

Internalisering: een brug tussen kwaliteitsverbetering en publieke verantwoording

Afstudeerscriptie Master Zorgmanagement

**Onderzoek naar de bevorderende en belemmerende factoren van het
internaliseringsproces van de IGZ indicator 'pijn na een operatie'**

Marnix Christian van den Berg 315394

**Onder begeleiding van:
Dr. J. Geelhoed
Drs. R. Teng**

**Meelezer:
Prof. Dr. R.A. Bal**

Juli 2009

**Erasmus Universiteit Rotterdam
Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg**



Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Samenvatting	6
Summary	7
1. Inleiding	8
1.1 Ontwikkelingen in de zorgsector	8
1.2 Doelstelling onderzoek	9
1.3 Onderzoeksvragen	9
1.3.1 Hoofdvraag	9
1.3.2 Deelvragen	9
1.4 Leeswijzer	10
2. Theoretisch kader	11
2.1 Kwaliteitsverbetering door middel van indicatoren	11
2.2 Interne en externe indicatoren	12
2.3 Internaliseren	13
2.4 Bevorderende en belemmerende factoren	15
2.4.1 Bevorderende factoren	15
2.4.2 Belemmerende factoren	17
2.5 Externe factoren	18
2.6 INK-managementmodel	19
2.7 IGZ indicator 'pijn na een operatie'	20
3. Methodiek	22
3.1 Kwalitatief onderzoek	22
3.2 Literatuur	22
3.3 Documenten	23
3.4 Quickscan	23
3.5 Interviews	24
3.6 Observaties	26
3.7 Methoden van analyse	26
3.8 Kwaliteit van onderzoek	26
3.8.1 Betrouwbaarheid	26
3.8.2 Validiteit	27

4. Resultaten	28
4.1 Proces dataverzameling indicator 'pijn na een operatie'	28
4.1.1 Voorwaarden	28
4.1.2 Primair proces	30
4.1.3 Meetmethodiek	32
4.2 Interne factoren	33
4.2.1 Bevorderende factoren	33
4.2.2 Belemmerende factoren	38
4.3 Externe factoren	41
4.3.1 IGZ en overheidsinstanties	42
4.3.2 Media	42
4.3.3 Zorgverzekeraars	43
4.3.4 Patiënten	43
5. Discussie	45
5.1 Analyse op basis van het INK-managementmodel	45
5.2 Theoretische discussie	46
5.2.1 Organisatiegebied 'Management van medewerkers'	46
5.2.2 Organisatiegebied 'Management van processen'	48
5.2.3 Organisatiegebied 'Management van middelen'	49
5.2.4 Organisatiegebied 'Strategie en Beleid'	50
5.2.5 Meetmethodiek en transparantie	50
5.2.6 Externe factoren	51
5.3 Methodologische discussie	53
6. Conclusie en aanbevelingen	55
6.1 Conclusies deelvragen	55
6.2 Eindconclusie	56
6.3 Aanbevelingen voor nader onderzoek	57
6.4 Aanbevelingen voor het FMC	57
Literatuurlijst en bronnen	59
Bijlagen	62
Bijlage 1: Topiclijst interview	63
Bijlage 2: Scorelijst interview	65
Bijlage 3: Resultaten scorelijst interview	67
Bijlage 4: IGZ indicator 'pijn na een operatie'	69
Bijlage 5: Pijnformulier	73
Bijlage 6: VAS meetlatje	75
Bijlage 7: Interviewprotocol quickscan	76
Bijlage 8: Resultaten quickscan	80

Voorwoord

Met het schrijven van deze scriptie komt er een einde aan mijn studie Gezondheidswetenschappen en aan de Master Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit. Een studie die mij veel kennis heeft opgeleverd en nieuwe inzichten heeft gegeven. Naast nieuwe kennis heb ik in de afgelopen twee jaar in de collegezaal ook nieuwe contacten opgedaan en vriendschappen gesloten. Het waren twee leuke, maar soms ook zware, jaren die in een snel tempo voorbij zijn gegaan. Toen ik twee jaar geleden begon met deze studie wist ik veel van het fysiotherapeutische vak, maar slechts weinig van de gezondheidszorg in zijn geheel. Nu sta ik alweer aan een nieuw hoofdstuk in mijn nog korte carrière. Ik sta te popelen om deze opgedane kennis te gaan uittesten op de altijd weerbarstige praktijk.

Ik wil van deze plaats ook gebruik maken om de mensen te bedanken die het mogelijk hebben gemaakt dat ik deze studie heb kunnen volgen en met succes heb kunnen afronden. Als eerste wil ik de betrokken ziekenhuizen en alle medewerkers van deze ziekenhuizen bedanken voor de medewerking en hun open houding. Ik ben zeer blij met het vertrouwen dat zij in mij gesteld hebben. Daarnaast wil ik mijn afstudeerbegeleiders, Jeroen Geelhoed en Roy Teng, bedanken voor de ondersteuning, tips en kritische reflectie. Wanneer ik in de knoop zat met mijn scriptie, zorgden jullie ervoor dat ik weer op de juiste koers terecht kwam. Roland Bal wil ik bedanken voor het meelesen en het leveren van bruikbare feedback. Natuurlijk wil ik ook mijn studiegenoten bedanken voor de motiverende ondersteuning en afleiding. Nienke, Ingeborg, Anneke, Synthia en Merel bedankt!

Maar natuurlijk is de belangrijkste persoon die ik moet bedanken mijn lieve vriendin Annemarie. De laatste twee jaar waren erg druk voor ons allebei. Ik besef mij dat ik als werkende en stagelopende student niet altijd gezelligste was. Daar gaat de komende periode verandering in komen. Bedankt voor je steun en lieve woorden. Tenslotte wil ik mijn vrienden en familie bedanken. Pa en ma, ik wil jullie bedanken dat ik een tweede studie kon volgen. Jongens, jullie wil ik bedanken voor de momenten van ontspanning met een hapje en een drankje. Ik vond het ontzettend leuk en uitdagend om met deze studie te beginnen, maar ik vind het nog leuker dat ik hem nu heb afgerond!

Marnix van den Berg

Utrecht, Juli 2009

Samenvatting

De stelselherziening in de zorgsector heeft onder andere geleid tot (gereguleerde) marktwerking in de zorgsector. Op deze wijze beoogt de overheid meer concurrentie in de zorg te bewerkstelligen. Zo worden zorginstellingen door middel van concurrentie tussen zorgaanbieders gedwongen om de beste kwaliteit zorg te leveren. De overheid controleert de zorginstellingen op afstand waarbij prestatie-indicatoren één van de belangrijkste instrumenten zijn. Het implementeren van prestatie-indicatoren in de ziekenhuissector door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) leidt niet automatisch tot kwaliteitsverbetering van zorgprocessen. De basisset prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen moet door de organisaties werkend worden gemaakt ten behoeve van interne kwaliteitsverbetering. Dit proces heet het internaliseren van externe prestatie-indicatoren. Over het proces van internalisering van externe prestatie-indicatoren in ziekenhuizen en de beïnvloedende factoren bestaat nog onduidelijkheid.

In dit onderzoek wordt het internaliseringsproces van externe prestatie-indicatoren onderzocht aan de hand van de IGZ indicator 'pijn na een operatie'. De onderzoeksvraag luidt als volgt: *Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren in het internaliseringsproces van de IGZ indicator 'pijn na een operatie' op de afdeling Orthopedie / Chirurgie in een Nederlands algemeen ziekenhuis?* Om de probleemstelling te beantwoorden is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd op de afdeling Orthopedie / Chirurgie van een algemeen ziekenhuis in Nederland. Het ziekenhuis heeft een duidelijke regionale en streekfunctie. Het acteert in een matige tot redelijk sterke concurrerende omgeving. Het beddenhuis heeft een omvang tussen de 250 en 500 bedden. In het onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende methoden als documentanalyse, interviews en observaties.

Uit het onderzoek blijkt dat het ziekenhuis in het voorgaande jaar een nieuw pijnbeleid heeft neergezet. Mede geïnitieerd door de komst van een nieuwe maatschap Anesthesie. Onderdeel van het pijnbeleid is de ingevoerde meetsystematiek om bij patiënten de pijn na een operatie te meten. De registratie vindt plaats middels pijnformulieren. De resultaten worden ingevoerd in een Excelbestand. Het internaliseringsproces van de IGZ indicator 'pijn na een operatie' wordt verder vormgegeven door het aanstellen van aandachtsvelders 'pijn'. Van de onderzochte externe factoren lijkt met name de fors toegenomen regeldruk invloed uit te oefenen op het internaliseringsproces. De resultaten zijn tevens geanalyseerd met behulp van het INK-managementmodel. Concluderend kan gesteld worden dat het bestaan van juiste procedures om informatie te verzamelen gecombineerd met duidelijk beschreven taken en verantwoordelijkheden, belangrijke bevorderende factoren zijn in het internaliseringsproces. Aandachtsvelders dienen te fungeren als schakel tussen het management en de werkvloer. Ook dient er niet alleen een leercultuur aanwezig te zijn, maar moet deze tevens op actieve wijze ingevuld worden door middel van structurele feedback en discussie. Voorts blijkt dat het ontbreken van kennis over IGZ indicatoren op de werkvloer en het gebrek aan structurele feedback tussen de diverse disciplines belemmerend zijn in het internaliseringsproces. Tot slot lijkt de veelheid aan indicatoren en regels belemmerend te werken op het internaliseringsproces van externe prestatie-indicatoren.

Summary

The changes in the health care system have led to a (regulated) market in health care and a new health insurance law. The Dutch government aims to increase competition in health care consumption. Through competition, providers will be forced to provide the best quality care services. The government controls the health care at a distance, in which performance indicators are one of the main instruments. Implementation of performance indicators in the hospital sector by the Health Inspectorate (IGZ) does not automatically lead to quality improvement of care processes. The organisations have to make the performance indicators work for internal quality improvement. This process is called the internalisation of external performance indicators. Little is known about the process of internalisation of external performance indicators in hospitals.

In this study the internalising of external performance indicators is examined by the IGZ indicator 'pain after surgery'. The research question is as follows: *What are enhancing and inhibiting factors in the process of internalisation the IGZ indicator 'pain after surgery' in the department Orthopedics / Surgery in a Dutch general hospital?* This question is answered by a qualitative study at the department of Orthopedics / Surgery of a general hospital in the Netherlands. The hospital has a regional function. It acts in a moderate to strong competitive environment. The hospital has between 250 and 500 beds. The study includes various methods such as document analysis, interviews and observations.

The study indicates that the hospital has implemented a new policy regarding pain. The initiative comes from the new partnership Anaesthesia. A part of the new pain policy is the measurement system to measure the patient's pain after surgery. The results are registered on a special form. The results are fed into an Excel file. The internalising the IGZ indicator 'pain after surgery' is further shaped by the appointment of attention fielders 'pain'. These are nurses with an additional focus. Among the external factors, has in particular the significant increase in the regulatory impact on the internalisation process. The results are analyzed by using the INK-management model. It can be concluded that the most important factors are firstly the existence of proper procedures to gather information combined with clear tasks and responsibilities. In addition, attention fielders have to act as a link between management and primary process. Finally, there is not only a learning culture to be present, but should also actively be completed by structural feedback and discussion of the results. The main impediments are the lack of knowledge about IGZ indicators in the primary process, the lack of structural feedback between the various disciplines, patient events are not always sufficient instructed about the pain measurements, and finally the multitude of indicators and rules are a barrier to the internalisation process of external performance indicators in health care.

1. Inleiding

1.1 Ontwikkelingen in de zorgsector

Vóór de recente stelselwijzigingen in de zorgsector, waarmee een gereguleerde vorm van marktwerking wordt beoogd, werden ziekenhuizen naast wet- en regelgeving vooral gestuurd en gecontroleerd op basis van budgetten. Deze functionele budgettering kenmerkte zich door het sturen op financiële prikkels en door middel van nacalculatie. Bij financiële problemen werd er gecompenseerd vanuit de overheid. Dit gebeurde ook wanneer er sprake was van wanbeleid en slechte prestaties. Het rapport van de Commissie-Dekker in 1987 leidde tot een beleidsontwikkeling gericht op marktwerking. Vervolgens is in het overheidsbeleid van 1988 tot 1994 (Plan-Dekker / Plan-Simons) consequent op het kompas van de marktwerking gekoerst (Boot en Knapen 2005). In juli 2001 is de nota 'Vraag aan bod' gepresenteerd door de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), mw. Borst-Eilers. In de nota werd geadviseerd dat organisaties in de zorgsector meer gestuurd zouden moeten worden op basis van kwaliteitsaspecten (ministerie van VWS 2001). De nota heeft vervolg gekregen in de stelselherziening van de curatieve zorgsector. Deze herziening heeft onder andere geleid tot (gereguleerde) marktwerking in de zorgsector en de nieuwe Zorgverzekeringswet. Hierbij staat de patiënt centraal. Op deze wijze beoogt de overheid meer concurrentie in de zorg te bewerkstelligen. Zo worden zorginstellingen door middel van concurrentie tussen zorgaanbieders gedwongen om de beste kwaliteit zorg te leveren (ministerie van VWS 2009). De overheid controleert de zorginstellingen op afstand waarbij prestatie-indicatoren één van de belangrijkste instrumenten zijn (Bal 2008).

Het doel van deze prestatie-indicatoren is tweeledig: enerzijds het organiseren van een transparante vorm van publieke verantwoording en anderzijds het stimuleren van zorgprofessionals om werk te maken van kwaliteitsverbetering (Wollersheim et al. 2006). Prestatie-indicatoren zijn te beschrijven als kwantitatieve meetinstrumenten welke gebruikt worden om de kwaliteit van belangrijke bestuurlijke, management-, klinische en ondersteunende functies te evalueren, welke van invloed zijn op de uitkomsten voor de patiënt (Mainz 2003). Zorgaanbieders kunnen zich met behulp van deze indicatoren profileren. Zo kunnen de zorgverzekeraars de indicatoren gebruiken bij hun zorginkoop. Daarnaast bieden zij aan patiënten een houvast om keuzes te maken (IGZ 2007). Het publiceren van de prestaties van zorgaanbieders is daarnaast een stimulans om de kwaliteit van zorg te verbeteren: een methode waarbij een noodzaak tot organisatieverandering ontstaat (Schellekens et al. 2003).

Dit onderzoek richt zich op één van de twee doelen van prestatie-indicatoren zoals deze door Wollersheim et al. (2006) zijn beschreven, namelijk het stimuleren van zorgaanbieders om de kwaliteit van de geleverde zorg te verbeteren. Het implementeren van prestatie-indicatoren in de ziekenhuissector door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) leidt niet automatisch tot kwaliteitsverbetering van zorgprocessen. De basisset prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen, zoals deze wordt aangeboden door de IGZ, moet door de organisaties werkend worden gemaakt ten behoeve van interne kwaliteitsverbetering (Bal, in: Van der Aar 2008). Bal en Van der Aar noemen dit proces het internaliseren van externe prestatie-indicatoren. Over het proces van internalisering van

externe prestatie-indicatoren in ziekenhuizen en de beïnvloedende factoren bestaat nog onduidelijkheid. Wanneer de beïnvloedende factoren bekend zijn, kan dat handvatten bieden voor interne sturing binnen ziekenhuizen. Het internaliseringsproces van externe prestatie-indicatoren wordt in dit onderzoek onderzocht aan de hand van de IGZ indicator 'pijn na een operatie'.

1.2 Doelstelling onderzoek

De primaire doelstelling van dit onderzoek is het analyseren en identificeren van bevorderende en belemmerende factoren van het internaliseringsproces van de IGZ indicator 'pijn na een operatie' op de afdeling Orthopedie / Chirurgie in een Nederlands algemeen ziekenhuis. Het onderzoek heeft aansluitend het doel om een bijdrage te leveren aan de discussie en kennisontwikkeling omtrent de kwaliteitsverbetering door middel van intern gebruik van de IGZ indicatoren. Ten slotte beoogt dit onderzoek ziekenhuizen en bestuurders van ziekenhuizen handvatten te bieden voor een optimaal gebruik van de IGZ indicatoren.

1.3 Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen en bijbehorende deelvragen vormen het hart van dit onderzoek. De deelvragen vormen een concrete vertaalslag van de hoofdvraag. Antwoorden op de deelvragen zullen resulteren in antwoord op de onderzoeksvraag. Om deze reden is het van belang dat er een duidelijke communicatie over en weer is tussen beide type vragen.

1.3.1 Hoofdvraag

De hoofdvraag in dit onderzoek is de volgende: *Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren in het internaliseringsproces van de IGZ indicator 'pijn na een operatie' op de afdeling Orthopedie / Chirurgie in een Nederlands algemeen ziekenhuis?*

1.3.2 Deelvragen

1. Op welke wijze verloopt de dataverzameling van de IGZ indicator 'pijn na een operatie' binnen het ziekenhuis?
2. Hoe wordt de internalisering van de IGZ indicator 'pijn na een operatie' georganiseerd binnen het ziekenhuis?
3. Op welke wijze beïnvloeden externe factoren het internaliseringsproces van de IGZ indicator 'pijn na een operatie' binnen het ziekenhuis?
4. Welke inzichten biedt een analyse van het internaliseringsproces van de IGZ indicator 'pijn na een operatie' op basis van het INK-managementmodel?

1.4 Leeswijzer

In dit hoofdstuk is beschreven wat de kern van dit onderzoek is en aan de hand van welke deelvragen ik tot de beantwoording van de hoofdvraag wil komen. In hoofdstuk 2 is het theoretisch kader geformuleerd welke de basis vormt voor dit onderzoek. Hoofdstuk 3 beschrijft vervolgens welke methodieken gehanteerd worden en op welke wijze de resultaten geanalyseerd zijn. Hoofdstuk 4 geeft een weergave van de resultaten van het onderzoek. In hoofdstuk 5 zal een kritische reflectie plaatsvinden op de resultaten en in hoofdstuk 6 zullen enkele conclusies volgen. Tevens volgen in dit afsluitende hoofdstuk aanbevelingen voor de praktijk en worden mogelijkheden voor vervolgonderzoek besproken.

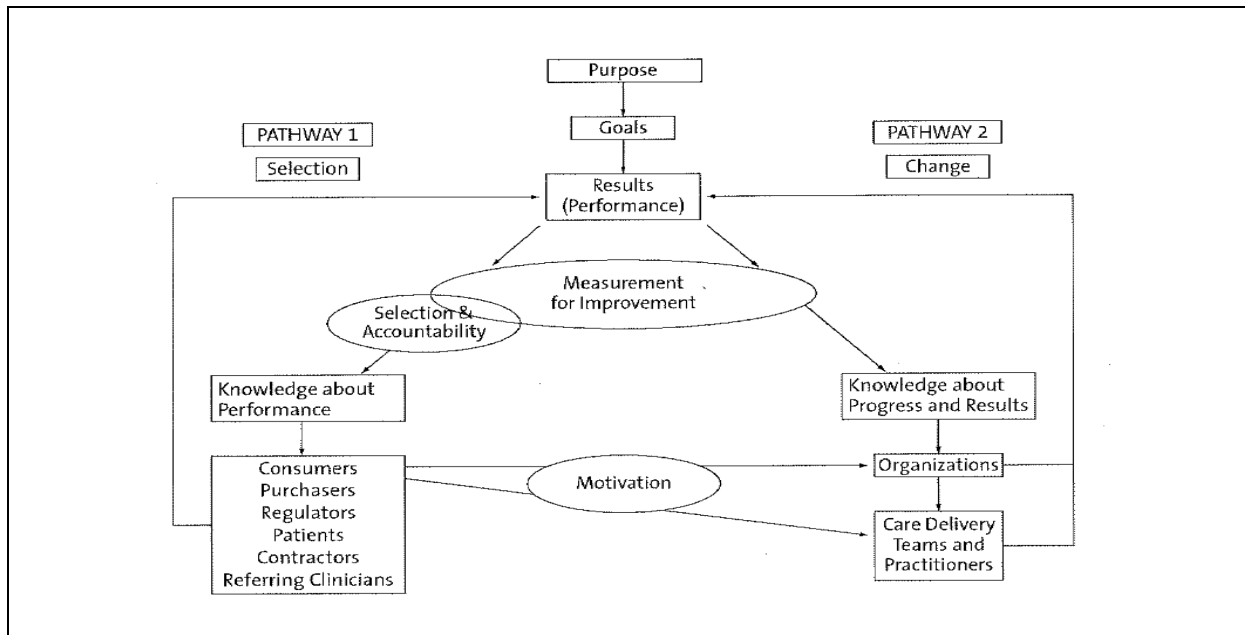
2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk zal het theoretisch kader van dit onderzoek uiteen worden gezet. Ten eerste zal beschreven worden op welke wijze indicatoren tot kwaliteitsverbetering kunnen leiden. Vervolgens zal in worden gegaan op de verschillen tussen interne en externe indicatoren. In de derde paragraaf zal worden besproken wat het begrip ‘internaliseren’ inhoudt. Verder worden potentiële bevorderende en belemmerende factoren van het internaliseringsproces beschreven. Ook wordt ingegaan op enkele relevante externe factoren, namelijk de IGZ, media, zorgverzekeraars en patiënten. Ten slotte zal de rol van het INK-managementmodel in dit onderzoek worden uitgelegd en wordt er ingegaan op de IGZ indicator ‘pijn na een operatie’.

2.1 Kwaliteitsverbetering door middel van indicatoren

Prestatie-indicatoren worden gezien als het veelbelovende antwoord op de toenemende vraag naar transparantie, verantwoording en kwaliteit binnen de gezondheidszorg. In plaats van met gedetailleerde regelgeving en richtlijnen te zorgen dat zorginstellingen aan hun publieke verplichtingen voldoen, wordt door middel van prestatie-indicatoren het niveau van presteren gemonitord (Berg 2005). Berwick (2003) geeft aan dat kwaliteitsverbetering het ultieme doel is van prestatiemetingen en het gebruik van prestatie-indicatoren in de gezondheidszorg. Dit geldt voor zowel het interne als het externe gebruik van prestatie-indicatoren. Dit ultieme doel kan bereikt worden middels twee verschillende paden: *selectie van zorgaanbieders* en *verandering van processen* (Groenewoud & Huijsman 2003). Berwick heeft de twee verschillende paden een plaats gegeven in een conceptueel model om tot kwaliteitsverbetering te komen, zie hiervoor figuur 1.

Op beide paden bestaat kritiek over de werking in de praktijk. De onderliggende aanname over het eerste pad is dat consumenten informatie gebruiken om de prestaties van zorgaanbieders te vergelijken. Het publiceren van prestaties lijkt ziekenhuizen te stimuleren tot kwaliteitsverbetering, maar heeft slechts een beperkte impact op de selectie van zorgaanbieders door consumenten (Hibbard 2008). Hibbard beschrijft het bestaan van een derde motiverend pad voor zorgaanbieders, namelijk het pad van *reputatie en imago*. Onderzoek laat zien dat de prestaties van ziekenhuizen waarvan de rapportages geopenbaard werden significant meer verbeterden dan de prestaties van ziekenhuizen waarvan de rapportages uitsluitend voor intern gebruik waren (Hibbard et al. 2003 in Hibbard 2008). Het bestaande bewijs suggereert dat het tweede pad, verandering van processen, een relatief zwakke stimulans is in vergelijking met het eerste pad en het derde pad van reputatie en imago (Hibbard 2008).



Figuur 1. Twee paden tot kwaliteitsverbetering (Berwick 2003).

2.2 Interne en externe indicatoren

Interne en externe indicatoren worden vaak als twee zijden van dezelfde medaille beschouwd. Inzicht in het functioneren van zorgprocessen is immers zowel voor zelfsturing als voor externe verantwoording noodzakelijk. Er zijn echter belangrijke verschillen tussen beide typen indicatoren en in de grote aandacht voor externe indicatoren wordt het eigen karakter van interne indicatoren over het hoofd gezien (Berg & Schellekens 2002). Berg en Schellekens nemen aan dat door het verschil tussen beide indicatoren niet uitdrukkelijk te benoemen, het gevaar reëel is dat geen van de doelen van de ontwikkeling van indicatoren wordt bereikt. Hiermee stellen Berg en Schellekens (2003) dat één systeem van indicatoren voor zowel intern als extern gebruik niet wenselijk en niet valide is. Ook Meijerink (2003) geeft aan dat het belangrijk is om naast de basisset prestatie-indicatoren van de IGZ, meer gedetailleerde indicatoren te ontwikkelen voor de zorginhoudelijke kwaliteit van specialismen en afdelingen binnen het ziekenhuis. Wel stelt zij dat dit echter geen taak is voor de IGZ, maar voor wetenschappelijke (beroeps)verenigingen.

Sinds korte tijd wordt steeds vaker bepleit om het strikte onderscheid tussen interne en externe indicatoren niet meer toe te passen. Een idee van Bal is dat indicatoren niet 'uit zichzelf' of 'in essentie' intern of extern zijn, maar intern of extern moeten worden gemaakt (Van der Aar 2008). Zowel Bal als Van der Aar geven aan dat één set indicatoren bruikbaar is voor zowel externe verantwoording als interne kwaliteitsverbetering. Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO is hier terughoudender in en stelt dat het wel mogelijk is dat een externe indicator door middel van een externe prikkel tot een interne verbetering kan leiden, bijvoorbeeld ten gevolge van een benchmarking tussen ziekenhuizen op bepaalde prestaties (CBO 2009).

Uit onderzoek van Van der Aar (2008) in het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis blijkt dat door deelname aan het kwaliteitsprogramma 'Sneller Beter', de externe prestatie-indicatoren werkend zijn gemaakt ten behoeve van interne kwaliteitsverbetering. Dit lijkt een aanwijzing te zijn voor de werking

van het concept van Bal dat prestatie-indicatoren zowel geïnternaliseerd als geëxternaliseerd kunnen én dienen te worden (Van der Aar 2008). Huisman (2008) daarentegen zet haar vraagtekens bij het optimale interne gebruik van externe prestatie-indicatoren in ziekenhuizen. In de visie op kwaliteitsbeleid van het door haar onderzochte ziekenhuis (Diaconessehuis Leiden), worden prestatie-indicatoren wel gezien als middel van interne feedback en als input voor de 'Balanced Scorecard'. Echter in de praktijk bleek een verschil te bestaan tussen de visie op de werking van prestatie-indicatoren en de daadwerkelijke uitvoering in de praktijk. Huisman concludeerde dat de onderzochte indicatoren met wisselend succes waren geïnternaliseerd in het Diaconessehuis Leiden. Van der Aar (2008) geeft ook aan dat het belangrijk is om aandacht te hebben voor de belemmerende factoren rond het internaliseren van prestatie-indicatoren.

Uit bovenstaande onderzoeken en andere bekende literatuur wordt niet duidelijk welke factoren het internaliseringsproces van prestatie-indicatoren bevorderen of juist belemmeren. Door middel van verschillende casestudies tracht dit onderzoek bevorderende en belemmerende factoren van het internaliseringsproces van externe prestatie-indicatoren te identificeren. Wanneer deze factoren bekend zijn bij de Raad van Bestuur en managers, kunnen dit handvatten zijn voor interne kwaliteitssturing.

2.3 Internaliseren

Op dit punt is het zinvol om het begrip internaliseren verder te verkennen. In het van Dale handwoordenboek van hedendaags Nederlands wordt 'internalisatie' omschreven als: "tot onderdeel van het innerlijk maken." Vanuit een psychologische invalshoek kan internalisering als volgt beschreven worden: "het zich eigen maken en aanpassen van geloven, waarden, attitudes, praktijken, standaarden en dergelijke" (Bakker 2004). In de sociologische wetenschappen is internalisering al langer een onderwerp van onderzoek in het kader van primaire socialisatie. De Jong (1997) heeft dit geïnterpreteerd en stelt dat het begrip *internalisering* door de socioloog Parson is afgeleid van het door Sigmund Freud ingevoerde begrip *introjectie* in het kader van primaire socialisatie. Parson stelt dat door internalisering sociale waarden en normen individueel worden toegeëigend. Regels en gewoonten worden zodanig verinnerlijkt dat ze een vanzelfsprekendheid worden. Freud had als startpunt van zijn analyses het individu, terwijl socioloog Durkheim vertrok vanuit het collectief. Durkheim richtte zich op de institutionalisering van collectieve voorstellingen, die van buitenaf dwingend op het geweten kunnen inwerken, en was vooral geïnteresseerd in het bestaan en de invloeden van een externe, objectieve en 'dwingende' sociale omgeving. Beide perspectieven, vanuit het individu en het collectief, vullen elkaar aan. Dezelfde gedragspatronen worden door meerdere individuen (een groep) overgenomen, verinnerlijkt en telkens opnieuw uitgevoerd (De Jong 1997).

De beschreven theorieën van Parson, Freud en Durkheim zijn terug te koppelen naar het internaliseringsproces van externe prestatie-indicatoren. Doelstelling is dat de externe prestatie-indicatoren van de IGZ (de regels van Parson) worden verinnerlijkt en dat het vervolgens vanzelfsprekend wordt om er mee te werken. De IGZ indicatoren zijn een object uit de externe, objectieve en 'dwingende' omgeving van Durkheim. Althans, er wordt gesteld dat de indicatoren

objectief zijn. De verbinding tussen de theorieën van Freud en Durkheim geeft aan dat het internaliseringsproces niet alleen op individueel niveau plaats vindt (werknemer), maar ook op collectief of groepsniveau (organisatie).

Internaliseren is ook een onderdeel van de vier leerprocessen van Nonaka en Takeuchi (1997) (in: Walburg et al. 2006). Zij onderscheiden de volgende vier leerprocessen:

1. Socialiseren: van impliciete kennis naar impliciete kennis: leren door na te doen.
2. Externaliseren: van impliciete kennis naar expliciete kennis: het uitdrukken van ervaringen in taal, woorden en concepten.
3. *Internaliseren*: van expliciete kennis naar impliciete kennis: leren door te doen, bijvoorbeeld de routines van verpleegkundigen en medici.
4. Combineren: van expliciete kennis naar expliciete kennis: leren door herconfiguratie van bestaande kennis en het ontwikkelen van kennis door combineren van kennis.

In bovenstaande leerprocessen zijn twee termen terug te vinden welke Bal in zijn concept gebruikt, namelijk internaliseren en externaliseren. Bij het gebruik van prestatie-indicatoren in de Nederlandse zorgsector zijn beide processen van toepassing. Het internaliseren gebeurt wanneer de externe prestatie-indicatoren door de organisatie worden binnengehaald om hier vervolgens mee aan de slag te gaan ten behoeve van kwaliteitsverbetering. Externaliseren gebeurt wanneer de geleverde prestaties van de organisatie verantwoord moeten worden op basis van de prestatie-indicatoren. In dat geval zijn de prestatie-indicatoren het vertaalinstrument van ervaringen en (werk)praktijken naar taal, woorden en getallen in de vorm van een verantwoordingsdocument. Huisman (2008) geeft een definitie van internalisering van externe prestatie-indicatoren door te stellen dat 'wanneer de informatiebehoefte van de organisatie overeenkomt met de externe prestatie-indicatoren en een organisatie slaagt erin zich de externe prestatie-indicatoren eigen te maken, dan worden de mogelijkheden van de prestatie-indicatoren optimaal benut.'

Tot op heden bestaat echter nog geen allesomvattende en eenduidige definitie over 'internaliseren van externe prestatie-indicatoren'. Bovenstaande voornamelijk sociologische theorieën over internalisering kunnen vertaald worden naar de hedendaagse internalisatie van externe prestatie-indicatoren. In dit onderzoek zal onder het 'internaliseren van externe prestatie-indicatoren' het volgende worden verstaan:

Externe prestatie-indicatoren kunnen gezien worden als een regel of object welke vanuit de externe omgeving de organisatie worden binnen gehaald, met als doel een proces van continue kwaliteitsverbetering te bewerkstelligen. De externe prestatie-indicatoren moeten echter werkend worden gemaakt voor het doel van kwaliteitsverbetering door middel van internalisering. Internalisering houdt in dat de externe prestatie-indicatoren zodanig eigen worden gemaakt op zowel individueel als collectief niveau dat ze worden opgenomen in de routinematige gedragspatronen van leden van de organisatie en de organisatie als geheel. Deze vernieuwde gedragspatronen dienen vervolgens telkens opnieuw te worden uitgevoerd ten behoeve van een continue cyclische kwaliteitsverbetering. In de cyclus die ontstaat, zit een duidelijke leercomponent, zowel op individueel als organisationeel niveau.

2.4 Bevorderende en belemmerende factoren

In de literatuur is weinig geschreven over welke factoren van invloed zijn op het internaliseringsproces van externe prestatie-indicatoren binnen ziekenhuizen. Dit ligt niet in lijn met de gedachte van het Ministerie van VWS, daar prestatie-indicatoren volgens het Ministerie van VWS en de IGZ een belangrijke bijdrage dienen te leveren aan de kwaliteitsverbetering van de zorg. Omdat het begrip internalisering relatief nieuw is in de zorgsector zal gekeken worden naar gebieden waarmee internalisering raakvlakken heeft om op deze wijze een indicatie te krijgen over relevante factoren met betrekking tot het internaliseringsproces. Om bevorderende factoren van internalisering van externe prestatie-indicatoren te benoemen zal gekeken worden naar theorieën en analyses over: dynamische borging, het programma 'Sneller Beter' en 'Communities of Practice'.

2.4.1 Bevorderende factoren

Het gebruik van prestatie-indicatoren binnen een organisatie kan worden gezien als een vorm van borging. In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen twee vormen van borging; statisch borgen en dynamisch borgen. Leenen (2004) stelt dat Nederland zich bevindt in het tijdperk van statische kwaliteitsborging en dat dit niet strookt met de belangrijkste doelstelling van de evaluatie van prestatie-indicatoren, namelijk het verminderen van variatiebreedte en het niveau van zorg omhoog brengen, kortom prestatieverbetering. De term *dynamisch borgen* lijkt beter aan te sluiten bij prestatieverbetering en het internaliseringsproces van externe prestatie-indicatoren. Schouten (2004) beschrijft dynamisch borgen als volgt: "het is het resultaat van ontwerpen, leren en inpassen, zodanig dat naast het behoud van het geboekte resultaat ook een structurele basis voor toekomstige veranderingen wordt gerealiseerd." Borgen wordt op deze wijze gezien als een voortdurend verbeteren en leerproces. Anders dan kwaliteitsborging gaat prestatieverbetering uit van een proactieve houding: iedereen wordt aangesproken en de processen en hun evaluatie staan centraal. Er wordt uitgegaan van actuele gegevens en niet van een ideaalbeeld. Het is daarom een proces van de professionals zelf in de context van het totaal van de zorg (Leenen 2004). Verschillende auteurs hebben succes- of bevorderende factoren van dynamische borging beschreven. Van Wijngaarden en De Bont (2006) geven een overzicht van zeven succesfactoren voor dynamisch borgen, welke gebaseerd is op publicaties van Argyris (1999), Senge (1990), Nonaka (1995), Dixon (1999), Garvin (2000) en Popper (2000). De succesfactoren beschreven door Van Wijngaarden en De Bont, zullen aangevuld worden met factoren uit de evaluatie van het Sneller Beter programma en uit de theorie over Communities of Practice (CoP).

Ten eerste is het belangrijk dat er een *gedeelde visie* bestaat binnen de organisatie op de gewenste toekomst (Van Wijngaarden en De Bont 2006). Evaluatie van het Sneller Beter programma ondersteunt dit door te stellen, dat er voldoende steun en draagvlak aanwezig moet zijn bij collega's. Ook medisch specialisten vallen onder collega's en dienen zich enthousiast in te zetten als boegbeeld van de verandering of het werken met indicatoren, zij moeten het goede voorbeeld geven (Sneller Beter 2008). Een praktijkvoorbeeld hiervan is de coproductie tussen de medisch specialisten/Medische Staf en de afdeling Medische Registratie in het Sint Lucas Andres Ziekenhuis

(SLAZ) vanwege de vele onduidelijkheden rond de prestatie-indicatoren. Deze samenwerking vormt de basis voor de dataverzameling voor de externe verantwoording naar de IGZ en ook voor het verder brengen van de prestatie-indicatoren. Hiermee lijkt een belangrijke voorwaarde geschapen te zijn voor het internaliseren van prestatie-indicatoren (Van der Aar 2008).

Ten tweede dienen de *procedures* voor het tot stand brengen van informatie over behaalde prestaties te worden verzorgd (Van Wijngaarden en De Bont 2006). Onderzoek indiceert dat deze procedures het meest optimaal werken indien zij aansluiten op bestaande registratiemethoden (Van der Aar 2008). Een derde factor welke Van Wijngaarden en De Bont (2006) benoemen sluit hierop aan, namelijk het ontwikkelen van juiste *communicatiekanalen*, omdat dit kan leiden tot (collectieve) interpretatie van eerder genoemde informatie en ook tot verspreiding hiervan en de adoptie van nieuwe werkwijzen en richtlijnen (Grol en Wensing 2001 in Mutsaers 2006). Collectieve interpretatie van informatie en gegevens stoelt voor een groot deel op intersubjectiviteit, oftewel gemeenschappelijk begrip. Plaskoff (2003) schrijft in zijn artikel over het ontstaan en behouden van CoP, dat de sleutel tot het ontwikkelen van krachtige communities omschreven kan worden als “*developing of expanding circles of intersubjectivity, or common understanding, about how to be a community*”. Wat de leden van een CoP bindt is de intersubjectiviteit.

Van Wijngaarden en De Bont (2006) stellen verder dat *verantwoordelijkheden voldoende gedecentraliseerd* dienen te worden voor het experimenteren met en implementeren van veranderingen. Dit sluit aan bij de bevindingen van Van der Aar (2008). Zij geeft aan dat de IGZ indicatoren ook decentraal gebruikt dienen te worden. Het implementeren van de indicatoren in het werkproces kan hierbij helpen. Als vijfde factor kan worden genoemd dat leden binnen de organisatie aanwezig moeten zijn die beschikken over de capaciteiten en de mogelijkheden om zowel individueel als collectief prestaties (voortdurend) *te analyseren en te verbeteren*. Een evaluatie van het NIVEL over de Sneller Beter projecten sluit hierbij aan door te stellen dat de leden van de organisatie voldoende kennis moeten hebben van het meten en analyseren van resultaatgegevens (indicatoren) en hier vervolgens een verbetermethodiek op moeten kunnen zetten (Sneller Beter 2008).

Als zesde factor wordt gesteld dat een *cultuur* aanwezig moet zijn waarin plaats is om te leren van fouten en dat prikkels voor innovatie en verbetering moeten worden gestimuleerd (Van Wijngaarden en De Bont 2006).

Vervolgens kan genoemd worden dat het noodzakelijk is dat een leercultuur wordt gecreëerd waarin medewerkers bereid zijn te experimenteren en prestatie-informatie te verzamelen, delen en *bediscussiëren*. Kernwaarden hierbinnen zijn volgens Van Wijngaarden en De Bont (2006); vertrouwen, samenwerking, transparantie, gelijkheid en verantwoordelijkheid.

Ten slotte kan gesteld worden dat voldoende *steun van de Raad van Bestuur* een belangrijke succesfactor bleek te zijn uit het Sneller Beter programma. Steun vertaalt zich naar aspecten als voldoende tijd, geld en extra administratieve en ICT-ondersteuning, dus niet louter door een enkel bericht in het ziekenhuisblad te plaatsen (Sneller Beter 2008). Dit wordt ondersteund door Van der Aar (2008) en Plaskoff (2003). Plaskoff stelt dat een belangrijke factor voor het slagen van een CoP *leiderschap* is. Het management moet vertrouwen op de professionals en deze ook ondersteunen en faciliteren in een motiverende en lerende omgeving.

Samenvattend zijn de volgende bevorderende factoren genoemd: ten eerste een gedeelde visie en ondersteuning van medisch specialisten, ten tweede dienen er procedures te zijn om data te verzamelen, vervolgens moeten er juiste communicatiekanalen bestaan, ten vierde moeten verantwoordelijkheden voldoende gedecentraliseerd zijn, ten vijfde moeten werknemers capaciteiten hebben om prestaties te analyseren en verbeteren, ten zesde dient er een leercultuur aanwezig te zijn waarin resultaten worden bediscussieerd en ten slotte dient er voldoende ondersteuning te zijn van de Raad van Bestuur.

2.4.2 Belemmerende factoren

Om belemmerende factoren bij het internaliseringsproces van externe prestatie-indicatoren te identificeren wordt gebruik gemaakt van onderzoeken van Van der Aar (2008) en Huisman (2008). Van der Aar beschrijft een aantal hindernissen in haar onderzoek naar het interne gebruik van externe prestatie-indicatoren in het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis (SLAZ) in Amsterdam. Ten eerste spreekt zij van fragmentatie van de (verpleegkundige) zorg. Dit door de steeds verdergaande specialisatie en taakdifferentiatie binnen het ziekenhuis. Ten tweede is er sprake van fors personeelsverloop en daarmee samenhangend het verlies van kennis binnen de organisatie. Van der Aar geeft ten derde aan dat binnen het SLAZ alléén een interne discussie op gang komt over de uitkomsten van een IGZ indicator als de betreffende uitkomsten onder het gemiddelde zitten. Indien op de indicator 'voldoende' wordt gescoord, dreigt deze buiten beeld te geraken. Ten slotte concludeert zij dat het leereffect van de IGZ indicatoren stopt nadat het project, waarmee de indicatoren geïntroduceerd worden in het ziekenhuis, is afgelopen.

Huisman (2008) heeft onderzoek gedaan naar het belang dat een ziekenhuis hecht aan externe prestatie-indicatoren. Zij benoemt enkele factoren welke mogelijk een negatieve invloed hebben op het internaliseringsproces van externe prestatie-indicatoren. Ten eerste lijkt er soms geen duidelijke meetsystematiek gehanteerd te worden en zijn verschillende commissies binnen de organisatie werkzaam met de registratie van dezelfde indicator. Daarnaast wordt de registratie van de IGZ indicatoren als een forse administratieve belasting ervaren. Ten derde beschrijft zij dat vanuit het management soms nauwelijks feedback komt op uitkomsten van indicatoren. Ten slotte is de verpleging soms nauwelijks bekend met het bestaan van IGZ indicatoren. Een mogelijke factor bij deze kennisasymmetrie is het feit dat de IGZ enkel centraal in organisatie gesprekken voert over de prestatie-indicatoren. De indicatoren bieden de inspecteurs weinig ruimte om de werkvloer op te gaan. Wanneer de inspecteurs ook meer decentraal gesprekken voeren, is het waarschijnlijk dat de controle van de IGZ minder een ritueel wordt tussen de inspecteur en de Raad van Bestuur (Van der Aar 2008).

Samenvattend zijn de volgende factoren genoemd: ten eerste een fragmentatie van de (verpleegkundige) zorg en dataverzameling, ten tweede het personeelsverloop met als gevolg verlies van kennis en ervaring, vervolgens het ontbreken van discussie indien de indicator voldoende is, ten vierde stopt het leereffect wanneer het project stopt, ten vijfde de administratieve belasting, ten zesde beperkte feedback vanuit het management en ten slotte bestaat er een kennisasymmetrie bij het verpleegkundig personeel.

2.5. Externe factoren

In de voorgaande paragraaf zijn factoren benoemd welke zich bevinden in het interne gedeelte van de organisatie. Maar er bestaan ook externe factoren welke het internaliseringsproces kunnen bevorderen of belemmeren. In paragraaf 2.1 is reeds het derde pad tot kwaliteitsverbetering beschreven, namelijk het pad van imago en reputatie (Hibbard 2008). Uit diverse onderzoeken blijkt dat bestuurders van ziekenhuizen veel belang hechten aan het imago dat voornamelijk gevormd wordt door de media en de publicatie van ranglijsten (Van der Aar 2008, Huisman 2008). De Raad van Bestuur van het SLAZ onderschrijft het belang van de ranglijsten en geeft aan dat de positie op de ranglijsten intern leidt tot een competitiegevoel om zo goed mogelijk te willen presteren op de prestatie-indicatoren. Het belang van de positie op de ranglijsten hangt nauw samen met de beeldvorming naar de buitenwereld. Het SLAZ hecht veel waarde aan een goed imago (Van der Aar 2008). Naarmate de concurrentie tussen ziekenhuizen toeneemt, valt te verwachten dat het imago een steeds grotere invloed zal hebben. Onderzoek van Hibbard (2003) stelt dat de publicatie van ziekenhuisprestaties leidt tot een significante prestatieverbetering. De zorgverzekeraars zijn een derde externe invloed, naast de druk van de media en de angst voor imago- en reputatieschade. Uit onderzoek van Van der Aar blijkt dat de zorgverzekeraars een belangrijke stimulans waren voor het ziekenhuis om aandacht te besteden aan de IGZ indicator 'decubitus'.

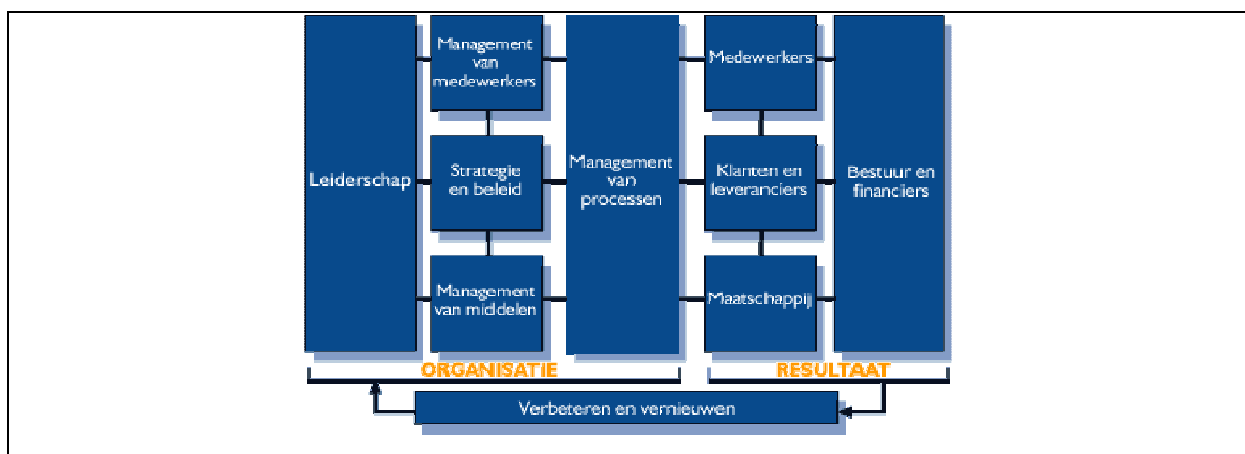
Externe druk heeft overigens niet louter positieve effecten op het internaliseringsproces van externe prestatie-indicatoren en kwaliteitsverbetering. Michael Power (2007) geeft aan dat het opvoeren van externe druk juist leidt tot ont koppeling tussen de interne organisatie en de externe stakeholders. Deze ont koppeling, welke onder andere tot stand komt door het gebruik externe prestatie-indicatoren, heeft diverse perverse effecten tot gevolg. In de literatuur zijn diverse perverse effecten beschreven welke prestatie-indicatoren kunnen oproepen bij zorgorganisaties. Berg et al. (2005) noemen ten eerste de neiging tot 'gaming'. Besturen bij doelstelling rust op de veronderstelling, dat controledoelstellingen belangrijk zijn omdat de actoren hun gedrag zullen veranderen wanneer zij weten dat de gegevens die zij publiceren worden gebruikt om hun productie te controleren. Bevan (2006) definieert gaming als een reactieve ontwrichting, zoals het raken van het doel en het missen van het punt of het verminderen van prestaties waar de doelstellingen niet van toepassing zijn. Concreet gezegd houdt dit effect in dat actoren hun gedrag zullen veranderen wanneer zij weten dat de gegevens die zij publiceren worden gebruikt om hun productie te controleren. Een variant van gaming is het niet aannemen van lastige, complexe of dure cases en / of juist selecteren van simpele cases door ziekenhuizen of artsen, ook wel creaming genoemd (Berg et al. 2005). Onderzoek dat is uitgevoerd in Groot-Brittannië (Bevan 2006) geeft als voorbeelden van gaming dat nieuwe patiënten hoe dan ook in bed gelegd moesten worden in verband met de meting van prestatie-indicatoren, desnoods werden deze patiënten gedurende een aantal uren op de gang gestationeerd. Een derde voorbeeld is dat artsen weigeren patiënten met een hoog overlijdensrisico te opereren omdat dit een grote invloed heeft op hun gemiddelde prestatie als de patiënt toch komt te overlijden tijdens de operatie of kort daarna (Pitches 2003). Ander ongewenst gedrag is dat instellingen 'op jacht gaan' naar het registreren van hoge scores. Dit leidt tot een toename van bureaucratie en induceert tunnelvisie en suboptimalisatie door een excessieve focus op het verbeteren van geïsoleerde scores

(Berg et al. 2005). Ten slotte vinden er nog diverse andere vormen van ‘creatief registreren’ plaats zoals tijdens de operatie de procedure iets aanpassen, indien een hoog risico patiënt lijkt te gaan overlijden. Op deze wijze wordt het overlijden van de patiënt in een andere klasse geregistreerd (Pitches 2003).

2.6 INK-managementmodel

Het INK-managementmodel kan op verschillende manieren gebruikt worden; als bewustwordingsmodel, als diagnostisch model, als besturingsmodel en als verbetermodel (Janssen Steenberg 2006). In dit onderzoek zal het INK-managementmodel voornamelijk als diagnostisch model worden gebruikt om op deze wijze de bevorderende en belemmerende factoren van het internaliseringsproces van externe prestatie-indicatoren te analyseren. De kern van de INK-filosofie wordt gevormd door het werken aan de samenhang en groei op de negen aandachtsgebieden van het model en het bouwen aan vijf fundamentele kenmerken die organisaties succesvol kunnen maken (INK 2009). Figuur 2 geeft het INK-managementmodel weer.

Het INK-managementmodel kent negen aandachtsgebieden, verdeeld in vijf organisatie- en vier resultaatgebieden, welke gebaseerd zijn op de meest voorkomende zaken, die in de dagelijkse praktijk van de bedrijfsvoering aan de orde komen (INK 2004). Het model is verdeeld in een intern gedeelte, de organisatie en een extern gedeelte, het resultaat. Balanceren tussen beide gedeelten is hierbij van wezenlijk belang. In het model komt dit tot uiting door de verbinding te leggen tussen de inspanningen van de *organisatie* en welk *resultaat* dit voor de belanghebbenden heeft opgeleverd. Doorlichten en verbeteren van processen of adequaat reageren op klachten zijn zaken van alledag, die voortdurend moeten worden opgepakt. De kracht van het INK-managementmodel is de integrale benadering waarmee alle relevante aandachtsgebieden met elkaar verbonden kunnen worden. In het blok ‘Verbeteren en vernieuwen’ komen verbeteringen en vernieuwingen aan de orde die de gehele organisatie (integraal) betreffen (INK 2004). De IGZ indicatoren zijn een dergelijke vernieuwing welke een groot deel van de organisatie raakt. Vanuit deze optiek is in dit onderzoek het INK-managementmodel gebruikt als een raamwerk om te kijken naar het internaliseringsproces van de IGZ indicator ‘pijn na een operatie’.



Figuur 2. INK-managementmodel (INK 2009).

2.7 IGZ indicator 'pijn na een operatie'

Dit onderzoek richt zich op de IGZ indicator 'pijn na een operatie'. Deze prestatie-indicator is onderdeel van het verpleegkundig zorgproces. Voor de prestatie-indicator geldt dat de score wordt bepaald aan de hand van twee verschillende indicatoren. Als uitkomstindicatoren is gekozen voor het percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten en het percentage patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie (IGZ 2009). Deze indicatoren zijn in onderstaande tabel 1 weergegeven. De toegestane meetinstrumenten om de pijnintensiteit van de patiënt te meten zijn de Visual Analogue Scale (VAS), Numerical Rating Scale (NRS) en de Verbal Rating Scale (VRS).

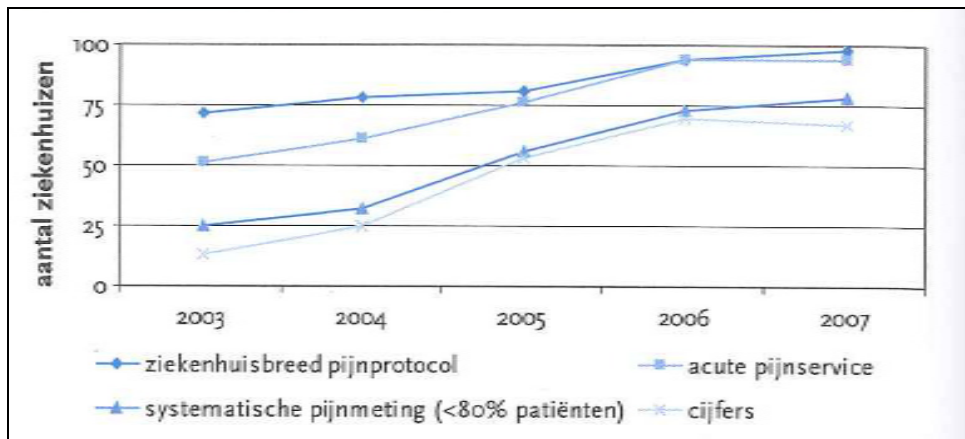
Bij de VAS dient de patiënt op een lijnstuk van 100 mm een streep te plaatsen die overeenkomt met de pijnervaring op dat moment. De uiteinden van dit lijnstuk staan voor 'geen pijn' (0 mm) tot 'de ergst denkbare pijn' (100 mm). Bij gebruik van de NRS scoren patiënten hun pijn numeriek van 0 (geen pijn) tot 10 (zeer ernstige pijn). Bij kinderen wordt een aangepaste 'kindergezichtjesscore' gebruikt. Bij de VRS zijn de scores: geen pijn – milde pijn – matige pijn – ernstige pijn. Er is een goede correlatie tussen de VAS- en de NRS-scores. Het nadeel van deze schalen is dat ze bij een kwart van de volwassenen niet toepasbaar zijn (Lange 2007). De volledige uitwerking en registratieformulieren van de prestatie-indicator zijn terug te vinden in de bijlage.

Tabel 1. Prestatie-indicatoren 'pijn na een operatie' (Basisset 2009).

Onderwerp	Indicator
<i>Pijn na een operatie</i>	Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten.
	Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie.

Pijn na een operatie.

Pijn is een subjectief gegeven, ieder mens ervaart pijn anders. Pijnbestrijding is van belang voor zowel het welbevinden van de patiënt als voor het genezingsproces. Het blijkt dat gestandaardiseerde pijnmetingen leiden tot meer inzicht in de pijnervaring van patiënten en daardoor tot een effectieve pijnbestrijding. Patiënten met veel pijn herstellen minder snel. Iemand met pijn beweegt zich minder of durft niet goed te hoesten; dat maakt de kans op complicaties groter (Van den Berg et al. 2009). 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 (IGZ 2009). De veranderingen in het pijnbeleid in Nederlandse ziekenhuizen zijn weergegeven in figuur 3. Uit de figuur blijkt dat een forse toename heeft plaatsgevonden van systematische pijnmetingen in Nederlandse ziekenhuizen. Tevens beschikt een groot aantal ziekenhuizen momenteel over een acute pijnservice.



Figuur 3. Veranderingen in het pijnbeleid tussen 2003 en 2007 (Van den Berg et al. 2009).

3. Methodiek

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke methoden in dit onderzoek zijn gebruikt om de hoofd- en deelvragen te beantwoorden. Ingegaan wordt op de aard van het onderzoek, de gebruikte onderzoeksmethoden en de methode van data-analyse. Vervolgens wordt beschreven op welke wijze getracht is de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek te waarborgen.

3.1 Kwalitatief onderzoek

Om de onderzoeksvraag op een zo goed en volledige mogelijke manier te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek. Dit betekent dat het onderzoek plaats heeft gevonden in de natuurlijke omgeving. Het onderzoek kent een sterk interpretief gehalte. Bij het uitvoeren van kwalitatief onderzoek laat de onderzoeker zich leiden door uitlatingen, beelden en redeneringen die de onderzochte personen gebruiken met als doel de aard van het verschijnsel te onderzoeken (Swanborn 2002). De onderzoeker bezoekt de locatie van de casus om daar het onderzoek uit te voeren. Dit maakt het voor de onderzoeker mogelijk om een gedetailleerd beeld te geven van de actuele ervaringen van de participanten. In kwalitatief onderzoek worden verschillende methoden gebruikt welke interactief en humaan zijn (Cresswell 2003).

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in een algemeen ziekenhuis in Nederland. In verband met de privacy van het ziekenhuis en de betrokkenen is zowel de naam van het ziekenhuis als die van de medewerkers geanonimiseerd. Het onderzochte ziekenhuis zal in dit onderzoek worden aangeduid met de naam 'Fictief Medisch Centrum' (verder te noemen het FMC). Het FMC is een algemeen ziekenhuis met een duidelijke regionale en streekfunctie. Het acteert in een matig tot redelijk sterke concurrerende omgeving. Het beddenhuis heeft een omvang tussen de 250 en 500 bedden.

Doel is zorg te dragen voor triangulatie: het toepassen van meerdere onderzoeksmethoden om vanuit verschillende invalshoeken antwoord op de vragen te krijgen. Om de vragen in dit kwalitatieve onderzoek op juiste wijze te beantwoorden en zorg te dragen voor triangulatie, is op de volgende manieren onderzoek gedaan; literatuuronderzoek, documentatieonderzoek, quickscan, interviews en observaties. De volgorde van het onderzoek is in dezelfde volgorde verlopen zoals hiervoor genoemd. Dit om eerst kennis te nemen van de gedocumenteerde informatie, vervolgens deze kennis in de interviews te gebruiken en zoveel mogelijk nieuwe informatie en ervaringen van participanten uit de interviews te verkrijgen. Het doel van het onderzoek is om bevorderende en belemmerende factoren van het internaliseringsproces van de IGZ indicator 'pijn na een operatie' te identificeren. Dit heeft tot gevolg dat het onderzoek een beschrijvend en analyserend karakter heeft.

3.2 Literatuur

In kwalitatief onderzoek kan literatuur door middel van verschillende modellen worden geïntegreerd. In dit onderzoek is de literatuur hoofdzakelijk als raamwerk gebruikt om zo het onderzoek van een fundament te voorzien. Op deze manier voorziet de literatuur in een bruikbare achtergrond voor het probleem en waarom het onderzocht moet worden. Tevens wordt op deze wijze het onderzoek voorzien van een deductief design (Cresswell 2003).

Voor dit onderzoek zijn de volgende databanken geraadpleegd: Pubmed / Medline, Cochrane, Universiteitsbibliotheek Erasmus Universiteit Rotterdam en Google Scholar. Hierbij zijn de volgende zoektermen en combinaties daarvan gebruikt worden: prestatie-indicatoren, ziekenhuis, internalisering, intern, extern, verantwoording, statische borging, dynamische borging, leren, organisatie, communities of practice, Sneller Beter. De termen zijn zowel in het Nederlands als Engels gebruikt. Artikelen zijn geïnccludeerd indien zij voldoende relevant zijn met betrekking tot het onderwerp. De verzamelde geïnccludeerde literatuur is vervolgens bestudeerd. De resultaten van deze studie zijn weergegeven in het theoretisch kader.

3.3 Documenten

Ten behoeve van dit onderzoek zijn diverse documenten geraadpleegd. Door middel van documentonderzoek heeft de onderzoeker zich in staat gesteld om de taal en woorden van de participanten eigen te maken. Daarnaast kunnen documenten onderzocht worden in de tijd dat het de onderzoeker uitkomt. Documentatie geeft data weer welke in principe goed is doordacht en veel aandacht heeft gehad bij de samenstelling ervan door de participanten. Ten slotte spaart gedocumenteerde informatie tijd uit, omdat deze niet meer hoeft te worden beschreven (Cresswell 2003).

In dit onderzoek zijn documenten van diverse instanties uit Nederland en uit het buitenland bestudeerd, om op deze wijze kennis te nemen van de wet- en regelgeving. Instanties zoals de IGZ, het ministerie van VWS, de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Institute of Medicine (IOM).

Ook zijn diverse documenten van het betrokken ziekenhuis opgevraagd en bestudeerd. De volgende documenten zijn onderzocht: jaarverslagen, strategische beleidsplannen, managementrapportages, kwaliteitsrapportages, IGZ indicator registraties en pijnprotocollen.

3.4 Quickscan

Door middel van de quickscan is beoogd om meer inzicht te krijgen in diverse facetten van interne sturing van ziekenhuizen. De quickscan is uitgevoerd door vijf masterstudenten van de Master Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. In totaal zijn zeventien ziekenhuizen betrokken in de quickscan. De zeventien ziekenhuizen zijn onderverdeeld in drie topklinische ziekenhuizen, acht algemene ziekenhuizen en zes academische ziekenhuizen. De quickscan heeft als basis het promotieonderzoek van Geelhoed (2005). Geelhoed onderzocht welke gebreken bestaan in de planning en control cycli van ziekenhuizen en overheid in de zorgsector. Hij onderscheidt vier elementen van planning en control van ziekenhuizen: strategieontwikkeling, organisatiestructuur, management control en het afleggen van maatschappelijke verantwoording. Het internaliseren van externe prestatie-indicatoren is onderdeel van de interne sturing van ziekenhuizen. Het doel van de quickscan in dit onderzoek is om resultaten en conclusies voortgekomen uit het onderzoek in het FMC verder te onderbouwen. Door gebruik te maken van de quickscan neemt de externe validiteit toe. Dit

betekent dat een deel van de resultaten meer generaliseerbaar is naar andere ziekenhuizen. In dit onderzoek is gekozen om alleen de resultaten weer te geven welke van belang zijn in het kader van de centrale onderzoeksvraag en deelvragen.

Voor de interviews is een interviewprotocol opgesteld om structuur aan te brengen in de interviews. Dit protocol is weergegeven in de bijlage. Het interviewprotocol en de vragen zijn gebaseerd op de vragenlijst uit het promotieonderzoek van Geelhoed (2005). Deze vragen zijn uit het Engels vertaald naar het Nederlands. De interviews waren gestructureerd van aard. De geïnterviewde personen werden gevraagd om de vragen zo kort en bondig mogelijk te beantwoorden. Dit om een goede en snelle verwerking van de data mogelijk te maken. De data is vervolgens verwerkt in een tabel (zie bijlage).

Uitgangspunt bij de quickscan was om binnen elk ziekenhuis drie functionarissen te interviewen: lid van de Raad van Bestuur, kwaliteitsfunctionaris en een controller. Er is voor gekozen om meerdere functionarissen te interviewen om op deze wijze vanuit verschillende invalshoeken antwoord te krijgen op de vragen. Uiteindelijk is het niet gelukt om bij alle ziekenhuizen de eerder genoemde functionarissen te interviewen. In een aantal ziekenhuizen is het gelukt om twee of drie functionarissen te interviewen. In andere ziekenhuizen is het enkel gelukt om één functionaris te interviewen. Gedurende de quickscan is gestreefd naar onderzoeksresultaten die precies zijn geformuleerd en die volledig worden verantwoord. Dat geldt ook voor de gevolgde procedures. Een aandachtspunt wat betreft de betrouwbaarheid in dit onderzoek is de uitvoering van de interviews. De interviews zijn gedaan door verschillende onderzoekers. Dit kan leiden tot verschillende interpretaties en uitwerkingen. Echter deze wijze van werken heeft er wel toe geleid dat er zeventien ziekenhuizen zijn betrokken in het onderzoek. Een tweede aandachtspunt is het feit dat het niet is gelukt om in alle ziekenhuizen dezelfde functionarissen te interviewen.

3.5 Interviews

Face-to-face interviews zijn een andere bron van informatie. Interviews zijn bruikbaar wanneer de participanten niet direct geobserveerd kunnen worden. Participanten kunnen de onderzoeker voorzien van historische informatie. Daarnaast staat het de onderzoeker toe om 'controle' uit te oefenen over de vragen (Cresswell 2003). Om een eenzijdig beeld te voorkomen en het onderwerp vanuit verschillende perspectieven te belichten zijn verschillende functionarissen van verschillende afdelingen / diensten bevroegd. In dit onderzoek zijn de volgende functionarissen binnen het FMC bevroegd:

- Lid van de Raad van Bestuur
- Kwaliteitsmedewerker
- Manager zorgseenheid Snijdend (o.a. afdeling Orthopedie / Chirurgie)
- Manager zorgseenheid Behandeling (o.a. operatiecomplex, uitslaapkamer en afdeling Dagbehandeling)
- Anesthesist tevens hoofd van de maatschap Anesthesie
- Orthopedisch chirurg

- Verpleegkundige tevens aandachtsvelder 'pijn' op de afdeling Orthopedie / Chirurgie
- Verpleegkundige op de afdeling Orthopedie / Chirurgie
- Verpleegkundige Acute Pijn Service (APS)

De interviews hebben verspreid over het onderzoek plaats gevonden en waren semi-gestructureerd van aard. Dit houdt in dat er gedurende het interview meerdere vragen door de onderzoeker worden gesteld. Deze vragen zijn niet gebonden aan een bepaalde volgorde en bieden de mogelijkheid tot doorvragen. Voor de interviews is een interviewprotocol opgesteld om enige structuur aan te brengen in de interviews. Dit protocol is weergegeven in de bijlage. Het interviewprotocol is gebaseerd op de verschillende thema's welke aan bod zijn gekomen in theoretisch kader. Het interviewprotocol is onderverdeeld in twee onderdelen: een topiclijst en een scorelijst. Voorafgaand aan het interview is de betrokkenen gevraagd om de scorelijst in te vullen. Via de scorelijst is aan de geïnterviewde personen gevraagd welke van de zeven bevorderende en de zeven belemmerende factoren van internalisering zij vinden dat deze aanwezig zijn in hun ziekenhuis. Vervolgens is middels een 5-punts schaal gevraagd hoeveel invloed een bepaalde factor volgens hen heeft op het internaliseringsproces van de externe prestatie-indicatoren. De scorelijst heeft meerdere doelen: ten eerste is de onderzoeker op deze wijze in staat geweest om beïnvloedende factoren te kwantificeren zonder afbreuk te doen aan het kwalitatieve karakter van het onderzoek, ten tweede heeft het de onderzoeker aan het begin van het interview een indicatie gegeven welke aandachtsgebieden meer interessant zijn om op door te vragen en ten slotte is de onderzoeker in staat geweest om te analyseren of de score op de aandachtsgebieden overeenkomt met de antwoorden op de open vragen. Op deze wijze ontstaat een vorm van triangulatie. Dit versterkt de validiteit van het onderzoek. Bij alle interviews is hetzelfde protocol aangehouden om op deze wijze vanuit verschillende perspectieven antwoorden te krijgen op de onderzoeksvragen. Echter per interview is er wel specifieke aandacht uitgegaan naar bepaalde thema's.

De interviews hebben plaats gevonden op de werkplek van de geïnterviewde personen. De interviews zijn, indien hier toestemming voor werd gegeven, op band opgenomen. Tijdens de interviews heeft de onderzoeker continu aantekeningen gemaakt, in geval de opnameapparatuur zou weigeren. De bandopnamen zijn na de interviews uitgewerkt en na afronding van het onderzoek gewist. De transcripties zijn niet volledig uitgewerkt. Hier heeft de onderzoeker een bewuste trade-off gemaakt tussen 'effort' en opbrengst of effectiviteit. De meest relevante onderdelen van het interview zijn uitgewerkt op papier. De uitwerkingen zijn voor verdere verwerking in het onderzoek eenmaal aan de geïnterviewde personen voorgelegd. Zodoende is men in de gelegenheid gesteld om zijn of haar commentaren / reacties aan te passen, daar de onderzoeker mogelijk woorden of zinnen verkeerd geïnterpreteerd heeft.

De onderzoeker is beperkt op de voorgrond getreden. Bij de interviews heeft de onderzoeker mogelijk een beïnvloedende rol gehad, omdat de interviews semi-gestructureerd van aard zijn en de onderzoeker de interviewvragen heeft bepaald. Op deze wijze heeft de onderzoeker het gesprek gestuurd.

3.6 Observaties

Aanvullend op het documentonderzoek en de interviews heeft er ook een observatie plaats gevonden rond de IGZ indicator 'pijn na een operatie'. De observatie heeft plaatsgevonden tijdens de medicijnronde om 12.00 op de afdeling Orthopedie / Chirurgie. Tijdens de medicijnronde worden de medicijnen op de afdeling uitgedeeld aan de patiënten. Tevens dienen op dit moment de pijnmeting en pijnregistratie te worden uitgevoerd.

3.7 Methoden van analyse

Het proces van data-analyse houdt in dat er iets duidelijk wordt uit de tekst en audio data. Het proces bestond stapsgewijs uit ten eerste het prepareren van de data voor analyses, ten tweede het verkrijgen van een algemene indruk van de informatie, ten derde het coderen van het datamateriaal en het in categorieën verdelen, vervolgens het uitvoeren van verschillende analyses en continue beter de data begrijpen, ten vijfde het presenteren van de data en ten slotte het maken van een interpretatie van de betekenis van de data (Cresswell 2003). Door de cyclische manier van werken in dit onderzoek zijn de diverse stappen van data-analyse niet altijd chronologisch afgewerkt. Doordat de interviews direct zijn uitgewerkt en geanalyseerd, hebben deze resultaten invloed gehad op het vervolg van het onderzoek. Tevens is het voorgekomen dat bepaalde stappen tegelijk zijn genomen. Alle informatie welke uit dit onderzoek naar voren is gekomen, is met ondersteuning van het theoretisch kader geanalyseerd.

3.8 Kwaliteit van onderzoek

Gedurende het onderzoek is gestreefd naar onderzoeksresultaten die precies zijn geformuleerd en die volledig worden verantwoord. Dat geldt ook voor de gevolgde procedures. Het zijn noodzakelijke voorwaarden, dus voorwaarden waaraan in ieder geval moet zijn voldaan (Swanborn 2006). Deze voorwaarden worden vertaald naar de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. De onderzoeker heeft een werkverleden in het onderzochte ziekenhuis. Echter er is continue geprobeerd om zoveel mogelijk wetenschappelijke distantie te bewaren.

3.8.1 Betrouwbaarheid

Onder betrouwbaarheid wordt verstaan; de kwaliteit van de onderzoeksmethode en de mate van toevalsfouten en vertekeningen. Toevalsfouten ontstaan door toevallige eigenaardigheden van de onderzoeker, van de situatie en van het moment van onderzoek en van de wijze waarop instrumenten gebruikt worden (Swanborn 2006).

Interne betrouwbaarheid

De interne betrouwbaarheid heeft betrekking op de consistentie van de methoden, termen en theoretische begrippen. De interne betrouwbaarheid in dit onderzoek is getracht te waarborgen door

termen en theoretische begrippen eenduidig te definiëren, peer rebriefing en triangulatie. Triangulatie houdt in dat er daadwerkelijk gebruik wordt gemaakt van verschillende methoden (iBMG 2008).

Externe betrouwbaarheid

De externe betrouwbaarheid geeft de herhaalbaarheid van het onderzoek aan. De externe betrouwbaarheid is getracht te waarborgen door de rol van de onderzoeker te beschrijven, de setting te beschrijven, het type informatie aan te geven, transparantie, goed uitleggen van de theorie en aangeven hoe met de data is omgegaan (iBMG 2008). Een aandachtspunt wat betreft de betrouwbaarheid van dit onderzoek, is de betrouwbaarheid van de uitspraken welke door de functionarissen zijn gedaan gedurende de interviews. Hebben zij gezegd wat zij werkelijk denken, ook de negatieve punten, of zijn deze niet genoemd uit respect voor andere betrokkenen. Een andere reden hiervoor kan de drang naar sociaalwenselijke antwoorden zijn. Dit is door middel van het stellen van kritische vragen geprobeerd te vermijden.

3.8.2 Validiteit

Interne validiteit

Validiteit kan onderverdeeld worden in interne en externe validiteit. Met interne validiteit wordt bedoeld of de gegevens van het onderzoek juist geïnterpreteerd zijn. Interne validiteit heeft alleen betrekking op dit specifieke onderzoek. Bepaald wordt of de *juiste* oorzaak-gevolg conclusies zijn getrokken. 'Juiste' betekent hier: conclusies die standhouden als ze aan de kritiek van medeonderzoekers en vakgenoten worden voorgelegd. Foute causale redeneringen zijn fouten tegen de interne validiteit (Swanborn 2006). De interne validiteit van dit onderzoek wordt gewaarborgd door bronnentriangulatie, gedetailleerde veldnotulen (d.m.v. een logboek), peer rebriefing (d.m.v. een scriptiegroep van studenten), het uitvoeren van een member-check en het gebruik van external auditors (de scriptiebegeleiders) (iBMG 2008).

Externe validiteit

Met de externe validiteit wordt bedoeld in welke mate de onderzoeksresultaten niet alleen gelden voor de onderzochte groep of het bepaalde onderzochte verschijnsel, maar ook voor soortgelijke andere groepen en verschijnselen. Oftewel, in welke mate zijn de onderzoeksresultaten generaliseerbaar (Swanborn 2006). De externe validiteit is verhoogd door cyclisch te werken, door kritische reflectie van meelezers en door de resultaten te vergelijken met die van andere onderzoeken over hetzelfde onderwerp (iBMG 2008). De externe validiteit is een punt van aandacht in dit onderzoek. Omdat het een single case studie is de generaliseerbaarheid in eerste instantie beperkt. De resultaten en conclusies zijn vooral van toepassing op de onderzochte casus. Echter enkele resultaten zijn meer generaliseerbaar, omdat zij nader onderbouwd worden door resultaten uit de quickscan. Dit verhoogt de externe validiteit van het onderzoek. Het is goed mogelijk dat de resultaten herkenbaar en bruikbaar zijn voor vergelijkbare ziekenhuizen.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten ter beantwoording van de hoofd- en deelvragen worden uitgewerkt. Ter herinnering, de hoofdvraag van dit onderzoek luidt: *Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren in het internaliseringsproces van de IGZ indicator 'pijn na een operatie' in een Nederlands algemeen ziekenhuis op de afdeling Orthopedie / Chirurgie?*

4.1 Proces dataverzameling indicator 'pijn na een operatie'

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de eerste en de tweede deelvraag. De eerste deelvraag luidt als volgt; 'op welke wijze verloopt de dataverzameling van de IGZ indicator 'pijn na een operatie' binnen het ziekenhuis'. De tweede deelvraag welke beantwoord zal worden in deze paragraaf is; 'hoe wordt de internalisering van de IGZ indicator 'pijn na een operatie' georganiseerd binnen het ziekenhuis?' De beantwoording zal plaats vinden in twee delen. Ten eerste zullen de voorwaarden van dataverzameling worden besproken. Onder voorwaarden wordt verstaan op welke wijze de organisatie de processen en structuren ten behoeve van de dataverzameling heeft ingericht. Vervolgens zal de dataverzameling in het primaire proces worden besproken.

4.1.1 Voorwaarden

In het FMC is begin 2008 gestart met een ziekenhuisbrede implementatie van een nieuwe pijnregistratie en een nieuw postoperatief pijnprotocol op de uitslaapkamer en op de verpleegafdelingen. De Raad van Bestuur (RvB) geeft aan dat dit niet zonder reden was:

"Het was tot dat moment een ziekenhuisbreed knelpunt. Dat had te maken met het niet optimaal functioneren van de maatschap Anesthesie. We hebben drie jaar geleden een aantal nieuwe anesthesisten binnengehaald en daarmee hadden wij ook dit 'pijnpunt' vastgesteld. De maatschap Anesthesie heeft ook als opdracht meegekregen om dat nieuwe pijnbeleid uit te zetten."

De maatschap Anesthesie is professioneel verantwoordelijk voor pijnbestrijding en het pijnbeleid in het FMC. Afhankelijk van de inhoud is of de manager of een medisch specialist verantwoordelijk voor een indicator, op zowel proces als inhoudelijk niveau. In het FMC is de manager Behandeling verantwoordelijk voor de indicator 'pijn na een operatie'. Bij het registreren en interpreteren van de data rondom de 'pijn na een operatie' zijn diverse functionarissen betrokken. In het FMC zijn dit voor de afdeling Orthopedie / Chirurgie; verpleegkundigen, aandachtsvelder 'pijn', anesthesisten, orthopeden, chirurgen, verpleegkundigen Acute Pijn Service, kwaliteitsmedewerker, managers en de Raad van Bestuur.

De registratie van de pijnscore van patiënten wordt bijgehouden op een speciaal pijnformulier (zie bijlage). Op het pijnformulier dient zowel de pijnscore in rust als in beweging te worden geregistreerd. Dit pijnformulier zit de eerste 72 uur van opname van de patiënt op de verpleegafdeling Orthopedie / Chirurgie op een klembord naast het bed van de patiënt. De data ten behoeve van de indicator 'pijn na een operatie' wordt eenmaal per maand verzameld door de kwaliteitsmedewerker.

Dit vindt plaats in de eerste week van de nieuwe maand. Op basis van de verzamelde pijnformulieren telt zij een aantal items:

- Was er een pijnformulier bij de patiënt aanwezig?
- Zijn er voldoende metingen bij de patiënt verricht?
- Aantal patiënten met pijnscores van 4 en lager.
- Aantal patiënten met pijnscores tussen 4 en 7.
- Aantal patiënten met pijnscores hoger dan 7.
- Aantal preoperatieve pijnmetingen.
- Metingen op de uitslaapkamer.

De verzamelde data van de pijnregistratie wordt door de kwaliteitsmedewerker ingevoerd in een Excelbestand. Deze registratie sluit niet aan bij een reeds bestaand registratie- of datasysteem binnen het ziekenhuis zoals bijvoorbeeld de Landelijke Medische Registratie (LMR). Dit Excelbestand stuurt zij vervolgens per e-mail naar de managers van de diverse eenheden, de aandachtsvelders 'pijn' en naar de anesthesist.

De pijnformulieren waarop minimaal eenmaal een pijnscore hoger dan 7 is genoteerd houdt de kwaliteitsmedewerker apart. Deze formulieren overhandigt zij aan de anesthesist. De anesthesist analyseert vervolgens de formulieren en de bijbehorende dossiers van de patiënten. Hij kijkt naar mogelijke verklaringen voor de hoge pijnscores. Indien hij het noodzakelijk acht dat er bepaalde veranderingen worden doorgevoerd, stelt hij hiervan de betrokkenen op de hoogte. Dit kunnen zowel medisch specialisten als verpleging als stafmedewerkers of managers zijn. De kwaliteitsmedewerker geeft een voorbeeld van een dergelijke interventie welke heeft plaatsgevonden na advies van de anesthesist:

'De maatschap Orthopedie was in het begin zeer geïnteresseerd in de pijnscores, zeker toen bleek dat de orthopedische operatiepatiënten veel pijn hadden. Bij de patiënten met een Totale Heup Prothese (THP) operatie hebben de hoge pijnscores geleid tot een ander pijnbeleid bij de THP operaties in overleg met de orthopeed.'

Eenmaal per jaar is het de taak van de kwaliteitsmedewerker om de data in te voeren in de IGZ indicator 'pijn na een operatie'. Hiervoor gebruikt zij de data welke zij heeft verzameld in het Excelbestand. Vervolgens gaat de Raad van Bestuur met de inspecteur van de IGZ in gesprek over de basisset indicatoren voor ziekenhuizen.

Bijeenkomsten pijnbeleid

Twee keer per jaar organiseren de anesthesisten in samenwerking met de APS een bijeenkomst over het pijnbeleid binnen het ziekenhuis. Bij deze bijeenkomst worden tevens de aandachtsvelders 'pijn' uitgenodigd. Tijdens de bijeenkomst worden de pijnscores van de afgelopen periode besproken en wordt aan kennisontwikkeling gedaan.

4.1.2 Primair proces

Het proces van dataverzameling zal beschreven worden aan de hand van het opnameproces van een patiënt op de afdeling Orthopedie / Chirurgie. Wanneer een patiënt wordt opgenomen voor een operatie, wordt tijdens de intake vooraf een pijnscore gevraagd door de verpleegkundige. Deze pijnscore wordt genoteerd op het pijnformulier. Direct na de operatie dient er een pijnscore te worden gemeten op de uitslaapkamer. De IGZ indicator schrijft voor dat na een operatie zes keer in de eerste 72 uur een pijnscore moet worden gemeten. Deze metingen dienen met gelijke tussenposen te worden uitgevoerd.

Wanneer de patiënt na de uitslaapkamer op de verpleegafdeling komt te liggen, komt de verantwoordelijkheid voor de pijnregistratie bij de verpleegkundigen te liggen. De verpleegkundigen hebben als taak om zorg te dragen voor de pijnregistratie op het pijnformulier. Bij bijna alle operatiepatiënten in het FMC komen medewerkers van de Acute Pijn Service (APS) langs na de operatie. Zij houden, naast het pijnformulier op de afdeling, een eigen pijnregistratie bij en kunnen eventueel de pijnbestrijding bij de patiënt aanpassen. Zij komen tweemaal per 24 uur langs om de pijn van patiënten te meten. In onderstaand kader zijn de taken van de APS nogmaals duidelijk beschreven.

Acute Pijn Service (APS):

De APS heeft als doel optimale pijnbestrijding na operatieve ingrepen. De APS wordt verzorgd door gespecialiseerde recoveryverpleegkundigen en anesthesisten. De APS is beschikbaar voor alle patiënten bij wie pijnbestrijding nodig is, maar richt zich in het bijzonder op de operatiepatiënten. Na een operatie kan de pijn bij de patiënt op diverse manieren worden bestreden: met een epiduraal katheter, een PCA-pomp, met een infuuspompje welke de patiënt zelf kan bedienen of met een zenuwblokkade. Patiënten bij wie één van deze methoden is toegepast worden standaard tweemaal per dag gecontroleerd door de APS zolang de pijnbestrijding nodig is. Indien nodig worden er tijdens de controles ook adviezen gegeven aan de verpleging op de afdeling over de pijnbestrijding. De verpleegkundigen kunnen ook buiten de controles om bij de APS terecht met vragen. De APS staat onder leiding van twee anesthesiologen en de manager Behandeling.

Percentage ingevulde pijnformulieren

Uit de data van de kwaliteitsmedewerker blijkt dat op de verpleegafdeling bij 50 procent van de patiënten een correcte pijnregistratie is bijgehouden. Een correcte pijnregistratie betekent minimaal zes pijnmetingen in 72 uur en een juiste afsluiting van het pijnformulier door middel van de ontslagdatum. Op de uitslaapkamer is bij 62 procent van de patiënten een pijnregistratie bijgehouden. Diverse betrokkenen geven aan dat zij dit percentage te laag vinden en dat hier verbetering in moet komen. Zowel de kwaliteitsmedewerker als de Raad van Bestuur geven aan dat ze ervan overtuigd zijn dat de verpleegkundigen op de uitslaapkamer wel degelijk aan de patiënten vragen hoeveel pijn ze hebben. Volgens de kwaliteitsmedewerker zijn er een aantal oorzaken van deze matige registratie. Zij geeft aan dat het niet geïntegreerd is in routines en het onbekend zijn met de indicator. De Raad van Bestuur heeft het volgende vermoeden over de oorzaken:

“Cultuur, gemakzucht, gewoontes, zo doen we het al jaren. (...) Er wordt onvoldoende nagedacht. Als je er een paar dagen niet bent, dan kan jouw collega niet zien hoe het die dagen met de pijn van de patiënt ging.”

De manager Snijdend geeft ook aan dat de verpleegkundige de pijnregistratie zien het als iets extra's. Aansluitend stelt ze dat het gewoon in je proces zit, maar dat het structureel verwerkt moet worden. Het blijkt lastig te zijn voor verpleegkundigen om hun werkwijze aan te passen. Ten slotte stelt ze ook nog het volgende:

“Ze kunnen en weten het wel, maar verpleegkundigen willen vooral zorgen voor de mensen, administratie valt daar niet onder. Ze moeten eigenlijk tegelijk praten met de patiënt en de handen laten wapperen, dus het cijfer op papier zetten. Het werk moeten ze slimmer inrichten. (...) Cultuur van de verpleging weerhoudt ze om indicatoren in de routine op te nemen. Vooral de cultuur van ziekenhuis, want uit de opleiding komen ze enthousiaster over de registratie het ziekenhuis in, maar ze worden snel genoeg aangepast.”

Aandachtsvelder 'pijn'

Naast dat verpleegkundigen bij de APS terecht kunnen met vragen is op de verpleegafdeling Orthopedie / Chirurgie tevens een aandachtsvelder 'pijn' aangesteld. Dit is een verpleegkundige van de afdeling met een extra aandachtsgebied. De aandachtsvelder omschrijft haar rol en taak als volgt:

“Een jaar geleden is met de nieuwe anesthesisten een nieuw eenduidig pijnbeleid neergezet. Om dat pijnbeleid geleidelijk te introduceren zijn er aandachtsvelders gekomen. Onze rol is voornamelijk om vragen op de afdeling te beantwoorden en om signalen over pijn op te pikken. We moeten terugkoppelen welke problemen er zijn en waar we tegen aanlopen.”

Door de manager Snijdend wordt aangevuld dat het de taak is van de aandachtsvelder om nieuwe mensen te instrueren over het pijnbeleid en veranderingen in het pijnprotocol door te geven aan de rest van het verpleegkundig team. De aandachtsvelder geeft aan dat ze zichzelf heeft opgegeven voor deze extra taak. Zij heeft haar nieuwe taak als aandachtsvelder vervolgens via de nieuwsbrief bekend gemaakt aan het verpleegkundig team. De feedback van de aandachtsvelders naar de rest van het verpleegkundig team verloopt zowel formeel als informeel (direct op de werkvloer). De verpleegkundige geeft aan dat zij vooral informatie krijgen van de aandachtsvelder via de mail. Buiten deze mail krijgt zij weinig feedback over de indicator 'pijn na een operatie'. De aandachtsvelder denkt ook dat de pijnscores het verpleegkundig team nauwelijks bereiken. Tegelijk geeft ze ook aan dat ze zelf mogelijk niet actief genoeg communiceert met het verpleegkundig team. Ze zegt hierover het volgende:

“Soms als ik in de nachtdienst zit, dan blader ik door de pijnformulieren heen. Als ik de volgende dag vraag waarom een pijnformulier niet is ingevuld dan hoor je 'die patient had geen pijn' of iets dergelijks. Als iemand geen pijn heeft dan vinden ze dat lastig. Als mensen echt pijn hebben, zitten ze er wel helemaal bovenop, maar wordt het ook niet altijd helemaal ingevuld.”

Uit zowel de reacties van de verpleegkundige als van de aandachtsvelder lijkt het zo te zijn dat de rol van aandachtsvelder nog niet voldoende duidelijk is op de afdeling. Ook wordt er niet altijd voldoende invulling aan gegeven door de aandachtsvelder. Momenteel is ze de enige aandachtsvelder op de afdeling. Ze geeft aan dat dit haar taak bemoeilijkt. Ze zegt daar het volgende over:

“Ik moet mijn rol ook wat duidelijker neerzetten. Gelukkig zijn we vanaf nu weer met zijn tweeën. (...) Ik wil wel bezig gaan met de twee aandachtsvelder om het anders en beter neer te gaan zetten. We zitten nog een beetje te stoeien met hoe we dat gaan doen. Als je weer een enquête gaat doen over het invullen, dan ben ik zo bang dat je iedereen weer voor het hoofd stoot. Want iedereen is zo druk en ze letten al op het invullen en ze vinden al dat ze hun best doen.”

De Raad van Bestuur is van mening dat de rol van aandachtsvelder in principe goed wordt ingevuld. Hij vindt dat ze goed werk doen en enthousiast zijn. Hij geeft aan dat het hebben van aandachtsvelders zowel voor- als nadelen heeft;

“Dat heeft voordelen, want je hebt mensen die er extra focus op hebben en extra aandacht aan besteden. Het nadeel is soms dat het dan geen teamverantwoordelijkheid wordt. Er is toch iemand die het doet, die er naar kijkt. Alsof de anderen er dan minder in hoeven doen. Ik vind het prima om dingen te beleggen bij mensen, maar we slaan er af en toe ook mee door.”

Reactie op indicatorprestaties

De kwaliteitsadviseur geeft aan dat wanneer slecht gescoord wordt op een indicator, de managers eerst bij haar komen vragen hoe er geteld wordt. Over het algemeen wordt eerst de juistheid van de cijfers ter discussie gesteld. Zeker in de beginfase van de pijnregistratie was dit het geval. De kwaliteitsmedewerker geeft aan dat de managers nu ook langzaam aan naar het proces gaan kijken. Maar de kwaliteitsadviseur zegt wel dat er niet altijd voldoende vertrouwen is in het systeem. De wroeging over de slechte scores en de juistheid van de cijfers heeft ook een positief effect gehad, geeft de kwaliteitsmedewerker aan:

“Namelijk dat zowel verpleegkundigen als de anesthesisten mee zijn gaan denken over termen, definities en de betekenis van indicatoren. Er bestonden vooral in de beginfase van de nieuwe pijnregistratie verschillende onduidelijkheden rondom de pijnregistratie en de dataverzameling. Naar aanleiding van de gesprekken tussen de verschillende disciplines is men tot een andere methode van registreren gekomen. Tevens wordt de verzamelde data op een andere wijze geïnterpreteerd.”

Uit bovenstaande blijkt dat bij de dataverzameling voor de IGZ indicator ‘pijn na een operatie’ een samenwerking is gegroeid tussen kwaliteitsadviseur en de medisch specialisten. Dit lijkt een bevorderende factor te zijn voor het internaliseringsproces van externe prestatie-indicatoren.

4.1.3 Meetmethodiek

In het theoretisch kader van dit onderzoek is beschreven op welke wijze de pijnintensiteit bij de patiënten ten behoeve van de indicator ‘pijn na een operatie’ dient te worden gemeten. De toegestane

meetinstrumenten zijn de Visual Analogue Scale (VAS), Numerical Rating Scale (NRS) en de Verbal Rating Scale (VRS). Om meer inzicht te krijgen in de wijze waarop de pijnintensiteit wordt gemeten zijn er observaties uitgevoerd tijdens de medicijnronde in het ziekenhuis. Tijdens de medicijnronde worden namelijk ook de pijnmetingen uitgevoerd. Uit interviews met de anesthesist en de aandachtsvelder blijkt dat de instructie is dat de verpleging eerst tracht de pijn te meten met NRS met lachende gezichtjes (zie bijlage). Deze dient aan de patiënten gegeven te worden en met een schuifje op de kaart kan de patiënt aangeven hoe hij zich voelt. Op de achterzijde van de kaart kan de verpleegkundige vervolgens een cijfer af lezen tussen 0 en 10, waarbij 0 geen pijn is en 10 ondraaglijke pijn. Echter zowel uit interviews als uit de observaties blijkt dat dit kaartje nauwelijks wordt toegepast. De aandachtsvelder zegt hierover het volgende:

“In principe moeten we het met de kaartjes doen. Maar dat doet bijna niemand, ik denk nog geen vijf procent. Dat was wel de eerste insteek, dat werkte niet. Nu vragen we de patiënt een score van 0 tot 10 te geven en of de pijn houdbaar is.”

Tijdens de observaties valt op dat de verpleegkundige bij praktisch elke patiënt wisselt van meetmethodiek. Hierbij wisselt zij vooral af tussen de NRS zonder kaartje en de VRS waarbij ze vraagt of de pijn houdbaar is. Zij geeft aan dat ze geen bewuste keuze maakt bij de toepassing van de meetmethodiek. Daarnaast valt op dat patiënten bij de NRS niet altijd begrijpen wat de verpleegkundige vraagt. Dit lijkt deels te komen doordat de uitleg van de verpleegkundige niet altijd even helder en consistent is. De orthopeed pleit voor een meer gestandaardiseerde manier van pijnmeten binnen het ziekenhuis. Dit ten eerste om de metingen meer betrouwbaar en valide te maken en ten tweede om de metingen makkelijker uitvoerbaar te maken voor de verpleegkundigen.

4.2 Interne factoren

In deze paragraaf zal de vraag beantwoord worden welke interne factoren een bevorderende, dan wel belemmerende invloed hebben op het internaliseringsproces van de IGZ indicator ‘pijn na een operatie’. De resultaten in deze paragraaf zijn tot stand gekomen op basis van de interviews / scorelijst en observaties. In dit onderzoek is specifiek gekeken naar factoren welke bekend zijn uit de literatuur, maar daarnaast is tijdens de interviews en observaties ook aandacht geweest voor nog niet benoemde factoren. Indien relevant zal er bij bepaalde factoren onderscheid worden gemaakt tussen de (para)medische medewerkers en het management. Onder de (para)medische medewerkers worden verstaan: de anesthesist, orthopeed, verpleegkundigen, aandachtsvelder ‘pijn’ en de medewerker van de APS. Onder het management wordt verstaan: de Raad van Bestuur, de managers van de eenheden en de kwaliteitsmedewerker. Als eerste zullen de bevorderende factoren worden besproken, waarna vervolgens de belemmerende factoren aan bod komen.

4.2.1 Bevorderende factoren

Uit het literatuuronderzoek zijn zeven mogelijk bevorderende factoren van het internaliseringsproces naar voren gekomen. Deze zijn weergegeven in het theoretisch kader van dit onderzoek. Zoals eerder

beschreven hebben alle bevroegde personen tevens een scorelijst ingevuld met betrekking tot de bevorderende en belemmerende factoren. In deze scorelijst is gevraagd of volgens hen de genoemde factor aanwezig is in het FMC en hoeveel invloed deze factor vervolgens heeft op het internaliseringsproces van de IGZ indicator 'pijn na operatie'. Bij de scorelijst is gescoord op een schaal van 1 (weinig invloed) tot 5 (veel invloed). In onderstaande tabel (2) zijn de resultaten van de scorelijst ten aanzien van de bevorderende factoren weergegeven. Tabel (2) is een samenvatting van de resultaten op de scorelijst. Het totale resultatenoverzicht is terug te vinden in de bijlage.

Tabel 2. Resultaten scorelijst 'bevorderende factoren'

	Bevorderende factor	Aanwezig (aantal x ja van 9)	Gemiddelde invloed (schaal 1 – 5)
1.	<i>Ondersteuning van medisch specialisten</i>	9 / 9	3,6
2.	<i>Procedures om informatie te verzamelen over indicator</i>	8 / 9	3,4
3.	<i>Bestaan van juiste communicatiekanalen</i>	8 / 9	3,6
4.	<i>Verantwoordelijkheden voldoende gedecentraliseerd</i>	3 / 9	2,8
5.	<i>Voldoende training om met indicatoren te werken en analyseren</i>	4 / 9	3,4
6.	<i>Leercultuur om resultaten te bediscussiëren</i>	7 / 9	3,6
7.	<i>Voldoende ondersteuning van de RvB</i>	4 / 9	3,7

1. Ondersteuning van medisch specialisten

Alle geïnterviewde personen hebben aangegeven dat in het FMC sprake is van ondersteuning van medisch specialisten bij het werken met de IGZ indicator 'pijn na een operatie'. De invloed op het internaliseringsproces is volgens betrokken 3,6 op een schaal van 1 tot 5. Deze ondersteuning heeft ten eerste vorm gekregen in het opzetten van het nieuwe pijnbeleid en pijnprotocol. De IGZ indicator fungeert als belangrijk meetinstrument in dit pijnbeleid. Daarnaast wordt er ongeveer driemaal per jaar een bijeenkomst georganiseerd door de maatschap anesthesie in samenwerking met de APS voor de aandachtsvelders 'pijn' van de diverse afdelingen. In deze bijeenkomsten worden onder andere de registratiescore en de pijnscores besproken welke zijn aangeleverd door de kwaliteitsmedewerker. De bijeenkomsten richten zich echter wel meer op inhoudelijke facetten van pijnbestrijding zoals het geven van bepaalde injecties.

2. Procedures om informatie te verzamelen over indicator

In het FMC zijn volgens acht van de negen geïnterviewden juiste procedures opgesteld ten behoeve van de dataverzameling voor de indicator 'pijn na een operatie'. Het pijnformulier, waarop de eerste 72 uur van opname de pijnscore dient te worden genoteerd, is hier een voorbeeld van. Dit pijnformulier is ook bekend bij alle betrokken disciplines. Echter de procedure van het afsluiten van het pijnformulier door middel van het noteren van de ontslagdatum gaat niet goed. Dit wordt vaak als een 'service'

gedaan door de secretaresse van de afdeling, maar is in principe een taak van de verpleegkundigen. Hierover is al melding gemaakt in paragraaf 4.1. De data wordt door de kwaliteitsmedewerker verwerkt in een Excelbestand en sluit niet aan bij bestaande registratiemethoden. Door diverse betrokkenen wordt aangegeven dat zij dit geen ideale registratiemethode vinden.

3. Bestaan van juiste communicatiekanalen

Tevens vinden bijna alle geïnterviewden dat er juiste communicatiekanalen bestaan binnen de organisatie. Zij geven aan dat deze factor van invloed is op het internaliseringsproces van de IGZ indicator 'pijn na een operatie'. Tijdens het invullen van de scorelijsten gaven diverse betrokkenen aan dat de communicatiekanalen wel bestaan, maar dat deze onvoldoende gebruikt worden. De aandachtsvelder 'pijn' vult dit aan door het volgende:

“De communicatiekanalen werken wel van boven naar beneden, maar van beneden komt het niet omhoog. Ze bestaan echter zeker wel.”

4. Verantwoordelijkheden voldoende gedecentraliseerd

Slechts drie van de negen geïnterviewden vinden dat de verantwoordelijkheden voldoende gedecentraliseerd zijn om te experimenteren met en implementeren van de indicatoren. Ook kennen zij een beperkte invloed aan deze factor toe, namelijk 2,8. Opvallend is dat wanneer onderscheid wordt gemaakt tussen de (para)medisch medewerkers en het management, het management aangeeft dat zij meer invloed toekennen aan deze factor dan het (para)medisch personeel. Namelijk 3,3 tegenover 2,4 door de (para)medische medewerkers. Dit verschil in 'invloedscore' lijkt aan te sluiten bij de constatering dat er een te afwachtende houding is bij de verpleegkundigen en aandachtsvelder om actief te werken met de IGZ indicator 'pijn na een operatie'.

5. Voldoende training om met indicatoren te werken en analyseren

Vier van de negen geïnterviewden vinden dat medewerkers voldoende training krijgen om met prestatie-indicatoren te werken en ze te analyseren. Wel wordt er veel belang aan gehecht in het kader van het internaliseringproces, want de factor krijgt de score 3,4. Een geïnterviewde geeft aan dat de gedachte heerst dat de training klaar is met de klinische lessen in het eerste jaar over de indicator. Deze geïnterviewde zegt dat er veel verloop is geweest in het ziekenhuis onder verpleegkundigen de laatste anderhalf jaar. *“Je moet blijven trainen. Het is niet klaar met allemaal één keer een klinische les.”* Ook de manager Behandeling geeft aan dat de opleiding niet op maat is. *“Nieuwe medewerkers stappen gewoon op de trein van scholing en beginnen niet altijd aan het begin. Veel wordt ze verteld door hun collega's.”* De aandachtsvelder geeft aan dat zij zelf zeker voldoende training heeft gehad betreffende de indicator. Over de training van haar collega's zegt zij het volgende:

“Nieuwe collega's moet je tijdens het werk of in eigen tijd inlichten. Dat snap ik wel. Maar zij missen dan de opleiding. Voor verpleging is meer scholing wel wenselijk denk ik. Ik geloof dat je kennis en opleiding je basis is.”

De Raad van Bestuur geeft aan dat de medewerkers wel degelijk voldoende opleiding krijgen om te werken met de prestatie-indicatoren, maar niet om de prestaties te analyseren. Het analyseren gebeurt maar door een paar mensen. Wel geeft hij aan dat ze hier de medewerkers ook te weinig bij betrekken.

6. Leercultuur om resultaten te bediscussiëren

Bijna alle betrokkenen, zeven van de negen, vinden dat er binnen de organisatie een leercultuur bestaat om de indicatorresultaten te bediscussiëren. Ook geven zij door middel van een 3,6 aan dat zij dit een relatief invloedrijke factor vinden van het internaliseringsproces. Eén van de geïnterviewden geeft aan dat de manager wel discussies aanzwengelt over de indicator, maar dat de cultuur gewoon ontbreekt. Uit de interviews blijkt dat de betrokkenen vinden dat leercultuur wel degelijk bestaat, maar het lijkt zo te zijn dat er feitelijk geen invulling aan wordt gegeven. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de volgende opmerking van de aandachtsvelder:

“Als je iemand aanspreekt op het niet invullen van het pijnformulier of het niet volgen van het protocol, merk je dat zij vinden dat ze er op hun manier over nagedacht hebben en een beslissing hebben genomen. Namelijk: ‘ik doe het niet’. Jammer is voor mij dat ik daar dan niets van hoor. (...) Ik ben de eerste die toegeeft dat ik er meer achteraan moet zitten. Maar ergens houdt de starheid van het team je ook heel erg tegen. (...) Het kan de cultuur van je afdeling zijn, maar daar wordt tegenwoordig alles op gegooid. Misschien durf je het ook niet of geen zin in gezeur. (...) Ze zien het wel als aanval. Ze zien het niet als leermoment, althans zo voel ik dat. (...) Naar de APS wordt vaak wel beter geluisterd. Het kan dan wel als aanvallend gezien worden, maar zij lopen wel in hun blauwe pak van de OK en zijn echt in de functie van de pijn. Dat wordt wel als aanvallend gezien; ‘we doen toch onze best en zijn maar één ding vergeten in te vullen.’ Dat zijn geluiden die je vaak hoort.”

Deze beperkte invulling van de leercultuur en de reacties van het verpleegkundig team sluiten aan bij resultaten uit de quickscan. In de quickscan geven de diverse geïnterviewde functionarissen met een ruime meerderheid ($\pm 90\%$) aan dat er binnen de organisatie geen werkklimaat bestaat waarin mensen gemakkelijk ter verantwoording kunnen worden geroepen. Mogelijk dat dit relatie heeft met het resultaat dat eenzelfde meerderheid aangeeft dat er activiteiten bestaan die moeilijk zijn te leiden, bijvoorbeeld wanneer er verscheidene verantwoordelijke personen en / of verantwoordelijkheden zijn die ‘snijden’ met de organisatie. Het is denkbaar dat dit ook een rol speelt in het FMC. Er zijn namelijk diverse disciplines en leidinggevendenden betrokken bij de indicator ‘pijn na een operatie’, die allemaal verantwoordelijkheid hebben voor een deel van de uitvoering.

7. Voldoende ondersteuning van de Raad van Bestuur

Uit de scorelijst blijkt dat vier van de negen ondervraagden vinden dat er voldoende ondersteuning is bij het internaliseringsproces van de IGZ indicator ‘pijn na een operatie’ van de Raad van Bestuur in de vorm van tijd, geld en ICT. Drie van deze vier personen zitten in de groep (para)medische medewerkers. De invloed van deze ondersteuning op het internaliseringsproces beoordelen zij met een 3,7 op een schaal van 1 tot 5. Wanneer onderscheid wordt gemaakt tussen het (para)medisch

personeel en het management valt op dat het management zelfs een hogere score geeft voor de invloed van deze factor, namelijk een 4,3 op een schaal van 1 tot 5. De negen geïnterviewden zijn het allen over eens dat de Raad van Bestuur niet voldoende ondersteuning biedt op het gebied van ICT. De manager Behandeling zegt hierover het volgende:

“Een investering in registratiesoftware lijkt mij nodig. Dit tevens ter vervanging van de benodigde personeelsuitbreiding door de toegenomen administratieve lasten. De indicatoren zijn wel een speerpunt voor het ziekenhuis, maar er is geen ondersteuning in het kader van de registratie.”

Wel geeft zij aan dat ze begrip heeft voor de situatie van de Raad van Bestuur en het feit dat zij keuzes moeten maken tussen diverse benodigde investeringen. Ook de Raad van Bestuur geeft aan dat de organisatie naar een digitaal dossier of systeem moet. Hij zegt hierover:

“Ik denk dat wij nog steeds de ziekenhuisorganisatie niet medewerkervriendelijk hebben ingericht. Alles op papier en bladeren kost te veel tijd. Als wij als ziekenhuis niet in staat zijn om dat veel beter te faciliteren, dan schieten medewerkers in de weerstand. (...) Gemiddeld zien we gewoon dat de werklust van de verpleegkundige voor 20% of 25% puur uit administratie bestaat. Hele bladen vol met dingen die ze moeten doen. Daardoor stijgt de werkdruk en ga je weg van de essentie van je zorgverlening.”

Over de ondersteuning in de vorm van tijd en geld zijn diverse meningen onder de geïnterviewden. De medewerker van de APS geeft aan dat ze te weinig tijd hebben gehad in de voorbereiding om goede protocollen te maken. De manager Snijdend zegt dat ze wel ondersteuning krijgt van de Raad van Bestuur bij het maken van rapportages. Maar ze geeft aan dat nieuwe onderwerpen meer gefaciliteerd moeten worden. Ze zegt hierover het volgende:

“Voor een aantal indicatoren zijn ook uren vrijgemaakt, maar voor de meesten niet. Deze uren zitten gewoon in het proces. Voor nieuwe indicatoren heb je gewoon tijd nodig om ze op te zetten en daar zou echt wat meer ondersteuning in moeten zijn. Dan kan je ook meer je slagen maken. Als het goed loopt kun je het gewoon in de lijn wegzetten en zijn er minder uren nodig. Voor de pijnindicator vergt het veel tijd om iedereen mee te krijgen en te scholen. Dat vergeten we met elkaar nog wel eens, bewust en onbewust.”

De Raad van Bestuur geeft ook aan dat zij extra tijd vrij hebben gemaakt in de opstartfase van de indicator, maar dat deze extra tijd er nu niet meer is. Hij zegt:

“Ja, medewerkers hebben er in het begin extra tijd voor gehad, maar nu niet meer. Wij vinden ook echt dat het tot het gewone werk behoort. Je bent als ziekenhuis ook totaal niet in staat om dit allemaal te faciliteren. Als je voor al die indicatoren mensen vrij moet maken, dat is onbetaalbaar. Het hoort ook gewoon tot goed je werk doen. (...) Ik zou wel meer tijd vrij willen maken voor het vinden van handige oplossingen voor de registratiekant. En dat medewerkers in andere ziekenhuizen eens gaan kijken wat best practices zijn. (...) We zijn als ziekenhuis te veel intern gericht.”

De ondervraagde medisch specialisten verschillen sterk in hun mening over de ondersteuning van de Raad van Bestuur. Zo vindt de anesthesist dat er vanuit de Raad van Bestuur vooral een enorme prestatie- en productiedwang bestaat, 'er moet vooral hard gewerkt worden'. De orthopeed daarentegen vindt dat er wel voldoende aandacht aan besteed wordt door de Raad van Bestuur. Hij vindt dat het wel als belangrijk wordt gezien.

4.2.2 Belemmerende factoren

De scorelijst behorende bij de interviews, is gebaseerd op het theoretisch kader van dit onderzoek. Hierin zijn zeven mogelijk belemmerende factoren van het internaliseringsproces geformuleerd. In onderstaande tabel (3) zijn de resultaten van de scorelijst ten aanzien van de belemmerende factoren weergegeven. Tabel (3) is een samenvatting van de resultaten op de scorelijst. Het totale resultatenoverzicht is terug te vinden in de bijlage.

Tabel 3. Resultaten scorelijst 'belemmerende factoren'

	Belemmerende factor	Aanwezig (aantal x ja van 9)	Gemiddelde invloed (schaal 1 – 5)
1.	<i>Fragmentatie van de zorg door taakdifferentiatie</i>	5 / 9	2,6
2.	<i>Verlies van kennis en ervaring door personeelsverloop</i>	4 / 9	3,1
3.	<i>Ontwikkeling indicator stopt, bij stoppen van project</i>	5 / 9	2,7
4.	<i>Alleen aandacht indien indicator onder het gemiddelde zit</i>	4 / 9	2,8
5.	<i>Fragmentatie van de dataverzameling en resultaatverspreiding</i>	5 / 9	2,4
6.	<i>Weinig feedback tussen disciplines en managementlagen</i>	4 / 9	3,4
7.	<i>Weinig kennis op de werkvloer over indicatoren</i>	3 / 9	2,9

1. Fragmentatie van de zorg door taakdifferentiatie

Uit de scorelijst blijkt dat vijf van de negen geïnterviewden vinden dat er een fragmentatie van de zorg optreedt door de toenemende taakdifferentiatie in de zorg. Zij vinden dat dit een geringe invloed heeft op het internaliseringsproces van IGZ indicatoren en geven deze factor een 2,6. De medewerker van de APS geeft hiervoor een mogelijke verklaring:

“Doordat het een klein ziekenhuis is, is er minder sprake van taakdifferentiatie. Iedereen moet meer allround zijn.”

2. Verlies van kennis en ervaring door personeelsverloop

Vier geïnterviewden vinden dat er sprake is van fors personeelsverloop en daardoor verlies van kennis en ervaring. Dit heeft volgens de geïnterviewden wel degelijk invloed (3,1) op de wijze hoe er met de indicatoren wordt gewerkt. De manager Snijdend geeft aan dat ze weliswaar niet te maken heeft met fors personeelsverloop, maar wel met een jong team met veel wisselingen. Dit bemoeilijkt volgens haar het ontwikkelen van routines binnen het team.

3. Ontwikkeling indicator stopt, bij stoppen van project

In dit onderzoek wordt het begrip 'project' breder getrokken, dan de strikte zin van het woord. Met project wordt in dit onderzoek ook bijvoorbeeld de opstartfase van een nieuw pijnbeleid / pijnprotocol bedoeld. Vijf geïnterviewden vonden dat de ontwikkeling rondom een indicator stopte, dan wel vertraagde wanneer het project of de opstartfase is afgerond. De Raad van Bestuur beaamt dit door te zeggen:

“Dat is wel zo, dat is ook de zwakte van ons ziekenhuis, dat we minder op de zorginnovatie zitten, op de inhoud. Dat is een aandachtspunt.”

De manager Snijdend stelt dat de ontwikkeling van een indicator niet stopt als het project is afgelopen, maar dat het wel minder snel gaat. Zij zegt:

“Dit heeft vooral met tijd te maken. Tijd die is vrijgemaakt verdwijnt zodra het loopt. Dan moet het allemaal in de lijn en dan laat de ontwikkeling wat langer op zich wachten.”

4. Alleen aandacht indien de indicator onder het gemiddelde zit

Van de geïnterviewde personen vinden er vier dat er alleen aandacht bestaat voor een IGZ indicator wanneer de uitkomsten onder het gemiddelde zitten. Met name de groep 'management' vindt dat deze factor veel invloed heeft op het internaliseringsproces. Zij geven het de score 3,8. De groep (para)medische medewerkers kennen minder invloed toe aan deze factor, namelijk 2,0. De manager Behandeling geeft wel aan dat dit verschilt per functie en managementniveau. Zij zegt:

“Als je iets goeds scoort is het logisch dat daar weinig aandacht naar gaat. Kijk maar naar de punten die niet lopen. Dat vind ik wel normaal. (...) Die vragen dan wel niet zo veel aandacht. Dat betekent niet dat ze voor de manager uit het blikveld zijn, maar voor de Raad van Bestuur zijn die dan even afgekaard. Dat ligt aan het verschil in functie.”

Ook de aandachtsvelder vindt het logisch dat wanneer de uitkomsten op een indicator minder zijn, dat daar meer bovenop wordt gezeten door het management. Ze vindt het dan ook geen belemmerende factor. De manager Behandeling daarentegen geeft aan dat ze ook het belangrijk vindt om wanneer er goed gescoord wordt op een indicator, dit ook te communiceren.

5. Fragmentatie van de dataverzameling en resultaatverspreiding

Deze factor valt uiteen in twee onderwerpen, namelijk de meetsystematiek op de werkvloer en de verzameling van de pijnformulieren en verspreiding van de resultaten. De meetsystematiek wordt besproken in hoofdstuk 4.1. Nu zullen voornamelijk de resultaten met betrekking tot de dataverzameling en resultaatverspreiding worden besproken. Uit de interviews blijkt dat vijf betrokkenen vinden dat de er fragmentatie bestaat in de dataverzameling en resultaatverspreiding. Uit de scorelijst blijkt dat dit niet van grote invloed is op het internaliseringsproces. De anesthesist geeft nog wel een kanttekening voor het totale pijnbeleid, waaronder de indicator valt.

“Taken en verantwoordelijkheden binnen het pijnbeleid zijn niet voldoende helder voor iedereen. (...) De anesthesisten hebben dat nu op zich genomen. Wel is het de bedoeling dat dit op termijn wordt overgenomen door de afdelingen.”

6. Weinig feedback tussen disciplines en managementlagen

In paragraaf 4.2.1 is het thema feedback al kort aan de orde geweest. In die paragraaf ging het vooral op de communicatie- en feedbackkanalen. Geconstateerd kon worden dat deze wel bestaan, maar niet effectief gebruikt worden. Nu zal worden besproken in welke mate er sprake is van feedback tussen de diverse disciplines en managementlagen in het FMC. Uit de scorelijst blijkt dat vier geïnterviewden vinden dat er weinig feedback is tussen de leden van de organisatie. Wel geven bijna alle geïnterviewden middels een 3,4 aan dat deze factor wel van invloed is op het internaliseringsproces.

De manager Snijndend geeft aan dat er standaard feedback plaatsvindt op de indicator in de nieuwsbrief voor de afdeling en in het teamoverleg. Zij geeft aan dat het de taak is van de aandachtsvelder om problemen te signaleren, nieuwe mensen te instrueren en veranderingen in het protocol door te geven. De aandachtsvelder geeft het volgende aan over het teamoverleg:

“We hebben vijfenveertig of vijftig mensen op de afdeling, maar als er twintig op het teamoverleg zijn is het veel. De vorige keer zaten we met tien mensen. Aanwezigheid is wel verplicht, maar ze beredeneren voor zichzelf dat ze niet hoeven. (...) Ons teamoverleg duurt meestal twee of drie uur... (...) We hebben meer dan vijftwintig aandachtsvelden en werkgroepen op de afdeling. De manager en teamcoördinator zeggen ook: communicatie het liefst via de nieuwsbrief en dan eventueel nog kort aanstippen op het teamoverleg als het echt moet. Er is nog zo veel meer te bespreken. Het is praktisch niet haalbaar om het vaker en meer te bespreken.”

Zoals eerder aangegeven is het de taak van de aandachtsvelder om over de indicator feedback te geven aan de rest van het verpleegkundig team. De verpleegkundige geeft in het interview aan dat zij voornamelijk feedback krijgt over het percentage geregistreerde pijnmetingen. Ze geeft aan dat ze niet weet hoe ze als team omgaan met het pijnbeleid. Over de gevolgen van dit gebrek aan feedback zegt ze het volgende:

“(...) Ik denk dat het daarom ook wat minder speelt op de afdeling. Als je wat meer terug zou horen van: we scoren wat dat betreft heel goed. Dan gaat het waarschijnlijk ook wat meer leven op de afdeling.”

De aandachtsvelder weerlegt het gebrek aan inhoudelijk feedback door te stellen dat ze wel degelijk via de nieuwsbrief één keer per twee weken de hoeveelheid pijnscores boven de zeven communiceert met het verpleegkundig team. De manager Behandeling vindt dat er voldoende structurele feedback plaatsvindt over de IGZ indicator 'pijn na een operatie'. Zij zegt het volgende over de feedback:

“Ik wil het niet intensiever zien. Het kan ook een negatief effect hebben, als het altijd onder de aandacht wordt gebracht worden mensen daar ook niet vrolijk van. (...) Er is weinig feedback, maar voldoende. Het is nog maar de vraag of er de behoefte naar is. Je krijgt die bestandjes, maar we gaan niet in ons wekelijks overleg uitgebreid over zitten praten. Ik heb daar geen behoefte aan persoonlijk. Als die behoefte bij de verpleging bestaat, moeten ze dat uiten bij de managers. (...) Naar mijn behoefte is het voldoende.”

De Raad van Bestuur ziet de resultaten op de indicatoren terug in kwartaalrapportages van de managers van de eenheden. Vervolgens worden deze resultaten twee keer per jaar besproken met de managers en de Raad van Bestuur. Hij geeft aan dat het geen zin heeft om er ieder kwartaal bij stil te staan, maar dat er vooral naar het verloop wordt gekeken. Uit de quickscan blijkt tevens dat alle ziekenhuizen gebruik maken van rapportages op maandelijks- of kwartaalbasis. Daarnaast wordt ook gebruik gemaakt van mondeling overleg en wordt de term 'even langsgaan' vaak genoemd.

7. Weinig kennis op werkvloer over IGZ indicatoren

Drie van de bevraagde personen vinden dat er weinig kennis is op de werkvloer over de IGZ indicatoren en het bestaan van deze indicatoren. Gemiddeld wordt het cijfer 2,9 gegeven voor de invloed van het wel of niet ontbreken van deze kennis. Wanneer onderscheid wordt gemaakt tussen (para)medische werknemers en het management valt op dat het management deze factor wel degelijk van grote invloed vindt, want zij geven deze het cijfer 4,0. De medewerker van de APS is van mening dat het verpleegkundig team wel degelijk achterblijft qua kennis. De manager Behandeling stelt het volgende over de kennis van IGZ indicatoren:

“Ik mag aannemen dat iedereen in huis bekend is met indicatoren door alle informatiekanalen, werkoverleg en nieuwsbrieven. Je hebt altijd mensen die er niet van bewust zijn, die een kokervisie hebben. Ik denk niet dat alle mensen zich bewust zijn van het belang voor het ziekenhuis. (...) Ik kan niet garanderen dat mensen hun notulen lezen.”

4.3 Externe factoren

In deze paragraaf zullen de externe factoren worden besproken welke een bevorderende, dan wel belemmerende invloed hebben op het internaliseringsproces van de IGZ indicator 'pijn na een operatie'. De resultaten in deze paragraaf zijn tot stand gekomen op basis van de interviews met de diverse functionarissen. In dit onderzoek is specifiek gekeken naar de invloed van de IGZ, media, zorgverzekeraars en patiënten. In het theoretisch kader is reeds beschreven dat externe factoren zowel een positieve als een negatieve invloed kunnen hebben op het internaliseringsproces. De

negatieve invloed kan zich uiten in een ontwrichting tussen de interne organisatie en de externe stakeholders.

4.3.1 IGZ en overheidsinstanties

De prestatie-indicatoren uit de basisset ziekenhuizen zijn afkomstig van de IGZ. Zoals eerder benoemd tracht de IGZ met deze basisset de ziekenhuizen op afstand te controleren. Daarnaast beogen de prestatie-indicatoren een interne kwaliteitsimpuls te geven. Eenmaal per jaar moeten de resultaten van de indicator 'pijn na een operatie' worden ingeleverd bij de inspectie. Aansluitend gaat een inspecteur van de IGZ met de Raad van Bestuur in gesprek over de resultaten van de prestatie-indicatoren uit de basisset ziekenhuizen. In deze paragraaf zal beschreven worden welke invloed de IGZ en andere overheidsinstanties zoals het ministerie van VWS hebben op het internaliseringsproces van de IGZ indicator 'pijn na een operatie'.

Uit de interviews met de managers blijkt dat er inderdaad een interne prikkel van de IGZ merkbaar is. Deze prikkel heeft ook invloed op de wijze waarop men met de indicator omgaat binnen het ziekenhuis. Een voorbeeld; indien bekend is dat de IGZ een specifieke indicator extra onderzoekt in het komende jaar, krijgt deze indicator intern meer aandacht. Zo geeft de manager Snijndend aan dat volgend jaar de indicator 'delier' extra wordt onderzocht en dat men daarom nu al gestart is met meten. Deze invloed van de IGZ lijkt een calculerende instelling bij de Raad van Bestuur en managers in de hand te werken. Zowel van de Raad van Bestuur als van de managers is er kritiek op de veelheid aan indicatoren en de regeldruk waaraan voldoen moet worden. De Raad van Bestuur zegt hierover:

“Er is een soort gekte in Nederland om met al die indicatoren aan de slag te gaan. De veelheid aan thema's remt ook de diepgang van indicatoren. Mensen willen best verantwoording af leggen, maar niet over alles. (...) En niet ongenueanceerd en onwetenschappelijk. (...) Je bent als ziekenhuis ook totaal niet in staat om dit allemaal te faciliteren. Als je voor al die indicatoren mensen vrij moet maken, dat is onbetaalbaar.”

Ook de managers geven aan dat steeds meer van deze zaken van buiten op hen afkomen. Zij geven aan dat dit voor hen haast de dagelijkse gang van zaken dreigt te worden. Een suggestie van één van de managers is dat de inspecteurs van de IGZ ook eens in het proces komen kijken. Mogelijk dat het de inspecteurs een beter beeld geeft van hoe het werkt in het ziekenhuis.

4.3.2 Media

Zoals genoemd in het theoretisch kader hangt het belang van de positie op de ranglijsten nauw samen met de beeldvorming naar de buitenwereld. In dit onderzoek is meer specifiek gekeken welke invloed de diverse ranglijsten als de Algemeen Dagblad Ziekenhuis Top 100 en de Elsevier ranglijst hebben op het internaliseringsproces van de IGZ indicator 'pijn na een operatie'. In het FMC zijn de ranglijsten een onderwerp van gesprek volgens de managers. De manager Snijndend zegt hierover:

“Patiënten kijken naar de ranglijst en baseren daar hun keuze op, daarom hamer ik er op bij de verpleging hoe belangrijk die registratiecijfers zijn.”

Uit de interviews met de verpleegkundigen blijkt echter dat de resultaten op de diverse ranglijsten enkel zorgen voor een korte opleving van een week. De medewerker van het APS team geeft aan de ranglijsten weinig diepgang hebben. Zij zegt het volgende over de opstartfase van de APS in relatie tot de ranglijsten:

“Om even aan te geven hoe snel je ergens punten voor krijgt. We zijn in 2007 gestart met de APS, maar in 2008 is het pas echt gaan lopen. Toen kregen we op de lijst van het Algemeen Dagblad al drie punten omdat we een APS hebben. Ja, dat hadden we inderdaad opgestart. Maar hoe goed deze werkt wordt niet gevraagd.”

De Raad van Bestuur en het management in mindere mate, voelen volgens de anesthesist wel degelijk de druk van de media. Maar deze druk is echter nog niet dusdanig hoog dat deze leidt tot interne persverse effecten.

4.3.3 Zorgverzekeraars

Uit het onderzoek van Van der Aar (2008) blijkt de dominante zorgverzekeraar in het gebied van het onderzochte ziekenhuis een positieve invloed te hebben op het internaliseringsproces van de IGZ indicator ‘pijn na een operatie’. De Raad van Bestuur van het FMC geeft aan dat de zorgverzekeraars wel invloed hebben op het pijnbeleid van het ziekenhuis. Hij geeft aan dat ze anderhalf jaar geleden met de zorgverzekeraars in gesprek zijn geweest over het pijnbeleid. Met name werden er extra afspraken gemaakt over de nieuw op te zetten pijnpoli. Of zorgverzekeraars ook geïnteresseerd zijn in de resultaten van de indicator ‘pijn na een operatie’ zegt de Raad van Bestuur het volgende:

“De interesse is nog zeer beperkt. Daarnaast hebben ze ook hun eigen indicatoren. Maar de indicator zelf is nog in heel beperkte mate onderwerp van gesprek. Zorgverzekeraars lopen daarin achter met hun deskundigheid. De juiste mensen lopen op dit moment nog in de ziekenhuizen. Maar dat gaat wel veranderen in de toekomst.”

4.3.4 Patiënten

De IGZ indicator ‘pijn na een operatie’ is één van de weinige indicatoren waarbij de patiënt een actieve rol speelt in het verkrijgen en registreren van data. De patiënt wordt namelijk gevraagd naar zijn of haar (subjectieve) ervaring betreffende de pijn na de operatie. Patiënten kunnen daarom gezien worden als een externe factor. Ook in het INK-managementmodel zijn de patiënten terug te vinden als een externe factor in het deelgebied ‘Klanten en Leveranciers’. Uit de diverse interviews en de observatie blijkt dat patiënten de pijnmeting soms niet begrijpen. Met name bij oudere patiënten, vaak gepaard gaande met slechthorendheid en allochtone patiënten met een slecht begrip van de Nederlandse taal blijkt het meten van de pijnscore moeilijker te zijn. Dit leidt ertoe dat het de verpleegkundige meer tijd kost om de pijnmeting uit te voeren. Tijd, waarvan door de

verpleegkundigen aan wordt gegeven, dat er vaak een tekort aan is. Het niet optimaal meewerken van de patiënt bij de pijnmeting lijkt demotiverend te werken voor de verpleging om actief met de indicator aan de slag te gaan. Ook de medewerker van de APS geeft aan dat er duidelijk verschillen bestaan tussen patiënten in hoe ze voorbereid zijn op de pijnmetingen. Zij zegt hierover:

“Informatie voor patiënten staat wel in het informatieboekje, maar of deze nou heel duidelijk is weet ik niet. Er is wel over gesproken om daar meer aandacht aan te besteden bij operatiepatiënten, maar er is nog niks mee gedaan.”

De orthopeed denkt dat patiënten wel weten wat een VAS-score is. Dat het niet een vreemde vraag is om de pijn een cijfer te geven tussen 1 en 10. Desondanks geeft hij wel aan dat er in het preoperatieve traject mogelijk meer aandacht aan dient te worden besteed. Hij zegt:

“Wat dat betreft is het interessant als de patiënt vooraf een instructie krijgt bij de electieve ingrepen, zoals bij orthopedie. Dan krijgt de patiënt tijdens het opnamegesprek uitgelegd dat wij twee keer per dag de pijnscore meten met een instrument. Zodoende is de patiënt daarop voorbereid. Net zoals het kruklopen wordt geoefend voor de operatie.”

De aandachtsvelder beaamt dat de pijnmeting niet wordt uitgelegd door de preoperatieve verpleegkundige voorafgaande aan de operatie. Zij denkt echter dat het voorstel van de orthopeed niet haalbaar is. Zij geeft aan die gesprekken maar tien minuten duren en;

“in die tijd is het net mogelijk om de patiënt te vertellen waar hij heen moet.”

5. Discussie

5.1 Analyse op basis van het INK-managementmodel

In het theoretisch kader van dit onderzoek is het INK-managementmodel beschreven. Het doel van het INK-managementmodel in dit onderzoek is om de resultaten ter beantwoording van de hoofd- en deelvragen te analyseren. Door het uitvoeren van deze analyse wordt getracht om meer inzicht krijgen in waar de bevorderende en belemmerende factoren van het internaliseringsproces van de IGZ indicator 'pijn na een operatie' zich bevinden en hoe ze zich tot elkaar verhouden. Ter herinnering zal een korte beschrijving worden gegeven van het INK-managementmodel. Voor een uitgebreidere beschrijving wordt verwezen naar het theoretisch kader.

Het INK-managementmodel kent negen aandachtsgebieden, verdeeld in vijf organisatie- en vier resultaatgebieden, welke gebaseerd zijn op de meest voorkomende zaken, die in de dagelijkse praktijk van de bedrijfsvoering aan de orde komen. Het model is verdeeld in een intern gedeelte, de organisatie en een extern gedeelte, het resultaat. De kracht van het INK-managementmodel is de integrale benadering waarmee alle relevante aandachtsgebieden met elkaar verbonden kunnen worden. In het blok 'Verbeteren en vernieuwen' komen verbeteringen en vernieuwingen aan de orde die de gehele organisatie (integraal) betreffen (INK 2004).

Om tot een conclusie te komen welke gebieden van het INK-managementmodel de meeste invloed hebben op het internaliseringsproces van IGZ indicator, zijn de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren uit het hoofdstuk 'Resultaten' onderverdeeld onder de negen aandachtsgebieden. In onderstaand schema is deze analyse weergegeven.

De bevorderende factoren zijn aangegeven met een (+) en de belemmerende factoren met een (-). Voor zowel de analyse, discussie en de conclusies van dit onderzoek geldt dat de interviews leidend zijn en dat de scorelijsten daar ondergeschikt aan zijn. De scorelijsten geven een indicatie, maar zijn niet bepalend voor de conclusies. De reden hiervoor is dat de scorelijst methodologisch niet voldoende verantwoord is onderbouwd en niet valide genoeg is.

Organisatiegebieden:

Leiderschap	Management van medewerkers	Strategie en beleid	Management van middelen	Management van processen
(+) Ondersteuning van medisch specialisten	(-) Weinig kennis op werkvloer over IGZ indicatoren	(+) Bestaan van juiste communicatiekanalen	(+) ICT ondersteuning	(-) Ontwikkeling indicator stopt, bij stoppen van project
	(-) Verlies van kennis en ervaring door personeelsverloop	(-) Weinig feedback tussen disciplines en managementlagen	(+) Aantal Fte's beschikbaar voor indicator	(+) Leercultuur om resultaten te bediscussiëren
	(+) Rol aandachtsvelder			(+) Procedures om informatie te verzamelen over indicator

Resultaatgebieden:

Medewerkers	Klanten en leveranciers	Maatschappij	Bestuur en financiers
(-) Ontbreken discipline om pijnformulier in te vullen	(-) Onbekendheid bij patiënten	(-) Veelheid aan indicatoren / regels	(+) Voldoende ondersteuning van de RvB
(-) Administratieve last			

In het schema zijn in totaal zestien factoren weergegeven. Uit het onderzoek blijkt dat deze zestien factoren de meeste invloed uitoefenen op het internaliseringsproces van IGZ indicatoren. De zestien factoren komen voort uit de zeven belemmerende en zeven bevorderende factoren uit het theoretisch kader en uit de resultaten van de interviews en observaties. Uiteindelijk zijn niet alle in het theoretisch kader genoemde factoren relevant genoeg bevonden om in dit schema te plaatsen. De relevantie van de factoren is bepaald op basis van de interviews in combinatie met de scorelijst. Tevens zijn ‘nieuwe’ factoren aan het schema toegevoegd op basis van de interviews. Omdat het een kwalitatief onderzoek betreft, biedt dit ruimte voor meerdere interpretaties ten aanzien van de relevante factoren.

Uit bovenstaand schema blijkt dat de relevante beïnvloedingsfactoren verspreid zitten in het INK-managementmodel. Dit geeft aan dat prestatie-indicatoren raakvlakken hebben met vele gebieden en stakeholders, zowel binnen als buiten de organisatie. Wanneer wordt ingezoomd op het schema, valt op dat zes van zestien relevante beïnvloedingsfactoren onder de gebieden ‘Management van medewerkers’ en ‘Management van processen’ veel beïnvloedingsfactoren kunnen worden verzameld. Daarnaast worden veel factoren in deze twee organisatiegebieden ondersteund door resultaten uit de quickscan en uit onderzoek van Van der Aar (2008) en Huisman (2008). Dit is reeds onderbouwd in hoofdstuk ‘Resultaten’ van dit onderzoek. Deze twee gebieden zullen verder worden uitgelicht in de discussie, tevens als enkele andere relevante factoren.

5.2 Theoretische discussie

In dit deel van de discussie zullen de gevonden resultaten, de analyse en het theoretisch kader met elkaar verbonden worden en kritisch worden belicht. Met als doel om de hoofdvraag en deelvragen van dit onderzoek in de conclusie op adequate wijze te kunnen beantwoorden. Ten eerste zal gereflecteerd worden op de interne beïnvloedingsfactoren van het internaliseringsproces, op basis van de organisatiegebieden uit het INK-managementmodel. Vervolgens zal de meetmethodiek en de daar aan verbonden transparantie van de metingen en resultaten worden besproken. Deze paragraaf vormt een brug naar de reflectie op de externe factoren van invloed op het internaliseringsproces van de IGZ indicator ‘pijn na een operatie’.

5.2.1 Organisatiegebied ‘Management van medewerkers’

Volgens het INK-managementmodel zijn werknemers geen resources. Het huldigt de opvatting dat organisaties samenwerkingsverbanden van mensen zijn. Zij vormen niet alleen de organisatie, zij zijn de organisatie. Samenwerking wordt in het INK-managementmodel gezien als één van de kenmerken

van een excellente organisatie. Samenwerking kan ook worden gezien als het 'socialisatievermogen' van de organisatie. Het streven is te komen tot een situatie waarin medewerkers de strategie en het beleid van de organisatie kennen, weten welke middelen beschikbaar zijn en een situatie waarin medewerkers in staat zijn de processen te laten verlopen zoals ze gedacht waren (INK 2004).

Uit de interviews met de verpleegkundige, de aandachtsvelder 'pijn' en de managers blijkt dat de verpleegkundigen over weinig kennis beschikken rondom de IGZ indicatoren. Specifiek over de indicator 'pijn na een operatie' weten de verpleegkundigen over het algemeen wel dat de pijnintensiteit moet worden gemeten. Maar dat dit wordt geïnitieerd vanuit de IGZ is vrijwel onbekend. Deze constatering sluit aan bij bevindingen van Van der Aar (2008) en Huisman (2008). De aandachtsvelder 'pijn' is overigens wel bekend met het bestaan van de IGZ en de indicatoren. Dit geldt ook voor de verpleegkundigen van de APS. De manager Behandeling geeft aan dat ze ervan uit gaat dat de verpleegkundigen zichzelf op de hoogte houden van de ontwikkelingen rondom de indicator via de aangeboden informatie vanuit het ziekenhuis. De informatie wordt voornamelijk aangeboden via de nieuwsbrief, welke via de e-mail wordt verstuurd. Het ontbreken van kennis rondom IGZ indicatoren geldt niet alleen voor het FMC.

In het FMC heeft men besloten om voor diverse aandachtsgebieden een verpleegkundige aan te stellen, die zich naast haar reguliere werk inzet voor een bepaald thema. Voor het thema 'pijn' zijn op elke afdeling een aandachtsvelder of zelfs meerdere aandachtsvelders aangesteld. Momenteel is op de afdeling Orthopedie / Chirurgie maar één aandachtsvelder werkzaam. Dit in verband met een zwangerschapsverlof. Wel is een tweede aandachtsvelder bezig om zich in te werken. De aandachtsvelders spelen een centrale rol op de afdeling ten aanzien van de indicator 'pijn na een operatie'. Zij zijn verantwoordelijk voor het signaleren van problemen en het geven van feedback over de indicator en het pijnbeleid naar het verpleegkundig team. Op dit moment wordt niet optimaal gebruik gemaakt van de centrale rol van de aandachtsvelder. Verpleegkundigen komen niet bij haar met problemen rondom het pijnbeleid en zij bereikt de verpleegkundigen niet met haar feedback. Wanneer de aandachtsvelder beter zou functioneren, zou dit een deel van de kennisachterstand bij verpleegkundigen over indicatoren kunnen verhelpen. Echter een voorwaarde voor het beter functioneren van de aandachtsvelder is dat deze rol helderder en sterker wordt neergezet op de afdeling. Dit betekent dat de manager openlijk de aandachtsvelder moet ondersteunen, maar tevens dat de aandachtsvelder de ruimte en mogelijkheden die zij aangeboden heeft gekregen moet gebruiken. Maar de vraag blijft om men er wel vanuit kan gaan dat de aandachtsvelder en het verpleegkundig team in staat zijn om zelf voortdurend naar verbeteracties te zoeken?

Daarnaast hangt het kennisniveau ook sterk samen met het hoge verloop onder het verpleegkundig personeel. Het verpleegkundig team is voor een groot deel samengesteld uit stagiaires en leerling-verpleegkundigen. Zij zijn vaak voor een bepaalde periode werkzaam op de afdeling. De hoge parttime factor onder het verpleegkundig personeel speelt tevens een rol. Volgens de managers is het teamoverleg een belangrijk moment om bijzonderheden rondom de indicator te bespreken met de hele afdeling. Maar het blijkt zo te zijn dat de gemiddelde opkomst ongeveer twintig procent is van het verwachte aantal aanwezigen.

Zowel de Raad van Bestuur als de managers zijn ervan overtuigd dat de pijnintensiteit bij in principe alle patiënten regelmatig wordt uitgevraagd door de verpleging. Echter het gemiddeld aantal correct ingevulde pijnformulieren van 56 procent laat dit niet zien. Uit de interviews met de verpleegkundige en de aandachtsvelder blijkt dat er één fenomeen is wat zich vaak herhaalt. Wanneer een patiënt geen of nauwelijks pijn blijkt te hebben, dan wordt de pijnscore niet meer genoteerd. Maar ook dan is het noodzakelijk dat deze score van bijvoorbeeld 0 of 1 gewoon wordt genoteerd op het pijnformulier. Dit is niet alleen van belang voor een juiste registratie van de indicator, maar tevens belangrijk vanuit kwaliteitsoogpunt. Namelijk dat een collega de volgende dag kan zien wat de voorafgaande pijnscores waren en zo het verloop kan zien. De Raad van Bestuur benoemt dit kwaliteitsaspect van de pijnregistratie nadrukkelijk.

5.2.2 Organisatiegebied 'Management van processen'

Het INK-managementmodel gaat er vanuit dat niet de structuur bepalend is voor het succes van de organisatie, maar de processen. Naarmate de organisatie groeit en werkprocessen complexer worden, zullen er ook steeds meer mensen bij worden betrokken. Belangrijk is dat met het begrip processen vooral erkend wordt dat organisaties uit mensen bestaan en dat tussen die mensen tal van verbindingen gelden. Verbindingen die voortkomen uit: de wens tot samenwerking, beïnvloeding, machtsuitoefening of het zich daaraan onttrekken (INK 2004). Deze facetten uit het gedachtegoed van het INK-managementmodel zijn ook van toepassing op het werken met de IGZ indicatoren binnen ziekenhuizen, zo blijkt. In het FMC zijn veel verschillende functionarissen betrokken bij de IGZ indicator 'pijn na een operatie'. De verpleegkundigen die meten en registreren, de anesthesist die het pijnbeleid uitzet, de kwaliteitsmedewerker die de pijnformulieren verzamelt en de Raad van Bestuur die de prestaties moet verantwoorden tegenover de inspectie. In het FMC blijken de verantwoordelijkheden en taken rondom de onderzochte indicator verspreid door de organisatie te zitten. Zo is de anesthesist medisch inhoudelijk verantwoordelijk voor het pijnbeleid, de manager Behandeling voor de IGZ indicator 'pijn na een operatie', de managers weer voor de resultaten op hun afdeling en de aandachtsvelders 'pijn' voor de probleemsigalering en feedback naar de rest van het verpleegkundig team. Daarnaast is de APS nog actief als ondersteunende dienst in het ziekenhuis op het gebied van het pijnbeleid. Uit de interviews blijken meningen over wie welke taken moet vervullen niet altijd overeen te komen. De verspreiding van taken en verantwoordelijkheden en de soms heersende onduidelijkheden bemoeilijken het internaliseringsproces van de indicator. Deze onduidelijkheden rondom verantwoordelijkheden komen niet alleen voor in het FMC. In de quickscan geeft ongeveer 60% van de ondervraagden aan dat binnen de organisatie niet altijd duidelijk is wie verantwoordelijk is voor wat.

Een ander probleem in het management van processen doet zich voor wanneer het project of de opstartfase rondom een indicator is afgelopen. Geïnterviewden geven aan dat op dat moment de ontwikkelingen rondom deze indicator in ieder geval enorm vertragen. Ook Van der Aar (2008) en Huisman (2008) beschrijven dit proces. Dit heeft vaak te maken met extra vrijgemaakte uren bij personeel, welke op dat moment verdwijnen. Het aantal fulltime-equivalents (fte's) dat beschikbaar is voor de indicator is terug te vinden in het organisatiegebied 'Management van middelen'. Ook bestaat

er vanaf dat moment steeds minder aandacht voor de indicator vanuit het verpleegkundig team. Idealiter zou dit geen grote gevolgen hoeven hebben, indien de indicator volledig in de routines van de organisatie en haar leden is opgenomen. Echter dit is in het geval van de onderzochte indicator niet het geval. De Raad van Bestuur geeft aan dat bepaalde taken zoals het registreren van de pijnintensiteit tot de standaardtaken van een verpleegkundige behoren. Daarbij wordt verwezen naar het competentieprofiel van de verpleegkundige. De Raad van Bestuur geeft ook aan dat het voor hen financieel en organisatorisch niet mogelijk is om projecten rondom een indicator langer te faciliteren dan nu gedaan wordt. Dit door de veelheid aan indicatoren.

Ten slotte behoort het aanwezig zijn van een leercultuur ook onder dit organisatiegebied. Specifiek beschrijven Van Wijngaarden en De Bont (2006) een leercultuur waarin medewerkers bereid zijn te experimenteren en prestatie-informatie te bediscussiëren. Bij een dergelijke leercultuur behoren ook een aantal kernwaarden, namelijk vertrouwen, samenwerking, transparantie, gelijkheid en verantwoordelijkheid. De geïnterviewden geven bijna allemaal aan dat zij vinden dat in het FMC een leercultuur bestaat ten aanzien van de resultaten van de indicator. Maar de leercultuur komt niet overeen met de beschrijving van Van Wijngaarden en De Bont. Wel is er sprake van samenwerking tussen de diverse disciplines. Ook is het vertrouwen in elkaar en in de cijfers uit het Excelbestand in de loop der tijd gegroeid, getuigende de uitspraken van de kwaliteitsmedewerker en de medewerker van de APS. Verantwoordelijkheden over de resultaten van de indicator worden niet altijd genomen. Zo ervaren verpleegkundigen de feedback over hun pijnregistratie als een aanval. Dit kan duiden op een gebrek aan vertrouwen. Dit sluit aan bij de resultaten uit de quickscan waaruit blijkt dat in veel ziekenhuizen geen werkklimaat bestaat waarin mensen gemakkelijk ter verantwoording kunnen worden geroepen. Een voorwaarde om te kunnen leren als individu en als organisatie is dat men openstaat voor kritiek en hiervan wil leren (Walburg et al. 2006).

5.2.3 Organisatiegebied 'Management van middelen'

Zowel de managers als de Raad van Bestuur geven aan dat ICT ondersteuning hard nodig is bij het werken met indicatoren. Hiervoor geven zij meerdere redenen. Ten eerste namelijk het vergemakkelijken van het registratieproces van de pijnmeting aan het bed. Ten tweede om meer real-time inzicht te hebben in de prestatie-indicatoren. Het ontbreken van real-time informatie is een probleem dat zich in meerdere ziekenhuizen voordad, zo blijkt uit de quickscan. Dit heeft voornamelijk invloed op het tactisch niveau. De Raad van Bestuur van het FMC bespreekt de IGZ indicatoren twee maal per jaar met de managers en ziet de resultaten elk kwartaal. De Raad van Bestuur is tevreden met deze frequentie. Uit het onderzoek blijkt dat extra ICT ondersteuning voor de werkvloer ten behoeve van de indicator 'pijn na een operatie' (nog) niet noodzakelijk. In het FMC heeft men de verpleging voldoende gefaciliteerd in fysieke middelen om de pijnmeting en –registratie uit te voeren. De eerste 72 uur na de operatie ligt het pijnformulier op een klembord direct naast het bed van de patiënt. Dit betekent dus dat het pijnformulier altijd in de buurt is. Je kunt je afvragen wanneer de verpleging de pijnmeting in moet voeren in een computer of dit dan wel zou gebeuren. Uit de resultaten blijkt dat er andere oorzaken zijn voor het niet registreren van de pijnscore door de verpleging, zoals routine, discipline en kennis.

5.2.4 Organisatiegebied 'Strategie en Beleid'

Wanneer men kijkt naar de routinematige gedragspatronen van de organisatie als geheel, lijkt er meer sprake te zijn van internalisering van de IGZ indicator. Dit blijkt uit het bestaan van het pijnformulier en de afgesproken cyclus van het pijnformulier door de organisatie. Namelijk van verpleegkundige naar kwaliteitsmedewerker en vervolgens een aantal formulieren naar de anesthesist. Tevens komen de prestaties van de indicator terug in de kwartaalrapportages van de diverse managers en worden ze eens per half jaar besproken met de Raad van Bestuur. Echter de leercomponent welke voort moet komen uit de cyclische kwaliteitsverbetering ontbreekt, in ieder geval gedeeltelijk, op organisationeel niveau. De terugkoppeling en feedback vanuit het management naar het verpleegkundig team gebeurt onvoldoende om een cyclische kwaliteitsimpuls op gang te brengen. Uit de quickscan blijkt ook dat management informatie alleen niet voldoende is om de organisatie te sturen. De geïnterviewden geven aan dat er naast management informatie vooral ook gecommuniceerd moet worden over kwaliteit om daadwerkelijk de organisatie aan te kunnen sturen. Maar uit de resultaten van zowel dit onderzoek als van de quickscan, blijkt dat veranderingen vooral geëvalueerd en gecommuniceerd worden met behulp van notulen en rapportages.

5.2.5 Meetmethodiek en transparantie

Zoals in het theoretisch kader beschreven dienen externe indicatoren een globaal inzicht te geven in de processen en uitkomsten van zorginstellingen. Zij dienen uitputtend gevalideerd te zijn en moeten relevante verschillen in context inzichtelijk maken om tot een reële en eerlijke vergelijking te kunnen komen (Berg en Schellekens 2002; Berg et al. 2005). De basisset indicatoren dient als middel voor de ziekenhuizen om zich extern te verantwoorden over de behaalde resultaten, waarbij zij vrij zijn om de resultaten van toelichting te voorzien. Desondanks heeft de basisset ten doel om de kwaliteit van ziekenhuizen met elkaar te vergelijken. Om dit op eerlijke wijze te laten verlopen is een minimale eis dat de metingen binnen de diverse ziekenhuizen zoveel mogelijk op eenzelfde wijze verlopen. De IGZ heeft drie meetinstrumenten aangewezen om tot een pijnscore te komen; de VAS, NRS en VRS. Tijdens de observatie van de pijnmetingen viel op dat de verpleegkundige veelvuldig wisselde van meetmethode om tot een pijnscore te komen. Zij hanteerde zowel de NRS als de VRS en een afgeleide vorm van de VRS. Bij de afgeleide vorm van de VRS vroeg de verpleegkundige enkel of de pijn houdbaar was of niet. Wanneer deze houdbaar was noteerde zij een drie of een vier. Deze zogenaamde afgeleide vorm is volgens de beschrijving van de indicator geen toegestaan meetinstrument. Ook is tijdens de interviews de indruk verkregen dat ook de verpleegkundigen onderling op zeer uiteenlopende wijze tot een pijnscore komen. Deze constatering heeft gevolgen voor zowel het interne als het externe gebruik van de indicator. Ten eerste leidt het ertoe dat de betrouwbaarheid van de scores niet optimaal is. Er zit een bias in de prestaties van de indicator. De meting van de pijnintensiteit van een patiënt wordt al bemoeilijkt door de subjectieve beleving van de patiënt. Om toch tot een representatieve meting te komen is het wenselijk dat dit op een zoveel mogelijk eenduidige manier verloopt. Bal (2008) geeft aan dat de dynamiek van de ranglijsten heeft geleid tot een toenemende druk op de validiteit van de indicatoren; ook de aandacht voor bruikbaarheid van prestatie-informatie voor keuzeprocessen op de 'zorgmarkt' lijkt de nadruk op het

'externe' karakter van indicatoren te versterken. Van der Aar (2008) betwijfelt of het mogelijk is om met de ontwikkelde basisset indicatoren voor ziekenhuizen tegelijkertijd de doelen van externe verantwoording als van interne kwaliteitsverbetering te realiseren. Essentieel is hierbij is dat de pijnmetingen zowel per verpleegkundige als tussen de verpleegkundigen als per ziekenhuis op een zoveel mogelijk eenduidige wijze verlopen. Op dit moment lijkt dat niet het geval te zijn in het FMC.

Aan een eenduidige, valide manier van pijn meten zit nog een tweede aspect. Dit aspect richt zich op het inbouwen van routines. Wanneer de pijnmetingen elke keer op andere manier worden uitgevoerd, lijkt dat de kans te verkleinen dat het een ingebouwde routine wordt zoals het meten van de temperatuur van patiënten. De orthopeed in het FMC geeft ook aan dat indien de verpleegkundigen de pijnmeting elke keer op dezelfde wijze doen, de kans groter is dat het een routine wordt in de dagelijkse handelingen van de verpleegkundige. Dit is volgens de in het theoretisch kader geformuleerde definitie (zie kader) van internaliseren het belangrijkste onderdeel van het internaliseringsproces.

Externe prestatie-indicatoren kunnen gezien worden als een regel of object welke vanuit de externe omgeving de organisatie worden binnen gehaald, met als doel een proces van continue kwaliteitsverbetering te bewerkstelligen. De externe prestatie-indicatoren moeten echter werkend worden gemaakt voor het doel van kwaliteitsverbetering door middel van internalisering. Internalisering houdt in dat de externe prestatie-indicatoren zodanig eigen worden gemaakt op zowel individueel als collectief niveau dat ze worden opgenomen in de routinematige gedragspatronen van leden van de organisatie en de organisatie als geheel. Deze vernieuwde gedragspatronen dienen vervolgens telkens opnieuw te worden uitgevoerd ten behoeve van een continue cyclische kwaliteitsverbetering. In de cyclus die ontstaat, zit een duidelijke leercomponent, zowel op individueel als organisationeel niveau.

5.2.6 Externe factoren

In het theoretisch kader is beschreven dat externe factoren of externe stakeholders zowel een positieve als negatieve invloed kunnen hebben op het internaliseringsproces van externe prestatie-indicatoren. En dat met name het derde pad tot kwaliteitsverbetering, die van imago en reputatie van grote invloed blijkt te zijn (Hibbard 2008). In dit onderzoek is de rol van een viertal externe stakeholders onderzocht, namelijk de IGZ, media, zorgverzekeraars en patiënten.

Uit de resultaten blijkt dat de zorgverzekeraars nauwelijks invloed hebben op het internaliseringsproces. De Raad van Bestuur geeft aan dat de zorgverzekeraars niet specifiek vragen naar uitkomsten van IGZ indicatoren, maar de voorkeur geven aan hun eigen 'indicatoren' of instrumenten. Ook wordt het beeld geschetst dat er een kennisasymmetrie bestaat tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar. De Raad van Bestuur denkt dat de beste en meest kundige mensen momenteel nog in de ziekenhuizen werkzaam zijn en niet bij zorgverzekeraars. Het functieprofiel van zorginkopers bij zorgverzekeraars blijkt breed te zijn ten aanzien van de gevolgde studie. Uit vacatures op diverse vacaturesites zoals Intermediair en Functiemediair blijkt dat de gevolgde studie zowel zorginhoudelijk kan zijn, maar ook Bedrijfskunde of Bestuurskunde. Men kan

zich afvragen of zorgverzekeraars op dit moment voldoende in staat om de kwaliteit van de door hen gecontracteerde ziekenhuizen te beoordelen?

Uit zowel de literatuur (o.a. Hibbard 2008) als onderzoeken van Van der Aar (2008) en Huisman (2008) blijkt dat de media en ranglijsten een grote invloed hebben op de wijze waarop ziekenhuizen met indicatoren omgaan. In het FMC echter lijkt deze invloed niet dusdanig groot te zijn, dat hier specifiek op gestuurd wordt. De Raad van Bestuur is van mening dat het zich niet langer willen laten leiden door niet betrouwbare ranglijsten. Dit statement heeft zij ondertussen invulling gegeven door niet meer mee te werken met de ranglijst van Elsevier. Door de onderzoeker zijn in het FMC geen perverse effecten als gaming en tunnelvisie gesignaleerd. Dit zijn effecten waar onder andere Bevan (2006) en Power (2007) en Pitches (2003) voor waarschuwen, wanneer de externe druk wordt opgevoerd.

Een externe factor welke wel invloed heeft op internaliseringsproces zijn de diverse wet- en regelgeving waaraan het ziekenhuis moet voldoen. De Raad van Bestuur geeft aan dat de regeldruk de afgelopen jaren fors is toegenomen. Volgens de Raad van Bestuur is het onmogelijk om alle indicatoren optimaal te faciliteren binnen de organisatie. De IGZ wordt als voornaamste veroorzaker genoemd van de talrijke indicatoren. Daarnaast leggen zorgverzekeraars bij de ziekenhuizen allemaal hun eigen indicatorenset neer om de kwaliteit te meten. Daardoor moet het ziekenhuis vaak dubbel registreren en in diverse systemen. Het aantal indicatoren heeft niet alleen gevolgen voor de inzet van tijd en middelen per indicator. Ook kan het gevolgen hebben voor het ziekenhuis in zijn geheel. De resultaten van de quickscan ondersteunen de stelling van de Raad van Bestuur over de toegenomen regeldruk. Van de ondervraagde personen geeft namelijk ruim 90 procent aan dat lastige regels in de gezondheidszorg het ziekenhuis afhoudt van het behalen van haar strategische doelen. Het lijkt zinvol dat er meer communicatie plaats vindt tussen de diverse instanties als de IGZ en de brancheorganisaties van zorgverzekeraars en ziekenhuizen over de indicatorensets waarmee de kwaliteit van ziekenhuizen wordt gemeten. Met als doel de indicatorensets meer op elkaar af te stemmen en op deze wijze de regeldruk bij ziekenhuizen te verminderen.

Ten slotte blijken patiënten niet altijd gewend te zijn aan de gestructureerde pijnmetingen in het ziekenhuis. Met name bij ouderen en allochtone patiënten blijkt de pijnmeting erg lastig uitvoerbaar te zijn. Doordat de samenwerking tussen de verpleegkundigen en de patiënten niet altijd optimaal verloopt, wordt het internaliseringsproces belemmerd. Verpleegkundigen raken gedemotiveerd om de pijnmetingen structureel uit te voeren en te registreren.

In het kader op de volgende pagina zijn de tien belangrijkste discussiepunten uit de theoretische discussie samengevat.

- (1) Verpleegkundigen beschikken over onvoldoende kennis over indicatoren. Dit sluit aan bij resultaten uit de quickscan en eerder onderzoek. De manager geeft echter aan dat er voldoende kennisaanbod is vanuit de organisatie.
- (2) De wisselwerking tussen de aandachtsvelder en het team is niet optimaal. Maar zijn de aandachtsvelder en het team wel voldoende in staat om zichzelf te sturen?
- (3) Taken en verantwoordelijkheden liggen verspreid door de organisatie.
- (4) De projecten rondom een indicator krijgen een bescheiden vervolg. Dit sluit aan bij resultaten uit de quickscan.
- (5) Er wordt geen adequate invulling gegeven aan de leercultuur.
- (6) Investerings in ICT zijn niet dé oplossing. Het begint bij de discipline om te registreren.
- (7) De meetsystematiek is niet eenduidig en transparant.
- (8) De RvB en managers ervaren een forse externe regedruk.
- (9) De RvB geeft aan dat verzekeraars mogelijk niet over voldoende inhoudelijke kennis beschikken om ziekenhuizen te beoordelen.
- (10) De patiënten zijn niet altijd voldoende geïnstrueerd om goed te participeren in de pijnmeting.

5.3 Methodologische discussie

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in één ziekenhuis en heeft daarom het karakter van een singlecasestudie. Dit beperkt de generaliseerbaarheid van de resultaten van het onderzoek. Echter door de resultaten uit de interviews en observaties te koppelen aan de resultaten van de quickscan en het theoretisch kader is het mogelijk om meer gegeneraliseerde uitspraken te doen. Wel dient dit met enige behoedzaamheid te worden gedaan.

Dit onderzoek kende een kwalitatieve opzet. De kwalitatieve opzet heeft verder vorm gekregen door de interviews, scorelijsten en observatie. Het is een juiste keuze gebleken om het internaliseringsproces van IGZ indicatoren en meer specifiek de IGZ indicator 'pijn na een operatie' te onderzoeken door middel van kwalitatief onderzoek. Dit om de geïnterviewde functionarissen voldoende ruimte te geven om meningen, gevoelens, vermoedens en ervaringen met de onderzoeker te delen. Deze ruimte is door de onderzoeker afgebakend door adequaat gebruik te maken van de hoofdvraag, deelvragen en de topiclijst. Tijdens de opstartfase van het onderzoek heeft eerst overleg plaatsgevonden met de secretaris van de Raad van Bestuur. De keuze voor de te benaderen functionarissen en personen voor de interviews is in samenspraak met de secretaris van de Raad van Bestuur verlopen. Ook heeft hij de te interviewen personen middels een e-mail op de hoogte gebracht van het onderzoek. Zodoende had de onderzoeker goed toegang tot de diverse personen. De afspraken over de te interviewen verpleegkundige en het moment van observatie zijn gemaakt met de betreffende manager. Het was interessant geweest om meerdere verpleegkundigen te interviewen, om op deze wijze een breder en meer valide beeld te krijgen van het verpleegkundig team in relatie tot de te onderzoeken indicator. Ook zijn er maar twee specialisten geïnterviewd, namelijk een orthopeed en een anesthesist. Echter de afdeling waar het onderzoek heeft plaatsgevonden wordt gedeeld door

de specialismen orthopedie en chirurgie. Tijdens de interviews is naar voren gekomen dat de specialisten van de verschillende specialismen op een verschillende wijze omgaan met het pijnbeleid en de indicator 'pijn na een operatie'. Dit verschil was mogelijk interessant geweest om te onderzoeken.

In dit onderzoek zijn de interviews gekoppeld aan een scorelijst over bevorderende en belemmerende factoren van het internaliseringsproces van de IGZ indicator 'pijn na een operatie'. Door gebruik van de scorelijst heeft de onderzoeker een indicatie gekregen welke factoren van invloed zijn op het internaliseringsproces. Echter zoals eerder genoemd in dit onderzoek moet met de uitkomsten van deze scorelijst met enige terughoudendheid worden omgesprongen ten aanzien van de resultaten en de daaraan gekoppelde conclusies. Dit om een aantal redenen. Ten eerste is de scorelijst niet gevalideerd. De onderzoeker heeft ook niet als doel gehad om daadwerkelijk een mix van kwalitatieve en kwantitatieve methoden te gebruiken. Wel was het interessant om te zien hoe de ingevulde scores zich verhouden tot de antwoorden op de interviewvragen. Dit bleek niet altijd een volledige één op één relatie te zijn. Ten tweede merkte de onderzoeker dat de factoren zoals beschreven in de scorelijst niet altijd op dezelfde wijze werden geïnterpreteerd. Door toelichting te geven heeft de onderzoeker getracht dit wel zoveel mogelijk na te streven. Echter bij bepaalde geïnterviewde personen ontbrak het begrip of kennisniveau om de scorelijst adequaat in te vullen. Tot slot is het gebruik van de 5-puntsschaal mogelijk niet onderscheidend genoeg geweest en zou een 10-puntsschaal meer discriminerend vermogen hebben gehad. Voor toekomstig onderzoek kan de gebruikte scorelijst wel een goede basis zijn voor het formuleren van een verbeterende scorelijst, met aandacht voor de eerder genoemde kritische kanttekeningen.

Tevens dient rekening te worden gehouden dat het fenomeen van 'sociaal wenselijk gedrag' zich voor heeft gedaan tijdens de interviews en observaties. Het is zeer goed mogelijk dat tijdens de observaties de verpleegkundige in kwestie op een andere wijze met de pijnmetingen is omgesprongen, dan zij gebruikelijk doet. Dit omdat zij zich bewust was van het onderwerp van het onderzoek en de aanwezigheid van de onderzoeker. Een mogelijk passende uitspraak hierbij, is dat 'vreemde ogen dwingen'. In onderstaand kader zijn de vijf belangrijkste discussiepunten uit de methodologische discussie samengevat.

- (1) Keuze voor kwalitatieve onderzoeksopzet is juist geweest. Op deze wijze zijn meningen, gevoelens, vermoedens en ervaringen met de onderzoeker gedeeld.
- (2) Naast de aandachtsvelder is één verpleegkundige geïnterviewd. Indien meer verpleegkundigen waren geïnterviewd, zou dit een breder en meer valide beeld van het verpleegkundig team geven.
- (3) Het onderzoek is uitgevoerd op de afdeling Orthopedie / Chirurgie. Er zijn wel een anesthesist en een orthopeed geïnterviewd, maar geen chirurg.
- (4) De validiteit en betrouwbaarheid van de gehanteerde scorelijst is niet optimaal.
- (5) Er dient rekening gehouden te worden met 'sociaal wenselijk gedrag' tijdens de interviews en observaties.

6. Conclusie en aanbevelingen

Het implementeren van prestatie-indicatoren in de ziekenhuissector door de Inspectie voor de Gezondheidszorg leidt niet automatisch tot kwaliteitsverbetering van zorgprocessen. De basisset prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen, zoals deze wordt aangeboden door de IGZ, moet door de organisaties werkend worden gemaakt ten behoeve van interne kwaliteitsverbetering (Bal, Van der Aar 2008). Bal en Van der Aar noemen dit proces 'het internaliseren van externe prestatie-indicatoren'. Het internaliseringsproces is tot op heden nog een soort 'black box'. Onbekend is welke factoren dit internaliseringsproces beïnvloeden. Wanneer de beïnvloedende factoren bekend zijn, kan dat handvatten bieden voor interne sturing binnen ziekenhuizen. In deze studie is onderzocht wat de bevorderende en belemmerende factoren van het internaliseringsproces van de IGZ indicator 'pijn na een operatie' zijn in een Nederlands algemeen ziekenhuis op de afdeling Orthopedie / Chirurgie. Hierbij is onderzoek gedaan naar de invloed van zowel interne als externe factoren. Het onderzoek is gestart met het analyseren van het proces van dataverzameling. Uit de resultaten, analyse en discussie kunnen een aantal conclusies worden getrokken. Een aantal conclusies worden ondersteund door resultaten uit de quickscan en zijn daardoor generaliseerbaar naar andere ziekenhuizen. Eerst zullen een aantal tussenconclusies worden getrokken op basis van de deelvragen. Tot slot zal een eindconclusie van dit onderzoek volgen.

6.1 Conclusies deelvragen

Ten eerste kan geconcludeerd worden dat in het FMC sinds een jaar een nieuw pijnbeleid is opgestart. Dit is voornamelijk gebeurd onder de impuls van de komst van een nieuwe maatschap Anesthesie in het ziekenhuis. Onderdeel van het pijnbeleid is de ingevoerde meetsystematiek om bij patiënten de pijn na een operatie te meten. De registratie gebeurt middels pijnformulieren, welke door de kwaliteitsmedewerker worden verzameld en worden ingevoerd in een Excelbestand. Zodoende is een structuur en werkwijze opgezet, waarbij diverse disciplines binnen het ziekenhuis betrokken zijn. Op deze wijze is het ziekenhuis in staat om externe verantwoording af te leggen over de IGZ indicator 'pijn na een operatie'. Het internaliseringsproces van de IGZ indicator 'pijn na een operatie' wordt verder vormgegeven door het aanstellen van aandachtsvelders 'pijn' op alle afdelingen. Dit zijn verpleegkundigen met een extra aandachtsgebied. Zij zijn in het primaire proces verantwoordelijk voor de indicator 'pijn' en de contactpersoon voor het verpleegkundig team. Daarnaast worden door de anesthesisten en de medewerkers van de APS bijeenkomsten georganiseerd om de aandachtsvelders inhoudelijk te scholen ten aanzien van het pijnbeleid.

Van de onderzochte externe factoren lijkt met name de fors toegenomen regeldruk van diverse instanties een belemmerende invloed te hebben op het internaliseringsproces van IGZ indicatoren. Dit omdat de Raad van Bestuur door de veelheid aan indicatoren niet in staat lijkt te zijn om deze allemaal optimaal intern te faciliteren. De externe regeldruk wordt door meerdere ziekenhuizen ervaren, zo blijkt uit de quickscan. De patiënten zijn een andere externe factor. De mate waarin patiënten zijn voorbereid op de structurele pijnmetingen wisselt. Patiënten zijn niet altijd op de

hoogte van de structurele pijnmetingen en de wijze waarop de pijnmetingen worden uitgevoerd. Dit belemmert de structurele pijnmeting en –registratie.

De relevante interne factoren van het internaliseringsproces bevinden zich verspreid door het INK-managementmodel. Met name de factoren in de organisatiegebieden ‘management van medewerkers’ en ‘management van processen’ lijken invloed uit te oefenen op het internaliseringsproces. Een belangrijke belemmerende interne factor is het ontbreken van kennis over IGZ indicatoren bij verpleegkundigen. Dit wordt nog eens versterkt door het verloop in personeel en de vele parttime verpleegkundigen. Daarnaast lijkt er onvoldoende discipline te zijn om de pijnformulieren consequent correct in te vullen. De aandachtsvelders vormen een belangrijke bevorderende interne factor in het internaliseringproces. Zij fungeren als een belangrijke schakel tussen het management en het verpleegkundig team. Zij dienen te signaleren, motiveren en feedback te geven. Belangrijk is wel dat deze rol duidelijk wordt neergezet, met voldoende ondersteuning van het management. Om tot een cyclische kwaliteitsverbetering te komen, moet er op structurele basis zowel procedurele feedback (percentage ingevulde pijnformulieren) als inhoudelijk feedback worden gegeven. Momenteel blijkt feedback en evaluatie in Nederlandse ziekenhuizen vooral plaats te vinden via notulen en nieuwsbrieven. Wanneer feedback en communicatie op regelmatig terugkerende basis plaats vinden, is het waarschijnlijk dat de indicator meer gaat leven onder de diverse disciplines en dat de betrokkenen een groter belang gaan hechten aan de indicator. Communicatie binnen de organisatie over kwaliteit is naast management informatie ook een belangrijke voorwaarde om de organisatie aan te sturen, zo blijkt uit de quickscan.

6.2 Eindconclusie

De eindconclusie heeft ten doel om de hoofdvraag van dit onderzoek te beantwoorden. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt:

Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren in het internaliseringsproces van de IGZ indicator ‘pijn na een operatie’ op de afdeling Orthopedie / Chirurgie in een Nederlands algemeen ziekenhuis?

Concluderend kan gesteld worden, dat het bestaan van juiste procedures om informatie te verzamelen gecombineerd met duidelijk beschreven taken en verantwoordelijkheden, belangrijke bevorderende factoren zijn in het internaliseringsproces. Aandachtsvelders dienen te fungeren als schakel tussen het management en de werkvloer. Ook dient er niet alleen een leercultuur aanwezig te zijn, maar moet deze tevens op actieve wijze ingevuld worden door middel van structurele feedback en discussie over de resultaten. Voorts blijkt dat het ontbreken van kennis over IGZ indicatoren op de werkvloer en het gebrek aan structurele feedback tussen de diverse disciplines belemmerende factoren zijn in het internaliseringsproces. Daarnaast kan geconcludeerd worden dat patiënten onvoldoende geïnstrueerd zijn over de pijnmetingen. Tot slot lijkt de veelheid aan indicatoren en regels belemmerend te werken op het internaliseringsproces van externe prestatie-indicatoren.

6.3 Aanbevelingen voor nader onderzoek

- Om meer generaliseerbare uitspraken te kunnen doen over de bevorderende en belemmerende factoren van het internaliseringsproces van externe prestatie-indicatoren, is het zinvol om dit in een breder verband te doen. Hierbij kan niet alleen gedacht worden aan onderzoek in ziekenhuizen, maar tevens in andere sectoren als de ouderenzorg of de GGZ. Want ook in die sectoren wordt inmiddels met externe prestatie-indicatoren gewerkt. Het is heel goed mogelijk dat hier vergelijkbare factoren van invloed zijn of dat men juist nieuwe ideeën en indrukken opdoet in de vorm van 'best practices'.
- In deze studie is enkel onderzoek gedaan naar de IGZ indicator 'pijn na een operatie'. Dit is slechts één indicator uit de basisset ziekenhuizen. Elke indicator heeft zijn eigen karakteristieken en mede daardoor verschilt per indicator welke functionarissen werkzaam zijn met de indicator. Daarom kan in toekomstig onderzoek ook gekeken worden naar de werking van andere prestatie-indicatoren, zowel binnen het FMC als in andere instellingen.
- Interessant is om nader onderzoek te doen naar de invloed van de IGZ indicatoren op de kwaliteit van zorg. Dit onderzoek kan zich richten op de vraag of de mate van internalisering van de IGZ indicatoren van invloed is op de kwaliteit van zorg. Ten slotte is kwaliteitsverbetering het doel en moeten de externe prestatie-indicatoren hierbij slechts een middel zijn.
- Tot slot is het interessant om in toekomstig onderzoek meer specifiek te kijken naar de invloed van een sterk concurrerende omgeving op het internaliseringsproces van externe prestatie-indicatoren in ziekenhuizen.

6.4 Aanbevelingen voor het FMC

- De onderzoeker adviseert het ziekenhuis om taken en verantwoordelijkheden over de IGZ indicator 'pijn na een operatie' formeel vast te leggen en te communiceren met alle betrokkenen. Een belangrijk voorbeeld hiervan kan direct een hoger percentage correcte pijnregistraties opleveren. Het ontbreken van de ontslagdatum op het pijnformulier blijkt een veelgemaakte fout te zijn, waardoor het ingevulde pijnformulier direct waardeloos is geworden voor de IGZ registratie. Daarom dient duidelijk te worden gecommuniceerd dat de verpleegkundige die de verpleegkundigenstatus afsluit bij ontslag, ook het pijnformulier afsluit. Nu gebeurt het vaak dat de secretaresse van de afdeling dit als een soort service doet, terwijl dit niet tot haar taken behoort. Zo dreigt het afsluiten van het pijnformulier in een grijs gebied te komen.
- Wanneer de dataregistratie van de kwaliteitsmedewerker wordt aangesloten op het bestaande softwaresysteem, geeft dit meer up-to-date informatie over de indicatoren. Ook kunnen er dan analyses op individueel niveau worden uitgevoerd, wat vervolgens kan leiden tot directe verbeteracties in het primaire proces.
- De aandachtsvelders 'pijn' fungeren als een belangrijke schakel tussen het management en het verpleegkundig team. De onderzoeker meent dat de aandachtsvelder een zeer waardevolle bijdrage kan leveren aan het internaliseringsproces van de IGZ indicator, mits deze rol op een

juiste manier wordt ingevuld. Belangrijk is dat de taken en verantwoordelijkheden van de aandachtsvelder duidelijk worden neergezet, met name naar het verpleegkundig team toe. Om dit te realiseren kan gebruik worden gemaakt van extra training voor de aandachtsvelders, over met name het geven van feedback en het coachen van een team.

- Belangrijk is om een meer eenduidige meetsystematiek te hanteren om tot een meer heldere en meer valide pijnregistratie te komen. Dit bevordert het opnemen van de pijnregistratie in de routines van de verpleegkundigen. Hierbij is het zaak dat de verpleegkundigen inzicht krijgen in de diverse belangen van de pijnregistratie. Dit betekent zowel het registreren in het kader van het interne primaire proces (verslaglegging voor collega's), als het registreren ten behoeve van externe verantwoording naar de IGZ, media en zorgverzekeraars.
- Tevens adviseert de onderzoeker het ziekenhuis om patiënten voor de operatie beter te instrueren over de pijnmetingen. Hier kan aandacht aan worden besteed tijdens het opnamegesprek. Er kan bijvoorbeeld al een pijnscorekaart worden meegegeven aan de patiënt, zodat deze daaraan gewend raakt. Zodoende zal de wisselwerking tussen patiënt en verpleegkundige tijdens de pijnmeting beter verlopen. Dit heeft ten eerste een meer valide en vlottere pijnmeting tot gevolg en ten tweede werkt dit motiverend voor de verpleegkundige om met de pijnregistratie te werken.
- Aansluitend bij advies van Van der Aar (2008) adviseert de onderzoeker het management en de Raad van Bestuur om de prestatie-indicatoren niet alleen op te nemen in de kwartaalrapportages, maar tevens in de planning & control cyclus. Door de indicatoren op te nemen in de planning & control cyclus ontstaat een verbinding tussen het primaire proces en het afleggen van verantwoording naar externe stakeholders als de IGZ. Belangrijk hierbij is om interne prestatieafspraken te maken met de verantwoordelijke managers van de afdelingen. Aanvullend hierop is het zinvol om de gemaakte prestatieafspraken om te zetten in helder geformuleerde doelen voor het personeel op de afdeling. Uit de hoek van HRM is bekend dat de goalsetting-theory motiverend kan werken voor zowel personeel als management. Vervolgens kan hier structureel feedback op worden gegeven.

Literatuurlijst en bronnen

Aar, van der, L. (2008). *Afstudeerscriptie Master Zorgmanagement: Prestatie-indicatoren & Kwaliteit van zorg*. Rotterdam: instituut Beleid en Management Gezondheidszorg; Erasmus Universiteit Rotterdam.

Bakker, B. (2004). *Woordenboek voor de psychologie*. Amsterdam.

Bal, R. (2008). *De nieuwe zichtbaarheid. Sturing in tijden van marktwerking. Oratiereeks Erasmus MC*. Rotterdam: Erasmus MC.

Berg, van den, J.M. et al. (2009). *(Toe)zicht op ziekenhuizen. Vijf jaar presteren met indicatoren*. Utrecht: De Tijdstroom.

Berg, M. et al. (2005). 'Feasibility first: Developing public performance indicators on patient safety and clinical effectiveness for Dutch Hospitals. *Health Policy*. (75): 59 – 73.

Berg, M. & Schellekens, W. (2002). 'Paradigma's van kwaliteit: De verschillen tussen externe en interne kwaliteitsindicatoren.' *Medisch Contact*. (57): 1203 – 1205.

Bevan, G. & Hood, C. (2006). 'What's measured is what matters. Targets and gaming in the English public health care system'. *Public Administration*. 84 (3): 517 – 538.

Boot, J.M., Knapen, M.H.J.M. (2005). *De Nederlandse gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

CBO. (2008) *Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg*. [Internet]. Accessed 20-02-2009. Available at <http://www.cbo.nl>

Cresswell, J.W. (2003). *Research design; Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Geelhoed, J. (2005). *Control Deficiencies in the Dutch Health Care Sector*. Enschede: Febodruk.

Groenewoud, A.S. & Huijsman, R. (2003). *Prestatie-indicatoren voor de kiezende zorggebruiker. Een studie naar een conceptueel raamwerk. De huidige stand van zaken en de toekomst van prestatie-indicatoren in de Nederlandse gezondheidszorg*. ZonMw, Den Haag.

Grol, R. & Wensing, M. (2001). *Implementatie: effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Hibbard, J.H., Stockard, J., Tusler, M. Health (2003). 'Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? *Health Aff (Millwood)*. 22: 84 – 94.

Hibbard, J.H. (2008). 'What can we say about the impact of public reporting? Inconsistent execution yields variable results.' *Annals of Internal Medicine*. 148: 160 – 161.

Huisman, G. (2008). *Afstudeerscriptie Master Zorgmanagement: Prestatie-indicatoren: Een onderzoek naar de betekenis die een ziekenhuisorganisatie geeft aan externe prestatie-indicatoren*. Rotterdam: instituut Beleid en Management Gezondheidszorg; Erasmus Universiteit Rotterdam.

Janssen Steenberg, K. (2006). "De veelheid van kwaliteitssystemen in de zorg: wie baant zich een weg in dit doolhof?" [Internet]. Accessed 02-03-2009. Available at: <http://www.q-consult.nl>.

Jong, de, M.J. (1997). *Grootmeesters van de sociologie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

iBMG (2008). *Werkgroep Methoden en Technieken van Kwalitatief Onderzoek*; instituut Beleid en Management Gezondheidszorg; Erasmus Universiteit Rotterdam. Rotterdam, Yvonne Jansen.

IGZ (2007). *Het resultaat telt 2006. Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg*. Den Haag. [Internet]. Accessed 20-02-2009. Available at: <http://www.igz.nl>.

INK (2004). *Introductie; filosofie, inhoud en toepassing van het INK-managementmodel*. Papendrecht: Triam Kennismanagement.

INK (2009). *INK 2009*. Zaltbommel. [Internet]. Accessed 03-03-2009. Available at: <http://www.ink.nl>.

Lange, J. (2007). *Anesthesiologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Leenen, L.P.H. (2004). 'Statische norm is een slechte maat.' *Medisch Contact*. 59 (36): 1405 – 1408.

Mainz, J. (2003). 'Defining and classifying clinical indicators for quality improvement: Methodology Matters.' *International Journal for Quality in Health Care*. 15 (6): 523 – 530.

Meijerink, Y. et al. (2003). 'Werken aan verbetering.' *Medisch Contact*. 58 (40): 1531 – 1534.

Ministerie van VWS (2001). *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2009*. Nota: Vraag aan bod. [Internet]. Accessed 20-02-2009. Available at: <http://minvws.nl>.

Ministerie van VWS (2009). *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2009*. [Internet]. Accessed 20-02-2009. Available at: <http://minvws.nl>.

Mutsaerts, F. (2006). *Afstudeerscriptie master Zorgmanagement: Borg van Sneller Beter pijler 3: makkelijker gezegd dan gedaan*. Rotterdam: instituut Beleid en Management Gezondheidszorg; Erasmus Universiteit Rotterdam.

Pitches, D., Burls, A.. & Fry-Smith, A. (2003). 'Snakes, ladders and spin.' *British Medical Journal*. 327: 1436 – 1439.

- Plaskoff, J. (2003). *Intersubjectivity and community building: Learning to learn organizationally*. In: Easterby-Smith M., Lyles M.A., editors. *The Blackwell handbook of organizational learning and knowledge management*. Malden – Oxford – Victoria: Blackwell publishing.
- Power, M. (2007). *Organized Uncertainty: designing a world of risk management*. New York: Oxford University Press.
- Schellekens, W., Berg, M. & Klazinga, N. (2003). 'Vliegen en gevlogen worden.' *Medische Contact*. 58 (8): 291 – 294.
- Schouten, L.M.T. (2004). 'De achilleshiel van de Doorbraakprojecten.' *Medisch Contact*. 58 (42): 1642 – 1644.
- Sneller Beter (2008). *Sneller Beter. Tien geleerde lessen uit de praktijk*. Boskoop: Macula b.v.
- Sterkenburg, van, P.G.J. (1996) *Van Dale handwoordenboek van hedendaags Nederlands*. Utrecht / Antwerpen: Van Dale Lexicografie.
- Swanborn, P. G. (2006). *Basisboek sociaal onderzoek*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Walburg, J. et al. (2006). *Performance management in health care*. Oxfordshire: Routledge.
- Wijngaarden, van, J. & Bont, de, A. *Cooperation in Care. Integration of care in networks by steering, coordination and leaning. Chapter 5: Learning enablers in care networks for developing and sustaining integrated care*. Rotterdam: Erasmus MC.
- Wollersheim, H. et al. (2006). *Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren*. Centrum voor Ethiek en Gezondheid. Zoetermeer / Den Haag.

Bijlagen

Bijlage 1: Topiclijst interview

Introductie:

- Voorstellen.
- Uitleg onderzoek en vragen toestemming voor maken geluidsopnamen.
- Wat is uw naam?
- Wat is uw functie in het ziekenhuis?
- Wat is uw taak in relatie tot de prestatie-indicator 'pijn na een operatie' van de Inspectie?

Belang van prestatie-indicatoren:

- Zijn de indicatoren van de IGZ bekend bij u? Wat weet u er over?
- Zijn de prestatie-indicatoren van de IGZ belangrijk voor het ziekenhuis? Waarom?
- Welk belang hecht u aan de prestatie-indicatoren?
- Waarom is post-operatieve pijnbestrijding volgens u belangrijk?

Dataverzameling 'pijn na een operatie':

- Hoe is het dataverzamelingsproces van de indicator 'pijn na een operatie' voor externe verantwoording georganiseerd?
- Welke functionarissen zijn betrokken in het werk met betrekking tot deze prestatie-indicator?
 - Wat is hun functie en wat zijn hun taken?
- Wie registreert de metingen?
- Wat maakt het lastig om de pijnregistratie uit voeren?
- Wie verzamelt de gegevens en wie analyseert de gegevens?
- Hoe wordt consensus over de "uitkomst" (resultaten en inhoud) van de gegevens bereikt?
- Wie stelt de rapportage over deze prestatie-indicatoren op?
- Hoe verloopt dit proces (concept, besprekingen, vaststelling)?
- Hoe wordt de administratieve last ervaren?

Hoe wordt de data gebruikt binnen het kwaliteitsmanagementsysteem van het ziekenhuis of afdeling?

- Planning en Control cyclus.
- Rol van IGZ indicatoren in deze cyclus.
- Koppeling productie / financieel en kwaliteit.
- INK-managementmodel.
- Interne feedback tussen diverse niveaus en disciplines.
- Sturing.

Externe factoren. De rol van ranglijsten en imago. Negatief gevolg: ontkoppeling intern / extern.

- Rol media.
- Rol overheid.

- Rol zorgverzekeraar.

Bevorderende factoren:

1. Gedeelde visie, ondersteuning / samenwerking Medische Staf.
2. Juiste procedures om informatie te verzamelen.
3. Communicatie en feedback.
4. Decentralisatie van verantwoordelijkheden en kennis.
5. Opleiding, training om met indicatoren te werken.
6. Leercultuur om resultaten te bediscussiëren.
7. Steun RvB en management / leiderschap.

Belemmerende factoren:

1. Fragmentatie van de zorg door taakdifferentiatie.
2. Personeelsverloop.
3. Projectgebonden internalisatie.
4. Alleen aandacht indien onder het gemiddelde.
5. Fragmentatie dataverzameling en resultaatverspreiding (meerdere commissies).
6. Feedback is beperkt.
7. Geen kennis op de werkvloer over IGZ indicatoren.

Zijn er volgens u nog andere factoren van invloed welke nog niet reeds besproken zijn?

Afsluiten:

- Bedankt voor het interview.
- Wenst u het uitgewerkte interview te ontvangen voor inzage en aanpassingen?

Bijlage 2: Scorelijst interview

Bevorderende factoren:

- 1. Er is ondersteuning van en samenwerking met de Medische Staf omtrent de IGZ indicator pijn na operatie?**

		<i>Weinig</i>				<i>Veel</i>	
<i>Aanwezig:</i>	ja / nee	Invloed	1	2	3	4	5

- 2. Zijn er juiste procedures om informatie omtrent de indicator te verzamelen?**

		<i>Weinig</i>				<i>Veel</i>	
<i>Aanwezig:</i>	ja / nee	Invloed	1	2	3	4	5

- 3. Bestaan er juiste feedback- en communicatiekanalen door de hele organisatie over de indicator?**

		<i>Weinig</i>				<i>Veel</i>	
<i>Aanwezig:</i>	ja / nee	Invloed	1	2	3	4	5

- 4. Zijn verantwoordelijkheden en kennis voldoende gedecentraliseerd om te experimenteren met de indicatoren?**

		<i>Weinig</i>				<i>Veel</i>	
<i>Aanwezig:</i>	ja / nee	Invloed	1	2	3	4	5

- 5. Krijgen medewerkers voldoende opleiding en training om met indicatoren te werken en prestaties te analyseren?**

		<i>Weinig</i>				<i>Veel</i>	
<i>Aanwezig:</i>	ja / nee	Invloed	1	2	3	4	5

- 6. Is er een leercultuur aanwezig waarin plaats is om (indicator-)resultaten te bediscussiëren?**

		<i>Weinig</i>				<i>Veel</i>	
<i>Aanwezig:</i>	ja / nee	Invloed	1	2	3	4	5

- 7. Is er voldoende steun van RvB en management, vertaald in tijd, geld en ICT ondersteuning om optimaal met de indicatoren te werken?**

		<i>Weinig</i>				<i>Veel</i>	
<i>Aanwezig:</i>	ja / nee	Invloed	1	2	3	4	5

Belemmerende factoren:

1. Fragmentatie van de zorg door taakdifferentiatie.

			<i>Weinig</i>					<i>Veel</i>
<i>Aanwezig:</i>	ja / nee	Invloed	1	2	3	4	5	

2. Bovengemiddeld of fors personeelsverloop en daardoor verlies van kennis / ervaring.

			<i>Weinig</i>					<i>Veel</i>
<i>Aanwezig:</i>	ja / nee	Invloed	1	2	3	4	5	

3. Wanneer een project rond een IGZ indicator stopt, stopt ook de ontwikkeling.

			<i>Weinig</i>					<i>Veel</i>
<i>Aanwezig:</i>	ja / nee	Invloed	1	2	3	4	5	

4. Er bestaat alleen aandacht voor een indicator wanneer deze onder het gemiddelde zit.

			<i>Weinig</i>					<i>Veel</i>
<i>Aanwezig:</i>	ja / nee	Invloed	1	2	3	4	5	

5. Fragmentatie van de dataverzameling en resultaatverspreiding (bijv. door meerdere commissies en personen).

			<i>Weinig</i>					<i>Veel</i>
<i>Aanwezig:</i>	ja / nee	Invloed	1	2	3	4	5	

6. Er is weinig feedback over de indicator tussen de diverse disciplines en management lagen.

			<i>Weinig</i>					<i>Veel</i>
<i>Aanwezig:</i>	ja / nee	Invloed	1	2	3	4	5	

7. Er is weinig kennis op de werkvloer over IGZ indicatoren en überhaupt het bestaan ervan.

			<i>Weinig</i>					<i>Veel</i>
<i>Aanwezig:</i>	ja / nee	Invloed	1	2	3	4	5	

Bijlage 3: Resultaten scorelijst interview

Bevorderende factoren		1. Ondersteuning M.S.		2. Procedures data		3. Feedback kanalen		4. Decentralisatie		5. Opleiding		6. Leercultuur		7. Steun RvB	
Functie		Aanwezig	Invloed	Aanwezig	Invloed	Aanwezig	Invloed	Aanwezig	Invloed	Aanwezig	Invloed	Aanwezig	Invloed	Aanwezig	Invloed
Kwaliteitsfunctionaris		ja	2	nee	2	nee	4	ja	3	nee	1	nee	2	nee	4
Manager Behandeling		ja	3	ja	4	ja	5	nee	2	nee	5	ja	5	nee	5
Manager Snijdend		ja	4	ja	5	ja	4	nee	4	ja	5	ja	4	nee	4
Anesthesist		ja	3	ja	3	ja	4	nee	4	ja	4	ja	4	ja	3
Verpleging		ja	5	ja	2	ja	1	nee	2	nee	2	ja	4	nee	4
Acute Pijn Service		ja	2	ja	4	ja	3	ja	2	nee	2	ja	2	ja	2
Aandachtsvelder		ja	5	ja	5	ja	5	nee	2	ja	5	nee	5	nee	3
Orthopeed		ja	4	ja	3	ja	4	ja	2	nee	3	ja	3	ja	4
Raad van Bestuur		ja	4	ja	3	ja	2	nee	4	ja	4	ja	3	ja	4
<i>Gemiddeld</i>			3,6		3,4		3,6		2,8		3,4		3,6		3,7
	ja	9		8		8		3		4		7		4	
	nee	0		1		1		6		5		2		5	

Functie		1. Ondersteuning M.S.		2. Procedures data		3. Feedback kanalen		4. Decentralisatie		5. Opleiding		6. Leercultuur		7. Steun RvB	
		Aanwezig	Invloed	Aanwezig	Invloed	Aanwezig	Invloed	Aanwezig	Invloed	Aanwezig	Invloed	Aanwezig	Invloed	Aanwezig	Invloed
Kwaliteitsfunctionaris		ja	2	nee	2	nee	4	ja	3	nee	1	nee	2	nee	4
Manager Behandeling		ja	3	ja	4	ja	5	nee	2	nee	5	ja	5	nee	5
Manager Snijdend		ja	4	ja	5	ja	4	nee	4	ja	5	ja	4	nee	4
Raad van Bestuur		ja	4	ja	3	ja	2	nee	4	ja	4	ja	3	ja	4
			3,25		3,5		3,75		3,25		3,75		3,5		4,25
	ja	4		3		3		1		2		1		1	
	nee	0		1		1		3		2		3		3	
Anesthesist		ja	3	ja	3	ja	4	nee	4	ja	4	ja	4	ja	3
Verpleging		ja	5	ja	2	ja	1	nee	2	nee	2	ja	4	nee	4
Acute Pijn Service		ja	2	ja	4	ja	3	ja	2	nee	2	ja	2	ja	2
Aandachtsvelder		ja	5	ja	5	ja	5	nee	2	ja	5	nee	5	nee	3
Orthopeed		ja	4	ja	3	ja	4	ja	2	nee	3	ja	3	ja	4
	ja	5	3,8	5	3,4	5	3,4	2	2,4	2	3,2	4	3,6	3	3,2
	nee	0		0		0		3		3		1		2	

Belemmerende factoren														
Functie	1. Fragmentatie		2. Personeelsverloop		3. Project stop		4. Aandacht gemid.		5. Fragmentatie data		6. Beperkt feedback		7. Kennis indicatoren	
	Aanwezig	Invloed	Aanwezig	Invloed	Aanwezig	Invloed	Aanwezig	Invloed	Aanwezig	Invloed	Aanwezig	Invloed	Aanwezig	Invloed
Kwaliteitsfunctionaris	ja	1	ja	2	ja	3	ja	4	nee	2	ja	4	nee	4
Manager Behandeling	ja	4	nee	4	nee	3	nee	4	ja	3	ja	3	nee	5
Manager Snijdend	ja	3	nee	4	nee	3	nee	3	ja	5	nee	4	nee	3
Anesthesist	nee	2	nee	3	nee	2	nee	2	ja	3	nee	3	nee	3
Verpleging	ja	3	ja	2	nee	1	ja	4	ja	2	ja	4	nee	1
Acute Pijn Service	nee	4	ja	4	ja	3	nee	2	nee	1	ja	4	ja	4
Aandachtsvelder	nee	1	ja	5	ja	2	ja	1	ja	1	nee	4	ja	1
Orthopeed	nee	1	nee	1	ja	4	nee	1	nee	1	nee	1	nee	1
Raad van Bestuur	ja	4	nee	3	ja	3	ja	4	nee	4	nee	4	ja	4
<i>Gemiddeld</i>														
	ja	5	4	3,1	5	2,7	4	2,8	5	2,4	4	3,4	3	2,9
	nee	4	5		4		5		4		5		6	
Functie	1. Fragmentatie		2. Personeelsverloop		3. Project stop		4. Aandacht gemid.		5. Fragmentatie data		6. Beperkt feedback		7. Kennis indicatoren	
	Aanwezig	Invloed	Aanwezig	Invloed	Aanwezig	Invloed	Aanwezig	Invloed	Aanwezig	Invloed	Aanwezig	Invloed	Aanwezig	Invloed
Kwaliteitsfunctionaris	ja	1	ja	2	ja	3	ja	4	nee	2	ja	4	nee	4
Manager Behandeling	ja	4	nee	4	nee	3	nee	4	ja	3	ja	3	nee	5
Manager Snijdend	ja	3	nee	4	nee	3	nee	3	ja	5	nee	4	nee	3
Raad van Bestuur	ja	4	nee	3	ja	3	ja	4	nee	4	nee	4	ja	4
		3		3,25		3		3,75		3,5		3,75		4
	ja	4	1		2		2		2		2		1	
	nee	0	3		2		2		2		2		3	
Anesthesist	nee	2	nee	3	nee	2	nee	2	ja	3	nee	3	nee	3
Verpleging	ja	3	ja	2	nee	1	ja	4	ja	2	ja	4	nee	1
Acute Pijn Service	nee	4	ja	4	ja	3	nee	2	nee	1	ja	4	ja	4
Aandachtsvelder	nee	1	ja	5	ja	2	ja	1	ja	1	nee	4	ja	1
Orthopeed	nee	1	nee	1	ja	4	nee	1	nee	1	nee	1	nee	1
	ja	1	3	3	3	2,4	2	2	3	1,6	2	3,2	2	2
	nee	4	2		2		3		2		3		3	

Bijlage 4: IGZ indicator 'pijn na een operatie'

50

PRESTATIE-INDICATOREN ZIEKENHUIZEN BASISSET 2008

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 geïnccludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie? ja nee #
- Is het percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten in het verslagjaar bekend? ja nee n.v.t. * *
- Beschikt u over een registratiesysteem? ja nee
- Heeft u een steekproef genomen? ja nee

* Geef toelichting

Gegevens per locatie aanleveren

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.

Percentage 2 (wordt automatisch berekend): %

- *Exclusiecriteria:*
 - *Kinderen jonger dan 7 jaar.*
 - *Patiënten in dagopname.*
- *Inclusie criterium:*
 - *Postoperatieve patiënten.*

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 geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie? ja 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? ja nee n.v.t.
* *

Beschikt u over een registratiesysteem? ja nee

Heeft u een steekproef genomen? ja 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.

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).

* Geef toelichting

Gegevens per locatie aanleveren

Percentage (wordt automatisch berekend): %

- *Inclusie criterium:*
 - *Postoperatieve patiënten bij wie systematisch een pijnscore is gemeten.*
- *Exclusie criteria:*
 - *Kinderen jonger dan 7 jaar.*
 - *Patiënten in dagopname.*

Toelichting:

Bijlage 5: Pijnformulier

2a

PRE - POST OPERATIEVE PIJNMETING

Acute Pijn Service Aanwezig maandag t/m vrijdag van 7.30 tot 18.00 uur E-mail: AcutePijnService@ Dienst anesthesist: 7917 Dienst arts-assistent 7910	sticker patiënt																																																						
Operatie:																																																							
Preoperatieve pijnmedicatie (na telefoon OK ± 30 min. van tevoren) <input type="checkbox"/> Diclofenac 1 tabl 50 mg (zie protocol premedicatie) <input type="checkbox"/> Paracetamol 2 tabl 500 mg <input type="checkbox"/> Anders namelijk: _____ <input type="checkbox"/> Preoperatieve pijnmeting: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10																																																							
Paraaf: _____ Datum: _____																																																							
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Pijnmedicatie op de recovery</th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Tijd:</th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Hoeveelheid:</th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Wijze van toediening i.v./l.m./s.c./per os</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Morfine</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>Paracetamol</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>Diclofenac</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>Meloxicam</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>PCA pomp</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </tbody> </table>		Pijnmedicatie op de recovery	Tijd:	Hoeveelheid:	Wijze van toediening i.v./l.m./s.c./per os	Morfine	_____	_____	_____	Paracetamol	_____	_____	_____	Diclofenac	_____	_____	_____	Meloxicam	_____	_____	_____	PCA pomp	_____	_____	_____																														
Pijnmedicatie op de recovery	Tijd:	Hoeveelheid:	Wijze van toediening i.v./l.m./s.c./per os																																																				
Morfine	_____	_____	_____																																																				
Paracetamol	_____	_____	_____																																																				
Diclofenac	_____	_____	_____																																																				
Meloxicam	_____	_____	_____																																																				
PCA pomp	_____	_____	_____																																																				
Vorm van anesthesie <input type="checkbox"/> Zenuwblokkade evt katheter _____ <input type="checkbox"/> Spinaal _____ <input type="checkbox"/> Epiduraal, stand _____ <input type="checkbox"/> Algeheel _____ <input type="checkbox"/> Lokaal _____ <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: _____																																																							
Pijnmeting voor het verlaten van de recovery 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 Paraaf: _____																																																							
Postoperatief Terugkomst op afdeling (tijd) _____ uur Misselijk <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja Sedatie meting 0 = klaarwakker 1 = licht slaperig 2 = suf, goed wekbaar 3 = suf, slecht wekbaar s = slaapt																																																							
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> AH tellen bij s, 2 en 3 Alarmeren bij 3 </div>																																																							
Dag 0 OK dag. De metingen worden afgenomen 2 uur nadat de patiënt terug is op de afdeling. De metingen worden in rust afgenomen (VAS).																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Tijd</th> <th>VAS</th> <th>sedatie score</th> <th>RR</th> <th>hart-freq.</th> <th>AH</th> <th>misselijk</th> <th>PCA/stand epiduraal</th> <th>actie/medicatie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2 uur na OK</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 uur na OK</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 uur na OK</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10 uur na OK</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>16 uur na OK</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Tijd	VAS	sedatie score	RR	hart-freq.	AH	misselijk	PCA/stand epiduraal	actie/medicatie	2 uur na OK									4 uur na OK									6 uur na OK									10 uur na OK									16 uur na OK								
Tijd	VAS	sedatie score	RR	hart-freq.	AH	misselijk	PCA/stand epiduraal	actie/medicatie																																															
2 uur na OK																																																							
4 uur na OK																																																							
6 uur na OK																																																							
10 uur na OK																																																							
16 uur na OK																																																							
Advies APS: _____																																																							

151300289

Datum _____ Dag 1 postoperatief						
Tijd	VAS	sedatie	AH score	misselijk	PCA/stand epiduraal	actie/medicatie
06.00 uur						
12.00 uur						
17.00 uur						
22.00 uur						

Advies APS:

Datum _____ Dag 2 postoperatief						
Tijd	VAS	sedatie	AH score	misselijk	PCA/stand epiduraal	actie/medicatie
06.00 uur						
12.00 uur						
17.00 uur						
22.00 uur						

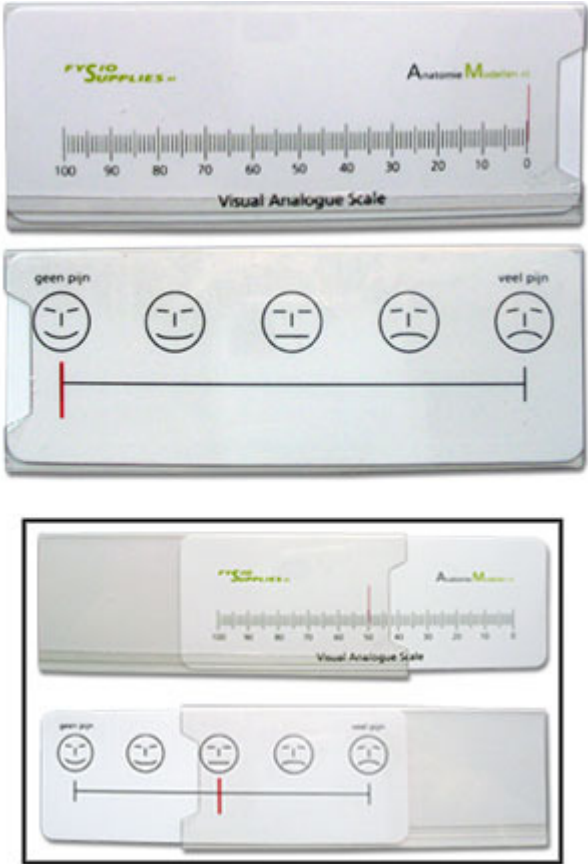
Advies APS:

Datum _____ Dag 3 postoperatief						
Tijd	VAS	sedatie	AH score	misselijk	PCA/stand epiduraal	actie/medicatie
06.00 uur						
12.00 uur						
17.00 uur						
22.00 uur						

Advies APS:

Ontslagdatum: _____

Bijlage 6: VAS meetlatje



Bijlage 7: Interviewprotocol quickscan

1. Strategy development

Leg het concept uit van strategie ontwikkeling

1. Recent zijn er verschillende strategische documenten geproduceerd. Hebt u actief deelgenomen in de voorbereiding van deze documenten? Kunt u uw rol beschrijven behorende bij het proces van het ontwikkelen van strategische documenten?
2. a: Voor een belangrijk gedeelte is het ontwikkelen van een strategie gelijk aan het voorop stellen van organisatorische besluiten. Kunt u me uitleggen hoe u tot specifieke besluiten komt?
b: Welk soort marktinformatie heeft u tot uw beschikking?
c: Worden de kansen en bedreigingen (SWOT-analyse/risico analyse) schriftelijk vastgesteld of vindt het besluitvormingsproces plaats door middel van brainstormen?
d: Wie neemt er normaal gesproken deel aan deze brainstorm-sessies?
3. a: Als marktinformatie wordt gebruikt: wat voor soort informatie is er gebruikt?
b: Zal deze informatie ieder jaar beschikbaar zijn?
c: Resulteert dit in managementrapportage die marktinformatie confronteert met de eigen informatiebronnen, inclusief financiële- en productiebronnen?
4. Bent u tevreden met de beschikbare marktinformatie?
5. a: Neemt u scenario's mee in het proces van strategieontwikkeling?
b: Wat voor soort scenario's zijn dat?
c: Worden deze scenario's vastgelegd in strategische documenten of is dit een mondeling proces?
6. Hebt u het idee dat uw ideeën voldoende worden gebruikt in het proces van strategieontwikkeling?
7. a: Denkt u dat werknemers, medische specialisten en maatschappen binnen de organisatie voldoende geïnformeerd zijn over de strategische plannen?
b: Hoe communiceert u uw strategische plannen met deze mensen?
c: Krijgt u feedback van de organisatie?
8. Kunt u de belangrijkste aanbevelingen geven voor het verbeteren van het proces van strategieontwikkeling in de nabije toekomst?

Leg het concept uit van missie en strategieverklaring

9. Heeft de organisatie een missie of strategieverklaring (waarin het standpunt van de organisatie beschreven wordt)?
10. Kunt me vertellen wat deze organisatiemissie of strategieverklaring is?
11. Kunt u samenvatten wat de drie meest belangrijke dingen zijn waarmee u de organisatiemissie of strategieverklaring uitvoert?

2. Business structuur

Leg het concept uit van de business structuur

12. Bent u betrokken bij belangrijke veranderingen in de organisatorische structuur? (Bijv. reorganisaties, DBC's)
13. a: Evalueert u belangrijke veranderingen in de organisatorische structuur?
b: Wat is de gebruikelijke manier om deze veranderingen te evalueren (intern, extern, per brief, in een vergadering)?
14. Is het duidelijk binnen de organisatie wie verantwoordelijk is voor wat?
15. Is het duidelijk wie u kunt benaderen om de strategie in werking te stellen?
16. Bestaat er binnen de organisatie, een het werkklimaat waarin mensen gemakkelijke ter verantwoording geroepen kunnen worden, of heeft een professional binnen de organisatie zijn of haar eigen verantwoordelijkheden en is het niet gebruikelijk om door een buitenstaander te worden beoordeeld?
17. a: Zijn er ook activiteiten die moeilijk zijn te leiden (wanneer er verscheidene verantwoordelijke personen en/of verantwoordelijkheden zijn die 'snijden' met de organisatie)?
b: Kunt u een voorbeeld geven?
18. Heeft het specifieke voorbeeld uit de vorige vraag te maken met communicatie processen?
19. Gaat u schriftelijke overeenkomsten aan met werknemers die uw strategie binnen de organisatie toepassen of is er hoofdzakelijk sprake van mondelinge communicatie?
20. a: Hoe formeel zijn deze overeenkomsten?
b: Is het voor elke overeenkomst duidelijk waar men zich nu bevindt, waar men naar streeft en welke middelen men nodig heeft om deze doelstellingen te verwezenlijken?
c: Roept u medewerkers ter verantwoording wanneer ze doelen niet hebben behaald?

21. Krijgt u op tijd terugkoppeling als organisatorische overeenkomsten uiteindelijk niet bereikt zullen worden?
22. Met welke acties zorgt u ervoor dat u op tijd terugkoppelingen/feedback krijgt (bijvoorbeeld bij mensen langs gaan, of om rapporten vragen)?
23. Wat/hoe is uw betrokkenheid wanneer risicovolle projecten zijn gedelegeerd aan één van uw werknemers (risico analyse, investeringen selectie)?

3. Management control

Beschrijf het concept van management control

24. Welke management informatie gebruikt u?
25. Bent u van mening dat de management informatie die u gebruikt strookt met de strategische keuzes van de organisatie?
26. Krijgt u de management rapporten op tijd aangeleverd?
27. Bent u tevreden over de huidige management informatie?
28. Wat mist er in de huidige management informatie?
29. Kunt u mij de belangrijkste aanbevelingen geven ter verbetering van de management informatie van de organisatie?
30. Heeft u het gevoel dat uw collega's luisteren naar uw ideeën ter verbetering van management informatie van de organisatie?
31. a: Bent u van mening dat management informatie gebruikt kan worden om de organisatie aan te sturen of heb je daar meer voor nodig?
b: Wat is nodig naast management informatie?
32. a: Bespreekt u specifieke trends en ontwikkelingen in management rapporten met uw directe collega's?
b: Worden belangrijke trends en ontwikkelingen blijkende uit deze rapporten actief bekeken en gebruikt door het management?

4. Verantwoording afleggen

Beschrijf het concept van het afleggen van verantwoording.

33. Heeft u een overstijgende blik over alle relevante procedures, regels en essentiële onderzoeken en andere wettelijke verplichtingen die in werking zijn?
34. Wordt u op tijd geïnformeerd als er veranderingen zijn in relevante procedures en regels?
35. Houden lastige regels in de gezondheidszorg u er vanaf strategische doelen te behalen?
36. Buitenstaanders zijn vaak geïnteresseerd in de ontwikkelingen van strategische activiteiten van de organisatie. Maakt u actief gebruik van internet of intranet toepassingen om buitenstaanders te informeren?
37. Wat zijn volgens u de drie belangrijkste publicaties voor het afleggen van externe verantwoording binnen uw organisatie?

Bijlage 8: Resultaten quickscan

RVB

Interview vragen		Ziekenhuizen											
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1.Strategy development													
1	ja, beslismatige rol	ja, de secretaris/belangrijke rol	Nee, actieve participant	x	x	x	x	x	x	Ja, Eindverantwoordelijke	Ja	x	
2.a	dmv adviseren	Veel overleg en markt bekijken	Middels SWOT analyse	x	x	x	Directieoverleg	x	x	Via businesscases opgesteld	x		
2.b	Prismant	prod.cijfers.DBC,marktond. PI	Demografie,SWOT,Prism.	x	x	x	Regionale marktinformatie	x		Prismant gegevens	door zorgmanagers	x	
2.c	geen SWOT, schriftelijk	ja, schriftelijk	ja, schriftelijk en brainst.	x	x	x	Brainstorm-achtige wijze	x		Schriftelijk en brainstorm	x		
2.d	Hoofden RVE's	RvB, statbestuur(ligt aan orgniv.)	MT, soms externe begel.	x	x	x	Directie, medische staf	x		RvB, soms staf	x		
3.a	Prismant, bevolkingsgegevens	prod.cijfers.DBC,marktond. PI	Demografie,SWOT,Prism.	x	x	x	x	x		Prismant gegevens	Adherentie Prismant Benchmark	x	
3.b	ja	Ja	Niet alles, Prismant wel	x	x	x	x	x		Ja	x	x	
3.c	nog niet echt	Ja	Deels, mr vooral intern gerich	x	x	x	Staat nog in de kinderschoenen	x		Deels, nog niet voldoende	x	x	
4	Deels	Ja tot nu toe wel	ja, net onderzoek laten doen	x	x	x	x	x		Nee, niet voldoende real-time	Ja, missen patientbeleving	x	
5.a	Soms wel	Ja absoluut	Niet heel expliciet	x	x	x	Erg informeel	x		Ja, gericht toekomstontwikkeling	Zelden	x	
5.b	kansen/voordelen synergie	In aantallen en doelgr benadering	x	x	x	x	Bijv. Uitbreiden krimpen, lange term.	x		Toekomst	x	x	
5.c	ligt vast in documenten	Vastgelegd in strat. Documenten	mondeling proces	x	x	x	Mondeling	x		Beiden	x	x	
6	Ja dat denk ik wel	Ja	Nog te kort werkzaam in org	x	x	x	Ja	x		Ja	Ja	x	
7.a	ja	Dat is iets dat nu loopt	onvoldoende	x	x	x	Ja	x		Specialisten wel, rest niet	Ja, meesten wel	x	
7.b	Stafvergaderingen en schriftelijk	Besprekingen met RvB	intranet, weekblad, bijeenk.	x	x	x	Via lijn, pers.blad, bestuur med.staf	x		Intranet	Project werknemers, werkbezoek	x	
7.c	Ja van stafbestuur en RVE hoofden	Ja absoluut	Ja	x	x	x	Ja, specialisten	x		Nauwelijks	matig	x	
8	Communicatie verbeteren	Nee, is nu tevreden	Niet te vaak v strat. Wissel.	xx	x	x	Gestructureerd aanpakken	x		Positionering wat wel en wat niet	Kwartaalrapporten en gesprekken	x	
	Meer mensen erbij betrekken		goede interne comm.	x	x	x	Ook naar buiten kijken	x		doen in de toekomst als ZH.	Feedback Med Staf aan elkaar	x	
			strat. Beleidsplan is hoofdlijn	x	x	x	Marktinformatie goed gebruiken	x			x		
			dat verder uitwerken.	x	x	x	Alle partijen erbij betrekken	x			x		
9	ja, in het jaardocument	Ja	Ja	x	x	x	Ja	x		Ja	Ja	x	
10	ja, zie transcript	ja, zie transcript	ja, zie transcript	x	x	x	Nee	x		x	x	x	
11	1: Cooperatie opgericht	Door het te noteren	interne en externe comm.	x	x	x	Relateren aan besluiten	x		x	Med Kwaliteit	x	
	2: Personeel erbij betrekken	Door het intern te communiceren	coord. & bewaken beslv.	x	x	x	Activiteitenplannen	x		x	Hoffelijkheid	x	
	3: Academisch zkh lid v cooperatie	Consequent zijn; beleidskeuzes	Procesbew. Voor RvB.	x	x	x	Medewerkers hier op attent maken	x		x	Veiligheid	x	
2.Business structure													
12	Ja, heel sterk	Nee, niet direct	Ja	x	x	x	Nee	x		Ja	Ja	x	
13.a	ja	Nee, vraag anderen het te doen	Ja	x	x	x	Ja	x		Ja	Ja	x	
13.b	Extern, intern, tijdens overleg.	Intern en extern	situatie afhankelijk	x	x	x	x	x		Notulen	Staat in besluit beschreven	x	
14	Nee, nog niet	in grote lijnen wel	gedeelteelk	x	x	x	Steds beter	x		Niet altijd	Ja, maar ook vaak vacuum	x	
15	Ja, de RVE hoofden	Ja (zie transcript)	Ja	x	x	x	Med.staf en lijnverantwoordelkheden	x		Ja, wordt niet altijd opgepakt	Staat in besluit beschreven	x	
16	Vpk's wel, specialisten niet	Het kan nog steeds beter	Nee, eilandjescultuur	x	x	x	Nee, in zorgklimaat altijd lastig	x		Veel nog onder de pet gehouden	Kan beter	x	
17.a	Ja, niet altijd eenduidige belangen	Soms, niet echt een issue	Ja	x	x	x	Ja	x		Ja	x	x	
17.b	ja	Nee	medici vs zkh	x	x	x	OK-planning	x		x	x	x	
18	Nee, met belangen	Ja veel wel	Nee, situatie v oudsher	x	x	x	Ja, hoe breng je zoiets	x		x	x	x	
19	schriftelijk	Veel schriftelijk	Mondeling	x	x	x	Nee	x		Wordt meer geformaliseerd	Deels, lang niet alles is een besluit	x	
20.a	Heel formeel	Redelijk	Formeel	x	x	x	Voortgang in jaactiviteitenplannen	x		redelijk	Voortgang	x	
20.b	Ja het is heel formeel en duidelijk	Nee, soms nog verwarring	Wisselend	x	x	x	x	x		Soms onduidelijk	x	x	
20.c	Ja elke maand besprekingen	Ja	Ja	x	x	x	Mondeling ter verantw in werkoverleg	x		wisselend	x	x	
21	Ja continue monitoring	Verschilt per persoon	ja, kwartaal rapportages	x	x	x	Niet altijd, ligt aan de persoon	x		Ja, sinds kort wel	Nee, vaak niet, of te laat	x	
22	Volledig geautomatiseerd	reminders, bellen, mailen	Kwrt. Rapp. en overleg	x	x	x	Werkoverleg, op agenda zetten, eval.	x		Maandelijks overleg	Monitoren, maar projecten kan beter	x	
23	Sterk betrokken, niet controlerend	Besprekingen en feedback geven	Middels overleg	x	x	x	x	x		Regie wanneer fout	x	x	
3. Management control													
24	productinformatie	Financiële en logistieke cijfers	Info over kosten	x	x	x	Financiële, productie, personele	x		Financieel	Maandelijkse MT rapportage	x	
	Mndijkse overzichten begroting	P&O cijfers, MIP, klachten	Info over personeel	x	x	x	en kwalitatieve informatie	x		Personeel	Monitor beleidskader	x	
	en kwaliteit	exploitatie	exploitatie	x	x	x	x	x		x	x	x	
25	nog niet helemaal, nog erg finan.	Ja in grote lijnen wel	Deels wel, deels niet	x	x	x	Kan beter	x		Geen totale match	Nee, gat metingen en strategie	x	
26	Ja	Ja	ja	x	x	x	x	x		Ja	nee, 2-3 weken te laat	x	
27	Redelijk kan beter	Ja	ja	x	x	x	x	x		ja, behalve over kwaliteit	Nee	x	
28	Het is nog te theoretisch	Kan nog proactiever	voortgang inhoudelijke zaken	x	x	x	Kwalitatieve informatie over voortgang	x		Kwaliteit	Kwaliteit info up to date	x	
29	Duidelijke afspr maken begin jr	Digitaliseren	inzicht waar kosten gem.	x	x	x	Kwalitatieve informatie,	x		Real time kwaliteitsinfo	Zie boven	x	
			worden. Op vakgr. Niv.	x	x	x	moet behaapbaar worden aangeleverd	x		Meer feedback naar werkvloer	x	x	
			geen dikke pakken papier?	x	x	x	x	x		als daar vraag naar is	x	x	
30	Redelijk, kan nog wel wat beter	Ja	ja	x	x	x	Ja	x		Ja	Ja	x	
31.a	Meer voor nodig	Meer voor nodig	kan, maar meer voor nodig	x	x	x	Meer	x		x	Ja	x	
31.b	Meer kwaliteitsmetingen	Urgentie bekijken	Communiceren	x	x	x	Sign.uit org. en contact met mensen.	x		x	x	x	
32.a	Ja het financiële gedeelte	Ja	Ja	x	x	x	Ja/nee	x		x	Nee	x	
32.b	Dat is wel de bedoeling	Ja absoluut	Ja, vooral op MT niveau	x	x	x	Niet altijd alles	x		x	belangrijke trend wel in jaarplan	x	
4. Verantwoording afleggen													
33	Redelijk (zie transcript)	Over heel veel wel	Ja, vanuit positie	x	x	x	Nee	x		Ja, secr RvB	Ja	x	
34	Ja	Ja	Ja	x	x	x	Ja	x		Ja	Kan beter	x	
35	Ja	Ja	Geen ja/nee op te zeggen	x	x	x	Soms	x		Ja, winstuitkering, IGZ	Te veel regels en veranderingen	x	
36	Ja, website	Ja	Ja	x	x	x	Ja	x		Ja	Ja	x	
37	1: jaardocument	Jaardocument +jaan rek	Pres. Indicatoren IGZ	x	x	x	Jaardocument incl.begroting	x		Jaardocument	Jaardocument	x	
	2: Economisch jaarverslag		Jaardoc. + jaarrek.	x	x	x	Prestatie indicatoren	x		Website	NIAZ accreditatie	x	
	3: Prestatie indicatoren		Zichtbare zorg	x	x	x	x	x		Jaarverslag	x	x	

Legenda:

> topklinisch ziekenhuis (STZ)

> algemeen ziekenhuis

> Academisch ziekenhuis (UMC)

sterk Zorgenmanagement 'Bevorderende en belemmerende factoren van internalisering'

Ziekenhuizen		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1.Strategy development	1 Nee, consulterend	Nee	x	x	Nee, wel rol in kaderbrief prest.indic.	x		x	x	x	Ja, kwaliteitsdeel	x	
	2.a in opdr van missie en visie	Strat. Beleidspl & kaderbrief	x	x			Beleidsplan	x	x	x	x	x	
	2.b kennis van accreditatiegebied	aandeel.PI,registr.netwerk	x	x			Marktinformatie, ontw., concurrenten	x	x	x	Wetgeving, NIAZ etc	x	
	2.c continu brainstormen	Schriftelijk en brainstormen	x	x			SWOT-analyse	x	x	x	x	x	
	2.d Internen en externen	Staf, medic, RvB, zorgma.	x	x				x	x	x	x	x	
	3.a Prismant en vanuit benchmark	aandeel.PI,registr.Prismant	x	x			Ontwikkelingen en innovaties	Benchmark prestatie indicatoren	x	x	x	x	
	3.b Prim. wel, benchm. Weet niet	Ja (Prismant te laat)	x	x				x	x	x	x	x	
	3.c Ja zeker	Ja; nog erg intern gericht	x	x			Business-case gemaakt	x	x	x	x	x	
	4 Weet niet	Het is te laat	x	x	Zou beter kunnen			Kwaliteit steeds meer op internet	x	x	Redelijk	x	
	5.a Dat gebeurt wel.	Wordt nog niet echt uitgew.	x	x	Nee.		Ja	Nee	x	x	x	x	
	5.b M.b.t. accreditatie	x	x	x			Kiezen voor de beste optie	x	x	x	x	x	
	5.c mondeling	mondeling	x	x				x	x	x	x	x	
	6 Op dit moment zeker	Ja	x	x	Nee,kwaliteit krijgt wel meer aand.		Ja	Op mijn gebieden wel	x	x	Ja, t.a.v. kwaliteit	x	
	7.a verbeteringen mogelijk	Ja	x	x	Nee niet.		Besch.info, maar niet goed gestuurd	x	x	x	Ja	x	
	7.b mondeling, is nog in ontw.	Mondeling en schriftelijk	x	x			x	via dagelijks bestuur medische staf	x	x	schriftelijk	x	
	7.c Ja	Ja, organiseren het ook	x	x				x	x	x	x	x	
	8 Binnen 4 jaar VMS functioneel hebben en heel eind op weg zijn met de NIAZ accreditatie	Meer mensen uit het huis erbij betrekken.	x	x	Expertise kwaliteit zou meer meegenomen kunnen worden		Planning & control opstellen	Meer naar markt en vraag kijken	x	x	Patientveiligheid	x	
		Nog te intern gericht.	x	x	dan nu het geval is.		Hier op sturen, bijsturen, evalueren	veel ziekenhuizen intern gericht	x	x	Outputmetingen	x	
			x	x				en kijken niet naar wat de klant wil	x	x		x	
			x	x					x	x		x	
	9 Ja	Ja	x	x	Ja		Ja	Ja	x	x	x	x	
	10 Ja (zie transcript)	Nee, kan hem opzoeken	x	x	Ja (kernwaarden...)		Nee	Nee	x	x	x	x	
	11 Met het kwaliteitsbureau		x	x	Betrouwv. in alles wat we doen.		Programma kwaliteit en veiligheid	Mensgerichte aanpak	x	x	x	x	
			x	x	Verbeterprojecten waarin de kernwaarden terugkomen.				x	x	x	x	
			x	x					x	x	x	x	
2.Business structure	12 Nee	Nee	x	x	Reorganisatie heeft effect op werk	Ja	Nee	Nee	x	x	Niet specifiek	x	
	13.a Zeker	Nee	x	x			Inhuren van consultants	Ja	x	x	x	x	
	13.b Gespr. vergaderingen, doc.	Kan op allerlei manieren	x	x				Evaluëren in vergadering werkgroep	x	x	x	x	
	14 Dat weet ik niet	Ja, meestal wel	x	x	Nee, kan beter.		Nee	Niet altijd, zijn ermee bezig	x	x	Ja	x	
	15 Ja	Ja	x	x	Ja.		Ik denk het wel ja	Ja	x	x	Ja	x	
	16 Nog niet het klimaat ervoor	Versch. per professionalisme	x	x	Onvoldoende.		Door buitenstanders wel, intern niet	Nog niet echt gebruikelijk	x	x	wisselend, weinig bij Med.Staf	x	
	17.a Ja	Ja	x	x	Ja		Ja	Ja	x	x	x	x	
	17.b nee	Ok verbetering, versch spec.	x	x	Spec. zijn zelfst.ondern.		Maatschappen	ZH wil efficiënter werken	x	x	x	x	
	18 Ja denk het wel	Nee;met prof. autonomie	x	x	Ja, info doorgeven stagneert.		Nee	Ook wel	x	x	x	x	
	19 Beide	Beide	x	x			Mondeling	Nee	x	x	x	x	
	20.a Heel formeel	Vrij formeel	x	x	Jaargesprekken?		Nee	Nee	x	x	x	x	
	20.b Nee, nog onvoldoende	Niet altijd	x	x	x		x	x	x	x	x	x	
	20.c nog niet	Nee, ondersteunende rol	x	x			x	Ja, mondeling ter verantwoording	x	x	x	x	
	21 Nee	Niet altijd denk ik	x	x	Wisselend.		Nee, niemand verantwoordelijk	Wisselend	x	x	Niet voldoende gemeld, topje ijsberg	x	
	22 Communiceren	Langs gaan, rapp vragen	x	x	Voortgangsrap. Of een overleg		Langs gaan, rapporten	Deadlines.Langs gaan herinn.maills	x	x	Vergadering, maand rapportage	x	
	23 erg betrokken	Heel erg betrokken	x	x	Analyses uitvoeren.		Ik neem de besluiten daarin.	Hoe loopt de planning en onderst.	x	x	x	x	
3. Management control	24 x	Prestatie indicatoren	x	x	Info van bedr.econ.zaken		Op het gebied van kwl nog weinig	Binnen 'zorg'.	x	x	x	x	
	x	Info over kwaliteit & veiligheid	x	x	Prestatieindicatoren van inspectie				x	x	x	x	
	x	MIP meldingen	x	x					x	x	x	x	
	25 x	Nee niet altijd	x	x	Meer link, veel beter op focussen.	Nee	Ja	Ja	x	x	Financieel wel, kwaliteit niet	x	
	26 x	Loopt soms wat achter	x	x	Nee		Ja	Maak ik zelf	x	x	Ja	x	
	27 x	Erg finan. en logist. gericht	x	x	Nee, vrij onoverzichtelijk.		Nee, alleen gericht op fin.en prod.	In ontw. Zou per kw moeten ipv half j	x	x	Beperkt inzicht in kwaliteit	x	
	28 x	Info over kwaliteit	x	x	Kwaliteitsindicatoren.		Procesind.=>veiligheid en kwaliteit	Vaker, meetbare kwal. En digitaal	x	x	Real time indicatoren m.n kwaliteit	x	
	29 x	Keep it simple	x	x	Overzicht, door middel van dashboard		Procesindicatoren	Vaker opleveren	x	x	zie boven	x	
	x	Visueel maken	x	x	Nu saai informatie.			en op een makkelijker manier	x	x	x	x	
	x	1 A4 met info&highlights	x	x	veel cijfertjes.				x	x	x	x	
	30 x	Ja hoor	x	x	Ja.		Lastig, dat zijn ze niet gewend.	x	x	x	x	x	
	31.a x	Meer voor nodig	x	x	Meer:		Meer:	Zelf bij wat je daar in zet	x	x	x	x	
	31.b x	Netwerken en overleggen	x	x	Marktinfo,visie,menselijke beoordel.		De juiste mensen		x	x	x	x	
	32.a x	Ja	x	x	Ja		Nee	Ja	x	x	x	x	
	32.b x	Ja	x	x	Ja		Nee	Wordt actief gebruikt	x	x	Trends komen terug in analyse	x	
4. Verantwoording afleggen	33 x	ja, wat voor mij relevant is	x	x	Ja, aardig overzicht.		Deels	Ja	x	x	Nee, enkel kwaliteit	x	
	34 x	Ja	x	x	Ja, doe er zelf ook veel aan.		Ja	Ja	x	x	ja	x	
	35 x	Ja, zou best wel kunnen	x	x	Ja, veel bureaucratie		Nee	Ja, registratielast is erg hoog	x	x	nee, systemen geven een impuls	x	
	36 x	Ja dat wel ja	x	x	Ja		Internet, rest via rapp naar buiten	Ja	x	x	x	x	
	37 x	Jaardocument (incl. jaar rek	x	x	Prestatieindicatoren		x	Jaarverslag	x	x	x	x	
	x	en prestatie indicatoren	x	x	Jaarverslag			Prestatie indicatoren	x	x	x	x	
	x	Eigen zkh magazine	x	x	Indicatoren zichtbare zorg ZH			Jaarkrant (vereenvoudiging jaarvers.)	x	x	x	x	

Table with columns for planning & control, interview vragen, and 12 categories (A-L). Rows include Strategy development, Business structure, Management control, and Verantwoording afleggen.

Planning & Control

Interview vragen	L	M	N	O	P	Q
1. Strategy development						
1	Bij bedrijfsvoerende aspecten	Contact voorzitter RvB haalbaarheid	Nee, financieel directeur	Aandragen informatie voorziening	Geen beslissende rol, strategische nota	Ondersteunende rol, niet participierend
2.a	Groot deel binnen RvB	Besluiten tot het fact waar ik verantwoordelijk voor ben	Scenario analyses	Adviserende rol	Gebruik markt/marge informatie	Op basis van Benchmark
2.b	x	Weinig gebruik van markinfo	x	Afdelingen houden zich bezig met externe ontwikkelingen	Specifiek instrument van P	Benchmark gegevens voor financiële kant
2.c	x	Ja, brainstormen, geen SWOT	Veel brainstormen	x	x	SWOT door afdelingen op te nemen in bedrijfsplan
2.d	SWOT niet, wordt wel belangrijker	Afdelingshoofden en seniorspecialisten	RvB en divisievoorzitters (beleidsraad)	x	x	x
3.a	Prismant, Case-mix tool	Prismant	Prismant, externe ontwikkelingen (VWS, Nza, B-segment, NfU)	Trends uit het verleden, Prismant, externe instellingen, huisartsen, postc, etc	Van informatie zoals hierboven beschreven is	Financiële informatie
3.b	x	Ja	x	x	x	x
3.c	x	Ja, vooral met interne bronnen	x	x	x	x
4	Te weinig op DBC gebied	Mag actueler, focus meer op verschuivingen in marktaandeel	Mag actueler, focus meer op verschuivingen in marktaandeel	Kan altijd beter, tijdigheid vooral een probleem (Prismant)	Nee, meer informatie verwijzers en onderliggende registratie	Nee, regionale informatie niet genoeg beschikbaar
5.a	Nee	Ja	Ja		Niet specifiek	Nog te beperkt
5.b	x	Kwalitatieve en kwantitatieve scenario's	Risico- analyses van grootste bedreigingen		x	x
5.c	x	x	x	x	x	x
6	Ja, RvB echter wel grote invloed met het aantrekken van de juiste mensen.	Ja	Ja, via financieel directeur	Ja	Nee, nooit genoeg, RvB grootste invloed bij aanstelling hoogeraren	Rol is beperkt, vanuit financiële, inhoudelijke hoek wel
7.a	Moeilijk aan te geven, wat is vold.?	Werknemers niet echt geïnteresseerd	Ja	Ja	Niet bekend, afdelingshoofden wel, laag daaronder?	Ja
7.b	Medewerkers betrokkenheidsonderz.		Positioneringstraject	Strategie traject en communicatieplan	x	Boekjes, bijeenkomsten, zowel inhoudelijk als qua organisatie
7.c	Via dit onderzoek	2 maanden oud nu, nog geen feedback (RvB hoort dit)	Positieve feedback	x	x	x
8	Indien B-segment groter wordt, meer informatie over relatieve positie van UMC L.	Nee, gaat juist heel goed.	x	Nee	Strategie en begroting aan elkaar koppelen	Verdere concreisering vanuit Raad van Bestuur, top-down, bottom-up Van strategie naar uitvoering is vooral erg belangrijk.
9	Ja	Ja	Ja	Ja	Lijken bij alle UMC's op elkaar, weet ik nu niet exact	Beter worden in Q
10	Zie internet	Top onderzoekscenrum worden, pt zorg focus op A-segment, geen prijsvechter	Zie internet	Zie internet	zie hierboven	Gezeven door kennis, bewogen door mensen
11	Grenzen verleggen	Onderhandelen zorgverzekeraars	Betrokkenheid	Samenhang	Patiënt prominent	Ingezet op zachte kant -> competentie kant (ondernemerschap en daarop sturen), bepaald type manager binnenhalen, incentives op het gebied
	Kennis delen	Gericht mensen trekken	Zorgvuldigheid	Top onderzoek	Kwaliteit	
	Zorgen voor mensen	Management Informatie producten	Ambitie	Onderwijs verbedingslag	Patiënten behandeling centraal	van zowel financieel als kwalitatieve aspecten.
2. Business structure						
12	Ja, bij specifieke bedrijfsvoerende asp	Ja en nee, nu geen reorganisaties dus nu niet	Ja, bij fusies. Tevens invoering DOT en dergelijke veranderingen	Ja, bij reorganisaties	Ja, eigen afdeling reorganisatie	Nee
13.a	Ja, op projectmatige basis wel	Nee	Ja, voor zover betrekking op de afdeling P&C wel	Ja	Nee	Ja
13.b	x	x	Intern en via o.a. klantenevaluaties	Plan van aanpak wordt geëvalueerd (hoe?)	x	x
14	Ja, op projectmatige basis wel	Beperkt, grote beperking zorgt voor onduidelijkheid	Ja	Niet altijd, hoofdlijnen duidelijk	Nauwelijks	Organisatiestructuur aangepast waardoor dit duidelijker is geworden
15	Ja, de RvB	Ja	Ja	Ja, speciaal team onder RvB	Ja	Ja
16	Ja, bevoegdheden structuur, bij budgetoverschrijding forse consequenties.	Ja, over budgetten. Nee: opgedrag	Professionals spreken elkaar aan, lopen hier niet achteraan	Afdelingshoofden verplicht gesteld leiderschapstrajecten deel te nemen, aansluiting	Nee, professional eigen verantwoordelijkheden	Door heldere lijnen makkelijker
17	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
17.b	Ondersteunende faciliteiten die met elkaar snijden, plannen wie OK gebr.	Registratie van DBC verrichtingen	Divisies gaan niet altijd uit van het brede belang van de organisatie	Afdelingen blijven op eigen eilandjes zitten	Registratie, wie is verantwoordelijk	Onderzoeksinstituten i.r.t. afdelingen
18	Ja	Altijd	Nee, hebben een goede communicatieafdeling	Ook maar ook coördinatie afstemming	Nee	Nee
19	Ja, balanced score card (BSC), ook mondeling 2x p.j evaluatie	Financiële zin schriftelijk, ook veel mondeling	Schriftelijk RvB- divisie managementcontracten	Beiden	Nee	Ja, afdelingsplannen
20.a	Formeel	Budgettaire zin zeer formeel	Formeel	Formele overeenkomsten	Nee	Begrotingscontracten formeel afspraken over realisatie beleidsdoelstellingen
20.b	Ja, medewerkers krijgen feedback op sturing-, beoordelingscyclus	Ja, dit is duidelijk	x	P&C samen met RvB wat afdelingen moet presteren, ieder kwartaal evaluatie	x	x
20.c	Ja	Doel de RvB	x	Afdeling ter verantwoording door RvB	x	x
21	Ieder maand op basis van BSC	Ja in financiële zin wel, één keer per kwartaal	4 keer per jaar evaluatie n.a.v. kwartaalrapportages	Meestal wel	N.v.t.	Kwartaalrapportages geven inzicht in voortgang beleidsdoelstellingen
22	x	Rapporten in combinatie met overleg hierover	Kwartaalrapportages	P&C cyclus en maandelijkse rapportage periode	P&C cyclus	Interactie tussen bedrijfsleiders en mij of mijn afdeling
23	Beoordeling businesscases van divisies.	Ter verantwoording roepen. Cultuur openheid/ positiviteit	Afdelingen zijn verantwoordelijk	Onafhankelijke afdeling die risicoanalyse uitvoert (audit belangrijkste risico's)	Centrale investeringscommissie, besluit mede over grote investerin.	x
3. Management control						
24	Projectmatige zaken	Personeel	Interne informatie; productiekosten, dbc's, zorgprofielen etc.	Divers, eigen automatische systemen, productie, financiën, Benchmark, NfU,	Financiën	Standaard managementinformatiesysteem, met voortgang op exploitatie
	Productie	Productie	Extern; benchmark (niet tijdig genoeg), zorgverzekeraars etc.	NvZ, DBC- benchmarking etc.	Productie	die is gebaseerd op de nieuwe financieringsstructuur.
	Personeel	Financiële informatie			HRM- prestatie en kwaliteitsindicatoren	
25	Rentabiliteit en winstgevendheid belangrijker, nog te weinig rekening mee	Ja	Kan altijd meer, divisie keuzen meer in lijn met N-strategie	Ja, korte termijn pt- informatie, lange termijn citizenscore	Nee, te veel op financiële informatie, niet op productie en kwaliteit	Ja
26	Ja	Ja	Ja	Verscheidend, knelt bij aanleverende deelsystemen	Nee, vertragings afsluiting rapporten en aanleveren	Ja
27	Vanuit divisies te weinig oorzaak-gevolg realite	Kan altijd beter, betrouwbaarheid en kwaliteit (ICT)	Ja	Deels, schort aan volledigheid, tijdigheid, juistheid	Goedeg informatie, gaat om tijdigheid	Gedeeltelijk
28	Productmix naar binnen toe, extem informatie uit de regio	Logistische informatie	Actuelere Benchmarkinformatie om beter te kunnen sturen	Kwaliteit prestaties mist soms en tevredenheidsonderzoek pt, studenten & mede	Productie, DBC en kwaliteitsregistratie	Equaliseren baten en lasten, basisregistratie en administratie
29	Zie boven	Zie hierboven	Veel meer extern gericht werken	Aantal indicatoren uitbreiden	Invoering EPD, gegevens centraal beschikbaar	Basisregistratie en administratie
30	Ja, wekelijks uur brainstormen, breed draagvlak	Ja	Ja	Ja	Ja, waar tot verantwoordelijkheden behoort wel, niet echt goed	Ja
31	Ja, maar wel meer voor nodig	Nee, meer voor nodig, is uitgangswaarde	Groot deel wel	Ja	Meer	Meer
31.b	MI bruikbaar op korte termijn en intern. Afzetting tussen doelen en realisatie-MI	Bestuurlijke daadkracht	Kwalitatieve analyses	Goed communicatiesysteem	Accountability (afrekenen)	Integratie met benchmarking en proces verbeteringstrajecten, inzicht kw.
32	Ja	Ja	Ja	Ja, ook met RvB		is in ontwikkeling
32.b	Ja	Ja	Ja	Business Intelligence Center bekijkt dit	Meer informatie beschikbaar dan gebruikt	
4. Verantwoording allegen						
33	Nee, onmogelijke opgave	Onmogelijke, wel in beperkte mate	Ja	Niet allesomvattend, wel veel aandachtsgebieden in de gaten gehouden	Aardig overzicht	Ja
34	Gedelegeerde verantwoordelijkheden die mensen zelf in de gaten houden	Meestal wel	Afdeling P&C zelf belangrijke rol om organisatie te informeren	Ja, dmv monitoring	Nee	Ja
35	Basale pt- zorg geen invloed. Financiering van zorg wel.	Ja, topreferente zorg valt in A-segment, B-segment nu op voorgrond	Meegenomen in strategie, moeilijk in te schatten hoe stelsel wordt	Ja, bureaucratische lasten nemen toe	Geen bekostiging van preventie	Ook
36	Ja	Ja	Ja	Ja	Onverzichtelijke website	Ja
37	IGZ indicatoren	Jaarverslag (extern)	Jaarverslag	Jaarverslag (algemeen)	Jaarverslag	Boekjes beter worden in Q
	Jaarrekening	IGZ (extern)	Missie	Jaarrekening (financiële)	IGZ	Jaardocument
	Jaarverslag	Narcisculatie (extern) en Kwartaalrapportage (Intern)	Visie	Kwaliteitsindicatoren	Patiëntenschrift	Begrotingen/ rapportages

