verzameld (Waalewijn e.a. 1996).

De volgende fase is het analyseren van de verzamelde gegevens. De prestatiekloof moet worden bepaald door de resultaten van de prestatie-indicatoren van de eigen organisatie te vergelijken met die van de benchmarking-partners. Uit deze vergelijking blijkt wie de 'best-in-class' is van deze benchmarking. Wanneer inzicht is in de prestatiekloof kunnen toekomstige prestatieniveaus worden geformuleerd (Waalewijn e.a. 1996). Het maken van een trendanalyse kan hieraan een bijdrage leveren. Een trendanalyse biedt namelijk inzicht in de toekomstige werkwijzen van de best-in-class, wat de organisatie de mogelijkheid biedt hierop in te spelen (Waalewijn e.a. 1996).

Tijdens fase vier wordt het plan geconstrueerd om zo veranderingen in de organisatie te kunnen implementeren. In deze fase is het in eerste instantie van belang de resultaten te communiceren naar relevante afdelingen en het (top)management van de organisatie. De communicatie moet duidelijk en overtuigend zijn, zodat de gehele organisatie de komende veranderingen ondersteund (Waalewijn e.a. 1996). Hierna kunnen centrale doelen gezamenlijk worden opgesteld.

In de zogenaamde actiefase dienen de geformuleerde doelen eerst in concrete actieplannen te worden omgezet, die vervolgens kunnen worden uitgevoerd. Hierbij is het van belang dat er duidelijkheid bestaat over de taken van de betrokkenen, de manier waarop deze taken dienen te worden uitgevoerd en wie de verantwoordelijkheid draagt voor de implementatie van diverse acties. Bovenstaande acties moeten uiteindelijke resulteren in een verhoging van de concurrentiepositie door bijvoorbeeld een stijging van de effectiviteit, het beter inspelen op de wensen van de afnemers en/of een verlaging van de kosten (Waalewijn e.a. 1996).

In de laatste fase van het benchmarking-proces is het belangrijk dat benchmarking voortdurend en op systematische wijze wordt toegepast. De concurrent zit immers niet stil. Ook is het voor de organisatie mogelijk om andere processen en niveaus in de organisatie te

benchmarken, zodat superioriteit in alle opzichten wordt gegarandeerd (Waalewijn e.a. 1996).

### **§ 3.2 Benchmarkonderzoeken in de zorgsector**

Benchmarking heeft ook zijn intrede gedaan in de non-profitorganisaties. In de zorgsector kwam benchmarking het afgelopen decennia tot ontwikkeling, vanwege de behoefte aan het doorvoeren van verbeteringen. Het realiseren van verbeteringen in de zorgsector is noodzakelijk aangezien de zorgvraag stijgende is, terwijl de beschikbare budgetten voor het leveren van zorg stagneren. Tevens heeft de mondige patiënt behoefte aan zorg op maat. Verder leveren de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing en de komst van het nieuwe financieringssysteem een bijdrage aan het gebruik van benchmarking in de zorgsector (Hardeman 2000).

Benchmarkonderzoeken in de zorgsector werden voor het eerst in 1998 uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS. Zij wilde de mogelijkheden voor benchmarking onderzoeken in alle sectoren die ressorteren onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Hardeman 2000). Allereerst heeft er een benchmark plaatsgevonden tussen bijna alle 118 thuiszorginstellingen (Poerstamper 2002). Vervolgens werd ook een benchmark ontwikkeld voor de verzorgings- en verpleeghuizen (Verschuur 2001). Al snel werd het initiatief van het ministerie overgenomen door de zorginstellingen zelf, waarbij de benchmarkonderzoeken werden uitgevoerd met behulp van verschillende brancheorganisaties en/of onderzoeksbureaus (Poerstamper e.a. 2007).

In de voorgaande paragraaf zijn vier criteria beschreven die benchmarkonderzoeken van elkaar kunnen onderscheiden. Ook voor de zorgsector kan geen standaard benchmarkmodel worden beschreven. Poerstamper, van Mourik en Veltman hebben echter toch geprobeerd een benchmarkmodel voor de zorg te beschrijven in het boek *Benchmarking in de zorg* (2007). Het benchmarkmodel ziet er ongeveer als volgt uit. Zorginstellingen zijn voornamelijk gericht op het verbeteren van de efficiëntie en de effectiviteit van zorgprocessen. Bij benchmarking van zorginstellingen wordt vooral vergeleken op basis van prestaties, de output. Zorginstellingen vergelijken zich met andere instellingen binnen de eigen sector. Sommige instellingen combineren dit met een interne benchmark. Hiermee wordt bedoeld dat verschillende afdelingen en/of districten ook met elkaar vergeleken worden. In de zorgsector worden zowel benchmarks uitgevoerd op concernniveau als voor organisatorische eenheden, bijvoorbeeld een dienst of product. Er wordt vergeleken met best-practices-instellingen en niet met gehanteerde normen. Vaak zijn zorginstellingen niet betrokken bij het ontwikkelen van het instrumentarium en bij de inhoud van de benchmark (Poerstamper e.a. 2007).

De OK-benchmark die door verschillende Nederlandse ziekenhuizen is uitgevoerd in samenwerking met het adviesbureau Plexus Medical Group, is een dergelijke benchmark die gestart is door de ziekenhuizen zelf. Bij een OK-benchmark worden operatiecomplexen van verschillende ziekenhuizen met elkaar vergeleken. Door middel van deze benchmark krijgen ziekenhuizen inzicht in de kernvariabelen en de winstpotentiëlen van hun OK-complex. De ziekenhuizen krijgen tevens aangrijpingspunten voor het verhogen van de output (Plexus Medical Group 2008). Bij de vergelijking tussen de ziekenhuizen wordt gekeken naar de werkprocessen, de capaciteitsbenutting, de inzet van middelen, de productie en sinds kort ook naar de veiligheidscultuur in het OK-complex (Plexus Medical Group 2008).

### **§ 3.3 Samengevat**

In dit hoofdstuk zijn het instrument benchmarking en benchmarkonderzoeken in de zorgsector aan de orde gekomen. Benchmarking is een managementinstrument die zowel in de profit- als in de non-profitsector wordt toegepast. In de zorgsector heeft bijvoorbeeld de OK-benchmark plaatsgevonden tussen verschillende ziekenhuizen. Benchmarking kan in een organisatie kwaliteits- en doelmatigheidsverbeteringen realiseren. Hierbij is het van belang dat organisaties zich niet alleen met elkaar vergelijken, maar dat zij ook van elkaar leren en verbeteringen aanbrengen binnen hun organisatie. In dit onderzoek is het benchmarking-proces beschreven aan de hand van het tien-stappenplan van Xerox. Dit model wordt in deze scriptie gebruikt om de mogelijke problemen van benchmarking aan de orde te stellen en om te zoeken naar de succesfactoren van benchmarking. Het model wordt tevens gebruikt bij de analyse van dit onderzoek.

## **Hoofdstuk 4 Problemen bij benchmarking en de succesfactoren**

Uit onderzoek is gebleken dat problemen zich voornamelijk voordoen bij de implementatiefase van een benchmarkonderzoek. Uit een studie van Coopers & Lybrand uitgevoerd door het Nipo blijkt dat 72% van de top 100 bedrijven alleen de vergelijkingsfase doorlopen van een benchmarking-proces (Waalewijn e.a. 1996).

Om de probleemstelling van dit onderzoek te kunnen beantwoorden, is het in eerste instantie van belang inzicht te krijgen in de mogelijke problemen van benchmarking, die de implementatiefase van een benchmarking-proces kunnen belemmeren. In paragraaf 4.1 wordt aan de hand van het model van Xerox de mogelijke problemen van benchmarking aan de orde gesteld. Paragraaf 4.2 gaat in op de factoren die in de literatuur worden aangedragen om benchmarking tot een succes te maken. Allereerst worden aan de hand van het model van Xerox de succesfactoren besproken. Vervolgens wordt nagegaan hoe het instrument benchmarking verbeterd kan worden, zodat deze in de praktijk beter kan worden toegepast. In paragraaf 4.3 wordt een samenvatting gegeven van de in dit hoofdstuk behandelde literatuur. Dit hoofdstuk formuleert een antwoord op de volgende deelvragen:

- 1. Wat zijn volgens de literatuur mogelijke problemen die zich kunnen voordoen bij een benchmarking van ziekenhuizen in Nederland, die de implementatiefase kunnen belemmeren?*
- 2. Welke factoren dragen volgens de theorie bij aan het succesvol uitvoeren van een benchmarking?*

### **§ 4.1 Mogelijke problemen bij benchmarking**

Bij elke stap van het model van Xerox kunnen problemen zich voordoen. Deze mogelijke problemen kunnen een negatieve invloed uitoefenen op de implementatiefase van een benchmarking-proces. In deze paragraaf worden de mogelijke problemen van benchmarking, die in de literatuur worden aangehaald, beschreven. Dit wordt gedaan aan de hand van het tien-stappenplan van Xerox.

Voordat gestart kan worden met het benchmarken, is het belangrijk het benchmarking-proces voor te bereiden. Tijdens de voorbereidingsfase van een benchmarking-proces dient allereerst overeenstemming te komen over de reden waarom gekozen is voor een benchmarking. Het continu willen streven naar excellentie en het focussen op de bedrijfsprocessen is volgens de theorie de meest effectieve manier van benchmarken (Waalewijn e.a. 1996). Dit betekent voor de zorgsector dat zorginstellingen een benchmarking uitvoeren, omdat zij hun zorgprocessen willen verbeteren (Berg & Schellekens 2002). In de praktijk blijkt echter dat benchmarking voornamelijk plaatsvindt om de positie van de organisatie in de externe omgeving te kunnen bepalen en/of om een probleem door

middel van benchmarking proberen op te lossen (Waalewijn e.a. 1996). In de zorgsector blijkt tevens dat de resultaten van een benchmarking worden gebruikt voor publieke verantwoording (Berg & Schellekens 2002). Deze doelen kunnen ervoor zorgen dat benchmarking een negatieve invloed met zich meebrengt binnen de organisatie, waardoor de benodigde actieve participatie van het betrokken personeel kan verminderen (Waalewijn e.a. 1996).

In de volgende fase, de planningsfase, dient allereerst het bedrijfsproces van het gekozen onderwerp duidelijk in kaart gebracht te worden. Tijdens een benchmark ligt de nadruk namelijk op de achterliggende processen. De vraag is hoe de 'best-in-class' bepaalde prestaties weet te bereiken. Wijnfeld geeft aan dat benchmarking kan mislukken, doordat organisaties onvoldoende kennis hebben van hun eigen bedrijfsprocessen (1992, in Waalewijn e.a. 1996). Hierdoor is het namelijk mogelijk dat zij bepaalde knelpunten van hun bedrijfsproces niet kunnen achterhalen.

De volgende stap in de planningsfase is het identificeren van benchmarking-partners. Volgens de theorie moeten partners worden gekozen die het beste zijn op het geselecteerde benchmarking-onderwerp. In de praktijk blijkt echter dat de meeste organisaties aan de hand van hun database onderzoek gaan naar potentiële partners. Een andere mogelijkheid die veel door organisaties wordt gebruikt, is het inschakelen van een extern onderzoeksbureau die gespecialiseerd is in het uitvoeren van benchmarkprojecten. Beide opties brengen met zich mee dat de potentiële partners zich meestal in dezelfde branche en in Nederland bevinden. Dit heeft tot gevolg dat veel van de benchmarking-studies rendabeler zouden kunnen wanneer de echte 'best-in-class' werd geselecteerd als partner (Waalewijn e.a. 1996). Dit belemmert volgens Shetty tevens het streven naar excellentie, wat vooruitstrevende werknemers zou kunnen ontmoedigen (1993, in Waalewijn e.a. 1996). Volgens Wijnfeld is het ook belangrijk dat bij het selecteren van benchmarking-partners voldoende rekening wordt gehouden met de cultuurverschillen tussen de organisaties. Indien de cultuur van de organisatie sterk verschilt met die van de 'best-in-class' is het mogelijk dat dit zorgt voor problemen bij de implementatie van veranderingen, gezien het feit dat deze veranderingen gebaseerd zijn op het bedrijfsproces van de 'best-in-class' waar een andere cultuur heerst (1992, in Waalewijn e.a. 1996).

De volgende stap die in de planningsfase moet worden genomen, is het bepalen van de methode waarop gegevens verzameld dienen te worden, waarna deze vervolgens ook daadwerkelijk kunnen worden verzameld. De gegevens die verzameld dienen te worden, hangen af van het doel van de benchmark. In de zorgsector is het verbeteren van de zorgprocessen het voornaamste doel van een benchmark. Volgens Berg & Schellekens (2002) levert een benchmarkonderzoek tussen zorginstellingen echter uitkomsten van

externe indicatoren<sup>1</sup> op, die voornamelijk publieke verantwoording mogelijk maken en niet zozeer inzicht bieden in mogelijke verbeteringen van het zorgproces. Volgens Berg & Schellekens (2002) zal het doel van een benchmark in de zorgsector op voorhand verloren gaan, indien zorginstellingen geen onderscheid maken tussen externe en interne indicatoren.<sup>2</sup>

Uit een onderzoek van Waalewijn, Hendriks & Verzijl blijkt tevens dat het voor organisaties in de praktijk moeilijk is om consistente informatie te verkrijgen (Waalewijn e.a. 1996). In de praktijk blijkt bijvoorbeeld dat het moeilijk is om de definities en terminologie tussen de organisaties op één lijn te brengen. Shetty geeft ook aan dat enkele factoren die tijdens een benchmark worden onderzocht moeilijk te kwantificeren zijn, zoals vaardigheden (1993, in Waalewijn e.a. 1996).

Tijdens de volgende fase, de analysefase, dient allereerst de huidige prestatiekloof tussen de eigen organisatie en die van de 'best-in-class' te worden bepaald. Hierbij is het van essentieel belang dat de resultaten van de prestatie-indicatoren op juiste wijze zijn verzameld, zodat geen 'appels en peren' met elkaar vergeleken worden. Wijnfeld geeft aan dat het te snel trekken van conclusies uit de verzamelde gegevens een mogelijke oorzaak is van het falen van een benchmark (1992, in Waalewijn e.a. 1996).

De volgende stap in deze fase is het formuleren van toekomstige prestatieniveau's. Het maken van een trendanalyse kan hieraan een bijdrage leveren. In de praktijk blijkt echter dat dit niet vaak wordt gedaan waardoor organisaties opnieuw een achterstand creëren ten opzichte van de 'best-in-class' (Waalewijn e.a. 1996).

In de fase waarin het plan wordt geconstrueerd, is het belangrijk de bevindingen van het benchmarkonderzoek naar de gehele organisatie te communiceren, waarna vervolgens gezamenlijk doelen kunnen worden opgesteld. Het niet goed communiceren van de bevindingen is een volgende oorzaak waardoor de implementatiefase van een benchmarking kan mislukken. Het personeel dient namelijk goed op de hoogte te zijn van de bevindingen en dienen de opgestelde doelen te ondersteunen, omdat het invoeren van veranderingen een actieve bijdrage van hen vraagt (Waalewijn e.a. 1996).

---

<sup>1</sup> Externe indicatoren maken publieke verantwoording mogelijk. Zo wordt het mogelijk voor de overheid, patiënten en zorgverzekeraars om zorginstellingen met elkaar te vergelijken en is het ook mogelijk de kwaliteit van de geleverde zorg te achterhalen. Bij deze indicatoren is validering cruciaal, omdat anders het vergelijken van zorgaanbieders niet mogelijk is (Berg & Schellekens 2002).

<sup>2</sup> Interne indicatoren zijn van belang om zorgprocessen te kunnen verbeteren. Deze indicatoren geven inzicht in de resultaten van zorgprocessen en zijn vooral informatief voor zorgprofessionals en leidinggevenden. Uitputtende validering is bij interne indicatoren geen vereiste, omdat het voornamelijk gaat om voor- en nametingen in de eigen situatie (Berg & Schellekens 2002).



## Hoe dient een benchmarking van ziekenhuizen te verlopen?

In de zogenaamde actiefase is het belangrijk de geformuleerde doelen om te zetten in concrete actieplannen, die vervolgens kunnen worden uitgevoerd. Fouten in de voorgaande fasen zorgen voornamelijk voor complicaties bij de uitvoering van deze acties. Uit het onderzoek van Waalewijn, Hendriks & Verzijl blijken de complicaties bij de implementatiefase voornamelijk op het menselijk vlak te liggen; het personeel biedt weerstand tegen nieuwe werkmethoden en veranderingen (Waalewijn e.a. 1996). Binnen deze organisaties ontbreekt zogezegd het leereffect. Volgens Wijnfeld kan de implementatiefase tevens mislukken doordat kwaliteits-verbeteringsteams ontbreken. Deze teams bestaan uit werknemers die het doorvoeren van veranderingen in de organisatie noodzakelijk vinden en geloven in het implementeren van verbeteringen binnen de organisatie. Zij kunnen medewerkers positief begeleiden wanneer de veranderingen worden doorgevoerd (1992, in Waalewijn e.a. 1996). Volgens de laatste stap van het model van Xerox is het belangrijk de benchmarking continu en systematisch uit te voeren, zodat prestaties voortdurend worden aangepast en zo de organisatie superieur blijft. Aangezien een benchmarking veel tijd, geld en moeite kost, voeren echter vele organisaties maar een eenmalige benchmarking uit (Waalewijn e.a. 1996).

Bovenstaande informatie wordt hieronder schematisch weergegeven. Dit schema formuleert tevens een antwoord op deelvraag 1: *Wat zijn volgens de literatuur mogelijke problemen die zich kunnen voordoen bij een benchmarking van ziekenhuizen in Nederland, die de implementatiefase kunnen belemmeren?*

<b>De stappen van het model van Xerox</b>	<b>De problemen die zich per stap voor kunnen doen</b>
Stap 0 (benchmark voorbereiden)	<ul style="list-style-type: none"><li>- de reden waarom gekozen is voor een benchmarking:<ul style="list-style-type: none"><li>o bepalen van positie in externe omgeving</li><li>o om heersende problemen op te lossen</li><li>o om publieke verantwoording te kunnen afleggen</li></ul></li></ul>
Stap 1 (kiezen van benchmarking-onderwerp)	<ul style="list-style-type: none"><li>- beschikken over onvoldoende kennis van het eigen bedrijfsproces</li></ul>
Stap 2 (partners identificeren)	<ul style="list-style-type: none"><li>- zoeken binnen een bestaande database</li><li>- inschakelen van externe onderzoeksbureaus</li><li>- onvoldoende rekening houden met cultuurverschillen</li></ul>
Stap 3 (methoden)	<ul style="list-style-type: none"><li>- gegevens die zijn verzameld sluiten niet aan bij het doel van de benchmark</li><li>- moeilijk om definities en terminologie op één lijn te brengen tussen de organisaties</li><li>- niet alle factoren zijn te kwantificeren</li></ul>
Stap 4 (prestatiekloof)	<ul style="list-style-type: none"><li>- te snel trekken van conclusies uit de verzamelde</li></ul>

	gegevens
Stap 5 (toekomstige prestatieniveau's)	- Het ontbreken van een trendanalyse, waardoor de organisatie op achterstand blijft
Stap 6 (bekendmaken bevindingen)	- het personeel kan weerstand bieden indien zij niet goed zijn geïnformeerd en/of niet eens zijn met de bevindingen
Stap 7 (formuleren doelstellingen)	- er zijn doelen geformuleerd waar de gehele organisatie of delen van de organisatie niet achter staat
Stap 8 (acties ontwikkelen)	- de acties zijn niet duidelijk omschreven
Stap 9 (acties uitvoeren)	- fouten in de voorgaande fasen zorgen voor complicaties: <ul style="list-style-type: none"> <li>o ontbreken van een leereffect</li> </ul> - ontbreken van kwaliteits- verbeteringsteams
Stap 10 (benchmark opnieuw uitvoeren)	- de benchmark wordt maar eenmalig uitgevoerd, waardoor prestaties verouderen

**Figuur 2: Problemen benchmarking**

#### **§ 4.2 Succesfactoren en mogelijke verbeteringen**

In deze paragraaf worden aan de hand van het model van Xerox enkele succesfactoren van benchmarking aan de orde gesteld die in de literatuur worden aangedragen (§ 4.2.1). Er worden alleen succesfactoren besproken die niet logischerwijs te beredeneren zijn uit de in de vorige paragraaf besproken problemen van benchmarking. Indien mogelijk worden deze succesfactoren toegepast op benchmarkonderzoeken in de zorgsector. In deze paragraaf komen ook de randvoorwaarden aanbod voor het stimuleren van leren in organisaties, belicht vanuit het technisch<sup>3</sup> als vanuit het sociaal perspectief<sup>4</sup>. Voor deze twee perspectieven is gekozen, aangezien zij de twee hoofdstromingen vertegenwoordigen van hoe auteurs kijken naar leren binnen organisaties. Tevens wordt nagegaan hoe benchmarking verbeterd kan worden, zodat het instrument beter toegepast kan worden in de praktijk (§ 4.2.2).

<sup>3</sup> Leren is vooral het effectief verwerken van informatie. Bij dit perspectief hoort een rationele benadering die veronderstelt dat mensen adequaat handelen indien zij over de juiste informatie beschikken. Een organisatie kan leren door obstakels te verwijderen die het vrij stromen van informatie beletten (Weggelaar e.a. 2007).

<sup>4</sup> Het sociale perspectief richt zich op de manier waarop mensen betekenis geven aan de ervaringen met het leren van én met elkaar. Aangezien informatie geen eenduidige betekenis heeft voor verschillende mensen gaat dit perspectief niet uit van een rationele benadering. De betekenis die mensen geven aan informatie worden geconstrueerd in sociale processen. Leren vindt plaats door het opnemen van relevante informatie, socialisatie, imitatie, het herhalen van handelingen en observatie (Weggelaar e.a. 2007).

#### *§ 4.2.1 Succesfactoren*

Voordat het benchmarking-proces van start kan gaan, dient de totale organisatie klaar te zijn voor het project (Waalewijn e.a. 1996). Volgens Poerstamper, van Mourik en Veltman (2007) is een geoptimaliseerd leereffect binnen de organisatie dan ook één van de succesfactoren. Het managementteam moet ervoor zorgen dat de werknemers in een vroeg stadium weten hoe de benchmark in elkaar zit en voldoende weten van het leer- en verbeterpotentieel. Werknemers dienen tevens voorbereid te worden op mogelijke uitkomsten en de consequenties daarvan.

Door een benchmarkmodel te ontwikkelen die aansluit bij het bestaande kwaliteitskader binnen de organisatie kan deze vergemakkelijken. De kans op een breed gedragen benchmarkmodel is dan namelijk groter. De aanwezigheid van een kwaliteitskader brengt tevens met zich mee dat processen in kaart zijn gebracht en dat de organisatie gewend is te streven naar kwaliteit (Waalewijn e.a. 1996). Volgens Poerstamper e.a. (2007) is het tevens van belang het benchmarkmodel te laten ontwikkelen door brancheorganisaties in samenwerking met betreffende onderzoeksbureaus. Het INK-model is een bekend kwaliteitsmodel in de zorg. Door de 'bouwstenen' van het benchmarkmodel te laten aansluiten bij dit model, is het mogelijk dat de uitkomsten voor de zorginstellingen eerder herkenbaar en bruikbaar worden voor de eigen bedrijfsvoering (Poenstamper e.a. 2007). Een volgende belangrijk punt is dat er gekozen wordt voor een integrale benadering bij de ontwikkeling van het benchmarkmodel. Bij de benchmarking moet zowel worden gekeken naar financiële als niet-financiële indicatoren en er moet rekening worden gehouden met de middelen waarover elke instelling beschikt (Poenstamper e.a. 2007).

De eerste stap van de planningsfase is het bepalen van het te benchmarken onderwerp. Een succesfactor hierbij is te kiezen voor factoren die het succes van de organisatie bepalen (Waalewijn e.a. 1996).

Tijdens de volgende stap van de planningsfase worden de benchmarking-partners geïdentificeerd. De benchmarking heeft meer succes als hierbij structureel gezocht wordt naar de 'best-in-class' en niet gezocht wordt vanuit een beschikbare database die toevallig voorhanden is (Waalewijn e.a. 1996). Wanneer de benchmarking-partners gekozen zijn, dienen zij hun reguliere administratie voor financiële en niet-financiële gegevens met elkaar af te stemmen. Dit verlaagt de belasting van deelname aan een benchmark. Hierbij is het wel belangrijk dat er niet gebenchmarkt wordt met de gegevens die toevallig voor handen zijn (Poenstamper e.a. 2007).

Het verstandig omgaan met de gegevens van elkaar is tevens een succesfactor. Omdat de benchmark van en voor instellingen is, wordt er vanuit gegaan dat zorginstellingen waarheidsgetrouwe gegevens aanleveren. Er kunnen toch eventuele consistentiechecks

worden uitgevoerd tijdens de benchmark om de betrouwbaarheid van de gegevens te achterhalen. Hoe zorginstellingen omgaan met de bekendmaking van de benchmarkresultaten is iets waarover zij zelf moeten beslissen. Door verschillende auteurs wordt gewezen op het gevaar van openbaarmaking en het verlies van draagvlak dat daardoor ontstaat in de publieke sector. Zorginstellingen moeten hierover dan ook eerst goed nadenken en een afweging maken tussen de voor- en nadelen voordat men de gegevens bekend wil maken (Poerstamper e.a. 2007).

De volgende stap in de planningsfase is het bepalen van de methode waarop gegevens verzameld dienen te worden. Het onderzoeksinstrumentarium dient van goede kwaliteit te zijn. Dit vergroot namelijk de bruikbaarheid van de uitkomsten en het draagvlak onder de werknemers. Het gebruik van ICT en het gebruik van een 'fact based' benadering kunnen hieraan bijdragen. Feiten en cijfers lenen zich namelijk voor validatie en objectieve beschouwing (Poerstamper e.a. 2007).

Zorginstellingen zouden volgens Berg & Schellekens (2002) bij het verzamelen van de gegevens een onderscheid moeten maken tussen interne en externe indicatoren. Volgens Berg & Schellekens (2002) zorgt benchmarking er namelijk alleen voor dat zorginstellingen worden wakker geschud, gezien het feit dat benchmarking voornamelijk gegevens opleveren van externe indicatoren. Dit wakker schudden is het enige dat externe indicatoren kunnen bijdragen aan de interne kwaliteitsverbetering. Volgens Berg en Schellekens (2002) moeten zorginstellingen nadat zij hebben deelgenomen aan een benchmarking daarom alsnog informatie verzamelen om een betere sturing op zorgindicatoren mogelijk te maken. Zorginstellingen dienen daarbij vooraf te bepalen op welke niveau van de organisatie gegevens moeten worden verzameld, zodat de informatievoorziening aansluit bij de producten/processen waarover men meer inzicht wil. Er dient een soort van interne benchmark te worden uitgevoerd. Dit doen zij door kleine steekproeven en door voor- en nametingen binnen hun eigen instelling uit te voeren. Hierbij gaat het meer om de pragmatiek van het verbeterproces dan de universele bruikbaarheid van de gegevens (Berg & Schellekens 2002).

Na het ontwikkelen van het onderzoeksinstrumentarium kunnen de gegevens daadwerkelijk worden verzameld. Hierbij is het van belang, gezien vanuit het sociale perspectief, dat zorgprofessionals zoveel mogelijk zelfstandig de metingen uitvoeren. Op deze manier krijgen zij namelijk vertrouwen in de data. Het technische perspectief daarentegen benadrukt het belang van de aanwezigheid van vaardigheden gericht op het adequaat meten van data, ongeacht door wie de metingen worden uitgevoerd (Weggelaar e.a 2007).

De volgende fase is het analyseren van de verzamelde gegevens. De prestatiekloof moet worden bepaald door de resultaten van de prestatie-indicatoren van de eigen organisatie te

vergelijken met die van de 'best-in-class' (Waalewijn e.a. 1996). Het technische perspectief benadrukt tijdens deze fase het belang van de aanwezigheid van vaardigheden gericht op het interpreteren en verwerken van data (Weggelaar e.a. 2007). Poerstamper, van Mourik en Veltman (2007) bevelen tevens aan om bij de analyse een arbitraire indeling te gebruiken, zodat schijnzekerheden worden vermeden. Hiermee wordt bedoeld dat er meerdere instellingen als 'best-in-class' mogen worden beschouwd. Instellingen behoren bijvoorbeeld tot de groep onvoldoende, voldoende of goed.

Volgens de Bruijn (2002) is het tevens van belang om tijdens de analyse zowel een product- als procesbenadering te gebruiken. Het uitsluitend toepassen van een outputbenadering, creëert een onvolledig beeld van de prestaties binnen zorginstellingen (de Bruijn 2002). Door ook een procesbenadering toe te passen, kan dit beeld van de prestaties worden aangevuld. Een productbenadering kan beelden die uit het proces voortkomen, bevestigen, ontmaskeren of nuanceren. Dit zorgt voor een beter beeld van de professionele prestaties binnen zorginstellingen (de Bruijn 2002).

Een volgend essentieel punt is dat de zorginstellingen met elkaar communiceren over de resultaten die uit de benchmarking naar voren zijn gekomen. Hierdoor krijgen de instellingen namelijk zicht op de factoren die deze kloof hebben veroorzaakt. Zorginstellingen kunnen bijvoorbeeld een werkbezoek brengen aan de 'best-in-class' (Hoorcollege 'Benchmarken: vergelijken en verbeteren' 15-10-2007). Het is belangrijk dat dit werkbezoek wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team, zodat iedere laag van de organisatie wordt vertegenwoordigd. Dit team kan tijdens het werkbezoek achterhalen hoe de instelling bepaalde zorgconcepten aanpakt.

Bij de volgende stap, het bepalen van toekomstige prestatieniveau's, zijn geen specifieke succesfactoren te benoemen.

De volgende stap is het bekendmaken van de bevindingen van het benchmarkonderzoek aan de gehele organisatie en zorgen voor acceptatie hiervan. Relevante afdelingen en het (top)management dienen op de hoogte te zijn van de bevindingen (Waalewijn e.a. 1996). Bezien vanuit het technische perspectief is het belangrijk hierbij gebruik te maken van informatiesystemen die ervoor zorgen dat informatie onveranderd bij alle betrokkenen terecht komt (Weggelaar e.a. 2007).

Communiceren over de resultaten helpt tevens bij het opstellen van doelen, stap zeven, die men naar aanleiding van de benchmarking wil gaan bereiken (Tomlinson 1998). Tijdens bijeenkomsten kunnen de resultaten worden besproken door alle relevante betrokkenen. Zo kan er samen worden gezocht naar mogelijke oplossingen voor de heersende knelpunten binnen de organisatie, die vervolgens in specifieke doelen kunnen worden omgezet. Het sociale perspectief benadrukt dit onderlinge contact, waarbij door middel van een dialoog

gezamenlijk betekenis gegeven wordt aan informatie en ervaringen (Weggelaar e.a. 2007). Het is dan ook, vanuit het sociale perspectief gezien, belangrijk dat mensen beschikken over vaardigheden om in een groep een dialoog aan te kunnen gaan, zodat tot gezamenlijke betekenisgeving kan worden gekomen (Weggelaar e.a. 2007). Dit perspectief wijst op het belang van een gedeelde visie, die mensen aanzet tot leren en samenwerken. Deze visie hoeft niet heel concreet te zijn (Weggelaar e.a. 2007). Volgens het technisch perspectief is het juist belangrijk dat de doelen die worden geformuleerd concreet en meetbaar zijn en dat de organisatie zich hieraan formeel verbindt. Doelen van zorginstellingen kunnen bijvoorbeeld SMART-geformuleerd<sup>5</sup> worden.

Vervolgens kunnen de geformuleerde doelen in concrete actieplannen worden omgezet (Waalewijn e.a. 1996). Volgens Boxwell (1994) is het beter om substantiële veranderingen door te voeren in de 'hoofdprocessen' dan kleine veranderingen door te voeren in alle processen. Bij het opstellen van concrete actieplannen dienen zorginstellingen tevens rekening te houden met de bronnen van de organisatie. Realiteit speelt namelijk een belangrijke rol bij de implementatie van verbeteringen. Tijdens een benchmarking krijgen zorginstellingen vooral te maken met financiële beperkingen, menselijke beperkingen en beperkingen in de tijd. Door in een zo vroeg mogelijk stadium te kijken naar welke bronnen nodig zijn om verbeteringen waar te maken, kunnen problemen en teleurstellingen worden voorkomen (Boxwell 1994).

Boxwell (1994) adviseert tevens het implementatieteam te laten bestaan uit mensen die afkomstig zijn vanuit het primaire proces. In het bijzonder werknemers die realiseren dat verbeteringen noodzakelijk zijn in hun bedrijfsproces en erin geloven dat het implementeren van verbeteringen mogelijk is. Dit minimaliseert de opstanden onder de werknemers.

Bij het opstellen van de actieplannen is het allereerst belangrijk te achterhalen wat de beste aanpak is, alvorens de verbeteringen in zijn geheel worden doorgevoerd. Dit kan volgens het technische perspectief op een rationele manier, namelijk door middel van een experimentele opzet waarbij informatie wordt gegenereerd om zo de beste aanpak te kunnen vaststellen (Weggelaar e.a. 2007). De Doorbraakmethode<sup>6</sup> die gebruikmaakt van de Nolan-cyclus is hier een voorbeeld van. Vanuit het sociale perspectief wordt meer de nadruk gelegd op het gezamenlijk opdoen van ervaringen. Hierdoor ontstaan gedeelde interpretaties van de situatie en wordt naast expliciete kennis ook impliciete kennis opgedaan (Weggelaar e.a. 2007).

---

<sup>5</sup> Doelen die in de formulering voldoen aan de volgende 'eisen': **S**pecifiek – **M**meetbaar – **A**ppelerend – **R**ealistisch – **T**ijdsgebonden (ZorgVoorBeter 2008).

<sup>6</sup> De Doorbraakmethode gaat uit van het kort cyclisch verbeteren in vier fasen: plan, do, study, act (Weggelaar e.a. 2007).

Nadat de beste implementatieaanpak is vastgesteld, is het opstellen van een gedetailleerd plan een vereiste (Tomlinson 1998). Er dient gestructureerde informatie aanwezig te zijn over welke taak door wie en wanneer moet worden uitgevoerd (Tomlinson 1998). Volgens Kor & Wijnen (1996) kunnen werkzaamheden pas beheerst en bestuurd worden als er een koers is uitgezet, een richting is bepaald en een plan is getrokken. Tevens zorgt een projectmatige aanpak voor onzekerheidsreductie (van der Lugt 1995).

Vervolgens kunnen de opgestelde actieplannen worden geïmplementeerd. Hierbij is het managen van veranderingen belangrijk. Veranderingen die te snel of te langzaam worden geïmplementeerd kunnen schade veroorzaken aan de organisatie. De snelheid van het implementeren van een verandering moet worden gebaseerd op de cultuur van de organisatie en op de grote van de verandering (Tomlinson 1998).

De laatste stap van het model van Xerox geeft aan dat benchmarking vervolgens als een continu proces moet worden gezien. Het herhalen van metingen kan namelijk fungeren als stimulans, doordat de organisatie inzicht krijgt in zijn verbeteringen (Poerstamper e.a. 2007). Het continu uitvoeren van een benchmarking is tevens van belang, omdat op deze manier de prestaties voortdurend worden aangepast en de organisatie superieur blijft (Waalwijk e.a. 1996). Vanuit het sociale perspectief gezien is het dan ook belangrijk dat binnen de organisatie een cultuur aanwezig is waarin mensen continu bezig zijn om te leren van ervaringen. Een dergelijke cultuur kan alleen worden gecreëerd, indien sancties niet direct worden opgelegd wanneer iets misgaat (Weggelaar e.a. 2007).

Het niet verplicht stellen van benchmarking in de zorgsector is een algemene succesfactor. Het is belangrijker om van een benchmark een groot succes te maken zodat instellingen het gevoel krijgen dat zij iets missen als ze er niet aan deelnemen. Het verplichten van een benchmark kan namelijk veel weerstand opwekken in een zorginstelling dat ervoor zorgt dat het leereffect van de benchmark op voorhand verloren gaat en het doel dus niet bereikt wordt (Poerstamper e.a. 2007).

De bovenstaande succesfactoren zijn hieronder schematisch weergegeven. In dit schema komen tevens de succesfactoren aan de orde die logischerwijs zijn beredeneerd uit de problemen van benchmarking. Onderstaand schema beantwoordt deelvraag 2: *Welke factoren dragen volgens de theorie bij aan het succesvol uitvoeren van een benchmarking?*

<b>De stappen van het model van Xerox</b>	<b>De succesfactoren van benchmarking per stap</b>
Stap 0 (benchmark voorbereiden)	- reden benchmarking: <ul style="list-style-type: none"><li>o de organisatie wil continu streven naar excellentie en de bedrijfsprocessen</li></ul>

Hoe dient een benchmarking van ziekenhuizen te verlopen?

	<p>verbeteren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de aanwezigheid van een geoptimaliseerd leereffect</li> <li>- ontwikkelen benchmarkmodel: <ul style="list-style-type: none"> <li>o het benchmarkmodel laten aansluiten bij het bestaande kwaliteitskader (INK-model in de zorgsector)</li> <li>o het benchmarkmodel laten ontwikkelen door brancheorganisaties + onderzoeksbureaus</li> <li>o het benchmarkmodel bevat een integrale benadering</li> </ul> </li> </ul>
Stap 1 (kiezen van benchmarking-onderwerp)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- de factoren die het succes van de organisatie bepalen, dienen als uitgangspunt genomen te worden</li> <li>- organisaties moeten over voldoende kennis van hun eigen bedrijfsproces beschikken</li> </ul>
Stap 2 (partners identificeren)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- structureel zoeken naar de 'best-in-class'</li> <li>- bij het zoeken naar de 'best-in-class' rekening houden met bestaande cultuurverschillen tussen beide organisaties</li> <li>- de partners dienen hun reguliere administratie op elkaar af te stemmen</li> <li>- de partners dienen verstandig om te gaan met de gegevens van elkaar</li> </ul>
Stap 3 (methoden)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ontwikkelen methoden: <ul style="list-style-type: none"> <li>o onderzoeksinstrumentarium dient van goede kwaliteit te zijn</li> <li>o gebruik ICT en een 'fact based' benadering</li> <li>o zorginstellingen dienen een onderscheid te maken tussen interne en externe indicatoren</li> </ul> </li> <li>- verzamelen gegevens: <ul style="list-style-type: none"> <li>o gegevens verzamelen die aansluiten bij het doel van de benchmark</li> <li>o sociaal perspectief: professionals dienen zelf de metingen uit te voeren</li> <li>o technisch perspectief: er dienen vaardigheden aanwezig te zijn gericht op het adequaat meten van data</li> </ul> </li> </ul>
Stap 4 (prestatiecloof)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- technisch perspectief: er dienen vaardigheden aanwezig te zijn gericht op het interpreteren en verwerken van data</li> <li>- gebruikmaken van een arbitraire indeling</li> <li>- gebruikmaken van zowel een product- als procesbenadering</li> <li>- communiceren met de 'best-in-class', bijvoorbeeld door het brengen van een werkbezoek</li> </ul>



## Hoe dient een benchmarking van ziekenhuizen te verlopen?

Stap 5 (toekomstige prestatieniveau's)	- maken van een trendanalyse
Stap 6 (bekendmaken bevindingen)	- technisch perspectief: gebruikmaken van informatiesystemen
Stap 7 (formuleren doelstellingen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- organiseren van bijeenkomsten binnen de organisatie, zodat gezamenlijk doelen kunnen worden geformuleerd</li> <li>- sociaal perspectief: door middel van een dialoog gezamenlijk betekenis geven aan informatie en ervaringen</li> <li>- technisch perspectief: formuleren van concrete en meetbare doelen</li> </ul>
Stap 8 (acties ontwikkelen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- substantiële veranderingen doorvoeren in hoofdprocessen</li> <li>- rekening houden met de bronnen van de organisatie</li> <li>- implementatieteam bevat mensen uit het primaire proces</li> <li>- eerst achterhalen wat de beste implementatieaanpak is: <ul style="list-style-type: none"> <li>o technisch perspectief: door middel van een experiment</li> <li>o sociaal perspectief: gezamenlijk opdoen van ervaringen</li> </ul> </li> <li>- vervolgens dient een gedetailleerd implementatieplan opgesteld te worden</li> </ul>
Stap 9 (acties uitvoeren)	- goed managen van veranderingen
Stap 10 (benchmark opnieuw uitvoeren)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- benchmark continu en systematisch uitvoeren</li> <li>- sociaal perspectief: niet direct opleggen van sancties indien iets mis gaat, zodat een lerende cultuur wordt gecreëerd</li> </ul>
Algemene succesfactor	- Benchmarking in de zorgsector niet verplicht stellen

**Figuur 3: Succesfactoren benchmarking**

### § 4.2.2 Mogelijke verbeteringen

Zoals al eerder is genoemd, bestaan er verschillen in het doel van een benchmarking in de zorgsector. Zorgverzekeraars, patiënten en de overheid zijn vooral geïnteresseerd in de positie van een zorginstelling ten opzichte van anderen. Zorginstellingen daarentegen willen graag de informatie verkregen uit de benchmarking gebruiken voor het verbeteren van hun zorgprocessen. Voor het bereiken van beide doelen zijn volgens Berg en Schellekens (2006) verschillende indicatoren nodig. Op dit moment wordt onderzocht of een benchmark ook modulair kan worden ingezet: een benchmark op hoofdlijnen als basis en facultatieve verdieping met meer gedetailleerde informatie (Poerstamper e.a. 2007). Indien de optimale verhouding is gevonden, kan aan beide doelen worden voldaan.

Een van de succesfactoren was het leereffect binnen de zorginstelling te optimaliseren. Om het leren en verbeteren binnen zorginstellingen te optimaliseren, dienen deelnemers een grotere rol te krijgen bij de ontwikkeling van het benchmarkmodel. Een mogelijk idee is om de romp van de benchmark te laten vormen door vragen die voor alle deelnemers identiek zijn, maar dat deelnemers daarnaast ook kunnen kiezen voor aanvullende vragen. Op basis van de wensen van de zorginstelling, wordt voor die aanvullende vragen een bibliotheek opgebouwd. Deelnemers krijgen een antwoord terug op hun aanvullende vragen en mocht het zo zijn dat meerdere deelnemers een bepaalde vraag hebben beantwoord, dan wordt ook die spiegelinformatie teruggekoppeld (Poerstamper e.a. 2007). In de praktijk is al gebleken dat het mogelijk is om met flexibele vragenlijsten te werken (Poerstamper e.a. 2007). Deze vragenlijsten moeten alleen nog worden ontwikkeld voor de Nederlandse zorgsector. Als deze vragenlijsten in werking zijn getreden, sluit de informatie verkregen uit de benchmark beter aan bij de bedrijfsvoering van instellingen waardoor betere sturing op indicatoren in de zorg mogelijk wordt.

Ook de benchmarkrapportages moeten worden verbeterd. Door ze een meer dynamisch karakter te geven, moet het eenvoudiger worden om verbeteracties vast te stellen en ook de effecten daarvan in beeld te brengen. De instelling krijgt zo beter zicht in verbanden en andere uitkomsten en kan dus beter beslissingen nemen (Poerstamper e.a. 2007).

Het inrichten van een database waarin nieuwe gegevens automatisch worden ingelezen, hetzij na elke invoer, hetzij periodiek, maakt het voor instellingen mogelijk dat de benchmark kan worden ingebed in de beleidscyclus. Zorginstellingen kunnen dan zelf bepalen op welk moment zij willen starten met het benchmarkonderzoek. Een belangrijk voordeel hiervan is dat de doorlooptijd van het onderzoek aanzienlijk korter wordt. Dit kan leiden tot hogere motivatie en kostenbesparingen. Zorginstellingen kunnen tevens zelf kiezen aan welke bouwstenen zij willen deelnemen. Dit kan zorgen voor meer gerichte informatie (Poerstamper e.a. 2007). Het is nog niet bekend hoe het systeem erin detail zal gaan uitzien en ook moeten nog een aantal vraagstukken worden opgelost (Poerstamper e.a. 2007). Indien dit is gebeurd, kan de database bijdragen aan de verbetering van het instrument benchmarking.

#### **§ 4.3 Samengevat**

Uit onderzoek blijkt dat de implementatiefase van een benchmarkonderzoek vaak niet zonder problemen verloopt. Om deze fase te optimaliseren, zijn allereerst de mogelijke problemen van benchmarking besproken die de implementatiefase kunnen belemmeren. Vervolgens is een overzicht gegeven van de verschillende factoren die benchmarking van Nederlandse ziekenhuizen tot een succes kunnen maken en zijn de mogelijke verbeteringen voor benchmarking toegelicht.

## Hoofdstuk 5 Resultaten & Analyse

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het kwalitatieve onderzoek geanalyseerd door een link te leggen tussen de theorie en de praktijk. Het doel van deze analyse is het verkrijgen van inzicht in benchmarking van ziekenhuizen in Nederland. Allereerst wordt een onderscheid gemaakt tussen de ziekenhuizen die wel en de ziekenhuizen die niet de implementatiefase van het benchmarking-proces hebben doorlopen (§ 5.1). Vervolgens zal worden bekeken welke, in de theorie genoemde, mogelijke problemen zich in de praktijk hebben voorgedaan (§ 5.2). In paragraaf 5.3 worden de succesfactoren uit de theorie in verband gebracht met die uit de praktijk. Tot slot zal worden bekeken hoe het instrument benchmarking volgens zorgprofessionals zich verder dient te ontwikkelen. Deze analyse omvat de deelvragen drie tot en met zes:

- Heeft de benchmarking geleid tot het implementeren van veranderingen binnen de operatiecomplexen?
- Welke van de, in de literatuur genoemde, mogelijke problemen hebben zich voorgedaan bij de OK-benchmarking van de ziekenhuizen?
- Welke van de, in de literatuur genoemde, succesfactoren zijn door de ziekenhuizen gebruikt bij de uitvoering van de OK-benchmarking?
- Wat zijn mogelijke verbeteringen voor het instrument benchmarking, teneinde te komen tot een betere implementatiefase, volgens de respondenten van de ziekenhuizen die voor deze scriptie zijn benaderd?

### § 5.1 Het onderscheid tussen de ziekenhuizen

In het vorige hoofdstuk zijn mogelijke problemen en succesfactoren van benchmarking besproken. Om te kunnen beredeneren wat deze problemen en succesfactoren voor invloed hebben gehad op de implementatiefase van de ziekenhuizen, zal allereerst een onderscheid worden gemaakt tussen de ziekenhuizen die wel en de ziekenhuizen die niet de implementatiefase hebben doorlopen. Door te kijken naar wat de benchmarking heeft opgeleverd voor de ziekenhuizen kon dit onderscheid worden gemaakt.

#### § 5.1.1 De meerwaarde

Benchmarking is een instrument die door zorginstellingen kan worden gebruikt om kwaliteits- en doelmatigheidsverbeteringen te realiseren (Maas e.a. 1998). Het instrument kan fungeren als katalysator voor het leerproces binnen een organisatie, aangezien het een continu en systematisch proces is. Bij benchmarking wordt het referentiepunt buiten de organisatie en/of branche geplaatst, waardoor potentiële doorbaken kunnen worden geïdentificeerd, die anders mogelijk niet zouden worden ontdekt (Waalewijn e.a. 1996). Door te kijken naar de

benchmarking-partners kunnen nieuwe ideeën worden opgedaan, wat kan leiden tot het bijstellen van doelstellingen, streefwaarden en de strategie van een organisatie (de Munk 1997).

Deze meerwaarde gaat niet op voor alle vijf de ziekenhuizen. De Reinier de Graaf groep, het Maxima medisch centrum en het Meander medisch centrum hebben de OK-benchmark maar eenmalig uitgevoerd. Het instrument heeft daar tevens niet gediend als katalysator voor het leerproces. Het volgende citaat geeft dit goed weer: *“Bij ons is de benchmark de prullenbak ingegaan. Niemand wil er iets meer over horen”*. Deze drie ziekenhuizen hebben aangegeven wel ideeën te hebben opgedaan door te kijken naar de benchmarking-partners. Ondanks deze ideeën hebben zij echter nadat de benchmark was uitgevoerd hun doelstellingen, streefwaarden en/of strategie voor de OK niet bijgesteld: *“We hebben het er wel over gehad. We hebben het benoemd, maar uiteindelijk hebben we er niets mee gedaan”*.

Het St. Elisabeth ziekenhuis heeft momenteel de OK-benchmark drie keer uitgevoerd. Zij heeft te kennen gegeven het belangrijk te vinden om een herhaalmeting uit te voeren zodat zij niet alleen met andere ziekenhuizen werd vergeleken, maar tevens kon zien of zij zichzelf had verbeterd ten opzichte van de vorige keer. Aangezien er herhaalmetingen zijn uitgevoerd, kan worden geconcludeerd dat in dit ziekenhuis wel verbeteringen zijn doorgevoerd nadat de OK-benchmark was uitgevoerd. Het hoofd van de OK heeft dit ook bevestigd: *“Wij hebben acht punten benoemd in een doelstelling. Het invoeren van straten is een voorbeeld wat hier meer onder de aandacht is gebracht”*. Het doorvoeren van veranderingen heeft in het St. Elisabeth ziekenhuis tevens gezorgd voor het bijstellen van doelstellingen en streefwaarden. Zij hebben bijvoorbeeld als doelstelling gesteld dat zij langer gaan opereren en sneller gaan starten.

Het Lievensberg ziekenhuis heeft, ondanks dat zij goed uit de OK-benchmark is gekomen, enkele speerpunten opgesteld die zij binnen de organisatie wil gaan doorvoeren. Zij hebben echter de implementatie ervan nog niet kunnen verwezenlijken vanwege de drukke bezetting op de OK. Het hoofd van de OK heeft echter wel te kennen gegeven deze veranderingen zo snel mogelijk te willen invoeren en in te zijn voor het uitvoeren van een eventuele herhaalmeting. In de verdere analyse wordt hier vanuit gegaan.

Op basis van bovenstaande gegevens kan een tweedeling worden gemaakt tussen de ziekenhuizen. De OK- benchmark is bij de Reinier de Graaf groep, het Maxima medisch centrum en het Meander medisch centrum niet positief verlopen, waardoor er geen implementatiefase heeft plaatsgevonden. Dit in tegenstelling tot het St. Elisabeth ziekenhuis en het Lievensberg ziekenhuis waarbij het instrument heeft geleid tot het doorvoeren van veranderingen. Deze tweedeling wordt gebruikt in het verdere verloop van deze analyse.

§ 5.1.2 Belang benchmarking

De OK-benchmark is niet bij alle ziekenhuizen positief verlopen en heeft niet bij alle ziekenhuizen gezorgd voor het doorvoeren van verbeteringen. Toch hebben de respondenten, op één na, aangegeven, dat zij het benchmarken van ziekenhuizen wel belangrijk vinden. Het hebben van een referentiepunt en het verkrijgen van informatie over andere ziekenhuizen zijn de voordelen die door de respondenten worden aangehaald. De respondenten zijn er echter wel van bewust dat het instrument goed ontwikkeld moet zijn, wil het zijn doel bereiken: *“Als het op een goede manier plaatsvindt dan vind ik het wel heel belangrijk. Bij ons waren er gebreken waardoor ik het als teleurstellend heb ervaren”*. In de volgende paragrafen wordt daarom onderzocht hoe het instrument het beste in de praktijk kan worden uitgevoerd, wil het instrument meerwaarde voor de ziekenhuizen kunnen opleveren.

Bovenstaande informatie wordt in het volgende schema overzichtelijk weergegeven. Dit schema dient tevens als antwoord op deelvraag 3: *Heeft de benchmarking geleid tot het implementeren van veranderingen binnen de operatiecomplexen?*

Ziekenhuizen	Veranderingen doorgevoerd?	Voorbeelden van veranderingen die zijn doorgevoerd
Reinier de Graaf groep	Nee	
Maxima medisch centrum	Nee	
Meander medisch centrum	Nee	
St. Elisabeth ziekenhuis	Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>- invoeren van straten (aantal operaties van dezelfde aard achter elkaar)</li> <li>- in plaats van 8 uur per dag zijn zij 8,5 uur per dag gaan opereren</li> <li>- ze zijn met minder personeel op de OK gaan werken</li> </ul>
Lievensberg ziekenhuis	Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>- invoeren van dagsessies</li> <li>- randvoorwaarden scheppen voor het op tijd starten van de sessies</li> </ul>

**Figuur 4: Overzicht van de veranderingen die de ziekenhuizen hebben doorgevoerd**

§ 5.2 De problemen

In paragraaf 4.1 is een overzicht weergegeven van problemen die zich mogelijk bij een benchmark kunnen voordoen. Deze problemen kunnen tot gevolg hebben dat de implementatiefase van een benchmarking niet zonder slag of stoot verloopt of zelfs helemaal niet plaatsvindt. In deze paragraaf wordt nagegaan welke van de, in de literatuur genoemde,

problemen zich ook daadwerkelijk in de praktijk hebben voorgedaan. Bij de analyse wordt gebruik gemaakt van het tien-stappenplan van Xerox.

Voordat een benchmarking van start kan gaan, dient deze te worden voorbereid. De totale organisatie dient klaar te zijn voor het project. Zo dient er duidelijkheid te zijn over de doelstellingen van het project, de aanpak, de planning, de doorlooptijd, welke producten/diensten worden gebenchmarkt en wie daarbij betrokken zijn (Waalewijn e.a. 1996). Bij het Maxima medisch centrum konden de medewerkers op de OK zich onvoldoende voorbereiden op de benchmarking. Zij kregen pas één week van te voren te horen vanuit de Raad van Bestuur dat zij meededen aan de OK-benchmark en wat van hen werd verwacht. Het niet kunnen voorbereiden, heeft een negatieve invloed uitgeoefend op het verdere verloop van de benchmarking: *“Toen wij eraan moesten beginnen, waren er voor ons nog onduidelijkheden. Op deze manier ben je al niet gemotiveerd om aan zoiets te beginnen, want je moet echt dingen uit je handen laten vallen”*.

Het is belangrijk dat er overeenstemming bestaat binnen de organisatie over de reden waarom gekozen is voor een benchmarking. Volgens de literatuur is het streven naar excellentie en het focussen op bedrijfsprocessen de meest effectieve manier van benchmarken (Waalewijn e.a. 1996). De Reinier de Graaf groep, het Maxima medisch centrum en het St. Elisabeth ziekenhuis zijn niet met deze instelling aan het benchmarking-proces begonnen. Zij zagen de benchmarking als een opgelegde taak vanuit de Raad van Bestuur die nu eenmaal moest worden uitgevoerd. Het volgende citaat geeft de instelling van deze ziekenhuizen goed weer: *“Ik had helemaal geen zin in een benchmark. Ik vond dat we het namelijk al goed deden, maar een opdracht van de Raad van Bestuur heb je gewoon uit te voeren”*. Het Lievensberg ziekenhuis en het Meander medisch centrum daarentegen begonnen met een positieve instelling aan de benchmarking. Het Meander medisch centrum had als enige ziekenhuis de meest effectieve manier van benchmarken voor ogen volgens de literatuur. Zij hoopte namelijk spiegelinformatie te verkrijgen, waarvan zij kon leren. Op deze manier hoopte het ziekenhuis haar zorgproces te verbeteren. Het Lievensberg ziekenhuis wilde haar positie in de externe omgeving achterhalen door middel van de benchmarking: *“Het is belangrijk kennis te hebben over je positie, dan weet je of je het goed doet of niet”*.

De resultaten van een benchmarking worden ook wel eens gebruikt voor publieke verantwoording (Berg & Schellekens 2002). Wanneer een ziekenhuis dit doel voor ogen heeft, kan de benchmarking eventueel een negatieve invloed met zich meebrengen binnen de organisatie, waardoor de benodigde actieve participatie van het betrokken personeel kan verminderen (Waalewijn e.a. 1996). Het hoofd van de OK van het Maxima medisch centrum vindt juist dat een benchmarking moet worden gebruikt om uit te zoeken waar een

ziekenhuis in excelleert. Met deze informatie kan je aan de patiënt aantonen waar ze een behandeling het beste uitvoeren en kan je als arts hem of haar naar dit ziekenhuis doorverwijzen. Het volgende citaat geeft zijn insteek duidelijk weer: *“Nu worden alle benchmarks gebruikt om aan te geven waar een ziekenhuis minder goed in is, maar we moeten ons juist gaan richten op de good-practices. Als ziekenhuis kun je namelijk niet overal goed in zijn, maar je bezit ook dingen waar je prioriteiten liggen. De inspectie houdt je echt wel in de gaten op het moment dat jij op de rand gaat zitten. We moeten ook niet alles in huis hebben, want dat is gewoon onbetaalbaar”*.

Tijdens de planningsfase is het allereerst van belang dat het bedrijfsproces van het gekozen onderwerp duidelijk in kaart wordt gebracht. Indien organisaties onvoldoende kennis hebben van hun eigen bedrijfsproces kan dit problemen opleveren bij het verdere verloop van de benchmarking (Wijnfeld 1992, in Waalewijn e.a. 1996). Tijdens een benchmark ligt de nadruk namelijk op de achterliggende processen. Plexus heeft bij het Lievensberg ziekenhuis achterhaald hoe daar het zorgproces verloopt: *“Plexus heeft in voorgesprekken achterhaald hoe bij ons de workflow is, dus hoe wij ons werkproces hebben georganiseerd”*. Bij de Reinier de Graaf groep, het Meander medisch centrum en het Maxima medisch centrum heeft Plexus hieraan geen specifieke aandacht besteed. De ziekenhuizen zelf beschikten echter wel over voldoende kennis van hun eigen zorgproces.

Een volgende stap die genomen dient te worden tijdens de planningsfase is het identificeren van benchmarking-partners. Ziekenhuizen zouden volgens de theorie de echte ‘best-in-class’ als partner moeten selecteren, wil de benchmarking zo rendabel mogelijk zijn (Waalewijn e.a. 1996). De ziekenhuizen zijn echter door een extern onderzoeksbureau, Plexus, benaderd. De ziekenhuizen zijn dus vergeleken met andere ziekenhuizen die bij ‘toeval’ ook meededen. Dit heeft tot gevolg dat de ziekenhuizen niet met zekerheid zijn vergeleken met andere ziekenhuizen die het beste zijn op het geselecteerde benchmarking-onderwerp.

Bij het selecteren van de benchmarking-partners is het tevens van belang voldoende rekening te houden met de cultuurverschillen tussen de organisaties. Indien de cultuur van de organisatie sterk verschilt met die van de ‘best-in-class’ is het namelijk mogelijk dat dit voor problemen zorgt bij het implementeren van veranderingen, gezien het feit dat deze veranderingen gebaseerd zijn op het bedrijfsproces van de ‘best-in-class’ waar een andere cultuur heerst (1992, in Waalewijn e.a. 1996). De Reinier de graaf groep en het Maxima medisch centrum hebben te kennen gegeven dat hier onvoldoende rekening mee is gehouden door Plexus: *“In de ziekenhuizen zaten al appels en peren”*. In het benchmarking-proces waarbij het Lievensberg ziekenhuis betrokken was, is wel voldoende rekening gehouden met de cultuurverschillen volgens het hoofd van de OK. Zo is in de

voorgesprekken bijvoorbeeld gekeken naar welke beroepsgroepen in de ziekenhuizen werkzaam waren.

Een volgende stap in de planningsfase is het bepalen van de methode waarop gegevens verzameld dienen te worden. Uit een onderzoek van Waalewijn, Hendriks & Verzijl blijkt dat het voor organisaties in de praktijk moeilijk is om consistente informatie te verkrijgen. Het is namelijk moeilijk om de definities en terminologie tussen de organisaties op één lijn te brengen (Waalewijn e.a. 1996). Bovenstaand probleem is ook naar voren gekomen bij de benchmarking waarbij de Reinier de Graaf groep, het Maxima medisch centrum en het Meander medisch centrum betrokken waren. Zij gaven aan dat de gekozen indicatoren wel geschikt waren, maar dat er onduidelijkheden bestonden over de definities die daarbij hoorden: *“De definities waren multi-interpretabel, wat kan leiden tot vertekende resultaten”*. De ziekenhuizen waren tevens vrij in hoe zij de indicatoren gingen meten, waardoor verschillen in het meetproces van de ziekenhuizen ontstonden. Deze verschillen werden echter groter doordat de ziekenhuizen verschillende registratiesystemen gebruikten en doordat er verschillen waren in de ervaringen met meten: *“Wij meten al jaren en hebben daarvoor een goed registratiesysteem, maar dat was helaas niet bij alle ziekenhuizen het geval”*. De meetperiode bestond bij deze ziekenhuizen uit twee weken. Deze korte meetperiode kon ervoor zorgen dat, indien uitbuiters plaats hadden gevonden, er een verkeerd beeld van de situatie onstond. De wet van de grote aantallen geldt in deze situatie niet. Het St. Elisabeth ziekenhuis en het Lievensberg ziekenhuis waren daarentegen tevreden over de definities en hebben geen problemen geconstateerd tijdens het meetproces.

Nadat de gegevens zijn verzameld, kan de huidige prestatiekloof tussen de eigen organisatie en die van de 'best-in-class' worden bepaald. Het te snel trekken van conclusies uit de verzamelde gegevens is een mogelijk probleem die zich tijdens de analyse kan voordoen (Wijnfeld 1992, in Waalewijn e.a 1996). Dit probleem is geconstateerd bij de Reinier de Graaf groep, het Maxima medisch centrum en het Meander medisch centrum. Zij hebben niet de ruimte van Plexus gekregen om enkele resultaten toe te lichten. Hierdoor zijn zij minder waarde aan de resultaten van de benchmark gaan hechten: *“Wij hebben onze resultaten niet kunnen onderbouwen. Bij ons heeft er een uitbouter plaatsgevonden. Als hiervoor niet wordt gecorrigeerd, vind ik dat je de hele meting weg kunt gooien en niet alsnog conclusies eraan moet willen verbinden”*. Het St. Elisabeth ziekenhuis heeft met een ander visie gekeken naar het eindrapport dat door Plexus is aangeleverd. Zij zijn ervan uitgegaan dat het rapport de werkelijke situatie weergeeft: *“Je moet zo positief mogelijk naar zo'n rapport kijken anders is het waardeloos. Dit is een heel fijn uitgangspunt, want het voorkomt de discussies van ja maar...”*. Het Lievensberg ziekenhuis heeft, alvorens de resultaten over de andere



ziekenhuizen werden verspreid, deze eerst aangereikt gekregen door Plexus met het verzoek te kijken of zij zich in de aangeleverde cijfers kon vinden.

In de volgende fase, de fase waarin het plan wordt geconstrueerd, is het belangrijk de bevindingen uit het benchmarkonderzoek naar de gehele organisatie te communiceren, waarna vervolgens gezamenlijk doelen kunnen worden opgesteld (Waalewijn e.a. 1996). In het Meander medisch centrum is geprobeerd bovenstaand stap te ondernemen. Toen echter bleek dat het aangeleverde rapport volgens vele betrokkenen niet klopte is de verdere communicatie met betrekking tot de resultaten tot stilstand gekomen en zijn er geen gezamenlijke doelen opgesteld. Het volgende citaat beschrijft bovenstaande situatie: *“Plexus heeft vervolgens nog een avond georganiseerd voor medisch specialisten en de Raad van Bestuur. Daar was een opvallend lage opkomst. Dat stond al ergens voor, omdat natuurlijk sommige hadden het klopt toch niet dus waarom zou ik nog komen”*. Het Maxima medisch centrum heeft de resultaten meerdere malen in werkoverleggen en op alle lagen in de organisatie besproken. Ondanks deze goede communicatie hebben zij geen doelen opgesteld die zij wilden bereiken. Het niet opstellen van gezamenlijke doelen kan worden toegeschreven aan het feit dat in de voorgaande fasen van het benchmarking-proces zich problemen hebben voorgedaan, waardoor de benchmark geen waardevolle resultaten meer voor het ziekenhuis heeft opgeleverd. Het Lievensberg ziekenhuis en het St. Elisabeth ziekenhuis, twee ziekenhuizen die naar aanleiding van de benchmarking verbeteringen hebben aangebracht, hebben de resultaten meerdere malen onder de aandacht gebracht binnen de organisatie: *“Ze zijn gepresenteerd door Plexus, besproken in werkoverleggen, ter inzage gelegd aan alle medewerkers en besproken in het managementteam”*.

In de volgende fase, de actiefase, dienen geformuleerde doelen te worden omgezet in concrete actieplannen, die vervolgens kunnen worden uitgevoerd. Volgens de theorie zijn het voornamelijk fouten in de voorgaande fasen die zorgen voor complicaties bij de uitvoering van deze stap. Uit het onderzoek van Waalewijn, Hendriks & Verzijl blijken de complicaties bij de implementatiefase voornamelijk op het menselijk vlak te liggen; het personeel biedt weerstand tegen nieuwe werkmethoden en veranderingen (Waalewijn e.a. 1996). Uit de voorgaande analyse kan worden geconcludeerd dat deze theorie ook geldt voor de Reinier de Graaf groep, het Meander medisch centrum en het Maxima medisch centrum. Bij het St. Elisabeth ziekenhuis was er aan het begin van de benchmarking ook weerstand te constateren, maar daar heeft de benchmark zich positief kunnen keren: *“Oké goed, iedereen heeft een reden om er en niet aan mee te doen, maar naderhand zag iedereen ook de winst en toen was het ook leuk om te doen”*. Het ontbreken van een kwaliteits- verbeteringsteam kan er tevens voor zorgen dat de implementatiefase mislukt. Dit team bestaat uit

## Hoe dient een benchmarking van ziekenhuizen te verlopen?

werknemers die het doorvoeren van veranderingen in de organisatie noodzakelijk vinden en geloven in het implementeren van verbeteringen binnen de organisatie ( Wijnfeld 1992, in Waalewijn e.a. 1996). Wanneer het Lievensberg ziekenhuis zijn interventies gaat doorvoeren, worden deze uitgevoerd door een zogenaamd expertteam en een werkgroep. Het expertteam neemt daarbij beleidsmatige beslissingen en de werkgroep voert de daadwerkelijke acties uit.

Volgens de laatste stap van het model van Xerox is het belangrijk de benchmarking continu en systematisch uit te voeren, zodat prestaties voortdurend worden aangepast en zo de organisatie superieur blijft. Gezien de teleurstellende ervaringen met de benchmarking hebben het Meander medisch centrum, het Maxima medisch centrum en de Reinier de Graaf groep deze maar eenmalig uitgevoerd. Indien naar aanleiding van de benchmark wel interventies zouden zijn ingevoerd, dan hadden de respondenten van het Meander medisch centrum en het Maxima medisch centrum het nodig geacht een herhaalmeting uit te voeren. De respondent van de Reinier de Graaf groep vindt echter dat benchmarking niet als een continu proces moet worden gezien: *“Artsen worden moe van het telkens registreren. Zeker omdat er mensen zijn die denken dat het telkens anders moet. Het is echt een terreur hoor. Dat is voor niemand bij te houden”*. Het St. Elisabeth ziekenhuis daarentegen heeft de benchmark momenteel al driemaal uitgevoerd. Deze herhalingen hadden voornamelijk het doel zichzelf te vergelijken met de voorgaande keren. De interventies dienen bij het Lievensberg ziekenhuis nog ingevoerd te worden, maar het hoofd van de OK heeft aangegeven ook de volgende keer in te zijn voor een benchmarking.

Hieronder wordt schematisch een antwoord geformuleerd op deelvraag vier: *Welke van de, in de literatuur genoemde, mogelijke problemen hebben zich voorgedaan bij de OK-benchmarking van de ziekenhuizen?*

Problemen	Reinier	Maxima	Meander	Elisabeth	Lievensberg
Stap 0 (benchmark voorbereiden)					
- de organisatie was nog niet klaar voor de benchmarking	n.v.t.	ja	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
- de reden waarom gekozen is voor een benchmarking:					
▪ bepalen van positie in externe omgeving			nee		ja
▪ om heersende problemen op te lossen			nee		
▪ om publieke verantwoording te kunnen afleggen			nee		
▪ verplichte taak van de Raad	ja	ja	nee	ja	

Hoe dient een benchmarking van ziekenhuizen te verlopen?

van Bestuur					
Stap 1 (benchmarking- onderwerp) - beschikken over onvoldoende kennis van het eigen bedrijfsproces ▪ ziekenhuizen zelf ▪ Plexus	nee ja	nee ja	nee ja	nee n.v.t.	nee nee
Stap 2 (partners identificeren) - zoeken binnen een bestaande database - inschakelen van externe onderzoeksbureaus - onvoldoende rekening houden met cultuurverschillen	nee ja ja	nee ja ja	nee ja n.v.t.	nee ja n.v.t.	nee ja nee
Stap 3 (methoden) - gegevens die zijn verzameld sluiten niet aan bij het doel van de benchmark - definities en terminologie niet op één lijn tussen de organisaties - niet alle factoren zijn te kwantificeren	nee ja n.v.t.	nee ja n.v.t.	nee ja n.v.t.	nee nee n.v.t.	nee nee n.v.t.
Stap 4 (prestatiekloof) - te snel trekken van conclusies uit gegevens	ja	ja	ja	nee	nee
Stap 5 (toekomstige prestatieniveau's) - Het ontbreken van een trendanalyse, waardoor de organisatie op achterstand blijft	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Stap 6 (bekendmaken bevindingen) - het personeel kan weerstand bieden indien zij niet goed zijn geïnformeerd en/of niet eens zijn met de bevindingen	n.v.t.	ja	ja	nee	nee
Stap 7 (formuleren doelstellingen) - er zijn doelen geformuleerd waar de gehele organisatie of delen van de organisatie niet achter staan	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	nee	nee
Stap 8 (acties ontwikkelen)					

## Hoe dient een benchmarking van ziekenhuizen te verlopen?

- de acties zijn niet duidelijke omschreven	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	nee	nee
Stap 9 (acties uitvoeren)					
- fouten in de voorgaande fasen zorgen voor complicaties:	ja	ja	ja	nee	nee
▪ ontbreken van een leereffect	ja	ja	nee	nee	nee
- ontbreken van kwaliteitsverbeteringsteams	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	ja	nee
Stap 10 (benchmark opnieuw uitvoeren)					
- benchmark wordt maar eenmalig uitgevoerd, waardoor prestaties verouderen	ja	ja	ja	nee	nee

**Figuur 5: problemen die in de literatuur zijn benoemd en bij de ziekenhuizen zijn voorgekomen**

Ja = probleem heeft zich voorgedaan bij het ziekenhuis

Nee = probleem heeft zich niet voorgedaan bij het ziekenhuis

N.v.t. = onderwerp is niet ter sprake gekomen tijdens het interview of de stap is niet door het ziekenhuis ondernomen

### § 5.3 De succesfactoren

In paragraaf 4.2.1 zijn factoren weergegeven die benchmarking van ziekenhuizen tot een succes kunnen maken. In deze paragraaf wordt nagegaan welke van deze factoren door de ziekenhuizen zijn gebruikt en of zij een daadwerkelijk succes zijn geweest. Bij de analyse wordt gebruik gemaakt van het tien-stappenplan van Xerox.

Het voorbereiden van de totale organisatie op een benchmarking, is een eerste stap die ondernomen dient te worden (Waalewijn e.a. 1996). Zo dient er een geoptimaliseerd leereffect binnen de organisatie aanwezig te zijn (Poerstamper e.a. 2007). Hiermee wordt bedoeld dat werknemers in een vroeg stadium weten hoe de benchmark wordt uitgevoerd, voldoende weten van het leer- en verbeterpotentieel en dat zij worden voorbereid op mogelijke uitkomsten van de benchmark en de consequenties daarvan. Een geoptimaliseerd leereffect was niet aanwezig in de Reinier de Graaf groep en het Maxima medisch centrum. De Reinier de Graaf groep heeft aangegeven, dat zij de benchmarking zagen als een verplichte opdracht vanuit de Raad van Bestuur. De organisatie had niet het idee een probleem te hebben die zij door de benchmarking konden oplossen, wat belangrijk is volgens de respondent wil er een leereffect ontstaan. Het Maxima medisch centrum heeft echter wel geprobeerd het leereffect binnen de OK te optimaliseren. Ondanks dat zij zo laat zijn geïnformeerd over de benchmarking door de Raad van Bestuur hebben zij namelijk de informatie hierover zo goed mogelijk binnen de OK proberen te verspreiden. Deze informatie

is echter niet bij elke medewerker goed overgekomen: *“Wij hebben onze medewerkers goed ingelicht. Misschien zelf iets te mooi, waardoor vervolgens niet iedereen achter de benchmarking stond”*. Bij het Meander medisch centrum, het St. Elisabeth ziekenhuis en het Lievensberg ziekenhuis was er wel een geoptimaliseerd leereffect aanwezig alvorens de benchmarking van start ging. Medewerkers zijn daar goed ingelicht over de benchmarking en de consequenties die daaraan verbonden zijn. Bij het St. Elisabeth ziekenhuis heeft deze informatie allereerst ook voor enige weerstand gezorgd. Deze weerstand heeft het hoofd van de OK echter kunnen reduceren, door de positieve kanten van een benchmarking duidelijk te maken aan zijn medewerkers.

Een volgende succesfactor tijdens de voorbereidingsfase is het benchmarkmodel te laten aansluiten bij het bestaande kwaliteitskader binnen de organisatie. Dit vergroot namelijk de kans op een breed gedragen benchmarkmodel (Waalewijn e.a. 1996). Zorginstellingen kunnen hun benchmarkmodel bijvoorbeeld laten aansluiten bij het INK-model dat een bekend kwaliteitsmodel is in de zorg. Hierdoor zijn de uitkomsten eerder herkenbaar en bruikbaar voor de eigen bedrijfsvoering (Poerstamper e.a. 2007). Bij de OK-benchmarking zijn alleen de aandachtsgebieden middelen- en procesmanagement van het INK-model deels in het benchmarkmodel teruggekomen: *“De benchmark was gericht op organisatorische aspecten, voornamelijk op productie”*. Dit model is tevens geheel door het onderzoeksbureau Plexus ontwikkeld, waardoor het niet overeenstemt met de theorie hierover. Volgens Poerstamper, van Mourik en Veltman is het namelijk belangrijk dat de brancheorganisatie het benchmarkmodel ontwikkeld in samenwerking met een onderzoeksbureau (2007). Op deze manier kan er rekening worden gehouden met de middelen waarover elke instelling beschikt. Alle vijf de ziekenhuizen hebben het benchmarkmodel gebruikt die geheel door Plexus is ontwikkeld. Bij het St. Elisabeth ziekenhuis en het Lievensberg ziekenhuis is, ondanks dat zij geen inspraak hebben gehad bij de ontwikkeling van het model, echter toch rekening gehouden met de middelen waarover zij beschikten. In tegenstelling tot deze ziekenhuizen is bij de overige ziekenhuizen hier geen rekening mee gehouden. De meningen over het belang hiervan waren tevens verdeeld onder de respondenten. Volgens sommige van hen was het belangrijk hier rekening mee te houden: *“Op zich is dit een waarheid als een koe. Op deze manier ga je er namelijk vanuit dat niet alle ziekenhuizen hetzelfde zijn of dezelfde doelen hebben”*. Een andere respondent vond juist dat een onderzoeksbureau hier geen rekening mee moest houden: *“Het is juist goed dat ze dat niet doen. In de voorbereiding moet namelijk al niet worden aangegeven waaraan je als ziekenhuis niet kunt voldoen, want dat kan juist je verbetertraject zijn”*.

Bij het ontwikkelen van het benchmarkmodel dient tevens een integrale benadering gekozen te worden (Poerstamper e.a. 2007). Zoals eerder is aangegeven, is bij de OK-benchmarking voornamelijk gekeken naar productie. Het Maxima medisch centrum, het Meander medisch

centrum en het St. Elisabeth ziekenhuis zijn voor een dergelijke integrale benadering: *“Een benchmark moet een beeld geven van je gehele plaatje, daarom zou ik alles in het model willen hebben”*. De Reinier de Graaf groep geeft aan dat het te moeilijk is om een benchmarkmodel te ontwikkelen waarbij naar verschillende aspecten wordt gekeken. Het Lievensberg ziekenhuis neemt genoegen met een model waarin de aspecten kwaliteit, productiviteit en kosten in zijn verworven: *“Best-practices vind ik een zo hoge mogelijke productie tegen een goede kwaliteit en prijsverhouding”*.

Tijdens de planningsfase is het bepalen van het te benchmarken onderwerp een eerste stap die ondernomen dient te worden. Een succesfactor hierbij is te kiezen voor factoren die het succes van de onderneming bepalen (Waalewijn e.a. 1996). Zoals hierboven is vermeld, gaven enkele ziekenhuizen aan dat het succes van een OK niet alleen wordt bepaald door een zo hoog mogelijke productie. Zij hadden dan ook liever meerdere aspecten in het benchmarkmodel teruggezien.

Vervolgens dienen de benchmarking-partners geïdentificeerd te worden. De benchmarking heeft meer succes als hierbij structureel wordt gezocht naar de ‘best-in-class’ en niet gezocht wordt vanuit een beschikbare database die toevallig voorhanden is (Waalewijn e.a. 1996). In de vorige paragraaf is al vermeld dat de ziekenhuizen niet aan deze factor voldeden. Nadat de benchmarking-partners zijn uitgekozen dienen zij hun reguliere administratie voor financiële en niet-financiële gegevens met elkaar af te stemmen, dit verlaagt namelijk de belasting van deelname aan een benchmark (Poerstamper e.a. 2007). Deze stap is niet ondernomen door de ziekenhuizen. De ziekenhuizen hadden tijdens de benchmarking onderling geen contact. Het enige contact die de ziekenhuizen destijds hadden, was met Plexus waaraan zij hun gegevens aanleverden en waarvan zij de resultaten vervolgens teruggekoppeld kregen.

Een andere belangrijke succesfactor volgens de literatuur is het verstandig omgaan met de gegevens van elkaar. De ziekenhuizen sluiten zich bij deze succesfactor aan. Enkele respondenten vinden dat dergelijke resultaten alleen maar bekend mogen worden gemaakt aan de deelnemende ziekenhuizen. Andere respondenten daarentegen vinden dat dergelijke resultaten ook bekend mogen worden gemaakt aan overige belanghebbenden, mits deze de werkelijkheid weergeven. Het volgende citaat geeft het eerste standpunt goed weer: *“De informatie naar de burger toe mag van mij beter. Bij ons waren echter de resultaten een eigen leven gaan leiden, waardoor ik het niet nodig vond deze informatie aan patiënten beschikbaar te stellen*. Bij de Reinier de Graaf groep, het Maxima medisch centrum en het Meander medisch centrum is Plexus niet zorgvuldig met de resultaten van hen omgegaan. Zo geeft een anesthesioloog van het Meander medisch centrum aan dat het rapport al bij het ministerie van VWS lag alvorens zij de resultaten hadden kunnen onderbouwen. Het St.

Elisabeth ziekenhuis en het Lievensberg ziekenhuis zijn wel tevreden met de omgang van de resultaten door Plexus: *“Plexus gaat ook delicaat om met de gegevens. Als een ziekenhuis slecht scoorde lagen niet meteen al die gegevens op tafel”*.

De volgende stap die in de planningsfase dient te worden genomen, is het bepalen van de methode waarop de gegevens verzameld dienen te worden. Het gebruik van ICT en het gebruik van een ‘fact based’ benadering kunnen hierbij als succesfactoren worden gezien. Feiten en cijfers lenen zich namelijk voor validatie en objectieve beschouwing (Poerstamper e.a. 2007). Bij de ziekenhuizen is een dergelijke ‘fact based’ benadering gebruikt. De metingen die zij namelijk dienden uit te voeren, bestonden voornamelijk uit kwantitatieve eenheden, zoals tijden, percentages en dergelijke. De respondent van de Reinier de Graaf groep is echter niet met bovenstaande theorie eens: *“De indicatoren die zijn gemeten, leverden getalletjes op, maar dat wil niet zeggen dat die enige relatie hebben met de werkelijkheid”*. Het gebruik van ICT is niet bij alle ziekenhuizen optimaal gebruikt. Het wel of niet optimaal gebruiken van ICT had te maken met de aanwezigheid van een goed registratiesysteem binnen de ziekenhuizen. Het Maxima medisch centrum, het St. Elisabeth ziekenhuis en het Lievensberg ziekenhuis beschikten over een goed registratiesysteem, die zij bij de benchmarking optimaal konden gebruiken: *“Wij konden al best veel meetgegevens uit ons registratiesysteem halen”*. De overige ziekenhuizen daarentegen dienden gegevens te werven door middel van turflijstjes aangezien bij hen een dergelijke registratiesysteem ontbrak: *“Ik ben nog uiterst gefrustreerd in het feit dat hier net als toen de benchmark plaatsvond nog handmatig gegevens ingevoerd moet worden”*.

Naast bovenstaande succesfactoren dienen zorginstellingen bij het verzamelen van de gegevens een onderscheid te maken tussen interne en externe indicatoren (Berg & Schellekens 2002). Een benchmarking levert namelijk alleen gegevens van externe indicatoren op, die zorginstellingen alleen maar kunnen wakker schudden. Wil een zorginstelling zijn zorgproces werkelijk verbeteren dan dienen zij daarom alsnog voor- en nametingen binnen hun eigen instelling uit te voeren (Berg & Schellekens 2002). In tegenstelling tot de theorie zijn bij de OK-benchmarking interne indicatoren gemeten, zoals wisseltijd, uitloop sessies, snijtijd, aantal uitgevallen ingrepen van een programma enzovoort. Deze indicatoren voldoen namelijk aan de drie voorwaarden van interne indicatoren benoemd door Berg & Schellekens:

- zij moeten specifiek zijn voor het zorgproces en betrekking hebben op de belangrijkste stappen in dat proces;
- zij dienen specifiek te zijn voor de situatie;
- het moet haalbaar zijn om de gegevens in het zorgproces zelf te verzamelen tijdens of kort na de geleverde zorg (2002).

De resultaten van deze interne indicatoren zijn door het St. Elisabeth ziekenhuis en het Lievevrouwe ziekenhuis gebruikt om hun zorgproces daar waar mogelijk te verbeteren. De OK-benchmark is momenteel door het St. Elisabeth ziekenhuis drie maal uitgevoerd, waarbij de eerste keer kan worden gezien als een nulmeting en de tweede keer als een nameting.

Ondanks dat de OK-benchmarking interne indicatoren opleverden, is de vraag of externe indicatoren kunnen bijdragen aan het verbeteren van het zorgproces aan de respondenten voorgelegd. Zij zijn van mening, op één na, dat ziekenhuizen alert moeten zijn op hun externe indicatoren: *“Je moet altijd scherp zijn op je externe indicatoren, dan sta je naar mijn mening voor wat er in de samenleving leeft”*. Door verbeteracties uit te voeren op deze externe indicatoren kan dit namelijk je intern zorgproces ten goede komen: *“Het kan dus zijn dat je een externe indicator gebruikt om je intern proces bij te stellen en andersom”*.

Nadat het onderzoeksinstrumentarium is ontwikkeld, kunnen de gegevens daadwerkelijk worden verzameld. Volgens het sociale perspectief is het belangrijk dat zorgprofessionals zoveel mogelijk zelfstandig de metingen uitvoeren, zodat zij vertrouwen krijgen in de data (Weggelaar e.a. 2007). Ondanks dat de ziekenhuizen zelfstandig hadden gemeten, gaat deze theorie niet op voor de Reinier de Graaf groep, het Maxima medisch centrum en het Meander medisch centrum. Zij hadden wel vertrouwen in hun eigen data, maar niet in die van de andere ziekenhuizen: *“Als een ziekenhuis had gewild dat hij op plaats één kwam, dan had hij dat zo kunnen regelen”*. Vanuit het technisch perspectief gezien is de aanwezigheid van vaardigheden gericht op het adequaat meten van data van belang (Weggelaar e.a. 2007). Volgens de Reinier de Graaf groep, het Maxima medisch centrum en het Meander medisch centrum waren deze vaardigheden niet in elk ziekenhuis aanwezig, waardoor de uitkomsten mogelijk zijn vertekend: *“Wij hadden een goed registratiesysteem en zijn gewend om te werken met getallen, maar andere ziekenhuizen waren niet gewend om tijden te klokken”*.

Nadat de gegevens zijn verzameld, kan de prestatiekloof tussen de eigen organisatie en die van de ‘best-in-class’ worden bepaald (Waalwijk e.a. 1996). Tijdens deze analyse is de aanwezigheid van vaardigheden gericht op het interpreteren en verwerken van data volgens het technisch perspectief van belang (Weggelaar e.a. 2007). Volgens de Bruijn (2002) is het tevens belangrijk om tijdens de analyse zowel een product- als procesbenadering te gebruiken. Dit zorgt namelijk voor een beter beeld van de professionele prestaties binnen zorginstellingen. Plexus heeft voor de ziekenhuizen hun data geïnterpreteerd en verwerkt tot een rapport. De Reinier de Graaf groep, het Meander medisch centrum en het Maxima medisch centrum twijfelde achteraf over de aanwezige kennis en kunde bij Plexus. Deze twijfel is grotendeels toe te schrijven aan het feit dat Plexus bij de analyse voornamelijk een productbenadering heeft gebruikt, waardoor deze ziekenhuizen hun resultaten niet konden



toelichten: *“We hebben resultaten niet kunnen onderbouwen. Bij ons heeft er één uitbuiters plaatsgevonden waarvoor niet is gecorrigeerd. Nou dan vind ik dat je de resultaten vervolgens weg kunt gooien”*. In tegenstelling tot deze ziekenhuizen is bij het St. Elisabeth ziekenhuis en het Lievensberg ziekenhuis tijdens de analyse zowel een product- als procesbenadering gebruikt. Zij kregen de resultaten voorgelegd met de vraag of zij hiermee eens waren. De resultaten zijn pas verspreid over de deelnemende ziekenhuizen nadat hier overeenstemming was gevonden. Deze twee ziekenhuizen hadden dan ook vertrouwen in de aanwezige vaardigheden bij Plexus gericht op het interpreteren en verwerken van data: *“Ik vond de benchmark waardevol. Dat komt ten eerste door Plexus, dat is een toonaangevend en gewaardeerd instituut in de zorg. Plexus heeft capabele en ervaren mensen”*.

Poerstamper, van Mourik en Veltman (2007) bevelen aan om bij de analyse tevens een arbitraire indeling te gebruiken, zodat schijnzekerheden worden vermeden. Hiermee wordt bedoeld dat er meerdere instellingen als ‘best-in-class’ mogen worden beschouwd. Instellingen behoren bijvoorbeeld tot de groep onvoldoende, voldoende of goed. Bij de analyse van de ziekenhuizen is een arbitraire indeling gebruikt. De resultaten van de ziekenhuizen zijn namelijk weergegeven in grafieken, waarbij in elke grafiek een richting is aangegeven waarin de ‘best-in-class’ gezocht moest worden. Deze richting werd aangegeven door middel van een blauwe schaduw, hierdoor werd het mogelijk dat meerdere ziekenhuis als ‘best-in-class’ konden worden benoemd.

Tijdens het analyseren van de resultaten is het belangrijk dat de zorginstellingen hierover met elkaar communiceren. Hierdoor krijgen zij namelijk zicht op de factoren die deze kloof hebben veroorzaakt (Waalewijn e.a. 1996). Zorginstellingen kunnen bijvoorbeeld een werkbezoek brengen aan de ‘best-in-class’ (Hoorcollege ‘Benchmarks: vergelijken en verbeteren’ 15-10-2007). Hierbij is het belangrijk dat het werkbezoek wordt gebracht door een multidisciplinair team, zodat iedere laag van de organisatie wordt vertegenwoordigd. De Reinier de Graaf groep en het Maxima medisch centrum waren voor een dergelijk werkbezoek in geweest, mits zij op basis van de resultaten het idee hadden gekregen dat één van de deelnemende ziekenhuizen een oplossing had voor een eventueel probleem die bij hen heerste: *“Ik ga pas naar een ander ziekenhuis als ik iets in mijn eigen ziekenhuis heb vastgesteld wat veranderen moet en niet zozeer omdat zij het daar sneller doen”*. Het Meander medisch centrum heeft wel een werkbezoek gebracht aan de ‘best-in-class’. Zij hadden naast dit werkbezoek graag het contact tussen de deelnemende ziekenhuizen willen versterken: *“ik heb het voorstel gedaan via onze Raad van Bestuur om met de andere hoofden OK daar een symposium over te organiseren. Om gewoon is aan elkaar uit te wisselen wat we aan het doen waren rondom die benchmark. Wat ik toen terug gekregen heb, was dat daar de tijd nog niet rijp genoeg voor was”*. Het St. Elisabeth ziekenhuis heeft tevens een werkbezoek gebracht aan een ‘best-in-class’ instelling. Dit bezoek is echter niet

gebracht door een multidisciplinair team, maar alleen door het hoofd van de OK. Het Lievensberg ziekenhuis heeft in tegenstelling tot bovenstaande ziekenhuizen een werkbezoek gebracht aan het St. Elisabeth ziekenhuis alvorens zij begonnen aan de benchmark. Het doel hierbij was te achterhalen hoe zij een dergelijke benchmark hebben uitgevoerd. Dit werkbezoek is gebracht door een clustermanager, het hoofd van de OK en een stafmedewerker van het Lievensberg ziekenhuis, waardoor het niet overeenstemt met de literatuur hierover.

Nadat de resultaten zijn geanalyseerd, kunnen de bevindingen van het benchmarkonderzoek aan de gehele organisatie bekend worden gemaakt. Volgens het technisch perspectief is het bij deze stap van belang gebruik te maken van informatiesystemen die ervoor zorgen dat de informatie bij alle betrokkenen terecht komt (Weggelaar e.a. 2007). Het Lievensberg ziekenhuis heeft deze stap tot uitvoering gebracht door haar bevindingen in de interne nieuwsbrief van het ziekenhuis te plaatsen. Het Lievensberg ziekenhuis, het St. Elisabeth ziekenhuis en het Maxima medisch centrum hebben tevens de bevindingen besproken in werkoverleggen, waardoor zij voldoen aan één van de randvoorwaarden van het sociale perspectief. Dit perspectief benadrukt namelijk het onderlinge contact, zodat door middel van een dialoog gezamenlijk betekenis gegeven kan worden aan informatie en ervaringen (Weggelaar e.a. 2007).

Het communiceren over de resultaten helpt volgens Tomlinson tot het opstellen van doelen die men naar aanleiding van de benchmarking wil gaan bereiken (1998). Volgens het sociale perspectief hoeven er geen concrete doelstellingen te worden opgesteld, maar is een gedeelde visie die mensen aanzet tot leren en samenwerken voldoende. Het St. Elisabeth ziekenhuis heeft een dergelijke visie ontwikkeld voordat zij de verbeterinterventies gingen doorvoeren: *“Bij het bedenken van verbeteringen heb ik het personeel er nadrukkelijk in betrokken. Ik heb bijvoorbeeld aangegeven van goh volgens de benchmark doen wij erg lang over wisselen. Kunnen jullie nou eens aangeven waar we de wisseltijd kunnen verkorten en op welke manier. Toen heeft het personeel heel veel punten aangegeven waarbij je dat kunt verbeteren. Toen hebben we gezegd er zijn een aantal punten waarin we in geloven die gaan we gewoon veranderen. De betrokkenheid van heel de groep was een belangrijke succesfactor”*. Volgens het technisch perspectief daarentegen is het juist belangrijk dat de doelen concreet en meetbaar zijn en dat de organisatie zich hieraan formeel verbindt. Het Lievensberg ziekenhuis voldoet aan deze voorwaarde doordat zij hun doelstellingen SMART hebben geformuleerd.

Vervolgens kunnen geformuleerde doelen in concrete actieplannen worden omgezet (Waalewijn e.a. 1996). Volgens Boxwell (1994) is het beter om substantiële veranderingen

door te voeren in de 'hoofdprocessen' dan kleine veranderingen door te voeren in alle processen. Dit standpunt wordt echter niet door hem onderbouwd. De respondenten gaven aan dat in enkele gevallen, bijvoorbeeld bij een fusie, het nodig kan zijn je hoofdproces aan te pakken. Zij gaven alle echter de voorkeur aan het doorvoeren van kleine veranderingen. Het volgende citaat onderbouwt dit standpunt: *"Wil je medewerkers meekrijgen en wil je dat iedereen je blijft volgen, dan zijn kleine veranderingen, die een groot succes hebben, een belangrijke succesfactor. Medewerkers zien dan wat we voor elkaar krijgen"*.

Het is tevens van belang dat zorginstellingen bij het opstellen van concrete actieplannen rekening houden met de bronnen waarover zij beschikken. Realiteit speelt namelijk een belangrijke rol bij de implementatie van verbeteringen (Boxwell 1994). Deze theorie komt tot uiting bij het Lievensberg ziekenhuis. Zij hebben enkele speerpunten opgesteld die zij willen gaan doorvoeren. Aangezien er momenteel gebrek is aan mankracht op de OK, is het doorvoeren van deze verbeterinterventies uitgesteld.

Voordat de verbeteringen doorgevoerd kunnen worden, dient allereerst te worden achterhaald wat de beste implementatieaanpak is. Volgens het technisch perspectief kan dit door middel van een experimentele opzet waarbij informatie wordt gegenereerd om zo de beste aanpak te kunnen vaststellen (Weggelaar e.a. 2007). Een dergelijke aanpak is door de ziekenhuizen niet benoemd. Het sociale perspectief legt meer de nadruk op het gezamenlijk opdoen van ervaringen, zodat benodigde interventies kunnen worden uitgetoet. De ziekenhuizen gaven aan deze aanpak de voorkeur: *"Hier is gezegd doe het gewoon en als het niet blijkt te werken, houden we er gewoon mee op"*.

Volgens Tomlinson is een gedetailleerd plan nodig voor het doorvoeren van verbeteracties (1998). Een projectmatige aanpak zorgt namelijk voor onzekerheidsreductie (van der Lugt 1995). De respondenten hebben te kennen gegeven dat kleine veranderingen ook zonder plan kunnen worden doorgevoerd: *"We hebben gezegd vanaf volgende maand opereren we gewoon door op een aantal kamers tot half vijf, punt. Daar hoeft je niet een heel plan voor op te stellen"*.

Vervolgens kunnen de opgestelde actieplannen worden geïmplementeerd. Hierbij is het managen van veranderingen belangrijk. Veranderingen die te snel of te langzaam worden geïmplementeerd, kunnen namelijk schade veroorzaken aan de organisatie. De snelheid van het implementeren van een verandering moet worden gebaseerd op de cultuur van de organisatie en op de grote van de verandering (Tomlinson 1998). De respondenten sluiten zich bij deze theorie aan. Het volgende citaat geeft dit goed weer: *"Ik ben zelf van het snelle doorvoeren, maar dan weet ik dat mensen mij niet altijd kunnen volgen. Sommige dingen moet je dus stapsgewijs aanpakken. De mensen die 's ochtends hun trucje op de OK komen doen, die hebben zich niet in alle informatie ingelezen. Zij horen vaak dingen op het gebied van beleid en dergelijke voor het eerst, dus je moet echt vooraan beginnen"*.

## Hoe dient een benchmarking van ziekenhuizen te verlopen?

De laatste stap van het model van Xerox geeft aan dat benchmarking vervolgens als een continu proces moet worden gezien. Het herhalen van metingen kan namelijk fungeren als stimulans, doordat de organisatie zicht krijgt in zijn verbeteringen (Poerstamper e.a. 2007). Het St. Elisabeth ziekenhuis en het Lievensberg ziekenhuis zien het belang in van deze theorie. Het St. Elisabeth ziekenhuis heeft dan ook de benchmarking momenteel drie keer uitgevoerd. Het hoofd van de OK van het Lievensberg ziekenhuis wil in de toekomst deze benchmarking nogmaals uitvoeren, zodat hij zicht krijgt op de resultaten van de interventies die nog ingevoerd moeten worden.

In het volgende schema wordt het antwoord op deelvraag vijf weergegeven: *Welke van de, in de literatuur genoemde, succesfactoren zijn door de ziekenhuizen gebruikt bij de uitvoering van de OK-benchmarking?*

Problemen	Reinier	Maxima	Meander	Elisabeth	Lievensberg
Stap 0 (benchmark voorbereiden) - reden benchmarking: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ de organisatie wil continu streven naar excellentie en de bedrijfsprocessen verbeteren</li> </ul>	nee	nee	ja	1 <sup>e</sup> keer, nee. 2 <sup>e</sup> + 3 <sup>e</sup> keer, ja	nee
- de aanwezigheid van een geoptimaliseerd leereffect	nee	nee	ja	ja	ja
- ontwikkelen benchmarkmodel: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ laten aansluiten bij het bestaande kwaliteitskader (INK-model)</li> <li>▪ laten ontwikkelen door brancheorganisaties + onderzoeksbureau, zodat rekening wordt gehouden met de middelen waarover de ziekenhuizen beschikken</li> <li>▪ bevat een integrale benadering</li> </ul>	deels	deels	deels	deels	deels
Stap 1 (benchmarking-onderwerp) - de factoren die het succes van de organisatie bepalen, dienen als uitgangspunt genomen te worden	deels	deels	deels	deels	deels
- organisaties moeten over voldoende kennis van hun eigen bedrijfsproces beschikken	ja	ja	ja	ja	ja
Stap 2 (partners identificeren) - structureel zoeken naar de 'best-in-class'	nee	nee	nee	nee	nee
- bij het zoeken naar de benchmarkingspartners rekening	nee	nee	nee	n.v.t.	ja

## Hoe dient een benchmarking van ziekenhuizen te verlopen?

houden met bestaande cultuurverschillen tussen de organisaties					
- de partners dienen hun reguliere administratie op elkaar af te stemmen	nee	nee	nee	nee	nee
- de partners dienen verstandig om te gaan met de gegevens van elkaar	nee	nee	nee	ja	ja
<b>Stap 3 (methoden)</b>					
- ontwikkelen methoden:					
▪ onderzoeksinstrumentarium dient van goede kwaliteit te zijn	nee	nee	nee	ja	ja
▪ optimaal gebruik ICT en een 'fact based' benadering	nee ja	ja ja	nee ja	ja ja	ja ja
▪ zorginstellingen dienen een onderscheid te maken tussen interne en externe indicatoren	nee	nee	nee	nee	nee
- verzamelen gegevens:					
▪ gegevens verzamelen die aansluiten bij het doel van de benchmark	ja	ja	ja	ja	ja
▪ sociaal perspectief: professionals dienen zelf de metingen uit te voeren, zodat zij vertrouwen krijgen in de data	ja	ja	ja	ja	ja
▪ technisch perspectief: er dienen vaardigheden aanwezig te zijn gericht op het adequaat meten van data	n.v.t.	ja	ja	ja	ja
<b>Stap 4 (prestatiekloof)</b>					
- technisch perspectief: er dienen vaardigheden aanwezig te zijn gericht op het interpreteren en verwerken van data (bij Plexus)	nee	nee	nee	ja	ja
- gebruikmaken van een arbitraire indeling	ja	ja	ja	ja	ja
- gebruikmaken van zowel een product- als procesbenadering (door Plexus)	nee	nee	nee	ja	ja
- communiceren met de 'best-in-class', bijvoorbeeld door het brengen van een werkbezoek	nee	nee	ja	ja	nee
<b>Stap 5 (toekomstige prestatieniveaus)</b>					
- maken van een trendanalyse	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
<b>Stap 6 (bekendmaken bevindingen)</b>					
- technisch perspectief gebruikmaken	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	ja

Hoe dient een benchmarking van ziekenhuizen te verlopen?

van informatiesystemen					
Stap 7 (formuleren doelstellingen)					
- organiseren van bijeenkomsten binnen de organisatie, zodat gezamenlijk doelen kunnen worden geformuleerd	n.v.t.	deels	deels	ja	ja
- sociaal perspectief: door middel van een dialoog gezamenlijk betekenis geven aan informatie en ervaringen	n.v.t.	ja	nee	ja	ja
- technisch perspectief: formuleren van concrete en meetbare doelen	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	deels	ja
Stap 8 (acties ontwikkelen)					
- substantiële veranderingen doorvoeren in hoofdprocessen	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
- rekening houden met de bronnen van de organisatie	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	ja
- implementatieteam bevat mensen uit het primaire proces	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	deels	ja
- eerst achterhalen wat de beste implementatie aanpak is:					
▪ technisch perspectief: door middel van een experiment	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	nee	nee
▪ sociaal perspectief: gezamenlijk opdoen van ervaringen	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	ja	ja
- vervolgens dient een gedetailleerd implementatieplan opgesteld te worden	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	deels	deels
Stap 9 (acties uitvoeren)					
- goed managen van veranderingen	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	ja	ja
Stap 10 (benchmark opnieuw uitvoeren)					
- benchmark continu en systematisch uitvoeren	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	ja	ja
- sociaal perspectief: niet direct opleggen van sancties indien iets mis gaat, zodat een lerende cultuur wordt gecreëerd	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.

**Figuur 6: Succesfactoren die in de literatuur zijn benoemd en zijn gebruikt door de ziekenhuizen**

Ja = succesfactor is gebruikt door het ziekenhuis

Nee = succesfactor is niet gebruikt door het ziekenhuis

Deels = succesfactor is wel gebruikt maar het gevolg ervan is niet geconstateerd of de succesfactor is niet in zijn geheel toegepast

N.v.t. = onderwerp is niet ter sprake gekomen tijdens het interview of de stap is niet door het ziekenhuis genomen

#### § 5.4 De verbeteringen

In paragraaf 4.2.2 zijn mogelijke verbeteringen voor het instrument benchmarking benoemd. Deze mogelijke verbeteringen en de verbeteringen die door de respondenten zelf zijn aangekaart, worden in deze paragraaf toegedeeld aan het tien-stappenplan van Xerox. De stappen waarvoor verbeteringen zijn te benoemen, worden in deze paragraaf besproken.

Tijdens de voorbereidingsfase is het belangrijk dat er duidelijkheid bestaat binnen de organisatie over het doel van de benchmarking (Waalewijn e.a. 1996). Een benchmarking kan in de zorgsector verschillende doelen hebben. De resultaten van een benchmarking kunnen bijvoorbeeld worden gebruikt om verantwoording af te leggen aan zorgverzekeraars, patiënten en de overheid, maar zij kunnen ook worden gebruikt voor het verbeteren van het zorgproces. Voor het bereiken van beide doelen zijn volgens Berg en Schellekens verschillende indicatoren nodig (2006). Op dit moment wordt onderzocht of een benchmark ook modulair kan worden ingezet: een benchmark op hoofdlijnen als basis en facultatieve verdieping met meer gedetailleerde informatie (Poerstamper e.a. 2007). Indien de optimale verhouding is gevonden, kan namelijk aan beide doelen worden voldaan. Alle respondenten zien meerwaarde in een dergelijke benchmark. Een respondent van het Maxima medisch centrum vindt bijvoorbeeld dat op kleine onderdelen van een zorgproces moet worden gebenchmarkt en niet op hoofdlijnen zoals bij de OK-benchmark is gebeurd. De andere respondenten zijn voor een dergelijke benchmark, aangezien op deze manier de oorzaken van eventuele problemen eerder achterhaald kunnen worden: *“Je kan met weinig middelen een quick scan doen en als je goede indicatoren hebt dan weet je daar is iets aan de hand. Dan kan je naar gelang doorgaan in de diepte om uit te zoeken waar dat werkelijke probleem ligt”*.

Voordat de benchmarking van start kan gaan, dient allereerst het leereffect binnen de organisatie geoptimaliseerd te zijn. Eén van de succesfactoren hierbij is dat zorginstellingen samen met een onderzoeksbureau het benchmarkmodel ontwikkelen (Poerstamper e.a. 2007). Het is ook mogelijk de romp van de benchmark te laten vormen door vragen die voor alle deelnemers identiek zijn, maar dat de deelnemers tevens de gelegenheid hebben te kiezen voor aanvullende vragen. Deze vragen worden dan opgeslagen in een bibliotheek waarna de zorginstelling vervolgens op deze vragen antwoorden krijgt teruggekoppeld. Indien meerdere deelnemers een bepaalde vraag hebben beantwoord dan wordt ook deze informatie teruggekoppeld. Alle respondenten, op één na, vinden deze mogelijke verbetering een goed initiatief: *“Ik zou het alleen maar toejuichen als er een kennisnetwerk is. Ik zeg altijd hoe meer informatie hoe beter*. De respondent die zich niet kan vinden in deze mogelijke verbetering wijst erop dat een benchmarking moet beschikken over een vooraf

gestandaardiseerd proces. De respondent vindt niet dat er met flexibele vragenlijsten moet worden gewerkt: *“Benchmarken is niet even vanuit de losse pols”*.

Eén van de stappen die in de planningsfase dient te worden uitgevoerd, is het bepalen van de methode waarop gegevens verzameld moeten worden (Waalewijn e.a. 1996). De respondenten gaven bij deze stap verschillende verbeteringen aan. Volgens een respondent van het Maxima medisch centrum hoorde Plexus de definities van de gekozen indicatoren in samenspraak met de ziekenhuizen te ontwikkelen: *“Je moet meerdere gesprekpartners hebben gezien alvorens je de goede definitie te pakken hebt. Kunnen we daarmee met z'n alle uit de voeten en niet alleen dat ene ziekenhuis. Op deze manier zorg je dat je zoveel mogelijk appels hebt of peren”*. Een andere respondent van het Maxima medisch centrum vond juist dat Plexus meetinstrumenten moet leveren aan de deelnemende ziekenhuizen. Op deze manier bestaan er geen verschillen in de registratiesystemen tussen de ziekenhuizen, wat de resultaten van de benchmarking ten goede komt. Het Meander medisch centrum kwam met het volgende voorstel: *“Als je echt wilt vergelijken dan moet er natuurlijk een werkgroep vanuit Plexus zijn die bij alle ziekenhuizen de metingen ging uitvoeren”*. Op deze manier verdwijnt het verschil tussen de ziekenhuizen die wel en die geen ervaring hebben met het meten van gegevens.

Tijdens de analysefase wordt een eindrapport voor de deelnemende ziekenhuizen opgesteld door Plexus. Een mogelijke verbetering hierbij is de rapportages een meer dynamisch karakter te geven. Op deze manier is het voor zorginstellingen eenvoudiger om verbeteracties vast te stellen en ook de effecten daarvan in beeld te brengen. De instellingen krijgen hierdoor beter zicht in verbanden en andere uitkomsten, waardoor zij beter beslissingen kunnen nemen (Poerstamper e.a. 2007). De respondenten zouden dit wel een goede verbetering vinden, maar zij realiseren zich dat een dergelijke rapportage veel vereist. Een respondent van het Maxima medisch centrum vindt een dergelijke rapportage belangrijk, aangezien je in de dynamiek kan laten zien dat ziekenhuizen niet op incidenten reageren, maar naar het gehele proces moeten kijken. Indien dergelijke rapportages worden gerealiseerd, verbetert dit de informatie aan de deelnemende ziekenhuizen: *“Op deze manier voorkom je namelijk dat wij te horen krijgen dat wij per dag twintig minuten kunnen besparen en dus zoveel operaties per jaar meer kunnen uitvoeren. Dit klopt niet, want ik heb aan het eind van de dag geen operatie van twintig minuten die ik kan uitvoeren”*.

Tot slot dient een benchmarking systematisch en continu te worden uitgevoerd (Waalewijn e.a. 1996). Een database waarin nieuwe gegevens automatisch worden ingelezen, maakt het voor instellingen mogelijk dat de benchmark kan worden ingebed in de beleidscyclus. Op deze manier kunnen zorginstellingen zelf bepalen op welk moment zij willen starten met een benchmarkonderzoek, wat de laatste stap van het model Xerox ten goede komt. De respondenten, op één na, vinden bovenstaande verbetering een goed idee, mits de



Hoe dient een benchmarking van ziekenhuizen te verlopen?

deelnemende ziekenhuizen hierbij dezelfde definities hanteren en de gegevens niet gemanipuleerd kunnen worden: *“Een dergelijk systeem is het ei van Columbus. Daar kan je niet op tegen zijn”*. Eén respondent vind bovenstaand idee geen verbetering: *“Nee, vind ik helemaal niets. Ik vind dat het een zorgvuldig proces moet zijn. Dat haal je niet even van internet”*.

In onderstaand schema wordt deelvraag zes beantwoord: *Wat zijn mogelijke verbeteringen voor het instrument benchmarking, teneinde te komen tot een betere implementatiefase, volgens de respondenten van de ziekenhuizen die voor deze scriptie zijn benaderd?*

Fasen	Mogelijke verbetering
<p>Vorbereidingsfase:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er dient duidelijkheid te bestaan over het doel van de benchmarking.</li> <li>- het leereffect dient geoptimaliseerd te zijn.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Een benchmark die modulair kan worden ingezet: een benchmark op hoofdlijnen en facultatieve verdieping met meer gedetailleerde informatie.</li> <li>- de romp van de benchmark bestaat uit vragen die voor alle deelnemers identiek zijn, maar de deelnemers hebben tevens de gelegenheid te kiezen voor aanvullende vragen. Deze vragen worden opgeslagen in een bibliotheek waarna de zorginstellingen vervolgens op deze vragen antwoorden krijgen teruggekoppeld en indien mogelijk spiegelinformatie van andere ziekenhuizen.</li> </ul>
<p>Planningsfase:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bepalen van de methode waarop gegevens verzameld dienen te worden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Een onderzoeksbureau dient de definities in samenspraak met de ziekenhuizen te ontwikkelen.</li> <li>- Het onderzoeksbureau dient meetinstrumenten aan de ziekenhuizen te leveren.</li> <li>- Een werkgroep behorend bij het onderzoeksbureau dient de metingen bij de ziekenhuizen uit te voeren.</li> </ul>
<p>Analysefase:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- resultaten dienen te worden geanalyseerd waarna vervolgens een eindrapport van opgesteld moet worden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- de rapportages dienen een meer dynamisch karakter te krijgen.</li> </ul>
<p>Actiefase:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de benchmark dient systematisch en continu te worden uitgevoerd.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- een database waarin gegevens automatisch worden ingelezen, zodat instellingen zelf kunnen bepalen wanneer zij een benchmark</li> </ul>

Hoe dient een benchmarking van ziekenhuizen te verlopen?

	willen starten.
--	-----------------

**Figuur 7: Mogelijke verbeteringen voor het instrument benchmarking**

### **§ 5.5. Samengevat**

Bovenstaande analyse bevestigt het feit dat ziekenhuizen de implementatiefase van een benchmarking-proces niet altijd doorlopen. Het wel of niet doorlopen van deze fase kan worden toegeschreven aan het feit dat de ziekenhuizen bij de uitvoering van de benchmarking te maken hebben gehad met problemen. Het gebruik van succesfactoren door ziekenhuizen tijdens de benchmarking kan tevens invloed uitoefenen op het wel of niet doorlopen van de implementatiefase.

## Hoofdstuk 6 Conclusie, discussie en aanbevelingen

Dit hoofdstuk dient ter afsluiting van het onderzoek. Allereerst wordt in paragraaf 6.1 een antwoord geformuleerd op de probleemstelling. Vervolgens worden kritische uitspraken gedaan op de gebruikte methodologie en theorie van dit onderzoek (§ 6.2). Tot slot komen in paragraaf 6.3 aanbevelingen aan de orde voor verder onderzoek.

### § 6.1 Conclusie

In dit onderzoek is de volgende probleemstelling onderzocht:

*Hoe dient een benchmarking van ziekenhuizen te verlopen, zodat de implementatiefase van het benchmarking-proces kan worden gerealiseerd?*

Alvorens op deze probleemstelling een concluderend antwoord wordt geformuleerd, komen allereerst de belangrijkste conclusies van de literatuurstudie en het kwalitatieve onderzoek aan de orde.

#### § 6.1.1 Conclusie literatuuronderzoek

Het instrument benchmarking kwam het afgelopen decennia in de zorgsector tot ontwikkeling. Benchmarking is een managementinstrument waarmee kwaliteits- en doelmatigheidsverbeteringen in een organisatie gerealiseerd kunnen worden (Maas e.a. 1998). Hierbij is het van belang dat organisaties zich niet alleen met elkaar vergelijken, maar dat zij ook van elkaar leren en verbeteringen aanbrengen binnen hun organisatie. Uit onderzoek blijkt echter dat in de praktijk zich voornamelijk problemen voordoen bij de implementatiefase van een benchmarkonderzoek, waardoor het instrument niet zijn doel bereikt (Waalewijn e.a. 1996).

Een benchmarking-proces omvat grofweg tien stappen die weer kunnen worden onderverdeeld in een vijftal fasen. Deze zijn achtereenvolgens: voorbereiding, planning, analyse, planconstructie en actie (Waalewijn e.a. 1996). Per fasen kunnen zich problemen voordoen die mogelijk een negatieve invloed kunnen uitoefenen op de implementatiefase van een benchmarking-proces. In paragraaf 4.1 is een tabel weergegeven met een volledig overzicht van mogelijke problemen die zich bij een benchmarking kunnen voordoen. Hieronder wordt per fase een voorbeeld genoemd:

- *Vorbereidingsfase:* Ziekenhuizen voeren een benchmarking uit om hun positie in de externe omgeving te kunnen bepalen. Dit doel kan ervoor zorgen dat benchmarking een negatieve invloed met zich meebrengt in de organisatie, waardoor de benodigde actieve participatie van het betrokken personeel kan verminderen (Waalewijn e.a. 1996).

## Hoe dient een benchmarking van ziekenhuizen te verlopen?

- *Planningsfase*: Ziekenhuizen beschikken over onvoldoende kennis van het eigen zorgproces, waardoor zij mogelijke knelpunten niet kunnen achterhalen (Wijnfeld 1992, in Waalewijn e.a. 1996).
- *Analysefase*: Er worden te snel conclusies getrokken uit de resultaten van het benchmarkonderzoek, waardoor deze vervolgens niet door alle medewerkers worden gedeeld (Wijnfeld 1992, in Waalewijn e.a. 1996).
- *Planconstructie fase*: De bevindingen zijn niet goed gecommuniceerd naar alle medewerkers, hierdoor bestaat de kans dat er doelen worden geformuleerd waar de gehele organisatie niet achter staat (Waalewijn e.a. 1996).
- *Actiefase*: Er vindt geen positieve begeleiding plaats van medewerkers bij het doorvoeren van veranderingen, vanwege het ontbreken van kwaliteitsverbeteringsteams (Wijnfeld 1992, in Waalewijn e.a. 1996).

In de literatuur worden tevens factoren weergegeven die (kunnen) bijdragen aan een succesvolle benchmarking. Ook deze succesfactoren zijn onder te verdelen in de vijf fasen van een benchmarking-proces. Hieronder wordt per fase een succesfactor benoemd. In paragraaf 4.2.1 is een volledig overzicht terug te vinden.

- *Vorbereidingsfase*: Ziekenhuizen dienen het benchmarkmodel zelf te ontwikkelen in samenspraak met een onderzoeksbureau, zodat rekening wordt gehouden met de middelen waarover elke instelling beschikt (Poerstamper e.a. 2007).
- *Planningsfase*: Ziekenhuizen dienen structureel te zoeken naar de benchmarking-partners, zodat de ziekenhuizen die het beste zijn op het geselecteerde benchmarking-onderwerp worden geselecteerd (Waalewijn e.a. 1996).
- *Analysefase*: Bij de analyse dient zowel een product- als procesbenadering te worden gebruikt, zodat het te snel trekken van conclusies uit de resultaten wordt voorkomen (Bruijn 2002).
- *Planconstructie fase*: Ziekenhuizen dienen bijeenkomsten binnen de organisatie te organiseren, zodat doelen gezamenlijk kunnen worden opgesteld (Waalewijn e.a. 1996)
- *Actiefase*: Ziekenhuizen dienen bij de implementatie van de interventies rekening te houden met de middelen waarover zij beschikken. Realiteit speelt namelijk een belangrijke rol bij de implementatie van verbeteringen (Boxwell 1994).

In de literatuur zijn tevens mogelijke verbeteringen voor het instrument benchmarking aangedragen. Zo wordt momenteel onderzocht of een benchmark modulair kan worden ingezet en of de benchmarkrapportages kunnen worden verbeterd (Poerstamper e.a. 2007). Voor de Nederlandse zorgsector worden momenteel tevens flexibele vragenlijsten ontwikkeld

die bij een benchmarking kunnen worden gebruikt. Het gebruik van dergelijke vragenlijsten zorgt ervoor dat de verkregen informatie uit de benchmark beter aansluit bij de bedrijfsvoering van een organisatie (Poerstamper e.a. 2007). Momenteel wordt tevens onderzocht hoe een database waarin nieuwe gegevens van een zorginstelling automatisch worden ingelezen erin detail moet komen uit te zien. Met deze database kunnen zorginstellingen zelf bepalen wanneer zij een benchmarkonderzoek gaan starten en welke bouwstenen zij daarin willen meenemen (Poerstamper e.a. 2007).

#### *§ 6.1.2 Conclusie kwalitatief onderzoek*

De OK-benchmark die door de Reinier de Graaf groep, het Maxima medisch centrum en het Meander medisch centrum in 2003 is uitgevoerd, hebben zij als teleurstellend ervaren. Bij deze ziekenhuizen heeft er dan ook geen implementatiefase plaatsgevonden. Het St. Elisabeth ziekenhuis heeft de OK-benchmark momenteel driemaal uitgevoerd. Het instrument heeft in dit ziekenhuis geleid tot het doorvoeren van enkele veranderingen. Het hoofd van de OK van het Lievensberg ziekenhuis heeft de eerste zeven stappen van het benchmarking-proces positief ervaren. De overige drie stappen zijn echter nog niet uitgevoerd vanwege een drukke bezetting op de OK. Indien de gelegenheid er is om deze stappen te ondernemen, worden deze alsnog uitgevoerd.

Ondanks dat de OK-benchmark niet bij alle ziekenhuizen goed is verlopen, hebben de respondenten, op één na, te kennen gegeven dat zij het benchmarken van ziekenhuizen wel belangrijk vinden.

In paragraaf 5.2 is besproken en schematisch weergegeven welke van de, in de literatuur genoemde, mogelijke problemen zich hebben voorgedaan bij de OK-benchmark van de ziekenhuizen. In deze conclusie worden de problemen die door de respondenten zelf zijn benoemd, besproken. Er wordt tevens aandacht besteed aan de in de literatuur genoemde mogelijke problemen waarvan in de praktijk is gebleken dat zij geen probleem zijn geweest bij de uitvoering van de benchmarking.

Volgens de literatuur is het streven naar excellentie en het focussen op bedrijfsprocessen de meest effectieve manier van benchmarken (Waalewijn e.a. 1996). Het gebruik van de resultaten van een benchmarking voor publieke verantwoording wordt daarentegen in de literatuur afgewezen, aangezien dit doel een negatieve invloed met zich mee kan brengen binnen de organisatie. Het hoofd van de OK van het Maxima medisch centrum vindt echter dat een benchmarking juist moet worden gebruikt om aan te tonen waar een ziekenhuis in excelleert. Volgens deze respondent heeft een ziekenhuis namelijk geen benchmark nodig om te constateren waar hij minder goed in is en dient een ziekenhuis volgens hem ook niet overal goed in te zijn. Het bepalen van de positie van het ziekenhuis in zijn externe omgeving

wordt in de literatuur niet aangedragen als een effectief doel van benchmarking (Waalewijn e.a. 1996). In de praktijk blijkt dit echter geen problemen op te leveren wanneer een ziekenhuis met deze instelling aan een benchmarking begint. Het Lievensberg ziekenhuis begon namelijk met een dergelijke instelling aan de OK-benchmark en zij heeft deze succesvol doorlopen.

Ziekenhuizen dienen volgens de literatuur structureel te zoeken naar de benchmarking-partners, zodat de benchmarking zo rendabel mogelijk kan worden uitgevoerd (Waalewijn e.a. 1996). De ziekenhuizen zijn echter door een extern onderzoeksbureau benaderd, waardoor zij vergeleken zijn met andere ziekenhuizen die bij 'toeval' meededen. Of deze benchmarkonderzoeken zo rendabel mogelijk zijn uitgevoerd, kan op basis van de interviews niet worden achterhaald. Er kan echter wel worden geconcludeerd dat een benchmark waarbij de partners op deze manier zijn geselecteerd ook waardevolle resultaten kan opleveren voor ziekenhuizen. Zo heeft de OK-benchmark verbeterinterventies voor het St. Elisabeth ziekenhuis en het Lievensberg ziekenhuis opgeleverd.

Een volgend probleem die in de literatuur wordt aangehaald, is het op één lijn brengen van de definities tussen de organisaties (Waalewijn e.a. 1996). Dit probleem heeft zich voorgedaan bij de OK-benchmark waar de Reinier de Graaf groep, het Maxima medisch centrum en het Meander medisch centrum aan deelnamen. Deze ziekenhuizen gaven echter ook aan dat er problemen kunnen ontstaan tijdens het meetproces, vanwege het feit dat ziekenhuizen verschillende registratiesystemen gebruiken en/of doordat er verschillen bestaan tussen de ziekenhuizen in de ervaringen met het meten van zorgindicatoren.

De implementatiefase kan volgens de literatuur mislukken wanneer er kwaliteitsverbeteringsteams ontbreken (Wijnfeld 1992, in Waalewijn e.a. 1996). Dergelijke teams ontbraken bij het doorvoeren van interventies in het St. Elisabeth ziekenhuis. Het hoofd van de OK heeft aangegeven sommige veranderingen gewoon uit te voeren, zonder daar voorafgaand een plan of team voor op te stellen. Ondanks het gebrek aan dergelijke teams zijn de interventies succesvol geïmplementeerd.

De factoren die benchmarking van ziekenhuizen in de praktijk tot een daadwerkelijk succes kunnen maken, zijn besproken en schematisch weergegeven in paragraaf 5.3. In paragraaf 5.4 zijn onder andere de mogelijke verbeteringen voor het instrument benchmarking die door de respondenten zijn benoemd, weergegeven. In deze paragraaf komen zowel de succesfactoren als de verbeteringen nogmaals kort aan de orde.

Voordat een benchmarking van start kan gaan, dient er een geoptimaliseerd leereffect binnen de organisatie aanwezig te zijn. Een leereffect kan worden gecreëerd door medewerkers in een vroeg stadium te informeren over de benchmark; wat kunnen zij er van leren, wat zijn mogelijke uitkomsten en consequenties (Poerstamper e.a. 2007). Deze factor

is succesvol geweest bij het St. Elisabeth ziekenhuis. Het hoofd van de OK van het St. Elisabeth ziekenhuis heeft aan zijn medewerkers duidelijk gemaakt wat de positieve kanten zijn van een benchmark. Door deze actie heeft het hoofd de weerstand kunnen reduceren die was ontstaan toen bekend werd gemaakt dat de OK-benchmark bij hen werd uitgevoerd. De OK-benchmark is vervolgens succesvol verlopen.

Tijdens de voorbereidingsfase dient het benchmarkmodel te worden ontwikkeld. Volgens de literatuur is het van belang dat deze wordt ontwikkeld door de ziekenhuizen zelf in samenwerking met een onderzoeksbureau (Poerstamper e.a. 2007). Op deze manier kan er rekening worden gehouden met de middelen waarover elke instelling beschikt. De OK-benchmark is echter geheel door Plexus ontwikkeld. Bij de Reinier de Graaf groep, het Maxima medisch centrum en het Meander medisch centrum heeft Plexus geen rekening gehouden met de middelen waarover deze ziekenhuizen destijds beschikten. Zij heeft dit echter wel gedaan bij het St. Elisabeth ziekenhuis en het Lievensberg ziekenhuis. Plexus heeft dit niet zozeer gedaan door de ziekenhuizen inspraak te geven bij de ontwikkeling van het model, maar door hiermee rekening te houden bij de uitvoering van de benchmarking. Doordat Plexus hier rekening mee heeft gehouden, heeft de benchmark bruikbare resultaten voor deze ziekenhuizen opgeleverd.

Het beschikken over voldoende kennis van het eigen bedrijfsproces is een volgende succesfactor die in de literatuur wordt benoemd en waarvan het succes in de praktijk is bevestigd (Wijnfeld 1992, in Waalewijn e.a. 1996). Deze kennis is noodzakelijk om knelpunten van het proces te kunnen achterhalen.

In de planningsfase is het identificeren van benchmarking-partners één van de stappen die ondernomen dient te worden. Wanneer de benchmarking-partners gekozen zijn, is het volgens de theorie noodzakelijk om verstandig met de gegevens van elkaar om te gaan (Poerstamper e.a. 2007). Tijdens de OK-benchmarking is er niet zozeer contact geweest tussen de ziekenhuizen, maar hebben de ziekenhuizen voornamelijk contact gehad met Plexus. Plexus is zorgvuldig omgegaan met de gegevens van het St. Elisabeth ziekenhuis en het Lievensberg ziekenhuis. Deze zorgvuldige omgang met de resultaten door Plexus heeft er deels voor gezorgd dat deze ziekenhuizen een dergelijke benchmark nogmaals willen uitvoeren. Bij de Reinier de Graaf groep, het Maxima medisch centrum en het Meander medisch centrum is Plexus niet zorgvuldig omgegaan met hun resultaten. Hierdoor en door de teleurstellende ervaringen met de OK-benchmark hebben deze ziekenhuizen aangegeven een dergelijke benchmark maar eenmalig te willen uitvoeren.

Een succesfactor bij het verzamelen van de gegevens is het beschikken over een onderzoeksinstrumentarium van goede kwaliteit. Het gebruik van ICT en het gebruik van een 'fact based' benadering bij het verzamelen van de gegevens kunnen hieraan bijdragen (Poerstamper e.a. 2007). Deze succesfactoren zijn door het St. Elisabeth ziekenhuis en het

Lievensberg ziekenhuis toegepast en hebben geleid tot een succesvolle benchmarking. Volgens de literatuur en tevens in de praktijk bewezen, is het van belang gegevens te verzamelen die aansluiten bij het doel van de benchmark. De metingen laten uitvoeren door de zorgprofessionals zelf, zodat zij vertrouwen krijgen in de data, draagt tevens bij aan de uitvoering van een succesvolle benchmarking. Ondanks dat de respondenten zelf hun metingen hebben uitgevoerd, hebben zij toch enkele verbeteringen voor deze fase benoemd. Zo gaf een respondent aan dat de meetinstrumenten dienen te worden geleverd aan de ziekenhuizen door het onderzoeksbureau waarmee zij samenwerken. Een andere respondent gaf aan dat een werkgroep behorend bij het onderzoeksbureau waarmee de ziekenhuizen samenwerken de metingen dienen uit te voeren voor de ziekenhuizen. De respondenten hopen met deze verbeteringen de succesfactor, waarbij de aanwezigheid van vaardigheden gericht op het adequaat meten centraal staan, te versterken. Deze twee voorstellen kunnen namelijk het meetproces van een benchmarking verbeteren.

Bij het bepalen van de prestatiekloof tussen de organisaties is het volgens de literatuur van belang dat hierbij vaardigheden aanwezig zijn gericht op het interpreteren en verwerken van data (Weggelaar e.a. 2007). Volgens de Bruijn (2002) is het tevens belangrijk om tijdens de analyse zowel een product- als een procesbenadering te gebruiken. Een dergelijke benadering is gebruikt bij de OK-benchmark waar het St. Elisabeth ziekenhuis en het Lievensberg ziekenhuis aan deelnamen. Het gebruik van een dergelijke benadering heeft bijgedragen aan het vertrouwen in de aanwezige vaardigheden bij Plexus. Bij de overige ziekenhuizen is een dergelijke benadering door Plexus niet gebruikt waardoor deze ziekenhuizen achteraf twijfels hadden over de aanwezige kennis en kunde bij Plexus. Bij deze fase is het tevens van belang een arbitraire indeling te gebruiken. Alle respondenten hebben aangegeven een dergelijke indeling in de praktijk belangrijk te vinden.

In de fase waarin het plan wordt geconstrueerd, dienen doelen te worden opgesteld. Volgens de theorie helpt communiceren over de resultaten bij het opstellen van doelen. Deze factor bleek in de praktijk een succes te zijn. Het Lievensberg ziekenhuis en het St. Elisabeth ziekenhuis hebben namelijk tijdens bijeenkomsten gecommuniceerd over de resultaten wat heeft bijgedragen aan een succesvolle benchmarking.

Volgens het sociale perspectief hoeven er echter geen concrete doelstellingen te worden opgesteld, maar is een gedeelde visie die mensen aanzet tot leren en samenwerken voldoende. Deze factor is succesvol geweest in het St. Elisabeth ziekenhuis. Zij heeft namelijk een dergelijke visie ontwikkeld voordat zij de verbeterinterventies gingen doorvoeren. Dit heeft ervoor gezorgd dat de medewerkers de interventies accepteerden waardoor deze vervolgens succesvol konden worden doorgevoerd. Volgens het sociale perspectief is het gelijk doorvoeren van veranderingen, zodat gezamenlijk ervaringen kunnen worden opgedaan, de manier waarop kan worden achterhaald wat de beste



implementatieaanpak is. Bij het St. Elisabeth ziekenhuis is deze factor tevens succesvol geweest.

Het managen van veranderingen is een volgende succesfactor die behoort tot de actiefase (Tomlinson 1998). De hoofden van de OK's van het St. Elisabeth ziekenhuis en het Lievensberg ziekenhuis hebben te kennen gegeven dat deze factor in de praktijk tot een daadwerkelijk succes kan leiden. Het is volgens hen namelijk van belang dat medewerkers het implementatieproces kunnen blijven volgen.

De laatste stap van het model van Xerox geeft aan dat benchmarking als een continu proces moet worden gezien. Het herhalen van metingen kan namelijk fungeren als stimulans, doordat de organisatie zicht krijgt in zijn verbeteringen (Poerstamper e.a. 2007). Bovenstaande factor wordt ondersteund door het hoofd van de OK van het St. Elisabeth ziekenhuis als door het hoofd van de OK van het Lievensberg ziekenhuis. Zij vinden het namelijk belangrijk inzicht te krijgen in de resultaten van hun doorgevoerde interventies.

### *§ 6.1.3 Slotconclusie*

*Hoe dient een benchmarking van ziekenhuizen te verlopen, zodat de implementatiefase van het benchmarking-proces kan worden gerealiseerd?*

In deze slotconclusie wordt beschreven hoe de fasen van het model van Xerox dienen te verlopen. Deze omschrijving is gebaseerd op het literatuuronderzoek en het kwalitatieve onderzoek die zijn uitgevoerd.

Tijdens de voorbereidingsfase van het benchmarkonderzoek dient allereerst binnen de organisatie overeenstemming te komen over de reden waarom gekozen is voor een benchmarking. Volgens de literatuur is het continu willen streven naar excellentie en het focussen op de bedrijfsprocessen de meest effectieve manier van benchmarken (Waalewijn e.a. 1996). In de praktijk is tevens gebleken dat ziekenhuizen een benchmarking uitvoeren om hun positie in de externe omgeving te kunnen bepalen. Bij de ziekenhuizen met dit doel voor ogen kan een benchmarking tevens succesvol worden uitgevoerd.

Voordat het benchmarking-proces van start kan gaan, dient de totale organisatie klaar te zijn voor het project (Waalewijn e.a. 1996). Een geoptimaliseerd leereffect draagt hieraan bij. Werknemers dienen in een vroeg stadium te worden geïnformeerd over hoe de benchmark zal worden uitgevoerd en over de mogelijke uitkomsten en consequenties daarvan (Poerstamper e.a. 2007).

Een volgende succesfactor tijdens de voorbereidingsfase die in de literatuur wordt aangehaald, is het benchmarkmodel te laten aansluiten bij het bestaande kwaliteitskader binnen de organisatie (Waalewijn e.a. 1996). In de praktijk is echter gebleken dat dit niet noodzakelijk is, wil een benchmark succesvol worden uitgevoerd. Het OK-benchmarkmodel

sloot namelijk niet aan bij een dergelijk kwaliteitskader, maar is toch gewaardeerd door de deelnemende ziekenhuizen. Volgens Poerstamper e.a. (2007) is het tevens van belang dat ziekenhuizen het benchmarkmodel zelf ontwikkelen in samenwerking met een onderzoeksbureau, zodat rekening kan worden gehouden met de middelen waarover elke instelling beschikt. Bij de OK-benchmark is gebleken dat een benchmarkmodel die in zijn geheel is ontwikkeld door een onderzoeksbureau ook succesvol kan zijn. Hierbij is het wel van belang dat het onderzoeksbureau bij de uitvoering van de benchmarking rekening houdt met de middelen waarover de ziekenhuizen beschikken. Tot slot is het volgens de literatuur van belang dat bij de ontwikkeling van het benchmarkmodel gekozen wordt voor een integrale benadering. Bij de OK-benchmark is alleen gekeken naar een zo hoog mogelijke productie. Ondanks dat deze benchmark bij enkele ziekenhuizen toch succesvol is geweest, geven de respondenten aan voorstander te zijn van een integrale benadering.

Een eerste stap die tijdens de planningsfase dient te worden ondernomen, is het bepalen van het te benchmarken onderwerp (Waalewijn e.a. 1996). Ziekenhuizen dienen hierbij te kiezen voor factoren die het succes van het zorgproces bepalen. Hierbij is het van belang dat ziekenhuizen over voldoende kennis van hun eigen zorgproces beschikken. Indien ziekenhuizen samenwerken met een onderzoeksbureau is het tevens van belang dat ook zij begrijpen hoe het zorgproces binnen de ziekenhuizen verloopt.

Vervolgens dient, volgens de literatuur, structureel te worden gezocht naar benchmarking-partners (Waalewijn e.a. 1996). De praktijk heeft echter laten zien dat een benchmark ook succesvol kan zijn wanneer ziekenhuizen door een onderzoeksbureau zijn benaderd voor deelname. Volgens de literatuur en tevens in de praktijk bevestigt, is het hierbij wel van belang dat rekening wordt gehouden met de verschillende culturen tussen de organisaties. Wanneer de benchmarking-partners zijn gekozen, dienen zij vervolgens hun reguliere administratie met elkaar af te stemmen (Poenstamper e.a. 2007). In de praktijk is gebleken dat deze stap niet noodzakelijk is voor een succesvolle benchmarking. Het is echter wel van belang dat ziekenhuizen verstandig omgaan met de gegevens van elkaar.

De volgende stap die door de ziekenhuizen dient te worden ondernomen, is het bepalen van de methode waarop de gegevens verzameld dienen te worden (Waalewijn e.a. 1996). Hierbij is het van belang dat gebruik wordt gemaakt van een onderzoeksinstrumentarium van goede kwaliteit. Het gebruik van ICT en het gebruik van een 'fact based' benadering kunnen hieraan bijdragen (Poenstamper e.a. 2007). Het is tevens van belang dat de definities tussen de organisaties op één lijn worden gebracht. Indien ziekenhuizen met een onderzoeksbureau samenwerken, is het verstandig dat zij de instrumenten leveren aan de ziekenhuizen en/of de metingen uitvoeren binnen de ziekenhuizen. Volgens Berg & Schellekens dienen ziekenhuizen bij het verzamelen van de gegevens tevens een onderscheid te maken tussen

interne en externe indicatoren, aangezien een benchmarking volgens hen voornamelijk uitkomsten oplevert van externe indicatoren (2002). De OK-benchmark heeft echter bewezen dat een benchmarking ook uitkomsten van interne indicatoren kan opleveren. De meeste respondenten zijn tevens van mening dat externe indicatoren kunnen bijdragen aan het verbeteren van het zorgproces. Het maken van een dergelijk onderscheid is dus niet noodzakelijk.

Volgens het sociale perspectief is het belangrijk dat zorgprofessionals zelfstandig de metingen uitvoeren. Het technisch perspectief benadrukt echter alleen de aanwezigheid van vaardigheden gericht op het adequaat meten van data, ongeacht door wie deze metingen worden uitgevoerd (Weggelaar e.a. 2007). In de praktijk hebben de ziekenhuizen zelf hun metingen uitgevoerd. Dit heeft wel gezorgd voor vertrouwen in hun eigen data, maar heeft niet geleid tot vertrouwen in de data van andere ziekenhuizen. Op basis hiervan gaat de voorkeur uit naar het technische perspectief.

De eerste stap van de analysefase is het bepalen van de prestatiekloof tussen de ziekenhuizen (Waalewijn e.a. 1996). Volgens het technisch perspectief is het van belang dat vaardigheden gericht op het interpreteren en verwerken van data hierbij aanwezig zijn (Weggelaar e.a. 2007). Het gebruik van een product- en procesbenadering is hierbij tevens van belang (Bruijn 2002). De OK-benchmark heeft bevestigd dat een dergelijke benadering van belang is, wil een benchmark succesvol verlopen. Volgens Poerstamper, van Mourik en Veltman (2007) is het tevens van belang om bij de analyse een arbitraire indeling te gebruiken, zodat schijnzekerheden worden vermeden.

Een volgende essentieel punt is dat zorginstellingen met elkaar communiceren over de resultaten die uit de benchmarking naar voren zijn gekomen, bijvoorbeeld door middel van het brengen van een werkbezoek aan de 'best-in-class' (Waalewijn e.a. 1996). Een werkbezoek dient te worden gebracht door een multidisciplinair team, zodat iedere laag van de organisatie wordt vertegenwoordigd. In de praktijk is gebleken dat werkbezoeken kunnen bijdragen aan het opstellen van verbeteringen, maar ook dat zij niet noodzakelijk zijn, wil een benchmarking succesvol verlopen. De ziekenhuizen weten namelijk vaak zelf al welke interventies zij dienen uit te voeren om hun knelpunten die uit de benchmarking naar voren zijn gekomen, op te lossen. Volgens de literatuur is het tevens van belang dat ziekenhuizen een trendanalyse maken. Deze stap is door de ziekenhuizen niet ondernomen. Dit heeft echter geen negatieve gevolgen opgeleverd voor de ziekenhuizen.

In de fase waarin het plan wordt geconstrueerd, dienen de bevindingen van het benchmarkonderzoek aan de gehele organisatie bekend te worden gemaakt en dienen zij deze te accepteren (Waalewijn e.a. 1996). Het belang van deze stap is in de praktijk

bevestigd. Vervolgens dient men gezamenlijke doelen op te stellen, die men naar aanleiding van de benchmarking wil gaan bereiken (Waalewijn e.a. 1996). Volgens het sociale perspectief hoeven er geen concrete doelstellingen te worden opgesteld, maar is een gedeelde visie die mensen aanzet tot leren en samenwerken voldoende (Weggelaar e.a. 2007). Een dergelijke visie is in het St. Elisabeth ziekenhuis ontwikkeld en heeft daar geleid tot een succesvolle benchmarking.

De eerste stap die in de actiefase dient te worden genomen, is het omzetten van geformuleerde doelen in concrete actieplannen (Waalewijn e.a. 1996). Volgens Boxwell (1994) is het beter om substantiële veranderingen door te voeren in de 'hoofdprocessen' dan kleine veranderingen door te voeren in alle processen. De praktijk heeft echter bewezen dat het doorvoeren van kleine veranderingen ook tot succesvolle verbeteringen kunnen leiden. De respondenten hebben tevens aangegeven hun voorkeur te geven aan het doorvoeren van kleine veranderingen, zodat medewerkers gemotiveerd blijven. Volgens de literatuur is het tevens van belang dat ziekenhuizen bij het opstellen van concrete actieplannen rekening houden met de bronnen waarover zij beschikken (Boxwell 1994). Het Lievensberg ziekenhuis ziet het belang in van deze theorie en heeft deze dan ook toegepast.

Voordat verbeteringen kunnen worden doorgevoerd, is het allereerst van belang te achterhalen wat de beste implementatieaanpak is. Volgens het technische perspectief dient deze te worden achterhaald door middel van een experiment, terwijl het sociale perspectief de nadruk legt op het uitproberen van interventies, zodat gezamenlijk ervaringen kunnen worden opgedaan (Weggelaar e.a. 2007). In de praktijk blijkt het sociale perspectief het meest te worden gehanteerd. Dit perspectief is bijvoorbeeld door het St. Elisabeth ziekenhuis toegepast en heeft geleid tot een succesvolle implementatie van veranderingen. Het opstellen van concrete actieplannen, die in deze fase centraal staan, blijken in de praktijk dus niet altijd nodig te zijn. De literatuur adviseert tevens veranderingen te laten doorvoeren door een implementatieteam die bestaat uit mensen afkomstig vanuit het primaire proces (Boxwell 1994). Aangezien in de praktijk is gebleken dat sommige veranderingen op de één of andere dag gewoon kunnen worden geïmplementeerd, zijn dergelijke implementatieteams niet altijd noodzakelijk.

Volgens de literatuur zouden vervolgens de opgestelde actieplannen kunnen worden geïmplementeerd (Waalewijn e.a. 1996). Hierbij is het managen van veranderingen belangrijk. De snelheid van het implementeren van een verandering moet worden gebaseerd op de cultuur van de organisatie en op de grote van de verandering (Tomlinson 1998). De ziekenhuizen hebben aangegeven dat deze factor in de praktijk daadwerkelijk van belang is. De laatste stap van het model van Xerox geeft aan dat benchmarking vervolgens als een continu proces moet worden gezien, zodat de prestaties voortdurend worden aangepast en

Hoe dient een benchmarking van ziekenhuizen te verlopen?

de organisatie superieur blijft (Waalewijn e.a. 2007). Vanuit het sociale perspectief gezien, is het dan ook belangrijk dat binnen de organisatie een cultuur aanwezig is waarin mensen continu bezig zijn om te leren van ervaringen. Een dergelijke cultuur kan alleen worden gecreëerd, indien sancties niet direct worden opgelegd wanneer iets misgaat (Weggelaar e.a. 2007).

Bovenstaande omschrijving wordt in dit schema weergegeven:

Stappen model Xerox	Hoe te verlopen volgens de literatuur?	Hoe te verlopen volgens het kwalitatieve onderzoek?
<p>Stap 0 (benchmark voorbereiden)</p> <p>- reden benchmarking:</p> <p>- de aanwezigheid van een geoptimaliseerd leereffect:</p> <p>- ontwikkelen benchmarkmodel:</p>	<p>* De organisatie wil continu streven naar excellentie en de bedrijfsprocessen verbeteren.</p> <p>* Werknemers dienen in een vroeg stadium te worden geïnformeerd over hoe de benchmarking wordt uitgevoerd en over de mogelijke uitkomsten en consequenties daarvan.</p> <p>* Laten aansluiten bij het bestaande kwaliteitskader (INK-model).</p> <p>* Laten ontwikkelen door de brancheorganisatie + onderzoeksbureau, zodat rekening wordt gehouden met de middelen waarover de ziekenhuizen beschikken.</p> <p>* Bevat een integrale benadering.</p>	<p>* Bevestigd, maar het is ook mogelijk om de positie in de externe omgeving te bepalen.</p> <p>* Bevestigd.</p> <p>* Niet noodzakelijk.</p> <p>* Niet noodzakelijk, indien het onderzoeksbureau bij de uitvoering van de benchmarking maar wel rekening houdt met de middelen waarover de ziekenhuizen beschikken.</p> <p>* Niet noodzakelijk, maar de respondenten zouden dit in het vervolg wel willen.</p>
<p>Stap 1 (Benchmarking- onderwerp)</p>	<p>* De factoren die het succes van de organisatie bepalen, dienen als uitgangspunt genomen te worden.</p> <p>* Organisaties moeten over voldoende kennis van hun eigen bedrijfsproces beschikken.</p>	<p>* Bevestigd.</p> <p>* Bevestigd. Indien ziekenhuizen met een onderzoeksbureau samenwerken, dienen ook zij te begrijpen hoe het</p>



## Hoe dient een benchmarking van ziekenhuizen te verlopen?

	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Technisch perspectief: er dienen vaardigheden aanwezig te zijn gericht op het adequaat meten van data.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Bevestigd.</li> </ul>
Stap 4 (prestatiekloof)	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Technisch perspectief: er dienen vaardigheden aanwezig te zijn gericht op het interpreteren en verwerken van data ( bij Plexus), bijvoorbeeld door gebruik te maken van zowel een product- als procesbenadering.</li> <li>* Gebruikmaken van een arbitraire indeling.</li> <li>* Communiceren met de 'best-in-class', bijvoorbeeld door het brengen van een werkbezoek.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Bevestigd.</li> <li>* Bevestigd. De respondenten gaven hieraan tevens de voorkeur.</li> <li>* Niet noodzakelijk. Ziekenhuizen weten vaak zelf welke verbeterinterventies zij kunnen doorvoeren.</li> </ul>
Stap 5 (toekomstige prestatieniveaus)	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Maken van een trendanalyse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Niet noodzakelijk.</li> </ul>
Stap 6 (bekendmaken bevindingen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Technisch perspectief: gebruik maken van informatiesystemen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Niet noodzakelijk. Het Lievensberg ziekenhuis heeft dit echter wel gedaan en dit heeft geresulteerd in een succesvolle benchmarking.</li> </ul>
Stap 7 (formuleren doelstellingen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Organiseren van bijeenkomsten binnen de organisatie, zodat doelen gezamenlijk kunnen worden opgesteld.</li> <li>* Sociaal perspectief: door middel van een dialoog gezamenlijk betekenis geven aan informatie en ervaringen.</li> <li>* Technisch perspectief: formuleren van concrete en meetbare doelen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Bevestigd</li> <li>* Bevestigd</li> <li>* Niet noodzakelijk, maar wel relevant om verbeteringen te kunnen aantonen.</li> </ul>
Stap 8 (acties ontwikkelen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Substantiële veranderingen doorvoeren in hoofdprocessen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Niet noodzakelijk. Kleine veranderingen kunnen ook leiden tot succesvolle verbeteringen. De respondenten geven hier</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Rekening houden met de bronnen van de organisatie.</li> <li>* Implementatieteam bevat mensen uit het primaire proces.</li> <li>* Eerst achterhalen wat de beste implementatieaanpak is:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Technisch perspectief: door middel van een experiment.</li> <li>- Sociaal perspectief: door gezamenlijk opdoen van ervaringen.</li> </ul> </li> <li>* Vervolgens dient een gedetailleerd implementatieplan opgesteld te worden.</li> </ul>	<p>tevens de voorkeur aan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Bevestigd.</li> <li>* Niet noodzakelijk. Enkele veranderingen kunnen gewoon op de één of andere dag worden ingevoerd.</li> <li>* Bevestigd.</li> <li>* Niet noodzakelijk.</li> <li>* Bevestigd. Deze manier wordt het meest gehanteerd in de praktijk.</li> <li>* Niet noodzakelijk.</li> </ul>
Stap 9 (acties uitvoeren)	* Goed managen van veranderingen.	* Bevestigd.
Stap 10 (Benchmark opnieuw uitvoeren)	* Benchmark continu en systematisch uitvoeren	* Bevestigd.

**Figuur 8: Overzicht conclusie**

Bevestigd = De manier waarop deze volgens de literatuur moet verlopen is bevestigd in de praktijk.

Niet noodzakelijk = De manier waarop deze volgens de literatuur dient te verlopen, blijkt in de praktijk niet noodzakelijk te zijn.

## § 6.2 Discussie

Het uitgevoerde onderzoek zal in deze paragraaf kritisch worden beoordeeld. Allereerst wordt aandacht besteed aan de methodologie die binnen dit onderzoek is gebruikt. Vervolgens zal de theorie waarop het onderzoek is gebaseerd aan de orde komen. Door te reflecteren op deze twee aspecten kunnen de voor- en nadelen van dit onderzoek worden achterhaald.

### § 6.2.1 Discussie methodologie

Om een antwoord te kunnen formuleren op de probleemstelling, is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Door middel van semi-gestructureerde interviews die aan de hand van een topiclijst zijn afgenomen, zijn de ervaringen van enkele zorgprofessionals met de OK-benchmark achterhaald. Het voordeel van deze interviews is dat zij de informatie uit het



theoretisch kader kunnen bevestigen, ontcrachten of aanvullen. Op deze manier is getracht een zo volledig mogelijk antwoord te kunnen formuleren op de probleemstelling.

De topiclijst is opgesteld aan de hand van de theorie die tijdens het literatuuronderzoek is samengesteld. Tijdens het afnemen van de interviews is echter het theoretisch kader verder uitgebreid, waardoor de vergelijking van de theorie met de bevindingen uit de interviews in de analyse niet volledig is. Dit kan worden gezien als een nadeel van dit onderzoek.

In eerste instantie werd binnen dit onderzoek tevens onderzocht of er verschillen waren in de ervaringen met benchmarking tussen managers en medici. Gezien deze nevendoelestelling zijn bij het Maxima medisch centrum en het Meander medisch centrum twee respondenten benaderd. Toen echter tijdens het kwalitatieve onderzoek bleek dat de verschillen gering waren, is deze nevendoelestelling komen te vervallen. Gezien deze nevendoelestelling, ondanks dat deze is komen te vervallen, zijn in dit onderzoek maar vijf ziekenhuizen benaderd. Doordat maar vijf ziekenhuizen voor dit onderzoek zijn benaderd, is de externe validiteit van dit onderzoek beperkt. Er waren echter wel bij de analyse veel overeenkomsten tussen de uitspraken van de respondenten te constateren, wat aangeeft dat deze zeven interviews samen een redelijk compleet beeld geven van mogelijke knelpunten en succesfactoren van benchmarking.

Het besluit van de nevendoelestelling heeft echter ook positieve gevolgen met zich meegebracht. In eerste instantie was namelijk besloten vier ziekenhuizen te benaderen voor het kwalitatieve onderzoek die tot de zogenaamde Ziekenhuisketen behoorden. Mijn keuze ging uit naar deze ziekenhuizen, aangezien zij projectmatig werken aan de thema's kwaliteit, benchmarking en rekenschap. Aangezien maar drie ziekenhuizen bereid waren tot een interview en ik tijdens het kwalitatieve onderzoek had geconstateerd dat het instrument benchmarking vanaf 2003 een positieve ontwikkeling had doorgemaakt, was besloten nog twee ziekenhuizen te benaderen die de OK-benchmark in een later stadium hebben uitgevoerd. Hierdoor kon vervolgens beter worden achterhaald of de, in de literatuur genoemde, mogelijke problemen in de praktijk werkelijk tot problemen leiden en of de, in de literatuur genoemde, succesfactoren in de praktijk ook daadwerkelijk een succes zijn. Dit voordeel kwam de beantwoording van de probleemstelling ten goede.

Het Lievensberg ziekenhuis heeft ondanks de positieve ervaring met de benchmarking de laatste drie stappen van het benchmarking-proces nog niet doorlopen. In de analyse is hier wel vanuit gegaan, wat als een beperking kan worden gezien. De Reinier de Graaf groep, het Maxima medisch centrum en het Meander medisch centrum hebben de laatste vijf stappen van het benchmarking-proces niet ondernomen vanwege de teleurstellende ervaringen met de voorgaande stappen. Tijdens de interviews zijn echter wel enkele vragen die betrekking hebben op deze laatste stappen aan de respondenten van deze ziekenhuizen voorgelegd. De respondenten hebben aangegeven hoe zij dergelijke stappen eventueel

zouden ondernemen. Het op deze manier achterhalen van de resultaten doet de geldingskracht van de conclusie verminderen.

In de analyse en bij de conclusie is een voorkomend probleem gelijk toegeschreven aan het falen van een benchmarking. Deze beredenering is tevens toegepast op de succesfactoren. Een benchmarking dient echter in zijn geheel te worden bekeken, waardoor deze manier van beredeneren tevens als een beperking kan worden gezien.

Tijdens dit onderzoek zijn geen medewerkers van Plexus benaderd voor een interview. Dit kan als een nadeel worden gezien, omdat medewerkers van Plexus veel ervaring hebben met het uitvoeren van een benchmarking en daarom waarschijnlijk relevante informatie voor dit onderzoek hadden kunnen aanleveren. Eén van de benaderde respondenten van dit onderzoek was echter alleen in voor een interview, indien Plexus verder geen voordeel had bij dit onderzoek. Gezien deze afspraak zijn er geen medewerkers van Plexus benaderd.

### *§ 6.2.2 Discussie theorie*

Tijdens de literatuurstudie zijn meerdere benchmarkmodellen achterhaald. In deze scriptie is het tien-stappenplan van Xerox als uitgangspunt genomen, aangezien dit een veel gebruikt model is en alle essentiële stappen omvat. Aan de hand van dit model zijn mogelijke problemen en succesfactoren achterhaald. Hierdoor ontstaat het risico dat in deze scriptie geen uitputtend overzicht wordt weergegeven van mogelijke problemen en succesfactoren van benchmarking.

In het theoretisch kader worden mogelijke problemen, succesfactoren en verbeteringen door verschillende auteurs genoemd, die echter niet altijd (goed) worden onderbouwd. Vanwege het gebrek aan argumenten is in enkele gevallen theorie samengekoppeld om een stelling alsnog te kunnen onderbouwen. Dit kan als een nadeel worden gezien, omdat deze argumenten niet wetenschappelijk zijn onderbouwd.

### **§ 6.3 Aanbevelingen**

In deze paragraaf worden aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek.

In dit onderzoek zijn enkele mogelijke verbeteringen voor het instrument benchmarking benoemd. Wanneer deze verbeteringen daadwerkelijk in de praktijk zijn doorgevoerd, zou de werking hiervan kunnen worden getoetst. Leveren deze verbeteringen daadwerkelijk een meerwaarde op voor de ziekenhuizen? Voordat deze verbeteringen in de praktijk worden doorgevoerd, is het verstandig allereerst te onderzoeken hoe deze verbeteringen door zorgprofessionals worden gewaardeerd en hoe zij denken dat deze verbeteringen ontwikkeld dienen te worden. Dit vergroot namelijk de kans op verbeteringen die daadwerkelijk een meerwaarde opleveren voor de praktijk.

## Hoe dient een benchmarking van ziekenhuizen te verlopen?

In deze scriptie is gebleken dat benchmarking mogelijke verbeteringen voor ziekenhuizen kan opleveren. Deze verbeteringen hebben echter niet geleid tot drastische verbeteringen van de prestaties bij de ziekenhuizen zoals het doel van benchmarking in de literatuur wordt omschreven. Enkele respondenten hebben tevens aangegeven een benchmarking niet nodig te hebben om hun eventuele problemen te kunnen achterhalen. Concluderend uit bovenstaande dient te worden onderzocht of het voor ziekenhuizen tevens mogelijk is hun zorgproces te vergelijken met een proces uit een andere branche en/of met een zorgproces van een ziekenhuis in het buitenland. Indien een benchmarking op één van deze manieren wordt uitgevoerd, leidt het dan wel tot drastische verbeteringen van de prestaties?

Kortom het instrument benchmarking heeft zich de afgelopen jaren positief ontwikkeld. Er dient echter nader onderzoek naar het instrument te worden gedaan, wil benchmarking een (blijvend) succes zijn voor ziekenhuizen.

## Literatuurlijst

- Bendell, T., e.a. 1998. *Benchmarking for competitive advantage*. London
- Berg, M. & W. Schellekens. 2002. 'Paradigma's van kwaliteit: De verschillen tussen interne en externe kwaliteitsindicatoren.' *Medisch Contact* 57 (34)
- Boonekamp, L.C.M. 1993. 'Hoe marktgericht is uw organisatie?' *Gezondheidszorg Management*. Nummer 7/8 juli.
- Bowling, A. 2002. *Research methods in health. Investigating health and health services*. Second edition. Open University Press: Buckingham. [2001]
- Boxwell, R.J. 1994. *Benchmarking for Competitive Advantage*. London: McGraw-Hill. [1976]
- Bruijn, J.A. de. 2002. 'Outputsturing in publieke organisaties.' *Management & Organisatie* (3):5-21.
- Creswell, J.W. 2003. *Research design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Method Approaches*. Second Edition. London: Sage
- Crommentuyn, R. 2006. 'Geen grijze bal gehakt. Marketingstrategieën vinden voorzichtig hun weg in de zorg.' *Medisch Contact* 61 (3):100-102.
- Dorresteyn, J.J., A.W.G. van den Hurk & J. Steenbakker. 2006. 'Efficiënter opereren.' *Medisch Contact* 61 (31/32):1267-1270.
- Freidson, E. 2001. *The Assault on Professionalism*. In E. Freidson (Ed.), *Professionalism: The Third Logic* (pp. 179-196). Cambridge & Oxford: Polity.
- Grinten, T. van der. 2004. 'Sturingslogica's en maatschappelijk ondernemerschap in de Gezondheidszorg.' *TSG* 82 (2):123-127.
- Hardeman, W. 2000. 'Benchmarking in de gehandicaptenzorg: het einde van rupsje nooit genoeg?' *ZorgManagement-magazine* (3):20-24.
- 't Hart, H. et al. 1996. *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam : Boom
- Kor, E. & G. Wijnen. 1996. *Het managen van unieke opgaven*. Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen.
- Lugt, P.G. van der. 1995. *Fusiemanagement in de gezondheidszorg*. Maarsse/Elsevier/ De Tijdstroom.
- Maso, I. & A. Smaling. 1998. *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.
- Maas, M., H. Witjes & I. Zaat. 1998. *Benchmarking bij overheid en non-profitorganisaties*. Den Haag: Elsevier bedrijfsinformatie.
- (Ministerie van Financiën) 1998. *Interdepartementaal beleidsonderzoek benchmarking in de AWBZ* [Internet]. Ministerie van Financiën, ?-11-1998

[aangehaald op 13-11-2007]. Bereikbaar op

<http://www.minfin.nl/binaries/minfin/assets/pdf/dossiers/diversen/beleidsonderzoeken/1998/benchmarking-in-de-awbz--rapport.pdf>

- Munk, B. de. 1997. *Appels met peren? Inventarisatie van mogelijkheden en knelpunten bij toepassing van benchmarking op verzelfstandigde organisaties.*
- (Plexus Medical Group). 2004. *Leren van verschillen: Benchmark van operatiekamercomplexen leidt tot nieuwe inzichten* [Internet]. Plexus Medical Group, 25-10-2007 [aangehaald op 20-10-2007]. Bereikbaar op <http://www.plexus.nl/page109.html>
- (Plexus Medical Group). 2008. *De plexus OK-benchmark, waar staat u?* [Internet]. Plexus Medical Group, 18-04-2008 [aangehaald op 18-04-2008]. Bereikbaar op <http://www.plexus.nl/page109.html>
- Poerstamper, R.J.C., A. van Mourik & A.C. Veltman. 2007. *Benchmarking in de zorg.* Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Poerstamper, R.J.C. 2002. 'Vergelijk en verbeter: benchmark in de thuiszorg.' *Controllers Magazine* 16 (7):39-44.
- Prince, Y.M., A. Bruins & P. van der Zeijden. 2005. *Ondernemen in de zorg.* EIM Onderzoek voor Bedrijf en Beleid. Zoetermeer.
- Tomlinson, G. 1998. Comparative analysis: Benchmarking. In V. Ambrosini, G. Johnson & K. Scholes (Eds.), *Exploring Techniques of Analysis and Evaluation in Strategic Management* (pp. 62- 78). Harlow etc.: Prentice Hall
- Verschuur, A. 2001. 'Concrete verbeteracties het enige doel van een benchmark. Voorzichtig omgaan met uitkomsten benchmarks.' *Ouderenzorg* 12:6-9.
- Voort, L.P.F. van de & J. de Vries. 1993. 'Eenvoudig concept, moeilijke uitvoering!' *Kwaliteit in bedrijf* (5):20-25.
- Weggelaar, J.W.M., J.D.H. van Wijngaarden & R.A. Bal. 2007. 'Leren verbeteren-verbeterd leren.' *Tijdschrift voor Management en Organisatie* (6):48-64.
- Waalewijn, P., A. Hendriks & R. Verzijl. 1996. 'Benchmarking van het benchmarking-proces.' *Ribes rapport 9611/M:1-14.*
- Watson, G.H. 1993. *Strategisch benchmarken: Hoe vergelijkt u de prestatie van uw bedrijf met die van de beste ter wereld?* Vertaald 1998. Scriptum management.
- (ZorgVoorBeter). 2008. *SMART-doelen* [Internet]. ZorgVoorBeter, 02-05-2008 [aangehaald op 02-05-2008]. Bereikbaar op <http://www.zorgvoorbeter.nl/onderwerpen/over/decubitus/verbeteren-en-borgen/smart-doelen/>

## **Bijlage 1, Topiclijst kwalitatief onderzoek**

### ***Algemene vragen***

- Waarom vindt u benchmarking van ziekenhuizen belangrijk dan wel onbelangrijk?
- Hoe zou u de door u uitgevoerde benchmark omschrijven?
- Was er binnen uw organisatie/afdeling een speciaal team opgesteld die de benchmark heeft uitgevoerd?
- Wie en wat is volgens u belangrijk bij het uitvoeren van een benchmark van ziekenhuizen?
- Ontbrak er volgens u iets bij de OK-benchmark?

### ***De fase van vergelijking***

- Waaraan moeten indicatoren die gebruikt worden voor een benchmark volgens u aan voldoen?
- Wat voor indicatoren zijn gebruikt bij de OK-benchmark? Vond u deze geschikt of ongeschikt?
- Hoe denkt u over het onderscheid tussen interne en externe indicatoren? (Berg & Schellekens). Kunnen externe indicatoren ook gebruikt worden voor het verbeteren van het zorgproces?
- Is er bij de benchmark zowel een proces- als een productbenadering gebruikt? Zo ja, hoe ervaart u dit?
- Welke aspecten moeten volgens u terugkomen in een benchmark?
- Welke aspecten kwamen terug in de uitkomstindicatoren van de OK-benchmark?
- Bent u knelpunten tegen gekomen tijdens het benchmarkonderzoek? Zo ja, hoe zijn die opgelost?

### ***Wat heeft benchmarking opgeleverd***

- Zijn er tijdens de benchmark nieuwe ideeën opgedaan door te kijken naar de benchmarkpartners?
- Nadat de benchmark is uitgevoerd, zijn toen de doelstellingen en streefwaarden van de afdeling/organisatie bijgesteld?
- Is de strategievorming veranderd van de afdeling/organisatie nadat de benchmark is uitgevoerd?

### ***De succesfactoren***

Poerstamper e.a. (2007) beschrijven negen factoren die benchmarking in de Nederlandse gezondheidszorg tot een succes maken. Deze succesfactoren worden door middel van de volgende vragen aan de orde gesteld

- Was het leereffect binnen uw afdeling/organisatie geoptimaliseerd? Hoe is het leereffect gecreëerd?
- Hoe heeft u de uitvoering van eventuele verbetermogelijkheden aangepakt?
- Heeft u tijdens de benchmark samengewerkt met een brancheorganisatie en/of onderzoeksbureau? Wat was hun taak? Zou u deze samenwerking de volgende keer anders laten verlopen?
- Is er bij het ontwikkelen van het benchmarkmodel rekening gehouden met de middelen waarover uw organisatie/afdeling beschikt?
- Werd bij de benchmark en de implementatiefase optimaal gebruik gemaakt van ICT?
- Hoe zag de benchmarkrapportage eruit?
- Is de reguliere administratie tijdens en na de benchmark afgestemd met die van de benchmarkpartners?
- Hoe werd omgegaan met de bekendmaking van de benchmarkresultaten? Hoe staat u hier tegenover?

## Hoe dient een benchmarking van ziekenhuizen te verlopen?

- Werd de benchmarking als een continu proces gezien? Zijn er herhalingen uitgevoerd?
- Zijn er door u andere succesfactoren gebruikt en/of ontdekt tijdens het uitvoeren van de benchmarking, met name betreft de implementatiefase?

### **De implementatiefase**

- Wat voor functies hadden de uitkomsten volgens u voor het ziekenhuis?
- Wat voor veranderingen zijn doorgevoerd tijdens de implementatiefase?
- Hoelang bent u bezig geweest de situatie te verbeteren op basis van de uitkomsten die zijn voortgekomen uit de benchmark?
- Is het probleem/ de verandering echt alleen naar voren gekomen door de uitkomsten van de benchmark?
- Werd er goed gecommuniceerd tijdens de benchmark en de implementatiefase zowel binnen de instelling als tussen de benchmarkpartners?
- Is er een werkbezoek gebracht aan de best-practices-instelling? Zo ja, door wie is dit gedaan?
- Zijn er binnen uw organisatie/afdeling feedbackbijeenkomsten georganiseerd nadat het benchmarkonderzoek is uitgevoerd? Zo ja, wie waren er bij betrokken/ wat was hiervan het resultaat?
- Hoe is de implementatiefase verlopen? Bent u problemen tegengekomen tijdens de implementatiefase? Zo ja, waardoor ontstonden deze problemen volgens u?
- Leidt reflectie op de implementatiefase tot andere overwegingen?

### **Vernieuwingen in benchmarking**

Poerstamper e.a. (2007) beschrijven mogelijke vernieuwingen van benchmarking. Deze mogelijke vernieuwingen worden door middel van de volgende vragen aan de orde gesteld.

- Ziet u voordelen in een benchmark die modulair kan worden ingezet?
- Had u tijdens de benchmark interesse in aanvullende vragen?
- Wat vindt u van een bibliotheek waarin deze aanvullende vragen worden opgeslagen, zodat deelnemers een antwoord terug kunnen krijgen op hun vraag en indien mogelijk spiegelinformatie krijgen teruggekoppeld van andere instellingen?
- Vindt u dat benchmarkrapportages een meer dynamisch karakter moeten krijgen?
- Wat vindt u van een database waarin gegevens over ziekenhuizen zijn opgeslagen, zodat u elk moment kan kiezen wanneer u een benchmarkonderzoek wil gaan uitvoeren?
- Heeft u zelf ideeën over hoe benchmarking in de zorg verbeterd kan worden?