

2009

Innovatievermogen in Ziekenhuizen

*Een onderzoek naar vernieuwingskracht en
lessen uit buitenlandse innovaties*

Cora van Dam

Afstudeeronderzoek

Erasmus Universiteit Rotterdam

Master Bestuurskunde AOM

Begeleider: Dr. Sandra van Thiel

Tweede lezer: Drs. Andres Dijkshoorn

5-8-2009

Voorwoord

Geachte lezer,

Voor u ligt het resultaat van een periode van ruim een halfjaar hard en af en toe wat minder hard werken. Helaas heb ik in het stuk niet helemaal kunnen laten zien wat ik heb geleerd in die zes maanden. Om alles wat ik gelezen, gezien en gehoord heb op te schrijven zou ik nog minstens 60 kantjes nodig hebben. Bovendien is de ziekenhuiswereld erg complex en veelomvattend en nog vele nieuwe studies waard. Hoe dan ook, m'n hele scriptietraject was een positieve leerervaring waar ik in de toekomst gegarandeerd wat aan zal hebben.

Tijdens een bezoek aan een ziekenhuis voor één van mijn interviews heb ik een anekdote opgedaan die ik graag met u wil delen. Ik zat in de ontvangstruimte bij de hoofdingang met allemaal mensen rond me heen. Artsen, verpleegkundigen, patiënten maar ook mannen in kostuum en vrouwen in mantelpakjes liepen er door elkaar heen. Mijn overbuurvrouw constateerde dat ook en zei:

"Wat lopen hier vreemde mensen rond joh, zouden dat nu patiënten zijn?"

De vraag is vervolgens, welke interpretatie is 'normaal'? Ook in mijn scriptie naar innovatievermogen in ziekenhuizen komen verschillende interpretaties naar voren. Bestuurders, professionals en wetenschappers zien hetzelfde maar interpreteren en waarderen dingen anders. Hoe dit met betrekking tot vernieuwingskracht in ziekenhuizen aan de orde is, kunt u vinden in het voorliggende stuk.

Het afronden van mijn studie bestuurskunde heb ik niet alleen gedaan. Mijn dank gaat uit naar Sandra van Thiel mijn scriptiebegeleidster. Na elk gesprek had ik weer nieuwe motivatie om verder te schrijven. Voor het faciliteren van het gehele traject tijdens mijn stage bedank ik Roland van de Graaf. Het thuisfront ben ik dankbaar voor de verwennerij in de weekenden en de leuke kaartjes. Aukje verraste mij regelmatig met een inspirerend belletje tijdens het schrijven en Jeroen kwam altijd op het goede moment met een aanmoediging. Tenslotte wil ik m'n vrienden excuseren voor de tijd dat ik vriendschappen een beetje heb laten versloffen. Ik beloof dat ik daar wat aan zal doen de komende tijd!

Cora van Dam

Ridderkerk, augustus 2009

Samenvatting

Innovatie in de zorg is een actueel onderwerp. Ziekenhuizen komen terecht in een steeds meer marktgerichte omgeving waar zij moeten vernieuwen om de ontwikkelingen bij te blijven. Een belangrijke vraag is wat ziekenhuizen nodig hebben om hun innovatievermogen te verhogen. Kunnen ze wellicht leren van buitenlandse vernieuwingen? Deze vragen worden beantwoord in het voorliggende onderzoek. Allereerst is een theoretisch model opgesteld met daarin de indicatoren die volgens de literatuur leiden tot vernieuwingskracht. Kennis en leervermogen, organisatiestructuur, organisatiecultuur, management van innovaties en interactie met de omgeving zijn de aspecten die in het innovatiemodel zijn vervat. Daarnaast zijn institutionele, organisatorische en maatschappelijke randvoorwaarden van invloed op innovatievermogen. In het empirische onderzoek is getoetst of het model de toets van de praktijk kan doorstaan. Daarvoor is eerst een inhoudsanalyse gedaan waarin een zoektocht is gestart naar buitenlandse vernieuwing. Vervolgens is het innovatiemodel empirisch getoetst aan de hand van interviews.

De inhoudsanalyse is gedaan door via online zoekmachines en websites te zoeken naar buitenlandse zorgvernieuwing. Uit de inhoudsanalyse blijkt dat de mate waarin landen aandacht besteden aan zorginnovatie erg verschilt. Tevens is er veel verschil in de informatie die te vinden is op websites. Engeland is bijvoorbeeld een land dat relatief veel publiceert. Ze zenden op Internet zelfs een online kanaal over zorgvernieuwing uit. Uiteindelijk zijn drie innovaties gekozen die in deze scriptie verder zijn uitgewerkt. De eerste is Star Rating uit Engeland. Dit is een performancemanagement systeem dat er op gericht is de kwaliteit en transparantie van de zorg te verhogen. De tweede casus is de Health Smart Card uit Taiwan. Dit is een pas met daarop persoonlijke en medische gegevens, die bij alle zorginstaties werkt en onder andere de papieren ponskaartjes en medicijnrecepten vervangt. De laatste casus is het Populaire Ziekenhuis. Daarin zijn twee innovaties verwerkt: de Planetreefilosofie en het Magneetconcept. De Planetreefilosofie richt zich op menslievende, helende en gezonde zorg. Het Magneetconcept richt zich op tevredenheid, motivatie en autonomie van verpleegkundigen om zo het beroep aantrekkelijk te maken.

De interviews zijn afgenomen bij zeven experts. Drie personen werken in een ziekenhuis en vier personen doen wetenschappelijk onderzoek naar ziekenhuizen of zijn werkzaam geweest in een ziekenhuis. In de interviews is enerzijds ingegaan op datgene wat leidt tot innovatievermogen. Anderzijds zijn de casussen besproken. Uit beide delen van de interviews blijkt dat organisatiecultuur het meest belangrijk is voor vernieuwingskracht. De mens is de kracht achter vernieuwing in ziekenhuizen. Door daarin te investeren kan het vernieuwingsvermogen verhoogd worden. Binnen organisatiecultuur zijn openheid en transparantie erg belangrijk. Dit houdt bijvoorbeeld in dat mensen risico's aandurven. Transparantie naar andere instellingen toe wakkert ook de concurrentie tussen zorginstellingen aan wat innovatie versterkt. Na organisatiecultuur is het managen van innovaties noodzakelijk om de implementatie van vernieuwingen te doen slagen. Vervolgens is kennis- en leervermogen alsmede interactievermogen ongeveer van even groot belang om vernieuwingskracht te bewerkstelligen. Organisatiestructuur is het minst belangrijk. Een aspect binnen organisatiestructuur is dat de autonomie van professionals negatief kan uitwerken op vernieuwingskracht. Uiteindelijk is het niet de organisatiestructuur maar de manier waarop mensen met elkaar omgaan, de normen en waarden, dus de organisatiecultuur die belangrijk zijn om als ziekenhuis vernieuwend te kunnen zijn.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	5
HOOFDSTUK 1 Inleiding	
1.1 Aanleiding.....	11
1.2 Probleemanalyse.....	12
1.3 Doel en relevantie van het onderzoek.....	13
1.4 Centrale vraag en deelvragen.....	14
1.5 Leeswijzer.....	14
HOOFDSTUK 2 Theoretisch kader	
2.1 Inleiding.....	15
2.2 Institutionele context.....	15
2.2.1 Ziekenhuis op de grens van publiek en privaat.....	15
2.2.2 Vraaggerichte benadering.....	16
2.3 Begripsbepaling innovatie.....	16
2.3.1 Definitie innovatie.....	17
2.3.2 Innovatiecategorieën.....	18
2.4 Begripsbepaling innovatievermogen.....	19
2.4.1 Innovatievermogen in de private en publieke sector.....	20
2.4.2 Kennis en leervermogen.....	21
2.4.3 Organisatiestructuur.....	23
2.4.4 Organisatiecultuur.....	24
2.4.5 Interactievermogen.....	26
2.4.6 Management van innovaties.....	27
2.5 Van innovatievermogen tot innovatie.....	28
2.5.1 Innovatie als proces.....	29
2.6 Randvoorwaarden van innovatievermogen.....	30
2.6.1 Institutionele randvoorwaarden.....	30
2.6.2 Organisatorische randvoorwaarden.....	31
2.6.3 Maatschappelijke randvoorwaarden.....	31
2.7 Conceptueel model.....	32
HOOFDSTUK 3 Methodologie	
3.1. Inleiding.....	33
3.2 Onderzoeksstrategie.....	33
3.2.1 Bestaand materiaal.....	33
3.3 Onderzoeksmethoden en - technieken.....	33
3.3.1 Inhoudsanalyse.....	34
3.3.2 Interview.....	34

3.4 Validiteit en betrouwbaarheid	34
3.4.1 Inhoudsanalyse.....	35
3.4.2 Interview	36

HOOFDSTUK 4 Buitenlandse zorginnovaties

4.1 Inleiding.....	38
4.2 Vernieuwingen in buitenlandse ziekenhuizen.....	38
4.2.1 Referentiekader.....	39
4.3 Star Rating in Engeland	39
4.3.1 Casusbeschrijving.....	40
4.3.2 Ontstaan en consolidatie.....	41
4.3.3 Generalisatie en differentiatie	42
4.3.4 Reciprociteit en novel combinations	42
4.3.5 Conclusie	43
4.4 De Health Smart Card in Taiwan	44
4.4.1 Casusbeschrijving.....	45
4.4.2 Ontstaan en consolidatie.....	46
4.4.3 Generalisatie en differentiatie	46
4.4.4 Reciprociteit en novel combinations	47
4.4.5 Conclusie	48
4.5 Het Populaire Ziekenhuis	48
4.5.1 Casusbeschrijving.....	49
4.5.2 Ontstaan en consolidatie.....	52
4.5.3 Generalisatie en differentiatie	52
4.5.4 Reciprociteit en novel combinations	53
4.5.5 Conclusie	53

HOOFDSTUK 5 Innovatiekracht en lessen uit de casussen

5.1 Inleiding.....	54
5.2 Innovatie	54
5.3 Innovatievermogen	55
5.3.1 Kennis en leervermogen.....	57
5.3.2 Organisatiestructuur	57
5.3.3 Organisatiecultuur	59
5.3.4 Interactie met de omgeving	61
5.3.5 Management van innovaties.....	63
5.3.6 Randvoorwaarden.....	64
5.4 Lessen uit de buitenlandse casussen.....	65
5.4.1 Star Rating	63
5.4.2 Smart Card	70
5.4.2 Populair Ziekenhuis.....	71
5.5 Vergelijking van de casussen	77

HOOFDSTUK 6 Conclusies en aanbevelingen

6.1 Inleiding.....	79
6.2 Conclusies.....	79
6.2.1 Beantwoording deelvragen.....	79
6.2.2 Beantwoording hoofdvraag.....	83
6.4 Aanbevelingen.....	87
6.4.1 Praktische aanbevelingen.....	87
6.4.2 Aanbevelingen voor verder onderzoek.....	89

BIJLAGEN

Bijlage 1 Interviewhandleiding.....	97
Bijlage 2 Respondenten interviews.....	99
Bijlage 3 Documentenanalyse.....	100
Bijlage 4 Coderingsschema's.....	106
Bijlage 5 Casussen voor respondenten.....	110
Bijlage 6 Codering casussen.....	124

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Aanleiding

In de huidige Nederlandse maatschappij zijn diverse trends op te merken. Zonder futuristische en onwaarschijnlijke voorspellingen te geven, zijn reeds een aantal veranderingen ingezet die zich de komende jaren naar verwachting verder voort zullen zetten. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) signaleert bijvoorbeeld: verdergaande vergrijzing van de bevolking, vergroting van de mobiliteit en versterking van de EU (Schnabel, 2000:13-15). Dit heeft zijn weerslag op de gezondheidszorg. Voornamelijk de vergrijzing is van invloed, die resulteert in een aanzienlijke stijging van de zorgvraag (Van der Maas, 1999:23). Demografische verschijnselen zijn echter niet de enige factor die uitwerkingen heeft op de vraag naar gezondheidszorg in het algemeen. Ontwikkelingen die de brancheorganisatie voor Midden- en Kleinbedrijven (MKB) in 2003 als grond voor vraagtoename schetst zijn ondermeer: individualisering, bevolkingsgroei, toename van levensduur, veranderende leefpatronen en voortschrijdende technologie (Prince, Bruins, Van der Zeijden, 2005:12).

Naast de maatschappelijke omgeving is de institutionele omgeving van de zorg de laatste jaren erg in beweging. Vanuit overheidsinstellingen zoals het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het ministerie van Economische Zaken (EZ) wijzigt de wet- en regelgeving waardoor zorginstellingen meer speelruimte krijgen (Prince et al., 2005:14). De Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) zijn daar voorbeelden van. Daarnaast wordt marktwerking geleidelijk geïntroduceerd in de zorg. Zo zijn zorgorganisaties per 1 januari 2009 zelf verantwoordelijk voor hun investeringen in gebouwen en apparatuur. Samengevat komt het er op neer dat vanuit de omgeving gestuurd wordt op verdergaand ondernemerschap in de zorg. Ook de overheid stimuleert ondernemerschap in de zorg (Website VWS en EZ, 27 januari 2009). Ondernemerschap zal voor zorgaanbieders geleidelijk aan meer inhoud krijgen (Prince et al., 2005:14). Inmiddels wordt in diverse zorgmagazines en onderzoeken aandacht besteed aan het onderwerp en worden door instanties als SenterNovem subsidies verleend om ondernemerschap uit te oefenen.

In diverse wetenschappelijke artikelen wordt gesproken over ondernemerschap in de zorg en de toepassing daarvan in de praktijk. Ondernemerschap is in de publieke sector echter nieuwer dan in de private sector. Putters stelt dat het idee dat het management van bijvoorbeeld ziekenhuizen kan, zal en wil ondernemen in schril contrast staat met de weerbarstige praktijk (2002). Het Instituut voor Bedrijf en Beleid (Prince et al., 2005:6) stelt dat de ondernemersrol bestaat uit vier aspecten, namelijk: de manager, marktzoeker, innovator en risiconemer. Daarvan is de managersrol over het algemeen het meest ver ontwikkeld (Prince et al., 2005:6). Dit komt voornamelijk door de aanhoudende kostenbeheersing van overheidsuitgaven, toenemende outputfinanciering en hoge arbeidsintensiteit waardoor veel aandacht is voor HRM-beleid, efficiëntieverhoging en kostenbeheersing (Prince et al., 2005:6; Putters, 2001:23). De rollen van risiconemer, innovator en marktzoeker zijn daarentegen minder ver ontwikkeld (Prince et al., 2005:7). De risiconemer in de besturing en organisatie van zorginstellingen wordt veelal beperkt door wet- en regelgeving. Daarnaast wordt over het algemeen veel energie gestopt in kwaliteit en efficiëntieverbetering van bestaande diensten en weinig in nieuwe zaken waardoor ook de innovator- en marktzoekerrol niet optimaal worden ontwikkeld (Prince et al., 2005:7).

1.2 Probleemanalyse

Resumerend kan worden gesteld dat ondernemerschap in de huidige gezondheidswereld verder te ontwikkelen is en dat het ook noodzakelijk is gezien de huidige maatschappelijke ontwikkelingen zoals de vergrijzing. Te meer daar de overheid stuurt op een bedrijfsmatigere aanpak en daarvoor ook meer middelen beschikbaar stelt. Omdat de rol van risiconemer lastig is door beperkende wet- en regelgeving en de managementrol al ver is uitgewerkt zijn voornamelijk de innovatie- en marktzoekerrol interessant om te onderzoeken. De markt kennen en benutten is min of meer noodzakelijk om te komen tot goede innovatie en is meer van ondersteunend dan van primair belang. Omdat dit onderzoek bedoeld is om te komen tot vernieuwende en doeltreffende aanbevelingen, wordt de innovatorrol daarom als meest 'zichtbare' rol, centraal gesteld.

Door diverse auteurs wordt onderschreven dat innovatie en innovatiekracht noodzakelijk zijn om te komen tot zorginstellingen die adequaat inspelen op een veranderende omgeving en samenleving alsmede voldoen aan de groeiende verwachtingen van burgers en de private sector (Den Hertog, Groen & Weehuizen, 2005:2; Engel, 2008:18). Innovatie is een middel om te komen tot kortere wachtlijsten en betere behandeltechnieken voor patiënten maar ook bijvoorbeeld voor een efficiënter zorgproces en een betere informatiehuishouding. In werkelijkheid blijkt de innovatiekracht van zorginstellingen relatief laag te zijn (Engel, 2008:18). Hieruit vloeit de vraag voort wat zorginstellingen kunnen doen om hun vernieuwingsvermogen te verbeteren. Deze vraag is de directe aanleiding tot dit onderzoek. Wat bestaat er al dan niet op het gebied van innovatie in de zorg en hoe kan het innovatievermogen worden verbeterd? Een aspect daarvan is dat innovatie in de publieke (zorg)sector fundamenteel anders is dan innovatie in de private sector (Engel, 2008:17). Innovatie in de zorgsector impliceert een breder perspectief dan alleen adaptatie van vernieuwingen op het gebied van bijvoorbeeld producten, processen, technologieën en procedures (Engel, 2008:17). Dit gegeven maar ook de grote druk om de gezondheidszorg te hervormen vraagt om kennis die innovatie kan stimuleren maar maakt het tegelijkertijd ook complex (Den Hertog et al., 2005:29).

Innovatie in zorginstellingen raakt een brede doelgroep. Om te komen tot specifieke en toepasbare aanbevelingen is het noodzakelijk om de diepte in te gaan en zorgvuldig tot een afgebakend onderzoeksobject te komen. Zorginstellingen die sterk in de publieke sfeer hangen passen het best als onderzoeksobject. Verder geprivatiseerde en verzelfstandigde organen binnen het zorgstelsel, die geconstrueerd zijn als gevolg van verruiming van de wet- en regelgeving, zijn minder belangwekkend. Deze hebben al een stap richting verdergaande innovatie gemaakt. Verder is het streven van dit onderzoek om de aanbevelingen op een zo groot mogelijk potentieel toe te kunnen passen. Een soort zorginstelling die aan deze voorwaarden voldoet en binnen de kaders van dit onderzoek past is een ziekenhuis. Ziekenhuizen verkeren momenteel in een veranderende positie, daar bijvoorbeeld steeds meer zogenaamde zelfstandige behandelcentra worden opgericht. Innovatie biedt mogelijkheden om in te spelen op, en om te gaan met deze soort van concurrentie. Om te kunnen innoveren is zoals eerder genoemd vernieuwingskracht nodig. De vraag is waar deze vernieuwingskracht uit bestaat. Bovendien zijn ziekenhuizen ook juist instellingen die een natuurlijke weerstand hebben tegen innovatie, wat het vraagstuk extra interessant maakt (Van der Kraan, 2006:95).

Hoewel ziekenhuizen weerstand kunnen hebben tegen innovatie, bestaan binnen de Nederlandse gezondheidszorg verschillende initiatieven om innovatie te bevorderen zoals zorginnovatieplatforms op Internet. Innovatie krijgt steeds meer de aandacht. Op de bestaande innovatieplatforms wordt echter niet actief op internationale schaal gekeken welke zorginnovaties bestaan.

Naast binnenlandse innovaties kunnen ook juist buitenlandse vernieuwingen wellicht kansen bieden voor Nederlandse ziekenhuizen en initiatieven aanreiken die in Nederland (nog) niet zijn ontwikkeld. Tevens kunnen Nederlandse ziekenhuizen verder verbeteren vergeleken met ziekenhuizen in bijvoorbeeld Engeland, Zweden of Finland. Uit cijfers van de Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) blijkt bijvoorbeeld dat het aantal beddagen voor acute verzorging in Nederland twee dagen meer is dan in Zweden, in vergelijking met alle EU landen en de Verenigde Staten (Health Care Data, 2006). Een ander voorbeeld is dat in Nederlandse ziekenhuizen 5,7% onbedoelde schade voorkomt en het minimum op 2,9% ligt (Zorgvisie, 18 april 2009). Nederlandse ziekenhuizen kunnen leren van buitenlandse ziekenhuizen en ook van hun innovaties. Een interessante vraag is dan ook welke innovaties in buitenlandse ziekenhuizen perspectief bieden voor Nederlandse ziekenhuizen? Vervolgens komt dan de kwestie aan de orde op welke punten ziekenhuizen kunnen verbeteren en welke betrekking dit heeft op innovatievermogen.

1.3 Doel en relevantie van het onderzoek

Dit onderzoek wordt uitgevoerd voor het bedrijf IMC, een adviesverlenende instelling op het gebied van organisatie, subsidie en personeel. Eén van de onderwerpen waar IMC zich op richt is de zorgwereld, in de breedste zin des woords. Daarbij wordt vooral gezocht naar mogelijkheden om bij zorginstaties vernieuwing te bewerkstelligen en continuïteit te waarborgen. Om in de toekomst verder te kunnen specialiseren op bijvoorbeeld de zorgwereld is kennis nodig. Het onderzoeksonderwerp ‘innovatie in ziekenhuizen’ is dan ook primair bedoeld om kennis te vergaren over innovatievermogen en buitenlandse vernieuwingen. Dit is belangrijk omdat over innovatie(kracht) in ziekenhuizen nog relatief weinig bekend is, ondernemerschap an sich een jonge traditie is en de ontwikkelingen in de zorg vragen om een andere aanpak.

Uiteindelijk is het doel van deze scriptie praktische, concrete en vernieuwende aanbevelingen te kunnen doen die toepasbaar zijn in de adviespraktijk. Enerzijds wordt in dit onderzoek getracht om te komen tot een selectie van innovatieve casussen uit het buitenland, die in Nederland niet worden toegepast maar wel perspectief bieden voor Nederlandse ziekenhuizen. Anderzijds is het doel om te komen tot een praktisch model waarin wordt weergegeven wat een ziekenhuis nodig heeft om een innovatieve zorgorganisatie te kunnen zijn. Het onderwerp innovatie in ziekenhuizen is in meerdere opzichten relevant. Zo wordt op politiek niveau waarde gehecht aan innovatie in de zorg. Minister Klink benadrukte dat bijvoorbeeld in een toespraak in september 2008, waarin hij aangaf dat innovatie een van de speerpunten wordt van het nieuwe overheidsbeleid. Maatschappelijk gezien kan door slimme en inventieve vernieuwing een kwalitatief hoogwaardigere zorg worden verleend wat ten gunste komt van burgers en dus het publiek belang dient. Daarnaast biedt innovatie binnen ziekenhuizen een kans voor ondernemers die vernieuwende producten of diensten leveren.

In de huidige literatuur is relatief weinig geschreven over innovatie in de zorg. Dit komt voornamelijk omdat innovatie in de zorg nog niet zo lang specifiek op de agenda staat van bijvoorbeeld ziekenhuizen. Dit is dan ook het kernpunt als het gaat om de wetenschappelijke essentie van het voorliggende onderzoek. Als verder wordt ingezoomd op innovatievermogen blijkt bovendien uit de bestaande literatuur dat vaak aspecten worden beschreven die bijdragen aan vernieuwingskracht maar dat het ontbreekt aan een overkoepelend model dat daaromtrent veronderstellingen doet. Dit onderzoek tracht hiertoe een stap in de goede richting te zetten.

1.4 Centrale vraag en deelvragen

Uit de voorgaande paragrafen vloeit een vraag voort, die in heel het onderzoek centraal zal staan, namelijk:

Welke lessen kunnen getrokken worden uit bestaande innovaties binnen ziekenhuizen in andere landen teneinde het innovatievermogen van ziekenhuizen in Nederland verder te ontwikkelen?

De volgende deelvragen kunnen worden genoemd:

- Wat is innovatievermogen?
- Welke randvoorwaarden worden gesteld aan innovatievermogen in Nederland?
- Welke voor Nederland perspectief biedende ziekenhuisinnovaties bestaan in andere landen?
- Welke aspecten van de onderzochte innovaties zouden Nederlandse ziekenhuizen verder kunnen ontwikkelen om het innovatievermogen te verbeteren?

1.5 Leeswijzer

Het voorliggende onderzoek naar innovatievermogen in ziekenhuizen en de lessen die getrokken kunnen worden uit buitenlandse innovaties is opgedeeld in zes hoofdstukken. In deze leeswijzer wordt aangegeven hoe het onderzoek is opgebouwd.

In dit eerste hoofdstuk, de inleiding, wordt een introductie van het onderzoek gegeven. Na het lezen hiervan is duidelijk waarom en waartoe de scriptie wordt geschreven en wat de centrale vraag is. Hoofdstuk twee vormt het theoretische kader dat leidt tot een definiëring van innovatievermogen en de geldende randvoorwaarden alsmede een beschrijving van de context waarin vernieuwingskracht in ziekenhuizen bestaat. In het derde hoofdstuk worden de onderzoeksstrategie, -methoden en -technieken besproken die gebruikt zullen worden om betrouwbare en valide onderzoeksresultaten te verkrijgen. Vanaf het vierde hoofdstuk wordt overgegaan op het empirische gedeelte van deze scriptie. In hoofdstuk vier worden drie buitenlandse casussen van ziekenhuisinnovaties beschreven aan de hand van het innovatieproces. De lessen die uit de buitenlandse innovaties getrokken kunnen worden, worden weergegeven in hoofdstuk vijf. Dit is tevens het hoofdstuk waarin de interviews verwerkt worden. Het onderzoek eindigt met hoofdstuk zes. In dit laatste hoofdstuk worden de conclusies weergegeven en worden aanbevelingen gedaan voor ondermeer ziekenhuizen en verder onderzoek.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

2.1 Inleiding

Om het onderzoek verder af te bakenen en een geground theoretische model op te stellen is het van belang de literatuur te raadplegen op het gebied van zorginnovatie, om zo een basis te vormen voor het verdere onderzoek. Binnen deze scriptie vormt innovatievermogen het kernconcept. Het doel van dit hoofdstuk is dan ook te komen tot een model waarin vernieuwingskracht schematisch wordt weergegeven. Om dit realistisch te kunnen doen is het van belang dat zowel het begrip innovatie als haar context wordt beschreven. Deze context wordt in de volgende paragraaf beschreven. Vervolgens zal de volgorde van de deelvragen worden aangehouden om een zo volledig en gestructureerd mogelijk beeld te schetsen vanuit de literatuur. Dit betekent dat ten eerste verdere definiëring van het begrip innovatie zal plaatsvinden. Ten tweede wordt ingegaan op het innovatievermogen van ziekenhuizen in Nederland en de randvoorwaarden die daaraan gesteld kunnen worden. Het hoofdstuk eindigt met een conceptueel model.

2.2 Institutionele context

Ziekenhuizen zijn geen op zichzelf staande organisaties maar zijn voor innovatie afhankelijk van onder andere overheidsbeleid en andere stakeholders. Innovaties in ziekenhuizen ontstaan niet alleen door acties vanuit het ziekenhuis zelf. Een beleidswijziging bij bijvoorbeeld zorgverzekeraars kan een ziekenhuis dwingen tot aanpassingen in werkprocessen. Ook maatschappelijke en institutionele veranderingen kunnen leiden tot bijstelling van huidige zaken en de ontwikkeling of implementatie van nieuwe werkwijzen, apparatuur, samenwerkingsvormen etc. Vanuit dit perspectief is een ziekenhuis geen organisatie die min of meer onafhankelijk van haar omgeving innovaties kan initiëren en implementeren. Een realistisch beeld van innovatie in ziekenhuizen vraagt mede daarom om een ketenbrede benadering waarin interactie met andere stakeholders en de dynamiek van de omgeving belangrijke aandachtspunten vormen. Dit past in het institutionele perspectief waarbij netwerken en de interactie tussen actoren een belangrijke rol krijgen. Dat dit voor een ziekenhuis van belang is blijkt uit de hoeveelheid ketenpartners die ziekenhuizen hebben, zoals cliënten, overheden, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, apothekers, beroepsbeoefenaren en de farmaceutische industrie (Putters & Frissen, 2006a:21-22). Een ander voorbeeld van het belang van een netwerkbrede visie is dat het debat over marktwerking en ondernemen in de zorg in de periode 1994 – 1998 vooral door anderen dan de actoren in de zorgsector zelf gevoerd is (Putters, 2001:53). Innovatie en innovatievermogen wordt in dit onderzoek gezien binnen het institutionele kader en als een proces van interactie en samenwerking in ketens en netwerken (Van den Donk, 2008:33). Deze manier van kijken zal in het gehele onderzoek als uitgangspunt worden genomen.

2.2.1 Ziekenhuis op de grens van publiek en privaat

Ziekenhuizen bevinden zich op de scheidslijn van publiek en privaat. De taken van ziekenhuizen dienen primair een publiek doel maar de omgeving heeft kenmerken van beide doelen. Enerzijds worden ziekenhuizen bekostigd via de overheid. Anderzijds wordt onderhandeld met farmaceutische bedrijven en zorgverzekeraars over de inkoop van medicijnen en behandelingen. Daarnaast zijn verschillen op te merken tussen de waarden die belangrijk zijn voor een ziekenhuis en een willekeurige private organisatie. Naast het feit dat het belangrijk is dat ziekenhuizen efficiënt handelen en productief zijn, is het van belang dat een ziekenhuis haar patiënt met zorg, respect en integriteit behandelt. In de private sector gaat het minder om deze sociale waarden maar meer om economische waarden zoals winst.

Vanuit deze gedachten zou het te kort door de bocht zijn om innovatie in ziekenhuizen gelijk te stellen met vernieuwing in reguliere bedrijven of in een ambtelijke organisatie, het ligt complexer. Porter en Teisberg benadrukken als belangrijk verschil dat bij bedrijven door concurrentie de waarde van een bepaald product voor de klant stijgt en daalt (Den Hertog, Groen & Weehuizen, 2005:25). In de gezondheidszorg is competitie anders omdat de participanten binnen het totale systeem de waarde bepalen in plaats van deze omhoog te drijven (Den Hertog et al., 2005:25). Dit is een belangrijke nuancering en ondersteunt de veronderstelling dat private innovatiemodellen niet één op één passen voor publieke innovaties. Ook het werk van Coombs (2004), Miles (2004), Tether and Metcalfe (2003) bevestigen dit. Ze geven aan dat het gebruik van innovatiemodellen vanuit de industrie voor de dienstensector beperkt is door een andere rol van de klant (Den Hertog et al, 2005:4). Enerzijds vloeit dit voort uit het feit dat zorg een primaire behoefte is van burgers en anderzijds uit het feit dat de klant ofwel de patiënt geen of weinig keuzevrijheid heeft ten aanzien van zorg. Wel wordt verwacht dat deze keuzevrijheid toe zal nemen in de komende jaren. Hoe dan ook, patiënten zullen afhankelijk blijven van het aanbod van zorginstellingen die zoals reeds genoemd gedeeltelijk gefinancierd worden door de overheid. Uit deze paragraaf kan geconcludeerd worden dat hoewel de zorg steeds meer een markt moet worden, een groot publiek belang blijft bij de zorg. In dit onderzoek zal vernieuwingskracht in ziekenhuizen worden gezien vanuit een publiek-privaat oogpunt.

2.2.2 Vraaggerichte benadering

Als het gaat om de manier van waaruit innovatievermogen bekeken wordt zijn twee manieren te onderscheiden; vraag en aanbod gericht (Den Hertog et al., 2005:6). Het zorgstelsel dat in 2006 is ingevoerd gaat sterker uit van de zorgvraag en de afstemming van de zorg op die vraag. Dit blijkt ook uit onderzoek van Putters en Frissen waarin wordt aangegeven dat de stelselwijziging beoogt door een samenspel van partijen zoals zorgaanbieders en zorgverzekeraars op een meer doelmatige, innovatieve en vraaggerichte manier invulling te geven aan de organisatie, uitvoering en besturing van zorg (Putters & Frissen, 2006b:13). In dit onderzoek zal innovatie benaderd worden vanuit het perspectief van de vraag. Dit past ook bij de gedachte van ziekenhuizen die anno 2009 bestaan en waarbij over het algemeen wordt getracht aan te sluiten op datgene wat de klant/patiënt wil. Dit komt terug in bijvoorbeeld de missie van het Gemini Ziekenhuis in Den Helder, die als volgt luidt:

“Het Gemini Ziekenhuis biedt gespecialiseerde medische zorg aan die gebaseerd is op de behoeften van patiënten in de regio Noord-Holland Noord en Texel...” (www.gemini-ziekenhuis.nl, 2009).

Van der Kraan stelt dat vraagsturing geen duidelijk concept is. Om verwarring hierover te voorkomen wordt in deze scriptie uitgegaan van een definitie die goed aansluit bij de praktijk van ziekenhuizen en past binnen het concept ‘vraaggerichte zorg’. Deze definitie is gevonden bij de Raad van Volksgezondheid en Zorg. Vraaggerichte zorg is voor hen:

“een gezamenlijke inspanning van patiënt en hulpverlener, die erin resulteert dat de patiënt de hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen en tevens voldoet aan de professionele standaarden” (Van der Kraan, 2006:34).

2.3 Begripsbepaling innovatie

Om te onderzoeken welke lessen getrokken kunnen worden uit bestaande buitenlandse innovaties om uiteindelijk de vernieuwingskracht van ziekenhuizen te verbeteren, is het van belang verder uit te kristalliseren wat innovatie is. In deze paragraaf wordt dit onderwerp behandeld. Daarbij wordt zoveel mogelijk toegespitst op de situatie van de gezondheidszorg en met name de ziekenhuiszorg.

2.3.1 Definitie innovatie

Een eerste stap binnen de uitwerking van het concept innovatievermogen is de definiëring van innovatie. Binnen de literatuur bestaan diverse definities die verschillende kanten belichten van het concept innovatie als geheel. Een bekende auteur op het bedrijfskundige innovatievlak, die in het merendeel van de literatuur aangaande innovatie wordt genoemd, is Schumpeter. Hij belicht vooral de economische kant van innovatie. Schumpeter ziet innovatie als creatieve destructie waarbij nieuwe producten en processen oudere vervangen (Schumpeter, 1934:37). Hij verwoordt innovatie als volgt: “the introduction of new goods (...), new methods of production (...), the opening of new markets (...), the conquest of new sources of supply (...) and the carrying out of a new organization of any industry” (Schumpeter, 1934:66). Innovatie kan ook vanuit het sociologische perspectief worden gezien en richt zich dan op sociale verandering (Sundbo, 1998:1). Toegespitst op ziekenhuizen is economische groei niet de motor achter innovatie. In ziekenhuizen gaat de behoefte naar innovatie verder en richt zich veel meer op sociologische gedachtegronden. Het doel van innovatie in ziekenhuizen is met name het streven naar een betere kwaliteit, productiviteit en efficiëntie van de zorg. In dit onderzoek zal dit ook zo gehanteerd worden. Bovendien passen deze kernwoorden bij de doelstelling van dit onderzoek, namelijk uiteindelijk een betere ziekenhuiszorg.

Ten tweede is een nadere specificatie te maken in datgene wat innovatie betekent, namelijk vernieuwing in letterlijke zin. In puurste vorm zou innovatie dan het doen van nieuwe dingen omvatten. Een ruimere definiëring is het anders doen van bestaande dingen (Prince et al., 2005:16). Dit onderzoek gaat in op de lessen die getrokken kunnen worden uit bestaande innovaties om uiteindelijk de vernieuwingskracht te vergroten. Om zo min mogelijk beperkingen te laten gelden op mogelijke toepasbare innovaties voor ziekenhuizen is een brede definitie gewenst. Dit geeft de ruimte om bijvoorbeeld combinaties van bestaande producten ook als vernieuwend te zien, zoals wonen en technologie in de vorm van domotica. Innovatie wordt in dit onderzoek dan ook gezien als het doen van nieuwe dingen en bestaande dingen anders doen.

Ten derde wordt in de definiëring van innovatie onderscheid gemaakt tussen innovatie als product en innovatie als proces. Als het gaat om proces kan innovatie een incrementeel en evolutionair proces van kleinere en grotere stappen zijn (Putters & Frissen, 2006a:6) of een proces waardoor nieuwe ideeën, objecten en praktijken worden gemaakt, ontwikkeld, herontwikkeld en verspreid worden (Walker, 2007:592). Definities van innovatie die ingaan op het product hebben in de industrie van oudsher betrekking op verandering van het productieproces. Tegenwoordig hebben innovaties in het merendeel van de definities betrekking op product-, proces-, organisatievorm- en dienstinnovaties (Kok et al., 2005:18; Putters & Frissen, 2006b:14). In het voorliggende onderzoek gaat innovatie over alle genoemde vormen van innovaties.

Tenslotte is een opsplitsing te maken in het moment waarop duidelijk is wat een innovatie is. Een initiatief zoals het gebruik van nieuwe technologie kan vooraf als zijnde innovatief bestempeld worden maar ook achteraf. In deze scriptie worden innovaties niet vooraf bepaald als zijnde innovatief maar worden innovaties zelf gezien als een proces waarvan achteraf pas kan worden bepaald in hoeverre het initiatief uiteindelijk vernieuwend was. Naast de inventie van de vernieuwing blijkt hieruit dat ook de implementatie of ontwikkeling belangrijk is. Deze aanname wordt bevestigd door Putters en Frissen die stellen dat de waarde van vernieuwingen voor patiëntenzorg vaak achteraf pas duidelijk wordt (Putters & Frissen, 2006a:6). Nooteboom gaat nog verder en stelt dat vernieuwing niet meer nodig is als innovaties te voorspellen zijn (2004).

Geconcludeerd kan worden dat innovatie binnen het voorliggende onderzoek een breed begrip is en het volgende inhoudt:

- Het doel van innovatie is: kwaliteit, productiviteit en efficiëntie;
- Innovatie is nieuwe dingen doen en bestaande dingen anders doen;
- Vormen van innovatie zijn: product- proces, organisatievorm- en dienstinnovaties; en
- Na de invoering van de innovatie ofwel het innovatieproces wordt duidelijk of het een innovatie betreft.

Uit de genoemde punten volgt de volgende definitie van innovatie die in deze scriptie wordt gehanteerd:

Innovatie is een proces van inventie, ontwikkeling en/of implementatie van nieuwe of gewijzigde producten, diensten, processen of organisatievormen met als doel meer kwaliteit, productiviteit en/of efficiëntie te bewerkstelligen voor de organisatie en/of klant.

2.3.2 Innovatiecategorieën

Er bestaan diverse soorten innovaties in het ziekenhuis, vanaf de werkvloer tot bij de beleidsmakers. Het is van belang de innovaties naar soort te onderscheiden omdat het gedeeltelijk inzicht geeft over de te verwachten aanvaarding van een innovatie en de moeite of het gemak waarmee de innovatie ingevoerd kan worden (Van Linge, 1998:34, Walker, 2007:592). Omdat de aanvaarding van een innovatie gedeeltelijk samenhangt met de soort innovatie worden de te onderscheiden soorten in deze paragraaf nader uitgediept. Vanuit de literatuur blijkt dat innovaties in diverse categorieën worden opgedeeld. Een voorbeeld van een grofmazige opdeling is die van Damanpour en Evan (1984) die technische en administratieve innovaties onderscheiden (Walker, 2007:592). Een specifiekere indeling geeft Van Linge, die vijf soorten innovaties onderscheidt namelijk: primair proces, structuur, beheer, strategisch en ideologisch (1998:17-19). Een andere indeling is van Tidd en Hull die service, proces en organisationele innovatie benoemen (2003:181). Het valt op dat in recentere literatuur samenwerking(verbanden) direct of indirect worden genoemd als innovatiesoort (Prince et al., 2005:17; Walker, 2007:612; Putters & Frissen, 2006b:8). Binnen dit onderzoek is de balans gezocht tussen een te grofmazige of een te fijne indeling van innovaties en is een vertaling gemaakt naar de ziekenhuispraktijk. Dit heeft geleid tot de categorieën zoals weergegeven in tabel 1.

De eerste innovatiecategorie betreft de technologische innovatie. Deze innovatiesoort heeft voornamelijk betrekking op de ontwikkeling van een technologie die een logistieke of productinnovatie mogelijk moet maken (Putters & Frissen, 2006b:53). Een voorbeeld daarvan is de ontwikkeling van technologie die datacommunicatie tussen twee verschillende instellingen mogelijk maakt en uiteindelijk bijdraagt aan de invoering van het Elektronische Patiëntendossier (EPD). Ten tweede worden productinnovaties onderscheiden die het ontwikkelen van nieuwe producten of diensten betreffen (Putters & Frissen, 2006b:53). Productinnovaties kunnen nieuwe medicijnen of behandelmethoden zijn. Als derde en laatste innovatiesoort wordt logistieke innovatie onderscheiden dat gekenmerkt wordt door de ontwikkeling en verbetering van organisatievormen. Een voorbeeld hiervan is de zogenaamde behandelstraat waarbij operatieve behandelingen gestandaardiseerd worden (Putters & Frissen, 2006b:56).

Naast innovatiecategorieën kunnen innovaties opgedeeld worden naar niveau. Putters en Frissen onderscheiden het institutioneel, operationeel en technologisch niveau (2006b:8). Den Hertog et al. typeren een functioneel, proces- en systeemniveau (2006:13). De inhoud van beide indelingen is praktisch gezien gelijk en hebben slechts een andere benaming. De innovatieniveaus die in dit onderzoek gehanteerd worden zijn dezelfde en dragen de volgende namen: functioneel, procesmatig en institutioneel.

Onder het functionele niveau worden de vernieuwingen verstaan die de zorg inhoudelijk of logistiek kunnen verlichten zoals de inzet van informatietechnologie of nieuwe medicijnen (Putters & Frissen, 2006b:53). Vernieuwingen op procesmatig niveau betreffen vernieuwingen in het management, de bedrijfsvoering en arbeidsverhoudingen binnen de zorgorganisatie (Putters & Frissen, 2006b:51). Innovaties op het institutionele niveau spitsen zich toe op vernieuwingen binnen het besturingsstelsel van de zorg zoals een verandering in de verhoudingen tussen burgers, patiënten en overheid (Putters & Frissen, 2006b:50). In tabel 1 worden de innovatiesoort, inhoud en het niveau tezamen weergegeven. Daarbij dient opgemerkt te worden dat vaak sprake is van samenhang tussen verschillende typen innovaties en verschillende niveaus waarop ze plaatsvinden (Putters & Frissen, 2006b:15).

Tabel 1 Innovatiesoorten en innovatieniveaus (Bron: grotendeels gebaseerd op Putters & Frissen, 2006b)

Innovatiesoort	Inhoud	Niveau
Technologische innovatie	Het ontwikkelen van nieuwe producten of diensten	Functioneel, procesmatig en institutioneel
Productinnovatie	Het verbeteren van producten of diensten	Functioneel, procesmatig en institutioneel
Logistieke innovatie	Het ontwikkelen en verbeteren van processen of organisatievormen	Functioneel, procesmatig en institutioneel

2.4 Begripsbepaling innovatievermogen

Innovatievermogen vormt het centrale concept van deze scriptie en betreft de eerste deelvraag. Het is van groot belang dit concept zorgvuldig uit te diepen. Vernieuwingskracht aan zich bepaalt de mate waarin een organisatie in staat is innovaties te initiëren, te ontwikkelen, te implementeren en toe te passen. De definitie van innovatievermogen die binnen deze scriptie gehanteerd zal worden is: de mate waarin de mensen in de organisatie in staat zijn intern of extern vernieuwend bezig te zijn (Caluwé & Vermaak, 2006:110). Dat vermogen is op te splitsen in diverse factoren. Zo kwamen Miles en Snow (1978) tot de ontdekking dat de beleidsstijl uitmaakt en ziekenhuizen met een op innovatie gerichte beleidsstijl relatief veel innovaties ontwikkelen, de zogenaamde prospectors (Van Linge, 1998:43). Door middel van een literatuurstudie is een breder beeld gecreëerd van de onderdelen van innovatief vermogen. Daarbij wordt ingezoomd op organisatie en wordt innovatie vanuit een microperspectief bekeken zodat op organisatie- en managementniveau lessen getrokken kunnen worden. Hierbij wordt het innovatievermogen bewust niet opgedeeld naar de soort innovatie. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat de relatie tussen innovatietype en organisatieaspecten niet zo lineair is en complex ligt (Walker, 2007:608). In dit onderzoek wordt geen onderscheid gemaakt tussen het innovatievermogen dat nodig is voor een sociale innovatie en de innovatiekracht dat nodig is voor een productinnovatie.

Vooraf in de bedrijfskundige literatuur is innovatie een veelvuldig beschreven onderwerp maar ook binnen de context van de publieke sector is innovatie gaandeweg meer een item geworden. Zoals reeds beschreven bevinden ziekenhuizen zich op de scheidslijn van publiek en privaat en wordt getracht ziekenhuizen bedrijfsmatiger te organiseren. In dit onderzoek is daarom de balans gezocht tussen bedrijfskundige innovatietheorie en innovatietheorie vanuit het bestuurskundige perspectief. Theorieën die een alomvattend beeld geven van de aspecten die organisaties zouden moeten bezitten om te komen tot innovatievermogen zijn wel voorhanden maar richten zich vooral op concurrentiestrategieën en zijn sterk bedrijfskundig van aard. Om juist ook de publieke innovatieliteratuur, dat minder ontwikkeld is, te betrekken is daarom de som der delen opgeteld. Tevens is aansluiting gezocht met veranderingsvermogen omdat de kracht om tot vernieuwing te komen daarbij nauw aansluit. Veranderingen in ziekenhuizen hoeven niet allemaal innovaties te zijn doch innovaties betreffen wel veranderingen.

De literatuurstudie heeft geleid tot een vijftal aspecten. Binnen het voorliggende onderzoek worden deze aspecten: kennis- en leervermogen, organisatiestructuur, organisatiecultuur, interactievermogen en het managen van innovaties als onderdelen van het innovatievermogen beschouwd. Deze aspecten staan in dit onderzoek los van elkaar maar kennen een bepaalde overlap en versterken elkaar. Het vermogen om te leren heeft bijvoorbeeld te maken met de mate waarin de cultuur open is. De vijf onderdelen van innovatievermogen bepalen datgene wat in dit onderzoek wordt onderzocht en de manier waarop binnen deze scriptie naar innovatievermogen wordt gekeken. Voordat ingegaan wordt op de afzonderlijke aspecten van innovatievermogen, wordt aangegeven welke gedachten in de literatuur te vinden zijn over innovatievermogen en welke verschillen op te merken zijn tussen de private en publieke sector. Deze bespreking bevestigt tevens dat de zojuist genoemde vijf variabelen, die leiden tot vernieuwingskracht, terugkomen in de innovatieliteratuur.

2.4.1 Innovatievermogen in de private en publieke sector

Zoals genoemd is innovatie een onderwerp dat uitvoerig is beschreven in de wetenschappelijke literatuur. Op het gebied van bedrijfskunde vormt innovatie één van de belangrijkste aspecten om de concurrentie voor te blijven en de winst te kunnen verhogen. In de bestuurskundige literatuur wordt innovatie nog niet zo lang bewust erkend als een manier om de doelmatigheid, doeltreffendheid en kwaliteit van de organisaties of instellingen te verhogen. Het gaat in de publieke tak immers niet om winst maar veel meer om waarden. Ziekenhuizen bevinden zich in de publiek-private sfeer en worden anno 2009 nog niet gedreven door het winst oogmerk. Wel wordt winstgevendheid en marktgerichtheid de laatste jaren steeds meer gehoord in relatie tot ziekenhuizen. Op dit moment wordt innovatievermogen in ziekenhuizen door publiek en private aspecten bepaald. Dit maakt innoveren complexer. Verder wordt in de wetenschap voornamelijk gericht op de 'harde' aspecten van innovatie, de discussie over sociaal-culturele aspecten bestaat nog niet zo lang (Gesthuizen, 2006:207). Hoewel het een utopie is alle literatuur met betrekking tot innovatie beknopt weer te geven wordt in deze paragraaf toch een korte uiteenzetting gegeven van de bestaande theorieën over innovatie vanuit privaat en publiek oogpunt. Dit heeft als doel wat meer achtergrond te geven over hoe de onderdelen van innovatievermogen bepaald zijn en waarom ondermeer kennis- en leervermogen, organisatiestructuur en organisatiecultuur onderzocht worden in dit onderzoek.

In de private sector wordt vanuit verschillende paradigma's naar innovatie gekeken, namelijk op psychologische, sociale en technologische wijze (Sundbo, 1998:192). Alle vormen spitsen zich binnen het economische perspectief toe op economische groei en groei van het bedrijf maar het perspectief en de middelen die ingezet worden verschillen (Sundbo, 1998:192). In het kader van dit onderzoek is het belangrijk om te weten wat volgens de private innovatiemodellen nodig is om te komen tot vernieuwingskracht. Sundbo geeft daar in zijn boek op micro-economisch niveau antwoord op en kijkt naar de relatie van organisaties met de buitenwereld en interne organisatie aspecten (Sundbo, 1998:165). Organisatie en management zijn volgens deze auteur belangrijk als het gaat om innovatie. Ook Volberda en Van den Bosch (2004) zien organisatie en management als belangrijkste zaken voor innovatievermogen. Zij onderscheiden daarin: 'regulate internal rate of change to exceed external rate of change, optimize self-organizing, synchronize concurrent exploration and integration' (Volberda & Van den Bosch, 2004:29). Basadur schrijft in het boek 'The Power of Innovation' dat creativiteit een belangrijke drive is voor innovatie en onderscheidt drie factoren voor innovatievermogen, namelijk: inter-functionele teams, creatief proces en procesvaardigheden en de behoefte naar vernieuwing (1995:313). Uiteindelijk zijn het de mensen die bepalend zijn voor de innovatieve kracht van een bedrijf (Gesthuizen, 2006:1).

Volberda stelt zelfs dat flexibel organiseren, dynamisch managen en slim werken voor 75% het innovatiesucces bepaalt. De overige 25% komt uit technologische inputfactoren (Gesthuizen, 2006:1). Hieruit kan geconcludeerd worden dat organisatie en management en dus mensen van cruciaal belang zijn voor innovatievermogen.

Daar waar de bedrijfskunde zich al decennia bezighoudt met innovatie, komt innovatie in de publieke sector later op. De publieke kant van innovatie heeft vooral betrekking op een ander innovatiedoel zoals eerder in dit hoofdstuk kort verwoord. Waar winst de voornaamste plaats krijgt als het gaat om het doel van innovatie in de private sector, zijn in de publieke sector ook waarden van belang. In ziekenhuizen is dat duidelijk te zien. Innovatie in ziekenhuizen kan naast meer efficiëntie, een hogere productiviteit of betere kwaliteit ook betrekking hebben op meer softe waarden zoals naastenliefde, dienstbaarheid en integriteit. Dit wil zeggen dat een initiatief dat geen economische verbetering oplevert wel een innovatie kan zijn als het een betere bejegening oplevert voor patiënten. Een vraaggerichte benadering van ziekenhuizen past binnen deze waarden waarbij respect en zorgzaamheid centraal staan. Dit brengt ook dilemma's met zich mee. Hoe ver kun je de diensten van een ziekenhuis afstemmen op de patiënt? Dit speelt ook een rol bij innovatie. Is een innovatie gerechtvaardigd als het genezingsproces door de vernieuwing met drie dagen wordt verkort maar zoveel budget vraagt dat het ten koste gaat van de efficiëntie. Merritt en Merritt schreven in 1985 hun boek 'Innovation in the Public Sector', waarin zij schetsen wat in de publieke sector nodig is voor innovatiecapaciteit. Zij benoemen zes aspecten, namelijk bronnen die gealloceerd kunnen worden voor innovatieve doeleinden, informatiesysteem, niet-routine denken, flexibiliteit, procedures voor het evalueren en selecteren van innovatieve voorstellen en de ontwikkeling van manieren om innovatief beleid te institutionaliseren (Merritt & Merritt, 1985:12). Ook contextafhankelijkheid wordt door auteurs beschreven als noodzakelijk voor vernieuwingskracht. Tidd en Hull bestempelen dit zelfs als de sleutel tot innovatievermogen (2003). Verder worden door hen verscheidene condities benoemd voor innovatiekracht in de publieke sector, namelijk: projectorganisatie, support van het topmanagement, toezicht, innovatiecommissie, leervermogen op diverse niveaus en de betrokkenheid van stakeholders (Tidd & Hull, 2003:43-51). Uit de bovenstaande uiteenzetting blijken de gedachten over innovatievermogen in de publieke en private sector niet zo ver uiteen te liggen. Het doel van innovatie is het grootste verschil. De overeenkomst zit voornamelijk in het feit dat organisatie en management cruciale factoren zijn als het gaat om innovatievermogen. Het valt op dat in de literatuur vaak specifiek wordt ingegaan op benodigheden voor innovatievermogen. Zo worden bijvoorbeeld de projectorganisatie, creativiteit en een informatiesysteem genoemd.

De variabelen die in deze scriptie onderzocht worden, als onderdeel van innovatievermogen in ziekenhuizen, zijn: kennis- en leervermogen, organisatiestructuur, organisatiecultuur, interactievermogen en het managen van innovaties. Zij blijken allen terug te komen in de innovatieliteratuur, zij het vaak in specifiekere vorm. In de volgende paragrafen wordt dieper ingegaan op de afzonderlijke aspecten om uiteindelijk uit te monden in een conceptueel model van innovatievermogen.

2.4.2 Kennis en leervermogen

Van oudsher wordt research en development gezien als hét startpunt om te komen tot innovatie. In de recentere theorie is deze positie meer naar de achtergrond verschoven omdat organisatie en management ook erg belangrijk blijken. Toch blijft kennis noodzakelijk om te komen tot innovatief vermogen. Innovaties zijn het gevolg van nieuwe kennis (Merritt & Merritt, 1985:18). In ziekenhuizen bestaat kennis op diverse niveaus, van kennis in de hoofden van verpleegkundigen tot kennismanagement tussen verschillende organisaties heen. Kennis is op verschillende manieren van belang.

Kennis van bijvoorbeeld nieuwe ICT-toepassingen zegt wat over de kans dat een initiatief in die richting wordt ontwikkeld in een ziekenhuis (Putters & Frissen, 2006b:72). Ook de Nederlandse overheid is overtuigd van het belang van kennis voor innovatie. Het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap geeft in haar beleid aan dat een goede kennisinfrastructuur een belangrijke pijler vormt van de innovatieve kracht van Nederland (Gesthuizen, 2006:188). Een andere reden waarom het van belang is kennisniveau en uitwisseling over nieuwe kennis te bevorderen, is wanneer niet snel wordt ingespeeld op nieuwe medicatie of technologie oude richtlijnen lang van kracht blijven (Putters & Frissen, 2006a). Het leervermogen is als afgeleide van de kennis een belangrijke kracht om innovaties te kunnen initiëren, implementeren en adopteren. Leervermogen wordt gedefinieerd als de mate waarin de leden van de organisatie in staat zijn elkaars kennis en vaardigheden te vergroten (Caluwe & Vermaak, 2006:110). De mate waarin organisaties leren zegt iets over de mate waarin ze in staat zijn om te innoveren (Berta, Teare & Gilbert, 2005:282; Nooteboom, 2004; Engel, 2008:30; Tidd & Hull, 2003:375). Den Hertog et al. schetsen als grote paradox binnen ziekenhuizen dat professionele kennis van ziekenhuizen ten aanzien van bijvoorbeeld ziekte is meegegaan met de laatste ontwikkelingen maar daar op organisationeel niveau niet van geprofiteerd is (2005:4). Onderzoek van Adler et al. in 2003 laat zien dat het leervermogen van ziekenhuizen bepalend is voor het succes van veranderprocessen zoals de implementatie van klinische paden (Den Hertog et al., 2005:4). Tenslotte is leervermogen noodzakelijk bij de toepassing van best practices (Berta & Baker, 2004:91) en heeft het sterke raakvlakken met organisatielcultuur. Het leervermogen hangt immers nauw samen met mate waarin mensen open staan om te leren.



*Kennis is
macht.
Kennis delen
is de kracht*

In dit onderzoek wordt research en development als noodzakelijk gezien voor het innovatievermogen van ziekenhuizen. Veel ziekenhuizen hebben een dergelijke afdeling waar soms ook in samenwerking met andere organisaties en bedrijven in de zorgketen onderzoek wordt gedaan naar nieuwe behandelmethoden en medicijnen. Uit deze afdeling komen de meest intelligente en complexe maar vooral technische en zorgkundige innovaties voort. Innovatie is echter meer dan een investering in R&D. Het gaat er om dat de juiste puzzelstukjes bij elkaar worden gebracht (Gesthuizen, 2006:197). Kennis- en leervermogen brengt ons hier verder naartoe en is op te delen in niveaus. Kennis en lering kan plaatsvinden op individueel niveau maar ook op groeps- en organisatie- en omgevingsniveau. Het tweede aspect binnen kennis- en leervermogen richt zich op het individuele niveau van kennis en competenties die benodigd zijn om functies in de zorg uit te voeren.

Zo wordt een hartspecialist geacht over voldoende vakkennis te beschikken om tot een adequate taakuitvoering te komen en is het voor een manager in een ziekenhuis ook noodzakelijk over de nodige leidinggevende competenties te beschikken. Op individueel niveau draait het bij leervermogen vooral om zaken als kernkwaliteiten en persoonlijke ontwikkeling. Iemand die persoonlijk bezig is met leren richt zich op het verleggen van zijn of haar grenzen (Caluwé & Vermaak, 2006:156).

Kennis die opgeslagen is in individuen is vaak niet voldoende om te komen tot vernieuwingen. Daarvoor moet kennis worden gedeeld. Bovendien helpt het delen van kennis tot de verspreiding van innovaties. Een manager zal sneller geneigd zijn toestemming te geven voor de aanschaf van een bepaald medisch apparaat als de werking ervan gepresenteerd is en de toegevoegde waarde is bepaald. Het delen van kennis ofwel de collectieve kennis is een deel van het derde aspect binnen het kennis- en leervermogen dat voortaan onder de noemer collectieve kennis valt. Hier hoort ook het leervermogen bij. Als het gaat om het leren in een team is het belangrijk of mensen worden aangesproken op gedrag, houden ze elkaar de spiegel voor, is er ruimte voor experimentatie? (Caluwé & Vermaak, 2006:156).

Dit geldt ook voor organisatieleren. De vraag is hier hoe bijvoorbeeld binnen een ziekenhuis geborgd is dat kennis en ervaring behouden wordt (Caluwé & Vermaak, 2006:156). Wordt in het beleid van het ziekenhuis voldoende aandacht besteed aan opleidingen in en op het werk (Caluwé & Vermaak, 2006:156).

Tenslotte is ook kennismangement en lering op het hoogste niveau noodzakelijk (Den Hertog et al., 2005:4). Het ziekenhuis bevindt zich in een context van patiënten, farmaceutische industrie, huisartsen, verzekeringsmaatschappijen, zelfstandige behandelcombinaties, wetenschappelijke instituten enzovoort. De vraag is in hoeverre ziekenhuizen gebruik maken van de beschikbare kennis in haar omgeving. Wordt voldoende informatie geput uit bijvoorbeeld de wetenschap? Zoals eerder reeds aangestipt is de kennis van gezondheidszaken up to date maar wordt de kennis over beleidsmatige en organisatorische kennis ook toegepast? Een andere belangrijke vraag is of ingespeeld wordt op trends in de buitenwereld. (Caluwé & Vermaak, 2006:156). Het vraaggericht handelen past bijvoorbeeld in dit kader.

Uit het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat kennis en leervermogen primair benodigd zijn om te komen tot innovatievermogen. Hieronder vallen de volgende onderdelen:

- Research en development;
- Individuele kennis, competenties en leervermogen;
- Collectieve kennis, team- en organisatieleren; en
- Kennismangement en omgevingsleren.

2.4.3 Organisatiestructuur

De organisatiestructuur bepaalt gedeeltelijk de gang van zaken in een ziekenhuis en dus ook hoe omgegaan wordt met innovaties. De vraag is in hoeverre de organisatiestructuur van ziekenhuizen ruimte biedt aan het tot stand komen van innovaties. Vanuit de theorie van Mintzberg (1989) is een ziekenhuis een professionele bureaucratie. Een professionele bureaucratie wil zeggen dat binnen de organisatie veel specialisaties zijn maar weinig geformaliseerde planning en controle is. De operationele kern is dominant, de technische staf is beperkt maar er is wel veel ondersteuning (Caluwé & Vermaak, 2006:264). De professionele autonomie wordt door auteurs gezien als belangrijkste weerstand tegen innovaties (Den Hertog et al., 2005:17; Putters & Frissen, jan. 2006:50). Het woord professionele bureaucratie zegt het al maar in ziekenhuizen is bureaucratie aan de orde van de dag. De aanwezige routine, protocollen, procedures en hiërarchieën lijken tegenstrijdig te zijn aan het innovatievermogen.

Hieruit kan verondersteld worden dat organisatiestructuur bepalend is voor innovatiekracht. Ook onderzoek van Damanpour (1991) bevestigt dat structuurkenmerken van organisaties van invloed te zijn op de mate waarin geïnnoveerd wordt. Hij onderscheidt de mate van specialisatie, communicatiestructuur, standaardisatie van werkprocessen, kenmerken van personeelsopbouw, kenmerken van omgeving, kenmerken van relaties tussen organisaties (Van Linge, 1998:42-44). Deze kenmerken zijn echter niet gespecificeerd maar vragen om verdere uitwerking en hebben mede betrekking op aspecten die later in dit hoofdstuk aan bod komen, zoals organisatiecultuur en interactievermogen. Een organische organisatiestructuur draagt bij aan de innovatiekracht van een organisatie. Deze structuur heeft een bepaalde mate van flexibiliteit in zich. Dit is van belang als het gaat om de contextualisatie van innovaties. Een actuele vraag voor ziekenhuizen is bijvoorbeeld hoe de dienstverlening beter kan worden afgestemd op de klant, het vraaggericht denken.

Binnen de organische structuur is ten eerste van belang dat de autonomie binnen een ziekenhuis niet te sterk bepaald is door één partij. Met andere woorden een hoge mate van centralisatie van besluitvorming, belemmert het innovatievermogen van organisaties (Walker, 2007:596). Een organische structuur waarin decentralisatie van het management de macht van de organisatie verdeelt, geeft daarentegen wel de ruimte om te experimenteren, om te ontwikkelen en innovaties te implementeren (Walker, 2007:596; Gesthuizen, 2006:185; Putters & Frissen, 2006a:4). De mate van centralisatie is dan ook het eerste aspect binnen organisatiestructuur dat bepalend is voor de innovatiekracht van ziekenhuizen. Een belangrijke vraag daarin is in hoeverre autonomie van professionals vernieuwingskracht belemmert.

Specialisatie is het tweede aspect dat thuis hoort in de context van de organische structuur. Specialisatie heeft kennis in zich. De mate waarin een organisatie gespecialiseerd is zegt wat over het kennisniveau van het personeel en de producten en diensten die een organisatie levert. Specialisatie is nodig voor het bevorderen van kennis en is een voorwaarde om kansen te creëren voor het delen van ideeën en het overdragen van kennis (Walker, 2007:596). Ziekenhuizen hebben te maken met een hoge mate van specialisatie. Kennis is belangrijk ondermeer voor artsen. Professionals hebben veel kennis en dit lijkt een functionele omgeving te vormen voor de ontwikkeling en implementatie van nieuwe methoden en technieken, kortom voor innovaties (Den Hertog et al., 2005:11). De mate van specialisatie vormt daarmee het tweede aspect binnen organisatiecultuur dat bepalend is voor vernieuwingskracht.

Tenslotte is de mate waarin formalisatie in een ziekenhuis plaatsvindt bepalend voor de kracht om te innoveren. Wanneer krampachtig wordt vastgehouden aan bestaande procedures belemmert dit het doorvoeren van verfrissende en vernieuwende ideeën die wellicht beter zijn dan de oude. Bijvoorbeeld wanneer door een team binnen de afdeling cardiologie een slimme manier wordt gevonden om het aantal te behandelen cliënten per dag te verhogen, kan dit op het oog positief zijnde initiatief worden gehinderd door het hoge bureaucratiegehalte. Formalisatie gaat dus over de hoeveelheid procedures en regels die binnen een organisatie aanwezig zijn en door Burns en Stalker ook bestempeld worden als non-innovatief (Walker, 2007:596).

De onderdelen van organisatiestructuur die van invloed zijn op innovatievermogen en in dit onderzoek centraal staan zijn:

- Centralisatie;
- Specialisatie; en
- Formalisatie.

2.4.4 Organisatiecultuur

Uit onderzoek blijkt organisatiecultuur bepalend te zijn voor het innovatievermogen in een ziekenhuis (Van Linge, 1998:43; Gesthuizen, 2005:186; Putters & Frissen, 2006b:71; Engel, 2008:30; Kok et al., 2005:11). 80% van de instellingen ziet cultuur ook als reden voor de weerstand bij het invoeren van veranderingen (Kok et al., 2005:49). Innovaties in ziekenhuizen worden veelal geïnspireerd door gedeelde waarden van professionals (Den Hertog et al., 2005:2). Dit heeft alles te maken met organisatiecultuur. Innovatieve ideeën worden vaak overgenomen binnen een context waarbij kansen en risico's die verbonden zijn met de innovatie aansluiten met de interesses, waarden en machtdistributies van de actoren binnen een organisatie (Den Hertog et al., 2005:11). Organisatiecultuur vormt op alle niveaus van zorgverlening in de praktijk een voorwaarde om te komen tot realisering en verspreiding van innovaties in de zorg (Putters & Frissen, 2006b:75).

Zonder het creëren van cultuurveranderingen zouden stakeholders ook afhoudend en ontwijkend gedrag gaan vertonen om onduidelijke en tegenstrijdige informatie, financiële sancties, beperkte keuzeopties en vermindering van kwaliteit tegen te gaan (Putters & Frissen, 2006b:77). Genoeg reden dus om organisatiecultuur op te nemen als factor binnen innovatievermogen.

Binnen organisatiecultuur kunnen verschillende aspecten worden onderscheiden. Ten eerste is creativiteit noodzakelijk om te komen tot innovatievermogen (Gesthuizen, 2006:187; Putters & Frissen, 2006b:75; Gasperz, 1998). Durven dromen leidt tot innovatie. Het innovatieproces behoeft de creatieve inbreng van werknemers en daarmee kan het een substantieel andere arbeidsbeleving teweegbrengen (Gesthuizen, 2006:187). Ook strookt innovatie met postmaterialistische waarden zoals zelfontplooiing. Innovatie levert daarom mogelijk extra werkplezier op, doordat het het werk intrinsiek interessanter maakt (Gesthuizen, 2006:187). Gasperz gaat nog verder en stelt dat de meest innovatieve organisaties zonder uitzondering de organisaties zijn die het creatief vermogen van hun medewerkers weten te benutten (1998:12). Outside the box denken is daarbij cruciaal (Engel, 2008:30). Praktisch gezien maakt creativiteit het mogelijk innovaties en best practices te vertalen naar de omgeving waar ze toegepast dienen te worden (Putters & Frissen, 2006b:75).

Dialoog en openheid voor verandering zijn essentieel voor innovatiekracht (Engel, 2008:30). Dit vormt dan ook het tweede aspect binnen organisatiecultuur. Openheid is bijvoorbeeld in communicatie van belang en kan bijdragen aan de mate waarin wordt geleerd. Het openbaar maken van gemaakte fouten door chirurgen kan voorkomen dat andere chirurgen een zelfde fout maken. Openheid is ook de blik naar buiten richten, over de grens van de eigen afdeling of organisatie heen kijken. Openheid betekent binnen de context van dit onderzoek het openstaan voor nieuwe dingen. Dat impliceert tevens een bepaalde risicogeneidheid. Rogers (1995) ziet deze risicogeneidheid als één van de factoren die de mate van adoptie van innovaties bepalen (Kok et al., 2005:12).

Het derde aspect betreft de samenwerking tussen mensen. De omgang tussen mensen is bepalend voor de vernieuwing binnen een organisatie (Gesthuizen, 2006:187). Een organisatie kan bestaan uit individuen die op zichzelf gericht werken. Innovaties ontstaan echter vooral door krachtenbundeling, enerzijds in het ontwikkelen van vernieuwingen maar anderzijds ook tijdens het verkrijgen van draagvlak voor desbetreffende innovatie. Een cultuur van samenwerken versterkt het interactievermogen van een organisatie, dat in de volgende paragraaf aan bod komt. Tolerantie voor elkaar is daarbij van belang, ook als personen visies hebben die niet stroken binnen de bestaande gang van zaken. Verhoudingen tussen artsen en managers zijn echter vaak conflictueus, waardoor innovaties slecht van de grond komen (Putters & Frissen, jan. 2006:71).

Tenslotte is vertrouwen een cruciale factor om innovaties te stimuleren en te verspreiden (Walker, 2007:597). Er is vertrouwen nodig in de innovatieve kracht en voor het nut en de noodzaak van innovatie voor de kwaliteit en betrouwbaarheid van de zorg (Putters & Frissen, 2006a:7). Een voorbeeld waarbij een innovatie sneller vertrouwen zal wekken is wanneer de vernieuwing aansluit bij de normen en waarden van de organisatie. Wanneer klantgerichtheid een belangrijk speerpunt is en dit actief wordt uitgedragen zal een vernieuwing die primair bijdraagt aan de klantvriendelijkheid eerder worden overgenomen.

De effecten van organisatiecultuur die van invloed zijn op innovatievermogen zijn:

- Creativiteit;
- Openheid;
- Samenwerking; en
- Vertrouwen.

2.4.5 Interactievermogen

Interactievermogen wordt in dit onderzoek gezien als een belangrijk onderdeel van innovatievermogen. Daarmee wordt de wisselwerking bedoeld die een ziekenhuis heeft op intern en op extern niveau. Het is van belang dat een ziekenhuis flexibel kan reageren op de veranderende omgeving waarin een ziekenhuis zich heden ten dage bevindt. Daarbij valt te denken aan de toename van de zorgvraag, de veranderende overheidsregels etc. Het is daarom belangrijk dat een organisatie in staat is haar producten en diensten flexibel af te stemmen op de omgeving (Volberda & Van den Bosch, 2004:17). Innovatie in ziekenhuizen vindt plaats in een context waarin markt, overheid en professionals tegelijkertijd acties ondernemen (Putters & Frissen, 2006b:75). Dat moeten ze ook om resultaten te kunnen boeken want ze zijn sterk wederzijds afhankelijk (Putters & Frissen, 2006b:75). Er is samenspel nodig tussen aanbieders, verzekeraars, medici, industrie en patiënten zodat ieders creativiteit optimaal aangesproken wordt (Putters & Frissen, 2006b:75). De wisselwerking en het samenspel in de interne en externe omgeving van een ziekenhuis is datgene wat innovaties zo complex maakt. Tidd en Hull zien het feit dat één innovatie consequenties heeft voor andere afdelingen binnen een ziekenhuis of andere stakeholders dan ook als één van de belangrijkste redenen waarom innovatie zo complex is (2003:218). Een goede communicatie en informatievoorziening is daarom van belang. Ook hangt de mate waarin er samenspel is tussen de verschillende spelers in het veld nauw samen met organisatiecultuur waarin creativiteit als belangrijk onderdeel van innovatievermogen wordt gezien. Interactievermogen en organisatiecultuur versterken elkaar dus op dit punt. Wanneer er geen creatieve organisatiecultuur heerst zal ook de kracht om samenspel met stakeholders te creëren minder zijn. De complexiteit waarin ziekenhuizen verkeren en de invloed die een ziekenhuis kan hebben op haar stakeholders maar ook de wisselwerking andersom zijn de voornaamste reden dat interactievermogen thuishoort binnen het innovatievermogen.

Om de verschillende niveaus die in dit onderzoek gehanteerd zullen worden ten aanzien van interactievermogen duidelijk te maken wordt begonnen met het hoogste niveau, de externe omgeving. Ziekenhuizen verkeren in een complex netwerk met veel actoren, zoals de reeds genoemde verzekeraars, medici van andere ziekenhuizen en patiënten. De capaciteiten van de diverse actoren in het systeem zijn van belang voor de implementatie en adoptie van innovaties (Den Hertog et al., 2005:11). Door de toename van het aantal professionele en sociale contacten van medewerkers van de organisatie neemt ook de innovativiteit van de organisatie toe (Kok et al., 2005:12). Tevens is interactievermogen met de externe omgeving nodig om keteninnovaties te stimuleren (Putters & Frissen, 2006b:75). Vaak vinden acties gericht op innovatie nog los van elkaar plaats waardoor keteninnovatie niet voldoende van de grond komt (Putters & Frissen, 2006b:75). Tenslotte komen innovaties sneller van de grond wanneer deze stroken met de interesses, waarden, macht van de andere actoren (Den Hertog et al., 2005:13). Geconcludeerd kan worden dat interactievermogen ten eerste bestaat uit de wisselwerking met de externe omgeving, dit wordt in binnen dit onderzoek horizontale interactie genoemd.

Na het interactievermogen met de externe omgeving volgt het interactievermogen binnen een ziekenhuis. Deze vorm van intermurale interactie tussen verschillende niveaus, verticaal en horizontaal, binnen een ziekenhuis vormen vaak een probleem als het gaat om innovatie (Den Hertog et al., 2005:9). Omdat ziekenhuizen hiërarchische organisaties zijn met veel verschillende afdelingen en niveaus is deze coöperatie duidelijk van belang. Het verticale proces van samenwerking binnen een ziekenhuis draait om de coöperatie van het operationele niveau, functionele niveau, het management niveau en het beleidsniveau en vormt een cruciale factor voor innovatie (Den Hertog et al., 2005:6).

Een voorbeeld waaruit blijkt dat het verticale interactieproces belangrijk is, is wanneer een innovatie wordt bedacht door een professional of een team op de werkvloer. In zo'n geval is het nodig dat bottom-up coöperatie plaatsvindt zodat het management van het ziekenhuis de innovatie uiteindelijk goedkeurt.

Als derde en laatste punt is cross-functionele coöperatie noodzakelijk (Den Hertog et al., 2005:17). Deze vorm van samenwerking integreert de horizontale en verticale interactie. Dit is noodzakelijk want om uiteindelijk innovatie te kunnen realiseren is het nodig dat verschillende stakeholders zoals managers, artsen en patiënten tezamen de voordelen en risico's van innovatie delen (Den Hertog et al., 2005:28). Crossfunctionele interactie vormt dan ook het laatste aspect binnen interactievermogen.

Tenslotte dient opgemerkt te worden dat het bij alle niveaus binnen interactievermogen voornamelijk gaat om de inhoud van de contacten en niet om de hoeveelheid. Een grote hoeveelheid contacten kan bijvoorbeeld ook op conflict duiden. In dit onderzoek gaat het bij interactievermogen om contacten waarbij sprake is van samenwerking ofwel coöperatie.

De aspecten van interactievermogen die van invloed zijn op innovatievermogen zijn:

- Horizontale coöperatie
- Verticale coöperatie; en
- Crossfunctionele coöperatie.

2.4.6 Management van innovaties

Het managen van innovaties vormt het laatste punt dat binnen dit onderzoek als variabele wordt gezien binnen innovatievermogen. De reden hiervoor is dat de kracht om innovaties te vertalen naar het innovatieproces onderdeel uitmaakt van het innovatievermogen. Putters en Frissen stellen zelfs dat het proces zelf een onderwerp is van vernieuwing (2006b:14). Ook Nooteboom (2004) geeft aan dat het richten op processen belangrijk is met het oog op innovatieve uitkomsten. Het proces van innovatie kost tijd en omvat de inventie, implementatie en adoptie van de vernieuwing. Het proces op zichzelf is zeker binnen de dynamische context waarin ziekenhuizen zich verkeren complex en heeft sturing nodig bijvoorbeeld om het innovatieproces zo voorspoedig mogelijk te laten verlopen. Hier is behoefte aan omdat vooral de implementatie en adoptie van best practices kritieke fasen in het innovatieproces zijn die te langzaam verlopen (Den Hertog et al., 2005:13). In de volgende paragraaf wordt het innovatieproces verder beschreven aan de hand van de 'cyclus van Nooteboom'. In deze paragraaf gaat het specifiek om het managen van innovaties dat naast de sturing op het proces ook een versterkende invloed heeft op de organisatiestructuur en – cultuur, het kennis- en leervermogen en interactievermogen.

Een eerste onderdeel van het managen van innovaties is goed leiderschap. Leiderschap heeft bovendien sterke raakvlakken met het leervermogen van een organisatie, de organisatiestructuur en de organisatiestructuur. Leiderschap is bijvoorbeeld essentieel als het gaat om de creativiteit van mensen (Merritt & Merritt, 1985:59). Door leiderschap dient ruimte gecreëerd te worden voor experimentatie van waaruit geleerd kan worden. Het management moet de mogelijkheid hebben om nieuwe ideeën te ondersteunen (Volberda & Van den Bosch, 2004:8). Een ander voorbeeld van hoe leiderschap invloed kan hebben op het innovatieve vermogen van een organisatie is wanneer mensen worden beloond als ze vernieuwende ideeën hebben.

Ten tweede is het van belang dat innovatievoorstellen bottom-up doorkomen bij de top van een ziekenhuis maar ook vanuit is het bestuur of management van een ziekenhuis is communicatie richting de werkvloer belangrijk. In de praktijk blijkt deze communicatie nogal eens een heikel punt te zijn.

Een communicatiestructuur die werkt op bottom-up, top-down en crossfunctioneel niveau is dan ook belangrijk voor innovatievermogen. Dit hangt samen met goede informatievoorziening dat benodigd is om ondermeer draagvlak te creëren voor goede vernieuwende initiatieven. Goede informatievoorziening en communicatie is daarnaast ook nodig om van elkaar te leren. Als duidelijker zou zijn dat een bepaalde aanpak leidt tot betere resultaten van een afdeling, dan zullen de andere managers ook eerder geneigd zijn die aanpak over te nemen (Kok et al., 2005:42).

Tenslotte is het doen van kleine slimme interventies noodzakelijk. Als huidige probleem zien Putters & Frissen dat acties teveel los van elkaar plaatsvinden waardoor keteninnovatie niet van de grond komt (2006b:75). Hier zou op gestuurd moeten worden zodat hier verbetering op kan treden. Volgens Frissen kan dat sturen door doelgerichte interventies te plegen via interacties en relaties (Putters, 2001:97). Doelgerichte interventies zijn bovendien relatief makkelijk en snel uitvoerbaar. Gezien de complexe en dynamische omgeving waarin ziekenhuizen zich verkeren zou dit een krachtig instrument kunnen zijn.

De effecten van management van innovaties die van invloed zijn op innovatievermogen zijn:

- Leiderschap;
- Communicatie; en
- Doelgerichte kleine interventies.

2.5 Van innovatievermogen tot innovatie

Ziekenhuizen met voldoende innovatievermogen hebben de kracht om innovaties te initiëren, implementeren en te adopteren. Kennis, leervermogen, interactie met de omgeving, een bepaalde organisatiestructuur en –cultuur alsmede het management van het innovatieproces bepalen tezamen of een ziekenhuis in staat is om veel innovaties door te voeren. De combinatie van vijf factoren, die leidt tot het innovatievermogen, ontstaat niet door een ‘big bang’ maar is een proces. Hoewel het innovatieproces niet specifiek wordt onderzocht in deze scriptie is inzicht in de manier waarop innovaties tot stand komen belangrijk om de rol van het leervermogen in het innovatieproces en het managen van innovaties in de juiste context te kunnen plaatsen. Bovendien is het tijdens het onderzoeken van innovaties van belang inzicht te verkrijgen in de status van een bepaalde innovatie in ziekenhuizen in Nederland om zo diepgaandere lessen te kunnen trekken. Om dit uit te voeren wordt gebruik gemaakt van een recente theorie. Vroeger werd het innovatieproces vooral gezien als een lineair proces terwijl het nu een interactief proces is: een keten van handelingen waartussen steeds weer feedback en terugkoppeling plaatsvindt (Gesthuizen, 2006:187).

Innovatie is op te splitsen in de inventie, implementatie, adoptie en verspreiding. Bij inventie gaat het om het ontdekken van innovaties, zoals in het geval van een productinnovatie een nieuw medisch apparaat. De implementatie van de innovatie richt zich op het traject dat nodig is om het nieuwe medische apparaat te gebruiken. In het kader van dit voorbeeld moet gedacht worden aan een cursus voor medewerkers zodat ze het medische apparaat kunnen gebruiken. De adoptie van de innovatie betreft de werkelijke gebruikname van, in dit geval, het medische apparaat. De verspreiding van de innovatie spitst zich toe op de verspreiding van de innovaties naar andere ziekenhuizen of instellingen. Dit laatste onderdeel wordt in deze scriptie terzijde gelaten. Het gaat in dit onderzoek puur om de vernieuwingskracht zelf. Bovendien heeft een ziekenhuis over het algemeen niet tot doelstelling om innovaties te verspreiden.

2.5.1 Innovatie als proces

In de begripsbepaling van innovatie wordt aangegeven dat innovatie een proces is. Binnen de definitie van innovatie wordt geen verschil gemaakt tussen een uitkomst van een innovatie zoals een nieuw scanapparaat en het proces dat voorafgaand aan de productinnovatie nodig is, bijvoorbeeld de vernieuwing of verandering van werkprocessen. Uit dit voorbeeld blijkt dat proces en product twee verschillende zaken zijn maar toch samenhangen met elkaar en niet los gezien kunnen worden. Er is een urgente behoefte aan kennis over het proces van innovatie en de context van innovatie binnen de gezondheidszorg, die innovatieprogramma's effectiever en minder tijdrovend zouden moeten maken (Den Hertog et al., 2005:4). Bovendien is er niet een 'single system' van innovatie in de dienstverlening te maken omdat innovatie plaatsvindt in een meervoudige omgeving, waarbij meerdere actoren van meerdere sectoren in participeren (Den Hertog et al., 2005:4). Deze gedachte past binnen de benadering van de institutionele context, zoals in paragraaf 2.1 is verwoord. Hoewel het innovatieproces in de zorg, gezien de dynamische omgeving, vaak lastig te voorspellen is zou het te makkelijk zijn om dan vervolgens te stellen dat innovatie onbeïnvloedbaar is. Daarom wordt aangesloten bij de gedachte van Putters en Frissen (2006). Zij stellen dat: "innoveren een proces is dat deels vooraf transparant kan worden ingericht, maar dat ook door onverwachte en niet bedachte druk of kansen zich stapsgewijs voortzet" (2006a:13). Er bestaan diverse theorieën over het innovatieproces, namelijk: cultuur-, structuur- en interactiegericht. Omdat dit onderzoek uitgaat van een ketenbenadering worden innovaties in ziekenhuizen ook vanuit het perspectief van de stakeholders bekeken en past een interactionistische zienswijze op het ontstaan van innovaties het beste.

Cycle of integration and disintegration

Een interactiegericht theorie die aansluit op het onderwerp van deze scriptie en die in het onderzoeksparadigma past, is 'Nootboom's cycle of integration and disintegration. Het model tracht het verschil en de relatie uit te leggen tussen radicale en incrementele innovatie, tussen double loop learning en single loop learning, tussen exploratie en exploitatie (Delbridge, 2003:188). Het model is toepasbaar omdat het weinig zegt over tijd en planning maar juist erg inspeelt op de omgeving van de toe te passen innovaties. Gezien de veranderende context waarin ziekenhuizen opereren is dit model realistisch en toepasbaar voor onderzoek naar innovatie in ziekenhuizen. De verschillende stadia in de 'cyclus van Nootboom' zijn: consolidatie, generalisatie, differentiatie, reciprociteit en combinaties. Deze fasen kunnen los van elkaar en niet opeenvolgend plaatsvinden en hoeven niet per definitie allemaal plaats te vinden. Het idee achter het model is min of meer 'the survival of the fittest' waarin de beste innovatie overleeft, hetzij in geconditioneerde of ongeconditioneerde vorm. Bij consolidatie gaat het om het stadium waarin innovaties door succes en mislukking uitgevonden worden (Delbridge, 2003:1989). Het gevaar in deze fase bestaat dat het niet lukt om routines te doorbreken en dat teruggevallen wordt in het oude gedrag (Nootboom, 2003:227). Generalisatie centreert zich rondom de toepassing van het initiatief in een specifieke context. In dit stadium wordt de innovatie vaak efficiënter in het gebruik en de toepassing er van (Nootboom, 2003:227). In of na de fase van generalisatie kan ook differentiatie, de derde fase, voorkomen waarin innovaties aangepast worden aan de omgeving waarin ze gebruikt worden (Delbridge, 2003:1989; Nootboom, 2003:225). Wanneer elementen van practices worden gebruikt voor andere innovaties dan is sprake van reciprociteit (Delbridge, 2003:1989; Nootboom, 2003:225). Uiteindelijk kunnen vele combinaties in diverse contexten leiden tot 'novel combinations' (Delbridge, 2003:1989).

In de cyclus van Nooteboom ontbreekt een heldere zienswijze over het ontstaan van innovaties. Het ontstaan van innovaties kan op diverse manier plaatsvinden, bijvoorbeeld door een gebeurtenis zoals een wetswijziging die voor een ziekenhuis ineens bepaalde (risicovolle) investeringen mogelijk maakt. Research en Development (R&D) kan uitmonden in een nieuwe behandelingswijze voor een bepaalde ziekte. Daarnaast kan een wens de moeder van de innovatiegedachte vormen. Door het eerder aangestipte publiek-private domein waarin ziekenhuizen verkeren is het anno 2009 nog niet algemeen dat ziekenhuizen innoveren om daarmee op termijn hun positie te handhaven en kosten te verlagen (Kok et al., 2005:17). Wellicht dat dit 'mechanisme' naar de toekomst meer een rol gaat spelen, bijvoorbeeld als gevolg van verdergaande privatisering van ziekenhuizen.

In deze scriptie worden de volgende aspecten onderscheiden binnen het innovatieproces:

- Ontstaan van de innovatie;
- Consolidatie;
- Generalisatie;
- Differentiatie;
- Reciprociteit; en
- 'Novel combinations'.

2.6 Randvoorwaarden van innovatievermogen

Innovatievermogen is onderhevig aan randvoorwaarden. Dit kan vanuit twee perspectieven worden bekeken. Enerzijds kunnen randvoorwaarden gezien worden als de condities waaronder innovatievermogen de meeste kans heeft om te floreren. Een integraal managementsysteem of een competitieve omgeving zouden hiervan voorbeelden kunnen zijn. De innovatiekracht die ziekenhuizen anno 2009 hebben moet echter binnen de bestaande kaders zoals wet- en regelgeving functioneren. Omgevingsfactoren kunnen door een ziekenhuis zelf lastig worden veranderd. Anderzijds kan onder randvoorwaarden ook de context worden verstaan waarin innovatievermogen ontwikkeld wordt. Op deze manier wordt ook binnen dit onderzoek naar randvoorwaarden gekeken. Het gaat in deze paragraaf dus om de omstandigheden waardoor het innovatievermogen van ziekenhuizen wordt gestuurd, zoals bijvoorbeeld wet- en regelgeving. Deze randvoorwaarden bestaan op diverse terreinen die in de volgende alinea's aan het licht zullen komen.

2.6.1 Institutionele randvoorwaarden

De institutionele context waarin ziekenhuizen zich bevinden bepaalt de regels van het innovatiespel. De overheid speelt hierin een grote rol door de kaders die aan innovatie worden gesteld door middel van wet- en regelgeving dat vast wordt gelegd in beleid. Uit onderzoek van Putters en Frissen blijkt ook dat de overheid degene is die door zorgprofessionals het meest wordt gezien als verantwoordelijke voor innovaties in de zorg (Putters & Frissen, 2006b:24). Uit de huidige gang van zaken lijkt de huishouding van zorginstellingen toch vooral gericht te zijn op het voldoen aan de regels van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, de zorgkantoren, de verzekeraars en de inspectie (Kok et al., 2005:42). Als het gaat om innovatie zijn instellingen bang dat de voordelen van de innovatie worden afgeroomd door het Ministerie van VWS (Kok et al., 2005:42). Volgens Putters en Frissen is wat dat betreft sprake van een regelparadox waar regels worden opgeheven om marktwerking en innovatieve praktijken te bevorderen maar regels ontstaan van controle en toezicht achteraf die op hun beurt zeer gedetailleerd en stringent kunnen zijn (Putters & Frissen, 2006a:10). De overheid wil binnen het huidige nieuwe zorgstelsel de concurrentie stimuleren.

Toch komt innovatie op het moment nog niet zo van de grond door het gebrek aan concurrentie en marktprikkels, waardoor zorginstellingen de motivatie missen om te innoveren (Kok et al., 2005:44; Putters & Frissen, 2006a:11). Volgens het CPB-rapport 'Zorg voor concurrentie', ondervinden een aanzienlijk aantal ziekenhuizen geen concurrentie van andere zelfstandige ziekenhuizen binnen een straal van 25 kilometer (Putters & Frissen, 2006b:68). Innoveren moet lonen voor het bereiken van meer innovatie en vraaggerichtheid (Putters & Frissen, 2006b:32). Wel stimuleert de overheid innovatie door bijvoorbeeld subsidies. Ziekenhuizen moeten heden ten dage innovaties organiseren met de middelen die voorhanden zijn. Subsidie kan daarbij een hulpmiddel vormen. Ook wil de overheid in het nieuwe zorgstelsel bijdragen aan het vergroten van de transparantie binnen de zorg door bijvoorbeeld prestatie-indicatoren te stimuleren en de kosten per behandeling zichtbaar te maken (Putters & Frissen, 2006b:68). De institutionele kaders zullen verder moeten veranderen om innovatie binnen de gezondheidszorg verder van de grond te tillen. Hier is de overheid zelf ook van overtuigd. De verschillende partijen zijn eensgezind over de noodzaak van innovatie in de zorg en zijn het bijna eens over een beperkte vorm van marktwerking (Putters & Frissen, 2006a:11). Daarnaast beamen de meeste politieke partijen het belang van kwaliteit en keuzevrijheid voor cliënten (Putters & Frissen, 2006a:11).

2.6.2 Organisatorische randvoorwaarden

Het vermogen om te innoveren is direct afhankelijk van de middelen die daarvoor beschikbaar zijn in de vorm van financiën. De bekostiging van ziekenhuizen is gebaseerd op throughput. Dit betekent dat de financiering plaatsvindt op basis van de hoeveelheid behandelingen, operaties etc. Hierdoor kan niet goed worden beoordeeld of een andere manier van behandelen goedkoper en/of effectiever is zoals bij financiering op basis van output en outcome wel het geval is (Kok et al., 2005:42). Output en outcome gaat dan ook om de geleverde prestaties en de uiteindelijke effecten daarvan. Vragen die daarbij passen zijn: is de operatie geslaagd en heeft de ingreep op langere termijn ook het gewenste effect opgeleverd? Een innovatie kost in eerste instantie vaak geld dat zich, hetzij op tactische of strategische termijn, terugbetaalt in de vorm van meer doelmatigheid, meer doeltreffendheid of meer kwaliteit. Instellingen in de marktsector financieren innovaties uit de winst die ze maken (Putters & Frissen, 2006b:72). Aangezien zorginstellingen maar zeer beperkte reserves mogen hebben, zijn ze aangewezen op externe financiering (Putters & Frissen, 2006b:72). Ze hoeven daarbij geen geld te lenen op de kapitaalmarkt, maar kunnen een beroep doen op subsidies voor ontwikkeling en implementatie van innovaties (Putters & Frissen, 2006b:72). De subsidieverlenende instelling, vaak de overheid, bepaalt dan vervolgens of de noodzaak tot desbetreffende innovatie voldoende aanwezig is (Putters & Frissen, 2006b:72). Op basis daarvan kan gesteld worden dat innovaties geen doorgang kunnen vinden indien de financiering ontbreekt. Kok et al. stellen ook dat de baten van een innovatie grotendeels worden bepaald door de bekostigingssystematiek (2005:39). Een betere financiële situatie bevordert de innovativiteit van een ondernemer (Kok et al., 2005:12).

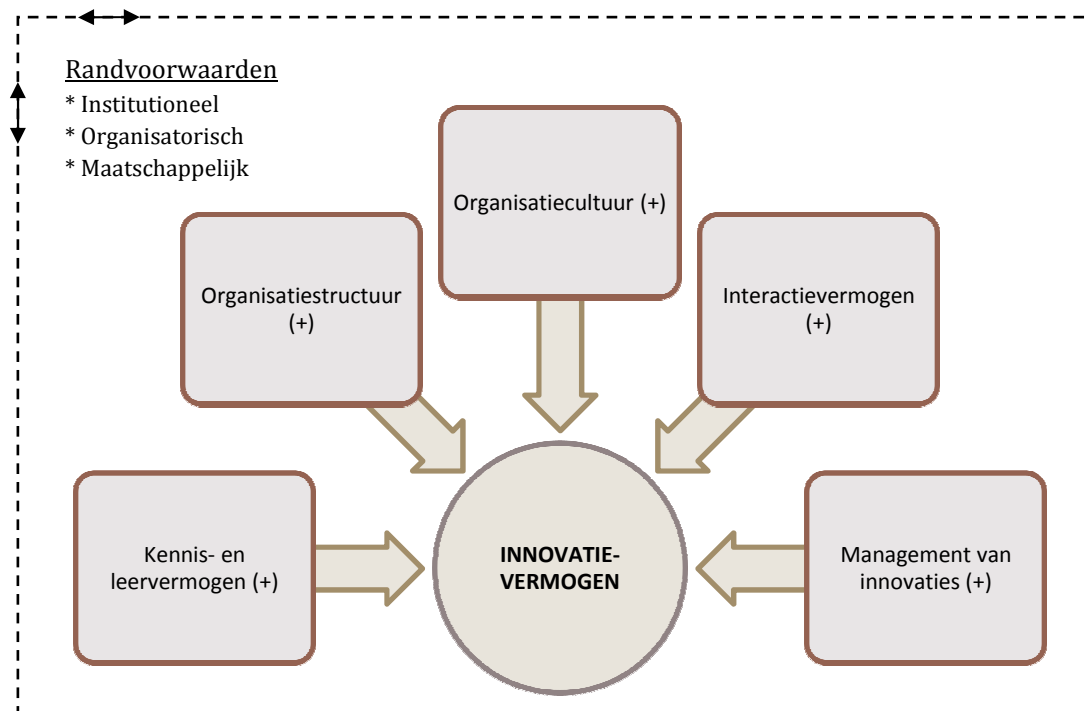
2.6.3 Maatschappelijke randvoorwaarden

Naast de overheid zijn ook andere stakeholders van het ziekenhuis van belang als het gaat om innovaties in ziekenhuizen. Zo moeten verzekeraars in het nieuwe stelsel de rol van intermediair tussen consumenten en zorgverzekeraars vervullen (Putters & Frissen, 2006b:68). Dit vormt een prikkel voor ziekenhuizen om bijvoorbeeld de prijs-kwaliteit verhouding verder te verbeteren en stimuleert dus vernieuwing. Zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen en professionals, sluiten immers contracten af met zorgverzekeraars en ziekenhuizen kunnen ook door deze verzekeraars worden afgewezen (Putters & Frissen, 2006b:68).

Een andere manier waarop maatschappelijke voorwaarden invloed hebben op ziekenhuizen is door de demografie. De demografische kenmerken bepalen gedeeltelijk in welke richting een zorgverlenende instantie zal gaan vernieuwen. Als er veel vergrijzing is zal dat anders zijn dan wanneer de omgeving vooral uit mensen van middelbare leeftijd bestaat.

2.7 Conceptueel model

Na een uitwerking van wat innovatie is, welke innovatiecategorieën bestaan en in welke context ziekenhuisinnovatie zich bevindt is ingegaan op innovatievermogen. Vanuit een theoretische benadering is in dit hoofdstuk bepaald welke factoren de vernieuwingskracht van een ziekenhuis bepalen. Dit mondt uit in een overkoepelend model waarin innovatievermogen afhankelijk is van kennis en leervermogen, organisatiestructuur, organisatiecultuur, interactievermogen en sturing op innovatieproces. De som van de onafhankelijke variabelen leidt tot de hoogte van het innovatievermogen in een bepaald ziekenhuis. Innovaties komen uiteindelijk middels het innovatieproces tot stand onder bepaalde randvoorwaarden. De stippellijn in model 1 geeft het kader aan dat bepaalt binnen welke randvoorwaarden innovatievermogen in een ziekenhuis kan plaatsvinden.



Model 1 Innovatievermogen

Hoofdstuk 3 Methodologie

3.1. Inleiding

Om het doel van het onderzoek, zoals beschreven in paragraaf 1.3 te behalen is het van belang methoden en technieken te selecteren die haalbaar zijn en uiteindelijk resulteren in valide en betrouwbare onderzoeksresultaten. In dit hoofdstuk wordt beschreven en verantwoord hoe de centrale vraag en de bijbehorende deelvragen in deze scriptie beantwoord worden. In de volgende paragraaf wordt allereerst de onderzoeksstrategie verder uitgewerkt.

3.2 Onderzoeksstrategie

De voorliggende scriptie is deductief van aard. Dit wil zeggen dat het onderzoek gestructureerd is opgezet en verlopen (Van Thiel, 2007:65). Het onderzoek is toetsend omdat de veronderstellingen over innovatievermogen, zoals beschreven in het theoretisch kader, getoetst worden aan de praktijk. Daarnaast zijn innovatieve casussen uit het buitenland geselecteerd. In Nederland bestaan geen websites of organisaties die internationale zorginnovaties verzamelen en publiceren. Dit bestaat wel voor Nederlandse zorginnovatie, bijvoorbeeld het Zorginnovatieplatform (ZIP). Wellicht kan naast binnenlandse zorginnovaties ook geleerd worden van buitenlandse vernieuwingen, wanneer deze zichtbaar gemaakt worden. Dit is de reden dat in dit onderzoek gekozen is voor het analyseren van buitenlandse innovaties die perspectief kunnen bieden voor Nederlandse ziekenhuizen. Vervolgens is door middel van interviews bepaald op welke onderdelen van innovatievermogen ziekenhuizen verder verbeterd kunnen worden. Vanuit deze leerpunten zijn aanbevelingen geformuleerd voor ziekenhuizen die haar vernieuwingskracht willen verhogen, maar ook in meer algemene zin. Naast het toetsende karakter is het onderzoek dus ook beschrijvend en verkennend. Gezien de omstandigheden en positie van het onderzoek was kwalitatief onderzoek het meest haalbaar. Dit komt omdat kwalitatief onderzoek de meeste ruimte geeft om de diepte in te gaan en inhoudelijke aanbevelingen te kunnen doen. Het doen van getalsmatig onderzoek zou de kans te groot gemaakt hebben dat alleen een diagnose gesteld kon worden over in welke mate de onafhankelijke variabelen zoals organisatiestructuur bijdragen aan het innovatievermogen van ziekenhuizen zonder de achterliggende gedachten helder te maken. Het doel van dit onderzoek strekt dan ook verder en richt zich op een brede beschrijving, die leidt tot praktische en concrete aanbevelingen. Om het doel van het onderzoek te kunnen verwezenlijken en de deelvragen valide en betrouwbaar te beantwoorden is bestaand materiaal als onderzoeksstrategie gehanteerd.

3.2.1 Bestaand materiaal

De strategie bestaand materieel past het beste bij dit onderzoek als het gaat om de innovatieve casussen uit het buitenland. Het sluit goed aan bij het brede karakter van dit onderzoek en leent zich er voor om informatie te putten uit een groot aantal bronnen zoals rapporten, beleidsnota's, brochures, mediaberichten etc. Tevens vergroot het de haalbaarheid van het onderzoek met name als het gaat om de derde deelvraag waarin het zoeken naar concrete innovaties in buitenlandse ziekenhuizen centraal staat. Het was praktisch gezien niet haalbaar om buitenlandse innovaties, anders dan door bestaand materiaal, te analyseren. Dit is dan ook de meest efficiënte onderzoeksstrategie om perspectief biedende buitenlandse vernieuwingen te kunnen selecteren.

3.3 Onderzoeksmethoden en - technieken

Uit de voorgaande paragraaf blijkt dat binnen dit onderzoek sprake is van de onderzoeksstrategie bestaand materiaal. De methoden die binnen deze strategie zijn toegepast betreffen een inhoudsanalyse en interviews. Allereerst zal ingegaan worden op de inhoudsanalyse.

3.3.1 Inhoudsanalyse

Binnen de onderzoeksstrategie bestaand materiaal gaat het hier om schriftelijke documentatie met als doel te achterhalen welke innovaties in buitenlandse ziekenhuizen bestaan. De methode die daarbij het beste past is inhoudsanalyse, waarbij het gaat om het interpreteren van documenten die niet primair voor onderzoek zijn bedoeld. Innovaties uit buitenlandse ziekenhuizen zijn vooral gezocht in buitenlandse beleidsnota's, tijdschriften, vakbladen, websites en wetenschappelijke artikelen om zo een evenwichtig beeld te krijgen van de innovaties. De inhoudsanalyse is daarnaast toegepast om de buitenlandse innovatiecasussen te beschrijven. Deze onderzoekstechniek houdt in dat door analyse het innovatieproces beschreven kan worden. De buitenlandse vernieuwingen worden opgedeeld in verschillende fasen, van het ontstaan van de innovatie tot nieuwe toepassingen ervan.

3.3.2 Interview

In dit onderzoek worden interviews gebruikt, naast de inhoudsanalyse. De interviews zijn ter hand genomen om de veronderstellingen binnen het theoretische kader te toetsen en om lessen te trekken uit buitenlandse innovaties om uiteindelijk de vernieuwingskracht te verhogen. De keuze voor interviews is gemaakt omdat met deze onderzoeksmethode verder de diepte ingegaan kan worden in vergelijking met de enquête. Bovendien bestaat in een interview de ruimte om door te vragen op inspirerende ideeën, achterliggende gedachten en aanknopingspunten die wellicht van belang kunnen zijn. De interviews hebben semigestructureerd plaatsgevonden. Deze manier van interviewen biedt mogelijkheden om het gesprek te sturen maar ook om kennis te nemen van interessante achterliggende gedachten of verrassende bijzaken. In deze scriptie vormt het een uitdaging om lessen te trekken van buitenlandse innovaties. Praktisch gezien was het, zoals eerder aangegeven, onmogelijk om buitenlandse innovaties in het buitenland te bestuderen en gesprekken te plannen met personen aldaar. Daarom is ervoor gekozen om casussen van buitenlandse innovaties voor te leggen aan personen die werkzaam zijn in Nederlandse ziekenhuizen of nauw betrokken zijn bij Nederlandse ziekenhuizen. Daarnaast heeft in het interview toetsing plaatsvinden van het theoretisch kader. Dat wil zeggen dat middels het interview onderzocht is in hoeverre bijvoorbeeld leiderschap belangrijk is als het gaat om innovatiekracht. Het interview was dus tweeledig en opgesplitst in een algemeen deel over vernieuwingsvermogen en een specifiek deel over een casus. De interviewhandleiding die daarbij is gehanteerd is te vinden in bijlage 1. De namenlijst van de respondenten wordt weergegeven in bijlage 2.

3.4 Validiteit en betrouwbaarheid

Een onderzoek staat of valt met de mate van validiteit en betrouwbaarheid. Bij validiteit gaat het er vooral om of gemeten is wat gemeten moest worden (Van Thiel, 2007:56). Dus, worden de deelvragen beantwoord door de manier waarop het onderzoek is uitgevoerd? Betrouwbaarheid spitst zich toe op de meetinstrumenten die worden gehanteerd om tot de onderzoeksresultaten te komen. Het gaat daarbij vooral om de betrouwbaarheid ervan. In deze paragraaf wordt aangegeven welke maatregelen in dit onderzoek genomen zijn om de validiteit en betrouwbaarheid te borgen.

3.4.1 Inhoudsanalyse

Naast het feit dat documentenanalyse een efficiënte manier is van onderzoeken is het ook een zuivere onderzoeksvorm omdat de onderzoekssituatie niet wordt verstoord om gegevens te verzamelen (Van Thiel, 2007:115). In dit onderzoek is zowel primair als secundair materiaal gebruikt. Dit resulteert in documenten die niet voor onderzoek bedoeld zijn maar ook in documenten die daar juist wel voor zijn geschreven. Om de betrouwbaarheid te verhogen is, naast de publicaties van innovaties door de organisatie die ze hebben ontwikkeld, ook materiaal gebruikt dat niet direct voortkomt uit de initiatiefnemers van de innovaties. Wetenschappelijke artikelen zijn vereist om een zo neutraal mogelijk beeld geven van de innovaties en de gevolgen daarvan. Door middel van een combinatie van wetenschappelijk en niet-wetenschappelijke documenten is een reflectie gegeven op de buitenlandse vernieuwingen. Deze methode van gegevensverwerking verkleint de kans dat innovaties alleen rooskleurig worden gezien. Organisaties zullen eigen vernieuwingen immers niet gauw ontcrachten. Het empirische onderzoek is op systematische wijze toegepast. Hoe dit is uitgevoerd en welke methodieken daarbij gebruikt zijn wordt hieronder beschreven.

Steekproefkader en onderzoekscriteria

Om te komen tot een selectie van buitenlandse innovaties die bruikbaar en/of toepasbaar kunnen zijn in Nederland is gezocht in wetenschappelijke documenten, beleidsdocumenten, websites en vakbladen die te maken (zouden kunnen) hebben met vernieuwing in ziekenhuizen. Omdat de scope van het onderzoek heel breed is en alle mogelijkheden van innovaties in heel de wereld open laat, was het onmogelijk om alle voorhanden zijnde documentatie te bestuderen. Zoals reeds benadrukt is in deze scriptie getracht evenredig te zoeken in wetenschappelijke literatuur, beleidsdocumentatie, media-informatie etc. Een vernieuwing die in de wetenschappelijke literatuur als onbevredigend wordt gezien en in de media wordt aangeprezen is dan ook niet behandeld in dit onderzoek. Naast het verhogen van de betrouwbaarheid vergroot dit tevens de validiteit want in dit onderzoek zijn we op zoek naar echte vernieuwingen en niet naar initiatieven die eigenlijk geen (positieve) vernieuwingen blijken te zijn. Een andere maatregel die getroffen is om de betrouwbaarheid in dit onderzoek te vergroten is dat in zowel Europa, de Verenigde Staten en de Oosterse landen gezocht is naar vernieuwing. Hierdoor wordt voorkomen dat een te positief of onrealistisch beeld wordt geschetst over een bepaald werelddeel, wat betreft innovaties in ziekenhuizen. Een belemmerende factor hierbij was de taal. De zoekopdrachten zijn in het Nederlands en Engels uitgevoerd. Hierdoor is een gedeelte van de informatie uit andere landen gemist, alhoewel websites van bijvoorbeeld uitheemse overheden zoals China, Duitsland en India ook vaak in het Engels beschikbaar zijn.

In deze scriptie is op een efficiënte manier de kans op het vinden van interessante vernieuwingen vergroot door een deel van de zoekstrategie te richten op bestaande vergelijkende wetenschappelijke literatuur en websites. Voorbeelden daarvan zijn publicaties van de World Health Organization (WHO) en websites waarop Health Innovation Awards worden vermeld. De vraag of in de scriptie gemeten wordt wat de bedoeling is, is geborgd door enerzijds triangulatie van bronnen toe te passen, zoals reeds genoemd. Anderzijds is gebruik gemaakt van een selectie van vaste zoekwoorden die direct betrekking hebben op datgene wat werd gezocht, namelijk innovatie ofwel vernieuwing. In bijlage 1 worden de resultaten van de zoektocht beschreven. Daarbij wordt naast de desbetreffende innovatie aangegeven uit welk land de vernieuwing komt, in wat voor soort documentatie het initiatief voorkomt en door middel van welke zoektocht de vernieuwing gevonden is.

Voorts is van belang welke criteria gehanteerd zijn om te bepalen wanneer wat een vernieuwing is. Daarbij is het van belang antwoord te krijgen op de volgende vragen:

- Wanneer is een practice een innovatie?
- Wanneer past de practice in dit onderzoek?

De eerste vraag die gaat over wanneer een practice een innovatie is, is reeds beantwoord in het theoretisch kader. De factoren die daar worden genoemd worden opgesomd in de kolom met de factoren zoals weergegeven in tabel 2. De tweede vraag betreft datgene waaraan innovaties moeten voldoen om in dit onderzoek gezien te worden als een vernieuwing die wellicht leeraspecten in zich heeft voor Nederlandse ziekenhuizen. Deze criteria worden weergegeven in de derde kolom en zijn afgeleid van de factoren zoals reeds in het theoretisch kader beschreven.

Tabel 2 Innovatiecriteria

Innovatie	Factoren	Criteria
Doel	Kwaliteit, productiviteit, efficiëntie	De vernieuwing heeft geleid tot een hogere kwaliteit, productiviteit of efficiëntie
Inhoud	Nieuwe dingen doen of bestaande dingen anders doen	De vernieuwing is niet eerder toegepast of nooit eerder in deze vorm gehanteerd
Vorm	Product, dienst, proces, organisatievorm	De vernieuwing heeft betrekking op product, dienst, proces of organisatievorm
Uitkomst	Duidelijk na implementatie	De vernieuwing wordt na afronding door meerdere partijen als positief ervaren

3.4.2 Interview

Naast de documentenanalyse zijn interviews gehouden om antwoorden te verkrijgen op de interviewvragen. Om de betrouwbaarheid en validiteit van deze onderzoeksmethode te verhogen zijn diverse maatregelen genomen, als het gaat om de interviewvragen en de keuze van de respondenten. De interviews zelf kennen een algemeen deel over vernieuwingskracht in ziekenhuizen en een specifiek deel over de casus. De topics die daarin aan de orde komen stonden bij elk interview vooraf vast en zijn gelijk aan elkaar. Zo is aan de respondenten gevraagd waarom de desbetreffende innovatie (nog) niet in Nederland is toegepast, in hoeverre de innovatie toepasbaar is in Nederlandse ziekenhuizen en op welke punten Nederlandse ziekenhuizen kunnen verbeteren in vergelijking met de casus. Door deze eenduidige aanpak wordt de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de interviews bevorderd. Zoals eerder aangestipt bestonden de interviews uit een algemeen en casusspecifiek deel. Het algemene deel stond in het teken van innovatiekracht van ziekenhuizen en datgene wat er voor nodig is om innovatievermogen te verbeteren. Door middel van dit deel van de interviews is het conceptueel model getoetst. Tijdens de bespreking van de casus werd gedoeld op de leereffecten en datgene wat ziekenhuizen kunnen verbeteren in relatie tot vernieuwingskracht. Er is bewust niet voor gekozen om in het interview direct te vragen naar de variabelen zoals opgenomen in het theoretische kader. De reden hiervoor is dat het toetsen van het theoretisch kader aan de werkelijkheid ook een van de doelen was van het interview. Aan de hand van de antwoorden van de respondenten is verder ingezoomd op aspecten die van belang zijn als het gaat om innovatiekracht enerzijds en verbeterpunten anderzijds. Op deze manier is goed naar voren gekomen wat in de praktijk wordt ervaren als zijnde van invloed op innovatiekracht. Wanneer direct gevraagd zou worden of bijvoorbeeld vertrouwen van invloed is op vernieuwingsvermogen zou dit de betrouwbaarheid van het onderzoek ernstig verstoren.

Voorafgaand aan het werkelijke houden van de interviews is een proefinterview gehouden om af te stemmen of de vragen zouden leiden tot datgene wat binnen het onderzoek gemeten moest worden, of de vragen begrijpelijk zijn voor de respondent en of de tijdsduur past bij hetgeen wat aan de respondenten is meegedeeld. Van ieder interview is opname gemaakt. Vervolgens is een woordelijk verslag opgesteld om zo interpretatienuances te voorkomen. Tenslotte zijn de gespreksverslagen aan de hand van het theoretisch kader gestructureerd geanalyseerd. Bij de verwerking is gebruik gemaakt van codering. De operationalisatie van de begrippen zoals organisatiecultuur en –structuur, zoals weergegeven in het theoretisch kader vormden daarvoor de basis. Deze operationalisatie is terug te vinden in hoofdstuk 2. Aan het eind van elke paragraaf worden de begrippen weergegeven waarin de onafhankelijke variabelen meetbaar worden gemaakt. Tijdens de analyse vormden deze begrippen het uitgangspunt. Feitelijk is per individueel verslag eerst gecodeerd op de variabelen binnen kennis en leervermogen, vervolgens op organisatiecultuur etc. Deze systematische analyse borgt een stukje van de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de resultaten. De uitkomsten van de interviewanalyse zijn te vinden in de bijlagen 4 en 6. In bijlage 4 worden de uitkomsten beschreven van wat de respondenten als relevant zien voor innovatievermogen. In bijlage 6 wordt per casus weergegeven wat belangrijk wordt geacht voor vernieuwingskracht.

Steekproefkader

In totaal zijn zeven personen geïnterviewd. Elke persoon heeft één casus voorgelegd gekregen zoals weergegeven in bijlage 1 en 5. De reden dat elke persoon slechts één casus voorgelegd kreeg had met name het doel om interpretatienuances te voorkomen. Wanneer meerdere casussen voorgelegd zouden zijn bestond de kans dat gedurende het gesprek niet duidelijk was wanneer over welke casus werd gesproken. Ook bood de bespreking van één casus per respondent meer mogelijkheden om het gesprek te kunnen sturen. In totaal is elke innovatiecasus minimaal twee keer voorgelegd aan een persoon. Dat elke casus twee keer besproken is, is van belang om de betrouwbaarheid van het onderzoek te verhogen. Elke innovatie is besproken met een persoon die inhoudelijk bekend is met de materie en binnen een ziekenhuis werkzaam is. Daarnaast is elke casus besproken met een tweede persoon die de inhoud goed kent maar niet (meer) werkzaam was in een ziekenhuis of onderzoek doet naar de materie. Omdat deze zogenaamde expert of informant niet verantwoordelijk is voor bepaalde onderdelen in een ziekenhuis werd aangenomen dat deze opener kan praten over mogelijke knelpunten of spanningen.

Tabel 3 Interviews

	Persoon a	Persoon b	Persoon c	Persoon d	Persoon e	Persoon f
Innovatie 1	X	X				
Innovatie 2			X	X		
Innovatie 3					X	X

De keuze voor welke respondenten bij het onderzoek betrokken zijn is voortgekomen uit de beschreven voorwaarden en betreft zodoende een selecte steekproef. In totaal waren dus drie experts of informanten benodigd en drie inhoudelijk betrokkenen. Omdat het onderzoek zich puur richt op ziekenhuizen was het noodzakelijk dat de respondenten een directe relatie met ziekenhuizen hebben. Er is dus sprake van een quotum steekproef waarbij respondenten gekozen worden op basis van het aantal benodigde eenheden en hun kenmerken (Van Thiel, 2007:54). Deze opzet is in de uitvoering ook op deze manier gevolgd. In bijlage 2 wordt weergegeven welke respondenten aan dit onderzoek hebben meegewerkt. Daaruit valt op te maken dat in totaal zeven personen zijn geïnterviewd. Deze extra persoon is ingezet om één casus vanuit drie perspectieven te bekijken. Verder valt ten aanzien van de geïnterviewde personen op te merken dat twee van de zeven respondenten vrouwen zijn.

Hoofdstuk 4 Buitenlandse zorginnovaties

4.1 Inleiding

De derde deelvraag binnen deze scriptie gaat in op innovaties die bestaan in buitenlandse ziekenhuizen en die perspectief kunnen bieden voor Nederlandse ziekenhuizen. In dit hoofdstuk worden drie vernieuwingen uitgediept die uit de zoektocht naar zorgvernieuwing in het buitenland zijn gekomen. Deze zoektocht bracht een nieuw licht over de ziekenhuiswereld in het buitenland. Deze bevindingen zijn bepalend voor de reden van de keuze voor de casussen in deze scriptie. Daarom worden de resultaten daarvan in de volgende paragraaf beschreven. Vanaf paragraaf 4.3 wordt een uitwerking gegeven van de gekozen casussen uit het buitenland.

4.2 Vernieuwingen in buitenlandse ziekenhuizen

In Nederland wordt veel over innovatie gesproken. Vernieuwing worden bijvoorbeeld vanuit de overheid gestimuleerd door het verlenen van subsidies en de oprichting van innovatieplatforms. Een voorbeeld is het zorginnovatieplatform (ZIP) dat in 2008 gelanceerd is om zorginnovatie te stimuleren en onder de aandacht te brengen (ZIP, 24 juni 2009). Ook bestaat de Brainport Health Innovation Award ter bevordering van zorginnovatie dat opgericht is door de zorgsector, kennisinstellingen, het bedrijfsleven en de overheid (Brainporthealthinnovation, 24 juni 2009). Kortom door publieke en private instellingen is innovatie een veelgehoord begrip. Uit cijfers van de OECD blijkt dat Nederland benedengemiddeld scoort als het gaat om ligdagen bij acute zorg (RIVM, 24 juni 2009). Een logische gedachte is dan vervolgens dat in landen die hoog scoren, zoals de Scandinavische landen, vernieuwingen hebben plaatsgevonden waardoor reductie in de ligduur heeft plaatsgevonden. Mede daarom was de verwachting over vernieuwing in het buitenland hooggespannen. Zeker gezien de aandacht die in de Nederlandse zorgsector wordt gegeven aan innovatie.

De verwachting ten aanzien van vernieuwing in het buitenland moest tijdens het empirisch onderzoek worden bijgesteld. Ten eerste was op basis van de hoeveelheid websites, die in Nederland bestaan op het gebied van innovatie in de zorg, de verwachting dat dit in andere (Europese en Amerikaanse) landen ongeveer vergelijkbaar zou zijn. Uit de zoektocht blijkt echter dat de mate waarin landen publiceren over zorgvernieuwing erg verschilt. Engeland is één van de landen die mede door middel van de website van het National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) maar ook de NHS Institute for Innovation and Improvement veel publiceert. Zo is op de website een kanaal te vinden waar continue filmpjes worden getoond over zorgvernieuwing en wordt uitgelegd wat de voordelen zijn en hoe het feitelijk werkt. Daarnaast worden door het Engelse Department of Health documenten gepubliceerd met daarin voorbeelden van vernieuwingen in de gezondheidszorg. Ook landen waar Health Innovation Awards bestaan, zoals in Australië en Nieuw Zeeland, besteden relatief veel aandacht aan de publicatie van vernieuwingen. Een kanttekening hierbij is wel dat de zoekstrategieën alleen in het Nederlands en Engels hebben plaatsgevonden. Hierdoor is naar alle waarschijnlijkheid een deel van informatie over zorginnovaties gemist. Terwijl die misschien wel beschikbaar was, maar in een andere taal. Het tweede punt betreft de inhoud van de innovaties. Tijdens het zoeken naar vernieuwingen kwamen vaak medische of medisch technologische vernieuwingen naar voren. Op dat gebied is meer concrete informatie te vinden dan over bijvoorbeeld logistieke innovatie. Door de medisch inhoudelijke aard van medisch technologische innovaties vallen deze echter buiten de scope van dit onderzoek.

Een voorbeeld van literatuur waarin naast medische onderzoeken en practices ook wordt geschreven over organisatorische vernieuwingen is het European Journal of Public Health. 'Web-based public health knowledge systems: lessons from Austria, Germany, Norway and Europe' is een voorbeeld van een artikel waarin vernieuwingen worden belicht (Kuunders, 2008:106).

Het derde punt betreft het volgende. Wanneer een vernieuwing gevonden lijkt te zijn is vaak slechts een kleine beschrijving er van beschikbaar. Om te kunnen bepalen of een practice werkelijk innovatief is, is meer nodig dan een enkele beschrijving en moet de vernieuwing van meerdere kanten worden gezien. Deze informatie bleek vaak niet voorhanden te zijn. Dit maar ook de twee eerdere genoemde punten hebben ertoe geleid dat in dit onderzoek grote vernieuwingen zijn beschreven waarvan relatief veel informatie te vinden is.

Tenslotte is op te merken dat de drie genoemde punten terug te vinden zijn in de bijlage waarin staat aangegeven welke innovaties gevonden zijn en hoe de zoektocht heeft plaatsgevonden. Omdat het niet haalbaar is dat één onderzoeker in enkele maanden een volledige lijst van alle mogelijke innovaties heeft en daarnaast ook niet alle documentatie die wereldwijd beschikbaar is gelezen kan hebben, wordt van bijlage 5 geen verdere analyse gemaakt.

4.2.1 Referentiekader

In de volgende paragrafen worden vier vernieuwingen gepresenteerd in drie casussen: de Star Rating methodiek uit Engeland, de Health Smart Card uit Taiwan en de Planetreefilosofie en het Magneetconcept uit de Verenigde Staten. In de eerste paragraaf van iedere casusbeschrijving zal worden aangegeven waarom desbetreffende innovatie perspectief biedt voor Nederland aan de hand van de criteria zoals beschreven in hoofdstuk 3. De casussen worden gestructureerd aan de hand van de cyclus van Nooteboom die in hoofdstuk 2.4 aan de orde is gekomen. Daarbij zijn de volgende begrippen uit de 'cyclus van Nooteboom' van belang: innovatie, consolidatie, generalisatie, differentiatie, reciprociteit en 'novel combinations'. De volledige casus, zoals die ook door de respondenten is gelezen, is te vinden in bijlage 5.

4.3 Star Rating in Engeland

Performancemanagement, wie heeft er niet over gehoord de laatste jaren? Het systeem past binnen de trend van het New Public Management waarin één van de speerpunten het sturen op prestaties is. Prestatiemeting is echter niet nieuw, ook niet als het gaat om de gezondheidszorg. De situaties in Engeland en de Verenigde Staten zijn vrijwel de bekendste maar ook in Nederlandse ziekenhuizen is inmiddels sprake van prestatiemeting. Te denken valt bijvoorbeeld aan de website van Kiesbeter waarop ondermeer de wachttijden van ziekenhuizen vergeleken kunnen worden. In het kader van deze scriptie is een zoektocht gestart naar innovaties in ziekenhuizen, hetzij logistiek, productmatig of technologisch. Performancemanagement lijkt hier dus in eerste instantie niet bij te passen. Toch behandel ik het wel in de voorliggende casus. Een grootschalige vernieuwing, zoals het invoeren van prestatiemeting in de gezondheidszorg, is een traject dat jaren nodig heeft om geïmplementeerd te worden en te functioneren zoals het bedoeld is. Dit is duidelijk te zien in bijvoorbeeld Engeland waar al in de jaren '80 werd begonnen met prestatiemeting. Van de ervaring die in andere landen is opgedaan kan geleerd worden. Dit is dan ook een reden dat deze casus wordt behandeld in mijn onderzoek. Te meer omdat prestatiemeting nog steeds verder ontwikkeld en toegepast wordt in Nederland is het nodig om regelmatig reflecties te houden zodat sterkten en zwakten van het huidige kwaliteitssysteem in de zorg aan het licht gebracht kunnen worden. Hoewel in landen als Australië, Denemarken, Duitsland, de Verenigde Staten en Zwitserland ook gebruik wordt gemaakt van prestatie-indicatoren in de zorg, wordt in deze casus de Engelse situatie uitgewerkt.

Engeland is net als de Verenigde Staten het land dat de meeste ervaring heeft met performance-management en het publiekelijk maken van prestatie-informatie (Lugtenberg & Westert, 2007:8). Een andere reden dat Engeland in deze casus besproken wordt, wordt gevormd door hun unieke ervaring op het gebied van pay for performance (Lugtenberg & Westert, 2007:9). Pay for performance is ongebruikelijk in de zorg en een opmerkelijke vernieuwing, die past binnen de trend van het reeds genoemde New Public Management. Naast deze unieke kenmerken van performancemanagement in Engeland voldoet de casus ook aan de criteria zoals gesteld in hoofdstuk 3. Ten eerste heeft de invoering van performancemanagement geleid tot effect in de vorm van verbeterde prestaties van ziekenhuizen en meer transparantie. Zeker als gerekend wordt vanuit de jaren '80 toen Engeland een slechte gezondheidszorg had. Een concreet voorbeeld is dat de prestatiemeting aldaar sterk heeft bijgedragen aan het reduceren van de zorgwachttijden. De criteria uit hoofdstuk drie eisen ook dat de innovatie nieuw is. Dit was in Engeland toen der tijd wel het geval en ook in Nederland worden onderdelen van performancemanagement zoals pay for performance nog niet toegepast. Pay for performance is dus in Nederland wel nieuw. De innovatiesoort waar de Star Rating in valt is een procesinnovatie op institutioneel niveau. Het institutionele niveau wordt veroorzaakt door de vele instanties die betrokken zijn en de overheid die achter het initiatief zit met haar beleid. Dat het een procesinnovatie is zie je ook terugkomen bij bijvoorbeeld pay for performance waar beloningsstructuren financieringsprocessen wijzigen. Tenslotte is, zoals bij elke innovatie het geval, het resultaat pas zichtbaar na invoering. De voorwaarde binnen deze scriptie is dat meerdere partijen de vernieuwing als positief ervaren. Hiervan is betrekkelijk weinig informatie. Performancemanagement is meer een invulling van de behoefte van het systeem waar we in Nederland en Engeland in zitten, het New Public Management. Wat dat betreft voldoet Star Rating zeker aan de vraag naar ondermeer transparantie. In de volgende paragraaf zal eerst een beknopte casusbeschrijving worden gegeven van het performancemanagement systeem uit Engeland, dat verder het Star Rating systeem genoemd zal worden. De andere paragrafen beschrijven de casus Star Rating aan de hand van de 'cyclus van Nooteboom'.

4.3.1 Casusbeschrijving

Om de casus Star Rating in de goede context te kunnen plaatsen is het van belang eerst wat informatie te geven over wat performancemanagement feitelijk inhoudt. Performancemanagement bestaat uit drie hoofdtakken; besturing, monitoren en reactie (Smith, 2002:105). Het besturen houdt in dat beleidsdoelen vertaald worden naar duidelijke en concrete proporties voor bijvoorbeeld artsen en verpleegkundigen (Smith, 2002:105). De monitorfunctie gaat om de analyse van de informatie om zo vast te stellen in hoeverre beleidsdoelen worden gehaald (Smith, 2002:105). De reactiefunctie is bedoeld om verbetering te stimuleren wanneer door de performancemeting bepaalde zwakke punten aan het licht komen (Smith, 2002:105). Dit is een belangrijk punt omdat performancemanagement op zichzelf niet werkt zonder goede informatie, leiderschap en bestuurlijke bronnen (Smith, 2002:104). Deze drie aspecten van performancemanagement komen in de casus van het Star Rating systeem terug en worden in de volgende alinea's beschreven. Daarbij wordt toegespitst op ziekenhuizen en wordt ingegaan op de meting zoals deze in de periode van 2000 tot 2006 plaatsvond in Engeland. Tijdens de performancemeting, zoals deze vanaf het jaar 2000 bestond, konden zorginstellingen 0-3 sterren behalen. Op basis van deze zogenaamde Star Rating werden ziekenhuizen, ambulancevoorzieningen en andere zorginstellingen beoordeeld. De basis voor deze soort van performancemeting vormde het National Health Service Plan 2000 waarin de beoogde doelstellingen werden beschreven. Deze richten zich op ondermeer een betere informatievoorziening voor de patiënt en kortere wachttijden (NHS, 2000:13). De visie die daarbij werd aangehouden was: 'a health service designed around the patient' (NHS, 2003:17). Hierin is de eerste fase van performancemanagement te zien; het vertalen van beleidsdoelstellingen naar prestatie-indicatoren.

Tabel 4 Prestatie-indicatoren van 2004/2005 (Bron: Health Care Commission, 22 mei 2009)

Indicator	Ziekenhuis	Score
Information Governance	Poole Hospital	1.78 (Band 5)
	The Mid Cheshire Hospitals	1.4 (Band 1)
MRSA	Poole Hospital	3 (Band 3)
	The Mid Cheshire Hospitals	3 (Band 3)
Legenda:		
Poor	Band 1 1	Less than 1.45
↓	Band 2 2	Greater than or equal to 1.45 and less than 1.55
	Band 3 3	Greater than or equal to 1.55 and less than 1.65
	Band 4 4	Greater than or equal to 1.65 and less than 1.75
Good	Band 5 5	Greater than or equal to 1.75

De tweede fase betreft de monitorfunctie. In deze fase worden de prestaties van individuele zorginstellingen werkelijk gemeten. Hoofdonderdelen waarin de performance wordt gemeten zijn capacity, capability, clinical focus en patient focus (Health Care Commission,

22 mei 2009). Deze zijn elk weer onderverdeeld in diverse indicatoren. Zaken die daarbij onder de loep worden genomen zijn risicomanagement, patiëntbetrokkenheid, opleiding, informatiemanagement, klinische prestaties en onderzoek (Health Care Commission, 22 mei 2009). In tabel 1 worden voorbeelden van prestatie-indicatoren gegeven met daarbij de scores van twee ziekenhuizen.

De derde en laatste fase van performancemanagement is de reactiefunctie. In totaal hanteert het performancemanagement arrangement van de National Health Service drie soorten van prikkels:

- een *prestatiefonds* dat bedoeld is om lokale verbetering te bewerkstelligen;
- een beloning voor 'good performers' in de vorm van een systeem van verkregen *autonomie*; en
- een performance *rating systeem* voor het bepalen van succes (Smith, 2002:108).

In het prestatiefonds doneren alle zorginstellingen een evenredig deel van hun budget (Smith, 2002:108). Het geld van het fonds is specifiek bedoeld om vooruitgang te boeken in de prestatiescores (Smith, 2002:108). De organisaties met de hoogste scores krijgen de vrijheid om het geld te besteden aan een willekeurig performance doel. De slechtst presterende organisaties moeten het fondsgeld besteden zoals the Modernisation Agency stelt (Smith, 2002:108). Ten tweede is er de beloning in de vorm van autonomie. Voorbeelden van vrijheid die verkregen kunnen worden door zorginstellingen die hoog scoren op de prestatiemeting zijn: minder frequente monitoring, de mogelijkheid te investeren zonder speciale toestemming, het draaien van pilots, het oprichten van private bedrijven en het versnellen van persoonlijke ontwikkeling (Smith, 2002:109). Tenslotte bestaat de prikkel van het ratingsysteem. Hierbij krijgen de zorginstellingen, dus ook ziekenhuizen, sterren. Door de prestatieresultaten te publiceren op Internet en in andere media wordt zichtbaar gemaakt welke score de instellingen behaald hebben. Ziekenhuizen zelf zijn trots op hun prestaties maar willen ook graag een verklaring afleggen voor gemiste sterren. Dit is te zien in sommige mediaberichten, zoals bijvoorbeeld in het onderstaande citaat. De passage komt uit een bericht dat in 2005 op een website van een lokaal ziekenhuis is gepubliceerd.

"We are pleased to have retained our two-star rating but disappointed not to have reached three. The year has seen more evidence of improved patient care and excellent service delivery but has been challenging financially. Our financial performance is the main reason that we have not returned to a three-star rating and that needs to be corrected. However, the first quarter of this year has shown an improvement in our finances and that needs to be maintained" (Peter Borough and Stamford Hospital, 11 mei 2009).

4.3.2 Ontstaan en consolidatie

In de jaren '80 en '90 ging het niet goed met de Engelse gezondheidszorg. Er waren lange wachtlijsten en grootschalige zorg die onder de maat was (ZonMw, 8 mei 2009). Ook bestond grote financiële druk door vergrijzing en vele door te voeren technologische innovaties (Pollitt, 2006:151).

De oorzaak voor het ontstaan en de invoering van prestatiemeting in de ziekenhuiszorg kwam dan ook voornamelijk voort uit efficiëntieoogpunt. Aangestuurd door de centrale overheid ontstond in 1983 de eerste nationale set van prestatie-indicatoren in Engeland en Wales. Deze meting betrof de 'Patient's Charter' die zich meer focuste op wachttijden dan op kwaliteit (Marshall, Shekelle, Davies, Smith, 2003:138). Vanaf dat moment vormt het prestatiesysteem zich in Engeland steeds verder. Waar eerst vooral klinische maatstaven gebruikt werden, kwamen later ook steeds meer indicatoren zoals patiënttevredenheid in het prestatiesysteem (Pollitt, 2006:152). In de verschillende regeringen en veranderende politieke context werd steeds opnieuw aanleiding gevonden voor verbetering van de gezondheidszorg en hervorming van de gezondheidsstaat. Zo tracht Margaret Thatcher in 1991 een vernieuwing in te voeren in de (Smith, 2002:104). Daarbij speelde het meten van prestatie ook een rol. Omdat het resultaat tegenviel stond in 1997 de hervorming van de National Health Service (NHS) opnieuw aan de top van de agenda (Smith, 2002:104). Vanaf 1998 werd begonnen met het zogenaamde 'Performance Assessment Framework' (PAF) dat vooral rapporteerde over klinische resultaten van ziekenhuizen (Marshall et al., 2003:138). Toch werd in het National Health Service Plan, dat in 2000 is opgesteld, gesteld dat de NHS een systeem is van de jaren '40 dat functioneert in de 21^e eeuw (NHS, 2000:13). Het verhogen van de standaarden werd cruciaal geacht om het vertrouwen van burgers te behouden (NHS, 2001:1). Het doel van de hervorming was dan ook het moderniseren van de National Health Service.

4.3.3 Generalisatie en differentiatie

In het jaar 2000 is het Star Rating systeem ingevoerd door het Engelse Department of Health (Lugtenberg & Westert, 2007:34). De hele verdere implementatie en uitvoering van het performancemanagement systeem werd tevens sterk door de overheid gecoördineerd (Marshall et al., 2003:138). Vanaf die tijd vond dan ook generalisatie ofwel de toepassing van het nieuwe Star Rating systeem plaats. Voor die tijd bestond prestatiemeting ook al wel in Engeland maar in een andere hoedanigheid. Binnen deze casus wordt de fase voor het Star Rating daarom gezien als de ontwikkelingsfase, zoals beschreven in de vorige paragraaf. Vanaf het jaar 2000, na de invoering van het Star Rating model, werden ziekenhuizen ingedeeld in categorieën en kregen zodoende 0-3 sterren, afhankelijk van hun performance. Er werd gemeten op een range van indicatoren zoals eerder aangegeven (NHS). De invoering van Star Rating ging gepaard met een groei van de National Health Service in Engeland. Zo kwamen 7000 extra bedden in ziekenhuizen, 250 nieuwe scanners, 20.000 extra verpleegkundigen en 1000 extra opleidingsplaatsen door de overname van zorginstellingen door de NHS (NHS, 2000:11).

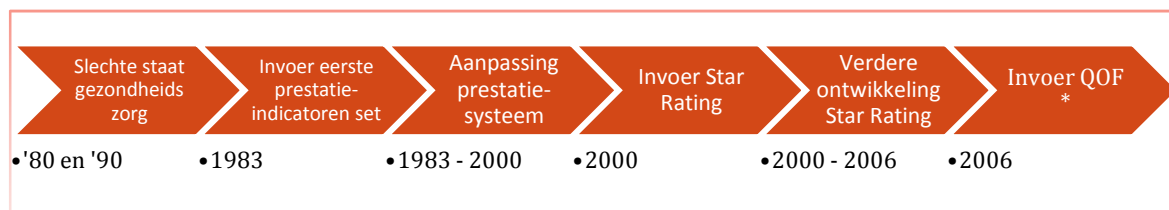
Het performancemanagement systeem binnen Engeland is veranderd en verbeterd door de jaren heen. Differentiatie is hierin duidelijk zichtbaar omdat periodiek aanpassingen plaatsvonden. Logischerwijs is de periode na de invoering van het Star Rating systeem de fase waarin aanpassingen van de vernieuwing plaatsvinden. Dit is ook gebeurd. Inmiddels is het systeem alweer verder uitgegroeid en worden patiënten en publieke vertegenwoordigers sinds 2006 verdergaand betrokken bij het beoordelen van de kwaliteit van de zorgdiensten. Dit vindt plaats binnen het zogenaamde 'Quality and Outcomes Framework (QOF)' (Lugtenberg & Westert, 2007:37; Department of Health, 30 mei 2009).

4.3.4 Reciprociteit en novel combinations

Het Star Rating systeem is primair ontwikkeld voor beleidsmakers, zorgaanbieders en managers (Lugtenberg & Westert, 2007:36). Na de invoering ervan in 2000, werd in 2001 door twee journalisten een privaat initiatief ontworpen, Dr. Foster genaamd.

Daarbij werden de resultaten van de performancemetingen van ziekenhuizen op Internet gezet en verkocht aan de media (Marshall et al., 2003:138). De gegevens werden verkregen via verschillende bronnen en betroffen zaken als sterftcijfers, wachttijden en het aantal klachten (Lugtenberg & Westert, 2007:36; Marshall et al., 2003:138). Dit is een duidelijk voorbeeld van reciprociteit waarbij elementen van practices worden gebruikt voor andere vernieuwingen. Het Dr. Foster was innovatief omdat dit het eerste initiatief was dat gericht was op het aanbieden van vergelijkende keuze-informatie voor consumenten (Lugtenberg & Westert, 2007:36). Inmiddels is deze vernieuwing ook weer aangepast want in februari 2006 is het Dr. Foster Intelligence opgericht. Dit is een publiek-privaat initiatief waarin Dr. Foster en de 'Information Centre for health and social care' gezamenlijk participeren (Lugtenberg & Westert, 2007:36). Uiteindelijk heeft het Dr. Foster een grote communicatieve bijdrage geleverd aan het performancemanagement door de prestaties aan het brede publiek te rapporteren (Marshall et al., 2003:138). Deze communicatie is erg belangrijk als het gaat om de 'reactie', de derde hoofd functie binnen performancemanagement.

Zoals reeds genoemd is binnen de Verenigde Staten ook sprake van performancemeting in de ziekenhuiszorg. De invoering hiervan kwam eerder op gang dan in Engeland (Marshall et al., 2003:138). In Engeland is het invoeren van performancemanagement zelfs gedeeltelijk ontleend aan de aanpak in de Verenigde Staten. Het ontstaan van de vernieuwing in Engeland hangt dus ook min of meer samen met de prestatiemeting in de Verenigde Staten. Hierbij is sprake van een 'novel combination' waarbij combinaties van innovaties toegepast worden in diverse contexten. Andere vormen van 'novel combinations' zijn te vinden in landen waar performancemanagement ook is ingevoerd in de gezondheidszorg, zoals Australië en Duitsland.



Figuur 1 Tijdsbalk performancemanagement Engeland (* Quality and Outcomes Framework)

4.3.5 Conclusie

In de casusbeschrijving van het Star Rating systeem in Engeland blijkt duidelijk dat de hele vernieuwing een continue proces is van mislukking, aanpassing en succes. Door de grote samenhang en overlap tussen de verschillende initiatieven in het kader van performancemanagement is het dan ook lastig om alle gebeurtenissen te vatten in één cyclus. Toch kan geconcludeerd worden dat de reden van het ontstaan van het Star Rating systeem veroorzaakt is door een drang naar verbetering van de kwaliteit van gezondheidszorg. Het ontwikkelen van het systeem begon al in 1983 toen de eerste set van prestatie-indicatoren werd ingevoerd en eindigde toen de Star Rating systematiek werd ingevoerd. De implementatie van de Star Rating methode werd gekenmerkt door een door de overheid gecoördineerde benadering en ging samen met een verhoging van het aantal ziekenhuisbedden, medische apparatuur, verpleegkundigen en opleidingsplaatsen. Na verloop van tijd werd ook het Star Rating systeem weer aangepast en werd in 2006 het 'Quality and Outcomes Framework' ingevoerd. Het performancesysteem werd tevens gecombineerd met andere innovaties. Zo gebruikt het Dr. Foster de resultaten van de prestatiemetingen om de keuze-informatie voor zorgconsumenten te vergroten. Uiteindelijk is de toepassing van performancemanagement in de gezondheidszorg mogelijk in vele combinaties en contexten.

Zo bestaan inmiddels in diverse andere landen dergelijke initiatieven als in Engeland waaronder in Nederland. Ook Engeland zelf heeft haar performancemanagement systeem uiteindelijk afgeleid uit de aanpak van de Verenigde Staten.

4.4 De Health Smart Card in Taiwan

Digitalisering in de zorg is een actueel onderwerp. Telehealth en niet te vergeten het Elektronische Patiëntendossier zijn aspecten die hoog op de agenda staan. De vorige paragraaf betrof de casus Star Rating dat een vooral een procesmatige vernieuwing is. Binnen de context van deze scriptie is tevens een zoektocht gestart naar technologische vernieuwing in buitenlandse ziekenhuizen. Middels de documentenanalyse werd duidelijk dat smart cards perspectief bieden door hun veiligheid, als het gaat om privacy gevoelige gegevens, het gebruikersgemak en de relatief gemakkelijke en effectieve implementatie (Card Technology Today, 2007:14). In zorginstellingen van landen zoals Taiwan, Australië en Frankrijk wordt verdergaand gebruik gemaakt van deze zogenaamde smart cards dan in Nederland.

Taiwan is het land met de meest imponerende resultaten. In 2003 werd de NHI IC Smart Card, verder te noemen als Health Smart Card, op landelijke schaal ingevoerd. 12 maanden later werd de kaart door de 22 miljoen inwoners gebruikt en was fase één van het project afgerond (Smart Card Alliance, 2005). Bovendien kent de Smart Card van Taiwan een brede toepassing en heeft het invloed op functioneel, procesmatig en institutioneel niveau. In de casusbeschrijving zal hier verder op worden ingegaan. Taiwan was het eerste land dat de Health Smart Card landelijk implementeerde (Giesecke & Devrient, 2008:5). Het TWA Netwerk (TrendWATCHers voor innovatie en technologie), een netwerk van het Ministerie van Economische Zaken, schrijft op haar website het volgende: “een uitgebreide evaluatie van de Smart Card in Taiwan staat, terwijl in veel Nederlandse ziekenhuizen nog niet verder gekomen wordt dan een intelligent ponsplaatje” (TwaNetwerk, 11 mei 2009).

Uit deze korte beschrijving komt duidelijk naar voren dat aan het innovatiecriterium wordt voldaan waarin vereist wordt dat de vernieuwing niet eerder in deze vorm is toegepast. Wat dat betreft is Taiwan Uniek. Taiwan zelf ziet de landelijke invoering van de Health Smart Card ook als een grote mijlpaal en revolutie in de Taiwanese gezondheidszorg. Daarvoor zijn meerdere redenen te noemen. Eén daarvan is dat de invoering van de Health Smart Card geresulteerd heeft in meer efficiëntie en een reductie van fraude en kosten van het gezondheidssysteem (Chuang, 2007). Zo bereikten de kosten van het Smart Card project in het eerste jaar al het breakeven punt (Giesecke & Devrient, 28 mei 2009). Tevens vond snellere betaling plaats van facturen na een doktersbezoek of behandeling (National Health Insurance, 30 mei 2009). Hieruit blijkt tevens dat de Health Smart Card ook aan het tweede punt van de innovatiecriteria voldoet, namelijk dat de vernieuwing leidt tot meer efficiëntie en productiviteit.

Na de invoering van de pas is onderzoek gedaan naar de gebruikerstevredenheid van de Taiwanese Health Smart Card. De World Health Organization (WHO) schrijft in haar rapport dat meer dan 90% van de gebruikers tevreden is (Rienhoff, 2003:54). Met deze satisfactie wordt invulling gegeven aan het derde punt van de vernieuwingscriteria waarin aan een innovatie de voorwaarde wordt gesteld dat meerdere partijen tevreden zijn met de vernieuwing. Tenslotte is het van belang dat de innovatie past in een bepaalde innovatiecategorie. Zoals eerder opgemerkt is de Health Smart Card een productinnovatie waaraan een technologische vernieuwingsproces is voorafgegaan. De uitvoering van het project heeft er grotendeels voor gezorgd dat Taiwan wordt gezien als voorloper in e-government (Teco Smart Card, 25 mei 2009). Het project van de digitale Health Smart Card was vernieuwend en omvangrijk maar wel succesvol. Wellicht kunnen uit de casus van de Smart Card uit Taiwan lessen getrokken worden door Nederlandse ziekenhuizen. Om hiertoe te komen wordt in de volgende paragrafen het innovatieproces van de Health Smart Card beschreven aan de hand van de innovatiecyclus van Nooteboom.

In onderstaande tabel worden de bestaande stappen binnen deze cyclus uitgelegd. Voordat de cyclus verder wordt uitgewerkt wordt in de volgende paragraaf beschreven wat de Health Smart Card is en wat voor functionaliteiten en voordelen het bezit. De casus zoals deze gelezen is door de respondenten is te vinden in bijlage 5.

4.4.1 Casusbeschrijving

De Health Smart Card die in Taiwan is geïmplementeerd heeft de afmetingen van een creditcard. In het



Afbeelding 1 Health Smart Card (Giesecke & Devrient, 2004)

kaartje is een computerchip ingebouwd dat opslagcapaciteit en een microprocessor bevat (Liu, Pei-Tun, Yu-Ting & Bin-Long, 2006:174). Op de pas zelf staat de naam van desbetreffende persoon en zijn of haar identificatienummer en geboortedatum. Eventueel kan een foto op de pas worden geplaatst (Liu et al., 2006:175). De Health Smart Card is opgedeeld in drie segmenten: basisgegevens, verzekeringsgegevens en gezondheidsgegevens (Liu et al., 2006:175). Gegevens die in de pas opgeslagen zijn betreffen patiëntgegevens zoals naam, adres

woonplaats en huisarts alsmede orgaandonorgegevens, allergieën, medicatie en lopende behandelingen (TwaNetwerk, 23 mei 2009). Wanneer een medische dienst of product wordt verkregen moet de kaart overhandigd worden zodat elektronisch bijgehouden kan worden welke diensten worden gebruikt en welke kosten daaraan verbonden zijn (TwaNetwerk, 23 mei 2009). Ook functioneert de pas in Taiwan soms als nationale identiteitskaart (Giesecke & Devrient, 2008:5). De Health Smart Card maakt het patiënten mogelijk om elektronisch toegang te krijgen tot medische diensten en over een bepaald deel van zijn of haar medische informatie te beschikken zoals medicijngegevens en allergieën (Liu et al., 2006:174). Medisch personeel kan alleen toegang krijgen tot de pas met toestemming van de patiënt zodat de elektronische files op de kaart gezet kunnen worden (Giesecke & Devrient, 2003:4). Om deze handeling te kunnen verrichten is een Health Professional Card benodigd, waarvan er in 2008 345.000 stuks in gebruik waren (Giesecke & Devrient, 2008:5). De reguliere Health Smart Card heeft diverse voordelen voor de patiënt, de aanbieder van de medische diensten, de overheid en de verzekeringsmaatschappijen. Te noemen zijn de eenvoudigheid waarmee operaties en medische handelingen geregistreerd kunnen worden waardoor de administratieve werkzaamheden verminderen (National Health Insurance, 11 mei 2009). Mede daarom werd het op papier gebaseerde medische registratiesysteem in z'n geheel vervangen door een digitale versie, bij de komst van de Health Smart Card (Liu et al., 2006:174; Giesecke & Devrient, 2003:4). Een ander aspect is dat de technologie transparant is wat betreft registratie van behandelingen en de daarvoor te verrekenen kosten (Giesecke & Devrient, 2003:4). Na een bezoek van een patiënt aan een arts wordt de rekening van de behandeling of het consult direct digitaal naar de verzekeringsinstantie verstuurd zodat deze vervolgens ook automatisch betaald wordt (Karvounis, 2008). De transparantie van het systeem draagt bij aan een correcte uitvoering van de taken door het Bureau of National Health Insurance (NHI). Hierdoor kan fraude worden voorkomen en opgespoord (Karvounis, 2008). Wanneer een patiënt bijvoorbeeld 20 keer per maand een dokter bezoekt wordt dit door het registratiesysteem van het NHI aangegeven en wordt een afspraak gepland om te kijken hoe het aantal consulten verminderd kan worden (Karvounis, 2008). Door deze aanpak wordt het doktersbezoek van dergelijke patiënten gemiddeld verminderd met 35 tot 60% (Karvounis, 2008).

4.4.2 Ontstaan en consolidatie

In de jaren '90 bestonden in Taiwan diverse papieren ponskaartjes zoals bijvoorbeeld een kaartje voor zwangere vrouwen en voor kinderen (National Health Insurance, 11 mei 2009). Wanneer burgers naar het ziekenhuis moesten hadden ze veelal twee tot drie kaarten bij zich die telkens na zes consulten vernieuwd moesten worden (National Health Insurance, 23 mei 2009). In de periode waarin deze 'paper cards' gebruikt werd vond veel identiteitsfraude plaats waardoor burgers andere behandelingen kregen dan ze recht op hadden (Cohen, 2003). Het op papier gebaseerde systeem had onvoldoende potentie om deze vorm van fraude te onderscheppen (Cohen, 2003). Ook bestond een grote administratieve rompslomp en kostenpost omtrent de in Nederland zogenaamde papieren ponskaarten (National Health Insurance, 11 mei 2009; Chuang, 2007). In de tijd van de 'paper cards' is Taiwan een land dat gekenmerkt wordt door de sterke economische groei en de vervaardiging van hoogstaande technologische producten (Chuang, 2007). Deze factor en de status van het administratieve gezondheidssysteem vormden tezamen twee belangrijke redenen van het ontstaan van de Health Smart Card. De overheid is de sleutel achter het idee voor een integraal en nationaal gezondheidsinformatiesysteem in Taiwan geweest en was verantwoordelijk voor het ontwerp en de financiering van de Health Smart Card. Daarnaast hebben ook de ziekenhuizen zelf een belangrijke rol gespeeld in het integreren van de technologie in de gezondheidssector en het dekken van de kosten voor de aanpassing van individuele ziekenhuisinformatiesystemen (Chuang, 2007).

Het idee en de beginontwikkeling van de vernieuwing begon al in 1995 toen volop gebruik werd gemaakt van papieren ponskaartjes. Vanaf dat moment begon ook de consolidatiefase van de pas waarin het ontwerp plaatsvond en testfases plaatsvonden. Zo is de Health Smart Card tijdens een pilot op de Penghu-eilanden van Taiwan getest (Department of Health Executive, 28 mei 2009; Rienhoff, 2003:55). Deze eilanden zijn een microkosmos van Taiwan ook als het gaat om de gezondheidsdiensten (National Health Insurance, 11 mei 2009). Tijdens de pilot vond 96,8% van de gebruikers de pas een succes. Van de medische organisaties waardeerde 81% de kaart (Department of Health Executive, 28 mei 2009). Samengevat was de pilot op de Penghu eilanden succesvol. Dit heeft ertoe geleid dat de Health Smart Card in heel Taiwan geïmplementeerd zou worden (Rienhoff, 2003:55). In de voorbereiding op de implementatie van de elektronische Smart Card zijn de volgende hoofdactiviteiten ondernomen:

- ontwerpen en produceren van de Health Smart Card;
- ontwikkelen van een veiligheidsmodule (Secure Access Module);
- ontwikkelen en installeren van kaartlezers;
- opzetten van een gratis hotline;
- opzetten van een Health Smart Card data processing centre;
- maken van een implementatieontwerp;
- organiseren introductiebijeenkomsten en trainingen; en
- uitzenden commercials (National Health Insurance, 11 mei 2009; Smart Card Alliance, 2005).

4.4.3 Generalisatie en differentiatie

Na de periode waarin de Health Smart Card is uitgevonden, ontdekt en aangepast is het in 2003 tijd voor de landelijke implementatie van de pas in Taiwan. Deze implementatie wordt gekenmerkt door een nationale, door de overheid gecoördineerde, benadering waarbij gefocust wordt op verdere verbetering van de functionaliteiten van de kaart (Rienhoff, 2003:54). De passen zijn in 2003 in gebruik genomen en hebben de papieren ponskaartjes 12 maanden later volledig vervangen (Liu et al., 2006:174; National Health Insurance, 30 mei 2009). De invoering van de Health Smart Card moest synchroon lopen met de infrastructuur van alle zorginstellingen omdat de pas moest kunnen communiceren met de kaartlezers, communicatieapparatuur, computers, registratiesystemen enzovoort (TwaNetwerk, 23 mei 2009).

Zo was het essentieel dat de informatiesystemen van ziekenhuizen de handelingen van de kaartlezers controleerden en koppelden aan het Smart Card communicatiesysteem (Liu et al., 2006:174). De nieuwe infrastructuur werd allereerst toegepast bij de grote ziekenhuizen en daarna bij de kleinere zorginstellingen (National Health Insurance, 30 mei 2009). Statistieken laten zien dat in 2005 99.97% van alle zorginstellingen, die aangesloten zijn bij de National Health Insurance (NHI), werken met de Smart Card en haar gegevens elektronisch verwerken. In 2006 is dat 99.98% (National Health Insurance, 30 mei 2009). Samengevat kan gesteld worden dat de hele generalisatie van de Health Smart Card grotendeels heeft plaatsgevonden in de periode van 2003 tot 2004.

Daarnaast is differentiatie, de verdere aanpassing van de innovatie, ook belangrijk. Deze fase is duidelijk te zien in de casus van de Health Smart Cards in Taiwan. Zoals reeds aangestipt werd de pas in 2003 in gebruik genomen. De informatie op de Smart Card bestond toen alleen nog uit basisinformatie zoals persoonsgegevens als naam, geboortedatum en geslacht (Liu et al., 2006:175; Taiwan Association of Medical Informatics, 23 mei 2009; Healthcare Information and Management Systems Society, 23 mei 2009). In 2004 werd de tweede reeks informatie op de Health Smart Card gezet. Dit betrof donorinformatie, vaccinatiegegevens, verzekeringscode, medische behandelingen, aantal kinderen etc. (Taiwan Association of Medical Informatics, 23 mei 2009; Health Care Information and Management Systems Society, 23 mei 2009). De derde fase betrof medicatie, diagnoses, allergie-informatie en financiële informatie (Health Care Information and Management Society, 23 mei 2009). De ontwikkeling en diverse toepassingen van de Health Smart Card gaan in de tijd daarna steeds verder door (Taiwan Association of Medical Informatics, 23 mei 2009). Het hoogste doel is zoveel mogelijk informatie van de patiënt op de pas en een zo breed mogelijke toepassing (Liu et al., 2006:175). Aspecten die dit proces belemmeren zijn de angst voor het uitlekken van privacygevoelige gegevens en de onwil van ziekenhuizen om gegevens te delen (Chuang, 2007). Ook tijdens de ontwerp en implementatiefase van de Health Smart Card waren dit al aandachtspunten.

4.4.4 Reciprociteit en novel combinations

Wanneer elementen van de Health Smart Card worden gebruikt voor andere innovaties is sprake van reciprociteit (Delbridge, 2003:1989). Dit is te zien in de exploitatie van de Health Smart Card in landen als Australië, Duitsland, Finland en Zuid-Afrika (Electronic Frontiers, 23 mei 2009). In deze landen wordt gebruik gemaakt van de techniek van de Smart Card en het idee er achter. Er is echter geen eenduidige oplossing voor het gebruik van de Health Smart Card in andere landen; elk land verdient een unieke benadering (Giesecke & Devrient, 2008:5). Zo wordt in Oostenrijk inmiddels ook gebruik gemaakt van de techniek van de Health Smart Card maar wordt geen medische data geplaatst op de passen aldaar (Giesecke & Devrient, 2008:5). In Duitsland is in 2006 weer een andere variant van de Smart Card geïmplementeerd.

In tegenstelling tot Taiwan en Oostenrijk wordt in Duitsland bijvoorbeeld de uitrol van de innovatie niet gecoördineerd door één overheid of instantie maar door circa 250 publieke verzekeringsmaatschappijen (Giesecke & Devrient, 2004:8). Deze kunnen op basis van de door de overheid opgestelde richtlijnen bepalen of ze het systeem van den rondom de Health Smart Card zelf uitvoeren of (gedeeltelijk) uitbesteden (Giesecke & Devrient, 2004:8). Wel heeft de invoer van het Smart Card systeem ook in Duitsland geleid tot verbeterde communicatie en informatie-uitwisseling en kostenbesparingen door automatische betalingen (Giesecke & Devrient, 2008:8). Voor alle landen, zowel in Taiwan als Duitsland en Oostenrijk geldt dat de ontwikkelingen van de Health Smart Card nog steeds vooruitgang boeken (Card Technology Today, 2007:14).

Aspecten die de voortgang vaak belemmeren zijn privacy en de hoge mate van complexiteit. Volgens een artikel van Elsevier vormen deze twee aspecten dan ook de uitdaging in de komende jaren (Card Technology Today, 2007:14). Uiteindelijk kunnen vele combinaties in diverse contexten leiden tot 'novel combinations' (Delbridge, 2003:1989). In deze casus zijn dergelijke combinaties duidelijk te onderscheiden. Zoals eerder aangegeven ging de invoering van de Health Smart Card gepaard met de verandering van de elektronische infrastructuur om het nut van de Health Smart Card zo groot mogelijk te maken. Hierbij wordt dus een combinatie gecreëerd van enerzijds de invoering van de Smart Card en anderzijds het vernieuwen van de elektronische infrastructuur. Een ander voorbeeld is dat in januari 2006 een 'multiple certification Internet enrollment platform' is opgericht. Dit platform was bedoeld om het e-government concept in Taiwan verder te ontwikkelen en de diversiteit van Health Smart Card en het informatiesysteem daaromheen te verbeteren (National Health Insurance, 30 mei 2009). Het laatste voorbeeld wordt geïllustreerd door het eHealth Services Project (2001-2005). De Health Smart Card werd aan dit project gekoppeld om de informatie-uitwisseling tussen instanties te vernieuwen en te bevorderen en de papieren rompslomp verder te verminderen (Taiwan Association of Medical Informatics, 23 mei 2009).



Figuur 2 Tijdsbalk Health Smart Card Taiwan

4.4.5 Conclusie

Uit de voorgaande casusbeschrijving kan worden geconcludeerd dat de invoering van de Health Smart Card in 2003 vooral is ontstaan door de behoefte aan minder administratieve rompslomp en minder fraude. De ontwikkeling van de pas is in 1995 begonnen en op basis van een pilot ingevoerd op de Penghu-eilanden. Daarnaast werd een implementatieplan bedacht voor het invoeren van de pas in heel Taiwan. Deze voorbereiding bestond deels uit een technische en functionele kant waarbij de passen geproduceerd werden en kaartlezers werden geïnstalleerd. De organisatorische en communicatieve voorbereiding bestond ondermeer uit het houden van introductiebijeenkomsten en het uitzenden van commercials. De werkelijke invoering van de pas kende een doorlooptijd van 12 maanden. In deze periode bestond de informatie op de kaart alleen uit basisinformatie zoals persoonsgegevens. In de daaropvolgende fasen, die vanaf 2004 plaatsvonden, zijn de gegevens op de pas uitgebreid. Ook de toepassingen zijn in de loop van de jaren groter geworden. Zo vindt nu een gesprek met de verzekering plaats wanneer personen meer dan 20 keer per maand een arts bezoeken. De techniek van de Smart Cards is inmiddels verspreid in verschillende landen. Duitsland en Australië maken bijvoorbeeld gebruik van de passen, zij het in een aangepaste vorm, afgestemd op de behoeften en mogelijkheden aldaar.

4.5 Het Populaire Ziekenhuis

Een ziekenhuis dat voor patiënt en medewerker beide aantrekkelijk is, dat wil ieder ziekenhuisbestuur wel. Na een proces en een medisch technologische casus is het tijd voor een casus waarin logistieke vernieuwing naar voren komt. Perspectief biedende logistieke vernieuwingen zijn echter lastig te selecteren. Vaak zijn ze gerelateerd aan nieuwbouw van een ziekenhuis en dat is niet direct relevant voor het grootste deel van de Nederlandse ziekenhuizen. Logistieke innovaties zijn ook te zien in combinatie met medische zaken.

In dit onderzoek wordt niet op de medische aspecten gefocust dus daarom passen ook dit soort vernieuwingen niet. Wel zijn twee mooie casussen gevonden in de Verenigde Staten waaraan de logistieke innovatie zijdelings is gekoppeld welke in deze casus besproken zullen worden. Enerzijds zal de Planetreefilosofie worden behandeld dat aansluit bij een vraaggerichte benadering van ziekenhuizen. Anderzijds zal het concept van een Magneetziekenhuis¹ beschreven worden waarin de aandacht vooral uitgaat naar het werven en behouden van verpleegkundigen. Beide casussen komen uit de Verenigde Staten en worden in Nederland ook sinds kort toegepast. De Planetree methode is in 2007 in enkele Nederlandse instellingen gestart zoals in het Hagaziekenhuis. Inmiddels bestaat het Planetreenetwerk in Nederland uit negen organisaties (Planetree, 31 mei 2009). Patiënten die verblijven in een Planetreeziekenhuis tonen ondermeer een hogere tevredenheid en zijn meer betrokken en geïnformeerd tijdens hun verblijf in het ziekenhuis (Nelson, West, Goodman, 2005:10). Wat betreft de Magneetziekenhuizen is in april 2009 een pilot is gestart in Nederland (Nursing, 31 mei 2009). Volgens onderzoek hebben Magneetziekenhuizen ten opzichte van reguliere ziekenhuizen diverse voordelen voor patiënten, verpleegkundigen en werkgevers (Johnson et al., 2004:218). Er zijn lagere sterftecijfers, een kortere verblijfsduur en een verhoogde patiënttevredenheid (Johnson et al., 2004:218; Armstrong, 2005:15). Verpleegkundigen zijn meer tevreden en hebben een hogere productie (Johnson et al., 2004:218). Tenslotte hebben ook werkgevers voordelen door minder uitval van verpleegkundigen, een betere aanwas van nieuwe verpleegkundigen en een langere arbeidsduur (Johnson et al., 214:218).

Uit deze korte beschrijving komen de innovatiecriteria zoals benoemd in hoofdstuk 3 sterk naar voren. Ten eerste is bij beide concepten duidelijk sprake van voordeel. Bij het Planetreeconcept is dat vooral zichtbaar in een verhoogde kwaliteit en tevredenheid voor patiënten en medewerkers. Het Magneetconcept voldoet aan het criterium doordat zij met name de arbeidsproductiviteit verhoogt. Ten tweede zijn beide concepten in Nederland nog nooit op die manier gedaan. Ook al is recent gestart met beide initiatieven, zo ver als in Amerika is het nog niet uitgebouwd. Ten derde passen beide concepten in de innovatiecategorie dienstinnovaties zoals beschreven in hoofdstuk 2. De Planetreefilosofie heeft daarnaast een sterk raakvlak met logistieke innovatie door de processen die centraal rond de patiënt worden georganiseerd. Tenslotte is het laatste criteria dat meerdere partijen tevreden dienen te zijn over de innovatie. Dit is het geval. Uit het Magneetconcept blijkt dit door de sterke aantrekkingskracht die deze ziekenhuizen hebben op de arbeidsmarkt. Door de Planetreefilosofie stijgt de cliënttevredenheid, familietevredenheid en de medewerkertevredenheid (Planetree, 16 juli 2009). Wellicht kunnen lessen getrokken worden uit de casussen. Om dit uit te zoeken zal eerst een casusbeschrijving worden gegeven.

4.5.1 Casusbeschrijving

Planetree

Planetree is in 1978 opgericht met de intentie zorginstellingen te creëren waar mensen zich thuis voelen en waarin het beste van een kuuroord, hotel en ziekenhuis is verenigd, kortom de mens voorop in een helende omgeving (Planetree, 2006:3). Planetree bestaat uit 12 componenten zoals weergegeven in de tekstbox. Het vrijwel bekendste voorbeeld van een ziekenhuis waar het concept is toegepast is het Griffin Hospital in Derby (Planetree, 31 mei 2009). Dit ziekenhuis staat inmiddels vele jaren in de top 100 van meest gewaarde ziekenhuizen in de VS terwijl het enkele jaren daarvoor op het punt stond om failliet te gaan (Planetree, 31 mei 2009). Een verslag van het bezoek aan dat ziekenhuis in 2006 beschrijft de kenmerken. Zo zijn er ruime eenpersoonskamers waarbij de apparatuur zo veel mogelijk weggewerkt is en er vloerbedekking ligt (Van den Beuken et al., 2007:17). Overall is volop kunst aanwezig in de vorm van schilderijen, beelden en bloemen (Planetree, 13 juni 2009).

Betere zorg

- Menselijke interactie en liefdevolle bejegening
- Eigen keuzen en verantwoordelijkheid door informatie en educatie
- Uitstekende medische behandeling en zorg
- Gezond eten, drinken en bewegen
- Aanvullende zorg en zingeving

Helende omgeving

- Menswaardige technologie
- Architectuur en interieur leveren bijdrage aan gezondheid en heling
- Vrienden, familie en gemeenschap spelen een positieve rol

Gezonde organisatie

- Tevreden cliënten
- Tevreden en gemotiveerde medewerkers
- Gezonde financiële resultaten
- Goede marktpositie en relaties met belanghebbenden (Bron, Planetree, 2006)

Verpleegafdelingen hebben eigen keukens waar patiënten zelf eten kunnen koken, er zijn zitruimtes met spelletjeshoeken en centrale ruimten waar patiënten, dokters en verpleegkundigen samen vertoeven (Planetree, 13 juni 2009). Ook is in het ziekenhuis een bibliotheek te vinden waar patiënten informatie kunnen vinden over bijvoorbeeld een behandeling, ziekte of alternatieve geneesmethoden (Planetree, 13 juni 2009). Zo zijn nog vele andere aspecten te noemen die het Griffin Hospital maken tot een volwaardig Planetreeziekenhuis. Eén van de 12 componenten van Planetree is de tevredenheid en motivatie van medewerkers. Daar ligt ook het belangrijkste raakvlak met de Magneetziekenhuizen.

Magneet

Een Magneetziekenhuis wordt gedefinieerd als een organisatie die verpleegkundigen werft en behoudt en daarnaast gekenmerkt wordt door een hoge arbeidstevredenheid omdat verpleegkundigen in staat worden gesteld goede zorg te verlenen (V&VN, 2008:13). Een magneetziekenhuis

onderscheidt zich van de rest door 14 zogenaamde magneetkrachten waarvan enkele onderdelen te lezen zijn in de tekstbox. De kern is dat in Magneetziekenhuizen de verpleegkundigen meer autonomie krijgen en betrokken worden bij de beslissingen ten aanzien van de patiëntenzorg en veel geïnvesteerd wordt in hun scholing en opleiding (Trouw, 28 oktober 2008). Daarnaast wordt open gecommuniceerd tussen verpleegkundigen en andere leden van een zorgteam, waardoor een geschikte mix van personeel, zorg voor goede klinische resultaten en medewerkertevredenheid ontstaat (www.nursingadvocay.org, 1 juni 2009). Uiteindelijk heeft het Magneetconcept niet alleen invloed op de verpleegkundigen maar op heel het ziekenhuis en de verhoudingen tussen bijvoorbeeld artsen en verpleegkundigen onderling (Armstrong, 2005:17).

‘Verpleegkundigen daar zijn trots op hun vak en stralen dat uit. Ze hebben autonomie, nemen zelf beslissingen, en zijn een gelijkwaardige partner van artsen (Terlouw, 2008:8).

Binnen een grotere verantwoordelijkheid van verpleegkundigen past bijvoorbeeld zelfroosteren. Deze sociale innovatie komt voort uit Zweden en er wordt inmiddels ook mee geëxperimenteerd in Nederland (www.mt.nl, 1 juni 2009). Voordelen van zelfroosteren zijn bijvoorbeeld dat het sociale leven van de werknemer een impuls krijg. Ook levert het minder ziekteverzuim en personeelsverloop op voor de werkgever (Dikker, Groen & Vos, 2009:3). De combinatie van innovaties waarbij zowel het Planetree als het Magneetconcept een rol krijgen zou een ziekenhuis kunnen opleveren dat dicht in de buurt komt van een ziekenhuis dat floreert aan de zijde van de patiënt en de werknemer.

Magneetkrachten

- * Een platte organisatiestructuur waarbij centraal beslissingen worden genomen
- * Salaris en bonussen zijn goed en competitief
- * Iedereen wordt gedreven door het willen leveren van een hoge kwaliteit van zorg
- * De verpleegkundige heeft verantwoordelijkheid en gezag voor de directe patiëntenzorg
- * Wederzijds respect en van elkaar kunnen leren
- * Professionele verpleegkundigen zijn betrokken bij opleidingsactiviteiten binnen organisatie en samenleving (Bron: V&VN, 2008)

In de volgende paragrafen wordt de processen waardoor de beschreven vernieuwingen tot stand zijn gekomen kort beschreven aan de hand van de cyclus van Nooteboom zoals deze aan het begin van dit hoofdstuk is weergegeven.

4.5.2 Ontstaan en consolidatie

Planetree

De oorzaak voor het ontstaan en de ontwikkeling van de vernieuwingen zoals deze beschreven zijn in de voorgaande paragraaf zijn divers. In deze paragraaf zal van beide casussen een korte samenvatting worden gegeven. Het Planetree concept kent haar ontstaan in 1978 nadat Angelica Thieriot traumatische ervaringen had opgelopen in een ziekenhuis (Planetree, 13 juni 2009). Op de website van Planetree staat: "Angelica was vol lof over de high tech omgeving van een ziekenhuis maar voelde zich tegelijkertijd in de steek gelaten door het gebrek aan persoonlijke zorg en aandacht" (Planetree, 13 juni 2009). Na de ziekenhuisopname heeft Angelica Thieriot met veel mensen zoals andere patiënten en verpleegkundigen gesproken over haar ervaringen. Het bleek dat veel mensen er hetzelfde over dachten als Angelica (Frampton et al., 2008:3; Planetree, 13 juni 2009). Vervolgens heeft ze een visie ontwikkeld die bestond uit de gedachte dat een ziekenhuis een plaats moet zijn waar patiënten integraal worden behandeld, verpleegd en verzorgd; waar individuen meer over gezondheidszorg en geneeskunde kunnen leren; zodat zij actief participeren in hun eigen zorgverlening en welzijn (Planetree, 13 juni 2009). Vanuit deze visie was de eerste stap in 1981 het oprichten van Planetree. De ideeën met betrekking tot vraaggerichte zorg stuitten eerst op veel verzet en werden gezien als onrealistisch en nietszeggend (Frampton et al., 2008:3; Planetree, 13 juni 2009). Uiteindelijk is de visie wel geaccepteerd wat ertoe heeft geleid dat Angelica in 1985 de leiding kreeg over een adviescollege om haar visie handen en voeten te geven in een ziekenhuis (Planetree, 13 juni 2009). Hierdoor ontstond de eerste Planetree unit met 30 bedden (Planetree, 13 juni 2009).

Magneet

Het concept van de zogenaamde 'Magnet Hospitals' is ontstaan in de jaren '80 toen in de Verenigde Staten een groot tekort was aan verpleegkundigen (V&VN, 2008:12). Sommige ziekenhuizen slaagden toen echter wel met het aantrekken en behouden van verpleegkundigen. Deze ziekenhuizen leken als een 'magneet' te werken op verpleegkundigen. Dit was dan ook de aanleiding dat de American Academy of Nursing in 1984 een onderzoek opstartte om te kijken waarin deze 41 ziekenhuizen zich onderscheidten van andere ziekenhuizen (V&VN, 2008:12; Upenieks, 2005:22). Uit dit onderzoek kwamen de veertien kenmerken voort, zoals genoemd bij de casusbeschrijving, die werden beschreven in het toenmalige rapport 'Magnet Hospitals' (Upenieks, 2005:23; Armstrong, 2005:15). Uit het rapport bleek dus ondermeer dat verpleegkundigen in die ziekenhuizen controle hadden over hun werkzaamheden, een goede relatie hadden met hun collega's en er genoeg werknemers waren om goede zorg te kunnen verlenen (Armstrong, 2005:15). In 1989 volgde een tweede onderzoek waaruit bleek dat in de Magneetziekenhuizen ook een hogere arbeidstevredenheid heerste en het personeel minder vaak op vakantie ging. Hierdoor werden de veertien magneetkrachten bevestigd (Upenieks, 2005:23). De echte ontwikkeling van het concept van het Magneetziekenhuis ontstond pas toen het eerste rapport de magneetkrachten aantoonde. Vanaf die tijd, in de jaren '80, is dan ook verder onderzoek gedaan naar de magneetkrachten. In de jaren '90 is door het American Nurses Credentialing Centre (ANCC) een formeel programma ontwikkeld om magneetziekenhuizen officieel te kunnen erkennen (Armstrong, 2005:15). Hier zitten circa 170 eisen aan verbonden (Johnson et al., 2005:223). Zo moeten verpleegkundigen vertegenwoordigd zijn tot aan de Raad van Bestuur toe (Terlouw, 2008:9).

4.5.3 Generalisatie en differentiatie

Planetree

In 1989 begonnen de eerste ziekenhuizen, waaronder het California Pacific Medical Centre en de Delano Medical Centre's, met het implementeren van het Planetree concept (Komarek, 2004:78; Planetree, 13 juni 2009). Deze implementatie van het Planetree concept is een grootschalig traject dat niet van de ene op de andere dag gerealiseerd is. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het boek 'Putting Patients First' (2008) waarin best-practices worden beschreven die passen in het kader van de Planetreegedachte. Om het proces van implementatie toe te kunnen lichten wordt gebruik gemaakt van de casus in de Delano Medical Centre. In dat ziekenhuis werd de invoering van het Planetree concept opgesplitst in deelprojecten waarbij teams werden gevormd die elk verantwoordelijk waren voor de invoering van een onderdeel van het Planetree concept (Komarek, 2007:78). Met betrekking tot Planetree is het veranderen van de denkwijze van de zorgverleners één van de belangrijkste zaken tijdens de implementatieperiode (Komarek, 2004:78). Deze cultuurverandering is in de Delano Medical Centre's ondermeer bewerkstelligd door workshops te organiseren voor de zorgverleners. Daarbij werden verpleegkundigen en artsen in de rol van de patiënt gezet. Ook werden discussiesessies georganiseerd omtrent de Planetreefilosofie (Komarek, 2004:78). Daarnaast vonden fysieke veranderingen plaats aan de ziekenhuizen en hun inrichting. Zo werden wachtruimtes ingericht en gedecoreerd als een huiskamer en werden keukens neergezet waar patiënten en hun familie zelf eten konden bereiden (Komarek, 2004:78). Tijdens het implementatieproces van Planetree zijn diverse aspecten van belang zoals leiderschap, de juiste mensen en betrokkenheid van werknemers zoals artsen, bestuur, vrijwilligers, patiënten en hun familie. Tijdens de toepassing van Planetree in een ziekenhuis vinden aanpassingen van de vernieuwing plaats en ontstonden allerlei best-practices die in het boek 'Putting Patients First' zijn gebundeld. Hierdoor heeft differentiatie plaatsgevonden van het Planetree concept maar de kernwaarden zijn dezelfde gebleven (Planetree, 13 juni 2009).

Magneet

Vanaf de formele erkenning van het Magneetconcept konden ziekenhuizen ook officieel beginnen met de toepassing van de veertien specifieke magneetkrachten. Deze toepassing van de kenmerken van het Magneetziekenhuis verloopt in ieder ziekenhuis anders. Om het proces toch toe te kunnen lichten wordt de casus van het Georgetown University Hospital (GUH) in Washinton gebruikt. Het GUH was nummer 98 dat de erkenning kreeg als Magneetziekenhuis na een implementatietraject van drie jaar (Johnson, et al., 2004:217). Om de invoering van het Magneetconcept een succes te laten worden is allereerst getracht commitment te krijgen in de ziekenhuisorganisatie van de werkvloer tot het bestuur, zodat iedereen de waarde van het Magneetconcept begreep (Johnson et al., 2004:220).

Vervolgens is een strategisch plan opgesteld, zijn een veranderteam en een stuurgroep opgericht en 'magnet champions' aangewezen (Johnson et al., 2004:221). Deze laatste groep bestond uit enthousiaste verpleegkundigen die maandelijks leuke bijeenkomsten planden met kennisopbouw als hoofddoel. Het implementatieproces dat vanaf 2000 begon bestond uit (her)planning, verzamelen van data en voorbereiding voor de ANCC deadline (Johnson et al., 2004:221). Nadat de noodzakelijke documentatie was ingeleverd bij het ANCC is het ziekenhuis in 2003 bezocht door auditors om te bepalen of de Magneetstatus zou worden verkregen (Johnson et al., 2004:20). De aanpassing van het Magneetconcept, ofwel de differentiatie van de vernieuwing, vond vooral plaats op basis van kennisopbouw. Er is en wordt veel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar bijvoorbeeld arbeidstevredenheid in het kader van het Magneetconcept. Dit zorgt voor kennisaccumulatie en best practices waar van geleerd kan worden. Het Magneetconcept op zich zelf heeft door de jaren heen geen grote veranderingen meegemaakt.

Toch blijft er werk aan de winkel na de implementatie ervan. Dit wordt veroorzaakt door het doel van de magneetstatus; niet het certificaat maar het verbeteren van zorgkwaliteit is de bestemming en dat vergt continue verandering (Johnson et al., 2005:224).

4.5.4 Reciprociteit en novel combinations

Planetree

In 1978 begon de Planetreefilosofie kleinschalig. Nu is het uitgegroeid tot een soort fenomeen. Daarbij zijn veranderingen opgetreden. Zo is nu een keurmerk te behalen als Planetree instelling. Dit was een vernieuwing die destijds gekoppeld werd aan de reeds bestaande Planetree benadering en kan daarom onder reciprociteit worden geschaard. Ook bestaan vandaag de dag 15 Planetree Resources Centres in de Verenigde Staten (Planetree, 13 juni 2009). Het concept is dan ook gegroeid. Waar het in de jaren '80 begon met een idee in het hoofd van Angelica is Planetree nu internationaal bekend en erkend. Novel combinations waarbij de vernieuwing wordt toegepast in andere contexten zijn te zien in bijvoorbeeld Nederland waar het sinds 2007 bestaat.

Magneet

De eerste magneetziekenhuizen waren al magneetziekenhuizen zonder dat ze dat wisten. Het was toen immers nog niet onderzocht en erkend. Sinds de jaren '90 kan een certificaat worden gehaald voor magneetziekenhuizen. Deze certificatie is een op zich zelf staande vernieuwing en lokt de reactie uit dat ziekenhuizen een magneetstatus willen halen. Dit is dan ook een vorm van reciprociteit waarbij elementen van practices gebruikt worden voor andere nieuwe dingen. In de Verenigde Staten bestaan momenteel circa 290 door het American Nurses Credentialing Center (ACCN) gecertificeerde magneet ziekenhuizen (Terlouw, 2008:9). Novel combinations waarbij practices in vele toepassingen worden toegepast zijn bijvoorbeeld te vinden in andere landen. Zo kreeg in 2003 het eerste niet-Amerikaanse ziekenhuis de Magneetstatus (Armstrong, 2005:15).

4.5.5 Conclusie

Zowel het Planetree als het Magneetconcept zijn in de jaren '80 in de Verenigde Staten ontstaan en kunnen bij succes leiden tot een populair ziekenhuis voor de patiënt en voor de werknemer beide. Planetree draait om drie kenmerken; helende zorg, gezonde organisatie en betere zorg. Deze kenmerken zorgen er voor dat de zorg van de patiënt persoonlijker en beter wordt. Het Magneetconcept wordt gekenmerkt door veertien kenmerken die het werken bij een dergelijke Magneetorganisatie aantrekkelijk maakt en waardoor verpleegkundigen graag bij zo'n ziekenhuis willen (blijven) werken. Het proces waarbij de vernieuwingen tot stand zijn gekomen in Amerika komen vooral voort uit een drang naar verbetering. De implementatiefasen worden gekenmerkt door een traject waarvoor een benadering moet worden gekozen die bij het ziekenhuis past. Het gaat vooral om cultuurverandering waarbij een andere denkwijze wordt gecreëerd. Een andere overeenkomst tussen het Planetree en het Magneetconcept is dat bij allebei een certificaat of keurmerk gehaald kan worden waardoor duidelijk is welke ziekenhuizen handelen conform de methode. Deze certificering is bij beide concepten later ontstaan dan de feitelijke vernieuwing. Ook is de vernieuwing bij beide ziekenhuizen in de loop der jaren verder uitgegroeid.

Hoofdstuk 5 Innovatiekracht en lessen uit de casussen

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan twee zaken centraal. Enerzijds wordt het conceptueel model getoetst. Anderzijds worden, aan de hand van de in hoofdstuk 4 besproken innovatieve casussen, aspecten aangegeven waarin Nederlandse ziekenhuizen hun innovatievermogen verder zouden kunnen verbeteren. De bron voor dit hoofdstuk wordt met name gevormd door de input die verkregen is in de gehouden interviews. Deze interviews zijn aan de hand van de operationalisatie uit hoofdstuk twee gecodeerd. Daarbij is gekeken hoe vaak begrippen zoals vertrouwen in de gesprekken voorkwamen en of deze positief of negatief verband houden met vernieuwingskracht. Dit is vergeleken met de andere begrippen. Op deze manier zijn conclusies getrokken over wat de respondenten zien als het meest belangrijk voor innovatiekracht en zijn de lessen uit de casussen gehaald. In de eerstvolgende paragraaf wordt een algemene inleiding gehouden over innovatie.

5.2 Innovatie

Alle personen die geïnterviewd zijn voor dit onderzoek waren het er over eens. Innovatie gebeurt veel in Nederland maar er valt nog een heleboel te verbeteren. De eerste algemene indruk van de gesprekken is dat vernieuwing in ziekenhuizen vooral complex is. De omgeving van ziekenhuizen is gecompliceerd maar de ziekenhuizen zelf zijn ook niet eenduidig te definiëren. Daarnaast blijkt uit de gesprekken dat personen verschillende percepties hebben van wat belangrijk is als het gaat om vernieuwing. Toch is in de interviewverslagen een algemene lijn te ontdekken. Deze algemene resultaten maar ook de nuances zullen in dit hoofdstuk aan de orde komen. De tweede algemene constatering ten aanzien van innovatie en vernieuwingskracht is de crux omtrent de verspreiding van innovaties. Door alle geïnterviewden wordt aangegeven dat er veel vernieuwing plaatsvindt in ziekenhuizen. De prikkel die nodig is om verspreiding van vernieuwingen te genereren ontbreekt echter. Ook reeds opgestarte initiatieven zoals het Zorginnovatieplatform (ZIP), die innovatieverspreiding zouden moeten bevorderen, werken na drie jaar nog niet zoals gewenst.

“Ziekenhuizen doen ontzettend hun best om te vernieuwen maar daar blijft het bij. Ze laten duizend bloemen bloeien maar dan?” (Dhr. E. den Breejen)

Een ander opvallend punt is dat niet alle vernieuwing wordt aangeduid als vernieuwing. Hierin wordt de theorie van Nooteboom bevestigd die stelt dat verandering vaak vooral incrementele veranderingen zijn. Innovatie is geen ‘big bang’ maar komt geleidelijk tot stand. Vooral organisationele en cultuurveranderingen zijn van die geleidelijke processen. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld medisch technologische innovatie die vaak kleinschaliger plaatsvindt en fysiek zichtbaar is.

“Innoveren gebeurt niet altijd onder de bouwlamp maar juist in het schemer daaromheen” (Dhr. K. Putters)

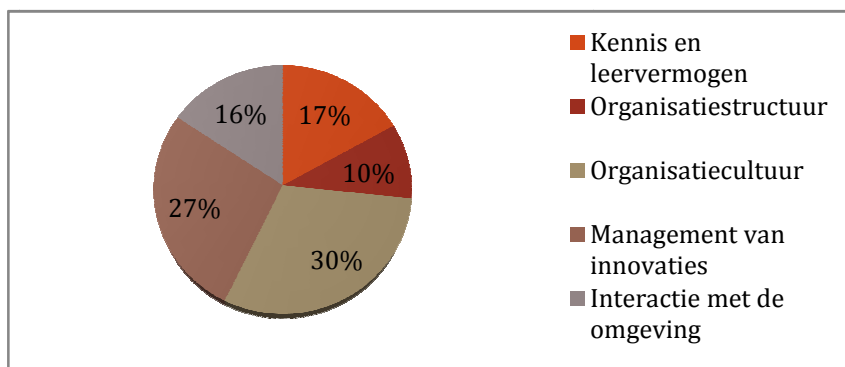
Het laatste algemene punt dat is opgevallen tijdens de analyse van de gesprekken is het duidelijke verschil tussen zorginhoudelijke innovaties en organisationele vernieuwingen. Logistieke innovaties en andere organisatorische zaken, de wat grootschaligere vernieuwingen komen voornamelijk van bovenaf in de organisatie. Kleine zorginhoudelijke innovaties komen duidelijk van de werkvloer en daar wordt ook de ruimte voor gegeven.

“Ik zie dat logistieke vernieuwing toch heel erg van het management af komt” (anonieme respondent a)

5.3 Innovatievermogen

In het theoretisch kader, zoals beschreven in hoofdstuk 2, zijn de variabelen besproken die vanuit de literatuur gezien invloed hebben op de innovatiekracht van een ziekenhuis. Organisatiestructuur en organisatiestructuur zijn daarvan twee voorbeelden. Voor het toetsen van het conceptueel model zijn zes interviews afgenomen bij respondenten van binnen en buiten het ziekenhuis. Hoe dit in zijn werk gegaan is kunt u teruglezen in hoofdstuk 3. Met de uitkomsten van deze gesprekken is ondermeer het theoretisch model getoetst. De resultaten van de analyse hiervan worden in deze paragraaf beschreven. Op

hoofdpijnen gezien kwam uit de gesprekken datgene naar voren wat in het theoretisch kader is voorspeld. Dat wil zeggen dat een ziekenhuis aan de ene kant invloed heeft op haar vermogen om te innoveren. Aan de andere kant is ze ook sterk afhankelijk en moet ze fungeren binnen de randvoorwaarden die worden



Grafiek 1 Waaruit bestaat innovatievermogen volgens de respondenten?

gesteld door overheid en maatschappij. Uit de gehouden interviews kwamen geen nieuwe begrippen bovendrijven die een dergelijke hoofdrol spelen in datgene wat leidt tot innovatievermogen. Wel blijkt duidelijk verschil te zitten in de mate waarop bijvoorbeeld aspecten als organisatiestructuur en organisatiestructuur van invloed zijn op het innovatievermogen van een ziekenhuis. Dit is duidelijk geworden in de analyse van de interviews. De uitkomsten hiervan worden in grafiek 1 weergegeven. Het diagram is tot stand gekomen op basis van de absolute aantallen zoals weergegeven in bijlage 4. In deze bijlage wordt de uitkomst beschreven van het deel van de interviews waarin vernieuwingskracht is getoetst aan het conceptueel model. Uit de figuur blijkt dat organisatiestructuur voor het grootste deel bepaalt in hoeverre een ziekenhuis al dan niet vernieuwend is. Kort daarop volgt de factor hoe vernieuwingen worden gemanaged. Kennis en leervermogen alsmede de interactie gaan bijna gelijk op als het gaat over de mate waarin ze bepalend zijn voor de vernieuwingsvermogen. De factor die door de respondenten als minst belangrijk wordt gezien is organisatiestructuur. In de volgende paragrafen wordt op alle aspecten dieper ingegaan. In grafiek 1 wordt niet weergegeven in hoeverre randvoorwaarden bepalend zijn voor het innovatievermogen van een ziekenhuis. Beleidsregels en budget zijn wel zaken die van belang zijn voor de mate waarin een ziekenhuis vernieuwingen kan initiëren en doorvoeren. De huidige financieringsstructuur en de budgetstructuur kwamen als belangrijkste factoren naar voren ten aanzien van de randvoorwaarden. In paragraaf 5.2.5 wordt dit verder uitgediept.

Innovatievermogen wordt in grafiek 1 breed opgevat. Er wordt geen onderscheid gemaakt naar soort innovatie. Naar alle waarschijnlijkheid zit hier wel verschil in. Uit de gehouden interviews wordt door zes van de zeven respondenten aangegeven dat zorginhoudelijke vernieuwing om andere zaken vraagt dan logistieke of organisationele vernieuwing. Zo wordt zorginhoudelijke vernieuwing vrijwel altijd door professionals geïnitieerd. Gezien de hoeveelheid respondenten die in dit onderzoek zijn bevestigd kan daarover echter geen verantwoorde algemene constatering gedaan worden. In de volgende paragrafen wordt per deelaspect wel zijdelings ingegaan op verschillen tussen zorginhoudelijke, logistieke of organisationele innovatie.

5.3.1 Kennis en leervermogen

Kennis en leervermogen wordt door de respondenten gezien als gemiddeld van belang voor innovatievermogen. Zoals in het theoretisch kader onderbouwd bestaat het onderdeel kennis en leervermogen uit verschillende aspecten:

- Research en development;
- Individuele kennis, competenties en leervermogen;
- Collectieve kennis, team- en organisatieleren; en
- Kennismanagement en omgevingsleren.

Van deze vier aspecten dragen individuele kennis, competenties en leervermogen het meest bij aan innovatiekracht volgens de respondenten. Het sterkste verband bestaat volgens hen uit kennis van met name professionals als het gaat om zorginhoudelijke vernieuwing. Kennis en ervaring kunnen leiden tot nieuw inzicht wat vernieuwingen tot stand kan brengen. Ook artsen in opleiding zijn input voor nieuwe ontwikkelingen.

“Artsen in opleiding brengen actuele kennis mee vanuit hun academie” (Mw. Y. Wilders)

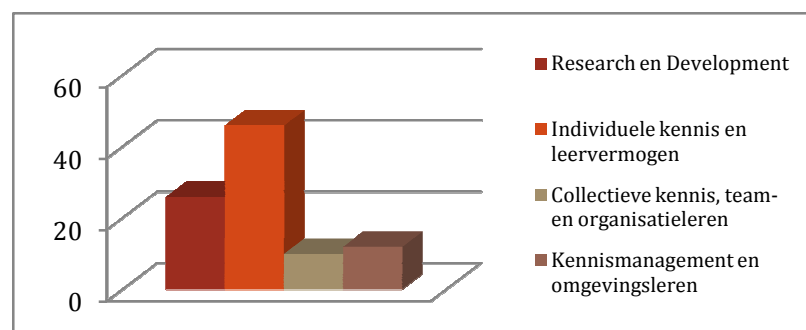
Het zijn vooral de universitaire ziekenhuizen en de zogenaamde opleidingsziekenhuizen die zich richten op het binnenhalen van goede artsen. Deze artsen doen nieuwe onderzoeken waaruit met name medisch technologische innovaties kunnen voortkomen. De uitkomsten daarvan worden doorgaans gepubliceerd in wetenschappelijke artikelen. In hoofdstuk 2.4.2 van deze scriptie wordt gesteld dat kennis alleen niet genoeg is. Dit wordt bevestigd door de respondenten. Kennis verouderd en opleiding, bijscholing en training zijn waardevol voor verdere ontwikkelingen en de initiatie van vernieuwingen. Niet alleen als het gaat om het vergroten en verbreden van medische kennis maar juist ook de combinatie van medische kennis met managementaspecten werkt logistieke innovaties in de hand waardoor bijvoorbeeld besparingen kunnen plaatsvinden. Een hartspecialist die fungeert binnen een maatschap en naast zijn medisch inhoudelijke kennis verbreding zoekt in managementaspecten zoals financieel management is eerder in staat een goed ondernemingsplan te schrijven voor een bepaalde logistieke innovatie. Het vergroten en verbreden van competenties door opleiding en bijscholing is ook voor het management en de leden van de Raad van Bestuur van belang. Hierdoor ontstaan nieuwe initiatieven en wordt alert gebleven op ontwikkelingen in medische vakgebieden maar ook daarbuiten, waardoor nieuwe inzichten kunnen ontstaan. Nieuw inzicht door dit soort van activiteiten wordt door alle zes respondenten erg belangrijk geacht. Individueel leervermogen brengt individuen op nieuwe ideeën die van belang zijn voor vernieuwing.

De tweede factor die binnen kennis en leervermogen van belang is voor innovatiekracht is research en development. Wat betreft onderzoek en ontwikkeling wordt door vier van de zes respondenten hierbij voornamelijk gedoeld op zorginhoudelijk onderzoek waardoor meer informatie verkregen wordt over ziektebeelden, de behandeling daarvan of de ontwikkeling van nieuwe apparatuur. Belangrijk is dat uit de research ontwikkeling volgt, of het nu zorginhoudelijk is of op ander gebied. De ontwikkeling van kennis maar ook fysieke zaken zoals prototypes van apparatuur resulteert vaak in ingewikkelde medische apparatuur maar kan alleen voortkomen als een fase van mislukking en aanpassing heeft plaatsgevonden. Hierdoor treden leermomenten op die gebruikt kunnen worden voor de definitieve innovatie. Op een vrijwel gedeelde plaats worden de factoren collectieve kennis, team- en organisatieleren alsmede kennismanagement en omgevingsleren het minst benadrukt in de interviews, als zijnde van invloed op innovatiekracht.

Als het gaat om collectief leren is vooral kennisoverdracht tussen medisch specialisten onderling belangrijk voor zorginhoudelijke vernieuwingen die toch vooral vanuit de werkvloer komen, volgens drie respondenten. Om echt te kunnen leren is het belangrijk dat mensen worden aangesproken op gedrag, de spiegel voorgehouden worden en openstaan om te leren. In hoeverre dit verband door de respondenten wordt bevestigd komt in paragraaf 5.2.4 naar voren waar organisatiecultuur wordt belicht. Voor wat betreft logistieke vernieuwingen is het verband tussen team- en organisatieleden minder aantoonbaar. Dergelijke innovaties komen vooral vanuit het management.

Met betrekking tot kennismanagement en omgevingsleren zijn andere zaken op te merken. Op inhoudelijk gebied vindt kennisuitwisseling plaats door de aanwezigheid van vakgroepen bijvoorbeeld. Medisch inhoudelijke vernieuwingen, gegrond op wetenschappelijk, onderzoek kunnen via die kanalen worden verspreid. In het algemeen gezien vindt echt kennismanagement tussen organisaties nog weinig plaats terwijl vier respondenten aangeven dat dit wel noodzakelijk is om innovatiekracht te verhogen. Eén

geïnterviewde stelt dat in de zorg wat krampachtig wordt gedaan over het leren van elkaar alsof het belemmerend zou werken voor de concurrentie tussen ziekenhuizen. Ook wordt opgemerkt dat de prikkel gemist wordt om vernieuwingen te delen. Deze prikkel hangt wellicht samen met de context van bijvoorbeeld marktwerking. Tevens zou slimmer geleerd kunnen worden van innovaties. Dit geldt voor medisch inhoudelijke en organisationele vernieuwing beide. Op dit gebied lijkt dus nog een behoorlijke opdracht voor de ziekenhuizen klaar te liggen.



Grafiek 2 Het belang van kennis en leervermogen volgens de respondenten

“Als je iets intern uitvindt waarom zou je het dan zo nodig met anderen moeten doen of delen?” (Dhr. R. van Merkerk)

“Waarom zou je innovaties willen verspreiden in de zorg, als het jouw innovatie is en jij er met je verzekeraar een deal over wilt sluiten. Dan ga je niet tegen al je concurrenten zeggen. Kijk eens, dit is een hele mooie innovatie, hier heb je hem”(Dhr. K. Putters)

De noodzaak tot het omgevingsleren wordt door twee respondenten expliciet benadrukt. Daarbij gaat het hen voornamelijk om scherp in te gaten te houden wat de markt doet. Beide geïnterviewden pleiten voor een zoektocht naar de niche van een ziekenhuis. Waar zijn de gaten in de markt? Waar moeten we ons op richten de komende vijf à tien jaar? De keuze voor een bepaalde strategie is bepalend voor datgene waar vernieuwingen op uitgevoerd zullen worden. Wanneer bijvoorbeeld gekozen wordt voor een marktgerichte strategie is het van belang welke demografische kenmerken de patiënten hebben. Is veel sprake van patiënten met een chronische ziekte dan is daar wellicht ook vernieuwing nodig.

5.3.2 Organisatiestructuur

Organisatiestructuur blijkt het minst belangrijk te zijn voor innovatiekracht. In dit onderzoek zijn de volgende aspecten als onderdeel van organisatiestructuur onderzocht:

- Centralisatie;

- Specialisatie; en
- Formalisatie.

In de interviews werd vaak niet direct ingegaan op organisatiestructuur als zijnde van belang voor innovatievermogen. Toch kwam indirect in elk interview organisatiestructuur aan de orde maar wordt het niet gezien als doorslaggevend voor innovatievermogen. Uiteindelijk gaat het meer om de houding van mensen en de manier waarop vernieuwingen gemanaged worden. Besluitvormingsstructuren worden binnen organisatiestructuur wel genoemd als zijnde belemmerend voor innovatiekracht. Ook wordt beargumenteerd dat de kanteling van functionele structuur naar product-/marktcombinaties heeft bijgedragen aan de mate waarin ziekenhuizen in staat zijn te vernieuwen.

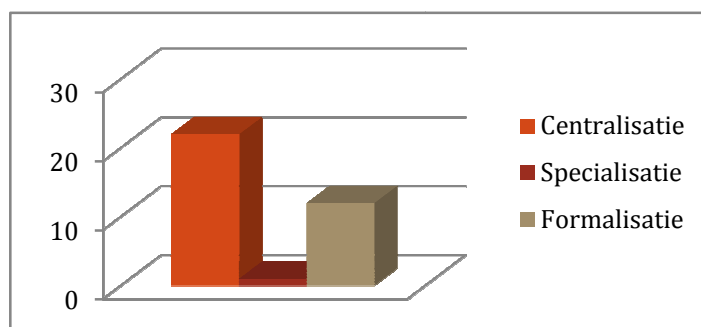
Ondanks dat organisatiestructuur an sich niet als cruciaal wordt gezien, zijn er op deelaspecten wel verschillen op te merken. De factor die het hoogst scoort en dus volgens de respondenten de sterkste relatie heeft met innovatievermogen is de mate van centralisatie. In het theoretisch kader wordt verondersteld dat het van belang is dat de autonomie in een ziekenhuis niet te sterk door één partij wordt bepaald. Uit drie interviews komt duidelijk naar voren dat de macht in een ziekenhuis uiteindelijk bij de professional ligt. In de gesprekken blijkt dat dit meestal niet ten goede komt aan de innovatiekracht van ziekenhuizen.

“Als de artsen iets niet willen dan gebeurt het niet” (Dhr. E. den Breejen)

“Uiteindelijk hebben de dokters het voor het zeggen” (Dhr. K. Putters)

Naast de autonomie van de arts is ook de autonomie van de verpleegkundige belemmerend voor innovativiteit, zij het in iets mindere mate dan de artsen. Rondom de verpleegkundige heerst een bepaalde mate van autonomie waardoor

verpleegkundigen allemaal een eigen soort van handelen ontwikkelen en vasthouden. Er wordt wel veel geëvalueerd maar dit bereikt uiteindelijk niet het stadium waarop verpleegkundigen flexibel worden of proactief ten aanzien van veranderingen. Uit de autonomie van de professionals wordt de aanwezigheid van professionele autonomie binnen de professionele bureaucratie van Mintzberg bevestigd. De professie kan een belangrijke weerstand vormen tegen innovaties in het algemeen. Specifiek voor zorginhoudelijke innovatie kan de verantwoordelijkheid laag in de organisatie leggen en voor een bottom-up benadering te kiezen juist positief zijn. Om de innovativiteit van een ziekenhuis te bevorderen is aansturing van belang. Hiërarchische aansturing daarbij kan heel goed of heel slecht zijn afhankelijk van bijvoorbeeld de houding van het management. Uit de interviews is hierover geen heldere lijn naar voren gekomen.



Grafiek 3 Het belang van organisatiestructuur volgens respondenten

Binnen organisatiestructuur blijkt formalisering een negatieve rol te spelen als het gaat om de innovatiekracht van een ziekenhuis. De mening hierover van de geïnterviewden is eenduidig. De helft van de respondenten geeft aan dat de routines, protocollen en richtlijnen binnen een ziekenhuisorganisatie belemmerend werkt. Zorgvuldigheid moet hoog in het vaandel staan maar soms verlopen vernieuwingen door de aanwezigheid van een hoog bureaucratisch gehalte onnodig langzaam.

Tenslotte is specialisatie in het theoretisch kader verondersteld als zijnde van invloed op innovatiekracht. In de interviews is dit slechts twee keer genoemd waardoor specialisatie niet aantoonbaar van invloed is op innovatievermogen. Wel heeft specialisatie sterke relatie met kennis waardoor het indirect wel van belang is voor de mate waarin vernieuwingen plaatsvinden.

5.3.3 Organisatiecultuur

Deze deelparagraaf gaat in op het onderdeel dat de respondenten zien als het meest van belang voor innovatiekracht, namelijk organisatiecultuur. Vanuit het theoretisch kader zijn verschillende aspecten van belang:

- Creativiteit;
- Openheid;
- Samenwerking; en
- Vertrouwen.

Organisatiecultuur is diep geworteld in organisaties en lastig te veranderen. Toch wordt het nog net wat meer dan het managen van de vernieuwingen gezien als het meest van belang voor de innovatiekracht van een ziekenhuis. De organisatiecultuur in een ziekenhuis is heel sterk. Het gaat vaak om leven of dood en dat brengt een bepaalde houding met zich mee die lastig te doorbreken is.

“Er is een hoog moraliteitsbesef onder verpleegkundigen. Met een veranderplannetje kom je daar niet doorheen” (Anonieme respondent a)

In het theoretisch kader is genoemd dat vernieuwingen in ziekenhuizen veelal geïnspireerd worden door gedeelde waarden. Vernieuwingen zullen eerder worden overgenomen in een context die aansluit bij de beleving van bijvoorbeeld de professionals. Door alle respondenten worden deze waarden genoemd. Voor een innovatieve organisatie is het heel belangrijk dat zowel de Raad van Bestuur, het management en de professionals belang hechten aan vernieuwing binnen de organisatie. De normen en waarden zijn het uitgangspunt en zorgen voor samenhang in de drang naar vernieuwing. Als professionals waarde hechten aan een ziekenhuis dat goed bekend staat om haar vernieuwing en haar kwaliteit, zullen ze ook eerder geneigd zijn daar positief aan bij te dragen.

De indicator die binnen organisatiecultuur die het meest is benoemd als zijnde van belang voor innovatiekracht, is openheid in de breedste zin van het woord. In het theoretische gedeelte van dit onderzoek wordt openheid ruim gezien en ondermeer betiteld als de dialoog tussen mensen, de blik naar buiten en risicogeneidheid. Dit wordt sterk bevestigd door de respondenten. Binnen organisatiecultuur is deze openheid dan ook het meest relevant voor de mate waarin een ziekenhuis vernieuwend kan zijn. Risicogeneidheid heeft daarbij de sterkste link aan innovatie. Alleen door het nemen van risico kunnen vernieuwingen ontstaan. Je begint ergens aan maar weet uiteindelijk niet hoe het uitpakt. Als van tevoren helemaal duidelijk is of iets werkt of niet is het de vraag hoe groot de innovatiewaarde feitelijk is. Risicogeneidheid is in alle gesprekken teruggekomen. Innovativiteit wordt gekenmerkt door lef en durf. Alle geïnterviewden noemden deze twee sleutelwoorden in hun betoog. Vanaf de werkvloer tot de Raad van Bestuur gaat het om het aandurven. Professionals hebben durf nodig om met hun idee naar de Raad van Bestuur te stappen. De Raad van Bestuur heeft het lef nodig van burgerlijke ongehoorzaamheid. Krampachtig vasthouden aan beleid- en regelgeving leidt meestal niet tot de meest vernieuwende initiatieven. Naast het open staan voor risico's is open staan naar elkaar, andere afdelingen, andere ziekenhuizen, andere zorgorganisatie maar ook instellingen uit een andere branche belangrijk.

Een open houding van specialisten die graag een kijkje nemen in de keuken van een ander maar ook bereid zijn zelf te laten zien hoe dingen georganiseerd zijn hebben meer kans inspiratie op te doen dan iemand die dit niet doet. Eén respondent geeft aan dat deze openheid gestimuleerd kan worden door te belonen te straffen. Bijvoorbeeld in de vorm van meer of minder verantwoordelijkheid voor professionals. Dat openheid belangrijk is geldt ook voor de organisatie als geheel. Wanneer ziekenhuizen of zorgorganisaties in het algemeen transparant maken wat zij doen kan daarvan worden geleerd. Dit hangt samen met het delen van kennis, dat in paragraaf 5.3.1 aan de orde is gekomen. De openheid of transparantie kan dus innovatiekracht verhogen door de leereffecten. Openheid heeft daarnaast te maken met de concurrentie tussen zorginstellingen. Door de competitie tussen ziekenhuizen ligt het niet voor de hand dat ziekenhuizen al haar informatie, kennis etc. zomaar doorspelen. Hoe meer marktgericht de omgeving wordt, hoe meer dat soort informatie vertrouwelijk wordt.

Ideeën, frisse blik en dromen zijn woorden die zich centrerend rondom creativiteit. Creativiteit is de tweede factor binnen organisatiecultuur die van belang is voor vernieuwingskracht. Respondenten waarderen creativiteit als bevorderend voor innovatie evenveel als behoudendheid als belemmerend voor vernieuwing. Binnen deze creativiteit is een bijzonder spanningsveld op te merken op het gebied van professionals. Deze groep kan ontzettend innovatief zijn in hun specialismen maar zijn ook erg beschermend ten opzicht van hun vakgebied en werkwijze. Het 'not invented by me syndroom' zou hier mee te maken kunnen hebben, aldus een respondent. Een aspect dat risicogeneigdheid en creativiteit combineert is creatief omgaan met beperkte middelen. Hier zie je momenteel verschillen ontstaan in ziekenhuizen. Waar de creativiteit bij het ene ziekenhuis juist geprikkeld wordt door budgetdruk, ontstaat bij de ander behoudendheid. Ook op deze manier is creativiteit dan ook belangrijk voor innovatiekracht. In het theoretisch kader is beargumenteerd dat creativiteit ook bijdraagt aan de zelfontplooiing van mensen en daardoor intrinsiek mensen aanspreekt. Dit verband is in de gesprekken niet bevestigd. Wel is naar voren gekomen dat de intrinsieke kracht om te vernieuwen voor een deel al in mensen zit. Mensen willen altijd beter, mooier nieuwer enzovoort.

Innovatie is inherent een onderdeel van de specialistische attitude. Je wilt altijd meer dus je wilt altijd vernieuwing, verbetering, specialisering. Daar zit ook een keerzijde aan want als je alle dokters hun gang laat gaan heb je de duurste apparatuur ter wereld, alle hobby's op een rij dus dat kan niet" (Dhr. K. Putters).

Behoudendheid is net al even aan de orde gekomen. Behoudendheid blijkt zoals verwacht negatief van invloed te zijn op innovatievermogen. Aan het beroep doen op de vernieuwingsdrang van mensen in ziekenhuizen zit ook een keerzijde. Continue doelen stellen en de wil om een lerende organisatie te worden, vernieuwend te zijn kan veranderbaarheid opleveren. Eén respondent ziet dit als een valkuil voor ziekenhuizen die innovatief willen zijn. Vooral bij wat oudere professionals zie je die moeheid soms terugkomen. Die willen niet meer veranderen. Ze hebben daar geen zin meer in.

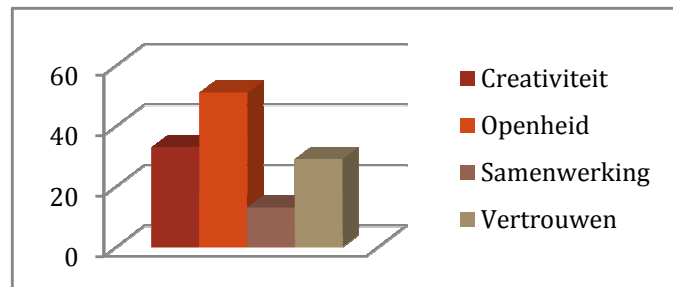
Het derde aspect dat van belang is als het gaat om organisatiecultuur is vertrouwen. Door het risico dat genomen moet worden wanneer sprake is van innovatie is het nodig dat mensen elkaar vertrouwen. Institutioneel wantrouwen vormt op dit moment een grote belemmering voor ziekenhuizen om te innoveren volgens twee respondenten. Om meer te kunnen vernieuwen is het winnen van vertrouwen een voorwaarde. Daarbij gaat het om vertrouwen van de verzekeraar als vernieuwingen in ziekenhuizen gefinancierd moeten worden maar het gaat ook om het vertrouwen dat de Raad van Bestuur heeft in zijn professionals en het vertrouwen van de professionals onderling. De gedachte dat specialisten alles alleen maar doen om meer geld te verdienen lijkt nogal eens een rol te spelen als het gaat om logistieke innovaties bijvoorbeeld.

Het is noodzakelijk dat de Raad van Bestuur en het management vertrouwen heeft in de professionals. Voor het initiëren, ontwikkelen en implementeren van innovaties is het belangrijk dat de ruimte wordt geboden om dit te kunnen doen. Een sfeer waarin mensen alleen maar worden afgerekend op cijferlijstjes en meetbare zaken en geen mogelijkheid krijgen om buiten de te monitoren dingen vernieuwingen te realiseren werkt innovaties en innovatiekracht tegen. Aan dat vertrouwen zitten echter wel grenzen. Niet alles kan.

Het laatste maar zeker niet onbelangrijke aspect binnen innovatievermogen is samenwerking. De definitie van samenwerking in deze context is smal en dat is dan ook de belangrijkste reden dat hier in de gesprekken het minst aan wordt

gerefereerd. In paragraaf 5.2.4 wordt een bredere vorm van samenwerking belicht. Samenwerking binnen organisatiecultuur is op verschillende manieren van invloed. Vijf van de zes geïnterviewden geven aan dat de samenwerking intern binnen een ziekenhuis direct van invloed is op vernieuwingskracht. Daarbij is in relatie met organisatiecultuur vooral de

vanzelfsprekendheid van die samenwerking van belang. Vinden we het normaal om samen te werken? Voelen we ons een team? De beste zijn kun je niet alleen, je hebt een team nodig. Dat team is er of dat is er niet in een ziekenhuis maar leidt wel tot meer vernieuwingen. Ook de wisseling van spelers binnen een team of tussen contactpersonen is van invloed op de innovativiteit. Regelmatig van werkplek wisselen is een voorbeeld waarbij nieuwe kansen komen en mensen in een andere setting geprikkeld worden. Hierdoor ontstaat een andere manier van samenwerking waardoor de creativiteit van mensen aangesproken wordt.



Grafiek 4 Het belang van organisatiecultuur volgens respondenten

5.3.4 Interactie met de omgeving

Interactie met de omgeving vormt de vierde onafhankelijke variabele die binnen deze scriptie wordt onderzocht. Door de respondenten wordt deze interactie vrijwel net zo sterk gerelateerd aan innovatiekracht als kennis en leervermogen. Met betrekking tot deze interactie zijn drie verbanden onderzocht:

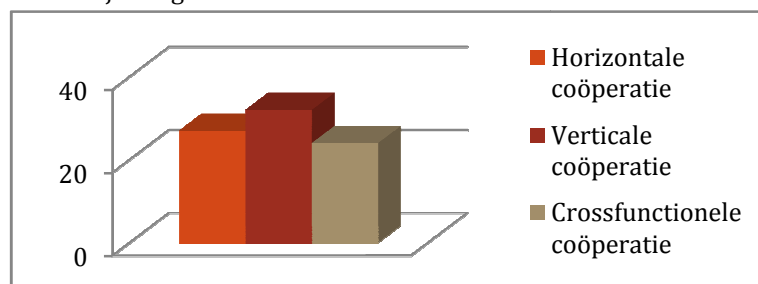
- horizontale coöperatie
- verticale coöperatie; en
- crossfunctionele coöperatie.

In de interviews worden de links tussen de drie onafhankelijke variabelen en innovatiekracht allemaal bevestigd. Er zit niet veel verschil in de mate waarop horizontale, verticale of cross-functionele coöperatie wordt genoemd. Het sterkste verband wordt aangetoond met verticale coöperatie. Daarbij gaat het om de integratie tussen de functionele, operationele, beleidsmatige en managementkern. Interne afstemming heeft vooral tot doel om verbanden te kunnen leggen tussen afdelingen. Heeft een logistieke vernieuwingen op de afdeling cardiologie bijvoorbeeld (financiële) gevolgen voor een andere afdeling? Een betere afstemming en het delen van gegevens, resultaten en begrotingen komt de innovatiekracht ten goede.

Door hierin meer zichtbaarheid te genereren wordt eerder zichtbaar waar de verbeterpunten of wel innovatiegaten zitten. Een respondent gaf het volgende voorbeeld. Wanneer afdeling X een innovatie invoert heeft dit financiële consequenties voor afdeling Y. Om innovatie zichtbaar te maken en te doen slagen moeten deze links gemaakt worden. Een ander aspect binnen verticale coöperatie is dat de professionals en leden van de Raad van Bestuur van elkaar afhankelijk zijn. Professionals hebben zoals eerder benadrukt het vetorecht maar hun zorgvernieuwingsplan moet door de Raad van Bestuur worden goedgekeurd. Om de verticale interactie te stimuleren is actie van hogerop benodigd. Een bestuurslid zou de lijnen richting het bestuur meer moeten faciliteren. Op die manier betrek je mensen en motiveer je ze wellicht ook tot vernieuwingen.

“Ik denk dat de werkvloer onvoldoende bij de innovatieve kant betrokken wordt. Er is daar veel meer innovatiekracht beschikbaar dan we benutten” (Mw. Y. Wilders)

Op de tweede plaats staat horizontale coöperatie. Daarbij gaat het om interactie met andere ziekenhuizen, zorginstellingen of totaal organisaties zoals zorgverzekeraars. Ziekenhuizen zijn zich sinds de invoering van marktwerking gaandeweg meer bewust geworden van hun positie op de markt. Alle respondenten geven aan dat dit zichtbaar en voelbaar is binnen ziekenhuizen. Een ontwikkeling die vrijwel gelijk op gaat is de manier waarop de klant steeds meer centraal gaat staan. Ziekenhuizen willen een bedrijfsmatige aanpak waarbij uitgegaan wordt van de patiënt. Eén van de vernieuwingen die uit deze ontwikkelingen voorkomt is de verbetering van de zorgketen waardoor patiënten sneller kunnen doorstromen binnen de zorgketen. Dit is logistieke innovatie. Om deze logistieke innovaties te kunnen initiëren en implementeren is afstemming tussen huisartsen, ziekenhuizen, verzorgingstehuizen etc. nodig. Logistieke innovatie en horizontale coöperatie gaan hand in hand en versterken elkaar. Waar de patiënt meer centraal wordt gesteld, is het belangrijk dat de patiënt de zorgprocessen tussen huisarts, specialist, ziekenhuis en revalidatiecentrum vlot doorloopt. Dit vraagt om goede afstemming tussen zorgaanbieders. Door deze afstemming te zoeken wordt duidelijk waar processen sneller georganiseerd kunnen worden. Hierdoor wordt innovatie aangejaagd. Om innovatiekracht van ziekenhuizen te versterken is in eerste instantie een versterkte afstemming en interactie nodig met de zorgketen in de tweede lijn, hoewel de versterking van deze afstemming op zichzelf ook al incrementele vernieuwing is. Ook interactie, communicatie, samenwerking en afstemming met de derdelijn zorgketen kan versterkend werken voor vernieuwingsvermogen. Dit staat wel wat verder af van de ziekenhuizen. Dit blijkt ook uit de respondenten die voornamelijk ingaan op de interactie met de tweedelijns zorginstellingen. Een ander aspect binnen horizontale coöperatie, dat nog niet is genoemd, is competitie of concurrentie. Interactie met de zorgketen betekent primair competitie. Je wilt de beste zijn. Je wilt de meest klanten hebben en goed scoren op bestaande prestatie metingen bijvoorbeeld. Concurrentie is een wat verdergaande vorm van interactie maar werkt wel versterkend op de innovatiekracht.



Grafiek 5 Het belang van interactie met de omgeving volgens respondenten

Het laatste punt is crossfunctionele interactie. Ook hiervan is het verband aangetoond in de gesprekken. Deze vorm integreert horizontale en verticale interactie en vindt plaats wanneer bestuursleden van een bepaald ziekenhuis relaties aangaan met professionals van een ander ziekenhuis.

Dit kan bijvoorbeeld goed zijn in het kader van de uitwisseling van kennis en stimuleert daarom indirect innovatiekracht. Logistieke innovatie wordt door crossfunctionele vernieuwing gestimuleerd. Kijken buiten de organisatie, aan en afvoerroutes organiseren, communiceren met huisartsen en patiënten levert nieuwe inzichten op en is daardoor van belang voor vernieuwingskracht. De dialoog met patiënten is een aspect wat nog niet eerder aan de orde is gekomen maar prima past binnen de gedachte van crossfunctionele interactie. Communicatie met de patiënt ofwel de klant kan goede input leveren voor een andere kijk op de huidige manier van organiseren in een ziekenhuis en is daarom relevant voor innovatiekracht. Ook interactie met universiteiten past bijvoorbeeld in dit kader en kan scheppend zijn voor nieuwe inzichten.

5.3.5 Management van innovaties

Het innovatieproces is zeker als het gaat om grote vernieuwingen van belang zo was de veronderstelling. In deze paragraaf wordt besproken in hoeverre deze hypothese wordt bevestigd.

Vanuit het theoretisch kader zijn de volgende factoren in de interviews gemeten:

- Leiderschap;
- Communicatie; en
- Doelgerichte kleine interventies.

Het managen van het innovatieproces wordt door de benaderde respondenten vrijwel even belangrijk gezien voor vernieuwingskracht als organisatiecultuur en hangt daar ook voor een deel mee samen. Dit geldt voor zorginhoudelijke en organisatorische vernieuwingen beide, al zullen zorginhoudelijke vernieuwingen vaak op wat kleinere schaal plaatsvinden. Datgene wat in de eerste plaats van belang is voor het managen van innovaties is in het theoretisch kader niet expliciet benoemd en centreert zich rond organisatiestrategie, innovatief beleid en fondsenwerving. Vernieuwingen beginnen bij de keuze die een ziekenhuis maakt over wat voor ziekenhuis het wil zijn. Een ziekenhuis kan niet overal goed in zijn en zal zich moeten richten op een aantal aspecten die vastgelegd moeten worden in beleid. De beleidsstrategie kan bijvoorbeeld zo zijn dat de komende vijf jaar gefocust zal worden op vernieuwing ten aanzien van informatiehuishouding en de logistieke processen omtrent de operatiekamer. Dit is dan bepalend voor de soort innovaties die in de komende jaren zullen komen. De keuze voor strategie is van belang om te kunnen onderbouwen richting bijvoorbeeld professionals waarom innovaties plaatsvinden op de OK en niet op cardiologie bijvoorbeeld. Een ander aspect binnen het beleid is het vinden van fondsenwerving. Gezien de huidige budgetkortingen op de ziekenhuisbegroting is het niet altijd makkelijk om de financiën voor een innovatie rond te krijgen. Bij het managen van innovaties vraagt fondsenwerving dan ook de aandacht. Bij het onderdeel organisatiecultuur is al opgemerkt dat creatief omgaan met financiële middelen nodig is wat nauw aansluit bij het managen van innovaties.

Ten aanzien van het managen van vernieuwingen en vernieuwingsprojecten wordt op de tweede plaats communicatie gezien als de manier om trajecten succesvol te doorlopen en met positief resultaat af te ronden. Enerzijds gaat het daarbij om het motiveren van mensen, het verkrijgen van commitment en het overtuigen ten behoeve van de doorvoering van bijvoorbeeld een nieuw ziekenhuisinformatiesysteem. Anderzijds gaat het om een goede informatievoorziening. Laat zien waar je mee bezig bent intern aan de medewerkers maar ook aan de patiënten. Bij het motiveren is het van belang de kring van betrokkenen uit te breiden zodat draagvlak vergroot wordt. Hierdoor kan in dit geval het ziekenhuisinformatiesysteem sneller worden geïmplementeerd waardoor dus het vernieuwingsvermogen vergroot wordt. Ook communicatie werkt op die manier.

De respondenten benadrukken transparant te wezen. Zet behaalde resultaten bijvoorbeeld op de website van het ziekenhuis en toon dat je als ziekenhuis innovatief bezig bent. Dit kan competitie onderling tussen ziekenhuizen of intern aanwakkeren waardoor innovatiekracht wordt geprikkeld.

Motivatie, communicatie mensen mee laten beslissen in delen van het proces en ook erkennen dat het voor sommige mensen nooit zal lukken (Mw. Y. Wilders)

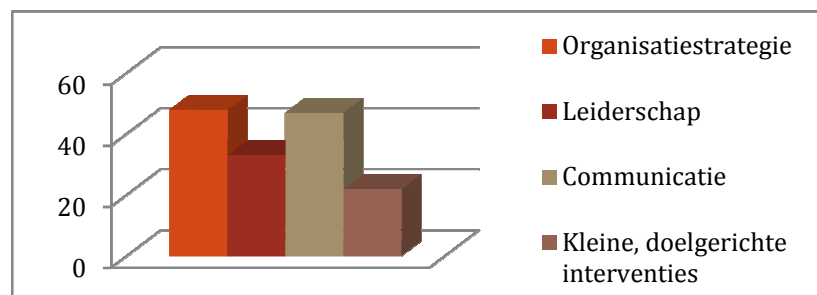
In de derde plaats wordt leiderschap als erg belangrijk gezien. Vier respondenten geven nadrukkelijk aan dat een leider benodigd is als het gaat om het doorvoeren van vernieuwingen. De leider of een innovatieteam heeft autoriteit en gezag nodig en de kracht en het doorzettingsvermogen om het innovatieproject door te voeren. Bij vrijwel elk verandertraject ontstaat weerstand. De kunst binnen het leiderschap is om daarbij de balans te vinden tussen te veel nuanceringen aanbrengen en te weinig. Niet elk commentaar kan leiden tot vertraging van het vernieuwingsproject. Een goede visie van een leider, bijvoorbeeld een bestuurder, kan helpen om een vernieuwend project door te voeren. Een heldere organisatiestrategie en innovatiebeleid kan bijdragen aan de onderbouwing van de leidersvisie.

“Er is een zure appel daar moeten we dus doorheen. We weten dan dat het niet leuk wordt maar we gaan het toch doen. Dat je dan met z’n allen het lef hebt om te zeggen we moeten door die pijn” (Mw. Y. Wilders)

“Innovatie moet als een speedboot zijn. Een speedboot heeft ruimte op het water nodig. Die vooruit kan met een enthousiast iemand aan het stuur, een pionier zou je kunnen zeggen” (Dhr. K. Putters)

Tenslotte zijn kleine, doelgerichte interventies in een vernieuwingsproject van belang. Kleine interventies binnen een vernieuwingstraject zijn relatief makkelijk te realiseren en kunnen een grote impact hebben. Vier

respondenten geven aan dat het geven van verantwoordelijkheden en beloningen voor gedrag binnen een implementatietraject voor positieve uitwerking kan zorgen. Alleen door medewerkers te vragen of zij verbeteringsmogelijkheden zien kan al een oplossing zijn. Hierdoor voelen professionals zich betrokken wat de innovatiekracht ten goede komt. Een ander aspect is dat de slagingskans van een vernieuwingstraject vaak bepaald wordt door het wel of niet uitvoeren van kleine handelingen. Als het bijvoorbeeld gaat om een logistieke innovatie kan het uitmaken of verpleegkundige X de dossiers op dinsdagavond fysiek of elektronisch bij verpleegkundige Y van een andere afdeling deponeert.



Grafiek 6 Het belang van management van innovaties volgens respondenten

5.3.6 Randvoorwaarden

Randvoorwaarden bepalen in hoeverre een ziekenhuis innovatief kan zijn. Toch heeft een ziekenhuis er geen invloed op. In dit onderzoek wordt innovatievermogen gezien als datgene waar een ziekenhuis wel wat aan kan doen. Omdat randvoorwaarden de kaders bepalen waarin een ziekenhuis zich kan bewegen is het wel van noemenswaardig belang. In deze paragraaf wordt aangegeven welke randvoorwaarden de respondenten voornamelijk noemen op institutioneel, organisationeel en maatschappelijk gebied.

De institutionele zaken omtrent vernieuwingen in ziekenhuizen worden het meest genoemd door de geïnterviewden. De algemene financieringsstructuur van ziekenhuizen en budget zijn belemmerend voor vernieuwing geven vijf respondenten aan.

In het algemeen wordt marktwerking daarentegen wel als positief gezien maar in de huidige vorm van gereguleerde marktwerking creëert het perverse effecten. Door de marktwerking en concurrentie tussen ziekenhuizen worden ziekenhuizen enerzijds gestimuleerd om te vernieuwen en te focussen op de waarde in de markt. Efficiënter werken omlaag brengen wordt in het huidige stelsel echter niet beloond maar veeleer afgestraft. De politiek wordt gezien als hulpmiddel mocht er echt hulp nodig zijn ten aanzien van vernieuwing. Mocht een vernieuwing totaal vastlopen op financieringstekort dan kan de politiek perspectief bieden. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij een medische innovatie. Zorgverzekeraars eisen vaak binnen drie jaar aantoonbare resultaten voor een vernieuwing. Dit is niet bij alle ziektebeelden mogelijk. In de huidige situatie wordt de financiering in zo'n geval niet gesponsord door de zorgverzekeraar. Dit zou de overheid af kunnen dwingen maar anno 2009 is dit nog niet aan de orde. Zo zou ingevoerd kunnen worden dat zorgverzekeraars een bepaald deel van hun budget verplicht moeten besteden aan innovatie.

“De oplossing voor institutioneel wantrouwen ligt niet bij de ziekenhuizen. Lag het maar meer bij de ziekenhuizen” (Dhr. E. den Breejen)

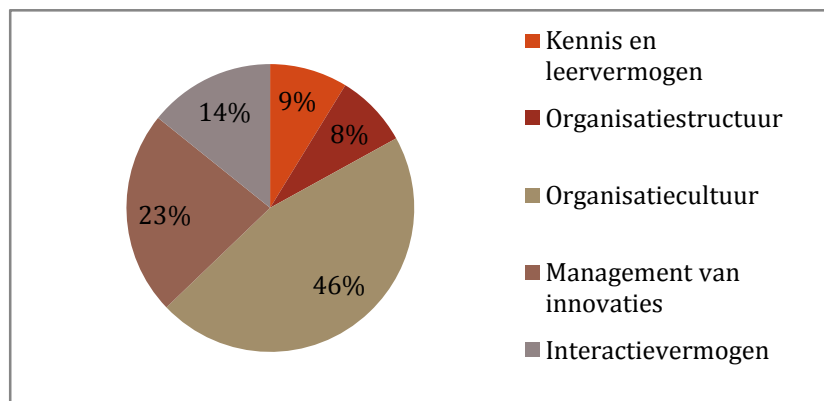
De organisatorische voorwaarden die de respondenten het meest genoemd hebben is nauw gerelateerd aan de institutionele kaders. Vrijheid in de besteding van de middelen wordt als heel belangrijk gezien wanneer het gaat om vernieuwing maar het maakt ook gemakkelijk. In de huidige situatie is creativiteit benodigd om de financiering voor een vernieuwing rond te krijgen. Een ander aspect is dat grote ziekenhuizen zoals academische meer de mogelijkheid hebben om te experimenteren. Kleinere ziekenhuisorganisaties hebben minder nodig voordat ze omvallen en kunnen dus minder vernieuwingen uitproberen. Tenslotte heeft ieder ziekenhuis een verantwoordelijkheid naar de burger toe. De zorgtaak is een publieke taak met publiek geld en dat kan niet willekeurig besteed worden. Hierin blijkt uiteindelijk de hybriditeit van ziekenhuizen van belang te zijn als het gaat om de innovatievermogen. Er is verdergaand onderzoek benodigd om te kunnen verklaren hoe die hybriditeit bepalend is voor innovatiekracht. Waarom focust het ene ziekenhuis zich voornamelijk op de publieke context en de ander op het private gedeelte en waar ligt dat dan aan? Dat zijn cruciale vragen.

De maatschappelijke randvoorwaarden centreren zich vooral rond de demografische kenmerken rondom een ziekenhuis. Als in het verzorgingsgebied van een ziekenhuis sprake is van sterke vergrijzing dan doet een ziekenhuis er goed aan om zich te focussen op de patiëntenpopulatie die het meest in dat ziekenhuis te vinden is. Innovatie wordt op die manier dus gestuurd door demografische kenmerken. Daarnaast kunnen patiënten ook invloed uitoefenen op datgene waar een ziekenhuis in investeert, bijvoorbeeld via patiënten- of belangenverenigingen. Beide zaken blijken sterk uit de interviews.

5.4 Lessen uit de buitenlandse casussen

Net zoals in de interviews is ingegaan op vernieuwingskracht is tijdens de gesprekken gesproken over de buitenlandse casussen. In elk interview was de helft van de tijd hiervoor ingeruimd. De gespreksverslagen zijn geanalyseerd aan de hand van de indicatoren uit het theoretisch kader. In het theoretisch kader wordt aan het eind van elke paragraaf een opsomming van punten gegeven die van belang zijn voor innovatiekracht. Binnen organisatiecultuur is dat ondermeer vertrouwen en openheid. Tijdens de analyse is gekeken hoe vaak de begrippen voorkomen. Daarbij is gebruik gemaakt van een brede benadering. Dat wil zeggen dat niet alleen gezocht is naar exacte woorden maar dat gekeken is naar de context waarin ze gebruikt worden. Transparantie en risicogeneidheid vallen daarbij bijvoorbeeld ook onder openheid.

Uit de analyse blijkt dat de casussen ongeveer een gelijk beeld geven van wat innovatievermogen is als dat de respondenten hebben aangegeven in het eerste deel van het gesprek. In het taartdiagram is te zien hoe de verdeling is op basis van absolute getallen. De onderbouwing hiervoor is te vinden in bijlage 6 waarin per casus wordt aangegeven welke indicatoren het meest

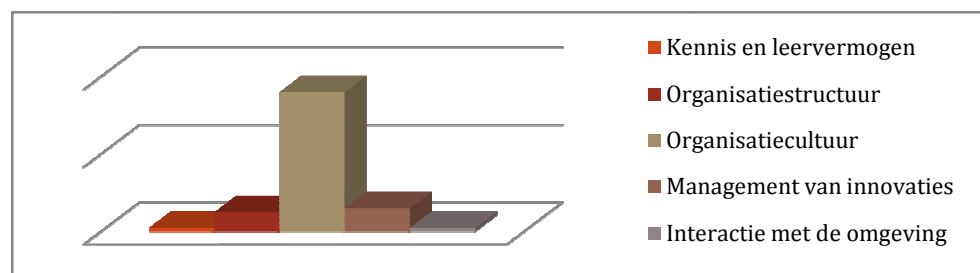


Grafiek 7 Wat voor innovatiekracht vragen de casussen volgens de respondenten?

voorkwamen. Het verschil met het diagram in paragraaf 5.1 is dat de verhoudingen wat anders zijn verdeeld. De rangorde van welk aspect het belangrijkste is komt wel precies overeen. Organisatiecultuur blijkt het belangrijkste te zijn en organisatiestructuur het minst belangrijk. De mens is dus volgens de respondenten de cruciale factor als een ziekenhuis vernieuwend wil zijn. De verschillende innovaties die in dit onderzoek zijn gebruikt hebben per casus wel een andere verdeling. Hoe dit in elkaar zit en wat de verschillen en overeenkomsten zijn wordt in de volgende paragrafen belicht. In de beschrijvingen van de casussen worden de variabelen uit het theoretisch kader vetgedrukt om te laten zien dat het conceptueel werkelijk (gedeeltelijk) wordt bevestigd in de casussen.

5.4.1 Star Rating

In hoofdstuk 4 is aan de hand van de cyclus van Nooteboom beschreven wat het Star Rating systeem uit Engeland inhoudt. Deze casus is net zoals de andere twee voorgelegd aan twee respondenten. Eén van de geïnterviewden is of was werkzaam binnen een ziekenhuis. De ander doet onderzoek in de zorgsector. Beide respondenten zijn het er over eens dat performance meting in Nederlandse ziekenhuizen een positieve ontwikkeling is. Toch zijn er een aantal kritische kanttekeningen te plaatsen. Deze zullen in deze paragraaf worden belicht vanuit de zienswijzen van de twee geïnterviewden. Tevens wordt beschreven welke aspecten van innovatievermogen terugkomen in de casussen en wat Nederlandse ziekenhuizen zouden kunnen verbeteren. Hiervan wordt in figuur 8 een visuele weergave gegeven. Hieruit blijkt dat organisatiecultuur het belangrijkste is. Transparantie en openheid staan echt op nummer één wat betreft de bijdrage aan innovatiekracht. Het managen van de innovatie krijgt een



Grafiek 8 Wat voor innovatiekracht is nodig voor Star Rating volgens de respondenten?

uitzonderlijk lage positie in vergelijking met de andere casussen. Een plausibele verklaring hiervoor is dat prestatie meting weinig beïnvloed kan worden door ziekenhuizen. Het is vooral een initiatief van de overheid en zorgverzekeraars. Voor de Star Rating casus geldt dat interactie met de omgeving en kennis en leervermogen niet aantoonbaar van belang zijn voor de invoering van performancemanagement. Omdat prestatie meting zou moeten leiden tot betere kwaliteit lijkt dit tegenstrijdig te zijn. Een logische gedachte is dat leervermogen juist van belang is om een prestatie te verbeteren.

De respondenten geven hieromtrent aan dat vooral het verplichte karakter alsmede de niet-wetenschappelijk onderbouwde indicatoren het leervermogen beperkt. Ook interactievermogen hangt niet aantoonbaar samen met performancemanagement. In de context hiervan geven de geïnterviewden aan dat prestatiemeting niet aanzet tot samenwerking met andere instellingen. Een praktische uitleg van deze constatering wordt in de volgende paragrafen gegeven. Allereerst volgt een algemene reflectie op de casusbeschrijving.

Reflectie casusbeschrijving

Het doel van performancemanagement is in de casus Star Rating in Engeland voornamelijk het verhogen van kwaliteit. Tussen de geïnterviewden bestaat hierover een interpretatieverschil. De inhoudelijk deskundige stelt dat het doel voornamelijk is om **open en transparant** te zijn naar de buitenwereld in wat je doet en hoe je scoort. Prestatiemiddelen worden in die optiek gezien als een goede manier om te **concurreren**. Of de score werkelijk representatief is voor de feitelijke kwaliteit is maar de vraag. De wetenschappelijke expert geeft vooral aan dat het doel is om werkelijk betere prestaties te leveren en daarmee vernieuwingen af te dwingen. Zo zouden professionals door prestatiemeting uiteindelijk meer gestuurd worden door het eigen professioneel handelen en minder **autonomie** bezitten. In beide aspecten komen kernen van innovatiekracht naar voren. Openheid en transparantie alsmede een vermindering van autonomie bij professionals leiden tot meer innovatievermogen. Het uiteindelijke doel van de invoering van performancemanagement leidt dus ook tot meer innovatiekracht.

Wat betreft de inhoud bestaat de Star Rating methodiek uit drie hoofdfuncties: besturing, monitoring en reactie. In Nederland spelen de besturing en monitoring vooral op bestuurlijke niveaus en zijn relevant voor met name de Inspectie, Raden van Bestuur en managementteams. De besturingsfunctie, het vertalen van beleidsdoelstellingen naar performance-indicatoren wordt in Nederland door meerdere partijen gedaan. De Inspectie heeft een set verplichte indicatoren opgesteld die over het algemeen geaccepteerd zijn en goed meetbaar. Daarnaast hebben zorgverzekeraars individueel eigen beleid en hanteren eigen kwaliteitsindicatoren. Dit leidt tot indicatoren die niet altijd representatief zijn voor de inhoud die ze vertegenwoordigen.

“Het is toch raar dat we ons laten beoordelen op tomaten terwijl we geen tomaten verkopen. Ik vind dat een uitdaging om te zorgen dat je iets kan rapporteren dat ook inhoudelijke waarheid is (Mw. Y. Wilders)

Het werkelijke meten van de performance van ziekenhuizen gebeurt afhankelijk van de soort meting op verschillende manieren. Voor de ratings in het Algemeen Dagblad worden bijvoorbeeld naast mensen binnen het desbetreffende ziekenhuis zelf ook concurrenten van ziekenhuizen gevraagd om lijstjes in te vullen. Voor de klinische metingen voor zorgverzekeraars zijn het professionals die bijvoorbeeld pijnmeting moeten registreren. Deze situatie is vaak frustrerend voor zorgverleners die meer en meer belast worden en uiteindelijk is het toch de prijs die bepalend is.

De reactiefunctie heeft vooral van doen met informatie die voor de patiënten beschikbaar worden gesteld. De huidige manier waarop performancemanagement in Nederland bestaat richt zich voor een groot deel op de reactiefunctie. Te denken valt daarbij aan de website www.wachttijden.nl waarop iedereen kan zien hoelang de wachttijd voor een bepaald ziekenhuis bedraagt. Momenteel is ook de discussie nog gaande over het al dan niet publiceren van de sterftcijfers van ziekenhuizen.

Door beide respondenten wordt aangegeven dat de keuzevrijheid versterkt wordt door de manier waarop de huidige prestatiemeting in Nederland plaatsvindt. Vooral de jongere generatie lijkt de weg naar het web met daarop vergelijkende informatie over bijvoorbeeld wachttijden, doorlooptijden, aantal doorligwonden etc. per ziekenhuis te kunnen vinden.

De inhoudelijk betrokken respondent ziet ook echt patiënten weglopen als de wachttijden oplopen en vindt het dus een belangrijk middel om de **concurrentie** met andere ziekenhuizen aan te gaan. De geïnterviewde expert nuanceert dit en stelt dat uit onderzoek in Amerika is gebleken dat patiënten niet altijd weten hoe ze keuze-informatie op Internet moeten beoordelen. Uiteindelijk wil de klant een goede behandeling, een vriendelijke arts en is het belangrijk dat de patiënt vertrouwen heeft in de behandelend specialist. **Concurrentie** is niet alleen terug te vinden in de vorm van patiënten die reageren op prestatie-informatie. Als een bepaald specialisme goed scoort in een bepaalde rangorde gaat daar aantrekkingskracht vanuit naar specialisten, artsen in opleiding en verpleegkundigen. Die willen op dergelijke afdelingen graag werken. Op deze manier kan de reactiefunctie dus ook voor **competitie** zorgen tussen ziekenhuizen onderling. Een ander aspect binnen de reactiefunctie is het ratingsysteem. Zoals reeds genoemd bestaan in tegenstelling tot Engeland in Nederland ranglijsten van verschillende instanties. De manier waarop deze gemonitord worden verschilt en ziekenhuizen worden op verschillende ratings dan ook vaak op verschillende posities geplaatst. In reactie daarop pleit de inhoudelijk betrokken respondent voor een benadering die meer lijkt op het Engelse systeem. In de huidige situatie verschilt de feitelijke score tussen positie 60 en 99 soms heel weinig terwijl nummer 99 wel het gevoel krijgt slecht gescoord te hebben. Voldoende kwaliteit is voldoende. Een overeenkomst in deze publicatie van de ratings is dat deze in Nederland en Engeland beide veel media-aandacht krijgen. Hierdoor worden ziekenhuizen genoodzaakt zich te verantwoorden over hun 'bad performance'. De respondenten geven aan dat deze vorm van **transparantie** heel positief is. Bijvoorbeeld als het gaat over bijvoorbeeld sterftecijfers. Er kan een plausibele verklaring zijn voor het feit dat een ziekenhuizen hogere sterfteaantallen heeft dan gemiddeld maar daar moet wel **openheid** over zijn. De publicatie van ratinggegevens is toch, met name voor bestuurders, belangrijk; "er wordt met argusogen naar elkaar gekeken. In de Nederlandse prestatieingen voor ziekenhuizen wordt niet direct gewerkt met een beloning voor 'good performers'. Indirect is dit wel aan de orde. Wanneer een ziekenhuis altijd goed scoort, de informatie op tijd aanlevert etc. zal de Inspectie niet spontaan binnenvallen maar worden deze ziekenhuizen met rust gelaten. Officieel is echter nog geen sprake van 'pay for performance'. Er wordt wel onderzoek verricht naar de mogelijke toepassingen daarvan in Nederland. Dit zou op zich een **motivatie** kunnen vormen voor ziekenhuizen om beter te worden en wellicht te innoveren.

Reflectie ontstaan en consolidatie

De ontstaansreden voor de Star Rating methode in Engeland had vooral te maken met de slechte kwaliteit van de gezondheidszorg aldaar omstreeks de jaren '80. In Nederland heeft de zorg meer een constante graad van performance gehad en hebben geen excessen plaatsgevonden. In die zin is in Nederland de reden voor het ontstaan van landelijke performancemeting in ziekenhuizen nooit dringend geweest. De relatief hoge kwaliteit van het zorgsysteem in Nederland heeft het performancesysteem lang buiten de deur gehouden. De opkomst van het New Public Management (NPM) waarin het meetbaar maken van resultaten en het sturen daarop belangrijk werd heeft meer geleid tot een langzame invoering van het systeem in het Nederlandse zorgsysteem. Daarnaast speelt de steeds mondigere patiënt een rol die steeds meer iets te kiezen wil hebben. Waar de invoering van de Star Rating methodiek in Engeland vooral centraal en rechtstreeks gestuurd wordt door de overheid wordt de invoering van prestatie-meting gestuurd vanuit instanties zoals de Inspectie voor Volksgezondheid. Uiteindelijk zit ook in Nederland het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport er achter maar de uitvoering is meer gefragmenteerd. Beide respondenten zijn het erover eens dat de gezette trend van performancemanagement zich voort zal zetten maar uiteindelijk heeft Nederland toch explicieter gekozen voor marktwerking om de zorgkwaliteit omhoog te drijven. De fase van consolidatie, waarin een vernieuwing door succes en mislukking voortkomt is in Nederland niet sterk te zien.

Dit valt te verklaren door de ervaring die in bijvoorbeeld landen als Engeland is opgedaan met performancemeting. Natuurlijk zijn er ook in Nederland dingen die verbeterd kunnen maar de **pioniersfase** ten aanzien van performancemeting in ziekenhuizen is elders volbracht.

Reflectie generalisatie en differentiatie

Performancemanagement in Nederland heeft nog niet de goede vorm. In die zin is vindt de generalisatie, de toepassing van het performancemanagement in het Nederlandse zorgsysteem nog steeds plaats. Inmiddels zijn door de Inspectie voor Volksgezondheid indicatoren verplicht gesteld. De volgende set is in de pilotfase. In Engeland richtten de eerste indicatoren in '80 zich vooral op wachttijden en niet op kwaliteit. Later kwamen daar klinische indicatoren bij. De respondenten twijfelen beide sterk aan de klinische indicatoren en het waarheidsgehalte wat daaronder ligt. Dit vergt in ieder geval verdere ontwikkeling. Eén respondent geeft nadrukkelijk aan dat de indicatoren wetenschappelijk onderbouwd moeten kunnen worden op geldigheid. Dat is in de huidige situatie bij de indicatoren van zorgverzekeraars vaak niet het geval.

Ik wil de pijnscore best meten maar het is een onzinscore. De manier waarop we dat meten is wetenschappelijk flauwekul (Mw. Y. Wilders)

Het verschil bij de verdere ontwikkeling en implementatie van de indicatoren in het zorgsysteem is dat in Nederland meer verantwoordelijkheid neergelegd wordt bij de ziekenhuizen zelf en minder rechtstreeks aangestuurd wordt door de centrale overheid. In die zin krijgen Nederlandse ziekenhuizen meer de **ruimte** om zichzelf te verbeteren. Deze **ruimte** of wel vrijheid is op zichzelf een factor die bijdraagt aan innovatiekracht en de mogelijkheid tot **creativiteit** openlaat. Door de fragmentatie in de ziekenhuiswereld is implementatie van vernieuwingen ingewikkelder; iedereen doet zijn eigen ding. Dit belemmert een eenduidig systeem. Onder differentiatie van een vernieuwing wordt binnen deze casus verstaan dat performancemanagement verder wordt aangepast aan de omgeving waar ze wordt gebruikt. Uit de interviews is ten aanzien van dit aspect geen heldere informatie naar voren gekomen. Dit wordt mede veroorzaakt omdat Nederland meerdere manieren heeft aanpak waaronder van de Inspectie en verschillende van zorgverzekeraars. Feit is wel dat het systeem verandert en ook in ziekenhuizen anders wordt toegepast en gehanteerd. Een individueel ziekenhuis kan meerdere reacties geven op de uitkomst van een prestatiemeting. Zij kan er alles aan doen om de score te verhogen maar kan ook iemand aannemen die fulltime de opdracht krijgt te zorgen dat het desbetreffende ziekenhuis de volgende keer beter scoort, aldus een respondent. Er zitten dus perverse kanten aan het systeem. Gevaarlijke punten ten aanzien van het prestatiesysteem, waar wellicht differentiatie moet plaatsvinden om echte kwaliteit te borgen, is bijvoorbeeld het feit dat door indicatoren de focus komt te liggen op bepaalde aspecten waardoor de aandacht op een ander punt tekort komt. Uiteindelijk gaat het om de zorg voor de patiënt en is de relatie van de professional en de patiënt datgene waar een ziekenhuis om draait. Deze dialoog zie je niet cijferlijsten terug. Ziekenhuizen dienen zich bewust te zijn van datgene wat ze niet meetbaar maken.

“Natuurlijk is het van belang dat iemand goed kan opereren maar voor mij als patiënt is het ook heel relevant hoe ik bejegend wordt en of er naar me wordt geluisterd. Daar is voor mij 80% van vertrouwen op gestoeld” (Anonieme respondent a)

Reflectie reciprociteit en novel combinations

Na de invoering van het performancemanagementsysteem in de jaren '80 in Engeland bestond nog geen systeem waarbij de keuze-informatie werd gepresenteerd aan de burgers. Dit kwam later pas en kwam in de vorm van een privaat initiatief. Hierbij was sprake van een nieuw element in de bestaande practice, reciprociteit dus.

Deze vergelijkende keuze-informatie is er al in Nederland, al kan het nog verder ontwikkeld worden. Een vorm van reciprociteit zou gevonden kunnen worden in de invoering van 'pay for performance' in Nederland. Beide respondenten geven dit ook aan en benadrukken dat goed presteren zou moeten leiden tot meer vrijheid van handelen, geld voor bijvoorbeeld innovatie, het aantrekken van nieuw talent etc. Novel combinations zijn te vinden wanneer combinaties van performancemanagement worden toegepast in diverse contexten. Eigenlijk is de vernieuwing van de invoering van prestatie management in Nederland op zichzelf al een novel combination omdat het oorspronkelijke concept niet uit Nederland komt. Daarnaast vindt de toepassing van het systeem in Nederland op een andere wijze plaats dan in andere landen door bijvoorbeeld de verschillende institutionele kaders. Een vorm van novel combinations is ook dat performancemanagement niet alleen in de zorg plaatsvindt maar ook bijvoorbeeld in de private sector.

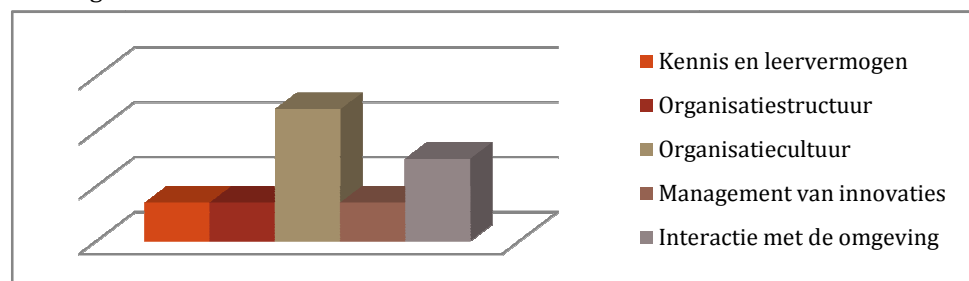
Conclusie

De belangrijkste conclusie uit de casus Star Rating is dat het voornamelijk raakvlakken heeft met innovatiekracht op het gebied van organisatiecultuur. Performancemanagement kan bijdragen aan een stukje **openheid** van de ziekenhuissector. Hier zit ook de belangrijkste aansluiting met vernieuwingsvermogen. **Openheid** en **transparantie** is van belang als het gaat om resultaten maar ook ten aanzien van fouten. Wanneer een ziekenhuis een slechte score behaalt op de rangorde zet dit aan om beter te presteren. Beter presteren betekent ook dat vernieuwingen door gevoerd zullen moeten worden. Wanneer bijvoorbeeld de wachttijden te lang zijn is wellicht logistieke innovatie nodig. Uit de drie functies binnen performancemanagement heeft de reactiefunctie de meest directe link met innovatiekracht. Vooral als het gaat om vergelijkende ziekenhuisinformatie op website bedoeld voor patiënten levert dit een bijdrage aan de **competitie** tussen ziekenhuizen. **Competitie** is zoals in paragraaf 5.2 aangegeven van belang voor het vergroten van vernieuwingsvermogen omdat ziekenhuizen daarin de drang kennen steeds beter te worden. Anderzijds lijkt deze competitie volgens de respondenten ook juist de openheid en het delen van vernieuwingen te beperken. Aangegeven wordt dat dit afhankelijk is van de (institutionele) context waarin performancemanagement wordt toegepast. Performancemanagement zou zich volgens de respondenten in Nederland meer moeten richten op beloning en straffen om het optimaal te laten werken. Ze stellen voor ziekenhuizen die goed scoren meer **vrijheid** te geven in bijvoorbeeld de besteding van **budget**.

5.4.2 Smart Card

In paragraaf 4.4 is beschreven wat de innovatie van de Health Smart Card in Taiwan is alsmede hoe deze is ontstaan, geïmplementeerd is en verspreid. In de volgende alinea's wordt beschreven wat geleerd kan worden van deze casus als het gaat om de Nederlandse situatie en de situatie in ziekenhuizen. Om dit te

kunnen weergeven zijn twee personen geïnterviewd; iemand die inhoudelijk betrokken is bij ziekenhuizen en iemand die vooral vanuit de onderzoekskant gericht is op de zorgsector.



Grafiek 9 Wat voor innovatiekracht is nodig voor de Health Smart Card volgens respondenten?

Aan de hand van de analyse die is gemaakt en die wordt weergegeven in bijlage 6 is dit hoofdstuk opgesteld. Het blijkt dat de Health Smart Card voornamelijk te maken heeft met openheid en transparantie van gegevens. Dit heeft ook nauw verband met innovatiekracht en valt binnen organisatiecultuur. Tevens is de interactie met de omgeving erg belangrijk. Hoe ga je om met de gegevens met de andere instantie en hoe gaat een patiënt daarmee om bijvoorbeeld? De overige factoren: organisatiestructuur, management van innovaties en kennis- en leervermogen blijken minder belangrijk te zijn maar even belangrijk aan elkaar. In de volgende paragraaf volgt een praktisch en concrete uitwerking van deze constatering. Allereerst wordt een algemene reflectie op de casusbeschrijving gegeven.

Reflectie casusbeschrijving

Zoals aangegeven in hoofdstuk 4 is de Health Smart Card een pas met daarop persoonsgegevens en allerlei medische gegevens zoals medicatie. De Smart Card maakt het patiënten mogelijk om elektronisch toegang te krijgen tot medische diensten. Zorgorganisaties kunnen door middel van de pas gemakkelijk gegevens uitwisselen. Beide respondenten geven aan de Health Smart Card ook in Nederland als een hele goede vernieuwing te zien. Het zou gekoppeld kunnen worden aan het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) en kan dienen om uiteindelijk regie te krijgen in het zorgproces en om meer vraaggerichtheid in de zorgsector te genereren. Daarnaast leidt de Smart Card tot betere **transparantie, samenwerking** en **informatievoorziening** binnen de zorgketen. Hiermee wordt verondersteld dat door de invoering van de Smart Card het innovatievermogen van ziekenhuizen tegelijkertijd wordt bevorderd. Een betere **transparantie, samenwerking** en **informatievoorziening** leidt immers tot meer vernieuwingskracht. Uiteindelijk hangt de implementatie en toepassing van het passysteem samen met wie hem gebruikt, in welke context dat is en wat de bijeffecten ervan zijn. Hoe dit van invloed kan zijn komt in de volgende paragraaf aan bod waar ingegaan wordt op het ontstaan en de consolidatie van de Health Smart Card.

Reflectie ontstaan en consolidatie

In Taiwan begon het idee tot ontwikkeling van de Smart Card in 1995. Vanaf die tijd is de pas ook ontwikkeld en hebben pilots plaatsgevonden. In Nederland is door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RvZ) in 2000 een advies geschreven om de digitale pas ook in Nederland te gaan implementeren. Uiteindelijk is het initiatief toch niet ten uitvoering gebracht. De reden hiervoor is deels te vinden in het Nederlandse systeem en de manier waarop **veto powers** georganiseerd zijn. Ook rondom de invoering van het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) spelen deze **veto powers** een rol. In het model voor vernieuwingskracht passen deze **veto powers** in **organisatiestructuur** en werken belemmerend als het gaat om het invoeren doorvoeren van innovaties. Een andere oorzaak waarom de digitale zorgpas destijds niet is doorgevoerd is bestaande de wet- en regelgeving omtrent de persoonlijke privacy.

“Natuurlijk is het belangrijk dat je zorgvuldig bent in informatievoorziening en persoonsgegevens maar in Nederland gaat het te ver als het gaat om privacybescherming”(Dhr. D. Oemar Said)

Net zoals bij het Star Rating systeem het geval was wordt ook de innovatie van de Health Smart Card in Nederland beïnvloed door een minder **centraal gestuurde overheid**. Dit is een factor die niet door individuele ziekenhuizen kan worden beïnvloed maar die wel een rol speelt en past binnen de institutionele voorwaarden. Taiwan heeft als land andere institutionele kaders waardoor dergelijke grootschalige vernieuwingen met andere randvoorwaarden te maken hebben. De oorzaak voor het lanceren van het idee voor de zorgpas in Nederland is voornamelijk de zoektocht naar **transparantie** met name richting zorgverzekeraars. Gebleken is echter dat in de zogenaamde consolidatiefase, waarin vernieuwingen door aanpassing en mislukking, voorkomen geresulteerd hebben in stagnering van het project zorgpas.

Reflectie generalisatie en differentiatie

Ten aanzien van de **openheid** tussen zorginstellingen over de uitwisseling van patiëntgegevens wordt momenteel landelijk gewerkt aan een schakelpunt, Nictiz genaamd. Met name het technisch goed inrichten en beheersbaar maken van de informatiestromen krijgt bij Nictiz de aandacht. Beide respondenten geven in relatie tot de huidige ontwikkelingen op het gebied van informatievoorziening aan dat de Health Smart Card ook in Nederland komt. De **afstemming** met andere zorgaanbieders en klanten zal steeds een grotere rol gaan spelen en dat is waar de Smart Card om gaat. Over hoe de invoering ofwel toepassing van de Health Smart Card zal of zou moeten geschieden belichten de geïnterviewden andere aspecten. De inhoudelijke betrokken persoon geeft vooral aan dat het om een **cultuurverandering** gaat waarbij ziekenhuizen gegevensuitwisseling niet als bedreigend voor hun positionering dienen te zien. **Transparant** zijn in de zorg die je aanbiedt en een zorgverzekeraar inzicht geven in zorgprofielen geeft de kans om de zorgketen te verbeteren voor de patiënt, in meerdere mate dan dat onderhandelen zo werkt. Dit komt omdat financiële stromen zichtbaarder worden maar ook omdat instellingen door de pas kunnen zien welke medicatie een patiënt heeft gehad bij de vorige instellingen waar hij of zij is geweest. De geïnterviewde stelt verder dat een goede voorbereiding en zo snel mogelijke implementatie de kans op slagen van een dergelijk traject het meest vergroot. Hiervoor is goed **projectmanagement** noodzakelijk. De expert die is geïnterviewd is legt in zijn benadering een grote rol weg voor de overheid en spitst zich voor de invoering van de Health Smart Card toe op twee aspecten. Ten eerste moet de positie in rechten en plichten voor de patiënt helder zijn. Op die manier kan de patiënt ook een katalyserende rol spelen voor innovatie waarin ICT een belangrijke rol kan spelen. Wat betreft de invoering van de pas is ten tweede een goed toezicht vanuit de overheid van belang. Daarvoor zouden de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg beter op elkaar ingespeeld moeten zijn. In de **afstemming** daaromtrent valt nog veel te doen volgens de geïnterviewde. De visies van beide respondenten belichten dus een ander vlak die beide nauw verband hebben met de Health Smart Card. Hun visie is dat er enerzijds een taak ligt voor de ziekenhuizen die **opener** moeten zijn en meer **vertrouwen** zouden moeten hebben richting zorgverzekeraars. Anderzijds ligt er ook een grote taak voor de overheid die meer interactie tussen instanties zou moeten bewerkstelligen en de rechten en plichten van patiënten zou moeten waarborgen. Alleen dan is er een veilige situatie voor vernieuwing en de Health Smart Card.

Differentiatie ofwel verdere aanpassing van de vernieuwing in een specifieke context is in Nederland nog niet aan de orde als het gaat om de Smart Card. De veronderstelling is dat elk ziekenhuis een eigen ziekenhuisinformatiesysteem zal hebben dat individueel koppelbaar moet zijn met het Health Smart Card systeem om zo **gegevens** te kunnen **delen**. Tijdens de opzet van deze digitale infrastructuur zal wellicht differentiatie van de oorspronkelijke innovatie voorkomen. In Taiwan vond aanpassing van de vernieuwing vooral plaats in de vorm van extra gegevens. Eerst stonden alleen persoonlijke gegevens op de pas. Vervolgens werd de data enkele malen uitgebreid met het medisch dossier zoals verzekeringsgegevens en medicatie.

Reflectie reciprociteit en novel combinations

Reciprociteit betreft het stadium waarin elementen van practices gebruikt worden voor andere innovaties. In Nederland is dit niet aan de orde maar de Health Smart Card, als deze ingevoerd zou worden, is uiteindelijk al een reciprociteit op de vernieuwing zoals deze in Taiwan heeft plaatsgevonden. Een andere voor de hand liggende stelling is dat, het te implementeren, Elektronisch Patiëntendossier een reciprociteit is van de pas. Daarbij is het EPD en de Smart Card dan een combinatie waarbij een win-win situatie bereikt wordt. De uitbreiding van de Smart Card techniek en methode naar andere sectoren zoals bijvoorbeeld het onderwijs zou een novel combination kunnen zijn.

Conclusie

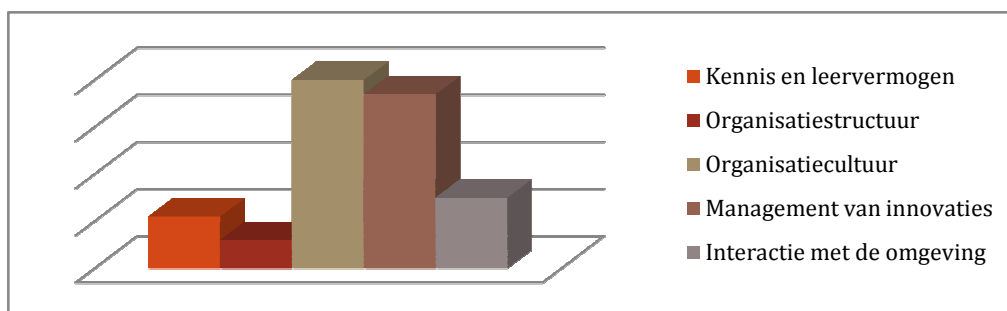
Geconcludeerd kan worden dat de Health Smart Card voornamelijk bijdraagt aan meer **transparantie** en **afstemming, samenwerking en informatievoorziening** tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zoals ziekenhuizen. Dit zijn dan ook precies de punten die raakvlakken hebben met innovatievermogen en waar aan gesleuteld moet worden om de Health Smart Card een succes te laten worden. Volgens de respondenten is de Smart Card uiteindelijk een manier om patiënten te voorzien van meer gemakken binnen een geïntegreerde zorgketen. Enerzijds is met name een **cultuurverandering** en meer **interactievermogen** nodig voor de ziekenhuizen om de Smart Card goed te kunnen laten functioneren. Er is **vertrouwen** nodig om gegevens te willen delen met andere instanties en daarvoor is **afstemming** weer noodzakelijk. Anderzijds heeft ook de overheid een belangrijke rol doordat zij de **institutionele kaders** schept zoals de rechten en plichten van burgers en een toezichthoudende functie vervult. Wat betreft de invoering van de pas is sterk **projectmanagement** nodig.

5.4.3 Populair Ziekenhuis

Vervat onder de noemer van het 'Populaire Ziekenhuis' zijn in paragraaf 4.5 de Planetreefilosofie en het Magneetconcept beschreven aan de hand van de 'cyclus van Nooteboom'. Beide vernieuwingen komen voort uit de Verenigde Staten. In hoofdstuk 4 is beschreven wat de reden van ontstaan is en hoe de concepten verder

ontwikkeld, geïmplementeerd en verspreid zijn. In deze paragraaf wordt weergegeven wat geleerd kan worden van de casussen als het gaat om de relatie

tot innovatiekracht. Hiervoor zijn drie personen geïnterviewd die inhoudelijk of door onderzoek betrokken zijn bij de ziekenhuismaterie. Allereerst wordt een algemene reflectie op de casusbeschrijving gegeven. In de gehele paragraaf zal telkens eerst worden ingegaan op de Planetreefilosofie en vervolgens op het Magneetconcept. De onderbouwing voor de beschrijving is te vinden in bijlage 6 waar de codering van de casussen wordt gegeven. In figuur 10 wordt daarvan een visuele weergave gegeven. In deze figuur komen de verhoudingen die van belang zijn ten aanzien van innovatievermogen zoals staat beschreven paragraaf 5.1 precies terug. Dat wil zeggen dat organisatiecultuur het meest wordt gewaardeerd als zijnde van invloed op vernieuwingskracht en organisatiestructuur het minst. In de volgende paragraaf wordt de praktische uitwerking daarvan gegeven.



Grafiek 10 Wat voor innovatiekracht is nodig voor het Populaire Ziekenhuis volgens de respondenten

Reflectie casusbeschrijving

Planetree

De Planetreefilosofie die zich centreert rondom de mens in een helende omgeving wordt door de respondenten positief gewaardeerd. De geïnterviewden zien de gedachte als toepasbaar in Nederland; de klant centraal, dat is echt van deze tijd. De vraag en het kritische punt is wel hoever gegaan moet worden met vraaggerichte zorg; het moet gaan om de gerechtvaardigde wensen van de patiënt. Daarnaast is Planetreegedachte enigszins paternalistisch.

De filosofie houdt in dat naast gezond eten, ruime kamers, muziektherapie etc. ook de zorg anders wordt georganiseerd, namelijk rond de patiënt. Dit betekent dat ook logistieke veranderingen en verbeteringen voor de cliënten verband houden met het initiatief. Deze procesverandering zijn er op gericht om mensen beter en sneller te kunnen helpen dan eerst. Dat **motiveert** verpleegkundigen en specialisten in hun werk en brengt ons tot de volgende casus; het Magneetconcept.

‘De doorlooppromessen worden door logistieke veranderingen en dat werkt goed. Het is leuk omdat je ziet dat het effect heeft. Wat onmogelijk is, is dat verpleegkundigen, artsen en patiënten vertoeven in dezelfde ruimte. Dat gaat niet samen’ (Anonieme respondent b)

Magneet

Magneetziekenhuizen worden gekenmerkt als ziekenhuizen die verpleegkundigen werven en behouden en waar tevens een hoge arbeidstevredenheid heerst omdat verpleegkundigen in staat worden gesteld goede zorg te verlenen. De geïnterviewden prijzen dit initiatief aan, zeker gezien de toekomstige arbeidkrapte die er is. Daarnaast wordt democratie en gelijkwaardigheid genoemd. Democratie omdat een grote groep werknemers het democratische recht heeft om een stem te hebben in de organisatie. Gelijkwaardigheid gaat vooral om de gang van zaken op de werkvloer en spitst zich toe op de gelijkwaardigheid tussen arts en verpleegkundige. Zo bevredigt het verpleegkundigen sterk om mee te denken over klinische aspecten. Het is heel wisselend tussen ziekenhuizen en afdelingen of dit aan de orde is, soms wordt voor het geven van een paracetamol toestemming aan de behandelend specialist gevraagd aldus de inhoudelijk deskundige.

“Het is een heel democratisch idee dat je de groep die het meest vertegenwoordigd is in je werknemersbestand dat je die ook wat meer stem laat hebben in het ziekenhuis” (Dhr. E. den Breejen)

Uit de gesprekken blijkt dat het Magneetconcept datgene aanspreekt waarom een verpleegkundige ook bij een ziekenhuis wil werken, het patiëntencontact. Daar ligt hun hart. Als daarin wordt **gestimuleerd** dan trekt dat aan.

Reflectie ontstaan en consolidatie

Planetree

Het ontstaan van de ziekenhuizen met het Planetreeconcept is in de Verenigde Staten ontstaan door één persoon die haar ideologie volgde. Deze persoon heeft vervolgens een groep mensen rond zich geschaard die met z'n allen het eerste Planetreeziekenhuis hebben gerealiseerd. Omdat het concept inmiddels is uitgevonden en sinds 2007 in Nederland wordt toegepast is zo'n ontstaanswijze niet voor de hand liggend. Wel is het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg een ziekenhuis dat zich niet direct aan de Planetreefilosofie verbindt maar wel sterke kenmerken ervan heeft, vooral als het gaat om de liefdevolle bejegening. In Tilburg is het 'liefste ziekenhuis' ontstaan vanuit de inspiratie van één bestuurslid die **visionair** is en **leiderschap** toont (zie tekstbox). Voor het ontstaan van de Planetreefilosofie in Nederland richten twee van de drie respondenten zich naast de passendheid van de gedachte in de huidige gang van zaken binnen de ziekenhuissector op de **relatie** met de **zorgverzekeraars** .

*Het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg wil het 'liefste ziekenhuis' zijn. De benadering is dat dokters enge dingen doen met patiënten waardoor patiënten een liefdevolle behandeling nodig hebben. De verandering van regulier ziekenhuis naar lief ziekenhuis is met name een **cultuurverandering** . Het idee kwam van een bestuurslid. Eerst vond iedereen het een softe aanpak maar door **visionair leiderschap, betrokkenheid** en het **motiveren** van mensen is in het St. Elisabeth Ziekenhuis nu een grote pool van mensen aanwezig die zich hard maken voor 'het liefste ziekenhuis'. Zo lopen medewerkers met t-shirts en gaan collecteren om een bijdrage te geven aan het verzamelen van het benodigde **geld** voor de vernieuwing.*

In Nederland is momenteel een discussie gaande van verticale integratie van ziekenhuizen. Zo wilde de DSW zorgverzekeraar een ziekenhuis overnemen. Dit bleek in Nederland nog niet te kunnen door **financiële schotten**. Zodra dit wel mogelijk is zullen initiatieven als Planetree meer te zien zijn. Dan kan een verzekeraar er direct baat bij hebben. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de prikkel tot het invoeren van Planetreeziekenhuizen niet aanwezig is in de zin van **randvoorwaarden** zoals financiële aspecten. De vraaggerichte benadering van de zorg, die in Nederland steeds sterker wordt sluit wel goed aan bij Planetree. Van een consolidatie waarin de Planetreegedachte ontworpen zou worden bij Nederlandse ziekenhuizen is vooralsnog relatief weinig sprake. De omstandigheid waarin dit zou kunnen plaatsvinden betreft een sterkere **concurrentiepositie** van ziekenhuizen waarbij zorgverzekeraars meedoen in het idee. Dit zal de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) moeten goedkeuren.

Magneet

In de Verenigde Staten werd het idee van de Magneetziekenhuizen ontdekt toen het eigenlijk al bestond. Het ontstaan er van werd duidelijk gemaakt door onderzoek en heeft uiteindelijk geresulteerd in de 14 magneetkrachten. Aldaar is een organisatie opgestart die ziekenhuizen monitort en accrediteert als ze aan voldoen. Deze organisatie **deelt** haar **kennis** en werkwijze heel breed. Dit is dan ook een reden waardoor het Magneetconcept zeer recent in Nederland is gestart. In een Amerikaans ziekenhuis was tijdens de implementatie van de magneetkrachten van belang dat er **commitment** bestond onder het personeel. Dit zie je ook bij andere keurmerken. Wanneer een zorginstelling een certificatie wil halen is het erg belangrijk het personeel te **motiveren** zodat zij hun beste beentje voorzetten. In het Amerikaanse ziekenhuis was het tevens van belang een **strategisch plan** te hebben. Voorts zijn ‘magnet champions’ opgesteld die de taak hadden verpleegkundigen te **enthousiasmeren**. Ook **kennisaccumulatie** is belangrijk om specifieker te weten te komen wanneer het Magneetconcept werkt en wat daarvoor nodig is. Wat Nederland betreft sluit het tekort heel goed aan met de huidige en komende arbeidskrapte. Twee van de drie respondenten geven aan de arbeidskrapte als een belangrijke stimulans voor de invoering van het Magneetconcept te zien. De implementatie van het idee vergt volgens de expert een sterke **mentaliteitsverandering** bij artsen. Deze laatste groep ziet verpleegkundigen vaak niet als gelijkwaardig. Dit verschilt wel per ziekenhuis en afdeling geeft een andere geïnterviewde aan. Daarnaast is ook een **mentaliteitsverandering** nodig bij verpleegkundigen. Verpleegkundigen zullen zich minder nederig naar artsen moeten gaan gedragen. De hele **sfeer** verandert dan. Met deze **cultuurverandering** en meer en gelijkwaardige **samenwerking** op de werkvloer tussen de professionals wordt tevens bijgedragen aan aspecten die van belang zijn voor vernieuwingskracht.

Reflectie generalisatie en differentiatie

Planetree

In de context van innovatievermogen is het van belang wat een ziekenhuis nodig heeft als zij de Planetreefilosofie wil implementeren. Globaal gezien gaat de meest cruciale verandering om **cultuur**. Daarnaast dienen ook fysieke zaken veranderd te worden zoals de kleur van de ziekenhuizen, aankleding, kunst etc. Een voorwaarde hiervoor is voldoende **budget** en logistieke veranderingen waarbij de organisatie van de zorg rondom de patiënt wordt gebouwd. De invoering van Planetree gaat hoofdzakelijk gepaard met een andere manier van **denken** en een andere **houding** naar de patiënt toe. De artsen en verpleegkundigen zullen zich conform de gedachte moeten gedragen en **gemotiveerd** zijn. **Vernieuwingsgerichte** mensen zijn daarom nodig die de patiënten zien als klanten waar ze hun geld voor verdienen. **Empathie** vanuit de arts is daarbij een hele belangrijke. Als het gaat om praktisch en concrete zaken zal de invoering van de Planetreefilosofie kenmerken hebben die elkaar overlappen als het gaat om de implementatie van de gedachte van het ‘liefste ziekenhuis’.

“Uitleg, uitleg uitleg, daar komen mensen voor terug. Iemand met een grote snee maar wel een goede begeleiding, die zijn tevreden” (anonieme respondent b)

Magneet

Momenteel wordt gewerkt aan de aanpassing van het Magneetconcept naar de Nederlandse situatie. Hier is nog maar weinig over gepubliceerd. Wel kan wat gezegd worden over de manier waarop generalisatie, dus toepassing, van de vernieuwing in Nederlandse ziekenhuizen zal plaatsvinden.

Cultuurveranderingen zijn veelal lastig te bewerkstelligen en vereisen contextgebonden benaderingen. Wat al heeft bijgedragen aan de verhoging van de autonomie in Nederland is bijvoorbeeld de aanwezigheid van specialistische verpleegkundigen die delen van de taken van de artsen op zich nemen. Eén respondent benadrukt dat ook opleidingen kunnen bijdragen aan **cultuurverandering** door bijvoorbeeld rollenspellen en geen ‘ja dokter, nee dokter’ mentaliteit. Er moet een sterker besef komen bij artsen dat ze het niet zonder verpleegkundigen kunnen doen. Ook hiervoor is het bieden van **opleiding** belangrijk. Als voldoende **budget** aanwezig is kan het voorts relatief makkelijk gerealiseerd worden. De geïnterviewden denken dat het Magneetconcept uiteindelijk zal bijdragen aan meer **competitie** tussen ziekenhuizen. Wat je wel ziet als een soort tegenhanger van het Magneetconcept is dat niet ziekenhuizen maar uitzendbureaus **concurreren** om verpleegkundigen. Dat soort uitzendbureaus detacheren verpleegkundigen, voorzien ze van een leaseauto en een meer dan regulier salaris. Maar uiteindelijk zal het de verpleegkundigen er toch ook om gaan dat ze een soort **trots** kunnen zijn op het ziekenhuis waar ze werken en graag willen **bijhoren**. Bij de Magneetstatus hoort ook dat verpleegkundigen meer inspraak krijgen. Dit kan formeel worden geregeld in de **organisatiestructuur**. Het gevaar daarbij is wel dat het symbolische inspraak wordt. Dit is dan ook een reden waarom verandering van **houding** en **cultuur** zo belangrijk zijn.

Reflectie reciprociteit en novel combinations

Planetree

De Planetree gedachte begon in de Verenigde Staten kleinschalig, door één vrouw, maar groeide uit tot een concept dat inmiddels internationaal bekend is. Daarnaast bestaan in de VS nu speciale Planetree Resources Centers. Als elementen van practices worden gecombineerd dan is dat reciprociteit. Het ‘liefste ziekenhuis’ zou je een voorbeeld van zo’n reciprociteit kunnen noemen. Als verzekeraars in de toekomst een ziekenhuis gaan runnen en daarbij gaan **concurreren** op klantgerichtheid is dat ook een vorm van reciprociteit. Door één respondent wordt verwacht dat Planetree zich in de toekomst met name zal gaan richten op de cure. In ieder geval zal door ziekenhuizen meer worden gezocht naar wat haar toegevoegde waarde is op de markt. Novel combinations betreffen combinaties van innovaties in diverse contexten. Dat Planetree ook in Nederland een stichting heeft opgezet is dus een soort novel combination.

Magneet

Met betrekking tot deze casus is een vorm van reciprociteit niet tegengekomen. Feitelijk is in Nederland ook nog geen ziekenhuis Magneet geaccrediteerd. Wat betreft de magneetkrachten zullen deze deels al voldoende in Nederland aanwezig zijn maar er is dieper onderzoek nodig om daar op deze plaats gegrond wat over te kunnen zeggen. In principe kan wel gesteld worden dat het feit dat de Amerikaanse situatie door de Nederlandse Vereniging voor Verpleegkundigen om wordt gezet naar de Nederlandse context een novel combination is. Daarnaast is een andere novel combinations te zien in het onderwijs. Het idee van het Magneetconcept op scholen komt ook uit de Verenigde Staten maar in Nederland bestaan ze ook. Magneetscholen kenmerken zich vooral doordat ze bijvoorbeeld extra les geven in ICT, kunst of drama.

Omdat het hele idee uiteindelijk begonnen is met de zorg, is de toepassing op scholen een novel combination waarbij nieuwe toepassingen van innovaties in een andere context plaatsvinden.

Conclusie

In het algemeen geldt voor deze casus dat het sterke raakvlakken heeft met het model zoals weergegeven in hoofdstuk 5. Alle variabelen komen duidelijk terug. **Organisatiecultuur** en het **management van innovaties** zijn de belangrijkste. De respondenten geven aan dat de verandering van houding noodzakelijk is om te komen tot de vernieuwingen en om deze verandering te bewerkstelligen is management nodig. Ook **opleidingen** spelen hierin een rol waarin de **verhoudingen** tussen artsen en verpleegkundigen bijvoorbeeld vaak al heel zichtbaar wordt gemaakt. **Organisatiestructuur** is het minst belangrijk in de casus maar kan wel weerstand bieden tegen de invoering van het Planetree- en Magneetconcept. Wat betreft Planetree is een belangrijke conclusie dat de filosofie volgens de respondenten vooral geïmplementeerd zal worden als de **marktwerking** nog sterker is ingebakken in de zorgsector, **concurrentie** nog meer aanwezig is en zorgverzekeraars bijvoorbeeld eigenaar van een ziekenhuis mogen worden. Dit is een **institutionele voorwaarde**. Bij het Magneetconcept is vooral arbeidskrachte een belangrijke stok achter de deur is. Arbeidskrachte is een **maatschappelijke randvoorwaarde** die ook kan ook aanzetten tot andere innovaties die leiden tot hogere arbeidsproductiviteit.

5.5 Vergelijking van de casussen

De algemene conclusie die getrokken kan worden uit de voorgaande paragrafen over de casussen, is dat kennis en leervermogen, organisatiestructuur, organisatiecultuur, interactie met de omgeving en het management van innovaties belangrijk zijn voor innovatievermogen. Het conceptueel wordt hierdoor bevestigd. Wel blijkt uit de figuren dat de verhoudingen verschillen. In deze paragraaf worden vergelijkingen getrokken tussen de casussen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de figuren en bijlage 6. In bijlage 6 wordt weergegeven hoe vaak de variabelen uit het theoretisch kader benoemd zijn in de interviewverslagen.

Ten eerste blijkt uit alle casussen dat organisatiecultuur het sterkst verbonden is met vernieuwingskracht. Innovatiekracht zit volgens de respondenten voor een groot deel in de manier waarop de cultuur binnen een ziekenhuis aanwezig is. Het Populaire Ziekenhuis heeft het meest van doen met organisatiecultuur zo blijkt uit bijlage 6. Dit lijkt voort te komen uit het feit dat zowel de Planetreefilosofie als het Magneetconcept te maken hebben met de houding van mensen. De Smart Card heeft als technologische innovatie in vergelijking met de andere casussen de minste raakvlakken met organisatiecultuur. Ten tweede verschillen de factoren die na organisatiecultuur het meest betrekking hebben op innovatievermogen veel tussen de casussen. Hieruit blijkt dat verschillende soorten vernieuwing om een ander soort innovatiekracht vragen. Bij de casus Star Rating zien de respondenten de innovatiekracht die een ziekenhuis daarvoor nodig heeft bijna alleen in de organisatiecultuur. Hoe gaan we met de prestatie meting om? Durven we ons als ziekenhuis te verantwoorden? Andere zaken zoals institutionele voorwaarden zijn ook van belang maar vallen niet onder datgene waar een ziekenhuis invloed op kan uitoefenen. Instanties als de Inspectie of zorgverzekeraars hebben meer invloed op de invoering van performancemanagement dan ziekenhuizen. Ook wat betreft de casus van de Health Smart Card heeft een ziekenhuis geen invloed op de volle breedte van innovatievermogen. De respondenten zien de invloed die een ziekenhuis kan hebben om een dergelijke vernieuwing in te voeren voornamelijk op het gebied van organisatiecultuur en interactie met de omgeving.

Wat betreft de pas kan een ziekenhuis innovatiekracht tonen door bijvoorbeeld gegevens te durven delen met andere instanties en processen daarop af te stemmen. De casus van het Populaire Ziekenhuis laat vernieuwingen zien waarop een ziekenhuis meer invloed heeft in vergelijking met de andere casussen. De oorzaak hiervoor ligt in het feit dat een ziekenhuis zelf kan bepalen of zij het Planetree- of Magneetconcept wil invoeren. In de analyse blijkt dit doordat het managen van innovaties bijna even belangrijk als organisatiecultuur wordt gezien door de respondenten.

Om nog dieper in te gaan op de verschillen tussen de casussen wordt verder ingezoomd op de onafhankelijke variabelen. Organiseatiecultuur is reeds besproken maar de overige aspecten niet. Het derde punt in deze paragraaf betreft kennis en leervermogen. Binnen de casus Star Rating is dit niet aantoonbaar van belang maar voor de overige twee casussen wel. De casus van het Populaire ziekenhuis heeft invloed op alle aspecten binnen kennis en leervermogen. De Smart Card heeft volgens de respondenten alleen raakvlakken met omgevingsleren en individuele kennis, competenties en leervermogen. Deze indicatoren worden allen als positief gezien voor innovatievermogen. Ten vierde vertonen de casussen wat betreft organisatiestructuur sterke overeenkomsten. Alle respondenten geven aan dat de professionele autonomie een belemmering is voor de invoering van desbetreffende casus. Bij het Populaire Ziekenhuis wordt ook de protocollen, procedures etc. genoemd als gevaar voor de invoering van het Planetree- en Magneetconcept.

Zoals eerder vermeld is wat betreft het management van innovaties het sterkste verband te zien bij de casus van het Populaire Ziekenhuis. Dit vormt het vijfde punt binnen deze paragraaf. Leiderschap, communicatie en doelgerichte interventies zijn daarbij alle drie sterk van belang. Bij de overige casussen komt dit ook naar voren maar worden de indicatoren veel minder genoemd in absoluut aantal gezien. De achterliggende gedachte hierbij is dat ziekenhuizen minder invloed hebben op de implementatie van de laatstgenoemde innovaties.

Het zesde punt betreft de laatste indicator binnen vernieuwingskracht, namelijk: interactievermogen. Opvallend is dat dit niet aantoonbaar van belang is voor de casus Star Rating volgens de respondenten. Een verklaring hiervoor wordt gevormd door het feit dat performancemanagement vooral gaat om de prestatie van individuele ziekenhuisorganisaties. Ziekenhuizen denken vooral aan hun eigen score. De relatie met anderen komt in deze casus volgens de respondenten wel terug in competitie. Dit wordt relatief veel genoemd. Vooral de Smart Card heeft een sterk verband met interactievermogen. De geïnterviewden geven aan dat dit voornamelijk te maken heeft met het delen van gegevens. Daarvoor is het noodzakelijk afstemming te zoeken met andere (zorg)instellingen. Wat betreft het Populaire Ziekenhuis is interactievermogen het sterkst van belang ten aanzien van horizontale coöperatie waarbij professionals en verpleegkundigen constructief samenwerken.

Tenslotte is op te merken dat voor alle vernieuwingen geldt dat deze door institutionele, organisatorische en maatschappelijke zaken de innovatiekracht van ziekenhuizen worden beïnvloed. Het verschilt per casus welke aspecten daarvan belangrijk zijn. Dit is ook te zien in de interviews. Marktwerking is een aspect dat door alle respondenten voor alle casussen zowel als positief en negatief wordt genoemd. Omdat de Star Rating methode en de Health Smart Card aspecten zijn die vaak realistisch gezien niet door een ziekenhuis kunnen worden geïnitieerd zijn hiervoor weinig randvoorwaarden genoemd door de respondenten. Dit is bij de casus van het Populaire Ziekenhuis anders. Een ziekenhuis die de Planetreefilosofie of het Magneetconcept in wil voeren, initieert zelf de vernieuwing en heeft daarom ook tijdens de implementatie meer te maken met regels die het acteren van een ziekenhuis beïnvloeden.

Hoofdstuk 6 Conclusies en Aanbevelingen

6.1 Inleiding

Dit laatste hoofdstuk van deze scriptie beschrijft de conclusies van het onderzoek aan de hand van de gestelde hoofd- en deelvragen. Vervolgens wordt een reflectie gegeven op het onderzoek waarin een kritische blik wordt geworpen op het onderzoek an sich. Tenslotte worden aanbevelingen gedaan in de vorm van praktische handvatten voor adviesbureaus, voor ziekenhuizen en voor verder onderzoek. Allereerst volgen de conclusies die logischerwijs volgen uit de hiervoor gaande hoofdstukken.

6.2 Conclusies

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de hoofd- en deelvragen die binnen dit onderzoek centraal staan. Begonnen wordt met het uitwerken van de individuele deelvragen.

6.2.1 Beantwoording deelvragen

Dit onderzoek is opgedeeld in vier deelvragen die in deze paragraaf allemaal kort beantwoord zullen worden. De eerste deelvraag gaat in op de kwestie wat vernieuwingskracht inhoudt.

Wat is innovatievermogen?

Innovatievermogen is in dit onderzoek datgene waarmee een ziekenhuis invloed kan hebben op de mate waarin zij vernieuwend is. Het blijkt dat kennis en leervermogen, organisatiecultuur, organisatiestructuur, interactie met de omgeving en het management van innovaties noodzakelijk zijn voor vernieuwingskracht. Daarbij dient een ziekenhuis wel te handelen binnen de gestelde randvoorwaarden.

Organisatiecultuur is het meest belangrijk als het gaat om de innovativiteit van een ziekenhuisorganisatie. Normen en waarden binnen een organisatie bepalen de mate waarin een ziekenhuis innoveert. Daarbinnen zijn openheid en risicogeneidheid de belangrijkste factoren. Openheid en transparantie hebben daarbij een sterke link naar concurrentie. Als het ene ziekenhuis beter is dan de andere wekt dit strijd op. De tweede factor binnen organisatiecultuur is creativiteit. Creativiteit spreekt de intrinsieke motivatie aan van mensen en zorgt voor innovatieve ideeën. Het derde maar zeker niet minst belangrijke aspect is vertrouwen. Een vernieuwing zoals de casus van de Health Smart Card heeft vertrouwen nodig tussen partijen zoals zorgverzekeraars en ziekenhuizen in het geval van de Health Smart Card bijvoorbeeld. Tenslotte is samenwerking van invloed op vernieuwingskracht. Is samenwerking vanzelfsprekend? Is er echt sprake van een team?

Het **managen van innovaties** is bijna even belangrijk als organisatiecultuur en bepaalt naast de mate waarin een ziekenhuis in staat is innovaties te initiëren voor een groot deel of de vernieuwingen ook tot een goed einde gebracht worden. Het managen van innovaties begint bij een organisatiestrategie en de speerpunten binnen het innovatiebeleid die daaruit voortvloeien. Voorts kan geconcludeerd worden dat het management van innovaties bestaat uit communicatie en leiderschap en in wat mindere mate ook uit kleine, doelgerichte interventies. Communicatie en leiderschap zijn beide cruciaal voor het motiveren van mensen. Laat zien waar je mee bezig bent en publiceer dat intern maar ook naar de buitenwereld. Dit kan ook de competitie tussen instellingen als ziekenhuizen versterken. Kleine interventies bepalen vaak of een vernieuwing succesvol is.

Door een nieuwe persoon in het geheel kan een vernieuwingsproces sterk worden beïnvloed. Over het algemeen gezien geldt wel dat het management van vernieuwingen wat meer van belang is bij grootschalige en langdurige innovatietrajecten.

Ten derde is **kennis en leervermogen** essentieel als het gaat om innovatievermogen. Individuele kennis, competenties en leervermogen zijn daarbinnen het meest van invloed. Vooral als het gaat om zorgvernieuwing is kennisaccumulatie een 'must have' om te komen tot een nieuwe behandelmethodede bijvoorbeeld. In de aanpassing van vernieuwingen komt vooral leervermogen naar boven waarbij geleerd kan worden van eerdere bevindingen. Een ander aspect binnen kennis- en leervermogen is research en development dat voornamelijk ten aanzien van medische vernieuwing van belang is. Medisch technologische vernieuwingen behoeven wetenschappelijk onderzoek. Ook moeten prototypes gebouwd worden voor bijvoorbeeld nieuwe tilapparatuur. Collectieve kennis en organisatieleren is ongeveer in gelijke mate van belang voor vernieuwingskracht als kennismanagement en omgevingsleren. Door met elkaar te praten en ervaringen te delen worden nieuwe inzichten in de hand gewerkt. Met name het kennis delen en inzichtelijk maken tussen afdelingen leidt tot logistieke innovatie. Kennismanagement en organisatieleren is het laatste aspect. Dit wordt in de huidige situatie voor een belangrijk deel geborgd via de vakverenigingen waar specialisten lid van zijn. Omgevingsleren vindt voornamelijk plaats door de marktwerking in de zorg die steeds verder doordringt en waardoor ziekenhuizen gaan zoeken naar hun niche.

Op bijna gelijk niveau met kennis en leervermogen staat **interactie met de omgeving**. Gedeeltelijk overlappen deze twee elkaar ook door het omgevingsleren. Interactie is op drie niveaus van belang; horizontaal, verticaal en crossfunctioneel. Deze zijn vrijwel gelijk qua belangrijkheid. Op horizontaal niveau gaat het met name om de afstemming met andere partijen zoals zorgorganisaties en verzekeraars. Logistieke verandering is hiervan erg afhankelijk. Bijvoorbeeld als het gaat om een betere afstemming in de route die een patiënt doorloopt vanaf de huisarts naar het revalidatiecentrum via het ziekenhuis. Verticale coöperatie centreert zich om de interactie tussen de verschillende lagen die bestaan binnen de organisatiestructuur van ziekenhuizen. Wat de ene afdeling invoert kan consequenties hebben voor een andere afdeling, ondermeer als het gaat om financiële zaken. Het is voor innovatievermogen van belang om dit overzicht te hebben zodat gaten zichtbaar worden waaruit weer vernieuwing kan voortkomen. Daarnaast kan een professional niet vernieuwen zonder de ondersteuning van een Raad van Bestuur en andersom geldt dat ook. Tenslotte is crossfunctionele interactie van invloed op interactievermogen. Verticale en horizontale coöperatie worden hierbij geïntegreerd. Hierbij past de dialoog met patiënten, de afstemming met zorgverzekeraars en ook de integratie van de zorgketen kan niet zonder de crossfunctionele interactie.

Organisatiestructuur is het minst belangrijk voor innovatiekracht. Uiteindelijk bepalen heersende normen en waarden hoe omgegaan wordt met vernieuwing. Toch is organisatiestructuur ook van invloed op vernieuwingsvermogen, zij het in mindere mate dan de andere variabelen. De autonomie van professionals kan belemmerend werken op nieuwe initiatieven. Wat de invoer van innovaties betreft ligt de macht uiteindelijk bij de professionals die het vetorecht hebben. De manier van centralisatie is dus een belangrijke beïnvloedingsfactor als het gaat om vernieuwingskracht. Daarnaast is formalisering ook van belang. Heersende protocollen, richtlijnen etc. belemmeren vaak de snelheid waarmee vernieuwingen in ziekenhuizen ingevoerd kunnen worden. Tenslotte is de mate van specialisatie gemeten binnen dit onderzoek. De invloed daarvan is echter niet aantoonbaar van belang voor vernieuwingskracht.

Welke randvoorwaarden worden gesteld aan innovatievermogen in Nederland?

Randvoorwaarden betekenen in dit onderzoek de dingen die een ziekenhuis niet zelf kan beïnvloeden maar die wel bepalend zijn voor het vernieuwingsvermogen dat een ziekenhuis heeft. Wat betreft de vernieuwingskracht van ziekenhuizen zijn institutionele, organisatorische en maatschappelijke randvoorwaarden van belang.

Institutionele voorwaarden gaan voornamelijk om beleid, wet- en regelgeving. De hybriditeit van ziekenhuizen is daarbij een kritische factor. Sommige ziekenhuizen focussen zich meer op de publieke context en andere juist op de private marktgerichte kant. Deze marktwerking onder een zogenaamd plafond zet dus het ene ziekenhuis wel aan tot innovatie en het andere niet. Er is verder onderzoek nodig om te kunnen stellen hoe dit komt en wat de verbeterpunten zijn. Een ander punt is dat binnen de institutionele kaders een perverse prikkel bestaat. Aan de ene kant krijgen ziekenhuizen meer ruimte en vrijheid voorafgaand aan een investering of vernieuwing. Achteraf wordt echter vaak een dusdanige verantwoordingsplicht afgedwongen dat niet gesteld kan worden dat ziekenhuizen echt meer ruimte krijgen om hun eigen dingen te doen. Zorgverzekeraars hebben ook een rol in de institutionele voorwaarden. Deze instanties zijn vaak nodig voor het financieren van innovaties in ziekenhuis. De eisen die verzekeraars stellen kunnen vernieuwingen tegengaan en bespoedigen. Hier hebben ziekenhuizen veel mee te maken. In de huidige situatie zorgt de politiek soms voor hulp bij tegenslag.

Op **organisatieel** gebied speelt budget een hele belangrijke rol. De afgelopen jaren zijn ziekenhuizen vaak gekort op de begroting. Ziekenhuizen die efficiëntiewinst boeken door vernieuwing worden niet beloond voor hun efficiëntie maar eerder afgestraft doordat ze het jaar daarop een kleinere begroting krijgen. Met deze organisatiele kanttekening heeft een ziekenhuis dus te maken. Een ander punt is dat er van een ziekenhuis wordt verwacht dat ze verantwoordelijk omgaan met publieke middelen. Dit bepaalt ook voor een deel de omgang met innovatie.

Tenslotte kunnen **maatschappelijke** zaken van belang zijn en invloed hebben op de innovatiekracht. Een belangrijk aspect daarin is dat patiëntenverenigingen en brancheorganisaties druk kunnen uitoefenen op ziekenhuizen om zo bepaalde vernieuwingen tegen te gaan of juist te bevorderen. De patiënten zelf worden ook steeds meer assertief. Tenslotte kan de demografische status van het verzorgingsgebied van een gebied bepalen in wat voor richting een innovatie gezocht moet worden. Zo zal arbeidskrachte van invloed zijn op het feit of het Magneetconcept wordt ingevoerd of niet.

Welke voor Nederland perspectief biedende ziekenhuisinnovaties bestaan in andere landen?

Geconcludeerd kan worden dat niet in elk land veel gepubliceerd wordt over innovatie in de zorg. In Nederland is de laatste drie jaar gewerkt aan het meer publiceren van zorgvernieuwing maar ook dit loopt nog niet optimaal. De taal en hoeveelheid beschikbare informatie bemoeilijkt de zoektocht naar perspectief biedende innovaties in het buitenland. Op medisch technologisch gebied wordt wel relatief veel gepubliceerd maar dit onderwerp behoort niet tot de scope van dit onderzoek. Uiteindelijk zijn drie vernieuwingen geselecteerd uit Engeland, Taiwan en de Verenigde Staten.

De eerste casus is de **Star Rating** uit Engeland. Dit is een procesmatige vernieuwing op institutioneel en organisatieel niveau dat zich toespitst op performancemanagement voor de gezondheidszorg. Het doel van de vernieuwing is de kwaliteit en transparantie van de zorg op te drijven alsmede de keuze-informatie voor patiënten te vergroten. Nederland is sinds 2003 ook bezig met performancemanagement maar de ervaring van Engeland is veel groter, vooral als het gaat om keuze-informatie. Engeland staat bekend als het land dat ter wereld de meeste ervaring heeft hieromtrent. In Nederland zijn ze sinds 2003 ook doende met keuze-informatie voor de patiënt maar kan wellicht van de ervaring van Engeland leren.

De casus **Health Smart Card** uit Taiwan is een technologische vernieuwing op institutioneel, procesmatig en functioneel niveau. Het gaat niet in op alleen individuele ziekenhuizen maar overkoepelt de gehele zorgketen van huisarts tot verzorgingsinstellingen via het ziekenhuis en apotheken. De pas zorgt ervoor dat mensen geen verschillende ponskaartjes meer nodig hebben etc. maar integreert dit allemaal. Tevens zorgt het voor openheid en transparantie binnen de zorgketen. De Health Smart Card kan een welkome aanvulling zijn op het in ontwikkeling zijnde Elektronische Patiëntendossier (EPD). Het kan perspectief bieden als het gaat om de transparantie tussen instellingen waardoor keteninnovatie makkelijk mogelijk wordt. Daarnaast biedt het gebruikersgemak voor patiënten en past het initiatief dus binnen een vraaggerichte benadering.

De laatste casus betreft het **Populaire Ziekenhuis** dat de concepten Planetree en Magneet omvat. In Nederland slaat de arbeidskrachte steeds meer toe ook in de zorgsector als het om verpleegkundigen gaat. Het Magneetconcept biedt handvatten om te zorgen dat het ziekenhuis een aantrekkelijke werkplek wordt. De Planetreefilosofie gaat met name in op de vraaggerichtheid en maakt ziekenhuizen met haar benadering patiëntvriendelijker en aantrekkelijker om te werken. Daarnaast houdt het logistieke veranderingen mee omdat de zorg binnen de Planetreefilosofie rond de patiënt wordt georganiseerd.

Welke aspecten van de onderzochte innovaties zouden Nederlandse ziekenhuizen verder kunnen ontwikkelen om het innovatievermogen te verbeteren?

In de eerste deelvraag is uitgewerkt wat innovatievermogen is. In deze laatste deelvraag gaat het er om welke aspecten van vernieuwingskracht terugkomen in de casussen en hoe de casussen kunnen bijdragen aan meer innovatievermogen.

De belangrijkste conclusie ten aanzien van de **Star Rating** casus is dat het bijdraagt aan *openheid*, *transparantie* en *concurrentie* wat bevorderend is voor vernieuwingskracht. Door sterker in te zetten op performancemeting in Nederlandse ziekenhuizen wordt dus tegelijkertijd het innovatievermogen vergroot. De Star Rating methode heeft drie functies: besturen, monitoren en reactie. De functie van besturen en monitoren hangt nauwelijks samen met innovatiekracht. De reactiefunctie heeft de link wel. Deze functie heeft betrekking op de manier waarop ziekenhuizen in een rangorde worden geplaatst en de wijze waarop de patiënten geïnformeerd worden over de performance van ziekenhuisinstellingen. Dit draagt bij aan de *competitie*, *concurrentie*, *openheid* en *transparantie* tussen ziekenhuizen. *Concurrentie* is op zichzelf een aanjager voor innovatie. Als Nederlandse ziekenhuizen dus meer inzetten op goede keuze-informatie voor patiënten stimuleert dit de innovatiekracht. Wat betreft de toepassing van performancemanagement dat in Nederland al sinds 2003 aan de gang is, is een groot verschil tussen Engeland en Nederland. In Nederland wordt alles veel minder centraal gestuurd. Zo zijn het hier naast de Inspectie van Volksgezondheid ook de zorgverzekeraars die eisen stellen aan kwaliteit. Hun eisen zijn door divers beleid echter verschillend. Door deze gefragmenteerde situatie krijgen ziekenhuizen meer ruimte om *creatief* te zijn in hun handelen en omgang met zorgverzekeraars. Deze *creativiteit* biedt aanknopingspunten met vernieuwingsvermogen. Dit is echter één kant van de medaille want niet alle kwaliteitsindicatoren zijn wetenschappelijk correct waardoor zorgverleners weezin hebben gekregen tegen bijvoorbeeld de manier waarop pijn gemeten moet worden na elke behandeling. In Nederland richt het huidige systeem van performancemanagement zich ook nog niet op belonen en straffen. In Engeland is dit wel het geval. Beloning en straf in de vorm van *autonomie* of *budget* leidt tot meer budgetruimte wat stimulerend is voor innovatievermogen. Daarnaast leidt de beloning tot een grotere vrijheid in beslissingen wat het ontstaan van vernieuwingen tevens ten goede komt.

Dit belonen en straffen kan ook intern binnen een ziekenhuis zodat lokale afdelingen verbeterd kunnen worden. Op institutioneel gebied ligt hier een grote rol weggelegd voor de overheid die door te belonen en te straffen marktgerichtheid en innovatie kan versterken. Ziekenhuizen met een lage kwaliteit worden dan min of meer de markt uitgedreven.

Ook de casus van de **Health Smart Card** biedt aanknopingspunten voor zaken die Nederlandse ziekenhuizen verder kunnen ontwikkelen. Door invoering van de pas wordt meer *transparantie* veroorzaakt. Daarnaast leidt de digitale pas tot een hogere mate van *samenwerking* en betere *informatievoorziening*. Door middel van de pas wordt de zorgketen meer geïntegreerd omdat instanties daardoor informatie openstellen voor andere organisaties. Deze *openheid*, *samenwerking* en *informatievoorziening* zijn ook sterk van belang als het gaat om innovatievermogen. Nederlandse ziekenhuizen hebben momenteel *veto powers* waardoor ze veel macht hebben om zaken als de Smart Card tegen te houden. Dit is bijvoorbeeld aan de orde bij de implementatie van het Elektronisch Patiëntendossier. Binnen een marktwerkingstructuur zal *openheid* echter leiden tot meer en betere *concurrentie* en vernieuwingen. Het vergt *lefs* maar om uiteindelijk betere zorg te kunnen leveren is het van belang dat ziekenhuizen *transparant* zijn in hun handelen. Eventueel zou de overheid een rol kunnen spelen door wat te doen aan de *veto powers* die ziekenhuizen anno 2009 hebben. Met name door een meer centraal gestuurde overheid zoals in Taiwan vindt een vernieuwing als de Health Smart Card daar eerder plaats dan in Nederland. Om werkelijker *opener* te worden als ziekenhuis is een *cultuurverandering* nodig. *Transparantie* zou niet meer als bedreiging gezien moeten worden voor de organisatie maar juist als een stimulans om nog beter te worden. Een ander aspect wat de casus Smart Card uit Taiwan laat zien is dat goed *projectmanagement* nodig is. Hoe dit in Nederland zou moeten plaatsvinden of concrete aspecten die ziekenhuizen daaruit zouden kunnen leren zijn lastig te geven omdat Nederland zover nog niet is. De laatste casus betreft het **Populaire Ziekenhuis**. Het Planetree- en Magneetconcept gaan sterk in op de *motivatie* die medewerkers, zowel artsen als verpleegkundigen, hebben om in een ziekenhuis te werken. Het Planetreeconcept dat de patiënt centraal stelt en zowel de professional als de fysieke kenmerken klantvriendelijk maakt. Het Magneetziekenhuis dat aantrekkelijk is voor verpleegkundigen om te werken. Om beide vernieuwingen te bewerkstelligen is een *cultuurverandering* nodig van aanbodgericht naar klantgericht. Om dit te kunnen realiseren is goed projectmanagement noodzakelijk waarin *leiderschap*, *communicatie* en *interactie* centraal staan. De huidige *financiële schotten* in de zorg belemmeren voor een groot deel de invoering van de Planetreefilosofie. Wanneer zorgverzekeraars baas van een ziekenhuis zouden kunnen worden zou dit wellicht eerder plaatsvinden. De verzekeraars hebben er dan immers direct baat bij dat patiënten sneller genezen. Wat betreft het Magneetziekenhuis is het van belang gebruik te maken van de kennis die al in de Verenigde Staten is opgedaan wat betreft het concept. De *kennisaccumulatie* die is opgedaan door de vele onderzoeken kan ziekenhuizen tot nut zijn. Het Planetree- en Magneetidee hebben beide een sterke relatie met een meer *open mentaliteit*, *motivatie* en dus *cultuurverandering*. Dit maar ook stevig projectmanagement tijdens de implementatiefase heeft positieve invloed op de vernieuwingskracht die een ziekenhuis heeft.

6.2.2 Beantwoording hoofdvraag

In deze paragraaf wordt de hoofdvraag van dit onderzoek beantwoord die als volgt luidt:

Welke lessen kunnen getrokken worden uit bestaande innovaties binnen ziekenhuizen in andere landen om het innovatievermogen van ziekenhuizen verder te ontwikkelen?

Om de hoofdvraag van dit onderzoek te kunnen beantwoorden is onderzocht wat innovatievermogen is, welke perspectief biedende buitenlandse vernieuwingen er zijn en welke lessen daaruit getrokken kunnen worden om het innovatievermogen verder te ontwikkelen.

Deze centrale vraag is het best te beantwoorden aan de hand van het definitieve conceptuele model zoals deze na het toetsende onderzoek is uitgekomen en te zien is in model 2. Het model bestaat uit datgene wat een ziekenhuis kan doen en nodig heeft om te vernieuwen. Met de breedte van de pijlen wordt zichtbaar gemaakt welke variabelen meer of minder van invloed zijn op vernieuwingskracht. In dit onderzoek zijn de casus Star Rating uit Engeland, de Health Smart Card uit Taiwan en het Populaire Ziekenhuis uit de Verenigde Staten behandeld. Daaruit blijkt dat ziekenhuizen hun innovatievermogen kunnen vergroten door zich dus te focussen op de aspecten in het model. Deze les kan duidelijk worden getrokken uit de casussen. Kennis en leervermogen, organisatiestructuur, organisatiecultuur, interactievermogen met de omgeving en het management van innovaties zijn dus allemaal van belang voor vernieuwingskracht van ziekenhuizen. Daarnaast beïnvloeden randvoorwaarden op institutioneel, organisatorisch en maatschappelijk niveau de innovatiekracht en bepalen ze de kaders waarin een ziekenhuis vernieuwend kan handelen.

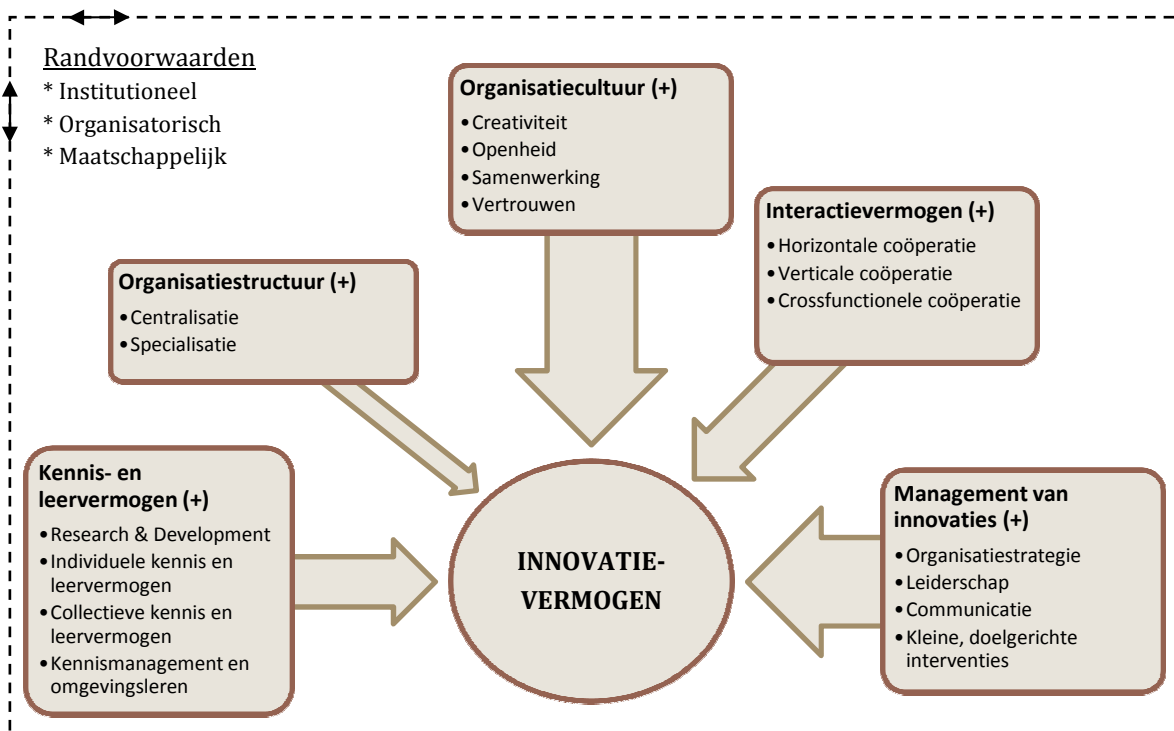
De eerste belangrijke les uit de analyse van de casussen en het verband met innovatievermogen is dat voor verschillende soorten vernieuwingen een andere soort vernieuwingskracht nodig is. In welke mate deze variabelen het vernieuwingsvermogen van ziekenhuizen bepalen hangt af van de soort innovatie. In dit onderzoek blijkt dit per behandelde casus sterk te verschillen. Er is verder onderzoek benodigd om te kunnen stellen waar de overeenkomsten en verschillen zitten tussen innovatievermogen voor logistieke, procesmatige of technologische vernieuwingen.

De tweede les uit de casussen is dat vernieuwingskracht over een bepaalde menselijke houding, mentaliteit, normen en waarden gaat. Dit verband is in alle casussen sterk te zien maar in de casus van het Populaire Ziekenhuis het meest omdat het daar gaat om vernieuwingen die grotendeels gericht zijn op het contact tussen mensen. Uiteindelijk gaat het bij innovatiegerichte ziekenhuizen ook om de mensen en de manier waarop zij in staat zijn met anderen een vernieuwende cultuur te bewerkstelligen en onderhouden. Openheid, transparantie en risicogeneidheid vormen daarin kernfactoren maar ook creativiteit en vertrouwen zijn belangrijk. Typisch is dat organisatiecultuur het meest bepaalt of een ziekenhuis innovatief is of niet maar dat ook de invoering van de onderzochte casussen gepaard gaat met een verandering van organisatiecultuur. Hieruit blijkt dat het cruciaal is dat mensen dus mee veranderen. Hieruit volgt de derde les. Namelijk dat mensen gemotiveerd moeten blijven om te vernieuwen. Dit is een belangrijke taak en aspect dat past binnen het managen van innovaties. Gemotiveerde mensen zullen tegelijkertijd sneller geneigd zijn inventieve oplossingen te bedenken waardoor het bijdraagt aan vernieuwingskracht. Deze les komt sterk naar voren in de casus van het Populaire ziekenhuis maar ook leiderschap, communicatie en doelgerichte interventies zijn daarbij alle drie sterk van belang. Bij de overige casussen komt dit ook naar voren maar worden de indicatoren veel minder genoemd in absoluut aantal gezien. De achterliggende gedachte hierbij is dat ziekenhuizen minder invloed hebben op de implementatie van de laatstgenoemde innovaties.

Zo kan verder gegaan worden met lessen die per onafhankelijke variabele uit de casussen getrokken kunnen worden. Organisationscultuur en managen van innovaties zijn reeds besproken. Het vierde punt in deze paragraaf betreft kennis en leervermogen. Dit aspect is aantoonbaar van belang voor innovatievermogen binnen de casus van het Populaire Ziekenhuis en de Smart Card. De casus van het Populaire ziekenhuis heeft invloed op alle aspecten binnen kennis en leervermogen. De Smart Card heeft volgens de respondenten alleen raakvlakken met omgevingsleren en individuele kennis, competenties en leervermogen. Deze indicatoren worden allen als positief gezien voor innovatievermogen. Zoals ook eerder het geval is, is ook ten aanzien van kennis en leervermogen terug te zien dat wanneer een ziekenhuis zelf meer macht heeft op desbetreffende innovatie te initiëren en te implementeren ook meer zaken van belang zijn.

De vijfde belangrijke les uit de casussen is dat interactie met de omgeving op intern en extern niveau noodzakelijk is. Voor zorginhoudelijke vernieuwingen geldt dit vooral binnen een ziekenhuis. Voor logistieke of institutionele veranderingen is ook afstemming met andere partijen cruciaal. Ziekenhuizen hebben het nodig om te zoeken naar hun niche om overeind te blijven in een marktgerichte omgeving. Kennis van de omgeving en het leren van de omgeving en eerdere ervaringen is daarbij noodzakelijk. Opvallend is dat interactievermogen niet aantoonbaar van belang is voor de casus Star Rating volgens de respondenten. Een verklaring hiervoor wordt gevormd door het feit dat performancemanagement vooral gaat om de prestaties van individuele ziekenhuizen die vooral denken aan hun eigen score. Wel wordt competitie in deze casus relatief veel genoemd. De Smart Card heeft het sterkste verband met interactievermogen. De geïnterviewden geven aan dat dit voornamelijk te maken heeft met het delen van gegevens. Daarvoor is het noodzakelijk afstemming te zoeken met andere (zorg)instellingen. Wat betreft het Populaire Ziekenhuis is interactievermogen vooral te vinden op het gebied van horizontale coöperatie waarbij professionals en verpleegkundigen constructief samenwerken.

Een zesde belangrijke aspect is organisatiestructuur. Dit is de enigste onafhankelijke variabele die een negatief verband heeft met innovatiekracht. Uit de casussen blijkt dat ziekenhuizen rekening dienen te houden met de autonomie van professionals. De respondenten geven aan dat autonomie nogal eens belemmerend werkt ten aanzien van innovaties. Binnen de casus van het Populaire Ziekenhuis worden ook bestaande procedures, protocollen etc. genoemd als gevaar voor de invoering van het Planetree- en Magneetconcept.



Model 2 Waaruit bestaat innovatievermogen?

Tenslotte is op te merken dat voor alle ziekenhuizen geldt dat hun vernieuwingskracht door institutionele, organisatorische en maatschappelijke zaken wordt beïnvloed. Het verschilt per casus welke aspecten daarvan belangrijk zijn. Dit is ook te zien in de interviews. Marktwerking is bijvoorbeeld een aspect dat door alle respondenten voor alle casussen zowel als positief en negatief wordt genoemd.

Omdat de Star Rating methode en de Health Smart Card aspecten zijn die vaak realistisch gezien niet door een ziekenhuis kunnen worden geïnitieerd zijn hiervoor weinig randvoorwaarden genoemd door de respondenten. Dit is bij de casus van het Populaire Ziekenhuis anders. Een ziekenhuis die de Planetreefilosofie of het Magneetconcept in wil voeren, initieert zelf de vernieuwing en heeft daarom ook tijdens de implementatie meer te maken met regels die het acteren van een ziekenhuis beïnvloeden.

6.3 Reflectie

Dit onderzoek kent naast positieve aspecten ook beperkingen. In deze paragraaf worden beide kort bediscussieerd. Ten eerste is als algemeen punt op te merken dat de onderzoeker voorafgaand aan het onderzoek niet thuis was in de ziekenhuiswereld.

Dit heeft als nadeel dat het langer geduurd heeft om overzicht te krijgen in dat wat allemaal speelt. Omdat het gaat om onderzoek heeft het echter ook een groot voordeel omdat met een open vizier naar alles kon worden gekeken en geen veronderstellingen of vooraf bedachte visie over het onderzoek heen is gelegd. Het tweede punt algemene punt betreft de manier waarop te werk gegaan is tijdens het onderzoek. Het werken aan de scriptie heeft heel systematisch plaatsgevonden. De onderzoeksopzet is gedurende het gehele onderzoek overeind gebleven en heeft als uitgangspunt gediend. Er is veel aandacht besteed aan het theoretisch kader. Hierdoor was tijdens de documentenanalyse en de interviews duidelijk wat getoetst moest worden en zijn overbodige vragen of stappen voorkomen. Vervolgens heeft de analyse zich ook systematisch voltrokken omdat de operationalisering vanuit het theoretisch kader duidelijk en praktisch was. Tijdens het onderzoek bleek dat het onderwerp 'innovatie in ziekenhuizen' breder was dan verwacht. Ook de deelvragen beslaan stuk voor stuk een heel grote oppervlakte aan onderzoeksinformatie. Door deze brede scope had de scriptie op bepaalde punten wat meer verdiepend kunnen zijn, bijvoorbeeld als het gaat om informatie over hoe innovatiecategorieën zich verhouden tot vernieuwingskracht.

De methodieken die in deze scriptie gehanteerd zijn leiden tot het derde punt. Er is een inhoudsanalyse gedaan waarbij buitenlandse innovaties gezocht zijn. Dit was lastig en het resultaat van de zoektocht viel tegen. In Nederland is innovatie heel actueel en wordt het actief gestimuleerd door de overheid door onder andere innovatiesubsidies en innovatieplatforms. Vanuit de Nederlandse context, waarin dus veel aandacht wordt besteed aan vernieuwing, is gestart met de zoektocht naar buitenlandse zorgvernieuwing. Innovatie blijkt daar niet altijd zo actueel. Daarnaast konden alleen maar Engelstalige stukken geanalyseerd worden door de taalbehendigheid van de onderzoeker. Dit beperkte de zoektocht in landen waar informatie niet in het Engels gepubliceerd wordt. Gebleken is dat landen veel verschillen in de mate waarin aandacht wordt besteed aan zorginnovatie. Engeland is bijvoorbeeld heel ver met het delen van best practices en heeft daar zelfs een online videokanaal voor. Vaak gaat het bij vernieuwingen ook om zorginhoudelijke vernieuwing of medisch technologische voorziening. Hierover lijkt eerder gepubliceerd te worden. Door de taalbarrière en het publicatiegehalte dat minder was dan verwacht is de uitkomst van de inhoudsanalyse minder vernieuwend dan verwacht. Een andere oorzaak hiervoor is de voorwaarde dat perspectief biedende vernieuwingen door meerdere partijen als positief gezien moest worden.

Ten vierde is in dit onderzoek niet expliciet een logistieke vernieuwing belicht terwijl logistieke innovatie wel een punt is waar ziekenhuizen in Nederland zich veel op richten. In de casus van het Populaire Ziekenhuis komen logistieke vernieuwingen wel indirect aan de orde maar niet expliciet. In het buitenland waren wel voorbeelden van ziekenhuizen in Zweden en Duitsland waarbij het ziekenhuis bijna letterlijk rond de patiënt is gebouwd. Het gaat daarbij echter om nieuwbouw. Ziekenhuizen die nog lang niet aan nieuwbouw of grootschalige verbouwing toe zijn worden hierdoor buitengesloten. Daarom is er voor gekozen dit niet mee te nemen in de scriptie.

Een laatste reflectiepunt is te noemen ten aanzien van de respondenten. Het positieve punt is dat zowel inhoudelijke betrokken als experts zijn geïnterviewd. Hierdoor wordt het onderzoekssubject van meerdere kanten gezien en wordt de betrouwbaarheid verhoogd. In de gesprekken bleek dat deze personen veel van het onderwerp afwisten wat de resultaten ten goede is gekomen. Door de grote reikwijdte van dit onderzoek had een grotere interviewpool echter tot meer diepgang kunnen leiden.

6.4 Aanbevelingen

In deze paragraaf zullen aanbevelingen voor verder onderzoek worden gegeven en adviezen voor de dagelijkse praktijk. Eerst volgen de praktische aanbevelingen.

6.4.1 Praktische aanbevelingen

Vanuit de ervaringen die door het doen van dit onderzoek zijn ontstaan en de conclusies die getrokken zijn, kunnen veel inhoudelijke aanbevelingen worden gedaan. De ruimte om daar heel diep op in te gaan ontbreekt. In de scriptie zelf worden wel veel concrete voorbeelden genoemd waar aanbevelingen in verwerkt zijn, bijvoorbeeld in deelvraag vier van conclusies en in hoofdstuk 5. Toch wil ik enkele adviezen plaatsen. De eerste alinea betreft aanbevelingen die niet specifiek voor ziekenhuizen zijn bedoeld. De tweede alinea richt zich op aanknopingspunten die ziekenhuizen kunnen helpen hun vernieuwingskracht te vergroten.

De eerste aanbeveling is een website te ontwikkelen waarop Europese zorginnovaties worden geplaatst en vergeleken. Losse instanties doen wel wat aan vergelijkend onderzoek maar publiceren dit niet op een heldere manier. De aanbeveling is dan ook om de individuele initiatieven samen te voegen tot één samenhangend geheel waarbij innovaties worden genoemd en onderliggende documentatie wordt gegeven. Er zou ook een Europese Health Award gegeven kunnen worden bijvoorbeeld geïnitieerd door de Europese Unie. Dit draagt tevens bij aan een stukje promotie van de zorg.

De aanbeveling om een vergelijkende website te maken voor Europa geldt ook voor Nederland. Dit vormt tegelijkertijd de tweede aanbeveling. In Nederland zijn heel gemakkelijk vijf websites te vinden die allemaal gaan over zorginnovatie. De toegevoegde waarde daarvan is niet altijd even duidelijk en aan volledigheid ontbreekt het nogal eens. Ook is de informatie en de achtergrond soms verwarrend en lijkt vooral het commerciële doel van een website te overheersen. Het is lastig om dit patroon met alleen een website te doorbreken. Een kenniscentrum dat vernieuwende initiatieven inventariseert, waardeert en publiceert zou een volledig beeld geven. Daarnaast zou bijvoorbeeld het Zorginnovatieplatform (ZIP) zich specifieker kunnen gaan richten op buitenlandse zorginnovaties.

De derde aanbeveling is bedoeld voor de overheid, die een belangrijke rol speelt als het gaat om vernieuwingskracht van ziekenhuizen. Op het moment zitten er factoren in het beleid die belemmerend werken voor innovatievermogen. Het zou te kort door de bocht zijn om daar een heel concrete stelling over in te nemen. Daar zijn niet voldoende onderbouwde resultaten over beschikbaar. Wel is het van belang dat de overheid alert is op haar invloed op ziekenhuizen en het verband met vernieuwingskracht. Zo zou bijvoorbeeld verplicht kunnen worden gesteld dat zorgverzekeraars een bepaald deel van hun budget moeten besteden aan innovatie. Ook de manier waarop in het huidige zorgstelsel gereguleerde marktwerking plaatsvindt heeft invloed op de innovatiekracht van ziekenhuizen. Wanneer de overheid als doelstelling heeft om innovatieve ziekenhuizen te stimuleren is het van belang het beleid te toetsen op de manier waarop dat daarin wordt bevorderd.

In deze scriptie staan ziekenhuizen en hun innovatiekracht centraal. De vraag is vervolgens wat ziekenhuizen moeten doen om hun innovatievermogen te verbeteren.

In het algemeen geldt daarvoor model 2. In model 2 wordt weergegeven wat belangrijk is voor het innovatievermogen in ziekenhuizen en waar ziekenhuizen zich op moeten richten om de vernieuwingskracht te verbeteren. Dat wil zeggen dat een ziekenhuis haar innovatievermogen het sterkst kan verhogen wanneer zij zich richt op de organisatiecultuur en het management van innovaties. Door je als ziekenhuis daarop te focussen, wordt de meeste innovatieve slagkracht bereikt. Tevens is het voor een ziekenhuisorganisatie van belang de institutionele, organisationele en maatschappelijke kaders te kennen, waarbinnen een ziekenhuis de ruimte heeft om innovatief bezig te zijn. Om de genoemde zaken uit te kunnen voeren is het van belang dit verder te concretiseren.

Hieruit volgt de vierde aanbeveling van dit onderzoek dat betrekking heeft op de organisatiecultuur. Alle respondenten geven het aan en uit alle casussen blijkt het dat de cultuur in een ziekenhuis voor een groot deel bepaalt in hoeverre een ziekenhuis al dan niet vernieuwend is. Wanneer ziekenhuizen zich willen profileren als een innovatief ziekenhuis is het dan ook van belang te richten op de cultuur van de ziekenhuisorganisatie. Dit is een lastig te veranderen aspect maar wel met het meeste effect. Omdat het creëren van een cultuurverandering veel tijd en doorzettingsvermogen vraagt, is het zaak dat ziekenhuizen hier serieus mee omgaan. Cultuur zit vaak diep geworteld in organisaties. Het vergt zorgvuldigheid en tijd om er achter te komen waar de huidige cultuur uit bestaat en wat de gewenste organisatiecultuur is. Wanneer een ziekenhuis een innovatieve cultuur wil, is het advies een project- of werkgroep op te richten. Het is een sterke pre wanneer aan de projectgroep ook een externe persoon wordt toegevoegd, die vanuit een open blik kan reflecteren en bekritisieren. Het doel van de projectgroep is te onderzoeken wat de huidige manieren zijn, wat de gewenste organisatiecultuur is en welk traject gelopen dient te worden om een innovatieve cultuur te bereiken. Punten die daarbij heel erg van belang zijn als het gaat om een innovatieve cultuur zijn openheid, creativiteit, vertrouwen en samenwerking. Er is geen eenduidige handleiding hoe deze zaken bevorderd kunnen worden. Dit is sterk afhankelijk van de bestaande organisatiecultuur en dus omgangsvormen, manieren etc. Aanbevolen wordt te streven naar de kenmerken van een innovatieve cultuur. Belangrijke aspecten daarvan worden weergegeven in tabel 5. De onderbouwing van deze punten wordt gevormd door de gehouden interviews. In de laatste kolom wordt aangegeven welke betrekking het kenmerk van de organisatiecultuur heeft op model 2. Wanneer een ziekenhuis een serieuze doelstelling heeft om te komen tot een innovatieve organisatiecultuur is het advies gebruik te maken literatuur over de innovatieve organisatiecultuur.

Tabel 5 Kenmerken van een innovatieve organisatiecultuur

Kenmerk	Indicator Innovatiemodel
Het ziekenhuis en haar medewerkers kijkt naar 'buiten' en richt zich op het centraal stellen van de patiënt	Openheid
Personen staan voor hun werk en hebben het lef voor een idee te vechten	Openheid
Personen worden aangesproken op hun gedrag	Openheid
Kritische personen worden gewaardeerd/ vormen inspiratiebron	Creativiteit
Creativiteit wordt gestimuleerd door de werkomgeving	Creativiteit
Tussen de organisatieniveaus is wederzijds vertrouwen en zelfstandigheid wordt gewaardeerd	Vertrouwen
Personen krijgen de gelegenheid te experimenteren	Vertrouwen
Er is sprake van een teamgevoel op de werkvloer	Samenwerking
Er vindt structurele uitwisseling plaats van werknemers tussen afdelingen en van buitenaf	Samenwerking

Om verder tastbaar te maken wat het betekent wanneer een ziekenhuis een innovatieve organisatiecultuur heeft wordt een voorbeeld gegeven waarbij het draait om normen en waarden.

Om het vertrouwen ten aanzien van innovaties te borgen en zo de vernieuwingskracht te verhogen is het belangrijk dat de normen en waarden van de professionals overeenkomen met datgene waar een ziekenhuis voor wil staan. Door de waarden van een ziekenhuisorganisatie in kaart te brengen en vervolgens iedereen op die waarden aan te spreken kan de intrinsieke motivatie van mensen worden geprikkeld. Innovatie kan op deze manier van binnenuit worden gestimuleerd waardoor draagvlak wordt gecreëerd. Het ligt bijvoorbeeld voor de hand dat zorgzaamheid een waarde is waar verpleegkundigen veel belang aan hechten. Wanneer een innovatie raakvlakken heeft met die waarde zal de vernieuwing sneller worden geaccepteerd en zal de implementatie van het initiatief voorspoediger verlopen. Een voorbeeld is een nieuwe methode van pijnbestrijding, waardoor professionals op een hele andere manier moeten gaan werken. Als deze nieuwe methode effectief bijdraagt aan een vermindering van pijn bij patiënten is het van belang de professionals aan te spreken op hun intrinsieke waarden van zorgzaamheid of andere waarden die daarmee verband houden. Hierdoor zien en voelen de verpleegkundigen het belang van de vernieuwing en zullen ze eerder meewerken.

De vijfde en laatste aanbeveling van dit onderzoek betreft het focussen op het management van innovaties. Het proces waarin de innovatie tot stand komt hoort immers ook bij kracht om te vernieuwen. Als ziekenhuizen hun innovatiekracht willen verhogen, is het daarom van belang te borgen dat vernieuwingen goed worden gemanaged, vanaf de inventie tot en met de implementatie en toepassing van het initiatief. Ten eerste is het van belang dat de organisatiestrategie wordt toegespitst op innovatie. Het advies is in beleid vast te leggen op welke punten de organisatie wil vernieuwen. Een ziekenhuis kan niet overal even goed in zijn en zal zich moeten toespitsen op speerpunten, zoals bepaalde afdelingen die vernieuwing het meest nodig hebben of een bepaalde innovatiecategorie. Op basis van deze keuze kan vernieuwing worden gestimuleerd maar kan ook onderbouwd worden waarom voorstellen voor innovaties niet doorgaan of uitgesteld worden. Welke speerpunten een ziekenhuis kiest is volledig afhankelijk van de situatie waarin zij zich bevindt. Ook door een aansprekende visie, die gericht is op vernieuwing, kunnen personen binnen een ziekenhuis worden aangesproken op hun creativiteit en vernieuwingskracht. Voorts is het van belang dat goede communicatie plaatsvindt binnen een innovatietraject. Vermeld in nieuwsbrieven informatie over op handen zijnde vernieuwingen en stel personen aan die verantwoordelijk zijn voor de communicatie omtrent een innovatie. Dit geldt op kleine en grote schaal. Wanneer het om een grote innovatie gaat is verdient het de aanbeveling dit te koppelen aan het team dat de vernieuwing leidt. Hiermee komen we bij het aspect leiderschap. Of het nu gaat om een grote of een kleine vernieuwing, het is altijd belangrijk dat er een leider is. Het advies is dan ook altijd iemand, een persoon of team, aan te stellen die verantwoordelijk is voor de voortgang van de implementatie van de innovatie, zoals bijvoorbeeld de invoer van een zelfroostersysteem. Ook verdient het de voorkeur om ook wanneer geen sprake is van de implementatie van een initiatief, iemand aan te stellen die op diverse manieren probeert innovatie te bevorderen door bijvoorbeeld creatieve sessies te organiseren, mensen te betrekken etc.

6.4.2 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Aanbevelingen voor verder onderzoek zijn er ook veel. Het onderzoek naar innovatie in ziekenhuizen is nog maar in het begin van haar ontwikkeling. Uit deze scriptie blijkt dat verdergaand wetenschappelijk onderzoek op meerdere punten nodig is.

De eerste aanbeveling hieromtrent is dat een splitsing gemaakt zou moeten worden tussen vernieuwing in perifere en academische ziekenhuizen. Voor perifere ziekenhuizen is het bijvoorbeeld minder belangrijk dat veel wetenschappelijke publicaties plaatsvinden. Wellicht heeft dit ook invloed op de vernieuwingskracht van een ziekenhuis want uit wetenschappelijk medisch onderzoek komt vaak zorginnovatie voort.

Een andere constatering in dit onderzoek is dat het ene ziekenhuis wel vernieuwingsgericht is en de hybriditeit omzet in innovatiekracht terwijl een ander ziekenhuis dat niet doet.

Interessant is het te onderzoeken waarom het ene ziekenhuis daarin wel de prikkel ervaart om te innoveren en het andere ziekenhuis niet. Als het gaat om prikkels tot vernieuwing ontbreekt nog andere informatie.

Ten derde is in dit onderzoek geconstateerd dat de prikkel ontbreekt voor ziekenhuizen om innovaties te delen. Er is nog niet echt een duidelijke oplossing hoe dit verbeterd kan worden. Het lijkt er op dat naarmate meer competitie aanwezig is tussen ziekenhuizen ook minder openheid ontstaat ten opzicht van vernieuwingen. Openheid is juist wel een aspect dat conform dit onderzoek leidt tot meer innovatievermogen. Dit lijkt een perverse prikkel. Dieper onderzoek hieromtrent is dan ook welkom.

In dit onderzoek is reeds kort aan de orde gekomen dat verschil bestaat tussen innovatiekracht die benodigd is voor een zorginhoudelijke productvernieuwing of een logistieke vernieuwing. Om als ziekenhuis te kunnen focussen op bijvoorbeeld verbetering van de zorgprocessen is het van belang dat innovatiekracht verder wordt gespecificeerd. De aanbeveling is dan ook om verder te onderzoeken wat de verschillen zijn daartussen.

Tenslotte is het model wat in dit onderzoek is gemaakt slechts een begin. Op elk aspect is verder onderzoek nodig om de vertaling van 'wat' naar 'hoe' te kunnen maken. Door deze scriptie is immers bekend geworden dat organisatiecultuur heel erg belangrijk is. Een tweede vraag is vervolgens hoe een ziekenhuis zich kan gaan richten op deze cultuur en hoe ze de organisatiecultuur innovatief kan maken. Deze kwestie is niet beantwoord in deze scriptie.

Bronnen

- Basadur, M. (1995). *The Power of Innovation: How to Make Innovation a Way of Life & How to Put Creative Solutions to Work*. Toronto, AC Press
- Caines, K. (2001). *Developments in the NHS*, London. UK Department for International Development
- Caluwé, L. de & Vermaak, H. (2006). *Leren Veranderen*. Deventer, Kluwer
- Dikker, A., Groen, S. & Vos, P. de., (2009). *Individueel Roosteren, Kansen voor werkgevers en werknemers*. Rotterdam, PM Print
- Donk, van de W. (2008). *Innovatie vernieuwd*. Amsterdam, University Press
- Engel, N. (2008). *Drivers and Barriers of Innovation Dynamics in Healthcare*. Maastricht, United Nations University
- Frampton, S., Gilpin, L. & Charmel, P. (2003). *Putting patients first: Best practices in Patient-Centred Care*. San Fransisco, Jossey-Bass
- Gaspersz, J. (1998) *Management van creativiteit*. Deventer, Kluwer
- Gesthuizen, M. (2006). Het belang van sociale en culturele aspecten. In: M. Gesthuizen. (red.). *Succesvolle innovatie*. Den Haag, Sociaal Cultureel Planbureau. [pp. 185 – 214]
- Hertog, F. den, Groen, M. & Weehuizen, R. (2005). *Mapping Health Care Innovation: Tracing Walls and Ceilings*. Maastricht, Economic Research Institute on Innovation
- Kaljouw, M. & Schipaanboord, A., (2008). *Magnet Hospitals: Op weg naar excellente zorg*. Utrecht, V&VN
- Kok, L., Biermans, M., Groot, I., Janssens, L., Korteweg, J., Maljers, J., Bommel, K. van & Praag, M. van. (2005). *Morgen zonder zorg(en)? Arbeidsproductiviteit en innovatieve kracht in de zorg*. Amsterdam, SEO Economisch Onderzoek / Plexus Medical Group
- Kraan, G.M. van der. (2006). *Vaag naar vraagsturing: Een verkennend onderzoek naar de betekenis van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg*. Rotterdam, Optima Grafische Communicatie
- Linge, R. van. (1998). *Innoveren in de gezondheidszorg: theorie, praktijk en onderzoek*. Maarssen, Elsevier
- Lugtenberg, M. & Westert, G. (2007). *Kwaliteit van de gezondheidszorg en keuze-informatie voor burgers; een internationale verkenning van initiatieven*. Tilburg, Wetenschappelijk centrum voor transformatie in zorg en welzijn
- Maas, P. van der. (1999). Vergrijzing, volksgezondheid en de vraag naar zorg. In: Delden, J. van, Hertogh, C.,
- Manscot, H. (red.). *Morele problemen in de ouderenzorg*. Den Haag, Van Gorcum, [pp. 7-25]
- Merritt, L. & Merritt, A. (1985). *Innovation in the public sector*. Londen, Sage Publications

- National Health Service (2000). *The NHS Plan: A plan for investment, a plan for reform*. London, Department of Health
- Nelson, West & Goodman (2005). *The Hospital Built Environment: What Role Might Funder Of Health Services Research Play?* Falls Church, Lewin Group
- Nooteboom, B. (2003). Managing exploitation and exploration. In: Rizello, S. (red.). *Cognitive Developments in Economics*. London, Routledge, [pp. 218-242]
- Nooteboom, B. (2004). *Innovatie: theorie en beleid*, Tilburg, Universiteit van Tilburg
- Pollitt, C. (2007). Hospital Performance Indicators: How and why neighbours facing similar problems, go different ways – building explanations of hospital performance in England and the Netherlands. In: Pollitt, C., Thiel, S. van, Homburg, V. (red.). *New Public Management in Europe*. Basingstoke: Palgrave/Macmillan, [pp. 149-164]
- Prince, Y., Bruins, A. & Zeijden, P. van der. (2005). *Ondernemen in de zorg*. Zoetermeer, Instituut voor Onderzoek en Beleid
- Putters, K. (2001). *Geboeid ondernemen: een studie naar het management in de Nederlandse ziekenhuiszorg*. Assen, Van Gorcum
- Putters, K. & Frissen, P.H.A. (2006a). *Vertrouwen voor en door innovatie: over de noodzaak van checks & balances bij vernieuwingsprocessen in de zorg*. Tilburg, Tilburgse School voor Politiek en Bestuur
- Putters, K. & Frissen, P.H.A. (2006b). *Zorg om vernieuwing*. Tilburg, Tilburgse School voor Politiek en Bestuur
- Rechel, B., Wright, S., Edwards, N., Dowdeswell, B. & McKee, M. (2009). *Investing in hospitals of the future*. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies
- Rienhoff, O. (2003). *Integrated Circuit Health Data Cards (Smart Cards): A primer for Health Professionals*. Washington, World Health Organization
- Schnabel, P. (2000). *Een sociale en culturele verkenning voor de langere termijn, in: Trends, dilemma's en beleid; essays over ontwikkelingen op langere termijn*. Den Haag, SCP/CPB
- Stichting Planetree Nederland (2006). *Planetree: de mens voorop in een helende omgeving, het verschil tussen willen en doen in mensgerichte zorg*. Avenhorn, Stichting Planetree Nederland
- Schumpeter, J. (1934). *The theory of economic development*. Cambridge, Harvard University Press
- Sundbo, J. (1998). *The Theory of Innovation*. Northampton, Edward Elgar Publishing
- Thiel, S. van. (2007). *Bestuurskundig onderzoek. Een methodologische inleiding*. Bussum, Coutinho
- Tidd, J. & Hull, F. (2003). *Service innovation: organizational responses to technological opportunities & market imperatives*. London, Imperial College Press

Volberda, H. & Bosch, F. van den. (2004). *Rethinking the Dutch Innovation Agenda: Management en Organization Matter Most*. Rotterdam, Erasmus Research Institute of Management

Weerd – Nederhof, P. de & Looy, B. van. (2004). *Innovatie(f) organiseren*. Deventer, Kluwer

ARTIKELN

A smarter way to stay healthy (2007). *Card Technology Today*, 19(2), pp. 14-16

Armstrong F. (2005). Magnet Hospitals: what's the attraction? *Australian Nursing Journal*, 12(8), pp. 14-17

Arndt, M. & Bigelow, B. (2000). Commentary: The Potential of Chaos Theory for Health Services Management. *Health Care Management Review*, 25(1), pp. 35-38

Berta, W. & Baker, R. (2004). Factors that impact the transfers and retention of best practices for reducing errors in hospitals. *Health Care Management Review*, 29(2), pp. 90-99

Berta, W., Teare, G. & Gilbert, E. (2005). The contingencies of organizational learning in long-term care: factors that affect innovation adoption. *Healthcare Management Review*, 30(4), pp. 282-292

Beuken, J. van den, Snijders, M., Winder, T. & Koning, G. (2007). Planetree overbrugt sturingsparadox. *Kwaliteit in Beeld*, 17(5), pp. 16-18

Bles, W. van der. In een magneet ziekenhuis wil iedereen wel werken. *Trouw*, 28 oktober 2008

Chuang, Y. (2007). Taiwan HIT Case Study. *Center for Health and Aging*, pp. 1-3

Cohen, A. Smarter Cards Smarter Health Care. *PC Magazine*, 1 oktober 2003

De aantrekkingskracht van magnet hospitals. V&VN, 1 februari 2008

Delbridge, R. (2003). Learning and Innovation in Organizations and Economies, *Work Employment and Society*, 17(1), pp. 187-196

Johnson, J., Billingsley, M., Cheryl, M., Costa, L. & Hanson, K. (2004). Georgetown University Hospital's Journey to Magnet. *Policy Politics & Nursing Practice*, 5(4), pp. 217-227

Komarek, A. (2004). Creating a healing environment: a Planetree pioneer explains that there's more to this than bricks and mortar. *Nursing Homes*, 13(10)

Kuunders, M. (2008). Web-based public health knowledge systems: lessons from Austria, Germany, Norway and Europe. *European Journal of Public Health*, 18(1), pp. 106-109

Liu, L., Pei-Tun, Y., Yu-Ting, Y. & Bin-Long, W. (2006). The impacts of smart cards on hospital information systems – an investigation of the first phase of the national health insurance smart card project in Taiwan. *International Journal of Medical Informatics*. 75, pp. 173-181

Marshall, M., Shekelle, P., Davies, H. & Smith, P. (2003). Public Reporting on Quality in the United States and the United Kingdom. *International Comparison*, 22(3), pp. 134-148

Miller, A., Booth, M. & Mor, V. (2008). Assessing experts: Views of the future of Long-Term Care, *Research on Aging*. 30(4), pp. 450-473

Putters, K. (2002). Vraagsturend versus vraaggestuurd ondernemen in de gezondheidszorg, *Blad Bestuurskunde*, 11(5), pp. 188 – 198

Smart Cards for future Health Care Systems, Giesecke & Devrient, 2008

Smith, P. (2002). Performance management in British Health Care: Will it Deliver, *Health Affairs*. 21(3), pp. 103 - 115

Terlouw, J. & Schouten, A. (2008). Investeren in verpleegkundigen doet wonderen. *Vraag in Beeld*, 4, pp. 8-9

Upeniaks, V. (2003). Recruitment and Retention Strategies: A Magnet Hospital Prevention Model. *Nursing Economics*, 21(1), pp. 7-13

Walker, R. (2007). An empirical evaluation of innovation types and organizational and environmental characteristics: towards a configuration framework. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(1), pp. 591-615

WEBSITES

American Nursing Credentialing Center. *ANCC Magnet Recognition Program*.
[<http://www.nursecredentialing.org/Magnet>]. 13 juni 2009.

Brainport Health Innovation. *Wat is Brainport Health Innovation*.
[http://www.brainporthealthinnovation.nl/Brainport_C01]. 24 juni 2009.

Bureau of National Health Insurance. *NHI IC Card*.
[http://www.nhicb.gov.tw/_en/index.php?tid=1&fid=458]. 23 mei 2009.

Bureau of National Health Insurance. *The Meaning of NHI IC Card*.
[http://www.nhikb.gov.tw/English/inside_nhi.asp]. 11 mei 2009.

Department of Health. *Healthcare Statistics, Guidance and Performance Indicators*.
[<http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Statistics/Performancedataandstatistics>]. 30 mei 2009.

Department of Health. *Hospital Care in Taiwan*.
[<http://www.doh.gov.tw/EN2006/>]. 28 mei 2009.

- Department of Health. Primary Care Contracting. *Primary Care Contracting*.
[<http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Primarycare/Primarycarecontracting>]. 30 mei 2009.
- Electronic Frontiers Australia. *Access Card*.
[<http://www.efa.org.au/Issues/Privacy/accesscard.html>]. 23 mei 2009.
- Gemini Ziekenhuis. *Missie en Visie*.
[<http://www.gemini-ziekenhuis.nl/page.asp?mid=20000&mn=2>]. 26 maart 2009.
- Giesecke & Devrient. *G&D's Health Cards for e-health networks*.
[<http://www.gi-de.com/portal>]. 28 mei 2009.
- Healthcare Commission. *2003 Performance Ratings*.
[<http://ratings2003.healthcarecommission.org.uk>]. 22 mei 2009.
- Healthcare Commission. *2005 Performance Ratings*.
[<http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk>]. 22 mei 2009.
- Healthcare Information and Management Systems Society. *National Health Information Infrastructure (NHI) and International Standards – A Taiwan Perspective*.
[<http://www.himss.org/content/files/GHIT-SSummit2005/>]. 23 mei 2009.
- Karvounis, N. *Health Care in Taiwan*.
[<http://www.healthbeatblog.com/2008/09/health-care-in>]. 30 mei 2009.
- Ministerie van Economische Zaken. *Innovatie in de preventieve zorgsector in Taiwan*.
[<http://www.twanetwerk.nl/default.ashx?DocumentId=7128>]. 11 mei 2009.
- Ministerie van Economische Zaken. *Meer ondernemerschap nodig in de zorg*.
[http://www.ez.nl/Actueel/Pers_en_nieuwsberichten/Nieuwsberichten_2008/Januari_2008/_Meer_ondernemerschap_nodig_in_de_zorg]. 27 januari 2009.
- Ministerie van Verkeer en Waterstaat. *Marktwerving in de zorg*.
[<http://www.minvws.nl/dossiers/marktwerving-in-de-zorg>]. 27 januari 2009.
- Nursing. *Pilot Magneetziekenhuizen van start*.
[<http://www.nursing.nl/verpleegkunde/kwaliteit-van-zorg/article/4785/pilot-magneetziekenhuizen-van-start>]. 31 mei 2009
- OECD. *Healthdata 2009*.
[<http://www.oecd.org/health/healthdata>]. 20 april 2009.
- Peter Borough and Stamford Hospital. *Trust receives two-star performance rating*.
[<http://www.peterboroughandstamford.nhs.uk/news/default.asp?storyID=85&nid=5>]. 11 mei 2009.

Planetree. *Griffin Hospital Derby*.

[http://www.planetree.nl/media/files/obervatie_Maarten_Ploeg_FlevoZiekenhuis]. 13 juni 2009.

Planetree. *Over Planetree*.

[<http://www.planetree.nl/pages/over-planetree>]. 13 juni 2009.

Planetree. *Planetree Vision, Mission and Beliefs Statement*.

[<http://www.planetree.org/about.html>]. 13 juni 2009.

RIVM. *Doelmatigheid van zorgaanbieders*.

[http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o7787n35621.html]. 24 juni 2009.

RIVM. *Zorgbalans 2008*.

[<http://www.rivm.nl/vtv/root/o40.html>]. 1 april 2009.

Smart Card Alliance. *The Taiwan Health Care Smart Card Project*.

[<http://www.smartcardalliance.org>]. 30 mei 2009.

Taiwan Association of Medical Informatics. *Medical Informatics in Taiwan*.

[http://kosmi.snubi.org/2003_fall/APAMI_CJKMI/2003-10-22]. 23 mei 2009.

Teco. *The Taiwan Healthcare Card Project*.

[http://www.smartcard.teco.com.tw/en_version/c_iccard01.htm]. 25 mei 2009.

The Center for Nursing Advocacy.

[<http://www.nursingadvocacy.org>]. 13 juni 2009.

Zorginnovatieplatform. *De koers van het ZIP*.

[<http://www.zorginnovatieplatform.nl/over-het-zip>]. 24 juni 2009.

ZonMW. *Nieuw zorgstelsel: Het succes van belonen en straffen*.

[<http://www.zonmw.nl/organisatie/publicaties/mediator/archief/mediator-2006>]. 8 mei 2009.

Zorgvisie. *Fouten ziekenhuizen eisen 1700 levens*.

[<http://www.zorgvisie.nl/nieuws/nieuwsoverzicht/nieuwsartikel>]. 18 april 2009.

Bijlage 1 Interviewhandleiding

Introductie

- Introductie interviewer
- Interviewprotocol
 - Doel en inhoud van interview
 - Opname interview / anonimiteit
 - Interviewverslag / transcriptie / exemplaar van definitief rapport?
 - Duur van het interview: 1 uur
- Introductie respondent

Algemeen deel

1. Algemeen beeld vernieuwing ziekenhuizen
2. Gebied waar de meeste innovatie plaatsvindt in ziekenhuizen
3. Behoefte aan vernieuwing in ziekenhuizen
4. Vergroten van innovatiekracht ziekenhuizen
5. Innovatieproces in ziekenhuizen
6. Verbeteringen innovatieproces ziekenhuizen

Buitenlandse casus

7. Algemeen beeld casus
8. Behoefte aan casus in Nederland/ziekenhuizen
9. Bruikbaarheid casus in Nederland/ziekenhuizen
10. Achtergrond waarom Nederland/ziekenhuizen casus niet/nauwelijks toepassen
11. Benodigheden/randvoorwaarden voor invoer casus in Nederland/ziekenhuizen
12. Veranderingen na invoer casus Nederland/ziekenhuizen
13. Leeraspecten casus

Afsluiting

- Reactiemogelijkheid respondent
- Bedankt
- Membercheck (als transcriptie niet mogelijk is of bij verzoek respondent)

N.B. Op de volgende pagina wordt het referentiekader gepresenteerd dat de interviewer tijdens het afnemen van de interviews heeft gehanteerd.

Handleiding met belangrijke topics (Geldig voor elke (door)vraag in het gehele interview)

1. Kennis en leervermogen
 - Research & Development
 - Individuele kennis, competenties en leervermogen
 - Collectieve kennis, team- en organisatieleren
 - Kennismanagement en omgevingsleren
2. Organisatiestructuur
 - Centralisatie
 - Specialisatie
 - Formalisatie
3. Organisatiecultuur
 - Creativiteit
 - Openheid
 - Samenwerking
 - Vertrouwen
4. Management van innovaties
 - Leiderschap;
 - Communicatie;
 - Kleine, doelgerichte interventies
5. Interactie met de omgeving
 - Horizontale samenwerking
 - Verticale samenwerking
 - Crossfunctionele samenwerking
6. Randvoorwaarden
 - Institutioneel
 - Organisatorisch
 - Maatschappelijk

Innovatieproces

- Ontstaan
- Consolidatie
- Generalisatie
- Differentiatie
- Reciprociteit
- Novel combinations

Bijlage 2 Respondenten interviews

Innovatievermogen

- Dhr. K. Putters (Wetenschapper Erasmus Universiteit, Lid Eerste Kamer)
- Mw. Y. Wilders (Lid Raad van Bestuur, Spaarne Ziekenhuis)
- Dhr. E. den Breejen (Wetenschapper Erasmus Universiteit)
- Dhr. D. Oemar Said (Algemeen Directeur, Optimal Care)
- Dhr. R. van Merkerk (Projectleider, Medisch Technologisch Innovatiecentrum Utrecht)
- Anonieme respondent a (Wetenschapper, Directeur, mw.)

Casus Star Rating Engeland

- Mw. Y. Wilders
- Anonieme respondent a (expert, mw.)

Casus Health Smart Card Taiwan

- Dhr. D. Oemar Said
- Dhr. K. Putters (expert)

Casus het Populaire ziekenhuis

- Dhr. R. van Merkerk
- Dhr. E. den Breejen (expert)
- Anonieme respondent b (assistent arts, dhr.)

Bijlage 3 Documentenanalyse

N.B. De onderstaande lijst bevat alleen buitenlandse zorgvernieuwingen.

Bron documentatie	Soort documentatie	Innovatie	Land innovatie / of bron document	Soort innovatie	Inhoud innovatie
American Nurses Credentialing Centre	Website	Magneetziekenhuizen	Verenigde Staten	Dienstinnovatie	Certificaat voor aspecten die verpleegkundigen aantrekken
Asklepios Future Hospital	Website	Medisch technologisch	Duitsland	Medisch Technologisch	Innovatief ziekenhuis informatiesysteem
Brainport Health Innovation	Website	Telezorg	Schotland	Productinnovatie	€13.870 besparing op noodopnames
California Assistive Technology Change	Website	Smart Cane (Californië)	Verenigde Staten	Technologische / Productinnovatie	Stok voor blinden met trilfunctie, wireless indentificatiesysteem etc.
California Healthcare Foundation	Website	Telemedicine (Californië)	Verenigde Staten	Productinnovatie	Zorg op afstand
Canada Health Infoway	Website	Health Infoway	Canada	Product /logistieke innovatie	Online zorgdossier dat diverse partijen met elkaar verbindt
Case-mix payment in Japanes Health Care	Wetenschappelijk artikel	Case mix system	Japan	Institutionele innovatie	De WHO plaatst Japan op positie van 191 m.b.t. financiering zorgstelsel
CPD Health Innovation	Website	Learning communities	Verenigd Koninkrijk	Dienstinnovatie	Inzetten van learning communities om health innovation te faciliteren

Critical Care	Vaktijdschrift	Geen	België	-	-
Department of Health	Website	E-learning for healthcare	Verenigd Koninkrijk	Productinnovatie	E-learning voor professionals
Department of Health, Social Services and Public Safety	Website	Integrated Medicines Management	Verenigd Koninkrijk	Dienstinnovatie	Andere samenwerking tussen farmacie en ziekenhuis, andere communicatie patiënt
E-health awards	Website	Diverse	United Kingdom	Technologische / Dienstinnovaties	Informatiemanagement, wireless healthcare etc.
Eurohealth	Wetenschappelijk tijdschrift	Geen	Europa	-	-
Eurohealth (volume 14, nummer 3, 2008)	Wetenschappelijk tijdschrift	Procurement Landscape	Engeland	Logistieke innovatie	Andere (snellere) manier waarop procedures wijzigen
European Journal of Public Health (jaargangen 2004-2009)	Wetenschappelijk tijdschrift	Veel 'kleine' innovaties met sterk medische aard	Europa	Productinnovaties	-
European Public Health Association	Website	Geen	Nederland	-	-
Future Hospital	Website	Geen	Syrië	-	-
Google	Website	Google Health	Verenigde Staten	Productinnovatie	Online zorgdossier
Google (hits gescreend pag. 1-10)	Zoekmachine	Zoekopdrachten: 1) innovation health care 2) health care 3) hospital innovation 4) hospital 5) hospital best practice	Diverse, alleen de gevonden vernieuwingen zijn verwerkt in deze lijst	-	-

Green Guide for Healthcare	Website	Green Guide	Verenigde Staten	Productinnovatie	Toolkit voor duurzame gezondheidszorg t.a.v. gebouw, techniek, zorg etc.
Health Business Awards	Website	Diverse	Verenigd Koninkrijk	Dienst / Product / Logistiek	Telehealth, patiëntinformatie, veiligheid
Health Innovations Award	Website	Reducing sodium in bread	Nieuw-Zeeland	Medische innovaties	O.a. minder sodium dat preventie award won
Health Policy Monitor	Website	Waiting Time Reform	Finland	Dienstinnovatie	Sterke wachttijdendaling door interventies
Health Promoting Agency	Website	Nurse-led self harm clinics	Verenigd Koninkrijk	Dienstinnovatie	Kliniek voor chronisch zieken dat wordt gerund door verpleegkundigen
Health Promoting Agency	Website	HPH Network	Verenigd Koninkrijk	Productinnovatie	Dienst verspreid innovaties, ontwikkelingen etc. over zorg
HIMSS Transforming Healthcare through it	Website	-	Verenigde Staten	-	-
Hospital impact	Website	Geen	Verenigde Staten	-	-
Hospital of the future	Boek	Rhön Klinikum Hospitals	Duitsland	Logistieke innovatie / Productinnovatie	Nieuw ziekenhuis met o.a. zeer uitgekende logistieke aanpak
Hospital of the Future (HP)	Website	IT Infrastructuur St. Olav's hospital	Noorwegen	Technologische innovatie	Hoogwaardige IT infrastructuur, beste van Europa (digitaal ziekenhuis)
Innovation Centre	Website	Geen	Schotland	-	-
Managing transitions: assuring the adoption of TQM	Wetenschappelijk artikel	Total Quality Management	Verenigde Staten	Logistieke innovatie	Andere organisatievorm ter stimulering van innovatie

Medical innovations and labour savings in health care	Wetenschappelijk artikel	Taskreform	Verenigde Staten	Productinnovatie	Telehealth voor diabetes met zeer positieve uitkomsten
Medical News today	Website	Digital X ray	Engeland / VS / India	Technologische innovatie	Radiologie met archieffunctie en communicatiesysteem
Medscape	Website	Seamless care	Verenigd Koninkrijk	Logistieke innovatie	Afstemming van eerste lijn op tweede lijn zorg
Ministerie Binnenlandse Zaken	Website	E-birth	Belgie	Dienstinnovatie	Ziekenhuis stuurt automatisch geboorte kind naar instanties
Ministry of Social Affairs and Health	Website	Health Promotion	Finland	Dienstinnovaties	Sterke progressie in promoten van levensstijl, gezonde omgeving etc.
Modern Health Care	Website	Geen	Verenigde Staten	-	-
National Governors Association	Website	Geen	Verenigde Staten	-	-
National Health Service	Website	Heart Failure	Verenigd Koninkrijk	Logistieke innovatie	Verbeteren van pathways
Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice	Vaktijdschrift	Geen	Nederland	-	-
Nederlandse Vereniging voor Kwaliteit en Zorg (NVKZ)	Website	Geen	Nederland	-	-
NHS Care Record System	Website	NHS Care Record Service	Engeland	Dienstinnovatie	Online zorgdossier
NHS Institute for Innovation	Website	De website zelf en diverse medische vernieuwingen	Verenigd Koninkrijk	Dienstinnovatie	De website zelf is met best practices innovatief
NICE	Website	Hospital at Night	Verenigd Koninkrijk	Dienstinnovatie	Multiprofessionele teams voor 's nachts
Nivel	Website	Geen	Nederland	-	-

Onderwijs en gezondheidszorg	Vaktijdschrift	Geen	Nederland	-	-
Pallium	Vaktijdschrift	Geen	Nederland	-	-
Public Health Agency	Website	Diverse	Canada	Product	Medisch gearde vernieuwing
RIVM	Website	Geen	Nederland	-	-
Social abstracts	Wetenschappelijke databank	Zoekopdrachten: 1) innovation health care 2) health care 3) hospital innovation 4) hospital 5) hospital best practice	Diverse, alleen de gevonden vernieuwingen zijn verwerkt in deze lijst	-	-
Stuurgroep toekomstscenario's gezondheidszorg	Website	Geen	Nederland	-	-
The Economist, 16 april 2009	Vaktijdschrift	Geen	-	-	-
The implementation of process orientation at a Swedish hospital	Wetenschappelijk artikel	Winkelstraat ziekenhuis (Sunderby Hospital)	Zweden	Logistieke innovatie	Procesoriëntatie, winkelstraatbenadering
Tijdschrift voor gezondheidsrecht	Vaktijdschrift	Geen	Nederland	-	-
Together for Healthinnovations	Website	Geen	België	-	-
Top 100 Hospitals	Website	Geen	Verenigde Staten	-	-
Trusted	Website	Geen	Verenigde Staten	-	-
Twa Netwerk	Website	Health Smart Card	Taiwan	Productinnovatie	Pas met persoonlijke en medische gegevens
Unicef	Website	Baby Friendly Hospital	Turkije	Dienstinnovatie	Nieuwe benadering omtrent baby's in ziekenhuizen
Verpleegkundig Vademecum	Vaktijdschrift	Geen	Nederland	-	-

Victorian Public Health Awards	Website	Diverse	Australië	Logistieke innovatie / Dienstinnovatie	Bijv. combinatie ziekenhuis en kankercentrum
Victorian Public Health Awards	Rapport	Public Health Knowledge Centre	Australië	Dienstinnovatie	Holistische nieuwe benadering voor dakloze vrouwen
WHO	Website	Planetree	Verenigde Staten	Dienstinnovatie	Betere zorg, helende, zorgzame omgeving
World Bank	Wetenschappelijk artikel	Model Quality Quantity Trade off	Turkije	Dienstinnovatie	Innovatief performance systeem
ZonMW	Website	Geen	Nederland	-	-
Zorg ICT en Innovatie	Website	Geen	Nederland	-	-
Zorg voor beter	Website	Geen	Nederland		
Zorginstellingen	Website	Geen	Nederland		
Zorgvisie	Website	Geen	Nederland	-	-
Zorgvraaginnovatie	Website	Geen	Nederland	-	-

Bijlage 4 Coderingschema's

Code	R1	R2	R3	R4	R5	R6	TOTAAL
<i>Kennis en leervermogen</i>							
<i>Research & Development</i>							0
Research naar gaten in markt (+)	0				0		0
Zorginhoudelijk onderzoek (+)		2	4	4	4		14
Ontwikkeling (+)	6	2	3	1			12
<i>Individuele kennis, competenties en leervermogen</i>							0
Capaciteiten / vaardigheden / competenties (+)	2	2	1	1		1	7
Kennis (+)	4		3	6	1	2	16
Opleiding (+)			1	4		3	8
Bijscholing / training (+)	1			4			5
Professionalisering (+)	1						1
(nieuw) Inzicht (+)	2	1	1	2	1	2	9
<i>Collectieve kennis, team- en organisatieleren</i>							0
Kennisoverdracht tussen artsen artsassistenten, verpleegkundigen (+)	0			6	0	4	10
<i>Kennismanagement en omgevingsleren</i>							0
Lernen van andere (zorg)instellingen (+)		2		1	1	2	6
Gaten in de markt zoeken (+)	3				5		8
TOTAAL	16	9	13	29	12	14	93
							0
<i>Organisatiestructuur</i>							0
Organisatiestructuur algemeen (+/-)	9	5		3		1	18
<i>Centralisatie</i>							0
Bottom up benadering (+)	0						0

Autonomie van artsen en verpleegkundigen (-)		3			3	5	11
Aansturing (+)	3	2		2			7
Verantwoordelijkheid laag in org voor zorginnovatie (+)	3		1				4
Ziekenhuisopdeling in functies (-)							3
<i>Specialisatie</i>							0
Specialisatie van artsen (+)		1		1			2
<i>Formalisatie</i>							0
Routines, protocollen, richtlijnen (bureaucratie) (-)		8	2			2	12
TOTAAL	15	19	3	6	3	8	54
Organisatiecultuur							
Kernwaarden (kwaliteit, financiën, marketing, vernieuwing, belang) (+)	3	7	2	6	12	3	33
<i>Creativiteit</i>							0
Behoudendheid (-)	3	7	3	2		4	19
Creativiteit (+)	1	2	10	4		3	20
<i>Openheid</i>							0
Belonen of straffen van gedrag- stimuleren (+)		2		6		2	10
Openheid / transparantie (+)		13	3			2	18
Durf (+)	1	9	1	3	6	3	23
<i>Samenwerking</i>							0
Competitie		3					3
Samenwerking tussen specialisten en met verpleegkundigen, rvb etc (+)	2	2	2	1	3		10
Van werkplek wisselen regelmatig (+)	2					1	3
<i>Vertrouwen</i>							0
Vertrouwen		6			5		11
Wantrouwen in het systeem (-)		3			5		8
Vertrouwen dat mensen dingen proberen en dat toestaan (+)		3		3	1	3	10
TOTAAL	12	57	21	25	32	21	168

Geïntegreerde interactie binnen en buiten ziekenhuis (+)	1	5	11	3		4	24
TOTAAL	9	19	22	10	15	11	86
<i>Randvoorwaarden</i>							
<i>Institutionele randvoorwaarden</i>							
Algemene institutionele belemmeringen / marktwerking onder plafond (-)		10			2		12
Marktwerking (+)	3	2			3		8
Politiek / overheid kan innovaties stimuleren of tegenwerken (+/-)	2	6			3	4	15
Eisen van zorgverzekeraars voor faciliteren innovatie (-)	3		1		5	1	10
Algemene financieringsstructuur ziekenhuizen - budgetdruk (-)	4	7		4	4	9	28
<i>Organisatorische randvoorwaarden</i>							
vrijheid in besteden financiële middelen (+)	3		1	5		4	13
Groot ziekenhuis kan makkelijker uitproberen (+)		1					1
<i>Maatschappelijke randvoorwaarden</i>							
Patienten en belangenverenigingen willen vernieuwing (+)	1	2			1		4
Demografische kenmerken (+/-)		2			2		4
Mazzel				2			2
TOTAAL	16	30	2	11	20	18	97
Persoonlijk totaal	80	158	105	112	95	98	

Legenda

- R1: Dhr. D. Oemar Said
- R2: Dhr. K. Putters
- R3: Dhr. R. van Merkerk
- R4: Mw. Y. Wilders
- R5: Dhr. E. den Breejen
- R6: Anonieme respondent a

Bijlage 5 Casussen voor respondenten

Casus 1: Het Star Rating Systeem in Engeland

Performancemanagement, wie heeft er niet over gehoord de laatste jaren? Het systeem past binnen de trend van het New Public Management waarin één van de speerpunten het sturen op prestaties is. Prestatiemeting is echter niet nieuw, ook niet als het gaat om de gezondheidszorg. De situaties in Engeland en de Verenigde Staten zijn vrijwel de bekendste maar ook in Nederlandse ziekenhuizen is inmiddels sprake van prestatiemeting. Te denken valt bijvoorbeeld aan de website van Kiesbeter waarop ondermeer de wachttijden van ziekenhuizen vergeleken kunnen worden. In mijn scriptie is een zoektocht gestart naar innovaties in ziekenhuizen, hetzij logistiek, productmatig of technologisch. Performancemanagement lijkt hier dus in eerste instantie niet bij te passen. Toch behandel ik het wel in de voorliggende casus. Een grootschalige vernieuwing zoals het invoeren van prestatiemeting in de gezondheidszorg is een traject dat jaren nodig heeft om geïmplementeerd te worden en te functioneren zoals het bedoeld is. Dit is duidelijk te zien in bijvoorbeeld Engeland waar al in de jaren '80 werd begonnen met prestatiemeting. Van de ervaring die in andere landen is opgedaan kan geleerd worden. Dit is dan ook de reden dat deze casus wordt behandeld in mijn onderzoek. Te meer omdat prestatiemeting nog steeds verder ontwikkeld en toegepast wordt in Nederland is het nodig om regelmatig reflecties te houden zodat sterkten en zwakten van het huidige kwaliteitssysteem in de zorg aan het licht gebracht kunnen worden.

Hoewel in landen als Australië, Denemarken, Duitsland, de Verenigde Staten en Zwitserland ook gebruik wordt gemaakt van prestatie-indicatoren in de zorg, wordt in deze casus de Engelse situatie uitgewerkt. Engeland is net als de Verenigde Staten het land dat de meeste ervaring heeft met performancemanagement en het publiekelijk maken van prestatie-informatie (Lugtenberg & Westert, 2007:8). Daarnaast biedt Engeland tezamen met Denemarken en de Verenigde Staten de meeste leermogelijkheden voor Nederland (Lugtenberg & Westert, 2007:9). Een andere reden dat Engeland in deze casus besproken wordt, wordt gevormd door hun unieke ervaring op het gebied van pay-for-performance (Lugtenberg & Westert, 2007:9). Pay-for-performance is ongebruikelijk in de zorg en een opmerkelijke vernieuwing die past binnen de trend van het reeds genoemde New Public Management. Dit is dan ook de belangrijkste aanleiding dat Engeland in deze casus wordt behandeld. In de volgende paragraaf zal eerst een beknopte casusbeschrijving worden gegeven van het performancemanagement systeem in Engeland, dat verder het Star Rating systeem genoemd zal worden. De andere paragrafen beschrijven de casus Star Rating aan de hand van de 'cyclus van Nootboom'. In de onderstaande tabel wordt beschreven wat deze cyclus inhoudt.

- Ontstaan:	aanleiding voor ontstaan innovatie
- Consolidatie:	stadium waarin innovaties door succes en mislukking uitgevonden worden
- Generalisatie:	toepassing van innovatie in specifieke context
- Differentiatie:	verdere aanpassing van innovatie aan de omgeving waarin ze gebruikt worden
- Reciprociteit:	elementen van practices gebruiken voor andere innovaties
- Novel combinations:	vele combinaties van innovaties in diverse contexten

Cyclus van Nootboom (Bron: Delbridge, 2003:1989)

Casusbeschrijving

Om de casus Star Rating in de goede context te kunnen plaatsen is het van belang eerst wat informatie te geven over wat performancemanagement feitelijk inhoudt. Performancemanagement bestaat uit drie hoofdtakken; besturing, monitoren en reactie (Smith, 2002:105).

Het besturen houdt in dat beleidsdoelen vertaald worden naar duidelijke en concrete propoities voor bijvoorbeeld artsen en verpleegkundigen (Smith, 2002:105). De monitorfunctie gaat om de analyse van de informatie om zo vast te stellen in hoeverre beleidsdoelen worden gehaald (Smith, 2002:105).

De reactiefunctie is bedoeld om verbetering te stimuleren wanneer door de performancemeting bepaalde zwakke punten aan het licht komen (Smith, 2002:105). Dit is een belangrijk punt omdat performancemanagement op zichzelf niet werkt zonder goede informatie, leiderschap en bestuurlijke bronnen (Smith, 2002:104). Deze drie aspecten van performancemanagement komen in de casus van het Star Rating systeem terug en worden in de volgende alinea's beschreven. Daarbij wordt toegespitst op ziekenhuizen en wordt ingegaan op de meting zoals deze in de periode van 2000 tot 2006 plaatsvond in Engeland.

Tijdens de performancemeting, zoals deze vanaf het jaar 2000 bestond, konden zorginstellingen 0-3 sterren behalen. Op basis van deze zogenaamde Star Rating werden ziekenhuizen, ambulancevoorzieningen en andere zorginstellingen beoordeeld. De basis voor deze soort van performancemeting vormde het National Health Service Plan 2000 waarin de beoogde doelstellingen werden beschreven. Deze richten zich op ondermeer een betere informatievoorziening voor de patiënt en kortere wachttijden (NHS, 2000:13). De visie die daarbij werd aangehouden was: 'a health service designed around the patient' (NHS, 2003:17). Hierin is de eerste fase van performancemanagement te zien; het

vertalen van beleidsdoelstellingen naar prestatie-indicatoren.

De tweede fase betreft de monitorfunctie. In deze fase worden de prestaties van individuele zorginstellingen werkelijk gemeten. Hoofdonderdelen waarin de performance werd gemeten zijn capacity, capability, clinical

Indicator	Ziekenhuis	Score
Information Governance	Poole Hospital	1.78 (Band 5)
	The Mid Cheshire Hospitals	1.4 (Band 1)
MRSA	Poole Hospital	3 (Band 3)
	The Mid Cheshire Hospitals	3 (Band 3)
Legenda:		
Poor	Band 1	1
↓	Band 2	2
	Band 3	3
	Band 4	4
Good	Band 5	5
		Less than 1.45
		Greater than or equal to 1.45 and less than 1.55
		Greater than or equal to 1.55 and less than 1.65
		Greater than or equal to 1.65 and less than 1.75
		Greater than or equal to 1.75

Tabel 1 Prestatie-indicatoren van 2004/2005 (Health Care Commission, 22 mei 2009)

focus en patient focus (Health Care Commission, 22 mei 2009). Deze zijn elk weer onderverdeeld in diverse indicatoren. Zaken die daarbij onder de loep worden genomen zijn risicomanagement, patiëntbetrokkenheid, opleiding, informatiemanagement, klinische prestaties en onderzoek (Health Care Commission, 22 mei 2009). In tabel 1 worden voorbeelden van prestatie-indicatoren gegeven met daarbij de scores van twee ziekenhuizen.

De derde en laatste fase van performancemanagement is de reactiefunctie. In totaal hanteert het performancemanagement arrangement van de National Health Service drie soorten van prikkels:

- een *prestatiefonds* dat bedoeld is om lokale verbetering te bewerkstelligen;
- een beloning voor 'good performers' in de vorm van een systeem van verkregen *autonomie*; en
- een *performance rating systeem* voor het bepalen van succes (Smith, 2002:108).

In het prestatiefonds doneren alle zorginstellingen een evenredig deel van hun budget (Smith, 2002:108). Het geld van het fonds is specifiek bedoeld om vooruitgang te boeken in de prestatiescores (Smith, 2002:108). De organisaties met de hoogste scores krijgen de vrijheid om het geld te besteden aan een willekeurig performance doel. De slechtst presterende organisaties moeten het fondsgeld besteden zoals the Modernisation Agency stelt (Smith, 2002:108). Ten tweede is er de beloning in de vorm van autonomie.

Voorbeelden van vrijheid die verkregen kunnen worden door zorginstellingen die hoog scoren op de prestatiemeting zijn: minder frequente monitoring, de mogelijkheid te investeren zonder speciale toestemming, pilots draaien, oprichten van private bedrijven en het versnellen van persoonlijke ontwikkeling (Smith, 2002:109). Tenslotte bestaat de prikkel van het ratingsysteem. Hierbij krijgen de zorginstelling, dus ook ziekenhuizen, de sterren. Door de prestatieresultaten te publiceren op Internet en in andere media wordt zichtbaar gemaakt welke score de instellingen behaald hebben.

Ziekenhuizen zelf zijn trots op hun prestaties maar willen ook graag een verklaring afleggen voor gemiste scores. Dit is te zien in sommige mediaberichten, zoals bijvoorbeeld in het volgende citaat. De passage komt uit een bericht dat in 2005 op een website van een lokaal ziekenhuis is gepubliceerd.

"We are pleased to have retained our two-star rating but disappointed not to have reached three. The year has seen more evidence of improved patient care and excellent service delivery but has been challenging financially. Our financial performance is the main reason that we have not returned to a three-star rating and that needs to be corrected. However, the first quarter of this year has shown an improvement in our finances and that needs to be maintained" (Peter Borough and Stamford Hospital, 11 mei 2009).

Ontstaan en consolidatie

In de jaren '80 en '90 ging het niet goed met de Engelse gezondheidszorg, er waren lange wachtlijsten en grootschalige zorg die onder de maat was (ZonMw, 8 mei 2009). Ook bestond grote financiële druk door vergrijzing en vele door te voeren technologische innovaties (Pollitt, 2006:151). De oorzaak voor het ontstaan en de invoering van prestatiemeting in de ziekenhuiszorg kwam dan ook voornamelijk voort uit efficiëntieoogpunt (Pollitt, 2006:151). Aangestuurd door de centrale overheid ontstond in 1983 de eerste nationale set van prestatie-indicatoren in Engeland en Wales (Pollitt, 2006:151). Deze meting betrof de 'Patient's Charter' die zich meer focuste op wachttijden dan kwaliteit (Marshall, Shekelle, Davies, Smith, 2003:138). Vanaf dat moment vormt het prestatiesysteem zich in Engeland steeds verder. Waar eerst vooral klinische maatstaven gebruikt werden, kwamen later ook steeds meer indicatoren zoals patiënttevredenheid in het prestatiesysteem (Pollitt, 2006:152). In de verschillende regeringen en veranderende politieke context werd steeds opnieuw aanleiding gevonden voor verbetering van de gezondheidszorg en hervorming van de gezondheidsstaat. Zo tracht Margaret Thatcher in 1991 een vernieuwing in te voeren in de gezondheidszorg (Smith, 2002:104). Daarbij speelde het meten van prestatie ook een rol. Omdat het resultaat tegenviel stond in 1997 de hervorming van de National Health Service (NHS) opnieuw aan de top van de agenda (Smith, 2002:104). Vanaf 1998 werd begonnen met de zogenaamde 'Performance Assessment Framework' (PAF) dat vooral rapporteerde over klinische resultaten van ziekenhuizen (Marshall et al., 2003:138). Toch werd in het National Health Service Plan, dat in 2000 is opgesteld, gesteld dat de NHS een systeem is van de jaren '40 dat functioneert in de 21^e eeuw (NHS, 2000:13). Het verhogen van de standaarden werd cruciaal geacht om het vertrouwen van burgers te behouden (NHS, 2001:1). Het doel van de hervorming was dan ook het moderniseren van de National Health Service.

Generalisatie en differentiatie

In het jaar 2000 is het Star Rating systeem ingevoerd door het Ministerie van Volksgezondheid (Lugtenberg & Westert, 2007:34). De hele verdere implementatie en uitvoering ervan werd tevens sterk door de overheid gecoördineerd (Marshall et al., 2003:138). Vanaf die tijd vond dan ook generalisatie ofwel de toepassing van het nieuwe Star Rating systeem plaats. Voor die tijd bestond prestatiemeting ook al wel in Engeland maar in een andere hoedanigheid. Binnen deze casus wordt de fase voor het Star Rating daarom gezien als de ontwikkelingsfase, zoals beschreven in de vorige paragraaf. Vanaf het jaar 2000, na de invoering van het Star Rating model, werden ziekenhuizen ingedeeld in categorieën en kregen zodoende 0-3 sterren, afhankelijk van hun performance.

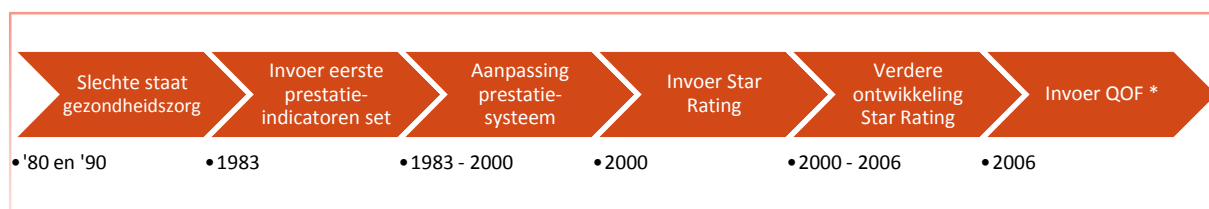
Er werd gemeten op een range van indicatoren zoals aangegeven in de casusbeschrijving. De invoering van Star Rating ging gepaard met een groei van de National Health Service in Engeland. Zo kwamen 7000 extra bedden in ziekenhuizen, 250 nieuwe scanners, 20.000 extra verpleegkundigen en 1000 extra opleidingsplaatsen (NHS, 2000:11).

Het performancemanagement systeem binnen Engeland is veranderd en verbeterd door de jaren heen. Differentiatie is hierin duidelijk zichtbaar omdat periodiek aanpassingen plaatsvonden. Logischerwijs is de periode na de invoering van het Star Rating systeem de fase waarin aanpassingen van de vernieuwing plaatsvonden. Dit is ook gebeurd. Inmiddels is het systeem alweer verder uitgegroeid en worden patiënten en publieke vertegenwoordigers sinds 2006 verdergaand betrokken bij het beoordelen van de kwaliteit van de zorgdiensten. Dit vindt plaats binnen het zogenaamde 'Quality and Outcomes Framework' (Lugtenberg & Westert, 2007:37; Department of Health, 30 mei 2009). Ook worden de ziekenhuizen inmiddels niet meer beoordeeld met sterren.

Reciprociteit en novel combinations

Het Star Rating systeem is primair ontwikkeld voor beleidsmakers, zorgaanbieders en managers (Lugtenberg & Westert, 2007:36). Na de invoering ervan in 2000, werd in 2001 door twee journalisten een privaat initiatief ontworpen, Dr. Foster genaamd. Daarbij werden de resultaten van de performancemetingen van ziekenhuizen op Internet gezet en verkocht aan de media (Marshall et al., 2003:138). De gegevens werden verkregen via verschillende bronnen en betroffen zaken als sterftcijfers, wachttijden en het aantal klachten (Lugtenberg & Westert, 2007:36; Marshall et al., 2003:138). Dit is een duidelijk voorbeeld van reciprociteit waarbij elementen van practices worden gebruikt voor andere vernieuwingen. Het Dr. Foster was innovatief omdat het, het eerste initiatief was dat gericht was op het aanbieden van vergelijkende keuze-informatie voor consumenten (Lugtenberg & Westert, 2007:36). Inmiddels is deze vernieuwing ook weer aangepast want in februari 2006 is het Dr. Foster Intelligence opgericht. Dit is een publiek-privaat initiatief waarin Dr. Foster en de 'Information Centre for health and social care' gezamenlijk participeren (Lugtenberg & Westert, 2007:36). Uiteindelijk heeft het Dr. Foster een grote communicatieve bijdrage geleverd aan het performancemanagement door de prestaties aan het brede publiek te rapporteren (Marshall et al., 2003:138). Deze communicatie is erg belangrijk als het gaat om de 'reactie', de derde hoofdfunctie binnen performancemanagement.

Zoals reeds genoemd is binnen de Verenigde Staten ook sprake van performancemeting in de ziekenhuiszorg. De invoering hiervan kwam eerder op gang dan in Engeland (Marshall et al., 2003:138). In Engeland is het invoeren van performancemanagement zelfs gedeeltelijk ontleend aan de aanpak in de Verenigde Staten. Het ontstaan van de vernieuwing in Engeland hangt dus ook min of meer samen met de prestatiemeting in de Verenigde Staten. Hierbij is sprake van een 'novel combination' waarbij combinaties van innovaties toegepast worden in diverse contexten. Andere vormen van 'novel combinations' zijn te vinden in landen waar performancemanagement ook is ingevoerd in de gezondheidszorg, zoals Australië en Duitsland.



Figuur 1 Tijdsbalk performancemanagement Engeland (* Quality and Outcomes Framework)

Conclusie

In de casusbeschrijving van het Star Rating systeem in Engeland blijkt duidelijk dat de hele vernieuwing een continue proces is van mislukking, aanpassing en succes. Door de grote samenhang en overlap tussen de verschillende initiatieven in het kader van performancemanagement is het dan ook lastig om alle gebeurtenissen te vatten in één cyclus. Toch kan geconcludeerd worden dat de reden van het ontstaan van het Star Rating systeem veroorzaakt is door een drang naar verbetering van de kwaliteit van gezondheidszorg. Het ontwikkelen van het systeem begon al in 1983 toen de eerste set van prestatie-indicatoren werd ingevoerd en eindigde toen de Star Rating systematiek werd ingevoerd. De implementatie van de Star Rating methode werd gekenmerkt door een door de overheid gecoördineerde benadering en ging samen met een verhoging van het aantal ziekenhuisbedden, medische apparatuur, verpleegkundigen en opleidingsplaatsen. Na verloop van tijd werd ook het Star Rating systeem weer aangepast en werd in 2006 het 'Quality and Outcomes Framework' ingevoerd. Het performancesysteem werd tevens gecombineerd met andere innovaties. Zo gebruikt het Dr. Foster de resultaten van de prestatiemetingen om de keuze-informatie voor zorgconsumenten te vergroten. Uiteindelijk is de toepassing van performancemanagement in de gezondheidszorg mogelijk in vele combinaties en contexten. Zo bestaan inmiddels in diverse andere landen dergelijke initiatieven als in Engeland waaronder in Nederland. Ook Engeland zelf heeft haar performancemanagement systeem uiteindelijk afgeleid uit de aanpak van de Verenigde Staten.

Casus 2: De Health Smart Card van Taiwan

Digitalisering in de zorg is een actueel onderwerp. Telehealth en niet te vergeten het Elektronische Patiëntendossier zijn aspecten die hoog op de agenda staan. Binnen de context van mijn scriptie is een zoektocht gestart naar technologische vernieuwing in buitenlandse ziekenhuizen. De focus ligt daarbij op innovaties die in Nederland niet of nauwelijks zijn doorgevoerd. Door middel van een documentenanalyse werd duidelijk dat smart cards perspectief bieden door hun veiligheid, als het gaat om privacy gevoelige gegevens, het gebruikersgemak en de relatief gemakkelijke en effectieve implementatie (Card Technology Today, 2007:14). In zorginstellingen van landen zoals Taiwan, Australië en Frankrijk wordt verdergaand gebruik gemaakt van deze zogenaamde smart cards dan in Nederland. Dit is dan ook de voornaamste reden dat deze innovatie een plaats heeft gekregen in mijn scriptie. Taiwan is het land met de meest imponerende resultaten. In 2003 werd de NHI IC Smart Card, verder te noemen als Health Smart Card, op landelijke schaal ingevoerd. 12 maanden later werd de kaart door de 22 miljoen inwoners gebruikt en was fase één van het project afgerond (Smart Card Alliance, 2005). Bovendien kent de Smart Card van Taiwan een brede toepassing en heeft het, als technologische vernieuwing, invloed op functioneel, procesmatig en institutioneel niveau. In de casusbeschrijving zal hier verder op worden ingegaan. Taiwan was het eerste land dat de Health Smart Card landelijk implementeerde (Giesecke & Devrient, 2008:5). Het TWA Netwerk (TrendWATchers voor innovatie en technologie), een netwerk van het Ministerie van Economische Zaken, schrijft op haar website het volgende: "een uitgebreide evaluatie van de Smart Card in Taiwan staat, terwijl in veel Nederlandse ziekenhuizen nog niet verder gekomen wordt dan een intelligent ponsplaatje" (TwaNetwerk, 11 mei 2009).

Taiwan zelf ziet de landelijke invoering van de Health Smart Card als een grote mijlpaal en revolutie in de Taiwanese gezondheidszorg. Daarvoor zijn meerdere redenen te noemen. Eén daarvan is dat de invoering van de Health Smart Card geresulteerd heeft in meer efficiëntie en een reductie van fraude en kosten van het gezondheidssysteem (Yu-Chuang, 2007). Zo bereikten de kosten van het Smart Card project in het eerste jaar al het breakeven punt (Giesecke & Devrient, 28 mei 2009). Tevens vond snellere betaling plaats van facturen na een doktersbezoek of behandeling (National Health Insurance, 30 mei 2009). Na de invoering van de pas is onderzoek gedaan naar de gebruikerstevredenheid van de Taiwanese Health Smart Card. De World Health Organization (WHO) schrijft in haar rapport dat meer dan 90% van de gebruikers tevreden is (Rienhoff, 2003:54).

De uitvoering van het project heeft er grotendeels voor gezorgd dat Taiwan wordt gezien als voorloper in e-government (Teco Smart Card, 25 mei 2009). Het project van de digitale Health Smart Card was vernieuwend en omvangrijk maar is toch succesvol gebleken.

Wellicht kunnen uit de casus van de Health Smart Card van Taiwan lessen getrokken worden door Nederlandse ziekenhuizen. Om hiertoe te komen wordt in de volgende paragrafen het innovatieproces van de Health Smart Card beschreven aan de hand van de innovatiecyclus van Nooteboom. In onderstaande tabel worden de bestaande stappen binnen deze cyclus uitgelegd. Voordat de cyclus verder wordt uitgewerkt wordt in de volgende paragraaf beschreven wat de Health Smart Card is en wat voor functionaliteiten en voordelen het bezit.

- Ontstaan:	aanleiding voor ontstaan innovatie
- Consolidatie:	stadium waarin innovaties door succes en mislukking uitgevonden worden
- Generalisatie:	toepassing van innovatie in specifieke context
- Differentiatie:	verdere aanpassing van innovatie aan de omgeving waarin ze gebruikt worden
- Reciprociteit:	elementen van practices gebruiken voor andere innovaties
- Novel combinations:	vele combinaties van innovaties in diverse contexten

Cyclus van Nooteboom (Bron: Delbridge, 2003:1989)

Casusbeschrijving

De Health Smart Card die in Taiwan is geïmplementeerd heeft de afmetingen van een creditcard. In het kaartje is een computerchip ingebouwd dat opslagcapaciteit en een microprocessor bevat (Liu, Yang, Yeh & Wang 2006:174). Op de pas zelf staat de naam van desbetreffende persoon en zijn of haar identificatienummer en geboortedatum. Eventueel kan een foto op de pas worden geplaatst (Liu et al., 2006:175). De Health Smart Card is opgedeeld in drie segmenten: basisgegevens, verzekeringsgegevens en gezondheidsgegevens (Liu et al., 2006:175). Gegevens die in de pas opgeslagen zijn betreffen patiëntgegevens zoals naam, adres woonplaats en huisarts alsmede orgaandonorgegevens,



Figuur 1 Health Smart Card (bron: Giesecke en Devrient, 2004)

allergieën (Liu et al., 2006:174). Medisch personeel kan alleen toegang krijgen tot de pas met toestemming van de patiënt zodat de elektronische files op de kaart gezet kunnen worden (Giesecke & Devrient, 2003:4). Om deze handeling te kunnen verrichten is een Health Professional Card benodigd, waarvan er in 2008 345.000 stuks in gebruik waren (Giesecke & Devrient, 2008:5). De reguliere Health Smart Card heeft diverse voordelen voor de patiënt, de aanbieder van de medische diensten, de overheid en de verzekeringsmaatschappijen. Te noemen zijn de eenvoudigheid waarmee operaties en medische handelingen geregistreerd kunnen worden waardoor de administratieve werkzaamheden verminderen (National Health Insurance, 11 mei 2009).

Mede daarom werd het op papier gebaseerde medische registratiesysteem in z'n geheel vervangen door een digitale versie, bij de komst van de Health Smart Card (Liu et al., 2006:174; Giesecke & Devrient, 2003:4). Een ander aspect is dat de technologie transparant is wat betreft registratie van behandelingen en de daarvoor te verrekenen kosten (Giesecke & Devrient, 2003:4). Na een bezoek van een patiënt aan een arts wordt de rekening van de behandeling of het consult direct digitaal naar de verzekeringsinstantie verstuurd zodat deze vervolgens ook automatisch betaald wordt (Karvounis, 2008).

De transparantie van het systeem draagt bij aan een correcte uitvoering van de taken door het Bureau of National Health Insurance (NHI). Hierdoor kan fraude worden voorkomen en opgespoord (Karvounis, 2008). Wanneer een patiënt bijvoorbeeld 20 keer per maand een dokter bezoekt wordt dit door het registratiesysteem van het NHI aangegeven en wordt een afspraak gepland om te kijken hoe het aantal consulten verminderd kan worden (Karvounis, 2008). Door deze aanpak wordt het doktersbezoek van dergelijke patiënten gemiddeld verminderd met 35 tot 60% (Karvounis, 2008).

Ontstaan en consolidatie

In de jaren '90 bestaan in Taiwan diverse papieren ponskaartjes zoals bijvoorbeeld een kaartje voor zwangere vrouwen en voor kinderen (National Health Insurance, 11 mei 2009). Wanneer burgers naar het ziekenhuis moesten hadden ze veelal twee tot drie kaarten bij zich die telkens na zes consulten vernieuwd moesten worden (National Health Insurance, 23 mei 2009). In de periode waarin deze 'paper cards' gebruikt werd vond veel identiteitsfraude plaats waardoor burgers andere behandelingen kregen dan ze recht op hadden (Cohen, 2003). Het op papier gebaseerde systeem had onvoldoende potentie om deze vorm van fraude te onderscheppen (Cohen, 2003). Ook bestond een grote administratieve rompslomp en kostenpost omtrent de in Nederland zogenaamde papieren ponskaarten (National Health Insurance, 11 mei 2009; Yu-Chuang, 2007). In de tijd van de 'paper cards' is Taiwan een land dat gekenmerkt wordt door de sterke economische groei en de vervaardiging van hoogstaande technologische producten (Yu-Chuang, 2007). Deze factor en de status van het administratieve gezondheidssysteem vormden tezamen twee belangrijke redenen van het ontstaan van de Health Smart Card. De overheid is de sleutel achter het idee voor een integraal en nationaal gezondheidsinformatiesysteem in Taiwan geweest en was verantwoordelijk voor het ontwerp en de financiering van de Health Smart Card. Daarnaast hebben ook de ziekenhuizen zelf een belangrijke rol gespeeld in het integreren van de technologie in de gezondheidssector en het dekken van de kosten voor de aanpassing van individuele ziekenhuisinformatiesystemen (Yu-Chuang, 2007).

Het idee en de beginontwikkeling van de vernieuwing begon al in 1995 toen volop gebruik werd gemaakt van papieren ponskaartjes. Vanaf dat moment begon ook de consolidatiefase van de pas waarin het ontwerp plaatsvond en testfasen plaatsvonden. Zo is de Health Smart Card tijdens een pilot op de Penghu-eilanden van Taiwan getest (Department of Health Executive, 28 mei 2009; Rienhoff, 2003:55). Deze eilanden zijn een microkosmos van Taiwan ook als het gaat om de gezondheidsdiensten (National Health Insurance, 11 mei 2009). Tijdens de pilot vond 96,8% van de gebruikers de pas een succes. Van de medische organisaties waardeerde 81% de kaart (Department of Health Executive, 28 mei 2009). Samengevat was de pilot op de Penghu eilanden succesvol. Dit heeft ertoe geleid dat de Health Smart Card in heel Taiwan geïmplementeerd zou worden (Rienhoff, 2003:55). In de voorbereiding op de implementatie van de elektronische Smart Card zijn de volgende hoofdactiviteiten ondernomen:

- ontwerpen en produceren van de Health Smart Card;
- ontwikkelen van een veiligheidsmodule (Secure Access Module);
- ontwikkelen en installeren van kaartlezers;
- opzetten van een gratis hotline;

- opzetten van een Health Smart Card data processing centre;
- maken van een implementatieontwerp;
- organiseren introductiebijeenkomsten en trainingen; en
- uitzenden commercials (National Health Insurance, 11 mei 2009; Smart Card Alliance, 2005).

Generalisatie en differentiatie

Na de periode waarin de Health Smart Card is uitgevonden, ontdekt en aangepast is het in 2003 tijd voor de landelijke implementatie van de pas in Taiwan. Deze implementatie wordt gekenmerkt door een nationale, door de overheid gecoördineerde, benadering waarbij gefocust wordt op verdere verbetering van de functionaliteiten van de kaart (Rienhoff, 2003:54). De passen zijn in 2003 in gebruik genomen en hebben de papieren ponskaartjes 12 maanden later volledig vervangen (Liu et al., 2006:174; National Health Insurance, 30 mei 2009). De invoering van de Health Smart Card moest synchroon lopen met de infrastructuur van alle zorginstellingen omdat de pas moest kunnen communiceren met de kaartlezers, communicatieapparatuur, computers, registratiesystemen enzovoort (TwaNetwerk, 23 mei 2009). Zo was het essentieel dat de informatiesystemen van ziekenhuizen de handelingen van de kaartlezers controleerden en koppelden aan het Smart Card communicatiesysteem (Liu et al., 2006:174). De nieuwe infrastructuur werd allereerst toegepast bij de grote ziekenhuizen en daarna bij de kleinere zorginstellingen (National Health Insurance, 30 mei 2009). Statistieken laten zien dat in 2005 99.97% van alle zorginstellingen, die aangesloten zijn bij de National Health Insurance (NHI), werken met de Smart Card en haar gegevens elektronische verwerken. In 2006 is dat 99.98% (National Health Insurance, 30 mei 2009). Samengevat kan gesteld worden dat de hele generalisatie van de Health Smart Card grotendeels heeft plaatsgevonden in de periode van 2003 tot 2004.

Daarnaast is differentiatie, de verdere aanpassing van de innovatie, ook belangrijk. Deze fase is duidelijk te zien in de casus van de Health Smart Cards in Taiwan. Zoals reeds aangestipt werd de pas in 2003 in gebruik genomen. De informatie op de Smart Card bestond toen alleen nog uit basisinformatie zoals persoonsgegevens als naam, geboortedatum en geslacht (Liu et al., 2006:175; Taiwan Association of Medical Informatics, 23 mei 2009; Healthcare Information and Management Systems Society, 23 mei 2009). In 2004 werd de tweede reeks informatie op de Health Smart Card gezet. Dit betrof donorinformatie, vaccinatiegegevens, verzekeringscode, medische behandelingen, aantal kinderen etc. (Taiwan Association of Medical Informatics, 23 mei 2009; Health Care Information and Management Systems Society, 23 mei 2009). De derde fase betrof medicatie, diagnoses, allergie-informatie en financiële informatie (Health Care Information and Management Society, 23 mei 2009). De ontwikkeling en diverse toepassingen van de Health Smart Card gaan in de tijd daarna steeds verder door (Taiwan Association of Medical Informatics, 23 mei 2009). Het hoogste doel is zoveel mogelijk informatie van de patiënt op de pas en een zo breed mogelijke toepassing (Liu et al., 2006:175). Aspecten die dit proces belemmeren zijn de angst voor het uitlekken van privacygevoelige gegevens en de onwil van ziekenhuizen om gegevens te delen (Yu-Chuang, 2007). Ook tijdens de ontwerp en implementatiefase van de Health Smart Card waren dit al aandachtspunten.

Reciprociteit en novel combinations

Wanneer elementen van de Health Smart Card worden gebruikt voor andere innovaties is sprake van reciprociteit (Delbridge, 2003:1989). Dit is te zien in de exploitatie van de Health Smart Card in landen als Australië, Duitsland, Finland en Zuid-Afrika (Electronic Frontiers, 23 mei 2009). In deze landen wordt gebruik gemaakt van de techniek van de Smart Card en het idee er achter. Er is echter geen eenduidige oplossing voor het gebruik van de Health Smart Card in andere landen; elk land verdient een unieke benadering (Giesecke & Devrient, 2008:5). Zo wordt in Oostenrijk inmiddels ook gebruik gemaakt van de techniek van de Health Smart Card maar wordt geen medische data geplaatst op de passen aldaar (Giesecke & Devrient, 2008:5).

In Duitsland is in 2006 weer een andere variant van de Smart Card geïmplementeerd. In tegenstelling tot Taiwan en Oostenrijk wordt in Duitsland bijvoorbeeld de uitrol van de innovatie niet gecoördineerd door één overheid of instantie maar door circa 250 publieke verzekeringsmaatschappijen (Giesecke & Devrient, 2004:8). Deze kunnen op basis van de door de overheid opgestelde richtlijnen bepalen of ze het systeem van den rondom de Health Smart Card zelf uitvoeren of (gedeeltelijk) uitbesteden (Giesecke & Devrient, 2004:8). Wel heeft de invoer van het Smart Card systeem ook in Duitsland geleid tot verbeterde communicatie en informatie-uitwisseling en kostenbesparingen door automatische betalingen (G&D, 2008:8). Voor alle landen, zowel in Taiwan als Duitsland en Oostenrijk geldt dat de ontwikkelingen van de Health Smart Card nog steeds vooruitgang boeken (Card Technology Today, 2007:14). Aspecten die de voortgang vaak belemmeren zijn privacy en de hoge mate van complexiteit. Volgens een artikel van Elsevier vormen deze twee aspecten dan ook de uitdaging in de komende jaren (Card Technology Today, 2007:14).

Uiteindelijk kunnen vele combinaties in diverse contexten leiden tot 'novel combinations' (Delbridge, 2003:1989). In deze casus zijn dergelijke combinaties duidelijk te onderscheiden. Zoals eerder aangegeven ging de invoering van de Health Smart Card gepaard met de verandering van de elektronische infrastructuur om het nut van de Health Smart Card zo groot mogelijk te maken. Hierbij wordt dus een combinatie gecreëerd van enerzijds de invoering van de Smart Card en anderzijds het vernieuwen van de elektronische infrastructuur. Een ander voorbeeld is dat in januari 2006 een 'multiple certification Internet enrollment platform' is opgericht. Dit platform was bedoeld om het e-government concept in Taiwan verder te ontwikkelen en de diversiteit van Health Smart Card en het informatiesysteem daaromheen te verbeteren (National Health Insurance, 30 mei 2009). Het laatste voorbeeld wordt geïllustreerd door het eHealth Services Project (2001-2005). De Health Smart Card werd aan dit project gekoppeld om de informatie-uitwisseling tussen instanties te vernieuwen en te bevorderen en de papieren rompslomp verder te verminderen (Taiwan Association of Medical Informatics, 23 mei 2009).



Figuur 2 Tijdsbalk Health Smart Card Taiwan

Conclusie

Uit de voorgaande casusbeschrijving kan worden geconcludeerd dat de invoering van de Health Smart Card in 2003 vooral is ontstaan door de behoefte aan minder administratieve rompslomp en minder fraude. De ontwikkeling van de pas is in 1995 begonnen en op basis van een pilot ingevoerd op de Penghu-eilanden. Daarnaast werd een implementatieplan bedacht voor het invoeren van de pas in heel Taiwan. Deze voorbereiding bestond deels uit een technische en functionele kant waarbij de passen geproduceerd werden en kaartlezers werden geïnstalleerd. De organisatorische en communicatieve voorbereiding bestond ondermeer uit het houden van introductiebijeenkomsten en het uitzenden van commercials. De werkelijke invoering van de pas kende een doorlooptijd van 12 maanden. In deze periode bestond de informatie op de kaart alleen uit basisinformatie zoals persoonsgegevens. In de daaropvolgende fasen, die vanaf 2004 plaatsvonden, zijn de gegevens op de pas uitgebreid. Ook de toepassingen zijn in de loop van de jaren groter geworden. Zo vindt nu een gesprek met de verzekering plaats wanneer personen meer dan 20 keer per maand een arts bezoeken. De techniek van de Smart Cards is inmiddels verspreid in verschillende landen. Duitsland en Australië maken bijvoorbeeld gebruik van de passen, zij het in een aangepaste vorm, afgestemd op de behoeften en mogelijkheden aldaar.

Casus 3: Het Populaire ziekenhuis

Een ziekenhuis dat voor patiënt en medewerker beide aantrekkelijk is, dat wil ieder ziekenhuisbestuur wel. In deze casus zullen twee concepten worden besproken die wellicht handvatten bieden om daartoe te komen. Enerzijds zal de Planetreefilosofie worden behandeld dat aansluit bij een vraaggerichte benadering van ziekenhuizen. Anderzijds zal het concept van een Magneetziekenhuis beschreven worden waarin de aandacht vooral uitgaat naar het werven en behouden van verpleegkundigen. Beide casussen komen voort uit de Verenigde Staten en worden in Nederland ook sinds kort toegepast. De Planetree methode is in 2007 in enkele Nederlandse instellingen gestart. Inmiddels bestaat het Planetree netwerk in Nederland uit negen organisaties (Planetree, 31 mei 2009). Patiënten die verblijven in een Planetreeziekenhuis tonen ondermeer een hogere tevredenheid en zijn meer betrokken en geïnformeerd tijdens hun verblijf in het ziekenhuis (Nelson, West, Goodman, 2005:10). Wat betreft de Magneetziekenhuizen is in april 2009 een pilot is gestart in Nederland (Nursing, 31 mei 2009). Volgens onderzoek hebben Magneetziekenhuizen ten opzichte van reguliere ziekenhuizen diverse voordelen voor patiënten, verpleegkundigen en werkgevers (Johnson et al., 2004:218). Er zijn lagere sterftcijfers, een kortere verblijfsduur en een verhoogde patiënttevredenheid (Johnson et al., 2004:218; Armstrong, 2005:15). Verpleegkundigen zijn meer tevreden en hebben een hogere productie (Johnson et al., 2004:218). Tenslotte hebben ook werkgevers voordelen door minder uitval van verpleegkundigen, een betere aanwas van nieuwe verpleegkundigen en een langere arbeidsduur (Johnson et al., 214:218). Wat zeggen de casussen uit de Verenigde Staten over de innovativiteit van de Nederlandse ziekenhuizen? Wellicht kunnen er lessen uit worden getrokken. Om dit uit te zoeken zal eerst een casusbeschrijving worden gegeven.

Casusbeschrijving

Planetree

Planetree is in 1978 opgericht met de intentie zorginstellingen te creëren waar mensen zich thuis voelen en waarin het beste van een kuuroord, hotel en ziekenhuis is verenigd, kortom de mens voorop in een helende omgeving (Planetree, 2006:3). Planetree bestaat uit 12 componenten zoals weergegeven in de tekstbox. Het vrijwel bekendste voorbeeld van een ziekenhuis waar het concept is toegepast is het Griffin Hospital in Derby (Planetree, 31 mei 2009). Dit ziekenhuis staat inmiddels vele jaren in de top 100 van meest gewaarde ziekenhuizen in de VS terwijl het enkele jaren daarvoor op het punt stond om failliet te gaan (Planetree, 31 mei 2009). Een verslag van het bezoek aan dat ziekenhuis in 2006 beschrijft de kenmerken. Zo zijn er ruime eenpersoonskamers waarbij de apparatuur zo veel mogelijk weggewerkt is en er vloerbedekking ligt (Van den Beuken et al., 2007:17). Overal is volop kunst aanwezig in de vorm van schilderijen, beelden en bloemen (Ploeg, 2006:2). Verpleegafdelingen hebben eigen keukens waar patiënten zelf eten kunnen koken, er zijn zitruimtes met spelletjeshoeken en centrale ruimten waar patiënten, dokters en verpleegkundigen samen vertoeven. (Ploeg, 2006:2). Ook is in het ziekenhuis een bibliotheek te vinden waar patiënten informatie kunnen vinden over bijvoorbeeld een behandeling, ziekte of alternatieve geneesmethoden (Ploeg, 2006:3). Zo zijn nog vele andere aspecten te noemen die het Griffin Hospital maken tot een volwaardig Planetreeziekenhuis. Eén van de 12 componenten van Planetree is de tevredenheid en motivatie van medewerkers. Daar ligt ook het belangrijkste raakvlak met de Magneetziekenhuizen.

Betere zorg

1. Menselijke interactie en liefdevolle bejeging
2. Eigen keuzen en verantwoordelijkheid door informatie en educatie
3. Uitstekende medische behandeling en zorg
4. Gezond eten, drinken en bewegen
5. Aanvullende zorg en zingeving

Helende omgeving

6. Menswaardige technologie
7. Architectuur en interieur leveren bijdrage aan gezondheid en heling
8. Vrienden, familie en gemeenschap spelen een positieve rol

Gezonde organisatie

9. Tevreden cliënten
10. Tevreden en gemotiveerde medewerkers
11. Gezonde financiële resultaten
12. Goede marktpositie en relaties met belanghebbenden

Bron Planetree 2006

Magneet

Een Magneetziekenhuis wordt gedefinieerd als een organisatie dat verpleegkundigen werft en behoudt en daarnaast gekenmerkt wordt door een hoge arbeidstevredenheid omdat verpleegkundigen in staat worden gesteld goede zorg te verlenen (V&VN, 2008:13). Een magneetziekenhuis onderscheidt zich van de rest door 14 zogenaamde magneetkrachten waarvan enkele onderdelen te lezen zijn in de tekstbox. De kern is dat in Magneetziekenhuizen de verpleegkundigen meer autonomie krijgen en betrokken worden bij de beslissingen ten aanzien van de patiëntenzorg en veel geïnvesteerd wordt in hun scholing en opleiding (Trouw, 28 oktober 2008). Daarnaast wordt open gecommuniceerd tussen verpleegkundigen en andere leden van een zorgteam, waardoor een geschikte mix van personeel, zorg voor goede klinische resultaten en medewerkertevredenheid ontstaat (www.nursingadvocacy.org, 1

Magneetkrachten

- Een platte organisatiestructuur waarbij decentraal beslissingen worden genomen
- Salaris en bonussen zijn goed en competitief
- Iedereen wordt gedreven door het willen leveren van een hoge kwaliteit van zorg
- De verpleegkundige heeft verantwoordelijkheid en gezag voor de directe patiëntenzorg
- Wederzijds respect en van elkaar kunnen leren
- Professionele verpleegkundigen zijn betrokken bij opleidingsactiviteiten binnen organisatie en samenleving

(Bron, V&VN, 2008)

juni 2009). Uiteindelijk heeft het Magneetconcept niet alleen invloed op de verpleegkundigen maar op heel het ziekenhuis en de verhoudingen tussen bijvoorbeeld artsen en verpleegkundigen onderling (Armstrong, 2005:17).

Verpleegkundigen daar zijn trots op hun vak en stralen dat uit. Ze hebben autonomie, nemen zelf beslissingen, en zijn een gelijkwaardige partner van artsen (Terlouw, 2008:8).

Binnen een grotere verantwoordelijkheid van verpleegkundigen past bijvoorbeeld zelfroosteren. Deze sociale innovatie komt voort uit Zweden en er wordt inmiddels ook mee geëxperimenteerd in Nederland (www.mt.nl, 1 juni 2009). Voordelen van zelfroosteren zijn bijvoorbeeld dat het sociale leven van de werknemer een impuls krijg. Ook levert het

minder ziekteverzuim en personeelsverloop op voor de werkgever (NSCI, 2009:3). De combinatie van innovaties waarbij zowel het Planetree als het Magneetconcept een rol krijgen zou een ziekenhuis kunnen opleveren dat dicht in de buurt komt van een ziekenhuis dat floreert aan de zijde van de patiënt en de werknemer. In de volgende paragrafen wordt de processen waardoor de beschreven vernieuwingen tot stand zijn gekomen kort beschreven aan de hand van de cyclus van Nootboom. Deze cyclus bestaat uit de stappen zoals weergegeven in onderstaande tabel.

- Ontstaan:	aanleiding voor ontstaan innovatie
- Consolidatie:	stadium waarin innovaties door succes en mislukking uitgevonden worden
- Generalisatie:	toepassing van innovatie in specifieke context
- Differentiatie:	verdere aanpassing van innovatie aan de omgeving waarin ze gebruikt worden
- Reciprociteit:	elementen van practices gebruiken voor andere innovaties
- Novel combinations:	vele combinaties van innovaties in diverse contexten

Cyclus van Nootboom (Bron: Delbridge, 2003:1989)

Ontstaan en consolidatie

Planetree

De oorzaak voor het ontstaan en de ontwikkeling van de vernieuwingen zoals deze beschreven zijn in de voorgaande paragraaf zijn divers. In deze paragraaf zal van beide casussen een korte samenvatting worden gegeven. Het Planetree concept kent haar ontstaan in 1978 nadat Angelica Thieriot traumatische ervaringen had opgelopen in een ziekenhuis (Planetree, 13 juni 2009). Op de website van Planetree staat: "Angelica was vol lof over de high tech omgeving van een ziekenhuis maar voelde zich tegelijkertijd in de steek gelaten door het gebrek aan persoonlijke zorg en aandacht" (Planetree, 13 juni 2009).

Na de ziekenhuisopname heeft Angelica Thieriot met veel mensen zoals andere patiënten en verpleegkundigen gesproken over haar ervaringen. Het bleek dat veel mensen er hetzelfde over dachten als Angelica (Frampton et al., 2008:3; Planetree, 13 juni 2009). Vervolgens heeft ze een visie ontwikkeld die bestond uit de gedachte dat een ziekenhuis een plaats moet zijn waar patiënten integraal worden behandeld, verpleegd en verzorgd; waar individuen meer over gezondheidszorg en geneeskunde kunnen leren; zodat zij actief participeren in hun eigen zorgverlening en welzijn (Planetree, 13 juni 2009). Vanuit deze visie was de eerste stap in 1981 het oprichten van Planetree. De ideeën met betrekking tot vraaggerichte zorg stuitten eerst op veel verzet en werden gezien als onrealistisch en nietszeggend (Frampton et al., 2008:3; Planetree, 13 juni 2009). Uiteindelijk is de visie wel geaccepteerd wat ertoe heeft geleid dat Angelica in 1985 de leiding kreeg over een adviescollege om haar visie handen en voeten te geven in een ziekenhuis (Planetree, 13 juni 2009). Hierdoor ontstond de eerste Planetree unit met 30 bedden (Planetree, 13 juni 2009).

Magneet

Het concept van de zogenaamde 'Magnet Hospitals' is ontstaan in de jaren '80 toen in de Verenigde Staten een groot tekort was aan verpleegkundigen (V&VN, 2008:12). Sommige ziekenhuizen slaagden toen echter wel met het aantrekken en behouden van verpleegkundigen. Deze ziekenhuizen leken als een 'magneet' te werken op verpleegkundigen. Dit was dan ook de aanleiding dat de American Academy of Nursing in 1984 een onderzoek opstartte om te kijken

waarin deze 41 ziekenhuizen zich onderscheiden van andere ziekenhuizen (V&VN, 2008:12; Upenieks, 2005:22). Uit dit onderzoek kwamen de veertien kenmerken voort, zoals genoemd bij de casusbeschrijving, die werden beschreven in het toenmalige rapport 'Magnet Hospitals' (Upenieks, 2005:23; Armstrong, 2005:15). Uit het rapport bleek dus ondermeer dat verpleegkundigen in die ziekenhuizen controle hadden over hun werkzaamheden, een goede relatie hadden met hun collega's en er genoeg werknemers waren om goede zorg te kunnen verlenen (Armstrong, 2005:15). In 1989 volgde een tweede onderzoek waaruit bleek dat in de Magneetziekenhuizen ook een hogere arbeidstevredenheid heerste en het personeel minder vaak op vakantie ging. Hierdoor werden de veertien magneetkrachten bevestigd (Upenieks, 2005:23). De echte ontwikkeling van het concept van het Magneetziekenhuis ontstond pas toen het eerste rapport de magneetkrachten aantoonde. Vanaf die tijd, in de jaren '80, is dan ook verder onderzoek gedaan naar de magneetkrachten. In de jaren '90 is door het American Nurses Credentialing Centre (ANCC) een formeel programma ontwikkeld om magneetziekenhuizen officieel te kunnen erkennen (Armstrong, 2005:15). Hier zitten circa 170 eisen aan verbonden (Johnson et al., 2005:223). Zo moeten verpleegkundigen vertegenwoordigd zijn tot aan de Raad van Bestuur toe (Terlouw, 2008:9).

Generalisatie en differentiatie

Planetree

In 1989 begonnen de eerste ziekenhuizen, waaronder het California Pacific Medical Centre en de Delano Medical Centre's, met het implementeren van het Planetree concept (Komarek, 2004:78; Planetree, 13 juni 2009). Deze implementatie van het Planetree concept is een grootschalig traject dat niet van de ene op de andere dag gerealiseerd is. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het boek 'Putting Patients First' (2008) waarin best-practices worden beschreven die passen in het kader van de Planetreegedachte.



Figuur 1 Wachtkamer in Planetreeziekenhuis (www.healthheart.com)

Om het proces van implementatie toe te kunnen lichten wordt gebruik gemaakt van de casus in de Delano Medical Centre. In dat ziekenhuis werd de invoering van het Planetree concept opgesplitst in deelprojecten waarbij teams werden gevormd die elk verantwoordelijk waren voor de invoering van een onderdeel van het Planetree concept (Komarek, 2007:78). Met betrekking tot Planetree is het veranderen van de denkwijze van de zorgverleners één van de belangrijkste zaken tijdens de implementatieperiode (Komarek, 2004:78). Deze cultuurverandering is in de Delano Medical Centre's ondermeer bewerkstelligd door workshops te organiseren voor de zorgverleners.

Daarbij werden verpleegkundigen en artsen in de rol van de patiënt gezet. Ook werden discussiesessies georganiseerd omtrent de Planetreefilosofie (Komarek, 2004:78). Daarnaast vonden fysieke veranderingen plaats aan de ziekenhuizen en hun inrichting. Zo werden wachtruimtes ingericht en gedecoreerd als een huiskamer en werden keukens neergezet waar patiënten en hun familie zelf eten konden bereiden (Komarek, 2004:78). Tijdens het implementatieproces van Planetree zijn diverse aspecten van belang zoals leiderschap, de juiste mensen en betrokkenheid van werknemers zoals artsen, bestuur, vrijwilligers, patiënten en hun familie. Tijdens de toepassing van Planetree in een ziekenhuis vinden aanpassingen van de vernieuwing plaats en ontstonden allerlei best-practices die in het boek 'Putting Patients First' zijn gebundeld. Hierdoor heeft differentiatie plaatsgevonden van het Planetree concept maar de kernwaarden zijn dezelfde gebleven (Planetree, 13 juni 2009).

Magneet

Vanaf de formele erkenning van het Magneetconcept konden ziekenhuizen ook officieel beginnen met de toepassing van de veertien specifieke magneetkrachten. Deze toepassing van de kenmerken van het Magneetziekenhuis verloopt in ieder ziekenhuis anders. Om het proces toch toe te kunnen lichten wordt de casus van het Georgetown University



**Figuur 2 Certificaat
(Bron:NPCF)**

Hospital (GUH) in Washinton gebruikt. Het GUH was nummer 98 dat de erkenning kreeg als Magneetziekenhuis na een implementatietraject van drie jaar (Johnson, Billingsley, May, Costa, Hanson, 2004:217). Om de invoering van het Magneetconcept een succes te laten worden is allereerst getracht commitment te krijgen in de ziekenhuisorganisatie van de werkvloer tot het bestuur, zodat iedereen de waarde van het Magneetconcept begreep (Johnson et al., 2004:220). Vervolgens is een strategisch plan opgesteld, zijn een veranderteam en een stuurgroep opgericht en 'magnet champions' aangewezen (Johnson et al., 2004:221). Deze laatste groep bestond uit enthousiaste verpleegkundigen die maandelijks leuke bijeenkomsten planden met kennisopbouw als hoofddoel. Het implementatieproces dat vanaf 2000 begon bestond uit (her)planning, verzamelen van data en voorbereiding voor de ANCC deadline (Johnson et al., 2004:221). Nadat de noodzakelijke documentatie was ingeleverd bij het ANCC is het ziekenhuis in 2003 bezocht door auditors om te bepalen of de Magneetstatus zou worden verkregen (Johnson et al., 2004:20). De aanpassing van het Magneetconcept, ofwel de differentiatie van de vernieuwing, vond vooral plaats op basis van kennisopbouw. Er is en wordt veel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar bijvoorbeeld arbeidstevredenheid in het kader van het Magneetconcept. Dit zorgt voor kennisaccumulatie en best practices waar van geleerd kan worden. Het

Magneetconcept op zich zelf heeft door de jaren heen geen grote veranderingen meegemaakt. Toch blijft er werk aan de winkel na de implementatie ervan. Dit wordt veroorzaakt door het doel van de magneetstatus; niet het certificaat maar het verbeteren van zorgkwaliteit is de bestemming en dat vergt continue verandering (Johnson et al., 2005:224).

Reciprociteit en novel combinations

Planetree

In 1978 begon de Planetreefilosofie kleinschalig. Nu is het uitgegroeid tot een soort fenomeen. Daarbij zijn veranderingen opgetreden. Zo is nu een keurmerk te behalen als Planetree instelling. Dit was een vernieuwing die destijds gekoppeld werd aan de reeds bestaande Planetree benadering en kan daarom onder reciprociteit worden geschaard. Ook bestaan vandaag de dag 15 Planetree Resources Centres in de Verenigde Staten (Planetree, 13 juni 2009). Het concept is dan ook gegroeid. Waar het in de jaren '80 begon met een idee in het hoofd van Angelica is Planetree nu internationaal bekend en erkend. Novel combinations waarbij de vernieuwing wordt toegepast in andere contexten zijn te zien in bijvoorbeeld Nederland waar het sinds 2007 bestaat.

Magneet

De eerste magneetziekenhuizen waren al magneetziekenhuizen zonder dat ze dat wisten. Het was toen immers nog niet onderzocht en erkend. Sinds de jaren '90 kan een certificaat worden gehaald voor magneetziekenhuizen. Deze certificatie is een op zich zelf staande vernieuwing en lokt de reactie uit dat ziekenhuizen een magneetstatus willen halen. Dit is dan ook een vorm van reciprociteit waarbij elementen van practices gebruikt worden voor andere nieuwe dingen. In de Verenigde Staten bestaan momenteel circa 290 door het American Nurses Credentialing Center (ACCN) gecertificeerde magneet ziekenhuizen (Terlouw, 2008:9). Novel combinations waarbij practices in vele toepassingen worden toegepast zijn bijvoorbeeld te vinden in andere landen. Zo kreeg in 2003 het eerste niet-Amerikaanse ziekenhuis de Magneetstatus (Armstrong, 2005:15).

Conclusie

Zowel het Planetree als het Magneetconcept zijn in de jaren '80 in de Verenigde Staten ontstaan en kunnen bij succes leiden tot een populair ziekenhuis voor de patiënt en voor de werknemer beide. Planetree draait om drie kenmerken; helende zorg, gezonde organisatie en betere zorg. Deze kenmerken zorgen er voor dat de zorg van de patiënt persoonlijker en beter wordt. Het Magneetconcept wordt gekenmerkt door veertien kenmerken die het werken bij een dergelijke Magneetorganisatie aantrekkelijk maakt en waardoor verpleegkundigen graag bij zo'n ziekenhuis willen (blijven) werken. Het proces waarbij de vernieuwingen tot stand zijn gekomen in Amerika komen vooral voort uit een drang naar verbetering. De implementatiefasen worden gekenmerkt door een traject waarvoor een benadering moet worden gekozen die bij het ziekenhuis past. Het gaat vooral om cultuurverandering waarbij een andere denkwijze wordt gecreëerd. Een andere overeenkomst tussen het Planetree en het Magneetconcept is dat bij allebei een certificaat of keurmerk gehaald kan worden waardoor duidelijk is welke ziekenhuizen handelen conform de methode. Deze certificering is bij beide concepten later ontstaan dan de feitelijke vernieuwing. Ook is de vernieuwing bij beide ziekenhuizen in de loop der jaren verder uitgegroeid.

- Meer informatie over Planetree is te vinden op www.planetree.nl
- Meer informatie over Magneetziekenhuizen is te vinden op www.venvn.nl

Bijlage 6 Codering casussen

Code	Star Rating	Smart Card	Populair Ziekenhuis	TOTAAL
<i>Kennis en leervermogen</i>				
<i>Research & Development</i>				
Research naar gaten in markt (+)				
Zorghoudelijk onderzoek (+)			1	1
Ontwikkeling (+)	1		1	2
<i>Individuele kennis, competenties en leervermogen</i>				
Capaciteiten / vaardigheden / competenties (+)				
Kennis (+)		1	1	2
Opleiding (+)		4	3	7
Bijscholing / training (+)				
Professionalisering (+)				
(nieuw) Inzicht (+)				
<i>Collectieve kennis, team- en organisatieleren</i>				
Kennisoverdracht tussen artsen artsassistenten, verpleegkundigen (+)			1	2
<i>Kennismanagement en omgevingsleren</i>				
Leren van andere (zorg)instellingen (+)			1	
Gaten in de markt zoeken (+)		2	3	1
TOTAAL	1	7	11	19
<i>Organisatiestructuur</i>				
Organisatiestructuur algemeen (+/-)				
<i>Centralisatie</i>				

Bottom up benadering (+)				
Autonomie van artsen en verpleegkundigen (-)	4	7	4	
Aansturing (+)				
Verantwoordelijkheid laag in org voor zorginnovatie (+)				
Ziekenhuisopdeling in functies (-)				
<i>Specialisatie</i>				
Specialisatie van artsen (+)				
<i>Formalisatie</i>				
Routines, protocollen, richtlijnen (bureaucratie) (-)			1	
TOTAAL	5	7	6	18
Organisatiecultuur				
Kernwaarden (kwaliteit, financiën, marketing, vernieuwing, belang) (+)		3	27	
<i>Creativiteit</i>				
Behoudendheid (-)		1		
Creativiteit (+)	5	4	6	
<i>Openheid</i>				
Belonen of straffen van gedrag- stimuleren (+)	9		1	
Openheid / transparantie (+)	14	9	1	
Durf (+)	1	4	1	
<i>Samenwerking</i>				
Competitie	5			
Samenwerking tussen specialisten en met verpleegkundigen, rvb etc (+)	1		3	
Van werkplek wisselen regelmatig (+)				
<i>Vertrouwen</i>				
Vertrouwen		2		
Wantrouwen in het systeem (-)				

Vertrouwen dat mensen dingen proberen en dat toestaan (+)	1	1	1	
TOTAAL	36	24	40	100
Management van innovaties		2		
<i>Leiderschap</i>				
Eén of een groep leiders (+)			4	
Doorzettingsdrang en vermogen				
Organisatiestrategie / Innovatiestrategie - Visie (+)		2	4	
Innovatieprojecten herkennen benoemen en actie ondernemen (+)			5	
Innovatief Beleid (+)	1			
<i>Communicatie</i>				
Mensen motiveren / overtuigen / commitment (+)	2		13	
Goede Informatievoorziening communicatie (+)		1	5	
<i>Kleine, doelgerichte interventies</i>				
Mensen verantwoordelijkheden geven - mensen van werkvloer prikkelen en laten meedenken	2	1	4	
Innovaties zoeken, fondsenwerving zoeken buiten reguliere dingen (+)	1	1		
Kleine, doelgerichte interventies (+)				
Prikkels geven (+)			1	
TOTAAL	6	7	41	54
Interactie met de omgeving		1		
<i>Horizontale samenwerking</i>				
Afstemming van afdeling met andere afdeling in ziekenhuis / gegevens delen van kosten maar ook medische dossiers		5		
Samenwerking/Communicatie met zorgketen tweedelijns (+)	1	3	1	
Samenwerking/Communicatie met zorgketen derdelijns (+)		3	8	
<i>Verticale Samenwerking</i>				

Links tussen kosten voor ene afdeling en besparing andere afdeling (+)				
Interactie tussen RvB/management/werkvloer			4	
Faciliteren van coöperatie van werkvloer en bestuur (+)				
<i>Crossfunctionele samenwerking</i>				
Geïntegreerde interactie binnen en buiten ziekenhuis (+)		3	2	
TOTAAL	1	15	15	31
<i>Randvoorwaarden</i>				
<i>Institutionele randvoorwaarden</i>				
Algemene institutionele belemmeringen / marktwerking onder plafond (-)	1	1	2	
Marktwerking (+)	4	1	6	
Politiek / overheid kan innovaties stimuleren of tegenwerken (+/-)				
Eisen van zorgverzekeraars voor faciliteren innovatie (-)			2	
Algemene financieringsstructuur ziekenhuizen - budgetdruk (-)			8	
<i>Organisatorische randvoorwaarden</i>				
vrijheid in besteden financiële middelen (+)				
Groot ziekenhuis kan makkelijker uitproberen (+)				
<i>Maatschappelijke randvoorwaarden</i>				
Patiënten en belangenverenigingen willen vernieuwing (+)	2		7	
Demografische kenmerken (+/-)			2	
TOTAAL	7	2	27	36

Legenda

Star Rating:

Mw. Y. Wilders, anonieme respondent a

Health Smart Card:

Dhr. K. Putters, Dhr. D. Oemar Said

Het Populaire Ziekenhuis:

Dhr. R. van Merkerk, Dhr. E. den Breejen, anonieme respondent b