

Kwaliteitsverbetering en betekenisgeving

Het internaliseren van een IGZ indicator in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis



Erasmus Universiteit Rotterdam, Instituut Beleid en Management in de gezondheidszorg

Afstudeerscriptie
Master Zorgmanagement 2009/2010

Student:	Rob De Smet
Studentnummer:	323729
Begeleider:	Dr. J. Geelhoed
Meelezer:	Prof. Dr. F. Hartmann

Augustus 2010

Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie, geschreven in het kader van de afronding van de Master Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam. Na twee jaar hard werken is de studie met het schrijven van deze scriptie voltooid.

In dit voorwoord wil ik graag een aantal mensen bedanken. Allereerst wil ik mijn scriptiebegeleider Jeroen Geelhoed bedanken voor zijn ondersteuning en inzichten. Ook wil ik Elise Hoedemaker bedanken voor het kritisch meelezen met het onderzoeksvorstel en scriptie. Hans Hartsuiker bedank ik voor het nalezen van de scriptie. Daarnaast wil ik alle respondenten en andere betrokken bedanken voor hun medewerking aan deze scriptie. Tenslotte wil ik mijn ouders, familie en vrienden bedanken voor hun steun.

Rob De Smet

Krommenie, augustus 2010

Samenvatting

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) vraagt sinds enkele jaren externe prestatie-indicatoren uit bij Nederlandse ziekenhuizen. Met deze uitvraag beoogt zij zowel op afstand toezicht te houden als de ziekenhuizen intern aan te zetten tot kwaliteitsverbetering. Het alleen opvragen van indicatoren leidt niet automatisch tot kwaliteitsverbetering. Ziekenhuizen moeten zich deze indicatoren eigen maken en ze toepassen alvorens dit leidt tot kwaliteitsverbetering. Het zodanig eigen maken van externe prestatie-indicatoren zodat het resulteert in kwaliteitsverbetering wordt internaliseren genoemd. Dit begrip is enkele jaren geleden in de context van externe prestatie-indicatoren geïntroduceerd en er is nog weinig onderzoek naar gedaan. In dit onderzoek wordt het internaliseren van de externe prestatie-indicator pijn na operatie van de IGZ onderzocht. De volgende probleemstelling is geformuleerd:

“Wat betekent het internaliseren van de externe prestatie-indicator pijn na operatie voor het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) te Amsterdam?”

Om antwoord op deze vraag te kunnen geven, is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd bij de unit Orthopedie van het OLVG. Het OLVG is een topklinisch ziekenhuis in de binnenstad van Amsterdam. Door middel van een documentanalyse, interviews en aan de hand van een vragenlijst is het internaliseren van de indicator pijn na operatie van de IGZ in deze casestudy onderzocht.

Uit het onderzoek blijkt dat de indicator van de IGZ heeft aangezet tot kwaliteitsverbetering. De externe indicator is geïnternaliseerd door het ontwikkelen van een pijnprotocol, managementrapporten en het inpassen van het meten van de pijnscores in de dagelijkse praktijk van de verpleegkundigen. Aan het bed van de patiënt ontstaat een kwaliteitscyclus die erop gericht is de pijn van de patiënt zoveel mogelijk te controleren en te verlichten. De verpleegkundigen noteren de pijnscores in het verpleegkundig dossier en de pijnscores worden op een later moment ingevoerd in het Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS). De ingevoerde gegevens vormen de basis voor sturing vanaf het macroniveau richting het microniveau en maken onderdeel uit van de kwartaalgesprekken tussen de Raad van Bestuur en het unitmanagement. Op zowel micro- als macroniveau in de organisatie lijkt de indicator tot op zekere hoogte de betekenis van internaliseren te krijgen. In de verschillende Knowledge Assets (KAs) die betekenisgeving en kennisconversie beïnvloeden, wordt volgens de geïnterviewden bijna gelijk voorzien.

Om de kwaliteit van zorg rondom pijn na operatie te verbeteren en de indicator meer te laten internaliseren, wordt aanbevolen in managementrapportages op aandoeningenniveau te voorzien. Hiermee wordt kwaliteitsverbetering mogelijk doordat zorgprocessen rondom specifieke aandoeningen geanalyseerd en verbeterd kunnen worden (eerste feedbackcyclus). Op basis van dit onderzoek wordt daarnaast geadviseerd verder onderzoek te doen naar het verband tussen betekenisgeving en kwaliteitsverbetering. Op basis van de kennisconversiecyclus is vastgesteld tot op welk niveau de indicator nu internaliseert. Het is echter onduidelijk of het verder voorzien in de KAs leidt tot kwaliteitsverbetering, en daarmee tot het verder internaliseren van de externe prestatie-indicatoren.

Summary

For several years the Dutch Health Care Inspectorate (IGZ) is questioning hospitals on a number of external performance indicators. With these indicators the IGZ is monitoring hospitals and is encouraging them to uphold and improve their quality of care. However, the implementation of indicators in hospitals does not automatically lead to quality improvement. To do so, hospitals have to make the indicators part of their own organisation before they can lead to quality improvement. This process is called internalisation. Internalisation is introduced in the context of performance indicators a few years ago and until now only limited research on this subject has been done. In this study, the internalisation of the IGZ external performance indicator pain after surgery is examined. The research question is as follows:

“What does the internalisation of the external performance indicator pain after surgery mean for the Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) in Amsterdam?”

To answer this question a qualitative survey has been carried out in the Orthopedic unit of the OLVG. The OLVG is a top clinical hospital in the city of Amsterdam, the Netherlands. Through a document analysis, interviews and a questionnaire, the internalisation of the IGZ performance indicator pain after surgery has been examined.

This study indicates that the external performance indicator of the IGZ has indeed mobilised the hospital to quality improvement. The external performance indicator is internalised by developing a new pain protocol, management reports and integrating the measurement of pain into the daily practice of nurses. A cyclic process of quality improvement is established at the patient's bedside focused on relieving and controlling the pain of the patient. The nurses record the pain scores in the nursing record and later on the pain scores are manually entered into the Hospital Information System (HIS). The data entries are being translated to management reports that help the macrolevel of the organisation to control the microlevel. The data are part of the quarterly meeting between the Board of Directors and the unit management. To some extent it seems that both at micro- and macrolevel of the organisation the performance indicator pain after surgery has the meaning of internalisation. The interviewees indicate that there has been equally provided in the various Knowledge Assets (KAs) that effect sensegiving and knowledge conversion.

To improve the quality of care around pain after surgery and to stimulate the internalisation of the performance indicator it is recommended to provide management reports on the level of patientgroups. In this way quality improvement is likely because care processes around specific diseases can be analyzed and improved (first feedback cycle). Based on this research the second advice is to further study the relationship between sensegiving and quality improvement. Based on the knowledge conversion cycle there has been concluded to what level the performance indicator internalises. However, it is unclear whether further promotion of KAs leads to quality improvement, and thus to further internalisation of the performance indicator.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Summary	4
1 Inleiding	7
1.1 Doelstelling	8
1.2 Probleemstelling	9
1.3 Leeswijzer	9
2 Theoretisch kader	10
2.1 Extern toezicht en kwaliteit van zorg	10
2.2 Prestatie-indicatoren.....	11
2.2.1 Onderscheid indicatoren.....	11
2.3 Extern toezicht en indicatoren	14
2.4 Systeembenadering.....	15
2.4.1 Macrosysteem	15
2.4.2 Microsysteem.....	16
2.5 Internaliseren	16
2.6 Kwaliteitsverbetering	17
2.7 Betekenisgeving	18
2.7.1 Routinematige KAs	21
2.7.2 Conceptuele KAs	21
2.7.3 Ervaringsgerichte KAs	22
2.8 Conceptueel onderzoeksmodel	23
2.9 IGZ indicator pijn na operatie	25
3 Methoden van onderzoek	26
3.1 Onderzoekssoort en locatie	26
3.2 Dataverzameling.....	26
3.2.1 Literatuurstudie	26
3.2.2 Documentanalyse	27
3.2.3 Interviews.....	27
3.2.4 Vragenlijst	28
3.3 Interne validiteit	29
3.4 Externe validiteit	29
3.5 Betrouwbaarheid	29

4	Resultaten	31
4.1	Primaire zorgproces rondom pijn.....	31
4.1.1	Dataverzameling.....	32
4.1.2	Managementinformatie.....	33
4.1.3	Score op de IGZ indicator pijn na operatie.....	35
4.2	Betekenisgeving	37
4.2.1	Routinematige Knowledge Assets.....	37
4.2.2	Conceptuele Knowledge Assets.....	42
4.2.3	Ervaringsgerichte Knowledge Assets.....	46
4.2.4	Betekenisgeving niet gekoppeld aan Knowledge Assets.....	49
5	Conclusie, aanbevelingen en discussie	51
5.1	Conclusie	51
5.1.1	Organisatie van zorg rondom pijn na operatie	51
5.1.2	Dataverzameling voor de externe prestatie-indicator pijn na operatie	52
5.1.3	Betekenisgeving in het OLVG	53
5.1.4	Kwaliteitsverbetering	56
5.1.5	Eindconclusie.....	57
5.2	Aanbevelingen voor het OLVG.....	58
5.3	Methodologische discussie.....	60
5.3.1	Aanbevelingen voor nader onderzoek.....	61
	Literatuurlijst.....	63
Bijlage 1:	IGZ indicator pijn na operatie	67
Bijlage 2:	Topiclijst interviews.....	71
Bijlage 3:	Vragenlijst.....	74
Bijlage 4:	Pijnmeetlatje	76
Bijlage 5:	Routinematige Knowledge Assets.....	77
Bijlage 6:	Conceptuele Knowledge Assets.....	79
Bijlage 7:	Ervaringsgerichte Knowledge Assets.....	81

1 Inleiding

Sinds de invoering van de gereguleerde marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg is de vraag naar transparantie en keuze-informatie vergroot. Consumenten en zorgverzekeraars worden gestimuleerd zorgaanbieders te beoordelen en een onderbouwde keuze te maken voor een zorgverlener of zorginstelling (Schellekens et al. 2003). Onder meer de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Zichtbare Zorg (ZZ) en de zorgverzekeraars vragen prestatie-indicatoren uit bij zorginstellingen. Op basis van deze gegevens publiceren bijvoorbeeld *Elsevier* en het *Algemeen Dagblad* jaarlijks ranglijsten van ziekenhuizen. Ook de zorgverzekeraars gebruiken deze gegevens op hun website en in communicatie naar hun klanten toe om inzicht te geven in de kwaliteit die zorginstellingen leveren. Het voorlichten van de consument op basis van prestatie-indicatoren is niet het primaire doel dat de IGZ met de prestatie-indicatoren beoogt. De IGZ is gestart met de uitvraag van prestatie-indicatoren omdat dit haar helpt bij het uitvoeren van haar toezichthoudende functie op de Nederlandse gezondheidszorg (IGZ 2009b). Om effectief en efficiënt te voldoen aan dit toezicht op de kwaliteit van zorg heeft de IGZ het gefaseerde toezicht ingevoerd. *“Gefaseerd toezicht is een methodiek waarbij eerst wordt bepaald waar zich risico's bevinden die de kwaliteit van zorg kunnen ondermijnen om vervolgens via inspectiebezoeken of handhavingsmaatregelen de zorgaanbieder tot kwaliteitsverbetering te brengen”* (Mediquest 2008). Het gefaseerde toezicht bestaat uit drie fases, waarbij in de eerste fase kwaliteitsinformatie wordt verzameld, geanalyseerd en gerapporteerd. In de tweede fase worden zorginstellingen bezocht op basis van de verzamelde informatie. Op basis van de bevindingen uit deze bezoeken worden eventuele maatregelen bepaald. In de handhavingsfase (fase 3) kan de inspectie de maatregelen opleggen wanneer is gebleken dat de kwaliteit van zorg onvoldoende is (IGZ 2009c).

Het verzamelen van informatie binnen de eerste fase van toezicht is geconcretiseerd door het jaarlijks uitvragen van de basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen. *“Een indicator is een meetbaar aspect van geleverde zorg waarvan op basis van wetenschappelijk onderzoek is aangetoond of door middel van consensus tussen experts aannemelijk is gemaakt, dat het een aanwijzing geeft over de kwaliteit van die zorg”* (Campbell et al. 2002 in Wollersheim et al. 2006). Een indicator geeft zoals het woord al zegt slechts een indicatie van hoe de kwaliteit van zorg is. Op basis van de score op een indicator kan men verder onderzoek doen naar de situatie ter plaatse en naar de kwaliteit van zorg (Wollersheim et al. 2006). De basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen die de IGZ uitvraagt, wordt gemaakt in samenwerking met de NVZ vereniging van ziekenhuizen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra en de Orde van Medisch Specialisten (IGZ 2009a). De uitkomsten van deze indicatoren worden gebruikt om te bepalen of de geleverde zorg aan de verwachtingen voldoet.

Wanneer wordt gesproken over prestatie-indicatoren wordt vaak het onderscheid gemaakt tussen interne en externe indicatoren. Interne indicatoren worden door zorgprofessionals en zorgorganisaties gebruikt bij het monitoren en verbeteren van zorgprocessen. Deze indicatoren zijn gedetailleerd en

geven de professionals veel informatie over het primaire proces. Wanneer deze indicatoren worden ingezet ten behoeve van kwaliteitsverbetering kan de score voor en na interventie worden vergeleken. Wanneer anders op de indicator wordt gescoord, heeft de verandering een effect op de kwaliteit van zorg. Bij externe indicatoren willen partijen buiten de zorginstelling inzicht verkrijgen in de mate van kwaliteit die wordt geleverd (Berg en Schellekens 2002). Freeman (2002) vat dit samen door te zeggen dat externe indicatoren worden gebruikt voor “accountability” en “control” en interne indicatoren voor kwaliteitsverbeteringen. Het onderscheid tussen deze twee typen indicatoren is belangrijk omdat de IGZ in de basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen probeert deze samen te brengen. Hiervoor is gekozen omdat de IGZ geen extensief gevalideerde indicatoren nodig heeft voor het houden van toezicht en zij de ziekenhuizen wil stimuleren de kwaliteit van zorg te verbeteren. Hiervoor moeten de indicatoren goed aansluiten bij het primaire proces, wat met externe indicatoren lastig is (Berg et al. 2005).

Of het extern publiceren van gegevens leidt tot interne kwaliteitsverbetering is discutabel. Grol en Wensing (2006) en Berg et al. (2005) beschrijven dat het aanleveren van indicatoren aan de buitenwereld mogelijk kan zorgen voor een kwaliteitsverbetering. Power (in Jerak-Zuiderent en Bal forthcoming) geeft echter aan dat perverse effecten als “gaming” (metingen aanpassen zodat cijfers een positief beeld geven) en “decoupling” (het aanleveren van indicatoren enkel zien als een jaarlijks ritueel) reële gevaren zijn bij externe indicatoren. Dit zou betekenen dat de kwaliteit van zorg helemaal niet verbetert. Uit onderzoek van Jerak-Zuiderent en Bal (forthcoming) naar prestatie-indicatoren blijkt ook dat deze in een ziekenhuis niet één op één zijn te relateren aan kwaliteitsverbeteringen. Men moet een proces doorlopen om de externe prestatie-indicator intern te kunnen gebruiken voor kwaliteitsverbetering. Dit wordt internaliseren genoemd (Van der Aar 2008).

1.1 Doelstelling

Of en hoe een externe prestatie-indicator internaliseert is onduidelijk, evenals of de kwaliteit van zorg verbetert. Dit onderzoek beoogt daarom in de eerste plaats meer inzicht te verschaffen in het proces van internaliseren van de externe prestatie-indicatoren van de IGZ in een ziekenhuis. Dit onderzoek is daarmee een verdere verkenning van het begrip internaliseren. Daarnaast heeft het onderzoek tot doel antwoord te geven op de vraag of het opvragen van externe prestatie-indicatoren intern in een ziekenhuis leidt tot een kwaliteitsverbetering. De resultaten van dit onderzoek zullen in de eerste plaats relevant zijn voor het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG). Wel kan op basis van dit onderzoek mogelijk een voorzichtige uitspraak worden gedaan of de interne kwaliteitsverbetering die de IGZ onder meer tot doel heeft met de indicatoren werkelijk plaatsvindt in ziekenhuizen. De resultaten van dit onderzoek kunnen daarbij worden vergeleken met eerdere onderzoeken op dit gebied van Van der Aar (2008) en Van den Berg (2009). Gemeenschappelijke conclusies in deze onderzoeken hebben mogelijk een generaliseerbaar karakter.

1.2 Probleemstelling

De hoofdvraag waarop in het onderzoeksverslag antwoord wordt gezocht is:

Wat betekent het internaliseren van de externe prestatie-indicator pijn na operatie voor het OLVG te Amsterdam?

Bij deze hoofdvraag zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Hoe wordt het begrip internaliseren bij externe prestatie-indicatoren gedefinieerd?
2. Hoe is de zorg rond pijn na operatie georganiseerd?
3. Hoe wordt de data verzameld voor de externe prestatie-indicator pijn na operatie?
4. Welke betekenis wordt op verschillende organisatieniveaus gegeven aan de externe prestatie-indicator pijn na operatie?

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader van het onderzoek uiteengezet. Ingegaan wordt op de onderwerpen: prestatie-indicatoren, extern toezicht, internaliseren, kwaliteitsverbetering en betekenisgeving. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een conceptueel onderzoeksmodel waarin de behandelde theorieën samenkomen. Hoofdstuk 3 beschrijft de methoden van onderzoek. Alle stappen die zijn doorlopen tijdens het onderzoek komen aan bod. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd. Uiteengezet wordt hoe de zorg rondom pijn na operatie is georganiseerd, hoe gegevens worden verzameld voor de indicator pijn na operatie en welke betekenis deze indicator krijgt in de organisatie. Deze scriptie wordt afgesloten met de conclusie, aanbevelingen en discussie in hoofdstuk 5.

2 Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt tot een theoretisch onderzoeksmodel gekomen op basis van een aantal theoretische concepten. Gestart wordt met een korte situatieschets van de soorten toezicht die de IGZ kent. In paragraaf 2.2 en 2.3 wordt ingegaan op de verschillende soorten indicatoren, hoe de externe prestatie-indicatoren van de IGZ kunnen worden getypeerd en hoe deze worden ingezet door de IGZ. Het ziekenhuis kan worden opgevat als een open systeem met daarin 2 niveaus: een macro- en een microsysteem. Paragraaf 2.4 zal deze begrippen verder toelichten. Het begrip internaliseren wordt vervolgens in paragraaf 2.5 uitgewerkt. Internaliseren bestaat uit kwaliteitsverbetering en betekenisgeving. In deze paragraaf wordt het begrip internaliseren in de context van externe prestatie-indicatoren toegelicht. Paragraaf 2.6 gaat vervolgens in op kwaliteitsverbetering. De IGZ hoopt met de indicatoren onder meer een interne kwaliteitsverbetering te realiseren. De indicator internaliseert dus pas werkelijk wanneer deze wordt gebruikt voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg. De Plan, Do, Study, Act-cyclus wordt in deze paragraaf verder uitgewerkt. Wanneer men kwaliteit verbetert binnen een organisatie wordt deze cyclus doorlopen binnen het macro- en het microsysteem. In paragraaf 2.7 komt vervolgens de betekenisgeving aan de orde. Een indicator moet een bepaalde betekenis krijgen binnen de organisatie voordat hij werkelijk kan internaliseren en leiden tot kwaliteitsverbetering. Welke betekenis de indicator dus krijgt, bepaalt voor een deel het “succes” van het internaliseren van de indicator. Internaliseren maakt onderdeel uit van de kennisconversiecyclus. Paragraaf 2.8 presenteert het conceptueel onderzoeksmodel dat is opgebouwd uit theoretische componenten behandeld in de voorgaande paragrafen. Binnen dit model wordt het ziekenhuis gezien als een open systeem waarin de indicator moet internaliseren. Dit gebeurt wanneer de indicator eigen wordt gemaakt en zorgt voor een kwaliteitsverbetering binnen de organisatie. Tijdens dit onderzoek zal worden ingezoomd op de IGZ indicator pijn na operatie. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een korte toelichting van deze indicator.

2.1 Extern toezicht en kwaliteit van zorg

Extern toezicht op de kwaliteit van zorg wordt door de IGZ uitgevoerd. De IGZ kent drie vormen van toezicht: incidententoezicht, thematisch toezicht en gefaseerd toezicht. Het incidententoezicht wordt gebruikt wanneer na een calamiteit diepgaand onderzoek nodig is. Met thematisch toezicht wordt landelijk ingezoomd op bepaalde onderwerpen of sectoren om onder meer inzicht te krijgen in de effecten van het overheidsbeleid (IGZ 2008b). Bij gefaseerd toezicht wordt tenslotte op afstand bepaald bij welke instellingen het risico op kwalitatief slechte zorg aanwezig is. Vervolgens worden deze instellingen bezocht door de inspectie om hen zodoende aan te zetten tot het verbeteren van de kwaliteit van zorg (IGZ 2009c).

Ziekenhuizen zijn in Nederland verplicht de kwaliteit van zorg te monitoren en te verbeteren. Hiervoor verzamelen zij dan ook gegevens die inzicht geven in de kwaliteit en de prestaties van de zorginstelling (Rivm 2006). Voor zowel het doel van de inspectie (het toezien op de kwaliteit van

gezondheidszorg) als voor het doel van ziekenhuizen (het bewaken en verbeteren van de zorg) worden indicatoren gebruikt.

2.2 Prestatie-indicatoren

Kwalitatieve gezondheidszorg wordt door het Institute of Medicine (IOM) gedefinieerd als: *“het juiste doen, op de juiste tijd, op de juiste manier, voor de juiste persoon en daarbij de best mogelijke resultaten boeken”* (Institute of Medicine 2001 in Rivm 2006). Om meer inzicht te verkrijgen in de kwaliteit van zorg worden prestatie-indicatoren gebruikt (Wollersheim et al. 2006). Zowel Campbell et al. (2002) als Lawrence et al. (1997) in Grol en Wensing (2006) definiëren kwaliteitsindicatoren als: *“meetbare elementen van het handelen in de praktijk, waarvoor bewijs of waarover consensus bestaat dat ze gebruikt kunnen worden om de kwaliteit van zorg en veranderingen te evalueren”*. Deze definitie sluit aan bij hoe de Raad voor Gezondheidsonderzoek een indicator definieert, namelijk: *“een indicator is een meetbaar element van de zorgverlening dat functioneert als een mogelijke aanwijzing voor de kwaliteit van zorg”* (Rivm 2006). Een indicator is vaak een kwantitatieve maat die een aanwijzing of een “indicatie” geeft over een bepaald (kwaliteits)aspect (Rivm 2006 & Campbell et al. 2002). Een indicator is dus niet de werkelijkheid maar zet slechts aan tot het doen van meer onderzoek om de data goed te interpreteren (Schellekens et al. 2003). *“Most indicators are tin openers rather than dials: by opening up a can of worms they do not give answers but prompt investigation and inquiry, and by themselves provide an incomplete and inaccurate picture”* (Bevan en Hood 2006). Men mag dus niet enkel op basis van indicatoren conclusies trekken (Schellekens et al. 2003). De IGZ kent om die reden naast het gefaseerde toezicht met indicatoren nog twee manieren van toezicht, zodat zij niet enkel op basis van indicatoren een oordeel hoeft te vormen. Wanneer op een indicator niet volgens verwachting wordt gescoord is dit dus slechts een aanleiding of signaal voor verder onderzoek (Schellekens et al. 2003).

2.2.1 Onderscheid indicatoren

In de literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen structuur-, proces- en uitkomstindicatoren en tussen interne en externe indicatoren. Hieronder worden deze verschillen uitgewerkt.

Structuur, proces en uitkomstindicatoren

Afhankelijk van het soort vraag dat men heeft, kan voor een bepaald indicatortype worden gekozen (Coppen en Verhaak 2007). Door Donabedian (1980) worden structuur-, proces- en uitkomstindicatoren onderscheiden. Bij structuurindicatoren gaat het om organisatorische voorwaarden voor de zorgverlening. Voorbeelden hiervan zijn: het aantal bedden beschikbaar, het type verpleegkundigen (bijvoorbeeld een diabetes-verpleegkundige) en of er gewerkt wordt volgens een bepaalde richtlijn of bepaald protocol. Procesindicatoren richten zich op de zorgverlening aan de patiënt. Het gaat hierbij om het handelen van de zorgverleners in het primaire proces van de organisatie. Voorbeelden zijn het aantal patiënten met doorligwonden of de vaccinatiegraad van een patiëntenpopulatie. Uitkomstindicatoren geven tenslotte een indicatie van de uitkomsten van de

geleverde zorg. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren door het berekenen van morbiditeit- of complicatiecijfers (Grol en Wensing 2006).

Interne en externe indicatoren

Het doel waarvoor een indicator wordt opgesteld, bepaalt of het een interne of externe indicator is (Klazinga et al. 2001). Een indicator voor kwaliteitsverbetering heeft andere eigenschappen dan een indicator voor publieke verantwoording (Berg et al. 2005).

Interne indicatoren worden met name gebruikt voor het verbeteren van prestaties of kwaliteit. *“Zij refereren naar de professionals en managers eigen context”* (Stoop et al. 2005). Gegevens van interne indicatoren kunnen door professionals en managers worden gebruikt om processen te monitoren, problemen bij deze processen te identificeren en om te bekijken of wijzigingen in deze processen het gewenste effect hebben (Berg et al. 2005). Externe prestatie-indicatoren worden door partijen buiten de zorginstellingen gebruikt om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken, om zorginstellingen onderling te vergelijken en als keuze-informatie. Partijen die gebruik maken van deze indicatoren zijn onder meer zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en de overheid (Berg et al. 2005).

Doordat interne en externe prestatie-indicatoren verschillende doelen dienen, verschillen zij van opbouw. Interne indicatoren hoeven niet excessief gevalideerd te worden. Dit komt omdat zij informatie geven over processen waar de professionals mee bekend zijn en zij zelf de context van de indicator kunnen inschatten (Berg et al. 2005). *“Het filteren van ruis is dan vaak een uitdaging in plaats van een onmogelijkheid”* (Schellekens et al. 2003). Omdat deze indicatoren voor procesmonitoring en kwaliteitsverbetering worden ingezet, volstaat meestal een kleine steekproef en zijn deze gegevens niet geschikt voor een universele vergelijking (Berg et al. 2005). Externe indicatoren bestaan uit gegevens op een geaggregeerd niveau waardoor een vergelijking tussen organisaties mogelijk wordt. Dit is een verschil met interne indicatoren die juist heel gedetailleerd zijn. Bij externe indicatoren is men bijvoorbeeld geïnteresseerd in de overall uitkomsten van de zorg of de globale kosten (Berg et al. 2005). Externe indicatoren zijn op hun beurt weer niet geschikt voor interne verbeterprojecten omdat zij te weinig gedetailleerd zijn om problemen te kunnen analyseren. Om een eerlijke vergelijking mogelijk te maken moeten externe indicatoren zo precies mogelijk worden gedefinieerd. Ook moet ervoor worden gezorgd dat er bij deze indicatoren wordt gecorrigeerd op verschillen tussen zorgaanbieders. Door deze eisen is het ontwikkelen van externe indicatoren een langdurig proces en moet er veel data worden verzameld voordat men zorginstellingen eerlijk kan vergelijken (Stoop et al. 2005). In tabel 1 worden de kenmerken van interne en externe indicatoren weergegeven.

	Interne kwaliteitsverbetering	Externe verantwoording
Doel	Verbeteren van kwaliteit	Verantwoording afleggen aan samenleving
Dataverzameling	Eenvoudige metingen	Veel, complexe metingen
Beschrijving	Bij benadering	Precies en valide
Type	Meestal, procesbeschrijvingen	Meestal patiëntuitkomsten
Tijds kader	Kort	Lang
Behoefte aan vertrouwelijkheid	Groot	Geen omdat gegevens worden vergeleken

Tabel 1: Kenmerken van interne en externe indicatoren (Solberg et al. 1997 in Grol en Wensing 2006)

Interne en externe indicatoren worden dus als twee verschillende type indicatoren gezien. Berg et al. (2005) halen Berwick's aan die zegt dat: "*meten voor verbetering, is niet meten voor verantwoording*". Bij interne indicatoren gaat het om vertrouwen in elkaars intenties, wanneer men elkaar vertrouwt is er ruimte voor verbetering. Bij externe indicatoren gaat het echter om verantwoording aan de buitenwereld op basis van gegevens die vergelijkbaar zijn (Berg et al. 2005). Het doel waarmee een indicator wordt ontwikkeld, bepaalt dus waarvoor deze bruikbaar is.

Freeman (2002) beschrijft dat in de literatuur twee brede stromingen aanwezig zijn met betrekking tot indicatoren. "*De eerste stroming is praktijkgeoriënteerd en optimistisch over de toegevoegde waarde van het gebruik van indicatoren. De tweede stroming is meer kritisch en sceptisch over indicatoren*". In de praktijkgerichte literatuur krijgen de indicatoren vaak een rol toebedeeld bij kwaliteitsverbeteringconcepten zoals Total Quality Management (TQM). Deze stroming gaat er vanuit dat indicatoren een positieve invloed kunnen hebben op de interne kwaliteit van organisaties (Freeman 2002). Grol en Wensing (2006) schrijven daarnaast dat het aanleveren van indicatoren aan externe instanties mogelijk een positief effect heeft op de kwaliteit van zorg. Berg et al. (2005) beschrijven ook deze bevindingen en voegen er aan toe dat indicatoren zorgverzekeraars en cliënten informatie geven waarmee zij hun keuze voor een bepaalde zorgverlener kunnen onderbouwen. Kritiek op het gebruik van prestatie-indicatoren wordt meer gevonden in de tweede stroming (Freeman 2002). Het "beschadigen" van professionals door het publiceren van indicatoren is er hier één van (Berg et al. 2005). Een ander belangrijk punt van kritiek wordt beschreven door het Rivm (2006). Doordat voor externe vergelijking indicatoren een hoge validiteit moeten hebben, zorgt dit voor hoge kosten en registratielast bij de zorgaanbieders. Uit onderzoek van Jerak-Zuiderent en Bal (forthcoming) naar prestatie-indicatoren blijkt tenslotte dat deze in een ziekenhuis niet één op één zijn te relateren aan kwaliteitsverbeteringen.

2.3 Extern toezicht en indicatoren

Om te kunnen toezien op de Nederlandse gezondheidszorg vraagt de IGZ sinds 2004 kwaliteitsinformatie op bij ziekenhuizen door middel van de basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen. De IGZ is de indicatorenset gaan ontwikkelen na een omslag in de denkwijze over het houden van toezicht. Men wilde met behulp van indicatoren zorginstellingen gaan identificeren waar het risico op onverantwoorde zorg aanwezig was. Wanneer een instelling een bepaalde score op een indicator laat zien is dit voor de inspectie een signaal tot verder onderzoek (Van der Voort en Kerpershoek 2008). De uitvraag van de indicatoren vormt heden ten dage de eerste stap in het proces van gefaseerd toezicht. De IGZ wilde geen lang traject doorlopen bij het ontwikkelen van de indicatoren omdat dit kostbaar en tijdrovend zou zijn. De inspectie wilde binnen één jaar een set indicatoren kunnen uitvragen bij zorginstellingen (Berg et al. 2005).

De inspectie wilde met de basisset prestatie-indicatoren naast toezicht houden ook een proces van kwaliteitsverbetering binnen ziekenhuizen op gang brengen. De basisset prestatie-indicatoren is geen instrument dat de kwaliteit van zorg in een ziekenhuis direct volgt. Slechts op gezette tijden ontvangt de inspectie op basis van de indicatoren een signaal dat kan leiden tot het stellen van extra vragen of het afleggen van een inspectiebezoek. De inspectie had niet tot doel te komen tot een ranglijst van goede en slechte ziekenhuizen (Berg et al. 2005). Wel kunnen de gegevens van de indicatoren op ziekenhuisniveau een indicatie geven van het verloop van het kwaliteitsniveau in een zorginstelling (IGZ 2009a).

Wanneer de doelen van de inspectie bij het ontwikkelen van de basisset worden vergeleken met de doelen van interne en externe indicatoren, dan valt op dat de basisset eigenschappen van allebei heeft. Naast het extern verantwoorden van de zorginstelling aan de IGZ wordt getracht een intern verbeterproces op gang te brengen dat leidt tot kwaliteitsverbetering. Volgens Schellekens (2006) is: *“het slechts in enkele gevallen mogelijk dat één indicator zowel een externe als een interne functie vervult”*. De IGZ-indicatoren zijn over het algemeen niet uitputtend gevalideerd (Berg et al. 2005) wat een kenmerk van een interne indicator is. Hierdoor krijgen ziekenhuizen de ruimte om de indicator aan te laten sluiten op de eigen praktijk. Zoals eerder gezegd, betekent dit dat een vergelijking tussen ziekenhuizen niet mogelijk is¹ (IGZ 2009a). De IGZ heeft van deze beperking echter geen last in haar toezichthoudende rol. Zij gebruikt de informatie slechts als middel om onderbouwd te beslissen welke instellingen te bezoeken (Van den Berg et al. 2009). Daarnaast heeft de IGZ met de basisset tot doel de zorginstellingen te stimuleren tot kwaliteitsverbeteringen. Wanneer een ziekenhuis zijn processen gaat verbeteren, kunnen indicatoren inzicht geven of de veranderingen effect hebben. Hiervoor zijn interne indicatoren nodig omdat dit type indicator goed aansluit op het primaire proces en voldoende detailniveau kent (Berg et al. 2005). Hierbij moet wel opgemerkt worden dat het de vraag is of externe indicatoren werkelijk stimuleren tot een interne kwaliteitsverbetering omdat toezicht de focus legt op afrekenbaarheid, wat een remmende werking kan hebben op kwaliteitsverbetering (WRR 2004).

¹ Zichtbare Zorg Ziekenhuizen vraagt ook prestatie-indicatoren uit aan ziekenhuizen. Deze indicatoren zijn meer gericht op vergelijkbaarheid en proberen te voorzien in keuze-informatie voor o.a. consument en zorgverzekeraars (Ouden 2010).

Doordat de IGZ als externe partij interne informatie opvraagt om de toezichtfunctie te kunnen uitvoeren, heeft de basisset prestatie-indicatoren ook een extern doel. Met het detailniveau van interne indicatoren kan de IGZ haar externe doel bewerkstelligen. De basisset prestatie-indicatoren heeft hiermee zowel interne als externe functies.

2.4 Systeembenadering

Een organisatie kan worden opgevat als een systeem. *“Een systeem is een verzameling van elementen, die vanuit een bepaalde optiek te onderscheiden zijn van de omgeving, en die onderling en met de omgeving een relatie hebben”* (Vissers en De Vries 2005). Een systeem bestaat uit verschillende aspectsystemen die een deelverzameling van relaties vormen. Een voorbeeld hiervan zijn betrokken afdelingen bij het behandelen van een bepaalde patiëntengroep. Met behulp van de systeembenadering kan naar de organisatie worden gekeken en kan deze worden geanalyseerd. Het wordt dus mogelijk om de samenhang binnen een systeem te verklaren (Vissers en De Vries 2005). Binnen de systeembenadering wordt een onderscheid gemaakt tussen de gesloten en open systeembenadering. Bij een gesloten systeembenadering besteedt de organisatie weinig aandacht aan de externe omgeving. Bij de open systeembenadering is de context waarin de organisatie zich beweegt ook van belang (Vloeberghs in Camp 2002). Een ziekenhuis ontleent zijn legitimiteit voor een substantieel deel aan de omgeving (Krogt en Van der Vroom 1995). Het ziekenhuis is in het geval van de externe prestatie-indicatoren op te vatten als een open systeem. Partijen in de omgeving van het ziekenhuis roepen de organisatie op zich te verantwoorden. Wanneer geen gehoor aan deze roep wordt gegeven, zal het ziekenhuis legitimiteit verliezen en kan dit daarnaast gevolgen hebben voor het ziekenhuis in het systeem van gefaseerd toezicht van de IGZ.

Als een ziekenhuis wordt opgevat als een systeem is een verder onderscheid in subsystemen mogelijk (Hardjono en Bakker 2006). De te onderscheiden subsystemen zijn het macrosysteem en het microsysteem. Hieronder worden deze niveaus kort toegelicht. In het conceptueel model worden deze niveaus ook onderscheiden.

2.4.1 Macrosysteem

Het macrosysteem omvat de gehele organisatie waarin zorg aan de patiënt wordt geleverd. Dit systeemniveau is te vergelijken met het strategische besturingsniveau. Op dit niveau gaat het met name om de middellange (1 jaar) en lange termijnplanning (3 tot 5 jaar) en worden de organisatorische doelstellingen opgesteld. *“Kenmerkend aan strategische doelstellingen is dat ze de koers aangeven en daardoor vragen om vertaald te worden in substappen of –doelen”* (Hardjono en Bakker 2006). De doelstellingen op dit systeemniveau worden dus op de andere systeemniveaus in de organisatie verder vertaald. Om deze reden is er in het conceptueel model tussen de verschillende systeemniveaus een pijl naar beneden aanwezig. Een strategisch plan kan namelijk pas succes hebben als de doelen op elk niveau in de organisatie gelijk zijn (Kosnik en Espinosa 2003). De pijl omhoog komt voort uit het feit dat de strategie van de organisatie ook gevoed wordt vanuit

microniveau, aangezien hier het direct contact met de patiënt is. Het microsysteem moet de “agent for change” ofwel de trigger voor verandering zijn op macroniveau (Kosnik en Espinosa 2003).

2.4.2 Microsysteem

Microsystemen worden wel omschreven als de essentiële bouwstenen van het zorgsysteem en zijn te vergelijken met het operationele besturingsniveau. Binnen het microsysteem vindt de ontmoeting tussen patiënt en zorgverlener plaats (Nelsen et al. 2002). Op dit niveau gaat het om de individuele zorgprofessionals en hun samenwerking tot het leveren van zorg aan de patiënt. Dit niveau bevindt zich in het primaire proces. Bij het denken in microsystemen worden verschillende aannames gedaan (Kosnik en Espinosa 2003):

1. Grotere systemen (macrosystemen) bestaan uit meerdere kleinere systemen
2. Deze kleinere systemen (microsystemen) zijn direct betrokken bij de kwaliteit, veiligheid en kosten van zorg die geleverd worden
3. De uitkomsten van het macrosysteem kunnen nooit beter zijn dan de uitkomsten van de microsystemen waaruit deze bestaat
4. De loyaliteit van de meeste mensen werkzaam in het microsysteem is als eerste naar de patiënt en het microsysteem en zelden naar het grotere macrosysteem (Mohr et al. 2004).

Veiligheid van zorg vindt haar uitwerking op het microniveau. Op dit niveau moet de verandering werkelijk gebeuren wil de kwaliteit en veiligheid van zorg verbeteren (Mohr et al. 2004). Wanneer men op dit niveau de verandering niet doorvoert in de dagelijkse praktijk, en in het “eigen systeem” dan is er geen sprake van kwaliteitsverbetering.

2.5 Internaliseren

Internaliseren is een term die vaak in psychologische context wordt beschreven (Van der Aar 2008 en Van den Berg 2009). In het woordenboek staat de volgende definitie van internaliseren: “*het zich eigen maken van gedragswijzen, opvattingen en regels*” (Koenen en Drewes 1992). Door Kelman (1961 in Van der Aar 2008) wordt internaliseren omschreven als het opnemen van een nieuwe bron in het eigen waardesysteem. In beide gevallen wordt een “extern object” eigen gemaakt. Internaliseren in de context van prestatie-indicatoren kan worden opgevat als het geven van een eigen betekenis aan een indicator die door een externe partij wordt opgelegd. De IGZ beoogt met de basisset prestatie-indicatoren naast sturing op afstand een verbetering van kwaliteit in ziekenhuizen te realiseren. Het uitvragen van prestatie-indicatoren zorgt echter niet automatisch voor een verbetering van de kwaliteit van zorg (Jerak-Zuiderent en Bal forthcoming). Het enkel aanleveren van de gegevens voor de indicator is dus onvoldoende om te komen tot kwaliteitsverbetering. Bij het internaliseren van externe prestatie-indicatoren is het dus belangrijk dat men deze in het eigen waardesysteem opneemt als een mogelijkheid tot het verbeteren van kwaliteit. Roland Bal geeft aan dat: “*indicatoren niet “uit zichzelf” of “in essentie” intern of extern zijn, maar intern of extern moeten worden gemaakt. In dit kader heeft hij de termen internaliseren en externaliseren van prestatie-*

indicatoren geïntroduceerd (Van der Aar 2008). Een indicator zou volgens deze opvatting dus zowel voor kwaliteitsverbetering als voor verantwoording geschikt kunnen zijn.

In dit onderzoek wordt internaliseren opgevat als het proces dat in een ziekenhuis doorlopen wordt om een externe indicator intern te kunnen gebruiken ten behoeve van kwaliteitsverbetering. De indicator krijgt hiermee zowel een intern als een extern doel en sluit hiermee aan op de doelstelling van de IGZ bij de basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen om onder meer te komen tot kwaliteitsverbetering. Daarnaast sluit deze definitie aan bij de definitie van internaliseren van Roland Bal. Een indicator is pas geïnternaliseerd wanneer deze de kwaliteit (van zorg) op alle niveaus in de organisatie verbetert. Het begrip internaliseren bestaat hiermee uit twee belangrijke onderdelen: betekenisgeving en kwaliteitsverbetering. De indicator moet een bepaalde betekenis krijgen voordat deze kan leiden tot kwaliteitsverbetering en daardoor wordt geïnternaliseerd. In de volgende twee paragrafen worden deze begrippen verder uitgewerkt.

2.6 Kwaliteitsverbetering

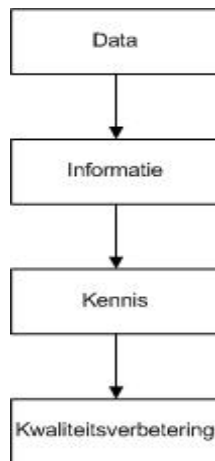
De IGZ beoogt zoals eerder gezegd met de uitvraag van prestatie-indicatoren een interne kwaliteitsverbetering bij ziekenhuizen te realiseren (Berg et al. 2005). Om de kwaliteit van zorg te verbeteren moet methodisch te werk worden gegaan. Men gebruikt hiervoor vaak de kwaliteitscyclus. Een veelgebruikte kwaliteitscyclus die de basis vormt voor andere kwaliteitscycli is de Plan, Do, Check, Act-cyclus (PDCA-cyclus). In de eerste fase (plan) wordt vastgesteld welke doelen men voor ogen heeft met de kwaliteitsverbetering. In de tweede fase (do) wordt datgene wat in de planfase is bepaald uitgevoerd. In de derde fase (check) wordt nagegaan of de uitvoering leidt tot wat in de planfase als doelstelling was gesteld. In de vierde fase (act) wordt op basis van de checkfase eventueel een aantal interventies gepleegd om zodoende de kwaliteit te verbeteren (Colsen 1995).

Een model gebaseerd op de PDCA-cyclus is de Plan, Do, Study, Act-Cyclus. Binnen de PDSA-cyclus wordt veel meer dan bij de PDCA-cyclus de nadruk gelegd op het continu meten en leren van de metingen (Schouten et al. 2007). Dit sluit goed aan bij het onderwerp prestatie-indicatoren: prestatie-indicatoren zijn immers een meetbaar element van de zorgverlening (Campbell et al. 2002). Walburg (2006) geeft aan dat de PDSA-cyclus vaak wordt gebruikt in kwaliteitsverbeteringprojecten om de oplossing te vinden. De cyclus wordt veelvuldig gebruikt door teams en sluit hiermee dus goed aan op het microniveau van de organisatie. Ook wordt de cyclus volgens Walburg (2006) gebruikt in accrediteringssystemen. Dit zorgt ervoor dat de PDSA-cyclus op elk niveau van de organisatie zijn toepassing kent.

In het conceptueel onderzoeksmodel is de PDSA-cyclus op macro- en microniveau opgenomen. Hiervoor is gekozen omdat de PDSA-cyclus in de gezondheidszorg zijn waarde heeft bewezen en alom bekend is. Daarnaast is het noodzakelijk voor een succesvolle kwaliteitsverbetering dat er zowel feedback als feedforward plaatsvindt (Harteloh 2003). De twee cycli zijn dan ook aan elkaar verbonden door middel van feedback (rapportage) en feedforward (kaders).

2.7 Betekenisgeving

Zoals reeds eerder beschreven heeft de IGZ met de basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen onder meer tot doel intern de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen te verbeteren. Om de externe indicator op te leveren, wordt intern data verzameld. Het enkel opleveren van data (in de vorm van prestatie-indicatoren) door het ziekenhuis zorgt nog niet voor kwaliteitsverbetering. De data moet worden geïnterpreteerd voordat deze bruikbare informatie wordt. Gebeurt dit niet dan blijft de data slechts een hoeveelheid gegevens omtrent een situatie. Nadat een betekenis aan de data is gegeven is de volgende stap dat de zorgprofessionals en managers toegang krijgen tot de informatie. De informatie moet worden geïnterpreteerd en in het eigen “kenniskader” geplaatst worden voordat dit kan leiden tot kwaliteitsverbetering (Vannieuwenhuysse 2003). Het bovenstaande proces wordt in het onderstaande figuur schematisch weergegeven.



Figuur 1: Sequentieel model van data naar informatie naar kennis naar kwaliteitsverbetering (Davenport en Prusak 1998)

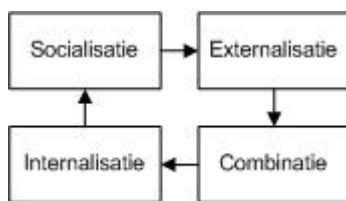
Kennis kan worden opgedeeld in impliciete en expliciete kennis. Met impliciete kennis wordt die kennis bedoeld die we niet tastbaar kunnen maken: “*we weten meer dan we kunnen vertellen*” (Brown en Duguid 2001). Impliciete kennis zit binnen in de mens. In de gezondheidszorg is veel impliciete kennis aanwezig (Currie et al. 2008). Expliciete kennis is tastbaar bijvoorbeeld in de vorm van een protocol of boek en door onderwijs kan deze kennis worden overgedragen (Walburg 2006). Expliciete kennis is de meer formele kennis in een organisatie. Het voordeel van expliciete kennis is dat ze snel kan worden doorgegeven aan anderen. Hierin schuilt echter ook meteen het nadeel aangezien deze kennis makkelijk gestolen of gekopieerd kan worden (Vannieuwenhuysse 2003).

Om het kennisniveau in een organisatie te verhogen, moet men een leerproces doorlopen. Bij een leerproces wordt bestaande impliciete en expliciete kennis verrijkt. “*Leren is eigenlijk de ontwikkeling van kennis*” (Walburg 2006). Nonaka en Takeuchi beschrijven (in Walburg 2006) vier leerprocessen:

1. Socialisatie: het proces waarin impliciete kennis wordt samengebracht, leren door imiteren.

2. Externalisatie: het proces waarin impliciete kennis expliciet wordt gemaakt, bijvoorbeeld door het maken van een protocol of document op basis van impliciete kennis.
3. Combinatie: het proces waarin expliciete kennis wordt samengebracht, bijvoorbeeld door studeren of door het herconfigureren van bestaande kennis.
4. Internalisatie: het proces waarin expliciete kennis impliciet wordt gemaakt, nieuwe impliciete kennis wordt hier gemaakt, vooral door “learning by doing”.

Deze vier leerprocessen vormen samen een cyclus. Wanneer bepaalde kennis is geïnternaliseerd kan men deze kennis delen door middel van socialisatie (figuur 2). Elke keer wanneer de cyclus wordt doorlopen wordt het kennisniveau in een organisatie op een hoger niveau gebracht (Vannieuwenhuysse 2003). De cyclus start volgens Nonaka altijd met socialisatie (Gourlay 2004). Nonaka et al. (2000) geven aan dat de kennisconversiecyclus het proces van kennis naar informatie weergeeft op zowel micro- als macroniveau. “Een individu (microniveau) beïnvloedt de organisatie en wordt beïnvloed door de organisatie (macroniveau)” (Chou en He 2004).



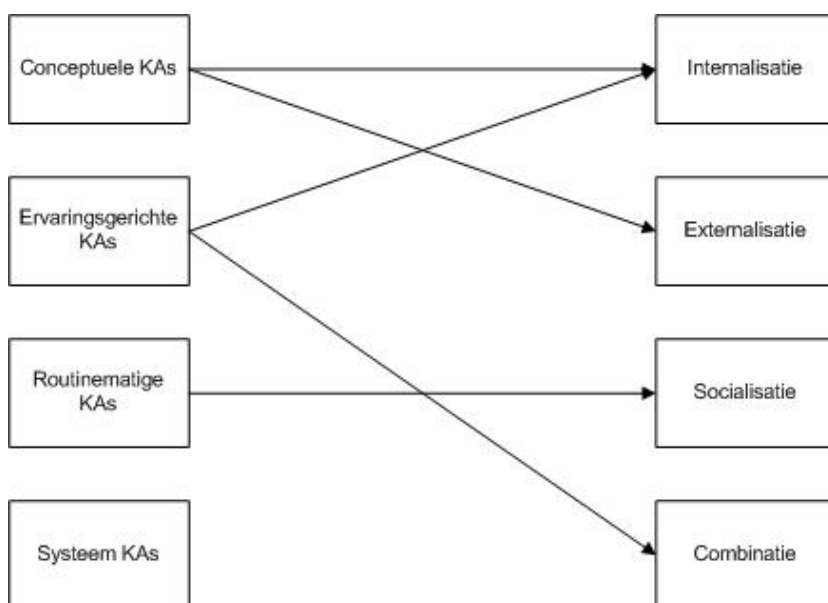
Figuur 2: Kennisconversiecyclus (Nonaka in Vannieuwenhuysse 2003)

De term internaliseren die hiervoor reeds is besproken, komt ook in het leerproces van Nonaka terug. Deze fase van het leerproces wordt bereikt wanneer de externe prestatie-indicator intern gebruikt wordt om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Van externaliseren spreekt men wanneer het ziekenhuis zijn presteren naar de buitenwereld toe verantwoordt op basis van de externe prestatie-indicatoren. “De prestatie-indicatoren zijn dan het vertaalinstrument van ervaringen en (werk)praktijken naar taal, woorden en getallen in de vorm van een verantwoordingsdocument” (Van den Berg 2009). Daarnaast vindt externalisatie plaats wanneer de indicatoren intern aanleiding zijn om bepaalde protocollen of werkafspraken te beschrijven. Dat externalisatie verschillende vormen in een organisatie kent is niet vreemd. Walburg (2006) geeft aan dat organisationeel leren plaatsvindt op verschillende niveaus. Leren kan plaatsvinden op het niveau van het individu, op het niveau van een team of groep en op het niveau van een organisatie. Wil een organisatie leren, dan moet het kennis creëren op elk van de genoemde niveaus. De kennisconversiecyclus van Nonaka zal daarom ook op elk organisatieniveau zijn eigen invulling hebben. Hierdoor is het mogelijk dat externalisatie verschillende betekenissen heeft op verschillende niveaus en dat elk organisatieniveau zich in een andere fase van de cyclus bevindt. Welke betekenis op de verschillende niveaus wordt gegeven aan de externe prestatie-indicator is af te leiden uit het leerproces waarin het niveau zich bevindt. Wanneer een indicator bijvoorbeeld enkel wordt gezien als “een vinkje in een dossier van een patiënt”, dan blijft het slechts bij expliciete kennis. De indicator krijgt niet een betekenis die mogelijk aanzet tot kwaliteitsverbetering.

In de kennisconversiecyclus die Nonaka et al. (2000) benoemen (ook wel als SECI aangeduid) is het nog niet duidelijk welke voorwaarden noodzakelijk zijn om de leerprocessen te doorlopen. Nonaka et al. (2000) geven aan dat elke fase van kennisconversie mogelijk is wanneer de organisatie specifieke kenmerken in zich heeft waarmee waarde kan worden gecreëerd. Zij zijn echter weinig specifiek over hoe organisaties kunnen worden ingericht om zo optimaal mogelijk kennis te genereren in elke SECI-fase (Chou en He 2004).

In de theorie die Nonaka et al. (2000) hebben opgesteld wordt het kenniscreatieproces mogelijk gemaakt door knowledge assets (KAs). KAs zijn hierbij: “*de input, outputs en moderators van het kenniscreatieproces*” (Nonaka et al. 2000). KAs ontstaan binnen organisaties en kunnen niet kant en klaar worden gekocht. Dit komt omdat kennis betrekking heeft op een bepaalde context en in een dynamisch proces tussen personen en organisaties tot stand komt. Er worden vier soorten KAs onderscheiden: conceptual (conceptuele), experiential (ervaringsgerichte), routine (routinematige) en systemic (systeem) KAs (Nonaka et al. 2000). Omdat de effectiviteit van kenniscreatie wordt beïnvloed door de context en de context wordt beïnvloed door KAs is het aannemelijk om te stellen dat verschillende KAs de verschillende fases van de kennisconversiecyclus zullen beïnvloeden (Chou en He 2004).

Shih-Wie Chou en Mong-Young He (2004) hebben in hun onderzoek de verschillende KAs uitgewerkt door middel van een literatuuronderzoek. Dit resulteerde in een vragenlijst (7-punts Likertschaal) die vervolgens door interviews met academische en industriële deskundigen op het gebied van kennismanagement verder is verbeterd. Met behulp van de vragenlijst is vervolgens een enquête uitgezet bij een groot scala aan verschillende bedrijven. Door middel van een statistische analyse van de resultaten is vervolgens vastgesteld welke KAs van invloed zijn op welke fase uit het SECI-model. In figuur 3 wordt weergegeven hoe de verschillende KAs de fases uit het SECI-model beïnvloeden.



Figuur 3: Relatie KAs en SECI (Chou en He 2004)

De hiervoor afgebeelde relaties tussen de verschillende KAs en de fases uit het SECI-model zullen hieronder verder worden toegelicht. Voor dit onderzoek is de vragenlijst zoals opgesteld door Chou en He (2004) gebruikt om te bepalen in hoeverre wordt voorzien in zaken die het socialiseren, externaliseren, combineren en internaliseren van indicatoren binnen de organisatie beïnvloeden. Hiervoor zijn de vragen die Chou en He (2004) hebben gebruikt aangepast zodat zij aansluiten bij het onderwerp van dit onderzoek namelijk: de externe prestatie-indicator pijn na operatie. Met behulp van de aangepaste vragenlijst wordt vastgesteld in hoeverre de verschillende KAs aanwezig zijn in het OLVG en zodoende kan worden bepaald in welke fases van het SECI-model is voorzien. De vragenlijst is in combinatie met de interviews een middel om te toetsen hoe wordt voorzien in de verschillende SECI-fases. Door het hanteren van de vragenlijst wordt niet alleen naar internaliseren gekeken maar ook naar het totale SECI-model. Hiervoor is gekozen omdat wanneer alleen wordt ingezoomd op internaliseren de totale cyclus uit het oog wordt verloren. Hierdoor zou de mate van internaliseren van de externe indicator niet in relatie kunnen worden gebracht met de andere fases van de kennisconversiecyclus waar internaliseren onderdeel van uitmaakt.

2.7.1 Routinematige KAs

Routinematige KAs bestaan uit impliciete kennis. Chou en He (2004) geven aan dat deze kennis vaak is opgeslagen in het dagelijks handelen van een bedrijf. Als voorbeeld noemen zij de organisatiecultuur en kennis over de dagelijkse praktijk. Om routinematige KAs te creëren moeten: *“handelingen herhaald worden uitgevoerd zodat bepaalde patronen van denken en handelen worden versterkt en gedeeld tussen leden van de organisatie”* (Nonaka et al. 2000).

Socialisatie vindt plaats wanneer gedeelde ervaringen ervoor zorgen dat nieuwe impliciete kennis wordt gecreëerd. *“Omdat impliciete kennis moeilijk te formaliseren is en vaak tijd- en locatiespecifiek is, kan deze vorm van kennis enkel worden verkregen door gedeelde ervaringen zoals tijd met elkaar doorbrengen of leven in dezelfde omgeving”* (Nonaka et al. 2000). Een ander persoon is dus nodig voor socialisatie, socialisatie kan niet in afzondering plaatsvinden (Walburg 2006). Uit het onderzoek van Chou en He (2004) blijkt dat routinematige KAs de meeste invloed hebben op socialisatie. Het delen en bespreken van werk met collega's en mensen in andere werkgroepen is belangrijk voor het creëren van routinematige KAs. Daarnaast moeten mensen worden gestimuleerd nieuwe kennis te zoeken. Tenslotte is het van belang dat werknemers zich realiseren dat kennis noodzakelijk is bij het uitvoeren van dagelijkse werkzaamheden.

2.7.2 Conceptuele KAs

Conceptuele KAs bestaan uit tastbare kennis die makkelijk te communiceren is. Deze vorm van expliciete kennis wordt bijvoorbeeld zichtbaar gemaakt in de vorm van afbeeldingen, symbolen, logo's en rapporten (Chou en He 2004). Conceptuele KAs zijn volgens Chou en He (2004) vaak bepalend in hoe klanten en werknemers een bedrijf ervaren.

“Bij externalisatie wordt van impliciete kennis expliciete kennis gemaakt. De impliciete kennis wordt dus tastbaar waardoor deze gedeeld kan worden met anderen” (Nonaka et al. 2000). Door Nonaka et

al. (2000) wordt als voorbeeld de kwaliteitscyclus genoemd. Door deze cyclus kunnen werknemers hun praktijk verbeteren door de impliciete kennis die zijzelf hebben verzameld op de werkvloer. Zij kunnen het proces gaan aanpassen op basis van deze kennis, de kennis wordt hiermee tastbaar. Een succesvolle conversie van impliciete kennis naar expliciete kennis (externalisatie) hangt af van de mate waarin gebruik wordt gemaakt van metaforen, analogieën en modellen (Becerra-Fernandez en Sabherwal 2001). *“Door externalisatie maakt een individu of organisatie de kennis beter begrijpbaar voor anderen in een groep of branche”* (Chou en He 2004).

In hun onderzoek hebben Chou en He (2004) aangetoond dat er een relatie bestaat tussen conceptuele KAs en externalisatie. Conceptuele KAs hebben een effect op externalisatie. Om conceptuele KAs te creëren moeten werknemers worden aangemoedigd te communiceren met andere ondernemingen en de klant. Op deze manier kunnen zij kennis uitwisselen en via elkaar nieuwe kennis opdoen. Werknemers moeten daarnaast worden aangemoedigd te innoveren en verouderde kennis te vervangen.

Uit het onderzoek van Chou en He (2004) blijkt daarnaast dat conceptuele KAs invloed hebben op internaliseren. Internaliseren wordt omschreven als het proces waarin expliciete kennis wordt omgezet in impliciete kennis. Mensen binnen een organisatie krijgen de mogelijkheid om de expliciete kennis op te nemen in hun eigen waardesysteem en zodoende de kennis impliciet te maken. Door Nonaka et al. (2000) wordt als voorbeeld een trainingsprogramma voor nieuwe werknemers genoemd. Wanneer werknemers dit trainingsprogramma doorlopen, leren zij de organisatie beter kennen door bijvoorbeeld documenten te lezen over hun werk. Later kunnen ze deze kennis toepassen of terugzien in de praktijk, wat zorgt voor nieuwe impliciete kennis. Internalisatie is volgens Nonaka et al. (2000) ook het startpunt van een volgende kennisconversiecyclus. Wanneer de impliciete kennis uit de internalisatiefase wordt gedeeld met anderen is er weer sprake van socialisatie en de start van een nieuwe kennisconversiecyclus. Chou en He (2004) verklaren het effect van conceptuele KAs op internaliseren doordat conceptuele KAs mechanismen als innovatie en leren faciliteren waardoor internaliseren kan plaatsvinden. Daarnaast bestaan conceptuele KAs uit expliciete kennis. Deze kennis is gemakkelijk te communiceren en is benodigd voor internaliseren omdat hierbij expliciete kennis wordt omgezet in impliciete kennis. In figuur 3 is ook een lijn aangegeven tussen de ervaringsgerichte KAs en internalisatie. Internalisatie wordt namelijk ook beïnvloed door de ervaringsgerichte KAs. In de volgende paragraaf wordt hier verder op ingegaan.

2.7.3 Ervaringsgerichte KAs

“Ervaringsgerichte KAs bestaan uit impliciete kennis die is verkregen door gedeelde ervaringen uit de praktijk tussen werknemers” (Chou en He 2004). Het gaat bij deze knowledge asset dus om gezamenlijke ervaringen van werknemers die zij kunnen omzetten in impliciete kennis voor het bedrijf. Door Chou en He (2004) worden vier soorten ervaringsgerichte KAs onderscheiden:

1. Emotionele kennis, bijvoorbeeld zorg, liefde en vertrouwen
2. Fysieke kennis, bijvoorbeeld gezichtsuitdrukkingen
3. Energieke kennis, bijvoorbeeld enthousiasme of spanning

4. Ritmische kennis, bijvoorbeeld improviseren of het overtuigen van mensen.

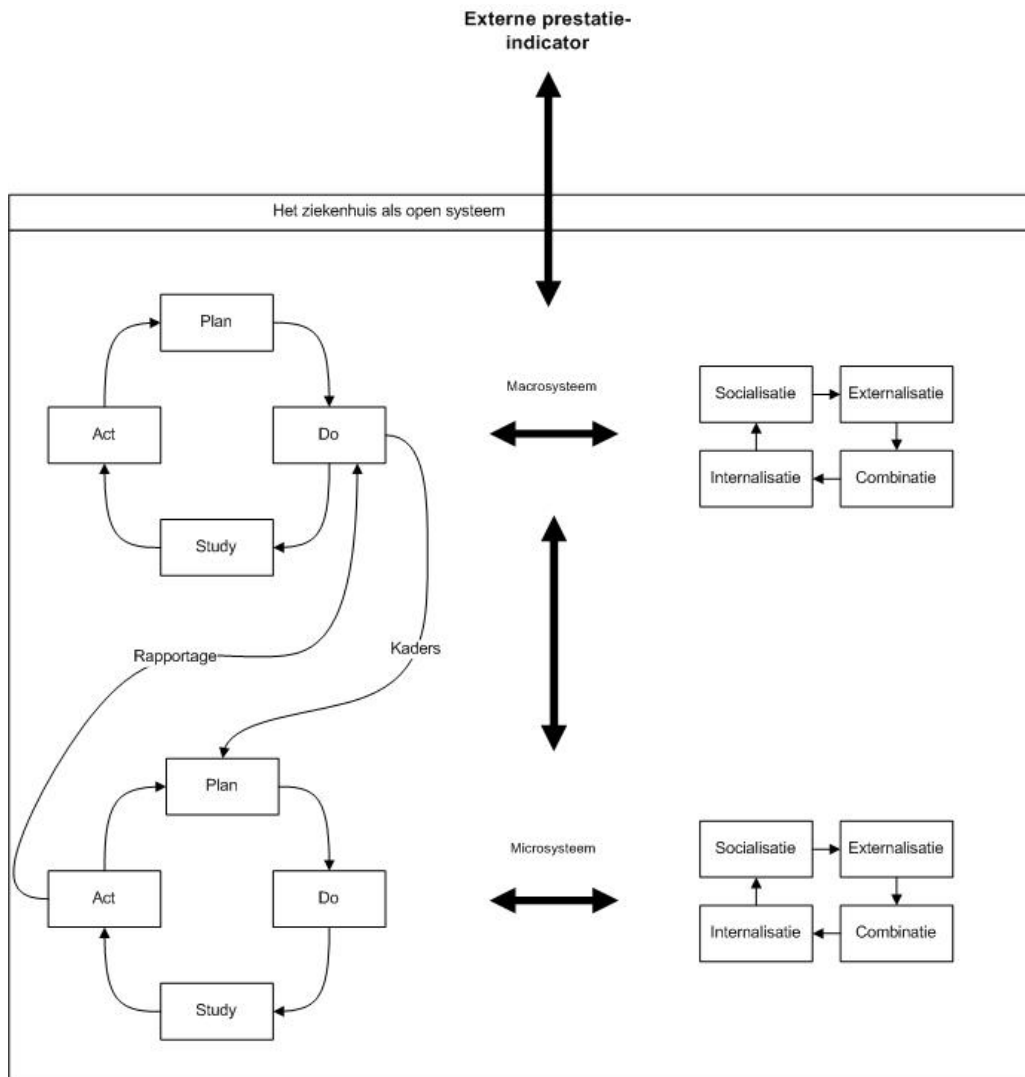
Het grote voordeel voor bedrijven is dat impliciete kennis moeilijk over te dragen of te imiteren is. Hierdoor kunnen anderen bedrijven deze kennis niet makkelijk verkrijgen en kan een bedrijf een concurrentievoordeel behalen door het bezit van deze kennis (Chou en He 2004).

Bij combinatie wordt expliciete kennis samengebracht: er ontstaat meer expliciete kennis (Walburg 2006). Door Nonaka et al. (2000) wordt aangegeven dat het samenbrengen van informatie zowel binnen als buiten de organisatie kan plaatsvinden. Uit combinatie ontstaat nieuwe kennis die binnen en tussen de organisaties kan worden verspreid. Hiervoor kunnen bijvoorbeeld computernetwerken worden gebruikt.

Uit het onderzoek van Chou en He (2004) blijkt dat ervaringsgerichte KAs de meeste invloed hebben op combinatie. Zij concluderen dat ervaringsgerichte KAs de best passende omgeving bieden om kennis uit te wisselen. Daarnaast hebben ervaringsgerichte KAs ook een significante invloed op internalisatie. Doordat combinatie de voorliggende stap in de SECI-cyclus is, bevat deze al voor een (klein) deel impliciete kennis die meegaat naar de internalisatiefase. Chou en He (2004) geven ook aan dat ervaringsgerichte KAs niet alleen uit impliciete kennis bestaan maar dat zij ook het vermogen van een individu om kennis om te zetten beïnvloeden (van expliciete naar impliciete kennis). *“Ervaringsgerichte KAs zorgen niet voor een snelle fysieke toegang tot kennis maar zij zorgen wel voor een context die een positieve uitwerking heeft op kennisconversie”* (Chou en He 2004). Ervaringsgerichte KAs ondersteunen dus een omgeving waarin kennis kan worden omgezet. Omdat het bij internaliseren gaat om de conversie van expliciete naar impliciete kennis is het logisch dat ervaringsgerichte KAs van significante invloed zijn op internalisatie. Zij zijn met name van invloed op het impliciete deel van de kennisconversie, terwijl de conceptuele KAs meer van invloed zijn op het expliciete deel van de kennis(conversie) bij internaliseren.

2.8 Conceptueel onderzoeksmodel

In de vorige paragrafen is een aantal theoretische concepten beschreven die het startpunt van het onderzoek vormen. Op basis van deze beschrijvingen is het conceptuele model (figuur 4) samengesteld. Dit model integreert de concepten externe prestatie-indicator, macrosysteem en microsysteem. Binnen het macro- en microsysteem worden internalisering, betekenisgeving en kwaliteitsverbetering getoetst.



Figuur 4: Conceptueel onderzoeksmodel

De systeembenadering geeft aan dat een ziekenhuis kan worden gezien als een systeem. De indicator benadert de organisatie van buiten het systeem. Wanneer men slechts voldoet aan het aanleveren van de indicator levert dit geen kwaliteitsverbetering op. De indicator wordt niet eigen gemaakt door de organisatie en wordt dus niet geïnternaliseerd. Binnen de systeembenadering zijn een macrosysteem en een microsysteem te onderscheiden. Wanneer men intern invulling gaat geven aan de indicator dan zal op beide niveaus een kwaliteitscyclus ontstaan. Deze cycli zijn door middel van feedback en feedforward aan elkaar gekoppeld. Daarnaast zal er op elk niveau een betekenis aan de verandering en aan de externe prestatie-indicator worden gegeven. Deze betekenis zal bepalen of een indicator internaliseert en of de uitkomsten van de indicator aanleiding geven tot het verbeteren van zorg en het creëren van nieuwe impliciete kennis bij de professional. Om de betekenisgeving te onderzoeken is de kennisconversiecyclus van Nonaka in het model opgenomen op macro- en op microniveau. Hiermee wordt internaliseren in de context van de totale SECI-cyclus onderzocht en kan de mate van internaliseren in relatie tot de andere fases van de kennisconversiecyclus worden gezien. In dit onderzoek wordt ingezoomd op de IGZ indicator pijn na operatie. Het conceptueel

onderzoeksmodel wordt toegepast op deze indicator en dit hoofdstuk wordt daarom afgesloten met een korte toelichting op deze indicator.

2.9 IGZ indicator pijn na operatie

Pijn wordt door elk persoon anders ervaren en is niet objectief vast te stellen (Van den Berg et al. 2009). Pijn is een ongewenst bijproduct van een operatie en belemmert een spoedig herstel van de patiënt (IGZ 2008a). Sinds de start van de basisset prestatie-indicatoren stelt de IGZ vragen over de behandeling van pijn na een operatie (Van den Berg et al. 2009). De vragen rondom dit thema zijn in de loop der jaren veranderd, onder meer doordat sommige vragen op een bepaald moment niet relevant meer bleken. Dit is bijvoorbeeld gebeurd met de vraag of ziekenhuizen een ziekenhuisbreed protocol voor postoperatieve pijn hadden. Na een aantal jaren uitvraag bleek deze vraag door 100% van de ziekenhuis met ja te worden beantwoord, waarna de vraag is komen te vervallen omdat het doel van de vraag (elk ziekenhuis een pijnprotocol) was bereikt (Van den Berg et al. 2009). In de basisset 2009 (zie bijlage 1) vraagt de IGZ de volgende prestatie-indicatoren uit:

1. Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen op de verkoever
2. Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen op de verpleegafdeling
3. Percentage patiënten met een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na operatie.

Om de pijnbeleving bij een patiënt te meten kan de Visual Analogue Scale (VAS), Numerical Rating Scale (NRS) of Verbal Rating Scale (VRS) worden gebruikt (IGZ 2008a). De VAS-schaal bestaat uit een horizontale lijn van 10 centimeter. Deze lijn is genummerd van 0 tot 10. Patiënten kunnen door middel van een schuiflatje aangeven hoeveel pijn zij op dat moment ervaren. Hierbij staat 0 voor geen pijn en 10 voor de meest denkbare pijn (Maxima Medisch Centrum 2009). Bij de NRS-schaal scoren patiënten numeriek hun pijn. Een 0 wordt gescoord bij geen pijn, een 10 bij zeer ernstige pijn (Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie 2003). Bij de VRS-schaal tenslotte kan de patiënt zijn mate van pijn aangeven in de categorieën: geen pijn – milde pijn – matige pijn – ernstige pijn (Van den Berg 2009). Een score van minder dan 4 op deze schalen betekent acceptabele pijn, een score van 4 tot en met 7 betekent matige pijn en een score hoger dan 7 betekent ernstige pijn (IGZ 2008a).

3 Methoden van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd. Achtereenvolgend wordt ingegaan op het soort onderzoek, de onderzoekslocatie en de manieren waarop gegevens zijn verzameld. Vervolgens komt de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek aan bod.

3.1 Onderzoeksoort en locatie

Voor dit onderzoek is gekozen voor een kwalitatieve opzet. Bij een kwalitatief onderzoek worden vaak meerdere onderzoeksmethoden gebruikt en deze methoden worden toegepast op een onderwerp in zijn natuurlijke setting (Cresswell 2003). Als onderzoeksdesign is gekozen voor een casestudy. Deze keuze volgt uit de doelstelling van het onderzoek. Voor het beantwoorden van de hoofdvraag is het noodzakelijk om van verschillende bronnen gebruik te maken om een volledig beeld van de situatie te krijgen. Swanborn (2006) geeft aan dat dit één van de kenmerken van een casestudy is. Daarnaast richt het onderzoek zich op één onderzoekseenheid. *“Wanneer slechts één onderzoekseenheid in het onderzoek wordt opgenomen spreekt men van een casestudy”* (MOA Center for Marketing, Intelligence & Research 2008). Boeije (2008) geeft tenslotte aan dat bij een casestudy: *“een verschijnsel in zijn natuurlijke context wordt bestudeerd”*. Voor dit onderzoek is één case of onderzoekseenheid, het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG), geselecteerd. Het OLVG is het enige algemene, topklinische ziekenhuis in de Amsterdamse binnenstad en heeft een opnamecapaciteit van ongeveer 550 bedden (OLVG 2009c). Binnen deze case is verder ingezoomd op de unit Orthopedie van het OLVG. Dit is één van de grotere units binnen het OLVG met twee verpleegafdelingen (C7 en C8) met in totaal 40 orthopedische bedden (OLVG 2009b). Onderzocht is wat het internaliseren van de externe prestatie-indicator pijn na operatie betekent voor het OLVG.

3.2 Dataverzameling

Voor het onderzoek is gebruikgemaakt van een literatuurstudie, interviews, documentanalyse en een vragenlijst om gegevens te verzamelen voor het beantwoorden van de deelvragen. Voor deze verschillende methoden van dataverzameling is gekozen omdat hierdoor triangulatie plaatsvindt. Door triangulatie kunnen waarnemingen herhaald worden en kunnen andere elementen van hetzelfde verschijnsel gevonden worden (Boeije 2008), zie voor een verdere toelichting paragraaf 3.3 interne validiteit.

3.2.1 Literatuurstudie

Voor het schrijven van het theoretisch kader is gebruikgemaakt van een literatuuronderzoek. De literatuur is gevonden in de bibliotheek van de Erasmus Universiteit Rotterdam en door het doorzoeken van de volgende databanken: PubMed, ScienceDirect, PiCarta en Emerald. Daarnaast is gebruikgemaakt van Google Scholar (samen met een VPN-verbinding naar de Erasmus Universiteit) om snel meerdere databanken te doorzoeken. Tenslotte is het internet doorzocht met behulp van de zoekmachine Google. Gezocht is op de begrippen prestatie-indicatoren, kwaliteit, interne indicator, externe indicator, kwaliteitsindicator, internalisering, SECI, Nonaka, knowledge assets, PDCA-cyclus

en Deming. Deze zoektermen zijn daarnaast gecombineerd gebruikt in zowel het Nederlands als in het Engels.

3.2.2 Documentanalyse

Op elk organisatieniveau is gezocht naar documenten die betrekking hebben op (externe) prestatie-indicatoren, pijn na operatie en kwaliteitsverbetering. De bestaande (beleids)documenten in het OLVG zijn geanalyseerd op deze onderwerpen. De volgende documenten zijn bestudeerd: jaarverslag 2008, kwaliteitsdocumenten en de IGZ indicatorenregistratie in het OLVG. De documentanalyse had tot doel een eerste beeld te vormen rondom de externe prestatie-indicatoren en internaliseren in het OLVG. Daarnaast is de documentanalyse gebruikt bij het beantwoorden van deelvraag 2 en 3. Documentatie geeft gegevens weer waar veel zorg aan is besteed (Cresswell 2003). Een documentanalyse was daarom een goed startpunt voor het onderzoek en heeft daarnaast input gegeven aan de interviews doordat de onderzoeker beter inzicht had gekregen in de organisatie. Hierdoor kon dieper worden doorgevraagd op antwoorden van geïnterviewden tijdens de interviews.

3.2.3 Interviews

Een interview is een bruikbare vorm van dataverzameling wanneer het gaat om “*kennis, houdingen, attitudes of opinies*” (Baarde en De Goede 2001). In het theoretisch kader wordt ingegaan op de IGZ en haar externe prestatie-indicatoren. Om dit stuk te actualiseren en te verifiëren is Lya de Ouden, Hoofd Unit Analyse gelaagd toezicht van de IGZ geïnterviewd. Voorafgaand aan het interview was een korte topiclijst opgesteld. Alle onderwerpen hierop zijn tijdens het interview aan bod gekomen. Na dit interview is het theoretisch kader verbeterd en afgeschreven.

Binnen het OLVG is met behulp van de interviews dieper ingegaan op het internaliseren van de externe prestatie-indicator pijn na operatie. Voor een zo volledig mogelijk beeld zijn respondenten geselecteerd op verschillende niveaus in de organisatie. Deze selectiemethode kan worden gekenmerkt als een doelgerichte steekproef. Bij dit type steekproef worden respondenten geselecteerd op bepaalde kenmerken (Van der Zee 2004). De geïnterviewde personen zijn werkzaam in het primaire proces, de (medische) staf en het management. Door deze veelzijdige groep respondenten is informatie verzameld vanuit verschillende perspectieven. Hieronder is weergegeven welke personen zijn geïnterviewd in dit onderzoek.

Op macroniveau zijn de volgende personen geïnterviewd:

- Lid Raad van Bestuur
- Kwaliteitsadviseur
- Stafmedewerker kwaliteit
- Unitvoorzitter
- Bedrijfsleider

Op microniveau zijn de volgende personen geïnterviewd:

- Medisch specialist
- 2 afdelingsleiders (verpleegafdeling C7 en C8)
- Senior verpleegkundige
- Verpleegkundige

De interviews zijn semigestructureerd verlopen door middel van een topiclijst (zie bijlage 2). Deze topiclijst is opgesteld op basis van de deelvragen, de literatuurstudie en het daaruit afgeleide conceptueel model. De topiclijst was een middel om de praktijk aan de theorie te toetsen. Doordat de interviews semigestructureerd van opzet waren, heeft de onderzoeker daarnaast de mogelijkheid gehad bevindingen uit de documentanalyse aan de respondenten voor te leggen en te verifiëren.

De interviews zijn opgenomen en volledig uitgeschreven voor nauwkeurigheid. De uitgetypte interviews zijn daarna volledig gecodeerd en op basis van deze codering is het resultatenhoofdstuk gestructureerd. Bij onduidelijkheden heeft een terugkoppeling plaatsgevonden naar de geïnterviewde voor een verificatie van het gegeven antwoord en de eventuele interpretatie hiervan.

Na het afnemen van de hierboven genoemde interviews heeft nog één extra interview plaatsgevonden met een afdelingsleider die betrokken was bij het opstellen en implementeren van het pijnprotocol. Tijdens dit interview, dat semigestructureerd is verlopen, is nog een aantal zaken gecontroleerd met betrekking tot de ontwikkeling en implementatie van het pijnprotocol en het meten van VAS-score bij postoperatieve patiënten.

3.2.4 Vragenlijst

Zoals reeds in paragraaf 2.7 van het theoretisch kader beschreven, is de vragenlijst zoals opgesteld door Chou en He (2004) gebruikt als basis voor de vragenlijst bij dit onderzoek. Op basis van de reeds gevonden thema's in de literatuur en de relevantie van de verschillende vragen met het onderwerp externe prestatie-indicatoren zijn voor elke Knowledge Asset (KA) vijf vragen uit de vragenlijst van Chou en He geselecteerd. Deze vragen zijn vervolgens in sommige gevallen enigszins aangepast zodat zij beter aansluiten bij het thema prestatie-indicatoren en de indicator pijn na operatie in het bijzonder. Door deze werkwijze is de vragenlijst in dit onderzoek niet gevalideerd. Hierdoor is de statistische waarde van de vragenlijst gering. Daarnaast is het aantal respondenten (N=10) klein, wat de betrouwbaarheid en de generaliseerbaarheid van de uitkomsten negatief beïnvloedt. Dit onderzoek heeft echter een kwalitatief karakter en de vragenlijst wordt onderbouwd door deze in het interview te behandelen. Door de vragenlijst in het interview op te nemen, tijdens de interviews te vragen naar de score en elke vraag te bespreken is een beeld verkregen van hoe aan elke KA invulling wordt gegeven. Daarnaast heeft op deze manier een verdere verkenning van het begrip internaliseren plaatsgevonden.

De vragenlijst is tijdens het tweede deel van het interview behandeld. Sommige respondenten hadden de vragenlijst voorafgaand aan het interview ingevuld, anderen vulden de vragenlijst in tijdens het interview. In bijna elk interview werd door de geïnterviewde om een toelichting gevraagd bij bepaalde

vragen. Deze is gegeven en hiermee is getracht om alle vragen door de verschillende respondenten hetzelfde te laten interpreteren. De vragenlijst zoals uiteindelijk voorgelegd aan de respondenten is opgenomen in bijlage 3.

3.3 Interne validiteit

Bij interne validiteit gaat het om oorzaak-gevolgconclusies en dus of op basis van de gedane waarnemingen en beschikbare gegevens goede conclusies worden getrokken (Swanborn 2006). Om de interne validiteit te verhogen, kan men gebruikmaken van triangulatie. Bij triangulatie wordt er onderzocht en gemeten vanuit verschillende invalshoeken (Boeije 2008). Tijdens dit onderzoek is gebruikgemaakt van bronnentriangulatie: de literatuurstudie wordt gecombineerd met documentanalyses, interviews en een vragenlijst. Ook vindt methodentriangulatie plaats doordat verschillende methoden van onderzoek met elkaar worden gecombineerd: literatuurstudie, documentanalyse, interviews en een vragenlijst. Tenslotte vindt onderzoekerstriangulatie plaats in de vorm van “peer debriefing”. Tijdens het onderzoek zijn de resultaten van het onderzoek en de voortgang regelmatig teruggekoppeld aan de scriptiebegeleider en aan de scriptiegroep. Deze personen hebben tijdens het onderzoek kritisch naar het verloop en de resultaten van het onderzoek gekeken, wat een positief effect op de interne validiteit heeft gehad.

De interviews zijn teruggekoppeld aan de respondenten, wat de interne validiteit verhoogt (Yin 2003). Tenslotte is de onderzoeksopzet strak gevolgd en is elke afwijking beschreven.

3.4 Externe validiteit

Met externe validiteit wordt bedoeld in hoeverre de onderzoeksresultaten niet alleen gelden voor de onderzochte groep maar ook voor een grotere populatie (Swanborn 2006). Dit onderzoek heeft niet tot doel generaliseerbaar te zijn. Het betreft een casestudy binnen één ziekenhuis. De resultaten van het onderzoek zijn dan ook in de eerste plaats enkel op de case van toepassing. Wel wordt de externe validiteit verhoogd door cyclisch te werken.

3.5 Betrouwbaarheid

Wanneer er sprake is van een betrouwbaar onderzoek zal een andere onderzoeker die het onderzoek herhaalt tot dezelfde resultaten komen. Om de betrouwbaarheid te verhogen, is gebruikgemaakt van methodentriangulatie. Bij methodentriangulatie wordt gebruikgemaakt van verschillende methoden om gegevens te verzamelen (Bergsma 2003). Voor deze studie zijn gegevens ontsloten op basis van een literatuurstudie, documentanalyse, interviews en een vragenlijst.

Alle interviews zijn opgenomen en compleet uitgeschreven, dit komt de betrouwbaarheid ten goede. De onderzoeker is zelf werkzaam in het OLVG. Tijdens de interviews kan gevoelige informatie naar boven zijn gekomen. De onderzoeker heeft deze gegevens dan discreet behandeld en de resultaten van de interviews geanonimiseerd. Hiermee is getracht sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen en zo de betrouwbaarheid van de onderzoeksdata te waarborgen.

Alle gevonden gegevens zijn bewaard zodat het onderzoek controleerbaar is (audit trail). Dit verhoogt de kans op reproduceerbaarheid van het onderzoek. Deze gegevens zijn in eerste instantie echter alleen toegankelijk voor de onderzoeker.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk volgt een antwoord op de verschillende deelvragen van dit onderzoek. Gestart wordt met een beschrijving van het primaire proces rondom de indicator pijn na operatie bij de verpleegafdeling Orthopedie. Vervolgens wordt beschreven hoe gegevens worden verzameld voor de externe prestatie-indicator pijn na operatie en in welke managementinformatie in het OLVG wordt voorzien rondom de VAS-scoremetingen. De laatste paragraaf gaat in op de betekenis die de indicator pijn na operatie krijgt op macro- en microniveau in de organisatie.

4.1 Primaire zorgproces rondom pijn

Het OLVG heeft in 1999 een multidisciplinair protocol “Postoperatieve pijn” ontwikkeld. Vanaf 2002 kent het OLVG daarnaast een Polikliniek Pre-operatief Onderzoek (PPO). In november 2009 is het huidige pijnprotocol in werking getreden. Dit protocol is vooral bedoeld om: *“de zorgverlener gedefinieerde ruimte te geven in de behandeling van postoperatieve pijn”* (Verry en Smit-Zwezereijen 2009). Het OLVG gaf door middel van het protocol “Postoperatieve pijn” invulling aan het thema pijn voordat de IGZ dit onderwerp in 2003 (Van den Berg et al. 2009) opnam in de basisset prestatie-indicatoren. De VAS-score maakt sinds 2008 onderdeel uit van het pijnbeleid in het OLVG. Vanaf juni 2008 registreren alle verpleegafdelingen met operatieve patiënten de VAS-score tot 72 uur na operatie (10 meetmomenten). Voor die tijd werd op bepaalde afdelingen met de VAS-score gewerkt, echter vanaf juni 2008 wordt dit door elk snijdend specialisme gedaan. Het pijnbeleid wordt door de unit Anesthesie ontwikkeld. Uit de interviews blijkt dat de aankondiging van een IGZ indicator waarin de VAS-scoreregistratie zou worden gevraagd, heeft geleid tot het vormen van een werkgroep en uiteindelijk tot een update van het pijnprotocol met daarin opgenomen de gestructureerde pijnmeting.

Pijn wordt in het OLVG gezien als een onderwerp dat multidisciplinair moet worden aangepakt (Verry en Smit-Zwezereijen 2009). De patiënt krijgt op verschillende momenten voor en na operatie te maken met het pijnbeleid in het OLVG. Voor een operatie heeft elke patiënt een afspraak op de PPO. De patiënt heeft op de PPO een gesprek met een verpleegkundige die o.a. de bloeddruk meet en een vragenlijst ter voorbereiding op de anesthesie doorneemt. Vervolgens heeft de patiënt een afspraak met een Anesthesioloog of met een Physician Assistant. Deze onderzoekt hart en longen en geeft de patiënt daarnaast uitleg over de (voorbereiding op de) operatie en de pijnbestrijding na operatie. Tevens krijgt de patiënt op de PPO een folder mee met daarin nogmaals allerlei informatie over anesthesie en pijnbestrijding. In deze folder wordt bijvoorbeeld uitgelegd dat de verpleegkundige pijnmetingen bij de patiënt zal uitvoeren door middel van een “pijnmeetlatje” (OLVG 2009a).

Wanneer een patiënt geopereerd is, is de anesthesioloog de eerste 24 uur verantwoordelijk voor de pijnbestrijding van de patiënt. Het protocol schrijft voor dat er tenminste 1 keer een VAS-score gemeten moet worden op de verkoever (uitslaapkamer) na een operatie (Verry en Smit-Zwezereijen 2009). Aan deze eis wordt in de meeste gevallen voldaan gezien het percentage van 99,76% op de

IGZ indicator “bij hoeveel procent van de klinische operatiepatiënten heeft een gestandaardiseerde pijnmeting op de verkoever plaatsgevonden” in verslagjaar 2009 (Ziekenhuizentransparant 2010).

Na een verblijf op de verkoever wordt de patiënt overgeplaatst naar de verpleegafdeling. Het proces wordt vanaf hier verder beschreven aan de hand van het opnameproces van de verpleegafdeling van de unit Orthopedie. Wanneer de patiënt wordt overgedragen aan de verpleegafdeling vindt er ook een schriftelijke overdracht van de opdracht voor pijnmedicatie plaats. Dit advies wordt door de arts op de verpleegafdeling gebruikt bij het voorschrijven van de medicatieopdracht voor de patiënt. De verpleegkundige dient vervolgens deze medicatie toe volgens de medicatieopdracht. Daarnaast is de verpleegkundige verantwoordelijk voor het drie keer per dag meten van de pijn bij de patiënt met behulp van de VAS-score. Dit gebeurt door een pijnmeetlatje (zie bijlage 4, figuur 10 en 11) aan de patiënt te geven waarop de patiënt door middel van smilets kan aangeven hoe dragelijk de pijn op dat moment is. Op de achterzijde van het meetlatje is vervolgens voor de verpleegkundige af te lezen welke VAS-score hiermee correspondeert. De score moet door de verpleegkundige in het (verpleegkundig)patiëntendossier worden genoteerd. In de praktijk blijkt echter vaak dat verpleegkundigen dit dossier niet bij zich hebben en de score op een los papiertje schrijven. De score wordt op een later moment dan overgenomen van dit papiertje in het verpleegkundigdossier.

Wanneer een patiënt een pijnscore hoger dan 4 heeft, kan de verpleegkundige op basis van een aantal stroomschema's uit het pijnprotocol zelf een aantal interventies doen. Wanneer de pijn dan niet vermindert, kan in overleg met de zaalarts tot het toedienen van andere pijnmedicatie worden overgegaan. Ook is er ondersteuning van de acute pijn service (APS), ook wel het pijnteam genoemd. Dit team komt 2 keer per dag langs (rond 09.30 en 14.00 uur) op de verpleegafdeling en kan tussentijds op een speciaal nummer worden bereikt voor advies.

4.1.1 Dataverzameling

Zoals eerder gezegd vult een verpleegkundige de VAS-score in op een blad in het verpleegkundigdossier. Hiermee is de VAS-score echter nog geen managementinformatie. Om van de individuele VAS-scores van de patiënten tot (geaggregeerde) managementinformatie te komen moet een aantal stappen worden doorlopen:

1. Verpleegkundige meet in de 72 uur na operatie 10 keer de pijnscore bij de patiënt.
2. Verpleegkundige noteert de score in verpleegkundigdossier (soms eerst op los papier en dan in het verpleegkundigdossier).
3. Bij ontslag van de patiënt maakt verpleegkundige een kopie van het metingblad en legt dit in postvak van helpende van de afdeling.
4. De helpende vult de VAS-scores in op het SDE-formulier (Structural Data Entry) in X/Care (Ziekenhuis Informatie Systeem).
5. Automatisch worden de VAS-score data uit X/Care onttrokken; de operatie data worden uit het operatie informatiesysteem onttrokken (OPL) en opgeslagen in het datawarehouse (Stenvers 2009).

6. Via query's in het datawarehouse worden rapporten in Business Objects gevuld met managementinformatie rondom het thema pijn na operatie.

Doordat het proces om te komen tot managementinformatie vanuit individuele VAS-scores uit zoveel stappen bestaat, beïnvloedt dit de kwaliteit van deze informatie. Uit onderzoek van Maarten Stenvers (2009) naar de kwaliteit van data achter verschillende indicatoren in het OLVG blijkt dat er tijdens deze stappen veel informatie verloren gaat. Zo bleek dat van de 364 ingevulde en onderzochte meetformulieren uit het verpleegkundigdossier slechts 238 (65%) in het SDE-formulier te zijn ingevuld. Vervolgens blijkt dat bij het overnemen van de gegevens ook veel fouten worden gemaakt: 21% van de onderzochte data die in X/Care zijn ingevoerd bevat tenminste 1 fout.

In de interviews tijdens dit onderzoek wordt de grote hoeveelheid stappen in het registratieproces regelmatig genoemd:

“Het grote knelpunt is dat het 3 keer moet worden overgenomen, dat is het knelpunt.”

“Een knelpunt wat wij intern nog wel hebben is de registratie. Je zou het eigenlijk willen registreren aan de bron en eenmalig. En nu wordt het overgeschreven op een formulier, later gaat dat formulier weer in het verpleegkundig dossier, en dat moet weer in het SDE-formulier komen. Dus er gaan nu veel metingen verloren in het overschrijven. (...) Er zitten te veel stappen in voordat de gegevens in het systeem komen.”

Op de afdeling C7 is in juni 2009 besloten om voor het invoeren van de SDE-formulieren een helpende aan te nemen. Door de unit wordt aangegeven dat de registratie hierdoor is verbeterd. Dit wordt ondersteund door de hoeveelheid ingevoerde gegevens in het datawarehouse. Het aantal ingevoerde pijnmetingen is gestegen van 67% in mei 2009 tot 79% in februari 2010 voor de unit Orthopedie (afdeling C7 + C8).

Door de geïnterviewden werd aangegeven dat een percentage geregistreerde pijnmetingen tussen de 80% en 95% in hun ogen reëel is. Hierbij valt op dat het percentage stijgt met het abstractieniveau van de functie van de geïnterviewde. De score van 80% wordt reëel geacht door functies aan het bed terwijl op macroniveau een score van 90% tot 95% als reëel wordt gezien op deze indicator.

4.1.2 Managementinformatie

Binnen het OLVG is een drietal managementrapporten ontwikkeld rondom de VAS-scores. Deze rapporten worden in Business Objects aangeboden. Business Objects (BO) is een applicatie waarmee in het datawarehouse zoekopdrachten kunnen worden uitgevoerd. Een datawarehouse is: *“een verzamelplaats waar gegevens uit operationele bedrijfssystemen op een eenvoudige wijze bij elkaar zijn gebracht voor het uitvoeren van analyses en selecties en het genereren van managementinformatie”* (crm begrippen 2009). De rapporten in BO geven per specialisme of afdeling inzicht in het percentage geregistreerde VAS-scores bij klinische patiënten, de waardes van de

geregistreerde VAS-scores en het derde rapport laat zien hoe snel (na hoeveel meetmomenten) een pijninterventie aanslaat na een geregistreerde pijnscore hoger dan 4 en hoger dan 7.

De beschikbare managementrapporten zijn gericht op de individuele scores van de patiënt en de prestaties van de afdeling bij het meten en dragelijk maken van pijn. De rapportages worden ook met dit doel bekeken:

“Ik kijk dan met name naar de VAS-score en ik kijk dan natuurlijk ook naar hoe snel we qua tijdseenheden weer terug zijn op een score kleiner dan 4, daar kijk ik naar en ik kijk naar de registratie in totaal, dus bij hoeveel procent van de patiënten de metingen zijn uitgevoerd.”

Naast informatie over hoe een afdeling of specialisme presteert op het gebied van pijn bestaat er ook behoefte aan managementinformatie op het niveau van patiëntgroepen. Dit zijn alle patiënten die een zelfde soort operatie hebben ondergaan, in het geval van Orthopedie bijvoorbeeld alle patiënten met een heupprothese:

“Wij hebben bijvoorbeeld voor de heupen en de knieën echt het proces heel goed beschreven, daar hebben we klinische paden voor en dan is het natuurlijk heel leuk om ook indicatoren voor die pijn te stellen. Maar als ik niet weet welke cijfers bij de heup- en de knie-patiënten horen dan kan ik er ook niets mee. (...) Als je dan goed kijkt of er nog dingen zijn die er structureel uitspringen dan kun je hier samen met de artsen naar kijken en daar misschien iets aan veranderen. Maar als alle cijfers op 1 bulk worden gegooid en je alleen maar weet van bij 97% van onze patiënten registeren we keurig of doen we de registratie maar voor een deel of doen we deze onvolledig, ja ik vind het leuk om te zien hoor maar ja wat kan je daar dan mee?”

De huidige managementrapporten voorzien niet in informatie op het niveau van patiëntgroepen. Hierdoor kan er ook op dit niveau niet gestuurd of verbeterd worden door de betrokkenen. Verschillende geïnterviewden gaven aan niet te weten waarom de keuze is gemaakt voor de huidige managementrapporten.

Door middel van spiegelgesprekken met patiënten worden echter wel wat kwalitatieve gegevens in de vorm van ervaringen op het niveau van patiëntgroepen verzameld. Daarnaast gaf één van de geïnterviewden aan dat op basis van een aantal DIM-meldingen (Decentraal Incident Melden) naar een bepaald proces was gekeken omdat hier vaak veel pijn optrad bij patiënten. Op zo'n moment wordt er wel gekeken op aandoeningniveau naar het proces dat een patiënt doorloopt. De pijnscores konden hierbij echter niet automatisch worden ontsloten en moesten handmatig door de betrokkenen worden verzameld.

Tenslotte wordt aangegeven dat de managementinformatie in BO niet makkelijk toegankelijk is:

“Dan moet ik het eerst op mijn pc uitzoeken, dus dan zit ik een half uur te wachten, en dan kom ik er daarna nog achter dat ik een verkeerde keuze had gemaakt. Dus dat BO is nog helemaal niet zo een eenvoudig programma om daarmee te werken.”

Voor veel van de geïnterviewden blijkt het opzoeken van managementinformatie ingewikkeld doordat het programma en de rapporten niet gebruikersvriendelijk zijn. Door sommige gebruikers wordt voorgesteld om standaard gegevens via e-mail naar gebruikers te versturen:

“Je moet mensen gewoon standaard grafieken rondsturen met de ontwikkeling van de cijfers.”

De roep om betere managementinformatie is tijdens de interviews door de gehele organisatie waargenomen. Zowel op macroniveau als op microniveau lijkt de huidige managementinformatie niet aan te sluiten bij de behoeften en wensen van diegenen die deze informatie gebruiken. Daarnaast geven sommige geïnterviewden ook aan nu helemaal geen gebruik (meer) te maken van de managementinformatie. Redenen die hiervoor worden aangevoerd zijn dat het niet past bij de functie of omdat het onderwerp niet op die manier leeft bij de geïnterviewden.

Het percentage ingevoerde VAS-scores ten opzichte van het aantal patiënten maakt wel onderdeel uit van het unitdashboard met prestatie-indicatoren. De score hierop wordt besproken in het kwartaalgesprek tussen de Raad van Bestuur en het unitmanagement. Het unitmanagement gaf daarnaast ook aan de indicator te monitoren en bij negatieve wijzigingen de afdelingsleiders aan te spreken.

4.1.3 Score op de IGZ indicator pijn na operatie

Over verslagjaar 2009 heeft het OLVG de volgende waarden aangeleverd op de IGZ indicator pijn na operatie, in tabel 2 zijn tevens de waarden van verslagjaar 2008 opgenomen.

Indicator	2009	2008
Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen op de verkoever	99,76	99,58
Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen op de verpleegafdeling	43,34	44,44
Percentage patiënten met een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na operatie.	7,14	5,37

Tabel 2: Scores op de IGZ indicator pijn na operatie door het OLVG in verslagjaar 2009 en 2008 (Ziekenhuizentransparant 2010)

Op microniveau gaven alle geïnterviewden aan de scores op deze indicatoren door het OLVG niet te kennen. Op macroniveau gaven 2 van de 5 respondenten aan deze cijfers te kennen. Binnen het OLVG blijkt het presteren van de organisatie als geheel op deze indicator over het algemeen niet

bekend. Wanneer wordt gevraagd naar een reactie op de score van 2009 op het percentage gestandaardiseerde pijnmetingen op de verpleegafdeling geven alle respondenten aan deze laag te vinden:

“Dan scoren we heel laag (...) ik vind het wel heel weinig”

Eén geïnterviewde gaf aan dit cijfer moeilijk te kunnen geloven:

“Ik vind het wel knap 43%, als ik kijk in BO dan scoren we absoluut niet op die manier als ik naar de VAS-score kijk van onze afdeling.”

Binnen het OLVG is voor het beantwoorden van de indicatoren geen standaardrapport beschikbaar. Door de Concernstaf² wordt op basis van de gegevens die al verzameld worden in het datawarehouse voor de overige rapporten rondom pijn na operatie eenmaal per jaar een query opgesteld om de vraag van de IGZ te kunnen beantwoorden. Hierdoor wordt het presteren op deze indicator op OLVG-niveau dus ook maar eenmaal per jaar zichtbaar, en vaak ook nog voor slechts een kleine groep betrokkenen. De standaardrapporten kunnen enkel een overzicht tonen op specialisme of afdelingsniveau. Binnen het OLVG kan men dus niet op elk willekeurig moment de organisatiebrede score op de IGZ indicator inzien.

Als oorzaak voor de score van 43,34% op deze indicator worden door betrokkenen verschillende oorzaken genoemd:

“Het kan dus enerzijds zijn dat het gewoon vergeten wordt.”

“Dan registreren we nog niet voldoende in het systeem.”

“De knelpunten die ik al eerder benoemde, dat alles meerdere keren geregistreerd moet worden, dat zal deze indicator beïnvloeden.”

Ook wordt regelmatig genoemd dat verpleegkundigen het thema pijn wel belangrijk vinden maar er niet aan toe komen om de pijn te meten volgens de juiste methodiek, of om de score te registreren:

“Soms is het gewoon tijdgebrek. Omdat je al zoveel aan het administreren bent en ja dan schiet dat er gewoon soms bij in. Ik kan niet echt eenduidig iets aangeven van waarom je dat gewoon niet doet, soms vergeet je dat gewoon.”

Daarnaast werd ook aangegeven dat de score van het OLVG ten opzichte van de andere ziekenhuizen misschien niet zo slecht is:

² Centrale stafafdeling die zich o.a. bezighoudt met kwaliteit in het OLVG.

“het zou ook wel eens interessant zijn om bij andere ziekenhuizen te kijken want ik denk dat er weinig ziekenhuizen zijn die zo precies die VAS-score meten als wij. Dus wat vergelijk je met elkaar, is het wel betrouwbaar? Wij meten de feitelijkheden, anderen hebben misschien een steekproef gedaan van staat het in de dossiers. (...) Maar ik begrijp niet dat als andere ziekenhuizen het ook zo doen als wij, dat het bij ons dan zoveel slechter zou zijn dan bij anderen.”

De algehele perceptie bij de geïnterviewden lijkt te zijn dat vooral de verschillende stappen in de registratie en dataverzamelingsproces (zie paragraaf 4.1.1) zorgt voor een veel lagere score in BO dan in werkelijkheid geregistreerd wordt. Volgens de geïnterviewden is er dus sprake van onderrapportage. Daarnaast blijft er volgens sommigen een eeuwige strijd over de validiteit van de cijfers:

“of het nou een fase is waarin mensen continu de cijfers ter discussie stellen en dat je daar doorheen moet of dat dat altijd zo zal blijven, ik weet het niet.”

“is daar wel een goede teller en noemer verhouding gehanteerd, dat niet de teller of noemer ook dagbehandeling in zich heeft?”

Door de geïnterviewden wordt een discrepantie gesignaleerd tussen hun beleving over het onderwerp pijn en de cijfers die uit de verschillende managementrapportages blijken. De juistheid van de cijfers wordt ter discussie gesteld.

4.2 Betekenisgeving

In deze paragraaf wordt bekeken welke betekenis wordt gegeven aan de externe prestatie-indicator pijn na operatie op macro- en microniveau in de organisatie. De resultaten zijn door middel van documentanalyse, interviews en de vragenlijst verkregen. De drie te onderscheiden Knowledge Assets (KAs) zullen één voor één worden behandeld. Wanneer relevant wordt per vraag een onderscheid gemaakt tussen het macro- en het microniveau van het OLVG. Tijdens de interviews zijn daarnaast nog verschillende zaken benoemd die een duiding geven aan de betekenis die aan de externe prestatie-indicator wordt gegeven. Deze komen in de laatste paragraaf aan de orde.

4.2.1 Routinematige Knowledge Assets

Vanuit de literatuur is een vijftal vragen geformuleerd die kunnen aangeven in hoeverre de indicator socialiseert. Socialiseren is gerelateerd aan de mate waarin wordt voorzien in routinematige Knowledge Assets. In het theoretisch kader is verder uiteengezet wat onder routinematige Knowledge Assets wordt verstaan. In bijlage 3 is de vragenlijst opgenomen. De vragenlijst bestaat uit een vijftal vragen waar op een schaal van 1 (weinig) tot 7 (veel) kon worden geantwoord. In totaal is de vragenlijst door 10 personen ingevuld (N=10), 5 personen op macroniveau en 5 personen op

microniveau (zie paragraaf 3.2.3). Zoals in paragraaf 3.2.4 reeds vermeld, is met een kleine N de generaliseerbaarheid van de uitspraken lastig. De vragenlijst heeft echter primair als doel het begrip internaliseren verder te verkennen, en te onderzoeken hoe invulling wordt gegeven aan de verschillende fases van de kennisconversiecyclus waar internaliseren onderdeel van uitmaakt. In tabel 3 is een samenvatting van de resultaten weergegeven. Een totaaloverzicht van de scores is te vinden in bijlage 5, tabel 7 en 8.

	Routinematige KAs	Macroniveau		Microniveau	
		Totaal	Gemiddeld	Totaal	Gemiddeld
1	Professionals realiseren het belang van kennis bij routinematige handelingen bij de indicator "pijn na operatie"	26	5,2	29	5,8
2	Professionals worden aangemoedigd om nieuwe kennis te ontdekken rondom het thema "pijn na operatie"	20	4	28	5,6
3	Bepaalde patronen van denken en handelen rondom pijn na operatie worden aangemoedigd door continu oefenen/herhalen	23	4,6	27	5,4
4	Training en leren op de werkvloer wordt van waarde geacht binnen het OLVG	33	6,6	32	6,4
5	Professionals worden aangemoedigd om hun werk te bespreken met mensen in andere werkgroepen	25	5	23	4,6

Tabel 3: Scores routinematige KAs

1. Professionals realiseren het belang van kennis bij routinematige handelingen bij de indicator "pijn na operatie"

Op deze vraag wordt organisatiebreed gemiddeld een 5,5 geantwoord op een schaal van 1 tot 7. Het laagste cijfer gegeven bij deze vraag is een 4. Tussen de antwoorden van personen werkzaam op macroniveau en microniveau zit een verschil van 0,6 punt. Op microniveau wordt door de geïnterviewden gedacht dat de professionals meer het belang van kennis inzien bij routinematige handelingen dan op macroniveau het geval is. In de interviews op zowel macro- als microniveau geven de betrokkenen aan dat verpleegkundigen het belang van kennis inzien omdat zij daarmee zelfstandig interventies kunnen uitvoeren om de pijn te verlichten bij de patiënt. Wanneer met het meetlatje de pijn bij de patiënt wordt gemeten, kan de verpleegkundige aan de hand van kennis uit het pijnprotocol zelfstandig een aantal beslissingen nemen. Wel wordt op microniveau negatiever gesproken over het pijnprotocol en de vrijheid die de verpleegkundige hierin heeft met betrekking tot het bestrijden van pijn dan op macroniveau. Op microniveau wordt aangegeven dat:

“Ik vind het een gemiste kans het pijnprotocol. Ik ben er niet helemaal kapot van, er zitten best wel veel hiaten in, toen ik het zag dacht ik niet het is fantastisch.”

Opvallend is dat op microniveau wel gemiddeld een hogere score op dit item wordt gegeven dan op macroniveau, terwijl op microniveau meer kritische geluiden over het pijnprotocol zijn gehoord.

Door één persoon op macroniveau werd tenslotte opgemerkt dat verpleegkundigen waarschijnlijk wel het belang inzien van pijn en het zoveel mogelijk wegnemen hiervan, maar dat waarschijnlijk niet altijd het belang van het meetlatje wordt ingezien. De kennis om pijn te bestrijden wordt in de perceptie van de verpleegkundige soms ook verkregen door enkel te vragen aan een patiënt of deze pijn heeft. Op basis van dit antwoord wordt dan eventueel zelfstandig, in overleg met een arts of met het pijnteam een interventie gedaan bij de patiënt.

2. Professionals worden aangemoedigd om nieuwe kennis te ontdekken rondom het thema “pijn na operatie”

Bij deze vraag is een groot verschil zichtbaar (1,6 punt) tussen het antwoord op macroniveau en het antwoord op microniveau. Op macroniveau is men een stuk negatiever over of een professional wordt aangemoedigd om nieuwe kennis te ontdekken dan op microniveau. Op macroniveau wordt getwijfeld of alle verpleegkundigen worden aangemoedigd om nieuwe kennis te ontdekken:

“Ik denk als je wilt leren in dit huis dat er kans genoeg is (...) maar of nu alle verpleegkundigen door hun afdelingsleiders, bedrijfsleiders en dokters aangemoedigd worden? Ik denk van niet.”

Door alle betrokkenen wordt aangegeven dat het OLVG veel mogelijkheden geeft aan mensen om zich te ontwikkelen. Dit blijkt onder meer uit het feit dat het OLVG een Teaching Hospital is. Wel is het zo dat niet overal in de organisatie evenveel aandacht is om mensen aan te moedigen nieuwe kennis te ontdekken en zichzelf te ontwikkelen. Tijdens de interviews is regelmatig aangegeven dat aanmoedigen alleen waarschijnlijk niet genoeg is, sommige mensen houden zaken het liefst bij het oude en zullen niet snel nieuwe kennis gaan ontdekken.

Op zowel macro- als microniveau wordt gezegd dat op het moment dat pijn na operatie meer aandacht krijgt binnen de organisatie (bijvoorbeeld door klinische lessen of door het thema te benoemen in het verpleegkundig werkoverleg) verpleegkundigen daarna ook weer actiever met het onderwerp bezig zijn. Volgens bijna alle geïnterviewden is het dus belangrijk om thema's actueel te houden zodat professionals hier ook aandacht aan blijven geven. Wanneer een onderwerp een tijd lang geen of weinig aandacht krijgt dan zakt dit weg. Professionals moeten dan actief gestimuleerd worden om dit weer op te pakken. Zoals één van de geïnterviewden het verwoordde:

“Als het niet wordt aangeboden dan is het voor velen klaar.”

Op microniveau wordt nog een ander punt benoemd dat van invloed is op de mate waarin verpleegkundigen aangemoedigd worden:

“Dat pijnprotocol, ik vind wel dat dat een beetje afbreuk heeft gedaan aan het hele geheel, het heeft heel erg lang op zich laten wachten, te lang vind ik.”

“Er was nog geen goed pijnprotocol maar ondertussen moesten wij wel met die VAS-score beginnen, dat is natuurlijk niet logisch, die VAS-score is eigenlijk gekoppeld aan het pijnprotocol. Daar staat ook in wat je moet doen als de pijn bijvoorbeeld boven de 4 is.”

De verpleegkundigen moesten al pijn gaan meten zonder dat zij informatie of kennis hadden om hier wat mee te kunnen doen in de praktijk. Het was in deze periode puur een administratieve handeling. De implementatie van het pijnprotocol met daarin opgenomen de VAS-score, en het daadwerkelijk meten van de pijn via het meetlatje liepen dus niet gelijk op. Uit de interviews komt naar voren dat dit een negatieve invloed had op het meten van pijn en het thema pijn in het algemeen. De motivatie om nieuwe kennis rondom pijn na operatie te ontdekken, werd hierdoor ook negatief beïnvloed.

3. Bepaalde patronen van denken en handelen rondom pijn na operatie worden aangemoedigd door continu oefenen/herhalen

Ook op deze vraag wordt op macroniveau een lagere score gegeven dan op microniveau. De toelichtingen op deze vraag zijn op beide niveaus echter wel gelijk. Er wordt aangegeven dat mensen continu moeten worden aangemoedigd om bezig te zijn met pijn:

“Dat is die routine, altijd vragen en er gewoon mee bezig blijven zijn, en af en toe weer eens een beetje de teugels aantrekken zeg maar. Dan zit ik de senioren weer in hun nek te hijgen dat ze er meer achteraan moeten gaan.”

In de vorige vraag kwam ook al terug dat verpleegkundigen continu gestimuleerd moeten worden om de pijn te registreren. Gebeurt dit niet dan zakt het weg. Wel is de perceptie dat het thema pijn meer en meer begint te leven bij professionals, al verschilt dit nog wel per afdeling. Om het denken en handelen van professionals nog beter te kunnen sturen wordt tenslotte vaak het elektronisch verpleegkundig dossier (EVD) genoemd. Zoals in de vorige paragraaf beschreven, moeten er verschillende handelingen worden verricht voordat een pijnscore goed geregistreerd is. Veel betrokkenen geven aan dat zij verwachten dat er meer pijn geregistreerd gaat worden wanneer dit gemakkelijk gaat (door het EVD) en dat dit motiverend zal werken. Ook wordt verwacht dat het EVD kan helpen in het sturen van het denken en handelen van verpleegkundigen. Wanneer bijvoorbeeld een te hoge pijnscore wordt geregistreerd, kan het systeem assisteren door het aandragen van mogelijke interventies.

4. Training en leren op de werkvloer wordt van waarde geacht binnen het OLVG

Op deze vraag wordt over de gehele linie van de organisatie hoog gescoord. In totaal heeft deze vraag 65 punten gekregen van de 70 die maximaal gegeven kunnen worden (93% score).

Zoals al eerder aangegeven, probeert het OLVG te voorzien in trainen en leren in de praktijk door klinische lessen en activiteiten van het Teaching Hospital. Daarnaast wordt op microniveau aangegeven dat de verpleegkundigen het ook fijn vinden dat zij veel theorie aangeboden krijgen en dit daarna aan het bed kunnen toepassen.

5. Professionals worden aangemoedigd om hun werk te bespreken met mensen in andere werkgroepen

De scores op macroniveau en microniveau ontlopen elkaar niet veel op deze vraag (0,4 punt). Er wordt aangegeven dat de pijn voor een deel automatisch disciplineoverstijgend besproken wordt omdat pijn de eerste 24 uur de verantwoordelijkheid is van de vakgroep Anesthesie. Zij komen in contact met alle snijdende specialismen en zijn zodoende een informatie-uitwisselpunt. Daarnaast wordt aangegeven dat vooral afdelingsleiders elkaar goed weten te vinden, ook hebben zij regelmatig contact met de vakgroep Anesthesie. In deze contacten wordt echter niet specifiek voorzien, of zoals één van de betrokkenen het zei:

“Er zijn niet echt speciale groepjes die gaan praten over pijn, nee”

4.2.1.1 Conclusie

Wanneer naar de totale score in figuur 5 wordt gekeken (zie ook bijlage 5, tabel 7 en 8) dan is zichtbaar dat over de gehele organisatie gezien in totaal 76% van het maximaal aantal punten is gescoord op de routinematige KAs. Hierbij is er een verschil van 6% tussen macroniveau (73%) en microniveau (79%).



Figuur 5: Routinematige KAs

In het OLVG wordt routinematig handelen onder meer aangemoedigd door training en leren op de werkvloer waar ook een score van 93% door de respondenten op is gegeven. Het ontbreken van een pijnprotocol op het moment dat met het meten van de VAS-score gestart werd, heeft gezorgd voor

een verminderde motivatie bij de professionals op het gebied van pijn na operatie. Dit beïnvloedt de routinematige KAs. Op microniveau wordt daarnaast ook aangegeven dat aan dit nieuwe protocol ook nog een aantal zaken kan worden verbeterd. Het onderwerp pijn na operatie leeft volgens de betrokkenen in het OLVG. Er is echter ruimte voor verbetering doordat nog niet in alle gevallen op een gestandaardiseerde manier een pijnscore aan de patiënt wordt gevraagd. Tenslotte lijkt er op microniveau ruimte voor verbetering door hier het onderwerp pijn na operatie constant onder de aandacht te houden van de betrokkenen. Aangegeven is dat wanneer een onderwerp een tijd niet wordt besproken dit ook minder aandacht krijgt van de professionals. Het actief aanmoedigen van professionals lijkt dus belangrijk.

4.2.2 Conceptuele Knowledge Assets

Net zoals bij de routinematige KAs is een vijftal vragen uit de literatuur geselecteerd (zie paragraaf 3.2.4) die de conceptuele KAs representeren. Vanuit de literatuur is bekend dat conceptuele KAs zowel externaliseren als internaliseren beïnvloeden. In tabel 4 is een samenvatting van de resultaten weergegeven. Een totaaloverzicht van de scores is te vinden in bijlage 6, tabel 9 en 10.

	Conceptuele KAs	Macroniveau		Microniveau	
		Totaal	Gemiddeld	Totaal	Gemiddeld
1	Professionals worden aangemoedigd interactie op te zoeken met andere organisaties (samenwerkingsverbanden, patiënten) om ontwerpcriteria te verkrijgen voor de indicator pijn na operatie	14	2,8	10	2
2	Professionals worden aangemoedigd om verouderde kennis te vervangen of te vernieuwen door te innoveren	28	5,6	26	5,2
3	Professionals worden gefaciliteerd om te leren van hun fouten	30	6	30	6
4	Het OLVG heeft teams of werknemers die zich richten op het ontwerpen of herontwerpen van diensten en processen	28	5,6	29	5,8
5	Het OLVG laat product- of proceskenmerken bij pijn na operatie zien door middel van afbeeldingen, symbolen en taal (bijvoorbeeld in de vorm van een pijnprotocol)	27	5,4	27	5,4

Tabel 4: Scores conceptuele KAs

1. Professionals worden aangemoedigd interactie op te zoeken met andere organisaties (samenwerkingsverbanden, patiënten) om ontwerpcriteria te verkrijgen voor de indicator pijn na operatie

Op deze vraag wordt zowel op macroniveau als op microniveau laag gescoord. De score op macroniveau is wel 0,8 punt hoger dan de score op microniveau (2,0). Op microniveau wordt door de betrokkenen aangegeven dat zij dit niet doen, zij vinden deze taak weggelegd voor een hoger niveau (concernniveau).

Op macroniveau wordt aangegeven dat het ook niet gewenst is als iedereen binnen het OLVG naar andere organisaties gaat om bijvoorbeeld best practices te vinden. Enkel project- of ontwerpgroepen moeten naar buiten kijken volgens deze visie. De lage score op macroniveau wordt ook verklaard door de reactie van één van de geïnterviewden die zei dat er veel te weinig naar buiten wordt gekeken:

“Als er in een ander ziekenhuis blijkt dat bij de totale heupoperatie gemiddeld bijvoorbeeld een pijnscore van 2 aanwezig is en wij scoren hier met al die registraties een 3,5 dan zal het toch wel eens aardig zijn om te zien hoe zij dat doen. Dit gebeurt echter niet.”

De geïnterviewde gaf aan dat juist door naar buiten te kijken best practices kunnen worden gevonden en processen kunnen worden vergeleken. Hier kan een organisatie veel van leren.

2. Professionals worden aangemoedigd om verouderde kennis te vervangen of te vernieuwen door te innoveren

Op zowel macroniveau als microniveau wordt door de geïnterviewden gezegd dat dit erg persoonsafhankelijk is. Sommige mensen zijn uit zichzelf voorloper en zoeken graag nieuwe dingen op en proberen deze uit. Anderen kijken liever de kat uit de boom en nemen een wat afwachtende houding aan.

Op microniveau wordt aangegeven dat vanuit Teaching Hospital best veel middelen aangeboden worden om kennis actueel te houden. Dit wordt echter wel top-down opgelegd aan de afdelingen. Dit wordt ook ervaren op macroniveau waar men over het algemeen van mening is dat het initiatief bij de vakgroep Anesthesiologie ligt wanneer het gaat om pijn na operatie:

“Anesthesiologie is daar toch leidend in, dat is nummer 1. Maar hoe vaak heb ik nu een mailtje voorbij zie komen (...) van in de postoperatieve fase moet je vanaf nu dat medicament gebruiken, bijna nooit volgens mij.”

Deze top-down benadering wordt ook door een andere betrokkene genoemd die hier het volgende over zegt:

“Ja, het is echt wel top-down heb ik het gevoel (...) het wordt daar opgelegd door anderen.”

Zowel op macroniveau als op microniveau heeft men dus het idee dat wanneer verouderde kennis vervangen of vernieuwd moet worden deze innovaties top-down binnen de organisatie worden verspreid. De unit Anesthesiologie en het Teaching Hospital moeten hierin faciliterend zijn.

3. Professionals worden gefaciliteerd om te leren van hun fouten

Op deze vraag zijn de respondenten op macroniveau en op microniveau het met elkaar eens. Op beide niveaus wordt gemiddeld een 6 geantwoord op deze vraag. Tijdens de interviews is aangegeven dat er op de Orthopedische verpleegafdelingen een open cultuur is. Een fout maken mag, wat zich ook uit in een grote hoeveelheid decentrale meldingen van incidenten. Op macroniveau wordt wel aangegeven dat de openheid verschilt per unit en afdeling.

4. Het OLVG heeft teams of werknemers die zich richten op het ontwerpen of herontwerpen van diensten en processen

Alle geïnterviewden geven op deze vraag minimaal de score 5. Vaak wordt aangegeven dat de verandering top-down de afdeling bereikt. Het (unit)management besluit vaak tot het ontwerp of herontwerp van diensten en processen. Bij het herontwerpen van processen is echter vaak wel een multidisciplinair team betrokken:

“We hebben bijvoorbeeld het heup- en knieproces beschreven en dan zitten alle betrokken in het herontwerpteam. Dus dat zijn de verpleegkundigen, de fysiotherapeuten, de polikliniekmedewerkers, de planning, de arts-assistent. Door hen wordt het proces beschreven en opnieuw ontworpen.”

Door veel betrokkenen wordt de Concernstaf genoemd als de afdeling die ziekenhuisbreed ondersteunt bij het herontwerpen van diensten en processen, bijvoorbeeld door het begeleiden van de implementatie van klinische paden. Wanneer specifiek wordt gekeken naar de indicator pijn na operatie dan worden de unit Anesthesiologie en het pijnteam genoemd. Zij houden zich rondom dit thema het meeste bezig met het (her)ontwerpen van het proces.

5. Het OLVG laat product- of proceskenmerken bij pijn na operatie zien door middel van afbeeldingen, symbolen en taal (bijvoorbeeld in de vorm van een pijnprotocol)

Als eerste uiting wordt vooral op macroniveau Business Objects genoemd. De rapporten geven een overzicht van het presteren van afdeling of unit op het gebied van pijn. Hierbij wordt wel gezegd dat men hierin een procesmatige blik mist:

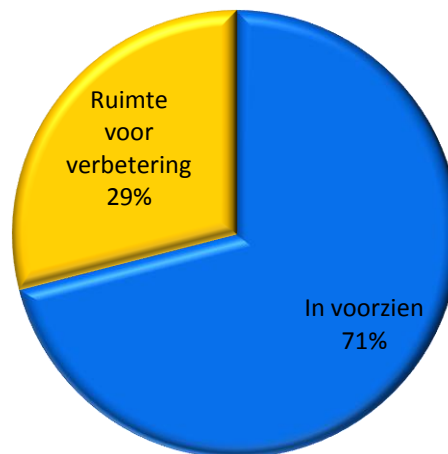
“Ik denk dat we meer naar het proces rondom die pijn zouden kunnen kijken. Als je zeg maar echt wilt gaan verbeteren dat je niet alleen op de uitkomst van die patiënt scoort (...) maar wel van hoe komt het dat veel patiënten op dat moment pijn hebben, dat je het meer analyseert.”

Andere voorbeelden van uitingen rondom pijn die zijn genoemd door geïnterviewden op beide niveaus zijn: affiches, nieuwsbrieven en werkgroepen (met daarin een afvaardiging van de unit). Daarnaast heeft men als uiting het pijnprotocol zelf genoemd. De hierbij behorende stroomschema's hingen op verpleegafdeling C7 en C8 op een centrale plaats en voor iedereen zichtbaar. Door één van de geïnterviewden werd wel opgemerkt dat het OLVG beter had kunnen voorzien in het tonen van proceskenmerken:

“Wat wel handig is, je hebt ook zo een kaartje daar staat eigenlijk het pijnprotocol heel kort even op weergegeven (...) dus dan kun je snel even kijken, mooi geplastificeerd zag er keurig uit, maar daar hadden ze er te kort van. Ja, dat is knullig, je moet zorgen dat je die voor iedereen hebt. (...) Het is namelijk erg onhandig dat je eerst helemaal uit de zaal moet gaan lopen naar kantoor om op het stroomschema te kijken.”

4.2.2.1 Conclusie

Wanneer naar de totale score in figuur 6 wordt gekeken (zie ook bijlage 6, tabel 9 en 10) dan is zichtbaar dat over de gehele organisatie gezien in totaal 71% van het maximaal aantal punten is gescoord op de conceptuele KAs. Hierbij is er een verschil van 3% tussen de antwoorden op macroniveau (73%) en microniveau (70%). Op macroniveau is men iets positiever over in hoeverre wordt voorzien in factoren die de conceptuele KAs positief beïnvloeden dan op microniveau.



Figuur 6: Conceptuele KAs

Aangegeven wordt dat binnen het OLVG medewerkers worden aangemoedigd om verouderde kennis te vervangen. Dit gebeurt echter erg top-down, kennis wordt niet direct op de werkvloer vervangen. Dit laat ruimte voor verbetering. In het leren van fouten wordt volgens de respondenten goed voorzien, er is een open cultuur waardoor een fout niet als iets negatiefs wordt opgevat. Dit laat zich ook zien in

het hoge aantal decentrale meldingen van incidenten. De score op de eerste vraag geeft tenslotte veel ruimte voor verbetering. Op zowel macroniveau als microniveau antwoordt men dat door professionals weinig interactie met andere organisaties plaatsvindt, en door sommigen wordt ook aangegeven dat dit niet gewenst is. De organisatie lijkt op basis van deze uitspraken erg intern gericht te zijn.

4.2.3 Ervaringsgerichte Knowledge Assets

De ervaringsgerichte Knowledge Assets beïnvloeden volgens de theorie zowel combinatie als internalisatie. Om dit te toetsen is een vijftal vragen geselecteerd (zie paragraaf 3.2.4). Hieronder in tabel 5 is een samenvatting van de resultaten afgedrukt. Een totaaloverzicht van de scores is te vinden in bijlage 7, tabel 11 en 12.

	Ervaringsgerichte KAs	Macroniveau		Microniveau	
		Totaal	Gemiddeld	Totaal	Gemiddeld
1	Professionals worden aangemoedigd om hun eigen ervaringen rondom het thema pijn na operatie te delen	19	3,8	25	5
2	Professionals willen hun ervaringen rondom het thema pijn na operatie delen	27	5,4	26	5,2
3	Professionals worden aangemoedigd om mensen in andere werkgroepen te vertrouwen	29	5,8	25	5
4	Professionals worden aangemoedigd om kennis te verwerven uit ervaringen in hun eigen werk	26	5,2	24	4,8
5	Professionals worden aangemoedigd om te innoveren	27	5,4	27	5,4

Tabel 5: Scores ervaringsgerichte KAs

1. Professionals worden aangemoedigd om hun eigen ervaringen rondom het thema pijn na operatie te delen

Het eerste dat opvalt wanneer naar de scores op deze vraag wordt gekeken is dat op het microniveau (5,0) aanmerkelijk positiever wordt geantwoord op deze vraag dan op het macroniveau (3,8). Op macroniveau heeft men het idee dat professionals hun ervaringen wel willen delen, maar dat dit nog veel meer gestimuleerd kan worden. Betrokkenen op het microniveau zijn echter van mening dat zij uit zichzelf hun ervaringen delen, vooral met collega's. Over pijn wordt regelmatig gesproken:

“Pijn is hier altijd wel een onderwerp van gesprek, dagelijks sowieso met je visite, het komt altijd terug in de rapportages, pijn hoort erbij dus daar zijn verpleegkundigen wel makkelijk in

om dat te bespreken. En ook als iemand niet pijnvrij is wordt met elkaar besproken van hoe kan dat.”

Verder wordt door betrokkenen op het microniveau aangegeven dat zij het pijnteam regelmatig vragen om advies.

Het lijkt dat men op macroniveau van mening is dat er binnen de organisatie nog niet alles aan gedaan wordt om ervaringen te delen. Op microniveau geeft men juist aan dat ervaringen over de indicator pijn na operatie tussen collega's vrijelijk gedeeld worden zonder dat men dit specifiek georganiseerd heeft. Dit is een informeel proces.

2. Professionals willen hun ervaringen rondom het thema pijn na operatie delen

De meningen bij deze vraag lijken op beide niveaus in elkaars verlengde te liggen. Dit blijkt ook wel uit de gemiddelde scores die slechts 0,2 punt van elkaar verschillen. Deze vraag hangt ook erg samen met de vorige vraag. Op macroniveau werd daarom ook vaak gezegd dat men dit zeker wil, maar dat dit wel gefaciliteerd moet worden.

Op microniveau geeft men aan dat over het algemeen ervaringen makkelijk gedeeld worden. Zowel tussen verpleegkundigen onderling als tussen artsen en verpleegkundigen. Afdeling C8 wordt ook getypeerd als een “actieve” afdeling in de zin dat zij vaak meedoet aan pilotprojecten. Bij dit soort projecten is het belangrijk om informatie en ervaringen te delen met anderen om zodoende te kunnen verbeteren. Door één betrokkene op microniveau werd wel opgemerkt dat dit ook een persoonskenmerk is. Hoe goed hierin ook gefaciliteerd wordt en hoe open de cultuur ook is, het verschilt per persoon hoe makkelijk iemand iets met een ander deelt.

3. Professionals worden aangemoedigd om mensen in andere werkgroepen te vertrouwen

Het macroniveau geeft een veel hogere score op deze vraag dan het microniveau (5,8 om 5,0). Door het macroniveau wordt ingeschat dat professionals elkaar meer vertrouwen dan hoe mensen op de verpleegafdelingen dit zelf ervaren.

Op macroniveau wordt vertrouwen voor een deel als vanzelfsprekend gezien:

“Kom zeg als dat vertrouwen er niet is (...) als dat vertrouwen er niet is dan moet je deze tent sluiten.”

Door anderen wordt echter wederom aangegeven dat mensen moeten worden gefaciliteerd om informatie en kennis te gaan uitwisselen tussen werkgroepen. Dit is alleen mogelijk met vertrouwen.

Op microniveau lijkt men aan te geven dat hierin nog meer gefaciliteerd kan worden:

“Het hangt misschien ook van de persoon af, de ene persoon zal dingen sneller delen dan de ander, maar het wordt niet actief gestimuleerd in het OLVG van bespreek dit eens met elkaar in een werkgroep.”

Wanneer door de organisatie een bepaalde structuur wordt gefaciliteerd waarin werkgroepen aanwezig zijn, willen de professionals de informatie delen. Maar zodra een werkgroep voorbij is, stopt het delen van informatie ook. Uit het bovenstaande citaat blijkt daarnaast ook dat het vertrouwen een persoonskenmerk is. Je kan dus niet in alle factoren faciliteren om dit vertrouwen te optimaliseren.

4. Professionals worden aangemoedigd om kennis te verwerven uit ervaringen in hun eigen werk

De scores op macroniveau en op microniveau ontlopen elkaar niet veel (0,4 punt). Het macroniveau geeft aan dat niet overal in de organisatie evenveel wordt aangemoedigd. Wel werd door één van de betrokkenen genoemd dat sommige afdelingsleiders de dienst heel uitvoerig met de verpleegkundigen bespreken:

“Door dat te doen moedig je opdoen en delen van ervaringen aan.”

Op microniveau vonden de geïnterviewden het lastig om voorbeelden bij deze vraag te noemen. Zij vertelde dat er niet concreet in wordt aangemoedigd. Het valt mensen echter wel op dat zijzelf en anderen het hebben over ervaringen in hun werk en hier van leren. Zij leren dus niet alleen uit hun eigen praktijk maar ook uit die van collega's. Maar zoals een van de geïnterviewde het verwoordde:

“ik loop geen zakboekje bij te houden of zo.”

5. Professionals worden aangemoedigd om te innoveren

Op beide niveaus wordt op deze vraag hetzelfde gemiddelde cijfer gegeven (5,4). Op macroniveau wordt als positief punt voor innovatie de organisatiestructuur genoemd. Door het unitmodel in het OLVG zijn er volgens de betrokkenen korte lijnen:

“Op een verpleegafdeling heb je een senior verpleegkundige en die werkt ook echt mee in het proces dus die zijn ook heel goed benaderbaar voor de verpleegkundigen. Het zijn geen mensen in kantoortjes. Afdelingsleiders zijn echt nog wel op de afdeling zichtbaar en herkenbaar. Ik vind de lijnen wel heel kort in het OLVG.”

Wel wordt op microniveau gezegd dat verpleegkundigen die net in dienst zijn enthousiast zijn om te innoveren. Daarnaast is het volgens betrokkenen ook belangrijk om mensen te blijven enthousiasmeren, enkel dan zullen zij ook innoveren.

4.2.3.1 Conclusie

Wanneer naar de totale score in figuur 7 wordt gekeken (zie ook bijlage 7, tabel 11 en 12) dan is zichtbaar dat over de gehele organisatie gezien in totaal 73% van het maximaal aantal punten is gescoord op de conceptuele KAs. Hierbij is er geen verschil tussen het macro- en microniveau.



Figuur 7: Ervaringsgerichte KAs

Binnen het OLVG wordt makkelijk informatie gedeeld volgens respondenten. Wel kan men dit meer stimuleren door hier meer in te faciliteren, bijvoorbeeld door het opzetten van werkgroepen of bijeenkomsten. Het OLVG kan daarnaast nog meer voorzien in het aanmoedigen van het delen van informatie. Met name op macroniveau wordt dit gemis ervaren. Ook wordt opgemerkt dat het willen delen van ervaringen voor een deel bepaald wordt door persoonskenmerken. Wanneer je hier meer in wilt faciliteren, zal je hier al in een vroeg stadium, bijvoorbeeld tijdens het aannemen van personeel, op moeten inspelen.

4.2.4 Betekenisgeving niet gekoppeld aan Knowledge Assets

Tijdens de interviews zijn nog verschillende zaken benoemd die een indicatie geven van welke betekenis aan externe prestatie-indicatoren wordt gegeven in het OLVG.

In het algemeen wordt door veel geïnterviewden aangegeven dat indicatoren belangrijk zijn. Vaak worden hierbij transparantie en kwaliteitsverbetering als belangrijkste redenen genoemd. In de dagelijkse praktijk sluiten indicatoren echter soms niet aan bij de beleving van de professional:

“Het moeilijke met indicatoren is dat ze wel heel erg moeten kloppen met wat professionals belangrijk vinden en waar ze op moeten sturen. Dus ik vind ze in theorie hartstikke belangrijk maar ik loop er hier tegenaan dat mensen indicatoren zo ver van de praktijk af vinden dat ze daardoor allerlei redenen hebben om er minder mee bezig te zijn dan zou moeten.”

Dit wordt door veel betrokkenen als demotiverend ervaren. Daarnaast leeft het idee bij zowel professionals als managers dat indicatoren maar een klein deel van de werkelijkheid laten zien:

“Het gevaar is ook nog eens dat je zeg maar de waarheid, de werkelijkheid, dat je die gaat sturen op basis van dingen die je goed kunt meten (...) dus je pakt daarmee eigenlijk niet altijd de belangrijkste zaken, je raakt in een soort pseudowerkelijkheid.”

Transparantie en vergelijkbaarheid worden met name op macroniveau veel genoemd. Men wil zich zo goed mogelijk presenteren naar de buitenwereld toe:

“(...) omdat je er op getoetst wordt en omdat het door verzekeraars en patiëntenorganisaties wel gebruikt wordt om te kijken wat is de kwaliteit van de zorgverlening van het OLVG.”

Volgens de betrokkenen draagt de veelheid aan indicatoren echter niet bij aan kwaliteitsverbetering. Men krijgt de afgelopen twee jaar zoveel indicatoren op zich af dat de organisatie enkel nog bezig is met het meten en implementeren van deze indicatoren. De Zichtbare Zorg indicatoren zijn hierbij vaak als voorbeeld genoemd.

Door alle geïnterviewden is benoemd dat pijn na operatie een belangrijk thema is. In de loop der tijd is men steeds meer waarde gaan hechten aan het verminderen van eventuele pijn bij patiënten. Door de patiënten zelf wordt de meetmethodiek echter niet altijd even serieus genomen:

“Patiënten vinden het vaak een beetje een lachwekkend meetlatje. Ze denken is dit wel zinvol, word ik wel serieus genomen met een meetlatje met getallen en een paar smiley gezichtjes.”

Ondanks de lage scores op de IGZ indicator pijn na operatie denken betrokkenen dat de kwaliteit van zorg wel verbetert. Door verpleegkundigen wordt bijna altijd aan een patiënt naar de pijn gevraagd. Dat het niet altijd wordt gemeten met behulp van het pijnmeetlatje of niet altijd geregistreerd wordt, zijn volgens alle betrokkenen verbeterpunten. Dit doet echter niets af aan het feit dat, doordat er meer aandacht wordt besteed aan pijn in het algemeen, de patiënt hierbij gebaat zal zijn.

5 Conclusie, aanbevelingen en discussie

In dit hoofdstuk worden de verschillende deelvragen en de hoofdvraag van het onderzoek beantwoord in de paragraaf conclusie. Op basis hiervan is een aantal aanbevelingen geformuleerd voor het OLVG. Deze komen aan de orde in paragraaf 2. In de derde paragraaf volgt vervolgens de methodologische discussie. Op basis van deze discussie wordt afgesloten met een aantal aanbevelingen voor verder onderzoek.

5.1 Conclusie

In deze paragraaf wordt de onderzoeksvraag beantwoord. Om dit te kunnen doen wordt een antwoord gegeven op de verschillende deelvragen. In dit onderzoek staat de volgende hoofdvraag centraal:

Wat betekent het internaliseren van de externe prestatie-indicator pijn na operatie voor het OLVG te Amsterdam?

Bij deze hoofdvraag zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Hoe wordt het begrip internaliseren bij externe prestatie-indicatoren gedefinieerd?
2. Hoe is de zorg rond pijn na operatie georganiseerd?
3. Hoe wordt de data verzameld voor de externe prestatie-indicator pijn na operatie?
4. Welke betekenis wordt op verschillende organisatieniveaus gegeven aan de externe prestatie-indicator pijn na operatie?

De deelvragen 2, 3 en 4 worden hieronder één voor één behandeld. De eerste deelvraag is reeds beantwoord in het theoretisch kader. Uit dit theoretisch kader blijkt dat een externe prestatie-indicator geïnternaliseerd wordt wanneer deze leidt tot kwaliteitsverbetering. In paragraaf 5.1.4 wordt geconcludeerd hoe een verdere kwaliteitsverbetering binnen het OLVG mogelijk is rondom de indicator pijn na operatie.

5.1.1 Organisatie van zorg rondom pijn na operatie

De verpleegkundigen vragen en meten de pijn bij patiënten, interpreteren de score en handelen vervolgens op basis van deze score. Op basis van het pijnprotocol hebben zij enkele (beperkte) mogelijkheden om zelfstandig interventies te doen met als doel de pijn bij de patiënt te reduceren. Mocht dit geen of weinig effect hebben dan moet de medisch specialist beslissen hoe nu verder te handelen. Het proces rondom de indicator pijn na operatie zoals nu in het OLVG plaatsvindt, kent de vorm van een PDSA-cyclus. De pijn wordt gemeten, en op basis van de score wordt eventueel een interventie gepleegd. Hierdoor ontstaat een kwaliteitscyclus op microniveau rondom de individuele patiënt. Uit de theorie is bekend dat de PDSA-cyclus op microniveau is verbonden aan die op macroniveau, hier wordt in de volgende paragraaf verder op ingegaan.

Het voorkomen van pijn na operatie lijkt op de Orthopedische verpleegafdelingen een onderwerp te zijn dat men belangrijk vindt. Dit wordt onderstreept door het feit dat bij 79% van de patiënten de pijnmetingen in het ZIS worden ingevoerd. Dit percentage ligt veel hoger dan de OLVG brede score van 43,34% in 2009. Doordat men vanaf 2008 heeft besloten dat de pijn standaard bij elke operatieve patiënt gemeten moet worden is pijn een meer “gestandaardiseerd” onderdeel uit gaan maken van de dagelijkse praktijk. Wel wordt aangegeven dat het onderwerp “warm gehouden” moet worden. Wanneer het onderwerp een tijd niet onder de aandacht is gebracht, zakt het belang weg bij de verpleegkundigen.

De indicator pijn na operatie van de IGZ is de aanzet tot het meten van de VAS-scores geweest. Het OLVG heeft hier vervolgens zelf verder invulling aan gegeven door het uitbreiden van het pijnprotocol, het invoeren van een metingenblad en het opzetten van een SDE-formulier in het ZIS. Tenslotte is er voorzien in managementrapportages. Door deze invulling heeft de indicator op de afdeling Orthopedie aansluiting gevonden bij de dagelijkse praktijk van de verpleegkundigen. Zij geven aan dat er nog veel kan verbeteren rondom dit proces, maar zij zien het belang van de indicator pijn na operatie in en op basis van de VAS-scores plegen zij interventies. De indicator stelt professionals in staat inzichten te verkrijgen in de resultaten van de zorg (op het niveau van de individuele patiënt), wat een kenmerk is van een interne indicator (Berg et al. 2005). Dit is een teken dat de externe prestatie-indicator pijn na operatie internaliseert in het OLVG.

5.1.2 Dataverzameling voor de externe prestatie-indicator pijn na operatie

In het theoretisch model is een koppeling zichtbaar tussen de kwaliteitscycli op micro- en op macroniveau. Op basis van deze koppeling vindt rapportage plaats tussen het micro- en macroniveau. Deze rapportage dient als middel om vanaf het macroniveau het microniveau aan te sturen. De prestaties op de indicator pijn na operatie worden besproken in het kwartaalgesprek tussen de Raad van Bestuur en het unitmanagement. Daarnaast geeft het unitmanagement ook aan de score op deze indicator zelf te monitoren en hier zo nodig op te sturen. Hiermee lijkt er daadwerkelijk een koppeling tussen het macroniveau en microniveau te zijn en vindt er een vorm van sturing op het onderwerp pijn na operatie plaats. Doordat de indicatoren onderdeel zijn van de kwartaalgesprekken heeft het OLVG de indicatoren gedeeltelijk eigen gemaakt, ze heeft ze opgenomen in de eigen systemen. Dit is een indicatie dat de indicator wordt geïnternaliseerd in de organisatie. De VAS-scores worden niet bijgehouden voor externe verantwoording maar voor interne sturing. Dit blijkt ook uit het feit dat de score op de IGZ indicator pijn na operatie op OLVG-niveau niet via een standaard managementrapport getoond kan worden. Op basis van de bestaande managementrapportages kan men een algemeen beeld krijgen van hoe het ervoor staat rondom de indicator pijn na operatie op verschillende afdelingen. De exacte OLVG brede score op de indicator pijn na operatie voor de IGZ wordt echter maar eenmaal per jaar uit het datawarehouse ontsloten. Tussentijds kan en wordt hier in het OLVG op die manier niet direct op gestuurd. Het OLVG lijkt zich ervan bewust dat het zijn legitimiteit ontleent uit de omgeving (Krogt en Van der Vroom 1995) en levert hierom cijfers aan voor externe prestatie-indicatoren. Zij stuurt echter niet op deze cijfers om beter “te scoren” naar de

buitenwereld toe, slechts één keer per jaar wordt het werkelijk presteren naar de buitenwereld toe duidelijk.

Bij de interne sturing op pijn na operatie in het OLVG is één probleem aan te duiden: de sturing vindt plaats op basis van informatie waarvan blijkt dat deze niet volledig of niet betrouwbaar is. Hierdoor kan het beeld dat op het macroniveau heerst op basis van de indicatorscore afwijken van het beeld dat men heeft op het microniveau. Als men op microniveau bijvoorbeeld altijd de VAS-score registreert dan zal men het gevoel hebben hier goed mee bezig te zijn. Maar als deze gegevens niet (of niet goed) in het ZIS worden gezet ontstaat op macroniveau mogelijk een heel ander beeld. Het gevaar bestaat dan dat deze twee percepties met elkaar gaan botsen. Daarnaast zijn ook de gegevens die aan de IGZ wordt aangeleverd voor de indicator pijn na operatie gebaseerd op hetgeen in het ZIS staat. Wanneer men op basis van deze gegevens conclusies trekt dan wijkt dit mogelijk af van hetgeen zich afspeelt op microniveau. De informatie staat hiermee dus los van de praktijk en geeft slechts gedeeltelijk inzicht in de kwaliteit van zorg die de patiënt ontvangt.

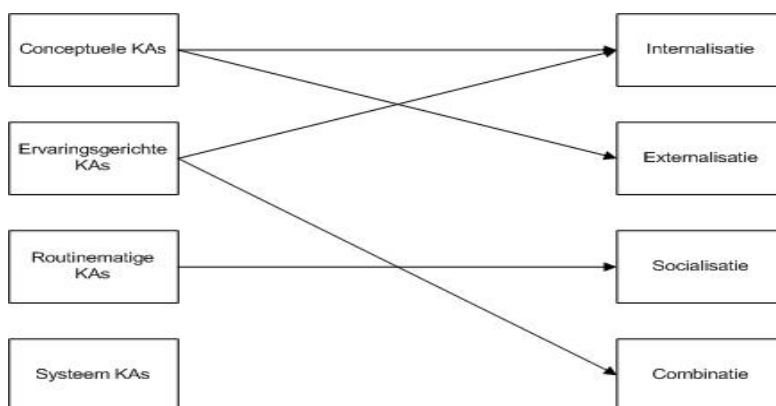
5.1.3 Betekenisgeving in het OLVG

In het resultatenhoofdstuk is uiteengezet hoe en in welke mate door het OLVG invulling wordt gegeven aan de verschillende Knowledge Assets. In tabel 6 wordt dit kort samengevat.

Niveau	Knowledge Assets		
	Routinematige	Conceptuele	Ervaringsgerichte
OLVG	76%	71%	73%
Macro	73%	73%	73%
Micro	79%	70%	73%

Tabel 6: Percentage waarin is voorzien in de verschillende Knowledge Assets op basis van scores op de vragenlijst (N=10)

In het theoretisch kader is uitgelegd hoe de verschillende KAs samenhangen met de verschillende fases in de kennisconversiecyclus. Dit wordt in figuur 8 nogmaals weergegeven.



Figuur 8: Relatie KAs en SECI (Chou en He 2004)

Zoals eerder aangegeven is dit onderzoek kwalitatief van opzet. Aan de kwantitatieve gegevens mag weinig waarde worden gehecht. Wanneer echter gekeken wordt naar de waarden in tabel 6 valt op dat deze elkaar niet veel ontlopen op OLVG-niveau. Tussen de KA met de hoogste score (routinematige) en die met de laagste score (conceptuele) zit slechts 5 procentpunt verschil. Dit beeld komt ook in de interviews naar voren. De geïnterviewden geven aan dat in elke KA tot op zekere hoogte wordt voorzien. De kennisconversiecyclus lijkt dus gelijk gevuld in elke fase van dit model. De indicator pijn na operatie krijgt hiermee tot op zekere hoogte (er is nergens een 100% score) zowel een expliciete als een impliciete betekenis. Hieronder worden de verschillende KAs concreet gekoppeld aan de fases in de kennisconversiecyclus. Vervolgens wordt ingegaan op het verschil tussen micro- en macroniveau.

Routinematige KAs en socialisatie

Vanuit de kennisconversietheorie is bekend dat socialiseren het proces is waarin impliciete kennis wordt samengebracht (Walburg 2006). Professionals op zowel micro- als macroniveau in de organisatie geven aan het belang in te zien van het meten van pijn bij een patiënt nadat deze geopereerd is. Op de onderzochte afdeling (Orthopedie) wordt bij veel patiënten de pijn na operatie gemeten. De professionals zien hiermee het belang in van kennis over de pijnbeleving van de patiënt en het belang van kennis om de pijn te kunnen reduceren. Het OLVG wordt door de geïnterviewden beschreven als een organisatie waarin iedereen kan leren en nieuwe kennis kan ontdekken. Men moet dit alleen wel willen. Aangegeven wordt dat met name verpleegkundigen actief benaderd moeten worden om nieuwe kennis tot zich te nemen, zij lijken niet intrinsiek gemotiveerd om zelf nieuwe kennis te ontdekken. Binnen het OLVG lijkt pijn na operatie iets te zijn van individuele afdelingen en units. Er vindt bijna geen unit-overstijgend contact plaats, afgezien van contact met de unit Anesthesiologie, omdat die de eerste 24 uur verantwoordelijk is voor de patiënt. Binnen het OLVG kan men dus niet automatisch leren van andere units of afdelingen rondom de indicator pijn na operatie. De socialisatie blijft beperkt tot leren door imiteren op het niveau van één unit of afdeling, de impliciete kennis verspreidt zich via het systeem niet verder. Informeel hebben afdelingen en units echter wel contact. Via informele wijze zou men dus toch kunnen leren door imiteren over afdelingen heen.

Conceptuele KAs, externalisatie en internalisatie

Bij externalisatie wordt impliciete kennis expliciet gemaakt. Bij internalisatie wordt deze expliciete kennis weer impliciet gemaakt (Walburg 2006). De externalisatie van de indicatoren wordt volgens het onderzoek van Chou en He (2004) bevorderd door communicatie met andere organisaties en door innovatie. Het OLVG lijkt erg intern gericht wanneer het aankomt op de indicator pijn na operatie. Zowel op micro- als op macroniveau wordt aangegeven dat professionals weinig tot niet buiten de organisatie kijken om bijvoorbeeld te ontdekken hoe andere zorgorganisaties zaken aanpakken rondom het meten, verminderen en voorkomen van pijn na operatie. Innovaties worden bij de indicator pijn na operatie in het OLVG vaak top-down verspreid. Het pijnprotocol of pijnbeleid in het OLVG en

eventuele veranderingen hierin worden door de vakgroep Anesthesiologie ontwikkeld. De professional op de werkvloer wordt op deze manier niet zo sterk gemotiveerd om te innoveren.

Internalisatie wordt aangemoedigd door het verspreiden van expliciete kennis (makkelijk te communiceren middelen) aldus Chou en He (2004). Het OLVG verspreidt expliciete kennis door rapportages in BO en via (stroomschema's in) het pijnprotocol. Zoals bij de behandeling van de vorige deelvraag aangegeven zit er nog verbeterpotentieel aan deze managementrapportages. Chou en He (2004) geven daarnaast aan dat innovatie en leren van fouten belangrijk zijn voor het internaliseren. Het OLVG geeft volgens alle betrokkenen goed invulling aan het leren van fouten. Een fout maken mag, de oorzaak wordt onderzocht en indien mogelijk verholpen. Innovatie en leren op het microniveau rondom de indicator pijn na operatie kennen verbeterpotentieel. Met name de verpleegkundige (die het meest te maken heeft met de indicator) is erg gebonden aan het pijnprotocol en heeft slechts beperkte vrijheid. Hierdoor wordt het leren bemoeilijkt. Wanneer de verpleegkundigen het handelen volgens het pijnprotocol als een last gaan ervaren, kan dit zelfs leiden tot een verminderde aandacht voor pijn bij postoperatieve patiënten.

Ervaringsgerichte KAs, combinatie en internalisatie

Ervaringsgerichte Knowledge Assets beïnvloeden zowel combinatie als internalisatie. Bij combinatie wordt expliciete kennis samengebracht, terwijl bij internalisatie zoals eerder gezegd de expliciete kennis impliciet wordt gemaakt (Walburg 2006). Chou en He (2004) geven aan de ervaringsgerichte KAs van invloed zijn op combinatie doordat zij het mogelijk maken kennis te verspreiden, te delen en te bewerken. Binnen afdelingen in het OLVG delen mensen volgens alle betrokkenen kennis rondom het thema pijn na operatie. Hier wordt niet specifiek in voorzien maar dit gebeurt natuurlijk (informeel). Het delen van ervaringen en informatie vindt echter alleen plaats binnen de units. Ervaringsgerichte KAs zorgen voor een omgeving waarin mensen naar expliciete kennis vragen om zodoende hun impliciete kennis te kunnen verrijken. Binnen het OLVG wordt behalve het top-down verspreide pijnprotocol geen expliciete kennis uitgewisseld om zodoende nieuwe impliciete kennis te creëren. Hier wordt gedeeltelijk wel in gefaciliteerd, bijvoorbeeld door de managementinformatie die alle units van elkaar kunnen inzien, maar hier wordt geen gebruik van gemaakt. Een unit zou bijvoorbeeld kunnen kijken waar men het "goed doet" rondom de indicator pijn na operatie en op deze afdeling kunnen meelopen. Zo zou men leren door te doen.

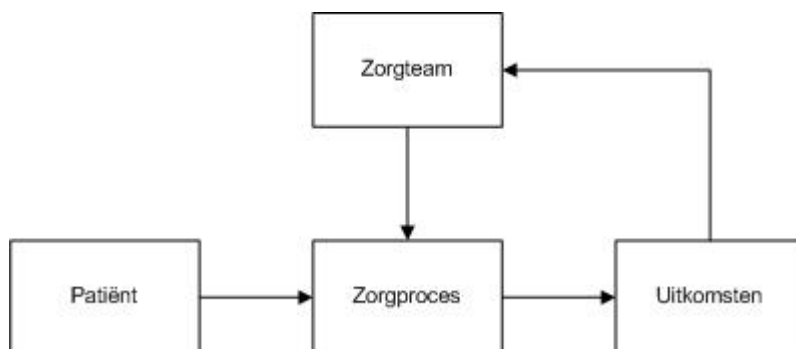
Ervaringsgerichte KAs beïnvloeden internalisering doordat zij voorzien in een omgeving waarin kennis kan worden omgezet. Individuen wordt de mogelijkheid geboden de opgedane expliciete kennis om te zetten in eigen impliciete kennis. Hierbij moet de professional in staat worden gesteld te innoveren. Hiervoor is weinig ruimte binnen deze indicator. De professional moet volgens een redelijk gestandaardiseerd protocol zijn werk doen.

Betekenisgeving en organisatieniveaus

De resultaten van het onderzoek laten geen duidelijk onderscheid zien tussen de kennisconversiecyclus op micro- en op macroniveau. De indicator pijn na operatie lijkt op beide organisatieniveaus gelijk te internaliseren. Op basis van de resultaten van dit onderzoek zijn er geen aanwijzingen dat het internaliseren van de interne prestatie-indicator pijn na operatie in het OLVG verschilt tussen micro- en macroniveau. In de interviews en vragenlijsten geven het micro- en macroniveau in vele gevallen overeenkomende invulling aan de verschillende Knowledge Assets die op hun beurt de kennisconversiecyclus en betekenisgeving beïnvloeden.

5.1.4 Kwaliteitsverbetering

Wanneer een indicator geïnternaliseerd wordt dan leidt de indicator tot kwaliteitsverbetering. De vraag is nu of dit in het OLVG gebeurt. Volgens de geïnterviewden in dit onderzoek wel. Zowel op micro- als op macroniveau ziet men de meerwaarde in van het zoveel mogelijk voorkomen van pijn na operatie. Men geeft ook aan dat de kwaliteit van zorg rondom dit onderwerp de laatste jaren is verbeterd. De processen rondom de indicator pijn na operatie zijn in de laatste jaren aangepast en de verpleegkundigen hebben nu meer vrijheid bij het behandelen van pijn bij patiënten na een operatie. In het conceptueel onderzoeksmodel zijn twee PDSA-cycli opgenomen, één op macroniveau en één op microniveau. Deze cycli zijn aan elkaar verbonden door middel van feedback en feedforward. In de onderzochte unit wordt inmiddels bij 79% van de patiënten de pijnscore gemeten (volgens de beschikbare managementcijfers). Uit het onderzoek blijkt dat verpleegkundigen aan het bed serieus bezig zijn met pijn en in de meeste gevallen de pijnscore meten, en op basis van deze score eventueel interventies doen om de pijn omlaag te brengen bij de patiënt. Deze interventies komen voort uit het pijnprotocol of uit overleg met een arts of het pijnteam. Op het microniveau ontstaat een kwaliteitsverbeteringscyclus: de verpleegkundigen vinden de indicator pijn belangrijk, meten de pijn bij een patiënt, plegen op basis van deze meting eventueel interventies en leggen tenslotte de VAS-scores vast. Deze scores voeden de managementrapportages rondom het onderwerp pijn na operatie en vormen het rapportagemiddel richting het macroniveau. Op macroniveau wordt vervolgens op basis van deze cijfers gestuurd op het onderwerp pijn na operatie. Een probleem hierbij is dat niet alle VAS-scores in het ZIS staan en dat de informatie waarop het macroniveau stuurt dus incompleet is. De kwaliteitsverbetering is hierbij dus met name gericht op het vragen naar, en interventies plegen op basis van de pijnscores van individuele patiënten op het microniveau.



Figuur 9: Eerste feedbackcyclus (Walburg 2006)

Walburg (2006) beschrijft een feedbackcyclus op microniveau (zie figuur 9). In deze verbetercyclus doorloopt de patiënt een zorgproces dat uiteindelijk leidt tot een bepaalde klinische uitkomst. De gezondheidstoestand van de patiënt is door het zorgproces veranderd en deze verandering wordt gezien als de uitkomst van de geleverde zorg. In dit model zijn ook het zorgteam of de zorgprofessionals opgenomen. *“Zij zijn verantwoordelijk voor de implementatie en het verbeteren van het zorgproces en hebben dus informatie nodig over de uitkomsten van dit zorgproces”* (Walburg 2006).

Zoals in het resultatenhoofdstuk is beschreven, zijn er binnen het OLVG enkel managementrapportages op specialismen en afdelingsniveau beschikbaar bij pijn na operatie. Met uitkomstmanagement en de eerste feedbackcyclus heeft men echter tot doel het continu verbeteren van zorguitkomsten (Walburg 2006). Hiervoor is informatie over het zorgproces noodzakelijk. Wil men kwaliteitsverbetering op het volgende niveau brengen dan zal in deze informatie voorzien moeten worden. Als dit gebeurt kan een verschuiving plaatsvinden van kwaliteitsverbetering op het niveau van de patiënt naar kwaliteitsverbetering op het niveau van de patiëntengroep of aandoening. Hierbij kan gedacht worden aan het optimaliseren van de zorgprocessen. Bijvoorbeeld als er op één bepaald meetmoment bij heel veel patiënten ernstige pijn optreedt kan het proces worden aangepast zodat deze pijn in de toekomst wordt voorkomen. In het conceptueel model ontstaat dan zowel op macroniveau als op microniveau een tweede verbetercyclus. De informatie op proces- of patiëntengroepniveau kan dan op zowel macro- als op microniveau worden gebruikt om kwaliteitsverbeteringscycli aan te sturen. Een voorwaarde hierbij is wel dat de managementinformatie is opgebouwd uit alle beschikbare VAS-scores. Dit betekent dat deze altijd geregistreerd moeten worden en in het ZIS moeten staan.

5.1.5 Eindconclusie

Volgens de theorie internaliseert een externe prestatie-indicator wanneer deze binnen een organisatie leidt tot kwaliteitsverbetering. Daarnaast maakt internaliseren onderdeel uit van de kennisconversiecyclus van Nonaka. In de vorige paragrafen zijn de verschillende onderdelen van internaliseren besproken. In het OLVG heeft de externe prestatie-indicator pijn na operatie van de IGZ volgens dit onderzoek geleid tot kwaliteitsverbetering. Op de afdeling Orthopedie ontstaat aan het bed van de patiënt een PDSA-cyclus. De verpleegkundige ziet het belang in van het meten van de pijn bij een patiënt. Op de verpleegafdelingen van de unit Orthopedie wordt vervolgens bij meer dan 79% van de patiënten de pijn gemeten en de VAS-score in het ZIS ingevoerd. De verpleegkundigen bestuderen de VAS-score en ondernemen op basis van de meting en het pijnprotocol vervolgstappen wanneer noodzakelijk. Dit is de PDSA-cyclus op microniveau. In het conceptueel onderzoeksmodel is een tweede kwaliteitscyclus opgenomen op macroniveau. De cyclus op microniveau is verbonden aan die op macroniveau door middel van rapportage. In het OLVG zijn verschillende gestandaardiseerde managementrapporten ontwikkeld rondom de indicator pijn na operatie. Deze rapporten geven op specialisme en afdelingsniveau aan bij hoeveel procent van de patiënten pijn is geregistreerd en hoe snel een onacceptabele pijn is teruggebracht tot een acceptabel niveau. Op basis van deze cijfers

vindt een vorm van Planning & Control plaats. Door het unitmanagement wordt aangegeven dat het op deze cijfers stuurt en deze indicatoren worden ook besproken in het kwartaalgesprek tussen de Raad van Bestuur en het unitmanagement. Op basis van dit en eerder onderzoek in het OLVG door Stenvers (2009) wordt geconcludeerd dat deze managementinformatie onvolledig en niet foutvrij is. Hierdoor bestaat het gevaar dat men stuurt op basis van gegevens die niet de werkelijkheid representeren. Daarnaast stelt de beschikbare managementinformatie professionals niet in staat om processen rondom bepaalde aandoeningen te analyseren. De kwaliteitsverbetering wordt alleen op het niveau van de individuele patiënt gefaciliteerd. Dit betekent dat het internaliseren van de externe prestatie-indicator pijn na operatie heeft geleid tot kwaliteitsverbetering aan het bed van de patiënt.

De betekenis die de indicator in de kennisconversiecyclus van Nonaka krijgt, is in elke fase ongeveer gelijk. Geconcludeerd kan worden dat het OLVG in elk van de drie onderzochte Knowledge Assets tot op zekere hoogte voorziet. Het verschil tussen de minst scorende KA (conceptuele) en meest scorende KA (routinematige) is slechts 5%. De antwoorden en toelichtingen die worden gegeven op het macroniveau en microniveau verschillen slechts weinig van elkaar. Geconcludeerd wordt dan ook dat de externe prestatie-indicator pijn na operatie op macroniveau en op microniveau eenzelfde betekenis krijgt. Om verder invulling te geven aan de kennisconversiecyclus van Nonaka laten de verschillende Knowledge Assets nog ruimte voor verbetering zien. Wanneer het OLVG verder invulling geeft aan het leren tussen units en het leren van best practices dan zal dit een positieve uitwerking hebben op de kennisconversiecyclus. Ook is het OLVG erg intern gericht wat betreft het onderwerp pijn na operatie. Het leren van andere organisaties zal de kennisconversiecyclus daarom ook positief beïnvloeden. Wanneer men erin slaagt verder invulling te geven aan de verschillende Knowledge Assets zal dit een effect hebben op de vier fases van de kennisconversiecyclus en kan de indicator mogelijk verder internaliseren.

5.2 Aanbevelingen voor het OLVG

Op basis van de hiervoor beschreven conclusies op de hoofdvraag en de bijbehorende deelvragen worden de volgende aanbevelingen aan het OLVG gedaan:

- Een eerste aanbeveling is om de betrouwbaarheid van de managementinformatie te verbeteren. Door de vele stappen in het proces van het meten van de VAS-score tot de uiteindelijke managementrapportages gaan er veel gegevens verloren of worden fout geregistreerd. Het OLVG moet onderzoeken op welke manier de gemeten VAS-score zo direct mogelijk in het datawarehouse kan worden vastgelegd. Door het wegnemen van de tussenstappen zal de betrouwbaarheid van de data kunnen verbeteren. Tijdens het onderzoek is door veel geïnterviewden aangegeven dat de beste methode om de data vast te leggen direct aan het bed van de patiënt zou zijn, bijvoorbeeld door middel van een draagbare computer. Hierdoor zouden geen data verloren meer gaan door het overtypen. Daarnaast is aangegeven dat de indicatoren mogelijk beter in het nog te ontwikkelen Elektronisch

Verpleegkundig Dossier (EVD) kunnen worden opgenomen. Of dit een juiste keuze is, is op basis van dit onderzoek niet te beargumenteren.

- Aansluitend bij de eerste aanbeveling zou op de verpleegafdelingen kunnen worden gekeken of de VAS-scores direct op het metingenblad kunnen worden ingevuld. Nu wordt het vaak eerst op een papiertje geschreven en later overgenomen op het metingenblad dat zich in het verpleegkundig dossier bevindt. Een mogelijke oplossing is om het metingenblad bij of aan het bed van de patiënt te leggen, zodat de verpleegkundige het metingenblad altijd binnen handbereik heeft wanneer zij de pijnscore meet bij de patiënt.
- Om de kwaliteitsverbetering niet alleen te laten plaatsvinden direct aan het bed van de individuele patiënt wordt aanbevolen te voorzien in managementinformatie die het mogelijk maakt de pijnscores te bekijken op het niveau van patiëntgroepen of ziektebeelden. Hiermee wordt voorzien in een randvoorwaarde die het mogelijk maakt kwaliteit te verbeteren op het niveau van een zorgproces. De eerste feedbackcyclus krijgt hiermee gegevens waarmee de professionals op het microniveau het zorgproces kunnen verbeteren. Wanneer kwaliteitsverbetering volgens de eerste feedbackcyclus plaatsvindt, zal de kwaliteit van zorg verder verbeteren waardoor de indicator verder wordt geïnternaliseerd.
- Er is op het moment geen managementrapport dat laat zien bij hoeveel patiënten een VAS-score hoger dan 7 is geregistreerd. Hierdoor kan er niet gestuurd worden op een deel van de IGZ indicator die opvraagt bij hoeveel patiënten een VAS-score hoger dan 7 is gemeten. Aanbevolen wordt in deze informatie te voorzien door middel van een managementrapport. Daarnaast kan deze informatie ook worden gebruikt bij het verbeteren van zorgprocessen doordat duidelijker wordt bij welke processen, op welk moment veel pijn optreedt.
- Aanbevolen wordt blijvend aandacht te besteden aan het onderwerp pijn na operatie. Tijdens het onderzoek is regelmatig aangegeven dat wanneer het onderwerp een tijd niet onder de aandacht is gebracht bij verpleegkundigen zij hier minder aandacht aanbesteden. Door bijvoorbeeld klinische lessen, voorlichting tijdens werkbijeenkomsten en het onderwerp standaard op de agenda van het werkoverleg te plaatsen, worden verpleegkundigen gemotiveerd om blijvend aandacht te besteden aan pijn bij postoperatieve patiënten. Dit zal waarschijnlijk ook de routinematige Knowledge Asset positief beïnvloeden.
- Het OLVG is erg intern gericht wat betreft het onderwerp pijn na operatie. Aanbevolen wordt actiever op zoek te gaan naar best practices bij andere organisaties. Hier kan het OLVG van leren en kan de zorg rondom het voorkomen van pijn na operatie verbeteren. Wanneer men zich meer op andere organisaties richt, zal dit waarschijnlijk ook een positief effect hebben op de conceptuele Knowledge Asset.
- Binnen het OLVG kan men ook veel van elkaar leren. De unit Orthopedie blijkt de meeste pijnscores in het ZIS te registreren van alle units. Mogelijk kunnen andere units leren van de manier waarop het registratieproces bij Orthopedie is ingericht. Aanbevolen wordt hierin actiever te faciliteren zodat kennis zich binnen het OLVG beter verspreidt. Concreet zou dit kunnen betekenen dat, wanneer andere units leren van Orthopedie hoe zij beter kunnen registreren rondom de indicator pijn na operatie, het OLVG ook een hogere score zal laten

zien op de IGZ indicator pijn na operatie. Wanneer deze aanbeveling wordt doorgevoerd, heeft dat waarschijnlijk ook een positief effect op de ervaringsgerichte Knowledge Asset.

5.3 Methodologische discussie

De term internaliseren in de context van prestatie-indicatoren is enkele jaren geleden door Roland Bal geïntroduceerd. Hieruit voortvloeiend is een drietal scripties (Van der Aar 2008, Huisman 2008 en Van den Berg 2009) geschreven rondom dit onderwerp. Door Nonaka en Takeuchi is daarnaast in 1995 de term internaliseren geïntroduceerd in de context van kenniscreatie en kennisconversie (Walburg 2006). Over de kennisconversiecyclus is een aantal publicaties geschreven. Deze zijn echter (bijna) allemaal conceptueel van karakter en sluiten daarnaast niet aan op het onderwerp externe prestatie-indicatoren. Dit onderzoek vormt daarom een verdere verkenning van het onderwerp internaliseren van prestatie-indicatoren.

Als onderzoeksvorm is gekozen voor kwalitatief onderzoek. De hoofdmethoden van onderzoek hierbij waren semigestructureerde interviews en de vragenlijst. De keuze voor kwalitatief onderzoek heeft een aantal voor- en nadelen. Het grote voordeel van de kwalitatieve onderzoeksvorm is dat tijdens het onderzoek door de geïnterviewden allerlei voorbeelden en ervaringen konden worden aangegeven rondom (het internaliseren van) de externe prestatie-indicator pijn na operatie. Doordat over dit onderwerp nog weinig is geschreven, biedt deze vorm van onderzoek een verder inzicht in het internaliseren van prestatie-indicatoren. De vragenlijst was een leidraad voor de factoren die mogelijk het internaliseren beïnvloeden. Op basis van deze onderwerpen zijn vervolgens de geïnterviewden verder bevraagd. Door deze opzet kon meer grip worden gekregen op het begrip internaliseren.

Het onderzoek van Chou en He (2004) waaruit de vragenlijst is afgeleid, kende een kwantitatief karakter. Op basis van de vragenlijst van Chou en He is de vragenlijst geformuleerd die aan respondenten is voorgelegd. Door de interviews te combineren met de vragenlijst hebben de antwoorden (scores) op de vragenlijst meer inhoud gekregen. De geïnterviewden konden tijdens dit onderzoek aangeven hoe invulling wordt gegeven aan de verschillende vragen die relateren aan de Knowledge Assets. Uit de antwoorden op de vragen in het interview blijkt dat enkel antwoorden op de vragenlijst te weinig houvast biedt om de KAs te kunnen onderzoeken. Respondenten gaven ook aan dat zij hun scores graag wilde toelichten omdat bijna elke score een toelichting vereiste. De vragenlijst alleen lijkt dus niet voldoende om een complex begrip als Knowledge Assets of internaliseren te kunnen onderzoeken. De interviews en vragenlijsten zijn bij 10 respondenten (N=10) werkzaam in het OLVG afgenomen. Dit is een klein aantal waardoor de kwantitatieve zeggingskracht van de vragenlijst gering is. Met dit onderzoek werd echter beoogd om het onderwerp internaliseren verder te verkennen en te verdiepen. Doordat de groep respondenten klein was, kon tijdens de interviews verder worden doorgevraagd.

Doordat het onderzoek een klein aantal respondenten had, de vragenlijst niet gevalideerd was en het onderzoek een kwalitatief karakter had, was het niet mogelijk om één op één het verband aan te geven tussen de KAs en de vier fases van kennisconversie. De vragenlijst en de interviews lijken een

goed beeld te kunnen geven van de manier waarop in het OLVG invulling wordt gegeven aan de KAs. Het is echter geen middel om te kunnen zeggen hoe deze KAs nu precies een specifieke fase in de kennisconversiecyclus beïnvloeden. Daarnaast is het ook niet mogelijk om aan te geven hoe vanuit de theorie beter invulling kan worden gegeven aan de KAs zodat de kennisconversie op een volgend niveau wordt gebracht. De vragenlijst en met de interviews geven een goed beeld van de huidige situatie en kunnen hierdoor mogelijk als nulmeting dienen om te bepalen in hoeverre nu wordt voorzien in factoren die KAs beïnvloeden. Hierbij wordt dan duidelijk in welke onderdelen van een KA nu goed wordt voorzien en in welke minder goed. Hoe aan deze onderdelen echter verder invulling kan worden gegeven wordt hiermee zoals eerder gezegd niet duidelijk. Evenzo is niet duidelijk hoe deze KAs dan precies het internaliseren beïnvloeden.

Bij het opzetten van dit onderzoek en het conceptueel onderzoeksmodel is verondersteld dat door het onderzoeken van de kwaliteitsverbetering en door het onderzoeken van de kennisconversiecyclus voldoende aanknopingspunten zouden worden gevonden om deze twee aan elkaar te relateren. Verwacht werd dat betekenisgeving in de vorm van de SECI-cyclus een uitwerking zou hebben op kwaliteitsverbetering. Om deze reden zijn dan ook twee pijlen getekend tussen deze twee cycli in het conceptueel model (figuur 4, pagina 24). Op basis van de resultaten van dit onderzoek is niet te bepalen hoe deze twee cycli elkaar beïnvloeden. De interviews en de vragenlijst geven aan waar het OLVG nu staat qua kennisconversie en qua kwaliteitsverbetering. Het is echter onbekend hoe het beter voorzien in KAs uiteindelijk leidt tot kwaliteitsverbetering. Andersom is ook onduidelijk of en hoe een eventuele kwaliteitsverbetering het niveau van internaliseren in de SECI-cyclus beïnvloedt. Een aanbeveling is dan ook om verder onderzoek te doen naar het verband tussen internaliseren in de kennisconversiecyclus en hoe deze cyclus zich verhoudt tot kwaliteitsverbetering (zie paragraaf 5.3.1).

Dit onderzoek, dat de vorm van een casestudy had, heeft plaatsgevonden bij de unit Orthopedie in het OLVG. Gedurende het onderzoek is duidelijk geworden dat de unit Orthopedie het hoogste percentage geregistreerde VAS-scores heeft in het ZIS van het OLVG. Het internaliseren van de indicator kan mogelijk per unit verschillen in het OLVG. Een vergelijking tussen de Orthopedie en een minder registrerende unit had mogelijk interessante resultaten opgeleverd.

De resultaten van dit onderzoek kunnen tenslotte zijn beïnvloed door sociaal wenselijke antwoorden. De onderzoeker is zelf werkzaam binnen het OLVG. Het gevaar is dat tijdens de interviews en het invullen van de vragenlijst dit heeft meegespeeld in de beantwoording van de vragen.

5.3.1 Aanbevelingen voor nader onderzoek

Op basis van de hiervoor behandelde conclusie en de methodologische discussie wordt een aantal aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek:

- Aanbevolen wordt nader onderzoek te doen naar het internaliseren van prestatie-indicatoren. De afgelopen jaren is door verschillende studenten van de master Zorgmanagement reeds onderzoek gedaan naar het internaliseren van prestatie-indicatoren. Alle onderzoeken tot op

heden hebben zich echter gericht op één instelling. Het zou interessant kunnen zijn om een vervolgonderzoek te doen in de vorm van een benchmark tussen verschillende ziekenhuizen of tussen verschillende afdelingen binnen één ziekenhuis. Mogelijk kunnen hierbij overeenkomsten en verschillen in internaliseren worden gevonden.

- In dit onderzoek is aangenomen dat er een verband bestaat tussen het internaliseren in de kennisconversiecyclus en internaliseren in de context van kwaliteitsverbetering. Deze zijn tot op heden niet aan elkaar te koppelen. Een aanbeveling voor verder onderzoek is om te bekijken of deze twee cycli aan elkaar gerelateerd zijn en zo ja op welke manier. In dit onderzoek kan tevens gekeken worden of internaliseren in de kennisconversiecyclus dezelfde betekenis heeft als internaliseren van prestatie-indicatoren in de definitie van Roland Bal.
- Op basis van de resultaten uit dit onderzoek is geconcludeerd dat de betekenisgeving van de indicator op micro- en macroniveau gelijk is. Aanbevolen wordt verder onderzoek te doen naar betekenisgeving van indicatoren op verschillende organisatieniveaus. Hierbij kan onderzocht worden of binnen een organisatie op verschillende niveaus dezelfde betekenis aan indicatoren wordt gegeven. De bevindingen uit het vervolgonderzoek kunnen vervolgens worden vergeleken met de conclusies van dit onderzoek.
- Alle onderzoeken die tot op heden hebben plaatsgevonden naar het internaliseren van externe prestatie-indicatoren hebben zich gericht op indicatoren van de IGZ. Zorgverzekeraars gaan echter ook steeds meer indicatoren uitvragen bij ziekenhuizen ten behoeve van de zorginkoop. Deze uitvraag van externe prestatie-indicatoren sluit mogelijk niet zo goed aan bij de dagelijkse zorgprocessen in een zorgorganisatie. Hierdoor zijn zij mogelijk minder geschikt voor kwaliteitsverbetering en zetten ze hier ook minder toe aan. Interessant is te onderzoeken of het internaliseren van deze indicatoren afwijkt van die van de IGZ indicatoren, en of deze (externe) indicatoren ook kunnen leiden tot kwaliteitsverbetering.

Literatuurlijst

- Aar, L. van der. „Prestatie-indicatoren en kwaliteit van zorg - Onderzoek naar het internaliseringsproces van externe indicatoren in het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis.” Thesis, Rotterdam, 2008.
- Baarde, B. en M. de Goede. *Basisboek Methoden en Technieken*. Groningen: Wolters-Noordhoff, 2001.
- Becerra-Fernandez, I. en R. Sabherwal. „Organizational knowledge management: a contingency perspective.” *Journal of Management Information Systems*, 2001: 18:23-35.
- Berg, J.M. van den, J. Haeck, M. van der Kolk en L. den Ouden. *(Toe)zicht op ziekenhuizen - Vijf jaar presteren met indicatoren*. Utrecht: De Tijdstroom, 2009.
- Berg, M. van den. „Internalisering: een brug tussen kwaliteitsverbetering en publieke verantwoording.” Master thesis, Rotterdam, 2009.
- Berg, M. en W. Schellekens. „Paradigma's van kwaliteit: De verschillen tussen externe en interne kwaliteitsindicatoren.” *Medisch Contact* 57, 2002: 34:1203-1205.
- Berg, M. et al. „Feasibility first: Developing public performance indicators on patient safety and clinical effectiveness for Dutch hospitals.” *Health Policy*, 2005: 75:59-73.
- Bergsma, M. „Betrouwbaarheid en validiteit van kwalitatief georiënteerde Operational Audits.” Referaat, Den Haag, 2003.
- Bevan, G. en C. Hood. „What's measured is what matters: targets and gaming in the English public health care system.” *Public Administration*, 2006: 84:3:517-537.
- Boeijs, Hennie. *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom onderwijs, 2008.
- Brown, J.S. en P. Duguid. „Knowledge and organization: A social-practice perspective.” *Organization Science.*, 2001: Vol. 12, Iss. 2; 198-213.
- Camp, P. *De praktijk van de matrix*. Amsterdam: Business Contact, 2002.
- Campbell, S.M., J. Braspenning, A. Hutchinson en M. Marshall. „Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care.” *Quality and Safety in Health Care*, 2002: 11:358-364.
- Chou, S. en M. He. „Knowledge Management: The distinctive roles of knowledge assets in facilitating knowledge creation.” *Journal of Information Science*, 2004: 30:146-164.
- Colsen, P.J.A. *Handboek kwaliteit van zorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 1995.
- Coppen, R. en P.F.M. Verhaak. „Indicatoren in de eerstelijns GGZ; een voorstudie naar de informatievoorziening in de eerstelijns GGZ voor zorggebruikers en verzekeraars.” 2007.

Cresswell, J.W. *Research design; qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2003.

crm begrippen. *CRM begrippen.nl*. 2009. <http://www.crmbegegrppen.nl/begripomgeving.php?id=98> (geopend 17 mei 2010).

Currie, C., J. Warring en R. Finn. „The limits of knowledge management for UK public services modernization: the case of patient safety and service quality.” *Public Administration*, 2008: 86:363-385.

Davenport, T. en D. Dreyfus. *Working Knowledge: How organisations manage what they know*. Boston: Harvard Business School, 1998.

Donabedian, A. „*Explorations in quality assessment and monitoring (1): The definition of quality and approaches to its assesment.*” Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.

Freeman, T. „Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: A review of the literature.” *Health Services Management Research*, 2002: 15:126-137.

Gourlay, S. *The SECI model of knowledge creation: some empirical shortcomings*. Kingston Business School, 2004.

Grol, R. en M. Wensing. *Implementatie: Effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2006.

Hardjono, T.W. en R.J.M. Bakker. *Management van processen: identificeren, besturen, beheersen en vernieuwen*. Deventer: Kluwer BV, 2006.

Harteloh, P.P.M. „Quality systems in health care: a sociotechnical approach.” *Health Policy*, 2003: 64:391-398.

Huisman, G. „Een onderzoek naar de betekenis die een ziekenhuisorganisatie geeft aan externe prestatie-indicatoren.” Master Thesis, Rotterdam, 2008.

IGZ. „Het resultaat telt - Kwaliteitsindicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg.” Den Haag, 2009a.
— *Organisatie geschiedenis*. 2009b. <http://www.igz.nl/organisatie/geschiedenis> (geopend 27 januari 2010).
— *Prestatie-indicatoren Basisset 2009*. Utrecht, 2008a.
— *Toelichting op het Gefaseerd toezicht (GT)*. 2009c. <http://www.igz.nl> (geopend 27 januari 2010).
— *Toezicht algemeen*. 12 februari 2008b.
http://www.igz.nl/loketzorgaanbieders/toezicht_algemeen/werkwijze (geopend 23 februari 2010).

Jerak-Zuiderent, S. en R. Bal. „Locating the worths of performance indicators - Performing transparencies and accountabilities in health care.” In A. Rudinow Sœtnan, H. Mork Lomell & S. Hammer (eds), *By the very act of counting. On the co-construction of society, numbers, and their subjects and objects*. London and New York: Routledge, forthcoming.

Klazinga, N., K. Stronks, D. Delnoij, en A. Verhoeff. „Indicators without a cause. Reflections on the development and use of indicators in health care from a public health perspective.” *International Journal for Quality in Health Care*, 2001: 13:433-438.

Koenen, M.J. en J.B. Drewes. *Wolters Handwoordenboek Nederlands*. Utrecht: Wolters, 1992.

Kosnik, L.K. en J.A. Espinosa. „Microsystems in health care: Part 7. The microsystem as a platform for merging strategic planning and operations.” *Jt Comm J Qual Improv.*, 2003: 9:452-459.

Krogt, W.P.M. en C.W. van der Vroom. *Organisatie in beweging*. Utrecht: Uitgeverij Lemma, 1995.

Maxima Medisch Centrum. „Maxima Medisch Centrum - Pijnmeting.” 2009.
<http://beheer.nvtv.nl/UserFiles/Media/VASpijnmeting.pdf>.

Mediquest. „Onderzoek naar de validiteit, betrouwbaarheid, toepassing en gebruik van de basisset prestatie-indicatoren GGZ.” Hilversum, 2008.

MOA Center for Marketing, Intelligence & Research. 2008. <http://www.moaweb.nl/bibliotheek/digitaal-woordenboek/c/casestudy-casestudie> (geopend 9 februari 2010).

Mohr, J.J., P. Batalden en P. Barach. „Integrating patient safety into the clinical microsystem.” *Qual Saf Health Care*, 2004: 13:ii34:38.

Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie. *Richtlijn postoperatieve pijnbehandeling*. Richtlijn, Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications B.V., 2003.

Nelsen, E.C. et al. „Microsystems in health care: Part 1. Learning from high-performing front-line clinical units.” *Jt Comm J Qual Improv.*, 2002: 472-493.

Nonaka, I., R. Toyama en N. Konno. „SECI, Ba and leadership: a unified model of dynamic knowledge creation.” *Longe Range Planning*, 2000: 33:5-34.

OLVG. „Folder: Anesthesie en pijnbestrijding bij volwassenen.” 2009a.
 —. *Orthopedie*. 1 oktober 2009b.
http://www.olvg.nl/afdelingen_en_voorzieningen/medische_afdelingen/orthopedie (geopend 22 mei 2010).
 —. *Over het OLVG - Profiel*. 31 december 2009c.
http://www.olvg.nl/over_het_olvg/profiel_olvg/organisatie (geopend 9 februari 2010).

Ouden, L. den, geïnterviewd door R. De Smet. (30 maart 2010).

Rivm. *Prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg*. 23 juni 2006.
http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o5446n30046.html (geopend 2 februari 2010).

Schellekens, W. „Public disclosure of outcome data.” In *Performance management in Health Care*, door J. Walburg, H. Bevan, J. Wilderspin en K. Lemmens, 193-205. New York: Routledge, 2006.

Schellekens, W., M. Berg en N. Klazinga. „Vliegen en gevlogen worden, mythen en mogelijkheden van prestatie-indicatoren van zorgaanbieders.” *Medisch Contact*, 2003: 08: 291-294.

Schouten, L., M. Minkman, J. de Moel en J. van Everdingen. *Doorbreken met resultaten in de gezondheidszorg*. Koninklijke Van Gorcum b.v., 2007.

Stenvers, M. „Evaluation of the quality of data behind four performance indicators in the OLVG.” Thesis, Amsterdam, 2009.

Stoop, A.P., K. Vrangbaek en M. Berg. „Theory and practice of waiting time data as a performance indicator in health care - A case study from The Netherlands.” *Elsevier Health Policy*, 2005: 73:41-51.

Swanborn, P.G. *Basisboek sociaal onderzoek*. Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2006.

Vannieuwenhuysse, B. „Knowledge Management in de logistieke sector.” Leuven, 2003.

Verry, L.L.A. en M. Smit-Zwezereijen. „Protocol Perioperatieve pijnbestrijding.” 2009.

Vissers, J. en G. de Vries. „Sleutelen aan zorgprocessen.” Intreerede, 2005.

Voort, H. van der en E. Kerpershoek. „All for one, one for all? Over afstemming van prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen. Achtergrondstudie bij het advies Governance en Kwaliteit van zorg.” Delft, 2008.

Walburg, J. „Learning organisation in health care.” In *Performance management in health care*, door J. Walburg, H. Bevan, J. Wilderspin en K. Lemmens, 9-20. New York: Routledge, 2006.

Wollersheim, H., M.J. Faber, R.P.T.M. Grol, W.J. Dondorp en A.J. Struijs. „Vertrouwen in verantwoorde zorg? - Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren.” Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2006.

WRR. *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2004.

Yin, R.K. *Applications of case study research*. Sage Publications, 2003.

Zee, F. van der. *Kennisverwerving in de empirische wetenschappen, de methodologie van wetenschappelijk onderzoek*. Groningen: BMOOO, 2004.

Ziekenhuizentransparant. *Ziekenhuizentransparant.nl*. 2010. www.ziekenhuizentransparant.nl (geopend 14 mei 2010).

Bijlage 1: IGZ indicator pijn na operatie

50 PRESTATIE-INDICATOREN ZIEKENHUIZEN BASISSET 2019

7 Pijn na een operatie

Pijnbestrijding is van belang zowel voor het welbevinden van de patiënt als voor het genezingsproces. Het blijkt dat gestandaardiseerde pijnmetingen leiden tot meer inzicht in pijnervaring van patiënten en daardoor tot een effectieve pijnbestrijding. Omdat gestructureerde aandacht voor postoperatieve pijnbestrijding nog relatief nieuw is, is dit niet altijd op alle afdelingen van een ziekenhuis in gelijke mate aanwezig. Zo kan er een verschil zijn in het beleid direct na de operatie als de patiënt nog op de verkoeverkamer is opgenomen, en de latere postoperatieve fase als de patiënt weer op een verpleegafdeling is.

7.1 Toelichting: Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten

De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) heeft een richtlijn opgesteld voor postoperatieve pijnbestrijding, waarin naast medicatieadviezen ook pijnmeting aan de orde komt. Op basis hiervan kunnen de ziekenhuizen eigen beleid ontwikkelen met betrekking tot het te gebruiken meetinstrument en de tijdstippen en condities van de patiënt waarbij pijnmetingen gedaan worden.

Postoperatieve pijn is een te verwachten, maar ongewenst bijproduct van een operatie. Niet alleen is postoperatieve pijn ongewenst, pijn belemmert ook een spoedig herstel. Daarnaast lijkt het zo te zijn dat ernstige postoperatieve pijn in relatie staat tot het ontwikkelen van chronische pijn na een operatie.

Het structureel meten van pijnintensiteit (pijnscore) met een Visual Analogue Scale (VAS), Numerical Rating Scale (NRS) of Verbal Rating Scale (VRS) draagt bij aan de effectiviteit van de pijnbehandeling. Een pijnscore van minder dan 4 (op een schaal van 10) geeft acceptabele pijn aan, een pijnscore van 4 tot en met 7 matig ernstige pijn en een pijnscore van boven de 7 ernstige pijn.

7.1 Indicator: Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten

Zijn de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
	#		
Is het percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten in het verslagjaar bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.
		*	*
Beschikt u over een registratiesysteem voor pijnmeting bij postoperatieve patiënten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
Heeft u een steekproef genomen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	

* Geef toelichting
Gegevens per locatie aanleveren

51 PRESTATIE-INDICATOREN ZIEKENHUIZEN BASISSET 2019		PIJN NA EEN OPERATIE
Populatie (beschrijving):		
Steekproefgrootte:		
Selectiecriteria:		
Teller 1: aantal klinische operatiepatiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting op de verkoever is uitgevoerd en geregistreerd.		
Noemer 1: totaal aantal klinische operatiepatiënten (verblijfsperiodes) op de verkoever.		
Percentage 1 (wordt automatisch berekend):	%	
Teller 2: aantal klinische operatiepatiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting op de verpleegafdeling is uitgevoerd.		
Noemer 2: totaal aantal klinische operatiepatiënten op de verpleegafdelingen.		
Indien noemer 1 niet overeenkomt met noemer 2 dan wordt u verzocht deze discrepantie toe te lichten.		
Percentage 2 (wordt automatisch berekend):	%	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Exclusiecriteria:</i> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Kinderen jonger dan 7 jaar.</i> – <i>Patiënten in dagopname.</i> • <i>Inclusiecriteria:</i> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Postoperatieve patiënten.</i> 		
Toelichting:		

7.2 Toelichting: Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie

Het percentage patiënten dat in de eerste 72 uur na een operatie op enig moment een ernstige pijnscore aangeeft, is een indicator voor de postoperatieve pijnbestrijding. Patiënten die behandeld zijn in dagbehandeling, worden geëxcludeerd omdat follow-up moeilijk uitvoerbaar is. Ook wordt onderscheid gemaakt tussen het beleid in de periode direct na de operatie als de patiënt nog op de verkoeverkamer verblijft en de latere post-operatieve periode als de patiënt weer op de verpleegafdeling is opgenomen. Kinderen jonger dan 7 jaar vallen niet onder deze indicator. Pijnmeting dient echter wel uitgevoerd te worden. Hiervoor zijn aangepaste instrumenten beschikbaar.

7.2 Indicator: Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore van boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie

Zijn de geïnccludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	<input type="checkbox"/> ja #	<input type="checkbox"/> nee	
Is het aantal patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie in het verslagjaar bekend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee *	<input type="checkbox"/> n.v.t. *
Beschikt u over een registratiesysteem voor postoperatieve pijnmeting op de verkoeverkamer?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
Beschikt u over een registratiesysteem voor postoperatieve pijnmeting op de verpleegafdeling?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
Heeft u een steekproef genomen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
Populatie (beschrijving):			
Steekproefgrootte:			
Selectiecriteria:			
Teller: aantal patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie.			

* Geef toelichting

Gegevens per locatie aanleveren

53 PRESTATIE-INDICATOREN ZIEKENHUIZEN BASISSET 2019		PILN NA EEN OPERATIE
Noemer: totaal aantal patiënten bij wie systematisch een pijnscore is gemeten (ten minste 6 metingen per patiënt gelijk verdeeld de eerste 72 uur na een operatie).		
Percentage (wordt automatisch berekend):	%	
<ul style="list-style-type: none">• <i>Inclusiecriteria:</i><ul style="list-style-type: none">– <i>Postoperatieve patiënten bij wie systematisch een pijnscore is gemeten.</i>• <i>Exclusiecriteria:</i><ul style="list-style-type: none">– <i>Kinderen jonger dan 7 jaar.</i>– <i>Patiënten in dagopname.</i>		
Toelichting:		

Bijlage 2: Topiclijst interviews

Introductie

- Bedanken voor de medewerking aan het interview
- Voorstellen
- Onderwerp interview introduceren, uitleg doel en achtergrond van onderzoek
- Uitleg voicerecorder, toestemming vragen
- Zijn er nog onduidelijkheden of vragen?

Persoonlijke gegevens

- Naam?
- Functie binnen de organisatie?
- Hoe lang werkzaam bij organisatie en sinds wanneer in deze functie?
- Hoe relateert u functie aan prestatie-indicatoren?

Prestatie-indicatoren

- Kent u de externe prestatie-indicatoren van de IGZ?
- Welk belang hecht u aan externe prestatie-indicatoren in het algemeen, en aan IGZ indicatoren in het bijzonder?
- Zijn externe prestatie-indicatoren belangrijk voor het OLVG?
- Hoe belangrijk is de buitenwereld (verzekeraars, consument, IGZ) bij indicatoren?
- Kent u de externe indicator pijn na operatie?
- Waarom is de indicator pijn na operatie volgens u belangrijk?

Zorgproces rondom pijn na operatie

- Door wie worden de metingen geregistreerd?
- Waar worden deze metingen geregistreerd?
- Wat zijn knelpunten bij de registratie van de metingen?
- Hoe worden de pijnmetingen in de dagelijkse praktijk gebruikt?
- Wordt er gebruikgemaakt van de beschikbare interne managementrapportages omtrent de VAS-score?
- Vindt er overleg plaats op patiëntengroepniveau over de pijnscores? (procesmatig)

Dataverzameling voor indicator pijn na operatie

- Hoe wordt data verzameld voor de indicator pijn na operatie?
- Wie zijn hierbij betrokken?
- Wie verzamelt en analyseert de gegevens?
- Wordt er over deze indicatorscore intern gerapporteerd/vindt er terugkoppeling plaats? Zo ja, wie stelt deze rapportage op?

- Het OLVG heeft over verslagjaar 2009 een score van 43,34%, wat vindt u hiervan?
- Hoeveel procent is reëel in uw ogen?

Betekenisgeving (vragen na aanleiding van de ingevulde vragenlijst)

Routinematige KAs

1. Professionals realiseren het belang van kennis bij routinematige handelingen bij de indicator pijn na operatie
2. Professionals worden aangemoedigd om nieuwe kennis te ontdekken rondom het thema “pijn na operatie”
3. Bepaalde patronen van denken en handelen rondom pijn na operatie worden aangemoedigd door continu oefenen/herhalen
4. Training en leren op de werkvloer wordt van waarde geacht binnen het OLVG
5. Professionals worden aangemoedigd om hun werk te bespreken met mensen in andere werkgroepen

Conceptuele KAs

1. Professionals worden aangemoedigd interactie op te zoeken met andere organisaties (samenwerkingsverbanden, patiënten) om ontwerpcriteria te verkrijgen
2. Professionals worden aangemoedigd om verouderde kennis te vervangen of te vernieuwen door te innoveren
3. Professionals worden gefaciliteerd om te leren van fouten
4. Het OLVG heeft teams of werknemers gericht op het ontwerpen of herontwerpen van diensten of processen
5. Het OLVG laat product of proceskenmerken bij pijn na operatie zien door middel van afbeeldingen, symbolen en taal (bijvoorbeeld in de vorm van een pijnprotocol)

Ervaringsgerichte KAs

1. Professionals worden aangemoedigd om hun eigen ervaringen rondom het thema “pijn na operatie” te delen
2. Professionals willen hun ervaringen rondom het thema pijn na operatie delen
3. Professionals worden aangemoedigd om mensen in andere werkgroepen te vertrouwen
4. Professionals worden aangemoedigd om kennis te verwerven uit ervaringen in hun eigen werk
5. Professionals worden aangemoedigd om te innoveren

Kwaliteit

- Hoe is de implementatie van de VAS-pijnmeting verlopen? Wat was hiervoor de aanleiding, de IGZ indicator pijn na operatie?
- Heeft de indicator pijn na operatie geleid tot aanpassingen in het primaire zorgproces?
- Ondersteunt de indicator pijn na operatie het primaire zorgproces?
- Heeft de indicator pijn na operatie de kwaliteit van zorg in het OLVG verbeterd?

Afsluiting

- Korte samenvatting geven van indrukken.
- Zijn er zaken niet aan de orde geweest welke wel relevant zijn voor het onderzoek?
- Bestaan er relevante interne documenten voor het onderzoek? Zo ja, wilt u deze ter beschikking stellen?
- Mag ik u benaderen mochten er vragen opkomen?
- Voicerecorder uitzetten
- Nogmaals bedanken voor medewerking

Bijlage 3: Vragenlijst

Routinematige KAs

1. Professionals realiseren het belang van kennis bij routinematige handelingen bij de indicator "pijn na operatie"

Weinig							Veel
1	2	3	4	5	6	7	

2. Professionals worden aangemoedigd om nieuwe kennis te ontdekken rondom het thema "pijn na operatie"

Weinig							Veel
1	2	3	4	5	6	7	

3. Bepaalde patronen van denken en handelen rondom pijn na operatie worden aangemoedigd door continu oefenen/herhalen

Weinig							Veel
1	2	3	4	5	6	7	

4. Training en leren op de werkvloer wordt van waarde geacht binnen het OLVG

Weinig							Veel
1	2	3	4	5	6	7	

5. Professionals worden aangemoedigd om hun werk te bespreken met mensen in andere werkgroepen

Weinig							Veel
1	2	3	4	5	6	7	

Conceptuele KAs

1. Professionals worden aangemoedigd interactie op te zoeken met andere organisaties (samenwerkingsverbanden, patiënten) om ontwerpcriteria te verkrijgen voor de indicator pijn na operatie

Weinig							Veel
1	2	3	4	5	6	7	

2. Professionals worden aangemoedigd om verouderde kennis te vervangen of te vernieuwen door te innoveren

Weinig							Veel
1	2	3	4	5	6	7	

3. Professionals worden gefaciliteerd om te leren van hun fouten

Weinig							Veel
1	2	3	4	5	6	7	

4. Het OLVG heeft teams of werknemers die zich richten op het ontwerpen of herontwerpen van diensten en processen

Weinig							Veel
1	2	3	4	5	6	7	

5. Het OLVG laat product of proceskenmerken bij pijn na operatie zien door middel van afbeeldingen, symbolen en taal (bijvoorbeeld in de vorm van een pijnprotocol)

Weinig							Veel
1	2	3	4	5	6	7	

Ervaringsgerichte KAs

1. Professionals worden aangemoedigd om hun eigen ervaringen rondom het thema pijn na operatie te delen

Weinig							Veel
1	2	3	4	5	6	7	

2. Professionals willen hun ervaringen rondom het thema pijn na operatie delen

Weinig							Veel
1	2	3	4	5	6	7	

3. Professionals worden aangemoedigd om mensen in andere werkgroepen te vertrouwen

Weinig							Veel
1	2	3	4	5	6	7	

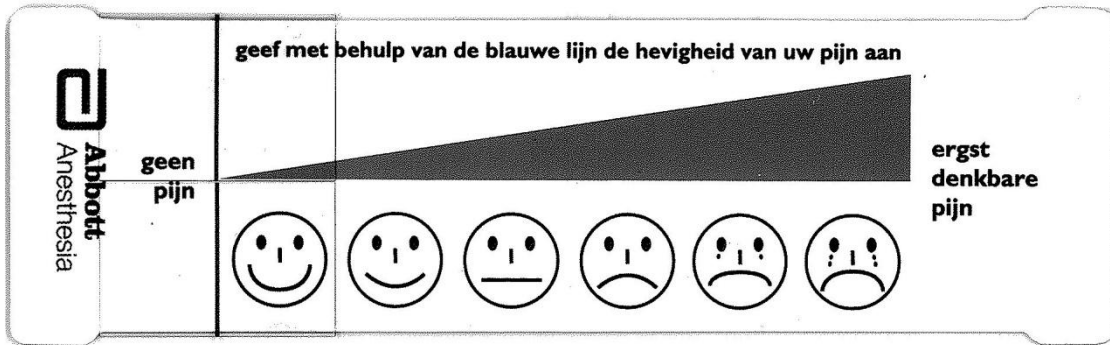
4. Professionals worden aangemoedigd om kennis te verwerven uit ervaringen in hun eigen werk

Weinig							Veel
1	2	3	4	5	6	7	

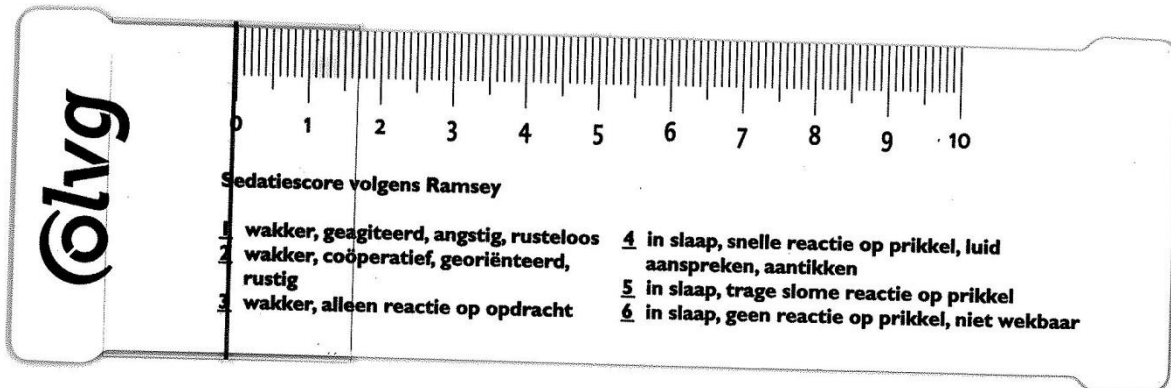
5. Professionals worden aangemoedigd om te innoveren

Weinig							Veel
1	2	3	4	5	6	7	

Bijlage 4: Pijnmeetlatje



Figuur 10: Pijnmeetlatje voorkant



Figuur 11: Pijnmeetlatje achterkant

Bijlage 5: Routinematige Knowledge Assets

Routinematige KAs	1	2	3	4	5	Totaal
	Professionals realiseren het belang van kennis bij routinematige handelingen bij de indicator "pijn na operatie"	Professionals worden aangemoedigd om nieuwe kennis te ontdekken rondom het thema "pijn na operatie"	Bepaalde patronen van denken en handelen rondom pijn na operatie worden aangemoedigd door continue oefenen/herhalen	Training en leren op de werkvloer wordt van waarde geacht binnen het OLVG	Professionals worden aangemoedigd om hun werk te bespreken met mensen in andere werkgroepen	
Functie						
Lid Raad van Bestuur	4	3	4	7	7	25
Unitvoorzitter	7	5	5	7	5	29
Bedrijfsleider	6	4	5	7	6	28
Adviseur kw aliteit	5	4	3	6	3	21
Stafmedewerker kw aliteit	4	4	6	6	4	24
Medisch professional (arts)	7	5	5	7	5	29
Afdelingsleider	5	6	5	6	6	28
Afdelingsleider	6	6	6	7	6	31
Verpleegkundige	6	6	7	7	2	28
Senior verpleegkundige	5	5	4	5	4	23
Gemiddeld	5,5	4,8	5	6,5	4,8	
Totaal	55	48	50	65	48	266
Maximale score	70	70	70	70	70	350
Percentage	79%	69%	71%	93%	69%	76%

Tabel 7: Routinematige KAs (1/2)

Routinematige KAs	1	2	3	4	5	Totaal
	Professionals realiseren het belang van kennis bij routinematige handelingen bij de indicator "pijn na operatie"	Professionals worden aangemoedigd om nieuwe kennis te ontdekken rondom het thema "pijn na operatie"	Bepaalde patronen van denken en handelen rondom pijn na operatie worden aangemoedigd door continue oefenen/herhalen	Training en leren op de werkvloer wordt van waarde geacht binnen het OLVG	Professionals worden aangemoedigd om hun werk te bespreken met mensen in andere werkgroepen	
Macroniveau						
Lid Raad van Bestuur	4	3	4	7	7	25
Unitvoorzitter	7	5	5	7	5	29
Bedrijfsleider	6	4	5	7	6	28
Adviseur kw aliteit	5	4	3	6	3	21
Stafmedewerker kw aliteit	4	4	6	6	4	24
Gemiddeld	5,2	4	4,6	6,6	5	
Totaal	26	20	23	33	25	127
Maximale score	35	35	35	35	35	175
Percentage	74%	57%	66%	94%	71%	73%
Microniveau						
Medisch professional (arts)	7	5	5	7	5	29
Afdelingsleider	5	6	5	6	6	28
Afdelingsleider	6	6	6	7	6	31
Verpleegkundige	6	6	7	7	2	28
Senior verpleegkundige	5	5	4	5	4	23
Gemiddeld	5,8	5,6	5,4	6,4	4,6	
Totaal	29	28	27	32	23	139
Maximale score	35	35	35	35	35	175
Percentage	83%	80%	77%	91%	66%	79%

Tabel 8: Routinematige KAs (2/2)

Bijlage 6: Conceptuele Knowledge Assets

Conceptuele KAs	1	2	3	4	5	Totaal
	Professionals worden aangemoedigd interactie op te zoeken met andere organisaties (samenwerkingsverbanden, patiënten) om ontwerpcriteria te verkrijgen voor de indicator	Professionals worden aangemoedigd om verouderde kennis te vervangen of te vernieuwen door te innoveren	Professionals worden gefaciliteerd om te leren van hun fouten	Het OLVG heeft teams of werknemers die zich richten op het ontwerpen of herontwerpen van diensten en processen	Het OLVG laat product of proceskenmerken bij pijn na operatie zien door middel van afbeeldingen, symbolen en taal (bijvoorbeeld in de vorm van een pijnprotocol etc.)	
Functie						
Lid Raad van Bestuur	4	5	7	5	4	25
Unitvoorzitter	1	6	5	6	6	24
Bedrijfsleider	4	6	6	6	5	27
Adviseur kwaliteit	2	6	5	5	5	23
Stafmedewerker kwaliteit	3	5	7	6	7	28
Medisch professional (arts)	1	6	5	6	6	24
Afdelingsleider	2	6	6	6	5	25
Afdelingsleider	2	4	7	5	6	24
Verpleegkundige	1	6	7	7	5	26
Senior verpleegkundige	4	4	5	5	5	23
Gemiddeld	2,4	5,4	6	5,7	5,4	
Totaal	24	54	60	57	54	249
Maximale score	70	70	70	70	70	350
Percentage	34%	77%	86%	81%	77%	71%

Tabel 9: Conceptuele KAs (1/2)

Conceptuele KAs	1	2	3	4	5	Totaal
	Professionals worden aangemoedigd interactie op te zoeken met andere organisaties (samenwerkingsverbanden, patiënten) om ontwerpcriteria te verkrijgen voor de indicator pijn na operatie	Professionals worden aangemoedigd om verouderde kennis te vervangen of te vernieuwen door te innoveren	Professionals worden gefaciliteerd om te leren van hun fouten	Het OLVG heeft teams of werknemers die zich richten op het ontwerpen of herontwerpen van diensten en processen	Het OLVG laat product of proceskenmerken bij pijn na operatie zien door middel van afbeeldingen, symbolen en taal (bijvoorbeeld in de vorm van een pijnprotocol)	
Macroniveau						
Lid Raad van Bestuur	4	5	7	5	4	25
Unitvoorzitter	1	6	5	6	6	24
Bedrijfsleider	4	6	6	6	5	27
Adviseur kwaliteit	2	6	5	5	5	23
Stafmedewerker kwaliteit	3	5	7	6	7	28
Gemiddeld	2,8	5,6	6	5,6	5,4	
Totaal	14	28	30	28	27	127
Maximale score	35	35	35	35	35	175
Percentage	40%	80%	86%	80%	77%	73%
Microniveau						
Medisch professional (arts)	1	6	5	6	6	24
Afdelingsleider	2	6	6	6	5	25
Afdelingsleider	2	4	7	5	6	24
Verpleegkundige	1	6	7	7	5	26
Senior verpleegkundige	4	4	5	5	5	23
Gemiddeld	2	5,2	6	5,8	5,4	
Totaal	10	26	30	29	27	122
Maximale score	35	35	35	35	35	175
Percentage	29%	74%	86%	83%	77%	70%

Tabel 10: Conceptuele KAs (2/2)

Bijlage 7: Ervaringsgerichte Knowledge Assets

Ervaringsgerichte KAs	1	2	3	4	5	Totaal
	Professionals worden aangemoedigd om hun eigen ervaringen rondom het thema pijn na operatie te delen	Professionals willen hun ervaringen rondom het thema pijn na operatie delen	Professionals worden aangemoedigd om mensen in andere werkgroepen te vertrouwen	Professionals worden aangemoedigd om kennis te verwerven uit ervaringen in hun eigen werk	Professionals worden aangemoedigd om te innoveren	
Functie						
Lid Raad van Bestuur	4	5	5	4	5	23
Unitvoorzitter	3	6	7	6	6	28
Bedrijfsleider	5	5	6	6	6	28
Adviseur kwaliteit	3	5	5	5	5	23
Stafmedewerker kwaliteit	4	6	6	5	5	26
Medisch professional (arts)	3	6	7	6	6	28
Afdelingsleider	5	5	4	6	6	26
Afdelingsleider	5	6	5	6	4	26
Verpleegkundige	7	5	5	1	6	24
Senior verpleegkundige	5	4	4	5	5	23
Gemiddeld	4,4	5,3	5,4	5	5,4	
Totaal	44	53	54	50	54	255
Maximale score	70	70	70	70	70	350
Percentage	63%	76%	77%	71%	77%	73%

Tabel 11: Ervaringsgerichte KAs (1/2)

Ervaringsgerichte KAs	1	2	3	4	5	Totaal
	Professionals worden aangemoedigd om hun eigen ervaringen rondom het thema pijn na operatie te delen	Professionals willen hun ervaringen rondom het thema pijn na operatie delen	Professionals worden aangemoedigd om mensen in andere werkgroepen te vertrouwen	Professionals worden aangemoedigd om kennis te verwerven uit ervaringen in hun eigen werk	Professionals worden aangemoedigd om te innoveren	
Macroniveau						
Lid Raad van Bestuur	4	5	5	4	5	23
Unitvoorzitter	3	6	7	6	6	28
Bedrijfsleider	5	5	6	6	6	28
Adviseur kwaliteit	3	5	5	5	5	23
Stafmedewerker kwaliteit	4	6	6	5	5	26
Gemiddeld	3,8	5,4	5,8	5,2	5,4	
Totaal	19	27	29	26	27	128
Maximale score	35	35	35	35	35	175
Percentage	54%	77%	83%	74%	77%	73%
Microniveau						
Medisch professional (arts)	3	6	7	6	6	28
Afdelingsleider	5	5	4	6	6	26
Afdelingsleider	5	6	5	6	4	26
Verpleegkundige	7	5	5	1	6	24
Senior verpleegkundige	5	4	4	5	5	23
Gemiddeld	5	5,2	5	4,8	5,4	
Totaal	25	26	25	24	27	127
Maximale score	35	35	35	35	35	175
Percentage	71%	74%	71%	69%	77%	73%

Tabel 12: Ervaringsgerichte KAs (2/2)

