

Kwaliteitsbeleid & Prestatie-indicatoren

Het proces van kwaliteitsmanagement binnen een ziekenhuis beschreven, met daarbij speciale aandacht voor het samenspel tussen zorgbestuurders, - managers en professionals.



Erasmus Universiteit Rotterdam, 23-06-2010

Naam: Natalie (N.J.P.) Verschuren
Opleiding: Master Zorgmanagement
Studentnummer: 296409
Begeleider: Prof. Dr. R. A. Bal
Meelezer: MA S. Jerak- Zuiderent

Voorwoord

Ter afsluiting van de master Zorgmanagement aan de faculteit Beleid & Management Gezondheidszorg ligt voor u mijn afstudeerscriptie. Dit sluitstuk heeft veel energie gekost, maar is vooral leerzaam, interessant en inspirerend geweest!

Ik wil enkele mensen bedanken aangezien zij belangrijk voor de uitvoering van mijn scriptie zijn geweest.

In eerste instantie wil ik natuurlijk mijn begeleider Prof. Dr. R. A. Bal bedanken voor zijn adviezen en leerzame begeleiding tijdens het schrijven van dit onderzoek. Met behulp van zijn kennis en feedback heb ik het onderzoek tot dit resultaat kunnen brengen. Mijn dank gaat tevens uit naar mijn meezeer MA S. Jerak-Zuiderent voor haar belangstelling en enthousiasme tijdens het opstarten en afronden van dit onderzoek.

Graag zou ik alle respondenten van het LB ziekenhuis willen bedanken voor hun tijd en openheid. Jullie bijdrage is zeer belangrijk geweest om de bevindingen in dit onderzoek te kunnen achterhalen.

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

Natalie Verschuren

Juni 2010

Samenvatting

Onder druk van de mondige patiënt, concurrentie en een toenemende druk vanuit de overheid zijn ziekenhuizen in Nederland bezig hun kwaliteit van zorg te verbeteren. Dit doen zij door middel van het uitvoeren van verschillende kwaliteitsprogramma's die samen het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis vormen. Bij de invulling van het kwaliteitsbeleid zijn zowel de RvB, zorgmanagers als professionals betrokken. Om tot een juiste realisatie en borging van het kwaliteitsbeleid te komen, wordt een goed samenspel tussen hen verwacht. In deze afstudeerscriptie is onderzoek gedaan naar hoe ziekenhuizen deze verwachtingen in de praktijk tot uiting brengen. De onderzoeksvraag daarbij luidde:

Hoe ziet het proces van kwaliteitsmanagement er in het LB ziekenhuis uit en welke rollen nemen de RvB, zorgmanagers en professionals daarbij in?

Walburg e.a. (2006) betogen dat het uitvoeren van kwaliteitsprogramma's onvoldoende is om tot werkelijke kwaliteitsverbeteringen binnen het primaire proces te komen. Volgens hen moet er meer op uitkomsten van zorg gestuurd worden die aansluiten bij de intrinsieke motivatie van professionals en managers. Het gebruik van indicatoren is daarbij een belangrijk instrument. In deze scriptie is daarom tevens aan de hand van twee deelvragen onderzocht hoe ziekenhuizen indicatoren binnen hun kwaliteitsbeleid gebruiken.

Het LB ziekenhuis, een middelgroot algemeen ziekenhuis, heeft binnen dit kwalitatieve onderzoek als casus gediend. Middels semi-gestructureerde interviews, observaties en analyses van relevante documentatie is bovenstaande probleemstelling beantwoord.

Uit het onderzoek blijkt dat een goede samenspel tussen de RvB, zorgmanagers en professionals binnen het kwaliteitsbeleid belangrijk is. Taken en verantwoordelijkheden tussen hen dienen duidelijk te zijn en ook de verschillende projectgroepen die zich met kwaliteitsaspecten bezighouden dienen op elkaar te worden afgestemd. Op deze wijze ontstaat er een geïntegreerd kwaliteitssysteem wat de uitvoering en borging van de verschillende kwaliteitsprojecten ten goede komt. Uit het onderzoek blijkt tevens dat indicatoren als een belangrijk instrument voor het realiseren van kwaliteitsverbeteringen kunnen worden gezien, maar dat de betrokkenheid van zorgmanagers en de professionals daarbij van belang is. In het LB ziekenhuis sluit het gebruik van de indicatoren nog onvoldoende aan bij de intrinsieke motivatie van de professionals en zorgmanagers, waardoor de realisatie van kwaliteitsverbeteringen nog uitblijven.

Geconcludeerd kan worden dat ziekenhuizen het belang van kwaliteitsmanagement erkennen, maar dat de invulling ervan in de praktijk geen eenvoudige opgave is.

Summary

Due to increasing assertiveness of patients, competition and increasing pressure from the government, hospitals in the Netherlands are forced to improve the quality of their care. This is done by performing several quality programs which together form the quality policy of the hospitals. The content of the quality policy is formulated by the Board of Directors, care managers as well as professionals. In order to obtain a proper realization and securing of the quality policy good teamwork between all parts is expected. In this thesis it is investigated to which extend hospitals in the Netherlands meet these expectations in practice. More specifically, the research question was:

What does the process of quality management in the LB hospital look like and what is the share of the Board of Directors, care managers and professionals in this process?

Walburg et al. (2006) pretend that performing quality programs is insufficient in order to achieve actual quality improvements within the primary process. According to them hospital management should be based on results of care which correspond to the intrinsic motivation of professionals and managers. To this extend, the use of indicators is an important instrument. Therefore, in this thesis it is investigated, by means of two secondary research questions, how hospitals are using indicators in relation to their quality policy.

The LB hospital, a common hospital of average size, has served as case study within this qualitative investigation. By means of semi-structured interviews, observations and analyses of relevant documentation the abovementioned research question is answered.

From this investigation it can be concluded that good teamwork between the Board of Directors, care managers and professionals within the quality policy is important. Tasks and responsibilities between them need to be clear. Moreover, all project groups which are involved with quality aspects need to be synchronized properly. In this way, a integrated quality system arises which will benefit the realization and securing of the different quality projects. In addition, it can be concluded that indicators can be seen as an important instrument for quality improvements, but that commitment of the care managers and professionals is required at the same time. In the case of the LB hospital there is insufficient correspondence between the use of indicators and the intrinsic motivation of professionals and care managers. Because of this, the realization of quality improvement fails to occur.

Finally, it can be concluded that hospitals acknowledge the importance of quality management, but that realization of such quality management in practice is not trivial.

Inhoudsopgave

VOORWOORD	2
SAMENVATTING	3
SUMMARY	4
1. INLEIDING	7
§ 1.1 INLEIDING TOT ONDERZOEK	7
§ 1.2 WETENSCHAPPELIJKE EN MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE	8
§ 1.3 ONDERZOEKSSETTING	9
§ 1.4 DOELSTELLING & PROBLEEMSTELLING	9
§ 1.5 LEESWIJZER	11
2. THEORETISCH KADER	12
§ 2.1 KWALITEITSMANAGEMENT	12
§ 2.2 ROLLEN VAN PROFESSIONALS, ZORGBESTUURDERS EN –MANAGERS BINNEN HET INTERNE KWALITEITSBELEID	13
§ 2.3 MIDDELEN OM DE DISBALANS TUSSEN PROFESSIONALS, ZORGBESTUURDERS EN –MANAGERS TE VERKLEINEN	16
§ 2.4 HET VERLOOP VAN DE INFORMATIE-INFRASTRUCTUUR IN ZIEKENHUIZEN	17
§ 2.5 MOGELIJKE PROBLEMEN BIJ HET DOORVOEREN VAN VERANDERINGEN	19
§ 2.6 PERFORMANCE MANAGEMENT	20
§ 2.6.1 <i>Basisset indicatoren & Zichtbare Zorg indicatoren</i>	20
§ 2.6.2 <i>De gedachtegang achter prestatie-indicatoren</i>	22
3. METHODEN VAN ONDERZOEK	25
§ 3.1 KWALITATIEF ONDERZOEK.....	25
§ 3.2 DATAVERZAMELING.....	25
§ 3.2.1 <i>Observaties</i>	25
§ 3.2.2 <i>Interviews</i>	25
§ 3.2.3 <i>Documenten</i>	26
§ 3.3 DATA-ANALYSE.....	27
§ 3.4 BETROUWBAARHEID & VALIDITEIT	27
4. DE INVULLING VAN HET KWALITEITSBELEID EN HET GEBRUIK VAN PRESTATIE- INDICATOREN	29
§ 4.1 HET KWALITEITSBELEID	29
§ 4.1.1 <i>Organen kwaliteitsbeleid</i>	29
§ 4.1.2 <i>Een overvloed aan projecten</i>	35
§ 4.1.3 <i>De betrokkenheid van de zorgmanagers en de specialisten bij het kwaliteitsbeleid nader bekeken</i>	38
§ 4.1.4 <i>Gebruik van informatiebronnen om aan hun rol binnen het kwaliteitsbeleid invulling te kunnen geven</i>	41
§ 4.2 PRESTATIE-INDICATOREN	43
§ 4.2.1 <i>Het registratieproces</i>	43
§ 4.2.2 <i>De belangen bij het gebruik van prestatie-indicatoren beschreven</i>	48
§ 4.2.3 <i>Komen de externe verantwoording en de realisatie van interne verbeteringen voldoende in het LB tot stand?</i>	52

5. DISCUSSIE	56
§ 5.1 THEORETISCHE DISCUSSIE	56
§ 5.1.1 <i>Het kwaliteitsbeleid van het LB ziekenhuis</i>	56
§ 5.1.2 <i>De rollen van professionals, zorgmanagers en -bestuurders binnen het kwaliteitsbeleid</i>	58
§ 5.1.3 <i>Het verzamelproces van indicatoren en de ervaringen beschreven</i>	61
§ 5.1.4 <i>Het proces van externe verantwoording en de realisatie van interne kwaliteitsverbeteringen</i>	63
§ 5.2. METHODOLOGISCHE DISCUSSIE	65
 6. CONCLUSIE & AANBEVELINGEN	 67
§ 6.1 CONCLUSIE	67
§ 6.2 AANBEVELINGEN	69
 LITERATUURLIJST	 71
BIJLAGE	75
BIJLAGE 1: TOPICLIJST INTERVIEW (RvB, AFDELINGSHOOFDEN, LID BUREAU KIV, HOOFD KLINISCHE ZORG, LID STAFBESTUUR)	75
BIJLAGE 2: TOPICLIJST INTERVIEW (HOOFD ZORGADMINISTRATIE, MEDISCH CODEUR, HOOFD INFORMATIEVOORZIENING, LID BUREAU KIV).	77

1. Inleiding

§ 1.1 Inleiding tot onderzoek

De kwaliteit en veiligheid van geleverde zorg door ziekenhuizen is een veel besproken onderwerp in de politiek en media. In deze tijd wordt van ziekenhuizen verwacht dat zij actief bezig zijn met het verbeteren van hun patiëntenzorg, bijvoorbeeld door middel van het uitvoeren van kwaliteitsprogramma's (MinVWS 2009). Bij het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van zorg zijn zowel de Raad van Bestuur (RvB), zorgmanagers als professionals betrokken. De RvB is wettelijk gezien verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg die door een ziekenhuis geleverd wordt. De professionals dienen kwalitatief goede zorg aan de patiënt te leveren en van managers wordt onder andere verwacht dat zij kwaliteitsverbeteringen tot een goed einde kunnen leiden (IGZ 2009). Voor het optimaliseren van de zorg wordt zagezegd een goed samenspel tussen bestuurders, managers en professionals verwacht. Volgens ter Horst (2009) hangt de kwaliteitsborging in ziekenhuizen dan ook primair af van de gedragingen, competenties en samenwerking van de professionals en hun bestuur.

Door middel van kwaliteitsmanagement kunnen ziekenhuizen hun kwaliteit van zorg verbeteren. Het hebben van een kwaliteitsbeleid en het uitvoeren van kwaliteitssystemen, zoals accreditatie door het Nederlands Instituut voor de Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ), dienen bij te dragen aan het optimaliseren van de kwaliteit van zorg geleverd door ziekenhuizen. Volgens Walburg e.a. (2006) is de uitoefening van kwaliteitsmanagement in de praktijk echter onvoldoende. Zo worden volgens hen met de toepassing van kwaliteitsmanagement in de praktijk onvoldoende verbeteringen op het niveau van het primaire proces gerealiseerd. Dit met name doordat kwaliteitsmanagement een top-down benadering kent (Walburg e.a. 2006). Walburg e.a. (2006) pleiten er dan ook voor dat ziekenhuizen kwaliteitsbeleid gaan uitvoeren dat meer op concrete zorgresultaten is gericht. Door middel van performance management waarbij gestuurd wordt op uitkomsten die gebaseerd zijn op de intrinsieke motivatie van professionals en managers achten zij betere performances van een ziekenhuis mogelijk. Indicatoren zijn daarbij een belangrijk instrument. Ziekenhuizen moeten sinds 2003 aan de hand van de zogenaamde basisset prestatie-indicatoren, vastgesteld door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), verantwoording afleggen over hun kwaliteitsprestaties. Niet alleen het afleggen van externe verantwoording, maar ook het realiseren van interne kwaliteitsverbeteringen behoren tot het doel van de basisset indicatoren. Het realiseren van kwaliteitsverbeteringen binnen het ziekenhuis is mogelijk doordat en voor zover dat de indicatoren een proces van internalisering ondergaan (van der Aar 2008). De IGZ heeft in 2008 tevens in opdracht van het ministerie van VWS het

programma Zichtbare Zorg (ZiZo) opgesteld. Een onderdeel van dit programma is het project Zichtbare Zorg Ziekenhuizen. Dit project heeft als doel de kwaliteit van zorg voor tachtig aandoeningen inzichtelijk te maken. Dit doen zij door het aanbieden en verplicht openbaar stellen van eenduidige indicatorensets aan ziekenhuizen. Net als de basisset indicatoren kunnen deze indicatoren bijdragen aan het inzichtelijk maken en het verbeteren van de performances van een ziekenhuis. Zij kunnen als een van de uitkomsten dienen waarop een ziekenhuis aan de hand van de principes van performance management volgens Walburg e.a. (2006) moet sturen. Volgens Bevan e.a. (2006) kent het sturen op uitkomsten, zoals met de indicatoren wordt beoogd, ook nadelen. Wanneer de indicatoren van ziekenhuizen worden gepubliceerd, kan dit voor ziekenhuizen een stimulans zijn tot gaming. Met gaming wordt bedoeld dat ziekenhuizen indicatoren aanleveren die positiever zijn dan de werkelijkheid. Ook het ontstaan van een tunnelvisie is mogelijk bij het gebruik van indicatoren om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Ziekenhuizen richten zich mogelijk alleen op de aspecten van zorg waarvoor indicatoren zijn ontwikkeld waardoor de aandacht voor de overige zorg vermindert.

In deze scriptie wordt onderzocht hoe een specifiek ziekenhuis kwaliteitsmanagement toepast bij haar doel de kwaliteit en veiligheid van zorg te optimaliseren met speciale aandacht voor het samenspel tussen bestuurders, managers en professionals. Hoe geeft het ziekenhuis invulling aan het kwaliteitsbeleid en wat zijn de rollen van de professionals, zorgmanagers en –bestuurders daarbij? Is het samenspel tussen hen voldoende zodat er kwaliteitsverbeteringen worden gerealiseerd? Vervolgens wordt aan de hand van het gebruik van prestatie-indicatoren onderzocht hoe performance management uitwerking krijgt in het ziekenhuis. Leidt het gebruik van prestatie-indicatoren tot interne verbeteringen in de praktijk en hoe zijn de rollen van de professionals, zorgmanagers en –bestuurders daarbij verdeeld? En hoe gaat het ziekenhuis om met de mogelijke nadelen die indicatoren met zich meebrengen?

§ 1.2 Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie

Onder druk van de mondige patiënt, concurrentie en een toenemende druk vanuit de overheid zijn ziekenhuizen in Nederland bezig hun kwaliteit van zorg te verbeteren. Zo stellen ziekenhuizen intern een kwaliteitsbeleid op. Bij de invulling van dit beleid spelen zowel de RvB, zorgmanagers als professionals een belangrijke rol. Daarnaast houden ziekenhuizen zich met allerlei kwaliteitssystemen bezig zoals het NIAZ, het Veiligheidsmanagement Systeem (VMS) en de invoering van richtlijnen. Ook wordt van hen verwacht dat zij aan de hand van prestatie-indicatoren externe verantwoording afleggen aan de IGZ en andere externe partijen en dat zij deze indicatoren tevens gebruiken voor het

realiseren van interne kwaliteitsverbeteringen. Het realiseren van kwaliteitsverbeteringen in ziekenhuizen is niet alleen een actueel onderwerp maar ook in de wetenschappelijk literatuur wordt er veel over geschreven. Zo zijn termen als kwaliteitsmanagement en performance management gebruikelijk in de literatuur. Volgens Walburg e.a. (2006) kan het toepassen van performance management in de praktijk leiden tot structurele kwaliteitsverbeteringen binnen het primaire proces. Dit in tegenstelling tot de principes van kwaliteitsmanagement wat met name verbeteringen op organisatieniveau teweeg brengt (Walburg e.a. 2006). Dit onderzoek tracht in beide termen meer inzicht te bieden door in te gaan op de invulling van het kwaliteitsbeleid en het gebruik van de prestatie-indicatoren door ziekenhuizen. Zo is de RvB volgens het Nederlands recht eind verantwoordelijke voor de geleverde kwaliteit van zorg, maar kan zij deze verantwoordelijkheid wel in de praktijk waarmaken? Ook worden er in de literatuur modellen bedacht over de integratie van professionals in het ziekenhuisbeleid, maar hoe krijgt dit uitwerking in de praktijk? En hoe gaat het ziekenhuis om met de mogelijke nadelen die indicatoren met zich mee kunnen brengen?

Voor de wetenschap kan dit onderzoek relevant zijn aangezien het als casus materiaal kan dienen. Dit onderzoek is voor de maatschappij belangrijk aangezien het ziekenhuizen informatie verschaft over de kritische punten bij de invulling van het kwaliteitsbeleid en bij het gebruik van prestatie-indicatoren. Deze informatie kunnen ziekenhuizen gebruiken bij hun eigen invulling wat de kwaliteit van de geleverde zorg ten goede kan komen.

§ 1.3 Onderzoekssetting

Het onderzoek is uitgevoerd in het LB ziekenhuis. Het LB ziekenhuis is een middelgroot algemeen ziekenhuis die voornamelijk zorg levert aan inwoners van West-Brabant, Tholen en Sint Philipsland. Een van de hoofddoelen binnen het beleid van het ziekenhuis is het realiseren van brede top basiszorg, waarbij de kernwaarden kwaliteit en veiligheid voorop staan. Aangezien het ziekenhuis momenteel actief bezig is met het realiseren van bovenstaande doelstelling, was het ziekenhuis een geschikte casus om te onderzoeken hoe zij kwaliteits- en performance management tot uiting brengen.

§ 1.4 Doelstelling & Probleemstelling

Het doel van dit onderzoek is inzichtelijk maken hoe ziekenhuizen hun proces van kwaliteitsmanagement kunnen organiseren. Hoe kunnen ziekenhuizen invulling geven aan hun kwaliteitsbeleid en welke rollen nemen de professionals, zorgmanagers en –bestuurders daar in? Moet er een goed samenspel zijn tussen bestuurders, managers en professionals wil het ziekenhuis kwaliteitsverbeteringen kunnen realiseren? Hoe dient het gebruik van

prestatie-indicatoren georganiseerd te worden, wil het ziekenhuis zowel voldoen aan de externe verantwoording als aan de realisatie van interne kwaliteitsverbeteringen? Bovenstaande vragen staan centraal in dit onderzoek. Het explorerende karakter van het onderzoek geven ziekenhuizen de mogelijkheid iets met de bevindingen te doen.

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

Hoe ziet het proces van kwaliteitsmanagement er in het LB ziekenhuis uit en welke rollen nemen de RvB, zorgmanagers en professionals daarbij in?

1. Hoe vindt de invulling van het kwaliteitsbeleid binnen het LB ziekenhuis plaats?

Het kwaliteitsbeleid kan worden gezien als een overkoepelende weergave van de manier waarop uitvoering wordt gebracht aan het kwaliteitsmanagement. Deze deelvraag tracht te achterhalen welke organen en kwaliteitssystemen centraal staan binnen het kwaliteitsbeleid van het LB ziekenhuis. Is er een duidelijke structuur aanwezig of ondervinden zij problemen bij de invulling van het kwaliteitsbeleid?

2. Hoe zijn de rollen van professionals, zorgmanagers en –bestuurders in het LB ziekenhuis te typeren bij de invulling van het kwaliteitsbeleid?

Deze deelvraag moet inzicht bieden in de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van professionals, zorgmanagers en –bestuurders bij de invulling van het kwaliteitsbeleid. Wat wordt er van hen verwacht en maken zij dit in de praktijk waar? En hoe wordt omgegaan met de verschillende posities die bestuurders, zorgmanagers en professionals innemen?

3. Hoe ziet het verzamelproces van prestatie-indicatoren er in het LB ziekenhuis uit en welk belang hechten professionals, zorgmanagers en –bestuurders aan het gebruik van prestatie-indicatoren?

Een onderdeel van kwaliteitsmanagement is performance management. Prestatie-indicatoren kunnen bijdragen om de performances van het LB ziekenhuis te verbeteren. Deze deelvraag moet het eerst gedeelte van het procesgebruik van prestatie-indicatoren in het LB ziekenhuis in kaart brengen. Het hebben van inzicht in het verzamelproces kan mogelijk de belangen van de professionals, zorgmanagers en –bestuurders binnen het LB ziekenhuis bij het gebruik van de indicatoren verklaren.

4. Hoe is het proces van externe verantwoording en het realiseren van interne kwaliteitsverbeteringen in het LB ziekenhuis georganiseerd?

Deze deelvraag tracht inzicht te bieden in hoe beide doeleinden van de prestatie-indicatoren in het LB ziekenhuis tot uiting komen. Hoe wordt omgegaan met de posities die bestuurders, zorgmanagers en professionals innemen bij de realisatie van beide doeleinden en is deze gang van zaken te verklaren? Zijn de ingenomen posities voldoende om de doeleinden in de praktijk te kunnen realiseren of vraagt de gang van zaken om een andere invulling?

In deze scriptie wordt gebruik gemaakt van de termen zorgbestuurders, zorgmanagers en professionals. De RvB van het LB ziekenhuis vertegenwoordigen de zorgbestuurders binnen dit onderzoek. Met zorgmanagers worden de hoofden klinische en ambulante zorg binnen dit onderzoek bedoeld. En de medische specialisten worden aangeduid met het begrip professionals.

§ 1.5 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk worden theoretische concepten behorend bij dit onderwerp besproken. Binnen dit hoofdstuk komen voornamelijk theorieën omtrent het kwaliteitsbeleid van een ziekenhuis en de prestatie-indicatoren als kwaliteitsinstrument aan de orde. In hoofdstuk drie wordt vervolgens aandacht besteed aan de gebruikte methoden binnen dit kwalitatieve onderzoek. Op deze wijze wordt geprobeerd een methodologische verantwoording van het onderzoek te geven. In hoofdstuk vier worden de resultaten gepresenteerd die naar aanleiding van het kwalitatieve onderzoek naar voor zijn gekomen, waarbij een tweedeling is gemaakt tussen het onderwerp kwaliteitsbeleid en prestatie-indicatoren. Vervolgens wordt in hoofdstuk vijf de voorgaande resultaten afgezet tegen het theoretisch kader. In dit hoofdstuk zal tevens de gebruikte methoden die tijdens dit onderzoek zijn gebruikt, worden bediscussieerd. Tot slot bevat hoofdstuk zes een conclusie waarbij een antwoord op de probleemstelling wordt geformuleerd en waar aanbevelingen worden gedaan.

2. Theoretisch kader

Dit hoofdstuk biedt theoretische concepten die van belang zijn om de probleemstelling van deze scriptie te kunnen onderzoeken. Zo wordt beschreven hoe ziekenhuizen kwaliteitsmanagement kunnen toepassen en zal stilgestaan worden bij de rollen van professionals, zorgbestuurders en –managers daarbij. Tevens wordt aandacht besteed aan aspecten van prestatie-indicatoren als onderdeel van performance management.

§ 2.1 Kwaliteitsmanagement

Sinds de komst van de Kwaliteitswet Zorginstellingen in 1996 zijn ziekenhuizen verplicht verantwoording af te leggen over de kwaliteit van hun geleverde zorg. Ziekenhuizen moeten kunnen aantonen dat zij op bepaalde aspecten van zorg vorderingen hebben gemaakt en dienen de activiteiten om betere zorg te realiseren op elkaar af te stemmen, zodat een geïntegreerd systeem wordt gevormd (Schellekens & Everdingen 2001). Door middel van het toepassen van kwaliteitsmanagement kan dit worden bereikt. Met kwaliteitsmanagement wordt de kwaliteit van zorg op een gebalanceerde manier gemeten, verbeterd en geborgd (Schellekens & Everdingen 2001). Naast kwaliteitsmanagement worden ook termen als kwaliteitsbeleid en kwaliteitszorg gebruikt om de methoden en technieken waarop ziekenhuizen hun kwaliteit van zorg verbeteren en bewaken aan te geven (Schellekens & Everdingen 2001). Zo wordt het cyclisch proces van verbeteren en handhaven van de kwaliteit van zorg door middel van het uitvoeren van activiteiten door Holland (2004) aangeduid met het begrip kwaliteitszorg. Verheggen (2005) geeft aan dat kwaliteitszorg een cyclisch proces is waarbij de pijlers verbeteren, verankeren en verantwoorden tevens de stappen zijn die ondernomen moeten worden. Het is van belang dat kwaliteitszorg niet als iets extra's in de organisatie wordt gezien, maar organisatiebreed wordt gestimuleerd, gecoördineerd en gefaciliteerd (Verheggen 2005).

Er zijn verschillende kwaliteitsmethoden bedacht om aan de term kwaliteitsmanagement invulling te geven. Een veel gebruikte methode is door middel van een project-by-project basis. Bij deze methode worden door een samengesteld team aan de hand van de Plan-Do-Check-Act cyclus (PDCA-cyclus) kwaliteitsverbeteringen gerealiseerd. Met behulp van de cyclus worden kwaliteitsverbeteringen op een systematische en objectieve wijze aangepakt. De eerste fase van de cyclus is het opstellen van een plan om een bepaald probleem aan te pakken (Plan). Vervolgens dient dit plan te worden uitgevoerd (Do). In de derde fase (Check) worden de effecten van het plan gecontroleerd en geëvalueerd aan de hand van opgestelde doelstellingen. Tot slot worden de resultaten geborgd of wordt het plan indien nodig bijgesteld en vindt de cyclus opnieuw plaats (Act) (Walburg 2006). Andere methoden die

worden gebruikt bij het realiseren en garanderen van kwaliteitsverbeteringen is door middel van certificering, zoals de ISO certificatie. Daarnaast worden integrale kwaliteitsmodellen gebruikt, bijvoorbeeld de European Foundation for Quality Management Excellence Model (EFQM Excellence Model)(Walburg e.a. 2006).

Het uitvoeren van dergelijke kwaliteitsmodellen is volgens Walburg e.a. (2006) onvoldoende. Dit wordt bevestigd door een onderzoek van Grol (2001) waaruit blijkt dat de uitvoering van de verschillende kwaliteitsmodellen in de praktijk maar deels succesvol bleken te zijn. Zij pleiten er dan ook voor dat er geïntegreerde methoden worden ontwikkeld en dat deze methoden tevens worden gerelateerd aan de uitkomsten van zorg. Kwaliteitsmodellen worden namelijk pas onderdeel van het normale functioneren wanneer hun impact op uitkomsten van zorg op het niveau van de behandelaar, patiënt en de zorgmanagers inzichtelijk wordt (Walburg e.a. 2006). Deze manier van verbeteren wordt ook wel performance management genoemd en kan worden gerealiseerd door middel van het gebruik van indicatoren. In de volgende paragraaf wordt allereerst stilgestaan bij de rollen van professionals, zorgbestuurders en –managers binnen het kwaliteitsbeleid.

§ 2.2 Rollen van professionals, zorgbestuurders en –managers binnen het interne kwaliteitsbeleid

In de wetenschappelijk literatuur worden de rollen van professionals, zorgmanagers en -bestuurders binnen het kwaliteitsbeleid niet concreet en eenduidig beschreven. Mogelijk kan dit worden verklaard doordat de invulling van het kwaliteitsbeleid binnen een ziekenhuis van verschillende factoren afhangt. Zo kan de machtigste partij in de organisatie bijvoorbeeld bepalen aan welke kwaliteitsmodellen zij de voorkeur geven (Ciborra 2000). De afhankelijkheid van factoren bij de invulling van het kwaliteitsbeleid wordt ook wel aangeduid met een 'management-by-deals' aanpak. Om toch inzicht in de rollen van bovenstaande actoren bij het kwaliteitsbeleid te kunnen bieden, worden in onderstaande paragraaf met name bevindingen uit de praktijk geformuleerd.

Ziekenhuizen worden sinds 2000 bestuurd door zorgbestuurders in Raden van Bestuur, die zich steeds meer scholen en vormen als professionele managers/bestuurders (Noordegraaf e.a. 2002). De RvB vervult één van de managementniveaus binnen een ziekenhuis. Onder de RvB bevindt zich vervolgens het divisie management en het afdelingsmanagement. Het divisie management rapporteert aan het niveau onder zich en de RvB. Het afdelingsmanagement daarentegen geeft leiding aan functionarissen in de patiëntenzorg. (Lodewick 2008).

Een dergelijke organisatiestructuur leidt ertoe dat binnen ziekenhuizen twee manieren ontstaan om je met zorg bezig te houden; 'zorgen dat' en 'zorgen voor'. Zorgbestuurders en -managers zijn erop getraind de nodige zorg te organiseren (zorgen dat) en professionals voornamelijk op het daadwerkelijk verlenen van de zorg (zorgen voor). Dit leidt ertoe dat zorgbestuurders, -managers en professionals hun werk vanuit verschillende denkkaders beschouwen, waardoor management en werkvloer van elkaar gescheiden kunnen raken (Stoopendaal 2008).

De disbalans in de relatie tussen professionals en de RvB kan tevens tot uiting komen bij het opstellen en doorvoeren van het interne kwaliteitsbeleid binnen een ziekenhuis. Op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen is de RvB verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg die door het ziekenhuis geleverd wordt. Om invulling aan deze verantwoordelijkheid te kunnen geven, moet de RvB beschikken over bevoegdheden en mogelijkheden om ziekenhuismedewerkers, waaronder zorgmanagers en medische specialisten, aan te sturen (RVZ 2009). Uit een onderzoek van de RVZ (2009) blijkt echter dat raden van bestuur beschikken over onvoldoende instrumenten om hun verantwoordelijkheid betreffende de integrale kwaliteit van zorg waar te maken. Zo is bijvoorbeeld de mate waarin medische specialisten verantwoording afleggen aan de RvB over de kwaliteit van de geleverde zorg onvoldoende geregeld.

In de Nederlandse ziekenhuizen is zagezegd een conflict waar te nemen tussen de Integratie Wet (2000) en de manier waarop het kwaliteitsbeleid van een ziekenhuis in de praktijk tot stand komt. Zoals hierboven aangegeven, is de RvB als eindverantwoordelijke aangesteld voor de kwaliteit van zorg geleverd door het ziekenhuis. In de praktijk blijkt echter dat medische specialisten een 'juxtaposition' hebben verworven bij de totstandkoming van het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis. Hiermee wordt bedoeld dat er een wederzijdse verplichting tussen de RvB en de medische specialisten is ontstaan om elkaar bij belangrijke voorstellen te betrekken (Scholten & van der Grinten 2005). De manier waarop het kwaliteitsbeleid van een ziekenhuis tot stand komt wordt door Selznick's aangeduid als een 'co-optation' proces. De RvB is ondanks zijn formele macht voor succes afhankelijk van de medische specialisten. Zij dienen de medische specialisten inspraak te geven bij het ziekenhuisbeleid (Scholten & van der Grinten 2005).

Uit het onderzoek van Scholten & van der Grinten (2005) blijkt echter dat deze samenwerking tussen de RvB en medische specialisten informeel is geregeld. Er zijn geen concrete verantwoordelijkheden en taken beschreven, maar de samenwerking blijkt voornamelijk uit de vergaderingen die frequent plaatsvinden. Uit het onderzoek blijkt tevens dat Raden van Bestuur de inspraak van medische specialisten belangrijk vinden bij het kwaliteitsbeleid. Volgens hen hebben medische specialisten een positieve invloed op het

beleid. Ook de medische staf, waarin de medische specialisten worden vertegenwoordigd, vinden hun betrokkenheid bij de totstandkoming van het kwaliteitsbeleid voor een ziekenhuis belangrijk. In eerste instantie zagen zij hier het belang van in omdat zij door middel van hun inspraak de medische specialisten konden beschermen van alle initiatieven die door managers werden doorgevoerd. Momenteel zien beide partijen het belang in van een geïntegreerd kwaliteitsbeleid maar is de uitvoering daarvan een grote uitdaging.

De wijze waarop het nu in ziekenhuizen is geregeld, zorgt ervoor dat medische specialisten op een informele wijze inspraak hebben in het ziekenhuisbeleidsplan. Medische specialisten leggen hun wensen aan de RvB voor of beslissen mee bij gedeelde interesses. Daarentegen hebben zij weinig verantwoordelijkheden aangezien de RvB de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg draagt. Volgens Lodewick (2008) zijn specialisten terughoudend bij het dragen van verantwoordelijkheden voor de organisatie. Daarentegen heeft Lodewick (2008) in de praktijk geconstateerd dat managers onvoldoende naar de opvattingen en belangen van specialisten luisteren. Ondanks de grote uitdaging blijft men de integratie van medische specialisten met het ziekenhuis stimuleren omdat men verwacht dat dit ten goede komt aan de performances van een ziekenhuis (Scholten & van der Grinten 2005, Lodewick 2008).

De balans tussen de RvB en het management is een volgend fenomeen waarover in de literatuur wordt gespeculeerd. Wat zijn de verantwoordelijkheden van de zorgmanagers bij het doorvoeren van kwaliteitsverbeteringen en wanneer dient de RvB op te treden?

Doordat de eindverantwoordelijkheid van de geleverde zorg bij de RvB ligt, hebben vele ziekenhuizen hun organisatie centraal geregeld. Doordat de RvB in dergelijke organisaties verwijderd is geraakt van het primaire proces, zal zij volgens Lodewick (2008) bij het oplossen van operationele problemen eerst hulp moeten vragen aan managers en stafdiensten om zo te komen tot een goed besluit, wat het besluit omslachtig en langdurig maakt. Dit leidt er tevens toe dat de RvB de verantwoordelijkheid overneemt van het management, waardoor managers in een ongemakkelijke positie verkeren en gedemotiveerd kunnen raken. In de praktijk blijkt het 'naar boven delegeren' echter een veel voorkomend verschijnsel binnen zorginstellingen (Lodewick 2008).

Volgens Lodewick (2008) is een ziekenhuis dan ook eerder gebaat bij een organisatie waar taken en verantwoordelijkheden ver zijn gedecentraliseerd. Besluiten kunnen namelijk eenvoudiger worden genomen daar waar de gevolgen van die besluiten kunnen worden overzien en gevoeld. In een gedecentraliseerde organisatie liggen alle bevoegd- en de eindverantwoordelijkheden bij het management van de divisies en adviseren de stafdiensten. Stafdiensten beschikken tevens over een controlefunctie, aangezien zij de divisieleiding

moet toetsen of en in hoeverre zij zich houden aan de afgesproken beleidskaders en randvoorwaarden (Lodewick 2008).

De mate waarin decentralisatie plaatsvindt binnen een zorginstelling hangt af van de kwaliteit van het management en het vertrouwen dat RvB's hebben in hun management. Managers en de RvB dienen volledig vertrouwen in elkaar te hebben en elkaar durven aan te spreken. Dit is volgens Lodewick (2008) alleen mogelijk wanneer de afstand tussen management en RvB niet te klein is. Hier geldt het adagium: nabijheid met behoud van distantie. Indien RvB en managers weten wat van hen verwacht wordt, wanneer bevoegdheden, taken en verantwoordelijkheden vastliggen en wanneer periodiek afspraken worden gemaakt over te behalen resultaten zal dit ten goede komen aan de relatie tussen hen (Lodewick 2008).

Uit bovenstaande kan worden geconcludeerd dat in de praktijk gezocht moet worden naar hoe de invulling van het kwaliteitsbeleid het beste kan worden georganiseerd. De betrekking van de specialisten bij het kwaliteitsbeleid van een ziekenhuis is belangrijk, maar dient zich nog in ziekenhuizen te ontwikkelen. Ook de juiste afstemming en samenwerking tussen RvB en zorgmanagers is niet eenduidig te beschrijven, maar dient door ziekenhuizen zelf onderzocht te worden. Stoopendaal (2008) heeft vier middelen geformuleerd om met dergelijke besturingsvraagstukken om te gaan, deze worden in de volgende paragraaf geformuleerd.

§ 2.3 Middelen om de disbalans tussen professionals, zorgbestuurders en – managers te verkleinen

Uit de vorige paragrafen kunnen we constateren dat er binnen ziekenhuizen mogelijk een disbalans heerst tussen de werkzaamheden en verantwoordelijkheden van de RvB, zorgmanagers en de professionals. Zo wordt de RvB als eindverantwoordelijke aangesteld voor de kwaliteit van zorg, maar is deze afhankelijk van de informatie die hij door professionals en zorgmanagers aangeleverd krijgt. Stoopendaal (2008) heeft vier middelen geformuleerd hoe met dergelijke besturingsvraagstukken omgegaan kan worden.

Besturen door middel van extensies is er één van. Hierbij is het van belang dat allereerst zaken en mensen gestabiliseerd en gestandaardiseerd worden en dat vervolgens een netwerkstructuur tot stand gebracht wordt. Dit maakt het namelijk mogelijk dat informatie en getrainde mensen erop uit gestuurd kunnen worden en zij doen wat van hen verwacht wordt (Stoopendaal 2008). Clustermanagers die betrokken zijn bij meerdere locaties van een ziekenhuis zijn hier een voorbeeld van. Door deze betrokkenheid zorgen zij voor een verbinding tussen de verschillende locaties (Stoopendaal 2008).

Een andere manier van besturen is door middel van het aanleggen van verbindingen tussen zorgmanagers en professionals. Door intermediairs in te zetten, kan het delen van kennis

tussen hen bevorderen. Intermediairs beschikken namelijk over kennis van beide werelden en kunnen hierdoor 'vertalingen' bewerkstelligen. Projecten binnen ziekenhuizen kunnen als een intermediair worden gezien, aangezien in de projectgroepen afgevaardigde zittingen van verschillende afdelingen (Stoopendaal 2008).

Creëren van (symbolische) ontmoetingsplaatsen is een andere mogelijkheid. Binnen ontmoetingsplaatsen wordt namelijk nabijheid en betrokkenheid georganiseerd die tot samenwerking en gemeenschappelijk leren kan leiden. Deze symbolische ontmoetingsplaatsen kunnen ontstaan door het gebruik van dezelfde methoden, eenzelfde manier van doen en door het vormen van een gedeelde toekomstvisie (Stoopendaal 2008). Vergaderingen en besprekingen in een ziekenhuis kunnen als een ontmoetingsplaats worden beschouwd (Stoopendaal 2008).

Sturen door middel van begrenzingen is het vierde middel wat door Stoopendaal (2008) beschreven wordt. Door kaders te creëren waarbinnen de eigen professionele verantwoordelijkheden gelden en waarmee anderen op afstand worden gehouden, kunnen juist leiden tot verbindingen (Stoopendaal 2008). Het afbakenen van elkaars verantwoordelijkheden en het verhelder van ieder zijn taken draagt bij aan het vormen van een discretionaire¹ ruimte.

Uit bovenstaande middelen komt naar voren dat actoren dienen te beschikken over informatie binnen een projectgroep en/of vergadering. Het beschikken over informatie is van belang om zo invulling aan hun rol binnen de projectgroep te kunnen geven. Ook ontstaat er nieuwe informatie tijdens een dergelijke projectgroep en/of vergadering. Daarom wordt in de volgende paragraaf stil gestaan bij hoe de informatie-infrastructuur in ziekenhuizen verloopt.

§ 2.4 Het verloop van de informatie-infrastructuur in ziekenhuizen

De disbalans tussen professionals, zorgmanagers en -bestuurders ontstaan en worden in stand gehouden door de structuur van de organisatie. De lagen binnen een organisatie, zoals werkvloer, teamleiders, hoofden van afdelingen of divisie managers, cluster managers of directeuren, RvB en RvT, kunnen de afstand tussen werkvloer en bestuur overbruggen, maar ook creëren. De verschillende lagen in een ziekenhuis zijn gecreëerd om informatie van de werkvloer door te geven naar de top van de zorginstelling (Stoopendaal 2008). Toch blijkt dat het hoger management in Nederlandse ziekenhuizen en de Raden van Bestuur weinig zicht hebben in de vele soorten managementinformatie die door medische registraties

¹ "De specifieke situatie, waarin uitvoerenden bij hun handelen een zekere autonomie hebben om de kernwaarden van zowel hun organisatie als hun beroep toe te passen in de individuele relatie met de patiënt" (Lipsky 1980).

beschikbaar komt (d'Arnaud 2004). Een mogelijke oorzaak hiervan kan zijn dat het doorgeven van informatie van de werkvloer naar het bestuur plaatsvindt door middel van steeds verdergaande abstracties van de directe patiëntenzorg. Hiermee wordt bedoeld dat de informatie in de verschillende lagen anders geïnterpreteerd kan worden en beknopter wordt doorgegeven naar de volgende laag in een organisatie. Hierdoor hebben vele zorgbestuurders behoefte aan een eigen bezoek aan de werkvloer, zodat zij directe informatie kunnen opdoen. Bovenstaande wordt door Lodewick (2008) bevestigd. Hij is van mening dat vervorming van informatie binnen een organisatie mogelijk is doordat filtering van informatie plaatsvindt en doordat gebruikers mogelijk de informatie anders interpreteren. Wanneer zorgbestuurders de werkvloer gaan bezoeken, betreden zij het bestuurlijk domein van de verantwoordelijke manager. Dit kan voor een disbalans zorgen tussen de zorgmanager en –bestuurder wanneer de manager vindt dat de bestuurder zijn grenzen heeft overschreden (Stoopendaal 2008).

Yammarino (1994) noemt een dergelijke vorm van leiderschap ook wel leiderschap door *bypass*; Leiders proberen hun invloed op medewerkers uit te oefenen door direct contact met hen te maken en daarbij de tussenlagen in de organisatie te omzeilen. Het tegenovergestelde hiervan is leiderschap door *cascading*; Leiders oefenen hun invloed op de medewerkers uit door middel van de lagen in een organisatie. Het zijn de managers die de visie en het gedrag van de top van de organisatie overnemen en deze op de werkvloer toepassen.

In tegenstelling tot het abstraheren van informatie van de werkvloer naar het bestuur van een zorginstelling wordt informatie van het bestuur naar de werkvloer niet voldoende concreetiseerd. Het management heeft de taak om de abstracte informatie vanuit de RvB te concretiseren zodat er op de werkvloer meegewerkt kan worden. Uit het onderzoek van Stoopendaal (2008) blijkt echter dat dit onvoldoende plaatsvindt, doordat de tussenlaag in een organisatie hun aandacht steeds meer richten op managementtaken dan dat zij zich met de werkvloer bezighouden.

Uit bovenstaande kunnen we constateren dat informatie door de gehele organisatie stroomt. Elke laag binnen een organisatie heeft dan ook informatie nodig om beslissingsvraagstukken te kunnen nemen. Het vergaren van informatie en besluitvorming zijn zogenoemd onlosmakelijk met elkaar verbonden. Er is echter wel een verschil in de gedetailleerdheid van informatie die door de RvB van een ziekenhuis wordt gebruikt en de werkvloer. De RvB heeft voor zijn strategische beslissingen voldoende aan beknopte informatie terwijl teamleiders meer gedetailleerde informatie nodig hebben om hun beslissingen te kunnen nemen (Asselman 2008). Er is niet alleen een verschil in het soort informatie waar lagen in de organisatie behoefte aan hebben, lagen in de organisatie kunnen tevens verschillend reageren op dezelfde soort informatie (Asselman 2008). De wijze waarop mensen met

informatie omgaan, hangt van vele factoren af. Zo zijn de ervaren drukte op een afdeling, de persoonlijkheid en achtergrond van de gebruiker en de manier waarop medewerkers door hun bestuurders worden gestimuleerd om met de informatie te werken bepalende factoren (Asselman 2008).

In de volgende paragraaf worden enkele mogelijke problemen beschreven waar ziekenhuizen bij het doorvoeren van kwaliteitsverbeteringen mee te maken kunnen krijgen.

§ 2.5 Mogelijke problemen bij het doorvoeren van veranderingen

Ziekenhuizen zijn continu bezig met het verbeteren van hun kwaliteit van zorg. Dit doen zij door middel van het uitvoeren van verschillende kwaliteitsmodellen en aan de hand van projectgroepen. Bij het doorvoeren van kwaliteitsverbeteringen kunnen zich echter verschillende problemen voordoen.

Uit de ervaringen van Lodewick (2008) blijkt dat er in de praktijk vaak onvoldoende wordt uitgesproken wie de initiatiefnemer en de probleemeigenaar is van een project, wie daarbij een adviesrol vervult en wie het uiteindelijke besluit mag nemen. Indien dergelijke rollen niet worden benoemd, bestaat het gevaar dat de aandacht voor het project verminderd en deze wordt ingehaald door andere activiteiten die de aandacht krijgen. Indien kwaliteitsverbeteringen worden doorgevoerd die de gehele organisatie raken, is het de taak van de RvB een dergelijke verbetering naar de rest van de organisatie uit te dragen en er zorg voor te dragen dat deze niet verwaterd. Ook is het de taak van de RvB de verbetering te verdedigen indien weerstand onder de werknemers ontstaat. Bovenstaande geldt tevens voor veranderingen die zich lager in de organisatie voordoen. Zo is de divisie manager verantwoordelijk voor de veranderingen die zich tot een divisie beperken (Lodewick 2008).

Het delegeren van verantwoordelijkheden bij het doorvoeren van kwaliteitsverbeteringen aan het middenmanagement is mogelijk. Hierbij is het echter wel van belang na te gaan of zorgmanagers de verantwoordelijkheden kunnen dragen. Uit het onderzoek van Stoker & de Korte (2000) blijkt namelijk dat Raden van Bestuur vaak te hoge verwachtingen hebben van hun zorgmanagers. Zonder duidelijke opdrachten en/of kaders worden de zorgmanagers verantwoordelijk gesteld voor belangrijke veranderingen. Wanneer vervolgens blijkt dat de uitkomsten niet overeenkomen met de verwachtingen grijpt de RvB weer in. Dit kan ertoe leiden dat de manager zich niet meer verantwoordelijk voelt en de opdracht vroegtijdig loslaat. Een dergelijke gang van zaken stimuleert de manager niet om de volgende verbetering tot een goed einde te leiden. Dit wordt ook wel de slingerbeweging tussen top en middenmanagement genoemd.

Een ander fenomeen wat zich bij het doorvoeren van kwaliteitsverbeteringen voordoet is dat besluiten onvoldoende worden doorgevoerd. Volgens Lodewick (2008) zijn ziekenhuizen

goed in het maken van plannen maar heeft de concrete uitvoering nog aandacht. Ziekenhuizen doen er dan ook goed aan om besluiten omtrent kwaliteitsprojecten gelijk door te voeren. Op deze wijze wordt het belang van de verbetering uitgedragen naar de gehele organisatie. Het ondergeschikt maken van overige activiteiten kan bijdragen aan het afronden van een kwaliteitsverbeteringsproject.

In bovenstaande paragrafen zijn verschillen aspecten van het kwaliteitsbeleid van ziekenhuizen aan bod gekomen. Zo zijn de mogelijke rollen van zorgmanagers, -bestuurders en professionals binnen het kwaliteitsbeleid besproken en zijn er middelen geformuleerd die ondersteuning kunnen bieden bij ingewikkelde besturingsvraagstukken. In de volgende paragraaf zal stilgestaan worden bij hoe performance management met behulp van indicatoren in ziekenhuizen tot uiting kan komen.

§ 2.6 Performance management

Een onderdeel van kwaliteitsmanagement is performance management (Walburg e.a 2006). De komst van performance management in de gezondheidszorg dient de prestaties van zorginstellingen te verbeteren (Grol 2001). Om de performances van een organisatie te kunnen verbeteren zijn indicatoren nodig. Indicatoren kunnen bij alle stappen van het interne managementsysteem worden gebruikt. Zo kunnen indicatoren worden gebruikt bij het formuleren van maatstaven, bij het toetsen of geformuleerde doelen zijn behaald, bij het verbeteren of herontwerpen van het plan, bij de borging en verspreiding van de resultaten in de organisatie en tot slot om externe verantwoording af te leggen aan belangrijke stakeholders (Schellekens 2009). In de Nederlandse ziekenhuizen worden de basisset indicatoren en de ZiZo indicatoren door de IGZ uitgevraagd.

§ 2.6.1 Basisset indicatoren & Zichtbare Zorg indicatoren

In de literatuur worden verschillende definities van indicatoren weergegeven. Een terugkerend fenomeen bij deze definities is het gegeven dat een indicator informatie weergeeft die mogelijk een afspiegeling is van de prestaties of kwaliteit van een object in de gezondheidszorg (Groenewoud & Huijsman 2003). Bij het gebruik van prestatie-indicatoren doen ziekenhuizen er daarom goed aan zich bewust te zijn van de beperktheid van de indicatoren. Indicatoren geven niet de werkelijke prestaties of kwaliteit van een object weer, maar slechts een indicatie.

De IGZ ontwikkelt ieder jaar in samenwerking met de Orde van Medisch specialisten, de Nederlandse Federatie van Universitair medisch centra (NFU) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) de basisset prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen. De basisfilosofie van deze basisset kent vijf uitgangspunten, waarvan het geven van een

indicatie aan de inspectie voor onderzoek en het realiseren van interne kwaliteitsverbeteringen de belangrijkste zijn (Orde van medisch specialisten 2010). Deze twee uitgangspunten worden ook wel de externe en interne functies van prestatie-indicatoren genoemd.

Toen de prestatie-indicatoren in het jaar 2003 in de ziekenhuizen werden geïntroduceerd, vond er echter een discussie plaats over de spanning tussen de twee verschillende doelen die de indicatoren nastreven. Zo was het volgens Berg & Schellekens (2002) niet mogelijk om één set aan indicatoren te gebruiken voor beide doeleinden. Volgens hen bestond er dan ook een wezenlijk verschil tussen de vereisten van interne en externe indicatoren. Ook het CBO erkent dat er een onderscheid bestaat tussen interne en externe indicatoren, maar is hierbij wel van mening dat een externe indicator wel degelijk kan leiden tot interne verbeteringen. Zo geven externe indicatoren volgens het CBO ziekenhuizen zicht in hoe zij presteren ten opzichte van andere ziekenhuizen wat een stimulans voor hen moet zijn om zich intern te verbeteren (CBO 2008 in Van der Aar 2008). Uit het onderzoek van Van der Aar (2008) blijkt dat het onderscheid tussen interne en externe indicatoren niet van toepassing is op de basisset prestatie-indicatoren. De (externe) indicatoren kunnen namelijk leiden tot interne verbeteringen binnen een ziekenhuis doordat zij een proces van internalisering ondergaan. Indicatoren zijn zogezegd in essentie niet intern of extern, maar moeten intern of extern worden gemaakt in een proces van internalisering of externalisering. Met internaliseren wordt bedoeld dat ziekenhuizen de prestatie-indicatoren zich eigen en werkbaar gaan maken (Van der Aar 2008).

Naast de basisset prestatie-indicatoren dienen ziekenhuizen sinds 2008 tevens indicatoren behorend tot het project Zichtbare Zorg aan te leveren. Deze sets van kwaliteitsindicatoren bestaande uit zorginhoudelijke indicatoren en klantpreferente vragen dienen derden, waaronder zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen, inzicht te bieden in de kwaliteit van zorg die ziekenhuizen leveren. Ook kunnen deze indicatoren door de zorgverleners zelf worden gebruikt als spiegel- en sturingsinformatie voor het verbeteren van de eigen prestaties. Om deze doelstelling te behalen, is het project in vier tranches verdeeld. Elke tranche bestaat uit een ontwikkelfase, een uitvraagfase en een fase waarin de indicatoren publieke openbaar worden gemaakt (Zichtbare zorg 2010).

Volgens de Bruijn (2001) kan het gebruik van prestatie-indicatoren leiden tot het verbeteren van de kwaliteit van het beleid en/of besluitvorming binnen ziekenhuizen. De informatie die door prestatiemetingen ontstaan, bijvoorbeeld met behulp van prestatie-indicatoren, kunnen namelijk worden gebruikt bij het vormgeven van het beleid. Het uitvoeren van prestatiemetingen zorgt voor een vervlechting van de uitvoering en de beleidsvorming van zorg. Volgens Bal (2008) kan daarentegen vanuit het oogpunt van leren vraagtekens gezet worden bij het hanteren van prestatie-indicatoren door ziekenhuizen. Volgens Bal zorgen

indicatoren enerzijds wel tot verbeteringen binnen ziekenhuizen, doordat indicatoren het opstellen van meetbare doelstellingen stimuleert of doordat zij specifieke kwesties op de agenda zetten. Aan de andere kant vermindert de zeggingskracht van prestatie-indicatoren doordat ziekenhuizen leren zich strategisch te positioneren ten opzichte van de indicatoren. Prestatie-indicatoren zeggen niet zozeer meer iets over de kwaliteit van zorg wat door de ziekenhuizen geleverd wordt, maar meer hoe slim deze ziekenhuizen met prestatie-indicatoren omgaan en hoe zij zich aan de buitenwereld kunnen presenteren. Deze gedachtegang sluit aan bij de nadelen die Bevan (2006) met betrekking tot indicatoren heeft geconstateerd, zoals het creëren van een tunnelvisie en de mogelijkheid tot gaming.

§ 2.6.2 De gedachtegang achter prestatie-indicatoren

Prestatiemetingen geven informatie weer over de uitkomsten van zorg van een bepaald ziekenhuis. Deze uitkomsten bieden zorgmanagers, -bestuurders en professionals handvatten om de kwaliteit en veiligheid van zorg te optimaliseren. Volgens Power behoren het uitoefenen van dergelijke prestatiemetingen bij een bestuursfunctie. Het uitoefenen van dergelijke prestatiemetingen zijn door de samenleving geaccepteerd. Deze acceptatie is niet gebaseerd op het feit dat metingen dingen openbaren zoals ze in werkelijk zijn, maar op het feit dat we simpelweg niet meer zonder dergelijke informatie kunnen (Power 2004).

De veronderstelling luidt dan ook dat wanneer managers en bestuurders beschikken over meer informatie zij beter en rationeel problemen kunnen managen. Meer informatie zorgt namelijk voor transparantie. Tsoukas (1997) ontkracht deze veronderstelling, aangezien volgens hem binnen de gemeenschap van informatie vele paradoxen verscholen zitten. Hij beargumenteert, dat meer informatie juist leidt tot minder begrip, het beschadigen van vertrouwen en het minder rationeel bestuurbaar maken van de gemeenschap. In de huidige maatschappij gebruiken wij namelijk informatie die is losgekoppeld van haar context, tijdloos en onpersoonlijk is, terwijl deze factoren informatie juist effectief maken (Tsoukas 1997).

Berg en Goorman (1999) sluiten zich aan bij de stelling dat informatie verbonden is met de context waarin zij is geproduceerd. Zij geven drie argumenten aan waarom zij informatie niet als een contextvrij gegeven zien. Allereerst beargumenteren zij dat informatie wordt verzameld met een bepaald doel. Wanneer de informatie van haar doel verwijderd wordt, verliest het zijn waarde aangezien de informatie slechts met één doel voor ogen verzameld wordt. Ten tweede is informatie geen geïsoleerd gegeven; informatie wordt namelijk gevormd door de tijd en interpretaties van personen. Tot slot wordt de betrouwbaarheid en waarde van informatie door de gebruiker beoordeeld op basis van de bron die de informatie heeft gegenereerd. Ondanks dat informatie verbonden is aan haar context is het gebruik van informatie voor secundaire doeleinden wel mogelijk (Berg en Goorman 1999). Dit is mogelijk door informatie los te koppelen van haar context en deze vervolgens te vertalen naar een

andere context. Het vertalen van de informatie van de ene context naar de andere moet niet worden uitgevoerd door de individuen zelf die de informatie produceren. Dit zou namelijk weerstand bij hen oproepen aangezien het vertalen van informatie veel werk vereist en zij niet degene zijn die de informatie voor andere doeleinden willen gaan gebruiken (Berg en Goorman 1999).

Prestatie-indicatoren genereren uitkomsten van zorg die vervolgens door professionals en zorgmanagers moeten worden geanalyseerd, zodat indien nodig de zorg kan worden verbeterd. Er is zagezegd spraken van het delen van kennis gegenereerd door prestatie-indicatoren tussen professionals, zorgmanagers en -bestuurders. Het delen van kennis is echter geen eenvoudige opgave en wordt bemoeilijkt door de aanwezigheid van regelende, normatieve en cultureel-cognitieve aspecten die tot de instituties in de gezondheidszorg behoren. Tussen en binnen organisaties bestaan verschillen vanwege heersende institutionele krachten. Hierdoor ontbreekt er een algemeen paradigma/gemeenschappelijke visie die nodig is om kennis te kunnen delen. Er ontbreekt zagezegd een gezamenlijke betekenis van de informatie door de verschillende disciplines (Hartwood e.a. 2003). Doordat kennis moeilijk te verspreiden is door grenzen (organisatorische en professionele) heen wordt het realiseren van kwaliteitsverbeteringen bemoeilijkt (Currie & Suhomlinova 2006).

Uit bovenstaande kan geconcludeerd worden dat willen ziekenhuizen prestatie-indicatoren gebruiken voor het realiseren van interne kwaliteitsverbeteringen dan moet er eerst 'werk' worden verricht. Er ontstaat namelijk pas informatie, wanneer er betekenis wordt gegeven aan de metingen die voor de prestatie-indicatoren zijn verricht (Weggeman 2001). Groenewoud & Huijsman (2003) stellen dat data in haar context geplaatst moet worden, wil er betekenis aan de metingen gegeven kunnen worden. Het slagen of falen van een indicator kan dan ook niet alleen in een cijfer uitgedrukt worden, maar krijgt pas betekenis wanneer aan dit cijfer het achterliggende verhaal gekoppeld wordt (Jerak-Zuiderent & Bal 2010). Verder is het volgens hen belangrijk om bij het interpreteren van prestatie-indicatoren de actor, alsmede het perspectief waaruit hij/zij beredeneert, in acht te nemen. Op deze manier wordt er een eenduidig referentiekader gecreëerd, wat de interpretaties van prestatie-indicatoren verbeterd.

Jerak-Zuiderent & Bal (2010) zijn tevens van mening dat de uitkomsten van prestatie-indicatoren eerst vertaald moeten worden, willen zij van betekenis zijn voor de werknemers in het primaire proces. Prestatie-indicatoren moeten zagezegd een proces van internalisering ondergaan willen zij een bijdrage kunnen leveren aan het realiseren van interne kwaliteitsverbeteringen. Een belangrijke stap bij het internaliseren van prestatie-indicatoren is het ontwikkelen van een structuur van verantwoordelijkheden en het beschrijven van het proces van dataverzameling. Daarbij is het tevens van belang dat deze structuur formeel is ingebed in de organisatie (van der Aar 2008). Zo raden Jerak-Zuiderent & Bal (2010) aan

een actieplan op te stellen voor hoe de verschillende gegevens voor de prestatie-indicatoren verzameld moeten worden. Uit het onderzoek van hen blijkt tevens dat ondanks een dergelijk plan er in ziekenhuizen een 'grijs gebied' aanwezig kan zijn waarbinnen gegevens voor indicatoren worden verzameld maar waar geen zicht op is. De aanwezigheid van een dergelijk gebied kan leiden tot vertragingen en/of extra werkzaamheden in het verzamelingproces van indicatoren. Ook het maken van prestatie-afspraken rondom indicatoren is belangrijk binnen het internaliseringproces. Wanneer indicatoren structureel in de PDCA-cyclus worden opgenomen, is de kans kleiner dat deze uitkomsten van zorg door het management als sturingsinformatie wordt gemist (van der Aar 2008).

Tot slot is het binnen het internaliseringproces van belang dat professionals een verbinding kunnen leggen tussen wat zij zelf belangrijk vinden en de gevraagde verantwoording. Volgens Wollersheim e.a. (2006) komen kwaliteitsverbeteringen namelijk beter tot stand wanneer bij de intrinsieke motivatie van professionals wordt aangesloten. Door er zorg voor te dragen dat professionals zelf verantwoordelijk worden gesteld voor de doorgevoerde kwaliteitsverbeteringen kan hieraan bijdragen. Tevens is het van belang aan te sluiten bij wat professionals vanuit hun vakgebied belangrijk vinden. Bijvoorbeeld zorgen voor een pijnbeleid wat bij elke patiënt in het ziekenhuis nagestreefd moet worden en niet alleen bij de postoperatieve patiënten wat de indicator verlangt (van der Aar 2008).

3. Methoden van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt de methodiek van het onderzoek besproken. Allereerst wordt de methode van het kwalitatieve onderzoek behandeld. Vervolgens wordt besproken hoe de data geanalyseerd is. In dit hoofdstuk wordt tevens de wijze besproken waarop geprobeerd is de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek te waarborgen.

§ 3.1 kwalitatief onderzoek

Voor dit kwalitatief onderzoek is gekozen voor een case study als onderzoeksdesign. Tijdens een case study worden één of enkele gevallen van een sociaal verschijnsel intensief bestudeerd. In meer pragmatische zin kan een case study dienen om sociale problemen/situaties te signaleren en te analyseren (Bowling 2002). Het samenspel van de professionals, zorgmanagers en –bestuurders binnen het kwaliteitsbeleid en bij het gebruik van prestatie-indicatoren kan als het sociale verschijnsel worden gezien wat in dit onderzoek centraal stond.

§ 3.2 Dataverzameling

Voor het verkrijgen van de data voor dit onderzoek zijn zowel observaties en semi-gestructureerde interviews uitgevoerd als documenten geanalyseerd.

§ 3.2.1 Observaties

Om een beter beeld te krijgen van hoe het registratieproces rondom indicatoren verloopt en hoe de overige informatievoorziening tot stand komt, heeft de onderzoeker observaties uitgevoerd bij de zorgadministratie en de afdeling informatievoorziening. Tijdens deze bezoeken heeft de onderzoeker kunnen zien hoe gegevens uit het patiëntendossier worden gecodeerd en hoe uitkomsten onttrokken worden uit de LMR en het Datawarehouse voor de aanlevering van de prestatie-indicatoren. De onderzoeker nam hierbij de rol in van observerende participant. Deze rol maakte het mogelijk dat vragen gesteld konden worden indien nodig (Creswell 2003). Tijdens het observeren zijn veldnoten gemaakt, die na de observaties tot een overzichtelijke weergave zijn uitgewerkt.

§ 3.2.2 Interviews

Er is gekozen voor het uitvoeren van semi-gestructureerde interviews die aan de hand van een topiclist zijn afgenomen. Het uitvoeren van dergelijke interviews maakten het namelijk mogelijk dat informatie gericht verkregen kon worden. Naast het verkrijgen van gerichte informatie maakten dergelijke interviews het tevens mogelijk om dieper op bepaalde zaken in

te gaan en indien nodig van het onderwerp af te wijken (Baarde e.a. 2005). De topiclijsten voor de interviews zijn opgesteld aan de hand van het theoretisch kader en de onderzoeksvragen en zijn terug te vinden in bijlage 1 & 2.

Er zijn interviews gehouden met de volgende functionarissen:

- Lid bureau Kwaliteit Innovatie Veiligheid
- Lid Raad van Bestuur
- Hoofd klinische zorg
- Hoofd zorgadministratie
- Hoofd informatievoorziening
- Codeur
- Hoofd afdeling chirurgie
- Waarnemend hoofd afdeling interne geneeskunde
- Geriater, tevens secretaris stafbestuur

Door middel van deze interviews konden de meningen, ideeën en ervaringen van professionals, zorgmanagers en –bestuurders over het kwaliteitsbeleid en prestatie-indicatoren achterhaald worden. Van de interviews zijn geluidsopnamen gemaakt, mits de respondent hier toestemming voor gaf. De data die middels de interviews zijn verkregen, zijn uitgewerkt in de vorm van een transcript. Hier is zorgvuldig mee omgegaan, zodat de privacy van de respondenten gegarandeerd is gebleven.

§ 3.2.3 Documenten

Het analyseren van documenten is tevens een onderzoeksmethode wat in dit onderzoek is toegepast. Er zijn zowel externe als interne documenten geanalyseerd om zo zicht te krijgen in hoe het ziekenhuis vorm geeft aan het kwaliteitsbeleid en de prestatie-indicatoren. De externe voor iedereen toegankelijke documenten die zijn geraadpleegd, zijn het ziekenhuisbeleidsplan, rapportage Vereniging Medisch Staf Lievensberg Ziekenhuis, Prestatie-indicatoren ziekenhuizen Basisset 2009 en Zichtbare Zorg Ziekenhuizen Indicatoren. Bovenstaande documenten zijn geraadpleegd om zo meer informatie te verkrijgen over hoe de prestatie-indicatoren worden uitgevraagd, zicht te krijgen in de werkzaamheden van de Vereniging Medisch staf en zicht te krijgen op hoe het ziekenhuis zich naar haar patiënten en belangrijke partners presenteert.

Tevens is gebruik gemaakt van interne documenten die door het ziekenhuis zelf zijn opgesteld. Het informatieprotocol en de informatiematrix aan de Raad van Toezicht gaven overzichtelijk weer hoe het ziekenhuis de kwaliteit van de geleverde zorg en de continuïteit van de organisatie optimaal probeert te houden. Tot slot is het kwaliteitsbeleid van de Vereniging Medische Staf nader bekeken om zo informatie te verkrijgen over hoe specialisten

invulling geven aan hun eigen kwaliteitsbeleid en hoe dit beleid wordt afgestemd met het kwaliteitsbeleid van het gehele ziekenhuis.

Bovenstaande documenten zijn voornamelijk informatief geweest voor de onderzoeker. Uit enkele documenten zijn bevindingen getrokken die worden gepresenteerd in het resultaten en discussie hoofdstuk van dit onderzoek.

§ 3.3 Data-analyse

Nadat de bevindingen uit de observaties, interviews en documenten in het resultaten hoofdstuk zijn beschreven, is de analyse aan de hand van de deelvragen uitgevoerd. Tijdens de analyse werden de bevindingen uit de observaties, interviews en documenten teruggekoppeld naar het theoretisch kader. De bevindingen uit de observaties, interviews en documenten zijn tevens met elkaar in confrontatie gebracht. Doordat vanuit verschillende invalshoeken gegevens zijn verzameld, was het mogelijk een duidelijker beeld van de gang van zaken in het ziekenhuis omtrent het kwaliteitsbeleid en de prestatie-indicatoren te creëren (Baarda e.a. 2005). Ter verduidelijking van de resultaten zijn relevante citaten uit de interviews vermeld. Op deze manier is getracht de deelvragen van dit onderzoek te kunnen beantwoorden.

§ 3.4 Betrouwbaarheid & validiteit

Bij het doen van een wetenschappelijk onderzoek is het belangrijk te streven naar betrouwbare en valide onderzoeksgegevens.

Een onderzoek is betrouwbaar indien toevallige of onsystematische vertekeningen van het object van studie afwezig zijn (Maso & Smaling 1998). Het begrip betrouwbaarheid kan worden onderverdeeld in interne en externe betrouwbaarheid. De interne betrouwbaarheid houdt in of er consistent gewerkt is in het onderzoek (Maso & Smaling 1998). Binnen dit onderzoek is datatriangulatie toegepast om de interne betrouwbaarheid te verhogen. Er is gebruik gemaakt van documenten, interviews en observaties, zodat de invulling van het kwaliteitsbeleid en de prestatie-indicatoren vanuit verschillende kanten belicht kon worden. Op deze manier is gestreefd naar objectieve onderzoeksresultaten. Ook worden de resultaten ondersteund door citaten, zodat de lezer wordt betrokken bij de ervaringen en zelf een oordeel kan vormen. Met externe betrouwbaarheid wordt de herhaalbaarheid van het hele onderzoek, inclusief alle tussen- en eindresultaten, door andere onafhankelijke onderzoekers in dezelfde situatie, met dezelfde onderzoeksopzet en met dezelfde methoden en technieken bedoeld (Maso & Smaling 1998). Door in het onderzoeksverslag precies te zijn in de beschrijving, is geprobeerd de externe betrouwbaarheid van dit onderzoek te

borgen. Door het opstellen van een overzichtelijk document met daarin de topics van dit onderzoek is tevens geprobeerd de externe betrouwbaarheid van dit onderzoek te verhogen. Dit document kan namelijk dienen als leidraad voor verschillende onafhankelijke onderzoekers die zich op dit onderwerp richten.

Een onderzoek is valide indien systematische vertekeningen afwezig zijn (Maso 1998). Bij het begrip validiteit kan tevens een onderscheid worden gemaakt tussen interne en externe validiteit. Interne validiteit is validiteit binnen een onderzoeksproject en betreft vooral de deugdelijkheid van de argumenten en de redenering die tot de onderzoeksconclusies geleid hebben (Maso & Smaling 1998). Door tijdens het onderzoek de onderzoeksopzet zo goed mogelijk te volgen en melden indien hiervan is afgeweken, moet bijdragen aan het verhogen van de interne validiteit van dit onderzoek. Er zijn tevens 'member checks' uitgevoerd; de interpretaties van de interviews worden aan de respondenten voorgelegd, wat leidt tot het verhogen van de interne validiteit. Door ook de sterke en zwakke punten van dit onderzoek in het discussie hoofdstuk te noteren, kan de interne validiteit van dit onderzoek doen verhogen. Externe validiteit wordt meestal opgevat als de generaliseerbaarheid van onderzoeksconclusies naar andere personen, fenomenen, situaties en tijdstippen dan die van het onderzoek (Maso & Smaling 1998). Aangezien dit onderzoek maar binnen één ziekenhuizen heeft plaatsgevonden, is de externe validiteit van dit onderzoek beperkt. Wellicht kunnen de resultaten toch herkenbaar en deels bruikbaar zijn voor vergelijkbare ziekenhuizen, aangezien sommige conclusies ook binnen andere onderzoeken naar voren zijn gekomen.

4. De invulling van het kwaliteitsbeleid en het gebruik van prestatie-indicatoren

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het kwalitatieve onderzoek besproken. De bevindingen voortgekomen uit de interviews, observaties en documenten zijn omvat in onderstaande thema's. Allereerst zullen de rollen van de professionals, de zorgmanagers en –bestuurders besproken worden bij de invulling van het kwaliteitsbeleid. Hoe positioneren zij zich ten opzichte van elkaar en hoe ervaren zij de invulling en uitvoering van het kwaliteitsbeleid binnen het LB ziekenhuis. Vervolgens zal stil gestaan worden bij de uitwerking van de prestatie-indicatoren in het ziekenhuis. Hoe worden zij verzameld en hoe ziet het gebruik in de praktijk eruit?

§ 4.1 Het kwaliteitsbeleid

In deze paragraaf wordt de invulling van het kwaliteitsbeleid binnen het LB ziekenhuis nader bekeken. Allereerst zal stilgestaan worden bij welke organen allemaal betrokken zijn bij het kwaliteitsbeleid. Vervolgens wordt besproken hoe de uitvoering van de kwaliteitsprojecten door de RvB, zorgmanagers en specialisten worden ervaren en hun rollen daarbij. Tot slot zal nader ingegaan worden op hoe zij informatiebronnen gebruiken om aan hun rol binnen het kwaliteitsbeleid invulling te geven.

§ 4.1.1 Organen kwaliteitsbeleid

In het ziekenhuisbeleidsplan 2006-2010 wordt aangegeven dat kwaliteit & veiligheid één van de kernwaarden zijn van het LB ziekenhuis. Het ziekenhuis wil haar kwaliteitsbeleid versterken door middel van het uitvoeren van projecten, het stroomlijnen en evalueren van zorgprocessen en door middel van het uitvoeren van interne en externe audits. Het ziekenhuis stelt zich ten doel actief bezig te gaan houden met het meten en vergroten van de kwaliteit en veiligheid van hun geleverde zorg. Zij vinden het vanzelfsprekend dat zij zich inzetten voor de kwaliteit van zorg en zien het borgen van dergelijke initiatieven als een belangrijk onderdeel van het kwaliteitsbeleid (Ziekenhuisbeleidsplan 2006).

Ondanks deze positieve intentie beschikt het ziekenhuis niet over een eenduidig document waarin de invulling van het kwaliteitsbeleid beschreven staat. Er is geen duidelijk overzicht van alle kwaliteitssystemen die in het ziekenhuis worden gebruikt en de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de verschillende functionarissen betrokken bij het kwaliteitsbeleid zijn niet gedefinieerd. Het ontbreken van een dergelijk document heeft mogelijk geleid tot de onenigheid onder de verschillende functionarissen. Zij hebben namelijk

ieder een ander idee bij de vraag hoe invulling wordt gegeven aan het kwaliteitsbeleid en stellen dan ook verschillende projecten en/of werkgroepen centraal.

“Wij hebben een stuurgroep Kwaliteit, Innovatie, Veiligheid (KIV). Dat is de structuur en wij kijken dan eerst van ‘jongens welke onderwerpen staan er op de agenda’. Aan de ene kant verzorgen zij een algemeen overkoepelend kwaliteitsbeleid en dan ga je dieper in op onderwerpen zoals accreditatie, certificering, audits en het NIAZ verhaal” (lid RvB).

“Wij werken met het INK model en de PDCA cyclus. Daarbij is de grote kapstok denk het NIAZ als kwaliteitssysteem. Bureau KIV voert zeg maar deze verschillende aandachtsgebieden uit” (lid bureau KIV).

“Het kwaliteitsbeleid wordt eigenlijk zo’n beetje bepaald door de RvB, door de directie en het managementteam. Daar worden wij als afdeling niet meer bij betrokken” (afdelingshoofd).

Uit de interviews valt op te maken dat het kwaliteitsbeleid van het LB ziekenhuis door meerdere stuurgroepen en/of bureaus tot stand komt. Zo is uit de interviews gebleken dat er een stuurgroep KIV, de thematische werkgroepen, het bureau KIV en de commissie kwaliteit van de medische staf zich met verschillende kwaliteitsprojecten bezighouden. Naast bovengenoemde werkgroepen vinden er ook kwaliteitsverbeteringen plaats op de afdelingen zelf, die al dan niet in een projectstructuur worden uitgevoerd. In deze paragraaf wordt getracht de organen betrokken bij het kwaliteitsbeleid naar aanleiding van de verkregen informatie uit de interviews te structureren.

Hiërarchisch gezien houdt allereerst de stuurgroep KIV zich bezig met de totstandkoming en bevordering van het kwaliteitsbeleid. Aan deze stuurgroep nemen een lid van de RvB, een lid van het stafbestuur, een lid van de cliëntenraad, het hoofd ambulante en klinische zorg, hoofd personeel en organisatie en het hoofd bureau KIV deel, wat de stuurgroep brengt tot een goede vertegenwoordiging van alle personeelsleden binnen het ziekenhuis. Deze stuurgroep houdt zich met name bezig met het formuleren en systematisch verbeteren van het algemene kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis en adviseert de directie hierover (reglement stuurgroep KIV 2009). Ook brengen zij actuele thema's op de agenda van het ziekenhuis, waarbij zij als overkoepelende stuurgroep fungeren. Aan de hand van deze thema's vormen zich weer nieuwe werkgroepen, zoals de werkgroep innovatie, transparantie, klanttevredenheid, NIAZ, interne audits en patiëntveiligheid. Per thema wordt bepaald welke functionarissen er in de werkgroep vertegenwoordigd moeten worden.

De stuurgroep KIV is zagezegd het hoofdorgaan dat zich bezig houdt met het kwaliteitsbeleid van het LB ziekenhuis. Zij hebben als doel activiteiten die gericht zijn op het ontwikkelen van integrale, planmatige en systematische verbetering van de zorg- en dienstverlening in het LB te initiëren en te sturen en dienen zij activiteiten die hieraan kunnen bijdrage op elkaar af te stemmen (reglement stuurgroep KIV 2009). In de praktijk blijkt dat de stuurgroep deze rol niet inneemt, maar zich meer bezighoudt met de inhoud van de kwaliteitsprojecten.

“We zitten soms dingen te doen van waar wij ons afvragen moeten wij dat nu doen op dit niveau. Of moeten we het juist lager in de organisatie neerleggen. Eigenlijk moeten wij een totaal overzicht hebben van welke kwaliteitsprojecten lopen er, wat is de voortgang daar in. Zijn er dwarsverbanden te leggen tussen de verschillende projecten of overlapt het elkaar? We hebben nu de neiging om teveel op de inhoud te gaan zitten” (hoofd klinische zorg).

Het is echter de taak van de projectleiders van de verschillende gelieerde thematische werkgroepen om te beslissen of de kwaliteit van zorg verbeterd moet worden en hoe dat tot uitvoering gebracht moet gaan worden. Zij dienen vervolgens de stuurgroep KIV over de voortgang van dergelijke projecten te informeren.

Naast de stuurgroep KIV en de thematische werkgroepen vormt de medische staf een eigen kwaliteitsbeleid dat wordt opgesteld door haar commissie kwaliteit. Binnen dit beleid staat beschreven hoe de commissie kwaliteit de geleverde zorg door de verschillende maatschappen/vakgroepen bewaakt. Zo worden in het document doelstellingen geformuleerd en worden er kwaliteitsinstrumenten benoemd die moeten bijdragen aan het behalen van deze doelstellingen. De doelstellingen worden echter niet SMART geformuleerd en zijn daardoor moeilijk toetsbaar. In het beleidsplan van de staf staat bijvoorbeeld: *“De medische staf streeft er voortdurend naar de kwaliteit van de medische zorg te bewaken en te verbeteren” (kwaliteitsbeleid 2009-2011).* Naast het benoemen van enkele kwaliteitsinstrumenten die eventueel een bijdrage kunnen leveren aan het bereiken van deze doelstelling wordt niet concreet benoemd hoe dit doel wordt bewaakt.

Tevens heeft de voortgang van het behalen van de doelstellingen stilgestaan door onverwachte wisselingen in het stafbestuur en in de commissie kwaliteit in het jaar 2008/2009.

De stuurgroep KIV en de commissie kwaliteit van de medische staf houden zich zagezegd beide bezig met het formuleren en bewaken van het kwaliteitsbeleid. Op dit moment worden de beleidsvormen echter nog niet structureel op elkaar afgestemd.

“Daarnaast heeft de medische staf een apart kwaliteitsbeleid. Dat wordt nog niet zozeer op elkaar afgestemd. Dat zouden we wel meer willen integreren “(lid RVB).

Dat het kwaliteitsbeleid van de vereniging medische staf en die van het gehele ziekenhuis nog niet op elkaar worden afgestemd is vreemd. In het kwaliteitsbeleid van de vereniging medische staf wordt deze verantwoordelijkheid namelijk toegekend aan de commissie kwaliteit. Ondanks dat er geen structurele afstemming plaatsvindt, zijn medische specialisten wel van mening dat zij voldoende betrokken worden bij het algemene kwaliteitsbeleid. Zo wordt er van hen namelijk verwacht dat zij zorgen voor een vertegenwoordiger van de specialisten in de bestaande kwaliteitscommissies. Ook worden de medische specialisten betrokken bij de totstandkoming van het ziekenhuisbeleidsplan door middel van afgevaardigden specialisten te laten deelnemen. De maatschappen hebben inspraak en hun stem doen gelden. Op deze wijze worden de medische specialisten vertegenwoordigd en kan het document als een geïntegreerd beleidsplan worden gepubliceerd en uitgegeven. Het ziekenhuisbeleidsplan 2006-2010 is dan ook een geïntegreerd geheel; er is in het document geen onderscheid gemaakt tussen de doelstellingen die de ziekenhuisorganisatie hanteert en die van de medische specialisten. Ook hebben zij gezamenlijk de voor hen relevante toekomstige ontwikkelingen beschreven.

“Het ziekenhuisbeleidsplan is eigenlijk een soort geïntegreerd beleidsplan van de medische staf “(lid stafbestuur).

Naast bovenstaande stuurgroep KIV, thematische stuurgroepen en de commissie kwaliteit van de medische staf houdt tevens het bureau KIV zich bezig met het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis. Het bureau KIV bestaat uit verschillende stafmedewerkers die ieder hun eigen aandachtsgebied hebben. Enkele aandachtsgebieden waarmee zij zich bezig houden, worden tevens door de thematische werkgroepen behandeld, zoals het thema NIAZ en patiënttevredenheid. De stafmedewerkers die dergelijke aandachtsgebieden op zich nemen, nemen dan ook deel aan de betreffende werkgroepen. Daarnaast voeren zij nieuwe projecten uit zoals VMS en de HSMR die zij opgedragen krijgen door de RvB of het managementteam. Tussen het bureau KIV en de werkgroep kwaliteit van de medische staf vindt tevens geen afstemming plaats. Het bureau KIV houdt zich zagezegd met name bezig met projecten die door externe partijen aan de organisatie zijn opgelegd.

“Heel veel is helaas wat van buiten op je afkomt. Je ziet ook veel minder ruimte om projecten die vanaf de vloer komen op te pakken. Dat is wel jammer hoor. Wel jammer dat dan door een veelvoud aan projecten van buitenaf daar geen ruimte meer voor is” (lid bureau KIV).

Bureau KIV heeft een faciliterende rol bij de uitvoering van verschillende kwaliteitsprojecten. In de praktijk blijkt echter dat over de taken en verantwoordelijkheden van het bureau KIV onduidelijkheden bestaan. Zo is uit een interview met een afdelingshoofd gebleken dat zij er vanuit gaat dat het bureau KIV verantwoordelijk is voor het borgen van de resultaten die met de projecten zijn bereikt. Dit terwijl het bureau KIV de lijn alleen dient te faciliteren bij het uitvoeren van kwaliteitsprojecten. Het is de verantwoordelijkheid van de managers in de lijn om kwaliteitsverbeteringen te ontwikkelen en te borgen.

Er ontstaan tevens verbeterinitiatieven op de werkvloer zelf. Deze verbeterinitiatieven kunnen ontstaan naar aanleiding van interne audits, VIM-meldingen, patiëntenenquêtes of tijdens het werkoverleg. Het hangt van het soort initiatief af wie verantwoordelijk is voor de voortgang. Zo zijn afdelingen verplicht om drie verbeterinitiatieven door te voeren per jaar. Het afdelingshoofd is hiervoor verantwoordelijk maar de betrokkenheid van de verpleegkundigen is daarbij ook zeer belangrijk.

“Ik bespreek dat altijd in het begin van het jaar. Ik kies altijd twee verbeterpunten zelf en dan laat ik het team een derde kiezen. Dat zij ook moeten nadenken van waar moeten wij aanwerken. En dan worden er groepjes opgesteld en het project kan dan gaan lopen” (afdelingshoofd).

Deze verbeterpunten dienen vervolgens in het One Page TouchScreen (OPS) opgenomen te worden zodat de voortgang gemonitord kan worden door het afdelingshoofd. Het afdelingshoofd kan namelijk eenvoudig zien hoe haar afdeling op de targets scoort. Indien zij merkt dat de afdeling onvoldoende op enkele targets scoort, kan zij deze weer onder de aandacht brengen of samen met de werkvloer nieuwe verbeteracties opstellen om de targets alsnog te halen. Het afdelingshoofd bespreekt vervolgens deze verbeterpunten per kwartaal met haar leidinggevende waarbij er feedback plaatsvindt. Het afdelingshoofd geeft echter aan dat het wel of niet behalen van de doelstellingen niet zwaar meeweegt in de beoordeling. De uitkomsten van de targets opgenomen in het OPS worden ook naar de RvB gestuurd, maar deze worden door hen niet teruggekoppeld aan de afdelingshoofden. Het bureau KIV wordt niet op de hoogte gesteld van deze verbeteringen die door afdelingen zelf worden opgesteld.

Indien tijdens de hoofdenvergadering verbeterinitiatieven worden voorgesteld en dus afdelingsoverstijgend zijn dan ligt de verantwoordelijkheid voor de voortgang van dit

verbetertraject bij het hoofd klinische zorg. Zij kan er echter wel voor kiezen om het bureau KIV hierbij een ondersteunende rol in te laten nemen.

“Wanneer er op de afdelingen bijvoorbeeld geconstateerd wordt dat decubitus aan het stijgen is. Dan gaan we achterhalen waar komt dat door. Dan zit je alweer op mijn terrein. Ik spreek dan de decubitusverpleegkundige aan wanneer het verholpen kan worden door een andere werkwijze toe te passen op de afdeling. Zijn er meer matrassen nodig dan neem ik dat mee in de begroting of moet ik geld zien vrij te maken in het budget” (hoofd klinische zorg).

Wanneer het om ziekenhuisbrede projecten gaat, zoals geheugenkliniek of plaspoli, dan worden deze geplaatst onder de innovatieprojecten die worden aangestuurd door de werkgroep innovatie geplaatst onder de stuurgroep KIV.

Uit bovenstaande kan worden opgemaakt dat het kwaliteitsbeleid door verschillende organen in het LB ziekenhuis tot stand komt. Door middel van het houden van interviews is gebleken dat het maken van een structurele organisatie rondom het kwaliteitsbeleid mogelijk is. Zo is gebleken dat zowel de RvB, zorgmanagers en de medische specialisten een belangrijke rol spelen bij de totstandkoming van het kwaliteitsbeleid. De RvB is eind verantwoordelijke voor de kwaliteit van zorg geleverd door het LB en neemt daarom deel aan de verschillende stuur- en werkgroepen om zo directe sturing mogelijk te maken. Uit de interviews blijkt dat zorgmanagers samen met de werkvloer verbeterinitiatieven dienen te ontwikkelen en uit te voeren, wat hun deelname aan de verschillende stuur- en werkgroepen belangrijk maakt. Het bureau KIV heeft als taak hierbij de lijn te ondersteunen. Verder voert het bureau KIV verschillende projecten uit die met name door externe partijen aan het ziekenhuis zijn opgelegd. Tot slot is de betrokkenheid van de specialisten bij het kwaliteitsbeleid van belang aangezien zij een belangrijke beroepsgroep vormen binnen het ziekenhuis. Dit doen zij door een eigen kwaliteitsbeleid op te stellen en door ervoor te zorgen dat aan de bestaande werkgroepen specialisten deelnemen.

In de praktijk blijkt echter dat bovenstaande speculaties niet altijd tot uiting komen en dat er onvoldoende afstemming tussen de verschillende organen plaatsvindt. Zo vindt er geen afstemming plaats tussen het opgestelde kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis en het kwaliteitsbeleid van de medische staf. Ook wordt het bureau KIV onvoldoende op de hoogte gebracht van de verbeteringen die op afdelingen zelf worden doorgevoerd en zijn er in de praktijk onduidelijkheden waar te nemen over hun verantwoordelijkheden.

§ 4.1.2 Een overvloed aan projecten

Uit het voorgaande valt te concluderen dat het ziekenhuis actief bezig is met het verbeteren van haar geleverde zorg, ondanks dat er nog onvoldoende afstemming tussen de verschillende organen plaatsvindt. Zo zijn er verschillende stuur- en werkgroepen en het bureau KIV die zich met de uitvoering van kwaliteitssystemen bezighouden. Deze kwaliteitssystemen worden enerzijds positief ontvangen door het LB ziekenhuis. Het heeft ervoor gezorgd dat men zich bewuster is gaan bezighouden met kwaliteitsverbeteringen. Ook heeft de komst van dergelijke kwaliteitssystemen ervoor gezorgd dat het containerbegrip kwaliteit in verschillende items is onderverdeeld, waardoor meer specifieke kwaliteitsverbeteringen te behalen valt.

“De komst van de verschillende kwaliteitssystemen heeft ervoor gezorgd dat kwaliteit en de bewustwording van kwaliteit een enorme toevlucht hebben genomen in het ziekenhuis. Kwaliteit staat nu strak op de agenda. Zelfs tot de agenda van het werkoverleg of op de afdeling van het teamoverleg” (lid RVB).

Aan de andere kant worden de verschillende kwaliteitssystemen als belastend ervaren. Deze opvatting wordt met name gedeeld door functionarissen die dicht bij de werkvloer staan. De invulling van deze kwaliteitssystemen vergt namelijk veel tijd wat ten koste gaat van de zorg aan de patiënt.

“Je bent er bewuster mee bezig, maar het kan ook zijn dat je steeds bewuster bezig bent met kwaliteit maar aan de andere kant ook weer kwaliteit verliest” (hoofd klinische zorg).

“De verschillende kwaliteitsprojecten gaan weleens de vergeethoek in. De verpleegkundige wil liever haar beperkte tijd aan de patiënt besteden” (afdelingshoofd).

Het LB houdt zich actief bezig met verschillende kwaliteitsprojecten al dan extern opgelegd of intern georganiseerd. Door verschillende functionarissen wordt echter de opvatting gedeeld dat het ziekenhuis te veel aan verschillende kwaliteitsprojecten mee wilt doen. De functionarissen zijn van mening dat het goed is om met kwaliteit bezig te zijn, maar door de wijze waarop er nu invulling aan wordt gegeven, verliezen zij het overzicht.

“Soms denk ik wel eens we moeten maar wat minder gaan doen. En wat we doen, goed doen. Niet teveel tegelijk aanpakken. Ik denk dat wij.... Wij zijn niet goed in het stellen van prioriteiten vind ik. Wij vinden alles belangrijk. Ik ga ook niet zeggen dat het niet belangrijk is.

Maar soms moet je toch een keer zeggen dit moet eerst en dat moet wachten” (hoofd klinische zorg).

“Het zijn momenteel zoveel projecten en zoveel trajecten die door elkaar lopen dat je het overzicht verliest wie wat doet en hoever het staat met de projecten” (afdelingshoofd).

Voorheen werden kwaliteitsprojecten voornamelijk uitgevoerd door middel van de ‘Van Goed Naar Beter’ structuur, waarbij gebruik werd gemaakt van de PDCA cyclus. Deze projecten gebaseerd op de projecten van het kwaliteitsprogramma ‘Sneller Beter’ vielen onder de verantwoordelijkheid van twee stafmedewerkers behorend tot de ambulante zorg. Zij voerden verschillende projecten in het ziekenhuis uit, waaronder Werken Zonder Wachtlijst, Ondervoeding, Medicatieveiligheid e.d. Elk project had betrekking op een afdeling of afdelingen werden erbij betrokken aangezien zij als pilot diende. Na het vertrek van beide stafmedewerkers is het bureau KIV opgesteld, wat ertoe heeft geleid dat de projecten onder de projectstructuur ‘Van Goed Naar Beter’ nauwelijks meer in het ziekenhuis worden uitgevoerd. Het bureau KIV probeert nog wel verschillende projecten onder deze projectstructuur uit te voeren, maar komt hier minder aan toe doordat voor het NIAZ en patiëntveiligheid vele thema’s lopen.

De afdelingshoofden zijn van mening dat zij destijds meer betrokken werden bij de uitvoering van kwaliteitsprojecten. Doordat het bureau KIV minder gebruik maakt van de ‘Van Goed Naar Beter’ structuur worden afdelingshoofden volgens hen minder betrokken waardoor er verbeterinitiatieven ontwikkeld worden die in de praktijk niet goed uitvoerbaar zijn. Ook worden verpleegkundigen en afdelingshoofden minder ondersteund door het bureau KIV dan voorheen, waardoor zij zich minder gestimuleerd voelen om het verbeterinitiatief tot een goed einde te brengen. Doordat de afdelingshoofden minder worden ondersteund, wordt het voor hen tevens moeilijker om een verbeterinitiatief door te voeren op zijn of haar afdeling.

“De betrokkenheid is gewoon veel minder. Ook omdat je als afdelingshoofd veel minder kunt informeren en eigenlijk op voorhand je team niet kan aansturen om naar een bepaalde richting te gaan. Soms is het daar en dan heb je ook geen maatregelen kunnen nemen, qua personeel, qua middelen. Plots moet je iets gaan doen en dat is wel heel jammer” (afdelingshoofd).

Bovendien leidt deze structuur ertoe dat het bureau KIV activiteiten onderneemt die slecht met de afdelingen zijn afgestemd en waar afdelingen ook het belang niet van inzien.

“Dan stellen ze opeens een nieuwe enquêteformulier op en dan staan er allemaal dingen in die niet van belang zijn of niet van toepassing zijn voor een verpleegafdeling” (afdelingshoofd).

Uit het interview met de RvB kwam naar voren dat er bewust voor gekozen is om in het organogram het bureau KIV onder de RvB te plaatsen. Op deze manier hoopt de RvB de lijn tussen hen en het bureau KIV kort te houden, zodat directe aansturing mogelijk wordt. Ook het uitdragen van kwaliteit naar de rest van de organisatie werd als belangrijke reden genoemd.

“Ik denk dat het belangrijk is dat je als bestuur kwaliteit uitdraagt naar je organisatie. Kijk dat doe je deels door voorzitter te zijn van de stuurgroepen. Het is voor mij ook reden om het bureau kwaliteit aan het bestuur te hangen. En daar wil ik niemand mee benadelen of wat dan ook, maar in die zin heb je directe aansturing. Dat is een stukje uitstraling en het op de agenda zetten” (lid RvB).

Uit bovenstaande valt op te maken dat de reden van de RvB om het bureau KIV onder hen te plaatsen, kwaliteit uitdragen naar de rest van de organisatie, in de praktijk anders uitpakt. De manier waarop bureau KIV nu te werk gaat, zorgt er juist voor dat de afdelingen zich onvoldoende betrokken voelen bij het kwaliteitsbeleid. De vraag is of dit kan worden verklaard doordat het bureau KIV verder weg staat van de werkvloer in vergelijking met de twee stafmedewerkers die de ‘Van Goed Naar Beter’ projecten uitvoerden. Of is het niet structureel gebruik maken van de PDCA cyclus bij de uitvoering van kwaliteitsprojecten door het bureau KIV een verklarende factor?

Tevens zijn verschillende functionarissen van mening dat de *act* fase van de PDCA cyclus onvoldoende wordt uitgevoerd bij de kwaliteitsprojecten die gaande zijn in het ziekenhuis. Zo vindt de RvB dat de borging van verschillende projecten het moeilijkste stukje van de kwaliteitscyclus is. De afdelingshoofden beamen dit en wijten het eraan dat het bureau KIV de projecten te vroeg beëindigt, waardoor er geen goede borging van de resultaten plaatsvindt.

“Dingen van het bureau KIV worden dan iedere keer losgelaten. Het wordt afgehandeld en dan blijft het heel dikwijls liggen. Het is heel gemakkelijk om met cijfertjes te komen, maar als daar verder geen overleg meer over is of je kunt dingen niet aantonen dan houdt het op” (afdelingshoofd).

Uit bovenstaande valt op dat zowel de RvB, de zorgmanagers als de afdelingshoofden van mening zijn dat de uitvoering en borging van verbeterinitiatieven onvoldoende tot uiting komen in de praktijk. Niet doordat er te weinig aandacht voor kwaliteit is, maar eerder doordat er teveel doelen tegelijkertijd worden nagestreefd en doordat de laatste fase van de PDCA cyclus niet voldoende tot uiting wordt gebracht.

§ 4.1.3 De betrokkenheid van de zorgmanagers en de specialisten bij het kwaliteitsbeleid nader bekeken

Uit het voorgaande kunnen we concluderen dat het ontwikkelen van verbeteringen en het uitvoeren daarvan nog niet optimaal binnen het ziekenhuis verloopt. Zoals eerder is aangegeven is de betrokkenheid van de managers in de lijn daarbij belangrijk, maar dit lijkt in de praktijk nog onvoldoende tot uiting te komen.

“De tussenlaag is heel moeilijk. Bij dergelijke projecten hebben het hoofd ambulante zorg en het hoofd klinische zorg daar gewoon een taak in. En dat kan best wat meer aandacht krijgen” (lid RvB).

“Wij als bureau KIV moeten dan informatie overdragen naar de lijn en die moeten ermee aan de slag. Dan wordt hier alleen niet altijd iets meegedaan, doordat tijd een beperkende factor is” (lid bureau KIV).

De betrokkenheid die onvoldoende tot uiting komt door de managers in de lijn kan meerdere oorzaken hebben. Zo wordt van de zorgmanagers verwacht dat zij deelnemen aan alle mogelijke stuurgroepen, waardoor zij het overzicht kunnen verliezen. Dit probleem kan samenhangen met het feit dat het LB ziekenhuis graag met alle mogelijke projecten meedoet. Zoals het hoofd klinische zorg het verwoord:

“Ik zit in zoveel werkgroepen dat ik even moet nadenken hoor wat je nu bedoeld’.

Een andere mogelijke oorzaak zou kunnen zijn dat de managers in de lijn een andere opvatting hebben over hun rol binnen de stuurgroepen of in zijn geheel niet weten wat hun verantwoordelijkheden zijn. Volgens het hoofd klinische zorg zijn er binnen de stuurgroepen namelijk geen rollen benoemd, wat voor onduidelijkheden omtrent ieder zijn verantwoordelijkheid kan zorgen.

“We hebben niet specifiek iemand zijn rollen of bevoegdheden benoemd. Het zou raar zijn als je een stuurgroep kwaliteit hebt en er zou geen diensthoofd zorg in zitten. Dat lijkt mij

voor een ziekenhuis een beetje vreemd. Er moet dus ook iemand van de zorg in zitten. Daar zijn er twee van en toevallig zit ik daar dan in” (hoofd klinische zorg).

Daarnaast is het mogelijk dat de managers in de lijn meer waarde hechten aan kwaliteitsprojecten die op de afdeling zijn ontstaan, bijvoorbeeld door middel van enquêtes. Zo geeft het hoofd klinische zorg aan meer waarde te hechten aan kwaliteitsverbeteringen die praktisch en operationeel zijn en waarbij het resultaat op patiënteniveau te zien is. Bij overige kwaliteitssystemen heeft zij haar twijfels, omdat het resultaat daarvan minder zichtbaar is en de verbeteringslag minder op patiënteniveau gemaakt wordt.

“Ik vraag mij af, laat ik het het voordeel van de twijfel geven, of de tijd die wij in het NIAZ hebben gestoken opweegt tegen het rendement. Dat vraag ik mij af” (hoofd klinische zorg).

Naast de betrokkenheid van zorgmanagers binnen het kwaliteitsbeleid is de betrokkenheid van specialisten van belang. Ondanks dat de specialisten hun eigen kwaliteitsbeleid opstellen en deelnemen aan verschillende werkgroepen en commissies is hun betrokkenheid nog gering. Zo blijkt in de praktijk dat de vertegenwoordiging van de specialisten in de verschillende werkgroepen niet vanzelfsprekend is, doordat zij nauwelijks aanwezig zijn. Hierbij kan de vraag worden gesteld of dit komt doordat zij hiertoe niet bereid zijn of mede door de veelvoud aan projecten waardoor de aanwezigheidsplicht moeilijk te behalen valt door tijdsgebrek. Het geeft afdelingshoofden en verpleegkundigen in ieder geval het gevoel dat men denkt dat alleen bij de werkzaamheden van hen fouten worden gemaakt en verbeteringslagen mogelijk zijn.

“Laatst hebben we dat overleg gehad van de Pre Operatieve Screening (POS) daar zijn ook de specialisten voor uitgenodigd. De enige specialist die aanwezig was, was inderdaad v.d T., de anesthesist die het project draagt. De andere specialisten zijn gewoon niet aanwezig. Kijk er ligt een deel bij ons, waar wij aan kunnen werken maar er ligt ook zeker een deel bij die specialisten. Maar er wordt altijd al snel met het vingertje naar ons gewezen” (afdelingshoofd).

Volgens het stafbestuur zijn specialisten de laatste jaren steeds bewuster met de kwaliteit van zorg bezig. Zij nemen niet alleen deel aan ziekenhuisbrede kwaliteitsprojecten, maar ook binnen hun eigen vakgroep en/of maatschap zijn de kwaliteitsvisitaties inhoudelijk verbeterd. Het stafbestuur merkt echter wel op dat er een verschil is tussen de specialisten van de oudere generatie en de jongere generatie. Bij de oudere generatie is meer een

cultuuromslag nodig voordat zij kritischer worden op hun werk en het kwaliteitsbeleid. Deze cultuuromslag is gaande, maar is wel een langzaam proces.

Ook bestaat er van oudsher een verschil tussen specialisten die in diensverband werken in het ziekenhuis en de specialisten die vrijgevestigd zijn. Zo hechten vrijgevestigde specialisten meer waarde aan hun autonomie; zij runnen hun eigen bedrijf en het ziekenhuis heeft daarbij een faciliterende rol. Met de komst van de verschillende kwaliteitssystemen en de verplichte deelname van de specialisten daarbij lijkt deze samenwerking te veranderen. Volgens het stafbestuur wordt er namelijk steeds meer van de vrijgevestigde specialisten verwacht dat zij zich inzetten voor het algemene kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis.

Volgens verschillende functionarissen zet de RvB zich voldoende in om de specialisten mee te krijgen bij de verschillende kwaliteitsprojecten. De RvB probeert het belang van de projecten uit te dragen naar de rest van de organisatie en attendeert de specialisten hier aan deel te nemen. Toch ervaren sommige functionarissen dat ondanks deze inzet de zeggingskracht van de RvB onvoldoende is ten opzichte van de specialisten.

“Dan wordt dat wel besproken maar die leggen dat heel snel naast zich neer en dat is wel heel jammer. Kijk de RvB doet heel veel pogingen maar ze kunnen ze ook moeilijk aan het handje vasthouden he” (afdelingshoofd).

“Specialisten blijven nog steeds hun eigen ding doen en hebben zoiets van ja ze zeggen dat wel maar we moeten het toch eerst maar zien. Hoe moet ik dat formuleren. De impact van de RvB bij een constatering of bij een besluitvorming is nog niet altijd zo dat er resultaten uitkomen” (afdelingshoofd).

Doordat de zeggingskracht van de RvB in enkele gevallen onvoldoende is naar de specialisten toe kan dit leiden tot een wankel besluitvormingsproces. Het lijkt erop dat de medische specialisten, een machtige partij in het ziekenhuis, het besluitvormingsproces kunnen beïnvloeden wat leidt tot het terugtrekken van eerder genomen beslissingen. Door afdelingshoofden wordt dit als lastig ervaren, doordat zij soms hun uitgevoerde acties weer dienen te veranderen.

“En dan denk ik van eerst zegt de RvB dit en dan gaan de specialisten klagen. Dat wordt voor ons wel heel verwarrend. Want wie mag het gaan oplossen, ik mag het oplossen. En de geloofwaardigheid is niet het juiste woord maar de daadkracht van de RvB is dan soms een beetje wankel” (afdelingshoofd).

“Specialisten weten de RvB ook iedere keer te vinden als ze hun zin niet krijgen bij een leidinggevende. Dat is soms lastig genoeg. Dan denk ik van nou laat het gewoon in de lijn liggen waar het hoort” (afdelingshoofd).

Volgens de RvB is zij niet makkelijk in de toezeggingen aan de medische specialisten. Zij is van mening dat beslissingen weloverwogen genomen worden en dat zij niet alleen naar de meningen van specialisten luisteren. De RvB erkent wel dat medische specialisten bij hen komen indien zij problemen ervaren. Deze korte lijn kan volgens de RvB worden verklaard doordat er vanuit de maatschappen geen duidelijke aanspreekpunten met de lijnmanagers zijn. De medische specialisten zijn zich tevens bewust van de korte lijn tussen hen en de RvB en ervaren dit als prettig. Zij geven aan van deze relatie gebruik te maken om zo hun wensen bij de RvB aan te kaarten en dat het de keuze van de RvB is hier wel of niet in mee te gaan.

Uit deze paragraaf blijkt dat er meerdere oorzaken mogelijk zijn waardoor de zorgmanagers hun rol binnen het kwaliteitsbeleid niet voldoende tot uiting brengen. Ook vinden sommige functionarissen in het ziekenhuis dat de betrokkenheid van de medische specialisten bij de kwaliteitsprojecten kan worden vergroot. Verder is het een belangrijke constatering dat de toezeggingen van de RvB aan de specialisten leidt tot een wankel besluitvormingsproces, wat niet wordt gewaardeerd door afdelingshoofden aangezien zij hierdoor hun uitvoeringen kunnen bijstellen.

§ 4.1.4 Gebruik van informatiebronnen om aan hun rol binnen het kwaliteitsbeleid invulling te kunnen geven

Uit de vorige paragrafen kunnen we concluderen dat verbeterinitiatieven ontstaan in verschillende lagen van de organisatie. Zowel de werkvloer, als de lijn en de bestuurders van het LB ziekenhuis nemen deel aan verschillende kwaliteitsprojecten. Door het voorzitterschap op zich te nemen in de stuurgroep KIV probeert de RvB op de hoogte te blijven van alle ziekenhuisbrede verbeterinitiatieven. De projecten zijn zagezegd een informatiebron voor de RvB om zo haar rol binnen het kwaliteitsbeleid te kunnen uitoefenen. Aangezien de RvB het tevens belangrijk vindt om te weten wat zich afspeelt in de projectgroepen die lager in de organisatie zijn gevormd, wordt daarmee overleg gevoerd. De RvB neemt hierbij zelf het initiatief en laat zich niet in alle gevallen via de lijn hierover informeren.

“Kijk er is zoveel informatie. Dus je probeert toch met een aantal zaken. Laat ik een voorbeeld noemen, patiëntveiligheid waar een aantal thema's benoemd zijn. Daar heb ik

eens in de zoveel tijd overleg mee met de voorzitters van die expertteams. Om op die wijze toch inzicht te krijgen” (lid RvB).

De RvB wil niet alleen op de hoogte zijn van de voortgang van de verschillende stuurgroepen/kwaliteitsprojecten maar ook van wat er zich allemaal op de afdelingen afspeelt. Zij probeert dan ook om één keer per jaar alle afdelingen te bezoeken dan wel een werkoverleg bij te wonen. Het voornaamste doel hierbij is om betrokkenheid bij de werkvloer te tonen. Deze bezoeken worden ook gebracht door het hoofd klinische zorg met hetzelfde doel, maar ook omdat zij eventuele toelichtingen aan de verpleegkundigen of afdelingshoofden wil geven.

De werkbezoeken die door de RvB worden afgenomen op de afdelingen worden enerzijds gewaardeerd door de verpleegkundigen en afdelingshoofden, maar aan de andere kant leveren deze bezoeken volgens hen geen toegevoegde waarde. De afdelingshoofden hebben soms ook het idee dat verpleegkundigen gebruik willen maken van de gelegenheid om dingen die zij bij hen niet rond krijgen aan te kaarten bij de RvB.

“Het heeft natuurlijk een doel, de mensen laten weten wie het bestuur is, je kan rechtstreeks vragen stellen enz. Ik vind het soms ook wel lastig hoor, als hoofd van zo’n afdeling geef je informatie al goed door. Dan denk ik van ja een schoenmaker blijft ook bij zijn leest” (afdelingshoofd).

Andersom willen afdelingshoofden en verpleegkundigen ook op de hoogte zijn van wat er allemaal in de stuurgroepen wordt besproken. De verbeterinitiatieven of ook wel informatie die daar ontstaan, dienen vertaald te worden naar de werkvloer zodat zij hiermee aan de slag kunnen. De meningen zijn echter verdeeld over de wijze waarop dit nu gebeurt. Zo zegt een afdelingshoofd tevreden te zijn over hoe projecten worden uitgerold door de organisatie en dat zij daarbij voldoende wordt geïnformeerd. Wel geeft zij daarbij als kanttekening aan dat er onvoldoende wordt nagedacht over welke middelen voor de verbetering nodig zijn.

“Bij VIM is het op zich wel goed uitgerold. We zijn voldoende geïnformeerd, maar het draagvlak is gewoon niet groot genoeg. Ik denk dat wil je zo’n project van de grond krijgen op een manier wat je voor ogen hebt dan moet je daar ook middelen voor beschikbaar stellen. Ik denk dat dat de voorwaarde is. En dat is altijd weer het discussiepunt, zij vinden dat er eigenlijk wel genoeg middelen en formatie voor is. En wij vinden dat niet zo. Hoe je je best ook doet” (afdelingshoofd).

Daarentegen is een ander afdelingshoofd van mening dat zij helemaal niet betrokken wordt bij belangrijke verbeterinitiatieven die worden besproken in de stuurgroep KIV. Zij is van mening dat je dergelijke dingen zelf uit het jaarplan dient te halen en er eventueel zelf invulling aan moet geven.

Uit bovenstaande blijkt dat de RvB, het hoofd klinische zorg en de afdelingshoofden op verschillende wijze aan hun informatie komen en dat dit niet zozeer hiërarchische verloopt. De RvB haalt informatie door deel te nemen aan de verschillende stuurgroepen, maar ook door middel van het afleggen van werkbezoeken op de afdelingen. De werkvloer daarentegen laat zich via de lijn informeren en/of probeert informatie uit kwaliteitsdocumenten te putten. Voor de RvB, zorgmanagers en professionals is het mogelijk om uit de verschillende kwaliteitssystemen informatie te halen om aan hun rol binnen het kwaliteitsbeleid invulling te geven. In de volgende paragraaf wordt nader bekeken hoe zij dit met betrekking tot de prestatie-indicatoren doen.

§ 4.2 Prestatie-indicatoren

In de vorige paragraaf is het kwaliteitsbeleid binnen het LB ziekenhuis uitvoerig aan bod gekomen. Een instrument dat kan bijdragen om aan het kwaliteitsbeleid invulling te geven, zijn prestatie-indicatoren. In deze paragraaf wordt allereerst de wijze waarop de indicatoren binnen het LB tot stand komen, geformuleerd. Vervolgens wordt besproken hoe de RvB, zorgmanagers en de specialisten het gebruik van dergelijke indicatoren ervaren. Tot slot komen de rollen van de RvB, zorgmanagers en de specialisten bij de prestatie-indicatoren aan de orde en zal worden nagegaan of deze in de praktijk voldoende tot uiting komen.

§ 4.2.1 Het registratieproces

Om de gegevens die worden gebruikt voor de prestatie-indicatoren op hun waarde te kunnen schatten, is het allereerst belangrijk zicht te krijgen op hoe deze gegevens tot stand komen. Wanneer een patiënt opgenomen wordt in het LB ziekenhuis wordt zijn/haar dossier opgevraagd bij het archief door bureau opname indien de patiënt al eerder is opgenomen geweest. Voor nieuwe patiënten wordt door het bureau opname een papieren dossier aangemaakt. Dit dossier gaat vervolgens naar de afdelingen waar de patiënt geholpen wordt, zoals onderzoeksafdelingen, de OK en de verpleegafdeling. Naast het papieren dossier worden er tevens gegevens van de patiënt genoteerd in een digitaal dossier, zoals de naam van de patiënt en welke medicijnen hij/zij gebruikt. Wanneer de patiënt ontslagen wordt gaat het papieren dossier naar de ontslagverpleegkundige die vervolgens op basis van het papieren dossier een ontslagbrief dicteert en deze opstuurt naar de huisarts. De ontslagbrief

wordt toegevoegd aan het papieren dossier, dat vervolgens naar het archief wordt opgestuurd. Nadat het papieren dossier geordend is door medewerkers van het medisch archief komt het dossier op de zorgadministratie terecht. Bij de zorgadministratie zijn medisch codeurs werkzaam die aan de hand van het dossier de belangrijke gegevens in de Landelijke Medische Registratie (LMR) noteren. Doordat dossiers altijd worden getraceerd wordt voorkomen dat deze onvolledig zijn. De zorgadministratie gaat pas coderen indien zij de relevante informatie uit het dossier kan putten. Bij opname is aan het dossier een LMR ontslagformulier toegevoegd. Op dit formulier staat kort beschreven waarvoor de patiënt geweest is.

“Dus dit is een soort medische geschiedenis qua opnames. Als een patiënt opgenomen is geweest, klinisch of in dagverpleging, dan staat dat hier genoteerd en in het kort weergegeven waarvoor hij is geweest” (medisch codeur).

Aan de hand van het papieren dossier met daarin de ontslagbrief en het LMR ontslagformulier vertaalt de medische codeur de diagnose naar een code met behulp van het ICD-9 classificatieboek. Deze code noteert de medische codeur op het LMR ontslagformulier. De medische codeur doet dit tevens voor de verrichtingen die zijn uitgevoerd op basis van de Classificatie voor Verrichtingen (CvV classificatie). De medische codeurs geven aan dat het zelden voorkomt dat zij de vertaalslag niet kunnen maken. Alleen bij nieuwe operatieve technieken is het wel eens noodzakelijk dat zij een code advies moeten aanvragen bij Prismant.

De codeurs zijn van mening dat het beschikken over het gehele patiëntendossier een voordeel voor hen is bij het vertalen van de diagnoses en verrichtingen in codes. Volgens de medische codeurs weten namelijk niet alle specialisten dat zij op basis van de ontslagbrief gegevens in de LMR moeten registreren en zijn dan ook niet altijd even duidelijk in hun formulering. Indien hier sprake van is, kunnen de medisch codeurs aan de hand van het dossier zelf conclusies trekken. Wanneer er nog twijfels bestaan over de diagnose en/of verrichtingen proberen de medische codeurs in eerste instantie door middel van onderling overleg te achterhalen wat deze zouden moeten zijn. Indien zij er onderling niet aan uitkomen, wordt navraag gedaan bij de behandelende specialist. De medisch codeurs proberen bovenstaande te voorkomen door de bewustwording van de specialisten om duidelijk te zijn in hun formulering te vergroten door hen op het belang ervan te wijzen.

Vervolgens wordt de informatie die op het LMR ontslagformulier is genoteerd in het HospitalView systeem ingevoerd. In dit systeem zijn al enkele gegevens ingevuld doordat deze gegevens uit het Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS) zijn getransporteerd. Deze

ingevulde gegevens controleren de medisch codeurs aan de hand van het medische dossier en ontslagformulier.

“Kijk wij werken met die LMR een module los van EZIS zeg maar. Wat we doen is de informatie van de patiënt die bij opname vastgelegd wordt die halen wij over en die vullen we aan met andere dingen. Er worden wel controles gedaan. Soms is bij het ontslag iets anders gebleken dan bij opname. Wij zorgen dat dit goed komt te staan en koppelen dit dan terug” (hoofd zorgadministratie).

Op bovenstaande manier vindt zagezegd de LMR registratie plaats. Nadat de LMR is gevuld kan er met behulp van het ontsluitingsprogramma ViewPlus gegevens ontsloten worden, bijvoorbeeld gegevens die voor een bepaalde indicator nodig zijn.

Voor de basisset indicatoren die door de IGZ worden uitgevraagd is de LMR registratie een belangrijk informatiesysteem. De LMR is namelijk een medisch inhoudelijk informatiesysteem waarin veel gegevens genoteerd staan die noodzakelijk zijn voor de kwaliteitsindicatoren.

“Nou bij de basisset heb je voor ons dus heerlijk de LMR om alles uit te putten” (hoofd zorgadministratie).

Om de kwaliteit van de gegevens in de LMR te beoordelen, heeft de zorgadministratie bij neurologie en cardiologie een controle uitgevoerd. Zij hebben de ICD-9 codes aan de specialisten aangeleverd, die deze codes vervolgens aan de hand van de patiëntendossiers ging beoordelen. Het uitoefenen van een dergelijke controle heeft tot een positieve band geleid tussen de specialisten en de zorgadministratie. Door middel van de controle hebben de specialisten vertrouwen in de cijfers die door de zorgadministratie worden aangeleverd. Ook zijn zij nauwkeuriger bij het beschrijven van de diagnoses en de verrichtingen waarbij de medische codeurs weer baat hebben tijdens het maken van de vertaalslag.

Bij de indicatoren die behoren tot het programma Zichtbare Zorg wordt met name gebruik gemaakt van de DBC registraties. De afgesloten DBC's worden geregistreerd in het ZIS. De afdeling informatievoorziening haalt vervolgens deze informatie over naar het datawarehouse, zodat het mogelijk wordt om managementrapportages te maken. Aan de hand van de definities van de indicatoren wordt bekeken welke informatie uit het datawarehouse ontsloten moet worden, zodat de gegevens voor de indicatoren kunnen worden aangeleverd. Het LB ziekenhuis is echter nog zoekende naar hoe zij de ZiZo-indicatoren het beste kunnen verzamelen, mede door het feit dat een DBC een financieel

gericht product is en niet voor kwaliteitsinformatie ontwikkeld is. Doordat voor een diagnose meerdere DBC's kunnen gelden, wordt het door hen tevens moeilijk geacht.

“Osas bij volwassen is ook zoiets, hoe ze die tellen alleen al. Je kan daarvoor bij een KNO arts onder behandeling zijn, maar ook bij een neuroloog of longarts. Zij hebben allemaal weer hun eigen DBC voor deze diagnose” (hoofd zorgadministratie).

De manier waarop de bestelregels voor DBC registraties in Nederland zijn, vermindert zogezegd het vertrouwen van de zorgadministratie in de ZiZo-indicatoren. Zo gaf het hoofd zorgadministratie aan: *“Daarom blijf ik zeggen dat DBC's niet altijd de juiste informatie weergeven.”*

Wanneer de gegevens uit het Datawarehouse zijn ontsloten, gaan een lid van het bureau KIV die als aandachtsgebied de indicatoren op zich neemt en het hoofd zorgadministratie na of de uitkomsten inhoudelijk zouden kunnen kloppen. Het is hun verantwoordelijk namelijk om uitkomsten op inhoud te beoordelen zodat de juiste gegevens worden aangeleverd.

Eenvoudig gezegd worden de gegevens voor de basisset indicatoren voornamelijk uit de LMR gehaald en komen de gegevens voor de ZiZo indicatoren uit het datawarehouse. Bij enkele indicatoren is het noodzakelijk beide systemen te gebruiken. Medische codeurs geven hierbij aan dat het belangrijk is alert te zijn op de informatie die je uit beide systeem haalt, zij komen namelijk niet geheel met elkaar overeen. Zo wordt bij de LMR bijvoorbeeld gebruik gemaakt van de ontslagdatum van de patiënt en bij het Datawarehouse juist de opnamedatum. Indien beide systemen niet de juiste gegevens kunnen aanleveren worden er ook wel andere informatiesystemen gebruikt, zoals het registratiesysteem van de OK, apotheek of laboratorium. Wanneer gegevens niet uit een registratiesysteem kunnen worden gehaald maar wel belangrijk worden gevonden door de verzamelaars van de indicatoren starten zij een dossieronderzoek. Het uitvoeren van een dossieronderzoek wordt alleen gedaan indien het aantal te overzien is. Mocht het aantal te groot zijn dan kiest het ziekenhuis er liever voor deze indicator niet aan te leveren.

Het is ook mogelijk dat in de verschillende systemen dezelfde gegevens worden geregistreerd, maar daarbij gebruik wordt gemaakt van een andere codering. Om de betrouwbaarheid van deze gegevens te controleren, voert de zorgadministratie weleens een cross-check uit. Wanneer de gegevens niet overeenkomen, wordt er gezocht naar een verklaring. Mocht deze verklaring niet kunnen worden achterhaald op basis van de systemen dan voert de zorgadministratie een steekproef onder de patiëntendossiers uit.

“Als het gaat om bijvoorbeeld operaties, dan halen wij de gegevens uit ZISOK, dus wat er digitaal geregistreerd wordt bij ons op de OK aan codes en we halen het uit de LMR en we checken het. We leggen het altijd naast elkaar om eens te kijken van wat is er nu bij de OK geregistreerd en wat in de LMR” (hoofd zorgadministratie).

Sinds 2003 zijn ziekenhuizen verplicht de basisset indicatoren aan te leveren. Het LB ziekenhuis heeft in de loop van de jaren het verzamelingproces hiervan grotendeels op orde gekregen. Niet alle data voor een indicator kon namelijk gelijk uit de LMR worden gehaald, omdat deze bijvoorbeeld in het systeem anders werd gecategoriseerd in vergelijking met de gevraagde definitie. De zorgadministratie beschrijft bij elke nieuwe indicator hoe zij hieraan is gekomen en bed dit vervolgens in haar werkwijze in zodat zij het jaar erop weer niet opnieuw het wiel uit moet vinden. Het LB ziekenhuis heeft ervoor gekozen om het verzamelen van de indicatoren door de zorgadministratie samen met een lid van het bureau KIV te laten plaats vinden en niet door de afdelingen zelf. Het ziekenhuis hoopt hiermee te bereiken dat binnen de organisatie op eenzelfde wijze wordt geregistreerd en data ontsloten kan worden.

De ZiZo indicatoren worden sinds 2008 uitgevraagd. Het ziekenhuis moet zoals eerder gezegd bij deze indicatoren nog achterhalen hoe zij deze het beste kunnen verzamelen.

“De basisset van 2009 daar maken we ons niet zoveel zorgen om. Daarvan hebben we de registratie goed inzichtelijk waar we alles moeten halen en welke handmatige slagen we daar moeten maken. Bij de Zichtbare Zorg zijn we nog zoekende. Die hebben we nog niet zo goed in de vingers” (lid bureau KIV).

Het komt voor dat het ziekenhuis bepaalde indicatoren niet kan aanleveren. Soms omdat zij de gegevens ervan niet registreren, maar voornamelijk doordat zij er geen totaal overzicht van hebben aangezien de gegevens alleen op het papierendossier worden genoteerd. Het komt tevens voor dat het ziekenhuis een indicator wel kan aanleveren, maar niet naar verschillende aandoeningen en/of specialisme kan uitsplitsen. Een afdelingshoofd gaf aan dit jammer te vinden. Zo kon de zorgadministratie voor haar niet achterhalen bij welke gynaecologische operaties patiënten hoge pijnscores hadden. Zij vond deze splitsing belangrijk om zo gericht het zorgproces te kunnen verbeteren.

Zij die de indicatoren verzamelen zijn dan ook van mening dat er meer digitaal geregistreerd moet gaan worden. Volgens hen is door het hoge tempo waarop indicatoren worden uitgebreid en uitgevraagd en de manier waarop de indicatoren nu verzameld worden onvoldoende voor de toekomst. Zij zijn daarbij tevens van mening dat het registratieproces zo efficiënt mogelijk moet worden ingericht en niet ten laste moet worden gelegd aan de verpleegkundigen.

“Als ze op dit tempo blijven doorgaan, lopen we altijd achter de feiten aan” (hoofd zorgadministratie).

Het hoofd zorgadministratie vindt het vervelend dat indien zij een indicator niet kunnen aanleveren dan vaak door externe partijen gesuggereerd wordt dat de kwaliteit van zorg betreffende die indicator matig is in het ziekenhuis.

De zorgadministratie en het lid van bureau KIV geven aan dat het ieder jaar een opgave blijft om de gegevens voor de indicatoren aangeleverd te krijgen. Zij merken op dat de meeste specialisten pas bereid zijn tot het aanleveren van gegevens wanneer deze gepubliceerd gaan worden. Volgens hen dient de RvB dan ook het belang van de indicatoren meer uit te dragen naar de rest van de organisatie en dan met name naar de specialisten. Het komt nu voor dat er afdelingen en/of specialismen zijn waar nog geen indicatoren voor zijn ontwikkeld en zich daarom niet verdiepen in de indicatoren van het ziekenhuis. De zorgadministratie hoopt dat iedereen het belang van de indicatoren gaat inzien en daar hun bijdrage aan gaan leveren en niet pas wanneer zij er zelf mee te maken gaan krijgen of de druk van de media voelen.

“Ik moet zeggen het was heel lastig om alles voor elkaar te krijgen, maar ik moet zeggen op het laatst heeft dan toch iedereen gereageerd. Ik denk omdat ze toch weten dat het gepubliceerd gaat worden. De RvB moet onze ambassadeur zijn zeg maar. Ze gaan nu pas zweten als ze in de pers komen” (hoofd zorgadministratie).

Uit bovenstaande valt te concluderen dat het aanleveren van indicatoren geen eenvoudige opgave is. De gegevens dienen uit verschillende informatiesystemen te worden gehaald en opgedane ervaring in de loop der jaren is daarbij van belang. Verder is het belangrijk dat er steeds meer digitaal wordt geregistreerd, zodat ook in de toekomst de indicatoren kunnen worden aangeleverd. Tot slot dient de RvB het belang van de indicatoren meer uit te dragen naar de rest van de organisatie, zodat de bijdrage van specialismen aan de indicatoren niet pas plaats vindt wanneer zij een druk voelen van de media.

§ 4.2.2 De belangen bij het gebruik van prestatie-indicatoren beschreven

De functionarissen werkzaam in het LB ziekenhuis zijn zich bewust van de twee doelen die indicatoren hebben, namelijk het afleggen van verantwoording aan de IGZ en andere externe partijen en een bijdrage leveren aan de realisatie van interne kwaliteitsverbeteringen. Uit de interviews blijkt echter dat zij het afleggen van externe verantwoording als hoofddoel zien.

Het ziekenhuis vindt het afleggen van dergelijke verantwoording goed. Zij willen zich graag transparant opstellen ten opzichte van de IGZ, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties.

“Prestatie-indicatoren zijn voor ons als ziekenhuis heel belangrijk, omdat we daar op beoordeeld worden en daar hangen ook de financiële middelen een stuk aan vast en ons bestaan als ziekenhuis” (afdelingshoofd).

Het ziekenhuis stelt zich zogezegd open voor de IGZ om bij hen een kijkje in de keuken te komen nemen. Ondanks deze openheid twijfelt het ziekenhuis in enkele gevallen aan de deskundigheid van de werknemers van de inspectie. Zo waren zij van mening dat tijdens het jaargesprek met de inspectie de betreffende persoon weinig kennis had van de situatie. Ook merken zij bij het verzamelen van de indicatoren op dat de inspectie niet alle indicatoren volledig doordacht heeft. Zo werd bij de neurologie in tranche 2 voor zichtbare zorg gevraagd of zij volgens de richtlijnen van het CBO werkten, terwijl deze richtlijnen alleen nog maar in concept vorm aanwezig zijn.

“En als E. dan belt naar ZiZo van hebben jullie er rekening meegehouden en ze zeggen van UHHH, dan weet je al dat ze daar geen rekening mee hebben gehouden” (medisch codeur).

Het ziekenhuis gaat dus per indicator na wat de relevantie er van is en of de definitie eenduidig en logisch is. Indien het ziekenhuis de definitie niet begrijpt of hierin onenigheden aantreft neemt zij altijd contact op met de IGZ. Hieruit blijkt dat het ziekenhuis niet klakkeloos de gegevens aanlevert, maar ook kritisch nadenkt over de betekenis van de indicatoren. Doordat door de IGZ soms indicatoren worden uitgevraagd waarover het LB haar twijfels heeft, heeft het ziekenhuis soms haar bedenkingen over het externe doel van de indicatoren. Dit komt tevens doordat de verzamelaars van de indicatoren in het LB de manier waarop andere ziekenhuizen hun indicatoren verzamelen betwijfelen. Volgens hen zijn er ziekenhuizen die hun indicatoren niet zorgvuldig aanleveren of worden zij verzameld door werknemers die er geen kennis van hebben waardoor er fouten kunnen optreden. Volgens het LB ziekenhuis komt bovenstaande niet ten goede aan de externe verantwoording van ziekenhuizen aan de inspectie.

“Maar ja ik ga op een gegeven moment hetzelfde zeggen als die specialisten, leuk al die academici die het bedenken maar wat meet je nou eigenlijk. Wat meet je, waarom doe je het, wat wil je nou eigenlijk weten want ze noemen het kwaliteitsindicatoren maar wanneer zeg het iets over kwaliteit. Vaak zegt het meer iets over de kwaliteit van het registreren, hoe kan ik mijn kunstje doen of hoe kom ik hier heel goed uit de bus “ (hoofd zorgadministratie).

“Op de vraag of we protocollair handelen zeggen we allemaal ja of 100%. Wij zeggen dat pas wanneer het protocol er ook echt is, maar denk je dat iedereen dat gaat checken. Ik zou ja zeggen als ik van anderen het nog nooit gehoord had, maar nu hebben we al zoveel mensen gesproken en daar krijg je echt kromme tenen van” (hoofd zorgadministratie).

Ondanks dat het realiseren van interne kwaliteitsverbeteringen niet als het eerste doel van prestatie-indicatoren werd benoemd, zijn de RvB, zorgmanagers en de specialisten wel van mening dat zij kunnen bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Doordat de indicatoren worden uitgevraagd, zijn zij bewust met de kwaliteit van hun geleverde zorg bezig. Door indicatoren nemen zij hun eigen organisatie goed onder de loep en gaan zij na waar verbeterlagen mogelijk zijn. Indien het ziekenhuis op een indicator minder goed scoort, kan dat voor hen een reden zijn om dat onderwerp op de agenda te zetten.

“Uit een indicator bleek destijds dat onze postoperatieve pijn niet goed was. We hadden wel een registratie, maar die pijn was te hoog en de registratie niet goed. Daar hebben we toen een heel systeem voor opgezet, maar het heeft wel geleid tot minder pijn. Als dat het oplevert, als het echt kwaliteit voor je patiënten oplevert, dan mag het ook wel meer moeite kosten” (lid bureau KIV).

Hoewel zij inzien dat indicatoren kunnen bijdragen aan kwaliteitsverbeteringen zijn er toch meningsverschillen tussen de RvB, zorgmanagers en specialisten. De RvB ziet het belang in van de prestatie-indicatoren en probeert zich hier dan ook in te verdiepen. Volgens hen zijn de indicatoren een gemeengoed geworden en dient er geen discussie meer plaatst te vinden over het feit of indicatoren wel of niet iets zeggen over de kwaliteit van zorg geleverd door een ziekenhuis. De RvB vindt het belangrijk dat het ziekenhuis deze discussie achterwege laat en zich actief bezig gaat houden met het doorvoeren van verbeteracties naar aanleiding van de informatie verkregen door middel van de indicatoren.

“Het is heel goed, je moet de indicatoren toch als een signaal gebruiken. Vervolgens moeten wij hier aandacht aanbesteden” (lid RvB).

Het hoofd klinische zorg is daarentegen van mening dat maar enkele indicatoren werkelijk iets zeggen over de kwaliteit van zorg en eventueel zouden kunnen worden gebruikt om de zorg te verbeteren. Zij heeft nog wel haar twijfels over de interpreteerbaarheid en betrouwbaarheid van indicatoren. Haar voorkeur gaat eigenlijk ook alleen uit naar indicatoren die iets zeggen over de verpleging, zoals ondervoeding, delier en decubitus.

Bij de specialisten werden over het algemeen de indicatoren niet positief ontvangen. Volgens hen geven indicatoren geen juiste indicatie van de kwaliteit van zorg en worden er tussen ziekenhuizen alleen maar appels met peren vergeleken. Deze gedachtegang is echter in de loop van de jaren aan het veranderen. Specialisten merken dat het steeds belangrijker wordt om correcte cijfers te publiceren en dat wanneer je je verdiept in de indicatoren er nuttige informatie uitgehaald kan worden voor eventuele kwaliteitsverbeteringen.

“Het kan wel. Eerst moet je er natuurlijk wel inzitten net als bij het NIAZ bijvoorbeeld. Als je inhoudelijk kijkt wat het is dan denk je daar zit wel wat in. Het is een kwaliteitsinstrument en het is goed dat daar aandacht aanbesteed wordt” (lid stafbestuur).

Ondanks dat specialisten steeds meer de doelen van indicatoren gaan inzien, blijven zij het wel een bureaucratisch gebeuren vinden. Ze moeten naar hun mening te veel registreren en deze tijd besteden ze liever aan de patiënt.

Het ziekenhuis wil als gezegd leren van de uitkomsten die door middel van indicatoren vrijkomen. De RvB en bureau KIV merken echter wel op dat dit doel in de praktijk wordt bemoeilijkt doordat de definities van indicatoren vaak en snel veranderen. Dit leidt ertoe dat het ziekenhuis haar eigen gegevens, verzameld in verschillende jaren, niet met elkaar kan benchmarken en zich alleen kan vergelijken met andere ziekenhuizen in Nederland. Het ziekenhuis zou willen dat deze manier in de praktijk meer mogelijk wordt gemaakt.

“Ja dat is inderdaad een nadeel. Dat vind ik van indicatoren die er gewoon uit gaan na verloop van tijd dan wel definitieaanpassing in de loop der tijd. Dat maakt het heel erg moeilijk om naar je eigen kwaliteit te kijken en die verbeterslag te maken” (lid RvB).

De beide doeleinden van prestatie-indicatoren zijn in het LB ziekenhuis bekend. Het gebruik van de indicatoren in het LB ziekenhuis bij het realiseren van interne kwaliteitsverbeteringen wordt echter verschillend ervaren door de RvB, zorgmanagers en professionals. De RvB ziet het belang ervan in en wil ervoor zorgen dat beide doelen van de indicatoren voldoende in hun ziekenhuis tot uiting komen. Het hoofd klinische zorg daarentegen hecht alleen maar wat waarde aan de indicatoren die rechtstreeks betrekking hebben op verpleegkundige handelingen. Onder de specialisten wordt de bewustwording rondom indicatoren steeds groter, maar zij blijven het wel een bureaucratisch iets vinden.

In de volgende paragraaf wordt nader bekeken hoe binnen het LB ziekenhuis indicatoren worden gebruikt voor interne kwaliteitsverbeteringen. Door wie worden de indicatoren

geanalyseerd en wie zijn verantwoordelijkheid is het om naar aanleiding van de indicatoren verbeterprojecten op te stellen.

§ 4.2.3 Komen de externe verantwoording en de realisatie van interne verbeteringen voldoende in het LB tot stand?

Binnen het LB ziekenhuis is een werkgroep prestatie-indicatoren ingesteld, waaraan een lid van de informatievoorziening, RvB, bureau KIV, zorgadministratie en de hoofden klinische en ambulante zorg deelnemen. Deze werkgroep valt weer onder de thematische werkgroep transparantie. De stafmedewerker van het bureau KIV en het hoofd zorgadministratie zijn eigenlijk de kartrekkers van de prestatie-indicatoren. E. v. K. heeft binnen het bureau KIV het thema indicatoren als aandachtsgebied en is daardoor verantwoordelijk voor het verzamelen ervan. Zij werkt daarbij nauw samen met het hoofd zorgadministratie, A. V., omdat vele gegevens uit het systeem van de zorgadministratie (de LMR) te halen valt.

E. v. K. en A. V. verzamelen twee keer per jaar de prestatie-indicatoren. Zo maken zij voor het eerste halfjaar een tussenstand op en worden de indicatoren nogmaals verzameld wanneer de aanleverdatum nadert. Zij proberen de indicatoren zoveel mogelijk zelf in te vullen aan de hand van gegevens uit de LMR. Indien nodig betrekken zij ook anderen erbij, zoals het hoofd informatievoorziening, voor de aanlevering van gegevens uit het datawarehouse. Vervolgens leveren zij de zover mogelijk ingevulde indicatoren aan de afdeling en/of het specialisme waarop de indicatoren betrekking hebben. De afdelingen en/of specialismen dienen deze indicatoren indien mogelijk verder aan te vullen. Door de indicatoren voor de verschillende afdelingen en/of specialismen al deels in te vullen hopen E. v. K. en A. V. hen te ontlasten. Aan de ene kant stimuleert dit de afdelingen en specialismen om hun bijdrage te leveren aan de indicatoren. Aan de andere kant is gebleken dat in enkele gevallen de afdelingen zelf eenvoudig gegevens aan kunnen leveren voor een indicator. Dit terwijl het de zorgadministratie veel moeite heeft gekost.

“Zo bleken de urologen heel eenvoudig de gevraagde informatie te kunnen aanleveren” (hoofd zorgadministratie).

De opgemaakte tussenstand wordt vervolgens in de werkgroep besproken, waarbij gekeken wordt of er opmerkelijke resultaten tussen zitten. Aangezien specialisten niet in deze werkgroep zijn vertegenwoordigd, bespreken E. v. K. of A. V. enkele indicatoren met hen. Dit doen zij met name bij indicatoren die zij belangrijk vinden of waarbij zij mogelijke verbeteringen zien. Ook beslissen zij zelf of het maken van een tussenstand voor een bepaalde indicator noodzakelijk is.

“We doen ook niet van alles een tussenstand, medicatieveiligheid bijvoorbeeld. Was vorig jaar een nieuwe, dat ging over controle recepten bij chemotherapie. Daar hadden we 100% score op en de werkwijze was niet gewijzigd. Dan gaan we daar niet nog een keer specifiek naar kijken” (lid bureau KIV).

Bij de definitieve aanlevering verandert er weinig aan bovenstaande gang van zaken. De werkgroep prestatie-indicatoren verplicht echter wel dat de indicatoren allereerst ter goedkeuring langs de specialisten gaan. Er is hier echter geen specifieke werkwijze in. De goedkeuring kan namelijk plaatsvinden voordat de indicatoren in de werkgroep worden besproken maar ook daarna. In de werkgroep wordt gezamenlijk besloten welke indicatoren belangrijk zijn om te bespreken, waarna tot slot een eindbalans wordt opgemaakt. Deze eindbalans wordt door de RvB ondertekend zodat publiceren ervan mogelijk wordt. Binnen het LB ziekenhuis zijn zagezegd de taken en verantwoordelijkheden rondom de externe verantwoording met behulp van indicatoren impliciet in de loop van de jaren tot stand gekomen.

Momenteel denkt de werkgroep prestatie-indicatoren na om een specialist te laten deelnemen, zodat de specialisten meer structureel erbij worden betrokken. In de huidige situatie worden alle specialisten namelijk alleen maar over de indicatoren op de hoogte gebracht doordat de RvB ze met het stafbestuur bespreekt. De betrokkenheid van de specialisten is daardoor minder. Een medische specialist is van mening dat deelname aan de werkgroep niet noodzakelijk is. De betrokkenheid van de specialisten acht hij voldoende door de wijze waarop de indicatoren nu aan hen worden voorgelegd ter goedkeuring.

De overige samenstelling wordt door de gehele werkgroep verder goed geacht. Ondanks dat binnen de werkgroep verschillende functies vertegenwoordigd worden, zijn er geen grote meningsverschillen. Ieder heeft zijn eigen kijk op de indicatoren waardoor ze elkaar kunnen aanvullen. Zo kan het lid van bureau KIV en het hoofd van de zorgadministratie aangeven waarom bijvoorbeeld een indicator niet volledig is ingevuld en kan het hoofd klinische zorg oorzaken bedenken waarom de wondinfecties binnen het ziekenhuis zijn toegenomen. Indien er twijfels zijn over uitkomsten van indicatoren dan wordt er voorgesteld om dossieronderzoek te doen, zoals eerder in deze paragraaf beschreven.

Nadat de indicatoren in de werkgroep zijn besproken is het volgens de RvB de taak van het hoofd ambulante en klinische zorg hier iets mee te doen. Zij dienen vervolgens de afdelingshoofden er op te wijzen dat er eventuele verbeterlagen mogelijk zijn. De afdelingshoofden dienen hier vervolgens mee aan de slag te gaan samen met de werkvloer, waarbij de hoofden klinische en ambulante zorg dit verbeterproces weer moeten monitoren.

“Ja met name de werkvloer moet ermee aan de slag. Het verantwoordelijke afdelingshoofd. Toch in die zin van kun je het beter doen” (Lid RvB).

Deze werkwijze geformuleerd door de RvB is in de praktijk niet expliciet beschreven, maar meer een logische werkwijze op basis van de bestaande functies.

In tegenstelling tot sommige ziekenhuizen worden de uitkomsten van de indicatoren niet structureel in bestaande kwaliteitsprojecten gebruikt, zoals Sneller Beter projecten. Deze werkwijze heeft eerst wel deels plaatsgevonden, zoals bij het ‘Van Goed Naar Beter’ project ondervoeding. Daar werd de indicator ondervoeding gebruikt om de checkfase van de kwaliteitscyclus binnen het project uit te voeren. Doordat de uitvoering van de ‘Van Goed Naar Beter’ projecten in het ziekenhuis is verminderd, vindt de inbedding van de indicatoren in bestaande kwaliteitsprojecten minder plaats. Hierdoor worden er in het ziekenhuis tevens geen prestatie-afspraken omtrent de indicatoren meer gemaakt.

Bovenstaande werkwijze is bij het hoofd klinische zorg wel bekend. Zij geeft aan dat wanneer indicatoren die betrekking hebben op de kliniek en waar zij als ziekenhuis minder goed op scoren het haar taak is dit bij het verantwoordelijke afdelingshoofd neer te leggen. Bij het stafbestuur is bovenstaande werkwijze niet bekend. De secretaris van het stafbestuur meent dat de indicatoren met de betreffende maatschappen en afdelingen besproken worden, maar weet niet wie daarvoor verantwoordelijk is. In de praktijk blijkt dan ook dat afdelingshoofden momenteel niet op een eenduidige manier worden geïnformeerd over de indicatoren die hen aangaan en een afdelingshoofd was zelfs van mening dat zij in enkele gevallen in zijn geheel niet meer op de hoogte wordt gebracht.

“Dat is heel wisselend. Dat hangt er echt vanaf. En van sommige dingen worden wij zelf niet op de hoogte gesteld” (afdelingshoofd).

In de praktijk blijkt dat ondanks dat het hoofd klinische zorg weet wat haar taak is, zij deze onvoldoende tot uiting brengt. Volgens de RvB wordt de taak van het hoofd klinische zorg dan ook al snel naar de stafmedewerker afgeschoven.

“De rol van de manager daartussen, komt denk minder uit de verf. En zou hopelijk ook wel gaan veranderen, dat zij zich meer gaan afvragen” (lid bureau KIV).

Gezien de soms onduidelijke organisatie van de indicatoren neemt het bureau KIV veel taken rondom de indicatoren op zich die anders blijven liggen. Zo nemen E. v. K. en A. V. al

snel zelf het initiatief omdat zij het belangrijk vinden dat er iets met de uitkomsten van de indicatoren gedaan wordt. Zij gaan bijvoorbeeld opzoek naar spiegelrapportages van vergelijkbare ziekenhuizen of proberen een vertrouwensrelatie met specialisten op te bouwen door de resultaten aan hen uit te leggen. Zij proberen tevens om zelf verbeterinitiatieven van de grond te krijgen. E. v. K en A. V. merken dat de meeste specialisten wel mee willen werken aan verbeterinitiatieven, zolang ze het zelf niet hoeven te initiëren.

“We hebben bijvoorbeeld met de neuroloog het protocol voor die afdeling aangescherpt. Dan wil hij daar wel aan meewerken, maar dan moeten wij de afspraken inplannen. Wij moeten het initiëren om het van de grond te krijgen” (hoofd zorgadministratie).

Ondanks dat er naar aanleiding van de prestatie-indicatoren enkele verbeteracties in het LB ziekenhuis zijn doorgevoerd, komt het interne doel van de indicatoren nog onvoldoende tot uiting. Zo kunnen veel afdelingshoofden en specialisten geen voorbeeld noemen van een verbetering die naar aanleiding van een indicator tot stand is gekomen. E. v. K., A. V. en de RvB zijn dan ook van mening dat de prestatie-indicatoren meer in het LB ziekenhuis moeten gaan leven. Er moet structureel meer met de uitkomsten van de indicatoren gedaan worden. Dit moet tevens door de verantwoordelijke personen gebeuren en de realisatie van kwaliteitsverbeteringen dient dus niet bij de stafmedewerkers of de zorgadministratie neergelegd te worden. Volgens de RvB is het belangrijk dat de zorgmanagers hun rol hierbij in de praktijk meer gaan uitoefenen. Dit moet ervoor zorgen dat de vrijblijvendheid rondom de indicatoren afneemt en het ziekenhuis meer bewust bezig is met het doorvoeren van verbeteringen naar aanleiding van de indicatoren.

Uit bovenstaande kunnen we concluderen dat de manier waarop externe verantwoording plaatsvindt met behulp van de indicatoren in de loop der jaren op een impliciete wijze tot stand is gekomen. Het realiseren van interne verbeteringen met behulp van de indicatoren daarentegen vindt in het LB nog te weinig plaats en verloopt nog niet georganiseerd. Dit kan mogelijk worden verklaard doordat de indicatoren niet structureel in bestaande kwaliteitsprojecten zijn ingebed en tevens doordat er geen prestatie-afspraken omtrent deze indicatoren worden gemaakt. E. v. K. en A. V. hebben het eerste gedeelte, het verzamelproces, van de indicatoren goed en structureel opgezet. Doordat zij enthousiast zijn en de zorgmanagers hun rol onvoldoende tot uiting brengen, nemen zij in enkele gevallen het initiatief om verbeteringen op te stellen. De RvB wil toch graag zien dat ieder op basis van zijn/haar functie zijn eigen taak op zich neemt, zodat de indicatoren structureel meer in het ziekenhuis worden aangepakt.

5. Discussie

In dit hoofdstuk worden aan de hand van de deelvragen de resultaten van het kwalitatieve onderzoek gekoppeld aan het theoretisch kader. Door een link te leggen tussen de theorie en de praktijk worden de resultaten geanalyseerd, zodat meer inzicht in het onderwerp wordt verkregen. Vervolgens zal de gebruikte methodiek tijdens dit onderzoek worden bediscussieert.

§ 5.1 Theoretische discussie

In het vorige hoofdstuk zijn de resultaten van het kwalitatieve onderzoek aan de orde gekomen. In deze paragraaf worden de resultaten afgezet tegen het theoretisch kader.

§ 5.1.1 Het kwaliteitsbeleid van het LB ziekenhuis

Het LB ziekenhuis vindt het belangrijk om aan haar kernwaarden kwaliteit & veiligheid te werken. In het ziekenhuisbeleidsplan wordt dan ook aangegeven dat het ziekenhuis haar kwaliteitsbeleid wil versterken (Ziekenhuisbeleidsplan 2006). Ondanks dat er geen eenduidig document van het kwaliteitsbeleid aanwezig is in het ziekenhuis, kon uit de interviews worden opgemaakt dat het LB ziekenhuis actief bezig is om haar kwaliteit van zorg te verbeteren. Door middel van verschillende stuurgroepen en werkgroepen proberen zij concrete kwaliteitsverbeteringen te realiseren. Buiten deze werkgroepen ontstaan er ook verbeterinitiatieven op de werkvloer zelf, die door afdelingshoofden worden gemonitord en voert het bureau KIV met name externe projecten uit. Het ziekenhuis past zogezegd kwaliteitsmanagement toe. Volgens de definitie van Schellekens & Everdingen (2001) is het tevens belangrijk om de activiteiten die worden gebruikt voor het realiseren van betere zorg op elkaar af te stemmen, zodat een geïntegreerd systeem wordt gevormd. Het afstemmen van de verschillende stuur- en werkgroepen die zich met kwaliteitsvraagstukken bezighouden, behoeft echter nog aandacht in het LB ziekenhuis. Zo vindt er nog geen structurele afstemming plaats tussen het kwaliteitsbeleid opgesteld door de medische staf en de kwaliteitsprojecten die worden gemonitord door de stuurgroep KIV. Ook is het bureau KIV onvoldoende op de hoogte van de verbeteringen die door de afdelingen zelf worden doorgevoerd. Een andere belangrijke constatering is dat binnen enkele organen van het kwaliteitsbeleid meer wordt gedaan dan gezien hun taken en verantwoordelijkheden wordt verwacht. Zo voeren de leden van het bureau KIV meer dan alleen ondersteunende taken uit. Doordat zij enthousiast zijn over hun aandachtsgebieden en de zorgmanagers in de lijn weleens in hun taken te kort schieten, initiëren zij op eigen initiatief mogelijke verbeteracties. Ook de stuurgroep KIV beslist mee over de inhoud van de thematische werkgroepen, terwijl

hun taak is de activiteiten met betrekking tot kwaliteitsverbeteringen te initiëren en op elkaar af te stemmen (reglement stuurgroep KIV 2009). Het is echter belangrijk dat ieder zijn of haar taken op basis van hun functie en de toegekende verantwoordelijkheden uitvoert, om te voorkomen dat handelingen niet of dubbel worden uitgevoerd en er zorg voor te dragen dat er meer bewustwording wordt gerealiseerd. Zo zal de werkvloer een verbetering eerder aannemen wanneer het via de lijn aan hen wordt gecommuniceerd dan wanneer bureau KIV dit aan hen oplegt.

Volgens de definitie van Holland (2004) en Verheggen (2005) is er sprake van een cyclisch proces binnen de uitvoering van kwaliteitszorg. Verbeteren, verankeren en verantwoorden zijn de pijlers binnen deze cyclus (Verheggen 2005). Om deze cyclus meer concreet te maken, kan gebruik worden gemaakt van de PDCA cyclus van Deming (Walburg e.a. 2006:28). Het LB ziekenhuis is bekend met deze cyclus en probeert deze bij het doorvoeren van kwaliteitsverbeteringen toe te passen. Deze cyclus wordt met name toegepast bij de thematische werkgroepen die op organisatieniveau worden uitgevoerd. Op organisatieniveau valt te constateren dat het LB ziekenhuis de komst van de verschillende kwaliteitsmodellen positief heeft ontvangen en proberen deze dan ook tot uitvoering te brengen in hun ziekenhuis. Vanwege de veelvoud aan projecten wordt de Check en Act fase van de PDCA cyclus bij de kwaliteitsverbeteringen echter onvoldoende tot uiting gebracht. Dit stemt overeen met de constatering van Lodewick (2008) dat ziekenhuizen goed zijn in het maken van plannen maar dat de concrete uitvoering van projecten nog aandacht behoeft. In het LB ziekenhuis blijven mogelijke plannen vaak liggen waardoor de aandacht van dit project verzwakt.

Voorheen toen er nog projecten met de projectstructuur 'Van Goed Naar Beter' werden uitgevoerd door twee stafmedewerkers werd de PDCA cyclus ook lager in de organisatie gebruikt bij het doorvoeren van verbeteringen, zoals op afdelingsniveau. Onder de 'Van Goed Naar Beter' structuur werden projecten uitgevoerd die afdelingen betroffen, waardoor hun deelname daarbij belangrijk was. Deze deelname is tegenwoordig stukke minder doordat het bureau KIV zich met name met externe projecten bezighoudt, wat de afdelingen betreuren. Afdelingen voeren zelf wel verbeteringen uit die worden gemonitord aan de hand van het OPS, maar gebruiken daarbij geen specifieke structuur. Er worden zogezegd minder kwaliteitsprojecten uitgevoerd waarbij het effect ervan op de uitkomsten van zorg op het niveau van de behandelaar en de patiënt inzichtelijk wordt (Walburg e.a. 2006). Dit is echter volgens Walburg e.a. (2006) wel van belang willen kwaliteitsmodellen een onderdeel van het normale functioneren worden. Door de functionarissen in het LB ziekenhuis die dicht bij de werkvloer staan worden kwaliteitsmodellen nu nog als belastend ervaren. Dit terwijl volgens Verheggen (2005) het juist belangrijk is dat kwaliteitszorg niet als iets extra's wordt gezien, maar juist organisatiebreed wordt gestimuleerd, gecoördineerd en gefaciliteerd.

Kortom het LB ziekenhuis heeft genoeg ambities om de kwaliteit van haar geleverde zorg te verbeteren. Binnen het LB is geen concreet document aanwezig over hoe invulling aan het kwaliteitsbeleid wordt gegeven, maar door middel van de interviews is gebleken dat er impliciet een redelijke structuur is ontstaan de afgelopen jaren. De afstemming tussen de verschillende organen betrokken bij het kwaliteitsbeleid behoeft echter nog aandacht, willen zij voldoen aan de definities van kwaliteitszorg geformuleerd door Holland (2004) en Verheggen (2005). Daarbij dienen zij tevens aandacht te hebben voor de laatste twee fasen van de PDCA cyclus. Door prioriteiten te stellen, kan voorkomen worden dat een kwaliteitsproject niet wordt afgerond vanwege het feit dat de aandacht alweer uitgaat naar een volgend kwaliteitsproject. Ook dient het LB ziekenhuis er zorg voor te dragen dat niet alleen in de top van de organisatie wordt stilgestaan bij de uitvoering van kwaliteitsprojecten, maar dat tevens afdelingen erbij worden betrokken.

§ 5.1.2 De rollen van professionals, zorgmanagers en -bestuurders binnen het kwaliteitsbeleid

De manier waarop de rollen van de professionals, zorgmanagers en de RvB bij het kwaliteitsbeleid binnen het LB ziekenhuis tot stand zijn gekomen, kan door middel van een 'management-by-deals' aanpak worden verklaard (Ciborra 2000). Verschillende factoren hebben namelijk bepaald hoe de actoren momenteel aan hun rol invulling geven.

De RvB is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg geleverd door het LB ziekenhuis. Gezien deze verantwoordelijkheid neemt de RvB graag deel aan de verschillende stuur en/of werkgroepen om zo directe sturing mogelijk te maken en het belang van kwaliteit van zorg naar de rest van de organisatie uit te dragen. Lodewick (2008) is van mening dat het uitdragen van het belang van een kwaliteitsverbetering door de RvB een belangrijke stap is voor de voortgang ervan. Wel is Lodewick van mening dat dit echter alleen bij het doorvoeren van kwaliteitsverbeteringen die betrekking hebben op de gehele organisatie behoeft. De RvB van het LB ziekenhuis heeft echter de neiging om betrokken te willen zijn bij alle mogelijke kwaliteitsverbeteringen. Volgens Lodewick (2008) is een ziekenhuis eerder gebaat bij een situatie waarin deze verantwoordelijkheid lager in de organisatie wordt geplaatst. De verantwoordelijkheid over de voortgang van de kwaliteitsprojecten moet bij de zorgmanagers gelegd worden, aangezien zij meer zicht hebben op de gevolgen van beslissingen die worden genomen. De managers in de lijn worden in het LB ziekenhuis voldoende betrokken bij de verschillende kwaliteitsprojecten, maar de uitvoering van hun verantwoordelijkheden in de praktijk vindt nog onvoldoende plaats. Het is hun taak om samen met de werkvloer verbeterinitiatieven door te voeren en deze te monitoren. Deze rol van zorgmanagers is op basis van hun functie bepaald, maar wordt vaak niet concreet in de projectgroepen uitgesproken. Het concreet vastleggen van dergelijke rollen binnen een

projectgroep is echter wel van belang wil de voortgang van een project constant blijven (Lodewick 2008).

Bij het opleggen van verantwoordelijkheden aan de lijnmanagers is het belangrijk na te gaan of zij dergelijke verantwoordelijkheden kunnen dragen. Uit het onderzoek van Stoker & de Korte (2000) blijkt namelijk dat in de praktijk vaak verantwoordelijkheden aan managers worden opgelegd zonder duidelijke kaders, waardoor zij deze niet kunnen waarmaken en de RvB vervolgens dient in te grijpen. Deze zogenaamde slingerbeweging tussen top en middenmanagement (Stoker & de Korte 2000) lijkt zich ook in het LB voor te doen. Er is in het LB ziekenhuis zogezegd sprake van een gecentraliseerde organisatie, mogelijk doordat de RvB onvoldoende vertrouwen heeft in haar zorgmanagers (Lodewick 2008). Naast bovenstaande oorzaak is het tevens mogelijk dat zorgmanagers hun rol onvoldoende in de praktijk tot uiting brengen vanwege het feit dat zij vinden dat het ziekenhuis aan teveel kwaliteitsprojecten meedoet en hun voorkeur liever uitgaat naar verbeterprojecten die op operationeel niveau merkbaar zijn.

Volgens Stoopendaal (2008) bestaan er binnen ziekenhuizen twee manieren om je met zorg bezig te houden. Zo zijn zorgmanagers en –bestuurders erop getraind de nodige zorg te organiseren (zorgen dat) en is het de taak van de professionals om de zorg te verlenen (zorgen voor). Deze tweedeling kan ervoor zorgen dat management en werkvloer van elkaar gescheiden raken doordat zorgbestuurders, -managers en professionals de zorg vanuit verschillende denkkaders bekijken.

Deze tweedeling is deels geconstateerd in het LB ziekenhuis. In eerste instantie wordt geprobeerd deze tweedeling te overbruggen doordat van de medische specialisten wordt verwacht dat zij deelnemen aan de verschillende stuurgroepen en/of werkgroepen die zich met het realiseren van kwaliteitsverbeteringen bezighouden. Zo dient het stafbestuur van het LB ziekenhuis er zorg voor te dragen dat de medische specialisten worden vertegenwoordigd in de bestaande werkgroepen. De rol van de professionals is van belang aangezien zij een belangrijke beroepsgroep vormen in het ziekenhuis en tevens een mondige en machtige partij binnen de organisatie zijn. De deelname van verschillende afgevaardigden binnen zo'n projectgroep leidt tot 'een verbinding' tussen de medische specialisten en het management, waardoor deze projectgroepen als intermediair kunnen worden gedefinieerd (Stoopendaal 2008). Anderzijds blijkt in de praktijk dat de werkelijke deelname van de professionals aan de stuur- en/of werkgroepen gering is. Zij houden zich inderdaad liever bezig met het verlenen van zorg aan de patiënt en volgens andere functionarissen zetten zij zich onvoldoende in voor het kwaliteitsbeleid van het LB ziekenhuis.

Het LB ziekenhuis vindt het tevens belangrijk dat de medische specialisten worden betrokken bij het beleidsplan van het ziekenhuis. De RvB is van mening dat ondanks haar eindverantwoordelijkheid het verstandig is de medische specialisten inspraak te geven. Zij zijn zich bewust van de 'juxtaposition' die medische specialisten zich in het ziekenhuis hebben verworven. Dit begrip wordt door Scholten & van der Grinten (2005) gebruikt om de wederzijdse verplichting tussen de RvB en de medische specialisten elkaar te betrekken bij het bespreken van belangrijke voorstellen aan te duiden. In het LB ziekenhuis is een korte lijn tussen de RvB en de medische specialisten waar te nemen waardoor de medische specialisten op informele wijze hun wensen kenbaar kunnen maken bij de RvB. Dit stemt overeen met de bevindingen van het onderzoek van Scholten & van der Grinten (2005) waaruit blijkt dat de samenwerking tussen de RvB en medische specialisten vaak op een informele basis tot stand komt. De korte lijn tussen de RvB en medische specialisten wordt door overige functionarissen in het LB ziekenhuis als onprettig ervaren. Zij zijn van mening dat door deze relatie de RvB te snel toestemt met de wensen van specialisten zelfs indien beslissingen al genomen zijn. De RvB is van mening dat deze toezeggingen nauwelijks plaatsvinden. Wel achten zij het noodzakelijk dat de ontstane relatie tussen hen en de medische specialisten gaat veranderen, zodat de managers in de lijn meer het aanspreekpunt worden voor de maatschappen. Of dit kan worden gerealiseerd is nog maar de vraag aangezien Lodewick (2008) in de praktijk heeft geconstateerd dat managers onvoldoende naar de opvattingen en belangen van specialisten luisteren.

Het beschikken over informatie is belangrijk om invulling aan hun rollen binnen het kwaliteitsbeleid te kunnen geven. Gezien de positie van de RvB binnen het kwaliteitsbeleid acht zij het nodig op de hoogte te zijn van de voortgang van de verschillende werkgroepen, maar tevens ook van wat er zich afspeelt op de afdelingen. Enerzijds laat de RvB zich via de lijn informeren, maar neemt ook graag zelf het initiatief. Zo brengt zij werkbezoeken aan de afdelingen om op deze manier betrokkenheid naar de werkvloer toe te tonen. Deze vorm van besturen komt overeen met het begrip leiderschap door *bypass* van Yammarino (1994). Doordat het bestuur direct contact maakt met de werkvloer kunnen de tussenlagen zich gepasseerd voelen (Stoopendaal 2008). Ondanks dat de afdelingshoofden in het LB de werkbezoeken van de RvB waarderen, delen zij wel deze mening. Zij vinden het lastig wanneer verpleegkundigen hen passeren en dingen bij de RvB aankarten die in eerste instantie door hen niet zijn goedgekeurd.

Volgens Stoopendaal (2008) is het belangrijk dat informatie vanuit het bestuur wordt geconcretiseerd door het management zodat de werkvloer ermee aan de slag kan. Zij vindt echter dat dit onvoldoende in de praktijk wordt uitgevoerd. In het LB zijn de meningen hierover verdeeld. Een afdelingshoofd was tevreden over de manier waarop projecten door

de organisatie worden uitgerold, terwijl een ander afdelingshoofd van mening is dat zij onvoldoende wordt geïnformeerd. Dit meningsverschil is mogelijk te verklaren door de achtergronden van de afdelingshoofden zoals Asselman (2008) stelt. Het eerstgenoemde afdelingshoofd neemt namelijk deel aan het ziekenhuisbrede project VIM wat redelijk binnen de organisatie verloopt en waar zij een belangrijke rol inspeelt. Het andere afdelingshoofd neemt deel aan projecten waarvan zij vindt dat deze onvoldoende worden uitgevoerd.

§ 5.1.3 Het verzamelproces van indicatoren en de ervaringen beschreven

Het LB ziekenhuis dient sinds 2003 de basisset indicatoren van de IGZ aan te leveren en sinds 2008 de ZiZo indicatoren. Bij het verzamelen van de indicatoren spelen E. v. K., lid van het bureau KIV met als aandachtsgebied de prestatie-indicatoren, en A. V., hoofd van de zorgadministratie, een belangrijke rol. Zowel de RvB, zorgmanagers als de professionals van het LB ziekenhuis zijn zich bewust van de twee doelen die indicatoren in zich hebben. Zij zijn zich tevens bewust van het feit dat indicatoren een indicatie geven van de werkelijke zorg en daarmee overeenstemmen met de definitie van Groenewoud & Huijsman (2003): een indicator geeft mogelijk een afspiegeling weer van de prestaties of kwaliteit van een object in de gezondheidszorg. Zowel de RvB, zorgmanagers als de professionals zijn van mening dat de indicatoren een goed instrument zijn om de gevraagde externe verantwoording mogelijk te maken. Het verzamelen van de indicatoren wordt dan ook zorgvuldig door E. v. K en A.V. uitgevoerd, waardoor de onderzoeker verwacht dat het ziekenhuis zich niet aan gaming schuldig maakt.

Er bestaan wel meningsverschillen over hoe indicatoren kunnen bijdragen aan de realisatie van interne kwaliteitsverbeteringen. De RvB deelt de theorie van Van der Aar (2008) waarbij (externe) indicatoren kunnen leiden tot interne kwaliteitsverbeteringen doordat zij een proces van internalisering ondergaan. De RvB is namelijk van mening dat er geen discussie meer moet plaats vinden over de betrouwbaarheid en interpreteerbaarheid van de indicatoren, maar dat zij in het ziekenhuis 'werkbaar' moeten worden gemaakt zodat verbeteringen kunnen worden doorgevoerd, wat nu nog onvoldoende in de praktijk tot stand komt. Het hoofd klinische zorg daarentegen betwijfelt de waarde van indicatoren en sluit zich meer aan bij het standpunt van het CBO (2008, in Van der Aar 2008). Volgens haar kunnen indicatoren namelijk alleen mogelijkwijs leiden tot kwaliteitsverbeteringen doordat het ziekenhuis zich met andere ziekenhuizen heeft vergeleken wat voor hen een stimulans is geweest om het kwaliteitsaspect te gaan verbeteren. Het verbeteren van de kwaliteit van zorg door middel van de indicatoren sluit zagezegd minder bij haar intrinsieke motivatie aan in vergelijking met de RvB. De medische specialisten dienen nog steeds een weg in het gebruik van indicatoren te vinden, maar merken wel dat wanneer je je verdiept in de indicatoren er nuttige informatie

uit kan komen. Het werkbaar maken van de indicatoren voor interne verbeteringen wordt echter nog niet door hen zelf uitgevoerd.

De afgelopen jaren zijn nodig geweest om te kunnen achterhalen hoe informatie voor de indicatoren het beste achterhaald kon worden en zijn er dossieronderzoeken uitgevoerd om de kwaliteit van de data te kunnen beoordelen. Voor de basisset indicatoren heeft het LB ziekenhuis haar verzamelingproces nu grotendeels op orde, maar voor de ZiZo indicatoren zijn zij nog zoekende. Tijdens deze zoektocht zijn er verantwoordelijkheden ontstaan voor het verzamelen van indicatoren. E. v. K. en A. V. leveren de indicatoren zover mogelijk ingevuld aan de betreffende afdelingen en/of specialismen, die vervolgens de taak hebben deze verder aan te vullen. Indien indicatoren niet kunnen worden aangeleverd, is het de verantwoordelijkheid van E. v. K. en A. V. geworden hier een oplossing voor te vinden en deze manier vervolgens in de werkwijze in te bedden. Het LB ziekenhuis voldoet zagezegd aan de eerste stap van het internaliseringproces van Van der Aar (2008). Zij geeft namelijk aan dat willen indicatoren werkbaar worden gemaakt voor interne kwaliteitsverbeteringen het noodzakelijk is te beschikken over een structuur van verantwoordelijkheden. Aangezien de verantwoordelijkheden en het proces niet expliciet in het LB ziekenhuis worden beschreven, is dit in het kader van een effectieve internalisering een kwetsbaar aspect (Van der Aar 2008).

De informatie die wordt gebruikt voor de indicatoren komt voornamelijk uit de LMR en het datawarehouse. Medisch codeurs vertalen de verrichtingen en diagnoses van een patiënt naar een code, waardoor de patiënteninformatie zagezegd losgekoppeld wordt van haar context. De medische codeurs proberen deze vertaalslag zo goed mogelijk te maken. Dit doen zij door bij twijfel over een bepaalde diagnose en/of verrichting onderling met elkaar te overleggen of door een advies bij Prismant aan te vragen. Indien deze stappen nog steeds niet tot duidelijkheid hebben geleid, wordt aan de betreffende specialist advies gevraagd. Door specialisten er telkens op te wijzen dat een juiste en duidelijke formulering binnen het patiëntendossier en de ontslagbrief noodzakelijk is, hopen de medisch codeurs het vragen van advies in te perken. Mede is de betrouwbaarheid van de data gecontroleerd door bij het specialisme neurologie en cardiologie een controle uit te voeren door middel van dossieronderzoek. Het uitvoeren van dergelijke controles heeft tot vertrouwen in de data geleid ook onder de medische specialisten. Volgens Tsoukas (1997) en Berg & Goorman (1999) kan bij het maken van een dergelijke vertaalslag informatie haar waarde verliezen doordat het wordt losgekoppeld van haar context. Binnen het LB ziekenhuis wordt dit deels ervaren. Enerzijds is er vertrouwen in de vertaalslag die medische codeurs maken van de diagnoses en verrichtingen in een code. Uit de controles is gebleken dat deze vertaalslagen overeenstemmen met de werkelijke diagnoses en verrichtingen. Anderzijds zijn zij wel van

mening dat indicatoren in hun context geplaatst moeten worden, willen zij voor de werkvloer van betekenis zijn, zoals Groenewoud & Huijsman (2003) stellen. Volgens Jerak-Zuiderent & Bal (2010) krijgen de cijfers van de indicatoren ook pas betekenis wanneer deze aan het achterliggende verhaal gekoppeld worden. Het slagen of falen van een indicator kan dan ook niet in een cijfer worden uitgedrukt. Momenteel vindt deze vertaling voornamelijk plaats door E. v. K. of A. V. doordat zij de uitkomsten aan de specialisten en/of afdelingshoofden proberen uit te leggen en met hen mogelijke verbeterinitiatieven proberen te initiëren.

Nadat de indicatoren door E. v. K. en A. V. zijn verzameld dienen deze te worden besproken in de werkgroep. In de werkgroep prestatie-indicatoren nemen verschillende functionarissen deel. Binnen deze werkgroep worden de indicatoren geanalyseerd. Er wordt nagegaan welke indicatoren nader onderzoek behoeven en waar indien mogelijk verbeterlagen nodig zijn. Volgens Hartswood e.a. (2003) wordt het analyseren van deze indicatoren bemoeilijkt doordat er een eenduidig denkkader ontbreekt wegens de aanwezigheid van de verschillende functionarissen in de werkgroep. Hierdoor kan het opstellen van kwaliteitsverbeteringen worden bemoeilijkt aangezien informatie moeilijk door organisatorische en professionele grenzen te verspreiden is (vgl. Currie & Suhomlinova 2006). Stoopendaal (2008) daarentegen definieert dergelijke werkgroepen als intermediair waarbij juist 'verbindingen' tussen de verschillende functionarissen kunnen worden gelegd. De theorie van Stoopendaal (2008) is het meest van toepassing op de werkgroep. De verschillende functionarissen in de werkgroep vinden namelijk dat zij elkaar aanvullen bij het analyseren van de indicatoren en zijn van mening dat dit kan bijdragen aan het realiseren van kwaliteitsverbeteringen. De deelname van verschillende functionarissen aan de werkgroep heeft zagezegd een meerwaarde.

§ 5.1.4 Het proces van externe verantwoording en de realisatie van interne kwaliteitsverbeteringen

In de vorige paragraaf is het eerste deel van het proces van externe verantwoording en de realisatie van interne kwaliteitsverbeteringen met behulp van de indicatoren beschreven. Het LB ziekenhuis heeft zoals eerder besproken haar proces van externe verantwoording goed op orde. Alleen de wijze waarop de ZiZo indicatoren verzameld dienen te worden, verdient nog aandacht. De afgelopen jaren zijn wel nodig geweest om tot dit niveau te komen en het ziekenhuis is nu klaar om het tweede doel van de indicatoren, het realiseren van kwaliteitsverbeteringen in de praktijk, tot uiting te brengen. Het realiseren van dit doel heeft de afgelopen jaren nog onvoldoende en op een vrijblijvende wijze plaatsgevonden.

Nadat de indicatoren door E. v. K. en A. V. zijn verzameld, worden zij besproken binnen de werkgroep transparantie. Buiten de verzamelaars van de prestatie-indicatoren nemen ook de RvB en de hoofden klinische en ambulante zorg hieraan deel. De RvB neemt aan deze

werkgroep deel om op deze wijze zicht te krijgen op de algehele prestaties van het ziekenhuis. Ook is haar deelname belangrijk aangezien de RvB de indicatoren met het stafbestuur bespreekt. De hoofden klinische en ambulante zorg nemen deel aan de werkgroep aangezien zij aan de hand van de indicatoren verbeteringen dienen te initiëren waar nodig. Zij dienen afdelingshoofden en/of specialisten te informeren over de mogelijke verbeterlagen en deze verantwoordelijkheden vervolgens aan hen over te dragen. Wel dienen zij de voortgang van de projecten die naar aanleiding van de indicatoren zijn opgestart te blijven monitoren. Bovenstaande verantwoordelijkheden zijn aan de hand van de functies van de leden binnen de werkgroep opgesteld, maar worden in de praktijk niet tot uitvoering gebracht.

Een opvallend gegeven bij de samenstelling van de werkgroep is dat er geen specialist en/of afdelingshoofd deelneemt om zo de functionarissen die dicht bij de werkvloer staan te vertegenwoordigen. Dit heeft mogelijk tot gevolg dat de indicatoren nog niet structureel als kwaliteitsinstrument worden gebruikt bij het realiseren van verbeteringen op de werkvloer. Om kwaliteitsverbeteringen in de praktijk te kunnen realiseren is volgens Wollersheim e.a. (2006) de betrokkenheid van professionals bij de indicatoren wel van belang. Door bij de intrinsieke motivatie van de professionals aan te sluiten kunnen de professionals een verbinding leggen tussen de gevraagde verantwoording en wat zij zelf belangrijk vinden. In het LB worden de professionals nog onvoldoende bij de indicatoren betrokken. Zij worden geïnformeerd over de uitkomsten door de RvB, maar hebben geen concrete positie binnen de werkgroep. De professionals dienen formeel bij de indicatoren betrokken te worden doordat de hoofden klinische en ambulante zorg hen hierover zouden moeten informeren en samen met hen moeten bepalen waar verbeterlagen mogelijk zijn. Deze werkwijze doet zich echter niet in de praktijk voor. Momenteel worden de medische specialisten zo nu en dan betrokken bij het realiseren van verbeteringen doordat E. v. K. en A. V. hen hierin betreft, terwijl dit niet officieel hun taak is.

Bovenstaande werkwijze kan worden verklaard doordat er binnen het LB ziekenhuis geen specifieke prestatie-afspraken op basis van de indicatoren worden gemaakt. Het maken van dergelijke afspraken kan er juist toe leiden dat de zorgmanagers zich verantwoordelijk gaan voelen om deze resultaten te behalen. Door de indicatoren niet als een op zich zelf staande activiteit te zien, maar door aan de hand van de indicatoren doelstellingen te formuleren binnen een bepaald kwaliteitsproject, zal ertoe leiden dat de sturingsinformatie verkregen door de indicatoren eerder gebruikt gaan worden door het management (van der Aar 2008). Kortom binnen het LB ziekenhuis worden de indicatoren nog als een op zich zelf staande activiteit gezien en niet structureel gebruikt bij de uitvoering van het kwaliteitsbeleid. De Bruijn (2001) raad dit echter wel aan om zo een vervlechting tussen de uitvoering en de beleidsvorming te laten plaatsvinden.

§ 5.2. Methodologische discussie

Het uitvoeren van een kwalitatief onderzoek is een juiste keuze geweest om de probleemstelling van deze scriptie te kunnen onderzoeken. Door middel van semi-gestructureerde interviews kon worden achterhaald hoe het proces van kwaliteitsmanagement binnen het LB ziekenhuis verloopt en hoe professionals, RvB en zorgmanagers hun rollen daarbij innemen. Ook het uitvoeren van observaties en het analyseren van documentatie heeft hieraan bijgedragen. Het voordeel van het gebruik van dergelijke methoden is dat zij informatie uit het theoretisch kader konden bevestigen, ontkrachten en aanvullen. Door middel van deze methoden triangulatie is de interne betrouwbaarheid van dit onderzoek verhoogt. In dit onderzoek is tevens een cyclische manier van werken toegepast wat tot het aanscherpen van de deelvragen en het theoretisch kader heeft geleid. Door middel van een dergelijke werkwijze is getracht een zo volledig mogelijk antwoord op de probleemstelling te formuleren.

In de wetenschappelijke literatuur zijn weinig concrete theorieën omtrent de rollen van professionals, Raden van Bestuur en zorgmanagers binnen het kwaliteitsbeleid te vinden. Bij het gebrek aan dergelijke theorieën is voornamelijk gekozen om gebruik te maken van bevindingen uit de praktijk. Deze bevindingen zijn echter niet naar elk ziekenhuis te generaliseren, wat mogelijk de discussie rondom dit onderwerp minder krachtig maakt.

Na aan de RvB te hebben aangegeven welke functionarissen de onderzoeker graag in dit onderzoek vertegenwoordigd zou willen zien, heeft de RvB de respondenten nader bepaald. Deze manier van het betrekken van respondenten bij dit onderzoek heeft mogelijk invloed gehad op de resultaten. Zo was er door de RvB een waarnemend afdelingshoofd aangesteld die tot op heden niet direct met prestatie-indicatoren in aanraking was gekomen en dus niet uit ervaring kon spreken. Ook kon het geïnterviewde lid van het stafbestuur niet uit ervaring spreken aangezien zij nog niet lang de rol van secretaris op zich nam. De RvB had tevens aan haar de taak opgelegd er zorg voor te dragen dat de onderzoeker nog twee medische specialisten kon interviewen. Dit is echter niet gelukt. Na meerdere mislukte eigen pogingen is nog een mail verstuurd naar een medische specialist met concrete vragen. Deze antwoorden hebben het mogelijk gemaakt dat in het resultaten hoofdstuk de ervaringen van medische specialisten toch deels worden vertegenwoordigd. Geconcludeerd kan worden dat de dataverzameling voor dit onderzoek niet zonder strubbelingen is verlopen. De onderzoeker heeft getracht een breed gedragen groep respondenten te interviewen, maar dit is niet in zijn geheel gelukt wat van invloed kan zijn op de betrouwbaarheid van de resultaten.

Bij het uitvoeren van een casestudie is de externe validiteit van het onderzoek vaak gering, wegens het feit dat het onderzoek maar een case bevat. Hetzelfde geldt voor dit onderzoek,

maar mogelijk kunnen de bevindingen van dit onderzoek toch breder getrokken worden. Zo lijken de problemen rondom het uitoefenen van het kwaliteitsbeleid ook naar voren te komen in het onderzoek van Borst (2009) en Waard-Oudesluijs (2009). De bevindingen rondom het gebruik van de prestatie-indicatoren stemmen deels overeen met de bevindingen uit het onderzoek van Van der Aar (2008).

6. Conclusie & Aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt allereerst een antwoord geformuleerd op de probleemstelling van dit onderzoek. Vervolgens worden er aanbevelingen voor het LB ziekenhuis beschreven en worden er suggesties geformuleerd voor nader onderzoek. De onderzoeksvraag van deze scriptie luidde:

Hoe ziet het proces van kwaliteitsmanagement er in het LB ziekenhuis uit en welke rollen nemen de RvB, zorgmanagers en professionals daarbij in?

§ 6.1 Conclusie

In deze tijd wordt van ziekenhuizen verwacht dat zij actief bezig zijn met het verbeteren van hun patiëntenzorg (MinVWS 2009). Door middel van het toepassen van kwaliteitsmanagement, een cyclisch proces waarbij de kwaliteit van zorg op een gebalanceerde manier gemeten, verbeterd en geborgd wordt, kan aan deze verwachting invulling worden gegeven (Schellekens & Everdingen 2001, Holland 2004). Daarbij is het van belang om de methoden en technieken die ziekenhuizen gebruiken om de kwaliteit van zorg te verbeteren en te bewaken op elkaar af te stemmen, zodat een geïntegreerd systeem wordt gevormd. Het LB ziekenhuis past gedeeltelijk deze definitie van kwaliteitsmanagement toe. Het ziekenhuis is druk bezig met het verbeteren van de kwaliteit van zorg door middel van het uitvoeren van kwaliteitsprojecten die door de samengestelde stuur- en/of werkgroepen of het bureau KIV worden opgesteld en bewaakt. Ook op de afdelingen zelf ontstaan er verbeterinitiatieven. De afstemming binnen deze verschillende kwaliteitsprojecten behoeft echter nog aandacht. Verder is het belangrijk dat het ziekenhuis niet alleen verbeterprojecten vanuit de top van de organisatie aansturen, maar dienen zij ook alert te zijn op het betrekken van de afdelingen daarbij.

Bij het uitvoeren van kwaliteitsmanagement spelen de RvB, zorgmanagers en professionals een belangrijke rol (IGZ 2009). De RvB van het LB ziekenhuis wil graag bij de kwaliteitsprojecten betrokken worden om zo directe sturing mogelijk te maken en op deze manier het belang van kwaliteit naar de rest van de organisatie uit te dragen. Het innemen van een dergelijke rol leidt ertoe dat er binnen het LB ziekenhuis sprake is van een gecentraliseerde organisatie, waarbij sprake is van leiderschap door *bypass* (Yammariono 1994). Een dergelijke manier van besturen kan worden verklaard doordat het middenmanagement binnen het LB ziekenhuis haar verantwoordelijkheden ten behoeve van het kwaliteitsbeleid onvoldoende waarmaakt. Zo blijkt dat zij de voortgang van kwaliteitsprojecten onvoldoende monitort, waardoor de Check en Act fase van projecten

uitblijven. Of een dergelijke houding resulteert uit het feit dat de voorkeur van de zorgmanagers meer uitgaat naar verbeterprojecten die op operationeel niveau merkbaar zijn, zij het overzicht verliezen in de vele projecten die gaande zijn binnen het ziekenhuis of niet beschikken over de juiste vaardigheden en kennis om hun verantwoordelijkheden waar te maken is op basis van dit onderzoek niet te beoordelen. Voor het ziekenhuis is belangrijk dat dit wordt achterhaald om zo een slingerbeweging tussen top en middenmanagement te voorkomen (Stoker & de Korte 2000).

Verder dient de betrokkenheid van professionals aan de verschillende kwaliteitsprojecten te worden verhoogd. Hun bijdrage hierbij is van belang aangezien bij professionele werkzaamheden tevens verbeterlagen mogelijk zijn en om zo te voorkomen dat zij achteraf hun twijfels bij de verbetering nog kenbaar gaan maken. Medische specialisten in het LB ziekenhuis omzeilen de verschillende kwaliteitsprojecten zagezegd en ook maken zij hun wensen en/of klachten nauwelijks kenbaar aan de managers in de lijn zoals wel wordt beoogd. Er is zagezegd niet alleen een korte lijn tussen de RvB en de medische specialisten waar te nemen, maar de medische specialisten hebben ook een 'juxtaposition' verworven. Dit begrip wordt door Scholten & van der Grinten (2005) gebruikt om de wederzijdse verplichting tussen de RvB en de medische specialisten elkaar te betrekken bij het bespreken van belangrijke voorstellen aan te duiden, zoals bij het opstellen van het beleidsplan voor het ziekenhuis.

In dit onderzoek is vervolgens onderzocht hoe de basisset en ZiZo indicatoren, een instrument om invulling aan performance management te geven, in het LB ziekenhuis uitwerking krijgen. Walburg e.a. (2006) bevelen het toepassen van performance management aan aangezien op deze wijze gestuurd wordt op uitkomsten die gebaseerd zijn op de intrinsieke motivatie van professionals en managers waardoor betere performances van het ziekenhuis mogelijk worden geacht. De manier waarop het gebruik van de prestatie-indicatoren nu in het LB ziekenhuis plaatsvindt, stemt niet overeen met bovenstaande verwachting van performance management.

Het LB ziekenhuis geeft aan de afgelopen jaren nodig te hebben gehad om het doel van externe verantwoording door middel van indicatoren mogelijk te maken en nu klaar te zijn om aan de hand van de indicatoren kwaliteitsverbeteringen te realiseren. Om dit te kunnen realiseren is het noodzakelijk dat de (externe) indicatoren een internaliseringsproces ondergaan (van der Aar 2008). Het LB ziekenhuis heeft dit proces deels al gerealiseerd aangezien er een structuur van verantwoordelijkheden omtrent het verzamelproces van indicatoren is ontstaan. Tot slot kan het maken van prestatie-afspraken omtrent de indicatoren en het plaatsen van indicatoren in bestaande kwaliteitsprojecten bijdragen aan het bewuster maken van de uitkomsten van indicatoren onder de professionals en managers. Er ontstaat op deze wijze een cyclisch proces rondom de indicatoren waardoor

de indicatoren niet meer als een op zich zelf staande activiteit worden gezien. Hierdoor zullen professionals en managers de indicatoren eerder gaan gebruiken bij het beoordelen van de kwaliteit van de door hen geleverde zorg en bij het realiseren van mogelijke kwaliteitsverbeteringen.

§ 6.2 Aanbevelingen

Aanbevelingen voor het LB ziekenhuis:

- Het ziekenhuis doet er goed aan om de verschillende organen betrokken bij het kwaliteitsbeleid meer met elkaar te integreren en er zorg voor te dragen dat er helderheid ontstaat binnen het ziekenhuis over hoe aan het kwaliteitsbeleid invulling wordt gegeven. De onderzoeker adviseert het LB ziekenhuis om de taken en verantwoordelijkheden van alle organen betrokken bij het kwaliteitsbeleid formeel vast te leggen en deze aan de gehele organisatie uit te dragen.
- De onderzoeker adviseert het LB ziekenhuis de functies van de stuur- en/of werkgroepen na te gaan. Uit het onderzoek blijkt namelijk dat sommige werkgroepen meer doen dan beoogd. Zo voert het bureau KIV in enkele gevallen taken uit wat eigenlijk tot de verantwoordelijkheden van de lijnmanagers behoren. En houdt de stuurgroep zich niet alleen bezig met het initiëren en sturen van kwaliteitsprojecten zoals in het reglement beschreven. Daarbij lijkt het in het ziekenhuis tevens nodig om strategische keuzes te maken omtrent het uitvoeren van de kwaliteitsprojecten. Zij dienen zich af te vragen of de kwaliteitsprojecten die nu allemaal lopen werkelijk nodig zijn. Dit moet ertoe leiden dat meer kwaliteitsprojecten in de praktijk worden afgerond en er meer afstemming wordt gecreëerd tussen de bestaande organen van het kwaliteitsbeleid.
- De onderzoeker adviseert het LB ziekenhuis de werkwijze van bureau KIV te evalueren. Afdelingen voelen zich namelijk met de komst van het bureau KIV minder betrokken dan voorheen toen er nog kwaliteitsprojecten door de twee stafmedewerkers onder de 'Van Goed Naar Beter' structuur werden uitgevoerd. Zij dienen zich dus af te vragen of de werkwijze van bureau KIV verloopt zoals verwacht. Het is wenselijk de projecten die via bureau KIV lopen en de kwaliteitsprojecten die ontstaan op de afdelingen zelf meer met elkaar te integreren.
- De RvB dient samen met de zorgmanagers na te gaan, hoe het komt dat zorgmanagers volgens de opvattingen van de RvB hun verantwoordelijkheden omtrent het kwaliteitsbeleid onvoldoende in de praktijk kunnen waarmaken. Kunnen de zorgmanagers hun verantwoordelijkheden niet waarmaken doordat zij het overzicht verliezen in alle projecten die gaande zijn binnen het ziekenhuis of doordat hun rol binnen het kwaliteitsbeleid niet specifiek is uitgesproken? Het concreet per

kwaliteitsthema weergeven wat men onderling wil gaan bereiken kan de zorgmanagers stimuleren zich meer in te zetten voor het kwaliteitsbeleid.

- Omtrent het verzamelproces van de prestatie-indicatoren doet het LB ziekenhuis er goed aan de taken en verantwoordelijkheden formeel vast te leggen. Op deze manier wordt de continuïteit van de prestatie-indicatoren gewaarborgd (vgl. Van der Aar 2008).
- Om er zorg voor te dragen dat prestatie-indicatoren structureel bij de realisatie van kwaliteitsverbeteringen worden gebruikt, raad de onderzoeker aan deze op te nemen binnen bestaande kwaliteitsprojecten. Op deze wijze wordt gerealiseerd dat de uitkomsten van de indicatoren niet als een op zichzelf staande activiteit worden gezien, maar dat deze binnen een PDCA cyclus worden gebruikt. Ook het maken van prestatie-afspraken kan bijdragen aan het vergroten van de interne sturing op basis van de uitkomsten van indicatoren (vgl. Van der Aar 2008).

Aanbevelingen voor nader onderzoek:

Het is de onderzoeker onvoldoende gelukt om de ervaringen en meningen van medische specialisten bij het kwaliteitsbeleid en het gebruik van prestatie-indicatoren te achterhalen. Deze bevindingen kunnen echter interessant zijn voor de conclusies die in dit onderzoek worden getrokken. Bij het schrijven van het discussie hoofdstuk van dit onderzoek stuitte de onderzoeker op de mogelijke slingerbeweging tussen de RvB en de zorgmanagers binnen het LB ziekenhuis. Gezien de beperkte tijd is de onderzoeker niet in staat geweest deze beweging verder uit te diepen. Het is echter zinvol om te achterhalen waardoor het middenmanagement hun verantwoordelijkheden in de praktijk onvoldoende kunnen waarmaken en waardoor de RvB graag het overzicht van alle kwaliteitsprojecten binnen het LB ziekenhuis wil behouden. Beide aanbevelingen kunnen de conclusie van dit onderzoek versterken en leiden tot meer zicht in het samenspel van RvB, zorgmanagers en professionals bij de invulling van het kwaliteitsbeleid.

Literatuurlijst

- Aar, L. van der, 2008. *Prestatie-indicatoren & kwaliteit van zorg, onderzoek naar het internaliseringsproces van externe prestatie-indicatoren in het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis*. Rotterdam: Erasmus Universiteit
- 'd Arnaud. 2004. *Management in ziekenhuizen laat mogelijkheden medische administratie onbenut* [Internet]. [aangehaald op 20-10-2009]. Bereikbaar op <http://www.blikendaal.nl/artikelen/Artikelen%20AZG/Artikel%20afstuderen%20Carel%20d'Arnaud.doc>
- Asselman, F. 2008. *Kostprijzen in ziekenhuizen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Baarda, D.B., M.P.M. de Goede & J. Teunissen. 2005. *Kwalitatief onderzoek, handleiding voor het opzetten van en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Houten: Wolters-Noordhoff.
- Bal, R. 2008. 'De nieuwe zichtbaarheid, sturing in tijden van marktwerking.' Rede
- Berg, M. & E. Goorman. 1999. 'The contextual nature of medical information.' *International Journal of Medical Informatics* 56: 51-60.
- Berg, M. & W. Schellekens. 2002. 'Paradigma's van kwaliteit: De verschillen tussen externe en interne kwaliteitsindicatoren.' *Medisch Contact* 57 (34):1203-1205.
- Bevan, G. & C. Hood. 2006. 'What 's measured in What matters: Targets and Gaming in the English Public Care System.' *Public Administration* 84 (3):517-538.
- Bowling, A. 2002. *Research methods in health. Investigating health and health services*. Second edition. Open University Press: Buckingham. [2001]
- Bruijn, J.A. de. 2001. *Prestatiemeting in de publieke sector. Tussen professie en verantwoording*. Utrecht: Lemma.
- Ciborra, C. U. 2000. *From Control To Drift. The dynamics of corporate information infrastructures*. Oxford: University Press
- Creswell, J.W. 2003. *Research design: Qualitatieve, Quantitatieve, and Mixed Method Approaches*. Second Edition. London: Sage

Currie, G. & O. Suhomlinova. 2006. 'The impact of institutional forces upon knowledge sharing in the UK NHS: the triumph of professional power and the inconsistency of policy.' *Public Administration* 84: 1-30.

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

Grol, R. 2001. 'Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction.' *Journal of the American Medical Association* 286 (20):2578-2585.

Hartwood, M., R. Procter, M. Rouncefield & R. Slack. 2003. 'Making a Case in Medical Work: Implications for the Electronic Medical Record.' *Computer Supported Cooperative Work* 12:241-266.

Hollands, L., L. Hendriks, H. Ariëns & F. Verheggen. 2004. *Elementen van kwaliteitszorg. Begrippen en opvattingen over kwaliteitszorg*. Utrecht: Lemma BV.

Horst, A. ter. 2009. *Kwaliteit is van professionals en bestuurders* [Internet]. Skipr [aangehaald op 12-05-2010]. Bereikbaar op <http://www.twynstragudde.nl/PDF/Artikelen/Kwaliteitisvanprofessionalsenbestuurders.pdf>

(IGZ). 2009. *Rode Hoed Symposium 'Over vertrouwen en vrijblijvendheid'* [Internet]. Inspectie voor de gezondheidszorg [aangehaald op 29-10-1009]. Bereikbaar op <http://www.igz.nl/actueel/toespraken/rode-hoed>

Jerak-Zuiderent, S. & R. Bal. 2010. *Locating the worths of performance indicators. Performing transparencies and accountabilities in health care*. In *By the Very Act of Counting. On the co-construction of society, numbers, and their subjects and objects*, edited by A. Rudinow Sætnan, H. Mork Lomell and S. Hammer. London: Routledge.

Lievensberg ziekenhuis. 2006. *Ziekenhuisbeleidsplan 'Van Goed Naar Beter'*.

Lievensberg ziekenhuis. 2008. *Vereniging Medische staf Lievensberg ziekenhuis Bergen op Zoom. Rapportage 2004,2005,2006 en 2007*.

Lievensberg ziekenhuis. 2008. *Vereniging Medische staf Lievensberg ziekenhuis. Kwaliteitsbeleid 2009-2011*.

- Lievensberg ziekenhuis. 2009. *Reglement stuurgroep KIV*.
- Lievensberg ziekenhuis. 2009. *Informatiematrix RvT*.
- Lievensberg ziekenhuis. 2009. *Informatieprotocol RvT*.
- Lipsky, M. 1980. *Level Bureaucracy. Dilemma's of the individual in Public Services*. New York: Russel Sage Foundation
- Lodewick, L. 2008. *Ziekenhuizen veranderen*. Maastricht: MediMan Holding bv.
- Maso, I. & A. Smaling. 1998. *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.
- (MinVws). 2009. *Kwaliteit van de zorg* [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [aangehaald op 29-10-2009]. Bereikbaar op http://www.minvws.nl/dossiers/kwaliteit_van_de_zorg/voorzorgprofessionals/kwaliteitsprogramma/
- Noordegraaf, M. & P. L. Meurs. 2002. 'Verwarde Managers. Professionalisering van managers in de zorg.' *Management & Organisatie* (3):22-39
- Power, M. 2004. 'Counting, control and calculation: Reflections on measuring and management.' *Human Relations* 57 (6):765-783.
- (RVZ). 2009. *Governance en kwaliteit van zorg*. Den Haag: Koninklijke Broese & Peereboom
- Schellekens, W.M.L.C.M. & J.J.E. van Everdingen. 2001. *Kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Schellekens, W.M.L.C.M. 2009. *Indicatoren en Kwaliteitsbeleid*. College Performance Management
- Scholten, G.R.M. & T. van der Grinten. 2005. 'The integration of medical specialists in hospitals. Dutch hospitals and medical specialist on the road to joint regulation.' *Health Policy* 72:165-173.
- Stoker, J.I. & A.W. de Korte. 2000. *Het onmisbare middenkader*. Assen: Van Gorcum.
- Stoopendaal, A. 2008. *Zorg met afstand, betrokken bestuur in grootschalige zorginstellingen*. Assen: Van Gorcum.

- Tsoukas, H. 1997. 'The tyranny of light. The temptations and the paradoxes of the information society.' *Elsevier Science* 29 (9):827-843.
- Verheggen, F. 2005. 'Kwaliteitszorg en integrerend kwaliteitsmanagement in zorginstellingen.' *ZM magazine* (3):2-7.
- Walburg, J., H. Bevan, J. Wilderspin & K. Lemmens. 2006. *Performance Management in Health Care*. London: Routledge.
- Weggeman, M. 2001. *Kennismanagement: Inrichting en besturing van kennisintensieve organisaties*. Schiedam: Scriptum
- Wollersheim, H., M.J. Faber, R.P.T.M. Grol, W.J. Dondorp & A.J. Struijs. 2006. *Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren*. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid.
- Yammarino, F.J. 1994. *Indirect leadership: transformational leadership at a distance*. In Bass, BM, Avolio, BJ (eds), *Improving Organizational Effectiveness Through Transformational Leadership*. London: Sage.
- (Zichtbare Zorg). 2010. *Kwaliteitsindicatoren Zichtbare Zorg Ziekenhuizen* [Internet]. Zichtbare Zorg, Inspectie voor de Gezondheidszorg [aangehaald op 10-02-2010]. Bereikbaar op <http://www.zichtbarezorg.nl/page/Ziekenhuizen-en-ZBC-s/Kwaliteitsindicatoren>

Bijlage

Bijlage 1: Topiclijst interview (RvB, afdelingshoofden, lid bureau KIV, hoofd klinische zorg, lid stafbestuur).

Kwaliteitsbeleid

1. Hoe wordt invulling gegeven aan het kwaliteitsbeleid binnen dit ziekenhuis?
 - Wie zijn erbij betrokken en wie is waar verantwoordelijk voor? (rolverdeling professionals, bestuurders en zorgmanagers)
 - Bewustzijn medewerkers kwaliteitsbeleid
 - Wat gaat er goed/ minder goed
 - Gebruik informatiebronnen
 - Overlegvormen
2. Wat is uw rol binnen het kwaliteitsbeleid? Welke bevoegdheden en/of verantwoordelijkheden heeft u? Bent u hier tevreden over?
3. Bent u tevreden over de wijze waarop andere functionarissen in dit ziekenhuis invulling geven aan hun rol betreffende het kwaliteitsbeleid?
4. Welke kwaliteitsprogramma's/systemen zijn er binnen dit ziekenhuis? Worden zij structureel gebruikt om invulling te geven aan het kwaliteitsbeleid?

Informatievoorziening

5. Van welke informatiebronnen maakt u gebruik bij de invulling van uw rol binnen het kwaliteitsbeleid? Hoe waardeert u dergelijke informatie?
6. Heeft de komst van de verschillende kwaliteitssystemen invloed gehad op de manier waarop nu invulling wordt gegeven aan het kwaliteitsbeleid?

Prestatie-indicatoren

7. Hoe belangrijk zijn de prestatie-indicatoren (zowel basisset als ziezo) voor dit ziekenhuis? Komen zij structureel terug in het kwaliteitsbeleid?
8. Welk belang hecht u zelf aan de prestatie-indicatoren?
 - Kunnen zij een bijdrage leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg in dit ziekenhuis?
 - Voor welke doeleinden gebruikt u de informatie verkregen door prestatie-indicatoren?
 - Wat zijn uw taken tijdens het verzamelingproces van indicatoren?

9. Hoe waarderen andere functionarissen in dit ziekenhuis de prestatie-indicatoren volgens u?
10. Heeft u zicht op hoe de prestatie-indicatoren worden verzameld (basisset en ZiZo)? Vertrouwt u dit volledig toe aan anderen?
11. In wat voor bijeenkomsten worden de prestatie-indicatoren besproken (basisset en ZiZo)? Wie zijn daarbij betrokken en hoe verlopen dergelijke dialogen?
12. Worden de uitkomsten van de indicatoren doorvertaald naar de werkvloer? Hoe vindt zoiets plaats? Wie zijn taak is dit eigenlijk?
13. Kunt u een voorbeeld noemen waarbij een prestatie-indicator heeft geleid tot een interne kwaliteitsverbetering? Zo ja, hoe heeft de prestatie-indicator daaraan bijgedragen?
14. Geeft u de voorkeur aan prestatie-indicatoren of aan andere kwaliteitssystemen?

Bijlage 2: Topiclijst interview (hoofd zorgadministratie, medisch codeur, hoofd informatievoorziening, lid bureau KIV).

Dossiervorming

1. Hoe vindt dossiervorming van een patiënt plaats?
 - Wie zijn erbij betrokken?
 - Is iedereen bewust van zijn verantwoordelijkheden?
 - Welke gegevens worden er in het dossier geregistreerd?
 - Wat gaat goed en wat kan beter?
 - Wanneer wordt de zorgadministratie erbij betrokken?

Registreren

2. Welke gegevens registreren jullie hier en met welke doeleinden?
3. Weten jullie de betekenis van de gegevens die jullie registreren?
4. Van welke registratiesystemen maken jullie gebruik?
5. Hoe worden de gegevens die jullie registreren gewaardeerd?

Registratiebelang

6. Wie vragen de gegevens die jullie registreren op?
7. Worden jullie wel eens gevraagd om in overlegvormen deel te nemen om bijvoorbeeld registraties toe te lichten?
8. Hoe is jullie communicatie met andere werknemers in het ziekenhuis, zoals specialisten?

Prestatie-indicatoren

9. Welke bijdragen leveren jullie aan het verkrijgen van de prestatie-indicatoren?
10. Hoe is jullie ervaring met prestatiemetingen?
11. Verwacht u dat de context of de gedachte van iemand waarmee hij/zij iets registreert invloed heeft op de waarde en begrijpelijkheid van de informatie?