

Samen bouwen aan de waarborging van de kwaliteit van zorg

*De rol van de manager bij het sturen op kwaliteit in de verschillende
organisatorische lagen binnen Arkin*



Lenny Gieling MSc
Amsterdam, 1 juli 2010

Samen bouwen aan de waarborging van de kwaliteit van zorg

*De rol van de manager bij het sturen op kwaliteit in de verschillende
organisatorische lagen binnen Arkin*

Door: Lenny Gieling MSc
Studentennummer: 336711
Opleiding: Zorgmanagement, Erasmus Universiteit Rotterdam

Begeleider: Dr. M. Strating
Meelezer: Dr. A. Stoopendaal

December 2009 – juli 2010



In een samenleving waarin mensen behoefte hebben aan vooruitgang is het van essentieel belang dat ze vrijheid bezitten

(Dalai Lama)

Voorwoord

Kwaliteit van de zorg is voor mij een aspect van de zorg waar de patiënt recht op heeft, de organisatie zich mee onderscheidt en de zorgprofessional in ondersteund moet worden. Het is dus van essentieel belang dat er goed gestuurd wordt op de kwaliteit van zorg. Middels dit onderzoek heb ik getracht meer inzicht te krijgen in het sturen op de kwaliteit van zorg. Ik wens u veel plezier met het lezen van dit rapport.

Dit onderzoek is niet mogelijk geweest zonder hulp van anderen. Allereerst wil ik de organisatie Arkin bedanken voor de ruimte die mij is gegeven om dit onderzoek uit te voeren. In het bijzonder de respondenten die tijd en energie hebben gestoken in het invullen van de vragenlijsten en het deelnemen aan de interviews. Daarnaast wil ik Marianka Brouwer bedanken voor het meedenken, de nuttige feedback en de vrijheid en vertrouwen die ze me heeft gegeven om dit onderzoek uit te kunnen voeren. Het was af en toe nodig om mij een zetje te geven zodat ik weer met goede moed verder kon werken.

Daarnaast wil ik Mathilde Strating van de Erasmus Universiteit bedanken voor haar tijd en kritische feedback. Ik kon altijd bij je terecht. En mede door onze open communicatie en goede samenwerking heb ik deze scriptie tot een goed einde kunnen brengen. Door je openheid en goede input ben ik het onderzoek nog leuk gaan vinden. Ook wil ik medestudent Anita van den Berg bedanken voor haar feedback. Ondanks dat ik van de scriptiegroep afweek heb je me nog nuttige feedback kunnen geven.

Ten slotte wil ik mijn lieve vriend Reinout bedanken voor zijn input en geduld. Wat moet je mijn gemopper af en toe zat zijn geweest. Toch heb je me te allen tijde gesteund en gezorgd voor een rustige thuisbasis. Vanaf nu gaan wij samen genieten in Monnickendam!

Lenny Gieling

Amsterdam, 1 juli 2010

Samenvatting

Inleiding

Managers in de verschillende organisatorische lagen binnen zorgorganisaties hebben een belangrijke rol bij het sturen op kwaliteit. De veranderingen in de zorgsector hebben vaak als gevolg dat zorgorganisaties ook moeten veranderen. Er vinden fusies plaats en daarmee ook verschuivingen in de managementlagen binnen de organisaties. Dit onderzoek gaat in op de rollen van de managers van verschillende organisatorische lagen op het sturen op kwaliteit binnen de Business Unit (BU) Wijkgerichte Zorg van de GGZ-organisatie Arkin. Deze organisatie is ontstaan door een aantal fusies. Dit onderzoek gaat in op welke rollen managers van verschillende organisatorische lagen (midden-management en operationeel management) van Arkin hebben met betrekking tot het sturen op kwaliteit om de zorgkwaliteit te kunnen waarborgen binnen de nieuwe structuur van Arkin. De managementrollen-theorie van Quinn et al (1996) is gebruikt als theoretisch raamwerk.

Methode

Er is aan 4 clustermanagers (midden-management), 19 hoofden (operationeel management) en 72 medewerkers van de BU Wijkgerichte Zorg van Arkin een vragenlijst uitgestuurd. In deze vragenlijst is gevraagd naar het belang van 10 kwaliteitsactiviteiten. Aan de clustermanagers en hoofden is gevraagd hoe vaak zij deze kwaliteitsactiviteiten toepassen. Tevens is aan hen gevraagd de zelfbeoordelingstest van Quinn in te vullen. Aan alle respondenten is gevraagd hoe vaak zij van een andere organisatielaag (clustermanagers en hoofden) verwachten dat deze de kwaliteitsactiviteiten toepast en welke rollen zij van de andere organisatielaag (clustermanagers en hoofden) verwachten in het sturen op kwaliteit. Daarnaast zijn 2 clustermanagers, 2 hoofden en 2 medewerkers over dezelfde onderwerpen geïnterviewd.

Resultaten

4 clustermanagers, 10 hoofden en 30 medewerkers hebben de vragenlijsten ingevuld. Alle lagen vinden de kwaliteitsactiviteiten belangrijk. Zowel de clustermanagers als de hoofden zeggen vaak de kwaliteitsactiviteiten toepassen, waarbij de hoofden hoger scoren dan de clustermanagers. Van beide respondentengroepen wordt meer verwacht in de toepassing van de kwaliteitsactiviteiten. De clustermanagers scoren het hoogst op de rollen '*mentor*', '*stimulator*' en '*producent*'. De hoofden verwachten van de clustermanagers de rollen: '*stimulator*', '*bemiddelaar*' en '*innovator*'. De hoofden scoren zelf het hoogst op de rollen '*mentor*', '*bestuurder*' en '*innovator*'. De clustermanagers verwachten van de hoofden de

rollen: *'bestuurder'*, *'stimulator'* en *'producent'*. De medewerkers verwachten van de hoofden de rollen: *'mentor'*, *'bestuurder'* en *'producent'*.

Conclusie

Binnen de Business Unit is geen duidelijk onderscheid tussen clustermanagers en hoofden op het sturen op kwaliteit van zorg. Bovendien verwachten clustermanagers en hoofden van elkaar dat ze de kwaliteitsactiviteiten toepassen die ze zelf belangrijk vinden en zelf vaak zeggen toe te passen. Ook zijn er slechts nuanceverschillen gevonden in de managementrollen van Quinn tussen clustermanagers en hoofden. Hierbij geldt ook dat clustermanagers en hoofden de rollen van elkaar verwachten die zij zelf zeggen vaak toe te passen. Door een verkeerde beeldvorming van de andere organisatie laag is het mogelijk dat er hiaten in de sturing op kwaliteit ontstaan. Dit kan mogelijk ten koste gaan van de kwaliteit van zorg.

Summary

Introduction

Managers at different organisational levels within health care organisations have an important role in steering quality. Changes in the health care sector in the Netherlands often result in changes in the structure of a health care organisation. Mergers of health care organisations often lead to changes in the management levels within health care organisations. This study examines the roles of managers on different organisational levels in steering quality in the Business Unit (BU) 'Wijkgerichte Zorg' of the mental health care organisation Arkin. This organisation is created by several mergers. This research focuses on the role of managers from different organisational levels (middle management and operational management) with respect to steering quality to ensure the quality of health care within the new structure. The management roles theory of Quinn was used as a theoretical framework.

Methods

4 cluster managers (middle management), 19 department managers (operational management) and 72 employees were asked to complete a questionnaire. This questionnaire investigates the importance of 10 quality activities. The cluster managers and department managers were asked how often they use these quality activities. They were also asked to complete the self-assessment questionnaire of Quinn. All respondents were asked how often they expect other organisational levels (cluster- and department managers) to use the quality activities and which roles they expect from the other organisational level (cluster- and department managers) in steering quality. Also 2 cluster managers, 2 department managers and 2 employees were interviewed about the same subjects.

Results

4 cluster managers, 10 department managers and 30 employees have completed the questionnaire. All respondents think the quality activities are important. Both cluster managers and department managers say they often apply these quality activities, at which the department managers score higher than the cluster managers. From both groups of respondents more is expected in the application of the quality activities. Cluster managers score highest on the management roles of '*mentor*', '*facilitator*' and '*producer*'. Department managers expect from cluster managers that they apply the management roles '*facilitator*', '*broker*' and '*innovator*'. Department managers score highest on the management roles of '*mentor*', '*director*' and '*innovator*'. Cluster managers expect from department managers that

they apply management roles of *'director'*, *'facilitator'* and *'producer'*. Employees expect from their department managers the roles of *'mentor'*, *'director'* and *'producer'*.

Conclusion

No clear distinction is found between cluster managers and department managers in steering quality. Both cluster managers and department managers expect from each other to apply the quality activities they themselves perceive as important. There are only minor differences found in management roles of Quinn between cluster managers and department managers. Also the cluster managers and department managers expect from each other that they apply the roles they apply themselves. A false image of the other organisational level may lead to gaps in steering quality. This may be detrimental for the quality of care.

Voorwoord.....	4
Samenvatting	5
Summary.....	7
1. Inleiding.....	10
1.1 Rol van kwaliteit van zorg binnen de marktwerking.....	10
1.2 Organisatorische veranderingen binnen zorgorganisaties.....	11
1.3 Sturen op kwaliteit van zorg over verschillende organisatorische lagen	11
1.4 Casus beschrijving Arkin.....	12
2. Onderzoeksopzet	15
2.1 Probleemstelling	15
2.2 Onderzoeksvraag.....	15
2.3 Studievragen.....	15
3. Theoretische raamwerk	16
3.1 Managementrollen Mintzberg.....	16
3.2 Managementrollen Quinn et al	17
3.3 Keuze managementtheorie	22
3.4 Managementrollen organisatielagen	22
4. Methoden	25
4.1 Vragenlijst.....	26
4.2 Kwantitatieve analyses	28
4.3 Interviews.....	29
5. Resultaten	31
5.1 Demografische gegevens respondentengroep.....	31
5.2 Onderzoeksvraag 1.....	32
5.3 Onderzoeksvraag 2.....	36
5.4 Onderzoeksvraag 3.....	38
5.5 Onderzoeksvraag 4.....	43
5.6 Onderzoeksvraag 5.....	47
6. Discussie	53
6.1 Bevindingen onderzoek.....	53
6.2 Methodologische beperkingen	59
6.3 Vervolgonderzoek.....	61
6.4 Aanbevelingen	62
6.5 Algemene conclusie.....	63
Literatuurlijst:.....	65
Bijlage 1: Organogram BU Wijkgerichte Zorg	67
Bijlage 2: vragenlijst clustermanagers	68
Bijlage 3: Cronbach's alpha vragenlijst	80
Bijlage 5: Demografische gegevens hoofden echelon 4	82
Bijlage 6: Demografische gegevens medewerkers echelon 5.....	83
Bijlage 7: Belang kwaliteitsactiviteiten per echelon	84
Bijlage 8: Toepassing kwaliteitsactiviteiten per echelon.....	85
Bijlage 9: Toepassing kwaliteitsactiviteiten echelon 3.....	86
Bijlage 10: Toepassing kwaliteitsactiviteiten echelon 4.....	87
Bijlage 11: Quinn-rollen per echelon.....	88
Bijlage 12: Quinn-rollen echelon 3.....	89
Bijlage 13: Quinn-rollen echelon 4.....	90

1. Inleiding

In de afgelopen decennia is marktwerking in de zorg een belangrijker onderwerp geworden. Sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel per 1 januari 2006 is marktwerking in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem een steeds grotere rol gaan spelen. Door middel van dit nieuwe zorgstelsel wordt gestreefd naar een zo veel mogelijk zelfregulerend systeem van de gezondheidszorg in Nederland (Sauter, 2009). In voorbereiding op het nieuwe zorgstelsel werd dit zelfregulerend systeem als volgt gedefinieerd: “Samengevat komt de nieuwe rolverdeling neer op een versterking van de positie van de zorgvrager ten opzichte van de positie van de aanbieder en de verzekeraar, een versterking van de positie van de verzekeraar ten opzichte van de zorgaanbieders, en vergroting van de speelruimte voor de zorgaanbieders. De rol van de overheid is in die rolverdeling kaderstellend en toezichthoudend” (Tweede Kamer, 2000-2001).

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) stelt daarop dat door het invoeren van het nieuwe zorgstelsel concurrentie wordt gestimuleerd. Het argument hiervoor is dat concurrentie tussen zorgaanbieders zorginstellingen dwingt en motiveert om de beste kwaliteit zorg te leveren. Hierbij staat de cliënt centraal, spelen marktprikkels een grotere rol en heeft de overheid een steeds kleinere rol. Daarbij is samenwerking tussen zorginstellingen van groot belang (VWS, 2009).

1.1 Rol van kwaliteit van zorg binnen de marktwerking

We kunnen concluderen dat de marktwerking in de afgelopen jaren tot veel veranderingen in de zorg heeft geleid en dit zal naar verwachting in de komende jaren tot nog meer merkbare veranderingen leiden. Marktwerking gaat echter niet alleen over het efficiënter werken in de zorg. Ook andere aspecten van de zorg, zoals klantgerichtheid en zorgkwaliteit worden steeds belangrijker. Het vraagt daarom een andere manier van werken van mensen op alle organisatieniveaus (Lavender & Alstein, ND). Organisaties worden meer op hun resultaten en verantwoordelijkheden aangesproken, waardoor professionals steeds meer te maken krijgen met de bedrijfsmatige gevolgen van gemaakte keuzes (Houben, 2009).

Partijen als de overheid, zorgverzekeraars en patiëntenbewegingen verwachten in toenemende mate van zorgaanbieders dat zij verantwoording afleggen over de kwaliteit van hun zorg. Ook de cliënt zelf wordt steeds mondiger en heeft meer kennis om de kwaliteit van zorg te kunnen beoordelen (Havenaar et al, 2008). Door middel van het leveren van kwalitatieve goede zorg kunnen zorginstellingen zich als maatschappelijke onderneming

onderscheiden van andere zorginstellingen (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2003). Wanneer een zorgaanbieder ten opzichte van andere zorgaanbieders slechter presteert, zal de organisatie daarop worden afgerekend door de betrokken partijen. Zorgaanbieders zijn daarom mede door de marktwerking verplicht om te sturen op de beste kwaliteit van zorg.

1.2 Organisatorische veranderingen binnen zorgorganisaties

Steeds meer zorgaanbieders fuseren om hun schaal te vergroten. Dit kan verschillende oorzaken hebben. Soms is schaalvergroting nodig uit financieel oogpunt. Een ander argument is dat zorgaanbieders veel risico's zien. Door middel van schaalvergroting kunnen deze risico's worden gedeeld. Ook het vormen van ketens kan een reden zijn voor een fusie. Door te gaan fuseren, kunnen zorgaanbieders hun positie versterken en de marktwerking beter aan (van Ree, 2010).

Na de fusies hebben veel gezondheidszorginstellingen een regiomodel ingevoerd. Hiermee worden de organisaties die eerder zijn gefuseerd ontvlochten maar met de instandhouding van een centraal imago en een centraal besturingsapparaat. Een veelgehoord motto daarbij is: "Centraal wat moet en decentraal wat kan". Nadat een organisatie is gekanteld, waarbij er decentralisatie plaatsvindt van de verschillende beslissingsbevoegdheden, zijn de daarmee gepaard gaande nieuwe verdeling van verantwoordelijkheden niet altijd goed gecommuniceerd of vastgelegd. Als gevolg daarvan kunnen onderlinge spanningen ontstaan tussen leidinggevendenden van verschillende organisatorische lagen (Houben, 2009). Hier moet goed mee worden omgegaan om efficiënte en doelmatige zorg te kunnen waarborgen.

1.3 Sturen op kwaliteit van zorg over verschillende organisatorische lagen

De vraag is in hoeverre het sturen op kwaliteit is ingebouwd in de functie van de managers binnen de veranderende zorgorganisaties. Door de groei van zorgorganisaties kan er een kloof ontstaan tussen de zorgmanager en de zorgprofessional. De schaalvergroting kan er toe leiden dat er een grotere afstand ontstaat tussen het management en de werkvloer. Er wordt van twee kanten aan de zorgmanager getrokken. Hij moet zowel betrokkenheid tonen naar de werkvloer als een hand houden aan de kosten en het verantwoorden naar externe partijen. De vraag is hoe de zorgmanager hierin zijn verantwoordelijk draagt voor de kwaliteit van zorg en alle betrokken partijen tevreden houdt (Stoopendaal, 2008).

De vraag is hoe managers van verschillende organisatorische lagen omgaan met het sturen op kwaliteit. Aangezien, zoals eerder beschreven, het waarborgen van de zorgkwaliteit onder

andere een onderdeel van marktwerking is, is het zinvol om te weten hoe belangrijk marktwerking is voor de verschillende lagen. Uit onderzoek van Lavender & Alstein (ND) is gebleken dat marktwerking een strategische koers is die goed past bij het hogere management in een zorgorganisatie. Echter zijn deze hogere managers volgens hetzelfde onderzoek minder goed in samenwerken, waardoor er een kloof ontstaat met operationele managers en mensen op de werkvloer. Deze twee lagen werken bovendien minder marktgericht. Lavender & Alstein stellen daarom dat het hoger management verantwoordelijk is voor het aansluiten van marktwerking op andere organisatieniveaus. Toch speelt marktwerking op de lagere niveaus in de organisatie ook een belangrijke rol omdat daar de kwaliteit van zorg uiteindelijk tot uiting komt. Managers van verschillende lagen kunnen een belangrijke rol spelen in de kwaliteit van de geleverde zorg.

1.4 Casus beschrijving Arkin

Ook binnen de Amsterdamse GGZ-instelling Arkin zijn er meerdere organisatielagen betrokken bij het sturen op de kwaliteit. Deze organisatielagen hebben de afgelopen veel veranderingen ondergaan door de vele wijzigingen in de organisatie. In januari 2007 zijn de GGZ-instelling Mentrum en verslavingszorginstelling Jellinek samengegaan (Arkin, 2007). Deze organisatie is verder gegaan onder de naam JellinekMentrum, waarna in september 2008 een fusie is aangegaan met GGZ-instelling AMCdeMeren (Arkin, 2008). Deze twee organisaties werken samen verder onder de naam Arkin.

Momenteel vinden er wederom grote veranderingen plaats binnen Arkin. In het eerste kwartaal van het jaar 2010 is binnen de GGZ-organisatie Arkin een Business-Unit (BU) structuur ingevoerd. De organisatie is als ware ontvlochten naar drie decentrale BU's, maar het besturingsapparaat blijft op Arkin-niveau bestaan. De reden voor deze invoering is de noodzaak om op korte termijn tot versterking van de interne slagvaardigheid te komen (Arkin, 2009a). Door de eerdere fusies is de organisatie van een dergelijke omvang geworden dat er veel directeurs werkzaam waren binnen Arkin. In de oude situatie bestond Arkin uit 8 directies met in totaal 15 directeurs. Dit leidde tot veel overleg, zowel intern als extern. De nieuwe structuur heeft niet direct invloed op de functies op de werkvloer, maar wel op de structuur van de aansturing van het werk.

Arkin bestaat uit verschillende organisatorische lagen die echelons worden genoemd. Bovenaan staat op centraal niveau de Raad van Bestuur. Dit is het 1^e echelon. Daarnaast heeft Arkin zich opgesplitst in drie BU's: BU Wijkgerichte Zorg, BU Curatieve zorg en BU Hoog Intensief. Dit onderzoek gaat verder alleen in op de BU Wijkgerichte Zorg omdat alleen

binnen deze BU op het moment van onderzoek alle veranderingen zijn doorgevoerd. Het organogram van deze BU is terug te vinden in bijlage 1. De BU wordt aangestuurd door twee directeuren op het 2^e echelon, een directeur behandelingen en een directeur bedrijfsvoering (Arkin, 2009b). De BU heeft zijn eigen staf, waardoor er meer staf-activiteiten op decentraal niveau plaatsvinden (Arkin, 2009c). Binnen de BU zijn zes clustermanagers op het 3^e echelon aangesteld die duaal leiding (manager behandelingen en manager bedrijfsvoering) geven aan de drie clusters. Binnen deze clusters bestaan vervolgens eenheden/locaties die worden aangestuurd door een hoofd op het 4^e echelon. Het uitgangspunt hierbij is dat een hoofd 40 ambulante of 50 klinische medewerkers op het 5^e echelon aanstuurt (Arkin, 2009b).

Voor de locaties die voorheen onder de naam AMCdeMeren werkten, geldt dat het aantal organisatorische lagen hetzelfde blijft als in de oude situatie, namelijk drie managementlagen. Op het 4^e echelon werden de teams op de verschillende locaties aangestuurd door een hoofd. Deze functie blijft redelijk gelijk aan de oude functie. Er hebben geen grote verschuivingen van personeel plaatsgevonden. Boven deze teams stond een hoofd op het 3^e echelon dat een aantal locaties onder zijn functie moest aansturen. Deze functie wordt vervangen door de nieuwe functie van clustermanager. Echter zijn naar verhouding minder clustermanagers aangesteld dan hoofden in de oude situatie en er hebben een aantal verschuivingen van personeel plaatsgevonden binnen deze functie (Arkin, 2009a).

Voor de locaties die onder JellinekMentrum vallen, is een extra organisatorische laag ontwikkeld. Ook hierbij geldt dat de functie van hoofd op het 4^e echelon redelijk hetzelfde blijft als in de oude situatie. Daarentegen bestond er in de oude situatie geen gelijkwaardige functie aan de clustermanager in de nieuwe situatie. Hiervoor zijn nieuwe medewerkers aangesteld (Arkin, 2009a).

Met de nieuwe structuur binnen Arkin ontstaan er (deels) nieuwe organisatorische lagen en ontstaan er (deels) nieuwe functies voor managers in deze organisatorische lagen. Deze nieuwe structuur kan consequenties hebben voor het sturen op kwaliteit. De vraag is wat de consequenties zijn van een extra managementlaag in de BU voor de kwaliteit van zorg. Daarom gaat dit onderzoek in op de rol van de manager bij de sturing op de kwaliteit van zorg. Ook binnen Arkin is er behoefte naar informatie over de invulling van verschillende soorten managers op het waarborgen van de kwaliteit van zorg. Gebleken is dat het sturen op kwaliteit een relatief onbekend begrip is voor de managers binnen Arkin. Toch gebeurt het vaak al wel op een onbewuste manier. Door middel van dit onderzoek wordt getracht hier

meer inzicht in te krijgen. De vraag is daarom hoe belangrijk managers het sturen op kwaliteit van zorg vinden en welke rol zij daar in de huidige situatie in aannemen. Ook wordt gekeken of de verwachtingen van de andere organisatie laag in het sturen op kwaliteit van zorg aansluit bij de werkelijke uitvoering daarvan. Dit onderzoek focust zich op rol van de clustermanagers op het 3^e echelon (midden-management) en de hoofden op het 4^e echelon (operationeel-management)

2. Onderzoeksopzet

Om in te gaan op de casus, zoals beschreven in vorig hoofdstuk, zijn de volgende probleemstelling, onderzoeksvraag en studievragen geformuleerd.

2.1 Probleemstelling

Onduidelijk is welke rol managers van verschillende organisatorische lagen van Arkin hebben met betrekking tot het sturen op kwaliteit om de zorgkwaliteit te kunnen waarborgen binnen de nieuwe structuur van Arkin.

2.2 Onderzoeksvraag

Hoe geven managers van verschillende organisatorische lagen van Arkin invulling aan het sturen op kwaliteit om de zorgkwaliteit te kunnen waarborgen binnen de nieuwe structuur van Arkin?

2.3 Studievragen

- Hoe belangrijk vinden de medewerkers/managers van het 3^e, 4^e en 5^e echelon van Arkin de diverse activiteiten die tot waarborging van kwaliteit kunnen leiden?
- Hoe vaak passen managers van het 3^e en 4^e echelon van Arkin de diverse activiteiten toe die tot waarborging van kwaliteit kunnen leiden?
- Hoe vaak verwachten medewerkers/managers van het 3^e, 4^e en 5^e echelon van Arkin van managers van een ander echelon dat zij de diverse activiteiten toepassen die tot waarborging van kwaliteit kunnen leiden?
- Welke managersrollen met betrekking tot het sturen op kwaliteit zijn er op het 3^e en 4^e echelon van Arkin te onderscheiden?
- Welke managersrollen met betrekking tot het sturen op kwaliteit verwachten medewerkers/managers van het 3^e, 4^e en 5^e echelon van een managers van een andere echelon om de zorgkwaliteit te kunnen waarborgen binnen de nieuwe structuur van Arkin?

3. Theoretische raamwerk

Om te kunnen bepalen hoe managers op verschillende organisatorische lagen invulling geven aan de kwaliteit van zorg dient er eerst inzicht te worden verkregen in de verschillende rollen die managers kunnen aannemen. Een rol is letterlijk vertaald een groep van georganiseerde gedragingen (Mintzberg 1973). Ook voor managers in de gezondheidszorg geldt dat zij zich in steeds complexere rollen moeten verplaatsen omdat hun activiteiten mensen, de kwaliteit van zorg en het functioneren van de organisatie aangaan. Managers dienen op de hoogte te zijn van de problemen rond de interacties tussen de professionals en cliënten en daarnaast dienen zij rekening te houden met de behoeften van de patiënten. Het zijn dus veeleisende en uitdagende rollen die een manager in de gezondheidszorg aan moet nemen (Leebov en Scott, 1990).

3.1 Managementrollen Mintzberg

Er zijn verschillende theorieën beschreven over managementrollen. Mintzberg (1973) beschrijft op een algemeen niveau tien verschillende managementrollen die onder te verdelen zijn naar drie hoofdrollen. Deze doelen zijn ontwikkeld om de taken van een manager te kunnen bepalen. De tien rollen zijn:

Drie interpersoonlijke rollen:

Deze rollen zijn gericht op het leggen en onderhouden van persoonlijke relaties en ceremonieel werk.

- *Boegbeeld*: representeert en vertegenwoordigt zowel intern als extern de organisatie.
- *Leider*: stuurt en steunt de medewerkers.
- *Tussenpersoon*: bouwt op en onderhoudt het externe netwerk dat de organisatie van informatie kan voorzien.

Drie informatieve rollen:

Deze rollen zijn gericht op het verkrijgen van externe informatie en het beschikken over interne informatie.

- *Waarnemer*: verzamelt, rangschikt en beoordeelt verkregen informatie.
- *Verspreider*: speelt de interne en externe verkregen informatie door.
- *Woordvoerder*: speelt informatie door naar relevante buitenstaanders.

Vier besluitvormende rollen

Deze rollen zijn gericht op het nemen van belangrijke besluiten.

- *Ondernemer*: functioneert tegelijk als initiator en begeleider van belangrijke geleide veranderingen in de organisatie.
- *Problemenoplosser*: gaat met de problemen en onverwachte verandering om in de dagelijkse gang van zaken.
- *Middelen toewijzer*: wijst de middelen (geld, menskracht, macht, machines en materialen), maar ook managementtijd toe aan personen of activiteiten.
- *Onderhandelaar*: vertegenwoordigt en behartigt de verschillende belangen van de organisatie.

Deze tien rollen zijn in mindere of meerdere mate te herkennen bij managers in de verschillende organisatorische lagen. Paolillo (1981) stelt daarbij dat deze tien rollen echter verschillend tot uiting komen over de drie lagen van management: hoger management, midden management en lager management. Onder hoger management komen voornamelijk de informatieve rollen naar voren: woordvoerder, verspreider en waarnemer. Managers op het midden niveau verplaatsen zich meer in de rol van leider of tussenpersoon. Op lager niveau is de manager meer een probleemoplosser. Ook Pavett en Lau (1983) stellen dat het lager management voornamelijk probleemoplossend te werk gaat, maar daarnaast kan deze manager zich ook de rol van onderhandelaar en leider op zich nemen.

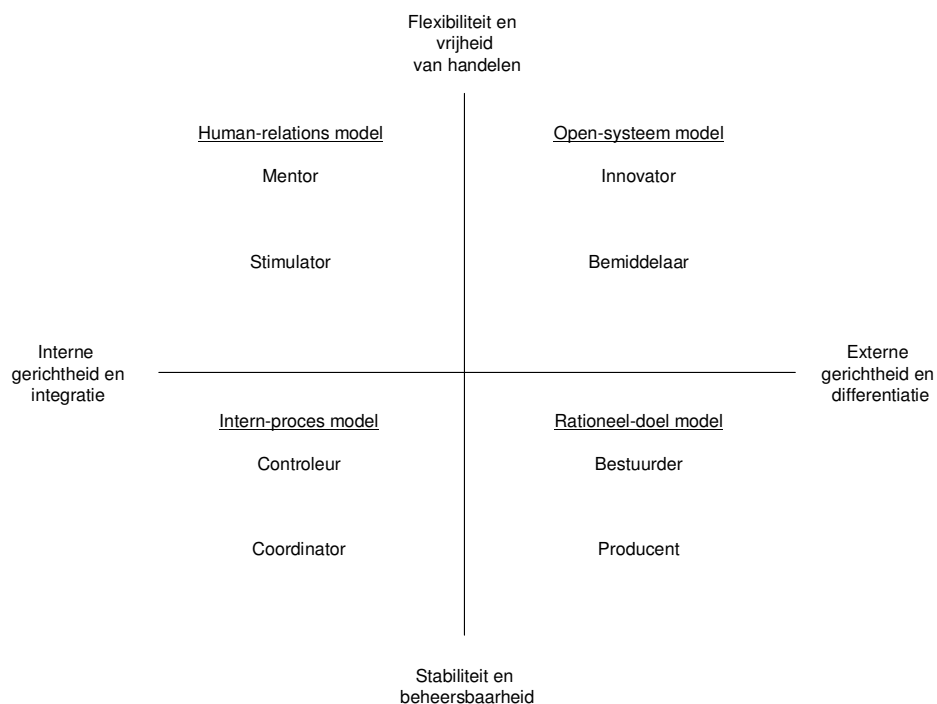
De tien managementrollen van Mintzberg zijn getoetst onder managers binnen verschillende sectoren. Echter zijn deze rollen door Mintzberg nooit getoetst binnen de gezondheidszorgsector Guo (2002). Daarom is de vraag of deze rollen bruikbaar zijn binnen de gezondheidszorgsector. Uit onderzoek van Guo (2002) komt naar voren dat vier van deze rollen (tussenpersoon, waarnemer, ondernemer en middelen toewijzer) bepalend zijn bij het ontwikkelen van strategie door hoger management in academische medisch centra. In het onderzoek van Guo en Calderon (2007) komt naar voren dat midden managers in paramedische gezondheidszorg sector de rollen vertonen van leider, probleemoplosser en onderhandelaar. Over de rollen van lager management in de gezondheidszorg is geen informatie gevonden.

3.2 Managementrollen Quinn et al

Quinn en Rohrbaugh (1983) hebben de managementrollen van Mintzberg verder ontwikkeld. Allereerst hebben zij gekeken welke criteria van belang zijn om vast te stellen of een organisatie effectief is. Zij hebben daarvoor de 30 effectiviteitscriteria van Campbell (1977)

gebruikt. Aan de hand van een expertpanel zijn deze effectiviteitscriteria teruggebracht naar 13 effectiviteitscriteria die verder werden gebruikt in het onderzoek. Deze 13 indicatoren werden geanalyseerd waaruit twee belangrijke dimensies naar voren kwamen die de 13 indicatoren in vier clusters verdelen. De eerste dimensie onderscheidt de effectiviteitscriteria waarin de nadruk ligt op flexibiliteit en vrijheid van handelen van de criteria waarin de nadruk ligt op stabiliteit en beheersbaarheid. De tweede dimensie onderscheidt de effectiviteitscriteria waarin de nadruk ligt op interne gerichtheid en integratie van de criteria waarin de nadruk ligt op externe gerichtheid en differentiatie. Dit is het concurrerende-waardenmodel. Hieruit ontstaan vier soorten modellen waarna de effectiviteitscriteria kunnen worden ingedeeld. Deze vier modellen worden in figuur 1 weergegeven in het concurrerende-waardenmodel.

- Rationeeldoelmodel
- Internprocesmodel
- Human-relationsmodel
- Opensysteemmodel



Figuur 1: de managementrollen van Quinn et al (1996) in het concurrerende-waarden model

Met het concurrerende-waardenmodel worden vier vormen van organisatiegedrag onderscheiden die elkaar afwisselen afhankelijk van de situatie waarin de manager zich bevindt. Deze organisatiegedragingen vragen elk om een andere stijl van leidinggeven.

Quinn et al (1996) hebben in het concurrerende-waardenmodel per model twee managementrollen benoemd. Zij stellen dat er accentverschillen liggen in de belangrijkste vaardigheden van managers per organisatielaag, omdat de verantwoordelijkheden per organisatielaag verschillen. Zij nemen aan dat een enkele managementrol niet voldoende is binnen complexe situaties. Daarom dient een manager verschillende managementrollen in mindere of meerdere mate te kunnen toepassen. De verschillende managementrollen zijn eveneens in figuur 1 weergegeven.

Human-relationsmodel:

In dit model zijn inzet, samenhang en moreel de essentiële waarden. De volgende managersrollen zijn daarbij te onderscheiden:

- *Mentor*: houdt zich bezig met de ontwikkeling van mensen vanuit een empathische houding. Hij concentreert zich op de ontwikkeling van mensen, en ondersteunt en waardeert hen. Hij heeft oog voor het individu.
- *Stimulator*: moedigt samenwerking aan, creëert samenwerken en teamgeest. Dit betekent dat de stimulator probleemoplossend en conflictbeheersend te werk gaat.

Opensysteemmodel:

In dit model moeten organisaties zich voortdurend aanpassen om aan de eisen van de concurrerende omgeving te voldoen. De volgende managersrollen zijn daarbij te onderscheiden:

- *Innovator*: maakt aanpassingen en verandering mogelijk. Hij schenkt aandacht aan de veranderende omgeving en speelt hier op in. Hij kan goed omgaan met onzekerheid en risico.
- *Bemiddelaar*: is gericht op het verkrijgen van productiemiddelen van buitenaf en hecht grote waarde aan begrippen als imago, presentatie en reputatie. Een bemiddelaar heeft overredingskracht, invloed en macht.

Rationeeldoelmodel:

Dit model gaat in op de effectiviteit van een organisatie afgemeten aan de productiviteit en de winst. De volgende managersrollen zijn daarbij te onderscheiden:

- *Bestuurder*: maakt zijn verwachtingen en visie duidelijk aan zijn medewerkers. Hij stelt duidelijke doelen en koppelt daar een planning aan vast. Hij neemt initiatieven, definieert problemen, rollen en taken en stelt het beleid en de regels op. Hij geeft instructies of hij delegeert.

- *Producent*: is sterk gericht op de taak en heeft daarbij een grote betrokkenheid en motivatie. Hij is dus gericht op het bevorderen van een productieve werkomgeving, waarbij time- en stressmanagement een grote nadruk krijgen.

Internprocesmodel:

Dit model stelt dat stabiliteit en continuïteit bepalend zijn voor de effectiviteit van een organisatie. De volgende managersrollen zijn daarbij te onderscheiden:

- *Controleur*: weet precies wat er speelt. Hij controleert of iedereen zich aan de regels houdt en of de doelen worden gehaald. Hij is gericht op details, analyseert en controleert.
- *Coördinator*: is gericht op structuren en systemen. Dit is geen doel op zich, maar een middel om tot taakverlichting te komen. Hij gaat om met crisis en heeft aandacht voor technologische, logistieke en huishoudelijke taken.

Vervolgens hebben (Quinn et al, 1996) vastgesteld welke vaardigheden er per managementrol van belang zijn. Deze vaardigheden worden weergegeven in tabel 1.

Rol	Belangrijkste vaardigheden
Mentor	Inzicht in zichzelf en anderen
	Effectief communiceren
	Ontwikkeling van werknemers
Stimulator	Teambuilding
	Participerende besluitvorming gebruiken
	Conflict managen
Innovator	Leven met verandering
	Creatief denken
	Management van veranderingen
Bemiddelaar	Een machtsbasis opbouwen en handhaven
	Onderhandelen over inzet en onderbouwing
	Ideeën presenteren
Bestuurder	Een visie ontwikkelen en communiceren
	Doelen en doelstellingen formuleren
	Ontwerpen en organiseren
Producent	Productief werken
	Een productieve werkomgeving bevorderen
	Tijd- en stressmanagement
Controleur	Informatie beheersen door kritisch denken
	Omgaan met een overvloed aan informatie
	Kernprocessen beheren
Coördinator	Projectmanagement
	Taken ontwerpen
	Crossfunctioneel management

Tabel 1: De acht rollen en hun belangrijkste vaardigheden (Quinn et al, 1996).

Quinn et al (1996) zijn van mening dat een sterke manager goed in staat is om de acht rollen en daarbij passende vaardigheden flexibel te combineren en ze op het juiste moment weet toe te passen afhankelijk van de situatie waarin hij zich bevindt. Bovendien kan aan de hand van het concurrerende-waardenmodel bepaald worden hoe managers elkaar kunnen aanvullen. Dit kan wellicht van toegevoegde waarde zijn in dit onderzoek om een uitspraak te kunnen doen over de relatie tussen clustermanagers en de hoofden.

3.3 Keuze managementtheorie

In dit theoretisch raamwerk wordt uitgegaan van twee theorieën: die van Mintzberg (1973) en die van Quinn et al (1996). (Guo, 2003) heeft onderzoek gedaan naar de overlap in managementrollen in het hoger management en kwam daarmee op de volgende overeenkomstige managementrollen:

- leider (Mintzberg: leider Quinn: mentor, stimulator)
- tussenpersoon (Mintzberg: tussenpersoon, Quinn: bemiddelaar)
- waarnemer (Mintzberg: waarnemer, Quinn: controleur)
- problemenoplosser (Mintzberg: problemen oplosser, Quinn: producent, stimulator)
- middelentoewijzer (Mintzberg: middelentoewijzer, Quinn: coördinator, bestuurder, producent)
- strategist (Mintzberg: Ondernemer Onderhandelaar, Quinn Innovator, bemiddelaar)
(Guo, 2003)

Hieruit blijkt dat er veel overeenkomsten zijn tussen de theorieën van Mintzberg en Quinn. Echter geldt deze overlap enkel voor hoger management in de algemene gezondheidszorg. Het is onduidelijk hoe deze overlap is in andere organisatorische lagen en specifiek voor de geestelijke gezondheidszorg. In dit onderzoek wordt de theorie van Quinn et al (1996) als uitgangspunt genomen, omdat deze theorie van een recentere datum is en verder gaat op de theorie van Mintzberg. Daarnaast gaat Quinn in op de concurrerende waarden van de managementrollen die een toevoeging kan zijn voor het bepalen van de relatie tussen clustermanagers en hoofden. De rollen van de managers op de verschillende organisatorische lagen kunnen worden geplaatst in het concurrerende-waarden model. Op deze manier kan worden bepaald of het 3e en 4e echelon elkaar kunnen aanvullen. Bovendien zijn de rollen van Quinn meer gedifferentieerd in vaardigheden, zoals in tabel 1 is aangegeven. Daarnaast is er door Quinn een beoordelingstest ontwikkeld die de rollen van de managers duidelijk zichtbaar kan maken (Quinn et al, 1996).

3.4 Managementrollen organisatielagen

De vraag is hoe managers van verschillende organisatorische lagen omgaan met het sturen op kwaliteit. In dit onderzoek wordt ingezoomd op de rollen van het midden-management en het operationeel management (zie casus-beschrijving Arkin).

Currie (2000) stelt dat de rol van de midden-manager bij strategische veranderingen in de publieke sector voornamelijk gericht is op het synthetiseren van informatie op een manier dat deze ten goede komt aan zowel de formulering van de strategie als de implementatie van de strategie. Dit komt overeen met de bestuurdersrol opgesteld door Quinn et al (1996). Daarnaast moet de midden-manager draagvlak creëren onder de onderste lagen van de organisatie om de strategie te kunnen doorvoeren. Hier is de stimulator rol van Quinn et al (1996) in te herkennen. De midden manager dient hierbij zowel de interne als externe ontwikkelingen te kunnen beoordelen.

Uit onderzoek van Ham (2003) is gebleken dat midden-managers een belangrijke positie hebben tussen het hoge en het lage management. Bij het sturen op kwaliteit vertelt het hoger management aan het midden-management wat het lager moet doen. Balding (2005) stelt daarop dat midden-managers in de zorg balanceren tussen top-down en bottom-up benaderingen. Dit komt overeen met de bemiddelaarsrol van Quinn et al (1996) en kunnen daarom een sterke invloed hebben op de processen binnen de zorginstellingen. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat midden-managers verbeteringen direct aan de cliënt en voor de medewerkers de belangrijkste motivatie is om zich in te zetten voor de kwaliteit van zorg. Echter komt uit dit onderzoek ook naar voren dat managers teleurgesteld en gefrustreerd kunnen worden over de tijdsinvestering die gedaan moet worden voor alle kwaliteitsactiviteiten.

Daarnaast komt uit een onderzoek van Lam (1996) naar voren dat midden-managers beter kunnen omgaan met veranderingen en innovaties dan het operationeel management. Hierin is de innovatorrol van Quinn et al (1996) te herkennen. Volgens hem hebben midden-managers een belangrijke rol in het implementeren van kwaliteitsprogramma's. Ook hier komt de bestuursrol van Quinn et al (1996) naar voren. Midden-managers hebben een belangrijke rol in het herstructureren van werk-processen om zo de resultaten aan te laten sluiten bij de wensen van de cliënten. Daarnaast hebben zij ook een belangrijke rol bij verminderen van inefficiënties in de dienstverlening zoals verspilling en dubbele handelingen. Dit komt overeen met de producentrol van Quinn et al (1996).

Daarentegen heeft het operationeel management ook een belangrijke rol in de management van kwaliteit binnen de gezondheidszorg. Uit onderzoek van Perrot (2002) blijkt dat kwaliteit vanuit een strategisch perspectief bekeken moet worden. Het operationele management dient te werken vanuit dit strategisch perspectief. Het operationele management is verantwoordelijk voor de diverse kwaliteitswerkgroepen, culturele strategieën, de operationele processen, productiviteitsmanagement en personeelsmanagement. Uit dit

onderzoek kan geconcludeerd worden dat een operationeel manager de producentenrol en mentorrol van Quinn et al (1996) vertoont.

Daarnaast maken Rush et al (2002) onderscheid naar de rollen van midden managers en operationele managers in de Ierse gezondheidszorg met betrekking tot hun management capaciteiten. Hij stelt daarbij dat het midden-management voornamelijk de volgende vaardigheden vertonen:

- een proactieve houding betreffende de planning (producent (Quinn et al, 1996))
- effectieve coördinatie van de middelen (producent (Quinn et al, 1996))
- machtige leiderschapstijl aannemen (bemiddelaar (Quinn et al, 1996))
- vaststellen en monitoren van resultaat (controleur (Quinn et al, 1996))
- onderhandelingsvaardigheden (bemiddelaar (Quinn et al, 1996))

Daarnaast vertoont volgens Rush et al (2002) het lager management de volgende vaardigheden:

- planning en organisatie van activiteiten en middelen (producent (Quinn et al, 1996))
- opbouwen en leiden van een team (stimulator (Quinn et al, 1996))
- leiden van klinische praktijken en service kwaliteit (coördinator (Quinn et al, 1996))

Geconcludeerd kan worden dat volgens bovenstaande onderzoeken midden managers en operationele managers andere rollen en vaardigheden vertonen in hun management capaciteiten, strategie stijlen en daarmee tevens in het sturen op kwaliteit van zorg.

4. Methoden

Om inzicht te krijgen in de rollen van de managers op de verschillende organisatorische lagen binnen Arkin, is een vragenlijst uitgestuurd onder 4 clustermanagers (3^e echelon) en 19 hoofden (4^e echelon) van de Business Unit Wijkgerichte Zorg binnen Arkin. Aan de hoofden is gevraagd per locatie waar zij leiding aan geven vragenlijsten uit te delen aan 3 medewerkers. Dit komt neer op 72 medewerkers op het 5^e echelon. Er is gekozen voor deze drie lagen omdat de lagen op het 1^e echelon (Raad van Bestuur van Arkin in zijn geheel) en het 2^e echelon (directie Business Unit Wijkgerichte Zorg) te klein zijn om deel te laten nemen aan het onderzoek. Bovendien is de Raad van Bestuur onafhankelijk van de Business Unit en staat de directie niet geheel neutraal in dit onderzoek, gezien het feit dat zij de resultaten van dit onderzoek gepresenteerd krijgen.

Gezien het feit dat het hier om een relatief kleine onderzoeksgroep gaat, kunnen de resultaten uit de vragenlijsten niet worden gebruikt om toetsende analyses uit te voeren. Om dit onderzoek meer diepgang te geven en de resultaten in een breder perspectief te plaatsen is ervoor gekozen om van elke organisatorische laag 2 medewerkers te interviewen die tevens de vragenlijst hebben ingevuld. Bovendien kan op deze manier worden nagegaan of de antwoorden uit de vragenlijsten overeenkomen met de werkelijkheid. Op deze manier wordt de validiteit van dit onderzoek verhoogd.

Daarnaast dienen de interviews om de respondenten de ruimte te geven hun mening te geven over het onderwerp kwaliteit van zorg. Omdat de functies van de leidinggevenden enigszins veranderd zijn door de veranderingen van de organisatiestructuur binnen Arkin, kunnen de resultaten een vertekend beeld geven. Wellicht kunnen de managers in hun nieuwe functie nog weinig zeggen over de nieuwe functie, of heeft hun oude functie invloed op de antwoorden die zij geven in de vragenlijst. Door middel van de interviews kunnen de resultaten beter in de huidige context worden geplaatst.

Door zowel gebruik te maken van kwantitatief en kwalitatieve onderzoeksmethode ontstaat er een zogenoemde 'mixed' methode voor dit onderzoek. Door middel van deze methode is het mogelijk om de gevonden kwantitatieve resultaten te vergelijken met de kwalitatieve resultaten. Op deze manier kan worden bepaald of de resultaten vanuit de vragenlijst betrouwbaar zijn. Daarnaast kan een interview ook ter illustratie zijn van de resultaten uit de

vragenlijst. Het kwalitatieve onderzoek geeft extra informatie en meer inzicht in de gevonden resultaten uit het kwantitatieve onderzoek (Greene et al, 1989).

4.1 Vragenlijst

De vragenlijst (zie bijlage 2) begint met een aantal vragen over de achtergrondgegevens van de respondenten. Hierbij is onder andere gevraagd naar het geslacht, de leeftijd en hoe lang de respondent werkzaam is binnen Arkin. Daarna gaat de vragenlijst in op het onderwerp sturen op kwaliteit van zorg.

Belang en toepassing kwaliteitsactiviteiten

Allereerst is aan alle respondenten gevraagd hoe belangrijk zij diverse kwaliteitsactiviteiten vinden. Deze kwaliteitsactiviteiten zijn afgeleid van het Nivel-rapport: kwaliteitssystemen in zorginstellingen, stand van zaken in 2005. Dit rapport beschrijft in hoeverre Nederlandse zorginstellingen zijn gevorderd met de invoering van kwaliteitsmanagement c.q. kwaliteitssystemen (Sluijs et al, 2007)

Er zijn tien activiteiten voorgelegd, waarbij de respondent op een 6 punts schaal konden aangeven in hoeverre hij de voorgelegde activiteiten belangrijk vind. De tien activiteiten zijn:

1. incidentenanalyse
2. risico-inventarisatie cliënten
3. scholing van medewerkers in kwaliteitszorg
4. intercollegiale toetsing door middel van audits
5. beoordelen kwaliteitsdoelen samen met kwaliteitsfunctionaris
6. uitvoeren kwaliteits-/verbeterprojecten
7. input leveren voor kwaliteitscommissies
8. uitvoeren van klachtenbehandeling en cliënttevredenheid
9. toepassen van normen verantwoorde zorg en toetsingskader
10. naleven van procedures/richtlijnen/protocollen

De schaal loopt van één, 'niet belangrijk' naar zes 'heel belangrijk'. Daarnaast is aan de clustermanagers en hoofden gevraagd hoe vaak zij deze activiteiten toepassen. De respondent kon op een 6 punts schaal aangeven in hoeverre hij de voorgelegde activiteiten toepast of verwacht dat een manager van het andere niveau de voorgelegde activiteiten toepast. De schaal loopt van één, 'heel weinig' tot zes, 'heel vaak'. Aan de clustermanagers

en medewerkers is ook gevraagd hoe vaak zij verwachten dat een hoofd dergelijke kwaliteitsactiviteiten uitvoert. Aan de hoofden is gevraagd hoe vaak zij van een clustermanager verwachten dat zij kwaliteitsactiviteiten uitvoeren.

Deze tien activiteiten zijn bij elkaar opgeteld om een gemiddelde waarde te krijgen voor hoe belangrijk de verschillende echelons de activiteiten vinden en hoe vaak zij deze activiteiten toepassen of verwachten dat deze worden toegepast. Dit is een schaal genoemd. Om dit te kunnen doen, is eerst bepaald of het geoorloofd was de afzonderlijke scores van de activiteiten bij elkaar op te tellen. Hiervoor is de betrouwbaarheidsmaat Cronbach's alpha gebruikt. Omdat het om een relatief kleine onderzoeksgroep gaat in dit onderzoek, moeten de waarden van de Cronbach's alpha minimaal 0,6 zijn. De items die dit getal onder de 0,6 houden, dienen officieel niet meegenomen te worden in de analyses (Baarda et al, 2003). De waarden voor de activiteitengroepen in zijn totaliteit en per echelon zijn weergegeven in bijlage 3. De waarden in dit onderzoek voor de meeste samengestelde schalen voor alle respondenten lopen uiteen van 0,62 tot 0,89. Met uitzondering van twee schalen. In de bijlage is ook te vinden dat de Cronbach's alpha voor de items 1 t/m 10 toepassing door echelon 3 en de items 1 t/m 10 verwachte toepassing echelon 4 door echelon 3, lager scoren dan 0,6. Dit kan waarschijnlijk door de kleine respondentengroep in dit echelon (n=4) worden verklaard. Om de schalen voor elk echelon hetzelfde te houden, is besloten deze waarde niet aan te passen door enkele items uit te sluiten.

Quinnrollen

Daarnaast bevatte de vragenlijst de zelfbeoordelingstest van Quinn et al (1996). De test omvatte 36 vragen gebaseerd op de managementvaardigheden per rol opgesteld door Quinn (zie tabel 1). Aan zowel de clustermanagers als de hoofden is gevraagd hoe vaak zij de beschreven managementvaardigheden toepassen. Daarnaast is aan de clustermanagers en de medewerkers gevraagd hoe vaak ze van een hoofd verwachten dat deze beschreven managementvaardigheid toepast. Hiervoor is dezelfde zelfbeoordelingstest vertaald naar een beoordelingstest waarmee de verwachting van een hoofd kan worden bepaald. Een soortelijke test is gebruikt om aan de hoofden te vragen hoe vaak zij van de clustermanager dat deze de beschreven managementvaardigheden toepast.

Per vaardigheid diende de respondent op een 7 punts Likertschaal aan te geven in hoe vaak hij deze vaardigheid toepast of hoe vaak hij van een andere managementlaag verwacht dat deze de vaardigheid toepast. De schaal loopt van één. 'bijna nooit' naar zeven, 'bijna altijd'. Elke vraag hoort bij 1 van de 8 rollen van Quinn. De antwoorden zijn per rol bij elkaar

opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal vragen, waardoor een gemiddelde waarde per rol ontstaat. Ook voor de Quinnrollen is per echelon de cronbach's alpha weergegeven in bijlage 3. Uit deze bijlage komt naar voren dat de waarden sterk uiteenlopen. Met name in de respondentengroep van het 3^e echelon (clustermanagers) worden lagere waarden gevonden. Dit komt voornamelijk door de kleine groep (n=4). De cronbach's alpha van de rollen voor de respondentengroepen van het 4^e en 5^e echelon (hoofden en medewerkers) hebben, met uitzondering van de controleurrol (0,51) voor het 4^e echelon (hoofden), allemaal een waarde boven de 0,6 (range 0,62-0,93).

4. 2 Kwantitatieve analyses

Aangezien het aantal hoofden en zeker het aantal clustermanagers niet voldoende is om een toetsende analyse te maken, is er alleen een beschrijving van de bevindingen gedaan. Dit is gedaan met behulp van het statistiek programma SPSS.

Belang en toepassing kwaliteitsactiviteiten

Voor elke schaal zijn per echelon de gemiddelde resultaten beschreven. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een frequentietabel, waarbij het gemiddelde en de standaarddeviatie is uitgelezen (Baarda et al, 2003). Ook per activiteit is gekeken naar de gemiddelden en standaarddeviatie per echelon. Op deze manier is bepaald op welke activiteiten er voornamelijk anders wordt gescoord. De volgende schalen zijn vergeleken:

- belang echelon 3 – belang echelon 4
- belang echelon 3 – belang echelon 5
- belang echelon 4 – belang echelon 5
- toepassing echelon 3 – toepassing echelon 4
- toepassing echelon 3 – verwachte toepassing echelon 3 door echelon 4
- toepassing echelon 4 – verwachte toepassing echelon 4 door echelon 3
- toepassing echelon 4 – verwachte toepassing echelon 4 door echelon 5

Voor elke schaal zijn per echelon de resultaten grafische weergegeven in een histogram. Op deze manier konden de verschillen tussen de respondentengroep duidelijk worden weergegeven.

Quinnrollen

Voor elke Quinn-rol is per echelon de gemiddelde resultaten beschreven. Hierbij is gebruik gemaakt van een frequentietabel, waarbij het gemiddelde en de standaarddeviatie is afgelezen (Baarda et al, 2003). De volgende schalen/Quinn-rollen worden daarmee vergeleken:

- Quinn-rol echelon 3 – Quinn-rol echelon 4
- Quinn-rol echelon 3 – verwachte Quinn-rol echelon 3 door echelon 4
- Quinn-rol echelon 4 – verwachte Quinn-rol echelon 4 door echelon 3
- Quinn-rol echelon 4 – verwachte Quinn-rol echelon 4 door echelon 5

Voor elke schaal zijn per echelon de resultaten grafische weergegeven in een spinnenwebfiguur. Op deze manier konden de verschillen tussen de respondentengroepen duidelijker worden weergegeven.

4.3 Interviews

Er zijn interviews afgenomen bij twee clustermanagers (3^e echelon), twee hoofden (4^e echelon) en twee medewerkers (5^e echelon). Deze interviews zijn 2-4 weken gehouden na het afnemen van de vragenlijst.

Door middel van semi-gestructureerde interviews is informatie omtrent de managementrollen behaald. Kenmerkend aan een semigestructureerd interview is de beperkte vorm van structurering. De vraag en antwoord structuur is open, maar de te behandelen onderwerpen zijn vooraf vastgesteld (Verschuren and Doorewaard, 1999). Er is gekozen voor dit type interview, omdat hiermee de respondent de ruimte krijgt om uitgebreid te antwoorden. De interviewvragen zijn gebaseerd op de concepten uit de vragenlijsten. De resultaten behaald uit de interviews zijn direct na het interview verwerkt in een transcriptie. Belangrijke quotes zijn meegenomen in dit onderzoek. De quotes gerelateerd aan het belang en de toepassing van de kwaliteitsactiviteiten zijn geanalyseerd aan de hand van de 10 kwaliteitsactiviteiten die gebruikt zijn in de vragenlijsten. De quotes gerelateerd aan de Quinn-rollen zijn geanalyseerd aan de hand van de belangrijkste vaardigheden per rol zoals weergegeven in tabel 1.

Ook in het kwalitatieve onderzoek is gekeken naar de verschillen tussen hoofden en clustermanagers in managementrollen omtrent de waarborging van kwaliteit van zorg. In het

interview konden de respondenten meer de diepte in gaan wat betreft het onderwerp, maar konden zij ook hun mening geven over het onderwerp en konden zij meer duidelijkheid geven in welke situatie zij zich nu bevinden. Dit laatste onderwerp is van belang, omdat de reorganisatie van Arkin op 1 maart 2010 heeft plaatsgevonden.

5. Resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft zowel de kwantitatieve als kwalitatieve resultaten van dit onderzoek. Allereerst wordt de respondentengroep beschreven. Daarna worden de resultaten per onderzoeksvraag beschreven.

5.1 Demografische gegevens respondentengroep

In totaal hebben 44 van de 95 respondenten de vragenlijst teruggestuurd. De respondentengroep bestaat uit 4 clustermanagers op het 3^e echelon (100% respons), 10 hoofden op het 4^e echelon (52,6% respons) en 30 medewerkers van het 5^e echelon (41,7% respons).

Clustermanagers 3^e echelon

Alle demografische gegevens van de clustermanagers op het 3^e echelon worden weergegeven in bijlage 4. Van deze 4 clustermanagers zijn er 2 gericht op de bedrijfsvoering en 2 op de zorg inhoudelijk. Ook de verdeling man/vrouw is gelijk in deze groep. De meerderheid van de echelon 3 groep (n=3) behoort tot de leeftijdsgroep 50-59 jaar. Het grootste deel van de clustermanagers is al 5 tot 10 jaar werkzaam binnen Arkin (n=2). Alle clustermanagers hebben voor de reorganisatie een functie gehad binnen Arkin. Het overgrote deel van de groep is werkzaam geweest als leidinggevende (n=3), waaronder hoofd zorg (n=2) en hoofd bedrijfsvoering (n=1) vallen. 3 clustermanagers hebben 10 jaar of meer ervaring als leidinggevende. Het grootste deel van de groep (n=2) heeft 1 tot 3 jaar leidinggevende ervaring binnen Arkin.

Hoofden 4^e echelon

Alle demografische gegevens van de hoofden op het 4^e echelon worden weergegeven in bijlage 5. Van deze 10 hoofden zijn er 8 gericht op de bedrijfsvoering (6 hoofden en 2 teamcoördinatoren) en 2 op de zorg inhoudelijk. Het grootste deel van de groep (n=7) is vrouw. De meerderheid van de echelon 4 groep (n=4) behoort tot de leeftijdsgroep 40-49 jaar. Het grootste deel van de hoofden is al tot 10 jaar of meer werkzaam binnen Arkin (n=6). Alle hoofden hebben voor de reorganisatie een leidinggevende functie gehad binnen Arkin, waaronder hoofd bedrijfsvoering (n=5), teamcoördinator (n=4) en hoofd zorg (n=1). Het

overgrote deel (n=4) heeft 10 jaar of meer ervaring als leidinggevende. Het grootste deel van de groep heeft 3 tot 5 jaar (n=3) of 10 jaar of meer (n=3) leidinggevende ervaring binnen Arkin.

Medewerkers 5^e echelon

Alle demografische gegevens van de medewerkers op het 5^e echelon worden weergegeven in bijlage 6. Van deze 30 medewerkers zijn de meeste werkzaam als verpleegkundige (n=11), SPV-er (n=4) of coördinator ¹(n=4). Het grootste deel van de groep (n=19) is vrouw. De meerderheid van deze groep (n=11) behoort tot de leeftijdsgroep 30-39 jaar. Het grootste deel van de medewerkers is al tot 10 jaar of meer werkzaam binnen Arkin (n=10).

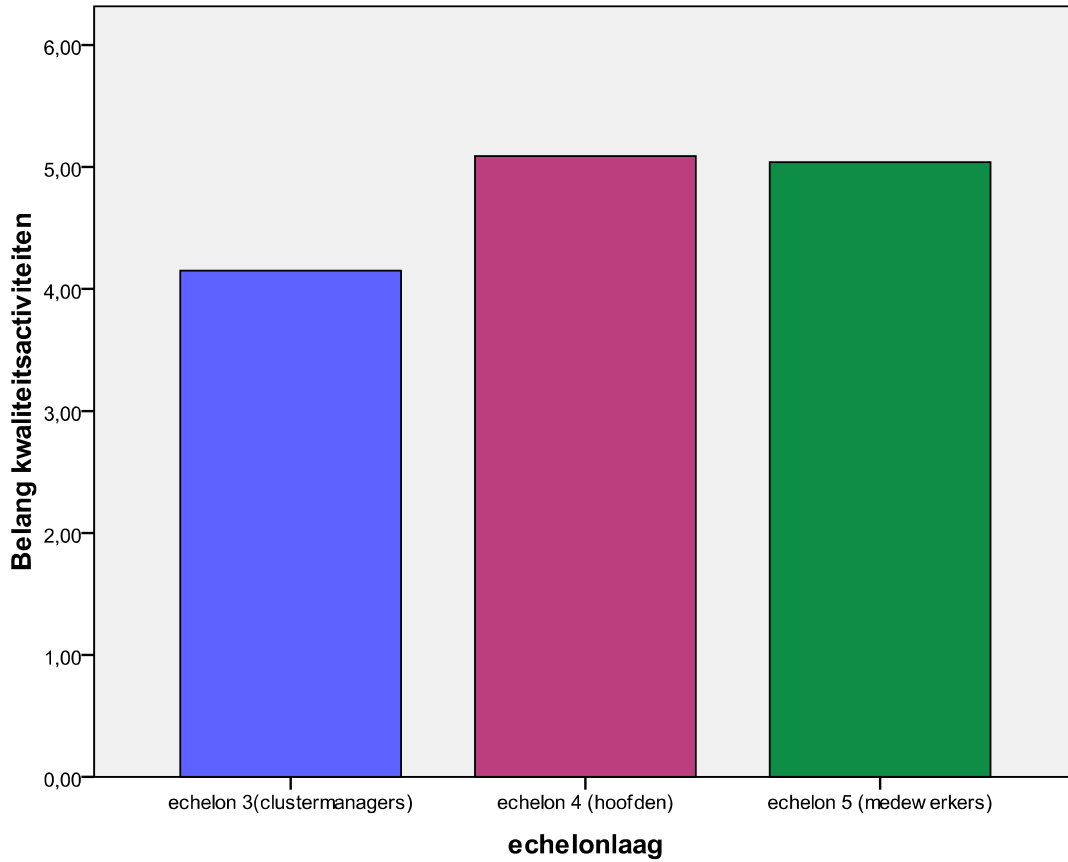
5.2 Onderzoeksvraag 1

Hoe belangrijk vinden de medewerkers/managers van het 3e, 4e en 5e echelon van Arkin de diverse activiteiten die tot waarborging van kwaliteit kunnen leiden?

Kwantitatieve analyse

Op een schaal van 1 tot 6 scoren de medewerkers van alle echelons gemiddeld een 5,00 (SD: 0,60) wanneer zij worden gevraagd hoe belangrijk zij activiteiten gericht op het waarborgen van kwaliteit van zorg vinden. In figuur 2 wordt weergegeven hoe de verschillende organisatielagen gemiddeld hebben geantwoord op hoe belangrijk zij de activiteiten die tot waarborging van kwaliteit kunnen leiden, vinden.

¹ Deze functie verschilt van de functie van teamcoördinator op het 4e echelon en valt in de hiërarchie onder een hoofd op het 4e echelon.



Figuur 2: Gemiddelde score belang kwaliteitsactiviteiten per echelonlaag.

In figuur 2 is te zien dat de clustermanagers op echelon 3 (gem:4,15-SD:0,44) lager scoren op hoe belangrijk zij de activiteiten die tot waarborging van kwaliteit kunnen leiden dan de hoofden echelon 4 en de medewerkers op echelon 5. Zij scoren respectievelijk gemiddeld een 5,09 (SD:0,45) en een 5,04 (SD:0,59) op de vragen hoe belangrijk ze de kwaliteitsactiviteiten vinden.

In bijlage 7 is te vinden hoeveel de echelons verschillen per activiteit in belangrijkheid. De respondenten van echelons 3, 4 en 5 vinden de activiteiten *'incidentenanalyse'* (resp. gem: 5,27-SD:0,75, gem:5,40-SD:0,70, gem:5,23-SD: 0,82), en *'scholing van medewerkers in kwaliteitszorg'* (Resp. gem:5,27-SD:0,73, gem:5,30-SD:0,67, gem:5,37-SD:0,72) erg belangrijk. Echelon 3 en 5 vinden daarnaast het *'uitvoeren van klachtenbehandeling en cliënttevredenheidonderzoek'* (Resp. gem:5,25-SD:0,75, gem:5,23-SD:0,63) een van de belangrijkste kwaliteitsactiviteiten. De hoofden op echelon 4 vinden daarnaast *'het uitvoeren van kwaliteits/verbeterprojecten'* (gem:5,40-SD:0,70) en *'toepassen van normen verantwoorde zorg en toetsingskader'* (gem: 5,30-SD: 0,67) het belangrijkste.

De hoofden op echelon 4 scoren naast de activiteiten die zij erg belangrijk vinden ook hoger op de activiteit 'intercollegiale toetsing door middel van audits' ten opzichte van de clustermanagers op echelon 3 en de medewerkers op echelon 5 (Verschilwaarde resp: 0,40 en 0,35).

Kwalitatieve analyse

Uit de interviews blijkt dat de respondenten kwaliteit van zorg heel erg belangrijk vinden.

'Kwaliteit van zorg is heel belangrijk. Het gaat niet zozeer om alleen de processen maar ook om de inhoud. Eigenlijk is kwaliteit van zorg het belangrijkste. Alles wat je doet hoort vanuit de kwaliteit te komen. Je kunt beter goede zorg leveren en een slecht gebouw hebben dan andersom.' (Clustermanager behandelenzaken 3^e echelon)

'Kwaliteit van zorg is het allerbelangrijkste wat er is' (Hoofd 1 bedrijfsvoering 4^e echelon).

'Ik vind de kwaliteit heel erg belangrijk. Het is de basis van je werk.' (medewerker 5^e echelon)

Toch vinden de respondenten niet alle kwaliteitsactiviteiten even belangrijk. Ook zijn veel activiteiten niet heel bekend bij de respondenten. Het meest genoemd in de interviews van de managers zijn het toepassen van cliënttevredenheidsonderzoeken en het uitvoeren van incidenten-analyses in de VIM-commissie. De mening over het belang van deze instrumenten is wisselend. Vooral op het niveau van de clustermanagers wordt hier verschillend op gereageerd, waarbij de clustermanager behandelenzaken de instrumenten over het algemeen belangrijker vindt dan de clustermanager bedrijfsvoering. De medewerkers daarentegen vinden het van belang dat zij zich kunnen ontwikkelen om zo betere kwaliteit van zorg te leveren. De negatieve resultaten komen voornamelijk naar voren in de interviews met de clustermanagers.

'Veel van deze managementinstrumenten, zoals een VIM-commissie, HKZ-certificatie en interne audits, vind ik overbodig. Waar draait het nou eigenlijk om? Het gaat naar mijn idee om wat de cliënt vindt en wat de medewerkers vinden.' (clustermanager bedrijfsvoering 3^e echelon)

'Een VIM commissie (incidentenanalyse) hoeft van mij niet. Daardoor voelen medewerkers zichzelf gecontroleerd. Je moet niet laten blijken dat er aan mensen wordt getwijfeld. Ik begrijp dat er druk is vanuit de overheid, maar ik geloof erin dat het anders kan.' (clustermanager bedrijfsvoering 3^e echelon)

'De VIM-commissie (incidenten-analyse) is nu nog wat zoekende maar ik merk dat het zijn vruchten afwerpt. Dat vind ik een goede stap.' (clustermanager behandelzaken 3^e echelon)

'Ik vind cliënttevredenheid heel belangrijk, maar dat moet door een onafhankelijke partij worden uitgevoerd' (hoofd 2 bedrijfsvoering 4^e echelon)

'De VIM-commissie (incidentenanalyse) is een goede katalysator voor het verbeteren van de kwaliteit.' (hoofd 2 bedrijfsvoering 4^e echelon)

'Ik vind het belangrijk in de zin dat er ontwikkeling plaatsvindt, dat er scholing wordt aangeboden. Dat we de kans krijgen nieuwe stof te beheersen.' (Medewerker 5^e echelon)

Ondanks dat de meeste respondenten wel aangeven de kwaliteit van zorg het belangrijkste te vinden en de verschillende activiteiten ook als belangrijk ervaren, komt er uit de interviews ook naar voren dat het toepassen van al die activiteiten soms te veel is.

'Juist door deze instrumenten, zoals een VIM-commissie, HKZ-certificatie en interne audits, hebben mensen er geen zin meer in. We slaan te ver door.' (Clustermanager bedrijfsvoering 3^e echelon)

'We moeten te veel doen in een korte tijd. Veel cursussen et cetera. Het tempo is te hoog.' (Hoofd 2 bedrijfsvoering 4^e echelon)

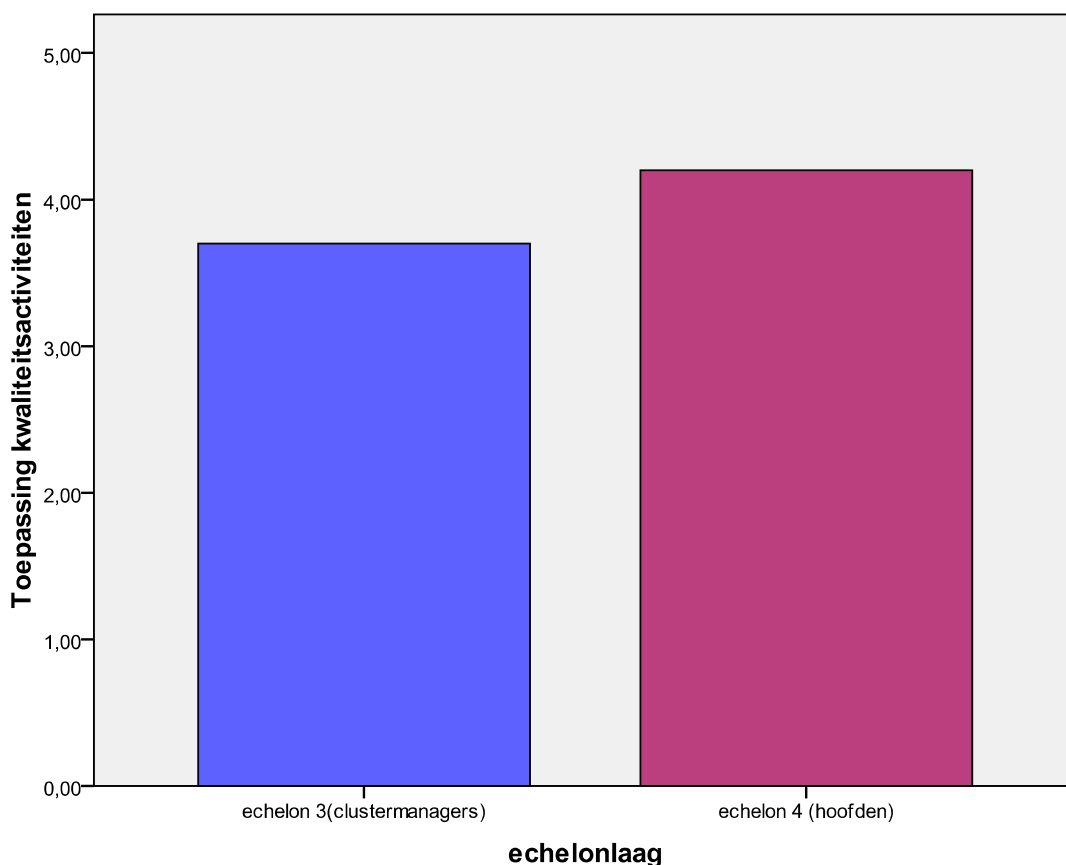
'Daarnaast word ik ook soms gek van de regelgeving. Een controle schiet soms wel door. Je moet er veel tijd aan besteden. Daardoor kun je minder tijd aan de zorg besteden. Het is in disbalans. We moeten al zo veel. Het is zaak om kwaliteit gedoseerd te realiseren. Het moet wel leuk blijven.' (Medewerker 5^e echelon)

5.3 Onderzoeksvraag 2

Hoe vaak passen managers van het 3e en 4e echelon van Arkin de diverse activiteiten toe die tot waarborging van kwaliteit kunnen leiden?

Kwantitatieve analyse

De hoofden op echelon 4 zeggen vaker de verschillende kwaliteitsactiviteiten toe te passen dan de clustermanagers op echelon 3. Dit is weergegeven in figuur 3. Op een schaal van 1-6 scoren de hoofden gemiddeld 4,20 (SD: 0,65) en de clustermanagers 3,70 (SD: 0,29).



Figuur 3: Gemiddelde score toepassing kwaliteitsactiviteiten per echelonlaag.

In bijlage 8 worden de gemiddelde scores per item weergegeven. Zowel de clustermanagers als de hoofden zeggen het vaakst de activiteiten '*ruimte voor scholing van kwaliteitszorg*' toe te passen (Resp. gem:4,50-SD: 0,58 en gem:5,00-SD:0,79). Daarnaast zeggen de

clustermanagers dat zij *'uitvoeren van klachtenbehandeling en cliënttevredenheid onderzoek'* (gem:4,50-SD:1,29) relatief vaak toepassen. De hoofden zeggen daarnaast het vaakst de activiteiten het *'uitvoeren kwaliteits/verbeterprojecten'* (gem:5,00-SD:1,43) en het *'naleven van procedures, richtlijnen en protocollen'* (gem:5,00-SD:0,67) toe te passen.

Wat daarnaast opvalt, is dat er een groot verschil is gevonden tussen echelon 3 en 4 op de activiteit *'toepassen van normen verantwoorde zorg en toetsingskader'*. Hier scoren de hoofden 1,00 hoger op dan de clustermanagers.

Kwalitatieve analyse

Uit de interviews blijkt dat vanwege de reorganisatie het voor veel managers niet duidelijk is welke activiteiten zij moeten toepassen. Dit geldt voornamelijk voor de clustermanagers op het 3^e echelon, omdat deze functie nieuw is. Ook is het niet duidelijk wat nu belangrijk is in de veelheid aan instrumenten.

'Ik pas de kwaliteitsinstrumenten nog vrij weinig toe. Ik zit hier nog maar een maand. Wanneer ik wel iets doe, wordt me dat opgedragen. En dan doe ik het ook netjes, maar ik zou het niet uit mezelf doen.' (Clustermanager bedrijfsvoering 3^e echelon)

'In verband met de organisatieveranderingen moet onze visie op het sturen nog worden ontwikkeld. Onze rol moet nog expliciet worden gemaakt. We moeten nog onze weg zoeken en de mensen leren kennen.' (Clustermanager behandelzaken 3^e echelon)

'De reorganisatie is duidelijk op papier, maar in de praktijk is het onduidelijk hoe de taakverdeling is tussen leidinggevenden en clustermanagers.' (Hoofd 2 bedrijfsvoering 4^e echelon)

Bij het toepassen van de kwaliteitsactiviteiten noemen de managers voornamelijk de cliënttevredenheidsonderzoeken, de VIM-commissie en de interne audits. Op het niveau van clustermanagers komt dit voornamelijk naar voren bij de clustermanagers behandelzaken. Bij het vragen naar kwaliteitsactiviteiten wordt er door geen enkele manager ingegaan op bijvoorbeeld het naleven van protocollen en richtlijnen.

'Ik ben betrokken bij de VIM commissie.' (Clustermanager behandelzaken 3^e echelon)

'Aan de zijlijn zijn we betrokken bij de interne audits.' (Clustermanager behandelzaken 3^e echelon)

'Cliënttevredenheidsonderzoek wordt 'regelmatig' gedaan. Regelmatig is hierbij ongeveer 1 x per jaar. Als clustermanager moet je er op sturen dat het wordt gedaan.' (Clustermanager behandelzaken 3^e echelon)

'Bij de interne audits op de afdeling ben ik ook erg betrokken. Dit vind ik een heel helder instrument.' (Hoofd 2 bedrijfsvoering 4^e echelon)

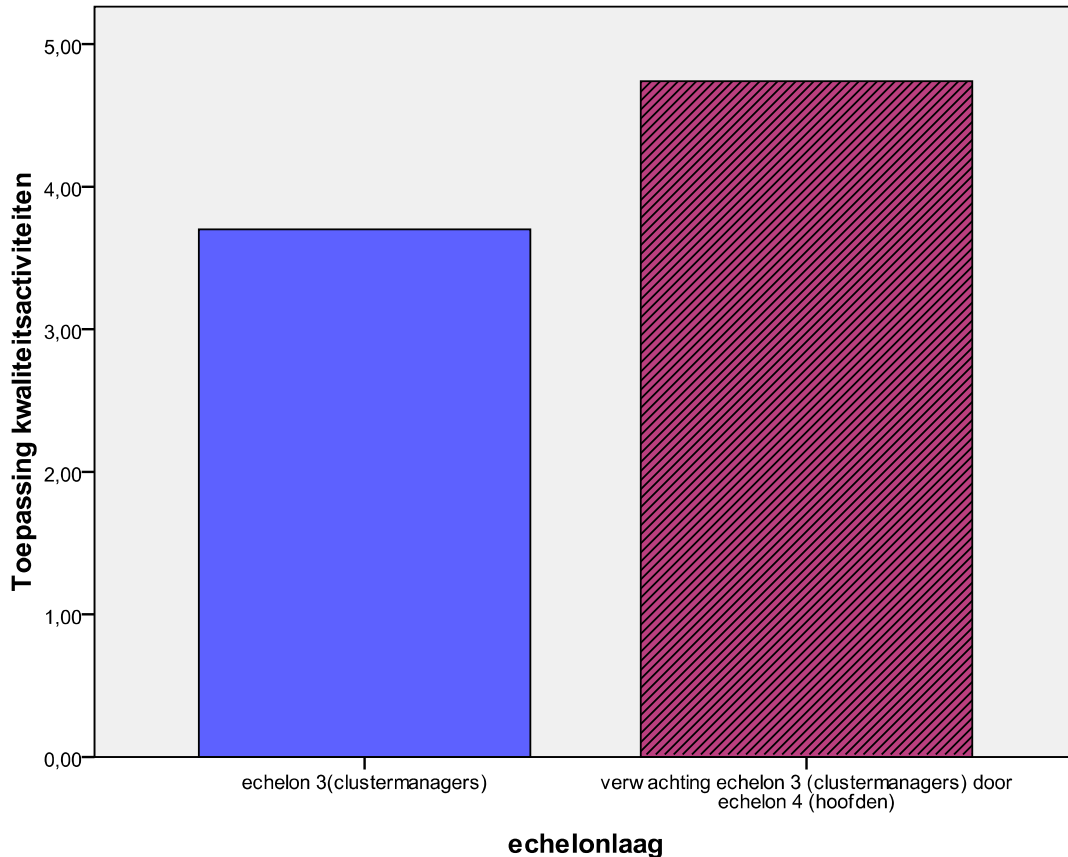
'We hebben wel cliënttevredenheidsonderzoeken gedaan. Maar dat doen we nu niet meer.' (Hoofd 1 bedrijfsvoering 4^e echelon)

5.4 Onderzoeksvraag 3

Hoe vaak verwachten medewerkers/managers van het 3e, 4e en 5e echelon van Arkin van managers van een ander echelon dat zij de diverse activiteiten toepassen die tot waarborging van kwaliteit kunnen leiden?

Kwantitatieve analyse

Er wordt een verschil waargenomen in hoe vaak de clustermanagers op echelon 3 de diverse kwaliteitsactiviteiten toepassen en hoe vaak de hoofden op echelon 4 van de clustermanagers op echelon 3 verwachten dat zij deze activiteiten toepassen. Dit wordt weergegeven in figuur 4. Op een schaal van 1-6 scoren de clustermanagers gemiddeld een 3,70 (SD: 0,29), terwijl de hoofden een score van 4,74 (SD: 0,61) van de clustermanagers verwachten.



Figuur 4: Gemiddelde score toepassing kwaliteitsactiviteiten echelon 3 en gemiddelde score verwachte toepassing kwaliteitsactiviteiten door echelon 4

In bijlage 9 wordt aangegeven hoeveel de twee echelons verschillen per activiteit. De clustermanagers zeggen het vaakst de activiteiten *'ruimte voor scholing van kwaliteitszorg'* (gem:4,50-SD:0,58) en het *'uitvoeren van klachtenbehandeling en cliënttevredenheid onderzoek'* (gem:4,50-SD:1,29) toe te passen. De hoofden op het 4^e echelon daarentegen verwachten een andere prioritering van de activiteiten van de clustermanagers dan de clustermanagers zelf. De hoofden op echelon 4 verwachten van de clustermanagers op echelon 3 dat deze het vaakst de activiteiten *'toepassen van normen verantwoorde zorg en toetsingskader'* (gem:5,30-SD:0,67), *'het beoordelen van kwaliteitsdoelen in samenwerking met de kwaliteitsfunctionaris'* (gem:5,10-SD:0,57) en *'input leveren voor kwaliteitscommissies'* toepassen.

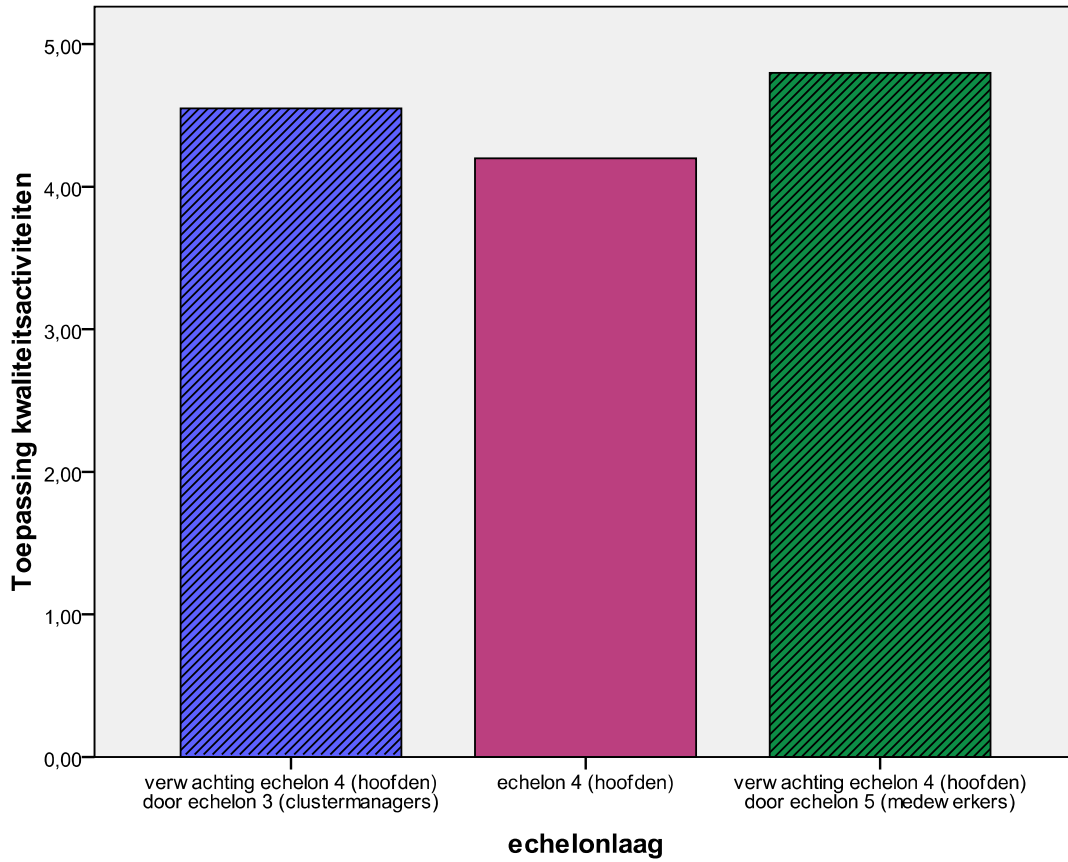
Met uitzondering van de activiteit *'uitvoeren van klachtenbehandeling en cliënttevredenheid'*, verwachten de hoofden van alle activiteiten dat de clustermanagers dit vaker toepassen dan dat zij zelf aangeven. Ook is een opvallend verschil gevonden in de activiteit: *'intercollegiale toetsing door middel van audits'*. De hoofden verwachten dat van de clustermanagers dat zij

dit vaker toepassen dan dat ze dat zelf aangeven. De hoofden scoren namelijk op deze activiteit 1,30 hoger dan de clustermanagers.

Ook van de hoofden op het 4^e echelon wordt verwacht dat zij de kwaliteitsactiviteiten meer toepassen dan dat zij zelf zeggen te doen. Dit wordt weergegeven in figuur 5 op de volgende pagina. De hoofden op het 4^e echelon scoren gemiddeld 4,20 (SD:0,65) op het toepassen van de kwaliteitsactiviteiten. Door de clustermanagers op het 3^e echelon wordt verwacht dat de hoofden zich gemiddeld 4,55 (SD:0,41) bezighouden met de kwaliteitsactiviteiten. De medewerkers op het 5^e echelon verwachten van de hoofden dat zij zich gemiddeld 4,80 (SD: 0,61) bezighouden met de diverse kwaliteitsactiviteiten.

In bijlage 10 wordt per activiteit beschreven hoeveel het verschil is tussen de verwachting van het 3^e en 5^e echelon en hoeveel het 4^e echelon zelf zegt toe te passen. De hoofden zeggen het vaakst de activiteiten '*ruimte voor scholing van kwaliteitszorg*' (gem:5,00-SD:0,79) en het '*uitvoeren kwaliteits/verbeterprojecten*' toe te passen. Deze eerste activiteit komt overeen met wat de clustermanagers van hen verwachten. De tweede activiteit wordt alleen door de clustermanagers van hen verwacht. Daarnaast zeggen de hoofden relatief vaak dat zij het '*naleven van procedures, richtlijnen en protocollen*' vaak toepassen (gem:5,00-SD:0,67). De clustermanagers verwachten daarnaast dat hoofden zich vaak bezighouden met '*het uitvoeren van klachtenbehandeling en cliënttevredenheidsonderzoek*' (gem:5,00-SD:0,82). De medewerkers op echelon 5 verwachten van de hoofden op echelon 4 dat deze vaak '*input leveren voor kwaliteitscommissies*' (gem:5,00-SD:0,80) en '*normen van verantwoorde zorg en toetsingskader*' (gem:5,00-SD:0,83) toepassen.

Op de activiteit het '*naleven van procedures, richtlijnen en protocollen*' na, verwachten de clustermanagers bij alle kwaliteitsactiviteiten van het 4^e echelon dat zij deze vaker toepassen dan dat de hoofden op het 4^e echelon zelf aangeven. Naast het verschil in prioritering van de activiteiten wordt er ook een relatief groot verschil gevonden bij het '*beoordelen van kwaliteitsdoelen in samenwerking met de kwaliteitsfunctionaris*'. De clustermanagers scoren in de verwachting van de hoofden 0,75 hoger dan dat de hoofden zelf aangeven.



Figuur 5: Gemiddelde score toepassing kwaliteitsactiviteiten echelon 4 en gemiddelde score verwachte toepassing kwaliteitsactiviteiten door echelon 3 en 5

Ook de medewerkers verwachten van bijna alle activiteiten dat de hoofden deze vaker toepassen dan de hoofden zelf zeggen te doen. Alleen het *'uitvoeren van kwaliteits-/verbeterprojecten'* wordt door de hoofden vaker toegepast dan dat de medewerkers van hen verwachten. Ook hier wordt een relatief groot verschil gevonden op de activiteit *'beoordeling kwaliteitsdoelen in samenwerking met de kwaliteitsfunctionaris'*. Hier wordt in de verwachting van de medewerkers op het 5^e echelon 1,00 hoger gescoord dan dat de hoofden op het 4^e echelon zelf scoren.

Kwalitatieve analyse

Zoals in de vorige paragraaf is beschreven, is het voor de managers moeilijk aan te geven wie er verantwoordelijk is voor de kwaliteitsactiviteiten. Dit geldt ook voor de medewerkers op het 5^e echelon.

'Het is eigenlijk onduidelijk bij wie nu wat ligt als het om kwaliteit van zorg gaat. Je heb een leidinggevende, maar ook een verantwoordelijk psychiater en de werkgroepen.' (medewerker 5^e echelon)

Het is voor de managers op het 3^e en 4^e echelon heel moeilijk aan te geven hoe de verantwoordelijkheden zijn verdeeld. Enkele algemene quotes worden hieronder beschreven.

'De hoofden moeten met hele andere dingen bezig zijn. Ze moeten wel meer in ondersteunen in het sturen op kwaliteit dan een clustermanager' (clustermanager bedrijfsvoering 3^e echelon)

'Als wij er niet uitkomen met het nemen van bepaalde beslissingen moeten de clustermanagers een besluit nemen.' (Hoofd 2 bedrijfsvoering 4^e echelon)

De medewerkers op het 5^e echelon kunnen duidelijker aangeven wat zij van een leidinggevend verwachten. In de interviews met de medewerkers zeggen zij voornamelijk van hoofden te verwachten dat ze interne audits uitvoeren, cliënttevredenheidsonderzoeken doen en de medewerkers de ruimte geven voor scholing. Ook hier worden alledaagse activiteiten als het naleven van protocollen en richtlijnen niet genoemd.

'Een leidinggevende moet de kwaliteit monitoren, bijvoorbeeld door middel van een audit.' (Medewerker 5^e echelon)

'Een leidinggevende moet daarin wel faciliteren, bijvoorbeeld door middel van deskundigheidsbevordering.' (Medewerker 5^e echelon)

'We doen hier aan cliënttevredenheidsonderzoeken. De leidinggevende informeert ons en koppelt de resultaten terug aan het team.' (Medewerker 5^e echelon)

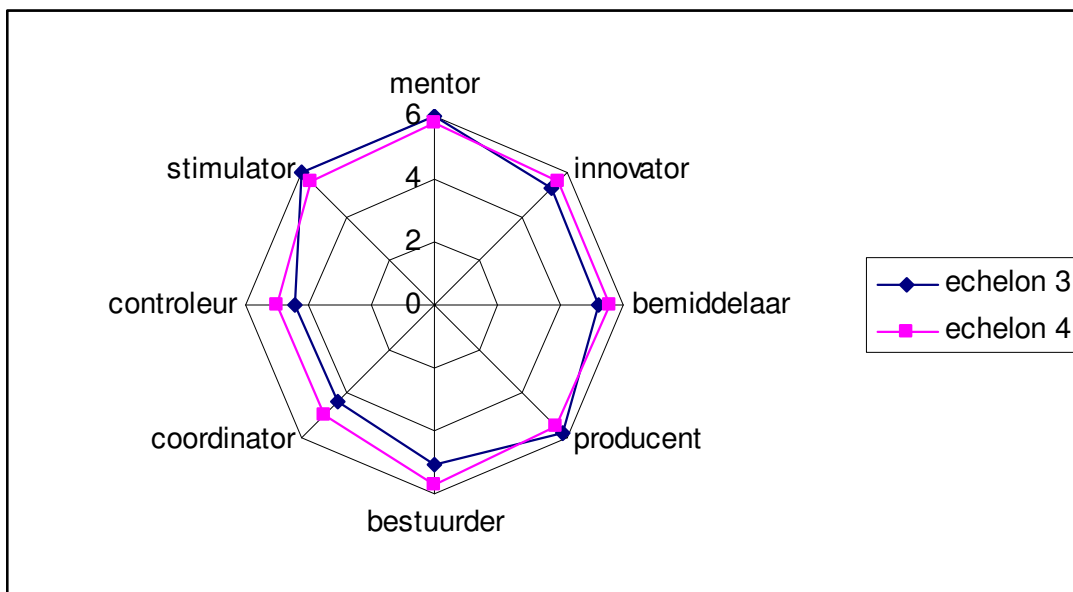
'Ik vind het belangrijk in de zin dat er ontwikkeling plaatsvindt, dat er scholing wordt aangeboden. Dat we de kans krijgen nieuwe stof te beheersen.' (Medewerker 5^e echelon)

5.5 Onderzoeksvraag 4

Welke managersrollen met betrekking tot het sturen op kwaliteit zijn er op het 3e en 4e echelon van Arkin te onderscheiden?

Kwantitatieve analyse

In figuur 6 worden de resultaten van de zelfbeoordelingstest van Quinn weergegeven voor de clustermanagers van echelon 3 (blauwe lijn) en de hoofden van echelon 4 (roze lijn). In figuur 6 is getracht zoveel mogelijk overeen te komen met het concurrerende-waardenmodel van Quinn (Quinn et al, 1996). Dit betekent dat de rollen die tegenover elkaar staan in het concurrerende-waardenmodel ook in onderstaand figuur tegenover elkaar staan.



Figuur 6: Quinn-rollen per echelon

In figuur 6 is te zien dat het verschil tussen de clustermanagers op echelon 3 en de hoofden op echelon 4 vrij klein is. De exacte cijfers per Quinn-rol zijn weergegeven in bijlage 11. Zowel de clustermanagers als de hoofden scoren het hoogst op de rol als 'mentor' (Resp. gem:6,00-SD:0,79 en gem:5,78-SD:0,93), Daarnaast scoren de clustermanagers het hoogst op de rollen als 'stimulator' (gem:5,95-SD:0,96) en 'producent' (gem:5,52-SD:0,60). Opvallend daarnaast zijn de relatief grote verschillen van de 'coördinator' (gem:0,68) en 'controleur' (gem:0,56), waarbij de hoofden hoger scoren dan de clustermanagers.

De rollen die naar voren komen in het de interviews met de clustermanagers vallen voornamelijk onder het human-relationshipsmodel van Quinn. Namelijk de rollen 'stimulator' en 'mentor'. Ook de rol van 'bestuurder' komt in de interviews naar voren.

Kwantitatieve analyse

'Mentor'

Uit de interviews blijkt dat de clustermanagers met de medewerkers communiceren en ontwikkeling van de medewerkers belangrijk vinden.

'Het is belangrijk dat mensen intrinsiek gemotiveerd zijn. Je moet ervan uitgaan dat mensen het beste van hun kunnen leveren.' (clustermanager bedrijfsvoering 3^e echelon)

'Ik merk wel dat door de bureaucratie mensen zich wat meer beperkt voelen. Dit komt niet ten goede aan de tevredenheid van de medewerkers. We gaan daarover in gesprek met medewerkers en hoofden.' (clustermanager behandelingen 3^e echelon)

'Stimulator'

De clustermanager als stimulator vindt het belangrijk dat medewerkers meedenken en ze vinden een prettige sfeer belangrijk.

'De verantwoordelijkheden moeten bij de mensen zelf komen te liggen.' (clustermanager bedrijfsvoering 3^e echelon)

'Het moet ook vanuit de medewerkers komen. Zij moeten het ook belangrijk vinden. Het moet bij de medewerkers van binnenuit worden ontwikkeld en daar moet je ze ook de ruimte voor geven. Het is belangrijk om te bepalen wat ze willen, wat ze kunnen en wat ze eventueel kunnen leren.' (clustermanager behandelingen 3^e echelon)

'Bestuurder'

Een bestuurder is gericht op de doelen van de organisatie. Dit komt ook uit één van de interviews met de clustermanagers naar voren.

'Als clustermanager ben je wat meer beschouwend dan een leidinggevende. Daardoor kun je bepaalde dingen anders gaan bekijken. Beter vooruit kijken en wat meer richting geven op de lange termijn.' (clustermanager behandelenzaken 3^e echelon)

De rol die het meeste naar voren komt in de interviews met de hoofden is de *'stimulator'* rol. Ook de *'controleur'* en de *'producent'* rol komt duidelijk naar voren in de interviews. Andere rollen die in mindere mate naar voren komen in de interviews met de hoofden zijn: *'innovator'* en *'bestuurder'*.

'Stimulator'

De hoofden vinden het belangrijk dat medewerkers meedenken en dat er een prettige sfeer is op de afdeling.

'Als er dan nog tijd over is, kan deze worden besteed aan extra projecten. De medewerkers kunnen daarin aangeven wat ze leuk vinden.' (Hoofd 1 bedrijfsvoering 4^e echelon)

'Je merkt natuurlijk wel wat er onder medewerkers speelt op je afdeling. Als medewerkers niet tevreden zijn, moet je daarover in gesprek gaan en oplossingen zoeken.' (Hoofd 2 bedrijfsvoering 4^e echelon)

'Controleur'

Uit de interviews met de hoofden komt naar voren dat hoofden de resultaten en daarmee de kwaliteit van zorg willen controleren.

'Ik zie mijzelf als de bewaker van de kwaliteit.' (Hoofd 2 bedrijfsvoering 4^e echelon)

'Je moet als leidinggevende kritisch kijken naar de prestaties van je team en hoe je daarmee de beste kwaliteit van zorg kunt bereiken.' (Hoofd 1 bedrijfsvoering 4^e echelon)

'Producent'

De hoofden vinden tijdmanagement belangrijk en willen productief werken.

'Er moet veel gedaan worden, zoals allerlei controles, opleidingen en ao/ic. Je moet hier prioriteiten in stellen.' (Hoofd 1 bedrijfsvoering 4^e echelon)

'Inefficiëntie vind ik ook een gebrek aan kwaliteit. Zo heb ik nu een aantal consumer-runned projecten opgezet. Dit is goed voor de gezondheid van de cliënt en het bespaart kosten.' (Hoofd 2 bedrijfsvoering 4^e echelon)

'Innovator'

Een hoofd geeft aan dat hij veranderingen van de omgeving moet managen en hier een creatieve oplossing voor moet bedenken om trends te volgen.

'De basis voor het leveren van kwalitatief goede zorg is er. De rest moet je sturen. Zo zijn er trends van buitenaf die je moet volgen' (Hoofd 1 bedrijfsvoering 4^e echelon)

'Bestuurder'

Een hoofd probeert door middel van beleid de doelen van de organisatie te behalen.

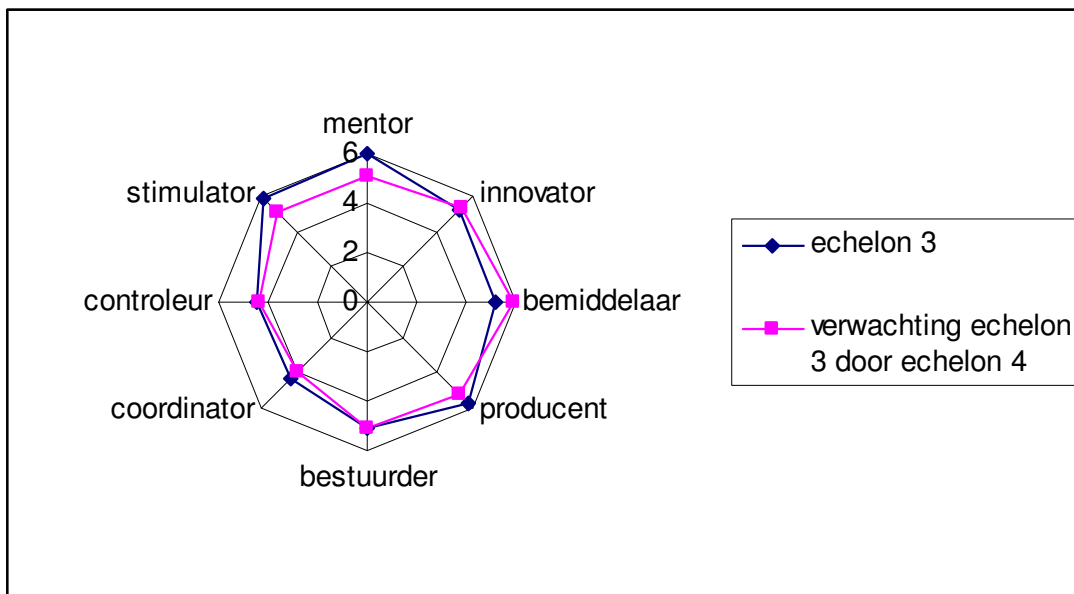
'Naast dat ik mijn medewerkers tevreden houd, ben ik als hoofd ook het beleid aan het doorvoeren.' (Hoofd 1 bedrijfsvoering 4^e echelon)

5.6 Onderzoeksvraag 5

Welke managersrollen met betrekking tot het sturen op kwaliteit verwachten medewerkers/managers van het 3e, 4e en 5e echelon van een managers van een andere echelon om de zorgkwaliteit te kunnen waarborgen binnen de nieuwe structuur van Arkin?

Kwantitatieve analyse

In figuur 7 worden de resultaten van de zelfbeoordelingstest van Quinn weergegeven voor de clustermanagers van echelon 3 (blauwe lijn) en de resultaten van de beoordelingstest waarin de hoofden hun verwachting van echelon 3 kunnen aangeven (roze lijn).



Figuur 7: Quinn-rollen echelon 3 en verwachte Quinn-rollen echelon 3 door echelon 4

De exacte cijfers per Quinn-rol zijn weergegeven in bijlage 12. De clustermanagers scoren het hoogst op de rollen als 'mentor' (gem:6,00-SD:0,79), 'stimulator' (gem:5,95-SD:0,96) en 'producent' (gem:5,52-SD:0,60). Alleen op deze laatste rol scoren de hoofden ook relatief hoog in de verwachting van de clustermanagers (gem:5,27-SD:0,68). Daarnaast verwachten zij van een clustermanager dat deze de rol van 'bemiddelaar' (gem:5,95-SD:0,71) en 'innovator' (gem:5,48-SD:0,86) aannemen.

Kwalitatieve analyse

De hoofden geven aan dat ze van de clustermanagers vooral de rollen van 'stimulator', 'bestuurder', 'bemiddelaar' en 'producent' verwachten.

'Stimulator'

Een hoofd geeft in een interview aan dat hij van een clustermanager mag meedenken in het proces.

'Ik vind het belangrijk dat ik van een clustermanager vrijheid krijg om zelf te kunnen sturen. Ik wil graag mee kunnen denken. Ik vind het prettiger om vraaggericht te werken in plaats van controlegericht.' (Hoofd 1 bedrijfsvoering 4^e echelon)

'Bestuurder'

Uit een interview met een hoofd komt naar voren dat hij vindt dat een clustermanager de kwaliteitsactiviteiten duidelijk moet organiseren.

'De clustermanagers moeten de 'tools' goed neerzetten. Ze moeten dit in een aantal steekwoorden heel concreet maken. Ook moeten ze de rollen van iedereen verduidelijken.' (Hoofd 1 bedrijfsvoering 4^e echelon)

'Bemiddelaar'

Volgens een hoofd is een clustermanager beter in staat om zijn machtspositie bij sommige beslissingen te gebruiken dan een hoofd.

'Ze kunnen bij een personeelsbijeenkomst zijn om het een en ander uit te leggen aan het personeel bijvoorbeeld als er bezuinigingen zijn.' (Hoofd 2 bedrijfsvoering 4^e echelon)

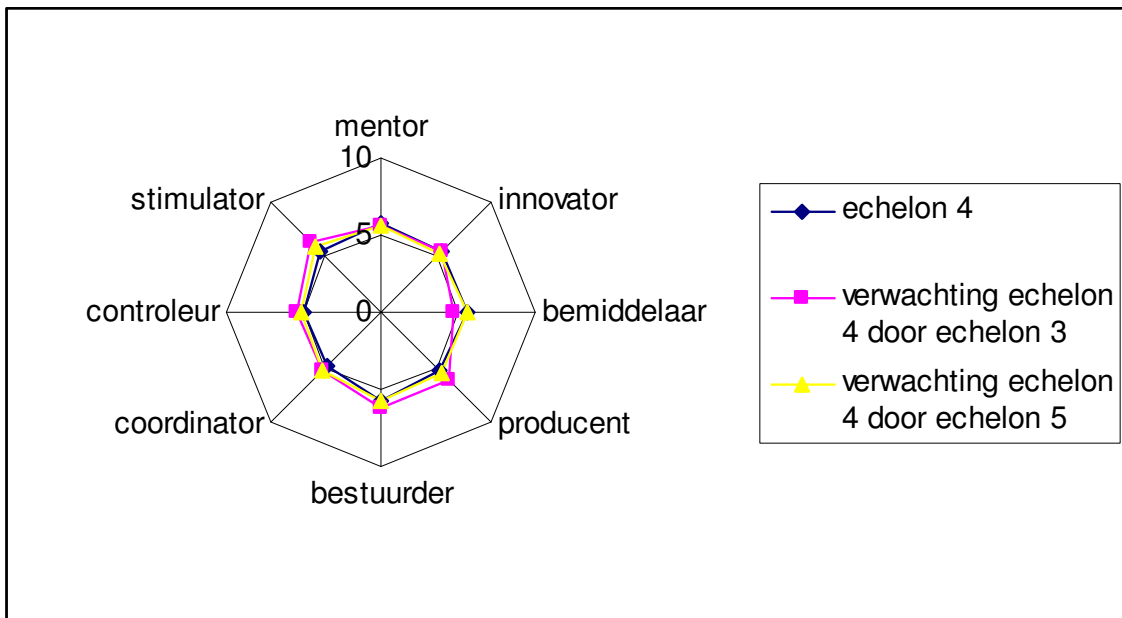
'producent'

Volgens een hoofd dient een clustermanager belangrijke beslissingen te nemen om zo productief mogelijk te kunnen werken.

'Als wij er niet uitkomen met de bezuinigingen moeten de clustermanagers een besluit nemen.' (Hoofd 2 bedrijfsvoering 4^e echelon)

Kwantitatieve analyse

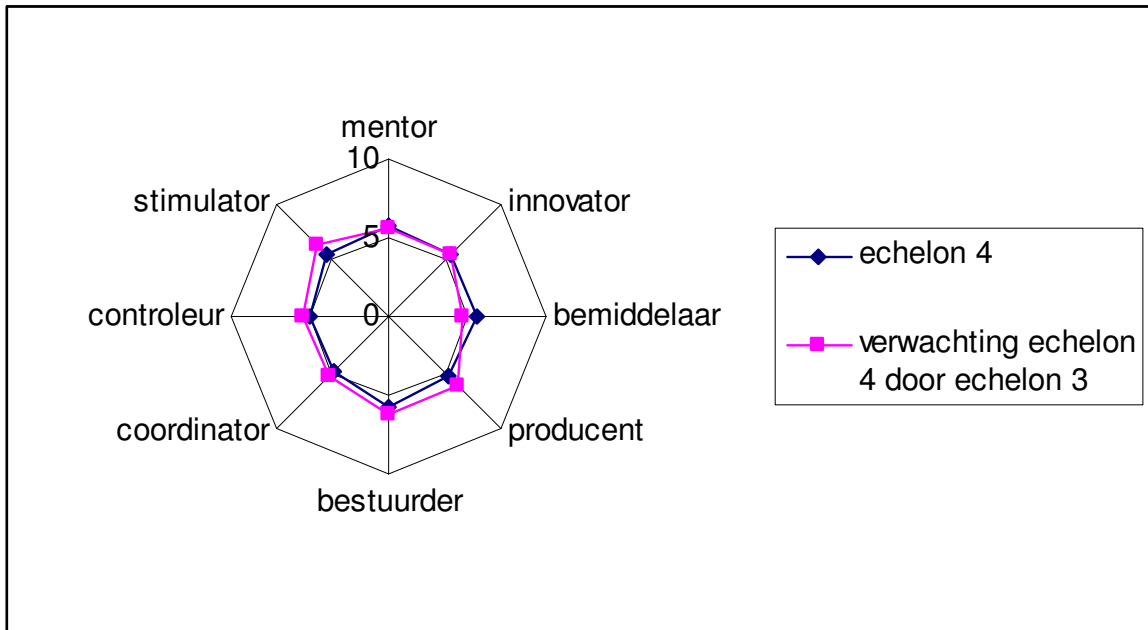
In figuur 8 worden de resultaten van de zelfbeoordelingstest van Quinn weergegeven voor de hoofden van echelon 4 (blauwe lijn), de resultaten van de beoordelingstest waarin de clustermanagers op het 3^e echelon hun verwachting van echelon 4 kunnen aangeven (roze lijn) en de resultaten van de beoordelingstest waarin de medewerkers op het 5^e echelon hun verwachting van echelon 4 kunnen aangeven (gele lijn). Deze getallen zijn in figuur 9 en 10 opgesplitst.



Figuur 8: Quinn-rollen echelon 4 en verwachte Quinn-rollen echelon 4 door echelon 3 en 5

Figuur 8 beschrijft de resultaten van de zelfbeoordelingstest van Quinn weergegeven voor de hoofden van echelon 4 (blauwe lijn), de resultaten van de beoordelingstest waarin de clustermanagers op het 3^e echelon hun verwachting van echelon 4 kunnen aangeven (roze lijn).

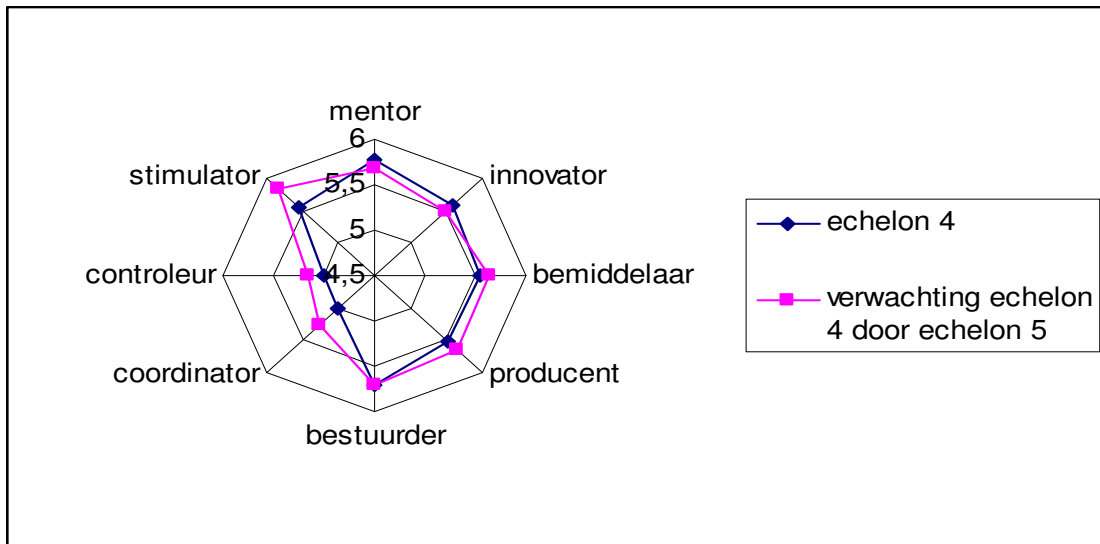
In figuur 9 is te zien dat de vormen van de lijnen overeenkomsten vertonen. De hoofden scoren het hoogst op de rollen 'mentor' (gem:5,78-SD: 0,93), 'bestuurder' (gem:5,70-SD:0,89) en 'innovator' (gem:5,60-SD:0,66). Alleen op de rol van 'bestuurder' scoren de clustermanagers relatief hoog in de verwachting van de hoofden. Zij verwachten vaak van de hoofden dat deze de rollen van 'stimulator' (gem:6,35-SD:0,44) en 'producent' (gem:6,15-SD:0,30) aannemen. De hoofden scoren daarnaast voornamelijk hoger op de rol van 'bemiddelaar' (gem:0,91) dan dat de clustermanagers van hen verwacht.



Figuur 9: Quinn-rollen echelon 4 en verwachte Quinn-rollen echelon 4 door echelon 3

Figuur 10 beschrijft de resultaten van de zelfbeoordelingstest van Quinn weergegeven voor de hoofden van echelon 4 (blauwe lijn), de resultaten van de beoordelingstest waarin de medewerkers op het 5^e echelon hun verwachting van echelon 4 kunnen aangeven (roze lijn). Dit figuur begint echter met een beginwaarde van 4,5 in de kern van het figuur.

In figuur 10 is te zien dat er weinig verschil is in de resultaten van de zelfbeoordelingstest van echelon 4 en de resultaten van de beoordelingstest waarin de medewerkers van het 5^e echelon hun verwachting van echelon 4 kunnen aangeven. De exacte cijfers per Quinn-rol zijn weergegeven in bijlage 13. De hoofden scoren het hoogst op de rollen '*mentor*' (gem: 5,78-SD:0,93), '*bestuurder*' (gem:5,70-SD:0,89) en '*innovator*' (gem:5,60-SD:0,66). Deze eerste twee rollen worden ook relatief vaak verwacht van de medewerkers (Resp. gem:5,68-SD:1,10 en gem:5,71-SD:0,65). Daarnaast verwachten de medewerkers ook dat de hoofden relatief vaak de rol van '*stimulator*'(gem:5,84-SD:0,72).



Figuur 10: Quinn-rollen echelon 4 en verwachte Quinn-rollen echelon 4 door echelon 5

Kwalitatieve analyse

Naast dat de clustermanagers op het 3^e echelon van zichzelf aangeven dat zij vooral managen vanuit een 'stimulator' rol of 'mentor' rol, verwachten zij dit ook van de hoofden op het 4^e echelon.

'Stimulator'

De clustermanagers geven aan dat ook de hoofden verantwoordelijk moeten zijn voor een prettige sfeer op de afdeling.

'Hoofden hebben een belangrijke rol in het tevreden houden van de medewerkers.'
(clustermanager bedrijfsvoering 3^e echelon)

'Mentor'

Ook geeft een clustermanager aan dat een hoofd inzicht moet hebben in wat een medewerker nodig heeft.

'Het is belangrijk dat leidinggevenden beseffen dat kwaliteit van zorg als een rode draad door alle aspecten van de organisatie en het zorg verlenen loopt. Het hangt samen met het klimaat in de organisatie. Een medewerker moet bijvoorbeeld zichzelf kunnen zijn.' (clustermanager behandelzaken 3^e echelon)

De medewerkers geven aan dat ze vooral de rollen als *'stimulator'* en *'bestuurder'* van hun hoofd verwachten. Ook de rollen van *'mentor'* en *'controleur'* komen in de interviews naar voren.

'Bestuurder'

Een medewerker geeft aan dat een hoofd de kwaliteitsactiviteiten duidelijk moet organiseren.

'Een leidinggevenden moet ook prioriteiten stellen. Er moet veel.' (Medewerker SPV-er 5^e echelon)

'Stimulator'

Ook vinden ze het belangrijk dat er een prettige sfeer is.

'Ik denk dat het betrekken van de medewerkers en openheid het belangrijkste is om medewerkers te motiveren.' (Medewerker verpleegkundige 5^e echelon)

'Controleur'

Een medewerker noemt dat hij van een hoofd verwacht dat zij de medewerkers controleert.

'Ze heeft een controlefunctie naar de werkvloer.' (Medewerker verpleegkundige 5^e echelon)

'Mentor'

Een medewerker verwacht dat een hoofd inzicht moet hebben in wat een medewerker nodig heeft.

'Ik ben zelf altijd wel van een peoplemanager. Als er iets gebeurt, bijvoorbeeld een incident dat er dan een telefoontje wordt gepleegd. Of dat je even apart wordt genomen. Maar ook dat er na een maand nog een keertje na wordt gevraagd.' (Medewerker verpleegkundige 5^e echelon)

6. Discussie

6.1 Bevindingen onderzoek

Belang en toepassing kwaliteitsactiviteiten

Er kan worden geconcludeerd dat de respondenten van alle drie de organisatorische lagen de diverse activiteiten die tot waarborging van kwaliteit kunnen leiden als belangrijk ervaren. Ook in de interviews komt naar voren dat alle drie de lagen kwaliteit van zorg erg belangrijk vinden. Alle drie de lagen vinden de activiteiten *'incidentenanalyse'* en *'scholing van medewerkers in kwaliteitszorg'* de belangrijkste activiteiten die tot waarborging van kwaliteit kunnen leiden. Dit zijn activiteiten die veel aandacht krijgen binnen Arkin en daarom wellicht beter bekend zijn. Binnen Arkin wordt op dit moment veel aandacht besteed aan het opzetten van een Veilig Incidenten Melden (VIM) commissie. Tevens heeft Arkin zijn eigen trainingscentrum waar medewerkers getraind en geschoold kunnen worden. De clustermanagers op het 3^e echelon en de medewerkers op het 5^e echelon vinden daarnaast het *'uitvoeren van klachtenbehandeling en cliënttevredenheidsonderzoek'* een belangrijke kwaliteitsactiviteit. Deze activiteiten komen ook uit de interviews naar voren. Wellicht dat andere kwaliteitsactiviteiten minder bekend zijn bij de medewerkers of niet als kwaliteitsactiviteit wordt ervaren, bijvoorbeeld het naleven van procedures, richtlijnen en protocollen. Dit kan als een alledaags onderdeel van het leveren van zorg worden gezien. Uit onderzoek van Ham (2003) komt naar voren dat voor midden-managers verbeteringen direct aan de cliënt en voor de medewerkers de belangrijkste motivatie is om zich in te zetten voor de kwaliteit van zorg. Dit komt overeen met de activiteiten *'uitvoeren van klachtenbehandeling en cliënttevredenheidsonderzoek'* en de ontwikkeling van medewerkers door *'scholing van medewerkers in kwaliteitszorg'* die in deze studie zijn gevonden.

De grootste verschillen in belang van de kwaliteitsactiviteiten zijn te vinden op het 4^e echelon. De hoofden vinden *'het uitvoeren van kwaliteits/verbeterprojecten'* en *'toepassen van normen verantwoorde zorg en toetsingskader'* ook belangrijke activiteiten die tot waarborging van de kwaliteit kunnen leiden. Daarnaast scoren de hoofden ten opzichte van de clustermanagers ook hoog op de activiteit *'intercollegiale toetsing door middel van audits'*. Dit kan wellicht verbonden aan het feit dat deze activiteiten meer houvast geeft in het sturen van de medewerkers op het 5^e echelon en het afleggen van verantwoording aan de clustermanagers op het 3^e echelon.

Ondanks dat de respondenten aangeven dat de kwaliteitsactiviteiten belangrijk zijn bij het waarborgen van de kwaliteit komt er in de interviews duidelijk naar voren dat de geïnterviewden de kwaliteitsactiviteiten als belastend ervaren. Het uitvoeren van de kwaliteitsactiviteiten kost veel tijd wat ten koste gaat van de tijd die zij aan directe zorg kunnen besteden. Geconcludeerd kan worden dat de respondenten de activiteiten belangrijk vinden, maar dat het niet ten koste mag gaan van het verlenen van zorg in engere zin. Ook uit het onderzoek van Ham (2003) komt naar voren dat managers teleurgesteld en gefrustreerd kunnen worden over de tijdsinvestering die gedaan moet worden voor alle kwaliteitsactiviteiten. Dit komt overeen met de bevindingen binnen Arkin en kunnen bepalen zijn voor de toepassing van de kwaliteitsactiviteiten.

Wanneer we kijken naar het toepassen van de diverse kwaliteitsactiviteiten blijkt dat de hoofden op het 4^e echelon gemiddeld vaker de kwaliteitsactiviteiten zeggen toe te passen dan de clustermanagers op het 3^e echelon. Ook dit kan wellicht worden verbonden aan het feit dat deze activiteit meer houvast geeft in het sturen van de medewerkers op het 5^e echelon en het afleggen van verantwoording aan de clustermanagers op het 3^e echelon. Op beide echelons komt naar voren dat de activiteiten die ze belangrijk zeggen te vinden ook vaak toepassen. Dit wordt ondersteund door de resultaten uit de interviews. Ook hierbij geldt dat alleen de activiteiten worden genoemd die bekend zijn als kwaliteitsactiviteit. Uit deze interviews komt echter ook naar voren dat het moeilijk is om aan te geven hoe vaak de managers deze activiteiten toepassen. Voor velen is hun rol nog niet duidelijk na de veranderingen binnen de organisatie. Dit geldt voornamelijk voor de clustermanagers. Daarnaast is het mogelijk dat de clustermanagers en hoofden niet genoeg kennis en ervaring hebben om alle kwaliteitsactiviteiten toe te passen. Dit onderzoek is hier echter niet verder op ingegaan. Tevens kan afgevraagd worden hoeveel prioriteit de kwaliteitsactiviteiten krijgen. De respondenten zeggen de kwaliteitsactiviteiten belangrijk te vinden maar geven in de interviews ook aan dat de activiteiten als belastend worden ervaren. Mogelijk krijgt het reguliere werk voorrang op de toepassing van de kwaliteitsactiviteiten omdat deze veel tijd vergen. Zeker in de tijd van reorganisatie kunnen andere taken de prioriteit krijgen.

De onduidelijkheid over het toepassen van de kwaliteitsactiviteiten komt ook naar voren in de verwachtingen van de andere organisatielaag. Daar is namelijk ook verschil gevonden in wat de lagen zelf zeggen toe te passen en wat de andere lagen van hen verwacht. De hoofden verwachten van de clustermanagers dat zij de diverse activiteiten vaker toepassen dan dat zij zelf aangeven te doen. Ook van de hoofden wordt door zowel de clustermanagers als de medewerkers meer verwacht dan dat zij zelf zeggen toe te passen. Opvallend is dat de hoofden en de clustermanagers van elkaar verwachten wat ze zelf belangrijk vinden aan

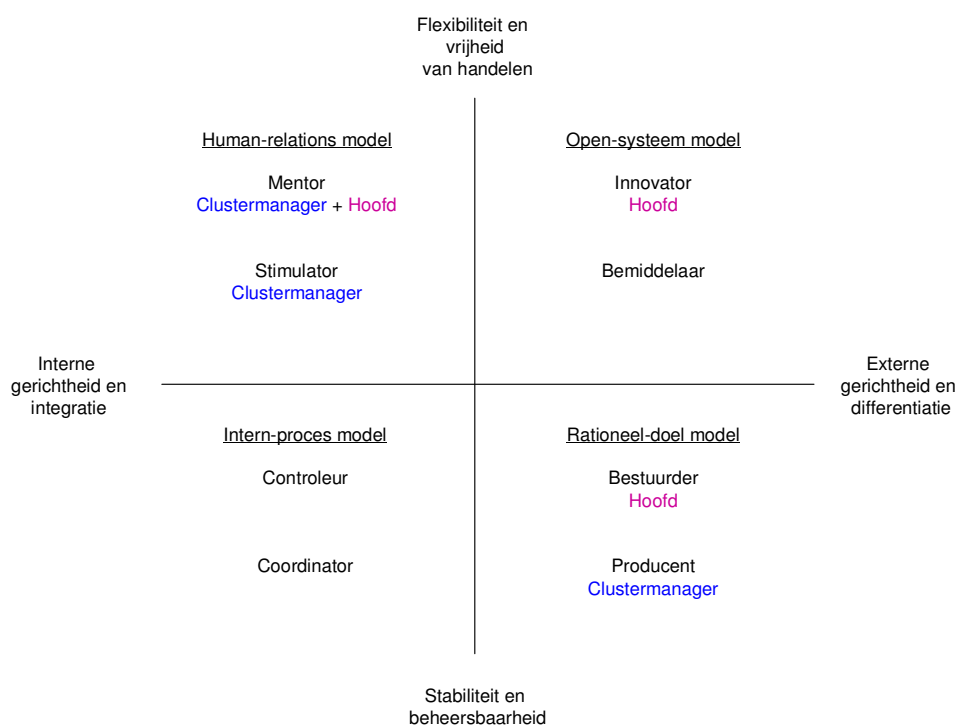
kwaliteitsactiviteiten ook vaak zelf zeggen toe te passen. Het is mogelijk dat de manier van werken door de clustermanagers en hoofden niet transparant genoeg zodat de verwachtingen en de werkelijke uitvoeringen van de kwaliteitsactiviteiten niet op elkaar aansluiten. Ook is het denkbaar dat clustermanagers en hoofden door hun eigen tijdsdruk de kwaliteitsactiviteiten een lagere prioriteit geven maar wel van de andere organisatie laag verwachten dat deze de activiteiten toepassen. Uit onderzoek van Houben (2009) kwam naar voren dat bij een kanteling in de organisatie de daarmee gepaard gaande nieuwe verdeling van de verantwoordelijkheden niet altijd goed wordt gecommuniceerd of vastgelegd. Dit kan ook mogelijk zijn binnen Arkin. Door de foutieve beeldvorming van de andere echelon laag in het toepassen van de kwaliteitsactiviteiten kunnen er aannames worden gedaan die mogelijk van invloed kunnen zijn op het eigen handelen. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat bepaalde kwaliteitsactiviteiten minder worden toegepast omdat dit van de andere echelon laag wordt verwacht.

Quinnrollen

Op het niveau van clustermanagers zijn de rollen *'mentor'*, *'stimulator'* en *'producent'* te onderscheiden (zie figuur 11). Deze eerste twee rollen zijn te plaatsen onder het human-relations model waarin inzet, samenhang en moreel de essentiële waarden zijn (Quinn et al, 1996). Deze rollen komen ook uit de interviews naar voren. In deze rollen worden de waarden van de medewerkers meegenomen in het managen. Dit is waarschijnlijk toe te kennen aan het feit dat het in de zorg de *'mens'* erg wordt gewaardeerd. Dit is opvallend gezien het feit dat het hogere management verder van de werkvloer en daarmee van de medewerker afstaat. De *'producent'* rol is te plaatsen onder het rationeel-doel model, waarbij wordt ingegaan op de effectiviteit van een organisatie afgemeten aan de productiviteit en de winst. Dit model staat loodrecht tegenover het human-relations model in het concurrerende-waarden model van Quinn et al (1996). Dit is een rol die past bij de functie van clustermanager welke meer op de organisatiedoelen is gericht dan de hoofden. Uit onderzoek van Lavender & Alstein (ND) is gebleken dat marktwerking een strategische koers is die goed past bij het hogere management in een zorgorganisatie. Dit komt overeen met de producentrol van de clustermanager. Deze rol kwam echter niet duidelijk naar voren in de interviews.

Op het niveau van de hoofden zijn de rollen van *'mentor'*, *'bestuurder'* en *'innovator'* te onderscheiden (zie figuur 11). De eerste rol is overeenkomstig met de clustermanager en valt onder het human-relations model. Deze rol past ook bij de functie van de hoofden, omdat zij dichtbij de werkvloer en de medewerkers staan. De rol van *'bestuurder'* valt onder

het rationeel-doel model, hetzelfde model als waar de clustermanagers zich bevinden met de 'producent' rol. Het is opvallend dat ook dit model bij de hoofden wordt gevonden, omdat zij ten opzichte van de clustermanagers naar verwachting minder gericht zijn op de organisatiedoelen en meer op het functioneren van de medewerkers. De rol van 'innovator' kan worden geplaatst in het open-systeem model, waarbij de manager zich voortdurend aanpast om aan de eisen van de concurrerende omgeving te voldoen. De rol van 'innovator' komt echter matig naar voren in de interviews. Hierdoor rijst de vraag hoe betrouwbaar deze gegevens zijn. Het is opvallend dat twee van de drie rollen die uit het kwantitatieve gedeelte van dit onderzoek naar voren komen, vallen onder de modellen waarin de nadruk ligt op externe gerichtheid en differentiatie. Het is te verwachten dat het lager management meer intern gericht is en het hoger management extern gericht in hun managementstijl.



Figuur 11: de managementrollen van de clustermanagers en de hoofden in het concurrerende-waarden model

De gevonden rol van 'stimulator' en 'producent' bij de clustermanagers komt overeen met de bevindingen uit het onderzoek van Currie (2000) en Rush et al (2002). Dit kan waarschijnlijk verklaard worden doordat een clustermanager als 'stimulator' draagvlak moet creëren bij de

hoofden en indirect bij de medewerkers om de strategie door te kunnen voeren. Ook een rol als *'producent'* kan verklaard worden door het feit dat zij meer verantwoordelijkheid dragen voor de financiële gezondheid van de BU. Een voorbeeld daarvan zijn de besluiten die een clustermanager moet nemen bij bezuinigingen. Daarentegen komt de rol van *'bemiddelaar'* gevonden in het onderzoek van Ham (2003) waarbij de clustermanager een positie heeft tussen hoger en lager management in dit onderzoek in minder mate naar voren. Dit is opvallend omdat ook binnen Arkin de clustermanager balanceert tussen de directie en de hoofden. De clustermanager heeft daarbij een rol om de kwaliteitsdoelen te vertalen naar de hoofden maar ook om verantwoordelijkheid over de kwaliteit te nemen ten opzichte van de directie. Ook de rollen van *'bestuurder'*, *'innovator'* en *'controleur'* gevonden bij middenmanagers in de onderzoeken van Currie (2000), Lam (1996) en Rush et al (2002) komen in dit onderzoek in mindere mate naar voren. De vraag is of de eerder gevonden theorieën over de midden-manager passend zijn voor de clustermanager binnen de Business Unit. De directie op het 2^e echelon bevindt zich eveneens op een niveau waarbij hij tussen twee managementlagen instaat. De directie dient de doelen van de Raad van Bestuur (1^e echelon) te vertalen naar een lager management. In dit geval de clustermanagers. Er ontstaat hierdoor een hoog-midden management niveau (de BU directie) en een laag-midden management niveau (de clustermanagers). Het kan dus zijn dat de clustermanagers van Arkin meer neigen naar het lagere management niveau. De rol van *'mentor'* die is gevonden bij de clustermanagers is in eerder onderzoek van Perrot (2002) ook meer toe te wijzen aan het operationeel management. Bovendien komen drie van de vier clustermanagers uit de functie van hoofd in de oude situatie. Dit kan wellicht van invloed zijn op de resultaten in dit onderzoek.

Daarnaast is het opvallend dat de rollen van *'bestuurder'* en *'innovator'*, die in dit onderzoek zijn gevonden bij de hoofden, niet in eerder onderzoek zijn gevonden bij het lager management. Deze zijn echter wel gevonden in eerder onderzoek bij het middenmanagement door Currie (2000) en Lam (1996). Dit zijn geen rollen die verwacht worden bij het laagste management. Het operationeel management zit dicht bij de uitvoering. Er wordt verwacht dat deze managers meer op de inhoud zijn gericht en minder op de strategie. Deze rollen passen naar verwachting beter bij het middenmanagement omdat deze minder op de inhoud zitten maar meer gericht zijn op het uitzetten van lijnen voor de toekomst. De rollen van *'producent'*, *'stimulator'* en *'coördinator'* die gevonden zijn in de onderzoeken van Rush et al (2002) komen in dit onderzoek in mindere mate naar voren. Dit kan wellicht verklaard worden doordat het onderzoek van Rush et al (2002) gericht is op algemene managementvaardigheden binnen de gezondheidszorg. De vraag is of deze rollen nodig zijn bij het sturen op kwaliteit.

In zekere zin vullen de clustermanagers en de hoofden elkaar aan in het concurrerende-waarden model van Quinn et al (1996) (zie figuur 11). De clustermanagers zijn voornamelijk intern gericht (twee van de drie belangrijkste rollen vallen onder de interne gerichtheid en differentiatie). De hoofden zijn voornamelijk extern gericht (twee van de drie belangrijkste rollen vallen onder de externe gerichtheid en differentiatie). Dit is opvallend gezien het omgekeerde zou worden verwacht. Het hoger management zou naar verwachting de organisatie meer in het perspectief van externe ontwikkelingen plaatsen. Echter, uit het onderzoek van Currie (2000) dient een midden manager zowel interne als externe ontwikkelingen te kunnen beoordelen. Dit komt overeen met de resultaten gevonden in dit onderzoek. Daarentegen zijn beide soorten managers meer gericht op flexibiliteit en vrijheid van handelen dan op stabiliteit en beheersbaarheid. Bij beide soorten managers wordt hier bij twee van de drie belangrijkste rollen op de flexibiliteit en vrijheid van handelen gescoord. Opvallend is dat op de rollen 'controleur' en 'coördinator' van het intern-proces model relatief lager worden gescoord dan de overige rollen. Quinn et al (1996) stellen dat een sterke manager goed in staat is om alle acht de rollen te vertonen. De rollen van Quinn et al (1996) zijn echter ontwikkeld als algemene managementrollen. Wellicht dat niet alle rollen nodig zijn bij het sturen op kwaliteit in de gezondheidszorg. Verder onderzoek is nodig om te bepalen welke rollen nou daadwerkelijk nodig zijn bij het sturen op kwaliteit van zorg.

Belang en toepassing kwaliteitsactiviteiten gekoppeld aan de Quinnrollen

Opvallend in dit onderzoek is dat er op alle onderdelen hoog wordt gescoord. Naast dat er hoog wordt gescoord op het belang en het toepassen van de kwaliteitsactiviteiten wordt er ook hoog gescoord op de managementrollen wanneer deze worden gekoppeld aan het sturen op kwaliteit. Kwaliteit in zijn geheel wordt gezien als een belangrijk onderdeel van het werk.

In het eerste deel van het onderzoek kwam naar voren dat de respondenten '*scholing van medewerkers*' een belangrijke kwaliteitsactiviteit vinden. Dit past bij de rol van '*mentor*' waarbij ontwikkeling van de medewerkers een belangrijke managementvaardigheid is. Deze rol wordt zowel bij de clustermanagers als de hoofden gevonden. Ook de '*incidentenanalyse*' wordt als een belangrijke activiteit gezien en wordt ook veel toegepast. Binnen Arkin is men bezig met het opzetten van diverse VIM (veilig incidenten melden)-commissies. Het idee van VIM is dat men van elkaar leert in plaats dat men elkaar controleert. Hierbij staat wederom de ontwikkeling van de medewerkers voorop.

Daarnaast vinden de hoofden '*het uitvoeren van kwaliteits/verbeterprojecten*' een belangrijke kwaliteitsactiviteit en deze passen zij ook relatief vaak toe. Hierin is de '*innovator*' rol te herkennen die ook in dit onderzoek is gevonden als managementrol van de hoofden. Dit is opvallend omdat, zoals eerder geschetst, deze rol beter bij het midden management past dan bij het operationeel management. Het is echter opvallend dat de hoofden de activiteit '*intercollegiale toetsing door middel van audits*' en '*uitvoeren van klachtenbehandeling en cliënttevredenheidsonderzoek*' belangrijk vinden en vaak uitvoeren wat kan duiden op controle van de uitvoering van de zorg binnen de organisatie. Deze rol komt echter in mindere mate in dit onderzoek tot uiting

Het is opvallend te noemen dat de resultaten die in dit onderzoek zijn gevonden niet overeen komen met eerder gedaan onderzoek. Het is de vraag of de drie-deling van hoog-, midden- en laag-management nog wel van deze tijd is. De gevonden resultaten zijn afkomstig uit onderzoeken die minstens 8 jaar oud zijn. Momenteel is de trend dat er steeds minder top-down wordt gestuurd. In dit onderzoek lijkt het erop dat op beide niveaus zowel strategisch, tactisch als operationeel wordt gemanaged. Dit past bij de tijd waarbij binnen zelfsturende teams verantwoordelijk en leiderschap wordt gedeeld en er minder van bovenaf wordt gestuurd. De vraag daarbij is of er in deze tijd nog wel gesproken kan worden van sturen op kwaliteit of dat kwaliteit door de eigen teams gemanaged kan worden.

6.2 Methodologische beperkingen

Kwantitatief onderdeel

Net als elk onderzoek heeft dit onderzoek zijn methodologische beperkingen. De grootste beperking van dit onderzoek is de grootte van de onderzoeksgroep bij het kwantitatieve gedeelte van dit onderzoek. Ondanks dat alle clustermanagers de vragenlijst hebben teruggestuurd en meer dan de helft van de hoofden hetzelfde heeft gedaan, is de onderzoekspopulatie niet groot genoeg om toetsende analyses uit te kunnen voeren. De gevonden resultaten zijn wel geldig voor de populatie van de clustermanagers en hoofden van de BU Wijkgerichte Zorg. Voor Arkin in zijn geheel of voor andere zorgorganisaties zijn de resultaten beperkt generaliseerbaar. De resultaten van dit onderzoek moeten daarom te allen tijde in het perspectief van de kleine onderzoekspopulatie worden geplaatst. De resultaten kunnen wellicht onjuist zijn voor een grotere groep. De validiteit is dus niet optimaal van dit onderzoek (Bowling, 2002).

De kleine onderzoekspopulatie is een van de oorzaken van de lage cronbach's alpha waarden van enkele schalen waardoor de interne consistentie van dit onderzoek niet

gewaarborgd kan worden. Dit geldt voornamelijk voor echelon 3 met een populatiegrote van 4 respondenten. Om de schaal voor elk echelon hetzelfde te houden, is besloten deze waarde niet aan te passen door enkele items uit te sluiten. Een lage alpha waarde indiceert dat de items in de schaal niet onder hetzelfde domein geplaatst kunnen worden. De schalen meten dan meer dan een aspect waardoor de resultaten van dit onderzoek niet volledig betrouwbaar zijn (Bowling, 2002).

Een andere tekortkoming in dit onderzoek was het moment waarop het onderzoek plaatsvond. Op dit moment zijn de medewerkers nog op zoek naar hun positie binnen Arkin. Daarom is het voor de respondenten moeilijk geweest om de vragenlijsten in te vullen. Dit geldt voornamelijk voor de clustermanagers die als een nieuwe laag in de organisatie worden geplaatst. De meeste van deze clustermanagers komen bovendien uit een voormalige functie als hoofd. Dit maakt het mogelijk dat zij antwoordden vanuit het perspectief van hun voormalige functie. Wanneer dit onderzoek over een jaar op een zelfde manier wordt uitgevoerd zullen er waarschijnlijk andere resultaten naar voren komen. Het moment van onderzoek verlaagt de betrouwbaarheid van dit onderzoek (Bowling, 2002).

Daarnaast hebben meerder respondenten aangegeven dat de vragenlijst lastig in te vullen was en op sommige punten moeilijk interpreteerbaar. Een voorbeeld is: hoeveel is 'vaak' en 'weinig' toepassen van de kwaliteitsactiviteiten. Ook bleken enkele vragen van de zelf-beoordelingstest moeilijk interpreteerbaar te zijn voor de respondenten. Dit kan mogelijk een verklaring zijn voor het feit dat de respondenten op de meeste vragen hoog scoorden en daarom weinig verschil op de activiteiten rollen tussen de echelons is gevonden. Dit kan van invloed zijn op de precisie van de vragenlijst. Daarnaast is de zelf-beoordelingstest van Quinn ontwikkeld om managementrollen in het algemeen te bepalen. Sommige vragen van deze test waren lastig aan het sturen op kwaliteit te koppelen. De vraag is of de vragenlijst wel kleine verschillen kan meten en of deze specifiek genoeg is geweest voor het bepalen van de managementrollen bij het sturen op kwaliteit binnen de zorg (Bowling, 2002).

Kwalitatief onderdeel

De interviews zijn door één interviewer afgenomen en door dezelfde persoon geanalyseerd. Hierdoor kan er een interviewer-bias zijn opgetreden. Het is mogelijk dat de waarden van de interviewer de kwalitatieve resultaten vertekenen. Daarnaast is de interviewer tijdens dit onderzoek werkzaam geweest binnen Arkin wat kan betekenen dat zij met een gekleurde bril naar de resultaten heeft gekeken. Tevens is het mogelijk dat de respondenten sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven omdat de interviewer op het moment van de

interviews werkzaam was binnen Arkin. Dit kan de betrouwbaarheid van dit onderzoek verlagen (Bowling, 2002).

6.3 Vervolgonderzoek

Gezien de beperkte omvang van de onderzoeksgroep kunnen geen harde conclusies worden getrokken. Desalniettemin biedt dit onderzoek aangrijpingspunten voor vervolgonderzoek.

Vervolgonderzoek binnen Arkin

Binnen Arkin is het aanbevelingswaardig om eenzelfde soort onderzoek uit te voeren wanneer de situatie in de organisatie meer stabiel is. Op dit moment zijn de medewerkers nog aan het zoeken naar hun positie binnen Arkin. Wanneer het voor de hoofden en clustermanagers duidelijker is wat precies hun taken zijn, kan er ook beter worden gekeken naar de rollen van deze managers. Aan de hand van deze resultaten kan er beter worden bepaald hoe de clustermanagers en de hoofden elkaar aanvullen in het sturen op kwaliteit van zorg.

Om de onderzoekspopulatie te vergroten, zou dit vervolgonderzoek binnen heel Arkin moeten worden uitgevoerd. Dit kan door het betrekken van de andere twee Business Units van Arkin. Het is dan wel van belang dat organisatorische veranderingen binnen de andere Business Units ook volledig zijn doorgevoerd.

Vervolgonderzoek algemeen

Dit onderzoek geeft weer dat het verschil in managementrollen over de organisatielagen wellicht minder groot is dan zou worden verwacht op basis van eerder gedaan onderzoek. De traditionele verdeling van managementrollen over de verschillende organisatorische lagen die gevonden is in eerder gedaan onderzoek zijn wellicht niet meer toereikend voor de tijd waar in we nu leven. Het is mogelijk dat juist bij het managen van kwaliteit een andere verdeling van de managementrollen sprake is. Vervolgonderzoek naar de verdeling van de managementrollen over de verschillende managementlagen in zorginstellingen kan mogelijk tot meer duidelijkheid leiden op dit punt. Hierbij dient ook bepaald te worden wat de rol is van het team zelf op het managen van kwaliteit.

Een andere tekortkoming van dit onderzoek was te vinden in de gekozen managementtheorie. Er is gebruik gemaakt van een algemene managementtheorie. Het is

echter niet duidelijk welke rollen specifiek nodig zijn voor het sturen op kwaliteit binnen de gezondheidszorg. Vervolgonderzoek naar de rollen van Quinn in relatie met de kwaliteitsprestaties van verschillende zorginstellingen zouden hier meer inzicht in kunnen geven. Op deze manier kan bepaald worden welke managementrollen de waarborging van kwaliteit kunnen beïnvloeden. Op deze manier kan de managementtheorie van Quinn verder ontwikkeld worden richting met betrekking tot het managen van kwaliteit. Aan de hand van deze bevindingen kan dan verder onderzoek gedaan worden naar de verdeling van de managementrollen op kwaliteit over de verschillende managementlagen heen.

Daarnaast geeft dit onderzoek alleen een beeld van de organisatie Arkin en dan in het bijzonder de Business Unit Wijkgerichte Zorg. Hierdoor is moeilijk te bepalen wat dit betekent voor de zorgsector in zijn geheel. Hierdoor ontstaat er een grotere onderzoekspopulatie, waardoor de resultaten representatiever zijn voor een grotere groep. Ook kunnen andere sectoren binnen de gezondheidszorg worden meegenomen. Op deze manier kunnen er ook vergelijkingen tussen instanties worden gemaakt en kunnen deze worden gekoppeld aan de kwaliteitsresultaten van de instanties. Op deze manier kunnen instanties van elkaar leren. Dit kan daarom ook weer ten goede komen aan de 'Zorg-voor-beter'-trajecten.

6.4 Aanbevelingen

Aanbevelingen voor Arkin

Allereerst dient er vervolgonderzoek plaats te vinden omdat dit onderzoek zo zijn beperkingen heeft. Onderzoek op een later moment binnen Arkin en in samenwerking met de andere Business Units zou meer inzicht kunnen geven in de rollen van de clustermanagers en hoofden op het sturen op kwaliteit. Dit onderzoek kan daarbij als nulmeting worden gebruikt. Wanneer het vervolgonderzoek wordt uitgevoerd door een onafhankelijk bureau kunnen tevens het 1^e (Raad van Bestuur) en het 2^e echelon (directies BU's) worden meegenomen in de onderzoeken.

Voor Arkin geldt dat dit onderzoek duidelijk maakt dat er vrij weinig onderscheid is tussen clustermanagers en hoofden in het sturen op kwaliteit van zorg. Ook zijn ze, en dan met name de clustermanagers, erg zoekende naar hun rol bij het sturen op kwaliteit. Een te grote overlap in de rollen van de clustermanagers en de hoofden kan ten koste van de efficiëntie binnen. Daarnaast kunnen er door verkeerde verwachtingen van elkaar ook rollen worden gemist. Hierdoor kan de kwaliteit van zorg in gevaar komen. Binnen Arkin moet er dus meer duidelijkheid ontstaan over de rolverdeling van de clustermanagers en de hoofden.

Aanbevelingen in het algemeen

Niet alleen Arkin bevindt zich in deze situatie. Door de veranderingen in de zorg fuseren steeds meer zorgorganisaties en zullen er ook veranderingen plaatsvinden in de managementstructuren van deze organisaties. Dit onderzoek laat zien dat er bij veranderingen in de structuur van de managementlagen precies bepaald moet worden wat dit betekent voor de rollen van deze managers. Dit onderzoek laat zien dat er verkeerde beeldvorming van een andere organisatorische laag kan ontstaan over de toepassing van de kwaliteitsactiviteiten en de rollen die men aanneemt bij het sturen op kwaliteit. Hierdoor kunnen aannames worden gedaan die mogelijk van invloed kunnen zijn op het eigen handelen. Openheid over de verdeling van de rollen op de organisatorische lagen kan mogelijk hiaten in de aansturing voorkomen. Om dit te kunnen bepalen is echter wel eerst inzicht vereist in de managementrollen specifiek gericht op het sturen op kwaliteit van zorg.

6.5 Algemene conclusie

Dit onderzoek is beperkt in zijn generaliseerbaarheid naar een grotere populatie. Toch kan dit onderzoek bijdragen aan de ontwikkeling van nieuwe kennis waarop verder gebouwd kan worden in vervolgonderzoek. Dit onderzoek geeft inzicht in de sturing op kwaliteit binnen de BU Wijkgerichte Zorg van Arkin en kan als nulmeting worden gebruikt. Binnen de BU is geen duidelijk onderscheid tussen clustermanagers en hoofden bij het toepassen van de kwaliteitsactiviteiten. Bovendien wordt van beide soorten managers in het toepassen van de kwaliteitsactiviteiten meer door de andere organisatielaag verwacht dan dat de managers zelf zeggen toe te passen. Tevens verwachten clustermanagers en hoofden van elkaar dat ze de kwaliteitsactiviteiten toepassen die ze zelf belangrijk vinden en zelf vaak zeggen toe te passen.

Ook zijn er slechts nuanceverschillen gevonden in de managementrollen van Quinn tussen clustermanagers en hoofden. Bovendien worden andere rollen verwacht van de clustermanagers en hoofden door andere organisatielagen. Tevens worden er verschillen gevonden in de gevonden rollen en de rollen die uit eerder onderzoek naar voren komen. Hierbij geldt ook dat clustermanagers en hoofden de rollen van elkaar verwachten die zij zelf zeggen toe te passen. Door een verkeerde beeldvorming van de andere echelonlaag is het mogelijk dat er hiaten in de sturing op kwaliteit ontstaan. Dit kan mogelijk ten koste gaan van de kwaliteit van zorg. Om dit te bepalen is echter wel eerst meer inzicht vereist in de

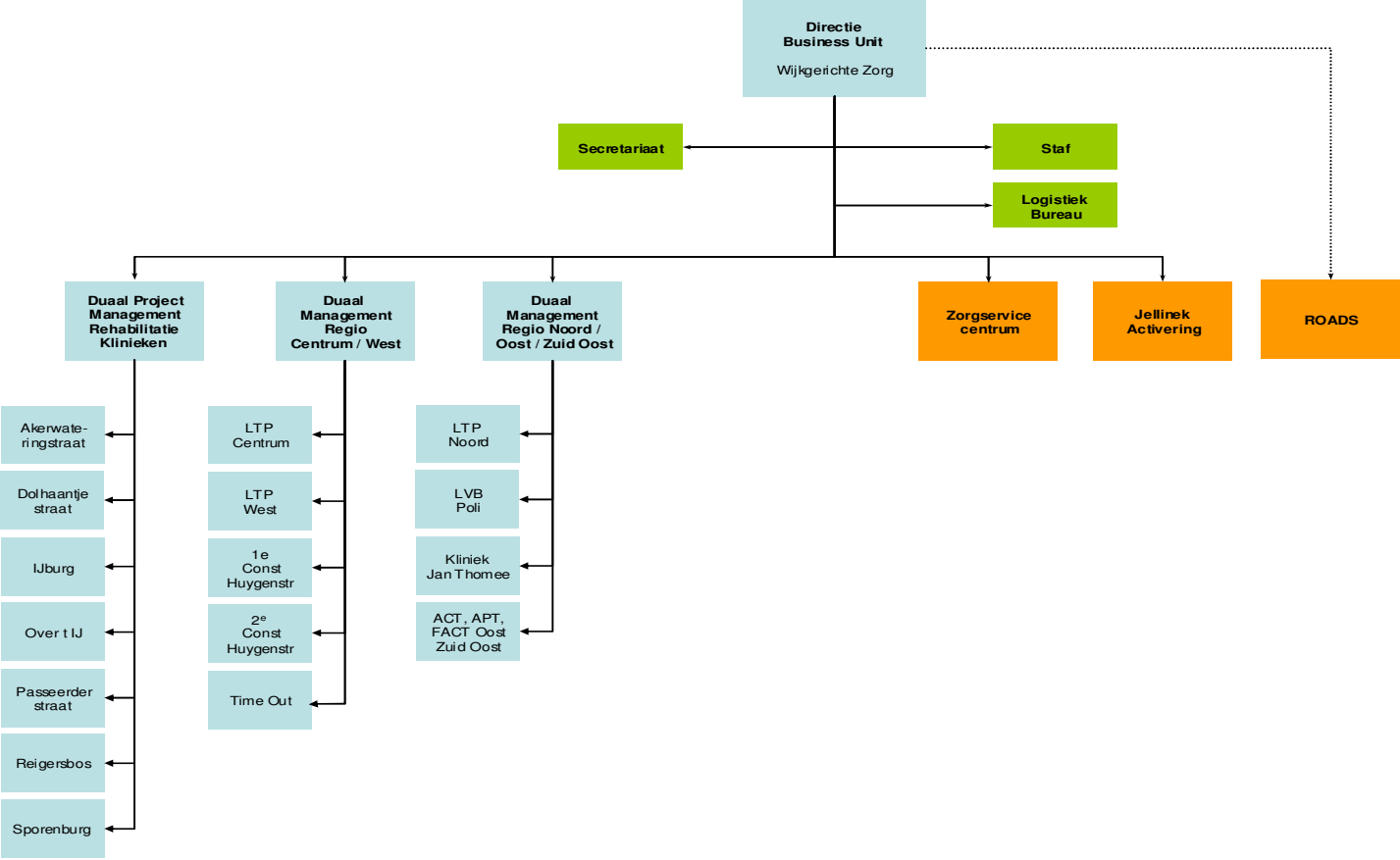
verdeling van de managementrollen specifiek gericht op het sturen op kwaliteit van zorg over de verschillende organisatorische lagen heen. Toch is het aanbevelingswaardig dat Arkin, en dan met name de BU Wijkgerichte Zorg, de rollen van de clustermanagers en de hoofden met betrekking tot het sturen op kwaliteit met een kritische blik bekijkt.

Literatuurlijst:

- Arkin (2007) Interne communicatie januari 2007 Fusie Jellinek Mentrum officieel. Arkinnet.nl
- Arkin (2008) Interne communicatie september 2008. Fusie AMC de Meren en JellinekMentrum officieel. Arkinnet.nl
- Arkin (2009a) Interne communicatie november 2009 Business unit wijkgerichte zorg. Arkinnet.nl
- Arkin (2009b) Interne communicatie december 2009 actueel nr 3. Arkinnet.nl
- Arkin (2009c) Interne communicatie december 2009 Ontwerpgroep Ondersteuning in januari van start. Arkinnet.nl
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M., van Dijkum, C.J. (2003) Basisboek Statistiek met SPSS: handleiding voor het verwerken en analyseren van en rapporteren over (onderzoeks)gegevens. Tweede, geheel herziene druk. Stenfert Kroese
- Balding, C. (2005) Embedding organisational quality improvement through middle manager ownership. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 18 (4/5): 271-288.
- Bowling, A. (2002) *Research methods in health, Investigating health and health services*. Second edition. Open University Press
- Campbell, J.P. (1977) On the nature of organization effectiveness. In Goodman, P. S. en Penning J.M. *New perspectives on organizational effectiveness*. Jossey-Bass, San Fransisco.
- Currie, G. (2000) The role of middle managers in Statagic Change in the Public Sector. *Public Money & Management* January-March: 17-22
- Greene, J. C., Caracelli, V.J., Graham, W.F. (1989). Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation design." *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 11(3): 255-74.
- Guo, K.L. (2002) Roles of managers in Academic Health Centers: Strategies for the managed care environments. *The Health Care Manager* 20 (3): 43-58
- Guo, K.L. (2003) A study of the skills and roles of senior-level health care managers. *Health care manager* 22 (2): 152-158
- Guo, K.L., Calderon A. (2007) Roles, skills and competencies of middle managers in occupational therapy
- Ham, C. (2003) Improving the performance of health services: the role of clinical leadership. *The Lancet* 361 (9373): 1978-1980
- Havenaar, J., van Splunteren, P., en Wennink, J. (2008) *Koersen op kwaliteit in de GGZ*. Van Gorcum, Assen.
- Houben, T. (2009) *Marktwerving in de zorg*. <http://www.zorgbetermaken.nl/gastcolumns/marktwerving-in-de-zorg> geraadpleegd op: 14-02-2010

- Lam, S. (1996) Total Quality management and its impact on middle managers and front-line workers. *The Journal of Management Development*. 15(7): 37-41
- Lavender, T., Alstein, T., (ND) Leiderschap en marktwerking in de zorg: de onderzoeksresultaten. HFMtalentindex
http://www.hfmtalentindex.nl/pdf/Leiderschap_en_marktwerking_in_de_zorg Onderzoeksresultaten_HFM.pdf geraadpleegd op: 12-01-2010
- Leebov, W., Scott, G. (1990) *Health care managers in Transition: Shifting roles and changing organizations* San Francisco: Jossey_Bass Publishers.
- Mintzberg, H. (1973) *The nature of managerial work*. New York: Harper & Row
- Paolillo, G.G. (1981) Role profiles for managers at different hierarchical levels. *Academy of management proceedings*: 72-76
- Pavett, C.M., Lau, A. (1983) Managerial work: the influence of hierarchical level and functional specialty. *Academy of Management Journal* 26(1): 170-177
- Perrot, B. (2002) Strategic implications of quality management in health care. *Journal of Change Management*. 3 (2): 158-166
- Quinn, R.E., Rohrbaugh, J. (1983) A spatial model of effectiveness criteria: towards a competing values approach to organizational analysis. *Management science* 29 (3): 363-377
- Quinn, R.E., Faerman, S.R., Thompson, M.P., McGrath, M. (1996) *Becoming a Master Manager*, 2nd Ed. New York: Wiley.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2003) *Marktwerking in de medische specialistische zorg. Advies uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.*
http://www.rvz.net/data/download/Advies_Marktwerking.pdf
- Ree van, F. (2010) *Opschalen en ontmantelen In: Combineer wat je hebt, een duurzame omkering in productie en consumptie. Duurzaamheid door het verbinden van maatschappelijke functies.* Eburon Academic Publishers
- Rush, D., McCarthy, G. and Cronin, C. (2000), *Report on Nursing Competencies*, Office for Health Management, Dublin.
- Sauter, R. (2009) *Marktwerking in de zorg Toezicht: met oog op de consument. Rede: "Marktordening gezondheidszorg"* aan de Faculteit der Rechtsgeleerdheid van de Universiteit van Tilburg (UvT) 6 februari 2009 http://feweb.uvt.nl/pdf/news_februari_2009_4.pdf
- Sluijs, E., Keijser, A, Wagner, C. (2007) *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen, de stand van zaken in 2005.* Nivel 2007
- Stoopendaal, A.M.V. (2008) *Proefschrift: Zorg met afstand. Betrokken bestuur in grootschalige zorginstellingen.* Erasmus Universiteit Rotterdam
- Tweede Kamer (2000-2001) *Vraag aan bod: hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel, vergaderjaar 2000-2001, 27 855, nr. 2, blz 22.*
- Verschuren, P., Doorewaard, H. (1999) *Research Material In: Verschuren, P., Doorewaard, H Designing a research project.* Utrecht: Lemma
- VWS (2009) *Marktwerking in de zorg.* <http://www.minvws.nl/dossiers/marktwerking-in-de-zorg/default.asp> geraadpleegd op: 14-02-2010

Bijlage 1: Organogram BU Wijkgerichte Zorg



Bijlage 2: vragenlijst clustermanagers

De vragenlijst voor de hoofden en de medewerkers is een afgeleide van deze vragenlijst

Beste clustermanager,

Op 24 maart jl. heeft u van Joost Jan Stolker een mail ontvangen waarin u gevraagd bent deel te nemen aan een onderzoek over het managen van kwaliteit van de zorg. Voor mijn studie Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit Rotterdam ben ik momenteel bezig met het schrijven van een scriptie over kwaliteit van de zorg binnen Arkin.

De Erasmus Universiteit heeft in samenwerking met ZonMW voor het programma Zorg voor Beter al veel onderzoek gedaan naar kwaliteit van zorg binnen verschillende gezondheidszorgorganisaties. Er is echter nog weinig bekend over de rol van managers in het sturen op kwaliteit van zorg. Dit onderzoek gaat daarom in op de verschillende rollen van managers met betrekking tot het managen van kwaliteit.

Ook binnen Arkin staat kwaliteit van zorg hoog in het vaandel. Dit geldt voor alle lagen van de organisatie. U als manager speelt hier een belangrijke rol in. Graag zou ik willen weten welke rol u als manager aanneemt om te sturen op de kwaliteit van de geleverde zorg. Daarnaast wil ik graag weten welke rol u van een leidinggevende van het 4^e echelon verwacht bij het managen van kwaliteit. Dezelfde vragen worden gesteld aan alle leidinggevendenden van het 4^e echelon. Een geselecteerde groep medewerkers krijgt een soortgelijke vragenlijst. Zij worden gevraagd welke rol zij van hun leidinggevendenden verwachten bij het sturen op kwaliteit.

Op deze manier verwachten we binnen Arkin inzicht te krijgen in de verdeling van rollen van alle leidinggevendenden (hoofden, teamcoördinatoren, RVE-psychiaters en clustermanagers). We willen hiervoor graag input hebben van de direct betrokkenen om zo een transparantere samenwerking rondom het managen van kwaliteit van zorg te kunnen bewerkstelligen.

Hierbij vraag ik u om bijgevoegde vragenlijst in te vullen en aan mij te retourneren, zodat ik kan onderzoeken welke rollen aanwezig zijn binnen Arkin. Het invullen van de vragenlijst kost maximaal 20 minuten tijd. U kunt de vragenlijst anoniem retourneren via bijgevoegde enveloppe.

U kunt aan het einde van de vragenlijst aangeven of u een terugkoppeling wenst te ontvangen over uw persoonlijke resultaten. Wanneer u hiervoor kiest, dient u hiervoor uw e-mailadres in te vullen waardoor de ingevulde vragenlijst niet langer meer anoniem is. De gegevens zullen echter wel anoniem geanalyseerd worden. De individuele gegevens zullen niet aan andere betrokkenen in de organisatie beschikbaar worden gesteld. Aan het einde van mijn onderzoeksperiode stuur ik u een eindrapport van dit onderzoek.

Uw medewerking wordt zeer op prijs gesteld. Ik ontvang de ingevulde vragenlijst graag uiterlijk vrijdag 9 april terug. Wanneer u vragen heeft kunt u mij altijd mailen op lenny.gieling@arkin.nl of bellen op 020-5904540 (bereikbaar op maandag, dinsdag, woensdag).

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Lenny Gieling

Toelichting vragenlijst:

Voor de meeste vragen geldt dat u wordt gevraagd een hokje aan te kruisen of een getal te omcirkelen. Daarnaast zijn er open vragen waar u zelf iets moet invullen. Bedenk dat het niet om goede of foute antwoorden gaat, het gaat om uw mening en inschatting van bepaalde situaties.

Voorbeeld 1: Kruis een hokje aan

Hoe lang werkt u al bij Arkin?

- Minder dan 0,5 jaar 0,5 tot 1 jaar 1 tot 3 jaar 3 tot 5 jaar 5 tot 10 jaar 10 jaar of meer

Bij correctie:

Wanneer u een fout antwoord heeft aangekruist, kleur dan het hele vakje in en kruis het juiste antwoord aan.

Hoe lang werkt u al bij Arkin?

- Minder dan 0,5 jaar 0,5 tot 1 jaar 1 tot 3 jaar 3 tot 5 jaar 5 tot 10 jaar 10 jaar of meer

Voorbeeld 2: Omcirkel een getal

Hoe vaak zou u, als manager met betrekking tot het managen van kwaliteit?

1. Inventieve ideeën inbrengen
- Bijna nooit Bijna altijd
1 2 3 4 5 6 7

Bij correctie:

Wanneer u een fout antwoord heeft omcirkeld, kruis dan het antwoord door en omcirkel het juiste antwoord.

Hoe vaak zou u, als manager met betrekking tot het managen van kwaliteit?

1. Inventieve ideeën inbrengen
- Bijna nooit Bijna altijd
1 2 3 4 ~~5~~ 6 7

Deel 1: Achtergrond gegevens

1. Wat is uw leeftijd?

- 20 – 29 jaar 30 – 39 jaar 40 – 49 jaar 50 – 59 jaar 60 tot 65 jaar

2. Wat is uw geslacht?

- man vrouw

3. Hoe lang werkt u al bij Arkin? (hierbij wordt bedoeld de instellingen die nu onder de naam Arkin vallen, inclusief de jaren voor de fusie)

- Minder dan 0,5 jaar 0,5 tot 1 jaar 1 tot 3 jaar 3 tot 5 jaar 5 tot 10 jaar 10 jaar of meer

4. Wat is uw huidige functie?

- Clustermanager (3^e echelon)
Bedrijfsvoering
BU Wijkgerichte Zorg
- Hoofd/ team-coördinator (4^e echelon)
Bedrijfsvoering
BU Wijkgerichte Zorg
- Clustermanager (3^e echelon)
Behandelzaken
BU Wijkgerichte Zorg
- Hoofd zorg/ RVE/Regio-psychiater (4^e echelon)
BU Wijkgerichte Zorg
- Anders, nl.....

5. Wat was uw functie tot 1 maart 2010?

- Hoofd bedrijfsvoering
Keten Continuzorg of Volwassenen Ketenzorg
- Team-coördinator /-manager
Keten Continuzorg of Volwassenen Ketenzorg
- RVE/Regio-psychiater
Keten Continuzorg of Volwassen Ketenzorg
- Anders, nl.....

6. Hoe lang werkt u al in een functie als leidinggevende? (hierbij tellen ook de jaren als leidinggevende buiten Arkin)

- Minder dan 0,5 jaar 0,5 tot 1 jaar 1 tot 3 jaar 3 tot 5 jaar 5 tot 10 jaar 10 jaar of meer

7. Hoe lang werkt u al in de functie als leidinggevende binnen Arkin?

- Minder dan 0,5 jaar 0,5 tot 1 jaar 1 tot 3 jaar 3 tot 5 jaar 5 tot 10 jaar 10 jaar of meer

Deel 2: Managen van kwaliteit van zorg

Het managen van kwaliteit van zorg is een breed begrip. Het uiteindelijke doel van het managen van kwaliteit is het leveren van de beste zorg voor de cliënt. Om tot de beste zorg te kunnen komen is het belangrijk dat er goed gestuurd wordt op kwaliteit. Onder het managen van kwaliteit kunnen verschillende aspecten van de dagelijkse werkprocessen worden verstaan. Gedacht kan worden aan de volgende voorbeelden:

- Doelen opstellen naar aanleiding van verbeterpunten uit de interne audits en zorgen dat deze worden nageleefd.
- Opstellen van procedures/richtlijnen/protocollen en zorgen dat deze worden nageleefd.
- Incidentenanalyse en actiepunten daarop ontwikkelen en zorgen dat deze worden nageleefd.

Graag wil ik weten in hoeverre u de volgende activiteiten belangrijk vindt binnen Arkin om de kwaliteit te verbeteren.

Hoe belangrijk vindt u onderstaande activiteit?	niet belangrijk				heel belangrijk	
Incidentenanalyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risico inventarisatie bij cliënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scholing van medewerkers in kwaliteitszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intercollegiale toetsing dmv interne audits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het beoordelen of beoogde doelen tav kwaliteit worden behaald door een kwaliteitsfunctionaris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanwezig zijn van kwaliteitscommissie (bv MIC en MIZ commissies)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uitvoeren van kwaliteits/verbeterprojecten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bespreken van klachtbehandeling, cliënttevredenheidspelling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aansluiten bij normen voor verantwoorde zorg of toetsingskader van de GGZ-branche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opstellen van procedures/richtlijnen/protocollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Daarnaast wil ik graag weten hoe vaak u zich bezig houdt met onderstaande activiteiten binnen Arkin om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Hoe vaak houdt u zich bezig met onderstaande activiteiten?	Heel weinig					Heel vaak
Uitvoeren/meewerken incidentenanalyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risico inventarisatie bij cliënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medewerkers de ruimte geven voor scholing in kwaliteitszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meewerken aan intercollegiale toetsing dmv interne audits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informatie aanleveren aan een kwaliteitsfunctionaris zodat deze kan beoordelen of beoogde doelen tav kwaliteit worden behaald	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informatie aanleveren aan kwaliteitscommissie (bv MIC en MIZ commissies)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uitvoeren van kwaliteits/verbeterprojecten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uitvoeren en bespreken van klachtbehandeling, cliënttevredenheidspelling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aansluiten bij normen voor verantwoorde zorg of toetsingskader van de GGZ-branche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naleven van procedures/richtlijnen/protocollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

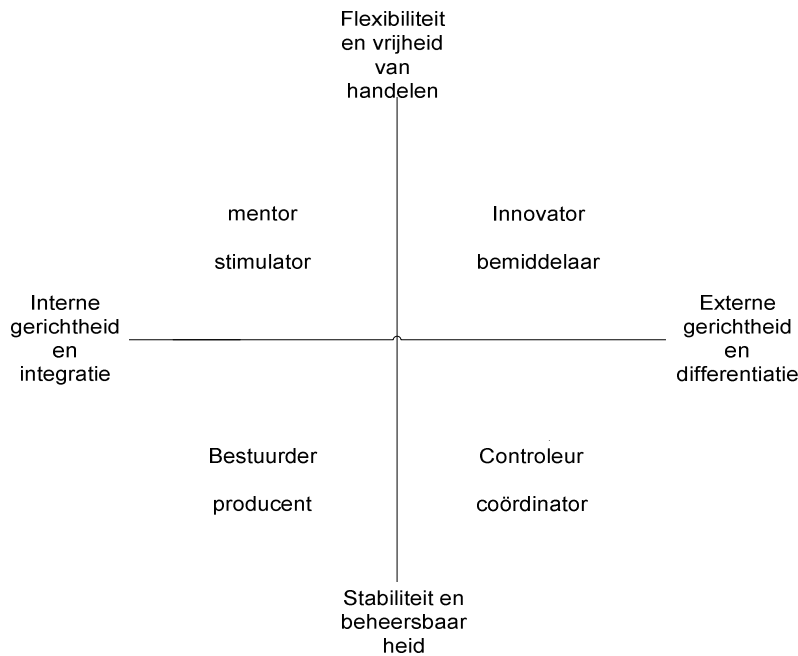
Zoals beschreven in de inleidingbrief ben ik niet alleen benieuwd in hoeverre u stuur op kwaliteit van zorg. Ik wil ook graag weten in hoeverre u van een leidinggevende van het 4^e echelon verwacht hoe vaak deze zich bezig houdt met onderstaande activiteiten.

Hoe vaak verwacht u van een leidinggevende dat deze zich bezighoudt met onderstaande activiteiten?	Heel weinig					Heel vaak
Uitvoeren/meewerken incidentenanalyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risico inventarisatie bij cliënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medewerkers de ruimte geven voor scholing in kwaliteitszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meewerken aan intercollegiale toetsing dmv interne audits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informatie aanleveren aan een kwaliteitsfunctionaris zodat deze kan beoordelen of beoogde doelen tav kwaliteit worden behaald	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informatie aanleveren aan kwaliteitscommissie (bv MIC en MIZ commissies)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uitvoeren van kwaliteits/verbeterprojecten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uitvoeren en bespreken van klachtbehandeling, cliënttevredenheidspeiling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aansluiten bij normen voor verantwoorde zorg of toetsingskader van de GGZ-branche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naleven van procedures/richtlijnen/protocollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deel 3: Managementrollen met betrekking tot managen van kwaliteit van zorg

Graag zou ik willen weten welke rol u als manager aanneemt om te sturen op kwaliteit van de geleverde zorg. Daarnaast wil ik graag weten welke rol u van een leidinggevende van het 4^e echelon verwacht rondom het managen van kwaliteit. Dezelfde vragen worden gesteld aan alle leidinggevendenden van het 4^e echelon.

Vrijwel iedereen die leiding geeft aan andere mensen heeft wel een bepaalde mening over wat dé juiste wijze van managen is. Dit bepaalt welke rol een leidinggevende aanneemt bij het sturen van zijn medewerkers. Voor dit onderzoek wordt er gebruik gemaakt van de managementrollen opgesteld door Quinn et al (1996). Deze managementrollen worden weergegeven in onderstaande concurrerende-waardenmodel.



Naast dat dit model inzicht geeft in de eigen managementrol, kan aan de hand van dit model ook bepaald worden hoe managers elkaar kunnen aanvullen.

Om inzicht te krijgen in de managementrollen is een beoordelingstest voor managers ontwikkeld. De beoordelingstest van Quinn bestaat uit 36 omschrijvingen van manieren waarop managers te werk gaan. Op de volgende vier pagina's wordt twee keer deze beoordelingstest weergegeven. De eerste test gaat in op de managementrollen die bij u passen met betrekking tot het sturen op kwaliteit van zorg. De tweede test gaat in op de rollen die u van een leidinggevende van het 4^e echelon verwacht met betrekking tot het sturen op kwaliteit van zorg.

Beoordelingstest eigen managementrollen

Hieronder vindt u de eerste vragenlijst. Graag zou ik van u willen weten op welke manier u aanstuurt op het kunnen bieden van kwaliteitszorg. In hoeverre en op welke manier zorgt u ervoor dat het managen van kwaliteit aansluit bij de dagelijkse werkprocessen? En in hoeverre en op welke manier ondersteunt u uw medewerkers zodat deze kwalitatief goede zorg kunnen bieden? Onderstaande lijst bestaat uit omschrijvingen van de wijzen waarop managers te werk kunnen gaan bij het managen van kwaliteit van zorg. Geef aan hoe vaak u het omschreven gedrag vertoont, door elke zin een waarde te geven met behulp van onderstaande schaal. Kies een cijfer van 1 tot 7 en omcirkel deze. Houd hierbij in het achterhoofd dat het hierbij specifiek over het managen van kwaliteit gaat. Hoewel een aantal items misschien niet direct invloed hebben op kwaliteit van zorg, kan er wel degelijk een indirect effect zijn. Door bijvoorbeeld het ondersteunen van de medewerkers kunnen zij kwalitatief betere zorg leveren.

Hoe vaak zou u, als manager.....	Bijna nooit	Bijna altijd
1. Inventieve ideeën inbrengen mbt het sturen op kwaliteit van zorg	1	2 3 4 5 6 7
2. Invloed uitoefen op uw leidinggevenden mbt het sturen op kwaliteit van zorg	1	2 3 4 5 6 7
3. De noodzaak om afdelingsdoelen mbt kwaliteit van zorg te bereiken verduidelijken	1	2 3 4 5 6 7
4. Het doel van de afdeling mbt kwaliteit van zorg voortdurend verduidelijken	1	2 3 4 5 6 7
5. Zoeken naar innovatie en potentiële verbeteringen mbt kwaliteit van zorg	1	2 3 4 5 6 7
6. De rol van de afdeling mbt kwaliteit van zorg duidelijk stellen	1	2 3 4 5 6 7
7. Strak de hand houden aan de logistiek	1	2 3 4 5 6 7
8. Bijhouden wat zich binnen de afdeling speelt mbt kwaliteit van zorg	1	2 3 4 5 6 7
9. Wederzijds geaccepteerde oplossingen zoeken voor openlijke meningsverschillen mbt kwaliteit van zorg	1	2 3 4 5 6 7
10. Luisteren naar privéproblemen van medewerkers	1	2 3 4 5 6 7
11. De afdeling sterk gecoördineerd en goed georganiseerd houden mbt kwaliteit van zorg	1	2 3 4 5 6 7
12. Open gesprekken houden over botsende meningen mbt kwaliteit van zorg in een team	1	2 3 4 5 6 7
13. De afdeling stimuleren om doelen mbt kwaliteit van zorg te bereiken	1	2 3 4 5 6 7
14. De kernverschillen tussen teamleden mbt kwaliteit van zorg boven tafel halen en vervolgens actief meewerken aan de oplossingen ervan	1	2 3 4 5 6 7
15. Erop toezien dat men zich aan de regels mbt kwaliteit van zorg houdt	1	2 3 4 5 6 7
16. Elke medewerker met gevoel en zorg behandelen	1	2 3 4 5 6 7

Vervolg beoordelingstest

Hoe vaak zou u, als manager.....	Bijna nooit	Bijna altijd
17. Experimenteren met nieuwe concepten en procedures mbt kwaliteit van zorg	1 2 3 4 5 6 7	
18. Aandacht en betrokkenheid tonen in de omgang met medewerkers	1 2 3 4 5 6 7	
19. De technische capaciteit van het team trachten te verbeteren	1 2 3 4 5 6 7	
20. Doordringen tot mensen in hogere functies mbt kwaliteit van zorg	1 2 3 4 5 6 7	
21. Inspraak bij de besluitvorming mbt kwaliteit van zorg aanmoedigen in het team	1 2 3 4 5 6 7	
22. Notulen, verslagen etc vergelijken om tegenstrijdigheden op te sporen mbt kwaliteit van zorg	1 2 3 4 5 6 7	
23. Roosterproblemen binnen de afdeling oplossen	1 2 3 4 5 6 7	
24. De afdeling de verwachte doelen mbt kwaliteit van zorg laten bereiken	1 2 3 4 5 6 7	
25. Problemen mbt kwaliteit van zorg op creatieve, heldere wijze oplossen	1 2 3 4 5 6 7	
26. Anticiperen op problemen bij de doorstroom van werk	1 2 3 4 5 6 7	
27. Controleren op fouten en vergissingen mbt kwaliteit van zorg	1 2 3 4 5 6 7	
28. Op een overtuigende manier nieuwe ideeën verkopen mbt kwaliteit van zorg aan uw leidinggevenden	1 2 3 4 5 6 7	
29. Erop toezien dat de afdeling op tijd de afgesproken doelen mbt kwaliteit van zorg bereikt	1 2 3 4 5 6 7	
30. Consensus mbt kwaliteit van zorg binnen de afdeling vergemakkelijken	1 2 3 4 5 6 7	
31. De prioriteiten en de werkrichting mbt kwaliteit van zorg van de afdeling duidelijk stellen	1 2 3 4 5 6 7	
32. Bezorgdheid tonen voor het welzijn van medewerkers	1 2 3 4 5 6 7	
33. Consequent de afdeling georiënteerd houden op het resultaat mbt kwaliteit van zorg	1 2 3 4 5 6 7	
34. Beslissingen mbt kwaliteit van zorg beïnvloeden die op een hoger niveau genomen worden	1 2 3 4 5 6 7	
35. Regelmatig de doelstellingen mbt kwaliteit van zorg binnen de afdeling verduidelijken	1 2 3 4 5 6 7	
36. Een sfeer van orde en afstemming scheppen binnen de afdeling.	1 2 3 4 5 6 7	

Vragenlijst verwachting managementrollen leidinggevende 4^e echelon

Hierna volgt opnieuw dezelfde vragenlijst. Deze keer wil ik echter van u weten op welke manier u verwacht dat een leidinggevende van het 4^e echelon aanstuurt op het bieden van kwaliteitszorg. In hoeverre en op welke manier verwacht u dat hij/zij ervoor zorgt dat het managen van kwaliteit aansluit bij de dagelijkse werkprocessen? En in hoeverre en op welke manier verwacht u dat hij/zij zijn medewerkers ondersteunt zodat deze kwalitatief goede zorg kunnen bieden? Onderstaande lijst bestaat uit omschrijvingen van de wijzen waarop managers te werk kunnen gaan bij het managen van kwaliteit van zorg. Geef aan hoe vaak u het omschreven gedrag bij een leidinggevende verwacht door elke zin een waarde te geven met behulp van onderstaande schaal. Kies een cijfer van 1 tot 7 en omcirkel deze. Houd hierbij in het achterhoofd dat het hierbij specifiek over het managen van kwaliteit gaat.

Hoe vaak verwacht u van leidinggevend(en) dat zij.....	Bijna nooit	Bijna altijd
1. Inventieve ideeën inbrengen mbt het sturen op kwaliteit van zorg	1 2 3 4 5 6 7	
2. Invloed uitoefen op uw leidinggevend(en) mbt het sturen op kwaliteit van zorg	1 2 3 4 5 6 7	
3. De noodzaak om afdelingsdoelen mbt kwaliteit van zorg te bereiken verduidelijken	1 2 3 4 5 6 7	
4. Het doel van de afdeling mbt kwaliteit van zorg voortdurend verduidelijken	1 2 3 4 5 6 7	
5. Zoeken naar innovatie en potentiële verbeteringen mbt kwaliteit van zorg	1 2 3 4 5 6 7	
6. De rol van de afdeling mbt kwaliteit van zorg duidelijk stellen	1 2 3 4 5 6 7	
7. Strak de hand houden aan de logistiek	1 2 3 4 5 6 7	
8. Bijhouden wat zich binnen de afdeling speelt mbt kwaliteit van zorg	1 2 3 4 5 6 7	
9. Wederzijds geaccepteerde oplossingen zoeken voor openlijke meningsverschillen mbt kwaliteit van zorg	1 2 3 4 5 6 7	
10. Luisteren naar privéproblemen van medewerkers	1 2 3 4 5 6 7	
11. De afdeling sterk gecoördineerd en goed georganiseerd houden mbt kwaliteit van zorg	1 2 3 4 5 6 7	
12. Open gesprekken houden over botsende meningen mbt kwaliteit van zorg in een team	1 2 3 4 5 6 7	
13. De afdeling stimuleren om doelen mbt kwaliteit van zorg te bereiken	1 2 3 4 5 6 7	
14. De kernverschillen tussen teamleden mbt kwaliteit van zorg boven tafel halen en vervolgens actief meewerken aan de oplossingen ervan	1 2 3 4 5 6 7	
15. Erop toezien dat men zich aan de regels mbt kwaliteit van zorg houdt	1 2 3 4 5 6 7	
16. Elke medewerker met gevoel en zorg behandelen	1 2 3 4 5 6 7	

Vervolg beoordelingstest

Hoe vaak verwacht u van leidinggevend(en) dat zij.....	Bijna nooit	Bijna altijd
17. Experimenteren met nieuwe concepten en procedures mbt kwaliteit van zorg	1 2 3 4 5 6 7	
18. Aandacht en betrokkenheid tonen in de omgang met medewerkers	1 2 3 4 5 6 7	
19. De technische capaciteit van het team trachten te verbeteren	1 2 3 4 5 6 7	
20. Doordringen tot mensen in hogere functies mbt kwaliteit van zorg	1 2 3 4 5 6 7	
21. Inspraak bij de besluitvorming mbt kwaliteit van zorg aanmoedigen in het team	1 2 3 4 5 6 7	
22. Notulen, verslagen etc vergelijken om tegenstrijdigheden op te sporen mbt kwaliteit van zorg	1 2 3 4 5 6 7	
23. Roosterproblemen binnen de afdeling oplossen	1 2 3 4 5 6 7	
24. De afdeling de verwachte doelen mbt kwaliteit van zorg laten bereiken	1 2 3 4 5 6 7	
25. Problemen mbt kwaliteit van zorg op creatieve, heldere wijze oplossen	1 2 3 4 5 6 7	
26. Anticiperen op problemen bij de doorstroom van werk	1 2 3 4 5 6 7	
27. Controleren op fouten en vergissingen mbt kwaliteit van zorg	1 2 3 4 5 6 7	
28. Op een overtuigende manier nieuwe ideeën verkopen mbt kwaliteit van zorg aan uw leidinggevend(en)	1 2 3 4 5 6 7	
29. Erop toezien dat de afdeling op tijd de afgesproken doelen mbt kwaliteit van zorg bereikt	1 2 3 4 5 6 7	
30. Consensus mbt kwaliteit van zorg binnen de afdeling vergemakkelijken	1 2 3 4 5 6 7	
31. De prioriteiten en de werkrichting mbt kwaliteit van zorg van de afdeling duidelijk stellen	1 2 3 4 5 6 7	
32. Bezorgdheid tonen voor het welzijn van medewerkers	1 2 3 4 5 6 7	
33. Consequent de afdeling georiënteerd houden op het resultaat mbt kwaliteit van zorg	1 2 3 4 5 6 7	
34. Beslissingen mbt kwaliteit van zorg beïnvloeden die op een hoger niveau genomen worden	1 2 3 4 5 6 7	
35. Regelmatig de doelstellingen mbt kwaliteit van zorg binnen de afdeling verduidelijken	1 2 3 4 5 6 7	
36. Een sfeer van orde en afstemming scheppen binnen de afdeling.	1 2 3 4 5 6 7	

Dit is het einde van de vragenlijst. Hartelijk dank voor uw medewerking. De resultaten van dit onderzoek worden u toegestuurd in juli 2010. Onderstaand kunt u aangeven of u uw persoonlijke uitslag van de management rollen wenst te ontvangen.

Graag ontvang ik mijn persoonlijke uitslag per mail

- ja, e-mailadres.....
- nee

Lenny Gieling

Bijlage 3: Cronbach's alpha vragenlijst

Items	Cronbach's alpha
Items 1 t/m 10 belang totaal	0,89
Items 1 t/m 10 belang echelon 3	0,61
Items 1 t/m 10 belang echelon 4	0,84
Items 1 t/m 10 belang echelon 5	0,90
Items 1 t/m 10 toepassing totaal	0,62
Items 1 t/m 10 toepassing echelon 3	-0,64
Items 1 t/m 10 toepassing echelon 4	0,66
Items 1 t/m 10 verwachte toepassing totaal	0,77
Items 1 t/m 10 verwachte toepassing echelon 3 door echelon 4	0,80
Items 1 t/m 10 verwachte toepassing echelon 4 door echelon 3	0,31
Items 1 t/m 10 verwachte toepassing echelon 4 door echelon 5	0,85

rol	Echelon 3	Echelon 4	Verwachting echelon 3 door echelon 4	Verwachting echelon 4 door echelon 3	Verwachting echelon 4 door echelon 5
Stimulator	0,95	0,86	0,88	0,55	0,81
Innovator	0,38	0,73	0,93	-0,81	0,79
Producent	-0,75	0,77	0,62	0,49	0,67
Coördinator	0,77	0,77	0,89	0,91	0,66
Mentor	0,96	0,89	0,80	0,86	0,93
Bemiddelaar	0,68	0,91	0,86	0,78	0,83
Bestuurder	-0,07	0,92	0,83	0,50	0,76
Controleur	0,74	0,51	0,93	0,63	0,79

Legenda:

- 1= incidentenanalyse
- 2= risico inventarisatie cliënten
- 3= scholing van medewerkers in kwaliteitszorg
- 4= intercollegiale toetsing dmv audits
- 5= beoordelen kwaliteitsdoelen samen met kwaliteitsfunctionaris
- 6= uitvoeren kwaliteits/verbeterprojecten
- 7= input leveren voor kwaliteitscommissies
- 8= uitvoeren van klachtenbehandeling en cliënttevredenheid
- 9= toepassen van normen verantwoorde zorg en toetsingskader
- 10= naleven van procedures/richtlijnen/protocollen

Bijlage 4: Demografische gegevens clustermanagers echelon 3

Totaal aantal	N= 4
Huidige functie	
• Clustermanager behandelzaken	2
• Clustermanager bedrijfsvoering	2
Geslacht	
• Man	2
• Vrouw	2
Leeftijd	
• 40-49 jaar	1
• 50-59 jaar	3
Aantal jaren werkzaam Arkin	
• Minder dan 0,5 jaar	1
• 1 tot 3 jaar	1
• 5 tot 10 jaar	2
Oude functie	
• Hoofd zorg Arkin	2
• Hoofd bedrijfsvoering Arkin	1
• Projectleider Arkin	1
Ervaring leidinggevende	
• 1 tot 3 jaar	1
• 10 jaar of meer	3
Ervaring leidinggevende Arkin	
• Minder dan 0,5 jaar	1
• 1 tot 3 jaar	2
• 5 tot 10 jaar	1

Bijlage 5: Demografische gegevens hoofden echelon 4

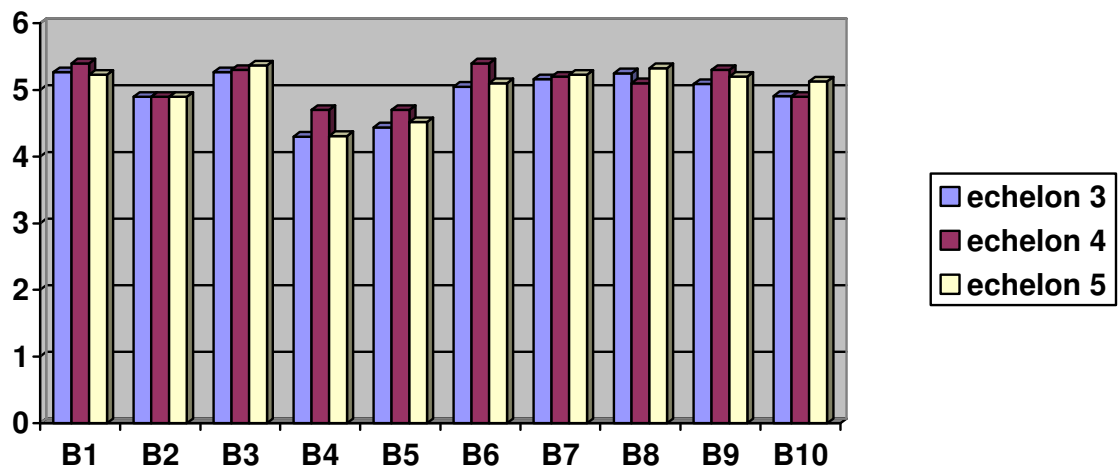
Totaal aantal	N= 10
Huidige functie	
• Hoofd bedrijfsvoering	6
• Teamcoördinator	2
• Hoofd zorg	2
Geslacht	
• Man	3
• Vrouw	7
Leeftijd	
• 30-39 jaar	3
• 40-49 jaar	4
• 50-59 jaar	3
Aantal jaren werkzaam Arkin	
• 0,5 tot 1 jaar	1
• 1 tot 3 jaar	1
• 3 tot 5 jaar	1
• 5 tot 10 jaar	1
• 10 jaar of meer	6
Oude functie	
• Hoofd bedrijfsvoering	5
• Teamcoördinator	4
• Hoofd zorg	1
Ervaring leidinggevende	
• 0,5 tot 1 jaar	1
• 3 tot 5 jaar	2
• 5 tot 10 jaar	3
• 10 jaar of meer	4
Ervaring leidinggevende Arkin	
• 0,5 tot 1 jaar	1
• 1 tot 3 jaar	1
• 3 tot 5 jaar	3
• 5 tot 10 jaar	2
• 10 jaar of meer	3

Bijlage 6: Demografische gegevens medewerkers echelon 5

Totaal aantal	N= 30
Huidige functie	
• Senior verpleegkundige	5
• Verpleegkundige niveau 5	1
• Verpleegkundige niveau 4	3
• Verpleegkundige in opleiding	3
• SPV-er	3
• SPV-er in opleiding	1
• Coördinator	4
• Woonbegeleider	1
• Casemanager	1
• Maatschappelijk werkster	1
• Arts assistent	1
• Psychiater	1
• Onbekend	5
Geslacht	
• Man	10
• Vrouw	19
• Onbekend	1
Leeftijd	
• 20-29 jaar	6
• 30-39 jaar	11
• 40-49 jaar	7
• 50-59 jaar	5
• 60-65 jaar	1
Aantal jaren werkzaam Arkin	
• Minder dan 0,5 jaar	1
• 0,5 tot 1 jaar	5
• 1 tot 3 jaar	7
• 3 tot 5 jaar	3
• 5 tot 10 jaar	4
• 10 jaar of meer	10
Locatie	
• Sporenburg	4
• Reigersbos	5
• Akerwateringstraat	1
• Dolhaantjesstraat	3
• Jean de Smetstraat	2
• Ambulant Zuid Oost	2
• Ambulant Oost	3
• LTP Noord	2
• Jan Thomeepad	2
• LTP West	3
• 2 ^e Constantijn Huygensstraat	3

Bijlage 7: Belang kwaliteitsactiviteiten per echelon

Variabele	Echelon 3			Echelon 4			Echelon 5			Gemiddelde verschil		
	Gem	SD	Range	Gem	SD	Range	Gem	SD	Range	echelon 3-4	echelon 3-5	Echelon 4-5
Belang1	5,27	0,75	3-6	5,40	0,70	4-6	5,23	0,82	3-6	-0,13	0,04	0,17
Belang2	4,90	0,84	3-6	4,90	1,00	3-6	4,90	0,82	3-6	0,00	0,00	0,00
Belang3	5,27	0,73	4-6	5,30	0,67	4-6	5,37	0,72	4-6	-0,03	-0,10	-0,07
Belang4	4,30	1,01	2-6	4,70	0,67	4-6	4,31	1,04	2-6	-0,40	-0,01	0,39
Belang5	4,44	1,08	1-6	4,70	0,82	3-6	4,52	1,09	1-6	-0,26	-0,08	0,18
Belang6	5,05	0,81	3-6	5,40	0,70	4-6	5,10	0,66	4-6	-0,35	-0,05	-0,30
Belang7	5,16	0,61	4-6	5,20	0,42	5-6	5,23	0,63	4-6	-0,04	-0,07	-0,03
Belang8	5,25	0,75	4-6	5,10	0,74	4-6	5,33	0,76	4-6	0,15	-0,08	-0,23
Belang9	5,09	0,83	3-6	5,30	0,67	4-6	5,20	0,71	4-6	-0,21	-0,11	0,10
Belang10	4,91	1,03	1-6	4,90	0,57	4-6	5,13	0,86	3-6	0,01	-0,22	-0,23

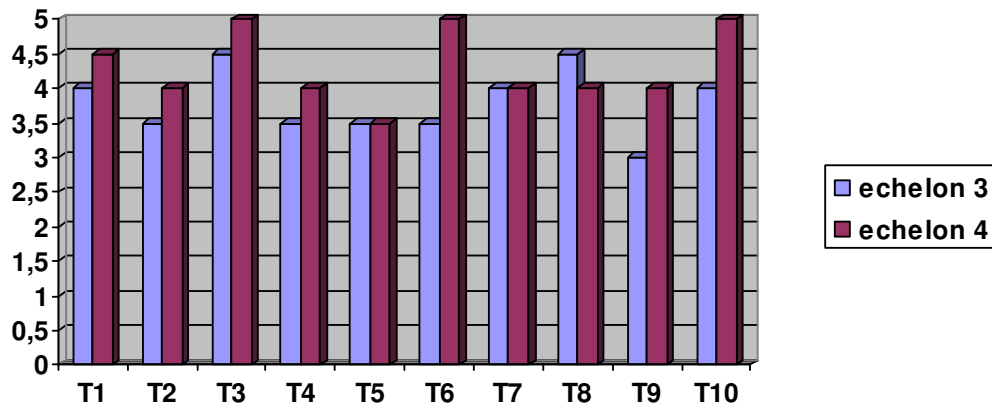


Legenda:

- B(elang)1= incidentenanalyse
- B(elang)2= risico inventarisatie cliënten
- B(elang)3= scholing van medewerkers in kwaliteitszorg
- B(elang)4= intercollegiale toetsing dmv audits
- B(elang)5= beoordelen kwaliteitsdoelen samen met kwaliteitsfunctionaris
- B(elang)6= uitvoeren kwaliteits/verbeterprojecten
- B(elang)7= input leveren voor kwaliteitscommissies
- B(elang)8= uitvoeren van klachtenbehandeling en cliënttevredenheid
- B(elang)9= toepassen van normen verantwoorde zorg en toetsingskader
- B(elang)10= naleven van procedures/richtlijnen/protocollen

Bijlage 8: Toepassing kwaliteitsactiviteiten per echelon

variabele	echelon 3			echelon 4			Gemiddelde verschil
	Gem	SD	range	Gem	SD	range	Echelon 3-4
TOEPAS1	4,00	1,25	2-5	4,50	1,26	2-6	-0,50
TOEPAS2	3,50	1,29	2-5	4,00	1,63	1-6	-0,50
TOEPAS3	4,50	0,58	4-5	5,00	0,79	4-6	-0,50
TOEPAS4	3,50	0,96	3-5	4,00	1,45	1-6	-0,50
TOEPAS5	3,50	1,29	2-5	3,50	1,42	1-6	0,00
TOEPAS6	3,50	0,58	3-4	5,00	1,43	2-6	-1,50
TOEPAS7	4,00	0,50	3-4	4,00	0,97	3-6	0,00
TOEPAS8	4,50	1,29	3-6	4,00	1,45	2-6	0,50
TOEPAS9	3,00	1,50	1-4	4,00	1,66	1-6	-1,00
TOEPAS10	4,00	1,73	1-5	5,00	0,67	4-6	-1,00

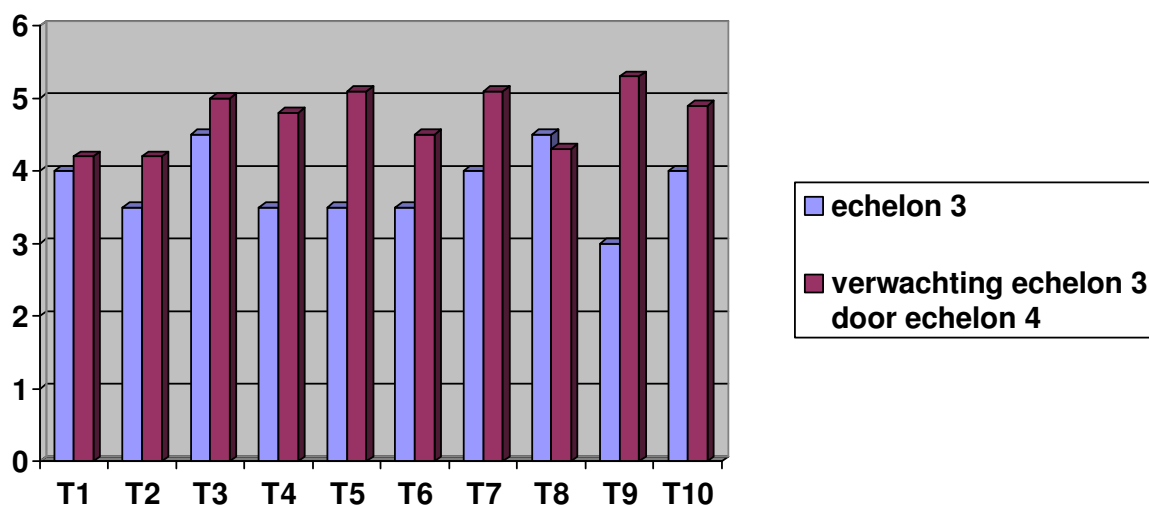


Legenda:

- T(oepas)1= incidentenanalyse
- T(oepas)2= risico inventarisatie cliënten
- T(oepas)3= scholing van medewerkers in kwaliteitszorg
- T(oepas)4= intercollegiale toetsing dmv audits
- T(oepas)5= beoordelen kwaliteitsdoelen samen met kwaliteitsfunctionaris
- T(oepas)6= uitvoeren kwaliteits/verbeterprojecten
- T(oepas)7= input leveren voor kwaliteitscommissies
- T(oepas)8= uitvoeren van klachtenbehandeling en cliënttevredenheid
- T(oepas)9= toepassen van normen verantwoorde zorg en toetsingskader
- T(oepas)10= naleven van procedures/richtlijnen/protocollen

Bijlage 9: Toepassing kwaliteitsactiviteiten echelon 3

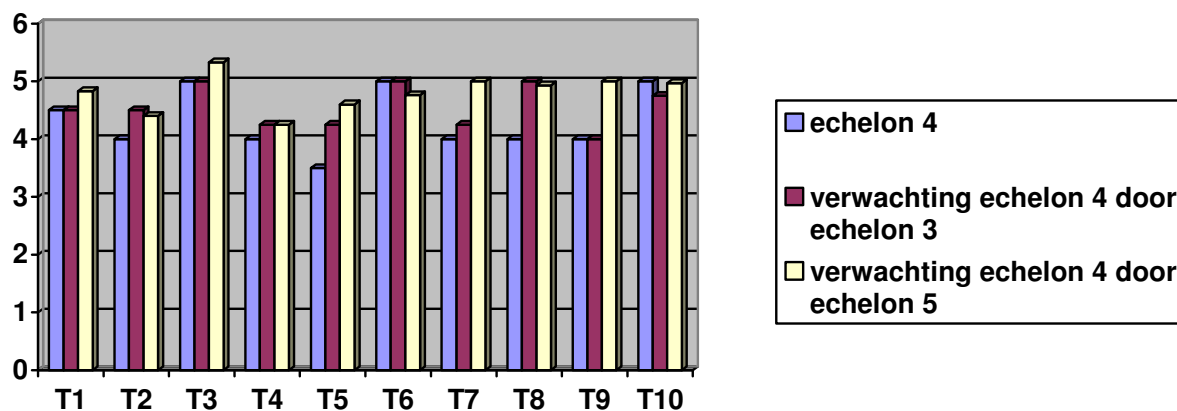
variabele	echelon 3			Verwachting echelon 3 door echelon 4			Gemiddelde verschil
	Gem	SD	range	Gem	SD	range	Echelon 3-4
TOEPAS1	4,00	1,25	2-6	4,20	1,14	2-6	-0,20
TOEPAS2	3,50	1,29	2-6	4,20	1,03	3-6	-0,70
TOEPAS3	4,50	0,58	4-6	5,00	0,67	4-6	-0,50
TOEPAS4	3,50	0,96	3-6	4,80	0,79	3-6	-1,30
TOEPAS5	3,50	1,29	2-6	5,10	0,57	4-6	-1,60
TOEPAS6	3,50	0,58	3-4	4,50	1,43	2-6	-1,00
TOEPAS7	4,00	0,50	3-4	5,10	0,99	3-6	-1,10
TOEPAS8	4,50	1,29	3-6	4,30	1,42	2-6	0,20
TOEPAS9	3,00	1,50	1-4	5,30	0,67	4-6	-2,30
TOEPAS10	4,00	1,73	1-6	4,90	0,99	3-6	-0,90



Legenda: Zie bijlage 8

Bijlage 10: Toepassing kwaliteitsactiviteiten echelon 4

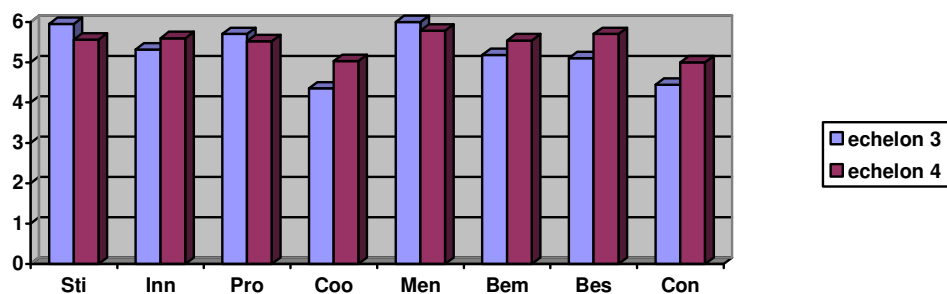
variabele	echelon 4			Verwachting echelon 4 Door echelon 3			Verwachting echelon 4 Door echelon 5			Gemiddelde verschil	
	Gem	SD	Range	Gem	SD	range	Gem	SD	range	Echelon 4-3	Echelon 4-5
TOEPAS1	4,50	1,26	2-6	4,50	1,73	2-6	4,83	0,99	2-6	0,00	-0,33
TOEPAS2	4,00	1,63	1-6	4,50	1,29	3-6	4,40	1,13	2-6	-0,50	-0,40
TOEPAS3	5,00	0,79	4-6	5,00	0,82	4-6	5,33	0,71	4-6	0,00	-0,33
TOEPAS4	4,00	1,45	1-6	4,25	1,50	2-5	4,25	1,24	1-6	-0,25	-0,25
TOEPAS5	3,50	1,42	1-6	4,25	0,96	3-5	4,60	1,04	1-6	-0,75	-1,10
TOEPAS6	5,00	1,43	2-6	5,00	0,00	5-5	4,76	1,02	2-6	0,00	0,24
TOEPAS7	4,00	0,97	3-6	4,25	0,96	3-5	5,00	0,80	3-6	-0,25	-1,00
TOEPAS8	4,00	1,45	2-6	5,00	0,82	4-6	4,93	0,92	3-6	-1,00	-0,93
TOEPAS9	4,00	1,66	1-6	4,00	1,41	2-5	5,00	0,83	3-6	0,00	-1,00
TOEPAS10	5,00	0,67	4-6	4,75	0,50	4-5	4,97	1,03	2-6	0,25	0,03



Legenda: Zie bijlage 8

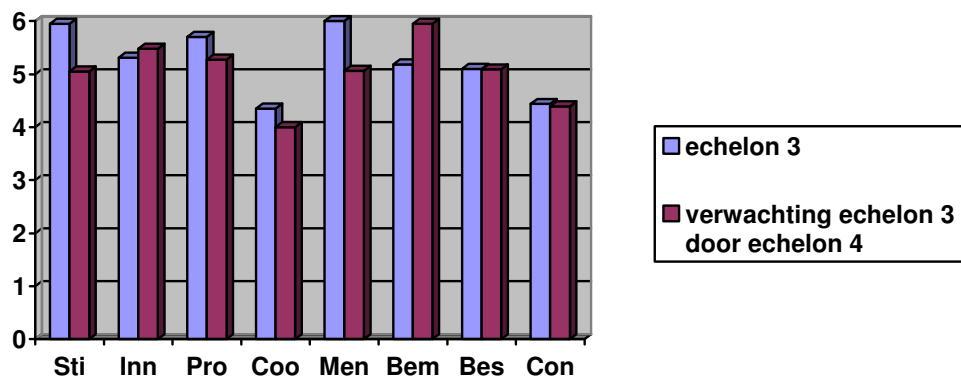
Bijlage 11: Quinn-rollen per echelon

variabele	echelon 3			echelon 4			Gemiddelde verschil
	Gem	SD	range	Gem	SD	range	Echelon 3-4
Stimulator	5,95	0,96	4,80-7,00	5,56	0,82	4,40-7,00	0,39
Innovator	5,31	0,90	4,00-6,00	5,60	0,66	4,75-7,00	-0,29
Producent	5,70	0,26	5,40-6,00	5,52	0,60	4,40-6,20	0,18
Coördinator	4,35	0,94	3,00-5,20	5,03	1,11	2,75-6,40	-0,68
Mentor	6,00	0,79	5,00-6,75	5,78	0,93	4,50-7,00	0,22
Bemiddelaar	5,18	1,01	3,75-6,00	5,54	0,80	4,40-7,00	-0,36
Bestuurder	5,10	0,35	4,60-5,40	5,70	0,89	3,50-6,25	-0,60
Controleur	4,44	0,99	3,00-5,25	5,00	0,76	3,60-7,00	-0,56



Bijlage 12: Quinn-rollen echelon 3

variabele	echelon 3			Verwachting echelon 3 door echelon 4			Gemiddelde verschil
	Gem	SD	range	Gem	SD	range	Echelon 3-4
Stimulator	5,95	0,96	4,80-7,00	5,05	1,00	3,60-7,00	0,90
Innovator	5,31	0,90	4,00-6,00	5,48	0,86	4,00-7,00	-0,17
Producent	5,70	0,26	5,40-6,00	5,27	0,68	4,20-6,20	0,43
Coördinator	4,35	0,94	3,00-5,20	4,00	1,49	1,00-6,60	0,35
Mentor	6,00	0,79	5,00-6,75	5,06	1,03	3,75-7,00	0,94
Bemiddelaar	5,18	1,01	3,75-6,00	5,95	0,71	4,75-7,00	-0,77
Bestuurder	5,10	0,35	4,60-5,40	5,09	1,07	3,40-7,00	0,01
Controleur	4,44	0,99	3,00-5,25	4,39	1,44	1,50-6,50	0,05



Bijlage 13: Quinn-rollen echelon 4

variabele	echelon 4			Verwachting echelon 4 Door echelon 3			Verwachting echelon 4 Door echelon 5			Gemiddelde verschil	
	Gem	SD	Range	Gem	SD	range	Gem	SD	range	Echelon 4-3	Echelon 4-5
Stimulator	5,56	0,82	4,40-7,00	6,35	0,44	6,00-7,00	5,84	0,72	3,60-7,00	-0,79	-0,28
Innovator	5,60	0,66	4,75-7,00	5,56	0,47	5,25-6,25	5,51	0,69	4,00-6,75	0,04	0,09
Producent	5,52	0,60	4,40-6,20	6,15	0,30	5,80-6,40	5,66	0,62	4,20-7,00	-0,63	-0,14
Coördinator	5,03	1,11	2,75-6,40	5,50	1,14	3,80-6,20	5,27	0,83	3,60-6,50	-0,47	-0,24
Mentor	5,78	0,93	4,50-7,00	5,56	0,55	5,75-7,00	5,68	1,10	2,00-7,00	0,22	0,10
Bemiddelaar	5,54	0,80	4,40-7,00	4,63	0,92	3,25-5,25	5,63	0,88	3,00-7,00	0,91	-0,09
Bestuurder	5,70	0,89	3,50-6,25	6,25	0,34	5,80-6,60	5,71	0,65	4,60-7,00	-0,55	-0,01
Controleur	5,00	0,76	3,60-7,00	5,44	0,80	4,25-6,00	5,17	1,00	2,50-6,50	-0,44	-0,17

